

EIJA PELTONEN

Lääkäreiden ja hoitajien työpari- ja tiimityö vastaanottojen toimintamalleina perusterveydenhuollossa

Vertaileva tutkimus

The Doctor-Nurse Pair Model and the Admissions Team Model
in Primary Health Care: a Comparative Study

Väitöskirja

Esitetään Kuopion yliopiston yhteiskuntatieteellisen tiedekunnan luvalla julkisesti
tarkastettavaksi terveystieteiden tohtorin arvoa varten Kuopion yliopistossa
Mediteknian auditoriossa, perjantaina 8. toukokuuta 2009 klo 12

Hoitotieteen laitos
Kuopion yliopisto
Opetus- ja tutkimusyksikkö
Kuopion yliopistollinen sairaala



KUOPION YLIOPISTO

KUOPIO 2009

Jakelu: Kuopion yliopiston kirjasto
PL 1627
FI-70211 KUOPIO
Puh. 040 355 3430
Fax 017 163 410
<http://www.uku.fi/kirjasto/julkaisutoiminta/julkmyyn.html>

Sarjan toimittajat: Jari Kylmä, FT
Hoitotieteen laitos

Markku Oksanen, VTT
Sosiaalipolitiikan ja sosiaalipsykologian laitos

Tekijän osoite: Sisä-Savon terveydenhuollon kuntayhtymä
PL 5
FI-77601 SUONENJOKI
E-mail: eija.peltonen@uku.fi

Ohjaajat: Professori Katri Vehviläinen-Julkunen, THT
Hoitotieteen laitos
Kuopion yliopisto

Professori Anna-Maija Pietilä, THT
Hoitotieteen laitos
Kuopion yliopisto

Dosentti Outi Elonheimo, LKT
Kliininen laitos
Helsingin yliopisto

Esitarkastajat: Professori Sirkka Keinänen-Kiukaanniemi, LKT
Terveystieteiden laitos
Oulun yliopisto

Dosentti Pirkko Routasalo, THT
Kliininen laitos
Helsingin yliopisto

Vastaväittäjä: Professori Helvi Kyngäs, THT
Terveystieteiden laitos
Oulun yliopisto

ISBN 978-951-27-1227-4
ISBN 978-951-27-1078-2 (PDF)
ISSN 1235-0494

Kopijyvä
Kuopio 2009
Finland

Peltonen, Eija. Lääkäreiden ja hoitajien työpari- ja tiimityö vastaanottojen toimintamalleina perusterveydenhuollossa. Vertaileva tutkimus. Kuopion yliopiston julkaisuja E. Yhteiskuntatieteet 168. 2009. 201 s.
ISBN 978-951-27-1227-4
ISBN 978-951-27-1078-2 (PDF)
ISSN 1235-0494

TIIVISTELMÄ

Tutkimuksen tausta: Perusterveydenhuollon vastaanotto toiminnan kehittäminen, terveydenhuollon ammattiryhmien välinen työnjako ja hoitajien tehtäväkuvien selventäminen vastaanotto toiminnassa vaativat tutkimusta. Suomalaisia tutkimuksia ja selvityksiä lääkäreiden ja hoitajien työstä ja heidän keskinäisestä työnjaostaan tai yhteistyöstä perusterveydenhuollon vastaanotto toiminnassa löytyy vähän.

Tutkimuksen tarkoitus: Tutkimuksen tarkoituksena oli kuvata perusterveydenhuollon vastaanotto toiminnan järjestelyjä hallinnon edustajien, lääkäreiden, hoitajien ja asiakkaiden arvioimina. Lisäksi tarkoituksena oli verrata lääkäreiden ja hoitajien tiimi- ja työparityön toteutumista ja hoitajien itsenäistä tehtäväaluetta vastaanotto toiminnassa. Tavoitteena oli luoda saaduista tuloksista toimintamalli perusterveydenhuollon vastaanotto toimintaan.

Aineisto ja menetelmät: Tutkimukseen valittiin kymmenen terveyskeskusta. Työparityömallilla toimiville vastaanotoille haettiin pari tiimityömallilla toimivat vastaanotot. Tutkimusaineistot muodostuivat hallinnon edustajista (n = 31), lääkäreistä (n = 48) ja hoitajista (n = 141) sekä vastaanotoilla yhtenä päivänä käyneistä asiakkaista (n = 788). Hallinnon edustajien vastausprosentti oli 82, lääkäreiden 44, hoitajien 70 ja asiakkaiden 46. Tutkimusaineistot koottiin vuosina 2005 ja 2006 kyselylomakkeilla. Aineistot analysoitiin tilastollisin menetelmin hakien frekvenssejä, keskiarvoja, käyttäen ristiintaulukointia, nonparametrisiä testejä, faktorianalyysejä ja avoimien kysymysten analyysissa sisällön erittelyä.

Tulokset: Työparityöterveyskeskuksille oli ominaista, että ajanvarausasioissa asiakkaat ottivat suoraan yhteyden omaan hoitajaan. Hoitajille oli erilliset puhelintunnit ja hoitajien vastaanotot toimivat ajanvarauksella. Tiimityöterveyskeskuksissa oli käytössä paikallisesti sovelletut toimintaa ohjaavat hoitosuositukset. Hoitajilla oli avosairaanhoidon vastaanottoja ilman ajanvarausta ja hoitajien lisätarve ennakoitiin päivystystoiminnassa. Työparityöterveyskeskuksissa asiakkaat pääsivät kiireettömissä asioissa lääkärin vastaanotoille paremmin kuin tiimityöterveyskeskuksissa. Terveyskeskuksissa henkilöstön työn tukimuotojen käyttö oli vähäistä. Kehityskeskusteluja käytettiin hyvin vähän lääkäreiden työssä tarvittavan osaamisen arvioinnissa. Tiimityöterveyskeskuksissa ei ollut järjestetty vastaanottojen lääkäreille ja hoitajille yhteistä työnohjausta. Itsenäisessä vastaanottotyössä toimivien hoitajien perusopintoihin kaivattiin muutosta ja työelämässä oleville hoitajille lisäkoulutusta. Lääkäreille ja hoitajille tulisi järjestää yhteistä koulutusta ja yhteisiä konsultaatioaikoja toimintoja uudistettaessa tai juurrutettaessa. Vastaanotto toiminnan edelleen kehittämisessä hallinnon edustajat, lääkärit ja hoitajat näkivät tärkeimmäksi vastaanotto toiminnan suunnittelun ja arvioinnin tehostamisen. Tiimi- ja työparityöterveyskeskusten hoitajilla oli näkemys hoitajien työnjaosta pitkäaikaissairaiden potilaiden seurannasta. Pitkäaikaissairauksia sairastavat potilaat kävivät tiimityöterveyskeskuksissa asiantuntijahoitajien ja työparityöterveyskeskuksissa omahoitajien vastaanotoilla. Lääkäreiden ja hoitajien työnjaon edelleen kehittämisessä tulisi keskittyä työnjaon selkiyttämiseen. Asiakkaiden mukaan terveyskeskusten vastaanotto toiminta oli luotettavaa: henkilökunta oli ammattitaitoista, tutkimukset sekä hoitotoimet tehtiin huolellisesti ja hoidettaviin asioihin paneuduttiin. Asiakkaiden mukaan lääkäreiden ja hoitajien antama neuvonta oli ammattitaitoista, yksilöllistä ja riittävää. Asiakkaat olivat myös tyytyväisiä vastaanotto aikojen saatavuuteen ja odotusaikaan sekä jatkohoidosta sopimiseen. Terveyskeskusten toimintaa voitaisiin asiakkaiden mukaan kehittää lisäämällä henkilökuntaa ja parantamalla ajanvarauksen toimivuutta.

Johtopäätökset ja suositukset: Tutkimus tuotti uutta tietoa eri toimijoiden näkökulmasta lääkäreiden ja hoitajien tiimi- ja työparityön eroista ja yhtäläisyyksistä sekä hoitajien tehtäväalueesta vastaanotto toiminnassa. Tietoa voidaan käyttää perusterveydenhuollon vastaanotto toiminnan kehittämiseen. Vastaanotto toiminnan suunnittelun ja arvioinnin tehostamiseen tarvitaan yhtenäinen tilastointijärjestelmä, joka tuottaisi tietoja vastaanottojen käyntisyiden lisäksi käyntien luonteesta ja sisällöstä sekä kustannuksista. Omalääkärin ja -hoitajan työ tulisi suunnitella siten, että työn kohde mitoitetaan tarkoituksenmukaisesti ja sitä arvioidaan säännöllisesti. Lääkäreiden ja hoitajien työnjaon käsite on hyvin moniulotteinen ilmiö. Sen määrittely yksiselitteisesti on mahdotonta. Toimintaympäristö, siellä tehtävä työ ja työn kohde sekä henkilöstön osaaminen ratkaisevat työnjaon. Tutkimuksen tuloksiin ja aikaisempaan tietoon perustuen luotiin toimintamalli perusterveydenhuollon vastaanotto toimintaan.

Yleinen suomalainen asiasanasto: terveydenhuolto; perusterveydenhuolto; vastaanotto; ajanvaraus; palvelut; asiakkaat; asiakastyytyvyisyys; kehittäminen; sairaanhoitajat; työ; osaaminen; työnjako; yhteistyö; lääkärit; toimintamallit



Eija Peltonen. The Doctor-Nurse Pair Model and the Admissions Team Model in Primary Health Care: a Comparative Study. Kuopio University Publications E. Social Sciences 168. 2009. 201 p.

ISBN 978-951-27-1227-4

ISBN 978-951-27-1078-2 (PDF)

ISSN 1235-0494

ABSTRACT

Background:

Admission into primary health care via health centres involves co-operation between nurses and doctors. The divisions of labour between these two occupational groups in primary care admission are not always clear, while reports from Finland on this issue are scant. However, work is currently ongoing in Finland to develop a model of good practices for admission into primary care.

Aims: The purpose of the study was to describe the admission practices into primary health care via health centres from the point of view of doctors, nurses, health centre administrators, and patients. Specifically, the aim was to compare two admissions practice models – a doctor–nurse pairing and an admissions team. Furthermore, the aim was to study the division of labour between nurses and doctors in both models, with particular emphasis on clarifying the work tasks of nurses. A further objective was to create an effective operational model for admissions into primary health care.

Data and methods: Ten health centres were chosen for the study. The study criterion was health centres whose admission practice involved either the use of a *doctor–nurse pair* model (with patients having a 'named nurse') or an *admissions team* model (comprising 3–5 health professionals, including doctors, nurses, medical specialists etc.) The study data comprised a survey questionnaire sent to doctors (n=48 respondents), nurses (n=141), health centre administrators (n=31), and patients (n=788). Response rates for the occupational groups were 44%, 70%, 82% and 46%, respectively. The study data were gathered during the period 2005–2006. Data were analysed statistically using frequency measures, cross-tabulation, nonparametric tests, and factor analysis in the case of responses to open questions.

Results: For the health centres using the doctor–nurse pair model, it was typical that a patient would first contact directly their named nurse. Named nurses had different telephone hours to that of the central reservation switchboard and were responsible for setting appointments for those patients listed in their case load. Health centres using the admissions team model applied locally agreed clinical guidelines to direct admission practices. Nurses had to deal with admissions without prior appointments and so an additional need for nurses needed to be anticipated in duty activity. In unhurried matters, it was the view of patients that health centres applying the doctor–nurse pair model dealt better with the admission than the health centres using the model of an admissions team. In the health centres very little information was available to support the admissions-related work of the staff. Development discussions were not used frequently to evaluate the admissions know-how of doctors. In health centres using the admissions team model, supervision of the admission practices of doctors and nurses had not been arranged. A change in the basic studies of nurses carrying out independent admission work was desired by nurses in addition to work-based training for nurses already employed at health centres. According to the health professionals, common training for doctors and nurses, and joint access to software for arranging consultation times should be organised as part of implementing a new admissions model and reforming the work tasks. All the occupational groups felt that intensifying the planning and evaluation of the admissions practice was of highest importance. The allocation of work tasks in relation to chronic disease management and follow-up were different according to the admissions practice model applied in the health centres. Patients with chronic diseases who visited health centres using the admissions team model were dealt with by specialist nurses, while in the other health centres, the named nurse dealt with the admission. In further developing the division of labour between doctors and nurses, emphasis should be put on clarifying the various tasks that each occupational group is responsible for. According to the patients, the admissions procedure was reliable. Patients felt that the health care staff were skilled, and that the health examinations and treatment actions were done carefully and thoroughly. Also, advice that they were given was thought to be sufficient, competent and relevant to the individual patient. Patients were satisfied with the availability of care and with the waiting times for consultations and the arrangements for the continuation of care. Patients thought that the functioning of health centres could be enhanced by increasing the number of staff and by improving the functionality of the appointment system.

Conclusions and implications: The study produced new information about the different points of view of the health care actors involved in admissions into primary care. The study highlighted the similarities and differences of the two admissions models – that of the doctor–nurse pair and of the admissions team, as well as delineating the associated divisions of labour and work tasks of doctors and nurses. This information can be used in the further development of admissions practices in primary health care. A uniform information system that recorded data on the reason for the health centre visit would aid in the production of statistics on such visits. Further investment and research is needed in the planning and evaluation of admissions practices. The division of labour between doctors and nurses is a manifold phenomenon: Defining it unambiguously is impossible. The environment where the work is carried out and the tools and know-how necessary for that work contribute to a large extent to the division of labour. A continual maintenance of the know-how necessary for effective admissions practices is needed for both doctors and nurses, preferably carried out together in the form of joint training. Based on the results of the study and on previous information, an operating model for admissions practices in primary health care was developed.

National Library of Medicine Classification: NLM: W 84.6; WY 101

Medical Subject Headings (MeSH) Primary Health Care; Office Visits; Health Services; Health Services Accessibility; Patient Satisfaction; Work; Nurses; Professional Competence; Job Description; Physicians; Physician-Nurse Relations





*"Kaikkea saa tehdä
kaikkea pitää tehdä
kaikkia ovia täytyy tempoa,
kaikkia kuita kurkotella.
on vain yksi ehto,
ehto.*

*Värisivää sielua
ei saa tallata."*

- Tommy Tabermann -

*Tämä väitöskirja on omistettu Markulle,
Jannelle ja Katjalle, Matille ja Juha-Lekalle*



Kiitokset

Mielenkiintoni väitöskirjani aiheeseen on lähtöisin työskentelystäni perusterveydenhuollon vastaanotto toiminnassa hoitajana ja esimiehenä. Työvuosieni ja opintojeni varrella näkemykseni perusterveydenhuollosta laajentui. Jatko-opinnoissa innostuin syventämään ja hakemaan uutta tietoa lääkäreiden ja hoitajien työnjaosta perusterveydenhuollon vastaanotto toiminnassa.

Väitöskirjatyöhön ryhtymisestä kiitos kuuluu tutkimukseni pääohjaajalle professori Katri Vehviläinen-Julkuselle. Hänen rohkaiseva asenteensa tutkimusaihetta ja -menetelmiä kohtaan vaikutti ratkaisevasti väitöskirjani rakentumiseen. Käytyjen keskustelujemme pohjalta aiheeni kiinnittyi yhä enemmän laajempaan monitasotarkasteluun ja näin ohjaukseeni kaivattiin lisää asiantuntijoita. Professori Anna-Maija Pietilä ja dosentti LKT Outi Elonheimo ottivat ohjaushaasteen vastaan ja tulivat mukaan väitöskirjaprosessiini. Lämpimät kiitokset kaikille ohjaajilleni. Rohkaisitte ja kannustitte minua. Kokemukseni mukaan monitieteellinen ohjausryhmä toimi hyvin. Teidän innostava ja rakentava suhtautuminen tutkimukseeni on ollut tärkeää koko väitöskirjaprosessini ajan.

Väitöskirjatyöni esitarkastajat professori Sirkka Keinänen-Kiukaanniemi ja dosentti Pirkko Routasalo edesauttoivat tarkentavilla kommenteillaan ja korjausesityksillään väitöskirjani jäsentymistä tutkimusprosessin loppuvaiheessa. Erityisesti Pirkko Routasalon kanssa käyty palautekeskustelu oli minulle noviisitutkijana erittäin mieleenpainuva ja syvensi ymmärrystäni tutkimuksen käsitteellistämistä. Sirkka Keinänen-Kiukaanniemi auttoi paljon minua paljon tutkimukseni kohdesubstanssiin liittyvän tiedon jäsentämisessä. Tilastotieteen asiantuntijaa Vesa Kiviniemeä kiitän neuvoista, jotka auttoivat minua etenemään tutkimuksessani. Hallintosihteeri Maija Pellikalle, viestintäsihteeri Katja Immoselle ja informaatikko Tuula Rissaselle esitän kiitokset työn viimevaiheen neuvoista ja avuista. Työni kielentarkastuksesta kiitän filosofian maisteri Mirva Huuskoa. Hän teki ansiokkaan ja nopean työn.

Haluan kiittää FCG Efecon johtavaa koulutuspäällikköä Jari Koivistoa tehokkaasta kannustuksesta tutkimukseni eri vaiheissa. Lämpimät kiitokset osoitan pitkäaikaisen työnantajani Sisä-Savon terveydenhuollon kuntayhtymän ylilääkärille Jussi Helinille, johtavalle hoitajalle Aino Hirvoselle ja sijaiselleni Riitta Leppämäelle sekä Suonenjoen vastaanottojen henkilökunnalle. Tutkimuksen loppuvaiheessa arvokasta tukea sain läheisestä työtoimistani kehittämisspäällikkö Simo Kokolta ja projektikoordinaattori Virpi Honkaselta. Haluan kiittää teitä yhdessä ja erikseen saamastani tuesta ja rohkaisusta.

Väitöskirjatutkimuksen vaatimat tutkimusvapaat eivät olisi mahdollistuneet ilman Sairaanhoidajien koulutussäätiön, Sisä-Savon terveydenhuollon kuntayhtymän ja Terveystieteiden akateemisten johtajien ja asiantuntijoiden tutkimusrahoitusta. Kiitokset Teille luottamuksestanne tutkimustani kohtaan. FCG Efecon konsultin työ mahdollisti työn ja tutkimuksen yhtäaikaisen tekemisen.

Väitöskirjani valmistumisesta kiitokseni kuuluvat tutkimukseen osallistuneille ammattilaisille terveyskeskusten hallinnon edustajille, lääkäreille ja hoitajille sekä terveyskeskusten asiakkaille. Sydämellinen kiitos teille kaikille tutkimukseeni osallistuneille!

Lisäksi kiitän lämmöllä ystäviäni, jotka ovat myönteisellä suhtautumisellaan ja ymmärryksellä sekä kannustaen edistäneet väitöstyöni etenemistä. Vanhempiani Eevaa ja Onnia kiitän myötäelämisestä käytännön elämässä.

Hellimmät kiitokseni kuuluvat miehelleni Markulle ja pojillemme Jannelle, Matille ja Juha-Pekalle sekä miniällemme Katjalle. Te olette myötäeläneet kanssani ja ennen kaikkea olette olleet läsnä elämässäni.

Puolukkatiellä kevättä ihaillessa huhtikuussa 2009

Eija

SISÄLLYS

1 JOHDANTO	13
2 PERUSTERVEYDENHUOLLON VASTAANOTTOTOIMINTA JA TYÖNJAKO	16
2.1 Vastaanottotoiminnan nykytilan kuvaus	16
2.1.1 Toimintaa sääteleviä lakeja ja asetuksia sekä ohjeita	21
2.1.2 Vastaanottopalveluiden saatavuus ja toimivuus	24
2.1.3 Asiakastyytyväisyys lääkäreiden ja hoitajien vastaanottopalveluihin	29
2.1.4 Henkilöstöryhmien työn tuki	32
2.1.5 Hoitajien ammatillinen osaaminen ja lisäkoulutustarpeet	34
2.1.6 Henkilöstön perehdytys ja työnohjaus	38
2.2 Työnjako käsitteenä	41
2.2.1 Lääkäreiden ja hoitajien työnjaon toteutuminen vastaanottotoiminnassa	42
2.2.2 Hoitajien itsenäinen tehtäväalue vastaanottotoiminnassa	46
2.3 Tutkimuksessa käytetyt käsitteet	50
2.4 Yhteenvedo tutkimuksen lähtökohdista	51
3 TUTKIMUKSEN TARKOITUS JA TUTKIMUSTEHTÄVÄT	56
4 TUTKIMUSAINEISTOT JA – MENETELMÄT	58
4.1 Tutkimuksen menetelmälliset ratkaisut	58
4.1.1 Vertaileva tutkimus	58
4.1.2 Tutkimusmetodien yhdistäminen	61
4.2 Tutkimusaineistojen kokoaminen ja analyysit	61
4.2.1 Tutkimusterveyskeskukset	61
4.2.2 Tutkimuksen kohderyhmät ja aineistonkeruu	67
4.2.3 Mittarit ja muuttujien kuvaus	70
4.2.4 Aineistojen analyysit	74
5 TULOKSET	78
5.1 Tutkimukseen osallistuneiden taustatiedot	78
5.1.1 Hallinnon edustajien, lääkäreiden ja hoitajien taustatiedot	78
5.1.2 Vastaanottotoimintaan liittyviä taustatietoja	79
5.1.3 Asiakkaiden taustatiedot ja käyntisyyt	81
5.2 Vastaanottotoiminnan järjestelyjen kuvaus	85
5.2.1 Vastaanottotoiminnan kehityssuuntia hallinnon edustajien, lääkäreiden ja hoitajien kuvaamina	85
5.2.2 Vastaanottotoiminta hallinnon edustajien, lääkäreiden ja hoitajien kuvaamina	87
5.2.3 Vastaanottotoiminnan jäsenyys hoitajien kuvaamina	89
5.2.4 Vastaanottopalvelujen toimivuus ja saatavuus asiakkaiden kuvaamina	92
5.2.5 Vastaanottotoiminnan jäsenyys asiakkaiden kuvaamina	94
5.2.6 Asiakkaiden kokemukset lääkäreiden ja hoitajien toiminnasta tutkimuspäivänä	98

5.3	Henkilöstöryhmien työn tuki.....	98
5.4	Osaamisen arviointi ja ylläpitäminen sekä lisäkoulutustarpeet	103
5.5	Vastaanottotoiminnan kehittämisaalueet	106
5.5.1	Hallinnon edustajien näkemykset vastaanottotoiminnan kehittämistä	106
5.5.2	Lääkäreiden näkemykset vastaanottotoiminnan kehittämistä	109
5.5.3	Hoitajien näkemykset vastaanottotoiminnan kehittämistä	111
5.5.4	Asiakkaiden näkemykset vastaanottotoiminnan kehittämistä	114
5.5.5	Yhteenveto ja vertailu vastaanottotoiminnan kehittämisaalueista	117
5.6	Lääkäreiden ja hoitajien työnjako vastaanottotoiminnassa.....	119
5.6.1	Työnjaon käsite hallinnon edustajien, lääkäreiden ja hoitajien arvioimina.....	119
5.6.2	Lääkäreiden ja hoitajien työnjaon toteutuminen hallinnon edustajien, lääkäreiden ja hoitajien arvioimina	120
5.6.3	Lääkäreiden ja hoitajien työnjaon vaikutukset.....	126
5.7	Lääkäreiden ja hoitajien työnjaon kehittäminen	130
5.8	Hoitajien tehtäväalue vastaanottotoiminnassa.....	137
5.8.1	Hoitajien tehtäväalue yleisten kansansairauksien ehkäisyssä, hoidon ohjauksessa ja seurannassa sekä tutkimuksiin ohjaamisessa	141
5.8.2	Hoitajien tehtäväalue tavallisimpien infektioiden hoidon tarpeen arvioinnissa, tutkimusten itsenäisessä toteutuksessa ja hoidon ohjauksessa	145
5.9	Hoitajien itsenäisen työskentelyn edut vastaanottotoiminnassa.....	149
5.10	Hoitajien itsenäisen työskentelyn epäkohdat vastaanottotoiminnassa	156
5.11	Toimintamalli perusterveydenhuollon vastaanottotoimintaan	160
6	POHDINTA JA TULOSTEN TARKASTELU	163
6.1	Tutkimustulosten tarkastelu	164
6.1.1	Perusterveydenhuollon vastaanottotoiminta tutkimukseen osallistuneissa organisaatioissa	164
6.1.2	Lääkäreiden ja hoitajien työnjaon toteutuminen vastaanottotoiminnassa	170
6.1.3	Hoitajien tehtäväalue vastaanottotoiminnassa	172
6.2	Tutkimuksen luotettavuus	175
6.3	Tutkimuksen eettiset näkökohdat	179
6.4	Tutkimuksen merkitys ja jatkotutkimushaasteet	181
7	JOHTOPÄÄTÖKSET	183
	LÄHTEET	187
	LIITTEET	
	LIITETAULUKOT	

1 JOHDANTO

Perusterveydenhuollon vastaanottoiminnan organisoinnin määrittelyminen yksiselitteisesti on mahdotonta. Suomessa perusterveydenhuollon palvelujen järjestämisvastuu kuuluu lain mukaan kunnille ja kaupungeille. Vastaanottoiminnan käytännön järjestelyistä ei ole yhtenäistä kansallista määrittelyä. Kansallisen terveysthankkeen (vuosina 2002–2007) myötä keskusteluun nousivat kysymykset perusterveydenhuollon vastaanottoiminnan organisoinnista, palvelujen saatavuudesta, hoitajien tehtäväalueesta vastaanottoiminnassa, heidän osaamisvaatimuksistaan ja lisäkoulutustarpeistaan sekä uhkaavasta työvoimapulasta. Työvoimapulaa voidaan ehkäistä työn sisältöä ja menetelmiä kehittämällä, mitoittamalla koulutusmäärät oikein ja tukemalla henkilöstön pysymistä työelämässä ja työolosuhteita parantamalla (Sosiaali- ja terveysministeriö 2002). Julkisuuden keskusteluissa on pohdittu, pystyvätkö Suomen kunnat kantamaan vastuuta terveydenhuollon järjestämisessä valtakunnallisesti esitettyjen tavoitteiden mukaisesti, vai onko puhuttava terveydenhuollon kriisistä?

Suomessa perusterveydenhuollon vastaanottoimintaa on pääasiallisesti arvioitu selvittämällä lääkäripalveluiden saatavuutta ja riittävyyttä. Suomalaisia tutkimuksia lääkäreiden ja hoitajien työstä vastaanottoiminnassa ja heidän keskinäisestä työnjaostaan tai yhteistyöstä perusterveydenhuollon vastaanottoiminnassa on vähän. Kansainvälisessä tutkimuksessa ratkaisua palveluiden saatavuuteen on etsitty lääkäreiden ja hoitajien välisen työnjaon kehittämisestä etenkin Iso-Britanniassa (muun muassa Shum ym. 2000, Vennig ym. 2000, Kinnersley ym. 2000, Horrocks ym. 2002, Laurant ym. 2004). Hoitajien itsenäisestä työstä vastaanottoiminnassa on kansainvälisiä tutkimuksia. Näissä tutkimuksissa on selvitetty hoitajien vastaanottoimintaa, puhelinpalveluja, itsenäistä reseptien kirjoittamista ja heidän laajennettuja tehtävänkuviaan (muun muassa Reveley 1998, Sakr ym. 1999, Vennig ym. 2000, Horrocks ym. 2002, Latter & Courtney 2004).

Suomessa Lindström (2003) toteutti sosiaali- ja terveysministeriön toimeksiantona selvityksen terveydenhuollon ammattiryhmien välisestä työnjaosta. Tämän selvityksen jatkoksi Vallimies-Patomäki, Perälä ja Lindström (2003) laativat systemoidun kirjallisuuskatsauksen sairaanhoitajien tehtävänkuvien laajentamisesta. Vuonna 2004

Uotilan toimeksiannon kohteena oli terveyskeskuksessa työskentelevän henkilöstön työn järjestäminen, toiminnan ohjaaminen ja kehittäminen. Lisäksi sosiaali- ja terveysministeriössä toteutettiin vuonna 2005 selvitys kansallisen terveysthankkeen rahoituksella toteutettujen työnjaon hankkeiden tuloksista. Tässä selvityksessä kuvataan perusterveydenhuollossa ja erikoissairaanhoidossa hankkeiden avulla toteutettuja hoitajien ja lääkäreiden työnjaon muutoksista saatuja kokemuksia. (Hukkanen & Vallimies-Patomäki 2005.)

Terveyskeskusten asiakas- ja/tai potilastyytyväisyydestä Suomessa on tehty vähän selvityksiä. Tutkittaessa palvelujen saatavuutta, niiden toimivuutta ja hoidon seurannan jatkuvuutta sekä laajemmin henkilöstön toimintaa on asiakasnäkökulma keskeinen selvityksen kohde. Tutkimusta tarvitaan laaja-alaisemmin perusterveydenhuollon vastaanottojen toimintarakenteista ja siellä tehtävästä työstä, henkilöstön osaamisesta ja heidän työnsä tukimuodoista. Tutkimusta tarvitaan myös toimivista työnjaon malleista ja hoitajan itsenäisestä roolista perusterveydenhuollon vastaanottotoiminnassa. Uutta tietoa voidaan saada selvittämällä työnjakoa kehittäneiden terveyskeskusten toimintatapoja ja vertailemalla muutosten vaikutusta palveluiden saatavuuteen, toimivuuteen ja asiakkaiden kokemuksiin palveluista. Työnjakoon liittyvistä käsitteistä todettiin sosiaali- ja terveysministeriössä tehdyssä selvityksessä, että ne tarkoittavat samoissakin yhteyksissä eri asioita (Hukkanen & Vallimies-Patomäki 2005). Käsitteiden määrittelyä ja niiden sisältöä tulisi näin tarkentaa.

Tutkimuksen tarkoituksena on kuvata ja verrata perusterveydenhuollon vastaanottotoiminnan järjestelyjä terveyskeskuksissa hallinnon edustajien, lääkäreiden, hoitajien ja asiakkaiden arvioimina. Lisäksi tarkoituksena on verrata lääkäreiden ja hoitajien työnjakoa ja hoitajien tehtäväaluetta vastaanottotoiminnassa. Tavoitteena on luoda kirjallisuudesta saadun tiedon ja tutkimuksen tulosten perusteella toimintamalli perusterveydenhuollon vastaanottotoimintaan.

Tutkimustehtävinä on kaksi osa-aluetta. Ensimmäisessä osa-alueessa kuvataan ja verrataan perusterveydenhuollon vastaanottotoimintaa tiimi- ja työparityöterveyskeskuksissa ja toisessa osa-alueessa verrataan lääkäreiden ja hoitajien työnjakoa, hoitajien tehtäväaluetta ja heidän itsenäisen työskentelynsä etuja ja haittoja tiimi- ja työparityöterveyskeskusten

vastaanottotoiminnassa. Lopuksi kuvataan kirjallisuuteen ja tuloksiin perustuva toimintamalli perusterveydenhuollon vastaanottotoimintaan.

Tutkimukseen osallistui kymmenen terveyskeskusta. Tutkimuksen aineisto kerättiin vuosina 2005–2006. Selkeästi lääkäreiden ja hoitajien työparityömallilla toimivia perusterveydenhuollon vastaanottoja Suomen alueelta löytyi vuonna 2003, tutkimussuunnitelmaa laadittaessa, viisi terveyskeskusta. Tällä työnjakomallilla toimiville vastaanotoille haettiin vastinpariksi perinteisellä lääkärin, sairaan- tai lähihoitajan ja terveyskeskusavustajan tiimityömallilla toimivia vastaanottoja niin, että terveyskeskusten väestöpohja oli samansuuruinen kuin vertailtavan.

Tutkimuksen teoreettisessa osassa kuvataan suomalaista perusterveydenhuollon vastaanottotoimintaa analysoimalla palvelujen organisointia, saatavuutta, käyttöä ja asiakastyytyväisyyttä sekä hoitajien ja lääkäreiden keskinäistä työnjaon toteutumista koskevia tutkimuksia. Hoitajien uudistuneita tehtäväalueita ja lääkäreiden ja hoitajien tiimi- ja työparityötä kuvataan kansalliseen ja kansainväliseen tutkimustietoon tukeutuen ja selvitetään olemassa olevia työnjakoon liittyviä käsitteitä, työnjaon säätelyä ja ohjausta ja näitä koskevia tutkimuksia sekä selvityksiä. Lisäksi kuvataan hoitajien työssä tarvittavan osaamisen arviointia ja lisäkoulutustarpeita sekä vastaanoton henkilöstön työn tukimenetelmiä ja niiden käyttöä.

Tutkimuksessa käytetään määrällisiä ja laadullisia tutkimusmenetelmiä. Laadullisen tutkimusmenetelmän, sisällön erittelyn, tuloksia yhdistetään määrällisiin tuloksiin. Tutkimustulokset esitetään tutkimustehtävien mukaisessa järjestyksessä.

Tutkimuksessa mukana olleesta hoitohenkilökunnasta käytetään tulosten kuvaamisessa yhteistä nimitystä *hoitajat* ja terveyskeskuksen vastaanotoilla käyneistä potilaista ja asiakkaista *asiakkaat*. Vastaanottotoiminnan malleista lääkärin, sairaan- ja terveydenhoitajien sekä terveyskeskusavustajien perinteisestä tiimityömallista käytetään lyhyemmin käsitettä *tiimityö* ja lääkärin ja hoitajan työparityömallista käsitettä *työparityö*.

2 PERUSTERVEYDENHUOLLON VASTAANOTTOTOIMINTA JA TYÖNJAKO

2.1 Vastaanottotoiminnan nykytilan kuvaus

Kunta on julkishallinnon yksikkö, joka toimii paikallisella tasolla. Vuonna 2005 Suomessa oli 432 kuntaa ja vuoden 2008 alussa kuntien määrä oli 415 (Tilastokeskus 2008). Kunnan tehtävänä on kuntalain mukaan alueensa väestön hyvinvoinnin ylläpito. Kunnan on täytettävä laeissa säädetyt velvoitteensa palvelujen järjestämisessä. Kansanterveyslain mukaan kunnat voivat tuottaa perusterveydenhuollon palvelut yksin tai ne voivat muodostaa keskenään kuntayhtymiä. Kunnat voivat myös ostaa palveluja muilta kunnilta tai yksityisiltä palvelujen tuottajilta. Suomalaisen terveydenhuollon perustana on kansalaisten perustuslakiin kirjattu oikeus riittäviin sosiaali- ja terveyspalveluihin. Järjestelmän lähtökohtana ovat valtion ohjaus- ja kuntien järjestämisvastuu. Kansanterveys- ja erikoissairaanhoitolaki säätelevät terveydenhuollon toimintaa. Palveluiden järjestämiseen liittyvää lainsäädäntöä ollaan uudistamassa vuoden 2009 aikana. Kansanterveyslaki ja erikoissairaanhoitolaki yhdistetään uudeksi terveydenhuoltolaiksi, joka tulee voimaan vuonna 2011.

Termi *kansanterveystyö* tuli käyttöön Suomessa 1970-luvulla. Kansanterveystyöllä tarkoitetaan yksilöön, väestöön ja elinympäristöön kohdistuvaa terveyden edistämistä, sairauksien ja tapaturmien ehkäisyä ja yksilön sairaanhoitoa. Kansanterveystyöhön kuuluu kaikki kansanterveyslaissa määritelty terveyskeskuksen toiminta. Termiä *perusterveydenhuolto* alettiin puolestaan käyttää 1980-luvun loppupuolelta lähtien. Se kuvaa lähemmin kansainvälistä perusterveydenhuollon käsitettä ”primary health care”. Tämä käsite kuitenkin kattaa vähemmän palveluita kuin kansanterveystyö. Suomessa perusterveydenhuoltoon kuuluu lisäksi osa sairaalahoitoa ja ympäristöterveydenhuolto. (Lehto ym. 2001.) Kansainvälisesti *terveyskeskus*-termillä viitataan yleensä yhteen konkreettiseen toimipaikkaan tai rakennukseen. Suomessa tämä tarkoittaa organisaatiota, jolla voi olla useita toimipaikkoja. Yhtä toimipaikkaa on yleensä kutsuttu terveysasemaksi. (Lehto ym. 2001.)

Kansanterveyslain velvoitteiden toteutumista ohjattiin vuoteen 1993 saakka valtakunnallisilla suunnitelmissa ja lääkintöhallituksen yleis- ja ohjekirjeillä. Vuoden 1993 valtionosuusuudistus poisti valtionohjaustarpeita rahoituksessa ja päätösvalta varojen käytöstä siirtyi kunnalle. Kuntien päätöksenteon tueksi jäivät lainsäädännön ohella ainoastaan yleisluonteiset valtakunnalliset ohjelmat. Näin siirryttiin informaatio-ohjauksen aikaan. (Lehto ym. 2001.) Vuodesta 2003 lähtien kansallisten tavoitteiden toteutumista alettiin tukea hankeohjauksella eli sosiaali- ja terveysministeriön ja lääninhallitusten myöntämällä hankeavustuksilla.

Kansallisen terveysthankkeen aloitteesta Suomessa käynnistyi vuosina 2002–2007 useita lääkäreiden ja hoitohenkilökunnan uuteen työnjakoon suunnattuja kokeiluja. Perusterveydenhuollossa hankkeiden kehittämistyö suuntautui keskeisesti vastaanottoimintaan ja siellä toteutettavaan henkilöstön keskinäiseen työnjakoon. Työnjakoon liittyvissä kokeiluissa hoitohenkilökunnasta oli pääasiallisesti mukana lääkärit sekä sairaan- ja terveydenhoitajat. Hoitajien työnkuvaa laajennettiin hankkeiden aikana sairaanhoidollisiin tehtäviin. Tällöin hoitajien tehtäväalueeseen kuuluivat hoidon tarpeen arviointi, puhelinneuvonta, infektiosairauksien hoitoon ohjaus ja osittain hoito sekä pitkäaikaissairaiden seuranta. (Hukkanen & Vallimies-Patomäki 2005.)

Terveyden- ja sosiaalihuollon palveluiden järjestämiseen kunnissa ja kaupungeissa vaikuttaa tällä hetkellä meneillään oleva kunnallishallinnon ja –palveluiden kunta- ja palvelurakennemuutos, PARAS-hanke. Kunnat toteuttavat uudistuksen yhteistyössä valtion kanssa vuoden 2012 loppuun mennessä. Uudistuksen tarkoituksena on vahvistaa kunta- ja palvelurakennetta, edistää uusia palvelujen tuotantotapoja ja organisointia, uudistaa kuntien rahoitus- ja valtionosuusjärjestelmiä sekä tarkistaa kuntien ja valtion välistä tehtäväjako siten, että kuntien vastuulla olevien palvelujen järjestämiseen ja tuottamiseen sekä kuntien kehittämiseen on vahva rakenteellinen ja taloudellinen perusta tulevina vuosikymmeninä. (Valtioneuvosto 2007, Valtionvarainministeriö 2008.) Lait kunta- ja palvelurakennemuutuksesta sekä laki kuntajakolain muuttamisesta tulivat voimaan 23.2.2007. (Valtion säädöstietopankki 2007.)

Sosiaali- ja terveysministeriön vuosina 1998 - 2001 toteuttaman valtakunnallisen Terveydenhuolto 2000-luvulle -tutkimuksen tulosten mukaan perusterveydenhuollossa

lääkärin vastaanotto toiminta oli järjestetty vähän yli kolmasosassa terveyskeskuksista (39 %) väestövastuisesti omalääkärijärjestelmänä. Lääkärin vastaanotto toiminnassa väestö oli jaettu alueittain lähes joka toisessa terveyskeskuksessa. Aluejako oli yleisintä Etelä-Suomessa (73 %) ja harvinaisinta Pohjois-Suomessa (32 %). Joka kymmenennessä terveyskeskuksessa oli osittainen aluejako ja alle puolella terveyskeskuksista (41 %) ei ollut aluejakoa. Noin joka kolmannessa terveyskeskuksessa, joissa oli aluejako tai omalääkärijärjestelmä, terveydenhoitajat toimivat kokonaan lääkäreiden ohella väestövastuisesti. Useammassa kuin joka toisessa terveyskeskuksessa terveydenhoitajat toimivat väestövastuujärjestelmässä osittain. (Viisainen ym. 2002.)

Sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskuksesta (Stakes) laadittujen tilastojen mukaan vuonna 2006 toteutui terveyskeskuksissa yhteensä 24 877 019 avohoidon käyntiä. Käynnit vähenivät 2,9 % edelliseen vuoteen verrattuna. Lääkärikäyntien osuus pysyi samalla tasolla vuoteen 2005 verrattuna ollen hieman yli kolmasosa (37 %) kaikista terveyskeskuskäynneistä. Käynneistä kaksi kolmasosaa toteutui muun terveydenhuollon ammattihenkilön kuin lääkärin vastaanotolle (64 %). Kunnissa ja kaupungeissa jokainen asukas kävi vuonna 2006 perusterveydenhuollossa lääkärin vastaanotolla keskimäärin 1,7 kertaa ja muun ammattihenkilökunnan luona keskimäärin kolme kertaa. Käyntimäärät ja niiden jakaumat eivät kuvaa lääkäreiden ja hoitajien keskinäistä työnjakoa ja resurssien käyttöä. Yhteensä laskettuna avohoitokäyntejä tehtiin 4,7 asukasta kohti (4,9 käyntiä / asukas vuonna 2005). Jos asiakas kävi samalla käynnillä sekä lääkärin että muun ammattihenkilön luona, tilastoitiin ainoastaan lääkärikäynti. Muita avohoitokäyntejä tehtiin vuonna 2006 yhteensä 13 553 905, mikä on kolme prosenttia vähemmän kuin vuonna 2005. (Stakes 2007.)

Hoitoketjuilla kuvataan perusterveydenhuollon, erikoissairaanhoidon ja yksityissektorin välistä työnjakoa. Hoitoketjukuvaukset ovat yhdessä tehty sopimus siitä, miten potilaiden hoito järjestetään. Hoitoketjujen tavoitteena on hoidon ja työnjaon selkeyttäminen ja lisäksi se, että potilaiden hoito organisaatioiden välillä on yhtenäistä ja saumatonta. Lähtökohtana ajattelussa on asiakkaan saama hyöty ja rakenteellinen tehokkuus. (Nuutinen ym. 2004.) Terveystieteiden tutkimuskeskuksen tulosten mukaan kolme neljäsosalla terveyskeskuksista (77 %) oli hoitoketjuja tunnistettu ja selvitetty. Se sijaan viidesosalla terveyskeskuksista hoitoketjuja ei ollut selvitetty. (Viisainen ym. 2002.)

Hoitoketjuilla tuetaan valtakunnallisten Käypä hoito –suositusten käyttöönottoa ja vähennetään hoidon vaihtelevuutta. Terveydenhuolto 2000-luvulle -tutkimuksen tulosten mukaan hoitosuosituksia oli käytössä kahdella kolmasosalla (64 %) terveyskeskuksista. Lisäksi kahdella kolmasosalla terveyskeskuksista oli käytössä muita hoitosuosituksia, esimerkiksi alueellisia hoitosuosituksia, jotka toimivat pohjana alueellisten hoitoketjujen ja hoito-ohjelmien laadinnalle. (Viisainen ym. 2002.) Vuorma ja työryhmä selvittivät vuonna 2006 väestökyselyn avulla neljän yleisen pitkäaikaissairauden hoitoa. Tutkimuksen tavoitteena oli selvittää astman, sepelvaltimotaudin, masennuksen ja nivelrikon hoitoa suhteessa hoitosuosituksiin. Työryhmän tulosten mukaan voitiin päätellä, että useampien potilasryhmien hoito vastasi huonosti hoitosuosituksia ja että joka toisen pitkäaikaipotilaan vuosittainen käynti lääkärin vastaanotolla jää toteutumatta.

Palvelujen laadunhallinta on keskeistä palvelujen arvioinnissa. Laadunhallintajärjestelmällä tarkoitettiin Terveydenhuolto 2000-luvulle -tutkimuksessa johdon määrittelemää laatupolitiikkaa sekä järjestelmällisesti suunniteltuja ja kirjattuja vastuita, toiminta- ja seurantatapoja, joiden avulla varmistetaan palvelun hyvä laatu. Kyselyn tulosten mukaan noin kahdella kolmasosalla terveyskeskuksista (66 %) ei ollut käytössä laadunhallintajärjestelmää. Keskimäärin 14 %:lla terveyskeskuksista laadunhallintajärjestelmä oli käytössä koko terveyskeskuksen kattavana ja 16 %:lla se oli käytössä joissakin terveyskeskuksen toiminnoissa tai osissa. Hieman yli kolmasosalla terveyskeskuksista (38 %) oli käytössä jokin laadunhallintajärjestelmä. (Viisainen ym. 2002.) Toropainen & Miilunpalo (2003) selvittivät tutkimuksessaan, millaista vaihtelua esiintyi 51 terveyskeskuksen sellaisissa sisäisissä toimintakäytännöissä, joita pidetään välttämättöminä johdon työkaluina palvelujen laadun kehittämisessä. Kolmasosassa terveyskeskuksia käytettiin järjestelmällisiä laadunkehittämisen työtapoja ja joka toisessa terveyskeskuksessa toiminnan arviointi käynnisti jatkotoimenpiteitä. Terveyskeskusten ja ammattiryhmien välillä oli huomattavia eroja kokouksiin, tiedottamiseen, koulutukseen ja toiminnan kehittämiseen liittyvissä käytännöissä.

Tarkoituksenmukainen työn- ja tehtävienjako sekä tuloksellinen toiminta edellyttävät kaikkien henkilöstöryhmien työn sisällön ja tehtävien selvittämistä siten, että otetaan huomioon eri aloilla tapahtuva tieteen ja teknologian kehitys. Ongelmallista on, että terveyskeskuksissa johdon tukijärjestelmät eivät aina toimi, kustannustietoisuus on

puutteellista ja lisäksi kehittämistyötä on haitannut toiminnan hajanaisuus. (Uotila 2004.) Uotila (2004) selvitti sosiaali- ja terveysministeriön toimeksiantona terveyskeskuksissa työskentelevien työn järjestämistä, toiminnan ohjaamista ja kehittämistä.

Vehviläinen ja työryhmä (2003) selvittivät lääkäreiden ehdotuksia terveyskeskustyön kehittämiseksi. Lääkäreiden (n=2419) mukaan tärkeimpiä parannuskohteita heidän työssään olisi pakkotahtisen työn kohtuullistaminen (33 %), palkkauksen parantaminen (11 %), lääkärimäärän lisääminen (10 %) tai oman työn hallinnan kehittäminen. Lisäksi he kaipaivat lisää sijaisia (7 %), uutta työnjakoa (3 %) ja resurssien lisäämistä, päivystyksen vähentämistä ja esimiesten koulutusta sekä omaa koulutustaan.

Terveydenhuollon järjestelmää on useita vuosia vaikeuttanut lääkäreiden huono saatavuus ja ennakoitavissa olevien tietojen mukaan hoitohenkilöstön saatavuuden huonontuminen. Suurten ikäluokkien jäädessä eläkkeelle tulee puutetta olemaan kaikista henkilöstöryhmistä. Yleisesti tiedetään, että työvoiman puutetta voidaan ehkäistä kehittämällä työn sisältöä ja menetelmiä, mitoittamalla koulutusmäärät oikein ja tukemalla henkilöstön pysymistä työelämässä esimerkiksi työn mielekkyyttä lisäämällä. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2002.)

Toimintayksiköiden tuottavuuden mittaaminen on suuri ongelma perusterveydenhuollossa. Pelkät vastaanottojen käyntimäärät eivät kerro tuottavuudesta mitään. Tuottavuutta parantavaa, mittaamaan kykenevää toimintaa voidaan saada aikaiseksi vain toiminnan sisältöä kuvaavalla tuotteistuksella. Toimintayksiköiden tuottavuuden laskentaan tarvitaan potilaan hoitokokonaisuuden ja voimavarojen käyttöön pohjautuvaa informaatiota. Mainitut vaatimukset täyttää avohoidon potilasryhmitys (APR). Todelliseen tuottavuuden parantamiseen voidaan päästä vain tutkittuun tietoon pohjautuvalla toimintakäytäntöjen kehittämisellä. (Elonheimo 2007.)

Kansallisen terveyshankkeen tavoitteena oli edistää oli terveydenhuollon uudistumista (Sosiaali- ja terveysministeriö 2002). Tämä on tavoitteena myös Sosiaali- ja terveydenhuollon kansallisessa kehittämissuunnitelmassa Kasteessa, joka käynnistyi vuoden 2008 alusta ja kestää vuoden 2011 loppuun. Ohjelmassa selvitetään sosiaali- ja terveydenhuollon uudistustarpeet ja viedään läpi haluttuja muutoksia yhteistyössä

sidosryhmien ja kentän toimijoiden, erityisesti kuntien kanssa. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2008.)

2.1.1 Toimintaa sääteleviä lakeja ja asetuksia sekä ohjeita

Kansanterveyslain mukaan kunnan tulee järjestää kunnan asukkaiden sairaanhoito, johon luetaan lääkärin suorittama tutkimus ja hänen antamansa tai valvomansa hoito ja lääkinnällinen kuntoutus (Kansanterveyslaki 1 § 25.11.2005 / 928). Tämä toteutuu Suomessa terveyskeskuksissa. Kunnan ja valtion velvollisuudesta järjestää terveydenhuollon palveluja on lisäksi säädetty tartuntatautilaissa (583/1986), mielenterveyslaissa (1116/1990), vankeinhoitolaitoksesta annetussa asetuksessa (28.2.1992/819) sekä terveydenhuollon järjestämisestä puolustusvoimissa annetussa laissa (30.6.2000/653).

Terveyskeskuspalveluja käyttävän potilaan oikeuksia säätelee laki potilaan oikeuksista (17.8.1992). Lain mukaan jokaisella Suomessa pysyvästi asuvalla henkilöllä on oikeus terveydentilansa edellyttämään terveyden- ja sairaanhoitoon niiden voimavarojen rajoissa, jotka kulloinkin ovat terveydenhuollon käytettävissä. Potilaalla on oikeus laadultaan hyvään terveyden- ja sairaanhoitoon. Terveydenhuollon ammattihenkilön tulee merkitä potilasasiakirjoihin potilaan hoidon järjestämisen, suunnittelun, toteuttamisen ja seurannan turvaamiseksi tarpeelliset tiedot.

Vastaanotto toiminnassa työskentelevää henkilöstöä säätelevät laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä (L 559/1994) ja asetus terveydenhuollon ammattihenkilöistä (A 564/1994). Lain mukaan ammattihenkilöllä tulee olla toiminnan edellyttämä koulutus. Ammattihenkilö on oikeutettu tekemään tehtäviä, joihin hän on saanut valmiudet koulutuksensa, kokemuksensa ja ammattitaitonsa perusteella. Laillistettu, luvan saanut tai nimikesuojattu ammattihenkilö on oikeutettu toimimaan asianomaisessa ammatissa ja käyttämään asianomaista ammattinimikettä. Tämä ei kuitenkaan estä laillistettuja, luvan saaneita tai nimikesuojattuja ammattihenkilöitä koulutuksensa, kokemuksensa ja ammattitaitonsa mukaisesti toimimasta toistensa tehtävissä silloin, kun se on perusteltua

työjärjestelyjen ja terveyspalvelujen tuottamisen kannalta ja jollei laissa tai lain nojalla annetussa asetuksessa toisin säädetä.

Terveydenhuollon ammattihenkilön ammattitoiminnan päämääränä on terveyden ylläpitäminen ja edistäminen, sairauksien ehkäiseminen sekä sairaiden parantaminen ja heidän kärsimystensä lievittäminen. Terveydenhuollon ammattihenkilön on ammattitoiminnassaan sovellettava yleisesti hyväksytyjä ja kokemusperäisiä perusteltuja menettelytapoja koulutuksensa mukaisesti. Ammattitoiminnassaan terveydenhuollon ammattihenkilön tulee tasapuolisesti ottaa huomioon potilaalle koituvat hyödyt ja mahdolliset haitat. Ammattihenkilöllä on velvollisuus ottaa huomioon, mitä potilaan oikeuksista säädetään ja hänen tulee aina antaa kiireellisen hoidon tarpeessa olevalle apua. Lääkäreiden ja muiden terveydenhuollon ammattihenkilöiden tehtävistä säädetään vielä tartuntatautilaissa, tartuntatautiasetuksessa (786/1986), laissa raskauden keskeyttämisestä (24.3.1970/29), sairausvakuutuslaissa (21.12.2004/1224) ja sterilöimislaissa (24.4.1970/283).

Sairaanhoitajan ammattia voi harjoittaa vain sairaanhoitajatutkinnon suorittanut henkilö. Sairaanhoitajan eettisissä ohjeissa sairaanhoitajan tehtäviksi määritellään väestön terveyden edistäminen ja ylläpitäminen, sairauksien ehkäiseminen ja kärsimyksen lievittäminen. Sairaanhoitaja auttaa kaikenikäisiä ja erilaisissa elämäntilanteissa olevia ihmisiä. Hän on toiminnastaan vastuussa ensisijaisesti potilaille. Tekemästään hoitotyöstä sairaanhoitajalla on henkilökohtainen vastuu, mutta myös koko työyhteisöllä on vastuu hyvästä hoitotyön laadusta ja sen kehittämisestä. (http://www.sairaanhoitajaliitto.fi/sairaanhoitajan_ty/sairaanhoitajan_eettiset_ohjeet/)

Laillistettu lääkäri päättää potilaan lääketieteellisestä tutkimuksesta, taudinmäärytyksestä ja siihen liittyvästä hoidosta, hoitopaikasta ja kotiuttamisesta. Laillistetulla lääkäriellä ja hammaslääkäriellä on oikeus määrätä apteekista lääkkeitä (ammattihenkilölaki 22 §, sosiaali- ja terveysministeriön asetus 726/2003, 3 §, 4 §). Ammattihenkilölaissa (23 §) käsitellään myös lääkäreiden oikeutta lääkintölaillisten todistusten antamiseen ja lausuntojen vahvistamiseen (Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä L 559/1994, Asetus terveydenhuollon ammattihenkilöistä A 564/1994). Toimenpiteiden suorittamista koskevia säännöksiä on useissa eri laissa. Yleensä toimenpiteiden suorittajaksi

määritellään lääkäri tai toimenpidettä valvoo lääkäri. Hoitohenkilöstö voi suorittaa itsenäisesti lääkärin antamien ohjeiden mukaan joitakin terveydenhuollon tehtäviä. Laki terveydenhuollon laitteista ja tarvikkeista (1505/ 1994) määrittelee, että terveydenhuollon laitetta tai tarviketta käytävällä on oltava käytön vaatima riittävä kokemus ja koulutus.

Potilaiden hoitoon pääsyn turvaamiseksi ja alueellisen yhteistyön parantamiseksi kansanterveyslakiin tehty muutos tuli voimaan 25.11.2004. Tästä käytetään terveydenhuollossa epävirallista nimitystä hoitotakuulaki. Lain mukaan terveyskeskuksen tulee järjestää toimintansa siten, että potilas voi saada arkipäivisin virka-aikana välittömästi yhteyden terveyskeskukseen. Virka-ajalla tarkoitetaan terveyskeskuksen julkisesti ilmoittamaa aukioloaikaa arkipäivisin. Virka-ajan ulkopuolella tulee järjestää päivystys siten, että yhteyttä ottava henkilö voi valintansa mukaan soittaa puhelimella tai tulla henkilökohtaisesti terveyskeskukseen. (Kansanterveyslaki 15b § 1. mom., VnA 1019/2004 1 §). Terveydenhuollon ammattihenkilö arvioi hoidon tarpeen viimeistään kolmantena arkipäivänä siitä, kun potilas otti yhteyden terveyskeskukseen, jollei arviota ole voitu tehdä ensimmäisen yhteydenoton aikana. Hoidon tarpeen arvioinnissa selvitetään yhteydenoton syy, sairauden oireet ja niiden vaikeusaste sekä kiireellisyys yhteydenottajan kertomien esitietojen tai lähetteen perusteella. Hoidon tarpeen arviointi edellyttää, että terveydenhuollon ammattihenkilöllä on asianmukainen koulutus, työkokemus ja yhteys hoitoa antavaan toimintayksikköön sekä käytettävissään potilasasiakirjat.

Hoidon tarpeen arvioinnista ja arvion tehneen terveydenhuollon ammattihenkilön antamasta hoito-ohjeesta tai toimenpide-ehdotuksesta tehdään merkinnät potilasasiakirjoihin (VnA 1019/2004 3 §). Potilasasiakirjamerkintöjen tekemistä säätelee potilaan asemasta ja oikeuksista annetun lain (785/1992) 12 § ja potilasasiakirjojen laatimisesta sekä niiden ja muun hoitoon liittyvän materiaalin säädetään annetussa sosiaali- ja terveysministeriön asetuksessa (99/2001).

Hoidon tarve voidaan arvioida myös puhelinpalveluna. Se tulee erottaa yleisistä neuvontapalveluista. Puhelinpalveluihin liittyvistä erilaisista palvelumuodoista, lainsäädännöllisesti huomioon otettavista seikoista ynnä muista on julkaistu STM:n muistio (ks. Kansallisen terveydenhuollon hankkeen kenttäkierroksen raportti sivut 132-146, Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2004:13). Terveyden- ja sairaanhoidon

neuvonta voi olla joko yleistä tai yksilöllistä: yleinen puhelinpalveluneuvonta muuttuu yksilölliseksi neuvonnaksi siinä vaiheessa, kun otetaan kantaa henkilön terveydentilaan tai annetaan hänelle yksilöllisiä hoito-ohjeita. Neuvontaa antavan henkilön tulee tällöin olla terveydenhuollon ammattihenkilö. Tällöin on myös tehtävä potilaslain mukaiset potilasasiakirjamerkinnot, jolloin samalla luontevasti kirjautuvat tarvittavat tilastolliset seurantatiedot.

Terveydenhuollon henkilöstölle tulee kansanterveys- ja erikoissairaanhoidolakeihin tehtyjen muutosten mukaisesti järjestää vuosittain keskimäärin 3–10 päivää täydenniskoulutusta peruskoulutuksen pituudesta, työn vaativuudesta ja toimenkuvan muuttumisesta riippuen. Lainmuutokset (992/2003 ja 993/2003) tulivat voimaan 1.1.2004. Lakeihin liittyvä sosiaali- ja terveysministeriön asetus terveydenhuollon henkilöstön täydenniskoulutuksesta koskee koulutuksen sisältöä, laatua, määrää, järjestämistä, seuranta- ja arviointia. Työntekijöiden vuosittain saama täydenniskoulutus perustuu terveydenhuollon toimintayksikössä tehtyyn koulutussuunnitelmaan. Terveyskeskukset ja sairaanhoitopiirit voivat järjestää täydenniskoulutuksen omana toimintana tai hankkia sen muilta terveydenhuollon toimintayksiköiltä ja koulutuksen järjestäjiltä. Koulutuksen järjestämisessä on otettava huomioon kansanterveystyön ja erikoissairaanhoidon toiminnallinen kokonaisuus. Toimintayksiköt seuraavat koulutuksen toteutumista, koulutukseen osallistumista ja siitä aiheutuvia kustannuksia henkilöstökoulutusrekisterin, henkilöstöraportin ja työntekijöiden täydenniskoulutusta koskevan seurannan avulla. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2004.)

2.1.2 Vastaanottopalveluiden saatavuus ja toimivuus

Suomalaisten mielipiteitä hyvinvointivaltiosta ja sosiaali- ja terveystalouden käytöstä kysyttiin Stakesin toteuttamassa kyselyssä vuonna 2007. Tulosten mukaan suomalaisten terveyden taso on parantunut niin koetun terveyden kuin kroonisten sairauksien osalta. Merkittävin muutos terveystalouden käytössä viimeisen kymmenen vuoden aikana on ollut työterveyslääkärikäyntien voimakas kasvu. Väestöön suhteutettuna terveystaloudellisten käyntien oli 4,7 vuonna 2006. Näistä lääkärikäyntejä oli 1,7. Eniten terveystaloudellisten käyntien olivat 65 vuotta täyttäneet. Työikäisen väestön keskimääräiset terveystaloudellisten käynnit ovat vähentyneet. Vuonna 2006 ei-kiireelliseen

lääkärihoitoon pääsyajat vaihtelivat paljon terveyskeskusten välillä. Hoitoon pääsyä kohtuuttoman kauan odottaneiden osuus oli pysynyt suunnilleen samana vuodesta 2004 alkaen, mutta tyytymättömyys terveyskeskuslääkärille pääsyssä on vähentynyt. Tulokset antoivat viitteitä siihen suuntaan, että hoitotakuun tapaisilla palvelujen toimivuuden parantamiseksi tehdyillä toimenpiteillä on terveyskeskuspalveluissa saatu aikaan toivotun suuntaista vaikutusta. (Moisio ym. 2008.)

Terveydenhuolto 200-luvulle –tutkimuksen tulosten mukaan terveyspalvelujen käyttäjistä kuudesosa joutui odottamaan vastaanotolle pääsyä ja hoidon saatavuus koettiin huonoksi. Omalääkärijärjestelmällä toimiville lääkäreiden vastaanotoille 44 % potilaista pääsi vastaanotoille kolmen päivän sisällä, kun muissa terveyskeskuksissa tämä toteutui kymmenellä prosentilla asiakkaista. (Viisainen ym. 2002.) Toisaalta Alhon (2004) mukaan merkittävin terveysaseman toimintaa hankaloittava tekijä oli omalääkärijärjestelmä. Tutkimuksessa mukana olleella terveysasemalla toimi 17 omalääkäriä. Yksittäisen lääkärin kokeman vuorokausikysynnän vaihtelu havaittiin niin suureksi, että sitä oli mahdotonta ennakoida. Koko terveysaseman tasolla vastaanottojen kysyntä oli kuitenkin ennakoitavissa. Resurssienjaon joustamattomuus johti hoidon huonoon saatavuuteen, vaikka samalla vastaanottoaikoja jäi jatkuvasti täyttämättä.

Stakesin Terveystaloustieteenkeskuksen tutkimusryhmä selvitti kyselytutkimuksella hoitotakuun (Kansanterveyslaki 15b § 1. mom., VnA 1019/2004 1 §) toiminnallisia vaikutuksia sairaanhoitopiireissä ja terveyskeskuksissa. Nämä olivat tehostaneet toimintaansa monin eri tavoin saavuttaakseen hoitotakuun tavoitteet. Henkilöstö sai koulutusta yhtenäisen hoidon perusteista, käytöstä ja kirjaamisesta. Lääkäreiden joidenkin tehtävien siirto hoitohenkilökunnalle ja hoitohenkilökunnan tehtäväkuvien laajentaminen olivat nopeuttaneet asiakkaiden hoidon tarpeen arviointia sekä tutkimuksiin ja hoitoon pääsyä. Hoitotakuu oli selvitysten mukaan selkiyttänyt erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon yhteistyötä ja helpottanut palvelujen yhteensovittamista. Hoitotakuu kannusti tulosten mukaan seuraaviin muutoksiin erikoissairaanhoidossa ja perusterveydenhuollossa: jatkohoitoon pääsy nopeutui, lähete-palautejärjestelmä kehittyi, tilastointi parantui, hoitojonot lyhentyivät, jonojen seuranta tehostui, Käypä hoito -suositukset otettiin käyttöön, raja-aidat madaltuivat, hoitotakuun pääsyn kriteerit tiukkenivat ja erikoissairaanhoidosta siirtyi tehtäviä perusterveydenhuoltoon. (Pekurinen ym. 2008.)

Puhelin- ja palveluluukulla asioinnit ovat yleisiä terveyskeskuksissa. Alle 45-vuotiaat ja yli 84-vuotiaat suosivat puhelinasiointia. Naiset käyttävät puhelinasiointia miehiä enemmän. (Hyrynkangas-Järvenpää 2000, Jaatinen ym. 2002 b.) Hyrynkangas-Järvenpään tutkimuksessa ilmeni, että soittajista hieman alle puolet (44 %) soitti kiireellisestä ja neljäsosa (27 %) pitkäaikaisesta vaivasta. Tavallisimpia puhelinyhteydenoton syitä olivat lääkitysongelmat, hengityselinten, ruoansulatuselinten, ihon, tuki- ja liikuntaelinten vaivat sekä laboratorio- ja röntgentutkimuksiin liittyvät asiat. Lääkäri arvioi selvittäneensä lähes kaksi kolmasosaa potilaiden ongelmista puhelinneuvonnalla. Saman suuntaisen tuloksen sai Bunn ja työryhmä (2004). Merkittävä osa potilaista olisi hakeutunut päivystysvastaanotolle ja kolmasosa ajanvarausvastaanotolle, jos puhelinneuvonnan mahdollisuutta ei olisi ollut (Hyrynkangas-Järvenpää 2000, Salisbury ym. 2000, Car & Sheikh 2003).

Puhelinkonsultaatioiden etuja ovat lyhyempi odotusaika, säästyneet matkat ja kustannukset sekä lääkäreiden mahdollisuus lisätä potilaskontaktien määrää. Etenkin maaseudulla asuvat ihmiset arvostavat puhelinkontakteja. Monet lääkärit ovat kuitenkin tyytymättömiä puhelinkontakteihin, koska puhelimesta on vaikea arvioida potilaan tilannetta ja tehdä diagnoosia potilasta näkemättä ja tutkimatta. Puhelimesta annettujen ohjeiden kirjaamisessakin on huomattavia puutteita. Edellä kuvattuihin tuloksiin päätyivät englantilaiset Car ja Sheikh (2003) systemaattisessa kirjallisuuskatsauksessaan, jossa he arvioivat puhelinneuvonnan roolia kliinisessä hoidossa. Lattimer työryhmineen (2000) arvioi hoitajien (n = 55) puhelinkonsultaatioiden taloudellisuutta ja potilaiden (n = 97 000) kokemuksia niiden tuomista säästöistä heille. Hoitajien puhelintyöskentely vähensi kustannuksia ja lisäksi hoidon laatu parani heidän puhelintyöskentelyään lisättäessä.

Luoteis-Satakunnassa vuonna 2003 ikäryhmittäin eniten terveyskeskuspäivystystä käyttivät alle 5- ja yli 85-vuotiaat. Seuranta toteutettiin Porin yhteispäivystyspisteessä neljän kuukauden aikana vuonna 2001. Miehet käyttivät päivystystä enemmän kuin naiset. Asuinpaikan etäisyydellä päivystyspisteestä ei ollut vaikutusta päivystyspalveluiden käyttöön. Yötä kohti kertyi käyntejä noin 0,6 / 15 000 asukasta. (Jaatinen ja työryhmä 2003.)

Merkittävä määrä potilasasioista voidaan terveyskeskuksissa hoitaa ilman vastaanottokäyntiä. Jaatinen ja työryhmä (2002 b) selvittivät kahden hoitaja-lääkäriyöparin työnjakoa hakien tietojärjestelmästä potilaiden asiointikertoja (n = 1010). Ilman vastaanottokäyntiä hoidettavia asioita olivat erilaiset kannanotot, laboratorion tulosten mukaiset jatkohoito-ohjeet, INR-arvot, reseptien kirjoittamiset ja uusimiset. Asiointisyyistä yleisimmät olivat laboratorionkokeisiin, kohonneen verenpaineen hoitoon ja seurantaan ja reseptiasioihin liittyvät kysymykset. Verenpaineen lisäksi diagnoosiperusteisia vastaanottokäyntien syitä terveyskeskuksissa olivat tuki- ja liikuntaelinvaivat, hengitystieinfektiot, virtsatieinfektiot ja diabetes. Potilaiden palvelutarpeista hoitajat pystyivät toteuttamaan yhteydenoton yhteydessä lähes puolet. Hoitajien hoitamat potilaiden asiointisyyt olivat useimmiten diabetes (96 %), sairauslomatuksen tarve (92 %) ja verenpaine (92 %). Harvemmin hoidetut asiat olivat hengitystieinfektiot (14 %) ja tuki- ja liikuntaelinvaivat (15 %).

Lääkärit voivat hoitaa etäasioinnin keinoin noin 80 % niistä asioista, joihin tarvitaan lääkärin apua (Jaatinen ym. 2002 a). Lääkärin vastaanottopalvelujen tuottamisesta etätyönä videoneuvottelujärjestelmää käyttäen on Timosen (2004) mukaan mahdollista rakentaa toimiva, kohtuuhintainen vastaanottojärjestelmä, kun käytetään alueellista atk-verkkoa. Timonen selvitti tutkimuksessaan, voidaanko lääkärin vastaanottopalveluita tuottaa etätyönä videoneuvottelujärjestelmää käyttäen. Potilaat olivat yhtä tyytyväisiä etävastaanottoon kuin tavalliseen. Tiedon siirtyminen etävastaanotolla oli riittävän hyvää luotettavien päätelmien tekemiseksi. Noin kolme neljäsosaa valikoimattomasta perusterveydenhuollon potilasjoukosta voitiin hoitaa etätyönä. Tämä oli lähes sama tulos kuin Jaatisella ja työryhmällä (2002 a). Lääkärin oma arvio onnistumisesta oli kuitenkin parempi perinteisillä vastaanotoilla. Etävastaanotoilla jouduttiin määräämään enemmän laboratorionkokeita. Timosen (2004) mukaan etävastaanotto oli noin kolmasosaa kalliimpi kuin tavanomainen. Etävastaanottomalli kuitenkin mahdollistaa tehokkaan tiedon ja osaamisen siirtymisen välimatkasta riippumatta.

Reseptien uusinta on osa terveyskeskusten vastaanottojen toimintaa. Reseptien uusimisten toteutuminen terveyskeskuksissa lääkärin potilasta kohtaamatta oli Lahnajärven (2006) tutkimuksen mukaan yli 65-vuotiailla yleisempää kuin alle 65-vuotiailla. Hänen tutkimuksessaan oli mukana 28 terveysasemaa. Psykyenlääkkeistä ja sydän- ja

verisuonitautien lääkkeitä uusittiin 23–57 % lääkärin kohtaamatta potilasta. Terveyskeskuksissa reseptien uusimiskäytännöt olivat tämän tutkimuksen tulosten mukaan vaihtelevia. Usein uusimiskäytännöt olivat ajan kuluessa muodostuneita rutiineja. Lääkehoidon seurantaan ja sen mahdollistamiseen ei ollut kiinnitetty riittävästi huomiota. Suurimman osan resepteistä uusi potilaan hoitava lääkäri. Lääkäreillä oli reseptejä uusiessa usein kiire, eikä potilaan tilannetta ehditty tarkastella sairaskertomuksesta. Lahnajärven mukaan sujuvassa uusimiskäytännössä lääkehoidon seuranta varmistetaan kysymällä potilaalta lääkkeen tehosta, käytöstä ja ongelmista, tarkistamalla potilaan edellisen seurantakäynnin ajankohta, varaamalla hoitavalle lääkärille riittävä aika uusimiselle, huolehtimalla uusimisen tarkoituksenmukaisuudesta sekä kirjaamalla uusitut reseptit sairauskertomukseen.

Elonheimo (1999) selvitti tutkimuksessaan, mitä tutkimus- ja hoitotoimenpiteitä tehdään erityyppisille potilaille ja minkälaiset potilaat aiheuttavat erisuuruista palvelujen käyttöä. Tutkimuksessa kehitetyn perusterveydenhuollon palvelujen käyttömallin avulla kuvattiin, minkä suuruista palvelujen käyttöä erityyppiset potilaskohtaiset tarvetekijät ennustavat. Vähän palveluja käyttivät nuoret potilaat, joilla oli matala-asteisia haittoja sekä lieviä aikaisempia sairauksia. Runsaasti terveyspalveluja taas käyttivät iäkkäät potilaat, jotka sairastivat kroonisia tauteja ja jotka kävivät vastaanotolla erilaisten sairauksien kontrolleissa. Näille potilaille oli kertynyt myös paljon terveyshaittoja. Toimenpideryhmät olivat yhteydessä palvelujen käytön määrään. Vähäiseen palvelujen käyttöön viittasivat lyhyet ja nopeat toimenpiteet. Runsasta palvelujen käyttöä puolestaan oli potilailla, joille tehtiin pitkiä, usein sairauksien seurantaan liittyviä toimenpiteitä tai esimerkiksi kotikäyntejä. Lisäksi tutkitun väestön tarvetekijät voitiin luotettavasti liittää voimavarojen käytön mukaan muodostettuihin toimenpideryhmiin. Raskaita ja aikaa vieviä toimenpiteitä tehtiin vauvaikäisille sekä kroonisesti sairaille vanhuksille, joiden elämää sairaus haittasi pahoin. Vastaavasti helpot tarvetekijät pienensivät raskaiden toimenpiteiden todennäköisyyttä. Saadun mallin avulla voitiin ensimmäistä kertaa Suomessa kuvata terveyskeskuksen toiminnan todellista sisältöä yhtenä kokonaisuutena. Malli mahdollistaa myös yksittäisen potilaan palvelujen käytön tarkastelun. Palvelujenkäyttömallia on käytetty kunnallisten terveyspalvelujen suunnittelussa ja kohdentamisessa. Kun väestön ominaisuudet tunnetaan, voidaan määrittää väestön hoitamiseen tarvittavat toimenpiteet sekä laskea vaadittavat resurssit.

Terveyskeskuksissa hoidon saatavuus vaihtelee merkittävästi potilaan asuinalueesta ja vastaanottotyypistä riippuen. Näin todettiin Alhon (2004) tutkimuksessa, jossa selvitettiin, miten perusterveydenhuollon kysyntää voidaan hallita. Kiireellistä hoitoa vaativissa tapauksissa ajanvaraushetki vaikutti suuresti vastaanottoajan saatavuuteen. Tutkijan mukaan kysynnän ennustettavuudessa tulee tarkastella useamman lääkärin ryhmää. Samoin vuorokauden kysynnän ennustettavuuden sijasta tarkastelun kohteena tulee olla koko viikon kysyntä. Terveysaseman toimintaa voidaan kehittää pienilläkin muutoksilla. (Alho 2004.)

2.1.3 Asiakastyytyväisyys lääkäreiden ja hoitajien vastaanottopalveluihin

Honkonen (2006) selvitti terveyskeskuksien potilaiden hoidon laadun näkökulmaa. Tutkimukseen osallistui yhteensä 21 terveyskeskusta, joihin jokaiseen lähetettiin yhteensä 6300 kyselylomaketta. Vastausprosentti oli 68 %. Etenkin korkeasti koulutetut asiakkaat olivat tyytyväisiä terveyskeskusten palveluun. Tulosten mukaan asiakkaat olivat tyytyväisiä puhelimitse terveyskeskukseen pääsemiseen, ilmoittautumisen ja lääkäreiden vastaanotoille pääsyn odotusaikoihin sekä lääkäreiden vastaanottojen toimintaan mukaan.

Potilaat pitävät tärkeimpinä asioina vastaanottotoiminnassa hoidon saatavuutta ja saavutettavuutta (Honkonen 2006, Supperi 2006). Potilaat arvostavat saman lääkärin tapaamista, tiedon saamista tutkimusten ja hoidon tarkoituksesta ja sairaudesta sekä potilasjärjestöistä. Lisäksi he toivovat riittävää aikaa vastaanotoilla sekä yleislääkärin nopeita palveluja hätätapauksissa. Tämän tuloksen saivat Vedsted ja työryhmä (2002), kun he vertasivat potilaiden (n = 771) ja yleislääkäreiden (n = 584) yleislääkärin toiminnassa tärkeimpinä pitämiä asioita. Bower ja työryhmä (2003 b) kuvasivat potilaiden (n = 21 905) näkemyksiä hoidosta ja sen jatkuvuudesta perusterveydenhuollossa. Heidän mukaansa potilaiden hoitotyytyväisyys vastaanottojen toimivuudesta täyttyy, kun vastaanotto toteutuu 6-10 minuutin odottamisen jälkeen ja kun he tapaavat oman lääkärinsä. Potilailta oli korkeat odotukset saman lääkärin tapaamisesta. Tämä asia liittyi tyytyväisyyteen hoidon jatkuvuudesta.

Siikalatvan terveyspalvelualueen asiakkaiden näkemyksiä palveluiden laadusta selvitti Supperi vuonna 2006. Hänen tulostensa mukaan valtaosalla asiakkaista (n = 138) oli myönteinen ennakkokäsitys oman terveyskeskuksensa toiminnasta ja suurin osa asiakkaista koki saaneensa terveyskeskuksesta asiantuntevaa ja ammattitaitoista palvelua, minkä seurauksena terveyskeskuksen toimintaa pidettiin pääsääntöisesti luotettavana. Henkilökuntaa pidettiin ammattitaitoisena ja niin ikään asioihin paneutumista pidettiin huolellisena ja jatkohoidosta sopimista kutakuinkin selkeänä. Suurin osa asiakkaista koki saaneensa vastauksia kysymyksiinsä ja piti saamaansa ohjeistuksen ja terveydentilaansa koskevien tietojen määrää sekä riittävänä että helposti ymmärrettävänä. Yhteistyö lääkäreiden ja hoitajien välillä sujui hyvin ja henkilökunta kohteli kaikkia asiakkaita samanarvoisesti

Terveyskeskusten asiakkaiden asioita voidaan hoitaa hyvin erilaisella aikaviiveellä. Supperin (2006) tutkimuksen tulosten mukaan asiakkaista vajaa puolet kertoi saaneensa asiansa hoidettua ilman useita käyntejä terveyskeskuksessa, joskin yli joka kolmas vastanneista ilmoitti saaneensa asiansa kuntoon vasta useamman terveyskeskuskäynnin jälkeen. Asiakkaat arvioivat saamansa asiakaspalvelun olleen pääasiassa ystävällistä, kiireetöntä, huolehtivaa, nopeaa, joustavaa, perusteellista, yksilöllistä ja asiallista. (Supperi 2006.) Saman suuntaisia tuloksia oli myös Haaralan (2005) tutkimuksessa, jossa selvitettiin sairaanhoitajien toimenkuvan laajentamista. Asiakasnäkökulmasta uusi toimintatapa näyttäytyi joustavuuden, hoidon saatavuuden ja asiakaslähtöisyyden kehittymisenä. Myös Kuopion yhteispäivystyksessä vuonna 2002 toteutetun asiakastyytyväisyystutkimuksen mukaan asiakkaat (n = 879) olivat tyytyväisiä henkilöstön toimintaan, hoitajien asiantuntijuuteen ja jatkohoidon opastamiseen, mutta sanalliset kommentit kuvastivat tyytymättömyyttä palvelujen organisointiin. (Miettola ym. 2002.)

Englannissa potilaat haluavat lääkärin vastaanotolle, jos heidän oireensa ovat vakavia, ja pienemmissä ongelmissa hoitajien vastaanotoille (Caldow ym. 2007, Redsell ym. 2007). Potilaiden mukaan hoitajilla on enemmän aikaa heille kuin lääkäreillä ja hoitajat ovat lempeämpiä kuin lääkärit (Redsell ym. 2007, Laurant ym. 2004). Potilaat kokevat tärkeäksi yksilöllisen hoidon jatkuvuuden lääkärin kanssa, joka tuntee heidät (Bower ym. 2003 b, Tarrant ym. 2003). Little ja työryhmä (2001) selvittivät potilaiden odotuksia potilaskeskeisestä palvelusta perusterveydenhuollossa. Heidän mukaansa potilaat (n =

865) kaipasivat keskustelua, kumppanuutta ja tukea terveytensä edistämiseen. Lisäksi yli puolet heistä kaipasi tutkimuksia ja neljäsosa reseptiä. Terveystieteiden työntekijöiden vaikuttavia potilaiden lähestymistapoja vastaanotoilla on selvitetty Amerikassa. Potilastyytyväisyyttä paransivat vastaanottojen prosessien arviointi ja terveydenhuollon ammattilaisten potilaskeskeiset lähestymistavat. Tämä tulos saatiin systemaattisessa kirjallisuuskatsauksessa, jossa oli mukana 17 tutkimusta. (Lewin ym. 2001.) Tarrant ja työryhmä (2003) selvittivät ammattilaisen ja potilaan jatkuvan hoitosuhteen tärkeyttä. Heidän mukaansa se korostui ongelmatilanteissa. Suomalaiset terveystieteiden ja työterveyshuollon vastaanottojen potilaat odottavat, että lääkäri on auktoriteetti, jonka asiantuntemukseen he voivat luottaa oikean diagnoosin ja hoidon löytämiseksi. Lisäksi he odottavat, että lääkäri huomioi heidän näkökulmansa diagnoosia ja hoitoa määrittäessään. Ruusuvoori ja työryhmä (2003) päätyivät näihin tuloksiin, kun he selvittivät potilaiden ja yleislääkäreiden vuorovaikutusta sadan yleislääkärin vastaanotolla.

Potilaiden tyytyväisyys lääkärin tai hoitajan palveluihin on suhteessa sukupuoleen, ikään, koulutukseen ja tuloihin. Vanhemmilla ihmisillä on positiivisempi asenne lääkäreitä kuin hoitajia kohtaan. Naisilla, nuorilla ja vähän koulutetuilla ja varakkailta henkilöillä on puolestaan positiivinen asenne hoitajia kohtaan. Merkittävimmät erot lääkäreiden ja hoitajien välillä ovat potilaiden mukaan akateeminen pätevyys ja kyvyt. Potilaiden mukaan hoitajat voivat vastata pienemmistä ongelmista ja kirjoittaa reseptejä muutamista lääkkeistä. Potilaat haluavat valita saatavilla olevan terveydenhuollon ammattilaisen ensi kontaktissa. Näihin tuloksiin päätyi Caldwell työryhmä vuonna 2007, kun he vertasivat potilaiden (n = 1343) mielipiteitä hoitajien ja lääkäreiden työstä pienten vaivojen hoidossa perusterveydenhuollossa. Roblin ja työryhmä (2004) arvioivat potilastyytyväisyyttä aikuisten ja lasten palveluissa. Heidän tulostensa mukaan tyytyväisyys hoitoon kokonaisuudessaan ei eronnut lääkäreiden ja hoitajien kesken. Lääkäri- ja hoitajavastaanotoilla ei ollut todettavissa eroja potilaiden hoidossa, hoitoprosesseissa tai resurssien käytössä. Parempaan potilastyytyväisyyden hoitajien vastaanotoilla kuin lääkäreiden vastaanotoilla arvioidaan johtuvan siitä, että hoitajilla on pidemmät vastaanottoajat, he antavat enemmän tietoa ja erilaisia hoitovaihtoehtoja potilaille ja ottavat yhteyden potilaisiin useammin kuin lääkärit. Lääkärit antavat keskitettympää, suoraan diagnoosiin liittyvää tietoa potilailleen. (Laurant ym. 2004, Seale ym. 2006.)

Potilaiden tyytymättömyyttä aiheuttavia tekijöitä ja tyytymättömyyden yhteyttä aikuispotilaiden kokemaan taloudelliseen tilanteeseen, terveydentilaan ja elämäntilanteeseen selvitettiin vuonna 1999 Kuopion yliopistollisessa keskussairaalassa sekä Iisalmen ja Varkauden aluesairaaloissa. Potilaat olivat tyytymättömiä henkilökunnan vähäisyyteen, kiireiseen hoitoilmapiiriin ja siihen, etteivät he voineet osallistua hoitonsa suunnitteluun. Sairauteen, toimenpiteisiin ja hoitoympäristöön liittyvän tiedon saaminen oli vähäistä. Potilaat halusivatkin enemmän tietoa hoitoonsa liittyvistä asioista. Potilaiden tarpeiden tyydyttämisessä oli myös puutteita. (Töyry ym. 1999.)

Terveyskeskuksen toimintaa voitaisiin asiakkaiden mielestä kehittää pääasiassa lisäämällä henkilökuntaa, osaavia lääkäreitä ja hoitajia. Lisäksi he toivovat palvelujen helpompaa saatavuutta eli käytännössä helpompaa ajanvarausta ja vastaanottoaikojen sekä päivystystä omaan terveyskeskukseen. Puhelimitse hoidettavia terveyskeskuksen palveluita voisivat asiakkaiden mielestä olla toiminta- ja hoito-ohjeet eli tavallinen ohjaus ja neuvonta ja lääkeasiat, kuten reseptien uusimiset, sekä tavalliset flunssat. (Supperi 2006.)

2.1.4 Henkilöstöryhmien työn tuki

Terveydenhuollon toiminnassa pyritään tukeutumaan näyttöön perustuvaan tietoon. Näyttöön perustuvalla toiminnalla tarkoitetaan parhaaseen mahdolliseen, ajantasaiseen tutkimustietoon perustuvia toimintatapoja tai menetelmiä yksittäistä potilasta tai koko väestöä koskevassa päätöksenteossa ja toiminnassa (Sosiaali- ja terveysministeriö 2003). Hoitamisen ja hoitotyön tulee perustua näyttöön. Pyritään siis siihen, että perustana työssä ja väestön terveyttä ja hoitoa koskevassa päätöksenteossa käytetään mahdollisimman paljon tutkittua tietoa ja sellaisia auttamismenetelmiä, joista on saatu hyviä tuloksia. (Eriksson ym. 2007.)

Suomessa lääkäri-seura Duodecim yhdessä erikoislääkäriyhdistysten kanssa on vuodesta 1997 alkaen toteuttanut ja levittänyt käyttöön näyttöön perustuvat Käypähoito-suositukset. Niissä on perustana systemaattinen tiedonhaku kirjallisuudesta, asiantuntijatyöryhmän arviointi ja siltä pohjalta suosituksen laadinta. Suositukset päivitetään sovituin aikavälein. Suositusten avulla pyritään yhtenäistämään vaihtelevia hoitokäytäntöjä. (Mäkelä 2000.)

Hoitosuositusten avulla voidaan parantaa hoitoprosesseja ja myös hoitotuloksia (Grimshaw ym. 1994). Englannissa lääkärit ja hoitajat käyttävät päätöksenteossaan tutkittua tietoa ja lähteitä hyväksi luottaen laadituista hoitosuosituksista saataviin tietoihin. Lisäksi lääkärit ja hoitajat käyttävät työssään hyväksi ns. käytännön tietoa. Hoitajat käyttävät ohjeita epätavallisissa tilanteissa, kun taas lääkärit käyttävät niitä viikoittain. Näihin tuloksiin päätyivät Gabbay ja Andree (2004) etnografisessa tutkimuksessaan, jossa he selvittivät, kuinka lääkärit ja hoitajat tekevät yksityiset ja tutkittuun tietoon perustuvat päätökset. Sähköisten hoitosuosituksien käytössä Suomi on edelläkävijä. Keväällä 2004 Lääkärin tietokannoista luettiin kuukaudessa lähes 250 000 artikkelia ja julkisilta Käypä hoito -sivuilta samassa ajassa 20 000 hoitosuositusta tai niihin linkitettyä dokumenttia. Tämän lisäksi suosituksia luetaan Lääkärin CD:ltä, joka vielä keväällä 2004 oli terveyskeskuksissa yhtä suosittu kuin Lääkärin tietokantojen Internet-versio. (Kunnamo & Jousimaa 2004.)

Terveydenhuollon henkilöstö asennoituu hoitosuosituksia kohtaan myönteisesti. Kurosen ja työryhmän (2006) mukaan yli 90 % lääkäreistä ja hoitajista (n = 220) luotti suosituksiin ja koki ne työssään hyödyllisiksi ja käyttökelpoisiksi. Suositusten suuri määrä ja työssä koettu kiire haittasivat hoitosuosituksien omaksumista. Lääkärit tunsivat ja käyttivät kohtalaisen hyvin hoitosuosituksia, joissa lääkehoidon rooli oli olennainen. Sen sijaan hoitajat tunsivat hoitosuosituksia huonosti ja ilmoittivat myös selvästi vähemmän kuin lääkärit käyttävänsä niitä. Lääkäreistä 17 % ja hoitajista lähes puolet (48 %) ei ollut osallistunut hoitosuositukseen liittyvään koulutukseen kyselyä edeltäneen vuoden aikana. Lääkäreistä alle puolet (41 %) ja hoitajista yli kaksi kolmasosaa (68 %) oli sitä mieltä, että hoitosuositukseen liittyvää koulutusta oli ollut liian vähän. Mc Donaldin ja työryhmän mukaan (1999) hoitajista (n = 200) 84 % koki käytännön ohjeiden auttavan heitä diabeetikoiden ja heidän perheenjäseniensä hoidossa esiintyvien ongelmien kohtaamisessa ja näiden ratkaisuvaihtoehtojen etsimisessä.

Jousimaa ja työryhmä (2002) vertasivat sähköisten ja paperipohjaisten ohjeiden käyttöä vastavalmistuneiden lääkäreiden (n = 139) käytännön työn tukena. Ohjeita käyttivät lähes kaikki lääkärit (80 %) ja heidän mukaansa niitä tarvitaan työn tukena perusterveydenhuollossa. Tutkimuksessa ei tullut esille eroja tietokoneohjattujen tai paperisten ohjeiden käytössä käytännön työssä. Lindbergin ja työryhmän (2005) mukaan

henkilöstö käytti erilaisia ohjeita astman, kohonneen verenpaineen ja diabeteksen hoidossa. Ohjeiden pituus vaihteli 1:stä 257:ään sivuun ja ohjeiden määrä eri sairauksissa vaihteli yhdestä viiteen. Vastavalmistuneilla suomalaisilla lääkäreillä ei todettu eroja sähköisten ja painettujen ohjeiden käytössä.

Sähköpostin ja puhelimen käytöstä lääkäreiden ja hoitajien välisissä konsultaatioissa ei löydy tutkittua tietoa. Sähköpostia käytetään eri terveydenhuollon organisaatioissa vaihtelevan tasoisesti suunniteltuna ja ohjeistettuna. Sähköpostin käyttäminen terveydenhuollon toimijoiden keskinäisessä samoin kuin potilaalle suunnatussa viestinnässä ei ole suositeltava tapa silloin, kun viesti sisältää potilas- ja hoitotietoja. Terveydenhuollon toimintayksikön sisäisessä suljetussa tietoverkossa sähköpostin käyttöön ei liity yhtä suuria riskejä kuin avoimessa tietoverkossa. Sähköpostin käyttöä ilman tietojen salaamista on mahdollista perustella, jos lähettäjä ja vastaanottaja tunnustetaan organisaation hallinnoimien salasanojen ja käyttäjätunnusten avulla.

2.1.5 Hoitajien ammatillinen osaaminen ja lisäkoulutustarpeet

Hoitajan ammatillinen osaaminen rakentuu Bennerin (1989) mukaan seitsemästä hoitotyön osaamisalueesta. Nämä ovat auttaminen, opettaminen ja ohjaaminen, diagnosointi ja tarkkailutehtävä, nopeasti muuttuvien tilanteiden tehokas hallinta, hoitotoimenpiteiden ja hoito-ohjelmien toteuttaminen ja hallinta, terveydenhuollon laadun tarkkailu ja arviointi sekä organisatoriset ja työrooliin liittyvät taidot. Diagnostisiin syihin liittyvissä prosesseissa hoitajat käyttävät yhdistettyjä päätöksenteon malleja, jotka ovat lähtöisin lääkäreiden opetuksista. Tällöin hoitaja kerää potilastietoa, tutkii ja hoitaa potilasta. Näin ollen hoitaja ottaa tällöin esille ongelmakontekstin päätöksenteossa. Hänellä on erilaisia toiminnallisia ratkaisuja päätöksenteossa ja holistinen näkemys neuvonnan toteutuksessa. (Offredy 1998). Edellä kuvatut osaamisalueet ovat keskeisiä hoitajien itsenäisessä vastaanottotoiminnassa.

Hoitaja etenee tietoja, taitoja ja kokemusta hankkiessaan viidessä vaiheessa aloittelijasta asiantuntijaksi. Viisi etenevää vaihetta ovat noviisi, edistynyt aloittelija, pätevä, taitava ja asiantuntija. Alussa toimintaa ohjaavat abstraktit periaatteet, jolloin toiminta on joustamatonta ja rajoittunutta. Edistynyt aloittelija kykenee vähimmäisvaatimukset

täyttäviin suorituksiin. Pätevän osaajan tasolle puolestaan on tyypillistä, että hän asettaa itse vastuullisesti ja tietoisesti tavoitteita. Kokemuksen lisääntyessä taitava hoitaja kykenee hahmottamaan kokonaisuuksia ja toimimaan aktiivisesti erilaisissa tilanteissa. Hoitajista noviisit ja ekspertit käyttävät erilaisia päätöksenteon malleja. Eksperteillä on enemmän intuitiota, kun taas noviiseilla enemmän hypoteettista ajattelua, kuten Benner (1989).

Kaksitoista vuotta sitten Peltari (1997) ennakoii, että sairaanhoitajan työ tulee muuttumaan melkoisesti yhteiskunnassa tapahtuvien muutosten vaikutuksesta. Hänen mukaansa asiakkaiden ja potilaiden ongelmat muuttuvat ja monimutkaistuvat, toimintaympäristö ja työajat muuttuvat sekä yhteistyö eri asiantuntijoiden kanssa lisääntyy. Lisäksi työn vaativuus ja raskaus, vaikuttamisen tarve ja mahdollisuudet lisääntyvät. Peltari ennakoii, että sairaanhoitajan työn laatuvaatimuksissa korostuvat aina "ihminen ihmiselle" -vaatimukset. Hoitajat tarvitsevat vuorovaikutusvalmiuksia; keskeistä heidän työssään on empaattisuus, ystävällisyys, ihmisen monien ongelmien kokonaisvaltainen kohtaamis- ja auttamisvalmius sekä kyky toimia asiakkaan ja/tai potilaan puolestapuhujana ja asianajajana. Lisäksi työssä painottuvat monikulttuuriset ja terveyden edistämisen valmiudet, jatkuva itsensä ajan tasalla pitäminen ja kehittämisvalmius sekä muutoksen hallinta.

Ammatillinen osaaminen uusissa toimintaympäristöissä ja -rakenteissa on toisenlaista kuin perinteisissä. Se ei ole enää vain tietämistä tai yksittäisiä rutiinitaitoja, vaan siihen kuuluu tietoperustaista ymmärtämistä, joustavaa tilanteiden hallintaa ja kokonaisvaltaista ammattitaitoa. Tulevaisuuden hoitotyöntekijän osaaminen muodostuu Jauhiaisen tutkimuksen (2004) tulosten mukaan kolmesta osa-alueesta: hoitamisen osaamisesta, hoitotyön tiedonhallinnasta sekä muutoksen hallinnasta ja kehittämisestä. Tärkeimmiksi ammattitaitovaatimuksiksi arvioitiin tietosuojan ja -turvan mukainen toiminta, kiinnostus ihmisestä kokonaisuudessaan, yhteistyö- ja tiimityötaidot moniammatillista toimintaa varten, vahva eettinen sitoutuminen työhön sekä myönteinen asennoituminen tieto- ja viestintätekniiikan käyttöön ja verkostoituvaan työskentelytapaan. Jauhiaisen tutkimuksessa haettiin tietoa hoitotyöntekijän ammatillisesta osaamisesta.

1990-luvulla toteutetun koulutuksen uudelleen järjestelyjen myötä sairaanhoitajan tutkinto suoritetaan ammattikorkeakoulussa hoitotyön koulutusohjelmassa. Perustutkinnon jälkeen voi jatkaa opintoja ammattikorkeakoulussa suorittamalla jatkotutkinnon tai yliopistossa terveystieteiden kandidaatin tai maisterin tutkinnon, joissa voi suuntautua hoitotyön johtamiseen, koulutukseen tai asiantuntijaksi. Ammatillisen täydennys- ja lisäkoulutuksen avulla voidaan työelämää kehittää sekä nostaa henkilöstön osaamistasoa, ammattitaitoa ja toimintakykyä. Sosiaali- ja terveydenhuollon toimintaympäristön sekä väestön terveys- ja hyvinvointitarpeiden tulevaisuuden ennakointi tulee olla perustana perus-, lisä- ja täydennyskoulutuksen suunnittelulle. (Helin 1995, Sauri 1995, Hätönen 1999, Vallimies-Patomäki 2001.)

Räisänen (2002) arvioi tutkimuksessaan valmistuneiden hoitotyöntekijöiden (sairaanhoitajat, terveydenhoitajat ja kätilöt) hoitotyön toimintojen hallintaa ja vertasi opistoasteelta (1992) ja ammattikorkeakouluista (1999) valmistuneita. Tulosten mukaan opiskelijat hallitsivat oman ja opettajien arvioinnin mukaan hoitotyön toiminnot melko hyvin. Ammattikorkeakouluista valmistuneet hallitsivat lähes kaikki toiminnot huonommin kuin opistoasteelta valmistuneet. Opiskelijoiden itsensä mielestä heidän käden taitonsa olivat puutteelliset eikä heillä ollut koulutuksessa riittävästi mahdollisuuksia harjaantua niissä. Samansuuntaisen tuloksen sai Uotila (2004). Hänen ja Räisäsen (2002) mukaan hoitotyön ammattikorkeakouluopetus oli liian teoreettista eikä teoriaopetus integroitunut hyvin käytännön työhön.

Paloposken ja työryhmän (2003) tutkimuksen tulokset ammattikorkeakoulusta valmistuneiden sairaanhoitajien (n = 1000) arvioista heidän teoreettisesta ja käytännöllisestä osaamisestaan sekä siihen yhteydessä olevista tekijöistä poikkeavat Räisäsen (2002) tuloksista. Paloposken ja työryhmän tulosten (2003) mukaan ammatillinen osaaminen oli sairaanhoitajien omasta mielestä kokonaisuudessaan hyvää. Teoreettinen osaaminen oli osa-alueista heikointa, ja parhaiten sairaanhoitajat hallitsivat käytännöllisen osaamisen alueen. Sairaanhoitajien työkokemuksen pituudella oli eniten yhteyttä ammatilliseen osaamiseen. Myös sairaanhoitajien ikä, pohjakoulutus, työsuhteen laatu ja työpaikka olivat merkitseviä. Tutkijoiden mukaan tulokset tukivat asiantuntijuuden kehittymistä vaiheittain kokemuksen myötä.

Terveydenhuollon ammattihenkilöillä on velvollisuus ylläpitää ja kehittää ammattitaitoaan terveydenhuollon ammattihenkilöistä annetun lain (559/1994) mukaisesti. Perus- tai jatkokoulutuksen jälkeen tarjottava terveydenhuollon täydennyskoulutus on aikuiskoulutusta. Ammatillisen täydennyskoulutuksen tarkoitus on pitää työntekijä kehityksen tasalla niiden ammattitehtävien hoitamisessa, jotka kuuluvat hänen toimeensa tai ammattiasemaansa (Sosiaali- ja terveysministeriö 2004.) Terveydenhuolto 2000-luvulle –hankkeen aikana noin kolmasosalla terveyskeskuksista oli koko henkilöstölle käytössä täydennys- ja lisäkoulutustarpeen arviointi ja/tai koulutussuunnitelman tekeminen. Koulutustarpeen arviointi oli käytössä kaikille ammattiryhmille 37 % terveyskeskuksista. (Viisainen ym. 2002.)

Ulkomaisten tutkimusten mukaan sairaanhoitajien laajennettuihin tehtäväkuviin liittyvä lisäkoulutus vaihtelee viikon pituisesta koulutuksesta aina tutkintoon johtavaan koulutukseen (Vallimies-Patomäki ym. 2003). Kansainvälinen sairaanhoitajajärjestö International Council of Nurses suosittelee, että hoitajan laajennettuihin tehtäväkuviin liittyvä koulutus olisi maisteritasoista (http://icn.ch/networks_ap.htm). Werret ja työryhmä (2001) selvittivät tutkimuksessaan hoitajien (n = 722) huomaamia tietojensa ja taitojensa puutteita työssään. Tutkijoiden tulostensa mukaan hoitajilla oli selvät näkemykset kehittämisaalueista. Keskeisinä kehittämisaueina hoitajat pitivät toisen työn tuntemista ja tiimityöskentelyä. Lisäksi heidän mukaansa tarvittiin kommunikaation kehittämistä eri ammattiryhmien välillä, ammattiryhmien välisten tapaamisten lisäämistä, muuttuvien roolien vaatimien taitojen harjoittelua ja potilaan sekä hänen perheensä mukaan ottamista hoitoon. Myös Gould työryhmineen selvitti vuonna 2000 niitä hoitotyöalueita, joissa hoitajat kokevat tarvitsevansa koulutusta tulevaisuudessa. Syvähaastattelussa ja kyselyissä ilmeni, että hoitajilla oli puutteita kirjaamistaidoissa, julkaisujen teossa, osiltaan ihmisen voimavarojen arvioinnissa, budjettien teossa, tietoteknologian käytössä jokapäiväisessä työssä ja vanhemmilla hoitajilla työssä jaksamisessa.

Sairaanhoitajan toimenkuvan laajentamisen edellytyksiä ovat oppimista tukeva työyhteisö, sitoutuminen kehittämistyöhön, hyvä ilmapiiri ja keskinäinen luottamus sekä riittävät henkilöstö- ja tilaresurssit (Haarala 2005). Edelliset tulokset saanut Haarala haki tietoa toteutetuista sairaanhoitajien toimenkuvien laajentamisen vaikutuksista Kalajoen

terveyskeskuksen lääkäreiltä ja sairaanhoitajilta. Atkinin ja työryhmän (1994) mukaan hoitajat kaipaavat itsenäiseen vastaanottotyöhön täydennyskoulutusta erilaisten tutkimusten ja terveyden edistämistehtävän toteuttamisessa sekä pitkäaikaissairauksien hoidossa. Atkin ja työryhmä esittävät myös, että hoitajat kokevat täydennyskoulutuksen kehittävän heidän rooliaan omassa työssään.

Kuopion yliopiston hoitotieteen laitoksen vuonna 2004 toteuttaman sairaanhoitaja-barometrin tuloksen mukaan hoitajien urakehityksen, samoin kuin ammatissa etenemisen, arvioi mahdolliseksi yksi kolmesta kyselyyn vastanneesta hoitajasta. Täydennyskoulutuksen toimivuuteen oli vastanneista 38 % tyytyväisiä. Neljä kymmenestä ilmoitti osallistuneensa kuluneen vuoden aikana ammattitaitoa kehittävään koulutukseen yhdestä kolmeen päivään. 11 % ei ollut osallistunut koulutukseen lainkaan. (Partanen ym. 2005.)

2.1.6 Henkilöstön perehdytys ja työnohjaus

Perehdyttäminen on työntekijän opastamista työhön, työtehtäviin ja työympäristöön. Perehdyttäminen on tarpeen uusille työntekijöille ja niille työntekijöille, jotka vaihtavat työtehtäviä organisaation sisällä. Rainion (2005) mukaan perehdytys auttaa siirtymään ja sopeutumaan uuteen työyksikköön. Hyvä tulos perehdyttämisellä on saavutettu silloin, kun työntekijä voi hyvin, hallitsee työnsä, osaa, oppii ja pääsee näyttämään taitonsa. Työn hallinta lisää työn monipuolisuutta ja mahdollisuutta erilaisten tietojen ja taitojen käyttöön sekä osaamisen kehittämiseen. Henkilöstö tulee perehdyttää työpaikalla tapahtuviin muutoksiin, kuten työmenetelmien tai työtehtävien muutoksiin. (Ranki 1999, Rainio 2005.)

Suomessa on tutkittu kohtalaisen vähän perehdytystä hoito- ja lääketieteessä. Ulkomaisia lähteitä on enemmän, mutta maiden väliset terveydenhuollon toiminnalliset erot vaikeuttavat tutkimuksien tulosten tulkintaa. Lahden (2007) tutkimuksen kohteena oli 66 sairaanhoitajaa, jotka olivat olleet työssä 3-12 kuukautta. Tuloksen mukaan perehdytettäville tulee olla nimetty perehdyttäjä. Perehdytyksen alkaessa perehdytettäville tulisi tehdä lähtötilanteen arviointi ja perehdytys suunnitelma. Vastaaajien tyytymättömyys

kohdistui perehdytysajan riittämättömyyteen ja perehdytyksen sisältöön. Yhteistyö sujui esimiehen kanssa hyvin, mutta palautteen annossa oli puutteita. Partasen ja työryhmän (2005) mukaan noin joka toinen hoitaja (54 %) vastasi, että hoitajien perehdytys toteutuu. Tämä kysely suunnattiin Suomen sairaanhoitajaliiton klinistä hoitotyötä tekevään jäsenistöön (N = 18 636). Kyselyn saajat arvottiin (satunnaisotos, n = 3000) ja hyväksytysti täytetyn vastauslomakkeen palautti 1192 sairaanhoitajaa. Vastausprosentti oli näin 40.

Satakunnan ja Varsinais-Suomen terveystieteiden lääkäreiden (n = 120) työoloja kartoittavan tutkimuksen tulosten mukaan terveystieteiden lääkäreiden kokemukset perehdytyksestä vaihtelivat. Yli puolet lääkäreistä oli ollut ajoittain huolestunut omista riittämättömiksi koetuista ammatillisista tiedoistaan ja taidoistaan. Lääkärit tarvitsivat parempaa perehdytystä, lisäkoulutusta ja työnohjausta. (Jaatinen ym. 2007.) Lisäkoulutusta työtehtävistään selviämiseksi ilmoitti tarvitsevänsä 20 % lääkäreistä. Toisaalta 14 % koki, että heillä olisi valmiudet selviytyä vaativammistakin tehtävistä. Nuoret lääkärit kokivat epävarmuutta ammatillisten taitojen riittävydestä. Työnohjausta olisi halunnut, muttei saanut, hieman vajaa 20 % lääkäreistä. Tutkijoiden päätelminä todettiin, että lääkäreiden tilannetta on tärkeää selvittää kehityskeskusteluissa.

Työnohjaus voidaan Paunonen-Ilmosen (2005) mukaan määritellä ohjattavan oman työn ja itsensä tutkimiseksi. Työnohjaus on tavoitteellista niin organisaation perustehtävän kuin sitä toteuttavan ohjattavan kannalta. Työnohjaus on ulkopuolisen henkilön ammatillista tukea ja erilaisia menettelytapoja, joiden perustehtävänä on saada aikaan ohjattavan tai ohjattavien jäsentynyt suhde työtilanteeseen. Tämän tuloksena saavutetaan työn aikaisempaa parempi hallinta ja oman ammatti-identiteetin vahvistuminen ja selkeytyminen. Työnohjauksessa nousee esille työntekijän erilaisia itsehavaittuja osaamisvajaita. Niihin suunnitellaan toimipaikkakoulutus. Näin koulutus ei ole irrallista ja sattumanvaraista, vaan omasta työstä nousevaa ja itsearviointin kautta havaittua. Samalla toimipaikkakoulutuksen sisällöt eivät jää irrallisiksi, vaan kohdentuvat työn substanssiin. (Paunonen-Ilmonen 2001.) Työnohjauksen toteutumista ja sen vaikutuksia on tutkittu melko vähän.

Hyrkäksen (2002) tutkimuksen tulosten mukaan säännöllisen työnohjauksen myötä henkilökunnan keskuuteen näytti kehittyvän kollektiivinen, eräänlainen yhteinen ja jaettu toimintaa ohjaava tieto. Tätä pidettiin tärkeänä perustana hoidon laadulle. Tutkimuksessa oli kyselyt potilaille (n = 1643) ja ryhmähaastatteluun osallistuvalla henkilöstöllä (n = 46). Pitkäkestoisen työnohjauksen aikana oivallettiin, että terveystalveluiden laatu tuotetaan yhdessä ja että yhteisesti määritellyt ja sovitut toimintalinjat olivat laadun konkreettinen edellytys.

Koivu ja työryhmä (2008) vertasivat työnohjaukseen eri tavoin suhtautuvien lääkäreiden arvioita työoloistaan, työuupumuksesta ja lääkärin työn kehittämistarpeista. Neljän muuttujan muodostaman mallin avulla ennustettiin lääkäreiden asennetta työnohjaukseen. Somaattisilla aloilla työskentelevien lääkäreiden työnohjauksen tarve liittyi ristiriitaan, joka syntyy työn pitkäjänteisyyden puutteesta, työroolin epäselvyydestä ja kyvyttömyydestä vaikuttaa työtahtiin sekä lääkärin sisäisestä työmotivaatiosta. Työnohjauksesta kiinnostuneiden lääkäreiden työmotivaatiota ylläpiti muita lääkäreitä enemmän ulkoisten palkkioiden lisäksi myös halu toteuttaa ja kehittää itseään työssään.

Tutkimustulokset osoittavat, että jopa 75–80 % työssä tarvittavista tiedoista ja taidoista opitaan työssä (Varila 1994, Vaherva 1999). Henkilöstön perehdyttämis- ja rekrytointisuunnitelmat sekä henkilöstön työkykyä ylläpitävä ja edistävä toiminta, jota työnohjauskin on, liitetään kiinteästi täydennyskoulutuksen suunnittelutyöhön (Korte 1997, Hätönen 1999, Valtakari 2003). Täydennyskoulutus tulee suunnitella eri toimijatahojen ja ammattiryhmien välisenä tiiviinä yhteistyönä sekä valtakunnallisesti, alueellisesti että organisaation sisällä (Surakka & Törmä 1994, Korte 1997, Hätönen 1999, Viitala 2002).

Pullon ja työryhmä (2005) toteuttivat kyselyn valmistumisen jälkeisen lisäkoulutuksen vaikutuksista 153:lle terveydenhuollon ammattilaiselle. Kyselyyn vastasi 79 lääkärää, 28 hoitajaa ja seitsemän muuta terveydenhuollon ammattilaista. Kyselyn tuloksena todettiin, että ammattiin valmistumisen jälkeinen lisäkoulutus kehitti omaa työtä ja sillä oli kokonaisvaltainen positiivinen vaikutus työyksikössä. Koulutus lisäsi ymmärrystä omasta ammatillisesta roolista ja muiden ammattiryhmien tiedoista ja kyvyistä. Lisäkoulutuksella oli positiivinen vaikutus ammattilaisten henkilökohtaiseen kehitykseen työssään ja

moniammatilliseen yhteistyöhön muiden ammattiryhmien välillä. Työntekijöiden kehittämismenetelmiä olivat muun muassa työnohjaus ja kehityskeskustelut.

2.2 Työnjako käsitteenä

Henkilöstöryhmien välisestä työnjaosta englannin kielessä käytetyt useat nimitykset, kuten ”skill-mix”, ”advanced roles” ja ”role changes” tarkoittavat työntekijöiden taitojen, osaamisen ja tehtäväkuvien yhdistämistä (Buchan & Calman 2004). Englanninkielisessä kirjallisuudessa käytetään hoitajan laajennettuihin tehtäväkuviin liittyvänä yläkäsitteenä ”advanced practice nurse” sekä useita alakäsitteitä, muun muassa ”nurse practioner”, ”nurse specialist”, ”nurse consultant” ja ”nurse-led clinics”. Kansalliseen terveysthankkeeseen liittyneessä selvityksessä työnjaolla tarkoitetaan koko yhteisön toiminnan kehittämistä siten, että tehtävät ja toimenpiteet järjestetään tarkoituksenmukaisella tavalla hoidon kokonaisuuden ja eri ammattiryhmien välisen yhteistyön ja työnjaon näkökulmasta. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2005.) Työnjakoa voidaan toteuttaa tehtäviä syventämällä, laajentamalla, delegoimalla tai luomalla uusia tehtäviä. Työnjakoa voidaan muuttaa joko saman henkilöstöryhmän kesken tai eri henkilöstöryhmien välillä. (Buchan & Calman 2004, Sibblad ym. 2004.)

Sosiaali- ja terveysministeriön (2005) kansallisen terveysthankkeen työnjakopilotteihin liittyvässä selvityksessä määritellään käsitteet *työnjako*, *tehtäväkuvien laajentaminen* ja *tehtäväsiirrot*. *Työnjaolla* tarkoitetaan koko työyhteisön toiminnan kehittämistä siten, että toiminta ja tehtävät järjestetään tarkoituksenmukaisella tavalla hoidon kokonaisuuden ja eri ammattiryhmien välisen osaamisen näkökulmasta. *Tehtäväkuvien laajentamisella* puolestaan tarkoitetaan tietyn henkilöstöryhmän toimenkuvan uudistamista laajentamalla tehtäväaluetta ja kehittämällä osaamista. *Tehtäväsiirroilla* tarkoitetaan tietyille henkilöstöryhmälle aiemmin kuuluneiden tehtävien sisällyttämistä toisten henkilöstöryhmien tehtäviin.

Työnjako on tärkeää yhdistää moniammatilliseen yhteistyöhön, joka tarkoittaa työskentelyä asiakas- ja työlähtöisesti niin, että eri ammattiryhmät yhdistävät tietonsa ja taitonsa ja pyrkivät mahdollisimman tasa-arvoiseen päätöksentekoon. Moniammatillisessa yhteistyössä pyritään tietojen, taitojen, tehtävien, kokemusten ja/tai

toimivallan jakamisella jonkin yhteisen päämäärän saavuttamiseen. (Isoherranen 2005.) Määtän (2006) mukaan *moniammatillisen yhteistyön* käsitteellä voidaan viitata organisaation sisäiseen tai organisaatioiden väliseen yhteistyöhön, yhteistyön satunnaisiin ja vakiintuneisiin muotoihin sekä ammattirooleissa pitäytyvään tai uutta synteesimäistä ajattelutapaa etsivään yhteistyöhön. Tiimijattelu liittyy työnjakoon. Helakorven (2001) mukaan tiimi on joukko ihmisiä, jotka itsejohtoisesti, pitkäkestoisesti, yhteisvastuullisesti ja tiiviissä yhteistyössä suorittavat tiettyä työkokonaisuutta ja tiimin jäsenten erilaisuutta hyödyntäen pyrkivät yhteisiin arvopäämääriin ja tavoitteisiin yhteisiä pelisääntöjä noudattaen.

2.2.1 Lääkäreiden ja hoitajien työnjaon toteutuminen vastaanotto toiminnassa

Henkilöstöryhmien keskinäisen työnjaon uudistamisen lähtökohtana voidaan pitää ihmisten voimavarojen johtamiseen ja kehittämiseen liittyvä johtajuusteoriaa, *Human Resource Managementia*. Sen tavoitteena on kehittää työympäristöä ja ottaa paremmin huomioon työyhteisöiden vuorovaikutukselliset, terveydelliset ja laadulliset seikat sekä henkilöstön oikeanlainen resursointi ja kannustaminen. (Viitala 2002, Ollila 2006.)

Terveydenhuollon eri ammattiryhmien välisen työnjaon kehittämisen malleja on levinnyt eri puolille maata ja työnjaon muutoksiin liittyvästä vastuunjaosta sovitaan valtakunnallisesti. Lindströmin (2003) selvityksen mukaan työnjaon kehittämiseen liittyy harvoja epäkohtia. Kansallisen terveysprojektin mukaan työnjaon uudistaminen edellyttää koulutusta ja riittävää työkokemusta, mutta myös yhteisesti laadittuja hoitosuosituksia ja alueellisia toimintaohjelmia (Sosiaali- ja terveysministeriö 2002, Erhola ym. 2003, Vallimies-Patomäki ym. 2003).

Terveydenhuolto 2000-luvulle -hankkeen aikana useammassa kuin joka toisessa terveyskeskuksessa oli toteutettu henkilöstön työnjakoon liittyviä uudistuksia. Näitä olivat virkanimikkeen uudistukset, työnkuvan laajentuminen sekä tehtävien siirrot ja työnkuvan uudelleen organisointi. Lähes joka neljännessä terveyskeskuksessa on kehitetty työnjakoa lääkäreiden ja sairaanhoitajien tai terveydenhoitajien välillä aloittamalla hoitajien vastaanottoja akuuttien infektioiden ja pitkäaikaissairaiden hoitoon. (Viisainen ym. 2002, Leiwo ym. 2002, Lindström 2003 ja Vallimies-Patomäki ym. 2003.) Liitetaulukossa 3 on

koottuna vuosina 1978 – 2006 tehtyjä tutkimuksia hoitajien ja lääkäreiden työnjaon toteutumisesta.

Kanadalaisen Wayn ja työryhmän (2001) mukaan potilaiden yleisin syy hoitajien vastaanottokäyntiin (n = 122) oli terveydentilan tutkimus. Yleisin lääkärin vastaanottokäynnin syy (n = 278) oli puolestaan sydänsairaus. Hoitajat keskittyivät vastaanotoillaan pääosin sairauksien ennaltaehkäisyyn ja sitä tukeviin palveluihin, kun taas lääkärit keskittyivät enemmän hoitaviin palveluihin. Englannissa hoitajille voidaan siirtää joitain lääkäreiden tehtäviä, mutta lääkäreille täytyy tällöin lisätä konsultaatioaikaa, ja potilaat ovat tyytyväisiä hoitajien kirjoittamiin resepteihin (Latter & Courtenay 2004, Leese 2006).

Klaukan ja työryhmän (2002) tutkimustuloksien mukaan keskimäärin joka kahdeksas infektiopotilas (n = 1200) päätyi MIKSTRA-terveyskeskuksissa (n = 30) vuosina 1998-1999 hoitajien vastaanotoille. Runsas kaksi prosenttia kaikista hoitajalla käyneistä potilaista tapasi samalla käynnillä myös lääkärin, ja vajaa kaksi prosenttia potilaista hoitajat lähettivät sairaalaan, vuodeosastolle tai erikoislääkärille. Joka kymmenennestä potilaasta hoitajat konsultoivat terveyskeskuslääkäriä. Tavallisimmat hoitajan vastaanotolle hakeutumisen syyt olivat flunssa, suolistoinfektiot, nielutulehdus ja virtsatietulehdus. Keskimäärin hoitajat teettivät potilaistaan diagnostisia tutkimuksia hieman harvemmin (31 %) kuin lääkärit (47 %). Hoitamissaan bakteeri-infektioissa hoitajat käyttivät diagnostiikkaa yhtä usein tai useammin kuin lääkärit. Uusintakäynneissä ei ollut eroja hoitajien ja lääkäreiden välillä. Potilaiden paranemisen tuloksissa ei ollut myöskään eroja hoitajan ja lääkärin välillä. Mundingen ja työryhmä (2000) päätyivät samansuuntaiseen tulokseen. Klaukan ja työryhmän tulosten perusteella arvioitiin, että jos hoitajien hoitamien infektiopotilaiden määrä nousisi vielä kolme prosenttia, säästettäisiin Suomessa 45 lääkärin vuosityöpanos.

Sakr ja työryhmä (1999) arvioivat potilaiden (n = 1453) pienten vammojen hoitoa ja hoitotuloksia verraten hoitajan ja nuoren lääkärin toimintaa ensiapuyksikössä Italiassa. Tulosten mukaan hoitajat olivat nuoria lääkäreitä parempia esitietojen ottamisessa ja heidän potilaillaan (n = 704) oli hyvä toteutettavan hoidon seurantasuunnitelma. Lääkäreillä oli tutkimuspotilaita 749. Hoitajien ja nuorten lääkäreiden välillä ei ollut eroja

potilaiden tutkimisen tarkkuudessa, hoidon pätevydessä, seurannan suunnittelussa tai radiologisten tutkimusten tulkinassa.

Englannissa oli laaja alueellinen kokeilu hoitajan antaman puhelinneuvonnan vaikutuksista. Tuloksena todettiin, että yleislääkärin päivystyspalvelujen käyttö saatiin hoitajan puhelinneuvonnan avulla käännettyä lievään laskuun (-0.8 %). (Munro ym. 2000.) Amerikkalaisen Pietten ja työryhmän (2000) tulosten mukaan hoitajien antaman puhelinneuvonnan avulla seurantaryhmän potilaille (n = 520) oli vähemmän sairauspäiviä ja vahvempi itseluottamus toteuttaa itsehoitoa. Samansuuntainen tulos saatiin Cox ja Wilsonin (2003) kirjallisuuskatsauksessa, jonka tuloksena todettiin puhelinohjaus sopivaksi keinoksi tarjota tukea ja ohjausta syöpäpotilaille.

Lääkäreiden ja hoitajien välisiä etäkonsultaatioita käytetään hyväksi muun muassa kysyttäessä ohjeita ensiavun lääkäriltä potilaiden röntgenkuvista ja potilaan tutkimisesta (Tachakra ym. 1997, Jaatinen ym. 2002 a). Lisäksi potilaan ja hoitajan sekä lääkäreiden välisissä etäkonsultaatioissa käytetään hyväksi videoneuvotteluja (Whitten & Collins 1998, Timonen 2004). Lääkit pystyvät hoitamaan etäasioinnilla noin 80 % potilasasioista (Tachakara ym. 1997, Jaatinen ym. 2002 a).

Potilaalla on oikeus hyvään terveyden- ja sairaanhoitoon (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 785/1992), ja potilaan hoito vaatii toteutuakseen saumatonta yhteistyötä omahoitajan ja lääkärin välillä (Peltonen 2000). Yhteistyö terveydenhuollossa edellyttää osapuolten välillä yhteistä näkemystä potilaan hyvinvoinnista sekä terveyden edistämisestä ja yhteistyön päämääristä. Werret ja työryhmä (2001) selvittivät hoitajien (n = 722) huomaamia tietojensa ja taitojensa puutteita hoitotyössä. Hoitajien mukaan tärkeät oppimisen alueet olivat toisen työn tunteminen, tiimityöskentely ja tiimin rakentaminen. Lisäksi keskeisiä alueita olivat kommunikaation kehittäminen eri ammattiryhmien välillä ja ammattiryhmien väliset tapaamiset. Saarelman (1995) mukaan parantunut yhteistoiminta ja keskinäinen konsultointi sallii myös erityistaitojen jakamisen

Perusterveydenhuollon potilaiden hoidon laatuun vaikuttaa tiimien rakenteiden, prosessien ja tulosten välinen suhde (Kupiainen ym. 2001, Bower ym. 2003, Meterko ym. 2004). Autonomian ja tiimityön on todettu vaikuttavan myös sairaanhoitajien työtyytyväisyyteen

(Atencio ym. 2003). Autonomiata kokevilla sairaanhoitajilla tiimityö sujui paremmin kuin autonomiata vähemmän kokevilla sairaanhoitajilla (Rafferty ym. 2001). Sairaanhoitajia kiinnostavat autonomisten työkäytäntöjen lisäksi organisaatiot, joissa tiimityö ja erityisesti lääkäreiden ja sairaanhoitajien väliset yhteistyösuhteet toimivat. (Laschinger ym. 2003, Kramer & Schmalenberg 2004, Heath ym. 2004).

Grumbach ja Bodenheimer (2004) selvittivät lääkäreiden ja hoitajien muodostamien tiimien keskinäistä työskentelyä perusterveydenhuollossa Kaliforniassa. Tulosten mukaan potilaiden hoitoon keskittyneet tiimit, joilla oli suuri yhteenkuuluvuuden tunne, tuottivat parempia tuloksia ja suurempaa potilastyytyväisyyttä kuin perinteisellä tavalla toimiva henkilöstö. Kärkkäisen ja Saarisen (2002) tutkimuksen tuloksien mukaan terveyskeskusten lääkäreiden ja hoitajien muodostamien väestövastuutiimien keskinäisenä ongelmana oli se, että tiimit eivät kokoontuneet säännöllisesti suunnittelemaan toimintaansa tai keskustelemaan asioista. Lisäksi ongelmaksi koettiin toiminta vaihtelevien yhteistyökumppaneiden kanssa. Säännöllisiä kokoontumisia kaivattiin aikapulasta huolimatta. Kokoontumisien tavoitteena pidettiin työtapojen suunnittelua ja järjeistämistä sekä yhteisten linjausten tekemistä esimerkiksi kansantautien hoitopoluista. Ledlowin (1999) mukaan tiimityö on arvokasta, koska terveyteen liittyvät tarpeet ovat moninaiset ja ne edellyttävät erityyppistä pätevyyttä. Tiimit epäonnistuvat, jos ne pyrkivät ratkaisemaan ongelmia niin, että potilas ei ole mukana prosessissa. Tähän tulokseen päätyi Timpka työryhmiin (2000). He kuvasivat tiimimalliin perustuvaa työskentelyä perusterveydenhuollossa terveyskeskuksessa. Tutkimukseen osallistui kolme tiimiä ja 24 potilasta.

Hoitajien ja lääkäreiden vastaanottokäyntien kustannuksista on tehty kansainvälisiä tutkimuksia (Lassen ym. 1997, Vennig ym. 2000). Kustannusten erot eivät ole näiden tulosten mukaan merkittäviä. Hoitajan vastaanottokäynnit olivat kestoaltaan pidempiä (Kinnarsley ym. 2000, Shum ym. 2000, Vennig ym. 2000). Yhden tutkimuksen mukaan hoitajien vastaanotot olisivat huomattavasti kustannusvaikuttavampia kuin lääkäreiden vastaanotot, jos ne lyhenisivät kestoaltaan (Venning ym. 2000). Lindbergin työryhmän (2002) mukaan astmapotilaiden hoidon tukena käytetty hoitajien puhelinneuvonta toi hyvin rohkaisevaa tietoa kustannusten säästön mahdollisuuksista hoitajien puhelintyöskentelyssä. Englantilaisen Lattimerin ja työryhmän (2000) mukaan hoitajien

puhelintyöskentely tuo kustannushyötyä etenkin pidemmällä aikavälillä. Tämä tulos ei tutkijoiden mukaan kuitenkaan ollut yleistettävissä.

Hojat työryhmineen (2001) tutki hoitajien ja lääkäreiden yhteistyötä Yhdysvalloissa ja Meksikossa. Heidän päätelmänsä oli, että hoitajat ja lääkärit tarvitsevat yhteistyön vahvistamiseksi yhteistä opetusta jo opiskeluaikana oppiakseen tuntemaan toistensa työtä. Samansuuntaiseen tulokseen päätyivät Keenan (1998) ja Pilli-Sihvola (1999). Reveleyn (1998) ja Leiwon ja työryhmän (2002) mukaan keskeistä yhteistyön toimivuudessa oli hoitajien lisäkoulutus. Lääkäreiden, hoitajien ja muun henkilökunnan (n = 153) yhteisen lisäkoulutuksen vaikutuksia selvittivät Pullon ja Fry (2005) Uudessa Seelannissa. Lähes kaikki koulutukseen osallistuneet (92 %) raportoivat oman vastaanottotyön kehittyneen, yli kaksi kolmasosaa (68 %) raportoi myönteisten vaikutusten näkyvän työpaikan käytännössä, hieman vajaa puolet (48 %) vastasi oman ammatillisuuden kasvaneen ja 79 % vastasi ymmärryksen lisääntyneen toisten ammatillisten ryhmien kyvyistä ja pätevyyksistä. Hieman vajaa neljäsosa (22 %) arvioi ammatillisella uralla etenemisen kasvaneen vuodessa ja yli puolet (56 %) arvioi näin tapahtuvan pidemmällä ajalla. Tutkimus toi esille sen, että koulutus lisäsi yksilökohtaisia ja ammatillisia etuja, ymmärrystä osallistuneiden omista ja muiden ammattilaisten rooleista sekä yhteistyötä ammatillisten ryhmien välillä.

2.2.2 Hoitajien itsenäinen tehtäväalue vastaanottotoiminnassa

Suomalaisista sairaanhoitajista kaksi kolmasosaa arvioi autonomiansa työssään keskitasoiseksi (Isotalo 2006). Tulos on samansuuntainen kuin englantilaisen Laschingerin ja työryhmän (2003) tulos. Tämän tutkimuksen tulosten mukaan sairaanhoitajat, jotka arvioivat autonomiansa korkeaksi ja jotka kokivat tiimityön sujuvan hyvin, kokivat myös työyksikkönsä hoitotyön laadukkaaksi. Sairanhoitajat toivovat ammattitaitonsa ja asiantuntijuutensa hyödyntämistä työyhteisössä (Orvomaa 1998, Reveley 1998, Wiles ym. 2001).

Hintsalan (2005) mukaan hoitotyön autonomian tukeminen oli sairaanhoitajien (n = 715) mielestä johdon konkreettinen osoitus työn tukemisesta ja arvostuksesta. Tässä tutkimuksessa tuli esille, että epämääräinen ja vähäinen autonomia hoitotyössä heikensi

työtyytyväisyyttä ja nosti mieleen ajatuksen ammatin vaihtamisesta. Hintsalan (2005) tulosten mukaan keskeistä ammatinvaihdon harkinnassa hoitotyössä olivat työn tärkeäksi kokeminen, johtaminen, ikä, itsenäisyys työssä, työn innostus, koulutuksen arvostus, ammattitaidon päivitys, työsuhteen määräaikaisuus ja uralla eteneminen.

Leiwon ja työryhmän (2002) kyselyyn vastanneiden hallinnon edustajien (n = 154) mukaan lääkäreiden tehtäviä oli siirtynyt heidän toiminta-alueellaan erikoiskoulutetuille hoitotyöntekijöille. Tehtäviä oli siirtynyt pääasiassa lääkäreiltä sairaanhoitajille, terveydenhoitajille ja kättilöille. Syitä uusien tehtävien siirtämiselle hoitajien itsenäiseen työskentelyyn olivat terveydenhuollon taloudellinen tilanne, henkilöstöpula ja henkilökunnan ammattitaidon tarkoituksenmukainen käyttö. Kyselyyn vastanneiden hallinnon edustajien mukaan muutoksiin ollaan valmiita terveydenhuollossa. Heidän mukaansa muutoksia hoitajien tehtävissä voitaisiin toteuttaa enemmän perusterveydenhuollossa kuin erikoissairaanhoidossa. Toimintojen muutosta perusteltiin hoidon sujuvuuden parantamisella. Hallinnon edustajien mukaan tehtävien siirrossa kyse oli enemmänkin hoitovastuiden muutoksista kuin yksittäisten tehtävien siirtämisestä ammattiryhmältä toiselle.

Sairaanhoitajien itsenäistä työskentelyä ja tehtävänkuvia on laajennettu lievien sairauksien hoidossa perusterveydenhuollon potilaiden sairaus- ja seurantavastaanoitoilla sekä puhelinneuvonnassa. Toimintojen muutoksista saatujen tulosten mukaan lisäkoulutuksen saanut sairaanhoitaja pystyy hoitamaan perusterveydenhuollon vastaanotolle tulleista potilaista suurimman osan (Atkin ym. 1994, Jaatinen 2002 a, McDonald ym. 1999, Shum ym. 2000, Vennig ym. 2000, Vallimies-Patomäki ym. 2003). Sairaanhoitajan laajennettuun tehtävänkuvaan perustuvat terveyspalvelut olivat turvallisia, laadukkaita ja potilaiden hyväksymiä (Reveley 1998, Piette ym. 2000, Shum ym. 2000, Venning ym. 2000, Horrocks ym. 2002). Lisäksi potilaat saivat sairaanhoitajilta sellaista sairauteensa ja sen hoitoon liittyvää tietoa, mikä tuki itsehoitoa, hoitoon sitoutumista ja vastuun ottamista omasta terveydestä (Horrocks ym. 2002, Vallimies-Patomäki ym. 2003, Hukkanen & Vallimies-Patomäki 2005).

Hoitajat vastaavat niiden potilaiden seurannoista, jotka sairastavat pitkäaikaissairauksia. Tavallisimmat sairausryhmät, jotka edellyttävät säännöllistä potilaiden seurantaa, ovat

astma, diabetes ja verenpaine. Lisäksi hoitajat tekevät vastaanotoilla myös pieniä kirurgisia toimenpiteitä. (Atkin ym. 1994.) Vennigin (2000) ja Shumin (2000) työryhmien tulosten mukaan sairaanhoitajat hoitivat heidän vastaanotolleen tulleista potilaista suurimman osan. Liitetaulukossa 4 on koottuna vuosien 1994–2006 välisenä aikana toteutettuja tutkimuksia hoitajien itsenäisestä tehtäväalueesta vastaanottotoiminnassa.

Shum ja työryhmä (2000) arvioivat sairaanhoitajan toiminnan hyväksyttävyyttä ja turvallisuutta potilaiden (n = 1815) lievien sairauksien hoidossa. Salisbury ja työryhmä (2002) hoitajavetoisten terveysasemien toimintaa Lontoossa. Näillä terveysasemilla annettiin ohjeita erilaisten sairauksien hoidosta ja hoidettiin pikkuvammoja. Tulosten mukaan sairaanhoitajien vastaanotot olivat pidempiä kuin lääkäreiden. Odotusaika vastaanotoille oli keskimäärin 10 minuuttia, ja konsultaation kesto aika oli keskimäärin 14 minuuttia (Salisbury ym. 2002). Samansuuntaiseen tulokseen päätyivät Horrocks ja työryhmä (2002) systemaattisessa kirjallisuuskatsauksessaan. Lisäksi heidän tuloksissaan tuli esille, että hoitajat tekivät enemmän tutkimuksia kuin lääkärit. Shumin ja työryhmän (2000) mukaan sairaanhoitaja hoiti itsenäisesti lähes kolme neljäsosaa (73 %) potilaista, konsultoi lääkäriä kahdeksassa prosentissa ja lähetti lääkärille 19 % potilaista. Potilaat olivat tyytyväisempiä sairaanhoitajien kuin lääkäreiden vastaanottoihin. Tämä ero ei ollut yhteydessä vastaanoton pituuteen. Puolet lääkäreiden ja kaksi kolmasosaa (61 %) sairaanhoitajien potilaista halusi jatkossa asioida kumman tahansa vastaanotoilla. Tulosten perusteella hoitajat voivat jakaa lääkäreiden kanssa potilaiden hoidon ja ottaa vastatakseen laajemman ja ulottuvamman roolin terveydenhuollon palvelujen tarjoajina (Reveley 1998, Shum ym. 2000, Horrocks ym. 2002, Salisbury ym. 2002). Hoidon laatu oli joiltakin osin parempi hoitajien kuin lääkäreiden käynneillä (Horrocks ym. 2002). Hoitajien ja lääkäreiden välillä ei ollut eroja lääkemääräyksissä, potilaiden paranemisessa ja jatkohoitoon hakeutumisessa (Shum ym. 2000, Horrocks ym. 2002).

Coxin ja Wilsonin (2003) toteuttaman systemaattisen kirjallisuuskatsauksen mukaan hoitajien johtama syöpäsairaiden seuranta puhelinohjauksella todentui sopivaksi keinoksi tarjota tukea ja ohjausta syöpäpotilaille. Samansuuntaisen tuloksen saivat Piette ja työryhmä (2000), joiden mukaan hoitajien puhelinohjauksella oli vaikutuksia potilaiden henkiseen terveyteen, itsehoidon tehoon, hoitotyytyväisyyteen ja terveyteen ja elämänlaatuun.

Vaikuttavia hoitokäytäntöjä diabetespotilaiden hoidossa selvittivät Renders ja työryhmä (2000). Kyseessä oli systemaattinen kirjallisuuskatsaus, jossa tarkasteltiin 41 tutkimusta. Tulosten mukaan potilaskeskeiset interventiot edesauttavat potilaiden terveyden ylläpitämistä. Diabeetikoiden hoito edellyttää moniammatillista yhteistyötä ja hoitajilla on tärkeä rooli potilaskeskeisissä interventioissa, potilasohjauksessa ja hoitoon sitoutumisessa. Lindbergin ja työryhmän (2002) kaksiosaisen seurantatutkimuksen tulosten mukaan hoitajat paransivat toiminnallaan astmapotilaiden (n = 152 ja n = 347) hoidon laatua perusterveydenhuollossa siten, että sen vaikutukset näkyivät myös kustannuksissa. Astmapotilaiden hoitajilla oli enimmäkseen paremmat tulokset astman laadun kirjaamisessa ja potilaiden itsehoidon tukemisessa kuin lääkäreillä. Hoggin ja työryhmän (2006) koe- ja kontrollitutkimuksen tulosten mukaan potilaiden (n = 53) käynnit hengitystieinfektioiden takia laskivat lääkäreiden (n = 143) mukaan 15–81 %:iin, kun hoitajat tehostivat infektioiden ehkäisemiskeinoja kolmella eri tavalla. Hoitajien ohjaus lisäsi näiden parhaiden käytäntöjen toteutumista lähes puolella (49 %).

Partanen ja työryhmä toteuttivat (2004) kyselytutkimuksen arvotulla satunnaisotoksella 3000:lle Suomen sairaanhoitajaliiton jäsenelle. Kyselyyn vastasi 1192 sairaanhoitajaa. Tutkimuksessa selvitettiin sairaanhoitajien työolojen tämänhetkistä tilannetta hoitotyön henkilöstömitoituksesta, sairaanhoitajien tehtävän kuvasta ja vastuualueesta ja työmäärästä työyksiköissä, hoitotyön laadusta työyksiköissä ja sairaanhoitajien työhyvinvoinnista sekä työtyytyväisyydestä työyksiköissä. Joka toinen vastaaja esitti, että työyksikössä tulisi olla enemmän hoitajia, keskimäärin lisätarve oli kaksi sairaanhoitajaa tai yksi sairaanhoitaja ja yksi perushoitaja. Välittömään hoitotyöhön käytettävän ajan arvioi kuluneen vuoden aikana edelleen vähentyneen kaksi kolmesta vastaajasta. Sairaanhoitajille raportoitiin myös siirretyä yleisesti lääkäreille kuuluneita tehtäviä, kuten esimerkiksi hoidon tarpeen arviointia, laskimokanyylien asettamista, verensiirtoja, suonensisäisten lääkitysten aloittamista sekä potilaiden puhelinneuvontaa. (Partanen ym. 2005.)

Sairaanhoitajat arvioivat vastuualueiden laajentamisten monipuolistaneen heidän työtään ja tehneen sitä joustavammaksi, mutta toisaalta niiden arvioitiin myös lisänneen työn vaativuutta ja kuormittavuutta. Palkkaukseen tehtäväsiirrot olivat vaikuttaneet vain harvalla (6 %). Neljä kymmenestä arvioi, että uusiin tehtäviin oli saatu riittävä,

henkilökohtaista koulutusta. Lisäksi kaksi kolmasosaa vastanneista ilmoitti työyksikössä olleen kirjalliset ohjeet tehtävien suorittamisesta. Kirjallisella työmääräyksellä tehtävien siirrot oli annettu harvoin (8 %). Sairaanhoitajat olivat tyytyväisiä siihen, että hoitotyöllä oli vastuu omasta toiminnastaan ja että kollegat olivat ammattitaitoisia ja kokeneita. Myös yhteistyön lääkäreiden kanssa arvioitiin sujuneen hyvin, ja sairaanhoitajat luottivat lääketieteellisen hoidon korkeatasoisuuteen. Kyselyyn vastanneet arvioivat kriittisesti johtamista organisaatiossaan. Heidän mukaansa hallinto ei kuuntele eikä reagoi työntekijöiden huolenaiheisiin eikä tue hoitohenkilöstöä. Hoitotyön ylin johto ei ole tasa-arvoisessa asemassa muihin sairaalan ylimpiin johtajiin nähden, ja ylihoitaja on näkymätön ja huonosti tavoitettavissa. Joka toinen arvioi osastonhoitajansa olevan hyvää sekä ihmisten että asioiden johtamisessa. (Partanen ym. 2005.)

2.3 Tutkimuksessa käytetyt käsitteet

Tässä tutkimuksessa käytetään perusterveydenhuollon organisaatioista ja vastaanotto-toiminnasta ja siellä toimivasta henkilöstöstä, heidän työstään ja työskentelytavastaan sekä työnsä kohteesta käsitteitä ja lyhenteitä. Kuntien muodostamista kuntayhtymistä ja terveyskeskuksista käytetään yhteistä nimitystä *terveyskeskus*. *Hallinnon edustajilla* tarkoitetaan vastaanottotoiminnasta vastaavia johtavia lääkäreitä, ylilääkäreitä, vastaavia lääkäreitä, johtavia hoitajia, ylihoitajia, osastonhoitajia ja vastaavia hoitajia. *Hoitajilla* tarkoitetaan terveyden- ja sairaanhoitajia, lähi-, perus- ja apuhoitajia, lääkintävahtimestareita ja terveyskeskusavustajia. *Asiakas* tarkoittaa terveyskeskuksessa tutkimuspäivänä asioinutta henkilöä, joka kävi lääkärin tai hoitajan vastaanotolla. Poikkeuksena luvuissa 5.6, 5.7, 5.8 ja 5.9 käytetään *potilas* -käsitettä, koska näissä luvuissa tarkastellaan hoitajien tehtäväalueita pitkäaikaissairauksien ja infektioautien sairauksien hoidossa. *Hoitajavastaanotto* tarkoittaa sairaan- tai terveydenhoitajan omaa itsenäistä vastaanottoa äkillisesti sairastuneille ja pitkäaikaissairaille potilaille. Hoitajan asiakkaille tai potilaille antamasta neuvonnasta ja ohjauksesta käytetään yhteisnimitystä *ohjaus*. Mattilan (2002) mukaan *ohjaus* -käsitettä kuvataan teorian ja empiirisen näytön pohjalta kolmiulotteisena ilmiönä: kokemusperäisenä, auttavana, neuvovana ja opettavana sekä normatiivisena, kontrolloivana sosiaalisena toimintana. Neuvominen on opettavaa ohjausta. Kokemusperäisen ohjauksen keskeisiä piirteitä ovat vastavuoroisuus,

voimavarojen hyödyntäminen, luottamuksellisuus sekä asiakkaan itsemääräämisoikeuden ja vaikutusvaltaisuuden tukeminen (Sherzer & Stone 1980).

Vastaanottotoiminnan *työparityö (TPT)* tarkoittaa työtiloiltaan läheistä lääkärin ja hoitajan jatkuvaa ja kiinteää yhdessä työskentelyä, jossa he vastaavat tietystä väestöstä tai asuinalueesta. Tässä tutkimuksessa lääkärin työparihoitaja on terveyden-, sairaan- tai lähihoitaja. Keskeistä toimintatavassa on, että terveyspalvelujen käyttäjä ottaa yleensä aina yhteyden omaan nimettyyn sairaan- tai terveydenhoitajaan. Omahoitaja arvioi hoidon tarpeen kiireellisyyden ja ohjaa asiakkaan sovituin esivalmisteluin lääkärille tai varaa asiakkaalle ajan omalle vastaanotolle. Lisäksi monia hoitoon ja hoidon seurantaan sekä terveydentilan tarkastuksiin liittyviä käytännön järjestelyjä ja kysymyksiä hoidetaan puhelinyhteydessä. Hoitaja vastaa pitkäaikaissairaiden potilaiden hoidosta ja seurannasta pitämällä omaa vastaanottoa, avustaa lääkäriä tarvittaessa ja lisäksi huolehtii määrätyistä erityistehtävistä. Tässä tutkimuksessa käytetään edellä kuvatusta työparityöstä kirjainlyhennettä TPT.

Vastaanottotoiminnan perinteinen *tiimityö (TT)* tarkoittaa sitä, että on valittu ryhmä henkilöitä, jotka ovat kiinteästi yhteydessä toisiinsa. Vastaanottotoiminnassa näitä ammattiryhmiä ovat lääkäri, sairaan- tai terveydenhoitaja ja lähi- tai perushoitaja sekä terveyskeskusavustaja. Heille on suunniteltu ja nimetty erilaisia tehtäviä ja vastuita. Tässä mallissa lääkäri toimii yhteistyössä usean hoitajan kanssa, näin toimii myös asiakas. Hoitajien itsenäisiä vastaanottoja on pitkäaikaissairaille potilaille. Näitä vastaanottoja pitävistä hoitajista käytetään nimitystä asiantuntijahoitaja tai heidät on nimetty sairausryhmän mukaisesti, kuten esimerkiksi diabetes- ja sydänhoitaja. Tiimityöhön terveyskeskuksissa usein kuuluu lisäksi erillinen hoitajien päivystysvastaanottotoiminta. Tässä tutkimusraportissa käytetään edellä kuvatusta tiimityöstä kirjainlyhennettä TT.

2.4 Yhteenveto tutkimuksen lähtökohdista

Kyseessä on terveydenhuoltotutkimus. Terveydenhuoltotutkimuksessa Bowlingin (2003) mukaan ollaan kiinnostuneita väestön tarpeista ja vaatimuksista, terveyspalvelujen hyväksyttävyydestä, palvelujen toimintaprosesseista ja rakenteista sekä palvelujen laadusta ja vaikuttavuudesta. Lisäksi terveydenhuoltotutkimuksessa ollaan kiinnostuneita

niistä terveystalvaeluista, joilla voidaan vaikuttaa kustannuksiin sekä potilaiden ja asiakkaiden elämän laatuun ja tyytyväisyyteen terveystalvaeluita kohtaan. Bowlingin (2003) mukaan prosessit selvittävät, kuinka palvelut jaetaan ja käytetään. Terveystalvaeluon toiminnassa prosessi sisältää ajanvarauksen, potilaiden tutkimuksen, hoidon ja kuntoutuksen sekä vuorovaikutuksen henkilökunnan ja potilaiden välillä. Elonheimon (1999) mukaan terveystalvaeluon toiminnan suunnittelussa ja kohdentamisessa voidaan käyttää palvelujenkäyttömallia. Tämän avulla voidaan laskea tarvittavien terveystalvaelujen määrä ja väestön hoitamiseen tarvittavat toimenpiteet. (Liitetaulukko 1.)

Suomessa terveystalvaeluon siirryttiin valtionosuusuudistuksen myötä informaatio-ohjauksen aikaan. Kunnille ja terveystalvaeluon organisaatioille jäivät lainsäädännön ohella päätöksenteon tueksi yleisluonteisemmat valtakunnalliset ohjelmat. Perusterveystalvaeluon vastaanotto toimintaa on järjestetty Suomessa väestövastuisesti omalääkäritoimintana tai aluejakomallilla. Terveystalvaeluon uudistumista ja lähemmin perusterveystalvaeluon ja erikoissairaanhoidon toimintojen kehittymistä tuettiin Kansallisella terveystalvaeluonhankeella vuosina 2003 – 2007. Jatkossa KASTE-ohjelman 2008-2011 toivotaan mahdollistavan terveystalvaeluon uudistamistarpeet.

Terveystalvaeluon kansanterveys- ja erikoissairaanhoidoilla säädetään yleisesti kunnan velvollisuudesta järjestää terveystalvaeluon- ja sairaanhoido palveluja ja niihin liittyvää toimintaa. Potilaiden hoitoon pääsyn turvaamiseksi ja alueellisen yhteistyön parantamiseksi kansanterveystalvaeluonlakiin tehtiin muutos, joka tuli voimaan 25.11.2004. Erikseen on säädetty lakeja muun muassa työterveystalvaeluon, mielenterveystalvaeluon, terveystalvaeluon suojelelusta sekä tartuntatauti ehkäisystä ja hoidosta. Terveystalvaeluon käyttäjien asemaa säätelee laki potilaan asemasta ja oikeuksista. Potilaan asemasta ja oikeuksista annetun lain mukaan potilaalle annettavan terveystalvaeluon- ja sairaanhoidon on oltava laadultaan hyvää. Vastaanotto toiminnassa työskentelevää henkilöstöä säätelevät laki ja asetus terveystalvaeluon ammattihenkilöistä. Nämä määrittelevät ammattihenkilön oikeudet ja velvollisuudet työtehtävää hoitaessaan. Terveystalvaeluon henkilöstölle tulee kansanterveystalvaeluon- ja erikoissairaanhoido lakeihin tehtyjen muutosten mukaisesti järjestää täydennyskoulutusta vuosittain.

Terveyskeskusten välillä kiireettömän lääkärin hoitoon pääsyajat vaihtelevat. Myönteistä vaikutusta on palvelujen toimivuuden parantamiseksi saatu aikaiseksi terveystalouksissa säädetyn ns. hoitotakuun myötä. Terveyskeskuksissa omalääkärin vastaanotolle pääsy oli huomattavasti nopeampaa kuin niissä terveystalouksissa, joissa ei ollut nimetty omalääkäreitä. Hoitotakuun myötä hoitajien tehtäväkuvia laajennettiin ja joitakin tehtäviä siirtyi lääkäreiltä hoitajille. Lisäksi hoitotakuu selkiytti erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon yhteistyötä. (Pekurinen ym. 2008.)

Potilaiden hoitovastuuta jaetaan perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon kesken sovitujen ja kuvattujen hoitoketjujen avulla, joiden tarkoituksena on turvata potilaiden hoidon jatkuvuus. Hoitoketjukäytännöt ovat vasta kehittymässä, vaikka niistä on puhuttu jo 1990-luvulta alkaen. (Viisainen ym. 2002.)

Hoitosuositusten avulla pyritään yhtenäistämään vaihtelevia hoitokäytäntöjä. Tutkimusten mukaan hoitosuosituksia käytetään hyväksi työn tukena perusterveydenhuollossa (Jousimaa ym. 2002, Lindberg ym. 2005). Käypä hoito -suositukset olivat Terveystalouksien 2000-luvulle -tutkimuksen mukaan käytössä kahdella kolmasosalla terveystalouksista. Suositusten suuri määrä ja työssä koettu kiire haittaavat hoitosuositusten omaksumista (Kuronen ym. 2006).

Muutosten hallinta edellyttää ennakkointia koulutuksessa ja ammatillisen koulutuksen tehtävänä on ohjata ammattialan kehitystä. Hoitajien tehtäväkuvien laajentuminen ja tehtävien siirtyminen lääkäreiltä hoitajille edellyttävät koulutuksen vastaavuuden ja tarpeen arviointia. Ammattikorkeakoulusta valmistuneiden hoitajien työssään tarvittavaa osaamista ovat arvioineet esimerkiksi Räisänen (2002) ja Paloposki ja työryhmä (2003). Näiden tulokset poikkeavat toisistaan. Hoitajien ammatilliseen osaamiseen oli eniten yhteyttä sairaanhoitajien työkokemuksella. Tutkijoiden mukaan heidän tuloksensa tukivat asiantuntijuuden kehittymistä vaiheittain kokemuksen myötä (Benner 1989). Hoitajien tehtäväkuvien laajentaminen edellyttää lisäkoulutusta. Se mahdollistaa hoitajien toimimisen uusissa tehtävissä. (Liitetaulukko 2.)

Terveystalouksien henkilöstön perehdyttämiseen liittyvien tutkimusten (esim. Rainio 2005, Lahti 2007, Jaatinen ym. 2007) tulosten mukaan perehdytettävälle tulisi olla

laadittuna perehdytysuunnitelma ja -ohjelma. Organisaation sisäisiä henkilöstön kehittämismenetelmiä ovat työn ohjaus ja kehityskeskustelut. Kehityskeskustelujen avulla voidaan selvittää perehdytyksen tarvetta.

Työnjakoa terveydenhuollossa käsitteenä on määritelty lähinnä kansainvälisissä lähteissä. Suomessa käsitteen määrittelyä on tehty sosiaali- ja terveysministeriössä kansallisen terveysthankkeen työjakokokeilujen selvityksissä (Hukkanen & Vallimies-Patomäki 2005). Työnjako yhdistetään monissa lähteissä moniammatilliseen yhteistyöhön ja tiimityöhön.

Suomessa terveydenhuollon henkilöstön työhön ja keskinäiseen työnjakoon liittyviä uudistuksia on toteutettu useammassa kuin joka toisessa terveyskeskuksessa. Lähes joka neljännessä terveyskeskuksessa on kehitetty työnjakoa lääkäreiden, sairaanhoitajien ja terveydenhoitajien välillä. Työnjaon kehittämiseen on harvoin liittynyt epäkohtia. Työnjaon uudistaminen edellyttää hoitajien lisäkoulutusta ja heidän riittävää työkokemusta, laadittuja hoitosuosituksia ja alueellisia toimintaohjelmia (Sosiaali- ja terveysministeriö 2002, ks. Atkin ym. 1994, Salisbury ym. 2002, Erhola ym. 2003, Vallimies-Patomäki ym. 2003). (Liitetaulukot 3 ja 4)

Perusterveydenhuollossa toteutetaan sairaanhoitajan ja terveydenhoitajan vastaanotto toimintaa äkillisten, lievien terveysongelmien hoidossa ja pitkäaikaisesti sairaiden potilaiden seurannassa ja hoitajien puhelinpäivystystä ja -neuvontaa. Saatujen tulosten perusteella voidaan todeta, että lääkäreiden ja sairaan- ja/tai terveydenhoitajien työnjakoa kehittämällä sekä hoitajien tehtäväkuvia laajentamalla on voitu parantaa asiakkaiden hoitoon pääsyä, vähentää lääkäripäivystyksen käyttöä ja tehostaa toimintaa. Vaikka työmäärä ei aina ole vähentynyt, lääkäreiden ja hoitajien työn mielekkyys on yleisesti parantunut. (Hukkanen ja Vallimies-Patomäki 2005.) Työnjaon muuttaminen perustuu hyvään yhteistyöhön lääkärin kanssa ja edellyttää mahdollisuutta tarvittaessa konsultoida lääkäreitä. (Liitetaulukko 4.)

Terveyskeskusten asiakkaiden tyytyväisyys vastaanottopalveluihin keskittyy tutkimuksissa ja selvityksissä enimmäkseen palvelujen ajalliseen saatavuuteen ja saavutettavuuteen. Asiakkaiden taustatiedot vaikuttavat tyytyväisyyteen (Caldow ym. 2007). Lääkäreiden ja hoitajien antamaan hoitoon ja palveluun potilaat ovat yhtä

tyytyväisiä (Lewin ym. 2001, Laurant ym. 2004 ym., Roblin ym. 2004). Potilaat kaipaavat lääkäreiltä ja hoitajilta keskustelua, kumppanuutta ja terveyden edistämistä sekä tutkimuksia ja lääkkeitä (Little ym. 2001). Tyytymättömiä asiakkaat ovat resurssien vähyyteen, kiireeseen, huonoon hoitoilmapiiriin ja tiedon saannin puutteeseen (Töyry ym. 1999). Asiakkaat arvostavat hyvää vuorovaikutusta ja potilaskeskeisiä lähestymistapoja. Potilaiden mukaan hoitajilla on paremmin aikaa neuvontaan kuin lääkäreillä ja hoitajat neuvovat lääkkeitä laaja-alaisemmin hoitoon liittyvissä asioissa. Asiakkaat ja potilaat kaipaavat parempaa tietoa hoitajien osaamisalueista. (Little ym. 2001.) (Liitetaulukko 1.)

3 TUTKIMUKSEN TARKOITUS JA TUTKIMUSTEHTÄVÄT

Tutkimuksen tarkoituksena on kuvata perusterveydenhuollon vastaanottoa hallinnon edustajien, lääkäreiden, hoitajien ja asiakkaiden arvioimina. Lisäksi tarkoituksena on verrata lääkäreiden ja hoitajien tiimi- ja työparityönä toteutettua työnjakoa ja hoitajien tehtäväaluetta vastaanottoa. Tavoitteena on luoda kirjallisuudesta saadun tiedon ja tämän tutkimuksen tulosten perusteella toimintamalli perusterveydenhuollon vastaanottoa. Taulukossa 1 on kuvattu tutkimusaineistot ja -tehtävät. Tutkimuksessa etsitään vastausta seuraaviin tutkimustehtäviin:

I Kuvata ja verrata perusterveydenhuollon vastaanottoa tiimi- ja työparityöterveyskeskuksissa

- 1 Vastaanottoa järjestelyt
- 2 Henkilöstöryhmien työn tuki
- 3 Henkilöstön työssä tarvittavan osaamisen arviointi ja ylläpitäminen sekä lisäkoulutustarpeet
- 4 Vastaanottoa kehittämisalueet

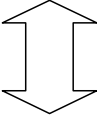
II Verrata lääkäreiden ja hoitajien välistä työnjakoa perusterveydenhuollon vastaanottoa tiimi- ja työparityöterveyskeskuksissa

- 5 Työnjaon käsite eri ammattiryhmien arvioimina
- 6 Lääkäreiden ja hoitajien työnjaon toteutuminen vastaanottoa
- 7 Lääkäreiden ja hoitajien työnjaon kehittäminen
- 8 Hoitajan tehtäväalue vastaanottoa
- 9 Hoitajan itsenäisen työskentelyn edut ja epäkohdat vastaanottoa

III Luoda toimintamalli perusterveydenhuollon vastaanottoa

Tutkimuksessa saatu tieto laajentaa kokonaiskuvaa perusterveydenhuollon vastaanottoa ja lääkäreiden ja hoitajien työaosta siellä. Saatua tietoa voidaan käyttää perusterveydenhuollon vastaanottoa kehittämiseen.

Taulukko 1. Tutkimusaineistot ja -tehtävät

Empiirinen aineisto
<p><i>Aineistot 1- 4:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Hallinnon edustajien (aineisto 1), lääkäreiden (aineisto 2) ja hoitajien (aineisto 3), kyselyt marraskuussa 2005 • Terveyskeskusasiakkaiden kyselyt (aineisto 4), kyselyt touko-kesäkuussa 2006 <p><i>Tutkimustehtävä I</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Vastaanotto toiminnan järjestelyt (aineistot 1-4) 2. Henkilöstöryhmien työn tuki (aineistot 1-3) 3. Henkilöstön työssä tarvittavan osaamisen arviointi ja ylläpitäminen sekä lisäkoulutustarpeet (aineistot 1-3) 4. Vastaanotto toiminnan kehittämisalueet (aineistot 1-4) <p><i>Tutkimustehtävä II</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 5. Työnjaon käsite eri henkilöstöryhmien arvioimina (aineistot 1-3) 6. Lääkäreiden ja hoitajien työnjaon toteutuminen (aineistot 1-3) vastaanotto toiminnassa 7. Lääkäreiden ja hoitajien työnjaon kehittäminen (aineistot 1-3) 8. Hoitajan tehtäväalue vastaanotto toiminnassa (aineistot 1-4) 9. Hoitajan itsenäisen työskentelyn edut ja epäkohdat vastaanotto toiminnassa (aineistot 1-3) <div style="text-align: center;">  </div> <p><i>Tutkimustehtävä III</i></p> <p><i>Perusterveydenhuollon vastaanottojen toimintamalli</i> (aineistot 1-4, tulokset)</p>

4 TUTKIMUSAINEISTOT JA –MENETELMÄT

4.1 Tutkimuksen menetelmälliset ratkaisut

4.1.1 Vertaileva tutkimus

Vertailevan tutkimuksen avulla tarkastellaan yksilöitä tai tapauksia, jotka selvästi kuuluvat samaan lajiin, mutta kuitenkin eroavat toisistaan. Vertailussa eroja tutkimalla koetetaan selvittää se aineiston systemaattinen rakenne, joka sallii tai synnyttää tällaiset erot tapausten välille. Tapausten vertailu edellyttää niiden kuvaamista yhteisellä käsitteistöllä, mikä esimerkiksi ajallisesti tai paikallisesti toisilleen etäisten tapausten vertailussa voi olla vaikeaa. (Arminen ja Alapuro 2004.).

Vertailu itsessään ei pakota tekemään tiettyjä metodisia valintoja. Zelditchin (1971) mukaan kahta tai useampaa yksikköä vertailtaessa tulee käyttää samoja käsitteitä, jotta voidaan puhua vertailevasta tutkimuksesta. Käsitteiden operationalisoiminen on usein ongelmallista johtuen tilastojen saatavuudesta ja vertailukelpoisuuden puutteista. (Luoma 2003, Pöntinen 2004.) Tutkimuksen voidaan sanoa olevan vertailevaa, jos verrataan yhtä tai useampaa yksikköä siten, että käytetyt käsitteet ovat samoja ja analyysi systemaattista (Arminen ja Alapuro 2004).

Vertailevan tutkimuksen tutkimuskohteet voivat ulottua yksilöistä ryhmiin ja organisaatioihin (Peters 1998). Petersin (1998) mukaan perussääntö vertailtavien tapausten valinnassa on se, että tutkimusongelman ja teoreettisen viitekehyksen tulee ratkaista kysymykset sekä tapausten lukumäärästä että tarkemmin tapauksista.

Tässä tutkimuksessa lääkäreiden ja hoitajien työnjakoon liittyviä malleja, työpari- ja tiimityötä, vertaillaan perusterveydenhuollon vastaanottotoiminnan kontekstissa. Tutkimuksessa ollaan kiinnostuneita kahden erilaisen lääkäreiden ja hoitajien työnjaon mallien vaikutuksesta käytännön työhön ja hoitajien itsenäisestä tehtäväalueesta perusterveydenhuollon vastaanottotoiminnassa. Tutkimuksen kohteena on edustajia eri tieteen aloilta. Näin toteutuu monialainen yhteistyö ja tutkimuksella saatava tieto laajenee ja syvenee. (Vähäkangas 2008.)

Tutkimustehtävänä on vertailla perusterveydenhuollon vastaanotto toiminnan organisointia kymmenessä eri terveyskeskuksessa lääkäreiden ja hoitajien tiimi- ja työparityön näkökulmasta. Teoreettisessa osassa kuvataan perusterveydenhuollon vastaanotto toiminnan nykytilaa, hoitajien tehtäväaluetta vastaanotto toiminnassa ja lääkäreiden ja hoitajien työnjaon toteutumista. Vertailtavat tapaukset ovat viisi työparityöterveyskeskusta ja viisi tiimityöterveyskeskusta. Tutkimuksessa vertaillaan perusterveydenhuollon vastaanotto toiminnan prosesseja ja niiden sisältöjä työpari- ja tiimityöterveyskeskuksissa etsien näistä yleistettävyyttä ja erilaisuutta. Vertailevassa tutkimuksessa päätetään, mitkä ovat ne kiinnostavat tapausten piirteet tai ominaisuudet, jotka otetaan vertailtaviksi. Vertailulla pyritään etsimään yleistettävyyttä tai erityisyyttä tutkittavista kohteista ja vertailu edellyttää vertailtavuutta eli prosessin, jossa esiintyy riittävästi samankaltaisuutta erojen tutkimiseksi tai riittävästi erilaisuutta samankaltaisuuden tutkimiseksi. (Salminen 2000.) Vertailtavuus edellyttää sitä, että aineiston keruu ja käsittely tapahtuu kussakin tapauksessa yhdenmukaisesti (Hyyryläinen, 2000, Salminen 2000). Tässä tutkimuksessa toimitaan näin.

Vertailevan tutkimuksen voi Esaiassonin ym. (2003) mukaan jakaa tutkimustavoitteiden pohjalta teoriaa testaaviin, teoriaa kehittäviin ja kuvaileviin tutkimuksiin. Lisäksi vertaileva tutkimus voidaan jakaa kahteen luokkaan: ryhmäeroja selittävään tutkimukseen ja korrelaatiotutkimukseen. Ryhmäeroja vertailevassa tutkimuksessa mitataan tiettyjä muuttujia useammassa ryhmässä, jolloin saadaan selville ryhmien yhtäläisyyksiä ja eroavaisuuksia. Siinä pyritään selvittämään, mitkä tekijät liittyvät tutkittaviin ilmiöihin, jotka aiheuttavat ryhmissä ilmeneviä eroja. Vertaileva tutkimus käyttää hyväksi sitä vaihtelua, mikä selittävässä muuttujissa jo on. Korrelaatiotutkimuksessa pyritään löytämään ilmiön välisiä yhteyksiä tutkimalla kohdejoukkoa kokonaisuutena, jolloin mitattavien muuttujien joukkoon otetaan selittäviä muuttujia. Selittävien muuttujien avulla pyritään löytämään yhteyksiä ja ne voidaan ajatella olevan myös mahdollisia syitä selitettävälle muuttujille, seurauksille.

Tässä tutkimuksessa tavoitteena on työpari- ja tiimityötavoilla toimivien perusterveydenhuollon vastaanottojen toiminnan kuvaaminen ja vertailu etsien näiden toiminnasta yhtäläisyyksiä ja eroja sekä korrelaatioita lääkäreiden ja hoitajien työnjaon toteutumisesta. Näiden pohjalta laaditaan ehdotus perusterveydenhuollon vastaanotto-

toiminnan malliksi. Vertailevassa tulkinnassa ydinasia on, että kiinnostavia yhtäläisyyksiä havaitaan erojen kautta (Vuori 1993). Menetelmällisesti vertailevassa tutkimuksessa voidaan käyttää niin kvantitatiivisia kuin kvalitatiivisiakin tutkimusmenetelmiä. Kvantitatiivinen vertaileva tutkimus mahdollistaa tapausten ja vertailtavien piirteiden tai tekijöiden yhtäaikaisen käsittelyn. Usein vertaileva tutkimus tuottaa tutkimushypoteeseja kokeelliselle tutkimukselle. Siksi muuttujien määrä onkin vertailevassa tutkimuksessa suuri. (Arminen ja Alapuro 2004.) Tässä tutkimuksessa selvittäviä väittämiä on paljon.

Yhteenvedon voidaan todeta, että tässä tutkimuksessa vertaileva tutkimus on kuvailevaa ja ryhmäeroja selittävää. Terveyskeskusten vastaanotto toimintojen ryhmäeroja mitataan vertailemalla hoitajien ja lääkäreiden työpari- ja tiimityötä ja niiden vaikutuksia vastaanotto toiminnassa (empiria). Terveyskeskusten hallinnon edustajien, lääkäreiden, hoitajien ja asiakkaiden arvioimina mitataan useita muuttujia ja näiden tuloksista selvitetään ryhmien välisiä yhtäläisyyksiä ja eroavaisuuksia. Pyritään selvittämään, mitkä tekijät liittyvät tutkittaviin ilmiöihin, jotka aiheuttavat ryhmissä ilmeneviä eroja. Tutkimusmenetelminä käytettiin kvantitatiivisia ja kvalitatiivisia tutkimusmenetelmiä. (Kuvio 1.)

TEORIA (aikaisemmat tutkimukset)



Lähtökohta, yleiset mallit (vastaanotto toiminnan kuvaus)

Tutkimuksen kohde

(tutkimukseen osallistuvat terveyskeskukset)

Tapaukset

EMPIRIA

VERTAILU

Työparityöterveyskeskukset (TPT)
Kyselyt (aineistot 1-4)

Tiimityöterveyskeskukset (TT)
Kyselyt (aineistot 1-4)

MALLI

Kuvio 1. Vertailevan tutkimuksen rakenne ja kulku, mukailen Armista ja Alapuroa (2004).

4.1.2 Tutkimusmetodien yhdistäminen

Tutkimuksen aineistot kerättiin strukturoidulla kyselylomakkeilla, joissa oli hallinnon edustajille, lääkäreille ja hoitajille kuusi avointa kysymystä ja asiakkaille yksi avoin kysymys. Näillä pyrittiin selventämään ja täydentämään tietoja muutamilta osa-alueilta. Avoimet kysymykset käsitelivät hoitajan toiminnan etuja ja epäkohtia vastaanottotoiminnassa, hoitajien ja lääkäreiden työnjaon toteutumista ja vastaanottotoiminnan kehittämistä sekä vastaanotoilla toimivan henkilöstön lisäkoulutustarpeita ja perehdyttämistä.

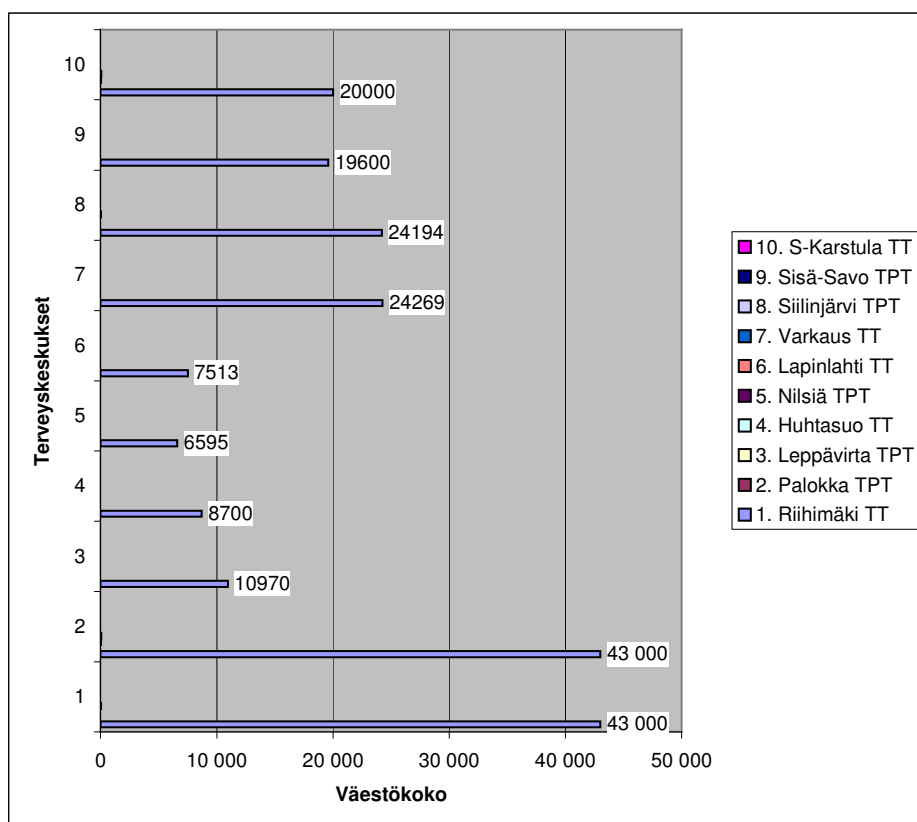
Kvantitatiivisella ja kvalitatiivisella tutkimusotteella on erilaiset tieteenfilosofiset ja epistemologiset lähtökohdat (Guba & Lincoln 1994, Raunio 1999, Patton 2002). Kuitenkin ne voivat merkityksellisesti täydentää toisiaan ja muodostaa tarkemman kuvan tutkittavasta ilmiöstä (Holme & Solvang 1991, Alasuutari 2001, Bowling 2003, Creswell ym. 2003, Metsämuuronen 2003). Vastakkaisina pidettyjen tutkimusotteiden yhdistämistä voidaan Raunion (1999) mukaan perustella ontologisella näkemyksellä, jonka mukaan sosiaalisen todellisuuden inhimillinen toiminta on sekä objektiivisina tosiasioina ilmenevää että subjektiivisesti tietoisien toiminnan tulos. Näin erilaisten tutkimusotteiden täydentävyys liitetään sosiaalisen todellisuuden ontologiseen kaksinaisuuteen (Raunio 1999). Tavoitteena triangulaation käytössä voi olla joko tutkimustulosten vahvistaminen tai tutkittavan ilmiön moniulotteisuuden esiin saaminen (Shih 1998). Osittaista triangulaatiota käyttäen pyrittiin tässä tutkimuksessa tuottamaan syvempää ja uutta tietoa perusterveydenhuollon vastaanottotoiminnasta. Tutkimusmetodien yhdistäminen tunnetaan metodologisena triangulaationa. Tämä tarkoitti tässä tutkimuksessa sisällön analyysin ja tilastollisten menetelmien käyttöä analyysissa.

4.2 Tutkimusaineistojen kokoaminen ja analyysit

4.2.1 Tutkimusterveyskeskukset

Tutkimukseen valittiin kymmenen terveyskeskusta Suomesta. Terveyskeskukset valittiin vuonna 2003 siten, että viiden terveyskeskuksen lääkäreiden vastaanottojen toimintamalli oli selkeästi lääkäreiden ja hoitajien TPT. Näille terveyskeskuksille haettiin vertailupariksi

terveyskeskukset, joissa lääkäreiden vastaanottojen toimintamallina oli TT. Keskenään vertailtavien terveyskeskusten väestöpohjat olivat lähes samansuuruiset. Tutkimukseen osallistui Sisä-Savon terveydenhuollon kuntayhtymä, Saarijärven-Karstulan seudun terveydenhuollon kuntayhtymä, Palokan terveydenhuollon kuntayhtymä, Riihimäen seudun terveyskeskuksen kuntayhtymä ja Siilinjärven-Maaningan terveydenhuollon kuntayhtymä ja Leppävirran, Lapinlahden, Jyväskylän, Nilsian ja Varkauden terveyskeskukset. Kuviossa 2 on tutkimukseen osallistuneiden terveyskeskusten väestökoot ja vastaanottojen toimintamallit.



Kuvio 2. Tutkimukseen osallistuneiden terveyskeskusten väestökoot. Vastaanottojen toimintamallien lyhenteet kaaviossa, tiimityö (TT) ja työparityö (TPT).

Tutkimukseen osallistuneiden terveyskeskusten vuoden 2005 toimintakertomuksista ja tasetiedoista on koottu taulukoihin 2-6 vastaanotoilla työskentelevien lääkäreiden ja hoitajien määrät ja heidän vastaanottojensa asiakasmäärät ja vastaanottotoiminnan kehittämistavoitteet sekä alueiden sairastavuusindeksit. Sairastavuusindeksit saatiin Stakesin Sotkanet-verkkotiedostosta (www.sotkanet.fi).

Riihimäen alueen väestöllä oli lääkäreiden vastaanottokäyntejä vähemmän, mutta hoitajien vastaanottokäyntejä enemmän kuin Palokan alueen väestöllä. Hoidon saatavuuden parantaminen ja työnjaon kehittäminen oli keskeistä molempien terveyskeskusten vastaanottotoimintojen kehittämistavoitteissa. TT oli pääasiallisena vastaanottojen toimintatapana molemmissa kuntayhtymissä. Palokalla oli toimintamallina myös lääkäreiden ja hoitajien TPT. (Taulukko 2.)

Taulukko 2. Riihimäen ja Palokan alueen sairastavuusindeksit, henkilöstön ja vastaanottokäyntien määrät sekä toiminnan kehittämistavoitteet vuodelta 2005. (Lvo lkm = lääkäreiden vastaanottokäyntien lukumäärät, Hvo = hoitajien vastaanottokäyntien lukumäärät, Tiimityö = TT, Työparityö = TPT)

Terveyskeskus	Sairastavuusindeksi	Lääkärit	Hoitajat	Lvo lkm	Hvo lkm	Kehittämistavoite
Riihimäen seudun terveyskeskus ky. TT	Riihimäki 102,4 Hausjärvi 98,2 Loppi 98,9	20	30	46 020	31 318	<ul style="list-style-type: none"> • hoidon saatavuus • työparityön käynnistäminen • advanced access -mallin kokeilu • alueellisen sähköisen potilastietojärjestelmän käyttöönotto
Palokan th:n ky TPT	Jyväskylän maalaiskunta 103,3	20	48	80 781	23 124	<ul style="list-style-type: none"> • tarkoituksenmukaisen työnjaon mahdollistaminen eri ammattiryhmien välillä • hoitotakuujärjestelmän vaatimuksiin vastaaminen

Huhtasuon sairastavuusindeksi oli koko Jyväskylän alueen indeksi. Leppävirran vastaanottojen hoitajakäynneistä ei ollut saatavilla yksityiskohtaista tietoa, koska terveyskeskuksen hoitajien vastaanottokäynnit sisältyivät muun henkilökunnan vastaanottokäynteihin. (Taulukko 3.)

Taulukko 3. Jyväskylän ja Leppävirran alueen sairastavuusindeksit, henkilöstön ja vastaanottokäyntien määrät sekä toiminnan kehittämistavoitteet vuodelta 2005. (Lvo lkm = lääkäreiden vastaanottokäyntien lukumäärät, Hvo = hoitajien vastaanottokäyntien lukumäärät, Tiimityö = TT, Työparityö = TPT)

Terveyskeskus	Sairastavuusindeksi	Lääkärit	Hoitajat	Lvo lkm	Hvo lkm	Kehittämistavoite
Leppävirta TPT	Leppävirta 121,0	6	7	22 157	17 234 (muu avohoitohenkilökunta)	<ul style="list-style-type: none"> pitkäaikaissairaiden työkyvyn ja omatoimisuuden ylläpitäminen oikea-aikaisen palveluohjauksen turvaaminen
Jyväskylä, Huhtasuon terveys- asema TT	Jyväskylä 95,5	5	7	12 692	7 592	<ul style="list-style-type: none"> palveluiden saatavuuden, sujuvuuden ja vaikuttavuuden parantaminen (TUUMA-hanke) sisäisten hoitomallien käyttöönotto ja työnjaon kehittäminen omasairaanhoidajan vastaanoton kehittäminen terveyttä edistävän työotteen lisääminen

Nilsin ja Lapinlahden terveyskeskusten väestökoot olivat hyvin samansuuruiset. Nilsissä väestön sairastavuusindeksi oli korkeampi kuin Lapinlahdella. Nilsissä oli lääkäreitä ja hoitajia vähemmän kuin Lapinlahdella, jossa lääkäreiden ja muun avohoitohenkilökunnan vastaanottokäyntejä oli vähemmän kuin Nilsissä. (Taulukko 4.)

Taulukko 4. Nilsiän ja Lapinlahden alueen sairastavuusindeksit, henkilöstön ja vastaanottokäyntien määrät sekä toiminnan kehittämistavoitteet vuodelta 2005. (Lvo lkm = lääkäreiden vastaanottokäyntien lukumäärät, Hvo = hoitajien vastaanottokäyntien lukumäärät, Tiimityö = TT, Työparityö = TPT).

Terveys-keskus	Sairastavuus-indeksi	Lääkärit	Hoitajat	Lvo lkm	Hvo lkm	Kehittämistavoite
Nilsia TPT	Nilsia 136,5	5	5	24 292	16 026 (muu avohoito henkilö kunta)	<ul style="list-style-type: none"> omahoitaja – omalääkäritoimintamallin vakiinnuttaminen asiakastyytyväisyysmittauksen toteuttaminen
Lapinlahti TT	Lapinlahti 128,3	7	10	16 605	11 307 (muu avohoito henkilö kunta)	<ul style="list-style-type: none"> ennalta ehkäisevän työotteen kehittäminen ajanvaraustoiminnan kehittäminen

Sairastavuusindeksit Varkaudessa ja Maaningalla olivat lähes samansuuruiset. Siilinjärven väestön sairastavuusindeksi erosi näistä. Lääkäreitä ja hoitajia Varkaudessa oli vähemmän kuin Siilinjärven ja Maaningan kuntayhtymässä. Varkaudessa hoitajien vastaanottokäynnit oli kirjattu muun avohoitohenkilökunnan käyntimääriin. (Taulukko 5.)

Taulukko 5. Varkauden ja Siilinjärven-Maaningan alueen sairastavuusindeksit, henkilöstön ja vastaanottokäyntien määrät sekä toiminnan kehittämistavoitteet vuodelta 2005. (Lvo lkm = lääkäreiden vastaanottokäyntien lukumäärät, Hvo = hoitajien vastaanottokäyntien lukumäärät, Tiimityö = TT, Työparityö = TPT).

Terveys-keskus	Sairastavuus-indeksi	Lääkärit	Hoitajat	Lvo lkm	Hvo lkm	Kehittämistavoite
Varkaus TT	Varkaus 123,0	12	14	45 796	29 270 (muu avohoito- henkilö- kunta)	<ul style="list-style-type: none"> vastaanottotoiminnan ja puhelinneuvontapalvelujen kehittäminen Mini-intervention käyttöönotto
Siilinjärven ja Maaningan th:n ky TPT	Siilinjärvi 109,1 Maaninka 126,2	18	20	49 735	13 252	<ul style="list-style-type: none"> palvelujen saatavuuden ylläpitäminen luotettavan asiakaspalautejärjestelmän luominen diabeteksen ja sydän- ja verisuonitautien hoidon laadun arviointi hoitajan työmäärän kartoitus

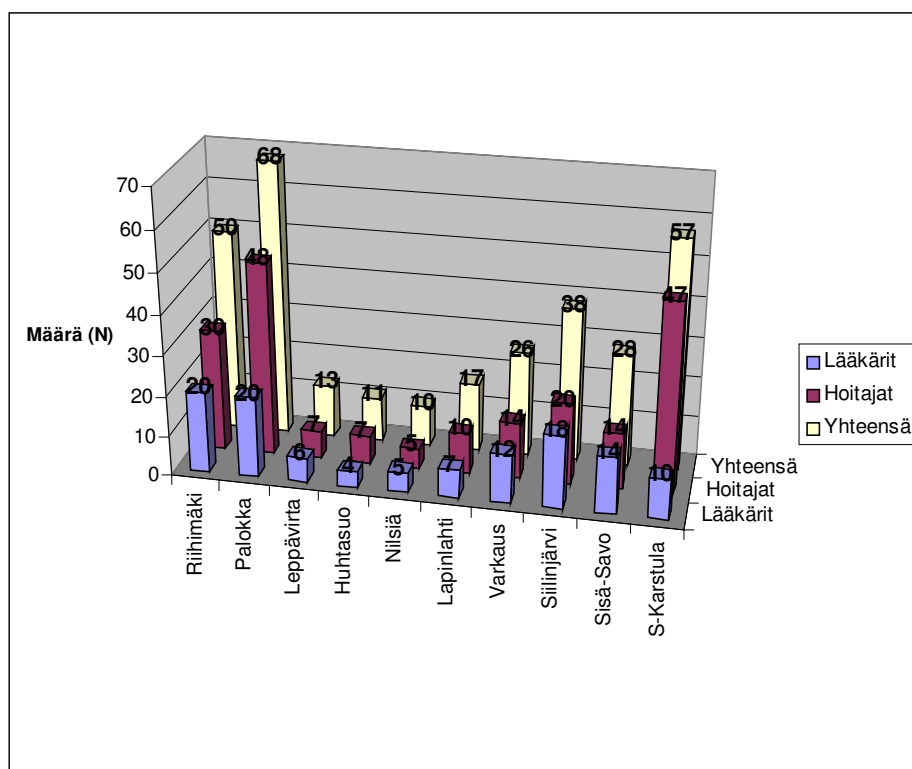
Sisä-Savon ja Saarijärvi-Karstulan sairastavuusindekseissä oli eroja. Sairastavuus oli suurinta Sisä-Savossa Rautalammilla ja Saarijärvi- Karstulassa Kivijärvellä. Lääkäreitä oli vastaanottotoiminnassa vähemmän Saarijärvi-Karstulassa kuin Sisä-Savossa, kun taas hoitajia oli Saarijärvi- Karstulassa enemmän kuin Sisä-Savossa. Lääkärikäyntien määrät Sisä-Savossa olivat suuremmat kuin Saarijärvi-Karstulassa päinvastoin kuin hoitajakäyntimäärät. (Taulukko 6.)

Taulukko 6. Sisä-Savon ja Saarijärvi-Karstulan alueen sairastavuusindeksit, henkilöstön ja vastaanottokäyntien määrät sekä toiminnan kehittämistavoitteet vuodelta 2005. (Lvo lkm = lääkäreiden vastaanottokäyntien lukumäärät, Hvo = hoitajien vastaanottokäyntien lukumäärät, Tiimityö = TT, Työparityö = TPT).

Terveys- keskus	Sairastavuus- indeksi	Lääkärit	Hoitajat	Lvo lkm	Hvo lkm	Kehittämistavoite
Sisä-Savon th:n ky TPT	Suonenjoki 123,5 Rautalampi 138,6 Karttula 121,5 Vesanto 138,4 Tervo 132,4	14	14	41 054	22 125	<ul style="list-style-type: none"> • tiimityön kehittäminen • diabeteksen ennaltaehkäiseminen • vastaanottojen käyntisyiden selvittäminen, ns. väestödiagnoosin laadinta
Saarijärvi- Karstulan th:n ky TT	Saarijärvi 109,7 Karstula 117,3 Pylkönmäki 138,5 Kivijärvi 157,4 Kyyjärvi 135,2 Kannonkoski 130,6	10	47	36 922	39 610	<ul style="list-style-type: none"> • toimintakäytäntöjen, paikallisten hoitosuosittelujen mukaisen toiminnan jatkaminen • hoidon saatavuuden parantaminen • päivystyskäyntimäärien vähentäminen

4.2.2 Tutkimuksen kohderyhmät ja aineistonkeruu

Tutkimuksen perusjoukon muodostivat kaikki ne tutkimukseen osallistuneiden terveyskeskusten hallinnon edustajat, jotka vastasivat vuonna 2005 perusterveydenhuollon vastaanotto toiminnasta ja vastaanotto toiminnassa työskentelevät lääkärit ja hoitajat sekä lääkäreiden ja hoitajien vastaanotoilla yhtenä päivänä käyneet asiakkaat. Hallinnon edustajien ryhmään kuuluivat ylilääkärit, johtavat lääkärit, vastaavat lääkärit, johtavat hoitajat, ylihoitajat, osastonhoitajat ja vastaavat hoitajat. Hallinnon edustajien, lääkäreiden ja hoitajien tutkimusaineistot koottiin kyselylomakkeilla, jotka postitettiin terveyskeskuksiin hallinnon edustajien nimeämille vastuuhenkilöille. Terveyskeskusten hallinnon edustajat selvittivät tutkijalle vastaanotoilla työskentelevien lääkäreiden ja hoitajien määrät (Kuvio 3.).



Kuvio 3. Tutkimukseen osallistuneiden terveyskeskusten vastaanotoilla työskentelevien lääkäreiden ja hoitajien määrät.

Hallinnon edustajien, lääkäreiden ja hoitajien kyselyt toteutettiin marraskuussa 2005. Kyselylomakkeet täytettiin nimettöminä. Vastausaikaa annettiin kolme viikkoa. Tutkija vastasi kyselylomakkeiden lähettämistä ja vastaanottamisesta. Täytetyt kyselylomakkeet suljettiin kirjekuoreen ja nimetyt vastuuhenkilöt lähettivät ne suoraan tutkijalle. Hallinnon edustajien vastausprosentti oli 82 (n = 31), lääkäreiden 44 (n = 48) ja hoitajien 70 (n = 141). Yksityiskohtaiset henkilöstöryhmien vastausprosentit löytyvät taulukosta 7. Uusintakyselyyn lääkärit eivät olleet halukkaita. Asia varmistettiin terveyskeskusten vastuuhenkilöiden välityksellä.

Taulukko 7. Terveyskeskuksiin hallinnon edustajille (n = 38 / 31), lääkäreille (n = 112 / 48) ja hoitajille (n = 202 / 140) marraskuussa 2005 lähetetyt kyselyt, n ja vastausprosentti.

Terveyskeskus	Hallinto lähetetyt (n) / vastatut (n)	Lääkäri lähetetyt (n) / vastatut (n)	Hoitaja lähetetyt (n) / vastatut (n)	Vastaus %
RIIHIMÄEN SEUDUN TERVEYSKESKUS KY Tiimityötapa	11 / 8	20 / 5	30 / 19	Hallinto: 82 Lääkärit: 25 Hoitajat: 63
PALOKAN TH:N KY Työpari/ tiimityötapa	5 / 3	20 / 5	48 / 24	Hallinto: 60 Lääkärit: 25 Hoitajat: 50
LEPPÄVIRTA Työpari	2 / 2	6 / 5	7 / 7	Hallinto: 100 Lääkärit: 83 Hoitajat: 100
JYVÄSKYLÄ, Huhtasuo Tiimityö	3 / 3	4 / 4	7 / 6	Hallinto: 100 Lääkärit: 100 Hoitajat: 86
NILSIÄ Työparityö	3 / 3	5 / 1	5 / 5	Hallinto: 100 Lääkärit: 20 Hoitajat: 100
LAPINLAHTI Tiimityö	2 / 2	7 / 1	10 / 5	Hallinto: 100 Lääkärit: 14 Hoitajat: 50
VARKAUS Tiimityö	3 / 2	12 / 8	14 / 11	Hallinto: 67 Lääkärit: 67 Hoitajat: 79
SIILINJÄRVEN JA MAANINGAN TH:N KY Työparityö	3 / 3	14 / 7	20 / 12	Hallinto: 100 Lääkärit: 50 Hoitajat: 60
SISÄ-SAVON TH:N KY Työparityö	3 / 3	14 / 9	14 / 9	Hallinto: 100 Lääkärit: 64 Hoitajat: 64
SAARIJÄRVI-KARSTULAN TH:N KY Tiimityö	3 / 2	10 / 3	47 / 43	Hallinto: 67 Lääkärit: 30 Hoitajat: 86
YHTEENSÄ	38 / 31	112 / 48	202 / 140	yhteensä 352, vastatut 220, 63

Asiakaskysely toteutettiin yhden päivän otoksella touko–kesäkuussa 2006. Kyselyjen toteutuspäivät sovittiin terveyskeskuksiin nimettyjen vastuuhenkilöiden kanssa.

Vastaanotoilla kävi yhden päivän aikana kaiken kaikkiaan 1989 asiakasta. Heistä 283 oli alle 12-vuotiaista ja 10 ulkomaalaista. Ennakkosopimuksen mukaan heille ei annettu kyselylomaketta täytettäväksi. Tutkimuksen perusjoukon muodostivat lääkärin tai hoitajan vastaanotoilla yhden päivän aikana käyneet yli 12 vuotta täyttäneet, yhteensä 1706 asiakasta. Kyselylomakkeet täytettiin nimettöminä ja niissä ei ollut terveydenhuollon potilastietoja. Täytetyt kyselylomakkeet palautettiin tutkijalle suljetussa kirjekuoressa. Kyselyn täytti 788 asiakasta. Vastausprosentti oli 46. Uusintakyselyyn eivät terveyskeskukset olleet enää halukkaita sen lisäyöllistävän vaikutuksen takia (Taulukko 8).

Taulukko 8. Yhden päivän aikana terveyskeskuksissa käyneet asiakkaat (n = 1989) ja kyselyyn vastanneet (n = 788) sekä alle 12-vuotiaat asiakkaat (n = 283).

Terveyskeskus	Kävijämäärä (lääkäri ja hoitaja)	Vastanneiden määrä	Alle 12-vuotiaita (ei lomaketta)	Vastaus %
Sisä-Savon terveydenhuollon kuntayhtymä	280	108	37	43
Saarijärven-Karstulan seudun terveydenhuollon kuntayhtymä	286	124	25	46
Lapinlahden terveyskeskus	65	16	6	27
Nilsiän terveyskeskus	60	28	4	50
Huhtasuon terveysasema	120	26	17+10 ulkomaalaista 27	28
Palokan terveyskeskuskuntayhtymä	467	147	61	36
Leppävirran terveyskeskus	150	50	8	35
Varkauden terveyskeskus	112	95	17	100
Siilinjärven - Maaningan terveyskeskus	168	50	42	40
Riihimäen seudun terveyskeskuksen kuntayhtymä	281	151	56	67
YHTEENSÄ	1989	791	283	46

4.2.3 Mittarit ja muuttujien kuvaus

Hallinnon edustajien, lääkäreiden ja hoitajien tutkimusaineistot kerättiin tätä tutkimusta varten laadituilla kyselylomakkeilla. Kyselylomakkeet (liitteet 1-4) laadittiin aikaisempaan kansainväliseen ja kansalliseen tutkimus- ja selvitystietoon perustuen (Atkin ym. 1994, Hindsen & Frilund 1995, Lassen ym. 1997, Tachakra ym. 1997, Orvomaa 1998, Reveley 1998, Whitten ym. 1998, Kinnarsley ym. 2000, Mundinger ym. 2000, Piette ym. 2000, Shum ym. 2000, Vennig ym. 2000, Wiles ym. 2001, Horrocks ym. 2002, Jaatinen ym. 2002 a, Jaatinen ym. 2002 b, Leiwo ym. 2002, Salisbury ym. 2002, Sosiaali- ja terveysministeriö 2002, Viisainen ym. 2002, Cox ja Wilsonin 2003, Erhola ym. 2003, Jaatinen ym. 2003, Lindström 2003, Vallimies-Patomäki ym. 2003, Hukkanen & Vallimies-Patomäki 2005). Aihealueeseen liittyvät tutkimukset löytyvät liitetaulukoista 1-5.

Hallinnon edustajien, lääkäreiden ja hoitajien kyselylomakkeiden sisältö laadittiin aiempaan tutkimustietoon ja asiantuntija-arviointeihin perustuen. Analysointimenetelmien käytön arvioi tilastomenetelmien asiantuntija. Asiantuntijoiden esittämien muutosten korjaamisen jälkeen mittarit lähetettiin esitestaukseen Pieksämäen seudun terveydenhuollon kuntayhtymään. Esitestauksen jälkeen kyselylomakkeesta poistettiin muutamia vastaajille epäselviksi ilmenneitä kysymyksiä ja väittämiä ja lisättiin muutama täydentävä kysymys ja väittäjä. Nämä kysymykset koskivat organisaation taustatietoja. (Liitteet 1, 2, 3)

Asiakkaiden kyselylomakkeet laadittiin osittain valmiin mittarin kysymyksiä käyttäen ja muilta osin kyselylomakkeen kysymykset pohjautuivat aiempaan tutkimustietoon ja asiantuntija-arviointeihin. Analysointimenetelmien käytön arvioi tilastomenetelmien asiantuntija. Asiakkaiden taustatietoja koskevat kysymykset (kysymykset 1-12) ja vastaanottotoiminnan nykytilaa koskevat kysymykset (kysymykset 4-9 ja 12 osittain) olivat Kuopion yliopiston terveyshallinnon ja -taloudenlaitoksella laaditun valmiin ja esitestatun mittarin kysymyksiä. Tämä vastaanottotoiminnan asiakaskyselylomake laadittiin Saarijärven-Karstulan terveydenhuollon kuntayhtymän, Jyväskylän seudun terveyskeskuksen ja Ylivieskan terveydenhuollon kuntayhtymän toimeksiantona. Tutkija oli mukana kyselylomakkeen laadinnassa hoitotyön vastaanottotoiminnan asiantuntijana.

Valmiin mittarin kysymysten käyttöön tässä tutkimuksessa saatiin suullinen lupa Kuopion yliopiston terveyshallinnon ja –talouden laitoksen professorilta joulukuussa 2005. (Liite 4.)

Hallinnon edustajien kyselylomakkeessa selvitettiin heidän omia ja organisaation taustatietoja. Vastaajien omia tietoja selvittäviä kysymyksiä olivat sukupuoli, ikä, ammattinimike, koulutus, työkokemus perusterveydenhuollossa sekä työkokemus esimiestyöstä vastaanotto toiminnassa. Organisaatioista selvitettiin yleisiä rakenteita, väestökokoja, henkilöstöresursseja ja tuotannon tietoja. (Liite 1.)

Lääkäreiden ja hoitajien kyselylomakkeissa selvitettiin heidän omia ja heidän edustamiensa organisaatioiden taustatietoja. Vastaajien omia tietoja selvittäviä kysymyksiä olivat sukupuoli, ikä, ammattinimike, koulutus, työkokemus perusterveydenhuollossa ja vastaanotto toiminnassa. Organisaatioista selvitettiin yleisiä rakenteita, vastuuväestöjen kokoja, henkilöstöresursseja ja tuotannon tietoja. (Liitteet 2 ja 3.)

Hallinnon edustajien, lääkäreiden ja hoitajien kyselylomakkeissa selvitettiin taustatietojen jälkeen seuraavat tutkimustehtävien mukaiset **asiakokonaisuudet**:

1. vastaanotto toiminnan nykytila tutkimukseen osallistuneissa terveyskeskuksissa, 2. hoitajien tehtäväalue, 2. hoitajan tehtäväalue vastaanotto toiminnassa, 3. työnjako käsitteenä, 4. hoitajien ja lääkäreiden työnjaon toteutuminen vastaanotto toiminnassa, 5. henkilöstöryhmien työn tuki, 6. henkilöstön työssä tarvittavan osaamisen arviointi ja ylläpitäminen sekä vastaanoton henkilöstön koulutustarve, 7. lääkäreiden ja hoitajien työnjaon kehittäminen, 8. hoitajan itsenäisen työskentelyn edut ja epäkohdat ja 9. näkemykset vastaanotto toiminnan edelleen kehittämisestä. (Liitteet 1, 2 ja 3.)

Vastaanotto toiminnan nykytilasta ja hoitajan tehtäväalueesta vastaanotto toiminnassa oli hallinnon edustajien, lääkäreiden ja hoitajien kyselylomakkeissa yhteensä kymmenen osiota. Vastaanotto toiminnan organisointia käsitteli viisi osiota siten, että vastaanotto toiminnan kehittämisestä viimeisen viiden vuoden aikana ja ajanvarausvastaanotto toiminnasta oli yhteensä 13 osatekijää, päivystystoiminnasta oli neljä (lääkäreillä kolme) ja puhelinneuvonnasta seitsemän osatekijää. Vastausvaihtoehdot

näissä väittämissä olivat kyllä ja ei. Hoitajien tehtäväalueesta vastaanottotoiminnassa oli viisi osiota. Ne jakautuivat siten, että hoitajien tehtäväalueesta yleisten kansansairauksien ehkäisyssä, hoidon ohjauksessa ja neuvonnassa sekä seurannassa oli 24 osatekijää. Vastausvaihtoehdot olivat kyllä ja ei. Hoitajien tehtäväalueesta lievien infektioiden hoidon tarpeen arvioinnissa, tutkimusten itsenäisessä toteutuksessa ja hoidon ohjauksessa oli 15 osatekijää. Vastausvaihtoehdot olivat kyllä ja ei. Yksi kysymys oli hoitajien kirjoittamista sairauslomista. Tämän kysymyksen vastausvaihtoehtona olivat kyllä ja ei. Avoimet kysymykset liittyivät hoitajien itsenäisen työskentelyn etuihin ja vastaanottotoiminnan epäkohtiin. (Liitteet 1, 2, 3.)

Työnjaon käsitteestä ja hoitajien ja lääkäreiden välisen työnjaon toteutumisesta perusterveydenhuollon vastaanottotoiminnassa oli hallinnon edustajien, lääkäreiden ja hoitajien kyselylomakkeissa kolme osiota. Näissä osioissa työnjaon käsitteestä oli hallinnon edustajilla, lääkäreillä ja hoitajilla viisi osatekijää. Lääkäreiden ja hoitajien työnjaon toteutumisesta vastaanottotoiminnassa oli hallinnon edustajilla, lääkäreillä ja hoitajilla 17 osatekijää. Vastausvaihtoehdot väittämiin olivat viisiluokkaisia Likert-asteikon väittämiä: täysin samaa mieltä, jokseenkin samaa mieltä, samaa mieltä, jokseenkin eri mieltä ja täysin eri mieltä. Työnjaon toimivuudesta oli yksi kysymys, jonka vastausvaihtoehdot olivat hyvin, kohtalaisesti, huonosti, en osaa sanoa. Työnjaon kehittämistä oli yksi avoin kysymys. (Liitteet 1-3 ja Liitetaulukko 6.)

Henkilöstöryhmien työn tukemista selvittäviä osatekijöitä oli hallinnon edustajilla 9, lääkäreillä 8 ja hoitajilla 10. Väittämien vastausvaihtoehdot olivat kyllä, ei ja en osaa sanoa, paitsi konsultaatioiden järjestämisen väittämiin vastausvaihtoehdot olivat aina, usein, joskus ja ei koskaan. Tietolähteiden käytöstä työssä oli hallinnon edustajilla, lääkäreillä ja hoitajilla yhteensä kahdeksan osatekijää ja vastausvaihtoehdot olivat en koskaan, harvoin, toistuvasti, usein ja päivittäin. (Liitteet 1, 2, 3, ja Liitetaulukko 7).

Työssä tarvittavan osaamisen arviointia ja ylläpitämistä selvittäviä osatekijöitä oli hallinnon edustajilla 13, lääkäreillä 4 ja hoitajilla 12. Vastausvaihtoehdot väittämiin olivat kyllä, ei ja en osaa sanoa, paitsi lähiesimiehen roolia selvittävien väittämien vastausvaihtoehdot olivat samaa mieltä, jokseenkin samaa mieltä, eri mieltä ja en tiedä. Hoitajien koulutustarvetta selvitettiin hallinnon edustajilta ja hoitajilta neljän osatekijän

avulla. Vastausvaihtoehdot olivat samaa mieltä, jokseenkin samaa mieltä ja eri mieltä.. Avoimet kysymykset liittyivät henkilöstön koulutustarpeeseen, työhön perehdytykseen ja vastaanottotoiminnan edelleen kehittämiseen. (Liitteet 1, 2, 3. ja Liitetaulukko 7.)

Asiakaskyselyssä vastaajien taustatietoja selvittäviä kysymyksiä olivat terveyskeskus, sukupuoli, ikä, siviilisääty, ammatillinen koulutus, elämäntilanne, syy säännölliseen terveyspalvelujen käyttöön, vastaanottokäynnin syy, arvio terveydentilasta, terveyskeskuspalvelujen käyttö viimeisen vuoden aikana, lääkäri- vai hoitajavastaanottokäynti, asiointi tutun hoitajan tai lääkärin luona.

Terveyskeskusten asiakkailta selvitettiin kyselylomakkeessa tutkimustehtävien mukaisesti vastaanottotoiminnan nykytilaa, hoitajan tehtäväaluetta vastaanottotoiminnassa ja vastaanottotoiminnan edelleen kehittämistä. Vastaanottotoiminnan nykytilasta oli asiakkaiden kyselylomakkeessa seitsemän osiota. Kysymyksiä ne olivat: mikä oli vastaanottotoiminnan malli, oliko heillä nimetty omalääkäri tai –hoitaja ja kuinka he pääsivät saman työntekijän luokse seurantakäynneillään. Vastaanottotoiminnan palvelujen toteutusmallista oli kysymys, jossa vaihtoehdot olivat vastaanottopalvelut järjestetty lääkäreiden, sairaan- ja terveydenhoitajien ja terveyskeskusavustajien tiimityönä tai vastaanottopalvelut järjestetty lääkäri-hoitaja -työparityönä. Kolmas vastausvaihtoehto oli en tiedä. Nimetystä omalääkäristä tai –hoitajasta oli kysymykset, joissa vastausvaihtoehtoina olivat kyllä ja ei. Lisäksi selvitettiin, kuinka tärkeänä asiakkaat pitivät sitä, että he pääsevät terveyskeskuksessa aina saman työntekijän vastaanotolle. Kysymyksen vastausvaihtoehdot olivat erittäin tärkeänä, melko tärkeänä, melko yhdentekevänä, täysin yhdentekevänä ja en osaa sanoa. Tästä kysymyksestä oli lääkärin ja hoitajien vastaanottotoiminnasta omat kysymyksensä. (Liite 4.)

Ajanvarauksen järjestelyistä oli kyselylomakkeessa seitsemän, vastaanottopalveluiden saatavuudesta neljä ja ajanvaraus- ja päivystysvastaanottotoiminnasta neljä osatekijää. Puhelinneuvonnasta kyselylomakkeessa oli kolme osatekijää ja hoitajan työstä neljä osatekijää. Vastausvaihtoehtoina väittämiin olivat täysin samaa mieltä, osittain samaa mieltä, osittain eri mieltä ja täysin eri mieltä. Asiakaskokemukset vastaanottotoiminnasta ja sen kehittämistarpeista oli jaettu kuuteen osioon. Näissä osioissa oli vastaanottotoiminnasta neljä, lääkäreiden toiminnasta kaksi, hoitajien toiminnasta

kahdeksan, yhteistyöstä yksi osatekijä ja vastaanottokäynnin kokemuksesta yhdeksän osatekijää. Vastausvaihtoehtoina väittämiin olivat täysin samaa mieltä, osittain samaa mieltä, osittain eri mieltä ja täysin eri mieltä. Lopuksi kyselylomakkeessa oli avoin kysymys vastaanottotoiminnan kehittämistä. (Liite 4 ja Liitetaulukko 6.)

4.2.4 Aineistojen analyysit

Tutkimuksen kvantitatiivinen aineisto analysoitiin SPSS 14.0 for Windows -tilasto-ohjelmalla. Suurin osa tutkittavista muuttujista ei noudattanut normaalijakaumaa, joten analyysissa käytettiin jakaumasta riippumattomia testejä (Holopainen & Pulkkinen 2002, Grönroos 2003). Tilastollisina menetelminä käytettiin Mann-Whitneyn ja Kruskall-Wallis testejä, ristiintaulukointia ja Fisherin eksaktia testiä ja faktorianalyysejä. Summamuuuttujia muodostettiin faktorianalyyseillä avulla. Kvantitatiivisten ja kvalitatiivisten menetelmien avulla saatujen tutkimustulosten esittämiseen käytettiin taulukoita ja kuvia.

Tutkimusaineistojen analyysin alussa laskettiin kaikista aineistoista vastausten frekvenssi- ja prosenttijakaumat. Ryhmien välisiä eroja testattiin Mann-Whitneyn ja Kruskall-Wallis testillä. Mann-Whitneyn U-testi soveltuu järjestysasteikollisille ja ei-normaalijakautuneille, epäsymmetrisesti jakautuneille muuttujille. Se on ns. järjestyslukutesti, joka ei perustu varsinaisesti originaaliin dataan, vaan havaintojen järjestyslukuihin. Jakaumaoletusta ei tarvita. (Polit 1996.) Mann-Whitneyn testiä käytettiin hallinnon edustajien, lääkäreiden ja hoitajien aineistojen analyysissa. Useamman kuin kahden toisistaan riippumattoman ryhmän välisiä keski-arvoja vertailtiin Kruskall-Wallis testillä. Tätä testiä käytettiin asiakkaiden aineiston analyysissa. Riippuvuuden testauksessa tilastollisena menetelmänä käytettiin ristiintaulukointia ja Fisherin eksaktia testiä, jossa ei tarvitse tehdä Khiin neliötestiin liittyviä oletuksia. Tätä testiä käytetään, kun testataan heterogeenisuutta ja kyseessä on kaksi vertailtavaa ryhmää.

Asiakkaiden kyselylomakkeissa ajanvarausvastaanottoimintaan liittyviä väittämiä oli kuusi, päivystysvastaanottoiminnasta yksi ja puhelinneuvonnasta kuusi kappaletta. Väittämien vastausvaihtoehdot olivat täysin samaa mieltä, osittain samaa mieltä, osittain eri mieltä ja täysin eri mieltä. Näistä vaihtoehdoista yhdistettiin täysin samaa mieltä ja

osittain samaa mieltä vaihtoehdoksi samaa mieltä ja osittain eri mieltä ja täysin eri mieltä vaihtoehdoksi eri mieltä.

Luokitteluasteikollisten muuttujien välisiä yhteyksiä tarkasteltiin ristiintaulukoinnin avulla ja välimatka-asteikollisten muuttujien välisiä yhteyksiä tarkasteltiin Spearmannin järjestyskorrelaatiokertoimella. Tätä testiä käytettiin muuttujien keskinäisen yhteyden selvittämiseen, koska se sopii epäjatkuville muuttujille eikä edellytä normaalijakautuneisuutta. Korrelaatiolla mitataan kahden muuttujan välistä lineaarista riippuvuutta. Korrelaatiokertoimen arvot vaihtelevat välillä -1 ja 1 . Se on keino korrelaation suuruuden määrittelyyn. Spearmannin korrelaatio soveltuu järjestysasteikollisille muuttujille. (Metsämuuronen 2003.)

Monimuuttujamenetelmänä tutkimuksessa käytettiin faktorianalyysiä, jolla tarkasteltiin vastaanottotoiminnan organisointia hoitaja- ja asiakasaineistojen pohjalta sekä hoitajien aineistosta työnjakamisen näkökulmaa. Hoitaja- ja asiakasaineistot olivat riittävän isoja faktorianalyysimenetelmän käyttöön. Ennen faktorianalyysin toteuttamista muuttujien keskinäiset korrelaatiot tarkastettiin Spearmannin korrelaatiotestillä. Muuttujat korreloivat hyvin keskenään. Tämä asia tuli huomioida faktorianalyysissa, sillä faktorianalyysissa oletetaan, että muuttujien välillä on aitoja korrelaatioita. Faktorianalyysillä ryhmiteltiin samaa asiaa mittavat muuttujat omiin ryhmiinsä. (Nunnally & Bernstein 1994, Metsämuuronen 2003.) Faktorianalyysissa Bartlettin testin tuloksen arvo $p < 0,0000$ osoittaa, että korrelaatiomatriisi on sovelias faktorianalyysiin. Lisäksi faktorianalyysin edellytyksiä kuvaa KMO-kerroin (Metsämuuronen 2003). KMO oli asiakasaineistossa $0,5$ ja hoitaja-aineistossa $0,7$. Tämän mukaan faktoroinnin edellytykset asiakasaineiston osalta olivat heikohkot, mutta hoitaja-aineistossa riittävät. Asiakasaineistosta faktoroinnin avulla saatiin kuitenkin hyvin tulkittavissa olevat summamuuttujat muodostettua.

Faktoroinnissa käytettiin pääkomponentti-analyysiä (*Principal components*) ja faktoreiden vinokulmaista rotaatioita (*Oblimin*), koska tämä sallii faktoreiden keskinäisen korrelaation. Rotatoinnin tavoitteena oli maksimoida yksittäisen muuttujan lataukset yhteen faktoriin. Faktorianalyysissa faktoreiden tulkinta haetaan tarkastelemalla muuttujien saamia latauksia eri faktoreilla. Lataukset ilmaisevat, kuinka paljon faktori

selittää kunkin muuttujan vaihtelusta. (Nunnally & Bernstein 1994, Metsämuuronen 2003, Nummenmaa 2006.)

Faktorianalyysiin valittiin mukaan sellaiset muuttujat, joiden lataus faktorilla oli yli 0,3. Faktorianalysissa kommunaliteetti kertoo, kuinka paljon faktorit selittävät muuttujien vaihtelusta. Selitysaste kertoo kuinka paljon muuttujien vaihtelusta on faktoreihin kiinnittyvää yhteisvaihtelua. Rotatoimattomassa faktorianalysissa muuttujat latautuvat useammalle kuin yhdelle faktorille. Rotatoidussa ratkaisussa muuttujat latautuvat selkeästi vain yhdelle faktorille. Osa latauksista voi olla negatiivisia. Latausten etumerkkiä voi kuitenkin muuttaa. Kun asteikko käännetään, latauksista tulee vastakkaismerkkisiä, mutta ne pysyvät itseisarvoltaan samana. Faktorit tulkittiin ja nimettiin rotatoidun matriisin perusteella. (Laippala & Koivisto 1997, Metsämuuronen 2003.) Tässä tutkimuksessa nuodostuneista faktoreista laskettiin kyseisistä osioista summamuuttujat ja analyysiä jatkettiin käyttämällä näin muodostettuja muuttujia alkuperäisten mitattujen muuttujien sijaan. Summamuuttujien osat eivät olleet jatkuvia, joten niiden yksiulotteisuuden ja reliabiliteetin tarkastelu ei ollut tarpeellista.

Tutkimuksessa olleet avoimet vastaukset analysointiin laadullisella sisällön erittelyllä. Sisällön analyysi on menettelytapa, jolla voidaan analysoida dokumentteja systemaattisesti ja objektiivisesti (Kynäs & Vanhanen 1999, Hsieh & Shannon 2005). Se on tapa järjestää, kuvailla ja kvantifioida tutkittavaa ilmiötä. Sisällön analyysillä pyritään saamaan kuvaus tutkittavasta ilmiöstä tiivistetyssä ja yleisessä muodossa. Analyysin lopputuloksena tuotetaan tutkittavaa ilmiötä kuvaavia kategorioita, käsitteitä, käsitejärjestelmä ja käsitekartta. Käsitejärjestelmällä, -kartalla ja -mallilla tarkoitetaan ilmiötä kuvailevaa kokonaisuutta, jossa esitetään käsitteet, niiden hierarkia ja mahdolliset suhteet toisiinsa. (Kynäs & Vanhanen 1999, Hsieh & Shannon 2005.)

Tässä tutkimuksessa edettiin induktiivisesti terveyskeskushallinnon edustajien, lääkäreiden ja hoitajien tutkimusaineistoissa. Ensimmäinen vaihe oli analyysiyksiköiden määrittäminen. Tässä tutkimuksessa se oli sana, sanayhdistelmä ja lause. Aineistosta lähtevä analyysiprosessi kuvattiin aineiston pelkistämisenä, ryhmittelyä ja abstrahointina. (Kynäs & Vanhanen 1999, Hsieh & Shannon 2005.) Empiiristä aineistoa muodostui hallinnon edustajien, lääkäreiden, hoitajien ja asiakasaineistojen avoimista kysymyksistä.

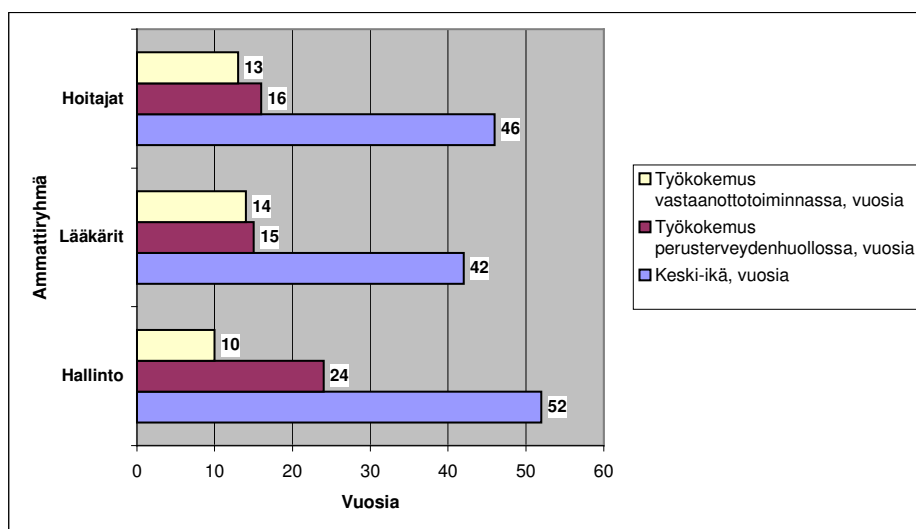
Avoimet vastaukset kirjoitettiin tekstiksi ja ne koodattiin siten, että niihin voi palata analyysin edetessäkin. Aineiston analyysi toteutui siten, että se luettiin useampia kertoja. Tämän jälkeen aineisto käytiin uudelleen läpi kysymyksen asettelun näkökulmasta. Ilmisisältöjä tutkittaessa analyysiyksiköitä tarkastellaan suhteessa käsiteltävään ilmiöön (Latvala & Vanhanen-Nuutinen 2001, Hsieh & Shannon 2005). Näin muodostuivat kategoriat. Yhdistelemällä alakategoriat muodostuivat yläkategoriat ja näistä edelleen alaja yläkategorioita yhdistävät kategoriat.

5 TULOKSET

5.1 Tutkimukseen osallistuneiden taustatiedot

5.1.1 Hallinnon edustajien, lääkäreiden ja hoitajien taustatiedot

Kyselyyn vastanneista hallinnon edustajista vajaa kolme neljäsosaa (71 %) oli naisia ja kolmasosa (29 %) miehiä, lääkäreistä kaksi kolmasosaa (64 %) oli naisia ja vähän yli kolmasosa (36 %) miehiä. Hoitajista suurin osa oli (95 %) naisia. Hoitajakyselyyn vastanneista miehiä oli yhteensä seitsemän. Hallinnon edustajien keski-ikä oli 52 vuotta (vaihteluväli 28–63 vuotta), lääkäreiden 42 vuotta (vaihteluväli 25–60 vuotta) ja hoitajien 46 vuotta (vaihteluväli 28–60 vuotta). Keskimääräinen perusterveydenhuollossa työskentelyaika hallinnon edustajilla oli 24 (vaihteluväli 4–35 vuotta), lääkäreillä 15 (vaihteluväli 0,5–34 vuotta) ja hoitajilla 18 vuotta (vaihteluväli 0,5–39 vuotta). Toiminta-alueena terveyskeskusten vastaanotto toiminta oli keskimäärin ollut hallinnon edustajilla 10, lääkäreillä 14 ja hoitajilla 13 vuotta. (Kuvio 4.)



Kuvio 4. Hallinnon edustajien, lääkäreiden ja hoitajien keski-ikä, työkokemus perusterveydenhuollossa ja vastaanotto toiminnassa.

Hallinnon edustajista oli ylilääkäreitä viisi, johtavia lääkäreitä ja lääkäreitä kolme, johtavia hoitajia seitsemän, ylihoitajia kolme, yksi hoitotyönjohtaja ja yhdeksän osastonhoitajaa. Hoitohenkilökunnasta sairaanhoitajia oli vähän yli puolet (59 %, n = 89),

hieman vajaa neljäsosa oli terveydenhoitajia (22 %, n = 31), 11 % terveyskeskusavustajia (n = 16), 5 % perushoitajia (n = 7), lääkintävahtimestareita kaksi ja kolme sairaankuljettajaa.

5.1.2 Vastaanottoimintaan liittyviä taustatietoja

Väestövastuu oli toimintatapana yhtä terveyskeskusta lukuun ottamatta kaikissa terveyskeskuksissa (94 %). Terveyskeskusten väestökoot on esitetty kuviossa 2. Tutkimukseen osallistuvien terveyskeskusten väestöpohja kokonaisuudessaan oli 208 430 asukasta.

Taulukossa 9 on hallinnon edustajien, lääkäreiden ja hoitajien vastaukset lääkäreiden, omaa vastaanottoa pitävien sairaan- ja terveydenhoitajien ja muun vastaanotoilla työskentelevän henkilökunnan määristä. Avoimella kysymyksellä selvitettiin lisäksi, missä tehtävissä muu henkilöstö vastaanotoilla toimi. Hallinnon edustajien, lääkäreiden ja hoitajien mukaan muu henkilöstö työskenteli ajanvarauksessa, puhelinneuvonnassa, toimistotehtävissä (arkistotyöt, sanelujen purku), ensiavussa, sairaankuljetuksessa ja omahoitajina sekä avustivat toimenpiteissä ja hoitivat paljon muita vastaanottoimintaan liittyviä ns. juoksevia asioita.

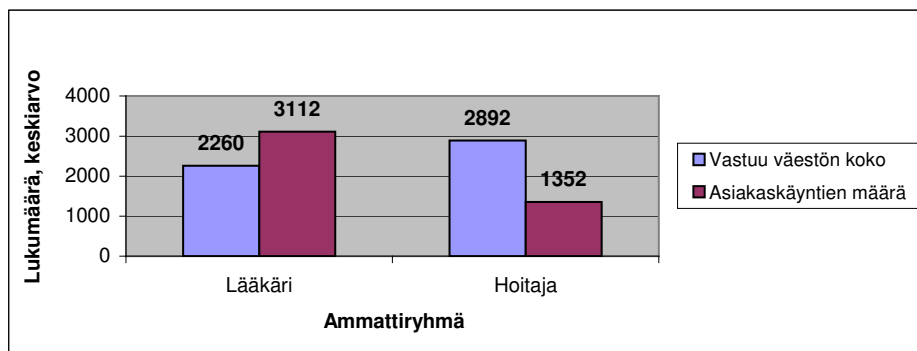
Taulukko 9. Tutkimuksessa mukana olleiden vastaanottojen henkilöstöresurssit hallinnon edustajien, lääkäreiden ja hoitajien arvioimina.

	Hallinnon edustajat (n=31)	Lääkärit (n=47)	Hoitajat (n=140)
Lääkärit, n	160	101	124
Sairaanhoitajat, n	94	60	101
Terveydenhoitajat, n	52	40	82
Muu henkilökunta, n	114	67	113

Hallinnon edustajien vastausten mukaan terveyskeskusten lääkäreiden vastaanottokäyntien hinta vaihteli 11 eurosta 99 euroon ja hoitajan vastaanottokäynnin hinta 17 eurosta 48 euroon. Lääkärin vastaanottokäynnin hinta oli 65 euroa (ka) ja hoitajan vastaanottokäynnin hinta oli 30 euroa (ka). Täydentävän avoimen kysymyksen vastausten mukaan vastaanottokäyntien hinnat muodostuivat terveyskeskuksissa eri tavoin.

Kustannusten jakautumisessa oli eroja terveyskeskuksissa siten, että vastaanotto toiminnan menoihin oli laskettu vastaanoton henkilöstön palkat ja sosiaalikulut, ilmaisjakelu ja ostopalvelut sekä laboratoriotutkimukset tai sitten kaikki avopuolen kustannukset laskettiin yhteen ja jaettiin suoritteiden määrällä. Käytössä oli myös laskutushintoja tai hinta laskettiin todellisten kustannusten mukaan, joissa oli vyörytyksiä mukana. Lisäksi kustannuksia laskettiin toimintalaskennan avulla kohdennettujen kustannusten perusteella. Hallinnon edustajien mukaan vastaanotto toimintaan oli edeltävien viiden vuoden aikana saatu lisää lääkäreitä vajaassa puolessa (42 %) ja hoitajia hieman yli puolessa (55 %) terveyskeskuksista. Hallinnon edustajista hieman yli kolmasosa (35 %) ja lääkäreistä sekä hoitajista vajaa puolet (43 %) oli sitä mieltä, että lääkäreitä tarvitaan lisää vastaanotoille ja hallinnon edustajista lähes kolme neljäsosaa (71 %), kaksi kolmasosaa lääkäreistä (62 %) ja hoitajista (66 %) arvioi hoitajamäärän lisäämisen tarpeelliseksi.

Tutkimukseen osallistuneiden terveyskeskusten lääkäreiden vastaanotoilla kävi vuoden aikana keskimäärin 48 676 ja hoitajien vastaanotoilla keskimäärin 25 242 asiakasta. Keskimääräinen yhden lääkärin vastaanotolla käyneiden asiakkaiden määrä oli vuodessa 3112, kuukaudessa 310 ja päivän aikana 18. Vastuuväestön koot lääkäreillä vaihtelivat paljon, vaihteluväli liikkui 1300 - 26000. Keskiarvo oli 2260. Keskimääräinen yhden hoitajan vastaanotolla käyneiden asiakkaiden määrä oli vuodessa 1352, kuukaudessa 137 ja päivän aikana 12. Neljäsosalla kyselyyn vastanneista hoitajista (27 %) ei ollut omaa vastaanottoa. Muutoin hoitajilla oli vastaanottoa 1-8 tuntia päivässä (ka 5,4 tuntia kh 2.121). Vastuuväestön koot heillä olivat 650 - 10 000. Keskiarvo oli 2 892. (Kuvio 5.)



Kuvio 5. Lääkärin ja hoitajan asiakaskäyntien määrä (ka) vuoden aikana ja vastuuväestön koko (ka).

Avoimien täydentävien kysymysten avulla haluttiin selvittää, mitkä lääkäreiden ja hoitajien asiakas- ja potilaskäynnit tai -kontaktit terveyskeskuksissa tilastoitiin ja mitä potilas- tai asiakaskontakteja ei tilastoitu. Vain osa hallinnon edustajista vastasi näihin avoimiin kysymyksiin. Terveyskeskuksissa asiakaskontaktit tilastoitiin sähköisessä potilaskertomusjärjestelmässä olevalla tilastointiohjelmalla. Lääkäreiltä tilastoitiin kaikki kontaktit. Hoitajilta puolestaan ei tilastoitu sellaisia asiakaskontakteja, joihin liittyi myös lääkäriellä käynti. Asiakkaiden laboratoriovastausten tuloksiin liittyviä yhteydenottoja ei tilastoitu hoitajilta, mutta lääkäreiltä ne tilastoitiin. Yhdeksässä organisaatiossa ei tilastoitu hoitajien puhelinkontakteja, kuten ei myöskään henkilöstön välisiä konsultaatioita. Poissaolojen vaikutus huomioitiin tilastointien yhteenvedoissa kahdessa terveyskeskuksessa ja nämä otettiin huomioon myös toimintakertomuksen perusteluissa, jos tavoitteena olleet käyntitasot eivät olleet toteutuneet. Yhdessä terveyskeskuksessa tilastoinnit suhteutettiin henkilöstötyövuosiin.

5.1.3 Asiakkaiden taustatiedot ja käyntisytyt

Asiakaskyselyyn vastanneita oli yhteensä 788. Vastausprosentti oli 46. Taulukossa 10 on terveyskeskuksista tutkimukseen osallistuneiden asiakkaiden määrät.

Taulukko 10. Tutkimukseen osallistuneiden asiakkaiden määrät terveyskeskuksittain.

Terveyskeskus	n	% vastaajista
Sisä-Savon terveydenhuollon kuntayhtymä	109	14
Saarijärven-Karstulan seudun terveydenhuollon kuntayhtymä	125	16
Palokan terveydenhuollon kuntayhtymä	143	18
Riihimäen seudun terveyskeskus kuntayhtymä	148	19
Siilinjärven ja Maaningan terveydenhuollon kuntayhtymä	49	6
Varkauden terveyskeskus	95	12
Nilsian terveyskeskus	28	4
Leppävirran terveyskeskus	50	6
Lapinlahden terveyskeskus	15	2

Kyselyyn vastanneista asiakkaista kaksi kolmasosaa oli naisia ja vähän yli kolmasosa (36 %) miehiä. Vastaajien keski-ikä oli 53 vuotta (vaihteluväli 12 – 86 vuotta). Naimattomia heistä oli 15 %, avio- tai avoliitossa olevia kaksi kolmasosaa (66 %), eronneita tai asumuserossa asuvia 9 % ja leskeksi jääneitä 10 %. Vastanneista kymmenellä prosentilla

oli korkeakoulututkinto, hieman yli neljäsosalla (22 %) opistotasoinen tutkinto, vähän yli neljäsosalla (27 %) koulutasoinen tutkinto ja 18 %:lla ammattikurssi tai -kurseja. Hieman vajaalla neljäsosalla (22 %) ei ollut ammatillista koulutusta. Kolmasosa oli työssä palkansaajana, vähän alle puolet oli eläkkeellä (45 %), kotiäitinä tai -isinä oli 6 %, yrittäjänä tai maanviljelijänä 6 %, työttömänä tai pakkolomalla 6 % ja koululaisena tai opiskelijana 7 %. Taulukossa 11 ovat asiakkaiden taustatiedot TT- ja TPT -terveyskeskuksittain jaoteltuna.

Taulukko 11. Tutkimukseen osallistuneiden TT- ja TPT -terveyskeskusten asiakkaiden taustatietoja.

Muuttuja	n	TT, %	TPT, %	yhteensä %
Sukupuoli				
Mies	284	34	37	36
Nainen	504	66	63	64
Ikä				
12 - 30	115	20	10	16
31 – 55	263	36	34	35
56 – 70	226	26	33	30
71 - 90	148	18	23	19
Siviilisäät				
Naimisissa tai avoliitossa	504	65	67	66
Naimaton	118	17	13	15
Eronnut tai asumuserossa asuvia	71	9	8	9
Leski	79	9	12	10
Koulutus				
Korkeakoulututkinto	71	8	12	10
Opistotasoinen tutkinto	165	25	19	22
Koulutasoinen tutkinto	204	26	28	27
Ammattikurssi tai - kurseja	141	20	16	18
Ei ammattikoulutusta	173	21	26	23
Elämäntilanne				
Työssä palkansaajana	228	32	28	30
Eläkkeellä	355	41	49	45
Kotiäiti tai - isä	47	6	6	6
Yrittäjä tai maanviljelijä	47	6	7	6
Työtön tai pakkolomalla	39	6	6	6
Koululainen tai opiskelija	47	9	4	7

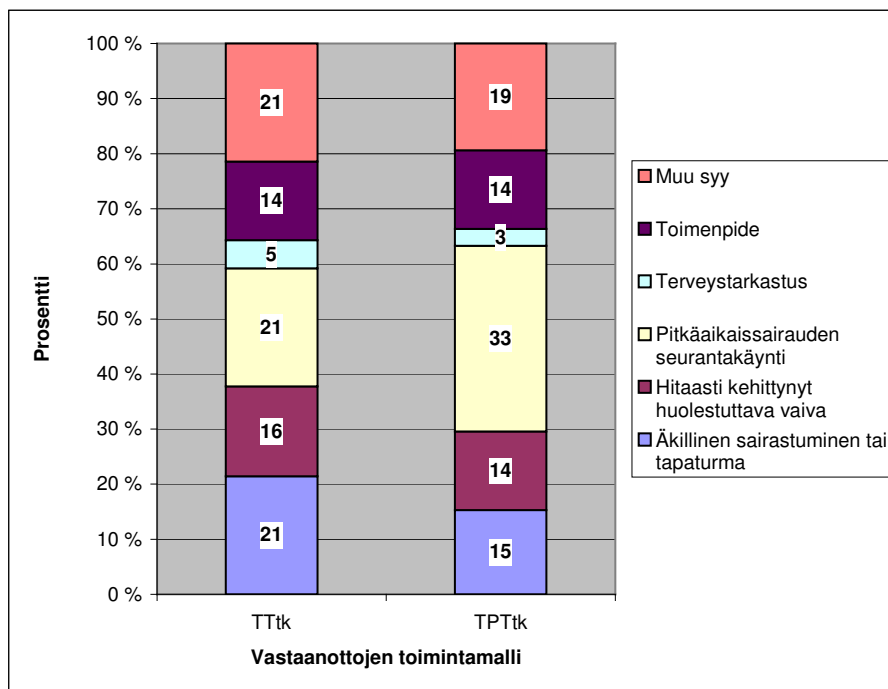
Asiakkailta kysyttiin, onko heillä jokin pitkäaikainen sairaus, vamma tai muu ongelma, jonka vuoksi he käyttivät *terveyspalveluja säännöllisesti*. Joka toisella asiakkaalla (51 %) oli jokin pitkäaikainen sairaus, vamma tai muu ongelma, jonka vuoksi he käyttivät terveyspalveluja säännöllisesti. Viisi suurinta säännöllistä palvelujen käyttöä vaativaa sairausryhmää olivat diabetes (23 %), verenpainetauti (19 %), sepelvaltimotauti (11 %), reuma (10 %) ja astma (8 %). Psykkisen sairauden, selkävaivan, keuhkojen ahtaumataudin (COPD), masennuksen ja fibromyalgian vuoksi palveluja käytti yhteensä 12 % asiakkaista. Muun käyntisyyn kuin edellä luetellun kirjasi 86 asiakasta. Asiakkailta kysyttiin *tutkimuspäivän vastaanottokäynnin syytä*. Kyselylomakkeessa käyntisyysvaihtoehtoiksi oli valmiiksi luokiteltu seitsemän eri syytä, jotka olivat äkillinen sairastuminen tai tapaturma, äkillisen sairauden tai tapaturman jälkitarkastus, hitaasti kehittynyt huolestuttava vaiva, pitkäaikaissairauden seurantakäynti, terveystarkastus, toimenpide ja jokin muu syy.

Äkillisen sairastumisen tai tapaturman takia vastaanotoilla kävi 18 % asiakkaista. Viisi lukumääriltään suurinta syytä olivat flunssa, kuume ja tulehdus, selkäkipu ja tapaturma. Kolmella prosentilla käyntisyynä oli *äkillisen sairauden tai tapaturman jälkitarkastus*. *Hitaasti kehittynyt huolestuttava vaiva* oli vastaanottokäynnin syynä 14 %:lla asiakkailla. Näistä vaivoista viisi lukumääriltään suurinta olivat allergia, vatsavaiva, selkäkipu, flunssa ja jalkavaiva. *Pitkäaikaissairauden* (diabetes, reuma, kohonnut verenpaine) *seurantakäynti* oli käyntisyynä neljäsosalla (25 %), *terveystarkastus* (ajokorttitodistus, kutsunta- tai ikäryhmätarkastus) neljällä prosentilla ja *toimenpide* 13 %:lla asiakkaista. Toimenpiteistä viisi yleisintä oli injektio (n =18), haavan hoito (n = 17), ompeleiden poisto (n = 10), rokotus (n = 9) ja luomenpoisto (n = 7). Muita toimenpiteitä olivat verenpaineen mittaaminen, lääkkeen otto, jälkitarkastus, korvahuuhtelu, näytteenotto, kierukan laitto, poskionteloiden huuhtelu, polvipunktio, patinpoisto, gynekologinen tutkimus, iv-lääkkeen anto ja akupunktio. *Jokin muu käynnin syy* oli 19 %:lla asiakkaista.

Asiakkaita pyydettiin arvioimaan fyysisen terveydentilansa kokemusta asteikolla 1-10, jossa 1 oli huonoin ja 10 paras terveydentilan kokemus. Tieto puuttui viideltä prosentilta (n = 42). Terveydentilan kokemuksen keskiarvo oli 6,8 ja keskihajonta oli 1,76. Yksitoista henkilöä koki terveydentilansa huonoksi. Paras mahdollinen terveydentila eli 10 oli 19 vastaajalla. Eniten oli arviointeja numerossa kahdeksan. Näitä oli yhteensä 228.

TPT-terveyskeskusten asiakkaita kahdella kolmasosalla (61 %) ja TT-terveyskeskusten asiakkaita alle puolella (45 %) oli pitkäaikaissairaus tai vamma, jonka vuoksi he käyttivät terveyspalveluja säännöllisesti ($p = 0.000$).

TT-terveyskeskusten asiakkaiden tavallisimmat pitkäaikaissairaudet olivat diabetes (25 %) ja verenpainetauti (15 %) ja TPT-terveyskeskusten asiakkaiden verenpainetauti (23 %) ja diabetes (22 %). Tutkimuspäivän vastaanottojen *käyntisyynä* oli pitkäaikaissairauden seurantakäynti hieman yli kolmasosalla (33 %) TPT-terveyskeskusten asiakkaita ja TT-terveyskeskusten asiakkaita hieman vajaalla neljäsosalla (21 %). Äkillinen sairastuminen ja tapaturma olivat käyntisyynä 21 %:lla TT-terveyskeskusten asiakkaita ja 15 %:lla TPT-terveyskeskusten asiakkaita. (Kuvio 6.)



Kuvio 6. TT- ja TPT-terveyskeskusten asiakkaiden tutkimuspäivän vastaanottokäyntien syyt.

Äkillisten sairastumisien syyt eivät eronneet merkitsevästi TT- ja TPT-terveyskeskusten asiakkailta. TT-terveyskeskuksien asiakkaita 18 %:lla ja TPT-terveyskeskusten

asiakkaista 9 %:lla syynä oli flunssa. Tämä oli keskeisin äkillisen sairastumisen syy. Neljäsosalla (26 %) TPT-terveyskeskuksien asiakkaista ja 15 %:lla TT-terveyskeskusten asiakkaista äkillisen sairastumisen syynä oli kuume, korvatulehdus tai muu tulehdus. Selkävaivat ja tapaturmat olivat 18 %:lla TT-terveyskeskusten asiakkaiden äkillisen sairastumisen syinä.

Hitaasti kehittyneissä vaivoissa TT-terveyskeskusten asiakkailla määrällisesti suurin ryhmä oli vatsavaivat (11 %) ja TPT-terveyskeskusten asiakkailla jalkavaivat (12 %). Toimenpiteistä kolme suurinta ryhmää terveyskeskuksissa olivat injektion antaminen (TT-16 % ja TPT 33 %), ompeleiden poisto (TT 16 % ja TPT 10 %) ja haavanhoito (TT 27 % ja TPT 17 %). Muiden syiden kaksi määrällisesti suurinta käyntisyytä olivat kontrollikäynti (TT- ja TPT-terveyskeskuksissa 10 %) ja laboratoriokokeiden vastausten kuuleminen (TT 9 % ja TPT 7 %).

Koulutustaustan mukaan vajaalla puolella asiakkaista, joilla ei ollut ammattitutkintoa (42 %), 46 % :lla opistotason tutkinnon suorittaneista, 52 %:lla koulutason tutkinnon käyneistä asiakkaista, 62 %:lla ammattikursseja käyneistä ja 36 %:lla korkeakoulututkinnon käyneistä oli pitkäaikaissairaus vastaanottokäynnin syynä. Hieman vajaalla neljäsosalla korkeakoulun käyneistä oli syynä hitaasti kehittynyt huolestuttava vaiva (22 %)

5.2 VASTAANOTTOTOIMINNAN JÄRJESTELYJEN KUVAUS

5.2.1 Vastaanottotoiminnan kehityssuuntia hallinnon edustajien, lääkäreiden ja hoitajien kuvaamina

Lähes kaikkien tutkimukseen osallistuneiden hallinnon edustajien (90 %) ja hoitajien (80 %) sekä lääkäreistä kahden kolmasosan (66 %) mukaan vastaanottotoimintaa oli heidän terveyskeskuksissaan kehitetty edeltävien viiden vuoden aikana lisäämällä avosairaanhoidon hoitajien vastaanottoja. TT-terveyskeskusten hoitajista 86 % ja TPT-terveyskeskusten hoitajista 70 % vastasi, että heidän terveyskeskuksissaan oli viimeisen viiden vuoden aikana lisätty hoitajien avosairaanhoidon vastaanottoja ($p = 0.050$). TT-terveyskeskusten hoitajista 89 %:n ja kaikkien TPT-terveyskeskusten hoitajien mukaan

heidän vastaanottonsa toimivat ajanvarauksella. Hoitajien itsenäistä vastaanottotoimintaa oli lisätty vastaanottotoiminnassa pitkäaikaissairauksien hoidossa lähes kaikkien hallinnon edustajien (94 %) ja hoitajien (86 %) sekä lääkäreistä hieman alle kolmen neljäsosan (74 %) mukaan. Hoitajille oli myös siirretty lääkäreiltä toimenpiteitä ja tutkimuksia.

Hoitajien puhelinneuvonta-aikaa oli lisätty yli kolme neljäsosan (77 %) hallinnon edustajien, vähän yli kolmasosan (32 %) lääkäreiden ja joka toisen hoitajan (56 %) mukaan terveyskeskuksissa. Hoitajien ja lääkäreiden konsultaatioaikaa oli lisätty hallinnon edustajista (64 %) ja lääkäreistä (64 %) kaksi kolmasosan ja hoitajista hieman vajaan puolen mukaan (46 %). Lääkäreiden puhelinaikaa oli lisätty hallinnon edustajista (29 %) ja lääkäreistä (28 %) hieman vajaan kolmasosan sekä hoitajista hieman alle neljäsosan (19 %) mukaan.

Hoitajien päivystysvastaanottotoimintaa oli lisätty TT-terveyskeskuksien hoitajista vähän yli kolme neljäsosan (77 %) ja TPT-terveyskeskusten hoitajista hieman yli kolmasosan (31 %) mukaan ($p = 0,000$). Vastaanottoaikojen anto päivystykseen ja vastaanottoille toteutui TT-terveyskeskuksissa keskitetysti samasta paikasta. TPT-terveyskeskusten vastaanottoaikojen anto oli hajautettu useaan paikkaan. TPT-terveyskeskuksissa omaa vastaanottoa pitävät hoitajat antoivat vastaanottoajat omalle väestölleen. TPT-terveyskeskusten hallinnon edustajista 87 % ja vajaan neljäsosan TT-terveyskeskusten hallinnon edustajien (21 %, $p = 0,001$) mukaan heidän terveyskeskustensa alueen väestö otti ajanvarausasioissa aina ensin yhteyden omaan hoitajaan. TPT-terveyskeskusten lääkäreistä 92 % ja vajaa puolet TT-terveyskeskusten lääkäreistä (45 %, $p = 0,001$) ja TPT-terveyskeskusten hoitajista 91 % ja hieman vajaa kolme neljäsosaa TT-terveyskeskusten hoitajista (71 %, $p = 0,000$) vastasi asiakkaidensa toimivan näin.

Yhteenvedona tutkimukseen osallistuneiden terveyskeskusten vastaanottotoimintojen tilanteesta tutkimukseen osallistuttaessa voidaan todeta, että TT-terveyskeskuksissa oli lisätty hoitajien avosairaanhoidon vastaanottoja. Hoitajien vastaanotot toimivat ajanvarauksella TPT-terveyskeskuksissa ja hoitajien päivystysvastaanottotoimintaa oli lisätty TT-terveyskeskuksissa. Lääkäreiden puhelinaikaa ei ollut terveyskeskuksissa lisätty merkittävästi, kun taas hoitajien puhelinneuvontaa oli lisätty. Puhelinpalvelut hoidettiin terveyskeskuksissa omana toimintana. Yleistä palvelujen puhelinneuvontaa käytettiin

yhdessä terveystieteiden keskuksessa. Lisäksi yhdessä terveystieteiden keskuksessa osa lääkäreiden vastaanotto toiminnasta hoidettiin etävastaanottoina sähköistä tiedonsiirtoa apuna käyttäen. Muita vastaanotto toiminnan uudistuksia hallinnon edustajien mukaan olivat reseptien uusiminen apteekin kautta, hoitopalauteiden sähköinen siirtäminen potilastietojärjestelmään, puhelinjärjestelyjen uusiminen ja kirjaamisen kehittäminen. Hoidon saatavuutta oli parannettu lisäämällä lääkäreiden virkoja ja hoitajien puhelinneuvontaa oli tehostettu. Kutsujärjestelmä oli otettu käyttöön ajanvaraukseen yhdessä terveystieteiden keskuksessa.

5.2.2 Vastaanotto toiminta hallinnon edustajien, lääkäreiden ja hoitajien kuvaamina

Tässä tarkastellaan vastaanotto palvelujen saatavuutta, toimintaohjeiden käyttöä, ajanvarausjärjestelyitä, puhelintyöskentelyä, päivystysvastaanotto toiminnan järjestelyjä, potilasasiapapereiden käsittelyä ja seuranta käyntien sopimista TT- ja TPT-terveyskeskuksissa.

Kiireettömissä asioissa lääkärin vastaanottoille pääsi kolmen päivän sisällä TPT-terveyskeskusten lääkäreistä yli puolen (54 %) ja kaksi kolmasosan hallinnon edustajien (60 %) sekä hoitajista hieman yli kolmasosan (38 %) mukaan. TT-terveyskeskusten hallinnon edustajista vähän yli kolmasosan (31 %) ja lääkäreistä hieman alle kolmasosan (27 %) ja hoitajista alle neljäsosan (21 %) mukaan näin toteutui lääkärin vastaanottoille pääsy heidän terveystieteiden keskuksissaan. TT-terveyskeskusten hoitajista lähes kolme neljäsosan hoitajien (73 %) ja lähes kaikkien TPT-terveyskeskusten hoitajien (94 %) mukaan hoitajat arvioivat potilaiden tarpeiden mukaiset vastaanottoajat.

Paikallisesti sovelletut toimintaa ohjaavat hoitosuositukset olivat käytössä lähes kaikkien TT-terveyskeskusten hallinnon edustajien (88 %), lääkäreiden (73 %) ja hoitajien (89 %) mukaan heidän terveystieteiden keskuksissaan, kun taas kaksi kolmasosaa TPT-terveyskeskusten hallinnon edustajista (60 %) ja puolet lääkäreistä (52 %) sekä hoitajista 82 % vastasivat näin.

Lähes kaikki hallinnon edustajat (90%), lääkärit (90 %) ja hoitajat (80 %) arvioivat, että nykyisin hoidetaan enemmän potilasasioita *puhelimitse* kuin muutama vuosi sitten. Lähes kaikkien hallinnon edustajien (87 %) ja yli kaksi kolmasosan hoitajien (69 %) ja lääkäreiden (69 %) mukaan lääkäreiden ja hoitajien työnjaon kehittämisen myötä lääkärit ovat pystyneet hoitamaan potilasasioita enemmän puhelimitse kuin aiemmin.

Päivystysvastaanotto oli järjestetty keskitetysti joka toisessa terveyskeskuksessa ja 87 %:lla terveyskeskuksista oli järjestetty omaa ilta- ja viikonloppupäivystystoimintaa. Lääkärit hoitivat väestönsä ei-kiireelliset päivystysasiat virka-aikanaan hallinnon edustajista 87 %, lääkäreistä 96 % ja hoitajista 81 % mukaan. Lääkäreistä 84 % mukaan annetut vastaanottoajat toteutuivat viiveittä sovitun aikataulun mukaisesti. Hoitajien lisatarve päivystystoimintaan ns. flunssa-aallon aikana ennakoitiin vähän yli kolmasosan TT-terveyskeskusten hoitajien mukaan, mutta näin ei toimittu TPT-terveyskeskuksissa ($p = 0.083$).

Terveyskeskuksissa *potilasasiapapereiden käsittelyyn* osallistui arkiston henkilökunnan lisäksi hoitohenkilöstöä. TPT-terveyskeskusten hoitajista kaksi kolmasosaa (62 %) ja vähän alle kolme neljäsosaa TT-terveyskeskusten hoitajista (74 %) vastasi käsittelevänsä, potilasasiapapereita. Yhtä terveyskeskusta lukuun ottamatta konekirjoituksen henkilöstö vastasi kaikkien *sanelujen purkamisesta* terveyskeskuksissa. *Reseptiasioiden* hoitaminen erosi hieman TT- ja TPT-terveyskeskuksissa. Puolet TT-terveyskeskusten hoitajista (52 %) ja TPT-terveyskeskusten hoitajista vähän yli kolmasosa (38 %) vastasi, että reseptiasiat hoidetaan heidän terveyskeskuksissaan *keskitetysti* yhdestä paikasta. Siis TPT-terveyskeskusten omat lääkärit uusivat potilaidensa reseptit ja TT-terveyskeskuksissa reseptien uusinta oli keskitetty tietyille lääkäreille.

Seurantakäynnit lääkäreille ja hoitajille sovittiin edellisen käynnin yhteydessä kaikkien TT-terveyskeskusten hallinnon edustajien ja vähän vajaan kolme neljäsosan TPT-terveyskeskusten hallinnon edustajien (73 %, $p = 0.043$) mukaan. TT-terveyskeskusten lääkäreistä yli kaksi kolmasosaa (68 %) ja hoitajista 83 % ja TPT-terveyskeskusten lääkäreistä ja hoitajista 88 % arvioivat seurantakäynneistä sovittavan näin. *Erikoissairaanhoidon palautteet* tulivat suoraan omalle lääkärille ja hoitajalle 87 % terveyskeskuksista.

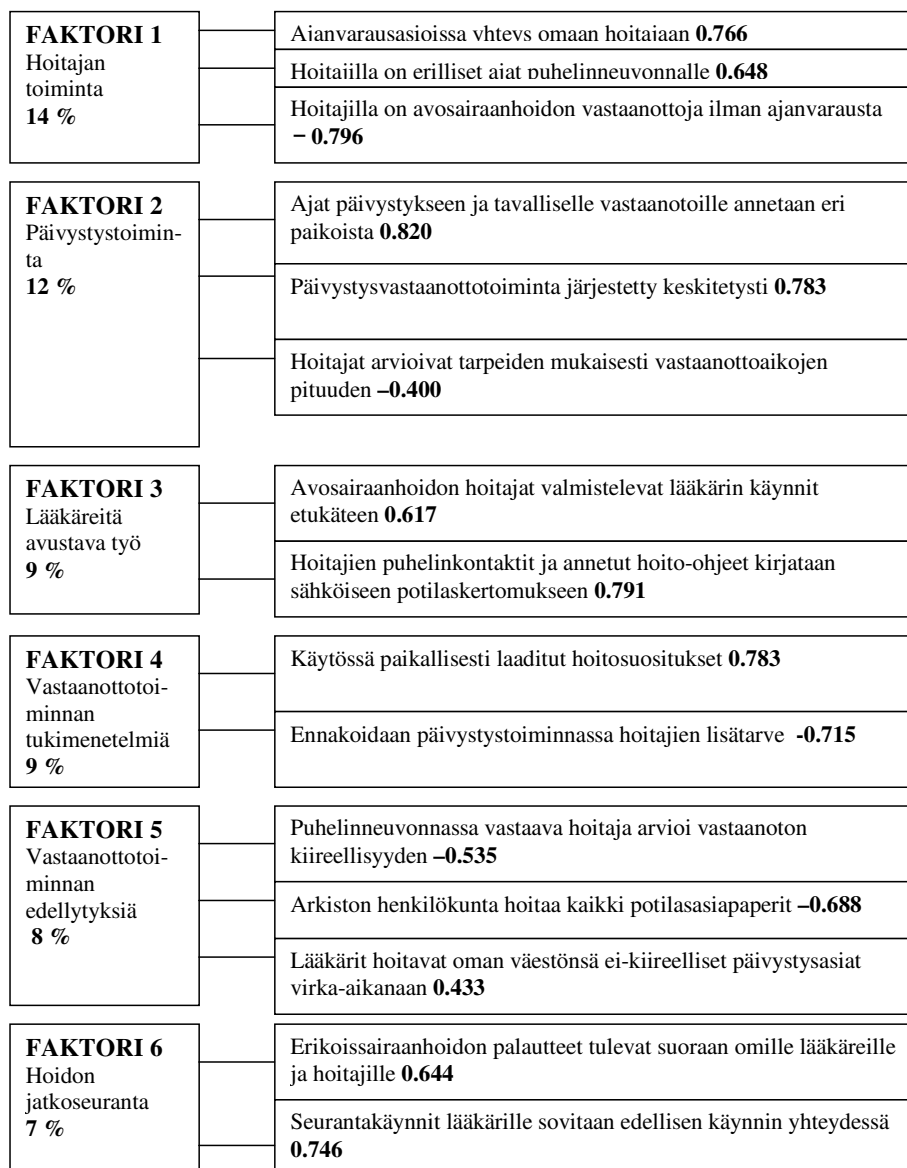
Yhteenvetona hoitajien ja lääkäreiden työpari- ja tiimityöstä perusterveydenhuollon vastaanotto toiminnassa voidaan todeta, että *kiireettömissä asioissa* lääkärin vastaanotoille pääsi pääsääntöisesti kolmen päivän sisällä TPT-terveyskeskuksissa paremmin kuin TT-terveyskeskuksissa. Vastaanottoaikojen anto toteutui TT-terveyskeskuksissa *keskitetysti* ja TPT-terveyskeskuksissa *hajautetusti*. Ajanvarausasioissa TPT-terveyskeskuksien asiakkaat ottivat *suoraan yhteyden omaan hoitajaan* ja TPT-terveyskeskuksissa *hoitajilla oli erilliset puhelintunnit*. Puhelinneuvonta oli lisääntynyt kaikissa terveyskeskuksissa. *Paikallisia hoitosuosituksia*, jotka ohjaavat vastaanotto toimintaa, käytettiin TT-terveyskeskuksissa paremmin hyväksi kuin TPT-terveyskeskuksissa. *Potilaspaperi*den käsittelyyn osallistui arkiston henkilöstön lisäksi hoitohenkilöstö. TT-terveyskeskuksien päivystystoiminnassa ennakoitiin hoitajien lisätarve ns. flunssa-aallon aikana ja hallinnon edustajien mukaan heidän terveyskeskuksiinsa *seurantakäynnit* lääkäreille ja hoitajille sovittiin edellisen käynnin yhteydessä.

5.2.3 Vastaanotto toiminnan jäsenitys hoitajien kuvaamina

Hoitajien aineistojen analyysissa käytettiin faktorianalyysia. Faktorianalyysiin valittiin vastaanotto toimintaan ja puhelinpalveluun liittyvistä 24 muuttujasta 15. Ne muuttujat, jotka kuvasivat vastaanotto toiminnan järjestelyjä, valittiin analyysiin. Faktoreille 1-6 latautuvat muuttujat ja niiden selitysosuudet ovat kuviossa 7. Faktorit nimettiin *hoitajan toiminnan* (faktori 1), *päivystystoiminnan* (faktori 2), *lääkäreitä avustavan työn* (faktori 3), *vastaanotto toiminnan tukimenetelmien* (faktori 4), *vastaanotto toiminnan edellytyksien* (faktori 5) ja *hoidon jatkoseurannan* (faktori 6) faktoreiksi.

Faktorianalyysin tuloksen mukaan vastaanotoilla *hoitajien toimintaan* kuului, että ajanvarausasioissa väestö otti yhteyden omaan hoitajaan, hoitajilla oli erilliset puhelintunnit ja lisäksi hoitajilla oli avosairaanhoidon vastaanottoja ilman ajanvarausta. Terveyskeskusten *päivystysvastaanotto toiminnassa* ajat tavallisille vastaanotoille ja päivystykseen annettiin eri paikoista, päivystystoiminta järjestettiin keskitetysti ja hoitajat arvioivat asiakkaiden tarpeiden mukaiset vastaanottoaikojen pituudet. *Lääkäreitä avustavaan työhön* hoitajille kuului se, että avosairaanhoidon vastaanottoja pitävät hoitajat valmistelivat potilaiden ja asiakkaiden lääkäreiden vastaanotto käynnit etukäteen

esimerkiksi lähettämällä heidät tarvittaviin laboratoriokokeisiin, ja hoitajien puhelinkontaktit sekä annetut hoito-ohjeet kirjattiin sähköiseen potilaskertomukseen. *Vastaanottotoiminnan tukimenetelmiin* kuului paikallisesti laaditut hoitosuositukset ja se, että hoitajien lisätarve ennakoitiin päivystysvastaanottotoiminnassa esimerkiksi flunssa-aallon aikana. *Vastaanottotoiminnan edellytyksiä* oli, että puhelinneuvonnasta vastaava hoitaja arvioi vastaanoton kiireellisyyden, arkiston henkilökunta hoiti kaikki potilasasiaperit ja lääkärit hoitivat oman väestönsä kiireettömät päivystysasiat virka-aikanaan. *Hoidon jatkoseurantaan* kuului, että erikoissairaanhoidon palautteet tulivat suoraan omille lääkäreille ja hoitajille ja seurantakäynnit lääkäreille sovittiin edellisen käynnin yhteydessä.



Kuvio 7. Hoitajien (n = 140) näkemys perusterveydenhuollon vastaanotto toiminnan järjestelyistä. Faktoreiden korrelaatiomatriisi.

5.2.4 Vastaanottopalvelujen toimivuus ja saatavuus asiakkaiden kuvaamina

Tutkimukseen osallistuneissa terveyskeskuksissa tutkimuspäivänä käyneiltä asiakkailta kysyttiin vastaanottotoiminnan mallia (TT- ja TPT) ja onko heille nimetty omaa lääkäriä ja hoitajaa sekä mikä on heidän näkemyksensä vastaanottopalvelujen toimivuudesta ja saatavuudesta.

Hieman vajaa kolmasosa (29 %) asiakkaista vastasi, että vastaanottotoiminta oli heidän asuinalueidensa terveyskeskuksissa järjestetty lääkäreiden, sairaan- ja terveydenhoitajien sekä terveyskeskusavustajien tiimityönä (TT). Kolmasosa (30 %) vastasi puolestaan, että vastaanottotoiminta oli järjestetty lääkäri-hoitaja -työparityönä (TPT). Hieman yli kolmasosa (32 %) asiakkaista ei tiennyt, kuinka heidän oman terveyskeskuksensa vastaanottotoiminta oli organisoitu ja lisäksi tämä tieto puuttui kokonaan yhdeksällä prosentilla kyselyyn vastanneista. Tutkimustehtäviin liittyen tässä tutkimuksessa koodattiin uudelleen en tiedä -ryhmän vastaajien vastaukset siten, että selvitettiin, millä toimintamallilla (TT- ja TPT) en tiedä -vastauksen antaneiden asiakkaiden terveysasemien vastaanotoilla toimittiin. Vastaus muutettiin sen mukaisesti. Uudelleen koodauksen jälkeen vastaanottotoiminta oli asiakkaista 52 % (n = 409) mukaan järjestetty lääkäreiden, sairaan- ja terveydenhoitajien sekä terveyskeskusavustajien tiimityönä (TT) ja 39 % (n = 304) mukaan lääkäri-hoitaja-työparityönä (TPT).

Suurimmalle osalle kyselyyn vastanneista asiakkaista (82 %) oli terveyskeskuksessa nimetty *omalääkäri* tai he asioivat yleensä saman lääkärin luona. Nimetty oma lääkäri oli TPT-terveyskeskuksissa lähes kaikilla asiakkailla (90 %) ja TT-terveyskeskusten asiakkaista 81 %:lla (p = 0.002). Oman hoitajan tai saman hoitajan luona asioi terveyskeskuksissa tutkimuspäivänä joka toinen asiakkaista (53 %). Nimetty *omahoitaja* oli hieman yli kolme neljäsosalla TPT-terveyskeskusten asiakkaista (74 %) ja TT-terveyskeskusten asiakkaista hieman vajaalla puolella (44 %) (p = 0.000). Saman lääkärin vastaanotolle pääsyä piti asiakkaista erittäin tärkeänä kaksi kolmasosaa (60 %) ja melko tärkeänä hieman vajaa kolmasosa (29 %). Melko yhdentekevänä tai yhdentekevänä edellä kysyttyä asiaa piti yhteensä kuusi prosenttia vastanneista. Saman hoitajan vastaanotolle pääsyä asiakkaista piti erittäin tärkeänä vajaa puolet (41 %) ja melko tärkeänä kolmasosa (31 %). Melko yhdentekevänä tai yhdentekevänä tätä asiaa piti vastanneista yhteensä

yksitoista prosenttia. Tieto puuttui 15 %:lta vastanneista (n = 115). TT-terveyskeskusten asiakkaista 90 % ja TPT-terveyskeskusten asiakkaista 96 % koki tärkeäksi pääsyn saman lääkärin vastaanotolle (p = 0.004). Saman hoitajan vastaanotolle pääsyä piti tärkeänä TT-terveyskeskusten asiakkaista 79 % ja TPT-terveyskeskusten asiakkaista 91 % (p = 0.000).

Kyselyyn vastanneista asiakkaista lähes joka toinen (49 %) oli käyttänyt terveyskeskuksen palveluja 2-4 kertaa viimeisen vuoden aikana, 15 % kerran, vähän yli kolmasosa (32 %) viisi kertaa tai enemmän. Yli puolet asiakkaista (58 %) asioi tutkimuspäivänä lääkärin vastaanotoilla, kolmasosa hoitajien luona (31 %) ja kahdeksan prosenttia sekä lääkärin että hoitajan luona. Hieman vajaa kolme neljäsosa (72 %) asiakkaista asioi aikaisemmilta kerroilta tutun lääkärin tai hoitajan luona.

Vastaanottoajan puhelimitse varasi joka toinen asiakas (52 %) ja hieman vajaa neljäsosa (22 %) käymällä paikan päällä. TT-terveyskeskusten asiakkaista neljäsosa (26 %) ja TPT -terveyskeskusten asiakkaista 17 % varasivat vastaanottoajan käymällä paikan päällä terveyskeskuksessa. TPT -terveyskeskusten asiakkaista 19 prosentin ja TT-terveyskeskusten 14 prosentin kanssa vastaanottoaika sovittiin edellisen käynnin yhteydessä (p = 0.002). Hieman alle puolet asiakkaista (47 %) sai vastaanottoajan 1-3 vuorokauden kuluessa, 14 % 4-7 vuorokauden kuluessa ja yli viikon kuluttua 18 %. (Taulukko 12.)

Tutkimuspäivänä vastaanotoille sovittuna aikana pääsi joka toinen asiakas (53 %), 5 - 15 minuuttia myöhässä neljäsosa (25 %), yli 15 - 30 minuuttia myöhässä kahdeksan prosenttia, yli 30 - 60 minuuttia myöhässä kolme prosenttia ja yli tunnin myöhässä yksi prosentti. Tieto vastaanoton odotusajasta puuttui 87 lomakkeesta (11 %). TPT-keskuksissa sovittuna aikana vastaanotoille pääsi kaksi kolmasosaa asiakkaista (63 %) ja TT-terveyskeskuksissa 57 % vastaajista. (Taulukko 12.)

Lääkäreiden vastaanotoille pääsy oli viimeisen vuoden aikana hieman alle neljäsosan (23 %) asiakkaiden mukaan helpottunut ja hieman alle neljäsosan mukaan vaikeutunut (22 %). Joka toinen asiakas koki, että vastaanotolle pääsy oli pysynyt ennallaan. Hoitajien vastaanotoille pääsy oli viimeisen vuoden aikana neljäsosan asiakkaiden (25 %) mukaan helpottunut, kymmenen prosentin mukaan se oli vaikeutunut ja yli puolet asiakkaista

arvioi, että se oli pysynyt ennallaan (53 %). Tieto vastaanotoille pääsyn kokemuksesta puuttui 12 % kyselylomakkeista (n = 96). (Taulukko 12.)

Taulukko 12. Vastanottopalvelujen ajanvaraustapa ja palvelujen saatavuus sekä toimivuus TT-TPT-terveyskeskuksissa asiakkaiden (n = 788) arvioimina.

Palvelujen saatavuus ja toimivuus	Vastaanottojen toimintamalli		p-arvo Fisher
	Työparityö (TTP) (39 %, n=409)	Tiimityö (TT) (52 %, n= 304)	
Ajanvaraustapa			0.002
Puhelimitse	60	51	
Käymällä paikan päällä	17	26	
Aikaa varaamatta	4	7	
Aika sovittiin edellisen käynnin yhteydessä	19	14	
Jokin muu tapa	1	2	
Vastaanottoajan saatavuus tälle käynnille			0.094
1-3 vrk:n kuluessa	48	52	
4-7 vrk:n kuluessa	14	15	
Yli viikon kuluttua	18	20	
Aika sovittiin edellisen käynnin yhteydessä	20	13	
Vastaanoton odotusaika			0.544
Sovittuna aikana	63	60	
5-15 min myöhässä	26	29	
Yli 15 min myöhässä	8	9	
Yli 30-50 min myöhässä	3	4	
Yli tunnin myöhässä	1	1	
Lääkärin vastaanotolle pääsyn muutos viimeisen vuoden aikana			0.327
Helpottunut	25	23	
Vaikeutunut	25	22	
Ennallaan	50	55	
Hoitajan vastaanotolle pääsyn muutos viimeisen vuoden aikana			0.172
Helpottunut	29	27	
Vaikeutunut	14	9	
Ennallaan	58	63	

5.2.5 Vastaanottotoiminnan jäsenys asiakkaiden kuvaamina

Asiakkailta selvitettiin lisäksi heidän näkemyksiään *ajanvaraustoiminnasta ja lääkäreiden ja hoitajien yhteistyöstä*. (Taulukko 13.)

TT-terveyskeskusten asiakkaista yli puolet ja yli kaksi kolmasosaa TPT-terveyskeskusten asiakkaista koki, että he olivat kiireettömissä asioissa päässeet lääkärin vastaanotolle kolmen päivän kuluessa ($p = 0.002$). Joka toisen TT-terveyskeskuksen asiakkaan ja yli kahden kolmasosan TPT-terveyskeskusten asiakkaiden mukaan vastaanottoajat päivystykseen ja tavallisille ajanvarausvastaanotoille annettiin heidän terveyskeskuksissaan eri paikoista. TT-terveyskeskusten asiakkaista kaksi kolmasosaa ja TPT-terveyskeskusten asiakkaista 83 % otti ajanvarausasioissa ensin yhteyden omaan hoitajaan ($p = 0.000$). Lähes kaikki asiakkaat kokivat saaneensa ajanvarauksesta riittävästi tietoa siitä, kuinka heidän tulisi toimia. Lisäksi heidän mukaansa lääkäreille varatut ajat olivat toteutuneet lähes aina sovitun aikataulun mukaisesti ja vastaanottoajat olivat olleet sopivan pituisia. (Taulukko 13.)

TT-terveyskeskusten asiakkaista 96 % ja TPT-terveyskeskusten asiakkaista 99 % koki, että lääkärin, hoitajan ja potilaan kiinteä yhteistyö edesauttaa potilaan hoitoon sitoutumista ($p = 0.006$). Lähes kaikki terveyskeskusten asiakkaat kokivat, että vakavan tai äkillisen sairauden yhteydessä hoitajat ohjaavat heidät suoraan lääkärin vastaanotolle ja että osa heidän asioistaan on voitu hoitaa hoitajan välityksellä. TT-terveyskeskusten asiakkaista hieman alle kolme neljäsosaa (71 %) ja TPT-terveyskeskusten asiakkaista 82 % piti tärkeänä, että seuraava määräaikaikäynti lääkärin vastaanotolle suunnitellaan yhdessä hoitajan kanssa ($p = 0.003$). (Taulukko 13.)

Taulukko 13. Ajanvarausoiminta ja lääkärin ja hoitajan yhteistyö vastaanottoimmassa asiakkaiden (n = 788) arvioimina (tiimi (TT)- ja työparityö (TPT)) terveyskeskuksissa. Fisherin p-arvo.

tiimi	samaa mieltä %	eri mieltä %	Ajanvarausvastaanotto	työpari	samaa mieltä %	eri mieltä %	p- arvo
	56	44	1. Kiireettömissä asioissa lääkäreiden vastaanotoille pääsee pääsääntöisesti kolmen päivän kuluessa 2. Vastaanottoajat päivystykseen ja tavalliselle vastaanotolle annetaan eri palkoista 3. Ajanvarausasioissa otetaan aina ensin yhteys omaan hoitajaan 4. Ajanvarauksesta olen saanut riittävästi tietoja siitä, kuinka tulisi toimia 5. Lääkärille varaamani vastaanottoajat ovat toteutuneet lähes aina sovitun aikataulun mukaan 6. Minulle annetut lääkärin vastaanottoajat ovat olleet sopivan pituisia.		69	31	0.002
	58	37			64	36	0.140
	61	39			83	17	0.000
	90	10			95	5	0.053
	90	10			89	11	0.204
	92	18			94	6	0.054
tiimi	samaa mieltä %	eri mieltä %	Yhteistyö	työpari	samaa mieltä %	eri mieltä %	p- arvo
	96	4	7. Lääkärin, hoitajan ja potilaan kiinteä yhteistyö edesauttaa potilaan hoitoon sitoutumista 8. Vakavan ja äkillisen sairauden yhteydessä hoitajat ovat ohjanneet minut aina suoraan lääkärin vastaanotolle. 9. Osa lääkäriini osoittamistani asioista on voitu hoitaa hoitajan välityksellä 10. Seuraava määräaikaiskäyntini lääkärin vastaanotolle suunnitellaan yhteistyössä hoitajan kanssa		99	1	0.006
	93	7			95	5	0.310
	88	12			99	10	0.597
	71	29			82	18	0.003

Faktorianalyysiin valittiin vastaanotto toimintaan, hoitajan toimintaan vastaanotoilla ja puhelinneuvontaan sekä hoitajan ja lääkärin yhteistyöhön liittyvistä muuttujista mukaan ne muuttujat (12), jotka kuvasivat vastaanottotoiminnan rakennetta. Faktoreille 1-3 latautuvat muuttujat ja niiden selitysosuudet ovat koottuna kuvioon 8. Faktorit nimettiin osioiden perusteella *ajanvaraustoiminta* (faktori 1), *hoitajan tehtävät* (faktori 2) ja *päivystystoiminta* (faktori 3). (Kuvio 8.)

FAKTORI 1 Ajanvaraustoiminta 27 %	Aianvarausasioissa yhteys ensin omaan hoitajaan 0.781
	Hoitajilla on erilliset aiat puhelinneuvonnalle 0.717
	Puhelinneuvonnasta vastaava hoitaja arvioi asiain kiireellisyyden 0.580
	Hoitajien vastaanotot toimivat aianvarauksella 0.623
	Seuraava asiakkaan tai potilaan määräaikaiskäynti lääkärin vastaanotolle suunnitellaan yhteistyössä hoitajan kanssa 0.666
FAKTORI 2 Hoitajan tehtävät 14 %	Hoitajat kirjoittavat lyhyitä, korkeintaan viiden päivän pituisia sairauslomia 0.521
	Hoitajille kuuluu ns. tavallisten infektiosairauksien arviointi 0.753
	Hoitajat tekevät osan toimenpiteistä ja tutkimuksista 0.719
	Hoitajilla on nykyisin laajempi tehtäväalue vastaanottotoiminnassa 0.607
FAKTORI 3 Päivystystoiminta 11 %	Vastaanottoajat päivystykseen ja tavalliselle vastaanotoille annetaan eri paikoista 0.859
	Päivystysvastaanotto toiminta on järjestetty erilleen muusta vastaanottotoiminnasta 0.840

Kuvio 8. Vastaanottotoiminta asiakkaiden (n = 788) kuvaamana. Faktoreiden korrelaatiomatriisi.

Muodostuneiden faktoreiden osioista laskettiin summamuuttujat ja analyysia jatkettiin käyttämällä näin muodostettuja uusia muuttujia alkuperäisten muuttujien sijaan. Analyysimenetelmänä käytettiin Mann-Whitneyn testiä. Esille tuli tilastollisesti merkitsevä ero TT- ja TPT-terveyskeskuksien ajanvaraustoiminnan toteutumisessa (p = 0.000).

5.2.6 Asiakkaiden kokemukset lääkäreiden ja hoitajien toiminnasta tutkimuspäivänä

Lähes kaikkien asiakkaiden mukaan terveyskeskusten toiminta oli luotettavaa (96 %) ja vastaanottojen henkilökunta oli ammattitaitoista (98 %). Heidän mukaansa tutkimukset ja hoitotoimet tehtiin vastaanotoilla huolellisesti (97 %), vastaanottoajat olivat sopivan pituisia (91 %) ja hoidettaviin asioihin paneuduttiin (96 %) huolellisesti. Joka toisen TT-terveyskeskuksen asiakkaan (53 %) ja hieman yli kaksi kolmasosan TPT-terveyskeskusten asiakkaiden (64 %) mukaan vastaanottotoiminnassa oli riittävästi lääkäreitä ($p = 0.009$). Hoitajia oli vastaanottotoiminnassa riittävästi TT-terveyskeskusten asiakkaista 76 % ja TPT-terveyskeskusten asiakkaista 73 % mukaan. Asiakkaiden mukaan hoitajien (93 %) ja lääkäreiden (96 %) heille antama neuvonta oli ammattitaitoista, yksilöllistä ja riittävää. Jatkohoidosta sopimista asiakkaat pitivät selkeänä.

5.3 Henkilöstöryhmien työn tuki

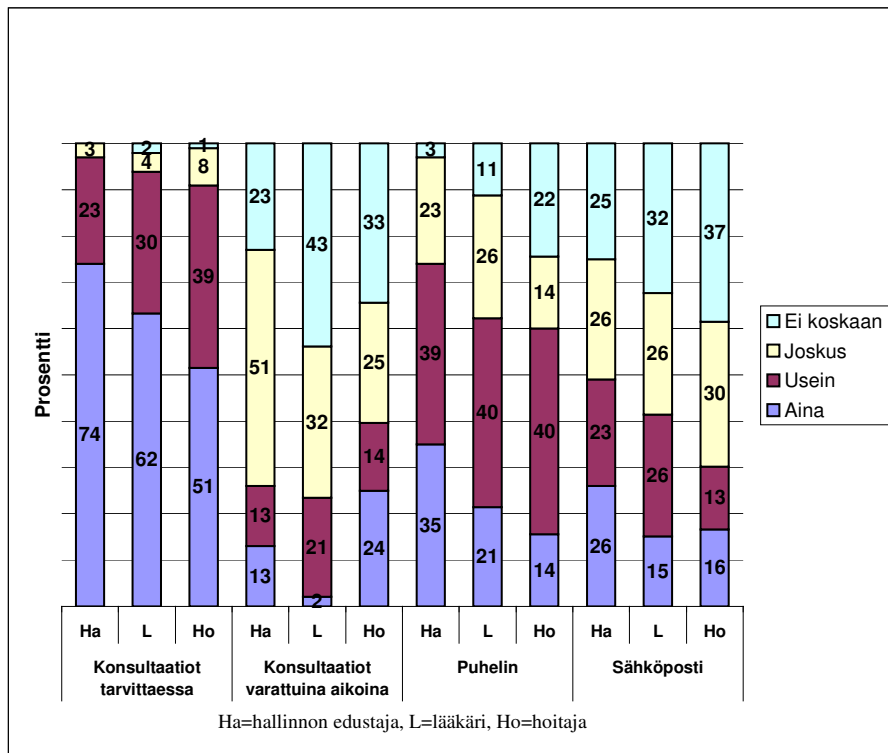
Henkilöstöryhmien työn tukimuotoina selvitettiin tässä tutkimuksessa delegointia ja vastuukysymyksiä koskevien ohjeiden, henkilöstöryhmien konsultaatioiden, paikallisesti sovellettujen toimintaa ohjaavien hoitosuosituksen, ammattikirjallisuuden, tieteellisten artikkeleiden, esimiehen ohjauksen, kollegan konsultaatioiden, Käypä hoito -suositusten ja Terveysportin käyttöä. TT- ja TPT-terveyskeskusten henkilöstöryhmien välillä työn tukimuotojen käytössä oli eroja delegointiin ja vastuukysymyksiin liittyvien ohjeiden ja paikallisesti sovellettujen toimintaa ohjaavien hoitosuosituksen käytössä. Muutoin henkilöstöryhmien työn tukimuotojen käyttö oli hyvin yhtenevää TT- ja TPT-terveyskeskuksissa.

Terveyskeskuksissa oli käytössä kirjallisia ohjeita ja määräyksiä tehtävien delegoinnista ja vastuukysymyksistä yli kaksi kolmasosan hallinnon edustajien ja TT -terveyskeskusten lääkäreiden (65 %) ja TPT -terveyskeskuksien lääkäreistä hieman yli kolmasosan (39 %) mukaan. TT-terveyskeskuksen hoitajista vähän yli puolet (58 %) ja TPT-terveyskeskusten hoitajista vajaa puolet (40 %) vastasivat näin. Hoitajien osaaminen varmistettiin kirjallisella kokeella ja näytöllä terveyskeskuksissa hallinnon edustajista kolmasosan (33 %) ja hoitajista 18 % mukaan.

Hoitajien ja lääkäreiden keskinäiset *konsultaatiot* toteutuivat lähes kolme neljäsosan hallinnon edustajien, lääkäreistä kahden kolmasosan ja hoitajista yli puolen mukaan terveyskeskuksissa aina tarvittaessa. Lääkäreistä vähän yli kolmasosan mukaan käytössä olivat joskus erikseen varatut konsultaatioajat. Vähän alle puolet lääkäreistä vastasi, että erikseen varattuja konsultaatioaikoja ei ollut käytössä heidän terveyskeskuksissaan. Hoitajista lähes joka neljäs vastasi, että heidän terveyskeskuksissaan oli aina käytössä erikseen varatut konsultaatioajat. Usein lääkärin konsultaatio toteutui varattuina aikoina hoitajista 14 % ja neljäsosan mukaan joskus. Kolmasosan mukaan hoitajista erikseen varattuja konsultaatioaikoja ei ollut käytössä. (Kuvio 9.)

Hoitajien ja lääkäreiden väliset puhelinkonsultaatiot olivat käytössä aina yli kolmasosan ja usein yli kolmasosan hallinnon edustajien mukaan. Lääkäreistä hieman vajaa neljäsosa oli sitä mieltä, että hoitajien ja lääkäreiden väliset puhelinkonsultaatiot olivat käytössä aina. Usein ne olivat käytössä lääkäreistä 40 % mukaan. Hoitajien arvioimina hoitajien ja lääkäreiden väliset puhelinkonsultaatiot olivat käytössä hieman vajaan neljäsosan mukaan aina ja usein 40 % mukaan. (Kuvio 9.)

Terveyskeskuksissa sähköpostikonsultaatioiden käyttö neljäsosan hallinnon edustajien ja lääkäreistä 15 % ja hoitajista 16 % mukaan toteutui aina. Sähköpostikonsultaatiot eivät toteutuneet koskaan neljäsosan hallinnon edustajien, hieman yli kolmasosan lääkäreiden ja hoitajien mukaan. Videoneuvotteluita käytettiin yhdessä terveyskeskuksessa. (Kuvio 9.)



Kuvio 9. Lääkäreiden ja hoitajien välisten konsultaatioiden toteutuminen hallinnon edustajien (n=31), lääkäreiden (n = 47 ja hoitajien (n = 140) arvioimina.

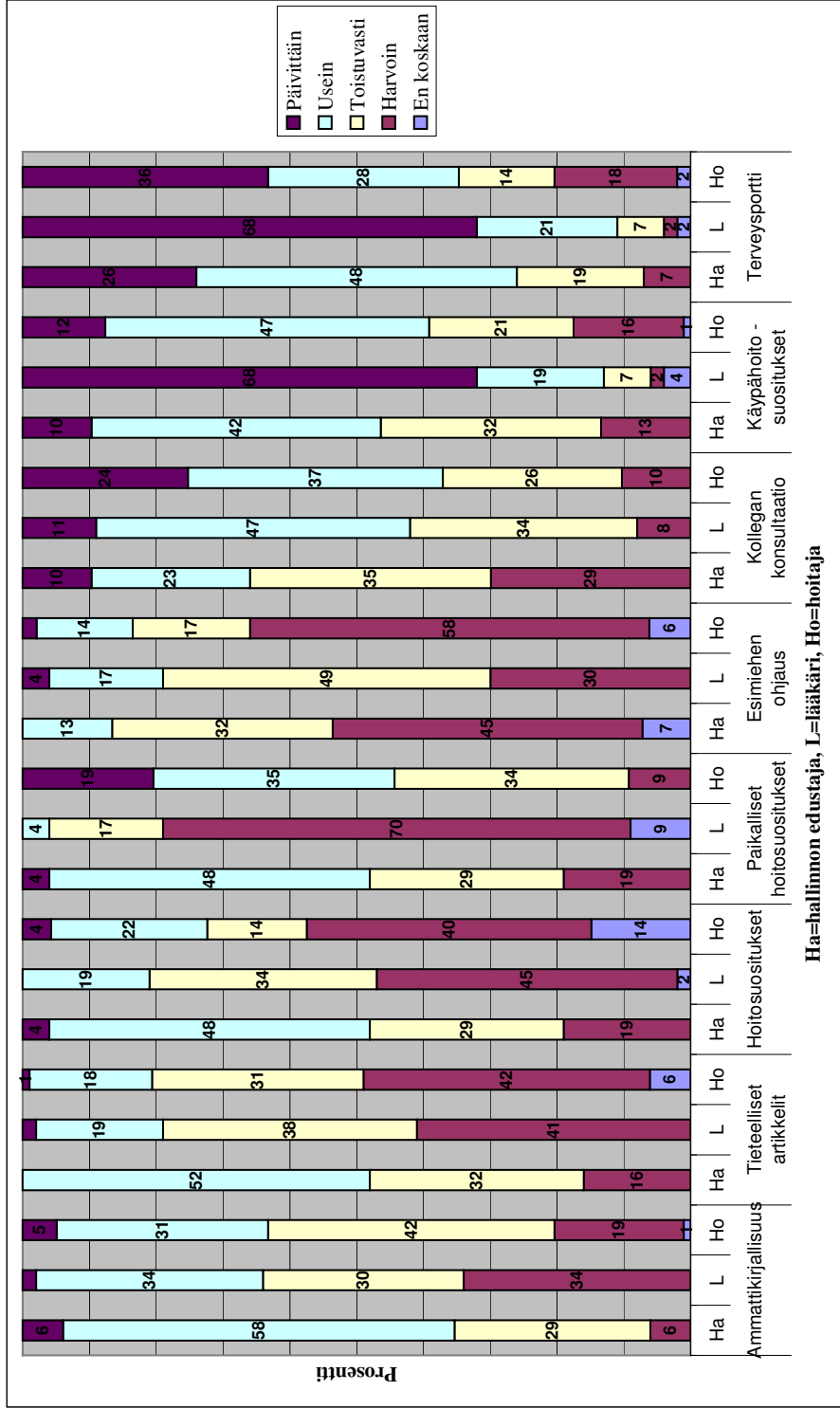
TT-terveyskeskusten hallinnon edustajien mukaan heidän terveyskeskuksissaan käytettiin vastaanotto toiminnassa hyväksi sovittuja paikallisesti laadittuja toimintaa ohjaavia hoitosuosituksia. Joka toisen TPT-terveyskeskuksen hallinnon edustajan (53 %) mukaan näin toimittiin myös heidän terveyskeskuksissaan ($p = 0.002$). TT-terveyskeskusten lääkäreistä kaksi kolmasosaa (65 %) ja TPT-terveyskeskusten lääkäreistä joka toinen käytti vastaanotto toiminnassa hyväksi paikallisesti laadittuja hoitosuosituksia. TT-terveyskeskusten hoitajista 89 % ja TPT-terveyskeskusten hoitajista hieman yli kaksi kolmasosaa (67 %) käytti työssään hyväksi paikallisesti laadittuja hoitosuosituksia ($p = 0.008$).

Paikallisia omaa toimintaa ohjaavia hoitosuosituksia hallinnon edustajista käytti usein lähes puolet, lääkäreistä 17 % ja hoitajista 19 %. Esimiehen ohjaus tietolähteenä oli usein käytössä hallinnon edustajista 13 %:lla, lääkäreistä 17 %:lla ja hoitajista 14 %:lla. Kollegan konsultaation käyttö tietolähteenä jakautui vastauksissa siten, että sitä käytti

toistuvasti vähän yli kolmasosa hallinnon edustajista ja lääkäreistä lähes puolet sekä hoitajista yli kolmasosa. (Kuvio10.)

Hallinnon edustajista yli puolet ja lääkäreistä sekä hoitajista yli kolmasosa käytti työssään hyväksi usein *ammattikirjallisuutta*. Tieteellisiä artikkeleita tietolähteenä työssään käytti usein vähän yli puolet hallinnon edustajista, lääkäreistä 19 % ja hoitajista 18 %. Näyttöön perustuvan hoitotyön tai lääketieteen suosituksia työssään tietolähteenä käytti usein vajaa puolet hallinnon edustajista, lääkäreistä 19 % ja hoitajista 22 %. (Kuvio10.)

Käypä hoito -suosituksia ja Terveysporttia käytti työssään usein hieman alle puolet hallinnon edustajista ja hoitajista. Lääkäreistä näitä käytti päivittäin yli kaksi kolmasosaa. Terveysportin käyttö jakautui siten, että sitä käytti päivittäin hieman yli neljäsosa hallinnon edustajista, lääkäreistä yli kaksi kolmasosaa ja hoitajista yli kolmasosa. Lääkäriin konsultaatiota hoitajista käytti hieman vajaa puolet usein, kolmasosa päivittäin ja toistuvasti hieman alle neljäsosa. Yhteenvetona tietolähteiden käytöstä voidaan todeta, että hallinnon edustajista yli puolet käytti työssään usein hyväksi ammattikirjallisuutta ja tieteellisiä artikkeleita ja lähes puolet näyttöön perustuvia suosituksia, Käypä hoito -suosituksia ja Terveysporttia. Lähes puolet lääkäreistä käytti työssään usein hyväksi kollegan konsultaatiota ja hoitajista lähes puolet käytti usein työssään tietolähteenä Terveysporttia. (Kuvio10.)



Ha=hallinnon edustaja, L=lääkäri, Ho=hoitaja

Kuvio 10. Tietolähteiden käyttö hallinnon edustajien (n = 31), lääkäreiden (n = 47) ja hoitajien (n = 140) työssä.

5.4 Osaamisen arviointi ja ylläpitäminen sekä lisäkoulutustarpeet

Tässä tutkimuksessa selvitettiin lääkäreiden ja hoitajien työssä tarvittavan osaamisen arviointia ja ylläpitämistä sekä lisäkoulutustarpeita. Näistä selvitettiin *perehdytyksen, kehityskeskustelujen* ja *työnohjauksen* käyttöä. Lisäksi hoitajien työssä tarvittavan osaamisen arvioinnissa selvitettiin vertaisarvioinnin, käytännön näyttöjen, työn vaativuuden arvioinnin käyttöä ja esimiehen roolia hoitajien tehtäväalueiden suunnittelussa ja järjestämisessä sekä hoitajien itsenäiseen työskentelyyn tarvittavaa koulutusta. TT- ja TPT-terveyskeskusten välillä oli eroja henkilöstöryhmien perehdytys-, kehityskeskustelu- ja työnohjausjärjestelyissä, muutoin osaamisen arviointiin ja ylläpitämiseen liittyvät kysytyt käytännöt olivat yhtenevät näissä terveyskeskuksissa.

Hallinnon edustajista kolme neljäsosan (74 %) mukaan vastaanoton hoitajille ja lähes puolen (48 %) mukaan lääkäreille oli laadittu oma perehdyttämishjelma. TT-terveyskeskusten hoitajista lähes puolen (49 %) ja TPT-terveyskeskusten hoitajista hieman yli neljäsosan (27 %) mukaan heille oli laadittu oma perehdyttämishjelma ($p = 0.002$). TT-terveyskeskuksien lääkäreistä vajaan puolen (44 %) ja TPT-terveyskeskusten lääkäreistä 22 % mukaan heille oli laadittu oma perehdyttämishjelma. *Miten uudet lääkärit ja hoitajat tulisi perehdyttää vastaanoton toimintaan* ja siellä tehtävään työhön, selvitettiin avoimen kysymyksen avulla. Hallinnon edustajien ($n = 27$) ja lääkäreiden ($n = 31$) mukaan perehdyttämisen lähtökohtana tulisi olla perehdytysuunnitelma ja -ohjelma ($n = 19$). Lisäksi perehdyttämiseen tulisi varata riittävästi aikaa ($n = 7$) ja toteuttaa se henkilökohtaisesti ohjaten suullisesti ($n = 10$) ja antaen kirjallisia ohjeita ($n = 16$). Ensin uudelle tulokkaalle olisi kerrottava paikalliset toimintatavat ja itsenäisen työskentelyn alkaessa hänelle järjestettäisiin henkilökohtainen perehdyttäjä, konsultaatiomahdollisuudet sekä mahdollisuus vierityöskentelyyn kokeneemman kollegan läheisyydessä. Lisäksi tutorointi tulisi mahdollistaa ($n = 12$).

Lääkäreiden työssä tarvittavan osaamisen arvioinnissa käytettiin hyväksi esimiesten vetämiä *kehityskeskusteluja* joka toisen hallinnon edustajan (55 %) mukaan. TT-terveyskeskusten lääkäreistä yli puolen (59 %) ja TPT-terveyskeskusten lääkäreistä vähän yli kolmasosan (39 %) mukaan heidän osaamistaan arvioitiin esimiehen toteuttamien kehityskeskustelujen avulla. Hoitajien työssä tarvittavan osaamisen arvioinnissa esimiesten vetämiä kehityskeskusteluja käytettiin lähes kaikkien hallinnon edustajien (97

%) ja hoitajista 86 % mukaan heidän terveyskeskuksissaan. Hallinnon edustajien mukaan henkilöstön lisäkoulutuksen tarpeet selvitettiin kehityskeskustelujen avulla.

Yhteistä työnohjausta lääkäreille ja hoitajille ei ollut järjestetty TT-terveyskeskusten hallinnon edustajien mukaan heidän terveyskeskuksissaan. TPT-terveyskeskusten hallinnon edustajista lähes joka toinen (47 %) mukaan yhteistä työnohjausta hoitajille ja lääkäreille oli järjestetty ($p = 0.002$).

Hoitajien työssä tarvittavan osaamisen arvioinnissa *vertaisarviointi* toteutui hieman yli neljäsosan hallinnon edustajien (26 %) ja hoitajista kahdeksan prosentin mukaan heidän terveyskeskuksissaan. *Käytännön näytöt* toteutuivat hoitajien osaamisen arvioinnissa hallinnon edustajista 19 % mukaan. TT-terveyskeskusten hallinnon edustajista hieman vajaan puolen (43 %) mukaan käytännön näytöt toteutuivat hoitajien työssä tarvittavan osaamisen arvioinnissa heidän terveyskeskuksissaan. TPT-terveyskeskuksissa näin ei toimittu ($p = 0.016$, Fisher). Kaikista kyselyyn vastanneista hoitajista lähes kolme neljäsosan (74 %) mukaan heidän terveyskeskuksissaan oli käytössä *työn vaativuuden arviointi*.

Hallinnon edustajien ja hoitajien mukaan hoitajien *lähiesimiesten rooliin* kuului laatia ja pitää ajan tasalla uusien työntekijöiden perehdyttämissuunnitelmaa sekä seurata sen toteutumista ja varmistaa laajennettua tehtäväkuvaa tekevien henkilöiden osaaminen. Näiden tehtävien kuulumisesta lähiesimiehelle samaa mieltä oli hoitajista yli kaksi kolmasosaa (67 %) ja jokseenkin samaa mieltä vajaa neljäsosa (22 %). Hallinnon edustajien mukaan hoitajien lähiesimiesten tulee selvittää uudenlaiseen toimintatapaan tarvittava lisäkoulutus ja varmistaa työvuorosunnittelulla, että työvuoroissa on uudenlaiseen toimintatapaan liittyvien tehtävien hoidon hallitsevia henkilöitä. Hallinnon edustajista 87 % mukaan lähiesimiesten tulee huolehtia työnjakoon liittyvästä tarvittavasta lupamenettelystä. Lähes kaikkien hoitajien mukaan (91 %) lähiesimiehen tehtävänä on varmistaa laajennettua tehtäväkuvaa tekevien henkilöiden osaaminen, suunnitella uudenlaiseen toimintatapaan liittyvä koulutus (93 %) ja huolehtia työnjakoon liittyvästä tarvittavasta lupamenettelystä (93 %) sekä lisäksi varmistaa työvuorosunnittelulla, että työvuoroissa on uudenlaiseen toimintatapaan liittyvien tehtävien hoidon hallitsevia henkilöitä (89 %).

Itsenäistä vastaanottotyötä tekevien *hoitajien koulutustarpeesta* oli hallinnon edustajien näkemys yhtenevä. Heidän mukaansa hoitajien perustutkintoon johtavaan koulutukseen tulisi lisätä koulutusta itsenäisestä vastaanottotyöstä, puhelinneuvonnasta ja pitkäaikaissairauksien hoidosta, seurannasta ja sairauksien ennalta ehkäisystä. Hoitajien näkemykset itsenäiseen vastaanottotyöhön vaadittavasta koulutuksesta olivat yhtenevät hallinnon edustajien kanssa. Lisäksi heidän mielestään itsenäistä vastaanottotyötä tekevät hoitajat tarvitsevat lisäkoulutusta. Itsenäistä vastaanottotyötä tekeville sairaan- ja terveydenhoitajille oli järjestetty lisäkoulutusta lähes kaikissa tutkimukseen osallistuneissa terveyskeskuksissa (90 %).

Vastaanoton lääkäreille oli neljäsosan (26 %) ja hoitajille kahden kolmasosan (64 %) hallinnon edustajan mukaan laadittu suunnitelma jatko- ja täydennyskoulutukselle. TT-terveyskeskusten hoitajista hieman vajan puolen (42 %) ja TPT-terveyskeskuksien hoitajista 20 % mukaan heille oli laadittu suunnitelma jatko- ja täydennyskoulutukselle ($p = 0.097$). Hallinnon edustajista 84 % mukaan ja lähes kaikkien heidän mukaansa ulkopuolista koulutusta järjestetään hoitajille (84 %) ja lääkäreille (94 %). Lääkärien ja hoitajien näkemykset heille järjestetystä toimipaikka- ja ulkopuolisesta koulutuksesta olivat hallinnon edustajien kanssa yhtenevät.

Vastaanoton lääkäreiden ja hoitajien lisäkoulutustarvetta selvitettiin avoimella kysymyksellä. Taulukoon 12 on koottu perusterveydenhuollon vastaanotto toiminnassa työskentelevien hallinnon edustajien, lääkäreiden ja hoitajien esittämät lisäkoulutustarpeet. Yhteenvetona voidaan todeta, että hallinnon edustajien ja hoitajien yhteinen lisäkoulutusaihe oli pitkäaikaissairaudet (kansansairaudet) ja mielenterveyden sairaudet. Lääkäreillä pitkäaikaissairauksista oli koulutusaiheiksi kirjattu sydän- ja verisuonisairaudet, tuki- ja liikuntaelinsairaudet ja astma. Hallinnon edustajat ja hoitajat esittivät molemmat lisäkoulutusaiheiksi vastaanotto toimintaan tiimi-, asiakaspalvelu- ja puhelinneuvontakoulutusta. Hallinnon edustajien ja lääkäreiden yhteinen koulutusaihe oli vuorovaikutustaidot. (Taulukko 14.)

Taulukko 14. Perusterveydenhuollon vastaanottotoiminnassa työskentelevien lääkäreiden ja hoitajien lisäkoulutusaiheita hallinnon edustajien (n = 28), lääkäreiden (n = 25) ja hoitajien (n = 87) arvioimina.

KOULUTUSAIHEET		
Hallinto (n = 28)	Lääkärit (n = 25)	Hoitajat (n = 87)
Tiimityökoulutus (n = 6) Puhelinneuvonta (n = 7) Pitkäaikaissairaudet (n = 13) Infektiosairaudet (n = 2) Mielenterveyden sairaudet (n = 5) Vuorovaikutus (n = 2) Elintapaohjaus (n = 5) Asiakaspalvelu (n = 3)	Tuki- ja liikuntaelämistön sairaudet (n = 5) Geriatria (n = 3) Akuutti lääketiede (n = 2) Hoitajien ja lääkäreiden välinen työnjako (n = 2) Sydän ja verisuonisairaudet (n = 3) Vuorovaikutus (n = 3) Astma (n = 2) Yhteiset hoitolinjat (n = 2)	Pitkäaikaissairaudet (n = 10) Hoitotyön kirjaaminen (n = 7) Puhelinneuvonta (n = 6) Lausuntoasiat (n = 1) Lääkehoito (n = 5) Mielenterveyden sairaudet (n = 9) Tiimityökoulutus (n = 7) Asiakaspalvelu (n = 4) Siedätyshoito (n = 2) Ensiaputaidot (n = 14) Tarttuvat taudit (n = 1)

5.5 Vastaanottotoiminnan kehittämisaalueet

5.5.1 Hallinnon edustajien näkemykset vastaanottotoiminnan kehittämisestä

Hallinnon edustajilta oli avoimeen kysymykseen ”Miten vastaanottotoimintaa voitaisiin edelleen kehittää” 27 vastausta. Aineiston analyysissa käytettiin sisällön analyysia. Menetelmä on selvitetty kappaleessa 4.2.4. Hallinnon edustajien mukaan kehittämistyössä tulisi keskittyä vastaanottotoiminnan suunnittelun ja arvioinnin tehostamiseen, kokonaisvaltaiseen toiminnan selvittämiseen, henkilöstön suunnitelmalliseen kohdentamiseen ja vastaanottotyöhön liittyvien toimintojen uudistamiseen. (Kuvio 11.)

Vastaanottotoiminnan suunnittelun ja arvioinnin tehostamiseen kuului hallinnon edustajien mukaan tavoitteiden ja toiminnan arviointi sekä seurannan tehostaminen ja kehittäminen. Tähän liittyi kustannusten seurannan ja tilastoinnin kehittäminen sekä tavoitteiden tarkastelu. Lisäksi keskeistä heidän mukaansa oli väestön terveystarpeiden selvittäminen ja asiakaslähtöisyyteen paneutuminen. Kokonaisvaltaiseen toiminnan selvittämiseen liittyy hoito-ohjelmien ja prosessien kuvaaminen sekä työmenetelmien arvioiminen. Nämä asiat edellyttävät hoito-ohjelmien laatimista, prosessien terävöittämistä ja työmenetelmien suunnittelua. Suunnitelmallisesti kohdennettu henkilöstö vastaanottotoimintaan tarkoittaa riittävää vakituista hyvässä yhteistyössä toimivaa

henkilöstöä. Sijaisjärjestelyissä esitettiin varahenkilöjärjestelmän luomista. Vastaajien mukaan henkilöstöstä on tärkeää selvittää kaikkien vastaanottoinnassa työskentelevien vastuut, työnjaot ja työnkuvat. Vastaanottotyöhön liittyvien toimintojen uudistaminen käsittää työn uudelleen suuntaamisen ja toimintatapojen muuttamisen siten, että ennaltaehkäisevää työtä kehitetään ja sen vaikuttavuutta arvioidaan, otetaan käyttöön joustavat vastaanottoajat sekä kutsujärjestelmä. Lisäksi puhelinneuvontaa ja moniammatillista dokumentointia tulisi tehostaa sekä hoitajien ja lääkäreiden välisiä konsultaatioaikoja lisätä. (Kuvio 11.)

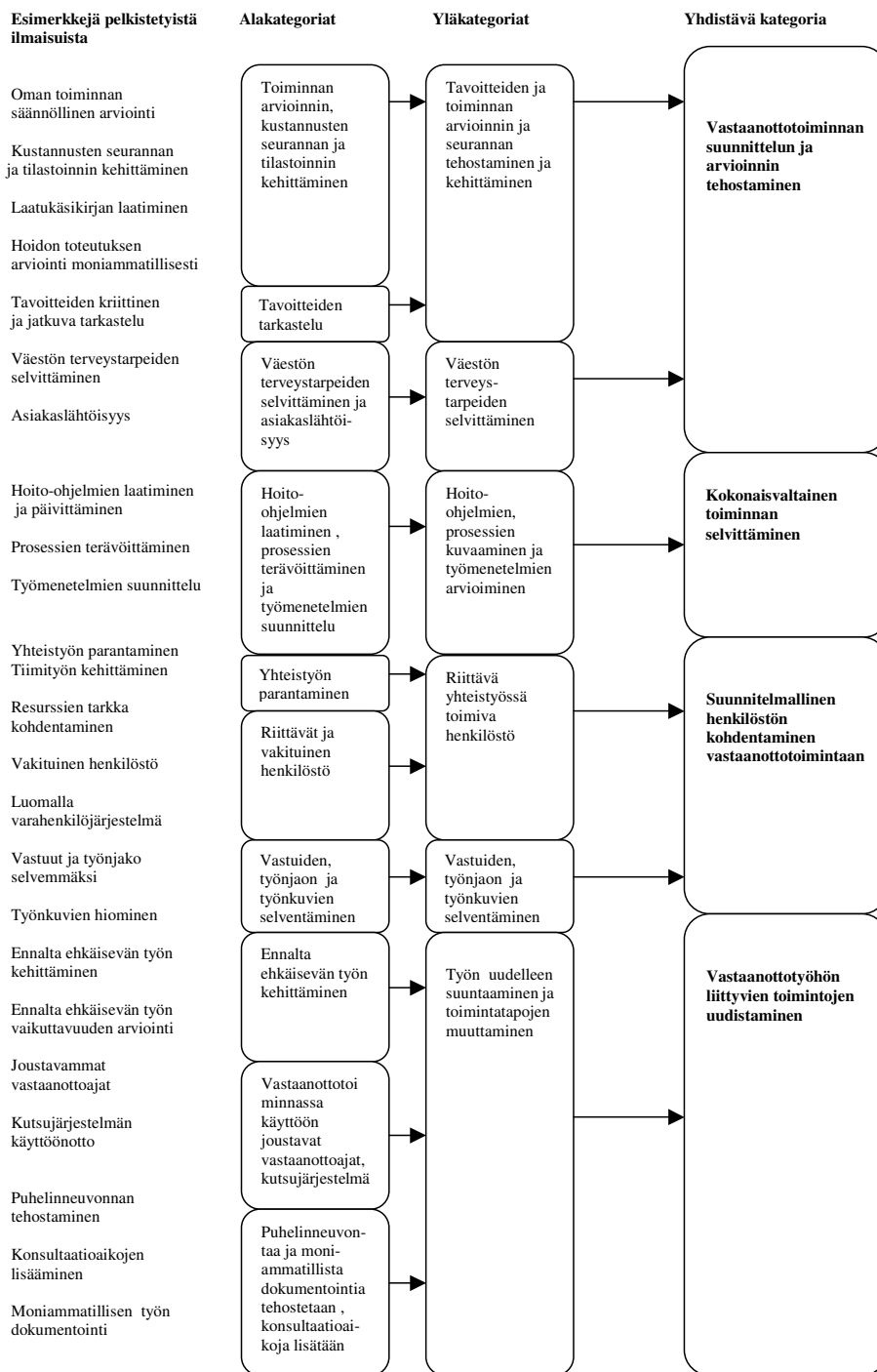
Seuraavassa on suoria lainauksia hallinnon edustajien vastauksista vastaanottotoiminnan kehittämiseen liittyen:

”Väestön terveystarpeet paremmin ohjaamaan toimintaa, siihen työkaluja. Oman toiminnan säännöllinen arviointi.”

”Järjestelmällinen laatukäsikirjan laatiminen ja hyvin toimivasta mallista jämäköittäisi toimintaa – jatkuva kehittäminen ja säännöllisten ennalta sovittujen kehittämispalaverien muodossa.”

”Käynnistettyjen toimintamallien vakiinnuttaminen ja hiominen. Koulutuksen jatkaminen (sijaiset, uudet työntekijät), kertaus- ja täydennyskoulutus, väestövastuutyön selkiyttäminen; TTH:N roolin selkiyttäminen väestövastuutyössä. Hoito-ohjelmien päivittäminen, uusien hoito-ohjelmien laatiminen, hoidon toteutuksen arviointi (vaikuttavuus, koulutustarpeet ym.) moniammatillisesti.”

”Omahoitaja – omalääkäri keskeiset yhteiset konsultaatioajat. Joustavammat vastaanottoajat ottaen huomioon potilaiden vaatima aika. Puhelinpalvelun edelleen kehittäminen potilaslähtöisemmäksi (nyt on enemmän organisaatiolähtöistä).”



Kuvio 11. Vastaanotto toiminnan kehittäminen hallinnon edustajien (n = 27) kuvaamina.

5.5.2 Lääkäreiden näkemykset vastaanottotoiminnan kehittämisestä

Lääkäreiltä oli avoimeen kysymykseen ”Miten vastaanottotoimintaa voitaisiin edelleen kehittää” 23 vastausta. Lääkäreiden mukaan kehittämistyössä tulisi keskittyä vastaanottotoiminnan suunnittelun ja arvioinnin tehostamiseen, suunnitelmalliseen resurssien kohdentamiseen, henkilöstön keskinäisen työn suunnitteluun ja vastaanottotyöhön liittyvien toimintojen uudistamiseen. (Kuvio 12.)

Vastaanottotoiminnan suunnittelun ja arvioinnin tehostamiseen kuuluivat lääkäreiden mukaan vastaanottotoiminnan arvioinnin lisääminen ja hoidon tarpeen arvioinnin selventäminen. Toiminnan arviointiin kuului toimintaprosessien ja työajan käytön arviointi. Näitä tulisi vastaajien mukaan lisätä. Suunnitelmalliseen resurssien kohdentamiseen vastaanottotoiminnassa sisältyy resurssien riittävyyden arvioiminen huomioiden, että toimintaan on käytettävissä riittävästi rahaa, henkilöstöä ja heille koulutusta. Henkilöstön keskinäiseen työn suunnitteluun kuului lääkäreiden mukaan yhteistyön kehittäminen ja huomion kiinnittäminen lääkäreiden vastuun määrään. Yhteistyön kehittämisessä tulisi keskittyä hoitaja-lääkäri -yhteistyön syventämiseen ja omalääkäreille toivottiin lisättävän vastuuta. Vastaanottotoimintojen uudistaminen sisälsi lääkäreiden mukaan puhelinpalvelujen ja vastaanottotoimintojen kehittämisen. Tämä tarkoittaa käytännössä sitä, että vastaanotto-toiminnassa lisätään aikaa päivystyspotilaille, järjestetään hoitajien ja lääkäreiden keskinäistä konsultaatioaikaa ja lääkäreiden vastaanottoja virka-ajan jälkeen. Lisäksi lisätään hoitajien vastaanottoja ja avoimet ovet – periaatteella toteutettavaa vastaanottotoimintaa. (Kuvio 12.)

Seuraavassa on suoria lainauksia lääkäreiden vastauksista vastaanottotoiminnan kehittämiseen liittyen:

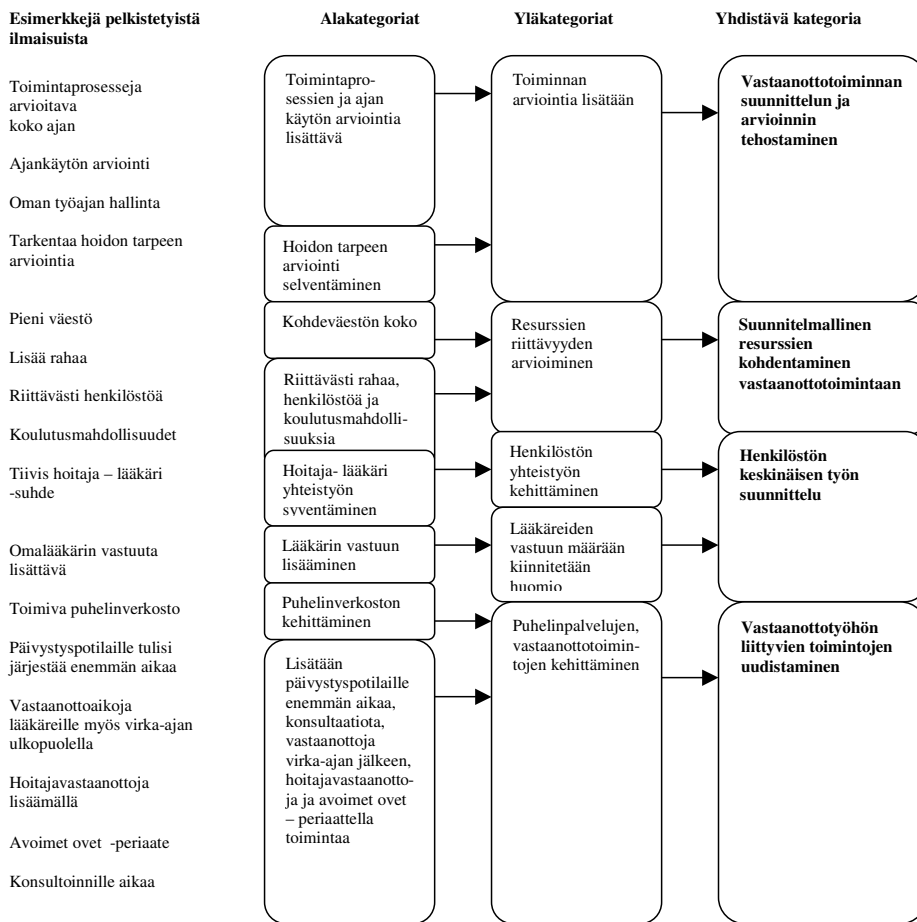
”Toimintaprosesseja arvioitava koko ajan eikä väestövastuu ole mikään ratkaisu ongelmiin.”

”Selkeämmin tiedottaa flunssa-asioista tiedotusvälineissä. Tiedottaa menetelmätavoista. Enemmän terveydenhoitajien sairausvastaanottoa.”

”Olen kohta 20 v ollut terveyskeskuslääkärinä eri terveyskeskuksissa. Koko ajan on menty kriisistä toiseen. Osittain varmaan senkin vuoksi työ on organisoitu edelleen aivan kuin 20 vuotta sitten. Työ pitäisi organisoida uudelleen. Joka huutoon ei voida vastata, jos halutaan

saada asiat pyörimään, mutta mieleimme on iskostettu, että tänne voi tulla, askarrutti mieltä mikä hyvänsä. Pitäisi päättää, mihin työvoimaa käytetään ja mihin ei, sitä on kuitenkin rajallisesti. Panostusalueet pitäisi valita, eikä niin, että joka asiaa vähän raapaistaan.”

”Vastaanottoaikoja lääkäreille myös virka-ajan ulkopuolella esim. kerran kuussa. Toimiva puhelinverkosto olisi suuri apu ajanvarauksen yms. hoidossa.”



Kuvio 12. Vastaanotto toiminnan kehittäminen lääkäreiden (n = 23) kuvaamina.

5.5.3 Hoitajien näkemykset vastaanottoiminnan kehittämisestä

Hoitajilta oli avoimeen kysymykseen ”Miten vastaanottoimintaa voitaisiin edelleen kehittää” 65 vastausta. Hoitajien mukaan kehittämistyössä tulisi keskittyä vastaanottoiminnassa tehtävän työn suunnitteluun ja arvioinnin tehostamiseen, työnjaon toimintamallin syventämiseen ja / tai uudistamiseen, riittävien resurssien kohdentamiseen vastaanottoiminnassa ja vastaanottotyöhön liittyvien toimintojen uudistamiseen. (Kuvio 13.)

Vastaanottoiminnassa tehtävän työn suunnittelun ja arvioinnin tehostamiseen kuuluivat hoitajien mukaan säännöllinen toiminnan ja toimintatapojen arviointi, hoito-ohjelmien ja prosessien kuvaaminen sekä työmenetelmien ja yhteistyön kehittäminen. Tähän sisältyy toimintalinjojen, hoitoketjujen, hoitokäytäntöjen, työn sisällön ja sähköisten järjestelmien selvittäminen. Toimintatavan arviointi tulisi toteuttaa vuosittain vastaanoton henkilöstön yhteisessä kokouksessa. Arviointiin kuuluu kohdeväestön koon säännöllinen arviointi. Työnjaon syventäminen ja / tai uudistaminen sisältää tehtävien jaon ja työnjaon toimintamallien selventämisen. Tähän kuuluu lääkäreiden ja hoitajien tehtävien jaon selventäminen ja työpari- ja tiimityö. Riittävien resurssien kohdentaminen vastaanottoimintaan tarkoittaa hoitajien mukaan resurssien riittävyyden arviointia siten, että toimitilat ja henkilöstöresurssit ovat riittävät ja että luovutaan vuokrafirmojen käytöstä. Vastaanottotyöhön liittyvien toimintojen uudistamiseen sisältyy puhelinneuvonnan, toimintatapojen, potilasohjauksen ja hoidon tarpeen arvioinnin tehostaminen. Puhelinneuvonnassa kehitetään puhelimitse tapahtuvia yhteydenottoja esimerkiksi lisäämällä hoitajille puhelinaikoja ja ottamalla käyttöön potilaalle takaisinsoittosysteemi. Toimintatapojen muutokset tarkoittavat vastaanottojen lisäämistä lääkäreille ja hoitajille myös iltaiikään. Hoidon tarpeen arvioinnin tehostaminen liittyy päivystystoimintaan, toisin sanoen päivystysvastaanotoilla olisivat asiakkaina todelliset päivystyspotilaat. (Kuvio 13.)

Seuraavassa on suoria lainauksia hoitajien vastauksista vastaanottoiminnan kehittämiseen liittyen:

”Tarkoituksenmukaisella tehtävien jaolla. Selkeillä kirjatulla hoitopoluilla ja ohjeilla. Henkilökunnan kouluttautumisella. Toiminnan jatkuvalla arvioinnilla.”

”Työn sisällöllinen muuttaminen, potilasohjauksen tehostaminen, turhien palvelujen eliminoiminen – hoitoketjujen tarkastelu.”

”Ymmärtää paremmin kysynnän ja tarjonnan suhteet, miettii voidaanko rajat joitain asioita esim. päihdeseurannat tms. vastuiden selkiyttämisen, perustehtävän selkiyttämisen kaikille. Vertaistuki ja -arviointi käyttöön. Pitäisi huomioida henkilökunnan jaksaminen, muutos työssä ja kasvavien tarpeiden edessä.”

”Tiimityötä pienempiin ryhmiin, henkilökunnan yhteispalaverit, joissa sovitaan, kehitetään uusia malleja työlle, ongelmatilanteiden selvittely, eikä hautaaminen henkilökunta, potilas ja eri työyksiköt.”

”Kunnioittamalla toisen tapaa tehdä työtä. Ei kärkkäitä arvosteluja vaan rakentavaa keskustelua ja toisen työskentelytavan hyväksymistä.”



Kuvio 13. Vastaanottoiminnan kehittäminen hoitajien (n = 65) kuvaamina.

5.5.4 Asiakkaiden näkemykset vastaanottoiminnan kehittämisestä

Asiakkailta oli avoimeen kysymykseen ”Miten vastaanottoimintaa voitaisiin edelleen kehittää” 244 vastausta. Asiakkaiden mukaan kehittämistyössä tulisi kiinnittää huomio palvelujen saatavuuteen, uusien käyttöön otettujen toimintatapojen säilyttämiseen, riittävien resurssien kohdentamiseen vastaanottoiminnassa ja vastaanottotyöhön liittyvien toimintojen uudistamiseen. Keskeistä on palvelujen paremman saatavuuden varmistaminen ja palveluista tiedottamisen tehostaminen. Vastaanoille tulisi saada omalääkärit ja –hoitajat. Hoitajien ja lääkäreiden työparityömalli haluttiin säilyttää niillä vastaanotoilla, joissa se oli otettu käyttöön. Riittävien resurssien kohdentaminen vastaanottoimintaan tarkoittaa asiakkaiden mukaan sitä, että vastaanotoilla on riittävän ammattitaitoinen henkilöstö ja heillä on riittävästi aikaa toimintaan. Tähän kuuluu lisäksi hoidon laadun varmistaminen siten, että annetut hoidot on ammattitaitoisesti toteutettu.

Vastaanottotyöhön liittyvien toimintojen uudistaminen sisältää asiakkaiden mukaan ajanvarauksen kehittämisen siten, että yhteydenotto terveyskeskukseen olisi nopeampaa. Ajanvarauksen lisäksi toivottiin kehitettävän sähköisen yhteydenoton hyväksikäyttöä. Toimintojen uudistamiseen kuuluvat myös vastaanottoaikojen ja päivystystoiminnan lisääminen siten, että myös iltavastaanottoja järjestettäisiin muutenkin kuin päivystysasioissa. (Kuvio 14.)

Seuraavassa on suoria lainauksia asiakkaiden vastauksista vastaanottoiminnan kehittämiseen liittyen:

”Soittotunnit pitemmät - useasti ruuhkaa!

”Joskus tuntuu että ”kiire” henkilökunnalla on päällimmäisenä.”

”Näinhän ei saisi olla! Soitto-ajat odotustilassa olevat ihmiset kuulevat useinkin mitä ohjeita hoitaja puhelimeen antaa.”

Päivystysvastaanotto on liian avoin kaikin puolin keskusteluille niin myös tarkkailutila!”

Sähköinen ajanvaraus esim tekstiviesti tai sähköposti

”Lääkärille pääsyä tulisi helpottaa. Joutuu jonottamaan aivan liian monta kertaa ennen kun hoitokäynti tulee hoidettua. Hyvässä lykyssä viisi kertaa käynnin aikana. Ensin jonotat puhelimitse. Sieltä he toteavat ettei aikoja anneta puhelimessa. Tulet paikan päälle ja jonotat sairaanhoitajalle, sitten lääkärille. Sitten laboratorioon ja sitten taas oman alueen sairaanhoitajalle, jotta saat ajan (puhelinajan) tuloksien kuulemiseen.”

”Paikkakunnalle muuttavilla ihmisille voisi lähettää tiedotteen, jossa kerrotaan, miten missäkin tapauksessa toimitaan. Muukin tieto terveyskeskuksessa olisi muuttajille tervetullutta.”

”Tiedottamalla yleisesti mitä asioita hoitaa lääkäri tai hoitaja sekä kuka hoitaja ja / tai lääkäri vastaa minkä alueen asiakkaita. Tiedottamalla yleisistä hoitajan soittajista.

”Lisäämällä aamuisin puheluiden vastaanottajien määrää. Omalle lääkärille ei kiireellisissä asioissa pitäisi päästä nopeammin, ei kuukauden odotusaikaa!”

”Käyn harvoin, mutta palvelu parantunut huomattavasti. Vastuu hoitajille hyvä ratkaisu ja se että lääkäri soittaa potilaalle tulokset sovittuna aikana. Ei toisin päin.”



Kuvio 14. Vastaanotto toiminnan kehittäminen asiakkaiden (n = 244) kuvaamina.

5.5.5 Yhteenveto ja vertailu vastaanottoiminnan kehittämisaalueista

TT-terveyskeskusten hallinnon edustajien mukaan vastaanottoiminnan keskeiset kehittämisaalueet olivat toiminnan arvioinnin, hoito-ohjelmien ja prosessikuvausten laatiminen sekä työmenetelmien suunnittelu. TPT-terveyskeskusten hallinnon edustajien mukaan keskeisimmät kehittämisaalueet olivat toiminnan arvioinnin kehittäminen, väestön terveystarpeiden selvittäminen ja ennaltaehkäisevän työn uudelleen kohdentaminen sekä kehittäminen. TT- ja TPT-terveyskeskusten hallinnon edustajien vastaanoton henkilöstöön kohdistuvat kehittämisnäkökymykset henkilöstön lisäämisestä, kohdentamisesta ja sijaisjärjestelyistä olivat yhtenevät. Lisäksi TT-terveyskeskusten hallinnon edustajat selventäisivät henkilöstön vastuuta ja työnkuvia.

TT- ja TPT-terveyskeskusten lääkäreiden mukaan keskeiset kehittämisaalueet vastaanottoiminnassa olivat sen suunnittelun ja arvioinnin tehostaminen. TPT-terveyskeskuksien lääkäreiden mukaan hoitaja-lääkäri -yhteistyötä tulee syventää, omalääkäriin vastuuta lisätä ja vastuuväestön sopiva koko tulee arvioida. TT-terveyskeskuksien lääkäreiden mukaan vastaanottojen toimintaprosesseja tulee arvioida ja toimintoja sen mukaisesti uudistaa. TT- ja TPT-terveyskeskusten hoitajien mukaan keskeiset kehittämisaalueet vastaanottoiminnassa olivat toiminnan suunnittelun ja arvioinnin tehostaminen ja työnjaon syventäminen ja uudistaminen sekä päivystystoiminnassa hoidon tarpeen arvioinnin selventäminen. TT-terveyskeskusten hoitajien mukaan tärkeää on kirjata ylös toimintaohjeisiin yhteiset toimintalinjat, kuten myös hoitoketjut ja -käytännöt. Edelleen he arvioivat hoitajien työn sisällön kehittämisen tärkeäksi. TPT-terveyskeskusten hoitajien mukaan yhteistyötä tulee kehittää joka tasolla. Hoitajilla ja lääkäreillä tulisi olla enemmän yhteisiä palavereja. Lisäksi he arvioivat tärkeäksi kehittämisaalueeksi potilasohjauksen tehostamisen.

Vastaanottoiminnan suunnittelua ja arviointia tulee tehostaa vastaanottoiminnan edelleen kehittämisessä hallinnon edustajien, lääkäreiden ja hoitajien mukaan. Hallinnon edustajien mukaan keskeistä tässä on kokonaisvaltainen vastaanottoiminnan selvittäminen, henkilöstön suunnitelmallinen kohdentaminen ja työhön liittyvien toimintojen uudistaminen sekä henkilöstön yhteistyön edelleen kehittäminen.

Lääkäreiden, hoitajien ja asiakkaiden mukaan vastaanotto toimintaan tulee kohdentaa suunnitelmallisesti lisäresursseja. Asiakkaat toivoivat lisää henkilöstöä vastaanotoille niin, että omalääkäreitä ja -hoitajia olisi enemmän. Lääkäreiden mukaan huomio vastaanotto toiminnan kehittämisessä tulee keskittää henkilöstön keskinäisen työn suunnitteluun ja vastaanotto työhön liittyvien toimintojen uudistamiseen.

Hoitajien ja asiakkaiden mukaan kehittämistyötä tulee suunnata työnjaon toimintamallin syventämiseen ja/tai uudistamiseen ja uusien käyttöön otettujen toimintamallien säilyttämiseen sekä vastaanotto työhön liittyvien toimintojen uudistamiseen. Asiakkaiden mukaan vastaanotto toiminnan edelleen kehittämisessä tulee palvelujen saatavuutta ja ajanvarauksen toimivuutta parantaa. Hoitajat kehittäisivät edelleen hoitokäytäntöjä, päivystystoimintaa ja tehostaisivat puhelinneuvontaa.

Hallinnon edustajien, lääkäreiden, hoitajien ja asiakkaiden pelkistetyistä maininnoista arvioitiin myös heidän yhteistä näkemystä vastaanotto toiminnan kehittämisestä. Toiminnan suunnittelu ja arviointi olivat kehittämismainintoina hallinnon edustajien, lääkäreiden ja hoitajien vastauksissa. Henkilöstöresurssien lisääminen mainittiin hallinnon edustajien, lääkäreiden ja asiakkaiden vastauksissa. Kehittämismainintoina hallinnon edustajilla ja hoitajilla oli työnjaon selkiyttäminen ja puhelinneuvonnan tehostaminen. Lääkärit ja hoitajat esittivät, että päivystystoimintaa tulee kehittää. Tähän liittyen lääkärit toivoivat lisää aikaa päivystyspotilaille ja hoitajat kokonaisuudessaan päivystystoiminnan kehittämistä.

Johtava lääkäri oli osallistunut terveyskeskuksissa vastaanotto toiminnan kehittämiseen lähes kaikkien hallinnon edustajien (97 %), 43 % lääkäreiden ja 71 % hoitajien mukaan. Johtava hoitaja oli osallistunut hallinnon edustajista 87 %, lääkäreistä 43 % ja hoitajista 66 % mukaan kehittämistyöhön ja vastaanoton osastonhoitaja puolestaan osallistui hallinnon edustajista 93 %, lääkäreistä 45 % ja hoitajista 76 % mukaan vastaanotto toiminnan kehittämistyöhön.

5.6 Lääkäreiden ja hoitajien työnjako vastaanottoinnassa

5.6.1 Työnjaon käsite hallinnon edustajien, lääkäreiden ja hoitajien arvioimina

Työnjaon käsitettä selvittävän kysymysoseion väittämät olivat: työnjakaminen on ammattiryhmien välistä työyhteisöä koskevaa toiminnan kehittämistä (1), työnjakamisessa hoitajille siirretään tehtäviä lääkäreiltä (2), työnjakamisessa potilaan hoitoon liittyvät tehtävät ja toimenpiteet järjestetään tarkoituksenmukaisella tavalla (3), hoitajat pystyvät tekemään joitain lääkäreiden tehtäviä, kun tehtävien- ja vastuunjaosta on sovittu selkeästi (4) ja hoitajien ja lääkäreiden keskinäinen konsultointi sallii ammattiryhmien välisten erityistaitojen jakamisen (5). Tilastollisesti TT- ja TPT-terveyskeskusten henkilöstöryhmien vastaukset käytiin läpi ristiintaulukoimalla ne käyttäen merkitsevyyden arvioinnissa Fisherin eksaktia testiä. Lisäksi väittämien keskinäisiä korrelaatioita selvitettiin Spearmanin korrelaatioanalyysillä.

TT- ja TPT-terveyskeskusten **hallinnon edustajien** näkemykset erosivat hieman toisistaan väittämässä *Työnjakamisessa siirretään hoitajille tehtäviä lääkäreiltä*. TT-terveyskeskusten hallinnon edustajista kolme neljäsosan (75 %) ja TPT-terveyskeskusten hallinnon edustajista vajaan puolen (40 %) mukaan työnjaossa hoitajille siirretään tehtäviä lääkäreiltä ($p = 0.052$).

Lääkäreiden näkemykset työnjaosta olivat hyvin yhtenevät. Väittämistä terveyskeskusten **lääkärit** olivat samaa mieltä siitä, että *Työnjakaminen on ammattiryhmien välistä työyhteisöä koskevaa toiminnan kehittämistä* (94 %), *Työnjakamisessa potilaan hoitoon liittyvät tehtävät ja toimenpiteet järjestetään tarkoituksenmukaisella tavalla* (92 %), *Hoitajat pystyvät tekemään joitain lääkäreiden tehtäviä, kun tehtävien- ja vastuunjaosta on sovittu selkeästi* (92 %) ja *Hoitajien ja lääkäreiden keskinäinen konsultointi sallii ammattiryhmien välisten erityistaitojen jakamisen* (94 %). Väittämästä *Työnjakamisessa hoitajille siirretään tehtäviä lääkäreiltä* oli joka toinen lääkäri samaa mieltä ja kolmasosa eri mieltä.

Hoitajien näkemykset työnjaosta vastaanottoinnassa olivat myös hyvin yhtenevät. TT- ja TPT-terveyskeskusten hoitajat olivat samaa mieltä siitä, että *Työnjakaminen on ammattiryhmien välistä työyhteisöä koskevaa toiminnan kehittämistä* ja että *Hoitajien ja*

lääkäreiden keskinäinen konsultointi sallii ammattiryhmien välisten erityistaitojen jakamisen. TT-terveyskeskusten hoitajista 97 % ja TPT-terveyskeskusten hoitajista 87 % mukaan Työnjakamisessa potilaan hoitoon liittyvät tehtävät ja toimenpiteet järjestetään tarkoituksenmukaisella tavalla. Lähes kaikkien hoitajien (91 %) mukaan Hoitajat pystyvät tekemään joitain lääkäreiden tehtäviä, kun tehtävien- ja vastuunjaosta on sovittu selkeästi. Väittämästä Työnjakamisessa hoitajille siirretään tehtäviä lääkäreiltä hoitajien mielipiteet jakautuivat siten, että TT-terveyskeskusten hoitajista 86 % ja TPT-terveyskeskusten hoitajista 79 % oli väittämästä samaa mieltä.

Yhteenvedona voidaan todeta, että TT- ja TPT-terveyskeskusten hallinnon edustajat, lääkärit ja hoitajat olivat kokonaisuudessaan hyvin samaa mieltä lääkäreiden ja hoitajien työnjaon käsitteestä. TT- ja TPT-terveyskeskusten hallinnon edustajilla oli kuitenkin näkemusero väittämästä *Työnjakamisessa siirretään hoitajille tehtäviä lääkäreiltä*. Tästä samaa mieltä oli hieman yli kaksi kolmasosa TT-terveyskeskusten hallinnon edustajista (69 %) ja hoitajista 86 % ja TPT-terveyskeskusten hallinnon edustajista vajaa puolet (40 %) ja hoitajista 79 %.

Hallinnon edustajien mukaan se, että työnjakamisessa hoitajille siirretään tehtäviä lääkäreiltä, liittyy siihen, että pitkäaikaissairauksien seuranta ja hoito jaetaan asiantuntijuuden mukaan vastuuhoitajille ($r = 0,576$, $p = 0.001$). Lääkäreiden vastauksissa mikään muista työnjaon väittämistä ei korreloinut edellisen väittämän kanssa. Hoitajien mukaan se, että työnjaossa siirretään hoitajille tehtäviä lääkäreiltä, tarkoittaa sitä, että hoitajat pystyvät tekemään osan lääkäreiden töistä, kun tehtävien- ja vastuunjaosta on sovittu selkeästi ($r = 0.303$, $p = 0.000$).

5.6.2 Lääkäreiden ja hoitajien työnjaon toteutuminen hallinnon edustajien, lääkäreiden ja hoitajien arvioimina

Tässä tutkimuksessa lääkäreiden ja hoitajien työnjaon toteutumista vastaanottotoiminnassa selvitettiin kyselylomakkeessa olleiden työnjakoa kuvaavien 17 väittämän avulla. Hallinnon edustajilla, lääkäreillä ja hoitajilla oli kyselylomakkeissaan samat väittämät. Vastausvaihtoehdot väittämiin olivat täysin samaa mieltä, jokseenkin samaa mieltä,

jokseenkin eri mieltä ja täysin eri mieltä . Nämä yhdistettiin kahteen luokkaan, jotka olivat samaa mieltä ja eri mieltä. Väittämät ja henkilöstöryhmien vastaukset löytyvät taulukosta 15.

Taulukko 15. Lääkäreiden ja hoitajien työnjaon toteutuminen TT- ja TPT- terveyskeskuksissa hallinnon edustajien, lääkäreiden ja hoitajien arvioimina. TT (tiimityö) ja TPT (työparityö) , H = hallinnon edustaja, L = lääkäri ja Ho = hoitaja, prosenttijakaumat.

TT	samaa mieltä %		eri mieltä %		TPT	samaa mieltä %		eri mieltä %					
	H	L	H	L		H	L	H	L				
	100	95	-	5		100	96	100	100		-	4	-
	100	85	-	15		93	96	94	94		7	4	6
	100	91	-	9		100	88	100	100		-	12	-
	87	82	88	13		87	62	88	88		13	38	12
	100	100	-	-		100	92	97	97		-	8	3
	100	61	78	-		97	54	85	85		3	46	15
	69	73	90	31		40	50	58	58		60	50	42
	94	70	94	6		93	96	94	94		7	4	6
	94	68	89	6		100	74	88	88		-	26	12

...jatkuu

...jatkuu

TT	samaa mieltä %		eri mieltä %		TPT	samaa mieltä %		eri mieltä %					
	H	L	H	L		H	L	H	L				
	94	94	94	6		100	100	100	-				
	100	76	75	-	10. Ei-vakavan sairauden yhteydessä potilaat ovat tyytyväisiä hoitajien vastaanottokäytäntöihin	100	83	84	-			17	16
	100	96	94	-	11. Lääkäreiden vastaanottoaikojen saatavuus on parantunut	100	96	100	-			4	-
	100	96	93	-	12. Tuttu hoitaja osaa parhaiten arvioida potilaille riittävän pitkän lääkärinajan	100	100	100	-			-	-
	100	100	89	-	13. Lääkäri-hoitaja -työparit oppivat tuntemaan toistensa työtavat ja väestönsä niin, että väestön hoitoon pääsy on joustavaa	100	96	85	-			4	15
	94	100	99	6	14. Hoitajien vastaanotto toiminta vähentää lääkäreiden päivystysvastaanottokäyntien tarvetta	100	96	100	-			4	-
	100	100	100	-	15. Lääkäriin ja hoitajan toimiva työnjako neuvonnan toteutuksessa edesauttaa asiakaslähtöisen terveyden edistämistyön toteuttamista	100	92	99	-			8	1
	100	96	99	-	16. Hoitajan ja lääkärin ja potilaan kiinteä yhteistyö pitkäkaissairauksien hoidossa edesauttaa potilaan hoitoon sitoutumista	100	96	100	-			4	-

Hallinnon edustajien, lääkäreiden ja hoitajien mukaan lääkäreiden ja hoitajien sovittu työnjako selkeyttää molempien työajan käyttöä. Hallinnon edustajien, hoitajien ja TPT-terveyskeskusten lääkäreiden mukaan työnjaon muutokset säästävät vastaanottoiminnan kustannuksia. TT-terveyskeskusten lääkäreistä 15 % arvioi, etteivät työnjaon muutokset näy säästöinä kokonaiskustannuksissa. TT-terveyskeskusten lääkäreistä 10 % ja TPT-terveyskeskusten lääkäreistä 12 % mukaan pitkäaikaissairauksia sairastavat potilaat eivät käy säännöllisesti hoitajien vastaanotoilla. Yli neljän viidesosan hallinnon edustajien, hoitajien ja TT-terveyskeskusten lääkäreiden mukaan hoitajien ensiarvioin jälkeen lääkäreiden vastaanotoille valikoituvat vain ne potilaat, joita muut työntekijät eivät kykene hoitamaan. TPT-terveyskeskusten lääkäreistä yli kolmasosan mukaan hoidon tarpeen arviointi ei toteutunut näin. (Taulukko 15.)

Hallinnon edustajien, lääkäreiden ja hoitajien yhteinen näkemys oli, että hoitajat voivat vastata helppohoitaisia infektioita sairastavien potilaiden hoidon tarpeen arvioinnista ja seurannasta. Kaksi kolmasosaa TT-terveyskeskusten lääkäreistä ja yli puolet TPT-terveyskeskusten lääkäreistä koki, että lääkärin työparina toimiva hoitaja voi vastata oman alueen väestön pitkäaikaissairauksien määräaikaiseurannoista. TT-terveyskeskusten hallinnon edustajista yli kahden kolmasosan ja heidän lääkäreistään kolme neljäsosan mukaan pitkäaikaissairauksia sairastavien potilaiden seuranta on järkevä jakaa asiantuntijuuden mukaan eri vastuuhoitajille. Lähes kaikkien TT-terveyskeskusten hoitajien ja TPT-terveyskeskusten hoitajista 40 prosenttia mukaan näin toimittiin heidän terveyskeskuksissaan. TT- ja TPT-terveyskeskusten hoitajien vastuualueiden jaon vahvisti TPT-terveyskeskusten hallinnon edustajien ja lääkäreiden näkemys asiasta. TPT-terveyskeskusten hallinnon edustajista kaksi kolmasosaa ja lääkäreistä puolen mukaan pitkäaikaissairauksia sairastavien potilaiden seuranta ei jaeta eri vastuuhoitajille (esim. diabetes- ja reumahoitajat). (Taulukko 15.)

TT-terveyskeskusten hallinnon edustajien ja hoitajien sekä TPT-terveyskeskusten hallinnon edustajien, lääkäreiden ja hoitajien näkemykset siitä, että lääkärit pystyivät hoitamaan paljon asioita etäkonsultoinnilla yhteistyössä hoitajien kanssa olivat yhtenevät. TT-terveyskeskusten lääkäreistä kolmasosa oli eri mieltä asiasta. TT- ja TPT-terveyskeskusten hallinnon edustajat ja hoitajat arvioivat, että lääkäreillä oli enemmän aikaa syventyä potilaiden asioihin, kun lääkäreiden ja hoitajien työnjakoa on muutettu. TT-terveyskeskusten lääkäreistä kaksi kolmasosaa ja lähes kolme neljäsosaa TPT-

terveyskeskusten lääkäreistä ei puolestaan kokenut työjaon näin vaikuttaneen heidän työssään.

Kaikkien terveyskeskusten hallinnon edustajien, lääkäreiden ja hoitajien mukaan potilaat olivat tyytyväisiä hoitajien vastaanottokäynteihin ei-vakavan sairauden yhteydessä. TPT-terveyskeskusten hallinnon edustajien, lääkäreiden ja hoitajien mukaan lääkäreiden vastaanottoaikojen saatavuus oli parantunut, kun lääkäreiden ja hoitajien työnjakoa oli muutettu heidän terveyskeskuksiinsa. Näin vastasi myös TT-terveyskeskusten hallinnon edustajat ja kolme neljäsosaa heidän terveyskeskuksiensa lääkäreistä ja hoitajista. (Taulukko 15.)

Lähes kaikkien hallinnon edustajien, lääkäreiden ja hoitajien mukaan tuttu hoitaja osaa parhaiten arvioida potilaille riittävän pitkän lääkäriajan, lääkärin ja hoitajan ja potilaan kiinteä yhteistyö pitkäaikaissairauksien hoidossa edesauttaa potilaan hoitoon sitoutumista ja lääkärin ja hoitajan toimiva työnjako neuvonnan toteutuksessa edesauttaa asiakaslähtöisen terveyden edistämistyön toteuttamista. Edelleen heidän mukaansa väestön hoitoon pääsy on joustavaa, kun lääkäri-hoitaja-työparit oppivat tuntemaan toistensa työtavat ja väestönsä. Hallinnon edustajien ja lääkäreiden mukaan hoitajien vastaanotto toiminta vähentää lääkäreiden päivystysvastaanottokäyntien tarvetta. TT-terveyskeskusten hoitajista 11 prosenttia ja TPT-terveyskeskusten hoitajista 15 prosenttia mukaan näin ei ollut. Kaikkien hallinnon edustajien, TPT-terveyskeskusten hoitajien ja lähes kaikkien lääkäreiden ja TT-terveyskeskusten hoitajien mukaan omaa vastaanottoa pitävän hoitajan toiminnassa mahdollistuu asiakkaan ja potilaan tehokas neuvonta ja ohjaus. (Taulukko 15.)

TT- ja TPT-terveyskeskusten lääkäreiden mielipiteet erosivat hieman toisistaan lääkäreiden ja hoitajien työjaon toteutumisesta vastaanotto toiminnassa. TT-terveyskeskusten lääkäreistä 82 % ja TPT-terveyskeskusten lääkäreistä 62 % koki, että hoitajien ensiarvion jälkeen lääkäreiden vastaanotolle valikoituvat vain ne potilaat, joita muut työntekijät eivät kykene hoitamaan ($p = 0.066$). Toiseksi TT-terveyskeskusten lääkäreistä 70 % ja TPT-terveyskeskusten lääkäreistä 95 % mukaan he pystyivät hoitamaan paljon asioita myös etäkonsultoinnilla yhteistyössä hoitajien kanssa ($p = 0.079$).

Hoitajat olivat kokonaisuudessaan hyvin samaa mieltä lääkäreiden ja hoitajien työnjaon toteutumisesta ja sen vaikutuksista käytännön työhön vastaanottoinnassa. TT- ja TPT-terveyskeskusten hoitajien ainut selkeä mielipide-ero tuli esille siinä, että TT-terveyskeskusten hoitajista 90 %:n ja TPT-terveyskeskuksista 58 % mukaan pitkäaikaissairauksien seuranta oli järkevää jakaa vastuuhoitajille ($p = 0.000$).

Hallinnon edustajista yli kolmasosan (39 %), kahden kolmasosan lääkäreiden (62 %) ja hoitajista 44 % mukaan lääkäreiden ja hoitajien työnjako terveyskeskusten vastaanotoilla toimii kokonaisuudessaan hyvin. Kohtalaisesti työnjako toimi hallinnon edustajista kahden kolmasosan (61 %), lääkäreistä kolmasosan (30 %) ja hoitajista 49 % mukaan.

5.6.3 Lääkäreiden ja hoitajien työnjaon vaikutukset

Lääkäreiden ja hoitajien työnjaon toteutumista vastaanottoinnassa selvitettiin vielä tarkemmin hoitajien aineistolla. Sen analyysissä käytettiin faktorianalyysi, jolla haettiin vastausta lääkäreiden ja hoitajien työnjaon toteutumisen vaikutuksista vastaanottotoimintaan. Tavoitteena oli saada tarkempi kuvaus työnjaon vaikutuksista asiakastyöhön, palveluiden toimivuuteen ja hoitajien tehtäväalueeseen vastaanottotoiminnassa. Analyysiin valittiin kaikki työnjaon käsitteeseen ja työnjaon toteutumiseen vastaanottotoiminnassa liittyvät muuttujat. Näitä muuttujia oli yhteensä 23 kappaletta. Faktoreille 1-8 latautuvat muuttujat ja niiden selitysosuudet ovat koottuna kuvioon 15.

Faktorit nimettiin osioiden perusteella: *työnjako* (faktori 1), *hoitajan ja lääkärin yhteistyö* (faktori 2), *palvelujen saatavuus* (faktori 3), *työnjako käytännössä* (faktori 4), *työajan käyttö vastaanottotoiminnassa* (faktori 5), *hoitajan tehtävät* (faktori 6), *työnjaon edut* (faktori 7) ja *työnjaon seuraukset* (faktori 8). (Kuvio 15.)

Faktorianalyysin tuloksen mukaan lääkäreiden ja hoitajien työnjaon toteutuminen vastaanottotoiminnassa tarkoittaa sitä, että työnjaossa hoitajille siirretään tehtäviä lääkäreiltä ja hoitajat pystyvät tekemään joitain lääkäreiden tehtäviä, kun tehtävien- ja vastuunjaosta on sovittu. Tehtäväalueina hoitajat voivat vastata helppohoitosten

infektioiden hoidon arvioinnista ja ohjauksesta ja pitkäaikaissairauksien seuranta on järkevää jakaa vastuuhoitajille. (Kuvio 15.)

Lääkärin ja hoitajan työnjako vastaanotto toiminnassa näkyy siten, että lääkäri-hoitaja - työparien tuntiessa väestönsä ja toisensa työtavat väestön hoitoon pääsy on joustavaa. Näin terveysneuvonta on asiakaslähtöistä, hoitajan, lääkärin ja potilaan kiinteä yhteistyö pitkäaikaissairauksien hoidossa edesauttaa hoitoon sitoutumista ja omaa vastaanottoa pitävän hoitajan toiminnassa mahdollistuu tehokas neuvonta ja ohjaus. Lääkäreiden vastaanottoaikojen saatavuus parantuu hoitajavastaanottojen myötä. Hoitajien ja lääkäreiden yhteistyö vastaanotto toiminnassa tulee esille siten, että lääkäreiden ja hoitajien keskinäinen konsultointi sallii ammattiryhmien välisen erityistaitojen jakamisen ja lääkärit pystyvät hoitamaan paljon asioita etäkonsultoinnilla yhteistyössä hoitajan kanssa. Lääkäreiden ja hoitajien työnjako vastaanotto toiminnassa vaikuttaa molempien työajan käyttöön siten, että sovittu työnjako selkeyttää sitä ja hoitoon liittyvät tehtävät voidaan järjestää tarkoituksenmukaisella tavalla. (Kuvio 15.)

Hoitajien tehtävänä vastaanotto toiminnassa on arvioida potilaiden hoidon tarve ja kuka hoidosta vastaa. Näin mahdollistuu se, että lääkäreiden vastaanotoille valikoituvat vain ne, joita muut eivät kykene hoitamaan. Hoidon tarpeen arvioinnissa tuttu hoitaja osaa parhaiten arvioida riittävän pitkän lääkäriajan. Pitkäaikaissairauksia sairastavat potilaat käyvät säännöllisesti hoitajan vastaanotolla. (Kuvio 15.)

Lääkäreiden ja hoitajien työnjaon etuina todetaan, että työnjakaminen on toiminnan kehittämistä. Lääkärin työparihoitaja voi vastata pitkäaikaissairauksia sairastavien potilaiden määräaikaissurannoista. Seurauksena lääkäreiden ja hoitajien työnjaon muutoksista säästetään vastaanotto toiminnan kustannuksissa. Hoitajien vastaanotto toiminta vähentää lääkäreiden päivystysvastaanottokäyntejä ja lisäksi lääkäreillä on tavallista enemmän aikaa syventyä potilaan asioihin. (Kuvio 15.)

<p>FAKTORI 1 Työnjako 23 %</p>	<p>Lääkärin ja hoitajan työnjako terveysneuvonnan toteutuksessa edesauttaa asiakaslähtöistä terveydenedistämistyötä 0.940</p> <p>Lääkäri-hoitaja-työparit oppivat tuntemaan toisensa työtavat ja väestönsä niin, että väestön hoitoon pääsy on joustavaa 0.320</p> <p>Hoitajan, lääkärin ja potilaan kiinteä yhteistyö pitkäaikaissairauksien hoidossa edesauttaa hoitoon sitoutumista 0.485</p> <p>Omaa vastaanottoa pitävän hoitajan toiminnassa mahdollistuu tehokas neuvonta ja ohjaus 0.445</p>
<p>FAKTORI 2 Hoitajan ja lääkärin yhteistyö 10 %</p>	<p>Lääkäreiden ja hoitajien keskinäinen konsultointi vastaanottoalueissa sallii ammattiryhmien välisen erityistaitojen jakamisen -0.983</p> <p>Lääkärit pystyvät hoitamaan paljon asioita etäkonsultoinnilla yhteistyössä hoitajan kanssa -0.404</p>
<p>FAKTORI 3 Palvelujen saatavuus 8 %</p>	<p>Hoitajavastaanottojen myötä lääkäreiden vastaanottoaikojen saatavuus on parantunut 0.723</p>
<p>FAKTORI 4 Työnjako käytännössä 7 %</p>	<p>Työnjakamisessa hoitajille siirretään tehtäviä lääkäreiltä 0.610</p> <p>Hoitajat voivat vastata helppoitoisten infektioptilaiden hoidon arvioinnista ja hoidon ohjauksesta 0.357</p> <p>Pitkäaikaissairauksien seuranta on järkevää jakaa eri vastuuhoitajille 0.609</p> <p>Hoitajat pystyvät tekemään joitain lääkäreiden tehtäviä, kun tehtävien- ja vastuunjaosta on sovittu 0.325</p>

...jatkuu

FAKTORI 5 Työajankäyttö vastaanotto- nassa 7 %	Sovittu työnjako selkeyttää hoitajien ja lääkäreiden työajan käyttöä -0.846 Hoitoon liittyvät tehtävät järjestetään tarkoituksenmukaisella tavalla -0.624
FAKTORI 6 Hoitajan tehtävät 5 %	Pitkäaikaissairauksia sairastavat potilaat käyvät säännöllisesti hoitaian vastaanotolla -0.763 Hoitajan ensiarvion jälkeen lääkärin vastaanotolle valikoituvat vain ne, joita muut eivät kykene hoittamaan -0.463 Tuttu hoitaja osaa parhaiten arvioida riittävän pitkän lääkäriaian -0.516
FAKTORI 7 Työnjaon edut 5 %	Työnjakaminen on toiminnan kehittämistä 0.617 Lääkärin työparihoitaja voi vastata pitkäaikaissairauksien määräraukaisseurannasta 0.538
FAKTORI 8 Työnjaon seuraukset 4 %	Työnjaon muutokset säästävät vastaanotto- toiminnan kustannuksia 0.462 Hoitajien ja lääkäreiden työnjaon myötä lääkäreillä on tavallista enemmän aikaa syventyä potilaan asioihin 0.587 Hoitajien vastaanotto- toiminta vähentää lääkäreiden päyvyystvastaanottokäyntejä 0.595

Kuvio 15. Lääkäreiden ja hoitajien työnjako vastaanotto-
 toiminnassa hoitajien (n = 140) arvioina. Faktoreiden korrelaatiomatriisi.

5.7 Lääkäreiden ja hoitajien työnjaon kehittäminen

Tutkimukseen osallistuneissa terveyskeskuksissa vastaanotto toimintaa oli jo kehitetty eri tavoin. Hallinnon edustajilta, lääkäreiltä ja hoitajilta haluttiin selvittää, miten hoitajien ja lääkäreiden keskinäistä työnjakoa voitaisiin perusterveydenhuollon vastaanotto toiminnassa edelleen kehittää. Hallinnon edustajilta ja lääkäreiltä oli tähän avoimeen kysymykseen 20 vastausta ja hoitajilta 75 vastausta. Nämä vastaukset analysointiin laadullisella sisällön erittelyllä. Ilmisisältöjä tutkittaessa analyysiyksiköitä tarkasteltiin suhteessa käsiteltävään ilmiöön. Näin muodostuivat kategoriat. Yhdistelemällä alakategoriat muodostuivat yläkategoriat ja näistä edelleen ala- ja yläkategorioita yhdistävät kategoriat.

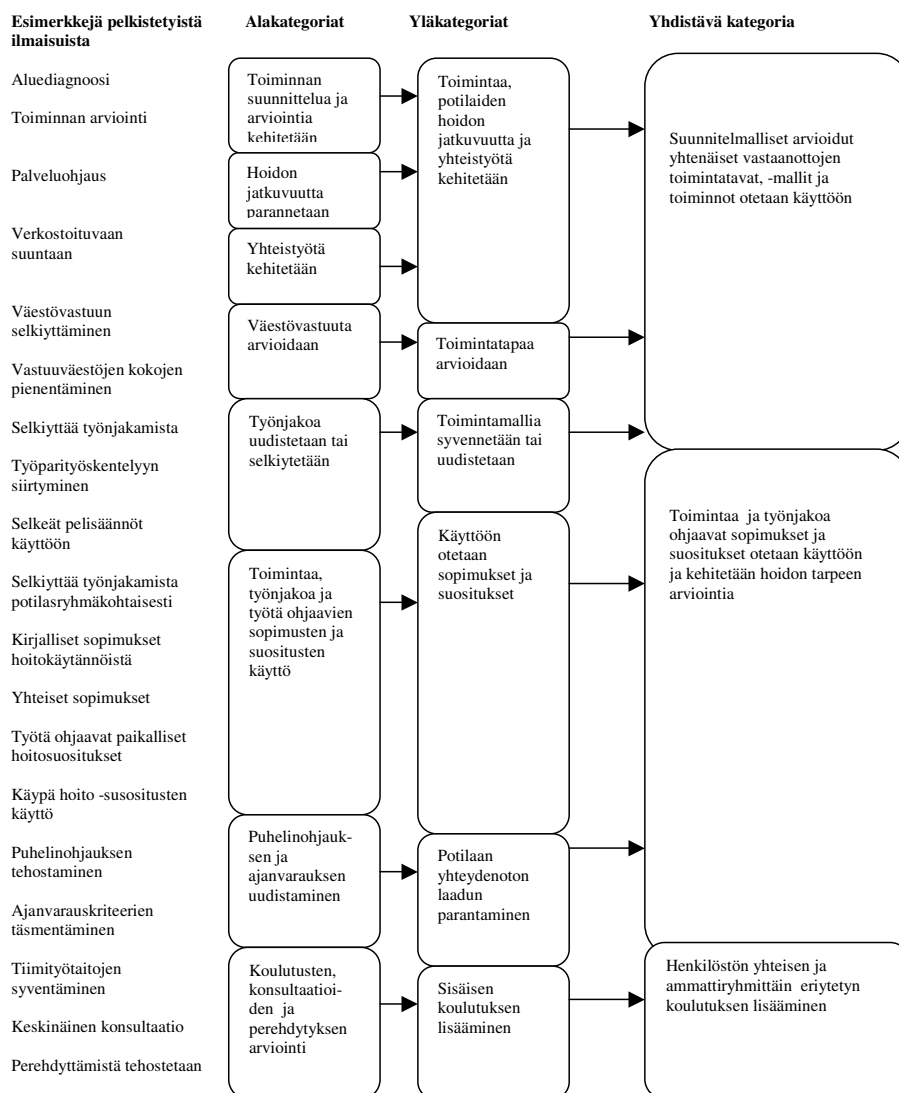
Hallinnon edustajien mukaan hoitajien ja lääkäreiden työnjakoa perusterveydenhuollon vastaanotto toiminnassa voidaan kehittää ottamalla käyttöön suunnitelmalliset yhtenäiset vastaanottojen toimintatavat ja -mallit sekä toiminnot. Tämä tarkoittaa sitä, että toimintaa arvioidaan ja kehitetään suunnitelmallisesti muun muassa laatimalla terveyskeskusten vastaanotoille aluediagnoosit ja verkostoitumalla. Lisäksi lääkäreiden ja hoitajien yhteistyötä kehitetään ja parannetaan potilaiden hoidon jatkuvuutta. Toimintatapana väestövastuuta tulee arvioida ja selkiyttää. Toiseksi hoitajien ja lääkäreiden keskinäistä työnjakoa voidaan kehittää ottamalla käyttöön toimintaa ohjaavat sopimukset ja suositukset sekä tehostamalla hoidon tarpeen arviointia. Tätä tehostetaan hallinnon edustajien mukaan keskittymällä potilaan yhteydenoton laatuun, siis puhelinohjaukseen ja ajanvarauksen toimivuuteen. Kolmanneksi työnjakoa voidaan kehittää lisäämällä henkilöstön yhteistä ja ammattiryhmittäin eriytettyä koulutusta. (Kuvio 16.)

Seuraavassa on hallinnon edustajien suoria lainauksia hoitajien ja lääkäreiden työnjaon kehittämiseen:

”Tiimityötaitojen ja keskinäisen konsultaation kehittäminen sopimalla ja ymmärtämällä yhteiset toimintatavat periaatteena joustavuutta asiakkaan mukaan koko väestövastuutiimin kokonaistilanteen mukaan.”

”Yhteisiä toimintamalleja ja niistä sopimuksista kiinni pitämistä. Meillä on iso kuntayhtymä ja paljon lääkäreitä, osaa heistä ei tunnu yhteiset sopimukset kiinnostavan. Johtamisen yhdenmukaisuutta lääkäreiden ja hoitohenkilökunnan suhteen.”

”Hoitajille kohtuulliset vastuuväestöt, nyt 3000 - 4500 / henkilö. Yhtenäiseen toimintaan sitoutuminen, eri asiakasryhmät huomioidaan. verkostotyön oppiminen ja palveluohjaus.”



Kuvio 16. Hoitajien ja lääkäreiden työnjaon kehittäminen perusterveydenhuollon vastaanotto toiminnassa hallinnon edustajien (n = 20) kuvaamina.

Lääkäreiden mukaan hoitajien ja lääkäreiden työnjakoa voidaan kehittää tekemällä suunnitelmia ja sopimuksia töiden jaosta siten, että lääkärin työparina olisi hoitaja. Työnjakoa voidaan lääkäreiden mukaan kehittää myös lääkäri-hoitaja -työparien kesken töitä jakaa. Työnjaon suunnitteluun hoitajat ja lääkärit tarvitsevat enemmän yhteistä aikaa. Lisäksi lääkäreiden mukaan hoitajien ja lääkäreiden keskinäistä työnjakoa voidaan

kehittää hoitajien tehtäväalueita laajentamalla. Tällöin hoitajien työ muuttuisi siten, että heille järjestettäisiin enemmän aikaa pitkäaikaissairauksia sairastavien potilaiden hoitoon, he huolehtisivat lieviä infektioita sairastavien potilaiden hoidosta, toteuttaisivat terveiden aikuisten terveystarkastuksia, tekisivät enemmän toimenpiteitä ja tutkisivat potilaita enemmän. Myös hoitajien keskinäisen erikoisosaamisen jakamisen nähtiin kehittävän lääkäreiden ja hoitajien työnjakoa. Konsultoivia hoitajia tulisi lääkäreiden mukaan lisätä. (Kuvio 17.)

Seuraavassa on lääkäreiden vastauksista suoria lainauksia hoitajien ja lääkäreiden työnjaon kehittämiseen:

”Jonkin verran esim. kuntayhtymän puitteissa voisi miettiä diabetes ym. hoitajia, jotka konsultoisivat koko kuntayhtymää.”

”Hoitajilla pitäisi olla nykyistä enemmän aikaa keskittyä pitkäaikaissairauksien seurantaan.”

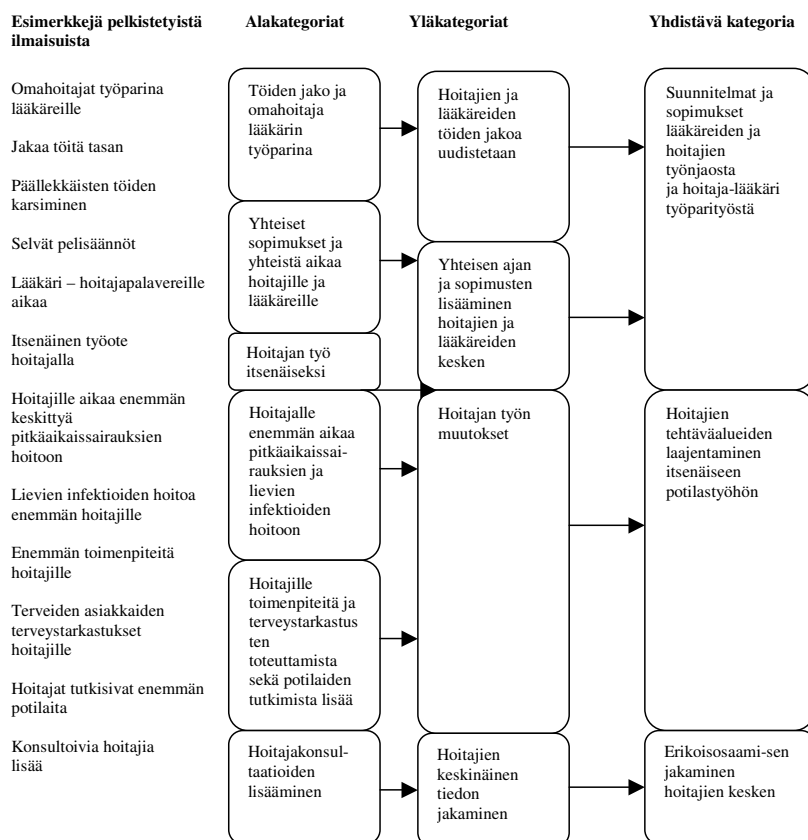
”Asia on hyvä, mutta väestövastuuhoitajille kasautuu liikaa töitä. Heiltä työtä olisi siirrettävä eteenpäin, jollekin muulle.”

”Pitäisi olla aikaa hoitaja-lääkäripalaverihin, mutta kun sitä ei ole!”

”Lievien infektioiden hoitoa enemmän hoitajien vastuulle.”

”Hoitajille enemmän toimenpiteitä ja oikeutta itsenäiseen työskentelyyn.”

”Hoitajat voisivat enemmän tutkia potilaita, arvioida näin tarkemmin, onko tarvetta lääkärikäynnille, eikä antaa suoralta vastaanottoaikaa. Voisivat tehdä myös terveiden ihmisten vuosikontrollit ja laboratoriotulokset kertoa.”



Kuvio 17. Hoitajien ja lääkäreiden työnjaon kehittäminen perusterveydenhuollon vastaanotto toiminnassa lääkäreiden (n = 20) kuvaamina.

Hoitajien mukaan hoitajien ja lääkäreiden työnjakoa voidaan kehittää työnjakoa selkiyttämällä ja toimintatapoja uudistamalla. Tähän tarvitaan riittävä henkilöstö, jonka tulee sitoutua sovittuihin asioihin. Lisäksi hoitajien ja lääkäreiden keskinäistä työnjakoa voidaan kehittää järjestämällä heille yhteistä aikaa. Lääkäreiden ja hoitajien tulisi keskittyä työnjakoa tukeviin seikkoihin eli keskinäiseen tiimityöhön, luottamuksen ja kunnioituksen rakentamiseen sekä keskinäiseen vuorovaikutukseen. Ohjeita tulisi laatia hoitokäytännöistä ja -poluista ja toiminnasta sekä pitkäaikaissairauksia sairastavien potilaiden seurannasta. Työnjaon kehittämiseen liittyy hoitajien mukaan hoitajien asiantuntijuuden lisääminen ja tietyiltä osin toimintojen uudistaminen. Hoitajien mukaan heidän omaa asiantuntijuuttaan voidaan kehittää lisäkoulutuksella. Vastaanottojen

toimintoja voidaan edelleen uudistaa lisäämällä puhelinaikoja asiantuntijahoitajille ja lääkäreille vastaanottoja ilman ajanvarausta. (Kuvio 18.)

Seuraavassa on hoitajien vastauksista suoria lainauksia hoitajien ja lääkäreiden työnjaon kehittämiseen:

”Kirjaamalla hoitopolkuja, joissa alkuvaiheen tutkimukset, seuranta-ajat, hoitajan ja lääkärin tapaamiset ovat selkeästi luettavissa.”

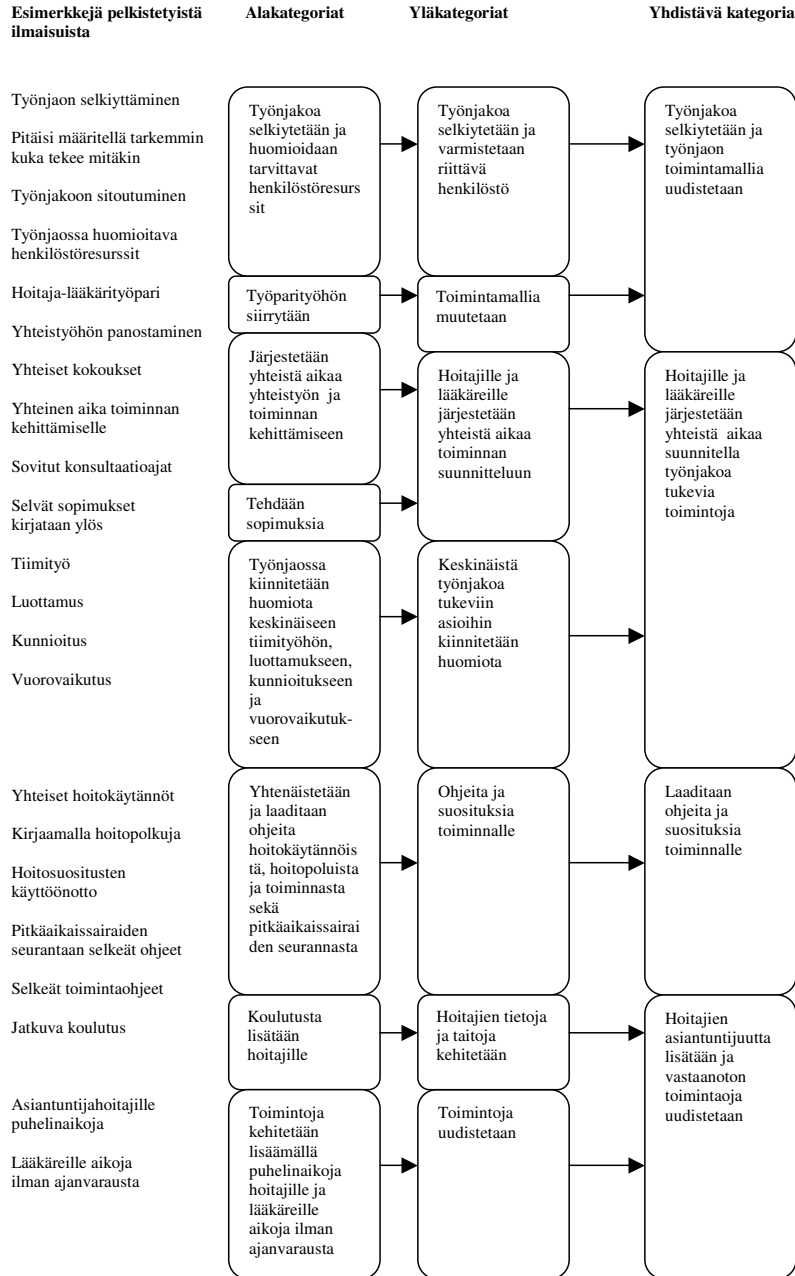
”Koulutus tehtäviin. Selvät sopimukset, kirjataan ylös tehtävät. Hoitosuositusten käyttöönotto. Kehittäminen ei onnistu ilman yhteisiä keskusteluja ja myönteistä asennetta.”

”Työnjakoa voidaan kehittää, mutta silloin on otettava huomioon hoitajien määrä. Yleensä tehtäviä siirtyy hoitajalle, mutta hoitajien määrä ei lisäännä. Tai hoitajien tehtäviä on taas siirrettävä muille!”

”Panostamalla saumattomaan yhteistyöhön ja luottamuksen luomiseen, rakentava kritiikki, vuorovaikutustaidot!, edetä rauhallisesti ja panostaa nyt esillä oleviin muutoksiin ja arvioida objektiivisesti toimintaa.”

”Lääkäreiden tulisi olla selvillä hoitajien moninaisesta työnkuvasta ja korostaa ennalta ehkäisevän työn merkitystä, selvitetään yhdessä, missä asioissa hoitaja tekee itsenäisen ratkaisun.”

”Kummatkin osapuolet hyväksyisivät toisen tavan tehdä työtä ja antaisivat kommentteja – ohjeita rakentavasti ei arvostellen.”



Kuvio 18. Hoitajien ja lääkäreiden työnjaon kehittäminen perusterveydenhuollon vastaanotto toiminnassa hoitajien (n = 75) kuvaamina.

Yhteenvedona hallinnon edustajien, lääkäreiden ja hoitajien näkemyksistä voidaan todeta, että työnjaon edelleen kehittämiseksi tulisi keskittyä sen selkiyttämiseen. Hallinnon edustajien mukaan keskeistä työnjaon kehittämiseksi ovat suunnitelmalliset yhtenäiset vastaanottojen toimintatavat ja -mallit ja toiminnot. Hoitajien mukaan tulee kehittää yhteisiä hoitokäytäntöjä ja uudistaa työnjaon toimintamalleja. Tähän tarvitaan heidän mukaansa riittävä henkilöstö, jonka tulee sitoutua sovittuihin asioihin. Myös hallinnon edustajien mukaan henkilöstön työhön sitouttaminen on tärkeää. Lääkäreiden vastausten mukaan hoitajien ja lääkäreiden työnjakoa voidaan vastaanottotoiminnassa kehittää tekemällä suunnitelmia ja sopimuksia keskinäisestä työnjaosta siten, että lääkärin työparina on hoitaja. Hallinnon edustajien ja lääkäreiden mukaan hoitajien osaamisen syventäminen ja laajentaminen on merkittävä keino lääkäreiden ja hoitajien työnjaon kehittämiseen. Hoitajatkin arvioivat koulutuksensa lisäämisen tarpeelliseksi. Heidän mukaansa lääkäreiden ja hoitajien säännöllisillä kokouksilla mahdollistettaisiin keskinäisen työnjaon edelleen kehittyminen.

5.8 Hoitajien tehtäväalue vastaanottotoiminnassa

Hallinnon edustajilta, lääkäreiltä ja hoitajilta kysyttiin ajanvarauksen, puhelinneuvonnan, hoitajien avosairaanhoidon vastaanottojen, potilaiden seurantakäyntien ja lääkäreiden vastaanottojen etukäteisvalmisteluista ja hoitajien tehtäväalueesta näissä toiminnoissa. Asiakkaille hoitajan työstä vastaanottotoiminnassa oli yhdeksän väittämää. Heiltä kysyttiin hoitajien tehtäväalueesta ajanvarauksessa, puhelinneuvonnassa ja sairauksien ensiarviossa, hoidon ohjauksessa ja seurannassa.

Hoitajilla oli *erilliset ajat* puhelinneuvonnalle TPT-terveyskeskuksien hallinnon edustajista 80 % ja TT-terveyskeskuksien hallinnon edustajista 40 % mukaan heidän terveyskeskuksissaan ($p = 0.060$). Yli kolmen neljäsosan TPT-terveyskeskuksien hoitajien (79 %) ja TT-terveyskeskuksien hoitajista 43 % mukaan heillä oli erilliset ajat puhelinneuvonnalla ($p = 0.001$). Puhelinneuvonnasta vastaavat hoitajat arvioivat asiakkaiden vastaanoton kiireellisyyden lähes kaikkien TPT-terveyskeskuksien (94 %) ja vähän vajaan kolme neljäsosan TT-terveyskeskuksien hoitajien (73 %) mukaan ($p = 0.008$). Hoitajien puhelinkontaktit ja niissä annetut hoito- ja seurantaohjeet kirjattiin sähköiseen potilaskertomukseen kaikkien terveyskeskuksien hallinnon edustajien ja lähes

kaikkien lääkäreiden (94 %) sekä hoitajien (96 %) mukaan. TPT-terveyskeskusten hoitajista 80 prosentin ja TT-terveyskeskusten hoitajista 24 % mukaan heidän avosairaanhoidon vastaanottonsa oli järjestetty ajanvarauksella toimiviksi ($p = 0.000$).

Hoitajat *valmistelevat* vastaanotoillaan potilaiden vastaanottokäynnit lääkäreille lähettämällä heidät etukäteen laboratoriotokokeisiin lähes kaikkien TPT-terveyskeskusten hallinnon edustajien (93 %) ja kahden kolmasosan TT-terveyskeskusten hallinnon edustajien (69 %) mukaan heidän terveyskeskuksissaan. TPT-terveyskeskusten lääkäreistä 88 % ja TT-terveyskeskusten lääkäreistä 48 % mukaan hoitajat toimivat näin heidän terveyskeskuksissaan ($p = 0.009$). Lähes kaikki TPT-terveyskeskusten hoitajat (91 %) ja TT-terveyskeskusten hoitajista hieman vajaa kolme neljäsosaa (74 %) vastasi, että he avosairaanhoidon vastaanotoillaan valmistelivat potilaiden vastaanottokäynnit etukäteen lähettämällä heidät laboratoriotokokeisiin ($p = 0.036$). Potilaiden ja asiakkaiden *seurantakäynnit* lääkäreille ja hoitajille sovittiin aina edellisen käynnin yhteydessä kaikkien TT-terveyskeskusten hallinnon edustajien ja hieman vajaa kolme neljäsosan TPT-työterveyskeskusten hallinnon edustajien (73 %) mukaan ($p = 0.043$).

Hoitajien *puhelinneuvonta-aikaa* oli terveyskeskuksissa riittävästi asiakkaista kolmasosan mukaan. Hoitajien puhelinneuvontaa oli lisätty terveyskeskuksissa joka toisen TT- ja TPT-terveyskeskuksen asiakkaan mukaan. TPT-terveyskeskuksen lähes kaikkien asiakkaiden ja TT-terveyskeskusten asiakkaista kahden kolmasosan mukaan hoitajilla oli heidän terveyskeskuksissaan erilliset puhelintunnit ($p = 0.000$). TPT-terveyskeskusten asiakkaista suurin osa ja TT-työterveyskeskusten asiakkaista kaksi kolmasosaa otti ajanvarausasioissa ensiksi yhteyden omaan hoitajaan ($p = 0.000$). Asiantuntevaa palvelua hoitajilta koki saaneensa 89 % TT-terveyskeskusten ja 97 % TPT-terveyskeskusten asiakkaista ($p = 0.001$). TT-terveyskeskusten asiakkaista kolmen neljäsosan ja TPT-terveyskeskusten asiakkaista 84 prosentin mukaan he olivat sairastuttuaan voineet jäädä seuraamaan vointiaan hoitajien puhelimesta antamien ohjeiden mukaisesti ($p = 0.010$). (Taulukko 16.)

Hoitajien tehtäväalue vastaanotto toiminnassa oli laajentunut lähes kaikkien asiakkaiden mukaan ja heidän mukaansa hoitajille kuuluu ns. tavallisten *infektiosairauksien arviointi ja hoidon ohjaus*. Terveyskeskuksissa hoitajat kirjoittavat lyhyitä, korkeintaan viiden päivän sairaslomia hieman alle kolmen neljäsosan asiakkaiden mukaan. Lisäksi lähes kaikkien asiakkaiden mukaan *pitkäaikaisairauksien seuranta* oli järkevää jakaa

asiantuntijuuden mukaan eri vastuuhoitajille. Hieman yli kolmen neljäsosan asiakkaiden mukaan hoitajat tekevät osan lääkäreiden toimenpiteistä ja tutkimuksista heidän terveyskeskuksissaan. TT-terveyskeskusten asiakkaista 85 %:n ja TPT-terveyskeskusten asiakkaista 89 % mukaan hoitajavastaanotot on järkevä toteuttaa ajanvaraukseen perustuvana toimintana. (Taulukko 16.)

TPT-terveyskeskusten asiakkaista 82 %:n ja TT-terveyskeskusten asiakkaista 71 % mukaan seurantakäynnit lääkäreille ja hoitajille sovittiin aina heidän edellisen käyntinsä yhteydessä ($p = 0.003$). Suurin osa asiakkaista (89 %) oli sitä mieltä, että osa heidän lääkärille osoittamista asioistaan oli hoidettu hoitajan välityksellä. (Taulukko 16.)

Taulukko 16. Hoitajien tehtäväalue vastaanotto toiminnassa terveyskeskusten asiakkaiden arvioimina.

tiimi	samaa mieltä %	eri mieltä %	Puhelimeuvonta	työpari	samaa mieltä %	eri mieltä %	p-arvo
	70	30	1. Hoitajien puhelimeuvonta-aikaa terveyskeskuksessani on riittävästi. 2. Hoitajien puhelimeuvonta-aikaa on lisätty 3. Hoitajilla on erilliset puhelintunnit 4. Ajanvarausasioissa otetaan aina ensin yhteys omaan hoitajaan. 5. Olen saanut omalta hoitajalta asiantuntevaa palvelua. 6. Sairastuttuani olen voinut jäädä seuraamaan vointiani hoitajan puhelimesta antamien ohjeiden mukaan.		73	27	0.324
	53	47			53	47	0.930
	64	36			84	16	0.000
	61	39			83	17	0.000
	89	11			97	3	0.001
	74	26			84	16	0.010
tiimi	samaa mieltä %	eri mieltä %	Hoitajan toiminta	työpari	samaa mieltä %	eri mieltä %	p-arvo
	93	7	7. Hoitajilla on nykyisin laajempi tehtäväalue vastaanotto toiminnassa kuin aiemmin. 8. Hoitajille kuuluu ns. tavallisten infektiosairauksien ensiarvio ja hoidon ohjaus. 9. Hoitajat kirjoittavat lyhyitä, korkeintaan viiden päivän pituisia sairaslomia. 10. Pitkäaikaisairauksien seuranta on järkevää jakaa asiantuntijuuden mukaan eri vastuuhoitajille. 11. Hoitajat tekevät osan lääkäriiden toimenpiteistä ja tutkimuksista. 12. Hoitajavastaanotot on järkevä toteuttaa ajanvaraukseen perustuvana toimintana. 13. Seuraava määräaikaiskäyntini lääkärin vastaanotolle suunnilaan yhteistyössä hoitajan kanssa 14. Osa lääkärieni osoittamista asioista on voitu hoitaa hoitajan välityksellä.		93	7	0.874
	91	9			89	11	0.491
	75	25			75	25	0.941
	87	13			90	10	0.242
	79	21			74	26	0.195
	85	15			89	11	0.223
	71	29			82	18	0.003
	88	12			99	10	0.597

5.8.1 Hoitajien tehtäväalue yleisten kansansairauksien ehkäisyssä, hoidon neuvonnassa ja seurannassa sekä tutkimuksiin ohjaamisessa

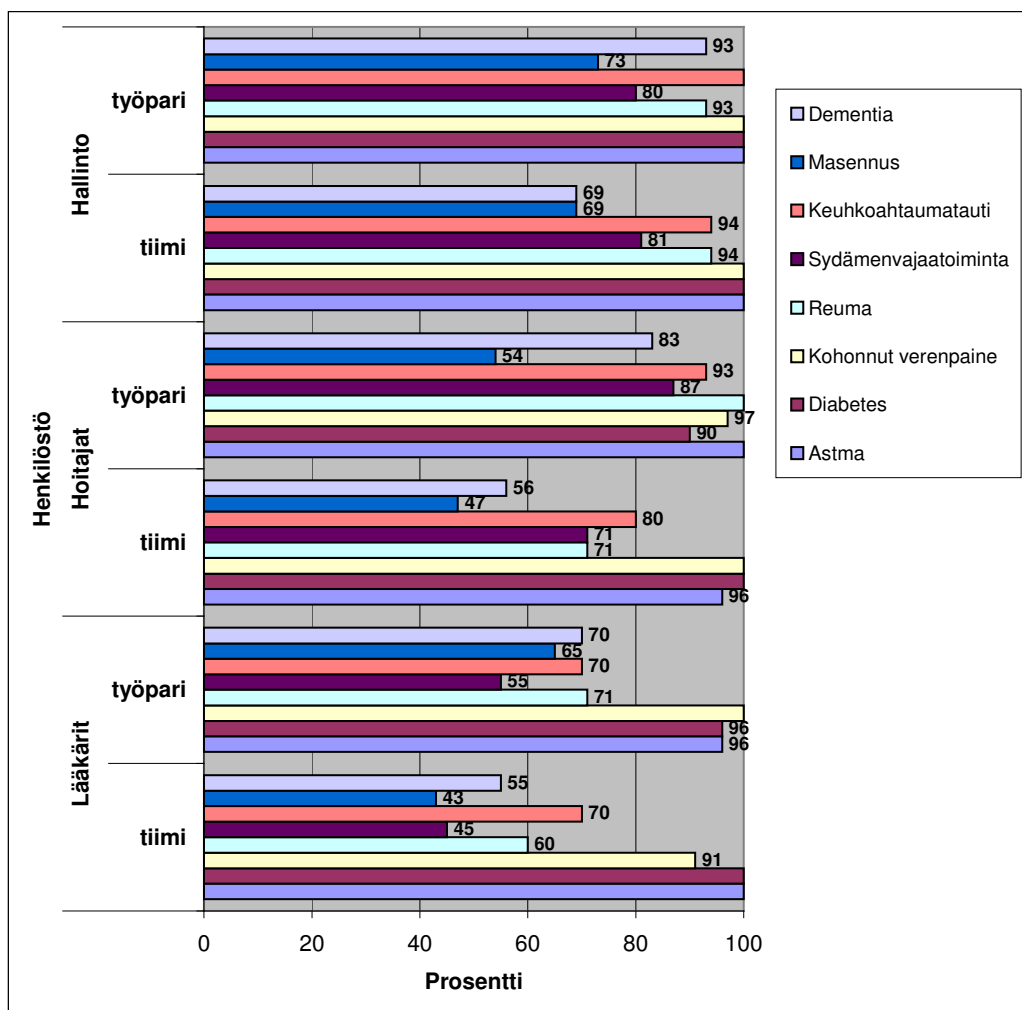
Hoitajien tehtäväalueista yleisten kansansairauksien ehkäisyssä, hoidon ohjauksessa ja seurannassa sekä niihin liittyviin tutkimuksiin ohjaamisessa selvitettiin hoitajien työn toteutumista TT- ja TPT-terveyskeskuksissa. Tehtäväalueita arvioivat terveyskeskusten hallinnon edustajat, lääkärit ja hoitajat.

Yleisten kansansairauksien (astma, diabetes, kohonnut verenpaine, reuma, sydämen vajaatoiminta, COPD, masennus ja dementia) *ehkäisyssä* TT- ja TPT-terveyskeskuksissa hallinnon edustajien ja lääkäreiden näkemykset hoitajien tehtäväalueista olivat yhtenevät. Sen sijaan hoitajien mukaan TT -terveyskeskuksien vastaanotoilla diabeteksen ehkäisy kuului selkeämmin hoitajien tehtäväalueeseen kuin TPT -terveyskeskuksissa. ($p = 0.012$)

Yleisiä kansansairauksia sairastavien potilaiden *hoidon ohjauksessa* ei tullut esille tilastollisia eroja TT- ja TPT-terveyskeskuksien *hallinnon* edustajien vastauksissa. Dementiapotilaiden hoidon ohjauksessa näkemykset erosivat siten, että se kuului vastaanoton hoitajille lähes kaikkien TPT-terveyskeskusten hallinnon edustajien (93 %) ja yli kahden kolmasosan TT-terveyskeskusten hallinnon edustajan (69 %) mukaan. Yleisiä kansansairauksia sairastavien potilaiden hoidon ohjauksessa TT- ja TPT-terveyskeskuksissa hoitajien tehtäväalueet vastaanotoilla poikkesivat *lääkäreiden* mukaan hieman reuman, sydämen vajaatoiminnan, masennuksen ja dementian hoidon ohjauksessa. TPT-terveyskeskuksissa näitä sairauksia sairastavien potilaiden hoidon ohjaus kuului selkeämmin vastaanotoilla työskenteleville hoitajille kuin TT-terveyskeskuksissa. Nämä erot eivät kuitenkaan olleet tilastollisesti merkitseviä. (Kuvio 19.)

Potilaiden hoidon ohjauksessa TT- ja TPT-terveyskeskuksissa hoitajien tehtäväalueet vastaanotoilla poikkesivat *hoitajien* vastausten mukaan tilastollisesti hieman diabetespotilaiden ($p = 0.011$) ja merkitsevästi reumapotilaiden ($p = 0.000$) hoidon ohjauksessa. TT-terveyskeskusten hoitajista lähes kolmen neljäsosan ja kaikkien TPT-terveyskeskusten hoitajien mukaan vastaanotoilla työskenteleville hoitajille kuului reumapotilaiden hoidonohjaus. Sydämen vajaatoimintaa sairastavien potilaiden hoidonohjaus kuului hoitajien tehtäviin TT-terveyskeskusten hoitajista 87 %:lla ja TPT-terveyskeskusten hoitajista vähän vajaalla kolmella neljäsosalla (71 %). Lähes kaikkien TPT-terveyskeskusten hoitajien (93 %) ja TT-terveyskeskusten hoitajista 80 % mukaan

keuhkohtaumatauti sairastavien potilaiden hoidonohjaus kuului heidän tehtäviinsä. Masennuspotilaiden hoidonohjauksen TT-terveyskeskusten hoitajista hieman vajaa puolet ja TPT-terveyskeskusten hoitajista vähän yli puolet vastasi kuuluneen heidän tehtäviinsä. Dementia-potilaiden hoidonohjaus kuului TPT-terveyskeskusten hoitajista 83 %:n ja TT-terveyskeskusten hoitajista hieman yli puolen (56 %) mukaan heidän tehtäviinsä. (Kuvio19.)



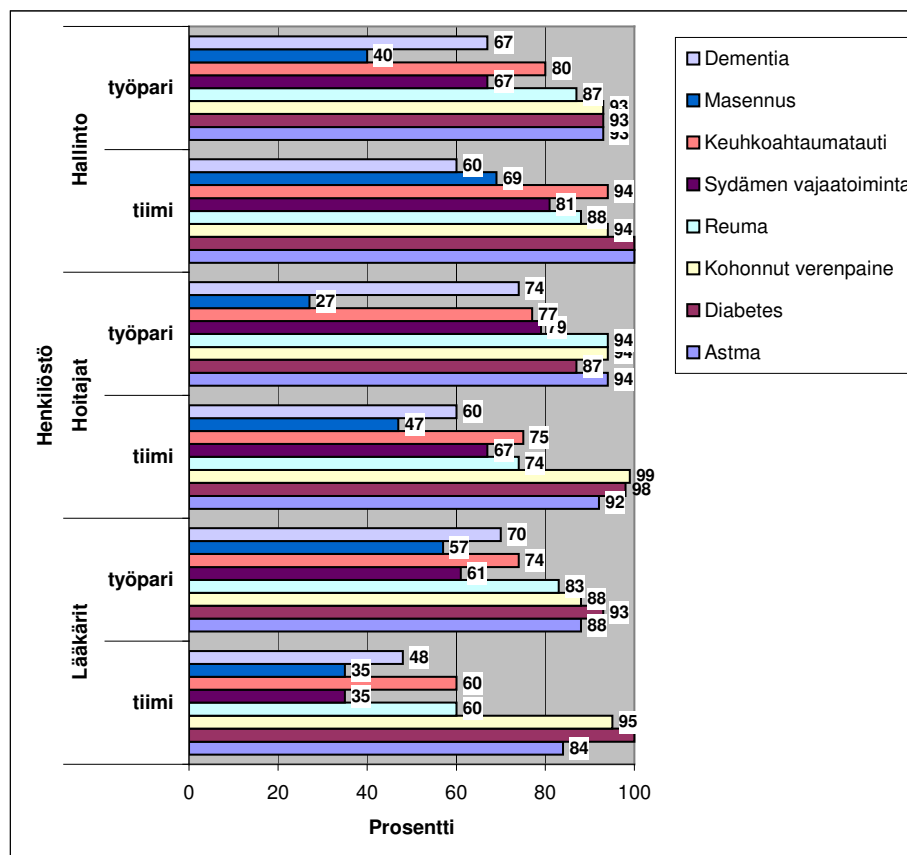
Kuvio 19. Yleisiä kansansairauksia sairastavien potilaiden hoidon ohjaus hoitajien tehtävälueena vastaanotto toiminnassa.

Yleisiä kansansairauksia sairastavien potilaiden *hoidon seuranta ja hoitoon liittyviin tutkimuksiin ohjaaminen* kuuluivat terveyskeskusten vastaanottojen hoitajien tehtäväalueisiin. Kansansairauksiin liittyvät tutkimukset tarkoittivat tässä tutkimuksessa hoitajien toteuttamaa potilaiden ohjaamista terveyskeskuskohtaisesti sovittuihin seuranta- ja hoitotutkimuksiin. Pieniä, mutta ei tilastollisesti merkitseviä eroja tuli vastaanottojen toimintamallien (TT- ja TPT-) mukaisesti esille sydämen vajaatoiminta- ja masennuspotilaiden hoidon seurannassa. Masennuspotilaiden hoidon seuranta ja heidän hoitoonsa liittyviin tutkimuksiin ohjaaminen kuului yli kahden kolmasosan TT-terveyskeskusten hallinnon edustajien (69 %) ja TPT-terveyskeskusten hallinnon edustajista 40 % mukaan heidän terveyskeskustensa vastaanotoilla toimiville hoitajille. (Kuvio 20.)

Lääkäreiden vastauksissa eroja TT- ja TPT-terveyskeskusten vastaanottojen hoitajien tehtäväalueissa oli reuma-, sydämen vajaatoiminta-, keuhkohtaumatauti-, masennus- ja dementiaipotilaiden seurannassa ja näiden sairauksien seurantaan liittyviin tutkimuksiin ohjaamisessa. TPT-terveyskeskusten lääkäreistä 83 % ja TT-terveyskeskusten lääkäreistä kahden kolmasosan (60 %) mukaan vastaanotoilla työskentelevien hoitajien tehtäväalueisiin kuului reumapotilaiden seuranta ja heidän hoitoonsa liittyviin tutkimuksiin ohjaaminen. Sydämen vajaatoimintapotilaiden hoidon seuranta ja heidän hoitoonsa liittyviin tutkimuksiin ohjaaminen kuului kahden kolmasosan TT-terveyskeskusten lääkäreiden ja kolmasosan TPT-terveyskeskusten lääkäreiden mukaan vastaanotoilla toimivien hoitajien tehtäviin. TPT-terveyskeskusten lääkäreistä lähes kolme neljäsosaa ja kaksi kolmasosaa TT-terveyskeskusten lääkäreistä vastasi, että vastaanotoilla toimiville hoitajille kuului keuhkohtaumatautipotilaiden seuranta ja heidän hoitoonsa liittyviin tutkimuksiin ohjaaminen. Vähän yli puolet TPT-terveyskeskusten lääkäreistä ja TT-terveyskeskusten lääkäreistä vähän yli kolmasosan mukaan masennuspotilaiden seuranta ja heidän hoitoonsa liittyviin tutkimuksiin ohjaaminen kuuluivat vastaanotoilla työskenteleville hoitajille. Vajaan kolmen neljäsosan TPT-terveyskeskusten lääkäreiden ja TT-terveyskeskusten lääkäreistä vajaan puolen mukaan dementiaipotilaiden seuranta ja heidän hoitoonsa liittyviin tutkimuksiin ohjaaminen kuuluivat vastaanotoilla työskentelevien hoitajien tehtäviin. (Kuvio 20.)

Lähes kaikkien TPT-terveyskeskusten hoitajien ja TT-terveyskeskusten hoitajista kolmen neljäsosan tehtäväalueisiin kuului reumapotilaiden seuranta ja heidän hoitoonsa liittyviin

tutkimuksiin ohjaaminen. Sydämen vajaatoimintapotilaiden hoidon seuranta ja heidän hoitoonsa liittyviin tutkimuksiin ohjaaminen kuului yli kolmen neljäsosan TPT-terveyskeskusten hoitajien ja yli kahden kolmasosan TT-terveyskeskuksien hoitajien mukaan heidän tehtäviinsä. Masennuspotilaiden seuranta ja heidän hoitoonsa liittyviin tutkimuksiin ohjaaminen kuului vajaan kolmasosan TPT-terveyskeskusten hoitajien ja vajaan puolen TT-terveyskeskuksien hoitajien mukaan heidän tehtäviinsä. Dementiapotilaiden seuranta ja heidän hoitoonsa liittyviin tutkimuksiin ohjaaminen kuului lähes kolmen neljäsosan TPT-terveyskeskuksien hoitajien ja kahden kolmasosan TT-terveyskeskuksien hoitajien mukaan heidän tehtäviinsä. (Kuvio 20.)



Kuvio 20. Yleisiä kansansairauksia sairastavien potilaiden hoidon seuranta ja tarvittaviin tutkimuksiin ohjaaminen hoitajien tehtäväalueena vastaanotto toiminnassa.

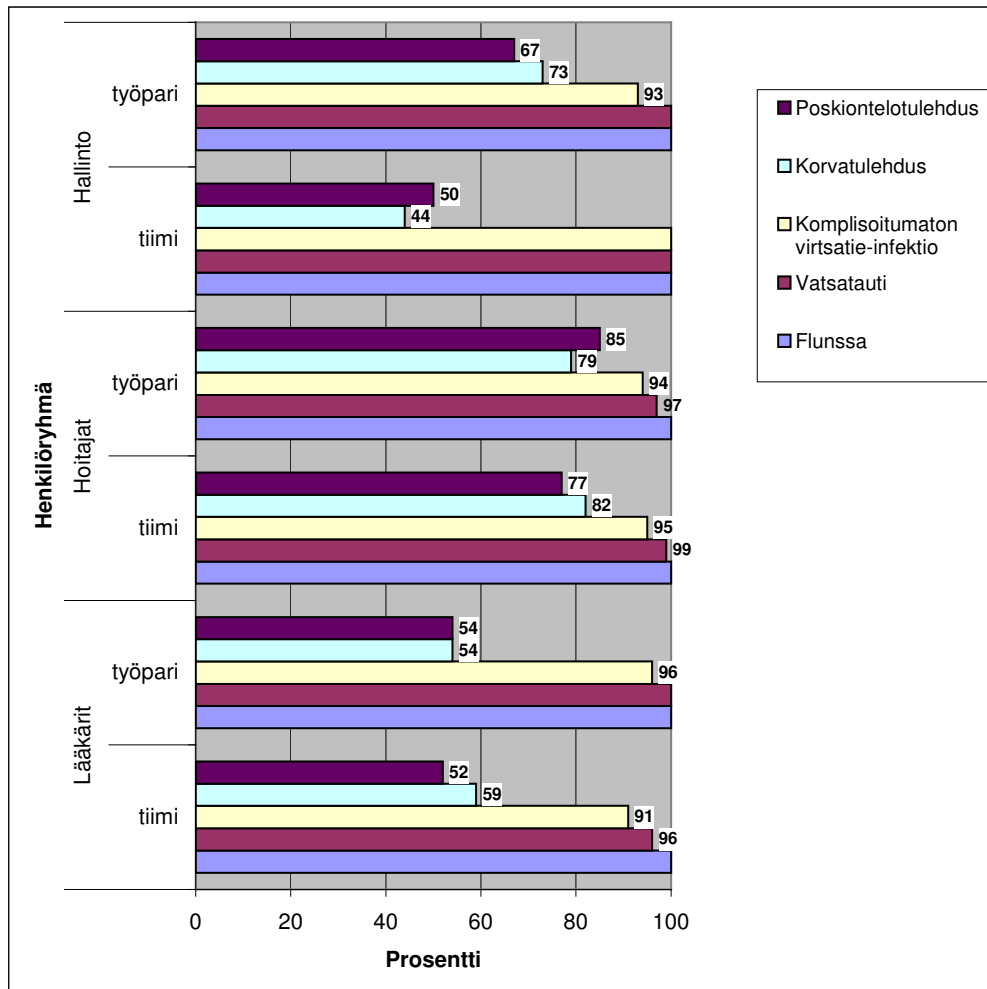
Lisäksi avoimen vastauksen avulla pyrittiin saamaan **esille muita kuin valmiiksi luेतeltuja** hoitajien vastaanotto toiminnan tehtäväalueita yleisten kansansairauksien ehkäisyssä, hoidon ohjauksessa ja seurannassa. Muita hoitajien tehtäviä hallinnon edustajien mukaan olivat asiakkaiden ja potilaiden neuvonta ja ohjaus ravitsemuksessa, painonhallinnassa ja alkoholin käytössä sekä liikkumisessa. Lisäksi vastaanotto toiminnassa hoitajilla oli kuolonhuoltoon liittyviä tehtäviä, syöpähoitajan neuvontapalveluja, tartuntatautien hoidon ohjausta ja neuvontaa sekä seurantaa ja siihen liittyvien tutkimuksien organisointia. Hoitajien vastausten mukaan vastaanotoilla toimivien hoitajien kohdeasiakasryhmään kuuluivat lisäksi päihdeasiakkaat ja syöpäpotilaat. Edellä lueteltuja hoitajien muita tehtäväalueita oli niin TT- kuin TPT-terveyskeskusten hoitajilla.

5.8.2 Hoitajien tehtäväalue tavallisimpien infektioiden hoidon tarpeen arvioinnissa, tutkimusten itsenäisessä toteutuksessa ja hoidon ohjauksessa

Hoitajien tehtäviin kuuluvina selvitettiin tavallisia infektiosairauksia sairastavien potilaiden hoidon tarpeen arviointia, sairauksiin liittyvien tutkimuksien itsenäisestä toteuttamisesta ja hoidon ohjausta TT- ja TPT-terveyskeskuksissa. Vastaajina toimivat terveyskeskusten hallinnon edustajat, lääkärit ja hoitajat.

Vastaanottojen toimintatavasta riippumatta kaikkien terveyskeskusten vastaanottojen hoitajien tehtäväalueeseen kuului potilaiden tavallisista infektioista flunssan, vatsataudin ja komplisoitumattoman virtsatieinfektion *hoidon tarpeen arviointi*. Potilaiden korvatulehdusten hoidon tarpeen arvioi hoitaja hieman vajaan kolmen neljäsosan TPT-terveyskeskusten hallinnon edustajan ja TT-terveyskeskusten hallinnon edustajista vajaan puolen mukaan. TPT-terveyskeskuksien hallinnon edustajista yli kahden kolmasosan ja joka toisen TT-terveyskeskuksen hallinnon edustajan mukaan potilaiden poskiontelotulehdusten hoidon tarpeen arviointi kuului vastaanotoilla toimivien hoitajien tehtäväalueisiin. Korvatulehdus- ja poskiontelotulehduspotilaiden hoidon tarpeen arviointi jakautui kaikkien lääkäreiden vastauksissa siten, että potilaiden korvatulehdusten hoidon tarpeen arviointi kuului joka toisen TT- ja TPT-terveyskeskuksen lääkäreiden mukaan hoitajien tehtäväalueeseen. Poskiontelotulehduspotilaiden hoidon tarpeen arvioinnissa vastaukset olivat samanlaiset. Hoitajien vastauksissa infektioita sairastavien potilaiden

hoidon tarpeen arvioinnissa ei tullut esille merkitseviä eroja TT- tai TPT-terveyskeskuksissa. (Kuvio 21.)



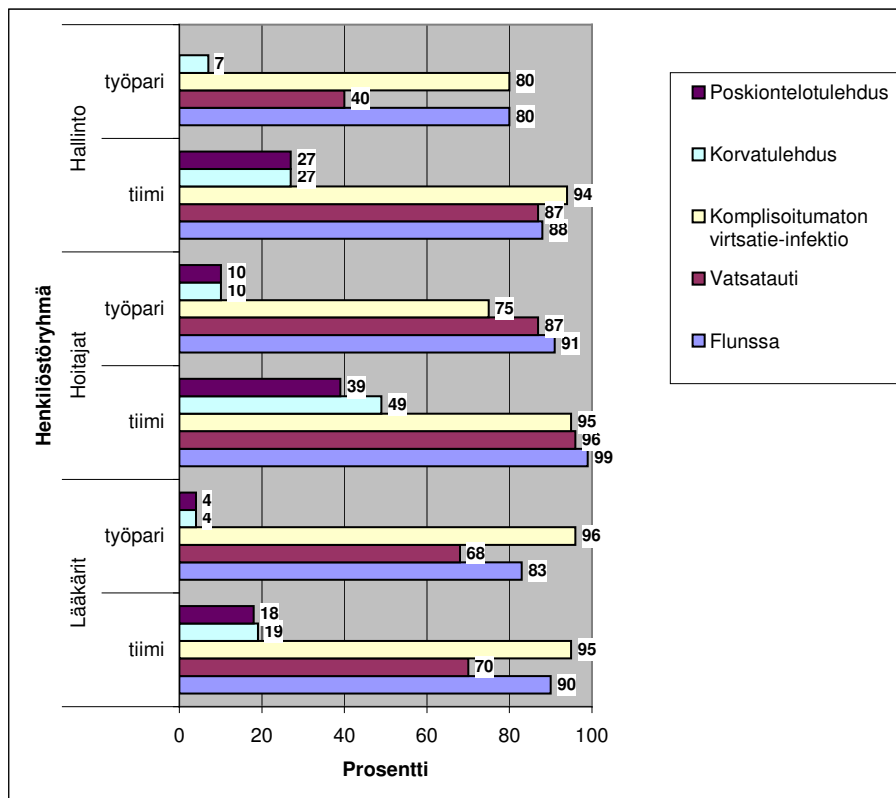
Kuvio 21. Tavallisimpia infektioita sairastavien potilaiden hoidon tarpeen arviointi hoitajien tehtävälueena vastaanotto- ja hoitoyksiköissä.

Vastaanottoilla toimivien hoitajien itsenäisessä potilaiden *tutkimusten toteuttamisessa* TPT- ja TT-terveyskeskusten hallinnon edustajien vastauksissa tuli esille eroja potilaiden vatsatauti-, korva- ja poskiontelotulehduksien arviointiin liittyvien tutkimusten toteuttamisessa. Suurin osa TT-terveyskeskusten hallinnon edustajista (87 %) ja puolestaan TPT-terveyskeskusten hallinnon edustajista 40 % vastasi, että heidän terveyskeskuksiensa vastaanottoilla hoitajat toteuttivat itsenäisesti potilaille vatsataudin

tutkimuksia ($p = 0,008$). TT-terveyskeskuksien hallinnon edustajista vajaan kolmasosan (27 %) mukaan poskiontelotulehduksiin liittyvien tutkimusten toteuttaminen potilaille kuului hoitajien tehtäväalueeseen, mutta TPT-terveyskeskuksien hallinnon edustajien mukaan vastaanottojen hoitajat eivät toteuttaneet itsenäisesti potilaille poskiontelotulehdukseen liittyviä tutkimuksia ($p = 0,035$). (Kuvio 22.)

TT- ja TPT-terveyskeskuksien lääkäreiden vastauksissa hoitajien itsenäisestä korva- ja poskiontelotulehduksien tutkimusten toteuttamisesta tuli esille näkemyseroja. TT-terveyskeskuksien lääkäreistä 19 %:n ja TPT -terveyskeskuksien lääkäreistä 4 % mukaan vastaanotoilla työskentelevät hoitajat toteuttivat itsenäisesti korvatulehduksiin liittyviä tutkimuksia. Poskiontelotulehdusten arviointiin liittyvien tutkimusten toteuttamisessa lääkäreiden näkemys oli samansuuntainen. (Kuvio 22.)

TT- ja TPT-terveyskeskuksien hoitajien näkemykset vastaanotoilla toimivien hoitajien itsenäisestä tutkimusten toteuttamisesta erosivat tilastollisesti merkitsevästi potilaiden komplisoitumattomiin virtsatieinfektioihin ($p = 0,001$), korvatulehduksiin ($p = 0,000$) ja poskiontelotulehduksiin ($p = 0,000$) liittyvissä tutkimuksissa. TT-terveyskeskuksien vastaanotoilla työskentelevistä hoitajista lähes kaikki toteuttivat itsenäisesti potilaiden komplisoitumattoman virtsatieinfektion tutkimuksia, vähän yli puolet heistä toteutti itsenäisesti potilaiden korvatulehdusten ja vajaan puolet poskiontelotulehdusten tutkimuksia. TPT-terveyskeskuksien hoitajien mukaan potilaiden komplisoitumattomien virtsatieinfektioiden tutkimuksia heistä itsenäisesti toteutti kolme neljäsosaa, korvatulehdusten tutkimuksia kolme prosenttia ja poskiontelotulehdusten tutkimuksia kymmenen prosenttia. (Kuvio 22.)



Kuvio 22. Tavallisimpia infektioita sairastavien potilaiden hoidon tarpeen arviointiin liittyvien tutkimusten toteuttaminen hoitajien itsenäisenä tehtäväalueena vastaanottoinnassa.

Terveyskeskusten hallinnon edustajien, lääkäreiden ja hoitajien vastausten mukaan tavallisimpia infektioita (flunssa, vatsatauti, komplisoitumaton virtsatieinfektio, korva- ja poskiontelotulehdukset) sairastavien potilaiden *hoidon ohjaus* kuului vastaanotoilla työskentelevien hoitajien tehtäväalueeseen.

Avoimella kysymyksellä pyrittiin saamaan selville muita kuin valmiiksi lueteltuja hoitajien vastaanottoinnon tehtäväalueita potilaiden tavallisten infektiosairauksien hoidon tarpeen arvioinnissa, tutkimusten itsenäisessä toteuttamisessa ja hoidon ohjauksessa. Hallinnon edustajat, lääkärit ja hoitajat olivat kirjanneet muutamia tehtäväalueita. Näitä olivat silmänpaineen mittaaminen, pikkulasten esinahan alaisten tulehdusten hoito ja nielutulehduksen hoito sekä korvien jälkitarkastus. Yhdessä terveyskeskuksessa hoitajien tehtäväalueeseen kuuluivat potilaiden silmän sidekalvon- ja

nielutulehduksen hoidon tarpeen arviointi, tutkimusten itsenäinen toteuttaminen ja hoidon ohjaus. Hoitajien vastauksissa uusia tehtäväalueita infektiopotilaiden hoidossa olivat silmän sidekalvon tulehdusten, sukupuolitautilien ja haavatulehdusten hoidon tarpeen arviointi, tutkimusten toteuttaminen ja hoidon ohjaus. Edellä luetellut tehtävät kuuluivat TT-terveyskeskusten hoitajille.

Kaikkien tutkimukseen osallistuneiden terveyskeskusten hallinnon edustajien ja lähes kaikkien lääkäreiden ja hoitajien (97%) mukaan heidän terveyskeskustensa vastaanotoilla työskentelevien hoitajien tehtäviin kuului lyhyiden, korkeintaan viiden päivän pituisten sairaslomien kirjoittaminen.

5.9 Hoitajien itsenäisen työskentelyn edut vastaanottotoiminnassa

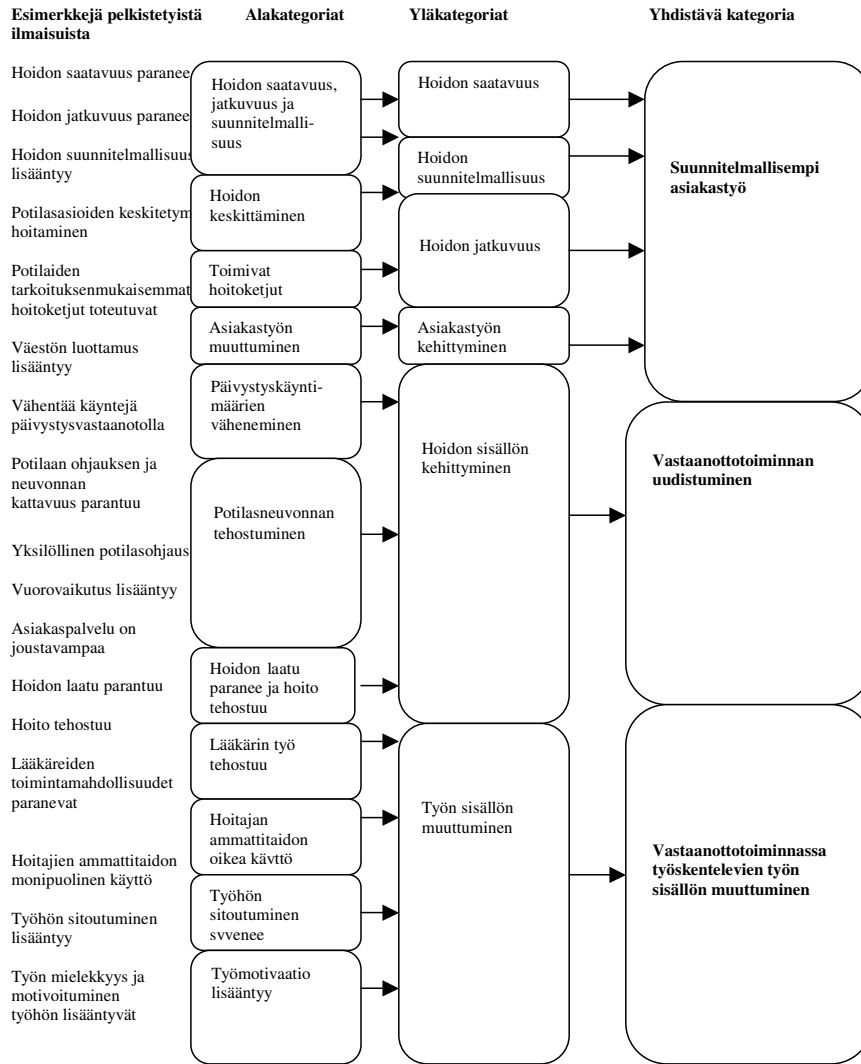
Hallinnon edustajilta, lääkäreiltä ja hoitajilta kysyttiin sairaan- ja terveydenhoitajien itsenäisen vastaanottotoiminnan työskentelyn etuja. Nämä vastaukset analysoitiin laadullisella sisällön erittelyllä. Avoimeen kysymykseen hoitajien itsenäisen työskentelyn eduista vastaanottotoiminnassa vastasi 31 hallinnon edustajaa, 33 lääkärinä ja 117 hoitajaa.

Hallinnon edustajien mukaan vastaanotoilla työskentelevien hoitajien itsenäisen työn etuja ovat olleet suunnitelmallinen asiakastyö, vastaanottotoiminnan uudistuminen ja vastaanottotoiminnassa työskentelevän henkilöstön työn sisällön muuttuminen. Hallinnon edustajien mukaan suunnitelmallinen asiakastyö edesauttaa hoidon saatavuutta, suunnitelmallisuutta ja jatkuvuutta. Hoidon suunnitelmallisuuteen ja hoidon jatkuvuuteen kuuluvat potilasasioiden keskitetty hoitaminen ja potilaiden tarkoituksenmukaiset hoitoketjut. (Kuvio 23.)

Hallinnon edustajien mukaan hoitajien itsenäisen työskentelyn etuna on potilaiden hoidon sisällön kehittäminen. Tähän liittyy päivystysvastaanottokäyntien vähentyminen, potilaan ohjauksen kattavuuden parantuminen ja yksilöllinen potilasohjaus. Lisäksi hoidon laatu parantuu ja hoito tehostuu sekä asiakaspalvelun joustavuus lisääntyy. (Kuvio 23.)

Hallinnon edustajien mukaan kolmas etu hoitajien itsenäisestä työskentelystä vastaanottotoiminnassa on heidän työnsä sisällön kehittyminen siten, että heidän

ammattitaitoaan käytettiin monipuolisesti ja heidän työhön sitoutuminen, työn mielekkyys ja työmotivaatio lisääntyivät. Tähän liittyi lisäksi lääkäreiden toimintamahdollisuuksien parantuminen. (Kuvio 23).



Kuvio 23. Hoitajien itsenäisen työn edut hallinnon edustajien (n = 31) kuvaamina.

Lääkäreiden mukaan vastaanotoilla itsenäisesti työskentelevien hoitajien työn etuja ovat hoidon saatavuuden parantuminen, hoitajien ammattitaidon hyödyntäminen ja heidän oman työnsä muuttuminen. Hoidon saatavuuden parantumiseen liittyy hoidon saatavuuden nopeutuminen ja yleensäkin palvelujen saatavuuden nopeutuminen. Lääkäreiden mukaan hoitajien itsenäisen työskentelyn etu vastaanottotoiminnassa on myös hoitajien ammattitaidon parempi hyödyntäminen. Tämä ilmenee ennaltaehkäisevän työn ja neuvonnan lisääntymisenä sekä potilaiden hoidon seurannan tehostumisena vastaanottotoiminnassa. Lääkärit pitivät myös tärkeänä hoitajien valmistelevaa työtä asiakkaiden kanssa ennen heidän omia vastaanottojaan. Lääkäreiden työhön hoitajien itsenäinen työskentely vastaanotoilla vaikuttaa siten, että ns. turhat käynnit jäävät pois lääkäreiden vastaanotoilta ja lääkäreiden työmäärä vähenee. Lääkäreiden mukaan hoitajien itsenäisen työn etuja ovat myös hoitajien työn mielekkyyden lisääntyminen ja infektiosairauksien hoidon siirtyminen hoitajille. (Kuvio 24.)

Seuraavassa on suoria lainauksia lääkäreiden vastauksista hoidon saatavuuteen, hoitajien ammattitaidon hyödyntämiseen ja heidän oman työnsä helpottumiseen liittyen:

”Tavalliset virusflunssapotilaat eivät kuormita lääkärin vastaanottoja, samaten vi:t, gastroenteriitit ym. Valmiit koevastaukset nopeuttavat työskentelyä.”

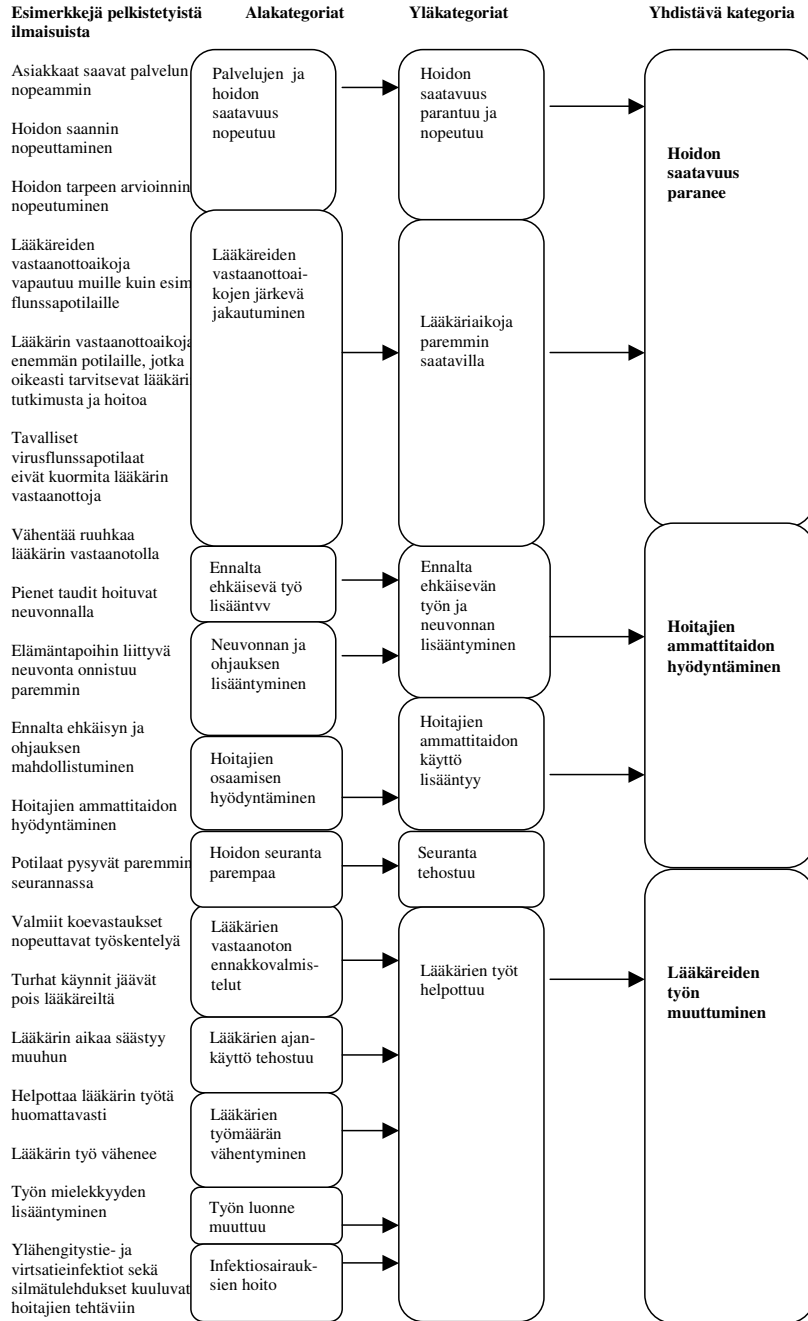
”Vähentää lääkärin vastaanoton tarvetta, ennaltaehkäisyn ja ohjauksen mahdollistaminen.”

”Hoitajien työ mielekkäämpää ja haastavampaa, lääkärin vastaanottoajat tulevat käytetyksi tarkoituksenmukaisemmin.”

”Helpottaa lääkärin työtä huomattavasti ja lisää asioiden sujuvuutta. HYVÄ !!!”

”Potilaat pysyvät paremmin seurannassa ja hoito erityisesti elämäntapoihin liittyvät asiat onnistuvat paremmin. Minulla on kokemusta muutaman kuukauden työskentelemisestä parina hoitajan kanssa, joka teki hommansa niin hyvin, että vastaanottoni tyhjeni ja jono hävisi.”

”Työn mielekkyyden lisääntyminen, hoitoarvioin ja tarpeen nopeutuminen.”



Kuvio 24. Hoitajien itsenäisen työn edut lääkäreiden (n = 33) kuvaamina.

Hoitajien mukaan heidän itsenäisen työnsä edut vastaanotto toiminnassa ovat tulleet esille siten, että hoidon saatavuus ja hoidon laatu ovat parantuneet, ja lääkäreiden vastaanottotyö on muuttunut. Lisäksi etuina ovat olleet heidän omien tehtäväalueidensa laajentuminen vastaanotto toiminnassa ja työn muuttuminen kiinnostavammaksi. Hoidon saatavuuden parantuminen näkyy hoitoon pääsyn nopeutumisena ja joustavuuden lisääntymisenä. Asiakkaille tämä on hoitajien mukaan ilmentynyt siten, että heidän asiakaspalvelunsa ja hoitonsa seuranta ovat toteutuneet joustavammin ja nopeammin. Lisäksi tähän on liittynyt vastaanottoaikojen parempi saatavuus. (Kuvio 25.)

Hoidon laadun parantumiseen on hoitajien mukaan liittynyt kokonaisvaltainen asiakas- ja potilastyön kehittyminen. Tähän kuuluvat heidän mukaansa potilaiden hoidon sisällön ja hoitajan ja potilaan yhteistyön kehittyminen. Hoitajien mukaan lääkäreiden työ muuttuu hoitajien itsenäisen työskentelyn myötä vastaanotto toiminnassa siten, että lääkäreiden työpaine helpottuu ja hoitajan toiminta edesauttaa lääkärin vastaanottotyötä. Hoitajille itsenäisen työskentelyn etuja ovat olleet tehtäväalueiden laajeneminen vastaanotto toiminnassa ja työn muuttuminen kiinnostavaksi. Hoitajien mukaan heidän työnsä on muuttunut haastavaksi, monipuoliseksi ja mielekkääksi. Tästä on seurannut hoitajien mukaan se, että heidän työmotivaationsa on lisääntynyt, päätöksentekotaidot ovat kehittyneet ja työhön on tullut kokonaisvaltainen ote.

Seuraavassa on hoitajien vastauksista suoria lainauksia hoidon laadun parantumiseen ja lääkäreiden vastaanottotyön muuttumiseen liittyen:

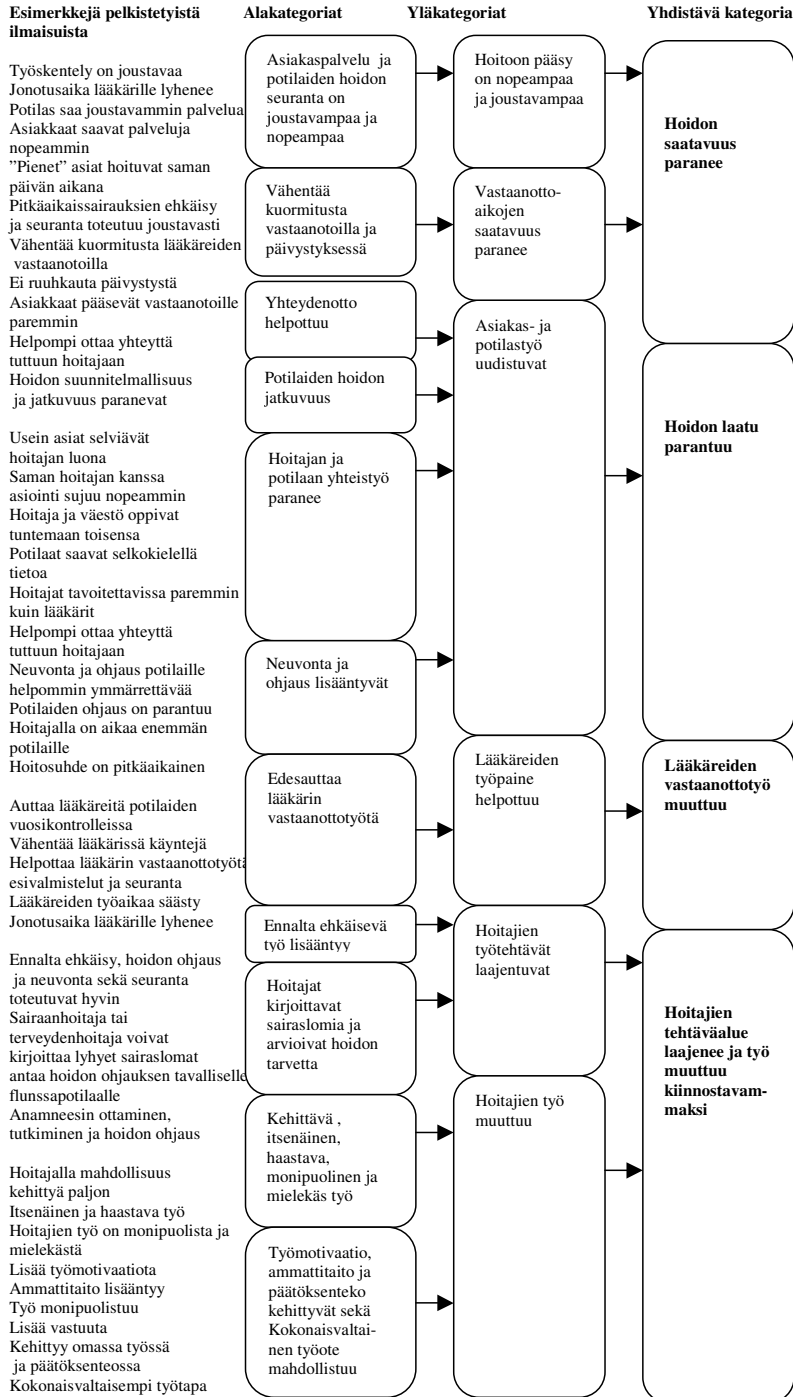
”Hoitaja ja väestö oppii tuntemaan toisensa, on helpompi ottaa yhteyttä tuttuun hoitajaan. Asiakas tulee hoidetuksi kokonaisvaltaisemmin”

”Asioiden hoitaminen nopeutuu, jono lääkärille pienenee osittain, potilas saa ainakin kahden henkilön arvion tilanteestaan, hoitajana saa paljon uusia asioita; mahdollisuuden kehittyä paljon.”

”Hoitajalla ajanvarauksella paremmin aikaa ohjata, keskittyä tautien ennalta ehkäisyyn.”

”Potilaan hoito on kokonaisvaltaista ja lääkärille ohjautuvat potilaat kohdentuvat paremmin.”

”Hoitajat pystyvät arvioimaan lääkärin vastaanoton tarpeellisuutta. Pystytään varaamaan tarvittaessa pitempi aika ”perusselvitystä” varten ennen kuin konsultoidaan lääkäriä. Lääkärille ohjautuu nimenomaan lääkärin hoidettavia asioita.”



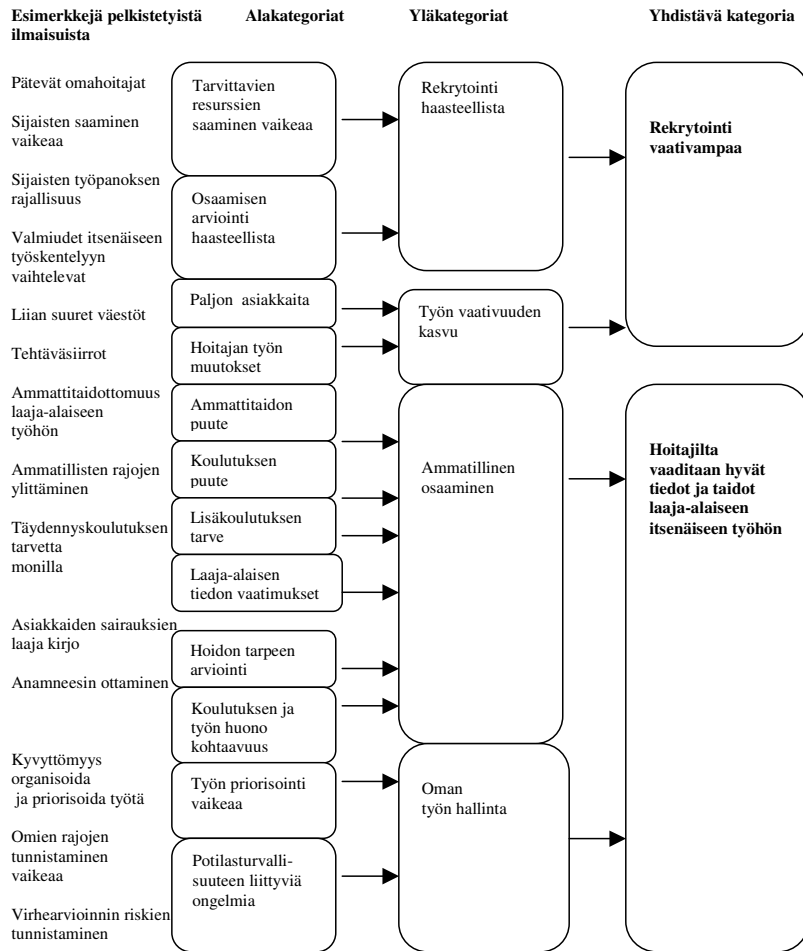
Kuvio 25. Hoitajien itsenäisen työn edut hoitajien (n = 117) kuvaamina.

5.10 Hoitajien itsenäisen työskentelyn epäkohdat vastaanottoinnassa

Avoimeen kysymykseen hoitajien itsenäisen työskentelyn epäkohdista vastaanottoinnassa vastasi 28 hallinnon edustajaa, 14 lääkäriä ja 72 hoitajaa.

Hallinnon edustajien mukaan vastaanotoilla toimivien hoitajien itsenäisen työskentelyn epäkohtia heidän omassa työssään on ollut rekrytoinnin vaativuuden lisääntyminen. Laaja-alainen työ vaatii hoitajilta laaja-alaiset tiedot ja taidot. Rekrytointi onkin haasteellista, koska työssä tarvittavan osaamisen arviointi on hyvin vaativaa. Sijaiseksi tarvitaan päteviä omahoitajia. Kokemattomien sijaisten työpanos on rajallinen ja lisäksi hoitajien valmiudet itsenäiseen työskentelyyn ovat erilaiset. Työn vaativuus on kuitenkin lisääntynyt. Tähän johtaneita syitä hallinnon edustajien mukaan ovat olleet hoitajien liian suuret vastuuväestöt ja tehtävien siirrot lääkäreiltä hoitajille. (Kuvio 26.)

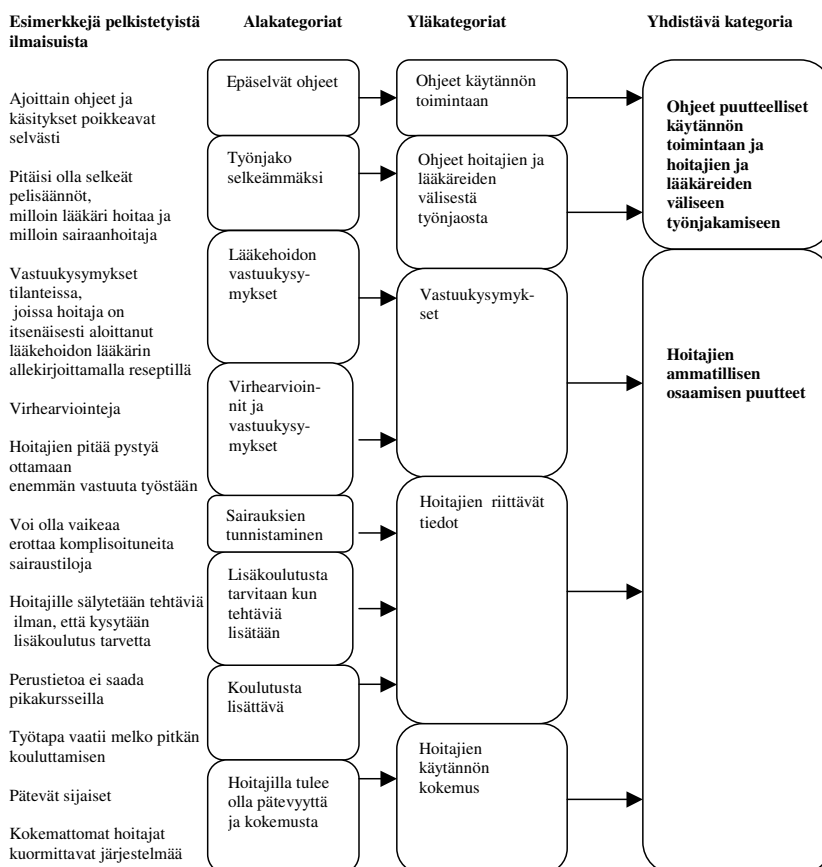
Laaja-alainen työ vastaanottoinnassa vaatii hoitajilta hyvät tiedot ja taidot. Hallinnon edustajien mukaan hoitajien ammatillisessa osaamisessa on tullut esille puutteita. Koulutuksen vastaavuus hoitajien tehtäväalueisiin vastaanottoinnassa ei ole riittävää. Puutteita on ollut hoitajien tiedoissa hoidon tarpeen arvioinnissa ja anamneesin ottamisessa. Hoitajilla on myös ammattitaidottomuutta laaja-alaiseen työhön. He voivat hallinnon edustajien mukaan tällöin ylittää ammatilliset rajansa. Oman työn hallinta on keskeistä itsenäisessä työssä. Hallinnon edustajien mukaan hoitajilla on ollut todettavissa kyvyttömyyttä organisoida ja priorisoida omaa työtään ja tällöin virhearvioinnit ovat mahdollisia. Perusterveydenhuollon vastaanottoinnassa asiakkaiden sairauksien kirjo on laaja ja se asettaa omia erityisvaatimuksia hoitajien työhön ja sen organisointiin. Lisäkoulutuksen tarvetta on monilla hoitajilla. (Kuvio 26.)



Kuvio 26. Hoitajien itsenäisen työn epäkohdat hallinnon edustajien (n = 28) kuvaamina.

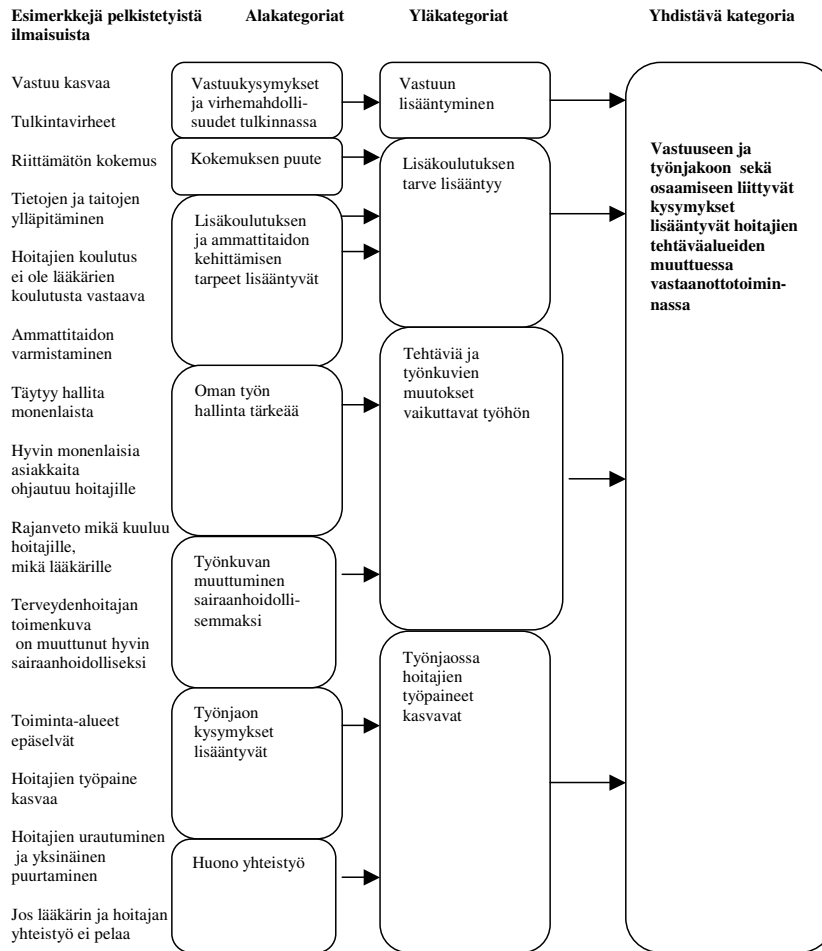
Lääkäreiden mukaan vastaanotoilla toimivien hoitajien itsenäisen työskentelyn epäkohta on se, ettei vastaanotoilla ole ollut selkeitä käytännön työtä tukevia ohjeita hoitajien ja lääkäreiden välisestä työnjaosta. Lääkäreiden mukaan käytännön toimintaan liittyvät ohjeet ovat olleet epäselviä, vaikka työnjaon tulisi olla selvää. Hoitajien ammatillisessa osaamisessa lääkäreiden mukaan on keskeistä vastuukysymysten ymmärtäminen, hoitajien riittävät taidot ja tiedot ja hoitajien käytännön kokemus. Lääkäreiden mukaan hoitajien riittävät tiedot voitaisiin turvata lisäämällä hoitajien koulutusta sairauksien tunnistamisessa. Hoitajien ammatilliseen osaamiseen liittyy lääkäreiden mukaan myös hoitajien käytännön kokemus. Itsenäisessä vastaanottotoiminnassa heidän mukaansa

hoitajilla tulisi olla hyvä käytännön kokemus. Lisäksi vastaanotto toiminnan hoitajille tulisi saada päteviä sijaisia. (Kuvio 27.)



Kuvio 27. Hoitajien itsenäisen työn epäkohdat lääkäreiden (n = 14) kuvaamina.

Hoitajien mukaan vastaanotoilla toimivien hoitajien itsenäisen työskentelyn epäkohta on se, että vastuuseen ja työnjakoon sekä osaamiseen liittyvät vaatimukset ovat lisääntyneet hoitajien tehtäväalueiden muuttuessa. Tehtävä- ja työnkuvien muutokset ovat vaikuttaneet hoitajien työhön. Osittain työnkuvat ovat muuttuneet sairaanhoidollisemmiksi, mikä on lisännyt hoitajien vastuuta ja virhetulkintoja. Oman työn hallinta on tärkeää. Lisäkoulutuksen tarve onkin kasvanut työssä tarvittavien tietojen ja taitojen lisääntymisen myötä ja kokemuksen puuttuessa. Hoitajien mukaan työnjaon muuttuessa heidän työpaineensa ovat kasvaneet. Tähän vaikuttaa myös se, että toiminta-alueet eivät aina ole selvät ja lääkäreiden ja hoitajien yhteistyö ei suju. (Kuvio 28.)



Kuvio 28. Hoitajien itsenäisen työn epäkohdat hoitajien (n = 72) kuvaamina.

5.11 Toimintamalli perusterveydenhuollon vastaanotto toimintaan

Tutkimustulosten ja kirjallisuuden perusteella laadittiin toimintamalli, jossa kuvataan perusterveydenhuollon vastaanotto toiminnan järjestelyjä, hoitajien tehtäväaluetta sekä lääkäreiden ja hoitajien työnjaon toteutuminen vastaanotto toiminnassa. (Kuvio 29.) Malli laadittiin TPT- ja TT-terveyskeskusten vastaanotto toiminnan järjestelyjen, lääkäreiden ja hoitajien työnjaon toteutumisen sekä hoitajien itsenäisen tehtäväalueiden vertailun tuloksena. Hallinnon edustajien, lääkäreiden ja hoitajien sekä asiakkaiden vastauksien tuloksista koottiin ne hyvät ratkaisut, jotka olivat tilastollisesti merkitseviä tai vastaajien yhteisesti kannattamia toimintaratkaisuja. Vastaanotto toimintojen järjestelyissä arvioidaan paikalliset olosuhteet ja toimintamahdollisuudet. Toiminnan järjestelyihin vaikuttavat lisäksi alueen väestön palvelujen tarpeet, toimitilat, henkilöstöresurssit sekä henkilöstön osaaminen.

Mallissa toiminnan keskipisteenä ovat terveyskeskuksen asiakas. Vastaanotto toimintaa sekä henkilöstöryhmien työnjakoa ohjaavat paikallisiin oloihin sovelletut hoitosuosituksen. Asiakas arvioi säännöllisesti vastaanotto palvelujen saatavuutta ja toimivuutta.

Terveyskeskusten johtajien tehtävänä on kuvata yhteistyössä henkilöstön kanssa perustehtävien tavoitteet, toimintaprosessit ja hoitoketjut, toimintamallit ja -käytännöt. Johtajat osallistuvat aktiivisesti yhteistyössä henkilöstönsä kanssa toiminnan suunnitteluun, turvaavat tarvittavat resurssit ja seuraavat sekä arvioivat toimintaa säännöllisesti. Tavoitteena on, että terveyskeskuksissa arvioidaan toiminnallisesti sopivan kokoiset vastuuväestöt tai asiakas- ja potilasvastaanottojen koot. Vastaanotto toiminnan tavoitteena on turvata asiakkaiden ja potilaiden yhteyden saanti ammattihenkilöön, palvelujen hyvän saatavuus ja toimivuus sekä potilaiden hoidon jatkuvuus. Johtajat yhteistyössä henkilöstöryhmien kanssa selvittävät henkilöstön työhön liittyvät vastuut ja velvollisuudet sekä osaamiseen perustuvan työnjaon. Henkilöstölle mahdollistetaan tarvittava lisäkoulutus.

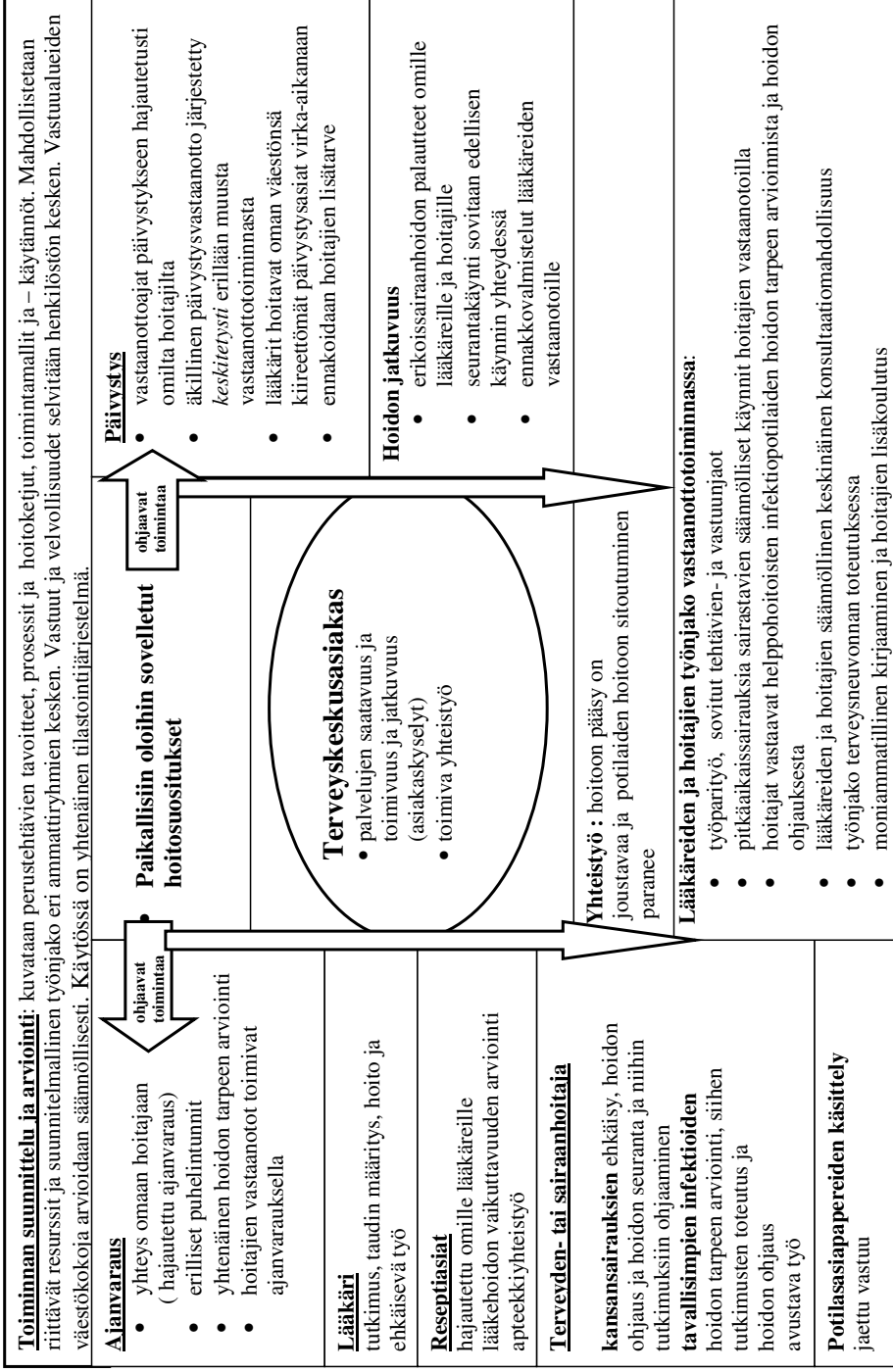
Lääkärit ja hoitajat vastaavat hoitoprosesseista, asiakastyöstä ja omien ammattitietojensa ja -taitojensa ylläpidosta. Lääkäri vastaa potilaiden tutkimisesta, taudin määrittelystä ja sairauksien hoidosta sekä ehkäisevästä työstä. Lääkärit hoitavat oman väestönsä kiireettömät päivystysasiat virka-aikanaan. Potilaiden hoidon jatkuvuuteen voidaan

vaikuttaa siten, että erikoissairaanhoidon palautteet tulevat suoraan omille lääkäreille ja hoitajille ja seurantakäynnit sovitaan edellisen vastaanottokäynnin yhteydessä. Lisäksi potilaiden hoidon jatkuvuuteen voidaan vaikuttaa hoitajien toteuttamalla ennakkovalmisteluilla lääkäreiden vastaanotoille ja suunnitelmallisella kirjaamisella. hoitajien toteuttamalla ennakkovalmisteluilla lääkäreiden vastaanotoille ja suunnitelmallisella kirjaamisella.

Vastaanottojen ajanvaraustoiminta järjestetään siten, että asiakas ottaa suoraan yhteyden omaan hoitajaansa, joka huolehtii ajanvarauksesta lääkärille ja omalle vastaanotolle. Hoitajien vastaanotot toimivat ajanvarauksella. Itsenäistä vastaanottoa pitävät hoitajat ovat koulutukseltaan terveyden- ja sairaanhoitajia. He vastaavat työssään tavallisimpien kansansairauksien ehkäisystä, näiden potilaiden hoidonohjauksesta ja hoidon seurannasta sekä tutkimuksiin ohjaaminen. Lisäksi omahoitajien itsenäiseen vastaanottotyöhön kuuluvat tavallisia infektioita sairastavien potilaiden hoidon tarpeen arviointi, tutkimusten toteuttaminen ja hoidon ohjaus. Terveyskeskusten päivystystoiminnassa mahdollistamalla hoitajien itsenäiset vastaanotot ja ennakoimalla hoitajien lisätarve voidaan vaikuttaa päivystyksen ruuhkautumiseen.

Lääkäreiden ja hoitajien työnjaossa tehtävien- ja vastuunjaot sovitaan kirjallisesti. Keskinäiset konsultaatiot tukevat työjakoa ja yhteistyötä.

PERUSTERVEYDENHUOLLON VASTAANOTTOIMINTA



Kuvio 29. Toimintamalli perusterveydenhuollon vastaanottoimintaan.

6 POHDINTA JA TULOSTEN TARKASTELU

Tutkimuksessa haettiin tietoa perusterveydenhuollon vastaanottoiminnan järjestelyistä ja palvelujen toimivuudesta sekä saatavuudesta, hoitajien itsenäisestä tehtäväalueesta vastaanottoiminnassa, henkilöstön työn tuesta, työssä tarvittavan osaamisen arvioinnista ja ylläpitämisestä sekä lisäkoulutustarpeista. Lisäksi haettiin tietoa vastaanottoiminnan ja lääkäreiden ja hoitajien työnjaon kehittämisaalueista sekä hoitajien itsenäisen työn eduista ja epäkohdista. Työnjaosta on paljon käyttökelpoisia kansainvälisiä tutkimuksia. Näiden tutkimusten tulokset eivät kuitenkaan ole suoraan siirrettävissä suomalaiseen perusterveydenhuollon järjestelmään.

Tämän tutkimuksen aineisto hankittiin kymmenestä terveystieteisestä, jotka olivat kooltaan erilaisia. Saatua tietoa voidaan näin yleistää muihinkin samankokoisiin terveystieteisiin. Tutkimuksessa kyselyt kohdistuivat kolmelle henkilöstöryhmälle ja yhdelle asiakasryhmälle. Henkilöstö- ja asiakaskyselyjen tulokset voidaan yleistää tutkimusterveyskeskusten perusjoukkoihin. Asiakaskysely toteutettiin yhden tutkimuspäivän satunnaisotantana ja henkilöstökysely kokonaisotantana tietynä aikana terveystieteisissä. Käytetyllä lähestymistavalla saatiin uutta tietoa moniammattillisesta ja asiakaskeskeisestä näkökulmasta.

Tutkimuksessa ei käytetty valmiita mittaria vaan laadittiin neljä erillistä mittaria. Avoimia kysymyksiä oli mukana täydentämässä määrällisesti saatavaa tietoa. Tilastollisten menetelmien avulla voitiin todeta, että laaditut mittarit selvittävät kattavasti tätä tutkittavana ollutta ilmiötä. Myös esikyselyn tulosten perusteella mittarien kyky mitata tutkittavia asioita osoittautui onnistuneeksi. Tutkimukseen osallistuneiden ryhmien keskinäiset vastausprosentit vaihtelivat 46 ja 80 prosentin välillä. Henkilöstöryhmillä työkiireet olivat kysyttäessä vastaamattomuuden syynä. Uusintakyselyihin ei terveystieteisissä oltu valmiita niiden työllistävän vaikutuksen takia. Aineiston koko vaikuttaa tulosten luotettavuuteen. Tilastollisesti merkitsevien erojen tulkitsemisessa täytyi tutkijan olla kriittinen pienissä aineistoissa, joita tässä tutkimuksessa edustivat hallinnon edustajien (n = 31) ja lääkäreiden (n = 47) aineistot. Saatujen tulosten tilastollista merkitsevyyttä tuli myös pohtia aina erikseen näistä aineistoista. Tulokset olivat kuitenkin kokonaisuutta arvioitaessa järkeviä eli sisällöllisesti merkitseviä.

Hallinnon edustajien ja hoitajien vastausprosentit olivat hyvät. Hoitajien ja asiakkaiden aineistot olivat riittävän kokoiset monimuuttujamenetelmän käyttöön.

Tutkimuksessa käytettiin menetelmällisenä ratkaisuna vertailevaa tutkimusta, jonka avulla pyrittiin ymmärtämään ja selittämään TT- ja TPT-terveyskeskusten vastaanotto toiminnan järjestelyjen, lääkäreiden ja hoitajien työnjaon ja hoitajien tehtäväalueiden yhtäläisyyksiä ja eroja. Myös kuvailevaa tietoa haettiin perusterveydenhuollon vastaanotto toiminnan järjestelyistä ja työnjaon käsitteestä. Vertailun tuloksena ei ollut tarkoitus ratkaista, kumpi toimintatapa on parempi perusterveydenhuollon vastaanotto toiminnan mallina, vaan saada tietoa näiden toimivista ratkaisuista.

Tutkimuksella saatiin uutta tietoa terveyskeskusten hallinnon edustajilta, lääkäreiltä, hoitajilta ja asiakkailta. TPT- ja TT-terveyskeskusten vastaanottojen toimintaa verrattiin keskenään ja haettiin näistä eroja ja yhtäläisyyksiä. Tutkimustulosten mukaisista hyvistä ratkaisuista luotiin toimintamalli perusterveydenhuollon vastaanotto toimintaan. terveyskeskusten asiakkailta tutkimus tuotti tietoa vastaanottopalvelujen saatavuudesta ja toimivuudesta sekä kehittämistarpeista. Hallinnon edustajien, lääkäreiden ja hoitajien aineistoista saatiin puolestaan tietoa perusterveydenhuollon vastaanotto toimintojen järjestelyistä ja niiden kehittämistarpeista, hoitajien itsenäisestä työstä perusterveydenhuollon vastaanotto toiminnassa ja lääkäreiden ja hoitajien työnjaosta sekä heidän lisäkoulutustarpeistaan.

Seuraavaksi tutkimuksen tuloksia tarkastellaan vastaanotto toiminnan järjestelyjen, lääkäreiden ja hoitajien työnjaon toteutumisen ja hoitajien tehtäväalueiden näkökulmasta.

6.1 Tutkimustulosten tarkastelu

6.1.1 Perusterveydenhuollon vastaanotto toiminta tutkimukseen osallistuneissa organisaatioissa

Tutkimukseen osallistuneiden perusterveydenhuollon vastaanottojen toimintatapana oli väestövastuu. Tämä ei ollut edellytyksenä tutkimukseen osallistumisessa. Terveystieteiden tutkimuskeskuksen 2000-luvulle -tutkimusten tulosten mukaan Suomessa perusterveydenhuollon lääkäreiden vastaanotto toiminta oli järjestetty vähän yli

kolmasosassa terveyskeskuksista väestövastuisesti omalääkärijärjestelmänä (Viisainen ym. 2002). Väestövastuujärjestelmästä oli Suomessa laajamittaiset kokeilut ennen sen käyttöönottoa.

Vastaanottoiminnassa työskentelevän *henkilöstön määriä* tutkimukseen osallistuneilta kysyttäessä tuli esille, että eri ammattiryhmien tieto heidän työyksiköidensä henkilöstömääristä vaihteli huomattavasti isoissa organisaatioissa. Hoitajien määrät ja heidän koulutustasonsa olivat osittain epäselviä lääkäreille. Vastaanottoiminnassa työskentelevien hoitajien kokonaismäärät erosivat TPT- ja TT-terveyskeskusten välillä. TT-terveyskeskuksissa vastaanotoilla työskenteli huomattavasti enemmän hoitajia kuin TPT-terveyskeskusten vastaanotoilla. Lähes joka toiseen tutkimukseen osallistuneista organisaatioista oli saatu lisää lääkäreitä vastaanottoimintaan. Lääkäreitä lisää kaipasi hallinnon edustajista kolmasosa ja lääkäreistä sekä hoitajista vajaa puolet. Keskimääräinen lisäyksen tarve työyksiköissä oli yksi lääkäri. Hoitajamäärän lisäämisen arvioivat tarpeelliseksi hallinnon edustajat, lääkärit ja hoitajat. Keskimääräinen hoitajien lisätarve vastaanottoimintaan oli kaksi hoitajaa. Tulos hoitajien lisätarpeesta oli samansuuntainen Partasen ja työryhmän (2005) selvityksen tuloksen kanssa.

Lääkäreiden ja hoitajien asiakas- tai potilaskäyntien määrät eli ns. *tuotantoon* liittyvät tiedot olivat tässä tutkimuksessa huonosti henkilöstön tiedossa. Sosiaali- ja terveystalouden tutkimus- ja kehittämiskeskuksesta (Stakes 2007) laadittujen tilastojen mukaan vuonna 2006 lääkärikäyntien osuus oli hieman yli kolmasosa (37 %) kaikista terveyskeskuskäynneistä. Kaksi kolmasosaa käynneistä toteutui muiden terveydenhuollon ammattihenkilöiden vastaanotoilla (64 %). Tässä tutkimuksessa terveyskeskusten kävijämäärien ja väestökokojen vertailu ei onnistunut tietojen puutteellisuuden takia. Myös tehokkuus- ja vaikuttavuustietojen saaminen terveyskeskuksista ei ole vielä mahdollista. Tutkimuksen tarkoituksena ei ollutkaan selvittää edellä esitettyjä. *Taustatiedoissa* päädyttiin kuvailemaan asiakasmääriä terveyskeskusten toimintakertomuksista saaduilla tiedoilla. Tähän tutkimukseen osallistuneiden terveyskeskusten lääkäreiden ja hoitajien vastaanottojen käyntihinnat vaihtelivat vastausten mukaan paljon. Lääkäreiden keskimääräinen vastaanottokäynnin hinta oli 65 euroa ja hoitajien 30 euroa. Myös tämän tiedon perusteella voidaan todeta, että vertailukelpoista tietoa kaivataan perusterveydenhuollon vastaanottoiminnasta. Jo kymmenen vuotta sitten Elonheimon (1999) väitöskirjatyön tuloksien mukaan tarkempaa

sisällöllistä ja määrällistä vertailutietoa kaivataan perusterveydenhuollon vastaanotto toiminnasta.

Tutkimukseen osallistuneiden *asiakkaiden* keski-ikä oli 53 vuotta. Joka toisella tutkimukseen osallistuneista asiakkaista oli pitkäaikainen sairaus tai vamma tai muu ongelma, jonka vuoksi he käyttivät terveyspalveluja säännöllisesti. Säännöllisesti terveyspalveluja käytti 44 % vastanneista. Neljä suurinta palvelujen käyttöä edellyttävää sairausryhmää olivat diabetes, sepelvaltimotauti, reuma ja astma. Asiakkaiden käyntisyöt yleisyytensä mukaan järjestyksessä olivat pitkäaikaissairauden seurantakäynti, äkillinen sairastuminen tai tapaturma, hitaasti kehittynyt vaiva ja jokin muu syy. Hieman erilaiseen tulokseen päätyi Jaatinen ja työryhmä (2002 a). Heidän tutkimuksensa tulosten mukaan asiakkaiden asiointisyistä yleisimmät olivat laboratoriotutkimuksiin, kohonneen verenpaineen hoitoon ja seurantaan ja reseptiasioihin liittyvät kysymykset. Verenpaineen lisäksi diagnoosiperusteisia vastaanottokäyntien syitä olivat tuki- ja liikuntaelinvaivat, hengitystieinfektiot, virtsatieinfektiot ja diabetes.

Vastanneista asiakkaista lähes joka toinen oli käyttänyt terveyskeskuksen palveluja 2 - 4 kertaa viimeisen vuoden aikana. Yli puolet asiakkaista varasi vastaanottoajan puhelimitse ja hieman vajaa neljäsosa käymällä paikan päällä. TT-terveyskeskusten asiakkailta vastaanottoajan varaaminen paikan päällä oli hieman tavallisempaa kuin TPT-terveyskeskusten asiakkailta. TT-terveyskeskusten asiakkaille seuraava vastaanottoaika varattiin edellisen käynnin yhteydessä. Tutkimuspäivänä vastaanotoille pääsi sovittuna aikana lähes joka toinen asiakas. Lääkäreiden ja hoitajien vastaanotoille pääsy oli asiakkaista hieman alle neljäsosan mukaan helpottunut tutkimusta edeltäneen vuoden aikana ja puolet asiakkaista koki tilanteen pysyneen ennallaan.

TT-terveyskeskuksissa oli *keskitetty* ja TPT-terveyskeskuksissa *hajautettu* ajanvaraus. Ajanvarausasioissa TPT-terveyskeskusten asiakkaat ottivat suoraan yhteyden omaan hoitajaan, kun puolestaan TT-terveyskeskusten asiakkaista neljäsosa toimi näin. TPT-terveyskeskusten asiakkaat pääsivät *kiireettömissä asioissa* lääkäreiden vastaanotoille kolmen päivän kuluessa paremmin kuin TT-terveyskeskuksissa. Viisaisen ja työryhmän (2002) tulos poikkeaa tästä. Heidän tutkimuksensa tulosten mukaan kolmen päivän sisällä pääsi kaikille terveyskeskuslääkäreille vain seitsemässä prosentissa tutkimukseen vastanneista terveyskeskuksista. Tämän tutkimuksen tulosten mukaan terveyskeskusten

asiakkaat olivat tyytyväisiä vastaanottoaikojen saatavuuteen ja odotusaikaan. Tuloksissa tulee ottaa huomioon, että kaikki tutkimukseen osallistuneet terveyskeskukset olivat uudistaneet ja kehittäneet vastaanottoimintojaan vastatakseen näin paremmin hoidon saatavuuteen. Honkonen (2006) päätyi tutkimuksessaan samansuuntaisiin tuloksiin.

Lähes kaikki TT- ja TPT-terveyskeskusten asiakkaista kokivat, että lääkärin, hoitajan ja potilaan kiinteä yhteistyö edesauttaa potilaan hoitoon sitoutumista. Tulokset ovat samansuuntaisia kuin Bowerin ja työryhmän (2003 a) tulokset. Ledlowin (1999) mukaan tiimityö yhdistetään parempaan hoitoon ja henkilöstön ammatilliseen kokemukseen. Tämän tutkimuksen tulosten mukaan suurimmalle osalle asiakkaista oli terveyskeskuksissa nimetty *omalääkäri* tai he asioivat yleensä saman lääkärin luona. Nimetty *omahoitaja* oli hieman yli kolmella neljäsosalla TPT-terveyskeskusten asiakkaista ja TT-terveyskeskusten asiakkaista hieman vajaalla puolella.

Reseptien uusimisjärjestelyt poikkesivat hieman TT- ja TPT-terveyskeskuksissa. TPT-terveyskeskuksissa reseptiasioita hoidettiin hajautetusti eli omat lääkärit uusivat potilaidensa reseptit. Lahnajärven (2006) tutkimuksen tulosten mukaan suurimman osan resepteistä terveyskeskuksissa uusi potilaan hoitava lääkäri. TT-terveyskeskuksissa oli järjestetty keskitetty reseptinuusinta tietyille lääkäreille.

Hoitajan toimintaan vastaanotoilla TPT-terveyskeskuksissa kuului, että väestö otti ajanvarausasioissa suoraan yhteyden omaan hoitajaan ja hoitajille oli erilliset puhelintunnit. Pääsääntöisesti omahoitaja antoi kaikki alueensa väestön tarvitsemat vastaanottoajat. Puolestaan TT-terveyskeskuksissa ns. tavalliset ajanvarausasiat oli pääasiallisesti keskitetty yhteen ajanvarauspisteeseen. TPT-terveyskeskuksissa hoitajien vastaanotot toimivat ajanvarauksella, kun taas TT-terveyskeskuksissa hoitajilla oli avosairaanhoidon vastaanottoja ilman ajanvarausta.

Kyselyyn vastanneet asiakkaat kokivat saaneensa omalta hoitajaltaan asiantuntevaa palvelua ja että he sairastuttuaan olivat voineet jäädä seuraamaan vointiaan hoitajan puhelimesta antamien ohjeiden mukaan. Tulos oli samansuuntainen kuten Horrocksin (2002), Kinnersleyn (2000), Sealen (2006) ja Shumin (2000) työryhmien sekä Supperin (2006) tulokset. Tähän tutkimukseen osallistuneet asiakkaat pitivät terveyskeskusten toimintaa luotettavana ja henkilökuntaa ammattitaitoisena. Heidän mielestään tutkimukset

ja hoitotoimet tehtiin vastaanotoilla huolellisesti. Näin todettiin myös Honkosen (2006) ja Supperin (2006) tutkimuksien tuloksissa. Lisäksi asiakkaiden mukaan vastaanottoajat olivat heidän mielestään sopivan pituisia ja hoidettaviin asioihin paneuduttiin huolellisesti, neuvonta oli ammattitaitoista, yksilöllistä ja riittävää. Jatkohoidosta sopimista asiakkaat pitivät selkeänä.

Lääkäreiden työn tukemisessa TPT-terveyskeskuksissa mahdollistui paremmin lääkäreiden vastaanotoille tulevien potilaiden ja asiakkaiden etukäteisvalmistelut omahoitajien vastaanotoilla kuin TT-terveyskeskuksissa. Kirjaamiskäytännössä ei ollut eroja terveyskeskusten välillä. Lääkärin etävastaanotto toiminta toteutui tässä tutkimuksessa yhdellä terveysasemalla. Jaatisen ja työryhmän (2002 b) tutkimuksen tulosten mukaan lääkärit pystyivät hoitamaan etäasioinnin keinoin 80 % niistä asioista, joihin tarvitaan lääkärin apua, yhteistyössä hoitajien kanssa. *Hoidon jatkoseurantaan* kuuluu tämän tutkimuksen mukaan se, että erikoissairaanhoidon palautteet tulevat suoraan omille lääkäreille ja hoitajille ja seurantakäynnit lääkäreille sovitaan edellisen käynnin yhteydessä.

Tässä tutkimuksessa hoitajien ja lääkäreiden keskinäiset konsultaatiot toteutuivat joka toisen lääkärin ja hoitajan mukaan terveyskeskuksissa aina tarvittaessa. Hoitajien ja lääkäreiden väliset puhelinkonsultaatiot olivat usein käytössä terveyskeskuksissa lääkäreistä kahden viidesosan ja hoitajista kolmasosan mukaan. *Henkilöstöryhmien työn tukimuodoista* voidaan todeta, että hallinnon edustajista puolet käytti työssään hyväksi ammattikirjallisuutta ja tieteellisiä artikkeleita sekä näyttöön perustuvia suosituksia, Käypä hoito -suosituksia ja Terveysporttia. Puolet lääkäreistä käytti työssään usein hyväksi kollegan konsultaatiota ja puolet hoitajista käytti usein työssään tietolähteenään terveysporttia. *Paikallisiin olosuhteisiin sovelletut hoitosuosituks* olivat paremmin käytössä TT- kuin TPT-terveyskeskuksissa. Terveysterveystutkimuksen tulosten mukaan valtakunnalliset Käypä hoito -suositukset olivat käytössä kahdella kolmasosalla terveyskeskuksista. myös Gabbayn ja Andreen (2004), Jauhiaisen (2004) ja Jousimaan (2002) tutkimusten tulosten mukaan terveydenhuollon ammattiryhmät käyttivät tutkittua tietoa ja lähteitä hyväksi työn tukena ja päätöksenteossa.

Tämän tutkimuksen tulosten mukaan joka toisessa terveyskeskuksessa lääkäreiden ja lähes kaikissa terveyskeskuksissa hoitajien työssään tarvittavaa *osaamista arvioitiin* esimiesten

kanssa kehityskeskusteluissa. Terveyskeskuksien lähiesimiesten tehtäviin kuului koulutussuunnitelman laadinta henkilöstölle. Hallinnon edustajista vajaan kolmasosan mukaan vastaanoton lääkäreille ja joka toisen mukaan hoitajille oli laadittu koulutussuunnitelma jatko- ja täydennyskoulutukselle. Hoitohenkilöstön työssä tarvittavan osaamisen ylläpitäminen terveyskeskuksissa varmistettiin säännöllisen toimipaikka- ja ulkopuolisen koulutuksen sekä esimiehen vetämien kehityskeskustelujen avulla. Tässä tutkimuksessa hallinnon edustajat, lääkärit ja hoitajat arvioivat perusterveydenhuollon vastaanotto toiminnan henkilöstön lisäkoulutustarpeita. Aihealueita olivat pitkäaikaissairaudet (ts. kansansairaudet), näistä erityisesti sydän- ja verisuonisairaudet, tuki- ja liikuntaelinsairaudet ja astma sekä mielenterveyden sairaudet. Lisäksi kaivattiin tiimi-, asiakaspalvelu- ja puhelinneuvontakoulutusta sekä koulutusta vuorovaikutustaidoista.

Lähiesimiesten tehtäviin terveyskeskuksissa kuului tämän tutkimuksen tulosten mukaan uusien työntekijöiden *perehdyttämissuunnitelman* laadinta ja sen toteutumisen seuranta. Joka toiselle TT-terveyskeskuksen lääkärille ja hoitajalle ja vajaan kolmasosalle TPT-terveyskeskusten lääkäreistä ja kolmasosalle hoitajista oli laadittu oma perehdyttämisohjelma. Perehdytys ei siis ole riittävää terveyskeskuksissa. Sitä tulisi lisätä, koska hyvällä perehdytyksellä voidaan Gouldin ja työryhmän (2000) mukaan vaikuttaa paljon työtyytyväisyyteen.

Joka toisessa TPT-terveyskeskuksessa hoitajille ja lääkäreille oli järjestetty yhteistä työnohjausta. Se sijaan TT-terveyskeskuksissa ei järjestetty vastaanottojen lääkäreille ja hoitajille yhteistä *työnohjausta*. Samansuuntaisia tuloksia saivat Jaatinen ja työryhmä (2007), joiden mukaan työnohjausta olisi halunnut muttei saanut hieman vajaa 20 % lääkäreistä. Näiden tutkijoiden päätelminä todettiin, että olisi tärkeää kehityskeskustelujen avulla selvittää lääkäreiden työtä. Hyrkäksen (2002) mukaan henkilökunnan keskuuteen työnohjauksen myötä kehittyi yhteinen ja jaettu toimintaa ohjaava tieto.

Tässä tutkimuksessa vastaanotto toiminnan edelleen kehittämisessä sekä ammattilaiset että asiakkaat toivat tärkeimpänä esille toiminnan suunnittelun ja arvioinnin tehostamisen sekä henkilöstöresurssien lisäämisen. Asiakkaiden mukaan vastaanotoilla tulisi olla henkilöstöresursseja lisää, jotta vastaanotot toimisivat hyvin. Sama tulos oli Supperin (2006) tutkimuksessa, jonka tulosten mukaan asiakkaiden mielestä terveyskeskusten

toimintaa voitaisiin kehittää lisäämällä henkilökuntaa, lähinnä osaavia hoitajia ja lääkäreitä. Tutkimukseen osallistuneiden asiakkaiden mukaan kehittämistyössä tulisi säilyttää hyväksi todetut toimintamallit. Erityisesti huomiota tulisi kiinnittää palvelujen saatavuuteen ajanvarauksen toimivuutta parantamalla, tiedottamista lisäämällä, mahdollistamalla sähköinen yhteydenotto ja vastaanottoaikoja lisäämällä ja pidentämällä niiden kestoja. Henkilöstön mukaan myös työnjaon selkiyttäminen, puhelinneuvonnan ja päivystystoiminnan tehostaminen ovat keskeisiä kehittämisalueita.

6.1.2 Lääkäreiden ja hoitajien työnjaon toteutuminen vastaanotto toiminnassa

Hallinnon edustajien ja hoitajien näkemykset *työnjaon käsitteeseen liittyvästä määritelmästä "hoitajille siirretään tehtäviä lääkäreiltä"* eivät olleet aivan yhtenevät. Hallinnon edustajien mukaan se, että työn jakamisessa hoitajille siirretään tehtäviä lääkäreiltä, liittyy siihen, että pitkäaikaissairauksien seuranta ja hoito on järkevää jakaa asiantuntijuuden mukaan vastuuhoitajille, ja hoitajilla puolestaan siihen, että he pystyvät tekemään osan lääkäreiden töistä, kun tehtävien ja vastuunjaosta on sovittu selkeästi.

TT- ja TPT-terveyskeskusten hallinnon edustajien näkemykset hoitajien ja lääkäreiden työnjaon toteutumisesta vastaanotto toiminnassa olivat yhtenevät. TT- ja TPT-terveyskeskusten lääkäreiden mielipiteet jakautuivat työnjaon toteutumisesta siten, että TT-terveyskeskusten lääkäreistä suurin osa ja TPT-terveyskeskusten lääkäreistä yli puolet koki, että hoitajien ensiarvion jälkeen lääkärin vastaanotolle valikoituvat vain ne potilaat, joita muut työntekijät eivät kykene hoitamaan. Edelleen TT-terveyskeskusten lääkäreistä lähes kolme neljäsosaa ja lähes kaikki TPT-terveyskeskusten lääkärit olivat sitä mieltä, että lääkärit pystyvät hoitamaan paljon asioita myös etäkonsultoinnilla yhteistyössä hoitajien kanssa.

Hoitajat olivat kokonaisuudessaan hyvin samaa mieltä hallinnon edustajien ja lääkäreiden kanssa hoitajien ja lääkäreiden työnjaon toteutumisesta ja sen vaikutuksista käytännön työhön. Terveyskeskusten hoitajien näkemyserot tulivat esille siten, että lähes kaikkien TT-terveyskeskusten hoitajien ja hieman yli puolen TPT-terveyskeskusten hoitajien mukaan pitkäaikaissairauksien seuranta on järkevää jakaa eri vastuuhoitajille.

Työnjaon vaikutukset vastaanottoimintaan hallinnon edustajien, lääkäreiden ja hoitajien mukaan tulevat esille potilaiden parempaan hoitoon sitoutumisena ja asiakaslähtöisen terveydenedistämistyön toteutumisenä sekä väestön hoitoon pääsyn joustavuutena. Samansuuntaisia tuloksia saivat myös Haarala (2005) ja Peltonen (2000). Omaa vastaanottoa pitävän hoitajan toiminnassa mahdollistuu asiakkaan tai potilaan tehokas neuvonta. Lisäksi tämän tutkimuksen tulosten mukaan hoitajat voivat vastata helppohoitoisia infektioita sairastavien potilaiden hoidon tarpeen arvioinnista ja hoidon ohjauksesta, kun tehtävien- ja vastuunjaosta on sovittu selkeästi. Samansuuntaisia tuloksia löytyi myös Klaukan ja (2000) ja Vallimies-Patomäki (2003) työryhmien tuloksista.

Tässä tutkimuksessa hallinnon edustajien, lääkäreiden ja hoitajien näkemys oli, että sovittu työnjako selkeyttää hoitajien ja lääkäreiden työajankäyttöä ja työnjaon muutoksilla voidaan säästää vastaanottoiminnan kustannuksia, kuten todetaan myös Lindbergin ja työryhmän (2002) tutkimuksen tuloksissa. Lisäksi hallinnon edustajien, lääkäreiden ja hoitajien mukaan lääkäreiden vastaanottojen saatavuus parani hoitajavastaanottojen myötä.

Hallinnon edustajien, lääkäreiden ja hoitajien mukaan työnjaon edelleen kehittämisessä tulisi keskittyä työnjaon selkiyttämiseen. Hallinnon edustajien mukaan keskeistä työnjaon kehittämisessä ovat suunnitelmalliset yhtenäiset vastaanottojen toimintatavat, -mallit ja toiminnot, jotka ohjaavat lääkäreiden ja hoitajien työtä. Hoitajien mukaan tulee kehittää yhteisiä hoitokäytäntöjä ja uudistaa työnjaon toimintamalleja. Tähän tarvitaan hoitajien mukaan riittävä henkilöstö ja sen tulee sitoutua sovittuihin asioihin.

Tässä tutkimuksessa lääkäreiden vastausten mukaan hoitajien ja lääkäreiden työnjakoa voidaan vastaanottoiminnassa kehittää tekemällä suunnitelmia ja sopimuksia heidän töiden jaostaan siten, että lääkärin työparina on hoitaja. Työnjakoa voidaan lääkäreiden mukaan lisäksi kehittää lääkäri-hoitaja -työparien kesken töitä jakaen. Rendersin ja työryhmän (2000) mukaan pitkäaikaissairauksien (esimerkkinä diabetes) hoito edellytti moniammatillista yhteistyötä ja hoitajilla oli tärkeä rooli potilaskeskeisissä interventioissa, potilasohjauksessa ja hoitoon sitoutumisessa.

Lääkäreiden ja hoitajien mukaan työnjaon edelleen kehittämisen mahdollistaisi yhteisen ajan lisääminen säännöllisiä kokouksia pitämällä. Tämä tulos on samansuuntainen kuin

kuten Leesen (2006), jonka mukaan hoitajille voidaan siirtää joitain lääkäreiden tehtäviä, mutta tällöin lääkäreiden ja hoitajien välistä konsultaatioaikaa tulee lisätä.

6.1.3 Hoitajien tehtäväalue vastaanottoinnassa

Tässä tutkimuksessa vertailtiin hoitajien tehtäväalueita tutkimukseen osallistuneissa TPT- ja TT-terveyskeskuksissa. TPT-terveyskeskuksissa hoitajat toteuttivat puhelimesta hoidon tarpeen arvioinnit. Heillä oli erilliset ajat puhelinneuvonnalle. Asiakkaat ottivat suoraan yhteyden omaan hoitajaan ajanvarausasioissa. TT-terveyskeskuksissa hoidon tarpeen arviointi toteutui puhelinneuvonnassa ajanvarauspisteessä. TPT-terveyskeskusten lääkäreistä suurimman osan ja TT-terveyskeskusten lääkäreistä joka toisen mukaan hoitajat arvioivat hyvin potilaiden tarpeiden mukaiset vastaanottoaikojen pituudet. Tutkimukseen osallistuneissa terveyskeskuksissa puhelinneuvontaa antoivat myös muut ammattiryhmät kuin terveyden- ja sairaanhoitajat. Kaikissa terveyskeskuksissa hoitajien puhelinkontaktit ja niissä annetut seurantaohjeet kirjattiin sähköiseen potilaskertomukseen.

TT -terveyskeskuksissa hoitajilla oli avosairaanhoidon vastaanottoja ilman ajanvarausta. TPT-terveyskeskuksissa hoitajien vastaanotot toimivat ajanvarauksella. Lähes kaikki TPT -terveyskeskusten hoitajat valmistelivat vastaanotoillaan potilaiden lääkäreiden vastaanottokäynnit etukäteen lähettämällä heidät laboratorionkokeisiin. Tutkimukseen osallistuneista terveyskeskuksista vastaanottojen hoitajille kuului pitkäaikaissairauksia sairastavien potilaiden hoidon ohjaus ja seuranta sekä tavallisia infektiosairauksia sairastavien potilaiden hoidon tarpeen arviointi ja hoidon ohjaus. Asiakkaiden mukaan terveyskeskusten hoitajien tehtäväalue oli laajentunut. Lähes kaikkien asiakkaiden mukaan osa heidän lääkärille osoittamista asioista voitiin hoitaa hoitajan välityksellä. Näin todetaan hoitajien uudistuneiden tehtäväalueiden vaikutuksista myös Reveleyn (1998), Shumin ja (2000) ja Vallimies-Patomäen (2003) työryhmien tuloksissa.

Tutkimukseen osallistuneiden hoitajien näkemyksissä tuli esille lievä näkemysero diabeteksen ennaltaehkäisyyn ja neuvonnan sekä ohjauksen kuulumisesta vastaanotoilla työskentelevien hoitajien tehtäväalueeseen. TT-terveyskeskusten hoitajille kuului selkeämmin nämä tehtäväalueet kuin TPT-terveyskeskusten hoitajille. Reuma- ja diabetespotilaiden hoidon ohjauksen ja neuvonnan kuulumisesta vastaanottojen hoitajien

tehtäväalueisiin hoitajien näkemykset erosivat siten, että reumapotilaiden hoidon ohjaus ja neuvonta kuului kaikkien TPT-terveyskeskusten hoitajille ja vajaalle kolme neljäsosalle TT-terveyskeskusten hoitajista. TT- ja TPT-terveyskeskusten lääkäreiden näkemyksissä oli eroja reuma-, sydämenvajaatoiminta-, keuhkohtaumatauti-, masennus- ja dementiapotilaiden hoidon seurantojen kuulumisesta hoitajien tehtäväalueisiin. Lähes kaikkien TPT-terveyskeskusten lääkäreiden mukaan heidän terveyskeskuksiensa vastaanottojen hoitajille kuuluivat nämä tehtäväalueet. Pitkäaikaissairauksia sairastavien potilaiden seurantojen ja ohjausten kuulumisesta vastaanotoilla toimivien hoitajien tehtäväalueisiin on tuloksia muun muassa Atkinin (1994), Leiwon (2002) ja Lindbergin (2002) työryhmien tuloksissa.

Korvatulehdusten hoidon tarpeen arviointi kuului hoitajien tehtäväalueeseen joka toisen TT- ja TPT-terveyskeskuksen lääkärin mukaan heidän terveyskeskuksissaan. Poskiontelotulehduspotilaiden hoidon tarpeen arvioinnissa tilanne oli samanlainen. Lääkäreiden vastauksissa terveyskeskusten vastaanotoilla toimivien hoitajien itsenäisissä infektioiden arviointiin liittyvien tutkimusten toteuttamisessa tuli esille TT- ja TPT-terveyskeskusten välillä näkemuseroja korva- ja poskiontelotulehduksia arvioivien tutkimusten toteuttamisessa. TT-terveyskeskusten lääkäreistä 19 %:n ja TPT-terveyskeskusten lääkäreistä 4 % mukaan vastaanotoilla työskentelevät hoitajat toteuttivat itsenäisesti korvatulehdusten arviointiin liittyviä tutkimuksia. Poskiontelotulehduksia arvioivien tutkimusten toteuttamisessa tulos oli samanlainen. Klaukan ja työryhmän (2000) tulokset poikkeavat näistä siten, että heidän tulostensa mukaan hoitajat toteuttivat hyvin paljon paikallisesti terveyskeskuksissa sovittuja tutkimuksia infektiosairauksien selvittelyissä.

Hoitajien mukaan terveyskeskusten vastaanotoilla toimivien hoitajien itsenäisessä infektiosairauksien arviointiin liittyvien tutkimusten toteuttamisessa tuli esille TT- ja TPT-terveyskeskuksissa tilastollisesti merkitseviä eroja. TT-terveyskeskusten vastaanotoilla työskentelevistä hoitajista lähes kaikki toteuttivat itsenäisesti potilaiden komplisoitumattoman virtsatieinfektion arviointiin liittyviä tutkimuksia, vähän yli puolet heistä toteutti itsenäisesti myös korvatulehdusten ja vajaa puolet poskiontelotulehdusten arviointiin liittyviä tutkimuksia. TPT-terveyskeskusten hoitajien mukaan komplisoitumattoman virtsatieinfektion arviointiin liittyviä tutkimuksia itsenäisesti

hoitajista toteutti kolme neljäsosaa, korvatulehdusten tutkimuksia kolme prosenttia ja poskiontelotulehdusten tutkimuksia kymmenen prosenttia.

Kaikkien tutkimukseen osallistuvien hallinnon edustajien ja lähes kaikkien lääkäreiden ja hoitajien mukaan heidän terveyskeskustensa vastaanotoilla työskentelevien hoitajien tehtäviin kuului lyhyiden, korkeintaan viiden päivän pituisten sairaslomien kirjoittaminen.

Tutkimukseen osallistuneiden hallinnon edustajien mukaan vastaanotoilla työskentelevien hoitajien itsenäisen työn etuja ovat suunnitelmallinen asiakastyö, vastaanottotoiminnan uudistuminen ja vastaanottotoiminnassa työskentelevien hoitajien työn sisällön muuttuminen. Lääkäreiden mukaan vastaanotoilla työskentelevien hoitajien itsenäisen työn etuja ovat potilaiden hoidon saatavuuden parantuminen, hoitajien ammattitaidon hyödyntäminen ja heidän oman työnsä muuttuminen. Hoitajien mukaan heidän itsenäisen työnsä edut vastaanottotoiminnassa ovat tulleet esille siten, että potilaiden hoidon saatavuus ja hoidon laatu ovat parantuneet ja lääkäreiden vastaanottotyö on muuttunut.

Hallinnon edustajien mukaan vastaanotoilla toimivien hoitajien itsenäisen työskentelyn epäkohta on rekrytoinnin vaativuuden lisääntyminen. Laaja-alainen työ vaatii hoitajilta laaja-alaiset tiedot ja taidot. Lääkäreiden mukaan vastaanotoilla toimivien hoitajien itsenäisen työskentelyn epäkohtina on tullut esille, ettei vastaanotoilla ole ollut selkeitä käytännön työtä tukevia ohjeita hoitajien ja lääkäreiden työnjaosta ja se, että osalla hoitajista on ollut puutteita ammatillisessa osaamisessa. Kuitenkin joka toisen hallinnon edustajan, TT-terveyskeskuksen lääkärin ja hoitajan sekä TPT-terveyskeskusten lääkäreistä hieman yli kolmasosan ja hoitajista vajaan puolen mukaan heidän terveyskeskuksissaan oli käytössä kirjallisia ohjeita ja määräyksiä tehtävien delegoinnista ja vastuukysymyksistä. Asia on todettu myös aikaisemmissa tutkimuksissa, muun muassa Peltonen 2000, Vallimies-Patomäki ym. 2003, Haarala 2005 ja Hukkanen ym. 2005.

Hoitajien mukaan heidän itsenäisessä työskentelyssään vastaanottotoiminnassa esille tulleita epäkohtia ovat olleet vastuun ja työnjaon sekä osaamisen vaatimusten lisääntyminen tehtäväalueiden muuttuessa.

Tutkimukseen osallistuneiden hallinnon edustajien ja hoitajien mukaan hoitotyössä toimivien lähiesimiesten tulee varmistaa laajennettua tehtäväkuvaa toteuttavien

henkilöiden osaaminen ja selvittää uudenlaiseen toimintatapaan tarvittava lisäkoulutus sekä varmistaa työvuorosuunnittelulla, että työvuoroissa on uudenlaiseen toimintatapaan liittyvien tehtävien hoidon hallitsevia henkilöitä. Terveyskeskuksissa hoitajien työssä tarvittavan osaamisen arvioinnissa vertaisarvioinnit ja käytännön näyttöjen antaminen toteutuivat heikosti. Hoitajista lähes kolmen neljäsosan mukaan heidän terveystieteissään oli käytössä työn vaativuuden arviointi ja vajaassa viidesosassa terveystieteistä hoitajien osaaminen varmistettiin kirjallisella kokeella ja näytöllä. Itsenäistä vastaanottotyötä tekeville sairaan- ja terveydenhoitajille oli järjestetty lisäkoulutusta lähes kaikissa terveystieteissä.

Hallinnon edustajat ja lääkärit arvioivat hoitajien osaamisen syventämisen ja laajentamisen merkittäväksi keinoksi hoitajien itsenäisen työn kehittämisessä. Hoitajat arvioivat koulutuksen lisäämisen tarpeelliseksi, kuten on todettu muun muassa Atkin (1994) ja Hojatin (2001) työryhmien (1994) ja Haaralan (2005), Peltosen (2000) sekä Vallimies-Patomäen ja työryhmän (2003) tulosten mukaan. Tutkimukseen osallistuneiden henkilöstöryhmien näkemykset itsenäisessä vastaanottotyössä toimivien hoitajien koulutustarpeista olivat hyvin yhtenevät. Hallinnon edustajien ja hoitajien mukaan hoitajien perustutkintoon johtavaan koulutukseen tulisi lisätä koulutusta itsenäisestä vastaanottotyöstä, puhelinneuvonnasta ja pitkäaikaissairauksia sairastavien potilaiden hoidosta, seurannasta ja ennalta ehkäisystä. Lisäksi itsenäistä vastaanottotyötä tekevät hoitajat tarvitsevat jatkokoulutusta.

6.2 Tutkimuksen luotettavuus

Tutkimuksen luotettavuuden arviointiin liittyvät objektiivisuuden ja subjektiivisuuden kysymykset. Tutkimuksella saatava tieto hankitaan objektiivisesti ja puolueettomasti. Tutkittaessa pyritään välttämään subjektiivisia kannanottoja, mutta tuloksiin vaikuttavat myös tutkijan omat käsitykset luotettavasta tiedosta ja totuudesta. (Metsämuuronen 2003). Tässä tutkimuksessa tutkija on pyrkinyt objektiivisuuteen ja puolueettomuuteen. Kuitenkin hänen yli 20 vuoden työkokemuksensa perusterveydenhuollosta on muokannut ajattelua ja vaikuttanut tutkimuksen toteutuksessa tehtyihin valintoihin. Tutkimuksen tavoitteena on esittää objektiivisesti tutkimuskysymyksiin vastaukset siten, että ne ovat sopusoinnussa realismin ja epistemologian kanssa. Pyrkimystä objektiivisuuteen voidaan myös kritisoida. Objektiivisuuteen liittyy aina subjektiivisuuttakin, kuten tutkijan rooliin

liittyen edellä on kuvattu. Tässä tutkimuksessa tutkija oli tutkimuksen toteutuessa toiminnan ulkopuolella selkeästi tutkijan roolissa. Lisäksi tutkimukseen osallistuneiden vastaajien arvioiteihin vaikuttavat monet taustatekijät ja aikaisemmat kokemukset.

Lähtökohtana tutkimuksessa oli moniulotteinen tutkimusilmiö, perusterveydenhuollon vastaanottotoiminta. Tässä tutkimuksessa lääkäreiden ja hoitajien keskinäisen työnjaon, työpari- ja tiimityön, vaikutusta vastaanottojen toimivuuteen tutkittiin vertaillen näitä keskenään. Eroja tutkimalla selvitettiin aineiston systemaattinen rakenne, joka synnytti erot tapausten välille. Vertailu itsessään ei pakota tekemään metodisia valintoja. Vertailevassa tutkimuksessa pyritään vertailun avulla ymmärtämään ja selittämään yhtäläisyyksiä ja eroja. Perusterveydenhuollon vastaanottotoiminnan järjestelyjen määrittäminen ja työnjaon käsitteen määrittely edustivat tutkimuksessa kuvailua. Määrällistä aineistoa vertailtiin jakaen organisaatiot vastaanottojen toimintamallien mukaisesti TT- ja TPT-terveyskeskuksiin. Tutkimuksen tulosten kuvailun ja vertailun pohjalta muodostettiin ehdotus perusterveydenhuollon vastaanottotoiminnan malliksi.

Tutkimuksessa yhdistettiin kvantitatiivinen ja kvalitatiivinen tutkimusmetodi. Tällä pyrittiin vahvistamaan tutkimuksen tuloksia ja varmistamaan sen luotettavuutta (Carr 1994, Alasuutari 2001). Tutkimusmetodien yhdistäminen edellyttää tutkijalta tietoa ja taitoa soveltaa riittävän hyvin erilaisia tutkimusmetodeja (Latvala & Vanhanen-Nuutinen 2001). Kvalitatiivisissa analyysissä edellytetään tutkijalta systemaattisuuden ohella luovuutta ja kvantitatiivisissa analyysissä edellytetään tutkijalta sopivan analyysimenetelmän valintaa ja sen soveltamista oikein (Uusitalo 2001). Tässä tutkimuksessa pyrittiin varmistamaan molempien tutkimusmetodien vaatima osaaminen ja käytön oikeellisuus perehtymällä niihin hyvin ja soveltamalla niitä käytettyjen lähteiden mukaisesti. Lisäksi tutkimusprosessi ja analyysistä saadut tulokset raportoitiin tarkasti.

Kvantitatiivisen tutkimuksen luotettavuutta tarkastellaan toisaalta mittaamisen ja aineiston keruun, toisaalta tulosten luotettavuutena. Kvantitatiivisen tutkimuksen luotettavuuden arvioinnin alueita ovat tutkimuksen validiteetti ja reliabiliteetti, joita arvioidaan mittarin ja mittaamisen luotettavuutena. (Paunonen & Vehviläinen-Julkunen 1997.)

Tutkimuksen validiteetti voi olla sisäistä ja ulkoista. *Sisäiseen validiteettiin* kuuluva teoreettinen validiteetti eli käsitevaliditeetti tarkoittaa sitä, että ongelmaa mittaamaan on

valittu oikea teoreettinen käsite. Sisällön validiteetin arvioinnissa tarkastellaan, ovatko mittarissa käytetyt käsitteet teorian mukaiset ja oikein operationalisoidut ja kattavatko käsitteet riittävän laajasti kyseisen tutkittavan ilmiön. (Paunonen & Vehviläinen-Julkunen 1997, Metsämuuronen 2003.) Sisällön validiteetti merkitsee sitä, että tälle käsitteelle on kyetty antamaan kattava operationaalinen määritelmä, ja rakennevaliditeetti sitä, että mittarilla mitataan käsitteellistä ilmiötä kokonaisuudessaan. (Polit & Hungler 1996.) Mittarin validiteetti tarkoittaa, että mittari mittaa todella sitä, mitä sen tuli mitata. Tässä tutkimuksessa mittarit laadittiin asiantuntijoiden ohjauksessa. Muutoksia mittareihin tehtiin heidän arviointinsa perusteella. Esitutkimuksella on huomattava rooli validiteetin arvioinnissa. Henkilöstökyselyjen mittarit esitettiin. Muutospalautteita tuli hyvin vähän, mutta niiden avulla mittareihin tehtiin selvennyksiä ja lisäyksiä. Asiakaskysely oli osittain esitetty aiemmassa käyttötarkoituksessa.

Kvantitatiivisen tutkimuksen luotettavuus on yhteydessä mittauksen ja aineiston luotettavuuteen. Validiteetilla tarkoitetaan mittarin pätevyyttä eli sitä, mittaako se tarkoitettua asiaa. Yleisimmin arvioitavia validiteetin lajeja ovat sisältö-, kriteeri- ja rakennevaliditeetti (Paunonen & Vehviläinen-Julkunen 1997, Polit & Hungler 1996). Tässä tutkimuksessa tarkastelu rajoitettiin sisältö- ja rakennevaliditeettiin. **Mittarin sisältövaliditeetti** liittyi tutkittavana olleiden ilmiöiden, perusterveydenhuollon vastaanottotoiminnan ja lääkäreiden ja hoitajien työnjaon sekä hoitajien itsenäisen tehtävälueen operationalisointiin. Tutkimuksessa ei käytetty valmista mittaria vaan laadittiin neljä erillistä mittaria. Tilastollisten menetelmien avulla voitiin todeta, että laaditut mittarit selvittävät kattavasti tutkittavana ollutta ilmiötä. **Mittarin rakennevaliditeetti** eli mittarin kyky mitata taustalla olevaa teoreettista sisältöä osoittautui onnistuneeksi esikyselyn tulosten perusteella.

Mittarin reliabiliteetti tarkoittaa mittarin johdonmukaisuutta ja viittaa mittauksen toistettavuuteen (Anttila 2006). Tätä arvioidaan mittarin pysyvyytenä, vastaavuutena ja sisäisenä johdonmukaisuutena. (Paunonen & Vehviläinen-Julkunen 1997, Alkula ym. 2002, Metsämuuronen 2003.) Sitä voidaan arvioida käyttäen puolitusmenetelmää, osioanalyseja tai Cronbachin alfa-kerrointa. Tässä tutkimuksessa käytettiin mittarin sisäisen johdonmukaisuuden arvioinnissa Cronbachin alfa-kerrointa (0.90–0.99 korkea reliabiliteetti; 0.80–0.89 hyvä; 0.79–0.70 kohtalainen; 0.69 kyseenalainen reliabiliteetti). Se osoittaa, mikä osuus saaduissa tuloksissa olevasta vaihtelusta edustaa todellisia

yksilöiden välisiä eroja. (Polit & Hungler 2001.) Cronbachin kertoimet olivat mittarin eri osioissa 0.7 – 0.8. Nunnalyn ja Bernsteinin (1994) mukaan alimpana rajana tulisi pitää 0,60. Tulokset tukivat mittarin johdonmukaisuutta. (Nunnaly & Bernstein 1994, Metsämuuronen 2003, Alkula ym. 2003.)

Kyselylomakkeissa työnjaon käsitteen ja hoitajien ja lääkäreiden välisen työnjaon toteutumisen osioissa Cronbachin alfa oli hallinnon edustajilla 0,814, lääkäreillä 0,870 ja hoitajilla 0,814. (Liitetaulukko 6.) Lähiesimiehen roolia vastaanotoilla työskentelevien hoitajien osaamisen varmistamisessa selvittävässä osa-alueessa Cronbachin alfa oli hallinnon edustajilla ja hoitajilla 0,8, hoitajien koulutustarvetta selvittävässä osa-alueessa se oli 0,7 ja henkilöstön työn tuen osa-alueesta se oli hallinnon edustajilla, lääkäreillä ja hoitajilla 0,7. (Liitetaulukko 7.)

Asiakkaiden kyselylomakkeissa ajanvarauksen toteutumisen, vastaanottopalveluiden saatavuuden, ajanvaraus- ja päivystysvastaanotto toiminnan ja puhelinneuvonnan sekä hoitajan työtä kattavan osa-alueen Cronbachin alfa oli 0,7. Asiakaskokemukset vastaanotto toiminnasta sekä lääkäreiden ja hoitajien toiminnasta sekä yhteistyöstä osa-alueiden Cronbachin alfat olivat 0,85 ja 0,9. (Liitetaulukko 6.)

Kvantitatiivisen tutkimuksen luotettavuutta on syytä tarkastella myös suhteessa tuloksiin. Tällöin puhutaan sisäisestä ja ulkoisesta validiteetista. Sisäisesti validi tutkimus on sellainen, jossa tulokset johtuvat vain tutkimuksen asetelmasta, ei sekoittavista tekijöistä. (Paunonen & Vehviläinen-Julkunen, 1997.) Tässä tutkimuksessa aineisto hankittiin kymmenestä organisaatiosta. Kyselyt kohdistuivat neljälle eri ryhmälle. Näiden ryhmien keskinäiset vastausprosentit vaihtelivat 46 ja 80 prosentin välillä. Työkiireet olivat kysyttäessä vastaamattomuuden syynä. Puuttuvia tietoja arvioitiin, eikä kyselylomakkeita tarvinnut tämän takia poistaa kokonaan. Puuttuvia tietoja ei korvattu keskiarvolla vaan koko vastaus hylättiin. Yksittäiset puuttuvat tiedot jätettiin aineistoon. Aineiston koko vaikuttaa tulosten luotettavuuteen. Tilastollisesti merkitsevien erojen tulkitsemisessa on aiheellista olla kriittinen pienillä aineistoilla, jota tässä tutkimuksessa edustivat hallinnon edustajien (n = 31) ja lääkäreiden (n = 47) aineistot. Saatujen tulosten tilastollista merkitsevyyttä tutkijan tuli pohtia aina erikseen näistä aineistoista. Tulokset olivat kuitenkin kokonaisuutta arvioitaessa järkeviä eli sisällöllisesti merkitseviä.

Tutkimuksen *ulkoinen validiteetti* kuvaa tutkimustulosten yleistettävyyttä (Paunonen & Vehviläinen-Julkunen 1997, Anttila 2006). Tässä tutkimuksessa on mukana useampia kooltaan erisuuruisia terveyskeskuksia. Saatua tietoa voidaan näin yleistää muihinkin terveyskeskusorganisaatioihin. Henkilöstö- ja asiakaskyselyjen tulokset voidaan yleistää tutkimusorganisaatioiden perusjoukkoihin. Asiakaskysely toteutettiin yhden tutkimuspäivän satunnaisotantana ja henkilöstökysely kokonaisotantana tietyllä ajanhetkellä organisaatioissa. Tutkimus toteutettiin kyselylomaketutkimuksena. Avoimia kysymyksiä oli mukana täydentämässä saatavaa tietoa. Käytetyllä lähestymistavalla saatiin uutta tieteellisesti tutkittua tietoa moniammattillisesta ja asiakaskeskeisestä näkökulmasta.

Laadullisen tutkimuksen arviointikriteerit poikkeavat määrällisen tutkimuksen validiteetti- ja reliabiliteettikysymyksistä. Tynjälän (1991) mukaan laadullisen tutkimuksen luotettavuus on riippuvainen luotettavasta aineistosta, analyysiprosessista ja tulosten luotettavasta esittämisestä. Laadullisen tutkimuksen yleisessä luotettavuudessa korostetaan tutkimuksen ja sen tulosten uskottavuutta sekä sen osoittamista.

Kvalitatiivisen tutkimusosan kysymyksiä eli avoimia kysymyksiä tarkasteltiin sisällön analyysin avulla. Sisällön analyysin tulosten luotettavuus on yhteydessä aineiston pelkistämiseen ja ala- ja yläkategorioiden muodostamiseen siten, että muodostetut kategoriat vastaavat empiiristä todellisuutta (Kyngäs & Vanhanen 1999, Hsieh & Shannon 2005). Pelkistetyissä ilmaisuissa sekä alakategorioiden muodostamisessa käytettiin aineistosta nousevaa terminologiaa, joten ne olivat yhdistettävissä takaisin aineistoon. Suorien lainauksien tarkoituksena on varmistaa sisällön luotettavuutta. Tutkija itse luokitteli aineistot. Luotettavuutta olisi parantanut ulkopuolisen luokittelijan käyttäminen (Kyngäs & Vanhanen 1999), mutta se ei ollut mahdollista talousresurssien takia.

6.3 Tutkimuksen eettiset näkökohdat

Tutkimuksen eettiset näkökohdat liittyivät tieteellisen tutkimuksen etiikkaan. Sitä voidaan tarkastella tutkittavana ja vertailtavana olevien ilmiöiden ja tutkijan oman etiikan sekä

raportoinnin etiikan (Uusitalo 2001, Alkula ym. 2002) näkökulmasta. Kuulan (2006) mukaan tutkimusetiikan voidaan katsoa koskevan aineiston hankintaan ja tutkittavien suojaan liittyviä kysymyksiä, tieteellisen tiedon soveltamista, käyttöä ja vaikutuksia koskevia kysymyksiä ja tieteen sisäisiä asioita. Tässä tutkimuksessa tutkimuksen aihepiiristä muodostui käsitys lähteisiin tutustumalla. Useat tutkimukset olivat kansainvälisiä. Terveystieteiden organisointi poikkeaa hyvin paljon eri maiden välillä. Tämä vaikeutti tutkimuksissa saatujen tulosten tulkintaa.

Eettinen periaate on, että tutkimuksesta ei saa aiheutua harmia tutkimukseen osallistuneille. Heille tulee antaa riittävästi tietoja, myös tutkimusta koskevat kirjalliset ohjeet. (Bowling, 2003, Kuula 2006.). Lupa-anomuksessa (Liite 5.) kerrottiin tutkimuksen tarkoitus sekä saatujen aineistojen käyttötarkoitus. Kyselylomakkeiden saatekirjeissä kerrottiin vastaajille tutkimuksen aihe, tarkoitus, vastaamisen vapaaehtoisuus sekä vastausten käsittelyn luottamuksellisuus (Patton 2002, Kuula 2006). Kyselylomakkeiden tietoja käsiteltiin luottamuksellisesti. Kyselyn tulosten luottamuksellisuus merkitsi sitä, ettei tuloksia esitetty liian pienissä ja tunnistettavissa ryhmissä (Uusitalo 2001, Alkula ym. 2002). Peruslähtökohdana kvantitatiivisen lomakeaineiston anonymisoinnissa on pidetty aineiston tarkastelua kokonaisuutena (Kuula 2006).

Tutkimuksen toteuttamiselle saatiin terveyskeskusten ohjeiden mukaisesti luvat johtavilta lääkäreiltä tai ylilääkäreiltä tutkimukseen osallistuvista kymmenestä terveyskeskuksesta (Liite 5.). Tutkimusaihe ei ole eettisesti arka. Terveyskeskushallinnon edustajia, hoitajia, lääkäreitä ja asiakaskyselyyn vastanneita ei voi tunnistaa kyselylomakkeita. Lomakkeissa ei kysytty henkilötietoja, eikä tutkimuksessa käytetty sairaskertomustietoja. Tutkimukseen osallistuvia asiakkaita informoitiin kirjallisesti tutkimuksesta. Saatekirjeessä kerrottiin tutkimukseen osallistumisen vapaaehtoisuudesta, anonymiteetin säilymisestä, otoskoosta, työn tarkoituksesta ja siitä saatavasta hyödystä. Kyselyihin vastanneille kerrottiin myös, mistä he voivat tarvittaessa saada lisätietoa. Vastaavanlainen saatekirje oli myös hallinnon edustajien, lääkäreiden ja hoitajien saatekirjeessä. Kyselylomakkeet ovat olleet koko ajan tutkijan omassa käytössä. Aineiston analyysin aikana tutkittavien anonymiteetti säilyi, kuten tutkimuksen muissakin vaiheissa. Kyselylomakkeet koodattiin ainoastaan tutkijaa varten. Tiedonantajien näkökulma säilytettiin koko ajan tutkittavaan ilmiöön nähden.

Tässä tutkimuksessa tutkija tunsi hyvin tutkittavan kohteen käytännön kokemuksensa kautta, miltä pohjalta tulee tarkastella tutkijan omaa ammattietiikkaa. Stenvallin ja Harisalon (2000) mukaan tutkijan tulee toteuttaa tutkimuksessaan puolueetonta ja riippumatonta arviointia ja tutkijalla on vastuu tuloksista. Tutkimuksen puolueettomuutta parannettiin sillä, että tutkija oli tutkimuksen toteuttamisen aikaan ja aineistoja analysoidessa sekä raporttia kirjoitettaessa virkavapaalla yhdestä tutkimukseen osallistuneista organisaatioista. Perusterveydenhuollon tuntemuksen todettiin palvelevan tutkimusta.

Tässä tutkimuksessa on toteutunut monitieteinen yhteistyö. Se ei toteudu ilman avoimuutta uusille ajatuksille ja näkemystä eri tieteenalojen toisiaan rikastuttavasta vaikutuksesta. Monitieteisyyteen voi Vähäkankaan (2008) mukaan suhtautua monella tavalla. Vaikka toisen tieteenalan näkökannat laajentavat näkökulmaa, monitieteisessä lähestymistavassa jokainen tieteenala puhuu omaa kieltään. Lopulta pitää päästä synteisiin tutkimusongelmien ratkaisussa. Terveystieteisiin liittyvät tutkimusongelmat vaativat laajaa näkemystä. Syvälinen monitieteinen yhteistyö ja sen mukanaan tuoma ymmärryksen laajeneminen johtavat uudenlaiseen ajatteluun ja uusiin lähestymistapoihin. Monitieteisen yhteistyön etiikka on alue, jossa yhtä totuutta on mahdoton löytää. Tällöin hyvän tieteellisen käytännön mukaiset periaatteet toimivat. Näitä ovat rehellisyys, huolellisuus ja tarkkuus sekä oman tieteenalan menetelmien ja lähestymistapojen hallinta. Lisäksi monitieteisessä yhteistyössä tulee erityisesti arvostaa muiden tieteenalojen työtä.

6.4 Tutkimuksen merkitys ja jatkotutkimushaasteet

Tämä tutkimus tuotti tietoa perusterveydenhuollon vastaanottojen toiminnasta ja lääkäreiden ja hoitajien työnjaosta sekä hoitajien itsenäisestä tehtäväalueesta käytännön vastaanotto toiminnassa tutkimukseen osallistuneissa TPT- ja TT-terveyskeskuksissa. Työnjaon kysymys on monimuotoinen ja vaatii teoreettisempaa tutkimusta. Tutkimus lisää ymmärrystä lääkäreiden ja hoitajien työnjaon edelleen kehittämisestä, hoitajien itsenäisen työn eduista ja epäkohdista sekä kokonaisuudessaan perusterveydenhuollon vastaanotto toiminnan rakenteista ja kehittämisaalueista.

Terveystieteiden tutkimuksen näkökulmasta tutkimus tuotti uutta tietoa perusterveydenhuollon vastaanotto toiminnan järjestelyjen mahdollisuuksista ja toimintoja tukevista käytännöistä sekä lääkäreiden ja hoitajien työnjaon mahdollisuuksista. Hoitotieteellisen tutkimuksen näkökulmasta tutkimus tuotti tietoa hoitajien tehtäväalueesta ja hoitotyön haasteista perusterveydenhuollon vastaanotto toiminnassa.

Tutkimustietoa voidaan hyödyntää perusterveydenhuollon vastaanotto toiminnan, lääkäreiden ja hoitajien työnjaon ja hoitajien tehtäväalueiden sekä hoitajien ja lääkäreiden lisäkoulutuksen suunnittelussa. Saatua tietoa voidaan hyödyntää terveyskeskusten sisäisessä kehittämisessä.

Tutkimustieto tuotti toimintamallin perusterveydenhuollon vastaanottoille. Tässä mallissa keskeistä on lääkäreiden ja hoitajien suunnitelmallinen työnjako, jossa keskipisteenä on terveyskeskuspalveluja käyttävä asiakas. Toimintaa ohjaavat paikalliseen käyttöön sovelletut hoitosuosittukset.

Jatkotutkimushaasteena on tutkimuksessa tuotetun perusterveydenhuollon vastaanotto toiminnan mallin arviointi käytännön vastaanotto toiminnassa. Mallin arviointiin voisi menetelmänä sopia toimintatutkimus. Sitä on sovellettu moniin erilaisiin yhteisöihin, erityisesti työelämässä (Simoila 1994). Tällöin siitä on käytetty nimeä *kehittävä työntutkimus* (Engeström 2002). Lisäksi jatkotutkimushaasteina esille tulivat hoitajien koulutuksen sisältö ja laajuus itsenäiseen vastaanotto toimintaan perus-, jatko- ja lisäopinnoissa ja johtajien rooli henkilöstön työssä tarvittavan osaamisen arvioinnissa ja muuttuvien tilanteiden ennakoinnissa. Yhtenä haasteena on myös se, kuinka sähköisillä tietojärjestelmillä voidaan tukea moniammatillista toimintaa vastaanotto työssä.

7 JOHTOPÄÄTÖKSET

Tutkimuksen päätulokset on kuvattu ehdotuksessa perusterveydenhuollon vastaanottojen toimintamalliksi. Tulosten perusteella voidaan esittää seuraavat johtopäätökset:

1. Keskeistä perusterveydenhuollon vastaanottotoiminnan edelleen kehittämässä on toiminnan tehokkaampi *suunnittelu ja arviointi*. Perusterveydenhuoltoon tarvitaan *yhtenäinen tilastointijärjestelmä*, joka tuottaa tietoja vastaanottojen käyntisyiden lisäksi käynnin luonteesta ja sisällöstä sekä voimavarojen käytöstä. Terveyskeskusten toiminnan keskittämistä ja vertailua varten tarvitaan väestöstä ajantasaisesti kuvaavat epidemiologiset tiedot. Vastaanottotoimintaa tulee kehittää asiakaslähtöisesti, suunnitelmallisesti ja tavoitteellisesti käyttäen hyväksi tutkittua tietoa, hyväksi havaittuja toimintatapoja sekä verkostoitumalla muiden toimijoiden ja organisaatioiden kanssa. Tarvittava *henkilöstö* kohdennetaan suunnitelmallisesti vastaanottotoimintaan ja heidän muuttuva tarve ennakoidaan. *Laadunhallinta* liittyy keskeisesti kokonaisvaltaiseen toiminnan arviointiin. Sitä tulee edelleen kehittää perusterveydenhuollon vastaanottotoiminnassa.
2. Lääkäreiden ja hoitajien *työnjaon käsite* on hyvin moniulotteinen. Sen määrittely yksiselitteisesti on mahdotonta. Toimintaympäristö, siellä tehtävä työ ja työn kohde sekä henkilöstön *osaaminen* ratkaisevat lääkäreiden ja hoitajien välisen keskinäisen työnjaon. Tehtävien siirroilla lääkäreiltä hoitajille ei tutkimuksen tulosten mukaan ole selvää yhteyttä siihen, mitä työnjaolla käytännön vastaanottotoiminnassa tarkoitetaan. Laajasti ajateltuna työnjako koskee kaikkia terveydenhuollon ammattiryhmiä.
3. *Kehityskeskusteluja* tulee käyttää ja edelleen kehittää lääkäreiden ja hoitajien työssä tarvittavan osaamisen arvioinnissa ja työnjaon suunnittelussa. Henkilöstön osaaminen tulee arvioida paikallisesti suhteessa toimintaan. Ammattiryhmien välisen työnjaon muuttuessa tai kehittyessä tulisi organisaatioissa suunnitella ja mahdollistaa henkilöstön *lisäkoulutus*, joka tukee uusia toimintatapoja. Organisaatioissa tulee olla laadittuna henkilöstön *perehdyttämissuunnitelma*. Lisäksi organisaatioiden tulee edelleen kehittää perehdytysohjelmia.

4. Tulosten mukaan lääkäreiden vastuuväestöt olivat hyvin suuria ja he kokivat työtaakkansa liian suureksi. Lääkärit kokivat oman työnsä hallinnan vaikeaksi. *Omalääkäriin ja -hoitajan työ* perusterveydenhuollon vastaanotto toiminnassa tulisi suunnitella siten, että väestö mitoitetaan lääkäriä ja hoitajaa kohti tarkoituksenmukaisen kokoiseksi huomioiden väestön sosioekonomisista ja sairastavuuden vaihteluista johtuvat tarpeet ja niiden muutokset säännöllisin välein. Asiakkaat toivovat omaa lääkäriä ja hoitajaa. Tämä on tärkeää etenkin, kun on kyseessä säännöllinen palvelujen tarve. Omalääkäri ja -hoitajatoiminnalla voidaan turvata asiakaskeskeisyys ja hoidon jatkuvuus. Omalääkäriillä ja -hoitajalla on kokonaisvaltainen käsitys asiakkaasta tai potilaasta ja myös hänen perheestään.

Omalääkäriin ja -hoitajan laaja-alainen työ edellyttää säännöllistä tietojen ja taitojen, toisin sanoen työssä tarvittavan osaamisen päivittämistä. Käytännön toiminnan ja sen arvioinnin tulisi tukeutua näyttöön perustuviin tietoihin. Tutkimuksen tulosten mukaan lääkäreiden ja hoitajien tulisi *lisätä tiedonhakua* ammattikirjallisuudesta, Käypä hoito -suosituksista ja muista näyttöön perustuvista suosituksista sekä Terveystieteen ja -hoitotieteen tutkimuksista. Lääkäreiden ja hoitajien keskinäisiin konsultaatioihin varattua aikaa tulisi myös lisätä. *Paikallisiin oloihin sovellettujen hoitosuosituksen* laadinta ja käyttöönotto tulee toteuttaa. Näissä kuvataan henkilöstön työnjako.

5. Vastaanotto toiminnassa hoitajat arvioivat *hoidon tarpeen*. Se voidaan tehdä puhelimitse tai käynnin yhteydessä. Valtioneuvoston asetuksen mukaan hoidon tarpeen arvioinnissa selvitetään yhteydenoton syy, oireet ja niiden vaikeusaste sekä kiireellisyys. Arvioijalla tulee olla asianmukainen koulutus, työkokemus, yhteys hoitoa antavaan yksikköön ja käytettävissä potilasasiapaperit. Sähköiseen potilaskertomukseen tehdään merkinnät hoidon tarpeen arvioinnista ja hoito-ohjeista. Asetuksen mukainen toiminta tulee varmistaa perusterveydenhuollon vastaanotto toiminnassa. Hoitajien koulutuksessa ja työn suunnittelussa tulee huomioida hoidon tarpeen arvioinnille asetuksessa esitetyt vaatimukset.
6. *Sähköisiin potilasasiakirjoihin* kirjaamisen tulee vastaanotoilla olla moniammatillisesti suunniteltua ja yhtenäistä, helposti toimivaa ja jatkuvaa. Myös hyvin toimivalla perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon välisellä lähete-palautte-

käytännöllä voidaan vaikuttaa potilaiden hoidon jatkuvuuteen. Potilaiden hoitopalauteiden tulisi olla jatkohoidon suunnittelua varten omien lääkäreiden ja hoitajien saatavilla.

7. Hoitajien *perus-, jatko- ja lisäopintoja tulee* kehittää soveltuvammiksi itsenäiseen vastaanottotyöhön. Hoitajien perusopinnoissa tulisi olla puhelinneuvontaan, pitkäaikaissairauksien hoitoon, seurantaan ja ennalta ehkäisyyn ja tavallisimpien infektiosairauksien hoidon arviointiin ja ohjaukseen liittyvää koulutusta. Lisäksi hoitajat tarvitsevat jatko- ja lisäkoulutusta tehtäviensä hoitoon. Hoitajien lisäkoulutuksen tavoitteena tulisi olla valmiuksien lisääminen itsenäiseen työhön vastaanottotoiminnassa sekä uusien toimintamallien juurruttaminen. Lääkäreille ja hoitajille tulee järjestää myös yhteistä koulutusta, jolla voidaan tukea työpari- ja tiimityötä sekä heidän keskinäistä työnjakoaan. Säännöllisillä koulutuksilla voidaan varmistaa yhtenäisten toimintatapojen aikaansaaminen, säilyminen ja arvioiminen.
8. Hoitajat toimivat terveyskeskusten vastaanotoilla oma- tai asiantuntijahoitajina. Työparityöterveyskeskuksissa *omahoitaja* vastaa omasta väestöstään yhdessä lääkärin kanssa. Hänen tehtäväalueensa on hyvin laaja. Sen hoitamiseen tarvittava osaaminen on varmistettava ja ylläpidettävä säännöllisen lisäkoulutuksen ja vertaishoitaja- sekä lääkärikonsultaatioiden avulla.

Tiimityöterveyskeskuksissa on pitkäaikaissairauksiin lisäkoulutuksen saaneet *asiantuntijahoitajat*. Tämä tarkoittaa käytännössä sitä, että jos potilaalla on useampi pitkäaikaissairaus hän käy usean hoitajan vastaanotoilla. Näin muodostuu laajempi hoitotiimi kuin työparityöterveyskeskuksissa. Asiantuntijahoitajilla on erillinen lisäkoulutus tehtäviensä hoitoon.

Omahoitajia voidaan suositella perusterveydenhuollon vastaanottotoimintaan. Työssä mahdollistuu paremmin asiakaslähtöisyys, perhekeskeisyys ja kokonaisvaltaisuus paremmin kuin asiantuntijahoitajien työssä. Omahoitaja voi lisäksi paneutua oman väestönsä terveyden edistämisen haasteisiin. Omahoitajuus ei kuitenkaan poissulje eriytynyttä asiantuntijuutta. Tämä tulee turvata siten, että omahoitajien kesken jaetaan asiantuntijuusalueet ja he toimivat näillä toistensa vertaisina ja konsultteina.

9. *Päivystystoiminta* tulee järjestää terveyskeskuksissa paikallisten tarpeiden mukaisesti. Päivystysvastaanottojen asiakkaille tulee mahdollistaa asioidensa selvittelyyn pidempiä vastaanottoaikoja kuin nykyisin useimmissa terveyskeskuksissa on mahdollista. Päivystysvastaanotto toiminnassa tulee olla riittävästi hoitajia toteuttamassa hoidon tarpeen arviointia siten, että he selvittävät potilaiden asioiden kiireellisyyden ja ohjaavat heidät tarvetta vastaavaan hoitopaikkaan.
10. *Hoitoketjujen* kehittämistä on jatkettava. Perusterveydenhuollossa omalääkäri ja –hoitaja koordinoivat hoitoa yhdessä potilaan kanssa. Heidän lisäksi eri toimijoiden työnjako kuvataan hoitoketjuissa. Hoitoketjukäytäntöjä tulee tehostaa ja laajentaa. Hoitosuositukset liittyvät kiinteästi hoitoketjuihin. Hoitosuositusten käyttöä tulee lisätä perusterveydenhuollon vastaanotto toiminnassa. Näin voidaan vaikuttaa myös hoidon laatuun. Kansallisista hoitosuosituksista olisi tärkeää laatia terveyskeskuksiin omat sovellukset *paikallisiksi hoitosuosituksiksi*, jotka ohjaavat toimintaa ja työnjakoa.
11. *Saumattomat palveluketjut ja itsenäinen työ* perusterveydenhuollon vastaanotto toiminnassa edellyttävät yhteistyötä ja työnjaosta sekä palvelujen sisällöistä sopimista eri ammattiryhmiä edustavien työntekijöiden välillä. Yhteistyöhön ja työn kehittämiseen perusterveydenhuollon vastaanotto toiminnassa tarvitaan säännöllisiä eri ammattiryhmien välisiä kokouksia, tiedotusta ja keskustelua sekä suunnitelmallista koulutusta ja laadunkehittämisen käytäntöjä.

LÄHTEET

- Alasuutari, P. 2001. Johdatus yhteiskuntatutkimukseen. Helsinki: Gaudeamus.
- Arminen, I. & Alapuro, R. 2004. Vertailevan tutkimuksen ulottuvuuksia. Vantaa: WSOY.
- Alho, A. 2004. Kysynnän hallinta suomalaisessa perusterveydenhuollossa. Teknillinen korkeakoulu. Tuotantotalouden osasto, Teollisuustalouden laboratorio. Diplomityö.
- Alkula, T., Pöntinen, S. & Ylöstalo, P. 2002. Sosiaalitutkimuksen kvantitatiiviset menetelmät. Juva: WS Bookwell Oy.
- Anttila, P. 2006. Tutkiva toiminta ja teos, ilmaisu, tekeminen. Hamina: Akatiimi.
- Asetus terveydenhuollon ammattihenkilöistä 1994/564.
<http://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/1994/19940564>. Viitattu 7.6.2008.
- Asetus terveydenhuollon järjestämisestä puolustusvoimissa 371/1987.
<http://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/1987/19870371>. Viitattu 7.6.2008.
- Asetus n:o 249 vankeinhoitolaitoksista annetun asetuksen 11 §:n muuttamisesta.
<http://www.finlex.fi/fi/laki/kokoelma/2000/20000030.pdf>. Viitattu 7.6.2008.
- Atencio, B., Cohen, J. & Gorenberg, B. 2003. Nurse retention: Is it Worth it ? Nursing Economics 21(6), 262-299.
- Atkin, K., Hirst, M., Lunt, N. & Parker, G. 1994. The role and self-perceived training needs of nurses employed in general practice: observations from a national census of practice nurses in England and Wales. Journal of Advanced Nursing 20 (1), 46-52.
- Benner, P. 1989. Aloittelijasta asiantuntijaksi. Suom. Kristiina Toivonen. Juva: WSOY.
- Bowling, E. 2002. Research methods in health: investigating health and health services. Second edition. Philadelphia, PA: Open University Press.
- Bower, P., Campbell, S., Bojke, C. & Sibbald, B. 2003 a. Team structure, team climate and the quality of care in primary care: an observational study. Quality & Safety in Health Care 12, 273-279.
- Bower, P., Roland, M., Campbell, J. & Mead, N. 2003 b. Setting standards based on patients' views on access and continuity: secondary analysis of data from the general practice assessment survey. British Medical Journal (326)7383, 258-260.
- Buchan, J. & Calman, L. 2004. Skill-mix and policy change in health workforce: nurses in advanced roles. OECD Health Working Papers. DELSA /ELSA/WD/HEA 2004/8.
- Bunn, F., Byrne, G. & Kendall, S. 2004. Telephone consultations and triage: effects on health care and patient satisfaction. Cochrane Database of Systematic Reviews 2004 (3). Art. No.: CD004180. DOI: 10.1002/14651858.CD004180.pub2.

- Caldow, J., Bond, C., Ryan, M., Campbell, NC., Miguel FS., Kiger, A. & Lee, A. 2007. Treatment of minor illness in primary care: a national survey of patient satisfaction, attitudes and preferences regarding a wider nursing role. *Health Expectations* 10 (1),30-45.
- Car, J. & Sheikh, A. 2003. Telephone consultations. *British Medical Journal* 326(7396), 966-969.
- Carr, LT. 1994. The strengths and weaknesses of quantitative and qualitative research: what method for nursing? *Journal Advanced Nursing* 20(4), 716-721.
- Cox, K. & Wilson, E. 2003. Follow-up for people with cancer: nurse-led services and telephone interventions. *Journal of Advanced Nursing* 43(1), 51-61.
- Creswell, JW., Fetters, MD. & Ivankova, NV. 2004. Designing a mixed methods study in primary care. *Annals of Family Medicine*. 2(1):7-12.
- Elonheimo, O. 1999. Perusterveydenhuollon palvelujenkäyttömalli avoterveyspalvelujen kuvaaminen ja voimavarojen käyttötarpeen ennustaminen. *Kansanterveystieteen julkaisuja M 163*. Helsingin yliopisto. Kansanterveystieteen laitos. Akateeminen väitöskirja.
- Elonheimo, O. 2007. Terveyskeskusten avopalveluiden tuotteistus. Sosiaali- ja terveysministeriön hallinnonalan tuottavuusohjelmatyöryhmän loppuraportti 2007:67. Sosiaali- ja terveysministeriö. Helsinki: Yliopistopaino.
- Engeström, Y. 2002 . Third edition. *Kehittävä työntutkimus*. Helsinki: Edita.
- Erhola, M., Palomäki, A., Arvio, P., Laukkanen, M., Ylämurto, E., Heinonen, P. & Kaakinen, J. 2003. Pääseekö omalääkärin vastaanotolle. Hämeenlinnan seutuhanke I. *Suomen Lääkärilehti* 58(45), 4603-4607.
- Eriksson, K., Isola, A., Kyngäs, H., Leino-Kilpi, H., Lindström, U., Paavilainen, E., Pietilä, A., Salanterä, S., Vehviläinen-Julkunen, K. & Åstedt-Kurki, P. 2007. *Hoitotiede*. Helsinki: WSOY Oppimateriaalit Oy.
- Esaiasson, P., Gilljam, M., Oscarsson, H. & Wängnerud, L. 2003. *Metodpraktikan. Konsten att studera samhälle, individ och marknad*. Stockholm: Norstedts Juridik AB.
- Gabbay, J. & Andree, le M. 2004. Evidence based guidelines or collectively constructed "mindlines?" Ethnographic study of knowledge management in primary care. *British Medical Journal* 329 (7473), 1013-1016.
- Gould, D., Gammon, J., Donnelly, M., Batiste, L., Ball, E., De Melo, AM., Alidad, V., Miles, R. & Halablab, M. 2000. Improving hand hygiene in community healthcare settings: the impact of research and clinical collaboration. *Journal of Clinical Nursing* 9(1), 95-102.
- Grimshaw, J. & Russell, IT. 1994. Achieving health gain through clinical guidelines II: Ensuring guidelines change medical practice. *Quality Health Care* 3(1), 45-52.

- Grumbach, K. & Bodenheimer, T. 2004. Can health care teams improve primary care practice? *JAMA* 291(10):1246-51.
- Gröönroos, M. 2003. Johdatus tilastotieteeseen. Kuvailu, mallit ja päättely. Tampere: Tammer-Paino Oy.
- Guba, E. & Lincoln, YS. 1994. Competing Paradigms in Qualitative Research. Teoksessa: *Handbook of Qualitative Research*. London: Sage, 105-106.
- Haarala, S. 2005. Lääkärin ja sairaanhoitajan työnjaon uudistaminen. Sairaanhoitajan toimenkuvan laajentaminen –projektin arviointi Kalajoen terveyskeskuksessa. Oulun yliopisto, hoitotieteen ja terveystieteiden laitos. Pro gradu – tutkielma.
- Heath, J., Johanson, W. & Blake, N. 2004. Healthy Work Environments. A validation of the Literature. *Journal of Nursing Administration* 34, 524-530.
- Helakorpi, S. 2001. Innovatiivinen verkosto ja koulupedagogia. Helsinki: Tammi.
- Helin, S. 1995. Osaamista, oppimista ja yhtenevää näkemystä. Alustava selvityspalvelurakennemuutoksen edellyttämästä henkilöstön täydennyskoulutus- ja kehittämistarpeesta. *Stakes. Aiheita* 3/1995. Helsinki.
- Hindsen, U. & Fridlund, B. The nurse in clinical practice. A qualitative analysis of nursing competence. *Scandinavian Journal of Caring Sciences* 9 (3), 139-144.
- Hintsala, A. 2005. Autonomia ammatista poistumisen ennakoijana hoitotyössä – Nais- ja mieshoitajien arviointia ja vertailua päätöksenteosta, pätevydestä, työn tärkeydestä ja johtamisesta hoitotyössä. *Kuopion yliopiston julkaisuja E 117 Yhteiskuntatieteet. Akateeminen väitöskirja*.
- Hogg, W., Huston, P., Martin, C., Saginur, R., Newbury, A., Vilis, E. & Soto, E. 2006. Promoting best practices for control of respiratory infections: collaboration between primary care and public health services. *Canadian Family physician* 52 (9), 1110-1111.
- Hojat, M., Nasca, T.J., Cohen, M.J., Fields, S.K., Rattner, S.L., Griffiths, M., Ibarra, D., de Gonzales, A.A., Torres-Ruiz, A., Ibarra, G. & Garcia, A. 2001. Attitudes toward physician-nurse collaboration: a cross-cultural study of male and female physicians and nurses in the United States and Mexico. *Nursing Research* 50(2), 123-128.
- Holme, I. & Solvang, B. 1991. Forskringsmetoder: om kvalitativa och kvantitativa metoder. Lund: Student litteratur.
- Holopainen, M. & Pulkkinen, P. 2002. Tilastolliset menetelmät: perusteet. Helsinki: WSOY.
- Honkonen, T. 2006. Terveystieteiden palveluiden saatavuus. Selvitys 21 terveyskeskuksen palveluiden saatavuudesta asiakkaiden näkökulmasta. Oulun yliopisto hoitotieteen ja terveystieteiden laitos. Pro gradu -tutkielma.

Horrocks, S., Anderson, E. & Salisbury, C. 2002. Systematic review of whether nurse practitioners working in primary care can provide equivalent care to doctors. *British Medical Journal* 324 (7341), 819-823.

Hsieh, HF. & Shannon, SE. 2005. Three approaches to qualitative content analysis. *Qualitative Health Research* 15 (9), 1277-1288.

Hukkanen, E. & Vallimies – Patomäki, M. 2005. Yhteistyö ja työnjako hoitoon pääsyn turvaamisessa. *Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2005:21*. Helsinki.

Hyrkäs, K. 2002. *Clinical Supervision and Quality Care*. Tampereen yliopisto. Terveystieteiden laitos. Akateeminen väitöskirja. <http://acta.uta.fi/pdf/951-44-5351-4.pdf>. Viitattu 21.7.2008.

Hyrnkangas-Järvenpää, P. 2000. *Lääkärin puhelinneuvonta*. Tampere: Acta Universitas 733. Akateeminen väitöskirja.

Hyyryläinen, E. 2000. Vertailtavuuden ongelmia hallintopoliittikan ja -reformien tutkimuksessa. Teoksessa Salminen A. (toim.) *Hallintovertailun metodologia*. Vaasan yliopisto. Tutkimuksia 234. *Hallintotiede* 26. Vaasa,

Hätönen, H. 1999. *Osaava henkilöstö- nyt ja tulevaisuudessa*. Metalliteollisuuden kustannus Oy. Vantaa: Tammi Vuoren Kirjapaino Oy.

International Council of Nurses (ICN). http://icn.ch/networks_ap.htm. Viitattu 21.7.2008.

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

Isotalo, T. 2006. *Hoitotyön autonomia, tiimityö ja itsearvioitu hoidon laatu*. Suomen Sairaanhoidajaliiton jäsenkysely 2004. Kuopion yliopisto, hoitotieteen laitos. Pro gradu – tutkielma.

Jaatinen, P., Vanhatalo, R. & Tasanko, A. 2002 a. Miten terveysaseman hoitaja toimii, jos terveysasemalle ei ole saatu lääkäreitä. Kuvaus Luoteis-Satakunnan terveyskeskuksen lääkärihoitaja-projektin alkuvaiheista hoitajan tekemän työn näkökulmasta. *Suomen Lääkärilehti* 57, 2795-2799.

Jaatinen, P. & Kiippa, P. 2002 b. Miten lääkäri voi auttaa potilasta ilman potilaan vastaanottokäyntiä? Kuvaus Luoteis-Satakunnan terveyskeskuksen lääkärihoitajaprojektin alkuvaiheista lääkärin näkökulmasta. *Suomen Lääkärilehti* 57, 2911-2915.

Jaatinen P. & Kuurila, E. 2003. Tarvitaanko omalääkärijärjestelmässä yöpäivystystä terveyskeskuksessa. *Suomen Lääkärilehti* 58, 149-53.

Jaatinen, P., Saxen, U. & Aho, P. 2007. Osa terveyskeskuslääkäreistä kokee osaamisensa riittämättömäksi. *Suomen Lääkärilehti* 62, 3071- 3074.

Jauhiainen, A. 2004. Tieto- ja viestintäteknikka tulevaisuuden hoitotyössä – Asiantuntijaryhmän näkemys hoitotyön skenaarioista ja kvalifikaatioista vuonna 2010. Kuopion yliopisto. Yhteiskuntatieteellinen tiedekunta 113. Akateeminen väitöskirja.

Jousimaa, J., Mäkelä, M., Kunnamo, I., MacLennan, G. & Grimshaw, J.M. 2002. Primary care guidelines on consultation practices: the effectiveness of computerized versus paper-based versions. A cluster randomized controlled trial among newly qualified primary care physicians. *International Journal of Technology Assessment in Health Care* 18 (3), 586–96.

Kansanterveyslaki 66/1972.

Keenan, GM., Cooke, R. & Hillis SL. 1998. Norms and nurse management of conflicts: keys to understanding nurse-physicians collaboration. *Research in Nursing & Health* 21 (1), 59-72.

Kinnersley, P., Anderson, E. & Parry, K. 2000. Randomised controlled trial of nurse practitioner versus general practitioner care for patients requesting "same day" consultations in primary care. *British Medical Journal* 320 (7241), 1043-1048.

Klaukka, T., Helin-Salmivaara, A., Huupponen, R. & Idänpää-Heikkilä, J. 2002. Mikstra – ohjelma. *Suomen Lääkärilehti* 44 (57), 4480-4483.

Koivu, A., Honkalampi, K. & Saarinen, P. 2008. Työnohjauksen tarve yliopistosairaalan somaattisilla erikoisaloilla. Työnohjaus voi ehkäistä uhkaavan työuupumuksen. *Suomen Lääkärilehti* 3(63), 85-189.

Korte, R. 1997. Hoitohenkilöstön täydennyskoulutus- selvitys täydennyskoulutuksen nykytilasta ja kehittämistarpeista. Tehy ry: Ammatti- ja koulutusasian osasto. Sarja B: Selvityksiä 7/1997.

Kramer, M. & Schmalenberg, C. 2004. Development and evaluation of essentials of magnetism tool. *Journal of Nursing Administration* 34(7/8), 365-378.

Kunnamo, I. & Jousimaa, J. 2004. Tietoverkot ja sähköinen maailma hoitosuosituksen toteuttamisessa. Käypä hoito 10 vuotta . *Duodecim* 120(24), 2977-84.

Kupiainen, O. & Hintzell, S. 2001. Helsingin kaupungin terveysasemien työolobarometri. Terveysasemien kehittämisprojekti 2001:3. Helsinki.

Kuronen, R., Jallinoja P., Ilvesmäki, V. & Patja, K. 2006. Miten valtimotautiriskejä koskevat hoitosuositukset on otettu käyttöön? *Suomen Lääkärilehti* 2006;61(44):4571-4577.

Kuula, A. 2006. Tutkimusetiikka. Aineistojen hankinta, käyttö ja säilytys. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.

Kyngäs, H. & Vanhanen, L. 1999. Sisällön analyysi. *Hoitotiede* 11(1), 3-12.

Kärkkäinen, J. & Saarinen, L. 2002. Väestövastuinen tiimityö koillisessa terveyskeskuksessa Helsingissä. *Suomen Lääkärilehti* 57 (16), 1813-1816.

Lahnajärvi, L. 2006. Reseptien uusiminen – Miten pitkäaikaislääkitystä toteutetaan terveyskeskuksissa? Kuopion yliopiston julkaisuja A 93. Farmaseuttiset tieteet. Akateeminen väitöskirja.

Lahti, T. 2007. Sairaanhoidtajien työhön perehdyttäminen. Tampereen yliopisto. Hoitotieteen laitos. Pro gradu – tutkielma.

Laippala, P. & Koivisto, A. 1997. Faktorianalyysin tausta ja sovellus. Teoksessa Paunonen M. & Vehviläinen- Julkunen K. (toim.). Hoitotieteen tutkimusmetodiikka. Helsinki: WSOY, 91-97.

Laki kansanterveyslain muuttamisesta 2005/928. Valtion säädöstietopankki. <http://www.finlex.fi/laki/alkup/2005/20050928>. Viitattu 20.6.2008

Laki raskauden keskeyttämisestä 24.3.1970/239. <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1970/19700239>. Viitattu 20.6.2008.

Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä 28.6. 1994 / 559. <http://www.finlex.fi/fi/-laki/ajantasa/1994/19940559>. Viitattu 20.6.2008.

Laki terveydenhuollon laitteista ja tarvikkeista (1505/ 1994). <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1994/19941505>. Viitattu 20.6.2008.

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 17.8.1992 / 785. <http://www.finlex.fi/fi/laki/-ajantasa/1992/19920785>. Viitattu 20.6.2008

Laschinger, H, Almost, J & Tuer-Hodes, D. 2003. Workplace empowerment and magnet hospital characteristics. *Journal of Nursing Administration* 33 (7/8), 410-422.

Lassen, AA., Fosbinder, DM., Minton, S. & Robins, MM. 1997. Nurse/physician collaborative practice: improving health care quality while decreasing cost. *Nursing Economics* 15 (2), 87-91, 104.

Latter, S. & Courtney, M. 2004. Effectiveness of nurse prescribing: a review of the literature. *Journal of Clinical Nursing* 13 (1), 26-32.

Lattimer, V., Sassi, F., George, S., Moore, M., Turnbull, J., Mullee, M. & Smith, H. 2000. Cost analysis of nurse telephone consultation in out hours primary care: evidence from a randomised controlled trial. *British Medical Journal* 320 (7329), 1053-1057.

Latvala, E. & Vanhanen – Nuutinen, L. 2003. Sisällön analyysi. Teoksessa: Janhonen., S & Nikkonen, M. (toim.): Laadullinen tutkimus hoitotieteessä. 2. uudistettu painos. Helsinki: WSOY.

Laurant M, Reeves D, Hermens R, Braspenning J, Grol R, Sibbald B. Substitution of doctors by nurses in primary care. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2004 (4). Art. No.: CD001271. DOI: 10.1002/14651858.CD001271.pub2.

- Ledlow, GR. 1999. Healthcare demand management system communication among the primary care provider, the beneficiary, and the nurse call center. The University of Oklahoma
- Leese, B. 2007. Are view of the potentil impact of the new GMS contract on the primary care workforce. *Journal of Health Organization and Management* 20 (6), 525-536.
- Lehto, J, Kananoja, A, Kokko, S. & Taipale, V. 2001. Sosiaali- ja terveydenhuolto. Helsinki: WSOY.
- Leiwo, L., Papp, I. & Heikkilä, J. 2002. Terveysthuollon johtajien ja esimiesten näkemyksiä tehtävien siirtämisestä lääkäreiltä hoitajille. *Suomen Lääkärilehti* 57(8), 932-933.
- Lewin S, Skea Z, Entwistle VA, Zwarenstein M, Dick J. Interventions for providers to promote a patient-centred approach in clinical consultations. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2001 (4). Art. No.: CD003267. DOI: 10.1002/14651858.CD003267.
- Lindberg, M., Lind, M., Petersson, S. & Wilhelmsson, S. 2005. The use of clinical guidelines for asthma, diabetes, and hypertension in primary health care. *International Journal for Quality in Health Care* 17(3), 217-220
- Lindström, E. 2003. Terveysthuollon eri ammattiryhmien välisen työnjaon kehittäminen Suomessa ja muissa Pohjoismaissa. Sosiaali- ja terveysministeriö. Monisteita 2003:12. Helsinki.
- Little, P., Everitt, H., Williamson, I., Warnet, G., Moore, M., Gould, C., Ferrier, K. & Payne, S. 2001. Preferences of patients for patient centred approach to consultation in primary care: observational study. *British Medical Journal* 322 (7284), 468.
- Luoma, P. 2003: Kvalitatiivinen vertaileva analyysi.
<http://www.edu.uulu.fi/sos/kva496.htm>. Viitattu 11.7.2008.
- Mattila, E. 2002. Miten ohjata mielen kuntoutujaa? Yksityinen mielenterveystyön hoitotai palvelukoti kehittyvänä pienyhteisönä. Helsingin yliopiston Kasvatustieteen laitoksen julkaisuja 179. Helsinki. Akateeminen väitöskirja.
- McDonald, P., Tilley, B. & Havstad, S. 1999. Nurses' perceptions: issues that arise in caring for patients with diabetes. *Journal of Advanced Nursing* 30 (2), 425-430.
- Meterko, M., Mohr, D. & Young, G. 2004. Teamwork culture and patient satisfaction in hospitals. *Medical Care* 42(5), 492-498.
- Metsämuuronen, J. 2003. Tutkimuksen tekemisen perusteet ihmistieteissä. 2. uudistettu painos. Jyväskylä : Gummerus Kirjapaino Oy.
- Mielenterveystlaki 116/1990.

Miettola, J., Halinen, M., Lipponen, P., Hietakorpi, S., Kaukonen, M. & Kumpusalo, E. 2003. Kuopion yhteispäivystystutkimus. Asiakastytyväisyys. Suomen Lääkärilehti 58 (30-32), 3108-3110.

Moisio, P., Karvonen, S., Simpura, J. & Heikkilä, M. (toim.) 2008. Suomalaisten hyvinvointi. Helsinki. Stakes 2008.

Munding, M., Kane, R., Lenz, E., Tote, Am., Tsai, W-Y., Cleary, P., Friedewald, W., Siu, A. & Shelanski, M. 2000. Primary care outcomes in patient treated by nurse practitioners or physicians. JAMA 283 (1), 59-68.

Munro, J., Nichol, J., O’Cathain, A. & Knowles, E. 2000. Impact of NHS Direct on demand for immediate care: observational study. British Medical Journal 321 (7254), 150-153.

Mäkelä, M. 2000. Näyttöön perustuva terveydenhuolto Suomessa. Teoksessa Hoitotyön vuosikirja 2001. Näyttöön perustuva hoitotyö. Helsinki: Tammi, 21-28.

Määttä, M. 2006 Poikkihallinnolliset ryhmät ja perheiden ongelmiin puuttuminen. Yhteiskuntapolitiikka 71 (6), 568-581.

Nummenmaa, L. 2006. Käyttäytymistieteiden tilastolliset menetelmät. Vammala: Vammalan kirjapaino Oy.

Nunnally, JC. & Bernstein, IH. 1994. Third edition. Psychometric theory. New York: McGraw-Hill.

Nuutinen, L., Nuutinen, M. & Erhola, M. 2004. Käypä hoito – suositukset alueellisten hoito-ohjelmien ja hoitoketjujen pohjana. Duodecim 120 (24), 2955 – 2962.

Offredy, M 1998. The application of decision-making concepts by nurse practitioners in general practice. Journal of Advanced Nursing 28(5), 988-1000.

Ollila, S. 2006. Osaamisen strategisen johtamisen hallinta sosiaali- ja terveysalan julkisissa ja yksityisissä palveluorganisaatioissa. Johtamisosaamisen ulottuvuudet työnohjauskellisena näkökulmana. Acta Wasaensia 156. Sosiaali- ja terveyshallinto I. Vaasan yliopisto.

Orvomaa, P. 1998. Kliinisessä työssä olevien sairaanhoitajien käsityksiä ammattitaitonsa ja asiantuntijuutensa kehittymisestä ja urakehityksestä. Kansanterveystieteen julkaisuja M 146. Helsingin yliopisto. Kansanterveystieteen laitos.

Paloposki, S., Eskola, N., Heikkilä, J., Miettinen, M., Paavilainen, E. & Tarkka, MT. 2003. Ammattikorkeakoulusta valmistuneiden sairaanhoitajien arvio teoreettisesta ja käytännöllisestä osaamisestaan. Hoitotiede 15 (4), 155-165.

Partanen, P., Heikkinen, T. & Vehviläinen-Julkunen, K. 2005. Sairaanhoitajien työolobarometri 2004. Suomen sairaanhoitajaliitto ry:n jäsenkysely. Raportti. Helsinki: Suomen Sairaanhoitajaliitto ry.

- Patton, MQ. 2002. *Qualitative Research & Evaluation Methods*. 3. edition. Thousand Oaks, California : Sage Publications.
- Paunonen-Ilmonen, M. 2001. *Työnohjaus. Toiminnan laadun varmistaja* Helsinki: WSOY.
- Paunonen-Ilmonen, M. 2005. Johtamis- ja esimiestyön työnohjaus. *Työterveyslääkäri* 23(3), 272-274.
- Paunonen, M. & Vehviläinen-Julkunen, K. 1997. Tutkimussuunnitelman laadinta kvantitatiivisessa ja kvalitatiivisessa tutkimuksessa. Kirjassa: Paunonen, M. & Vehviläinen-Julkunen, K. toim. *Hoitotieteen tutkimusmetodiikka*. Helsinki: WSOY. 36-48.
- Pekurinen, M., Mikkola, H. & Tuominen, U. (toim.) 2008. *Hoitotakuun talous – Hoitotakuun vaikutus terveydenhuollon menoihin, toimintaan ja sairausvakuutus-korvauksiin*. Stakes, raportteja 5 /2008. Helsinki.
- Peters, B. 1998. *Comparative Politics. theory and methods*. Basingstoke: Mac Millan.
- Pelttari, P. 1997. *Sairaanhoitajan työn nykyiset ja tulevaisuuden kvalifikaatiovaatimukset. Sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskus Tutkimuksia 80*. Helsinki: Stakes. Akateeminen väitöskirjatyo.
- Peltonen, E. 2000. *Verenpainepotilaan hoito ja seuranta terveyskeskuksissa – kyselytutkimus hoitotyöntekijöille*. Kuopion yliopisto. Hoitotieteen laitos. Pro gradu - tutkielma.
- Piette, JD., Weinberger, M. & McPhee, SJ. 2000. The effect of automated calls with telephone nurse follow-up on patient-centered outcomes of diabetes care: A Randomized Controlled Trial. *Medical Care* 38, 218-30.
- Pilli-Sihvola, E. 1999. *Collaboration of Primary nurse and physician in Primary Nursing*. Kansanterveystieteen julkaisu M 162. Helsingin yliopisto. Kansanterveystieteen laitos.
- Polit, DF. 1996 *Data Analysis and Statistics for Nursing Research*. Stamford, Connecticut: Appleton & Lange.
- Polit, DF., Beck, CT. & Hungler BP. 2001. *Essentials of Nursing Research Methods, Appraisal and Utilization*. Fifth edition. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Pullon, S. & Fry, B. 2005. Interprofessional potgraduate education on primary health care: is it making a difference? *Journal on Interprofessional Care* 19 (6), 569-78.
- Pöntinen, S. 2004. *Vertailtavuus ja mittaamisen ongelma*. teoksessa Alapuro R. & Arminen I. (toim.). *Vertailvan tutkimuksen ulottuvuuksia*. Vantaa: WSOY, 41-44, 51.
- Rafferty, AM., Ball, J., Aiken, LH. & Fagin, CM. 2001. Are teamwork and professional autonomy compatible, and do they result in improved hospital care? *Quality in Health Care* 10 (11), 1132-1137.

- Rainio, P. 2005. Kuntatyö 2010. Kiinnitä työhön ja tulokseen. Opas kuntatyön perehdyttäjille. Kuntatyö 2010 –projekti. Suomen Kuntaliitto, Kunnallinen työmarkkinalaitos ja Kuntien eläkevakuutus. Helsinki.
<http://hosted.kuntaliitto.fi/intra/julkaisut/pdf/p050616134741K.pdf> Viitattu 7.6.2008.
- Ranki, A. 1999. Vastaako henkilöstön osaaminen yrityksen tarpeita. Helsinki: Kauppakaari.
- Raunio, K. 1999. Positivismi ja ihmistiede. Sosiaalitutkimuksen perusteet ja käytännöt. Tampere: Tammer-paino Oy.
- Redsell, S., Stokes, T., Jackson, C., Hastings, A. & Baker, R. 2007. Patients' accounts of the differences in nurses' and general practitioners' roles in primary care. *Journal of Advanced Nursing* 57(2), 172-80.
- Renders, CM., Valk, GD., Griffin, EH., Van, Eijk JThM. & Assendelft, WJJ. 2000. Interventions to improve the management of diabetes mellitus in primary care, outpatient and community settings. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2000 (4). CD 001481.
- Reveley, S. 1998. The role of the triage nurse practitioner in general medical practise: an analysis of the role. *Journal of Advanced Nursing* 28(3), 584-591.
- Roblin, DW., Becker, ER., Adams, EK., Howard, DH: & Roberts, MH: 2004. Patient satisfaction with primary care: does type of practitioner matter. *Medical Care* 42 (6), 579-590.
- Ruusuvuori, J., Raevaara, L. & Peräkylä, A. 2003. Potilas vaivansa tulkkina – ymmärtääkö lääkäri yskän? *Suomen Lääkärilehti* 58 (42), 4219-4225.
- Räisänen, A. 2002. Hoitotyöntekijöiksi valmistuvien osaaminen. Vertailututkimus opistoasteelta ja ammattikorkeakouluista valmistuvien hoitotyöntekijöiden hoitotyön toimintojen hallinnasta sekä opetuksen ja opiskelun painotuksista. Turun yliopisto. Turun yliopiston julkaisuja. Sarja C 178. Akateeminen Väitöskirjatyö.
- Saarelma, O. 1995. Perusterveydenhuollon kehitys ei lopu omalääkäriin. *Duodecim* 111, 26-31.
- Sairaanhoitajaliitto. 1996. Sairaanhoitajan eettiset ohjeet 28.9.1996. Suomen sairaanhoitajaliitto. Helsinki.
http://www.sairaanhoitajaliitto.fi/sairaanhoitajan_tyo/ohjeita_ja_suosituksia/sairaanhoitajan_eettiset_ohjeet/ . Viitattu 20.6.2008
- Sairausvakuutuslaki 1224/2004.
- Sakr, M., Angus, J., Perrin, J., Nixon, C., Nicholl, J. & Wardope, J. 1999. Care of minor injuries by emergency nurse practitioners or junior doctors; a randomised controlled trial. *The Lancet* 354 (9187), 1321-1326.
- Salisbury, C., Chalder, M., Scott, T., Pope, C. & Moore, L. 2002. What is role of walk-in centres in NHS? *British Medical Journal* 324 (7334), 399-402

Salminen, A. 2000. Hallintovertilu ja vertailumallien käyttökelpoisuus. teoksessa Salminen A. (toim.). Hallintovertilujen metodologia. Vaasan yliopiston julkaisuja. Tutkimuksia 234, Hallintotiede 26. Vaasa.

Sauri, M. 1995. Strategiaa henkilöstön kehittämiseen. Teoksessa Henkilöstön osaaminen ratkaisee. Valtionvarainministeriö. Henkilöstön kehittämishankeraportti 1995. Helsinki: Painatuskeskus Oy.

Seale, C., Anderson, E. & Kinnersley, P. 2006. Treatment advice in primary care: a comparative study on nurse practitioners and general practitioners. *Journal of Advanced Nursing* 54 (5), 534-541.

Sherzer, B. & Stone, S.H. 1980. *Fundamentals of Counseling*. Third edition. Dallas: Houghton Mifflin Company.

Shih, F-J. 1998. Triangulation in nursing research: issues of conceptual clarity and purpose. *Journal of Advanced Nursing* 28 (3), 631-641.

Shum, C., Humphreys, A., Wheele, D., Cochrane, M-A., Skoda, S. & Clement, S. 2000. Nurse management of patients with minor illnesses in general practice: multicentre, randomised controlled trial. *British Medical Journal* 32 (7241), 1038-1043.

Sibbald, B., Shen, J. & McBride, A. 2004. Changing the skill-mix of the health care workforce. *Journal on Health Services Research & Policy* 9 (1), 28-38.

Simoila, R. 1994. Terveystenhoitajan työn kehitys, ristiriidat ja työorientaatiot. Oulun yliopisto, Hoitotieteen laitos. Sosiaali- ja terveystieteen tutkimus- ja kehittämiskeskus. Tutkimuksia 48. Helsinki. Akateeminen väitöskirja.

Sosiaali- ja terveystieteen ministeriön asetus potilasasiakirjojen laatimisesta sekä niiden ja muiden hoitoon liittyvän materiaalin säilyttämisestä 99 / 2001.

<http://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2001/20010099>. Viitattu 20.6.2008.

Sosiaali- ja terveystieteen ministeriö. 2002. Kansallinen projekti terveydenhuollon tulevaisuuden turvaamiseksi. <http://pre20031103.stm.fi/suomi/eho/-julkaisut/terveysprojekti/luku2.htm> Viitattu 20.6.2008.

Sosiaali- ja terveystieteen ministeriö 2003. Terveysttä ja hyvinvointia näyttöön perustuvalla hoitotyöllä. Kansallinen tavoite- ja toimintaohjelma 2004-2007. Sosiaali- ja terveystieteen ministeriö. Helsinki.

Sosiaali- ja terveystieteen ministeriön asetus lääkkeen määräämisestä 726/2003.

<http://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2003/20030726>. Viitattu 20.6.2008.

Sosiaali- ja terveystieteen ministeriö. 2004 a. Terveystieteen keskus toimivaksi. Kansallisen terveydenhuollon hankkeen kenttäkierroksen raportti 2004. Sosiaali- ja terveystieteen ministeriön selvityksiä 13. Helsinki, 132-146.

Sosiaali- ja terveysministeriö. 2004 b. Terveydenhuollon täydenniskoulutussuositus. Oppaita 2004: 3. Helsinki: Edita Prima Oy.

Sosiaali- ja terveysministeriö 2008. Sosiaali- ja terveydenhuollon kansallinen kehittämisohjelma. KASTE – ohjelma 2008-2011. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2008:6. Helsinki.
www.stm.fi/Resource.phx/hankk/hankt/sote/index.htx.i1049.pdf Viitattu 15.7.2008.

SPSS® Inc 2005. SPSS® Base 14.0 for Windows User's Guide. SPPS Inc., Chigago.

Stakes. 2007. Perusterveydenhuollon avohoitokäynnit terveyskeskuksissa 2006. Tilastotiedote 17. Suomen virallinen tilasto, Terveys 2007. Helsinki: Stakes.

Stakes 2005. <http://www.stakes.fi/FI/tilastot/sotkanet/index.htm> Viitattu 20.6.2008.

Stenvall, J. & Harisalo, R. 2000. Aluehallinto 2000 - uudistuksen arviointi. Uutta ideaa etsimässä. Tampereen yliopisto, hallintotieteen laitos. Tutkimuksia 2000 A 21. Tampere.

Steriloimislaki 24.4.1970/283.
<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1970/19700283>. Viitattu 20.6.2008.

Supperi, H. 2006. Raportti Siikalatvan terveyspalvelualueen terveyskeskuksissa 3.-7.4.2006 suoritetusta asiakastyytyväisyyden tuloksista. Siike-hanke. Haapaveden kaupunki.<http://www.haapavesi.fi/?pid=1615>. Viitattu 13.6.2008.

Surakka, T. & Törmä, T. 1994. Elinikäinen oppiminen haastaa yhteistyöhön. Teoksessa Hein, I. & Larna, R. 1994. Maailma muuttuu - muuttuko aikuiskoulutus. Juva: WSOY, 125-129.

Tachakra, S., Sivakumar, A., Hayes, J. & Dawood, M.1997. A protocol for telemedical consultation. Journal of Telemedicine and Telecare 3 (3), 163-168.

Tartuntatauiasetus 31.10.1986/786. <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1986/19860786>. Viitattu 20.6.2008.

Tartuntatautilaki 25.7.1986/583. <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1986/19860583>. Viitattu 20.6.2008.

Tarrant, C., Windridge, K., Boulton, M., Baker R. & Freeman, G. 2003. Qualitative study of meaning of personal care in general practice. British Medical Journal 326 (14), 1310-1315.

Tilastokeskus 2008. Terveyskeskusten avohaito.
<http://www.stat.fi/til/tkavoh/index.html>. Viitattu 11.7.2008.

Timonen, O. 2004. Lääkärin etävastaanotto perusterveydenhuollossa. Satunnaistettu, kontrolloitu tutkimus videoneuvottelulaitteiston avulla toteutetusta etävastaanotto-kokeilusta. Oulun yliopisto, lääketieteellinen tiedekunta 792. Akateeminen väitöskirja.

- Timpka, T. 2000. The patient and primary care team: a small-scale critical theory. *Journal of Advanced Nursing* 31(3), 558-564.
- Toropainen, E. & Miilunpalo, S. 2003. Tukevatko terveystieteiden sisäiset käytännöt laadukasta työtä? *Suomen Lääkärilehti* 58(12), 1451-1455.
- Töyry, E., Vehviläinen-Julkunen, K., Roine, E., Mattila, M. & Rissanen V. 1999. Ihmisläheisen hoidon kehittäminen – mitä potilaspalaute kertoo? *Suomen Lääkärilehti* 54 (5), 525-529.
- Tynjälä P (1991) Kvalitatiivisten tutkimusmenetelmien luotettavuudesta. *Kasvatus* 22, (5–6), 387-398, 506.
- Uotila, E. 2004. Terveystieteiden työkenttien työn järjestäminen, toiminnan ohjaaminen ja kehittäminen. *Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2004:3*. Helsinki.
- Uusitalo, H. 2001. Tiede, tutkimus ja tutkielma. Johdatus tutkielman maailmaan. Juva: WSOY Oy.
- Vaherva, T. 1999. Henkilöstökoulutuksen rajat ja mahdollisuudet. Teoksessa: *Oppiminen ja asiantuntijuus. Työelämän ja koulutuksen näkökulmia*. Eteläpelto A. & Tynjälä P. (toim.). Helsinki: WSOY, 83-101
- Vallimies-Patomäki, M. 2001. Terveystieteiden täydennyskoulutuksen kehittämishaasteita. *Ylihoitajalehti* 29 (3), 8-14.
- Vallimies-Patomäki, M., Perälä, M-L. & Lindström, E. 2003. Miten sairaanhoitajan tehtäväkuvien laajentaminen on onnistunut. Systemoitu kirjallisuuskatsaus. *Tutkiva hoitotyö* 1(2), 10-15.
- Valtakaru, M. 2003. Työssä jaksamisen tutkimus- ja toimenpideohjelma 2000-2003. Päätös- ja arviointiraportti, LTT – tutkimus OY. Työministeriö. Helsinki.
- Valtioneuvoston asetus hoitoon pääsyn toteuttamisesta ja alueellisesta yhteistyöstä 25.11.2004 1019/2004.
<http://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2004/20041019>. Viitattu 11.7.2008.
- Valtion säädöstietopankki FINLEX © 2007. Laki kunta- ja palvelurakenneuudistuksesta 9.2.2007.
http://www.vm.fi/vm/fi/04_julkaisut_ja_asiakirjat/03_muut_asiakirjat/20071220Saeaedoe_k/laki_kuntajapalvelurakenneuudistuksesta_090207.pdf. Viitattu 20.6.2008.
- Valtioneuvosto. 2007. Pääministeri Matti Vanhasen II hallituksen ohjelma 19.4.2007.
<http://www.valtioneuvosto.fi/hallitus/hallitusohjelma/fi.jsp>. Viitattu 21.7.2008.
- Valtionvarainministeriö. 2008. Peruspalvelujen tila – raportti. Valtionvarainministeriön julkaisu 14. Helsinki: Edita Prima Oy.
- Varila, J. 1994. Henkilöstöstrategia työn tukijaksi. Teoksessa: Varila, J. (toim.) *Henkilöstöstrategia ja uusiutuva organisaatio*. Helsinki: Painatuskeskus Oy.

Vedsted, P., Mainz, J., Lauritzen, T. & Olesen, F. 2002. Patient and GP agreement on aspects of general practice care. *Family Practise* 19 (4), 339-343.

Vehviläinen, A., Takala, J. & Haggren, O. 2003. Miksi lääkärit lähtevät terveyskeskuksesta? *Terveyskeskustyön nykytila ja tulevaisuus 2002 – tutkimus III*. *Suomen Lääkärilehti* 58, 188 –193.

Vennig, P., Durie, A., Roland, M., Roberts, C. & Leese, B. 2000. Randomised controlled trial comparing cost effectiveness of general practitioners and nurse practitioners in primary care. *British Medical Journal* 320 (7241), 1048-1053.

Viisainen, K., Saalasti-Koskinen U., Perälä M.-L., Kinnunen J. & Teperi J. 2002. Terveystenhuolto 2000-luvulle -hankkeen alueellisen toimeenpanon arviointi. *Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimus 2002:8*, 45, 49-61.
<http://www.vn.fi/stm/suomi/ehojulkaisut/th2000-luvulle> Viitattu 7.6.2008.

Viitala, R. 2002. *Henkilöstöjohtaminen*. Helsinki:Edita Prima Oy.

Vuori, J. 1993. Motivaatio julkisessa ja yksityisessä organisaatiokulttuurissa, vertaileva tutkimus julkisen ja yksityisen sairaalan henkilöstöstä. *Vaasan yliopiston julkaisuja*. Tutkimuksia 175, hallintotiede 15. Vaasa.

Vuorma, S., Keskinen, S., Koponen, P., Lehtonen, O-P., Koskinen, S. & Aromaa, A. 2007. Kohtaako hoitokäytäntö ja suositus? *Väestötutkimus pitkäaikaissairauksien hoidosta*. *Suomen Lääkärilehti* 44 (62), 4125-4130.

Vähäkangas, K. 2008. *Monitieteisen yhteistyön etiikka*. Teoksessa: Pietilä, A. & Länsimies-Antikainen, H. (toim.). *Etiikkaa monitieteisesti*. Kuopion yliopisto. Kuopio: Kopiojyvä, 37-43.

Zelditch, M. 1971. *Intellible comparisons*. Teoksessa *Comparative Methods in sosiologi, Essays on Trends and Applications*. London: University of California Press, LTD, 167-307.

Way, D., Jones, L., Baskerville, B. & Busing, N. 2001. Primary health care services by nurse practitioners and family physicians in shared practice. *CMAJ* 165 (9), 1210-1214.

Werrett, J., Helm, R. & Carnwell, R. 2001. The primary and secondary care interface: the educational needs on nursing staff for the provision of seamless care. *Journal of Advanced Nursing* 34(5), 629-638.

Whitten, P. & Collins, B. 1998. Nurse reactions to a prototype home telemedicine system. *Journal of Telemedicine and Telecare* 6, 43-45.

Wiles, R., Postle, K., Steiner, A. & Walsh, B. 2001. Nurse-led intermediate care: an opportunity to develop enhanced roles for nurses. *Journal of Advanced Nursing* 34(6), 813-821.

Painamattomat lähteet:

Jyväskylän kaupunki terveystalot 2005. Toimintakertomus ja tilinpäätös vuodelta 2005.

Lapinlahden kunta 2005. Toimintakertomus ja tasekirja vuodelta 2005.

Leppävirran terveyskeskus 2005. Toimintakertomus ja tilinpäätös vuodelta 2005.

Nilsin terveyskeskus terveystalot 2005. Talous- ja tilinpäätös vuodelta 2005.

Palokan terveydenhuollon kuntayhtymä 2005. Toimintakertomus ja tilinpäätöskertomus vuodelta 2005.

Riihimäen seudun terveyskeskus kuntayhtymä 2005. Toimintakertomus ja tilinpäätös vuodelta 2005.

Saarijärven-Karstulan terveydenhuollon kuntayhtymä 2005. Toimintakertomus ja tilinpäätös vuodelta 2005.

Siilinjärven ja Maaningan terveydenhuollon kuntayhtymä 2005. Toimintakertomus ja tuloslaskelma vuodelta 2005.

Sisä-Savon terveydenhuollon kuntayhtymä 2005. Tasekirja, toimintakertomus ja tilinpäätös vuodelta 2005.

Varkauden kaupunki 2005. Tasekirja ja tilinpäätös vuodelta 2005.



LIITE 1 1(11)

10.10.2005

Eija Peltonen
Puolukkatie 20
77600 Suonenjoki
017 - 5122 88, 050-4014053

ARVOISA TERVEYSKESKUSHALLINNON EDUSTAJA

Terveyskeskusten vastaanotto toimintojen kehittäminen on tärkeää. Hallinnon edustajana Teillä on asiantuntemusta, jota voidaan hyödyntää perusterveydenhuollon vastaanotto toimintojen kehittämisessä. Tutkimuksessani selvitetään terveyskeskusten omalääkäri-omahoitajatyöparityöskentelyn ja tiimityömallien toiminnalliset nykykäytännöt vastaanotto toiminnassa ja hoitajien ja lääkäreiden työn- ja vastuunjako sekä työn tukimuotoja. Lisäksi verrataan työnjakomallien vaikutuksia palvelujen toimivuuteen, kustannuksiin sekä henkilöstön osaamisvaatimuksiin.

Aineistoa kootaan terveyskeskuksista, joissa työnjakoa toteutetaan työpari- tai tiimityö-mallilla ajanvaraus- ja päivystysvastaanotto toiminnassa. Tutkimuskysymyksiin vastaajina toimii 50 hallinnon edustajaa (ylilääkäreitä, johtavia hoitajia, vastaanottojen osastonhoitajia), 120 lääkäriä, 170 vastaanottojen hoitajaa ja 1000 vastaanotoilla käynyttä asiakasta. Olen saanut tutkimukselleni luvat jokaiselta tutkimukseen osallistuvalla terveyskeskukselta. Antamanne tiedot käsitellään ehdottoman luottamuksellisesti ja tilastollisesti siten, ettei yksittäistä vastaajaa voi tunnistaa. Taustatietoja tiedustelen vastausten tilastollista käsittelyä varten. Tutkimustulokset raportoin tutkimukseen osallistuville terveyskeskuksille ja koosteena väitöskirjatyössäni. Työni ohjaajia ovat professorit Katri Vehviläinen-Julkunen ja Anna-Maija Pietilä Kuopion yliopistosta ja LKT, yleislääketieteen kliininen opettaja Outi Elonheimo Helsingin yliopistosta.

Vastaamalla kyselyyni voitte olla mukana vastaanotto toimintaan liittyvän tiedon keräämisessä. Toivon teidän vastaavan kyselyyn 18.11.2005 mennessä. Jos Teillä on tutkimukseen liittyviä kysymyksiä annan mielelläni lisätietoja. Yhteystietoni ovat puh. 017-512288, 050 - 4014053 tai email: eija.peltonen@uku.fi.

Yhteistyöstä kiittäen
Suonenjoella 10.10.2005

Eija Peltonen, tohtoriopiskelija

Professori, THT Katri Vehviläinen-Julkunen
Kuopion yliopisto, hoitotieteen laitos

Professori, THT Anna-Maija Pietilä
Kuopion yliopisto, hoitotieteen laitos

Yleislääketieteen kliininen opettaja, LKT Outi Elonheimo
Helsingin yliopisto, kansanterveystieteen laitos

Vastausohje:

Pyydän Teitä vastaamaan seuraaviin kysymyksiin laittamalla rastin (X) tai ympyröiden (o) Teille sopivan vastausvaihtoehdon tai kirjoittamalla vastauksenne sille varattuun tilaan. Jos tila ei riitä, voitte jatkaa vastausta lomakkeen kääntöpuolelle. Kysymyksissä *terveyskeskuksella* tarkoitetaan joko yhtä terveyskeskusta tai kuntayhtymää.

Vastajan taustatiedot

1. **Sukupuoli:** miehiä 29%, naisia 71%
2. **Ikä:** keskiarvo 51,6 (sd 7.570) vuotta jakautuu seuraavasti: 25-30 v 3.2%, 31-35 v 3.2 %, 36-40 v 6.5 %, 41-45 v ei yhtään, 46-50 v 13 %, 51-55 v 48 %, 56-60 19 %, ja 61-65 v 6.5 %
3. **Ammattinimike:** 5 ylilääkärää (15%), 7 johtavaa hoitajaa (23 %), 3 johtavaa lääkäriä (10 %), 3 lääkäriä (10%), 3 ylihoitajaa (10%), 1 hoitotyönjohtaja (3%) ja 9 osastonhoitajaa (29%)
4. **Koulutus:** ylilääketieteen erik.lääkäri(6), erikoislääkäri (1), lääketieteen lisensiaatti (4), terveystieteiden tohtori (1), terveystieteiden maisteri (4), terveydenhuollon maisteri (6), sairaanhoidon johtaja (1), sairaanhoitaja amk (2), terveydenhoitaja (2), sairaanhoitaja (4)
5. Kuinka monta vuotta olette työskennellyt perusterveydenhuollossa? *keskiarvo 24 vuotta, sd 8.3*
6. Kuinka monta vuotta olette vastannut terveyskeskuksenne vastaanottoimminnassa? *keskiarvo 10.4 vuotta, sd 9.7*

Organisaatio

1. Kunnan oma **terveyskeskus**, nimi: Nilsin terveyskeskus, Leppävirran terveyskeskus, Lapinlahden terveyskeskus, Jyväskylän terveyskeskus, Varkauden terveyskeskus
2. **Terveyskeskuskuntayhtymän** nimi ja siihen kuuluvat kunnat :
Sisä-Savon terveydenhuollon kuntayhtymä, Riihimäen seudun terveyskeskus kuntayhtymä, Siilinjärven ja Maaningan terveydenhuollon kuntayhtymä, Palokan terveydenhuollon kuntayhtymä, Saarijärven-Karstulan seudun terveydenhuollon kuntayhtymä
3. Väestövastuuterveyskeskus: kyllä 94 %, ei 6 %
4. **Sairaanhoitopiirin nimi:** Pohjois-Suomen sairaanhoitopiiri, Kanta-Hämeen sairaanhoitopiiri, Keski-Suomen sairaanhoitopiiri
5. Terveyskeskuksenne tai kuntayhtymänne **alueen väestökoko:** Sisä-Savon th:n ky 19 600, Nilsin terveyskeskus 6 560, Leppävirran terveyskeskus 10 970, Riihimäen seudun tk ky 43 000, Siilinjärven ja Maaningan th:n ky 24 000, Lapinlahden terveyskeskus 7 600, Varkauden terveyskeskus 25 000, Palokan th:n ky 43 000, Saarijärven-Karstulan th:n ky 20 000, Jyväskylän kaupungin terveyskeskus 84 000, josta tutkimuksessa mukana oleva Huhtasuo 8 700

Henkilöstöresurssit

1. Kuinka monta lääkäriä työskentelee terveyskeskuksenne vastaanottoimminnassa? yhteensä 120
2. Kuinka monta sairaanhoitajaa terveyskeskuksessanne pitää omaa vastaanottoa? yhteensä 94 sairaanhoitajaa
3. Kuinka monta terveydenhoitajaa terveyskeskuksessanne pitää avosairanhoidon vastaanottoa? yhteensä 52
4. Kuinka paljon terveyskeskuksenne vastaanottoimminnassa on muuta henkilökuntaa?
 - a) terveyskeskusavustajia 58 , kahdessa ei yhtään
 - b) lähi- ja perushoitajia ei yhtään, 40, yhdessä ei yhtään
 - c) lääkintävahtimestaria 16, neljässä ei yhtään
5. Missä tehtävissä edellä lueteltu henkilökunta toimii? avoin

6. Onko terveyskeskukseen vastaanotto toimintaan saatu edeltävien viiden vuoden aikana lisää lääkäreitä tai hoitajia ?	Ei	Kyllä, montako(kpl)
Lääkäreitä	45.2 %	42 % ka 2.2
Hoitajia	35 %	55 % ka 3
7. Tarvitaanko mielestänne vastaanottoillemme lisää lääkäreitä ja / tai hoitajia?	Ei	Kyllä, montako(kpl)
Lääkäreitä	64.5 %	29 % ka 2
Hoitajia	26 %	71 % ka 2.5

Tuotanto

- Kuinka monta asiakasta tai potilasta käy keskimäärin terveyskeskukseen tai kuntayhtymänne lääkäreiden vastaanotoilla: vuodessa _____, kuukaudessa _____, yhden päivän aikana _____?
- Miten lääkäreiden ja hoitajien asiakas- ja potilaskäynnit / - kontaktit (myös puhelut) teillä laskeaan? Otetaanko laskennassa huomioon vuosilomat ym. poissaolot?
Avoin kysymys
- Mitä lääkäreiden ja hoitajien asiakas- tai potilaskontakteja ei terveyskeskuksessanne tilastoida?
Avoin kysymys
- Mikä on lääkärin vastaanottokäynnin hinta terveyskeskuksessanne? vaihteluväli 32 eurosta 99 euroon, keskiarvo 64.7 €, sd 23.5
- Kuinka monta asiakasta tai potilasta käy terveyskeskukseen tai kuntayhtymänne avosairaanhoitoon vastaanotoilla hoitajien luona: vuodessa _____, kuukaudessa _____, yhden päivän aikana _____?
- Mikä on hoitajan vastaanottokäynnin hinta terveyskeskuksessanne? vaihteluväli 17 eurosta 48 euroon, keskiarvo 29.5 €, sd 11.4
- Miten hoitajan ja lääkärin vastaanottokäynnin hinta arvioidaan?
Avoin kysymys

I Vastaanotto toiminnan organisointi ja hoitajan tehtäväalue vastaanotto toiminnassa

- Miten vastaanotto toiminta on pääasiallisesti järjestetty terveyskeskuksessanne?
Ympyröikää sopiva vaihtoehto.
Lääkäreiden, sairaan- ja terveydenhoitajien ja terveyskeskusavustajien tiimityönä 52 %,
Lääkäri-hoitaja työparityöskentelynä 48 %
- Miten vastaanotto toimintoja on kehitetty terveyskeskuksessanne edeltäneiden viiden vuoden aikana?
Jakaumat prosentteina

	Kyllä	Ei
a. Vastaanotto toiminta on järjestetty lääkärin ja hoitajan työparityöskentelynä.	55	42
b. Avosairaanhoitoon on lisätty hoitajan vastaanottoja.	100	-
c. Hoitajien vastaanotot on muutettu ajanvarauksella toimiviksi.	90	10
d. Hoitajien itsenäistä vastaanotto toimintaa on lisätty pitkäaikaissairauksien hoidossa.	94	6
e. Hoitajien itsenäistä päivitysvastaanotto toimintaa on lisätty.	58	42
f. Hoitajille on siirretty lääkäreiltä toimenpiteitä ja tutkimuksia.	45	55
g. Hoitajien puhelinneuvonta-aikoja on lisätty.	77	23

- | | | |
|--|-----|-------|
| | | 4(11) |
| h. Lääkäreiden puhelinneuvontaa on lisätty. | 29 | 68 |
| i. Puhelinpalvelut hoidetaan ostopalveluna | 100 | |
| j. Hoitajien ja lääkäreiden keskinäistä konsultaatioaikaa on lisätty. | 64 | 36 |
| k. Osa vastaanottoiminnoista hoidetaan lääkäreiden etävastaanottoina käyttäen apuna sähköistä tiedonsiirtoa. | 10 | 87 |
| Muuten, miten – avoin kysymys | | |
1. Vastaanottoimintojanne ei ole kehitetty, **miksi** - avoin kysymys
3. Seuraavien vastausvaihtoehtojen avulla on tarkoitus selvittää terveyskeskuksenne ajanvaraus- ja päivystysvastaanottoimintaa sekä puhelinneuvontaa.
Terveyskeskuksella tarkoitetaan tässä tutkimuksessa myös kuntayhtymää kokonaisuudessaan.

	Jakaumat prosentteina:		
	Kyllä	Ei	Tieto puuttuu
Ajanvarausasioissa alueenne väestö ottaa yleensä aina ensiksi yhteyden nimettyyn omaan hoitajaan	52	42	6
Kiireettömissä asioissa lääkäreiden vastaanotoille terveyskeskuksessanne pääsee pääsääntöisesti kolmen päivän kuluessa.	45	55	-
Puhelinneuvonnasta vastaavat hoitajat arvioivat vastaanoton tarpeen kiireellisyyden.	94	6	-
Avosairaanhoidon vastaanottoja pitävät hoitajat valmistelevat potilaiden lääkärin vastaanottokäynnit etukäteen lähettämällä heidät tarvittaviin laboratoriotutkimuksiin.	81	19	-
Vastaanottoajat päivystykseen ja tavalliselle vastaanotolle annetaan eri paikoista.	52	48	-
Terveyskeskuksessanne on käytössä paikallisesti laaditut hoitosuositukset, jotka ohjaavat hoitajien ja lääkäreiden toimintaa kansansairauksien ja lievien infektioiden hoidossa.	74	26	-
Kaikki reseptiasiat hoidetaan terveyskeskuksessanne keskitetysti yhdestä paikasta.	23	77	-
Arkiston / arkistojen henkilökunta hoitaa kaikki potilaspaperiasiat (kansioiden, läheteiden ja epikriisien käsittelyt, lausuntoasioiden postittamiset jne).	19	77	4
Konekirjoittajat huolehtivat sanelujen purkamisen	97	3	-
Puhelinneuvontaa terveyskeskuksessanne antavat vain sairaan- tai terveydenhoitajat ja lääkärit.	26	71	3
Terveyskeskuksessanne hoidetaan nykyisin enemmän potilasasioita puhelimitse kuin muutama vuosi sitten	87	10	3
Terveyskeskuksenne alueelta on mahdollista soittaa ostopalveluna toimivaan terveystietopalvelun neuvontapuhelimeen koko vuorokauden ajan.	6	94	-
Hoitajilla on erilliset ajat puhelinneuvonnalle.	58	39	3
Hoitajilla on terveyskeskuksessanne avosairaanhoidon vastaanottoja ilman ajanvarausta (ns.aamuvastaanotto).	45	55	-
Hoitajien puhelinkontaktit ja niissä annetut hoito- ja seurantaohjeet kirjataan sähköiseen potilaskertomukseen.	100	-	-
Erikoissairaanhoidon palautteet tulevat suoraan omalle lääkärille ja -hoitajalle.	84	13	3
Hoitajien ja lääkäreiden työnjaon kehittämisen myötä lääkärit pystyvät hoitamaan enemmän potilasasioita puhelimitse	87	13	-
Päivystysvastaanottoiminta on terveyskeskuksessanne järjestetty keskitetysti (erillään muusta vastaanottoiminnasta).	61	39	-
Terveyskeskuksenne hoitajat arvioivat potilaiden tarpeiden mukaisesti vastaanottoaikojen pituudet.	84	16	-
Terveyskeskuksessanne lääkärit hoitavat pääsääntöisesti itse oman väestönsä ei-kiireelliset päivystysasiat virka-aikanaan.	87	13	-
Iltaisin ja viikonloppuisin terveyskeskuksessanne ei ole omaa päivystystä.	13	84	3
Potilaiden tai asiakkaiden seurantaikäynnit lääkäreille ja hoitajille sovitaan edellisen käynnin yhteydessä.	87	13	-

	Kyllä	Ei	Tieto puuttuu
Terveyskeskuksessanne lääkäreille annetut vastaanottoajat toteutuvat ilman pitkiä viiveitä sovitun aikataulun mukaan	90	10	-
Terveyskeskuksessanne ennakoidaan päivystystoiminnassa hoitajien lisätarve esimerkiksi ns. flunssa-aallon aikaan.	23	77	-

4. Kuuluuko terveystakeskuksenne vastaanotoilla työskentelevien hoitajien tehtäviin seuraavien yleisten kansansairauksien ennaltaehkäisy, hoidon ohjaus ja neuvonta sekä seuranta ja siihen liittyvät tutkimukset?

	Jakaumat prosentteina								
	Ennaltaehkäisy			Hoidon ohjaus ja neuvonta			Seuranta ja siihen liittyvät tutkimukset		
	Kyllä	Ei	Miss	Kyllä	Ei	Miss	Kyllä	Ei	Miss
Astma	68	29	3	100	-	-	94	3	3
Diabetes	100	-	-	100	-	-	97	3	-
Kohonnut verenpaine	97	-	3	100	-	-	94	6	-
Reuma	36	61	3	94	6	-	87	13	-
Sydämen vajaatoiminta	55	42	3	81	19	-	74	26	-
COPD	90	7	3	97	3	-	87	13	-
Masennus	61	36	3	71	29	-	55	45	-
Dementia	58	39	3	81	19	-	68	32	-

muita, mitä – avoin kysymys

5. Kuuluuko terveystakeskuksenne vastaanotoilla työskentelevien hoitajien tehtäviin ns. lievien infektioiden hoidon tarpeen arviointi, tutkimusten itsenäinen toteuttaminen ja hoidon ohjaus?

	Jakaumat prosentteina								
	Hoidon tarpeen arviointi			Tutkimusten itsenäinen toteuttaminen			Hoidon ohjaus		
	Kyllä	Ei	Miss	Kyllä	Ei	Miss	Kyllä	Ei	Miss
Flunssa (nuha, kuume, ylähengitystieoireet)	100	-	-	84	16	-	97	3	-
Vatsatauti	100	-	-	65	35	-	94	6	-
Komplisoitumaton virtsatieinfektio	97	3	-	87	13	-	94	6	-
Korvatulehdukset	58	42	-	16	81	3	48	48	4
Poskiontelotulehdukset	58	42	-	13	84	3	42	55	3

muita, mitä - avoin

6. Kuuluuko terveystakeskuksenne vastaanotoilla työskentelevien hoitajien tehtäviin lyhyiden, korkeintaan viiden päivän pituisten, sairauslomien kirjoittaminen?
100 % Kyllä , ei yhtään Ei - vastausta
7. Mitä etuja arvioitte olevan sairaan- ja terveydenhoitajien itsenäisestä työskentelystä avosairaanhoidon vastaanotoilla?
Avoin kysymys
8. Mitä epäkohtia arvioitte olevan sairaan- ja / tai terveydenhoitajien työskentelystä avosairaanhoidon vastaanotoilla?
Avoin kysymys

II Hoitajien ja lääkäreiden keskinäinen työpari- ja tiimityö käytännön toiminnassa.

1. Seuraavilla väittämällä selvitetään näkemyksiänne vastaanottotoiminnasta sekä lääkäreiden ja hoitajien välisestä työajaosta

Tässä yhteydessä *työpari* tarkoittaa samasta väestövastuualueesta huolehtivia hoitaja-lääkäriparipareja ja *tiimi* useampaa työntekijää esim. hoitaja-lääkäri-terveyskeskusavustaja.

	Jakaumat prosentteina				
	Täysin samaa mieltä	Jokseenkin samaa mieltä	Jokseenkin eri mieltä	Täysin eri mieltä	Tieto puuttuu
Työnjakaminen on ammattiryhmien välistä työyhteisöä koskevaa toiminnan kehittämistä. <i>ka 1.13, sd 0.341</i>	87	13	-	-	-
Työnjakamisessa hoitajille siirretään tehtäviä lääkäreiltä. <i>ka 2.39, sd 0.761</i>	10	48	36	6	-
Soviittu työnjako hoitajien ja lääkäreiden vastaanotto-toiminnassa selkeyttää molempien työajan käyttöä. <i>ka 1.13, sd 0.341</i>	87	13	-	-	-
Työnjakamisessa potilaan hoitoon liittyvät tehtävät ja toimenpiteet järjestetään tarkoituksenmukaisella tavalla. <i>ka 1.03, sd 0.180</i>	97	3	-	-	-
Hoitajien ja lääkäreiden keskinäiset työajaon muutokset säästävät vastaanottotoiminnan kustannuksia. <i>ka 1.39, sd 0.558</i>	65	32	3	-	-
Pitkäaikaissairauksia (esim. diabetes, reuma) sairastavat potilaat käyvät säännöllisin välein hoitajien vastaanottoilla. <i>ka 1.29, sd 0.461</i>	71	29	-	-	-
Hoitajien ensiarvion jälkeen lääkärin vastaanotolle valikoituvat vain potilaat, joita muut työntekijät eivät kykene hoitamaan. <i>ka 1.71, sd 0.783</i>	45	42	10	3	-
Hoitajat voivat vastata helppohoitaisia infektioita sairastavien potilaiden hoidon tarpeen arvioinnista ja hoidon ohjauksesta. <i>ka 1.16, sd 0.374</i>	84	16	-	-	-
Päivystysvastaanotot ovat hyvin ruuhkaisia. <i>ka 2.65 sd 0.915</i>	10	35	35	20	-

	Täysin samaa mieltä	Jokseenkin samaa mieltä	Jokseenkin eri mieltä	Täysin eri mieltä	Tieto Puuttuu
Lääkärin työparina toimiva hoitaja voi vastata oman alueen väestön pitkäaikais-sairauksien (diabetes, astma jne.) määrääkisseurannoista. <i>ka 1.60, sd 0.621</i>	45	45	7	-	3
Pitkäaikaisairauksien seuranta ja hoito on järkevää jakaa asiantuntijuuden mukaan eri vastuuhoitajille (esim. diabeteshoitaja). <i>ka 2.39, sd 1.145</i>	29	25	23	23	-
Hoitajien ja lääkäreiden keskinäinen konsultointi sallii ammattiryhmien välisten erityistaitojen jakamisen vastaanottotoiminnassa. <i>ka 1.23, sd 0.425</i>	77	23	-	-	-
Lääkärit pystyvät hoitamaan paljon asioita myös etäkonsultoinnilla yhteistyössä hoitajien kanssa. <i>ka 1.68, sd 0.599</i>	39	55	6	-	-
Hoitajat pystyvät tekemään joitain lääkäreiden tehtäviä, kun tehtävien – ja vastuun- jaosta on sovittu selvästi. <i>ka 1.48, sd 0.508</i>	52	48	-	-	-
Lääkäreillä on tavallista enemmän aikaa syventyä potilaiden asioihin, kun hoitajan ja lääkärin välistä työnjakoa on muutettu. <i>ka 1.65, sd 0.551</i>	39	58	3	-	-
Ei-vakavan sairauden yhteydessä potilaat ovat tyytyväisiä hoitajien vastaanottokäynteihin. <i>ka 1.48, sd 0.570</i>	55	42	3	-	-
Hoitajavastaanottojen myötä lääkäreiden vastaanottoaikojen saatavuus paranee. <i>ka 1.39, sd 0.558</i>	65	32	3	-	-
Tuttu hoitaja osaa parhaiten arvioida potilaille riittävän pitkän lääkäriajan. <i>ka 1.19, sd 0.402</i>	81	19	-	-	-
Lääkäri-hoitajatyöparit oppivat tuntemaan toistensa työtavat ja väestönsä niin, että väestön hoitoon pääsy on joustavaa. <i>ka 1.26, sd 0.445</i>	74	26	-	-	-

	Täysin samaa mieltä	Jokseenkin samaa mieltä	Jokseenkin eri mieltä	Täysin eri mieltä	Tieto puuttuu
Hoitajien vastaanotto toiminta vähentää lääkäreiden päivystysvastaanottokäyntien tarvetta. <i>ka 1.45, sd 0.506</i>	55	45	-	-	-
Lääkärin ja hoitajan toimiva työnjako neuvonnan toteutuksessa edesauttaa asiakaslähtöisen terveyden edistämistyön toteuttamista. <i>ka 1.26, sd 0.514</i>	77	19	4	-	-
Hoitajan ja lääkärin ja potilaan kiinteä yhteistyö pitkäaikaissairauksien hoidossa edesauttaa potilaan hoitoon sitoutumista. <i>ka 1.23, sd 0.425</i>	77	23	-	-	-
Omaa vastaanottoa pitävän hoitajan toiminnassa mahdollistuu asiakkaan ja potilaan tehokas neuvonta ja ohjaus. <i>ka 1.32, sd 0.475</i>	68	32	-	-	-

Osion Cronbachin alfa: 0,801

2. Miten terveyskeskukseenne vastaanotoilla lääkäreiden ja hoitajien välinen työnjako kokonaisuudessaan toimii?
- Hyvin 39 %
 - Kohtalaisesti 61 %
 - Huonosti -
 - En osaa sanoa -
3. Miten hoitajien ja lääkäreiden työnjakoa tulisi mielestänne edelleen kehittää?
- Avoim kysymys*

III Työn tukimuodot

1. Seuraavien vastausvaihtoehtojen avulla **selvitetään** terveyskeskukseenne vastaanoton henkilöstön käytännön työtä tukevia toimintaohjeita ja keinoja.

	Jakaumat prosentteina		
	Kyllä	Ei	En osaa sanoa
Terveyskeskuksessanne on käytössä paikallisesti laaditut hoitosuosituksset, jotka ohjaavat hoitajien ja lääkäreiden toimintaa.	77	23	-
Terveyskeskuksessanne on kirjallisia ohjeita ja määräyksiä erilaisten tehtävien delegoinnista ja vastuukysymyksistä.	65	35	-
Vastaanoton hoitohenkilöstölle on laadittu työn kehittämiseen liittyvä suunnitelma jatko- ja täydennyskoulutukselle.	64	26	10
Vastaanottojen lääkäreille on laadittu työn kehittämiseen liittyvä suunnitelma jatko- ja täydennyskoulutukselle.	26	48	26

	Kyllä	Ei	En osaa sanoa
Laajennetun tehtävänkuvan mukaista työtä tekevän hoitajan osaaminen varmistetaan kirjallisella kokeella ja näytöllä.	13	77	10
Vastaanoton hoitohenkilöstölle on laadittu oma työhön perehdyttämisohjelma	74	23	3
Vastaanoton lääkäreille on laadittu oma työhön perehdyttämisohjelma.	48	29	23
Itsenäistä vastaanottotyötä tekeville sairaanhoitajille ja terveydenhoitajille on järjestetty lisäkoulutusta	90	7	3
Vastaanottojenne lääkäreille ja hoitajille on järjestetty yhteistä työnohjausta	23	77	-

2. Miten vastaanoton lääkäreiden osaamisen ylläpitäminen varmistetaan terveyskeskuksessanne?

	Jakaumat prosentteina		Puuttuva tieto
	Kyllä	Ei	
Säännöllisten toimipaikkakoulutusten avulla.	84	3	13
Ulkopuolisen koulutuksen turvin	87	3	10
Esimiehen toteuttamien kehityskeskustelujen avulla.	55	29	16
Jokainen pitää itse yllä omaa osaamistaan.	84	3	13

3. Miten vastaanoton hoitohenkilöstön osaamisen ylläpitäminen varmistetaan terveyskeskuksessanne?

	Jakaumat prosentteina		Puuttuva tieto
	Kyllä	Ei	
Säännöllisten toimipaikkakoulutusten avulla.	84	13	3
Ulkopuolisen koulutuksen turvin.	94	3	3
Esimiehen vetämien kehityskeskustelujen avulla.	97	3	-
Vertaisarvioinnin avulla.	26	64	10
Käytännön näyttöjen avulla.	19	71	10
Jokainen pitää itse huolta omasta osaamisestaan.	81	13	6

4. Miten lääkäreiden ja hoitajien väliset konsultaatiot on järjestetty?

	Jakaumat prosentteina			
	Aina	Usein	Joskus	Ei koskaan
Konsultaatio on aina tarvittaessa	74	23	3	-
Erikseen varatut konsultaatio-ajat.	13	13	51	23
Puhelinkonsultaatio	35	39	23	3
Sähköpostikonsultaatio	26	23	26	25
Videoneuvottelu	3	-	-	97

5. Kuka tai ketkä terveyskeskuksessanne ovat vastanneet vastaanotto toimintojen kehittämisestä?

	Jakaumat prosentteina			Puuttuva tieto
	Kyllä	Ei	En osaa sanoa	
Johtava lääkäri	97	-	-	3
Johtava hoitaja	87	7	3	3
Ylihoitaja	45	23	10	22
Vastaava lääkäri	74	10	6	10
Osastonhoitaja	93	4	-	3
Vastaava hoitaja	39	16	10	35

6. Mikä on mielestänne lähiesimiehen rooli vastaanotoilla työskentelevien hoitajien osaamisen varmistamisessa?

	Jakaumat prosentteina			
	Samaa mieltä	Jokseenkin samaa mieltä	Eri mieltä	En tiedä
Laatia kehityskeskustelujen pohjalta omalle henkilöstölleen osaamisen arviointiin perustuva koulutussuunnitelma.	81	19	-	-
Laatia ja pitää ajan tasalla uusien työntekijöiden perehdytysuunnitelmaa ja seurata sen toteutumista.	84	16	-	-
Varmistaa laajennettua tehtäväkuvaa tekevien henkilöiden osaaminen.	87	13	-	-
Selvittää uudenlaiseen toimintatapaan tarvittava lisäkoulutus.	84	16	-	-
Huolehtia työnjakoon liittyvästä tarvittavasta lupamenettelystä.	64	23	10	3
Varmistaa työvuorosunnittelulla, että työvuoroissa on uudenlaiseen toimintatapaan liittyvien tehtävien hoidon hallitsevia henkilöitä.	93	7	-	-

7. Seuraavilla väittämillä selvitetään itsenäiseen vastaanottotyöhön tulevien tai siellä jo toimivien hoitajien koulustarvetta.

	Jakaumat prosentteina			
	Samaa mieltä	Jokseenkin samaa mieltä	Eri mieltä	Puuttuva tieto
Hoitajien perustutkintoon johtavaan koulutukseen tulisi lisätä itsenäisen vastaanottotyön toteutukseen liittyvää koulutusta.	94	6	-	-
Puhelinneuvontaan liittyvää koulutusta tulisi olla hoitajien perusopinnoissa.	84	13	-	3
Hoitajien perusopintoihin tulisi lisätä koulutusta pitkäaikaissairauksien hoidoista, seurannasta ja ennalta ehkäisystä.	84	13	-	3
Itsenäistä avosairaanhoidon vastaanotto-työtä tekeville hoitajille tarvitaan jatkokoulutusta.	93	3	-	3

8. Miten usein käytätte seuraavia tietolähteitä työssänne? Ympyröikää sopivin vastausvaihtoehto.

	Jakaumat prosentteina					
	En koskaan	Harvoin	Toistuvasti	Usein	Päivittäin	Puuttuva tietoa
Ammattikirjallisuus (kirjat) ka 3.65, sd 0.709	-	6	29	58	6	-
Tieteelliset artikkelit ka 3.35, sd 0.755	-	16	32	52	-	-
Näyttöön perustuvan hoitotyön / lääketieteen suositukset ka 3.35, sd 0.839	-	19	29	48	4	-

	En koskaan	Harvoin	Toistuvasti	Usein	Päivittäin	Puuttuva tietoa
Toimipaikan kirjalliset ohjeet / hoitomallit <i>ka 3.35, sd 0.839</i>	-	19	29	48	4	-
Esimiehen ohjaus <i>ka 2.53, sd 0.819</i>	7	45	32	13	-	3
Kollegan konsultaatio <i>ka 3.13, sd 0.973</i>	-	29	35	23	10	3
Käypä hoito – suositukset <i>ka 3.50, sd 0.861</i>	-	13	32	42	10	3
Terveysportti <i>ka 3.94, sd 0.854</i>	-	7	19	48	26	-

Osion Cronbachin alfa: 0,692

9. Mistä aiheista arvioisitte vastaanoton henkilöstön (hoitajat ja lääkärit) tarvitsevan koulutusta tällä hetkellä?

Aiheet: *Avoin kysymys*

10. Miten uudet työntekijät (lääkärit ja hoitaja) tulisi mielestänne perehdyttää vastaanoton toimintaan ja siellä tehtävään työhön?

Avoin kysymys

11. Miten kokonaisuudessaan terveyskeskuksenne vastaanottotoimintaa voitaisiin edelleen kehittää?

Avoin kysymys

LIITE 2 1(10)

10.10.2005

Eija Peltonen
Puolukkatie 20
77600 Suonenjoki
017 - 5122 88, 050-4014053

ARVOISA LÄÄKÄRI

Terveyskeskusten vastaanotto toimintojen kehittäminen on tärkeää. Lääkärinä Teillä on asiantuntemusta, jota voidaan hyödyntää vastaanotto toimintojen kehittämisessä. Tutkimuksessani selvitetään terveyskeskusten omalääkäri-omahoitajatyöparityöskentelyn ja tiimityömallien toiminnalliset nykykäytännöt vastaanotto toiminnassa, hoitajien ja lääkäreiden työn- ja vastuunjako sekä työn tukimuodot. Lisäksi verrataan työnjakomallien vaikutuksia palvelujen toimivuuteen, kustannuksiin sekä hoitohenkilöstön osaamisvaatimuksiin.

Aineistoa kootaan terveyskeskuksista, joissa työnjakoa toteutetaan työpari- tai tiimityömallilla ajanvaraus- ja päivystysvastaanotto toiminnassa. Tutkimuskysymyksiin vastaajina toimii 50 hallinnon edustajaa (ylilääkäreitä, johtavia hoitajia, vastaanottojen osastonhoitajia), 120 lääkäriä, 170 vastaanottojen hoitajaa ja 1000 vastaanotoilla käynyttä asiakasta. Olen saanut tutkimukselleni luvat jokaiselta tutkimukseen osallistuvalla terveyskeskukselta. Antamanne tiedot käsitellään ehdottoman luottamuksellisesti ja tilastollisesti siten, ettei yksittäistä vastaajaa voi tunnistaa. Taustatietoja tiedustelen vastausten tilastollis-ta käsitteleyä varten. Tutkimustulokset raportoin tutkimukseen osallistuville terveyskeskuksille ja koosteena väitöskirjatyössäni. Työni ohjaajia ovat professorit Katri Vehviläinen-Julkunen ja Anna-Maija Pietilä Kuopion yliopistosta ja LKT, yleislääketieteen kliininen opettaja Outi Elonheimo Helsingin yliopistosta.

Vastaamalla kyselyyni voitte olla mukana vastaanotto toimintaan liittyvän tiedon keräämisessä. Toivon teidän vastaavan kyselyyn 18.11.2005 mennessä. Jos Teillä on tutkimukseen liittyviä kysymyksiä annan mielelläni lisätietoja. Yhteystietoni ovat puh. 017-512288, 050- 4014053 tai email: eija.peltonen@uku.fi.

Yhteistyöstä kiittäen
Suonenjoella 10.10.2005

Tohtoriopiskelija Eija Peltonen

Professori, THT Katri Vehviläinen-Julkunen
Kuopion yliopisto, hoitotieteen laitos

Professori, THT Anna-Maija Pietilä
Kuopion yliopisto, hoitotieteen laitos

Kliininen opettaja, LKT Outi Elonheimo
Helsingin yliopisto, kansanterveystieteen laitos

Kysely lääkäreille perusterveydenhuollon vastaanottotoiminnasta

2(10)

Vastausohje:

Pyydän Teitä vastaamaan seuraaviin kysymyksiin laittamalla rastittamalla (X) tai ympyröiden (o) Teille sopivan vastausvaihtoehdon tai kirjoittamalla vastauksesi sille varattuun tilaan. Jos tila ei riitä, voitte jatkaa vastausta lomakkeen kääntöpuolelle.

Vastajan taustatiedot

1. **Sukupuoli:** miehiä 36 % ja naisia 64 %
2. **Ikä:** keskiarvo 42,4 vuotta jakautuu seuraavasti: 25-30 v 15 %, 31-35 v 15 %, 36-40 v 9 %, 41-45 v 23 % , 46-50 v 15 % , 51-55 v 11 % ja 56-60 v 13%
3. **Ammattinimike:** terveyskeskuslääkäri 40 (85 %), väestövastuulääkäri 6 (13%), eurolääkäri 1 (2%)
4. **Koulutus:** lääketieteen lisensiaatti 35 (75 %), yleislääketieteen erikoislääkäri 11 (23 %), lääketieteen tohtori 1 (2%)
5. Kuinka monta vuotta olette työskennellyt perusterveydenhuollossa? keskiarvo 15 vuotta
6. Kuinka monta vuotta olette työskennellyt vastaanottotoiminnassa? keskiarvo 14 vuotta

Organisaatio

1. Kunnan oma **terveyskeskus**, nimi: Nilsiän terveyskeskus, Leppävuiran terveyskeskus, Lapinlahden terveyskeskus, Jyväskylän terveyskeskus, Varkauden terveyskeskus
2. **Terveyskeskuskuntayhtymän** nimi ja siihen kuuluvat kunnat :
Sisä-Savon terveydenhuollon kuntayhtymä, Riihimäen seudun terveyskeskus kuntayhtymä, Siilinjärven ja Maaningan terveydenhuollon kuntayhtymä, Palokan terveydenhuollon kuntayhtymä, Saarijärven-Karstulan seudun terveydenhuollon kuntayhtymä
3. Väestövastuuterveyskeskus: 96 % kyllä 2 % ei , ei vastausta 1 (2 %)
4. **Terveysasema** (jossa työskentelette), nimi ja alueen väestökoko Suonenjoki 8 000, Rautalampi 4 000, Karttula 3 600, Vesanto 2 800, Tervo 1960, Nilsiä 6 600, Leppävirta 11 000, Itäsolu 2 300, Riihimäen terveysasema 26 000, Oitti 8 000, Länsisolu 3 000, Siilinjärvi 24 000, Maaninka 3 900, Lapinlahti 7 600, Taulumäki 7 000, Kommila 9 500, Kangaslampi, Käpykangas 2 000, Toivakka 2380, Tikkakoski 1 900, Vaajakoski 15 000, Petäjävesi, Kyyjärvi 1500, Karstula 2 300, Huhtasuo 8 700

Henkilöstöresurssit (vaihtelevia arvoja, selvitettävää ja tarkennettavaa vielä)

1. Kuinka monta lääkäriä on terveysasemanne vastaanottotoiminnassa? yhteensä 101
2. Kuinka monta sairaanhoitajaa terveysasemallanne pitää omaa vastaanottoa? yhteensä 60
3. Kuinka monta terveydenhoitajaa terveysasemallanne pitää avosairaanhoidonvastaanottoa? yhteensä 40
4. Kuinka paljon terveysasemanne vastaanottotoiminnassa on muuta henkilökuntaa? yhteensä 67
 - d) terveyskeskusavustajia
 - e) lähi tai perushoitajia, ei yhtään
 - f) lääkintävahvistajia , ei yhtään
6. Missä tehtävissä vastaanotoilla edellä luetellut ammattiryhmät toimivat?
Avoin kysymys
7. Kuinka paljon teillä keskimäärin käy omia asiakkaita vuodessa keskiarvo: 3112 (tieto puuttuu 50 %), kuukaudessa 310 (tieto puuttuu 50 %), päivän aikana 18 (tieto puuttuu 19 %)?
8. Minkä kokoinen on vastuuväestönne? keskiarvo 2260 (15 % tieto puuttuu)
En pysty määrittelemään vaihtoehto 13 prosenttia

9. Onko terveyskeskukseen vastaanottoimintaan saatu edeltävien viiden vuoden aikana lisää lääkäreitä tai hoitajia?	Ei	Kyllä, montako(kpl)
Lääkäreitä	70 %	17 % ka 1
Hoitajia	57 %	23 % ka 1
10. Tarvitaanko mielestänne vastaanottoimintaan lisää lääkäreitä ja / tai hoitajia?	Ei	Kyllä, montako(kpl)
Lääkäreitä	49 %	43 % ka 1
Hoitajia	34 %	62 % ka 1.5

I Vastaanottoiminnan organisointi ja sen toimivuus

1. Miten vastaanottoiminta on pääasiallisesti järjestetty terveyskeskuksessanne? Ympyröikää sopiva vaihtoehto.
- Lääkäreiden, sairaan- ja terveydenhoitajien ja terveyskeskusavustajien tiimityönä 49 %,
 - Lääkäri-hoitaja työparityöskentelynä 51 %.

2. Miten vastaanottoimintoja on kehitetty terveyskeskuksessanne **edeltäneiden viiden vuoden aikana?**

	Jakaumat prosentteina	
	Kyllä	Ei
a. Vastaanottoiminta on järjestetty lääkärin ja hoitajan työparityöskentelynä <i>ka</i>	60	32
b. Avosairaanhoidon on lisätty hoitajan vastaanottoja	66	24
c. Hoitajien vastaanotot on muutettu ajanvarauksella toimiviksi	74	13
d. Hoitajien itsenäistä vastaanottoimintaa on lisätty pitkäaikaissairauksien hoidossa	74	13
e. Hoitajien itsenäistä päivystysvastaanottoimintaa on lisätty	62	25
f. Hoitajille on siirretty lääkäreiltä toimenpiteitä ja tutkimuksia	43	43
g. Hoitajien puhelinneuvonta-aikoja on lisätty	53	32
h. Lääkäreiden puhelinneuvontaa on lisätty	28	60
i. Puhelinpalvelut hoidetaan ostopalveluna	13	77
j. Hoitajien ja lääkäreiden keskinäistä konsultaatioaikaa on lisätty	32	55
k. Osa vastaanottoiminoista hoidetaan lääkäreiden etävastaanottoina käyttäen apuna sähköistä tiedonsiirtoa	11	79
Muuten, miten – <i>avoin kysymys</i>		
Vastaanottoimintoja ei ole kehitetty, miksi – <i>avoin kysymys</i>		

3. Seuraavien vastausvaihtoehtojen avulla on tarkoitus selvittää terveyskeskukseen ajanvaraus- ja päivystysvastaanottoimintaa ja puhelinneuvontaa *Terveyskeskuksella* tarkoitetaan tässä tutkimuksessa myös kuntayhtymää kokonaisuudessaan.

	Jakaumat prosentteina		
	Kyllä	Ei	Tieto puuttuu
Ajanvarausasioissa alueen väestö ottaa yleensä aina ensiksi yhteyden nimettyyn omaan hoitajaan	66	28	7
Kiireettömissä asioissa vastaanotollenne pääsee kolmen päivän kuluessa.	40	58	2
Puhelinneuvonnasta vastaava hoitaja arvioi vastaanoton tarpeen kiireellisyyden.	83	11	6
Avosairaanhoidon vastaanottoja pitävät hoitajat valmistelevat potilaiden lääkäreiden vastaanotokäynnit etukäteen lähettämällä heidät tarvittaviin laboratoriotutkimuksiin.	66	30	4
Vastaanottoajat päivystykseen ja tavalliselle vastaanotolle annetaan eri paikoista.	30	66	4
Terveyskeskuksessanne on käytössä paikallisesti laaditut hoitosuosituukset, jotka ohjaavat hoitajien ja lääkäreiden toimintaa kansansairauksien ja lievien infektioiden hoidossa.	60	36	4

	Kyllä	Ei	Tieto puuttuu
Kaikki reseptiasiat hoidetaan terveyskeskuksessanne keskitetysti yhdestä paikasta.	47	41	2
Arkiston henkilökunta hoitaa kaikki potilaspaperiasiat (kansioiden, läheteiden ja epikriisien käsittelyt, lausuntoasioiden postittamiset jne).	45	53	2
Konekirjoitus huolehtii sanelujenne purkamisen.	94	4	2
Puhelinneuvontaa terveyskeskuksessanne antavat vain sairaan- tai terveydenhoitajat ja lääkärit.	43	51	6
Terveyskeskuksessanne hoidetaan nykyisin enemmän potilasasioita puhelimitse kuin muutama vuosi sitten.	64	15	21
Terveyskeskuksenne alueelta on mahdollista soittaa ostopalveluina järjestettyyn terveyspalvelujen neuvontapuhelimeen koko vuorokauden ajan.	15	81	4
Terveyskeskuksessanne hoitajilla on erilliset ajat puhelinneuvonnalle	68	19	13
Hoitajilla on terveyskeskuksessanne avosairaanhoidon vastaanottoja ilman ajanvarausta (ns. aamuvastaanotto).	43	51	6
Hoitajien puhelinkontaktit ja niissä annetut hoito- ja seurantaohjeet kirjataan sähköiseen potilaskertomukseen.	94	2	4
Erikoissairaanhoidon palaukset tulevat suoraan potilasta hoitavalle lääkärille.	77	11	13
Hoitajien ja lääkäreiden työnjaon kehittymisen myötä olette pystynyt hoitamaan enemmän potilasasioita puhelimitse	66	25	9
Päivystysvastaanotto toiminta on terveyskeskuksessani järjestetty keskitetysti (erillään muusta vastaanotto toiminnasta).	43	53	4
Terveyskeskuksessanne hoitajat arvioivat potilaiden tarpeiden mukaisesti vastaanottoaikojen pituudet.	77	21	2
Hoidatte pääsääntöisesti itse oman väestöni ei-kiireelliset päivystysasiat virka-aikanani.	92	4	4
Potilaiden tai asiakkaiden seurantakäynnit lääkäreille ja hoitajille sovitaan edellisen käynnin yhteydessä.	85	11	4
Teille annetut vastaanottoajat toteutuvat sovitun aikataulun mukaan.	81	15	4
Terveyskeskuksessanne ennakoidaan päivystystoiminnassa hoitajien lisätarve esimerkiksi ns. flunssa-aallon aikaan	13	81	6

4. Kuuluuko terveyskeskuksenne vastaanotoilla työskentelevien hoitajien tehtäviin seuraavien yleisten kansansairauksien ennaltaehkäisy, hoidon ohjaus ja neuvonta sekä seuranta ja siihen liittyvät tutkimukset?

	Ennaltaehkäisy			Hoidon ohjaus ja neuvonta			Jakaumat prosentteina Seuranta ja siihen liittyvät tutkimukset		
	Kyllä	Ei	Miss	Kyllä	Ei	Miss	Kyllä	Ei	Miss
Astma	64	26	10	92	2	6	79	13	8
Diabetes	87	7	6	94	2	4	92	4	4
Kohonnut verenpaine	87	7	6	92	4	4	87	9	4
Reuma	34	57	9	62	32	6	69	25	6
Sydämen vajaatoiminta	43	49	8	45	45	10	45	47	8
COPD	64	28	8	70	21	9	62	30	8
Masennus	47	48	6	51	43	6	43	49	8
Dementia	43	49	8	57	34	9	55	39	6

muuta, mitä: avoin kysymys

5. Kuuluuko terveyskeskukseenne vastaanotoilla työskentelevien hoitajien tehtäviin *ns. lievien infektioiden hoidon tarpeen arviointi, tutkimusten itsenäinen toteuttaminen ja hoidon ohjaus?*

	Hoidon tarpeen arviointi			Tutkimusten itsenäinen toteuttaminen			Jakaumat prosentteina Hoidon ohjaus		
	Kyllä	Ei	Miss	Kyllä	Ei	Miss	Kyllä	Ei	Miss
Flunssa (nuha, kuume, ylähengitystieoireet)	98	2	-	80	13	6	96	4	-
Vatsatauti	96	2	2	62	28	10	89	2	9
Komplisoitumaton virtsatieinfektio	92	6	2	92	4	4	87	9	4
Korvatulehdukset	55	43	2	11	83	6	28	64	8
Poskiontelotulehdukset	51	45	4	11	85	4	30	62	8

muuta, mitä – avoin kysymys

6. Kuuluuko terveyskeskukseenne vastaanotoilla työskentelevien hoitajien tehtäviin *lyhyiden, korkeintaan viiden päivän pituisten, sairauslomien kirjoittaminen?* Kyllä 92 % Ei 4 %
7. Mitä etuja arvioitte olevan sairaan- ja terveydenhoitajien itsenäisestä työskentelystä avosairaanhoidon vastaanotoilla?
Avoin kysymys
8. Mitä haittoja arvioitte olevan sairaan- ja / tai terveydenhoitajien työskentelystä avosairaanhoidon vastaanotoilla?
Avoin kysymys

II Hoitajien ja lääkäreiden keskinäinen työpari- ja tiimityö käytännön toiminnassa.

1. Seuraavien väittämien selvitetään lääkäreiden näkemyksiä **vastaanottotoiminnasta** sekä lääkäreiden ja hoitajien välisestä **työnjaosta**

Tässä yhteydessä *työpari* tarkoittaa samasta väestövastuualueesta huolehtivia hoitaja-lääkäriparipareja ja *tiimi* useampaa työntekijää esim. hoitaja-lääkäri-terveyskeskusavustaja.

	Täysin samaa mieltä	Jokseenkin samaa mieltä	Jokseenkin eri mieltä	Täysin eri mieltä	Tieto puuttuu
Työnjakaminen on ammattiryhmien välistä työyhteisöä koskevaa toiminnan kehittämistä. <i>ka 1.40, sd 0.618</i>	62	32	-	2	4
Työnjakamisessa hoitajille siirretään tehtäviä lääkäreiltä. <i>ka 2.27, sd 0.758</i>	13	47	30	4	6
Sovittu työnjako hoitajien ja lääkäreiden vastaanottotoiminnassa selkeyttää molempien työajan käyttöä. <i>ka 1.46, sd 0.585</i>	57	36	5	-	2

	Täysin samaa mieltä	Jokseenkin samaa mieltä	Jokseenkin eri mieltä	Täysin eri mieltä	Tieto puuttuu
Työnjakamisessa potilaan hoitoon liittyvät tehtävät ja toimenpiteet järjestetään tarkoituksenmukaisella tavalla. <i>ka 1.43, sd 0.688</i>	64	28	4	2	2
Hoitajien ja lääkäreiden keskinäiset työnjaon muutokset säästävät vastaanotto toiminnan kustannuksia. <i>ka 1.61, sd 0.655</i>	45	38	9	-	8
Pitkäaikaissairauksia (esim. diabetes, reuma) sairastavat potilaani käyvät säännöllisin välein hoitajan vastaanotolla. <i>ka 1.63, sd 0.679</i>	47	38	11	-	4
Hoitajan ensiarvion jälkeen vastaanotollenne valikoituvat vain ne potilaat, joita muut työntekijät eivät kykene hoitamaan. <i>ka 2.13, sd 0.934</i>	25	45	17	11	2
Hoitajat voivat vastata helppohoitaisia infektiota sairastavien potilaiden hoidon tarpeen arvioinnista ja hoidon ohjauksesta. <i>ka 1.32, sd 0.556</i>	72	24	4	-	-
Päivystysvastaanotot ovat aina hyvin ruuhkaisia. <i>ka 2.00, sd 0.808</i>	30	43	25	2	-
Terveyskeskuksessanne on edelleen pitkät jonotusajat ajanvarausvastaanotoille. <i>ka 2.57, sd 1.078</i>	21	24	32	23	-
Lääkäriin työparina toimiva hoitaja voi vastata oman alueen väestön kaikkien pitkäaikaissairauksien (diabetes, astma jne.) määräämääräaikaissurannoista. <i>ka 2.43, sd 1.016</i>	19	38	23	19	-

	Täysin samaa mieltä	Jokseenkin samaa mieltä	Jokseenkin eri mieltä	Täysin eri mieltä	Tieto puuttuu
Pitkäaikaissairauksien seuranta ja hoito on järkevää jakaa asiantuntijuuden mukaan eri vastuuhoitajille (esim. diabeteshoitaja). <i>ka 2.28 sd 0.935</i>	21	38	28	11	2
Hoitajien ja lääkäreiden keskinäinen konsultointi sallii ammattiryhmien välisen erityistaitojen jakamisen vastaanotto-toiminnassa. <i>ka 1.52 sd 0.658</i>	53	41	2	2	2
Pystytte hoitamaan paljon asioita myös etäkonsultoinnilla yhteistyössä hoitajien kanssa. <i>ka 1.78 sd 0.841</i>	43	38	13	4	2
Hoitajat pystyvät tekemään joitain lääkäreiden tehtäviä, kun tehtävien – ja vastuunjaosta on sovittu selvästi. <i>ka 1.72, sd 0.682</i>	38	53	7	2	-
Teillä on tavallista enemmän aikaa syventyä potilaitteni asioihin, kun hoitajan ja teidän välistä työnjakoa on muutettu. <i>ka 1.91 sd 0.925</i>	41	28	23	4	4
Ei-vakavan sairauden yhteydessä potilaat ovat tyytyväisiä hoitajan vastaanotto-käynteihin <i>ka 1.71, sd 0.549</i>	32	60	4	-	4
Hoitajavastaanottojen myötä terveyskeskuksenne lääkäreiden vastaanottoaikojen saataavuus on parantunut. <i>ka 2.04, sd 0.737</i>	19	58	15	4	4
Tuttu hoitaja osaa parhaiten arvioida potilaille riittävän pitkän lääkäriajan. <i>ka 1.45, sd 0.653</i>	62	34	2	2	-

	Täysin samaa mieltä	Jokseenkin samaa mieltä	Jokseenkin eri mieltä	Täysin eri mieltä	Tieto puuttuu
Lääkäri-hoitaja työparit oppivat tuntemaan toistensa työtavat ja väestönsä niin, että väestön hoitoon pääsy on joustavaa. <i>ka 1.35, sd 0.526</i>	66	30	2	-	2
Hoitajien vastaanotto toiminta vähentää lääkäreiden päivystysvastaanotto käyntien tarvetta. <i>ka 1.53, sd 0.620</i>	51	47	2	-	
Lääkärin ja hoitajan toimiva työnjako neuvonnan toteutuksessa edesauttaa asiakaslähtöisen terveyden edistämistyön toteuttamista. <i>ka 1.51, sd 0.626</i>	51	43	2	-	4
Hoitajan ja lääkärin ja potilaan kiinteä yhteistyö pitkäaikaissairauksien hoidossa edesauttaa potilaan hoitoon sitoutumista. <i>ka 1.41, , sd 0.652</i>	64	30	2	2	2
Omaa vastaanottoa pitävän hoitajan toiminnassa mahdollistuu asiakkaan ja potilaan tehokas neuvonta ja ohjaus. <i>ka 1.33, sd 0.598</i>	70	26	2	-	2

Osion Cronbachin alfa: 0.870

2. Miten terveyskeskuksenne vastaanotoilla lääkäreiden ja hoitajien välinen työnjako kokonaisuudessaan toimii?

Ympyröikää mielipidettänne vastaava vaihtoehto.

- a. Hyvin 62 %
- b. Kohtalaisesti 30 %
- c. Huonosti 6 %
- d. En osaa sanoa 2 %

ka 1.49, sd 0,718

3. Miten hoitajien ja lääkäreiden työnjakoa tulisi mielestänne edelleen kehittää?

Avoin kysymys

III Työn tukimuodot

1. Seuraavien vastausvaihtoehtojen avulla on tarkoitus selvittää lääkärin käytännön työtä tukevia toimintaohjeita ja keinoja.

	Jakaumat prosentteina			
	Kyllä	Ei	En osaa sanoa	Tieto puuttuu
Terveyskeskuksessanne on käytössä paikallisesti laaditut hoitosuosituksset, jotka ohjaavat hoitajien ja lääkäreiden toimintaa.	57	17	25	-
Terveyskeskuksessanne on kirjallisia ohjeita ja määräyksiä tehtävien delegoinnista ja vastuukysymyksistä.	51	30	17	2
Vastaanoton lääkäreille on laadittu oma työhön perehdyttämisohjelma.	32	38	25	3
Terveyskeskuksessanne järjestetään säännöllistä toimipaikkakoulutusta.	92	6	2	-
Lääkäreiden osaamista tuetaan terveysterveyskeskuksessanne ulkopuolisen koulutuksen avulla.	89	9	2	-
Terveyskeskuksessanne toteutetaan lääkäreiden osaamisen arviointi esimiesten toteuttamien kehityskeskustelujen avulla.	45	40	13	2
Osaamisen ylläpitämiseen ei ole tukimuotoja vaan jokainen pitää yllä oma osaamisestaan.	34	55	9	2

2. Miten lääkäreiden ja hoitajien väliset konsultaatiot on järjestetty? Ympyröikää sopiva vastausvaihtoehto.

	Jakaumat prosentteina				
	Aina	Usein	Joskus	Ei koskaan	Tieto puuttuu
Konsultaatio aina tarvittaessa	62	30	4	2	2
Erikseen varatut konsultatioajat	2	21	32	43	2
Puhelinkonsultaatio	21	40	26	11	2
Sähköpostikonsultaatio	15	26	26	32	2
Videoneuvottelu	2	-	-	94	4

3. Kuka tai ketkä terveysterveyskeskuksessanne ovat vastanneet vastaanotto toimintojen kehittämisestä?

	Jakaumat prosentteina			
	Kyllä	Ei	En osaa sanoa	Tieto puuttuu
Johtava lääkäri	68	4	24	4
Johtava hoitaja	43	13	32	12
Ylihoitaja	45	8	32	15
Vastaava lääkäri	34	19	38	9
Osastonhoitaja	45	8	39	8
Vastaava hoitaja	43	13	38	6

4. Miten usein käytätte seuraavia tietolähteitä työssänne?

	Jakaumat prosentteina					
	En koskaan	Harvoin	Toistuvasti	Usein	Päivittäin	Tieto puuttuu
Ammattikirjallisuus (kirjat) <i>ka 3.04, sd 0.884</i>	-	34	30	34	2	-
Tieteelliset artikkelit <i>ka 2.83, sd 0.816</i>	-	41	38	19	2	-
Näyttöön perustuvan lääketieteen suositukset <i>ka 2.70, sd 0.805</i>	2	45	34	19	-	-
Toimipaikan kirjalliset ohjeet / hoitomallit <i>ka 2.17, sd 0.637</i>	9	70	17	4	-	-
Esimiehen ohjaus <i>ka 2.96, sd 0.806</i>	-	30	49	17	4	-
Kollegan konsultaatio <i>ka 3.60, sd 0.798</i>		8	34	47	11	-
Käypä hoito – suositukset <i>ka 4.45, sd 1.017</i>	4	2	7	19	68	-
Terveysportti <i>ka 4.51, sd 0.882</i>	2	2	7	21	68	-

5. Mistä aiheista arvioisitte vastaanotoilla työskentelevien lääkäreiden tarvitsevan koulutusta tällä hetkellä?

Aiheet - *avoin kysymys*

6. Miten vastaanotoille tulevat uudet lääkärit tulisi mielestänne perehdyttää tehtäviensä hoitoon?

Avoin kysymys

7. Miten terveyskeskusten vastaanotto toimintaa kokonaisuudessaan voitaisiin edelleen kehittää? *Avoin kysymys*

LIITE 3 1(11)

Eija Peltonen
Puolukkatie 20
77600 Suonenjoki
017 - 5122 88, 050-4014053

SAATE

10.10.2005

ARVOISA HOITOTYÖNTEKIJÄ

Terveyskeskusten vastaanotto toimintojen kehittäminen on tärkeää. Hoitotyöntekijänä Sinulla on asiantuntemusta, jota voidaan hyödyntää vastaanotto toimintojen kehittämisessä. Tutkimuksessani selvitetään terveyskeskusten omalääkäri-omahoitajatyöparityöskentelyn ja tiimityömallien toiminnalliset nykykäytännöt vastaanotto toiminnassa, hoitajien ja lääkäreiden työn- ja vastuunjako sekä työn tukimuodot. Lisäksi verrataan työnjakomallien vaikutuksia palvelujen toimivuuteen, kustannuksiin sekä henkilöstön osaamisvaatimuksiin.

Aineistoa kootaan terveyskeskuksista, joissa työnjakoa toteutetaan työpari- tai tiimityö-mallilla ajanvaraus- ja päivystysvastaanotto toiminnassa. Tutkimuskysymyksiin vastaajina toimii 50 hallinnon edustajaa (ylilääkäreitä, johtavia hoitajia, vastaanottojen osastonhoitajia), 120 lääkäriä, 170 vastaanottojen hoitajaa ja 1000 vastaanotoilla käynyttä asiakasta. Olen saanut tutkimukselleni luvat jokaiselta tutkimukseen osallistuvalla terveyskeskukselta. Antamasi tiedot käsitellään ehdottoman luottamuksellisesti ja tilastollisesti siten, ettei yksittäistä vastaajaa voi tunnistaa. Taustatietoja tiedustelen vastausten tilastollista käsittelyä varten. Tutkimustulokset raportoin tutkimukseen osallistuville terveyskeskuksille ja koosteena väitöskirjatyössäni. Työni ohjaajia ovat professorit Katri Vehviläinen-Julkunen ja Anna-Maija Pietilä Kuopion yliopistosta ja LKT, yleislääketieteen kliininen opettaja Outi Elonheimo Helsingin yliopistosta.

Vastaamalla kyselyyni voit olla mukana vastaanotto toimintaan liittyvän tiedon keräämisessä. Toivon sinun vastaavan kyselyyn 18.11.2005 mennessä. Jos Sinulla on tutkimukseen liittyviä kysymyksiä annan mielelläni lisätietoja. Yhteystietoni ovat puh. 017-512288, 050-4014053 tai email: eija.peltonen@uku.fi.

Yhteistyöstä kiittäen
Suonenjoella 10.10.2005

Eija Peltonen, tohtoriopiskelija

Professori, THT Katri Vehviläinen-Julkunen,
Kuopion yliopisto, hoitotieteen laitos

Professori, THT Anna-Maija Pietilä,
Kuopion yliopisto, hoitotieteen laitos

Yleislääketieteen kliininen opettaja, LKT Outi Elonheimo
Helsingin yliopisto, kansanterveystieteen laitos

Kysely hoitajille perusterveydenhuollon vastaanottoinnasta

Vastausohje:

Pyydän Sinua vastaamaan seuraaviin kysymyksiin laittamalla rastin (X) tai ympyröiden (o) Sinulle sopivan vastausvaihtoehdon tai kirjoittamalla vastauksesi sille varattuun tilaan. Jos tila ei riitä, voit jatkaa vastausta lomakkeen kääntöpuolelle.

200 hoitajaa, vastanneita 140, vastausprosentti 70

Vastajan taustatiedot

1. **Sukupuoli:** miehiä 5 % ja naisia 95 %
2. **Ikä:** keskiarvo 46 vuotta jakautuu seuraavasti: 25-30 v 4 %, 31-35 v 10 %, 36-40 v 13 %, 41-45 v 15 %, 46-50 v 21 %, 51-55 v 24 % ja 56-60 v 11%
3. **Ammattinimike:** terveydenhoitaja 28 (20 %), sairaanhoitaja 83 (59 %), perushoitaja 7 (5 %), terveyskeskusavustaja 16 (11 %), lääkintävahtimestari 2 (1 %), omahoitaja 3 (2 %), sairaankuljet-taja 1 (1 %)
4. **Koulutus:** terveydenhoitaja 36 (26 %) , sairaanhoitaja 76 (54 %), lähihoitaja 1 (1%), perushoitaja 14 (10 %), apuhoitaja 3 (2 %), terveyskeskusavustaja 6 (4%), lastenhoitaja 1 (1 %), muu koulutus 2 (1 %)
5. Kuinka monta vuotta olette työskennellyt perusterveydenhuollossa? keskiarvo 18 vuotta
6. Kuinka monta vuotta olette työskennellyt vastaanottoinnassa? keskiarvo 13 vuotta

Organisaatio

1. Kunnan oma **terveyskeskus**, nimi: Nilsin terveyskeskus, Leppävuiran terveyskeskus, Lapinlahden terveyskeskus, Jyväskylän terveyskeskus, Varkauden terveyskeskus
2. **Terveyskeskuskuntayhtymän** nimi ja siihen kuuluvat kunnat :
Sisä-Savon terveydenhuollon kuntayhtymä, Riihimäen seudun terveyskeskus kuntayhtymä, Siilinjärven ja Maaningan terveydenhuollon kuntayhtymä, Palokan terveydenhuollon kuntayhtymä, Saarijärven-Karstulan seudun terveydenhuollon kuntayhtymä
3. Väestövastuuterveyskeskus: 96 % kyllä 4 %
4. **Terveysasema** (jossa työskentelee), nimi, frekvenssi, väestökoot pitää tarkentaa (vaihtelevat paljon): Suonenjoki (5), Rautalampi (1), Karttula (2), Vesanto (1), Nilsin (5), Leppävirta (6) , Hausjärvi (4), Loppi (3), Itäsolu (5), Pohjoinen solu (1), Länsisolu (2) Riihimäen terveysasema (3), Ryttylä (1), Siilinjärven terveysasema (10), Vuorela (2), Lapinlahti (5), Kommila (3), Kangaslampi (3), Taulumäki (3), Käpykangas (2), Palokan terveysasema (12), Petäjavesi (2), Vaajakoski (5), Uurainen (2), Toivakka (2) , Kivijärvi (4), Karstula (13), Saarijärven terveysasema (13), Pylkönmäki (2), Kyyjärvi (4), Kannonkoski (4), Saarijärvi-Karstula, työterveyshuolto (3), Huhtasuo (6), yhteensä 140

Henkilöstöresurssit (vaihtelevia arvoja, selvitettävää ja tarkennettavaa vielä)

1. Kuinka monta lääkäriä työskentelee terveysasemasi vastaanottoinnassa? yhteensä 124
2. Kuinka monta hoitajaa työskentelee terveysasemasi vastaanottoinnassa? yhteensä
3. Kuinka monta sairaanhoitajaa terveysasemallasi pitää omaa vastaanottoa? yhteensä 101
4. Kuinka monta terveydenhoitajaa terveysasemallasi pitää avosairanhoidon vastaanottoa ? 82
5. Kuinka paljon terveysasemasi vastaanottoinnassa on alla lueteltua henkilökuntaa? yhteensä 113
 - g) terveyskeskusavustajia
 - h) lähi- tai perushoitajia
 - i) lääkintävahtimestaria
6. Missä tehtävissä edellä luetellut ammattiryhmät toimivat? *Avoin kysymys*

7. Kuinka paljon sinulla keksimäärin käy omia asiakkaita vuodessa *keskiarvo* 1352, kuukaudessa *keskiarvo* 137, päivän aikana *keskiarvo* 12? Minulla ei ole omaa vastaanottoa 27 %

8. Kuinka monta tuntia sinulla on omaa vastaanottoa päivässä? *keskiarvo* 5,4 tuntia, *sd* 2.121

9. Minkä kokoinen on vastuuväestösi? *keskiarvo* 2892, En pysty määrittelemään 59 prosenttia

10. Onko terveyskeskukseenne vastaanotto toimintaan saatu edeltävien viiden vuoden aikana lisää lääkäreitä tai hoitajia?

	Ei	Kyllä, montako(kpl)
Lääkäreitä	53 %	29 % ka 1
Hoitajia	40 %	49 % ka 2

11. Tarvitaanko mielestänne vastaanotto toimintaan lisää lääkäreitä ja / tai hoitajia?

	Ei	Kyllä, montako(kpl)
Lääkäreitä	38 %	43 % ka 1
Hoitajia	24 %	66 % ka 2

I Vastaanotto toiminnan organisointi ja hoitajan tehtäväalue vastaanotto toiminnassa

1. Miten vastaanotto toiminta on pääasiallisesti järjestetty terveyskeskuksessasi? Ympyröi sopiva vastausvaihtoehto.

Lääkäreiden, sairaan- ja terveydenhoitajien ja terveyskeskusavustajien tiimityönä 76 %

Lääkäri-hoitaja työparityöskentelynä 24 %

ka 1.24, *sd* 0.430

2. Miten vastaanotto toimintoja on kehitetty terveyskeskuksessasi **edeltäneiden viiden vuoden aikana?**

	Jakaumat prosentteina	
	Kyllä	Ei
a. Vastaanotto toiminta on järjestetty lääkärin ja hoitajan työparityöskentelynä.	54	43
b. Avosairaanhoitoon on lisätty hoitajan vastaanottoja.	80	17
c. Hoitajien vastaanotot on muutettu ajanvarauksella toimiviksi.	89	8
d. Hoitajien itsenäistä vastaanotto toimintaa on lisätty pitkäaikaissairauksien hoidossa.	86	7
e. Hoitajien itsenäistä päivystysvastaanotto toimintaa on lisätty.	62	31
f. Hoitajille on siirretty lääkäreiltä toimenpiteitä ja tutkimuksia.	74	23
g. Hoitajien puhelinneuvonta-aikoja on lisätty.	53	41
h. Lääkäreiden puhelinneuvontaa on lisätty.	19	74
i. Puhelinpalvelut hoidetaan ostopalveluna.	9	87
j. Hoitajien ja lääkäreiden keskinäistä konsultaatioaikaa on lisätty.	46	48
k. Osa vastaanotto toimintoista hoidetaan lääkäreiden etävastaanottoina käyttäen apuna sähköistä tiedonsiirtoa.	23	71

Muuten, miten – *avoin kysymys*

l. Vastaanotto toimintoja ei ole kehitetty, miksi – *avoin kysymys*

3. Seuraavien vastausvaihtoehtojen avulla on tarkoitus selvittää terveyskeskuksesi ajanvaraus- ja päivystysvastaanotto toimintaa sekä puhelinneuvontaa.

Terveyskeskuksella tarkoitetaan tässä tutkimuksessa myös kuntayhtymää kokonaisuudessaan

	Jakaumat prosentteina		
	Kyllä	Ei	Tieto puuttuu
Ajanvarausasioissa alueemme väestö ottaa yleensä aina ensiksi yhteyden nimettyyn omaan hoitajaan.	43	54	3
Kiireettömissä asioissa lääkärin vastaanotolle pääsee terveyskeskuksessani kolmen päivän kuluessa	25	75	-
Puhelinneuvonnasta vastaava hoitaja arvioi vastaanoton tarpeen kiireellisyyden.	88	11	1

	Kyllä	Ei	Tieto puuttuu
Avosairaanhoidon vastaanottoja pitävät hoitajat valmistelevat potilaiden lääkärin vastaanottokäynnit etukäteen lähettämällä heidät tarvittaviin laboratoriotutkimuksiin.	78	21	1
Vastaanottoajat päivystykseen ja tavalliselle vastaanotolle annetaan meillä eri paikoista.	43	56	1
Terveyskeskuksessani on käytössä paikallisesti laaditut hoitosuositukset, jotka ohjaavat hoitajien ja lääkäreiden toimintaa kansansairauksien ja lievien infektioiden hoidossa	86	12	2
Kaikki reseptiasiat meillä hoidetaan keskitetysti yhdestä paikasta.	49	51	-
Arkiston henkilökunta hoitaa kaikki potilaspaperiasiat (kansioiden, lähteiden ja epikriisien käsittelyt, lausuntoasioiden postittamiset jne).	28	69	3
Konekirjoitus huolehtii sanomien purkamisen.	90	9	1
Puhelinneuvontaa terveyskeskuksessani antavat vain sairaan- tai terveydenhoitajat ja lääkärit.	30	68	2
Terveyskeskuksessani hoidetaan nykyisin enemmän potilasasioita puhelimitse kuin muutama vuosi sitten.	75	18	7
Terveyskeskukseni alueelta on mahdollista soittaa ostopalveluna toimivaan terveyspalvelujen neuvontapuhelimeen koko vuorokauden ajan.	11	81	8
Hoitajilla on erilliset ajat puhelinneuvonnalle.	49	45	6
Hoitajilla on terveyskeskuksessani avosairaanhoidon vastaanottoja ilman ajanvarausta.	49	32	19
Hoitajien puhelinkontaktit ja niissä annetut hoito- ja seurantaohjeet kirjataan sähköiseen potilaskertomukseen.	92	4	4
Erikoissairaanhoidon palautteet tulevat suoraan omille lääkäreille ja –hoitajille.	86	10	4
Hoitajien ja lääkäreiden työnjaon kehittämisen myötä lääkärit pystyvät hoitamaan enemmän potilasasioita puhelimitse.	69	16	15
Päivystysvastaanotto toiminta on terveyskeskuksessani järjestetty keskitetysti (erillään muusta vastaanottotoiminnasta).	54	45	1
Terveyskeskuksessani hoitajat arvioivat potilaiden tarpeiden mukaisesti vastaanottoaikojen pituudet	76	22	2
Lääkärit hoitavat pääsääntöisesti itse oman väestönsä ei-kiireelliset päivystysasiat virka-aikanaan.	76	21	3
Iltaisin ja viikonloppuisin terveyskeskuksessani ei ole omaa päivystystä.	47	49	4
Potilaiden tai asiakkaiden seurantakäynnit lääkäreille ja hoitajille sovitaan edellisen käynnin yhteydessä.	81	15	4
Annetut vastaanottoajat lääkäreille toteutuvat sovitun aikataulun mukaan.	77	21	2
Terveyskeskuksessani ennakoidaan päivystystoiminnassa hoitajien lisätarve esimerkiksi ns. flunssa-aallon aikaan.	6	91	3

4. Kuuluuko terveyskeskuksesi vastaanotoilla työskentelevien hoitajien tehtäviin seuraavien yleisten kansansairauksien ennaltaehkäisy, hoidon ohjaus ja neuvonta sekä seuranta ja siihen liittyvät tutkimukset?

Jakaumat prosentteina

	Ennaltaehkäisy			Hoidon ohjaus ja neuvonta			Seuranta ja siihen liittyvät tutkimukset		
	Kyllä	Ei	Miss	Kyllä	Ei	Miss	Kyllä	Ei	Miss
Astma	66	22	12	94	3	3	85	7	8
Diabetes	94	2	4	94	2	4	92	4	4
Kohonnut verenpaine	91	2	7	95	1	4	92	2	6

... jatkuu

...jatkuu

Reuma	36	47	7	70	20	10	74	20	6
Sydämen vajaatoiminta	50	33	17	65	21	14	61	27	12
COPD	68	20	12	72	15	13	65	21	14
Masennus	38	49	13	42	44	14	36	49	15
Dementia	38	49	13	57	35	8	56	33	11

Osion Cronbachin alfa: 0.873

muuta, mitä: avoin kysymys

5. Kuuluuko terveyskeskuksesi vastaanotoilla työskentelevien hoitajien tehtäviin *ns. lievien infektioiden hoidon tarpeen arviointi, tutkimusten itsenäinen toteuttaminen ja hoidon ohjaus?*

	Hoidon tarpeen arviointi			Tutkimusten itsenäinen toteuttaminen			Hoidon ohjaus		
	Kyllä	Ei	Miss	Kyllä	Ei	Miss	Kyllä	Ei	Miss
Flunssa (nuha, kuume, ylähengitystieoireet)	99	1	-	94	3	3	98	2	-
Vatsatauti	98	1	1	89	6	5	96	1	3
Komplisoitumaton virtsatieinfektio	94	5	1	86	9	4	91	5	4
Korvatulehdukset	79	19	2	41	51	8	65	30	5
Poskiontelotulehdukset	76	21	3	37	55	8	63	32	5

Osion Cronbachin alfa: 0.808

muuta, mitä – avoin kysymys

6. Kuuluuko terveyskeskukseenne vastaanotoilla työskentelevien hoitajien tehtäviin *lyhyiden, korkeintaan viiden päivän pituisten, sairaslomien kirjoittaminen?* Kyllä 97 % Ei 2 %
7. Mitä etuja arvioit olevan sairaan- ja terveydenhoitajien itsenäisestä työskentelystä avosairaanhoidon vastaanotoilla?
Avoin kysymys
8. Mitä haittoja arvioit olevan sairaan- ja / tai terveydenhoitajien työskentelystä avosairaanhoidon vastaanotoilla?
Avoin kysymys

II Hoitajien ja lääkäreiden keskinäinen työpari- ja tiimityö käytännön toiminnassa.

1. Seuraavien väittämien selvitetään vastaanoton henkilöstön näkemyksiä **vastaanottotoiminnasta** ja lääkäreiden ja hoitajien välisestä **työnjaosta**.

Tässä yhteydessä *työpari* tarkoittaa samasta väestövuosiluokasta huolehtivia hoitaja-lääkäriparipareja ja *tiimi* useampaa työntekijää esim. hoitaja-lääkäri-terveyskeskusavustaja.

	Jakaumat prosentteina				
	Täysin samaa mieltä	Jokseenkin samaa mieltä	Jokseenkin eri mieltä	Täysin eri mieltä	Tieto puuttuu
Työnjakaminen on ammattiryhmien välistä työyhteisöä koskevaa toiminnan kehittämistä. <i>ka 1.35, sd 0.478</i>	63	34	-	-	3

	Täysin samaa mieltä	Jokseenkin samaa mieltä	Jokseenkin eri mieltä	Täysin eri mieltä	Tieto puuttuu
Työnjakamisessa hoitajille siirretään tehtäviä lääkäreiltä. <i>ka 1.91, sd 0.763</i>	29	54	12	4	1
Sovittu työnjako hoitajien ja lääkäreiden vastaanottoiminnassa selkeyttää molempien työajan käyttöä. <i>ka 1.36, sd 0.552</i>	67	29	4	-	-
Työnjakamisessa potilaan hoitoon liittyvät tehtävät ja toimenpiteet järjestetään tarkoituksenmukaisella tavalla. <i>ka 1.36, sd 0.566</i>	66	29	2	1	2
Hoitajien ja lääkäreiden keskinäiset työnjaon muutokset säästävät vastaanottoiminnan kustannuksia. <i>ka 1.61, sd 0.667</i>	48	42	8	1	1
Pitkäaikaissairauksia (esim. diabetes, reuma) sairastavat potilaat käyvät säännöllisin välein hoitajien vastaanotoilla. <i>ka 1.62, sd 0.675</i>	47	44	7	1	1
Hoitajan ensiarvion jälkeen lääkärin vastaanotolle valikoituvat vain ne potilaat, joita muut työntekijät eivät kykene hoitamaan. <i>ka 1.93, sd 0.719</i>	24	63	7	5	1
Hoitajat voivat vastata helppohoitoisten infektioita sairastavien potilaiden hoidon tarpeen arvioinnista ja hoidon ohjauksesta. <i>ka 1.25, sd 0.468</i>	76	22	1	1	-
Päivystysvastaanotot ovat hyvin ruuhkaisia. <i>ka 1.75, sd 0.705</i>	38	42	14	-	7
Lääkärin työparina toimiva hoitaja voi vastata oman alueen väestön pitkäaikaissairauksien (diabetes, astma jne.) määrääkaissurannoista <i>ka 1.77, sd 0.804</i>	44	34	19	1	2

	Täysin samaa mieltä	Jokseenkin samaa mieltä	Jokseenkin eri mieltä	Täysin eri mieltä	Tieto puuttuu
Pitkäaikaissairauksien seuranta ja hoito on järkevää jakaa asiantuntijuuden mukaan eri vastuuhoitajille (esim. diabeteshoitaja). <i>ka 1.61, sd 0.862</i>	59	21	14	4	2
Hoitajien ja lääkäreiden keskinäinen konsultointi sallii ammattiryhmien välisten erityistaitojen jakamisen vastaanottotoiminnassa. <i>ka 1.36, sd 0.0.52</i>	64	34	-	1	1
Lääkärit pystyvät hoitamaan paljon asioita myös etäkonsultoinnilla yhteistyössä hoitajien kanssa. <i>ka 1.62, sd 0.596</i>	44	49	6	-	1
Hoitajat pystyvät tekemään joitain lääkäreiden tehtäviä, kun tehtävien – ja vastuunjaosta on sovittu selvästi. <i>ka 1.58, sd 0.648</i>	51	40	9	-	-
Lääkäreillä on tavallista enemmän aikaa syventyä potilaiden asioihin, kun hoitajan ja lääkärin välistä työnjakoa on muutettu. <i>ka 1.72, sd 0.650</i>	38	49	11	-	2
Ei-vakavan sairauden yhteydessä potilaat ovat tyytyväisiä hoitajan vastaanottokänteihin. <i>ka 1.49, sd 0.570</i>	54	41	4	-	1
Hoitajavastaanottojen myötä terveyskeskukseni lääkäreiden vastaanottoaikojen saataavuus on parantunut. <i>ka 2.04, sd 0.689</i>	19	53	19	1	8
Tuttu hoitaja osaa parhaiten arvioida potilaille riittävän pitkän lääkäriajan. <i>ka 1.44, sd 0.605</i>	60	34	4	1	1
Lääkäri-hoitaja työparit oppivat tuntemaan toistensa työtavat ja väestönsä niin, että väestön hoitoon pääsy on joustavaa. <i>ka 1.58, sd 0.592</i>	46	46	5	-	3

	Täysin samaa mieltä	Jokseenkin samaa mieltä	Jokseenkin eri mieltä	Täysin eri mieltä	Tieto puuttuu
Hoitajien vastaanottotoiminta vähentää lääkäreiden päivystysvastaanotto käyntien tarvetta. <i>ka 1.77, sd 0.693</i>	35	49	10	2	4
Lääkärin ja hoitajan toimiva työnjako neuvonnan toteutuksessa edesauttaa asiakaslähtöisen terveyden edistämistyön toteuttamista. <i>ka 1.49, sd 0.516</i>	54	42	1	-	3
Hoitajan ja lääkärin ja potilaan kiinteä yhteistyö pitkäaikaissairauksien hoidossa edesauttaa potilaan hoitoon sitoutumista. <i>ka 1.45, sd 0.514</i>	54	42	1	-	3
Omaa vastaanottoa pitävän hoitajan toiminnassa mahdollistuu asiakkaan ja potilaan tehokas neuvonta ja ohjaus. <i>ka 1.32, sd 0.484</i>	67	30	1	-	2

Osion Cronbachin alfa: 0.814

2. Miten terveyskeskuksesi vastaanotoilla lääkäreiden ja hoitajien välinen työnjako kokonaisuudessaan toimii?

Hyvin	44 %
Kohtalaisesti	49 %
Huonosti	4 %
En osaa sanoa	1 %
Tieto puuttuu	2 %

3. Miten hoitajien ja lääkäreiden työnjakoa tulisi mielestäsi edelleen kehittää?

Avoim kysymys

III Työn tukimuodot

1. Seuraavien vastausvaihtoehtojen avulla on tarkoitus **selvittää** hoitohenkilöstön käytännön työtä ja osaamisen arviointia tukevia toimintaohjeita ja käytettyjä keinoja.

	Jakaumat prosentteina			
	Kyllä	Ei	En osaa sanoa	Tieto puuttuu
Terveyskeskuksessani on käytössä paikallisesti laaditut hoitosuosituksset, jotka ohjaavat hoitajien ja lääkäreiden toimintaa.	80	11	5	4
Terveyskeskuksessani on kirjallisia ohjeita ja määräyksiä tehtävien delegoinnista ja vastuukysymyksistä.	51	27	18	4
Vastaanoton hoitohenkilöstölle on laadittu työn kehittämiseen liittyvä suunnitelma jatko- ja täydennyskoulutukselle.	34	35	26	5

	Kyllä	Ei	En osaa sanoa	Tieto puuttuu
Laajennetun tehtävänkuvan mukaista työtä tekevän hoitajan osaaminen varmistetaan kirjallisella kokeella ja näytöllä.	18	56	22	4
Vastaanoton hoitohenkilöstölle on laadittu oma työhön perehdyttämisohjelma.	49	29	18	4
Terveyskeskuksessani järjestetään säännöllistä toimipaikkakoulutusta.	66	19	11	4
Hoitajien osaamista tuetaan terveyskeskuksessani ulkopuolisen koulutuksen avulla.	81	12	4	3
Organisaatiossamme on käytössä työn vaativuuden arviointi.	74	10	12	4
Terveyskeskuksessani toteutetaan hoitotyöntekijöiden osaamisen arviointi esimiesten toteuttamien kehityskeskustelujen avulla.	82	7	7	4
Terveyskeskuksessani käytetään myös vertaisarviointia osaamisen arvioinnissa.	8	51	35	6
Osaamisen ylläpitämiseen ei ole tukimuotoja, jokainen pitää huolta omasta osaamisestaan.	30	48	13	9

2. Miten lääkäreiden ja hoitajien väliset konsultaatiot on järjestetty?

	Aina	Usein	Joskus	Ei koskaan	Tieto puuttuu
Konsultaatio aina tarvittaessa	51	39	8	1	1
Erikseen varatut konsultaatioajat	24	14	25	33	4
Puhelinkonsultaatio	22	31	34	10	3
Sähköpostikonsultaatio	16	13	30	37	4
Videoneuvottelu	1	94	-	-	5

3. Kuka tai ketkä terveyskeskuksessanne ovat vastanneet vastaanotto toimintojen kehittämisestä?

	Jakaumat prosentteina			
	Kyllä	Ei	En osaa sanoa	Tieto puuttuu
Johtava lääkäri	71	11	10	12
Johtava hoitaja	66	11	10	13
Ylihoitaja	57	9	13	21
Vastaava lääkäri	52	9	19	20
Osastonhoitaja	76	5	7	12
Vastaava hoitaja	32	16	23	29

4. Mikä on mielestäsi lähiesimiehen rooli vastaanotoilla työskentelevien hoitajien osaamisen varmistamisessa?

10(11)

	Jakaumat prosentteina				
	Samaa mieltä	Jokseenkin samaa mieltä	Eri mieltä	En tiedä	Tieto puuttuu
Kehityskeskustelujen pohjalta laatia omalle henkilöstölleen osaamisen arviointiin perustuva koulutussuunnitelma.	59	26	5	6	4
Uusien työntekijöiden perehdytysuunnitelman laadinta ja päivitys sekä sen toteutumisen seuranta.	67	22	3	4	4
Varmistaa laajennettua tehtäväkuvaa tekevien henkilöiden osaaminen	63	28	3	2	4
Uudenlaisen toimintatapaan liittyvän koulutuksen suunnittelu.	64	29	2	2	3
Työnjakoon liittyvästä tarvittavasta lupamenettelystä huolehtiminen.	74	19	4	1	2
Varmistaa työvuorosuunnittelulla, että työvuoroissa on uudenlaisen toimintatapaan liittyvien tehtävien hoidon hallitsevia henkilöitä.	76	13	3	3	5

5. Seuraavien väittämillä selvitetään itsenäiseen vastaanottotyöhön tulevien tai siellä jo työskentelevien hoitajien koulutustarvetta.

	Jakaumat prosentteina				
	Samaa mieltä	Jokseenkin samaa mieltä	Eri mieltä	En tiedä	Tieto puuttuu
Hoitajien perustutkintoon tähtäävään koulutukseen tulisi lisätä itsenäisen vastaanottotyön toteutukseen liittyvää koulutusta.	61	29	4	4	2
Puhelinneuvontaan liittyvä koulutusta tulisi olla hoitajien perusopinnoissa.	67	23	4	3	3
Hoitajien perusopintoihin tulisi lisätä koulutusta pitkäaikaissairauksien hoidoista, seurannasta ja ennalta ehkäisystä.	66	27	2	3	2
Itsenäistä avosairaanhoidon vastaanottotyötä tekeville hoitajille tarvitaan jatkokoulutusta.	79	16	1	1	3

6. Miten usein käytät seuraavia tietolähteitä työssäsi?

11 (11)

	Jakaumat prosentteina					
	En koskaan	Harvoin	Toistuvasti	Usein	Päivittäin	Tieto puuttuu
Ammattikirjallisuus (kirjat) <i>kd 3.22, sd 0.838</i>	1	19	42	31	5	2
Tieteelliset artikkelit <i>kd 2.65, sd 0.874</i>	6	42	31	18	1	2
Näyttöön perustuvan hoitotyön suositukset <i>kd 2.60, sd 1.128</i>	14	40	14	22	4	6
Toimipaikan kirjalliset ohjeet / hoitomallit <i>kd 3.65, sd 0.891</i>	-	9	34	35	19	3
Lääkärin konsultaatio <i>ka 4.04, sd 0.794</i>	-	2	22	43	31	2
Esimiehen ohjaus <i>ka 2.48, sd 0.894</i>	6	58	17	14	2	3
Kollegan konsultaatio <i>ka 3.76, sd 0.937</i>	-	10	26	37	24	3
Käypä hoito – suositukset <i>ka 3.55, sd 0.944</i>	1	16	21	47	12	4
Terveysportti <i>ka 3.81, sd 1.164</i>	2	18	14	28	36	2

Osion Cronbachin alfa: 0.646

7. Mistä aiheista arvioisit vastaanoton hoitohenkilöstön tarvitsevan koulutusta tällä hetkellä?

Aiheet - *avoin kysymys*

8. Miten terveyskeskusten vastaanotto toimintaa kokonaisuudessaan voitaisiin edelleen kehittää?

Avoin kysymys

LIITE 4 1(8)

Eija Peltonen
Puolukkatie 20
77600 Suonenjoki
050-4014053

SAATE

18.4.2006

ARVOISA TERVEYSKESKUSASIAKAS

Tutkimukseni tavoitteena on tuottaa tietoa, jolla voitaisiin kehittää terveyskeskusten vastaanottoa. Tutkimuksessani selvitetään terveyskeskusten vastaanottoa nykykäytäntöjä ja verrataan niiden vaikutusta palveluiden toimivuuden, saatavuuden ja jatkuvuuden osalta. Teillä on kokemusta, jota voidaan hyödyntää vastaanottoa kehittämässä.

Tällä kyselyllä kootaan asiakaspalautetietoa lääkäreiden ja hoitajien vastaanottoa koskevista kymmenestä terveyskeskuksesta yhden päivän ajalta. Kyselyyn vastaajia arvioidaan olevan 2000 - 2500. Tutkimukselleni olen saanut luvat jokaiselta tutkimukseen osallistuvalla terveyskeskuksella. Antamanne tiedot käsitellään ehdottoman luottamuksellisesti ja ne tulevat vain tutkijan käyttöön. Aineisto käsitellään tilastollisesti siten, ettei yksittäistä vastaajaa voi tunnistaa. Taustatietoja tiedustelen vastausten tilastollista käsittelyä varten. Työni ohjaajia ovat professorit Katri Vehviläinen-Julkunen ja Anna-Maija Pietilä Kuopion yliopistosta ja LKT, yleislääketieteen kliininen opettaja Outi Elonheimo Helsingin yliopistosta.

Pyydän kohteliaimmin Teitä vastaamaan tällä terveyskeskuskäynnillä kyselylomakkeessa esitettyihin kysymyksiin. Täytetyn kyselylomakkeen voitte jättää nimettömänä terveyskeskukseenne kyselylomakkeille varattuun palautuslaatikkoon. Jos Teillä on tutkimukseen liittyviä kysymyksiä annan mielelläni lisätietoja. Yhteystietoni ovat puh. 050-4014053 tai email: eija.peltonen@suomi24.fi.

AJANKÄYTTÖSTÄNNE KIITTÄEN

Eija Peltonen, tohtoriopiskelija
Kuopion yliopisto

Katri Vehviläinen-Julkunen, THT, professori
Kuopion yliopisto, hoitotieteen laitos

Anna-Maija Pietilä, THT, professori
Kuopion yliopisto, hoitotieteen laitos

Outi Elonheimo, LKT, yleislääketieteen kliininen opettaja
Helsingin yliopisto, kansanterveystieteen laitos

Kysely perusterveydenhuollon vastaanottoinnasta

2 (8)

1. Terveyskeskus/-asema, jolla kävitte (paikkakunta) , frekvenssit:

Suonenjoki 37, Rautalampi 13, Karttula 19, Vesanto 20, Tervo 19, Nilsia 28, Leppävirta 50, Hausjärvi 29 Riihimäki, Pohjoinen solu 25 Riihimäki, Itä-solu 34 Riihimäki, Loppi 33 Riihimäki, Läntinen solu 27 Riihimäki, Siilinjärven terveysasema 27, Maaninka 8 S-Maaningan seudun th:n ky, Vuorela 14 S-Maaningan seudun th:n ky, Lapinlahti 15, Taulumäki 32 Varkauden terveyskeskus, Kommila 38 Varkauden terveyskeskus, Käpykangas 13 Varkauden terveyskeskus, Kangaslampi 12 Varkauden terveyskeskus, Toivakka 16 Palokan th:n ky, Petäjavesi 8 Palokan th:n ky, Vaajakoski 38 Palokan th:n ky, Palokan terveysasema 63, Tikkakoski 6 Palokan th:n ky, Uurainen 12 Palokan th:n ky, Pylkönmäki 14 S-Karstulan seudun th:n ky, Kyyjärvi 13 S-Karstulan seudun th:n ky, Kannonkoski 7 S-Karstulan seudun th:n ky, Karstulan terveysasema 33, Saarijärven terveysasema 58, Huhtasuo 26, Jyväskylän kaupungin terveyskeskus. YHTEENSÄ 788

2. Sukupuolenne Mies 36 % Nainen 64 %

3. Ikänne on keskiarvo 53 vuotta, sd = 18.64

4. Siviilisäätynne	jakaumat prosentteina	
	Naimaton	15
	Avio- tai avoliitossa	64
	Eronnut tai asumuserossa	9
	Leski	10
	Tieto puuttuu (20)	2

5. Ammatillinen koulutuksenne	Korkeakoulututkinto	9
	Opistotasoinen tutkinto	21
	Koulutasoinen tutkinto	26
	Ammattikurssi tai -kurseja	18
	Ei ammattikoulutusta	22
	Tieto puuttuu (44)	6

6. Mikä seuraavista parhaiten kuvaa nykyistä elämäntilannettanne?

Koululainen tai opiskelija	6
Kotiäiti / -isä	6
Työssä palkansaajana	29
Yrittäjä tai maanviljelijä	6
Työtön tai pakkolomalla	5
Eläkeläinen	45
Tieto puuttuu (25)	3
Muu, mikä? (1%) – avoin: työkokeilu (1), sairausloma (5), sijainen (2), osa-aikainen, osa-aikainen eläkeläinen (1), oppisopimus (1), työllistetty (1)	

7. Onko Teillä jokin pitkäaikainen sairaus, vamma tai muu ongelma, jonka vuoksi käytätte terveyspalveluja säännöllisesti?

Ei	46
Kyllä, millainen?	51
Tieto puuttuu (21)	3

millainen, frekvenssit: verenpainetauti 67, sepelvaltimotauti 37, diabetes 79, reuma 34, psyykinen sairaus 12, astma 29, nivelvaivat 2, alkoholismi 1, ruusu 2, psoriasis 1, selkävaiva 10, COPD 6, olkapäävaivat 2, epilepsia 1, parkinsonin tauti 4, marevanhoito 2, migreeni 1, säärihaava 2, hormonihoido 1, masennus 6, eturauhasen liikakasvu 2, syöpä 4, nivelrikko 4, niskavaiva 1, vatsavaivat 2, avanne, fibromyalgia 5, krooninen lymfaattinen leukemia 1, rytmihäiriö 2, ammattitauti 1, B12 vitamiinin puute 2, jalka-amputaation jälkitila 1, virtsatieulehdus 1, veren rasva-arvot koholla 4, MS-tauti 1, tapaturman jälkitila 2, kilpirauhasen liikatoiminta 1, krooninen flimmeri 1, allergia 1, polvivaiva 3, verisairaus 1, tulehdus 1, kilpirauhasen vajaatoiminta, munuaissairaus 1. Yhteensä 346

8. Mikä oli tämänkertaisen vastaanottokäyntinne syy?

Äkillinen sairastuminen tai tapaturma, 18 %

millainen, frekvenssit: murtuma 3, kurkkukipu 4, flunssa 16, haavahoito 4, jalkavaiva 6, sormivamma 2, työtapaturma 4, tapaturma 8, silmätulehdus 3, raskausajan supistukset 1, kontrollikäynti 1, selkäkipu 9, kolarivamma 1, tulehdus 7, päänsärky 2, nivelvaiva 2, vatsavaiva 3, verensokeri koholla 1, korvatulehdus 4, rintatulehdus 1, kuume 9, nivelsidevamma 1, jalkavamma 1, allerginen reaktio 3, turvotus jalassa 2, astmakohtaus 1, huimaus 1, yskä 2, virtsatieulehdus 1, verenvuoto virtsassa 1, sienikynsi 1, haimatulehdus 1, rytmihäiriö 1, pitkittynyt nuha 2, olkapäävaiva 1, Bellin pareesi 1, nenäverenvuoto 1. Yhteensä 112

Äkillisen sairauden tai tapaturman jälkitarkastus 3 %**Hitaasti kehittyvät huolestuttavat vaivat 14 %**

millainen, frekvenssit: olkapäänkipu 2, selkäkipu 6, flunssa 5, jalkavaiva 6, allergia 7, rytmihäiriö 2, haavainfektio 1, kynsivallintulehdus 2, maksa-arvojen kohoaminen 1, vatsavaiva 7, poskiontelotulehdus 2, jalkojen turvotus 1, astma 2, silmätulehdus 1, niskavaiva 3, sydänoireet 1, polvivaiva 3, lonkkavaiva 3, yskä 3, luomet 2, kuulon aleneminen 1, rintakipu 1, verenpaine 2, masennus 2, migreeni 1, väsymys 1, toistuva virtsatieulehdus 1, hengenahdistus 1, ihottuma 3, kuume 2, tulehdus 1, kilpirauhasen vajaatoiminta 1, patti kädessä 1, uupumus 1, nivelrikko 1, päänsärky 1, verensokeriarvot 1, verenkiertohäiriö 1, korvaongelma 2, inkontinenssi 1, paksusuolen tulehdus 1, kyhmy rinnassa 1, muisti 1, ruusufinni 1. Yhteensä 91.

Pitkäaikaissairauden (esim. diabetes, reuma, kohonnut verenpaine) seurantaikäynti 25 %**Terveystarkastus (esim. ajokorttitodistus, kutsunta- tai ikäryhmätarkastus) 4 %****Toimenpide (esim. ompeleiden poisto, haavan hoito, pistos), 13 %**

mikä, frekvenssit: injektio 18, verenpaineen mittaus 1, lääkkeen otto 1, ompeleiden poisto 10, haavan hoito 17, jälkitarkastus 1, luomenpoisto 7, korvahuuhtelu 3, näyteenotto 1, rokotus 9, kierukan laitto 1, poskionteloiden huuhdeltu 1, polvipunktio 1, patin poisto 1, gynekologinen tutkimus 1, iv-lääkkeen anto 1, akupunktio 1. Yhteensä 76.

Jokin muu syy 19 %

mikä, frekvenssit: jalkakipu 2, närästys 1, päänsärky 1, ihottuma 1, selkäkipu 4, kohonnut verenpaine 1, flunssa 4, yskä 1, olkapääkipu 3, patti kainalossa 1, silmänpaineen mittaus 1, kuume 4, papanäytteen otto 1, tapaturman jälkitarkastus 2, gynekologinen tutkimus 1, vatsakipu 1, lääkärin todistus 2, kurkkukipu 2, polvivaiva 1, verenpaineen mittaus 4, ekg:n vrk-rekisteröinti 1, silmätulehdus 1, pitkittynyt nuha 1, korvahuuhtelu 2, verensokerin mittaus 4, rokotus 2, kasvaimet 1, rasitusvamma 1, kontrollikäynti 10, reseptin uusinta 1, allergia 3, masennus 3, keskustelu hoitajan kanssa 1, laboratoriotulokset 8, luomet 2, tutkimuslähetteet 1, paikallinen tulehdus 2, e-pillereiden käyttö 3, sairaslomatodistus 1, kivun syyn selvittäminen 1, jatkohoidosta sopiminen 1, säärihaava 2, niskavaiva 1, Marevan annos 2, Dehkokäynti 1, kierukan tarkastus 1, lääkitysasia 1, raskauspahoinvointi 1, virtsatieulehdus 1, pitkittynyt yskä 1, sairasloman jatko 2, kuntotesti 2, PEF-seuranta 1, tutkimuskäynti 2, lausuntoaasia 1, vatsakivut 1. Yhteensä 105.

9. Arvioi nykyistä terveydentilaanne alla olevalla asteikolla. Rengastakaa asteikosta se numero, joka kuvaa parhaiten fyysistä terveydentilaanne tällä hetkellä.

Huonoin mahdollinen	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Paras mahdollinen
<i>Frekvenssit</i>	3	8	28	58	67	98	161	228	76	19	

Tieto puuttuu 42

Keskisarvo 6,81, sd 1,765

10. Kuinka usein olette käyttänyt tämän terveyskeskuksen palveluja viimeisen vuoden aikana?

Kerran	15 %
2-4 kertaa	49 %
5 kertaa tai enemmän	32 %
Puuttuva tieto (31)	4%

Keskisarvo 2,17, sd 0,679

11. Kenen vastaanotolla asioitte tällä kertaa?	
Lääkärin vastaanotolla	58 % (n = 454)
Sairaalan- tai terveydenhoitajan vastaanotolla	31 % (n = 245)
Lääkärin ja hoitajan vastaanotolla	8 % (n = 65)
Tieto puuttuu	3 % (n = 24)

12. Asioitteko tällä kerralla aikaisemmilta käynneiltä tutun lääkärin tai hoitajan kanssa?
Kyllä 72 % (n = 569) Ei 23 % (n = 183), tieto puuttuu 4 % (n = 32)

Vastaanotto toiminnan organisointi

1. Miten vastaanotto toiminta on pääasiallisesti järjestetty terveyskeskuksessanne?	
Lääkäreiden, sairaalan- ja terveydenhoitajien ja terveyskeskusavustajien tiimityönä	29 %
Lääkäri - hoitaja työparityöskentelynä (pääasiallisesti)	30 %
En tiedä	32 %
Tieto puuttuu	9 %

2. Onko Teille nimetty omalääkäri tai asioitteko yleensä saman lääkärin luona?
Kyllä 82 % (n = 644), Ei 15 % (n = 121), tieto puuttuu 3 % (n = 23)

3. Onko Teille nimetty omahoitaja tai asioitteko yleensä saman hoitajan luona?
Kyllä 53 % (n = 419), Ei 41 %, tieto puuttuu 5 % (n = 42)

4. Kuinka tärkeänä pidätte sitä, että pääsette terveyskeskuksessa aina saman työntekijän vastaanotolle?

	Erittäin tärkeänä	Melko tärkeänä	Melko yhden- tekevänä	Täysin yhden- tekevänä	Jakaumat prosentteina	
					En osaa sanoa	Tieto puuttuu
Lääkärin vastaanotolle <i>ka 1,49, sd 0,747</i>	60	29	5	1	1	4
Hoitajan vastaanotolle <i>ka 1,75, sd 0,912</i>	41	31	9	2	2	15

5. Kuinka varasitte ajan vastaanotolle?

Puhelimella	52 %
Kävitte paikan päällä	22 %
Tulitte varaamatta aikaa, esim. päivystykseen	5 %
Aika sovittiin edellisen käynnin yhteydessä	15 %
Jokin muu	1 %
Tieto puuttuu	4 %

mikä, frekvenssit: hoitaja varasi ajan lääkärille 14, kirjekutsu 7, omainen soitti 1, soitto lääkärille 1, lähete lääkärin tutkimuksiin 1, jonottamatta 1, aikaa varaamatta 1. Yhteensä 26.

6. Minkä ajan kuluessa saitte vastaanottoajan tälle käynnille?

1-3 vrk:n kuluessa	47 % (n = 371)
4-7 vrk:n kuluessa	14 % (n = 107)
Yli viikon kuluttua	18 % (n = 140)
Aika sovittiin edellisen käynnin yhteydessä	14 % (n = 114)
Tieto puuttuu	7 % (n = 56)

7. Minkä ajan kuluessa pääsitte vastaanotolle?

Sovittuna aikana	53 % (n = 418)
5-15 min myöhässä	25 % (n = 194)
yli 15 -30 min myöhässä	8 % (n = 59)
yli 30 -60 min myöhässä	3 % (n = 23)
Yli tunnin myöhässä	1 % (n = 7)
Tieto puuttuu	11 % (n = 87)

8. Miten lääkärin vastaanotolle pääsy on mielestänne muuttunut viimeisen vuoden aikana?

Vastaanotolle pääsy on helpottunut	23 % (n = 180)
Vastaanotolle pääsy on vaikeutunut	22 % (n = 170)
Vastaanotolle pääsy on pysynyt ennallaan	50 % (n = 395)
Tieto puuttuu	5 % (n = 43)

9. Miten hoitajan vastaanotolle pääsy on mielestänne muuttunut viimeisen vuoden aikana?

Vastaanotolle pääsy on helpottunut	25 % (n = 195)
Vastaanotolle pääsy on vaikeutunut	10 % (n = 78)
Vastaanotolle pääsy on pysynyt ennallaan	53 % (n = 417)
Tieto puuttuu	12 % (n = 96)

10. Seuraavien vastausvaihtoehtojen avulla on tarkoitus saada Teiltä tietoa terveyskeskuksenne puhelinneuvonnasta, ajanvaraus- ja päivystysvastaanottoimmasta ja hoitajien työstä vastaanottoimmassa sekä henkilöstön riittävydestä

	Täysin samaa mieltä	Osittain samaa mieltä	Osittain eri mieltä	Täysin eri mieltä	Jakaumat prosentteina Tieto puuttuu
Ajanvarausasioissa otan ensiksi yhteyden minulle nimettyyn omaan hoitajaan <i>ka 1.97, sd 1.148</i>	43	18	10	15	14
Hoitajien puhelinneuvonta-aikaa terveyskeskuksessani on riittävästi. <i>ka 2.07, sd 0.953</i>	26	33	15	9	17
Hoitajilla on erilliset puhelintunnit <i>ka 1.94, sd 1.043</i>	34	21	11	10	24
Hoitajien puhelinneuvonta-aikaa on lisätty. <i>ka 2.48, sd 0.977</i>	12	25	21	13	29
Puhelinneuvonnasta vastaava hoitaja arvioi asiani kiireellisyyden. <i>ka 1.71, sd 0.796</i>	37	33	8	3	19
Kiireettömissä asioissa olen päässyt lääkärin vastaanotolle kolmen päivän kuluessa. <i>ka 2.21, sd 1.115</i>	30	22	16	15	17
Vastaanottoajat päivystykseen ja tavalliselle vastaanotolle annetaan eri paikoista. <i>ka 2.16, sd 1.149</i>	26	21	13	17	23
Päivystysvastaanotto toiminta on terveyskeskuksessani järjestetty erilleen muusta vastaanottoimmasta. <i>ka 2.16, sd 1.149</i>	30	19	12	15	24

	Täysin samaa mieltä	Osittain samaa mieltä	Osittain eri mieltä	Täysin eri mieltä	Tieto puuttuu
Hoitajien vastaanotot toimivat ajanvarauksella. <i>ka 1.79, sd 0.942</i>	38	24	9	6	23
Hoitajat kirjoittavat lyhyitä, korkeintaan viiden päivän pituisia, sairaslomia. <i>ka 1.86, sd 1.016</i>	31	17	9	7	36
Hoitajille kuuluu ns. tavallisten infektiosairauksien (esim. flunssa, ripuli) ensiarvio ja hoidon ohjaus. <i>ka 1.56, sd 0.781</i>	47	25	5	3	20
Hoitajat tekevät osan lääkäreiltä toimenpiteistä ja tutkimuksista <i>ka 2.00, sd 0.888</i>	25	36	11	6	22

Osion Cronbachin alfa 0.725

11. Seuraavien vastausvaihtoehtojen avulla pyritään saamaan selville Teidän *kokemuksianne terveyskeskukseenne vastaanotto toiminnasta.*

	Täysin samaa mieltä	Osittain samaa mieltä	Osittain eri mieltä	Täysin eri mieltä	Tieto puuttuu
Olen saanut ajanvarauksesta riittävästi tietoja siitä, kuinka minun pitäisi toimia. <i>ka 1.49, sd 0.697</i>	54	28	5	2	11
Sairastuttuani olen voinut jäädä seuraamaan vointiani hoitajan puhelimessa antamien ohjeiden avulla. <i>ka 1.90, sd 0.880</i>	29	32	11	5	23
Lääkärille varaamani vastaanottoajat ovat toteutuneet lähes aina sovitun aikataulun mukaan. <i>ka 1.61, sd 0.799</i>	49	28	8	4	12
Lääkäreiden puhelinneuvonta on lisääntynyt. <i>ka 2.08, sd 0.946</i>	24	32	14	8	22
Olen saanut omalta hoitajaltani asiantuntevaa palvelua. <i>ka 1.45, sd 0.708</i>	52	22	4	2	20

	Täysin samaa mieltä	Osittain samaa mieltä	Osittain eri mieltä	Täysin eri mieltä	Tieto puuttuu
Pitkäaikaissairauksien seuranta (esim. diabetes) on järkevää jakaa asiantuntijuuden mukaan eri vastuuhoitajille. <i>ka 1.59, sd 0.828</i>	45	24	5	4	22
Hoitajavastaanotot on järkevä toteuttaa ajanvaraukseen perustuvana toimintana. <i>ka 1.67, sd 0.787</i>	40	30	8	3	19
Vakavan tai äkillisen sairauden yhteydessä hoitajat ovat ohjanneet minut aina suoraan lääkärin vastaanotolle. <i>ka 1.38, sd 0.655</i>	57	19	4	1	19
Lääkärin, hoitajan ja potilaan kiinteä yhteistyö edesauttaa potilaan hoitoon sitoutumista. <i>ka 1.22, sd 0.492</i>	68	14	2	1	15
Osa lääkärieni osoittamistani asioista on voitu hoitaa hoitajan välityksellä. <i>ka 1.65, sd 0.779</i>	41	31	6	3	19
Seuraava määräaikaikäyntini lääkärin vastaanotolle suunnitellaan yhteistyössä hoitajan kanssa. <i>ka 1.90, sd 1.010</i>	36	25	10	9	20
Hoitajilla on nykyisin laajempi tehtäväalue vastaanottoiminnassa kuin aiemmin. <i>ka 1.53, sd 0.679</i>	45	29	5	1	20
Minulle annetut lääkärin vastaanottoajat ovat olleet sopivan pituisia. <i>ka 1.48, sd 0.688</i>	54	26	7	1	12
Vastaanottoiminnassa on riittävästi lääkäreitä. <i>ka 2.05, sd 0.952</i>	23	26	21	14	16
Vastaanottoiminnassa on riittävästi hoitajia. <i>ka 2.05, sd 0.952</i>	29	31	17	8	16

Osion Cronbachin alfa 0.848

12. Seuraavassa toivotaan Teidän mieltävän *kokemustanne tästä vastaanottokäynnistä.*

8 (8)

	Jakaumat prosentteina				
	Täysin samaa mieltä	Osittain samaa mieltä	Osittain eri mieltä	Täysin eri mieltä	Tieto puuttuu
Terveyskeskuksen toiminta oli luotettavaa. <i>ka 1.29, sd 0.567</i>	68	18	3	1	10
En joutunut odottamaan liikaa. <i>ka 1.48, sd 0.809</i>	60	17	8	3	12
Henkilökunta oli ammattitaitoista. <i>ka 1.20, sd 0.446</i>	73	15	2	-	10
Tutkimukset ja hoitotoimet tehtiin huolellisesti. <i>ka 1.26, sd 0.524</i>	69	16	3	1	12
Vastaanottoaika oli sopivan pituinen. <i>ka 1.32, sd 0.593</i>	65	19	3	-	13
Asiaani / ongelmaani paneuduttiin huolellisesti. <i>ka 1.29, sd 0.552</i>	67	18	3	1	12
Hoitajan antama neuvonta oli ammattitaitoista, yksilöllistä ja riittävää. <i>ka 1.32, sd 0.569</i>	58	19	2	1	20
Lääkärin antama neuvonta oli ammattitaitoista, yksilöllistä ja riittävää. <i>ka 1.29, sd 0.551</i>	61	17	2	1	19
Jatkohoidosta sopiminen oli selkeää. <i>ka 1.25, sd 0.537</i>	67	14	3	-	16

Osion Cronbachin alfa 0.883

13. Miten mielestänne terveyskeskusten vastaanottoa voitaisiin edelleen kehittää?
Avoim kysymys

TUTKIMUSLUPAHAKEMUS

1. Tutkimuksen nimi: <i>Perusterveydenhuollon vastaanottoiminnan kehittäminen - työnjakoa ja yhteistyötä kehittämällä</i>	
2. Selostus tutkimuksen toteutustavasta ja tutkimusmenetelmistä	
Tutkimustyyppi:	<input checked="" type="checkbox"/> Kertaluonteinen <input type="checkbox"/> Seurantatutkimus
Tutkimustapa: Kertaluonteinen kyselytutkimus perusterveydenhuollon vastaanottoiminnasta vastaaville johtaville lääkäreille / ylilääkäreille, johtaville hoitajille, vastaaville lääkärille ja osastonhoitajille, vastaanottoiminnassa työskenteleville hoitajille ja lääkäreille sekä yhden päivän aikana hoitajien ja lääkäreiden vastaanotoilla tutkimusterveyskeskuksissa käyneille asiakkaille tai potilaille.	
Tutkimussuunnitelmassa määritelty tutkimuksen kesto aika: Tutkimus toteutetaan vuosien 2004-2007 välisenä aikana	
Tietojen keruun laajuus: Tutkimus toteutetaan kymmenessä terveyskeskuksessa.	
Aineiston määrittely (koko ja kohde): Tutkimukseen osallistuu 50 hallinnon edustajaa, 100 lääkäriä, 160 hoitajaa ja tuhat asiakasta tai potilasta.	
3. Yliopisto ja jatko-opiskelija: Kuopion yliopisto, hoitotieteen laitos Tohtoriopiskelija Eija Peltonen	
4. Opinnäytetyön ohjaajat: Ohjaaja: Professori, THT Katri Vehviläinen-Julkunen, Kuopion yliopisto Ohjaaja: Professori, THT Anna-Maija Pietilä, Kuopion yliopisto Ohjaaja: Yleislääketieteen kliininen opettaja, LKT Outi Elonheimo, Helsingin yliopisto	
5. Tutkimuspaikka ja osoite: Eija Peltonen Puolukkatie 20, 77600 Suonenjoki, puh. 050-4014053	
6. Yhdyshenkilöt terveyskeskuksissa (nimi, osoite, puhelinnumero):	
Varkauden terveystoimi	Siilinjärven ja Maaningan th:n kuntayhtymä
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

Saarijärven-Karstulan seudun th:n kuntayhtymä	Sisä-Savon th:n kuntayhtymä
_____	_____
_____	_____
_____	_____
Riihimäen seudun terveyskeskuksen kuntayhtymä	Palokan terveydenhuollon kuntayhtymä
_____	_____
_____	_____
_____	_____
Lapinlahden terveyskeskus	Nilsian kaupungin terveyskeskus
_____	_____
_____	_____
_____	_____
Jyväskylän kaupungin sosiaali- ja terveystalokeskus	Leppävirran terveyskeskus
_____	_____
_____	_____
_____	_____
7. Tutkimuksessa kerättävät tiedot ja tietojen käyttötarkoitus:	
Kyselylomakkeissa selvitetään tutkittavien tiedot, näkemykset ja kokemukset vastaanotto- palveluista ja niiden organisoinnista, hoitajien ja lääkäreiden työn- ja vastuunjaosta, ja työn tukimuodoista. Lisäksi verrataan työpari- ja tiimityömallien vaikutuksia palvelujen toimivuuteen, saatavuuteen ja kustannuksiin sekä työvoiman riittävyyteen ja osaamiseen. Tutkimuksen tavoitteena on tuottaa perusterveydenhuollon vastaanottotyöhön <i>toimintamalli</i> , jolla voitaisiin parantaa hoidon sujuvuutta, poistetaan toimintojen päällekkäisyyksiä ja lisätään tehokkuutta sekä vahvistetaan hyvin koulutetun hoitajan asemaa terveydenhuollon ammattilaisena. Tutkimuksen avulla saatavaa tietoa voidaan käyttää perusterveydenhuollon vastaanottotoiminnan kehittämiseen.	
8. Tutkimusrekisterin suojaus luvatonta käyttöä vastaan:	
Tutkimusaineisto arkistoidaan. Tutkija säilyttää tutkimusaineiston suojatussa arkistossa.	
9. Liitteet:	
Tutkimussuunnitelma	

10. Potilaskyselyn eettiset kysymykset:
Terveyskeskus on käsitellyt toteutettavan tutkimuksen tavoitteet, tarkoituksen ja toteutuksen sekä hyväksynyt potilaskyselyn tutkimuseettiset ratkaisut.
Potilaskysely voidaan toteuttaa kuntayhtymässänne / terveyskeskuksessänne
Päiväys _____ Allekirjoitus _____
11. Päätös tutkimukseen osallistumisesta:
Kuntayhtymässänne / terveyskeskuksessänne voidaan toteuttaa edellä esitelty tutkimus
Päiväys _____ Allekirjoitus _____ _____
12. Hakijan allekirjoitus ja osoite, johon päätös lähetetään:
Päiväys _____ Allekirjoitus _____
Päätöksen lähetysosoite: Eija Peltonen, Puolukkatie 20 77600 Suonenjoki

Liitetaulukko 1. Vastaanotto palvelujen saatavuus ja toimivuus sekä asiakastyytyväisyys aiemmissa tutkimuksissa vuosina 1999 – 2007.

Tekijä (t), vuosi	Tarkoitus	Aineisto	Menetelmät	Keskeiset tulokset
Alho 2004	Selvittää miten perusterveydenhuollon kysyntää voidaan hallita.	Tapaustutkimus terveysasemalla, väestöpohja 42 000 Asiakaskontaktit, n = 11 000	Potilastietojärjestelmämittaukset, kirjatut kontaktit	Hoidon saatavuus vaihteli merkittävästi potilaan asunolun alueesta ja vastaanotto tyypistä riippuen. Vastaanottoaikojen saatavuus oli tarkastelujakson aikana kirjeellisissä tapauksissa 57 prosenttia ja ei-kirjeellisissä tapauksissa 91 prosenttia. Merkittävimmäksi terveysaseman toimintaa hankaloittavaksi tekijäksi havaittiin omalääkärijärjestelmä. Yksittäisen lääkärin kokeman vuorokausikysymään vaihtelu havaittiin niin suureksi, että sitä oli mahdotonta ennakoita. Koko terveysaseman tasolla vastaanottojen kysyntä oli ennakoitavissa. Resurssien joustamattomuus johti hoidon huonoon saatavuuteen. Tutkimuksessa havaittiin, että terveysaseman toimintaa voidaan kehittää pienillä muutoksilla.
Bower ym. a 2003	Selvittää johtaaako tiimin onnistumiseen työyhteisön rakenne, vai vaikuttaako siihen työyhteisön rakenne ja tiimin prosessit yhdessä.	Perusterveydenhuollon 42 työyksikköä, n = 652, terveydenhoitajat (n = 652) ja psykiatriset hoitajat (n = 152)	Kyselylomakkeet Lääketieteelliset muistimpanot	Tiimin ilmapiiri oli parempi yksitoimivissa yksiköissä kuin yhteistyökumppaneina toimivissa. Pidemmillä vastaanottojen odotusajoilla toimivat klinikat hoitivat paremmin pitkäaikaisairauksia. Hyvä tiimi-ilmapiiri yhdistyi erinomaiseen diabeteksen hoitoon. Tällöin potilastyytyväisyys oli hyvä, kuten myös henkilöstön innovatiivisuus ja tehokkuus. Tulosten mukaan tärkeää on suhde tiimin rakenteen, prosessien ja tulosten välillä.
Bower ym. b 2003	Kuvata potilaiden näkemyksiä hoidostaan ja sen jatkuvuudesta perusterveydenhuollossa.	Potilaat, n = 21 905	Kyselylomake	Hoitotytyytyväisyyden standardit täyttyivät, kun potilaat tapasivat lääkärin ajanvarausshetkestä seuraavana päivänä ja vastaanoton odotusaika oli 6-10 minuuttia. Saman lääkärin tapaaminen liittyi tyytyväisyyden tasoon arvioitaessa hoidon jatkuvuutta. Tutkimuksen päätelmänä todettiin, että potilailla on korkeat odotukset hoidon jatkuvuudesta. ...jatkuu

Tekijä (t), vuosi	Tarkoitus	Aineisto	Menetelmät	Keskeiset tulokset
Bunn & Kendall 2004	Arvioida puhelinneuvonnan turvallisuutta, käytettävyyttä ja potilastyytyväisyyttä sekä neuvonnan toteutusta puhelimesta.	Yhdeksän tutkimusta n = 1343 n = 48	Systemoitu kirjallisuuskatsaus	Puolet puhelimesta toteutuneista kontakteista voitiin hoitaa puhe- ja viestintäneuvonnan avulla. Puhelinkonsultaatioita suuri osa oli kirurgiaan liittyviä ja virkistyksen jälkeisiä puheluita yleislääkäreille. Puhelinkonsultaatiot olivat asiakkaille turvallisia ja he olivat niihin tyytyväisiä. Tutkimusten mukaan epäselvää oli vielä puhelinkonsultaatioiden vaikuttavuus ja kustannukset.
Caldow ym. 2007	Verrata potilaiden mielipiteitä hoitajan ja lääkärin palveluista pienten vairojen hoidossa perusterveydenhuollossa.	Kyselylomake Haastattelu		Potilaiden tyytyväisyys lääkärin tai hoitajan palveluun oli suhteessa heidän sukupuoleen, ikään, koulutukseen ja tuloihin. Naisilla, nuorilla ja vähemmän koulutetuilla ja niillä joilla oli suuremmat tulot oli positiivinen asenne hoitajiin. Vanhemmilla ihmisellä oli positiivisempi asenne lääkäreitä kohtaan. Merkittävimmät erot lääkäreiden ja hoitajien välillä olivat akateeminen pätevyys ja kyyty. Potilaat halusivat valita saatavilla olevan terveydenhuollon ammattilaisen ensi kontaktissa. Tutkijoiden mukaan potilaat voisivat hyväksyä hoitajan paremmin, jos he saisivat lisää tietoa hoitajien kyvyistä.
Elonheimo 1999	Selvittää, mitä tutkimus- ja hoitotoimenpiteitä tehdään erityyppisille terveyskeskuksen potilaille ja toisaalta tarkastella, minkälaiset potilaat aiheuttavat erisuuruista palvelujen käyttöä.	Pienen kunnan terveysaseman toimintaan yhden vuoden aikana. Potilaskontakteja yhden vuoden aikana tilastoitiin kaikkiaan 11 136, erilaisia toimenpiteitä tehtiin 28 129.	Tietojärjestelmän tilastot. Kaikkia terveysaseman potilaskäynteistä on rekisteröity tutkimus- ja hoitotoimenpiteet sekä potilaan ns. tarvetekijät.	Tutkimuksessa kehitetyn palvelujen käytönmallin avulla kuvattiin, minkä suuruista palvelujen käyttöä eri tyyppiset potilaskohdat tarvitsevat. Malli mahdollisti terveyskeskuksessa tehtävän työn jäsentelyn, arvioinnin ja suunnittelun ja lisäksi mahdollisuuden potilaskohdittaiseen tarkasteluun. Lisäksi sen avulla pystyttiin ennustamaan, minkä suuruista resurssien käyttöä ja minkä tyyppisiä toimenpiteitä erityyppiset potilaat tarvitsivat. Vähän palveluja käyttivät nuoret potilaat, joilla oli matala-asteisia haittoja sekä lieviä aikaisempia sairauksia. Runsaasti terveyspalveluja taas käyttivät iäkkäät potilaat, jotka sairastivat kroonisia tautia ja jotka kävivät vastaanotolla erilaisten sairauksien kontrollissa. Palvelujenkäyttöä voidaan käyttää terveyspalvelujen suunnittelussa ja kohdentamisessa. ...jatkuu

Tekijä (t), vuosi	Tarkoitus	Aineisto	Menetelmät	Keskeiset tulokset
Honkonen 2006	Selvittää asiakkaiden näkemystä terveyskeskuksen palveluiden saatavuutta puhelinyhteydellä ja odotusaikaa ilmoittautumisessa ja lääkäreiden vastaanotoille pääsyssä.	Tutkimukseen osallistui 21 terveyskeskusta ja kuntayhtymää. n = 4303 asiakasta	Kyselylomake	Asiakkaat olivat tyytyväisiä puhelimitse terveyskeskukseen pääsemiseen, odotusaikaan ilmoittautumisessa sekä lääkäreiden vastaanotoille pääsyssä. He olivat tyytyväisiä myös lääkäreiden vastaanoton toimintaan sekä terveyskeskuksen kokonaispalveluun. Keskeiseksi tutkimustulokseksi nousi korkeasti koulutettujen asiakkaiden tyytyväisyys terveyskeskuksen toimintaa kohtaan ja toiseksi nuorten ja nuorten aikuisten vähäinen terveyskeskuksen käyttö. Puhelinyhteyden saaminen terveyskeskukseen oli parantunut huomattavasti.
Jaatinen ym. 2002	Selvittää kahden lääkärin näkökulmasta potilaiden asiointimatkan puolitamista pääterveysasemalle Luoteis-Satakunnassa.	n = 2270	Kyselylomake Potilaskäyntimäärät	Potilasasioista hoidettiin 72,9 % ilman vastaanottokäyntiä. Näin tehtiin kannanottoja, annettiin jatkohoito-ohjeita otettujen laboratoriotokoiden osalta, arvioitiin INR-arvot, kirjoitettiin ja uusittiin reseptejä. Hoitajan laittamia sähköposteja potilasasioissa oli lääkäreille 83 kappaletta. Tulosten mukaan lääkärit voivat hoitaa etäasioinnin keinoin noin 80 % niistä asioista, joihin tarvitaan lääkärin apua ja vastaanottoikäntyntien tarve voidaan puolittaa siirtämällä hoitovastuuta hoitajalle ja lisäämällä vaihtoehtoisia asiointitapoja.
Jaatinen ym. 2003	Selvittää, minkälaista apua tarvitsevat potilaat käyttävät yöllä terveyskeskuspäivystystä ja selvittää myöhäisillan ja viikonloppun päivystyspalvelujen käyttöä.	Luoteis-Satakunnan terveyskeskuksen alueen asukkaiden käynnit yhteispäivystyspisteessä Porin pääterveysasemalla neljän kuukauden aikana 2001	Tietojärjestelmän tilastot	Miehet käyttivät päivystystä enemmän kuin naiset. Ikäryhmittäin eniten päivystystä käyttivät 5- ja 85-vuotiaat. Asuinpaikan etäisyydellä päivystyspisteeseen ei ollut vaikutusta. Yötä kohti kertyi käyntejä noin 0,6 / 15 000 asukasta. Tulosten päätelmänä todettiin, että kun omalääkärijärjestelmä toimii hyvin, tarve ilta-, yö- ja viikonloppupäivystyspalveluihin oli vähäinen.

...jatkuu

Tekijä (t), vuosi	Tarkoitus	Aineisto	Menetelmät	Keskeiset tulokset
Kärkkäinen & Saarinen 2002	Arvioida, miten väestövastuinen tiimityö käytännössä toimii ja miten sitä pitäisi kehittää.	Kolme Helsingin terveyskeskuksen terveysasemaa, väestöpohja 36 000 16 tiimiä	Ryhmiähaastattelu (Strukturoitu keskustelurunko)	Tiimien työtapo poikkesi tiimityön teoreettisista tunnusmerkeistä. Tiimit eivät kokoontuneet säännöllisesti suunnittelemaan toimintaansa tai keskustelemaan asioista. Ongelmaksi koettiin toiminta väestövastuutiimeissä vaihtelevien yhteistyökumppaneiden kanssa. Tiimit kaipasivat säännöllisiä kokoontumisia. Kokoontumisten tavoitteena pidettiin työtapojen suunnittelua ja järjestyksellisiä sekä yhteisten linjausten tekemistä esim. kansantautien suhteen. Tiimit kaipasivat koulutusta hoitopolkuihin liittyen.
Lahnajärvi 2006	Selvittää lääkärin potilasta kohtaamatta uusiman lääkityksen yleisyyttä ja ongelmia ja arvioida suomalaisten terveyskeskusten reseptien uusimiseen liittyviä työprosesseja sekä kehittää lääkehoidon seuranta reseptien uusimisen yhteydessä.	28 terveysasemaa	Reseptiaineisto Väestötutkimuksen haastatteluaineisto Puhelinhaastattelu (lääkärit, vastaanottoavustajat)	Psykeenlääkkeitä ja sydän- ja verisuonitautien lääkkeitä uusittiin 23 – 57 % lääkärin kohtaamatta potilasta. Reseptin uusiminen lääkärin kohtaamatta potilasta oli yli 65 – vuotiailla yleisempää kuin alle 65 – vuotiailla. Terveyskeskusten reseptien uusimiskäytännöt olivat vaihtelevia. Usein uusimiskäytännöt olivat ajan kuluessa muodostuneita rutineja. Lääkehoidon seurantaan ja sen mahdollistamiseen ei kiinnitetty riittävästi huomiota. Lääkäreillä oli reseptejä uusissa kiire, eikä potilaan tilannetta ehditty tarkastella sairaskertomuksesta. Sujuvassa uusimiskäytännössä lääkehoidon seuranta varmistetaan kysymällä potilalta lääkkeen tehosta, käytöstä ja ongelmista, tarkistamalla potilaan edellisen seurantakäynnin ajankohta, varaamalla hoitavalle lääkärille riittävä aika uusimiselle, huolehtimalla uusimisen tarkoituksenmukaisuudesta sekä kirjaamalla uusitut reseptit sairaskertomukseen.
Lattimer ym. 2000	Arvioida hoitajien puhelinkonsultaatioiden taloudellisuutta.	55 työntekijää, 97 000 potilasta Kaikki potilaiden yhteydenotot 1997-1998	Kustannusanalyysi	Hoitajien puhelintyöskentely vähentää kustannuksia etenkin pidemmällä ajalla. Käytettäessä kustannusanalyysiä yhdistettyinä tulosten analyysiin tulos oli huomattava. Säästöt tulivat vältetyistä matkoista potilaiden luokse kotikäynneille ja kirurgien vastaanottoikäntien vähentämisestä. Tutkimuksen mukaan hoidon laatu parani lisätyn puhelintyöskentelyn avulla. ...jatkuu

Tekijä (t), vuosi	Tarkoitus	Aineisto	Menetelmät	Keskeiset tulokset
Laurant ym. 2004	Arvioida hoitaja-lääkäri välisen tehtävien jaon vaikutuksia potilaiden hoitoon, hoitoprosesseihin ja resurssihin sisäläen kustannukset.	16 tutkimusta	Systemaattinen kirjallisuuskatsaus	Lääkäreiden ja hoitajien työssä ei ollut todettavissa eroja potilaiden hoidossa, hoitoprosessissa tai resurssien käytössä. Potilastytyväisyys oli parempaa hoitajavetoisilla klinikoilla. Hoitajilla oli pidemmän konsultaatit, he antoivat enemmän tietoa potilaille ja ottivat yhteyden potilaisiin useammin kuin lääkärit.
Lewin ym. 2001	Arvioida terveydenhuollon työntekijöiden vaikuttavia interventioita potilaskeskeisellä lähestymistavalla vastaanotoilla.	17 tutkimusta	Systemaattinen kirjallisuuskatsaus	Vastaanoton prosessien arviointi ja terveydenhuollon ammatillisten potilaskeskeiset lähestymistavat vaikuttivat myönteisesti potilastytyväisyyteen.
Redsell ym. 2007	Kuvata potilaiden näkemyksiä hoitajien ja lääkäreiden roolien eroista terveydenhuollossa.	n = 28	Haastattelut (puolistrukturoitu kyselylomake)	Tutkimukseen osallistuneet näkivät perinteisiä hierarkisia rakenteita terveydenhuollossa. He halusivat lääkärin vastaanotolle, jos heidän oireensa olivat vakavia ja pienemmissä ongelmissa hoitajien vastaanotoille. Osallistujien näkemys oli, että hoitajille oli enemmän aikaa heille ja hoitajat olivat lempeämpiä. Potilaat kokivat tärkeäksi yksilöllisen hoidon jatkuvuuden lääkärin kanssa, joka tunsi heidät. Osallistajat luottivat ammatillisiin, he uskoivat myös ammatillisiin ryhmiin ja tuttuihin rakenteisiin käytännöissä.
Roblin ym. 2004	Arvioida potilastytyväisyyttä aikuisten ja lasten yksiköissä.	41, 209 asiakastytyväisyyslomaketta aikuisten ja lasten yksiköistä vuosina 1997 - 2000	Kyselylomake	Potilaiden käynnin luonteen mukaisesti tarkasteltuna potilaat olivat tyytyväisempiä hoitajien ja avustajien kanssa käytyyn vuorovaikutukseen kuin lääkäreiden kanssa käytyyn niin aikuisten kuin lasten yksiköissä. Tyytyväisyys hoitoon ja kokonaisuudessaan palveluun ei eronnut näiden ammattiryhmien ja potilastytyväisyyden kesken arvioitaessa. Potilaat olivat yhtä tyytyväisiä niin lääkäreiden kuin hoitajien antamaan hoitoon ja palveluun.

...jatkuu

Tekijä (t), vuosi	Tarkoitus	Aineisto	Menetelmät	Keskeiset tulokset
Supperi 2006	Selvittää asiakkaiden mielipiteitä Siikalatvan terveyspalvelualueen päivystyspalveluiden laadusta ja saada selvyyttä niiden kehityssuunnasta.	n = 138	Kyselylomake	<p>Suurin osa asiakkaista koki saaneensa terveyskeskuksesta asiantuntevaa ja ammattitaitoista palvelua, minkä seurauksena terveyskeskuksen toimintaa pidettiin pääsääntöisesti luotettavana. Henkilökuntaa ja heidän toimenpiteiden suorittamistaan pidettiin ammattitaitoisena. Niin ikään asioliin paneutumista pidettiin huolellisena ja jatkohoidosta sopimista kutakuinkin selkeänä. Suurin osa koki saaneensa vastauksia kysymyksiinsä ja piti saamansa ohjeistuksen ja terveydentilaansa koskevien tietojen määrää sekä riittävänä että helposti ymmärrettävänä. Suurin osa vastaajista oli sitä mieltä, että yhteistyö lääkäreiden ja hoitajien välillä sujui hyvin ja että henkilökunta kohteli kaikkia asiakkaita samanarvoisesti. Vastaajista vajaa puolet kertoi saaneensa asiansa hoidettua ilman useita käyntejä terveyskeskuksessa, joskin yli joka kolmas vastaajista ilmoitti saaneensa asiansa kuntoon vasta useamman terveyskeskävynnin jälkeen. Vastaajat arvioivat saamansa asiakaspalvelun olleen pääasiassa ystävällistä, kiireetöntä, huolehtivaa, nopeaa, joustavaa, perusteellista, yksilöllistä ja asiallista. Terveyskeskuksen toimintaa voitaisiin asiakkaiden mielestä kehittää pääasiassa lisäämällä henkilökuntaa, lähinnä osavia lääkäreitä ja hoitajia. Lisäksi toivottiin palvelujen helpompaa saatavuutta eli käytännössä lähimmä helpompaa ajanvarausta ja vastaanottoaikojen saamista. Niin ikään toivottiin saatavan päivystystä omaan terveyskeskukseen pysyvästi ja lähemmäksi asiakasta. Puhelimitse hoidettavia terveyskeskuksen palveluita voisivat asiakkaiden mielestä olla toiminta- ja hoito-ohjeet eli tavallinen ohjaus ja neuvonta, lääkeasiat, kuten reseptien uusimiset, sekä tavalliset flunssat.</p>

...jatkuu

Tekijä (t), vuosi	Tarkoitus	Aineisto	Menetelmät	Keskeiset tulokset
Timppa 2000	Kuvata tiimimalliin perustuvaa työskentelyä perusterveydenhuollossa.	Yksi terveyskeskus, väestöpohja 23 000. Kolme tiimiä ja 24 potilasta osallistui tutkimukseen.	Puhelinhaastattelu Hoitajan yhden työpäivän videointi Vastaanotto nauhoitettiin	Moniammatilliset tiimit olivat helposti haavoittuvia terveydenhuollon politiikan ja saatavilla olevin voimavarojen välisissä ristiriitatilanteissa. Tiimit epäonnistuivat, jos ne pyrkivät ratkaisemaan ongelmia niin, että potilas ei ole mukana prosessissa
Töyry ym. 1999	Selvittää potilaiden tyytymättömyyttä aiheuttavien tekijöitä sekä tyytymättömyyden yhteyttä aikuispotilaiden kokemaan taloudelliseen tilanteeseen, terveydentilaan ja elämäntilanteeseensa.		Kyselylomake (ihmisseläheimen hoito laatumittarilla)	Potilaat olivat tyytymättömiä henkilökunnan vähäisyyteen, kiireiseen hoitoilmapiiriin ja siihen, etteivät he voineet osallistua hoitonsa suunnitteluun. Sararauteen, toimenpiteisiin ja hoitoympäristöön liittyvän tiedon saaminen oli vähäistä. Potilaat halusivat enemmän tietoa hoitoonsa liittyvistä asioista. Potilaiden tarpeiden tyydyttämisessä oli myöskin puutteita. Tyytymättömyys heikensi vastaajien kokemaa potilaan arvostamista itsensä, oman voimien arviointiin luottamista sekä hoidon turvallisuutta.
Vehviläinen ym. 2003	Selvittää lääkäreiden ehdotuksia terveyskeskustyön kehittämiseksi.	Lääkärit, n = 2419	Kyselylomake	Kokonaisuudessaan kehitysehdotuksia tuli 6542. Tärkeimpänä parannuskohteena kolmasosa (33%) lääkäreistä piti pakkotahtisen työn kohtuullistamista, 11 % palkkauksen parantamista, 10 % lääkärimäärän lisäämistä tai oman työn hallinnan kehittämistä (10%). Sijaisten saannin parantamista ehdotti 7 %, 3 % uutta työnjakoa, resurssien lisäämistä, pätevyyksen vähentämistä että esimiesten koulutusta, vain 2 % omaa koulutusta.

...jatkuu

Tekijä (t), vuosi	Tarkoitus	Aineisto	Menetelmät	Keskeiset tulokset
Viisainen ym. 2002	Selvittää terveyskeskusten hoitoon pääsyä, ts. kuinka pian löytyy aika kiireettömälle ajanvarauspotilaalle	Kaikki Suomen terveyskeskukset vuonna 2001 Yli- tai johtavat lääkärit, n = 248	Kyselylomake	<p>Vastaanotolla kävi 1815 potilasta: sairaanhoitajalla 900 ja lääkärillä 915.</p> <p>Perusterveydenhuollon ajanvarausaikojen saataavuus oli huono koko maassa</p> <p>Kolmen päivän sisällä pääsi kaikille terveyskeskuksen lääkäreille vain seitsemässä prosentissa vastanneista terveyskeskuksista</p> <p>Viikon sisällä löytyi ajanvarausaikoja kaikille lääkäreille 14 %:ssa terveyskeskuksista ja kahden viikon sisällä yli kolmasosassa (36%) terveyskeskuksista. Hoitoon pääsyn tilanne oli väestövastuuterveyskeskuksissa parempi kuin muissa terveyskeskuksissa. Hyvän hoitoon pääsyn terveyskeskuksia kuvaavia tekijöitä olivat väestövastuujärjestelmä, alueen keskiuuri asukasmäärä ja korkea lääkärin virkojen täyttöaste</p>

Liitetaulukko 2. Henkilöstöryhmien työn tuki, hoitajien ammatillinen osaaminen ja lisäkoulutustarpeet aikaisemmissa tutkimuksissa vuosina 1997 – 2006.

Tekijä (t), vuosi	Tarkoitus	Aineisto	Menetelmät	Keskeiset tulokset
Gabbay & Andree 2004	Selvittää kuinka lääkärit ja hoitajat tekevät yksityiset ja tutkittuun tietoon perustuvat päätökset perusterveydenhuollossa.	n = 14	Etnografinen tutkimus puolistukturoidut haastattelut, dokumentit	Tutkittua tietoa ja lähteitä käytettiin hyväksi päätöksenteossa luottaen laadittuihin hoitosuosituksiin. Työntekijöitä oli informoitu organisaatioissa näistä. Lisäksi työssä käytettiin hyväksi ns. käytännön tietoa. Hoitajat käyttivät ohjeita epätavallisissa tilanteissa. Lääkärit käyttivät mitä noin kerran viikossa, ei reaalitajassa. Ohjeita käytettiin yhteisiin kokouksiin valmistautumiseen. Esille tuli myös negatiivisia asenteita laadittuja ohjeita kohtaan.
Gould ym. 2000	Selvittää ne hoitotyön alueet, joissa tarvitaan tulevaisuudessa koulutusta ja tehdä suosituksia koulutussuunnitelmielle.	Neljä akuutisairaala, 15 hoitajaa haastattelussa Kysely, n = 182	Haastattelut Kyselylomake	Hoitajilla oli osaamisen puutteita kirjaimistaidoissa, julkaisujen teossa, osiltaan ihmisen voimavarojen arvioinnissa, budjetin teossa, auttaessaan vanhempia hoitajia työssä jaksamisessa ja tietoteknologian käytössä jokapäiväisessä työssä. Hoitajat, jotka olivat hyvin perehdytty tehtäväänsä, olivat työhönsä tyytyväisiä.
Hyrkäs 2002	Tarkoituksena selvittää työnhajauksen vaikutuksia laadukkaaseen hoitoon.	Tutkimus toteutettiin vuosina 1995-1998 viidellä yliopistosairaalan osastolla siten, että näiden lähes koko henkilökunta osallistui työnhajaukseen.	Puolentoista tunnin mittaiset työnhajausistunnot järjestettiin henkilöstölle 3-4 viikon välein. Tutkimuksen aikana henkilökunta arvioi itse oman toimintansa laatua viikoittain lomakkeella. Samanaikaisesti kerättiin osastojen potilailta palautetta heidän tyytyväisyydestään saamaansa hoitoon.	Tutkimuksen keskeisimmät tulokset hoidon laadun näkökulmasta olivat, että työnhajauksen myötä henkilökunnan keskuuteen näytti kehittyvän kollektiivinen, eräänlainen yhteinen ja jaettu toimintaa ohjaava tieto. Tätä pidettiin tärkeänä perustana hoidon laadulle. Työnhajauksen myötä henkilökunta oli myös huomannut, että arkipäivään kuuluva jatkuva ja nopea 'muutos' oli käännekohta toiminnan laadun kannalta niin negatiiviseen kuin positiiviseenkin suuntaan. Lisäksi työnhajauksen aikana oli otavallentunut, että terveyspalveluiden laatu tuotettiin yhdessä ja että yhteisesti määritellyt ja sovitut toimintalinjat olivat laadun konkreettinen edellytys.

...jatkuu

Tekijä (t), vuosi	Tarkoitus	Aineisto	Menetelmät	Keskeiset tulokset
Jauhiainen 2004	<p>Tutkimuksen tarkoituksena oli kuvata, millaisia näkemyksiä terveydenhuollon ja tietotekniikan ammattilaisilla sekä potilailla oli tietovasta käytöstä hoitotyössä, ja saadun tiedon perusteella tuottaa erilaisia tieto- ja viestintätieteen käytön skenaarioita eli tulevaisuuskuvia. Tutkimuksella haettiin myös tietoa hoitoyöntekijän (sairaanhoidajan, terveydenhoitajan ja kättilön) ammatillisesta osaamisesta ja potilaan tietoyhteiskunta-avalmuiksista sekä hoitoyöntekijöiden ja tietotekniikan ammattilaisten yhteistyöstä tulevaisuuden hoitotyössä.</p>	<p>Asiantuntijaraadin koko oli 81 henkilöä.</p>	<p>Tutkimusaineisto koottiin kolmella kyselykierroksella asiantuntijaraadilta, jonka muodostivat terveydenhuollon käytännön, hallinnon, koulutuksen, tutkimuksen, kehittämisen ja tietotekniikan ammattilaiset sekä maallikkojäseninä potilaat.</p>	<p>Tulokset osoittivat, että käytäjäystävällinen tekniikka ja erilaiset yksilölliset ja organisaatitotekijät mahdollistavat tieto- ja viestintätieteen käytön tulevaisuuden hoitotyössä vuonna 2010. Tuloksena saatiin kolme erilaista tieto- ja viestintätieteen skenaariota: hoitoyöntedonhallinta ja kehittäminen, asiakaslähtöisyys ja itsehoito sekä tekniikka vai ihminen.</p> <p>Tutkimustuloksissa oli havaittavissa huoli tietosuojan ja -turvallisuuden toteutumisesta. Tuloksissa painotettiin hoitoyöntekijän vastuullisuutta potilastietojen käsittelyssä ja potilaan oikeutta päättää omien sosiaali- ja terveystietojensa käytöstä. Vastuullisuus ja eettisyys ilmenevät myös hoitoyöntekijän ammattitaitovaatimuksissa.</p> <p>Tulevaisuuden hoitoyöntekijän osaaminen muodostui kolmesta osa-alueesta: hoitamisen osaamisesta, hoitoyöntedonhallinnasta sekä muutoksen hallinnasta ja kehittämisestä. Tärkeimmiksi ammattitaitovaatimuksiksi arvioitiin tietosuojan ja -turvan mukainen toiminta, kiinnostus ihmisestä kokonaisuudessaan, yhteistyö- ja tiimityöaidot moniammatillista toimintaa varten, vahva eettinen sitoutuminen työhön sekä myönteinen asennoituminen tieto- ja viestintätieteen käyttöön ja verkostoituvaan työskentelytapaan.</p> <p>Ohjeita käytettiin (80 %) ja niitä tarvitaan työn tukena perusterveydenhuollossa. Tutkimuksessa ei tullut esille eroja käytännön työssä tietokoneohjattujen tai paperisten ohjeiden käytössä.</p>
Jousimaa ym. 2002	<p>Verrata sähköisten ja paperipohjaisten ohjeiden käyttöä vastavalmistuneiden lääkäreiden käytännön työn tukena.</p>	<p>139 lääkärää 96 terveyskeskuksesta Suomessa Potilaat, n = 3 484</p>	<p>Kontrolloitu koe, kaksi ryhmää 4 viikon jakso</p>	<p>Käyttöön ja verkostoituvaan työskentelytapaan.</p>

...jatkuu

Tekijä (t), vuosi	Tarkoitus	Aineisto	Menetelmät	Keskeiset tulokset
Kuronen ym. 2006	Selvittää valtimotauririskeihin liittyvien Käypä hoito-suositusten käyttöä kroonisten sairauksien ehkäisyssä ja hoidossa.	Lääkärit ja hoitajat, n = 220	Kyselylomake	Asenteet hoitosuostuksia kohtaan olivat myönteiset kaikissa ammattiryhmissä. Yli 90 % luotti suosituksiin ja koki ne työssään hyödyllisiksi ja käyttökelpoisiksi. Suositusten suuri määrä ja työssä koettu kiire haittaisivat hoitosuositusten omaksumista. Lääkärit tunsivat ja käyttivät kohtalaisen hyvin hoitosuostuksia, joissa lääkehoidon rooli on olennainen. Hoitajat tunsivat hoitosuostuksia huonosti ja ilmoittivat myös selvästi vähemmän kuin lääkärit käyttävänsä niitä. Vastaajat olivat tutustuneet Käypä hoito -suosituksiin eniten Duodecimseuran verkkosivulla: lääkäreistä 70 % ja hoitajista 47 %. Duodecim-lehdestä suosituksia oli lukeut 68 % lääkäreistä ja 13 % hoitajista. Hoitajista 24 % oli tutustunut suosituksiin Sairaanhoidaja-lehdessä. Lääkäreistä 17 % ja hoitajista 48 % ei ollut osallistunut hoitosuosituksiin liittyvään koulutukseen Kyselyä edeltäneen vuoden aikana. Lääkäreistä 41 % ja hoitajista 68 % hoitajista oli sitä mieltä, että hoitosuosituksiin liittyvää koulutusta oli ollut liian vähän.
Lindberg ym. 2005	Tutkia, mistä kliinisen työn ohjeista terveydenhuollon henkilöstö tarkistaa asioita astman, diabeteksen ja kohonneen verenpaineen hoidossa, mitä ohjeita käytetään ja onko käytetyissä ohjeissa minkälaisia eroja?	41 perusterveydenhuollon keskusta etelä Ruotsissa	Puhelinhaastattelut	Henkilöstö käytti erilaisia ohjeita näiden kolmen sairauden osalta. Ohjeiden pituus vaihteli yhdestä 257 sivuun ja ohjeiden määrä jokaisen sairauden osalta vaihteli yhdestä viiteen.
Mc Donald ym. 1999	Kuvata hoitajien näkemyksiä siitä, kuinka potilaat ja / tai perheenjäsenet kohtaavat ongelmat diabeteksen hoidossa ja mitkä ovat mahdolliset ongelmien ratkaisuvaihtoehdot.	Umpimäkkäisesti valitulta listalta valittiin hoitajat n = 200 erilaisilla toiminta-alueilta (25 % sairaalasta, 75 % avohoidosta)	Kyselylomake	Vastaajista 84 % mukaan käytännön ohjeet autoivat työssä. He kokivat tarvitsevansa koulutusta kehittääkseen diabeetikoille antamaansa hoitoa. Hoitajien mukaan diabeteksen hoidon ongelmat on ratkaistavissa hoitajien ja potilaiden koulutuksella ja hoidon seurannan uudelleen organisoinnilla.

...jatkuu

Tekijä (t), vuosi	Tarkoitus	Aineisto	Menetelmät	Keskeiset tulokset
Offredy 1998	Selvittää, kuinka päätöksentekomalleja voidaan käyttää syy-seuraus prosesseissa käytännön työssä.	n=20 (ns. lumipallovalinta) Pilotointitutkimus, 4 viikkoa, 7 hoitajaa ja neljä lääkärinä	Kuvaileva osa- haastattelu Nauhoidetut haastattelut Kyselytutkimus	Terveysasemien hoitajilla oli koulutuksellisia eroja. Selvillä olevissa diagnostisissa syissä hoitajat käyttivät päätöksenteon malleja, jotka olivat lähtöisin lääkäreiden opetuksista. Tällöin hoitaja keräsi potilastietoa, tutki ja hoiti potilasta. Hoitajat ottivat esille ongelmakontekstin päätöksenteossa ja hoitajilla oli holistinen näkemys neuvonnan toteutuksessa. Tutkimuksessa tuli esille neljä erilaista päätöksenteon mallia. Hoitajista noviisit ja ekspertit käyttivät erilaisia päätöksenteon malleja. Eksperteillä oli enemmän intuiiota, kun taas noviiseilla enemmän hypoteettista ajattelua.
Paloposki ym. 2002	Selvittää ammattikorkeakoulusta valmistuneiden sairaanhoitajien arviota teoreettisesta ja käytännöllisestä osaamisestaan sekä siihen yhteydessä olevista tekijöistä.	Ammattikorkeakoulusta valmistuneita sairaanhoitajia, n = 1000	Postikysely	Ammattikorkeakoulusta valmistuneen sairaanhoitajan ammatillinen osaaminen oli kokonaisuudessaan hyvä. Sairaanhoitajien teoreettinen osaaminen oli osa-alueista heikointa, kun taas parhaiten sairaanhoitajat hallitsivat käytännöllisen osaamisen alueen. Sairaanhoitajien työkokemuksen pituudella oli eniten yhteyttä ammatilliseen osaamiseen. Myös sairaanhoitajien ikä, pohjakoulutus, työsuhteen laatu ja työpaikka olivat merkitseviä. Tulokset tukivat asiantuntijuuden kehittymistä vaihteittain kokemuksen myötä.
Peltari 1997	Tutkimuksen tarkoituksena oli tuottaa tieteellistä tietoa sairaanhoitajan työn nykyisistä ja tulevaisuuden kvalifikaatiovaatimuksista terveysalan ammattikorkeakoulutuksen suunnittelun, toteutuksen ja arvioinnin perustaksi.	Tutkimuksen kohdehenkilöitä oli yhteensä 30: kuusi potilasta, kuusi sairaanhoitajaa, kuusi hoitotyön hallinnon ja suunnittelun edustajaa, kuusi hoitotyön koulutuksen edustajaa ja kuusi hoitotyön tutkijaa.	Teemahaastattelu	Tulokset ennustivat, että sairaanhoitajan työ tulee muuttumaan melkoisesti yhteiskunnassa tapahtuvien muutosten vaikutuksesta. Sairaanhoitajan työn kvalifikaatiovaatimuksissa korostuivat "ihminen-ihmiselle" vaatimukset: vuorovaikutusvalmiudet, empaattisuus, ystävällisyys, ihmisen monien ongelmien kokonaisvaltainen kohtaamis- ja auttamisvalmius sekä kyky toimia asiakkaitaan/potilaitaan puolestapuhujana ja asianajajana. Lisäksi painottuivat monikulttuuriset valmiudet ja terveyden edistämisen valmiudet, jatkuva itsensä ajan tasalla pitäminen ja kehittämisvalmius sekä muutoksen hallinta.

...jatkuu

Tekijä (t), vuosi	Tarkoitus	Aineisto	Menetelmät	Keskeiset tulokset
Pullo & Fry 2005	Selvittää asenteita ja näkemyksiä perusterveydenhuollon ammattilaisten ammatillisista lisäopinnoista.	n = 153 Lääkärit, n = 79 Hoitajat, n = 28 Muut terveydenhuollon ammattilaiset, n = 7	Postikysely	Osallistujista 92 % raportoi koulutuksen avulla oman vastaanottotyönsä kehityneen, 68 % raportoi positiivisen vaikutuksen näkyneen työaikaa käytännössä, 48 % vastasi ymmärryksen omaan ammatillisuuden kasvaneen ja 79 % vastasi heidän ymmärryksensä lisääntyneen toisien ammatillisten ryhmien kykyä ja pätevyysä kohtaan. 22 % arvioi ammatillisella uralla etenemisen kasvaneen vuodessa ja 56 % arvioi näin tapahtuvan pidemmällä ajalla. Lisäkoulutus antoi kyselyyn vastanneille yksilökohtaisia ja ammatillisia etuja, lisäsi ymmärrystä osallistuneiden omasta ja muiden ammattilaisten rooleista. Koulutus lisäsi myös yhteistyötä ammatillisten ryhmien välillä.
Räisänen 2002	Arvioida valmistuneiden hoitotyöntekijöiden (sairaanhoidajat, terveydenhoitajat ja kätilöt) hoitotyön toimintojen hallintaa ja verrata opistoasteelta (1992) ja ammattikorkeakouluista (1999) valmistuneita.	Opiskelijat, n = 859 Opettajat, n = 128 17 oppilaitoksesta ja 10 ammattikorkeakoulua.	Kyselylomake	Opiskelijat hallitsivat oman ja opettajien arvioinnin mukaan hoitotyön toiminnot melko hyvin. Ammattikorkeakouluista valmistuneet hallitsivat lähes kaikki toiminnot huomoinnin kuin opistoasteelta valmistuneet. Parhaiten opiskelijat hallitsivat arvoperustan ja vuorovaikutussuhteisiin sekä tunteiden kohtaamiseen ja henkiseen tukeen liittyviä toimintoja. Heikoiten hallittiin kuntoutuksen, kuolemaan, hengelliseen tukeen sekä hapan saantiin ja hengitystoimintoihin liittyviä toimintoja. Opiskelijoiden itsensä mielestä heidän käden taitonsa olivat puutteelliset eikä heillä ole ollut koulutuksessa riittävästi mahdollisuuksia harjaantua niissä. Opiskelijoiden mielestä ammattikorkea-koulutus oli liian teoreettista eikä teoriaopetus integroidu hyvin käytännön työhön. Opiskelijat olivat tyytyväisiä koulutuksen sisältämään tietoperustaan. ...jatkuu

Tekijä (t), vuosi	Tarkoitus	Aineisto	Menetelmät	Keskeiset tulokset
Toropainen & Mäilünpalo 2003	Arvioida, millaista vaihtelua terveyskeskuksissa esiintyy sellaisissa sisäisissä toimintakäytännöissä, joita voi pitää välttämättöminä johdon työkaluina palvelujen laadun kehittämisessä.	Terveyskeskusten avoterveydenhuollossa toimivat ammattihenkilöt 51 terveyskeskusta N = 150 x 3 (lääkärit, hoitajat, fysioterapeutit) lääkärit, n = 103 hoitajat, n = 128 fysioterapeutit, n = 139	Kyselylomake	Noin kolmasosassa terveyskeskuksia käytettiin järjestelmällisiä laadunkehittämisen työtapoja ja puolessa terveyskeskuksia toiminnan arviointi oli käynnistänyt jatkotoimenpiteitä. Organisaation kokous-, tiedotus- ja koulutuskäytännöllä oli tärkeä merkitys palvelujen laadun kehittämisessä. Terveyskeskusten ja ammattiryhmien välillä oli huomattavia eroja kokouksiin, tiedottamisiin, koulutukseen ja toiminnan kehittämiseen liittyvissä käytännöissä.
Werret ym. 2001	Selvittää hoitajien huomaamat tietojen ja taitojensa puutteet sopivan hoidon tarjoamiseen potilaille.	Hoitohenkilökunta, n = 722	Triangulaatio Focus-ryhmä haastattelu Kyselylomake	Faktorianalyysin mukaan löytyi seitsemän kehittämisaluetta, jotka tärkeysjärjestyksessä olivat: informaatioteknologia, tietoisuus rooleista kommunikaatio, työskentely yli tehtävärajojen ammatilliset kysymykset työhön liittyvät kysymykset potilaiden hoitoon liittyvät kysymykset Hoitajilla oli selvät näkemykset kehittämisalueista. Tärkeät oppimisen alueet olivat toisen työn tunteminen, tiimityöskentely ja tiimin rakentaminen. Lisäksi kommunikaation kehittäminen eri ammattiryhmien välillä ja ammattiryhmien väliset tapaamiset sekä muutuvien roolien vaatimat taidot harjoittelu. Koulutusta tarvittiin myös potilaan ja hänen perheensä mukaan ottamisessa hoitoon.

Liitetaulukko 3. Hoitajien ja lääkäreiden työnjaon toteutuminen vastaanotto toiminnassa aikaisemmissa tutkimuksissa vuosina 1978 – 2006.

Tekijä (t), vuosi	Tarkoitus	Aineisto	Menetelmät	Keskeiset tulokset
Burkett ym. 1978	Määrittää hoitajien itsenäistä roolia ja erityistehtäviä sekä verrata hoitajien ja lääkäreiden rooleja keskenään.	Hoitajat, n = 679 Lääkärit, n = 597	Kyselylomake	Hoitajien mukaan heidän tulisi saada työskennellä itsenäisesti ja heidän kykynsä ymmärtää paremmin. Lääkärit, jotka olivat työskennelleet yhteistyössä hoitajien kanssa, olivat hyvin samaa mieltä asiasta.
Grumbach & Bodenheimer 2004	Kuvata miten tiimien jäsenet työskentelevät keskenään perusterveydenhuollossa.	Kaksi organisaatiota	Kirjalliset kuvaukset tiimien toiminnasta	Potilaiden hoitoon keskittyneet tiimit, joilla oli suuri yhteenkuuluvuuden tunne, tuottivat parempia tuloksia ja suurempaa poitlastytyväisyyttä.
Haarala 2005	Saada tietoa sairaanhoitajan toimenkuvan laajentamisesta osana lääkäreiden ja sairaanhoitajien työnjaon uudistamista arvioimalla kehittämisprojektin tuloksia.	Kalajoen terveyskeskuksessa lääkäreitä ja sairaanhoitajia (n=6).	Teemahaastattelu	Sairaanhoitajien toimenkuvan laajentamista voitiin pitää onnistuneena. Suunnitelluista tehtäväsiirroista lähes kaikki toteutuivat. Sairaanhoitajan toimenkuvan laajentamisen edellytyksiä ovat oppimista tukeva työyhteisö, sitoutuminen kehittämistyöhön, hyvä ilmapiiri ja keskinäinen luottamus sekä riittävät henkilöstö- ja tilaresurssit. Sairaanhoitajien saama lisäkoulutus ja työssä oppiminen mahdollistivat sairaanhoitajan toimenkuvan laajentamisen. Uudistunut työnjako lisäsi vastaanoton suunnitelmallisuutta. Lääkäreiden työn kuormittavuus muuttui sairaanhoitajille siirrettyjen tehtävien osalta. Sairaanhoitajan työ muuttui asiantuntijuuden suuntaan. Asiakasnäkökulmasta uusi toimintatapa näytätyni joustavuuden, hoidon saatavuuden ja asiakaslähtöisyyden kehitymisessä.
Hojat ym. 2001	Testata kolmea tutkimushypoteesia keskittyen hoitajan ja lääkärin väliseen yhteistyöhön ohittaen eri sukupuolirajat, tieteet ja kulttuurit.	Lääkärit, n = 639 Yhdysvalloista (n=267) ja Meksikosta (n=372)	Kyselylomake	Tulosten mukaan hoitajat ja lääkärit voisivat osoittaa positiivisempia asenteita toisiaan kohtaan molemmissa maissa. Sukupuolten välisiä eroja positiivisissa asenteissa ei ollut. Tutkijoiden päätelmien mukaan hoitajien ja lääkäreiden olisi tärkeää opiskella yhdessä jo perusopintojen aikaan.

...jatkuu

Tekijä (t), vuosi	Tarkoitus	Aineisto	Menetelmät	Keskeiset tulokset
Jaatinen ym. 2002	Selvittää kahden hoitaja-lääkäriyöparin työnjakoa.	Asiointikerrat, n = 1010	Terveyskeskuksen tietojärjestelmä	Puhelin- ja palveluluukulla asioinnit olivat yleisiä (49 % ja 51 %). Alle 45-vuotiaat ja yli 84-vuotiaat suosivat puhelinasiointia. Naiset käyttivät puhelinasiointia miehiä enemmän. Asiointisyistä yleisimmät olivat laboratoriotokokeisiin liittyvät asiat (21 %), verenpaine (15,2%) ja reseptiasiat 10,2 %. Verenpaineen lisäksi diagnosoiperusteisia syitä olivat tules (6,3%), hengitystie-infektio (5,3 %), virtsatie-infektio (3,3 %) ja diabetes (2,7 %). Potilaiden palvelutarpeista pystyivät projektissa olleet hoitajat toteuttamaan ajanvarauksen yhteydessä 40,7 %:ssa, vajaa kolmannes (30 %) ohjattiin hoitajan ja vähän yli viidesosa (22,1 %) lääkäriin vastaanotolle. Hoitajien samantien tai erikseen varatulla ajalla hoitamat asiointisytyt olivat diabetes (96,1 %), sairauslomatodistuksen tarve (92,3 %) ja verenpaine (91,8 %). Harvemmin hoidetut asiat olivat hengitystie-infektio (14 %) ja tulesongelma (15%). Hoitajien itsenäiset suoritteet lisääntyivät kaksinkertaisiksi interventiojakson aikana verrattuna edellisvuoden tuloksiin
Kimmersley ym. 2000	Hankkia tietoa hoitajien ja lääkäreiden ensiapuluoteisesta työskentelestä perusterveydenhuollossa ja vertailla hoitajan ja lääkärin toimintaa potilaskyselyjen avulla.	10 vastaanottoa Walesissa ja luoteisosassa Englantia Potilaita, n = 1368	Kyselylomakkeet	Sairaanhoidtajien ryhmässä potilaiden tyytyväisyys oli parempi. He antoivat potilaille enemmän tietoa sairaudesta, oireiden lievittämisestä ja toimenpiteistä kuin lääkärit. Sairaanhoidtajien vastaanotot olivat pidempiä kuin lääkäreiden. Sairaanhoidtajien luona käyneistä potilaista 48 % menisi jatkossa lääkärille. Lääkärillä käyneistä potilaista 8 % menisi sairaanhoitajalle seuraavan kerran. Lääkäreiden ja hoitajien potilailta ei ollut eroja oireiden ja huolestuneisuuden häviämässä, lääkkeiden käytössä, tutkimuksissa ja jatkokäynneissä

..jatkuu

Tekijä (t), vuosi	Tarkoitus	Aineisto	Menetelmät	Keskeiset tulokset
Klaukka ym. 2000	Kuvata, millainen oli hoitajien ja lääkäreiden välinen työnjako infektiopotilaiden hoidossa	Potilaat, n = 1200	Tiedonkeruulomake Kyselylomake Haastattelu	Keskimmäin joka kahdeksas infektiopotilas päätyi hoitajan vastaanotolle mutta terveyskeskuskohtainen vaihtelu oli erittäin suurta (3% - 45%). Runsas 2 % kaikista hoitajilla käyneistä potilaista tapasi samalla käynnillä myös lääkärin ja vajaan 2 % potilaista hoitajat lähettivät sairaalaan, vuodeosastolle tai erikoislääkärille. Joka kymmennessä potilaasta hoitajat konsultoivat terveyskeskuslääkärää
Leese 2006	Kuvata miten uudistuneet terveydenhuoltopalvelut tarjoavat hoitajille mahdollisuuden parantaa roolejaan ja lisäksi selvittää kuinka hoitajien koulutusta uusiin tehtäviin on lisätty sekä edelleen miten laadun varmistusmenetelmät toimivat.	Kansalliset dokumentit	Systemaattinen kirjallisuuskatsaus	Tavallisimmat hoitajan vastaanotolle hakeutumisen syyt olivat flunssa (51 %), suolistoinfektiot (13 %), nielutulehdus (12 %) ja virtsatietulehdus (7 %). Vuonna 1998 nielutulehdusten osuus oli suurempi (14%) ja flunssan osuus pienempi (48 %) kuin vuonna 1999. Hoitajat hoitivat vuonna 1998 kaikista nielutulehduspotilaista 17 % (9 % 1999) ja kaikista virtsatietulehduksista 19 % (14% vuonna 1999). Keskimmäin hoitajat teettivät potilaistaan diagnostisia tutkimuksia hieman harvemmin (31 %) kuin lääkärit (47%). Kuitenkin hoitamisessaan bakteeri-infektioissa hoitajat käyttivät diagnostiikkaa yhtä usein tai useammin kuin lääkärit. Kaksi kolmasosa potilaista tunsi itsensä täysin parantuneeksi ja lähes kolmasosa voimiansa selvästi paremmaksi kahden viikon kuluttua vastaanotokäynnistä riippumatta siitä oliko käynti ollut hoitajan tai lääkärin vastaanotolla. Uusintakäynneissä ei ollut eroja hoitajien ja lääkäreiden välillä.
				Tutkimuksella aikaansaatiin katsaus lääkäreiden, hoitajien ja muiden terveydenhuollon ammattilaisten uusiutuviista tehtävistä. Tämän mukaisesti hoitajille voitiin siirtää joitain lääkäreiden tehtäviä, mutta lääkäreille täytyi tällöin lisätä konsultaatioaikaa. Lääkäreiden ja hoitajien erikoistuminen tietyille alueille oli tärkeää jatkokehitykselle, koska se voi edesauttaa rekrytointia, vuokrausta ja työvoiman liittoutumista.
				...jatkuu

Tekijä (t), vuosi	Tarkoitus	Aineisto	Menetelmät	Keskeiset tulokset
Ledlow 1999	Arvioida vuorovaikutuksen luonnetta henkiökunnan näkökulmasta. Lisäksi arvioida lääkäreiden ja muiden ammattilaisten ja puhelinneuvonnassa toimivien hoitajien vuorovaikutusta palvelujen tarjoajien näkökulmasta.	n = 94 n = 20, haastattelut	Kyselylomake Haastattelu	Tiimityö on arvokasta, koska terveyteen liittyvät tarpeet ovat moninaiset, edellyttävät erityyppisiä pätevyyyttä. Tavoite, yhteistyö ja johtajuus vaikuttivat tiimityöhön. Tiimityö perusterveydenhuollossa yhdistettiin parempaan hoitoon ja ammatilliseen kokemukseen. Tutkimuksen päätelmien mukaan hoitajat edustavat perusterveydenhuollossa moninaisia rooleja ja ovat merkittäviä ammattilaisia tiimityössä. Verrattaessa hoitajien ja lääkäreiden palveluja hoidettujen potilaiden terveydentilassa ei ollut eroja 6 kuukauden kuluessa. Hoitajien hoitamilla verenpainepotilailta oli paremmat diastolisen paineen arvot kuin lääkäreiden hoitamilla potilailta. Terveyspalvelujen käytössä ei ollut eroja kuuden kuukauden eikä vuodenkaan seuranta-aikana. Potilastyytyväisyydessä ei ollut myöskään eroja. Tutkijoiden päätehtävä todettiin, että kun hoitajilla on sama auktoriteetti, vastuu, tuotettavuus ja viralliset luvat toiminnalleen kuten lääkäreillä potilastulokset olisivat verrattavissa.
Mundingen ym. 2000	Verrata hoitajien ja lääkäreiden toteuttamaa seuraintaa ja hoitoa ensiavussa tai ensihoidossa.	4 klinikkaa, 17 lääkärinä 1 klinikka, 7 hoitajaa 1 yliopistollinen klinikka Potilaita 1316, hoitajien potilaita näistä 806 ja lääkäreiden 510	Haastattelu (potilait 6kk:n kuluessa) Tietojarjestelmän tiedot	Potilaskeskeiset interventiot edesauttoivat potilaiden terveyden ylläpitämistä. Diabeetikoiden hoito edellyttää moniammatillista yhteistyötä. Hoitajilla oli tärkeä rooli potilaskeskeisissä interventioissa, potilasohjauksessa ja hoitoon sitoutumisessa. Hoitajat ja nuoret lääkärit tekivät molemmat merkittäviä virheitä hoidossa. Hoitajat olivat nuoria lääkäreitä parempia esittietojen ottamisessa ja harvoilla heidän potilailaan oli huono seuranta-suunnitelma hoidostaan. Hoitajien ja nuorten lääkäreiden väliä ei ollut eroja potilaiden tutkimisen tarkkuudessa, hoidon pätevyyydessä, seurannan suunnittelussa tai radiologisten tutkimusten tulkinnessa. Hoitajat kertoivat potilaille hoitojen käytöstä ja niiden eroista. Hoitajat selvittivät potilaille hoitojen auttaavuutta ja kustannuksia. Hoitajien neuvonta potilaille oli kokonaisvaltaisempaa ja se johti parempaan potilastyytyväisyyteen kuin lääkäreiden. Lääkärit antoivat suoraan diagnoosiin liittyvää tietoa.
Renders ym. 2000	Selvitää vaikuttavia interventioita diabetespotilaiden hoidossa keskittyen terveydenhuollon ammattilaisiin tai rakenteeseen, jossa he hoitoa antavat.	41 tutkimusta, 200 ammattilasta ja 48 000 potilasta.	Systemaattinen kirjallisuuskatsaus	
Sakr ym. 1999	Arvioida potilaiden hoitoa ja hoitotuloksia pienten vammojen hoidossa verraten hoitajan ja nuoren lääkärin toimintaa ensiapuyksikössä	Potilait, n = 1453 Hoitajalle ohjattuun satunnaisesti 704 potilasta ja nuorelle lääkärille 749	Hoitajan ja nuoren lääkärin tutkittua potilait, vanhempi lääkäri arvioi heidän toteutuksensa.	
Seale ym. 2006	Verrata hoitajien ja lääkäreiden antamia palveluja ja selvittää niiden vaikutusta asiakastyytyväisyyteen	Lääkärit, n = 18 Hoitajat, n = 18 Tapauksia, n = 6	Tapaukset Nauhoitukset	

Tekijä (t), vuosi Venning ym. 2000	Tarkoitus	Aineisto	Menetelmät	Keskeiset tulokset
	Selvittää lääkäreiden ja sairaanhoitajien toiminnan kustannusvaikutavuutta ja samana päivänä yleislääkärin vastaanotolle tulleiden potilaiden hoitoa.	Hoitajien ryhmässä potilaita oli 651 ja lääkäreiden ryhmässä 665, vastaanottoja oli yhteensä 20 Englannissa ja Walesissa Potilaat valittiin umpimähkään hoitajien ja lääkäreiden ryhmiin	Kyselyt ja tiedonhaku vastaanottotilanteessa ja kaksi viikkoa sen jälkeen.	Hoitajien ja lääkäreiden potilaissa ei ollut eroja terveydentilassa, kustannuksissa ja lääkemääräyksissä. Sairaanhoitajien vastaanotot olivat kestoitana pidempiä kuin lääkäreiden. Sairaanhoitajat määräsivät tutkimuksia enemmän ja kutsuivat potilaan uusintakäynnille useammin. Potilaat olivat tyytyväisempiä sairaanhoitajien vastaanottoon kuin lääkäreiden, ero ei riippunut käynnin pituudesta. Sairaanhoitajat konsultoivat lääkäreitä 13 %:ssa ja lähettivät lääkäreille 4 % potilaista.
Way ym. 2001	Kuvata mitä perusterveydenhuollon palveluja hoitajat ja lääkärin tarjoavat	Pilotitutkimus, johon osallistui kaksi terveyskeskusta Tutkimukseen osallistui kaksi hoitajaa ja neljä lääkäreitä ja 400 potilasta yli kahden kuukauden ajan.	Aineisto koostui vastaanoton käyntisyistä, käynnin aikana tarjotusta palveluista ja hoidon jatkosuosituksista	Analysoitavasta aineistosta tutkimukseen osallistui hoitajien potilaita 122 ja lääkäreiden 278. Yleisin hoitajan vastaanottokäynnin syy oli terveydentilan tutkimus (27%), lääkäreille menon yleisin syy oli sydänsairaus, muut kuin verenpaine. Terveydenedistämisen palvelut olivat hoitajille ja lääkäreille yhtäläisiä. Hoitajat tarjosivat enemmän sairauksien ennaltaehkäisyä ja hoitoa tukevia palveluja kuin lääkärin. Lääkärit puolestaan tarjosivat enemmän hoitavia palveluita. Tutkijoiden mukaan hoitajien vastaanottoyön tuloksia selittää mahdollisuudet jaettuun vastuuseen lääkäreiden kanssa. Vaikautena oli tieteiden välisen tiedon puute ja huono hoitajan vastaanottoyön tuntemus (NP:n työ)

Liitetaulukko 4. Hoitajien itsenäinen tehtäväalue vastaanottoinnassa aikaisemmissa tutkimuksissa vuosina 1994 – 2006.

Tekijä (t), vuosi	Tarkoitus	Aineisto	Menetelmät	Keskeiset tulokset
Atkin ym. 1994	Kuvata hoitajan työtä ja ammattitaidon kehittämistä sekä hoitajan itsenäisen työn kehittämisen tarpeet.	74 terveyskeskusta Hoitajat, n = 500	Kyselytutkimus	Puolet hoitajista (53%) toteutti pieniä kirurgisia toimenpiteitä. Selkeää näyttöä ei ollut siitä, että hoitajat erikoistuivat tiettyihin tehtäviin. Terveysten edistämisen tehtävää toteutti 91 % hoitajista. Muutamat hoitajat vastasivat erikoistuneista klinikoista, kuten perhesuunnitteluklinikka (27%). Useimmat hoitajat vastasivat kroonisten sairauksien hoidosta, astma (52%), (55%) diabetes ja verenpaine (66%). Masennuksen hoito kuului hoitajien tehtäviin. 1/3 osa hoitajista kertoi, että heillä oli useita koulutuspäiviä vuodessa, keskimäärin kuusi palkallista päivää, vuosi palkatonta. Hoitajat kaipaivat täydennyskoulutusta erilaisten tutkimusten toteuttamisessa, terveyden edistämisessä, pitkäaikaissairauksien ja masennuksen ja inkontinenssin hoidossa. Selkeä tarve oli lisäkoulutukselle.
Cox & Wilson 2003	Arvioida hoitajan johtaman seurannan vaikutuksia syöpäpotilaiden hoidossa. Tavoitteena puhelimeuvonnan merkityksen selvittäminen.	150 hakutulosta, joista valittiin tähän katsaukseen sopiviksi 37.	Kirjallisuuskatsaus	Hoitajien johtama syöpäsairaiden seuranta vastasi potilaiden psykologisen tuen ja tiedonantamisen tarpeisiin. Puhelinohjaus ilmentyi sopivaksi keinoksi tarjota tukea ja ohjausta syöpäpotilaille.
Hintsala 2005	Selvittää, millaiseksi hoitajat arvioivat päätöksenteon, ammatillisen pätevyyden, hoitotyön tärkeiden ja johtamisen hoitotyössä. Lisäksi selvitetiin työelämässä olevien hoitajien ammatin vaihtamista ennakoivia tekijöitä.	Kyselyyn osallistui 715 vastaajaa eri puolilta Suomea.	Tutkimusaineisto koottiin kyselyllä maaliskuu-huhtikuussa 2003 Sairaanhoidtajainliiton jäsenistöä (naiset ja miehet) poimitulla satunnaisotannalla.	Kolmasosa tutkimukseen vastanneista naisista ja melkein puolet miehistä oli harkinnut ammatin vaihtamista kokonaan muulle alalle kyselyä edeltäneen kahden vuoden aikana. Ammatinvaihtoa harkinneilla hoitajilla autonomiaprofiili oli alhainen. Keskeisiä ammatinvaihdon harkinnassa oli työn tärkeäksi kokeminen, johtaminen, ikä, itsenäisyys työssä, työn innostus, koulutuksen arvostus, ammattitaidon päivitys, työsuhteen määräaikaisuus ja uralla eteneminen. Tutkimuksen johtopäätöksenä oli, että naishoitajien autonomiaprofiili oli epäselvempi ja hajautuneempi kuin miesten. Epämääräinen ja vähäinen autonomia hoitotyössä heikensi työtyytyväisyyttä ja saattaa johtaa ammatin vaihtamisen harkintaan.

...jatkuu

Tekijä (t), vuosi	Tarkoituks	Aineisto	Menetelmät	Keskeiset tulokset
Hogg ym. 2006	Selvittää lyhyiden hoitajaksojen tehokkuutta esittäessä parasta käytäntöä hengitystieinfektioiden hoidossa perusterveydenhuollon lääkäriasemilla.	Potilaat, n = 53 Lääkärit, n = 143	Koaseitelma: ennen – jälkeen koaseitelma (maskin ja käsihuuhteen käyttö, infektioiden välttäminen ja lääkäreiden käsihuuhteen käyttö ennen vastaanottoa)	Vastaaotokäynnit hengitystie-infektioiden takia laskivat 15.4 %-sta 81.1. %:iin. Kaikilla kolmella tutkimukseen liittyvällä infektioiden estämiskeinolla tuli esille tilastollisesti merkitsevä erot. Ohjaus lisäsi näiden parhaiden käytäntöjen toteutumista 49 prosenttia. Hoitajien ohjaus hengitystieinfektioiden ehkäisyssä onnistui erinomaisesti. Hyvillä käytäntöjen toteuttamisella oli selkeä tilastollinen yhteys hengitystiesairauksien ehkäisyssä.
Horrocks ym. 2002	Selvittää kykenevätkö hoitajat antamaan samantasoista hoitoa ensimmäisessä kontaktissa perusterveydenhuollossa kuin lääkärit.	11 kokeellista tutkimusta ja 23 havainnoivaa tutkimusta täytti asetetut kriteerit	Systemoitu kirjallisuuskatsaus Tietoa haettiin aihealueista potilastytyytyväisyys, terveydentila, hoitajien kustannukset ja hoidon prosessi.	Potilaat olivat tyytyväisiä hoitajan antamaan hoitoon. Terveydentilassa ei tullut esille eroja. Hoitajien konsultaatiot olivat pidempiä ja he tekivät enemmän tutkimuksia kuin lääkärit. Eroja ei tullut esille reseptien määräämisessä ja jatkokäynneissä. Hoidon laatu oli joiltakin osin parempi hoitajien käynneillä.
Leivo ym. 2002	Selvittää terveydenhuoltoa, hoitoyötä ja hoitotyössä tarvittavaa osaamista vuonna 2010.	Kysely suunnattiin yli- ja johtaville lääkäreille, yli- ja johtaville hoitajille sekä yksiköiden esimiehinä toimiville osastonlääkäreille ja –hoitajille, yksityisen terveydenhuollon johtajia ja esimiehiä sekä kotisairaanhoidoyrittäjiä, n = 154	Systemoitu Kyselylomake	Suurin osa vastaajista oli sitä mieltä, että lääkäreiden tehtäviä siirtyä erikoiskoulutetuille hoitoyöntekijöille, lääkäreiltä hoitoyöntekijöille tai sairaanhoitajilta toisen asteen ammatilliselle tuikinnon suorittaneille. Tehtäviä oli vuonna 2002 siirtynyt sairaanhoitajille, terveydenhoitajille ja kättilöille. Synä tehtävien siirtämiselle oli terveydenhuollon taloudellinen tilanne, henkilöstöpula ja henkilökunnan ammattitaidon tarkoituksenmukainen käyttö. Siirtämistä perusteltiin hoidon sujuvuudella ja nykykäytäntöiden laillistamisella. Kyselyyn vastanneet kertoivat vastauksissaan enemmänkin hoitovastuiden muutoksista kuin yksittäisten tehtävien siirtämisestä ammattiryhmältä toiselle Valmita oltiin siirtämään hoitajille 1) pitkäaikaisairaiden hoitovastuuta (potilaan hyvinvoinnin edistäminen, hoito, kontrollikäynnit, laboratorio ym. tutkimusten määrääminen ja lääkkeiden uusiminen, pääpaino ohjauksessa ja neuvonnassa), 2) päihde- ja mielenterveys-ongelmaisten hoitoa, 3) syöpäpotilaiden kontrollikäyntejä, 4) ensi- ja tehohoitossa ns. vähäriskeisten potilaiden hoitovastuuta,

...jatkuu

...jatkuu

Lindberg ym. 2002	Selvittää perusterveydenhuollossa hoidettavien astmapotilaiden hoitoa lääkehoidon, potilaiden itsehoidon, terveyden, elämänlaadun ja terveystaloustieteellistä näkökulmasta.	Ensimmäisessä osassa tutkimuksessa valittiin umpimähkään potilasotos, n=152. Toisessa osassa tutkimusta, kestoltaan 3 a. kuukautta, oli vastaamotolle tulevia potilaita, n =347.	Astmahoitaja ja astman itsehoidon strategiaa verrattiin perinteiseen astman hoitoon perusterveydenhuollossa a.	vanhusten avo- ja laitoshoitoa. Kolmannes vastaajista oli sitä mieltä, että sairaanhoitajille, terveydenhoitajille ja kätilöille tulisi antaa rajoitettu lääkkeen määräämisoikeus. Sairaanhoitajille siirrettäväksi sopivat tehtävät olivat luomien poistaminen ja pintahaavojen ompelu. Kuten myös joidenkin lausuntojen ja todistusten kirjoittaminen, terveystarkastukset. Muutoksia hoitajien tehtäviin oli tullut enemmän perusterveydenhuollossa kuin erikoissairaanhoidossa. Astmahoitajalla oli enimmäkseen paremmat tulokset astman laadun kirjaamisessa ja potilaiden itsehoidon tukemisessa ja heidän potilailtaan oli astmaoireita vähemmän kuin muulla hoitoon osallistuvalla henkilöstöllä. Kustannusten näkökulmasta hoitajien tulokset olivat rohkaisevia Tutkijoiden mukaan hoitaja paransi astmapotilaiden hoitoa perusterveydenhuollossa ja se näkyi terveydenhuollon kustannuksissa.
Peltonen E. 2000	Kuvata hoitajien näkemyksiä kohonneen verenpaineen hoidosta ja seurannasta, hoidon onnistumisen edellytyksistä ja epäonnistumisen syistä. Lisäksi selvitettiin hoitajan antaman neuvonnan ja ohjauksen toteutumista sekä verenpainepotilaiden hoidon kehittämistä terveyskeskuksissa.	Hoitajat, n = 248	Kyselytutkimus	Kohonneen verenpaineen toteamisesta ja hoidosta oli terveyskeskuksissa yhtenäinen linja. Hoitajien mukaan verenpainepotilaiden hoito onnistui, kun potilas oli motivoitunut ja sitoutunut hoitoonsa. Onnistumista tuki se, että hoitaja kykeni motivoimaan, tukemaan ja kannustamaan potilasta ja lääkäri antoi selkeät ohjeet potilaalle ja asetti tavoitteet hoidolle. Lisäksi organisaatiossa tulee olla toimintaa varten resursseja ja yhtenäinen hoitokäytäntö. Hoitajien mukaan yhteistyö eri ammattiryhmien välillä terveyskeskuksissa toimi hyvin, mutta kolmannes vastaajista koki johtajien hoitoa voitaisiin hoitajien mukaan nykyisestään kehittää yhtenäistämällä hoitokäytäntöjä ja lisäämällä koulutusta ja resursseja neuvontaan ja ohjaukseen, etenkin ryhmätoiminnan osalta. Omahoitaja ja -lääkäri järjestelmää pidettiin tärkeänä.

Tekijä (t), vuosi	Tarkoitus	Aineisto	Menetelmät	Keskeiset tulokset
Piette ym. 2000	Arvioida hoitajan antaman puhelinohjauksen vaikutuksia henkiseen terveyteen, itsehoidon tehoon, hoitotytyytyisyyteen ja terveyteen ja elämänlaatuun.	Diabeetikot, n = 249	Seurantapuhelut ja diabeetikoiden omat seuranta tulokset.	Seurantaryhmän potilaille oli vähemmän masennusta, vahvempi itseluottamus toteuttaa itsehoitoa ja heillä oli vähemmän sairastamispäiviä.
Reveley 1998	Kuvata hoitajan roolia Lisäksi verrata lääkärin ja hoitajan työn eroja ja samanlaisuuksia.	2- vuotinen pilotituukimus, kahdeksan lääkärin vastaanotolla	Kysely Haastattelu Työn analyysi	Tulosten mukaan hoitajat voivat tehokkaasti jakaa lääkäreiden kanssa potilaiden hoidon ja ottaa vastataksaan laajemman ja ulottuvamman roolin tarjotessaan kokonaisvaltaisia palveluita potilaille. Tutkijoiden mukaan hoitaja on arvokas terveydenhuollon hoitavan tiimin jäsen. Hän antaa neuvontaa ja tukea potilaille.
Salisbury ym 2002	Arvioida hoitajien vetämiä terveysasemia ns. walk-in centres.		Laadullisten ja määrällisten menetelmien avulla kuvattiin prosesseja ja hoidon tuloksia kuten myös hoitajien vetämien terveysasemien tehokkuutta ja vaikutuksia muihin hoitajien palveluihin	Kävijöiden määrät lisääntyivät koko ajan Asiakkaat olivat aikuisia. Eri ikäryhmät kävivät samoihin aikoihin terveysasemilla, mutta kuitenkin ns. virastrookaan. Odotusaika vastaanotolle oli keskimäärin 10 minuuttia ja konsultaation kesto aika oli keskimäärin 14 minuuttia. Terveysasemilla annettiin ohjeita erilaisien sairauksien hoidosta, hoidettiin pikkuvammoja. Koulutustasoa arvioitaessa koulutus oli jäänyt sivuun luotaessa terveysasemien toimintaa.
Shum ym. 2000	Arvioida sairaanhoitajan toiminnan hyväksytyys ja turvallisuus lievien sairauksien hoidossa.		Kyselylomake	Sairaanhoitajien vastaanotot olivat 2 minuuttia pitempiä kuin lääkäreiden . Potilaat olivat tyytyväisempiä sairaanhoitajien vastaanottoon kuin lääkäreiden, ero ei ollut yhteydessä vastaanoton pituuteen. Lääkärin potilaista 50 % ja sairaanhoitajien potilaista 61 % halusi jatkossa kumman tahansa vastaanotolla. Lääkärin potilaista 2 % seuraavalla kerralla mieluummin hoitajan vastaanotolla Sairaanhoitaja hoiti itsenäisesti 73 % potilaista, konsultoi lääkärää 8 %:ssa ja lähetti lääkärille 19 %:ssa. Hoitajien ja lääkäreiden välillä ei ollut eroja lääkemääräyksissä, potilaiden paranemisessa ja jatkohoitoon hakeutumisessa.

Tekijä (t), vuosi	Tarkoitus	Aineisto	Menetelmät	Keskeiset tulokset
Vallimies - Patomäki ym 2003	Selvittää miten sairaanhoitajan tehtäväkuvia on laajennettu ja miten siinä on onnistuttu.	12 tutkimusta, joista oli 11 yksittäistä tutkimusta ja meta-analyysi, jossa oli 53 yksittäistä tutkimusta.	Systemoitu kirjallisuuskatsaus vuodet 1995 – 2001 satunnaistetut, kontrolloidut kokeelliset tutkimukset	Sairaanhoitajien tehtäväkuvia oli laajennettu lievien sairauksien hoidossa perusterveydenhuollon sairaus- ja seurantaavastanotoilla sekä puhelinneuvonnassa. Sairaaloissa sairaanhoitajien tehtäväkuvia oli uudistettu haavojen ja vammojen hoidossa päivystyksessä, vastasyntyneiden tehohoidossa, sydämfarkkipotilaiden luotushoidon aloittajina sydänvalvontayksiköissä ja lapsipotilaiden preoperatiivisessa tutkimisessa päivystysvastaanotolla Tulokset osoittivat, että lisäkoulutuksen saanut sairaanhoitaja pystyi hoitamaan perusterveydenhuollon vastaanotolle tulleista potilaista suurimman osan ja että sairaanhoitajan laajennettuun tehtäväkuvaan perustuvat terveyspalvelut olivat turvallisia, laadukkaita ja potilaiden hyväksymiä. Potilas sai sairaanhoitajalta sairauteensa ja sen hoitoon liittyvää tietoa, mikä tuki itsehoitoa, hoitoon sitoutumista ja vastuun ottamista omasta terveydestä.

Liitetaulukko 5. Lääkäreiden työ vastaanottoinnassa aikaisemmissa tutkimuksissa vuosina 2001 – 2004.

Tekijä (t), vuosi	Tarkoitus	Aineisto	Menetelmät	Keskeiset tulokset
Car & Sheikh 2003	Arvioida puhelinneuvonnan roolia potilaiden kliinisessä hoidossa.	Alkuperäisiä tutkimuksia ja systemaattisia katsauksia .	Systemaattinen kirjallisuuskatsaus	Ihmiset haluavat konsultoida lääkäreitään puhelimitse ja ovat hyvin tyytyväisiä tähän kommunikointimuotoon. Puhelinkonsultaatioiden etuja olivat lyhyempi odotusaika, säästetty matkustamisaikaa ja kustannukset ja mahdollisuus puhelinkontaktien avulla lisätä potilaskontaktien määrää. Maaseudulla asuvat ihmiset arvostivat puhelinkontakteja. Yhdessä tutkimuksessa kolmasosa potilaista olisi tullut suoraan päivystykseen, jollei puhelinsoiton mahdollisuutta olisi ollut. Monien tutkimusten mukaan lääkärin arvostivat puhelinkontakteja, koska niillä voidaan jossain määrin vähentää kotikäyntien määrää. Monet lääkärin olivat myös hieman tyytymättömiä puhelinkontaktien, koska puhelimesta oli vaikea arvioida potilaan tilannetta ja tehdä diagnoosia tutkimatta näkemättä. Tutkimusten mukaan puhelinpalveluina useissa maissa annetaan asiointituntien neuvoja muun muassa akuuteissa tilanteissa ja kroonisten sairauksien hoidossa. Tutkimuksissa todettiin, että puhelimesta annetut ohjeet kirjattiin huonosti, vain puolet kontakteista kirjattiin
Hyryn kangas - Järvinen P. 2000	Selvittää puhelimen avulla toimivan lääkärin työtä sekä sitä, ketkä lääkärille soittavat ja minkälaisien vaivojen takia.	Palautteen antaneet n=472) soittajat Aineistona olivat 8 730 potilaspuhelua kahden vuoden ajalta	Potilaspuhelut	Soittajista 67 % oli naisia, toisen vaivasta soitti 18 %. Valtaosa potilaista oli nuoria aikuisia ja keski-ikäisiä. Soittajista 44 % soitti kiireellisesti ja 27 % pitkäaikaisesta vaivasta. Tavallisimpia syitä olivat lääkitysongelmat, hengityselinten, ruoansulatuselinten, ihon, tuki- ja liikuntaelinten vaivat sekä laboratorio- ja röntgentutkimuksiin liittyvät asiat. Lääkäri arvioi selvimmeensä 68 % potilaiden ongelmista puhelinneuvonnalla Palautteen antaneet soittajat ilmaisivat tyytyväisyytensä neuvontaan. Potilaista (n=289) 26 % olisi hakeutunut päivystysvastaanotolle ja 32 % ajanvarausvastaanotolle ...jatkuu

Tekijä (t), vuosi	Tarkoitus	Aineisto	Menetelmät	Keskeiset tulokset
Little ym. 2001	Selvittää lääkäreiden vastaanotoille tulevien potilaiden odotuksia potilaskeskisestä palvelusta perusterveydenhuollossa	Potilaat, n = 865	Kyselylomake	Potilaat kaipaivat keskustelua (88-99 %), kumpuannutta (77 – 87 %) ja terveyden edistämistä (85 – 89 %). Lisäksi he kaipaivat tutkimuksia (63 %) ja neljäsosa heistä reseptiä. Potilaat kaipaivat perusterveydenhuollon lääkäreiltä potilaskeskistä palvelua, jossa keskustellaan, ollaan kumppaneita ja edistetään terveyttä.
Ruusuvuori ym. 2003	Selvittää potilaiden ja yleislääkäreiden vuorovaikutusta terveyskeskusten ja työterveyshuollon vastaanotoilla.	100 yleislääkäriin vastaanottoa Harkittu otos	Videointi	Potilaat kohdistivat lääkäriin kahdenlaisia odotuksia. Potilaat odottivat, että lääkäri on auktoriteetti, jonka asiantuntemukseen he voivat luottaa oikean diagnoosin ja hoidon löytämiseksi. Lisäksi potilaat odottivat, että lääkäri huomio heidän näkökulmansa diagnoosia ja hoitoa määrittäessään.
Tarrant ym. 2003	Verrata potilaiden ja terveydenhuollon henkilöstön käsityksiä henkilökohtaisesta hoidosta ja lisäksi selvittää, kuinka tärkeä on jatkuva hoitosuhde ammattilaisen ja potilaan välillä.	Potilaat, n = 40 Lääkärit, n = 13 Terveydenhoitajat, n = 10 Hallinto, n = 6 hallintohenkilöä Harkittu otos	Puolistrukturoitu haastattelu	Potilaiden ja henkilöstön käsitykset henkilökohtaisesta hoidosta olivat yhtenevät huomioiden heidän erilaisen roolinsa. Henkilökohtaista hoitoa olivat inhimillinen kommunikointi, yksilöllinen ja kokonaisvaltainen hoito. Henkilökohtainen hoito kuuluu kolmeen yhteyteen eli jatkuvaan hoitosuhteeseen, yksittäiseen käyntiin ja koko hoitoprosessiin. Jatkuvan hoitosuhteen tärkeys korostuu vaikeissa ongelmatilanteissa.
Timonen 2004	Selvittää, voidaanko lääkärin vastaanottopalveluita tuottaa etätänä videoneuvottelujärjestelmää käyttäen.	Kaksi satumaistettua ryhmää 508 vastaanottokäyntiä etätänä ja 490 käyntiä tavallisella vastaanotolla	Koe-kontrolliryhmät pääväkijä Potilastyytyväisyyskysely Videonauhut	Tuloksien mukaan oli mahdollista rakentaa toimiva, kohtuuhintainen etävastaanottojärjestelmä, kun käytetään alueellista atk-verkkoa. Potilaat olivat vähintään yhtä tyytyväisiä etävastaanottoon kuin tavalliseen. Tiedon siirtyminen etävastaanotolla oli riittävän hyvä luotettavien päätelmien tekemiseksi. Noin kolme neljäsosa valikoimattomasta perusterveydenhuollon potilasjoukosta voitiin hoitaa etätänä. Lääkäriin oma arvio omistumisesta oli kuitenkin parempi perinteisessä vastaanotossa ja etävastaanotolla jouduttiin määrittämään enemmän laboratoriotokokeita. Etävastaanotto oli noin 30 % kalliimpi kuin tavonomainen. Etävastaanottomalli mahdollistaa tehokkaan tiedon ja osaamisen siirtymisen välimatkasta riippumatta ja luo edellytykset uudelleisille tavoille organisoida palveluita. ...jatkuu

Tekijä (t), vuosi	Tarkoitus	Aineisto	Menetelmät	Keskeiset tulokset
Vedsted ym. 2002	Verrata potilaiden ja yleislääkäreiden tärkeinä pitämiä asioita yleislääkäriin toiminnassa.	Potilaat, n = 771 Lääkärit, n = 584 Harkittu ja satunnaisotos	Kyselylomake	Potilaat ja yleislääkärit olivat samaa mieltä tärkeinä pidetyistä asioista. Potilaat pitivät tärkeimpänä kuin yleislääkärit hoidon saatavuutta ja saavutettavuutta, saman lääkärin tapaamista, tiedon saamista tutkimusten ja hoidon tarkoituksesta, sairaudesta, potilasjärjestöistä, riittävää aikaa vastaanotolla, yleislääkäriin nopeita palveluja hätätapauksissa ja yleislääkäriin osallistumista koulutuksiin.

Liitetaulukko 6. Työnjaon käsite ja hoitajien ja lääkäreiden työnjaon toteutuminen vastaanotto- toiminnassa hallinnon edustajien, lääkäreiden, hoitajien ja asiakkaiden kyselylomakkeissa. Cronbachin alfan kerroin.

TYÖNJAON KÄSITE			
Hallinnon edustajat	Lääkärit	Hoitajat	Asiakkaat
1. Ammattiryhmien välistä työyhteisöä koskevaa toiminnan kehittämistä 2. Hoitajille siirretään tehtäviä lääkäreiltä 3. Potilaan hoitoon liittyvät tehtävät ja toimenpiteet järjestetään tarkoituksenmukaisella tavalla 4. Hoitajien ja lääkäreiden keskinäinen konsultointi sallii ammattiryhmien välisten erityistaitojen jakamisen 5. Hoitajat pystyvät tekemään osan lääkäreiden töistä, kun tehtävien- ja vastuunjaosta on sovittu selkeästi	1. Ammattiryhmien välistä työyhteisöä koskevaa toiminnan kehittämistä 2. Hoitajille siirretään tehtäviä lääkäreiltä 3. Potilaan hoitoon liittyvät tehtävät ja toimenpiteet järjestetään tarkoituksenmukaisella tavalla 4. Hoitajien ja lääkäreiden keskinäinen konsultointi sallii ammattiryhmien välisten erityistaitojen jakamisen 5. Hoitajat pystyvät tekemään osan lääkäreiden töistä, kun tehtävien- ja vastuunjaosta on sovittu selkeästi	1. Ammattiryhmien välistä työyhteisöä koskevaa toiminnan kehittämistä 2. Hoitajille siirretään tehtäviä lääkäreiltä 3. Potilaan hoitoon liittyvät tehtävät ja toimenpiteet järjestetään tarkoituksenmukaisella tavalla 4. Hoitajien ja lääkäreiden keskinäinen konsultointi sallii ammattiryhmien välisten erityistaitojen jakamisen 5. Hoitajat pystyvät tekemään osan lääkäreiden töistä, kun tehtävien- ja vastuunjaosta on sovittu selkeästi	
HOITAJIEN JA LÄÄKÄREIDEN TYÖNJAON TOTEUTUMINEN VASTAANOTTOTOIMINNASSA			
Hallinnon edustajat	Lääkärit	Hoitajat	Asiakkaat
1. Sovittu työnjako selkeyttää molempien työajan käyttöä 2. Työnjaon muutokset säästävät kustannuksia 3. Pitkäaikaissairauksia sairastavat potilaat käyvät säännöllisin välein hoitajien vastaanotoilla 4. Hoitajien ensiarvion jälkeen lääkärin vastaanotolle valikoituvat vain ne potilaat, joita muut työntekijät eivät kykene hoitamaan 5. Hoitajat voivat vastata helppohoitaisia infektioita sairastavien potilaiden hoidon tarpeen arvioinnista ja seurannasta 6. Lääkärin työparina toimiva hoitaja vastaa oman alueen väestön pitkäaikaissairauksien (diabetes, astma jne.) määräraikasseurannoista 7. Pitkäaikaissairauksien seuranta ja hoito on järkevää jakaa asiantuntijuuden mukaan eri vastuuhoitajille (esim. diabeteshoitaja) 8. Lääkärit pystyvät	1. Sovittu työnjako selkeyttää molempien työajan käyttöä 2. Työnjaon muutokset säästävät kustannuksia 3. Pitkäaikaissairauksia sairastavat potilaat käyvät säännöllisin välein hoitajien vastaanotoilla 4. Hoitajien ensiarvion jälkeen lääkärin vastaanotolle valikoituvat vain ne potilaat, joita muut työntekijät eivät kykene hoitamaan 5. Hoitajat voivat vastata helppohoitaisia infektioita sairastavien potilaiden hoidon tarpeen arvioinnista ja seurannasta 6. Lääkärin työparina toimiva hoitaja vastaa oman alueen väestön pitkäaikaissairauksien (diabetes, astma jne.) määräraikasseurannoista 7. Pitkäaikaissairauksien seuranta ja hoito on järkevää jakaa asiantuntijuuden mukaan	1. Sovittu työnjako selkeyttää molempien työajan käyttöä 2. Työnjaon muutokset säästävät kustannuksia 3. Pitkäaikaissairauksia sairastavat potilaat käyvät säännöllisin välein hoitajien vastaanotoilla 4. Hoitajien ensiarvion jälkeen lääkärin vastaanotolle valikoituvat vain ne potilaat, joita muut työntekijät eivät kykene hoitamaan 5. Hoitajat voivat vastata helppohoitaisia infektioita sairastavien potilaiden hoidon tarpeen arvioinnista ja seurannasta 6. Lääkärin työparina toimiva hoitaja vastaa oman alueen väestön pitkäaikaissairauksien (diabetes, astma jne.) määräraikasseurannoista 7. Pitkäaikaissairauksien seuranta ja hoito on järkevää jakaa asiantuntijuuden mukaan	1. Pitkäaikaissairauksien seuranta on järkevää jakaa asiantuntijuuden mukaan eri vastuuhoitajille 2. Vakavan tai äkillisen sairauden yhteydessä hoitajat ovat ohjanneet minut suoraan lääkärin vastaanotolle 3. Osa lääkärilleni osoittamistani asioista on voitu hoitaa hoitajan välityksellä 4. Lääkärin, hoitajan ja potilaan kiinteä yhteistyö edesauttaa potilaan hoitoon sitoutumista 5. Hoitajat tekevät osan lääkäreiden toimenpiteistä ja tutkimuksista 6. Hoitajilla on nykyisin laajempi tehtäväalue vastaanottotoiminnassa kuin aiemmin 7. Hoitajat kirjoittava lyhyitä, korkeintaan

...jatkuu			
<p>hoitamaan paljon asioita myös etäkonsultoinnilla yhteistyössä hoitajien kanssa</p> <p>9. Lääkäreillä on tavallista enemmän aikaa syventyä potilaiden asioihin, kun hoitajan ja lääkärin välistä työnjakoa on muutettu</p> <p>10. Ei-vakavan sairauden yhteydessä potilaat ovat tyytyväisiä hoitajien vastaanottokäynteihin</p> <p>11. Hoitajavastaanottojen myötä lääkäreiden vastaanottoaikojen saatavuus on parantunut</p> <p>12. Tuttu hoitaja osaa parhaiten arvioida potilaille riittävän pitkän lääkäriajan</p> <p>13. Lääkäri-hoitaja työparit oppivat tuntemaan toistensa työtavat ja väestönsä niin, että väestön hoitoon pääsy on joustavaa</p> <p>14. Hoitajien vastaanottotoiminta vähentää lääkäreiden päivystysvastaanottokäyntien tarvetta</p> <p>15. Lääkärin ja hoitajan toimiva työnjako neuvonnan toteutuksessa edesauttaa asiakaslähtöisen terveyden edistämistyön toteuttamista</p> <p>16. Hoitajan ja lääkärin ja potilaan kiinteä yhteistyö pitkäaikaissairauksien hoidossa edesauttaa potilaan hoitoon sitoutumista</p> <p>17. Omaa vastaanottoa pitävän hoitajan toiminnassa mahdollistuu asiakkaan ja potilaan tehokas neuvonta ja ohjaus</p>	<p>eri vastuuhoidajille (esim. diabeteshoitaja)</p> <p>8. Lääkärit pystyvät hoitamaan paljon asioita myös etäkonsultoinnilla yhteistyössä hoitajien kanssa</p> <p>9. Lääkäreillä on tavallista enemmän aikaa syventyä potilaiden asioihin, kun hoitajan ja lääkärin välistä työnjakoa on muutettu</p> <p>10. Ei-vakavan sairauden yhteydessä potilaat ovat tyytyväisiä hoitajien vastaanottokäynteihin</p> <p>11. Hoitajavastaanottojen myötä lääkäreiden vastaanottoaikojen saatavuus on parantunut</p> <p>12. Tuttu hoitaja osaa parhaiten arvioida potilaille riittävän pitkän lääkäriajan</p> <p>13. Lääkäri-hoitaja työparit oppivat tuntemaan toistensa työtavat ja väestönsä niin, että väestön hoitoon pääsy on joustavaa</p> <p>14. Hoitajien vastaanottotoiminta vähentää lääkäreiden päivystysvastaanottokäyntien tarvetta</p> <p>15. Lääkärin ja hoitajan toimiva työnjako neuvonnan toteutuksessa edesauttaa asiakaslähtöisen terveyden edistämistyön toteuttamista</p> <p>16. Hoitajan ja lääkärin ja potilaan kiinteä yhteistyö pitkäaikaissairauksien hoidossa edesauttaa potilaan hoitoon sitoutumista</p> <p>17. Omaa vastaanottoa pitävän hoitajan toiminnassa mahdollistuu asiakkaan ja potilaan tehokas neuvonta ja ohjaus</p>	<p>eri vastuuhoidajille (esim. diabeteshoitaja)</p> <p>8. Lääkärit pystyvät hoitamaan paljon asioita myös etäkonsultoinnilla yhteistyössä hoitajien kanssa</p> <p>9. Lääkäreillä on tavallista enemmän aikaa syventyä potilaiden asioihin, kun hoitajan ja lääkärin välistä työnjakoa on muutettu</p> <p>10. Ei-vakavan sairauden yhteydessä potilaat ovat tyytyväisiä hoitajien vastaanottokäynteihin</p> <p>11. Hoitajavastaanottojen myötä lääkäreiden vastaanottoaikojen saatavuus on parantunut</p> <p>12. Tuttu hoitaja osaa parhaiten arvioida potilaille riittävän pitkän lääkäriajan</p> <p>13. Lääkäri-hoitaja työparit oppivat tuntemaan toistensa työtavat ja väestönsä niin, että väestön hoitoon pääsy on joustavaa</p> <p>14. Hoitajien vastaanottotoiminta vähentää lääkäreiden päivystysvastaanottokäyntien tarvetta</p> <p>15. Lääkärin ja hoitajan toimiva työnjako neuvonnan toteutuksessa edesauttaa asiakaslähtöisen terveyden edistämistyön toteuttamista</p> <p>16. Hoitajan ja lääkärin ja potilaan kiinteä yhteistyö pitkäaikaissairauksien hoidossa edesauttaa potilaan hoitoon sitoutumista</p> <p>17. Omaa vastaanottoa pitävän hoitajan toiminnassa mahdollistuu asiakkaan ja potilaan tehokas neuvonta ja ohjaus</p>	<p>viiden päivän pituisia, sairaslomia</p> <p>8. Hoitajille kuuluu ns. tavallisten infektiosairauksien (esim. flunssa, ripuli) ensiarvio ja hoidon ohjaus</p>

Cronbachin alfa: 0,801

Liitetaulukko 7. Henkilöstöryhmien työn tuki, lääkäreiden ja hoitajien työssä tarvittavan osaamisen arviointi ja ylläpitäminen, hoitajien koulutustarve ja hoitotyön esimiehen rooli hallinnon edustajien, lääkäreiden ja hoitajien kyselylomakkeissa.

HENKILÖSTÖRYHMIEN TYÖN TUKEA		
Hallinnon edustajat	Lääkärit	Hoitajat
<p>1.Paikallisesti laaditut hoitosuositukset ohjaavat hoitajien ja lääkäreiden toimintaa</p> <p>2. Kirjallisia ohjeita ja määräyksiä tehtävien delegoinnista ja vastuukysymyksistä</p> <p>3. Laajennetun tehtävän kuvan mukaista työtä tekevän hoitajan osaaminen varmistetaan kirjallisella kokeella ja näytöllä</p> <p>4. Vastaanoton hoitohenkilöstölle on laadittu oma työhön perehdyttämisohjelma</p> <p>5. Vastaanoton lääkäreille on laadittu oma työhön perehdyttämisohjelma</p> <p>4. Vastaanottojenne lääkäreille ja hoitajille on järjestetty yhteistä työpöytä</p> <p>5. Konsultaatiot (Konsultaatio aina tarvittaessa, erikseen varatut konsultaatioajat, puhelinkonsultaatio, sähköpostikonsultaatio, videoneuvottelu)</p> <p>6. Tietolähteiden käyttö (ammattikirjallisuus, tieteelliset artikkelit, näyttöön perustuvan hoitotyön / lääketieteen suositukset, toimipaikan kirjalliset ohjeet/hoitomallit, kollegan konsultaatio, esimiehen ohjaus, Käypä hoito –suositukset, Terveysportti)</p>	<p>1.Paikallisesti laaditut hoitosuositukset ohjaavat hoitajien ja lääkäreiden toimintaa</p> <p>2. Kirjallisia ohjeita ja määräyksiä tehtävien delegoinnista ja vastuukysymyksistä</p> <p>3.Lääkäreille on laadittu työhön perehdyttämisohjelma</p> <p>4. Konsultaatiot (Konsultaatio aina tarvittaessa, erikseen varatut konsultaatioajat, puhelinkonsultaatio, sähköpostikonsultaatio, videoneuvottelu)</p> <p>5. Tietolähteiden käyttö (ammattikirjallisuus, tieteelliset artikkelit, näyttöön perustuvan lääketieteen suositukset, toimipaikan kirjalliset ohjeet/hoitomallit, kollegan konsultaatio, esimiehen ohjaus, Käypä hoito –suositukset, Terveysportti)</p>	<p>1.Paikallisesti laaditut hoitosuositukset ohjaavat hoitajien ja lääkäreiden toimintaa</p> <p>2. Kirjallisia ohjeita ja määräyksiä tehtävien delegoinnista ja vastuukysymyksistä</p> <p>3. Laajennetun tehtäväkuvan mukaista työtä tekevän hoitajan osaaminen varmistetaan kirjallisella kokeella ja näytöllä</p> <p>4. Hoitohenkilöstölle on laadittu oma työhön perehdyttämisohjelma</p> <p>5. Käytössä työn vaativuuden arviointi</p> <p>6. Konsultaatiot (Konsultaatio aina tarvittaessa, erikseen varatut konsultaatioajat, puhelinkonsultaatio, sähköpostikonsultaatio, videoneuvottelu)</p> <p>7. Tietolähteiden käyttö (ammattikirjallisuus, tieteelliset artikkelit, näyttöön perustuvan hoitotieteen suositukset, toimipaikan kirjalliset ohjeet/hoitomallit, kollegan konsultaatio, esimiehen ohjaus, Käypä hoito –suositukset, Terveysportti)</p>
LÄÄKÄREIDEN JA HOITAJIEN TYÖSSÄ TARVITTAVAN OSAAMISEN ARVIOIMINEN JA YLLÄPITÄMINEN		
Hallinnon edustajat	Lääkärit	Hoitajat
<p>1.Hoitohenkilöstölle on laadittu työn kehittämiseen liittyvä suunnitelma jatko- ja täydennyskoulutukselle</p> <p>2.Lääkäreille on laadittu työn kehittämiseen liittyvä suunnitelma jatko- ja täydennyskoulutukselle</p> <p>3. Itsenäistä vastaanottotyötä tekeville sairaanhoitajille ja terveydenhoitajille on järjestetty lisäkoulutusta</p>	<p>1. Säännöllinen toimipaikkakoulutus</p> <p>2. Lääkäreiden osaamista tuetaan terveyskeskuksessanne ulkopuolisen koulutuksen turvin</p> <p>3. Lääkäreiden osaamisen arviointi toteutetaan esimiesten vetämien kehityskeskustelujen avulla</p> <p>4. Osaamisen ylläpitämiseen ei ole tukimuotoja vaan jokainen pitää yllä omaa osaamistaan</p>	<p>1. Hoitohenkilöstölle on laadittu työn kehittämiseen liittyvä suunnitelma jatko- ja täydennyskoulutukselle</p> <p>2. Säännöllinen toimipaikkakoulutus</p> <p>3. Hoitajien osaamista tuetaan ulkopuolisen koulutuksen avulla</p> <p>4. Hoitotyöntekijöiden osaamisen arviointi toteutetaan esimiesten vetämien kehityskeskustelujen</p>

.. jatkuu

4. Säännöllisten toimipaikkakoulutusten avulla 5. Ulkopuolisen koulutuksen turvin 6. Esimiehen toteuttamien kehityskeskustelujen avulla 7. Jokainen pitää itse yllä omaa osaamistaan		avulla 5. Vertaisarviointia käytetään apuna osaamisen arvioinnissa 6. Osaamisen ylläpitämiseen ei ole tukimuotoja vaan jokainen pitää huolta omasta osaamisestaan
HOITAJIEN KOULUTUSTARVE		
Hallinnon edustajat	Hoitajat	
1. Hoitajien perustutkintoon tähtäävään koulutukseen itsenäisen vastaanottotyön toteutukseen liittyvää koulutusta 2. Puhelinneuvontaan liittyvää koulutusta hoitajien perusopinnoissa 3. Hoitajien perusopintoihin koulutusta pitkäaikaissairauksien hoidoista, seurannasta ja ennalta ehkäisystä 4. Itsenäistä avosairaanhoidon vastaanottotyötä tekeville hoitajille jatkokoulutusta	1. Hoitajien perustutkintoon tähtäävään koulutukseen itsenäisen vastaanottotyön toteutukseen liittyvää koulutusta 2. Puhelinneuvontaan liittyvää koulutusta hoitajien perusopinnoissa 3. Hoitajien perusopintoihin koulutusta pitkäaikaissairauksien hoidoista, seurannasta ja ennalta ehkäisystä 4. Itsenäistä avosairaanhoidon vastaanottotyötä tekeville hoitajille jatkokoulutusta	
HOITOTYÖN LÄHIESIMIEHEN ROOLI		
Hallinnon edustajat	Hoitajat	
1. Laatia kehityskeskustelujen pohjalta laatia omalle henkilöstölleen osaamisen arviointiin perustuva koulutussuunnitelma 2. Laatia ja pitää ajan tasalla uusien työntekijöiden perehdytysuunnitelmaa laadinta ja seurata toteutumista 3. Varmistaa laajennettua tehtäväkuvaa tekevien henkilöiden osaaminen 4. Selvittää uudenlaiseen toimintatapaan tarvittava lisäkoulutus 5. Huolehtia työnjakoon liittyvästä tarvittavasta lupamenettelystä 6. Varmistaa työvuorosuunnittelulla, että työvuoroissa on uudenlaiseen toimintatapaan liittyvien tehtävien hoidon hallitsevia henkilöitä	Laatia kehityskeskustelujen pohjalta laatia omalle henkilöstölleen osaamisen arviointiin perustuva koulutussuunnitelma 2. Laatia ja pitää ajan tasalla uusien työntekijöiden perehdytysuunnitelmaa laadinta ja seurata toteutumista 3. Varmistaa laajennettua tehtäväkuvaa tekevien henkilöiden osaaminen 4. Selvittää uudenlaiseen toimintatapaan tarvittava lisäkoulutus 5. Huolehtia työnjakoon liittyvästä tarvittavasta lupamenettelystä 6. Varmistaa työvuorosuunnittelulla, että työvuoroissa on uudenlaiseen toimintatapaan liittyvien tehtävien hoidon hallitsevia henkilöitä	





Kuopio University Publications E. Social Sciences

- E 146. Kemppainen, Ulla.** Ninth-grade adolescents' health behavior in the Pitkäranta district (Russian Karelia) and in Eastern Finland.
2007. 149 s. Acad. Diss.
- E 147. Pusa, Anna-Kaisa.** The right nurse in the right place: nursing productivity and utilisation of the RAFAELA patient classification system in nursing management.
2007. 111 s. Acad. Diss.
- E 148. Antikainen, Mari.** Sosiaalityöntekijän asiantuntijuus lapsen huolto- ja tapaamissopimuspalvelussa.
2007. 199 s. Acad. Diss.
- E 149. Hujala, Anneli.** Johtamisen moniäänisyys: johtaminen vuorovaikutuksena ja puhuntana hoivayrityksissä.
2008. 146 s. Acad. Diss.
- E 150. Kiviniemi, Liisa.** Psykiatrisessa hoidossa olleen nuoren aikuisen kokemuksia elämästään ja elämää eteenpäin vievistä asioista.
2008. 119 s. Acad. Diss.
- E 151. Mattila, Heleena.** Voimaantumisen ydin. Sosiaali- ja terveysalalla toimivien ihmisten mahdollisuuksia voimaantua työssään.
2008. 119 s. Acad. Diss.
- E 152. Martikainen, Janne.** Application of decision-analytic modelling in health economic evaluations.
2008. 119 s. Acad. Diss.
- E 153. Kaarakainen, Minna.** Hajauttaminen valtion ja kuntien välisissä suhteissa 1945-2015: valtiollisesta järjestelmästä kohti kuntaverkostojen perusterveydenhuoltoa.
2008. 196 s. Acad. Diss.
- E 154. Jäntti, Satu.** Kansalainen terveystalvija valitsemassa: kolmivaiheinen valintamalli julkisissa ja yksityisissä lääkäripalveluissa.
2008. 199 s. Acad. Diss.
- E 155. Ylinen, Satu.** Gerontologinen sosiaalityö: tiedonmuodostus ja asiantuntijuus.
2008. 115 s. Acad. Diss.
- E 156. Tuomi, Sirpa.** Sairaanhoidajan ammatillinen osaaminen lasten hoitotyössä.
2008. 152 s. Acad. Diss.
- E 157. Naukkarinen, Eeva-Liisa.** Potilaan itsemääräämisen ja sen edellytysten toteutuminen terveydenhuollossa: kyselytutkimus potilaille ja henkilöstölle.
2008. 148 s. Acad. Diss.
- E 158. Kivinen, Tuula.** Tiedon ja osaamisen johtaminen terveydenhuollon organisaatioissa: Knowledge management in health care organizations.
2008. 234 s. Acad. Diss.
- E 159. Rauhala, Auvo.** The validity and feasibility of measurement tools for human resources management in nursing: case of the RAFAELA system.
2008. 126 s. Acad. Diss.
- E 160. Honkanen, Hilkkka.** Perheen riskiolot neuvolatyon kontekstissa: näkökulmana mielenterveyden edistäminen.
2008. 285 s. Acad. Diss.