



**LAUREA**  
AMMATTIKORKEAKOULU

*Uuden edellä*

Itsenäisen  
hoitajavastaanotto toiminnan  
kehittäminen erikoissairaanhoidossa

Case: Jorvin sairaalan  
neurologian poliklinikka

---

Nyman, Päivi

2011 Laurea Otaniemi

Laurea-ammattikorkeakoulu  
Laurea Otaniemi

Itsenäisen hoitajavastaanottotoiminnan  
kehittäminen erikoissairaanhoidossa  
Case: Jorvin sairaalan neurologian poliklinikka

Päivi Nyman  
Kliinisen asiantuntijan koulutusohjelma  
Sairaanhoitaja (Ylempi AMK)  
Opinnäytetyö  
Marraskuu, 2011

Päivi Nyman

Itsenäisen hoitajavastaanottotoiminnan kehittäminen erikoissairaanhoidossa  
Case: Jorvin sairaalan neurologian poliklinikka

Vuosi 2011 Sivumäärä 86

---

Opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää, millaiset potilasryhmät soveltuvat hoidettavaksi itsenäisellä hoitajavastaanotolla ja mitkä ovat sairaanhoitajan työtehtävät itsenäisellä hoitajavastaanotolla. Työ tehtiin kehittämistyönä, osana Jorvin sairaalan neurologian poliklinikan itsenäisen hoitajavastaanottotoiminnan projektia. Projektiin asetettiin projektiryhmä, jonka muistiot olivat hyödyksi kehittämistyön aineistossa. Opinnäytetyöhön liittyvät kehittämistyön tehtävinä oli selvittää potilasryhmiä ja sairaanhoitajan työtehtäviä itsenäisellä sairaanhoitajavastaanotolla. Tehtävänä oli myös mallintaa itsenäistä hoitajavastaanottotoimintaa.

Opinnäytetyön teoreettinen viitekehys rakennettiin kuvaamaan itsenäistä hoitajavastaanottotoimintaa kotimaisen sairaanhoitajavastaanottoja koskevan kirjallisuuden avulla. Ulkomaista näkökulmaa hoitajavastaanottotoimintaan tarkasteltiin kirjallisuuskatsauksen avulla. Lain näkökulmasta tarkasteltiin hoitajavastaanottotoiminnan säädöksiä ja asetuksia. Teoreettiseen viitekehykseen tietoa kerättiin lakiteksteistä, kotimaisista sekä ulkomaisista artikkeleista ja tutkimuksista.

Opinnäytetyön aineistonkeruumenetelmänä käytettiin aineiston triangulaatiota. Aineistoa kerättiin kirjallisuuskatsauksen, kyselytutkimuksen ja projektiryhmätyöskentelyn avulla. Opinnäytetyön alkuvaiheessa tehtiin kirjallisuuskatsaus, jonka avulla selvitettiin neurologisten sairaanhoitajien interventioita ja niiden vaikutuksia. Kyselytutkimuksella selvitettiin itsenäisen hoitajavastaanottotoiminnan laajuutta, määräytyksiä, koulutusvaatimuksia ja potilasryhmiä Suomessa. Tutkimustulosten perusteella projektiryhmässä keskusteltiin, mitkä käytänteet sopisivat Jorvin neurologian poliklinikalle. Saatu aineisto analysoitiin sisällönanalyysillä.

Kirjallisuuskatsaus osoitti, että tärkeimmät hoitajainterventio muodot olivat opetus ja ohjaus. Potilaat kokivat elämänlaadun ja tietoisuuden omasta sairaudestaan lisääntyneen. Kyselytutkimuksen mukaan itsenäinen hoitajavastaanotto määritteli lääkärintyötä korvaavaksi työksi. Itsenäisillä hoitajavastaanotoilla hoidettiin MS-, epilepsia-, muisti- ja parkinsonpotilaita. Sairaanhoitajien työtehtäviin kuului muun muassa potilaan ohjaaminen, hoidon seurannan toteuttaminen ja muistitestaukset. Parannusehdotuksista kävi ilmi, että Suomeen kaivataan yhtenäisiä kansallisia kriteereitä ja ohjeita itsenäiselle hoitajavastaanotolle. Resurssipulan koettiin olevan esteenä toiminnan kehittymiselle.

Jatkotutkimusaiheina ehdotettiin hoitajavastaanottotoiminnan vaikuttavuuden, taloudellisten vaikutusten ja hoitajavastaanottotoiminnan aloittamista edistävien ja estävien tekijöiden selvittämistä. Itsenäisen sairaanhoitajavastaanottotoiminnan kansallisten kriteerien luomista ja koulutusvaatimusten ja kriteerien luomista ehdotettiin kehitettäväksi. Yhteneväsillä kriteereillä voitaisiin kehittää toiminnan laadun seuranta.

Asiasanat: hoitajavastaanotto, potilasryhmät, kehittäminen, neurologian poliklinikka, erikoissairaanhoito.

Päivi Nyman

Development of an independent nurse reception in secondary care  
Case: Jorvi Hospital neurology outpatient clinic

Year	2011	Pages	86
------	------	-------	----

---

The purpose of the thesis was to determine, what type of patient groups are best suited for the independent nurse reception (INR) model, and what kind of nurses' tasks were best suited for the model framework. The project was carried out as part of Jorvi neurology clinic's outpatient independent nursing development project. A project team was selected and their memos used as a basis for the development of the nursing model project. The thesis development work involved identifying potential patient groups and the nurse's tasks best suited for the INR model and proposing a model framework that could be applied.

The theoretical framework for the thesis used to describe INR Practices based on domestic literature on the subject. For a broader, international, insight on INR practices, a literature review was carried out on international publications. For the legal perspective, existing laws and regulations on INR were used as reference. The theoretical framework data was gathered from existing legal texts, domestic and international publications and research material available INR.

The data collection methodology used was triangulation; literature reviews, a questionnaire and the project teams' data. In the early stages of the project, a literature review was carried out to determine the neurology nurses' intervention and the intervention effect on the patients' care process.

The questionnaire data was collected to determine the extent of the independent nurse practice, regulations, training requirements and the patient groups. The collected data was analysed using content analysis methodology. From the project team findings, current practices and best possible practices applicable to Jorvi were discussed. The literature review showed that the most important nurses' interventions were patient teaching and guidance. The patients felt that these practices added to their quality of life and increased knowledge on their respective illnesses.

The questionnaire results showed that INR was viewed as a substitute of a doctors' work. The INR caters for, MS, epilepsy, dementia and Parkinson's disease patients. The nurses' tasks include patience guidance, treatment follow-up implementation and carrying out memory tests. According to the improvement proposals, national guidelines, uniform method of working and centralized instructions and procedures should be created. The results cited the shortage of human resources as a hindrance to the development of the system.

Further research should be carried out to determine the impact of INR, economically and factors that promote or hinder its implementation. International criteria INR and training requirements criteria should be defined to aid the development of quality control.

Keywords: Independent nurse reception, patient groups, development, neurology outpatient clinic, secondary care.

## Sisällys

1	Johdanto.....	7
2	Itsenäisen hoitajavastaanottotoiminnan lähtökohdat .....	9
2.1	Hoitajavastaanottotoimintaan liittyvät lait ja asetukset .....	9
2.2	Hoitajavastaanotto.....	11
2.2.1	Itsenäinen hoitajavastaanotto .....	12
2.2.2	Hoitajavastaanottotoimintaa Suomessa ja kansainvälisesti.....	14
2.3	Nykytoiminnan kuvaus Jorvin sairaalan neurologian poliklinikalla .....	17
2.3.1	Jorvin sairaalan neurologian poliklinikan resurssit.....	17
2.3.2	Sairaanhoitajan tehtävät Jorvin neurologian poliklinikalla.....	18
2.4	Projektiryhmätyöskentely.....	19
3	Opinnäytetyön tarkoitus ja tehtävät .....	21
4	Opinnäytetyön toteuttaminen .....	22
4.1	Kirjallisuuskatsaus .....	24
4.1.1	Kirjallisuuskatsauksen tarkoitus .....	24
4.1.2	Tiedonhaku kirjallisuuskatsausta varten.....	24
4.1.3	Kirjallisuuskatsauksen tuloksia.....	26
4.2	Kyselytutkimus .....	27
4.3	Aineiston analyysi.....	28
5	Tulokset.....	31
5.1	Kyselytutkimukseen osallistujat .....	31
5.1.1	Toiminnan yleisyys.....	32
5.1.2	Koulutusvaatimukset sairaanhoitajalle .....	34
5.1.3	Tehtäväsiirrot .....	35
5.1.4	Hoitajan työtehtävät itsenäisellä vastaanotolla .....	37
5.1.5	Potilasryhmät hoitajavastaanotolla .....	38
5.1.6	Itsenäisen sairaanhoitajavastaanoton määrittely .....	39
5.1.7	Parannusehdotuksia vastaanottotoiminnan kehittämiseksi.....	40
5.1.8	Muuta palautetta hoitajavastaanottotoiminnasta .....	41
5.2	Projektiryhmätyöskentelyn tulokset.....	43
5.3	Prosessimallinnukset .....	45
5.4	Johtopäätökset .....	49
6	Arviointi.....	50
6.1	Eettisyys.....	50
6.2	Luotettavuus .....	50
6.3	Tulosten tarkastelua.....	52
6.4	Pohdinta.....	56

6.5	Jatkotutkimus- ja kehittämisasiheet.....	59
Lähteet.....		61
Liitteet.....		66

## 1 Johdanto

Suomessa tehdään vuosittain noin 7 600 000 poliklinikkakäyntiä; määrä kasvaa koko ajan avo-  
hoitopalvelujen kehittyessä ja laitoshoidon paikkojen vähetessä (Stakes 2011). Terveyden-  
huollon suurimpia tulevaisuuden haasteita on henkilökunnan riittävyyden ja osaamisen vahvis-  
taminen. Suurten ikäluokkien eläköityminen ja vanheneminen lisäävät tulevaisuudessa hoita-  
jien tarvetta. Sosiaali- ja terveysministeriön (STM) yhtenä tavoitteena on turvata riittävä  
henkilökunnan määrä tulevaisuudessa. Tähän voidaan päästä esimerkiksi laajentamalla hoito-  
henkilökunnan tehtäväkuvaa ja hyödyntämällä paremmin heidän osaamistaan. Tämä tuo pai-  
netta työpaikoille säilyä kilpailukykyisinä ja vetovoimaisina jo ennestään niukoilla työnteki-  
jämarkkinoilla. Haasteeseen voidaan vastata toimintatapoja, palvelujen toimivuutta ja koulu-  
tusta kehittämällä. (STM 2008:6.)

Kunta- ja palvelurakennemuutoksesta on asetettu puitelaki vuonna 2007, ja se on voimassa  
vuoden 2012 loppuun saakka. Lain pohjalta on kunnissa käynnistetty Kunta- ja palveluraken-  
neuudistus- hanke (Paras), joka tähtää kunnallishallinnon ja palvelurakenteiden uudistami-  
seen. Jyrki Kataisen hallituksen kuntauudistushanke ohjaa Paras-hankkeen jälkeen kunnal-  
lishallinnon ja palvelurakenteiden uudistusta (Valtiovainministeriö 2011). Uudistuksen tar-  
koituksena on vahvistaa kuntien palvelurakenteita tuleviin rakennemuutoksiin väestön ikään-  
tymisen, palveluiden kysynnän kasvun, suurten ikäluokkien eläköitymisen ja työvoimapulan  
aiheuttamien muutosten varalle. Tavoitteena on parantaa tuottavuutta ja kehittää palvelui-  
den tuotantotapoja. Palvelurakenteiden uudistamisessa avainasemassa on henkilöstövoimava-  
rojen oikea kohdentaminen ja osaamisen hyödyntäminen (Valtiovainministeriö 2009). Henki-  
löstövoimavarojen oikea kohdentaminen ja hyödyntäminen on taloudellisesti merkittävä toi-  
menpide.

Hoitajavastaanottotoiminnan kehittämisen taustalla on Sosiaali- ja terveydenhuollon kehittä-  
misohjelma 2008-2011 (Kaste). Kaste-ohjelman yksi päätavoitteista on parantaa palveluiden  
laatua, vaikuttavuutta ja saatavuutta. Tavoitteisiin pyritään varmistamalla alan henkilöstön  
osaaminen ja riittävyys sekä luomalla sosiaali- ja terveydenhuoltoon ehyet palvelukokonai-  
suudet ja hyvät toimintamallit. OECD-maissa oleva yli miljoonan sairaanhoitajan krooninen  
vaje on johtanut tarpeeseen tarkastella sairaanhoitajien tehtäväkuvaa ja hoitotyön osuutta  
sairaanhoitajan työtehtävissä (Miettinen 2011). Väänäsen (2007, 9) mukaan yli puolet sairaan-  
hoitajista tekee viikoittain työtä, joka ei vastaa sairaanhoitajan koulutusta. Sairaanhoitajalii-  
ton barometri on saanut samansuuntaisia tuloksia (Miettinen 2011). Barometrin mukaan yli  
10 000 sairaanhoitajaa tekee osin muuta kuin sairaanhoitajan koulutusta vaativaa työtä. Sai-  
raanhoitajat ovat terveydenhuollon suurin työntekijäryhmä. Mäkipään ja Korhosen (2011) mu-  
kaan sairaanhoitajien asiantuntijuuden tunnistaminen, ylläpitäminen ja kehittäminen ovat  
avainasemassa tulevaisuuden kehittämisen ja terveydenhuollon menestyksen kannalta.

Tehtäväkuvan laajentamiselle on selkeästi tarvetta, mutta yhtenäisten valtakunnallisten ohjeiden puuttuessa kunnissa ollaan varovaisia suurissa muutoksissa. Työelämässä toivotaan tehtäväkuvamuutoksia, asiakaslähtöistä toimintaa sekä palveluketjujen joustavuutta. (Liimatainen 2009, 72.) Lääkäreiden ja hoitajien tehtäväkuvamuutosten tavoitteena on edistää hoidon sujuvuutta, parantaa sairaanhoitopalveluja sekä edistää hoitohenkilökunnan osaamista. Tehtäväkuvamuutoksilla pyritään myös henkilökunnan työpanoksen optimaalisempaan käyttöön, kustannussäästöihin sekä terveydenhuollon tehokkuuden lisäämiseen. (Peltonen 2010; Haapaaho, Koskinen & Kuosmanen 2009, 8; Helle-Kuusjoki 2005, 6-7.) Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirissä (HUS) on tehty selvitys hoitajavastaanottojen järjestämisestä ja yhtenäistämistä, jonka loppuraportti ilmestyi vuonna 2005. Tämän jälkeen HUS on vuonna 2006 antanut pysyväisohjeen hoitajavastaanotto toiminnan järjestämisestä HUS:ssa (liite 1).

Suomessa toteutettu Kansallinen terveyshanke (2002 - 2007) sai aikaan lukuisia lääkäreiden ja hoitajien työnjakoa koskevia kokeiluja sekä uudistuksia työpaikoille. Nämä kokeilut ovat olleet pääasiassa perusterveydenhuoltoon suunnattuja ja niissä on keskitytty lääkäreiden, sairaanhoitajien ja terveydenhoitajien välisiin työnjakoihin ja tehtäväkuvan laajentamiseen. Tehtäväkuvaa laajennettiin hoitajien osalta koskemaan mm. puhelinneuvontaa, äkillisesti sairastuneen potilaan hoidontarpeen arviointi ja osittain myös pitkäaikaispotilaiden hoidon seuranta. (Hukkanen & Vallimies-Patomäki 2005, 21-22, 31.) Peltosen (2010) mukaan vastaanotto toiminnassa hoitajien osaaminen tulee ottaa oikeaan käyttöön. Tämä tarkoittaa Peltosen mukaan sitä, että hoitajat vastaavat suunnitelmallisesti potilaidensa neuvonnasta ja hoidon seurannasta omalla vastaanotollaan.

HUS:n tavoite- ja toimenpideohjelma 2006 - 2015 sekä kansallinen Kaste-hanke ovat olleet lähtökohtaisenlaisen hoitajavastaanotto toiminnan kehittämiseksi Jorvin sairaalan neurologian poliklinikalla. Tämän opinnäytetyön tavoitteena on luoda prosessimallinnus hoitajavastaanotto toiminnasta Jorvin sairaalan neurologian poliklinikalla. Tarkoituksena on selvittää, mitkä ovat sairaanhoitajan tehtävät itsenäisellä hoitajavastaanotolla sekä millaisia potilasryhmiä hoitajavastaanotoilla voidaan hoitaa.



## 2 Itsenäisen hoitajavastaanottotoiminnan lähtökohdat

### 2.1 Hoitajavastaanottotoimintaan liittyvät lait ja asetukset

Viranomaiset säätelevät terveydenhuollon toimintaa niin kansallisesti kuin kansainvälisestäkin, esimerkiksi EU-lainsäädännön kautta. Terveydenhuollon ammattihenkilölainsäädännöllä pyritään turvaamaan potilasturvallisuutta ja terveydenhuollon palvelujen edistämistä (Laki 559/1994). Näihin tavoitteisiin pyritään varmistamalla terveydenhuollon ammattihenkilöiden riittävä koulutus, pätevyys ja ammatin edellyttämät valmiudet. Peruskoulutuksen lisäksi tehtävät voivat vaatia tehtäväkohtaista lisäkoulutusta. Oleellista on, että henkilökunnan tiedot ja taidot vastaavat toimintaa. Terveydenhuoltolain (1326/2010, § 5) mukaan kunnan tai sairaanhoitopiirien on huolehdittava henkilökunnan riittävästä täydennyskoulutuksesta. Yksittäinen työntekijä on veloitettu ylläpitämään ja kehittämään ammattitaitoaan työtehtävien vaatimusten mukaisiksi. Työelämässä vaaditaan nykyään työntekijöiltä erikostunutta ja syvällistä osaamista työtehtävissä, jatkuvaa kouluttautumista ja hankittujen taitojen ylläpitämistä. (Haapa-aho ym. 2009, 10.) Tehtäviä, joita terveydenhuollon ammattihenkilöt voivat suorittaa ei ammatinharjoittamista koskevassa lainsäädännössä ole erikseen määritelty, vaan tehtävät määräytyvät pääosin koulutuksen perusteella.

Laki määrittelee kansanterveystyön kuntien järjestettäväksi (Kansanterveyslaki 66/72, Kansanterveysasetus 802/1992), mutta se miten kunnat terveystoimintaa toteuttavat on kuntien itsensä määriteltävissä. Kunnilla on vapaus päättää myös palvelujen laajuudesta, sisällöstä ja siitä, kuinka palvelut kunnassa järjestetään. Suuri osa sosiaali- ja terveydenhuollonpalveluista on lakisääteistä. Vaikka kunnilla on vapaus määritellä oma terveystoimintansa, valtio ohjaa terveydenhoitoa lakisäädöksillä. Lähtökohdana on, että terveystoimintatilat ovat laadukkaita, asiakaslähtöisiä ja palveluja tuottamassa on ammatillisesti pätevä henkilöstö. (Helle-Kuuskoski 2005, 9.)

Laki ja asetus terveydenhuollon ammattilaisesta (Laki 559/1994, asetus A564/1994) määrittelee, kuka on pätevä henkilö antamaan terveystoimintaa. Laki velvoittaa lääkäreitä päättämään potilaan hoidon aloituksesta ja lopetuksesta, diagnostisoinnista ja lääkityksen määräämisestä. Muiden terveydenhuollon ammattilaisten työtehtäviä ei laissa erikseen määritellä, eikä sitä, kuinka tehtäviä voidaan jakaa. Tästä työnantajat voivat päättää itse. Kun terveydenhuollon ammattihenkilölle siirretään työtehtäviä, jotka lainsäädännön mukaan kuuluvat jonkin toisen ammattiryhmän tehtäviin tai eivät kuulu työntekijän ammatilliseen koulutukseen, terveydenhuollon ammattihenkilölainsäädäntö edellyttää, että osaaminen varmistetaan ja tehtäväsiirrosta tehdään kirjallinen päätös (Laki 559/1994). Päätöksenteossa on kuitenkin huomioitava laki potilaan asemasta ja oikeuksista (Laki 785/1992), joka turvaa potilaiden oikeuden hyvään ja tasa-arvoiseen hoitoon ja kohteluun.

Terveydenhuollon ammattilaisella tarkoitetaan (Laki 559/1994, § 2) henkilöä, joka on saanut tämän lain nojalla ammatinharjoittamisoikeuden tai -luvan sekä henkilöä, jolla on tämän luvan nojalla oikeus käyttää asetuksella säädettyä terveydenhuollon ammattihenkilön ammatinimikettä. Sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontavirasto (Valvira) myöntää hakemuksen perusteella luvat terveydenhuollon ammatinharjoittamiseen tietyn, säännellyn koulutuksen perusteella.

Uusi terveydenhuoltolaki tuli voimaan toukokuussa 2011 (Laki 1326/2010). Uuden lain tarkoituksena on vahvistaa perusterveydenhuoltoa, hyvinvoinnin ja terveyden edistämistä sekä edistää terveyspalvelujen saatavuutta ja tehokasta tuottamista. Erikoissairaanhoidon palveluja voidaan tuoda lähemmäs potilaan asuinpaikkakuntaa yhdistämällä samoihin yksiköihin - esimerkiksi terveyskeskuksiin - perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon perustason toimintaa. Lailla halutaan myös varmistaa perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon tiivis yhteistyö ja asiakaskeskeisyys. Lain pykälässä 52 sanotaan, että hoidon tarpeen arviointi on aloitettava kolmen viikon kuluessa lähetteen saapumisesta. Jos hoidon tarpeen arviointi edellyttää erikoislääkärin arviointia tai kuvantamis- tai laboratoriotutkimuksia on arviointi ja tarvittavat tutkimukset suoritettava kolmen kuukauden kuluessa lähetteen saapumisesta. Hoidon tarpeen perusteella tarpeelliseksi todettu hoito tulee aloittaa kuuden kuukauden sisällä siitä, kun tarve on todettu. Itsenäisellä hoitajavastaanotto toiminnalla voidaan vastata lain tuomaan vaatimukseen terveyspalvelujen paremmasta saatavuudesta ja tehokkaammasta tuottamisesta.

Sairaanhoitajille on annettu rajattu lääkkeenmääräämisoikeus vuonna 2010. STM:n asetus lääkkeen määräämisestä (2.12.2010, 1088, § 5) oikeuttaa sairaanhoitajan, sairaanhoitajaksi laillistetun terveydenhoitajan tai kättilön, joka on saanut kirjallisen määräyksen, määräämään apteekista toimitettavaksi määräyksen mukaiset lääkkeet. Laki terveydenhuollon ammattilaisesta (Laki 559/1994, asetus 21.5.2010, § 23b) sanoo, että sairaanhoitajalla, jolla on riittävä käytännön kokemus ja joka on saanut vaaditun lisäkoulutuksen, on rajattu lääkkeenmääräämisoikeus. Rajauksessa on määritetty lääkkeet, tautitilat ja rajoitukset. Rajatun lääkkeenmääräämisoikeuden edellytyksenä on, sairaanhoitaja on työsuhteessa terveyskeskukseen ja sairaanhoitajalla on kirjallinen määräys, jossa todetaan ne lääkkeet, joita sairaanhoitaja saa määrätä ja mahdolliset rajoitukset. Kirjallisen määräyksen antaa vastaava lääkäri siinä terveyskeskuksessa, jossa sairaanhoitaja on työssä.

## 2.2 Hoitajavastaanotto

Tässä opinnäytetyössä hoitajavastaanotolla tarkoitetaan itsenäistä sairaanhoitajan vastaanottoa. Lain mukaan hoitajavastaanotolla tarkoitetaan riittävän terveydenhuollon koulutuksen ja kokemuksen omaavan henkilön pitämää omaa potilasvastaanottoa, jossa hoitaja itsenäisesti vastaa potilaan hoidosta ennalta sovitun työnjaon mukaisesti. Lisäksi on huomioitava, että hoitavalla lääkärillä on aina vastuu potilaan hoidosta (Erikoissairaanhoitolaki 1062/89).

Hoitajavastaanotto voi olla lääkärin toimintaa tukevaa vastaanottotyötä tai itsenäistä hoitajavastaanottotyötä. Hoitajavastaanottotoiminnalla tarkoitetaan Härkösen (2005, 10) mukaan hoitajan itsenäistä osuutta terveydenhuollon avopalveluissa. Hoitajavastaanotto käsitteenä tarkoittaa joko äkillisesti sairastuneen tai pitkäaikaissairaana potilaan vastaanottoa, jota pitää sairaanhoitaja tai terveydenhoitaja (Härkönen, Suominen, Kankkunen, Renholm & Kärkkäinen 2007). HUS:n hoitajavastaanottotoiminnan yhtenäistämiprojektin loppuraportissa 2005 (Kärkkäinen ym. 2005) määritellään hoitajavastaanotto lain mukaisesti, riittävän terveydenhuollon koulutuksen ja kokemuksen omaavan henkilön pitämään omaa vastaanottoa, jossa potilaita hoidetaan itsenäisesti. Hoitajan tulee olla saanut erikseen valtuudet toimia itsenäisellä vastaanotolla. Luvan ja oikeutuksen hoitaja voi saada klinikan ylilääkäriltä tai hänen valtuuttamaltaan henkilöltä. (HUS 2006/6).

Hoitajavastaanotolla annettava ohjaus, neuvonta ja opetus pyrkii edesauttamaan potilaan itsehoitokykyä ja valmiuksia (Säilä 2005). Ohjaus- ja opetuskäynneillä pyritään vaikuttamaan potilaan itsehoitoon, hoidon motivointiin ja hoidon vaatimusten ymmärtämiseen. Hoitajavastaanotoilla hoitajan tehtävä on myös tukea potilaita ja heidän omaisiaan sairautensa tuntemisessa, tunnistamisessa, ymmärtämisessä ja hyväksymisessä. Lääkäreiden mielestä, esimerkiksi reumahoitajien tehtäviin kuuluu potilaan hoidon seuranta ja tutkimuksiin liittyvän tiedon ohjaaminen. (Peltonen 2010.)

Hoitajalla on katsottu olevan hoitajavastaanotolla enemmän aikaa potilaan kokonaisvaltaiseen kohtaamiseen, vastaanottoajat ovat olleet hoitajavastaanotoilla pidempiä. (Peltonen 2009, 168; Härkönen ym. 2007; Tuomikoski 2007, 46; Gröönroos, Lumme, Sorakari-Mikkonen & Pirilä 2007; Helle-Kuusjoki 2005, 21; Ikola 2005, 58). Vastaanottoajan pituudella on todettu olevan merkitystä myös potilastyytyväisyyteen (Härkönen ym. 2007; Ikola 2005, 58; Härkönen 2005, 36; Tuomikoski 2007, 46.) Hoitajavastaanottotoiminta Suomessa on pääsääntöisesti ohjaus- ja opetustoimintaa, mutta tästä vakiintuneesta arkikäytännöstä ei ole tehty tutkimusta. Vain pieni osa terveydenhuollon arkikäytännöistä on tieteelliseen näytön perustuvaa siitä syystä, että tutkimattomia alueita on edelleen niin paljon (Mäkelä ym. 2007, 160).

Hoitajavastaanotoilla toimivien sairaanhoitajien muuttuvia tehtäväkuvia tarkastellessa tulisi kiinnittää huomiota siihen, että sairaanhoitajan voimavarat kohdennetaan oikein. Peltosen (2009, 169) mukaan sekä ammattilaiset, että potilaat pitivät tärkeimpänä tehtävänä vastaanottotoiminnan kehittämisessä suunnittelun, toiminnan arvioinnin tehostamisen sekä henkilöresurssien lisäämisen. Tehtäväkuvan tulee olla selkeä, ja oikea resurssien kohdentaminen tulisi painottua potilastyöhön, ohjaamiseen, lääkinnällisiin ja kuntouttaviin tehtäviin, sen sijaan, että hoitajan työaika kuluisi, esimerkiksi ruoka-astioiden keräämiseen tai papereiden kopiointiin. (Väänänen 2007, 9.) Grönroosin ym. (2007) mukaan uudenvuoden toimintamalleja suunniteltaessa kiinnitettävä huomiota erityisesti asiantuntijuuden riittävään jakautumiseen ammattiryhmien välillä. Asiantuntijuuden jakautumista tulee tarkkailla niin ammattiryhmien ja toimintayksiköiden sisällä kuin niiden välilläkin.

### 2.2.1 Itsenäinen hoitajavastaanotto

Väänänen (2007, 37) toteaa, että yli puolet sairaanhoitajista tekee viikoittain tai useammin työtehtäviä, jotka eivät vaadi sairaanhoitajan koulutusta, vaan olisi siirrettävissä tukihenkilöstölle, kuten sihteereille, laitoshuoltajille tai farmaseuteille. Väänänen (2007, 40) mukaan sairaanhoitajalla tulee olla mahdollisuus työskennellä työtehtävissä, joissa vaaditaan hoitotyön asiantuntijuutta ja mahdollistaa ammatillisen osaamisen hyödyntämistä. Työvoiman hukka on suuri ja taloudellinen merkitys väärin kohdennetusta työvoimasta sekä työvoimapula kasvaa koko ajan (Miettinen 2011). Grönroosin ym. (2007) mukaan terveydenhuollon johtajien tehtävänä on varmistaa, että työn- ja tehtävienjako on tarkoituksenmukaista ja kustannustehokasta. Tarkoituksenmukaisella työnjaolla voidaan kohdentaa resurssit mahdollisimman optimaalisesti palvelujen tuottamiseen. Työnjako selkeyttää henkilökunnan työajankäyttöä ja työnjakomuutoksilla voidaan myös säästää vastaanottotoiminnan kustannuksissa (Peltonen 2009, 171). Peltosen (2009, 171) mukaan työnjaon kehittämisessä tulisi keskittyä työnjaon selkeyttämiseen. Siihen voitaisiin paneutua paremmin, jos lääkärin ja hoitajien yhteistä säännöllistä kokousaikaa ja mahdollisuutta lisättäisiin. Liimatainen (2009, 50) suosittelee laajennettujen tehtäväkuvien dokumentointia, jotta toiminta voidaan todentaa ja tehdä laajemmalti näkyväksi.

Tehtäväkuvamuutoksissa tulee tarkastella jokaisen palvelutuotantoon osallistuvan työntekijän tehtäväkuvia (Haapa-aho ym. 2009, 8). Kansallisen terveydenhoitoprojektin loppuraportissa vuonna 2002 esitettiin ajatus, että sairaanhoitajan ja lääkärin välistä työnjakoa tulisi arvioida uudelleen ja pohtia mitä toimintoja voitaisiin siirtää hoitajille. Terveydenhuollossa työnjaon uudelleen organisointi on haasteellista ja vaativaa työtä, jossa ensisijaisesti on huomioitava potilaiden tarpeet (Helle-Kuuskoski 2005, 24). Työnjaon uudelleen järjestelyllä on myös tarpeensa hoitojonojen pituuden lyhentämisen, työn tehokkuuden, paremman laadun ja erikoistuneemman hoidon vaatimuksien pohjalta. Lääkäreiden ja hoitajien työnjaon kehittämisessä

tulisi keskittyä työnjaon selkeyttämiseen. (Peltonen 2009, 171.) Peltosen (2009, 19) mukaan tarkoituksen mukainen tehtäväjako ja tulokellinen toiminta edellyttävät tehtävien ja työn sisällön selvittämistä huomioon ottaen eri tieteen aloilla tapahtuva tieteellinen ja teknologinen kehitys. Esimerkkinä tällaisesta teknologisesta kehityksestä on erilaiset teknologiset, tietotekniset tukijärjestelmät ja etäkonsultointi sekä telelääketieteen mahdollisuudet. Esimerkkinä tieteellisestä kehityksestä on näyttöön perustuvan toiminnan kehittäminen.

HUS:n Hoitotyön tavoite- ja toimenpideohjelma 2006 - 2015 määrittelee hoitajan ja potilaan yhteistyösuhteen yhteiseen päämäärään suuntautuvaksi ja keskinäiseen luottamukseen perustuvaksi suhteeksi, jossa hoito toteutuu yksilöllisenä (HUS 2006). Itsenäisellä hoitajavastaanotolla tarkoitetaan sairaanhoitajan pitämää omaa vastaanottoa, jossa hoitaja vastaa potilaan hoidosta ennalta sovitun työnjaon mukaisesti. Hoitajalla on erillinen lupa toimia itsenäisesti vastaanotolla. HUS:ssa lupa on kirjallinen ja vaatii koulutusta ja osaamisen jatkuvaa ylläpitoa (Kärkkäinen, Tuominen, Seppälä, Karvonen 2006).

HUS:n pysyväisohje (liite 1) hoitajavastaanotoista vuodelta 2006 antaa ohjeet itsenäiselle hoitajavastaanottotoiminnalle. Näitä ovat esimerkiksi hoitajan kouluttaminen kyseiseen tehtävään, hoitajavastaanottojen tuotteistus eli suoritekäsikirjan mukainen käyntien kirjaaminen ja laskutus sekä kirjallinen lupa hoitajavastaanoton pitämiseksi. Poliklinikalla tulee lisäksi olla järjestettynä lääkärin konsultaatiomahdollisuus. Mikäli nämä eivät toteudu, ei vastaanottoa voida nimittää itsenäiseksi sairaanhoitajavastaanotoksi. HUS:n suoritekäsikirjan 2010 mukaan, hoitokäynti on etukäteen ajanvarauksella varattu hoitosuunnitelman mukainen muun kuin lääkärin suorittama, hoitoa, kuntoutusta, neuvontaa, ja tutkimusta sisältävä, itsenäinen käynti. Hoitoa antaa sairaanhoitaja, kättilö tai muu erityistyöntekijä. Hoitokäynneistä, esimerkiksi hoitajan itsenäisistä vastaanottokäynneistä tehdään sekä kuntalaskutus että asiakaslaskutus.

Itsenäisellä hoitajavastaanotolla hoitajien työskentelyä ja päätöksentekoa laajennetun tehtäväkuvan mukaan voidaan tukea kirjallisilla hoito-ohjeilla, hoitosuosituksilla ja konsultaatiomahdollisuuden järjestämisellä. Konsultointi voi olla lääkärin, toisen sairaanhoitajan tai toisen yksikön konsultointia. Konsultointi voi tapahtua joko henkilökohtaisesti, puhelimitse, sähköisesti tai paperikonsultaationa. (Hukkanen & Vallimies-Patomäki 2005, 23-24.) Hoitajavastaanotoille ohjeita ja tietoa on kerätty esimerkiksi Terveysporttiin, sairaanhoitajan tietokantaan [www.terveysportti.fi](http://www.terveysportti.fi).

Peltonen (2009, 174) on tutkinut lääkäreiden ja hoitajien mielipiteitä hoitajavastaanottotoiminnan eduista ja epäkohdista. Lääkärit kokivat hoitajavastaanottojen eduksi potilaiden hoidon saatavuuden parantumisen, hoitajien ammattitaidon hyödyntämisen sekä lääkäreiden oman työn muuttumisen. Hoitajat pitivät vastaanottojen etuina samoja asioita sekä hoidon laadun parantumista. Ongelmina nähtiin hallinnon taholta rekrytoinnin vaikeutumisen vaati-

mustason noustessa. Lääkärit kokivat puutteena selkeiden käytännön työnjako-ohjeiden puuttumisen, sekä osalla hoitajista ilmenneet puutteet osaamisessa. (Peltonen 2009, 174.) Työnjako-ohjeistus kirjallisena ja hoitajien osaamisen varmistaminen ovat tärkeitä kulmakiviä hoitajavastaanottotoiminnan kehittämisessä. Itsenäistä vastaanottotoimintaa pitävät hoitajat tarvitsevat lisäkoulutusta, jota voidaan järjestää eri tavoin, joko klinikan sisäisinä koulutuksina tai ammattikorkeakoulujen kanssa yhteistyönä räätälöidyn koulutusta tai osallistuen valmiiseen erikoistumisopintokokonaisuuteen. Tulevaisuudessa hoitajavastaanottojen rooli tulee kasvamaan ja sairaanhoitajan asiantuntijarooliin hoitajavastaanotoilla on kiinnitettävä entistä enemmän huomiota. Tähän koulutustarpeeseen voidaan vastata esimerkiksi ammattikorkeakoulujen YAMK klinisen asiantuntijan opinnoilla.

Poliklinikalla tässä opinnäytetyössä tarkoitetaan sairaalassa toimivaa avohoitopotilaiden vastaanottoa. Poliklinikalla tutkitaan ja hoidetaan potilaita, jotka eivät vaadi osastohoitoa. Poliklinikalla potilaita voi vastaanottaa terveydenhuollon laillistettu ammattilainen, lääkäri tai hoitaja.

### 2.2.2 Hoitajavastaanottotoimintaa Suomessa ja kansainvälisesti

Suomessa tutkimusta hoitajavastaanotoista on tehty vähän ja tutkimukset on suunnattu pääasiassa perusterveydenhuollon puolelle. Myöskään Pohjoismaista tutkittua tietoa hoitajavastaanottotoiminnasta ei juurikaan löydy. (Härkönen 2005, 13.) Perusterveydenhuollossa on henkilöstön työnjakoa uudistettu joka neljännessä terveyskeskuksessa. Uudistuminen on johtanut sairaanhoitajien ja terveydenhoitajien itsenäiseen vastaanottotoimintaan äkillisesti sairastuneiden ja pitkäaikaispotilaiden kohdalla. Itsenäisellä vastaanotolla käy muun muassa astma, diabetes, reuma ja verenpaineapotilaita. (Härkönen 2005, 12.) Hoitajavastaanotolla neurologian poliklinikalla potilaat ovat pääsääntöisesti neurologisia pitkäaikaispotilaita, joiden hoitosuhde ja hoidon seuranta saattaa kestää vuosia.

Liimatainen (2009) on tutkinut sairaanhoitajien laajennettujen tehtäväkuvien edellyttämää koulutusta, yksilöllisen osaamisen ja asiantuntijuuden kehittymistä perusterveydenhuollossa. Sairaanhoitajan roolin tulevaisuudessa on nähty kehittyvän ja muuttuvan kohti asiantuntija-sairaanhoitajuutta (Helle-Kuusjoki 2005, 20). Leinosen mukaan (2008, 60) tulevaisuudessa vastaanottotoimintaan tarvitaan opintoja jo sairaanhoitajien peruskoulutuksesta lähtien. Asiantuntijuuden kehittymisen edellytyksenä on Liimataisen (2009, 68) mukaan halu ja motivaatio opiskeluun ja uudistumiseen. Tieto-taitojen päivittäminen vaatii jatkuvaa itseopiskelua. Liimatainen kuvaa asiantuntijuuden kasvua prosessina, joka laajentaa ammatillista osaamista ja estää urautumista (2009, 68). Grönroosin ym. (2007) mukaan eri ammattiryhmien yhteistoiminta jo opiskeluaikana mahdollistaa joustavamman työnorganisoinnin ja työnjaon työelämässä. Yhteistoiminta koulutuksen aikana tutustuttaa eri ammattiryhmien toimintaa ja vä-

hentää ennakkoluuloja. Hoitaja-lääkäri työnjakomalli vaatii lisäopintoja ja uusi toimintamalli hoitajavastaanottojen pitämiseksi on tullut jäädäkseen.

Hoitajavastaanottotoimintaa Suomessa on jonkin verran ja se on pääsääntöisesti ohjaus- ja opetustoimintaa. Myös erikoissairaanhoidon hoitajavastaanotoilla toteutetaan erityistehtäviä, kuten reumapotilaiden nivelpunktiot, sairaanhoitajan suorittamat silmäinjektiot silmänpohjan rappeumaan tai luomen poistot. (Hankonen 2010; Kukkurainen & Tuomenoksa 2011.) Toimenpiteitä tekevät sairaanhoitajat ovat saaneet tehtäviään varten erillisen koulutuksen. Suomessa hoitajavastaanottojen kehittämistä ei ole tutkittu erikoissairaanhoidon puolella juuri lainkaan.

Erilaisia kehittämistehtäviä ja opinnäytetöitä aiheesta löytyy kuitenkin jonkin verran. Salonen (2010) on tehnyt opinnäytetyön Tampereen ammattikorkeakoulun hoitotyön koulutusohjelmassa aiheesta reumahoitaja asiantuntijahoitajana. Työssä kartoitettiin mm. reumahoitajien vastaanottotoimintaa ja toiminnan kannattavuutta. Terveystieteiden kehittämistyössä usein on taustalla uusien palvelujen tuottaminen tai olemassa olevien käytäntöjen muokkaaminen ja parantaminen. Kehittämistyön avulla voidaan etsiä ja tuottaa uusia teoreettisia toimintamalleja, tai niiden kohteena voi olla myös ihmiset, heidän osaaminen, työtehtävät ja niiden uudistaminen. (Heikkilä, Jokinen & Nurmela 2008, 23.)

Kansainvälisesti verrattuna Suomessa hoitajavastaanottotoimintaa on vielä vähän. Sairaanhoitajien kansainvälisen järjestön (ICN) mukaan sairaanhoitajien tehtäväkuvaa on laajennettu jo yli 40 maassa. Yhdysvalloissa on tehtävänsiirrot ja sairaanhoitajien laajennetut tehtäväkuvat alkaneet kehittyä jo 1960-luvulla valtion tukemana ja toiminta laajenee edelleen. USA:ssa toimi vuonna 2002 noin 70 000 hoitajaa itsenäisillä hoitajavastaanotoilla. (Hukkanen & Vallimies-Patomäki 2005, 14; Härkönen 2005, 7-12.) Britanniassa hoitajavastaanottoja on alettu kehittää 1980-luvulla ja vuonna 2007 yli 45 000 sairaanhoitajaa toimi itsenäisellä hoitajavastaanotolla (Coombes 2008).

Kansainvälisesti laajennettuja hoitajan tehtäväkuvia on mm. USA:ssa, Kanadassa, Englannissa, Australiassa, Uudessa-Seelannissa, Hollannissa, Espanjassa ja Slovakiassa. Osassa maista on annettu myös rajattu reseptikirjoitusoikeus hoitajalle kuten USA:ssa, Australiassa ja Englannissa (Hukkanen & Vallimies-Patomäki 2005, 14). Ruotsissa on sairaanhoitajan tehtäväkuvaa laajennettu, ja rajattu reseptikirjoitusoikeus on ollut käytössä jo vuodesta 1995. Suomessa hoitajille myönnettiin rajattu reseptikirjoitusoikeus vuonna 2010. Kansainvälistä tutkimusta neurologisten hoitajien itsenäisen vastaanottotoiminnan perustamisesta on niukasti.

Hoitajavastaanottojen kehittymisestä ja hoitajan laajennetusta tehtäväkuvasta on tehty useita tutkimuksia, erityisesti Australiassa viimeisen viiden vuoden aikana (Halcomb & Hick-

man 2010; Joyce & Piterman 2009; Mills & Fitzgerald 2008; Pascoe, Foyley, Hutchinson, Watts, Snowdon & Whitcross 2005; Senior 2008). Senior (2008) tutki sairaanhoitajien käsityksiä heidän laajennetussa roolissaan/tehtävänkuvassaan. Australiassa laajennettua työnkuvaa tekevät sairaanhoitajat työskentelevät samanlaisissa työtehtävissä, kuin sairaalalääkärit meillä Suomessa työskentelevät. Sairanhoitajien työtä sairaalalääkäriin työtehtävissä ja muutoksen mukanaan tuomaa työnkuvan laajentumista on tutkinut Mills ja Fitzgerald (2008), Joyce ja Pitterman (2009) sekä Pascoe ym. (2005).

Suomalaisten ja kansainvälisten hoitajavastaanottojen vertailu on vaikeaa. Ensiksikin siksi, että Suomessa tutkimusta ei ole tehty riittävästi ja toiseksi erilaisten koulutustaustojen vuoksi. Kansainvälisistä artikkeleista käy ilmi, että hoitajavastaanottoa pitävät sairaanhoitajat ovat saaneet lisäkoulutusta alallaan. He toimivatnimikkeillä "nurse specialist", "clinical nurse specialist" ja "advanced nurse specialist". (Clarke, Edwards, Nicholl, Sivaguru & Wiskin 2005; Goodwin, Higgins, Lanfear, Lewis & Witerbottom 2004; Harrison & Porter 2004; Mills, Bachmann, Cambell, Hine & McGodwan 1999.)

Useissa maissa nurse specialistit tekevät Suomessa lääkärille kuuluvia toimia, kuten lääkkeen määrääminen ja hoitoon sisäänkirjoittaminen tai kotiutus. Yhdysvalloissa hoitaja "nurse practitioner" (NP) ja "clinical nurse specialist" (CNS) eli kliininen asiantuntija voi pitää omaa vastaanottoa tai toimia lääkärin kanssa tasavertaisena työntekijänä vastaanottotiimissä. (Härkönen 2005, 13; Leinonen 2008, 21.) Australiassa osa sairaanhoitajista on saanut lisäkoulutusta ja he toimivat nimikkeellä "general practice nurse" ja heidän työtehtävänsä vastaavat suomalaisen sairaalalääkäriin työtehtäviä (Halcomb & Hicman 2010; Joyce & Pitterman 2009; Mills & Fitzgerald 2008; Pascoe ym. 2005).

Kansainvälisistä hoitajavastaanotoista suurin osa tapahtuu päivystysalueella tai pitkäaikaissairauksien seurannassa joko itsenäisellä hoitajavastaanotolla tai yhteisvastaanotolla lääkärin työparina (Härkönen 2005, 14; Ridsdale, Kwan & Cryer 2000).

Kansainvälisissä tutkimuksissa potilaat ovat olleet tyytyväisiä hoitajavastaanotto toimintaan. Hoitajilta on koettu saavan paremmin tietoa ja ohjauksen sekä jatkohoidon suunnittelemisen on koettu olevan parempaa. Myös hoitajien vuorovaikutustaitoja on pidetty lääkäriä parempina (Ridsdale ym. 2000). Potilaiden hoitomyönteisyys on ollut hyvä hoitajavastaanotoilla. Useimmat hoitajavastaanottojen potilaista haluaisivat uudelleen hoitajavastaanotolle. Potilaat ovat kokeneet lääkäreiden ja hoitajien ammattipätevyyden samanlaisena. Potilaiden suuri tyytyväisyys hoitajavastaanottoihin liittyy hoitajan pidempiin vastaanottoaikoihin ja nopeampaan hoitoon pääsyyn. (Härkönen 2005, 15-18.)



### 2.3 Nykytoiminnan kuvaus Jorvin sairaalan neurologian poliklinikalla

Jorvin sairaala on yksi HUS:n sairaaloista. HUS vastaa joka neljännen suomalaisen erikoissairaanhoidosta. HUS:ssa hoitamisen arvoperustana ja ajatuksena on ihmisen kunnioittaminen, terveyden edistäminen, lohduttaminen ja kärsimyksen lievittäminen. Hoitamista ja hoitotyötä toteutetaan yhteisöllisesti, verkostoituen ja asiantuntijuutta arvostaen. HUS:n arvot ihmisarvon kunnioittaminen, vastuullisuus ja oikeudenmukaisuus tarjoavat yleisen arvoperustan toiminnalle. Potilaan ja hoitajan välinen yhteistyösuhde on yhteiseen päämäärään suuntautuvaa ja keskinäiseen luottamukseen perustuvaa. Hoitamista ja hoitotyötä kehitetään näyttöön perustuen. Lähtökohtana on potilaslähtöinen hoitotyö siten, että henkilökunnan osaamista hyödynnetään optimaalisesti. (HUS Hoitotyön tavoite- ja toimenpideohjelma 2006-2015.) Yhtenä osana tavoite- ja toimenpideohjelmaa on hoitajavastaanottokäytäntöjen luominen sekä eri ammattiryhmien tehtävien, vastualueiden ja työnjaon kehittäminen. HUS:ssa on eri henkilöstöryhmien välistä työnjakoa kehitetty jo vuodesta 2003 lähtien. Kehittämistyön tavoitteena on edistää potilaiden hoidon sujuvuutta, jatkuvuutta ja parantaa sairaanhoitopiirin palveluita. (Kärkkäinen ym. 2007, 2.)

#### 2.3.1 Jorvin sairaalan neurologian poliklinikan resurssit

Jorvin neurologian poliklinikalla on 5,5 lääkärin, 3 sairaanhoitajan ja 1,5 sihteerin vakanssia. Lisäksi yksikössä on keuhkopoliklinikan kanssa jaettu osastonhoitaja. Lääkäriresurssi on lisääntynyt yhdellä lääkäriä vuoden 2010 aikana. Jorvin sairaalan neurologian poliklinikan vuoden 2009 toimintakertomuksen mukaan poliklinikalla oli suoritteita vuodessa noin 7000. Lähetteitä neurologian poliklinikalle tulee vuosittain noin 2500, ja määrä kasvaa vuosittain. Vuonna 2009 ensikäyntejä oli noin 1300 kappaletta (HUS, Jorvin sairaalan neurologian poliklinikan toimintakertomus 2009).

Tällä hetkellä Jorvin neurologian poliklinikalla on hoitajavastaanottotoimintaa, joka on lähinnä lääkärin työtä tukevaa toimintaa. Hoitajien vastaanotoilla käyvät ajanvarausta saavat potilaat, uuden diagnoosin saaneet potilaat ohjauksessa ja MS-tautia (multippeli sclerosis) sairastavat potilaat käyvät pistoshoito-ohjauksessa ja opetuksessa. MS-potilaita käy myös hoitajan seurannassa erillisen sovitun ohjelman mukaisesti ensimmäisen pistoshoitovuoden aikana. HUS:n hoitajavastaanottoa koskevan pysyväsohjeen (liite 1) mukaista vastaanottotoimintaa ei neurologian poliklinikalla ole. Itsenäisen hoitajavastaanottotoiminnan on tarkoitus olla lääkärintyötä korvaavaa työtä.

### 2.3.2 Sairaanhoidajan tehtävät Jorvin neurologian poliklinikalla

Sairaanhoidajan tehtäväalueita voidaan tarkastella Bennerin osa-alueiden avulla. Benner (1991, 33-52) on jakanut hoitajan ammatillisen osaamisen seitsemään eri osa-alueeseen. Osa-alueet ovat auttaminen, opettaminen ja ohjaaminen, tarkkailu ja diagnostisointi, hoitotoimenpiteiden toteutus, nopeasti muuttuvien tilanteiden hallinta, terveydenhuollon laadun arviointi ja tarkkailu sekä työrooliin liittyvät organisatoriset taidot. Sairaanhoidajan työtehtävissä Jorvin neurologian poliklinikalla toteutuu Bennerin osa-alueiden mukaan opetus ja ohjaus, tarkkailu, toimenpiteiden toteutus ja potilaan auttaminen. Diagnostisointi on Suomen lainsäädännön mukaan lääkärin tehtävä ja se on edelleen nimikesuojattu työtehtävä.



Kuvio 1: Sairaanhoidajan työtehtävät Jorvin neurologian poliklinikalla

Sairaanhoidajan tehtäviin Jorvin sairaalan neurologian poliklinikalla (kuvio 1) kuuluu potilasohjaus, ajanvaraukset, lähetteiden käsittely, puhelinneuvonta, infuusioiden suorittaminen ja toimenpiteissä avustaminen. Potilaat tulevat usein hoitajalle ilman erillistä ajanvarausta lääkärin vastaanoton yhteydessä saamaan uudet ajanvaraukset ja tarvittaessa ohjausta. Ajanvaraukset hoitajalle ovat pääsääntöisesti ohjaus- ja opetuskäyntejä. Sairaanhoidaja tekee myös ortostaattiset verenpaineen mittaukset ja infuusiot. Näitä toimenpiteitä varten hoitajalle varataan yleensä erillinen käyntiaika. Sairaanhoidajalla on myös infusiovastaanotto, jossa sairaanhoidaja antaa infusoitavat lääkkeet.

Hoitajien toimenkuvaan kuuluu tällä hetkellä paljon ei-välitöntä potilastyötä. Esimerkkejä tällaisesta työstä on käyntitietojen vieminen koneelle, jonoajanvarausten purku, lähetteiden käsittely ja hoitoisuusluokittelu. Näitä tehtäviä, lukuun ottamatta hoitoisuusluokittelua, hoitaa monissa yksiköissä osastosihteeri. Lähetteitä käsittelevän sairaanhoidajan työajasta n. 70 prosenttia on työtä, jonka sihteeri voisi hoitaa. Sairaanhoidajien tavoitteena on lisätä välitöntä potilastyötä, ohjausta ja opetusta, mutta se vaatii resurssien uudelleen järjestelyä ja mitoittamista. Tämän hetkinen työnjako ja resurssointi ei mahdollista sairaanhoidajien välittömän potilastyön lisäämistä.

## 2.4 Projektiryhmätyöskentely

Tämä kehittämisprojekti oli omaehtoinen projekti, jonka tarve nousi työyhteisöstä. Omaehtoisella projektilla tarkoitetaan työyhteisön oman toiminnan kehittämistarpeesta lähtevää toimintaa (Toikko & Rantanen 2009, 9). Projektiryhmä muodostettiin moniammatillisesti niin, että siinä oli mukana sekä johdon että kenttätöntekijöiden edustajia, lääkäreitä ja hoitohenkilökuntaa. Projektiryhmän kokouksista laadittiin muistiot, joita käytettiin dokumentti-analyysin aineistona.

Projektiryhmä jatkaa itsenäisen hoitajavastaanottoiminnan kehittämistä opinnäytetyön valmistuttua. Projektiryhmän tehtäviin kuuluu sairaanhoitajien koulutustarpeiden kartoitus ja koulutuksen suunnittelu ja toteutus. Projektiryhmä vastaa myös toiminnan aloittamisesta ja aloituksen aikataulusta. Projektiryhmä määrittelee Jorvin sairaalan neurologian poliklinikan sairaanhoitajan vastaanotolle sopivat potilasryhmät, tästä opinnäytetyöstä saadut kyselytulokset huomioiden. Projektiryhmän tehtäviin kuuluu myös sairaanhoitajan konsultointimahdollisuuden järjestäminen ja pohtia mm. kriteereitä joiden mukaan konsultoidaan ja laatia potilaiden seurantaohjelma- sheema, jonka mukaan potilaat ohjataan lääkärille tai hoitajalle. Taulukossa 1 kuvataan kehittämisprojektin vaiheita.

Vaiheet	Tehtävät	Vastuuhenkilöt	Aikataulu
Opinnäytetyön suunnitteluvaihe	-kehittämiprojektin aikataulun laatiminen - projektiryhmän perustaminen -nykytilankuvaus, mallinnuksen luominen - suunnitelma seminaari	Päivi Nyman	Lokakuu 2010  Marraskuu 2010  Tammikuu 2011 Tammikuu 2011
Opinnäytetyön toteutusvaihe	-kehittämiprojektin tavoitteiden laatiminen -projektiryhmän tapaamiset 2 kk välein -kyselylomakkeiden laatiminen -kyselylomakkeiden lähettäminen sähköisenä  -tulosten analysointi -prosessikuvauksen laatiminen	Päivi Nyman ja projektiryhmä	Syyskuu 2010  Marraskuu 2010  Joulukuu 2010- Tammikuu 2011 Helmikuu 2011, tarvittaessa uusinta maaliskuu 2011 Huhti-elokuu 2011 Syys-lokakuu 2011
Opinnäytetyön päättämisen vaihe	-tulosten raportointi -tulosten esittäminen	Päivi Nyman	Lokakuu 2011 Joulukuu 2011
Projektin jatko	-sairaanhoitajien koulutustarpeen määrittely -koulutuksen järjestäminen -konsultaatiomahdollisuuden järjestäminen -toiminnan aloittaminen -seurantaohjelman laatiminen (sheema)	Ylilääkäri, osastonhoitaja ja projektiryhmä	Tammikuu 2012 -

Taulukko 1: Kehittämistyön vaiheet

### 3 Opinnäytetyön tarkoitus ja tehtävät

Tämän opinnäytetyön tavoitteena oli tuottaa prosessimallinnus hoitajavastaanotosta. Tarkoituksena oli selvittää, millaiset potilasryhmät soveltuvat hoidettavaksi hoitajavastaanotolla ja mitkä ovat sairaanhoitajien tehtäviä itsenäisellä hoitajavastaanotolla. Opinnäytetyö oli osa itsenäisen hoitajavastaanottotoiminnan projektia Jorvin sairaalan neurologian poliklinikalla. Opinnäytetyö rajattiin niin, että sairaanhoitajien koulutustarvekartoitus, koulutus suunnitelma, kouluttaminen ja vastaanottotoiminnan aloittaminen jäivät tämän työn ulkopuolelle. Näiden, työn ulkopuolelle jääneiden osa-alueiden osalta kehitystyöt jatkuvat projektiryhmän toimesta opinnäytetyön valmistuttua.

Itsenäisen hoitajavastaanottotoiminta-projektin tavoitteena on aloittaa hoitajavastaanotto toiminta Jorvin neurologian poliklinikalla. Mukana projektiryhmässä tutkijan lisäksi ovat olleet Jorvin sairaalan neurologian poliklinikan osastonhoitaja, kliininen asiantuntija, ylilääkäri, ylihoitaja ja neurologi. Projektiryhmä kokoontui pohtimaan sairaanhoitajavastaanottojen potilasryhmiä ja tapaa, jolla vastaanottotoimintaa Jorvissa voitaisiin toteuttaa. Aihe koettiin koko projektiryhmän mielestä tärkeäksi ja tarpeelliseksi. Projektiryhmässä pidettiin tärkeänä selvittää muilta neurologian poliklinikoilta itsenäisen hoitajavastaanottotoiminnan käytäntöjä ja potilasryhmiä. Käytäntöjä päätettiin selvittää opinnäytetyön kyselytutkimuksen avulla. Projektiryhmässä määriteltiin, mitä kehitetään ja miksi; samoin määriteltiin vastuualueet ja kuinka kehittämisprojekti jatkuu opinnäytetyön jälkeen. Projektiryhmä käyttää vastaanottotoiminnan suunnittelemisen ja aloittamisen apuna ja tukena tämän kehittämistyön myötä saatuja kyselytutkimuksen tuloksia sekä prosessikuvausta. Projektiryhmässä päätetään, millaisia potilasryhmiä itsenäiselle hoitajavastaanotolle Jorvin sairaalassa voidaan ohjata sekä määritellään sheemat, joiden mukaan hoitaja voi vastaanotollaan toimia itsenäisesti ja ohjeistetaan milloin konsultoidaan lääkäriä.

Opinnäytetyöhön liittyvät tehtävät ja kysymykset ovat seuraavat:

1. Selvittää kyselytutkimuksella, mitkä ovat tämän hetkiset tehtävät neurologisen hoitajan itsenäisellä hoitajavastaanotolla Suomessa.
2. Selvittää ja kuvata, mitä potilasryhmiä hoitajavastaanotoilla neurologian poliklinikalla voidaan hoitaa.
3. Laatia prosessimallinnus itsenäisestä hoitajavastaanottotoiminnasta.

#### 4 Opinnäytetyön toteuttaminen

Tämän opinnäytetyön aineiston keruumenetelmänä käytettiin triangulaatiota. Metodologisella triangulaatiolla tarkoitetaan useiden menetelmien käyttöä samassa työssä (Tuomi & Sarajarvi, 2002, 142). Aineistoon liittyvällä triangulaatiolla kerätään tutkimuskysymysten ratkaisemiseksi useita eri aineistoja. Tässä työssä aineistoa kerättiin kirjallisuuskatsauksen, kyselytutkimuksen ja projektiryhmätyöskentelyn avulla. Tuomi ja Sarajarvi (2002, 146) esittelevät kirjassaan Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi Denzinin (1978) metodologisen triangulaation, jolla tarkoitetaan samasta ilmiöstä eri metodein tai tutkimusstrategioin kerättävää tietoa. Käyttämällä useita eri tiedonkeruumenetelmiä tai useita erilaisia aineistoja, triangulaatiomenetelmää, voidaan tulosten luotettavuutta lisätä (Ojasalo ym. 2009, 94). Aineiston analysointiin ei käytetty triangulaatiomenetelmää, vaan aineisto analysoitiin sisällön analyysillä.

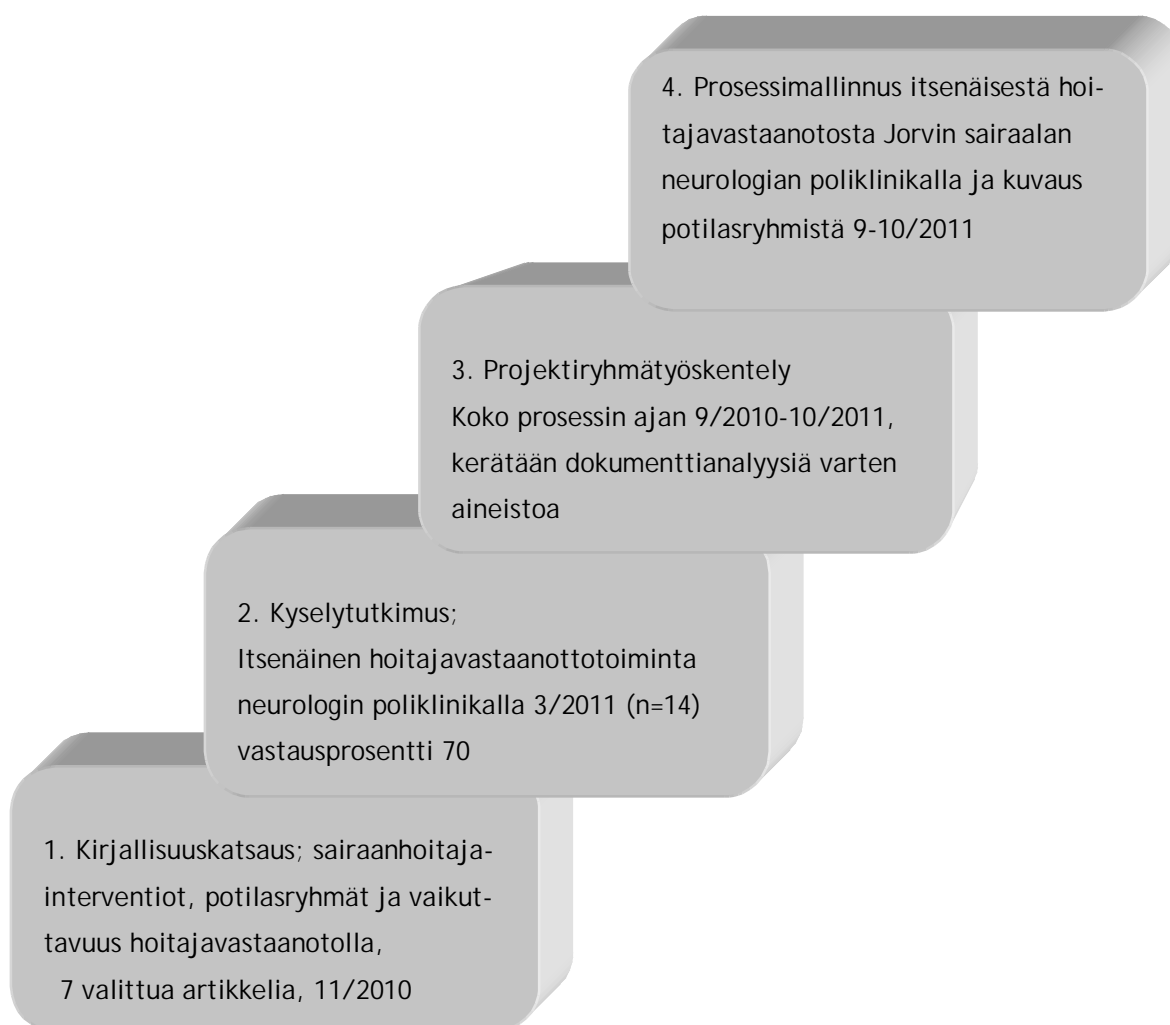
Opinnäytetyömenetelmänä on toiminnallinen kehittämistyö. Työn tuloksena esitetään prosessimallinnus hoitajavastaanoton järjestämisestä. Prosessimallinnuksen laatimisen apuna käytettiin kirjallisuuskatsauksen, kyselytutkimuksen ja projektiryhmätyöskentelyn avulla saatuja aineistoja. Prosessimallinnuksessa määriteltiin koko prosessin kulku ja sen osat työvaiheineen. Usein prosessimallinnuksessa esitetään myös työvaiheiden perustelut, ohjaus, säädöt, palauttejärjestelmät, toimintojen olosuhteet, ongelmat ja kehittämisehdotukset. (Ojasalo ym. 2009, 33.) Tässä työssä prosessimallinnuksella keskityttiin esittämään prosessin kulkua.

Tämä opinnäytetyö sisältää tutkimuksellista kehittämistoimintaa. Työtä ohjasivat käytännön kysymykset ja ongelmat, kuinka ratkaista käytännön toimivuus itsenäisellä hoitajavastaanotolla. Kysymykset ja ongelmat ohjaavat tiedontuotantoa. Kun tietoa tuotetaan aidoista käytännön toimintaympäristöistä, voidaan tuoda esiin kehittämistoiminnan tutkimuksellista luonnetta. Konkreettinen kehittämistoiminta määrittelee tutkimuksen reunaehdot. (Toikko & Rantanen, 2009, 21-22.) Tässä työssä tutkimuksellisuus tulee kyselytutkimuksesta. Tieteellisen tutkimuksen ja tutkivan kehittämistyön ero on pääasiassa toiminnan päämäärässä: halutaanko ilmiöstä tai asiasta tuottaa uutta teoriaa vai saada aikaan myös käytännön ratkaisuja ja parannuksia. (Ojasalo ym. 2009, 19.)

Monissa ammateissa kaivataan käytännöstä esiin nousevaa tietoa. Asiantuntijatehtäviä on vaikea ohjata pelkästään teoreettisen tai teoriasta johdettujen tutkimustulosten perusteella (Toikko & Rantanen, 2009, 21), lisäksi tarvitaan tietoa käytännön toiminnasta ja niin sanotusta hiljaisesta tiedosta. Tutkiva kehittäminen pitää sisällään sellaisten ihmisten tai ryhmien tutkimista, jotka mahdollisesti jo toimivat kehittämistoiminnan tähtämällä tavalla. (Heikkilä, ym 2008, 23.) Kehittämistehtävällä pyritään tuottamaan tietoa siitä, voidaanko jo jotain toiminnassa olevaa käytäntöä pitää hyvänä. Toisin sanoen tällöin etsitään näyttöön perustu-

vaa tietoa kehitettävän asian käyttökelpoisuudesta. (Toikko & Rantanen 2009, 39.) Kehittämissä etsitään uusia, parempia toimitapoja ja viedään asioita käytännössä eteenpäin.

Opinnäytetyön aineiston pohjalta laadittiin prosessimallinnus, joka kuvaa tulevaisuuden suunnitelmaa Jorvin sairaalan neurologian poliklinikan itsenäisestä sairaanhoitajavastaanottotoiminnasta. Prosessimallinnuksessa esitetään prosessin ymmärtämisen kannalta kriittiset toiminnot ja muut tarpeelliset määrittelyt. Mallinnus sisältää prosessin oleelliset tekijät, resurssit, menetelmät, työkalut, tuotoksen sekä prosessin liittymäpinnat muihin prosesseihin. Prosessimallinnus on kaavion muotoon piirretty esitys, jossa esitetään graafisesti tietyn prosessin toiminnot, henkilöt tai roolit. Toisinaan voidaan käyttää vuokaavionimitystä, jolloin kuvataan vain tiedot ja toiminnot. (Laamanen & Tinnilä 2009, 123-126.) Esimerkkinä prosessikuvauksesta on opinnäytetyön prosessikuvaus.



Kuvio 2: Opinnäytetyön prosessi

#### 4.1 Kirjallisuuskatsaus

Opinnäytetyössä tehtiin ensimmäisenä kirjallisuuskatsaus. Katsauksen tarkoituksena oli selvittää, millaisia hoitajavastaanottoja on neurologian alueella käytössä ja millaisia potilasryhmiä niissä käy. Kirjallisuuskatsauksen avulla voidaan saada uusinta tutkittua tietoa potilaan hoitoon liittyvistä menetelmistä ja toimintatavoista (Sarajärvi ym. 2011, 27). Kirjallisuuskatsauksesta saatua tietoa voidaan käyttää apuna, kun valitaan hoitomenetelmiä, kehitetään käytäntöjä tai niiden interventioita. Tutkittua tietoa tarvitaan enemmän, jotta hoitotyö perustuisi näyttöön, siten voidaan saada vaikuttavuutta käytäntöihin ja hoitotyön tuloksiin. (Sarajärvi ym. 2011, 33.)

Kirjallisuuskatsaukseen kerättiin ja tiivistettiin hoitajavastaanotoista neurologian alueella vuosina 1999 - 2010 tehdyt artikkelit. Artikkeleista etsittiin tietoa siitä, mitä potilasryhmiä vastaanotoilla käy, millaisia vastaanottoja sairaanhoitajat hoitavat itsenäisesti, sekä mitkä olivat hoitajan interventiot vastaanotolla. Artikkeleita valittiin mukaan katsaukseen seitsemän, joista viisi oli Englannista, yksi Norjasta ja yksi Ruotsista. Suomalaisia artikkeleja ei aiheesta löytynyt. Aineisto rajattiin koskemaan vain aikuisneurologian aluetta. Mikäli rajaus neurologian alueelle olisi jätetty pois, tuloksia olisi saatu kymmeniätuhansia.

##### 4.1.1 Kirjallisuuskatsauksen tarkoitus

Kirjallisuuskatsauksen tarkoituksena oli selvittää, millaisia hoitajavastaanottoja on neurologian alueella ja mitä potilasryhmiä vastaanotoilla käy. Katsaus perustuu vuosina 1999-2010 ilmestyneisiin tieteellisiin artikkeleihin.

Kirjallisuuskatsauksen avulla haettiin vastauksia seuraaviin kysymyksiin:

1. Mitä potilasryhmiä sairaanhoitaja hoiti vastaanotollaan?
2. Millainen oli sairaanhoitajahoitajan interventio vastaanotolla?
3. Millainen oli sairaanhoitajavastaanoton vaikuttavuus?

##### 4.1.2 Tiedonhaku kirjallisuuskatsausta varten

Tiedon hakuun on käytetty sähköisiä tietokantoja Cinahl, Medline, Cochrane ja PubMed vuosilta 2000 - 2010. Hakusanoina käytettiin hoitajavastaanotto ja neurologia, "nurse reseption\*", nurse appointment\*, nurse-led\*, nurse general\*, nurse general practice\* and neurology". Parhaiten tuloksia tuli hakusanoilla Cinahl-tietokannasta hakusanoilla "nurse reseption and neurology" 22 vastausta. "Nurse general practice and neurology" tuotti 10 viitettä. "Nurse ap-



pointment” tuotti kuusi viitettä. PubMed-tietokannasta löytyi hakusanoilla ”nurse general and neurology” 19 viitettä. Cochrane-tietokannasta löytyi kolme viitettä hakusanoilla ”nurse general and practice and neurology”. Cochrane-tietokannasta ei voitu ottaa mukaan yhtään artikkelia, koska yksi artikkeleista oli vedetty pois julkaisusta, yksi artikkeli oli ”protocol” ja yksi artikkeli oli lastensairaanhoidon artikkeli. Medline-tietokannasta haettiin artikkeleita yhdessä kirjaston informaattikon kanssa artikkeleita hakusanoilla nurs\*, and nurse-led\*, and indepen\* and, neurolog\*, or parkinson, epilepsy, dementia, multiple sclerosis. Näillä hakusanoilla saatiin yhteensä 26 vastausta, joista päällekkäisiä oli viisi.

Haku rajattiin koskemaan aikuisten neurologiaa, kieli englanti tai suomi, saatavilla tuli olla abstrakti ja vuosiluvuksi rajattiin 2000 - 2010. Tutkimusten mukaanottoa rajattiin hakusanoilla ja abstraktin perusteella. Abstraktista tuli löytyä neurologinen näkökulma hoitajavastaanottoon ja artikkelin tuli käsitellä neurologisten potilaiden kohtaamista tai hoitoa sairaanhoitajan toimesta. Abstraktien tuli vastata PIVO-kysymyksiin. P = potilaat, (neurologiset potilasryhmät), I = interventiot, (hoitajan interventiot), V = vertailu ja O = tulokset (hoitajainterventioiden vaikutukset) (Mäkelä ym. 2007, 36). Katsaukseen valittiin seitsemän artikkelia, joista yksi artikkeli (Mills ym.1999) tuli mukaan manuaalisen haun tuloksena ja se on kirjoitettu 1999, joka oli sähköisen haun rajauksen ulkopuolella. Tämä artikkeli valittiin mukaan abstraktin perusteella.

Tietokanta	Hakusanat	Tulokset
Cinahl	nurse reseption* and nurse general practice* and nurse appointment* and neurology	38 joista 8 päällekkäistä artikkelia
PubMed	nurse appointment	5 joista 2 päällekkäistä artikkelia
Cochrane	nurse general* and practice* and neurology	3
Medline	nurs* and nurse-led* and indepen* and neurology	26 joista 5 päällekkäistä artikkellia

Taulukko 2: Työssä käytetyt tietokannat ja haun tulokset

#### 4.1.3 Kirjallisuuskatsauksen tuloksia

Kirjallisuuskatsaukseen valittiin mukaan seitsemän artikkelia, jotka käsittelivät hoitajainterventioita neurologian alueella. Artikkeleista etsittiin tietoa siitä, mitä potilasryhmiä hoitajavastaanotoilla käy ja mitkä ovat hoitajan interventiot vastaanotolla sekä millainen on ollut hoitajainterventioiden vaikuttavuus.

Liitteessä 2 on kuvattu hoitajien interventioita vastaanotoillaan. Kuudessa seitsemästä (6/7) tutkimuksessa interventiona oli opetus ja ohjaus. Kolmessa tutkimuksessa mainittiin interventioksi myös hoidonseuranta (Goodwin ym. 2004; Helde ym. 2005; Mills ym. 1999). Neuvonnan ja tuen interventiokeinoja oli käytetty kolmessa tutkimuksessa (Goodwin ym. 2004; Helde ym. 2005; Larsson ym. 2005). Yhdessä tutkimuksessa hoitaja teki diagnooseja (Clarke ym. 2005). Clarken ym. (2005) tutkimuksessa vertailtiin sairaanhoitajan ja neurologin kykyä tehdä yksinkertaisia pääsärkydiagnooseja. Tulosten mukaan diagnoosien yhteneväisyys oli yli 90 %. Tämä tulos johti sairaanhoitajien pääsärkyvastaanottojen perustamiseen. Suomessa diagnostiikka on lain säätämänä lääkäreiden tehtävä, siksi suomalaisella hoitajavastaanotolla ei tehdä diagnooseja.

Opetuksen ja ohjauksen merkitys korostuu hoitajavastaanotoilla. Tulosten perusteella hoitajien antama opetus ja ohjaus koettiin positiivisena ja se lisäsi potilaiden tietoisuutta sairaudestaan (n = 4) (Goodwin ym. 2004; Harrison & Porter 2004; Mills ym. 1999; Ridsdale ym. 2002) sekä paransi potilaiden elämänlaatua (n = 2) (Helde ym. 2005; Larsson ym. 2005). Suomalaisista tutkimuksista Liimataisen työ (2009) tukee tätä tulosta. Liimataisen mukaan ohjaus ja opetusosaaminen kuuluu vahvasti sairaanhoitajan työnkuvaan. Erityisesti elämänhallintaan ja elämäntapoihin liittyvät asiat korostuvat ohjauksessa ja opetuksessa. (Liimainen 2009, 56.) Harrisonin ja Porterin (2004) mukaan hoitajat kykenivät voimaannuttamaan potilaitaan opetuksen, ohjauksen ja henkisen tuen keinoin. Myös Larssonin ym. (2005) mukaan opetuksen ja tuen merkitys näkyy henkisen pahoinvoinnin vähenemisenä ja elämänlaadun kohenemisenä. Helde ym. (2005) selvittivät, kuinka hoitajavetoinen strukturoitu interventio-ohjelma parantaa epilepsiapotilaiden elämänlaatua. Tulosten mukaan syrjäytyminen, pelko ja pessimismi vähenivät ja potilaiden elämänlaatu parani merkittävästi. Helden ym. (2005) mukaan puhe- linneuvontaa pidettiin käyttökelpoisena interventiokeinona.

Potilasryhmistä oli näissä tutkimuksissa edustettuina epilepsiapotilaat, multipple sclerosis (MS)- potilaat, aivohalvauspotilaat ja pääsärkypotilaat. Suurista neurologisista potilasryhmistä jäi puuttumaan parkinsonpotilaat ja muistihäiriöpotilaat. Parkinson ja muistihäiriö hakuksena saaduista artikkeleista ei yksikään vastannut abstraktinsa perusteella kirjallisuuskatsauksen kysymyksiin. Artikkeleiden perusteella voidaan todeta, että epilepsiahoitajan työstä hoitajavastaanotolla on eniten saatavilla tutkimustietoa neurologian alueella (n = 4)

(Goodwin ym. 2004; Harrison & Porter 2004; Mills ym. 1999; Ridesdale ym. 2000). Artikkeleista kävi ilmi, että epilepsiapotilaat tarvitsevat opetusta ja ohjausta sairautensa ymmärtämiseen, lääkehoidon toteuttamiseen ja sairauden vaikuttavuuteen arjessa. Tutkimuksissa todettiin, ettei hoitajan antamalla opetuksella ja ohjauksella ollut merkitystä potilaan kohtaustihyeyteen tai oireettomuuteen.

## 4.2 Kyselytutkimus

Itsenäisen hoitajavastaanottotoiminnan toimintamalleja ja käytäntöjä suomalaisilla neurologian poliklinikoilla selvitettiin sähköisen kyselyn (liite 4) avulla. Kysely sopii tilanteeseen, jossa tutkittava aihealue on jo tuttu, mutta halutaan varmistua sen paikkaansa pitävyydestä. Kehittämistyössä kysely sopii hyvin esimerkiksi lähtötilanteen selvittämiseksi. (Ojasalo ym. 2009, 41.) Kysely toteutettiin Webropol- kyselynä. Kyselyä varten soitettiin ylihoitajille, joille kysely oli tarkoitus lähettää ja kysyttiin yhteystietoja, lupaa lähettää kysely ja kunkin paikan tutkimuslupakäytäntöjä. Kyselyn tekniseen laatimiseen saatiin apua HUS:n tiedottajalta, joka laati kyselyn sähköiseen muotoonsa hänelle toimitetun kyselykaavakkeen pohjalta. Tiedottaja toimitti vastausraportit kyselyn päätyttyä tutkijalle.

Kyselytutkimuksen (liite 4) kysymyksillä pyrittiin saamaan vastauksia kehittämistyön tehtäviin. Taustakysymyksillä kartoitettiin itsenäisen hoitajavastaanottotoiminnan esiintyvyyttä ja hoitajan koulutusvaatimuksia. Kyselyllä etsittiin vastauksia kysymyksiin, onko poliklinikoilla itsenäistä hoitajavastaanottotoimintaa, mitkä ovat hoitajan tehtävät vastaanotolla ja millaisia potilasryhmiä niissä käy. Kyselytutkimusta ei pilotoitu, mutta kyselytutkimuksen kysymyksiä käytiin läpi projektiryhmässä.

Taustakysymykset olivat seuraavat:

1. Missä sairaalassa työskentelette?
2. Onko vastaaja osastonhoitaja vai ylihoitaja?
3. Kuinka monena päivänä vastaanottotoimintaa on?
4. Koska hoitajavastaanottotoiminta on aloitettu?
5. Kuinka paljon vastaanotoilla käy potilaita a) päivässä b) viikossa?
6. Millainen on sairaanhoitajan koulutusvaatimus itsenäisellä vastaanotolla?

Kyselyt lähetettiin keskussairaaloiden ja Oulun, Kuopion, Tampereen ja Turun yliopistollisten keskussairaaloiden sekä kolmelle HUS:n neurologian ylihoitajalle helmikuun 2011 aikana. Jokaiseen yksikköön oltiin etukäteen yhteydessä puhelimitse, jotta saatiin oikeat sähköpostiosoitteet ja varmistettiin samalla kunkin yksikön tutkimuslupakäytännöt. Kyselyt lähetettiin sähköisesti neurologian alueen ylihoitajille, jotka saattoivat päättää tutkimukseen osallistu-

misesta ja siitä vastaavatko kyselyyn itse vai siirtävätkö kyselyn vastattavaksi osastonhoitajille. Kyselyyn pyydettiin joko ylihoitajan tai osastonhoitajan vastausta. Tutkimuslupapyyntöjä lähetettiin kolmeen sairaalaan, ja kaikista sairaaloista saatiin myöntävä tutkimuslupapäätös. Saatekirjeessä (liite 3) selvitettiin tarkoin, miksi tutkimus tehdään ja mihin sitä käytetään. Yhteensä kyselyitä lähetettiin 20 kappaletta ja vastauksia pyydettiin palautettavaksi kahden viikon sisällä. Kahden muistutuskirjeen jälkeen vastausprosentiksi saatiin 70, mitä voidaan pitää hyvänä tuloksena. Tulosten analysointivaiheessa nousi esiin tarve selvittää, kuinka yksiköissä on itsenäinen sairaanhoitajavastaanotto toiminta määritelty. Tätä kysymystä varten lähetettiin lisäkysymys kaikkiin kyselytutkimukseen vastanneisiin yksiköihin. Vastauksia saatiin seitsemän, jolloin vastausprosentiksi lisäkysymykseen saatiin 50.

Otantana käytettiin tarkoituksenmukaista otantaa eli otos oli valikoiva otos (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2010, 85). Näin otannalla varmistettiin, että mukaan kyselytutkimukseen otettiin mahdollisimman paljon asiasta tietäviä ja paljon kokemusta omaavia yksiköitä, joissa on myös suurimmat potilasmäärät.

#### 4.3 Aineiston analyysi

Opinnäytetyön aineisto kerättiin triangulaatiomenetelmällä. Tutkimuskysymysten ratkaisemiseksi kerättiin aineistoa kirjallisuuskatsauksen, kyselytutkimuksen ja projektiryhmän muistioiden avulla. Aineistoa analysoitiin sisällön analyysin avulla. Sisällönanalyysin avulla voidaan rakentaa malli, jonka avulla voidaan käsitteellistää kehitettävää tai tutkittavaa ilmiötä. Kvalitatiivisen aineiston analyysin tarkoituksena on selkeyttää aineistoa jäsentämällä ja tiivistämällä. Analyysillä myös tuotetaan uutta tietoa. Sisällön analyysimenetelmällä tuotettua mallia voidaan analysoida objektiivisesti ja systemaattisesti. (Kyngäs & Vanhanen 1999.) Kyselytutkimuksen kysymykset olivat laadultaan avoimia kysymyksiä ja ne analysoitiin sisällönanalyysillä. Kyselyn tuloksilla pyrittiin saamaan tietoa jo olemassa olevista hyvistä käytännöistä ja niistä pyrittiin poimimaan tietoa ja ideoita Jorvin neurologian hoitajavastaanotto toiminnan kehittämiseen. Hyviksi käytännöiksi muotoiltu kehittämisen tulos on siirrettävissä uusiin toimintaympäristöihin (Toikko & Rantanen 2009, 125).

Kysymykset analysoitiin sekä induktiivisellä (yksittäisestä yleiseen), että deduktiivisellä (yleisestä yksittäiseen) sisällönanalyysillä. Analyysiä voidaan tehdä aineistosta lähtien eli induktiivisesti tai deduktiivisesti, jolloin analyysi perustuu aiempaan tietoon pohjautuvaan luokittelurunkoon (Kyngäs & Vanhanen 1999, 3). Tässä tutkimuskyselyanalyysissä induktiivista analyysimenetelmää käytettiin kysymyksiin 7, 8 ja 10 - 12 sekä lisäkysymykseen (liite 4). Deduktiivista analyysimenetelmää käytettiin kysymyksessä 9, millaiset ovat hoitajan koulutusvaatimukset itsenäisen vastaanoton pitämiseksi. Deduktiivista analyysimenetelmä kysymykselle 9, on perusteltua, koska on aiempaa tietoa eri koulutusvaihtoehdoista. Kysymykset 1-6 (liite 4) ovat

taustatietoja kartoitettavia kvantitatiivisiä kysymyksiä, joista tulokset esitettiin prosenttilukui-  
na tai numeraalisina arvoina. Jos aiheesta ei tiedetä tai tieto on hajanaista, on induktiivinen  
lähtökohta silloin hyvä aineiston analysointiin (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2010, 135).  
Induktiivinen eli aineistosta lähtöisin oleva sisällönanalyysi on menetelmä, jolla voidaan ana-  
lysoida kirjoitettua tai suullista tietoa, kuvailemalla järjestelemällä ja määrällistämällä tut-  
kittavaa ilmiötä (Kyngäs & Vanhanen 1999). Kysymyksillä kartoitettiin hoitajavastaanottojen  
esiintyvyyttä, hoitajan tehtäviä sekä mitä potilaita neurologisilla itsenäisillä hoitajavas-  
taanotoilla käy. Aiheesta ei löytynyt aiempaa julkaistua tutkimustietoa.

Analyysiyksiköksi valittiin alkuperäisilmaisu. Analyysiprosessissa aineistosta kerättiin ensin  
alkuperäisilmaisut ja ne pelkistettiin. Pelkistetyistä ilmauksista muodostettiin sisällönanalyy-  
sillä alaluokkia. Alaluokista muodostettiin vielä yläluokkia. Yläluokkien muodostamiseen liittyi  
abstrahointia eli käsitteellistämistä. Projektiryhmätyöskentelyn muistioista muodostettiin  
myös alkuperäisilmaisujen kautta pelkistys, alaluokat ja yläluokat. Sisällönanalyysi antaa tut-  
kijalle vapauden ja mahdollisuuden käsitteellistää tuloksiaan jakaessaan niitä omiin luokkiinsa  
tai kategorioihin harkintansa ja tulkintansa mukaan (Kyngäs & Vanhanen 1999; Tuomi & Sara-  
järvi 2002, 101-102).

Projektiryhmän työskentelystä saatua aineistoa analysoitiin sisällönanalyysin avulla. Tarkaste-  
lun kohteena voi olla muistiot, keskustelut, puheet, raportit ja muu kirjallinen materiaali.  
Dokumentteihin voidaan lukea kaikki tutkittavasta ilmiöstä tuotettu kirjallinen, kuvallinen tai  
suullinen materiaali. (Ojasalo ym. 2009, 121.) Tässä opinnäytetyössä dokumentteina käytet-  
tiin muistioita. Analyysin tavoitteena oli luoda selkeä kuvaus kehitettävästä toiminnasta. Si-  
sällön analyysillä voidaan analysoida dokumentteja systemaattisesti ja objektiivisesti (Kyngäs  
& Vanhanen 1999). Opinnäytetyössä pyritään luomaan selkeä kuvaus potilasryhmistä, joita  
voidaan hoitaa sairaanhoitajan itsenäisellä vastaanotolla. Dokumenttianalyysin vahvuutena  
pidetään herkkyyttä kehittämistoiminnan kohteena olevan ilmiön esiintymiselle sen luonnolli-  
sessa toiminta ympäristössään. (Ojasalo ym. 2009, 121.) Projektiryhmän työskentelyn pohjalta  
on laadittu myös prosessimallinnukset potilaan hoidon kulusta neurologian poliklinikalla ennen  
itsenäisen hoitajavastaanottotoiminnan aloittamista (nykytilanne) ja toiminnan aloittamisen  
jälkeen (tulevaisuutta). Tulevaisuuden itsenäisen hoitajavastaanoton sairaanhoitajan työteh-  
tävät on avattu aliprosessimallinnuksessa. Esimerkkinä aineistonanalyysistä itsenäisen hoita-  
javastaanoton määritelmiä taulukossa 3.

Alkuperäisilmaisu	Pelkistettyilmaus	Alaluokka	Yläluokka
<p>- Korvaa lääkärikäynnin suunnitellusti tietyissä potilasryhmissä esim. MS-potilas, jolla on immunomodulaarinen hoito ja korvattavuus-asiat kunnossa, käy ½- tai vuosittain hoitajalla ja 3v. välein neurologilla. Samoin meillä käy myös epilepsiapotilaita</p> <p>- Itsenäinen sairaanhoitajavastaanotto toiminta on vastaanotto toimintaa, jossa lääkäriltä on siirretty työnsiirrolla vastaanotto toimintaa eli potilaan vuosikontrollit asiantuntija-sairaanhoitajalle</p>	<p>Korvaa suunnitellusti lääkärikäynnin tiettyjen potilasryhmien kohdalla</p> <p>Lääkäriltä on siirretty työnsiirrolla vastaanotto toimintaa eli vuosikontrollit sairaanhoitajalle</p>	<p>Korvaa suunnitellusti lääkärikäynnin</p> <p>Lääkärin kontrollikäyntiä siirretty hoitajalle</p>	<p>Korvaa lääkärikäynnin</p> <p>Korvaa lääkärikäynnin</p>

Taulukko 3: Esimerkki aineistonanalyysistä

Aineistoja luettiin läpi lukuisia kertoja, kunnes uutta informaatiota ei enää noussut esille. Kyselytutkimuksen vastauksien läpikäyntiä ja analysointia helpotti Webropol-kyselyn runko. Vastaukset saatiin järjestyksessä, sähköisessä muodossa, koneella kirjoitettuna ja osan vastauksista oli jo Webropol-ohjelma laatinut pylväsdiagrammimuotoon ja laskenut prosenttiosuudet valmiiksi. Ohjelman laatimia pylväsdiagrammeja ei ole käytetty tässä työssä.

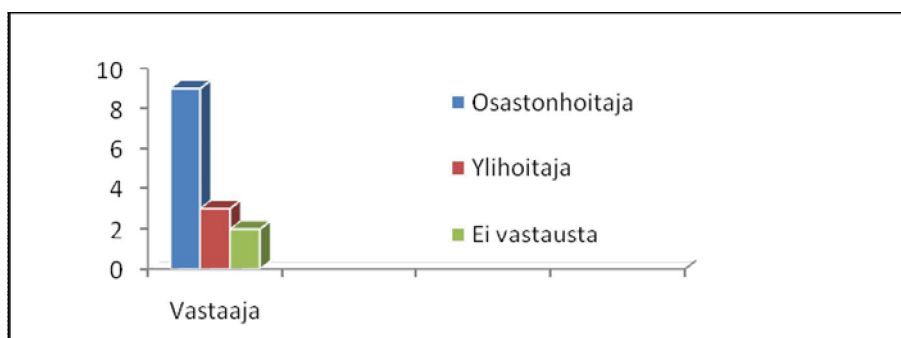
## 5 Tulokset

### 5.1 Kyselytutkimukseen osallistujat

Sähköisiä kyselyitä lähetettiin yhteensä 20 ja vastauksia saatiin 14 kappaletta, vastausprosentti oli 70. Sairaalat, joista vastaajat olivat, esitetään tässä satunnaistetussa järjestyksessä:

1. Keski-Suomen keskussairaala
2. Turun Yliopistollinen keskussairaala
3. Länsi-Pohjan keskussairaala
4. HUS, Hyvinkään sairaala
5. Pohjois-Karjalan keskussairaala
6. Mikkelin keskussairaala
7. Vaasan keskussairaala
8. Seinäjoen keskussairaala
9. Päijät-Hämeen keskussairaala
10. Kuopion Yliopistollinen keskussairaala
11. Kainuun keskussairaala
12. Lapin sairaanhoitopiiri (keskussairaala)
13. Lohjan sairaala
14. Etelä-Karjalan keskussairaala, Lappeenranta

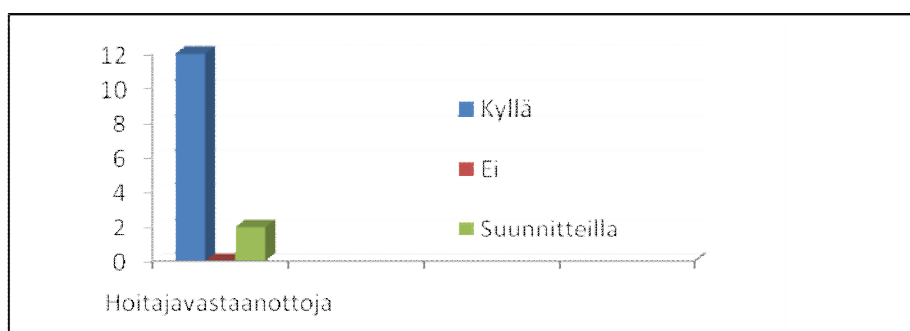
Kyselyyn osallistui yhteensä 14 neurologista yksikköä ( $n = 14$ ). Vastausprosentiksi saatiin 70. Vastaajista oli 3 (21,4 %) ylihoitajaa ja 9 (64,3 %) osastonhoitajaa ja 2 (14,3 %) oli jättänyt vastaamatta (kuvio 3).



Kuvio 3: Kyselyyn vastanneet

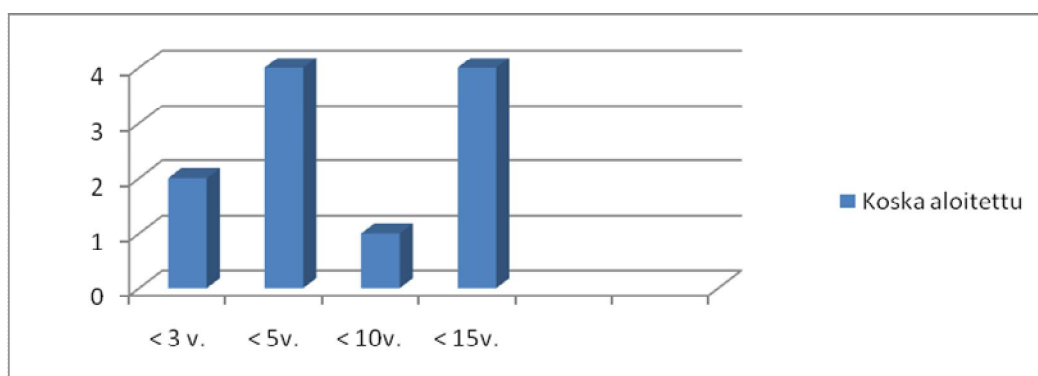
### 5.1.1 Toiminnan yleisyys

Hoitajavastaanottotoimintaa ilmoitettiin olevan kahdessatoista (12) sairaalassa ja kahdessa toiminnan aloittaminen oli suunnitteilla. Kaikissa yksiköissä hoitajavastaanottotoiminta oli joko aloitettu tai se oli suunnitteilla (kuvio 4).



Kuvio 4: Toimintaa on aloitettu liki jokaisessa yksikössä

Sairaanhoitajien itsenäisiä vastaanottoja on kyselyn mukaan alettu pitää jo 2000-luvun alkupuolella. Eri yksiköissä on toimintaa aloitettu hyvin vaihtelevasti. Useissa yksiköissä toiminnan aloittamista on porrastettu niin, että ensin ovat alkaneet yhden potilasryhmän vastaanotot ja myöhemmin mukaan on tullut myös muita potilasryhmiä. Hoitajien itsenäisiä vastaanottoja on ollut noin 15 vuotta. Tämän tutkimuksen tuloksista käy ilmi, että kaikki vastaanotot ovat saaneet alkunsa 1990-luvun puolivälin jälkeen. Kaksi kolmasosaa vastaanotoista on aloitettu viimeisen kymmenen vuoden sisällä. Vastaanottojen aloittaminen näyttää lisääntyneen viimeisen viiden vuoden aikana (kuvio 5).



Kuvio 5: Itsenäinen sairaanhoitajavastaanottotoiminta on aloitettu



Vastaajat kuvasivat vastaanottotoiminnan aloittamista seuraavasti:

Kahdesta asiantuntijasairaanhoidajasta epilepsiahoitaja on aloittanut kolme vuotta sitten ja muistisairaanhoidaja kaksi vuotta sitten. MS-hoitaja on pitänyt vastaanottoa n. 15 vuotta...

ALS potilaiden vastaanottotoiminta aloitettiin 2008. Nyt on keskustelua laajentaa vastaanottotoimintaa mm. MS potilaille.

Muistihoidajan vastaanotto on toiminut vuodesta 2000 ja noin vuodesta 2003 hoitajalla on ollut itsenäinen vastaanottotoiminta MS- ja parkinson- potilaille.

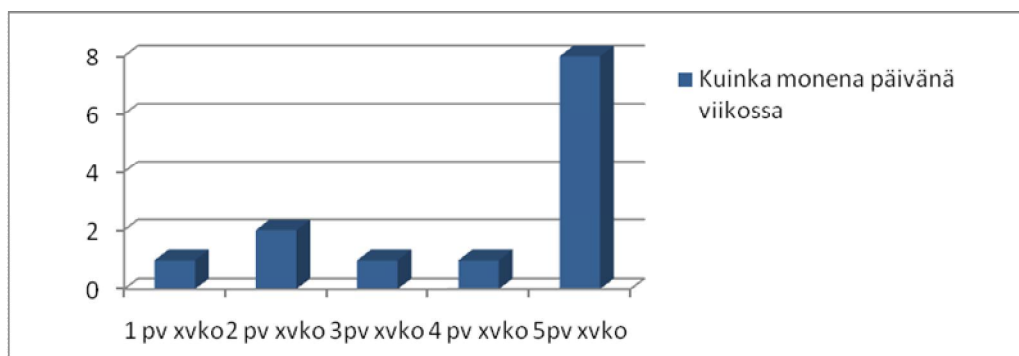
Kyselytutkimuksen mukaan potilaiden määrä sairaanhoitajavastaanotoilla on hyvin vaihteleva. Päivittäinen potilasmäärä vaihteli yhdestä seitsemään. Viikossa potilaita kävi 3 - 35. Yhdessä yksikössä asiantuntijahoitajalla oli kotikäyntejä noin 600 vuodessa. Itsenäisen vastaanottotoiminnan määrittämisen vaikeus näkyi tässä kysymyksessä. Keskimäärin hoitajavastaanotolla kävi neljä potilasta päivässä. Viikossa käyvien potilaiden määrään vaikutti, kuinka monena päivänä vastaanottotoimintaa oli, potilaita oli 3 - 23 viikossa. Päivittäisen hoitajavastaanoton omaavissa yksiköissä potilaita kävi noin 20 viikossa. Hoitopuheluita ei oltu laskettu näihin kävijämääriin yhdessäkään yksikössä, vaan soittajien määrä lisätään näihin potilasmääriin. Vastaajat kuvasivat itsenäisellä hoitajavastaanotolla käyvien potilaiden määrää seuraavasti:

Ymmärsinkö oikein? Itsenäisellä vastaanotolla ymmärrän sen näin: potilaita käy lääkärillä ja myös hoitajalla erilaisissa testeissä... Päiviä jolloin olisi asiakkaat pelkästään hoitajalla, ei ole.

Itsenäistä vastaanottotoimintaa päivittäin. potilaan ohjausta, opetusta, neuvontaa.

Potilaita hoitajalla käy päivittäin noin neljä testeissä, mutta jokainen joka käy lääkärillä, käy aina myöskin hoitajalla

Hoitajavastaanottotoimintaa poliklinikoilla oli vaihtelevasti yhdestä viiteen (1 - 5) päivään viikossa. Kaksi vastaajaa ei vastannut kysymykseen (kuvio 6).



Kuvio 6: Hoitajavastaanottotoimintaa on päivittäin

### 5.1.2 Koulutusvaatimukset sairaanhoitajalle

Koulutusvaatimukset voidaan tulosten mukaan jakaa viiteen eri kategoriaan, jotka olivat ennalta määriteltynä. Nämä kategoriat ovat kokemus, täydennyskoulutukset alalta, työpaikkakoulutus, erikoistumisopinnot ja ylempi ammattikorkeakoulututkinto (taulukko 4).

Vastaajat pitivät koulutusvaatimusten selvittämistä hyvänä aiheena kyselytulosten mukaan. Vastauksista kävi ilmi, ettei tällä hetkellä ole olemassa yhtenäisiä linjauksia koulutusvaatimuksista. Kokemusta pidettiin selkeästi tärkeimpänä vaatimuksena itsenäistä sairaanhoitajavastaanottoa pitävälle hoitajalle. Kokemusta toivottiin olevan nimenomaan neurologisesta hoitotyöstä. Kokemusta ei kuitenkaan voida laskea koulutukseksi vaan se on tuloksissa esitetty omana erillisenä vaatimuskategoriana.

Vastaajat kuvasivat koulutusvaatimuksia seuraavasti:

Hyvä kysymys. Ainakin riittävästi asiantuntemusta...

Sairaalassamme parhaillaan määritellään vaatimukset hoitajan vastaanottotoiminnalle. Koulutuksilla on toimintaan erittäin suuri merkitys.

Tärkein koulutus on riittävän pitkä kokemus neurologisesta hoitotyöstä.

Klinikassamme lääkäri on pitänyt lääketentin esim. epilepsialääkkeistä. Lisäksi on pitänyt lukea muutama kirja tautiin ja hoitoon liittyen.

Tuntemusta ja työkokemusta ko. sairautta sairastavista potilaista.

Hyvä perehdyttäminen ja vastuualuekoulutukset

SH tutkinto, geriatrian erikoistumisopinnot, muistihoitajakoulutus...

Kokemus	Täydennyskoulutus	Työpaikkakoulutus	Erikoistumisopinnot	YAMK - opinnot
pitkä työkokemus, sairaanhoitajan pätevyys, riittävästi asiantuntemusta, työkokemusta ja perehtyneisyyttä	jatkuvat vastuualuekoulutukset, jatkuva itseopiskelu, täydennyskoulutus erikoisalalla	sisäinen perehdytys, klinikan lääkärin pitämä koulutus, lääketentti, työpaikkaohjausta	geriatrian erikoistumisopinnot, hallinnon erikoistumisopinnot, muistihoitaja, neurologian erikoistumisopinnot	KAMK tutkinto (=kliininen asiantuntija)

Taulukko 4: Vaadittu koulutustaso

Lisäksi vastaukset sisälsivät kommentteja, joita ei voitu luokitella edellä mainittuihin kategorioihin. Näitä kommentteja olivat esimerkiksi

jatkuvan koulutuksen kautta pidetään yllä ammattitaitoa

toimittu noudattaen HUS:n pysyväisohjetta

sairaalassamme parhaillaan määritellään vaatimukset hoitajan vastaanotto toiminnalle.

Nämä luokittelemattomiksi jääneet vastaukset eivät kerro millaisesta koulutuksesta ja koulutustasosta on kyse. Vastauksissa painotettiin kokemuksen ja jatkuvan täydennyskoulututtamisen merkitystä.

Jatkuva itseopiskelu tiedon päivitys...

Koulututtamiselvöllisyys ja velvollisuus lukea uusinta tietoa.

### 5.1.3 Tehtäväsiirrot

Tehtäväsiirtoja oli kyselyn mukaan tehty noin puolessa kyselyyn osallistuneista neurologian yksiköistä (n = 7). Yhdessä yksikössä oli tehtäväsiirrot suunnitteilla, mutta vastauksesta ei käynyt ilmi, millaisia suunnitellut tehtäväsiirrot voisivat olla. Kuudessa yksikössä tehtäväsiirtoja ei ole tehty. Tehtäviä oli siirretty sekä lääkäriltä hoitajalle että hoitajalta sihteerille. Taulukoissa 5 ja 6 on kuvattu toteutuneita tehtäväsiirtoja itsenäisillä hoitajavastaanotoilla. Lääkäreiltä hoitajille on siirtynyt hoidon seuranta, kuten seurantakäyntejä ja verikoetulosten seuranta. Taulukoissa on esitetty alkuperäisilmaisu ja siitä johdettu yläluokka. Täydelliset analyysitaulukot löytyvät liitteistä 6 ja 7. Sairaanhoitajilta sihteerille on siirretty ajanvarauksiin liittyviä työtehtäviä, esimerkiksi infokirjeiden lähettäminen ja lähetteisiin liittyvät ajanvaraukset.

Alkuperäisilmaisu	Yläluokka
- Kontrollikäynneistä yleensä joka toinen käynti on erikoissairaanhoidajalla ja joka toinen lääkärillä	Hoidon seuranta
- Hyvässä hoitotasapainossa olevien epilepsipotilaiden -kontrollit	Hoidon seuranta
- MS-potilaiden kontrolleja	
- ALS potilaat	
- Turvalaboratorio-kokeiden tarkistuksia	Hoidon seuranta
- Seuraa verikoetuloksia	
- Botuliini-pistoshoidon tehon seuranta, potilas soittaa voinnistaan ja lääkityksen vaikutuksesta	

Taulukko 5: Tehtäväsiirrot lääkäriltä hoitajalle

Vastaajat kuvasivat toteutuneita tehtäväsiirtoja seuraavasti:

Hoitopuheluja, turvalaboratoriokokeiden tarkastuksia, potilaita ohjataan soittamaan nykyään lääkärin sijasta hoitajalle esim. voinnistaan, lääkityksen vaikutuksista ym.

Epilepsiakontrollinen siirtämistä lääkäriltä hoitajille on pienissä määrin aloitettu.

Epilepsia, MS-potilaiden ja parkinson potilaiden kontrollikäyntejä on siirretty sairaanhoitajalle, neuropsykologilta on siirretty muistitutkimuksia sairaanhoitajille

Alkuperäisilmaus	Yläluokka
- Infokirjeiden lähettäminen	Potilaan informointi ajanvarauksista
- Kaikki ajanvaraukset, tutkimuksiin ja lähetteisiin liittyvät ajanvaraukset	

Taulukko 6: Tehtäväsiirrot hoitajalta sihteerille

Hoitajien tehtäviä on siirretty sihteerille vastaavasti esim. infokirje lähetteiden palauttamisesta... Ja käyntitietojen tallennuksen siirtäminen on harkinnassa.

Sairanhoitajalta osastosihteerille on siirretty vuonna 2008 kaikki ajanvarauksiin, tutkimuksiin ja lähetteisiin liittyvät ajanvaraukset

#### 5.1.4 Hoitajan työtehtävät itsenäisellä vastaanotolla

Sairaanhoitajan työtehtäviä itsenäisellä hoitajavastaanotolla ovat tulosten mukaan potilasohjaus, hoidon seurannan toteutus, lääkehoidon toteutus ja muistitestien tekeminen. Hoidon seuranta kontrollikäynnein ja verikoetulosten tarkistamisella nousi tämän kyselyn perusteella selkeäksi osa-alueeksi itsenäisellä hoitajavastaanotolla. Seurantakäynneillä itsenäisellä hoitajavastaanotolla kävi MS-, epilepsia- ja parkinsonpotilaita. Muita potilasryhmiä ei erikseen mainittu käyvän seurannassa itsenäisellä hoitajavastaanotolla. Potilasohjaus kuvataan tärkeäksi osaksi sairaanhoitajan työtä itsenäisellä hoitajavastaanotolla. Potilasohjaus tämän kyselytutkimuksen tulosten perusteella sisältää esitieto-ohjausta, lääkehoidon ohjausta ja neuvontaa. Muistitestaukset ja muistipoliklinikan pitäminen kuuluvat myös olennaisesti sairaanhoitajan työtehtäviin itsenäisellä hoitajavastaanotolla. Hoitotyön dokumentointi ja työympäristöstä huolehtiminen kuuluvat myös sairaanhoitajien työtehtäviin. Sairaanhoitajat suorittavat käyntitietojen kirjaamista, hoidon kirjaamista, ajanvarauksia ja huolehtivat jatkohoidon järjestämisestä. Työympäristöstä huolehtimiseen kuuluu välinehuoltoa, varastotilausten tekemistä ja lääketurvallisuudesta huolehtimista esimerkiksi vanhojen lääkkeiden poistamista. Sairaanhoitajan työtehtävät ovat hyvin moninaisia itsenäisellä hoitajavastaanotolla (taulukko 7).

Vastaajat määrittivät hoitajan työtehtäviä itsenäisellä vastaanotolla seuraavasti:

Seurantakäynnin toteutus samoin periaattein kuin lääkärin vastaanotolla

Potilaan tilanteen kartoitus, lääkityksen tarkistus, verikoevastauksien tarkistus, jatkohoidon suunnittelu.

Sairaanhoitajat tekevät Cerad-tutkimukset, joita lääkäri teki ennen. Infuusiohoidon toteuttaminen

Huolehdin, että muistipl:lla on kaikki tarvittavat välineet. Laitan poistoon vanhentuneet lääkkeet. Tilaan esitteitä, joita annan potilaille jne...

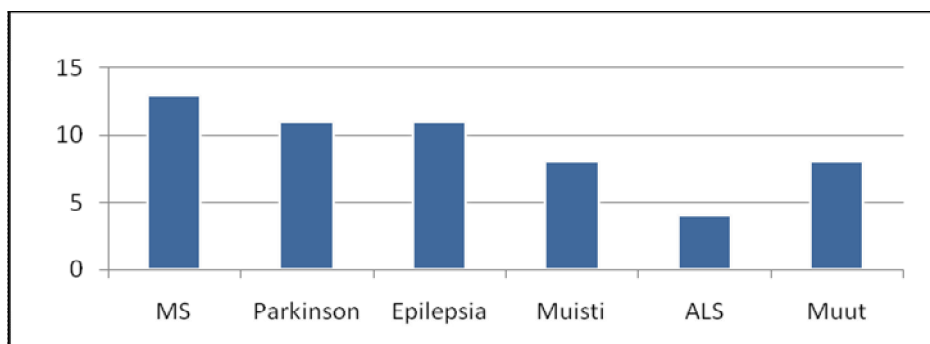
Alkuperäisilmaisu	Yläluokka
<ul style="list-style-type: none"> <li>- MS-potilaan ohjaus, pistosopetus,</li> <li>- Annan ohjausta potilaille, kun he saavat uuden diagnoosin</li> <li>- Pisto-ohjaukset, sairauksien ensitieto-ohjaukset</li> <li>- Parkinson potilaiden ohjaus, Duodopaohjaus</li> <li>- Ohjausta/neuvontaa/opetusta erittäin vaativaa hoitotyötä</li>   <li>- Interferonikontrollit, tasapainossa olevien epilepsiapotilaiden seuranta,</li> <li>- Status, oirekuva, taustatiedot, vointi, arvioin lääkityksen sopivuuden ja riittävyyden</li> <li>- Kontrollikäyntejä ohjataan sairaanhoitajalle lääkärin sijaan</li> <li>- Seurantakäynnin toteutus samoin periaattein kuin lääkärin vastaanotolla</li> <li>- Laboratoriovastausten tarkistusta</li> <li>- mahdollisten kokeiden ohjelmointi - laboratorioarvojen seuranta</li>   <li>- Infusioiden toteuttaminen,</li> <li>- Infusiohoidon toteuttaminen</li>   <li>- Muistipolilla teemme itsenäisesti testit/haastattelut</li> <li>- Erilaiset testaukset esim. CERAD, MMSE, ADL, TMT, GDS-15, BDL...</li>   <li>- Kirjaaminen ja käyntitiedot</li> <li>- hoidan jatkohoitoasiat, ajanvaraukset</li>   <li>- Huolehdin, että vastaanotolla on tarvittavat välineet, laitoin poistoon vanhentuneet lääkkeet, tilaan esitteitä</li> </ul>	<p>Potilaan ohjaaminen</p> <p>Hoidon seuranta</p> <p>Lääkehoidon toteutus</p> <p>Muistitestaukset</p> <p>Dokumentointi</p> <p>Työympäristöstä huolehtiminen</p>

Taulukko 7: Sairaanhoitajan työtehtävät

### 5.1.5 Potilasryhmät hoitajavastaanotolla

Itsenäisillä hoitajavastaanotoilla tämän kyselytutkimuksen tulosten mukaan hoidetaan MS-, parkinson-, epilepsia-, ja muistipotilaita. MS-potilaita hoidettiin jokaisessa yksikössä, jossa itsenäinen hoitajavastaanotto toiminta oli aloitettu (n = 13) ja suunnitteilla olevista vastaanotoista toiseen oli myös suunniteltu MS-potilaiden hoitajavastaanottoja. Parkinson-potilaita hoidettiin myös lähes jokaisessa yksikössä (n = 11), samoin kuin epilepsia-potilaita (n = 11).

Muistitestauksia tehtiin kahdeksassa yksikössä (n = 8). ALS-potilaita hoidettiin neljässä yksikössä (n = 4). (kuvio 7)



Kuvio 7: Potilasryhmien yleisyys hoitajavastaanotoilla

Muita potilasryhmiä, joita itsenäisellä hoitajavastaanotoilla hoidettiin olivat aivoverenkiertohäiriöpotilaat (n = 3), myastenia gravispotilaat (n = 2), dystoniapotilaat (n = 2), migreenipotilaat (n = 1) ja CIPD-potilaat (n = 1).

#### 5.1.6 Itsenäisen sairaanhoitajavastaanoton määrittely

Kyselytutkimuksessa esitettiin yksi lisäkysymys. Lisäkysymyksellä selvitettiin, kuinka vastaajat määrittelevät itsenäisen hoitajavastaanottoiminnan. Kysymys lähetettiin kaikkiin kyselytutkimukseen vastanneisiin yksiköihin ja vastauksia tuli takaisin seitsemän (n = 7). Lisäkysymyksen vastausprosentti oli 50. Kaikki yksiköt, joissa itsenäinen vastaanottoiminta oli määritelty, määrittivät vastaanoton olevaan itsenäistä vastaanottoimintaa silloin, kun se korvaa lääkärin vastaanoton. Lisäksi yhdessä yksikössä vastaaja oli vaihtunut, eikä uusi henkilö osannut vastata kysymykseen. Kahdessa yksikössä ei ollut itsenäistä vastaanottoimintaa eikä näin ollen heillä ollut toiminnalle määrittelyä.

Itsenäinen sairaanhoitajavastaanotto on vastaanottoimintaa, jossa lääkäriltä on työnsiirrolla siirretty vastaanottoimintaa eli potilaiden vuosikontrollit asiantuntijahoitajalle.

Yksikössämme on kirjallisesti sovittu potilasryhmistä, jotka käyvät sairaanhoitajan vastaanotolla. Yleensä joka toinen käynti esh:lla ja j.t. neurologilla. Lisäksi neurologin ohjeella voi tulla suoraan lähete potilaita ja paljon soittokontrolleja esim. lääkevasteista.

Alkuperäisilmaisu	Yläluokka
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Korvaa lääkärikäynnin suunnitellusti tietyissä potilasryhmissä esim. MS-potilas, epilepsia potilaat</li> <li>- Yksikköömme on tulossa sh kontrollikäynnit, jotka korvaavat lääkärikäynnin</li> <li>- Itsenäinen sairaanhoitajavastaanotto toiminta on vastaanotto toimintaa, jossa lääkäriltä on siirretty työnsiirrolla vastaanotto toimintaa</li> <li>- Yksikössämme on kirjallisesti sovittu potilasryhmistä, jotka käyvät sairaanhoitajan vastaanotolla. Yleensä joka toinen käynti esh:lla ja j.t neurologilla.</li> <li>- Meillä ei tällaista toimintaa ole</li> <li>- ...ei ole resursseja hoitajan vastaanottoihin eikä mietittynä kriteereitä toiminnalle</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Korvaa lääkärikäynnin</li> <li>Korvaa lääkärikäynnin</li> <li>Korvaa lääkärikäynnin</li> <li>Korvaa lääkärikäynnin</li> <li>Ei määritettyä kriteereitä</li> </ul>

Taulukko 8: Itsenäisen hoitajavastaanotto toiminnan määrittely

#### 5.1.7 Parannusehdotuksia vastaanotto toiminnan kehittämiseksi

Parannusehdotuksia tuli 12 kappaletta. Niissä toivottiin hoidon seurannan tarkempia ohjelmointeja, kuinka usein ja miten potilas on yhteydessä hoitajaan tai lääkäriin, lisää resursseja ja yhteistyön kehittämistä. Yhteistyötä voitaisiin kehittää esimerkiksi konsultaatiomahdollisuutta parantamalla. Palkkauksen kehittäminen työn vaativuutta vastaavaksi tuli esille vastauksissa. Resursseja ja aikaa kaivattaisiin lisää. Sihteereille kuuluvan työn siirtämistä sairaanhoitajilta sihteereille toivottiin, koska työnsiirrolla voitaisiin vaikuttaa sairaanhoitajien resurssipulaan. Reseptinkirjoitusoikeuden laajentamista ehdotettiin myös erikoissairaanhoidon sairaanhoitajille.

Reseptien kirjoittamis/uusimis oikeus myös erikoissairaanhoidon, ehdottomasti palkan korotus huomioiden työn vaativuus

yhteiset käytännöt, luennot, raamit ja tietopaketti vastaanottojen pitämiseen



Hoitajien työstä pois sihteerille kuuluva työ. Esim kutsukirjeiden lähettämiset yms.

Alkuperäisilmaisu	Yläluokka
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Epilepsiapotilaalle alkuohjauksen jälkeen soitto voinnista 6vko ja 3kk hoitajalle, käynti tai soitto 1v. ja 2v. ja vasta 3v. kuluttua lääkärille</li> <li>- Aikaa ja resursseja kaivattaisiin enemmän</li> <li>-Hoitajien työstä pois sihteerille kuuluva työ esim. kutsukirjeiden lähettämiset</li> <li>- Reseptien kirjoitus/ uusimisoikeus myös erikoissairaanhoidon</li> <li>- Ehdottomasti palkankorotus huomioiden työn vaativuus</li> <li>- Yhtenäiset käytännöt, luennot, raamit ja tietopaketti vastaanottojen pitämiseen</li> <li>- Lääkäreiden ja hoitajien yhteistyön parantaminen</li> <li>- Lääkärin konsultointi välittömässä tarpeessa joskus vaikeaa</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Hoidon seurannan ohjelmointi</li> <li>Resursseja kaivataan lisää</li> <li>Reseptinkirjoitusoikeus</li> <li>Palkankorotus</li> <li>Yhteiset kriteerit</li> <li>Yhteistyön kehittäminen</li> </ul>

Taulukko 9: Parannusehdotuksia

#### 5.1.8 Muuta palautetta hoitajavastaanottotoiminnasta

Palautetta itsenäisestä hoitajavastaanottotoiminnasta tuli runsaasti, 19 kappaletta. Työ koettiin mielenkiintoisena ja antoisana. Työmotivaation koettiin lisääntyvän itsenäisellä hoitajavastaanotolla. Ammatillisesti itsenäinen vastaanottotyöskentely koettiin kehittävänä, ja hyvänä puolena koettiin jatkuva uuden oppiminen. Vastuu yksin työskennellessä koettiin suureksi. Sijaisten saaminen koettiin vaikeaksi, koska muut työntekijät eivät ehkä hallitse tehtäväaluetta kovin hyvin. Potilailta saatu palaute oli ollut hyvää, ja potilastyytyväisyys itsenäisiin hoitajavastaanottoihin oli ollut hyvällä tasolla. Itsenäiset hoitajavastaanotot oli koettu tarpeellisiksi ja jopa välttämättömiksi hoitotakuun toteutumisen kannalta. Itsenäisillä hoitajavastaanotoilla oli voitu tulosten mukaan paikata lääkäripulaa pienissä yksiköissä.

Työskentely on erittäin mielenkiintoista ja on hyvä oppia uutta koko ajan

...joskus koen kun työskentelen yksin, että vastuu on melkoisen suuri. Kukaan ei jatka tehtäviäni... Kukaan muu ei hallitse tätä aluetta kuin minä

Vaikka tuloksissa tulee ilmi, että itsenäisillä hoitajavastaanotoilla oli voitu paikata lääkäripulaa, koettiin samanaikaisesti, ettei sairaanhoitajien asiantuntemusta ja kokemusta osattu riittävästi hyödyntää. Vastauksista kävi ilmi, että yhteydenotot lääkäreihin oli vähentynyt itsenäisen sairaanhoitajavastaanottotoiminnan myötä.

Alkuperäisilmaus	Yläluokka
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Kyselyysi vastasi esh</li> <li>- Kyselyyn vastasi AOH</li>   <li>- Työskentely on mielenkiintoista ja antoisaa ja on hyvä oppia uutta</li> <li>- Lisää työmotivaatiota ja ammatissa kehittymistä</li>   <li>- Joskus koen, että vastuu on melkoisen suuri. Kukaan ei jatka työtäni loman aikana. Kukaan muu kuin minä, ei hallitse täysin tätä aluetta</li>   <li>- Potilailta tulee usein hyvää palautetta</li> <li>- Hoitajavastaanotot ovat koettu erittäin hyväksi ja tarpeellisiksi</li> <li>- Tehdyssä kyselyssämme myös potilaat kokevat toiminnan hyväksi</li>   <li>- Hoitajavastaanotto on välttämätön hoitotakuun toteuttamisessa</li>   <li>- Hoitajavastaanotto-toiminta on ollut yksi vaihtoehto lääkäripulassa</li>   <li>- Hoitajilla on paljon asiantuntemusta ja kokemusta. Tätä ei osata hyödyntää, osin pelätään myös palkkavaatimuksia</li>   <li>- On hienoa jos hoitajavastaanottoon liittyvät juridiset asiat kriteereineen mietitään valtakunnan tasolla ettei joka yksikkö joudu tekemään sitä omalla tavallaan. Näin on mahdollista saada yhtenäiset käytännöt</li>   <li>- Asiantuntijahoitajan palkkaus voisi olla parempi</li>   <li>- Hoito on kokonaisvaltaista (nostanut laa-</li> </ul>	<p>Vastaaja ei ollut ylihoitaja</p> <p>Työ koetaan mielekkäänä ja ammatillisesti opettavana ja kehittävänä sekä työmotivaatiota lisäävänä</p> <p>Työssä on suuri vastuullisuus, sijaisten puute, osaamisen keskittyminen yhdelle henkilölle</p> <p>Potilastyytyväisyys hyvällä tasolla, hoitajavastaanotot koetaan tarpeellisiksi ja hyväksi.</p> <p>Hoitajavastaanottoja tarvitaan hoitotakuun toteuttamiseen</p> <p>Hoitajavastaanotto-toiminnalla voidaan lievittää lääkäripulaa</p> <p>Hoitajien asiantuntemusta ja kokemusta osataan hyödyntää heikosti</p> <p>Hoitajavastaanotto- toiminnan kriteerien laatiminen valtakunnallisella tasolla mahdollistaisi kansallisesti yhtenäiset käytännöt</p> <p>Palkkauksen tarkistaminen</p>

tua) ja aikaa on potilaalle enemmän hoitaja-vastaanotolla	Hoidon laadun parantuminen
---	----------------------------

Taulukko 10: Palautetta itsenäisestä vastaanottotoiminnasta

Valtakunnalliset kriteerit itsenäiselle hoitajavastaanotolle mahdollistaisi yhtenäiset käytännöt vastaanotoilla ja sairaanhoitajien ammattitaidon tehokkaamman hyödyntämisen. Itsenäisten hoitajavastaanottojen oli koettu tulosten mukaan nostavan laatua, koska hoito on kokonaisvaltaisempaa ja hoitajalla on enemmän aikaa potilaalle itsenäisellä hoitajavastaanotolla. Vastausten mukaan potilaat saavat nopeammin yhteyden hoitajaan kuin lääkäriin. Itsenäistä hoitajavastaanottoa pitävän sairaanhoitajan palkkaukseen toivottiin muutosta huomioiden työn vaativuus. Vastausten mukaan hoitajien ammattitaitoa ei hyödynnetä parhaalla mahdollisella tavalla, koska pelätään hoitajien mahdollisia palkkavaatimuksia (taulukko 7).

Hoitajavastaanotot on koettu erittäin hyväksi ja tarpeellisiksi poliklinikallamme.

On hienoa, jos hoitajavastaanottoon liittyvät juridiset asiat kriteerein mietitään valtakunnallisella tasolla, ettei joka yksikkö joudu tekemään sitä omalla tavallaan.

## 5.2 Projektiryhmätyöskentelyn tulokset

Projektiryhmä kokoontui projektin perustamisen jälkeen neljä kertaa tämän opinnäytetyön tekemisen aikana. Ensimmäinen kokous oli marraskuussa 2010, jolloin projekti käynnistettiin virallisesti. Kokouksessa esiteltiin alustava opinnäytetyösuunnitelma. Keskustelua käytiin HUS:n hoitajavastaanottotoiminnan kriteereistä ja projektiryhmän kokoonpanosta, myös sihteeriedustuksen tarvetta projektiryhmään pohdittiin. Projektiryhmä on esiteltynä kappaleessa 3, ja sen kokoonpanoon ei tullut muutoksia keskustelujen pohjalta.

Ensimmäisessä kokouksessa avattiin keskustelu potilasryhmistä, joita voitaisiin itsenäisillä hoitajavastaanotoilla hoitaa. Ehdotettuja potilasryhmiä oli botuliinitoksiini-potilaat, ALS-potilaat, osa parkinsonpotilaista ja MS-potilaat. Sairaanhoitajille on jo siirretty osa MS-potilaiden seurantakäynneistä. Cerad-muistitestauksia ehdotettiin siirrettäväksi osaksi sairaanhoitajan työnkuvaa. Kokouksessa sovittiin, että potilaan siirtymisestä hoitajavastaanotolle päättää lääkäri suunnitellessaan tulevia vastaanottokäyntejä ja niiden tiheyttä. Lääkäri voi merkitä käynnin esimerkiksi ”seuraava kontrollikäynti sairaanhoitajalle 6 kk ja lääkärin vastaanotto vuoden kuluttua”. Kokouksessa pohdittiin myös sairaanhoitajien koulutustarvetta ja koulutuksen järjestämistä. Todettiin, että hoitajille olisi avuksi työssään itsenäisellä sairaanhoitajavastaanotolla tarkat ohjeet ja jonkinlaiset tarkistuslistat esimerkiksi verikoetuloksista. Hoitajia tulee myös ohjata konsultoimaan lääkäriä ja konsultointimahdollisuus tulee järjestää

ennen kuin voidaan aloittaa itsenäinen vastaanottotoiminta. Sairaanhoitajien työkiertoaika itsenäisellä vastaanotolla ehdotettiin lyhyeksi, jotta kaikilla sairaanhoitajilla pysyisivät taidot hyvin yllä.

Toinen kokous oli tammikuussa, jolloin esitettiin valmis opinnäytetyösuunnitelma. Opinnäytetyösuunnitelma herätti keskustelua kyselytutkimuksen kysymyksien kattavuudesta ja kysymyksiin esitettiin ja tehtiin pieniä muutoksia. Potilasryhmistä käytiin keskustelua ja parkinsonpotilaiden siirtymistä hoitajavastaanotolle pohdittiin. Cerad-testauksia ehdotettiin edelleen sairaanhoitajan tehtäväksi. Kokouksessa ehdotettiin myös, että sairaanhoitaja voisi antaa kirjevastauksia potilaille esimerkiksi rutiininomaisista MS-taudin seurantaan liittyvistä verikoetuloksista.

Kolmas kokous oli toukokuussa. Toukokuussa kyselytutkimuksen vastaukset olivat saapuneet ja niistä esitettiin alustavia tuloksia. Alustavien tulosten perusteella päädyttiin laatimaan vielä lisäkysymys, joka lähetettiin sähköisesti alkuperäiseen kyselyyn vastanneisiin yksiköihin. Lisäkysymyksellä haluttiin selvittää kuinka muut neurologian yksiköt ovat määrittäneet itsenäisen sairaanhoitajavastaanottotoiminnan. Keskustelu potilasryhmistä jatkui vilkkaana, edellisten kokousten tapaan. Päänsärkypotilaita ja ALS-potilaita ehdotettiin hoitajavastaanotolle. Keskustelua käytiin myös erilaisten todistusten, kuten C-lausuntojen laatimisesta. Botuliinitoksiini-potilaiden kohdalta ylilääkäri totesi, ettei heitä siirretä itsenäiselle hoitajavastaanotolle. Itsenäisen hoitajavastaanottotoiminnan aloittamisen resursseista keskusteltiin. Todettiin, että resurssit olivat niukat ja lisähenkilökuntaa ei ollut toistaiseksi luvassa vastaanottotoimintaan. Henkilöstöresurssien niukkuuden vuoksi päätettiin, että itsenäinen hoitajavastaanottotoiminta aloitetaan MS-potilaille ja muistipotilaiden Cerad-testauksilla. Vastaanottoa voidaan myöhemmin laajentaa koskemaan myös muita potilasryhmiä.

Neljäs kokous pidettiin elokuussa. Kokouksessa keskusteltiin poliklinikan resursseista aloittaa itsenäinen hoitajavastaanottotoiminta. Resurssit eivät sillä hetkellä riittäneet täysipäiväiseen itsenäiseen hoitajavastaanottotoimintaan, vaikka osastolle saatiin puolikas sihteerin virka. Toiminta päätettiin kuitenkin aloittaa pienimuotoisesti lisäämällä MS-potilaiden hoidonseuranta ja verikoetulosten tarkastelua hoitajille. Kokouksessa todettiin, että resurssien parantuessa, voidaan Cerad-testien tekeminen siirtää hoitajille. Sihteereille voitaisiin siirtää hoitajilta lähetteisiin liittyvät työtehtävät heti, kun resurssit sen sallivat. Tulevaisuutta pohdittiin kokouksessa ja keskusteltiin osaamiskeskusten kehittymisestä tulevaisuudessa. Osaamiskeskuksissa voitaisiin keskittyä vain tiettyihin potilasryhmiin ja keskittää niihin heidän paras mahdollinen hoito ja asiaan perehtynyt asiantuntija-henkilökunta.

Suurista potilasryhmistä jäi kokouksissa ehdotusten ulkopuolelle epilepsiapotilaat, koska Jorvin neurologian poliklinikalla hoidetaan vain niitä epilepsiapotilaita, jotka ovat vasta saaneet

diagnoosin tai joiden hoitotasapaino on huono. Molemmissa tapauksissa tarvitaan lääkärin vastaanottoa. Potilaat, joilla epilepsia on hyvässä hoitotasapainossa, siirtyvät perusterveydenhuollon seurantaan.

Alkuperäisilmaisu	Yläluokka
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Hoitajavastaanoton tulisi olla lääkärintyötä korvaavaa työtä</li> <li>- MS-potilaiden opetus- ja pistoshoidon aloitus ja myöskin osa kontroleista jo kuuluu hoitajalle</li> <li>- MS-potilaiden kontrollilaboratoriovastaukset</li> <li>- Sovittiin, että jo aloitettua MS-potilaiden SDMT-testausta jatketaan</li> <li>- Sihteerin (50%) on tarkoitus aloittaa työt kansliasta ja siirtyä sitten myöhemmin keväällä opettelemaan neurologian lähetteen tekemistä</li> <li>- Keskusteltiin tämän sihteerin mahdollisuudesta ottaa sairaanhoitajilta vastaan ns. sihteerin töitä. Osastonhoitaja totesi, ettei tähän ole mahdollisuutta.</li> <li>- Poliklinikalle saatu 50% sihteeriresurssi ei tuo helpotusta sairaanhoitajien työhön</li> <li>- Tulee olla sheemat ja jonkinlaiset tarkastuslistat hoitajalle</li> <li>- Hoitajalle tulee myös järjestää mahdollisuus konsultaatioon</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Korvaa lääkärikäynnin</li> <li>Hoidon seurannan toteutus</li> <li>Lähetteen käsittely sihteerille</li> <li>Resurssipula</li> <li>Kirjallinen ohjeistus</li> <li>Konsultaatiomahdollisuus</li> </ul>

Taulukko 11: Projektiryhmätyöskentelyn analyysi

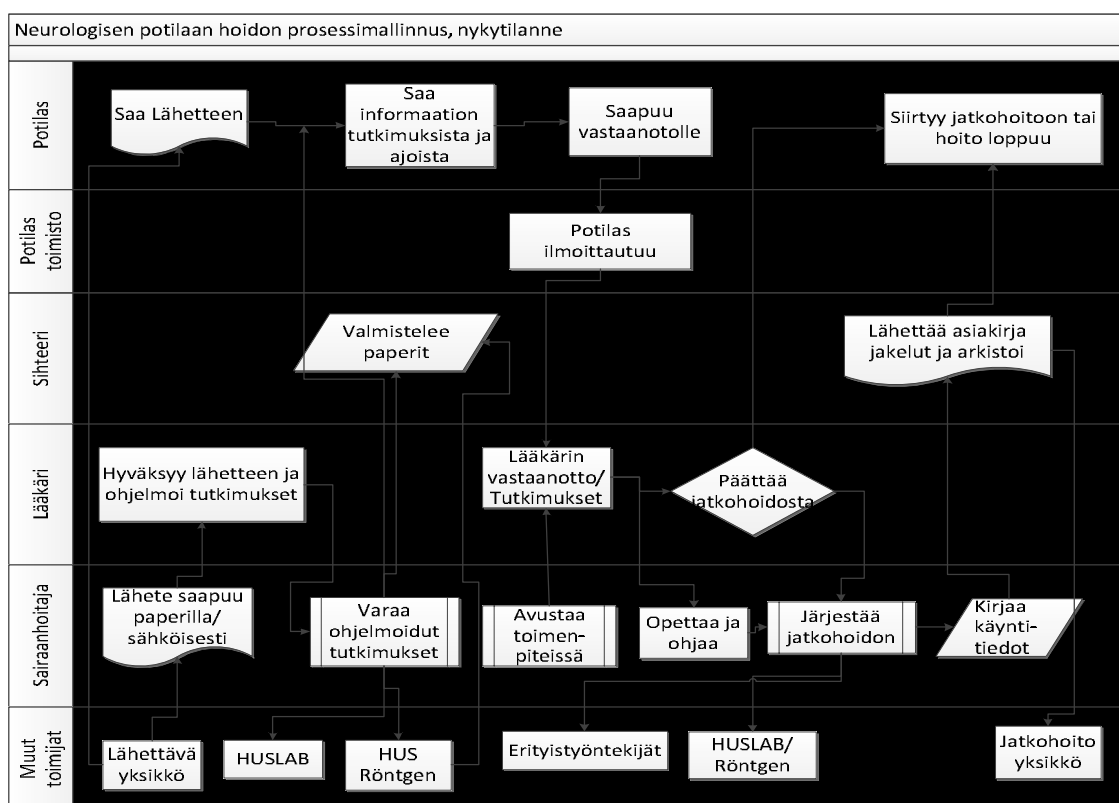
### 5.3 Prosessimallinnukset

Prosessimallinnuksia voidaan tehdä monilla eri menetelmillä ja abstraktiotasoilla (Mykkänen, Paakkanen & Luostarinen 2008). Tässä työssä on käytetty yleiskuvatasoista mallinnusta kuvaamaan koko kehittämistyön kohdealuetta eli potilaan hoidon kulkua Jorvin sairaalan neurologian poliklinikalla. Toimintotasoisella prosessimallinnuksella on avattu sairaanhoitajan työtehtävätoimintoja. Toimintotasoista prosessimallinnusta nimitetään tässä työssä aliprosessiksi, joka tulee yleiskuvatasoisen mallinnuksen sairaanhoitajan prosessien avaamisesta.

Projektityöskentelyn ja kyselytutkimustulosten pohjalta pohdittiin hoitoprosessin mallinnusta. Ensimmäiseen prosessimallinnuskaavioon laadittiin mallinnus nykytilanteesta, kuinka potilaan

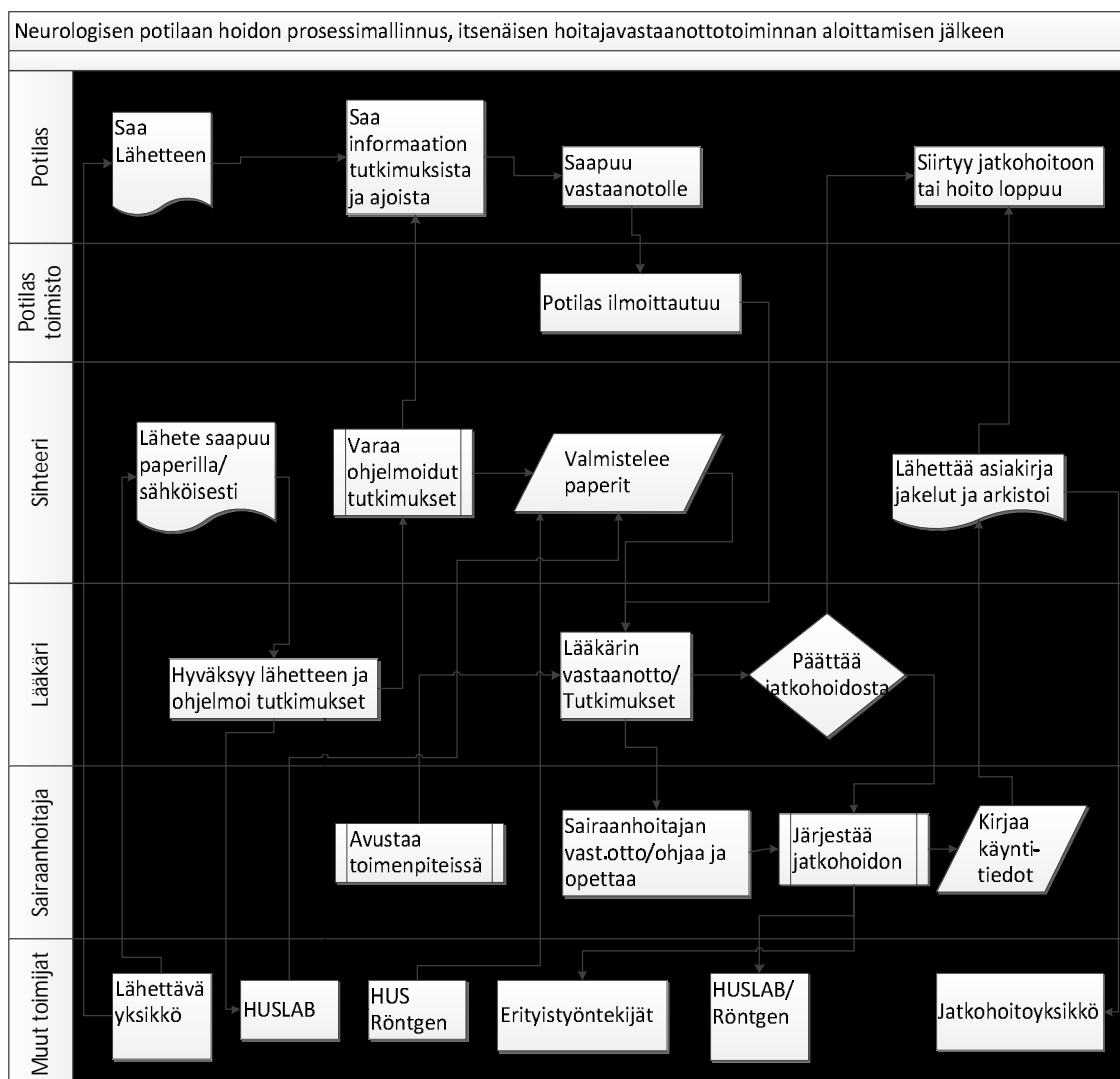
hoitopolku kulkee poliklinikan sisällä. Nykytilakuvaus on luotu käytännön kokemuksen perusteella. Prosessimallinnusten tarkoituksena on kuvata toiminnan etenemistä ja tekijöitä, suoritusjärjestystä, ajallista etenemistä ja suoritusvastuun siirtymistä henkilöltä toiselle. Tavoitteena on tehdä toimintaa läpinäkyväksi ja yksinkertaistaa toimintaa. Myös arviointia voidaan tehdä prosessimallintamisen avulla. (Hartvaara 2008).

Nykytilamallinnuksesta käy ilmi työn kuormittavuuden ja tehtäväjakojen epätasaisuus sairaanhoitajien ja sihteerien välillä. Sairaanhoitajien tehtäväkuva kuormittuu osittain sellaisilla tehtävillä, jotka olisivat siirrettävissä sihteeille. Sairaanhoitajille ei jää aikaa tehdä sairaanhoitajan vastaanottotoimintaa. Kuviossa 8 esitellään prosessimallinnuksen avulla nykytilannetta Jorvin sairaalan neurologian poliklinikalla.



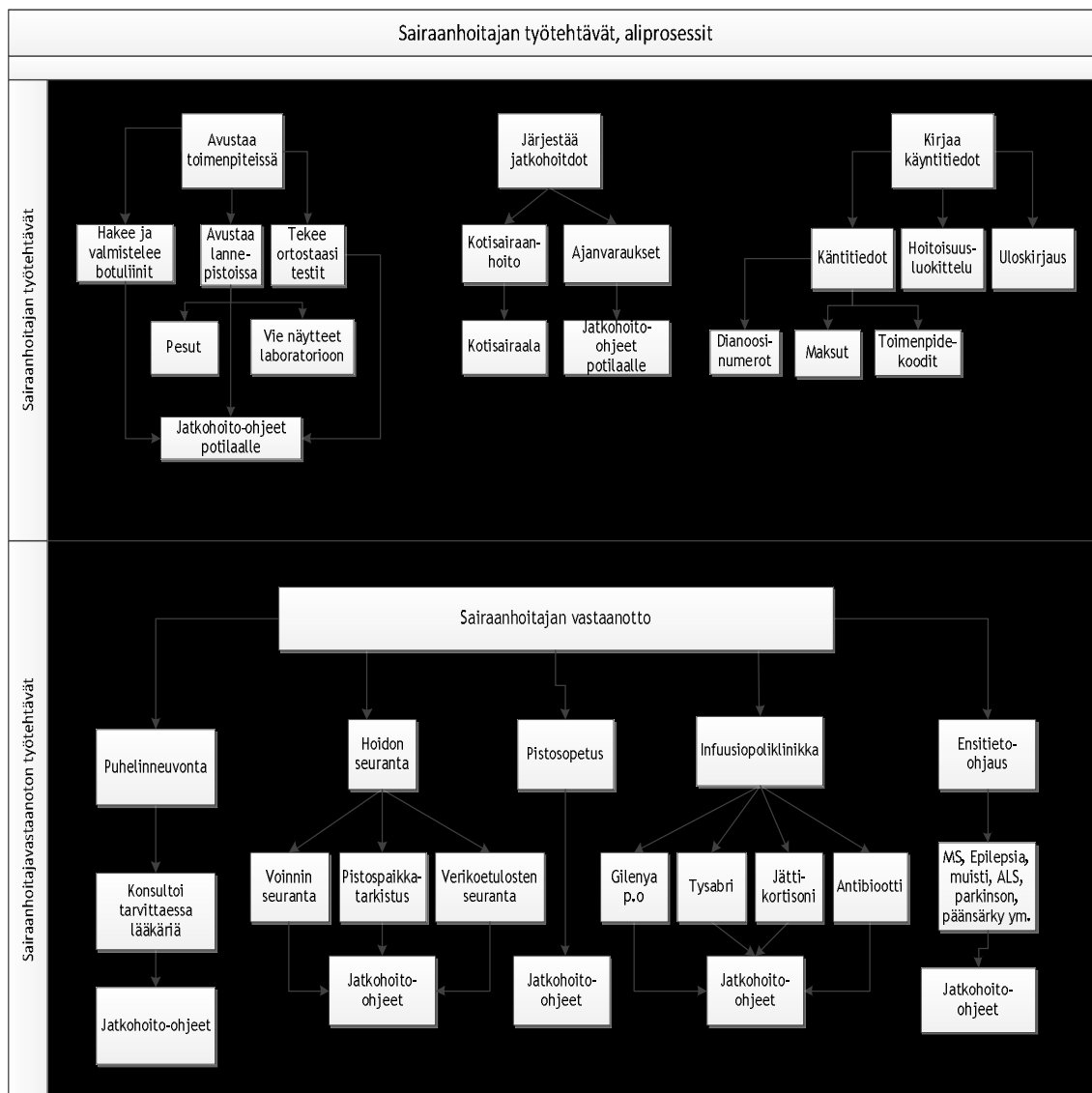
Kuvio 8: Prosessimallinnus, nykytilanne

Toiseen mallinnuskaavioon (kuvio 9) laadittiin mallinnus tilanteesta, jossa on tehtäväsiirtoja tehty. Mallinnuksessa näkyvimmit tehtäväsiirrot ovat sairaanhoitajien ja sihteerien välillä. Tämä näkyy lähetetyön siirtymisenä sihteeille. Myös lääkäriltä on hoitajalle siirtynyt tehtäviä. Tämä näkyy sairaanhoitajan vastaanottona. Mallinnuksesta käy ilmi, että näillä tehtäväsiirroilla tasoitettaisiin tehtäväkirjoa sairaanhoitajien ja sihteerien välillä. Prosessimallinnus on tehty käyttäen hyväksi opinnäytetyön projektiryhmätyöskentelyn ja kyselytutkimuksen tuloksia.



Kuvio 9: Prosessimallinnus, itsenäisen hoitajavastaanottotoiminnan aloittamisen jälkeen

Aliprosesseissa on kuvattu sairaanhoitajien työtehtäviä itsenäisellä hoitajavastaanotolla. Tehtävät ovat tulleet osin nykykäytänteistä, osin projektityön tulosten ja osin kyselytutkimusten tulosten kautta. Prosessimallinnuksella on pyritty kuvaamaan keskeisimpiä sairaanhoitajan työtehtäviä Jorvin sairaalan neurologian poliklinikalla itsenäisen hoitajavastaanottotoiminnan aloittamisen jälkeen. Prosessikuvaukset on pyritty pitämään mahdollisimman yksinkertaisina ja yksiselitteisinä, jotta mallinnus pysyisi riittävän selkeänä ja helposti luettavana. Sairaanhoidtajalla on kaikissa työskentelyvaiheissa jatkuvasti mahdollisuus konsultoida lääkäriä. Konsultaatiomahdollisuus on tietoisesti jätetty pois tästä prosessimallinnuksesta, koska sille ei ole olemassa yhtä selkeää kohtaa tai aikaa, vaan sen on oltava jatkuva prosessi (kuvio 10).



Kuvio 10: Aliprosessit, sairaanhoidajan työtehtävät



#### 5.4 Johtopäätökset

Kirjallisuuskatsauksen perusteella voidaan esittää seuraavat johtopäätökset hoitajainterventioista neurologiassa:

1. Tärkein hoitajainterventiomuoto on opetus ja ohjaus.
2. Neuvonnan ja henkisen tuen merkitys on myös tärkeää hoitajavastaanotoilla.
3. Hoitajainterventio kohensivat potilaiden elämänlaatua ja tietoisuuttaan omasta sairaudestaan ja sen vaikutuksesta elämään.

Kirjallisuuskatsauksen perusteella yleisimmät potilasryhmät, joita itsenäisillä hoitajavastaanotoilla hoidettiin, olivat epilepsiapotilaat, MS-potilaat, aivoverenkiertohäiriöpotilaat ja päänsärkypotilaat.

Vastaanottotoimintaa oli kyselytutkimusten tulosten mukaan aloitettu jo 1990-luvun puolivälissä. Vastaanottotoiminnan aloittaminen näyttäisi tutkimustulosten perusteella näyttää kiihtyneen viimeisen viiden vuoden aikana. Toiminnan laajuudessa oli vastausten perusteella huomattaviakin eroja. Vastaanottopäiviä oli yhdestä viiteen viikossa ja potilaita niissä kävi 3-23. Yhdessäkään yksikössä ei oltu laskettu mukaan puhelimitse hoidettavia potilaita. Jossain yksikössä tehtiin lisäksi noin 600 kotikäyntiä vuodessa. Toiminnan laajuuden suuren vaihtelevuuden vuoksi ei voida määrittää keskimääräistä potilasmäärää itsenäisellä hoitajavastaanotolla. Myös hoitajavastaanottotoiminnan vertailu on tämän vuoksi vaikeaa.

Kyselytutkimuksen mukaan itsenäinen hoitajavastaanottotoiminta määritteli lääkärin työtä korvaavaksi työksi. Potilaat ja itsenäistä vastaanottoa pitävät hoitajat ovat kokeneet toiminnan hyväksi ja tarpeelliseksi. Hoitajat kokevat työn motivoivan ja lisäävän ammatillista kehittymistä. Tulosten mukaan Suomeen kaivataan yhteisiä valtakunnallisia hoitajavastaanottotoiminnan kriteereitä ja ohjeistusta toiminnalle. Itsenäisen hoitajavastaanottotoiminnan on todettu auttavan lääkärripulassa ja toiminta on koettu jopa välttämättömäksi, jotta voidaan hoitaa potilaat hoitotakuulain puitteissa.

Itsenäisen hoitajavastaanottotoiminta koetaan vastuulliseksi ja hoitajat toivovat palkkauksen tarkastamista vastaamaan työn vaatavuustasoa. Hoitajat kokivat, että aikaa ja resursseja itsenäiselle vastaanottotoiminnalle on liian vähän. Oma työnkuva koettiin osin sekavaksi ja sen selkiyttämiseksi toivottiin sihteereille perinteisesti kuuluvan työn siirtämistä sihteereille.

Projektiryhmätoiminnan ja työskentelyn tulosten perusteella voidaan todeta, että resurssipulan vuoksi suunniteltuja tehtäväsiirtoja ei voida toteuttaa siinä mittakaavassa, että toiminta vastaisi HUS:n vaatimuksia itsenäiselle hoitajavastaanotolle. Toiminta kuitenkin aloitetaan pienimuotoisesti, ja sitä ollaan valmiita kasvattamaan kohti itsenäistä hoitajavastaanottotoimintaa resurssien niin salliessa.

## 6 Arviointi

### 6.1 Eettisyys

Työn aihe tukee tämän työn eettisyyttä. Aihetta on tutkittu Suomessa varsin vähän erikoissairaanhoidon puolella, vaikka itsenäisiä hoitajavastaanottoja perustetaan jatkuvasti lisää. Toiminnan laajentuessa on myös eettisesti hyvä selvittää suomalaisia käytäntöjä, määritelmiä ja potilasryhmiä itsenäisillä hoitajavastaanotoilla.

Kohderyhmäksi kyselytutkimukselle valittiin esimiehet neurologian poliklinikoilla yliopisto- ja keskussairaaloissa. Kyselyyn vastaaminen oli vapaaehtoista. Tutkimuslupia haettiin niistä yksiköistä, jotka ilmaisivat kirjallisen luvan tarpeellisuuden. Kyselytutkimukseen osallistuville kerrottiin tarkasti millaisesta tutkimuksesta ja työstä on kyse ja mihin työllä halutaan vaikuttaa. Tutkijan ja ohjaajien yhteystiedot oli merkitty kyselylomakkeen saatekirjeeseen (liite 3). Vastaajien henkilöllisyyttä ei ole mahdollista edes tutkijan selvittää. Vastaukset tuli numeroituina sähköisenä Webropol- vastauksina.

Vastauslomakkeita käsitteli tutkijan lisäksi HUS:n tiedottaja, joka ajoi Webropol-kyselyt koneelle ja loi kyselylomakkeen yhteistyössä tutkijan kanssa. Tiedottaja ei tarkastellut tutkimustuloksia. Tutkimusaineistoa säilytettiin ja käsiteltiin koko tutkimusprosessin ajan luottamuksellisesti ja asianmukaisesti. Tutkimustulokset ja analysoitu aineisto on pyritty esittämään rehellisesti ja avoimesti. Kirjallisuuskatsauksen tuloksen on pyritty raportoimaan luotettavasti ja rehellisesti. Projektiryhmän toimintaa on kuvattu avoimesti ja rehellisesti. Projektiryhmän jäsenten henkilöllisyyttä ei tuoda tässä työssä julki.

Eettisen pohdinnan aihe on, kuinka suunnitellut muutokset hoitajavastaanottoihin siirtymisestä vaikuttavat potilassuhteisiin. Esimerkiksi kärsiikö lääkäri-potilassuhde hoidon ja hoitovastuun osittaisesta siirtymisestä hoitajalle. Kokeeko potilas, ettei hän saa riittävää hoitoa, jos vastaanotot suunnataankin hoitajalle lääkärin sijaan.

### 6.2 Luotettavuus

Kirjallisuuskatsaukseen valittiin seitsemän tieteellistä artikkelia, joissa käsiteltiin hoitajainterventiota neurologisen potilaan hoidossa (liite 2). Kaikki artikkelit oli julkaistu neurologian tai hoitotieteen tunnetuissa kansainvälisissä julkaisuissa. Käytännön resurssien vuoksi katsaukseen valittiin vain englanninkielisiä artikkeleita, joiden abstrakteista tuli ilmetä, että kyseessä oli hoitajavastaanotto neurologiassa. Luotettavuutta olisi lisännyt, jos olisi ollut mahdollisuuksia etsiä artikkeleita myös muilla kielillä. Tutkimuksia löytyi myös japaniksi, koreaksi, ranskaksi ja espanjaksi. Koska mukaan otettiin vain ne artikkelit, joiden abstraktista kävi ilmi,

että kyseessä oli neurologisten potilaiden hoitajavastaanotto, saattoi joitakin oleellisia tutkimuksia jäädä valinnan ulkopuolelle. Tiedetään, että tutkimusta on tehty esimerkiksi diabeteshoitajan ja sydänhoitajan vastaanotoista. Näistä tutkimuksista olisi voinut saada lisää tietoa hoitajainterventioista, mutta koska rajaus tehtiin koskemaan vain neurologiaa, näitä tutkimuksia ei valittu mukaan.

Kansainvälisen ja suomalaisen hoitajanvastaanottotyön vertailu on mahdotonta suomalaisen tutkimustiedon puuttuessa. Jos tutkimustietoa olisi, silloinkin vertailu olisi vaikeaa erilaisten koulutustaustojen vuoksi. Katsauksen luotettavuutta hieman vähensi se, että katsaus laadittiin yksin, jolloin vertaisarviointi puuttui. Puutetta yritettiin osaltaan paikata sillä, että haku ja suorittamassa oli mukana myös kirjaston informaatikko. Kirjallisuuskatsauksen vaiheet ja tiedonhaku kirjattiin tarkasti ja selostettiin taulukoiden avulla. Tarkka kirjaaminen lisää kirjallisuuskatsauksesta saadun tiedon luotettavuutta ja sen käyttöarvoa (Sarajärvi ym. 2011, 32).

Kyselytutkimuksen kyselyt lähetettiin sähköisesti neurologian alueen ylihoitajille, jotka päättivät samalla tutkimukseen osallistumisestaan ja siitä, vaatiiko tutkimus heidän organisaatiossaan erillisen tutkimusluvan vai ei. Kyselyyn pyydettiin joko ylihoitajan tai osastonhoitajan vastausta. Saatekirjeessä (liite 3) on tarkoin selvitetty, miksi tutkimus tehtiin ja mihin tuloksia käytettiin. Tutkimuslupia haettiin kolmesta yksiköstä ja kaikista saatiin myönteinen päätös.

Kyselyllä pyrittiin selvittämään hoitajavastaanottotoiminnan käytäntöjä (liite 4). Kyselyssä ei tutkittu henkilöitä vaan toimintatapoja ja näin ollen ei myöskään henkilöihin liittyviä eettisiä kysymyksiä noussut esiin. Tutkimusta tehdessä noudatettiin hyvän tutkimustavan ja etiikan periaatteita. Tietolähteiden valinnassa pyrittiin siihen, että vastaajat pystyisivät vastaamaan kysymyksiin käytännön kokemuksen kautta. Tietolähteiden valinta voi ohjata kehittämistä tiettyyn suuntaan tai jopa vinouttaa sitä (Heikkilä ym. 2008, 44). Tietolähteiden valinnassa on käytetty tämän vuoksi tarkoituksenmukaista otantaa.

Aineistonkeruumenetelmäksi nousi triangulaatiomenetelmä. Alkuun oli ajatus tehdä vain kirjallisuuskatsaus ja dokumenttianalyysi projektiryhmätyöskentelystä, mutta kirjallisuuskatsauksen pohjalta päädyttiin tekemään lisätiedon keräämiseksi myös kyselytutkimus. Kirjallisuuskatsaukseen valittiin seitsemän artikkelia, joista yksikään ei ollut kotimainen. Kirjallisuuskatsauksen haun luotettavuutta vahvistettiin informaatikon ja tutkijan vertailevilla haulilla. Haut olivat annetuilla hakusanoilla yhteneväiset. Haku oli rajattu koskemaan neurologian hoitajavastaanottoja. Hakua olisi voinut laajentaa koskemaan kaikkia hoitajavastaanottoja, mutta silloin olisi saatu kymmeniä tuhansia osumia tulokseksi. Koska nämä seitsemän valittua

artikkeliä vastasivat annettuihin kirjallisuuskatsauksen tutkimuskysymyksiin, päädyin pidättäytymään haun rajauksissani.

Suomalaisten artikkelien puuttuessa kirjallisuuskatsauksesta, nousi projektiryhmässä keskustelua kyselytutkimuksen tekemisestä, jotta saataisiin kartoitettua suomalaisia hoitajavastaanotokäytäntöjä. Kyselyt lähetettiin kaikille keskussairaaloille ja yliopistosairaaloille, HUS-alueella kysely lähetettiin kolmeen eri yksikköön, joissa on neurologian poliklinikka. Kyselytutkimus lähetettiin ylihoitajille sähköisenä Webropol- kyselynä. Palautettuja vastauksia saatiin kahden muistutuksen jälkeen takaisin 14 kappaletta, joten vastausprosentiksi tuli 70. Vastausprosenttia voidaan pitää hyvänä. Lisäkysymyksen vastausprosentiksi saatiin 50, mitä voidaan pitää tyydyttävänä.

Vastausaktiivisuuteen vaikutti muistutukset ja mahdollisesti myös vastausten helppo palauttaminen sähköisenä. Vastaamatta jättäneiden yksiköiden kohdalla ongelma saattoi olla käsitteissä. Alustavissa vastausanalyysissä kävi ilmi, etteivät kaikki vastanneet yksiköt olleet tietoisia siitä, mitä itsenäisellä hoitajavastaanotolla tarkoitetaan. Tämä tulos johti lisäkysymyksen laatimiseen. Vastaamattomuuteen saattoi myös vaikuttaa yksiköissä mahdollisesti meneillään olevat hoitajavastaanottojen kehittämisprojektit. Puhelinkeskusteluissa ylihoitajien kanssa ennen kyselyjen lähettämistä, kävi ilmi, että monissa yksiköissä hoitajavastaanotto toiminnan kehittämistä oli jo pohtittu.

Kaikista tässä työssä käytetyistä kirjallisuuslähteistä on tehty asianmukaiset merkinnät ja lähteet ovat jäljitettävissä. Tutkimusten tekijöiden työtä on kunnioitettava, ja työlle on annettava arvo aina tutkimuksien tuloksia lainattaessa (Sarajärvi & Tuomi 2002, 128-129).

### 6.3 Tulosten tarkastelua

Tämän opinnäytetyön tarkoitus oli selvittää potilasryhmiä, joita itsenäisillä hoitajavastaanotoilla voidaan hoitaa. Tarkoitus oli myös selvittää kyselytutkimuksen avulla tämän hetkisiä sairaanhoitajien tehtäviä itsenäisillä vastaanotoilla. Tavoitteena oli laatia prosessimallinnus itsenäisestä hoitajavastaanotosta Jorvin sairaalan neurologian poliklinikalla. Mallinnukseen apuna käytettiin tästä työstä kirjallisuuskatsauksen, kyselytutkimuksen ja projektiryhmätyöskentelyn avulla saatua materiaalia. Opinnäytetyö tuotti uutta tietoa itsenäisten hoitajavastaanottojen esiintyvyydestä, määrittämisestä, hoitajavastaanottojen koulutusvaatimuksista ja potilasryhmistä neurologian poliklinikoilla.

Kirjallisuuskatsauksen perusteella tärkeimmiksi hoitajainterventiomuodoiksi nousivat opetus ja ohjaus. Myös neuvonnan ja henkisen tuen tärkeys nousi esiin. Epäselväksi jäi, onko hoitajilla muita rooleja vastaanotoillaan kuin opettaja ja ohjaajan rooli. Vain yhdessä tutkimuksessa

hoitajan rooli oli toiminnallinen, potilasta tutkiva rooli, jossa tavoitteena oli diagnoosin teko (Clarke ym. 2005). Opetus ja ohjaus ovat aina kuuluneet sairaanhoitajan työnkuvaan ja se on luontainen rooli hoitajalle omalla vastaanotollaan. Kirjallisuuskatsaus vahvistaa opetustoiminnan tärkeyden ja tarpeellisuuden. Toukokuussa 2011 voimaan tulleessa uudessa terveydenhuoltolaissa (Laki 1326/2010, § 24) todetaan, että sairaanhoitopalvelut ovat kunnan järjestettävä. Sairaanhoitopalveluihin lain mukaan sisällytetään myös ohjaus, jolla tuetaan potilaan hoitoon sitoutumista ja omahoitoa.

Kirjallisuuskatsaukseen valittiin tieteellisiä artikkeleita, joissa tuli olla määriteltynä hoitajan interventio hoitajavastaanotolla, potilasryhmän tuli olla neurologisia potilaita. Artikkeleissa yleisesti etsittiin hoitajaintervention vaikuttavuutta potilaan hoitoon ja perusteluita sille, että hoitajavastaanotot ovat kannattavia. Analysoitavien artikkeleiden perusteella potilaat kokivat hyötyvänsä hoitajavastaanotoilla käymisestä ja saavansa sieltä tietoa ja ohjausta oman sairautensa ymmärtämiseen ja hoitoon. Potilaiden elämänlaatu koheni hoitajavastaanotoilla annetun ohjauksen, opetuksen ja tuen myötä.

Sähköisiä kyselyitä lähetettiin 20 kappaletta. Vastauksia saatiin kattavasti eri puolilta Suomea 14 kappaletta ja vastausprosentti oli 70 %. Vastaajista 64,3 % oli osastonhoitajia ja 21,3 % oli ylihoitajia. Vastaanottotoiminta oli aloitettu 12 yksikössä ja kahdessa toiminnan aloittaminen oli suunnitteilla. Tulosten mukaan toimintaa oli aloitettu ensimmäisissä yksiköissä jo 1990-luvun puoliväissä. Useissa yksiköissä toiminnaan aloittamista oli porrastettu siten, että ensin toiminta oli aloitettu yhdellä potilasryhmällä ja myöhemmin mukaan oli tullut myös muita potilasryhmiä. Kaksi kolmannelta itsenäisistä vastaanotoista oli aloittanut toimintansa viimeisen kymmenen vuoden aikana. Tutkimustulosten mukaan vastaanotoilla käyvien potilaiden määrä vaihteli suuresti. Keskimäärin hoitajalla kävi neljä potilasta päivässä ja noin 20 viikossa. Hoitopuheluita ei ole laskettu näihin potilasmääriin yhdessäkään yksikössä. Itsenäistä hoitajavastaanottotoimintaa oli vaihtelevasti yhdestä viiteen päivään viikossa, ja 57 % vastasi, että toimintaa on viitenä päivänä viikossa.

Sairanhoitajien koulutusvaatimukset itsenäisen hoitajavastaanoton pitämiseksi vaihteli suuresti. Vastaajat pitivät hyvänä aiheena selvittää koulutusvaatimuksia ja tulosten perusteella voidaankin todeta, ettei ole Suomessa olemassa yhtenäisiä vaatimuksia itsenäistä hoitajavastaanottoa pitävän sairaanhoitajan koulutukselle. Koulutusvaatimukset vaihtelivat ylemmän ammatikorkeakoulun kliinisen asiantuntijan pätevydestä, riittävään kokemukseen neurologian alalta. Osa vastaajista piti tärkeimpänä koulutuksena riittävää kokemusta, mutta koska kokemus ei ole koulutus, se on tuloksissa esitetty omana vaatimuskategorianaan. Työpaikkakoulutusta oli kuudessa yksikössä (n = 6), täydennyskoulutusta neljässä (n = 4) ja erikoistumisopintoja hoitajilla oli neljässä yksikössä (n = 4). Yhdessä yksikössä toimi kliininen asiantuntija (YAMK).

Vastaajien mukaan jatkuva täydenniskoulutus ja itseopiskelu koettiin tärkeiksi koulutusvaatimuksiksi hyvän perehdytyksen ja riittävän pitkän kokemuksen ohella. Liimataisen (2009) tutkimustulokset ovat samansuuntaisia tämän kyselytutkimuksen tulosten kanssa. Liimataisen (2009, 68) mukaan edellytys asiantuntijuuden kehittymiselle on halu ja motivaatio tietotaitojen päivittämiseen, joka vaatii jatkuvaa itseopiskelua. Vastauksista ei käy kuitenkaan ilmi millainen on riittävä kokemus tai hyvä perehdytys. Myöskään täydenniskoulutuksen taso ei käy ilmi vastauksista. Työpaikkakoulutus pitää sisällään klinikan lääkärin pitämän koulutuksen, lääketentin ja työpaikkaohjausta ja perehdytystä. Erikoistumisopinnot vaihtelivat geriatrician ja neurologian erikoistumisopinnoista hallinnon erikoistumisopintoihin. Leinosen (2008, 60) mukaan tulevaisuudessa tarvitaan vastaanottotoimintaa varten opintoja jo peruskoulutusvaiheessa.

Tehtäväsiirtoja oli tutkimustulosten mukaan tehty noin puolessa vastanneista yksiköistä. Tehtäväsiirtoja oli tehty lääkäriltä hoitajalle ja hoitajalta sihteerille. Lääkäriltä hoitajalle on siirretty hoidon seurantaan liittyviä tehtäviä, kuten seurantakäyntien toteutus, verikoetulosten, lääkityksen tehon ja voinnin seuranta. Hoitajalta sihteerille on siirretty ajanvarauksiin liittyviä työtehtäviä, kuten lähetteisiin ja tutkimuksiin liittyvät ajanvaraukset. Tuloksista käy ilmi, että kaivattaisiin lisää tehtäväsiirtoja, jotta hoitajilta saataisiin pois sihteeille kuuluvat työtehtävät.

Sairaanhoitajan työtehtäviä itsenäisellä hoitajavastaanotolla tämän tutkimuksen tulosten mukaan ovat potilasohjaus, hoidon seuranta, lääkehoidon toteuttaminen ja muistitestauksien tekeminen. Kirjallisuuskatsauksen tulokset tukevat kyselytutkimuksen tuloksia. Myös kirjallisuuskatsauksen tulosten mukaan yksi tärkeimmistä työtehtävistä itsenäisellä hoitajavastaanotolla on potilasohjaus. Hoidon dokumentointi ja työympäristöstä huolehtiminen ovat tulosten mukaan sairaanhoitajan työtehtäviä itsenäisellä hoitajavastaanotolla.

Potilasryhmät, jotka käyvät hoitajavastaanotoilla ovat tämän tutkimuksen tulosten mukaan MS-, epilepsia-, parkinson-, ja muistipotilaat. Näitä potilaita hoidettiin lähes jokaisessa yksikössä. ALS-potilaita hoidettiin neljässä yksikössä. Myös muita potilasryhmiä hoitajavastaanotoilla kävi yksittäisissä yksiköissä. Muina potilasryhminä mainittiin päänsärky/migreenipotilaat, aivoverenkiertohäiriöpotilaat ja muut lihastautipotilaat. Kirjallisuuskatsauksen tulokset tukevat näitä tuloksia. Kirjallisuuskatsauksen mukaan vastaanotoilla kävi epilepsia-, MS-, aivoverenkiertohäiriö- ja pääsärkypotilaita.

Lisäkysymyksen mukaan itsenäinen hoitajavastaanottotoiminta määriteltiin lääkärin vastaanottoa korvaavaksi vastaanottotoiminnaksi. Määritelmä oli selkeä ja yhteneväinen. Jokaisessa lisäkysymykseen vastanneessa yksikössä määritelmä oli samanlainen.

Itsenäisen vastaanottotoiminnan parantamiseksi tuli runsaasti (n = 10) ehdotuksia. Lääkärien ja hoitajien yhteistyön ja konsultaatiomahdollisuuden kehittäminen nähtiin tärkeänä parannuskohteena. Hukkasen ja Vallimies-Patomäen (2005, 23-24) mukaan hoitajien työskentelyä ja päätöksen tekoa voidaan tukea kirjallisilla hoito-ohjeilla, suosituksilla ja konsultaatiomahdollisuuden järjestämisellä. Tällaisia ohjeita ei toistaiseksi ole tehty yleisellä tasolla, eikä tämä tutkimus tuo esiin, että niitä olisi tehty myöskään yksikötasolla. Kirjallisesti tämän tutkimuksen mukaan on sovittu esimerkiksi potilasryhmistä, jotka itsenäisellä vastaanotolla käyvät ja joissakin yksiköissä oli sovittuna myös käyntiväliksi joka toinen käynti hoitajalla, joka toinen lääkäriellä. Yhtenä parannusehdotuksena ehdotettiin yhteisten valtakunnallisten kriteerien ja ohjeiden luomista koskien itsenäistä hoitajavastaanottoa. Näin voitaisiin saada esimerkiksi yhteneväiset käytännöt, määritelmät ja koulutusvaatimukset luoduksi suomalaisille poliklinikoille.

Itsenäisen hoitajavastaanoton resursointia toivottiin myös parannettavan. Toivottiin aikaa ja resursseja enemmän, samoin toivottiin tehtäväsiirtoja hoitajalta sihteeille. Tällaisella tehtäväsiirrolla voitaisiin saada hoitajalle lisäresurssia oman vastaanoton pitämiseen. Väänäsen (2007) tutkielman tulokset tukevat tämän tutkimuksen tuloksia. Väänäsen (2007, 9) mukaan oikea resurssien kohdentaminen on tärkeää ja resursseja tulisi kohdentaa potilastyöhön, ohjaamiseen, lääkinällisiin ja kuntouttaviin tehtäviin. Miettisen (2011) mukaan väärin kohdenetulla työvoimalla on suuri taloudellinen merkitys. Peltosen (2009) mukaan ammattilaiset pitivät tärkeänä henkilöstöresurssien lisäämistä, kun suunnitellaan ja kehitetään itsenäistä hoitajavastaanottotoimintaa. Peltosen esittämät tulokset tukevat tämän kyselytutkimuksen tuloksia.

Reseptinkirjoitusoikeuden laajentamista ehdotettiin myös erikoissairaanhoidon puolelle. Reseptinkirjoitusoikeuden myötä olisi potilaan hoito itsenäisellä sairaanhoitajavastaanotolla entistä kokonaisvaltaisempaa. Sekä parannusehdotuksissa että palautteessa esitettiin sama toivomus kehittää yhteneväisiä kansallisia kriteereitä hoitajavastaanottotoiminnalle ja asiantuntijahoitajan/vastaanottoa pitävän hoitajan palkkauksen tarkistusta työn vaativuuden arvioinnin perusteella.

Kyselytutkimuksen palautteen mukaan työskentely itsenäisellä hoitajavastaanotolla koetaan mielekkäänä ja työmotivaatiota lisäävänä. Työskentely itsenäisellä hoitajavastaanotolla koetaan ammatillisesti kehittäväksi. Työ koetaan toisaalta myös raskaaksi suuren vastuun vuoksi. Palautteen mukaan osaaminen on keskittynyt ja henkilöitynyt, sijaisten saanti koettiin siksi vaikeana. Tutkimuksessa saadun palautteen mukaan hoitajien ammattitaitoa ei osata riittävästi hyödyntää. Pelätäänkö kenties palkkavaatimuksia? Hoitajavastaanottotoiminta koettiin hoitotakuulain toteutumisen kannalta jopa välttämättömänä. Vuonna 2011 voimaan tulleen uuden terveydenhuoltolain (1326/2010, § 52) mukaan, potilaan hoidontarpeen arviointi tulee

toteuttaa kolmen kuukauden sisällä lähetteen saapumisesta ja hoito aloittaa kuuden kuukauden sisällä hoidon tarpeen toteutamisesta. Tämä lisää entisestään paineita pysyä hoitotakuuajoissa useissa lääkäripulan vaivaamissa yksiköissä. Kyselytutkimuksen tulosten mukaan itsenäisellä hoitajavastaanottoiminnalla on voitu lievittää yksiköiden lääkäripulaa. Uuden terveydenhuoltolain tarkoituksena on edistää terveyspalvelujen saatavuutta ja tehokkaampaa tuottamista. Tähän voidaan vastata itsenäisillä hoitajavastaanotoilla, jolloin hoidon saatavuutta voidaan parantaa ja kohdistamalla hoitajien osaaminen oikein, voidaan lisätä hoitajien osaamisen tehokkaampaa käyttöä.

Hoitajavastaanotot on koettu tarpeellisiksi niin potilaiden kuin henkilökunnankin taholta. Potilailta saatu palaute on ollut hyvää. Eräässä yksikössä tehdyn potilastyytyväisyyskyselyn mukaan, potilaat ovat kokeneet itsenäisen hoitajavastaanottoiminnan hyväksi. Kyselytutkimuksen mukaan, itsenäisen hoitajavastaanottoiminnan kokonaisvaltaisuus on nostanut ja parantanut hoidon laatua. Ridsdale ym. (2000) ja Härkönen (2005) ovat saaneet samansuuntaisia tutkimustuloksia potilastyytyväisyydestä.

Projektiryhmän kokouksissa keskusteltiin joka kerta potilasryhmistä, jota voisivat käydä itsenäisellä hoitajavastaanotolla Jorvin neurologian poliklinikalla. Potilasryhmistä eniten kannatusta saivat MS-potilaat, joiden hoidon seurantaa oli jo osittain siirretty hoitajille, sekä Cerad-muistitestien tekeminen. Resurssipulan vuoksi itsenäistä hoitajavastaanottoimintaa ei vielä päästy aloittamaan, mutta MS-potilaiden hoidonseurantaa lisättiin pienimuotoisesti entisestään. Cerad-testauksien tekeminen voidaan siirtää hoitajille heti resurssipulan hellittäessä.

Konsultaatiomahdollisuuden luomista ja kirjallisten ohjeiden ja tarkastuslistojen laatimista pidettiin tärkeänä hoitajavastaanottoiminnassa. Toteutettavat tehtäväsiirrot ovat lääkärin työtä korvaavaa työtä, esimerkkinä MS-potilaiden verikoetulosten seuranta. Tehtäväsiirtoja hoitajilta sihteereille ei voitu toteuttaa resurssipulan vuoksi.

#### 6.4 Pohdinta

Suomessa itsenäistä hoitajavastaanottoimintaa on ollut jo vuosia, mutta se on huonosti dokumentoitua varsinkin erikoissairaanhoidon osalta. Hoitajavastaanottoiminnan tulevaisuuden kannalta olisi hyvä, nykyistä enemmän tehdä näkyväksi hoitajien osaamista ja omia toimintatapoja. Tämän opinnäytetyön tulosten perusteella voidaan todeta, että käsitteenä itsenäinen hoitajavastaanotto ei ole selkeä. Käsitteen selkeyttämiseksi ja hoitajavastaanottoiminnan perustaksi tulisi laatia kansalliset kriteerit itsenäiselle hoitajavastaanottoiminnalle. Kyselytutkimuksen vastausten mukaan Suomeen toivotaan yhteneväisiä kriteereitä itsenäiselle vastaanottoiminnalle. Yhtenäiset kriteerit edesauttaisivat toiminnan suunnittelussa ja laadun



valvonnassa. Ne toisivat myös aikaa myöden julki ilmeisen tarpeen palkkiojärjestelmien kehittämisestä ammatillista erityispätevyttä vaativien tehtävien huomioimiseksi.

Opetukseen ja ohjaukseen tulisi jo lainkin (Laki 1326/2010 § 24) toteutumiseksi, kiinnittää huomiota hoitajavastaanotoilla sekä muistettava henkisen tuen merkitys potilaan kohtaamisessa. Näihin tulisi varata riittävästi aikaa suunniteltaessa hoitajavastaanottotoimintaa. Hoitajavastaanottotoiminnan kriteereistä yksi voisi olla opetuksen ja ohjauksen korkea laatu ja siihen varattu riittävä resurssi. Hoitajavastaanottojen merkitystä potilaan elämänlaadun kohentumisessa sairastumisen jälkeen tulisi nostaa enemmän esille. Tämä voisi olla yksi peruste hoitajavastaanottotoiminnan aloittamiselle.

Kriteereillä voitaisiin myös vaikuttaa itsenäistä hoitajavastaanottotoimintaa pitävän sairaanhoitajan koulutusvaatimukseen. Tällä hetkellä itsenäistä hoitajavastaanottoa pitävien hoitajien koulutustaso vaihtelee hyvästä perehdytyksestä ja pitkästä työkokemuksesta erikoistumisopintoihin ja ylemmän ammattikorkeakoulun tutkintoihin. Kyselytutkimuksen tulosten perusteella herää kysymys siitä, kuinka vastaajina olleet esimiehet määrittelevät koulutuksen ja sen tarpeen itsenäisellä hoitajavastaanotolla. Voiko esimiesasemassa toimiva osastonhoitaja tai ylihoitaja määritellä riittäväksi koulutukseksi pitkän työkokemuksen? Eikö koulutukselle tulisi olla jokin minimiraja? Esimerkiksi työpaikkakoulutus lääkärin johdolla ja osaamisen osoittaminen esimerkiksi tenttien, tällaisesta koulutuksesta saatava todistus tai lupa työskennellä itsenäisellä hoitajavastaanotolla voisi toimia koulutuksen minimirajana. Itsenäisen hoitajavastaanoton pitämisen ja siihen kouluttautuminen voisi olla askel kohti sairaanhoitajan ammattiamallin asiantuntijuustasoa ja ammatillista erityispätevyttä.

Itsenäisen hoitajavastaanottotoiminnan määritelmä kaipasi selvennystä alustavien kyselytutkimuksen vastausten mukaan. Lisäkysymyksellä selvittiin, kuinka yksiköt määrittelevät itsenäisen vastaanottotoiminnan. Vastauksissa oltiin harvinaisen yksimielisiä, kaikki vastaajat määrittivät itsenäisen hoitajavastaanoton korvaavan lääkärikäyntejä. Lisäkysymykseen vastasi vain puolet koko kyselyyn vastanneista yksiköistä. Oliko määritelmä vastaamatta jättäneille yksiköille epäselvä? Kyselytutkimuksen vastausten mukaan, potilasohjaus nähdään tärkeänä osana itsenäisen hoitajavastaanoton työtehtäviä. Itsenäinen vastaanottotoiminta määritellään kuitenkin lääkärintyötä korvaavaksi työksi. Tästä nousee esiin ristiriitaa määritelmässä, sairaanhoitajan perustyötehtäviin kuuluu olennaisesti potilasohjaus, eikä se ole lääkärin työtä korvaavaa toimintaa.

Sekä potilaat että hoitajat ovat kokeneet itsenäisen hoitajavastaanottotoiminnan hyväksi ja tarpeelliseksi. Hoitajien mukaan työskentely itsenäisellä hoitajavastaanotolla lisää motivaatiota ja ammatillista kehittymistä. Hoitajat kuitenkin kokivat, että aikaa ja resursseja toimin-

nalle on liian vähän. He toivoisivat oman työnkuvan selkeyttämistä esimerkiksi sihteereille perinteisesti kuuluvan työn siirtämisellä sihteereiden työtehtäviksi.

Itsenäisellä hoitajavastaanottotoiminnalla on voitu helpottaa lääkäripulaa ja edesauttaa hoitotakuulain toteutumisessa. Itsenäinen hoitajavastaanottotoiminta voi olla osaratkaisu tulevaisuudessa lääkäripulassa, mutta pula sairaanhoitajista ajaa meidät pohtimaan ratkaisun mielekkyyttä. Itsenäistä hoitajavastaanottotoimintaa ei tulisi perustaa lääkäriyövoimaa ja lääkärin työtä korvaamaan, vaan toiminnan tulisi olla luonnollinen osa ja jatkumo sairaanhoitajan urakehityksessä kohti asiantuntijuutta. Vaikka hoitajavastaanotoilla helpotettaisiin lääkäripulaa, tulisi hoitajavastaanotoilla säilyä hoitotyön näkökulma potilaan hoitamiseen. Sairaanhoitajien perustehtäviä ei tulisi poistaa ja karsia hoitajavastaanotoilta lääketieteellisen osuuden tieltä. Riskinä on, että mikäli hoitotyön näkökulma kaventuu hoitotyössä, sairaanhoitajista tulee "pikku lääkäreitä" ja hoitotyö korvaantuu lääketieteellä.

Palkkauksen tarkistamista itsenäistä hoitajavastaanottoa pitävän hoitajan kohdalla toivottiin useaan kertaan kyselytutkimuksen vastauksissa. Palkkakeskustelu onkin tärkeä yhteiskunnallinen asia, jota tulisi miettiä itsenäisen hoitajavastaanottotoiminnan kriteerien kanssa samanaikaisesti. Palkkauksen nostamisen kriteereinä voisi olla esimerkiksi koulutus ja vastaanotto-toiminnan vaativuustaso. Mikäli hoitajavastaanottoa käytetään lääkäripulan helpottamiseen, tulisi sen näkyä myös palkassa. Silloinhan sairaanhoitaja tekee lääkärin työtä. Hoitajavastaanottotoiminta tuo kustannussäästöjä palkkakustannusten osalta. Näitä säästöjä voitaisiin käyttää hoitajien palkankorotuksiin.

Tulevaisuuden hoitajavastaanotoille riittää asiakkaita. Hoitajavastaanottojen kehittämistyö on avainasemassa määrittelemään sen suunnan mihin hoitajavastaanottotoimintaa viedään. Kehitetäänkö sitä kohti itsenäisiä asiantuntijavastaanottoja kuten tällä hetkellä on tehty esimerkiksi diabetes-, sydän-, haava-, reuma- ja kipuhoidajien vastaanotoilla? Vai lähdetäänkö kehittämään laaja-alaisia hoitajavastaanottoja? Osaamiskeskuksia on alettu jo perustaa ympäri Suomea. Vaativia osaamisalueita on keskitetty isoihin yliopistosairaaloihin varsinkin kirurgian alalla. Osaamiskeskusajattelun myötä on noussut tarve erikoistuneille asiantuntijavastaanotoille ja samaan aikaan toisaalta kaivataan myös peruspoliklinikoille itsenäisiä hoitajavastaanottoja.

Prosessimallinnusten teko on aikaa vievää ja haastavaa työtä. Prosessien mallintamista helpottaa mallinnettavan alan ja alueen tuntemus. Tulevaisuuden mallintaminen vaatii visiota, siitä mihin ollaan menossa ja perusteellista nykytilan tuntemusta. Terveystieteiden tulevaisuuden mallintamisen erityisinä haasteina on alan nopea muuttuminen, väestön ikääntymisen tuomat lisähaasteet, henkilökunnan resurssien määrä ja uudet teknilliset innovaatiot. Kuinka nämä seikat saadaan huomioitua tulevaisuuteen tähtäävissä prosessimallinnuksissa ja miten

suunnitellut toiminnot ja prosessit toteutuvat? Prosessimallinnusten laatimisessa ja niitä varten kerättävän materiaalin työstämisessä olisi ollut riittävästi työtä yhden opinnäytetyön tekemiseen ilman tässä työssä ollutta tutkimusosuuttakin.

Kehittämiprojekti jatkuu opinnäytetyön valmistuttuakin. Haastavaa on ollut opinnäytetyön eli kehittämistyön ja kehittämiprojektin johdonmukainen nimeäminen niin, että osat ja osat alueet ovat selkeästi erotettavissa ja käsiteltävissä yksittäisinä osioina, vaikkakin toisiinsa linkittyen. Olen pyrkinyt olemaan johdonmukainen erotellessani opinnäytetyön ja kehittämiprojektin toisistaan. Haastavaa on myös ollut saada työyhteisö sitoutumaan projektiin ja toiminnan muutoksiin. Jos projektin alusta alkaen ei olisi käyty avointa ja läpinäkyvää keskustelua projektin tavoitteista ja merkityksestä voisi sitoutuminen jäädä heikoksi ja koko projekti kärsiä tai jopa epäonnistua työyhteisön sitoutumattomuuden vuoksi (Paasivaara, Suhonen & Nikkilä 2008, 9). Tätä sitouttamistyötä olen pyrkinyt edistämään jo tämän opinnäytetyön aikana antamalla tietoa projektista työyhteisölle osastotuntien yhteydessä.

## 6.5 Jatkotutkimus- ja kehittämisasiheet

Tulevaisuudessa olisi hyvä selvittää hoitajavastaanottotoiminnan todellinen vaikuttavuus. Kuinka paljon voidaan vastaanottoaikoja lääkärin työstä säästää? Paljonko hoitotakuujonojen toteutumiseen voidaan todellisuudessa vaikuttaa itsenäisten hoitajavastaanottojen avulla?

Itsenäisen hoitajavastaanottotoiminnan suurimpia tulevaisuuden kehittämisaalueita on yhtenäisten valtakunnallisten kriteerien luominen. Yhtenäiset kriteerit voivat olla apuna laadun seurannassa ja työn kehittämisessä. Yhtenäisillä kriteereillä voitaisiin taata potilaille tasapuolinen palvelu riippumatta hoitopaikasta.

Koulutuksen merkitys ja taso itsenäisellä hoitajavastaanotolla jäi askarruttamaan. Miten voitaisiin saada yhteneväistä koulutusta ja yhteneväiset kriteerit itsenäistä hoitajavastaanottoa pitävillä hoitajille? Voitaisiko koulutusta sisällyttää jo perusopintoihin? Millainen vaikutus itsenäisillä hoitajavastaanotoilla on hoitajan ammatillisen kehittymisen kannalta? Kasvaako vain lääketieteellinen osaaminen vai nouseeko myös hoitotyön osaaminen uudelle tasolle? Hoitajavastaanottotoiminnalla on tulevaisuudessa yhä suurempi rooli potilaiden laadukkaassa hoidossa niin erityissairaanhoidon kuin perusterveydenhuollonkin puolella. Hoitajavastaanottoa pitävillä hoitajille tulisi laatia yhteneväiset koulutus/osaamiskriteerit.

Millaiset taloudelliset vaikutukset itsenäisillä hoitajavastaanotoilla on? Hoitajavastaanottojen myötä hoitotakuujonot lyhenevät, eikä omistajayhteisöille tule uhkasakkoja maksettavaksi. Lääkärin vastaanottoaikoja saadaan paremmin, eikä ostopalveluja tarvita. Sairaanhoitajan vastaanottotoiminta on palkkakustannuksiltaan lääkäriin vastaanottoa halvempaa. Voitaiko-

siinko säästyvillä varoilla kohottaa itsenäisen hoitajavastaanottoa pitävän hoitajan palkkausta tai voitaisiinko kenties niillä varoilla helpottaa yksiköiden resurssipulaa muutoin?

Yksi mielenkiintoinen tutkimusaihe olisi hoitajavastaanottotoiminnan aloittamista edistävät ja estävät tekijät. Onko kaikessa aina kysymys resursseista vai onko muitakin syitä? Ovatko hoitajien omat asenteet toiminnan ponnistuslauta vai este? Mikä motivoi toiminnan aloittamiseen? Mikä vie halun aloittaa vastaanottotoimintaa?

Terveysthuollon prosesseja eri yksiköissä tulisi avata enemmän ja systemaattisesti tutkia niiden sisältöjä toiminnan kehittämiseksi. Itsenäisten hoitajavastaanottojen prosessimallinuksia tarvitaan lisää, jotta saataisiin lisätietoa toiminnasta. Tutkimusta suomalaisista itsenäisistä hoitajavastaanotoista ja niiden toiminnasta tarvitaan lisää niin erikoissairaanhoidon kuin perusterveydenhuollon puolella.

## Lähteet

Benner, P. 1991. Aloittelijasta asiantuntijaksi. Juva: WSOY.

Clarke, C.E., Edwards, J., Nicholl, D.J., Sivaguru, A. & Wiskin, C. 2005. Ability of a nurse specialist to diagnose simple headache disorders compared with consultant neurologists. 2005. Journal of neurology, neurosurgery & psychiatry. 2005 vol 76. N. 8, 1170-1172.

Coombes, R., 2008. Dr. Nurse Will See You Now. BMJ September 2008. volume 337, 660-662.

Erikoissairaanhoitolaki (1062/1989). luettu 13.11.2010  
[http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/haku.php?search%5Btype%5D=pika&search%5Bpika%5D=erikoissair%2A&\\_offset=20&\\_max=35](http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/haku.php?search%5Btype%5D=pika&search%5Bpika%5D=erikoissair%2A&_offset=20&_max=35)

Goodwin, M., Higgins, S., Lanfear, J.H., Lewis, S. & Winterbottom, J., 2004. The role of the clinical nurse specialist in epilepsy. A national survey. Zeisure. 2004. volume 13, 87-94.

Gröönroos, E., Lumme, R., Sorakari-Mikkonen, L. & Pirilä, K. 2007. Työn organisoinnin ja työnjaon uudenlaiset mahdollisuudet terveydenhuollossa. Pro Terveys 1, 8-13.

Haapa-aho, M., Koskinen, M-K. & Kuosmanen, I. 2009. Työnjakomallit Laajennetaanko tehtäväkuvaa vai siirretäänkö tehtäviä. Tehyn julkaisusarja F: 3/09: Tehy ry.

Halcomb, E.& Hickman, L. 2010. Development of clinician-led research agenda for general practice nurses. Australian Journal of Advanced Nursing volume 28 (3), 4-11.

Hankonen, R. 2010. Apua ajoissa. Tehy. 2010. vol. 15, 30-33.

Harrison, E. & Porter, B. 2004. A nurse-led, patient-centred mitoxantrone service in neurology. British Journal of Nursing. 2002. Volume 14, no 17, 1021-1023.

Hartvaara, M. 2008. Miten ja miksi prosesseja mallinnetaan? luettu 1.10.2011  
[http://www.lpt.fi/tykes/news\\_doc/prosessit\\_mea-hartvaara.pdf](http://www.lpt.fi/tykes/news_doc/prosessit_mea-hartvaara.pdf)

Heikkilä, A., Jokinen, P. & Nurmela, T. 2008. Tutkiva kehittäminen. Avaimia tutkimus- ja kehittämishankkeisiin terveysalalla. WSOY Oppikirjamateriaalit OY. Helsinki: WSOYPro.

Helde, G., Bovim, G., Bråthen, G., Brodtkorb, E. 2005. A structured, nurse-led intervention program improves quality of life in patients with epilepsy: A randomized, controlled trial. Epilepsy & Behavior. Vol 7(2005) 451-457.

Helle-Kuusjoki, T. 2005. Tehtäväsiirroista hoitajavastaanottoon. Sairaanhoitajien toimenkuvan laajentaminen erikoissairaanhoidossa. Kuopion yliopisto. Hoitotieteen laitos. Pro-gradu tutkielma.

Hukkanen, E. & Vallimies-Patomäki, M. 2005. Yhteistyö ja työnjako hoitoon pääsyn turvaamisessa. Selvitys Kansallisen terveyshankkeen työnjakopiloteista. Sosiaali- ja Terveysministeriö: Selvityksiä 2005:21. Helsinki.

HUS. 2006. Hoitajavastaanottotoiminnan järjestäminen HUS:ssa. Pysyväisohje 6/2006. HUS.  
[http://intra.hus.fi/content\\_list.aspx?path=1,205154,205204,205147,232258](http://intra.hus.fi/content_list.aspx?path=1,205154,205204,205147,232258)

HUS. 2006. Hoitotyön tavoite- ja toimenpideohjelma 2006-2015, HUS ylihoitajisto 23.1.2006. HUS.  
[http://intra.hus.fi/content\\_list.aspx?path=1,205154,205204,205147,232258](http://intra.hus.fi/content_list.aspx?path=1,205154,205204,205147,232258)

HUS. 2009. Jorvin sairaalan neurologian poliklinikan toimintakertomus 2009. HUS:n sisäinen materiaali.

HUS. 2010. Suoritekäsikirja, HUS:n sisäinen materiaali.

Härkönen, E. 2005. Potilaiden kuvaus tyytyväisyydestään hoitajavastaanottoon polikliinisessä hoitotyössä erikoissairaanhoidossa. Kuopion yliopisto. Hoitotieteen laitos. Pro-gradu tutkielma.

Härkönen, E., Suominen, T., Kankkunen, P., Renholm, M. & Kärkkäinen, O. 2007. Hoitajavastaanotot erikoissairaanhoidon polikliinisessä hoitotyössä - potilaiden kuvaus tyytyväisyydestään. Tutkiva Hoitotyö. Vol 5 (1), 5-11.

Ikola, M. 2005. Potilaiden kokemuksia multippeliskleroosin beetainterferonihoidosta ja hoidon ohjauksesta neurologian poliklinikalla. Kuopion yliopisto. Hoitotieteen laitos. Pro gradu-tutkielma.

Joyce, M. & Piterman, P. 2009. Farewell to handmaidens? Profile of nurses in Australian general practice in 2007. Australian Journal of Advanced Nursing Volume 27 (1), 48-58.

Kankkunen, P. & Vehviläinen-Julkunen, K. 2010. Tutkimus hoitotieteessä. Helsinki: WSOYpro.

Kansanterveyslaki. luettu 12.11.2010

<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1972/19720066?search%5Btype%5D=pika&search%5Bpika%5D=kansanterveyslaki>

Kukkurainen, M-L. & Tuomenoksa, E. 2011. Reumahoitajan toimenkuvan laajentaminen. Sairaanhoidaja. 2/2011, 20-23.

Kyngäs, H. & Vanhanen, L. 1999. Sisällön analyysi. Hoitotiede. Volume. 11, no 1/99.

Kärkkäinen, O., Hanhiova, M., Häkkinen, P., Joffe, G., Kolhonen, V., Kontio, R., Lehtola, A., Linberg, O., Piironen, L., Renholm, M., Snellman, E. & Toivonen, T. 2005. Hoitajavastaanottoiminnan yhtenäistäminen Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirissä. Työryhmän loppuraportti. HUS:n sisäinen materiaali.

Kärkkäinen, O., Tuominen, J., Seppälä, A. & Karvonen, J. 2006. Lääkärien ja hoitajien työnjaon kehittäminen moniammatillisena yhteistyönä. Suomen lääkärilehti 24/2006 vsk 61, 2647-2652.

Kärkkäinen, O., Eskola, S., Hoppu, E., Kallio, A., Kannisto, K., Koski, T., Lampela, M., Lindström, M., Luukas, E., Rantala, I., Renwall, V., Tuominen, P. & Vahteri, P. 2007. Hoitohenkilökunnan sisäinen työnjako erikoissairaanhoidossa - toisen asteen koulutuksen saaneen hoitohenkilökunnan osaamisen kehittäminen sekä toimivaltuuksien ja vastuiden määrittely. Oppilaitostyöryhmä. Työryhmän loppuraportti: HUS

Laamanen, K. & Tinnilä, M. 2009. Prosessijohtamisen käsitteet. Teknologiainfo Teknova Oy. 4. Uudistettu painos.

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista (785/1992) luettu 12.11.2010

<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1992/19920785>

Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä (559/1994) asetus (A564/1994). luettu 12.11.2010  
[http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/haku.php?search%5Btype%5D=pika&search%5Bpika%5D=erikoissair%2A&\\_offset=20&\\_max=35](http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/haku.php?search%5Btype%5D=pika&search%5Bpika%5D=erikoissair%2A&_offset=20&_max=35)

Larsson, J., Franzén-Dahlin, Å., Billing, E., von Arbin, M., Murray, V. & Wredling, R. 2005. The impact of a nurse-led support and education program for spouses of stroke patients: a randomized controlled trial. Journal of Clinical Nursing, 2005, 14, 995-1003.

- Leinonen, K. 2008. Asiakastyytyväisyyden mittaaminen ja keskeiset osaamisalueet suomalaisessa terveydenhuollossa. Kuopion yliopisto, Hoitotieteenlaitos. Pro-gradu tutkielma.
- Liimatainen, A. 2009. Sairaanhoidajan asiantuntijuuden kehittyminen perusterveydenhuollossa. Tapaustutkimus laajennetusta tehtäväkuvasta. Kuopion yliopisto, Hoitotieteen laitos. Licensiaatintutkielma.
- Miettinen, V. 2011. Sairaanhoidajan osaamista ei hyödynnetä. Yli 10 000 suomalaista sairaanhoitajaa tekee osittain vääriä tehtäviä. Sairaanhoidaja 3/2011, vol 84, 25.
- Mills, J. & Figerald, M. 2008. The changing role of practice nurses in Australia: an action research study. Australian Journal of Advanced Nursing. Volume 26 (1), 16-20.
- Mills, N., Bachmann, M., Cambell, R., Hine, I. & McGodwan, M. 1999. Effect of a primary care based epilepsy specialist nurse servise on quality of care from the patients' perspective: results at two-years follow-up. Zeisure. 1999. vol 8, 291-296.
- Mykkänen, J, Paakkanen, E. & Luostarinen, H. 2008. Prosessimallinnuksen tasojen soveltuvuus terveydenhuollon ohjelmistoratkaisujen suunnitteluun. luettu 1.10.2011 <http://ojs.tsv.fi/index.php/stty/article/view/1737>
- Mäkelä, M., Kaila, Minna., Lampe, K. & Teikari, M. (toim.) 2007. Menetelmien arviointi terveydenhuollossa. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.
- Mäkipää, S. & Korhonen, T. 2011 Mistä asiantuntijuus muodostuu? Teoksessa. Ranta, I., (toim.): Sairaanhoidaja asiantuntijana. Hoitotyön vuosikirja 2011. Sairaanhoidajaliitto Fioca. Helsinki: Edita Prima Oy. 12-23 .
- Ojasalo, K., Moilanen, T. & Ritalahti, J. 2009. Kehittämistyön menetelmät. Uudenlaista osaamista liiketoimintaan. Helsinki: WSOYpro Oy.
- Paasivaara, L., Suhonen, M. & Nikkilä, J. 2008. Innostavat projektit. Suomen sairaanhoitajaliitto ry, Helsinki. Sipoo: Silverprint.
- Pascoe, T., Foley, E., Hutchinson, R., Watts, I., Whitecross, L. & Snowdon, T. 2005. The changing face of nurses in Australian general practice. Australian Journal of Advanced Nursing. volume 23 (1), 44-50.
- Peltonen, E. 2009. Lääkäreiden ja hoitajien työpari- ja tiimityö vastaanottojen toimintamalleina perusterveydenhuollossa. Kuopion yliopisto, Hoitotieteenlaitos. Väitöskirja.
- Peltonen, E. 2010. Perusterveydenhuollonvastaanottotoiminnan organisointi henkilöstön työnjakoa uudistamalla. Pro Terveys 1, 6-7.
- Ridsdale, L., Kwan, I. & Morgan, M. 2002. How can a nurse intervention help people with newly diagnosed epilepsy? A qualitative study (of patients' views). Zeisure. 2002. volume 11, 1-5.
- Ridsdale, L., Kwan, I. & Cryer, C. 2000. Newly Diagnosed Epilepsy: Can Nurse Specialist Help? A randomized Controlled Trial. Clinical Research. Epilepsia 41 (8), 1014-1019.
- Salonen, P. 2010. Reumahoidaja asiantuntijana. Hoitajavastaanotto erikoissairanhoidon poliklinikalla. Tampereen ammattikorkeakoulu. Hoitotyön koulutusohjelma.
- Sarajärvi, A., Mattila, L-M. & Rekola, L. 2011. Näyttöön perustuva toiminta. Avain hoitotyön kehittämiseen. Porvoo: WSOYpro Oy.
- Senior, E., 2008. How general practice nurses view their expanding role. Australian Journal of Advanced Nursing volume 26 (1), 8-15.

Stakes. 2011. Erikoissairaanhoidon avohoito 2009. Päivitetty sivusto 8.3.2011. Luettu 20.4.2011  
<http://www.stakes.fi/FI/tilastot/aiheittain/Terveyspalvelut/avohoito/erikoissairaanhoido.htm>

STM. 2008. Sosiaali- ja terveydenhuollon kehittämisohjelma, KASTE 2008-2011. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2008:6.

Sosiaali- ja terveysministeriön asetuslääkkeen määräämisestä 2.12.2010/1088. Luettu 20.4.2011  
<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2010/20101088?search%5Btype%5D=pika&search%5Bpika%5D=l%C3%A4%C3%A4kkeen%20>

Säilä, T. 2005. Polikliinisen hoidon toimintamallit- tutkimus erikoissairaanhoidon aikuispotilaiden somaattisilla ajanvarauspoliklinikoilla. Tampereen yliopisto. Hoitotieteen laitos. Pro-gradu tutkielma.

Terveydenhuoltolaki (1326/2010). Luettu 18.5.2011  
<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2010/20101326?search%5Btype%5D=pika&search%5Bpika%5D=terveydenhuollon%20amma%2A>

Toikko, T. & Rantanen, T. 2009. Tutkimuksellinen Kehittämistoiminta. Tampereen Yliopistopaino OY. Tampere: Juvenes Print.

Tuomi, J. & Sarajarvi, A. 2002. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.

Tuomikoski, J. 2007. Sairaanhoidajan uudistunut vastaanottotoiminta asiakkaan itsehoidon tukena. Kuopion yliopisto. Hoitotieteen laitos. Pro gradu-tutkielma.

Valtiovarainministeriö. 2011. Kuntaudistus. Luettu 7.11.11  
[http://www.vm.fi/vm/fi/05\\_hankkeet/0107\\_kuntaudistus/index.jsp](http://www.vm.fi/vm/fi/05_hankkeet/0107_kuntaudistus/index.jsp)

Valtiovarainministeriö. 2009. Valtioneuvoston selonteko kunta- ja palvelurakennemuutoksesta. Luettu 11.5.2011.  
[http://www.vm.fi/vm/fi/04\\_julkaisut\\_ja\\_asiakirjat/01\\_julkaisut/03\\_kunnat/VNK-selonteko\\_suomi%20bkansi.pdf](http://www.vm.fi/vm/fi/04_julkaisut_ja_asiakirjat/01_julkaisut/03_kunnat/VNK-selonteko_suomi%20bkansi.pdf)

Väänänen, T. 2007. Sairaanhoidajan tehtävänkuva, Suomen sairaanhoitajaliiton jäsenkysely 2004. Kuopion yliopisto. Hoitotieteen laitos. Pro-gradu tutkielma.



## Liiteluettelo

Liite 1: HUS pysyväisohje	66
Liite 2: Tutkimuksia hoitajavastastoista ja hoitajainterventoista 1999-2010	68
Liite 3: Saatekirje vastaanottajalle	71
Liite 4: Kysely: Itsenäinen hoitajavastastotoiminta neurologian poliklinikalla	72
Liite 5: Koulutusvaatimukset	74
Liite 6: Tehtäväsiirrot lääkiriltä hoitajalle	75
Liite 7: Tehtäväsiirrot sairaanhoitajalta sihteerille	76
Liite 8: Sairaahoitajan työtehtävät itsenäisellä vastaanotolla	77
Liite 9: Parannusehdotuksia	80
Liite 10: Muuta palautetta hoitajavastastotoiminnasta	82
Liite 11: Itsenäisen hoitajavastastotoiminnan määritelmät	84

Liitteet

Liite 1: HUS pysyväisohje

(1/2)



HELSINGIN JA UUDENMAAN SAIRAANHOITOPIIRI  
HELSINGFORS OCH NYLANDS SJUKVÅRDSDISTRIKT

Hoitajavastaanottotoiminnan järjestäminen HUS:ssa Pysyväisohje 6/2006

Pysyväisohje 6/2006

HOITAJAVASTAANOTTOTOIMINNAN JÄRJESTÄMINEN HUS:SSA

Hoitajavastaanottotoiminnan yhtenäistäminen HUS:ssa työryhmän raportti 2005

Kansallisen terveydenhoitoprojektin (STM, 2002) mukaan eri henkilöstöryhmien välistä työnjakoa tulee arvioida uudelleen mm. virallistamalla sellaiset käytännöt, joista kokemukset ovat olleet myönteisiä. Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirissä (HUS) työnjakokysymyksiä on pohdittu moniammatillisessa hankkeessa, jonka yksi osa käsitteli hoitajavastaanottotoiminnan järjestämistä. Hankkeen tarkoituksena oli kliinisten toimintamallien yhtenäistäminen HUS-kuntayhtymän sairaaloissa sekä eri henkilöstöryhmien välisen työnjaon ja yhteistyön kehittäminen. Tavoitteena oli, että työnjaon selkeyttäminen edistää potilaiden hoidon sujuvuutta ja jatkuvuutta, parantaa sairaanhoitopiirin palveluita sekä vahvistaa ja lisää henkilökunnan ammatillista osaamista

Hoitajavastaanotolla tarkoitetaan riittävän terveydenhuollon koulutuksen ja kokemuksen omaavan henkilön pitämää omaa potilasvastaanottoa, jossa hoitaja itsenäisesti vastaa potilaan hoidosta ennalta sovitun työnjaon mukaisesti. Lisäksi on huomioitava, että hoitavalla lääkärillä on aina vastuu potilaan hoidosta (Erikoissairaanhoitolaki 1062/89)

HUS -kuntayhtymässä hoitajavastaanottotoiminnassa noudatettavat yhtenäiset menettelytavat ovat seuraavat:

#### 1. Hoitajavastaanottojen organisointi

Ennen hoitajavastaanottojen aloittamista siihen liittyvät toimintaprosessit kuvataan ja tehdään arvio toiminnan vaikutuksista potilaiden hoitoon ja yksikön muuhun toimintaan.

Toimintaan liittyvät vastuu- ja toimivaltuus määritellään ja dokumentoidaan ja toiminnalle nimetään vastuhenkilö.

Henkilökohtaisen luvan ja oikeutuksen hoitajavastaanottotoimintaan allekirjoittavat ylilääkäri tai hänen valtuuttamansa viranhaltija ja ylihoitaja tai hänen valtuuttamansa viranhaltija/toimihaltija.

Määritellään milloin hoitajan on säännönmukaisesti konsultoitava lääkäriä. Mahdollisuus henkilökohtaiseen konsultointiin järjestetään.

Toiminnan toteutumista arvioidaan säännöllisesti sovittujen tunnuslukujen sekä potilailta ja henkilökunnalta saadun palautteen perusteella.

(liite 1: 2/2)

## 2. Hoitajavastaanottotoiminnan edellyttämä osaaminen

Hoitajavastaanottotoimintaan liittyvä koulutus/ perehdytys ja sen sisältö ja toteutus määritellään sekä koulutuksen vastuuhenkilöt nimetään.

Koulutus voidaan toteuttaa yhteistyössä yliopistojen ja ammattikorkeakoulujen kanssa tai omana toimintana.

Koulutuksen teoriaosuuden hyväksytystä suorittamisesta annetaan todistus, josta käy ilmi koulutuksen sisältö sekä mahdollinen näyttökoe ja sen hyväksytyt suorittaminen.

Silloin kun työnantaja edellyttää, että tehtävien hoitaminen vaatii tietojen ja taitojen täydentämistä erillisellä täydennyskoulutuksella, työnantaja korvaa siitä aiheutuvat kustannukset ja mahdollistaa koulutettavan osallistumisen teorialuennoille työaikana.

## 3. Hoitajavastaanottojen tuotteistus

Kuntalaskutuksessa noudatetaan valtuuston hyväksymiä tuotteistuksen ja laskutuksen periaatteita.

Hoitajavastaanottokäyntien kirjaaminen tapahtuu suoritekäsikirjan ohjeiden mukaisesti.

## 4 .Voimaantulo

Ohje tulee voimaan heti.

vs. johtajaylilääkäri

hallintoylihoitaja

Julkaistu 22.6.2006 HUS intranetissä

Liite 2: Tutkimuksia hoitajavastaanotoista ja hoitajainterventioista 1999-2010 (liite 2: 1/3)

Kirjoittajat/ vuosi/ maa	Tutkimuksen tarkoitus	Kohderyhmä, sairausryhmä n=	Hoitajainterventio	Tulokset
Mills ym. 1999 Englanti	Selvittää epilepsiahoitajan palvelujen vaikutusta hoidonlaatuun perusterveydenhuollossa potilaan näkökulmasta.	Epilepsia potilaat n=240	Opetus ja ohjaus, hoidon seuranta	Opetus ja ohjaus paransivat kommunikointia epilepsiasta ja potilaiden käsityksiä siitä, kuinka epilepsia vaikuttaa heidän elämäänsä.
Ridsdale ym. 2002 Englanti	Selvittää kuinka hoitajainterventio auttaa uuden epilepsia diagnoosin saanutta potilasta.	Uudet diagnoosin saaneet epilepsiapotilaat. n= 90	Opetus ja ohjaus.	Hoitajainterventio nähtiin hyödyllisenä oiretiedotuksen, riskien hallinnan, lääkityksen ja ajokyky säädösten ymmärtämisessä. Uudet potilaat kokivat hyötyvänsä eniten hoitajan antamasta opetuksesta.
Harrison ja Porter 2004 Englanti	Selvitys kuinka MS-hoitajat kuvailevat näyttöön perustuvan hoitopolun suunnitelmaa, jolla taataan korkealaatuinen hoito mitoxantrone hoidossa oleville potilaille	MS-potilaat, jotka saavat mitoxantrone -hoitoa n= 51 vaihe 1:ssä n= 42 vaihe 2:ssä	Opetus, ohjaus sekä henkisen tuen anto	Hoitajat pystyvät voimaannuttamaan MS-potilaitaan opetuksen, ohjauksen ja henkisen tuen keinoin. MS-hoitajat voivat myös opettaa

				<p> muita kollegojaan ja vakuuttaa hoidon turvallisuudesta potilaat ja hoitohenkilökunta. Puhelinneuvonta/ - seuranta koettiin tärkeänä.</p>
<p>Goodwin ym. 2004 Englanti</p>	<p>Kuvailla epilepsiahoitajan roolia</p>	<p>Epilepsia potilaat n= 82</p>	<p>Hoidon seuranta ja neuvonta</p>	<p>Epilepsiahoitajan roolia on vaikea määrittää tarkasti, mutta potilaat ja heidän omaiset kokivat hyötyvänsä hoitajainterventioista lisääntyneen tietoisuuden ja hoitotyytyväisyyden myötä.</p>
<p>Larsson ym. 2005 Ruotsi</p>	<p>Hoitaja vetoisen opetus ja tukiohjelman vaikutukset aivohalvauspotilaiden puolisoille</p>	<p>Aivohalvauspotilaiden puoliset n= 253</p>	<p>Opetus, ohjaus ja tuki</p>	<p>Ei merkittäviä tuloksia pidemmän ajan myötä, mutta alkuvaiheessa 5-6 kertaa hoitajan ohjauksessa käyneet kokivat elämänlaadun kohentuneen ja henkisen pahoinvoinnin vähentyneen</p>
<p>Helde ym. 2005 Norja</p>	<p>Selvitys kuinka hoitajavetoinen strukturoitu interventio-ohjelma parantaa</p>	<p>Epilepsiapotilaat n= 114</p>	<p>Opetus, ohjaus, neuvonta ja seuranta vastaanotolla ja</p>	<p>Potilaiden elämänlaatu parani merkittävästi. Syrjäytyminen,</p>

	epilepsiapotilaiden elämänlaatua		puhelimitse. Hoitaja oli mukana myös neurologin vastaanotolla mahdollistaakseen luotettavan ja yhteisen arvion potilaan voinnista	pessimismi ja lääkesivuvaikutusten pelko väheni. Puhelinneuvontaa pidettiin käyttökelpoisena interventiona.
Clarke ym. 2005 Englanti	Vertailu sairaanhoitajan ja neurologin kyvyistä tehdä yksinkertaisia päänsärky diagnooseja	Päänsärkypotilaat n= 239	Potilaan tutkiminen, tarvittavien tutkimusten ohjelmointi ja diagnoosin teko	> 90% migreeni ja tensio neck- diagnooseista oli yhteneväisiä hoitajan ja neurologin välillä. Tulokset johtivat sairaanhoitajan päänsärky vastaanottojen perustamiseen

### Liite 3: Saatekirje vastaanottajalle

Hyvä Ylihoitaja!

Lääkärien ja sairaanhoitajien välisen työnjaon uudelleen järjestelystä ja työn kehittämisestä sekä tehtävänkuvan laajentamisesta on jälleen ollut keskustelua Sosiaali- ja terveydenhuollon kehittämisohjelman 2008-2011 (KASTE) tiimoilta. Kehittämistoimintaa on suunniteltu varsinkin hoitajavastaanottojen laajentamisen suhteen. Sairaanhoitajan vastaanottotoimintaa tiedetään olevan useilla suomalaisilla erikoissairaanhoidon poliklinikoilla, mutta aihe on vähän tutkittua. Siksi on tärkeää saada lisää tietoa sairaanhoitajien vastaanottotoiminnasta erikoissairaanhoidon poliklinikoilla. Tämän kyselyn tarkoitus on saada tietoa suomalaisilta neurologian poliklinikoilta siitä millaista hoitajavastaanottotoimintaa on, mitkä ovat hoitajan tehtävät vastaanotolla ja millaisia potilasryhmiä vastaanotoilla käy.

Pyydän Teitä ystävällisesti vastaamaan kyselyyn tai ohjaamaan sen neurologian poliklinikan osastonhoitajalle vastattavaksi. Olkaa hyvä ja vastatkaa tähän kyselyyn kahden viikon sisällä. Viimeinen palautuspäivä on 15.3.2011.

Kysely julkaistaan YAMK, Kliininen asiantuntija-opintojen opinnäytetyönäni. Opinnäytetyöni on kehittämistehtävä Jorvin sairaalan neurologian poliklinikan sairaanhoitajavastaanottotoiminnan kehittämiseksi ja aloittamiseksi. Opinnäytetyö valmistuu joulukuussa 2011. Opinnäytetyön ohjaajana toimii TtT, lehtori Seija Olli, Laurea ammattikorkeakoulu ja työelämän ohjaajina TtM, osastonhoitaja Marianne Ikola sekä TtM, Kliininen asiantuntija Tarja Poikkeus Helsingin- ja Uudenmaan sairaanhoitopiiristä (HUS).

Kyselyyn vastaaminen on vapaaehtoista. Aineistoa käsitellään luottamuksellisesti. Opinnäytetyöstäni toivon olevan tulevaisuudessa hyötyä esimerkiksi kansallisten itsenäisen hoitajavastaanottotoiminnan kriteerien laatimisessa ja muiden poliklinikoiden omissa hoitajavastaanottotoiminnan suunnitelmissa ja toiminnan kehittämisessä. Kansalliset ohjeet, kriteerit ja suunnitelma itsenäisestä hoitajavastaanottotoiminnasta puuttuvat tällä hetkellä.

YHTEISTYÖSTÄ KIITTÄEN!

Päivi Nyman

Kliininen asiantuntija-opiskelija YAMK,

Sairaanhoitaja, HUS, Jorvin sairaala, Neurologian poliklinikka

Laurea ammattikorkeakoulu, Otaniemi

p. 040-5836633 / 09-47182325

paivi.i.nyman@hus.fi

Opinnäytetyöohjaaja Seija Olli

p. 0400-677078

Liite 4: Kysely: Itsenäinen hoitajavastaanottotoiminta neurologian poliklinikalla (liite 4: 1/2 )

® P. Nyman

1. OLETTEKO A) YLIHOITAJA B) OSASTONHOITAJA?

---

2. SAIRAALA, JOSSA TYÖSKENTELETTE?

---

3. ONKO NEUROLOGIAN POLIKLINIKALLANNE ITSENÄISTÄ HOITAJAVASTAANOTTOTOIMINTAA?

A) KYLLÄ B) EI C) SUNNITTEILLA

---

4. KOSKA ITSENÄINEN VASTAANOTTOTOIMINTA ON ALOITETTU / TARKOITUS ALOITTAA?

---

5. KUINKA MONENA PÄIVÄNÄ VIIKOSSA POKLIKINIKALLANNE ON

HOITAJAVASTAANOTTOTOIMINTAA?

---

6. ARVIOIKAA KUINKA PALJON HOITAJAVASTAANOTOLLA KÄY POTILAITA

A) PÄIVÄSSÄ B) VIIKOSSA?

---

---

7. ONKO YKSIKÖSSÄNNE TEHTY TEHTÄVÄSIIRTOJA LÄÄKÄRILTÄ HOITAJALLE

TAI HOITAJALTA SIHTEERILLE? KUVAILKAA TOTEUTUNEITA TEHTÄVÄSIIRTOJA

---

---

---

---

8. KUVAILKAA MITKÄ OVAT HOITAJAN TEHTÄVÄT HOITAJAVASTAANOTOLLA?

---

---

---



(liite 4: 2/2)

9. MINKÄLAISET OVAT HOITAJAN KOULUTUSVAATIMUKSET ITSENÄISENVASTAANOTON PITÄMISELLE?

---

---

---

10. MITÄ POTILASRYHMIÄ NEUROLOGISILLA HOITAJAVASTAANOTOILLA HOIDETAAN?

---

---

---

11. ONKO MIELESSÄNNE JOKIN PARANNUSEHDOTUS HOITAJAVASTAOTTOTOIMINTAAN?

---

---

---

12. MUUTA PALAUTETTA HOITAJAVASTAANOTOTOIMINNASTA?

---

---

KIITOS VASTAUKSISTASI!

LISÄKYSYMYS:

MITEN ITSENÄINEN SAIRAANHOITAJAVASTAANOTTO ON YKSIKÖSSÄNNE MÄÄRITELTY?

Liite 5: Koulutusvaatimukset

Kokemus	Täydennyskoulu- tus	Työpaikkakou- lutus	Erikoistu- misopinnot	Ylemmät ammattikor- keakouluopinnot
<ul style="list-style-type: none"> <li>- pitkään ollut neurologian puolella sairaanhoitajana</li> <li>- sairaanhoitajan pätevyys</li> <li>- tärkein koulutus on riittävän pitkä kokemus</li> <li>- sh tutkinto</li> <li>- sairaanhoitajan pätevyys</li> <li>-pitkäaikainen kokemus neurologiasta</li> <li>- riittävästi asiantunte- musta, työko- kemusta ja perehtynei- syyttä</li> <li>- tuntemusta ja kokemusta ko. sairautta sairastavista potilaista</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- monenlaisia täydennyskoulutuksia vuosien varrella</li> <li>- jatkuvat vastuu- alue koulutukset</li> <li>- jatkuva itseopis- kelu</li> <li>- täydennyskoulutus erikoisalalla</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-sisäinen pe- rehtytys</li> <li>-hyvä perehdyt- täminen</li> <li>- klinikan lääkä- rin pitämä kou- lutus</li> <li>- lääketentti</li> <li>- työpaikkaohja- usta</li> <li>- erilaiset lää- kekohtaiset koulutukset</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-geriatrian eri- koistumisopinnot</li> <li>- hallinnon eri- koistumisopinnot</li> <li>-muistihoitaja</li> <li>- neurologian</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-KAMK tutkinto (= kliininen asiantuntija)</li> </ul>

Luokittelematta jäi:

- jatkuvan koulutuksen kautta pidetään yllä ammattitaitoa
- toimittu noudattaen HUS:n pysyväsiohjetta
- Sairaalassamme parhaillaan määritellään vaatimukset hoitajan vastaanottotoiminnalle

## Liite 6: Tehtäväsiirrot lääkäriltä hoitajalle

Alkuperäisilmaisu	Pelkistettyilmaus	Alaluokka	Yläluokka
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Kontrollikäynneistä yleensä joka toinen käynti on erikoissairaanhoidajalla ja joka toinen lääkärillä</li> <li>- Epilepsia-kontrollikäyntien siirtämistä lääkäriltä</li> </ul> <p>hoitajalle on pienissä määrin aloitettu</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Hyvässä hoitotasapainossa olevien epilepsiapotilaiden -kontrolleja,</li> <li>- Epilepsiapotilaiden kontrolleja</li> </ul> <ul style="list-style-type: none"> <li>- MS-potilaiden kontrolleja</li> </ul> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ALS potilaat</li> </ul> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Turvalaboratorio-kokeiden tarkistuksia</li> <li>- Hoitaja seuraa verikoetuloksia ja tekee kirjevastaukset tai soittaa potilaalle tulokset</li> </ul> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Botuliini-pistoshoidon tehon seuranta, potilas soittaa voinnistaan ja lääkityksen vaikutuksesta</li> </ul>	<p>Joka toinen kontrollikäynti</p> <p>Epilepsiapotilaiden kontrollikäynti</p> <p>MS- potilaiden kontrollikäynti</p> <p>ALS-potilaiden kontrollikäynnit</p> <p>Verikoetulosten tarkistus</p> <p>Lääkkeen tehon ja voinnin seuranta</p>	<p>Kontrollikäynti</p> <p>Kontrollikäynnit</p> <p>Kontrollikäynnit</p> <p>Kontrollikäynnit</p> <p>Verikoetulosten seuranta</p> <p>Hoidon vaikutavuuden seuranta</p>	<p>Hoidon seuranta</p> <p>Hoidon seuranta</p> <p>Hoidon seuranta</p> <p>Hoidon seuranta</p>

## Liite 7: Tehtäväsiirrot sairaanhoitajalta sihteerille

Alkuperäisilmaus	Pelkistettyilmaus	Alaluokka	Yläluokka
-Infokirjeiden lähettäminen	Kirjeiden lähettäminen	Postitukset	Potilaan informointi ajanvarauksista
-Kaikki ajanvaraukset, tutkimuksiin ja läheteisiin liittyvät ajanvaraukset	Ajanvarausten hoitaminen	Ajanvaraukset	

(liite 8: 1/3)

## Liite 8: Sairaanhoitajan työtehtävät itsenäisellä vastaanotolla

Alkuperäisilmaisu	Pelkistettyilmaus	Alaluokka	Yläluokka
- MS-potilaan ohjaus, pistosopetus, interferonikontrollit, epilepsia alkuohjaus, tasapainossa olevien epilepsiapotilaiden seuranta, parkinson potilaiden ohjaus, Duodopaohjaus - Ohjausta/neuvontaa/opetusta erittäin vaativaa hoitotyötä	MS-potilaan ohjaus, pistosopetus interferonikontrolli epilepsiapotilaiden ohjaus, epilepsiakontrolli parkinsonpotilaiden ohjaus lääkeohjaus	Potilasohjaus lääkehoidon opettaminen kontrollikäynti potilasohjaus kontrollikäynti potilasohjaus	Potilaan ohjaaminen  Hoidon seurannan toteuttaminen
- Annan ohjausta potilaille, kun he saavat uuden diagnoosin -pisto-ohjaukset, sairauksien ensi- to-ohjaukset - Ohjauksen antaminen kyseisestä sairaudesta -ohjaus, pistosopetus, hoidot - Sairaanhoitajat antavat itsenäisesti potilasohjausta sairauksista ja lääkähoidosta	Uusien potilaiden ohjaus pistoshoidon ohjaus  Uusien potilaiden ohjaus pistoshoidon ohjaus potilasohjaus lääkehoidon ohjaus  Infuusioiden toteutus	Potilasohjaus Lääkehoidonohjaus potilasohjaus Lääkehoidonohjaus potilasohjaus lääkehoidonohjaus	Potilaan ohjaaminen
- Infuusioiden toteuttaminen, - Infuusioiden toteuttaminen	Voinnin seuranta lääkityksen seuranta	Lääkehoidontoteutus	Lääkehoidon toteutus
- Status, oirekuva, taustatiedot, vointi, arvioin lääkityksen sopivuuden ja riittävyyden - Parkinsonpotilaan oirekuva	Voinnin seuranta  Seurantakäynti	Hoidon seuranta lääkehoidonseuranta Hoidon seuranta	Hoidon seuranta
- Epilepsia potilaiden kontrollikäyntejä ohjataan sairaanhoitajalle lääkärin sijaan - seurantakäynnin toteutus samoin periaattein kuin lääkärin vastaan-	Seurantakäynti  Voinnin seuranta	Hoidon seuranta  Hoidon seuranta	

<p>otolla</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Potilaan tilanteen kartoitus, lääkityksen tarkistus, verikokeiden tarkistus</li> <li>- Lääkityksen tarkistaminen, hoitovasteen seuraaminen</li> <li>- Titraamme lääkityksen</li> <li>- Muistipolilla teemme itsenäisesti testit/haastattelut</li> <li>- Teen erilaiset testaukset ennen lääkärin vastaanottoa esim. CERAD, MMSE, ADL, TMT, GDS-15, BDL...</li> <li>- Muistivastaanotolla cerad-testien tekeminen</li> <li>- Sairaanhoidajat tekevät Cerad-tutkimukset</li> <li>- Laboratoriovastausten tarkistusta</li> <li>- Mahdollisten kokeiden ohjelmointi - laboratorioarvojen seuranta</li> <li>- Turvalaboratoriokokeiden vastaukset ja potilaiden vointikyselyt puhe- limitse</li> <li>-verikoevastauksien tarkistus, jatkohoidon suunnittelu</li> <li>- Kirjaaminen ja käyntitiedot</li> <li>- Hoidan jatkohoitoasiat, ajanvaraukset, huolehdin, että vastaanotolla on tarvittavat välineet, laitan poistoon vanhentuneet lääkkeet, tilaan esitteitä, avustan likvortutkimuksessa,</li> </ul>	<p>lääkityksen seuranta verikokeiden tarkistus</p> <p>Lääkityksen seuranta voinnin seuranta</p> <p>Testien ja haastatteluiden tekemien Cerad ym. testien tekeminen</p> <p>Cerad testien tekeminen Cerad testien tekeminen</p> <p>Verikokeiden tarkistus</p> <p>Kirjaaminen, käyntitietojen kirjaaminen</p> <p>Ajanvarausten tekeminen välineistöstä huolehtiminen vanhojen lääkkeiden poistaminen esitteiden tilaaminen tutkimuksissa avustaminen ensitietopäivän suunnittelu</p> <p>Potilaan informoiminen</p> <p>Lääkemääräysten teke-</p>	<p>Verikoetulosten seuranta</p> <p>Lääkehoidon seuranta</p> <p>Muistitestien teettäminen potilailla</p> <p>Verikoetulosten seuranta</p> <p>Hoidon kirjaaminen</p> <p>Jatkohoidon järjestäminen</p> <p>Työvälineistä huolehtiminen lääkehuolto</p> <p>työvälineistä huolehtiminen</p>	<p>Hoidon seuranta</p> <p>Muistitestaukset</p> <p>Hoidon seuranta</p> <p>Dokumentointi</p> <p>Potilaan hoidon seuranta</p> <p>Työympäristöstä huolehtiminen</p>
--	--	--	---

<p>suunnittelen Dementia ensitietopäivät</p> <p>- Kolmannen sektorin tarjoaminen palveluiden informointi</p> <p>- Lääkemääräysten rajallinen tekeminen, arviointi ja kirjaaminen</p>	<p>minen kirjaaminen arviointi</p>	<p>Potilasohjaus</p> <p>Lääkehoidon toteuttaminen hoidon kirjaaminen hoidon arviointi</p>	<p>Potilaan ohjaaminen</p> <p>Reseptin kirjoittaminen Dokumentointi Arviointi</p>
--	--	---	---

(liite 9: 1/2)

## Liite 9: Parannusehdotuksia

Alkuperäisilmaisu	Pelkistettyilmaus	Alaluokka	Yläluokka
- Epilepsiapotilas hoitajan seurantaan siten, että alkuehdoituksen jälkeinen soitto voinnista 6vko ja 3kk hoitajalle, käynti tai soitto 1v. ja 2v. ja vasta 3v. kuluttua lääkärille	Hoidon seuranta hoitajalle 6vk, 3kk, 1v ja 2v hoidon aloituksesta ja lääkärille 3v. kuluttua	Lääkärin vastaanotto 3v. välein muutoin hoitajan vastaanotto-seuranta	Hoidon seurannan ohjelmointi
- Aikaa ja resursseja kaivattaisiin enemmän - Hoitajien työstä pois sihteereille kuuluva työ esim. kutsukirjeiden lähettämiset - Hoitajilla paljon erityisvastuualueita ja kehittämissihteeriä oman varsinaisen vastuualueen lisäksi. Nämä vievät työajasta liian paljon aikaa.	Aikaa ja resursseja enemmän  Sihteereille kuuluva työ pois hoitajilta Liikaa aikaa vieviä erityisvastuualueita ja kehittämistyötä oman vastuualueen ohella	Vastaanotto toiminnan resursointi  Tehtäväsiirtoja hoitajalta sihteereille  Liikaa muita töitä oman vastuualueen lisäksi	Resursseja kaivataan lisää
- Reseptien kirjoitus/ uusimisoikeus myös erikoissairaanhoidon	Reseptinkirjoitusoikeus myös erikoissairaanhoidon	Reseptinkirjoitusoikeus erikoissairaanhoidon	Reseptinkirjoitusoikeus
- Ehdottomasti palkankorotus huomioiden työn vaativuus	Palkankorotus työn vaativuus huomioiden Palkkauksen tarkistaminen	Palkankorotus työn vaativuuden mukaan Palkan tarkistus	Palkankorotus
- Hoitajan pitäisi näkyä palkkauksessa	Käytäntöjen yhtenäistämisen, luentojen, raamien ja tietopakettien luominen	Yhtenäiset käytännöt ja reunaehdot ja informaatio vastaanottoille	Yhteiset kriteerit
- Yhtenäiset käytännöt, luennot, raamit ja tietopaketti vastaanottojen pitä-	Lääkärien ja hoitajien		



<p>miseen</p> <p>- Lääkäreiden ja hoitajien yhteistyön parantaminen</p> <p>- Lääkärin konsultointi välittömässä tarpeessa joskus vaikeaa</p>	<p>yhteistyö paremmaksi</p> <p>Lääkärin konsultointi vaikeaa</p>	<p>Henkilökunnan yhteistyön parantaminen</p> <p>Konsultoinnin vaikeus</p>	<p>Yhteistyön kehittäminen</p> <p>Yhteistyön kehittäminen</p>
--	--	---	---

## Liite 10: Muuta palautetta hoitajavastaanottoinnasta

(liite 10: 1/2)

<p>- Kyselyysi vastasi esh - Kyselyyn vastasi AOH</p>	<p>Kyselyyn vastasi muu kuin osastonhoitaja tai yli hoitaja</p>	<p>Kyselyyn vastasi, joku muu kun hän jolle se oli osoitettu</p>	<p>Vastaaja ei ollut ylihoitaja</p>
<p>- Työskentely on erittäin mielenkiintoista ja antoisaa ja on hyvä oppia uutta koko ajan - Itsenäinen vastaanottotoiminta lisää työmotivaatiota ja ammatissa kehittymistä</p>	<p>Työ on mielenkiintoista ja antoisaa, uutta oppii koko ajan  Työ lisää työmotivaatiota ja ammatillista kehittymistä</p>	<p>Työ on mielekästä  Työ lisää motivaatiota ja kehittymistä</p>	<p>Työ koetaan mielekkäänä ja ammatillisesti opettavana ja kehittävänä sekä työmotivaatiota lisäävänä</p>
<p>- Joskus koen kun työskentelelen yksin, että vastuu on melkoisen suuri. Kukaan ei jatka työtäni loman aikana. Kukaan muu kuin minä, ei hallitse täysin tätä aluetta</p>	<p>Yksin työskennellessä on suuri vastuu, kukaan ei jatka työtä, muut eivät hallitse täysin tehtäväaluetta</p>	<p>Suuri vastuu, työn jatkuminen puutteellista, osaaminen keskittynyt yhdelle henkilölle</p>	<p>Työssä on suuri vastuullisuus, sijaisten puute, osaamisen keskittyminen yhdelle henkilölle</p>
<p>- Potilailta tulee usein hyvää palautetta - Potilaat ovat olleet yleisesti ottaen tyytyväisiä hoitajan vastaanottoihin - Hoitajavastaanotot ovat koettu erittäin hyväksi ja tarpeellisiksi poliklinikallamme - Tehdyssä kyselyssämme myös potilaat kokeneet toiminnan hyväksi</p>	<p>Hyvää palautetta usein potilailta  Potilaat ovat olleet tyytyväisiä Hoitajavastaanotot on koettu hyväksi ja tarpeellisiksi  Kyselyn mukaan potilaat ovat kokeneet toiminnan hyväksi</p>	<p>Potilaspalaute on hyvää  Potilaat ovat tyytyväisiä Vastaanottotoiminta koetaan hyväksi ja tarpeelliseksi  Potilaspalaute on hyvää</p>	<p>Potilastyytyväisyys on hyvällä tasolla, hoitajavastaanotot koetaan tarpeellisiksi ja hyväiksi.</p>
<p>- Hoitajavastaanotto on välttämätön hoitotakuun toteuttamisessa</p>	<p>Hoitajavastaanotto on välttämätön hoitotakuun toteutumiseksi</p>	<p>Hoitajavastaanotolla voidaan päästä hoitotakuulain toteuttamiseen Lääkäriresurssin korvaaminen</p>	<p>Hoitajavastaanottoja tarvitaan hoitotakuulain toteuttamiseen</p>

<p>- Hoitajavastaanottotoiminta on ollut yksi vaihtoehto lääkäripulan vaivaamassa yksikösämme</p> <p>- Välillä aikoja ettei neurologia ole ollut ollenkaan</p> <p>- Hoitajaan saa nopeammin yhteyden kuin lääkäriin</p> <p>- meillä tämä (hoitajavastaanotto) on toiminut hyvin, pieni pkl:a ja neurologeista on ollut puute usean vuoden ajan, välillä aikoja ettei neurologia ole ollut ollenkaan.</p> <p>- Lääkäreihin yhteydenotot ovat vähentyneet huomattavasti</p> <p>- Neurologian poliklinikalla hoitajilla on paljon asiantuntemusta ja kokemusta ja siten tietoa enemmän kuin tk-lääkäreillä. Tätä ei osata hyödyntää, osin pelätään myös palkkavaatimuksia</p> <p>- On hienoa jos hoitajavastaanottoon liittyvät juridiset asiat kriteereineen mietitään valtakunnan tasolla ettei joka yksikkö joudu tekemään sitä omalla tavallaan. Näin on mahdollista saada yhtenäiset käytännöt</p> <p>- Asiantuntijahoitajan palkkaus voisi olla parempi</p>	<p>Vaihtoehto lääkäripulan vaivaamassa yksikössä</p> <p>Hoitajalle saa nopeammin ajan</p> <p>Hoitajilla on paljon asiantuntemusta ja kokemusta, jota ei osata hyödyntää palkkavaatimusten pelossa</p> <p>On hienoa jos hoitaja- vastaanottotoiminnan juridiset asiat kriteereineen mietitään valtakunnan tasolla. Näin mahdollistetaan yhteiset käytännöt</p> <p>Palkkaus voisi olla</p>	<p>Ajan saaminen helpompaa</p> <p>Hoitajien asiantuntemus ja kokemus hyödynnetään heikosti palkkavaatimusten pelossa</p> <p>Yhtenäisten käytäntöjen mahdollistamiseksi oh hyvä miettiä kansallisesti kriteereitä hoitajavastaanotto- toiminnalle</p> <p>Palkkauksen tarkastus</p> <p>Laadun parantuminen</p>	<p>Hoitajavastaanotto- toiminnalla voidaan lievittää lääkäripulaa</p> <p>Hoitajien asiantuntemusta ja kokemusta osataan hyödyntää heikosti</p> <p>Hoitajavastaanotto- toiminnan kriteerien laatiminen valtakunnallisella tasolla mahdollistaisi kansallisesti yhtenäiset käytännöt</p> <p>Palkkauksen tarkis-</p>
--	--	--	---

- Hoito on kokonaisvaltaista (noston laatu) ja aikaa on potilaalle enemmän hoitaja-vastaanotolla	parempi asiantuntijatehtävissä  Kokonaisvaltainen hoito nostaa laatua, potilaalle enemmän aikaa		taminen  Hoidon laadun pa- rantuminen
--	---	--	--

Liite 11: Itsenäisen sairaanhoitajavastaanoton määritelmät

Alkuperäisilmaisu	Pelkistettyilmaus	Alaluokka	Yläluokka
<p>- Korvaa lääkärikäynnin suunnitellusti tietyissä potilasryhmissä esim. MS-potilas, jolla on immunomodulaarinen hoito ja korvattavuus-asiat kunnossa, käy ½- tai vuosittain hoitajalla ja 3v. välein neurologilla. Samoin meillä käy myös epilepsiapotilaita</p>	<p>- Korvaa suunnitellusti lääkärikäynnin tiettyjen potilasryhmien kohdalla</p>	<p>Korvaa suunnitellusti lääkärikäynnin</p>	<p>Korvaa lääkärikäynnin</p>
<p>- Yksikköömme on tulossa sh kontrollikäynnit, jotka korvaavat lääkärikäynnin</p>	<p>Suunnitteilla sh-käynti korvaamaan lääkärikäyntiä</p>	<p>Tulossa korvaamaan lääkärikäynnin</p>	<p>Korvaa lääkärikäynnin</p>
<p>- Itsenäinen sairaanhoitajavastaanottotoiminta on vastaanottotoimintaa, jossa lääkäriltä on siirretty työnsiirrolla vastaanottotoimintaa eli potilaan vuosikontrollit asiantuntija-sairaanhoitajalle</p>	<p>Lääkäriltä on siirretty työnsiirrolla vastaanottotoimintaa, eli vuosikontroleja sairaanhoitajalle</p>	<p>Lääkärin kontrollikäyntejä siirretty hoitajalle</p>	<p>Korvaa lääkärikäynnin</p>
<p>- Yksikössämme on kirjallisesti sovittu potilasryhmistä, jotka käyvät sairaanhoitajan vastaanotolla. Yleensä joka toinen käynti esh:lla ja j. t neurologilla. Lisäksi neurologin ohjeella voi tulla suoraan lähetepotilaita ja paljon soittokontrolleja</p>	<p>Kirjallisesti on sovittu sairaanhoitajavastaanoton potilastyhmät, joka toinen vastaanottokäynti hoitajalla ja joka toinen lääkäriellä. Lisäksi lääkäri voi ohjata hoitajalla lähetteen perusteella potilaan</p>	<p>Joka toinen lääkärikäynti korvataan hoitajakäynnillä</p>	<p>Korvaa lääkärikäynnin</p>
<p>- Meillä ei tällaista toimintaa</p>	<p>Ei itsenäistä vastaanotto-</p>	<p>Ei määriteltynä vas-</p>	<p>Ei määritelty-</p>

ole - ...ei ole resursseja hoitajan vastaanottoihin eikä mietittynä kriteereitä toiminnalle	toimintaa	taanottotoiminnan kriteereitä	nä kriteereitä
---	-----------	-------------------------------	----------------