

SAIRAAHOITAJIEN KOKEMUKSIA SAIRAAHOITAJA- LÄÄKÄRI TYÖPARIMALLISTA

Kati Koskela

Opinnäytetyö
Marraskuu 2012
Hoitotyön koulutusohjelma
Muuntokoulutus

TIIVISTELMÄ

Tampereen ammattikorkeakoulu
Hoitotyön koulutusohjelma
Muutokoulutus

KOSKELA KATI:

Sairaanhoitajien kokemuksia sairaanhoitaja- lääkäri työparimallista

Opinnäytetyö 40 sivua, josta liitteitä 5 sivua
Marraskuu 2012

Opinnäytetyön tarkoituksena oli kuvata sairaanhoitajien kokemuksia sairaanhoitaja-lääkäri työparimallissa heidän työtehtävistään sekä heidän kokemuksia työparimallin myönteisistä puolista. Opinnäytetyön tavoitteena oli antaa vastauksia ja perusteluja työparimallin käyttöön otosta ja sen tarpeellisuudesta sekä nostaa esiin mahdollisia kehittämiskohteita.

Opinnäytetyön kohderyhmänä oli yhdeksän sairaanhoitajaa, jotka työskentelivät sairaanhoitaja-lääkäri työpareina erään kunnan perusterveydenhuollossa. Opinnäytetyö suoritettiin laadullista tutkimusmenetelmää käyttäen ja aineisto kerättiin pääosin avoimia kysymyksiä sisältävällä kyselylomakkeella. Kyselylomakkeita lähetettiin yhdeksälle sairaanhoitajalle ja sen palautti viisi sairaanhoitajaa. Aineisto analysoitiin sisällönanalyysia käyttäen. Vastaukset pelkistettiin, niistä muodostettiin ala- ja yläkategorioita ja edelleen etsittiin yhdistäviä tekijöitä.

Opinnäytetyön tulosten perusteella voidaan todeta, että sairaanhoitajat kokivat työskentelyn sairaanhoitaja-lääkäri työparimallissa myönteiseksi. Sairaanhoitajat kokivat työparimallissa työskentelyn vahvistavan ammatillista itsetuntoa sekä tuovan ammattitaitonsa parhaiten hyödyksi.

Jatkossa olisi mielenkiintoista selvittää, miten työ- ja tehtäväsiirtojen vaikutukset näkyvät asiakkaiden hoidonlaadussa. Myös kirjallisten ohjeiden tarvetta olisi kiinnostavaa selvittää tarkemmin, millä hoidon osa-alueella sairaanhoitajat kokevat eniten tarvitsevänsä ohjeita.

Asiasanat: sairaanhoitajan ammatti, asiantuntijuus, sairaanhoitaja-lääkäri työparimalli

ABSTRACT

Tampere University of Applied Sciences
Degree Programme in Nursing and Health Care (adult education)
Option of Nursing

KOSKELA KATI:
Nurses' Experiences of Nurse-Doctor Work Pair Model

Bachelor's thesis 40 pages, appendices 5 pages
November 2012

The purpose of this study was to describe the nurses' experiences of their work in a nurse-doctor work pair model and describe the nurses' experiences of positive points with the nurse-doctor work pair model. The aim was to give answers and reasons to implement nurse-doctor work pair model and of its necessity. The other aim was to highlight developments of nurse-doctor work pair model.

The target group was nine nurses working as a nurse-doctor work pair in a certain primary health care center. The study was performed by using a qualitative research method and the data was collected with a questionnaire containing mainly open questions. Five nurses returned the questionnaire. The material was analysed with the content analysis.

On the basis of the results it is possible to state that the nurses have positive experiences of nurse-doctor work pair model. Nurses experienced that working in a pair model cemented their professional self-esteem and highlighted their proficiency.

As a further research it would be interesting to find out how changes in work and tasks affect the quality of care.

It would also be interesting to find out in which area of nursing nurses feel they need the most guidance.

Key words: occupation of nurse, expertise, nurse-doctor work pair model

SISÄLLYS

1 JOHDANTO.....	5
2 TARKOITUS, TEHTÄVÄ JA TAVOITE.....	7
3 SAIRAANHOITAJANA TYÖPARIMALLISSA.....	8
3.1 Asiantuntijuus.....	8
3.2 Työn itsenäisyys.....	10
3.3 Työn haasteellisuus.....	11
3.4 Terveiden edistäminen.....	13
4 SAIRAANHOITAJA-LÄÄKÄRI TYÖPARIMALLI.....	16
4.1 Työparityö.....	16
4.2 Työnjako.....	18
5 MENETELMÄLLISET LÄHTÖKOHDAT.....	21
5.1 Kvalitatiivinen lähestymistapa.....	21
5.2 Aineiston keruu.....	21
5.3 Aineiston analyysi.....	22
6 SAIRAANHOITAJIEN KOKEMUKSET.....	24
6.1 Työpäivän ajankäyttö ja tehtäväsiirrot.....	24
6.2 Työparimallin vahvuudet.....	25
6.3 Työparimallin heikkoudet.....	26
6.4 Työparimallin kehittämiskohteet.....	26
6.5 Johtopäätökset.....	27
7 POHDINTA.....	28
7.1 Eettisyys.....	30
7.2 Luotettavuus.....	31
LÄHTEET.....	33
LIITTEET.....	36
Liite 1. Saatekirje.....	36
Liite 2. Kyselylomake.....	37
Liite 3. Sisällönanalyysi-kaavio vahvuuksista.....	39
Liite 4. Sisällönanalyysi-kaavio heikkouksista.....	40

1 JOHDANTO

Tässä opinnäytetyössä selvitän sairaanhoitajien kokemuksia sairaanhoitaja-lääkäri työparimallista sairaanhoitajan näkökulmasta. Tarkoituksena on selvittää, kuinka sairaanhoitajat kokevat työtehtävänsä ja mitkä ovat työparityöskentelyn myönteisiä puolia. Kyselyssä kartoitetaan myös mahdollisia kehittämiskohteita ja -käytäntöjä heidän näkökulmastaan.

Lääkäri-sairanhoitaja työparimalli tarkoittaa kahden ammattikunnan edustajan tiivistä yhteistyötä tietyn väestön hoidossa. Työhuoneet sijaitsevat usein fyysisesti lähekkäin mahdollistaen helpon avunannon ja konsultoinnin työpäivän aikana. Työparimallin hyvinä puolina ovat asiakaslähtöisyys ja kokonaisvaltaisuus, hoitotyön laadun paraneminen asiakkaiden tullessa tutuiksi omalle hoitajalle sekä lääkärille, asioinnin nopeutuminen ja päällekkäisten asioiden hoidon poistuminen, hoidon jatkuvuus, tiedonkulun paraneminen ja hoidon selkiytyminen.

Sairanhoitaja-lääkäri työparimalli kiinnosti minua työelämälähtöisesti, sillä työskentelen itse sairaanhoitajana avoterveydenhuollossa väestövastuisella vastaanotolla. Työpaikallamme on suunniteltu siirtymistä lääkäri- hoitaja työparimalliin ja tämän toteutuessa on mielenkiintoista olla mukana suunnittelemassa ja kehittämässä omalle työpaikalle räätälöityä mallia ja uskonkin, että näillä opinnäytetyön tuloksilla on myös merkitystä tässä asiassa. Oma ammatillinen tieto on lisääntynyt työparityöskentelystä ja olen ymmärtänyt asian tärkeyden laajemmasta näkökulmasta tarkastellen.

Lähitulevaisuudessa kansanterveyden ja väestön ikärakenteen muuttuessa, myös ihmisten terveystarpeet muuttuvat ja lisäävät näin tarvetta uusien työmenetelmien kehittämiseksi. Uusia vaatimuksia tulee myös terveydenhuollon työvoiman ikääntymisestä ja uhkaavasta henkilöstöpulasta. Hoitotyön työtehtävien ja osaamisvaatimusten on muututtava jatkuvasti vastatakseen terveydenhuoltoon kohdistuneisiin vaatimuksiin tehokkuudesta ja tuloksellisuudesta. (Heikkilä, Miettinen, Paunonen&Mäkelä 2003; WHO 2002; Donner&Wheeler 2001; Allison&Tinson 1999, Suikkala, Miettinen, Holopainen, Montin, Laaksonen mukaan 2004, 12.) Työvoiman puutetta voidaan ehkäistä työn sisällön ja menetelmien kehittämällä, koulutusmäärien oikealla mitoituksella sekä tukemalla henkilöstön pysymistä työelämässä esim. työn

mielekkyyden lisäämisellä (Peltonen, E., Vehviläinen-Julkunen, K., Pietilä, A-M.&Elonheimo, O. 2010, 64).

Suomen terveystieteiden tutkimuskeskuksen Toimiva terveyskeskus-toimenpideohjelman (STM, 2008) tavoitteena on vahvistaa perusterveydenhuoltoa kehittämällä terveyskeskusten käytäntöjä, hallintoa ja johtamista sekä terveydenhuollon koulutusta ja tutkimusta. Terveyskeskusten työn- ja vastuunjakoa uudistamalla saadaan palveluja paremmiksi ja hoitoon pääsy helpommaksi. Pyrkimyksenä on lisätä voimavaroja perusterveydenhuoltoon, laajentamaan sen palveluita kokonaisuuksiksi ja kehittämään järjestelmää joustavammaksi. Tavoitteena on, että perusterveydenhuollon kehittyessä toimivana ja tehokkaana palveluntarjoajana ihmisten mielenkiinto ja aktiivisuus terveyttään kohtaan kasvaa ja vahvistaa avoterveyspalveluiden käyttöä, vähentäen sillä tavoin erikoissairaanhoidon tarvetta.

Työelämän kehittämishaasteisiin voidaan saada hyviä ratkaisuja työelämälähtöisistä hyvin suunnitelluista kehittämisprojekteista. Työelämän tarpeista nousevista kehittämisprojekteista tiedon ja taidon tulee muotoutua työelämän toimintaan sekä näkyä tuloksekkaina toimintoina, kuten näyttöön perustuvina hoitotyön toimintamalleina ja toimintakäytäntöinä. Näiden toimintamallien käyttö on hyödyllistä, koska ne yhdenmukaistavat potilaiden saamaa hoitoa ja hoitotyön käytäntöjä sekä ohjaavat hoitotyön päätöksentekoa. Toimintamallien käyttö myös vähentää työyhteisön sisäisiä ristiriitoja ja mahdollistaa moniammatillisen yhteistyön lisäten toiminnan tavoitteiden saavuttamista ja yhdenmukaisuutta. (Sarajärvi 2010, 14.)

Terveydenhuollon organisaatioiden yksi vetovoimatekijä on sairaanhoitajien ja lääkäreiden yhteistyö, johon organisaation johdon tulee kiinnittää huomiota säännöllisesti arvioiden. Lähijohdon tulee olla tietoinen ja kantaa vastuuta moniammatillisen yhteistyön edistämisestä työyksiköissä. Sairanhoitajien ja lääkäreiden yhteistyön merkitystä tulee korostaa terveydenhuollon organisaatioissa korkeatasoisen, laadultaan hyvän ja potilasturvallisen hoidon tuottamiseksi. (Kantanen 2008, 70-72).

2 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS, TEHTÄVÄ JA TAVOITE

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on selvittää, mitä on lääkäri-sairaanhoitaja työparityöskentely perusterveydenhuollossa sairaanhoitajan näkökulmasta.

Opinnäytetyön tehtävät ovat:

1. Mitkä ovat sairaanhoitajan kokemukset työtehtävistään lääkäri-sairaanhoitaja työparimallissa?
2. Mitkä ovat kokemukset työparimallin myönteisistä ja kielteisistä puolista?
3. Mitä kehittämiskohteita sairaanhoitajat nostavat esille?

Opinnäytetyön tavoitteena on tuottaa tietoa lääkäri-sairaanhoitaja työparimallin käyttöön otosta ja sen tarpeellisuudesta. Tavoitteena on, että tällä opinnäytetyöllä saatua tietoa voidaan käyttää toiminnan kehittämiseen perusterveydenhuollossa tai lääkäri-sairaanhoitaja työparimallin toimintaa suunnitellessa.

3 SAIRAANHOITAJANA TYÖPARIMALLISSA

3.1 Asiantuntijuus

Opetusministeriön (2007) mukaan sairaanhoitaja on hoitotyön asiantuntija, jonka tehtävänä yhteiskunnassa on potilaiden hoitaminen. Sairaanhoitaja tukee työssään yksilöitä, perheitä ja yhteisöjä määrittämään, saavuttamaan ja ylläpitämään terveyttä muuttuvissa oloissa ja eri toiminta- ja elämäntilanteissa. Sairaanhoitaja toimii itsenäisesti hoitotyön asiantuntijana ja perustaa työnsä hoitotieteeseen. Sairaanhoitaja toteuttaa ja kehittää terveyttä edistävää, terveyttä ylläpitävää sekä sairauksia ehkäisevää, parantavaa ja kuntouttavaa hoitotyötä. (Lauri 2007, 106.) Asiantuntijaksi kasvaminen edellyttää lisääntyvää kykyä yhdistää ymmärrys ympäristön monimutkaisuudesta ja mahdollisuutta osaamisen avulla hallita tätä monimutkaisuutta (Korhonen & Mäkipää 2011, 14).

Tuominen (2006, 19-20) painottaa, että sairaanhoitajan avovastaanotolla työskentely on itsenäistä, vaihtelevaa ja haasteellista. Laaja teoreettinen tietopohja on tarpeen avovastaanoton monipuoliseen työskentelyyn, tämä ilmenee hoidon arviointina, neuvontana, ohjauksena ja erilaisten seurantavastaanottojen toteutuksessa sekä käden taitoja vaativissa toimenpiteissä esim. haavahoidoissa. Vastuullisuus ilmenee asiakkaan hoidon suunnittelussa, toteuttamisessa ja seurannassa itsenäisesti yleisiä hoitosuosituksia noudattaen.

Tässä opinnäytetyössä avovastaanoton sairaanhoitajalla tarkoitan siis laajan tiedollisen ja taidollisen ammattitaidon omaavaa terveydenhuollon asiantuntijaa. Avovastaanoton sairaanhoitaja kohtaa päivittäin asiakkaita kaikista ikäluokista, joten hoitajalta vaaditaan hyvää haastattelu- ja hoidon arviointikykyä, itsenäistä päätöksentekoa, organisointikykyä, laajaa teoreettista tietopohjaa sekä yhteistyötaitoja. Elämäkokemus sekä hyvät kädentaidot ovat myös hyödyllisiä seikkoja tähän itsenäiseen työhön.

Hoitotyön toiminnat toteutuvat asiakkaan tai potilaan ja sairaanhoitajan auttamis- ja ohjaustilanteissa. Toiminnan perustana ovat sairaanhoitajan tiedot ja erilaiset taidot, kuten esimerkiksi kädentaidot, havainnointi- ja kommunikointitaito, kyky ohjata ja

neuvoa terveyden- ja sairaudenhoidossa sekä antaa psykososiaalista tukea asiakkaan, potilaan tai perheen tarpeiden mukaan. (Lauri 2005, 14.)

Tulevaisuuden työvoimapulan sekä vanhenevan väestön määrän kasvu tuovat haasteita koko yhteiskunnalle sekä varsinkin terveydenhuoltoon laadukkaiden lakisääteisten palvelujen turvaamiseksi. Toimiva terveyskeskus- toimenpideohjelman mukaan sairaanhoitajan roolia terveyskeskustyössä uudistetaan useilla tavoilla. Niistä keskeisimpiä ovat asiakaslähtöisyys ja asiakkaan omahoidon tukeminen, yksilöllinen hoidon tarpeen arviointi, neuvonta ja hoidonohjaus. Myös kansansairauksien riskitekijöiden tunnistaminen ja niihin liittyvä neuvonta, äkillisten terveydenongelmien ja päivystyspotilaiden hoito, matalan kynnyksen neuvontapalvelut sekä ikääntyneiden kotihoito ja kotona selviytymisen tukeminen ovat painopistealueita sairaanhoitajien tehtävien kehittämisessä. (Vallimies- Patomäki 2010, 133.)

Blek-Vehkaluodon (2006) tutkimuksen tuloksena saatiin uutta tietoa terveyskeskusten avohoidossa toimivien sairaanhoitajien ammattipätevyydestä. Tutkimuksen tulokset osoittavat, että sairaanhoitajien ammattipätevyys terveyskeskuksen avohoidossa on itsearvioituna hyvää kaikilla seitsemällä ammattipätevyyden osa-alueilla (auttaminen, opetus ja ohjaus, tarkkailutehtävät, tilannehallinta, hoitotoiminnan hallinta, laadun varmistus, työrooliin liittyvät tehtävät). Ammattikorkeakoulun erikoistumisopinnot tai muu lisätutkinto viimeisimpänä koulutuksena, vakinainen työsuhte ja kokemus oman työn arvostuksesta yleisesti yhteiskunnassa ovat yhteydessä parempaan koettuun ammattipätevyyteen.

Sairanhoitajan ammattiin kohdistuu paljon vaatimuksia ja odotuksia nykyhetkessä sekä tulevaisuudessa. Sairanhoitajakunta vastaa oman alansa asiantuntijuudesta, ammatin sisällön syventämisestä, koulutuksen kehittämisestä sekä tieteellisyyden edistämisestä. Asiantuntijuuden kasvun tulee näkyä väestön hyvän olon edistymisenä. (Suomen sairaanhoitajaliitto 2012.) Suikkalan ym (2004, 13) mukaan hoitotyön asiantuntijuuden uudet roolit edellyttävät itsenäistä päätöksen tekoa ja aikaisempaa laajempaa vastuunottoa terveyden edistämisessä, pitkäaikaissairauksien hoidossa, seurannassa ja kuntoutuksessa. Jotta näihin haasteisiin voitaisiin vastata, on täydennys- ja jatkokoulutuksen perustuttava ammatillisen osaamisen arviointiin ja työntekijän omiin kehittymistarpeisiin.

3.2 Työn itsenäisyys

Suikkala ym (2004, 15) painottavat, että työntekijän yksilövastuun lisääntymisen myötä itseohjautuvuuden ja vastuunoton tarve työelämässä kasvaa jatkuvasti. Se edellyttää työntekijöiltä vahvan tieto- taitopohjan lisäksi aloitteellisuutta, luovuutta, kriittistä suhtautumista tietoon ja valmiutta kohdata uusia tilanteita ja ongelmia. Näiden lisäksi edellytetään sosiaalisia taitoja ja kykyä toimia erilaisissa työryhmissä, kykyä arvioida itseään ja ottaa vastaan palautetta sekä henkilökohtaista sitoutumista jatkuvaan oppimiseen ja ammatilliseen kasvuun.

Sairaanhoitajan on pystyttävä ymmärtämään hoitotyön ongelmien näkökulmasta asiakkaan kokonaistilanne tämän ongelmien määrittelyn ja toiminnan suunnittelun vuoksi. Lisäksi sairaanhoitajan on pystyttävä sovittamaan omat tietonsa ja taitonsa asiakkaan tietoihin ja taitoihin sekä tekemään päätöksiä yksin tai yhdessä muiden kanssa. Nämä taidot kehittyvät vähitellen teoreettisten tietojen ja käytännön yhteensovittamisessa. (Lauri 2007, 102.) Sairaanhoitajan ammattitaidon karttuessa tiedon, taidon ja kokemuksen myötä myös päätöksenteon vastuu tulee helpommaksi. Puhelimitse tapahtuvassa ohjaustilanteessa on tärkeää kartoittaa asiakkaan tietämys kyseisestä vaivasta, jotta hänen tietopohjaansa voidaan hoitajan toimesta lisätä kyseiseen tilanteeseen sopien. Tärkeää on myös ohjata asiakasta jatkotoimenpiteistä, itsehoidosta ja siitä, milloin kannattaa ja voi ottaa uudelleen yhteyttä terveydenhuollon ammattilaiseen.

Nykyisin sairaanhoitajan tärkeimpiin ammattitaidon osa-alueisiin kuuluu oleellisesti perustelutaito. Asiakkaiden tieto- ja vaativustaso terveydenhuollon ammattilaisille on kasvanut, joten sairaanhoitajan on pystyttävä perustelemaan ohjeensa ja toimintansa selvästi sekä kirjaamaan nämä dokumentoinnin turvaamiseksi.

Hoidon tarpeen arviointia tekevät sairaanhoitajat joutuvat usein työssään asiakkaiden tunnepurkauksien kohteeksi. Myös vakavampiakin uhkailuja tapahtuu. Yleisesti turhautumista aiheuttaa kiireettömien lääkärinaikojen riittämättömyys sekä kontrollikäynneille pääsyn vaikeus useista yhteydenotoista huolimatta. Joskus potilaan aggressiivisuutta voi aiheuttaa pelkästään se, että joku toinen arvioi hänen pääsyään hoitoon eikä hän voi päättää siitä itse. (Syväoja & Äijälä 2009, 58.)

Ammatillinen itseluottamus on tärkeä työssä jaksamisen tekijä. Tärkeintä on oma sisäinen luottamus, joka perustuu ihmisen itsetunnon vahvuuteen ja sisältäpäin ohjautumiseen. Siitä poikii luottamus omiin näkemyksiin, kyky asettaa oma tärkeysjärjestyksensä ja olla vahvana odotusten ja vaatimusten ristitulessa. Omiin kykyihinsä luottamista lujittavat perhe, läheiset ihmiset, koulutus, työhön paneutuminen sekä itsetunnon vahvistuminen että myös lepo ja vapaa-aika. Ammatillisen itsetunnon vahvistuminen antaa ihmiselle elämänrohkeutta ja vakautta oman tiensä kulkemiseen arvojen ja näkemysten viidakossa. Itsetunto siis vahvistuu ennen kaikkea tunnistamalla ja kohtaamalla omat tunteuksensa ja tunteensa. Koulutus on ammatillisen itseluottamuksen keskeinen rakentaja. Sen avulla työntekijä saa tietoa erilaisista tarkastelutavoista, kehittää omia näkemyksiään sekä oppii arvostamaan toisten näkemyksiä ja näin rakentamaan hedelmällistä vuorovaikutusta hoitotyössä. (Mattila 2010, 81-82.)

3.3 Työn haasteellisuus

Lauri (2007, 114) korostaa, että työntekijä voi kehittää omaa työtään opiskelun, yrityksen, kokeilun ja omien toimintojen vaikuttavuuden arvioinnin avulla. Potilaan hoitoon ja ohjaukseen käytettävissä oleva aika on lyhentynyt ja tämä vaatii uusia toimintamalleja, kuten kykyä täsmälliseen potilaan hoidon tarpeen määrittämiseen ja kykyä priorisoida oleelliset asiat potilaan selviytymiseksi. Nykyisin on oleellista tuntea mahdolliset hoitoketjut, joihin potilas siirtyy sekä erilaiset viestintä- ja yhteistyömenetelmät hoitoon osallistuvien työntekijöiden tai jatkohoitoaikojen kesken. Näitä asioita jokainen hoitaja voi kehittää omassa työssään tutkimalla jatkuvasti omaa työtään ja sen tuloksia, ottamalla selvää organisaation toiminnasta ja erilaisista mahdollisuuksista asiakkaan tai potilaan auttamiseksi.

Suikkalan ym (2004, 12) mukaan terveydenhuollon asiakkaat osaavat nykyisin hakea tietoa omasta ja läheistensä hoidosta aikaisempaa paremmin, joten tarjolla olevilta palveluilta vaaditaan enemmän. Tulevaisuudessa väestön tietoisuus eri hoitomahdollisuuksista lisääntyy entisestään, sillä teknologian avulla terveyspalveluja tuodaan yhä lähemmäksi väestöä. Sairaanhoitajan velvollisuuksiin kuuluu pysyä ajan hermolla sairauksien, lääkkeiden ja elämäntapojen suhteen seuraamalla uusimpia keskusteluja eri medioissa tieteelliset näkökannat huomioon ottaen. Esimerkkinä

mainittakoon viime vuosina paljon puheena olleet hiilihydraattikeskustelut ihmisten ravitsemus- ja painonhallinta-asioissa.

Terveystieteiden ammattilaisilla on runsaasti koulutukseen ja kokemukseen perustuvaa tietoa. Koulutus antaa hoitajille ja lääkäreille asiantuntijuutta, osaamista sekä laaja-alaista ymmärrystä terveyden ja sairauden ilmiöistä. Mikään tieto ei kuitenkaan muutu ammattitaidoksi ilman sen sisäistämistä ja ymmärtämistä. Tarvitaan aikaa prosessoida uutta tietoa, jotta se muuttuisi käytännöksi. Tarvitaan aikaa oivaltaa, mitä uusi tieto merkitsee työn kannalta ja aikaa soveltaa tietoa käytännössä. (Mattila 2010, 81,112.)

Sairaanhoitajan toiminta on parhaimmillaan ”reflektiivistä älykkyyttä” eli kykyä muokata kriittisesti omaa vastaanottavaisuuttaan ja herkkyyttä reagoida ongelmallisissa tilanteissa, tarvittaessa hylätä tuttu toimintatapa, jos joku muu keino tuntuisi paremmalta. Omaa työtä joudutaan jatkuvasti muokkaamaan tilanteiden vaatimuksiin nähden. (Krokkfors & Mäkipää 2011, 47.)

Ammattitaitoinen hoitaja hallitsee sekä ohjaussisällön että ohjausmenetelmät, joten ohjaustaitojen kehittäminen on yksi ammatillisen kasvun haasteista. Nykyisin lisähaasteita terveydenhuoltoon tuovat myös monet maahanmuuttajat kulttuuristen ja uskonnollisten seikkojen vuoksi. (Laakkonen 2004, 96, 121.) Monikulttuurisuuden huomioiminen erityisesti ohjaustilanteissa on haastavaa terveydenhuollon ammattilaiselle. Tulkkipalveluiden käyttö ja vieraaseen kulttuuriin/ uskontoon perehtyminen sekä tähän tutustuminen auttavat terveydenhuollon ammattilaisia omassa työssään. Tällä hetkellä monikulttuurisuus näkyy suurimmaksi osaksi asiakkaiden ja potilaiden keskuudessa. Lähitulevaisuudessa iso osa terveydenhuollon henkilöstöä eläköityy ja työvoimapula alalla kasvane. Tällöin todennäköisesti osaavaa henkilökuntaa rekrytoidaan lisääntyvässä määrin ulkomailta, jolloin monikulttuurisuus tulee myös sisälle useampaan työyhteisöön.

Tulevaisuuden uusia asiantuntijuuden osaamisvaatimuksia ovat hoidon tarpeen arviointi, potilasohjaus, näyttöön perustuva päätöksenteko ja näyttöön perustuvien käytäntöjen soveltaminen. Näyttöön perustuva toiminta ja sen kehittäminen edellyttävät välittömässä potilastyössä toimivalta alan kehityksen seuraamista, tiedon käytön ja päätöksenteon osaamista sekä valmiutta kyseenalaistaa totut toimintatavat ja uuden tiedon etsintää niiden kehittämiseksi. (Vallimies-Patomäki 2010, 136,138.)

Hoitotieteellisten tutkimusten mukaan työelämä odottaa sairaanhoitajilta ammattitaidon jatkuvaa ylläpitämistä ja kehittämistä, yhteistyö- ja neuvottelutaitoja, hyvää kirjallista ja suullista ilmaisutaitoa, kommunikointi- ja vuorovaikutustaitoja, suunnittelu- ja koordinoitaitoja, muutoksen hallintaa ja paineensietokykyä sekä toiminnan kehittämistä. (Lauri 2007, 107.)

Monia haasteita on siis näkyvissä sairaanhoitajan ammatissa lähitulevaisuudessa. Yhteiskunnan ja työelämän jatkuva kehittyminen ja uusiutuminen vaativat myös terveydenhuollon ammattilaisilta ammattitaidon pitämistä ajan tasalla. Keskeiset tulevaisuuden kehityssuunnat perusterveydenhuollossa ovat asiantuntijasairaanhoitajien koulutuksen kehittäminen, työssä olevien sairaanhoitajien osaamisen päivittäminen, päätöksenteon tukijärjestelmien kehittäminen rinnakkain sähköisen potilaskertomusjärjestelmän kanssa sekä valtakunnallisten linjauksien voimaansaattaminen koskien lääkäri- hoitaja työnjakomallia. (Leinonen 2008, 64)

3.4 Terveyden edistäminen

Uudessa terveydenhuoltolaissa 2011 terveyden edistäminen saa lisää painoarvoa ja sen tulee sisältyä kaikkien kuntien toimintaan. Terveyden edistämisen tulee näkyä kaikissa toiminnoissa, joilla lisätään kunnan väestön terveyttä, ehkäistään sairauksia ja vähennetään väestöryhmien välisiä terveyseroja. (Botha 2011.)

Ruohonjuuritasolla tämä tarkoittaa esimerkiksi terveystietoisuudesta alkoholinkäytöstä, tupakoinnista, huumausaineista ja lääkkeiden väärinkäytöstä. Sairaanhoitajan vastaanotolla tulee päivittäin ohjaus- ja neuvontatilanteita terveellisestä ruokavalioista ja elämäntavoista, ohjausta ja tukea painonhallinnassa sekä erilaisissa elämäntilanteissa elämässä elämisen perusasioissa esim. mielenterveysongelmissa tai muissa haastavissa elämäntilanteissa.

Nykyisin hoitotyön eri toiminta-alueilla pitäisi olla oleellinen osa ihmisen terveyden ja omatoimisuuden ylläpitämistä ja kehittämistä. Tällä tarkoitetaan sitä, että hoitotyön ongelmien määrittelyssä ei riitä pelkästään senhetkisten hoitotyön tarpeiden määrittely, vaan oleellista on myös arvioida ihmisen voimavaroja ja mahdollisuuksia osallistua omaan hoitoonsa, ylläpitää ja edistää terveyttään sekä ehkäistä sairauksia. (Lauri 2006, 101.)

Terveyden edistämisen työssä on tärkeää tunnistaa asiakkaan taustalla vaikuttavat taloudelliset, terveydelliset ja sosiaaliset tekijät, jotta hänen terveystaitoja voidaan vahvistaa tasa-arvoisesti puuttamalla terveysongelmien kasautumiseen varhaisessa vaiheessa (Tossavainen 2011, 16). Tällä korostetaan ennaltaehkäisevän työn tärkeyttä, kun ongelmiin pystytään tarttumaan jo heti alkuvaiheissa, voidaan tällä toiminnalla estää monta suurempaa ongelmaa. Usein eri organisaatiot ja yhdistykset ovat järjestäneet erilaisia tietoisuuksia ja mittauspisteitä alueellisiin tapahtumiin, hyvänä esimerkkinä tästä ovat nykyajan terveystietokioskit kauppakeskuksissa. Tärkeintä on jalkautua sinne missä ihmiset liikkuvat, jotta matalan kynnyksen periaate toteutuu terveyden edistämisen työssä. Tässä riittää silti valtakunnallisesti tavoitetta, kuinka saavuttaa juuri heikoimmassa asemassa olevat asiakkaat esim alkoholitit ja syrjäytyneet, joilla usein on myös heikoimmin tietoa terveydestään ja terveyden edistämisestä omalla kohdallaan.

Hoitotyöhön sisältyy mm. terveyden ja hyvinvoinnin edistäminen, sairauksien ja tapaturmien ennaltaehkäiseminen sekä ohjaaminen potilaan hoitoon sitoutumiseen ja omahoitoon. Asiakkaiden terveyden edistämiseksi korostuvat voimaannuttaminen ja itsehoitoa tukeva työ, joiden tavoitteena on asiakkaan elämänhallinnan ja elämäntapamuutosten tukeminen sekä kyky monikulttuuristen tekijöiden huomioimiseen. (Korhonen&Mäkipää 2011, 20) Asiakkaan lähtötilanteen kartoitus on tehtävä huolella, asiakkaan kanssa keskustellaan hänen tilanteestaan kiireettömästi, kirjataan ylös yksilölliset voimavarat, tavoitteet ja suunnitelma päämäärän saavuttamiseksi. Sairaanhoidaja voi käyttää interventiota hyväkseen asiakkaan kannustamiseen, ohjaamiseen, asian tärkeyden perusteluun ja motivaation löytymiseen ja ylläpitämiseen. Esimerkiksi säarihaavapotilaan kanssa keskustellaan konkreettisesti ruokavaliosta, painonhallinnasta, liikunnasta, levosta ja mahdollisten perussairauksien vaikutuksista tilanteeseen.

Terveydenhuollon toiminnan tulee tukea asiakkaan aktiivisuutta ja omatoimista, arjessa tapahtuvaa terveydestä ja hyvinvoinnista huolehtimista eli omahoitoa. Asiakkaan voimaantumisen ja hoitoon sitoutumisen kannalta on merkittävää, että asiakas asettaa itse omat tavoitteensa. Terveydenhuollossa on muutettava ajattelutapaa ja yhtenäistettävä toimintatapoja. Asiakas on nostettava aktiiviseksi toimijaksi ja sairauksien ehkäisyssä ja hoidossa on oltava selkeät omahoitoa tukevat toiminta- ja seurantakäytännöt. (Suurnäkki, Leppäkoski & Pellikka 2010, 28-29.)

Tärkeintä on siis saada asiakas itse ymmärtämään omahoidon tärkeys terveydentilastaan, sillä vain asiakkaan oma motivaatio ja tahtotila ovat perusta omalle terveydelleen ja sen kehitysuunnalle. Terveystuon ammattilaiset, sairaanhoitajat ja lääkärit ovat tässä työssä tukena ammattinsa tuomalla laaja-alaisella tietotaidolla.

4 SAIRAANHOITAJA- LÄÄKÄRI TYÖPARIMALLI

4.1 Työparityö

Työparityö vastaanottotoiminnassa tarkoittaa lääkärin ja hoitajan läheisesti sijaitsevia työhuoneita, näin mahdollistuu jatkuva ja kiinteä itsenäinen sekä yhdessä työskentely. Työpari vastaa tietyn asuinalueen tai väestöryhmän terveystalvasta. Asiakas ottaa yhteyden omaan nimettyyn sairaanhoitajaan, joka arvioi hoidon tarpeen kiireellisyyden ja ohjaa asiakkaan sovittujen esivalmisteluiden jälkeen lääkärille tai omalle vastaanotolleen. Hoitoon, hoidonseurantaan, terveydentilan tarkastuksiin liittyvät järjestelyt ja kysymykset hoidetaan puhelimitse. (Peltonen 2009, 51; Peltonen ym. 2010, 66,68.) Sairaanhoitajan yksi tehtävistä on ruuhkan hallinta, puhelinkeskustelussa hoitaja tekee hoidontarpeen arvioinnin ja selvittää, onko tarkoituksenmukainen omahoito jo käytössä. (Ahola 2011, 8). Tämä vaatii sairaanhoitajilta joskus paljonkin työtä ja taitoa johdatella keskustelua, jotta asiasta saataisiin mahdollisimman totuudenmukainen ja monipuolinen kuva.

Työparityössä hoitaja vastaa pitkäaikaispotilaiden hoidosta ja seurannasta pitämällä omaa vastaanottoa, avustaa lääkäriä ja huolehtii erikseen määräytyistä erityistehtävistä. Paikallisiin oloihin sovelletut hoitosuosituksot ohjaavat henkilöstöryhmien ja vastaanottotoiminnan työnjakoa. Lääkäreiden ja hoitajien työnjaossa tehtävät ja vastuunjaot sovitaan kirjallisesti. Työnjakoa ja yhteistyötä tukevat keskinäiset konsultaatiot työparin kesken. (Peltonen 2009, 51; Peltonen ym. 2010,66,68.)

Parhaimmillaan hoitaja- lääkäri työparimalli purkaa hierarkisia ammattirakenteita eli työpari mahdollistaa tasavertaisen, keskusteleavan suhteen keskenään, jos osapuolet ovat siihen motivoituneita ja vastuualueet on selkeästi määritelty. Keskusteleva työkuulttuuri parantaa hoitoa, sillä hoitaja ja lääkäri näkevät potilaasta erilaisia asioita ja näiden havaintojen sekä kokemusten jakaminen työparin kesken johtaa tarkempaan kokonaiskuvaan potilaan tilanteesta yksisuuntaisen raportoinnin sijaan. (Vierula 2010, 3388.) Kantasen (2008) tutkimuksessa selviää, että sairaanhoitajien ja lääkäreiden yhteistyön hyväksi arvioineet työntekijät olivat tyytyväisiä myös omaan työhönsä ja arvioivat hoidon laadun paremmaksi kuin ne työntekijät, joiden mielestä yhteistyö oli heikkoa. (Kantanen 2008, 65.)

Hoitaja-lääkäri työparityöskentelyn etuja ovat tiivis yhteistyö, yhdessä tekeminen, yhdessä vastuun kantaminen, tarkoituksenmukaisesti osaamiseen perustuva työnjako sekä konsultoinnin nopeus. Hoitajien ammattitaito tulee paremmin hyödynnetyksi työparityöskentelyssä verrattuna perinteisiin työnjakomalleihin. Sairaanhoidajilla on laajennetut tehtäväkuvat, jotka liittyvät hoidon tarpeen arviointiin, diagnosointiin, hoitoon ja jälkitarkastuksiin sekä kroonisesti sairaiden ja pitkäaikaissairaiden seurantoihin. Parityöskentelyn riskeinä ovat sairastumisten ja poissaolojen aiheuttamat katkot työskentelytavassa. (Syväoja&Äijälä 2009,54.)

Oleellinen osa hoitotyötä on yhteistyö monien eri tahojen kanssa, moniammatilliseen yhteistyöhön osallistuu organisaation ja sen ulkopuolisiakin ammattiryhmiä sekä asiakas ja omaiset. Tämän ryhmän jäsenet tuovat päätöksentekoon oman asiantuntemuksensa ja erikoisosaamisensa. Moniammatillinen päätöksenteko pohjautuu tilanteen analyttiseen arviointiin ja siihen perustuviin päätöksiin. Yhteistyön tavoitteena on asiakkaan hyvä hoito ja sen koordinointi eri tahojen kanssa. (Lauri 2007,108.) Tästä esimerkkinä yksin kotona asuva vanhus, jonka yleisen toimintakyvyn laskiessa kotona selviytymistä on arvioitu laaja-alaisesti omalääkäriin, geriatrin, omaisten, kotihoiton, sosiaalipuolen ja jopa kolmannen sektorin yhteistyöllä.

Mattila (2010, 109) korostaa moniammatillisen yhteistyön tuottavan hyvin toimiessaan parempaa palvelua ja luovempaa kehittämistoimintaa. Moniammatillisen yhteistyön tärkein edellytys on moniammatillinen arvostus, sen avulla pystyy kuulemaan toisen ammattiryhmän näkökulman ja ymmärtämään ja luottamaan hänen koulutukseensa ja ammattitaitoonsa. Jokainen moniammatillisen ryhmän jäsen tuo siihen oman tietonsa ja näkemyksensä asiakkaan tilanteesta, jolloin saadaan paras mahdollinen kokonaiskäsitys asiasta ja realistiset jatkotavoitteet.

Kantasen (2008, 58-63) tutkimuksessa selvitettiin erikoissairaanhoidossa työskentelevien sairaanhoitajien ja lääkäreiden yhteistyötä heidän itsensä arvioimana. Tutkimuksen mukaan sairaanhoitajien ja lääkäreiden yhteistyön tila ja kommunikaatio koettiin ajanvarauspoliklinikoilla parempana kuin toimenpideyksiköissä ja vuodeosastoilla. Ajanvarauspoliklinikoille tyypillinen sairaanhoitaja-lääkäri työparityöskentely saattaa vaikuttaa myönteisesti yhteistyöhön ja kommunikaatioon tiiviimmän yhteistyön myötä. Ajanvarauspoliklinikoilla näkyi selvemmin

ammattiryhmien välinen arvostus, hoitajavastaanottojen lisätessä itsenäistä päätöksentekoa hoitotyössä.

4.2 Työnjako

Työnjakoon liittyviä asioita on vaikea määritellä yksiselitteisesti lääkäreiden ja hoitajien välillä, koska toiminnallinen ympäristö, kyseinen työ ja työn kohde sekä henkilöstön osaaminen ratkaisevat työnjaon. Kansallisen terveysterveysprojektin mukaan työnjaon uudistus edellyttää koulutusta, riittävää työkokemusta, yhteisesti laadittuja hoitosuosituksia ja alueellisia toimintaohjelmia. Vastaanottotoiminnassa lääkäreiden ja hoitajien työnsuunnittelussa mitoitetaan työn kohde tarkoituksenmukaisesti asiakas- ja työlähtöisesti ja sitä arvioidaan säännöllisesti. (Peltonen 2009, 41; Peltonen ym 2010,65-66.)

Toimiva terveyskeskus- toimenpideohjelmassa korostetaan työn- ja vastuunjakoa koulutuksen antaman osaamisen mukaan sekä uusien moniammatillisten toimintamallien käyttöönottoa. Näin pystytään hyödyntämään täysimääräisesti kaikkien terveydenhuollon ammattihenkilöiden panos ja osaaminen. (STM 2009)

Suikkalan ym (2004, 30) mukaan työnjaon kehittämällä tarkoitetaan työyhteisön toiminnan kehittämistä siten, että potilaan hoitoon liittyvät tehtävät ja toimenpiteet järjestetään tarkoituksenmukaisella tavalla hoidon kokonaisuuden ja eri ammattiryhmien välisen yhteistyön ja työnjaon näkökulmista. Työnjakoa kehittämällä saadaan eri ammattiryhmien ammatilliset valmiudet käyttöön parhaalla mahdollisella tavalla ja parannetaan terveyspalveluiden saatavuutta ja laatua. Työn vaativuuden myötä tulee myös palkkauksen muuttua tehtävänkuvaan sidotuksi.

Laurin (2007, 115) mukaan toiminnan kehittämällä pyritään saamaan aikaan muutosta vanhoihin ja totuttuihin toimintatapoihin. Olennainen edellytys yksikön toiminnan muutoksille on ajattelutapojen muuttuminen. Pysyvä muutos vaatii kykyä nähdä muutoksen merkitys osana laajempaa kokonaisuutta ja siten erityisesti vaaditaan myös pitkäjänteisyyttä. Työelämälähtöisestä näkökulmasta katsottuna, muutos lähtee yleensä kehittymään pienin askelin ja tehtyjä muutoksia analysoiden. Organisaatiossa suuret muutokset ovat vaikeasti toteutettavissa yhdellä kerralla, yleensä tarvitaan pioneeri-

työryhmä aloittamaan toimintatapamuutokset yrityksestä ja erehdyksestä samalla oppien.

Tehtäväsiirroilla tarkoitetaan tietyille ammattiryhmille aiemmin kuuluneiden tehtävien sisällyttämistä myös jonkun toisen ammattiryhmän tehtäviin. Tehtäväsiirroilla laajennetaan työntekijän tehtäväkuvaa uudistamalla tehtäväaluetta ja kehittämällä osaamista. Esimerkkinä merkittävästä tehtäväsiirrosta lääkäreiltä muille terveydenhuollon ammattilaisille on hoidon tarpeen arviointi lainsäädäntönä vuodelta 2005. Tehtäväsiirrot eivät kuitenkaan saa vaarantaa potilasturvallisuutta, joten henkilökunta tulee kouluttaa hyvin uusiin tehtäviin. Hoitajan tulisi voida ottaa vastuuta vain niistä hoitotyön osa-alueista, joihin hänellä on riittävä perehtyneisyys ja koulutus. (Syväoja&Äijälä 2009,42,53.) Tällä hetkellä näistä tehtäväsiirroista on ollut ajankohtaista ns. hoitajan reseptikirjoitusoikeus, hiljattain valmistuivat ensimmäiset valtakunnalliset erillisen koulutuksen saaneet sairaanhoitajat ja terveydenhoitajat. Heillä on rajattu reseptikirjoitusoikeus tietyille sairauksille. Työntekijät sopivat tehtäväsiirrosta paikallisesti ja kirjallisesti, ammattiliiton kantana on ollut suositus palkkauksen nostamisesta lisääntyvän vastuun myötä.

Työnjaon kehittäminen ja sen tukeminen asettaa monia haasteita osaamisen kehittämiseksi ja jakamiselle terveydenhuollossa. Haasteena ovat palveluiden saatavuuden ja laadun turvaaminen toimivuutta parantamalla ja teknisiä innovaatioita sekä uusia ohjelmia hyödyntämällä (Hukkanen& Vallimies-Patomäki 2005, 21-22). Hukkasen ja Vallimies-Patomäen selvityksen mukaan (2005, 23-24) hoitajien laajennettuihin tehtäväkuviin liittyvää asianmukaista päätöksentekoa tuettiin käyttämällä kirjallisia hoito-ohjeita ja -suosituksia sekä konsultoimalla lääkäriä, toisia hoitajia tai muita työyksiköitä. Internetiä ja Terveysporttia käytettiin opiskelussa ja tiedonhankinnassa, erityisesti käypähoitosuosituksia sekä sairaanhoitajan ja yleislääkärin tietokantoja.

Peltonen (2009, 127) korostaa, että lääkärin ja hoitajan työnjako vastaanottotoiminnassa näkyy erityisesti väestön hoidon pääsyn joustavuutena, terveysneuvonnan asiakaslähtöisyytenä, hoitajan, lääkärin ja potilaan kiinteänä yhteistyönä pitkäaikaissairauksien hoidossa, hoitoon sitoutumisena sekä hoitajan toiminnassa tehokkaana neuvontana ja ohjauksena.

Tutkimuksessa kävi myös ilmi, että itsenäisessä vastaanottotyössä toimivien hoitajien perusopintoihin kaivattiin muutosta ja työelämässä oleville hoitajille lisäkoulutusta. Vastaanoton toimintoja uudistettaessa tai juurrutettaessa tulisi lääkäreille ja hoitajille järjestää yhteistä koulutusta ja yhteisiä konsultaatioaikoja suunnittelun ja arvioinnin tehostamiseen. Myös ammattiryhmittäin eriytetyt koulutukset koettiin tärkeäksi. Lääkäreiden ja hoitajien työnjaon edelleen kehittämässä tulee keskittyä työnjaon selkiyttämiseen laadituilla kirjallisilla ohjeilla kunkin organisaation tarpeisiin. (Peltonen 2009, 130,183-186.)

STM:n mukaan henkilökunnan koulutus työpaikan muutoksissa on erityisen tärkeää, muutoksen edetessä henkilöstön odotukset osaamisen turvaamiseen kasvavat. Pelkkä koulutuksen järjestäminen ei välttämättä tuo henkilöstölle varmuutta osaamisesta, jos työyksikössä ei mietitä sen käytäntöön jalkauttamista. Sosiaali- ja terveydenhuollon keskeisin tavoite on organisaation kyky jatkuvasti kehittää toimintaansa, mikä edellyttää henkilöstön asiantuntemuksen ja näkemysten huomioon ottamista nykyistä paremmin tulevina vuosina. Osaamisen varmistamiseen tulee kiinnittää erityistä huomiota organisaation toiminnan että yksittäisen henkilön hyvinvoinnin kannalta.

5 MENETELMÄLLISET LÄHTÖKOHDAT

5.1 Kvalitatiivinen lähestymistapa

Opinnäytetyössäni selvitän sairaanhoitajan työnkuvaa lääkäri-sairaanhoitaja työparimallissa sekä sairaanhoitajien kokemuksia työparimallin hyvistä puolista. Tutkimustavaksi valitsin laadullisen tutkimuksen, koska tarkoitukseni on todellisen elämän ja kokemusten kuvaaminen. Pyrkimyksenä on tutkia vastauksia ja kohdetta mahdollisimman kokonaisvaltaisesti ja löytää asiaa kuvaava ydin. (Hirsjärvi, Remes& Sajavaara, 2007, 157.) Saatuja vastauksia käsitellen sisällönanalyysin avulla.

Varto (1992, 59-63) toteaa, että tutkija asettaa kysymyksiä vain oman kokemuksensa ja ymmärryksensä valossa ja niiden avulla hän myös ymmärtää ja tulkitsee tutkimuskohdetta. Kuitenkaan tutkittavan kokemukset eivät tule koskaan tyhjentävästi ymmärretyiksi. Tämän vuoksi tutkijalta edellytetään herkkyyttä ja kykyä asettaa tutkimusaineistolleen miksi-kysymyksiä. (Vilka 2005, 97-98.)

5.2 Aineiston keruu

Tiedonantajina olivat perusterveydenhuollon vastaanoton sairaanhoitajat sellaisesta kunnasta, jossa lääkäri-sairaanhoitaja työparimalli oli jo käytössä. Yhteydenotto organisaatioon tapahtui ylihoitajan kautta kirjeitse, lupa opinnäytetyön kyselyn tekemiseen tuli minulle kotiin postitse. Lupa-asiat etenivät asianmukaisella tavalla, mutta anonymiteetin suojaamiseksi lupalomake ei ole liitetty tähän opinnäytetyöhön. Kyselylomakkeet, saatekirjeet, suostumuslomakkeet ja vastauskuoret postimerkeillä varustettuina lähetin sairaanhoitajien esimiehelle. Hän jakoi kyselyt edelleen alaisilleen. Saatekirjeellä on suuri merkitys tutkimuksen onnistumiseen, itse perustelin tarkasti kyselyn tärkeyttä ja pyrin motivoimaan ja vakuuttamaan hoitajat vastaamisen tärkeydestä. Sairaanhoitajilta kerättiin kyselylomakkeilla tietoa ja kokemuksia työparimallista sairaanhoitajan näkökulmasta. Kyselyyn osallistuneet sairaanhoitajat vastasivat kysymyksiin nimettöminä ja palautetut kyselylomakkeet säilytettiin opinnäytetyöprosessin ajan lukollisessa kaapissa. Yksittäisistä vastauksista ei voida päätellä vastaajan henkilöllisyyttä eikä yhteistyötahoa tai paikkakuntaa mainita nimeltä.

Opinnäytetyön valmistuttua kyselylomakkeet hävitettiin asianmukaisesti. Tuomen (2007, 145-146) mukaan tutkimustietojen on oltava luottamuksellisia, eli tutkimuksen yhteydessä saatuja tietoja ei luovuteta ulkopuolisille eikä kyseisiä tietoja käytetä muuhun tarkoitukseen. Tietojenkeruu suoritettiin kyselylomakkeella; osittain strukturoiduilla ja osittain avoimilla kysymyksillä toukokuun 2012 aikana. Katsoin tarpeelliseksi saada tietää, monenko vuoden työkokemus sairaanhoitajilla oli työparimallista.

Kyselylomakkeita postitettiin yhdeksän kappaletta ja viisi lomaketta palautui minulle takaisin. Kyselyyn vastaajina oli siis viisi sairaanhoitajaa, joilla oli keskimäärin 2-5 vuoden työkokemus lääkäri-hoitaja työparimallin mukaisesta työskentelystä. Kyselyssä selvitettiin heidän kokemuksia työtehtävistään, työparimallin vahvuuksista ja heikkouksista sekä mielipiteitä työparimallin toiminnan kehittämiskohteista.

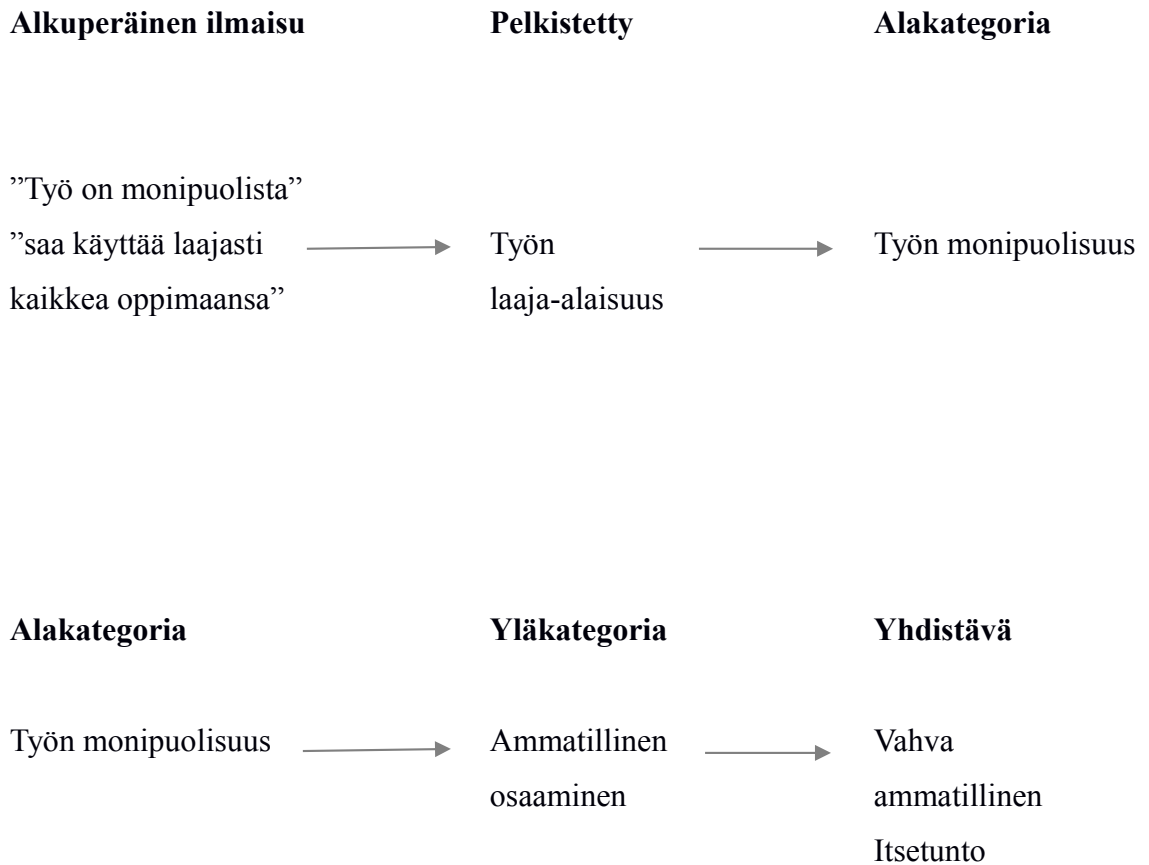
5.3 Aineiston analyysi

Opinnäytetyön kyselylomakkeen vastausten analysoinnissa käytin sisällönanalyysi menetelmää. Sisällönanalyysi on menetelmä, jolla voidaan analysoida suullista ja kirjoitettua kommunikaatiota ja jonka avulla voidaan tarkastella asioiden ja tapahtumien merkityksiä, seurauksia, yhteyksiä, aikomuksia ja tarkoituksia. Sisällönanalyysissä on olennaista, että tutkimusaineistosta erotetaan samanlaisuudet sekä erilaisuudet. Näiden aineistoa kuvaavien luokkien tulee olla toisensa poissulkevia ja yksiselitteisiä. (Janhonen & Nikkonen 2001,23.)

Aineistolähtöisessä eli induktiivisessa sisällönanalyysissä alkuperäiset vastaukset pelkistetään muutamalla sanalla mahdollisimman tarkasti käyttäen samoja termejä kuin alkuperäisessä aineistossa. Seuraavaksi näistä pelkistetyistä ilmaisuista etsitään samaa tarkoittavat ilmaisut ja yhdistetään ne samaan alakategoriaan ja nimetään se sisältöä kuvaavasti. Tätä analysointia jatketaan yhdistämällä samansisältöiset alakategoriat toisiinsa, muodostaen yläkategorioita ja nimeämällä ne sisältöään kuvaavasti. Näistä ryhmittelyistä nousee ja muodostuu yhdistäviä käsitteitä, jotka antavat vastauksia tutkimustehtäviin. Kategorioiden muodostamista jatketaan niin kauan kuin se on sisällön kannalta mielekästä ja mahdollista. Sisällön analyysissä pyritään rakentamaan

sellaisia malleja, jotka ilmentävät tutkittavaa ilmiötä tiivistetyssä muodossa ja joiden avulla tutkittava ilmiö voidaan käsitteellistää (Kyngäs & Vanhanen 1999,3).

Seuraavassa esimerkki opinnäytetyön analyysin vaiheista analysoitaessa työparimallin myönteisiä puolia sairaanhoitajien kokemana.



KUVIO 1. Esimerkki sisällönanalyysin vaiheista.

6 SAIRAANHOITAJIEN KOKEMUKSET

6.1 Työpäivän ajankäyttö ja tehtäväsiirrot

Kyselyyn vastanneilta sairaanhoitajilta kysyttiin heidän kokemaansa ajankäyttöä keskimääräisen työpäivän aikana välittömän ja välillisen hoitotyön osalta. Välittömään hoitotyöhön kuuluvaa puhelintyötä he arvioivat päivän aikana olevan keskimäärin vähän yli kaksi tuntia. Tähän sisältyi ajanvaraus lääkäreille, laboratorion tilausta, laboratoriovastausten tulkintaa sekä puhelinohjausta. Konsultaatioaika lääkärin kanssa vaihteli 15 minuutista 40 minuuttiin keskimääräisen työpäivän aikana. Suurimman osan työpäivästä, kahdesta viiteen tuntiin, sairaanhoitajat käyttivät asiakkaiden ja potilaiden ohjaamiseen ja neuvontaan, haavahoitoihin, lääkehoidon toteuttamiseen sekä toimenpiteissä avustamiseen.

Välilliseen hoitotyöhön sairaanhoitajat kokivat käyttävänsä vähemmän aikaa. Puhelinasioden seulonta, järjestely ja konsultointi veivät keskimäärin tunnin ja 15 minuuttia. Kirjaamiseen käytettiin noin tunti keskimääräisen työpäivän aikana. Tilojen huoltoon, huoneiden siistimiseen, varasto- ja lääketilauksen tekemiseen sairaanhoitajat kokivat kuluvan aikaa noin 40 minuuttia viikossa. Eli työpäivien sisältö vaihteli viikon aikana.

Yhtenä kysymyksenä oli kartoittaa sairaanhoitajien toimipisteessä mahdollisesti tehtyjä tehtävä- ja työnsiirtoja eri ammattiryhmien kesken sekä selvittää mahdollisten kirjallisten ohjeiden saatavuus sairaanhoitajan työn tueksi. Kyselyyn vastanneet sairaanhoitajat kokivat, että tehtäväsiirrot oli tehty heidän työpaikassaan lääkäreiltä sairaanhoitajille. Näitä työnsiirtoja olivat laboratorion tulosten analysointi ja tulkinta, Marevan- lääkityksen ja diabetes-lääkityksen muutokset. Kirjallisia ohjeita tehtävä- ja työnsiirtoihin he eivät olleet saaneet.

6.2 Työparimallin vahvuudet

Alakategorioista koulutus, työn monipuolisuus ja haasteellisuus muodostui yläkategoria ammatillinen osaaminen. Vastausten perusteella sairaanhoitajat kokivat työnsä laajalaisena, pystyen käyttämään laajasti hyödykseen ammatillista tietoa ja taitoa. Sairanhoitajat kokivat työnsä itsenäisenä ja joustavana, koska pystyivät suunnittelemaan työtään päivien ja viikkojen osalta. Työn haasteellisuutena nähtiin myös ennakoitavuus sekä vastuu. Sairanhoitajien vastaanotot toimivat ajanvarauksella, jolloin työn ennakoitiin oli helpompaa. Vastuullisuus näkyi sairaanhoitajien työssä mm pitkäaikaisseurannassa. Koulutus nähtiin hyvänä keinona syventää tietoa erityisesti oman vastualueen osalta, sairaanhoitajat kokivat työnsä vastaavan hyvin koulutustaan. Koulutuksen tuomina hyvinä asioina nähtiin myös hoitajan hyvät ammatilliset kehittymismahdollisuudet.

Yläkategoriasta ammatillinen osaaminen muodostui yhdistäväksi kategoriaksi vahva ammatillinen itsetunto. Työn itsenäisyyden, vastuullisuuden, yksinäisyyden ja ajoittaisen kiireen hallitsemiseksi hoitajalla on oltava vahva ammatillinen itseluottamus. Perustelutaito, hoidon priorisointi sekä odotusten, asioiden keskeneräisyyden hyväksyminen itsestään riippumattomista asioista ovat hoitajan tärkeimpiä ominaisuuksia oman työssä jaksamisen perustana.

Alakategorioista asiakaslähtöisyys ja yhteistyö muodostui yläkategoria hoidon jatkuvuus. Omahoitajuus tietyille väestölle koettiin myönteisenä asiana, sillä sairaanhoitajat kykenivät paneutumaan asiakkaansa hoitoon ja asiakkaista tuli tutumpia, kun heidät oppi tuntemaan. Asiointi nopeutui, kun sairaanhoitajat tunsivat asiakkaansa sekä hoidon jatkuvuus toteutui laadukkaammin. Yhteistyö lääkärin kanssa koettiin myös työparimallin myönteisenä puolena.

Kommunikoinnin helppous(aina voi kysyä, ilman turhaa byrokratiaa).

Sujuva tiedonkulku näkyi sairaanhoitajien työssä konsultointimahdollisuuden parantumisenä sekä tuen saamisen helppoutena omalta työpariltaan. Työpäivien sujumista helpotti, kun pystyi nopeasti konsultoimaan tai informoimaan työpariaan ilman jäykkiä väliportaita.

Yläkategoriosta hoidon jatkuvuus nousi yhdistävänä kategoriana ammattitaidon hyödyntäminen. Sairaanhoitajat kykenivät käyttämään hyödykseen kokonaisvaltaisesti tietämystään ja taitoaan omassa työssään sairaanhoitaja-lääkäri työparimallissa.

6.3 Työparimallin heikkoudet

Alakategorioista raskaat päivittäiset rutiinit sekä työn ennakoimattomuus muodostui yläkategoriaksi välillisen hoitotyön kuormittavuus. Sairaanhoitajat kokivat puhelinaikojen olevan työläitä juuri puheluiden runsauden ja niiden moninaisuuden vuoksi. He kokivat myös paperitöitä olevan liikaa, jotka kuormittavat työpäiviä ja saavat työmäärän tuntumaan raskaalta. Myös töiden ruuhkautuminen oli ajoittain ennakoimatonta, sairaanhoitajat kokivat että töiden organisointi oli välillä vaikeaa. Työpäivien sisältö muuttui kuitenkin lähes päivittäin erilaisista seikoista johtuen, esim kausittaiset flunssat ja väestön yleinen sairastuvuus, henkilökunnan sairauspoissaolot ja aikaavievät asiakaskäynnit. Töiden ruuhkautumiseen liittyi myös sairaanhoitajien kokema ajoittainen kiire työssään.

Alakategoria hoidontarpeen arvioinnin ja ohjauksen vaikeus muotoutuu yläkategoriaksi ammatillisen tuen tarve. Sairaanhoitajat kokivat vastuun lisääntyneen työssään sekä kuvailivat työtään melko yksinäiseksi. Ammatillisen tuen tarve olisi tällöin erityisen tärkeää ja sen puuttuessa nämä seikat saavat kielteisen sävytteen. Mahdollisuus kollegan konsultointiin on erityisen tärkeää sairaanhoitajan päätöksenteon tueksi.

Yläkategoriat välillisen hoitotyön kuormittavuus ja ammatillisen tuen tarve yhdistyvät ylemmäksi käsitteeksi työn vaativuuden kasvu. Töiden lisääntyminen, jatkuvasti muuttuva teknologia ja työvoiman vähäisyys luovat paineita työntekijälle.

6.4 Työparimallin kehittämiskohteet

Kyselyyn vastanneet sairaanhoitajat nostivat esiin kehittämiskohteina ja tarpeinaan ryhmävastaanottojen kehittämisen yhteistyönä lääkäreiden kanssa. Toisena kehittämiskohteena nousi esille kirjallisten ohjeistusten tarpeellisuus sairaanhoitajan näkökulmasta. Sairaanhoitajat kaipasivat selkeitä, kirjallisia ohjeita työ- ja tehtäväsiirtojen osalta. Peltosen (2009) mukaan keskeisiä kehittämisalueita ovat työnjaon selkiyttäminen sekä puhelinneuvonnan ja päivystystoiminnan tehostaminen

(Peltonen, 170). Kyselyyn osallistuneiden hoitajien kaipaamat kirjalliset ohjeet parantaisivat myös Peltosen esiin tuomaa työnjaon selkiyttämistä.

6.5 Johtopäätökset

Sairaanhoitajien vastausten perusteella voidaan todeta, että suurimman osan työpäivästään sairaanhoitajat käyttivät välittömään hoitotyöhön.

Myönteisinä asioina sairaanhoitajat kokivat työskentelyn sairaanhoitaja-lääkäri työparimallissa vahvistavan ammatillista itsetuntoa monipuolisen ammatillisen osaamisen vuoksi. Työn itsenäisyyden vuoksi hoitajilla on oltava hyvä ammatillinen tieto-taitopohja sekä vahvaa ammatillista itsetuntoa päätöksenteon tueksi. Sairaanhoitajat kokivat pystyvänsä hyödyntämään ammattitaitoaan parhaiten juuri sairaanhoitaja-lääkäri työparimallissa. Työn negatiivisina puolina sairaanhoitajat näkivät työn vaativuuden kasvun. Liian suuri vastuu koettiin raskaana, selvien ohjeiden puuttuminen ja kiire työpäivien aikana olivat sairaanhoitajia kuormittavia tekijöitä. Alimitoitettu henkilökuntamäärä väestöpohjaan nähden, lisääntyneet tehtävä- ja työnsiirrot sairaanhoitajille ja toimimattomat tietotekniikkalaitteet ja -yhteydet luovat negatiivista painetta sairaanhoitajien työhön. Riittämättömyyden tunne sekä kiire ovat ikävä kyllä monen sairaanhoitajan nykypäivää työelämässä.

Kirjaamiselle on varattava riittävästi aikaa, sillä vastuukysymyksissä tällä on suuri juridinenkin arvo. Kirjallisten ohjeiden puuttuminen saattaa luoda eriarvoistumista hoidon suhteen tai jopa laiminlyöntien tai virheiden määrän kasvamista. Tehtävä- ja työnsiirtojen osalta olisi hyvä miettiä myös muiden ammattiryhmien osaamista, jotta tehtäväsiirtoja tapahtuisi esim. myös sairaanhoitaja-lähihoitaja linjalla.

Sujuva tiedonkulku on keskustelevalle työskentelytyylinen parhaimpia puolia. Hierarkisten toimintatapojen purkaminen nopeuttaa ja parantaa juuri asiakkaan saamaa hoitoa.

7 POHDINTA

Tämän opinnäytetyöprosessin olen kokenut haastavaksi sekä antoisaksi. Ammatillisesti katsoen olen päässyt perehtymään ja syventymään sairaanhoitaja-lääkäri työparitoimintaan ja siihen läheisesti liittyviin asioihin, kuten tehtävä- ja työnsiirtoihin. Koen oppineeni teoreettista ajattelua sekä oivaltanut tieteellisten tutkimusten merkityksen työelämässä. Tämän opinnäytetyöntyön tuomasta tietopohjasta tulen hyötymään juuri omassa työssäni ja sen kehittämisessä. Opinnäytetyöprosessin aikana koin haasteita juuri teoreettisten lähteiden etsimisessä, mutta koulun kirjastosta saamani ohjaus ja tuki auttoivat minua teorian löytämisessä. Työparimalli on suhteellisen uusi asia terveydenhuollossa, joten tutkimuksia tai artikkeleita kyseisestä asiasta löytyi muutamia. Löytämäni kirjallisuus oli pääsääntöisesti uutta ja laadukasta. Laadullinen tutkimus tuntui heti alusta asti oikealta vaihtoehdolta, sillä halusin perehtyä sairaanhoitajien omiin kokemuksiin työparityöstä.

Opinnäytetyöprosessi vei kaikkineen todella paljon aikaa, silti koen aikataulutukseni pysyneen suurin piirtein suunnitellun ajankäytön puitteissa. Lupa-asiat ja byrokraattinen puoli etenivät yllättävän hitaasti, itse kyselyn ajankohta sujui nopeasti ja vastauksia palautettiin tarpeellinen määrä. Tulosten yleistettävyyys kuitenkin heikentyy juuri pienen tiedonantajien määrän vuoksi. Jos nyt saisin tehdä jotain toisin tässä prosessissa, laatisin kyselylomakkeen pelkästään avoimilla kysymyksillä tai keräisin tietoa syvähaastattelulla. Haluaisin päästä vielä syvemmälle sairaanhoitajien kokemuksiin ja niistä nouseviin asioihin.

Tämä aihe koskettaa minua ammatillisesti ja henkilökohtaisesti työpaikallanikin, jossa ollaan siirtymässä sairaanhoitaja-lääkäri työparimalliin lähitulevaisuudessa ja tämän opinnäytetyön aikana aloitettiin jo kokeiluryhmä asiasta. Tarkoituksena on räätälöidä työparimallista juuri oman työpaikan resurssien ja väestön tarpeisiin vastaava malli. Lähtökohtana on konkreettisten ongelmien korjaaminen, toiminnan- ja palveluiden kehittäminen sekä muutoksiin vastaaminen esimerkiksi rakenteiden, työjaon ja toimintamallien osalta tulevaisuudessa. Ammattikunnan on aktiivisesti oltava mukana näissä päätöksissä myös yhteiskunnallisella tasolla ja tuotava esiin hoitotyön tärkeys väestön terveyden edistämässä ja ylläpitämisessä sekä sairauksien hoidossa kuten Lauri ja Suikkala ym. toteavat. (Lauri 2005, 18; Suikkala ym 2004, 29.)

Tulevaisuudessa terveydenhuollon kustannukset kasvavat ja eriarvoisuus palvelujen saannissa lisääntyy, erityisesti lisääntyvät perusterveydenhuollon haasteet ja sen eri osa-alueiden toimivuuden turvaaminen. Perusterveydenhuollon vahvistaminen tuo säästöjä erikoissairaanhoidon kustannuksiin. Terveydenhuollon työntekijät ja väestö ikääntyvät sekä muuttuvat entistä monikulttuurisemmiksi. Ammattitaitoisten hoitajien saanti vaikeutuu suurten eläkepoistumien myötä, on jopa puhuttu 150 000 hoitajan vajeesta seuraavien 10-15 vuoden aikana. Väestön asettamat vaatimukset ja tietotaso kasvavat, mutta myös teknologian valtava edistyminen tuo jatkuvasti uusia mahdollisuuksia sähköiseen ja virtuaaliseen asiakaspalveluun sekä potilaiden hoitoon. Näiden haasteiden edessä on syytä etsiä uusia suuntia ja toimintatapoja tulevaisuutta varten, jotka vapauttaisivat terveydenhuollon ammattilaisten nykyisiä resursseja toisiin tehtäviin. (Nurkkala 2010,21.)

Opinnäytetyön tiedonantajina toimineet sairaanhoitajat kokivat työssään ilmenevän vastuun sekä hyvinä että huonoina puolina. Sopiva määrä vastuuta hoidonseurannassa ja työssä koettiin tukevan ja motivoivan ammatillista osaamista. Toisaalta liiallinen vastuu työssä, mahdolliset puutteet hoitolinjojen ohjeistuksessa, kuormittavat liikaa henkilökuntaa ja vastuu kääntyy negatiiviseksi tunteeksi. Työtapojen tarkastelu, uudelleen suunnittelu ja työtehtävien kartoitus ovat hyvin tärkeitä asioita työn sujumuuden kannalta. Tehtävä- ja työnsiirtoja on tarpeen tehdä eri ammattiryhmien, lääkäri- sairaanhoitaja/ terveydenhoitaja- lähihoitaja välillä. Nämä tehtävä- ja työnsiirrot on toteutettava huolella, jolloin huolehditaan riittävästä koulutuksesta, kirjallisten sopimusten ja ohjeiden laatimisesta. Työn vastuullisuuden ja vaativuuden kasvaessa, kuuluu työntekijän saada siitä myös riittävä rahallinen korvaus. Asianmukainen palkkaus, hyvät työolosuhteet ja ohjeistukset ovat tärkeimpiä lähitulevaisuuden kilpailuvaltteja eri työnantajien kesken.

Opinnäytetyön vastauksista kävi ilmi, että hoitajat kaipasivat työnsä tueksi juuri kirjallisia ohjeita. Myös Peltonen (2009) toteaa, työnjaon kehittämisessä tulee keskittyä työn selkiyttämiseen suunnittelemalla yhtenäisiä vastaanottojen toimintatapoja ja -malleja sekä hoitokäytäntöjä, jotka ohjaavat lääkäreiden ja hoitajien työtä. Tämä edellyttää lisättävän lääkäreiden ja hoitajien säännöllisiä kokouksia, jotta henkilökunta voisi olla itse mukana kehittämässä toimintaansa. (Peltonen 2009, 171.)

Jatkossa olisi mielenkiintoista tietää, kuinka tehtävä- ja työnsiirroilla on saatu tehostettua potilaiden/ asiakkaiden hoitoa sekä selvittää kirjallisten ohjeistusten tuomaa tukea sairaanhoitaja- lääkäri työparimallissa.

7.2 Eettisyys

Oma aiheeni, lääkäri-sairaanhoitaja työparimallin tarkastelu sairaanhoitajan näkökulmasta, on uudehko asia avoterveydenhuollossa, joten teoreettisen materiaalin löytäminen oli haastavaa. Kirjallisuus oli kuitenkin laadukasta, tutkimuksia (pro gradu) löytyi myös aihetta koskettaen. Käyttämäni lähteet on merkitty lähdeluetteloon ja tekstiin olen merkinnyt kulloisenkin viittauksen. Kuten Hirsjärvi ym. (2007, 114) toteaa, lähteiden merkitseminen on tärkeää, ettei esitä asioita ominaan tai kopioi tekstiä eli plagioi toista tekijää.

Tuomen (2007) mukaan tieteellisen käytännön loukkauksia ovat muiden tutkijoiden vähättely julkaisuissa ja puutteellinen viittaaminen aikaisempiin tutkimustuloksiin, tutkimustulosten tai käytettyjen menetelmien huolimaton ja harhaanjohtava raportointi, tulosten puutteellinen kirjaaminen ja säilyttäminen sekä samojen tulosten julkaiseminen monia kertoja näennäisesti uusina. Tieteellisellä vilpillä tarkoitetaan sepitettyjen, vääristeltyjen tai ilman lupaa lainattujen havaintojen ja tulosten esittämistä ominaan. (Tuomi, 2007, 146.)

Aineiston keruussa saatu tieto riippuu siitä miten tutkija on tavoittanut tutkittavan ilmiön. Tutkijan on pystyttävä pelkistämään aineistonsa niin, että se kuvaa mahdollisimman luotettavasti tutkittavaa ilmiötä. Tutkijan tulee pystyä osoittamaan luotettavasti tulostensa ja aineistonsa välinen yhteys (Patton 1990, Weber 1990, Burnard 1996, Janhosen ym. 2001, 36 mukaan).

Opinnäytetyöni kyselylomakkeen kysymykset muotoutuivat kevään 2012 aikana. Kyselylomakkeen testaus tapahtui kollegani ja oman työpaikkani ylihoitajan toimesta, joilta sain hyviä tarkentavia ideoita kysymyksiin. Mielestäni kysymysten asettelu oli haastavaa, että kykenin muotoilemaan kysymykset mahdollisimman tarkoiksi. Paljon riippui myös siitä, että kokivatko kyselyyn osallistuneet sairaanhoitajat kysymykset selkeiksi ja pyrkivätkö sairaanhoitajat vastaamaan huolellisesti ja rehellisesti

kysymyksiin. Väärinymmärryksiä on vaikea selvittää ja kontrolloida. (Vrt. Hirsjärvi ym. 2007, 190)

Kysymykset olivat pääsääntöisesti avoimia kysymyksiä, yksi strukturoitu kysymys oli joukossa. Kysely suoritettiin toukokuussa 2012, vastausaikaa sairaanhoitajilla oli pari viikkoa. Yhteensä kyselylomakkeita postitettiin yhdeksän kappaletta ja viisi palautui takaisin. Viimeinen kyselylomake saapui hieman myöhässä vastausajan jo päättyttyä.

7.3 Luotettavuus

Tuomi (2007, 143) painottaa, että tutkijan eettiset ratkaisut ja tutkimuksen uskottavuus kulkevat yhdessä. Uskottavuus perustuu tutkijoiden noudattamaan hyvään tieteelliseen käytäntöön (good scientific practise).

Vilkan (2005, 158-159) mukaan laadullisella tutkimusmenetelmällä tehdyn tutkimuksen voi sanoa olevan luotettava, kun tutkimuskohde ja tulkittu materiaali ovat yhteensopivia eikä teorianmuodostukseen ole vaikuttaneet epäolennaiset tai satunnaiset tekijät. Luotettavuuden arviointia tehdään koko ajan suhteessa teoriaan, analyysitapaan, tutkimusaineiston ryhmittelyyn, luokitteluun, tutkimiseen, tulkintaan ja johtopäätöksiin. Eli minun on pystyttävä kuvaamaan ja perustelevaan tutkimustekstissä, mistä valintojen joukosta valinta tehdään, mitä nuo ratkaisut ovat ja miten olen lopullisiin ratkaisuihin päätenyt. Minun tulee myös arvioida ratkaisujen tarkoituksenmukaisuutta ja toimivuutta tavoitteisiin peilaten.

Teoreettisen toistettavuuden periaatteessa lukijan on päädyttävä tutkimustekstissä samaan tulokseen kuin tutkimuksen tekijän. Tässä vaiheessa ovat opponettien mielipiteet tärkeät. Minun on myös osoitettava yleistettävyyden taitoa eli kykyä tarkastella tutkittavaa asiaa yleisemmällä tasolla jo tutkimuksen aikana, eri havaintoja yhdistelemällä. (Vilka 2005, 160.)

Vastaukset purettiin laadullista sisällönanalyysiä käyttäen pelkistämällä alkuperäiset vastaukset ja muodostamalla niistä ala- ja yläkategorioita. Opinnäytetyön luotettavuuden lisäämiseksi käytin myös aineiston suoria lainauksia, samoin

pelkistämiset, ala- ja yläkategorioiden muodostamiset aukikirjoitettiin työhön. Luotettavuutta lisää myös se, että vain yksi ihminen, opinnäytetyön tekijä, suoritti sisällönanalyysin eri vaiheet. Tosin joissakin lähteissä sisällön analyysin ongelmallisuutena on pidetty tutkijan subjektiivista näkemystä asiasta, jolloin objektiivisyys unohtuu. Tätä ilmiötä pyrin itse kaikin tavoin välttämään, ohjaavan opettajan ja opponenttien ajatuksia kuunnellen. Janhosen ja Nikkosen (2001, 23) mukaan sisällönanalyysissä on olennaista, että tutkimusaineistosta erotetaan samanlaisuudet sekä erilaisuudet. Näiden aineistoa kuvaavien luokkien tulee olla toisensa poissulkevia ja yksiselitteisiä. Sisällönanalyysissä tarkastellaan aineistossa ilmeneviä merkityksiä, tarkoituksia, aikomuksia, seurauksia ja yhteyksiä. Aineiston analysoinnissa korostuvat tutkijan arvostukset, taidot ja oivalluskyky (Janhonen & Nikkonen 2001, 36).

Opinnäytetyö laadittiin Tampereen ammattikorkeakoulun raportointiohjeiden mukaisesti kirjallisten töiden rakenne- ja muotovaatimuksia noudattaen. Tuomen (2007, 152) mukaan tutkijan tulee antaa lukijoille riittävästi tietoa, miten tutkimus on tehty, jotta he voivat arvioida sen tuloksia. Aukikirjoitin kaikki sisällönanalyysivaiheet tarkasti ylös, jotta lukijat pystyvät seuraamaan vastausten tulkintaa työn eri vaiheissa.

LÄHTEET

- Ahola, K. 2011. Lääkäriin vastaanotolle ennätyspitkät jonot. Pirkkalainen 42/2011, 8.
- Blek-Vehkaluoto, M. 2006. Sairaanhoidajien ammattipätevyys terveystieteiden keskuksen avohoidossa. Kuopion yliopisto. Hoitotieteen laitos. Pro gradu-tutkielma.
- Botha, E. Yksilön ja yhteisön terveyden edistäminen. Luentomuistiinpanot 23.8.2011. Luettu 14.11.2011.
- Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2007. Tutki ja kirjoita. 13. Painos. Keuruu: Otavan Kirjapaino Oy.
- Hukkanen, E. & Vallimies-Patomäki, M. 2005. Yhteistyö ja työnjako hoitoon pääsyn turvaamisessa. Selvitys kansallisen terveystieteiden keskuksen työnjakopiloteista. STM:n selvityksiä 2005:21. Luettu 9.8.2012. <http://www.stm.fi/>
- Janhonen, S. & Nikkonen, M. (toim.) 2001. Laadulliset tutkimusmenetelmät hoitotieteessä. Juva: WS Bookwell Oy.
- Kantanen, A. 2008. Sairaanhoidajien ja lääkäreiden yhteistyö erikoissairaanhoidossa. Kuopion yliopisto. Hoitotieteen laitos. Pro gradu- tutkielma.
- Korhonen, T., Mäkipää, S. 2011. Mistä asiantuntijuus muodostuu? Teoksessa Ranta, I (toim.) Hoitotyön vuosikirja 2011. Sairaanhoidaja asiantuntijana. Helsinki: Edita Prima Oy.
- Krokkfors, Y., Mäkipää, S. 2011. Asiantuntijuus ja monenlaiset potilaat. Teoksessa Ranta, I (toim.) Hoitotyön vuosikirja 2011. Sairaanhoidaja asiantuntijana. Helsinki: Edita Prima Oy.
- Kyngäs, H. & Vanhanen, L. 1999. Sisällön analyysi. Hoitotiede 11 (1), 3-12.
- Laakkonen, A. Hoitohenkilöstön ammatillinen kasvu hoitokulttuurissa. Tampereen yliopisto. Kasvatustieteiden laitos. Väitöskirja.
- Lauri, S. 2005. Sairaanhoidajan ammatti- tietoa, päätöksentekoa ja vaikuttamista. Teoksessa Miettinen, M., Hopia, H., Koponen, L., & Wilskman, K. Hoitotyön interventiot. Hoitotyön vuosikirja 2005. Sipoo: Silverprint Oy.
- Lauri, S. 2007. Hoitotyön ydinosaaminen ja oppiminen. WSOY Oppimateriaalit Oy.
- Leinonen, S. 2008. Tietojärjestelmät organisaation osaamisen kehittämisen tukena. Case: hoitaja- lääkäri työnjakomalli kehittämisvälineenä. Kuopion yliopisto. Terveystieteiden ja -talouden laitos. Pro gradu- tutkielma.
- Mattila, K-P. 2010. Asiakkaana ihminen, työnä huolenpito ja auttaminen. Juva: PS-kustannus.

- Nurkkala, H. 2010. Terveyden edistäminen kuntien perusterveydenhuollossa. Teoksessa Muurinen, S., Nenonen, M., Wilskman, K. & Agge, E. (toim.) Uusi terveydenhuolto. Hoitotyön vuosikirja 2010. Helsinki: Edita Prima Oy.
- Peltonen, E. 2009. Lääkäreiden ja hoitajien työpari- ja tiimityö vastaanottojen toimintamalleina perusterveydenhuollossa. Kuopion yliopisto. Hoitotieteen laitos. Väitöskirja.
- Peltonen, E., Vehviläinen-Julkunen, K., Pietilä, A-M. & Elonheimo, O. 2010. Uusi toimintamalli perusterveydenhuollon vastaanotto toimintaan. Teoksessa Muurinen, S., Nenonen, M., Wilskman, K. & Agge, E. (toim.) Uusi terveydenhuolto. Hoitotyön vuosikirja 2010. Helsinki: Edita Prima Oy.
- Sarajärvi, A. 2010. Hoitotyöntekijöiden kokemuksia näyttöön perustuvan hoitotyön kehittämisestä ja toimintamallin käytäntöön soveltamisesta. Pro terveys 5/2010, 12-14.
- STM 2009. Toimiva terveyskeskus– toimenpideohjelma. Julkaistu 10.2.2009. Tulostettu 12.4.2012. <http://www.stm.fi/>
- STM 2011. Toiminnallisen uudistamisen ja muutosjohtamisen tuki- hanke, loppuraportti. Julkaistu 20.9.2011. Tulostettu 13.7.2012. <http://www.stm.fi/>
- STM 2011. Terveydenhuoltolaki 1326/2010 (Finlex). Päivitetty 1.5.2011. Luettu 1.11.2011. <http://www.thl.fi/>
- Suikkala, A., Miettinen, M., Holopainen, A., Montin, L. & Laaksonen, K. 2004. Sairaanhoitajan kliininen urakehitys. Suomen sairaanhoitajaliitto ry. Sipoo: Silverprint.
- Suomen sairaanhoitajaliitto ry, 2012. Tulostettu 4.8.2012. Sairaanhoitajan eettiset ohjeet. http://www.sairaanhoitajaliitto.fi/sairaanhoitajan_ty_o_ja_hoitotyon/sairaanhoitajan_ty_o/sairaanhoitajan_eettiset_ohjeet/
- Suurnäkki, A., Leppäkoski, A-M. & Pellikka, M. 2010. Espoon potilaslähtöinen pitkäaikaissairauksien hoitomalli. Teoksessa Muurinen, S., Nenonen, M., Wilskman, K. & Agge, E. (toim.) Uusi terveydenhuolto. Hoitotyön vuosikirja 2010. Helsinki: Edita Prima Oy.
- Syvöja, P., Äijälä, O. 2009. Hoidon tarpeen arviointi. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.
- Tossavainen, K. 2011. Terveydenhuoltolain uudistus ja terveydenhoitajatyö. Terveydenhoitaja 2/2011, 14-17.
- Tuomi, J. 2007. Tutki ja lue. Johdatus tieteellisen tekstin ymmärtämiseen. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.
- Tuominen, S. 2006. Sairaanhoitaja avovastaanoton kehittäjänä. Pirkanmaan ammattikorkeakoulu. Terveysala. Opinnäytetyö.
- Vallimies-Patomäki, M. 2010. Sairaanhoitajan uudistuva rooli perusterveydenhuollossa. Teoksessa Muurinen, S., Nenonen, M., Wilskman, K. & Agge, E. (toim.) Uusi terveydenhuolto. Hoitotyön vuosikirja 2010. Helsinki: Edita Prima oy.

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

Vilkkä, H. 2005. Tutki ja kehitä. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.

Liite 1

TAMPEREEN
AMMATTIKORKEAKOULU

TIEDOTE

7.5.2012

Hyvä sairaanhoitaja!

Pyydän Teitä osallistumaan tiedonlähteeksi opinnäytetyöhöni, jonka tarkoituksena on selvittää lääkäri- sairaanhoitaja työparimallityöskentelyä sairaanhoitajan näkökulmasta.

Osallistumisenne on täysin vapaaehtoista. Voitte kieltäytyä osallistumasta tai keskeyttää osallistumisenne syytä ilmoittamatta milloin tahansa. Opinnäytetyölle on myönnetty lupa....., joka toimii opinnäytetyön yhteistyötahona.

Opinnäytetyö toteutetaan keräämällä tietoa kyselylomakkeilla sairaanhoitajilta, jotka työskentelevät lääkäri-sairanhoitaja työparimallin mukaan. Aineisto koostuu avoimista ja osittain strukturoiduista kysymyksistä. Vastaaminen tapahtuu työajalla ja arvioitu aika on noin 20 minuuttia. Kyselylomake palautetaan ohessa olevassa kirjekuoressa postitse opinnäytetyön tekijälle 30.5.2012 mennessä.

Opinnäytetyön valmistuttua aineisto hävitetään asianmukaisesti. Aineisto on ainoastaan opinnäytetyön tekijän käytössä. Aineisto säilytetään salasanalla suojattuina tiedostoina, kirjallinen aineisto lukitussa tilassa.

Teiltä pyydetään kirjallinen suostumus opinnäytetyöhön osallistumisesta. Opinnäytetyön tulokset käsitellään luottamuksellisesti ja nimettöminä, opinnäytetyön raportista ei yksittäistä vastaajaa pysty tunnistamaan. Opinnäytetyö on luettavissa elektronisessa Theseus -tietokannassa.

Mikäli Teillä on kysyttävää tai haluatte lisätietoja opinnäytetyöstäni, vastaan kysymyksiin mielelläni.

Sairanhoitajaopiskelija (AMK)
Tampereen ammattikorkeakoulu
kati.koskela@health.tamk.fi

KYSELYLOMAKE SAIRAANHOITAJILLE SAIRAANHOITAJA – LÄÄKÄRI
TYÖPARIMALLIN TOIMINNASTA

1. Montako vuotta olet työskennellyt
lääkäri-hoitaja työparimallin mukaan?

Kuvaile tehtäväsi ja arvioi ajankäyttösi (minuutteina/tunteina) keskimääräisen
työpäiväsi aikana:

A. välittömän hoitotyön osalta (Esim. ohjaus ja neuvonta, lääkehoito,
puhelintyö, toimenpide- ja haavahoidot).

B. Välillisen hoitotyön osalta (Esim. toimistotyö, reseptien käsittely,
laboratoriokokeiden tilaaminen, varasto- ja lääketilaukset).

3. Onko työpisteessäsi tehty tehtävänsiirtoja eri ammattiryhmien välillä?

A. Ei

B. Kyllä

Jos vastauksesi on kyllä : Kerro minkälaisia tehtäviä? Onko vastuunjaosta
laadittu kirjalliset ohjeet?

2 (2)

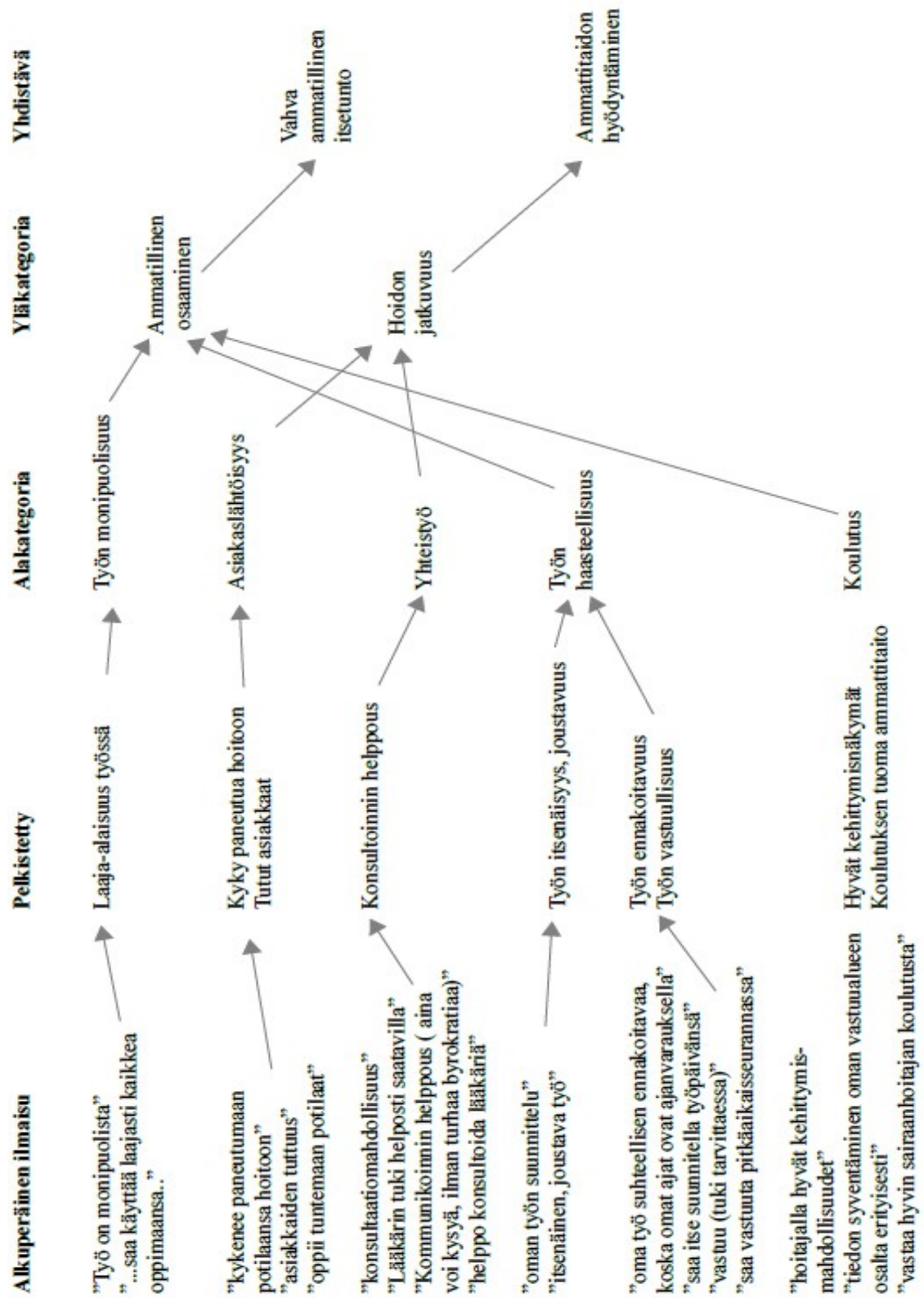
4. Mitkä ovat mielestäsi työparimallin

A. Hyvät puolet?

B. Huonot puolet?

5. Mitkä olisivat työparimallin mahdollisia kehittämissaihteita

Liite 3 Sisällönanalyysi työparimallin vahvuuksista



Liite 4 Sisällönanalyysi työparimallin heikkouksista

