

**LÄÄKKEITÄ MÄÄRÄÄVIEN SAIRAANHOITAJIEN JA LÄÄKÄREIDEN YHTEIS-
TYÖ PERUSTERVEYDENHUOLLON VASTAANOTTOTOIMINNASSA**

Marita Sulkakoski

Terveyskasvatuksen pro gradu-tutkielma

Terveystieteiden laitos

Jyväskylän yliopisto

Kevät 2016

ABSTRACT

Sulkakoski, M. 2016. Collaboration between nurse prescribers and GPs at the Finnish health center receptions. Department of Health Sciences, University of Jyväskylä, Health Education. Master's Thesis. 84 pages, 8 attachments.

The aim of the study was to investigate the views of nurse prescribers and GPs who work with them regarding inter-professional collaboration at the Finnish primary health care receptions. The study examined how nurse prescribers and GPs collaborate, what factors support collaboration and what kind of challenges it involves. Also, wishes for future collaboration were surveyed. Nine nurse prescribers and eight GPs took part in the interviews (n=17). The interviews were conducted as pair interviews with one prescribing nurse and one GP (n=8). At one interview, two nurses were involved. The interviews were conducted in health centers in five different health care districts in Finland in spring 2015. All participants had experience of inter-professional collaboration related to prescribing. Analysis of the data was carried out using quantitative content analysis.

Based on this study, forms of collaboration between GPs and nurse prescribers varied both between and within health care units. Variations occurred, for instance, in the job descriptions of the nurse prescribers, ways of consultation, communication practices and collaboration practices relating to training and treatments plans. At each health center they had found, for its own employees, the best suited ways to do inter-professional collaboration. What for some were everyday practices, might be visions of the future for the others. Nurse prescribing was seen as best serving the treatment of acute infections on emergency duty. Treatment plans were made through collaboration between professional groups in many different ways. However, only a few treatment plans were prepared and attitudes towards them varied. Written individual treatment plans were considered important for the treatment of the patient and for the successful inter-professional collaboration, but a lack of time was seen as a major problem in preparing them. Busyness often prevented free discussion of patient issues and possibly weakened the benefits of using different professional strengths. Among the factors identified as supporting collaboration were successful communication, physically close offices and mutual trust. Familiarity with coworkers and a long history of working together are the basis of trust and smooth collaboration. In the future, they want collaboration to be done in flexible ways in agreement with each other. Current Care Guidelines are important because local care guidelines seem quite impossible. That is because, in everyday circumstances, there is no time to update and train them. Attention should be paid to the close proximity of offices and provision of opportunities for free conversation between coworkers in receptions. It is important to recognize the importance of understanding and using local and patient knowledge. A quick solution is needed for problems with information management system. Health centers should invest in appropriate diversion of patients. Nurse prescriber's skills can, in the future, also be used in checking medicine lists.

Inter-professional collaboration supports primary care patients' health promotion when a variety of professional strengths are optimally utilized. Primary care activities should be organized so that there will be time for a genuine inter-professional collaboration in the future. Additional research is needed to clarify the best way to organize activities. Also, the viewpoints of patients on the impact of inter-professional collaboration of the management of their health should be studied.

Keywords: inter-professional collaboration, nurse prescribing, primary health care, nurses, GP

SISÄLLYS

TIIVISTELMÄ

ABSTRACT

1 JOHDANTO	1
2 AMMATTIRYHMIEN VÄLINEN YHTEISTYÖ TERVEYDENHUOLLOSSA	3
2.1 Taustaa	3
2.2 Yhteistyö rakentuu useista osatekijöistä	5
2.3 Yhteistyö ei ole aina ongelmaton.....	9
2.4 Lääkärin ja sairaanhoitajan yhteistyö terveyskeskuksissa	10
3 SAIRAANHOITAJAN LÄÄKKEENMÄÄRÄÄMINEN	14
3.1 Sairaanhoitajan lääkkeenmääräämisen kehittämisen lähtökohtia ja lainsäädännöllistä taustaa	14
3.2 Sairaanhoitajan lääkkeenmääräämisen käytännöt	18
3.3 Sairaanhoitajan lääkkeenmääräämisen käyttöönoton vaikutuksia.....	19
3.4 Suhtautuminen sairaanhoitajan lääkkeenmääräämiseen	21
3.5 Ammattiryhmien välinen yhteistyö sairaanhoitajan lääkkeenmääräämiseen liittyen	22
4 TUTKIMUKSEN TARKOITUS JA TUTKIMUSKYSYMYKSET	25
5 TUTKIMUKSEN MENETELMÄT.....	26
5.1 Aineiston hankinta	26
5.2 Aineiston analyysi.....	29
6 TULOKSET	32
6.1 Lääkkeitä määrävien sairaanhoitajien ja lääkäreiden nykyinen yhteistyö	32
6.1.1 Ammattiryhmien välisen yhteistyön taustoittajat.....	34
6.1.2 Konsultaatiot ja viestinvälitys osana ammattiryhmien välistä yhteistyötä.....	40
6.1.3 Hoitosuunnitelmayhteistyö	43
6.1.4 Osaaminen, asenteet, rajat ja palaute yhteistyön rakentajina	44

6.2 Ammattiryhmien välistä yhteistyötä tukevat tekijät	46
6.3 Ammattiryhmien välisen yhteistyön haasteet	52
6.4 Tulevaisuuden toiveita ammattiryhmien väliselle yhteistyölle.....	58
7 POHDINTA.....	65
7.1 Ammattiryhmien välisen yhteistyön monet ulottuvuudet.....	65
7.2 Tutkimuksen luotettavuus ja eettisyys	71
8 JOHTOPÄÄTÖKSET JA JATKOTUTKIMUSAIHEET	74
LÄHTEET	77
LIITTEET	

1 JOHDANTO

Jo vuosituhaten vaihteessa Buchan ym. (2000, 1) totesivat, että suurin osa maailman terveydenhuoltojärjestelmistä tulee kamppailemaan nousevien kustannusten ja hoidon laadun tasapainottamisessa. Tuolloin he esittivät, että tähän on pyrittävä puuttumaan tehostamalla terveydenhuollon toimintaa jakamalla töitä uudelleen eri terveydenhuollon ammattilaisten kesken. Aihe on edelleen hyvin ajankohtainen.

Suomen poliittisissa linjauksissa on viime vuosina nostettu vahvasti esiin halu vahvistaa ja kehittää perusterveydenhuoltoa (Muurinen & Mäntyranta 2011). Eräs viitekehys pitkäaikaissairaiden hoidon kehittämisen taustalla on ollut Chronic Care Model. Sen mukaan kroonisten sairauksien hoidossa ammattiryhmien välisellä yhteistyöllä ja potilaan aktiivisella roolilla omaan hoitoonsa osallistujana on keskeinen merkitys (Wagner ym. 2001). Ammattiryhmien välisen yhteistyön näkökulmasta kroonisten sairauksien hoidon järjestäminen perusterveydenhuollossa vaatii paikallisten olojen huomiointia, työnjaosta ja kirjaamiskäytännöistä sopimista (Saarelma ym. 2008). Työnjaon selkeyttämisellä on tärkeä merkitys niin lääkäreiden kuin hoitajienkin päivittäisen työn suunnittelun kannalta (Peltonen 2009).

Erikoistumiseen ja laajennettuihin tehtäväkuviin liittyvät hoitotyön asiantuntijatehtävät ovat nykyisin kansainvälisesti jatkuvasti lisääntymässä (Jokiniemi 2014). Sairaanhoidajan lääkkeenmääräämisoikeuden lisäämisellä on mm. pyritty kehittämään potilaiden hoitoa (Kroezenin ym. 2011). Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä annetun lain muuttamisesta (433/2010) mahdollisti Suomessa sairaanhoitajille rajatun lääkkeenmääräämisen. Kokemuksia sairaanhoidajan lääkkeenmääräämistoiminnasta on Suomessa vasta muutaman vuoden ajalta. Terveydenhuollon moniammatillista yhteistyötä on Suomessakin tutkittu, mutta ammattiryhmien välisestä yhteistyöstä lääkkeenmääräämiseen liittyen meillä ei ole vielä juurikaan julkaistua tutkimustietoa. Maailmalla aihetta on tutkittu enemmän. Esimerkiksi Kroezen (2014, 175-176) on nostanut väitöskirjassaan esiin tarpeen kartoittaa jatkossa erityisesti käytännön kentällä työskentelevien lääkkeitä määräävien sairaanhoitajien ja heidän kanssaan työskentelevien lääkäreiden näkemyksiä sairaanhoitajien lääkkeenmääräämisoikeuteen liittyen.

Tämän tutkimuksen tarkoituksena on nostaa esille lääkkeitä määräävien sairaanhoitajien ja heidän kanssaan yhteistyössä työskentelevien lääkäreiden näkemyksiä yhteistyöstä suomalaisessa perusterveydenhuollon vastaanottoiminnassa. Näiden näkökulmien kautta on tavoitteena löytää tekijöitä joihin perusterveydenhuollon moniammatillista yhteistyötä kehitettäessä kannattaisi jatkossa kiinnittää huomiota. Collin ym. (2012) ovat todenneet, että lääkäriyön näkökulmaa tulisi jatkossa vahvemmin ottaa mukaan terveydenhuollon moniammatillisuutta tutkittaessa. Tässä tutkimuksessa moniammatilliseen yhteistyöhön liittyen onkin kartoitettu niin hoitajien kuin lääkäreidenkin kokemuksia ja näkemyksiä aiheesta.

Kirjallisuushauissa käytettiin elektronisia tietokantoja (PubMed, Medic, MEDLINE, JYKDOK, Google Scholar). Myös NELLI-portaalia hyödynnettiin. Hakusanoina käytettiin: nurse prescribing, collaboration, interprofessional, teamwork, moniammatillinen yhteistyö, sairaanhoitajan lääkkeenmääräminen, työpari. Ajallinen rajausta tehtiin vuodesta 2000 alkaen. Pääasiassa mukaan sisällytettiin alle 10 vuotta vanhoja lähteitä. Muutamia sellaisia yli 10 vuotta vanhoja lähteitä, joihin uudemmat tutkijat ovat tukeutuneet, katsottiin aiheelliseksi sisällyttää mukaan. Lisäksi mukaan valikoitui tutkimuksia, jotka löydettiin tuloksena saatujen tutkimusten lähdeluetteloista. Tiivistelmien perusteella mukaan valittiin yhteistyön osalta suomalaiseen perusterveydenhuollon järjestelmään sovellettavissa olevaa tietoa. Sairaanhoitajan lääkkeenmääräamisen osalta kartoitettiin niin kansainvälisiä kuin kotimaisiakin näkökulmia. Mukaan valittiin artikkelit joista koko teksti oli saatavissa. Muutamien rajatusti saatavilla olevien lähteiden osalta yhteistyötä tehtiin Jyväskylän ammattikorkeakoulun kanssa. Kirjallisuushaut tehtiin syksyllä 2014 ja täydennyshaku vuoden 2015 lopussa. Lisäksi kirjallisuusosassa viitataan Marjukka Vallimies-Patomäen luentoonsa koskien toistaiseksi muutoin julkaisematonta Sosiaali- ja terveysministeriön sairaanhoitajan rajatusta lääkkeenmäärämisestä Suomessa tekemää selvitystä. Luennolla STM:n selvityksestä annetut tiedot ovat ainutlaatuisia gradun aiheeseen tiiviisti liittyviä kansallisia tuloksia, joita ei toistaiseksi ole saatavissa kirjallisista lähteistä.

2 AMMATTIRYHMIEN VÄLINEN YHTEISTYÖ TERVEYDENHUOLLOSSA

2.1 Taustaa

Terveydenhuollon kohtaamien ongelmien kirjo laajenee ja monimutkaistuu jatkuvasti, joten terveydenhuollon eri ammattiryhmät tarvitsevat toisiaan yhä enemmän näiden ongelmien ratkaisemiseksi parhaalla mahdollisella tavalla (Dámour ym. 2005). Moniammatillisesta yhteistyöstä on puhuttu pitkään erityisesti ensihoidon ja leikkaussalien toimintaympäristöjen osalta, mutta myös pitkäaikaissairaiden hoito edellyttää vahvaa ja hyvin organisoitua moniammatillista yhteistyötä (Kettunen & Gerlander 2013). Ammattiryhmien välisestä yhteistyöstä puhuttaessa kirjallisuudessa käytetään usein moniammatillisen yhteistyön käsitettä. Tässä tutkimuksessa ammattiryhmien välisen yhteistyön tarkastelu on rajattu lääkkeitä määräävien sairaanhoitajien ja lääkäreiden välisen yhteistyön näkökulmaan.

Tautikohtaisten hoitosuosittelujen rinnalle tarvitaan pitkäaikaissairaiden hoidossa mallia, joka huomioi usean sairauden samanaikaisen hoidon ja ottaa potilaan huomioon kokonaisuutena. Tähän liittyen on tärkeää sopia myös paikallisesta työnjaosta (Saarelma ym. 2008). Wagner ym. (2001) kuvaavat kroonisten sairauksien hoitomallin (Chronic Care Model, CCM), joka pyrkii vastaamaan väestön ikääntymisen myötä lisääntyvään pitkäaikaissairauksien hoidon kehittämisen tarpeeseen. Mallin keskeiset elementit ovat terveydenhuollon organisaation pitkäaikaissairauksien hoitoa painottava toimintatapa ja yhteisön resurssien huomiointi, omahoidon tuki, toimivat palveluketjut, näyttöön perustuvat hoitosuositukset päätöksenteon tukena sekä tiedon tehokkaan käytön mahdollistavat tietojärjestelmät (Wagner ym. 2001). Pitkäaikaissairaiden hoidon kehittäminen CCM-mallin pohjalta on pitkäjänteistä toimintaa, jossa on hyvä edetä askel kerrallaan. Kehittämistyössä voidaan lähteä liikkeelle ammattiryhmien välisen yhteistyön tiivistämisestä (Bodenheimer ym. 2005).

Englantilaisessa hoitajajohtoisessa pitkäaikaissairaiden hoidon toimintamallissa (community matron-malli) painotetaan systemaattista omahoidon ohjausta ja sosiaalisten tekijöiden huomiointia. Potilasohjaukseen sekä pitkäaikaissairauden hoitotasapainon seuraamiseen, ja sen heikkenemisen estämiseen, panostetaan erityisesti. Hyvin koordinoitu, potilaat mukaan ottava, ammattiryhmien välinen yhteistyö on koettu erittäin hyödylliseksi. Jotta eri ammattiryhmien välistä yhteistyötä voidaan mahdollisimman tehokkaasti hyödyntää, tarvitaan toimenkuvien tarkkaa määrittelyä (Chapman ym. 2009).

Hyvin suunniteltu ja toteutettu omahoidon tukeminen ja seurannan toteuttaminen ovat terveydenhuollon ammattilaisten osalta pitkäaikaissairaiden hoidossa avainasemassa. Pelkkä tiedon jakaminen ei riitä käyttäytymisen muutoksen tueksi, vaan tukea tarvitaan esimerkiksi sopivien tavoitteiden asettamisessa ja muutoksen esteiden tunnistamisessa. Potilaan itsensä lisäksi myös hänen läheistensä merkitys hoidon onnistumiselle tulee huomioida. Omahoidon tukemisessa sairaanhoitajilla on keskeinen rooli. Aina ei välttämättä tarvita tapaamista vastaanotoilla, vaan myös tietotekniikkaa voidaan nykyisin hyödyntää (Wagner ym. 2001).

Sähköiseen muotoon laadittu pitkäaikaissairaiden hoitomalli voi toimia yhteisen työtavan jäsentäjänä. Toimintamalli huomioi potilaan perusterveydenhuollolle tyypilliseen tapaan kokonaisuutena ja hyödyntää ammattiryhmien suunnitelmallista yhteistyötä. Potilas nähdään aktiivisena osana hoitotiimiä. Kirjaaminen, keskinäinen viestintä ja kokonaislääkityksen hallinta ovat keskeisessä asemassa. Hoitajilla on vahva rooli elämäntapaneuvonnan asiantuntijoina, muutosmotivaation herättäjinä ja muutoksen mahdollistavien tekijöiden kartoittajana. Johdon ja esimiesten tukea toimintatavan juurruttamiseen tarvitaan (Saarelma ym. 2008). Myös Collin ym. (2012) ovat tuoneet esiin johtamisen keskeisen roolin ammattiryhmien välisen yhteistyön kehittämisessä. Oleellista heidän mukaansa on, miten eri ammattiryhmien erilainen osaaminen onnistutaan sovittamaan kokonaisuudeksi. Tutkimuksessaan he ovat keskittyneet hoitotyön näkökulmaan ja toteavat, että lääkäriyön näkökulmaa tulisi jatkossa huomioida enemmän terveydenhuollon moniammatillisuutta tutkittaessa.

Teoreettisesti ammattiryhmien yhteistoimintaa on jäsenetty useilla eri tavoilla. Saaren-Seppälä (2004) on kuvannut ammattiryhmien yhteistoimintaa esimerkiksi neuvottelevan työtavan näkökulmasta. Hän toteaa Straussin neuvottelevan järjestyksen teoriaan viitaten, että neuvottelu on toiminnan ja eri toimijoiden tekojen yhteensovittamista kommunikaation välityksellä tilannesidonnaisesti (Saaren-Seppälä 2004, 20-21). Kerosuo (2006) puolestaan lähestyy ammattiryhmien yhteistoimintaa toiminnan teorian kautta. Hän toteaa, että erilaiset rajapinnat terveydenhuollon organisaatioissa saattavat olla huomattavia työskentelyn, oppimisen ja kehittämisen esteitä. Toiminnan teoriaan pohjaten hän nostaa yhteistyöhön liittyen esiin kohteellisen toiminnan, jaetun motivaation merkityksen ja yhteistoiminnan toimintamuotona (Kerosuo 2006, 1-12).

Saaren- Seppälä (2004) näkee yhteistoiminnassa keskeisenä jaetun kohteen käsitteen. Hän määrittelee jaetun kohteen yhdessä tehdyksi niin, että potilaan hoitosuhteiden historia,

nykyhetki ja tulevaisuus huomioidaan toiminnan kokonaisuudessa. Lisäksi hän korostaa jaetusta kohteesta puhuttaessa, että saman potilaan hoitoon osallistuvien asiantuntijoiden tulisi tuntea toistensa velvollisuudet, vastuut ja osuudet hoidon kokonaisuudessa. Yhteistoiminnan kohteen (esimerkiksi tulokset potilaan hoidossa) tulee olla yhdessä päätetty niin, että myös potilas on keskisenä osallisena rakentamassa hoitoaan yhdessä asiantuntijoiden kanssa (Saaren-Seppälä 2004, 146-147). Myös Collin ym. (2010) korostavat, että yhteistyön sujumiseksi kaikkien osapuolien olisi tunnettava toistensa roolit osana hoitoprosessin kokonaisuutta. Tässä yhteydessä he nostavat esiin myös jaetun ymmärryksen käsitteen.

Engeström (2004) lähestyy ammattiryhmien välistä toimintaa yhteiskehittelyn ja neuvottelevan solmutyöskentelyn käsitteiden kautta. Oleellista on pitkäjänteinen suunnittelu, mutta samalla kyky reagoida tarvittaessa nopeasti. Samoin ennakoivien sopimusten (esimerkiksi hoitosopimukset terveydenhuollossa) merkitys yhteistyön pohjana on keskeinen. Solmulla hän tarkoittaa eri toimintajärjestelmien edustajien samaan kohteeseen suuntautunutta suunnittelutai ongelmanratkaisuponnistusta, joka sisältää rajanylityksiä niin, että mikään osapuoli ei kiinteästi ole määräävässä asemassa (Engeström 2004, 80-87).

2.2 Yhteistyö rakentuu useista osatekijöistä

McCallin (2001) toteaa Kane (1975) viitaten, että eri ammattiryhmien välisen yhteistyön avaintekijöinä on jo vuosikymmeniä sitten nähty olevan yhteinen tavoite, erilaiset ammatilliset vahvuudet ja toimiva keskinäinen viestintä. Vuosikymmenien jälkeenkin nämä tekijät ovat edelleen oleellisia. Isoherrasen (2005) mukaan ammattiryhmien välisen keskustelun tulisi olla yhteisen kognition rakentamista. Yhteistyöhön keskeisiksi tekijöiksi myös hän nostaa esille yhteiset tavoitteet ja yhteisen kielen (Isoherranen 2005, 101-103). McCallin (2001) puolestaan korostaa, että oleellisinta yhteistyötä tarkastellessa on kiinnittää huomio siihen miten potilas ja koko palvelujärjestelmä hyötyvät eniten eri terveydenhuollon ammattilaisten yhteistyöstä. Collin ym. (2010) nostavat esiin ammattiryhmien väliseen yhteistyöhön liittyen työkokemuksen merkityksen, kollegiaalisuuden, jaetut vastuut ja konsultaatioiden keskeisen roolin.

San Martín-Rodríguez ym. (2005) toteavat ammattiryhmien välisen yhteistyön edellytyksiksi ammattilaisten halun yhteistyöhön, heidän välisen keskinäinen luottamuksen ja kunnioituksen sekä sujuvan kommunikoinnin. Nämä terveydenhuollon ammattilaisiin liittyvät tekijät eivät

kuitenkaan yksin riittää nykypäivän monimutkaisissa terveyden huoltojärjestelmissä onnistuneen hoitoprosessin aikaansaamiseksi, vaan tarvitaan myös organisaatioiden tasolla hyvää henkilöstöhallintoa ja vahvaa johtamista. Toimivan yhteistyön taustalla nähdäänkin olevan niin työryhmän sisäiseen vuorovaikutukseen, organisaatioon kuin lainsäädäntöönkin liittyviä tekijöitä (San Martín-Rodríguez ym. 2005). Bryans (2007) tuo esiin, että kumppanuuden kehittämisessä esimerkiksi sitoutumisella ja toiminnan arvioinnilla on keskeinen merkitys. Myös hänen mukaansa yhteistyön lainsäädännöllinen tausta tulee aina ottaa huomioon.

Ammattiryhmien väliseen yhteistyöhön liittyviä keskeisiä käsitteitä ovat jakaminen, kumppanuus, valta, keskinäinen riippuvuus sekä prosessit. Yhteistyössä on kyse siitä, että ryhmän jäsenillä on yhteinen halu toimia yhteisen päämäärän saavuttamiseksi hyvässä yhteishengessä. Ammattiryhmien väliseen yhteistyöhön liittyvän jakamisen käsitteen taustalla ovat esimerkiksi jaetut arvot, jaettu päätöksenteko, jaettu terveydenhuollon filosofia, jaetut tiedot ja jaettu suunnittelu & toteutus sekä jaetut ammatilliset näkökulmat. Kumppanuuden taustalla vaikuttavat ammattilaisten välinen keskinäinen kunnioitus ja luottamus sekä yhteiset tavoitteet (D'Amourin ym. 2005). Jaetut arvot ja yhteiset tavoitteet ovat tärkeitä onnistuneelle yhteistyölle vaativassa ja laaja-alaisessa perusterveydenhuollon toimintaympäristössä (Pullon 2008). Keskinäinen riippuvuus nousee halusta vastata potilaiden tarpeisiin mahdollisimman hyvin. Työryhmän jäsenten tulisi ymmärtää keskinäisen riippuvuuden merkitys jotta synergiaetua prosessissa saavutetaan. Vallan käsite kuvaa ammattilaisten tietotaidosta ja kokemuksesta nousevaa osaamista ammattinimikkeistä riippumatta kun taas prosessilla kuvataan koko yhteistyön vuorovaikutteista ja dynaamista luonnetta (D'Amour ym. 2005). Osaaminen ja pätevyys ovat puolestaan osaltaan rakentamassa onnistuneelle eri ammattiryhmien väliselle yhteistyölle välttämätöntä luottamusta (Pullon 2008).

D'Amour ym. (2005) mukaan pelkkä ammattilaisten kokoontuminen yhteen ei johda todelliseen ammattiryhmien väliseen yhteistyöhön vaan sen mahdollistuminen edellyttää kanssakäymistä, luottamusta ja sitoutumista. Pullon (2008) korostaa luottamuksen ja toisen ammattiryhmän kunnioittamisen merkitystä onnistuneen yhteistyön edellytyksenä. Myös Kettunen ja Gerlander (2013) mainitsevat keskinäisen luottamuksen tärkeänä ammattiryhmien välisen yhteistyön osatekijänä. Luottamusta kuvastaa heidän mukaansa esimerkiksi se, miten jäsenet osoittavat arvostusta toistensa taitoja ja osaamista kohtaan, sekä se miten toisia autetaan. Luottamusta voidaan osoittaa mm. ottamalla toisten ammattilaisten tekeminen huomioon omassa työskentelyssä. Ammattirajat voivat myös joustaa niin, että toisilta oppiminen

mahdollistuu. Oleellista on potilaan tilanteen kokonaisvaltainen tarkastelu, tiedon siirtyminen ja myös epäselvyyksien ja ongelmien yhteinen käsittely toisia tukevassa ilmapiirissä. Ilmapiiri on ammattityhmien välisessä yhteistyössä parhaimmillaan silloin, kun ammattilaiset haluavat kuunnella toisiaan, arvostavat toistensa erilaisia näkemyksiä, auttavat toisiaan, pyytävät apua ja kykenevät arvioimaan yhdessä toisistaan poikkeavia näkemyksiä (Kettunen & Gerlander 2013).

Isoherrasen (2005) mukaan yhteistyön komponentteja ovat esimerkiksi tiedon ja näkemysten yhteen kokoaminen, asiakaslähtöisyys, vuorovaikutus, rajojen ylitys sekä verkostot. Oleellisena hän pitää tiedon ymmärrettävää jakamista, ammatillisten rajojen joustamista, kykyä ottaa vastuuta, kykyä oppia ja olla asiantuntija yhtä aikaa, sekä valmiutta sopeuttaa rooleja tiimin sisällä asiakkaan tarpeista lähtien. Tavoitteena on yhteisessä prosessoinnissa koota eri asiantuntijoiden tiedot ja taidot yhteen asiakaslähtöisesti asiakkaan tarpeet huomioiden. Roolit, tiedot, taidot ja vastuut tulisi sopeuttaa yhteen runsaan tietojenvaihdon ja keskustelun keinoin (Isoherranen 2005, 13-30). Kettunen ja Gerlander (2013) toteavat myös, että usein eri ammattiryhmien yhteisen käsityksen ja tavoitteen asettaminen edellyttää yhteistä keskustelua.

Asiantuntijoiden välisessä yhteistyössä keskustelun ja toisen työn ymmärtämisen merkitystä ei voida väheksyä (Collin ym. 2012). Ideaalisessa tilanteessa yhteiselle keskustelulle on sovittu paikka, aika ja mahdollisuus. Osallistujien taito prosessoida tietoa yhdessä on ratkaisevassa roolissa yhteistyön onnistumisessa. Yhteistyöhön liittyy ajatus, että ammattilaisten tulisi yhtä aikaa kyetä kirkastamaan omaa erityisosaamistaan & asiantuntijuuttaan ja samalla rakentaa ryhmän yhteistä osaamista (Isoherranen 2005, 13-30). Yhdessä oppiminen ja keskusteleminen sekä vapaa ajatustenvaihto työryhmäläisten kesken ovat tärkeitä tekijöitä toimivan moniammatillisen yhteistyön kehittämisessä (Pullon 2008).

Kettunen ja Gerlander (2013) kuvaavat onnistuneen ammattiryhmien välisen yhteistyön osatekijöiksi mm. yhteisen päämäärän ja tavoitteet, työnjaon, yhteisen vastuun ja vuorovaikutussuhteet. Lisäksi he nostavat tärkeinä tekijöinä esiin tietämyksen työprosessista ja omasta osuudesta siinä, sekä yhteiset käytänteet ja ammatillisten rajojen ylittämisen. Keskeisenä nähdään omalta osaltaan myös toimivat vuorovaikutussuhteet ja viestintäkäytänteet (Kettunen & Gerlander, 2013). Ammatillisten rajojen ylittämisen tärkeyttä, turvallista ilmapiiriä, jaettua vastuuta, kollegiaalista tukea ja muiden roolien tuntemista ammattiryhmien välisen yhteistyön sujumiselle ovat korostaneet myös Collin ym. (2010). Pullon (2008)

puolestaan toteaa, että ammattiryhmien välinen kunnioitus muuttuu aidoksi luottamukseksi usein silloin, kun ammattilaisilla on yhteinen ymmärrys ammattiryhmien erilaisista rooleista ja niiden välisistä suhteista potilaiden hoidossa.

Yhteistyöstä käytävään keskusteltuun on nostettu myös potilaan rooli aktiivisena toimijana hoitoprosessissa (Wagner ym. 2001, D'Amour ym. 2005, Chapman 2009). Absetz ja Hankonen (2011) antavat esimerkkejä potilaan oman roolin ja potilaslähtöisyyden korostamisessa elämäntapamuutoksista keskusteltaessa. Käytännön esimerkkeinä toimivat mm. ohjaaminen oman käyttäytymisen seurantaan sekä motivoiva haastattelu (Absetz & Hankonen 2011). Potilaan hoitoon sitoutumisella ei tarkoiteta enää nykyisin terveydenhuollosta saatujen hoito-ohjeiden noudattamista vaan potilaan omaa aktiivista, tavoitteellista ja vastuullista toimintaa sairautensa hoidossa yhteistyössä terveydenhuoltohenkilöstön kanssa (Kettunen & Gerlander 2013). Eri henkilöstöryhmät pitävät usein tärkeinä eri asioita hoitoprosessissa ja kiinnittävät niihin huomiota eri tavoilla. Asioiden erilainen arvostaminen näkyy myös käytännön toiminnassa ja vaikuttaa osaltaan ammattiryhmien väliseen yhteistyöhön. Usein on hyvin yksilöllistä millaista työntekijöiden välinen vuorovaikutus on. Jaetulla suunnittelulla on keskeinen rooli yhteistyössä (Collin ym. 2012). Tarkoituksenmukainen hoitajan ja lääkärin työnjako edistää potilaiden palvelujen saatavuutta ja henkilökunnan työnhallintaa (Seilo ym. 2010).

Keskeisenä tekijänä terveydenhuollon ammattilaisten työssä ovat erilaiset vuorovaikutussuhteet joihin liittyy esimerkiksi tietojen antamista ja saamista, päätöksentekoa, ohjausta, neuvontaa, neuvottelua, tukemista ja palautteen antamista. Viestinnällä on erittäin keskeinen rooli työn tavoitteiden saavuttamisen ja työn laadun näkökulmista. Viestinnällä on myös suuri merkitys erilaisten yhteistyömuotojen osalta niin informaation välittäjänä, toiminnan koordinoijana kuin luottamuksen rakentajanakin. Ammattilaisten on pystyttävä luottamaan siihen, että tieto siirtyy ammattilaiselta toiselle ajantasaisesti, luotettavasti ja yhteisesti sovitulla tavalla. Esimerkiksi yhteisesti sovitut kirjaamiskäytänteet ja niiden noudattaminen ovat erittäin tärkeitä tekijöitä potilasturvallisuudenkin kannalta. Myös potilaan kuuluu saada tietoa itseään ja hoitoaan koskevista asioista (Kettunen & Gerlander 2013). Isoherranen (2005) tiivistää hyvän ammattiryhmien välisen yhteistyön osatekijöitä kuvaamalla niitä sanoilla avoimuus, riittävä informaatio, dialogisuus, vastuun tunteminen, halukkuus kommunikoida ja kyky tasavertaiseen keskusteluun (Isoherranen 2005,58-59). Lisäksi hän painottaa rakentavasta palautteesta oppimisen merkitystä toiminnan kehittämisessä. Yhteistyön

arviointi ja oman toiminnan pohdinta ovat keskeisiä keinoja vastata jatkuviin kehityshaasteisiin (Isoherranen 2005, 125-131).

2.3 Yhteistyö ei ole aina ongelmatonta

D'Amourin ym. (2005) toetavat D'Amour ym. (1999) viitaten että terveydenhuollon eri ammattiryhmät ovat koulutukseensa perustuen omaksuneet tietyn ammatilleen ominaisen tavan suhtautua potilaisiin ja koko palvelujärjestelmään. Tämä heijastuu vääjäämättä ammattiryhmien välisen yhteistyön toteutumiseen (D'Amour ym. 2005). Yhteistyön kehittämistä terveydenhuollon eri ammattiryhmien välillä on aiempina vuosikymmeninä vaikeuttanut vahva perinteinen ammattiryhmien ja eri sukupuoltenkin välinen hierarkia (McCallin 2001). Lääkäreiden ja hoitajien ammattiryhmien välisten suhteiden on nähty olevan esteenä tehokkaalle ammattiryhmien väliselle yhteistyölle terveydenhuollossa, mutta perusterveydenhuollon osalta asiaa on tutkittu vähän (Pullon 2008).

Jokaisella terveydenhuollon ammattiryhmällä on omat historiasta juontavat toimintakulttuurinsa, arvonsa, asenteensa ja jopa kielensä. Nämä ovat siirtyneet koulutuksen myötä aina uusille ammattilaisille ja ovat olleet huomattava haaste tehokkaalle ammattiryhmien väliselle yhteistyölle. Keskeistä terveydenhuollon kehittämisessä onkin yhteistyötä edistävien menetelmien sisällyttäminen terveydenhuollon ammattilaisten koulutukseen (Hall 2005). Yhteistyön ilmapiiriin voidaan terveydenhuollossakin vaikuttaa vaikka perinteinen ammatillinen hierarkia onkin usein vahva (Bleakley ym. 2006). Eri henkilöstöryhmien erilaiset ammatilliset identiteetit ja toimintakulttuurit heijastuvat roolien muotoutumiseen. Ammatti-identiteettien ydinominaisuuksien nähdään olevan luonteeltaan pysyviä, mutta ne voivat muuntua suhteessa muihin toimijoihin työyhteisössä. Vaikka ammatilliset identiteetit pystyvät muuntumaan, niin kuitenkin valta näyttää olevan moniammatillista yhteistyötä hankaloittava tekijä. Eri ammattiryhmien välistä yhteistyötä tulisi korostaa jo terveydenhuollon ammattilaisten peruskoulutuksen aikana (Collin ym. 2012).

Moniammatilliseen yhteistyöhön osaltaan kuuluu uusien tehtävien syntyminen perinteisten ammattikuntien rajapinnoille (Scholes & Vaughan 2002). Tästä esimerkkinä toimivat lääkkeenmääräämisoikeuden saaneet sairaanhoitajat (Stenner & Courtenay 2008). Kroezen (2014, 17) toteaaakin, että sairaanhoitajan lääkkeenmääräämisoikeus on jatkumoa jo pitkään jatkuneelle lääkäreiden ja sairaanhoitajien ammattikuntien väliselle rajankäynnille

ammattikuntien roolista terveydenhuollossa. Fisher (2010) huomauttaa, että vastakkaisista pyrkimyksistä huolimatta ammattiryhmien valtasuhteilla on edelleen suuri rooli terveydenhuollossa. Sairaanhoidajan lääkkeenmääräämisoikeuden vaikutuksista ammattiryhmien välisiin suhteisiin on tehty hyvin vähän tutkimusta vaikka aiheesta muuten onkin kirjoitettu enemmän (Fisher 2010).

2.4 Lääkärin ja sairaanhoidajan yhteistyö terveyskeskuksissa

Suomessa on viime vuosina haluttu vahvistaa ja kehittää perusterveydenhuoltoa. Lähtökohtana on ammattiryhmien välinen yhteistyö, jossa ammattilaisten erilaista osaamista hyödynnetään mahdollisimman tehokkaasti. Tähän liittyen Sosiaali- ja terveysministeriö julkisti vuonna 2008 toimiva terveyskeskus-toimenpideohjelman, jonka keskiössä ovat pitkäaikaissairauksien hoidon ja ehkäisyn kehittäminen sekä potilaiden osallistumisen lisääminen (Muurinen & Mäntyranta 2011). Valtakunnan tasolla, hallitusvetoisesti, on Suomessa jo pitkään ohjattu työnjaon kehittämistä terveydenhuollossa. Sairaanhoidajan tehtävänkuvien uudistaminen lähti liikkeelle Kansallisesta terveyshankkeesta vuonna 2002. Vuosina 2008-2011 KASTE-ohjelman kautta työnjaon kehittämiseen pohjautuvia työtapoja vakiinnutettiin ja levitettiin Suomessa. Hoitajien akuuttivastaanotot puolestaan otettiin käyttöön Toimiva terveyskeskus -toimenpideohjelman myötä. Vuosille 2012-2015 laaditun KASTE-ohjelman keskiössä oli moniammatillisen työssä oppimisen edistäminen ja tehtävänkuvien edelleen kehittäminen (Vallimies-Patomäki 2015).

Haapa-aho ym. (2009) tuovat esille, että terveydenhuollon työnjakomallien avulla pyritään henkilöstön osaamiskapasiteetin mahdollisimman hyvään hyödyntämiseen. Terveydenhuollon toiminnan kehittämisen yhtenä keskeisenä keinona nähdään yhteistyön lisääminen eri ammattiryhmien välillä (Haapa-aho ym. 2009). Yhteistyön tarvetta ovat lisänneet nopeasti uusiutuva tieto, pyrkimys potilaiden kokonaisvaltaiseen hoitoon sekä asiantuntijuuden erikoistuminen ja siitä johtuva eri alojen entistä suurempi riippuvuus toisistaan. 2000-luvulla vastaanottotoiminnassa on moniammatillisen yhteistyön muotona vahvistunut hoitajan ja lääkärin työparityöskentely. Myös tiimityö moniammatillisen yhteistyön muotona on lisääntynyt. Terveyskeskuksen vastaanottotiimien keskeisenä tehtävänä nähdään huolehtia potilaan kanssa yhdessä potilaan sairauksien hoitotasapainosta ja omahoidon hallinnasta yhdessä sovittujen tavoitteiden mukaisesti (Kettunen & Gerlander 2013). Ammattiryhmien välinen yhteistyö on tärkeässä roolissa myös terveydenedistämistyössä (Maijala ym. 2015).

Perusterveydenhuollon ammattiryhmien välisen yhteistyön kehittämisen keskiössä ovat olleet mm. moniammatilliset tiimit, joiden avulla lääkäreiden, sairaanhoitajien ja terveyskeskusavustajien työnjakoa on pyritty selkeyttämään ja yhteistyötä lisäämään. Tiimi voidaan määritellä ryhmäksi ihmisiä, joilla on toisiaan täydentäviä taitoja. Lisäksi he ovat sitoutuneita yhteiseen päämäärään, yhteisiin suoritustavoitteisiin ja yhteiseen toimintamalliin. Terveysasemien toimintaa on organisoitu esimerkiksi siten, että omalääkärijärjestelmän rinnalle on luotu omahoitajajärjestelmä niin, että ammattiryhmien työnjaot ovat toisiaan tukevia. Sairaanhoitajien roolia lääkärin aloittaman hoidon ohjaamisessa potilaille on korostettu. Tärkeänä tekijänä on nähty fyysisten työtilojen läheisyys. Yhteistyössä työskentelevien lääkäreiden ja hoitajien työhuoneiden tulisi siis sijaita lähellä toisiaan. Moniammatillisen tiimityömallin on nähty lisäävän yhteishenkeä työpaikoilla, soveltuvan hyvin vastaanottotoimintaan ja hyödyttävän myös potilaita (Kannisto-Maunula ym. 2007).

Työparimalli on yleistynyt suomalaisissa terveyskeskuksissa nopeaa vauhtia. Työparityöskentely on selkeyttänyt työnjakoa hoitajan ja lääkärin välillä sekä parantanut työrauhaa, oman alueen väestön tuntemista ja lisännyt suunnitelmallisuutta. Hyviä kokemuksia on saatu toimintatavasta, jossa hoitaja voi varata lääkärin työohjelmasta konsultaatioajan jolloin hän voi saada potilaan hoitoon liittyvään kysymykseensä kirjallisen ohjeenkin. Työparimallin on koettu parantaneen myös potilaiden hoitosuunnitelmia ja lisänneen potilaiden omahoitoa (Vierula 2010). Myös Kauppinen (2009) korostaa, että työparityöskentelyn myötä työn hallinta on parantunut. Hän toteaa, että työparimallin avulla niin lääkärin kuin sairaanhoitajankin työ kohdistuu oman ammattitaidon ja yhteistyön kautta potilaan parhaaksi. Seilon ym. (2010) mukaan työparimallin kehittämisessä on huomioitu lääkärin ja hoitajan yhteiset osaamisalueet, työhuoneiden sijoittelu ja paljon palveluita käyttävien potilaiden osuus. Työparityöskentelyssä hoitajien itsenäinen vastaanottotyö on lisääntynyt ja työnkuva monipuolistunut. Hoitajilla on aiempaa paremmat mahdollisuudet panostaa ennaltaehkäisevään työhön. Kehittyvän potilastuntemuksen ja konsultaatioaikojen hyödyntäminen ovat sujuvoittaneet potilaiden hoitoa ja ammattilaisten yhteistyötä (Seilo ym. 2010).

Eskola ja Luukkonen (2010) kuvailevat Helsingin terveysasemilla pilotoidun työparimallin tavoitteiden painottuneen työn hallinnan lisäämiseen, potilaiden hoitoon pääsyn ja hoidon jatkuvuuden parantamiseen sekä hyvän potilastuntemuksen hyödyntämiseen. Työparimallissa halutaan painottaa konsultaation ja keskustelevan työtavan merkitystä yhteisten potilaiden hoidossa. Työparina toimivat lääkäri ja hoitaja suunnittelevat kroonisten sairauksien hoidon ja

seurannan yhteisesti sovittujen käytäntöjen mukaisesti. Keskeisinä tekijöinä nähdään hoitosuunnitelmien tekeminen ja lukeminen sekä potilaan omahoidon tukeminen osana hoitoprosessia. Toimintatavan edellytyksenä pidetään työparin yhteistä ja säännöllistä työn suunnittelua sekä läheisiä työtiloja. Helsingissä työparimallia suunniteltaessa muutoksia tehtiin niin ajanvarauspohjiin kuin kahvitaukojen ajoitukseenkin. Samaan aikaan olevat tauot nähtiin tilaisuutena luontevaan konsultaatioon ja joustavaan yhteistyöhön. Työparityöskentelyn nähtiin pilotin perusteella edistävän vuosiseurantakäyntien toteutumista ja potilaiden omaseurantatulosten hyödyntämistä (Eskola & Luukkonen 2010). Pohjoisen alueen Kaste-kehittämishankkeen hankeraportissa Silvennoinen ja Kupulisoja (2011) kuvaavat keskeisiä lääkäri-hoitaja työparityöskentelyn elementtejä listaamalla tärkeiksi niin tilaratkaisut, sovitut konsultaatioajat, yhteisesti sovitut & kirjatut hoitopolut kuin työyhteisön yhteiset palaveritkin.

Wagner ym. (2001) esittämästä CCM- mallista käytetään Suomessa nimitystä pitkäaikaissairauksien terveyshyötymalli (STM 2010). Muurinen ja Mäntyranta (2011) kuvaavat pitkäaikaissairauksien terveyshyötymallin soveltamista suomalaisen perusterveydenhuoltoon. Heidän mukaansa hoitotyöntekijät voivat vastata pitkäaikaissairaiden hoidon toteutuksesta, seurannasta ja koordinoinnista hoitosuunnitelmien mukaan. Heidän kuvaamassaan toimintamallissa lääkäri ja hoitaja käyvät kerran vuodessa yhdessä läpi potilaiden asiat ja päivittävät hoitosuunnitelman lääkityksineen. Tiimin jäsenten erilaista osaamista hyödyntävän työnjaon tavoitteena on tässä mallissa entistä suunnitelmallisempi ja yksilöllisempi hoito pitkäaikaissairaille ja entistä vahvempi moniammatillinen tiimityö tai työparityöskentely terveyskeskuksissa. Ensisijaisesti korostetaan potilaan omahoitoa ja vastuuta omasta terveydestään sekä ammattilaisten roolia omahoidon tukijoina. Vuorovaikutteisten, sähköisten omahoidon toiminta-alustojen kehittäminen nähdään tärkeänä. Terveyshyödyn tuottamisella tässä mallissa tarkoitetaan asiakkaiden omahoitovalmiuksien lisääntymistä ja sairauksien mahdollisimman hyvään hoitotasapainoon pyrkimistä (Muurinen & Mäntyranta 2011). Potilaalla tulee olla terveydenhuollon ammattilaisten tuella mahdollisuus vaikuttaa asioitaan koskevaan päätöksentekoon. Hoitosuunnitelmien laadinnassa potilaan mahdollisuutta vaikuttaa omaan suunnitelmaansa pidetään erittäin tärkeänä. Tällä pyritään siihen, että potilas kokee hallitsevansa sairauttaan ja sitoutuu omahoitoonsa. Potilas nähdään aktiivisena osana hoitotiimiä (Kettunen & Gerlander 2013).

Terveyden- ja hyvinvoinnin laitos on laatinut Suomeen valtakunnallisen mallin terveys- ja hoitosuunnitelmalomakkeesta osana rakenteista potilaskertomusta. Tavoitteena on

potilaskeskeisyys, potilaan voimaantuminen, hyvä hoidon jatkuvuus ja tietojärjestelmien tehokas hyödyntäminen hoidon toteutuksessa. Sairaanhoidajan lääkkeenmääräämiseen liittyen keskeistä on hoitosuunnitelman merkitys. Hoitosuunnitelma kattaa hoidon tavoitteet, toteutuksen ja seurannasta sopimisen. Lääkkeitä määräävä sairaanhoitaja voi jatkaa potilaan lääkitystä vain silloin, kun lääkäri on ensin kirjannut hoitosuunnitelmaan ohjeet lääkityksen seurannasta ja jatkamisesta (Komulainen ym. 2011). Vuoden 2017 alusta lähtien asetukseen lääkkeenmääräämisestä (1088/2010) on tulossa voimaan toisella asetuksella (asetus 347/2015) muutettu määräys pitkäaikaissairautta sairastavan potilaan lääkehoitoa koskien. Uusi vaatimus koskee potilaan hoitoa varten laadittua hoitosuunnitelmaa, josta tulee ilmetä myös lääkehoidon järjestäminen ja toteuttamisaikataulu (Vallimies-Patomäki 2015).

Rautsalo ym. (2009) esittävät, että terveydenhuollossa ammattihenkilöille ja potilaille tulee uusia rooleja, kun siirrytään asiantuntijalähtöisestä hoitomyöntyvyysajattelusta kohti hoidosta sopimista. Asiantuntijoista tulee ikään kuin potilaan valmentajia, jotka tukevat potilaiden omahoitoa, voimaantumista ja motivaatioita sekä vahvistavat potilaiden uskoa voimavaroihinsa. Potilaat puolestaan nähdään oman elämänsä ja arkensa asiantuntijoina, jotka tekevät elämäntapoihinsa ja omahoitoonsa liittyvät päätökset autonomisesti tietoonsa ja kokemukseensa tukeutuen. He toteavat Bell ym. (2007) viitaten, että hoitosuunnitelmat tulisi räätälöidä potilaan kanssa aina yksilöllisesti näyttöön perustuvaan hoitoon pohjaten niin, että potilas pystyy sitä arjessaan toteuttamaan (Rautsalo ym. 2009).

3 SAIRAANHOITAJAN LÄÄKKEENMÄÄRÄÄMINEN

3.1 Sairaanhoitajan lääkkeenmääräämisen kehittämisen lähtökohtia ja lainsäädännöllistä taustaa

Halu kehittää sairaanhoitajien ammatillista osaamista ja entistä vahvempaa roolia terveydenhuollossa on vaikuttanut hoitajakoulutuksen tason korottamiseen ja tehtäväkuvan monipuolistamiseen. Potilaiden hoitoon pääsyä halutaan tällä tavoin myös helpottaa samalla, kun tarkkaa seurantaa, ohjausta ja hoitoa tarvitsevien pitkäaikaissairaiden määrä kasvaa. Tätä taustaa vasten on maailmalla lähdetty kehittämään järjestelmiä, jotka mahdollistavat sairaanhoitajille lääkkeiden määräämisen (Delamaire & Lafortune 2010). Dennis ym. (2009) näkevät töiden uudelleenjaon keinona helpottaa lääkärripulaa. Tämä edellyttää heidän mukaansa terveydenhuollon ammattilaisten työskentelyroolien määrittelyä selkeästi niin, että päällekkäisyyttä työskentelyssä voidaan välttää.

Lääkehoito on keskeinen keino sairauksien hoidossa ja reseptilääkkeiden osuus käytetyistä lääkkeistä on suuri. Näin siitä huolimatta, että suuntauksena on ollut reseptilääkkeiden vapauttaminen aiempaa enemmän käsikauppaan (Brabers ym. 2013). Kroezen (2014, 10) on todennut Snowdeniin (2008) viitaten, että reseptilääkkeiden määrääminen potilaille on perinteisesti kansainvälisesti ollut lääkäreiden ja hammaslääkäreiden yksinoikeus johtuen mm. lääkkeiden käyttöön liittyvistä riippuvuus- ja sivuvaikutusriskeistä. Sairaanhoitajan lääkkeenmääräämisoikeuden kehittämisen taustalla yhtenä tekijänä on vaikuttanut halu kehittää kustannustehokkaampaa terveydenhuoltoa (Kroezen ym. 2011). Tehtävänsiirroilla lääkäreiltä hoitajille mahdollisesti säästetään palkkakustannuksissa. Kokonaisuhyöty kustannusten osalta saattaa kuitenkin jäädä huomattavasti laskennallista säästöä pienemmäksi johtuen esimerkiksi konsultaatioihin kuluva ajasta ja mahdollisesti mm. suuremmasta pyydettyjen tutkimusten määrästä (Delamaire & Lafortune 2010).

Kroezenin ym. (2012) mukaan näkökulmat sairaanhoitajan lääkkeenmääräämisoikeuden kehittämisen syistä vaihtelevat ammattikunnittain niin, että lääkärijärjestöt korostavat henkilökuntavajeen merkitystä, kun taas sairaanhoitajaliitot painottavat sairaanhoitajien ammattitaidon laajempaa hyväksikäyttöä. Suomessa terveydenhuollon toimintayksiköiden johto on arvioinut tärkeimmiksi syiksi sairaanhoitajan lääkkeenmääräämisen käyttöönotolle hoidon saatavuuden parantamisen, lääkäreiden työpanoksen tehokkaamman käytön sekä

sairaanhoidajien osaamisen tehokkaamman hyödyntämisen. Suomessa tärkeänä tekijänä sairaanhoidajan lääkkeenmääräämisen aloittamiselle ei ole niinkään pidetty toiminnan kautta mahdollisesti tapahtuvaa kustannusten hillitsemistä (Vallimies-Patomäki 2015). Delamaire ja Lafortune (2010) toteavat myös, että Suomessa tärkeimmät sairaanhoidajien työnkuvan laajentamiseen motivoivat tekijät ovat olleet lääkäripula ja hoitoon pääsyn helpottaminen.

Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä annetun lain muuttamisesta mahdollisti Suomessa sairaanhoidajille rajatun lääkkeiden määräämisen. Sairaanhoidaja voi koulutuksensa, kokemuksensa ja tehtävänkuvansa mukaisesti määrätä reseptilääkkeitä terveyskeskuksessa hoitamilleen potilaille määrättyihin tautitiloihin oireiden, käytettävissä olevien tietojen sekä tekemänsä hoidon tarpeen arvion pohjalta määrättyin edellytyksin. Lisäksi rajattua lääkkeenmääräämisoikeutta voi käyttää silloin, kun kyseessä on ennalta ehkäisevä hoito tai lääkityksen jatkaminen. Lääkityksen täytyy perustua joko lääkärin tekemään diagnoosiin tai sairaanhoidajan toteamaan hoidon tarpeeseen (Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä annetun lain muuttamisesta 433/2010).

Lääkemääräämisoikeuden saadakseen sairaanhoidajalla tulee olla riittävä kokemus ja hänen on täytynyt suorittaa valtioneuvoston asetuksella säädetty lääkkeenmääräämisen erikoispätevyyteen johtava lisäkoulutus. Sairaanhoidajan on haettava Sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontavirastolta (Valvira) yksilöintitunnus, jota ilman lääkkeenmäärääminen ei ole mahdollista. Rajatun lääkkeenmääräämisoikeuden edellytyksenä on sairaanhoidajan työyksikön vastaavan lääkärin antama kirjallinen määräys, jossa todetaan ne lääkkeet joita sairaanhoidaja saa määrätä sekä mahdolliset lääkkeenmääräämiseen liittyvät rajoitukset. Rajattu lääkkeenmäärääminen on mahdollista kuvatuin edellytyksin joko terveyskeskuksessa tai sairaanhoitopiirin palveluksessa olevana perusterveydenhuollon tasoisessa päivystyksessä (Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä annetun lain muuttamisesta 443/2010).

Sosiaali- ja terveysministeriön neuvotteleva virkamies Marjukka Vallimies-Patomäki (2015) on korostanut terveydenhuollon ammattihenkilölakiin viitaten, että työnantajalla on ohjaus- ja valvontatehtävä niin työskentelyolosuhteiden, osaamisen kehittämisen, työnjaosta sopimisen, toiminta-ohjeiden, riskien ennakoinnin kuin kirjallisten tehtäväkuvienkin osalta. Riskien ennakointiin kuuluu poikkeamien seuranta, raportointi ja käsittely sekä tarvittaessa toiminnan korjaaminen. Työntekijällä puolestaan on velvollisuus kehittää ammattitaitoaan, tuntea ammattitoimintansa rajat, perehtyä säännöksiin ja soveltaa yleisesti hyväksytyjä

menettelytapoja koulutuksensa mukaisesti. Potilasturvallisuuden varmistamiseen on työnantajan ohjauksen ja käytäntöjen näkökulmasta pyritty sillä, että lääkkeitä määrävillä sairaanhoitajilla täytyy olla lain edellyttämä vastaavan lääkärin kirjallinen määräys, toimintayksikkökohtaiset hoito-ohjeet ja mahdollisuus konsultoida lääkäriä. Lisäksi toimintayksiköissä tulisi olla järjestelmät lääkemääräysten seurantaan, poikkeamien raportointiin ja niiden seurantaan. Kansansairauksiin liittyvän sairaanhoitajan vastaanottotoiminnan osalta lääkkeitä määrävän sairaanhoitajan tehtävänä on lääkehoidon arviointiin osallistuminen ja lääkityksen jatkaminen (Vallimies-Patomäki 2015).

Sosiaali- ja terveysministeriön asetus määrittää rajatun lääkkeenmääräämisen piirissä olevat lääkkeet, tautitilat ja lääkkeenmääräämisen rajoitukset. Rajattu lääkkeenmäärääminen koskee laillistettuja sairaanhoitajia, sekä sairaanhoitajana laillistettuja terveydenhoitajia ja kättilöitä, jotka ovat suorittaneet edellä kuvatun lisäkoulutuksen ja saaneet terveydenhuollon ammattihenkilöistä annetun lain mukaisen kirjallisen määräyksen. Potilasturvallisuuden varmistamiseksi rajatun lääkkeenmääräämisoikeuden omaavalla terveydenhuollon ammattihenkilöllä täytyy olla mahdollisuus konsultoida itsenäisesti toimimaan oikeutettua lääkäriä lääkkeenmääräämiseen liittyvissä asioissa. Mikäli hoitajan vastaanotolla oleva potilas tarvitsee lääkehoitoa, jota rajatun lääkkeenmääräämisoikeuden omaava terveydenhuollon ammattihenkilö ei voi määrätä, tai potilaan hoito edellyttää lääkärin arviota, on potilaalle järjestettävä kohtuullisessa ajassa pääsy lääkärin vastaanotolle. Lääkettä määrätessä tulee terveydenhuollon ammattihenkilön noudattaa potilaan kirjallista hoitosuunnitelmaa ja terveydenhuollon toimintayksikön kansallisiin hoitosuosituksiin perustuvia ohjeita, sekä tehtävä riittävät potilasasiakirjamerkinnot. Sairaanhoitaja määrää lääkkeet vaikuttavan aineen, vahvuuden ja lääkemuodon perusteella. Puhelinreseptejä sairaanhoitajat eivät saa tehdä. Rajatun lääkkeenmääräämisoikeuden omaavan terveydenhuollon ammattihenkilö saa antaa ja uusia lääkemääräyksen vain vastaanotolla toteamansa tarpeen perusteella. Lääkkeitä määrävän sairaanhoitajan on siis aina lääkettä määrätessään tavattava potilas henkilökohtaisesti vastaanotollaan (Sosiaali- ja terveysministeriön asetus lääkkeenmääräämisestä 1088/2010). Edellä kuvatut rajatun lääkkeenmääräämisen reunaehdot huomioiden, Sosiaali- ja terveysministeriön johtaman selvitysryhmän teettämän kyselyn perusteella, sairaanhoitajat ohjasivat potilaan lääkärin vastaanotolle päivittäin siitä syystä, ettei heillä itsellään ollut oikeutta määrätä potilaan tarvitsemaa lääkitystä (Vallimies-Patomäki 2015).

Sosiaali- ja terveysministeriön neuvottelevan virkamiehen Marjukka Vallimies-Patomäen mukaan STM:n selvitysryhmän tekemässä tutkimuksessa kävi ilmi, että sairaanhoitajan lääkkeenmääräämisen omavalvonnan keinot ovat terveydenhuollon toimintayksiköissä lakiin nähden puutteellisia. Omavalvontaa tapahtuu työparilääkäriin toteuttamana, osana organisaation lääkkeenmääräämisen seurantajärjestelmää, potilasasiakirjojen perusteella tai laadunvarmistusjärjestelmän avulla. Suomessa on kuitenkin myös yksiköitä, joissa ei toteuteta systemaattista omavalvontaa juuri lainkaan. Valvira ja Kela ovat seuranneet sairaanhoitajien tekemiä lääkemääräyksiä tiiviisti ja raportoineet yksittäisiä tapauksia asetuksen vastaisesta toiminnasta. Apteekkien nähdään tarvitsevan lisää ohjausta koskien sairaanhoitajan lääkkeenmääräämisoikeutta (Vallimies- patomäki 2015).

Valtioneuvoston asetuksella lääkkeenmääräämisen edellyttämästä koulutuksesta säädetään rajatun lääkkeenmääräämisen erikoispätevyuden koulutuksen tavoitteista, sisällöstä ja osaamisen varmentamisesta. Lisäksi sillä säädetään kelpoisuudesta koulutukseen ja koulutuksen suorittamisesta annettavasta todistuksesta. Koulutuksen tulee antaa valmiudet määrätä hoidossa käytettäviä lääkkeitä hoitamilleen potilaille, sekä seurata ja arvioida hoidon vaikutuksia. Lisäksi koulutuksen tulee antaa valmiudet myös noudattaa lääkkeenmääräämisestä annettuja säädöksiä, potilasturvallisuuden vaatimuksia sekä yleisesti hyväksytyjä hoitokäytäntöjä. Rajatun lääkkeenmääräämisen lisäkoulutuksen tulee antaa myös valmiudet työskennellä moniammatillisessa yhteistyössä sekä arvioida ja kehittää ammatillista osaamistaan ja lääkkeenmääräämisen käytäntöjä (Valtioneuvoston asetus lääkkeen määräämisen edellyttämästä koulutuksesta 1089/2010).

Rajatun lääkkeenmääräämisen erikoispätevyuden saaminen edellyttää 45 opintopisteen laajuisten korkeakouluopintojen suorittamista. Opinnot koostuvat tautiopin, kliinisen lääketieteen, kliinisen hoitotyön, farmakologian ja reseptiopin opintokokonaisuuksista. Koulutuksen suunnittelusta ja käytännön järjestämisestä vastaavat yhteistyössä yliopistot ja ammattikorkeakoulut. Teoriaopintoja tulee tukea käytännön opiskelu terveydenhuollon toimintayksiköissä. Opiskelijan työssä tapahtuvasta oppimisesta vastaa laillistettu lääkäri, joka on vastuussa opiskelijan välittömästä ohjauksesta ja osallistuu myös työelämässä tapahtuvan näytön arviointiin. Ammattikorkeakoulun ja terveydenhuollon toimintayksikön on asetuksen mukaan sovittava kirjallisesti opiskelijan ohjaamisesta. Sopimuksessa on oltava kirjattuna tiedot opiskelua ohjaavasta lääkäristä ja hänen tehtävistään. Koulutuksen käyneen hoitajan on osoitettava rajatun lääkkeenmääräämisen erikoispätevyuden edellyttämä osaaminen

valtakunnallisella kirjallisella kokeella ja työelämässä tapahtuvalla näytöllä. Koulutukseen hakeutuvilla laillistetuilla sairaanhoitajilla tai sairaanhoitajina laillisteluilla terveydenhoitajilla ja kättilöillä tulee olla viimeisen viiden vuoden ajalta vähintään kolmen vuoden käytännön kokemus siltä tehtäväalueelta, jolla hän tulee lääkettä määräämään. Korkeakoulu antaa opiskelijalle todistuksen koulutuksen suorittamisesta. Todistuksen sisällöstä on määrätty erikseen (Valtioneuvoston asetus lääkkeen määräämisen edellyttämästä koulutuksesta 1089/2010).

3.2 Sairaanhoitajan lääkkeenmääräämisen käytännöt

Oikeus määrätä reseptilääkkeitä on siis viime aikoina annettu useissa maissa lisääntyvästi myös sairaanhoitajille ja muillekin terveydenhuollon ammattihenkilöille tietyin maakohtaisin edellytyksin. Maakohtaiset erot lääkkeenmääräämisoikeuden laajuudessa niin ammattiryhmien kuin lääkeryhmienkin osalta johtuvat mm. erilaisista terveydenhuoltojärjestelmistä, hoitotyön asemasta järjestelmässä ja väestön jakautumisesta maantieteellisesti kyseisessä maassa. Sairaanhoitajilla on eri tavoin rajattu oikeus määrätä reseptilääkkeitä potilaille esimerkiksi USA:ssa, Australiassa, Uusi-Seelannissa, Irlannissa, Iso-Britanniassa, Ruotsissa ja useissa Afrikan alikehittyneissä maissa (Ball 2009, 61-65). Kroezen ym. (2012) lisäävät vielä edellä mainittujen maiden joukkoon mm. Suomen, Kanadan, Norjan ja Alankomaat. Lääkkeitä määräävien sairaanhoitajien koulutustausta ja toiminnan kokonaisarviointi vaihtelevat huomattavasti eri maiden välillä (Ball 2009, 61-65).

Lääkkeenmääräämiseen liittyvä koulutus annetaan sairaanhoitajille osassa maista osana perustutkintoa, kun taas toisaalla lääkkeenmääräämiseen tarvitaan erillinen koulutus. Koulutusta annetaan maasta riippuen joko ylemmällä korkeakoulutasolla (maisteriopinnot) tai alemmalla korkeakoulutasolla (kandidaatin tutkinto). Suomessa koulutusta järjestetään ammattikorkeakouluissa ja koulutuksen rahoitus on järjestetty niin, että koulutettavan työnantaja ja valtio maksavat sen (Kroezen ym. 2012). Sairaanhoitajan erikseen määritelty oikeus määrätä reseptilääkkeitä on ollut pisimpään voimassa USA:ssa (1970-luvulta lähtien), kun puolestaan Suomessa lainsäädäntö on mahdollistanut tämän vuodesta 2010 alkaen (Delamaire & Lafortune 2010). Ensimmäinen sairaanhoitaja sai lääkkeenmääräämiseen liittyvän yksilöintitunnuksen Suomessa kesäkuussa 2012. Suomessa lääkkeitä määräävistä sairaanhoitajista suurin osa työskentelee terveydenhuollon toimintayksiköiden ilmoituksen mukaan joko terveyskeskusten päivystyksissä tai ajanvarausvastaanotoilla ja pienempi osa

sairaanhoidopiirien yhteispäivystyksissä. Muissa yksiköissä, kuten neuvoloissa, työskentelevien osuus on marginaalinen. Ajanvarausvastaanotolla lääkkeenmääräämisen liittyvää työtä erikoispätevyuden suorittaneet hoitajat tekevät keskimäärin kaksi päivää viikosta ja päivystyksissä noin 14 tuntia viikossa (Vallimies-Patomäki 2015).

Hoitajat voivat käytännössä osallistua reseptilääkkeiden määräämiseen neljällä erilaisella tavalla riippuen kotimaansa lainsäädännöstä. Joissakin maissa itsenäinen lääkkeiden määrääminen (independent prescribing) on mahdollista joko rajatusta lääkevalikoimasta tai vapaasti ilman rajoituksia. Yhteistyössä tapahtuva lääkkeiden määrääminen (collaborative prescribing) edellyttää, että lääkkeitä määräävä sairaanhoitaja pystyy konsultoimaan lääkäriä ja näin ikään kuin yhteistyössä määrää lääkkeen joko rajatulta tai vapaalta listalta lääkevalmisteita. Konsultaatio ei tässä tarkoita aina kasvokkain tapahtuvaa yhteistyötä, vaan ohjaus voi tapahtua myös esimerkiksi kirjallisen hoitosuunnitelman kautta. Tässä toimintamallissa diagnoosin tekeminen on yleensä lääkärin velvollisuus, mutta sairaanhoitaja voi uusia aiemmin aloitettujen lääkitysten reseptejä ja muuttaa lääkeannosta tai esimerkiksi vuorokausittaisia annostelukertoja. Potilasryhmäkohtaisen lääkkeidenmääräämisen (patient group directives) ja valmiiden reseptien jakamisen tietyille potilasryhmille (patient specific protocols) ei katsota olevan itsenäistä lääkkeiden määräämistä (Ball 2009, 9-13). Kroezen ym. (2011) puolestaan käyttävät hieman eri termejä luokitellessaan sairaanhoitajan lääkkeenmääräämiseen liittyviä tapoja. He jakavat ne itsenäiseen (independent nurse prescribing), täydentävään (supplementary nurse prescribing) ja potilasryhmiin sidottuun lääkkeiden määräämiseen (patient group directions). Sairaanhoitajan itsenäiseen lääkkeenmääräämiseen liittyen he korostavat hoitajan roolia potilaan tutkijana ja diagnoosin asettajana, sekä hoidon itsenäisenä määrääjänä (Kroezen ym. 2011).

3.3 Sairaanhoitajan lääkkeenmääräämisen käyttöönoton vaikutuksia

Sosiaali- ja terveysministeriön johtaman selvitystyöryhmän tekemän tutkimuksen perusteella sairaanhoitajien ja lääkäreiden arviot sairaanhoitajan rajatun lääkkeenmääräämisen hyödyistä vaihtelivat. Sairaanhoitajat arvioivat lääkäreitä useammin toimintatavan vähentävän lääkärin työn kuormittavuutta, parantavan potilaiden sitoutumista lääkehoitoon, selkeyttävän lääkäreiden ja hoitajien työnjakoa sekä parantavan potilastyytyväisyyttä. Molemmat ammattiryhmät olivat pääosin sitä mieltä, että sairaanhoitajan lääkkeenmäärääminen parantaa lääkäreiden ja sairaanhoitajien yhteistyötä (Vallimies-Patomäki 2015). Sairaanhoitajien

tarjoaman hoidon laadun on katsottu olevan hyvää tasoa kun kyse on ennaltaehkäisystä, pitkäaikaissairaiden rutiinikontrolleista tai lievistä sairauksista. Hoitajat antavat yleensä lääkäreitä enemmän ohjausta potilaille (Sibbald 2006). Potilastyytyväisyys on tehtäväsiirtojen myötä saattanut parantuakin johtuen mahdollisesti siitä, että sairaanhoitajilla on ollut lääkäreitä enemmän aikaa kuunnella potilaan huolia ja antaa ohjausta. Hyvä sairaanhoitajien ja lääkäreiden keskinäinen yhteistyö on tärkeässä roolissa kehitettäessä uusia työnjakomalleja (Delamaire & Lafortune 2010).

Sairaanhoitajien vastaanotoilla käyneet potilaat ovat olleet saamaansa hoitoon tyytyväisiä ja hoidon laatu on todettu hyväksi. Sairaanhoitajat määräävät lääkäreitä enemmän tutkimuksia potilaille ja heidän vastaanottoaikansa ovat pidempiä. Sairaanhoitajat antavat myös lääkäreitä enemmän potilaille ohjeita omahoitoon ja keskustelevat potilaiden kanssa. Taustalla vaikuttaa todennäköisesti se, että lääkärit joutuvat perusterveydenhuollossa työskentelemään tiukemmalla aikataululla kuin hoitajat (Horrocks ym. 2002). Gielen ym. (2013) toteavat, että sairaanhoitajan lääkkeenmäärääminen on todettu potilasturvalliseksi sekä potilastyytyväisyyttä tuottavaksi toiminnaksi. Ammattiryhmien toiminnan vertailuun liittyvissä tutkimusasetelmissä on puolestaan havaittu selviä menetelmällisiä haasteita. Taustalla vaikuttaa monia muuttujia, kuten esimerkiksi se määräävätkö hoitajat ja lääkärit tiettyssä maassa lääkkeitä yhteisiin kansallisiin hoitosuosituksiin vai ammattikuntaakohtaisesti räätälöityihin ohjeisiin nojaten (Gielen ym. 2013).

Toukokuun puolivälissä 2015 sairaanhoitajan lääkkeenmääräämisen erikoispätevyyden suorittaneita oli Suomessa 187 ja arviolta keväällä 2016 heitä olisi jo 270. Suurin osa heistä on valmistunut Jyväskylän ammattikorkeakoulusta, jonka lisäksi heitä on koulutettu kahdeksassa muussa yksikössä Suomessa. Keväällä 2015 lääkkeitä määrääviä sairaanhoitajia työskentelee, kolmea sairaanhoitopiiriä lukuun ottamatta, kaikissa Suomen sairaanhoitopiireissä. Vuonna 2014 lääkkeitä määräävät sairaanhoitajat kirjoittivat Kelan tilastojen mukaan reilut 7500 reseptiä joista valtaosa oli systeemisesti vaikuttavia infektiolääkkeitä. Lääkkeitä määräävien sairaanhoitajien työn arvioiminen kirjoitettujen reseptien määrällä ei kuitenkaan anna oikeaa kuvaa ammattiryhmän työn vaikuttavuudesta. On katsottu, että koulutuksen myötä hoitajien tehtävänkuvat ovat vahvistuneet laajasti niin akuutissa kuin pitkäaikaissairanhoidossakin. Lisäksi vahvistumista on arvioitu tapahtuneen myös ennaltaehkäisyssä ja potilaiden omahoidon tukemisessa. Hoitajien työn vaikuttavuus on nähty tärkeänä myös itsehoitolääkkeiden käytön ohjauksen tehostumisessa (Vallimies-Patomäki 2015).

Marja-Liisa Vesterinen (2014) tutki vuonna 2013 Suomessa lääkkeenmääräämisen erikoispätevyyden saaneiden sairaanhoitajien ja terveydenhoitajien käsityksiä sairaanhoitajan lääkkeenmääräämisestä. Uudenlaisen toimintatavan nähtiin nopeuttavan potilaiden hoitoon pääsyä, muuttavan työnjakoa hoitajien ja lääkäreiden välillä, vapauttavan lääkäreiden työaika vaativampiin tehtäviin sekä esimerkiksi parantavan pitkäaikaissairaiden hoidon koordinoitua (Vesterinen, 2014). Yksiselitteisiä tehtävien siirrosta seuranneita kustannussäästöjä tutkimuksissa ei ole selkeästi pystytty osoittamaan (Delamaire ja Lafortune 2010). Hoitajavastaanoton kustannusvaikutuksista ei ole myöskään Horrocks ym. (2002) mukaan saatu selvää näyttöä.

3.4 Suhtautuminen sairaanhoitajan lääkkeenmääräämiseen

Sairaanhoitajien roolin vahvistaminen ja tehtäväkuvien laajentaminen on kohdannut vastustusta lääkärijärjestöjen toimesta mm. vastuukysymysten vuoksi. Aiheen kansainvälistä tarkastelua vaikeuttavat hyvin erilaiset terveydenhuollon järjestämistavat eri maissa (Delamaire & Lafortune 2010). Kroezen (2014) tuo väitöskirjansa useissa osatöissä hyvin vahvasti esille eri maiden lääkärijärjestöjen vastustavaa kantaa suhteessa sairaanhoitajan lääkkeenmääräämisoikeuteen.

Suomessa eri ammattikuntien suhtautumisesta sairaanhoitajan lääkkeenmääräämiseen ei ole juurikaan julkaistua tietoa. Suomen Lääkäriliitto suhtautuu kielteisesti sairaanhoitajan lääkkeenmääräämiseen mahdollisesti kaavailtuihin laajennuksiin ja pitää niitä potilasturvallisuutta ja hoidon kokonaisuutta vaarantavina (Soininen 2015). Sosiaali- ja terveysministeriön johtaman selvitystyöryhmän tekemän tutkimuksen perusteella Suomessa lääkäreiden asenteet sairaanhoitajan lääkkeenmääräämiseen ovat pääasiassa melko myönteisiä (Vallimies- Patomäki 2015). Hollannissa tehty laaja kyselytutkimus osoitti, että lääkärit suhtautuvat sairaanhoitajan lääkkeenmääräämisoikeuteen neutraalisti, joskin jonkin verran huolta hoidon laadun ja potilasturvallisuuden osalta he toivatkin esiin (Kroezen ym. 2014a).

Potilaiden asenteet ovat myös pääosin myönteisiä niin, että kyselyyn vastanneista lääkkeitä määräävän sairaanhoitajan vastaanotolla käyneistä 74 % ei kokenut tarpeelliseksi käydä lääkärin vastaanotolla. Tosin kyselyyn vastanneista jopa neljäsosa ei osannut sanoa kantaansa asiaan (Vallimies- Patomäki 2015). Brooks ym. (2001) mukaan potilailta saatu palaute koskien sairaanhoitajan lääkkeenmääräämistä on ollut positiivista.

3.5 Ammattiryhmien välinen yhteistyö sairaanhoitajan lääkkeenmääräämiseen liittyen

Laajennettuihin tehtäväkuviin liittyvät hoitotyön asiantuntijatehtävät (esimerkiksi lääkkeiden määräämisen erikoispätevyys) ovat kansainvälisesti lisääntymässä (Jokiniemi 2014). Hoitotyöntekijöiden tehtäväkuvat ovat laajentuneet pääasiassa niin, että tehtäviä on siirretty lääkäreiltä hoitajille (Hukkanen ja Vallimies-Patomäki 2005). Lääkärin ja sairaanhoitajan hyvä yhteistyö on erittäin tärkeää tässä edelleen kehittyvässä toimintamallissa (Lindström 2003). Sairaanhoitajien mukaantulo lääkkeiden määräämiseen on vaikuttanut sairaanhoitajien ja lääkäreiden ammattikuntien väliseen suhteeseen. Sairaanhoitajan lääkkeenmääräämisoikeus vahvasti haastaa perinteisiä lääkäreiden ja sairaanhoitajien vahvoja ammattikuntarajoja. Tätä on kuitenkin tutkittu hyvin vähän. Aihetta voitaisiin tarkastella esimerkiksi niin sosiologisista kuin oikeudellisistakin näkökulmista (Kroezen 2014, 13-18). Sairaanhoitajien tehtäväkuvien muutokset ovat edellyttäneet lakimuutoksia useissa maissa. Lisäksi on nähty tarvetta kehittää niin lääketieteen kuin sairaanhoidon opiskelijoidenkin opinto-ohjelmia niin, että jatkossa vahvistettaisiin heidän valmiuksiaan työskennellä moniammatillisesti (Delamaire & Lafortune 2010). Lum ym. (2013) havainnollistavat tätä nostamalla terveydenhuollon ammattilaisten kesken tapahtuvan kommunikaation yhdeksi keskeiseksi osa-alueeksi lääkkeitä määräävien sairaanhoitajien opinto-ohjelmassa.

Lääkkeenmääräämiseen liittyen keskeisiä osaamisalueita ovat anamneesin ottaminen potilaalta (diagnoosiin tarvittavat tiedot ja lääkityshistoria), farmakologinen tietotaito, kyky selkeästi kuvata potilaalle ja muille hoitoon osallistuville tehdyt lääkityslinjaukset sekä kyky arvioida hoidon kokonaishyötyjä ja haittoja (Morris 2011). Lisäksi keskeisiä taitoja, lääkkeenmäärääjän ammattipätevyyteen liittyen, ovat kyky kommunikoida niin suullisesti kuin kirjallisestikin sekä kyky työskennellä hyvässä yhteistyössä muiden terveydenhuollon ammattilaisten kanssa (NPS 2012). Hyvä työyhteisön sisäinen ilmapiiri on tärkeä tuki lääkkeitä määräävien sairaanhoitajien työssä. Yksinäinen työpiste ei tue lääkkeitä määräävien sairaanhoitajien työtä vaan sekä vertaistuki, että tuki lääkäreiltä on erittäin arvokasta ja tärkeää heidän ammatilliselle kehittymiselleen. Sairaanhoitajan lääkkeenmääräämistä vaikeuttavia tekijöitä puolestaan ovat niin työyhteisön tuen, kuin lääkkeitä määräävien sairaanhoitajien roolin ymmärtämisen puuttuminenkin (Otway 2002). Lääkkeitä määräävät sairaanhoitajat ovat saaneet lääkäreiltä arvostusta, mutta toisaalta heidän roolinsa on aiheuttanut epätietoisuutta ja väärinymmärryksiä myös lääkäreiden keskuudessa. Oleellista olisikin, että koko työyhteisölle kerrottaisiin selkeästi lääkkeitä määräävien sairaanhoitajien toimintamahdollisuuksista (Brandley ym. 2007). Myös

Hay ym. (2004) korostavat yhteistyön ja työnkuvasta kertomisen keskeisyyttä lääkkeitä määrävien sairaanhoitajien työn helpottamiseksi.

Työyhteisö voi joko helpottaa tai haitata lääkkeitä määrävien sairaanhoitajien työtä riippuen siitä kuinka hyvin heidän yhteistyöroolinsa ymmärretään. Läkkeitä määrävät sairaanhoitajat kokevat sairaanhoitajan lääkkeiden määräämisoikeuden lisäävän yhteistyötä ja tiedon jakamista eri ammattiryhmien välillä. Keskeisinä asioina lääkkeitä määrävien sairaanhoitajien ja lääkäreiden yhteistyössä hoitajat näkevät lääkäriltä saamansa tuen, sekä jatkuvan oppimisen ja tiedon jakamisen merkityksen. Läkkeitä määrävät sairaanhoitajat ovat korostaneet säännöllisen kontaktin ja kliinisistä tilanteista keskustelemisen lääkärin kanssa olevan erittäin tärkeitä tiedon ja ymmärryksen jakamisen sekä hoitopäätösten tekemisen kannalta. Säännöllinen kontakti voi tapahtua joko suullisesti tai kirjallisesti. Samalla hoitajat voivat jakaa omaa osaamistaan lääkäreille. Myös lääkäreiden luottamus hoitajiin ja heidän työhönsä voi samalla kasvaa (Stenner & Courtenay 2008).

Kroezen ym. (2014b) esittelee lääkkeitä määrävien sairaanhoitajien ja lääkäreiden yhteistyötapoja Hollantilaisissa sairaaloissa. Haastattelututkimuksella saatiin selville, että käytännön työelämässä hollantilaiset lääkkeitä määrävät sairaanhoitajat (nurse specialists with a Master's degree in Advanced Nursing Practice) käyttävät pätevyyttään paljon maansa lakien sallimaa laajuutta kapeammin johtuen esimerkiksi paikallisista sopimuksista toimintatapoja koskien. Toimintatavat vaihtelivat suuresti sairaaloiden välillä. Tämän tutkimuksen mukaan lääkkeitä määrävät sairaanhoitajat konsultoivat lääkäriä aina jos kyseessä oli potilaalle uusi lääke tai määräys poikkesi jotenkin totutusta protokollasta. Konsultaatiot olivat muodoltaan epävirallisia ja tapahtuivat usein niin, että hoitaja pistäytyi sattumanvaraisesti jonkun lääkärin luona konsultoimassa kesken pitämänsä vastaanoton tai vaihtoehtoisesti pyysivät lääkäriä pistäytymään vastaanottohuoneessaan (tai osastolla potilaan huoneessa) kesken potilaskontaktin. Läkkeitä määrävät sairaanhoitajat käyttivät myös puhelinta ja sähköpostia neuvojen saamiseen ja tekemiensä lääkemääräysten tarkistamiseen. Tällaiset konsultaatiot olivat haastatteluun osallistuneiden mielestä hyvä käytäntö, vaikkakin odotteluun kului aikaa niin hoitajilla kuin potilailakin. Erityisen tärkeänä tekijänä lääkkeenmääräämiseen liittyvälle yhteistyölle nähtiin keskinäinen luottamus ja lääkäreiden osallistuminen sairaanhoitajien lääkkeenmääräämiskoulutukseen (Kroezen ym. 2014b). Konsultaatioiden tärkeydestä terveydenhuollon moniammatillisen yhteistyön osana ovat kirjoittaneet myös Collin ym. (2010). He toteavat, että konsultaatioissa on usein kyse siitä, että hoitajat kysyvät asioita

lääkäreiltä, mutta konsultoimista tapahtuu heidän mukaansa myös päinvastoin. Lisäksi he nostavat esiin toisen työtä tarkkailemalla tapahtuvan tiedon saamisen ja jakamisen tärkeänä moniammatillisen yhteistyön osana (Collin ym. 2010).

Sairaanhoitajan lääkkeenmääräämisen kehittämisen osalta STM:n johtaman työryhmän tekemän tutkimuksen perusteella terveydenhuollon kentällä erityisesti lääkkeitä määrävillä sairaanhoitajilla on halukkuutta laajentaa toimintaa. Oikeuksien laajentamista uusille palvelusektoreille kannatettiin erityisesti kotisairaanhoidon osalta (Vallimies-Patomäki 2015). Kroezen (2014, 313) toteaa väitöskirjansa johtopäätöksissä, että lääkäreiden lääkkeitä määrävillä sairaanhoitajille antaman tuen ja ohjauksen tulisi kehittyä jatkossa aiempaa systemaattisempaan suuntaan.

Hyvää yhteistyön ilmapiiriä pidetään tärkeänä tukena sairaanhoitajan lääkkeenmääräämiselle. Vaikka järjestötasolla Hollannissa ammattiryhmien välille on hahmottunut vastakkainasettelua lääkkeenmääräämiseen liittyen, ei tämä kuitenkaan tullut selvästi esille käytännön työelämässä sairaaloissa. Lääkärit toivat kuitenkin esiin, että vaativampien potilaiden lääkemääräykset kuuluvat lääkäreiden hoidettaviksi. Työyksikön sisäisellä organisaatio- ja johtamiskulttuurilla nähtiin olevan vaikutusta sairaanhoitajien tapaan käyttää lääkkeenmääräämisoikeuttaan. Tutkimuksessa havaittiin, että on tärkeää tutkia tehtävien siirtoon liittyvää trendiä myös työyksikkökohtaisesti (organisational level), eikä vain yleisellä tasolla (legal macro level). Yhteistyötävät saattavat organisaatioittain vaihdella ja jokaisen työyksikön tulisi löytää itselleen sopivin tapa soveltaa sairaanhoitajan lääkkeenmääräämisoikeuteen liittyviä mahdollisuuksia kansallisen lain puitteissa (Kroezen ym. 2014b).

Tiedonhaun pohjalta voidaan todeta, että sairaanhoitajien ja lääkäreiden yhteistyötä on Suomessakin tutkittu. Läkkeitä määrävien sairaanhoitajien ja lääkäreiden yhteistyöstä meillä sen sijaan on vasta vähän julkaistua tutkimustietoa. Tätä taustaa vasten tälle tutkimukselle on tarvetta.

4 TUTKIMUKSEN TARKOITUS JA TUTKIMUSKYSYMYKSET

Tämän tutkimuksen tarkoituksena on selvittää lääkkeitä määräävien sairaanhoitajien ja heidän kanssaan yhteistyössä työskentelevien lääkäreiden näkemyksiä yhteistyöstä suomalaisessa perusterveydenhuollon vastaanottoiminnassa. Tutkimuksen tavoitteena on löytää tekijöitä joihin perusterveydenhuollossa työskentelevien ammattiryhmien keskinäistä yhteistyötä kehitettäessä kannattaisi jatkossa kiinnittää huomiota. Tutkimuskysymykset ovat:

1. Miten lääkkeitä määräävät sairaanhoitajat ja lääkärit tekevät yhteistyötä terveyskeskusten vastaanottoiminnassa?
2. Mitkä tekijät tukevat lääkkeitä määräävien sairaanhoitajien ja lääkäreiden yhteistyötä?
3. Millaisia haasteita liittyy lääkkeitä määräävien sairaanhoitajien ja lääkäreiden yhteistyöhön?
4. Millaisia toiveita lääkkeitä määrävillä sairaanhoitajilla ja lääkäreillä on tulevaisuuden yhteistyölle?

5 TUTKIMUKSEN MENETELMÄT

5.1 Aineiston hankinta

Lääkäreiden ja sairaanhoitajien yhteistyö on minulle henkilökohtaisesti hyvin läheinen ja tärkeä aihe. Olen ensimmäiseltä koulutukseltani terveydenhoitaja. Terveydenhoitajana työskentelin yhteistyössä lääkäreiden kanssa monilla eri perusterveydenhuollon sektoreilla. Sittemmin olen opiskellut lääketieteen lisensiaatiksi ja työskennellyt pääasiassa yleislääkärinä terveyskeskuksessa. Ammattiryhmien välinen yhteistyö on käytännön kokemukseni valossa perusterveydenhuollon vastaanotto toiminnassa erittäin tärkeää potilaiden hyvän hoidon turvaamiseksi. Esiymmärrykseni lääkkeitä määräävän sairaanhoitajan ja lääkärin yhteistyöstä pohjautuu työskentelelyyni terveyskeskuslääkärinä sekä lääkkeenmääräämisen erikoispätevyyden suorittaneen hoitajan lisäkoulutuksen ohjaajana ja työparina. Tältä pohjalta kiinnostuin tutkijana erityisesti vastaanotto toiminnassa tapahtuvasta yhteistyöstä. Tutkimusaiheen hahmottelun ja haastateltavien rekrytoinnin osalta tehtiin korkeakoulu yhteistyötä Jyväskylän ammattikorkeakoulun kanssa.

Lääkkeitä määräävien sairaanhoitajien ammattikunta on uusi suomalaisessa terveydenhuollossa. Näin ollen lääkäreiden ja lääkkeitä määräävien sairaanhoitajien välisestä yhteistyöstä ei juurikaan ole olemassa aiemmin julkaistua tietoa. Tämä vaikutti aineistonkeruumenetelmän valintaan. Tutkimuksen aineistonhankintamenetelmäksi valittiin haastattelu mahdollisimman monipuolisen tiedon keräämiseksi. Tuomen ja Sarajärven (2013) mukaan haastattelun etuna on joustavuus, kuten mahdollisuus esittää kysymykset tilanteeseen sopivassa järjestyksessä, sekä mahdollisuus tarvittaessa esittää tarkentavia kysymyksiä (Tuomi & Sarajärvi 2013, 73).

Haastateltavia rekrytoitiin mukaan Jyväskylän ammattikorkeakoulussa lokakuussa 2014 järjestetyssä valtakunnallisessa Sairaanhoitajien lääkkeenmääräämisen syysfoorumissa. Koulutustilaisuuteen osallistui sairaanhoitajan lääkkeenmääräämisen lisäkoulutuksen suorittaneita tai parhaillaan opintojaan suorittavia hoitajia. Tilaisuuden alustuksessa esittelin valmisteilla olevan tutkimuksen (liite 1), jonka jälkeen luentosalissa kiersi nimilista johon tutkimukseen mukaan haluavat saivat jättää yhteystietonsa toimipaikkoineen. Samalla kysyttiin hoitajilta arviota haluaisiko heidän lääkäri työparinsa ehkä osallistua haastatteluun.

Osa koulutukseen osallistujista rajautui pois tutkimusryhmästä johtuen siitä, että he työskentelevät vain päivystyksessä.

Syksyllä 2014 haastatteluun halukkaiksi ilmoittautuneista vastaanottotoiminnassa työskentelevistä lääkkeitä määräävistä sairaanhoitajista kaikki eivät enää alkuvuodesta 2015 olleet käytettävissä haastatteluun johtuen esimerkiksi työtilanteen muutoksista. Näin ollen, maaliskuussa 2015 lisää vastaanottotoiminnassa työskenteleviä lääkkeitä määrääviä sairaanhoitajia rekrytoitiin mukaan tutkimukseen yhteistyössä Jyväskylän ammattikorkeakoulun kanssa lisäkoulutuksesta valmistuneille hoitajille lähetetyllä sähköpostiviestillä (liite 2). Kuten koulutustilaisuudessa aiemmin, myös tässä yhteydessä rekrytoitaville selvitettiin mitä haastattelu koskee. Lisäksi todettiin, että aineisto tulee luottamuksellisesti vain allekirjoittaneen käyttöön tätä pro gradua varten ja se tuhotaan gradun valmistuttua. Näin huomioitiin Tuomen ja Sarajärven (2013, 73) esille tuoma eettisyyden periaate. Vastaanottotoiminnassa työskenteleviä, haastattelusta kiinnostuneita, lääkkeitä määrääviä sairaanhoitajia ilmoitautui sähköpostirekrytoinnissa lisää. Lääkkeitä määräävät sairaanhoitajat kysyivät haastatteluun mukaan lääkäriparin omasta työyksiköstään. Osa haastatteluun kysytyistä lääkäreistä ei kuitenkaan ollut halukkaita haastatteluun esimerkiksi vähäiseksi koetun yhteistyön vuoksi. Haastatteluun halukkaille lähetettiin etukäteen kirjallinen suostumuslomake (liitteet 3 ja 4), johon he vastasivat sähköpostitse.

Haastattelu saatiin sovittua 9 lääkkeitä määräävän sairaanhoitajan ja 8 lääkärin kanssa (n=17). Haastattelut toteutettiin parihaastatteluina (n=8) haastateltavien omilla työpaikoilla maaliskuun-toukokuussa 2015. Yhdessä haastattelussa oli läsnä kaksi hoitajaa. Haastateltavien esimiehiltä pyydettiin ennakkoon sähköpostitse lupa tunnin työajan käyttöön haastattelua varten (liite 5). Haastattelut nauhoitettiin digitaalisesti muistikortille SONY:n digitaalisella nauhurilla. Parihaastattelu valittiin, jotta ammattilaiset pystyivät haastattelun edetessä täydentämään toistensa näkemyksiä käsiteltävästä asiasta. Haastattelututkimuksia on terveydenhuollossa usein toteutettu ammattiryhmäkohtaisesti. Lääkäreiden ja sairaanhoitajien parihaastatteluilla nähtiin tässä mielessä olevan uutuusarvoa. Valmistuneita lääkkeitä määrääviä sairaanhoitajia oli haastateltavia rekrytoitaessa Suomessa alle 200, eivätkä läheskään kaikki heistä työskennelleet vastaanottotoiminnassa. Näin ollen haastateltavat jakautuvat maantieteellisesti laajalle alueelle. Haastattelut toteutettiin viiden eri sairaanhoitopiirin alueella

perusterveydenhuollon toimintayksiköissä joiden väestöpohjat vaihtelivat noin 2000 asukkaasta reiluun 30000 asukkaaseen.

Haastattelutavaksi valittiin puolistrukturoitu teemahaastattelu. Haastattelurunko (liite 6) rakentui teoriataustasta johdetuista teemoista (liite 7). Haastattelujen kuluessa esitettiin tarvittaessa tarkentavia kysymyksiä kyseiseen teemaan liittyen. Haastattelua ohjaavia teemoja olivat jaettu päätöksenteko ja keskinäinen riippuvuus, keskinäinen viestintä, yhteiset tavoitteet, yhteinen halukkuus työskennellä yhdessä lääkkeen määräämiseen liittyen, keskinäinen luottamus ja kunnioitus, taidot ja toiselta oppiminen sekä palautteen antaminen ja potilaan rooli. Teemahaastattelurungon tarkoituksena oli antaa haastateltaville viitettä mahdollisista aiheeseen liittyvistä näkökulmista. Tuomi ja Sarajärvi (2013) suosittelevat, että mahdollisimman kattavan tiedon saamiseksi haastattelukysymykset tai aiheet annettaisiin tiedonantajille etukäteen tutustuttaviksi (Tuomi & Sarajärvi 2013, 73). Samalla, kun sovin kaikkien haastateltavien kanssa erikseen haastatteluajasta sähköpostitse, lähetin heille haastattelun teemat tiedoksi hyvissä ajoin ennen haastattelua. Yksi työpareista ei kuitenkaan ollut saanut teemoja etukäteen tiedokseen, johtuen teknisistä ongelmista. Tuomen ja Sarajärven (2013) mukaan haastattelun etuna on se, että tiedonantajiksi voidaan valita henkilöt joilla on kokemusta tutkittavasta aiheesta (Tuomi & Sarajärvi 2013, 74). Aiheeseen liittyvää tietoa on tässä tutkimuksessa kysytty käytännössä vastaanottotyössä yhteistyötä tekeviltä lääkkeitä määrääviltä sairaanhoitajilta ja lääkäreiltä, mikä osaltaan lisää tutkimuksen luotettavuutta. Kaikilla tutkimukseen haastatelluilla työpareilla oli kokemusta sairaanhoitajan lääkkeenmääräämiseen liittyvästä yhteistyöstä vähintään puolentoista vuoden ajalta.

Ennen varsinaisia tutkimushaastatteluja toteutin pilottihaastattelun (Hirsjärvi & Hurme 2011, 72-73) yhdellä lääkkeitä määräävän sairaanhoitajan ja lääkärin työparilla. Pilotin perusteella muokkasinkin haastattelurungon sanavalintoja ja kysymysten muotoilua sekä järjestystä. Samalla sain viitteitä siitä, että alustava arvioni haastattelun kestosta olisi oikea. Haastateltavia oli pyydetty varamaan työaika haastattelua varten yksi tunti. Pilottihaastattelu kesti 50 min ja varsinaiset haastattelut 40 minuutista 69 minuuttiin. Pilottihaastattelu oli tarkoitettu vain haastattelurungon testaamiseen ja haastattelemisen harjoitteluun, eikä siitä saatua aineistoa sisällytetty mukaan tämän työn analyysiin.

5.2 Aineiston analyysi

Haastattelumateriaalia kertyi 421 minuuttia. Litterointi voidaan tehdä joko koko aineistosta tai valikoiden esimerkiksi teema-alueiden mukaan (Hirsjärvi ym. 2013, 222). Tässä tutkimuksessa koko aineisto kirjoitettiin auki sanatarkasti Word-tiedostoiksi. Litteroinnin suoritti ulkopuolinen työkseen saneluja purkava henkilö Express scribe- ohjelmaa hyväksi käyttäen. Litteroitua tekstiä analyysiä varten syntyi 135 sivua (riviväli 1). Litterointien valmistuttua kuuntelin kaikki haastattelut vielä itse kahteen kertaan läpi ja korjasin samalla teksteihin pienet puutteet ja virheet joita niissä havaitsin. Kuten Hirsjärvi ja Hurme (2011, 143) suosittelevat, luin kuuntelun ja korjausten jälkeen haastattelujen litteroinnit useaan kertaan läpi. Näin kokonaiskuvani aineistosta edelleen selkeytyi ja tuli hyvin tutuksi ennen varsinaisen analyysin alkamista.

Aineiston analyysi suoritettiin laadullisella sisällönanalyysillä (teoriaohjaava analyysi). Sisällönanalyysi valittiin analyysimenetelmäksi, koska tutkimuksessa kiinnostukseni kohteena ovat merkitykset, eikä esimerkiksi merkitysten rakentuminen (Hirsjärvi ym. 2013, 166,225-226, Tuomi & Sarajärvi 2013, 104). Teoriaohjaavassa analyysissä on teoreettisia kytkentöjä, jotka voivat toimia apuna analyysin etenemisessä. Analyysiyksiköt valitaan aineistosta. Aikaisemman tiedon vaikutus on tunnistettavissa analyysistä, mutta aikaisemman tiedon merkitys ei ole teoriaa testaava vaan uusia ajatuksia avaava (Tuomi & Sarajärvi 2013, 96-97). Tässä tutkimuksessa aineiston analyysissä edettiin aluksi aineistolähtöisesti, mutta loppuvaiheessa tuotiin analyysiä ohjaavaksi teoriasta nousevaa jaottelua. Tässä tutkimuksessa Tuomi ja Sarajärven (2013, 117) kuvaaman teoriaohjaavan sisällönanalyysin mukaan alaluokat nousevat puhtaasti aineistosta. Teoria on otettu ohjaamaan päättelyä pääluokkia (Schreier 2012, 59-61) muodostettaessa.

Tuomi ja Sarajärvi (2013, 110) toteavat useisiin lähteisiin viitaten, että analyysiyksikkö voi olla yksittäinen sana, lauseen osa tai ajatuskokonaisuus. Tässä tutkimuksessa analyysiyksikkönä on käytetty yhden merkityksen sisältävää ajatuskokonaisuutta jonka pituus saattaa vaihdella yhdestä sanasta useaan lauseeseen. Haastattelut nimettiin kirjaimilla A-H. Jokaiselle alkuperäisilmaisulle annettiin haastattelun kirjaimen ja juoksevan numeroinnin mukainen koodi niin, että ne oli tarvittaessa helppo löytää alkuperäisistä litteroiduista haastatteluista. Koodeja

muodostui yhteensä 1330. Kaikki koodinumeroidut analyysiyksiköt listattiin ensin tutkimuskysymyksittäin. Lääkäreiden ja lääkkeitä määrävien sairaanhoitajien kommentit erotettiin toisistaan niin, että kaikki hoitajien kommentit kirjoitettiin kursiivilla. Analyysiyksiköille annettiin värikoodi sen mukaan käsiteltiin siinä nykyistä yhteistyötä (musta), yhteistyötä tukevia tekijöitä (vihreä), yhteistyön haasteita (punainen) vai tulevaisuuden visioita (sininen). Tämän jälkeen edettiin, Tuomi ja Sarajärven (2013, 108-113) kuvaaman aineistolähtöisin sisällönanalyysin mukaan, muodostaen jokaiselle alkuperäisilmaisulle oma pelkistetty ilmaus aineiston kieleltä kunnioittaen (taulukko 1). Sitten pelkistetyistä ilmauksista etsittiin samankaltaisuuksia joita yhdistelemällä muodostettiin alaluokat (taulukko 2). Aineistosta muodostui yhteensä 62 alaluokkaa. Alaluokkia yhdistämällä muodostui teorian tuella yhteensä 13 pääluokkaa (liite 8). Kuvattujen värikoodien avulla pystyttiin hyvin erittelemään eri näkökulmat joita alaluokat saattoivat samasta asiasta sisältää.

Aineistoa luokiteltaessa luokkien toistensa poissulkevuuteen kiinnitettiin erityistä huomiota. Pohdintaa luokittelun osalta aiheuttivat mm. konsultaatioiden asema, prosessit, työnjako ja sovitut työkäytännöt. Konsultaatioiden osalta päädyttiin siihen, että kyseessä on itsenäinen toimintatapa joka ei ole puhtaasti sovittu työkäytäntö tai määrätyllä tavalla työnjaollisesti määritelty kokonaisuus. Prosessien alle puolestaan koottiin sellaiset ammattiryhmien väliseen yhteistyöhön vaikuttavat tekijät jotka eivät ole selvästi sovittuja työkäytäntöjä tai lain asettamia reunaehtoja, vaan kokonaisuuksia joihin vaikuttavat useat osatekijät. Näitä ovat esimerkiksi henkilöstöön liittyvät tekijät ja työyhteisöjen arjessa ilman varsinaista sopimista ajan saatossa muodostuneet käytännöt. Työnjaon pääluokka eroaa sovittujen työkäytäntöjen pääluokasta niin, että työnjaon yhteydessä fokus on työn ammatillisessa sisällössä kun taas sovittujen työkäytäntöjen alle koottiin ne tekijät, joiden osalta aineistosta nousi esiin työn yleiseen järjestämiseen liittyvät erikseen sovitut näkökulmat. Tässä tutkimuksessa ammattiryhmien välisen yhteistyön tarkasteltu on rajattu lääkäreiden ja lääkkeitä määrävien sairaanhoitajien yhteistyön näkökulmaan. Terveyskeskustyön luonne huomioiden, avustavan henkilökunnan tärkeää roolia tässä yhteistyökuviossa, ei kuitenkaan voitu täysin jättää huomiotta.

TAULUKKO 1. Esimerkki analyysiyksikön pelkistyksestä

Alkuperäinen ilmaus	Pelkistetty ilmaus
<i>H45 Ett kyllähän se sillai on ett sitt joskus joutuu siellä, potilas oottaa tässä ja sitt mä oottelen siellä sun oven takana ett sieltä lähtee potilas ja sitten siinä välissä yritetään niin kun vähän hoitaa...</i>	Odottelen lääkärin oven takana, että potilas lähtee pois ja sitten yritetään asia hoitaa

TAULUKKO 2. Esimerkki alaluokan muodostamisesta

Pelkistetty ilmaus	Alaluokka
<p>Odottelen lääkärin oven takana, että potilas lähtee pois ja sitten yritetään asia hoitaa</p> <p>Ovenpielessä odotan lääkäriä, että viitsitkö katsoa</p> <p>Saa ovenraosta jo konsultaation</p> <p>Voisi olla pieni väli, käyn katsomassa saisiko hoidettua</p> <p>Ei ole potilasta nyt, koputampa ja kysyn</p> <p>Helppo pistäytyä puolin ja toisin</p> <p>Voidaan pistäytyä kysymässä miten tämä hoidettais</p> <p>Koputtaa oveen ja kysyy, niin me saadaan apu</p> <p>Tullaan huoneeseen kysymään mitä tälle ja tälle tehdään.</p>	Konsultaatiot toisen työhuoneessa pistäytymällä

Monipuolisten näkökulmien esille tuomiseksi tulosten yhteydessä esitetään suoria lainauksia havainnollistavina esimerkkeinä kulloinkin käsiteltävästä aiheesta. Hoitajien kommenttien eteen on merkitty H ja lääkäreiden lainausten eteen L. Sulkeissa lainausten edessä ilmoitetaan alkuperäisten haastattelujen analyysiyksiöittäin muodostettu koodi. Tuloksissa ei pyritä erityisesti korostamaan lääkäreiden ja hoitajien näkemyksiä ammattiryhmittäin vaan kuvataan näkemyksiä yhteistyöstä yleensä, huomioiden kuitenkin, että tuloksissa kuuluu molempien ammattiryhmien ääni.

6 TULOKSET

6.1 Lääkkeitä määräävien sairaanhoitajien ja lääkäreiden nykyinen yhteistyö

Haastateltujen lääkkeitä määräävien sairaanhoitajien ja lääkäreiden mukaan ammattiryhmien välistä yhteistyötä tehtiin perusterveydenhuollon vastaanotoilla monin eri tavoin (kuva 1). Ammattiryhmien välisen yhteistyön toteuttamistavat vaihtelivat terveyskeskuksittain ja niiden sisälläkin. Vaihtelua esiintyi yhteistyötä taustoittavien tekijöiden, kuten esimerkiksi työnjaon ja prosessien osalta. Lisäksi konsultaatio- ja viestinvälityskäytäntöjen sekä hoitosuunnitelmatyön osalta esille nousi monia eri näkökulmia nykyiseen ammattiryhmien välisen yhteistyön toteuttamiseen liittyen. Ammattiryhmien väliset rajat, asenteet ja osaaminen sekä palauteen merkitys tulivat haastateltavien puheesta myös esiin ammattiryhmien välisen yhteistyön tärkeinä osatekijöinä.



KUVA 1. Nykyinen ammattiryhmien välinen yhteistyö

6.1.1 Ammattiryhmien välisen yhteistyön taustoittajat

Työkäytäntöjä pystyttiin muokkaamaan terveyskeskuksissa paikallisesti. Haastateltavat kokivat erittäin tärkeänä mahdollisuuden löytää oma työyksikkökohtainen tapansa tehdä ammattiryhmien välistä yhteistyötä potilaiden parhaaksi. Yhteisiä hoitolinjoja pidettiin tärkeinä. Varsinaisten potilaiden hoitotavoitteiden osalta haastateltavat toivat esiin, että käytännössä Käypä hoito – suositukset ohjasivat vahvasti tavoitteiden asettamista. Tärkeänä nähtiin, että lääkärit ja lääkkeitä määräävät sairaanhoitajat yhdessä huolehtivat Käypä hoidon mukaisista yhteisistä linjoista kiinni pitämisestä.

L(H85): ”Haluaa sitä varmistaa, ett ei lähetä hiihtelemään eri latuja, joka hämää sitten potilasta ihan hirveesti myös jos sitten ihan eri asioita puhutaan ja painotetaan.”

Haastateltavat toivat esiin, että työnjaosta saatettiin sopia potilaskohtaisesti hoitotasapaino huomioiden. Monet haastateltavat kertoivat, että osa hyvässä hoitotasapainossa olevien pitkäaikais-sairaiden määräaikaistarkastuksista toteutettiin hoitajan vastaanotolla. Lääkäreiden työmäärään sairaanhoitajan lääkkeenmääräämisen koettiin kuitenkin vaikuttaneen pääasiassa vain päivystyksessä. Haastateltavien sanoin ”helppoja potilaita” oli siirtynyt pois lääkäreiltä. Haastateltavien käyttämän ”helppo”-käsitteen voi asiayhteydestä päätellen ymmärtää tarkoittavan esimerkiksi lyhytkestoisia lieväoireisia ylähengitystietulehduksia tai alavirtsateiden yleisoireettomia tulehduksia sairastavia lähtökohtaisesti perusterveitä potilaita, joiden asia pystytään nopeasti hoitamaan. Lääkäreiden vastaanottotyöhön sairaanhoitajien lääkkeenmääräämisellä ei ollut keventävää vaikutusta.

H (G73): ”Meillä on semmonen systeemi, että vuosikontrolleista ollaan niin kun lääkärin vuosikontrolleista, ollaan vähän pyritty eroon. Eli tavallaan semmonen hyvässä hoitotasapainossa oleva potilas, niin sen ei oo järkee käydä siellä, joka vuosi siellä lääkäriellä uusituttamassa niitä reseptejä, vaan se voi yhtä hyvin käydä niin kun hoitajalla, että missä katotaan että millä mallilla menee.”

H (G118): ”Ne niin sanottu räkäpolipotilaat, niin niitä on vähän teillä nykyään vähempi ja tavaltaan on, on että helpottaa sitä, sitä niin kun sitä volyymia”

L (A72): ”Mulla on ainakin niin kiireisiä päiviä, niin sama on, että mitä tekee. Niin mun työ ei kyllä kevennetty”

Myös potilasryhmäkohtaista työnjakoa hyödynnettiin yhteistyössä, kuten ensimmäisestä esimerkistä käy ilmi. Haastateltavat kuvasivat lisäksi yhteistyötavan, jossa hoitajat kartoittavat potilaan tilannetta ja valmistelevat asioita lääkärin vastaanottoa varten oma-aloitteisesti omaa

ammattitaitoaan hyödyntäen. Valmistelutyön katsottiin sujuvoittavan potilaan asiointia ja selkeyttävän lääkärin työtä.

L (H54): ”No se vartti sitten sulle ja sä katot näitä teknisiä asioita, purat sokeriseurantoja ja tota mahdollisimman velvollisuudentuntoisesti mitaat verenpaineen ja näin ja sitten potilas tulee mulle (diabetesvastaanotolle)”

H (C99): ”Aika paljon me tehään hoitajat jo niin kun sitä ett asiakas tulee meille jotakin asiaa valittamaan ja haluais päästä lääkäriin. Me katotaan aina ett milloin on otettu labrat, ja jos on pitkä aika kun on otettu ja kysellään vähän sairauksia. Ja yleensä laitetaan labrat etukäteen ett lääkäriillä on niin kun kättä pitempää. Ett ketään ei laiteta lääkäriin sillai ett kaikki asiat on vielä niin kun hoitamatta. Ett yritetään mahollisimman pitkälle hoitaa jo etukäteen nää...”

Ammatillisista vahvuuksista nousevan työnjako ilmeni haastateltavien puheesta esiin nousevina käsityksinä lääkäreiden ja lääkkeitä määräävien sairaanhoitajien erilaisista ammatillisista vahvuuksista, jotka osaltaan heijastuivat yhteistyöhön. Lääkäreiden osalta painottui sairauksien diagnostiikka ja potilaiden kokonaishoidon suunnittelu. Hoitajien tärkeänä vahvuutena puolestaan pidettiin sitä, että he antoivat potilaille paljon ohjausta ja terveysneuvontaa. Yhteistyöhön liittyen myös käytäntö, että lääkäri määrittää millaista ohjausta hoitajan tulisi potilaalle antaa, tuotiin esiin. Esille tuli, että lääkkeitä määräävän sairaanhoitajan ja lääkärin työnjakoa ei ollut työyksioissä erikseen kirjattuna. Lainsäädännöstä huolimatta haastateltavat eivät nähneet tätä edes tarpeellisena.

L (A47): ”Mun mielestä lääkäri voi olla enemmän kuitenkin se lääkäri se lääketieteen asiantuntija. Ja sitten nämä kaikki muut elämönhallintaan ja harrastuksiin ja yleiseen terveydentilaan ja mitkä kaikki vaikuttaa ihmisen terveyteen. Kyllä se hoitaja niin kun on siinä parempi jotenkin ja saa käyttää siinä sitä omaa ammattitaitoansa ja käyttäinkin. Että molemmat katotaan sitä asiaa vähän eri kantilta.”

Sovittujen toimintamallien välillä oli haastattelupaikkakunnilla selviä eroja. Ammattiryhmien välistä yhteistyötä tehtiin niin työparimallin, aluehoitajamallin kuin tiimimallinkin puitteissa. Yhtenä toimintatapana nousi esiin aluehoitajamalli, jossa joka alueella työskenteli lääkkeitä määräävä sairaanhoitaja. Toisaalla taas oli käytössä aluehoitajamalli, jossa hoitajalla ei ollut nimettyä lääkäriparia alueella. Läkkeitä määräävän sairaanhoitajan toimenkuva oli eräässä yksiosässä järjestetty niin, että hän oli kaikkien alueiden käytössä irrallisena aluevastuusta. Jotkut haastateltavista toivat esiin, että heidän työyksikössään oli nimetyt työparit vain jonkun potilasryhmän osalta. Pysyvä työpari koettiin hyvänä mm. koulutuksellisen yhteistyön vuoksi. Haastateltavat kuvasivat yksiköissä sovitun yhteistyökäytännöstä, jonka mukaan lääkkeitä määräävä sairaanhoitaja ohjaa potilaan lääkärille silloin, kun hän ei itse pysty hoitamaan potilaan asiaa loppuun asti. Hoitajat ohjasivat potilaan lääkärille sovitusti myös ollessaan epävarmoja

potilaan oireiden syystä. Välittömän ohjaamisen lisäksi ohjaaminen lääkärin vastaanotolle saattoi tapahtua myös niin, että hoitaja varasi potilaalle tarvittaessa vastaanottoajan lääkärille. Joskus lääkkeitä määräävä sairaanhoitaja ohjasi potilasta jo etukäteen lääkitykseen liittyen varautensa hänelle ajan lääkärin vastaanotolle reseptiä varten.

Lääkkeitä määräävän sairaanhoitajan toimenkuva heijastui siihen, millaista yhteistyötä ammattiryhmien välillä tehtiin. Toimenkuvista oli haastateltavien mukaan sovittu vaihtelevasti. Monissa työyksiköissä oli sovittu, että lääkkeitä määräävä sairaanhoitaja ottaa vastaan sekä akuuttipotilaita, että pitkäaikaissairaita. Eräs haastatelluista lääkkeitä määräävistä sairaanhoitajista kuitenkin mainitsi hoitavansa pitkäaikaissairaiden asioita vain satunnaisesti. Lääkkeenmääräämiseen liittyvä yhteistyö liittyi tuolloin pääasiassa akuuttipotilaiden tutkimiseen ja hoitoon. Haastatteluissa nousi esille sovittu toimintatapa, jonka mukaan lääkäri ei tee kaikkea alusta jos hoitaja on samaan asiaan liittyen juuri edeltävästi esimerkiksi ottanut hyvän anamneesin ja tutkinut potilaan jo hyvin. Haastateltavien mukaan toimintayksiköissä oli paikoin sovittu yhteistyökäytännöstä, jossa lääkkeitä määräävä sairaanhoitaja sai tapauskohtaisesti luvan pitkäaikaissairauksien lääkityksen jatkamiseen. Toteuttamistapoja tämän mahdollistamiseksi oli hyvin erilaisia. Hoitaja saattoi esimerkiksi pyytää viestillä lääkärin arviota potilaan tilanteesta hoitajan tekemien sairauskertomusmerkintöjen perusteella ja samalla hän kysyi luvan pitkäaikaislääkityksen jatkamiseen. Lääkäri saattoi joskus laittaa lääkelistalle erillisen merkinnän jos sairaanhoitaja sai uusia lääkkeitä. Lääkäri saattoi myös joskus merkitä potilaskertomukseen tiedon, että sairaanhoitaja sai tehostaa tai muuttaa potilaan lääkitystä.

L (A11): ”Sillä on kaikki kondiksessa ja sitten on semmosia lääkkeitä mitä hän voi uusia niin me kirjoitetaan siihen lääkelistaan että sh voi uusia, silloin menee seuraavan kerran niin kuin hänen kauttaan, hoitajan kautta.”

H (B119): ”Toinen lääkäri tekee paljon justiin sitä, ett kun konsultoi ja kysyy, niin se on... niin kun suunnitelmaan laittaa, että mikäli vaikka HbA1C on seuraavassa kontrollissa näin ja näin niin sitten aloitetaan se ja se lääkitys tai verenpaineen suhteen jos ei kuukauden- kahen päästä olla tavoitteessa niin tehään näin.”

Yhteispalaverit, yhteiset tauot ja tiivis lisäkoulutuksen aikainen yhteistyö olivat haastateltavien esille tuomia sovittujen kasvokkain tapahtuvien yhteistyökontaktien muotoja. Yhteisiä palaveriteita järjestettiin työyksiköissä hyvin eri tavoin. Taukoja oli sovitusti pyritty järjestämään eri ammattiryhmille samaan aikaan. Pääasiassa hoitajien ja lääkäreiden yhteistyö lisäkoulutuksen aikana oli ollut sovitusti tiivistä, mutta huolimatta lainsäädännöstä näin ei kuitenkaan aina ollut.

Tiiviiseen yhteistyöhön kuuluivat esimerkiksi potilastapausten tarkastelu yhdessä lisäkoulutuksen aikana ja koulutukseen liittyvien kokemusten jakaminen yhdessä keskustellen.

L(G94): "Aamupäivällä ja iltapäivällä kahvitauko ja silloin puol yhentoista kahentoista aikaan se ruokatauko pyritään pitämään ja valtaosa yrittää tulla sinne samaan aikaan. Onhan se siltä konsultaatiopaikka myöskin"

H (H74): "Meillä niin kun osastokokouksia, mutt kyllä se aika lailla menee nykyisin niin että lääkäreillä on omat ja hoitajilla on omat, ett välillä on niitä yhteisiäkin joo"

H (G123): "Joo sillon opiskeluaikana tietysti, hän koutsas eri tavalla. Meillä oli niitä konsultaatioaikoja ja semmosia, pidettiin istuntoja..."

Voimassa olevan lain mukainen rajattu lääkelista, ja sen heijastuminen ammattiryhmien välisen yhteistyön toteuttamiseen, aiheutti paljon keskustelua haastattelujen yhteydessä. Haastateltavat kertoivat, että lääkelistan suhteen epäselvyyksiä oli niin hoitajilla kuin lääkäreilläkin. Haastateltavat pohtivat yhteistyön näkökulmasta myös muita lain sairaanhoitajan lääkkeenmääräämiselle asettamista rajoituksia. Nykyiseen ammattiryhmien väliseen yhteistyöhön vaikuttavana lainsäädännöllisenä tekijänä haastateltavat mainitsivat sen, että hoitajan on aina lääkettä määrätessään tavattava potilas henkilökohtaisesti. He toivat esiin myös sen, että lääkkeitä määräävän sairaanhoitajan on kirjoitettava reseptit aina vaikuttavan aineen nimellä. Tämä saattoi hämentää potilaita jotka usein, lääkäreiden tapaan, käyttivät valmisteiden kauppanimiä. Lainsäädännön näkökulmasta ristiriita lain ja Käypä hoito- suositusten välillä tuli lainsäädännöstä keskusteltaessa myös esille. Ristiriita mainittiin usein liittyen virtsatieinfektioiden hoitoon. Niitä hoidettaessa potilaan pyytäminen vastaanotolle reseptiä varten aiheutti ongelmia. Näin siksi, että Käypä hoidon mukaan terveiden naisten virtsatieinfektion lääkityksen voi aloittaa puhelimesta potilaan oman ilmoituksen perusteella. Kun lääkkeitä määräävillä sairaanhoitajilla ei ollut oikeutta puhelinmääräysten tekemiseen, hoidettiin asia lääkärin konsultaation avulla.

L (A57): "Sitä mä olen ite ihmetellyt, että minkä ihmeen takia näiden hoitajien on pakko kirjoittaa vaikuttavalla aineella. Kun me pelailaan, potilaat pelaa, kauppanimellä ja me pelataan kauppanimellä ja ne fraasit saa luotua mun mielestä vaan kauppanimille."

Lääkkeitä määräävä sairaanhoitaja saattoi pyytää lääkäriä tekemään reseptin myös vastaanotolla olevalle potilaalle silloin kun hänellä itsellään ei ollut oikeutta kyseistä lääkemääräystä kirjoittaa. Lääkkeitä määräävät sairaanhoitajat pyysivät reseptin lääkäriltä usein myös silloin kun lääkkeitä määräävän sairaanhoitajan olisi pitänyt lain mukaan pyytää potilas käymään vastaanotollaan reseptinkirjoitusta varten. Esimerkiksi hoitajat pyysivät lääkäreiltä rokotereseptiä ennen pistosvastaanottoja, koska se oli joustavin tapa hoitaa asia. Jos lääkkeitä määräävä

sairaanhoidaja itse olisi tehnyt rokotereseptin, olisi potilas joutunut käymään hänen vastaanotolaan kaksi kertaa. Lääkärin kirjoitettua reseptin, potilas pystyi tulemaan suoraan apteekin kautta hoitajan vastaanotolle pistättämään rokotteen. Eräs toimintatapa lääkitysten jatkamisen osalta oli, että lääkkeitä määräävä sairaanhoidaja pyysi erikseen potilaan sairauskertomukseen lääkeluettelulta merkinnän, että hän sai jatkaa potilaan tiettyä lääkitystä. Konsultaatioihin heijastuivat myös epäselvyydet liittyen laissa käytettyyn perusterveen potilaan käsitteeseen.

H (C19): ”Ett sitten on aika hassua ett tossa meilläkin jos soittaa esim. että haluaisi asiakas vaikka vesirokkorokotteen tai hepatiittirokotteen, niin mun pitää pyytää, että hänen pitää tulla käymään mun luona, ett mä tutkin. Mitä mä tutkin? En mä tiä”

Haastateltavat kuvasivat paljon käytäntöjä, jotka olivat muotoutuneet työyhteisöjen arjessa ajan saatossa ilman varsinaista sopimista. Niihin oman heijastusvaikutuksensa olivat antaneet myös niin henkilöstöön liittyvät tekijät kuin lainsäädäntökin. Tällaisia yhteistyön taustalla vaikuttavia prosesseja liittyi mm. potilaiden vastaanotoille ohjautumiseen ja työajan hallintaan. Potilaiden ohjautuminen vastaanotoille puhututti haastateltavia merkittävänä työn sujuvuuteen ja ammattiryhmien väliseen yhteistyöhön vaikuttavana tekijänä. Ajanantajien roolia potilaiden oikealle ohjautumiselle ja puhelimesta tehtävän tilannearvion vaikeutta korostettiin. Yhtenä ratkaisuna ohjautumisen ongelmiin oli käytetty sitä, että lääkkeitä määräävä sairaanhoidaja antoi itse aamuisin puhelimesta aikoja omalle vastaanotolleen. Eräässä toimintayksikössä puolestaan tiimin potilaat ottivat tarvittaessa suoraan yhteyttä lääkkeitä määräävään sairaanhoidajaan. Eräässä haastattelussa nousi esille, että potilas ohjattiin aina lääkärin vastaanotolle jos yksikin hänen sairauksistaan vaati lääkärin kannanottoa. Tällä pyrittiin siihen, että potilaan asiat hoituisivat kerralla. Usein kuitenkin potilaille annettiin aikoja lääkkeitä määrävien sairaanhoitajien vastaanotolle asioissa joita he eivät pystyneet hoitamaan itsenäisesti loppuun asti. He siis joutuivat ohjaamaan potilaan lääkärille. Näin toimittiin usein siitä inhimillisestä syystä, että tällä tavoin saatiin potilaalle edes joku vastaanottoaika annettua. Potilasta ei tarvinnut käännäyttää kokonaan pois. Yhteistyötä pyrittiin mahdollisuuksien mukaan tekemään tällöin niin, että hoitaja valmisti potilaan asian mahdollisimman pitkälle ennen lääkärin vastaanottoa.

H (B73): ”Aika paljon mä ite tykkään olla puhelimesta aamulla, niin mä tietäsin siinä ottaa mitä mä pystyn ite kattoon ja mitä mä sitten pystyn niin kun... mitkä tarvii suoraan laittaa lääkärille.”

Potilaiden lääkehoitoon liittyen haastateltavat kuvasivat monia käytännön arjessa muodostuneita ammattiryhmien välisen yhteistyön käytäntöjä. Lääkkeitä määräävät sairaanhoitajat tekivät hyvin harvoin annosmuutoksia potilaiden lääkityksiin. Tämä liittyi osittain siihen, että vain

erittäin harvoin sairauskertomuksessa oli jatko-ohjeita lääkityksen säätämisestä ja hoitosuunnitelmat puuttuivat. Jos hoitosuunnitelmat olivat kirjattuna, lääkkeitä määräävät sairaanhoitajat tekivät joitakin harvoja lääkkeiden annosmuutoksia hoitosuunnitelman pohjalta. Potilaiden lääkahoitoon liittyvien prosessien osalta haastateltavat toivat esiin, että lääkkeitä määräävät sairaanhoitajat uudistivat potilaiden reseptejä hyvin vähän. Jos hoitosuunnitelmia ei ollut, pyysi lääkkeitä määräävä sairaanhoitaja lääkäriltä erikseen luvan reseptin uudistamiseen. Lääkkeitä määräävä sairaanhoitaja ei useinkaan uudistanut asetuksen sallimia lääkityksiä vaan laittoi mieluummin kaikki potilaan reseptit kerralla lääkärille uusittaviksi. Ajatuksena oli, että hoitajan oli turha uusita muutamaa reseptiä, mihin hänellä oikeus, kun lääkäri voi uusita kaikki reseptit kerralla. Valtaosa resepteistä olisi kuitenkin jäänyt lääkärille uusittavaksi. Hyvänä nähtiin, että potilaan kaikki vakituiset lääkitykset olisi uudistettu aina samaan aikaan.

H (D122): "En mä varmaan ole yhtään annostusta muuttanut, vaan olen uusinut sen niin kuin lääkäri on sen tehny."

H (E18): "Mä olen varmaan kerran ehkäisyn aloittanut, kerran ehkäisyn jatkanut, kerran Metformia jatkanut"

H (C87): "Niin ja ois asiakkaallekin aika ikävää sanoa ett tämän ja tämän ja tämän mä pystyn sulta uusimaan ja nämä mä joudun sitten laittamaan lääkärille uusittavaks."

Haastateltavien mukaan hoidontarpeen mukaisella lääkkeitä määräävän sairaanhoitajan vastaanottotoiminnalla ei ollut merkittävää roolia vastaanottotoiminnassa. Sen sijaan sairaanhoitajan lääkkeenmääräämisen nähtiin palvelevan eniten päivystyksessä akuuttien infektiotapausten hoidossa. Akuutit infektiotapaukset lääkkeitä määräävät sairaanhoitajat pystyivät hoitamaan pääsääntöisesti itsenäisesti. Silti myös ammattiryhmien välistä yhteistyötä usein hyödynnettiin, hoitajien kysyessä lääkäreiltä neuvoja akuuttitilanteiden hoitoon. Työhuoneiden keskinäisen sijainti vaikutti haastateltavien mukaan selvästi ammattiryhmien välisen yhteistyön sujumiseen ja nykykäytäntöihin. Haastateltavien mukaan työtilat muokkasivat nykyisiä yhteistyökäytäntöjä niin, että yhteistyö oli vähäisempää jos työhuoneet sijaitsivat kaukana toisistaan.

H (G89): "Annetaan sitten mun panosta niille, niille tota infektiopotilaille mihinkä mä pystyn enempi, enempi tota antamaan"

L (A37): "Se on musta aika ratkaisevaa. Olis se ihan toista jos talon toisessa päässä on ja sitten niin kun sieltä... kyllä se kynnyks on niin korkea. Ja sitten siihen menee aikaakin. Tosi tiivistähän tämä työ on. Että just kyllä se täytyy olla vieressä."

6.1.2 Konsultaatiot ja viestinvälitys osana ammattiryhmien välistä yhteistyötä

Konsultaatiolla tarkoitetaan terveydenhuollon terminologiassa ensisijaisesti neuvon kysymistä. Konsultaatioihin liittyen haastateltavat toivat esiin runsaasti sekä konsultoimisen tapoihin että sisältöönkin liittyviä tekijöitä. Konsultoimista tapahtui ammattiryhmien välillä molemminpuolisesti. Haastateltavat kertoivat, että konsultoimista tapahtui niin toisen työhuoneessa pistäytymällä kuin puhelimitsekin. Haastatteluissa tuli esille, että joskus myös toinen hoitaja välitti konsultaation lääkärille. Haastateltavien mukaan järjestelyt sen suhteen, ketä lääkäriä lääkkeitä määräävä sairaanhoitaja voi konsultoida, vaihtelivat yksiköittäin. Joissakin yksiköissä hoitajalle oli nimetty tietty yhteistyölääkäri jota hän pääasiassa konsultoi. Toisaalla taas lääkkeitä määräävällä sairaanhoitajilla oli sovitusti mahdollisuus konsultoida useita eri lääkäreitä. Tuolloin haastateltujen mukaan konsultoitava lääkäri pyrittiin valitsemaan usein sen mukaan, kenellä lääkärillä kyseinen potilas oli aiemmin asioinut ja kenelle hän, ja hänen asiansa, näin ollen olivat entuudestaan tuttuja.

Lääkärit pistäytyivät usein pyynnöstä hoitajan työhuoneessa tutkimassa ja hoitamassa potilaan. Eräs haastatelluista lääkäreistä toi esiin, että pistäytyminen pyynnöstä hoitajan huoneessa hoitamassa potilaan asia loppuun, on hänelle paras tapa hoitaa asiat. Toisen työhuoneessa pistäytyminen tuli konsultaatioiden yhteydessä esille myös niin, että hoitajat konsultoivat lääkäreitä potilaiden välillä ”ovenraossa” pistäytyen. Konsultoimista tapahtui molemmin puolin. Myös lääkärit usein kysyivät asioita hoitajilta. Lääkäri saattoi pyytää hoitajan huoneeseensa ja kysyä hoitajan näkökulmaa potilaan asiaan. Haastateltavien mukaan lääkärit konsultoivat joskus hoitajia esimerkiksi ihottuma-asioissa. Lääkäri saattoi myös kysyä hoitajalta apua potilaan ohjaukseen.

H (G43): ”Ja sitt se on ehkä kumminikin nopeempi siinä hoitaa niin kun... ainakin säkin oot sanonu sitä, että tota, mielummin vaikka lääkärit pyörähtää tässä, kun se potilas on jo valmiiksi riisuttuna tässä ja näin jo valmiina juttu, kun se että ihminen pukee ja sitt se otetaan tonne erikseen huoneeseen, että kyll se on nopeempi se semmonen...”

L (C36): ”Käytännön asioita minä kysyn häneltä ja taas lääketieteellisen puolen hän kysyy multa. Ett sitä on niin kun semmosta yhteistoimintaa ollu kautta vuosien.”

Haastateltavien mukaan lääkkeitä määräävät sairaanhoitajat konsultoivat lääkäreitä hyvin moniin erilaisiin asioihin liittyen. Haastatellut kertoivat konsultoimista tapahtuneen esimerkiksi

silloin kun lääkkeitä määräävät sairaanhoitajat olivat epävarmoja lääkkeiden yhteisvaikutuksista, lain asettamista rajoituksista sairaanhoitajan lääkkeenmääräämiselle tai potilaan oireiden syystä. Joskus hoitajat pyysivät lääkäreitä tekemään potilaalle diagnoosin ja toisinaan he taas kysyivät lääkäriltä varmistuksen toimintatavalleen. Läkkeitä määräävät sairaanhoitajat kertoivat haastatteluissa myös konsultoineensa lääkäreitä potilaiden hoitolinjoihin liittyen ja tarvitessaan lääkärin apua potilaan kliinisen statuksen tutkimisen täydentämiseen. Myös lääkärit nostivat tämän näkökulman esille.

L (G58): ”Osa on semmosia kliinisen statuksen täydennyksiä, ett onks tossa korvassa nyt tulehdus, ett näenkö oikein vai väärin, ett onko tulehdus, ja voisitko sä kuunnella keuhkot kun sieltä musta kuuluu vähän tuolta, ett voisko olla...”

Lisäksi lääkkeitä määräävät sairaanhoitajat konsultoivat lääkäreitä käytännön asioista kuten potilastietojärjestelmän teknisestä käytöstä reseptien lähettämiseen tai uusimiseen liittyen. Hoitaja saattoi konsultoida lääkärinä myös ennen vastaanottoa tarvittavista laboratoriolähetteisistä. Lääkityksiin liittyvät konsultaatiot olivat myös haastateltujen mukaan tavallisia. Lääkityksiin liittyviä konsultaatioita olivat esimerkiksi kysymykset lääkityksen tehostamisen tarpeesta tai lääkityksen sopimattomuudesta potilaalle. Läkkeitä määräävä sairaanhoitaja konsultoi lääkärinä usein myös silloin kun hoitajan määräämä lääkitys ei ollut tehonnut potilaalle. Sovittu konsultaatioaika puhututti haastateltavia. Joissakin työyksiköissä se oli käytössä kun taas toisaalla sovittu konsultaatioaika koettiin jäykkänä ja epämieluisana käytäntönä. Joissakin työyksiköissä sen käyttöönottoa suunniteltiin. Konsultaatioiden osalta tuli esille, että hoitajat saattoivat soittaa saamansa konsultaatiovastauksen potilaalle myöhemmin. Konsultaatiotuen lakisääteisyys koettiin tärkeänä.

L (H41): ”Se vois tietysti olla lääkärin työrauhan kannalta ihan hyödyttävä järjestely se tietty konsultaatioaika siinä päivässä.”

H (G31): ”Kun tulee semmonen olo ett mä en tästä tiedä, niin se konsultaatiomahdollisuus pitää olla, ett se on loistavaa että se on kirjattu sinne lakiin, lakiin. Että se on ehdoton.”

Ammattiryhmien väliseen yhteistyöhön liittyen haastateltavat kuvasivat keskinäisen viestinvälityksen muotoina erilaisia teknisiä viestintätapoja. Lisäksi yhteinen ammatillinen kieli ja äidinkieli mainittiin viestien välittämiseen vaikuttavina tekijöinä. Myös yhteisneuvottelu keskinäisen viestinvälityksen muotona nousi esiin. Työyksiköiden välillä oli selviä eroja viestinvälitystapojen hyödyntämisen osalta. Osittain tähän vaikutti esimerkiksi työhuoneiden keskinäi-

nen sijainti. Tietojärjestelmän sisäinen posti oli eräs tärkeä molemminpuolinen viestien välittämisen keino. Tietojärjestelmän sisäistä postia käytettiin esimerkiksi asioissa joita ei ollut mahdollista kirjata sairauskertomuksiin. Myös reseptipyynnöjä välitettiin paljon potilastietojärjestelmän sisäisellä postilla. Viesteihin vastattiin usein vasta työpäivän jälkeen, koska työpäivän lomassa viesteihin vastaamiseen ei yleensä ollut aikaa.

H (F98): "Käytetään (Pegasos-postia) ja se on hyvä ja silti jos haluaa vielä siltä tavalla, että mä haluan vaikka ohittaa jonkun, että mä en laita tekstiin jotain minkä mä haluan vaikka lääkärille viestiksi niin mä voin pistää sieltä kautta."

Lääkkeitä määräävien sairaanhoitajien ja lääkäreiden keskinäinen viestinvälitys hoitui haasteltavien mukaan myös sähköisten ajanvarauskirjojen kautta. Ajanvarauskirjoja käytettiin esimerkiksi niin, että hoitaja varasi lääkärin ajanvarauskirjalta potilasajan paperikonsultaatiota varten. Hoitaja saattoi laittaa lääkärin ajanvarauskirjalle myös reseptipyynnön. Ajanvarauskirjaa käytettiin keskinäiseen viestinvälitykseen usein silloin, jos asia oli kiireellinen. Lääkkeitä määräävät sairaanhoitajat ja lääkärit toteuttivat kertomansa mukaan keskinäistä viestinvälitystä myös potilasasiakirjojen kautta. Hoitaja kirjasi potilaan käyntitiedot sairaanhoitajan lehdelle ja lääkäri luki ne sieltä. Viestit välittyvät myös toisinpäin sairaanhoitajien lukiessa lääkäreiden kirjauksia. Puhelimella toiselle työntekijälle soittaminen oli haasteltavien mukaan harvakseltaan käytössä. Soittamista saatettiin käyttää esimerkiksi siihen, että hoitaja soitti lääkärille ja pyysi tätä pistäytymään huoneessaan tutkimassa potilaan. Puhelimen käyttöön koettiin liittyvän potilaiden intymiteettisuojaan liittyviä hankaluuksia.

L (G92): "Sitt jos joku resepti pitäis meidän kirjoittaa mikä on kiireellinen, niin se laitetaan meidän ajanvarauskirjalle sille päivälle että se tulee saman tien hoidettua."

H (D86): "Muuta kun hoitajan lehdelle kirjaan ne tekstit ja silti lääkäri lukee"

H (B206): "Se soittaminenkaan ei välttämättä ihan... koska yleensä siinä on sitten toinen potilas, niin ei sitä siinä pysty sitten ottamaan kantaa siihen."

Haasteltavat mainitsivat yhteisneuvottelun tärkeäksi keskinäisen viestinvälityksen tavaksi. Haastateltavat toivat esiin, että potilasasioista keskusteltiin aina tarvittaessa mahdollisuuksien mukaan yhdessä. Sävy jolla asia ilmaistiin, oli eri kuin konsultaatioista puhuttaessa. Tässä yhteydessä korostui nimenomaan yhdessä pohtimisen näkökulma pelkän neuvon kysymisen sijaan. Eräs lääkäri toi esiin, että hän haluaa usein kysellä hoitajan ajatuksia haastavista potilaista. Vapaan keskustelun tärkeyttä hyvän yhteistyön ja viestinvälityksen osana korostettiin.

6.1.3 Hoitosuunnitelmayhteistyö

Hoitosuunnitelmien tekotavat ja käsitykset parhaasta toimintatavasta niiden laatimisessa vaihtelivat. Myös niiden merkitys ja vaadittavat resurssit aiheuttivat keskustelua haastattelujen yhteydessä. Haastateltavat mielsivät hoitosuunnitelmat niin erillisiksi suunnitelmiksi kuin toisaalta myös sairauskertomukseen yleislääketieteen lehdelle tehdyksi potilaan käyntitekstin osaksikin. Tämä tuli esiin haastateltavien kertoessa lääkärin käytännössä laativan hoitosuunnitelmat vastaanotollaan joko osana käyntitekstiä tai erilliselle suunnitelmalomakkeelle. Tällöin hoitosuunnitelmayhteistyö hoitajan kanssa toteutui potilasasiakirjamerkintöjen välityksellä. Hoitosuunnitelmista ajateltiin hyvin eri tavoin myös sen suhteen kuinka paljon yhden hoitosuunnitelman laatimiseen tarvitaan työaika ja ammattiryhmien välistä yhteistyötä. Niihin myös suhtauduttiin varsin kirjavasti. Esimerkiksi jollakin lääkäriellä oli selvästi skeptisyyttä hoitosuunnitelmien suhteen kun taas joku toinen saattoi pitää niitä erittäin tärkeinä.

L (G101): ”Kyllä jos meillä olis potilasta kohti vaikka tunti aikaa, ett saatais ne puolessa tunnissa kaikki ne sen asiat, kun sehän ei tule vaan sen yhden asian vuoksi, vaan siellä on kahdeksan muuta käsiteltyä ja sitt jos siihen jäis vaikka vartti, ett mitähän nyt tehtäisiin, niin sitt vois tehä sellasen. Mut ei oo aikaa”

H (C72): ” Kyllä siinä (yhden pitkäaikaissairaahan hoitosuunnitelman laatimisessa) muutama tunti menee, puol päivää varmaan..”

L (C51): ”Ite en jotenkin osaa suhtautua niihin hirmu toiveikkaasti”

Hoitosuunnitelmia oli haastateltujen mukaan laadittu vasta hyvin vähän. Tästä huolimatta hoitajan rooli hoitosuunnitelmien valmistelijana nousi esiin hyvin monin eri tavoin. Hoitaja saattoi esimerkiksi valmistella hoitosuunnitelman yhdessä potilaan kanssa ennen lääkärin vastaanottoa. Hoitosuunnitelmia oli laadittu myös niin, että hoitaja ja potilas valmistelivat hoitosuunnitelman yhdessä hoitajan vastaanotolla ja se viimeisteltiin yhteisvastaanotolla jossa hoitajan ja potilaan lisäksi oli läsnä myös lääkäri. Toimintatapa jossa hoitaja, lääkäri ja potilas yhdessä laativat potilaan hoitosuunnitelman alusta loppuun mainittiin myös nykyisenä käytäntönä. Toimintatapojen kirjavuutta hoitosuunnitelmien laadinnassa lisää se, että joissakin yksiköissä hoitosuunnitelmat tehtiin hoitajavetoisesti lääkärin toimiessa suunnitelman hyväksyjänä. Potilaan, hoitajan ja lääkärin näkökulmat näkyivät näin lopullisessa hoitosuunnitelmassa, vaikka varsinaista yhteistyöskentelyä hoitosuunnitelmaa laadittaessa ei tapahtunutkaan. Ammattiryhmien välisen yhteistyön lisäksi potilaan keskeinen rooli omaan hoitoonsa osallistujana tuli esille hoitosuunnitelmiin liittyvästä yhteistyöstä keskusteltaessa.

L (A40): "Nyt on sitten saatu lupa sellaiseen että hoitajat tekee itsenäisesti ja vaan niin kun meillä kuittauttaa sen hoitosuunnitelman."

H (B110): "Se hoitajan vastaanotolla tehdään niin kun yhdessä potilaan kanssa ja siellä on ne potilaan omatkin tavoitteet että mitä niin kun elämää ajatellen että tai esim. siihen painoon ja näihin sitten, että tuota mitkä ei tämmösiä ... tai mikä ois niin kun oma elämäntapataavoite, että ja tupakka, alkoholit, mitä siellä on näitä... niin potilaan kanssa yhdessä se tehdään"

Osa haastateltavista kertoi, ettei hoitosuunnitelmia ole laadittu vielä lainkaan. Hoitosuunnitelmien puuttumisen syinä mainittiin monia eri tekijöitä. Keskeisimpänä haasteena hoitosuunnitelmien laadinnalle haastateltavat mainitsivat kiireen. Useat haastatelluista lääkkeitä määräävistä sairaanhoitajista ja lääkäreistä toivat lisäksi esille, että potilastietojärjestelmät eivät tuke-neet hoitosuunnitelmien laadintaa. Ongelmia oli tuottanut mm. tietojen hukkuminen sairaus-kertomustekstien sekaan hoitosuunnitelmalomakkeiden puuttuessa. Hoitosuunnitelmat mainit-tiin työläytensä vuoksi lähes mahdottomiksi laatia. Myös koulutusta hoitosuunnitelmiin liittyen kaivattiin.

H (C68): "Mutta työtä, se vaatii vaan hirveesti työtä. Se on aika mahoton."

H (D115): "Siellä ei ole oikein... eikä me olla saatu siihen oikein kunnan ohjausta. Siitä puhutaan, mutta ei me olla saatu siihen kunnollista koulutusta. Jotenkin..."

L (E112): "Ett se on ongelma, se tietojen hukkuminen sinne, pitäis olla se yks päivitettävä, niin kun mistä sais yleiskatsauksen potilaan tilasta. Ett kyllä tää on toi tietojärjestelmä tässä niin kun hankaloittaa..."

L (G101): "Ett ei, ei siinä aikaa oo. Sitt kun siihen tulee joku pari kolme ylimääräistä per päivä jos on vartin ajat niin se tarkoittaa se o okei 12 minuuttia se vastaanottoaika ja siihen sisältyy kaikki muukin kun pelkästään mitä sen ihmisen kanssa tehdään. Ei siellä mitään semmosia, tota hoitosuunnitelmia laiteta paperille olleenkaan."

6.1.4 Osaaminen, asenteet, rajat ja palaute yhteistyön rakentajina

Koulutuksellista yhteistyötä ammattiryhmien välillä tehtiin haastateltavien mukaa työyksiköissä niin vastaanottotyön lomassa kuin erikseen sovittuina aikoinakin. Vastaanoton lomassa hoitaja saattoi konsultoidessaan jäädä lääkärin huoneeseen saamaan oppia potilaan tutkimisesta. Haastateltavat kuvasivat myös, että lääkkeitä määräävät sairaanhoitaja kyselivät lääkäreiltä tietoja potilasasioista jälkeinpäin juuri oppimismielessä. Lääkkeitä määräävien sairaanhoitajien osaamista oli joissakin työyksiköissä pyritty tukemaan myös niin, että heille oli annettu lupa tarkistaa potilaspapereista lääkärille siirtämiensä potilaiden diagnoosi oman oppimisen tueksi. Usein lääkärin hoitajille antama toimipaikkakoulutus mainittiin sairaanhoitajan

lääkkeen määräämiskoulutuksen aikaiseksi yhteistyöksi. Esille tuli kuitenkin myös, että lääkärit olivat joskus ohjanneet ja kouluttaneet hoitajia lisäkoulutuksen jälkeenkin.

H (G46): ”Se vierihoito, mä saan tätä vierihoito-oppina, niin se on niin kun hoitajalle tosi tärkeitä. Että sitten kun lääkäri tulee tähän ja se katotaan yhdessä se juttu, niin jotenkin ainakin mun oppimistyylisiin se on sopinut, että siinä mä saan suoraan sitä feed backia itelleni, ja tavallaan niin kun jos se potilas meniskin tonne, niin sitt mulla jää se taas niin kun oppimisen kannalta saamatta, se juttu.”

Palautteen roolista ja merkityksestä ammattityhmien välisessä yhteistyössä käytiin haastattelujen yhteydessä keskustelua. Kukaan haastatelluista ei tuonut esiin, että heillä olisi ollut käytössä sovittu palauteaika sairaanhoitajan lääkkeen määräämiseen liittyen. Haastateltavat toivat esiin, että systemaattista palautetta ei välttämättä edes kaivattu tai nähty tarpeellisena. Haastateltavien mukaan palautetta annettiin ja saatiin satunnaisesti. Tällainen tilannekohtainen palautteen antaminen koettiin usein parhaaksi tavaksi toimia. Haastateltavat kertoivat, että lääkkeitä määräävät sairaanhoitajat kysyvät usein itse aktiivisesti palautetta lääkäriltä lääkkeenmääräämiseen liittyvistä tilanteista joista heille oli jäänyt epävarma olo.

Erilaiset asenteet tulivat haastateltavien puheesta esiin yhtenä yhteistyön nykykäytäntöihin vaikuttavana tekijänä. Haastateltavat kuvasivat esimerkiksi toisten työ- ja taukorauhan kunnioittamista, joka heijastui yhteistyökuvioihin. Läkkeitä määräävät sairaanhoitajat nimittäin pyrkivät mahdollisuuksien mukaan antamaan aina lääkärille työrauhan ajoittamalla konsultaatiot rauhallisiin hetkiin. Tämä asenne näkyi myös haluna säilyttää toisten ruokatauko vapaana potilasasioista. Työrauhan kunnioittamista oli pyritty lisäämään esimerkiksi niin, että hoitaja kysyi epäselviä asioita lääkäriltä joko aamulla ensimmäisenä tai työpäivän lopuksi. Hoitaja saattoi esimerkiksi kerätä kysyttäviä asioita ja käydä kysymässä niitä lääkäriltä päivän päätteeksi eikä siis sitä mukaan kun asiat tulivat esille. Nähdessään, että lääkärillä oli kiire, hoitaja saattoi myös kysyä lääkäriltä milloin olisi sopiva aika käydä epäselviä asioita yhdessä läpi.

H (F13): ”Läkäreitä ei aina sillai voi koko aikaa häiritä toisen työtä ja voi aina kysellä siellä oven rakosessa, ei työtä voi keskeyttää koko aikaa.”

H (B150): ”Than teiän työaikaa ja askeleita ajatellen niin aina mietin vähän että mitä teen.”

H (F67): ”Mä saatan tehdä just niin ett mä katon vaikka päivän viimeiseksi, ett mä vähän kokoon jotain asioita ja sitt kun mä tiedän ett on jotain kirjallista aikaa niin sitt siellä on lääkäri vapaana.”

Haastateltavat kuvasivat joitakin nykyisten yhteistyötapojen taustalla vaikuttavia ammatillisten rajojen joustamiseen liittyviä tekijöitä. Tarvittaessa esimerkiksi myös lääkäri kysyi hoitajalta

neuvoa, eikä vain päinvastoin. Haastatellut lääkärit ja lääkkeitä määräävät sairaanhoitajat kokivat, että heillä henkilökohtaisesti ammatillinen tiukkuus ei ollut itsetuntokysymys vaikka esitivätkin, että näin saattoi joidenkin toisten osalta olla.

L (G126): ”Kyllä kokeneillekin lääkäreille tulee aina joskus uusia asioita ja vaikka niin ett hoitaja saattaa tietää jonkun semmosen mitä me ei tiietä, tiietä sitten, niin kyllähän se tieto vaihtuu kumpaankin suuntaan.”

6.2 Ammattiryhmien välistä yhteistyötä tukevat tekijät

Haastateltujen lääkkeitä määrävien sairaanhoitajien ja lääkäreiden puheesta nousi esille ammattiryhmien välistä yhteistyötä tukevana tekijöinä (kuva 2.) mm. keskenään läheiset työtilat, mahdollisuus oppia toiselta ammattiryhmältä ja myönteiset asenteet. Kasvokkain tapahtuvista yhteistyökontakteista yhteinen vapaa keskustelu mainittiin tärkeänä yhteistyötä tukevana tekijänä. Myös mahdollisuus työskennellä molemmille mieleisellä tavalla sekä sujuvat konsultaatiot nousivat haastatteluissa esille ammattiryhmien välistä yhteistyötä tukevana tekijöinä. Erilaisen ammatillisten vahvuuksien hyödyntäminen, ammatillisten rajojen joustaminen ja sairaanhoitajan lääkkeenmääräämisen lisäkoulutuksen antikin puhututtivat haastateltavia ammattiryhmien välistä yhteistyötä tukevien tekijöiden näkökulmasta.



KUVA 2. Yhteistyötä tukevat tekijät

Lääkärin ja lääkkeitä määrävän sairaanhoitajan hyvän yhteistyön yhtenä keskeisenä edellytyksenä haastateltavat toivat esille konsultoimisen helppouden. Siihen liittyvinä yhteistyötä tukevana tekijöinä nähtiin esimerkiksi konsultaatiomahdollisuuden välittömyys, lääkärin helppo

saavutettavuus ja se ettei konsultoimista tarvitse arkailla. Toiselta oppiminen tuki haastateltujen mukaan yhteistyötä. Haastatellut lääkkeitä määräävät sairaanhoitajat kuvasivat oppineensa asioita lääkäreiltä. Haastateltavat korostivat myös työkokemuksen merkitystä yhteistyön vahvistajana. Yhteistyötä tukevana, osaamiseen liittyvänä, tekijänä pidettiin työyksikön kehitys- ja koulutusmyönteisyyttä. Työn tekeminen opittuja taitoja hyödyntäen, kertaaminen sekä halu kouluttaa ja halu oppia mahdollistivat sairaanhoitajan lääkkeen määräämisen ammattitaidon ylläpitämistä lisäkoulutuksen jälkeen. Toiselta oppiminen mahdollistui käytännön arjessa silloin kun konsultaatiot toteutuivat niin, että hoitaja näki miten lääkäri tutki potilaan ja mahdollisesti kuultiin kuinka toinen ammattilainen ohjasi potilasta aina kulloisessakin tilanteessa.

Sairaanhoitajan lääkkeen määräämisen lisäkoulutuksen anti nähtiin yhteistyötä tukevana. Ensimmäkin lääkkeitä määräävät sairaanhoitajat toivat esiin, että koulutuksen myötä heidän farmakologinen osaamisensa oli parantunut. Lisäkoulutus oli antanut jollekin hoitajalle lisää varmuutta työhön mahdollistaen kokonaisvaltaisemman työotteen. Esille tuli myös näkemys, että hoitajan kyvyt itsenäiseen vastaanottotyöhön olivat parantuneet koulutuksen myötä. Muidenkin hoitajien rohkeus tehdä klinisiä päätöksiä oli erään haastateltavan mielestä lisääntynyt sen jälkeen kun työyksikössä oli alkanut työskennellä lääkkeen määräämisen erikoispätevyuden suorittanut sairaanhoitaja. Ammattiryhmien väliseen yhteistyöhön tämä heijastui täsmentäen konsultaatioita ja selkeyttäen erilaisten ammatillisten vahvuuksien hyödyntämistä. Yhteistyötä tukevana tekijänä esille nousi käytössä ollut toimintatapa, jonka mukaan lääkäri ei tee kaikkea alusta jos hoitaja on jo ottanut hyvän anamneesin ja tutkinut potilaan jo hyvin. Sairaanhoitajan lääkkeen määräämisen erikoispätevyys oli antanut tähän lisää valmiuksia selkeyttäen yhteistyötä. Myös kirjaaminen oli joidenkin haastateltujen mielestä koulutuksen myötä täsmentynyt. Tämä puolestaan heijastui myönteisesti potilasasiakirjojen välityksellä tapahtuvan ammattiryhmien välisen yhteistyön sujumiseen.

L (B54): "Koulutuksen myötä varmasti lääkeasiat aivan erillä tavalla kirjoitettu kuin aikaisemmin."

L (D8b): "Että mutta se ei oo semmosta perusteellista tutkimusta, että jos hoitaja kerta on tutkinu hyvin, niin ja asia näyttää siltä että ei ole enempää tutkittavaa."

H (G40): "Sillei lääkärit on muutkin, kun hän, kokenut sen hyvänä, että tavallaan se on niin kun kartoitettu, ja sitä anamneesia on tehty mahdollisimman paljon valmiiksi."

Haastateltujen lääkkeitä määrävien sairaanhoitajien mukaan heidän osaamisensa potilaan kliinisessä tutkimisessa parantui lääkkeen määräämisen lisäkoulutuksen myötä. Useat haastatelluista lääkkeitä määrävistä sairaanhoitajista arvostivat koulutuksen yhteydessä saamaansa tutkimusopetusta. Tämän lisäksi, jo mainittu, anamneesin ottaminen nousi esiin lisäkoulutuksen myötä kehittyneenä hoitajien ammatillisen osaamisen osa-alueena. Lääkärit arvostivat erityisesti hoitajan kykyä ottaa hyvä anamneesi ja tutkia potilasta itse niin, että he kykenevät konsultoidessaan jo esittämään oman ajatuksensa potilaan kokonaistilanteesta. Eräs lääkäri kuvasi arvostavansa sitä, että hoitaja miettii itse potilaan asian mahdollisimman pitkälle. Läkkeitä määrävän sairaanhoitajan ammattitaidon ylläpitämisen osalta asioiden kertaaminen ja jatkuva osaamisen hyödyntäminen arjen työssä, nähtiin ammattitaitoa ylläpitävinä tekijöinä. Kaikki kuvatut tekijät heijastuivat ammattiryhmien välisen yhteistyön tekemiseen positiivisesti muokaten yhteistyötä entistä sujuvammaksi.

L (G65): "Hänessä on se musta, se hyvä puoli ehkä tota verrattuna ehkä meidän muihin sairaanhoitajiin että jos heillä on ollu joku potilas huoneessa, niin tota, ja kysyvät siitä, niin tota niillä ei oo niin kun minkäänlaista esittää että mitä he ite on aatellu. Hänellä on aina, ett hän on aatellu ett jos se ois tälle jä tälle. Ett niin kun selkeesti vaivaa päättä ja on aatellu ett miten tää asia vois mennä."

Haastateltavat pitivät yhteisiä taukoja tärkeinä työasioiden ratkomiseksi samalla kuitenkin muistuttaen tauon merkityksestä virkistyshetkenä. Yhteiset tauot koettiin yhteistyötä tukevinä. Muina kasvokkain tapahtuvien yhteistyökontaktien yhteistyötä tukevinä muotoina haastateltavat mainitsivat yhteiset palaverit ja vapaan potilasasioista yhdessä keskustelemisen. Yhteistyön sujuvuutta tuki lisäksi se, että ajanantajilla oli hyvin tiedossa, mitkä potilaat voi ohjata lääkkeitä määrävälle sairaanhoitajalle. Turhalta potilaiden siirtelyltä ammattilaiselta toiselle tällöin usein vältyttiin ja ammattilaisten työajankäyttö tehostui.

L (A95): "Ajanvaraus on se pääkallopaikka. Sinnehän ne ottaa yhteyttä, että se mitä siellä tehdään sehän ratkaisee aika paljon, mitä sitten, eihän me sitä nimeä laiteta sinne listalle vaan ajanvaraajat"

Yhteistyötä tukevana tekijänä jotkut haastateltavista toivat esiin, että koulutukisissa saatu uusin tieto jaettiin aina heti kaikille ammattiryhmille tarpeen mukaan. Tärkeänä yhteistyötä parantavana tekijänä nähtiin myös se, että lääkäri tunsi sairaanhoitajan lääkkeenmääräämiseen liittyvät määräykset. Tiedottamiseen panostaminen nousi haastateltavien puheesta esille yhteistyön parantajana. Tiedottamista ei nähty vain organisaation tehtävänä vaan myös yksittäiset työntekijät

olivat pyrkineet panostamaan siihen käytäntöjen sujuvoittamiseksi ja yhteistyön parantamiseksi. Myös potilasasiakirjoja hyödynnettiin ammattiryhmien rooleista henkilökunnalle tiedotettaessa. Yhdessä haastattelussa esille tuli positiivisena tekijänä ammattiryhmien väliseen yhteistyöhön käytettävän työajan lisääntyminen viime aikoina.

H (G24): ”Meilläkin on pitkään semmosia työssä olleita ihmisiä tuolla ajanvarauksessa ja luukulla, niin tota, niin tavallaan kyllä mä uskoisin, että se on tuttukin, ja olen sitä täydentänyt, että määrännäppyy en sitä lääkettä kirjoita, että se on vaan rähmivä konjuktiviitti ja näin”

H (A9): ”Jotta ajanvarauksessakin ihminen tietää että ohjataan hänet minulle niin kirjaan sitten sinne lääkelehdelle, että sairaanhoitaja voi jatkaa tätä ja tätä lääkettä.”

H (E 70): ”Mä olen ottanut sen asenteen, ett ensimmäiseks kun mulle tulee sinne uus lääkäri, niin mä kerron mikä mä olen, mitkä valtuudet mulla on, mitkä oikeudet ja mikä osaaminen.”

H (D42): ”Meiän reseptit uusitaan toisessa kunnassa. Niin hänelle jäi enemmän aikaa sitten meiän konsultaatioihin ja muihin tämmösiin kirjallisiin asioihin. Se vapautti sitä aikaa meille ja se on hyvä asia ett me saahaan.”

Ammattiryhmien välistä yhteistyötä tukevana tekijöinä haastateltavat toivat esille potilas- ja paikallistuntemuksen hyödyntämisen sekä tutut yhteistyökumppanit erittäin tärkeänä voimavarana. Kun lääkäri tunsii potilaat, oli hoitajan helpompi kysyä neuvoa. Ajanantajien potilastuntemuksen koettiin auttavan potilaiden ohjautumisessa ja yhteistyön sujumisessa. Pitkä yhteinen työhistoria selvästi paransi yhteistyön sujumista. Toisen osaaminen tällöin tunnettiin ja osaaamista osattiin hyödyntää. Eräs haastatelluista kiteytti yhteistyön sujuvuuden mahdollistajaksi sen, että he ovat pitkään tunteneet toisensa ja ovat jo kavereita. Myös fyysisesti lähekkäin sijaitsevat työhuoneet tukivat haastateltavien mukaan ammattiryhmien välistä yhteistyötä. Tämän nähtiin vaikuttavan sekä konsultointiin, viestien kulkuun että toimenpiteiden tekemiseen. Keskinäisiin viesteihin liittyen haastateltavat puolestaan toivat esiin yhteisen kielen merkitystä onnistuneelle kommunikoinnille. Yhteisestä kielestä puhuttiin niin ammattikieleen kuin äidinkielenkin liittyvänä asiana. Yhteistyötä tukevana tekijänä haastateltavat mainitsivat vertauskuvalisen käsityksen yhteisestä kielestä eli siitä, että molemmilla ammattiryhmillä oli yhtenevä ajatus käsiteltävänä olevasta asiasta.

H (A46): ”Minusta ainakin tuntuu että siitä on hyötyä, että pitkään tässä samassa talossa ja kunnassa työskennelleenä niin kyllä minusta siitä on hyötyä, että minä tunnen monet ihmiset, niitten taustoja ja sillai”

H (E139): ”Sitt kun kumpikin jo tietää, ett mitä se tarkoittaa noilla sanoilla, ett jos mä sanon kauhee tai hän sanoo kauhee, niin sitt se on niin kun ett joku tietää ett onko se vai eikö se oo.”

L (G116): ”Tätä edes auttaa se, että me ollaan, niin meillä on täällä niitä paljon täällä töissä olleita, osa on 80-luvun lopulta ollu täällä, niin me ollaan kavereita keskenään”

H (E187): ”Niin kun se on tavallaan opittu se mitä sä niin kun osaat ja se on silloin käytössä”

Haastatellut lääkkeitä määräävät sairaanhoitajat pitivät lääkärin positiivista asennetta sairaanhoitajan lääkkeen määräämistä kohtaan yhteistyötä parantavana tekijänä. Osa haastatelluista lääkkeitä määräävistä sairaanhoitajista toi esiin, että he olivat saaneet lääkäreiden taholta kannustusta ja tukea. Esimerkiksi eräs hoitaja mainitsi, että ennen lääkkeen määräämisen lisäkoulutukseen hakeutumista lääkäri kannusti häntä lähtemään koulutukseen. Positiivista asennetta kuvattiin myös niin, että yhteistyön kannalta positiivista oli jos lääkkeitä määräävillä sairaanhoitajilla oli yhteistyökumppaneinaan asenteeltaan ymmärtävät lääkärit. Haastatellut lääkkeitä määräävät sairaanhoitajat kokivat työtään tukevaksi myös sen, että toiset sairaanhoitajat suhtautuivat heihin myönteisesti. Näin ei kuitenkaan usein ollut. Eräs hoitaja kuvasi, että kun hän ei tehnyt pätevydestään numeroa, niin muut hoitajat hyväksyivät sen helpommin. Potilaiden suhtautuminen sairaanhoitajan lääkkeen määräämiseen oli haastateltujen lääkkeitä määrävien sairaanhoitajien mukaan pääasiassa myönteistä. Myönteinen palaute oli koskenut heidän mukaansa lähinnä hoitoon pääsyn helppoutta ja edullista hintaa.

H (E81): "Ett meillä oli mielellään tämmönen kanta lääkäreillä, ett hirveen semmonen kannustava, ett meillä ei oo koskaan ollu, en mä oo ainakaan kokenut, ett mitä sä oikeen yrität tai tälläi. Päinvastoin tällä on ollu hirveen hyvä ilmapiiri tehdä tätä työtä."

H (F80): "Sitten jos hoitajalla, toisella hoitajalla onkin jo esim. vaikka, että silmä punottaa. Niin sitt sanoo, ett voitko sä tulla kattoon tai otatko sä tän omalle vastaanotolle. Mun mielest se on aika kivaakin oikeesti."

H (D145): "Kyllä mä ainakin mitä oon ymmärtäny ja saanu (potilailta) palautetta, niin kyllä ne on tykänny kovasti, koska se helpottaa sitä hoitoon pääsyä."

Haastateltavat toivat molemminpuolinen halun yhteistyöhön esiin ammattiryhmien välisestä yhteistoiminnasta puhuttaessa. Auttamisen halua kuvattiin esimerkiksi niin, että lääkärit olivat halukkaita antamaan konsultaatioapua. Myös halu oppia ja halu kouluttaa mainittiin asenteina, jotka tukivat lääkkeitä määrävien sairaanhoitajien ja lääkäreiden yhteistyötä. Lääkärin koulutamishalukkuus tuotiin esille innostumisena ohjata hoitajaa potilaan tutkimisessa ja antaa teoreettista lisäkoulutusta lääkkeitä määrävälle sairaanhoitajille. Halu oppia lisää kuvastui nimenomaan lääkkeitä määrävien sairaanhoitajien kommentteissa. Hoitosuunnitelmia oli tehty vasta vähän. Osa haastateltavista koki ne kuitenkin tarpeellisena ja jatkossa yhteistyötä helpottavina. Myönteiset asenteet hoitosuunnitelmia kohtaan nousivatkin joidenkin haastateltavien puheesta esiin ammattiryhmien välistä yhteistyötä tukevana tekijänä. Useat haastateltavat pitivät yhteistyölle tärkeänä, että hoitosuunnitelmien laadintaa suunniteltiin yhdessä myönteisessä hengessä.

H (G67): "Ett on sitt kyse hänestä tai jostain muista meiän lääkäreistä niin, niin tota, mun mielestä meillä sillee kyllä niin kun molemmin puoleinen avun antosopimus toimii."

L (A179): "Kerran oli semmonen korva, se olikin myringiitti, ois ollut kiva sulle näyttää miksi se on myringiitti miksei se oo välikorvatulehdus"

H (B50): "Erilainen mielenkiinto tullut niihin, että oikeesti niin kun jos siellä on semmonen lääke ett mikäs tää onkaan ?"

Joustavuus mainittiin niin työtavan kuin avun saamisen yhteydessäkin. Myös avoimuuden kulttuuria pidettiin ammattiryhmien väliselle yhteistyölle tärkeänä. Haastateltavat mainitsivat eräänä joustavuuden osoituksena toimintatavan jossa lääkäri otti vastaan ylimääräisinä potilaina, oman vastaanottonsa välissä, sellaisia potilaita joiden asiaa hoitaja ei ollut pystynyt hoitamaan loppuun itsenäisesti. Joustavuutta yhteistyön suhteen kuvasi myös se, että lääkäri jäi vastaamaan hoitajien lähettämiin viestikysymyksiin päivän päätteeksi työajan loputtua.

H (C49): "Mä otan usein siltä välistäkin jos tulee joku ihminen kaukaa, tai on kaikki ajat täynnä niin mä yritän johonkin järjestää. Niin, mä jotenkin koen ett se joustavuuskin tämmösellä pienellä paikkakunnalla jossa on pitkät välimatkat niin joustavuus on ok."

H (D38): "Lääkäri sen kattoi ja se onnistuu kyllä siellä välissäkin se korva"

Haastateltujen lääkkeitä määrävien sairaanhoitajien ja lääkäreiden puheesta luottamus nousi esiin ammattiryhmien välistä yhteistyötä tukevana tekijänä. Luottamuksesta myös kysyttiin erikseen. Molemmipuolinen luottamus nähtiin tärkeänä sairaanhoitajan lääkkeen määräämisen mahdollistumiselle. Luottamuksen lisääjänä kuvattiin sitä, että lääkäri tunsu hoitajan työtavan ja luotti hoitajan ammattitaitoon. Se, että lääkäri ja hoitaja olivat pitkään työskennelleet yhdessä ja oppineet tuntemaan toisensa nähtiin luottamusta lisäävänä tekijänä. Luottamukseen liittyen esille tuotiin myös näkökulma, että lääkäri luotti hoitajan pitävän kiinni lain asettamista rajoista lääkkeenmääräämisessä. Lääkkeitä määrävän sairaanhoitajan omien rajojen ja lainsäädännön tuntemisen tärkeys, ammatillisten rajojen kunnioittamiseen liittyvänä ja yhteistyöhön heijastuvana tekijänä, tuli haastattelussa muutoinkin esiin. Esimerkiksi hoitajat korostivat haastattelujen yhteydessä useaan otteeseen sitä, että rajojen suhteen tuli olla hyvin tarkkana. Monissa kommentteissa myös korostui Valviran voimakas rooli ulkoisena kontrollina sairaanhoitajan lääkkeen määräämiselle. Eräs lääkäri kuvasi, että koulutusprosessissa mukana oleminen mahdollisesti syvensi hänen luottamustaan hoitajaan. Pääsääntöisesti koulutuksen vaikutusta luottamukseen ei kuitenkaan korostettu samalla tavoin kuin korostettiin yhteisen työhistorian ja pitkän työkokemuksen merkitystä luottamuksen lisääjinä. Eräs lääkkeitä määrävän sairaanhoitaja kertoi valinneensa kyseisen lääkärin koulutuksen ohjaajakseen koska tiesi tämän luottavan häneen. Toisen ammattiryhmän arvostamiseen liittyviä kommentteja tuli haastateltavien puheesta esiin yhteistyötä tukevassa hengessä. Ne koskivat esimerkiksi sitä, että hoitaja

arvosti lääkärin työtä ja toisin päin. Eräs lääkäri kuvasi arvostavansa hoitajan saamaa lääkkeenmääräämiseen liittyvää lisäkoulutusta. Toinen taas nosti esille arvostavansa hoitajien työn tarkkuutta

L (G63): ”Me on häneen totuttu luottaan että sillä on terve järki päässä, päässä niin sillä jo pääsee pitkälle.”

L (H140): ”Oikeudet ja mitä, mitä voi tehdä etkä oo käyny sitten ylittämään näitä rajoja.”

H (F84): ”Sen takia mä hänet vähän valitsin kun mä tiesin ett se vähän luottaa minuun kyll silläi”

H (G30): ”Mä oon kaikille sanonut, kun joku mua nimittää pikkulääkäriks, että mä en oo. Mä oon sairaanhoitaja, ett tavallaan niin kun muistaa sen, ett mihin niin kun omat rahkeet riittää.”

H (E93): ”Ja yhtään semmosta riskitilannetta en, mä tiedän ett Valvira seuraa meitä aika tarkkaan, käy kaikki potilaspaperit ja kaikki läpi. Sen takia ne kirjaukset on joskus aika raskaita koska täytyy kaikki selustat taata, niin yhtään semmosta riskitilannetta en ittelleni kyllä ota.”

6.3 Ammattiryhmien välisen yhteistyön haasteet

Haastateltavat toivat esiin monia yhteistyöhön liittyviä haasteita. Osa haasteista liittyi sairaanhoitajan lääkkeen määräämistä säättävän lain rajaavuuteen, osa taas työyksikön toimintakäytäntöihin. Lain lääkkeitä määrääville sairaanhoitajille asettama velvoite, tavata potilas aina lääkettä määrätessä, heijastui yhteistyöhön lisäten konsultaatioita. Sovitun konsultaatioajan puuttuminen koettiin usein haasteeksi, vaikka kaikki haastateltavat eivät kokeneetkaan sitä tarpeellisena. Vaikka lääkkeitä määräävien sairaanhoitajien toteuttaman reseptien uusimisen osalta toimintaisikoissa hyödynnettiin erilaisia ammattiryhmien välisiä yhteistyötapoja, uusivat he silti reseptejä kuitenkin vain harvoin.

Lääkärit eivät suhtautuneet varauksettoman myönteisesti sairaanhoitajien lääkkeen määräämisoikeuteen tai oikeuksien laajentamiseen. Skeptisyyttäkin toimintaa kohtaan esiintyi. Haastateltavien mukaan nykyisessä laajuudessaankaan sairaanhoitajan lääkkeen määräämistä ei käytetty optimaalisesti hyödyksi. Esimerkiksi tavasta jakaa työt tai resurssitilanteesta johtuen lääkkeitä määräävien sairaanhoitajien arkinen työ koostui paljon muusta kuin töistä joissa he olisivat voineet hyödyntää lääkkeen määräämisen erikoispätevyyttään. Kiire ja resurssipula aiheuttavat omat haasteensa yhteistyölle perusterveydenhuollon vastaanotoilla. Asioista ei useinkaan ehditty yhdessä keskustella ja hyvistä kirjauksista huolimatta päällekkäistä työtä tehtiin. Kiireessä ei myöskään pystytty hyödyntämään potilastuntemuksen mukaan tuomaa hiljaista tietoa. Puutteet tiedottamisessa, potilaiden ohjautumisessa ja toisen ammattiryhmän koulutuksen, työn ja osaamisen tuntemisessa nousivat myös haastateltavien puheesta esiin haasteina. Näihin voidaan

haastateltavien mukaan hakea ratkaisua niin systemaattista yhteistyötä paikallisesti lisäämällä kuin pitkällä tähtäimellä koulutuskäytäntöjä muuttamalla.

Haastateltavien puheesta välittyi konsultaatioihin liittyviä haasteita. Esimerkiksi yleisesti käytössä ollut ovenraossa tapahtuva konsultointi saatettiin nähdä myös työtä hankaloittavana toimintatapana. Suhtautuminen vaihteli: erästä haastateltua lääkäriä ei haitannut, vaikka vastaanotto keskeytyi konsultaatioilla kun taas toinen lääkäri piti konsultaatioiden aiheuttamaa vastaanoton keskeytymistä ongelmana. Toisen hoitajan välittäessä konsultaation lääkärille, esille tuotiin huoli ”väliportaan” vaikutuksesta tulokseen. Konsultaatioiden osalta tuli esille, että hoitajat saattoivat soittaa saamansa konsultaatiovastauksen potilaalle myöhemmin. Vastaajasta riippuen tämä nähtiin, joko toimivana tai hoitajaa turhaan kuormittavana, toimintatapana

L (G49): ”Mä oon tossa meidän hoitajien kanslian vieressä niin arvaappas mistä tullaan kysymään noin kaks kolme kertaa joka potilaan aikana; mitähän tälle tehdään, mitähän tälle tehdään. Ki-vampihan se ois jos sais olla rauhassa mutt ett jos toisen työ kiikastaa siitä että pitää saaha vastaus, niin ei se mua hermostuta”

L (C42): ” Ainahan se ite ketäkin, ajatus keskeytyy, niin sehän tietään että se niin kun ottaa päästä. ”

H (A84): ”Että jotenkin että, tulenko minä oikeinymmärretyksi, ymmärtääkö se lääkäri mitä mä tarkoitan sillä.”

Sovittu konsultaatioaika jakoi selvästi haastateltavien mielipiteitä. Toisaalla se oli mieleinen käytössä oleva toimintatapa, toisaalla sitä toivottiin jatkossa. Osa haastateltavista taas kuvasi sitä jäykäksi ja yhteistyötä hankaloittavaksi käytännöksi. Haasteena sovittujen konsultaatioaikojen osalta esille nousi myös se prosesseihin liittyvä tekijä, että mahdolliset lääkäreiden ajanvarauskirjoille ohjelmoidut konsultaatioajat eivät käytännössä pysyisi tyhjinä hoitajien konsultaatioita varten. Muut työntekijät täyttäsivät ne aina muilla potilasasioilla. Haastateltavien mukaan useissa työyksiköissä monet eri työntekijät voivat laittaa lääkäreiden ja hoitajien kirjoille potilasaikoja. Tämä muodosti haastateltavien mukaan selvän ongelman työajan hallinnalle sekä ammattiryhmien väliselle yhteistyölle. Kirjallisia konsultaatioita saattoivat puolestaan vaikeuttaa kieliongelmat.

H (C43): ”Monesti ne asiat on potilaan kannalta semmosia ett näihin pitäis saaha äkkiä ratkaisu niin tuntuu aika kaukaa haetulta että viis päivää ootetaan ett sitt on konsultaatioaika.”

L (H43): ”Niin sen tulkitsee tuolla parhaimmillaan vastaanottoavustaja tai muut hoitajat että, ai tää onkin näitä kontrolliaikoja ja sitten puolen tunnin konsultaatioajalle onkin annettu kolme vastaanottoaikaa.”

L (G44): ”Ei ne pysyis tyhjinä, jos aatellaan, ett se ois tarkoitettu hänen konsultaatioon.”

L (H44): "Tää on vähän liian monissa käsissä tämä täysin liberaalisti käytettävissä tämä lääkärin työpäivä täällä meillä. Että siinä joutuu joskus pitämään puolliaan"

H (B203): "Kun meillä on tämmönen kansainvälinen meininki täällä, niin mä huomaan Efficaviestiasioissa, että välillä on nää kieliasiat sillee, että niissä tulee niin kun väärin ymmärryksiä,"

Ammattiryhmien välisen yhteistyön haasteena haastateltavat pitivät sitä, että toisen ammattiryhmän osaamista ja toisen antaman ohjauksen sisältöä ei välttämättä tunneta kovin hyvin. Koulutuksen osalta haasteena nousi esiin, että työpaikan ulkopuolisiin täydennyskoulutuksiin ei aina päässyt. Eräs vastaaja toi kielteisenä asiana esiin, että ohjaajalääkäri ei ollut kiinnostunut sairaanhoitajan lääkkeenmääräämisen lisäkoulutuksen ohjaamisesta. Lisäksi oppimisen kannalta ongelmallisena koettiin, että esimerkiksi aikapulasta johtuen, lääkäri ja hoitaja tutkivat potilaita yhdessä vain hyvin harvoin. Haasteena pidettiin lisäksi sitä, että työjärjestelyjen vuoksi lääkkeitä määrävällä sairaanhoitajalla ei ollut mahdollisuutta taitojensa ylläpitoon. Toisista hoitajista poiketen, eräs haastatelluista lääkkeitä määrävistä sairaanhoitajista koki, ettei hän ollut sen paremmin koulutuksen aikana kuin valmistumisensa jälkeenkään saanut lainkaan oppia ja tukea potilaiden kliiniseen tutkimiseen liittyen. Esille nousi myös näkökulma, että työjärjestelyjen vuoksi eräällä toisella lääkkeitä määrävällä sairaanhoitajalla ei ollut mahdollisuutta seurata potilaan tilannetta sen jälkeen, kun hän oli siirtänyt potilaan lääkärin hoitoon. Näin ollen hän ei pystynyt saamaan oppia näistä omalta osaltaan kesken jääneistä tilanteista.

H (E175): "Ett kun ei yhtään tiedä että mitä toisen opiskelu sisältää, mitä voi kuvitella toisen osaavan"

H (A113): "Tai sitten tosiaan vein näitä potilastapauksia sitten että... hän nyt siihen ... minä ilta-kaudet niitä väänsin, kävin kaikki, kaikki tuota lääkkeitä läpi, interaktiot ym. selvitin ne sinne ja sit hän pistää vaan puumerkki alle. Hyväksytyt. Ett se niin kun turhautti."

H (E148): "Se on surullista ett pikku hiljaa ne taidot kyllä karistuu pois... kyll se kliininen tutkiminen jää vähälle."

H (A25): "Eikä siellä koulussakaan, se nyt oli aika pintapuolista mitä siellä. Että just sitten on kuullut näiltä kurssikavereita kenellä on ollut se lääkäri -työpari niin hehän ovat tehneet hyvin kiinteästi yhteistyötä silloin niin kuin kouluaikaan, he ovat käyneet keuhkojen kuuntelut ja kaikki tämmöset vatsan palpaatiot ym. siellä tutkimiset siinä. Joka minulla ikävä kyllä on jäänyt nolnaan."

Kaukana toisistaan sijaitsevat työhuoneet hankaloittivat haastateltavien mukaan yhteistyötä. Fyysisten työtilojen sijainti erillään nähtiin ongelmana niin keskinäiselle yhteistyölle kuin potilaillekin. Teknisten apuvälineiden käyttö ei haastateltavien mukaan poistanut kaukana toisistaan sijaitsevista työtiloista aiheutuneita yhteistyön haasteita. Äärimmäinen esimerkki kaukana toisistaan sijaitsevien työhuoneiden vaikutuksesta potilaiden hoitoon oli se, kun eräs hoitaja

kuvasi, että tiloista johtuen potilasta joudutaan joskus pyytämään tulemaan kokonaan eri päivänä lääkärin vastaanotolle. Potilaan asia saataisiin siis hoidettua loppuun asti konsultaation avulla hoitajavastaanoton aikana. Näin ei kuitenkaan toimittu, koska konsultaatio olisi vienyt liikaa aikaa työhuoneiden sijaitessa kaukana toisistaan.

H (H126): "Mä voin sanoa siihen heti että ite toivoisin, ja jos meillä ois niin kun niin, että me oltais fyysisesti lähempänä, niin siihen ois varmaan paremmin mahdollisuus, niin vois pyytää, että jos katon vaikka korvaa tai jotain, tai vähän niin kun epätietoisuutta, että mitäs tässä nyt, että vois niin kun pyytää kattomaan, että tuu kattomaan että oonko oikeessa ja näin..."

H (B144): "Se on niin kun potilaitten kannalta, mä oon jo ne riisututtanut tonne ja sitten kun he könkkää tääne ja kaikki tuota."

H (B145): "Kun joskus mä oon käyny kysymässä, vaikka toiselta lääkäriltäkin. "Sähän oot siellä asti, en kyllä tuu; No pyy se huomenna".

Systemaattisen yhteistyön puuttuminen pitkäaikaissairaiden seurantakäyntien osalta koettiin puutteena samalla kun työparimallin purkautumista useilla paikkakunnilla harmiteltiin. Työpareista oli useilla paikkakunnilla luovuttu väestövastuujärjestelmän purkamisen myötä. Väestövastuujärjestelmään paluuta ei sen sijaan toivuttu. Työparimallikaan ei kaikkialla ollut täysin toiminut. Tämä tuli ilmi esimerkiksi niin, että jossain työyksikössä työparimalli ei ollut haastateltavien mukaan johtanut kanta-asiakkaiden huomioimiseen. Lääkkeitä määräävän sairaanhoitajan osaamista ei haastateltavien mielestä aina hyödynnetty optimaalisesti. Haasteen taustalla nähtiin niin työn järjestämistapaan kuin annettuihin resursseihin liittyviä tekijöitä. Kyse oli haastateltavien kokemuksen mukaan tietoisista linjauksista. Esimerkkinä haastatteluissa tuli esille, että erään lääkkeitä määräävän sairaanhoitajan ajat olivat täynnä sellaisia potilaita joiden kanssa hän ei voinut hyödyntää lääkkeenmääräämisen erikoispätevyyttään. Eräs toinenkin lääkkeitä määräävä sairaanhoitaja kuvasi, ettei lääkkeenmäärääminen näkynyt hänen työssään juuri lainkaan. Eräessä haastattelussa puolestaan haasteena nousi esiin, että ajanantajilta unohtui herkästi, että lääkkeitä määrävillä sairaanhoitajilla oli kyseisessä toimintayksikössä sovitusti vastaanottopäivän lomassa aikoja myös akuuttipotilaille. Haastatteluissa varsinaiset terveyskeskuskohtaiset työnjakokuvaukset ja paikalliset toimintaohjeet miellettiin kuitenkin lähinnä historiallisiksi jäänteiksi, joita kukaan ei lue enää nykyään. Niiden osalta haasteena pidettiin erityisesti päivittämistä ja perehdyttämistä, joihin ei arjessa löytynyt aikaa.

L (C91): "Hirmu vähän on enää oman talon ohjeita. Ett jossakin vanhoissa kansioissa on vielä jotain, mutt niitä ei kyllä käytännössä kukaan lue."

L (H98): "No niin no itse asiassa, mutt se on jääny, on jääny vaan nyt joku tämmönen muutama vuosi sitten kasattiin jotain tämmöstä valtimotautikarttaa jossa nyt oli joitain kenties vähän yksilöllisiä, ei niinkään käypähoitosuosituksen mukaisia tavoitteita, mutt se on sitt taas, tää on se ongelma että milläs ajalla niitä kerkiät sitten päivittämään."

L (H99): "Toisaalta sitten myös niin kun taas tiedottamaan ja saamaan nen käyttöön sitten, sitten tekijöille varsinkin kun ainakin lääkäripuolella sitten kun on se meidän vaihtuvuus lääkäripulasta johtuen, on siis ostopalvelujen käyttöä ja tämmönen on ollu semmosta, semmosta rumbaa että, että tuota se on vaan päivästä toiseen välillä ollut selviytymistä."

Ammattiryhmien yhteisten palaverien merkitys yhteistyölle nähtiin tärkeänä, mutta niiden järjestämiseen liittyi selviä haasteita. Yhteispalavereja ei ollut saatu jostain syystä järjestettyä tai niihin ei osallistuttu. Yhteiset tauot koettiin yhteistyötä tukevinä, mutta haasteena nähtiin yleistyöaika jossa ruokaillaan omalla ajalla. Haastateltavat kokivat, ettei palkatonta aikaa tule käyttää työasioiden hoitamiseen, vaikka ammattiryhmien väliseen ajatusten vaihtoon yhteisellä tauolla olisikin ollut hyvä mahdollisuus. Yhteistyön osalta palautteeseen liittyvänä haasteena tuotiin esiin, ettei työyksioissä ollut ennestään palautteen antamisen kulttuuria. Hoitosuunnitelmayhteistyöhön liittyvänä seikkana osa haastateltavista kertoi, ettei hoitosuunnitelmia ole laadittu vielä lainkaan. Tämä puolestaan nähtiin niin vallitsevana hyväksyttävänä tilana kuin haasteenakin. Hoitosuunnitelmien kirjaaminen koettiin tietojärjestelmistä johtuen monimutkaiseksi.

L (H121): "On muutamia ollu näitä tämmösiä yhteispalaverieta jossa taas sitten lääkäreitten osaanotto on ollut aika rajallista."

H(E145a): "Ja kato täähän on se hauskuus tässä, ett esim.hän on yleistyöajassa, hän ruokailee omalla ajallaan. Hän ei periaatteessa, niin mitä hän, kun hän ei oo töissä, niin mitä kuuluu sitt tämmösistä keskustella."

Haasteina haastateltavat toivat esiin ongelmia tietojärjestelmiin ja henkilöstön vaihtuvuuteen liittyen. Haastatteluissa nousi monessa yhteydessä esille, että tietojärjestelmien ongelmat hankaloittivat ammattiryhmien välistä yhteistyötä liittyen mm. reseptien uusintaan. Tietojärjestelmä ei esimerkiksi eräässä toimintayksikössä sallinut, muiden hoitajien tapaan, lääkkeitä määrävän sairaanhoitajan laittaa reseptejä lääkärille hyväksyttäväksi. Sähköinen reseptinuusinta oli myös hyvin hidasta tietojärjestelmästä johtuen. Tietojärjestelmässä tiukka rajattu katseluoikeus vaikeutti haastateltujen mukaan myös ammattiryhmien välistä yhteistyötä. Henkilöstöresursseihin liittyen kiire ja resurssipula nousivat haastateltavien puheesta esiin selkeinä arjen yhteistyön haasteina. Resurssipula vähensi pitkäaikaissairaiden hoitoon käytettävää työpanosta. Kiire häytti ammattiryhmien välistä yhteistyötä rajoittamalla vapaata potilasasioista keskustelua sekä konsultaatioihin vastaamista. Kiire esti kehittämisen ja koulutuksellinen yhteistyö jäi kiireen vuoksi hyvin vähälle huomiolle. Lääkäriaikoja saattoi olla liian vähän saatavissa. Kolmantena henkilöstöresursseihin liittyvänä yhteistyön haasteena haastateltavat toivat esiin henkilökunnan vaihtuvuuden. Tämä vaikutti mm. siihen, että ammattilaisilla oli epäselvyyttä siitä

kenen kanssa yhteistyötä tulisi milloinkin tehdä. Henkilökunnan vaihtuvuus koettiin myös tiedottamiselle keskeisenä haasteena, jota oli pyritty ratkaisemaan mm. kirjaamiskäytännöillä. Lääkelehdelle esimerkiksi kirjattiin tiedoksi, mitä lääkkeitä sairaanhoitaja voi jatkaa.

H (E1): ”Ei, ett edelleen me ei voida uudistaa reseptejä, meidän täytyy kirjoittaa uudet reseptit Effican takia”

L (D56): ”Kaksikymmentäkuus klikkausta per potilas (uusittavat reseptit) mä olen laskenut keskimäärin. Maksimi on 61 ja minimi on 16 klikkausta”

H (G76): ” Kun perataan enempi jotain ruokavaliota tai jotain muuta niin kun läpi, niin tota se vie sitä aikaa tosi paljon, ett ne on käytännössä semmosia tuntiin aikoja mitä semmoselle potilaalle pitäis meillekin järjestää. Ja jos meillä on työntekijäpula, niin se on ikävä kyllä se, ett mitkä pistetään ne kontrolliajat hetkeksi seis ja tehdään vaan niitä tota, niin sanottuja akuutteja juttuja”

H (E57): ”Kun ne ajat on niin täynnä, sen niin kun semmosen vapaan juttelun aika on kauheen pieni”

Haasteina haastateltavat toivat esiin, että lääkkeitä määräävän sairaanhoitajan vastaanotolle ohjautui lääkärille kuuluvia potilaita. Aiemmin kuvattu yleinen toimintatapa, jossa lääkärin vastaanottoa tarvitsevia potilaita kierrätettiin jostain syystä hoitajavastaanoton kautta, mainittiin myös haasteena. Syynä saattoi haastateltujen mukaan olla ajan antajien ajattelemattomuus, tiedottamisen ongelmat tai pula lääkäriajoista. Potilaan auttamiseksi vastaanottoaika annettiin usein ”sinne minne sen sattui saamaan”, vaikka aika olisi pitänyt antaa sille ammattilaiselle joka pystyy hoitamaan kyseisen asian kerralla loppuun saakka. Puutteelliseen tiedottamiseen liittyen ajanantajilla saattoi olla epäselvyyttä sairaanhoitajan lääkkeen määräämiseen liittyvistä lakipykälistä. Ei esimerkiksi tiedetty, että hoitajan oli aina tavattava potilas kasvokkain reseptiä uudistettaessakin. Saattaa myös olla, että lääkärit eivät juurikaan tienneet sairaanhoitajien lääkkeenmääräämisestä.

H (B72): ”Lääkärin päivä on ihan täysi niin sitten laitetaan hoitajalle semmosia, mitkä on pakko kuitenkin pistää lääkärille, niin sitt ne tulee tavallaan lääkärille ylimääräisenä ja siinä ei ole niin kun mitään hyötyä.”

H (H71): ”Ett sitt tavallaan siinä turhaan niin kun luukuttamista ett se potilas joutuu sitt useammassa paikassa käymään.”

L (F32): ”Ei lääkärit toden näköisesti sillai tiedä ja hahmota, osa ei...tiedä että semmosia hoitajia meillä on, ett jotka voi määrätä lääkkeitä, saatikka sitten ett mitä se käytännössä tarkoittaa”

Lääkkeitä määräävät sairaanhoitajat toivat haastatteluissa vahvasti esille, että toiset hoitajat suhtautuvat heihin kielteisesti lisäpätevyydestä johtuen. Syyksi tälle mainittiin yleensä kateus. Kateuden aiheuttajina pidettiin erikoispätevyuden mukanaan tuomaa palkan lisää ja pääsyä kalliseen koulutukseen. Ammattiryhmien välisen yhteistyön haasteena nähtiin myös lääkäreiden ja

farmaseuttienkin kielteinen suhtautuminen sairaanhoitajan lääkkeen määräämistä kohtaan. Lääkäreiden kielteisen asenteen taustalla mainittiin olevan huoli potilaista. Lääkärit olivat pohtineet, ohjautuvatko potilaat oikein ja osaavatko lääkkeitä määräävät sairaanhoitajat poimia ketä voivat hoitaa. Lääkäreillä oli esiintynyt epäilevää suhtautumista lääkkeitä määrävien sairaanhoitajien osaamiseen. Eräs lääkäri toi esiin, että hänen mielestään lääkkeitä määrävillä sairaanhoitajilla oli ehkä koulutukseensa nähden liian iso vastuu. Negatiivisena suhtautumisena voidaan pitää myös sitä, että lääkäri ei uskonut potilaan hyötyvän sairaanhoitajan lääkkeenmäärämisestä eikä sen se nopeuttavan palvelua. Kaikki potilaatkaan eivät suhtautuneet sairaanhoitajan lääkkeen määräämiseen myönteisesti.

H (E82): "Tota kollegat kokee, en mä tiedä onko se kateutta vai mustasukkaisuutta, vai omanarvon alentumisen tunnetta, tai mitä se on mutt he kokee kuitenkin ett nyt pitävät jotenkin erikoisena mua, tai jollain tavalla sillä tavalla, ett se kollegialisuus ei siellä kyllä tule esiin."

H (D127): "Me valmistuttiin ja tuli siitä palkkauksesta kyse ja saatiin siihen sitä palkankorotusta niin se herätti sitä katetutta heti paikalla, niin kun heti paikalla, niin kun hoitajissa"

L (B135): "Joskus mä mietin että hoitajien tuota koulutukseen nähden heidän vastuu saattaa olla liian paljon."

H (A164): "Näitä tulee että no niin mitä se hoitaja lääkäriä leikkii, näitä satunnaisia tällasia tulee."

6.4 Tulevaisuuden toiveita ammattiryhmien väliselle yhteistyölle

Toisille tällä hetkellä arkipäiväiset toimintatavat näyttivät olevan toisille vasta tulevaisuuden toiveita. Seuraavassa esitettävät näkökulmat tulivat esiin nimenomaan myös tulevaisuuden visioina. Tulevaisuutta ajatellen osa haastatelluista korosti hoitosuunnitelmien merkitystä esimerkiksi hoidon paremmalle jatkuvuudelle, lääkkeitä määrävän sairaanhoitajan työn sujuvuudelle ja palveluja paljon käyttäville potilaille. Haastateltavat toivat myös esille, että hoitosuunnitelma turvaisi selustan. Eräs haastateltavista toi esiin, että potilaan olisi helpompi sitoutua hoitoonsa jos hoitosuunnitelmat olisi tehty hyvin. Toinen taas epäili onko hoitosuunnitelmilla oikeasti lainkaan merkitystä potilaan omahoitoon motivoitumiselle. Toimintatapa jossa hoitaja, lääkäri ja potilas yhdessä laativat potilaan hoitosuunnitelman mainittiin niin nykyisenä käytäntönä kuin toivottavana tapana toimia hoitosuunnitelmien laadinnassa jatkossa. Hoitajan roolia hoitosuunnitelman valmistelijana haastateltavat halusivat jatkossa lisätä. Haastattelussa nousi esiin myös, että potilastietojärjestelmässä pitäisi jatkossa olla erillinen hoitosuunnitelmalehti, joka palvelisi potilaslähtöistä kirjaamista. Tulevaisuuden osalta nähdään hoitosuunnitelman osalta

potilaita palvelevan parhaiten sen, että potilaat pystyvät itse näkemään Kanta-arkiston kautta oman yhdessä laaditun hoitosuunnitelmansa.

H (C63): "Mun mielestä se pitäis olla semmonen että nyt kun asiakkaat pysyy esim., Kanta.Fi kautta kattoon niin se pitäis olla semmonen että se lehahtaa niillekin heti niin ku siihen näyttöön, niin se muistuttais niitä potilaita ett ahaa tähän mä oon niin ku sitoutunut."

L (H112): "Varmaan se lähettäis sillä lailla tekemään, ett oisko siinä sitten hoitajakäynti siihen alkuun jossa kartoitettais niitä asioita ja, ja tarkemmin ja sitten, sitten jossain vaiheessa sitten käynti lääkärille ja katottais niitä yhdessä niitä asioita ja tavoitteita ja, ja näin. Ett yhteistyönä."

H (D118): "No justiin siinä reseptin uusimisessahan se tietysti olisi hyvä, että lääkäri olisi sinne laittanut, että jos verenpaine arvot on näin ja näin niin lääkettä näin ja tarvittaessa lähdetään laskeen näin. Niin sillonhan se olis selkeä ohje. Koska sehän perustuu se mun lääkkeen määrääminen siihen hoitosuunnitelmaan. Eli sillonhan se auttais hirveen paljon tietenkin niissä uusimisissa. Kyllä, siinä se olis selkeä."

H (A107): "Jos on sellanen ns. vieras potilas mitä ei niin tunne, niin kyllä mun mielest se on tosi hyvä se, että siinä on se hoitaja-lääkäri ja sitten tota se potilas. Ja siinä yhdessä käydään ne suunnitelmat läpi sit jatkossa."

Työtä toivotaan voitavan jatkossa jakaa ammattiryhmien välillä pitkäaikaissairaiden osalta niin, että pitkäaikaissairaat kävisivät vuorovuosin lääkärin ja sairaanhoitajan vastaanotolla jos hoitotasapaino on hyvä. Näin jo paikoin toimitaankin. Toiset taas pohtivat tämän käytännön käytönoton mahdollisuutta tulevaisuudessa. Esille tuotiin näkökulma, että lääkärin tulisi aina päättää onko potilaan seuraava kontrolli lääkärin vai hoitajan vastaanotolla. Työnjakoa voitaisiin haastateltujen mukaan muuttaa jatkossa niin, että pitkäaikaissairaiden seuranta siirrettäisiin enemmän hoitajan vastuulle jos hoitosuunnitelmissa olisi määritelty ammattiryhmien välinen työnjako ja linjaukset lääkityksistä. Hoitosuunnitelman tulisi olla ohjaamassa työnjakoa linjaamalla hoitajan työskentelyä esimerkiksi sen osalta, mitä lääkityksiä ja miten, lääkkeitä määräävä sairaanhoitaja voi lääkärin ohjeiden mukaan uusia. Täysin ongelmatonta tämä ei haastateltujen mukaan kuitenkaan ole. Potilaan terveyden hallintaa tukisi haastateltujen mukaan parhaiten se, että potilas voisi käydä sekä hoitajan, että lääkärin vastaanotolla määrääaikaiskontrolleissa.

L (F91): "Yks olis just tää vuosikontrollit niin että hoitajalla, ne ketkä on sillai hyvässä tasapainossa. Ett ei tarvii lääkärikäyntejä välttämättä vuosittain, niin ett se olis tämmönen ett hoitaja pystyis sitten uusimaan niitä pitkäaikaissairauksien lääkkeitä."

L (C84): "Se mikä ei ois yhtä tyhjän kanssa niin sanois ett ens vuonna meet sairaanhoitajalle tai meet tälle meidän erityispätevyysairaahoitajalle kontrolliin. Etkä tuu mulle, niin siinähän sääsätiäis."

L (C83): "Mikä hullu sen pitää mielessä että ai niin tässä, nyt mä voin tänne kirjottaa että tältä sä voit uusia just tän ja tän lääkkeen,niin se on ihan yhtä tyhjän kanssa"

Potilaskohtaisesti vaihtelevaan työnjakoon liittyen jotkut haastateltavista toivat esille yhteisvastaanoton (lääkäri, hoitaja ja potilas yhdessä vastaanotolla) mahdollisena toimintatapana tulevaisuudessa. Kukaan haastateltavista ei kertonut, että yhteisvastaanotot vielä tällä hetkellä olisivat käytössä. Tulevaisuuden visioissa yhteisvastaanotolle olisi varattu normaalia vastaanottoa reilummin aikaa. Tärkeät asiat nousisivat rauhallisessa tilanteessa helpommin esiin. Yhteisvastaanottoa sovellettaisiin tarkkaan valituille, eniten tukea tarvitseville, pitkäaikaissairaille potilaille. Valinnassa tulisi haastateltavien mukaan hyödyntää kokeneiden työntekijöiden hyvää potilastuntemusta. Yhteisvastaanotolla olisi joidenkin haastateltujen mukaan ehkä helpompi sopia yhteinen hoitolinja. Yhteisvastaanotto parantaisi mahdollisesti myös potilaslähtöisyyttä ja ohjaussisällöt selkiytyisivät kun kuultaisiin mitä toinen potilaille ohjaa.

L (H79): ”Siinä (yhteisvastaanotolla) sitten yhdessä läpi käytäis sitten niitä, niitä tuota potilaan voimavaroja ja rahkeita ja mahdollisuuksia mitä, mitä hän pystyy tekemään, miten me voidaan siinä sitten jeesata ja .. niin kun saavutettaisi sitt semmonen yhteisymmärrys mahdollisimman vähällä ahdistumisella että mitä me voidaan saada oikeesti aikaan ja mitä ei voida saada.”

Osa haastateltavista kuvasi perättäisten hoitajan ja lääkärin vastaanottojen palvelevan potilaita parhaiten, koska molemmilla ammattiryhmillä on omat näkökulmansa potilaiden hoitoon. Haastateltavat mainitsivat myös, että potilas saisi kokonaisvaltaisempaa hoitoa jos hän kävisi lääkärin lisäksi myös hoitaja vastaanotolla. Yhdeksi syysi tähän liittyen mainittiin, että hoitajan vastaanotolla todelliset asiat potilaan arjesta tulevat paremmin esille potilaiden kertoessa asioistaan usein rohkeammin kuin lääkärin vastaanotolla. Toive tulevien sairaanhoidon ja lääketieteen ammattilaisten yhdessä opiskelusta tuotiin myös esiin.

H(B78): ”Mun lempiaihe on nämä elämäntapa-asiat, niin musta on aika ihana käydä niitten ihmisten kanssa niitä ensin ja sitten sais sen niin kun lääkärinkin osuuden siihen että... Kyllä ne musta täydentää hyvinkin toisiaan, vaikkapa diabeetikkoakin ajatellen, niin kyllähän se vaatii aika pitkälti niin molemmat vastaanotot.”

H (E174): ”just niin kun siellä lääkärit ja hoitajat opiskeli yhdessä, niin siinä olivat oppineet niin kun ett mitä toinen osaa.”

Sovitulla konsultaatioajalla oli haastateltavien keskuudessa niin kannattajia kuin vastustajiakin. Joissakin työyksiköissä sovittu konsultaatioaika oli jo arkipäivää, joissakin sitä ei haluta koskaan ottaakaan käyttöön, mutta useissa työyksiköissä sitä toivottiin jatkossa. Haastateltavien mukaan yhteistyötä palvelisi jatkossa parhaiten se, että konsultaatiomahdollisuus akuuttiasi-
oissa olisi välitön. Sovittu konsultaatioaika puolestaan palvelisi parhaiten kiireettömissä asi-
oissa. Yhteisen sovituksen konsultaatioajan avulla pystyttäisiin esimerkiksi hoitamaan sellaisia asi-

oita joita hoitaja ei yksin voi määrääkaistarkastuksessa ratkaista. Haastateltavat kuvasivat tasapainoilua toisen työ- ja taukorauhan kunnioittamisen sekä konsultaatioiden välillä. Toisen työrauhaa halutaan mahdollisuuksien mukaan kunnioittaa. Myös potilaiden etuna mainittiin, etteivät vastaanotot jatkuvasti keskeytyisi konsultaatioiden vuoksi.

Ammattiryhmien välisen koulutuksellisen yhteistyön osalta eräs lääkäri esitti tulevaisuuden visiona, että lääkäri opettaisi farmakologiaa opiskelleille lääkkeitä määräävälle sairaanhoitajalle enemmän sairauksien sisätautista taustaa. Osa lääkkeitä määräävistä sairaanhoitajista puolestaan toivoi, että jatkossa lääkäri ja hoitaja harjoittelisivat enemmän yhdessä potilaan tutkimista. Sovittujen työkäytäntöjen osalta toimintamalleista mm. työparimallia toivottiin. Yhtenä tulevaisuuden toimintamahdollisuutena eräät haastateltavat puolestaan hahmottelivat järjestelmää, jossa nuorille lääkäreille olisi nimettynä yhteistyöhoitaja. Tällöin heidän mukaansa mm. molemminpuoliset konsultaatiot olisivat mahdollisesti nykyistä sujuvampia toteuttaa. Yhtenä visiona esitettiin myös, että kaksi aloittelevaa ja yksi kokenut lääkäri sekä yksi lääkkeitä määräävä sairaanhoitaja muodostaisivat tiimin, jossa kaikkien osaaminen saataisiin parhaiten hyötykäyttöön ja työntekijät saisivat tukea toinen toisistaan.

L (E44): "Se (työpari) tavallaan lisäisi sitä yhteistyötä kun tietäisi, että ois selvät sävelet kun tietäisi, sekä lääkärillä että hoitajalla että tietäisi kenen puoleen käännytään."

L (E51): "Vois olla vaikka kolme nimettyä (lääkärinä), vaikka kaks tuoretta ja yks vaikka konkari, niin joku tämmönen niin tavallaan tulis hyötykäyttöön sun (lääkkeitä määräävän sairaanhoitajan) taidot mahdollisimman hyvin ja sitt toisaalta heillä olis kanssa hyvä konsultti"

Sovittujen toimintatapojen osalta lääkkeitä määräävän sairaanhoitajan toimenkuvaan liittyen haastateltavat nostivat esiin myös sairaanhoitajan roolin potilaiden lääkelistojen tarkastajana. Erityisesti tällaisen aktiiviseen lääkelistojen päivitykseen liittyvän toimintatavan toivottiin tulevaisuudessa lisääntyvän. Kiire oli haastateltavien mukaan selvästi vaikuttanut siihen, että lääkelistojen ajan tasalla pitäminen oli puutteellista, vaikka se nähtiinkin tärkeänä. Lääkkeitä määrävien sairaanhoitajien ammattitaidon hyödyntäminen lääkelistojen päivittämisessä nähtiin haastateltavien keskuudessa tulevaisuuden mahdollisuutena sille, että potilastietojärjestelmissä olisi aina mahdollisimman ajantasainen tieto siitä mitä lääkkeitä ja miten potilas käyttää. Lääkkeiden määräämisen erikoispätevyyden suorittaneilla hoitajilla nähtiin olevan kykyä arvioida listoja ja ohjata potilaita lääkelistoja tarkastaessaan. Näin ollen lääkelistojen päivittäminen ei olisi tulevaisuudessa vain pelkkä mekaaninen toimenpide. Päivittäminen hyödyttäisi haastateltujen mukaan niin potilasta kuin ammattilaisten työtäkin

H (C162): ”Selviääkin että lääkkeitä syödään ihan eri tavalla kun meillä on käsitys. Ett sillä tavalla, ett se ois yks semmonen asia mikä pitäis varmaan ottaa huomioon, että asikkaan kanssa aina tsekkais ne lääkelistat .”

Haastateltavat ilmaisivat myös kehittämishalukuutta liittyen sairaanhoitajan lääkkeen määräämisen erikoispätevyyden ottamiseen entistä enemmän hyötykäyttöön. Tulevaisuuden toiveena esitettiin mm. itsenäistä hoitajavastaanottoa potilaille, joille lääkemääräyksiä pystyy tekemään. Toisaalla taas toivottiin useampana päivänä viikossa sellaista työnkuvaa missä lääkkeenmääräämisoikeutta pystyy hyödyntämään. Palvelun saavutettavuus tulisi haastateltujen mielestä tehdä mahdollisimman helpoksi.

H (C118): ” Mähän tekisin sitä ihan hirveesti ja tosiaan tekisin sitä kahdeksan tuntia päivässä viitenä päivänä viikossa sitä koulutustani vastaavaa työtä jos mulle siihen annettais ne resurssit”

Tulevaisuudessa suuri osa haastatelluista lääkkeitä määräävistä sairaanhoitajista haluaisivat sairaanhoitajan lääkkeenmääräämisen piirissä olevien lääkkeiden listan laajentamista. Samalla haluttaisiin tinkiä pakosta tavata potilas joka kerta henkilökohtaisesti. Eräs lääkäri toi esiin, että tämä ei ole täysin yksiselitteistä lainsäätäjän näkökulmasta. Listan laajenemista toivottiin etenkin yhdistelmävalmisteiden ja uudempien diabeteslääkkeiden osalta. Erään haastatellun lääkkeitä määräävän sairaanhoitajan mukaan listan säilyttämistä ennallaan puolsi näkemys, että lain antamat selvät rajat lääkkeenmääräämiselle ovat selkeyttävät yhteistyötä. Lääkäreiden näkemykset rajatusta lääkelistasta vaihtelivat. Osa haastatelluista lääkäreistä suhtautui myönteisesti osittaiseen lääkelistan laajentamiseen. Osa lääkäreistä puolestaan toivoi, esimerkiksi vastuukyymysiin liittyen, ettei hoitajien lääkelistaa jatkossa laajennettaisi.

H (C90): ”Me toivottais että näitä sitten niin kuin jos se pikkusen laajenis ja ois tavallaan tätä päivää, just aatellen näitä kombinaatiolääkkeitä tai jotakin tuota ettei siellä oo suflonyyliureaa jota ei käytännössä kellään enää mee.”

H (D73): ” En saa määrätä Ventoline-reseptiä siihen PEF-seurannan ajalle, vaan se on vaan uusinta. Eli pitää pyytää lääkäriltä se Ventoline-resepti tai se avaava lääke. Ett se on yks toivomus siihen listaan laajentaa.se”

H (G61): ”Ett toi lääkelistahan on aika suppee ja rajattu ja hyvä niin, ja mä oon ihan tyytyväinen siitä.”

L (D164): ” Jotenkin ajattelee niin kun lainsäätäjän kannalta, niin kun tietää että on paljon kaihennäköistä sitten porukkaa ja kaikkea...Ja sitten joku joka on itsenäinen rupeaa heilumaan niin sitten hyvin herkästi tulee porukasta osa joka yrittää kaikkea...”

Lääkärikunnan vaihtuvuudesta johtuviin ongelmiin pyritään erään haastatellun mukaan vastaamaan jatkossa esimerkiksi niin, että potilailla olisi tulevaisuudessa nimetty omahoitaja. Potilaat

olisi siis ikään kuin kiinnitetty hoitajiin lääkärin sijaan. Potilaiden oikeaan vastaanotoille ohjautumiseen toivotaan jatkossa voitavan vaikuttaa tiedottamista kehittämällä. Tulevaisuuden osalta esitettiin toiveita, että lääkäriaikoja olisi jatkossa varattavissa silloin kun hoitaja havaitsee vastaanoton tarpeen potilaalla. Myös enemmän aikaresurssia pitkäaikaissairaiden hoitoon toivottiin. Haastattelussa tuli esille myös lääkäriaikojen puutteesta johtuva näkökulma, jonka mukaan lääkkeitä määräävä sairaanhoitaja voisi jatkossa säätää lääkityksiä aiempaa enemmän. Taustalla on ajatus, että lääkevästään seuraamiseen tarvittavia kontrolliaikoja olisi varattavissa enemmän hoitajan kuin lääkärin vastaanotolle. Haastateltavien puheesta nousi esiin myös toive reseptiasioihin liittyvän yhteistyön lisäämisestä jatkossa. Esimerkkinä mainittiin, että lääkkeitä määräävä sairaanhoitaja voisi jatkossa kartoittaa potilaan kokonaistilanteen reseptien uusinnan yhteydessä ennen kuin lääkäri uusii reseptit. Tämän nähtiin olevan pelkkää uusintaa kokonaisvaltaisempaa hoitoa.

Viereiset työhuoneet tulivat esille keinona parantaa lääkkeitä määräävien sairaanhoitajien ja lääkäreiden yhteistyötä tulevaisuudessa sellaisissa yksiköissä joissa tilat vielä tällä hetkellä on järjestetty toisin. Tulevaisuudelta toivottiin ammattiryhmien välisen yhteistyön parantamiseksi myös sitä, että yhteiselle keskustelulle jäisi nykyistä enemmän aikaa. Yhteisneuvottelun yhtenä sisältönä tuotiin esiin mm. se, että hoitaja keskustelee ennen hoitajavastaanottoa lääkärin kanssa tarvittavan potilasohjauksen sisällöstä.

H (B201): ”Sehän ois ihanne kun sais olla tuossa toisella puolella seinää.”

H (H30): ”Ja tota jos on jotain ongelmatilaa, niin, niin, voidaan pohtia niitä asioita yhdessä.”

H (B28): ”Mulla on nytkin muutama sellanen potilas josta mä haluan lääkärin kanssa ihan niinku jutella.”

L: (D59) ”Aikaa pitäis olla niin kun puhua... yhteisistä potilaista”

Sovittu aika palautekeskustelulle jakoi haastateltujen mielipiteet. Toisaalla sovittua palautekeskusteluaikaa toivottiin jatkossa kun taas toisaalla sitä ei nähty lainkaan tarpeellisena. Jotkut haastateltavat toivat esiin, ettei sovittua palauteaikaa oltu osattu ajatellakaan. Tulevaisuuden osalta eräs haastatelluista lääkäreistä esitti, että ohjaustunti kerran kuukaudessa palautetta varten olisi hyvä käytäntö joka toimisi myös laadunvarmistuksen keinona. Eräs hoitaja kuvasi haluan saada palautetta lääkkeen määräämiseen liittyen toivomalla jatkossa sovittua palauteaikaa. Hän näkisi sen olevan hyvä tuki työssä kehittymiselleen. Eräässä haastattelussa tuli esille,

että sekä lääkäriellä että hoitajalla on yhteinen halu tiiviimpään lääkärin kontrolliin sairaanhoitajan lääkkeenmääräämisen suhteen.

H (B174): "Toki siis semmoset kehitettävätkin asiat, niin musta ne ois hyvä käydä niin kun läpi, että niin kun mitä tavallaan hoitajalta on jäänyt huomaamatta, ei sillee että sä ett nyt tot huomannu, vaan sitt niin se että mihin jatkossa kannattaa kiinnittää huomiota ja semmosia. Että sitä niin kun pystyy sitä omaa työskentelyä kehittämään."

L (A20): "Toki minua kiinnostaisi niin kun kontrolloida joskus kun sinä olet siinä niin katson meneekö kaikki asetusten ja säädösten mukaan." H (A20jatko): "Kyllä, sitä minä nimenomaan toivoisin."

7 POHDINTA

7.1 Ammattiryhmien välisen yhteistyön monet ulottuvuudet

Tämän tutkimuksen perustella ammattiryhmien välinen yhteistyö perusterveydenhuollon vastaanotoilla sujui parhaiten silloin, kun yhteistyötä tekevät ammattilaiset olivat itse saaneet muokata paikalliset yhteistyökäytäntönsä heille sopiviksi. Tämä näkyi esimerkiksi konsultaatio- ja hoitosuunnitelmayhteistyössä. Sairaanhoidajan lääkkeenmääräämiskoulutuksen aikainen ammattiryhmien välinen yhteistyö näytti pääasiassa olleen tiivistä perustuen potilaiden yhdessä tutkimiseen ja potilastapausten yhdessä tarkasteluun. Ammattiryhmien välistä yhteistyötä tukevana tekijöinä tässä tutkimuksessa esille nousivat mm. myönteiset asenteet, keskenään läheiset työtilat ja kasvokkain tapahtuvat yhteistyökontaktit. Pitkä yhteinen työhistoria ja toisen osaamisen hyvä tunteminen heijastuivat myönteisesti yhteistyön sujumiselle tärkeään luottamukseen. Tämän tutkimuksen perusteella perusterveydenhuollon vastaanottotoiminnassa esiintyi myös monia ammattiryhmien välistä yhteistyötä hankaloittavia tekijöitä kuten tietojärjestelmäongelmia, kiirettä ja ongelmia potilaiden ohjautumisessa. Se millaista yhteistyötä jatkossa toivotaan, hahmottui tämän tutkimuksen valossa kirjavana. Näin siksi, että toisten nykyiset yhteistyökäytännöt olivat toisille vasta tulevaisuuden toiveita. Tulevaisuuden osalta toivottiin yhteistä vapaata keskusteluaikaa potilasasioista puhumiseen. Erilaisia ammatillisia vahvuuksia haluttaisiin hyödyntää niin, että päällekkäistä työtä voitaisiin vähentää.

Lääkkeitä määräävien sairaanhoitajien oma-aloitteinen vastaanottojen valmistelutyö, itsenäinen vastaanottotoiminta, neuvontatyö ja resepteihin sekä potilaiden tutkimiseen liittyvä yhteistyö nousivat tässä tutkimuksessa monipuolisesti esiin. Ajanantajien rooli havaittiin keskeiseksi niin ammattilaisten työajan hallinnan kuin potilaiden oikean ohjautumisenkin kannalta. Avustavan henkilökunnan potilastuntemus, ja esimerkiksi sairaanhoitajan lääkkeen määräämiseen liittyvän lainsäädännön tunteminen, sujuvoittivat hoitajien ja lääkäreiden yhteistyötä. Hankaluuksia ammattiryhmien välisen yhteistyön sujumiselle aiheutti sen sijaan se, että konsultaatioille erikseen varatut ajat saatettiin toistuvasti täyttää potilasajoilla. Tiedottamiseen ja aikojen antamiseen liittyvät käytännöt, sekä potilastuntemuksen mahdollisimman suuri hyödyntäminen, olivat keskeisessä roolissa potilaiden oikeassa ohjautumisessa. Koko työyhteisölle koh-

dennetun tiedottamisen tärkeydestä epäselvyyksien välttämiseksi, ovat aiemmin sairaanhoitajan lääkkeen määräämiseen liittyen kirjoittaneet esimerkiksi Brandley ym. (2007) ja Kroezen (2014, 175-176). Potilastuntemuksen hyödyntämisen merkityksen ammattiryhmien väliselle yhteistyölle ovat puolestaan nostaneet esiin Seilo ym. (2010). Eskola ja Luukkonen (2010) taas ovat kuvanneet, että terveyskeskusten toimintaa on pyritty vahvasti kehittämään viime aikoina. Paikallisesti sopiviksi havaituilla toimintakäytännöillä näyttää tämän tutkimuksen valossa olevan keskeinen rooli työn sujuvuudelle ja yhteistyön onnistumiselle perusterveydenhuollon vastaanotoilla.

Konsultaatioilla oli tämän aineiston perusteella erittäin keskeinen rooli lääkkeitä määrävien sairaanhoitajien ja lääkäreiden käytännön yhteistyössä. Sosiaali- ja terveysministeriön asetus lääkkeen määräämisestä (1088/2010) säättää, että lääkkeitä määrävällä sairaanhoitajalla tulee aina lääkkeitä määrätessään olla mahdollisuus lääkärin konsultaatioon. Jo aiemmin Collin ym. (2010) ovat nostaneet esiin konsultaatioiden keskeisen roolin moniammatilliseen yhteistyöhön liittyen. Konsultaatioiden osalta tässä tutkimuksessa esiin nousseilla konsultaatiokäytännöillä oli yhteneväisyyttä Hollantilaisissa sairaaloissa (Kroezen ym. 2014b) havaittujen lääkärin ja lääkkeitä määrävän sairaanhoitajan yhteistyötapojen kanssa. Tämän tutkimuksen perusteella on tärkeää pystyä sopimaan konsultaatiokäytännöistä aina paikallisesti yhteistyötä tekevien ammattilaisten kesken. Pääsääntöisesti välitöntä konsultaatiomahdollisuutta pidettiin tässä aineistossa tärkeänä akuuttitilanteissa, kun taas sovitun konsultaatioajan nähtiin palvelevan parhaiten kiireettömien asioiden hoitoa. Tämän tutkimuksen perusteella konsultaatioihin heijastui myös asenteisiin liittyvä halu kunnioittaa toisen työrauhaa.

Kirjattuja hoitosuunnitelmia voidaan pitää tämän tutkimuksen perusteella ammattiryhmien väliselle yhteistyölle tärkeinä. Niitä kohtaan esiintyi kuitenkin myös selvää skeptisyyttä. Nekin jotka pitivät kirjattuja yksilöllisiä hoitosuunnitelmia potilaan hoidolle ja yhteistyön sujumiselle tärkeinä, kokivat ajan puutteen suureksi ongelmaksi hoitosuunnitelmien laadinnalle. Hoitosuunnitelmien laadinta koettiin erittäin työläänä. Nämä seikat yhdessä tietojärjestelmäongelmien kanssa näyttivät johtaneet siihen, että hoitosuunnitelmien laadinnassa ei ollut käytännössä päästy juuri alkua pidemmälle. Ne, jotka kokivat hoitosuunnitelmat tärkeiksi, halusivat panostaa ensisijaisesti paljon terveydenhuollon palveluja käyttävien potilaiden hoitosuunnitelmien laadintaan. Tutkimuksessa nousi esille, että päällekkäistä työtä hoitosuunnitelmien laadinnassa oli pyritty välttämään ammattiryhmien

välistä yhteistyötä monin eri tavoin hyödyntäen. Samaan aikaan potilaiden nähtiin kuitenkin hyötyvän eniten siitä, että hoitajan ja lääkärin erilaiset ammatilliset vahvuudet olisivat yhtä aikaa käytössä hoitosuunnitelmia laadittaessa. Dennis ym. (2009) ovat aiemmin korostaneet pyrkimystä päällekkäisen työn välttämiseen tehokkuuden lisäämiseksi. Engeström (2004) taas on tuonut esiin yhteisten sopimusten (esim. hoitosopimukset terveydenhuollossa) merkitystä yhteistyön pohjana. Hoitosuunnitelmien rooli lääkkeitä määräävän sairaanhoitajan työtä ohjaavana tekijänä on lainsäädännössä keskeinen. Sairaanhoitaja voi jatkaa asetuksen liitteen mukaisesti pitkäaikaissairauksiin (diabetes, astma, verenpainetauti, dyslipidemia, krooninen eteisvärinä) määrättyjä lääkkeitä tai muuttaa lääkemääräyksen annosta vain jos potilaalla on hoitosuunnitelma johon lääkäri on kirjannut potilaan hoitotavoitteet ja suunnitelman miten lääkitystä on tarkoitus jatkaa (Sosiaali- ja terveysministeriön asetus lääkkeen määräämisestä 1088/2010). Vallimies- Patomäen (2015) mukaan hoitosuunnitelmien roolia osana pitkäaikaissairaiden hoitoprosessia pyritään jatkossa vahvistamaan lainsäädännöllä. Terveys- ja hyvinvoinnin laitos on laatinut Suomeen valtakunnallisen mallin terveys- ja hoitosuunnitelmalomakkeesta, joka kattaa hoidon tavoitteet, toteutuksen ja seurannasta sopimisen (Komulainen 2011). Tästä huolimatta, tämän tutkimuksen perusteella, hoitosuunnitelmista ajateltiin hyvin eri tavoin esimerkiksi sen suhteen kuinka paljon yhden hoitosuunnitelman laatimiseen tarvitaan työaika. Lisäksi niihin suhtauduttiin varsin kirjavasti. Tämä puolestaan saattaa aiheuttaa lain toteutumiseksi omat haasteensa jatkossa. Potilastietojärjestelmiin liittyvät puutteet olivat selvästi yleisiä ja tiedostettuja myös hoitosuunnitelmien laadintaan liittyen. Niihin tulisi löytää pikaisesti ratkaisu. Koulutusta hoitosuunnitelmien laadintaan kaivattiin ja tämä saattaisikin olla, kansallisten ohjeiden ohella, yksi ratkaisu hoitosuunnitelmatyön vauhdittamisessa. Yhteiset ohjeet ovat tärkeitä. Hoitosuunnitelmatyön mielekkyyden parantamiseksi olisi tämän tutkimuksen perusteella kuitenkin parasta, että terveydenhuollon ammattilaiset voisivat itse valita kyseisille työntekijöille parhaiten sopivan tavan laatia hoitosuunnitelmia niiden sisällöstä tinkimättä.

Tämän tutkimuksen mukaan lääkkeitä määräävät sairaanhoitajat pitivät lisäkoulutustaan antoisana ja työtään monipuolisesti tukevana. Farmakologisen osaamisen lisäksi lääkkeenmääräämisen lisäkoulutuksen saaneet hoitajat arvostavat tämän aineiston perusteella potilaan tutkimisesta saamaansa opetusta. Eroja tässäkin ilmeni ilmeisesti sen mukaan, missä hoitaja oli koulutuksensa saanut. Tämä on tärkeä huomio arvioitaessa lisäkoulutuksen tavoitteiden toteutumista eri koulutusyksiköiden osalta. Sairaanhoitajan lääkkeenmääräämisen lisäkoulutuksen myötä

hoitajien tehtävänkuvien on aiemmin arvioitu vahvistuneen niin akuutissa kuin pitkäaikaissairaanhoidossa, sekä ennaltaehkäisyssä ja potilaiden omahoidon tukemisessa (Vallimies-Patomäki, 2015). Sairaanhoitajan lääkkeen määräämisen lisäkoulutusta koskevassa asetuksessa säädetään toimipaikan lääkärin roolista lisäkoulutuksessa (Valtioneuvoston asetus lääkkeen määräämisen edellyttämästä koulutuksesta 1089/2010). Tämän tutkimuksen mukaan ammattiryhmien välistä yhteistyötä tehtiin lisäkoulutuksen aikana pääasiassa tiiviisti. Toisaalta nimettyjen ohjaajalääkäreiden osallistumisaktiivisuus koulutuksen ohjaamiseen oli joissakin tapauksissa kuitenkin lähes olematonta. Vallimies-Patomäen (2015) esille tuoma itsehoitolääkkeiden käytön ohjaamisen tehostuminen ei tässä tutkimuksessa noussut esille. Tässä tutkimuksessa kuitenkin selvisi, että lisäkoulutuksen jälkeen hoitajat kertoivat lääkkeistä potilaille aiempaa enemmän. Haastateltavat eivät erikseen maininneet itsehoitovalmisteita vaan puhuivat lääkkeistä yleensä. Tämän tutkimuksen mukaan lisäkoulutus heijastui ammattiryhmien väliseen yhteistyöhön täsmentäen konsultaatioita, selkeyttäen potilasasiakirjojen välityksellä tapahtuvaa yhteistyötä, sekä vähentäen päällekkäistä työtä anamneesin ottamisen ja osittain potilaiden tutkimisen osalta lähinnä akuuttitilanteissa.

Tämän tutkimuksen perusteella monet erilaiset asenteet voidaan nähdä ammattiryhmien välistä yhteistyötä tukevinä, mutta myös yhteistyön haasteina. Erilaisilla asenteilla ja ammattiryhmien välisillä suhteilla näytti olevan keskeinen rooli työilmapiirin muodostumisessa. Tämän tutkimuksen mukaan keskinäinen luottamus on ammattiryhmien välisen yhteistyön tärkeä kulmakivi. Aineiston perusteella työtovereiden pitkä yhteinen työhistoria ja yhteistyökumppanin pitkä työkokemus heijastuivat luottamukseen. Haastatellut hoitajat kokivat lain sairaanhoitajien lääkkeen määräämiselle asettamien rajojen tuntemisen, ja niistä kiinni pitämisen, tärkeinä. Osittain tässäkin yhteydessä haastatteluissa sivuttiin luottamusta, sillä lääkärit toivat esiin voivansa luottaa tuttujen hoitajien haluun olla ylittämättä lain asettamia rajoja. Molemmipuolisesta luottamuksesta osana ammattiryhmien välistä yhteistyötä, ovat aiemmin samansuuntaisesti kirjoittaneet mm. Stenner ja Courtenay (2008) sekä Kettunen ja Gerlander (2013). Yhteneväisyyttä aiemman tutkimustiedon kanssa nousi tässä tutkimuksessa esille myös sen osalta, että osaaminen ja pätevyys heijastuvat luottamukseen (Pullon 2008). Otwayn (2002) mukaan puolestaan hyvä työyhteisön sisäinen ilmapiiri on tärkeä tuki lääkkeitä määrävien sairaanhoitajien työssä. Kroezen ym. (2014b) ovat taas pohtineet niin asenteisiin liittyviä kysymyksiä koskien sairaanhoitajan lääkkeenmääräämistä kuin ammattiryhmien välisiä

suhteita moniammatillisen yhteistyön näkökulmastakin. He ovat tuoneet esiin, että järjestötasolla ammattiryhmien välisissä suhteissa on esiintynyt rajoihin liittyviä ongelmia. Lääkäreiden ja hoitajien ammattiryhmien välisten suhteiden vaikutusta ammattiryhmien väliselle yhteistyölle on perusterveydenhuollon osalta sen sijaan tutkittu vain vähän (Pullon 2008). Tämän tutkimuksen mukaan ammattiryhmien välisissä suhteissa ei näyttänyt olevan varsinaisia ongelmia arjen terveystieteissä. Tutut, kokeneet työkaverit ja toisen työtavan tunteminen tukivat tämän aineiston perusteella yhteistyötä. Sen sijaan Kroezen ym. (2014b) esittämää näkemystä lääkärin osallistumisen merkityksestä sairaanhoitajan lääkkeenmääräämisen lisäkoulutukseen yhteistyötä ja luottamusta parantavana tekijänä, eivät tähän tutkimukseen haastatellut lääkkeitä määräävät sairaanhoitajat ja lääkärit pitäneet keskeisenä.

Työtilat, vapaa potilasasioista keskusteleminen, työyksikkökohtaiset ohjeet ja sairaanhoitajan lääkkeenmääräämiseen liittyvä lainsäädäntö tulivat tässä tutkimuksessa esiin monista näkökulmista. Työhuoneiden sijoittelun merkityksen osalta tämän tutkimuksen tulokset mukailevat aiempien tutkimusten tuloksia: keskenään läheiset työtilat tiivistävät ammattiryhmien välistä yhteistyötä. Esimerkiksi Kannisto-Maunula ym. (2007), Eskola ja Luukkonen (2010) sekä Seilo ym. (2010) ovat tuoneet esiin läheisten työtilojen merkityksen moniammatillisen yhteistyön onnistumiselle. Sen sijaan esimerkiksi Kroezen ym. (2011) esille tuoma ajatus, että sairaanhoitajien lääkkeenmääräämisoikeuden kehittämisen kautta pyritään aikaansaamaan kustannustehokkaampaa terveydenhuoltoa, ei tullut tässä aineistossa lainkaan esille. Tässä tutkimuksessa esille tullut toive saada työn lomassa lisää aikaa vapaalle potilasasioista keskustelulle on puolestaan perusteltu myös aiemman tutkimustiedon valossa. Pullon (2008) nimittäin korostaa, että vapaa ajatustenvaihto työryhmäläisten kesken on tärkeä tekijä toimivan ammattiryhmien välisen yhteistyön kehittymisessä. Sovittujen työkäytäntöjen osalta yksikkökohtaisilla, paikalliset resurssit huomioivilla, ohjeilla on lainsäädännöstä nousevan roolista sairaanhoitajan lääkkeen määräämisessä (Vallimies-Patomäki 2015). Työyksikkökohtaisia ohjeita sairaanhoitajan lääkkeen määräämiselle ei tämän tutkimuksen perusteella nähty kuitenkaan tarpeellisina. Niiden ajan tasalla pitäminen ja perehdyttäminen vaihtuvalle henkilökunnalle nähtiin mahdottomina toteuttaa. Käypä hoito -suositukset ohjasivat toimintaa vahvasti. Rajattu lääkelista ja sairaanhoitajan lääkkeenmääräämiseen liittyvät muut rajoitukset jakoivat mielipiteitä. Lääkkeitä määräävät sairaanhoitajat toivoivat pääasiassa lääkelistan laajentamista yhdistelmävalmisteisiin ja uudempiin diabeteslääkkeisiin. Pakostavata potilas, aina lääkettä määrätessä, haluttiin myös tinkiä erityisesti jos kyse oli

rokoteresepteistä tai naisten virtsatieinfektioiden hoidosta. Muutokset vähentäisivät mahdollisesti lääkärien konsultaatioiden tarvetta. Hoitajien toivomat muutokset eivät kuitenkaan saaneet varauksetonta tukea lääkäreiltä.

Sairaanhoitajan lääkkeen määräämisen vaikutuksista lääkäreiden työhön ei Suomessa juuri ole julkaistua tietoa. Tämän tutkimuksen perusteella sairaanhoitajan lääkkeen määrääminen oli keventänyt jonkin verran lääkäreiden työmäärään päivystystyössä, mutta keventävää vaikutusta lääkäreiden vastaanottotyöhön sillä ei ollut. Eräänä keinona vastata pitkäaikaissairaiden määrän kasvusta johtuvaan palvelujen tarpeen lisääntymiseen on pidetty sairaanhoitajan lääkkeen määräämistoiminnan kehittämistä (Delamaire & Lafortune 2010). Sairaanhoitajien lääkkeen määräämisen koulutusta kehitettäessä myös Suomessa on pitkäaikaissairaiden hoito huomioitu. Esimerkiksi Keski-Suomessa sairaanhoitajan lääkkeenmääräämisen lisäkoulutusta osittain suunniteltaessa taustateorianä käytettiin RAMPE-hankkeen yhteydessä pitkäaikaissairaiden terveyshyötymallia (Koikkalainen ym. 2013). Tämän tutkimuksen valossa näyttää kuitenkin siltä, että sairaanhoitajan lääkkeen määräämistä hyödynnetään tällä hetkellä hyvin vähän pitkäaikaissairauksien hoidossa. Hoitosuunnitelmien puuttuminen aiheutti tässä yhteydessä omat haasteensa. Tässä tutkimuksessa ei saatu vastausta siihen, mistä terveyskeskustyössä pystyttäisiin jatkossa vapauttamaan aikaa hoitosuunnitelmien laadintaa varten.

Haastateltavat kuvasivat tässä tutkimuksessa monia eri seikkoja, jotka saattoivat olla toisille arkipäivää kun taas samat asiat olivat toisille vasta kaukaisia toiveita tulevaisuuden yhteistyöstä. Tarkoituksenmukainen työnjako ja erilaisten ammatillisten vahvuuksien hyödyntäminen tulevaisuudessa aiempaa tehokkaammin nousivat esiin. Aiemmin mm. Chapman ym. (2009), Peltonen (2009) ja Seilo ym. (2010) ovat tuoneet esiin hoitajan ja lääkärin työnjaon merkitystä lääkäreiden ja sairaanhoitajien yhteistyön onnistumiselle. Saarelma ym. (2008) ovat puolestaan kuvanneet erilaisten ammatillisten vahvuuksien toisiaan täydentävää roolia perusterveydenhuollon vastaanottoiminnassa. Tässä tutkimuksessa hoitajien ydinosaamisen osalta korostui potilaiden ohjaaminen ja elämäntapatekijöiden huomioiminen hoidon kokonaisuudessa sekä ammattitaidon hyödyntäminen lääkelistojen päivittämisessä. Työaikojen järjestäminen jatkossa niin, että tauoilla voitaisiin tarvittaessa käsitellä myös työasioita, nähtiin tässä tutkimuksessa tärkeinä. Tulevaisuuden osalta toivottiin myös, että työpäivien lomaan pystyttäisiin järjestämään yhteisiä palavereita sekä aikaa vapaalle

potilasasioista keskustelulle. Tämä tulos on yhtenevä aiemmin Stenner ja Courtenay (2008) esiin tuoman ajatuksen kanssa, jonka mukaan säännöllinen kontakti ja kliinisistä tilanteista keskustelu lääkärin kanssa ovat erittäin tärkeitä lääkkeitä määräävän sairaanhoitajan työn tukia. Tässä aineistossa lääkkeitä määräävien sairaanhoitajien puheesta heijastui vahvasti Valviran tarkan kontrollin rooli rajoista kiinni pitämiseksi. Ulkoisen kontrollin merkitys rajoista kiinni pitämiseksi on mahdollisesti kuitenkin kyseenalainen pidemmällä aikavälillä.

Tämän tutkimuksen mukaan potilastietojärjestelmien osalta erillinen päivitettävä hoitosuunnitelmalomake palvelisi jatkossa parhaiten potilaiden hoitoa. Potilaiden oman terveydenhallinnan ja osallistumisen osalta hoitosuunnitelman näkyminen myös hänelle itselleen olisi keskeistä. Tämä, käytännön työntekijöiden esiin nostama näkökulma, on yhtenevä Wagner ym. (2001) esittämien CCM- mallin periaatteiden kanssa. Potilaan aktiivisella roolilla omaan hoitonsa suunnitteluun ja toteutukseen osallistujana sekä tiedon tehokkaan käytön mahdollistavilla tietojärjestelmillä on mallissa keskinen osa (Wagner 2001). Collin ym. (2010) ovat tuoneet esiin toisen työtä tarkkailemalla tapahtuvat tiedon saamisen ja jakamisen merkityksen ammattiryhmien välisen yhteistyön osatekijänä. Tässäkin tutkimuksessa nousi esille näkökulma, että toisen ammattiryhmän toimintaa tulisi pystyä jatkossa esimerkiksi yhteisvastaanotolla seuraamaan, jotta toisen työn sisältö ylipäänsä tunnettaisiin. Haastateltavat sivusivat myös Delemaire & Lafortune (2010) ja Hall (2005) aiemmin kuvaamaa tulevaisuuden toivetta lääkäreiden ja sairaanhoitajien yhdessä opiskelusta.

7.2 Tutkimuksen luotettavuus ja eettisyys

Tämän tutkimuksen haastatteluaineisto oli rikas. Perusteellisen laadullisen sisällönanalyysin keinoin esille nousi runsaasti monipuolisia näkemyksiä tästä aiemmin vähän kartoitetusta aiheesta. Eri ammattiryhmien parihaastattelu on lähestymistapana tuore. Tuloksilla on uutuusarvoa koskien lääkkeitä määräävien sairaanhoitajien ja lääkäreiden ammattiryhmien välistä yhteistyötä Suomessa. Samalla tulokset ovat hyvin linjassa aiemman kansainvälisen tutkimustiedon kanssa. Collin ym. (2012) mukaan lääkäriyön näkökulmaa tulisi jatkossa huomioida enemmän terveydenhuollon moniammatillisuutta tutkittaessa. Tässä tutkimuksessa tämä näkemys oli huomioitu tuomalla esiin myös lääkäreiden näkemyksiä ammattiryhmien välistä yhteistyötä koskien.

Aineiston laadun ja luotettavuuden osalta (Hirsjärvi & Hurme 2011, 184-185) tutkimusta voidaan tarkastella monista näkökulmista. Haastattelurungon teemat oli tässä tutkimuksessa johdettu teoriasta. Aiempaan kirjallisuuteen pohjaten muodostetut teemahaastattelukysymykset ovat osaltaan vaikuttaneet siihen millainen aineistosta muodostui. Pilottihaastattelun perusteella tein muutoksia ja suunnitelin vaihtoehtoisia lisäkysymyksiä. Teknisesti haastattelujen nauhoitus digitaalisesti onnistui hyvin. Litterointien laatu oli lähtökohtaisesti erinomainen. Lisäksi laadun varmistamiseksi kuuntelin kaikki nauhoitteet henkilökohtaisesti kahteen kertaan läpi tarkastaen ja korjaten samalla vielä tekstit aivan sanatarkkaan muotoon. Ennen analyysin aloittamista luin haastattelutekstit vielä useaan kertaan läpi.

Haastattelut toteutin itse. Haastattelemista helpotti se, että oman esiyymmärryksen pohjalta aihe ja siihen liittyvä toimintaympäristö olivat minulle ennestään tuttuja. Onnistuin mielestäni hyvin pitämään haastattelut aiheessa ja haastateltavat saivat puhua rauhassa. Pystyin sujuvasti vaihtelevaan kysymysten järjestystä haastattelun etenemisen mukaan niin, että kaikki suunnitellut teemat saatiin jokaisessa haastattelussa käsiteltyä. Minun oli helppoa seurata haastateltavien antamia vastauksia ja pystyin luontevasti reagoimaan niihin tarvittaessa lisäkysymyksillä. Haastattelussa vaihtelivat tilanteen mukaan erityyppiset haastattelukysymykset aina avauskysymyksistä, tarkentaviin, suoriin, organisoiviin kuin tulkitseviin kysymyksiinkin (Hirsjärvi & Hurme 2011, 111-112). Kysymykset olivat avoimia. Muutamissa tilanteissa huomasin, että kysymykseni ei avautunut haastateltaville. Tällöin pyrin tilanteen mukaan yksinkertaistamaan ilmaisuani. Mielestäni pystyin säilyttämään Hirsjärven ja Hurmeen (2011, 98) korostaman haastattelijan puolueettoman roolin.

Haastateltujen henkilöllisyys ei tässä raportissa paljastu. Haastatteluista poistettiin litteroitaessa kaikki niissä mainitut henkilöiden, työyksiköiden ja paikkakuntien erisnimet. Anonyymiyttä lisää, ettei raportissa tuoda esille paikkakuntia joilla haastateltavat työskentelevät. Hankkeen taustat olivat haastateltavilla kuvastusti etukäteen tiedossa ja luottamuksellisuutta korostettiin. Tiedonantajat eivät lukeneet tutkimuksen tuloksia ennen niiden julkaisua. Aineistolle annettiin mahdollisuus puhua kun koko aineisto analysoitiin erittäin tarkasti, perusteellisesti ja huolellisesti. Aineistolähtöisyyden varmistamiseksi kaikki tutkimuskysymysten näkökulmasta oleelliset ilmaukset huomioitiin ja koodattiin. Koko aineiston koodaus käytiin uudelleen läpi kuukauden kuluttua ensimmäisestä koodauksesta. Muutoksia tehtiin yksittäisten koodien

osalta. Kaikki alkuperäisilmaukset, pelkistetyt ilmaukset, alaluokat ja pääluokat koottiin yhdeksi taulukoksi josta analyysin etenemistä pystyi kattavasti seuraamaan. Edellä kuvattu värikoodaus auttoi raportoinnissa. Tähän haastattelututkimukseen lääkkeitä määräävät sairaanhoitajat ehdottivat itse lääkäriparia. Näin ollen voidaan olettaa, että mukaan valikoitui sairaanhoitajien lääkkeenmääräämiseen myönteisesti suhtautuvia lääkäreitä. Laadullisessa tutkimuksessa tämä valikoituminen hyväksytään. Laadullisen tutkimuksen keinoin tässä tutkimuksessa pystyttiin kuvaamaan yhteistyöhön liittyviä käytännön näkökulmia monipuolisesti.

8 JOHTOPÄÄTÖKSET JA JATKOTUTKIMUSAIHEET

Ammattiryhmien välistä yhteistyötä tehdään perusterveydenhuollon vastaanotoilla hyvin monilla eri tavoilla. Tulevaisuuden terveydenhuollon rakenteita hahmotellaan parhaillaan Suomessa. Tulevaisuudessakin yksilölliset yhteistyötavat tulisi sallia työnhallinnan ja mielekkyyden takaamiseksi. Toimintatapojen yhtenäistäminen väkisin, aivan ruohonjuuritason toimintatapoja myöten, ei tämän tutkimuksen valossa näytä järkevältä. Tässä tutkimuksessa esille tulleet omien hyvien käytäntöjen löytämisen tärkeys voidaan tiivistää erään haastatellun lääkkeitä määräävän sairaanhoitajan toteamukseen: ”*Ett tää sopii meille.*” Vuosien saatossa rakentunut potilastuntemus on perusterveydenhuollossa voimavara, jota tulevaisuuden terveydenhuollon rakenteissa toivottavasti arvostetaan ja ymmärretään sen mukanaan tuomat hyödyt ja todennäköiset säästötkin. Hyvä kirjaaminen auttaa, muttei täysin pysty korvaamaan pitkäaikaisista potilassuhteista pitkäaikaissairaiden hoitoon tulevaa lisäarvoa. Henkilökunnan suuri vaihtuvuus yhdistettynä siihen, ettei potilasasioista ehditä yhdessä vapaasti keskustella, vähentää mahdollisesti synergiaetua jota yhteistyöllä voitaisiin parhaimmillaan saavuttaa.

Tutkimuksen johtopäätökset:

- Työntekijöiden kesken paikallisesti sovitut yhteistyökäytännöt ovat sujuvan ammattiryhmien välisen yhteistyön avain.
- Keskinäinen luottamus on ammattiryhmien välisen yhteistyön kulmakivi. Luottamusta lisäävät erityisesti toisten osaamisen tunteminen, rajoista kiinni pitäminen ja pitkä yhteinen työhistoria. Henkilökunnan pysyvyyteen kannattaa näin olleen mahdollisuuksien mukaan aina panostaa.
- Sairaanhoitajan lääkkeenmääräminen palvelee parhaiten akuuttivastaanotoilla, keventävää vaikutusta lääkäreiden vastaanottotyöhön sillä ei tässä tutkimuksessa havaittu olevan.
- Sairaanhoitajien lääkkeenmääräamisen lisäkoulutuksen aikainen ammattiryhmien välinen yhteistyö oli pääasiassa tiivistä perustuen potilaiden yhdessä tutkimiseen, potilastapausten tarkasteluun ja koulutukseen liittyvistä asioista yhdessä keskusteluun.
- Lisäkoulutus kehitti hoitajien kykyä anamneesin ottamiseen, potilaiden tutkimiseen ja kirjaamiseen täsmentäen konsultaatioita ja helpottaen potilasasiakirjojen välityksellä tapahtuvaa ammattiryhmien välistä yhteistyötä.

- Potilaiden oikeaan vastaanotoille ohjautumiseen panostaminen mm. tiedottamista tehostamalla sekä potilas- ja paikallistuntemusta hyödyntämällä, sujuvoittaa ammattiryhmien välistä yhteistyötä perusterveydenhuollon vastaanotoilla.
- Konsultaatioilla ja viestinvälityksellä on keskeinen rooli lääkkeitä määräävien sairaanhoitajien ja lääkäreiden yhteistyössä. Akuuttitilanteissa välitön konsultaatiomahdollisuus palvelee parhaiten, kun taas kiireettömissä asioissa sovittu konsultaatioaika olisi usein toimivin ratkaisu. Mahdollisuus soveltaa juuri kyseisille työntekijöille parhaiten sopivia konsultaatio- ja viestinvälityskäytäntöjä on toimivan yhteistyön kannalta oleellista.
- Ammattilaisten työajan hallinta on usein liian monissa käsissä. Näin ollen ammattiryhmien välinen yhteistyö vaikeutuu, kun yhteistyölle varatut ajat täytetään muilla potilasasioilla. Myös avustava henkilökunta tulee näin ollen ottaa aktiivisesti mukaan yhteisistä toimintakäytännöistä sopimiseen.
- Kiire ja tietojärjestelmäongelmat ovat keskeisiä ammattiryhmien välisen yhteistyön haasteita.
- Käypä hoito- suosituksilla on tärkeä merkitys ammattiryhmien välisen yhteistyön taustalla. Kirjattuja paikallisia työnjakokuvauksia ja hoitopolkuja ei nähdä yhteistyön kannalta tärkeinä, koska niitä ei arjessa kuitenkaan ehdittäisi perehdyttää vaihtuvalle henkilökunnalle tai edes päivittää.
- Hoitosuunnitelmiin suhtaudutaan niin myönteisesti kuin epäilevästikin. Nekin, jotka pitävät hoitosuunnitelmia ammattiryhmien väliselle yhteistyölle tärkeinä, kokevat niiden laadinnan työläänä ja aikaresurssit niukkoina. Koulutusta hoitosuunnitelmien tekemiseen tarvitaan. Hoitosuunnitelmien laadinta on vasta alussa. Niiden laadinnassa suunnitellaan hyödynnettävän ammattiryhmien välistä yhteistyötä monin eri tavoin. Tulevaisuudessa ammattiryhmien välistä yhteistyötä halutaan hoitosuunnitelmien laadinnassa hyödyntää mm. niin, että hoitaja valmistelee suunnitelman yhdessä potilaan kanssa ja lääkäri täydentää sen omalla vastaanotollaan. Kirjattu hoitosuunnitelma erillisellä hoitosuunnitelmalehdellä palvelisi parhaiten pitkäaikaissairaiden, paljon palveluja käyttävien, potilaiden hoitoa.
- Ammattiryhmien välisen yhteistyön tehostamiseksi aikaa vapaalle potilasasioista keskustelulle tulisi jatkossa työpäivien lomasta löytää aiempaa enemmän.
- Keskenään läheiset työtilat tehostavat ammattiryhmien välistä yhteistyötä. Tämä tulisi huomioida työtilojen järjestämisessä jatkossa.
- Pitkäaikaissairaiden potilaiden terveyden hallintaa tukisi parhaiten, että he voisivat käydä sekä hoitajan, että lääkärin vastaanotoilla määräaikaishoidon kanssa. Erilaisia ammatillisia vahvuuksia voidaan pitkäaikaissairaiden hoidossa jatkossa hyödyntää niin, että lääkäreiden työssä painottuu sairauksien diagnostiikka sekä potilaiden kokonais-hoidon suunnittelu. Läkkeitä määräävien sairaanhoitajien osaamista halutaan puolestaan hyödyntää potilaiden ohjauksessa, neuvonnassa, elämäntapatekijöiden huomioidmisessa sekä lääkelistojen päivittämisessä.

- Perusterveydenhuollon asiakkaiden terveyden hallintaa palvelisi jatkossa parhaiten eri ammattiryhmien osaamisen tarkoituksenmukainen hyödyntäminen, omahoidon ohjaamiseen panostaminen, ajantasaiset lääkelistat sekä selkeät hoitosuunnitelmat, joissa eri ammattiryhmien yhteistyöroolit ovat näkyvissä.

Tämän tutkimuksen aineisto käsiteltiin tässä tutkimuksessa sisällön analyysillä nostaan esiin niitä merkityksiä joita yhteistyöhön liittyen ilmeni. Samankin aineiston osalta olisi mielenkiintoista tutkia diskurssianalyttisesti miten yhteistyötä koskevat merkitykset haastattelutilanteissa rakentuivat. Tulevaisuuden haasteena on, mistä perusterveydenhuollon vastaanottoiminnassa saataisiin irrotettua lisää aikaresurssia pitkäaikaissairaiden hoitoon ja ammattiryhmien välisen yhteistyön tehokkaaseen toteuttamiseen. Pitkäaikaissairaiden terveyshyötymalli on yksi kehittämistyön väline, mutta tärkeää olisi kartoittaa laajasti myös käytännön työtä tekevien terveydenhuollon ammattilaisten omia arjesta nousevia kehittämisehdotuksia ja jo hyväksi havaittuja ratkaisuja tähän aiheeseen liittyen. Myös sitä tulisi selvittää, miten tiedottamista työyksiköissä voitaisiin tehostaa. Lisäksi potilaiden näkemyksiä moniammatillisen toiminnan vaikutuksista terveytensä hallinnalle tulisi jatkossa tutkia.

LÄHTEET:

Absetz, P. & Hankonen, N. 2011. Elämäntapamuutoksen tukeminen terveydenhuollossa: vaikuttavuus ja keinot. *Duodecim* 127 (21), 2265-2272.

Baker, D.P., Day, R. & Salas, E. 2006. Teamwork as an essential component of high reliability organizations. *Health service research* 41, 1577-1598.

Ball, J. 2009. Implementing Nurse prescribing: An updated review of current practice internationally. Geneva: International Council of Nurses.

Buchan, J., Ball, J. & O'May, F. 2000. Determining skill mix in the health workforce: guidelines for managers and health professionals. 2000. Geneva, World Health Organization.

Bleakley, A., Boyden, J., Hobbs, A., Walsh, L. & Allard, J. 2006. Improving teamwork climate in operating theatres: the shift from multiprofessionalism to interprofessionalism. *Journal of Interprofessional Care* 20 (5), 461-470.

Bodenheimer, T., Wagner, E.H. & Grumbach, K. 2005. Improving Primary Care for Patients with Chronic Illness. The Chronic Care Model, Part 2. *The Journal of the American Medical Association* 288 (15), 1909-1914.

Brabers, A.E.M., Van Dijk, L., Bouvy, ML. & De Jong, JD. 2013. Where to buy OTC medications? Across-sectional survey investigating consumers' confidence in over-the-counter (OTC) skills and their attitudes towards the availability of OTC painkillers. *BMJ open* 3 (9): e003455 doi:10.1136/bmjopen-2013-003455

Brandley, E. & Nolan, P. 2007. Impact of nurse prescribing: a qualitative study. *Journal of Advanced Nursing* 59 (2), 120-128.

Brooks, N., Otway, C., Rashid, C., Kilty, L. & Maggs, C. 2001. Nurse prescribing: what do patients think? *Nursing Standard* 15 (17), 33-38.

Bryans, W. 2007. Developing partnership approaches and working in collaboration in the NHS. *Journal of Community Nursing* 21 (9), 18-19.

Chapman, L., Smith, A., Williams, V. & Oliver, D. 2009. Community matrons: primary care professionals' views and experiences. *Journal of advanced nursing* 65(8), 1617-1625.

Collin, K., Paloniemi, S. & Herranen, S. 2012. Moniammatillisuus – ideaalia vai arkea? Teoksessa K. Collin, S. Paloniemi & S. Herranen (toim.) *Yhteistyö ja moniammatillisuus akuuttihoitossa. Ryhmätoiminnan ja moniammatillisen yhteistyön kehittäminen sairaalan päivystysalueella*. Jyväskylä: Jyväskylän yliopisto, Keski-Suomen sairaanhoitopiiri, Työsuojelurahasto, 126-134.

Collin, K., Paloniemi, S. & Mecklin, J-P. 2010. Promoting inter-professional teamwork and learning –the case of a surgical operating theatre. *Journal of Education and Work* 23 (1), 43-63.

D'Amour, D., Ferrada-Videla, M., San Martín-Rodrigues, LS. & Beaulieu, M-D. 2005. The conceptual basis for interprofessional collaboration: Core concepts and Theoretical frameworks. *Journal of Interprofessional Care Supplement* 1, 116-131.

Delamaire, M-L. & Lafortune, G. 2010. Nurses in advanced roles: a description and evaluation of experiences in 12 developed countries. *OECD Health Working Paper No 54*, 16-80.

Dennis, S., May, J., Perkins, D., Zwar, N., Sibbald, B. & Hasan, I. 2009. What evidence is there to support skill mix changes between GP:s, pharmacists and practice nurses in the care of elderly people living in the community? *Australia and New Zealand health policy* 6 (23): doi: 10.1186/1743-8462-6-23

Engeström, Y. 2004. *Ekspansiivinen oppiminen ja yhteiskehittely työssä*. Tampere. Vastapaino.

Eskola, A. & Luukkonen, P. 2010 *Työparimalli Helsingin terveysasemilla -pilotin arviointia*. Helsingin kaupungin terveyskeskuksen henkilöstölehti *Terveiset* 2, 5-6.

Fisher, R. 2010. Nurse prescribing: A vehicle for improved collaboration, or a stumbling block to interprofessional working? *International Journal of Nursing Practice* 16 (6), 579-585.

Gielen, S.C., Dekker, J., Francke, A.L., Mistiaen, P. & Kroezen, M. 2013. The effects of nurse prescribing: a systematic review. *International Journal of Nursing Studies* 51(7),1048-1061.

Haapa-aho, M., Koskinen, M-K. & Kuosmanen, I. 2009. Työnjakomallit -laajennetaanko tehtävänkuvaa vai siirretäänkö tehtäviä. *Tehyn julkaisusarja F: 3/2009*.

Hall, P. 2005. Interprofessional teamwork: Professional cultures as barriers. *Journal of Interprofessional Care Supplement 1*, 188-196.

Hay, A., Bradley, E. & Nolan, P. 2004. Supplementary nurse prescribing. *Nursing Standard* 18 (41), 33-39.

Hirsjärvi, S. & Hurme, H. 2011. Tutkimushaastattelu. Teemahaastattelun teoria ja käytäntö. Helsinki: Gaudeamus Helsinki University Press.

Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2013. Tutki ja kirjoita. 18. painos. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.

Horrocks, S., Anderson, E. & Salisbury, C. 2002. Systematic review of whether nurse practitioners working in primary care can provide equivalent care to doctors. *British Medical Journal* 324(6), 819-823.

Hukkanen, E. & Vallimies-Patomäki, M. 2005. Yhteistyö ja työnjako hoitoon pääsyn turvaamisessa. Selvitys kansallisen terveystieteen työnjakopiloteista. Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskuksen selvityksiä 2005: 21, 31-35. Helsinki.

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

Jokiniemi, K. 2014. Clinical Nurse Specialist Role in Finnish Health Care. University of Eastern Finland. Dissertations in Health Sciences 249.

Kannisto-Maunula, K., Kuosmanen, P., Kuusilinna, P. & Vekara, L. 2007. Tiimityön kehittäminen lääkäriasemilla, Vastaanotto toiminnan kehittämisprojekti 2005-2006 loppuraportti. *Hyvinvointipalvelujen julkaisu* 5/2007.

Kauppinen, T. 2009. Työparimallilla tuottavuutta ja toimivaa palvelua. *Sairaanhoitaja* 82 (3), 16-18.

Kerosuo, H. 2006. *Boundaries in Action. An Activity-theoretical Study of Development, Learning and Change in Health Care for Patients with Multiple and Chronic illnesses.* University of Helsinki. Department of Education.

Kettunen, T. & Gerlander, M. 2013. Viestintä terveydenhuollon vuorovaikutussuhteissa. Teoksessa L.-M. Aaltonen & P. Rosenberg (toim.) *Potilasturvallisuuden perusteet.* Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 293-306.

Koikkalainen, P., Ruoranen, M., Ahonen, T., Kuusinen, A. & Kettunen, T. 2013. Tavoitteena terveyshyöty ja osaamisen kehittäminen: Rautaisia ammattilaisia perusterveydenhuoltoon (RAMPE) –hanke 2010-2012 Keski-Suomen osahankkeen loppuraportti. Keski-Suomen sairaanhoitopiirin julkaisusarja 130/2013.

Komulainen, J., Vuokko, R. & Mäkelä, M. 2011. Rakenteinen terveys- ja hoitosuunnitelma. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, raportti 2011, 4-13.

Kroezen, M., Van Dijk, L., Groenewegen, P.P & Francke, A.L. 2011. Nurse prescribing of medicines in Western European and Anglo-Saxon countries: a systematic review of the literature. *BMC Health Services Research* 11 (127), 1-17.

Kroezen, M., Francke, AL., Groenewegen, PP. & Van Dijk. 2012. Nurse prescribing of medicines in Western European and Anglo-Saxon countries: A survey on forces, conditions and jurisdictional control. *International Journal of Nursing Studies* 49 (8), 1002-1012.

Kroezen, M. 2014. *Nurse prescribing: A study on task substitution and professional jurisdictions.* Vrije University. ISBN 978-94-6122-258-9.

Kroezen, M., van Dijk, L., Groenewegwn, PP., De Rond, M., De Veer, A.J. & Francke, A.L. 2014a. Neutral to positive views on the consequences of nurse prescribing: Results of a national survey. *International Journal of Nursing Studies* 51 (4), 539-548.

Kroezen, M., Mistiaen, P., Van Dijk, L., Groenewegen, PP. & Francke, A.L. 2014b. Negotiating jurisdiction in the workplace: a multiple-case study of nurse prescribing in hospital settings. *Social Science & Medicine* 117, 107-115.

Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä annetun lain muuttamisesta 433/2010. §22a-23b/21.5.2010/433.

Lindström, E. 2003. Terveydenhuollon eri ammattiryhmien välisen työnjaon kehittäminen Suomessa ja muissa Pohjoismaissa. *Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuksia* 2003:12.

Lum, E., Mitchell, C. & Coombes, I. 2013. The competent prescriber: 12 core competencies for safe prescribing. *Australian prescriber* 36, 13-16.

NPS. 2012. National Prescribing Service 2012. Competencies required to prescribe medicines. Putting quality use of medicines into practice, 22-34.

McCallin, A. 2001. Interdisciplinary practice – a matter of teamwork: an integrated literature review. *Journal of Clinical Nursing* 10, 419-428.

Morris, S. & Coombes, I. 2011. The right to prescribe: towards core prescribing competencies for all prescribers. *Australian Prescriber* 34 (5), 126-127.

Maijala, V., Tossavainen K. & Turunen, H. 2015. Primary health care registered nurses' types in implementation of health promotion practices. *Primary Health Care Research & Development* 23, 1-11.

Muurinen S. & Mäntyranta T. 2011. Toimiva terveyskeskus, pitkäaikaissairauksien terveyshyötymalli: Asiakasvastaava-toiminta pitkäaikaissairauksien terveyshyötymallissa. STM. http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=41254=DLFE-15516.pdf
Viitattu 7.3.2015.

Otway, C. 2002. The developed needs of nurse prescribers. *Nursing Standard* 16 (6), 33-38.

Peltonen, E. 2009. Lääkäreiden ja hoitajien työpari- ja tiimityö vastaanottojen toimintamalleina perusterveydenhuollossa. *Kuopion yliopisto. Yhteiskuntatieteet* 168.

Pullon, S. 2008. Competence, respect and trust: Key features of successful interprofessional nurse-doctor relationships. *Journal of Interprofessional Care* 22 (2), 133-147.

Rautsalo, P., Airaksinen, M., Mäntyranta, T. & Pitkälä, K. 2009. Potilaan omahoidon tukeminen. *Lääketieteellinen Aikakauskirja Duodecim* 125 (21), 2351-2359.

Saarelma, O., Lommi, M-L., Hemminki, A., Leppäkoski, A-M. & Siefen, L. 2008. Toimiva hoitomalli pitkäaikaissairaiden hoitoon. *Suomen Lääkärilehti* 63 (50), 4441-4448.

Saaren-Seppälä, T. 2004. Yhteisen potilaan hoito. Tutkimus organisaatorajat ylittävästä yhteistoiminnasta sairaalan, terveyskeskuksen ja lapsipotilaiden vanhempien suhteissa. Tampereen yliopisto. Terveystieteen laitos. *Acta Universitatis Tamperensis* 1052.

San Martín-Rodríguez, L., Beaulieu, M-D., D'Amour, D. & Ferrada-Videla, M. 2005. The determinants of successful collaboration: A review of theoretical and empirical studies. *Journal of Interprofessional Care Supplement* 1, 132-147.

Scholes, J. & Vaughan B. 2002. Cross boundary working: implications for the multiprofessional team. *Journal of Clinical Nursing* 11 (3), 399-408.

Schreier, M. 2012. *Qualitative Content Analysis in Practice*. SAGE Publications.

Seilo, N., Koskela, T., Jääskeläinen, J., Salminen, T., Saarinen, M., Ranki, P., Sonninen, M., Litmanen, M. & Mattila, K. 2010. Pirkkalan malli. Työparityöskentelyä ja potilaiden listautumista soveltava toimintatapa terveyskeskuksessa. *Suomen Lääkärilehti* 65 (36), 2861-2866.

Sibbald, B., Laurant, M.G. & Reeves, D. 2006. Advanced Nurse roles in UK primary care. *The Medical Journal of Australia* 185 (1), 10-12.

Silvennoinen, E. & Kupulisoja J. Lääkäri-hoitaja työparityöskentelyn kehittäminen Simon terveyskeskuksessa. Pakaste-hankeraportti 11.11.2009-31.10.2011.

[www.sosiaalikallega.fi/hankkeet/kaste/lappi/perusterveydenhuollon_kehittaminen/perusterveydenhuollon-kuntakansiot/Simo/Hoitaja-](http://www.sosiaalikallega.fi/hankkeet/kaste/lappi/perusterveydenhuollon_kehittaminen/perusterveydenhuollon-kuntakansiot/Simo/Hoitaja-laakari%20tyoparimallin%20toimeenpano%20Simossa,%20.pdf)

[laakari%20tyoparimallin%20toimeenpano%20Simossa,%20.pdf](http://www.sosiaalikallega.fi/hankkeet/kaste/lappi/perusterveydenhuollon_kehittaminen/perusterveydenhuollon-kuntakansiot/Simo/Hoitaja-laakari%20tyoparimallin%20toimeenpano%20Simossa,%20.pdf) . Viitattu 8.3.2015.

Soininen, M. 2015. Hoitajareseptiin kaavaillaan huomattavia laajennuksia. Suomen Lääkärilehti 70 (50-52), 3433.

Sosiaali- ja terveysministeriön asetus lääkkeen määräämisestä 1088/2010.

§5,10,15,25/2.12.2010/1088.

Stenner, K. & Courtenay, M. 2008. The role of inter-professional relationships and support for nurse prescribing in acute and chronic pain. *Journal of advanced Nursing* 63 (3), 276-283.

STM 2010. Toimiva terveyskeskus vahvistaa perusterveydenhuoltoa. Sosiaali- ja terveysministeriön esitteitä 2010:4. Sosiaali- ja terveysministeriö.

Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2013. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. 11. uudistettu painos. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.

Vallimies- Patomäki, M. 2015. Sairaanhoidajan lääkkeenmääräämisen nykytila ja tulevaisuus. Luento 21.5.2015. Jyväskylä.

Valtioneuvoston asetus lääkkeen määräämisen edellyttämästä koulutuksesta 1089/2010. §1-7/2.12.2010/1089.

Vesterinen, M-L. 2014. Rajatun lääkkeenmääräämisoikeuden saaneet hoitajat muutoksen mahdollistajina. Kunnallisan alan kehittämissäätiö.

<http://www.kaks.fi/sites/default/files/Reseptihoitaja%20nopeuttaa%20palvelua.pdf> . Viitattu

21.1.2015.

Vierula, H. 2010. Työpari muuttaa terveyskeskuksia. Suomen Lääkärilehti 65 (42), 3386-3388.

Wagner, E.H., Austin, B.T., Davis, C., Hindmarsh, M., Schaefer, J. & Bonomi, A. 2001. Improving Chronic Illness Care: Translating Evidence Into Action. Health Affairs 20 (6), 64-78

LIITTEET

Liite 1

VALMISTEILLA TUTKIMUS LÄÄKKEITÄ MÄÄRÄÄVIEN SAIRAANHOITAJIEN JA LÄÄKÄREIDEN YHTEISTYÖSTÄ

- Terveystieteiden pro gradu /JYU
- Haastattelu (noin 60 min) työajalla
- Mielenpitoja/kokemuksia lääkkeitä määräävän sairaanhoitajan ja lääkärin yhteistyöstä
- Listalle yhteystiedot & alustava halukkuus osallistua, pieni joukko valikoituu mukaan
- Tarkoitus haastatella myös lääkäreitä, olisiko oma työparisi ehkä halukas osallistumaan?

Liite 2

Olen terveystieteiden lääkäri ja suoritan tällä hetkellä lisäkoulutuksena terveystieteen maisterin tutkintoa Jyväskylän yliopistossa. Teen pro gradu- tutkimusta lääkkeitä määräävien sairaanhoitajien ja lääkäreiden yhteistyöstä perusterveydenhuollossa. Tarkoitukseni on teemahaastattelujen sisällön analyysin keinoin selvittää lääkkeitä määräävien sairaanhoitajien ja heidän kanssaan yhteistyössä työskentelevien lääkäreiden näkemyksiä yhteistyöstä. Teemahaastattelu toteutuisi työpaikallanne parihaastatteluna johon aikaa tulisi varata noin yksi tunti. Esimieheltänne tulen pyytämään lupaa työajan käyttöön haastattelua varten.

Tarkoitukseni on kartoittaa kokemuksesta nousevia näkemyksiä lääkkeitä määräävien sairaanhoitajien ja lääkäreiden yhteistyöstä arjen terveystieteiden tutkimuksessa vastaanotto toiminnan osalta (ei päivystys). Haastattelumateriaali tulee allekirjoitettuna käyttöön. Julkaisussa yksittäiset vastaajat eivät ole tunnistettavissa. Haastattelumateriaali tuhoetaan pro gradun valmistuttua.

Annattehan lääkäriyöparisi kanssa tunnin työaikaanne haastatteluun. Haastatteluja on jo sovittuna, mutta vielä lisää kentän näkemyksiä kaivataan. Jos työskentelet ainakin osittain vastaanotto toiminnassa ja haluat auttaa yhteistyön edistämistä, niin otathan mahdollisimman pian yhteyttä minuun sähköpostitse: (yhteystiedot)

Keväisin terveisin: LL Marita Sulkakoski

Liite 3

Hyvä XX,

Olen terveystieteiden maisterin tutkintoa Jyväskylän yliopistossa. Tapasimme 22.10.14 Jyväskylässä järjestetyssä sairaanhoitajien lääkkeenmääräämisen syysfoorumissa jossa kävin esittelemässä graduuni liittyvää tutkimusta koskien lääkkeitä määrävien sairaanhoitajien ja lääkäreiden yhteistyötä perusterveydenhuollossa.

Ilmoititte tuolloin, että olisitte käytettävissä tutkimushaastattelua varten. Samalla arvelitte, että lääkäri-työparinne omasta työyksiköstänne olisi myös halukas osallistumaan haastatteluun. Jätit-te tuolloin yhteystietonne ja esimiehenne nimen. Esimiehiltänne tulen pyytämään lupaa työajan käyttöön haastattelua varten. Lääkäri-työparinne yhteystietoja minulla ei vielä ole.

Olisiko mahdollista, että keskustelisitte lääkäri-työparinne kanssa asiasta ja mieltisitte myös milloin teille järjestäisi yksi tunti työaika yhdessä lääkäri-työparinne kanssa parihaastattelua varten? Lähettäisittekö minulle myös lääkäri-työparinne nimen ja sähköpostiosoitteen tiedoksi.

Oikeita ja väärä vastauksia ei tässä haastattelussa ole vaan tarkoitukseni on kartoittaa kokemuksesta nousevia näkemyksiä lääkkeitä määrävien sairaanhoitajien ja lääkäreiden yhteistyöstä arjen terveystieteiden keskuksessa (vastaanotto toiminta, ei päivystys).

Haastattelumateriaali tulee allekirjoittaneen käyttöön. Julkaisussa yksittäiset vastaajat eivät ole tunnistettavissa. Haastattelumateriaali tuhoetaan pro gradun valmistuttua.

Pyydän lupaasi haastatteluun sähköpostivastauksessa. Luvan saatuaani ja haastatteluajan varmistuttua lähetän haastattelun teemat etukäteen tiedoksi tutustumista varten.

Ystävällisin terveisin: LL Marita Sulkakoski, yhteystiedot

Liite 4

Hyvä XX,

Olen terveystieteiden lääkäri ja suoritan tällä hetkellä lisäkoulutuksena terveystieteen maisterin tutkintoa Jyväskylän yliopistossa. Teen pro gradu- tutkimusta lääkkeitä määräävien sairaanhoitajien ja lääkäreiden yhteistyöstä perusterveydenhuollossa. Tarkoitukseni on teemahaastattelujen sisällön analyysin keinoin selvittää lääkkeitä määräävien sairaanhoitajien ja heidän kanssaan yhteistyössä työskentelevien lääkäreiden näkemyksiä yhteistyöstä. Teemahaastattelu toteutuisi työpaikallanne parihaastatteluna johon aikaa tulisi varata noin yksi tunti. Esimieheltänne tulen pyytämään lupaa työajan käyttöön haastattelua varten.

Terveystieteidenkeskuksestanne hoitaja XX on ilmoittanut osallistuvansa haastatteluun ja hänen mukaansa teillekin parihaastattelu sopii. Haastattelut on tarkoitus toteuttaa maaliskuuhun 2015 aikana. Mikä aika teille yhdessä sopisi parhaiten?

Oikeita ja vääriä vastauksia ei tässä haastattelussa ole vaan tarkoitukseni on kartoittaa kokemuksesta nousevia näkemyksiä lääkkeitä määräävien sairaanhoitajien ja lääkäreiden yhteistyöstä arjen terveystieteidenkeskustuksessa (vastaanotto toiminta, ei päivystys).

Haastattelumateriaali tulee allekirjoittaneen käyttöön. Julkaisussa yksittäiset vastaajat eivät ole tunnistettavissa. Haastattelumateriaali tuhoetaan pro gradun valmistuttua.

Pyydän lupaasi haastatteluun sähköpostivastauksessa. Luvan saatua ja haastatteluajan varmistuttua lähetän haastattelun teemat etukäteen tiedoksi tutustumista varten.

Ystävällisin terveisin: LL Marita Sulkakoski, yhteystiedot

Liite 5

Hyvät XX ja XX,

Olen terveyskeskuslääkäri ja suoritan tällä hetkellä lisäkoulutuksena terveystieteen maisterin tutkintoa Jyväskylän yliopistossa. Teen maisteriopintoihini liittyvää pro gradu -tutkielmaa lääkkeitä määräävien sairaanhoitajien ja heidän lääkäriyöpariensa yhteistyöstä. Tarkoitukseni on teemahaastattelun avulla kartoittaa lääkkeitä määräävien sairaanhoitajien ja heidän lääkäriyöpariensa kokemuksia ja näkemyksiä vastaanotto toiminnassa tapahtuvaan yhteistyöhön liittyen.

Kyselin lääkkeitä määräävien sairaanhoitajien lisäkoulutuspäivillä Jyväskylässä viime lokakuussa hoitajilta halukkuutta osallistua tutkimukseen mahdollisesti yhdessä lääkäriyöpariensa kanssa. Terveyskeskuksestanne hoitaja XX oli halukas haastatteluun ja myös lääkäri XX on ilmoittanut halukkuutensa osallistua. Pyydän nyt sähköpostivastauksessa lupaa mennä tekemään tunnin parihaastattelun heille työajalla. Ajankohdasta sovin suoraan asianosaisten kanssa. Esimiehen lupaa kysytään koska haastatteluun on tarkoitus käyttää tunti työaika.

Haastattelumateriaali tulee allekirjoittaneen käyttöön mainittua tarkoitusta varten. Julkaisussa yksittäiset vastaajat eivät ole tunnistettavissa. Haastattelumateriaali tuhoetaan pro gradun valmistuttua.

Toivon myönteistä suhtautumista tutkimuslupaani.

Yt. LL Marita Sulkakoski /yhteystiedot

Liite 6

HAASTATTELURUNKO

TAUSTATIEDOT

Kertoisitteko ensin millaisesta työpisteestä on kyse?

Kuinka kauan olette tehneet yhteistyötä sairaanhoitajan lääkkeenmääräämiseen liittyen?

YHTEISTYÖ

Päätöksenteko ja keskinäinen riippuvuus

1. Miten lääkkeitä määräävän sairaanhoitajan ja lääkärin yhteistyö on tässä terveyskeskuksessa organisoitu?
2. Kuvailkaa miten teette yhteistyötä käytännössä
3. Miten sairaanhoitajien lääkkeenmääräämiseen liittyvät mahdollisuudet ja rajoitukset tunnetaan lääkäreiden tai hoitajien keskuudessa?
4. Millä tavalla lääkärin ja lääkkeitä määräävä sairaanhoitajan työ täydentävät toisiaan esim. pitkäaikaissairaiden potilaiden hoidossa

Keskinäinen viestintä

5. Miten keskinäinen viestintä pääasiassa tapahtuu?

Yhteiset tavoitteet

6. Millaisia ajatuksia nousee yhteistyötä ajatellen tavoitteista? Miten niistä on sovittu? Mistä tavoitteet nousevat? Hoitosuunnitelmien laadinta?

Halu työskennellä yhdessä

7. Miten halukkuus työskennellä yhdessä näkyy arjessa?

Kumppanuus

8. Miten keskinäinen luottamus näkyy yhteistyössä lääkkeenmääräämiseen liittyen?

Taidot/toiselta oppiminen

9. Mitä opittu toiselta ammattiryhmältä, kun on työskennelty yhdessä?

Palaute

10. Miten käynte sairaanhoitajan lääkkeen määräämiseen liittyviä tilanteita (onnistumisia tai haastavia tapauksia) keskenänne läpi jälkikäteen?

Potilaan rooli

11. Miten ajattelette potilaiden hyötyvän eniten lääkärin ja lääkkeitä määrävän sairaanhoitajan yhteistyöstä?

Yhteenvetoa yhteistyöstä

12. Jos teillä olisi mahdollisuus tehdä yhteistyötä lääkkeen määräämiseen liittyen vastaanottoiminnassa aivan niin kuin haluaisitte niin miten toimisitte?

Liite 7

Hei XX ja XX,

Lääkäriin ja lääkkeitä määräävän sairaanhoitajan yhteistyöhön liittyvä parihaastattelu on meillä sovittuna terveysasemallanne xx.x.2015. klo x. Esimiestenne luvat työajan käyttöön haastattelua varten olen saanut. Mihin tarkalleen tulen tuolloin?

Haastattelussa on tarkoitus keskustella siitä, miten nykyisin teette yhteistyötä vastaanottotoiminnassa ja miten haluaisitte jatkossa yhteistyön osalta toimia. Erilaiset esimerkit käytännön arjesta ovat havainnollisia. Sivuumme teemoina keskinäistä viestintää, ajankäyttöä, luottamusta, kumppanuutta, tavoitteita, toiselta oppimista, potilaan roolia ja esimerkiksi palautteen antamista. Mielelläni kuulisin mielipiteitä myös siitä miten sairaanhoitajan lääkkeenmääräämisoikeutta nykyisin vastaanottotoiminnassa hyödynnetään.

Nämä ajatukset ovat viitteellisiä ja keskustelu etenee ihan sen mukaan mitä ajatuksia teiltä nousee.

Yhteistyöterveisin: LL Marita Sulkakoski /yhteystiedot

Liite 8

AINEISTON LUOKITTELU

ALALUOKKA	PÄÄLUOKKA
Käypähoitosuositukset ohjaavat yhteistä työskentelyä	YHTEISET TAVOITTEET
Yhteiset hoitolinjat	
Lääkäri kirjaa hoitosuunnitelman sairauskertomukseen tai hoitosuunnitelmalehdelle josta myös hoitaja sen näkee	HOITOSUUNNITELMAYHTEISTYÖ
Hoitaja valmistelee hoitosuunnitelman potilaan kanssa	
Lääkäri, hoitaja ja potilas laativat tai viimeistelevät hoitosuunnitelman yhdessä	
Hoitaja laatii hoitosuunnitelman potilaan kanssa ja hyväksyttää sen lääkärillä	
Hoitosuunnitelmayhteistyötä ei tehdä/ hoitosuunnitelmia ei ole	
Potilaskohtaisesti hoitotasapainon mukaan vaihteleva työnjako	TYÖNJAKO YHTEISTYÖN JÄSENTÄJÄNÄ
Sairaanhoitajan lääkkeenmäärittämisen vaikutus lääkäreiden työhön	
Potilasryhmäkohtainen sopimus työnjaosta	
Hoitaja valmistelee potilaan asiat ennen lääkärin vastaanottoa	
Ammatillisista vahvuuksista nouseva työnjako	
Konsultaatiot toisen työhuoneessa pistäytymällä	KONSULTAATIOT OSANA AMMATTIRYHMIEN VÄLISTÄ YHTEISTYÖTÄ
Puhelinkonsultaatiot	
Toinen hoitaja välittää konsultaatiot lääkärille	
Konsultin valikoituminen	
Hoitaja konsultoi lääkäriä	
Lääkäri kysyy hoitajalta	
Konsultaatioaika	

<p>Konsultoimisen helppous</p> <p>Hoitaja soittaa konsultaatiovastauksen potilaalle</p> <p>Lakisääteinen konsultaatiotuki</p>	
<p>Toiselta oppiminen</p> <p>Työkokemus yhteistyön vahvistajana</p> <p>Koulutus työpaikalla</p> <p>Lääkkeenmääräämisen lisäkoulutuksen vaikutukset ammattiryhmien väliselle yhteistyölle</p> <p>Sairaanhoitajan ammattitaidon ylläpitäminen</p>	<p>OSAAMINEN YHTEISTYÖN RAKENTAJANA</p>
<p>Potilaiden ohjaaminen toisen ammattiryhmän vastaanotolle</p> <p>Toimintamalli</p> <p>Lääkkeitä määrävän sairaanhoitajan toimenkuva</p> <p>Työyksikkökohtaiset ohjeet</p> <p>Tapauskohtainen sopiminen</p> <p>Kasvokkain tapahtuvat yhteistyökontaktit</p>	<p>SOVITUT TYÖKÄYTÄNNÖT YHTESITYÖTAPOJEN MUOVAAJINA</p>
<p>Rajattu lääkelista</p> <p>Rajoitukset lääkkeen määräämisessä</p>	<p>LAINSÄÄDÄNNÖN YHTEISTYÖLLE LUOMAT PUITTEET</p>
<p>Potilaiden ohjautuminen vastaanotoille oikein</p> <p>Ongelmat potilaiden vastaanotoille ohjautumisessa</p> <p>Hoidontarpeen mukainen lääkkeitä määrävän sairaanhoitajan vastaanotto</p> <p>Henkilöstöressurit</p> <p>Potilaiden lääkehoito</p>	<p>PROSESSIEN ROOLI YHTEISTYÖN TAUSTALLA</p>

<p>Tietojärjestelmäongelmat</p> <p>Potilas- ja paikallistuntemuksen hyödyntäminen</p> <p>Kiire</p> <p>Tutut yhteistyökumppanit</p>	
<p>Läheiset työhuoneet yhteistyön tukena</p> <p>Kaukana toisistaan sijaitsevat työhuoneet yhteistyön vaikeuttajina</p>	TILARATKAISUT
<p>Tietojärjestelmien sisäinen posti</p> <p>Yhteistyö ajanvarauskirjojen välityksellä</p> <p>Yhteistyö potilasasiakirjojen avulla</p> <p>Yhteinen kieli</p> <p>Yhteisneuvottelu</p>	KESKINÄINEN VIESTINVÄLITYS YHTEISTYÖN OSANA
<p>Sovittu aika palautekeskustelulle</p> <p>Halu saada palautetta</p> <p>Satunnainen palaute</p>	PALAUTE
<p>Myönteiset asenteet sairaanhoitajan lääkkeenmääräämistä ja hoitosuunnitelmia kohtaan yhteistyön tukena</p> <p>Kielteiset asenteet haasteena</p> <p>Joustavuus ja avoimuus</p> <p>Halukkuus yhteistyöhön</p> <p>Työ- ja taukorauhan kunnioittaminen</p> <p>Luottamus ja arvostus</p>	ASENTEET HEIJASTUVAT YHTEISTYÖHÖN
<p>Ammatillisten rajojen kunnioittaminen</p> <p>Ammatilliset rajat joustavat</p>	AMMATTIRYHMIEN VÄLISET RAJAT YHTEISTYÖN OSANA

