

**POLIKLIINISEN HOIDON TOIMINTAMALLIT**  
**– tutkimus erikoissairaanhoidon aikuispotilaiden somaattisilla**  
**ajanvarauspoliklinikoilla**

Tampereen yliopisto  
Hoitotieteen laitos  
Pro gradu -tutkielma  
Syyskuu 2005  
Säilä Tiina

## TIIVISTELMÄ

Tampereen yliopisto

Hoitotieteen laitos

**SÄILÄ TIINA**

Polikliinisen hoidon toimintamallit

– tutkimus erikoissairaanhoidon aikuispotilaiden somaattisilla ajanvarauspoliklinikoilla

Pro gradu –tutkielma, 66 sivua, 5 liitettä, 14 liitesivua

Ohjaajat: TfT, yliassistentti Marja Kaunonen ja THT, Professori Päivi Åstedt-Kurki

Hoitotiede

Syyskuu 2005

---

**Tarkoitus:** Tämän tutkimuksen tarkoituksena oli kuvata erikoissairaanhoidon aikuispotilaiden somaattisilla ajanvarauspoliklinikoilla käytössä olevat toimintamallit sekä poliklinikoilla toteutetut ja suunnitteilla olevat tehtävien siirrot.

**Tausta:** Polikliinisen hoidon merkitys terveydenhuollossa korostuu tulevaisuudessa. Polikliinista hoitoa kehitetään, koska uudet hoitomuodot ja hoitoaikojen lyheneminen lisäävät poliklinikoilla annettavaa hoitoa. Lisäksi työvoiman ylitarjonnasta on ajautettu tilanteeseen, jossa on pula ammattikoulutetusta henkilökunnasta. Yhtenä ratkaisuna palveluiden turvaamiseksi on esitetty tehtävien siirtämistä ammattiryhmältä toiselle. Uudet työnkuvat ja vastuut edellyttävät uusien toimintamallien kehittämistä hoitotyön omasta tietoperustasta käsin, terveystieteellisesti ja asiakkaan tarpeita ja odotuksia kuunnellen.

**Menetelmät ja aineisto:** Tutkimusaineisto kerättiin erään yliopistollisen sairaalan ajanvarauspoliklinikoiden henkilökunnalta. Mukana oli yhteensä 19 poliklinikkaa. Aineiston keräämisen menetelminä käytettiin kyselylomaketta ja puolistrukturoitua haastattelua. Osastonhoitajille lähetettiin kyselylomake, joka pyydettiin täyttämään yhteistyössä usean eri ammattiryhmän kanssa. Haastateltavana oli joko poliklinikan osastonhoitaja, apulaisosastonhoitaja tai toiminnasta vastaava hoitaja. Analyysimenetelmänä käytettiin sekä deduktiivista että induktiivista sisällönanalyysia. Analyysia jatkettiin kvantifioimalla aineisto.

**Tulokset:** Tutkimuksessa kuvattiin viittä eri polikliinisen hoidon toimintamallia. **Hoitajavastaanotot** ovat joko toimenpide-, hoito- tai tutkimuspainotteisia tai neuvonta- ja ohjauspainotteisia vastaanottoja. **Lääkäri-hoitaja –työparit** toimivat joko erillisissä työtiloissa tai omissa vastaanottohuoneissaan. **Lääkäri-sihteerit –työparina** hoidetaan osa kirjeliikenteestä ja lisäksi osa poliklinikkavastaanotoista. **Puhelinvastaanotto toiminta** on osittain organisoimatonta. Tavallista kuitenkin on, että potilaat saavat soittoajan joko lääkärille tai hoitajalle. **Moniammatillisilla vastaanotoilla** on potilaan, lääkärin ja hoitajan lisäksi joko muiden ammattiryhmien edustajia tai muiden lääketieteen erikoisalojen lääkäreitä tai erityishoitajia. Vastaanottojen lisäksi on moniammatillisia palavereita, jossa potilas ei ole mukana. Poliklinikoilla on tehty eniten lääkärin ja hoitajan välisiä sekä sihteerin ja hoitajan välisiä **tehtävien siirtoja**. Pääasiassa siirrot on tehty lääkäriltä hoitajille tai sihteereiltä hoitajille.

**Johtopäätökset:** Poliklinikoilla on käytössä useita erilaisia toimintamalleja, joiden kehittäminen on tarpeellista lisääntyvän potilasmäärän, vähenevien resurssien ja maaliskuussa 2005 voimaantulleen hoitotakuun myötä. Ensin on tunnettava olemassa olevat käytännöt ja vasta niiden perusteella voidaan suunnitella muutoksia.

**Avainsanat:** polikliininen hoito, toimintamalli, työnjako, tehtävien siirto

## ABSTRACT

University of Tampere  
Department of Nursing Science

**TIINA SÄILÄ**

Title: The operations models in outpatient care – the research in adult-patients somatic out-patient departments in special health care

Master's thesis, 66 pages, 5 appendices

Advisors: Marja Kaunonen, PhD, Senior Assistant Professor and Päivi Åstedt-Kurki, PhD, Professor  
Nursing Science

September 2005

---

**Aim:** The aim of this study was to describe the operations models used in outpatient-care. The focus was on the adults' somatic-patient departments in the special health-care system. Also, the division of labour between the healthcare professionals was described.

**Background:** Nowadays the importance of outpatient care is being emphasized more and more. Outpatient-care is being improved because new methods of treatment and the shortening of care-periods increase the work-load at the outpatient departments. In addition, there is a shortage of educated healthcare professionals. One solution for securing these services is to devolve tasks from one occupational group to another. The new roles and responsibilities require the development of new operations models based on the nursing and health-care practices, taking into consideration the patients' needs and expectations.

**Methods and data:** The research data were collected from 19 somatic-outpatient departments at the University Hospital. The data were collected using questionnaires and semi-structured interviews. Questionnaires were sent to the ward managers who were asked to fill them out in cooperation with different occupational groups to encourage different points of view. 17 nurses from different areas and departments took part in the interviews. A qualitative content-analysis based on deductive and inductive approaches was used to analyse the data, which was further analysed by quantification.

**Results:** Five different operations models were described in this research. **Nurse-led** outpatient-care comprises counselling, teaching, examinations, general care-giving and minor operations. The **physician-nurse** team can work in separate work spaces or in personal consulting rooms. The **physician-secretary** team is responsible for sending letter to and setting appointments for patients. **Telephone-based** care is partly unrecognized. Patients are often given an appointed time to call their physician or nurse. In **multi-professional** appointments, in addition to the patient, physician and nurse, there are also other specialists present. Apart from the common appointments, meetings among different professionals are arranged to which patients do not take part in. The devolvment of tasks from physician to nurse and secretary to nurse are recurrent.

**Conclusion:** The development of various kinds of operations models is a necessity, due to the increasing amount of patients and decreasing amount of resources. Especially since the guaranteed timeframe for access to healthcare was recently introduced. However, it is crucial to first understand the present practises before modifying them.

**Keywords:** Ambulatory care, outpatient care, division of labour

## SISÄLLYS

### TIIVISTELMÄ

### ABSTRACT

<b>1 TUTKIMUKSEN TAUSTA</b> .....	6
<b>2 POLIKLIINISEN HOIDON TOIMINTAMALLIT JA TEHTÄVIEN SIIRROT</b> .....	8
2.1 Tutkimuksessa käytetyt käsitteet .....	8
2.2 Toimintamallit ja tehtävien siirrot poliklinikoilla.....	10
<b>3 TUTKIMUKSEN TARKOITUS JA TUTKIMUSTEHTÄVÄT</b> .....	17
<b>4 AINEISTO JA MENETELMÄT</b> .....	18
4.1 Mittarin ja haastattelurungon laatiminen .....	18
4.2 Aineiston kerääminen .....	19
4.3 Aineiston analyysi .....	21
<b>5 TULOKSET</b> .....	25
5.1 Hoitajavastaaottomalli .....	25
5.2 Lääkäri-hoitaja -työparimalli .....	28
5.3 Lääkäri-sihteeri -työparimalli .....	33
5.4 Puhelinvastaanottomalli.....	34
5.5 Moniammatillinen vastaanottomalli .....	37
5.6 Tehtävien siirrot poliklinikoilla .....	39
5.7 Yhteenveto erilaisista toimintamalleista ja tehtävien siirroista .....	43
<b>6 POHDINTA</b> .....	47
6.1 Tutkimuksen eettiset kysymykset.....	47
6.2 Tutkimuksen luotettavuus.....	48
6.3 Tulosten tarkastelu.....	51
<b>7 JOHTOPÄÄTÖKSET JA JATKOTUTKIMUSAIHEET</b> .....	54
7.1 Johtopäätökset.....	54
7.2 Jatkotutkimusaiheet .....	55
<b>LÄHTEET</b> .....	56
<b>LIITTEET</b> .....	67

## TAULUKOT

Taulukko 1. Hoitajavastaanottotoiminnan ominaisuuksien yleisyys

Taulukko 2. Lääkäri-hoitaja –työparimalliin liittyvien vastausten ominaisuuksien yleisyys

Taulukko 3. Lääkäri-sihteerin –työparimalliin liittyvien asioiden yleisyys

Taulukko 4. Puhelinvastaanottomallia koskevien asioiden yleisyys

Taulukko 5. Moniammatillisia vastaanottoja koskevien asioiden yleisyys

Taulukko 6. Tehtävien siirtoihin liittyvien asioiden yleisyys

## KUVIOT

Kuvio 1. Hoitajavastaanottomallin neuvonta- ja ohjausvastaanottojen sisällön kuvaaminen ja analyysin eteneminen

Kuvio 2. Tutkimusprosessin eteneminen

## LIITTEET

Liite 1. Hankkeeseen kuuluvat poliklinikat

Liite 2. Kyselylomake

Liite 3. Analyysirunko hoitajavastaanottomallista

Liite 4. Hoitajavastaanottojen sisällön luokittelu

Liite 5. Toimintamalleihin ja tehtävien siirtoihin liittyvää kansainvälistä kirjallisuutta

## 1 TUTKIMUKSEN TAUSTA

Poliklinikoiden hoitotyötä kehitetään jatkuvasti, koska uudet hoitomuodot ja hoitoaikojen lyheneminen lisäävät poliklinikoilla annettavaa hoitoa (Nykänen 2002). Lisääntyvä polikliininen hoito näkyy tilastoissa sairaaloiden hoitopäivien vähentymisenä ja poliklinikkakäyntien lisääntymisenä (Wägar 1995).

Työvoiman ylitarjonnasta on ajauduttu tilanteeseen, jossa on pula ammattikoulutetusta henkilökunnasta (Leiwo ym. 2002a). Yhtenä ratkaisuna palveluiden turvaamiseksi on esitetty tehtävien siirtämistä ammattiryhmältä toiselle. Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä (559/1994) sanoo, että terveydenhuollon ammattihenkilöt voivat toimia toistensa tehtävissä koulutuksensa, kokemuksensa ja ammattitaitonsa mukaisesti silloin, kun se on perusteltua työjärjestyksen ja terveyspalveluiden tuottamisen kannalta. Toisaalta ammattihenkilö on velvollinen pidättäytymään sellaisten tehtävien suorittamisesta, joihin hänen koulutustaan tai ammattitaitoaan on pidettävä riittämättömänä tai joiden suhteen hänen toimintamahdollisuutensa ovat rajoitetut.

Uudet työnkuvat ja vastuut edellyttävät uusien toimintamallien kehittämistä hoitotyön omasta tietoperustasta käsin, terveyslähtöisesti ja asiakkaan tarpeita ja odotuksia kuunnellen. Lääkäreiden ja hoitajien mahdollinen työtehtävien ja hoitovastuiden uudelleen jakaminen edellyttää huolellista valtakunnan tason valmistelua ja selkeitä linjauksia. (Leiwo ym. 2002a ja 2002b; STM 2002; Kärkkäinen ym. 2003a ja 2003 b.) Työnjaon muuttaminen on puhuttanut sekä lääkäreiden että hoitoalan ammatillisissa lehdissä. Molempien alojen lehdissä on painotettu sitä, että kyse ei ole työtehtävien delegoimisesta lääkäreiltä hoitajille, vaan siitä, että tarkistetaan, mitä tekevät lääkärit ja mitä hoitajat (Peltonen 2002; Uusitupa 2002). Lisäksi yhtä mieltä ollaan siitä, että tehtävien siirroilla tavoitellaan taloudellisia säästöjä, paikataan henkilökuntapulaa ja tarkistetaan eri ammattiryhmien ammattitaidon tarkoituksenmukaista käyttämistä (Myllykangas ym. 2000a; Leiwo ym. 2002). Muutenkin molemmissa ammattiryhmissä ollaan sitä mieltä, että muutokset terveydenhuollossa ovat välttämättömiä (Myllykangas ym. 2000b).

Poliklinikoiden toimintatapoja muuttamalla voidaan saada aikaan potilaan kannalta järkeviä muutoksia ja lisäksi voidaan toimia tehokkaammin niukoilla taloudellisilla resursseilla (Wägar

1995). Ongelmia ei ratkaista tekemällä kovemmin töitä, vaan tekemällä töitä viisaammin. Kun suunnitelmia työn tehostamiseen aletaan tehdä, on ensin tiedettävä, miten tällä hetkellä toimitaan. (Collins & Collins 2004.) Tämän tutkimuksen tarkoituksena on kuvata tämänhetkisiä polikliinisen hoidon toimintamalleja erikoissairaanhoidon aikuispotilaiden somaattisilla ajanvarauspoliklinikoilla sekä poliklinikoilla tehtyjä tai suunniteltuja eri ammattiryhmien välisiä tehtävien siirtoja.

Tässä tutkimuksessa poliklinikan toimintamallilla tarkoitetaan potilaiden vastaanotto toiminnan järjestämistapaa. Kirjallisuudessa toimintamallin tilalla on käytetty myös työnjakomalli-termiä. Tutkimuksesta on rajattu pois yksilövastuun ja tehtäväkeskeisen toimintamallin kuvaaminen, sillä yksilöllinen hoito ja yksilövastuu voi toteutua missä tahansa työnjako- tai toimintamallissa (Kalasniemi ym. 2004).

## 2 POLIKLIINISEN HOIDON TOIMINTAMALLIT JA TEHTÄVIEN SIIRROT

### 2.1 Tutkimuksessa käytetyt käsitteet

#### *Poliklinikka ja polikliininen hoito*

Poliklinikka termi koostuu kahdesta kreikan kielestä lähtöisin olevasta sanasta. *Polis* tarkoittaa yhteisöä ja *kliniko's* lääkäriä (Toppila 1984). Sanan alkuperää on selitetty myös käänöksillä kaupunki (*polis*) ja vuode (*kli'ne*) (MOTa 2005). Poliklinikalla tarkoitetaan sairaalaa tai osastoa, jossa tutkitaan ja hoidetaan potilaita ottamatta heitä sairaalaan (Toppila 1984). Toisaalta jotkut määrittelevät sen tarkemmin niin, että poliklinikalla tarkoitetaan sairaalan yhteydessä toimivaa potilaiden tutkimus-, hoito- (Tiainen 1987; Haarala ym. 1992a), vastaanotto- (Tiainen 1987; Haarala ym. 1992a; Nurmi ym. 1995) ja avohoitopaikkaa (Nurmi ym. 1995). Polikliininen termi ilmoittaa, että jokin asia kuuluu poliklinikkaan tai tapahtuu siellä (Nurmi ym. 1995; MOTa 2005). Polikliininen hoito on hoitoa, joka annetaan potilaan käydessä vastaanotolla ottamatta häntä sairaalaan osastolle (Haarala ym. 1992a; MOTa 2005).

Englanninkielisissä artikkeleissa ja julkaisuissa käsitteistä poliklinikka, polikliininen potilas ja polikliininen hoito käytetään useita erilaisia termejä. Sana *outpatient* voidaan kääntää suomen kielen sanalla avo- tai avohoitopotilas (Hurme & Pesonen 1990; Rekiaro & Robinson 1992; Pesonen & Ponteva 1999; MOTb 2005) tai poliklinikkapotilas (Hurme ym. 1989; Hurme & Pesonen 1990; Pesonen & Ponteva 1999; Hervonen & Nienstedt 2000; Matikainen 2001; MOTb 2005). Termistä voidaan käyttää myös kirjoitusasua *out-patient* (MOTb 2005). Toisaalta poliklinikkapotilaasta käytetään myös termiä *ambulatory patient*, joka tarkoittaa jalkeilla liikkuvaa potilasta (Hurme & Pesonen 1990; Hervonen & Nienstedt 2000; Nieminen & Hyrkäs 2004). Pesonen ja Ponteva (1999) kääntävät sanan *ambulatory* suomen kielen sanoilla kiertävä ja liikkuva. MOT –sanakirjojen mukaan sekä termi *outpatient* että *ambulatory* voidaan korvata suomenkielissä tekstissä sanoilla polikliininen, poliklinikkaan liittyvä tai poliklinikassa tapahtuva.

Poliklinikka-sanana englanninkieliset vastineet ovat *outpatient department* (Hurme ym. 1989; Hurme & Pesonen 1990; Pesonen & Ponteva 1999; Matikainen 2001; Huovinen 2002; MOTa 2005), *outpatient clinic* (Matikainen 2001; Huovinen 2002; MOTa 2005) tai *policlinic* (Hurme



ym. 1989). Poliklinikoilla tapahtuvaan hoitoon liittyviä muita termejä ovat polikliininen hoito eli *outpatient treatment* (Matikainen 2001), poliklinikka-aika eli *outpatient appointment* (Matikainen 2001) ja poliklinikkahoito eli *outpatient care* (Matikainen 2001; MOTa 2005). Toisaalta *outpatient care* voidaan suomentaa myös avohoidoksi, jota tarjotaan esimerkiksi potilaan kotona (MOTa 2005).

### *Toimintamalli*

Malli-käsite voidaan korvata termeillä esikuva, esimerkki, tyyppi, tyyli tai tapa (Haarala ym.1992a). Kun termi liitetään toimintaan, se tarkoittaa tapaa toimia, toiminnan tyyliä tai tyyppiä tai esimerkkiä toiminnasta. Toimintamalli on suomi-englanti –sanakirjoissa käännetty sanoilla *operational model*, *functional model* (Rekiaro & Robinson 1992), *policy* (Nieminen & Hyrkäs 2004) ja *operations model* (Hurme ym. 1989: MOTb 2005). Kirjallisuudessa käytetään myös termiä *practice pattern* (Rosenfeld ym. 2003). Tässä tutkimuksessa toimintamallilla tarkoitetaan poliklinikoilla käytössä olevia tapoja organisoida vastaanottotoimintaansa sen mukaan, ketä potilas tapaa vastaanottokäyntinsä aikana. Tässä tutkimuksessa on valittu käytettäväksi toimintamalli-termiä, mutta sen tilalla voitaisiin käyttää myös termejä työnjakomalli tai vastaanottomalli (ks. Heikkilä & Paananen 2005).

### *Tehtävien siirto ja työn jakaminen*

Työnjako tarkoittaa työn tai tehtävien jakamista eri tekijöille tai tekijäryhmille (Haarala ym. 1992b). Suomalaisissa ja kansainvälisissä artikkeleissa käytetään työnjaosta ja tehtävien siirrosta useita englanninkielisiä termejä. Seuraavia työnjakoa ja sen uudelleen organisointia ja tehtävien siirtoja kuvaavia sanoja on kirjallisuudessa käytetty: *division of labour* (Salvage & Smith 2000; Kärkkäinen ym. 2003a; Lindström 2003; Rhéaume 2003), *division of tasks* (Niskanen ym. 2004), *division of work* (Vallimies-Patomäki ym. 2002), *cross-boundary working* (Masterson 2002), *work redesign* (Urden & Roode 1997), *doctor-nurse substitution* (Calpin-Davies & Akehurst 1999).

Sanakirjojen mukaan tehtävä voidaan kääntää englanninkieliseen tekstiin mm. sanoilla *task*, *duty* ja *mission* (Rekiaro & Robinson 1992; MOTb 2005). Kun kyseessä on jokin työ ja siitä käytetään termiä tehtävä, voidaan se kääntää sanalla *labor* (Rekiaro & Robinson 1992) tai sen toisella

kirjoitusasulla *labour* (MOTb 2005). Jako tai jakaminen -sanojen englanninkielisiä vastineita ovat *division* (Rekiaro & Robinson 1992) ja *distribution* (Rekiaro & Robinson 1992). Työnjaosta käytetään englanninkielisiä termejä *distribution of work*, *division of duties* tai *division of tasks* (MOTb 2005). Työnjako, kun sillä tarkoitetaan esimerkiksi sukupuolten välistä työnjakoa, käännetään termeillä *division of labour* tai *division of labor* (Hurme ym. 1989; MOTc 2005). Tässä tutkimuksessa tehtävien siirrolla ja työnjakamisella tarkoitetaan eri ammattiryhmien välisiä joko yksittäisten työtehtävien tai laajempien kokonaisuuksien siirtoja.

## 2.2 Toimintamallit ja tehtävien siirrot poliklinikoilla

Kirjallisuuskatsauksessa esiintyvistä kansainvälisistä tutkimusartikkeleista on yhteenvetotaulukko liitteessä 5. Siinä on esitetty kunkin tutkimuksen tekijät, tarkoitus, aineisto ja menetelmät sekä päätulokset.

Kirjallisuutta etsittiin MEDLINE-, CINAHL- ja Medic-tietokannoista. Lisäksi hakuja tehtiin suoraan useisiin elektronisiin lehtiin. Hakusanoina käytettiin termejä toimintamalli, työnjako, poliklinikka, polikliininen, tehtävän siirrot, ambulatory care, outpatient care, division of labour, doctor-nurse substitution ja operations model. Suomenkielisistä sanoista käytettiin eri taivutusmuotoja kirjallisuutta haettaessa. Tutustumalla jo löydettyjen artikkelien lähteisiin ja asiasanoihin päästiin uusien relevanttien artikkelien jäljille. Kirjallisuuskatsausta ei tehty ns. systemaattisena kirjallisuuskatsauksena, vaan hakuprofiili ja hakusanat muuttuivat uusia artikkeleita etsittäessä.

Gylling ja Laitinen (1998) kuvaavat artikkelissaan poliklinikkauudistusta, jossa käyttöön otettiin toimintamalli, jonka tavoitteena oli lisätä erikoislääkärien työpanosta poliklinikoilla, vähentää uusintakäyntien sekä laboratorio- ja kuvantamistutkimusten määrää, lyhentää odotusaikoja, vähentää potilaan siirtelyä poliklinikalta toiselle ja varmistaa, että oikeat potilaat hoidetaan oikeissa paikoissa. Tavoitteena uudistetussa poliklinikkatoiminnassa oli, että potilasta hoitaa sama lääkäri, sairaanhoitajan ja perushoitajan muodostama tiimi toisiaan seuraavilla poliklinikkakäynneillä. Sisätautipoliklinikan potilaiden sairauksien heterogeenisyys teki uusien toimintamallien, hoitoprosessien ja hoitoketjujen kehittämisen vaikeaksi. (Gylling & Laitinen 1998.)

Toimintaprosessien kuvaamisen avulla organisaatiossa syntyy mahdollisuus keskustella toiminnasta käytännön tasolla, ymmärtää prosessit kokonaisuudessaan sekä samalla hahmottaa niiden merkitys kokonaisuuden kannalta (Heino 2004). Reumapotilaan hoitoprosessin kuvaamisen seurauksena uudeksi toimintamalliksi ehdotettiin potilaiden keskustelutilaisuuksia, jotta samaa reumasairautta sairastavat voisivat saada vertaistukea (Aalto ym.1998). Vilmin (1997) tutkimuksen perusteella ensiapupoliklinikalla otettiin käyttöön potilaskeskeinen hoitotyön malli. Flinkkilän ja kumppaneiden (1998) keskenmenopotilaan hoitoprosessiin liittyvässä tutkimuksessa toimintamalliksi esitettiin, että sama yksikkö keskittyisi keskenmenopotilaan kokonaisvaltaiseen hoitoon.

Gyllingin ja Laitisen (1998) kuvaamassa poliklinikkauudistuksessa lääkäri, sairaanhoitaja ja perushoitaja muodostavat tiiviin hoitoryhmän. Tavoitteena uudistetussa toimintamallissa on, että sama ryhmä hoitaa potilasta toistuvilla käyntikerroilla. Moniammatillista yhteistyötä (*multiprofessional cooperation*) kuvaavat myös Rekola ja kumppanit (2005) artikkelissaan. Tulokset kuvaavat sitä, mitä oman asiantuntijuuden tiedostamisen tärkeys, yhteisen tavoitteen luominen, jaettu asiantuntijuus, yhteisen päätöksenteon mahdollisuus ja avoin työilmapiiri tarkoittavat moniammatillisessa yhteistyössä päivystyspoliklinikalla.

Moniammatillista vastaanottotoimintaa on kuvattu palliatiivisen hoidon kontekstissa (Oliver 2004; Strasser ym. 2004). Oliverin (2004) tutkimuksessa moniammatillista vastaanottotoimintaa arvioitiin potilastyytyväisyyden kriteerein. Kaikkien potilaiden mielestä kolmen eri ammattilaisen (lääkäri, hoitaja ja sosiaalityöntekijä) tapaaminen yhdessä oli miellyttävää, eikä kukaan halunnut vaihtaa tapaamisia erillisiksi. Potilaat arvostivat myös sitä, että heidän perheensä saattoivat olla mukana moniammatillisella vastaanotolla. Strasserin ja kumppaneiden (2004) mukaan potilaat ovat tyytyväisiä moniammatilliseen vastaanottotoimintaan. Yli 85 % potilaista arvioi sen parhaalla mahdollisella arvosanalla. Toisaalta potilaat arvioivat tutkimuksessa toimintatapaa, jollaista ei kuvata missään muussa kansallisessa eikä kansainvälisessä julkaisussa. Tutkimusraportin moniammatillinen ryhmä hoiti potilasta siten, että potilaalle osoitettiin poliklinikkakäynnin ajaksi oma henkilökohtainen huone, jossa eri ammattiryhmien edustajat kävivät häntä tapaamassa noin viiden tunnin aikana.

Lääkäriin ja hoitajan välistä yhteistyötä polikliinisessa hoidossa on kuvattu kansallisissa julkaisuissa ainoastaan työnjaon uudelleen organisoiminnin ja tehtävien siirron näkökulmasta (mm. Leiwo ym. 2002a; Leiwo ym. 2002b; Kärkkäinen ym. 2003a ja 2003b; Vallimies-Patomäki ym. 2003; Anttila & Kujala 2004). Kansainvälisetkin artikkelit tarkastelevat hoitajien ja lääkäreiden suhdetta pääasiassa työnjaon sekä lääkäreiden ja hoitajien välisten tehtävien siirtojen näkökulmasta (mm. Earnshaw & Stephenson 1997; Hill 1997; Chang ym.1999; Sakr ym.1999; Basnyat ym. 2000; Faithfull ym. 2001; Moore ym. 2002; Corner 2003; Barber ym. 2004).

Hoitajat ja lääkärit työskentelevät kuitenkin yhteistyössä päivittäin. Davies (2000) kiinnittää huomiota siihen, että vaikka lääkärit ja hoitajat työskentelevät rinnakkain, se ei välttämättä tarkoita sitä, että he työskentelisivät yhteistyössä. Yhteistyö hoitajien ja lääkäreiden välillä vaihtelee eri konteksteissa. Erikoistuneiden hoitajien ja lääkäreiden välillä on parempi yhteistyö kuin sellaisten hoitajien, jotka toimivat ns. yleishoitajina "generalist nurse" (Chaboyer & Patterson 2001). Salvage ja Smith (2000) toteavat, että aika on kypsä lääkäreiden ja hoitajien välisen yhteistyön uudelleen organisoimiselle. Yhteistyön uudelleen organisointi onkin välttämätöntä, sillä yhteistyön puute aiheuttaa ongelmia potilaiden hoidon laatuun ja tehokkuuteen ja lisäksi sillä on vaikutusta henkilöstön työtyytyväisyyteen (Zwarenstein & Bryant 2005). Lääkäreiden ja hoitajien välistä yhteistyötä on tutkittu monilla menetelmillä. Dougherty ja Larson (2005) tutkivat yhteistyötutkimuksissa käytettyjä mittareita ja totesivat, että käytetyt mittarit oli testattu sekä reliabiliteetin että validiteetin suhteen ja että niitä voidaan edelleen suositella käytettävän tutkittaessa hoitajien ja lääkäreiden välistä yhteistyötä.

Puhelinvastaanottotoimintaa pidetään yhtenä vaihtoehtona perinteiselle poliklinikkatoiminnalle. Sitä perustellaan etenkin sellaisten vastaanottojen korvajana, joissa ei tehdä fyysistä tutkimusta ja joissa pääpaino on keskustelulla (Weinberger 1998; Booker ym. 2004). Puhelintoiminta vastaanottojen korvaajana ei ole mikään uusi keksintö. Perusterveydenhuollon puhelinkonsultaatioiden todettiin olevan aikaa ja rahaa säästävää toimintatapa polikliinisessa hoidossa jo 1970-luvulla (Huber & Blanchfield 1999). Puhelinvastaanoton etuina potilaat pitävät seuraavia asioita: ei odotteluaikaa poliklinikalla, ajan säästö, ei matkustamista, lisäksi sitä pidetään vähemmän stressaavana sekä miellyttävämpänä (Booker ym. 2004). Puhelimen käyttöön perustuva hoito lisää

potilastyytyväisyyttä myös siksi, että se helpottaa hoitoon pääsyä ja vähentää potilaan käyntien määrää poliklinikalla (Beck ym.1998).

Puhelinvastaanotto toiminta säästää kustannuksia, sillä yli puolet potilaista, jotka eivät voi ottaa yhteyttä sairaalaan puhelimitse, varaavat itselleen ajan lääkärin vastaanotolle (Hughes ym. 2002). Päivystysajan puhelinvastaanotto toiminta vähentää myös kustannuksia, koska päivystysvastaanotolle saapuvien potilaiden määrää vähenee (Lattimer ym. 1998, 2000). Useiden tutkimusten tulokset viittaavat siihen, että puhelinkontakteihin perustuvaa terveydenhuoltoa kannattaa kehittää sen sijaan, että kaikki voimavarat suunnattaisiin säännölliseen vastaanotto toimintaan (Beck ym.1998; Weinberger 1998; Huber & Blanchfield 1999; Hughes ym. 2002; Booker ym. 2004).

Huber ja Blanchfield (1999) kuvaavat artikkelissaan hoitajien puhelinvastaanotto toiminnan sisältöä. Tulosten mukaan kohderyhmän hoitajat antavat puhelimitse neuvoja, opastusta ja ohjausta. Hoitajilla on kuitenkin taitoa ja he ovat myös valmiita tukemaan itsehoitoa, antamaan emotionaalista tukea, opastamaan terveydenhuoltojärjestelmän käyttöä ja ohjaamaan lääkkeiden käyttöä. Ajanvarausperiaatteella toimivalle puhelinvastaanotolle potilas saa vastaanottoajan samoin kuin hän saisi normaalille poliklinikkavastaanotolle (Booker ym. 2004). Puhelinvastaanotto voi toimia myös siten, että potilas jättää vastaajaan viestin ja yhteydenotto pyynnön, johon henkilökunta vastaa (Hughes ym. 2002). Lisäksi hoitajan puhelinvastaanotto voi toimia siten, että hoitaja ottaa vastaan puheluita myös päivystysaikana ja ohjaa puhelun tarvittaessa lääkärille (Lattimer ym. 1998).

Puhelinvastaanotto toimintaa on arvioitu potilastyytyväisyyden lisäksi myös turvallisuuden näkökulmasta. Lattimerin ja kumppaneiden (1998) tulosten mukaan potilaskuolemat eivät lisääntyneet viikon tarkastelujaksossa, vaikka hoitajat vastasivat puoleen päivystysajan puhelusta ilman lääkärin konsultaatiota. Jotta puhelinvastaanotto olisi potilaalle turvallinen, on sitä hoitava henkilökunta kuitenkin koulutettava hoitamaan vastaanottoa, jossa potilasta ei voi nähdä, koskea tai tunnustella. Turvallisuutta lisää myös se, että potilaalle järjestetään mahdollisuus tavata lääkäri kasvotusten, jos tarvetta siihen puhelun aikana ilmenee. (Car ym. 2004.)

Hoitajat ovat suurin ammatillinen ryhmä terveydenhuollossa. Sen vuoksi kaikki muutokset perinteisiin rooleihin vaikuttavat hoitajien jokapäiväiseen työhön. (Masterson 2002.) Hyödyntämällä sairaanhoitajien osaamista nykyistä paremmin ja laajentamalla heidän tehtäväkuviaan voidaan parantaa terveystalouden saatavuutta, potilasneuvontaa, turvata työvoiman riittävyyttä sekä luoda uusia palveluja niille potilasryhmille, joille ei ole tarjolla tarkoituksenmukaisia palveluja. Tehtäväkuvien laajentaminen tarjoaa sairaanhoitajille mahdollisuuden kliiniseen urakehitykseen, joka puolestaan saattaa vaikuttaa terveydenhuoltoalan vetovoimaisuuteen. Lisäksi tehtäväkuvien laajentaminen voi olla merkittävä keino työn kuormittavuuden hallitsemiseksi. (Vallimies-Patomäki ym. 2003.)

Monien pitkäaikaissairauksien ehkäisyyn ja seurantaan liittyviä tehtäviä on siirretty lääkäreiltä hoitajille (Earnshaw & Stephenson 1997; Hill 1997; Campbell ym. 1999; Faithfull ym. 2001; Corner 2003). Syitä lääkärin ja hoitajien välisille tehtäväsiirroille ovat henkilökunnan ammattitaidon tarkoituksen mukainen käyttäminen, terveydenhuollon taloudellinen tilanne, pula koulutetusta henkilökunnasta, hoidon sujuvuus ja potilaan hoidon pirstaleisuuden vähentäminen. Nykykäytänteiden laillistaminen on myös eräs peruste, sillä jo nyt osa tehtävistä on siirtynyt ammattiryhmältä toiselle. (Leiwo ym. 2002a ja 2002b.) Markkasen (2002) mukaan yleisin syy tehtävien siirrolle on työn joustavuuden turvaaminen. Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirissä tehdystä tutkimuksesta todettiin, että sairaaloiden käytännöt eri tehtävien siirtojen suhteen poikkeavat paljon toisistaan. Toiminta, joka on siirretty jossain sairaalassa jo kauan sitten lääkäreiltä hoitajille, saattaa olla vasta harkinnassa toisessa sairaalassa. (Kärkkäinen ym. 2003b).

Asutuskeskusten ulkopuolella ja pienissä yksiköissä sairaan- ja terveydenhoitajat hoitavat seurantatyyppejä vastaanottoja (Anttila & Kujala 2004.) Vallimies-Patomäen ja kumppaneiden (2002 ja 2003) mukaan sairaanhoitajien tehtävien laajennusta erikoissairanhoidossa tulisi kohteilla esimerkiksi avopalveluissa, pitkäaikaipotilaiden seurannassa ja hoidossa sekä ensi- ja tehohoidossa. Vastuun uudelleen jakamista perustellaan sillä, että tiettyjen potilasryhmien hoidossa pääpaino on ohjauksella ja neuvonnalla, joka on hoitotyön keskeinen ammatillinen osaamisalue. Myös pienten toimenpiteiden kuten luomien poistaminen, pintahaavojen ompelu ja kierukan asettaminen voisivat olla hoitajan tehtäviä. Tehtävien siirtojen yhteydessä on esitetty, että hoitajat voisivat kirjoittaa joitakin lausuntoja ja todistuksia sekä määrätä KELA:n korvaamia

hoitoja ja tutkimuksia. Lisäksi hoitajat voisivat tulevaisuudessa suorittaa määrätynlaisia terveystarkastuksia, joita edellytetään esimerkiksi ajokorttia uudistettaessa. Ydinasia tehtävien ja hoitovastuiden siirrossa on kuitenkin korkeatasoisen hoidon turvaaminen palveluja tarvitseville ihmisille. (Leiwo ym. 2002a ja 2002b.)

Tarvetta työnjaon muutoksiin ja uusiin toimintamalleihin on kansainvälisestäikin perusteltu työvoimapulalla, koulutustason paranemisella ja olemassa olevilla kokemuksilla vastaavanlaisesta toiminnasta. Sairaanhoidajien kansainvälisen järjestön tekemän selvityksen mukaan sairaanhoidajien tehtäväkuvaa on laajennettu 40 maassa. (Kärkkäinen ym. 2003b.) Kansainvälisten tutkimusten mukaan sairaanhoidajien tehtäväkuvia on laajennettu ainakin haavojen ja vammojen hoitajina päivystyspoliklinikoilla (Chang ym. 1999, Sakr ym. 1999), endo- ja bronkoskopiatoiminnassa (Basnyat ym. 2000; Barber ym. 2004), syöpäpotilaiden hoidossa (Earnshaw & Stephenson 1997; Faithfull ym. 2001; Moore ym. 2002; Corner 2003) ja reumasairauksien hoidossa (Hill 1997).

Toimintamalleja ja työnjaon uudelleen järjestelyjä on arvioitu potilastyytyväisyyden kriteerein. Koinberg ja kumppanit (2002) kuvasivat rintasyöpäpotilaiden tyytyväisyyttä spontaaniin hoitajavastaanottotoimintaan. Uppal ja kumppanit (2004) vertasivat potilaiden tyytyväisyyttä perinteisen ja hoitajavetoisen poliklinikkajälkinäytön välillä. Barr ja kumppanit (2000) sekä Chang ja kumppanit (1999) tutkivat potilaiden tyytyväisyyttä hoitajavastaanottotoimintaan ensiapupoliklinikalla. Tulosten mukaan potilaat olivat erittäin tyytyväisiä hoitajien tiedollisiin ja ammatillisiin taitoihin (Chang ym. 1999; Barr ym. 2000; Koinberg ym. 2002; Uppal ym. 2004) lisäksi potilaat olivat sitä mieltä, että hoitajat tarjoavat laadukasta palvelua vastaanotolla (Chang ym. 1999; Koinberg ym. 2002; Uppal ym. 2004.)

Hoitajavetoista poliklinikkamallia on tutkittu myös potilashoidon tehokkuuden näkökulmasta (mm. Vrijhoef ym. 2001; Connor ym. 2002; Corner 2003). Vrijhoefin ja kumppanien (2001) mukaan hoitajavetoinen hoitomalli voi korvata diabetespotilaiden perinteisen poliklinikkahoidon tehokkaasti, sillä perinteinen hoidon malli ja hoitajavetoinen malli saavuttivat yhtäläiset tulokset, kun verrattiin potilaiden rasva-arvoja, BMI-arvoja, verenpainetta, elämänlaatua, itsehoitokäytäytymistä, tietoa diabeteksestä, potilastyytyväisyyttä ja terveystarvelujen tarjoajien konsultaatioiden määrää. Sen sijaan hoitajavetoisen mallin potilaiden sokerikontrollien arvot laskivat, kun taas lääkärimallin potilaiden sokerikontrolliarvot nousivat. Connorin ja kumppanien (2002) mu-

kaan poliklinikkahoitaja on ainakin yhtä turvallinen ja tehokas hoidon järjestäjä kuin konsultoiva hematologi, kun verrataan hoitajan ja lääkärin järjestämän antikoagulanttihoidon turvallisuutta ja tehokkuutta polikliinisessä hoidossa. Myös syövänhoidon kontekstissa tehdyt tutkimukset osoittavat, että hoitaja voi ottaa johtavan roolin potilaan hoidon järjestämisessä tieteiden välisessä tiimityössä ilman, että siitä olisi potilaan hyvinvoinnille vahinkoa (Corner 2003).

Vankan kokemuksen omaavat hoitajat voivat hyvin hoitaa monia terveysongelmia. Monet asiat poliklinikkatyössä ovat kuitenkin sellaisia, että jo lainsäädäntö estää muiden ammattiryhmien käyttämisen perinteisissä lääkärin tehtävissä. Esimerkiksi lääkkeidenmääräämisoikeus on rajattu lääkäreihin ja hammaslääkäreihin. (Anttila & Kujala 2004.) Lainsäädännöllisiä esteitä työnjaon uudistamiselle on vähemmän muissa Pohjoismaissa, sillä Suomea lukuun ottamatta lääkäreiden erityiset oikeudet ovat monilta osin hävinneet muiden Pohjoismaiden lainsäädännöstä. Tosin lääkkeiden määräämisoikeus on edelleen lääkäreiden erityisoikeus Suomen lisäksi myös Tanskassa ja Norjassa. (Lindström 2003.)

Kirjallisuudessa on jonkin verran kiinnitetty huomiota siihen, miten vastuut tehtävien siirroista on määritelty ja miten koulutus uusiin tehtäviin on järjestetty (Myllykangas ym. 2000; Mattila & Isola 2002; Markkanen 2002; Kärkkäinen ym. 2003b; Ryytänen ym. 2004). Markkasen (2002) selvityksen mukaan sekä koulutus uusiin tehtäviin että terveydenhuollon henkilöstön ja esimiesten vastuiden määrittely on puutteellista. Vastuun siirtymisen myötä esille on otettu myös hoitohenkilöstön ja lääkäreiden väliset palkan erot. Myllykankaan ja kumppanien (2000a) mukaan vastuun lisääminen johtaa ajan kuluessa hoitajien palkankorotusvaatimuksiin.

Kansainvälisissä julkaisuissa on raportoitu tutkimuksia, joissa on vertailtu polikliinisen hoidon toimintamalleja toisiinsa tai potilaiden tyytyväisyyttä saamaansa palveluun terveydenhuollon eri toimintamalleissa. Suomessa vastaavaa tutkimusta ei ole tehty, eikä täällä käytössä olevia toimintamalleja ole kuvattu. Tämän tutkimuksen tarkoituksena on kuvata käytössä olevia toimintamalleja kehittämistyön perustaksi.



### **3 TUTKIMUKSEN TARKOITUS JA TUTKIMUSTEHTÄVÄT**

Tämän tutkimuksen tarkoituksena on kuvata tämänhetkisiä polikliinisen hoidon toimintamalleja erikoissairaanhoidon aikuispotilaiden somaattisilla ajanvarauspoliklinikoilla. Lisäksi tarkoituksena on kuvata poliklinikoilla tehtyjä tai suunniteltuja eri ammattiryhmien välisiä tehtävien siirtoja.

Tutkimuskysymykset ovat:

1. Millaisia toimintamalleja erikoissairaanhoidon aikuispotilaiden somaattisilla ajanvarauspoliklinikoilla on?
2. Millaisia ammattiryhmien välisiä tehtävien siirtoja erikoissairaanhoidon aikuispotilaiden somaattisilla ajanvarauspoliklinikoilla on tehty tai olisi tarvetta tehdä?

## 4 AINEISTO JA MENETELMÄT

### 4.1 Mittarin ja haastattelurungon laatiminen

Kyselylomake on tavallisin väline kerätä aineistoa tutkimukseen (mm. Murphy-Black 2000). Tätä tutkimusta varten laadittiin kyselylomake, mittari. Kyselylomaketta lähdettiin rakentamaan tutkimuksen tavoitteiden ja tutkimusongelmien pohjalta (Valli 2001). Mittarin ensimmäisen version rakentamisessa käytettiin apuna Mattilan (2003) tekemää poliklinikkakyselyä sekä etukäteisoletusta käytössä olevista toimintamalleista. Mittari esiteltiin useamman kerran polikliinisen hoidon kehittämishankkeen projektiryhmässä ja lisäksi kertaalleen hankkeen ohjausryhmässä. Asiantuntijaryhmän käyttöä pidetään suositeltavana uutta mittaria kehiteltäessä (Waltz ym. 1991). Moniammatilliset ryhmät arvioivat mittaria ja esittivät siihen muutosehdotuksia. Muutoksia tehtiin sekä kysymysten sanamuotoihin että sisältöihin.

Muutoksien jälkeen mittari pilotoitiin. Pilottitutkimuksella pyrittiin varmistamaan, että kyselylomake on selkeä ja kysymysten muoto on ymmärrettävä (Valli 2001; Hirsjärvi ym. 2002). Lomake lähetettiin kolmelle polikliinisen hoidon asiantuntijalle arvioitavaksi. Asiantuntijoina käytettiin poliklinikoiden osastonhoitajia. Heitä pyydettiin arvioimaan mittarin kattavuutta, ymmärrettävyyttä ja sen täyttämisen raskautta. Lisäksi heiltä pyydettiin kommentteja ja ehdotuksia mahdollisista puutteista, lisäyksistä ja muutoksista. Asiantuntijat antoivat arvokkaita kommentteja mittarista. Tarkalla lomakkeen laadinnalla ja kysymysten suunnittelulla pyrittiin varmistamaan tutkimuksen onnistumista (Hirsjärvi ym. 2002).

Asiantuntijoiden antamien ehdotusten perusteella mittaria muutettiin. Muutosten jälkeen mittari käytettiin vielä projektiryhmässä arvioitavana ja lisäksi siihen pyydettiin kommentteja ohjausryhmältä. Mittaria pidettiin kaikkien muutostenkin jälkeen raskaana täytettävänä. Se muodostui henkilökunnan rakenteen kuvaamisesta ja 15 avoimesta kysymyksestä. Metodikirjallisuuden mukaan avoimet kysymykset antavat vastaajille mahdollisuuden sanoa, mitä he todella asiasta ovat mieltä, kun taas monivalintakysymykset kahlitsevat vastaajan valmiisiin vaihtoehtoihin (Murphy-Black 2000; Hirsjärvi ym. 2002). Avoimien kysymysten korvaaminen vaihtoehtokysymyksillä olisi keventänyt mittarin täyttämistä ja helpottanut sen analyysia (Murphy-Black

2000; Hirsjärvi ym. 2002). Kysymykset päätettiin jättää avoimiksi, vaikka tiedossa oli, että avoimiin kysymyksiin jätetään helposti vastaamatta tai niihin vastataan ylimalkaisesti tai epätarkasti (Valli 2001). Kysymyksiin lisättiin kuitenkin ehdotuksia avoimen vastauksen sisällöstä. Esimerkiksi kysymykseen, missä pyydettiin kuvaamaan hoitajien ja muiden "ei lääkäreiden" vastaanottoa, lisättiin ehdotukseksi vastauksen sisällöstä sulkuihin sanat potilasryhmät, ammattiryhmät, säännöllisyys, vaikutukset potilaan kokonaisuhoitoon, jne. Lisäykset tehtiin, jotta vastaaja tietäisi, millaista informaatiota tutkija odottaa saavansa vastauksista (Waltz ym. 1991). Mittari päätettiin toimittaa vastaajille sähköisenä ja siihen suositeltiin myös vastaamaan sähköisesti. Lisäksi annettiin ohjeet mittarin tulostamisesta ja palauttamisesta paperiversiona.

Haastattelu oli ns. puolistrukturoitu teemahaastattelu. Teemahaastattelu on lomakehaastattelun ja avoimen haastattelun välimuoto, jolle on tyypillistä, että tarkat kysymysten muodot puuttuvat, mutta teema-alueet ovat tiedossa (Pontin 2000; Eskola & Vastamäki 2001; Hirsjärvi & Hurme 2001; Hirsjärvi ym. 2002). Puolistrukturoidulle haastattelulle ominaista on, että jotkut haastattelun näkökohdista on etukäteen lyöty lukkoon, mutta ei kaikkia (Hirsjärvi & Hurme 2001). Haastattelun runkona käytettiin kyselylomaketta. Haastattelulla oli tarkoitus tarkentaa ja syventää lomakkeella kerättyä tietoa samoista aihealueista. Lisäksi haluttiin saada tietoa tietyistä asioista, joiden arveltiin olevan relevantteja tutkimuskysymysten kannalta, mutta joista ei kyselylomakkeessa ollut kysymystä.

#### 4.2 Aineiston kerääminen

Tutkimusaineisto kerättiin erään yliopistollisen sairaalan ajanvarauspoliklinikoilta (liite 1). Tutkimuksen ulkopuolelle rajattiin psykiatrian ja lastentautien poliklinikat sekä pääasiassa päivystysluonteista hoitoa tarjoavat poliklinikat (ensiapu- ja tarkkailuosasto sekä synnytysvastaanotto). Lisäksi tutkimuksen ulkopuolella olivat unihäiriöiden tutkimus- ja hoitoyksikkö, dialyysiosasto ja fysiatrian poliklinikka. Koska tutkimukseen liittyvässä poliklinikkahankkeessa käytettiin palvelumittarin tuloksia aiemmilta vuosilta, vain sellaiset poliklinikat otettiin mukaan, joilta oli käytävissä palvelumittarin tulokset vähintään kolmelta vuodelta viimeisen viiden vuoden aikana. Mukana oli yhteensä 19 poliklinikkaa. Aineiston keräämisen menetelminä käytettiin sekä kyselylomaketta että puolistrukturoitua haastattelua.

Hankkeeseen kuuluvien poliklinikoiden osastonhoitajille lähetettiin 30.3.2005 kyselylomake (liite 2) sähköpostin liitteenä. Kyselylomakkeen täyttämistä ohjeistettiin siten, että se tuli täyttää yhteistyössä usean eri ammattiryhmän kanssa, jotta eri ammattiryhmien ääni saataisiin esille. Vastausaikaa annettiin 12.4. saakka, johon mennessä palautui vain neljä lomaketta. Osastonhoitajille lähetettiin 14.4. muistutus lomakkeen palauttamisesta ja 15.4 mennessä lomakkeita oli palautunut yhdeksän. Osastonhoitajia muistutettiin lomakkeista uudelleen 19.4. Tutkija kävi henkilökohtaisesti poliklinikoilla sopimassa kyselyyn liittyvän haastatteluajan. Tässä yhteydessä osastonhoitajilta tiedusteltiin palautumattomia lomakkeita. Kaikki lomakkeet olivat palautuneet 9.5. mennessä. Paperiversiona palautuneet lomakkeet tutkija kirjoitti sähköiseen muotoon.

Haastattelut tehtiin 11.5.–1.6.2005 välisenä aikana. Ennen haastattelua kyselylomakkeiden vastaukset luettiin ja niihin merkittiin kohdat, joihin kaivattiin tarkennusta ja lisäselvitystä. Haastateltavana oli joko poliklinikan osastonhoitaja, apulaisosastonhoitaja tai toiminnasta vastaava hoitaja yhdessä osastonhoitajan kanssa.

Haastattelupaikalla ajatellaan olevan merkitystä haastattelun onnistumiselle (Eskola & Vastamäki 2001; Hirsjärvi & Hurme 2001). Haastattelua ei kannata tehdä liian virallisessa paikassa, koska haastateltavien kotikentällä tehtävillä haastatteluilla on suurempi mahdollisuus onnistua (Eskola & Vastamäki 2001). Tutkija haastatteli osastonhoitajia heidän omissa työhuoneissaan. Haastattelut suoritettiin kahdenkeskinä ja ne nauhoitettiin MP3-tallentimelle. Vaikka MP3-tallentimelle voidaan tallentaa vain haastattelun verbaalinen puoli, se on paljon tarkempi kuin haastattelijan tekemät muistiinpanot (Alasuutari 2001). Kahden osastonhoitajan haastattelu jäi tekemättä. Lisäksi yhden osastonhoitajan haastattelu epäonnistui teknisistä syistä ja sen sisällön tutkija kirjoitti muistiinpanojensa perusteella. Tutkija toimitti kirjoitetun tekstin haastateltavalle tarkistettavaksi. Osastonhoitaja luki ja teki tekstiin vähäisiä lisäyksiä. Yhden osastonhoitajan haastattelun nauhoitus katkesi kesken ja sitä täydennettiin myöhemmin uudella nauhoituksella. Äänen laadun vuoksi tutkija joutui tarkentamaan joitakin haastattelujen yksityiskohtia puhelimitse.

### 4.3 Aineiston analyysi

Laadullisen aineiston käsittely on sekä analyysia että synteisiä. Analyysia ajatellaan silloin suppeassa merkityksessä. Laajemmassa merkityksessään analyysilla tarkoitetaan koko aineistonkäsittelyprosessia. (Hirsjärvi & Hurme 2001.) Sisällön analyysi on paljon käytetty analyysimenetelmä (Kyngäs & Vanhanen 1999). Sisällön analyysilla tarkoitetaan aineiston tiivistämistä niin, että tutkittavaa asiaa voidaan kuvailla lyhyesti ja yleistävästi (Latvala & Vanhanen-Nuutinen 2001). Sisällön analyysia voidaan tehdä joko aineistolähtöisesti eli induktiivisesti tai teorialähtöisesti eli deduktiivisesti (Kyngäs & Vanhanen 1999; Eskola 2001; Latvala & Vanhanen-Nuutinen 2001). "Teorialähtöisessä sisällönanalyysissa aineiston luokittelu perustuu teoriaan, teoreettiseen viitekehykseen tai käsitejärjestelmään. Tällöin analyysia ohjaa malli, teemat tai käsitekartta. Lähtökohtana voi olla myös tutkijan ennakkokäsitys tutkittavasta ilmiöstä." (Latvala & Vanhanen-Nuutinen 2001, 30). Tässä tutkimuksessa käytettiin sekä deduktiivista että induktiivista analyysitapaa. Lisäksi aineistoa kvantifioitiin eli eri teemoista laskettiin, kuinka monessa vastauksessa jokin tietty asia esiintyi. Laskemisella haluttiin selvittää eri asioiden yleisyyttä vastauksissa.

Ensimmäinen vaihe haastatteluiden tekemisen jälkeen oli nauhoitusten kuuntelu ja puhtaaksi kirjoittaminen eli litterointi. Litteroinnin tarkkuudesta ei ole mitään yksiselitteistä ohjetta, vaan se riippuu tutkimustehtävästä ja valitusta metodista (Eskola & Vastamäki 2001; Hirsjärvi & Hurme 2001). Tutkija teki tässä vaiheessa alustavaa analyysia ja kirjoitti tekstiksi vain haastattelusta poimimia lausumia. Haastattelun aiheen ulkopuolisia rönsyilyjä tai täytesanoja ei kirjoitettu. Nauhoitusten purkaminen kirjoitetuksi tekstiksi oli lukemis- ja analyysivaiheen alku (Hirsjärvi & Hurme 2001).

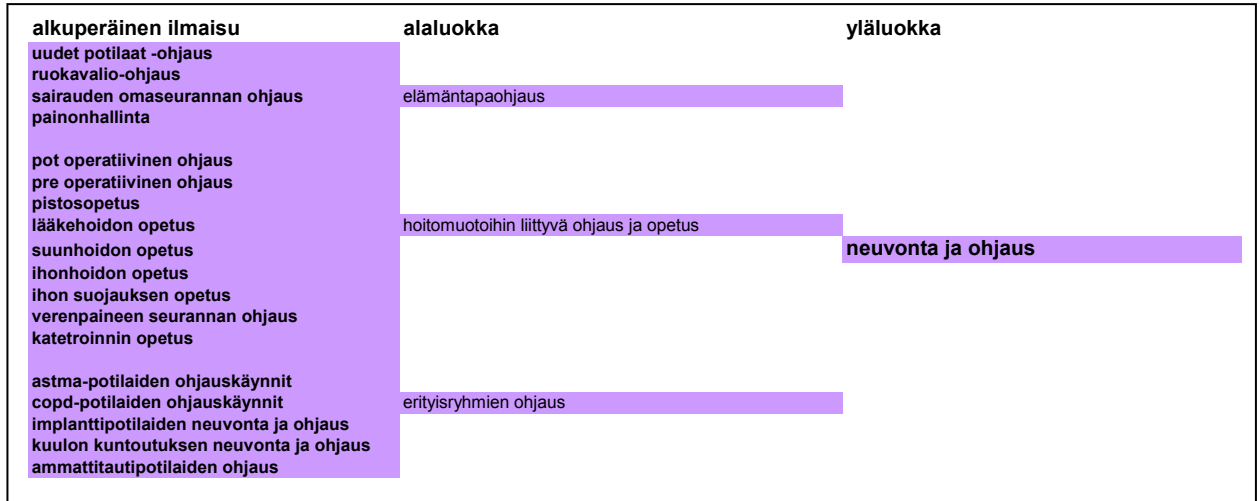
Koska haastatteluaineistoa ei purettu tekstiksi sanatarkasti, oli hyvä, että aineiston jatkokäsittelijä ja haastattelun tekijä olivat sama henkilö (Hirsjärvi & Hurme 2001). Kun nauhoitukset oli purettu tekstiksi, kyselylomake- ja haastatteluaineisto yhdistettiin yhdeksi aineistoksi. Yhdistäminen

tapahtui sekä poliklinikoittain että alustavan analyysirungon mukaisesti kysymyksittäin. Näin aineistoa voitiin lukea sekä teemoittain että vastaajittain.

Teorialähtöinen sisällön analyysi alkaa analyysirungon muodostamisella (Latvala & Vanhanen-Nuutinen 2001). Analyysirungon pohjaksi valittiin kyselylomake. Tutkija kirjoitti paperiversiona palautetut lomakkeet sähköiseen muotoon, jotta aineiston käsittely helpottui. Jokaisen poliklinikan vastaukset luettiin. Leikkaa-liimaa –systemillä vastaukset koottiin kysymyksittäin alustavaan analyysirunkoon. Näin saatiin kokonaiskuva teemoittain. Toisaalta vastauksia luettiin myös vastaajittain. Siten saatiin kokonaiskuva yhden poliklinikan toiminnasta. Analyysiyksiköksi valittiin lausuma, joka saattoi olla lause tai useamman lauseen kokonaisuus. Aineistosta analysoitiin sen ilmisältyjä.

Lopullinen analyysirunko muodostettiin erikseen jokaiseen teemaan käyttäen induktiivista tutkimusotetta. Aineistoa luettiin useita kertoja ja luettaessa kirjattiin ylös asioita, joita kuvattiin kussakin vastauksessa. Aineistosta etsittiin yhtäläisyyksiä ja eroavaisuuksia (Latvala & Vanhanen-Nuutinen 2001), joiden perusteella varsinainen analyysirunko muodostettiin. Liitteessä 3 on esitetty esimerkki hoitajavastaanottomallin alustavasta analyysirungosta ja sen sisällöstä kolmen poliklinikan kohdalla. Kun analyysirunko oli muodostettu, aineistoa luettiin uudelleen etsien kunkin poliklinikan vastauksista asioita, jotka sopivat analyysirunkoon. Aineistoa luokiteltiin analyysirungon mukaisiin luokkiin siis sekä poliklinikoittain että teemoittain.

Kuviossa 1 on esitetty esimerkki hoitajavastaanottojen ohjaus- ja neuvontakäyntien sisällön muodostumisesta. Analyysi eteni induktiivisesti eli aineistosta etsittiin alkuperäisilmauksia, jotka kuvasivat toimintaa. Ilmaukset ryhmiteltiin alaluokkiin, jotka yhdistettiin pääluokiksi. Samalla tavalla muodostuivat muut hoitajavastaanottojen tyypit. Liitteessä 4 on kuvattuna hoitajavastaanottojen sisällönluokittelu kokonaisuudessaan.



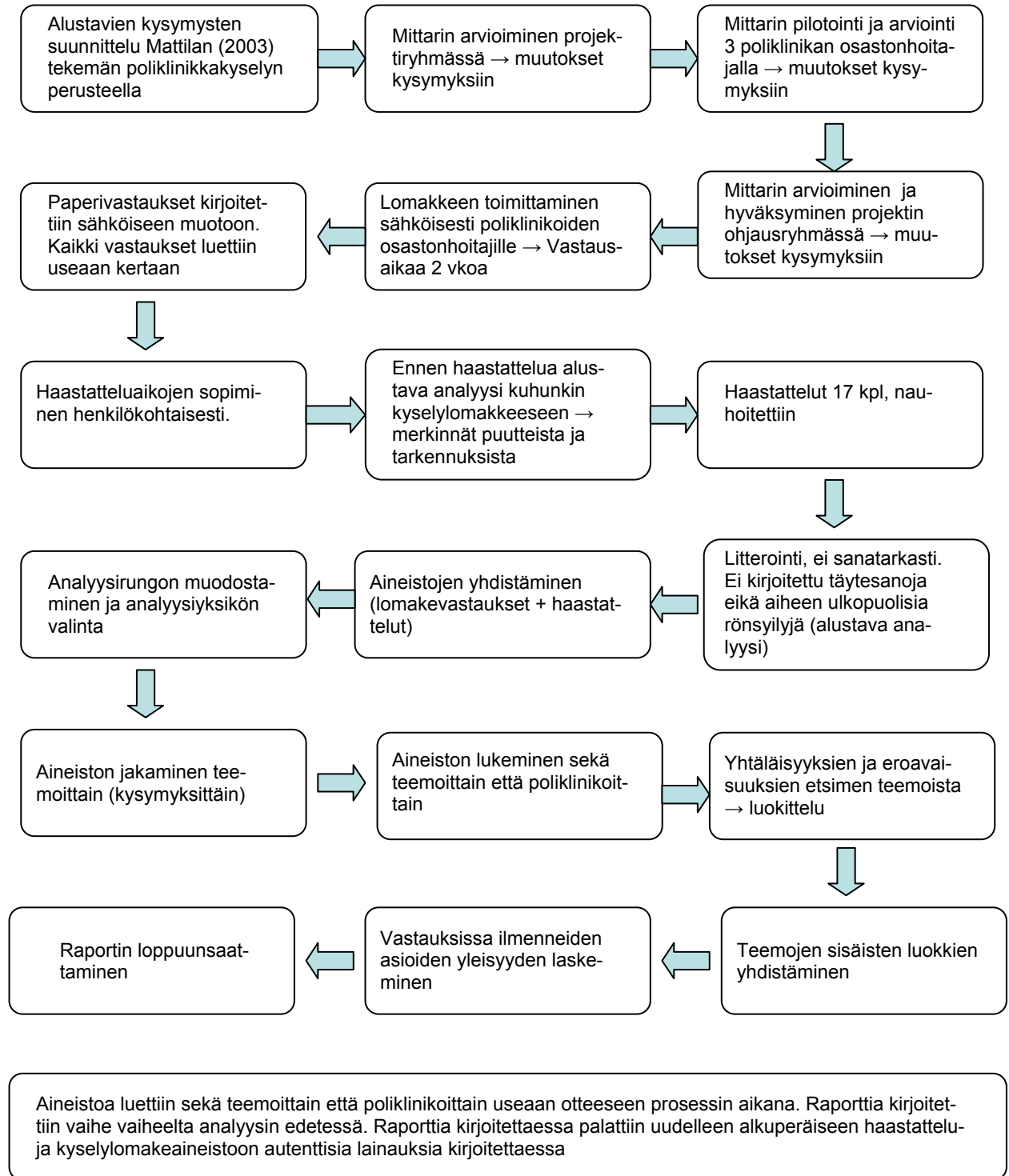
KUVIO 1. Hoitajavastaanottomallin neuvonta- ja ohjausvastaanottojen sisällön kuvaaminen ja analyysin eteneminen

Sisällönanalyysia voidaan jatkaa kvantifioimalla luokkien sisältämiä asioita (Latvala & Vanhanen-Nuutinen 2001). Kun aineisto oli luokiteltu analyysirungon mukaisesti, kutakin luokkaa tutkittiin erikseen etsien luokan sisältä yhtäläisyyksiä ja eroavaisuuksia. Tässä vaiheessa aineistosta laskettiin tiettyjen asioiden yleisyyttä. Kvantifointi tehtiin siten, että laskettiin, kuinka monta vastaajaa oli ilmaissut kyseisen asian (vrt. Kyngäs & Vanhanen 1999; Latvala & Vanhanen-Nuutinen 2001). Laskemalla asioiden yleisyyttä saatiin kuva siitä, miten usein tietyt asiat esiintyvät kussakin toimintamallissa. Tässä huomioitiin se, että vaikka asiaa ei kuvattu vastauksessa, se ei tarkoita sitä, ettei sitä mallissa voisi olla. Tulososassa on jokaisen toimintamallin yhteydessä taulukko, johon on kerätty vastauksissa esiintyneiden asioiden yleisyys.

Tutkimustulokset raportoitiin teemoittain ja teemojen sisältämien luokkien mukaisesti. Kustakin teemasta kuvattiin sen sisältämät luokat ja asioiden yleisyys.

Kuviossa 2 on esitetty koko tutkimusprosessin eteneminen mittarin laadinnasta aina raportin kirjoittamiseen asti. Tutkimusprosessi käynnistyi aiheen valinnalla ja sen rajaamisella, mutta sitä ei kuviossa ole dokumentoitu.

KUVIO 2. Tutkimusprosessin eteneminen





## 5 TULOKSET

### 5.1 Hoitajavastaanottomalli

Hoitajavastaanotolla tarkoitetaan tässä tutkimuksessa niitä vastaanottoja, joilla potilas tapaa vain hoitohenkilökuntaan kuuluvia henkilöitä, mutta ei lääkäreitä. Omia vastaanottoja on lääkintävahvistimestareilla, kuulontutkijoilla, fysioterapeuteilla, jalkojenhoitajilla, uroterapeuteilla, seksuaali-neuvojilla, kätilöillä, erikoishammashoitajilla, sairaanhoitajilla sekä erilaisilla erityisaloihin perehtyneillä hoitajilla kuten avannehoitajilla, ge-hoitajilla, peg-hoitajilla, tatuointihoitajilla, kar-sastushoitajilla ja diabeteshoitajilla.

Lähes kaikilla poliklinikoilla on jonkinlaista hoitajavastaanottotoimintaa. Osa vastaanotoista on toimenpide-, hoito- tai tutkimuspainotteisia vastaanottoja ja osa neuvonta- ja ohjauspainotteisia vastaanottoja, joilla hoitaja ottaa kantaa laajempiin kokonaisuuksiin potilaan polikliinisessä hoidossa. Hoitajien vastaanotoilla painottuu myös potilaan henkisestä hyvinvoinnista huolehtiminen. Vastaanotoilla keskustellaan sekä potilaiden että heidän omaistensa kanssa, tuetaan potilasta ja motivoidaan häntä. Tämän tyyppinen toiminta korostuu pitkäaikaiseen sairauteen sairastuneiden uusien potilaiden hoitajavastaanotoilla.

Poliklinikoiden hoitajavastaanotoilla annetaan neuvontaa ja ohjausta. Näillä käynneillä pohditaan käytännön asioita, joita potilaat kohtaavat säännöllisesti. Hoitajat antavat elämäntapaohjausta, joka liittyy esimerkiksi ruokavalioon tai painonhallintaan. Lisäksi hoitajien ohjaus- ja neuvontakäynnit sisältävät pistosopetusta, lääkehoidon, suunhoidon, ihonhoidon ja ihonsuojauksen opetusta, erilaisten apuvälineiden käyttökoulutusta tai sairauden omaseurantaan tai erilaisiin hoitomuotoihin liittyvää ohjausta kuten esimerkiksi verenpaineen seurannan ohjausta tai katetroinnin opetusta.

Hoitajien vastaanottokäynneillä tehdään erilaisia tutkimuksia tai mittauksia, jotka kohdistuvat joko potilaaseen tai potilaan apuvälineisiin. Hoitajat tekevät vastaanotoillaan erilaisiin korviin, kuuloon ja tasapainoon liittyviä tutkimuksia, silmiin ja näkökykyyn liittyviä tutkimuksia sekä erilaisia allergiatutkimuksia tai ruoansulatuksen ja -imeytymiseen liittyviä toimintakokeita. Lisäksi he mittaavat potilaiden verenpainetta, varvaspaineita, painoa sekä testaavat, mittaavat ja säätävät apuvälineitä.

Hoitajien vastaanottokäynteihin liittyy myös erilaisten hoitojen antaminen tai toimenpiteiden tekeminen. Hoitohenkilökunnan omilla vastaanotoilla tehdään ihon paikallishoitoja, haavan hoitoja, annetaan siedätyshoitoa, tehdään tatuointeja, vaihdetaan kipsejä, poistetaan ompeleita, annetaan lääkepistoksia ja -infuusioita sekä rokotuksia, tehdään verensiirtoja, huuhdellaan laskimoporttia tai otetaan näytteitä siitä, otetaan kuulokojeisiin liittyviä malleja, sovitetaan kuulokojeita tai aktivoidaan niitä. Lisäksi hoitajavastaanotoilla suoritetaan lääkkeellisiä raskauden keskeytyksiä. Useimpiin hoito- ja toimenpidekäynteihin liittyy myös neuvonta ja ohjaus.

Hoitajavastaanotoilla käy pääasiassa pitkäaikaissairaita potilaita. Tavallisia potilasryhmiä hoitajavastaanotoilla ovat diabetespotilaat, syöpäpotilaat, allergiapotilaat, astma- ja copd-potilaat, kuulonkuntoutuspotilaat, nivelreuma- ja psoriartriittipotilaat, munuaistautipotilaat, avanneleikatut potilaat, inkontinenssipotilaat, puhe-, nielemis- tai äänihäiriöpotilaat, dysfasiapotilaat, tahdistinpotilaat, ammattitautipotilaat sekä uudet pitkäaikaiseen sairauteen sairastuneet potilaat. Toisaalta osa hoitajavastaanotoilla käyvistä potilaista käy vastaanotolla kertaluonteisesti kuten esimerkiksi raskauden keskeytys- tai keskenmenopotilaat, ompeleen poistopotilaat tai kipsipotilaat.

Poliklinikoiden vastauksissa kuvattiin hoitajavastaanottojen säännöllisyyttä. Hoitajavastaanotot voivat olla joko säännöllisiä tai tarvittaessa järjestettäviä vastaanottoja. Yhdellä poliklinikalla kuvattiin hoitajavastaanottoiminnan olevan "*pieni vähemmistö*" koko toimintaa ajatellen. Säännöllisesti järjestettäviä hoitajavastaanottoja on joko päivittäin tai 1 - 4 päivänä viikossa. Lisäksi poliklinikoilla on erityisalueita, joilla järjestetään hoitajavastaanottoja harvemmin, mutta kuitenkin säännöllisesti, esimerkiksi varvaspainemittauksissa käy yksi potilas noin kerran kuukaudessa.

Hoitajan vastaanottokäynti voi olla maksullinen poliklinikka- tai sarjakäynti tai vaihtoehtoisesti potilaalle maksuton käynti, josta kotikuntaa voidaan laskuttaa. Säännöllisesti toistuvat hoitokäynnit ovat potilaalle maksullisia sarjakäyntejä, mutta erilliset neuvonta- ja ohjauskäynnit ovat potilaalle maksullisia poliklinikkakäyntejä. Osa poliklinikoiden hoitajakäynneistä on potilaalle maksuttomia. Potilaalle maksuttomista hoitajakäynneistä voi lähteä kotikuntaan lasku, mutta ne voivat olla myös kokonaan maksuttomia.

Hoitajakäynnit ovat osa potilaan kokonaishoitoa. Neuvonta- ja ohjauskäynneillä on suuri merkitys potilaalle, koska niiden aikana käsitellään sellaisia asioita ja ongelmia, joita potilas kohtaa päivittäisissä toimissaan. Käynneillä pyritään parantamaan potilaan itsehoitokykyä ja itsehoitotaitoja. Esimerkiksi avannehoitajan vastaanotolla potilas saa sellaista jokapäiväiseen elämään liittyvää erityistietoa, jota kukaan muu henkilö ei pysty hänelle antamaan. Myös lääkärit konsultoivat avannehoitajaa monissa asioissa. Hoitajavastaanotto toiminta on potilaalle merkittävää myös siksi, että toiminta on auttanut pitämään jonot poissa tiettyjen potilasryhmien osalta ja näin potilaan hoidon saatavuus on parantunut.

Hoitajavastaanotto toimintaa on tarvetta laajentaa, mutta sen esteenä on tilojen puute. Lisäksi puula laitteista ja hoitajista vaikeuttaa toiminnan järjestämistä. Eräällä poliklinikalla ei säännöllisiä hoitajavastaanottoja ole, sillä niiden järjestämistä ei nähdä tarpeellisiksi, koska potilaat saavat aina tarvittaessa puhelimitse hoitajaansa yhteyden.

Taulukossa 1 on yhteenveto vastauksissa esiintyneiden ominaisuuksien yleisyydestä. Yli puolet vastaajista kuvasi hoitajavastaanottojensa sisältävän ohjausta ja neuvontaa ja 68 % vastaajista kuvasi vastaanotoilla annettavia hoitoja ja tehtäviä toimenpiteitä. Melkein puolet (47 %) vastaajista kuvasi vastaanotoilla tehtäviä tutkimuksia ja mittauksia. 63 % vastaajista kuvasi poliklinikan hoitajavastaanottojen säännöllisyyttä ja 42 % niihin liittyviä maksukäytäntöjä.

TAULUKKO 1. Hoitajavastaanottotoiminnan ominaisuuksien yleisyys

Ominaisuus	f	%
vastaanotto sisältää neuvontaa ja ohjausta	10	53
vastaanotto sisältää tutkimuksia ja mittauksia	9	47
vastaanotolla annetaan hoitoja tai tehdään toimenpiteitä	13	68
vastauksissa kuvattiin toiminnan säännöllisyyttä	12	63
ei säännöllistä toimintaa, mutta järjestetään tarvittaessa päivittäistä toimintaa	2	11
toiminta säännöllisesti viikkottain tapahtuvaa	2	11
vastauksissa kuvattiin maksukäytäntöjä	8	42
maksullisia sarjakäyntejä	8	42
maksullisia poliklinikkakäyntejä	2	11
osa maksuttomia käyntejä	6	32
tilojen puute esteenä toiminnan laajentamiselle	3	16
pula laitteista esteenä toiminnan laajentamiselle	3	16
pula hoitajista esteenä toiminnan laajentamiselle	1	5
	2	11

## 5.2 Lääkäri-hoitaja -työparimalli

Poliklinikoiden lääkäri-hoitaja –työpari toimii niin, että työpari työskentelee joko samassa huoneessa tai erillisissä vastaanottotiloissa. Erillisissä vastaanottotiloissa toimitaan niin, että potilas käy ensin lääkärin vastaanotolla ja sen jälkeen hoitajan vastaanotolla tai niin, että potilas käy hoitajan vastaanotolla sekä ennen että jälkeen lääkärin vastaanoton.

Useilla poliklinikoilla lääkäri ja hoitaja työskentelevät samassa vastaanottohuoneessa. Osalla näistä poliklinikoista tavallisena toimintatapana on kuitenkin työskentely erillisissä vastaanottohuoneissa, mutta tiettyjen tutkimusten ja toimenpiteiden yhteydessä vastaanotolla on sekä lääkäri että sairaanhoitaja yhdessä. Työparityöskentely on voitu järjestää myös niin, että hoitajan työskentelytila on eristetty lääkärin vastaanottohuoneesta sermillä.

Jos lääkärillä on poliklinikalla oma erillinen vastaanottohuoneensa, voi hoitajilla olla joko oma vastaanottohuone tai yhteinen tila kahden tai useamman hoitajan kanssa. Tavallista on, että osa lääkäreistä ottaa vastaan potilaita hoitajan kanssa yhteisessä vastaanottohuoneessa ja osa lääkä-

reistä erillisissä tiloissa. Osittain kirjava käytäntö johtuu toiminnan luonteesta, kuten toimenpiteistä tai tutkimuksista, joihin tarvitaan avustajaa ja osittain tilojen riittämättömyydestä.

Lääkäriin ja hoitajan yhteisestä työtilasta on sekä haittoja että hyötyjä. Monella poliklinikalla on kokemuksia molemmista työskentelytavoista, vaikka mallit eivät olisikaan enää käytössä. Tämän vuoksi kuvauksia yhteisten tilojen hyödyistä ja haitoista tuli myös poliklinikoilta, joilla yhteisiä vastaanottotiloja ei ole.

Lääkäriin ja hoitajan tai kahden tai useamman hoitajan yhteisen vastaanottotilan haittoja ovat levottomuus, rauhattomuus, ahtaus sekä intimitteettisuojan ja työrauhan puute. Hoitajan työpanoksen käyttö ei ole tehokasta, sillä hoitaja ei pysty tekemään potilastyöhön liittyviä tehtäviä vastaanoton aikana. Edellisen tai seuraavan vastaanottopotilaan asioiden hoitaminen on intimitteettisuojan vuoksi hankalaa, koska lääkäriillä on toinen potilas huoneessa. Yhdessä vastauksessa kuvattiin näin: *"Osa hoitajan työajasta hukkaantuu, kun hänen pitää odottaa siinä, kun vastaanotto etenee. Hoitajalla voi olla edellisen potilaan asioita koskevia puheluita tai varauksia tekemättä, mutta niitä ei voi tehdä seuraavan potilaan aikana. Tällaiset asiat pitää sitten hoitaa päivän päätteeksi tai sitten jossain välissä yrittää tehdä ne. Hoitajan työajan käyttö ei ole aina tehokasta näin."* Myös puhelimessa toisen potilaan asioiden hoitaminen, seuraavan päivän paperien valmistaminen ja vanhojen papereiden arkistointi on hankalaa. Toisaalta myös lääkärin pitää odottaa uuden potilaan sisään kutsumista, koska hoitaja opastaa ja neuvoo edellistä potilasta, varaa tälle aikoja ja keskustelee potilaalle tärkeistä asioista. Käytäntö hankaloittaa myös sihteerin työtä, sillä usein lääkäri sanelee nauhalle tekstiä samanaikaisesti, kun hoitaja keskustelee potilaan kanssa, joten saneluun tulee hälyääniä, jotka puolestaan vaikeuttavat nauhan purkua tekstiksi. Edistääkseen vastaanoton kulkua ja helpottaakseen sihteerin työtä, hoitajat ohjaavat, haastattelevat ja neuvovat potilaita odotusaula- ja käytävätiloissa, joissa potilaan yksityisyyden suoja kärsii. Yhteisen tilan eräänä haittana nähdään myös se, että samassa tilassa työskennellessä hoitaja avustaa lääkäriä myös sellaisissa tehtävissä, jotka kuuluisivat lääkärin tehtäväkenttään. Tätä kuvattiin näin: *"Ja samalla tulee ihan turhaa lääkärin passaamista, kun ollaan samassa tilassa. Lääkärit pärjäävät vallan mainiosti yksityisvastaanotoillaan yksinkin, mutta on siinä toki eroa, kun täällä otetaan niin paljon näytteitä."*

Erillisten vastaanottotilojen hyödyt ovat usein yhteisten tilojen haittojen vastakohtia. Tärkeimpiä hyötyjä ovat molempien ammattiryhmien työrauha, potilaan mahdollisuus keskustella molempien kanssa rauhassa ja kahden kesken, potilaan yksityisyyden säilyminen, rauha ohjata ja hoitaa potilasta yksilöllisesti, hoitotyön roolin korostuminen ja hoitajan työn itsenäisyyden lisääntyminen, ajan käytön tehostuminen sekä mahdollisuus erillisiin puhelin- tai hoitajavastaanottoihin. Kun sekä hoitajalla että lääkäriellä on mahdollisuus kohdata potilas kahden kesken, muodostuu henkilökunnan ja potilaan välille luottamuksellinen suhde. Vaikeita asioita on helpompi käsitellä kahden kesken kuin ryhmässä. Erityisen hyvänä koetaan malli, jossa hoitajan ja lääkärin työhuoneet sijaitsevat rinnakkain ja niiden välillä on ovi. Tällöin erillisten työhuoneiden hyvien puolien lisäksi etuna on mahdollisuus tarvittaessa helposti konsultoida lääkäriä tai hoitajaa potilaan asioista. Eräällä poliklinikalla kokeiltiin erillisiä vastaanottohuoneita. Kokeilu ei onnistunut pääasiassa sen vuoksi, ettei hoitajille ollut osoittanut omaa kunnollista työtilaa lainkaan. Kokeilun hyvä puoli oli siinä, että lääkärit muuttuivat kokeilun myötä itsenäisimmiksi.

Yhteisen vastaanottotilan hyvä ominaisuus on tiedonvälityksen mutkattomuus. Kun hoitaja on läsnä vastaanottotilanteessa, hän kuulee koko ajan, miten potilasta informoidaan, mitä hänen kanssaan sovitaan ja mitä häneltä kysytään. Näin välttyään päällekkäisyydeltä, joka on vaarana toimittaessa erillisissä huoneissa. Samalla hoitaja saa sen informaation, mitä tarvitsee varatesaamaan potilaalle tutkimusaikoja ja muita jatkoja. Samassa tilassa toimittaessa määräysten kirjaamisella ei ole niin suurta merkitystä kuin erillisissä tiloissa toimittaessa, jossa lähes kaikki tieto välittyy kirjallisena. Hoitajan on helpompi ohjata potilasta, kun hän on kuullut lääkärin antaman ohjauksen. Sekä hoitajien että lääkärin tulee annettua toisiaan tukevia, mutta ei päällekkäisiä ohjeita potilaalle. Yhteisestä tilasta aiheutuu ajansäästöä potilaalle. Hänen ei tarvitse vaihtaa huonetta kesken vastaanoton ja kun lääkäri tarvitsee avukseen hoitajaa tutkimukseen, näytteenottoon tai toimenpiteeseen, on hoitaja valmiiksi paikalla. Yhteisen tilan etuna on vielä se, että potilas ei voi päästä vahingossa pois vastaanotolta näkemättä hoitajaa, joka koordinoi potilaan hoitoa eteenpäin. Kun kaksi tai useampia hoitajia työskentelevät samassa työtilassa, voi kokemattomampi hoitaja saada kollegalta tukea epäselvissä asioissa. Kokemattoman hoitajan on helpompi työskennellä ryhmässä kuin yksin.

Tiedonkulku ja siihen liittyvät asiat koettiin erillisten tilojen merkittävimmäksi ongelmaksi. Kirjaamisen epätarkkuus ja asioiden hoitamisen päällekkäisyydet liittyvät tiedonkulun ongelmiin. Kun lääkäri ja hoitaja työskentelevät erillisissä huoneissa, käytetään tiedonkulun varmistamiseksi tietojärjestelmästä saatavaa tai itse kehitettyä hoitosuunnitelmalomaketta. Siihen lääkäri kirjaa hoitosuunnitelman ja hoitaja täydentää hoitotyön osuuden. Tietoja täydennetään tarvittaessa puhelimitse tai kysymällä henkilökohtaisesti. Eräillä poliklinikoilla on tapana, että potilas saatetaan seuraavaan paikkaan ja annetaan samalla suullinen raportti kirjallisen hoitosuunnitelmalomakkeen lisäksi. Päällekkäisyyttä ei ole pystytty täysin estämään, vaikka tarkalla kirjaamisella siihen onkin pyritty. Potilailta kysytään samoja asioita uudelleen, vaikka lääkäri tai hoitaja olisi asiat jo selvittänyt edellisessä huoneessa. Yhdessä vastauksessa viitattiin erillisten tilojen hidastavan vastaanottoa, koska vastaanotot ovat toimenpidekeskeisiä ja hoitajan saapuminen paikalle kestää aina enemmän kuin jos hän olisi jo valmiiksi paikalla.

Poliklinikat, joiden lääkärit ja hoitajat tai useampi hoitaja toimivat yhteisissä tiloissa muuttaisivat toimintatapaansa, mikäli heillä olisi käytössään enemmän huonetiloja. Vaikka yhteisestä tilasta on jossain mielessä hyötyä, olisi toiminta paremmin organisoitavissa väljemmissä tiloissa. Poliklinikoilla, joilla lääkäreillä ja hoitohenkilökunnalla on erilliset, mutta erillään sijaitsevat tilat, muutettaisiin niiden järjestystä siten, että ne sijaitisivat rinnakkain ja niiden välissä olisi ovi. Tätä järjestystä pidettiin yleisesti hyvänä poliklinikoilla, joilla se oli käytössä. Tilojen vähäisyyteen liittyy osittain myös se, että hoitajat keskustelevat, ohjaavat ja neuvovat potilaita odotusaulassa, käytävillä ja muissa epäasiallisissa tiloissa, koska heillä ei ole omaa vastaanottotilaa tätä varten.

Lääkäri-hoitaja –työparimalli voi toimia siten, että potilas käy ensin lääkärin vastaanotolla ja vasta sen jälkeen hoitajan luona. Kaikilla poliklinikoilla, jotka kuvasivat potilaan kulkua yhden vastaanottokäynnin aikana, potilas tapasi ensimmäisenä kuitenkin sihteerin tullessaan poliklinikalle. Kun potilas tapaa hoitajan ensimmäisen kerran lääkärin vastaanoton jälkeen, hoitajan tehtävänä on lääkärin ohjeiden toteuttaminen eli esimerkiksi aikojen varaaminen ja niihin liittyvien ohjeiden ja neuvonnan antaminen, hoitojen antaminen ja laboratoriopyyntöjen tekeminen. Eräällä poliklinikalla toimintaa kuvattiin näin: "*Meillä lääkäri-hoitaja –työparitoiminnassa on idea-*

*na, että omahoitaja on koordinaattori, joka huolehtii, että potilas tulee sillä kerralla hoidettua siten, kun oli ajateltu."*

Jos potilas käy hoitajan vastaanotolla jo ennen lääkärin vastaanottoa, hoitaja haastattelee potilaan ja kirjaa esimerkiksi voinnin, lääkityksen ja oireet hoitosuunnitelmalomakkeelle. Mikäli potilas on ensimmäisellä vastaanottokäynnillä, tähän haastatteluun varataan enemmän aikaa. Ennen lääkärin vastaanottoa olevalla hoitajakäynnillä voidaan tehdä myös jotain ennakkotutkimuksia kuten esimerkiksi verenpaineen mittausta tai punnitus. Lääkärin vastaanotolla lääkäri tutkii potilaan, suunnittelee tarvittavat tutkimukset, hoidot ja lääkityksen ja selvittää sairautteen liittyvän lääketieteellisen puolen. Hoitajan rooli lääkärin vastaanoton jälkeen on jälleen koordinoiva ja neuvova. Erään poliklinikan lääkäri-hoitaja –työpari malli toimii pääpiirteittäin siten, että yksi lääkäri ja hoitaja hoitavat yhdessä yhden vastaanottopäivän potilaat.

Taulukossa 2 on yhteenveto lääkäri-hoitaja –työparimallin ominaisuuksien ja vastausten sisältöjen yleisyydestä. Yli puolella poliklinikoista on käytössään lääkärin ja hoitajan yhteinen vastaanottotila. Toisaalta  $\frac{3}{4}$  poliklinikoista on käytössä erilliset vastaanottotilat. Yli kolmasosalla poliklinikoista onkin käytössään molemmat tavat tehdä vastaanottotyötä.

TAULUKKO 2. Lääkäri-hoitaja –työparimalliin liittyvien vastausten ominaisuuksien yleisyys

Ominaisuus	f	%
Yhteinen vastaanottohuone	11	58
Tavallinen tapa työskennellä erilliset tilat, mutta tietyt toimenpiteet ja tutkimukset vaativat yhteisen tilan.	2	11
Hoitajan työtila eristetty lääkärin vastaanottohuoneesta sermillä	1	5
Lääkärillä oma erillinen vastaanottohuone	14	74
Hoitajalla oma vastaanottohuone	10	53
Hoitajilla erillinen huone lääkärin kanssa, mutta yhteinen kahden tai useamman hoitajan kanssa	4	21
Osa lääkäreistä ottaa vastaan potilaita hoitajan kanssa samassa huoneessa ja osalla on oma vastaanottohuone	7	37
Kuvaus yhteisen tilan haitoista	14	74
Kuvaus yhteisen tilan hyödyistä	12	63
Kuvaus erillisten vastaanottotilojen haitoista	5	26
Erillisten tilojen merkittävin ongelma: tiedonkulku	4	21
Hoitajat keskustelevat, ohjaavat ja neuvovat potilaita odotusaulassa, käytävillä ym.	9	47
Kuvaus potilaan kulusta vastaanottokäynnin aikana	14	74



### 5.3 Lääkäri-sihteeri -työparimalli

Osalla poliklinikoista on käytössään toimintamalli, jossa potilas ei tapaa hoitajaa vastaanottokäyntinsä yhteydessä. Lisäksi joillakin poliklinikoilla on satunnaisesti tilanteita, joissa potilas ei tapaa hoitajaa. Kyseessä voi olla esimerkiksi hoitajan äkillinen sairastuminen tai se, että lääkäri epähuomiossa päästää potilaan pois ennen hoitajan vastaanottoa. Lääkäri-sihteeri -työparina hoidetaan lisäksi osa potilaalle postitettavasta kirjallisesta informaatiosta. Silloin lääkäri sanelee tekstiä ja sihteeri kirjoittaa ja postittaa potilaalle ilman, että hoitaja osallistuu tähän prosessiin. Vaikka potilas ei tapaisikaan hoitajaa vastaanottokäyntinsä aikana, se ei aina tarkoita sitä, ettei hoitaja osallistuisi sen poliklinikkakäynnin osalta potilaan hoitoon. Hoitaja voi näkemättä potilasta huolehtia tutkimusten ja muiden jatkotoimenpiteiden varaamisesta, jonoon laittamisesta, potilastietojen kirjaamisesta, hoitojen päättämisestä ja muista ATK-merkinnöistä. Tämän vuoksi ei voida aina puhua lääkäri-sihteeri –työparimallista, vaikka potilas ei tapaisikaan hoitajaa.

Varsinainen lääkäri-sihteeri –työparimalli toteutuu poliklinikalla silloin, kun tarvetta hoitajan tapaamiselle ei ole. Tällaisia tilanteita ovat osastojaksojen jälkinäytöt tai määräaikaishoito, joiden yhteydessä hoito lopetetaan eikä uusia aikoja tarvitse tilata eikä ohjaustarvetta ole. Lääkäri-sihteeri –työparimallia käytetään myös silloin, kun jatkohoito siirtyy avoterveydenhuoltoon ja tarvetta hoitajan tapaamiselle ei ole tai kun potilaalle suunnitellaan kontrolliaika niin pitkälle tulevaisuuteen, ettei aikoja vielä ole saatavilla.

Osalla poliklinikoista, joilla lääkäri-sihteeri –mallia ei ole, sitä ei ole edes harkittu, koska mallia ei pidetä tavoiteltavana. Yleisesti ollaan sitä mieltä, että hoitajalla on omat tehtävänsä vastaanottokäynneillä ja potilaalla on oikeus tavata hoitoalan koulutuksen saanut henkilö vastaanoton yhteydessä. Hoitotyö on osa potilaan kokonaishoitoa. Hoitajan läsnäolo voi olla välttämätöntä toiminnan luonteen vuoksi, koska lääkäri tarvitsee hoitajaa avustajaksi tehdessään tutkimuksia tai pieniä toimenpiteitä ja ottaessaan näytteitä. Kun lääkäri ja hoitaja työskentelevät samassa huoneessa, osallistuu hoitaja ilman muuta potilaan vastaanottokäyntiin ja se estää lääkäri-sihteeri –työparimallin olemassa olon. Eräs syy siihen, että lääkäri-sihteeri –työparimallia ei ole kehitetty, on pula sihteerityövoimasta.

Hoitajan tapaamisen tarpeesta on käyty keskustelua. On keskusteltu esimerkiksi siitä, voisiko sihteeri tehdä ajanvarauksen, jos potilas tapaa hoitajan vain saadakseen uuden ajan. Toisaalta, vaikka potilaan hoito poliklinikalla loppuisi eikä uusia aikoja enää tarvita, potilaat kaipaavat tukea ja ohjeita sairauden jälkeiseen elämään.

Taulukkoon 3 on koottu vastauksissa ilmenneiden lääkäri-sihteeri –työparimallia koskevien asioiden yleisyys. Varsinainen lääkäri-sihteeri –työparimalli on käytössä vain kahdella poliklinikalla. Yli puolella poliklinikalla sitä ei ole, ei ole koskaan kokeiltu ja/tai ei nähdä edes tavoiteltavaksi toimintamalliksi. Kuitenkin vain viidesosa vastaajista kuvasi toiminnan vaativan hoitajan mukanaoloa.

TAULUKKO 3. Lääkäri-sihteeri –työparimalliin liittyvien asioiden yleisyys

Ominaisuus	f	%
potilas ei suunnitellusti tapaa hoitajaa vastaanottokäynnin aikana	4	21
lääkäri-sihteeri -työpari hoitaa osan kirjoitustyöstä	2	11
varsinainen lääkäri-sihteeri- työparimalli käytössä	2	11
ei ole käytössä lääkäri-sihteeri- työparimallia	11	58
lääkäri tarvitsee hoitajan avukseen toiminnan luonteen vuoksi	4	21
käyty keskustelua hoitajan tapaamisen tarpeellisuudesta	1	5

#### 5.4 Puhelinvastaanottomalli

Useilla poliklinikoilla puhelintoiminta on ainakin osittain organisoimatonta. Poliklinikoilla on joko lääkäreillä, hoitajilla tai molemmilla aikatauluun varattavia puhelinvastaanottoaikoja. Koska nämä puhelinvastaanotot kirjataan ajanvarausjärjestelmään, ne tulostuvat päivän työlistalle ja näiden potilaiden potilaskertomukset tulevat poliklinikalle arkistosta muiden vastaanottopotilaiden papereiden tapaan. Potilaille voidaan ilmoittaa soittoaika tai puhelintunti, jolloin potilaat voivat ottaa yhteyttä henkilökuntaan. Poliklinikan puhelintunti voi olla joko päivittäinen tai harvemmin järjestetty. On kuitenkin poliklinikoita, joiden potilaille ei ole annettu mitään suositeltavaa soittoaikaa, vaan heitä on ohjattu ottamaan yhteyttä henkilökuntaan, kun se on tarpeellista.

Niilläkin poliklinikoilla, joilla on käytössä puhelinvastaanottoajat tai puhelintunti, on potilailla mahdollisuus ottaa yhteyttä lääkäriin, hoitajaan tai sihteeriin tarvittaessa.

Potilaalle annetaan usein hoitajan yhteystiedot päivystysluonteisia yhteydenottoja varten. Potilaat voivat saada yhteydenottoa varten myös sihteerin puhelinnumeron. Sihteerin ohjaa puhelut tarvittaessa hoitajalle tai lääkärille. Yhtenä toimintatapana on antaa potilaalle lääkärin suora puhelinnumero. Toisaalta käytössä on myös tapa, jossa hoitaja tai sihteerin yhdistää puheluita lääkärille tarpeen mukaan. Osa lääkäreistä ei halua ottaa vastaan puheluita kesken vastaanottojen tai toimenpiteiden, joten sihteerin tai hoitajan toimii tässä "portinvartijana". Poliklinikoilla, joilla ei ole varsinaisia puhelinaikoja, puhelimet soivat kuitenkin pitkin päivää keskeyttäen meneillään olevia vastaanottoja häiriten sekä hoitajien että lääkäreiden työtä. Poliklinikoilla ongelma on osittain ratkaistu siten, että lääkärille välitetään soittopyyntöjä ja hän ottaa potilaaseen yhteyttä vapautuun muista tehtävistä.

Potilaat soittavat poliklinikalle kuullakseen tutkimusvastauksistaan. Tällä tavoin potilas voi keskustella vastauksistaan lääkärin tai hoitajan kanssa tulematta poliklinikalle. Potilaat soittavat poliklinikalle selvittääkseen asioita, jotka askarruttavat heitä niin paljon, että ilman puhelua, he hakeutuisivat poliklinikalle tai perusterveydenhuoltoon lääkärin vastaanotolle. He kysyvät puhelimesta neuvoja erilaisiin sairauksien liittyviin asioihin, kuten esimerkiksi oireiden ja terveydentilan muutoksiin, lääkkeiden vaikutuksiin tai tarpeeseen hakeutua päivystysluonteisesti hoitoon joko ensiapuun tai poliklinikalle. Puheluilla varmistetaan potilaan hoidon onnistuminen vastaanottojen välisenä aikana. Ylimääräiseltä vastaanottokäynniltä voidaan välttyä, mikäli potilaan asia on sellainen, että se voidaan hoitaa puhelimitse. Potilaat hoitavat puhelimitse ajanvaraukseen liittyviä asioita, kuten peruutuksia, aikojen muutoksia tai uusien aikojen varauksia. Lisäksi puhelimesta tarkistetaan tutkimusohjeita, jatko-ohjelmia tai toimitetaan käytännön asioita kuten reseptien uusimisia. Potilaat ja heidän omaisensa saavat puhelimitse tukea, heille annetaan mahdollisuus keskustella ja heitä kuunnellaan. Puhelintoiminta lisää asioiden hoidon joustavuutta, turvallisuuden tunnetta ja jatkuvuutta.

Poliklinikalle tulevista puheluista osa on oman sairaalan muilta erikoisaloilta, toisista sairaaloista tai avoterveydenhuollosta tulevia konsultaatiopuheluita. Ne mainittiin oleellisena osana puhelin-

vastaanottotoimintaa. Erään poliklinikan arvio konsultaatiopuheluiden määrästä oli, että konsultaatiopuheluita tulee paljon ja ne vievät paljon aikaa. Ongelmana nähdään se, että konsultaatiopuheluita ei kirjata mihinkään eli niiden kanssa tehdään ajankäytön suhteen näkymätöntä työtä. Kaikkia potilaspuheluitakaan ei kirjata, jonka vuoksi nämäkin ovat ajankäytön suhteen näkymätöntä työtä.

Vastauksissa kuvattiin puheluiden perusteella tehtäviä saneluja ja niihin liittyvää maksullisuutta. Puhelut ovat potilaalle maksuttomia. Yhtä lukuun ottamatta kaikilla poliklinikoilla on sekä kuntalaskutettavia että täysin maksuttomia puheluita. Pääperiaate on, että kuntaa laskutetaan, jos puhelinaika on varattu aikataulupohjaan ja puhelusta tulee sanelu. Jos potilas soittaa poliklinikalle ilman varattua puhelinaikaa, voi puhelusta silti lähteä lasku, mutta yleensä laskun lähettämisen perusteena pidetään puhelun perusteella erikoisalalehdelle saneltua tekstiä.

Sähköinen potilaskertomusjärjestelmä helpottaa puhelintoimintaa. Puhelimeen voidaan vastata missä hyvänsä tietokonepäätteen ääressä ja potilaan sairauskertomustiedot ovat saatavilla kaikilla sairaalan alueella. Toisaalta kaikilla poliklinikoilla ei jokaisella hoitajilla ole käytössään dect-puhelinta, joka mahdollistaisi puhelimeen vastaamisen muuallakin kuin omassa työhuoneessa. Poliklinikoiden henkilökunta pitää käsipuhelimia erittäin tärkeinä työkaluina. Jos hoitaja on potilastyössä tai kokouksessa, käsipuhelimeen voidaan tallentaa tästä viesti potilaalle. Siten potilas tietää, milloin hoitaja vapautuu ottamaan vastaan puheluita. Tällä tavalla käsipuhelimet rauhoittavat vastaanottotoimintaa. Sähköposti on korvannut osittain puhelimitse tapahtuvia yhteydenottoja.

Vastauksissa kuvattiin sitä, miten puhelintoimintaa on yritetty järkevöittää ja uudelleen organisoida. Yhdellä poliklinikalla on laitettu alulle puhelinaikojen kehittämisprojekti. Aihe nousi esiin klinikan kehittämispäivänä, mutta sen toteuttaminen on siirretty vuoteen 2006. Poliklinikoilla, joilla ei ole vakituista puhelintuntia, on mietitty sellaisen järjestämistä, mutta henkilöresurssien vuoksi siihen ei ole kyetty irrottamaan henkilöä, lisäksi lääkäreiden muuttuvat aikataulut tekevät siitä vaikean. Joillakin poliklinikoilla on mietitty puheluiden keskittämistä. Eräällä poliklinikalla poliklinikan puheluiden keskittämistä pidetään huonona vaihtoehtona, koska potilasmateriaali eri vastaanotoilla poikkeaa toisistaan. Sen sijaan toisella poliklinikalla ollaan sitä mieltä, että keskit-

täminen voisi onnistua hyvinkin, sillä usein potilaan asian voisi hoitaa joku muu hoitaja kuin potilaan omahoitaja.

Taulukossa 4 on kuvattu puhelinvastaanottomallia koskevien asioiden yleisyyttä. Yli puolet (58 %) vastaajista kertoi, että potilaat soittavat poliklinikalle kysyäkseen tutkimusvastauksiaan. Kuudellatoista (84 %) poliklinikalla potilaalle annetaan hoitajan puhelinnumero päivystysluonteisia puheluita varten. Neljäsosan vastauksista ilmeni, että puhelinaikoihin liittyvää kehittämistoimintaa on suunnitteilla.

TAULUKKO 4. Puhelinvastaanottomallia koskevien asioiden yleisyys

Ominaisuus	f	%
Omia aikatauluun varattavia puhelinvastaanottoaikoja	7	37
Potilaalle ilmoitetaan soittoaika / puhelintunti, jolloin voi ottaa yhteyttä	9	47
Ei soittoaikaa, vaan lupa soittaa, kun on tarpeellista	3	16
Potilaalle annetaan hoitajan yhteystiedot päivystysluonteisia puheluita varten	16	84
Potilaalle annetaan rutiinisti vain sihteerin puhelinnumero	1	5
Potilaalle annetaan lääkärin suora numero	5	26
Hoitaja tai sihteeri yhdistää puhelut lääkärille	6	32
Lääkärille välitetään soitoopyyntöjä, lääkäri soittaa potilaalle vapauduttuaan	4	21
Tutkimusvastauksien kuuleminen puhelimitse	11	58
Konsultaatiopuheluita muilta erikoisaloilta tai muista laitoksista	4	21
Vastauksessa kuvaus maksukäytännöistä	9	47
Puhelut potilaalle maksuttomia	9	47
Sekä täysin maksuttomia että kuntalaskutettavia puheluita	8	42
Hoitajilla dect-puhelimet käytössä	2	11
Sähköposti korvannut osan puhelin liikenteestä	2	11
Kuvaus puhelintoiminnan kehittämissuunnitelmista	5	26
Käynnissä puhelinaikojen kehittämisprojekti	1	5
Suunnitelma vakituisen puhelintunnin käynnistämisestä	2	11
Suunnitelma puheluiden keskittämisestä	2	11

### 5.5 Moniammatillinen vastaanottomalli

Poliklinikoilla on moniammatillista vastaanottotoimintaa. Sellaisillakin poliklinikoilla, joilla potilas ei tapaa moniammatillista ryhmää normaalin poliklinikkavastaanoton yhteydessä, toimenpidevastaanotoilla on koolla useita eri ammattiryhmien edustajia. Näiden toimenpidevastaanottojen yhteydessä potilaalle kerrotaan aiempien tutkimusten tulokset, tehdään arviot jatkohoidosta ja käynti saattaa olla ainoa potilaalle kyseisellä poliklinikalla. Poliklinikoilla on moniammatilli-

sia vastaanottoja, joissa on hoitajan ja lääkärin tai lääkärien lisäksi jonkun muun ammattiryhmän edustaja tai edustaja. Tiimiin voi kuulua psykologi, kuntoutusohjaaja, puheterapeutti, sosiaalityöntekijä, fysioterapeutti, lääkintävahtimestari, proteetikko ja lisäksi moniammatillisella vastaanotolla voi olla erityishoitajia kuten jalkojenhoitaja, avannehoitaja, peg-hoitaja tai diabeteshoitaja. Näiden moniammatillisten vastaanottojen etu potilaan näkökulmasta katsottuna on se, että potilaan sairautta ja sen aiheuttamia muutoksia potilaan elämään voidaan pohtia kokonaisvaltaisesti yhdellä kerralla.

Poliklinikoilla järjestetään moniammatillisia vastaanottoja, joihin kutsutaan myös sairaalan ulkopuolisia tahoja kuten Pirkanmaan hoitokodin henkilökuntaa tai muita avoterveydenhuollon asiantuntijoita. Eräällä poliklinikalla tällaista moniammatillista vastaanottoa kutsutaan verkostopalaveriksi, sillä siihen pyritään kutsumaan koko potilaan ympärillä toimiva verkosto mukaan lukien potilas, puoliso ja tukihenkilö. Moniammatillisella vastaanotolla potilas voi tavata hoitajan tai hoitajien lisäksi myös useamman erikoisalalan lääkäreitä. Vaikka vastaanottoihin ei liity muiden ammattiryhmien edustajia, voidaan puhua moniammatillisesta vastaanotosta, koska useiden lääketieteen erikoisalojen edustajat tapaavat potilaan yhdessä.

Moniammatillisia vastaanottoja järjestetään joko tarvittaessa tai säännöllisesti. Säännöllisesti järjestettäviä vastaanottoja on päivittäin, muutamia kertoja viikossa, kerran viikossa, muutaman kerran kuukaudessa tai harvemmin. Joillain poliklinikoilla on käytössä sekä säännölliset että tarvittaessa järjestettävät vastaanotot.

Kaikilla poliklinikoilla ei ole moniammatillisia potilasvastaanottoja. Poliklinikalla voi kuitenkin kokoontua moniammatillinen ryhmä pohtimaan potilaan asioita ilman potilasta. Joskus vastaanottokäynnistä muodostuu moniammatillinen etukäteen suunnittelematta. Tällöin potilas tapaa poliklinikalla yleensä vain lääkäri-hoitajatyöparin, mutta tarvittaessa vastaanotolle kutsutaan jonkun muunkin ammattiryhmän edustaja esimerkiksi fysioterapeutti, toimintaterapeutti tai lääkintävahtimestari. Potilaan moninaisia ongelmia ei välttämättä ratkota moniammatillisella vastaanotolla, vaan potilas voidaan tarvittaessa ohjata erityistyöntekijöiden luo ongelmineen.

Joillakin poliklinikoilla ollaan pyrkimässä pois käytännöstä, jossa potilas on mukana moniammatillisessa palaverissa. Tilalle ollaan ottamassa tapaa, jossa eri asiantuntijat yhdessä pohtivat potilaan asioita ilman, että potilas on läsnä. Tällaisia "tapausmeetingejä" järjestetään jo nyt monilla poliklinikoilla. Etenkin hoitohenkilökunta pitää potilaan roolia vaikeana suuren ammattilaisryhmän edessä.

Taulukossa 5 on yhteenveto vastauksissa ilmenneiden moniammatillisia vastaanottoja koskevien asioiden yleisyydestä poliklinikoilla. Lähes puolet (42 %) vastaajista kuvaa moniammatillisen vastaanoton henkilökunnan muodostuvan lääkärin ja hoitajan lisäksi jonkun muun ammattiryhmän edustajasta tai edustajista. Yhtä suuri osa vastaajista kertoo moniammatillisen ryhmän koostuvan hoitajasta ja useamman erikoisalalan lääkäreistä.

TAULUKKO 5. Moniammatillisia vastaanottoja koskevien asioiden yleisyys

Ominaisuus	f	%
On jonkin tyyppistä moniammatillista vastaanottotoimintaa	13	68
Moniammatillinen ryhmä on koolla toimenpidevastaanotoilla	2	11
Lääkärin ja hoitajan lisäksi mukana jonkun muun ammatin edustaja	8	42
Moniammatillisia vastaanottoja, joissa mukana sairaalan ulkopuolisia tahoja	2	11
Potilas tapaa moniammatillisella vastaanotolla hoitajan/hoitajien lisäksi usean erikoisalalan lääkäreitä	8	42
Järjestetään tarvittaessa	4	21
Järjestetään säännöllisesti, mutta harvemmin kuin viikoittain	5	26
Järjestetään joka viikko	3	16
Ei ole moniammatillisia vastaanottoja	6	32
Ollaan pyrkimässä pois moniammatillisesta tilanteesta, jossa potilas on mukana	2	11

## 5.6 Tehtävien siirrot poliklinikoilla

Suurin osa vastauksissa kuvatuista tehtävien siirroista on tehty lääkäreiltä hoitajille. Toisaalta tehtäviä on siirretty myös niin, että lääkäri tekee tehtäviä, joita ennen hoitivat sekä lääkärit että hoitajat. Myös osastonsihteerien työnkuvaa on tarkistettu. Sihteerien tehtäviä on siirretty sai-

raanhoitajien tai osastonhoitajien tehtäviksi tai hoitajien tehtäviä on siirretty sihteerien tehtäviksi. Lisäksi on tehty sihteerien välisiä tehtäväsiirtoja. Myös lähetin tehtäviä on jaettu sairaanhoitajille ja osastonsihteeille. Eräässä vastauksessa kuvattiin välinehuoltajan ja hoitohenkilökunnan välisiä tehtävien siirtoja. Poliklinikoilla on myös siirretty hoitajien vastuualueeseen kuuluvia tehtäviä hoitajaryhmältä toiselle.

Lääkäriltä hoitajille on siirretty joko yksittäisiä tehtäviä tai sitten siirrot koskevat laajempia vastuualueita. Osa tehtäväsiirroista on sellaisia, jotka vaativat Kelan hyväksynnän. Yksittäisinä tehtävinä lääkäreiltä hoitajille on siirtynyt iv-tippakanyylin laitto ja iv-lääkityksen aloitus ja lopetus, PEG-syöttöletkun ”bolustuubin” vaihto, toimintakokeiden ja abimittauksen tekeminen, korvaimplanttien säätäminen, bard-porttiin nesteytyksen aloitus ja lopetus, biologisten lääkkeiden infuusiot, näön tutkiminen tietyissä tilanteissa ja verensiirrot. Laajempia tehtäväsiirtoja ovat avanepotilaiden jälkitarkastukset, sydäntahdistin potilaiden kontrollikäynnit, erektiolääkeohjaus, yhteyden pito muihin laitoksiin, lääkitysten muutokset laboratoriotulosten perusteella, laboratoriotulosten sanelu ja niistä tiedottaminen potilaille, vastaanottotarpeen arviointi, läheteiden saaneleminen, diabeteshoidon ja insuliinihoidon aloitus sekä erilaiset haavakontrollit. Lääkäreiltä hoitajille on siirtynyt myös erilaisten todistusten kirjoittaminen. Hoitajat kirjoittavat matkakorvaustodistuksen eli ”taksilapun” Kelaa varten, käyntitodistuksen työnantajaa varten sekä muita poissaolotodistuksia. Lisäksi potilaiden polikliinisten hoitotietojen tallentaminen on siirtynyt lääkäriltä hoitajille.

Lääkärrien ja hoitajien välisen tehtäväsiirtojen tavoitteena on ollut lääkärien työajan tehostaminen. Lääkäreistä on pulaa ja tehtäväsiirroilla on pyritty potilaiden ja henkilökunnan kannalta joustavaan ja tehokkaaseen käytäntöön. Poliklinikoilla kuvattiin tilannetta näin: *”Tehtäväsiirtoja ei ole systemaattisesti mietitty. Tehtävät ovat siirtyneet usein käytännöllisistä syistä”, ”Siirtoja ei niinkään mietitty tai suunniteltu, niin on vain muovautunut ajan myötä”, ”Syynä on tässäkin työpanoaasia. Tämä työ on sellaista, että siihen hyvin perehtynyt hoitaja pystyy sen hyvin hoitamaan.”* tai näin *”... , koska sen katsottiin olevan sellaista, minkä hoitaja pystyy tekemään ja koska lääkäreitä on niin vähän ja ne on niin kiireisiä.”* Toisaalta hoitotietojen kirjaamista sähköiseen järjestelmään pidetään sellaisena työnä, jota lääkärit eivät halua tehdä ja joka on sen vuoksi siirretty hoitajien tehtäväksi.



Hoitajille on siirretty ennen sihteereille kuuluneita tehtäviä, kuten esimerkiksi kirjeiden ja epikriisien postitus, potilaskertomusten arkistointi ja ajanvaraus. Sihteerit hoitavat sen sijaan nykyään palvelupuhelimeen vastaamisen ja lisäksi joitain sellaisia perinteisesti sihteerille kuuluvia tehtäviä, joita sairaanhoitajat ennen hoitivat. Sihteerien ja hoitajien välisten sekä sihteerien keskinäisten tehtävien siirtojen syynä on sihteeripula. Muutoksilla tavoitellaan tasapuolisuutta, työn mielekkyyttä ja parempaa sujuvuutta. Eräällä poliklinikalla kuvattiin näin: ”*On jouduttu jakamaan niukkuutta, tavoitteena saada toiminta sujumaan.*”

Silloin, kun poliklinikalla ei ole lähettä, lähettien tehtäviä tekevät sekä sihteerit että hoitajat. Lähetin tehtävät ovat usein potilaspapereihin liittyviä tehtäviä, kuten niiden etsimistä tai kuljettamista. Eräällä poliklinikalla välinehuoltajalle on siirretty tehtäviä hoitajilta. Hän huolehtii erilaisista tilauksista, ottaa röntgenkuvia valvonnan alaisena sekä kehittää ja kopio kuvia. Tällaisiin vastuullisiin tehtäväsiirtoihin on ollut mahdollisuus, koska välinehuoltajalla on myös hoitoalan koulutus. Tehtäväsiirrot ovat tällä poliklinikalla olleet välttämättömiä, koska kyseisiin tehtäviin ei ollut osoittanut hoitajaa.

Poliklinikoilla tarkistettaisiin hoitajien ja sihteerien välisten työtehtävien jakaantumista, mikäli sihteerityövoimaa olisi riittävästi. Joillakin poliklinikoilla on jo muutoksia tehty, koska sihteeriresurssia on vapautunut maksukäytäntöjen muuttuessa. Tehtäväsiirtojen tarpeet koskevat lähinnä sihteerien tehtäviä, joita hoitohenkilökunta tällä hetkellä hoitaa. Toisaalta osa potilaspapereihin liittyvistä tehtävistä on täysin mekaanisia, jotka voisi siirtää läheteille. Sähköisen potilaskertomusjärjestelmän tuleminen muuttaa työnjakoa entisestä.

Vastauksissa kuvattiin suunnitelmia lääkärien ja hoitajien välisistä tehtävänsiirroista. Joillakin poliklinikoilla on tarkoitus aloittaa tiettyjen potilasryhmien hoitajavastaanotot. Muita suunniteltuja tehtäväsiirtoja ovat ultraäänikontrollien ja kapselitutkimusten nauhoitusten esitulokinnan siirtäminen lääkäriltä hoitajille. Eräällä poliklinikalla on käynnissä ns. haavanhoitopoliklinikkaprojekti, joka tuo mahdollisesti tehtäväsiirtoja hoitajien ja lääkärien välille. Myös siirryttäessä tehtäväkeskeisestä polikliinisestä hoidosta yksilövastuuseen tai työpari/työryhmä perusteiseen työs-

kentelyyn, on työnjakoa mietittävä kaikkien polikliniseen hoitoon osallistuvien ammattiryhmien välillä.

Harvoissa vastauksissa kuvattiin tehtävien siirtoihin liittyviä vastuiden määrittelyä. Eräällä poliklinikalla kuvattiin tilannetta näin: ”*Hidasta kokonaisvaltaista vastuun siirtoa lääkäreiltä hoitajille on tapahtunut.*” Vastauksissa, joissa oli kuvattu vastuiden määrittelyä, vain yhdessä oli kuvaus tehtävänsiirrosta (iv-kanyylin laitto) tehdystä virallisesta pöytäkirjasta. Muilla poliklinikoilla ei mitään virallisia päätöksiä tehtävien siirroista ja niihin liittyvästä vastuunjaosta ole tehty.

Taulukkoon 6 on koottu tehtävien siirtoihin liittyvien ilmaisuiden yleisyys. Yli puolet (53 %) vastaajista kuvasi tehtävien siirtoja, joita oli toteutettu lääkäreiden ja hoitajien välillä siten, että hoitajat tekevät nyt lääkärille kuuluneita tehtäviä. Lähes puolet (47 %) kuvasi myös sihteerin tehtäviin liittyviä muutoksia.

TAULUKKO 6. Tehtävien siirtoihin liittyvien asioiden yleisyys

Ominaisuus	f	%
Tehtäviä on siirretty lääkäreiltä hoitajille	10	53
Lääkärit tekevät tehtäviä, joita ennen hoitivat sekä hoitajat että lääkärit	1	5
Tehty muutoksia sihteerien työn kuvaan	9	47
Sihteerien tehtäviä on siirretty sairaanhoitajille ja osastonhoitajille	4	21
Hoitajien tehtäviä on siirretty sihteereille	2	11
Sihteerien välisiä tehtävien siirtoja	4	21
Lähetin tehtävät on jaettu hoitajille ja sihteereille	1	5
Välinehoitajalle on siirretty hoitajan tehtäviä	1	5
Tehtävien siirtoja hoitajryhmältä toiselle	4	21
Sihteerien ja hoitajien välisiä tehtävien siirtoja tehtäisiin, jos sihteereitä olisi riittävästi	11	58
Suunnitelmia lääkärin ja hoitajien välisistä tehtävien siirroista	5	26
Kuvaus tehtävien siirtoihin liittyvistä vastuiden jaosta	5	26
Virallinen pöytäkirja tehdystä tehtävien siirrosta	1	5
Ei virallisia päätöksiä toteutetuista tehtävien siirroista	4	21

## 5.7 Yhteenveto erilaisista toimintamalleista ja tehtävien siirroista

### *Hoitajavastaanottomalli*

Hoitajavastaanotolla tarkoitetaan tässä tutkimuksessa kaikkia niitä vastaanottoja, joilla potilas tapaa hoitohenkilökunnan edustajan, mutta ei lääkäriä. Hoitajavastaanottoja on lähes kaikilla poliklinikoilla. Ne ovat joko toimenpide-, hoito- tai tutkimuspainotteisia tai neuvonta- ja ohjauspainotteisia vastaanottoja. Ne ovat tärkeä osa potilaan kokonaisuhoitoa. Useimmilla poliklinikoilla hoitajavastaanotot painottuvat neuvontaan ja ohjaukseen, jolloin potilaat saavat yleisesti elämäntapaohjausta, erilaisten itse toteutettaviin hoitoihin liittyvää opetusta, erilaisten apuvälineiden käyttöohjausta tai sairauden omaseurannan ohjausta. Tutkimusvastaanotoilla hoitajat suorittavat potilaan kokonaisuhoitoon liittyviä, lääkärin suunnittelemia tutkimuksia. Lähes kaikkien poliklinikoiden hoitajavastaanottoihin liittyy erilaisten hoitojen antaminen tai toimenpiteiden tekeminen. Hoitajavastaanottotoiminta on suurimmalla osalla poliklinikoista säännöllistä, vain muutamalla poliklinikalla niitä järjestetään tarvittaessa.

Suurin osa hoitajavastaanotoilla käyvistä potilaista sairastaa jotakin pitkäaikaista sairautta. Toisaalta jotkut potilasryhmät käyvät vastaanotolla kertaluonteisesti. Hoitajan vastaanottokäynti voi olla potilaalle maksullinen, jolloin potilaalta laskutetaan siitä joko normaali poliklinikkamaksu tai sarjakäyntimaksu. Käynti voi olla myös potilaalle maksuton, jolloin se katsotaan kuuluvan osana potilaan muihin käynnteihin. Potilaalle maksuttomista käynneistä osasta tehdään ns. kuntalaskutus. Joillakin poliklinikoilla olisi tarvetta hoitajatoiminnan lisäämiseen, mutta pula tiloista, laitteista ja henkilökunnasta vaikeuttaa toiminnan käynnistämistä.

### *Lääkäri-hoitaja –työparimalli*

Lääkäri-hoitaja –työparit toimivat joko erillisissä työtiloissa tai omissa vastaanottohuoneissaan. Poliklinikoilla käytäntö on kirjavaa ja samallakin poliklinikalla voidaan toimia usealla eri tavalla. Osittain käytännöt johtuvat toiminnan luonteesta ja osittain tilojen puutteesta. Yhteisten tilojen haittoina pidettiin levottomuutta, rauhattomuutta, ahtautta sekä intimiteetin ja työrauhan puutetta. Yhteisten tilojen hyötynä pidettiin tiedonkulkuun liittyviä asioita ja hoitajan välitöntä läsnäoloa silloin, kun lääkäri tarvitsee avustajaa. Yhteisestä hoitajien huoneesta on hyötyä silloin, kun joku hoitajista tarvitsee neuvoa tai kannustusta kokeneemmilta kollegoilta. Erillisten tilojen

tärkeimpiä hyötyjä ovat sekä lääkärin että hoitajan työrauha, potilaan mahdollisuus luottamukselliseen keskusteluun ja yksityisyyteen sekä hoitotyön roolin korostuminen ja hoitajan työn itsenäisyyden lisääntyminen. Erillisten tilojen tärkein ongelma liittyy tiedonvälitykseen, mutta sen korjaamiseksi on käytössä hoitosuunnitelmalomake, johon molemmat ammattiryhmät kirjaavat potilaan asioita.

Monilla poliklinikoilla toiminta muutettaisiin yhteisistä vastaanottotiloista erillisiin tiloihin, mutta tilojen puute estää tämän. Tavoiteltavana mallina pidetään lääkärin ja hoitajien erillisiä tiloja, jotka sijaitsevat rinnakkain ja joiden välillä on ovi. Monilla poliklinikoilla hoitaja ohjaa potilasta käytävässä tai odotusaulassa muiden potilaiden kuunnellessa.

Lääkäri-hoitaja –työparimallissa potilas tapaa poliklinikalla ensimmäiseksi yleensä sihteerin, joka ohjaa potilaan joko hoitajan vastaanotolle tai suoraan lääkärin vastaanotolle. Hoitajan rooli työparimallissa on koordinoiva ja neuvova. Lääkäri tutkii, suunnittelee tutkimuksia, lääkityksen ja hoitoja sekä selvittää potilaalle sairauden lääketieteellisen puolen, jonka jälkeen hoitaja toteuttaa lääkärin suunnitelmat ja neuvoo potilasta.

#### *Lääkäri-sihteerin –työparimalli*

Joillakin poliklinikoilla on käytössä toimintamalli, jossa potilas ei tapaa hoitajaa lainkaan vastaanottokäyntinsä yhteydessä. Lisäksi on erityistilanteita, jolloin potilas ei tapaa hoitajaa, mutta silloin ei ole kyse suunnitellusta toimintamallista. Vaikka potilas ei tapaisikaan hoitajaa vastaanoton yhteydessä, ei aina voida puhua lääkäri-sihteerin –mallista, sillä hoitaja voi monin eri tavoin osallistua potilaan hoitoon näkemättä häntä. Lääkäri-sihteerin –työparina hoidetaan osa kirjeliikenteestä. Lääkäri-sihteerin –työparimalli toteutuu myös silloin, kun potilaan hoito poliklinikalla loppuu tai jatkuu myöhemmin ilman, että hänelle varataan uusia aikoja vastaanottokäynnin yhteydessä.

Poliklinikoilla, joilla ei ole lääkäri-sihteerin –mallia käytössä, perustellaan hoitajan roolia vastaanottotoiminnassa sekä potilaan oikeutena tavata hoitaja että hoitotyön merkittävyytenä osana potilaan kokonaishoitoa. Käytännön esteeksi mallin kehittämisessä nähdään pula sihteerityövoimasta.

### *Puhelinvastaanottomalli*

Useilla poliklinikoilla puhelinvastaanottotoiminta on osittain organisoimatonta. Potilaiden puheluihin vastataan kesken vastaanottojen tai vastaanottojen välissä, jolloin toisen potilaan vastaanotto häiriintyy tai aikataulu viivästyy. Tavallista on, että potilaat saavat soittoajan joko lääkärille tai hoitajalle. Useimmiten potilaalle annetaan hoitajan puhelinnumero ja kerrotaan ajankohta, jolloin häneen voi ottaa yhteyttä. Joillain poliklinikoilla puhelinvastaanottotoiminta on järjestetty siten, että lääkäri soittaa potilaalle ennalta sovittuun aikaan. Tavallisempaa kuitenkin on, että potilaat ottavat yhteyttä sairaalaan joko ennalta sovittuun aikaan tai päivystysluonteisesti. Puhelinsoitto voi korvata vastaanottokäynnin. Puhelimitse tiedustellaan tutkimustuloksia, annetaan ohjeita, vaihdetaan tai varataan aikoja, otetaan yhteyttä voimien muutosten vuoksi, uusitaan reseptiä tai otetaan kantaa lääkitykseen. Lisäksi potilasta voidaan tukea keskustelemalla hänen kanssaan puhelimesta. Puhelinneuvontaa annetaan myös potilasta hoitaville muille tahoille. Sähköpostin välityksellä tapahtuvat yhteydenotot ovat osittain korvanneet puhelimen.

Puhelut ovat potilaalle maksuttomia, mutta niistä voi lähteä kuntaan lasku. Kaikkia puheluita ei kirjata potilasjärjestelmiin eikä niitä myöskään laskuteta. Tekniset uudistukset kuten sähköinen potilaskertomusjärjestelmä tai kannettavat käsipuhelimet helpottavat puhelintoimintaa, koska ne eivät sido puhelimeen vastaavaa henkilöä mihinkään erityiseen paikkaan hoitamaan potilaan asioita. Puhelimiin koodattavat viestit rauhoittavat vastaanottoja, koska potilaat tietävät soittaa henkilökunnalle silloin, kun henkilökunta pystyy niihin vastaamaan. Puhelintoiminnan uudelleen organisoinnin esteenä ovat lääkäreiden vaihtuvat aikataulut ja puutteelliset henkilöresurssit.

### *Moniammatillinen vastaanottomalli*

Useilla poliklinikoilla on jonkinlaista moniammatillista vastaanottotoimintaa. Näillä vastaanottoilla on potilaan, lääkärin ja hoitajan lisäksi joko muiden ammattiryhmien edustajia tai muiden lääketieteen erikoisalojen lääkäreitä tai erityishoitajia. Joillakin poliklinikoilla moniammatillisiin palavereihin kutsutaan myös sairaalan ulkopuolisia tahoja. Moniammatillisia vastaanottoja järjestetään säännöllisesti joko viikoittain tai harvemmin tai sitten tarvittaessa.

Joillakin poliklinikoilla ei ole järjestetty moniammatillisia vastaanottoja, mutta potilaan asioita voidaan pohtia moniammatillisessa palaverissa, jossa potilas ei ole mukana tai potilas ohjataan erityistyöntekijöiden vastaanotoille erikseen saamaan apua ongelmiinsa. Lisäksi vastaanottotilanne saattaa muuttua ilman ennakkosuunnitelmaa moniammatilliseksi, kun kesken vastaanoton mukaan kutsutaan erityistyöntekijä. Osa hoitajista pitää moniammatillisia vastaanottoja potilaalle pelottavina ja epämiellyttävinä tilanteina. Tämän vuoksi osa moniammatillisista vastaanotoista pyritään tulevaisuudessa korvaamaan potilaspapereihin perustuvilla asiantuntijapalavereilla.

### *Tehtävien siirrot*

Eniten poliklinikoilla on tehty lääkärin ja hoitajan välisiä sekä sihteerin ja hoitajan välisiä tehtävän siirtoja. Pääasiassa siirrot on tehty lääkäriltä hoitajille ja sihteereiltä hoitajille. Lääkäreiltä hoitajille siirretyt tehtävät ovat joko yksittäisten työtehtävien tai laajempien kokonaisuuksien siirtoja. Syy näihin siirtoihin on pula lääkäreistä ja olemassa olevan lääkäriyöpanoksen käytön tehostaminen. Sihteereiltä hoitajille on siirretty ajanvarausta, postitusta ja potilaspapereihin liittyviä tehtäviä. Syy siirtoihin on sihteeripula. Hoitajat tekevät paljon sihteereille kuuluvia tehtäviä, ja niitä siirrettäisiin sihteereille, jos sihteerityövoimaa olisi enemmän. Uusia tehtävien siirtoja on suunniteltu myös lääkäriltä hoitajille.

## 6 POHDINTA

### 6.1 Tutkimuksen eettiset kysymykset

Tieteellisen tutkimuksen eri vaiheisiin liittyy eettisiä valintoja. Tutkimuseettiset kysymykset voidaan jakaa tiedon hankintaan ja tutkittavien suojaa koskeviin ja toisaalta tulosten käyttöön liittyviin normeihin (Vehviläinen-Julkunen 1997).

Aloite tutkimuksen tekemiseen nousi polikliinisen hoidon kehittämistarpeesta. Tutkimus tehtiin osana sairaanhoitopiirin polikliinisen hoidon kehittämishanketta. Sairaanhoitopiirin johto sitoutui hankkeeseen, eikä erillisiä tutkimuslupia sen vuoksi ollut tarpeellista hakea. Vehviläinen-Julkunen (1997) mukaan tutkimusorganisaation on sovittava tutkimusluvasta juuri hoitotyön johtajien sekä lääketieteellisen johdon kanssa. Sekä lomakekysely että sitä täydentävä haastattelu hyväksyttiin projektin ohjausryhmässä tiedonkeruuvälineinä. Sairaanhoitopiirin hallintoylihoitaja ja hallintoylilääkäri kuuluivat kehittämishankkeen ohjausryhmään.

Tutkimuksen eettisyyttä voidaan tarkastella myös ns. "keskitason periaatteiden" kautta. Nämä neljä periaatetta ovat hyötyperiaate, vahingon välttämisen periaate, autonomian kunnioituksen ja oikeudenmukaisuuden periaate. (Häyry 1998.) Kun tarkastellaan hyötyperiaatetta, niin voidaan todeta, että huomion kiinnittäminen omaan työhön, hyödyttää juuri tutkimuksen kohteena olevia henkilöitä. Eräs haastateltava kuvasi tunteitaan näin: *"Musta on tosi kiva, että joku tutkii sitä, mitä poliklinikalla tehdään, kun siitä on niin vähän mitään tutkittua tietoa"*. Tietysti työhön liittyvä tutkimus hyödyntää myös työnantajaa, mikäli sen perusteella voidaan työtä uudelleen organisoida ja järkipäristää.

Vahingon välttämisen periaate on tärkein yksittäinen osa-alue, kun puhutaan tutkimusetiikasta (Häyry 1998). Tässä tutkimuksessa pyrittiin tiedonantajia suojelemaan hävittämällä kaikki tunnisteet, millä heitä voisi yhdistää siteerattuihin vastauksiin. Näin vastaajia ei voida edes välillisesti vahingoittaa, vaikka he olisivat antaneet tiukkaakin kritiikkiä olemassa olevaa toimintatapaa kohtaan. Lomakkeet täytettiin ja haastattelut suoritettiin siten, että niiden perusteella saatettiin jäljittää kunkin poliklinikan toimintamallit, koska hankkeeseen liittyvä poliklinikan palvelu-

mittaus tehtiin poliklinikoilla toimintamalleittain syksyllä 2005. Raportista poliklinikkakohtaiset tiedot häivytettiin. Lomakkeen kysymykset ja haastattelun teemat eivät koskeneet arkaluontoisia asioita. Niissä käsiteltiin kunkin poliklinikan jokapäiväisiä käytäntöjä, joista sairaanhoitopiirin henkilöstöllä ja varsinkin johdolla on hyvä olla ajanmukaista tietoa.

Autonomian kunnioituksen periaate tarkoittaa sitä, että tutkittavien henkilöiden vapautta ja itsemääräämisoikeutta ei rajoiteta (Häyry 1998). Tämä tutkimus oli osa sairaalan kehittämistyötä, joten osallistuminen tutkimukseen kuului tiedonantajien virkatehtäviin. Vapaaehtoisuus on yksi laadullisen tutkimuksen tärkeistä eettisistä periaatteista (Latvala & Vanhanen-Nuutinen 2001). Tämä tutkimus ei kuitenkaan ollut vapaaehtoinen, vaan tiedot oletettiin saatavan kaikilta kehittämishankkeeseen kuuluvilta poliklinikoilta. Kyselylomakkeisiin haluttiin vastaus kaikilta, mutta haastattelu-aikaa sovittaessa, huomioitiin haastateltavan halukkuus osallistua tutkimukseen. Tiedonantajilla oli oikeus täyttää kyselylomake virka-aikanaan. Myös haastattelut tehtiin virka-aikana.

Oikeudenmukaisuuden periaatteeseen liittyviä tutkimuseettisiä ongelmia ei tässä tutkimusasetelmassa tullut esiin. Edellä mainittujen periaatteiden sisällöt löytyvät myös Maailman lääkäriliiton antamasta ns. Helsingin julistuksesta vuodelta 1964 (Saarni & Henrikson 2005).

Aineisto kerättiin kyselylomakkeilla ja nauhoitetuilla haastatteluilla. Kyselylomakkeet vastauksineen, puretut haastattelut ja alkuperäinen äänimateriaali ovat sähköisessä muodossa tietokoneella tutkijan salasanan takana. Kenelläkään muulla ei ole pääsyä näihin tietoihin. Tulostetut versiot materiaalista ovat lukitussa työtilassa. Kun tutkimus on valmis tutkija säilyttää aineiston huolellisesti niin, ettei sitä ulkopuoliset voi saada käsiinsä.

## 6.2 Tutkimuksen luotettavuus

Kvalitatiivisen tutkimuksen luotettavuuden kriteerit eivät ole yhtä selkeitä kuin kvantitatiivisen tutkimuksen yhteydessä käytettävät reliabiliteetti ja validiteetti (Nieminen 1997). Reliabiliteetin ja validiteetin käsitteet perustuvat sille ajatukselle, että tutkija voi päästä käsiksi objektiiviseen todellisuuteen ja totuuteen (Hirsjärvi & Hurme 2001). Sisällön analyysissä tutkija ei kuitenkaan



pysty tarkastelemaan analyysiprosessia objektiivisesti, vaan saavutettu tulos perustuu tutkijan subjektiiviseen näkemykseen asiasta (Nieminen 1997; Kyngäs & Vanhanen 1999). Vaikka reliabiliteettia ja validiteettia ei käytetäisikään laadullisen tutkimuksen luotettavuuden arvioinnissa, on olemassa kriteerejä, joiden perusteella luotettavuuden arviointia voidaan tehdä. Arviointi kohdistuu aineiston keräämiseen, sen analysointiin ja tutkimustulosten raportointiin. (Nieminen 1997; Kiviniemi 2001; Latvala & Vanhanen-Nuutinen 2001.)

Ennen mittarin rakentamista ja aineiston keruuta, tutkija perehtyi sekä kansainväliseen että kansalliseen kirjallisuuteen tutustuakseen aiheeseen. Kirjallisuuden tutustumisen tarkoitus oli koota yhteen aihealueesta aiemmin tehdyt tutkimukset sekä selventää käsitteitä (Paunonen & Vehviläinen-Julkunen 1997). Tutkijalla ei ole mitään kokemusta työskentelystä erikoissairaanhoidon poliklinikalla, joten esiyymmärrys aiheesta perustui kirjallisuuteen ja kokemuksiin potilaana olosta.

Aineistoa kerättiin kahdella eri menetelmällä, kyselylomakkeella ja haastattelemalla. Kyselylomakkeella suoritettussa tutkimuksessa tutkijan läsnäolo ei vaikuta vastaajan vastauksiin (Valli 2001). Toisaalta haastattelulla selvennettiin ja syvennettiin esille tulleita teemoja (Hirsjärvi & Hurme 2001). Kyselytutkimusta varten laadittiin lomake, jota arvioitiin moniammatillisissa asiantuntijapalavereissa. Lisäksi lomake pilotoitiin ja arvioitiin kolmen kohderyhmään kuuluvan osastonhoitajan toimesta. Pilotoinnin ja asiantuntija-arviointien tarkoituksena oli varmistaa, että kyselylomake on selkeä ja kysymysten muoto on ymmärrettävä (Valli 2001; Hirsjärvi ym. 2002). Lisäksi asiantuntijat arvioivat sen kattavuutta ja täyttämisen raskautta. Näillä toimenpiteillä lisättiin mittarin validiteettia, jos tätä termiä mittarin luotettavuutta arvioitaessa halutaan käyttää (Vehviläinen-Julkunen & Paunonen 1997).

Lomakekyselyn vastausprosentti oli 100 %. Tämä saavutettiin useiden muistutusten jälkeen. Mikäli kyseessä olisi ollut ainoastaan pro gradu –tutkielman aineiston keruu, olisi tyydytty kahteen muistutukseen. Koska kyseessä oli sairaanhoitopiirin kehittämishanke, haluttiin tietoa kerätä kaikilta hankkeeseen kuuluvilta poliklinikoilta. Tietoa tarvittiin poliklinikkakohtaisesti kehittämishankkeessa, mutta toimintamallien kuvaamisen kannalta pienempikin aineisto olisi riittänyt, sillä muutama rikkaasti kuvattu vastaus sisälsi kaikki nyt esiin tulleet ominaisuudet. Aineisto kylläntyi ja uudet vastaukset toistivat jo esiin tulleita teemoja (Hirsjärvi ym. 2002).

Haastattelurunkona käytettiin kyselylomaketta. Näin saatiin syvennettyä ja tarkennettua kyselylomakkeen mukaisia teemoja. Kahden poliklinikan edustajaa ei haastateltu. Toiselta poliklinikalta saatiin kyselyvastaus vasta, kun muut poliklinikat oli jo haastateltu. Lisäksi tämä vastaus oli niin kattava, että haastattelu oli tarpeeton. Toisella poliklinikalla henkilökunta ei ollut halukas haastatteluun ja se sovittiin järjestettävän, mikäli aineisto analyysin jälkeen kaipaisi sitä. Yhden osastonhoitajan haastattelu epäonnistui teknisistä syistä ja sen sisällön tutkija kirjoitti muistiinpanojensa perusteella. Tutkija toimitti kirjoitetun tekstin haastateltavalle tarkistettavaksi. Osastonhoitaja luki ja teki tekstiin vähäisiä lisäyksiä. Yhden osastonhoitajan haastattelun nauhoitus katkesi kesken ja sitä täydennettiin myöhemmin uudella nauhoituksella. Äänen laadun vuoksi tutkija joutui tarkentamaan joitakin haastattelujen yksityiskohtia puhelimitse. Teknisten ongelmien vuoksi tutkija käytti myöhemmässä vaiheessa kahta MP3-tallenninta yhtä aikaa.

Tutkijaa voidaan pitää eräänlaisena aineistonkeruun välineenä. On luonnollista, että hänen näkemyksensä ja tulkintansa kehittyvät tutkimusprosessin aikana. Tutkijan taidot haastattelijana kehittyvät prosessin aikana ja aineistonkeruuseen tulee vaihtelua. Tätä voidaan pitää tutkimuksen kehitysprosessiin kuuluvana ominaisuutena. Luotettavuuden kannalta on tärkeää tiedostaa, millaista vaihtelua tutkijassa tai aineistonkeruumenetelmissä tapahtuu. (Kiviniemi 2001.) Lomake-tutkimuksessa tutkijan kehittyminen ei näy, mutta haastatteluaineistoa kerätessä tutkijan taitojen ja tietojen kartuttua haastattelut muuttuivat runsaimmiksi. Kun jossain haastattelussa tuli esiin jokin mielenkiintoinen näkökulma, tutkija tiedusteli tämän saman näkökulman olemassa oloa seuraavilta haastateltavilta. Näin haastattelut kehittyivät ja ensimmäisten haastattelujen aineisto jäi niukemmaksi.

Laadullisen tutkimuksen tulos perustuu tutkijan subjektiiviseen käsitykseen kuvattavasta asiasta. Tätä asiaa ei pidetä kuitenkaan niin suurena ongelmana, kun aineistosta on analysoitu ainoastaan vain ilmisälto (Kyngäs & Vanhanen 1999). Tässä tutkimuksessa tutkija kohdisti analyysin vain ilmisältoihin eikä tulkintavaikeuksia ollut.

Laadullisen tutkimuksen tutkimusaineisto tulee kerätä sieltä, missä kohteena oleva ilmiö on olemassa (Nieminen 1997). Tässä tutkimuksessa aineisto kerättiin useilta erikoisalojen poliklini-

koilta, koska tarkoituksena oli kuvata poliklinikoiden toimintamalleja, työnjakoa ja tehtävien siirtoja. Kyselylomake pyydettiin täyttämään moniammatillisesti, jotta eri ammattiryhmien näkemykset saataisiin selville.

Laadullisen tutkimuksen luotettavuutta lisää se, että tutkija selostaa tekemänsä ratkaisut riittäväällä tarkkuudella (Hirsjärvi ym. 2002). Tutkija pyrki raporttia kirjoittaessaan varmistamaan, että lukijan on mahdollista seurata tutkijan päättelyä ja arvioida sitä (Nieminen 1997). Raportissa käytettiin tutkijan tekemien johtopäätöksien tueksi autenttisia lainauksia haastattelu- ja kyselylomakeaineistoista.

### 6.3 Tulosten tarkastelu

Lääkäri-sihteerin –työparimallia koskevaa kansainvälistä kirjallisuutta ei löytynyt. Lääkärihoitajan –työparimallista ja moniammatillisesta vastaanottomallista löytyi vain harvoja kuvauksia. Sen sijaan puhelinvastaanotto- ja hoitajavastaanottotoiminnasta sekä tehtävien siirroista löytyi paljon tieteellisiä artikkeleita. Sen perusteella voidaan arvioida, että puhelinvastaanotto- ja hoitajavastaanottotoiminta sekä terveydenhuoltohenkilöstön väliset tehtävien siirrot ovat kansainvälistikin mielenkiinnon kohteina.

Tutkimuksessa todettiin, että hoitajavastaanotoilla käyvät potilaat ovat pääasiassa pitkäaikaissairaita. Vallimies-Patomäen ja kumppaneiden (2003) mukaan hoitajavastaanottoja tulisi erikoissairaanhoidossa kokeilla juuri pitkäaikaissairaiden potilaiden seurantakäynneillä. Useissa tieteellisissä artikkeleissa onkin kuvattu hoitajavastaanottojen roolia juuri syöpäpotilaiden (Earnshaw & Stephenson 1997; Campbell ym. 1999; Faithfull ym. 2001; Koinberg ym. 2002; Moore ym. 2002; Corner 2003; Booker ym. 2004), reumapotilaiden (Hill 1997) tai diabetespotilaiden (Vrijhoef ym. 2001) hoidossa. Toisaalta hoitajavastaanotoilla käy myös potilaita, jotka ovat vastaanotolla kertaluonteisesti. Samantyyppisiä kertaluonteisia vastaanottoja kuvaavat Chang (1999) ja Sakr (1999) kumppaneineen. Heidän tutkimuksiensa tulokset kuvaavat hoitajavastaanottotoimintaa päivystyspoliklinikalla.

Tutkimuksessa ilmeni, että hoitajavastaanotot ovat usein neuvonta- ja ohjauspainotteisia. Useissa kansainvälisissä artikkeleissa kuvataan hoitajavastaanottojen sisältävän neuvontaa (mm. Booker ym. 2004). Tulosten mukaan hoitajavastaanotto voi olla myös tutkimuspainotteinen, kuten Bagnyat (2000) ja Barber (2004) kumppaneineen raportoivat kuvatessaan hoitajien toimintaa endo- ja bronkoskopiatoiminnassa. Lisäksi hoitajavastaanotto voi olla hoitopainotteinen kuten Chang (1999), Sakr (1999) ja Connor (2002) kumppaneineen raportoivat.

Lääkäri-hoitaja –työparimallia ei kuvattu missään kansainvälisessä artikkelissa siten, että siinä olisi pohdittu erillisissä tai yhteisissä tiloissa työskentelyn hyötyjä ja haittoja. Tämä nousi kuitenkin ratkaisevaksi asiaksi kuvattaessa työparin toimintaa. Vastauksissa kuvattiin moninaisia työhuoneisiin liittyviä ongelmia. Kansallinen kirjallisuus pohti lääkärin ja hoitajan välistä suhdetta pääasiassa tehtävien siirtojen näkökulmasta. Tähän samaan näkökulmaan painottui myös kansainvälinen kirjallisuus. Tuloksien perusteella voidaan tulla samanlaiseen johtopäätökseen kuin Salvage ja Smith (2000), jotka toteavat, että aika alkaa olla kypsä lääkärin ja hoitajan välisen yhteistyön uudelleen organisoimiselle.

Lääkäri-sihteeri –työparimallia ei kuvattu missään kansainvälisessä tieteellisessä julkaisussa. Yhdessä artikkelissa kuvattiin sitä, miten lääkärit tarvitsevat polikliiniseen hoitoon liittyvissä oheistoiminnoissa avustavaa henkilökuntaa (Campbell ym. 1999), joten tällaisella poliklinikalla lääkäri-sihteeri –työparimalli ei toimisi. Monilla tutkimukseen osallistuvista poliklinikoista kuvattiin lääkäri-sihteeri –mallin mahdottomuutta perustellen sitä lääkärin tarvitsemalla avustajalla.

Poliklinikoilla on organisoimatonta puhelintoimintaa runsaasti. Sen merkitys potilaan kokonaisuhoitoon kuitenkin ymmärretään ja sitä ollaan useilla poliklinikoilla kehittämässä toimivammaksi. Tietokannoista löytyy useita puhelinvastaanottotoimintaan liittyviä artikkeleita, joissa toimintaa arvioidaan joko potilastyytyväisyyden tai tehokkuuden kriteerein (Weinberger 1998; Huber & Blanchfield 1999; Booker ym. 2004). Puhelinvastaanottotoimintaa on arvioitu myös turvallisuuden kriteerein (Lattimer ym. 1998). Tässä tutkimuksessa ei arvioitu toiminnan hyvyttä millään kriteereillä, vaan kuvattiin sen sisältöä ja organisointitapoja. Tulosten mukaan ohjauksella ja neuvonnalla on puhelinvastaanottotoiminnassa merkittävä rooli. Huberin ja Blanchfieldin (1999) mukaan puhelimesta kysytään usein neuvoja erilaisiin terveydentilan muutoksiin, lääkitykseen

tai halutaan ammattilaiselta henkistä tukea. Myös muunlaista puhelintoimintaa on olemassa. Tässä yhteydessä voidaan pohtia sitä, onko potilaan käytännön asioiden hoitaminen kuten tutkimusaikojen varaaminen tai aikojen vaihtaminen puhelinvastaanottoa. Toisaalta ne voidaan ajatella olevan jotain muuta, mutta toisaalta niihin liittyy myös neuvontaa ja ohjausta ja samantyyppisiä asioita hoidetaan "face to face" vastaanotoillakin. Tässä tutkimuksessa kaikki puhelin toiminta on kuvattu puhelinvastaanottoinnaksi.

Moniammatillisia vastaanottoja järjestetään tulosten mukaan useilla erikoisaloilla. Kansainvälinen kirjallisuus kuvaa moniammatillisia vastaanottoja palliatiivisen hoidon kontekstissa (Oliver 2004; Strasser ym. 2004). Niissä molemmissa arvioitiin moniammatillisia vastaanottoja potilastyytyväisyyden kriteerein. Poliklinikoilla on käytössä sekä moniammatilliset vastaanottotilanteet että moniammatilliset palaverit, joihin potilaat eivät osallistu, mutta lisäksi myös moniammatillinen tiimityöskentely, jossa potilas ohjataan erikseen eri alojen asiantuntijoiden luokse. Strasserin ja kumppaneiden (2004) kuvaama moniammatillinen vastaanottomalli toimi siten, että eri alojen ammattilaiset tapasivat potilaan erikseen. Tapaamiset hoidettiin kuitenkin samalla vastaanottokäynnillä ja samassa vastaanottohuoneessa.

Tehtävien siirrot poliklinikoilla koskevat joko yksittäisten tehtävien siirtoja tai isompien hoitovastuiden siirtoa. Kansainvälisessä kirjallisuudessa on kuvattu pääasiassa tutkimuksia, joissa jonkun potilasryhmän hoitovastuun siirtämistä hoitajavetoiseksi verrataan lääkärivetoiseen toimintamalliin (Earnshaw & Stephenson 1997; Hill 1997; Campbell ym. 1999; Sakr ym. 1999; Barr ym. 2000; Faithfull ym. 2001; Vrijhoef ym. 2001; Koinberg ym. 2002; Moore ym. 2002; Uppal ym. 2004). Toimintamallien vertailut on tehty joko potilastyytyväisyyden, turvallisuuden tai tehokkuuden kriteerein. Tässä tutkimuksessa malleja ei vertailtu toisiinsa, vaan yritettiin kuvata jo tehtyjä tehtävien siirtoja, niihin johtaneita syitä ja tarpeita, mitkä liittyvät tehtävien siirtoihin.

Tulosten mukaan lääkärin ja hoitajien välisten tehtävien siirtojen tavoitteena on ollut lääkäreiden työajan tehostaminen. Lääkäreistä on pulaa ja tehtävien siirroilla on pyritty sekä potilaiden että henkilökunnan kannalta joustaviin käytäntöihin. Kirjallisuudessa kuvataan samanlaisia syitä tehtävien siirtoille (Leiwo ym. 2002a, 2002b; Markkanen 2002; Kärkkäinen ym. 2003b).

## 7 JOHTOPÄÄTÖKSET JA JATKOTUTKIMUSAIHEET

### 7.1 Johtopäätökset

Poliklinikoilla on käytössä erilaisia toimintamalleja. Käytössä on hoitajavastaanottomalli, jolla tarkoitetaan niiden terveydenhuollon ammattilaisten vastaanottoja, jotka kuuluvat hoitohenkilökuntaan, lääkäri-sihteerin –työparimalli, lääkäri-hoitaja –työparimalli, puhelinvastaanottomalli ja moniammatillinen vastaanottomalli. Jotkut niistä ovat toiminnan luonteen tai potilasmateriaalin vuoksi välttämättömiä, mutta toiminnan uudelleen organisointi voisi olla myös mahdollista. Suurimmat ongelmat uusien toimintamallien kehittämisessä tai toiminnan muuttamisessa liittyvät puutteellisiin tiloihin, vähäiseen henkilökuntaan tai vääränlaiseen henkilökuntarakenteeseen. Toisaalta vanhat käytännöt ja tilanteen näkeminen mahdottomana estää myös muutoksen. Eräällä poliklinikalla kuvattiin esimerkiksi puhelintoimintaa näin: *"puheluita tulee niin paljon, että niitä on mahdotonta mitenkään organisoida"*. Tällaisessa tilanteessa pitäisi pikemminkin ajatella, että koska puheluita tulee paljon, toimintaa pitää välttämättä järkipäätä ja uudelleen organisoida.

Terveydenhuoltohenkilöstön väliset tehtävien siirrot ovat usein tapahtuneet pikku hiljaa ilman, että niistä on tehty mitään virallisia päätöksiä. Tämän vuoksi tehtäviin liittyvien vastuiden määrittely on puutteellista. Tehtävien siirtyminen lääkäreiltä kokeneille hoitajille ei ole vaatinut useinkaan koulutusta, sillä hoitajat ovat jo osanneet siirretyt tehtävät. Perusteina tehtävien siirroille onkin se, että tehtävät ovat sellaisia, mitkä hoitajat hyvin pystyvät hoitamaan. Kirjallisuudessaakin mainitaan yhdeksi perusteeksi tehtäväsiirroille jo olemassa olevien käytäntöjen virallistaminen.

Tehtävien siirrot hoitohenkilökunnan ja osastonsihteerien välillä johtuu pääasiassa sihteeripulasta. Sähköinen potilaskertomus ja sen myötä paperiton ja filmitön sairaala tuo muutoksia henkilökunnan työnkuviin. Monet niihin liittyvät käytännön asiat ovat pohtimatta, mutta paperittomuudesta odotetaan ratkaisua poliklinikoilla olevaan sihteeripulaan. Tällä hetkellä monen ammattiryhmän työpanosta kuluu kadoksissa olevien potilaspapereiden etsimiseen.

## 7.2 Jatkotutkimusaiheet

Tutkimuksessa kuvattiin erikoissairaanhoidon poliklinikalla käytössä olevia toimintamalleja, mutta ei sitä, miten ne vaikuttavat potilaiden tyytyväisyyteen saamaansa hoitoon tai poliklinikoilla tarjottavan palvelun vaikutuksia potilaan kokonaishoitoon. Kansainvälisessä kirjallisuudessa on raportoitu eri toimintamallien vaikutusta potilastyytyväisyyteen tai niiden tehokkuutta ja merkitystä potilaan kokonaishoitoon. Suomessa vastaavaa tutkimusta ei ole tehty.

Poliklinikoiden palvelua potilaiden näkökulmasta mitataan säännöllisesti, mutta toimintamalleitain tätä tietoa ei ole saatavilla. Eri toimintamallien vaikuttavuudesta potilaan kokonaishoitoon esimerkiksi potilaan sitoutumisesta omaan hoitoonsa eri toimintamalleissa tarvitaan myös tietoa. Jatkotutkimusaiheet liittyvät potilaan kokemuksiin toimintamalleista sekä niiden vaikuttavuuteen ja tehokkuuteen. Erityisesti hoitajavastaanottomalli, puhelinvastaanottomalli ja lääkäri-sihteeri – työparimalli kaipaavat lisäselvennystä vähenevien resurssien ja lisääntyvien polikliinisten potilasmäärien vuoksi, sillä näiden mallien käytön lisääminen saattaa ratkaista osittain terveydenhuoltoa koskevia ongelmia.

Perheen ja läheisten osallistuminen potilaan hoitoon saattaa poiketa eri toimintamalleissa. Mielienkiintoista olisi tietää, miten potilaan läheiset otetaan huomioon eri toimintamalleissa. Potilaan ja läheisten tiedonsaantiin liittyvät kysymykset sekä potilaan ja läheisten mahdollisuus vaikuttaa hoitoon eri toimintamalleissa pitäisi myös selvittää.

**LÄHTEET**

- Aalto P, Ahlroos K, Hautamäki K, Lappalainen A, Laitinen H, Rantala T, Rikala A-M, Salonen S, Uhari R & Yli-Kerttula U. 1998. Reumapotilaiden hoidon laadun toteutuminen Pikonlinnan sairaalassa potilaiden arvioimana. Pirkanmaan sairaanhoitopiirin julkaisuja. 3/99. Tampereen yliopistollinen sairaala, Tampere.
- Alasuutari P. 2001. Laadullinen tutkimus. 3.uudistettu painos. Vastapaino, Jyväskylä.
- Anttila P & Kujala S. 2004. Tehtävänsiirtoja, työnjakoa ja yhteistyötä. *Suomen lääkärilehti* 59 (42), 3961.
- Barber PV, Martin J & O'Donnell PNS. 2004. The development of the first nurse-led bronchoscopy post in the United Kingdom. *Respiratory Medicine* 98, 504–508.
- Barr M, Johnston D & McConnell D. 2000. Patient satisfaction with a new nurse practitioner service. *Accident & Emergency Nursing* 8, 144–147.
- Basnyat PS, West J, Davies P, Davies PS & Foster ME. 2000. The nurse practitioner endoscopist. *Annals of the Royal College of Surgeons of England* 82 (5), 331–332.
- Beck J K, Dries T J & Cook E C. 1998. Development of an interdisciplinary, telephone-based care program. *American Journal of Health-System Pharmacy* 55 (5), 453–457.
- Booker J, Eardley A, Cowan R, Logue J, Wylie J & Caress A-L. 2004. Telephone first post-intervention follow-up for men who have had radical radiotherapy to the prostate: evaluation of a novel service delivery approach. *European Journal of Oncology Nursing* 8, 325–333.
- Calpin-Davies PJ & Akehurst RL. 1999. Doctor-nurse substitution: the workforce equation. *Journal of Nursing Management* 7 (2), 71–79.



- Campbell J, German L & Lane C. 1999. Radiotherapy outpatient review: a nurse-led clinic. *Nursing Standard* 13 (22), 39–44.
- Car J, Freeman GK, Partridge MR & Sheikh A. 2004. Improving quality and safety of telephone based delivery of care: teaching telephone consultation skills. *Quality & Safety in Health Care* 13, 2–3.
- Chaboyer W P & Patterson E. 2001. Australian hospital generalist and critical care nurses' perceptions of doctor-nurse collaboration. *Nursing and Health Sciences* 3, 73–79.
- Chang E, Daly J, Hawkins A, McGirr J, Fielding K, Hemmings L, O'Donoghue A & Dennis M. 1999. An evaluation of the nurse practitioner role in a major rural emergency department. *Journal of Advanced Nursing* 30 (1), 260–268.
- Collins SK & Collins KS. 2004. Time: a vital resource. *Radiology Management* 26, 30–33.
- Connor CA, Wright CC & Fegan CD. 2002. The safety and effectiveness of a nurse-led anticoagulant service. *Journal of Advanced nursing* 38 (4), 407–415.
- Corner J. 2003. The role of nurse-led care in cancer management. *The Lancet Oncology* 4, 631–636.
- Davies C. 2000. Getting health professionals to work together: There's more to collaboration than simply working side by side. *British Medical Journal* 320 (7241), 1021–1022.
- Dougherty M B & Larson E. 2005. A Review of Instruments Measuring Nurse-Physician Collaboration. *The Journal of Nursing Administration* 35 (5), 244–253.
- Earnshaw JJ & Stephenson Y. 1997. First two years of a follow-up breast clinic led by a nurse practitioner. *Journal of the Royal Society of Medicine* 90 (5), 258–259.

Eskola J. 2001. Laadullisen tutkimuksen juhannustaiat. Laadullisen aineiston analyysi vaihe vaiheelta. Teoksessa: Aaltola J & Valli R (toim.) Ikkunoita tutkimusmetodeihin II. Näkökulmia aloittelevalle tutkijalle tutkimuksen teoreettisiin lähtökohtiin ja analyysimenetelmiin. Chydenius-Instituutin julkaisuja 3/2001. PS-kustannus, Jyväskylä, 133–157.

Eskola J & Vastamäki J. 2001. Teemahaastattelu: Opit ja opetukset. Teoksessa: Aaltola J & Valli R (toim.) Ikkunoita tutkimusmetodeihin I. Metodien valinta ja aineisto keruu: Virikkeitä aloittelevalle tutkijalle. Chydenius-Instituutin julkaisuja 2/2001. PS-kustannus, Jyväskylä, 24–42.

Faithfull S, Corner J, Meyer L, Huddart R & Dearnaley D. 2001. Evaluation of nurse-led follow up for patients undergoing pelvic radiotherapy. *British Journal of Cancer* 85 (12), 1853–1864.

Flinkkilä S, Hakama K & Surakka T. 1998. Keskenmenopotilaan hoitoprosessin parantaminen Tampereen yliopistollisen sairaalan naistenklinikassa. Pirkanmaan sairaanhoitopiirin julkaisuja. 6/98. Tampereen yliopistollinen sairaala, Tampere.

Gylling H & Laitinen LA. 1998. Sisätautien poliklinikan uudelleenjärjestelyt Helsingin yliopistollisessa keskussairaalassa. *Suomen lääkirilehti* 53 (28), 3129–3131.

Haarala R, Lehtinen M, Grönros E-R, Kolehmainen T, Nissinen I, Eronen R & Suorsa M (toim.) 1992a. Suomen kielen perussanakirja. Toinen osa L-R. Kotimaisten kielten tutkimuskeskuksen julkaisuja 55. VAPK-kustannus, Helsinki.

Haarala R, Lehtinen M, Grönros E-R, Kolehmainen T, Nissinen I, Eronen R & Suorsa M (toim.) 1992b. Suomen kielen perussanakirja. Kolmas osa S-Ö. Kotimaisten kielten tutkimuskeskuksen julkaisuja 55. VAPK-kustannus, Helsinki.

Heikkilä J & Paananen M-L. 2005. Sairaanhoitaja sydämen vajaatoimintaa sairastavan hoidon ohjaajana ja seuraajana. Teoksessa: Miettinen M (toim.) Hoitotyön vuosikirja 2005: hoitotyön interventiot. Suomen sairaanhoitajaliitto, Helsinki, 151–165.

- Heino J. 2004. Prosessiteorian perusteet ja johdatus prosessiajatteluun. Tampereen yliopistollinen sairaala, Tampere. Julkaisematon lähde.
- Hervonen A & Nienstedt W. 2000. Lääketieteellinen ammattisanasto. 10. painos. Lääketieteellinen oppimateriaalikustantamo Oy, Tampere.
- Hill J. 1997. Patient satisfaction in a nurse-led rheumatology clinic. *Journal of Advanced Nursing* 25 (2), 347–354.
- Hirsjärvi S & Hurme H. 2001. Tutkimushaastattelu. Teemahaastattelun teoria ja käytäntö. Yliopistopaino, Helsinki.
- Hirsjärvi S, Remes P & Sajavaara P. 2002. Tutki ja kirjoita. 6-8. painos. Kustannusosakeyhtiö Tammi, Helsinki.
- Huber D & Blanchfield K. 1999. Telephone Nursing Interventions in Ambulatory Care. *Journal of Nursing Administration* 29 (3), 38–44.
- Hughes RA, Carr ME, Huggett A & Thwaites CE. 2002. Review of the function of a telephone helpline in the treatment of outpatients with rheumatoid arthritis. *Annals of the Rheumatic Diseases* 61 (4), 341–345.
- Hurme R & Pesonen M. 1990. Englantilais-suomalainen suursanakirja. 2. painoksen 9. muuttamaton lisäpainos. WSOY, Porvoo.
- Hurme R, Malin R-L & Syväoja O. 1989. Uusi suomi-englanti suursanakirja. 3. painoksen muuttamaton lisäpainos. WSOY, Porvoo.
- Huovinen P (toim.) 2002. Lääkärinkielen sanakirja. Kustannus Oy Duodecim, Helsinki.

Häyry M. 1998. Huomioita tutkimuseetiikasta "keskitason periaatteiden" valossa. Teoksessa: Lötjönen S. (toim.) Tutkijan ammattietiikka. Tutkimuseliittinen neuvottelukunta. Opetusministeriö, Koulutus- ja tiedepolitiikan osaston julkaisusarja. Helsinki, 21–27.

Kalasniemi M, Kuivalainen L & Ryhänen A. 2004. Yksilövastuun hoitotyön toteutuminen erikoissairaanhoidossa potilaiden ja henkilökunnan arvioimana. *Tutkiva hoitotyö* 2 (2), 22–27.

Kiviniemi K. 2001. Laadullinen tutkimus prosessina. Teoksessa: Aaltola J & Valli R (toim.) Ikkunoita tutkimusmetodeihin II. Näkökulmia aloittelevalle tutkijalle tutkimuksen teoreettisiin lähtökohtiin ja analyysimenetelmiin. Chydenius-Instituutin julkaisuja 3/2001. PS-kustannus, Jyväskylä, 68–84.

Koinberg I-L, Holmberg L & Fridlund B. 2002. Breast cancer patients' satisfaction with a spontaneous system of check-up visits to a specialist nurse. *Scandinavian Journal of Caring Sciences* 16, 209–215.

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

Kärkkäinen O, Seppälä A, Tuominen J & Karvonen J. 2003a. Lääkärin ja hoitajien välinen työnjako erikoissairaanhoidossa. *Sairaanhoitaja* 76 (9), 8–10.

Kärkkäinen O, Tuominen JA, Seppälä A & Karvonen J. 2003b. Selvitys lääkäreiden ja hoitajien välisestä työnjaosta Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirissä. *Suomen lääkirilehti* 12, 1457–1460.

Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä. 28.6.1994/559. Luettavissa sähköisesti:  
<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1994/19940559>

Lattimer V, George S, Thompson F, Thomas E, Mullee M, Turnbull J, Smith H, Moore M, Bond H & Glasper A. 1998. Safety and effectiveness of nurse telephone consultation in out of hours primary care: randomised controlled trial. *British Medical Journal* 317, 1054–1059.

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

Latvala E & Vanhanen-Nuutinen L. 2001. Laadullisen hoitotieteellisen tutkimuksen perusprosessi: Sisällönanalyysi. Teoksessa: Janhonen S & Nikkonen M (toim.) Laadulliset tutkimusmenetelmät hoitotieteessä. WSOY, Helsinki, 21–43.

Leiwo L, Papp I & Heikkilä J. 2002a. Vastuiden ja tehtävien siirto. *Sairaanhoitaja* 75 (6-7), 7–9.

Leiwo L, Papp I & Heikkilä J. 2002b. Terveystieteiden johtajien ja esimiesten näkemyksiä tehtävien siirtämisestä lääkäreiltä hoitajille. *Suomen lääkäri* 8, 932–933.

Lindström E. 2003. Terveystieteiden eri ammattiryhmien välisen työnjaon kehittäminen Suomessa ja muissa Pohjoismaissa. Sosiaali- ja terveystieteiden ministeriön monisteita 2003:12. Helsinki.

Markkanen K. 2002. Tehtävänsiirrot terveystieteidenhuollossa. Tehy ry. Sarja B. Selvityksiä 1/2002.

Masterson A. 2002. Cross-boundary working: a macro-political analysis of the impact on professional roles. *Journal of Clinical Nursing* 11, 331–339.

Matikainen ML. 2001. Suomalais-englantilainen sanasto hoito-, kuntoutus- ja sosiaalialan henkilökunnalle. Jyväskylän yliopistopaino, Jyväskylä.

Mattila E. 2003. Hoitotyö Taysin poliklinikoilla. Julkaisematon lähde.

Mattila M & Isola A. 2002. Sairaanhoitaja lääkehoidon ja verensiirron toteuttajana – lupa-käytäntö. *Suomen lääkäri* 57 (39), 3884–3887.

Moore S, Corner J, Haviland J, Wells M, Salmon E, Normand C, Brada M, O'Brien M & Smith I. 2002. Nurse led follow up and conventional medical follow up in management of patients with lung cancer: randomised trial. *British Medical Journal* 325 (7373), 1145.

MOTa. MOT Lääketiede 2.0. MOT sanakirjasto. Elektroninen sanakirja.  
<http://mot.kielikone.fi/mot/uta/netmot.exe> Luettu 24.8.2005.

MOTb. MOT Englanti 4.5 suomi-englanti-suomi. MOT sanakirjasto. Elektroninen sanakirja.  
<http://mot.kielikone.fi/mot/uta/netmot.exe> Luettu 24.8.2005.

MOTc. MOT Enteka. 3.0a suomi-englanti-suomi. MOT sanakirjasto. Elektroninen sanakirja.  
<http://mot.kielikone.fi/mot/uta/netmot.exe> Luettu 24.8.2005.

Murphy-Black T. 2000. Questionnaire. Teoksessa: Cormack D (toim.). *The Research Process in Nursing*. 4.painos. Blackwell Science Ltd, Oxford, 301–313.

Myllykangas M, Kinnunen J, Ryyänen O-P, Kuronen M & Takala J. 2000a. Lääkärien ja hoitajien työnjaosta. *Sairaala* 3, 14–16.

Myllykangas M, Ryyänen O-P, Kinnunen J & Takala J. 2000b. Lääkärien, hoitajien ja johtajien asenteet terveydenhuollon muutoksiin. Osa II: Toiminnalliset ja rakenteelliset muutokset. *Suomen lääkärilehti* 55 (30), 2913–2915.

Nieminen H. 1997. Kvalitatiivisen tutkimuksen luotettavuus. Teoksessa: Paunonen M & Vehviläinen-Julkunen K (toim.) *Hoitotieteen tutkimusmetodiikka*. WSOY, Juva, 215–221.

Nieminen P & Hyrkäs K. 2004. *Terveydenhuollon sanasto. Englanti – Suomi – Englanti*. WSOY, Helsinki.

Niskanen M, Vakkuri A, Meretoja O & Alahuhta S. 2004. Anestesia- ja -sairaanhoitajan välinen työnjako. *Suomen lääkärilehti* 59 (20), 2153–2157.

Nurmi T, Rekiaro I & Rekiaro P. 1995. *Sivistyssanakirja*. 3. painos. Gummerus, Jyväskylä.

Nykänen K. Potilaiden kokemuksia hoidosta naistentautien poliklinikalla. Stakes, Aiheita 18/2002. Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimus- ja kehittämiskeskus, Helsinki.

Oliver D. 2004. The development of an interdisciplinary outpatient clinic in specialist palliative care. *International Journal of Palliative Nursing* 10 (9), 446–448.

Paunonen M & Vehviläinen-Julkunen K. 1997. Tutkimussuunnitelman laadinta kvantitatiivisessa ja kvalitatiivisessa tutkimuksessa. Teoksessa: Paunonen M & Vehviläinen-Julkunen K (toim.) *Hoitotieteen tutkimusmetodiikka*. WSOY, Juva, 36–48.

Peltonen E. 2002. Työnjakoa uudistamalla potilasjonojen purkuun. *Sairaanhoitaja* 75 (10), 6–7.

Pesonen N & Ponteva E. 1999. *Lääketieteen sanakirja*. 11. muuttamaton painos. WSOY, Juva.

Pontin D. 2000. Interview. Teoksessa: Cormack D (toim.) *The Research Process in Nursing*. 4. painos. Blackwell Science Ltd, Oxford, 289–299.

Rekiaro I & Robinson D. 1992. *Suomi-Englanti-Suomi –sanakirja*. 6. painos. Gummerus, Jyväskylä.

Rekola L, Isoherranen K & Koponen L. 2005. Moniammatillinen yhteistyö päivystyspoliklinikalla. *Tutkiva hoitotyö* 3 (1), 16–21.

Rhéaume A. 2003. The changing division of labour between nurses and nursing assistants in New Brunswick. *Journal of Advanced Nursing* 41 (5), 435–443.

Rosenfeld P, McEvoy M D & Glassman K. 2003. Measuring Practice Patterns Among Acute Care Nurse Practitioners. *Journal of Nursing Administration* 33 (3), 159–165.

- Ryynänen O-P, Kinnunen J, Myllykangas M, Lammintakanen J & Kuusi O. 2004. Suomen terveydenhuollon tulevaisuudet. Skenaariot ja strategiat palvelujärjestelmän turvaamiseksi. Esiselvitys. Tulevaisuusvaliokunta, Teknologian arviointeja 20. Eduskunnan kanslian julkaisu 8/2004.
- Saarni S & Henrikson M (toim.) 2005. Lääkärin etiikka. 6.painos. Suomen Lääkäriliiton eettisen periaatekysymysten valiokunta. Suomen Lääkäriliitto, Helsinki.
- Salvage J & Smith R. 2000. Doctors and nurses: doing it differently: The time is ripe for a major reconstruction. *British Medical Journal* 320 (7241), 1019–1020.
- Sakr M, Angus J, Perrin J, Nixon C, Nicholl J & Wardrope J. 1999. Care of minor injuries by emergency nurse practitioners or junior doctors; a randomised controlled trial. *The Lancet* 354 (9187), 1321–1326.
- STM. 2002. Kansallinen projekti terveydenhuollon tulevaisuuden turvaamiseksi. Sosiaali- ja terveysministeriön työryhmämuistioita 2002:3. Helsinki
- Strasser F, Sweeney C, Willey J, Benisch-Tolley S, Palmer JL & Bruera E. 2004. Impact of a half-day multidisciplinary symptom control and palliative care outpatient clinic in a comprehensive cancer center on recommendations, symptom intensity, and patient satisfaction: a retrospective study. *Journal of Pain and Symptom Management* 27 (6), 481–491.
- Tiainen JO (toim.) 1987. Gummeruksen uusi tietosanakirja M-R. Osa 3. Gummerus, Jyväskylä.
- Toppila M (toim.) 1984. Nykytieto. Osa 3 Suomen kielen käyttötieto. Oy Valitut Palat – Reader's digest Ab. Kustannusosakeyhtiö Otava, Keuruu.
- Uppal S, Lee C, Mielcarek M, Banks P, Mackay E & Coatesworth A. 2004. A comparison of patient satisfaction with conventional and nurse led outpatient follow-up after grommet insertion. *Auris Nasus Larynx* 31, 23–28.



Urden L & Roode J. 1997. Work Sampling: A Decision-Making Tool for Determining Resources and Work Redesign. *Journal of Nursing Administration* 27 (9), 34–41.

Uusitupa M. 2002. Selvitysmies Matti Uusitupa työvoiman tarpeesta: Terveysthuoltoalan koulutusta on lisättävä kiireesti. *Suomen lääkäri-lehti* 57 (7), 738–740.

Valli R. 2001. Kyselylomaketutkimus. Teoksessa: Aaltola J & Valli R (toim.) Ikkunoita tutkimusmetodeihin I. Metodien valinta ja aineisto keruu: Virikkeitä aloittelevalle tutkijalle. Chydenius-Instituutin julkaisuja 2/2001. PS-kustannus, Jyväskylä, 100–123.

Vallimies-Patomäki M, Lindström E & Perälä M-L. 2002. Sairaanhoidajan tehtäväkuvan laajentaminen. Terveyspalvelujärjestelmän uudistamiseen ja kansainvälisiin käytäntöihin perustuvia ehdotuksia. *Sairaanhoitaja* 75 (8), 6–9.

Vallimies-Patomäki M, Perälä M-L & Lindström E. 2003. Miten sairaanhoidajan tehtäväkuvien laajentaminen on onnistunut? Systemoitu kirjallisuuskatsaus. *Tutkiva hoitotyö* 1 (2), 10–15.

Vehviläinen-Julkunen K. 1997. Hoitotieteellisen tutkimuksen etiikka. Teoksessa: Paunonen M & Vehviläinen-Julkunen K (toim.) Hoitotieteen tutkimusmetodiikka. WSOY, Juva, 26–34.

Vehviläinen-Julkunen K & Paunonen M. 1997. Kvantitatiivisen tutkimuksen luotettavuus. Teoksessa: Paunonen M & Vehviläinen-Julkunen K (toim.) Hoitotieteen tutkimusmetodiikka. WSOY, Juva, 206–214.

Vilmi S. 1997. Ensiapu- ja tarkkailuosaston toimintamallin ja hoitotyön kehittäminen. Pirkanmaan sairaanhoitopiirin julkaisuja 9/97. Tampereen yliopistollinen sairaala, Tampere.

Vrijhoef HJM, Diederiks JPM, Spreeuwenberg C & Wolffenbuttel BHR. 2001. Substitution model with central role for nurse specialist is justified in the care for stable type 2 diabetic outpatients. *Journal of Advanced Nursing* 36 (4), 546–555.

Waltz CF, Strickland OL & Lentz ER. 1991. *Measurement in Nursing Research*. 2. painos. F.A. Davis Company, Philadelphia.

Weinberger M. 1998. Telephone-based interventions in outpatient care. *Annals of the Rheumatic Diseases* 57, 196–197.

Wägar G. 1995. Oikea potilas oikeassa poliklinikassa oikeaan aikaan. *Suomen lääkirilehti* 50 (13), 1536.

Zwarenstein M & Bryant W. 2005. Interventions to promote collaboration between nurses and doctors. *The Cochrane Database of Systematic Reviews* Vol 2.

**LIITTEET**

Liite 1. Hankkeeseen kuuluvat poliklinikat

Liite 2. Kyselylomake

Liite 3. Analyysirunko hoitajavastaanottomallista

Liite 4. Hoitajavastaanottojen sisällön luokittelu

Liite 5. Toimintamalleihin ja tehtävien siirtoihin liittyvää kansainvälistä kirjallisuutta

## Liite 1. Hankkeeseen kuuluvat poliklinikat

1	PFO	Foniatrian poliklinikka
2	PGAS	Gastroenterologian poliklinikka
3	PIT	Iho- ja sukupuolitautien poliklinikka
4	KAR	Kardiologinen yksikkö
5	PKS	Keuhkosairauksien poliklinikka
6	PKI	Kirurgian poliklinikka
7	PTU	TULES-kirurgian poliklinikka
8	PKO	Korvatautien poliklinikka
9	PKU	Kuulokeskus
10	PGY	Naistentautien poliklinikka
11	PNK	Neurokirurgian poliklinikka
12	PNE	Neurologian poliklinikka
13	PALL	Palliatiivinen yksikkö
14	PRE	Reumasairauksien poliklinikka
15	PSL	Silmätautien poliklinikka
16	PSS	Sisätautien poliklinikka
17	PSU	Suu- ja hammassairauksien poliklinikka
18	PSYÖ	Syöpätautien poliklinikka
19	PÄI	Äitiyspoliklinikka

## Liite 2. Kyselylomake (1/2)

**TAUSTATIETOJA**

Poliklinikan nimi \_\_\_\_\_

Lomakkeen täyttäjän nimi, ammattinimike ja puhelinnumero  
\_\_\_\_\_**Poliklinikan henkilökunnan määrä ja rakenne**

<b>Ammattinimike</b>	<b>Lkm</b>
Osastonhoitaja	
Apulaisosastonhoitaja	
Sairaanhoitaja	
Perushoitaja/lähihoitaja	
Fysioterapeutti	
Kättilö	
Hammashoitaja	
Hammashuoltaja	
Jalkojen hoitaja	
Kuulontutkija	
Audiologi	
Puheterapeutti	
Kuntoutusohjaaja	
Lääkintävahtimestari	
Sosiaalityöntekijä	
Psykologi	
Ravitsemussuunnittelija	
Osastonsihteeri	
Konekirjoittaja	
Välinehuoltaja	
Sairaalahuoltaja	
Lähetti	
Muu, mikä	
Sissit ammattinimikkeittäin	
Lääkärit	

## Liite 2. Kyselylomake (2/2)

1. Onko teillä toteutettu tai mietitty tehtävien siirtoja ammattiryhmältä toiselle? **Jos on**, keiden välillä ja miten ratkaisut ovat toimineet?
2. Onko hoitajilla tai muiden ammattiryhmien edustajilla omia vastaanottoja (ei lääkärit)? **Jos on**, kuvaa millaisia (potilasryhmät, ammattiryhmät, säännöllisyys, vaikutukset potilaan kokonaishoitoon ym.)
3. Tapaako potilas aina lääkäriin tullessaan poliklinikkakäynnille? **Jos ei**, kuvaa tilannetta (potilasryhmät, säännöllisyys, vaikutukset potilaan kokonaishoitoon ym.)
4. Tapaako potilas aina hoitajan tullessaan poliklinikkakäynnille? **Jos ei**, kuvaa tilannetta (potilasryhmät, säännöllisyys, vaikutukset potilaan kokonaishoitoon ym.)
5. Onko teillä puhelinvastaanottoa? **Jos on**, kuvaa tilannetta (potilasryhmät, lääkäri/hoitaja –puhelinvastaanotot, säännöllisyys, vaikutukset potilaan kokonaishoitoon ym.)
6. Onko teillä moniammatillisia vastaanottoja? **Jos on**, kuvaa tilannetta (potilasryhmät, ammattiryhmät, säännöllisyys, vaikutukset potilaan kokonaishoitoon ym.)
7. Onko lääkäriä ja hoitohenkilökunnalla yhteinen vastaanottotila? **Jos on**, miten ratkaisu toimii? Mitä hyötyä tai haittaa käytännöstä on?
8. Onko lääkäriä ja hoitohenkilökunnalla erilliset vastaanottotilat? **Jos on**, miten ratkaisu toimii? Mitä hyötyä tai haittaa käytännöstä on?
9. Kuvaa läheteiden käsittelyyn liittyvät käytännöt, kuka tekee, mitä ja missä vaiheessa?
10. Kuvaa tutkimusten varaamiseen liittyvät käytännöt, kuka tekee, mitä ja missä vaiheessa? (potilaan informointi, ohjeistaminen ym.)
11. Kuvaa hoidon varaamiseen liittyvät käytännöt, kuka tekee, mitä ja missä vaiheessa? (potilaan informointi, ohjeistaminen, kutsukäytäntö ym.)
12. Kuvaa tutkimusvastausten (lab, rtg ym.) luku- ja tulostuskäytännöt, kuka tekee, mitä ja missä vaiheessa?
13. Kuvaa seuraavan vastaanottopäivän paperien valmistelukäytännöt, kuka tekee, mitä ja missä vaiheessa?
14. Kuvaa epikriisien lähettämiseen liittyvät käytännöt, kuka tekee, mitä ja missä vaiheessa? (sanelu, purku, allekirjoitukset, postitus ym. )
15. Tämä tila on varattu ehdotuksille, huomautuksille ja muille asioille, joihin haluaisit meidän kiinnittävän huomiota polikliinisen hoidon kuvaamisessa.

## Liite 3. Analyysirunko hoitajavastaanottomallista

"Ei lääkäreiden" omat vastaanotot	Minkä tyyppisiä vastaanottoja	Mitä potilasryhmiä	Kuinka säännöllistä toimintaa	Huomiot
<p>Puheterapeuteilla: äänihäiriöt, nielemisen häiriöt, muut puhehäiriöt, lasten kielellisen kehityksen häiriöt ja oromoriset häiriöt</p> <p>Psykologilla: dysfasialapset</p> <p>Kuntoutusohjaajalla: dysfasialapset ja kotikäynnit ja esim. päiväkotikäynnit.</p> <p>Perushoitaja voi tavata potilasta myös ilman lääkäriä.</p>	<p>Terapiakäyntejä, kotikäyntejä sekä päiväkotikäyntejä.</p> <p>Perushoitaja tekee äänitutkimuksia tai fysioakustisia tuolihoitoja.</p>	<p>äänihäiriöt, nielemisen häiriöt, muut puhehäiriöt, lasten kielellisen kehityksen häiriöt, oromoriset häiriöt, dysfasialapset</p>		
<p>Avannehoitajan, "Ge-hoitajan" ja "Peg-hoitajan" vastaanottoja.</p>	<p>Käynnit ovat ihan neuvonta- ja ohjauskäyntejä ja niillä on suuri merkitys potilaalle. Käynneillä pohditaan ihan käytännön asioita. (Elämäntapaohjeet, lääkehoito, pistosopetus, pre- ja postop. ohjaus, iho-ongelmat). Lisäksi annetaan puhelinneuvontaa (potilaat, avohoito ja muut sairaalat).</p>	<p>Avanneleikatut, inkontinenssipotilaat, tulehdukselliseen suolistosairauteen sairastuneet uudet potilaat, hepatiittipotilaat, peg-potilaat</p>	<p>Avannehoitajan vastaanotto neljänä päivänä viikossa.</p>	<p>Hoitajien vastaanotot ovat potilaalle maksullisia käyntejä, jotka varataan samoin kuin lääkärin käynnit.</p> <p>Sellaista tietoa, mitä avannehoitajalla on, ei välttämättä ole lääkärillä. Lääkärit-hän konsultoivat avannehoitajaa aika paljon.</p> <p>Hoitajavastaanottojen lisäksi potilaat voivat käydä poliklinikalla näkemättä lääkäriä verensiirrossa, joissakin lääkeinfusioissa, toimintakokeissa ja joissakin polikliinisisä tutkimuksissa.</p>
<p>Osana potilaan kokonaishoitoa on seuraavia sairaanhoitajan vastaanottoja: paikallishoidot (säärähaavat, atopia- ja psoriasispotilaan paikallishoidot), valohoidot (sarjahoitoja) ja allergiatestaukset</p>	<p>Omat vastaanotot ovat neuvonta- ja ohjauspainotteisia sekä paikallishoidoja. Paikallishoidot ovat ihan puhtaasti (esim psoriaasipotilaan ihon hoito) ihon paikallishoitoa, joka sisältää myös ohjauksen ja neuvonnan. Samoin haavahoito sisältää haavan hoidon ja ohjauksen ja neuvonnan. Käsi-ihottumapotilaalle on myös ohjaus- ja neuvonta-aika, joka on ihan hoitajan aika. Paikallishoidot on aina ollut hoitajan työtä. Käsiensuojaukseen on kahdenlaista. Ammattitautipotilaiden ja muiden vaativien potilaiden ohjauksen antaa apulaisoh ja muiden sairaanhoitajat.</p>		<p>Tämä toiminta on päivittäistä. Kaksi hoitajaa tekee paikallishoitoja pelkästään tai ainakin pääsääntöisesti. Lisäksi on hoitajia, jotka työskentelevät lääkarihoitajatyöparina vastaanotolla ja lisäksi siinä välissä saattaa tehdä jonkun paikallishoidon, minkä ehtii.</p>	<p>Sarjahoidoissa lääkäri usein aloittaa hoitosarjan. Lisäksi hän tapaa potilasta mahdollisesti hoitajavastaanottojen välissä ja sitten taas lopussa.</p>

## Liite 4. Hoitajavastaanottojen sisällön luokittelu

alkuperäinen ilmaisu	alaluokka	yläluokka
keskustelu		
motivointi	jaksamisen tukeminen	henkinen tuki
allergiatestaukset		
kapselitutkimus	ruoansulatukseen ja eritykseen liittyvät tutkimukset	
toimintakokeet		
urodyn-tutkimukset		
haavojen tarkistukset	ihoon ja sen hoitoon liittyvät tutkimukset	
allergiatestaukset, -tutkimukset		
tasapainotutkimukset		
bera-tutkimukset	kuulon, tasapainoon ja näkökykyyn liittyvät tutkimukset	tutkimukset
silmänpainetutkimukset		
optoptinen tutkimus		
näön tutkimuksen kontrolli		
näkökentätutkimukset		
erilaiset tutkimukset mm. vitalografia	hengitykseen liittyvät tutkimukset	
varvaspainemittaukset		
verenpaineen seuranta		
painon kontrollointi	muut tutkimukset	
ravitus hiilihydraattien arviointi		
kuulokojeiden aktivoinnit	laitteeseen tai apuvälineeseen liittyvä toimenpide	
kuulokojeiden valmistus		
kuulokoesovitus		
mallien ottaminen		
analysointilaitteisto		
sydämen tahdiostimen mittaus ja säätö		laitteeseen tai apuvälineeseen liittyvä toimenpide tai ohjaus
insuliinipumpun käytön ohjaus	laitteeseen tai apuvälineeseen liittyvä ohjaus	
apuvälineiden käyttökoulutus		
tatuointi		
kipsin vaihdot		
ompeleiden poisto	toimenpide	
lääkkeellinen raskauden keskeytys		
laskimoportin huuhtelu		
verinäytteiden otto laskimoportista		
venesektio		
lääkkeiden jakaminen		
näytteiden otto		
valohoidot		
psoriasis potilaan paikallishoidot		toimeenpiteet ja hoidot
atopia potilaan paikallishoidot		
säärihaavahoidot		
siedätyslaitteet		
rakkohoidot		
kroonisten haavojen hoidot		
lääkeinfuusiot		
kortisonitiputukset	hoito	
hormonipistokset		
sytostaattihoidot		
insuliinihoito		
iv-lääkityksen toteutus		
rokotusten antaminen		
lääkehoitojen antaminen		
lääkehoitojen antaminen		
hoitojen seuranta		
verensiirrot		
uudet potilaat -ohjaus		
ruokavalio-ohjaus		
sairausten omaohjaus	elämäntapaohjaus	
painonhallinta		
pot operatiivinen ohjaus		
pre operatiivinen ohjaus		
pistosopetus		
lääkehoidon opetus	hoitamuotoihin liittyvä ohjaus ja opetus	
suunhoidon opetus		neuvonta ja ohjaus
ihonhoidon opetus		
ihon suojaamisen opetus		
verenpaineen seurannan ohjaus		
katetroinnin opetus		
astma-potilaiden ohjauskäynnit		
copd-potilaiden ohjauskäynnit	erityisryhmien ohjaus	
implanttipotilaiden neuvonta ja ohjaus		
kuulon kuntoutuksen neuvonta ja ohjaus		
ammattitautipotilaiden ohjaus		

Hoitajavastaanottojen sisältö



## Liite 5. Toimintamalleihin ja tehtävien siirtoihin liittyvää kansainvälistä kirjallisuutta (1/8)

Tekijät	Tutkimuksen tarkoitus	Aineisto ja metodi	Päätulokset
Barber ym 2004	Aloittaa hoitajavetoinen bronkoskopiatoiminta: Etsiä ennakkotapauksia, suunnitella koulutus, saada sairaalan hyväksyntä ohjelmalle, ohjata ja saattaa koulutus päätökseen ja ottaa käyttöön hoitajavetoinen bronkoskopiapalvelu.	Yksi hoitaja, joka täytti koulutukseen valittavan kriteerit: Aiempi keuhkosairauksiin liittyvä tutkinto, vähintään 6 kk:n mittainen esikoulutus katselemalla bronkoskopiayksikössä, kyky huoltaa ja puhdistaa bronkoskopiavälineistöä, kanylointitaito ja elämäntilanne, joka tuki koulutuksen läpikäymistä.	Koulutusohjelma suunniteltiin hoitajille suunnatun endoskopiakoulutuksen pohjalta. Kehitysvaihe vei noin yhden vuoden. Ensimmäinen koulutettava on tutkinut itsenäisesti 125 potilasta päätettyään koulutusohjelman. Ensimmäinen hoitajavetoinen bronkoskopiapalvelu on kehitetty ja hyväksytty sairaalan johdon taholta.
Barr ym 2000	Tutkia potilaiden tyytyväisyyttä uuteen hoitaja (nurse practitioner = NP) palveluun	Kuukauden ajalta kaikki potilaat, jotka kävivät hoitajavastaanotolla, saivat kyselylomakkeen. Yhteensä 241 palautettua lomaketta. Lisäksi 85 hoitajan tekemää ja 85 lääkärin (senior house officer) tekemää satunnaisesti valittua röntgenlähetettä. Neljän erikoisalan edustajien avoimet haastattelut.	Kaikki vastaajat olivat tyytyväisiä saamaansa hoitoon ja kaikki olivat halukkaita menemään hoitajan vastaanotolle seuraavallakin poliklinikakäynnillään. Röntgenlausuntojen löydökset osoittivat, että hoitajan kyvyt sanelijana ovat vertailukelpoiset verrattuna lääkärin kykyihin. Muiden erikoisalojen ammattilailla ei ollut mitään ammatillista vastustusta hoitajan roolia kohtaan.
Basnyat ym 2000	Tutkia hoitajavetoisen rektaalisen endoskopia palvelun tehokkuutta, kustannusvaikuttavuutta ja tarkastella potilaiden tyytyväisyyttä palveluun sekä avoterveydenhuollosta ohjattuja käyntejä.	Tyytyväisyyttä koskeva kyselylomaketutkimus sekä potilaille että yleislääkäreille. Sigmoideoskopia löydösten ja yleislääkäreiden lähettämisperusteiden tarkastelu. Yhteensä 706 potilasta kävi hoitajan tekemässä endoskopiassa.	99 % potilaista oli tyytyväisiä saamaansa palveluun. Suolistoverenvuodon syy selvitettiin 91 % tapauksista. Hoitajavetoinen palvelu osoitautui kustannus tehokkaammaksi kuin lääkärivetoinen palvelu. Kustannus oli 90 \$ vähemmän potilasta kohden. Hoitajavetoinen endoskopiapalvelu on potilaalle turvallinen, tehokas ja hyväksyttävä tapa toimia.
Beck ym. 1998	Kehittää monitieteinen (moniammatillinen) puhelintoimintaan perustuva hoidon malli. Kuvata mallin vakiinnuttamista ja tuloksia vuoden kokeilun jälkeen.	100 satunnaisesti valittua potilasta niistä 1000 ensimmäisestä potilaasta, jotka soittivat kehitettyyn puhelinpalveluun. Potilaat vastasivat 10-kohtaiseen kyselylomakkeeseen.	Tulokset osoittivat, että potilaat näkevät puhelin palvelun positiivisesti. Kaikki vastaajat kertoivat, että heidän kysymyksiinsä oli vastattu hyväksyttävässä ajassa ja he aikovat käyttää palvelua uudelleen. 10 vastaajaa kaipasi pidempiä palveluaikoja ja 7 halusi palvelua myös iltaisin ja viikonloppuisin. 87 potilasta oli sitä mieltä, että puhelu säästi heiltä vastaanottokäynnin.

## Liite 5. Toimintamalleihin ja tehtävien siirtoihin liittyvää kansainvälistä kirjallisuutta (2/8)

Booker ym 2004	Arvioida erikoishoitaja vetoista puhelinpalvelua ensimmäisenä seurantatapana eturauhas-syövän radikaalin sädehoidon jälkeen.	36 sädehoidossa ollutta miestä arvioivat puhelinvastaanottoa kyselylomakkeella. He arvioivat tyytyväisyyttä järjestelyyn, hoitajien asioista perillä oloa ja palvelun hyväksyttävyyttä hoitaja vetoisena.	Potilaat olivat yleisiin järjestelyihin erittäin tyytyväisiä. Lähes kaikki (35) pitivät hoitajapuhelinpalvelua hyväksyttävänä ja olivat sitä mieltä, että hoitajat olivat asioista hyvin perillä. Yksi potilas oli tyytymätön puhelinjälkinäyttöön, kun 27 oli erittäin tyytyväisiä. Yhden vastaajan mielestä puhelinvastaanotto on huonompi tapa kuin perinteinen vastaanotto, kun 27 piti sitä yhtä hyvänä ja kolme parempana vaihtoehtona. Puhelinvastaanoton etuina pidettiin ajan säästöä ja miellyttävyyttä.
Campbell ym 1999	Vertailla lääkärivetoista ja hoitajavetoista vastaanottomallia sädehoitopotilaiden tarkastuksissa, jotta voitaisiin kehittää potilaskeskeinen hoidonmalli, joka perustuu tutkittuun tietoon.	Yhden lääkärin sädehoitopotilaat (141 potilasta ja 299 käyntiä) valittiin tutkimusryhmäksi hoitajavetoiseen malliin. Potilaiden mielipiteitä molemmista vastaanottomalleista kysyttiin puolistrukturoidulla haastattelulla. Satunnaisesti valittiin 27 lääkärivastaanottopotilasta ja 6 hoitajavastaanottopotilasta haastatteluun. Haastattelut analysoitiin Burnardin laadullisen aineiston analyysimenetelmällä. Lääkäreiden ja hoitajien mielipiteitä siitä, miksi, milloin ja kenen toimesta potilaiden vastaanotot tulisi järjestää, kysyttiin kyselylomakkeella. Lopuksi röntgenhoitajilta ja lääkäriltä, jonka potilaat osallistuivat hoitajavastaanottokokeiluun, kysyttiin kyselylomakkeella uudelleen mielipiteitä ja kokemuksia kokeilusta.	Kukaan potilaista ei esittänyt, että olisi mieluummin tavannut lääkärin kuin hoitajan. Hoitajien vastaanotokäynnit olivat pidempiä kuin lääkärin, mutta eivät lisänneet potilaiden odotteluaikaa. Hoitajavetoinen poliklinikka käytti resursseja tehokkaammin. He eivät tarvitse avustajia poliklinikkatyöhön liittyviin oheistointeihin, kun lääkäreillä (1-2) oli käytössään 1-3 hoitajaa näihin tehtäviin. Hoitajat olivat tavoitettavissa myös normaalin vastaanottoajan ulkopuolella ja puhelimitse. Hoitajavastaanottoja häirittiin vähemmän kuin lääkärivastaanottoja. Yhteenveto: Erityiset syöpähoitajat pystyvät vastaamaan potilaiden tarpeisiin sädehoitajakson aikana ja kykenevät johtamaan ja ohjelmoimaan potilaiden jälkinäyttötoimintaa. He tarjoavat potilaille kokonaisvaltaista hoitoa, pystyvät hoitamaan potilaiden moninaisia ongelmia ja takaavat hoidon jatkuvuuden. Selvät protokollat ja potilashoidon oppaat pitää vakiinnuttaa hoitajavetoiseen palveluun. Hoitajien asiantuntemuksen, taitojen ja tietämyksen taso kyseisellä palvelun alueella pitää selvittää ja standardoida.

## Liite 5. Toimintamalleihin ja tehtävien siirtoihin liittyvää kansainvälistä kirjallisuutta (3/8)

Chaboyer & Pattersson 2001	Selvittää kahden eri erikoisalan hoitajien (teho-osaston hoitajat vs yleishoitajat) näkemyksiä heidän ja lääkäreiden välisestä yhteistyöstä.	999 hoitajalle lähetettiin postikysely, 555 palautui. Lomakkeessa oli 9 osiota, joita hoitajat arvioivat 4-portaisella asteikolla. Kyselylomake oli aiemmin kehitetty ja se oli validiksi ja reliaabeliksi todettu.	Hypoteesi, jonka mukaan teho-osaston hoitajilla on enemmän yhteistyötä lääkäreiden kanssa kuin hoitajilla perushoidossa, vahvistui. Tulosten mukaan tehohoito voisi olla se erikoisalue, jossa terveydenhuoltohenkilöstön välisen yhteistyön ulottuvuuksia voidaan ymmärtää.
Chang ym 1999	Tutkia ovatko hoitajat (nurse practitioner) kykeneväisiä tarjoamaan perusterveydenhuollon tasoista palvelua pienien haavojen ja raajojen traumausten hoidossa.	Yhteensä 232 asiakasta, joista 63 kuului pilottiryhmään. 169 potilasta jaettiin satunnaisesti lääkäri- ja hoitajaryhmään (91 lääk. ja 78 hoit.). Puhelinhaastattelulla arvioitiin asiakkaiden tyytyväisyyttä. Potilaat esittivät tyytyväisyyttä 4-portaisella Likert-asteikolla. Lisäksi kerättiin tietoa retrospektiivisesti asiakkaiden potilastiedoista. Osa asiakkaista kutsuttiin uudelleen poliklinikalle, jolloin hoidettua haavaa arvioi konsultoiva kirurgi (kosmetisuus ja toiminta). Hoitajien haastatteluilta kerättiin tietoa heidän tyytyväisyyttään järjestelyyn. Määrällinen aineisto analysoitiin SPSS-ohjelmalla ja laadullinen sisällön analyysillä. Monimuuttuja menetelmää ja khi-neliötestiä käytettiin kuvaamaan eri ryhmien eroavaisuuksia.	Asiakkaat olivat tyytyväisiä saamaansa hoitoon hoitajavastaanottila ensiapupoliklinikalla. Puhelinhaastattelu tutkimuksen seuranta-vaiheessa osoitti suurta tukea ja hyväksyntää tälle palvelulle. Tilastollinen analyysi osoitti suurta tyytyväisyyttä, mutta ei eroa eri ryhmien välillä. Myöskään odotusajoissa ei ollut eroa eri ryhmien välillä. Hoidon tulokset olivat yhdenmukaisia molemmissa ryhmissä. Hoitajien työtyytyväisyys ja työn palkitsevuus ja taitojen itsearviointi lisääntyivät kokeilun myötä.
Connor ym 2002	Vertailla antikoagulanttihoitajien ja hematologien järjestämien hoidon turvallisuutta ja tehokkuutta sairaalan poliklinikalla.	Aineisto kerättiin takautuvasti. Satunnaisesti valittu otos oli 197 potilasta. Päämielenkiinto kohteet olivat eri ryhmien väliset erot antikoagulanttikontrollin ajankohdassa ja poliklinikkatapaa- misien väliajoissa.	Antikoagulanttikontrolleissa ei ollut merkitsevää eroa ryhmien välillä. Sen sijaan potilaat kävivät merkitsevästi harvemmin poliklinikalla, kun kyse oli hoitajapoliklinikasta. Yhteenvedo: Antikoagulanttihoitajien vastaanottojen todettiin olevan ainakin yhtä turvallisia ja tehokkaita kuin hematologien vastaanottojen.
Corner 2003	Tutkia kirjallisuudesta, millainen rooli hoitajavetoisella hoidolla on syövän hoidossa.	Systemaattinen kirjallisuuskatsaus. Haut tehtiin PubMed, CINAHL, EMBASE ja Cancerlit tietokantoihin. Hakusanoina käytettiin termejä "nurse-led care", "nurse practitioner", "nurse specialist", "advanced nursing practise/practitioner" ja "cancer".	Jos hoitajavetoinen hoidon malli on huolellisesti suunniteltu ja johdettu, se saattaa johtaa parempaan potilaiden palveluun. Tutkimukset, jotka on tehty syövänhoidon kontekstissa osoittavat, että hoitaja voi ottaa johtavan roolin potilaan asioiden hoitajana moniammatillisessa tiimityössä ilman että se aiheuttaa vahinkoa potilaan hyvinvoinnille.

## Liite 5. Toimintamalleihin ja tehtävien siirtoihin liittyvää kansainvälistä kirjallisuutta (4/8)

Dougherty & Larson 2005	Tarkastella mittareita, joita on käytetty hoitaja-lääkäri yhteistyön tutkimiseen	Kirjallisuushaku, jossa etsittiin mittareita, joilla oli tutkittu lääkärin ja hoitajien välistä yhteistyötä. 5 kirjallisuudessa kuvattua mittaria täytti mukaanotokriteerit.	Tutkittavat mittarit olivat käyneet läpi sekä validiteetti- että reliabiliteettitarkastelun kehittämissvaiheessa. Niitä kaikkia voidaan suositella käytettäväksi tulevaisuuden lääkäri-hoitaja yhteistyön tutkimuksessa.
Earnshaw & Stephenson 1997	Arvioida erityiskoulutettujen hoitajien itsenäisesti vetämiä rintasyöpöpotilaiden jälkitarkastuksia.	Potilaat, joille oli tehty operatio rintasyövän vuoksi tai joilla oli benigne kasvain, jota piti seurata. Yhteensä 382 potilasta, joista hoitajat ottivat vastaan itsenäisesti 236, mutta jotka lääkäri myös tarkisti.	Yhtään merkittävää muutosta ei jäänyt hoitajilta huomaamatta. Hoitajavetoinen poliklinikka on suosittu potilaiden keskuudessa. Se tarjoaa miellyttävän vaihtoehdon rintasyöpöpotilaiden seuranta-käynneille.
Faithfull ym 2001	Verrata lantion alueen sädehoitoa saavien miesten hoidon tuloksia, tyytyväisyyttä, elämänlaatua, terveydenhuollon kustannuksia ja oireita, kun he ovat saaneet joko hoitajavetoista hoitoa tai perinteistä hoitoa.	Tutkimusaineistona olivat miehet, jotka olivat saaneet radikaalia sädehoitoa (yli 60 Gy) lantion alueelle, yhteensä 115 miestä. Oireiden ja elämänlaadun itsearviointilomake täytettiin sekä ensimmäisellä sädehoitoviikolla että viikoilla 3,6 ja 12 sädehoidon alkamisesta. Tyytyväisyyttä arvioitiin 12 viikkoa. Aineistoa analysoitiin regressioanalyysillä.	Mitään tilastollista eroa maksimaalisissa oirearvioissa ei ilmennyt eri ryhmien välillä. Eroja oli ensimmäisen viikon lähtömittauksessa. Miehet, jotka olivat käyneet hoitajavastaanotoilla, arvostivat hoidon jatkuvuutta ja olivat merkittävästi tyytyväisempiä 12 viikon kohdalla. Hoitajavastaanotot olivat merkittävästi edullisempia verrattuna perinteiseen vastaanotomalliin. Yhteenvedo: Tutkimus osoitti, että erikoishoitajat voivat hoitaa turvallisesti potilaiden seurannan sädehoidon aikana.
Hill 1997	Verrata reumapotilaiden tyytyväisyyttä samaansa hoitoon, silloin kun he käyvät hoitajan vastaanotolla tai lääkärin vastaanotolla.	70 reumapotilasta jaettiin satunnaisesti hoitajien (35) ja lääkärin (35) vastaanotoille. Kaikki potilaat olivat käyneet aiemmin vähintään kolme kertaa lääkärin vastaanotolla, mutta eivät hoitajavastaanotolla aiemmin. Vuoden aikana heitä tavattiin kuusi kertaa. Potilas tyytyväisyyttä mitattiin Leedsin tyytyväisyysmittarilla, jonka potilaat täyttivät tutkimuksen alussa ja lopussa. Ryhmiä verrattiin käyttämällä non-parametrisiä testejä.	Alussa molemmat potilasryhmät olivat yhtä tyytyväisiä hoitoonsa. Viikkoon 48 mennessä lääkäri-ryhmässä tyytyväisyys jatkuvuuteen ja poliklinikalle pääsyyn lisääntyi, mutta kokonaistyytyväisyys ei. Hoitajaryhmän potilaiden tyytyväisyys nousi kokonaisuudessaan sekä kaikilla osa-alueilla. Ryhmien vertailu osoitti, että hoitajaryhmän potilaat olivat merkittävästi tyytyväisempiä kuin lääkäri-ryhmän potilaat.

## Liite 5. Toimintamalleihin ja tehtävien siirtoihin liittyvää kansainvälistä kirjallisuutta (5/8)

Huber & Blanchfield 1999	Tunnistaa hoitajan roolin ulottuvuudet puhelin vuorovaikutuksessa. Tutkimuskysymyksinä olivat: mitä hoitotyön diagnooseja esiintyy puhelinvuorovaikutuksessa, mitä hoitotyön interventioita hoitajat suosittavat ja miten pitkiä puhelut ovat.	Kyselylomake muotoiltiin kirjallisuuden ja viiden polikliinisen hoidon asiantuntijan paneelikeskustelun perusteella. Mukana oli yksi lastenkliniikka ja yksi suuri aikuisten polikliininen keskus. Lastenkliniikasta mukaan otettiin 54 puhelua. Kieltäytyneiden määrää ei tiedetä. Aikuisten poliklinikalla puheluita oli 314, joista 152 otettiin mukaan tutkimukseen. Hoitajat täyttivät lomakkeet puheluiden aikana. Diagnoosit ja interventiot luokiteltiin NANDA ja NIC –luokitteluiden mukaisesti.	Aikuispotilaiden hoitajille suunnatut puhelut koskivat terveyden tilan muutoksia kuten lähengitysteiden ahtautta, flunssaoireita tai huimausta, tai alaselkä- tai maha-kipuja, tai lääkkeiden yhteisvaikutuksia. Lasten hoitajille suunnatuista puheluita diagnoosikohta oli useimmiten jätetty tyhjäksi. Hoitajat antoivat puhelimesta potilaille ohjausta (ruokavalio, lääkitys, oma-hoito, kivunhoito) ja emotionaalista tukea. Molemmissa ryhmässä puheluita yli puolet kesti alle 5 minuuttia.
Hughes ym. 2002	Tutkia erikoishoitajan antaman puhelupalvelun roolia, hyväksyttävyyttä ja kustannustehokkuutta yleissairaalan reumatologian poliklinikalla.	Postitse lähetettävää kyselylomaketta käytettiin mittaamaan potilaiden (N=87) tyytyväisyyttä saamaansa palveluun. Puheluiden luonnetta ja tuloksia analysoitiin jälkikäteen käyttämällä puheluiden äänitalkin käyttöä. Kustannustehokkuutta arvioitiin analyysin ja vältettyjen lääkärikäyntien perusteella.	97 % vastaajista oli tyytyväisiä vastausaikaan, 100 % tyytyväisiä kohteluun, 95 % tunsivat, että heidän kysymyksiinsä oli vastattu välittömästi. Mikäli puhelupalvelua ei olisi ollut tarjolla, 60 % olisi tehnyt ajanvarauksen yleislääkärilleen.
Lattimer ym. 1998	Tutkia virka-ajan ulkopuolisen hoitajapuhelupalvelun turvallisuutta ja tehokkuutta.	Takautuvasti tutkittiin kuolemat 7 päivän sisään puhelun jälkeen, sairaalaan sisäännotot 24 h sisään ja 3 vuorokauden sisään, päivystysasemalle saapumiset 3 vuorokauden sisään, puheluiden määrät ja niiden hoitaminen molemmissa ryhmissä. 14492 puhelua vastaanotettiin tarkasteluajana (7308 kontrolliryhmä, 7184 interventio-ryhmä), koskien 10134 potilasta.	Hoitajien puhelupalvelu tuottaa huomattavia muutoksia puheluiden hoitamisessa. Se vähentää yleislääkäreiden työmäärää jopa 50 %. Se tarjoaa potilaille nopeamman tavan saada terveysneuvontaa ja opastusta. Puhelupalvelu interventiolla ei ollut mitään vaikutusta haitallisten tapahtumien määrän ilmaantumiseen. Tämä puhelupalvelumalli on tulosten mukaan turvallinen ja tehokas.
Lattimer ym 2000	Tutkia hoitajapuhelupalvelun kustannustehokkuutta.	Takautuvasti tutkittiin kuolemat 7 päivän sisään puhelun jälkeen, sairaalaan sisäännotot 24 h sisään ja 3 vuorokauden sisään, päivystysasemalle saapumiset 3 vuorokauden sisään, puheluiden määrät ja niiden hoitaminen molemmissa ryhmissä. 14492 puhelua vastaanotettiin tarkasteluajana (7308 kontrolliryhmä, 7184 interventio-ryhmä), koskien 10134 potilasta.	Hoitajien päivystysajan puhelupalvelu saattaa pienentää NHS:n kuluja pitkällä aikajaksolla tarkasteltuna vähentämällä päivystysluonteisia sairaalaan tuloja.

## Liite 5. Toimintamalleihin ja tehtävien siirtoihin liittyvää kansainvälistä kirjallisuutta (6/8)

Koinberg ym 2002	Kuvata rintasyöpäpotilaiden tyytyväisyyttä erikoishoitajien järjestämiin spontaaneihin tarkastuskäynteihin.	Harkinnanvarainen näyte (19 rintasyöpäpotilasta, jotka eivät kuuluneet rutiini seurantakäyntijärjestelmään, mutta joilla oli mahdollisuus ottaa yhteys erikoishoitajaan tarvittaessa). Potilaat haastateltiin. Haastattelu oli puolistrukturoitu. Aineisto analysoitiin fenomenografisen metodin avulla.	Tutkimus tunnisti viisi luokkaa, jotka kuvaavat potilaiden tyytyväisyyttä spontaaniin hoitajavastaanottoon. Tyytyväisyys liittyy helposti poliklinikalle pääsyyn, tiedon saatiin, luottamukseen, vahvistamiseen ja itsehoidon tukemiseen.
Moore ym 2002	Arvioida keuhkosityöpäpotilaiden hoitajavetoisen vastaanotto toiminnan tehokkuutta vertaamalla sitä tavanomaiseen vastaanotto toimintaan.	Yksi syöpäsairaalaa ja 3 syöpäkeskusta Englannissa. 203 keuhkosityöpäpotilasta, joiden alkuhoito oli loppunut ja joiden odotettiin elävän vähintään 3 kk, jaettiin satunnaisesti kahteen ryhmään (hoitajavastaanotto ja perinteinen vo). Potilaiden elämänlaatu data kerättiin kyselylomakkeella alussa ja kuukausittain, tyytyväisyyttä arvioitiin alussa, 3, 6 ja 12 kuukauden kohdalla. Yleislääkäreiden tyytyväisyyttä arvioitiin tutkimuksen lopussa. Lisäksi 3,6 ja 12 kuukauden kohdalla kerättiin tietoa palvelun käytöstä.	Tulokset koskevat elämän laatua, potilaiden ja yleislääkäreiden tyytyväisyyttä, eloon jäämistä, oireetomuutta, syövän etenemistä, resurssien käyttöä ja kustannusvertailua. Potilaat hyväksyivät hoitajavastaanotto toiminnan hyvin. Hoitajaryhmäpotilaat olivat merkittävästi tyytyväisempiä useimmilla tyytyväisyyden osa-alueilla. Yleislääkäreiden tyytyväisyydessä ei ollut ryhmien välistä eroavaisuutta. Mitään eroa ei ollut eloonjäämisellä tai syövän etenemisellä, vaikka hoitajat huomasivat etenemisen oireet aiemmin kuin lääkärit. Hoitajaryhmän potilaat kuolivat todennäköisemmin kotona kuin sairaalassa tai hoitokodissa, kävivät harvemmin sairaalan lääkärin vastaanotolla ja röntgentutkimuksissa ja saivat enemmän sädehoitoa. Muita eroja ei ryhmien välillä esiintynyt (resurssien käytön suhteen)
Oliver 2004	Kuvata moniammatillisen vastaanoton kehittämistä palliatiivisen hoidon kontekstissa ja tutkia potilastytyväisyyttä tähän toimintaan.	Kuukauden aikana moniammatillisella vastaanotolla käyneet potilaat saivat kyselylomakkeen (n=20), jonka he täyttivät vastaanoton jälkeen.	Kaikki potilaat olivat sitä mieltä, että he saivat riittävää tietoa vastaanotosta, sijainti oli miellyttävä ja vastaanotolla oli riittävästi aikaa keskusteluun ja se käsittelee heille tärkeitä aiheita. Kaikkien mielestä kaikkien kolmen ammattilaisen läsnäolo oli hyväksyttävää ja että henkilökunta tuki heitä. Kukaan ei olisi halunnut tavata tiimin jäseniä erikseen ja suurin osa oli tyytyväisiä siihen, että heidän perheenjäsenensä osallistuivat tapaamiseen.

## Liite 5. Toimintamalleihin ja tehtävien siirtoihin liittyvää kansainvälistä kirjallisuutta (7/8)

Sakr ym 1999	Arvioida ensiapu potilaiden (joilla pieniä vammoja) hoitoa, kun näitä hoitaa joko hoitaja (nurse practitioner) tai apulaislääkäri (junior doctor).	1453 potilasta jaettiin satunnaisesti kahteen ryhmään (hoit. 704 ja apul.lääk. 749). Kaikki potilaat kävivät lisäksi erikoislääkärin vastaanotolla. Hoitajien ja apulaislääkäreiden arviota potilaista verrattiin erikoislääkärin arviointeihin (anamneesi, potilaan tutkiminen, röntgenkuvien tulkinta, hoitopäätökset, neuvonta ja seuranta).	Tarkan standardoinnin perusteella hoitajat tekivät kliinisesti merkittäviä virheitä 65 (9,2 %) potilaan kohdalla ja apulaislääkärit 80 (10,7 %) potilaan kohdalla. Ryhmien välinen ero ei ollut merkittävä. Hoitajat kirjasiivat paremmin potilaan anamneesin kuin apulaislääkärit. Hoitajien potilaat joutuivat harvemmin etsiytymään suunnittelemattomalle vastaanottokäynnille vammansa johdosta. Potilaan tutkimisessa, hoidon pätevyudessa, suunnitelluissa seurantakäynneissä, röntgenpyynnöissä tai kuvien lausumisessa ei ollut ryhmien välisiä eroja. Yhteenveto: Kunnolla koulutettu hoitaja, joka työskentelee hyväksytyjen ohjeiden mukaisesti, voi tarjota potilaille hoitoa pienissä vammoissa yhtä hyvin ja jossain tapauksessa paremminkin kuin apulaislääkäri.
Strasser ym. 2004	Kuvata uutta yhdellä käynnillä toteutettavaa moniammatillista (MD) palliativista hoitoa ja potilaiden tyytyväisyyttä siihen vertaamalla tällaisella vastaanotolla käyneiden potilaiden tyytyväisyyttä perinteisellä vastaanotolla käyneiden potilaiden mielipiteisiin.	138 satunnaista MD klinikalla käynnyttä potilasta ja 77 perinteisellä klinikalla käynnyttä potilasta. Potilasryhmien oireita seurattiin vastaanottokäynnin jälkeen.  83 MD klinikalla käynnyttä potilasta haastateltiin.	Haastatellut potilaat olivat tyytyväisiä saamaansa hoitoon. Tyytyväisyys oli arvioitu erinomaiseksi 86 % - 97 % vastauksista seitsemällä eri osa-alueella. 80 % MD klinikan potilaista todettiin merkittävää oireiden vähenemistä. Arviointi MD klinikalla osoittaa potilaan hoidon suositusten korkeaa määrää, potilastyytyväisyyden korkeaa tasoa ja oireiden vähenemistä.
Uppal ym 2004	Verrata potilaiden tai potilaiden vanhempien tai huoltajien tyytyväisyyttä hoitajavetoiseen ja perinteiseen jälkinäyttöön (korvien putkitus operaatio)	Kyselylomaketutkimus, jossa käytettiin validoitua potilastyytyväisyysmittaria. 80 peräkkäistä potilasta valittiin molempiin ryhmiin. Lääkäriryhmään vuonna 2000 ja hoitajaryhmään vuonna 2001. 58 lääkiriryhmän ja 66 hoitajaryhmän potilasta palauttivat kyselyn.	Potilastyytyväisyys hoitajavetoiseen jälkitarkastukseen on olennaisesti korkeampi kuin perinteiseen jälkitarkastusmalliin. Useimmat eivät halunneet palata perinteiseen systeemiin. Potilat odottivat 53 min (ka) perinteiselle vastaanotolle ja 30 min (ka) hoitajavastaanotolle. Kokonaisaika, minnä potilaat viettivät poliklinikalla, oli 82 min (lääk, ka) ja 63 min (hoit, ka).

## Liite 5. Toimintamalleihin ja tehtävien siirtoihin liittyvää kansainvälistä kirjallisuutta (8/8)

Vrijhoef ym 2001	Arvioida diabetespotilaiden hoidon laatua, kun potilaat olivat siirretty sisätautilääkärin hoidosta hoitajan hoitoon ja poliklinikalta yleislääkärin vastaanotolle.	Yleislääkärinä, joka lähettää potilaita yliopistosairaalaan, pyydettiin jakamaan potilaat joko hoitajamallin vai perinteisen mallin mukaiseen hoitoryhmään. Yhteensä 97 potilasta. Huomioitavat asiat olivat terveys ja kliininen status, itsehoitokäyttäytyminen, tieto diabeteksestä, potilastyytyväisyys ja hoidon tarjoajien konsultaatiot.	Perinteinen hoidon malli ja hoitajavetoinen malli saavuttivat yhtäläiset tulokset, kun verrattiin potilaiden rasva-arvoja, BMI-arvoja, verenpainetta, elämän laatua, itsehoitokäyttäytymistä, tietoa diabeteksestä, potilastyytyväisyyttä ja terveyspalvelujen tarjoajien konsultaatioiden määrää. Sen sijaan hoitajavetoinen mallin potilaiden sokerikontrollien tulokset laskivat, kun taas lääkimallin potilaiden sokerikontrolliarvot nousivat. Ero oli tilastollisesti merkitsevä. Tämän tutkimuksen tulosten perusteella voidaan sanoa, että hoitajavetoinen hoitomalli voi korvata diabetes potilaiden perinteisen poliklinikkahoidon tehokkaasti.
Weinberger 1998	Verrata vuoden ajan potilasryhmiä (osteoartriitti), joista toinen ottaa yhteyttä puhelimella ja toinen ryhmä käy vastaanotolla. Tutkimuksessa arvioitiin sitä lisäkö puhelimen perusteinen vastaanotto tai perinteinen kasvotusten tapahtuva vastaanotto tai molemmat ostoartriittipotilaan toiminnallista statusta.	Haastattelututkimus. Koe-kontrolliasetelma.	Vuoden kuluttua puhelinvastaanottoryhmä raportoi selvästi vähemmän kipua ja fyysisiä vikoja kuin kontrolliryhmä. Lisäksi he osoittivat olevansa matkalla parempaan psyykkiseen kuntoon. Kontrolliryhmän potilaat olivat fyysisesti huonommassa kunnossa.
Zwarenstein & Bryant 2005	Arvioida hoitajalääkäryhteistyön kehittämiseksi toteutettujen interventioiden vaikutuksia	Systemaattinen kirjallisuuskatsaus. 2 tutkimusta, joissa oli yhteensä 1945 henkilöä, hyväksyttiin mukaan.	Lisäämällä lääkärin ja hoitajien välistä yhteistyötä saadaan aikaiseksi parannuksia, jotka ovat tärkeitä sekä potilaille että terveydenhuollon johtajille. Nämä hyödyt ovat kohtuullisia ja vaikuttavat enemmänkin terveydenhuollon pressiin kuin tuloksiin.