



Sanna Field

Hoitajien puhelimitse tekemään hoidon tarpeen arvioon vaikuttavat tekijät

Haastattelututkimus

Metropolia Ammattikorkeakoulu

Sairaanhoitaja ylempi ammattikorkeakoulututkinto (YAMK)

Akuuttihoitotyön kehittäminen ja johtaminen

Opinnäytetyö

2.5.2023

Tekijä	Sanna Field
Otsikko	Hoitajien puhelimitse tekemään hoidon tarpeen arvioon vaikuttavat tekijät
Sivumäärä	53 sivua + 3 liitettä
Aika	2.5.2023
Tutkinto	Sairaanhoidtaja ylempi ammattikorkeakoulututkinto
Tutkinto-ohjelma	Akuuttihoitotyön kehittäminen ja johtaminen
Ohjaajat	Lehtori Jaana Seitovirta (TtT)
<p>Puhelimitse tehtävä hoidon tarpeen arvio on nopeasti yleistynyt toimintatapa perusterveydenhuollossa. Se on yksi keino, jolla pyritään vastaamaan terveystalouden kasvavaan kysyntään, vähentämään terveystalouden epätarkoituksen mukaista käyttöä ja tehostamaan rajallisten resurssien kohdistamista. Puhelimitse tehtävä hoidon tarpeen arvio on monitahoinen tehtävä, jossa hoitajan on toimittava itsenäisesti ja tehtävä päätös asiakkaan hoidon tarpeesta, hoidon kiireellisyydestä ja tarvittaessa hoitaja antaa omahoidon ohjeita. Terveystaloudellain (1326/2010) määrittämän hoitotakuun lainsäädäntö muuttuu syksyllä 2023 ja perusterveydenhuollon kiireettömään hoitoon pääsyn enimmäisaikoja tiukennetaan. Tämä on suuri haaste perusterveydenhuollon jo ennestään tiukoilla oleville resursseille. Hoitotakuun kiristyminen korostaa entisestään puhelimitse tehtävän hoidon tarpeen arvioon laadun ja tarkkuuden merkitystä.</p> <p>Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli kuvata haastattelututkimuksen avulla terveysasemalla työskentelevien hoitajien (n=9) kokemuksia puhelimitse tehtävästä hoidon tarpeen arviosta. Tavoitteena oli hoidon tarpeen arviota tekevien hoitajien koulutustarpeiden tunnistaminen sekä organisaation tarjoamien työvälineiden ja tuen oikeanlainen kohdistaminen. Tutkimuskysymykset olivat: 1) Mitkä tekijät tukevat hoitajien puhelimitse tehtävän hoidon tarpeen arvioon tekemistä? 2) Mitä ovat hoitajien kokemat haasteet puhelimitse tehtävässä hoidon tarpeen arvioissa? Teemahaastattelu analysoitiin sisällönanalyyysillä.</p> <p>Tulosten perusteella hoidon tarpeen arvioon rooli on korostunut ja iso osa hoitajien työajasta on tällä hetkellä puhelimitse tehtävää työtä. Sisällönanalyyysin tuloksena tunnistettiin yläluokkia tekijöistä, jotka tukevat puhelimitse tehtävää hoidon tarpeen arviota. Yläluokkia olivat muun muassa moniammatillinen yhteistyö, ammattiosaaminen ja onnistunut vuorovaikutus. Kommunikointiin liittyvät ongelmat, puutteelliset resurssit ja asiakkaan odotuksiin vastaaminen ovat puhelimitse tehtävässä hoidon tarpeen arvioissa koetut suurimmat haasteet. Potilastietojärjestelmän koettiin olevan sekä hoidon tarpeen arviota tukeva tekijä, että haaste.</p> <p>Tulokset osoittivat, että hoitajien puhelimitse tehtävässä hoidon tarpeen arvioissa kohdatut haasteet johtuvat paljolti ulkoisista tekijöistä, joihin vastaamiseen hoitajat tarvitsevat terveydenhuollon organisaation ja esihenkilöiden tukea. Etsimällä keinoja vastata kohdattuihin haasteisiin ja vahvistamalla hoidon tarpeena arvioon tekoa tukevia tekijöitä voidaan tukea hoitajia, jotka tekevät tätä monitahoista ja vaativaa työtä sekä parantaa hoidon tarpeen arvioon tarkkuutta ja laatua. Opinnäytetyön tuloksia voidaan hyödyntää puhelimitse tehtävän hoitotyön kehittämisessä, henkilökunnan koulutusten suunnittelussa ja organisaation tarjoaman tuen ja resurssien kohdistamisessa.</p>	
Avainsanat	Haastattelututkimus, hoidon tarpeen arvio, hoitaja, perusterveydenhuolto

Author	Sanna Field
Title	Factors effecting nurse led phone triage
Number of Pages	53 pages + 3 appendix
Date	2.5.2023
Degree	Master of Health Care
Degree Programme	Development and leadership of acute nursing
Instructors	Jaana Seitovirta, Senior Lecturer, PhD
<p>Phone triage is a growing segment in primary health care. It is one of the ways in which health care organizations are trying to meet the growing demand by allocating limited resources effectively and by limiting the inaccurate use of health services. Phone triage is a complex task where nurses act independently, assessing the need for care, deciding the urgency of the health issue and furthermore give self-care advice. The time limit, defined by The Health Care Act (1326/2010), for access to primary health care on medical grounds in connection with the assessment of the need for treatment, will shorten starting in the fall of 2023. This will be an enormous challenge for primary health care's already strained resources and will highlight the importance of the quality and accuracy of phone triage.</p> <p>The purpose of this thesis was to describe primary care nurses' (n=9) experiences of phone triage. The aim was to identify areas where additional training is needed and where tools and support provided by the organization would be best served. The research questions were: 1) What are the factors aiding phone triage 2) What are the challenges the nurses face while doing phone triage. The data was collected by using a qualitative interview method. The interviews were analyzed by using qualitative content analysis.</p> <p>According to the results the role of phone triage has increased and a significant part of the working hours the nurses do phone triage. The content analysis identification main categories of factors aiding phone triage. These categories were multidisciplinary teamwork, professional knowledge, and affluent communication. Problems in communication, insufficient resources and meeting customer expectations were the biggest challenges the nurses faced while doing phone triage. The patient Information system was considered both an aiding factor and a challenge.</p> <p>The results show that the challenges the nurses face while doing phone triage are mostly related to external factors. To meet these challenges the nurses, require the assistance of the managerial level and the whole organization. By finding solutions to these challenges and by strengthen the factors aiding phone triage the nurse managers and the organization can increase the quality and accuracy of phone triage and support the nurses doing this complex and demanding task. The results of this theses can be employed in designing trainings, in allocating the organizational resources and in development of the phone triage process.</p>	
Keywords	Interview, Triage, Nurse, Primary health care

Sisällys

1	Johdanto	1
2	Opinnäytetyön lähtökohdat	2
2.1	Perusterveydenhuolto	2
2.2	Puhelimitse tehtävä hoidon tarpeen arvio	3
2.2.1	Hoidon tarpeen arvion tekemistä säättävät lait ja asetukset	3
2.3	Puhelimitse tehtävä hoidon tarpeen arvio: kuvaileva kirjallisuuskatsaus	5
2.3.1	Kirjallisuuskatsauksen tulokset	7
2.4	Yhteenvedo opinnäytetyön lähtökohdista	9
3	Opinnäytetyön tavoitteet ja tutkimuskysymykset	9
4	Tutkimuksen toteutus	10
4.1	Kohderyhmä ja aineiston kerääminen	11
4.2	Aineiston analysointi	13
5	Tulokset	15
5.1	Hoidon tarpeen arvion tekemistä tukevat tekijät	15
5.2	Hoidon tarpeen arvion tekemisessä koetut haasteet	21
6	Pohdinta	27
6.1	Tulosten tarkastelu	27
6.2	Eettisyys ja tietosuojat	33
6.3	Luotettavuus	35
7	Johtopäätökset	37
	Lähteet	39

Liitteet

Liite 1: Kirjallisuuskatsausartikkelit puhelimitse tehtävästä hoidon tarpeen arviosta

Liite 2: Teemahaastattelun runko

Liite 3: Tutkittavan suostumus

1 Johdanto

Puhelimitse tehtävä hoidon tarpeen arvio on nopeasti yleistynyt toimintatapa perusterveydenhuollossa niin Suomessa kuin ulkomailla. Se on yksi keino, jolla pyritään vastaamaan terveystarpeiden kasvavaan kysyntään. (Eriksson ym. 2019; Graversen ym. 2020a; Lake ym. 2017; Lindberg & Rebnord & Høyea ym. 2021; Ure 2022.) Puhelimitse tehtävän hoidon tarpeen arvion avulla pyritään vähentämään terveystarpeiden epätarkoituksen mukaista käyttöä ja tehostamaan rajallisten resurssien kohdistamista (Gustafsson & Eriksson 2020). Puhelimitse tapahtuvan yhteydenotto on asiakkaiden pääasiallinen yhteydenottokanava perusterveydenhuollon palveluihin. Puhelimitse tapahtuvan hoidon tarpeen arvio on asiakkaan hoidon lähtöpiste. (Jokelin ym. 2022.)

Laadukas puhelimitse tehtävä hoidon tarpeen arvio parantaa potilastyytyväisyyttä ja vähentää kustannuksia (Stacey ym. 2003). Viimeisen kolmen vuoden aikana etäyhteyden kautta tehtävä hoidontarpeen arvio ja etävastaanotot terveydenhuollossa ovat lisääntyneet selkeästi, johon on osittain vaikuttanut Covid-19 pandemia (Kaboli ym. 2021). Väestöä kehoitetaan olemaan puhelimitse yhteydessä, eikä hakeutumaan suoraan terveydenhuollon toimipisteeseen (Lindberg ym. 2021; Lake ym. 2017). Noin 80 prosenttia perusterveydenhuollon kiireettömissä ajanvaraustilanteissa tehtävästä hoidon tarpeen arviosta tehdään puhelimitse (Hallituksen esitys 74/2022).

Terveydenhuoltolain (1326/2010) määrittämän hoitotakuun lainsäädäntö muuttuu syyskuussa 2023. Lainsäädännön tullessa voimaan, 1.9.2023, hoidon tarpeen arvio tulee tehdä saman arkipäivän aikana, kun potilas ottaa yhteyttä perusterveydenhuoltoon. Aiemmin aikaraja on ollut kolme päivää yhteydenotosta. Lakimuutos myös tiukentaa perusterveydenhuollon kiireettömään hoitoon pääsyn enimmäisaikoja vaiheittain. (Terveydenhuoltolaki 1326/2010 51 a §.) Syyskuusta alkaen kiireettömään hoitoon tulee päästä 14 vuorokauden kuluttua hoidon tarpeen arviosta ja marraskuusta 2024 lähtien seitsemässä vuorokaudessa hoidon tarpeen arviosta (Hämäläinen & Auero & Mähkä 2023). Tämä on suuri haaste perusterveydenhuollon jo ennestään tiukoilla oleville resursseille (Kuntaliitto 2022). Hoitotakuun kiristyminen korostaa entisestään puhelimitse tehtävän hoidon tarpeen arvion laadun ja tarkkuuden merkitystä. Tästä syystä opinnäytteen aihe on erittäin ajankohtainen. Puhelimitse tehtävän hoidontarpeen arvion tarkkuus ja laatu on olennaista potilasturvallisuuden, hoidon laadun ja terveydenhuollon resurssien tehokkaan käytön kannalta. (Huibers ym. 2012; Vitale ym. 2019.)

Puhelimitse tehtävä hoidon tarpeen arvio on monitahoinen tehtävä, jossa hoitajan on toimittava itsenäisesti ja tehtävä päätös asiakkaan hoidon tarpeesta, hoidon kiireellisyydestä ja tarvittaessa antaa omahoidon ohjeita (Gustaffson & Eriksson 2020). Puhelimitse tehtävässä hoidon tarpeen arvioissa on erilaiset haasteet ja rajoitteet, vaatien erilaista osaamista kuin kasvotusten tapahtuva hoidon tarpeen arvio. Puhelimesta tehtävä hoidon tarpeen arvio on haasteellista koska potilasta ei kohdata kasvotusten, potilaan voi olla vaikea kuvata oireitaan ammattilaiselle ja puheluun käytettävä aika on rajallinen. (Graversen ym. 2020a; Eriksson ym. 2019.)

2 Opinnäytetyön lähtökohdat

2.1 Perusterveydenhuolto

Terveydenhuoltolaki (1326/2010) määrittää hyvinvointialueiden järjestämän perusterveydenhuollon tehtävien olevan väestön terveydentilan seuranta, terveyden edistämistä, terveysneuvontaa ja terveystarkastuksia. Perusterveydenhuollon tehtäviin kuuluu myös suun terveydenhuolto, lääkinnällinen kuntoutus ja työterveyshuolto sekä päivystystä, avosairaanhoidoa, kotisairaanhoidoa, kotisairaala- ja sairaalahoitoa, mielenterveytyötä ja päihdetyötä siltä osin kuin niitä ei järjestetä sosiaalihuollossa tai erikoissairaanhoidossa (Terveydenhuoltolaki 1326/2010 § 3).

Julkisen sektorin sosiaali- ja terveyspalveluiden järjestämisvastuu siirtyi vuoden 2023 alusta hyvinvointialueelle sekä Helsingin kaupungille ja HUS-yhtymälle (Hallituksen asetus 74/2022). Terveyspalvelujen järjestämisvastuuta määritteleviä keskeisimpiä lakeja ovat hyvinvointialueista annettu laki (611/2021), sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisestä annettu laki (612/2021, sote-järjestämislaki) sekä sosiaali- ja terveydenhuollon sekä pelastustoimen järjestämisestä Uudellamaalla annettu laki (615/2021, Uusimaa-laki). Uudenmaan maakunnassa ensisijainen vastuu sosiaali- ja terveyspalveluista on Uudenmaan hyvinvointialueilla ja Helsingin kaupungilla sekä HUS-yhtymällä (Laki sosiaali- ja terveydenhuollon sekä pelastustoimen järjestämisestä Uudellamaalla 615/2021).

Sosiaali- ja terveyskeskukset ovat hoitopaikkoja, joissa tuotetaan hyvinvointialueen järjestämät terveydenhuollon palvelut. Terveyskeskuksessa tuotetaan perustason terveydenhuollon palveluita ja niihin liittyviä ohjaus- ja neuvontapalveluita. Terveyskeskuk-

sisä seurataan ja edistetään väestön terveyttä. Hyvinvointialueet järjestävät terveysasemilla suuren osan terveyskeskuksen toiminnoista ja palveluista. (Sosiaali- ja terveyskeskukset 2023.)

2.2 Puhelimitse tehtävä hoidon tarpeen arvio

Hoidon tarpeen arvioon kuuluu yksilöllinen arvio hoidon kiireellisyydestä tutkimusten tai hoidon tarpeesta sekä siitä minkä ammattihenkilön toteuttamaa hoitoa tai tutkimusta potilas tarvitsee (Hoitotakuun tiukentaminen 2023). Puhelimitse tapahtuva hoidon tarpeen arvio parantaa terveydenhuollon saavutettavuutta ja ohjaa potilaan oikeaan hoitopaikkaan ja oikea-aikaiseen hoitoon (Kaboli ym. 2021). Puhelimitse tehtävä hoidontarpeen arvio pyrkii arvioimaan potilaan hoidon kiireellisyyden tason ja ohjaamaan potilaan hoitoon siten että terveydenhuollon resurssit ovat optimaalisessa käytössä (Lindberg ym. 2020; Huibers ym. 2012; Eriksson ym. 2019). Edellytyksenä oikean hoitopaikan valinnalle on onnistunut hoidontarpeen arvio (Soininen 2019: 227). Puhelimitse tehtävä arvio tulee perustua yleisesti hyväksytyihin lääketieteelliseen näyttöön perustuviin kriteereihin ja hoitajalla tulee olla mahdollisuus konsultoida tarvittaessa lääkäriä. Hoidon tarpeen arvion tueksi tulisi hoitajalla olla kirjalliset ohjeet, joista vastaa paikan vastaava lääkäri. (Soininen 2019:228.)

2.2.1 Hoidon tarpeen arvion tekemistä säättävät lait ja asetukset

Terveydenhuoltolain 51 §:ssä säädetään perusterveydenhuoltoon pääsystä, yhteyden saamisesta terveyskeskukseen ja hoidon tarpeen arviosta (Terveydenhuoltolaki 1326/2010). Terveydenhuolto laki määrittää, että kiireelliseen hoitoon on päästävä heti asuinpaikalta riippumatta, kiireellistä hoitoa varten sosiaali- ja terveyskeskuksissa sekä sairaaloissa on päivystysvastaanotot. Kiireettömät tapaukset hoidetaan hyvinvointialueiden sosiaali- ja terveyskeskuksissa. Terveydenhuoltolaissa (1326/2010) määritetään, että potilaan tulee voida saada arkipäivisin virka-aikana välittömästi yhteys terveyskeskukseen tai muuhun terveydenhuollon toimintayksikköön. Terveydenhuoltolaissa on säädetty, että hoidon tarpeen arvio on tehtävä kaikille kiireellistä hoitoa tarvitsevalle asiakkaalle välittömästi. Kiireettömän asian vuoksi yhteyttä ottavalle asiakkaalle hoidon tarpeen arviointi on tehtävä viimeistään kolmantena arkipäivänä siitä, kun potilas otti yhteyden terveyskeskukseen. Hoidon tarpeen arviointi voidaan toteuttaa puhelimitse, sähköisesti tai terveysasemalla asioimalla. (Terveydenhuoltolaki 1326/2010.) Terveydenhuoltolain (1326/2010) mukaan perusterveydenhuollon yksiköissä toteutettavaan hoidon tarpeen arvion tekee terveydenhuollon laillistettu tai nimikesuojattu ammattihenkilö.

Terveydenhuoltolakiin (1326/2010) on tehty muutos, joka astuu voimaan 1.9.2023. Lakimuutos muuttaa perusterveydenhuollon hoitoon pääsyyn määritettyjä aikarajoja. Lakimuutos tiukentaa kiireettömään hoitoon pääsyn aikarajoja perusterveydenhuollossa. Lakimuutos määrittää, että jatkossa hyvinvointialueen on järjestettävä terveystalouden toiminta siten, että potilaan on mahdollista saada yhteys arkipäivisin virka-aikana saman päivän aikana terveyskeskukseen tai muuhun perusterveydenhuollon toimintayksikköön. Potilaan tulee saada saman päivän aikana yksilöllinen arvio tutkimustensa tai hoitonsa tarpeesta ja kiireellisyydestä ja myös siitä, minkä terveydenhuollon ammattihenkilön tekemiä tutkimuksia tai antamaa hoitoa potilas tarvitsee. (Terveydenhuoltolaki 1326/2010 § 51 a.)

Terveydenhuoltolakiin (1326/2010) tuleva muutos muuttaa myös määritystä siitä, kuka saa jatkossa tehdä arvion hoidon tarpeesta. Aiemmin terveydenhuoltolaki (1326/2010 § 51) määritteli, että hoidon tarpeen arvion saattoi perusterveydenhuollossa tehdä laillistettu tai nimikesuojattu terveydenhuollon ammattihenkilö, mutta lakimuutoksen tullessa voimaan arvion hoidon tarpeesta tulee suorittaa laillistettu terveydenhuollon ammattihenkilö. Tämä muutos astuu asteittain voimaan. Nimekesuojatut ammattihenkilöt saavat jatkaa hoidon tarpeen arviointia 31. päivään elokuuta 2027 saakka, jos heillä on tehtävään riittävä osaaminen ja kokemus. (Hoitotakuun tiukentuminen 2023.)

Myös hoitoon pääsyn aikarajat kiristyvät. Aikarajan kiristyminen tapahtuu asteittain. 1.9.2023 hoitoon pääsyn määräaika kiristyy siten, että perusterveydenhuollon kiireettömän sairaanhoidon ensimmäinen hoitotapahtuma on järjestettävä hoidon tarpeen arviointia seuraavien 14 vuorokauden aikana. Näin jos potilaan hoitoon hakeutumisen syynä on sairastuminen, vamma, pitkäaikaissairauden vaikeutuminen, uusien oireiden esilletulo tai toimintakyvyn aleneminen, ja hoito kuuluu yleislääketieteen alaan. Marraskuun alusta vuonna 2024 hoitoon pääsyn määritetty aikaraja kiristyy edelleen ja kiireettömän sairaanhoidon ensimmäinen hoitotapahtuma tulee jatkossa järjestää seitsemän vuorokauden kuluessa hoidon tarpeen arviosta. (1326/2010 § 51 a.)

Hallituksen esityksessä (77/2004vp) todetaan, että hoidon tarpeen arviointi ei ole sama asia kuin varsinainen taudinmääritys. Hoidon tarpeen arvioinnissa ei ole kyse taudinmäärityksestä, joka perustuu lääketieteelliseen tai hammaslääketieteelliseen tutkimukseen. Ammattihenkilölaki (559/1994 § 22) määrittää, että lääkäri tai hammaslääkäri päättää potilaan lääketieteellisestä tutkimuksesta, taudinmäärityksestä ja siihen liittyvästä hoidosta. Hallituksen esityksessä (77/2004vp) määritetään, että hoidon tarpeen

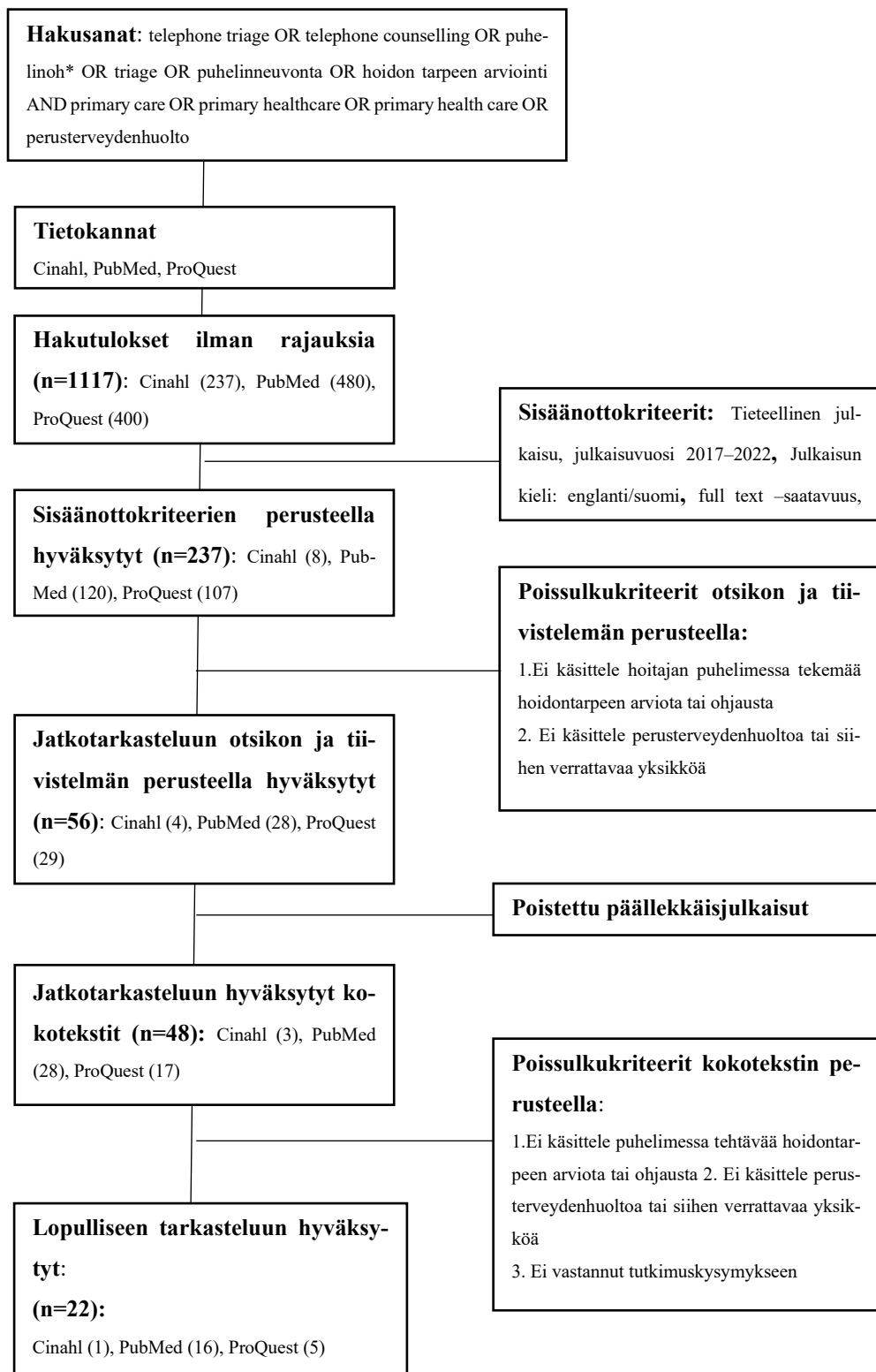
arviossa harkitaan potilaan kertomien esitietojen perusteella yhteydenoton syytä, oireiden luonnetta, vakavuutta ja kiireellisyyttä potilaan kertomien esitietojen perusteella, jos tekijä on terveydenhuollon muu ammattihenkilö kuin lääkäri tai hammaslääkäri.

Valtioneuvoston asetuksessa (1019/2004 § 1) todetaan, että yhteydensaanti arkipäivisin virka-aikana terveyskeskukseen tulee olla järjestetty siten, että yhteyttä ottava henkilö voi valintansa mukaan soittaa puhelimella tai vaihtoehtoisesti tulla terveyskeskukseen henkilökohtaisesti. Valtioneuvoksen asetus (1019/2004) §.3 toteaa, että potilasasiakirjoihin tehdään merkinnät puhelinpalveluna annettavasta henkilökohtaisesta terveyden- ja sairaanhoidon neuvonnasta tai palveluun ohjauksesta. Sosiaali- ja terveysministeriön asetuksessa potilasasiakirjoista (298/2009) määritetään, että palvelutapah- tumista kirjatusta tiedoista tulee käydä ilmi tulosyy, esitiedot, nykytila, havainnot, tutkimustulokset, ongelmat, taudinmääritys tai terveysriski, johtopäätökset, hoidon suunnittelu, toteutus ja seuranta, sairauden kulku sekä loppulausunto. Sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontavirasto (Valvira) määrittää, että normaalissa terveyskeskustoiminnassa sekä päivystyksyksikössä hoidon tarpeen arviointia tekevällä terveydenhuollon ammatti- henkilöllä tulee olla tehtävän edellyttämä osaaminen ja kokemus. Tämä on olennaista potilasturvallisuuden kannalta. Työnantajan on huolehdittava tehtävän edellyttämästä koulutuksesta, ohjauksesta sekä valvonnasta. (Hoidon tarpeen arvio 2017.)

2.3 Puhelimitse tehtävä hoidon tarpeen arvio: kirjallisuuskatsaus

Kirjallisuuskatsauksen tavoitteena oli tutkia puhelimitse tehtävää hoidon tarpeen arviota perusterveydenhuollossa. Kirjallisuuskatsauksen avulla voidaan rakentaa kokonais- kuva käsiteltävästä aiheesta (Salminen 2011: 6). Kirjallisuushaulla haettiin aiempaa tut- kimustietoa puhelimitse tehtävästä hoidon tarpeen arviosta perusterveydenhuollossa. Kirjallisuushaku on kuvattu kuviossa 1.

Kirjallisuuskatsauksen aineistohaku tehtiin CINAHL-, PubMed-, ja ProQuest tietokan- noista. Englanninkielisinä hakusanoina käytettiin telephone triage, telephone counsel- ling, primary care, primary healthcare sekä primary health care. Suomenkielisinä haku- sanoina käytettiin puhelinohjaus, hoidon kiireellisyyden arvio, triage, puhelinneuvonta ja hoidon tarpeen arviointi sekä perusterveydenhuolto. Tiedonhakuprosessin kuvaus on esitetty kuviossa 1. Alustavan haun perusteessa saatiin 1117 artikkelia. Hakua rajat- tiin koskemaan artikkeleita, jotka on julkaistu vuosina 2017–2022, julkaisu kieli on eng- lanti tai suomi, tieteellinen julkaisu, josta on saatavilla koko teksti. Rajauksen jälkeen saatiin 237 artikkelia.



Kuvio 1. Tiedonhakuprosessin kuvaus (Mukaillen Page ym. 2021)

Artikkelit käytiin läpi otsikon ja abstraktin perusteella. Poissuljettiin artikkelit, jotka eivät käsitelleet hoitajan puhelimesta tekemää hoidontarpeen arviota tai ohjausta tai eivät käsitelleet perusterveydenhuoltoa tai siihen verrattavaa yksikköä. Jäljelle jäi 56 artikke-

lia. Artikkeleista poistettiin päällekkäiset julkaisut ja jäljelle jäi 48 artikkelia. Nämä artikkelit luettiin ja poissuljettiin jos artikkeli ei käsitellyt puhelimesta tehtävää hoidon tarpeen arviota tai ohjausta, ei käsitellyt perusterveydenhuoltoa tai siihen verrattavaa yksikköä tain ei vastannut tutkimuskysymykseen. Lopulliseen kirjallisuuskatsaukseen hyväksyttiin 22 artikkelia (ks. liite 1.). Artikkelista kirjattiin artikkelin tekijät, julkaisu vuosi, artikkelin nimi, julkaisutiedot, tutkimuksen tarkoitus ja missä tutkimus on tehty, tutkimusmenetelmä ja päätulokset.

2.3.1 Kirjallisuuskatsauksen tulokset

Kirjallisuuskatsauksen tulokset osoittivat, että hoitajien puhelimesta tehtävä hoidontarpeen arvio auttaa kohdistamaan terveydenhuollon resursseja ja parantaa hoidon jatkuvuutta (Elliot ym. 2020; Gustafsson & Eriksson 2020; Lindberg & Rebnord & Høye 2021). Puhelimesta tehtävä hoidon tarpeen arvio vähentää turhia päivystys- ja vastaanotto käyntejä (Lindberg ym. 2021; Thierrin ym 2021).

Puhelimesta tehtävä hoidon tarpeen arvio on haasteellista koska potilasta ei kohdata kasvotusten, potilaan voi olla vaikea kuvata oireitaan ammattilaiselle (Brasseura ym 2019; Eriksson & Ek & Jansson & Sjöström & Larsson 2019; Erkelens ym 2021; Gustafsson & Eriksson 2020; Graversen ym. 2020; Lindberg ym. 2021; Urpo & Raassina & Åstedt-Kurki & Palonen 2020). Puhelimesta tapahtuva kommunikaatio on haasteellista, koska se perustuu vain verbaaliseen kommunikaatioon, hoidon tarpeenarvio tulee suorittaa näkemättä potilaan kehon kieltä, kasvojen ilmeitä ja eleitä (Gustafsson & Eriksson 2020). Puhelimesta hoitaja tarvitsee vahvat kliiniset tiedot ja hyvät kommunikaatio ja kuuntelutaidot, jotta hän saa muodostettua kokonaiskuvan potilaan tilanteesta (Graversen ym. 2020; Eriksson ym. 2019; Tarkiainen ym. 2012). Tiedon kerääminen potilaan voinnista ja tarpeista on olennaista, jotta hoitaja voi muodostaa arvion potilaan tilasta ja tarjota turvallista, korkeatasoista oikein kohdistettua hoitoa potilaalle (Berntsson & Eliasson & Beckman 2022; Gustafsson & Eriksson 2020; Urpo ym 2020).

Puhelimesta tehtävässä hoidon tarpeen arviossa esitettyjen kysymysten muoto ja laatu korostuvat. Jos kysymykset ovat liian pitkiä tai liian moniosaisia potilaan on vaikea vastata niihin. Mitä lyhyempi kysymys sen vähemmän syntyy epäselviä ja epätäydellisiä vastauksia. (Erkelens ym. 2021; Graversen ym. 2020; Gustafsson & Eriksson 2020.) Potilasryhmät kuten vanhukset ja tulkkipalveluja käyttävät potilaat käyttävät puolesta asioimista, jolloin toinen henkilö hoitaa heidän asiointiaan terveydenhuollossa. Hoidon tarpeen arvio on haastavaa, jos hoitaja joutuu puhumaan toisen henkilön välityksellä.

Yhteisen kielen puute ja ymmärryksen puute tekee hoidon tarpeen arvioinnista puhelimitse haasteellista (Haraldseide ym 2020; Jensen & Hek & Schellevis & Kunst & Verheij; Njeru ym. 2017.)

Potilaan vaikeus kuvata oireitaan puhelimesta ja muut kommunikaatio vaikeudet lisäävät riskiä hoidon kiireellisyyden arviossa yli -ja aliarviointiin (Brasseur ym 2019; Erkelens ym. 2020; Graversen ym 2020; Lindberg ym. 2021). Puhelimesta tehtävä hoidon tarpeen arvio on haastavaa ja aina ei voida päästä oikeaan arvioon (Erkelens ym. 2020; Erkelens ym. 2022). Puhelimesta tehtävässä hoidon tarpeen arviossa on käytössä erilaisia päätöksen tekoa tukevia automatisoituja algoritmeja ja näiden on koettu auttavan ja tukevan päätöksentekoprosessia (Brasseur ym 2019; Graversen ym 2020; Erkelens 2020; Kaboli 2021; Wouters ym. 2020). Kuitenkin hoitajan ammattitaito ja lääketieteellinen osaaminen ovat usein tarkempia hoidon kiireellisyyden arviossa, kun päätöksen tekoon käytettävät automatisoidut algoritmit. Varsinkin silloin kuin potilailla on vakavia, henkeä uhkaavia oireita tai kun potilaalla on hyvin lieviä oireita (Erkelens ym. 2020; Lindberg ym. 2021). Hoitajat arvioivat päätöksen tekoa tukevan algoritmin lisäävän hoidon kiireellisyyden yliarviointia (Storhaug & Mead & Steinbekk 2017). Hoitajalla on oltava mahdollista konsultoida lääkäriä tehdessään hoidon tarpeen arviota puhelimesta (Erkelens ym. 2022; Vilstrup ym. 2019).

Puhelimesta tehtävään hoidon tarpeen arvion laatuun vaikuttavat hoitajan laaja ammattiosaaminen ja tietämys (Berntsson ym. 2022; Tarkiainen ym. 2012). Puhelimesta tehtävän hoidon tarpeen arvion ja kommunikaation laatuun negatiivisesti vaikuttavia asioita ovat väsymys ja stressi (Berntsson ym. 2022; Erkelens ym. 2022; Gustafsson ym. 2020), terveydenhuollon yksikön riittämättömät resurssit (Berntsson ym. 2022; Gustafsson ym. 2020) ja rauhaton työympäristö (Erkelens ym. 2022). Myös tiedot potilaasta voivat olla rajatut ja voi olla tiukka aikaraja, jossa puhelu tulee hoitaa (Eriksson ym. 2019; Graversen ym. 2020; Lindberg ym. 2021).

Hoitajille, jotka tekevät hoidon tarpeen arviota on hyötyä säännöllisestä työnohjauksesta (Urpo ym. 2020; Vitale ym. 2019). Hoitajien saamalla koulutuksella on positiivinen vaikutus hoidon tarpeen arvion tarkkuuteen ja laatuun (Brasseur ym. 2019; Gustafsson ym. 2020; Graversen ym. 2020; Lindberg ym. 2021). Koulutuksen tulee suuntautua hoitajien lääketieteelliseen osaamiseen (Brasseur ym. 2019; Gustafsson ym. 2020), kommunikaatitaitoihin (Brasseur ym. 2019; Graversen ym. 2020; Lindberg ym. 2021) ja hoidon kiireellisyyden arvioon (Brasseur ym. 2019). Myös lisäkoulutus eri potilasryhmien tarpeisiin, esimerkiksi geriatrinen potilaiden ja tulkkipalveluja käyttävien potilaiden erityispiirteisiin hoidon tarpeen arviossa katsottiin olevan hyödyllistä (Haraldseide

ym 2020; Njeru ym. 2017). Hoidon tarpeen arvioon liittyvien tietojen perusteellinen kirjaaminen potilaan sairaskertomukseen on tärkeää. Hoidon tarpeen arvion kirjaus on usein huonolla tasolla johtuen mm työn määrästä ja kiireestä ja kielimuurista. (Heidet ym. 2019; Lindberg ym. 2021; Jensen ym. 2021.)

2.4 Yhteenveto opinnäytetyön lähtökohdista

Hoidon tarpeen arvion tekemistä perusterveydenhuollossa säätelee lait ja asetukset. Aikaisempien tutkimusten perusteella hoitajien puhelimesta tekemä hoidontarpeen arvio auttaa kohdistamaan terveydenhuollon resursseja, parantaa hoidon jatkuvuutta ja vähentää turhia päivystys- ja vastaanotto käyntejä. Aiemmissä tutkimuksissa todettiin, että puhelimesta tehtävä hoidon tarpeen arvion tekeminen on haasteellista koska potilasta ei kohdata kasvotusten, se perustuu vain verbaaliseen kommunikaatioon. Kommunikaation laatu korostuu puhelimesta tehtävässä hoidon tarpeen arvioissa. Kommunikaatio vaikeudet lisäävät riskiä hoidon kiireellisyyden arvioissa yli -ja aliarviointiin. Puhelimesta hoitaja tarvitsee vahvat kliiniset tiedot ja hyvät kommunikaatio ja kuuntelutaidot, jotta hän saa muodostettua kokonaiskuvan potilaan tilanteesta ja tarjota turvallista, korkeatasoista oikein kohdistettua hoitoa potilaalle. Hoidon tarpeen arvioon negatiivisesti vaikuttavia tekijöitä ovat väsymys, stressi, terveydenhuollon yksikön riittämättömät resurssit, rauhaton työympäristö ja tiukka aikaraja, jossa puhelu tulee hoitaa. Hoitajien saamalla koulutuksella on positiivinen vaikutus hoidon tarpeen arvion tarkkuuteen ja laatuun.

3 Opinnäytetyön tavoitteet, tarkoitus ja tutkimuskysymykset

Opinnäytetyön tarkoituksena oli kuvata perusterveydenhuollossa terveysasemalla työskentelevien hoitajien kokemuksia tekijöistä, jotka vaikuttavat puhelimitse tehtävään hoidon tarpeen arvioon. Tavoitteena oli hoidon tarpeen arviota tekevien hoitajien koulutustarpeiden tunnistaminen sekä organisaation tarjoamien työvälineiden ja tuen oikea kohdistaminen.

Tutkimuskysymykset olivat:

- 1) Mitkä tekijät tukevat hoitajien puhelimitse tehtävän hoidon tarpeen arvion tekemistä?
- 2) Mitä ovat hoitajien kokemat haasteet puhelimitse tehtävässä hoidon tarpeen arvioissa?

4 Tutkimuksen toteutus

Opinnäytetyö tehtiin käyttäen laadullista tutkimusmenetelmää. Laadullinen tutkimus valittiin tutkimusmenetelmäksi, koska opinnäytetyössä haluttiin ymmärtää tutkittavien kokemuksia puhelimesta tehtävästä hoidontarpeen arviosta (Field & Morse 2002: 8; Kallinen & Kinnunen 2021; Kanste ym. 2022). Laadullisen tutkimuksen avulla voidaan kuvailla terveydenhuollon ammattilaisten kokemuksia (Elo ym. 2022).

Tiedonhankintamenetelmänä oli puolistrukturoitu teemahaastattelu. Aineiston keruun muodoksi valittiin teemahaastattelu, koska teemahaastattelun avulla voidaan tutkia tutkittavan kokemuksia ja ajatuksia (Hirsjärvi & Hurme 2000: 47). Teemahaastattelu sopi aineiston keruu menetelmäksi koska aiheesta löytyi aiempaa tutkimustietoa, joka mahdollisti haastattelussa käytettyjen teemojen tunnistamisen aiemmista tutkimuksista (Hyvärinen & Suominen & Vuori 202; Palonen & Kylmä 2022: 281; Tuomi & Sarajärvi 2002: 76–77).

Taulukko 1. Teemahaastattelun teemat ja kirjallisuuslähteet

Teemahaastattelun teemat	Kirjallisuuslähteet
Puhelimesta tehtävä hoidon tarpeen arvio	Elliot ym. 2020; Gustafsson, 2020; Lindberg ym. 2021; Thierrin ym 2021
Kommunikaatio ja vuorovaikutus	Brasseur ym 2019; Gustafsson & Eriksson 2020; Eriksson ym. 2019; Erkelens ym 2021; Gustafsson ym. 2020; Graversen ym. 2020; Lindberg ym. 2021; Urpo ym. 2020
Hoidon tarpeen arvion onnistuminen	Brasseur ym 2019; Erkelens ym. 2020; Graversen ym 2020; Lindberg ym. 2021; Kaboli 2021; Wouters ym. 2020.
Hoidon tarpeen arvion onnistumista heikentävästi vaikuttavat tekijät	Berntsson ym. 2022; Erkelens ym. 2022; Gustafsson ym. 2020
Vaadittava osaaminen	Brasseur ym. 2019; Gustafsson ym. 2020; Graversen ym. 2020; Lindberg ym. 2021; Urpo ym. 2021
Moniammatillinen yhteistyö	Erkelens ym. 2022; Vilstrup ym. 2019
Kirjaaminen potilasasiakirjoihin	Heidet ym. 2019; Lindberg ym. 2021; Jensen ym. 2021

Opinnäytetyössä kerättiin kokemuksellista tietoa puhelimesta tehtävästä hoidon tarpeen arvioon tekemistä tukevia tekijöitä ja haasteista. Teemahaastattelun teemat (ks. liite 2) nousivat kirjallisuuskatsauksen tuloksista (Hyvärinen & Suominen & Vuori 202; Palonen & Kylmä 2022: 281; Tuomi & Sarajärvi 2002: 76–77). Kirjallisuuskatsauksen (ks. liite 1) perusteella haastattelun teemoiksi nousivat asiakkaan kanssa tapahtuva

kommunikaatio ja vuorovaikutus, hoidon tarpeen arvion onnistuminen, hoidon tarpeen arvion laatuun heikentävästi vaikuttavat tekijät, moniammatillinen yhteistyö, vaadittava osaaminen ja kirjaaminen potilasasiakirjoihin. Haastattelun teemat ja kirjallisuuslähteet on esitetty taulukossa 1.

Ennen varsinaista haastattelua, haastattelurungon kysymykset testattiin tutkimuksen ulkopuolisen henkilön esihaastattelulla. Esihaastattelussa pyrittiin testaamaan kysymysten muotoilua ja aihepiirien järjestystä. Esihaastattelussa saatiin selville haastatteluiden keskimääräinen pituus. Esihaastattelun perusteella haastattelun kysymysten muotoon ja järjestykseen tehtiin muutoksia. (Hirsijärvi & Hurme 2011: 72.) Kommunikaation teema siirrettiin haastattelun loppupuolelle.

4.1 Kohderyhmä ja aineiston kerääminen

Otannassa käytettiin tarkoituksenmukaista otantaa, jossa tiedonantajien katsotaan olevan aihealueen asiantuntijoita (Kanste ym. 2022). Tutkimuksen kohderyhmäksi haettiin hoitajia yhdeltä hyvinvointialueelta, joiden työnkuvaan kuuluu puhelimesta tehtävä hoidon tarpeen arvio perusterveydenhuollossa. Haastatteluun osallistumisen kriteerinä oli työskentely sairaanhoitajana, terveydenhoitajana tai lähihoitajana terveysasemalla ja työnkuvaan tuli kuulua puhelimitse tehtävä hoidon tarpeen arvio.

Haastateltaviin oltiin yhteydessä tutkimukseen valikoituneiden terveysasemien ylihoitajien avulla. Opinnäytetyöhön valikoituneille terveysasemien ylihoitajille lähetettiin jaettavaksi eteenpäin tiedote tutkittavalle sisältäen tietosuojaselosteen, suostumuslomake (ks. liite 3) sekä teemahaastattelurunko (ks. liite 2). Tiedote tutkimuksesta sisälsi tietosuojaselosteen (Aineistonhallinnan käsikirja: Informointi ja henkilötietojen käsittelystä). Vapaaehtoisten osallistujien nimet välitettiin opinnäytetyön tekijän Metropolian sähköpostiosoitteeseen. Haastateltaviin oltiin yhteydessä sähköpostin välityksellä. Haastattelut oli etukäteen sovittu toteutettavaksi yksilöhaastatteluina työajalla, joko kasvotusten tai etäyhteydellä, työnantajalle ja haastateltaville sopivana ajankohtana. Haastateltavat antoivat allekirjoitetun haastattelusuostumuksen haastattelun yhteydessä tai toimittivat sen, joko postitse tai sähköisessä muodossa. Tutkittavat antoivat lomakkeella suostumuksen osallistua tutkimukseen ja henkilötietojen käsittelyyn (Aineistonhallinnan käsikirja: Informointi ja henkilötietojen käsittelystä).

Aineiston kerääminen tapahtui haastatteluilla loka-marraskuussa 2022. Tutkimukseen ilmoittautui yhdeksän vapaaehtoista (n=9) hoitajaa. Kaksi haastattelua toteutettiin kas-

votusten ja seitsemän etäyhteyden välityksellä. Haastattelut nauhoitettiin haastateltavien luvalla. Haastattelut nauhoitettiin Funet Miitti (Zoom)- videoneuvottelupalvelun avulla tai nauhurilla. Etäyhteydellä tapahtuneet haastatteluissa haastateltavat pitivät kamerat suljettuina ja haastattelussa nauhoitettiin vain ääni.

Haastatteluteemat esitettiin kaikille haastateltaville melkein samassa muodossa, mutta vastaaminen oli vapaata (Hyvärinen & Suominen & Vuori 2021). Haastattelun ilmapiiri oli avoin ja haastattelut etenivät vapaamuotoisesti keskustellen. Kaikissa haastatteluissa haastateltavat puhuivat vilkkaasti ja kertoivat kokemuksistaan avoimesti. Kaikki teema-alueet käytiin läpi kaikissa haastatteluissa. Tarvittaessa esitettiin tarkentavia kysymyksiä (Kylmä & Juvakka 2012: 93). Välillä keskustelu täytyi palauttaa aiheeseen, jos keskustelu lähti liikaa polveilemaan aiheen ulkopuolelle (Kylmä & Juvalla 2012: 93).

Haastattelut olivat kestoaltaan keskimäärin 34 minuuttia. Haastattelun kesto vaihteli välillä 28 minuuttia- 42 minuuttia. Haastateltavien keski-ikä oli 50 vuotta, mediaani 57 vuotta ja vaihteluväli 27–62 vuotta. Haastateltavien työkokemus terveysasemalla vaihteli alle viidestä vuodesta yli kahteenkymmeneen vuoteen. Haastavat toimivat terveysasemalla sairaanhoitajan, terveydenhoitajan tai perushoitajan ammattinimikkeellä.

Kun haastattelut oli suoritettu, haastattelut litteroitiin eli aukikirjoitettiin tekstimuotoon (Elo ym. 2022; Kylmä & Juvakka 2012). Haastattelut litteroitiin sanatarkasti tekstimuotoon. Litteroinnin yhteydessä poistettiin täytesanat (tota, niiku), toistot, yksittäiset äännähdykset ja murre ilmaisut, josta haastateltavan olisi voinut tunnistaa (Aineistonhallinnan käsikirja). Äänitallenteet purettiin Microsoft Wordin sanelu ohjelmalla tekstimuotoon. Sitten äänitallenteet kuunneltiin ja varmistettiin, että teksti vastasi alkuperäistä nauhoitusta (Kylmä & Juvakka 2012: 111). Tuloksena tekstimateriaalia muodostui yhteensä 59 sivua, 31303 sanaa. Tekstin riviväli oli 1, fontti Calibri ja fonttikoko 12. Opinäytetyön tekijän puhe merkattiin. Haastateltavien nimiä ei mainittu haastatteluissa ja haastatteluiden järjestyksen tiesi vain opinäytetyöntekijä. Haastattelut numeroitiin. Numeroinnin avulla oli mahdollista palata alkuperäisiin vastauksiin analyysiprosessin aikana. Litteroinnin aikana kirjattiin aineistosta nousseita havaintoja muistiin (Kylmä & Juvakka 2012: 110). Aineiston tekstimuotoon purkamisen jälkeen aineisto luettiin kokonaisuutena, jotta aineistosta saatiin kokonaiskuva ja aineisto tuli tutuksi (Hiusjärvi & Hurme 2011: 142)

4.2 Aineiston analysointi

Analyysimenetelmä oli sisällönanalyysi. Sisällönanalyysillä voidaan analysoida teema- haastattelusta koostuva kirjallinen materiaali systemaattisesti, luotettavasti ja toistetta- vasti, siten että syntyy teoreettisesti perusteltu kokonaisuus. Sisällönanalyysillä pyri- tään kuvaamaan tutkimusmateriaali tiivistetyssä muodossa ja saada lopputulokseksi luokat, jota vastaavat tutkimuskysymykseen. Sisällönanalyysissä käytettiin aineistoläh- töistä eli induktiivista lähestymistapaa. Aineistolähtöisessä sisällönanalyysissä analy- sivaiheet etenevät aineistolähtöisesti ryhmitellen, luokittelu luodaan aineistoon perus- tuen. (Elo ym. 2022.) Analyysissä tutkimuskysymykset ohjasivat aineistosta nousseiden käsitteiden hierarkkista järjestämistä. (Elo ym. 2022; Kanste ym. 2022.)

Sisällönanalyysi alkoi aineiston pelkistämisestä ja luokkien muodostamisesta, eli ryh- mittelystä (Elo & Kyngäs 2008; Kylmä & Juvakka 2012). Analyysin yksiköksi valittiin lauseen tai lauseen osan, jotka vastasivat tutkimuskysymyksiin (Elo ym. 2022; Elo & Kyngäs 2008; Graneheim & Lundman 2004; Kanste ym. 2022; Kylmä & Juvakka 2012). Luokkien laatiminen on sisällönanalyysissä keskeistä ja analyysin lopputuloksena ole- vat luokat vastaavat tutkimuskysymyksiin (Elo ym. 2022).

Taulukko 2. Esimerkki analyysin etenemisestä alkuperäisilmaisusta pelkistetyksi ilmaisuksi

Alkuperäisilmaus	Pelkistetty ilmaus
..potilas kuvailee oireensa ja vaivansa selke- ästi (6#)	Potilaan selkeä kommunikaatio (6#)
Mulla on aina lääkärituki siinä, että minä voin soittaa. (7#)	Lääkärin konsultoinnin mahdollisuus (7#)
Mä pystyn tekemään töitä seisoen tai teke- mään istuen, joka mun mielestä helpottaa tätä työtä (4#)	Työergonomia (4#)
Käytän paljon Apotin suodattimia. Jos potilas on ollut vaikka juuri erikoissairaanhoidossa niin minä lähden sieltä suodattimen kautta et- simään. Niin se menee helposti. (8#)	Apotin hakuominaisuudet (8#)
Jaksamisessa auttaa, kun meillä on hyvä duuniporukka täällä ja työkaverit (5#)	Hyvä työilmapiiri auttaa jaksamaan (5#)

Aineiston sisältöön perehtymisen jälkeen tekstistä haettiin, tekstin osia, alkuperäisil- mauksia, jotka vastasivat tutkimuskysymyksiin: mitkä tekijät tukevat hoitajien puheli- mitse tehtävän hoidon tarpeen arvion tekemistä ja mitä haasteita hoitajat kohtaavat pu- helimessa tehtävässä hoidon tarpeen arvion tekemisessä (Kanste ym. 2022; Kylmä &

Juvakka 2012: 116). Molemmille tutkimuskysymyksille luotiin taulukko, johon koottiin alkuperäisilmaisut. Alkuperäisilmaukset koodattiin numeroiden avulla, jotta niihin pysytettiin tarvittaessa palaamaan analyysin aikana. (Kylmä & Juvakka 2012.)

Tämän jälkeen alkuperäisilmaisut pelkistettiin niin, että niiden olennainen sisältö säilyi. Ilmaisuja pelkistettäessä kiinnitettiin huomiota siihen, että ei tehty omaa tulkintaa ja haastateltavan kuvaama sisältö ei muuttunut (Kylmä & Juvakka 2012: 118). Sisällön analyysin prosessin alkuperäisilmaisujen pelkistämisestä on havainnollistettu taulukossa 2. (Elo ym. 2022; Kanste ym. 2022). Alkuperäisilmaisujen pelkistämisen jälkeen pelkistetyt ilmaukset koottiin toiseen taulukkoon, jossa vertailtiin pelkistettyjä ilmaisuja ja etsittiin sisällöllisesti samankaltaisia ilmauksia.

Taulukko 3. Esimerkki analyysin etenemisestä alaluokista yläluokiksi

Pelkistetty ilmaus	Ryhmittely alaluokkiin	Ryhmittely yläluokkiin
Potilastietojärjestelmään rakennetut fraasit (8#)	Apotti- tietojärjestelmän ominaisuudet	Apotti- tietojärjestelmä
Potilastietojärjestelmän hakutoiminto (8#)		
Hoitosuunnitelman löytyminen (9#)		
Tietojen välittyminen muista yksiköistä (6#)		
Strukturoitu kirjaaminen (9#)	Kirjaaminen potilasasiakirjoihin	
Kirjaamisohjeet (9#)		
Rakenteinen kirjaus (6#)		

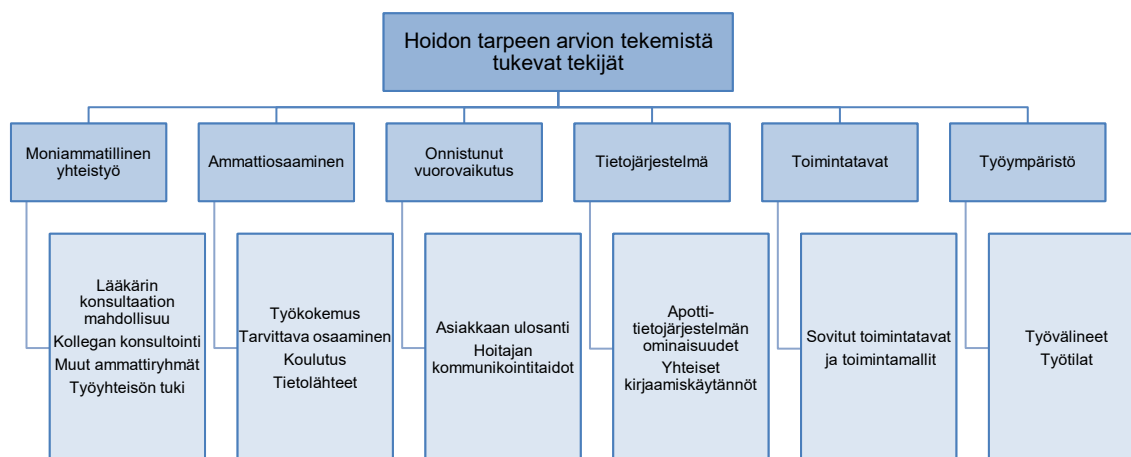
Samankaltaiset ilmaukset kerättiin saman alaluokan alle. Luokan nimi kuvasi siihen yhdistettyjen pelkistettyjen ilmaisujen sisältöä. (Elo ym. 2022; Graneheim & Lundman 2004; Knaste ym. 2022; Kylmä & Juvakka 2012: 118.) Luokkien muodostaminen on esitetty taulukossa 3. Aineiston abstrahointia jatkettiin yhdistämällä samansisältöiset alaluokat yläluokiksi. Ja yläluokille annettiin niiden sisältöä kuvaavat nimet. Yhdistelvää luokittelua jatkettiin niin, että saatiin vastauksia tutkimuskysymyksiin (Elo ym. 2022). Aineiston pelkistämisen, ryhmittelyn ja abstrahoinnin avulla vähitellen rakentui synteesi, joka vastasi tutkimuskysymyksiin (Kylmä & Juvakka 2012: 119).

5 Tulokset

Tutkimuksen tuloksina tunnistettiin hoitajien puhelimitse tehtävän hoidon tarpeen arvion tekemistä tukevia tekijöitä ja sen tekemisessä koettuja haasteita. Puhelimitse tehtävän hoidon tarpeen arvion tekemistä tukevat tekijät liittyivät: **moniammatilliseen yhteistyöhön, ammattiosaamiseen, vuorovaikutukseen, tietojärjestelmään, toimintatapoihin ja työympäristöön**. Haasteista, joita hoitajat kokevat puhelimitse tehtävän hoidon tarpeen arvion teossa, nousi viisi pääryhmää: **asiakkaiden odotuksiin vastaaminen, kommunikaatio ja vuorovaikutus, resurssit, tietojärjestelmä ja laaja asiakas-kunta**. Haastateltavien ikä ja kokemus terveysasemalla vaihteli. Haastateltavien keski-ikä oli 50 vuotta, mediaani 57 vuotta ja vaihteluväli 27–62 vuotta. Kokemus terveysasematyöstä vaihteli alle viidestä vuodesta yli kahteenkymmeneen vuoteen.

5.1 Hoidon tarpeen arvion tekemistä tukevat tekijät

Puhelimitse tehtävän hoidon tarpeen arvion tekemistä tukevat tekijät jakautuivat kuuteen yläluokkaan (ks. kuvio 2): moniammatilliseen yhteistyöhön, ammattiosaamiseen, vuorovaikutukseen, tietojärjestelmään, toimintatapoihin ja työympäristöön liittyviin tekijöihin.



Kuvio 2. Hoidon tarpeen arvion tekemisistä tukevat tekijät

Moniammatillinen yhteistyö oli positiivisesti vaikuttava tekijä. Lääkärin konsultaatituki ja lääkärin konsultaation helppous katsottiin olevan tärkeää. Se, että lääkäri on helposti tavoitettavissa, koettiin olevan merkittävä tuki puhelimitse tehtävässä hoidon tarpeen arvioissa. Myös se, että hoitaja kollegalta pystyy helposti kysymään, jos tarvitsee lisätietoa hoidon tarpeen arviota tehtäessä, koettiin olevan olennainen hoidon tarpeen arvion tekemistä tukeva tekijä. Se että kollegat ovat helposti tavoitettavissa, joko

samassa tilassa tai muuten nopean yhteyden päässä, koettiin olevan tärkeää. Lääkärit ja hoitajakollegat olivat tärkeimmät yhteistyötahot.

Meillä on semmoinen ratkaisija lääkäri, hän on meidän tukenamme. Jos tarvitsee lääkärin konsultaatiota niin hänelle voi aina soittaa. (5#)

On hyvä konsultaatiomahdollisuus, lääkäriltä voi kysyä saman tien. (1#)

Call centerissä on kaksi uudempaa [hoitajaa] ja sitten on yksi vähän kokenempi niin sitten tavallaan on siinä lähellä se tuki ja apu. (8#)

Myös muiden ammattiryhmien kuten farmaseuttien, fysioterapeuttien ja mielenterveys- ja päihdetyön sairaanhoitajien kanssa tehtävä yhteistyö koettiin olevan tärkeää. Hoidon tarpeen arvion tekemistä helpottavaksi koettiin se, että on sujuva mahdollisuus konsultoida eri ammattiryhmiä. Ja myös se, että on mahdollisuus ohjata asiakkaita suoraan muiden ammattiryhmien palveluihin.

Meillä on hyvä fysioterapeutti täällä [terveysasemalla], että hänelle on helppo myös ohjata potilaita. (4#)

Farmaseutti on äärimmäisen hyvä uusi palvelumuoto, joka meillä on täällä tukena (3#)

Hyvä työilmapiiri ja vertaistuki koettiin olevan olennainen työtä tukeva tekijä, varsinkin puhelintyössä jaksamisessa tukevana tekijä. Työyhteisön tuen katsottiin olevat tärkeä varsinkin, jos puhelimessa kohdataan haastava asiakastilanne. Kollegojen kanssa tilanteesta puhuminen ja jälkipuinti koettiin auttavan.

Semmoinen vertaistuki [auttaa jaksamisessa], tietää että on muut työkaaverit samassa tilanteessa ja näkee mitä tämä työ on. (6#)

Välillä pidetään breikkiä ja jutellaan toistemme kanssa ja avaudutaan että minkälainen puhelu oli tässä ja tässä ja pyydetään apua. Kyllä se tietysti auttaa, että siitä sulla on lähellä duunikavereilta, jotka sitten kuuntelee. (5#)

Esihenkilöltä saatu tuki ja ymmärrys nousi esiin monessa kohdassa. Esihenkilöiden koettiin tukevan hoidon tarpeen arvion tekemistä. Esihenkilöt ovat helposti lähestyttäviä ja heiltä saa apua ja tukea. Esihenkilön ymmärrys puhelintyön aiheuttamista haasteista ja työn määrästä koettiin tärkeäksi. Myös nostettiin esiin esimiesten rooli, siinä että asiakkaiden yhteydenottoon vastaamiseen on asetettu tietyt tavoitteet ja esihenkilö on vastuussa niihin pääsemisestä.

Meillä on hirveän hyvät esimiehet ja tukea tulee. Matalalla kynnyksellä voi puhua, jos jotain on. (1#)

Lähiesihenkilöt saavat painetta ja palautetta ylemmältä johdolta puhelujen määrästä ja tämä heijastuu myös työntekijöille. (8#)

Laajan **ammattiosaamisen** koettiin tukevan puhelimessa tehtävää hoidon tarpeena arviota. Asiakkaiden vaivat ja ongelmat koettiin olevan laajalta alueelta ja koettiin, että tietämys usealta osaamisalueelta on eduksi. Hoitajat kokivat, että onnistuneen puhelimitse tehtävän hoidon tarpeen arvion tekemistä helpottaa se, että on kokemusta terveysasemalle työskentelystä. Pitkän työkokemuksen katsottiin olevan eduksi. Kuudella yhdeksästä haastateltavasta oli työkokemusta terveysasematyöstä yli 10 vuotta. Koettiin myös tärkeäksi, että tuntee oman osaamisen rajat, että osaa kysyä ja konsultoida jos ei itse tiedä asiasta.

...kokemus kyllä se on minun mielestäni yksi semmoinen tärkeä asia [hoidon tarpeen arvion onnistumisessa]. (7#)

...puhelintyössä, että täytyy olla aika laaja tietämys. (3#)

Jos tuntuu että nyt on asia mitä minä en tiedä, niin silloin pitää kysyä. (1#)

Koettiin, että hoidon tarpeen arvion tekeminen vaatii jatkuvaa lisäkoulutautumista ja osaamisen täydentämistä. Tärkeänä hoidon tarpeena arvion tekemistä tukevana tekijänä koettiin olevan se, että osaa etsiä tietoa ja käyttää tukena eri tietolähteitä. Haastateltavat hoitajat käyttivät Terveysporttia tärkeimpänä tietolähteenä. Terveysportti on Kustannus Oy Duodecimin ylläpitämä terveydenhuollon ammattilaisille suunnattu tietokanta, josta löytyvät päivittyvät hoito-ohjeet, lääketietokokoelma sekä lukuisat aputietokannat (Duodecim).

Hoidonperusteet.fi palvelu oli usealla käytössä hoidon tarpeen arvion teon tukena. Sivusto koettiin hyödylliseksi, varsinkin jos tarvitsi tukea siihen mitä kysymyksiä asiakkaalta tulisi kysyä. Hoidonperusteet.fi on vuonna 2021 julkaistu ohjekirjasto verkossa, joka on avoin terveydenhuollon ammattilaisille suunnattu palvelu. Palvelu auttaa arvioimaan asiakkaan kiireellisen hoidon tarvetta, sekä hoidon kiireellisyyttä asiakkaan oireiden pohjalta. Ammattilainen kuitenkin tekee päätöksen hoidon tarpeesta ja kiireellisyydestä, palvelu ei sisällä päättelyä. Palvelun sisältö pohjautuu sosiaali- ja terveysministeriön kansallisiin aikuisten ja lasten kiireellisen hoidon perusteisiin. Palvelun kehittämisestä ja ylläpidosta vastaa DigiFinland Oy. (DigiFinland.)

Käytän [apuna hoidon tarpeen arvioissa], hoidonperusteet.fi sivuja, sitä minä käytän, varsinkin jos en oikein tiedä mitä minä kysyisin. (8#)

On tärkeä, että on osaamista siihen asiaan ja sitten jos ei ole osaamista niin tietää, että mistä saa tukea, tai vaikka koulutusta, että pysyy ajan tasalla. (9#)

Lisäkoulutusta toivottiin aiheista kuten, diabetes, aggressiivisen potilaan kohtaaminen puhelimesta, ehkäisy asiat ja lasten taudit ja lasten oireet. Eniten nousi toivetta diabeteksen lisäkoulutuksesta. Diabeteksen hoitoon koettiin tuleen paljon muutoksia viime vuosina, varsinkin lääkitykseen ja tästä kaivattiin lisäkoulutusta.

Haluaisin ajanmukaista koulutusta esimerkiksi diabetesta, siellä on muuttanut lääkkeit...hirveästi tulee kysymyksiä esimerkiksi Libre- hoidosta. (1#)

On verkkokoulutuksia tai tämmöisiä, koen että niitä on tarpeeksi, mutta ei vain pysty. Kokee että uupuu tämän työn alle ja että ei ole aikaa. (3#)

Osa hoitajista koki, että koulutuksia ei ole järjestetty. Oli myös kokemuksia siitä, että vaikka koulutuksia on saatavilla, esimerkiksi erilaisia verkkokoulutuksia, mutta ei löydy aikaa tai voimavaroja niihin osallistumiseen. Koettiin myös, että jos on järjestetty koulutusta hoidon tarpeen arvion tekemiseen ulkopuolisen järjestäjän toimesta, niin koulutuksessa esitetty toiminta ei ole välttämättä vastannut juuri kyseisen terveysaseman toimintaa. Koettiin, että ulkopuolisen järjestäjän hoidon tarpeen arvioon liittyvistä koulutuksista ei ollut selkeää hyötyä.

Onnistunut vuorovaikutus koettiin olevan olennainen asia onnistuneen hoidon tarpeen arvion tekemisessä puhelimitse. Asiakkaan ulosanti, se että asiakas kuvaa oireitaan selkeästi ja todenmukaisesti puhelimesta on tärkeää.

Potilas tai asiakas siellä toisessa päässä kertoo ne oireet todenmukaisesti, ja ne ei ole liioiteltuja. (9#)

Sitä [hoidon tarpeen arviota] edesauttaa se, että potilas kuvailee oireensa ja vaivansa selkeästi. (6#)

Hoitajat kertoivat, että asiakkailta puhelun aikana saatu positiivinen palaute koettiin tärkeäksi. Saatua positiivista palautetta tuo työssä onnistumisen tunteen. Saadun positiivisen palautteen koettiin olevan merkittävä tekijä työssä jaksamisessa.

Koen onnistumista siellä puhelussa, että potilas kiittää mua ohjeista tai hän kokee, että hän tuli kuulluksi. (8#)

Hoitajien kommunikaatiotaidot olivat tärkeä tekijä onnistuneen hoidon tarpeen arvion tekemisessä, varsinkin hoitajan kyky rajata keskustelua. Hoitajat kokivat, että tulee kyetä rajaamaan, asiakkaan usein vuolasta kertomusta siten, että voi muodostaa kuvan nykytilanteesta ja pystyä määrittämään asiakkaan hoidon tarve. Myös hoitajan osaaminen esittää oikeita kysymyksiä koettiin tärkeäksi. Kysymyksiä esittäminen siten että hoitaja saa asiakkaan vastauksista tarkan kuvan asiakkaan ongelmasta.

Täytyy olla semmoinen vähän jämpä, että ei ihan niin kun mistään hamasta lapsuudesta lähdetä ihan kaikkea niin kun selittämään. (5#)

Tulee osata silleen sopivalla tavalla keskeyttää, että mikä olikaan se syy, miksi tänään soitatte. Ja mikä on pahin oire tällä hetkellä. Tavallaan rajaaminen. (4#)

Oleellisin on se, että sä osaat kysyä ihmisiltä tiettyjä asioita eli osaat mennä siihen asian ytimeen. (7#)

Tärkeänä myös pidettiin sitä, että kun asiakkaalle esittää kysymyksiä hoitajan tulee osata kuunnella ja antaa asiakkaalle aikaa vastata kysymyksiin. Myös antaa asiakkaalle tunne, että he tulevat kuulluksi.

Täytyy olla semmoinen kuuntelevainen ja sellainen että antaa sille potilaalle mahdollisuuden puhua siitä asiasta. (5#)

...jos sinä kysyt jotain niin sitten maltat kuunnella mitä se ihminen kertoo, siten että hän tulee kuulluksi. (9#)

Haastatelluista hoitajista kolme koki, että **Apotti-tietojärjestelmä** tuki puhelimesta tehtävää hoidon tarpeen arviota. Apotti-tietojärjestelmään rakennettujen ominaisuuksien, kuten rakenteisen kirjaamisen, Smart Phrasen käytön sekä asiakkaan rakenteisesti kirjattuja tietoja kokoavan näkymän, koettiin tukevan ja nopeuttavan hoidon tarpeen arvion tekemistä. Strukturoidun fraasin käytön koettiin myös edesauttavan hoidon tarpeen arvion tasalaatuisuutta, että esitetään samat kysymykset.

Jos sinne [Apotti-tietojärjestelmään], on kirjattu rakenteisesti diagnoosit ja lääkelista on päivitetty, saan suodattamalla haettua tietoa. Sitten mä saan vielä asian kirjoitettua strukturoidulla Smart Phrase:lla niin onhan se to-della näppärää ja se tukee minua. (8#)

Potilasasiakirjoihin kirjaamiseen sovitut kirjaamiskäytännöt koettiin olevan hyödyllisiä ja hoidon tarpeen arvion tekemistä nopeuttavia. Varsinkin sovitujen fraasien käyttö ja selkeästi ja johdonmukaisesti kirjattu hoitosuunnitelman koettiin helpottavan ja nopeuttavat hoidon tarpeen arvion tekemistä.

Hoidon tarpeen arviota helpottaa se, että jatkohoitosuunnitelmat olisi kaikille tehtynä ja ne hoitosuunnitelmat löytyisi. (9#)

Se, että hoitosuunnitelma on helposti löydettävissä ja, että se on kirjattuna sovittuun paikkaan, koettiin hoidon tarpeen arvion tekemistä tukevaksi tekijäksi.

Yhteisesti sovitut **toimintatavat** koettiin helpottavan hoidon tarpeen arvion tekemistä. Selkeät toimintaohjeet miten toimia ongelmatilanteissa nousi tärkeäksi hoidon tarpeen arvion tekemistä tukevaksi asiaksi. Esimerkiksi yhteinen ohjeistus siitä miten voi toimia, jos asiakas linjalla käyttäytyy epäasiallisesti, koettiin työtä helpottavaksi. Se, että on lupa lopettaa puhelu, jos potilas käyttäytyy epäasiallisesti, nousi useassa haastattelussa esiin. Koettiin, että se tukee puhelimesta tehtävää työtä, että epäasiallista käytöstä ei tarvitse vain sietää vain voi tarvittaessa sulkea puhelun.

Olemme sopineet niin, että jos menee [asiakas] asiattomuuksiin niin suljetaan puhelin. (9#)

Myös se, että asiakkaan asiat hoidetaan mahdollisimman pitkälle yhden puhelun aikana, koettiin olevan puhelintyötä tukeva tekijä ja vähentävän takaisinsoittoja ja muita yhteydenottoja.

Koen että se on sitä hyvää hoidon tarpeen arviota, että me hoidamme ne kaikki potilaan kysymykset ja asiat sillä yhdellä kertaa. Sitten sen ei tarvitse laittaa meille Maisa viestiä tai Omaoloa tai soittaa vielä uudestaan. (8#)

Minä teen kunnolla sen ohjauksen niin hän ei soita sitten parin päivän kulluttua uudestaan. (7#)

Asiakkaalle puhelimesta annettavan selkeän ja riittävän ohjeistuksen, koettiin vähentävän takaisinsoittoja. Puhelimesta tehdään paljon omahoidon ohjausta, asiakkaat tarvitsevat varmistusta siihen, että oire hoituu kotihoidolla ja ei tarvita vastaanottoaikaa. Hyvällä ohjauksella koettiin voivan olla iso merkitys siihen, että asiakas uskaltaa hoitaa vaivaa kotona.

...voi olla niin, että asiakas saa sen vastauksen, että on OK, että tämä ei olekaan mitään vakavampaa tämä hänen asiansa. Tämä kuuluu tällaiseen taudinkuvaan ja tällaiseen oireeseen, tällainen oire tässä kohtaa kuuluu asiaan. (9#)

Työympäristön toimivuus koettiin olevan puhelimesta tehtävää työtä tukeva tekijä. Se että työtilassa on rauhallista työskennellä, koettiin tärkeäksi. Etätyö mahdollisuuden koettiin olevan työhyvinvointia tukeva tekijä. Paljon puhelintyötä tekevät hoitajat kokivat

etätöiden mahdollisuuden edesauttavan, sitä että he pystyvät työskentelemään rauhallisessa ympäristössä. Myös työpaikalla työvälineiden toimivuus ja työrauha koettiin tärkeäksi.

Etätöissä minä pystyn selvästi keskittymään paremmin. Etätöiden mahdollisuus on hyvä. (2#)

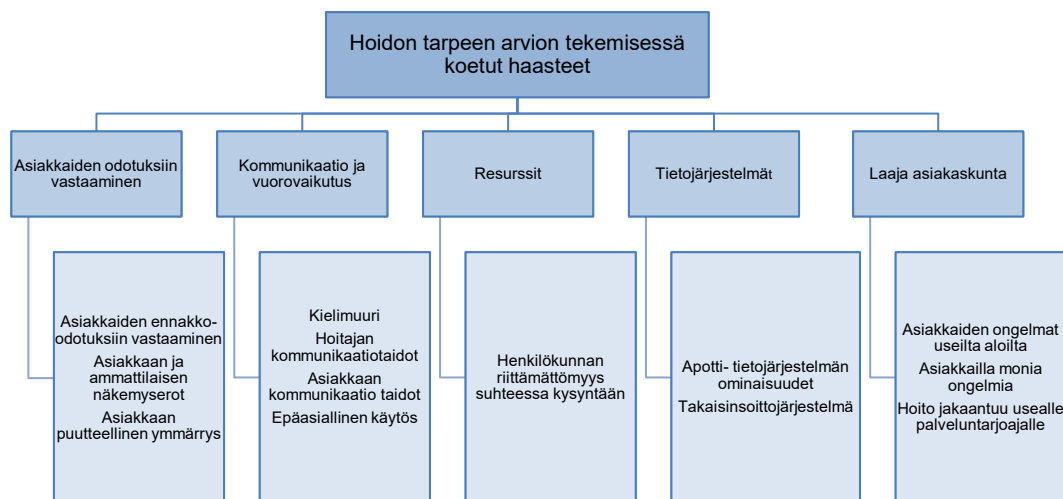
Työpisteillä on vastamelukuuloitteita ja ne toimivat minun mielestäni aika hyvin. Siinä on yllättävän hyvä ja helppo työskennellä, vaikka on useampi ihminen samassa tilassa. (6#)

Mä pystyn tekemään töitä seisoen tai tekemään istuen, joka mun mielestä helpottaa tätä työtä. (4#)

Se, että pystyy vaihtamaan työskentely asentoa päivän aikana, säädettävät työpöydän avulla koettiin olevan ergonomiaa parantava tekijä. Hyvin toimivat vastamelukuuloitteet auttoivat työrauhaan saavuttamista, jos samassa tilassa työskenteli useita puhelintyötä tekeviä työntekijöitä.

5.2 Hoidon tarpeen arvion tekemisessä koetut haasteet

Haastattelussa nousi viisi pääryhmää haasteista, joita hoitajat kokevat puhelimitse tehtävän hoidon tarpeen arvion teossa: asiakkaiden odotuksiin vastaaminen, kommunikatio ja vuorovaikutus, resurssit, Apotti-tietojärjestelmä ja laaja asiakaskunta (kuvio 3).



Kuvio 3 Hoidon tarpeen arvion tekemisessä koetut haasteet

Hoitajat kokevat haasteena sen, että usein terveysasemien toiminnan todellisuus ei **vastaa asiakkaan odotuksia**. Asiakkaalla on näkemys tai ennako-odotukset siitä mitä palvelua he haluavat tai toivovat. Hoitajan tekemä hoidon tarpeen arvio, kuitenkin

saattaa poiketa asiakkaan ennakko-odotuksesta. Tämä aiheuttaa asiakkaassa tyytymättömyyttä ja vaikuttaa negatiivisesti vuorovaikutukseen. Varsinkin vastauksissa korostui asiakkaan pettymys siihen, että ei pääse toivomalleen lääkärin vastaanotolle. Asiakkaan ja hoidon tarpeen arviota tekevät ammattilaisen käsitys hoidon kiireellisyydestä, eivät aina kohtaa. Ja tämän koettiin luovan hankalia tilanteita puhelimesta.

Osa [asiakkaista] ei taas ymmärrä, että ennen on ollut paljon paremmat resurssit, että lääkäri aikoja sai helpommin ja esimerkiksi vuosikontroleista pääsi suoraan vastaanotolle, nykyään ei pääse. Niin tämä on järkytys joillekin potilailla. (8#)

Välillä joku sanoo, että miksi sä kysyt kaikkia tällaisia asioita näin tarkkaan, että hän haluaa nyt vaan lääkärille ajan. Sitten pitää selvittää, että tässä tehdään tätä hoidon tarpeen arviota. (7#)

Usein joutuu selittämään, että asiakkaan asia ei ole akuutti, mutta asiakkaan omasta mielestä se on akuutti. Tällaiset näkemyserot [vaikuttavat negatiivisesti vuorovaikutukseen]. (2#)

Hoitajat kokivat sen turhauttavaksi, että asiakkaat eivät ymmärrä puhelimesta tehtävän hoidon tarpeen arvion roolia ja sen tärkeyttä. Asiakkaat eivät halua vastata heille esitettyihin kysymyksiin ja kyseenalaistavat sitä miksi hoitaja puhelimesta kyselee asioita, joita potilas toivoo kertovansa vasta lääkärille. Asiakkaiden negatiivinen asenne vaikeuttaa hoidon tarpeen arvion tekemistä.

Puhelimesta tehtävässä hoidon tarpeen arvioissa asiakkaaseen ei ole näköyhteyttä. Hoidon tarpeen arvio tehdään näkemättä asiakasta ja arvion teossa korostuu **kommunikaatio ja vuorovaikutus**. Hoitajan ja asiakkaan kommunikaatiotaidot korostuvat puhelimesta tehtävässä hoidon tarpeen arvioissa. Hoitajat kokivat, että esimerkiksi oma mieliala vaikuttaa vuorovaikutukset laatuun. Aiemmassa puhelussa ollut hankala tilanne saattaa heijastua seuraavien puheluiden vuorovaikutuksen laatuun. Myös huolta herätti se, että jos asiakas ei osaa kuvata oireitaan niin osaako hoitaja kysyä kaiken tarpeellisen ja täten muodostaa oikein kuvan tilanteesta.

Jos on ollut haastavia tilanteita puhelimesta, niin kyllähän se näkyy minun vuorovaikutuksessa. Olen semmoinen jäykkä ja asiallinen. En ehkä ole ihan toipunut vielä jostain edellisestä tai on ollut jotain muuta haastavaa tilannetta siellä puhelimesta. (8#)

Pitkälti ollaan tosiaan tietenkin sen viestinnän varassa eli miten potilas ilmaisee asian. Ja ymmärtääkö sitten sen perusteella itse aina kaikkea kysyä. Se on tietysti vaativaa. Ei pystytä omiin havaintoihin, näköhavainnoin perustuen määrittelemään potilaan tilaa tai tarpeita. (3#)

Asiakkaiden kommunikaatio taidoilla on merkittävä vaikutus hoidon tarpeen arvion tekemiseen. Kommunikaation koettiin olevan ajoittain haasteellista. Asiakkaat eivät vastaa esitettyihin kysymyksiin tai kertovat ja kuvailevat oireitaan epämääräisesti ja usein puutteellisesti tai liioitellen. Myös asiakkaan usein kertovat epäoleellisia asioita, asiakkaan kertomus saattaa poiketa aiheesta ja yhteydenoton syy jää epäselväksi. Myös se koettiin haastavaksi, että asiakkaat eivät kuuntele mitä heiltä kysytään tai heille kerrotaan.

Sinä joudut luottamaan asiakkaaseen, siihen mitä hän sanoo ja kertoo. Jokainen meistä kokee esimerkiksi kivun eri tavalla. Toiset osaavat kertoa äärettömän hyvin oireet ja toisilta on taas hirveän vaikea saada mitään selville, että mistä on oikeasti kyse. (1#)

On paljon, varsinkin iäkkäitä, joilla on monia ongelmia niin he tuovat siihen akuuttiin asiaan epäolennaisia asioita esille. Monet puhelut saattavat olla raskaita sen takia, että sieltä vyöryy sitä asiaa ja tietoa niin paljon. (3#)

Ne voi välillä olla aika rankkoja ne puhelut sitten silleen henkisesti, jos toinen on kauhean vaativainen tai ei yhtään halua kuunnella mitä koetan sanoa. Tai eivät välitä vastaila sinun kysymyksiisi. (5#)

Kaikki haastatellut hoitajat kokivat, että suurin haaste on yhteisen kielen puute. Jos asiakaan kanssa oi ole yhteistä kieltä ja se tekee hoidon tarpeen arvion tekemisen todella vaikeaksi, jopa mahdottomaksi. Kolme hoitajaa kertoi, että puhelimesta, ei ole mahdollista käyttää tulkkipalvelua. Tämän takia asiakkaita ohjataan tulemaan terveysasemalle arviota varten. Koettiin, että asemalle on helpompi saada tulkkauspalvelua. Myös omaisen käyttäminen tulkkinä koettiin ongelmalliseksi.

Haasteellisinta on varmaan se kielimuuri. Tulkkipalvelua puhelimesta ei kyllä ole.... Paikan päällä sitten, kun he tulee tänne[terveysasemalle], on mahdollista käyttää pikatulkkausta. (5#)

Jos potilas ei osaa suomea, ei osaa englantia, ei osaa ruotsia. Sitten tulee joku toinen siihen tulkkaamaan ja ne voi olla arkoja asioita mistä puhutaan. Sitten täytyy monta kertaa kysyä onko oikeasti näin, että haluat, että hänen vaikka miehensä on siinä mukana [tulkkaamassa]. (9#)

Haastateltavat olivat kohdanneet puhelintyössä asiakkaiden taholta verbaalisesti aggressiivista käytöstä. Hoitajat kuvailivat asiakkaiden käytöstä, joka ollut hyökkäävää, epäasiallista, joutuu kuuntelemaan haukkumista ja nimittelyä. Asiakkaat käyttävät epäasiallista ja aggressiivista kielenkäyttöä.

Jos puheluita, semmoisia missä joku on jotenkin hyökkäävästi tai aggressiivisesti käyttäytyvä tai siltä kuulostava ihminen, jos monta soittaa saman päivän aikana tai osuu samalle päivälle useampi tällöinen puhelu Totta kai se tuntuu kuormittavalta. (6#)

Minulle se [asiakkaan epäasiallinen käytös puhelimesta] ei ole ongelma. Pystyn painaa sen punaisen luurin ja minun ei tarvitse kuunnella semmoisia asiattomuuksia. Olen huomannut, että nuoremmille kollegoille, joillekin tulee itku. Sitten yritän sitä olkapäätä tarjota ja tukea. (7#)

[Asiakkaiden] ne käytöstavat ovat jotenkin kadoksissa. Tänäänkin kun se nainen oli todella ilkeä ja inhottava, niin kyllä se ottaa pattiin. (4#)

Haastateltavat kokivat, että asiakkaiden epäasiallinen käyttäytyminen puhelimesta on raskasta ja kuormittavaa, sekä se aiheuttaa mielipahaa. Osa hoitajista koki, että puhelimesta kohdattujen hankalien tilanteiden ja asiakkaan epäasiallisen käytös vaikutti hoitajan mielialaan vielä seuraavienkin puhelujen aikana, vaikuttaen vuorovaikutuksen laatuun negatiivisesti. Osa hoitajista kertoi, että pystyvät ohittamaan epäasiallisen käytöksen nopeasti.

Resurssien puute tuli esiin kaikissa haastatteluissa. Henkilöstöresursseissa koettiin olevan pulaa varsinkin lääkärin, hoitajien ja mielenterveys- ja päihdetyön sairaanhoitajien kohdalla. Koettiin, että puheluiden määrän aiheuttama työ ei kohtaa resurssien siihen allokoitujen resurssien kanssa.

Koko ajan on kiireen tuntu ja sitten se tykytys täällä näin (näyttää rintakehää), voi vitsit, että siellä on taas paljon puheluita. (7#)

Ei meitä ole tarpeeksi soittamaan niitä puheluita. Eli kovat on puhelinjotot. On liikaa puheluita ja liian vähän ihmisiä. (5#)

Tuntemus on, että riittävästi aikaa ei ole, kun se kiire painaa. Meillä on aikamoista reppua takaisin soiton suhteen, ja myöskin näiden sähköisen asioinnin kautta tulevien viestien kanssa. Meillä on kuormaa ja paljon. (3#)

Asiakkaat ovat yhteydessä terveysasemalle usean palvelukanavan kautta, kuten Maisa viestit ja Omaolo, joihin vastataan puhelujen lisäksi. Tämän koettiin lisäävän kuormitusta. Koettiin, että vaikka palvelukanavia on tullut lisää, henkilöstön resurssointi on pysynyt ennallaan.

Tässä ei ole vaan se hoidon tarpeen arvio puhelimitse. On tullut lisänä tämä Maisa, mikä laulaa täällä. Yön aikana saattaa tulla parikymmentä uutta Maisaa. Omaoloja tulee jatkuvasti ja sitten tämä puhelujen määrä on lisääntynyt ja samalla käsiparilla mennään. (7#)

Lääkärin vastaanottoaikojen puute koettiin olevan suuri haaste. Hoitajat kokivat, että vaikka suuri osa asiakkaisen asioista pystytään hoitamaan puhelimitse, ajoittain vastaanotto on välttämätön. Vastaanottoaikojen puutteen vuoksi hoitajat eivät pysty toteuttamaan tehtyä hoidon tarpeen arviota, ei pystytä tarjoamaan asiakkaalle vastaanottoaikaa koska vapaita aikoja ei ole saatavilla. Myös aikojen puutteen katsottiin lisäävän aikaa, jota puheluun joutuu käyttämään vaihtoehtoisen hoitosuunnitelman tekoon. Myös muiden ammattilaisten kuten psykiatristen sairaanhoitajien kysyntä olisi paljon suurempi kuin tarjonta tällä hetkellä.

Tuntuu välillä, että täytyy tehdä semmoisia taikatemppuja, että jokaisella pitää keksiä joku ratkaisu ja apu. Sitten kun ei ole aikoja ja tietää että vastaanotot ovat täynnä. (2#)

Koska se [hoidon tarpeen arvio], kaikki tökkää siihen, että ei ole sitä aikaa antaa. Olisihan se nyt kiva joskus antaa se aikakin, kaikkea ei ihan puhelimessa pysty hoitamaan, vaikka paljon pystyykin. (4#)

Psykiatrisen sairaanhoitajan ajat on aina täynnä, että sinne on vaikea saada potilaita. (2#)

Koettiin, että asiakkaat ovat herkästi terveysasemalle yhteydessä. Asiakkaat soittavat samasta asiasta useaan kertaan tai varmistetaan jos sovittuja asioita. Koettiin että vajavainen ohjaus ja neuvonta lisäävät kysyntää.

Sitä jatkohoitoa usein potilaat sitten soittavatkin. Joku on jäänyt epäselväksi. Ei ole ehditty, vaikka vastaanoton aikana käymään asioita. Sitten he uudestaan soittelevat tänne terveysasemalle. (5#)

Käytössä olevista Apotti-potilastietojärjestelmässä ja takaisinsoittojärjestelmässä koettiin olevan haasteita. Osa haastateltavista koki **Apotti-tietojärjestelmän** hidastavan puhelimesta tehtävän hoidon tarpeen arvion tekemisessä. Varsinkin potilaan aikaisempien käyntitekstien löytäminen ja kokonaiskuvan hahmottaminen koettiin haasteelliseksi.

Apotista on ehkä vähän vaikeampi löytää sitä tietoa. Apotissa ei pysty helposti erittelemään sitä, että luetko sinä lääkärin tekstejä vai luetko omahoitotarviketekstejä vai erikoissairaanhoidon tekstejä. (5#)

Tiedon hakeminen ja sen potilaan kokonaiskuvan hahmottaminen Apotin kautta on hankalaa. Ongelmia ja sairauksia on äärimmäisen vaikeaa, haastavaa ja aikaa vievää etsiä, se hidastaa puhelintyötä. (3#)

Vastauksissa nousi esiin, että Apotin käyttöönoton yhteydessä ei saatu riittävästi koulutusta. Osa haastateltavista koki, että Apotti-tietojärjestelmään saatavasta lisäkoulutuksesta ei olisi apua. Koulutus ei lisäisi Apotti-tietojärjestelmän käytettävyyttä. Koettiin, että Apotti-tietojärjestelmä ei ole ominaisuuksiltaan toimiva terveysasematoimintaan. Kuitenkin haastateltavat, jotka kertoivat saaneensa lisäkoulutusta Apotin käyttöön, kokivat Apotin tukevan hoidon tarpeena arvion tekemistä. Haasteeksi koettiin myös, että Apotti-tietojärjestelmässä oleva sähköisen asioinnin kanava Maisa-asiakasportaalin viestien suuri määrä. Maisa-asiakasportaalin viestien koettiin kuormittavan lisää jo ennestään raskasta puhelintilannetta. Koettiin, että Maisa viestejä käytetään muun muassa jatko-hoito-ohjeistukseen ja muuhun terveysaseman ja asiakkaan väliseen kommunikaatioon, mutta koettiin että se ei ole toimiva vaihtoehto kaikille asiakkaille. Koettiin, että Maisa-viestit ovat hyvä kommunikaatio alusta asiakkaille, joilla on hyvät digitaidot. Koettiin, että on asiakkaita, joilla ei ole pankkitunnuksia tai eivät muuten käytä Maisa palvelua ja he jäävät silloin eriarvoiseen asemaan.

Koulutus ei kyllä muuta tuota Apottia muuksi. Siinä ei auta koulutus, kun se ongelma on, että se Apotti toimii niin kuin se toimii. (2#)

Mehän emme saaneet, kun yhden päivän koulutusta...mä olin ihan pihalla. Se [Apotin käyttöönotto], lähti jo tosiaan niin väärille jäljille heti alussa siitä koulutuksesta...Siitä [lisäkoulutuksesta], ei ole hyötyä, tämä on tällainen ohjelma, tällainen hirveän hankala tähän meidän avopuollemme kyllä. (7#)

Maisan kautta se kommunikaatio mun mielestäni toimii tällaiselle työsäkävälle ura ihmiselle, joka naputtelee konetta päivät pitkät, mutta kaikille muille se ei välttämättä toimi. (1#)

Terveysasemilla olevan **takaisinsoittojärjestelmän** koettiin olevan haaste. Puhelut ohjautuvat väärin. Koettiin että iso osa puheluista olevan muuta kuin hoidon tarpeen arviota, esimerkiksi muiden palvelujen yhteystietojen antamista. Puhelut ohjautuvat väärin ja tämä lisää turhaa kysyntää. Koettiin myös, että kiireellisiä puheluita hukkuu väärälle linjalle ja täten vastaaminen viivästyy. Tämä koettiin johtuvan pitkälti monimutkaisesta ja pitkästä palveluvalikosta, jonka perusteella asiakaan tulisi valita oikea puhelinlinja.

Onhan sitten aika semmoinen pitkä se nauha missä ohjeistetaan yhtä sun toista ja sitten he ei jaksaa varmaan sitä kuunnella ja painaa vaan sitten kiireelliseksi sen valinnan. (5#)

Kyllähän me varmaan, minä ja monet muutkin, etsitään niitä labranumeroita ja etsitään ties mitä tietoa potilaalle. Paljon potilaat soittavat muistakin asioista. (4#)

Terveysasemalla hoitajat kohtaavat puhelimesta **laajan asiakaskunnan**. Puhelimesta kohdatut asiakkaat, jotka ovat laajalta ikäjakaumalta. Asiakkailta on ongelmia ja vaivoja usealta eri lääketieteellisen erikoisalun alueelta. On myös moniongelmaisia asiakkaita, jotka tarvitsevat palveluita myös muilta palveluntuottajilta. Tämä tuo haasteen puhelimesta tehtävään hoidon tarpeen arvioon.

Siellä kysytään kaikennäköistä siellä puhelimesta ja se on haastavaa ja vaiva voi olla ihan mitä tahansa, se on haastavaa. (8#)

Sieltä tulee niitä, että on monta ongelmaa ja on monta asiaa, jotka pitäisi sen yhden saman puhelun aikana yrittää järjestää ja eri tahoille saada sitä potilasta eteenpäin. Niin puhelut ovat pitkiä ja raskaita usein. (3#)

Heitä on aika paljon, jotka tarvitsisivat lisäksi jotain muutakin, kun vaan terveydenhuoltoa ja se on varmaan semmoinen kuormittava tekijä. (9#)

Hoidon tarpeen arvioon tekemiseen koettiin tuovan lisää haastetta se, että usein asiakkaan hoito on jakautunut usealla eri palveluntarjoajalle. Terveysasemien asiakkaiden hoito on jakautunut usean eri ammattihenkilölle ja asiakkaita hoidetaan eri toimipisteissä läpi hyvinvointialueen ja erikoissairaanhoidossa.

Sitten kun tässä on se, että nämä ei ole pelkästään terveysaseman potilaita. Ne on monesti ollut erikoissairaanhoidossa ja sieltä annettu tietyt ohjeet. Sitten selvittää, että kuka tekee ja kuka tätä säätää. (4#)

Potilasta hoidetaan, vaikka eri paikoissa, on sisätautien poliklinikka, erikoissairaanhoido ja sitten on meidän terveysasema. Ja on vielä jalkahoitaja ja kotihoitoa ynnä muuta, sitten mitä mistäkin on ohjattu tekemään (#8)

Asiakkaan hoidon kokonaiskuvan hahmottaminen on vaikeaa. Eri toimijoiden hoitosuunnitelma on usein vaikea tai mahdoton löytää. Potilaiden saamia hoito-ohjeita ei ole kirjattu selkeästi ja eri toimijoiden työnjako jää ajoittain epäselväksi.

6 Pohdinta

6.1 Tulosten tarkastelu

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli kuvata perusterveydenhuollossa terveysasemalla työskentelevien hoitajien (n=9) kokemuksia tekijöistä, jotka vaikuttavat hoitajien

puhelimitse tekemään hoidon tarpeen arvioon. Tulosten perusteella havaittiin puhelimitse tehtävän hoidon tarpeen arvion tekemistä tukevia tekijöitä ja siinä kohdattuja haasteita.

Puhelimitse tehtävä hoidon tarpeen arvio on olennainen osa terveysasemalla tehtävää hoitotyötä. Puhelin on asiakkaiden pääasiallinen yhteydenottokanava ja puhelimitse tehtävässä hoidon tarpeen arviolla on merkittävä rooli, jotta asiakas saa tarvitsemansa hoidon oikeaan aikaan. Tulosten perusteella hoidon tarpeen arvion rooli on korostunut ja iso osa hoitajien työajasta on tällä hetkellä puhelimesta tehtävää työtä. Moniammatillinen yhteistyö, työkokemus ja ammattiosaaminen tukevat puhelimesta tehtävään hoidon tarpeen arviota. Kommunikaatioon liittyvät ongelmat, puutteelliset resurssit ja asiakkaan odotuksiin vastaaminen ovat puhelimitse tehtävässä hoidon tarpeen arviossa koettuja haasteita. Tietojärjestelmän koettiin olevan sekä hoidon tarpeen arviota tukeva tekijä, että haaste.

Opinnäytetyön tulokset olivat hyvin samankaltaisia aikaisempien aiheesta tehtyjen kansainvälisten tutkimusten tulosten kanssa. Puhelimitse tehtävässä hoidon tarpeen arviossa hoitajien kohtaavat haasteet ja hoidon tarpeena arviota tukevat tekijät ovat samankaltaisia myös Suomen rajojen ulkopuolella. (Berntsson ym 2022; Gustafsson & Eriksson 2020; Eriksson ym. 2019; Lindberg ym. 2021; Urpo ym. 2021). Opinnäytetyön tulokset merkittäviä, koska ne osoittavat, että hoitajien puhelimitse tehtävässä hoidon tarpeen arviossa kohdatut haasteet johtuvat paljolti ulkoisista tekijöistä, joihin vastaamiseen hoitajat tarvitsevat terveydenhuollon organisaation ja esihenkilöiden tukea.

Moniammatillinen yhteistyö on olennainen puhelimitse tehtävää hoidon tarpeen arviota tukeva tekijä. Eri ammattiryhmien konsultoinnin mahdollisuudella on tärkeä osa hoidon tarpeen arvion onnistumisessa ja se antaa hoitajille varmuutta ja tarkkuutta hoidon tarpeen arvion tekemiseen. Hoitajan on tärkeä tunnistaa milloin oma osaaminen ei riitä ja on syytä konsultoida. Varsinkin lääkärin konsultaation välitön mahdollisuus on ensisijaisen tärkeää. Lääkärin konsultaation mahdollisuuden tärkeys korostuu tilanteissa, jossa hoitaja on epävarma päätöksestään tai hoitajalla ei ole mahdollista varata tarvittavaa vastaanottoaikaa, vastaanottoaikojen puutteen vuoksi. Hoitaja kollegoiden kanssa tehty yhteistyö ja konsultaation mahdollisuus on tekijä, joka tukee ja helpottaa päätöksentekoa. Hoitaja kollegoiden matalan kynnyksen konsultointimahdollisuus vähentää stressiä ja yksilön tunnetta. Muiden ammattiryhmien, kuten fysioterapeutin, farmaseutin ja mielenterveys- ja päihdetyön sairaanhoitajan helppo ja nopea matalan kynnyksen konsultaatiomahdollisuus parantaa hoidon tarpeen arvion tekemisen tarkkuutta. Myös aiemmin tehdyissä tutkimuksissa, konsultaatiomahdollisuus on todettu olevan hoidon tarpeen

arvion tekemistä tukeva tekijä (Berntsson ym. 2022; Gustafsson & Eriksson 2020; Eriksson ym. 2019).

Hyvällä ja avoimella työilmapiirillä ja **työyhteisön tuella** on merkittävä positiivinen vaikutus puhelimitse tehtävään hoidon tarpeen arvion tekemiseen ja työssä jaksamiseen. Työilmapiirin ollessa hyvä, on helppo konsultoida kollegoita ja varsinkin puhelimesta kohdattujen henkisesti vaikeiden tilanteiden jälkipuinti kollegoiden kanssa on tärkeä debriefing muoto. Lähiesihenkilöiltä ymmärrys haasteista, joita hoitajat kohtaavat puhelimitse tehtävässä hoidon tarpeen arvioissa ja kannustava asenne tukee hoitajia ja työssä jaksamista. Myös aiemmissa tutkimuksissa on todettu, että positiivinen ja kannustava työilmapiiri on olennainen puhelimitse tehtävää hoidon tarpeen arvion tekemistä tukeva tekijä, joka vähentää stressiä, ennaltaehkäisee työuupumuksen kokemusta ja edesauttaa työn mielekkyyden ja motivaation säilymistä (Berntsson ym. 2022; Gustafsson & Eriksson 2020; Kaminsky ym. 2020; Kevin ym. 2022; Lehtonen ym. 2023:12; Sun ym. 2017). Organisaation asettamat tiukat rajoitukset puhelun kestolle on todettu aiheuttavan riittämättömyyden tunnetta, stressiä ja pelkoa siitä, että jotain jää kysymättä (Berntsson ym. 2022; Eriksson ym. 2019).

Puhelimitse tehtävää hoidon tarpeen arviota tukee laaja-alainen **ammattiosaaminen ja kokemus** terveysasematyöstä. Asiakkaiden vaivat ja ongelmat ovat monelta lääketieteen alueelta ja asiakkaat laajalta ikäjakaumalta. Laaja ammattiosaaminen ja työkokemus auttaa tulkitsemaan asiakkaan kuvaamia oireita, arvioimaan soittajan vointia ja tuo päätöksentekoon varmuutta. Näin on todettu myös aiemmissa tutkimuksissa (Berntsson ym. 2022; Gustafsson & Eriksson 2020; Eriksson ym. 2019; Urpo ym. 2022; Kaminsky ym. 2020). Ammattiosaamisen ylläpitäminen on tärkeää. Siihen tarvitaan esihenkilön tukea, jotta koulutusta on tarjolla toivotuista aiheista ja että koulutukseen resursoidaan riittävästi aikaa. Hoidon tarpeen arviota tukevaa koulutusta on lääketieteellisen osaamisen tukeminen osa-alueilta, joita kohdataan eniten perusterveydenhuollossa. Kommunikaatio taitoihin kohdistuva koulutus myös parantaa puhelimitse tehdyn hoidon tarpeen arvion laatua. Aikaisemmissa tutkimuksissa on todettu, hoidon tarpeen arvion tekeminen laadukkaasti vaatii jatkuvaa lisäkoulutautumista ja osaamisen täydentämistä. (Brasseur ym. 2019; Gustafsson & Eriksson 2020; Graversen ym. 2020; Lindberg ym. 2021; Haraldseide ym. 2020; Njeru ym. 2017). Puhelimesta työskentelevät hoitajat hyötysivät erityisesti lisäkoulutuksesta perusterveydenhuollon palveluita eniten käyttävien asiakasryhmien erityispiirteisiin, jotta he voivat oikein tukea näitä käyttäjäjoukkoja puhelimesta (Haraldseide ym. 2020). Mahdollisuus ammatilliseen koulutukseen ja oppimiseen on aikaisemmissa tutkimuksissa todettu olevan perusterveydenhuollossa työskenteleville hoitajille voimakas sisäinen työhön motivoiva tekijä (Halldorsdottir ym. 2018).

Aikaisemmissa tutkimuksissa on todettu, että tietämys voimassa olevista hoitosuosituksista helpottavat hoitajien hoidon tarpeen arvion tekoa ja päätöksen teon prosessia (Lindberg ym. 2021). On tärkeää osata etsiä hoidon tarpeen arviota tukevaa tietoa eri tietolähteistä. Haastateltavat kertoivat käyttävänsä hoidonperusteet.fi palvelua satunnaisesti, varsinkin asiakkaalle esitettyjen kysymysten valinnassa. Hoitajat luottivat usein aiempaan kokemukseen hoidon kiireellisyyden arvioissa. Kansainvälisissä tutkimuksissa korostui hoidon kiireellisyyden arvioissa käytössä olevat algoritmit ja niiden luotettavuus. Aikaisemmissa tutkimuksissa todettiin algoritmin systemaattisen käytön tukevan ja yhtenäistävän puhelimitse tehtävää hoidon tarpeen arviota. (Brasseur ym 2019; Graversen ym 2020; Erkelens 2020; Kaboli 2021; Wouters ym. 2020). Hoidonperusteet.fi palvelun systemaattinen käyttö hoidon kiireellisyyden arvion tukena yhtenäistäisi hoidon kiireellisyyden laatua ja yhdenvertaisuutta.

Vuorovaikutukseen ja kommunikaatioon liittyvät tekijät sekä tukevat, että asettavat haasteita puhelimitse tehtävään hoidon tarpeen arvioissa. Puhelimesta hoitaja rakentaa mielikuvan asiakkaasta ja hänen oireistaan ja siihen perustuen tekee hoidon tarpeen arvion. Puhelimesta kokonaiskuvan rakentaminen on haastavampaa, kuin silloin kun asiakas kohdataan kasvotusten. Tilanteessa, jossa asiakas selkeästi ja todenmukaisesti kuvaa oireensa hoidon tarpeen arvio puhelimitse on sujuvaa. Kuitenkin usein kommunikaatio asettaa haasteita. Asiakkaat eivät vastaa esitettyihin kysymyksiin tai kertovat ja kuvailevat oireitaan epämääräisesti, usein puutteellisesti ja aliarvioiden tai liioitellen oireitaan. Asiakkaan kertovat epäoleellisia asioita, asiakkaan kertomus saattaa poiketa aiheesta, yhteydenoton syy jää epäselväksi ja aiheuttaa hoitajissa huolta, että jos jotain jää huomioimatta. Samoja kommunikaation haasteita on todettu aikaisemmissa tutkimuksissa (Berntsson ym. 2022; Gustaffson & Eriksson 2020; Eriksson ym. 2019; Lindberg ym. 2021).

Haastavissa vuorovaikutus tilanteissa hoitajien kommunikaatiotaidot nousevat tärkeään rooliin, jotta päästään onnistuneeseen hoidon tarpeen arvioon. Kommunikaatio taitoihin kohdistuva koulutus voi auttaa hoitajia oireiden liioittelun ja aliarvioinnin tunnistamisessa ja parantaa puhelimitse tehtävän hoidon tarpeen arvion tarkkuutta (Lindber ym. 2021). Taito rajata keskustelua siten, että asiakas pysyy aiheessa ja kertoo kaiken hoidon tarpeen arvion tekoon tarvittavat tiedon, on olennaista. Hoitajan tulee osata asettaa kysymänsä kysymykset siten, että hän saa asiakkaan vastauksista tarkan kuvan asiakkaan ongelmasta Myös keskustelusta tulee osata poimia olennaiset asiat, jotka vaikuttavat hoidon tarpeen arvion muodostumiseen. Hoitajan tulee osata kuunnella asiakasta ja antaa asiakkaalle mahdollisuus kertoa tilanteestaan. Samoja, puhelimitse tehtävän hoidon

tarpeen arvion tekoon tarvittavia kommunikaatiotaitoja on tunnistettu myös aikaisemmissa tutkimuksissa (Berntsson ym 2022; Gustafsson & Eriksson 2020; Lindberg ym. 2021; Urpo ym. 2020)

Suuri, haaste puhelimen kautta käytävässä kommunikaatiossa on yhteisen kielen puute. Jos asiakaan kanssa ei ole yhteistä kieltä ja se tekee hoidon tarpeen arvion tekemisen vaikeaksi, jopa mahdottomaksi. Yhteisen kielen puuttumisen aiheuttama haaste puhelimitse tehtävässä hoidon tarpeen arviossa on todettu myös aikaisemmissa tutkimuksissa (Eriksson ym. 2019; Njeru ym. 2017; Lindberg ym. 2021). Tulkkipalvelun käyttö puhelimesta on mahdollista, mutta vie aikaa. Tulkkipalvelun tulisi olla nopeasti saatavissa ja siihen tulisi saada käyttökoulutusta, jotta hoitajat voisivat sujuvasti hyödyntää tulkkipalvelua puhelimesta. Yhteisen ymmärryksen puuttumisen vuoksi asiakas saatetaan ohjata vastaanotolle herkemmin kasvotusten tapahtuvaa arviota varten. Tämä todettu myös aiemmissa tutkimuksissa, kuten Berntsson ym. (2022) ja Njeru ym. (2017) totesivat.

Kuten aiemmissa tutkimuksissa on todettu, yksi suurimmista haasteista puhelimitse tehtävässä hoidon tarpeen arviossa on **resurssien puute** (Berntsson ym. 2022; Gustafsson & Eriksson 2020; Heidet ym. 2019). Asiakkaat ottavat pääasiassa yhteyttä puhelimen välityksellä. Puheluita on paljon ja puheluihin vastaamiseen osoitettu resurssi ei pysty vastaamaan kysyntään ja puheluita kertyy jonoksi. Puheluiden rinnalla on myös muita sähköisiä palvelukanavia, jotka lisäävät henkilökuntaan kohdistuvaa työmäärää. Puheluiden suuresta määrästä johtuva jatkuva paine aiheuttaa stressiä ja väsymystä. Kuten aikaisemmissa tutkimuksissa on todettu, puhelujen suuri määrä ja soittamisen kireä tahti saattaa johtaa kognitiivisten kykyjen heikkenemiseen ja pelko virheiden mahdollisuudesta voi lisääntyä (Berntsson ym. 2022; Eriksson ym. 2019; Erkelens ym. 2022; Gustafsson ym. 2020; Heidet ym. 2019). Vastaanottoaikojen puute vaikeuttaa tehdyn hoidon tarpeen arvion toteuttamista. Puheluiden kestot venyvät, koska joudutaan etsimään vaihtoehtoisia ratkaisuja. Se, että hoitaja ei organisaation resurssien puutteen vuoksi pysty vastaamaan asiakkaan palvelun tarpeeseen voi aiheuttaa pettymyksen ja riittämättömyyden ja ahdistuksen tunteita (Eriksson ym. 2019).

Asiakkaan ottaessa yhteyttä heillä on **ennakko-odotus** siitä mitä he odottavat hoidon etenevän. Kuitenkin hoitajan tekemä hoidon tarpeen arvio saattaa erota tästä ennakko-odotuksesta aiheuttaen asiakkaalle pettymyksen ja tyytymättömyyttä (Eriksson ym. 2019; Lindberg ym. 2021). Pettymystä aiheuttaa usein se, että asiakas ei hoidon tarpeen arvion perustella tarvitse toivomaansa lääkärin vastaanottoa. Lääkärin vastaanoton korvautuminen puhelinhaastattelulla voi aiheuttaa asiakkaassa tyytymättömyyttä ja hoitajien

täytyy perustella asiakkaalle hoidon tarpeen arvion tulos, mikä vie aikaa. Samanlaisia haasteita on tunnistettu aikaisemmissa tutkimuksissa (Leibowitz ym. 2003; Lindberg ym. 2021; Storhaug ym. 2017; Urpo ym. 2020).

Myös hoidon kiireellisyyden arvioissa ammattilaisen ja asiakkaan käsitys saattaa olla erilainen. Asiakkaan käsitys siitä, miten nopeasti hoito tulisi järjestää eroaa usein hoitajan tekemästä kiireellisyyden arviosta. Näin on todettu myös aiemmissa tutkimuksissa (Kaminsky ym 2020; Lindberg ym 2021). Asiakkaiden tulisi ymmärtää puhelimitse tehtävän hoidon tarpeen arvion rooli nykyisessä järjestelmässä. Hoitaja tekee puhelimesta esitettyjen kysymysten ja keskustelun pohjalta hoidon tarpeen arvion, ja asiakkaan hoito etenee tehdyn arvion perusteella. Tätä ymmärrystä voitaisiin parantaa tehostamalla tiedotusta hoidon tarpeen arvion merkityksestä (Storhaug ym. 2017). Antamalla asiakkaalle riittävästi tietoa ja ohjeistusta, jotta asiakas ymmärtää terveydentilansa ja oireensa voidaan vähentää takaisinsoittoja ja edesauttaa sitä, että asiakas noudattaa annettuja hoito-ohjeista (Gustafsson & Eriksson 2020). Asiakkaan ymmärrystä parantamalla voidaan vähentää negatiivista reaktiota siihen, että asiakkaan ennako-odotukset puhelinkontaktista eivät toteutuneet (Urpo ym. 2020).

Hoitajat kohtaavat puhelimesta asiakkaiden taholta verbaalisesti aggressiivista, epäasiallista käytöstä. Asiakkaiden epäasiallinen käytös on henkisesti raskasta ja kuorimittavaa (Eriksson ym. 2019). Jos henkilö joutuu usein verbaalisen aggression kohteeksi, se saattaa heijastua huonona työsuorituksena, työ tyytymättömyytenä, työuupumuksena ja poissaoloina (Spencer ym. 2022). Epäasiallinen käytös liittyy siihen, että asiakkaan ennako-odotuksiin hoitoon pääsystä ei voida vastata. Puhelimesta kohdattujen hankalien tilanteiden ja asiakkaan epäasiallisen käytös vaikuttaa hoitajan mielialaan vielä seuraavienkin puhelujen aikana, vaikuttaen vuorovaikutuksen laatuun negatiivisesti. Samanlaisia tuloksia saivat myös Spencer ym. (2022) ja Eriksson ym (2019). Yhteisesti sovitut käytännöt kuinka toimitaan, jos asiakkaan käytös on epäasiallista, tukee ja auttaa hoitajia näissä hankaisesti raskaissa tilanteissa. Vuorovaikutukseen vaikuttaa positiivisesti asiakailta puhelun aikana saatu positiivinen palaute. Saatu positiivinen palaute tuo työssä onnistumisen tunteen. Saadun positiivisen palaute motivoi puhelintyöhön ja on merkittävä tekijä työssä jaksamisessa.

On tärkeää, että hoitajilla, jota tekevät puhelimitse hoidon tarpeen arviota on toimivat työvälineet ja rauhallinen työympäristö. Sama löydös on ollut myös aikaisemmissa tutkimuksissa (Gustafsson & Eriksson 2020). Hyvin toimivat vastamelukkuulokkeet ja säädettävät työpöydät tukevat työergonomiaa. Etätönn mahdollisuus antaa hoitajille mahdollisuuden rauhalliseen työympäristöön, josta puuttuu avotoimiston keskeytykset ja

häiriötekijät. Apotti- **tietojärjestelmä** ominaisuudet, kuten rakenteinen kirjaaminen ja Smart Phrasen käyttö, tukee ja nopeuttaa hoidon tarpeen arvion tekemistä ja edesauttavan hoidon tarpeen arvion ja sen kirjaamisen tasalaatuisuutta. Yhteisesti sovittujen fraasien käyttö sekä, yhteisesti sovitut kirjaamiskäytännöt helpottavat ja nopeuttaa hoidon tarpeen arvion tekemistä. Apotti-tietojärjestelmän käytön haaste on aikaisempien käyntitekstien löytäminen ja asiakaan hoidon kokonaiskuvan hahmottaminen. Asiakkaita hoidetaan useissa eri toimipisteissä ja eri palvelutarjoajien toimesta ja työnjaon ja hoitosuunnitelman löytäminen on Apotti-tietojärjestelmässä haasteellista. Hoitosuunnitelman nopea löytyminen ja, että sen johdonmukainen ja selkeä kirjaaminen on hoidon tarpeen arviota nopeuttava tekijä. Jos potilasasiakirjoista ei löydy helposti asiakkaan taustatietoja ja hoitosuunnitelmaa se voi aiheuttaa epävarmuutta ja turhautumista (Eriksson ym. 2019). Apotti tietojärjestelmän käytävyys vaatii vielä kehittämistä, jotta se optimaalisesti tukisi hoidon tarpeen arvion tekemistä. Apotin Maisa-asiakasportaalin viestejä käytetään asiakkaan kanssa kommunikointiin muun muassa jatkohoitosuunnitelmasta. Maisa -asiakasportaalin käyttö toimii Digita taitoisten asiakkaiden kanssa. Maisa-asiakasportaalia ei voi käyttää asiakkaan kanssa kommunikointiin, jos asiakkaalla ei ole digitaitoja Maisa-asiakasportaalin käyttöön tai mobiilipankki tunnuksia. Tämä tulee huomioida, suunniteltaessa asiakkaan kanssa viestitään esimerkiksi jatkohoidosta.

6.2 Eettisyys ja tietosuojaja

Opinnäytetyön aineiston hankinnassa, käyttämisessä, säilyttämisessä ja suojaamisessa noudatettiin hyvää tieteellistä käytäntöä (TENK 2023:11). Tieteellinen tutkimus on suoritettava hyvän tieteellisen käytännön edellyttämällä tavalla koko sen elinkaaren ajan, jotta se olisi eettisesti luotettava ja tutkimus tulokset olisivat uskottavia. (TENK 2012:6.)

Ennen tutkimuksen aloittamista huolehdittiin, että tarvittavat luvat ja suostumukset olivat asianmukaisesti kunnossa (TENK 2023:14). Opinnäytetyö sai tutkimusluvan tutkimukseen osallistuvilta organisaatioilta. Eettisen toimikunnan lupaa ei tutkimuksen luonteen vuoksi tarvittu (TENK 2019:16). Kaikki tutkimukseen osallistuneet henkilöt olivat täysi-ikäisiä. Osallistuminen tutkimukseen oli tutkittaville vapaaehtoista. Opinnäytetyön tekijä lähetti tiedotteen tutkimuksesta ja suostumuksen tutkimukseen osallistumisesta (ks. liite 3) sekä haastattelurungon (ks. liite 2) kohdeorganisaation nimeämälle yhteyshenkilölle, välitettäväksi tutkimukseen osallistuville. Tiedotteessa, kerrottiin tutkimuksen sisällöstä, tavoitteista, käytännön toteutuksesta, henkilötietojen käsittelystä, tutkimuk-

seen osallistumisen vapaaehtoisuudesta, suostumuksen peruuttamisen mahdollisuudesta ja osallistumisen mahdollisista haitoista. Tiedote tutkimuksesta sisälsi tietosuojaselonteen ja rekisterinpitäjän vastuu. (Aineistonhallinnan käsikirja: Informointi henkilötietojen käsittelystä.) Kohdeorganisaation nimeämä yhteyshenkilö lähetti, harkinnanvaraisella otoksella, pyynnön osallistua haastattelututkimukseen. Kaikki tutkimuksen kohteen toimittivat opinnäytetyön tekijälle allekirjoitetun osallistumissuostumuksen, joko postin välityksellä, sähköisesti tai antoivat lomakkeen haastattelutilanteessa, jolla he ilmaisivat tietoon perustuvan suostumuksen (TENK 2019: 8). Suostumuslomakkeet säilytettiin huolellisesti eikä ulkopuolisilla henkilöillä ollut niihin pääsyä.

Opinnäytetyössä käsiteltiin henkilötietoja. Henkilötietojen käsittelyn peruste tässä opinnäytetyössä on tutkittavan suostumus. Henkilötietojen kerääminen oli minimoitu, eikä henkilötietoja kerätty tarpeettomasti tai varmuuden vuoksi (Euroopan parlamentin ja neuvoston asetus 2016/679). Opinnäytetyön tekijälle jäi tutkittavan sähköpostiosoite, haastattelusta syntyvä äänitallenne ja haastateltavilta kerätyt suostumuslomakkeet, jossa oli henkilön nimikirjoitus ja nimenselvennys. Opinnäytetyössä ei raportoitu suoria tunnistetietoja (Aineistonhallinnan käsikirja: Informointi henkilötietojen käsittelystä.)

Haastattelut suoritettiin yksilö haastatteluina. Haastatteluista nauhoitettiin vain ääni. Haastattelut nauhoitettiin nimettöminä ja koodattiin numeroilla, jotka eivät noudattaneet haastattelujen järjestystä (Kylmä & Juvakka 2012). Numeroa, jonka avulla yksittäisen tutkittavan tiedot voitiin tunnistaa, säilytti tutkija, eikä tietoja annettu tutkimuksen ulkopuolisille henkilöille (Graneheim & Lundman 2004). Haastatteluista viisi suoritettiin etäyhteydellä Funet Miitti (Zoom)- videoneuvottelupalvelun avulla. Zoom- videoneuvottelupalvelu tallensi nauhoitteen opinnäytetyön tekijän tietokoneelle, joka on suojattu salasanalla. Opinnäytetyön tekijä sitten siirsi äänitallenteet Metropolian Z-asemalle, jossa ne olivat käyttäjätunnuksen ja salasanan takana. Kaksi haastattelua jouduttiin tekemään etäyhteydellä Teams:in välityksellä. Kaksi haastateltavaa eivät onnistuneet aukaisemaan Zoom- yhteyttä työpaikan tietokoneelta. Ääni toistettiin kaiuttimen kautta ja nauhoitettiin haastattelijan henkilökohtaisen puhelimen ääninauhurilla, joka on salasanasuojattu. Teamsin kautta tehdessä haastattelija oli suljetussa huoneessa, jossa ei ollut muita ihmisiä paikalle. Kaksi haastattelua tehtiin kasvotusten. Nämä haastattelut nauhoitettiin salasana suojatulla ääninauhurilla. Haastateltavat antoivat suostumuksen ääninauhurin käyttöön.

Haastattelut litteroitiin asiakirjamuotoon ja haastattelut numeroitiin. Numeroinnin perusteella ulkopuolinen ei pysty tunnistamaan haastateltavaa henkilöä. Kuitenkin opinnäytetyön tekijän oli mahdollista palata alkuperäisiin vastauksiin analyysiprosessin aikana

(Elo ym. 2022; Graneheim & Lundman 2004). Litteroinnin yhteydessä poistettiin täytesanat (tota, niiku), toistot, yksittäiset äännähdykset ja murre ilmaiset, josta haastateltavan olisi voinut tunnistaa (Aineistonhallinnan käsikirja: Kvalitatiivisen datan käsittely). Opinnäytetyön tuloksien raportoinnin yhteydessä käytettiin alkuperäisiä ilmauksia, mutta yksittäistä henkilöä ei voinut tunnistaa käytetyistä lainauksista (Elo ym. 2022; Graneheim & Lundman 2004).

Henkilötietoja sisältävä aineisto säilytettiin opinnäytetyön toteuttamisen ajan aina opinnäytetyön valmistumiseen ja opiskelijan siitä arvosanan saamiseen asti. Henkilötiedot hävitetään välittömästi opinnäytetyön julkaisemisen jälkeen (Säilytyksen rajoittaminen 2022). Rekisterinpitäjä, opinnäytetyön tekijä, kantoi vastuun aineiston keräämisestä, säilyttämisestä ja avaamisesta koko opinnäytetyö prosessin ajan. (Aineistonhallinnan käsikirja: Aineistonhallinnan suunnittelu.) Opinnäytetyö tarkistettiin Turnitin Originality Check –plagiaatintunnistusjärjestelmässä ennen, kun se lähetettiin tarkastajille arvoiteltavaksi. Tällä varmistetaan, että työssä ei ole käytetty luvattonta lainaamista ja työ on opinnäytetyön tekijän tuotosta (TENK 2023: 12).

6.3 Luotettavuus

Opinnäytetyön luotettavuutta on pyritty arvioimaan koko opinnäytetyön prosessin ajan luotettavuuskriteerien, uskottavuuden, vahvistettavuuden ja siirrettävyyden avulla. Pyrin kuvaamaan kaikki tutkimuksen vaiheet huolellisesti ja todenmukaisesti. Näin pyrin lisäämään tutkimuksen uskottavuutta, vahvistettavuutta ja siirrettävyyttä. (Graneheim & Lundman 2004; Kylmä & Juvakka 2012: 129.) Uskottavuudella tarkoitetaan tulosten uskottavuutta ja sitä että tutkimustulokset vastaavat tutkimukseen osallistuneiden käsityksiä tutkittavasta aiheesta. Tämä on pyritty osoittamaan huolellisella kirjauksella ja käyttämällä suoria lainauksia (Graneheim & Lundman 2004; Kylmä & Juvakka 2007: 128.) Vahvistettavuus on pyritty osoittamaan koko tutkimusprosessin ajan, siten että lukija voi seurata prosessin kulkua ja näkemään miten kerätty materiaali on kuvattu ja luokiteltu. (Hirsjärvi & Hurme 2011:168; Kylmä & Juvakka 2007: 129; Tuomi & Sarajärvi 2002: 137). Antamalla tietoa tutkimuksen kohteesta ja tutkimuksen taustasta voidaan arvioida tutkimuksen siirrettävyyttä (Graneheim & Lundman 2004; Kylmä & Juvakka 2007: 129; Tuomi & Sarajärvi 2002: 137).

Tutkimuksen luotettavuutta lisäsi se, että tutkimuksen osana tehtiin kirjallisuuskatsaus tutkittavaan aiheeseen. Kirjallisuuskatsaukseen valitut artikkelin vastasivat tutkimus kysymyksiin. Kirjallisuuskatsauksen tekeminen lisäsi ja syvensi opinnäytetyön tekijän tie-

tämystä tutkimuksen aiheesta (Kylmä & Juvakka 2007: 129). Teemahaastattelun rungon teemat nousivat tehdyn kirjallisuuskatsauksen tuloksista. Aineistohaussa kiinnitettiin huomiota aineiston ikään ja tietolähteen luotettavuuteen. Kirjallisuushaussa käytettiin luotettavia CINAHL-, PubMed-, ja ProQuest tietokantoja. Aineistohaussa käytettiin sekä ulkomaalaisia, että suomalaisia artikkeleita. Suurin osa artikkeleista oli englanninkielisiä ja käännösprosessissa on saattanut syntyä tulkintaa. Marraskuussa 2022 ja tammikuussa 2023 suoritettiin vielä tiedonhaun uudestaan, koska alkuperäisestä tiedonhausta oli yli puoli vuotta. Uudessa haussa löydettiin kaksi uutta artikkelia, jotka liittyivät tutkimusaiheeseen.

Kohderyhmäksi valittiin henkilöitä, joilla oli omakohtaista kokemusta tutkittavasta ilmiöstä (Graneheim & Lundman 2004; Kylmä & Juvakka 2012: 131). Haastatteluun osallistui yhdeksän (n=9) perusterveydenhuollossa työskentelevää hoitajaa, joiden työhön kuuluu puhelimesta tehtävä hoidontarpeen arvio. Tämä opinnäytetyön otos oli melko pieni ja keskittyi neljälle terveysasemalle, yhdellä hyvinvointialueella, joten se voi vaikuttaa tulosten siirrettävyyteen. Yhdeksän haastattelun jälkeen aineistossa voitiin todeta saturoitumista. Tämän voidaan esittää parantavan aineiston luotettavuutta (Kanste ym. 2022). Haastateltavien ryhmä oli heterogeeninen. He olivat laajalta ikähaarukalta ja heillä oli vaihtelevan pituinen työkokemus terveysasematyöstä (Graneheim & Lundman 2004.). Haastateltaville lähetettiin haastattelun teemat etukäteen tutustuttavaksi, jotta he pystyivät etukäteen miettimään aihetta ja näkemyksiään teemoista.

Ennen haastatteluiden aloittamista tehtiin esihaastattelu haastatteleamalla tutkimuksen ulkopuolista hoitajaa, joka työssään tekee puhelimesta hoidon tarpeen arviota. Tämän tarkoituksena oli harjoitella haastattelun tekemistä ja testata teemahaastattelun kysymyksiä. Esihaastattelun jälkeen tehtiin pieniä korjauksia haastattelukysymysten järjestykseen. (Hirsjärvi & Hurme 2004.)

Haastatteluista tapahtui kaksi kasvotusten ja seitsemän etäyhteydellä. Etäyhteydellä tapahtuneissa haastatteluissa haastateltavat eivät pitäneet kameraa auki. Tämä saattoi parantaa mahdollisesti haastateltavien avoimesti puhumista, mutta jätti ilmeiden ja eleiden tulkinnan analyysin ulkopuolelle. Haastattelun luottavuutta paransi, se että keskustelu oli haastattelutilanteessa vapaata ja sujuvaa. Haastateltavat kertoivat omakohtaisista kokemuksista puhelimitse tehtävästä hoidon tarpeen arviosta. Haastattelujen nauhoitus onnistui teknisesti hyvin. Äänitallenne oli helppo kirjoittaa tekstimuotoon eli litte-

roida. Selkeä ja hyvä äänen laatu vähensi aukikirjoituksen virhetulkintojen mahdollisuutta. Opinnäytetyön tekijä kirjoitti haastattelut auki tekstimuotoon itse. Litteroinnin jälkeen tarkistettiin, että teksti vastasi alkuperäistä nauhoitusta (Kylmä & Juvakka 2012).

Analyysimenetelmänä käytettiin aineistolähtöistä eli induktiivista sisällönanalyysiä, jossa sisältöä kuvaavat luokat ohjautuivat aineistosta käsin (Graneheim & Lundman 2004; Kylmä & Juvakka 2012; Elo & Kyngäs 2008). Analyysin yksikkönä käytettiin lausetta tai lauseen osaa, jonka koin olevan tarpeeksi suppea, jotta sille ei muodostuisi monia merkityksiä, eikä liian suppea, joka voisi johtaa aineiston pirstoutumiseen (Graneheim & Lundman 2004; Kanste ym 2022). Apuna analyysissä käytettiin tutkimuskysymyksiä, joihin analyysissä haettiin vastauksia (Kylmä & Juvakka 2012: 113). Analyysin eteneminen kuvattiin tarkasti. Luokitteluprosessin etenemistä kuvattiin taulukoiden avulla. Tällä pyrittiin osoittamaan lukijalle, että analyysin tulokset ovat saavutettu analyysin perusteella eivätkä ole opinnäytetyön tekijän tulkintaa. (Elo ym. 2022; Graneheim & Lundman 2004.) Sisällön analyysissä kuvattiin kaksi luokkatasoa. Tämä osoitti aineiston abstrahoinnin riittävyyden (Kanste ym. 2022). Tulosten raportoinnissa käytettiin autenttisia lainauksia, joiden avulla voin osoittaa tulosten yhteyden alkuperäiseen aineistoon. Lainauksia valitessa varmistettiin, että yksittäistä haastateltavaa ei pysty lainauksesta tunnistamaan ja että lainaus vastaa tutkimuskysymyksiin. Alkuperäisten lainausten käyttö lisää tutkimuksen luotettavuutta ja vahvistaa tulkinnan uskottavuutta. (Elo ym. 2022; Kanste ym. 2022 Kylmä & Juvakka 2012.) Suoria lainauksia käytettiin kaikista haastatelluista ja suoria lainauksia esitettiin jokaisesta pääluokasta (Kanste ym. 2022). Pohdinnassa verrattiin saavutettuja tuloksia aikaisempiin tutkimustuloksiin. Näistä löytyi yhtäläisyyttä ja voitiin katsoa, että tehty tulkinta on saanut vahvistuksen. (Elo ym. 2022.)

7 Johtopäätökset

Opinnäytetyön tulokset olivat hyvin samankaltaisia aikaisempien aiheesta tehtyjen tutkimusten tulosten kanssa. Tulokset ovat kuitenkin merkittäviä, koska ne osoittavat, että puhelimitse tehtävää hoidon tarpeen arviota tekevät hoitajat kohtaavat työssään paljon ulkoisista tekijöitä johtuvia haasteita, joihin vastaamiseen hoitajat tarvitsevat terveydenhuollon organisaation ja esihenkilöiden tukea.

Opinnäytetyön tuloksia voidaan hyödyntää puhelimitse tehtävän hoitotyön kehittämisessä, henkilökunnan koulutusten suunnittelussa ja organisaation tarjoaman tuen ja re-

surssien kohdistamisessa. Etsimällä keinoja vastata puhelimitse tehtävässä hoidon tarpeen arvioissa kohdattuihin haasteisiin ja vahvistamalla hoidon tarpeena arvion tekoa tukevia tekijöitä voidaan tukea hoitajia, jotka tekevät tätä monitahoista ja vaativaa työtä sekä parantaa hoidon tarpeen arvion tarkkuutta ja laatua. Laadukas hoidon tarpeen arvio takaa asiakkaalle oikea-aikaista hoitoa, oikeassa paikassa terveydenhuollon resursseja tarkoituksen mukaisesti hyödyntäen. Onnistuneen hoidon tarpeen arvion rooli korostuu entisestään kiristyvän hoitotakuun myötä. Hoitajien työssä jaksaminen ja työhyvinvointi ovat organisaation pitovoima tekijöitä.

Kansainvälisissä tutkimuksissa hoidon tarpeen arvioissa päätöksenteon tukena käytettävien algoritmien käytön hyötyjä puhelimitse tehtävässä hoidon tarpeena arvioissa tulisi tutkia myös suomalaisessa hoitotyössä.

Lähteet

Aineistohallinnan käsikirja. Tampere: Yhteiskuntatieteellinen tietoaarkisto.

<<https://www.fsd.tuni.fi/fi/palvelut/aineistohallinta/>>. Viitattu 16.3.2023.

Arene ry. Ammattikorkeakoulujen rehtorineuvosto 2020. Ammattikorkeakoulujen opinnäytetöiden eettiset suositukset. <<https://www.arene.fi/wp-content/uploads/Raportit/2020/AMMATTIKORKEAKOULUJEN%20OPINNÄYTETÖIDEN%20EETTISET%20SUOSITUKSET%202020.pdf?t=1578480382>>. Viitattu 8.5.2022.

Berntsson, Karin & Eliasson, Maria & Beckman, Linda 2022. Patient safety when receiving telephone advice in primary care – a Swedish qualitative interview study. BMC Nursing 21 (24).

Brasseur, Edmund & Servotte, Jean-Christophe & Donneaud, Anne-Francoise & Stipulantee, Samuel & d’Orioa, Vincent & Alexandre Ghuysena 2019. Triage for out-of-hours primary care calls: a reliability study of a new French-language algorithm, the SALOMON rule. Scandinavian Journal of primary health care 37 (2). 227–232.

DigiFinland. Hoidonperusteet.fi. <<https://digifinland.fi/toimintamme/hoidonperusteet-fi/>>. Viitattu 14.3.2023.

Duodecim. Tuotteet ja palvelut Terveysportti. <<https://www.duodecim.fi/tuotteet-ja-palvelut/terveysportti/>>. Viitattu 14.3.2023.

Elliott, Megan & Jones, Sian & Johnson, Chris 2020. What are the benefits of nurse-led triage in primary care?. Primary Health Care London 30 (3). 28–34.

Elo, Satu & Tohmola, Anniina & Kajula, Outi & Kääriäinen, Maria 2022. Laadullisen sisällönanalyysin vaiheet ja eteneminen. Hoitotiede 34 (4). 215–225.

Euroopan parlamentin ja neuvoston asetus (EU) 2016/679. Annettu 27.4.2016.

<<https://eur-lex.europa.eu/legal-content/FI/TXT/?uri=celex%3A32016R0679>>. Viitattu 3.5.2022.

Eriksson, Irene & Ek, Kristina & Jansson, Sofie & Sjöström, Ulrika & Larsson, Margaretha 2019. To feel emotional concern: A qualitative interview study to explore telephone nurses' experiences of difficult calls. *NursingOpen* 6 (3). 842–848.

Erkelens, Carmen & Rutten, Frans & Wouters, Louis & de Groot, Esther & Damoiseaux, Roger & Hoes, Arno & Zwart, Dorien 2022. Missed acute coronary syndrome during telephone triage at out-of-hours primary care: lessons from a case-control study. *Journal of Patient Safety* 18 (1). 40–45.

Erkelens, Daphne & van Charldorp, Tessa & Vinck, Vera & Wouters, Loes & Damoiseaux, Roger & Rutten, Frans & Zwart, Dorien & de Groot, Esther 2021. Interactional implications of either/or-questions during telephone triage of callers with chest discomfort in out-of-hours primary care: A conversation analysis. *Patient Education and Counseling* 104 (2). 308–314.

Erkelens, Daphne & Rutten, Frans & Wouters, Loes & Dolmans, Servaas & de Groot, Esther & Damoiseaux, Roger & Zwart, Dorien 2020. Accuracy of telephone triage in patients suspected of transient ischaemic attack or stroke: a cross-sectional study *BMC Family Practice* 21 (256).

Erkelens, Daphne & Rutten, Frans & Wouters, Loes & de Groot, Esther & Damoiseaux, Roger & Hoes, Arno & Zwart, Dorien 2020. Limited reliability of experts' assessment of telephone triage in primary care patients with chest discomfort. *Journal of Clinical Epidemiology* 127. 117–124.

Field, Anne & Morse, Janice 2002. *Nursing research. The application of qualitative approaches*. Second edition. United Kingdom: Nelson Thornes Ltd.

Giesen P & Mokkink H & Hensing M & van den Bosch W & Grol R. 2008. Rude or aggressive patient behavior during out-of-hours GP care: challenges in communication with patients. *Patient Education & Counseling* 73 (2). 205–208.

Graneheim U & Lundman B. 2004. Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education today* 24 (2). 105–112.

Graversen D & Christensen M & Pedersen A & Carlsen A & Bro F & Christensen H & Vestergaard C & Huibers L. 2020. Safety, efficiency, and health-related quality of telephone triage conducted by general practitioners, nurses, or physicians in out-of-hours primary care: a quasi-experimental study using the Assessment of Quality in Telephone Triage (AQTT) to assess audio-recorded telephone calls. *BMC Family Practice* 21 (84). <<https://bmcpimcare.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12875-020-01122-z>>. Viitattu 9.10.2022.

Graversen, Dennis & Huibers, Linda & Christensen, Morten & Bro, Flemming & Christensen, Helle & Vestergaard, Claus & Pedersen, Anette 2020. Communication quality in telephone triage conducted by general practitioners, nurses, or physicians: a quasi-experimental study using the AQTT to assess audio-recorded telephone calls to out-of-hours primary care in Denmark. *BMJ Open* 10 (3). <<https://bmjopen.bmj.com/content/bmjopen/10/3/e033528.full.pdf>>. Viitattu 4.5. 2022.

Guest, Greg & Bunce, Arwen & Johnson, Laura. 2006. How many interviews are enough? An experiment with data and saturation and variability. *Saga Journals* (18)1. <<https://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/1525822X05279903?journalCode=fmxd>>. Viitattu 2.5.2022.

Gustafsson, Silje & Eriksson, Irene 2020. Quality indicators in telephone nursing – An integrative review. *Nursing Open* 8. 1301–1313. <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8046143/>>. Viitattu 2.5.2022.

Günther, Kirsi & Hasanen, Kirsi & Juhila, Kirsi 2021. Analyysi ja tulkinta. Laadullisen tutkimuksen verkkokäsikirja. Tampere: Yhteiskuntatieteellinen tietoaarkisto. <<https://www.fsd.tuni.fi/fi/palvelut/menetelmaopetus/kvali/analyysitavan-valinta-ja-yleiset-analyysitavat/analyysi-ja-tulkinta/>>. Viitattu 19.4.2022.

Haldorsdottir, Sigridur & Einarsdottir, Emilia & Edvardsson, Ingi Runar 2018. Effects of cutbacks on motivating factors among nurses in primary health care. *Scand J Caring Sci* 32 (1). 397–406.

Hallituksen esitys eduskunnalle laiksi terveydenhuoltolain muuttamisesta ja siihen liittyviksi laeiksi HE 74/2022.

<<https://www.finlex.fi/fi/esitykset/he/2022/20220074#idm45053757596768>>. Viitattu 19.12.2022.

Haraldseide, Lisa Marie & Sortland, Linn & Hunskaar, Steinar & Morken, Tone 2020. Contact characteristics and factors associated with the degree of urgency among older people in emergency primary health care: a cross-sectional study. BMC Health Services Research 20 (345). <<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32321500/>>. Viitattu 20.2.2023.

Heidet, M & Canoui-Poitaine, M & Revaux, F & Perennou, T & Bertin, M & Binetruy, C & Palazzi, J & Tapiero, E & Nguyen, M & Reuter, P-G & Lecarpentier, E & Vaux, J & Marty, J. 2019. Factors affecting medical file documentation during telephone triage at an emergency call centre: a cross-sectional study of out-of-hours home visits by general practitioners in France. BMC Health Services Research 19 (531). <<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31362748/>>. Viitattu 20.2.2023.

Heikkinen, Päivi & Pällynaho, Niina 2019. Laadukas hoidon tarpeen arviointi puhelimessa. Oulu: Oulun ammattikorkeakoulu.

Hirsjärvi, Sirkka & Hurme, Helena 2000. Tutkimushaastattelu. Teemahaastattelun teoria ja käytäntö. Helsinki: Yliopistopaino.

Hoitotakuun tiukentaminen 2023. Sosiaali- ja terveysministeriö. <<https://stm.fi/hoitotakuu/ukk>>. Viitattu 3.4.2023.

Huibers L & Keizer E & Giesen P & Grol R & Wensing M. 2012. Nurse telephone triage: good quality associated with appropriate decisions. Family Practice 29 (5). 547–552. <<https://academic.oup.com/fampra/article/29/5/547/554425?login=true>>. Viitattu 24.1.2022.

Hyvärinen, Matti & Suoninen, Eero & Vuori, Jaana 2021. Haastattelut. Laadullisen tutkimuksen verkkokäsikirja. Tampere: Yhteiskuntatieteellinen tietoarkisto. <<https://www.fsd.tuni.fi/fi/palvelut/menetelmaopetus/kvali/laadullisen-tutkimuksen-aineistot/haastattelut/>>. Viitattu 1.4.2022.

Hämäläinen, Tapani & Auero, Marja-Liisa & Mähkä, MeriTuuli 2023. perusterveydenhuollon hoitotakuu tiukkenee kahteen viikkoon syyskuussa 2023. Sosiaali- ja terveysministeriö. <<https://stm.fi/-/perusterveydenhuollon-hoitotakuu-tiukkenee-kahteen-viikkoon-syyskuussa-2023->>. Viitattu 16.3.2023.

Jansen, Tessa & Hek, Karin & Schellevis, François & Kunst, Anton & Verheij, Robert 2021. Income-related differences in out-of-hours primary care telephone triage using national registration data. *Emergency Medicine Journal* 38 (6). 460–466.

Jokelin, Elisa & Joro, Raimo & Myyry, Riitta & Ahvalo, Riitta & Ahonen, Katja & Koponen, Anssi & Malinen, Jussi & Autio, Anne & Korte, Henna & Pere, Kaisa & Mustonen, Erja & Torkki, Paulus 2022. Siun soten tiimimalli paransi hoitoon pääsyä. *Suomen Lääkärilehti*. <<https://www.laakarilehti.fi/tieteessa/alkuperaistutkimukset/siun-soten-tiimimalli-paransi-hoitoon-paasya/>>. Viitattu 16.3.2023.

Kaboli, Peter & Augustine, Matthew & Rose, Danielle & Chawla, Neetu & Bouchard, Maria & Hebert, Pauls 2021. Call Center Remote Triage by Nurse Practitioners Was Associated with Fewer Subsequent Face-to-Face Healthcare Visits. *Journal of General Internal Medicine* 36 (8). 2315–2322.

Kallinen, Timo & Kinnunen, Taina 2021. Laadullisen tutkimuksen verkkokäsikirja. Tampere: Yhteiskuntatieteellinen tietoarkisto. <<https://www.fsd.tuni.fi/fi/palvelut/menetelmaopetus/>>. Viitattu 16.3.2023.

Kaminsky, Elenor & Edvardsson Aurin, Ingrid & Hedin, Katarina & Andersson, Lisbet & André, Malin 2020. Registered nurses' views on telephone nursing for patients with respiratory tract infections in primary healthcare – a qualitative interview study. *BMC Nursing* 19 (65). <<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32684839/>>. Viitattu 2.2.2023.

Kettunen, Jaana. 2021. Fenomenografia. Laadullisen tutkimuksen verkkokäsikirja. Tampere: Yhteiskuntatieteellinen tietoarkisto. <<https://www.fsd.tuni.fi/fi/palvelut/menetelmaopetus/kvali/teoreettis-metodologiset-viitekehukset/fenomenografia/>>. Viitattu 19.4.2022.

Kuntaliitto 2022. Hoitotakuun tiukentamisen voimaantumista on siirrettävä.

<<https://www.kuntaliitto.fi/ajankohtaista/2022/hoitotakuun-tiukentamisen-voimaantumista-siirrettava>>. Viitattu 16.4.2023.

Kyngäs, Helvi & Elo, Satu & Pölkki, Tarja & Kääriäinen, Maria & Kanste, Outi 2011. Sisällönanalyysi suomalaisessa hoitotieteellisessä tutkimuksessa. *Hoitotiede* 23 (2). 138–148.

Kylmä, Jari & Juvakka, Tarja 2012. *Laadullinen terveystutkimus*. 1-2 painos. Helsinki: Edita Publishing Oy.

Lake, Rebecca & Georgiou, Andrew & Li, Julia & Li, Ling & Robinson, Maureen & Westbrook, Johanna 2017. The quality, safety and governance of telephone triage and advice services – an overview of evidence from systematic reviews. *BMC Health Service Research* 17 (614). <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5577663/>>. Viitattu 24.1.2022.

Laki terveydenhuollon ammattihenkilöstä 559/1994. Annettu Helsingissä 28.6.1994. <<https://finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1994/19940559>>. Viitattu 25.1.2022.

Lehtonen, O & Saarni, S & Kinnunen, J & Kinnunen, M. 2023. *Johtaminen hyvinvointialueella: Miten ratkaista henkilöstöpula?* Helsinki: Alma Talent

Leibowitz, Ruth & Day, Susan & Dunt, David 2003. A systematic review of the effect of different models of after-hours primary medical care services on clinical outcome, medical workload, and patient and GP satisfaction. *Family Practice* 20 (3). 311–317.

Lindberg, Bent & Rebnordb, Ingrid & Høyey, Sigurd 2021. Phone triage nurses' assessment of respiratory tract infections – the tightrope walk between gatekeeping and service providing. A qualitative study. *Scandinavian Journal of Primary Health care* 39 (2). 139–147.

McLean, Susanna & Sheikh, Azis & Cresswell, Kathrin & Nurmatov, Mukherjee & Hemmi, Akiko & Pagliari, Claudia 2013. The impact of Telehealthcare on the quality and safety of care: a systematic overview. *PLoS One*. <<https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0071238>>. Viitattu 4.5.2022.

Metsämuuronen, Jari. 2006. Tutkimuksen tekemisen perusteet ihmistieteessä. Jyväskylä: Gummerus kirjapaino.

Njeru, Jane & Damodaran, Swathi & North, Frederick & Jacobson, Debra & Wilson, Patrick & St Sauver, Jennifer & Bretkopf, Carmen & and Wieland, Mark 2017. Telephone triage utilization among patients with limited English proficiency. BMC Health Services Research 17 (706). <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5679138/pdf/12913_2017_Article_2651.pdf>. Viitattu 2.5.2022.

Noble, Helen & Smith, Joanna 2015. Issues of validity and reliability in qualitative research. Evidence Based Nursing 18 (2). <<https://ebn.bmj.com/content/ebnurs/18/2/34.full.pdf>>. Viitattu 4.5.2022

Page MJ & McKenzie JE & Bossuyt PM & Boutron I & Hoffmann TC & Mulrow CD. 2021. The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews. BMJ 372 (71). <<http://www.prisma-statement.org/>>. Viitattu 4.5.2022

Salminen, Ari. 2019. Mikä kirjallisuuskatsaus? Johdatus kirjallisuuskatsauksen tyyppeihin ja hallintotieteellisiin sovelluksiin. Vaasan yliopiston julkaisuja. Vaasan yliopisto. <https://www.uwasa.fi/materiaali/pdf/isbn_978-952-476-349-3.pdf>. Viitattu 12.12.2022

Saukkonen, Sanna-Mari & Ålander, Anne 2021. Hoidon tarpeen arviointi- nykytilan selvitys. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (6). 1–30. <https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/142812/Hoidon%20tarpeen%20arviointi_nykytilan%20selvitys%20julkaisu.pdf?sequence=1&isAllowed=y>. Viitattu 25.1.2022.

Soininen, Leena. 2019. Päivystysapu 116117-kiireellistä hoidon tarpeen arviota ennalta määritellyin kriteerein. Lääketieteellinen aikakauskirja Duodecim. 135 (3). 227–8. <<https://www.duodecimlehti.fi/duo14768>>. Viitattu 25.1.2022.

Sosiaali- ja terveystieteet. Sosiaali- ja terveysministeriö. 1.17.2023. <<https://stm.fi/terveyskeskukset>>. Viitattu 26.3.2023.

Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskuksen julkaisu 2020:3. Tulevaisuuden sosiaali- ja terveyskeskus 2020–2022 Ohjelma ja hankeopas. <https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/162004/STM_2020_3_j.pdf?sequence=1&isAllowed=y>. Viitattu 5.6.2022.

Sote- uudistus. Sosiaali- ja terveydenhuollon sekä pelastustoimen uudistus. Uudistus lyhyesti. <<https://soteuudistus.fi/uudistus-lyhyesti->>. Viitattu 5.6.2022.

Søvsø, Morten & Christensen, Morten & Bech, Bodil & Christensen, Helle & Christensen, Erika & Huibers, Linda 2019. Contacting out-of-hours primary care of emergency medical services for time-critical conditions - impact on patient outcomes. BMC Health Services Research 19 (813). <<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31699103/>>. Viitattu 2.3.2022.

Spencer, Cara & Musenero, Rachel & Fouse, June 2022. Prevalence and Determinants of Violence in Ambulatory Care via the Telephone. American Academy of Ambulatory Care Nursing AAACN Viewpoint. 44 (2). 3–8.

Stacey D & Noorani H & Fisher A & Robinson J & Joyce J & Pong R. 2003. Telephone triage services: a systematic review and a survey of Canadian call center programs (technology report No. 43). Ottawa. Canadian Coordinating Office for Health Technology Assessment.

Storhaug, Hilde & Mead, Sara & Steinsbekk, Aslak 2017. A qualitative study of employees' opinions on establishing a generic call-centre. BMC Family Practice 18 (90). <<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29041908/>>. Viitattu 2.3.2022.

Sun, J & Hua-Yu, L & Ping-Zhen, Z & Hui-Hui, C. 2017. Predictors of occupational burnout among nurses: a dominance analysis of job stressors. Journal of Clinical Nursing 26. 4286–4292.

Syrjä, Vesa & Parviainen, Laura & Niemi, Anu 2019. Terveystieteiden avosairaanhoidon järjestelyt 2019. Vastaanotto toiminnan käytännöt. Tutkimuksesta tiiviisti. Terveyden- ja Hyvinvoinninlaitos. <https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/139274/URN_ISBN_978-952-343-475-2.pdf?sequence=1>. Viitattu 8.5.2022.

Säilytyksen rajoittaminen. Tietosuojavaltuutetun toimisto. Päivitetty 16.3.2022. <<https://tietosuoja.fi/sailytyksen-rajoittaminen>>. Viitattu 24.3.2023

Tarkiainen, Kaisa & Kaakinen, Pirjo & Kyngäs, Helvi & Kääriäinen, Maria 2012. Kvasi-kokeellinen tutkimus puhelinneuvonnan laadusta päivystyksessä. *Hoitotiede* 24 (2). 98–113.

Terveystieteiden laiti 1326/2010. Annettu Helsingissä 31.12.2010. <<https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2010/20101326>>. Viitattu 25.1.2022

TENK. 2019. Ihmiseen kohdistuvan tutkimuksen eettiset periaatteet ja ihmistieteiden eettinen ennakoarviointi Suomessa. Tutkimuseettisen neuvottelukunnan ohje 2019. Helsinki. <https://tenk.fi/sites/default/files/2021-01/Ihmistieteiden_eettisen_ennakoarvioinnin_ohje_2020.pdf>. Viitattu 11.5.2022.

TENK. 2013. Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausepäilyjen käsitteleminen Suomessa. Tutkimuseettisen neuvottelukunnan ohje 2012. Helsinki. <https://tenk.fi/sites/tenk.fi/files/HTK_ohje_2012.pdf>. Viitattu 29.3.2022.

THL. 2022. Näin toimii tulevaisuuden sote-keskus. Sote-uudistus Tulevaisuuden sosiaali- ja terveyskeskus. Tulevaisuuden sosiaali- ja terveyskeskus -ohjeita 2020–2023. THL Toukokuu 2022. <https://thl.fi/documents/10531/728888/2022_infopaketti_tulevaisuuden_sote.pdf/15743768-e3fc-add7-980a-230d99c0520a?t=1653641338310>. Viitattu 6.6.2022.

Tietosuojalaki 1050/2018. Annettu Helsingissä 5.12.2018. <<https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2018/20181050>>. Viitattu 6.6.2022.

Thierrin, Chloe & Augsburger, Aurelie & Dami, Fabrice & Monney, Christophe & Staeger, Philippe & Clair, Carole 2021. Impact of a telephone triage service for non-critical emergencies in Switzerland: A cross-sectional study. *PLoS ONE* 16 (4). <<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33798216/>>. Viitattu 14.5.2022.

Tietosuoja. Tietosuojavaltuutetun toimisto. Päivitetty 16.3.2022. <<https://tietosuoja.fi/tietosuoja>>. Viitattu 14.5.2022.

Tuomi, Jouni & Sarajärvi, Anneli 2002. Laadullinen tutkimus ja sisällön analyysi. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.

Ure, Andrew 2022. Investigating the effectiveness of virtual treatment via telephone triage in a New Zealand general practice. *Journal of Primary Health Care* 14 (1). 21–28.

Urpo, Marja & Åstedt-Kurki, Päivi & Raassina, Jaana & Palonen, Mira 2020. Asiakkaiden kokemuksia puhelinneuvonnan toteutumisesta perusterveydenhuollossa – kirjallisuuskatsaus. *Hoitotiede* 32 (2). 110–121.

Valtioneuvoston asetus hoitoon pääsyn toteuttamisesta ja alueellisesta yhteistyöstä 1019/2004. Annettu Helsingissä 25.11.2004. <<https://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2004/20041019>>. Viitattu 2.4.2022

Valvira. Hoidon tarpeen arviointi. Hoidon tarpeen arviointi. Sosiaali- ja terveydenhuollon lupa- ja valvonta viranomaisen. Päivitetty 26.10.2017. <https://www.valvira.fi/terveydenhuolto/hyva-ammattinharjoittaminen/hoidon_tarpeen_arviointi>. Viitattu 25.1.2022.

Vasileiou, Konstantina & Barnett, Julie & Thorpe, Susan & Young Terry 2018. Characterizing and justifying sample size sufficiency in interview-based studies: systematic analysis of qualitative health research over a 15-year period. *BMC Medical Research Methodology* 18 (148). <<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30463515/>>. Viitattu 25.4.2022.

Vilstrup, Emil & Graversen, Schou & Huibers, Linda & Christensen, Morten & Pedersen, Anette 2019. Communicative characteristics of general practitioner-led and nurse-led telephone triage at two Danish out-of-hours services: an observational study of 200 recorded calls. *BMJ Open* 9. <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6596995/pdf/bmjopen-2018-028434.pdf>>. Viitattu 25.4.2022.

Vitale, Rebecca & Smith, Samantha & Doolittle, Benjamin 2019. Improving patient satisfaction through improved telephone triage in a primary care practice. *Family Medicine and Community Health* 7 (4). 1–5. Viitattu 25.4.2022.

Vuori, Jaana 2021. Laadullinen sisällönanalyysi. Laadullisen tutkimuksen verkkokäsikirja. Tampere: Yhteiskuntatieteellinen tietoaarkisto. <<https://www.fsd.tuni.fi/fi/palvelut/menetelmaopetus/kvali/analyysitavan-valinta-ja-yleiset-analyysitavat/laadullinen-sisallonanalyysi/>>. Viitattu 19.4.2022.

Wouters L & Rutten F & Erkelens D & De Groot E & Damoiseaux R & Zwart D 2020. Accuracy of telephone triage in primary care patients with chest discomfort: a cross-sectional study. Open Heart 7 (2). <<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32958556/>>. Viitattu 25.4.2022.

Liite 1: Kirjallisuuskatsausartikkelit puhelimitse tehtävästä hoidon tarpeen arviosta

Artikkelin tekijät, julkaisuvuosi, artikkelin nimi, julkaisutiedot	Tutkimuksen tarkoitus	Tutkimusmenetelmä	Päätulokset
1. Berntsson, Karin & Eliasson, Maria & Beckman, Linda 2022. Patient safety when receiving telephone advice in primary care – a Swedish qualitative interview study. BMC Nursing 21 (24).	Selvittää hoitajien kokemuksia potilasturvallisuudesta, kun annetaan hoito-ohjeista puhelimitse (Ruotsi)	Laadullinen haastattelututkimus	Kommunikaation laatu on tärkeä osa potilasturvallisuutta. On tärkeää, että hoitaja ymmärtää potilaan ongelman, että ei tule väärinymmärryksiä. Hoitajan ammattiosaaminen oli tärkeää. Stressi ja varattavien aikojen vähyys heikensi kommunikaation laatua.
2. Brasseur, Edmund & Servotte, Jean-Christophe & Donneaud, Anne-Francoise & Stipulantee, Samuel & d’Orioa, Vincent & Alexandre Ghuyena 2019. Triage for out-of-hours primary care calls: a reliability study of a new French-language algorithm, the SALOMON rule. Scandinavian Journal of primary health care 37 (2). 227–232	Selvittää SALOMON hoidon tarpeen arviota ohjaavan algoritmin tarkkuutta (Belgia)	Kvantitatiivinen tutkimus	Potilaan vaikeus kuvailla oireitaan ja kommunikaation vaikeudet tekevät puhelimesta tehtävästä hoidontarpeen arviosta haasteellisen ja riski hoidon kiireellisyyden ali- tai yliarviointiin kasvaa. Lisäkoulutus lääketieteelliseen osaamiseen, kommunikaatiotaitoihin ja hoidon tarpeen arvion tekemiseen lisäävät hoidon tarpeen arvion tarkkuutta. SALOMON algoritmi oli tutkimuksen mukaan tarkkuudeltaan hyvä- Potilaan aivan yli tai aliarvioinen, oli algoritmia käytettäessä todella harvinaista.
3. Elliott, Megan & Jones, Sian & Johnson, Chris 2020. What are the benefits of nurse-led triage in primary care?. Primary Health Care London 30 (3): 28–34	Selvittää vaikuttaako hoitajavetoinen hoidontarpeen arvio yleislääkärin aikojen käyttöön perusterveydenhuollossa. (UK)	Poikkileikkaustutkimus	Hoitajien tekemä hoidontarpeen arvio vähentää turhaa lääkäreiden käyttöä ohjaamalla potilaat suoraan oikea-aikaiseen hoitoon ja oikeaan paikkaan. Se paransi myös hoidon jatkuvuutta
4. Eriksson, Irene & Ek, Kristina & Jansson, Sofie & Sjöström, Ulrika & Larsson, Margaretha 2019. To feel emotional concern: A qualitative interview study to explore telephone nurses’ experiences of difficult calls. NursingOpen 6 (3). 842–848	Kuvailla puhelimesta työkentelevien hoitajien kokemuksia vaikeista puheluuksista	Laadullinen haastattelu tutkimus	Vaikeat puhelut herättävät tunteita kuten riittämättömyys ja epävarmuus, jotka voidaan kuvata henkiseksi jännitykseksi. Vaikeiden puheluiden herättämät tunteet jäivät pyörimään hoitajien mieliin ja jättivät syvän jäljen.

Artikkelin tekijät, julkaisuvuosi, artikkelin nimi, julkaisutiedot	Tutkimuksen tarkoitus	Tutkimusmenetelmä	Päätulokset
5. Erkelens, D & van Charldorp, T & Vinck, V & Wouters, L & Damoiseaux, R & Rutten, F & Zwart, D & de Groot, E. 2021. Interactional implications of either/or-questions during telephone triage of callers with chest discomfort in out-of-hours primary care: A conversation analysis. Patient Education and Counseling 104 (2). 308–314.	Selvittää joko-tai kysymysten vaikutusta kommunikatioon puhelimessa tehtävässä hoidon tarpeen arvioissa perusterveydenhuollossa. (Hollanti)	Laadullinen sisällönanalyysi	Puhelimessa tehtävässä hoidon tarpeen arvioissa syntyy kommunikaatioon ongelmia, jos potilaalle esitetyt kysymykset ovat huonosti muodostettuja tai jos potilaalla on vaikeuksia ilmaista itseään. Jos kysymykset ovat liian pitkiä tai liian moniosaisia potilaan on vaikea vastata niihin. Mitä lyhyempi kysymys sen vähemmän syntyy epäselviä ja epätäydellisiä vastauksia.
6. Erkelens, D & Rutten, F & Wouters, L & Dolmans, S & de Groot, E & Damoiseaux, R & Zwart, D. 2020. Accuracy of telephone triage in patients suspected of transient ischaemic attack or stroke: a cross-sectional study BMC Family Practice 21 (256).	Arvioida Hollannin puhelimessa tehtävän hoidon kiireellisyyden arvioon työkalun tarkkuutta akuutin neurologisen oireen arvioinnissa. (Hollanti)	Poikkileikkaustutkimus	Hollannissa käytössä olevan hoidon kiireellisyyden arviota tukeva työkalu oli tarkkuudeltaan huono ja potilasturvallisuuden suhteen keskinkertainen aivohalvauksen tunnistamisessa. Hoitajien tekemä hoidontarpeen arvio oli tarkempi ilman päätöksentekotuen työkalua
7. Erkelens, C & Rutten, F & Wouters, L & de Groot, E & Damoiseaux, R & Hoes, A & Zwart, D. 2022. Missed acute coronary syndrome during telephone triage at out-of-hours primary care: lessons from a case-control study. Journal of Patient Safety 18 (1). 40–45.	Tarkoitus oli vertailla rintakipuisten potilaan hoidon tarpeen arvioita, kun akuuttia sepelvaltimotautikohtausta ei tunnistettu ja puheluita, joissa akuuttia sepelvaltimotautikohtausta tunnistettiin (Hollanti)	Retrospektiivinen, tapausverrokki tutkimus	Puhelut, joissa akuuttia sepelvaltimokohtausta ei tunnistettiin potilailla, oli käytössä vähemmän sydänlääkitystä ja useammin konsultoitui lääkäriä. Puhelut olivat monimutkaisempia. Puheluissa, jossa akuuttia kohtausta ei tunnistettu hoidontarpeen arvio arvioitiin usein huonoksi ja ei turvalliseksi. Hoidon tarpeen arvioon saattaa vaikuttaa rauhaton työympäristö, kiire, hoidon tarpeen arvioon käytettävä aikaraja, väsymys, stressi, kielimuuri, kysymysten asettelun muoto

Artikkelin tekijät, julkaisuvuosi, artikkelin nimi, julkaisutiedot	Tutkimuksen tarkoitus	Tutkimusmenetelmä	Päätulokset
8. Gustafsson, S & Eriksson, I. 2020. Quality indicators in telephone nursing – An integrative review. Nursing Open 8 (3).	Selvittää mitkä asiat vaikuttavat puhelimesta tehtävään hoitotyön laatuun.	Kirjallisuuskatsaus	Puhelimesta tehtävään hoitotyön laatuun katsottiin vaikuttavat palvelun tavoitettavuus ja käytön helppous, hyvät työolosuhteet (stressi, pitkät jonot, aikarajat, rauhaton ympäristö vaikuttivat negatiivisesti). Erikoisosaaminen ja koulutus, resurssit: tarpeeksi vapaita aikoja, hyvät kommunikaatiotaidot (hoitaja pystyy tekemään hoidontarpeen arvion näkemättä potilasta, vaikka potilas ei osaisi kuvailla oireitaan. Ja hoitajan tulee varmistaa, että asiakas on ymmärtänyt ohjeistuksen, oikea kysymysten asettelu), asiakaslähtöisyys (hoitaja on puhelimesta ystävällinen, rauhallinen ja osaava), ammatillinen osaaminen, oikea hoidon tarpeen arvio ja oikea aikainen hoito, tehokkuus (potilaan ohjaus oikea-aikaiseen hoitoon ja tehokas resurssien hyödyntäminen) ja asiakastyytyväisyys.
9. Graversen, D & Christensen, M & Pedersen, A & Carlsen, A & Bro, F & Christensen, H & Vestergaard, C & Huibers, L. 2020. Safety, efficiency, and health-related quality of telephone triage conducted by general practitioners, nurses, or physicians in out-of-hours primary care: a quasi-experimental study using the Assessment of Quality in Telephone Triage (AQT) to assess audio-recorded telephone calls. BMC Family Practice (21) 84.	Vertailla ja tutkia yleislääkäreiden, hoitajien ja erikoislääkäreiden tekemää hoidon tarpeen arvion turvallisuutta, tehokkuutta ja laatua perusterveydenhuollossa (Tanska)	Kokeellinen poikkileikkaustutkimus	Hoitajien tekemä hoidontarpeen arvio, päätöksen tekoa tukevan työkalun avulla, oli parempi kuin yleislääkärin tekemä usealla osaluueella. Osa-alueet olivat potilaan tunnistaminen, terveysongelman tunnistaminen. Hoitajien tekemässä hoidon tarpeen arvioissa oli vähemmän liian alhaisen hoidon kiireellisyysluokan arviointia, mutta enemmän liian kiireisen hoidon tarpeen arviota kuin yleislääkäreiden tekemässä hoidon tarpeen arvioissa. Erikoislääkäreiden tekemän hoidon tarpeen arvion katsottiin olevan vähemmän tehokasta ja vähemmän turvallista.
10. Graversen, D & Huibers, L & Christensen, M & Bro, F & Christensen, H & Vestergaard, C & Pedersen, A. 2020. Communication quality in telephone triage conducted by general practitioners, nurses, or physicians: a quasi-experimental study using the AQT to assess audio-recorded telephone calls to out-of-hours primary care in Denmark. BMJ Open 10.	Vertailla yleislääkäreiden, hoitajien ja erikoislääkäreiden kommunikaation laatua puhelimesta tehtävässä hoidon tarpeen arvioissa. (Tanska)	Kokeellinen poikkileikkaustutkimus.	N 20 % puheluista katsottiin olevan huono kommunikaation laatu. (Esim. keskustelun rakenne, kysymysten asettelu, keskustelun yhteenveto, potilaan kokemukseen huomion kiinnittäminen). Kommunikaation laatu oli parempi hoitajien tekemässä hoidon tarpeen arvioissa verrattuna lääkäreiden. Hoitajien tekemät puhelut olivat pidempiä ja vähemmän tehokkaita. Kommunikaation laadulla on merkitystä, kun pyritään välttämään hoidon tarpeen arvion yli- tai aliarviointia. Kommunikaation laatuun tulee kiinnittää huomiota henkilökunnan kouluttamisessa

Artikkelin tekijät, julkaisuvuosi, artikkelin nimi, julkaisutiedot	Tutkimuksen tarkoitus	Tutkimusmenetelmä	Päätulokset
11. Haraldseide, L & Sortland, L & Hunskaar, S & Morken, T. 2020. Contact characteristics and factors associated with the degree of urgency among older people in emergency primary health care: a cross-sectional study. BMC Health Services Research 20 (345).	Tutkija vanhusten yhteydenottoja terveydenhuoltoon ja hoidon kiireellisyyteen (Norja)	Poikkileikkaustutkimus	Puhelinyhteydenotot perusterveydenhuoltoon lisääntyvät potilaan vanhetessa. Myös puolesta-asiointi, sukulaisen tai hoitohenkilökunnan, yleistä. Yhteydenoton syy usein epämääräinen, useita asioita. Puhelimessa työskentelevät hoitajat hyötyisivät lisäkoulutuksesta geriatriisiin ongelmiin, jotta he voivat oikein tukea tätä suurta käyttäjäjoukkoa puhelimessa
12. Heidet, M & Canoui-Poitaine, M & Revaux, F & Perennou, T & Bertin, M & Binetruy, C & Palazzi, J & Tapiero, E & Nguyen, M & Reuter, P-G & Lecarpentier, E & Vaux, J & Marty, J. 2019. Factors affecting medical file documentation during telephone triage at an emergency call center: a cross-sectional study of out-of-hours home visits by general practitioners in France. BMC Health Services Research 19 (531).	Arvioida puhelimessa tehtävän hoidontarpeen arvion potilastietojärjestelmään kirjauksen tasoa ja analysoida tekijöitä, jotka vaikuttivat kirjauksen tasoon (Ranska)	Poikkileikkaustutkimus	Heikkoon kirjauksen tasoon vaikutti työn määrä, jos puhelu on pitkä, vain pääasiat kirjataan potilaskertomukseen.
13. Jansen, T & Hek, K & Schellevis, F & Kunst, A & Verheij, R. 2021. Income-related differences in out-of-hours primary care telephone triage using national registration data. Emergency Medicine Journal 38 (6) 460–466	Tutkija vaikuttaako potilaan tulotaso potilaan kuvailemiin oireisiin, kiireellisyyden luokitukseen tai jatkohoitosuunnitelmaan perusterveydenhuollon puhelimessa tehtävässä hoidontarpeen arvioissa (Hollanti)	Retrospektiivinen poikkileikkaustutkimus	Tulotasolla ei ollut vaikutusta hoidon kiireellisyysluokan arvioissa. Alemmat sosioekonomisen luokan potilaiden yleisin syy yhteydenotolle oli hengenahdistus ja ylempään sosioekonomisessa luokassa trauma. Potilaan ollessa alemmalla sosioekonomisella luokalla, kirjattiin vähemmän oireita hoidon tarpeen arvion yhteydessä ja heille annettiin useammin kotihoito-ohjeita verrattuna ylempään sosioekonomiseen luokkaan. Tämän katsottiin johtuvan siitä, että oireet, joiden takia otettiin yhteyttä olevan lievempiä, myös oireiden kuvailussa katsottiin olevan ongelmia alemmassa sosioekonomisessa luokassa, esim. kielimuuri, alempi koulutustaso.

Artikkelin tekijät, julkaisuvuosi, artikkelin nimi, julkaisutiedot	Tutkimuksen tarkoitus	Tutkimusmenetelmä	Päätulokset
14. Lindberg, B & Rebnordb, I & Høyea, S. 2021. Phone triage nurses' assessment of respiratory tract infections – the tightrope walk between gatekeeping and service providing. A qualitative study. Scandinavian Journal of Primary Health care 39 (2). 139–147.	Mitkä tekijät vaikuttavat hoitajan puhelimesta tekemään hoidon tarpeen arvioon kun potilaalla on lieviä ylähengitystieinfektion oireita. (Norja)	Laadullinen, haastattelututkimus.	Lääkärin aikojen vähyyden vuoksi hoitajat kokivat olevansa portinvartioita. Potilaan kanssa neuvottelemalla ja potilasta ohjeistamalla vältyttiin turhalta lääkärin käynniltä, vaikka potilaat sitä usein vaativat lievissä oireissa. Potilaan arvio oireiden vakavuudesta usein yläkantainen. Puhelimesta tehtävä hoidontarpeen arvio koettiin haastavaksi ja epävarmuus oikeasta ratkaisusta aiheutti stressiä jopa työvuoron jälkeen. Lieviä oireita arvioitaessa erilaiset hoidon tarpeen arviota tukevat työkalut katsottiin hyödyttömiksi. Kielimuuri vaikeuttaa hoidon tarpeen arvion tekemistä. Pienten lasten vanhemmat usein vaativia ja siirtävät päätöksestä vastuun hoitajalle. Kirjaaminen on tärkeää hoidontarpeen arvion tekemisessä. Koulutusta kommunikaatiotaitoihin katsottiin olevan hyödyllistä. Aikaraja, jossa puheluun tulee vastata ja se hoitaa ei koeta hyödylliseksi, hoitajalle täytyy olla tarpeeksi aikaa päätöksentekoon.
15. Njeru, J & Damodaran, S & North, F & Jacobson, D & Wilson, P & St Sauver, J & Breitkopf, C & Wieland, M 2017. Tele-phone triage utilization among patients with limited English proficiency. BMC Health Services Research 17 (706).	Tutkia ei englantia puhuvien potilaiden perusterveydenhuollon puhelinpalvelun käyttöä (USA)	Retrospektiivinen kohortti tutkimus	Tulkkipalvelua käyttävien soittajien hoidon kiireellisyyden luokitus arvioitiin usein kiireellisemmäksi kuin verrokkiryhmässä. Tulkkipalvelun käyttäjät noudattivat saatuaan ohjeita epätodennäköisemmin kuin ei tulkkia käyttävät. Puolesta-asiointi oli yleisempää tulkkipalveluja käyttäjillä.
16. Søvsø, M & Christensen, M & Bech, B & Christensen, H & Christensen, E & Huibers, L. 2019. Contacting out-of-hours primary care of emergency medical services for time-critical conditions - impact on patient outcomes. BMC Health Services Research 19.	Selvitettiin aivoinfarktin, sydäninfarkti ja sepsis potilaiden sairaalassaoloaika, tehohoitoaika ja kuolleisuutta suhteessa siihen mikä oli potilaan ensikontakti terveydenhuoltoon. (Tanska)	Epäkokeellinen kohorttitutkimus	Suurempi määrä potilaita otti ensin yhteyttä virka-ajan ulkopuoliseen perusterveydenhuollon puhelinpalveluun. Potilaat, jotka ottivat yhteyttä ensin ensihoitoon ovat yleensä sairaampia, mutta myös perusterveydenhuoltoon tulee yhteydenottoja kriittisesti sairailta potilailta.
17. Storhaug, H & Mead, S & Steinsbekk, A. 2017. A qualitative study of employees' opinions on establishing a generic call-centre. BMC Family Practice 18 (90).	Kartoittaa työntekijöiden mielipiteitä hoidon tarpeen arvion siirtämisestä puhelimesta tehtäväksi keskitetyssä call centeristä. (Norja)	Laadullinen haastattelututkimus.	Katsottiin, että jos hoitaja tekee vain puhelintyötä, työn laatu kärsii. Työn tulee vaihdella vastaanottojen ja puhelintyön välillä. Päätöksen tekoa tukevan algoritmin pakollinen käyttö koettiin huonoksi, sen arveltiin lisäävän hoidon kiireellisyyden yliarviointia.

Artikkelin tekijät, julkaisuvuosi, artikkelin nimi, julkaisutiedot	Tutkimuksen tarkoitus	Tutkimusmenetelmä	Päätulokset
18. Thierrin, C & Augsburg, A & Dami, F & Monney, C & Staeger, P & Clair, C. 2021. Impact of a telephone triage service for non-critical emergencies in Switzerland: A cross-sectional study. PLoS ONE 16 (4).	Kartoittaa ei hätätilanteissa puhelimessa tehtävään hoidontarpeen arvioon vaikutuksia terveydenhuollon järjestelmään, ketkä sitä käyttävät ja ohjeistusta jota puhelimessa annetaan (Sveitsi)	Poikkileikkaustutkimus	Naiset käyttävät puhelinpalvelua enemmän, suurin osa potilaista noudattaa annettuja ohjeita. Puhelimessa tehtävän hoidon tarpeen arvio vähentää päivystyspoliklinikka käyntejä 28 %.
19. Urpo, M & Åstedt-Kurki, P & Raassina, J & Palonen, M. 2020. Asiakkaiden kokemuksia puhelinneuvonnan toteutumisesta perusterveydenhuollossa – kirjallisuuskatsaus. Hoitotiede 32 (2). 110–121.	Kartoittaa perusterveydenhuollon asiakkaiden kokemuksia puhelinneuvonnasta (Suomi)	Systemaattinen kirjallisuuskatsaus	Puhelinneuvonta vaatii kommunikaatiotaitoja ja herkkyyttä kohdata potilas. Potilaan tulee tuntee, että he ovat tulleet kuulluksi. Hoitaja tarvitsee hyvät vuorovaikutustaidot ja tarvitsevat jatkuvaa työnohjausta. Puhelinneuvonnan tulee olla helppo tavoittaa ja odotusaikojen tulee olla lyhyet. Ruuhkautunut puhelinneuvonta voi johtaa tarpeettomaan palvelujen käyttöön.
20. Vilstrup, E & Graversen, S & Huibers, L & Christensen, M & Pedersen, A. 2019. Communicative characteristics of general practitioner-led and nurse-led telephone triage at two Danish out-of-hours services: an observational study of 200 recorded calls. BMJ Open 9.	Vertailla lääkärin ja hoitajien puhelimessa tehtävää hoidontarpeen arviota (Tanska)	Eläkkeellinen tutkimus	Hoitajien puhelut olivat pidempiä kuin lääkärin. hoitajat kyselivät enemmän kysymyksiä. Hoitajat antoivat enemmän potilaalle aikaa puhua. Hoitajat käyttivät vähemmän avoimia kysymyksiä. 36 % hoitajien puheluista ohjattiin lääkärille tai hoitaja konsultoi lääkäriä puhelun aikana. Vain 2 % puheluista potilaan annettiin kertoa hänen mielialastaan.
21. Vitale, R & Smith, S & Doolittle, B. 2019. Improving patient satisfaction through improved telephone triage in a primary care practice. Family Medicine and Community Health 7.	Voidaanko puhelin palvelun potilastytyvääisyyttä parantaa ja päivystyksen tarvetta vähentää laatua parantavien toimenpiteiden implementaatiolla. (USA)	Kokeellinen kohortti tutkimus	Puhelintyötä tekeville ammatilaisille järjestettävät säännölliset tilaisuudet, joissa he voivat keskustella kokemistaan haasteista ja onnistumisista puhelintyössä katsottiin parantavan puhelin työn laatua ja potilastytyvääisyyttä. Myös ajanvarauskirjojen avaaminen pidemmälle aikavälille ja sairaskertomuksien helpompi luettavuus paransi potilastytyvääisyyttä. Toimenpiteillä ei ollut vaikutusta päivystyksen tarpeeseen.

Artikkelin tekijät, julkaisuvuosi, artikkelin nimi, julkaisutiedot	Tutkimuksen tarkoitus	Tutkimusmenetelmä	Päätulokset
22. Wouters, L & Rutten, F & Erkelens, D & De Groot, E & Damoiseaux, R & Zwart, D. 2020. Accuracy of telephone triage in primary care patients with chest discomfort: a cross-sectional study. Open Heart 7 (2).	Arvioida puoli automatisoidun päätöksen teon tuen työkalun tarkkuutta rintakipuisen potilaan hoidon tarpeen arvioissa (Hollanti)	Poikkileikkaustutkimus Kvantitatiivinen analyysi	Puoli automatisoitu hoidon tarpeen arviota tukeva päätöksentekotyökalu aliarvioi hoidon kiireellisyyden luokituksen 27 % potilaista, joilla oireena oli rintakipu. Sairaanhoidajan tekemä hoidon tarpeen arvio paransi hoidon tarpeen arvion turvallisuutta. Mutta silti 14 % potilaista saivat liian alhaisen kiireellisyysluokan.

Liite 2: Teemahaastattelun runko

Taustatiedot:

- Ikä:
 - Alle 25
 - 25–35
 - 35–45
 - 45–55
 - 55–65
 - Yli 65
- Ammattinimike:
- Kokemus terveysasemalla työskentelystä:
 - Alle 5 vuotta
 - 5–10 v
 - 10–20 v
 - Yli 20 v

Puhelimessa tehtävä hoidon tarpeen arvio:

- kokemus/edut/haitat/vaikutukset

Kommunikaatio ja vuorovaikutus:

- vaikuttavat tekijät/erot/kysymysten rakenne

Hoidon tarpeen arvion onnistuminen:

- Onnistumiseen auttavat tekijät/mihin perustuu/päätöksenteon tuki/
- Palaute

Hoidon tarpeen arvion onnistumista heikentävästi vaikuttavat tekijät:

- Vaikuttavat tekijät/haasteet

Vaadittava osaaminen:

- Vaadittava osaaminen/koulutus/työnohjausta

Moniammatillinen yhteistyö:

- Konsultointi

Kirjaaminen potilasasiakirjoihin

Liite 3: Tutkittavan suostumus

Tutkimuksen nimi: Hoitajien puhelimessa tekemään hoidon tarpeen arvion tekoon vaikuttavat tekijät

Tutkimuksen toteuttaja: Metropolia Ammattikorkeakoulu Oy,

Sanna Tuuli Field

Ohjaaja: Jaana Seitovirta

Minua [tutkittavan nimi] on pyydetty osallistumaan yllä mainittuun tutkimukseen, jonka tarkoituksena on selvittää tekijöitä, jotka vaikuttavat hoitajan tekemään hoidontarpeen arvioon. Lisäksi tutkimuksessa on tarkoitettu kartoittaa mitkä asiat hoitajat kokevat haasteellisiksi puhelimessa tehtävässä hoidontarpeenarviossa

Olen saanut tutkimustiedotteen ja ymmärtänyt sen. Tiedotteesta olen saanut riittävän selvityksen tutkimuksesta, sen tarkoituksesta ja toteutuksesta, oikeuksistani sekä tutkimuksen mahdollisesti liittyvistä hyödyistä ja riskeistä. Minulla on ollut mahdollisuus esittää kysymyksiä ja olen saanut riittävän vastauksen kaikkiin tutkimusta koskeviin kysymyksiini.

Olen saanut tiedot tutkimukseen mahdollisesti liittyvästä henkilötietojen keräämisestä, käsittelystä ja luovuttamisesta ja minun on ollut mahdollista tutustua tutkimukseen liittyvään tietosuojaselosteeseen.

Minua ei ole painostettu eikä houkuteltu osallistumaan tutkimukseen.

Minulla on ollut riittävästi aikaa harkita osallistumistani tutkimukseen.

Ymmärrän, että osallistumiseni on vapaaehtoista ja että voin peruuttaa tämän suostumukseni koska tahansa syytä ilmoittamatta. Olen tietoinen siitä, että mikäli keskeytän tutkimuksen tai peruutan suostumukseni, minusta keskeyttämiseen ja suostumuksen peruuttamiseen mennessä kerättyjä tietoja ja näytteitä voidaan käyttää osana tutkimusaineistoa.

Allekirjoituksellani vahvistan osallistumiseni tähän tutkimukseen.

Jos tutkimukseen liittyvien henkilötietojen käsittelyperusteena on suostumus, vahvistan allekirjoituksellani suostumukseni myös henkilötietojeni käsittelyyn. Minulla on oikeus peruuttaa suostumukseni tietosuojaselosteessa kuvatulla tavalla.

Allekirjoitus:

Nimenselvennys:

Alkuperäinen allekirjoitettu tutkittavan suostumus sekä kopio tutkimustiedotteesta liitteineen jäävät tutkijan arkistoon. Tutkimustiedote liitteineen ja kopio allekirjoitetusta suostumuksesta annetaan tutkittavalle. Suostumukset hävitään tutkimuksen päätyttyä tietosuojasetuksen 2016/679 mukaisesti