

Opinnäytetyö (AMK)

Hoitotyön koulutusohjelma

Sairaanhoitaja

2010

Maria Ojala & Pihla Tolvanen

LÄÄKEHOIDON PUHELINNEU- VONTA TERVEYSKESKUKSEN PÄIVYSTYKSESSÄ



TURUN AMMATTIKORKEAKOULU
TURKU UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

OPINNÄYTETYÖ (AMK) | TIIVISTELMÄ

TURUN AMMATTIKORKEAKOULU

Hoitotyön koulutusohjelma | Sairaanhoitaja

26.3.2010 | Kokonais sivumäärä 50

Ohjaajat: Tuija Leinonen ja Virpi Sulosaari

Maria Ojala ja Pihla Tolvanen

LÄÄKEHOIDON PUHELINNEUVONTA TERVEYS- KESKUKSEN PÄIVYSTYKSESSÄ

Opinnäytetyö on osa Turun ammattikorkeakoulun Turvallinen lääkehoito- kehittämishanketta. Opinnäytetyön yhteistyökumppanina toimii Kaarinan kaupungin terveystoimi. Opinnäytetyö on tehty systemaattista kirjallisuuskatsausta mukaillen. Aineisto kerättiin käyttämällä Cinahl, Medic ja Medline -tietokantoja. Aineistoa saatiin eri hakusanayhdistelmiä hakukoneissa käyttämällä yhteensä 436 917 kappaletta. Näistä valittiin yhdeksän julkaisua, jotka analysoitiin.

Opinnäytetyön tarkoituksena on kuvata lääkehoidon puhelinneuvontaa terveyskeskuksen päivystyksessä. Opinnäytetyössä esitetään tämän hetkisen puhelinneuvonnan ja lääkehoidon ohjauksen tarve nykyisessä terveydenhuoltojärjestelmässä. Työssä otettiin selvää, mitkä ovat neuvonnan ja ohjauksen hyödyt ja haitat ja miten niitä voitaisiin kehittää. Työssä käsitellään myös millaista ammattitaitoa hoitohenkilökunta tarvitsee toteuttaakseen lääkehoidon ohjausta puhelimitse. Kehittämisen myötä annettaisiin potilaalle mahdollisuus saada laadukasta ja turvallista puhelinneuvontaa sekä lääkehoidon ohjausta.

Tulokset osoittavat, että lääkehoidon ohjauksen ja puhelinneuvonnan kysyntä on kasvanut. Puhelinneuvonnan myötä aikaisemmat ruuhkat päivystyksissä ja lääkäreiden vastaanotoilla ovat vähentyneet. Lääkehoidon ohjauksen tarve on lisääntynyt itsehoitolääkkeiden kysynnän vuoksi ja myös potilaiden epätietoisuus omista käyttämistään lääkkeistä on lisääntynyt.

Vain terveydenhuollon ammattilainen voi antaa puhelinneuvontaa ja lääkehoidon ohjausta. Hoitajien tulisi hallita farmakologia sekä osata laskea hyvin lääkelaskuja. Osalla hoitajista on kuitenkin puutteita näillä osa-alueilla. Terveyskeskuksen ammattilaisia tulisi kouluttaa ja heidän taitojaan tulisi testata säännöllisesti. Näin potilas saisi mahdollisimman laadukasta puhelinneuvontaa sekä lääkehoidon ohjausta.

ASIASANAT:

ohjaus, kommunikaatio, lääkehoito, puhelinneuvonta, terveyskeskuksen päivystys

BACHELOR'S THESIS | ABSTRACT

TURKU UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

Degree programme in nursing | Nursing

26.3.2010 | Total number of pages 50

Instructors: Tuija Leinonen and Virpi Sulosaari

Maria Ojala and Pihla Tolvanen

TELEPHONE CONSULTATION OF THE MEDICATION GUIDANCE IN HEALTH CENTER SERVICE

This thesis is part a of larger project conducted at the Turku University of Applied Sciences called Safe medication. This thesis was made in collaboration with the municipal health care of Kaarina. The method used for this thesis was systematic literature review. Material was gathered from Cinahl, Medic and Medline databases. There were 436 917 matches with varied search term compositions. Nine journals were chosen and analyzed.

The goal of the study was to describe current need for telephone consultation and medication guidance in health care systems. This thesis presents the benefits and the disadvantages of telephone consultation and presents guidelines for improving the current situation. The study also discusses the types of professional expertise needed by nurses who are giving medicinal telephone consultation to patients. With the proposed guidelines patients could get safe, high quality telephone consultation.

The results indicate that the need of medication guidance and telephone consultation have increased. Telephone consultation has helped to reduce rushes at emergency rooms and doctor's receptions. The need for medication guidance has increased due to increasing demand of self medication and proliferating uncertainty of patients own medication.

Only health care professionals can give telephone consultation and medication guidance. Therefore, nurses should master both pharmacology and medication calculations. The problem is that some nurses have shortcomings in these fields. There should be a system to educate and test health care professionals regularly. In this manner, the patients would get the best possible telephone consultation and medication guidance.

KEYWORDS:

guidance, communication, drug therapy, telephone education, health centre service

SISÄLTÖ

1 JOHDANTO	6
2 KIRJALLISUUSKATSAUS	6
2.1 Opinnäytetyössä käytettävät käsitteet	6
2.2 Lääkehoito osana potilaan kokonaishoitoa	8
2.2.1 Lääkkeiden käyttö	8
2.2.2 Lääkehoidon ohjauksen tarve	10
2.2.3 Lääkehoidon riskiryhmät	12
2.2.4 Lääkehoidon ohjaukseen liittyvä työnjako	13
2.3 Puhelinneuvonta	15
2.3.1 Puheäänen sanaton viestintä	16
2.3.2 Potilaan tunnistaminen ja hoitosuhteen luominen puhelinneuvonnassa	17
2.3.3 Yleisluonteinen ja yksilöllinen neuvonta	18
2.3.4 Puhelinneuvonnan muotoja	19
2.3.5 Kysymysten muotoilu ja tiedon keruu	20
2.3.6 Potilaan oikeudet ja velvollisuudet	21
2.4 Puhelinneuvonnan hyödyt	22
3 OPINNÄYTETYÖN TOTEUTUS	24
3.1 Opinnäytetyön tarkoitus ja toteuttamismenetelmä	24
3.2 Aineiston keruu	26
4 TULOKSET	31
4.1 Puhelinneuvonnan tarve	33
4.2 Lääkehoidon ohjaus	34
4.3 Puhelinneuvonnan hyödyt	36
4.4 Puhelinneuvonnan ongelmat	37
4.5 Puhelinneuvontaan tarvittava ammattitaito	39
5 OPINNÄYTETYÖN LUOTETTAVUUS JA EETTISYYS	41
6 POHDINTA JA JOHTOPÄÄTÖKSET	42
6.1 Tulosten tarkastelu	42
6.1.1 Puhelinneuvonta	44
6.1.2 Lääkehoidon ohjaus	45
6.2 Jatkokehittämistutkimukset	45
LÄHTEET	47
LIITTEET	50
Liite 1 Hakusuunnitelma	50

KUVIOT

Kuvio 1. Itsehoitolääkkeiden apteekkimyynti vuosina 2006-2008 (Paakkari, Saastamoinen, Martikainen & Voipio 2008, 27).	9
Kuvio 2. Apteekissa tapahtuvan ohjauksen tarve (Isonen, Kansanaho & Isonen 1997, 8).	11
Kuvio 3. Ohjauksen tarpeen osa-alueet (Isonen, Kansanaho & Isonen 1997, 8).	12
Kuvio 4. Puhelinneuvonnan toimintamallit (Hyrykanga-Järvenpää 2007, 428).	19
Kuvio 5. Lainsäädännön soveltaminen puhelinneuvonnassa (Hyrynkangas-Järvenpää 2007, 42).	20
Kuvio 6. Flow- chart -kuviokuva	30

TAULUKOT

Taulukko 1. Lääkkeiden kulutuksen lisääntyminen vuodesta 2007 vuoteen 2008 (Lääkelaitos 2009).	9
Taulukko 2. Tuloksiin otetut julkaisut	31

1 JOHDANTO

Opinnäytetyö on osa Turun ammattikorkeakoulun Turvallinen lääkehoito- kehittämishanketta. Opinnäytetyön yhteistyökumppanina toimii Kaarinan kaupungin terveystoimi. Opinnäytetyön tarkoituksena on kuvata lääkehoidon puhelinneuvontaa terveyskeskuksen päivystyksessä. Opinnäytetyö on tehty systemaattista kirjallisuuskatsausta mukaillen.

Puhelinneuvonta on terveydenhuollon ammattilaisen toteuttamaa. Ammattilaisen tehtävänä on selvittää potilaan tilanne ja ongelma mahdollisimman perusteellisesti. Saatujen tietojen perusteella neuvojan tulee tehdä päätelmä asiakkaan tilasta ja hoidon tarpeesta. (Kyngäs, Kääriäinen, Poskiparta, Johansson, Hirvonen & Renfors 2007, 117–120.)

Tärkein ohjauksen antamisen syy on asiakkaan tiedonpuute. Puhelinpalvelutoiminta on noussut viimeaikoina entistä ajankohtaisemmaksi. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2004, 132–133.) Ammattitaidolla saavutettu hoitosuhde takaa hyvän terveyden ja sairauden hoidon (Hyryn kangas-Järvenpää 2007, 427–430).

Terveyskeskuksiin saapuvien puheluiden määrä on kasvanut viime vuosien aikana. Tämän takia hyvin järjestetyn puhelinneuvonnan tarve on kasvanut. Lääkkeiden käyttö on myös lisääntynyt, joten lääkehoitoa koskevien puheluiden määrät ja lääkehoidon ohjauksen tarve ovat kasvaneet. Puhelinneuvonta on yksinkertainen, nopea ja tehokas tapa palvella asiakasta. Puhelinneuvonta parantaa ja nopeuttaa asiakkaan saamaa palvelua ja vähentää terveyskeskuksien päivystyksien ruuhkautumista. Se on myös kunnille taloudellinen tapa tarjota laadukasta palvelua.

2 KIRJALLISUUSKATSAUS

2.1 Opinnäytetyössä käytettävät käsitteet

Ohjaus ja neuvonta ovat keskeisiä käsitteitä tässä opinnäytetyössä. Ohjaus, ohjata, suunnata, johdattaa ja johtaa ovat suomenkielisiä sanoja, jotka juurtavat juurensa ohja -sanasta. Ohjauksen antaminen jollekin määritellään sanalla ohjaaminen. Voidaan katsoa, että sanalla ohjaaminen voi myös tarkoittaa johdattamista tai johtamista. (Kääriäinen & Kyngäs 2005, 252.)

Tulee huomioida, että ohjaus on osa ammatillista osaamista ja toimintaa. On määriteltävä, että ammattilaisen antama ohjaus tapahtuu tilanteissa, joissa pyritään selvittämään tavoitteellisesti ohjattavan tilanne. Ohjauksessa päämääränä on auttaa ja tukea ohjattavaa käsittelemään tilannettaan. Ohjausprosessi voi edetä muutamalla eri tavalla. Prosessi voi edetä muodollisesti ja systemaattisesti tai epämuodollisesti ja rutiininomaisesti. Prosessin etenemiseen vaikuttavat asetetut tavoitteet ja sisältö. (Kääriäinen & Kyngäs 2005, 253.)

On havaittu, että suurin osa asiakkaista kokee ohjauksen olevan ohjeiden ja neuvojen saamista sekä asioiden informointia. Ohjauksessa pidättäytyään suorien neuvojen antamisessa. Ohjaus auttaa asiakasta tekemään valintoja ongelmansa suhteen. Neuvonta puolestaan auttaa asiakasta löytämään ja valitsemaan ratkaisun, minkä he kokevat olevan heille tärkeintä. Neuvonnassa ja ohjauksessa vuorovaikutus on runsasta. (Kääriäinen & Kyngäs 2005, 253.)

Ominaispiirteet ohjaus -käsitteelle ovat ohjattavan ja ohjaajan konteksti, vuorovaikutus, ohjaussuhde sekä aktiivinen ja tavoitteellinen toiminta. Ohjaus on kiinni ohjattavan ja ohjaajan kontekstista. Konteksti pitää sisällään yksilöllisyyden fyysisiin, psyykkisiin, sosiaalisiin ja ympäristöllisiin tekijöihin. (Kääriäinen & Kyngäs 2005, 253.)

Keskeinen piirre ohjauksessa on ohjattavan ja ohjaajan fyysinen, kielellinen, ajatteluun ja tunteisiin liittyvä kaksisuuntainen vuorovaikutussuhde. Ohjaajan ja ohjattavan vuorovaikutus rakentuu kohteluun, ymmärtämiseen, tukemiseen ja yhteistyöhön. Hyvä vuorovaikutus ilmenee välittämisenä, avoimuutena, aitoutena, iloisuutena, inhimillisyytenä, ystävällisyytenä ja hyväksyntänä. (Kääriäinen & Kyngäs 2005, 254.)

Ohjaus voi mennä laadukkaasti eteenpäin ja saavuttaa tavoitteen tai ohjaustilanne voi päättyä erimielisyyksiin ja tavoite jää saavuttamatta. Parhaassa mahdollisessa tilanteessa ohjaaja ja ohjattava ovat yhtenäinen työpari. He keskustelvat ja pyrkivät kehittämään prosessia, jotta saavutettaisiin tavoite. Toisaalta ohjaustilanne voi myös olla ankea ja epämiellyttävä molemmille osapuolille. Ohjaus voi päättyä valtataisteluun, jossa ohjaaja kertoo, mitä tulisi tehdä, mutta ohjattava ei halua myöntyä tähän. Tällainen tilanne saattaa olla este hyvälle vuorovaikutukselle ja yhteistyölle. (Kääriäinen & Kyngäs 2005, 254.)

Sairaanhoitaja käyttää työssään apuna eettisiä ohjeita ja filosofista pohdintaa. Ohjausvalmiudet ovat osa sairaanhoitajan ammattitaitoa. Ohjaajan on otettava huomioon ohjattavan kunnioittaminen ja yksityisyyden tukeminen. Tämä tuo työhön filosofista pohdintaa. Ohjattavalla on oikeus tehdä päätöksiä ja valintoja itsenäisesti, vaikka hänellä olisikin kysyttävää vieraasta asiasta. Ohjaajan työnkuvaan kuuluu myös eettinen osaaminen. Tämä osaaminen tulee esille silloin, kun ohjaaja ymmärtää ohjattavan käyttäytymisen syyn. Ohjaajalta vaaditaan tietynlaisia valmiuksia, jotta hän on valmis ohjaamaan ohjattavaa. Ohjaajan tulee selvittää itselleen erilaisia oppimisen periaatteita ja ohjausmenetelmiä. Ohjaajan roolissa olevalla tulisi olla myös vuorovaikutus- ja johtamistaitoja, jolloin hän kykenee luomaan hyvän vuorovaikutussuhteen ohjattavaan. (Kääriäinen & Kyngäs 2005, 255.)

Ohjaus mahdollistaa ohjaajan ja ohjattavan oppimisen. Jokainen ohjaustilanne on erilainen ja ohjaajan tulisi muuntautua sen mukaan. On havaittu, että ohjaaminen edesauttaa ohjattavan terveyttä psyykkisesti ja fyysisesti. Ohjaustuokio on jopa parantanut ohjattavan elämänlaatua, hoitoon sitoutumista sekä itsehoitoa, itsenäistä päätöksentekoa ja tietoa sairauden hoidosta. Ohjauksella on

myös merkitys kansantalouteen. Laadukas ohjaus on vähentänyt hoitokäyntejä, sairauspäiviä ja lääkkeiden käyttöä. (Kääriäinen & Kyngäs 2005, 256.)

Tässä opinnäytetyössä lääkehoidon ohjaus sisältyy ohjaus -käsitteeseen. Lääkehoidon ohjauksella pyritään edistämään asiakkaan tai potilaan terveyttä ja elämänlaatua (Isonen, Kansanaho & Isonen 1997, 6-7).

Opinnäytetyössä päivystys -sana tulee esille kun puhutaan päivystyksessä työskentelevästä ammattilaisesta, jonka työnkuvaan kuuluu puhelinneuvonta. Päivystyksen tarkoituksena on turvata asiakkaalle tai potilaalle välitöntä hoitoa kaikkina vuorokauden aikoina (Tamminen 2008, 1643).

2.2 Lääkehoito osana potilaan kokonaishoitoa

2.2.1 Lääkkeiden käyttö

Lääkehoidon tavoitteena on edistää terveyttä parantamalla elämänlaatua tai hallitsemalla sairauksia ja oireita (Isonen, Kansanaho & Isonen 1997, 6–7). Lääkkeen käyttäjän pitäisi tietää, mitä lääkettä hän käyttää, mihin vaivaan hän sitä käyttää ja milloin hän ottaa lääkkeensä (Porat, Bar, Elkokan & Revital 2009, 2531; Latter, Yerrell, Rycroft-Malone & Shaw 2000, 473–474). Kaikki lääkkeiden käyttäjät eivät kuitenkaan tiedä, mitä lääkettä he käyttävät ja miksi he sitä käyttävät (Porat, Bar, Elkokan & Revital 2009, 2533). Osa lääkkeiden käyttäjistä tunnistaa käyttämänsä lääkkeet ainoastaan niiden muodon ja värin perusteella (Latter, Yerrell, Rycroft-Malone & Shaw 2000, 475).

Lääkkeiden käyttö on lisääntynyt vuosina 1990–2004. Lääkkeiden korvausmenot ovat kasvaneet keskimäärin 7 prosenttia vuodessa. (Rajaniemi & Enoranta 2005, 3020.) Itsehoitolääkkeitä käytettiin 5 prosenttia enemmän vuonna 2008 kuin vuotta aikaisemmin (Paakkari, Saastamoinen, Martikainen & Voipio 2008, 27). Myös Kaunisveden (2005, 97) mukaan itsehoitolääkkeiden käyttö on lisääntynyt viime aikoina. Lääkkeiden kulutus on lisääntynyt 5,5 - 7,5 prosenttia vuodesta 2007 vuoteen 2008 suhteutettuna rahalliseen arvoon (Taulukko 1).

Taulukko 1. Lääkkeiden kulutuksen lisääntyminen vuodesta 2007 vuoteen 2008 (Lääkelaitos 2009).

	Muutos vuodesta 2007
Lääkkeiden kokonaismyynti	6,5 %
Avohoidon reseptilääkkeet	6,5 %
Avohoidon itsehoitolääkkeet	5,5 %
Sairaalamyynti	7,5 %

Käytetyimmät itsehoitolääkkeet vuonna 2008 olivat kipulääkkeet ja ruoansulatuskanavan lääkkeet, joiden molempien kulutus kasvoi edellisestä vuodesta. Vilustumislääkkeiden ja allergialääkkeiden rahallinen myynti on kasvanut, mutta niiden kokonaismyyntimäärä ei ole yhtä suuri kuin kipulääkkeiden ja ruoansulatuskanavalääkkeiden kohdalla (Kuvio 1). (Paakkari, Saastamoinen, Martikainen & Voipio 2008, 27.)



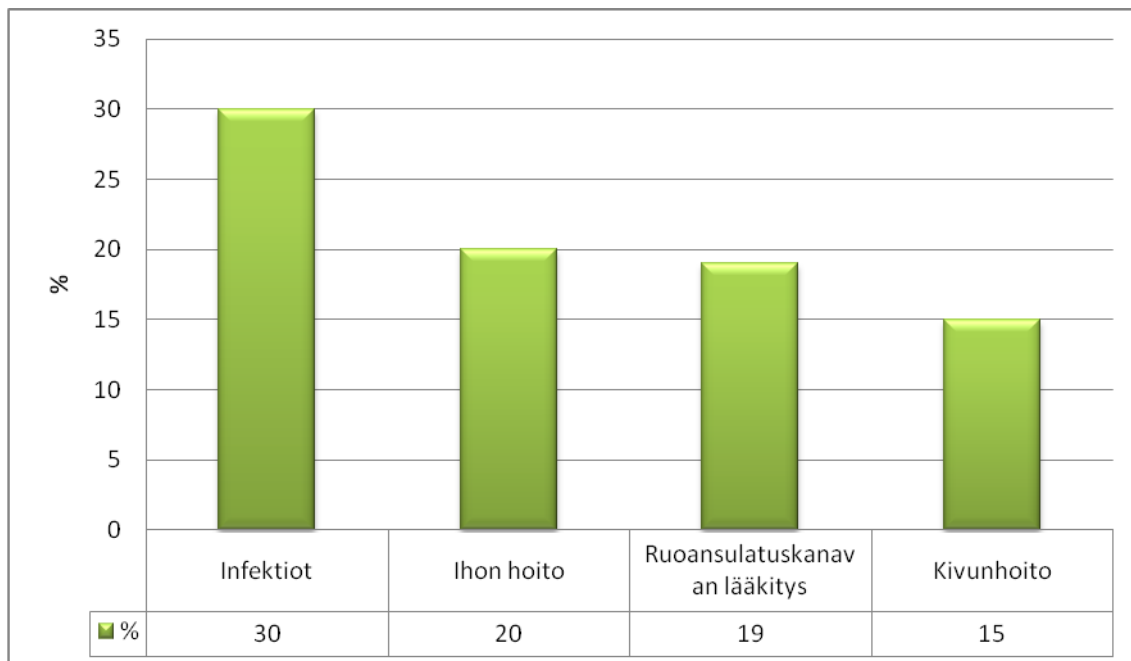
Kuvio 1. Itsehoitolääkkeiden apteekkimyynti vuosina 2006-2008 (Paakkari, Saastamoinen, Martikainen & Voipio 2008, 27).

Itsehoitolääkkeitä voi ostaa apteekista ilman reseptiä. Ne eivät kuitenkaan ole vaarattomia. Ilman asiantuntevaa ohjausta potilas voi tahattomasti aiheuttaa itselleen vahinkoa. (Peltonen 2005, 12.) Lääkkeiden haittavaikutukset aiheuttavat tuntevia kustannuksia yhteiskunnalle. Haittavaikutuksia ilmenee arviolta 5-15 prosentilla lääkkeiden käyttäjistä ja vain murto-osa niistä ilmoitetaan lääkelaituksen ylläpitämään lääkkeiden haittavaikutusrekisteriin. Lääkkeiden haittavaikutusrekisteriin tulee vuosittain 600-700 ilmoitusta. (Kärkkäinen 2002, 14–15.) Lääkkeiden haittavaikutuksina pidetään kaikkia lääkkeiden käytön yhteydessä ilmeneviä haitallisia tai tahattomia vaikutuksia (Annola & Laitinen 2005, 20).

2.2.2 Lääkehoidon ohjauksen tarve

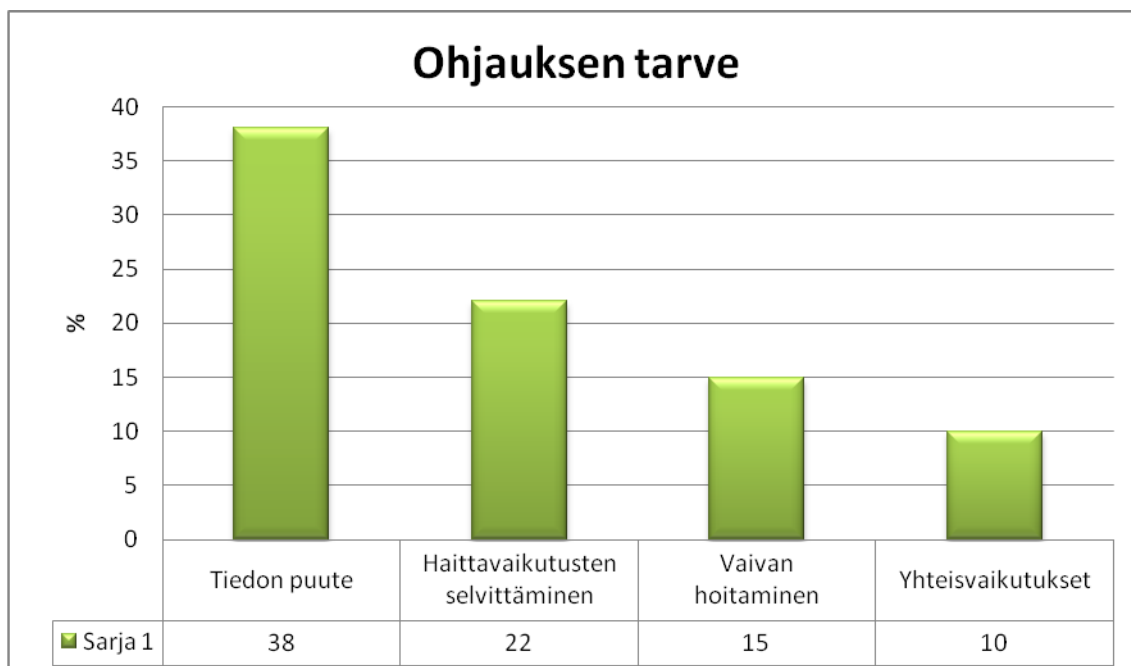
Lääkkeiden käyttö on lisääntynyt ja tämän myötä myös ohjauksen tarve on kasvanut. Ihmisillä ei aina ole riittävästi tietoa lääkkeiden vaikutuksista, vaikka lääkkeitä käytetään yhä enemmän. (Kaunisvesi 2005, 97; Kärkkäinen 2002, 14–15.) Kärkkäisen (2002, 14–15) mukaan ihmisillä oleva tieto voi olla myös virheellistä. Ahosen ja Hämeen-Anttilan (2006, 3725) ja Annolan ja Laitisen (2005, 20) mukaan nuoret osaavat hankkia tietoa lääkkeistä, mutta he eivät pysty arvioimaan tiedon luotettavuutta. Ahosen (2002) mukaan ihmiset hankkivat tietoa Internetistä ja lehdistä, jos he eivät saa riittävästi tietoa muualta (ks. Kärkkäinen 2002, 14–15). Lasten ja nuorten tietoutta lääkkeistä pyritään kehittämään lisäämällä lääkekasvatusta kouluissa (Vainio, Hämeen-Anttila, Andresin, Juurinen & Mäkitalo 2007, 20–21).

Apteekeissa tapahtuva ohjaus painottui infektioiden (30%) ja ihon hoitoon (20%), ruoansulatuskanavan lääkitykseen (19%) ja kivunhoitoon (15%), kun kyseessä olivat itsehoitotuotteet ja reseptilääkkeet. Itsehoitolääkkeisiin ja reseptilääkkeisiin liittyvä ohjauksen tarve apteekeissa painottui infektioiden hoitoon (Kuvio 2). Itsehoitolääkkeisiin liittyvä ohjaus painottui enemmän ihonhoitotuotteisiin (27%), ruoansulatuskanavan oireisiin (22%), yskä- ja hengitysteiden hoitoon (16%) ja vitamiineihin (6%). (Isonen, Kansanaho & Isonen 1997, 8.)



Kuvio 2. Apteekissa tapahtuvan ohjauksen tarve (Isonen, Kansanaho & Isonen 1997, 8).

Potilaan tiedonpuute (38%) oli tärkein ohjauksen antamisen syy apteekeissa (Kuvio 3). Ohjausta annettiin myös lääkkeiden haittavaikutuksista (22%), vaivan hoitamisesta (15%) ja lääkkeiden yhteisvaikutuksista (10%). Itsehoitolääkkeiden haitta- ja yhteisvaikutuksista annettiin vähiten ohjausta. Ohjausta kaivattiin jonkin verran myös pakkauksen käyttöön liittyen. (Isonen, Kansanaho & Isonen 1997, 9.)



Kuvio 3. Ohjauksen tarpeen osa-alueet (Isonen, Kansanaho & Isonen 1997, 8).

Ohjauksen tarve apteekeissa vaihtelee ikäluokittain. Nuoret kaipasivat eniten tietoa infektioista ja kivusta. Nuoria kiinnosti myös pakkauksen käyttö ja lääkkeiden haittavaikutukset. Keski-ikäiset halusivat tietoa vitamiineista ja hengitystie-eliimiin, ihoon ja ruoansulatuskanavaan liittyvästä hoidosta. Keski-ikäisten ohjauksen tarpeen syynä oli usein tiedon puute. Vanhukset kaipasivat ohjausta sydän- ja verisuonisairauksista, hengitystiesairauksista ja ruoansulatuskanavaan liittyvistä asioista. Vanhukset kaipasivat ohjausta hallinnollisten asioiden ja määräysten kanssa sekä sairauksien hoidosta. (Isonen, Kansanaho & Isonen 1997, 9.)

2.2.3 Lääkehoidon riskiryhmät

Peltosen (2005, 12) mukaan vanhukset kuuluvat riskiryhmään, jotka tarvitsevat erityisesti lääkehoidon ohjausta. Vanhuksilla on usein lääkärin määräämiä reseptilääkkeitä käytössä, joiden lisäksi he hankkivat esimerkiksi flunssan hoitoon lääkitystä ilman ohjausta. Lääkkeiden välillä saattaa olla interaktioita, jotka voi-

vat aiheuttaa potilaalle haittaa, vaikka niitä ei mainittaisikaan pakkausselosteessa. (Peltonen 2005, 12.)

Muita riskiryhmään kuuluvia ovat odottavat äidit, imeväiset, lapset, alkoholisoituneet ja monisairaavat (Peltonen 2005, 12). Ahosen ja Hämeen-Anttilan (2006, 3725) mukaan muun muassa nuorilla on virheellisiä käsityksiä lääkkeisiin liittyen. Lapsien lääkeyliannostuksessa tai lääkepoikkeamassa kannattaa ottaa ensisijaisesti yhteyttä myrkytyskeskukseen tai viedä lapsi lääkäriin. (Hoppu, Pohjolainen & Talikka 2002, 13–16.)

2.2.4 Lääkehoidon ohjaukseen liittyvä työnjako

Osa lääkkeiden käyttäjistä ei tunne käyttämiään lääkkeitä, joten lääkehoidon ohjausta tarvitaan (Latter, Yerrell, Rycroft-Malone & Shaw 2000, 475). Lääkehoidon ohjausta antavat sairaanhoitajat, (Latter, Yerrell, Rycroft-Malone & Shaw 2000, 469–479; Porat, Bar, Elkokaan & Revital 2009, 2530–2536) lääkärit ja farmaseutit (Isonen, Kansanaho & Isonen 1997, 9).

Uusia lääkkeitä tulee jatkuvasti lisää ja vanhoja vedetään pois markkinoilta. Edes vuosittain uudistuva Pharmaca Fennican kirjaversio ei pysy muutoksessa mukana. (Dahl 2007, 27.) Nettiversiota Pharmaca Fennicasta eli Duodecimin Lääketietokantaa päivitetään kuitenkin jatkuvasti. Se sisältää tietoa muun muassa lääkkeiden valmisteyhteenvetoista, hinnoista- ja korvausehdoista sekä tietoa lääkeinteraktioista ja lääkkeiden käytöstä. (Lääketietokanta Duodecim 2010.)

Sairanhoitajan rooliin kuuluu olennaisesti lääkehoidon ohjauksen antaminen (Latter, Yerrell, Rycroft-Malone & Shaw 2000, 470–472). Heidän farmakologinen tuntemus on kuitenkin tutkimusten mukaan vajaavaista. Tällä on puolestaan haitallinen vaikutus potilaan lääkehoidon ohjaukseen. (Porat, Bar, Elkokaan & Revital 2009, 2531.) Sairanhoitajien lääkelaskutaitoja ja farmakologisia tietoja pitäisi testata jatkuvasti. Hoitajia pitäisi myös kouluttaa jatkuvasti. (Dahl 2007, 27.) Kuitenkaan sairaanhoitajien lääkehoidon ohjaukseen liittyvään kouluttamiseen ei ole panostettu riittävästi (Latter, Yerrell, Rycroft-Malone & Shaw 2000,

470–472). Lääketehtaiden koulutukset on suunnattu pääasiallisesti lääkäreille, joka vaikuttanee myös lääkäreiden asenteisiin (Jallinoja, Kuronen, Absetzi & Patja 2006, 2747–3751).

Sairaanhoitajat ovat lääkäreitä useammin vaihtoehtoisen hoidon kannalla. Tutkimuksen tuloksia selitetään terveydenhuollon työjaolla, jossa lääkärit määräävät lääkkeet ja terveyden- ja sairaanhoitajat seuraavat lääkkeiden ja elintapamuutosten vaikutusta. Sairaanhoitajat eivät tutkimuksen mukaan kokeneet tarpeelliseksi eivätkä työnkuvaansa kuuluvaksi suositella itsehoitolääkkeitä potilaille. (Jallinoja, Kuronen, Absetzi & Patja 2006, 2747–3751.)

Lääkäreiden ja farmasian alan ammattihenkilöiden välillä on tiivistä yhteistyötä. Keskeisenä pidetään farmaseuttista huolenpitoa, jossa pyritään tunnistamaan potilaiden lääkkeisiin liittyvät ongelmat sekä estää ja ratkaista niitä. (Isonen, Kansanaho & Isonen 1997, 6–7.)

Sairaanhoitajilla on merkittävä rooli lääkehoidon ohjauksessa sairaalan vuodeosastoilla (Porat, Bar, Elkokan & Revital 2009, 2531). Sairaanhoitajat kertovat potilaille lääkehoidon ohjaustilanteessa lääkkeiden nimet ja käyttötarkoitukset. He kertovat myös milloin ja miten paljon lääkkeitä otetaan. (Latter, Yerrell, Rycroft-Malone & Shaw 2000, 473–744.) Potilaat eivät kuitenkaan koe saavansa riittävästi ohjausta vuodeosastolla ollessaan (Porat, Bar, Elkokan & Revital 2009, 2531). Apteekeissa kerätään potilasinformaatiota ja tehdään yhteistyötä lääkäreiden kanssa. Myös apteekeissa käydään potilaiden kanssa läpi lääkkeiden käyttöä ja annetaan potilasneuvontaa. Apteekkien antama lääkehoidon ohjaus on kuitenkin melko yleisluonteista ja keskittyy lähinnä lääkkeen annosteluun (Isonen, Kansanaho & Isonen 1997, 6–10.)

Apteekeissa tapahtuva syvällisempi lääkeneuvonta tulisi siirtää rauhalliseen paikkaan, jossa sitä olisi helppo antaa. Tutkimuksessa todetaan, että apteekki- en ohjausta tulisi kehittää syvällisemmäksi ja aikaa ohjaukseen tulisi käyttää enemmän. (Isonen, Kansanaho & Isonen 1997, 7–10.) Lääkehoidon ohjauksen pitäisi olla pitkäkestoinen projekti. Vuodeosastolla sairaanhoitaja antaa lääkehoidon ohjausta usena päivänä kerraten käytyjä asioita. (Porat, Bar, Elkokan &

Revital 2009, 2535.) Lääkehoidon ohjausta annettaessa sairaanhoitaja voi kysyä potilaan tietämystä lääkkeistään ja niiden käyttötarkoituksesta. Sairaanhoitaja kartoittaa samalla lääkehoidon ohjauksen tarvetta. (Latter, Yerrell, Rycroft-Malone & Shaw 2000, 744–745.)

2.3 Puhelinneuvonta

Puhelinpalvelutoiminta on noussut viime aikoina entistä ajankohtaisemmaksi. Puhelinneuvontaa pidetään yksinkertaisena ja tavanomaisena terveydenhuollon asiakaspalvelumuotona. Terveyskeskuspäivystyksissä tapahtuvassa puhelinneuvonnassa arvioidaan muun muassa hoidon tarvetta ja kiireellisyyttä. (STM 2004, 132–133.) Herttoniemen terveysasemalla vuonna 2008 tehty tutkimus antaa osviittaa, miten ja minkä takia asukkaat ottavat pääsääntöisesti terveyskeskukseen yhteyttä. Ajanvarauksessa työskentelevät hoitajat kirjasivat ylös viikon ajalta, oliko asiakas ottanut yhteyttä puhelimitse vai tullut suoraan terveyskeskukseen. Päivystyksellisissä asioissa otti yhteyttä 493 asiakasta aikavälillä 14.-18.4.2008. Mediaani oli yhden päivän ajalta 99, kuitenkin arvo vaihteli 75-144 välillä. Puhelimitse otti yhteyttä 328 asiakasta eli 67 prosenttia, 165 asiakasta eli 33 prosenttia otti yhteyttä tulemalla suoraan terveyskeskukseen. (Torppa, Kokkonen, Raumavirta-Koivisto, Iivanainen & Pitkälä 2009, 1583–1588.)

Puhelinasiointia käyttävät aktiivisimmin naiset, lasten vanhemmat, nuoret aikuiset ja iäkkäät, jotka ovat myös suurimmassa lääkkeiden käytön riskiryhmässä (Jaatinen, Vanhatalo & Tasanko 2002, 2795–2799). Asiakkaat, jotka tulivat suoraan terveyskeskuksen ajanvaraukseen, olivat vaikeampia käännättää takaisin kotiin. Puhelimitse käydyssä neuvonnassa oli helpompi suositella asiakasta jäämään kotiin kuin tulla terveyskeskuksen päivystykseen. Väestö oppii helposti siihen, että he saavat varmemmin ja nopeammin terveydenhuollon ammattilaisen apua, kun he saapuvat suoraan terveyskeskukseen. Puhelimessa annettu neuvonta on haasteellista terveydenhuollon ammattilaiselle. Neuvontaan on kuitenkin panostettava, jotta puhelinneuvonnan hyödyt tulisivat esille. (Torppa, Kokkonen, Raumavirta-Koivisto, Iivanainen & Pitkälä 2009, 1583–1588.)

Puhelinneuvonta vaatii valmistautumista samalla tavalla kuin kasvotustenkin annettava neuvonta. Puhelinneuvonnan toteuttamisessa esiintyy ongelmia tietosuojakysymysten ja vastuun suhteen. Puhelinneuvontaa antavan henkilön on hyvä tuntea lainsäädäntö kyseiseltä osa-alueelta hyvin. (Kyngäs, Kääriäinen, Poskiparta, Johansson, Hirvonen & Renfors 2007, 117–120.)

Neuvontaa antavan ammattilaisen on hyvä tunnistaa omat edellytyksensä antaa ohjausta. Ajattelua herättäviä kysymyksiä neuvontaa antavalle hoitajalle ovat muun muassa: miten itse ajattelen ohjauksesta tai miten minä toimin ohjaustilanteessa. Tämän jälkeen hänellä on mahdollisuus tunnistaa ja huomioida potilaan taustatekijät. Ohjaussuhteen ollessa pitkä tulee kiinnittää erityistä huomiota kirjaamiseen, jotta ohjauksen vaikuttavuutta voidaan seurata. (Kääriäinen & Kyngäs 2006, 9.)

2.3.1 Puheäänien sanaton viestintä

Puheen rytmi, sävy ja painotukset välittävät tarkkoja merkityssisältöjä ihmisten välisessä vuorovaikutuksessa. Ihmisille on selvää, että surullinen ihminen puhuessaan kuulostaa surulliselta ja iloinen ihminen puolestaan iloiselta. Ihminen surullisena painottaa puhuessaan tärkeän asian voimakkaasti. Tärkeää asiaa kerrottaessa ihminen tiedostamattaan kertoo tärkeän asian yleensä käyttämällä erilaisia äänen vivahteita, jolloin hän saa sanoihin lisää tunnesisältöä tai muutettua käsitteellistä merkitystä. (Piha & Jauhianen 1993, 2114–2128.)

Kahden tai useamman ihmisen keskusteluun vaikuttaa myös se, millainen tapa heillä on ilmaista itseään. Tällä tavoin puhuja saa välitettyä sellaista tietoa, jota ei voida tai haluta sanoa suoraan käyttämällä sanoja. On tilanteita, joissa puheääni kertoo vastakkaisia tuntemuksia mitä kehonkieli tai itse puhe kertoisi. Tällaisissa tilanteissa on mahdollista, että sanaton viestintä olisi aidompi kuin sanallinen. Sanattomat äännähdykset ovat tärkeässä osassa silloin, kun kaksi puhujaa eivät näe toisiaan, kuten puhelimesta. Pienet äännähdykset kuulijan puolelta ovat erityisen tärkeitä luodessaan puhujalle mielikuvan objektin läsnäolosta kuulokontaktista. Kuulijan ollessa täysin hiljaa linjan toisessa päässä voi tilanne saada puhujan tuntemaan tilanteen lähes luonnottomalta. Pienet äänimerkit

saavat puhujan kokemaan olonsa turvalliseksi. (Piha & Jauhianen 1993, 2114–2128).

Tutkittaessa puhekuuloa on pyritty selvittämään, miten kuulolla otetaan vastaan äännteitä, niiden osapiirteitä sekä tavuja ja sanoja. Ymmärtääksemme näitä edellä mainittuja piirteitä, hahmottamalla ja tunnistamalla kuultua, meillä tulee olla rakentunut elämysvaruuden kategoriamaailma. Puheääni kertoo ihmisestä paljon. Ihminen kykenee aavistamaan puhujasta hänen todellisen luonteensa ja sen hetkisen tunnetilan. Puheääntä on vaikeampi muuntaa tai jäljitellä verrattaessa sanasisältöön. Ihminen tunnistetaan omasta äänestään ja ääni on osa ihmisen identiteettiä. (Piha & Jauhianen 1993, 2114–2128.)

2.3.2 Potilaan tunnistaminen ja hoitosuhteen luominen puhelinneuvonnassa

Potilaan täysin varma tunnistaminen puhelimesta on nykypäivänä mahdotonta. Tunnistus tapahtuu kysymällä potilaan sosiaaliturvatunnus. Asiyhteyden perusteella luodaan luottamus potilaan henkilöllisyydestä. Soittajan henkilöllisyyttä voidaan tarkistaa lisäkysymyksillä koskien esimerkiksi edellistä hoitokäyntiä. Epäiltäessä potilaan henkilöllisyyttä voidaan se varmistaa esimerkiksi soittamalla potilaalle takaisin potilastiedoissa olevaan numeroon. (STM 2004, 142–143.)

Arkaluontoisia tietoja ei anneta lainkaan puhelimitse. Tällaisissa tilanteissa potilasta pyydetään saapumaan paikalle. Potilas pyydetään saapumaan palvelua tarjoavaan yksikköön, jos henkilöllisyyttä ei saada varmistettua puhelimesta. Soittajan ollessa lapsen vanhempi tai vanhuksen omainen soittaja pyritään tunnistamaan potilasasiakirjoista nähtävistä omaistiedoista ja heidän yhteystiedoista. (STM 2004, 142–143.)

Yksilöllisessä puhelinpalvelussa muodostuu puhelinpalveluun soittajalle ja terveydenhuollon ammattilaiselle hoitosuhde (Hyrynkangas-Järvenpää 2007, 427–430; STM 2004, 135–140). Hoitosuhteen muodostuminen on tavoiteltava asia. Hoitosuhteella saavutetaan hyvä terveyden ja sairauden hoito. (Hyrynkangas-Järvenpää 2007, 427–430.) Hoitosuhde on hoitajan ja potilaan välinen perussuhde, jossa hoitaja välittää ja osoittaa huolenpitoaan potilasta kohtaan. Hoi-

tosuhdetta pidetään subjekti – subjekti suhteena, jossa molemmat osapuolet ovat aktiivisia. Potilas otetaan huomioon yksilönä ja hänellä on mahdollisuus ja velvollisuus vaikuttaa omiin asioihinsa. (Sarvimäki, Stenbock-Hult 1996, 100–101.) Toimiva vuorovaikutus vaatii vastavuoroisuutta. Omaa ilmaisua pitää pysyä tarvittaessa muokkaamaan toisen tarpeiden mukaan ja on varmistuttava siitä, onko toinen ymmärtänyt sanoman oikein. (Puhakka 2008, 24–25.)

2.3.3 Yleisluonteinen ja yksilöllinen neuvonta

Puhelinneuvonta voi olla yleisluonteista tai yksilöllistä. Yleisneuvontaa antavan ei tarvitse olla terveydenhuollon ammattilainen. Yleisneuvonnasta voi puhua silloin, kun puhelinkeskustelussa käydään läpi yleisistä palveluista tiedottamista. Työntekijän ei tarvitse varmistaa soittajan henkilöllisyyttä, eikä puhelusta tule merkintöjä potilaspapereihin. (Hyrynkangas-Järvenpää 2007, 427–430; STM 2004, 135–140.) Lainsäädäntö sanelee osansa siitä, miten ohjausta voidaan toteuttaa. Potilaan hoidon arviointia ei voi toteuttaa sellainen työntekijä, joka on saanut vanhan terveystieteiden koulutuksen. Opiskelija ei myöskään saa toteuttaa puhelinneuvontaa. (Hyrynkangas-Järvenpää 2007, 427–430.)

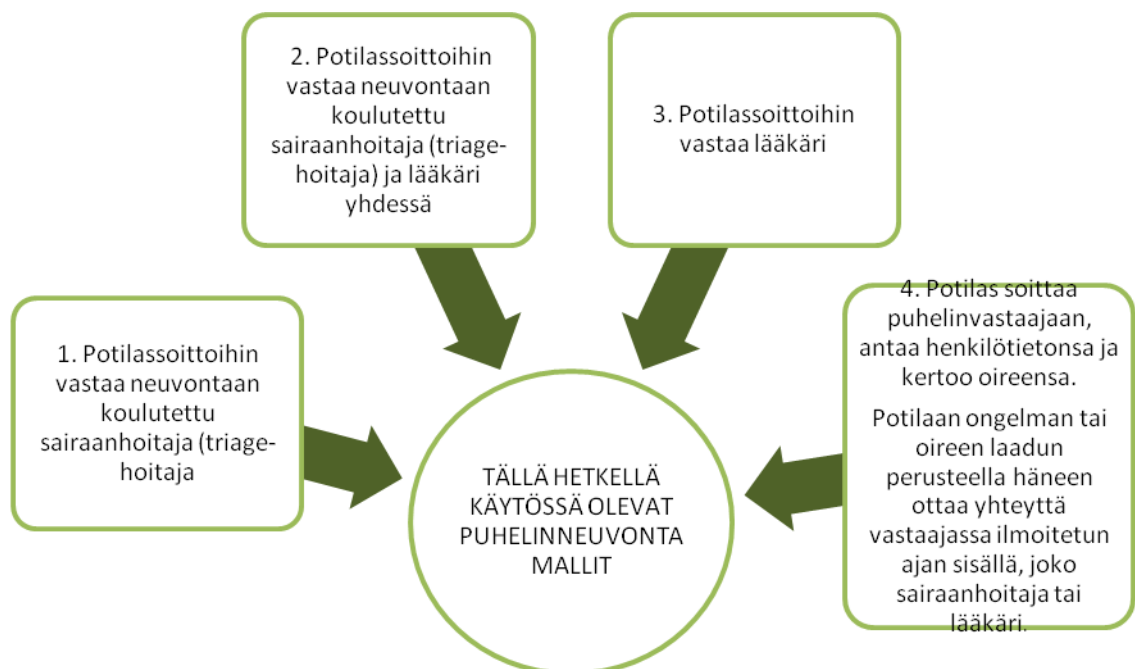
Terveystieteiden ajanvarauksista huolehtii terveystieteidenkoulutuskeskukset. Terveystieteidenkoulutuskeskukset antavat asiakkaille yleisluonteista neuvontaa, ohjaa puheluita terveydenhuollon ammattilaisille ja huolehtii ajanvarauksista, joissa ei käsitellä hoidon tarpeen tai sen ajankohdan arviointia. Terveystieteidenkoulutuskeskukset voivat myös huolehtia esimerkiksi kaikista sovituista kontrollikäynneistä ja todistusasioista. Terveystieteidenkoulutuskeskuksissa tehdyistä pilottitutkimuksista saadut tulokset osoittavat, että 50–60 prosenttia potilassoitoista käsittelee juuri näitä asioita, joita terveystieteidenkoulutuskeskukset voivat tehdä. (Hyrynkangas-Järvenpää 2007, 427–430.)

Neuvonnan aikana potilas usein ottaa esille oman sairaushistoriansa. Neuvontaa annettaessa yleisellä tasolla vastaus annetaan ottamatta kantaa yksilölliseen hoitoon. Tällaista neuvontaa antavan henkilön on tehtävä selväksi potilaalle puhelun alussa, että neuvonta tapahtuu sisällöllisesti yleisellä tasolla. (STM 2004, 135–140.)

Puhuttaessa yksilöllisestä puhelinneuvonnasta tarkoitetaan sillä terveydenhuollon ammattilaisen antamaa neuvontaa. Tällöin on kyseessä terveyden tai sairauden hoidon neuvonta. Ammattilainen ottaa kantaa asiakkaan terveydentilaan henkilökohtaisella tasolla. (Hyrynkangas-Järvenpää 2007, 427–430.) Yksilöllisen neuvonnan antajan tulee tunnistaa potilas esimerkiksi kysymällä sosiaaliturvatunnusta sekä tehdä asianmukaiset potilasasiakirjamerkinnot. Tavallisimmin puhelinneuvontaa antaa sairaanhoitaja tai terveydenhoitaja. (Hyrynkangas-Järvenpää 2007, 427–430; STM 2004, 135–140.)

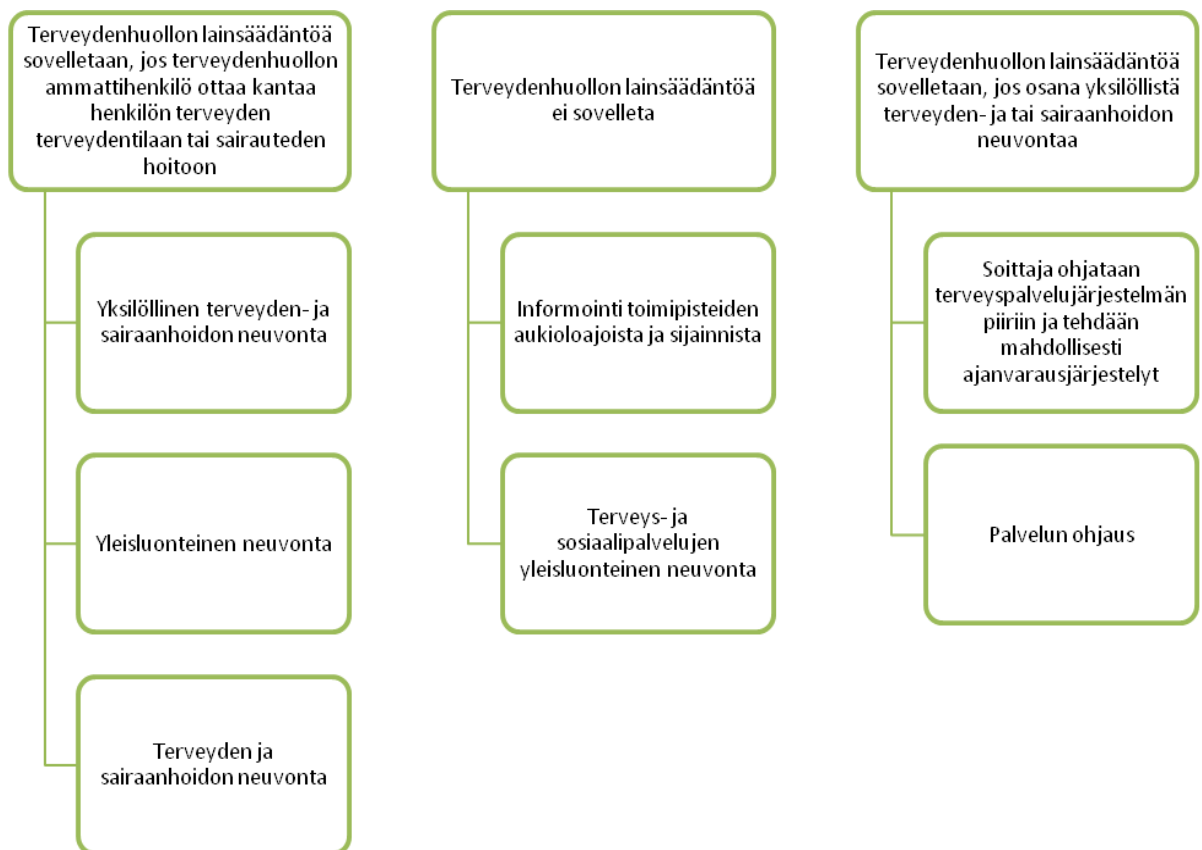
2.3.4 Puhelinneuvonnan muotoja

Maailmanlaajuisesti on kehitetty useita erilaisia puhelinohjauksen toimintamalleja. Suomessa käytetään yleisimmin neljää erilaista toimintamallia (Kuvio 4). (Hyrynkangas-Järvenpää 2007, 428.)



Kuvio 4. Puhelinneuvonnan toimintamallit (Hyrynkangas-Järvenpää 2007, 428).

Suomessa puhelinneuvonnan toteuttamisessa on pieniä eroja. Nämä erot näkyvät muun muassa siinä, miten neuvontaa annetaan ja minkälainen on toiminnan sisältö. Terveydenhuollon lainsäädäntöä voidaan soveltaa kolmella tavalla puhelinneuvonnan sisällöstä riippuen (Kuvio 5). (Hyrynkangas-Järvenpää 2007, 428.)



Kuvio 5. Lainsäädännön soveltaminen puhelinneuvonnassa (Hyrynkangas-Järvenpää 2007, 42).

2.3.5 Kysymysten muotoilu ja tiedon keruu

Puhelinneuvojan täytyy osata esittää oikeanlaiset kysymykset selvittääkseen asiakkaan tilanne ja ongelma mahdollisimman perusteellisesti. Niiden tietojen perusteella puhelinneuvojan tulee tehdä päätelmä asiakkaan tilasta ja tarpees-

ta. Hoitajan tulee selvittää asiakkaalle hyvin yksityiskohtaisesti, mitä hänen tulee tehdä puhelun jälkeen. (Kyngäs, Kääriäinen, Poskiparta, Johansson, Hirvonen & Renfors 2007, 117–120.)

Kirjallisuudessa on käsitelty paljon lääkärin ja potilaan välistä vuorovaikutussuhdetta. Pohdinnan alla on ollut huoli siitä, miten lääkäri haastattelee potilasta niin, että potilaalla ei olekaan tilaa tuoda esille häntä askarruttavia kysymyksiä. Ruusuvuori, Lindholm ja Korpela ovat ottaneet artikkeliinsa Eliot Mishlerin (1984) näkemyksen siitä, miten lääkärin on tapana kysyä suljettuja kysymyksiä. Kysymykset vaikuttavat siihen, miten potilas rohkaistuu kertomaan vaivoistaan lääkärille niin, että potilas kertoo vaivoistaan lääkärin näkökulmaa mukaillen. Suljettujen kysymysten loppupäätteitä ovat muun muassa *-ko* ja *-kö* tai vaihtoehtoja asettavia *vai* -kysymyksiä. Puolestaan avoimia kysymyssanoja ovat *mitä* ja *miten*. Voidaan todeta, että avoimet kysymykset olisivat potilasystävällisempiä kuin suljetut. Potilas saa näin ollen enemmän tilaa muotoilla asiansa lääkärille. (ks. Ruusuvuori, Lindholm & Korpela 2004, 336–337.)

2.3.6 Potilaan oikeudet ja velvollisuudet

Potilaalla on oikeus saada tietää terveydellisestä tilastaan, sairauksiensa hoidosta, hoitovaihtoehtoista ja niihin liittyvistä riskeistä. Tieto tulisi antaa potilaalle niin, että hän sen myös pystyy ymmärtämään oikein. (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 1992/785, 5§.) Hyvän potilasohjauksen saavuttamiseksi on kiinnitettävä huomiota muun muassa ympäristöön. Ohjausaikaa on varattava riittävästi. (Kääriäinen 2007, 104.)

Nykykäsityksen mukaan ohjattava asiakas on vastuussa omasta oppimisestaan (Kääriäinen & Kyngäs 2006, 6) ja hän on avainasemassa kotona suoritettujen lääkehoidon toteutumisessa (Isonen, Kansanaho & Isonen 1997, 6–7). Ohjattavan henkilökohtaista osaamista pyritään arvostamaan ja samalla pyritään yhdistämään ohjaajan ja ohjattavan asiantuntijuutta (Kääriäinen & Kyngäs 2006, 6). Yhteistyö potilaan kanssa on tärkeää annettaessa potilaalle lääkehoidon neuvontaa, ohjausta ja informaatiota (Isonen, Kansanaho & Isonen 1997, 6–7). Hoitajan tavoitteena on ohjauksellaan auttaa potilasta ratkaisemaan ongelmat ja

löytämään erilaisia toimintatapoja. Tällaisella ohjauksella pyritään lisäämään potilaan sitoutumista ja luottamusta omaan hoitoonsa. (Kääriäinen & Kyngäs 2006, 6.)

Jotta potilas saisi ohjauksesta mahdollisimman paljon irti, ohjaus tulisi antaa potilaan ymmärtämällä tavalla. Jokainen potilas tulisi huomioida ja ohjata yksilöllisesti. Osa potilaista koki Kääriäisen (2007, 90–104) tutkimuksessa, että hoitajat eivät pystyneet kertomaan asioita ymmärrettävästi. Hoitajien tiedot sairauksista ja hoidoista koettiin liian niukiksi. Toisaalta yleisesti potilaat arvioivat hoitajien tietojen ja taitojen olevan hyvät. Kolmannes hoitajista arvioi niiden olevan vain tyydyttäviä. Ongelmaksi ohjauksessa potilaat kokivat huonot tilat ja hoitajien liian vähäisen ajan. Kokonaisuudessaan hoitajien antaman ohjauksen laatu arvioitiin hyväksi. Ohjaukseen liittyvät ongelmat liittyvät liian vähäiseen ohjausaikaan. Ohjauksessa voitaisiin käyttää myös useampia ohjausmenetelmiä. (Kääriäinen 2007, 90–104.)

2.4 Puhelinneuvonnan hyödyt

Puhelinneuvonnan lisäämisellä on pyritty parantamaan terveydenhuollon asiakkaiden saamia palveluja (STM 2004, 133). Jaatisen, Vanhatalon ja Tasangon (2002, 2795–2799) tutkimuksen mukaan Suomessa on paikkakuntia, joissa terveyskeskuspäivystyksessä ei ole lainkaan lääkäriä. Tähän haetaan helpotusta puhelinpalvelulla (STM 2004, 133). Tampereella puhelimeen on vastaamassa työhön perehdytetyt kokeneet sairaanhoitajat. Puheluita tulee keskimäärin 10 000 kuukaudessa ja ruuhkaa puhelinlinjoilla on erityisesti alkuvuikosta. Puhelut koskevat muun muassa potilaan tarvetta saapua terveysasemalle. (Lääperi & Parikka 2005, 9.)

Lääkärittömissä terveyskeskuksissa on hoitajan vastaanotto, josta hoitaja ottaa yhteyttä lääkäriin tarpeen mukaan. Tutkimuksen mukaan etäasiointi, eli asiointi puhelimella, on yleistä terveysasemilla ja noin puolet tapauksista hoidetaan puhelimitse. (Jaatinen, Vanhatalo & Tasanko 2002, 2795–2799.) Myös Salisburyn, Trivellan & Brustern (2000, 618–621) tutkimuksen mukaan iäkkäät naiset soittivat eniten lääkärille ja alle 5-vuotiaista soitettiin enemmän kuin aikuisista. Ky-

seiset ryhmät ovat tottuneet käyttämään etäteknikka asiointiin ja iäkkäät kokevat sen hyväksi huonon liikkumisensa takia (Jaatinen, Vanhatalo & Tasanko 2002, 2795–2799).

Hyrnkangas-Järvenpää (2007, 427–430) kertoo artikkelissaan, miten puhelinneuvonta parantaa tutkitusti terveystalvelujen saatavuutta ja näin ollen lisää niiden nopeutta sekä tehokkuutta asiakastalvelussa. Puhelinneuvonta auttaa asiakasta löytämään oikean hoitopaikan oikeana ajankohtana. Puhelinneuvonta tukee lisääntyvää itsehoidon kehittämistä. Puhelinneuvonnassa hoitaja vastaa suoraan potilaan esittämiin kysymyksiin, jotka koskevat neuvonta- ja hoito-ohjeita. Eri maiden tutkimuksissa, kuten brittiläisten tekemissä tutkimuksissa, kaikista päivystysaikana soitetuista puheluista lääkäri selvittää puhelimesta 31–74 prosenttia. Yhdysvalloissa tehdyissä tutkimuksissa luku puolestaan ylettyi 68–72 prosenttiin. Asiakkaan ottaessa puhelimitse yhteyttä terveystalveluspäivystykseen tehdään ensimmäiseksi ensiarvio. Ensiarviolla tarkoitetaan hoidon tarpeen arviointia välittömästi. Terveystalvelun ammattilaisen tulee selvittää potilaan kertomien esitetietojen mukaan asian kiireellisyys. Esitetietoja kerätessä tulee tulla esille yhteydenoton syy, sairauden oireet, vakavuus ja kiireellisyys. Näiden esitetietojen pohjalta hoitaja, joka saa tehdä lainmukaisesti arvion tilanteesta, tekee arvion siitä, pitääkö asiakkaan tulla välittömästi lääkärintalveluun otolle vai riittääkö puhelimesta annettu potilasneuvonta. Hoitohenkilökunnan tekemässä arviossa ei koskaan ole kyse lääketieteelliseen tai hammaslääketieteelliseen tutkimukseen perustuvasta taudin määrittelystä. (Hyrnkangas-Järvenpää 2007, 427–430.)

Tehokas puhelinneuvonta tuo kustannussäästöjä ajanvaraus- ja päivystysvastuunottoja korvaavana talvelumuotona. Hoitajan antamalla ohjauksella on suora vaikutus kustannuksiin. Näistä hyötyvät terveystalvelun tuottaja sekä terveystalvelun käyttäjä. Puhelinneuvonta vähentää huomattavasti perusterveystalvelun kustannuksia potilaan ja lääkärin välisen puhelinkontaktin korvatesa mahdolliset vastaanottokäynnit. Hoitajien tulee olla helppo ottaa lääkäriin yhteyttä konsultaatiotilanteessa. Hoitajien tulee tietää, kenelle vastuulääkärille puhelut siirretään tai ketä konsultoidaan. Tämä tulee ottaa huomioon lääkäreiden

työaikoja mietittäessä. Näin taataan tehokas yksilöllinen neuvonta. Tällä tavoin saadaan maksimoitua kustannustehokkuus lääkärin päivystys- ja ajanvarausvastaanottoja korvaavana palveluna. (Hyrynkangas-Järvenpää 2007,427–430.)

3 OPINNÄYTETYÖN TOTEUTUS

3.1 Opinnäytetyön tarkoitus ja toteuttamismenetelmä

Opinnäytetyön tarkoituksena on kuvata lääkehoidon puhelinneuvontaa terveyskeskuksen päivystyksessä mukailien systemaattisen kirjallisuuskatsauksen menetelmää.

Kirjallisuuden avulla haetaan vastauksia seuraaviin kysymyksiin:

1. Mitkä ovat puhelinneuvonnan ongelmat ja hyödyt?
2. Mikä on lääkehoidon puhelinneuvonnan tarve terveyskeskuksen päivystyksessä?
3. Millaista ammattitaitoa hoitohenkilökunta tarvitsee toteuttaakseen lääkehoidon ohjausta puhelimitse?

Opinnäytetyön toteuttamismenetelmänä mukailtiin systemaattista kirjallisuuskatsausta. Systemaattiseksi kirjallisuuskatsaukseksi kutsutaan tieteellistä tutkimusmenetelmää, jossa tunnistetaan ja kerätään olemassa oleva tieto yhteen (Kääriäinen & Lahtinen 2006, 37, 39). Aikaisemmista tutkimuksista saatu tieto ja sen yhdistäminen uuteen tietoon on haasteellista (Koivisto & Haverinen 2006, 110). Systemaattisessa kirjallisuuskatsauksessa tiedon laatu arvioidaan ja se yhdistetään rajatuista ilmiöistä kattavasti. Systemaattista kirjallisuuskatsausta pidetään luotettavana tapana yhdistää aikaisempaa tutkittua tietoa. Se noudat-

taa tieteellistä kaavaa eli siihen sisältyy tutkimussuunnitelma ja se pyrkii tutkimuksen toistettavuuteen. Systemaattisessa kirjallisuuskatsauksessa pyritään vähentämään systemaattista harhaa eli tutkimusprosessissa tapahtuvia virheitä, jotka muuttaisivat tuloksia tai päätelmiä. (Kääriäinen & Lahtinen 2006, 37, 39.) Systemaattista kirjallisuuskatsausta pitäisi olla aina tekemässä vähintään kaksi tutkijaa, koska se lisää tutkimuksen luotettavuutta (Pudas-Tähkä & Axelin 2007, 46).

Systemaattinen kirjallisuuskatsaus etenee vaiheittain (Kääriäinen & Lahtinen 2006, 39; Pudas-Tähkä & Axelin 2007, 47; Leino-Kilpi 2007, 5). Kaikki vaiheet raportoidaan tarkasti. Systemaattiseen kirjallisuuskatsaukseen kuuluu tutkimussuunnitelman ja tutkimuskysymysten määrittäminen, alkuperäistutkimusten haku, valinta, laadun arviointi ja tutkimusten analysointi. (Kääriäinen & Lahtinen 2006, 39.) Systemaattisen kirjallisuuskatsauksen vaiheet voidaan karkeasti jaotella kolmeen vaiheeseen: katsauksen suunnittelu, katsauksen tekeminen ja raportointi (Leino-Kilpi 2007, 5).

Ensimmäisessä vaiheessa laaditaan tutkimussuunnitelma. Tutkimussuunnitelmassa määritetään tutkimuskysymykset, sisäänotto- ja poissulkukriteerit, joilla valitaan analyysiin tuleva aineisto. Tutkimuskysymykset laaditaan pohjautuen aiheeseen liittyvään kirjallisuuteen. Tutkimuskysymyksiä voi olla yksi tai useampia. Tutkimuskysymykset määrittävät samalla tutkimuksen tavoitteen. (Kääriäinen & Lahtinen 2006, 39–40.)

Toiseen vaiheeseen kuuluu katsauksen tekeminen, jolloin tehdään haut, analyysi ja synteesi (Leino-Kilpi 2007, 6). Alkuperäistutkimukset haetaan tutkimussuunnitelman mukaisesti määritellyistä tietokannoista. Tutkimuskysymyksiensä perusteella laaditaan hakusanat, joilla haut tehdään. Haut voidaan tehdä sähköisesti tietokannoista tai manuaalisesti. Manuaalinen haku täydentää sähköistä hakua. Sisäänottokriteerit perustuvat tutkimuskysymyksiin ja niiden perusteella valitaan käytettävät alkuperäistutkimukset. Alkuperäistutkimusten valinta tapahtuu vaiheittain. Aluksi kaikkien löytyneiden viitteiden otsikoiden perusteella valitaan otollisimmat tulokset, jonka jälkeen tarkkaillaan tutkimusten tiivistelmiä tai koko tekstiä, jotta löydettäisiin sisäänottokriteerejä vastaavat tutkimukset. Tut-

kimuksen luotettavuutta lisää, jos aineiston haun tekee kaksi tutkijaa. Mikäli heidän haun tulokset ovat erilaiset, heidän tulee perustella valintojaan. (Kääriäinen & Lahtinen 2006, 40.) Haun tekeminen on kriittinen osa tutkimusta, sillä siinä tapahtuneet virheet vähentävät tutkimuksen luotettavuutta (Pudas-Tähkä & Axelin 2007, 49).

Lopullinen aineisto muodostuu tutkimuksista, jotka on valittu ja arvioitu tutkimukseen soveltuviksi. Aineistolle tehdään laadunarviointi, jonka jälkeen niitä voidaan pitää tutkimuksen aineistona. Peruskriteerit laadulle tulevat ilmi tutkimuskysymyksissä ja -suunnitelmassa. Aineiston analysoinnissa on tarkoitus vastata mahdollisimman kattavasti tutkimuskysymyksiin. (Kääriäinen & Lahtinen 2006, 41–42.)

Systemaattisen kirjallisuuskatsauksen kolmannessa vaiheessa raportoidaan tulokset ja kerrotaan johtopäätökset (Leino-Kilpi 2007, 7). Integroidun katsauksen tarkoituksena on yhdistää jo tutkittua tietoa ja tehdä yleistys siitä. Yksi käytetyimmistä analysointimenetelmistä on meta-analyysi. Katsauksen päätelmät kuvataan selkeästi ja johdonmukaisesti ja ne on hyvä myös kuvata kuvion ja taulukoin. (Flinkman & Salanterä 2007, 85, 95, 97.)

3.2 Aineiston keruu

Opinnäytetyön teossa on käytetty kolmea eri hakutietokantaa, joiden avulla aineisto on koottu. Käytetyt hakutietokannat ovat Cinahl, Medic ja Medline. Cinahl on kansainvälinen artikkeliviitetietokanta, josta löytyy hoitotyöhön ja hoitotieteen liittyvää tietoa. Medic -tietokanta sisältää suomalaisista lääke- ja hoitotieteellisistä artikkeleista, kirjoista, väitöskirjoista, kokousjulkaisuista ja yliopistojen ja tutkimuslaitosten raporteista viitteitä. Medline -tietokanta kattaa kansainvälisiä lääketieteen ja lähialojen sekä hammaslääketieteen ja hoitotieteen artikkeliviitteitä. (Nelliportaali, 2010.)

Opinnäytetyöhön otettiin mukaan runsaasti hakusanoja ja niiden yhdistelmiä, joiden avulla pyrittiin löytämään juuri tähän työhön tarvittava aineisto. Haku toteutettiin käyttämällä suomen- ja englanninkielisiä hakusanoja. Englanninkieliset

ja suomenkieliset hakusanayhdistelmät laadittiin hieman erilaisiksi, koska käytettiin sekä englannin- että suomenkielisiä hakutietokantoja.

Englanninkielisiä hakusanayhdistelmiä olivat: medication education or guidance and nursing; drug therapy or medication or pharmacotherapy or medication safety and patient education and nursing; drug therapy or medication or pharmacotherapy or medication safety and telephone counseling or telephone education; nurse-patient relations and guidance or medication education; nurse-patient relations and telephone and guidance or communication. Näitä hakusanoja käytettiin Cinahl ja Medline hakutietokannoissa. Käytettäessä hakusanoja ilman sisään- tai poissulkukriteereitä aineistoa löytyi 436 572 kappaletta. Sisäänotto- ja poissulkukriteereiden jälkeen opinnäytetyön analyysiin valittiin mukaan kolme julkaisua.

Suomenkielisiä hakusanayhdistelmiä olivat hoitaja-potilassuhteet and ohjaus or kommunikaatio; hoitaja-potilassuhteet and ohjaus; ohjaus and puhelin; ohjaus and lääkehoito or lääketurvallisuus. Näitä hakusanoja käytettiin Medic -tietokannassa. Medic -tietokannasta löytyi aineistoa ilman sisään- tai poissulkukriteereitä 345 kappaletta. Sisään- ja poissulkukriteereitä käytettäessä opinnäytetyön analyysiin otettiin mukaan kaksi julkaisua.

Aineistoa kerättiin kolmesta eri hakutietokannasta. Aineistoa kerättiin myös manuaalisesti. Aikaisemmin löydettyjen aineistojen lähdemateriaalista poimittiin mukaan aineistoa analyysiin. Manuaalisesti löydettyjä aineistoja otettiin analyysiin mukaan neljä julkaisua.

Sisäänotto- ja poissulkukriteerit määriteltiin heti, kun aineiston haut tulivat ajan-kohtaiseksi eli suunnitelmavaiheessa syksyllä 2009. Sisäänottokriteereiksi määriteltiin seuraavat kohdat:

- Puhelinneuvonta: mitä puhelinneuvonnalla tarkoitetaan ja miten sitä käytännössä käytetään?
- Ohjaus: mitä ohjauksella tarkoitetaan?
- Lääkehoidon ohjaus ja turvallisuus: käsitellään, mitä lääkehoidon ohjaus on ja miten sitä toteutetaan käytännössä
- Lääkehoidon ja puhelinohjauksen yhdistäminen

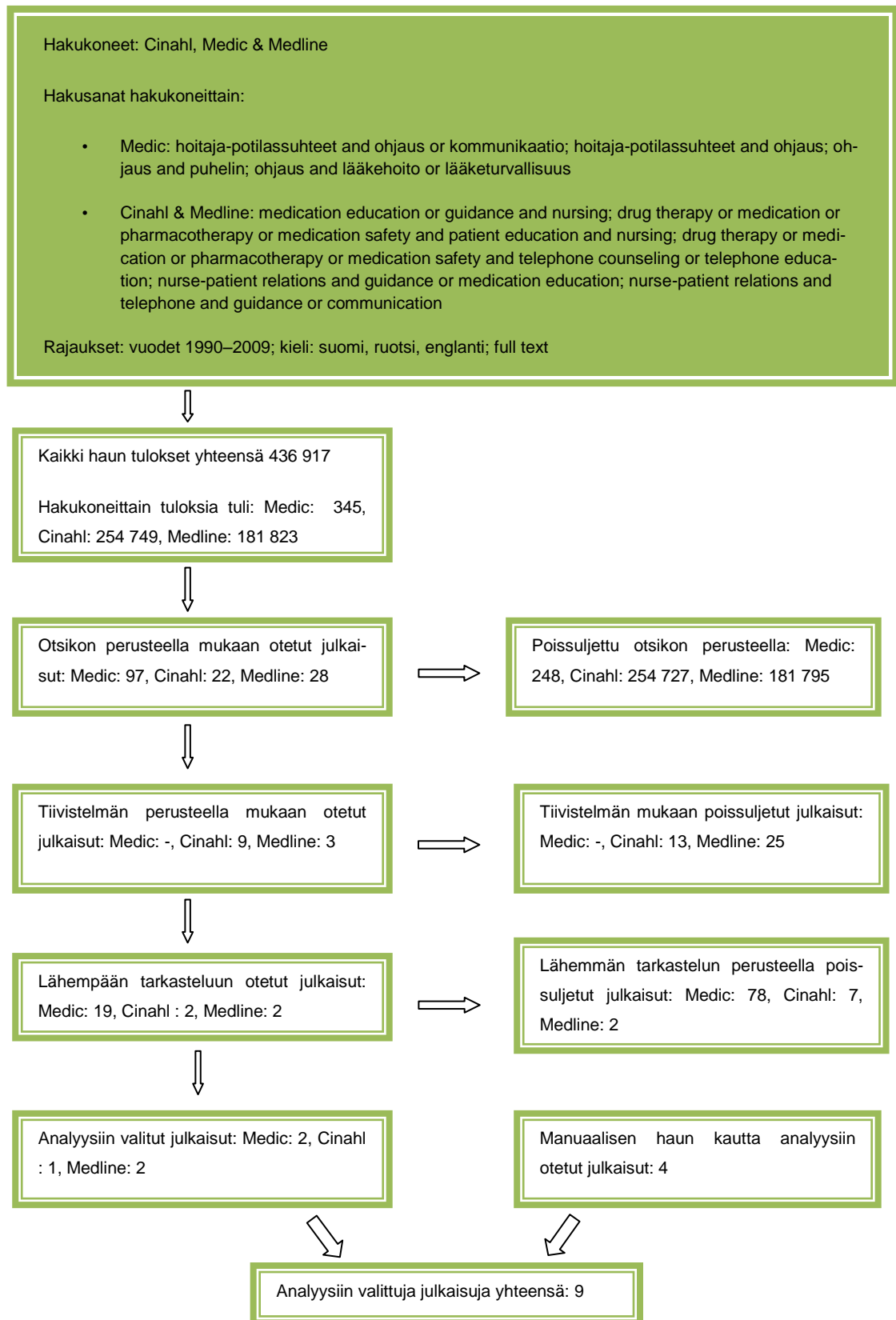
Mukaan otettiin tutkimusartikkelit, pro gradu -tutkielmat, väitöskirjat, hoitosuosittukset, viranomaisjulkaisut ja lainsäädäntö. Poissulkukriteereiksi määriteltiin aineistot, jotka käsittelevät vain yhtä lääkettä tai ikäluokkaa. Rajauksina olivat aineistot vuosilta 1990-2009 ja aineistoa haettiin suomen-, ruotsin- ja englanninkielisinä. Näiden kriteereiden ja rajoitusten pohjalta valittiin aineistot opinnäytetyön analyysiin.

Suunnitelmavaiheessa tehtiin aineiston keruuta ja haettiin alkuperäisiä julkaisuja analyysiin. Aineiston keruu toteutui hakusuunnitelman mukaisesti käyttäen laadittuja hakusanoja. Haut tehtiin aikavälillä 23.10.2009-19.2.2010.

Haku tuotti yhteensä 436 917 viitettä. Opinnäytetyön aineiston hakuprosessi on kuvattu flow chart -kuviossa (Kuvio 6). Otsikon perusteella valittiin 147 alkuperäisjulkaisua, jotka vastasivat otsikon perusteella opinnäytetyön aihetta. Cinahl- ja Medline -hakutietokantojen tiivistelmät käytiin läpi ja tiivistelmien perusteella valittiin 11 alkuperäisjulkaisua. Medic -tietokannassa ei käyty läpi tiivistelmiä, koska tässä hakutietokannassa se ei ole mahdollista. Tämän jälkeen jäljellä oli yhteensä 108 alkuperäisjulkaisua. Medic -hakutietokannasta löytyneet 97 alkuperäisjulkaisua käytiin läpi, jonka perusteella niistä valittiin 19 julkaisua lähempään tarkasteluun. Lähemmän tarkastelun jälkeen poissuljettiin alkuperäisjulkaisuja käyttäen sisäänotto- ja poissulkukriteereitä. Lähemmän tarkastelun jälkeen jäljellä oli 23 alkuperäisjulkaisua. Näistä analyysiin valittiin yhteensä viisi, joista kaksi julkaisua Medic-, yksi Cinahl- ja kaksi Medline -tietokannoista. Ma-

nuaalisen haun kautta otettiin analyysiin mukaan neljä julkaisua. Näin ollen analyysiin otettiin yhteensä yhdeksän julkaisua.

Analyysiin valitut yhdeksän julkaisua vastasivat opinnäytetyötä varten laadittuihin tutkimuskysymyksiin. Valittaessa julkaisuja kiinnitettiin huomiota niiden tuoreuteen ja siihen, miten hyvin ne vastasivat tutkimuskysymyksiin. Valitut julkaisut käsittelivät lääkehoidon ohjausta tai puhelinneuvonnan käyttöä ja hyödynnettävyyttä terveyskeskuksen päivystyksessä.



Kuvio 6. Flow- chart -kuvio

4 TULOKSET

Tulokset esitetään jaoteltuina seuraaviin osa-alueisiin: puhelinneuvonnan tarve ja lääkehoidon ohjaus, puhelinneuvonnan hyödyt ja ongelmat sekä puhelinneuvontaan tarvittava ammattitaito. Osa-alueet ovat muodostettu asetettujen kysymysten pohjalta. Alkuperäisjulkaisujen pohjalta luotiin taulukko, jossa esitetään käytetyt yhdeksän julkaisua (Taulukko 2).

Taulukko 2. Tuloksiin otetut julkaisut.

<i>tekijä(-t), vuosi</i>	<i>tutkimuksen tarkoitus</i>	<i>kohderyhmä</i>	<i>menetelmä</i>	<i>tulokset</i>	<i>hakukone</i>
Hyrykangas-Järvenpää 2007	Kuvaa puhelinneuvonnan tilaa terveyskeskuksissa. kuvaus kehitysmahdollisuuksista.	Antaa esimerkkejä erilaisista palvelutoimintamalleista. (porin kaupunki)	Laadullinen Tilanteen kuvaus Kirjallisuuskatsauksen tyyppinen	Hyvä puhelinneuvonta on laadukasta terveydenhuoltopalvelua. Panostamalla koulutukseen, työnjakoon jne. voidaan parantaa neuvonnan laatua. laadukas neuvonta tuottaa säästöjä.	Medic
Kantonen, Kauppi & Kockberg 2007	Päivystyksen lisääntyneen kuormituksen vähentäminen puhelinneuvonnan avulla.		Varianssianalyysi	Terveyskeskuskäynnit vähenivät vuosien 2002 ja 2005 välillä abcde-triagen ja terveysneuvontapuhelimen käytön ansiosta.	Manuaalinen
Wahlberg, Cedersund & Wredling 2002	Tunnistaa puhelinneuvonnan ongelmia, vaikeuksia ja haittoja.	Sairaanhoidajat (n=25)	Määrällinen Kyselylomake (154 avointa kysymystä luokiteltuina ryhmiksi)	Ongelmaksi sairaanhoidajat kokivat terveydenhuollon resurssien huonouden ja toisenkäden tiedon potilaan asioita käsitellessä.	Medline (Jatkuu)

Taulukko 2 (jatkuu)					
tekijä(-t), vuosi	tutkimuksen tarkoitus	kohderyhmä	menetelmä	tulokset	hakukone
Dahl 2007	Turvallinen lääkehoito	Sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaiset, terveydenhuollon opiskelijat sekä opettajat.	Kirjallisuuskatsaus	Tavoitteena on luoda edellytykset hyvään ja turvalliseen lääkehoitoon.	Medic
Derkx, Ret-hans, Knot-tenerus & Ram. 2007	Tutkia miten hoitajat jotka työskentelevät puhelin ohjauksessa toimivat eri tilanteissa.	Sairaanhoitajat	Havainnointi ja niistä tulleiden tulosten järjestäminen ja niiden hyödyntäminen.	Kommunikaatio-aidot ovat tärkeitä puhelinohjauksessa.	Medline
Porat, Bar, Elkokan & Revital 2009	Selvittää potilaiden tietoutta lääkityksestä ja lääkeohjauksen vaikutuksesta.	n=251 potilasta	Haastattelu	Potilaat kertovat saaneensa lääkehoidon ohjausta vaihtelevasti. omien lääkkeiden tuntemus oli vaihtelevaa.	Manuaali
Salisbury, Trivella & Brustel 2000	Selvittää puhelinväylyksen tarve ja tarpeen luonne.	Puheluiden määrät.	Laadullinen	Lapsista soitettiin eniten ja puheluita tuli eniten alkuillasta ja sunnuntai aamuisin.	Manuaali
Smith 1999	Selvittää sairaanhoitajien taidot antaa puhelin ohjausta.	Sairaanhoitajat	Kirjallisuuskatsaus	Puhelinneuvonta ei ole vain puhelimeen vastaimista vaan hoitajalta ammattitaitoa vaativaa työtä.	Cinahl
Latter, Yerrell, Rycroft-Malone & Shaw, 1999	Tarkoitus selvittää miten lääkehoidon ohjausta voidaan parantaa.	hoitaja (n=29) & potilas (n=39)	Havainnointi ja äänitteet	Sairaanhoitajan tuki tärkeää lääkehoidon ohjauksessa. Potilaan lääketuntemusta tulee testata ohjausta annettaessa. Haittavaikutuksista kerrotta-va enemmän.	Manuaalinen

4.1 Puhelinneuvonnan tarve

Vantaalla sijaitseva Peijaksen terveyskeskuspäivystys kattaa noin 250 000:n kansalaisen ensiapuluontoisen hoidon. Terveyskeskukseen tehdään vuosittain noin 50 000 potilaskäyntiä. Peijaksen päivystys alkoi ruuhkautua Myyrmäen ensiapupäivystyksen sulkemisen jälkeen kesällä 2005. Tämä loi tarpeen tutkia ja etsiä ratkaisua ruuhkautumisen vähentämiseksi. (Kantonen, Kauppila & Kockberg 2007, 897.)

Peijaksen päivystyksen ruuhkautumista pahensi ympäröivien terveysasemien lääkäripula. Päivystys ruuhkautui erityisesti juhlapyhinä ja viikonloppuisin, jolloin henkilökunnalla oli vaikeuksia erottaa kiirreellisimmin hoitoa tarvitsevat asiakkaat. (Kantone, Kauppila & Kockberg 2007, 897.) Salisbury, Trivellan ja Brusterin (2000, 620) tutkimuksen mukaan puheluja päivystykseen tuli eniten alkuiltasta ja viikonloppuisin. Arkiyöt olivat rauhallisia, mutta lauantain ja sunnuntain välisinä öinä puheluita tuli runsaasti. Eniten soittoja tuli sunnuntaiaamuisin. (Salisbury, Trivella & Bruster 2000, 620.)

Salisbury, Trivellan ja Brusterin (2000, 619) tutkimuksen mukaan eri puolilla Englantia ja Skotlantia potilaat soittivat päivystykseen vuoden aikana 1 099 401 kertaa. Vuonna 2004 Porin kaupungin ensiapuyksikön sairaanhoitajat saivat potilassoittoja, jotka koskivat yksilöllistä neuvontaa, 3805 kappaletta (Hyrkangas-Järvenpää 2007, 429). Peijaksen terveysasemalla vuonna 2004 kirjattiin 14 900 puhelua ja vuonna 2005 puhelujen määrä oli kasvanut 51 489 kappaaleeseen. Vuodesta 2004 vuoteen 2005 terveysneuvontapuhelujen määrä kasvoi 245,5 prosenttia Vantaalla. (Kantone, Kauppila & Kockberg 2007, 899.)

Porin kaupungin päivystyksessä kaksi kolmesta potilaasta sai puhelimitse yksilöllistä neuvontaa. Neuvonta koski potilaan lääkitystä tai kotihoito-ohjeita, eikä heitä ohjattu jatkohoitoon puhelun perusteella. Vain kolmannes potilaista ohjattiin päivystyksen vastaanotolle ja alle kymmenesosa oman lääkärin vastaanotolle vuorokauden kuluessa. Osassa puhelusta konsultoitiiin lääkäriä tai puhelu siirrettiin kokonaan lääkärille. (Hyrkangas-Järvenpää 2007, 429.) Tänä päivänä yhä useammat käyttävät puhelinneuvontaa, kysyäkseen neuvoa terveydenhuol-

lon ammattilaiselta terveydellisiin ongelmiinsa. Lähes puolet puhelinsoitoista koskee asiakkaan itsehoitoa. (Wahlberg, Cedersund & Wredling 2003, 38.) Runsaista puhelumääristä huolimatta hoitajat kertoivat, että he ehtivät kirjata soitot hyvin potilasasiakirjoihin (Hyrkangas-Järvenpää 2007, 429).

Puhelinneuvonnan tarve on kasvanut Salisburyyn, Trivellan ja Brusterin (2000, 621) Englannissa ja Skotlannissa tehdyn tutkimuksen mukaan. Englannissa ja Skotlannissa tehdyn tutkimuksen mukaan keskimäärin 45 prosenttia puhelimitse tehdyistä yhteydenotoista hoidettiin lääkärin tai sairaanhoitajan antaman puhelinneuvonnan avulla. Määrä kuitenkin vaihteli 26 prosentista 66 prosenttiin. (Salisbury, Trivella & Bruster 2000, 620–621.)

4.2 Lääkehoidon ohjaus

Hoitohenkilökunnan tehtävänä on ohjata potilaita elämäntapamuutoksissa, oikeanlaisessa lääkehoidossa ja autaa potilaita löytämään ratkaisuja terveydellisiin ongelmatilanteisiin. Lääkehoidon ohjaus on haastavaa työtä, mutta se kuuluu sairaanhoitajan työnkuvaan. Potilaiden motivoituneisuus omaan lääkehoitoonsa parantaa lääkehoidon turvallisuutta kotona ja vähentää lääkehoidon komplikaatioita. (Porat, Bar, Elkokaan & Zelker 2009, 2531.)

Asiakas ja asiakkaan omaiset saavat sairaalan vuodeosastolla ollessaan usein lääkehoidon ohjausta. Lääkehoidon ohjausta annetaan harvoin muualla kuin sairaalassa. Tämän takia lääkehoidon ohjausta sairaalan vuodeosastolla ei saisi lykätä. Valitettavasti potilaat eivät kuitenkaan saa riittävästi lääkehoidon ohjausta hoitajilta vuodeosastolla ollessaan. Hoitohenkilökunnan mielestä he kuitenkin antavat riittävästi lääkehoidon ohjausta potilaan lääkityksestä. (Porat, Bar, Elkokaan & Zelker 2009, 2531.) Osa potilaista ei edes kaipaa enempää tietoa lääkkeistään. (Latter, Yerrell, Rucroft-Malone & Shawn 2000, 475.)

Vuodeosastolla työskentelevät hoitajat perustelivat vähäisen ohjauksen antamisen asiakkaiden sen hetkisellä huonolla tilanteella. Heidän mielestään asiakkaat olivat niin sairaita, että heille oli turha antaa liikaa ohjausta osastojakson aikana. Potilaat saivat usein vain vähäistä lääkehoidon ohjausta muun hoidon lomassa.

(Latter, Yerrell, Rucroft-Malone & Shawn 2000, 475.) Poratin, Barin, Elkokan ja Zelkerin (2009, 2534) tutkimuksen mukaan hoitajilla ei ollut riittävästi lääkehoidon ohjaukseen tarvittavaa materiaalia, jonka takia materiaalia ei käytetty ohjauksessa ja ohjaus oli heikkoa.

Laadukkaan lääkehoidon ohjauksen antamista potilaille haittaa hoitajien puutteellinen farmakologinen tuntemus (Porat, Bar, Elkokan & Zelker 2009, 2531). Sairaanhoidajien farmakologista tuntemusta ja lääkelaskutaitoja pitäisi testata säännöllisesti. Heille tulisi myös antaa koulutusta farmakologiasta. (Dahl 2007, 27.) Poratin, Barin, Elkokan ja Zelkerin (2009, 2531) tutkimuksen mukaan 91 prosenttia hoitajista oli sitä mieltä, että heillä ei ollut valmiuksia antaa lääkehoidon ohjausta suullisesti. Vain 34 prosenttia antoi todistetusti lääkehoidonohjausta potilaille. Hoitajista 22 prosenttia antoi potilaalle mukaan esitteen, jossa kerrotaan potilaan lääkitykseen liittyvistä asioista. (Porat, Bar, Elkokan & Zelker 2009, 2531.)

Valtaosa potilaista tunnistaa lääkkeensä vain värin ja muodon perusteella. He saattavat tietää milloin lääke otetaan, mutta eivät tiedä, miksi kyseistä lääkettä otetaan. Vain pieni osa lääkkeen käyttäjistä halusi tietoa muun muassa lääkkeiden sivuvaikutuksista. (Latter, Yerrell, Rucroft-Malone & Shawn 2000, 475.) Kyselyn tulosten perusteella suurin osa potilaista tiesi tärkeimmät asiat käyttämästään lääkkeestä (Porat, Bar, Elkokan & Zelker 2009, 2531).

Ohjausta hidastaa se, jos potilaalla ja ammattilaisella on erimielisyyksiä hoidosta. Potilaan ollessa vieraskielinen, ja jos hän ei ymmärrä englanninkielistä tekstiä tai puhetta, kommunikointi on haasteellista. Hoitaja voi antaa myös potilaalle pieniä tehtäviä, joiden avulla testataan potilaan tietämys käyttämästään lääkkeestä. Heiltä kysyttiin, koska heidän käyttämänsä lääke pitäisi ottaa, mitä tehdä, jos unohtaa ottaa lääkkeen, ja mitkä ovat kyseisen lääkkeen haittavaikutukset. He selvittivät, mitkä ovat potilaan kyvyt huolehtia omasta lääkityksestään kotona. (Porat, Bar, Elkokan & Zelker 2009, 2531-2532.)

Suurin osa potilaista otti lääkehoidonohjauksen vastaan ilman ennakkoluuloja. Valtaosa heistä sai esitteen, jossa oli tietoa heidän käyttämästään lääkkeestä.

Suurin osa heistä luki esitteen. Potilailla oli hyvä suhde omaan terveydenhuollon ammattilaiseensa, joka oli perehtynyt potilaan lääkitykseen. Hoitajan antamista suullisista ja kirjallisista ohjeista oli hyötyä potilaalle hänen ollessaan kotona. (Porat, Bar, Elkoka & Zelker 2009, 2533.)

4.3 Puhelinneuvonnan hyödyt

Puhelinneuvonta parantaa ja nopeuttaa tutkitusti terveystalvelujen saatavuutta. Puhelinneuvonta auttaa asiakasta löytämään oikean hoitopaikan oikeaan aikaan. Puhelinneuvonta lisää kustannussäästöjä, koska puhelinneuvonta voi korvata ajanvaraus- ja päivystysvastaanottoja. (Hyrykangas-Järvenpää 2007, 427.) Puhelinneuvonnalla voidaan tarjota kiireellisesti hoitoa tarvitsevalle apua välittömästi. Asiakas, joka ei tarvitse päivystyksessä tarjottavaa hoitoa välittömästi, kehoitetaan jäämään kotiin tai tulemaan virka-aikana lääkärin vastaanotolle. (Kanttonen, Kauppila & Kockberg, 2007, 898.) Puhelinneuvonta on erinomainen tapa antaa potilasneuvontaa (Smith1999, 423–429).

Puhelinneuvontaa antaa terveydenhuollon ammattilainen (Hyrykangas- Järvenpää 2007, 427; Kanttonen, Kauppila & Kockberg 2007, 898). Koulutetun sairaanhoitajan antama laadukas puhelinneuvonta vähentää päivystys- ja ajanvarausjonoja. On todettu, että 10-70 prosenttia puhelinpalveluun soittaneiden asiakkaiden ongelmista ratkaistaan sairaanhoitajan antamalla puhelinneuvonnalla. Yleensä sairaanhoitajat antavat puhelinneuvontaa, mutta myös lääkärit voivat antaa sitä. Lääkärien ja hoitajien antama puhelinneuvonta vähentää perusterveydenhuollon kustannuksia. (Hyrykangas- Järvenpää 2007, 429–430.)

Asiakkaiden ohjaus puhelimitse ja heidän ohjaaminen kiireellisyyden perusteella oikeaan paikkaan vähentää asiakkaiden päivystyskäyntien määrää. Kiireellisyysryhmittelyä eli ABCDE-triagea käyttämällä puhelimesta voidaan nopeuttaa asiakkaan pääsyä lääkärille. (Kanttonen, Kauppila & Kockberg 2007, 900.) Puhelinneuvonta vähentää potilaan tarvetta mennä päivystykseen ja lääkärin vastaanotolle (Smith 1999, 423-429).

Tapausesimerkki puhelinneuvonnan hyödyistä on Peijaksen terveyskeskuksesta. Peijaksen terveyskeskuksessa oli ongelmana potilaskäyntien kasvu. Tämän takia terveyskeskustoimintaa ruvettiin organisaatiomuutoksin kehittämään. Yhtenä muutoksena oli, että he liittivät palveluvalikkoonsa terveysneuvontapuhelimen vuonna 2005. (Kantonen, Kauppila & Kockberg 2007, 899.)

4.4 Puhelinneuvonnan ongelmat

Puhelinneuvonnan tulisi olla tasalaatuista suomalaisessa terveydenhuoltojärjestelmässä riippumatta palvelun tarjoajasta (Hyrynkangas- Järvenpää, 2007). Kantosen, Kauppilan ja Kockbergin (2007, 898) mukaan Suomessa ei ole tarkkoja kriteereitä, miten ABCDE-triagea tulisi toteuttaa. Näin ollen eripuolilla Suomea puhelinohjaus saattaa olla hyvinkin erilaista (Hyrynkangas- Järvenpää 2007, 428).

Puhelinneuvonnassa esiintyviä ongelmia selvitettiin Ruotsalaisessa tutkimuksessa. Tutkimusta varten valittiin yhteensä 25 sairaanhoitajaa viidestä eri puhelinkeskuksesta. Hoitajia pyydettiin listaamaan kymmenen suurinta puhelinohjauksessa yleisimmin esiintyvää ongelmaa. (Wahlberg, Cedersund & Wredling 2003, 39.)

Puhelinneuvojalla ei ole muita menetelmiä saada tietoa kuin kysymällä potilaalta ja kuuntelemalla hänen vastauksiaan. Välikäsien kautta saadun tiedon käsitteleminen on puhelinneuvontaa antavalle entistäkin haasteellisempaa. Tällaisia tilanteita voi syntyä, kun asiakas on vieraskielinen, kuuro, tai hänen vammansa on sellainen, ettei potilas pysty itse kertomaan ongelmastaan puhelimesta. Silloin hoitajan on vaikeampaa arvioida potilaan tilannetta ja antaa juuri hänelle sopivaa neuvontaa. (Wahlberg, Cedersund & Wredling 2003, 40–41.)

Hoitajien mielestä haasteellista on selvittää, onko asiakas ymmärtänyt annetun neuvonnan oikein. Puhelinohjaus toimii parhaiten silloin, kun hoitaja toistaa potilaan kysymykset. Tällöin molemmalle osapuolelle tulee varmuus siitä, että tilanne on ymmärretty oikein. (Wahlberg, Cedersund & Wredling 2003, 41.)

Osa puhelinneuvontaa antavista hoitajista piti hankalana, että he eivät voineet nähdä potilasta. Näköyhteyden puuttuessa hoitaja ei pysty tulkitsemaan potilaan elekieltä, mikä helpottaisi tilanteen vakavuuden arviointia. Hyvin usein potilaan kysymykset vaihtuvat ja oireen kuvaus muuttuu puhelun aikana, joka vaikeuttaa hoitajaa hahmottamaan potilaan tilannetta. (Wahlberg, Cedersund & Wredling 2003, 40.)

Kauan puhelinlinjalla odottanut potilas voi olla aggressiivinen hoitajan vastatessa puhelimeen. Aggressiivisen potilaan käytökselle on ominaista huutaminen ja haukkuminen. Monelle potilaalle neuvonnan kuunteleminen on vaikeaa kiihtymyksen takia. Lisäksi tutkimuksessa todetaan, että myös asiakkaan heikko anatomian tuntemus vaikeuttaa asiakkaan neuvonnan vastaanottamista. Tällöin on vaikeata saavuttaa hyvää neuvonnan lopputulosta. (Wahlberg, Cedersund & Wredling 2003, 42.)

Hoitajalle puhelinohjaus tuo ongelmia fyysisellä ja henkisellä tasolla. Hoitajat kertovat kokevansa stressiä työssään. Heillä ei ole tarpeeksi koulutusta ja he kokevat tarvitsevansa lisää tietoa. Puhelinneuvonnan antajalla tulee olla hyvin kattava tietous eri sairauksista ja niiden hoitolinjauksista. Tämä aiheuttaa stressiä hoitajille. (Wahlberg, Cedersund & Wredling 2003, 42–43.)

Hoitajat kokevat myös tarvitsevansa palautetta asiakkailta. He eivät tiedä, mitä keskustelun jälkeen soittajalle on tapahtunut. He eivät saa riittävästi palautetta tekemästään työstään. Näin ollen he eivät pysty kehittymään työssään. Osa hoitajista koki työskentelyn yksin huonoksi asiaksi. Hankalassa tilanteessa he eivät voi kysyä apua toiselta ammattilaiselta. (Wahlberg, Cedersund & Wredling 2003, 42.) Kuitenkin Suomessa neuvontaa antavilla sairaanhoitajilla tulisi kynnys konsultoida lääkäriä olla mahdollisimman matala (Hyrykangas-Järvenpää 2007, 429).

Lisää ongelmia tuo tekniikka ja sen puutteellisuus. Ammattilaiset kokevat työvälineiden tuomat ongelmat suureksi haitaksi. Huonolla puhelimella tai tietokoneella neuvonta ei onnistu. (Wahlberg, Cedersund & Wredling 2003, 42.)

4.5 Puhelinneuvontaan tarvittava ammattitaito

Terveydentilaa arvioivalla terveydenhuollon ammattilaisella tulee olla riittävät valmiudet ja koulutustaso toteuttaa puhelinneuvontaa. Ammattihenkilö voi antaa sekä yksilöllistä että yleisluontoista neuvontaa. Yksilöllisessä neuvonnassa otetaan kantaa asiakkaan terveydentilaan. Puhuttaessa yleisluontoisesta neuvonnasta käsitellään ainoastaan tiedottamista yleisistä asioista. Yleisneuvonnan antajan ei tarvitse olla terveydenhuollon ammattilainen. Puhelun alussa tulee tulla selkeästi ilmi, ettei soittaja voi kysyä neuvoa omiin sairauksiinsa liittyen ja hänelle tulee kertoa tähän syy. (Hyrynkangas-Järvenpää, 2007, 429.)

Hoitajien roolia lääkehoidon ohjauksessa voidaan pitää merkittävänä. Hoitajien antama ohjaus on kuitenkin ajoittain turhan pintapuolista. (Latter, Yerrell, Rucroft-Malone & Shawn 2000, 478.) Dahlin (2007, 27) mukaan sairaanhoitajat tarvitsevat jatkuvaa koulutusta lääkehoidon osaamisen ylläpitämiseksi. Hoitajat pyrkivät motivoimaan asiakkaita käyttämään lääkkeitään kertomalla tarkemmin lääkkeiden vaikutuksista (Latter, Yerrell, Rucroft-Malone & Shawn 2000, 474–475).

Latterin, Yerrellin, Rucroft-Malosen ja Shawn (2000, 474) tutkimuksen mukaan sairaalan vuodeosastolla tapahtuva lääkehoidon ohjaus annetaan ajoittain muun keskustelun lomassa. Ohjausta annettiin muun muassa lääkkeiden nimitystä, käyttötarkoituksesta ja lääkkeen käytön kestosta. Hoitajat keskustelivat samoista asioista potilaan kanssa useampaan otteeseen. Potilaan lääketuntemusta tarkistetaan kysymällä, kuinka hän käyttää lääkkeitään. Hyvä hoitaja-potilassuhteen arvioitiin parantavan lääkehoidon ohjauksen laatua. (Latter, Yerrell, Rucroft-Malone & Shawn 2000, 474-476.)

Puhelinneuvonta on osa terveyskeskuksen toimintaa. Neuvonta lähtee liikkeelle asiakkaan tarpeesta. Derkx, Rethans, Knottnerus & Ram (2007, 386) tuovat esille tarpeen kehittää puhelinneuvontaa antavien henkilöiden kommunikaatio-taitoja. Neuvontaa antavan henkilön tulisi olla ystävällinen, kohtelias ja empaattinen. Neuvonnan antajan tulisi asennoitua positiivisesti työhönsä ja kyetä saumattomaan yhteistyöhön muiden ammattilaisten kanssa. Neuvontaa antavalla

hoitajalla tulee olla mahdollisuus konsultoida lääkäriä neuvontaa antaessaan. Konsultoinnin kynnyks tulisi olla mahdollisimman matala. (Hyrykangas-Järvenpää 2007, 386, 428–429.)

Hoitajan tulisi kiinnittää huomiota puhetyyliinsä ja äänenpainoonsa puhelinneuvontaa antaessa. Hänen tulee myös huomioida, mitä sanoja hän painottaa keskustellessaan potilaan kanssa. Esimerkiksi hoitajan kysyessä, miten voin auttaa sinua, tulisi hoitajan painottaa sanaa sinua. Painotus kertoo potilaalle, että hoitaja on kiinnostunut hänestä. (Smith 1999, 423–429.) Käyttämillään kysymyksillä neuvonnan antaja voi osoittaa, ettei hän ole kiinnostunut vain potilaan lääketieteellisestä ongelmasta vaan hänen henkilökohtaisesta tilanteesta (Derkx, Rethans, Knottnerus & Ram 2007, 386).

Hoitajan tulisi välttää käyttämästä ammattikieltä antaessaan neuvontaa potilaalle. Neuvonta tulisi antaa selkeästi ja rauhallisesti niin, että potilas ymmärtää neuvonnan sisällön oikein. Hoitaja saa potilaalta paljon tietoa käyttämällä sanoja *kuka, mitä, missä, koska* ja *miten*. (Smith 1999, 423–429.) Mikäli asiakas on hyvin niukkasanainen, hoitajan tulee esittää lisäkysymyksiä selvittääkseen potilaan tilanteen. Kysymykset täytyy kuitenkin esittää ammatillisesti ja kohteliaasti. (Derkx, Rethans, Knottnerus & Ram 2007, 386.)

Puhelinohjaus ei ole koskaan rutiininomaista toimintaa. Puhelimen välityksellä annettu neuvonta on vaikeaa ja siihen tarvitaan pätevät ja ammattitaitoiset hoitajat. Esimerkiksi erinomainen osastolla työskentelevä sairaanhoitaja ei välttämättä ole hyvä puhelinneuvoja. Hoitajan tulee ymmärtää, että ohjaus on verbaalista kommunikointia. Äänen ja puheen kautta hoitaja selvittää itselleen tilanteen, johon soittaja on hakemassa neuvoa. Hoitaja, jolla on enemmän työkokemusta, antaa neuvonnan tarkasti ja nopeasti, jopa 5-10 minuutissa. (Smith 1999, 423-429.) Derkxin, Rethansin, Knottneruksen ja Ramin (2007, 385) tutkimuksen mukaan puhelinneuvonta kestää keskimäärin 20 minuuttia kerrallaan. Palautteen saaminen asiakkailta on tärkeää puhelinneuvonnan kehittämisen kannalta (Derkx, Rethans, Knottnerus & Ram 2007, 386).

5 OPINNÄYTETYÖN LUOTETTAVUUS JA EETTISYYS

Systemaattisen kirjallisuuskatsauksen luotettavuutta parantavat huolellinen suunnittelu, hakujen suorittaminen täsmällisesti, sisäänotto- ja poissulkukriteerien noudattaminen ja aineiston laadun arviointi (Stolt & Routsalo 2007, 68). Luotettavuusongelmia voi syntyä aineiston keruun aikana ja sen valinnassa. Aineisto tulisi hankkia noudattaen tarkasti tutkimussuunnitelmaa. (Pudas-Tähkä & Axelin 2007, 53.) Hakuprosessi voidaan tehdä pelkästään elektronisista hakutietokannoista. Tutkimuksen luotettavuutta kuitenkin lisää, jos elektronisen haun jälkeen tehdään käsihaku, jossa pyritään löytämään alkuperäiset tutkimukset aiheesta. (Stolt & Routsalo 2007, 67–68.)

Kieliharhaa voi syntyä, jos käytetään vain englanninkielisiä tutkimuksia. Luotettavuuden kannalta olisi hyvä käyttää alkuperäisiä ja alkuperäisellä kielellä julkaistua aineistoa. (Pudas-Tähkä & Axelin 2007, 53.)

Tutkimuksen luotettavuuden kannalta on tärkeitä raportoida tutkimuksen kaikki vaiheet tarkasti. Systemaattisen kirjallisuuskatsauksen pitäisi olla toistettavissa. (Pudas-Tähkä & Axelin 2007, 53–54.) Kirjallisuuskatsauksen luotettavuuteen vaikuttaa myös alkuperäistutkimusten laatu ja luotettavuus (Stolt & Routsalo 2007, 68).

Opinnäytetyön validiteettia eli luotettavuutta lisää se, että työn tekijöitä on ollut kaksi. Kaikki analysoitavat artikkelit on valittu ja analysoitu yhdessä. Tutkimuskysymyksiä on tarkasteltu ja tarkennettu työtä tehdessä. Sisäänotto- ja poissulkukriteerit ovat pysyneet samanlaisina. Kuitenkin niitä olisi pitänyt tarkentaa työn edetessä, koska tutkimuskysymyksiä tarkennettiin. Tämä vähentää tutkimuksen luotettavuutta. Kriteerien laatimisen jälkeen keväällä 2010 lisättiin rajauksiin kokoteksti. Tämän avulla saatiin vähennettyä runsasta viitteiden määrää. Kokotekstejä oli mahdollisuus löytää Cinahl- ja Medline -tietokannoista.

Opinnäytetyön luotettavuutta voi vähentää hakusanojen runsaus ja niillä tulleiden viitteiden runsas määrä. Yksi tehty haku jätettiin käsittelemättä, koska raja-

usten jälkeen hakutuloksia oli edelleen lukuisa määrä, joita kaikkia ei kyetty käsittelemään. Runsaiden viitemäärien vuoksi osa käyttökelpoisesta aineistosta on jäänyt huomaamatta eikä sitä ole otettu lähempään tarkasteluun. Käyttökelpoista aineistoa on tietoisesti jätetty pois, koska aineiston saatavuus on ollut vaikeaa ja kallista. Tämä vaikuttaa negatiivisesti opinnäytetyön luotettavuuteen. Luotettavuutta voi vähentää myös vieraskieliset aineistot ja kielelliset ongelmat. Käännösvaiheessa on voinut tapahtua käännös- ja ymmärtämisvirheitä. Tässä opinnäytetyössä on käytetty englanninkielistä ja suomenkielistä aineistoa.

Opinnäytetyötä tehdessä ei havaittu suoranaisia eettisiä ongelmia. Opinnäytetyö toteutettiin systemaattista kirjallisuuskatsausta mukaillen jolloin eettiset ongelmat eivät ole niin selviä kuin esimerkiksi kyselytutkimusta tehdessä. Lähteitä käytettäessä tuodaan esille alkuperäinen tekijä. Tietoja ei plagioitu eettisistä syistä, mutta lähteille pyrittiin olemaan uskollisia.

6 POHDINTA JA JOHTOPÄÄTÖKSET

6.1 Tulosten tarkastelu

Tuloksia tarkastellaan lääkehoidon ohjauksesta ja puhelinneuvonnasta erillisinä kokonaisuuksina. Hakujen perusteella ei löytynyt julkaisuja, jotka olisivat käsitelleet lääkehoidon ohjausta ja puhelinneuvontaa yhdessä. Opinnäytetyössä sovelletaan lääkehoidon ohjaukseen ja puhelinneuvontaan liityvää tietoa yhteen. Ammattitaito käsitettä sovelletaan lääkehoidonohjaus ja puhelinneuvonta osissa.

Terveyspalvelujen käyttäjämäärien lisääntymisen myötä (Kantone, Kauppila & Kockberg 2007, 899) puhelinneuvonnan tarve on myös kasvanut (Salisbury, Trivella & Bruster 2000, 620-621; Hyrykangas-Järvenpää 2007, 427–429). Aineiston perusteella tuli ilmi, että puhelinneuvontaa käyttämällä voidaan vähentää päivystyksen kävijämääriä. Puhelinneuvonnalla voidaan myös tehdä merkit-

täviä säästöjä terveystalokustannuksissa. (Hyrkangas-Järvenpää 2007, 427.)

Puhelinneuvontaa ja ABCDE-triagea käyttämällä voidaan helpottaa päivystysten ruuhkautumista ja ohjata potilas oikeaan paikkaan hoitoon (Kantonen, Kauppila & Kockberg 2007, 427). Hoitaja arvioi potilaan hoidon tarpeen ja kotiin jäävälle potilaalle hoitaja voi antaa itsehoito-ohjeet (Wahlberg, Cedersund & Wredling 2003, 43).

Lääkehoidon ohjauksen tarve ilmeni tutkimuksissa potilaiden tiedon puutteena omasta lääkityksestään. Vuodeosastoilla tapahtuva lääkehoidon ohjaus jää usein pintapuoliseksi. (Latter, Yerrell, Rucroft-Malone & Shawn 2000, 475.) Kuitenkin Poratin, Barin, Elkokan ja Zelkerin (2009, 2531) tutkimuksen mukaan suurin osa potilaista tiesi tärkeimmät asiat käyttämästään lääkkeestä.

Hoitajat pyrkivät motivoimaan potilaitaan käyttämään lääkkeitään ohjeiden mukaisesti kertomalle heille tarkemmin lääkkeiden vaikutuksista (Latter, Yerrell, Rucroft-Malone & Shawn 2000, 474–475). Lääkehoidon ohjauksen laatua voidaan pyrkiä parantamaan lisäämällä sairaanhoitajien koulutusta lääkehoidosta (Dahl 2007, 27).

Puhelinneuvonnassa korostuu hoitajan ammattitaito, koska hänen on osattava kysyä oikeat kysymykset potilaalta, jotta hän voi arvioida potilaan tilanteen ja hoidon tarpeen (Wahlberg, Cedersund & Wredling 2003, 42–43). Yksilöllistä puhelinneuvontaa saa antaa vain terveydenhuollon ammattilainen (Hyrkangas-Järvenpää 2007, 427; Kantonen, Kauppila & Kockberg 2007, 898).

Puhelinneuvonnan ongelmaksi voi muodostua hoitajan väsyminen työssään (Smith 1999, 423–429) ja vähäinen lisäkoulutuksen ja palautteen saanti. Tällöin hoitaja ei voi kehittyä työssään. (Wahlberg, Cedersund & Wredling 2003, 42–43.)

6.1.1 Puhelinneuvonta

Opinnäytetyössä ilmenneiden tulosten perusteella saatiin selville, että puhelinneuvonnan tarve on lisääntynyt merkittävästi. Neuvonnan tarve on lisääntynyt, koska ihmiset käyttävät enemmän terveydenhuollon palveluja ja itsehoitolääkkeitä.

Ihmiset ovat ruuhkauttaneet päivystykset ja lääkärien vastaanotot, koska heillä ei ole ollut tietämystä siitä, mihin heidän tulisi mennä ongelmansa kanssa. Puhelinneuvonnan ansiosta potilaat saavat terveydenhuollon ammattilaiselta neuvontaa siitä, mitä heidän tulisi tehdä.

Hoitajan tulee olla ammattitaitoinen ja koulutettu antamaan puhelinneuvontaa. Koulutukseen tulisi kiinnittää enemmän huomiota, jotta puhelinpalvelun hyödyt tulisivat parhaiten esille. Koulutusta tulisi tarjota enemmän ja säännöllisesti. Hoitajien taitoja tulisi testata ja arvioida, jotta saataisiin selville heidän kykeneväisyys toimimaan puhelinneuvojana. Puhelinneuvojan tulee tietää hyvin paljon eri sairauksista, lääkkeistä ja toimintatavoista. Neuvonta on haasteellista ja vastuullista työtä.

Ammattihenkilöitä tulee olla riittävästi vastaamaan tarjonnan määrää. Puhelinneuvontaa tarjoavien yksiköiden tulisi ottaa huomioon henkilökuntaresurssit. Ammattitaitoisia ja koulutettuja hoitajia tulisi olla riittävästi, jotta välttyttäisiin pitkiltä jonotusajoilta. Potilaiden odotettua neuvonnan saantia liian kauan eivät he kiihtymyksensä vuoksi kykene ottamaan neuvontaa vastaan. Tällöin neuvonnan laatu laskee tai potilas voi ymmärtää neuvonnan väärin. Neuvoja tulisikin olla riittävästi, jotta neuvontaa voisi antaa rauhassa ja näin ollen pystyttäisiin kattamaan riittävän hyvä neuvonnan laatu. Työvuoroja suunniteltaessa tulisi ottaa huomioon riittävän suuret hoitajaresurssit. Yleensä iltaisin ja viikonloppuisin puhelinneuvonnan tarve on suurta, kuitenkin suurin puhelinneuvonnan tarve ilmenee sunnuntaiaamuisin.

Puhelinneuvontaa antavilla hoitajilla on todettu esiintyvän työuupumusta. He kokevat sen johtuvan yksin työskentelemisestä. Organisaatiota suunniteltaessa tulisikin pyrkiä hoitajien ja lääkäreiden saumattomaan yhteistyöhön. Hoitajilla

tulisi olla mahdollisimman alhainen kynnyks konsultoida lääkäriä vaikeissa ja epäselvissä tilanteissa. Toimivalla organisaatiolla taataan potilaalle laadukasta puhelinneuvontaa.

6.1.2 Lääkehoidon ohjaus

Hoitajan tehtävänä on tukea potilasta elämäntapamuutoksissa, lääkehoidossa ja auttaa potilasta löytämään ratkaisuja terveydellisiin ongelmiin. Potilaan motiivituneisuus hoitoonsa ja hyvä potilas-hoitajasuhde nopeuttavat paranemista.

Hoitajilla tulisi olla hyvä farmakologinen tuntemus ja lääkelaskutaidot hallinnassa (Dahl 2007, 27-29). Kuitenkin tällä hetkellä useilla hoitajilla on puutteellinen farmakologinen tuntemus, mikä haittaa potilaan kuntoutumista. Puutteellisen farmakologisen tuntemuksen vuoksi hoitajat eivät ole ohjanneet potilaita riittävästi aktiivisesti. Hoitajien lääkelaskutaidot ovat myös puutteelliset. Hoitajien lisäkoulutusta ja heidän testaamista tulisi toteuttaa aktiivisesti, jotta potilaiden ohjaus olisi laadukasta ja turvallista.

Lääkehoidon ohjauksen tarve on kasvanut lisääntyneen itsehoitolääkkeiden kysynnän myötä. Potilailla on puutteellista tietoa siitä, miten heidän tulisi käyttää käyttämäänsä lääkettä. Valtaosa potilaista tunnistaa lääkkeensä vain värin ja muodon perusteella. Laadukkaalla ohjauksella voidaan välttyä lääkehoidon vaaratilanteilta.

6.2 Jatkokehittämistutkimukset

Opinnäytetyöstä tulleiden tulosten perusteella jatkossa voisi tutkia lääkehoidon ohjauksen määrää ja laatua Suomessa. Olisi myös hyvä tutkia, milloin puhelinneuvontaa tarvitaan eniten. Puhelimessa tapahtuvasta lääkehoidon ohjauksesta ei ole aikaisempaa tutkimustietoa. Tällaisten tulosten perusteella puhelinneuvontaa ja lääkehoidon ohjausta puhelimessa voitaisiin kehittää entisestään.

Tulosten perusteella hoitajia pitäisi kouluttaa jatkuvasti niin lääkehoidon osamisessa kuin puhelinneuvonnan antajan kommunikaatioaidoissa. Koska puhelimessa tapahtuva neuvonta on täysin erilaista kuin esimerkiksi osastolla tapah-

tuva neuvonta, tulisi jatkossa tutkia, millaista puhelinneuvonnan ja lääkehoidon ohjauksen koulutuksen tulisi olla.

LÄHTEET

- Ahonen, R. & Hämeen-Anttila, K. 2006. Nuoret tarvitsevat tietoa lääkkeistä.
- Annola, K & Laitinen, K. 2005. Mitä lääkkeiden käyttäjät kysyvät haittavaikutuksista 7, 20-21.
- Dahl, B. 2007. MAQ-projekti tarjoaa turvallisen lääkehoidon välineet. *Sairaanhoitaja* 80(9), 27-29.
- Derx, H, Rethans, J-J., Knottnerus, J. & Ram, P. 2007. Assessing communication skills of clinical handlers working at an out-of-hours centre: development of the RICE rating scale. *British journal of general practice* 57, 383-387.
- Flinkman, M. & Salanterä, S. 2007. Systemaattisen kirjallisuuskatsauksen aiheen rajaus, hakutermit ja abstraktien arvionti. Teoksessa systemaattinen kirjallisuuskatsaus ja sen tekeminen. Johansson, K., Axelin, A., Stolt, M. & Ääri, R-L (toim.) Turun yliopisto. Hoitotieteen laitoksen julkaisuja. Tutkimuksia ja raportteja A:51/2007. Turku, 84-100.
- Hoppu, K., Pohjolainen, T. & Taalikka (toim.) 2002. Lasten myrkytykset. 1. painos. Duodecim: Helsinki.
- Hyrynkangas- Järvenpää, P. 2007. Terveystieteiden ammattihenkilöiden antama puhelinneuvonta. *Suomen Lääkärilehti* 62(5), 427- 430.
- Isonen, T., Kansanaho, H. & Isonen, N. 1997. Erään suomalaisen apteekin lääkeneuvontaprofiili. *Suomen apteekkilehti* 7-8, 6-10.
- Jaatinen, P., Vanhatalo, R. & Tasanko, A. 2002. Miten terveysaseman hoitaja toimii, jos terveysasemalle ei ole saatu lääkäreitä. *Suomen lääkäri* 25-26, 2795-2799.
- Jallinoja, Kuronen, Absetz & Patja. 2006. Lääkehoidon, elintapahoidon ja ryhmäneuvonnan asema elintapasairauksien hoidossa. *Suomen lääkäri* 61(37), 2747-3751.
- Stolt, M. & Routsalo, P. 2007. Tutkimusartikkelien valinta ja käsittely. Teoksessa Systemaattinen kirjallisuuskatsaus ja sen tekeminen. Johansson, K., Axelin, A., Stolt, M. & Ääri, R- L. (toim.) Turun yliopisto. Hoitotieteen laitoksen julkaisuja. Tutkimuksia ja raportteja A:51/2007. Turku 58-70.
- Kantonen, J., Kauppila, T. & Kockberg, I. 2007. Päivystyksen organisaatiomuutokset vähentävät lääkärissäkäyntejä. *Suomen lääkäri* 62(9), 897-901.
- Kaunisvesi, K. 2005. Itsehoitolääkkeet, niiden turvallisuus ja oikea käyttö. *Dosis* 21(2), 97-107.
- Koivisto, J. & Haverinen, R. 2006. Systemaattiset tutkimuskatsaukset vaikuttavuuden arvioinnin välineenä sosiaalialalla. *Hallinnon Tutkimus* 25(3), 108-126.
- Kyngäs, Kääriäinen, Poskiparta, Johansson, Hirvonen & Renfors. 2007. Ohjaaminen hoitotyössä. 1. painos. WSOY: Porvoo.
- Kärkkäinen, E. 2002. Enemmän keskustelua lääkkeiden haittavaikutuksista. *Apteekkari* 4, 14-15.
- Kääriäinen, M. & Kyngäs H. 2005. Käsitemallin ohjauskäsitteessä hoitotieteessä. *Hoitotiede* 17(5), 250-258.

Kääriäinen, M. & Kyngäs, H. 2006. Ohjaus – tuttu, mutta epäselvä käsite. *Sairaanhoitaja* 79(10), 6-9.

Kääriäinen, M. & Lahtinen, M. 2006. Systemaattinen kirjallisuuskatsaus tutkimustiedon jäsentäjänä. *Hoitotiede* 18(1), 37-45.

Kääriäinen, M. 2007. Potilasohjauksen laatu: hypoteettisen mallin kehittäminen. *Lääketieteellinen tiedekunta, hoitotieteen ja terveyshallinnon laitos*. Oulu: Oulun yliopisto, Oulun yliopistollinen sairaala.

Laki (1992/785) Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 17.8.1992/785 [viitattu 20.3.2009]. <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1992/19920785>.

Latter, S., Yerrel, P., Rycroft-Malone, J. & Shaw, D. 2000. Nursing, medication education and new policy agenda: the evidence base. *International journal of nursing studies* 37(6), 469-479.

Leino-Kilpi, H. 2007. Systemaattisen kirjallisuuskatsauksen aiheen rajausta, hakutermit ja abstraktien arvionti. Teoksessa systemaattinen kirjallisuuskatsaus ja sen tekeminen. Johansson, K., Axelin, A., Stolt, M. & Ääri, R-L (toim.) Turun yliopisto. Hoitotieteen laitoksen julkaisuja. Tutkimuksia ja raportteja A:51/2007. Turku, 2-9.

Lääketietokanta. 2010. Duodecim. [viitattu 21.3.2010] http://www.terveysportti.fi.ezproxy.turkuamk.fi/terveysportti/dlr_laake.koti

Läpäri, P. & Parikka, A. 2005, *Sairaanhoitaja* 78(2), 9-10.

Nelliportaali 2010. Aineiston valinta Cinahl.[Viitattu 14.3.2010]

http://www.nelliportaali.fi/V/M3EC8NIULLAJP3TNLRNQPEMQ4NKHY2LBJ2MMM1K6EL268CY5DT-05815?func=find-db-info&doc_num=000025870

Nelliportaali 2010. Aineiston valinta Medic.[Viitattu 14.3.2010]

http://www.nelliportaali.fi/V/M3EC8NIULLAJP3TNLRNQPEMQ4NKHY2LBJ2MMM1K6EL268CY5DT-24550?func=find-db-info&doc_num=000012319

Nelliportaali 2010. Aineiston valinta Medline.[Viitattu 14.3.2010] http://www.nelliportaali.fi/V/M3EC8NIULLAJP3TNLRNQPEMQ4NKHY2LBJ2MMM1K6EL268CY5DT-04943?func=find-db-info&doc_num=000011194

Paakkari, P., Saastamoinen, L., Martikainen, J. & Voipio, T. 2008. Lääkevuosi 2008. Lääketilasto 2008, 27. [4.3.2010] http://www.laakelaitos.fi/instancedata/prime_product_julkaisu/laakelaitos/embeds/Laakevuosi_2008.pdf

Peltonen, H. 2005. Itsehoitolääkkeet eivät ole mitä tahansa hyödykkeitä. *Apteekkari* 3, 11-12.

Piha, H. & Jauhiainen, T. 1993. Puhe äänen sanattomat viestit. *Duodecim* 109(22), 2114- 2128.

Porat, N., Bar, C., Elkoka, G. & Revital, Z. 2009. Evaluation of a nursing intervention project to promote patient medication education. *Journal of Clinical nursing*. 18(17), 2530-2536.

Pudas-Tähkä, S-M. & Axelin, A. 2007. Systemaattisen kirjallisuuskatsauksen aiheen rajausta, hakutermit ja abstraktien arvionti. Teoksessa systemaattinen kirjallisuuskatsaus ja sen tekeminen. Johansson, K., Axelin, A., Stolt, M. & Ääri, R-L (toim.) Turun yliopisto. Hoitotieteen laitoksen julkaisuja. Tutkimuksia ja raportteja A:51/2007. Turku, 46-57.

Puhakka, A. 2008. Oivalluksia kommunikointiin. *Sairaanhoitaja* 81(6-7), 24-25.

Rajaniemi, S. & Enoranta, E. 2005. Lääkekorvaukset kasvoivat 11 % vuonna 2004. Kaukka, T., Helin-Salmivaara, A., Huupponen, R. & Idänpään-Heikkilä, J. (toim.). Suomen lääkärilehti 60(30-32) 3020-3024.

Ruusuvuori, J., Lindholm, C. & Korpela, E. 2004. Avoimet vai suljetut kysymykset? Haastattelu lääkärin vastaanotolla. Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti 41(4), 336- 351.

Salisbury, C., Trivella, M. & Bruster, S. 2000. Demand for and supply of out of hours care from general practitioners in England and Scotland. British Medical Journal 320(4), 618-621. [viitattu 17.11.2009]

<http://proquest.umi.com.ezproxy.turkuamk.fi/pgdlink?index=10&did=51076440&SrchMode=3&sid=7&Fmt=4&VInst=PROD&VType=PQD&RQT=309&VName=PQD&TS=1258448525&clientId=45290&aid=2>

Sarvijärvi, A. & Stenbock-Hult, B. 1996. Hoito, huolenpito ja opetus. 1. painos. WSOY: Juva.

Smith, K. 1999. Telephone health care: it's more than just a phone call. Pediatric Nursing 25(4), 423-429.

Sosiaali- ja terveysministeriö. 2004. Terveyskeskus toimivaksi. Kansallisen terveydenhuollon hankkeen kenttäkierroksen raportti 2004:13. Helsinki.

Suomen lääketilasto 2008. 2009. Fimea. [viitattu 12.2.2010]
http://www.laakelaitos.fi/laaketieto/kulutustiedot/laaketilasto_2007

Tamminen, A. 2008. Päivystystä vain erikoissairaanhoidossa? Suomen lääkärilehti 63(17), 1643.

Torppa, M, Kokkonen, A., Raumavirta- Koivisto, S., Iivanainen, A. & Pitkälä, K. 2009. Päivystyspotilaiden hoitoon ohjautuminen ja hoidon tarkoituksenmukaisuus terveysasemalla päiväsaikaan. Suomen Lääkärilehti 64(17), 1583-1588.

Vainio, K., Hämeen-Anttila, K., Andresin, M., Juurinen, K. & Mäkitalo, E. 2007. Apteekit ja koulut opettavat lapsille lääkkeiden oikeaa käyttöä. Apteekkari 4, 20-21.

Wahlberg, A., Cedersund, E. & Wredling, R. 2003. Telephone nurses' experience of problems with telephone advice in Sweden. Journal of clinical nursing 12(1), 37-45.

LIITTEET

Liite 1 Hakusuunnitelma

Tietokanta:

- Medic
- Cinahl
- Medline

Manuaalinen täydentävä haku

- viranomaissivustot
 - STM
 - Suomalainen lainsäädäntö
 - Lääkelaitos

Hakusana:

- medication education or guidance
and
nursing
- Drug therapy or medication or pharmacotherapy or medication safety
and
Patient education
and
nursing
- Drug therapy or medication or pharmacotherapy or medication safety
and
telephone counseling or telephone education
- nurse-patient relations
and
guidance or medication education
- nurse-patient relations
and
telephone
and
guidance or communication

- hoitaja-potilassuhteet
and
ohjaus or kommunikaatio
- hoitaja-potilassuhteet
and
puhelin ohjaus
- ohjaus
and
puhelin
- ohjaus
and
lääkehoito or lääketurvallisuus

Rajaus:

- vuodet 1990- 2009
- kieli
 - suomi, ruotsi, englanti

Sisäänottokriteerit

- puhelinneuvonta
 - mitä puhelinneuvonnalla tarkoitetaan ja mitä se voi pitää sisällään
 - puhelinneuvonnan käyttö käytännössä
- ohjaus
 - mitä ohjauksella tarkoitetaan
- lääkehoidon ohjaus ja lääkehoidon turvallisuus
 - käsitellään mitä lääkehoidonohjaus on ja miten sitä toteutetaan käytännössä
- *lääkehoidon ja puhelinohjauksen yhdistäminen*
- tutkimusartikkelit, gradut, väitöskirjat, hoitosuosituksot, viranomaisjulkaisut, lakipykälät.

Poissulkukriteerit

- aineistot, jotka käsittelevät vain yhtä lääketta tai ikäluokkaa