

KARELIA-AMMATTIKORKEAKOULU

Sosiaali- ja terveysalan johtamisen ja kehittämisen koulutusohjelma
Ylempi ammattikorkeakoulututkinto

Minna Sihvonen

SAIRAANHOITAJAN ANTAMAN PUHELINOHJAUKSEN
SISÄLTÖALUEET JA TOIMINTAMALLIEHDOTUS
POLIKLINIKOILLE

Opinnäytetyö
Toukokuu 2016



OPINNÄYTETYÖ
Toukokuu 2016
Sosiaali - ja terveystieteiden
kehittämisen ja johtamisen
koulutusohjelma
Tikkariinne 9
80200 JOENSUU
050 4054816

Tekijä
Minna Sihvonen

Nimeke
Sairaanhoitajan antaman puhelinohjauksen sisältöalueet ja toimintamalliehdotus poliklinikoille

Toimeksiantaja
Pohjois- Karjalan sairaanhoito- ja sosiaalipalvelujen kuntayhtymä (PKSSK)

Tiivistelmä

Potilasohjauksen yksi ohjausmuoto on puhelinohjaus. Puhelinohjausta pidetään yhtenä tehokkaana audiovisuaalisena ohjausmuotona. Pohjois-Karjalassa olevat pitkät välimatkat ja väestön ikääntyminen lisäävät puhelinohjauksen tarvetta. Kehittämällä puhelinohjausta saadaan kustannuksia pienemmäksi potilailta ja organisaatiolta. Puhelinohjaus vapauttaa vastaanottoaikoja, klinistä tilannearviota tarvitseville potilaille.

Opinnäytetyöni on tutkimuksellinen kehittämistehtävä, jonka toteutuksessa käytettiin kehittävää työntutkimusta. Kehittämistehtävän tavoitteena oli selvittää sairaanhoitajan antaman puhelinohjauksen sisältöalueet Pohjois-Karjalan sairaanhoito- ja sosiaalipalveluiden kuntayhtymässä (PKSSK). Sisältöalueet kartoitettiin konservatiivisen palvelualueen poliklinikoilla, joissa toteutettiin sairaanhoitajan antamaa reaktiivista (ei edellytä hoitosuhdetta) puhelinohjausta.

Kartoituksesta saatujen tuloksien pohjalta luotiin proaktiivisen (ennalta sovitun) puhelinohjauksen toimintamalliehdotus. Toimintamalliehdotuksen käyttöönotto ja juurruttaminen jää Pohjois-Karjalan sairaanhoito- ja sosiaalipalveluiden kuntayhtymälle. Jatkotutkimusaiheena olisi mielenkiintoista tutkia toimintamallin käyttöönottoa johtamisen näkökulmasta ja toimintamallin antamaa hyötyä reaktiivisen puhelinohjauksen kehittämiseen potilas palautteen kautta.

Kieli

suomi

Sivuja 55

Liitteet 3

Asiasanat

puhelinohjaus, sairaanhoitaja, sisältöalueet, toimintamallin kehittäminen

**THESIS****May 2016**

Degree Programme in Development and Management of Social Services and Health Care (Master's Degree)

Tikkariinne 9

80220 JOENSUU

FINLAND

Tel. +358 50 405 4816

Author
Minna Sihvonen**Title**

The Categories of Contents in Telephone Advice Nursing and Proposal for Operating Model for Outpatient Clinics

Abstract

Telephone advice nursing is one of the forms of patient education. It is considered to be an effective form of audiovisual counselling. In North Karelia there are long distances to the hospital. That and ageing of the population will increase the need for telephone advice nursing. By developing telephone nurses' work it will be possible to cut costs both for the patients and the organisation. Telephone advice nursing will increase available appointments for patients needing clinical estimation.

This thesis is an explorative developmental assignment, which was carried out as a developmental work research. The aim of this developmental assignment was to clarify the categories of contents of telephone advice nursing in The Joint Municipal Authority for Medical and Social Services in North Karelia (PKSSK). The categories of contents were investigated in the outpatient clinics in the conservative unit where reactive telephone advice nursing (referral not required) was given by nurses.

On the basis of the results obtained by the investigation an operating model was proposed to be applied in proactive telephone advice nursing (planned beforehand). The implementation and rooting of the proposed operating model remains to be done by The Joint Municipal Authority for Medical and Social Services in North Karelia. It would be interesting to further investigate the implementation of the proposed operating model from the perspective of management and the benefits which it has brought to the development of reactive telephone advice nursing through patient feed-back.

Language

Finnish

Pages 55

Appendices 3

Keywords

Telephone advice, nurse, categories of contents, development of operating model

Sisältö

Tiivistelmä

Abstract

1	Johdanto	5
2	Ohjaaminen hoitotyössä	7
2.1	Ohjaus käsitteenä	7
2.2	Näyttöön perustuva ohjaaminen	10
2.3	Näyttöön perustuvan ohjauksen kehittäminen	12
3	Puhelinohjaus	13
3.1	Puhelinohjaus terveydenhuollossa	13
3.2	Tutkimuksia puhelinohjauksesta	15
3.3	Reaktiivinen puhelinohjaus	17
3.4	Proaktiivinen puhelinohjaus	18
3.5	Puhelinohjauksen haasteet	19
3.6	Puhelinohjauksen hyödyt	22
4	Opinnäytetyön tarkoitus ja kehittämistehtävä	23
5	Opinnäytetyön toteuttaminen	24
5.1	Kehittävä työntutkimus opinnäytetyön lähestymistapana	24
5.2	Toimintamalliehdotuksen luominen	26
5.3	Toimintaympäristö ja osallistuja	27
5.4	Alkukartoituksen toteuttaminen ja analysointi	28
5.5	Alkukartoituksen tulokset	31
5.5.1	Taustatiedot	31
5.5.2	Ohjauksen sisältöalueet	35
6	Toimintamalliehdotus ja kehittämisprosessi	36
7	Pohdinta	41
7.1	Opinnäytetyön prosessin ja tuloksien tarkastelu	41
7.2	Opinnäytetyön luotettavuus ja eettisyys	45
7.3	Jatkotutkimusaiheet	48
	Lähteet	49

Liitteet

Liite 1	Seurantalomake
Liite 2	Saatekirje osastonhoitajalle
Liite 3	Saatekirje sairaanhoitajalle

1 Johdanto

Yhteiskunnassa eletään muutoksien aikaa. Hallitus valmistelee tällä hetkellä sosiaali- ja terveystalvvelujen (SOTE)-uudistusta. SOTE-uudistuksella tarkoitetaan kuntauudistusta, jonka tarkoituksena on uudistaa sosiaali- ja terveydenhuollon palvelut. SOTE-uudistuksen tarkoituksena on muuttaa nykyiset sosiaali- ja terveydenhuollon rakenteet vastaamaan tämänhetkistä yhteiskunnallista tilannetta. Rakennemuutoksella pyritään turvaamaan kaikille yhdenvertaiset, asiakaslähtöiset ja laadukkaat palvelut koko maassa riippumatta siitä, missä palvelun tarvitsija asuu. (Sosiaali- ja terveydenhuollon uudistus 2015–2019.) Sosiaali- ja terveydenhuollon palveluiden tarve on muuttunut vuosien saatossa, mutta rakenteet ovat säilyneet ennallaan. Palvelurakenteen muutokset ja uudistaminen edellyttävät sosiaali- ja terveydenhuollon palveluiden tarkastamista.

Pohjois-Karjalassa vastattiin hallituksen SOTE-uudistukseen tekemällä oma malli, SIUN SOTE. SIUN SOTE perustuu kansalliseen tarpeeseen sosiaali- ja terveydenhuollon palveluiden muuttamisesta. SIUN SOTE yhdistää 14 kunnan sosiaali- ja terveystalvvelut ja erikoissairaanhoidon. Palveluiden parannusideat ovat lähtöisin kuntien asukkailta ja työntekijöiltä. SIUN SOTE -palvelun tuotantomallin periaatteina on ollut asiakaslähtöisyys. SIUN SOTE -uudistusta on ollut työstämässä kuntien ja kuntayhtymien työntekijät yhteistyökumppaneinaan Pohjois-Karjalan sosiaaliturvayhdistys ja elinkeinoyhtiöt. (Pohjois-Karjalan SOTE-hanke.)

Pohjois-Karjalan sairaanhoito- ja sosiaalipalveluiden kuntayhtymä (PKSSK) on erikoissairaanhoidtoa ja kehitysvammaisten erityishuoltoa Pohjois-Karjalan maakunnan kuntien ja Heinäveden alueella tarjoava palveluyksikkö. Pohjois-Karjalan sairaanhoito- ja sosiaalipalveluiden kuntayhtymästä käytetään lyhennettä PKSSK. Asukkaita alueella on noin 170 000. Asukkaista noin joka kolmas käyttää PKSSK:n tarjoamia palveluita. (pkssk/hallinto- ja -tukipalvelut.) Väestöliiton julkaisemassa väestöennusteessa ikäryhmittäin ajalle 2015 – 2040 Pohjois-Karjalassa ennustetaan

olevan vuoteen 2040 mennessä 75-vuotiaita ja yli 75-vuotiaita noin 20 % väestöstä. (Väestöliitto 2016).

PKSSK:n strategia nostaa esille neljä näkökulmaa. PKSSK:n toiminnan kehittäminen ja tavoitteisiin pääseminen edellyttää onnistumista jokaisessa näkökulmassa. Tämä opinnäytetyö nostaa näkökulmista esille asiakaslähtöisyyden ja toimintamallit. Strategian mukaan asiakaslähtöisyyden tarkoituksena on mahdollistaa potilaalle oikeat palvelut oikeaan aikaan. Palveluiden on tarkoitus edistää terveyttä, toimintakykyä ja elämän laatua. (PKSSK strategia 2010, 17.) ”Parhaat palvelut oikeaan aikaan” on visio ja yhteiskunnallinen tehtävä (PKSSK strategia 2014–2018, 9).

PKSSK:n hoitotyön toimintasuunnitelma 2014–2016 painottaa potilasohjausta. Puhelinohjausta pidetään yhtenä potilasohjauksen muotona. Puhelinohjausta kehittämällä voidaan tarjota potilaille vaihtoehto poliklinikakäynnille. Pohjois-Karjalassa varsin monen välimatka kodin ja sairaalaan välillä on pitkä. Puhelinohjaus on taloudellinen vaihtoehto sekä potilaalle että organisaatiolle. Toimintamallien tarkoituksena on varmistaa sosiaali- ja terveydenhuollon kokonaisuus. Opinnäytetyössä tullaan tekemään proaktiivisen puhelinohjauksen toimintamalliehdotus. Toimintamallien on oltava toimintaketjuja, jotka perustuvat näyttöön Toimintamalli perustuu näyttöön, koska sen pohjana on opinnäytetyön alkukartoituksen tulos. Alkukartoituksen taustalla on reaktiivisen ja proaktiivisen puhelinohjauksen määritelmät sekä tutkimustietoa ohjauksen hyödyistä potilaalle.

Pohjois-Karjalan maakunnan perusterveydenhuollossa vallitseva lääkäritilanne on tällä hetkellä kohtalainen. Potilaiden on vaikea saada lääkärin vastaanotolle aikaa. Perusterveydenhuoltoon yhteyden saaminen puhelimella on hankalaa. Potilaat kokevat, että puhelimeen ei vastata ja he joutuvat jonottamaan puhelinjärjestelmässä. Perusterveydenhuollon toimintojen toimimattomuus lisää puhelinliikennettä ja päivystyksen ruuhkautumista erikoissairaanhoidossa. Erikoissairaanhoidossa sairaanhoitajille on siirretty tehtäväsiirtona puhelinohjauksia lääkäreiltä, esimerkiksi reumasairauksien poliklinikalla sairaanhoitaja soittaa potilaille ennalta

sovittuja kontrollisoiottoja. Soitoilla käydään läpi pääasiassa lääkehoitoa, sairauden vaikutusta elämään ja jatkohoittoa. Kardiologian poliklinikalla sairaanhoitaja soittaa potilaille esimerkiksi verikoetuloksista, lääkehoidosta ja jatkohoidosta. Sairaanhoitajilla on mahdollisuus konsultoida tarvittaessa oman erikoisalansa lääkäriä. Konsultoinnista riippumatta heidän on kyettävä arvioimaan potilaan hoidon tarvetta ja tehtävä useita itsenäisiä päätöksiä koskien potilaan hoitoa. Päätöksen tekeminen itsenäisesti vaatii hyvää vuorovaikutussuhdetta potilaaseen, vankkaa ammattitaitoa ja moniammatillista yhteistyötä.

Hoitotyön päätöksenteon prosessia pidetään puhelinohjauksen tukipilarina. Puhelinohjauksessa voidaan erottaa samat vaiheet kuin hoitotyönprosessissa: hoidon tarpeen määrittely, hoidon suunnittelu, toteutus ja arviointi. Puhelinohjauksessa toimiessaan sairaanhoitaja käyttää apunaan toimintamallia, tarkistuslistaa ja muita käytössä olevia puhelinohjauslomakkeita. Nämä asiakirjat auttavat sairaanhoitajaa suunnittelemaan, toteuttamaan ja arvioimaan tarvittavan ohjauksen tarpeen. (Kontio, Kukkonen, Leiviskä, Leskinen, Murto, Mustonen, Nenonen, Orpana, Pekkinen & Törmänen 2006, 77.)

Tämän opinnäytetyön puhelinohjauksella tarkoitetaan terveydenhuollon ammattihenkilön antamaa puhelinohjausta. Opinnäytetyön tarkoituksena on selvittää sairaanhoitajan antaman puhelinohjauksen sisältöalueet ja tehdä proaktiivisen eli ennakoon suunnitellun puhelinohjauksen toimintamalliehdotus Pohjois-Karjalan sairaanhoito- ja sosiaalipalveluiden kuntayhtymän konservatiivisen palvelualueen poliklinikoille.

2 Ohjaaminen hoitotyössä

2.1 Ohjaus käsitteenä

Ohjaus on käsitteenä haasteellinen määriteltävä. Haasteelliseksi sen tekee useiden lähikäsitteiden käyttäminen. Lähikäsitteinä käytetään muun muassa neuvontaa, opetusta, opastusta ja tiedon antamista. Ohjauksen käsitteeseen vaikuttavat yhteiskunnalliset, ammatilliset ja teoreettiset muutokset. Ohjaus-käsitteeseen vaikuttaa myös se, korostetaanko ohjauksessa menetelmää, vuorovaikutusta ohjaajan ja ohjattavan välillä, prosessia, omaa kokemusta vai kulttuurista näkökulmaa. Ohjaukseen vaikuttavat ohjaajan ja ohjattavan taustatekijät. Taustatekijänä ikä vaikuttaa ohjaukseen. Ohjauksen antaminen lapselle, nuorelle, aikuiselle tai ikäihmiselle on erilaista. Taustatekijöinä sukupuoli, sairauden tyyppi tai luonne ja terveydentila vaikuttavat ohjauksen tarpeeseen ja käytettävään menetelmään. Psyykkisistä tekijöistä voidaan nostaa esille tottumukset, kokemukset, uskomukset, odotukset, tarpeet sekä motivaatio. Sosiaaliset ja muut ympäristötekijät käsitetään taustatekijöiksi. Kulttuuristausta, etninen tausta, sosiaalisuus, uskonnollisuus ja eettisyys ovat sosiaalisia tekijöitä. Ympäristötekijöitä ovat hoitotyön kulttuuri, fyysinen-, psyykinen- ja sosiaalinen ympäristö. (Kääriäinen & Kyngäs 2006, 6-7; Kyngäs, Kääriäinen, Poskiparta, Johansson, Hirvonen & Renfors 2007, 5, 25, 29, 31.) Ohjaus voi olla toimintatapa, lähestymistapa ja työmenetelmä (Vänskä, Laitinen-Väänänen, Kettunen & Mäkelä 2011, 16). Ohjaus on menetelmä, jossa annetaan aikaa, huomiota ja kunnioitusta. Ohjausta tehdään yhteistyönä vuorovaikutussuhteessa ohjaajan ja ohjattavan välillä. Ohjauksen tavoitteena on saavuttaa ohjauksen alussa asetettu päämäärä ohjattavan omia voimavaroja ja resursseja hyödyntämällä. (Onnismaa 2011, 7.) Käypä hoito -suosituksen mukaan ohjauksessa suositellaan käytettävän motivoivaa haastattelua. Motivoivassa haastattelussa käytetään avoimia kysymyksiä, reflektointia kuuntelua ja yhteenvetoa yhdessä. (Järvinen 2014.)

Ohjaustyöhön liittyy aina viisi elementtiä. Nämä elementit ovat tiedon antaminen, neuvonta, konsultaatio, terapia ja oppiminen. Elementtien painopiste vaihtelee sen mukaan mitä ohjauksessa halutaan korostaa. Ohjauksen tavoite, ohjaukseen käytettävissä oleva aika ja tila, ohjaajan lähestymistapa, ohjattavan elämäntilanne ja puheeksi otettu asia ohjaavat elementtien painopisteitä. (Vänskä ym. 2011, 19.)

Hoitotyön keskeinen auttamismenetelmä on ohjaaminen. Ohjaaminen on yksi sairaanhoitajan perustehtävistä. Ohjaamisella tuetaan asiakkaan selviytymistä sairauden kanssa. Asiakkaan omien voimavarojen löytäminen ja hyödyntäminen kannustavat potilasta ottamaan vastuuta omasta terveydestään. Voimavarojen löytämiseen tarvitaan ammattitaitoista terveydenhuollon henkilöä ohjauksineen. (Kyngäs ym. 2007, 5.) Ohjaaminen perustuu sosiaali- ja terveydenhuollon lainsäädäntöön, ammattietiikkaan, erilaisiin toimintaa ohjaaviin laatu- ja hoitosuosituksiin. Terveys- ja hyvinvointiohjelmat vaikuttavat omalta osaltaan ohjauksen toteutukseen. (Eloranta & Virkki 2011, 11; Vänskä ym. 2011, 15.)

Ohjaussuhteen perustana on onnistunut vuorovaikutus. Vuorovaikutus alkaa kohtaamisesta, Onnistunut vuorovaikutus luo potilaalle hyvän olon tunteen. Hoitajan toimiessa potilaslähtöisesti hän pystyy ottamaan huomioon potilaan tunnekokemuksen. Tunnekokemuksen jakaminen edellyttää potilaan tilanteen kokonaisvaltaista näkemystä ja potilaan yksilöllisiin tarpeisiin perustuvaa tavoitteellista vuorovaikutussuhdetta. Hoitajan aito läsnäolo tilanteessa, avoimuus ja keskittyminen tilanteeseen luovat pohjan luottamukseen pohjautuvalle ohjaussuhteelle. (Mattila 2001, 60–61.) Vuorovaikutuksessa oleminen edellyttää sanallista ja sanatonta viestintää. Sanatonta viestintää ovat mm. ilmeet ja eleet. Ohjaussuhteessa ohjaajalla ja ohjattavalla on omat vastuunsa. Vastuuta on mm. aktiivinen vuoropuhelu toisen osapuolen kanssa. Aktiivinen osallistuminen mahdollistaa onnistuneen ohjauksen prosessina. Onnistunut ohjausprosessi on suunnitelmallista, tavoitteeseen pyrkivää ohjausta. Ohjausprosessi sisältää ohjaustarpeen määrittämisen, tavoitteiden asettamisen, suunnittelemisen, toteuttamisen, arvioimisen ja kirjaamisen. (Kyngäs ym. 2007, 38; Eloranta & Virkki 2011, 54–55, 25–27.) Ohjauksen toimintatapaan vaikuttavat ohjaajan oma kokemusperäinen tieto, hoitotyön suositukset ja Käypä hoito -suositukset. Toimimalla tällä tavoin varmistamme ohjattavalle laadukkaan ohjauksen. Saamansa ohjauksen perusteella ohjattavan on pystyttävä tekemään itsenäisesti hoitopäätökset omasta terveydestään ja sairaudes-

taan. Potilaan tukena päätöksen teossa on osaava hoitohenkilökunta. (Eloranta & Virkki 2011, 14, 23.)

Lipponen (2014, 73) on väitöstutkimuksessaan selvittänyt potilasohjauksen toimintaedellytyksiä. Tutkimuksen johtopäätöksenä hän toteaa muun muassa hoitohenkilöstön tietojen ja taitojen olevan pääosin hyvällä tasolla. Lisäksi hänen mukaansa potilasohjausta annettaessa tulee kiinnittää huomiota riittävien resurssien lisäksi ympäristöön ja erilaisiin ohjausmenetelmiin. Hoitohenkilöstölle on varmistettava hyvät tilat, välineet ja riittävästi aikaa toteuttaa tuloksellista potilasohjausta. Ohjausmenetelmistä hallitaan hyvin käytetyimmät menetelmät, mutta uusien menetelmien käyttöön olisi hyvä saada koulutusta. Uutena ohjausmenetelmänä mainittiin audiovisuaalinen ohjaus.

2.2 Näyttöön perustuva ohjaaminen

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista (1992/785) turvaa potilaalle tiedonsaantioikeuden. Tiedonsaantioikeus sisältää mm. tiedon, joka potilaalle on annettava hänen omasta terveydentilastaan. Tieto on annettava niin, että potilas sen ymmärtää. Potilaalla on oikeus saada tietoa erilaisista hoitovaihtoehtoista. Laki edellyttää ohjausta silloin, kun asiakkaan on saatava tietoa omasta terveydestään ymmärrettävällä tavalla. Ohjauksessa on kunnioitettava ohjattavan ihmisarvoa, itsemääräämisoikeutta, vakaumusta ja yksityisyyttä. Osa-alueiden toteuttaminen vaatii vuorovaikutuksellista yhteistyötä asiakkaan kanssa. (Eloranta & Virkki 2011, 11.)

Sairaanhoitajan eettiset ohjeet velvoittavat sairaanhoitajan toimimaan yhteistyössä asiakkaan kanssa. Sairaanhoitajan ja asiakkaan vuorovaikutuksellinen yhteistyö perustuu luottamukseen ja kunnioitukseen. (Sairaanhoitajan eettiset ohjeet). Vuorovaikutuksellinen yhteistyö mahdollistaa potilaalle itsemääräämisoikeuden ja tasa-arvoisen kohtelun. (Kassara, Paaloposki, Holmia, Murtonen; Lipponen, Ketola & Hietanen 2004, 24–25).

Sairaanhoitajalla on vastuu toiminnasta ja tietoisuudesta, joiden tulee perustua näyttöön. Hänen on pystyttävä perustelemaan toimintansa ja antamansa ohjaus näyttöön perustuvalla materiaalilla. Tähän tarvitaan säännöllistä kouluttautumista ja osaamisen kehittämistä. Osaamista voidaan kehittää näyttöön perustuvalla toiminnalla. Näyttöön perustuvan hoitotyön lähtökohtana on käyttää tieteellisesti todistettuja sekä taloudellisesti kestäviä ja vaikuttavia toimintatapoja. (Eloranta & Virkki 2011, 2.) Näyttöön perustuvan toiminnan käsitteitä ovat näyttö (evidence), tutkimusnäyttö (research evidence), tutkimusnäyttö hoitotyössä (research informed practice) ja tutkimustiedon hyödyntäminen (research utilization). Terveystieteiden alalla asioivat potilaat ovat nykyään valveutuneita ja tietoisia terveyteensä liittyvistä asioista. He vaativat tietoa erilaisista hoitovaihtoehdoista ja perusteluja tehdyistä hoitopäätöksistä. (Sarajärvi, Mattila & Rekola 2011, 9,13,15.) Näyttöön perustuvan hoitotyön muutoksien toteuttaminen käytännössä ei ole helppoa, se koetaan pelottavaksi, vaikeaksi ja monimutkaiseksi (Barker 2010, 107). Parviaisen (2003, 14–15) mukaan vanhustyössä toimivan hoitohenkilöstön ATK -osaaminen on heikkoa, tietoa ei osata hakea ja tiedon etsiminen työaikana koetaan haastavaksi kiireen vuoksi. Oma aktiivisuus tiedon etsimisessä on avainasemassa. On etsittävä tietoa, joka on tieteellisesti pätevää, jolloin se täyttää tieteellisen tutkimuksen kriteerit. Kliinisesti merkityksellinen tieto on hyödynnettävissä käytäntöön. Käytäntöön viedyt ideat ovat helpommin sovellettavissa ja toteutettavissa paikallisiin oloihin, kun tieto on ymmärrettävä, kliinisesti tärkeä, tarkoituksenmukainen ja hyödynnettävä. (Hakulinen 2003, 21.)

Sairaanhoitajan luottamus omaan kliiniseen osaamiseensa ja asiantuntijuuteensa on voimakas, jonka vuoksi toiminta ei välttämättä perustu parhaaseen näyttöön (Barker 2010, 107). Tutkimustiedon alikäyttöön käytännössä on esitetty neljä syytä (Rycroft-Malone 2004b, Barker 2010, mukaan). Ne ovat kykenemättömyys tulkita tutkimustuloksia, organisaation tuen puute, tutkimuksilta koetaan puuttuvan kliininen uskottavuus ja sairaanhoitajat haluavat, että kliininen asiantuntija kertoo heille viimeisimmistä kehitysaskelista.

2.3 Näyttöön perustuvan ohjauksen kehittäminen

Barker (2010, 113) viittaa Butzin (2007) luomaan ”viiteen helmeen” näyttöön perustuvan toiminnan kehittämisessä ja muutoksen viemisessä käytäntöön. Näyttöön perustuvan toiminnan kehittäminen ja muutoksen aikaansaaminen edellyttää henkilökohtaista kehitystä ja sitoutumista tietokantojen säännölliseen käyttöön. Se vaatii myös tiimikeskusteluja, joissa keskustellaan kollegoiden kanssa ideoista, informaatiosta ja tunnistetaan muutosalueita. Tiimikokoukset ovat aikataulutettava. Tutkimuskulttuurin tunnistaminen omalla käytännön alueella edistää tutkimuksellisen lähestymistavan kehittämistä. Rohkaisemalla luomaan tutkimusyhteyksiä saadaan tilanne, joka johtaa tutkimustoiminnan syntymiseen. Näyttö viehdään käytäntöön kehittämällä järjestelmä, joka auttaa informaation ja parhaan käytännön näytön jakamista ja levittämistä. Yhteenvetona näytön viemisestä käytäntöön voidaan todeta, että se on monimutkaista toimintaa, joka vie aikaa ja vaatii ponnisteluja. Näytön vieminen käytäntöön vaatii muutosta vallitseviin käytäntöihin.

Muutos on perusteltava hyvin. Muutoksessa joudutaan pois mukavuusalueelta, totutusta käytännöstä. Mukavuusalueelta ihmisen pois siirtäminen ei ole helppo tehtävä ja yleensä se on muutoksen onnistumisen ydinasia. Muutoksen onnistuminen vaatii asiaan perehtymistä ja valmistautumista haluttuun muutokseen. Muutoksen toteuttamiseen ei ole yhtä oikeaa lähestymistapaa, vaan lähestymistavan määrittää muutos, joka halutaan. Muutos on epätodennäköinen, jos sairaanhoitaja ei ole motivoitunut muuttamaan vallitsevia käytäntöjä. Näkemyksen jakaminen on tarpeellinen muutoksen onnistumiselle ja ihmisillä on oltava taitoja muutoksen toteuttamiseen. Uuden käytännön käyttöönoton edut on nähtävä. Muutos voi tapahtua yksilö-, tiimi-, organisaatio-, kansainvälisellä tai globaalitasolla. Strategiat ja rakenteet pitää suunnitella varmistamaan, että muutokset käytäntöihin ovat pysyviä. (Barker 2010, 108–109, 113, 118.)

Sarajärvi ja Markkanen (2009,3,45) ovat tutkineet näyttöön perustuvan hoitotyön osaamisen vahvistamista työelämässä. Tuloksista näyttöön perustuvan hoitotyön edistäväksi tekijöiksi nousivat esimiehet, jotka perustavat oman toimintansa tutkittuun tietoon. Tutkitun tiedon etsimisen edellytyksenä ovat hyvät ATK-laitteet ja niiden riittävyys. Tukimuotona näyttöön perustuvaan hoitotyöhön pidettiin koulutusta. Estävänä tekijänä tuloksissa mainittiin, että tutkimustuloksista ei keskusteltu säännöllisesti työyhteisössä ja työaikana ei annettu aikaa perehtyä tutkittuun tietoon.

Organisaation johdolla on merkittävä rooli näyttöön perustuvan hoitotyön kehittymiselle. Johtajien oma sitoutuminen asiaan yleensä johtaa toiminnan kehittämiseen. Organisaation strategiassa luodaan mahdollisuudet näyttöön perustuvan toiminnan kehittämiseksi. Organisaation hierarkia ja johtajien valtuuksien puuttuminen voivat olla esteenä näyttöön perustuvan toiminnan kehittämiseksi. Toiminnan kehittäminen varmistetaan strategiasa. Strategiassa luodaan rakenteet, prosessit ja varmistetaan voimavarat, jotta näyttöön perustuva toiminta on mahdollista. Uuden toiminnan käyttöönotto ja juurruttaminen on oma haastava prosessi. (Holopainen, Junttila, Jylhä, Korhonen & Seppänen 2013, 35.)

Puhelinohjausta pidetään audiovisuaalisen ohjauksen yhtenä menetelmänä. Potilaiden mahdollisuuksia käyttää audiovisuaalisia menetelmiä rajoittaa muun muassa käytettävän tekniikan kalleus. Yleisesti ottaen voidaan todeta, että puhelin on suurimalla osalla käytössä. Puhelinohjaus on tehokasta ja taloudellista. Puhelinohjauksen aikana voidaan potilaalle muistuttaa mieleen asioita, näin voidaan välttää väärinymmärryksiä (Kyngäs ym, 2007,116–117.)

3 Puhelinohjaus

3.1 Puhelinohjaus terveydenhuollossa

Tulevaisuudessa sähköinen asiointi lisääntyy. Palvelujärjestelmiä uudistettaessa mahdollistetaan potilaille sähköinen asiointi ja sähköiset palvelut. Puhelinohjausta ohjaavat monet eri lait ja asetukset, potilaslaki (L785/1992), henkilötietolaki (L523/1999) ja asetus terveydenhuollon ammattihenkilöstä (A564/1994), jotka ovat keskeisimmät puhelinohjaukseen vaikuttavat lait. Puhelinohjauksen toteutukseen liittyy tietosuoja- ja vastuukysymyksiä. Terveydenhuollon lainsäädännön tunteminen edellyttää tietosuoja- ja vastuukysymyksien ymmärtämistä ja toteuttamista puhelinohjauksessa. Puhelinohjauksessa soittajan henkilöllisyyden varmistaminen on haasteellista. Henkilön tunnistamiseksi puhelimesta ei ehkä ole tehty toimintaohjetta. Soittajan henkilöllisyyden varmistamiseen ei ole käytössä täysin varmaa menetelmää. Yleensä soittajan henkilöllisyys varmistetaan esimerkiksi kysymällä henkilötunnusta. Soittajan käyttäytyessä asiallisesti ja hoitosuunnitelmasta tietoisena voidaan olettaa soittajan olevan kyseinen henkilö. Terveydenhuollon henkilön päästessä soittajan sairaskertomuksiin annetulla henkilötunnuksella voidaan tehdä vielä tarkentavia kysymyksiä esimerkiksi mitä edellisellä kerralla on keskusteltu, mitä sovittu ja mitä suunniteltu. (STM 2004a, 142; Syväoja & Äijälä 2009, 129–130.)

Terveydenhuollossa puhelinohjaus määritellään puhelimen välityksellä tapahtuvaksi ohjaukseksi, joka on terveydenhuollon ammattihenkilön antamaa. Terveydenhuollon ammattihenkilön antamana ohjaus potilaalle koskee potilaan omaan terveyteen liittyviä asioita sekä annetaan yksilöllisiä ohjeita. Sairaanhoidaja ohjeistaa ja neuvoa potilasta, arvioi ja hoitaa potilaan ongelmaa ja ohjaa tarvittaessa jatkohoitoon oikeaan paikkaan. (Syväoja & Äijälä 2009, 129.) Puhelimesta annettu arviointi edellyttää, että puhelinohjauksessa toimivalla terveydenhuollon ammattilaisella on koulutuksen ja osaamisen lisäksi yhteys hoitoyksikköön (Hyryn Kangas-Järvenpää 2007, 428). Puhelinpalvelutoiminta terveydenhuollossa jaotellaan palveluneuvontaan sekä terveyden- ja sairaanhoidon neuvontaan ja palveluohjaukseen (Syväoja ym. 2009, 128).

3.2 Tutkimuksia puhelinohjauksesta

Puhelinohjausta on tutkittu useasta eri näkökulmasta. Perusterveydenhuollon puhelinohjausta on tutkinut Avila (2010, 20, 33, 36) omassa opinäytetyössään sairaanhoitajan osaamisen näkökulmasta. Tuloksissa päätöksen tekokyky, kliininen osaaminen ja kokonaistilanteenhallinta nousivat keskeisimmiksi osa-alueiksi. Huibers, Keizer, Giesen, Grol & Wensing (2012, 547, 550) ovat selvittäneet Triage-hoitajan päätöksenteon laatua puhelinohjauksessa. Tutkimuksessa todettiin, että puhelunohjauksen laatuun vaikuttaa potilaan taito ilmaista oireita visuaalisen kommunikoinnin puuttuessa. Oikeaan lopputulokseen pääseminen edellyttää hoitajalta kommunikointitaitoja ja aikaa paneutua soittajan oireisiin. Oikean lopputuloksen saavuttaminen parantaa puhelinohjauksen laatua.

Tyyskä (2012, 6, 72) on selvittänyt tiedonhallintaa terveydenhuollon puhelinohjauksessa. Tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää reaktiivisessa puhelinohjauksessa toimivan hoitajan tiedontarpeet, miten ja mistä he hankkivat tietoa toimiessaan puhelinohjauksessa. Lisäksi tutkimuksessa selvitettiin, kuinka hankittua tietoa käytettiin hoidon tarpeen arvioinnissa. Tutkimus toteutettiin perusterveydenhuollossa. Tutkimustuloksista kävi ilmi, että tarvittava tieto löydettiin aina. Tiedonhankinnassa käytettiin tuttuja tiedonhankintamenetelmiä. Tietoa etsittiin samanaikaisesti keskusteltaessa puhelimesta potilaan kanssa. Hoitajan työkokemuksella oli merkitystä puhelinohjauksen toteutuksessa.

Ruotsissa Wahlberg, Cedersund ja Wredling (2003, 40, 44) tutkivat Delfoi-menetelmällä hoitajien kokemuksia puhelinohjauksen ongelmista. Tuloksissa esiin nousevat ongelmat olivat terveydenhuollon resurssien vähäisyys, konsultaation puute ja päätöksentekoon liittyvät vaikeudet. Hoitajat itse arvioivat puhelinohjauksessa tärkeimmiksi asioiksi resurssien puutteen, näkökontaktin puuttumisen potilaaseen, jatkuvan päätösten tekemisen ja toisen käden konsultaation. Toisen käden konsultaatio on sitä, että puhelimesta oli joku muu kuin potilas itse, esimerkiksi puoliso tai muu

omainen. Tutkimuksessa todettiin, että koulutusta on lisättävä ja kuuntelemista on harjoitettava aktiivisesti.

Wahlberg (2004, 5) on tehnyt väitöskirjan puhelinohjauksesta. Tutkimus koostui viidestä erillisestä tutkimuksesta. Yllä oleva tutkimus on yksi osa tätä tutkimusta. Tutkimuksissa selviteltiin puhelinneuvontaa hoitotyössä, soittajien havaintoja, hoitajien kokemuksia ongelmista ja arvioinnin perusteita. Väitöskirjan tavoitteena oli tutkia puhelinohjausta eri näkökulmista. Näkökulmina olivat potilaan, akuutin hoidon ja puhelinhoitajan näkemykset puhelinohjauksesta.

Aho ja Rinta-Halkola (2013, 6, 49) ovat selvittäneet opinnäytetyössään sairaanhoitajan toteuttamaa puhelinohjausta poliklinikoilla. Saatujen tuloksien mukaan puhelinohjauksen toteutuksessa sairaanhoitajalta vaaditaan tietoa, taitoa ja eettistä osaamista. Taidolliseen osaamiseen kuului vuorovaikutus. Vuorovaikutustaidoista esille nousivat selkeä puhetyyli, kuunteleminen ja herkkyys aistia asioita. Sairaanhoitajat itse korostivat yksilöllisyyden toteutumista, päätöksentekotaitoa, kliinistä osaamista ja potilaan hädän lievittämistä.

Ernesäter, Engström, Winblad, Rahmqvist ja Holmström (2015, 116–117) ovat selvittäneet puhelinohjaushoitajien viestintää ja vastaamista soittajien huolenaiheisiin Swedish Healthcare Direct (SHD) -palvelun avulla. Palvelu on kansallinen virka-ajan ulkopuolella tapahtuva puhelinpalvelu. Selvityksen mukaan puhelinhoitajan työ muodostuu kolmesta osa-alueesta. Osa-alueet ovat tiedon keruu, kognitiivinen käsittely ja lopputulos. Puhelinohjauksen päämäärä on tunnistaa ja vastata soittajan yksilöllisiin tarpeisiin. Terveystieteiden yhteinen näkemys on, että puhelinohjauksen on oltava potilaskeskeistä yhteisillä päätöksillä. Potilaskeskeisellä kommunikaatiolla voi olla positiivinen vaikutus potilaan tyytyväisyyteen ja sitoutumiseen annettuihin ohjeisiin. Sitoutuminen auttaa potilasta parempaan terveyteen. Onnistunut puhelinohjaus vähentää läheteiden määrää toisiin terveydenhuollon yksiköihin ja samalla vähenee tutkimuksien tarve.

Salminen (2010, 26,28) on tutkinut puhelinohjausta potilasohjauksen ja ajankäytön näkökulmasta. Tutkimus oli osatutkimus Potilasohjaus vaikuttavamaksi Pohjois-Karjalan sairaanhoito- ja sosiaalipalvelujen kuntayhtymässä -hanketta 2006 – 2009. Tutkimuksessa selvitettiin potilasohjausta ennen (2008) ja jälkeen (2009) potilasohjausvalmennusta. Tutkimuksessa todettiin yhteydenottojen määrän ja työajan käytön puhelinohjauksessa vähentyneen potilasohjausvalmennuksen jälkeen. Potilasohjauskertojen määrä oli vähentynyt 12 % vuodesta 2008. Ohjaukseen ja yhteydenottoihin käytetty aika oli vähentynyt 27 % vuodesta 2008.

Martikainen, Turunen ja Äijälä (2006, 27) ovat selvittäneet puhelinneuvontaa kirjaamisen näkökulmasta. Selvityksessä selvitettiin puhelinneuvontadokumentaation vaatimustenmukaisuutta ja puhelinneuvonnan vaikuttavuutta Pohjois-Karjalan ensineuvossa. Selvityksen aineisto koostui puhelinneuvonnan sairaanhoitajan (n=99) potilasasiakirjoihin tekemistä merkinnöistä. Merkintöjä tarkasteltiin lainsäädännön ja puhelinohjaukseen annettujen ohjeistuksien perusteella. Tuloksista selvisi, että puhelinneuvonnan dokumentointi vastasi annettuja kirjaamisohjeita.

Puhelinohjaus sairaanhoitajan toteuttamana voidaan jakaa reaktiiviseen ja proaktiiviseen puhelinohjaukseen. Seuraavissa kappaleissa on selvennetty käsitteinä sekä asioina reaktiivinen ja proaktiivinen puhelinohjaus.

3.3 Reaktiivinen puhelinohjaus

Reaktiivinen puhelinohjaus on potilaan yhteydenotto terveydenhuollon ammattihenkilöön jonkin akuuttiin terveysongelmaan liittyvän tilanteen vuoksi. Reaktiivisessa puhelinohjaustilanteessa potilaalla ei välttämättä ole aikaisempaa hoitosuhdetta kyseiseen yksikköön. (Orava, Kyngäs & Kääriäinen 2012, 216.) Reaktiivinen puhelinohjaus voi käsittää myös sellaiset puhelinohjaustilanteet, joissa potilas soittaa tiettyä ajankohtana tiettyyn terveydenhuollon yksikköön esimerkiksi reumasairauksien poliklinikalle. Potilaalla voi olla kysyttävää esimerkiksi lääkehoitoon liittyvistä asioista tai

yleisesti hänen omaan sairaudenhoitoon kyseisessä yksikössä. Potilaalla on usein jokin akuutti ongelma, jonka vuoksi hän tarvitsee sairaanhoitajan antamaa ohjausta.

Tarkiainen, Kaakinen, Kyngäs ja Kääriäinen (2012, 98) ovat tehneet kvasi-kokeellisen tutkimuksen puhelinneuvonnan laadusta päivystysyksiköstä. Tutkimuksessa selvisi, että asiakaslähtöisyys on puhelinohjauksen lähtökohta. Ohjaajan koulutus ja työkokemus vaikuttavat annettavaan ohjaukseen. Koulutuksen ja työkokemuksen avulla sairaanhoitajan valmiudet arvioida potilaan jatkohoidon tarvetta paranivat. Puhelinneuvontaa ja -ohjausta on tutkittu päivystyspoliklinikoilla. Homan-Helenius, Hendriksson, Knaapi, Ruusu, Laine ja Leino-Kilpi (2000, 2) ovat tutkineet puhelinneuvontaa ja -ohjausta Turun yliopistollisen keskussairaalan lastentautien poliklinikan päivystysvastaanotolla. Kartoituksesta saatujen tulosten mukaan käytäntöjen yhtenäistäminen nousi yhdeksi kehittämiskohteeksi yhdessä systemaattisen puhelinohjauksen, kirjaamisen ja puheluiden seurantajärjestelmän luomisen kanssa.

Santikko (2012, 25–26, 35–36) on selvittänyt Salon aluesairaalassa optimaalista hoitotyöntekijöiden määrää päivystyksessä. Selvityksen yhtenä aineistonkeruumenetelmänä käytettiin puhelinohjausmittausta, jonka tarkoituksena oli osoittaa näkymättömän työn määrä ja käytetty työaika työvuorottain. Seuranta-aika oli yhden viikon ajan. Aamuvuoron aikana puheluihin käytetty työaika oli 36 minuuttia, iltavuoron 15,15 minuuttia ja yövuoron 16 minuuttia, ajat ovat keskiarvoja. Selvityksen johtopäätöksenä voidaan todeta, että iso osa hoitotyöntekijöiden työpanoksesta kuluu potilaiden hoidontarpeen määrittelyyn ja terveysongelmien ohjeistukseen puhelimesta.

3.4 Proaktiivinen puhelinohjaus

Proaktiivinen puhelinohjaus eroaa reaktiivisesta puhelinohjauksesta hoitosuhteella, joka on voimassa kyseisellä hetkellä. Hoitaja ottaa yhteyttä

potilaaseen ennalta sovittuna ajankohtana, jolloin molemmat ovat valmis-tautuneet tulevaan puhelinohjaustilanteeseen. Hoitajalla on oltava asian-tuntijuutta kyseisestä aiheesta ja hyvät vuorovaikutustaidot. Proaktiivisella puhelinohjauksella voidaan korvata normaali poliklinikkakäynti, tukea poti-lasta ja hänen omaisiaan. Puhelinohjauksen avulla voidaan edistää terve-yyttä, mikä parantaa elämänlaatua. (Orava ym. 2012, 232.) Proaktiivista puhelinohjausta käytetään PKSSK:ssa päiväkirurgisessa hoitoyksikössä. Operatiivisella palvelualueella proaktiivista puhelinohjausta käytetään esi-merkiksi leikkaukseen menevien potilaiden preoperatiivisena haastattelu-muotona. Konservatiivisella palvelualueella puhelinohjausta käytetään sy-dämen vajaatoimintapotilaiden hoidossa. Sairaanhoidaja soittaa sovitusti potilaalle. Puhelun aikana käydään läpi mm. lääkehoito, itsehoidon toteu-tuminen ja jatkohoito. Proaktiivista puhelinohjausta toteuttavan sairaanhoi-tajan kertoman mukaan potilaat ovat kokeneet tämän hyvänä menetelmä-nä, koska heidän ei tarvitse lähteä vastaanotolle.

Proaktiivista puhelinohjausta on käytetty kirurgisen potilaan haastattelun toteuttamisessa ennen leikkausta. Hartford (2005, 459) on tutkinut puhe-linohjausta potilailla, joille on tehty sydämen ohitusleikkaus. Puhelinohjaus toteutettiin päivinä 1, 2, 4, 7 sekä 2 ja 7 viikkoa kotiutumisesta. Puhelinoh-jauksen alkupäivinä potilaiden huolenaiheet olivat sekä fyysisiä että tuntei-siin ja elämäntapaan liittyviä ongelmia. Myöhemmin aiheet liittyivät tulevai-suuteen ja seitsemän viikon jälkeen potilaat palasivat normaaliin elämään. Puhelinohjausta toteuttava sairaanhoidaja pystyi antamaan yksilöllistä oh-jausta sairauden aikana. Potilaat tarvitsevat tukea, ohjausta, oikeaa tietoa ja varmistusta omalle toiminnalleen. Soittojen avulla potilaat oppivat huo-lehtimaan itsestään.

3.5 Puhelinohjauksen haasteet

Puhelinohjausta pidetään haasteellisena ohjausmuotona (Kyngäs ym. 2007,119). Puhelinohjaus vaatii ammatillista osaamista ja sen kehittämistä. Ammatillinen osaaminen sisältää mm. tiedollisen, taidollisen ja eettisen

osaamisen. Tiedollinen osaaminen edellyttää laajaa tietämystä eri sairauksista, terveysongelmista ja palvelujärjestelmän hallinnan. (Orava ym. 2012, 223.) Puhelinohjauksessa käytössä olevan palvelujärjestelmän toimimattomuus ja erilaiset tekniset häiriöt saattavat hankaloittaa omalta osaltaan onnistuneen puhelinohjauksen toteutumista (Harju 2006, 52). Taidollinen osaaminen vaatii hoitajalta itsenäistä päätöksentekokykyä ja hyvät vuorovaikutustaidot. Ammatillisten arvojen ja omien arvojen tunnistaminen ja tiedostaminen edellyttävät puhelinohjauksessa toimivalta hoitajalta eettistä osaamista. Hoitajien resurssipula ja kiire asettavat puhelinohjauksen toteutumiselle omat haasteensa. Kiire ja siitä johtuva ajanpuute vaikuttavat puhelinohjauksen suunnitelmallisuuteen ja vuorovaikutuksen laatuun. Puhelinohjauksessa toimiva hoitaja tarvitsee häiriöttömän tilan työskennellä. Tilan tai paikan järjestäminen voi olla joskus vaikeaa ja haasteellista. (Kyngäs ym. 2002, 37, 155.)

Puhelinohjauksen arvostus ohjausmenetelmänä on puhelinohjausta tekeväntömiön hoitajien keskuudessa vähäinen. Arvostuksen vähäisyys oman ammattiryhmän sisällä tuo omat haasteensa puhelinohjauksen toteutukseen. (Orava 2012, 224–225.)

Kirjaaminen asettaa omat vaatimuksensa puhelinohjaukselle. Kirjaamisessa on tärkeää erottaa potilasohjauksen kannalta tärkeä tieto ja sen hyödynnettävyys seuraavia potilasohjauskertoja ajatellen. Potilasohjauksessa kirjaamisen merkitys korostuu, kun selvitetään jonkin ohjauksen tuloksellisuutta. Hyvä kirjaaminen lisää potilasturvallisuutta sekä potilaan että hoitajan näkökulmasta. Rakenteisen kirjaamisen etuna on yhtenäinen kirjaamismerkintä. Rakenteisessa kirjaamisessa käytetty FinnCC -luokitus koostuu SHTaL (Suomalaisen hoidon tarveluokituksesta), SHToL (Suomalaisen hoidon toimintoluokituksesta) ja SHTuL (Suomalaisen hoidon tuloluokituksesta). (Linjamo, Kinnunen, Ensio 2012, 3.) FinnCC (Finnish Care Classification) -luokituksen komponentit ovat yleisesti käytössä, mikä helpottaa kirjaamisen yhtenäistämistä. Komponenttien ymmärtäminen eri tavoin hoitajasta johtuen on haaste potilasohjauksen toteutumiselle. (Kaila & Kuivalainen 2014, 104, 108, 110.)

Puhelinohjauksessa vuorovaikutuksen merkitys korostuu, koska käytettävissä olevat menetelmät ovat rajallisia puhelinohjauksen toteutuksessa.

Puhelinohjauksessa korostuu ohjaajan verbaalinen eli sanallisen viestinnän osaaminen. Puhelinohjauksessa on kiinnitettävä huomiota asioiden selkeään ilmaisuun ja sanoihin, joita käytetään. Sanojen merkitykset vaihtelevat paljon käytetyn kielen ja kulttuurin sisällä. Puhelimessa ei nähdä toista osapuolta fyysisesti, joten nonverbaalinen tulkinta jää pois. Nonverbaalista eli sanatonta viestintää ovat ilmeet, eleet, teot ja kehon kieli. Vuorovaikutussuhteessa yli puolet on sanatonta viestintää ja vain pieni osa sanallista viestintää. (Kyngäs ym. 2007, 79, 38–39.)

Potilaan esittämän viestin ymmärtäminen puhelimessa edellyttää sairaanhoitajalta kuuntelemisen taitoa. Äänessä esiintyvät erilaiset painotukset vaikuttavat asian ymmärtämiseen. Selkeä kielenkäyttö ja selkeä puhetapa ovat viestinnässä tärkeää. Viestinnällä on aina päämäärä, joka saavutetaan hallitsemalla puheviestintätaidot. Taito vastaanottaa ja antaa tietoa, toisen kuuntelu, arvostaminen sekä taito osata löytää sanoman tarkoitus ovat puhelinohjauksen viestintätaitoja. (Niemi, Nietosvuori & Virikko 2006, 17.) Sairaanhoitajalta edellytetään taitoa seurata puheen sisällön rakentumista. Hänen on johdateltava keskustelua pysymään aiheessa. Keskustelussa kannattaa käyttää avoimia kysymyksiä, koska niiden vastaukset ovat laajempia, jolloin ne antavat tietoa enemmän. Sairaanhoitajan on osattava eritellä kuultua ja tiivistettävä se. Olennaisimman asian löytäminen auttaa potilasta parhaiten. Puhelinohjaus on yksilöllistä, ja sen tarkoituksena on saada potilas huomioimaan omat voimavaransa. Asioiden toistaminen herättää potilasta huomioimaan omat voimavaransa. Sairaanhoitajan antamalla palautteella on merkitys potilaalle. Annetun palautteen avulla hän voi löytää omat voimavaransa. Voimavarojen löytymisessä potilasta auttavat hänen itsensä hoitoon liittyvä vastuu ja tehtävät. (Kyngäs ym. 2007, 79–81.)

Ernesäter ym.(2015, 166) selvityksen mukaan sairaanhoitajat eivät olleet halukkaita käyttämään avoimia kysymyksiä puhelinohjauksessa. Lääketeellisten suppeiden kysymyksien käyttäminen ja haluttomuus soittajan

ymmärryksen seuraamiseen ovat uhka yhteisymmärrykselle. Yhteisymmärryksen puuttuminen voi johtaa väärään hoidon tarpeen arviointiin ja on siten uhka potilasturvallisuudelle.

Yhteiskunnassa eletään tällä hetkellä muutosten aikaa. Pakolaisten suuri määrä asettaa lisähaasteita terveydenhuollon puhelinohjaukseen. Yhteinen kieli puuttuu, minkä vuoksi sanattoman viestinnän arvostus lisääntyy. Vuorovaikutussuhteessa on tavoitteena yhteisen päämäärään saavuttaminen. Tavoitteeseen päästää puhumalla samaa kieltä, samoilla sanoilla ja samalla tavalla. Kulttuuriset erot tuovat omat haasteensa vuorovaikutussuhteeseen. Kulttuuriset ja jopa saman kielen sisäiset erot sanojen merkityksessä ovat erilaiset. (Kyngäs ym. 2007, 38–39.) Suomessa monikulttuurisuus on lisääntynyt paljon viimeisten vuosien aikana. Monikulttuurisuus tuo omat haasteensa terveydenhuollolle. Terveydenhuollon on kyettävä tarjoamaan yhdenvertaiset palvelut pakolaiselle, maahanmuuttajalle ja turvapaikanhakijalle. Monikulttuurista hoitotyötä tekevä terveydenhuollon ammattihenkilö tarvitsee riittävän tietämyksen potilaasta ja potilasta ympäröivästä kulttuurista. (ETENE julkaisu 11, 10–11.)

3.6 Puhelinohjauksen hyödyt

Puhelinohjauksen hyödyt ovat moninaiset. Hyötyjänä on sekä potilas, hoitoyksikkö, terveystalvelujen tuottajana toimiva organisaatio että terveystalvelujärjestelmä. (Orava ym. 2012, 226.) Terveydenhuollon yksikköön puhelimella yhteyden ottaminen on potilaalle helppoa ja vaivatonta. Kynnys yhteydenottoon on matala verrattuna poliklinikkakäyntiin. Puhelinohjaus säästää potilaan aikaa ja matkakustannuskorvauksia erityisesti Pohjois-Karjalassa, jossa matkat hoitoyksiköihin ovat pitkiä. Vuorovaikutusohjaussuhteen tasavertaisuutta lisää se, että potilas on tutussa ja turvallisessa ympäristössä. Potilaan voi olla helpompaa puhua puhelimessa henkilökohdaisista ja erityisen arkaluontoisista asioistaan, kun hän on kotona.

Hoitoyksiköissä vaikutukset näkyvät vapaaksi jäävinä vastaanottoaikoina, joihin voidaan ottaa kliinistä tilannearviota tarvitseva potilas. Vastaanottokäynneillä asioiminen vähentää työn fyysistä kuormittavuutta. Puhelinohjaus voi kuormittaa työtä kuitenkin psyykkisesti. Puhelinohjaus mahdollistaa hoitajaresurssien käytön varsinaiseen hoitotyöhön (Harju 2006, 49.) Organisaatiolle puhelinohjauksen hyödyt ovat kustannusvaikutteisia. Puhelinohjauksen järjestäminen on halvempaa kuin poliklinikkakäynnin. Kustannusten lisääntyminen on kuitenkin mahdollista puhelinohjausmäärien kasvaessa. Puhelinohjaus turvaa myös lain määrittämän hoitotakuuajan. Puhelinohjauksen järjestäminen on helpompaa kuin vastaanottokäynnin ja esim. laboratorio- ja röntgentutkimuksien tarve on vähäisempää. (Orava ym. 2012, 226, 237; Hyrynkangas-Järvenpää 2007, 427.)

4 Opinnäytetyön tarkoitus ja kehittämistehtävä

Opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää sairaanhoitajan antaman reaktiivisen puhelinohjauksen sisältöalueet PKSSK:n konservatiivisen palvelualueen poliklinikoilla. Saatujen sisältöalueiden pohjalta tehtiin proaktiivisen puhelinohjauksen toimintamalliehdotus, kiinnittämällä huomio reaktiivisen puhelinohjauksen sisällön painopistealueisiin. Toimintamalliehdotuksen tavoitteena on luoda yhtenäinen proaktiivinen puhelinohjauskäytäntö konservatiivisen palvelualueen poliklinikoille.

Tutkimuskysymyksenä tässä työssä oli

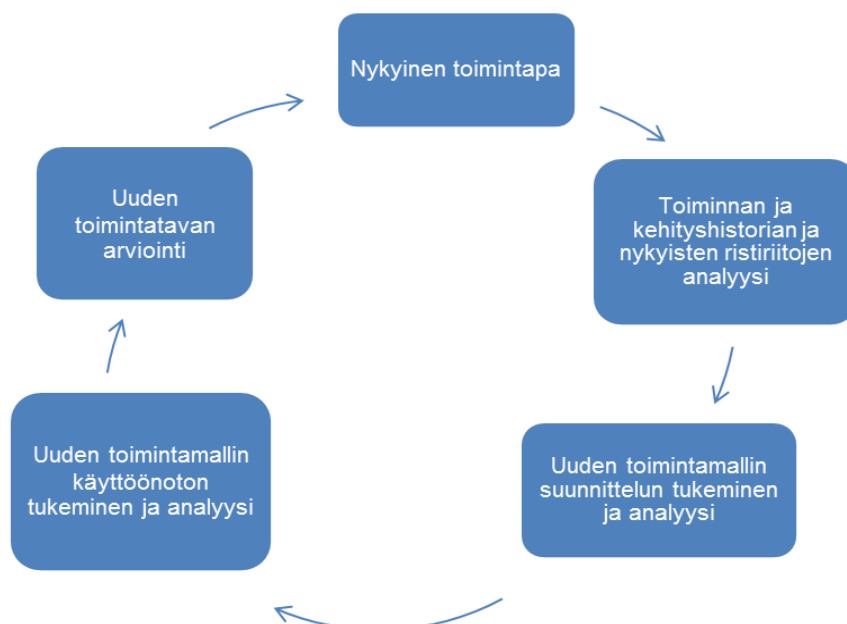
- Mitkä ovat reaktiivisen puhelinohjauksen sisältöalueet PKSSK:n konservatiivisen palvelualueen poliklinikoilla?

Opinnäytetyön kehittämistehtävänä oli luoda toimintamalliehdotus sairaanhoitajan toteuttamalle proaktiiviselle puhelinohjaukselle. Toimintamalliehdotuksen taustatietona olivat reaktiivisen puhelinohjauksen sisällön painopistealueet.

5 Opinnäytetyön toteuttaminen

5.1 Kehittävä työntutkimus opinnäytetyön lähestymistapana

Tässä opinnäytetyössä lähestymistavaksi valittiin kehittävä työntutkimus. Kehittävä työntutkimus on ajankohtaiseen tutkimuksen ja kehittämistoiminnan rajapintaan sijoittuva suuntaus. Kehittämistoiminta on yksi työelämän keskeisin osaamisalue. Kehittämistoimintaa lähestytään eri näkökulmista. (Toikko & Rantanen 2009, 13.) Kehittävää työntutkimusta voidaan pitää muutosstrategiana. Muutosstrategiassa ei luoda valmiita malleja, vaan yritetään löytää työyhteisölle erilaisia keinoja ja välineitä muutoksen toteuttamiseksi. Muutoksen tavoitteena on yhdistää tutkimus, käytännön kehittämistyö ja koulutus. Muutoksen saavuttaminen edellyttää osallistavaa lähestymistapaa. Osallistavassa lähestymistavassa työntekijät joutuvat itse analysoimaan ja muuttamaan omaa työtään, jotta haluttu muutos saadaan toteutettua. (Engeström ym. 2002, 12.) Tähän opinnäytetyöhön valittiin kehittämismenetelmäksi kehittävä työntutkimus, koska tiedon tuottamisen lisäksi haluttiin kehittää puhelinohjaustoimintaa. Kehittäminen on ajallisesti pitkä jatkuva prosessi. Kuviossa 1 on havainnollistettu kehittävän työntutkimuksen vaiheet.



Kuvio 1. Kehittävän työntutkimuksen vaiheet (Mukaillen Engeström 1995, 128)

Kehittävän työntutkimuksen vaiheita kuvataan syklimäiseksi. Syklimäinen malli auttaa selventämään missä vaiheessa muutosprosessia ollaan. Syklimallia voidaan pitää työvälineenä tutkijalle tai kehittäjälle. (Engeström ym. 2002, 128–130.) Tätä opinnäytetyötä voidaan pitää yhtenä pienenä muutoksena puhelinohjaukseen. Opinnäytetyössä toteutetaan osittain kehittävän työntutkimuksen vaiheet. Toimintamallin käyttöönotto ja arviointi jäävät toteutettavaksi opinnäytetyön prosessin päättymisen jälkeen.

Kehittävässä työntutkimuksessa työyksiköiden toimintajärjestelmät ovat yleensä moniäänisiä. Moniäänisyys johtuu työyhteisöön osallistuvien henkilöiden erilaisista taustoista, kiinnostuksesta ja näkökulmista. (Engeström ym. 2002, 48.) Tässä opinnäytetyössä oli osallisena useita eri poliklinikoita, joiden puhelinohjaukset poikkesivat toisistaan. Osalla poliklinikoista sairaanhoitaja toimii ainoastaan puhelinohjauksessa ja osalla poliklinikoista sairaanhoitaja toimii puhelinohjauksessa poliklinikan vastaanottotoiminnan ohessa. Moniäänisyys tuli tässä opinnäytetyössä esille muun muassa puhelinohjauksen järjestämisen erilaisuutena ja jokaisen puhelinohjaukseen osallistuvan sairaanhoitajan omassa persoonallisuudessa puhelinohjauksen toteuttamiseksi. Kehittävän työntutkimuksen tarkoituksena on parantaa laadullisia muutoksia työssä ja organisaatiossa. Laadullinen muutos edellyttää ekspansiivista oppimisen rakennetta, ”hyppyä tuntemattomaan”. Ekspansiivinen oppiminen on avoin sykli. Syklin ensimmäinen vaihe on tarvetila, joka johtaa toimintajärjestelmän muuttumiseen. Engeströmin ym. (2002, 87) mukaan ekspansiivinen oppiminen on kokonaisen työyhteisön ja toimintajärjestelmän muuttumiseen johtava prosessi. Ekspansiivisen oppimissyklin avulla jäsennetään ja ohjataan sekä muutos- että oppimisprosessin vaiheita. Oppimisprosessia voidaan pitää ekspansiivisena muutoksena silloin kun, luodaan uusi toimintamalli ja opitaan käyttämään toimintamallia käytännössä. (Engeström & Virkkunen 2007, 69). Opinnäytetyön avulla annetaan kehittämisen välineitä puhelinohjauksessa toimivan

sairaanhoidajan toimintaan sekä selkiyttämään ja yhdenmukaistamaan toimintatapoja puhelinohjauksessa.

5.2 Toimintamalliehdotuksen luominen

Tässä opinnäytetyössä kartoitettiin reaktiivisen puhelinohjauksen sisältöalueet. Reaktiivisen puhelinohjauksen sisältöalueiden kartoituksen jälkeen luotiin toimintamalliehdotus proaktiiviseen puhelinohjaukseen näiden sisältöalueiden pohjalta.

Tuloksena on yhtenäinen toimintamalliehdotus koko konservatiivisen palvelualueen poliklinikoille. Yhden toimintamalliehdotuksen luominen koko konservatiiviselle palvelualueelle auttaa puhelinohjaustoiminnan yhtenäistämiseen ja samalla parantaa sen laatua. Toimintamalli perustuu näyttöön, joka on saatu tämän opinnäytetyön tuloksena. Toimintamallin avulla pyritään herättelemään puhelinohjauksessa toimivia sairaanhoitajia arvioimaan omaa puhelinohjausta tällä hetkellä. Tulevaisuudessa puhelinohjauksen on tarkoitus palvella hyvin ja laadukkaasti sekä potilasta että yhteiskuntaa.

Toimintamalliehdotusta jokainen poliklinikka voi soveltaa omaan käyttöön sopivaksi. Toimintamalliehdotuksen käyttöönotto, levittäminen ja juurruttaminen jäävät PKSSK:n hoitotyön johdolle: ylihoitajalle ja osastonhoitajille.

Toimintamallin suunnittelu on prosessinomaista ja aikaa vievää. Toimintamallin muokkaaminen ja tarkentuminen tehdään yhdessä työntekijöiden kanssa. Uusia näkökulmia, ehdotuksia ja ideoita on runsaasti, joka vaatii organisaatiolta tietynlaista otetta. Organisaation on yritettävä löytää toimivin ratkaisu ja yleensä se löytyy vain kokeilemalla. (Engeström 2002,146–147).

5.3 Toimintaympäristö ja osallistuja

Tämän opinnäytetyön toimintaympäristö on PKSSK:n konservatiivisen palvelualueen 14 poliklinikkaa, joissa toteutetaan sairaanhoitajan antamaa puhelinohjausta. Konservatiivisen palvelualueen poliklinikat toimivat virka-aikana pääsääntöisesti maanantaista perjantaihin kello 7.30 – 15.30 välisenä aikana. Osalla poliklinikoista toteutetaan sekä proaktiivista eli suunniteltua puhelinohjausta että reaktiivista eli ei ennalta suunniteltua puhelinohjausta. Tämän opinnäytetyön aineistossa on poliklinikoita, joissa toteutetaan molempia puhelinohjauksia. Konservatiivisen palvelualueen poliklinikoita ovat onkologia-, keuhkosairaudet, iho- ja allergologia ja neurologian poliklinikat sekä sisätautien poliklinikka. Sisätautien poliklinikka käsittää seuraavat poliklinikat: kardiologia, gastroenterologia, hematologia, reumasairaudet, diabetes, nefrologia, infektiosairaudet, endokrinologia, lipidi - ja obesiteetti eli lihavuuspoliklinikka. Endokrinologian poliklinikalla hoidetaan umpirauhasten häiriöitä (Iivanainen, Jauhiainen & Pikkarainen 1997, 308). Lipidipoliklinikalla hoidetaan vaikeita rasva-aineenvaihdunnanhäiriöitä. Opinnäytetyön tekovaiheen aikana toimintaympäristö on muuttunut niin, että gastroenterologian poliklinikka siirtyi vuoden 2016 alussa vatsakeskukseen.

Osalla poliklinikoista on käytössä Orange Contact Center –järjestelmä (OC). Orange Contact Center (OC) on ELISAN ylläpitämä puhelinjärjestelmä, joka sisältää ominaisuudet monikanavaiseen, tehokkaaseen ja laadukkaaseen asiakaskontaktien käsittelyyn. Monikanavainen puhelinjärjestelmä mahdollistaa yhteydenoton puhelimella, sähköpostilla, web-lomakkeilla ja chat-tyyppisellä pikaviestikeskustelulla. Seuraavassa kappaleessa on Vantaan kaupungin kokemuksia OC -puhelinjärjestelmän toiminnasta.

Vantaan kaupunki on ottanut käyttöön Elisan OC -puhelinjärjestelmän kahdeksalla terveysasemallaan vuoden 2009 alusta. Terveysasemien puhelinpalvelu ruuhkautui, jonotusajat olivat pitkiä ja henkilökunta oli kokenut tilanteen kaoottisena ja stressaavana. He halusivat jonotusajat lyhemmiksi.

si, kohdistetun puhelujen ohjaamisen ja rauhallisemman työympäristön. Heidän mielestään puhelinjärjestelmä on mahdollistanut tavoitteet, ja lisäksi järjestelmä mahdollistaa erilaisia raportointitoimintoja, joiden avulla esimiesten on helppo kohdentaa henkilökuntaa tehokkaammin puhelinohjaukseen. (Kättö T, 2014.)

Tähän opinnäytetyöhön osallistuneista poliklinikoista OC-puhelinpalvelujärjestelmä ei ole käytössä seuraavilla poliklinikoilla keuhko-, onkologia ja ihosairaudet. Opinnäytetyöhön osallistuneilla muilla poliklinikoilla OC-puhelinpalvelujärjestelmä on käytössä.

5.4 Alkukartoituksen toteuttaminen ja analysointi

Ennen alkukartoitusta tehtiin esitestaus seurantalomakkeella (liite1). Esitestauksen pohjana oli reaktiivinen puhelinohjaus niin kuin alkukartoituksenkin. Seurantalomake esitestattiin sisätautien kolmella poliklinikalla, jotka arvottiin. Arvonnassa poliklinikoiksi valikoituivat reumasairaudet, hematologia- ja endokrinologian poliklinikat. Soittoaika reumasairauksien poliklinikalle on hoitoon liittyvissä asioissa maanantai, keskiviikko- perjantai klo 8–11 ja tiistaisin klo 9–11. Hematologian – ja endokrinologian soittoaika hoitoon liittyvissä asioissa on maanantai, keskiviikko- perjantai klo 8–15 ja tiistaisin klo 9–15. Esitestaus toteutettiin 14. – 16.9.2015 välisenä aikana. Puheluja seurannan aikana tuli yhteensä 37 kappaletta. Puheluihin käytetty työaika oli reumapoliklinikalla jäänyt täyttämättä mutta hematologian ja endokrinologian puheluihin käytetty työaika oli yhteensä 104 minuuttia. Esitestauksen aikana OC-puhelinpalvelujärjestelmä oli toimimattomana muutamia tunteja iltapäivällä 15.9.2015. Järjestelmän toimimattomuus vaikuttaa puhelinliikenteeseen, koska silloin puhelut eivät pääse läpi poliklinikoille. Endokrinologian- ja hematologian poliklinikkojen puheluiden määrään tällä oli vaikutusta, koska siellä soittoaika on klo 15.00 saakka.

Puhelinohjauksessa toimivilta sairaanhoitajalta pyydettiin suullinen lupa. Puhelinohjauksessa toimivien sairaanhoitajien osallistuminen seurantalomakkeen täyttämiseksi perustui vapaaehtoisuuteen, ja heillä oli mahdollisuus kieltäytyä tutkimukseen osallistumisesta. Osallistuminen seurantalomakkeen täyttämiseen koettiin positiivisena asiana kehittää puhelinohjausta. Esitestauksessa puhelinohjaus koetaan yleisesti monella poliklinikalla työlääksi ja aikaa vieväksi toiminnaksi. Esitestauksessa käytetty seurantalomake koettiin helpoksi ja nopeaksi täyttää. Lomakkeeseen tehtiin esitestauksen jälkeen kaksi muutosta. Nämä muutokset olivat uudet sarakkeet hoitosuhde poliklinikalla ja ei hoitosuhdetta poliklinikalla. Liitteeseen 1 nämä muutokset on tehty.

Esitestauksen jälkeen siirryttiin varsinaiseen alkukartoitukseen. Alkukartoituksessa käytetty mittari laadittiin Salmisen 2010 työn pohjalta. Seurantalomake (liite 1) toimii mittarina. Mittarin lisäksi laadittiin saatekirjeet osastonhoitajalle (liite 2) sekä sairaanhoitajalle (liite 3). Mittariston tarkoituksena oli olla yksinkertainen, helposti ja nopeasti täytettävä. Alkukartoitus toteutettiin konservatiivisen palvelualueen poliklinikoilla 28.9 – 9.10.2015 välisenä aikana. Opinnäytetyön tekijä lähetti osastonhoitajille etukäteen sähköpostilla saatekirjeet ja seurantalomakkeen mallin. Seurantalomakkeen täyttämisen ohjeistus sovittiin osastonhoitajien kanssa. Opinnäytetyön tekijä kävi ohjeistamassa henkilökohtaisesti perjantaina 25.9.2015 onkologian-, keuhkosairauksien- ja neurologian poliklinikan sairaanhoitajia, jotka toteuttavat puhelinohjausta seuraavan viikon alusta. Ohjeistuksessa annettiin seurantalomakkeet kahden viikon ajalle ja tarvittaessa saatekirje. Saatekirjeen sairaanhoitajat olivat saaneet osastonhoitajalta jo sähköisesti, ja useimmat sairaanhoitajat eivät halunneet saatekirjettä enää kirjallisena. Ohjauslomakkeen täyttäminen käytiin läpi suullisesti. Ohjeistuksen aikana käytiin läpi mahdollisia ongelmia merkintöjen suhteen ja sovittiin yhdessä yhteisistä merkinnöistä.

Sisätautien poliklinikat ohjeistettiin osastotunnin alussa tiistaina 22.9.2015, samalla kaavalla. Opinnäytetyön tekijä vei henkilökohtaisesti seurantalomakkeet poliklinikoille 24 – 25.9.2015 välisenä aikana. Ohjeistamisella ta-

voitettiin suurin osa sairaanhoitajia, jotka toteuttavat puhelinohjausta. Puhelinohjauksessa toimiva sairaanhoitaja vaihtuu osalla poliklinikoista jopa päivittäin. Tämä toi omat haasteensa ohjeistukseen. Opinnäytetyön tekijä toivoi jokaisen informoivan seuraavaa lomakkeen täyttäjää. Informaation siirtymisen onnistumisesta toivotulla tavalla ei saatu tietoa.

Onkologian- ja keuhkosairauksien poliklinikoilla ei ole käytössä OC-puhelinpalvelujärjestelmää. Potilaille on saatettu tietoon useita puhelinnumeroita, joten alkukartoitukseen osallistui näiltä poliklinikoilta useita puhelinohjaukseen kuuluvia puhelinnumeroita. Keuhkosairauksien poliklinikalta osallistui kaksi puhelinnumeroa. Puhelinnumeroilla on puhelinajat, jotka ovat: hoitoon liittyvät asiat maanantai - perjantai klo 7.30 – 10.00 ja CPAP hoitoon liittyvät asiat maanantai - perjantai 8.00 – 10.00. Onkologian poliklinikalta alkukartoitukseen osallistuivat: solunsalpaajahoido, onkologian poliklinikan sairaanhoitaja sekä palliatiivisen yksikönhoitaja. Soittoajat yksiköihin ovat maanantai - perjantai klo 8.00 – 15.00.

Sisätautien poliklinikan soittoaajat poliklinikoittain ovat seuraavat: Kardiologia-, -gastroenterologia ja -reumapoliklinikka maanantai, keskiviikko-perjantai klo 8.00 – 11.00, tiistai klo 9.00 – 11.00. Seuraavilla poliklinikoilla soittoaika on maanantai, keskiviikko-perjantai klo 8.00 – 15.00 ja tiistaisin klo 9.00 – 15.00: hematologia, endokrinologia, nefrologia, diabetes, infektio, obesiteetti eli lihavuus- ja lipidipoliklinikka. Nämä soittoaajat ovat sairaanhoitajalle hoitoon liittyvissä asioissa. OC –puhelinpalvelujärjestelmässä on myös ohjeistus ajanvaraukseen liittyvistä asioista, jotka ohjautuvat pääsääntöisesti sihteerille.

Tutkijalla oli analysoitavana seurantalomakkeet kaikilta 15 poliklinikalta. Lomakkeita oli yhteensä 153 kappaletta. Osa lomakkeista oli vajaita, koska puheluiden seuranta oli aloitettu uudelta lomakkeelta joka päivä. Analysointi aloitettiin laskemalla tulokset yhteen. Yhteen lasketut tulokset siirrettiin Excel-taulukko-ohjelmaan, jonka avulla oli mahdollista tehdä taulukoita ja kuvioita.

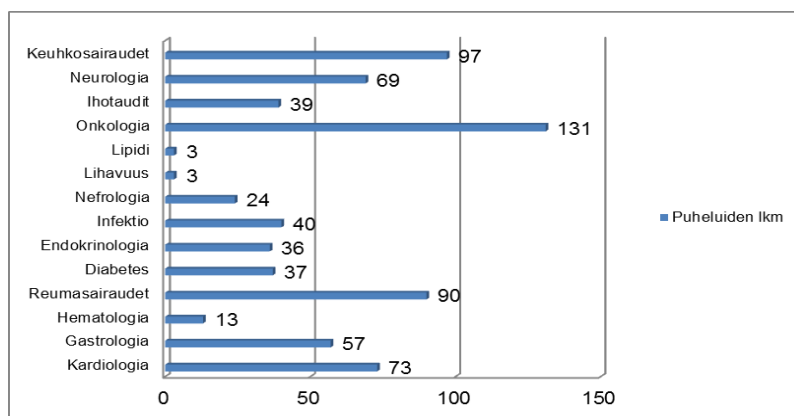
Alkukartoituksen tulokset palautuivat opinnäytetyön tekijälle takaisin viikolla 43, koska hän oli itse lomalla viikon 42. Analysointi aloitettiin pintapuolisesti heti, ja tarkempi tuloksien analysointi alkoi joulukuussa 2015. Analysointi osoittautui heti haasteelliseksi. Poliklinikoilla, joilla on käytössä OC-puhelinpalvelujärjestelmä, tulokset oli helppoja tulkita, koska potilailla oli mahdollisuus soittaa vain yhteen puhelinnumeroon. Poliklinikat, joissa järjestelmää ei ole käytössä, olivat haasteellisia analysoitavia. Näillä poliklinikoilla oli useita puhelinnumeroita, joihin potilailla oli mahdollisuus soittaa. Tulokset analysoitiin keuhkosairauksien- ja onkologian poliklinikoiden osalta yhdistettynä. Käytännössä tämä tarkoittaa sitä, että keuhkosairauksien poliklinikan kaikki neljä puhelinnumeroa yhdistettiin keuhkosairauksien poliklinikkaan. Onkologian poliklinikkaan yhdistettiin solunsalpaajahoitoyksikön, onkologian poliklinikan ja palliatiivisen yksikön puhelinnumerot. Lisäksi neurologian ja ihosairauksien poliklinikoilla oli useita puhelinnumeroita. Neurologian poliklinikan kolme puhelinnumeroa yhdistettiin neurologian poliklinikkaan ja ihosairauksien kolme erillistä puhelinnumeroa yhdistettiin ihosairauksien poliklinikkaan.

5.5 Alkukartoituksen tulokset

5.5.1 Taustatiedot

Alkukartoituksessa hyväksyttyjä puheluita kertyi yhteensä 715. Hylättyjä puheluita oli kaiken kaikkiaan 15. Hylkäyksen perusteena oli puutteellinen merkintä seurantalomakkeessa. Osasta puheluidista puuttui rasti kohdasta mihin puhelu liittyi tai yhteydenottaja. Gastroenterologian poliklinikalla seuranta-aika oli jäänyt kaksi päivää lyhyemmäksi sovitusta seuranta-ajasta. Seuranta-aikaa oli jatkettu seuranta-ajan jälkeisellä viikolla kaksi päivää. Gastroenterologian poliklinikka on puhelinohjauksen kannalta oleellinen yksikkö, koska puhelinohjausta on paljon. Gastroenterologian poliklinikan seuranta-ajan tuloksia ei hylätty, mutta seuranta-ajan jälkeen kerättyjä tuloksia ei huomioitu tuloksissa. Gastroenterologian osalta tulokset ovat suuntaa antavia.

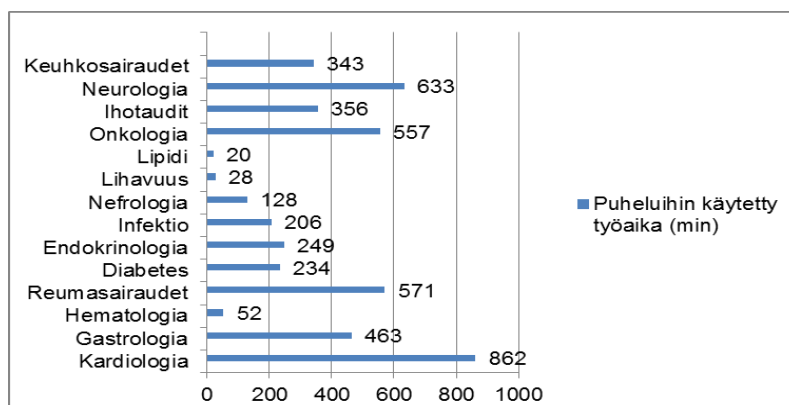
Taustatietona tässä opinnäytetyössä käsitetään tutkimukseen osallistuneet poliklinikat. Kuviossa 2 havainnollistetaan poliklinikoille tulleet puhelut.



Kuvio 2. Puhelut poliklinikoittain

Tarkasteltaessa puheluita poliklinikoittain eniten puheluita tuli onkologian poliklinikalle, jonka alla olivat solusalpaajahoitoyksikkö, poliklinikkahoitaja ja palliatiivinen yksikkö. Puheluista 97 tuli keuhkosairauksien poliklinikalle, jonka alle oli myös yhdistetty useampia puhelinohjaukseen liittyviä puhelinumeroita. Reumasairauksien poliklinikalle puheluita kertyi 90, kardiologialle 73 ja neurologialle 69. Gastroenterologian poliklinikan puheluiden määrään vaikuttaa vajaaksi jäänyt seuranta-aika.

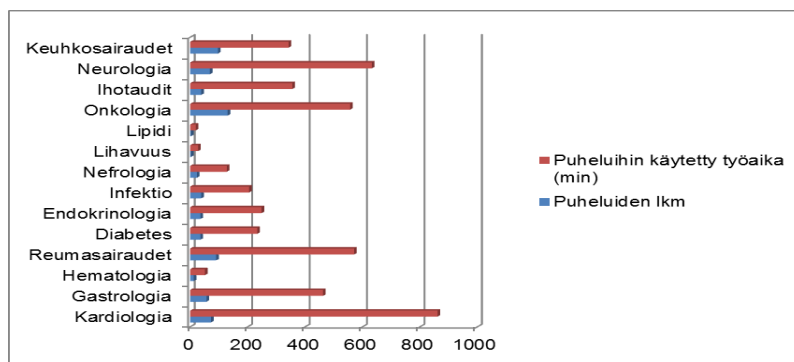
Taustatiedoissa oltiin kiinnostuneita puheluihin käytetystä työajasta. Seuraavassa kuviossa kuvataan puheluihin käytetty työaika.



Kuvio 3. Puheluihin käytetty työaika

Kuviossa 3 selviää, että kardiologian poliklinikalla puheluihin käytettiin työaika 862 min. Neurologian poliklinikalla työaika käytettiin 633 min ja reumasairauksien poliklinikalla puheluiden hoitamiseen käytettiin aikaa 571 min. Vähiten työaika käytettiin puheluihin lipidipoliklinikalla ja lihavuuspoliklinikalla sekä hematologian poliklinikalla. Yhteensä puheluihin käytettiin työaika 4702 min eli 78,3 h kahden viikon seurannan aikana. Yhteensä käytetty työaika ei ole merkitty kuvioon 3.

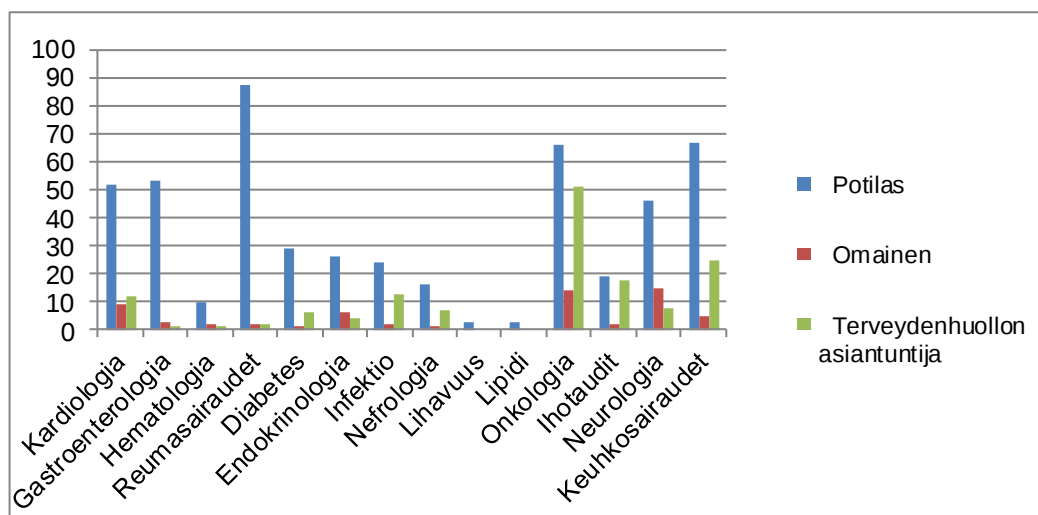
Lisäksi kuvioon 4 on havainnollistettu sekä puhelut että käytetty työaika. Kuviosta selviää puheluiden ja käytetyn työajan suhde.



Kuvio 4. Kuviossa on puhelut ja niihin käytetty työaika.

Kuviossa 4 on havainnollistettu puheluiden lukumäärän ja käytetyn työajan suhdetta. Tarkasteltaessa puheluita ja niihin käytettyä työaika huomataan niissä olevan eroja. Onkologian poliklinikalla hoidettiin 131 puhelua ja työaika käytettiin vain 557 minuuttia. Käsien täytetyistä seurantalomakkeista selviää, että puheluihin käytetty työaika vaihteli poliklinikoittain 30 sekunnin – 35 minuutin välillä. Suullisesti annetussa ohjeistuksessa ohjattiin merkitsemään työaika kirjaaminen mukaan lukien.

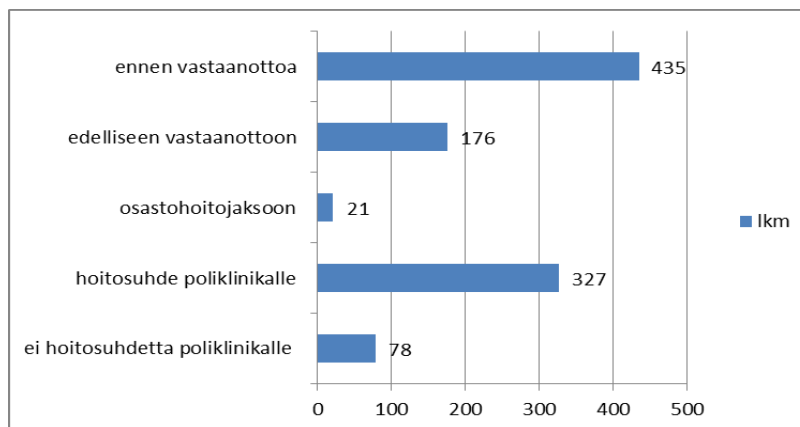
Alkukartoituksessa selvitettiin lisäksi kuka oli puhelun yhteydenottaja. Kuviossa 5 ovat havainnollistettuna potilas, omainen ja terveydenhuollon asiantuntija yhteydenottajana.



Kuvio 5. Yhteydenottajat poliklinikoittain.

Kuviossa 5 on havainnollistettu yhteydenottajat poliklinikoittain. Puheluiden yhteydenottajaa kartoitettiin seurantalomakkeen avulla. Yhteydenottajana oli omainen, potilas tai terveydenhuollon asiantuntija. Yleisin yhteydenottaja oli potilas. Kaikista puheluista yhteensä potilaiden ottamia yhteydenottoja oli $n=501$, terveydenhuollon asiantuntijan $n=148$ ja omaisen $n=62$. Terveysthuollon asiantuntijoiden suuri määrä yhteydenotoissa jäi mietityttämään. Tarkasteltaessa esimerkiksi onkologian poliklinikkaa, terveydenhuollon asiantuntijoiden osuus soittajista oli suurin. Lipidi- ja lihavuuspoliklinikoilla terveydenhuollon asiantuntijoiden yhteydenottoja ei ollut ollenkaan.

Lisäksi alkukartoituksessa oltiin kiinnostuneita, mihin puhelu liittyi. Kuviossa 6 on esitetty liittyikö puhelu ennen vastaanottoa, edelliseen vastaanottoon, osastohoitojaksoon ja oliko potilaalla hoitosuhde poliklinikalle vai ei hoitosuhdetta poliklinikalle.

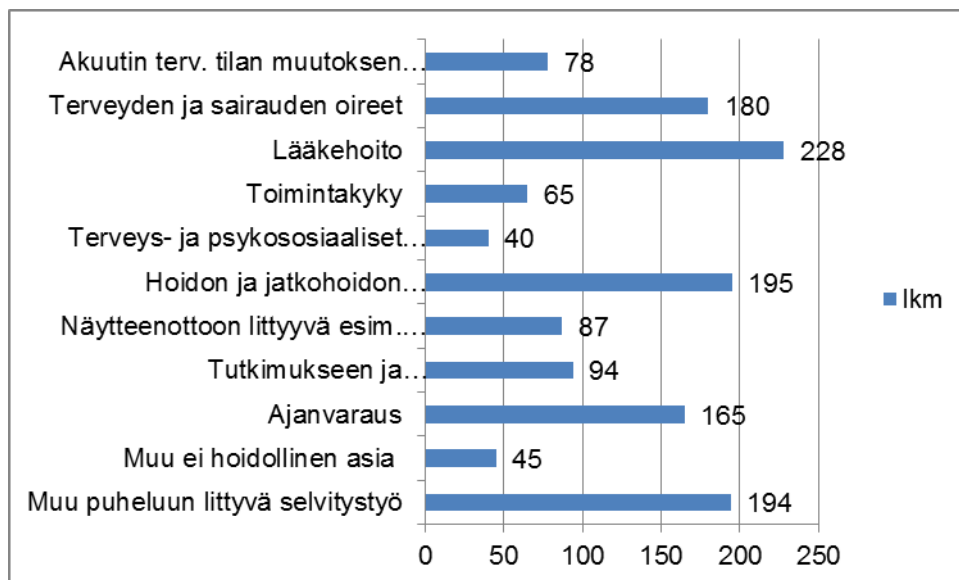


Kuvio 6. Puhelu liittyi

Kuviossa 6 on havainnollistettu mihin puhelu liittyi. Seurantalomakkeen täyttämisen ohjeistus antoi mahdollisuuden merkitä rastin useampaan kohtaan $n=1037$. Osaan seurantalomakkeeseen oli tehty merkintä esimerkiksi ennen vastaanottoa ja hoitosuhde poliklinikalle. Puhelu liittyi asiaan - merkintöjen määrä ei ole näin ollen yhtenevä puheluiden kokonaismäärään. Tuloksista voidaan todeta, että suurin osa liittyi asiaan ennen vastaanottoa $f=435$. Suurimmalla osalla yhteydenottajista oli hoitosuhde poliklinikalle $f=323$. Osastohoitojaksoon puheluita liittyi $f=21$. Hoitosuhdetta ei ollut $f=78$.

5.5.2 Ohjauksen sisältöalueet

Taustatietojen lisäksi oltiin erityisen kiinnostuneita ohjaukseen liittyvistä sisältöalueista. Kuviosta 7 selviää puhelinohjauksen sisältöalueet.



Kuvio 7. Puhelinohjauksen sisältöalueet

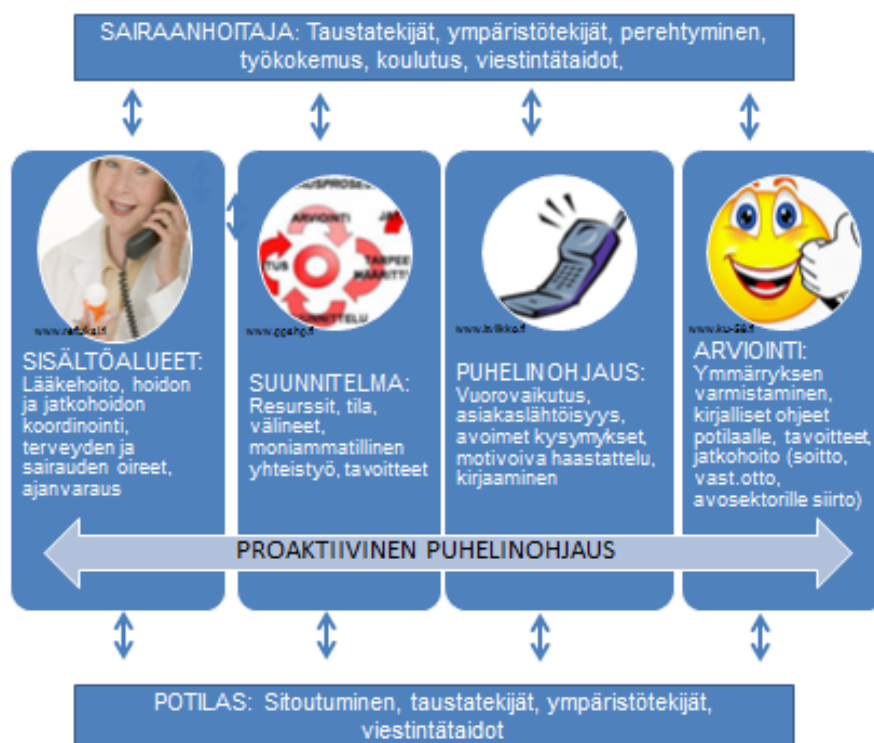
Seurantakaavakkeen täytön ohjeistaminen antoi mahdollisuuden valita useamman sisältöalueen. Yleisesti ottaen puhelussa käsiteltiin useampaa kuin yhtä sisältöaluetta. Sisältöalueista nousivat selvästi lääkehoito $n=228$, hoidon ja jatkohoidon koordinointi $n=195$, muu puheluun liittyvä selvitystyö $n=194$ ja terveystilan ja sairautensa oireet $n=180$. Ajanvarauksen määrä oli $n=165$. Sisältöalueista muu puheluun liittyvän selvitystyön osuus oli suuri $n=194$. Puhelinohjauksessa sairaanhoitajan ajasta suurin osa menee muuhun kuin potilaan ohjaamiseen. Seurantalomakkeessa oli mahdollisuus kirjoittaa vapaata tekstiä kohtaan muu puheluun liittyvä selvitystyö. Puheluun $n=30$ oli merkitty seuraavia asioita: koulutukseen liittyvä asia, potilaan hoidossa tarvittavien apuvälineiden lähetys, työviestin laittaminen lääkärille tai sihteerille, lääkärin konsultointi, soittajalle puhelinnumeroita etsiminen terveyskeskukseen tai kotisairaanhoidon ja epäselvien tutkimuspyyntöjen selvittely.

6 Toimintamalliehdotus ja kehittämisprosessi

Toimintamalli on työväline puhelinohjauksessa toimivalle sairaanhoitajalle. Kontio ym. (2016, 81–84) ovat luoneet toimintamallin potilaan preoperatiiviseen- ja postoperatiiviseen puhelinohjaukseen. He ovat tehneet myös puhelinohjauksen ideaalimallin. Ideaalimalli pohjautuu puhelinohjaukseen silloin, kun potilas ottaa yhteyttä. Ideaalimalliin on kerätty asioita, jotka on hyvä ottaa huomioon puhelinohjausta järjestettäessä. Näitä asioita hyödynnän soveltavin osin omassa toimintamalliehdotuksessa.

Engeströmin ym. teoksessa uuden toimintamallin suunnittelu on prosessinomaista, aikaa vievää. Toimintamallin muokkaaminen ja tarkentuminen tehdään yhdessä työntekijöiden kanssa. Uusia näkökulmia, ehdotuksia ja ideoita on runsaasti, mikä vaatii organisaatiolta tietynlaista otetta. Organisaation on yritettävä löytää toimivin ratkaisu, yleensä se löytyy vain kokeilemalla. (Engeström ym. 2002,146–147).

Puhelinohjauksen tukipilarina pidetään hoitotyönprosessia. Toimintamalliehdotus perustuu hoitotyönprosessiin. Toimintamallin luomisessa on käytetty sekä opinnäytetyön taustaosuutta että alkukartoituksen tuloksia. Toimintamallissa on tarkoituksena havainnollistaa tieto. Toimintamallista selviää tarkoitus, osatekijät ja prosessi. Kuviossa 8 on havainnollistettu toimintamalliehdotus.



KUVIO 8. Proaktiivisen puhelinohjauksen toimintamalliehdotus

Puhelinohjauksen toimintamallin toteutuminen edellyttää sairaanhoitajalta perehtymistä puhelinohjaukseen. Perehtymisen toteutumisessa voidaan hyödyntää saatavilla olevia erilaisia perehdytysmateriaaleja ja koulutusta. Sairaanhoitajan työkokemus puhelinohjauksesta vaikuttaa puhelinohjauksen toteutumiseen. Pitkään sairaanhoitajana työskennellyt sairaanhoitaja osaa toimia useissa erilaisissa tilanteissa kokemuksensa pohjalta. Sairaanhoitajan ammattiin vastavalmistuneella kokemusta ei ole käytettävissä. Vuorovaikutustaidoista korostuu viestintätaidot. Viestintätaidot kehittyvät, kun työskentelee puhelinohjauksessa. Taustatekijät ja ympäristötekijät vaikuttavat sekä sairaanhoitajan että potilaan toimintaan puhelinohjauksessa. Ikä, sukupuoli ja ympäristötekijät asettavat omat vaatimukset puhelinohjauksen toteutumiselle. Potilaan toimintaedellytyksenä puhelinohjauksen onnistumiselle on sitoutuminen hoitoon. Sitoutumalla itsensä hoitoon annettujen ohjeiden toteuttaminen on motivoivaa.

Puhelinohjauksen prosessin eri vaiheet on yritetty havainnollistaa toimintamalliin hoitotyön prosessia hyödyntäen. Ajankohtaa proaktiivisen puhelinohja-

uksen toteutumiselle ei ole määritelty. Poliklinikat voivat määritellä ajan-
kohdan itse oman toimintansa ja osastojen yhteistyön mukaan.

Sisältöalueet kuvaavat tarvetta. Sisältöalueet eli proaktiivisen puhelinohja-
uksen tarve nousi alkukartoituksen tuloksista. Lääkehoidon, hoidon ja jat-
kohoidon koordinointi, terveyden ja sairauden oireet sekä ajanvaraus ovat
yleisimmät sisältöalueet. Sisältöalueissa on hyvä huomioida potilaan yksi-
ölliset tarpeet. Suunnitelman tekeminen on tärkeää. Toimiva suunnitelma
auttaa sairaanhoitajaa toimimaan puhelinohjauksessa systemaattisesti.
Resurssit, tila ja välineet on hyvä tarkastaa ennakkoon ennen puhelinoh-
jausta. Puhelinohjauksen toteuttaminen on aina asiakaslähtöistä. Sisältö-
alueet ja suunnitelma voi muuttua potilaan yksilöllisten tarpeiden mukaan.
Arvioinnissa on varmistettava potilaan ymmärtäminen. Ymmärtämisen voi
varmistaa esimerkiksi pyytämällä potilasta toistamaan sovitut asiat.

Toimintamalliehdotus on mielestäni käytännönläheinen ja sen soveltami-
sen omaan yksikköön on ajateltu olevan helppoa. Sisältöalueet, jotka toi-
mintamallissa on otettu huomioon, ovat alkukartoituksessa eniten esille
nousseita. Toimintamallin toteutuminen edellyttää suunnitelmallisuutta
proaktiivisen puhelinohjauksen toteuttamiseen. Käytännössä toimiva pro-
aktiivisen puhelinohjauksen toimintamalli tulee luultavasti vähentämään
reaktiivisen puheluiden määrää.

Toimintamalliehdotus oli opinnäytetyön kehittämistehtävä. Kehittämisteh-
tävän kehittämisvaiheet on havainnollistettu kuviossa 9.



KUVIO 9. Toimintamallin kehittämisprosessi

Toimintamallin kehittämisprosessi alkoi 22.10.2013 keskustelulla ylihoitaja Heli Karvisen kanssa. Keskustelussa sovittiin alustavasti opinnäytetyön aihe ja tavoite. Toimeksiantosopimus tehtiin kirjallisena 26.11.2013. Kehittämistehtävän eli toimintamalliehdotuksen tekeminen aloitettiin taustamateriaalin etsimisellä. Taustamateriaalin etsiminen vei aikaa, koska materiaalia oli tarkasteltava kriittisesti.

Alkukartoitus toteutettiin syksyllä 2015. Alkukartoituksen tuloksien pohjalta tehtiin toimintamalliehdotus. Toimintamalliehdotus esiteltiin konservatiivisen palvelualueen ylihoitajalle ja sisätautien poliklinikalle 26.4.2016. Toimintamallista annettu palaute oli positiivista. Toimintamalliehdotukseen li-sättiin arviointiin kirjalliset ohjeet potilaalle (kuvio 8). Palautteen mukaan sovitut asiat on hyvä lähettää kirjallisena puhelinohjauksen jälkeen. Korjattu toimintamalliehdotus tullaan esittämään myöhemmin sovittuna ajankoh-tana ylihoitajalle, konservatiivisen palvelualueen poliklinikoille ja osastonhoitajille. Toimintamalliehdotuksen esittelyssä halutaan tuoda esille

puhelinohjauksen kehittämisen merkitys. Toimintamalliehdotus muuttuu useita kertoja, ennen kuin se saadaan käytäntöön. Toimintamalliehdotuksen kehittämisprosessi jatkuu, vaikka opinnäytetyö saadaan päätökseen.

7 Pohdinta

7.1 Opinnäytetyön prosessin ja tuloksien tarkastelu

Opinnäytetyön toimeksiantaja oli PKSSK. Opinnäytetyö tehtiin PKSSK:n konservatiivisen palvelualueen poliklinikoille. Opinnäytetyön aiheen rajaaminen tuli toimeksiantajalta. Opinnäytetyön tavoitteena oli sisältää alkukartoitus ja proaktiivisen puhelinohjauksen toimintamalliehdotus. Opinnäytetyöprosessia voidaan pitää onnistuneena, koska sille asetetut tavoitteet savutettiin. Opinnäytetyön suunnittelu alkoi keväällä 2013 ideapaperin esittämällä, siitä edettiin opinnäytetyön suunnitelman esittämiseen syksyllä 2013. Opinnäytetyön suunnitelma on prosessin aikana muuttunut toimeksiantajan kanssa käydyn vuoropuhelun pohjalta useita kertoja, ennen kuin tutkimuslupaa haettiin. Tutkimuslupa saatiin elokuussa 2015. Prosessin työstäminen on jatkunut kevääseen 2016.

Puhelinohjausta on tutkittu useasta eri näkökulmasta. Sisältöalueet ja toimintamalli proaktiiviseen puhelinohjaukseen olivat vähemmän käytetty näkökulma. Salmisen (2010) tutkimuksessa sisältöalueet olivat potilasohjauksen pohjana. Puhelinohjaus tulee olemaan kehittämisen arvoinen aihealue. Tutkimuksien laaja-alaisuus ja eri näkökulmat antavat mahdollisuuden kehittää puhelinohjausta laajasti ja kokonaisvaltaisesti. Opinnäytetyöprosessin aikana kiinnostukseni puhelinohjaukseen ja sen kehittämiseen lisääntyivät. Opinnäytetyön tekeminen ilman selkeää ohjeistusta ja aiheen rajaamista olisi ollut haasteellisempi kuin se oli tässä opinnäytetyössä. Yhteenvetona voitaneen todeta prosessin olleen pitkä ja voimavaroja kuluttava.

Tutkimusmenetelmänä käytetty kehittävä työntutkimus oli toimiva valinta. Kehittävän työntutkimuksen kaikki vaiheet eivät toteutuneet opinnäytetyönprosessissa. Kehittävän työntutkimuksen vaiheista jäivät toteutumatta toimintamallin käyttöönoton tukeminen ja analysointi sekä uuden toimintamallin arviointi. Opinnäytetyönprosessia voidaan pitää onnistuneena, koska toimeksiannossa jo selvisi, että kaikkien vaiheiden ei ollut tarkoituskaan toteutua.

Alkukartoituksesta saatujen tuloksien mukaan puheluiden lukumäärä on kohtalaisen suuri. Tarkasteltaessa puheluiden lukumäärää poliklinikoittain, voidaan todeta vaihteluvälin olevan suuri. Lukumäärään voi vaikuttaa sairauden luonne. Vakavasti sairastuneet tarvitsevat vakuuttelua ja tukea sairauden eri vaiheessa enemmän kuin potilaat, jotka eivät ole sairastuneet vakavasti. OC -puhelinpalvelujärjestelmän hetkellinen toimimattomuus vähentää puheluita poliklinikoilta, joissa OC -puhelinpalvelujärjestelmä on käytössä ja soittoaika on klo 15.00 saakka. Gastroenterologian poliklinikan osalta puheluiden määrään vaikutti vajaaksi jäänyt seuranta-aika. Puheluiden vähäinen määrä osalle poliklinikoista voi johtua paremmasta tiedonkulusta potilaan hoitoon osallistuvien yksiköiden välillä esimerkiksi osaston, poliklinikan ja terveyskeskusten keskuudessa. Osalla poliklinikoista sairaanhoitaja toimi puhelinohjauksessa normaalin vastaanottotoiminnan ohella. Sairaanhoitajan ollessa toimenpiteessä tai avustamassa lääkäriä puhelimeen vastaaminen ei ole onnistunut. Tämä vaikuttaa omalta osaltaan puheluiden määrään. Puheluiden vähäinen määrä poliklinikoilla antaa aihetta pohtia, onko kyseisillä poliklinikoilla ohjeistettu potilaat paremmin. Ohjeistuksessa hoitosuunnitelma on ollut selkeä ja potilaat ovat tietoisia siitä koko hoitosuhteen ajan.

Puheluihin käytetty työaika on oma mielenkiintoinen pohdinnan aihe. Kuviosta 3 voidaan havainnollisesti todeta, että kaikilla poliklinikoilla käytettiin paljon aikaa suhteessa puheluiden lukumäärään. Kardiologian-, neurologian-, onkologian- ja reumasairauksien poliklinikoilla puheluihin oli työaikaa käytetty eniten. Kyseisillä poliklinikoilla hoidetaan potilaita, jotka sairastavat vakavasti. Puhelut ovat haasteellisempia, koska potilaat tarvitsevat pal-

jon ohjausta, tukea toiminnalleen ja selvennystä jatkohoitoon. Ernesäter ym. (2015, 117) tutkimuksen mukaan sairaanhoitajat käyttivät puheluihin vähän aikaa. Puheluiden suuri lukumäärä oli todettu merkiksi tehokkaasta toiminnasta. Tutkimuksessa kävi selväksi, että puheluiden suuri määrä vähentää puhelinohjauksen laatua. Tämän opinnäytetyön tuloksia verrattaessa Ernesäterin ym. (2015) tutkimukseen puheluiden määrästä suhteessa työaikaan voidaan todeta PKSSK:ssa annettavan jokseenkin laadukasta puhelinohjausta.

Opinnäytetyön tuloksista voidaan yhteydenottajien osalta todeta, että potilas itse otti yhteyttä useimmin. Terveystenhuollon asiantuntijoiden suuri määrä oli yllättävä. Määrä on mielestäni merkittävä. Yhteydenottoon voi vaikuttaa informaation kulkeminen. Viestintä on tärkeä osa yhteydenoton toimivuutta. Yhteydenottojen voidaan ajatella vähenevän, kun viestintää parannetaan hoitoon osallistuvien yksiköiden välillä. Terveyskeskusten, kotisairaanhoidon ja erikoissairaanhoidon välinen yhteistyö on haaste kokonaisvaltaisen hoidon toteutumiselle. Seurantalomakkeessa oli mahdollisuus kirjata vapaata tekstiä muu puheluun liittyvä selvitystyö kohtaan. Tarkastellessani seurantalomakkeita huomasin, että osaan oli kirjattu yhteydenottajaksi terveydenhuollon asiantuntija ja puhelu oli merkitty kohtaan muu puheluun liittyvä selvitystyö. Vapaana tekstinä kohtaan oli kirjoitettu koulutukseen liittyvä asia, lääkäri terveyskeskuksesta halusi konsultoida erikoislääkärää. Yhteydenottajiksi oli kirjoitettu sihteerit osastolta laboratoriosta ja röntgenistä. Sihteerit kysyi potilaan aikaa, tutkimuspyyntöä ja keskeneräisiä pyyntöjä. Ylimääräistä selvitystyötä on sairaanhoitajalla ollut tuloksien mukaan runsaasti. Voidaankin pohtia, olisiko ohjeistuksia tarkistettava vai onko ohjeistuksia tehtykään edellä olevista asioita. Terveystenhuollon asiantuntijoiden puhelut voi jatkossa suunnitella ohjautuvan eri tavoin esimerkiksi sihteerille. Puhelinohjauksessa lähihoitajan toimenkuva olisi sihteerin työnkuvaa kattavampi mutta suppeampi kuin sairaanhoitajan. Mielestäni tämä on yksi mietinnän paikka lähihoitajan työnkuvaa pohdittaessa. Ammattiryhmien välistä viestinnän kehittämistä on hyvä miettiä uudistuksia suunnitellessa.

Tuloksien mukaan osastohoitoon liittyvien puheluiden määrä oli mielestäni vähäinen. Toimiessani itsekkin puhelinohjauksessa oletin osastohoitoon liittyvien puheluiden olevan määrällisesti suuremman. Käytännössä potilaat soittavat usein asiasta, joka liittyi osastolta kotiutumiseen. Näitä asioita ovat olleet kokemukseni mukaan muun muassa lääkehoito, kuinka kauan osastolla aloitettu lääke jatkuu. Opinnäytetyössä on mahdollista, että puhelinohjauksessa toimiva sairaanhoitaja on ajatellut asian toisin ja laittanut merkinnän kohtaan ei hoitosuhdetta poliklinikalle. Taustaosuudessa viitattiin taustatekijöihin, jotka vaikuttavat puhelinohjauksessa. Ne ovat voineet vaikuttaa seurantalomakkeen ymmärtämiseen eri tavoin.

Sisältöalueista yhdeksi aihealueeksi nousi lääkehoito. Lääkehoito nousee Salmisen (2010), tutkimuksessa jatkohoidon ja terveystalouden jälkeen kolmanneksi kysytyimmäksi aiheeksi. Lisäksi tämän opinnäytetyön alkukartoituksissa nousivat jatkohoitoon ja hoidon koordinointiin, terveyden ja sairauden oireisiin ja ajanvaraukseen liittyvät asiat. Tuloksia voidaan pitää yhtenäisinä Salmisen (2010) tekemän selvityksen kanssa, vaikka tutkimuksen kohderyhmät poikkesivat toisistaan. Salmisen tutkimuksessa kohteena oli 30 sairaanhoitajaa/fysioterapeuttia PKSSK:n eri yksiköistä. Tähän opinnäytetyöhön osallistui 14 poliklinikkaa, joissa sairaanhoitaja toteuttaa puhelinohjausta. Jatkohoitosuunnitelman jääminen epäselväksi potilaalle herättää mielenkiinnon asian pohdinnalle. Jatkohoitosuunnitelman epäselväksi jäämiseen on voinut vaikuttaa sairaanhoitajan epäselvät ohjeet. Sairaanhoitajan vähäinen kokemus puhelinohjauksesta ja itsenäisten päätösten tekemisen haasteellisuus ovat voineet jättää jatkohoidon epäselväksi. Asiaan on mietitty konsultointia lääkäriltä mutta konsultoinnin tuloksen ilmoittaminen potilaalle ei ole toteutunut suunnitellusti. Jatkohoidon ohjeistukseen ja hoitosuunnitelman läpikäymiseen potilaan kanssa on hyvä käyttää aikaa. Asioiden kertaaminen useita kertoja auttaa potilasta muistamaan paremmin mitä sovittiin. Ajanvaraukseen liittyvän puheluiden suuri määrä oli yllättävä, koska osalla poliklinikoista ajanvaraus asiat on OC -puhelinpalvelujärjestelmän avulla siirretty sihteereille. Potilaiden toimissa OC -puhelinpalvelujärjestelmässä kuultavan ohjeistuksen mukaan

ajanvaraukseen liittyviä asioita ei olisi ollenkaan ohjautunut sairaanhoitajalle.

7.2 Opinnäytetyön luotettavuus ja eettisyys

Tutkimuksen luotettavuutta arvioidaan käytetyllä mittarilla, mittaustulosten toistettavuudella ja tutkimuksen toteutuksen tarkalla selostuksella (Hirsjärvi ym. 1997, 226–227). Tutkimuksen luotettavuutta tarkastellaan ulkoisen validiteetin (luotettavuuden) pohjalta. Ulkoisessa validiteetissa tarkastellaan tutkimustuloksien yleistettävyyttä ja otannan suuruutta (Kananen 2010, 129) Opinnäytetyön tuloksia ei voi yleistää, mutta niitä voidaan pitää suuntaa antavina. Toimintamalli voidaan yleistää. Otanta tässä opinnäytetyössä oli 14 poliklinikkaa, mikä tarkoittaa koko konservatiivisen palvelualueen kaikkia poliklinikoita. Otantaa pidetään edustavana kokonaisotantana.

Tutkimuksen luotettavuuden tarkastelu alkoi valitusta aiheesta. Puhelinohjaus aiheena on merkityksellinen. Kehittämisen tärkeyttä lisää SOTE-uudistuksen ajankohtaisuus. Opinnäytetyössä toteutettua toimintamallia voidaan hyödyntää puhelinohjauksen kehittämisessä. Mielestäni kehittämiselle on hyvä ajankohta, koska SIUN SOTE aloittaa toiminnan vuoden 2017 alusta. Uusia toimintamalleja ja ideoita tarvitaan puhelinohjaustoiminnan uudelleen järjestämiseksi.

Tutkimusongelma ja kehittämistehtävä asetettiin niin, että vastaukset niihin oli saavutettavissa. Luotettavuutta lisää se onko mitattu, sitä mitä oli tarkoitus. Mittarin esitestaaminen otantaa pienemmällä määrällä on luotettavuutta lisäävä. (Kankkunen & Vehviläinen- Julkunen 2009, 152, 154). Opinnäytetyössä mittarina käytettiin ohjauslomaketta, jossa hyödynnettiin Salmisen (2010) olemassa olevaa potilasohjauslomaketta. Ohjauslomaketta muokattiin niin, että se vastaisi paremmin tutkimusongelmaan. Mittarin luotettavuutta kuvaa se, että asetettuun tutkimuskysymykseen saatiin vastaus. Lisäksi mittarin luotettavuutta lisää esitestaus. Tulokset laskettiin manuaalisesti ja siirrettiin EXEL-taulukko-ohjelmaan. Manuaalisen toimin-

nan vaikutuksia tuloksiin ei voi täysin pois sulkea. Luotettavuutta olisi lisännyt sähköinen seurantalomake. Seurantalomakkeen täyttäminen sähköisesti olisi vähentänyt manuaalisen virheen mahdollisuutta. Mittarina käytetty seurantalomake antoi mahdollisuuden ymmärtää ja käsittää annetut vaihtoehdot eri tavoin. Tutkimuksen luotettavuutta lisää alkukartoituksen ajankohta. Ajankohta toteutettiin ennen Pohjois-Karjalassa olevaa syyslomaa. Syyslomaviikolla joillakin poliklinikoilla voi olla supistettua toimintaa. (Kananen 2011, 137–138.)

Opinnäytetyön tausta toimii opinnäytetyön perustana. Taustaosuuteen valitut lähteet on arvioitu kriittisesti. Lähteisiin on yritetty löytää tuoreimmat tutkimukset. Lähdeviitteet on tehty hyvään tieteelliseen käytäntöön perustuen (Kuula 2011, 69). Tutkimuksista on valittu opinnäytetyöhön aihealuetta lähinnä olevat. Luotettavuutta arvioitiin ja tarkasteltiin koko opinnäytetyön prosessin ajan. Raportti on kirjoitettu avoimesti ja selkeästi mitään salaamatta.

Toimintaympäristön vaikutus tutkimustuloksiin on huomioitava. Toimintaympäristö on voinut mahdollistaa erinäiset keskeytykset, jotka ovat vaikuttaneet seurantalomakkeen täyttämiseen. Olemassa oleva kiireen vaikutus, voi ilmentyä tutkimustuloksissa esimerkiksi merkintänä seurantalomakkeen väärään kohtaan. Inhimillinen unohdus kirjata soitto on mahdollinen. Opinnäytetyön luotettavuutta lisää se, että kukaan puhelinohjaukseen osallistuva sairaanhoitaja ei kieltäytynyt tutkimukseen osallistumisesta.

Hylättyjen puheluiden määrä oli pieni $n=15$, sillä ei ole merkitystä saatuihin tuloksiin. Puheluiden määrä oli edustava, mikä mahdollistaa tulokset suuntaa antavina. Toimintamallin tekeminen oli mahdollista mittarilla saatujen tuloksien perusteella.

Tutkijana oleminen omassa työyksikössä voi olla ristiriitainen kokemus. Työyhteisössä olevat jännitteet, tutkijan roolit ja tutkijan oma kiinnostus muuttaa asioita vaikuttavat koko tutkimusprosessin ajan. (Seppänen-Järvelä 2003, 429.) Sisätautien poliklinikka on jakautunut erikoisalojen

mukaan ja opinnäytetyön tekijällä on käsitystä vain muutamasta erikoisalasta. Opinnäytetyöntekijä itse työskentelee sisätautien poliklinikalla ja toimi puhelinohjauksessa seuranta-aikana. Opinnäytetyöntekijän osallistuminen kahdeksaksi päiväksi puhelinohjaukseen oli välttämätön, koska yhdelle poliklinikalle ei ollut järjestettävissä toista sairaanhoitajaa. Opinnäytetyöhön osallistuvana ja tekijänä oleminen on saattanut vaikuttaa objektiivisuuteen. Raportoinnissa voi olla eri painotuksia aiheiden välillä. Valintoja tehdessäni pyrin perustelemaan ne hyvin ja en anna omien mielipiteideni vaikuttaa niihin. Pyrin tähän koko ajan valintoja tehdessäni ja pohdin koko tutkimusprosessin ajan.

Opinnäytetyön eettisyyttä on tarkasteltu koko opinnäytetyön prosessin ajan. Sairaanhoitajan eettiset ohjeet ovat olleet ohjeistuksena osallistuesani opinnäytetyöhön sairaanhoitajana ja opinnäytetyöntekijänä. Vastuullisuus, luottamus, toisten kunnioittaminen ja oikeudenmukaisuus ovat olleet vahvasti mukana opinnäytetyön prosessissa. Opinnäytetyö on mielestäni onnistunut prosessina sovitulla tavalla. Toimeksiantaja on saanut tulokset ja toimintamallin niin kuin tehtävänannossa sovittiin.

Opinnäytetyön tuloksia on tarkasteltu niin, että ne eivät loukkaa ketään ihmisenä tai sairaanhoitajana. Puhelinohjaukseen osallistuneiden sairaanhoitajien henkilöllisyys ei tullut esille tutkimuksen aikana. Tutkimusaineisto käsiteltiin luottamuksellisesti tutkimukseen liittyvien eettisten ohjeistuksien mukaan. (Mäkinen 2006, 114–115.) Tarkoituksena ei ole ollut arvostella sairaanhoitajien ammattitaitoa ja työskentelyä puhelinohjauksessa vaan ennemminkin herätellä heitä ymmärtämään tämän hetkisen puhelinohjauksen tilanne. Sairaanhoitajat itse ovat avainasemassa siinä, kuinka he haluavat jatkossa toteuttaa puhelinohjausta omassa työssään.

Alkukartoitukseen osallistuneiden potilaiden henkilöllisyys ei tullut esille muille opinnäytetyöhön osallistuneille, kuin puhelinohjauksen sairaanhoitajalle. Potilaille ei aiheutunut haittaa tai ylimääräistä työtä puhelinohjaukseen soittaessa. Puhelinohjaukseen osallistuvilta potilailta on saatu arvokasta tietoa, siitä mitkä puhelinohjauksen sisältöalueet nousevat esille.

Potilailta ei tarvittu erillistä lupaa tai suostumusta tutkimukseen osallistumisesta.

7.3 Jatkotutkimusaiheet

Puhelinohjaus tutkimusaiheena on lisääntynyt viimeisen viiden vuoden aikana. Tutkimuksia aiheesta ei löydy 2000 luvun alusta. Tarve puhelinohjauksen tutkimiseen on tullut sen jälkeen. Tutkimuksissa on todettu, että puhelinohjauksessa toimivan sairaanhoitajan työkokemuksella ja koulutuksella on merkitystä. Tämän opinnäytetyön pohjalta puhelinohjauksen sisältoalueista poliklinikoittain saa toisen tutkimuksen. Tuloksia ei analysoitu poliklinikoittain tässä tutkimuksessa, koska tehtävänannossa ei sitä ohjeistettu. Jatkotutkimuksena olisi mielenkiintoista tutkia toimintamallin käyttöönottoa ja toimintamallin antamaa hyötyä reaktiivisen puhelinohjauksen kehittämiseen.

Lähteet

- Aho, E. & Rinta- Halkola, E. 2013. Sairaanhoidajan toteuttama puhelinohjaus poliklinikoilla. Tampereen AMK. Hoitotyön koulutusohjelma. Opinnäytetyö. https://publications.theseus.fi/bitstream/handle/10024/68050/rinta-halkola_erja.pdf?sequence=1. 1.11.2015.
- Asetus terveydenhuollon ammattihenkilöstä. A564/1994.
- Avila, I. 2010. Sairaanhoidajan ammatillinen osaaminen perusterveydenhuollon puhelinneuvonnassa. Pohjois-Karjalan AMK. Hoitotyön koulutusohjelma. Opinnäytetyö.
- Barker, J. 2010. Evidence- Based Practice for nurses. SAGE . Los Angeles/ London / New Delhi / Singapore / Washington DC.
- Eloranta, T. & Virkki, S. 2011. Ohjaus hoitotyössä. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.
- Engeström, Y. 2002. Kehittävä työntutkimus, perusteita, tuloksia ja haasteita. Hallinnon kehittämiskeskus Edita. Helsinki.
- Engeström, Y. & Virkkunen, J. 2007. Muutoslaboratorio-kehittävän työntutkimuksen uusi vaihe. Teoksessa Ramstad, E. & Alasoini, T (Toim). Työelämän tutkimusavusteinen kehittäminen Suomessa. Lähestymistapoja, menetelmiä, kokemuksia, tulevaisuuden haasteita. Helsinki. <https://www.tekes.fi/globalassets/julkaisut/r53-teksti-jjj-korjattu-final.pdf>. 1.5.2016.
- Ernesäter, A., Engström, M., Winblad, U., Rahmqvist, M. & Holmström I. K. 2015. Telephone nurses' communication and response to caller's concern-a mixed method study. *Applied Nursing Research* 29 (2016) 116–121.
- ETENE - julkaisusarja 11. 2004. Monikulttuurisuus Suomen terveydenhuollossa. Valtakunnallinen terveydenhuollon eettinen neuvottelukunta <http://etene.fi/documents/1429646/1559086/ETENE-julkaisja+11+Monikulttuurisuus+Suomen +terveydenhuollossa.pdf/24ffa4b2-1ac7-4926-984e-e99555630342>. 27.3.2016.
- Hakulinen, T. 2003. Tutkimuksen kriittinen lukeminen. Teoksessa Hallila, L (toim) Näytön paikka - tutkimustiedon hyödyntäminen hoitotyössä. Lahti. Sairaanhoidon tutkimuslaitos.
- Harju, P. 2006. Sähköinen asiointi terveydenhuollon haasteena - Työntekijöiden kokemuksia puhelin - ja nettineuvonnasta. Pro – gradu tutkielma, Terveystieteiden ja -talouden laitos. Kuopion yliopisto.
- Hartford, K. 2004. Telenursing and patient's recovery from bypass surgery. *Journal of Advanced Nursing* .Volume 50, number 5, June 2005. 459–468.
- Henkilötietolaki. L523/1999.
- Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2009. Tutki ja kirjoita. Helsinki: Tammi.
- Holopainen, A., Junttila, K., Jylhä, V., Korhonen, A. & Seppänen, S. 2013. Johda näyttö käyttöön hoitotyössä. Porvoo. Bookwell Oy.
- Homan-Helenius, P., Hendriksson, T., Knaapi, K., Ruusu, P., Laine, A-M. & Leino-Kilpi, H. 2000. Puhelinneuvonta ja - ohjaus hoitotyössä lastentautien poliklinikan päivystysvastaanotolla. Varsinais-

- Suomen sairaanhoitopiiri / Turun yliopistollisen keskussairaalan hoitotyön julkaisusarja A30. <http://www.pkssk.fi/endokrinologia>. 25.3.2016
- Hyryn Kangas-Järvenpää, P. 2007. Terveystieteiden ammattihenkilöiden antama puhelinneuvonta. Suomen lääkäri. vol. 62 no.5, 427–430.
- Iivanainen, A., Jauhiainen, M. & Pikkarainen, P. 1997. Sisätauti-kirurginen hoito ja hoitotyö. Helsinki. Kirjapaino Oy.
- Järvinen, M. 2014. Motivoiva haastattelu. Käypä hoito-suositus. <http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suositukset/suositus;jsessionid=C8F56EA827FA43E2ECF13DA698430D53?id=nix02109>. 8.4.2016.
- Kaila, A. 2014. Potilasohjaus vaikuttavamaksi Pohjois- Karjalan sairaanhoito- ja sosiaalipalveluiden KY:ssä 2008 -2013. Joensuu. Pohjois- Karjalan sairaanhoito- ja sosiaalipalvelujen kuntayhtymän julkaisuja 20/2014.
- Kaila, A. & Kuivalainen, L. 2014. Ohjauskirjaamisen määrä 2008 -2013. Teoksessa Kaila A. (Toim.) Potilasohjaus vaikuttavamaksi Pohjois- Karjalan sairaanhoito- ja sosiaalipalvelujen Ky:ssä 2008 – 2013. Joensuu. Pohjois-Karjalan sairaanhoito- ja sosiaalipalvelujen kuntayhtymän julkaisuja 20/2014.
- Kananen, J. 2011. Kvantti- kvantitatiivisen opinnäytetyön kirjoittamisen käytännön opas. Jyväskylän ammattikorkeakoulun julkaisuja 118. Jyväskylä. Jyväskylän ammattikorkeakoulu.
- Kankkunen, P. & Vehviläinen-Julkunen, P. 2009. Tutkimus hoitotieteessä. Helsinki. WSOYpro Oy.
- Karelia- ammattikorkeakoulu opinnäytetyön ohje elokuu 2015. 1.11.2015
- Kassara, H., Paloposki S., Holmia, S., Murtonen, I., Lipponen, V., Ketola, M-L. & Hietanen, H. 2004. Hoitotyön osaaminen. Porvoo, WSOY.
- Kontio, T., Kukkonen, J., Leiviskä, R., Leskinen, I., Murto, J., Mustonen, T., Nenonen, E., Orpana, H-M., Pekkinen, N., Törmänen, A., 2006 Puhelinohjaus. Teoksessa: Lipponen, K., Kyngäs, H., Kääriäinen, M.(toim.) Potilasohjauksen haasteet käytännön hoitotyöhön soveltuvat ohjausmallit. Oulu. Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiiri julkaisuja 4/2006,77–81.
- Kuula, A. 2011. Tutkimusetiikka. Aineistojen hankinta, käyttö ja säilytys. Tampere. Vastapaino.
- Kyngäs, H., Kääriäinen, M., Poskiparta, M., Johansson, K., Hirvonen, E. & Renfors, T. 2007. Ohjaaminen hoitotyössä. Porvoo WSOY.
- Kättö, T. 2014. Case Vantaan kaupunki. http://elisa.fi/elisa/docimages/attachment/Case_Vantaan_kaupunki.pdf . 22.11.2014.
- Kääriäinen, M., Kyngäs, H. 2006. Ohjaus - tuttu, mutta epäselvä käsite. Sairaanhoitaja, nro 10. 6–9.
- Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 17.8.1992/785.
- Linjamo, P, Kinnunen, U-P. & Ensio, A. 2012. FinCC- luokituskokonaisuuden käyttöopas. Terveystieteiden ja hyvinvoinninlaitos. https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/90804/FinCC-luokituskokonaisuuden%20opas_korjattu%20liitteen%C3%A4%20olevaa%20SHToL-luokitus. 5.4.2016

- Lipponen, K., 2014. Potilasohjauksen toimintaedellytykset. Oulun yliopisto. Oulu. Lääketieteellinen tiedekunta, Terveystieteiden laitos, Hoitotiede. Acta Univ. D 1236.
https://www.ppshep.fi/instancedata/prime_product_julkaisu/npp/embeds/16315_4_2006.pdf. 1.11.2015.
- Mattila, L.-R. 2001. Vahvistumista ja tunnekokemuksen jakamista. Potilaan ja hoitajan vuorovaikutusta kuvaavan käsitejärjestelmän kehittäminen Tampereen yliopisto. Akateeminen väitöskirja. Hoitotieteen laitos. <https://tampub.uta.fi/bitstream/handle/10024/67109/951-44-5099-X.pdf?sequence=1>. 28.3.2016.
- Martikainen, E., Turunen, A. & Äijälä, O. 2006. Puhelinohjauksen dokumentaation vaatimustenmukaisuus ja puhelinneuvonnan vaikuttavuus, Case Pohjois-Karjalan ensineuvo. Pohjois-Karjalan sairaanhoito- ja sosiaalipalveluiden kuntayhtymän julkaisu 1/2007. <http://www.pkssk.fi/documents/601237/4571866/isbn9789529793396.pdf/230ae665-8d58-4bea-839f-08b18a7d2b4d>. 4.4.2016
- Mäkinen, O. 2006. Tutkimusetiikan ABC. Helsinki. Kustannusosakeyhtiö Tammi.
- Niemi, T., Nietosvuori, L. & Virikko, H. 2006. Hyvinvointialan viestintä. Helsinki. Edita.
- Nykänen, P., Junttila, K. 2012. Hoitotyön moniammatillisen kirjaamisen asiantuntijaryhmän loppuraportti. Raportti 40/2012. Helsinki. THL.
- Onnismäa, J. 2010. Ohjaus- ja neuvontatyö. Aikaa, huomiota ja kunnioitusta. Helsinki. Gaudeamus.
- Orava, M., Kyngäs, H., Kääriäinen, M. 2012. Puhelinohjaus hoitotyön menetelmänä systemaattinen kirjallisuuskatsaus, Osa 1: Reaktiivinen puhelinohjaus. Hoitotiede 3, Volume 24, 216–231.
- Orava, M., Kyngäs, H., Kääriäinen, M. 2012. Puhelinohjaus hoitotyön menetelmänä systemaattinen kirjallisuuskatsaus, Osa 2: Proaktiivinen puhelinohjaus. Hoitotiede 3, Volume 24, 232–243.
- Parviainen, T. 2003. Tutkitun tiedon lähteille hoitotyössä – mahdollisuudet, esteet ja oma aktiivisuus. Teoksessa Hallila, L (toim). Näytön paikka- tutkimustiedon hyödyntäminen hoitotyössä. Lahti. Sairaanhoidon tutkimuslaitos.
- Pohjois-Karjalan sairaanhoito- ja sosiaalipalveluiden kuntayhtymä. 2010, Joensuu. PKSSK strategia 2010–2013–2020. Pohjois-Karjalan kuntayhtymän julkaisu 2010:9.
- Pohjois-Karjalan sairaanhoito- ja sosiaalipalveluiden kuntayhtymä: Parhaat palvelut oikeaan aikaan. PKSSK:n strategia 2014–2018 (2030).
- Pohjois-Karjalan sote-hanke. Loppuraportti.
<http://www.pkssk.fi/documents/601237/3592784/Loppuraportti+P-K-sotehanke+22.4.2015.pdf/c03afe22-6213-4ecb-a0c3-430fe523a8a8>. 22.4.2015.
- Sairaanhoitajan eettiset ohjeet 1996 <https://sairaanhoitajat.fi/jasenpalvelut/ammattillinen-kehittyminen/sairaanhoitajan-eettiset-ohjeet/>
- Salminen, S. 2010. Hoitohenkilöstön työajan käyttö potilasohjaukseen ja yhteydenottoihin erikoissairaanhoidossa. Pro-gradu tutkielma, hoitotieteen laitos, Itä-Suomen yliopisto.

- Santikko, M. 2012. Optimaalinen hoitotyöntekijämääritys Salon aluesairaalan päivystyksessä. Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirin julkaisuja Sarja A, nro7.
- Sarajärvi, A & Markkanen, P. 2009. Näyttöön perustuvan hoitotyön osaamisen vahvistaminen työelämässä. Kehittämisprojektin alkukartoituksen tulokset ja toimintamallin muodostamisprosessi. Helsingin kaupungin terveystieteiden tutkimuskeskuksen raportteja 2009:1.
- Seppälä-Järvelä, R. 2003. Tutkijana omassa organisaatiossa: sisäisen toimijan haaste. Yhteiskuntapolitiikka 68: 4, 429–430.
- Siun sote. <http://www.siunsote.fi/etusivu/siun-sote/mika-siun-sote/> 25.3.2016.
- Sosiaali- ja terveydenhuollon uudistus 2015–2019. http://stm.fi/documents/1271139/1332838/Sote-uudistuksen+tietolehtinen+9_2015/a6f19294-ea52-4c47-b13f-ba15c571e843 25.3.2016.
- Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2004/13. Terveystieteiden tutkimuskeskus toimivaksi. Kansallisen terveydenhuoltohankkeen kenttäkierroksen raportti 2004. <https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/113115/Selv200413.pdf?sequence=1>. 25.3.2016
- Syväoja, P., Äijälä, O. 2009. Hoidon tarpeen arviointi. Kustannusosakeyhtiö Tammi. Helsinki.
- Tarkiainen, K., Kaakinen, P., Kyngäs, H., Kääriäinen, M. 2012. Kvasiko-keellinen tutkimus puhelinneuvonnan laadusta päivystysyksikössä. Hoitotiede. Volume 24 (2), 98–113.
- Toikko, T., Rantanen T. 2009. Tutkimuksellinen kehittämistoiminta. Tampere. Tampereen yliopistopaino Oy.
- Tuomi, J., Sarajärvi A. 2009. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Helsinki. Kustannusosakeyhtiö Tammi.
- Tyyskä, E. 2012. Tiedonhallinta terveydenhuollon puhelinohjauksessa. Pro-gradu tutkielma. Sosiaali- ja terveysjohtamisen laitos. Itä-Suomen yliopisto. http://epublications.uef.fi/pub/urn_nbn_fi_uef-20120624/urn_nbn_fi_uef-20120624.pdf. 1.4.2016.
- Valtioneuvoston asetus hoitoon pääsyn toteuttamisesta ja alueellisesta yhteistyöstä. A1019/2004. <http://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2004/20041019>. 22.11.2014.
- Vänskä, K., Laitinen-Väänänen, S., Kettunen, T. & Mäkelä, J. 2011. Onnistuuko ohjaus ? Sosiaali - ja terveysalan ohjaustyössä kehittyminen. Edita Helsinki.
- Väestöliitto 8.1.2016. Väestöennuste ikäryhmittäin 2015–2040, Pohjois-Karjala https://www.tilastokeskus.fi/tup/seutunet/josek_vaesto.html .1.4.2016.
- Wahlberg, A.C., Cedersund, E. & Wredling, R. 2003. Telephone nurses' experience of problems with telephone advice in Sweden. Journal of Clinical Nursing. Volume 12, 37–45.
- Wahlberg, A.C. 2004. Telephone advice nursing caller's experience of problems and basis for assessments. Department of Nursing Karolinska Institutet, Stockholm. Sweden. <https://openarchive.ki.se/xmlui/bitstream/handle/10616/38386/thesis.pdf?sequence=1>. 1.11.2015.

Seurantalomake

Poliklinikan nimi	PÄIVÄMÄÄRÄ							
Puhelun järjestysnumero								
Puhelu liittyi:								
* ennen vastaanottoa								
* edelliseen vastaanottoon								
* osastohoitojaksoon								
* hoitosuhde poliklinikalle								
* ei hoitosuhdetta poliklinikalle								
Yhteydenottaja:								
* potilas								
* omainen								
* terveydenhuollon asiantuntija								
Puheluun käytetty aika								
1. Akuutin terveydentilan muutokseen liittyvä ohjeistus								
2. Terveiden ja sairauden oireet: * verenkierto, hengitys, aineenvaihdunta, kudoseheys nestetasapaino, aisti- ja neurologiset toiminnot								
3. Lääkehoito								
4. Toimintakyky * aktiviteetti, ravitsemus, päivittäiset toiminnot								
5. Terveys- ja psykososiaaliset voimavarat * psyykinen tasapaino, selviytyminen terveyskäyttäytyminen, turvallisuus, elämäntapa								
6. Hoidon ja jatkohoidon koordinointi								
7. Näytteenottoon liittyvä esim. laboratorio								
8. Tutkimuksiin ja toimenpiteisiin liittyvä								
9. Ajanvaraus								
10. Muu ei hoidollinen asia * sairauskertomuskopiot, lausunnot, todistukset								
11. Muu puheluun liittyvä selvitystyö, mikä								

Saatekirje Osastonhoitajalle

Hyvä Osastonhoitaja

Pohjois- Karjalan sairaanhoito- ja sosiaalipalveluiden kuntayhtymän hoitotyön kehittämissuunnitelman mukaan yksi painopistealueista on potilasohjaus. Potilasohjauksen yhtenä menetelmänä pidetään puhelinohjausta.

Teen ylempään ammattikorkeakoulu – opintoihin liittyen opinnäytetyötäni konservatiivisen hoitotyöalueen poliklinikoiden puhelinohjauksesta sairaanhoitajan antamana. Sairaanhoitajan toiminta on erityisen tärkeä puhelinohjauksen sisältöalueiden kartoittamisessa. Opinnäytetyöni koostuu puhelinohjauksen sisältöalueiden kartoituksesta. Sisältöalueiden kartoituksen jälkeen luodaan yksi yhteinen puhelinohjaustoimintamalliehdotus koko konservatiiviselle hoitotyöalueelle.

Toivon, että Te voisitte antaa liitteenä olevat seurantalomakkeet ja saatekirjeen puhelinohjauksessa toimiville sairaanhoitajille. Seurantalomakkeen seuranta-aika on 28.9 – 11.10.2015. Kerätkää täytetyt lomakkeet yhteen ja palauttakaa kaikki kerrallaan seuranta-ajan päättyessä. Täytetyt lomakkeet palautetaan sisäisessä kirjekuoressa osoitteeseen: Minna Sihvonen / sisätauti poliklinikka/ hematologian poliklinikka, 1 C. Palautus 14.10.2015 mennessä.

Teidän avullanne opinnäytetyön toteutus on mahdollista ja saadaan tietoa jonka avulla pystymme yhdessä muuttamaan PKSSK:n konservatiivisen hoitotyöalueen puhelinohjausta.

Mikäli Teille tulee kysyttävää seurantalomakkeeseen tai opinnäytetyöhön liittyen, vastaan mielelläni kysymyksiin ja tulen tarvittaessa ohjeistamaan seurantalomakkeen täyttämisessä paikan päälle.

Yhteistyö terveisin

Minna Sihvonen
YAMK opiskelija
minna.sihvonen@pkssk.fi

Arja- Irene Tiainen
Yliopettaja
opinnäytetyön ohjaaja

Hyvä poliklinikan Sairaanhoidaja

Pohjois- Karjalan sairaanhoito- ja sosiaalipalveluiden kuntayhtymän hoitotyön kehittämissuunnitelman mukaan yksi painopistealue on potilasohjaus. Potilasohjauksen yhtenä menetelmänä pidetään puhelinohjausta.

Teen ylempään ammattikorkeakoulu – opintoihin liittyen opinnäytetyötäni konservatiivisen hoitotyöalueen poliklinikoiden puhelinohjauksesta sairaanhoidajan antamana. Sairaanhoidaja on erityisen tärkeä puhelinohjauksen sisältöalueiden kartoittamisessa. Opinnäytetyöni koostuu puhelinohjauksen sisältöalueiden kartoituksesta. Sisältöalueiden kartoituksen jälkeen luodaan yksi yhtenäinen puhelinohjaustoimintamalliehdotus koko konservatiiviselle hoitotyöalueelle.

Teille tullaan jakamaan puhelinohjaukseen liittyvä seurantalomake. Seurantalomakkeen seuranta aika on 28.9 – 11.10.2015. Seurantalomakkeen täyttäminen 2 viikon ajan puhelunsisällön mukaan saattaa lisätä hieman työtäsi. Lomakkeeseen merkitään rasti, sen komponentin kohtaan johon puhelu liittyi. Osallistuminen on Teille vapaaehtoista ja Teillä on oikeus kieltäytyä osallistumisesta. Toivon, Teiltä innostuneisuutta ja motivaatiota osallistumiseen, koska vain osallistumalla pystytte vaikuttamaan oman työnne kehittämiseen. Aineisto käsitellään luottamuksellisesti ja se käytetään ainoastaan tähän opinnäytetyöhön. Opinnäytetyön valmistuttua aineisto tullaan hävittämään asianmukaisesti.

Täytetyt lomakkeet voitte kerätä yhteen osastonhoitajan toimesta ja palauttaa koko seurannan ajalta kerrallaan. Lomakkeet palautetaan sisäisessä kirjekuoressa osoitteeseen: Minna Sihvonen / sisätauti poliklinikka /hematologian poliklinikka 1 C 14.10.2015 mennessä.

Mikäli sinulle tulee kysyttävää seurantalomakkeeseen tai opinnäytetyöhön liittyen, vastaan mielelläni kysymyksiin ja tarvittaessa tulen ohjeistamaan seurantalomakkeen täyttämässä paikan päälle.

Yhteistyö terveisin

Minna Sihvonen
YAMK opiskelija
minna.sihvonen@pkssk.fi

Arja- Irene Tiainen
Yliopettaja
Opinnäytetyön ohjaaja