

Krista Valtonen

Sairaanhoitajien kokemuksia hoidon tarpeen arvioinnista terveysaseman päivystyksessä

Metropolia Ammattikorkeakoulu

Sairaanhoitaja YAMK

Kliininen asiantuntija

Opinnäytetyö

1.11.2017

Tekijä(t) Otsikko Sivumäärä Aika	Krista Valtonen Sairaanhoidajien kokemuksia hoidon tarpeen arvioinnista terveysaseman päivystyksessä 46 sivua 4 liitettä 1.11.2017
Tutkinto	Ylempi ammattikorkeakoulututkinto
Koulutusohjelma	Kliininen asiantuntijuus sosiaali- ja terveysalalla
Suuntautumisvaihtoehto	Kliininen asiantuntija
Ohjaaja(t)	lehtori Antti Niemi Espoon terveyspalveluiden kehittämisjohtaja Elina Jaakovlew-Markus
<p>Hoidon tarpeen arviointi on Suomessa suhteellisen uusi tehtävänsiirto sairaanhoidajille. Tämän opinnäytetyön tarkoituksena kuvata sairaanhoidajien kokemuksia hoidon tarpeen arvioinnista Espoon keskuksen terveysaseman päivystyksessä. Tavoitteena on tuottaa tietoa, jota voidaan hyödyntää vastaavissa työnjaon muutoksissa ja tehtävänsiirroissa sekä yhtenäistettäessä ja kehitettäessä päivystystoimintaa.</p> <p>Opinnäytetyö toteutettiin laadullisella tutkimusmenetelmällä. Aineistonkeruu tehtiin ryhmähaastatteluina Espoon keskuksen terveysaseman sairaanhoidajille keväällä 2017. Haastateltavia oli 10 ja saatu aineisto analysoitiin litteroinnin jälkeen sisällön analyysillä. Opinnäytetyö kuvaa sairaanhoidajien kokemuksia hoidon tarpeen arvioinnin toteuttamisesta ja sairaanhoidajien valmiuksista, päätöksenteosta, työnjaosta ja tehtävänsiirrosta sekä rajatun lääkkeenmääräämisoikeuden omaavien sairaanhoidajien työnkuvasta päivystyksessä.</p> <p>Uusi työnkuva on mahdollistanut sairaanhoidajan työn muuttumisen vaihtelevammaksi, itsenäisemmäksi ja vastuullisemmaksi. Sairaanhoidajien kyky vaikuttaa omaan työhönsä on lisääntynyt ja työtyytyväisyys kohentunut. Hoidon tarpeen arviointi vaatii sairaanhoidajalta tietynlaisia luonteenpiirteitä sekä laaja-alaista osaamista, että vahvaa ammattitaitoa monella eri osa-alueella: teoreettista hallintaa, kliinisiä taitoja, teknistä osaamista, päätöksentekoa ja yhteistyö- sekä vuorovaikutustaitoja.</p> <p>Sairaanhoidajan toiminta ja hoidon tarpeen arvioinnin toteuttaminen vaihtelevat subjektiivisesti. Hoidon tarpeen arviointiin ei ole olemassa yhteneviä ohjeistuksia ja sairaanhoidajien työnkuvia ei ole selkeästi määritelty. Työnjaollisten muutosten jälkeen työn vaatavuuden arviointiin ei ole ollut käytössä mittareita eikä palkkaus ole seurannut tehtävien vaatavuustasojen mukana. Työnjaon muutokset ja tehtävänsiirrot edellyttävät aina systemaattista perehdytystä sekä koulutusta uusiin työtehtäviin. Sairaanhoidajat kokivat puutteita etenkin kliinisen tutkimisen osa-alueella.</p> <p>Merkittävimmiksi kehittämisaiheiksi nousivat työnkuvien määrittelemine sekä sairaanhoidajien että lääkkeenmääräämisoikeuden omaavien sairaanhoidajien osalta, työn vaatavuuden arviointi sekä palkkausasioiden kohdentuminen työn vaatavuuden mukaan. Perehdytys sekä systemaattinen kouluttaminen nousivat myös selkeinä kehittämistarpeina.</p>	
Avainsanat	hoidon tarpeen arviointi, hoidon kiireellisyyden arviointi, päivystys, päivystystyö, päätöksenteko, työnjako, tehtävänsiirrot

Author(s) Title	Krista Valtonen Nurses` experience of assessing care needs at emergency reception of health center
Number of Pages Date	46 pages + 4 appendices 1 November 2017
Degree	Master of Health Care and Social Sciences
Degree Programme	Master`s degree Programme in Clinical Expertise
Specialisation option	Master`s degree Programme in Advanced Nursing Practice
Instructor(s)	Antti Niemi, Lecturer Elina Jaakovlew – Markus, Manager, Health Services Development at City of Espoo
<p>Nurses assessing care needs is quite new task transfer in Finland. The purpose of the thesis is to examine nurses` experience of assessing care needs at emergency area of health center at Espoo city. The aim of the thesis is produce information, which can be used unifying the tasks at emergency area but also produce information for similar task transfers and assignments in the future.</p> <p>This thesis was implemented with a qualitative research approach. The data was collected from 10 participants by interviewing them in small groups during the spring 2017. The material was transcribed and analyzed by using content analysis.</p> <p>The thesis represents nurse`s experiences of assessing care needs and their experience of job requirements, decision making, task transfers and assignments but also experiences of tasks made by nurses prescribing medicines. The new task allows more varying and more independent but also more responsible assignment for the nurses. They feel that they have more possibilities to affect to your own work and they feel more satisfied to their jobs.</p> <p>The assessing care needs requires certain personality traits but also wide competence and great professional skills in varying areas: theoretical and medical skills, clinical skills, decision making skills, technical skills and skills for interaction and teamwork. The procedure during assessing the care needs varies subjectively among nurses. There are no common guidelines for assessing care needs and either there are no defined job descriptions in Finland. After these task transfers there is none job evaluation and that`s reason for the negative improvement for compensation.</p> <p>There`s always a requirement of systematic introduction and training before the new task transfers or assignments. Nurse`s experience was that there was a lack of skills especially in clinical skills area. In conclusion, there are several subjects to be improved such as job defining and job evaluation considering nurses with or without right to prescribe medicines, improvement of compensation but also systematic training and introduction before new task transfers.</p>	
Keywords	assessing care needs, triage, emergency, emergency reception, decision making, task transfer, assignment

Sisällys

1	Johdanto	1
2	Tutkimuksen teoreettiset ja käsitteelliset lähtökohdat	3
2.1	Päivystys, päivystyshoitotyö ja siinä tarvittava osaaminen	3
2.2	Hoidon tarpeen arviointi	5
2.3	Hoidon kiireellisyyden arviointi	7
2.4	Hoidon tarpeen arvioinnin keinot	9
2.5	Päätöksenteko hoidon tarpeen arvioinnissa	10
2.6	Tehtävänsiirto, työnjako ja laajennetut tehtäväkuvat	12
3	Tutkimuksen tarkoitus, tavoitteet ja tutkimustehtävät	13
4	Tutkimuksen aineisto, keruu ja menetelmälliset valinnat	14
4.1	Tutkimuksen tausta ja toimintaympäristö	14
4.2	Tutkimusmenetelmälliset lähtökohdat	15
4.3	Tutkimuksen toteutus	17
4.4	Aineiston analyysi	18
5	Tulokset	19
5.1	Sairaanhoitajien kokemuksia hoidon tarpeen arvioinnin sisällöstä	19
5.2	Sairaanhoitajan päätöksentekoa ohjaavat tekijät hoidon tarpeen arvioinnissa	22
5.3	Sairaanhoitajien lisäkoulutuksen tarve hoidon tarpeen arvioinnissa	24
5.4	Sairaanhoitajien työnkuvan muutokset ja tehtävänsiirrot hoidon tarpeen arvioinnissa	26
5.5	Reseptioikeuden omaavien sairaanhoitajien työnkuva hoidon tarpeen arvioinnissa	29
5.6	Organisaatiotekijöiden merkitys hoidon tarpeen arvioinnissa	31
6	Pohdinta	33
6.1	Tulosten pohdinta	33
6.1.1	Sairaanhoitajan toiminta ja ominaisuudet hoidon tarpeen arvioinnissa	33
6.1.2	Sairaanhoitajan päätöksentekoa ohjaavat tekijät hoidon tarpeen arvioinnissa	34
6.1.3	Sairaanhoitajien lisäkoulutuksen tarve hoidon tarpeen arvioinnissa	36

6.1.4	Sairaanhoitajien kokemukset työnjaosta ja tehtävänsiirrosta hoidon tarpeen arvioinnissa	37
6.1.5	Reseptioikeudellisten sairaanhoitajien työnkuva hoidon tarpeen arvioinnissa	38
6.2	Tutkimuksen luotettavuus	39
6.3	Tutkimuksen eettisyys	41
7	Johtopäätökset ja jatkotutkimusaiheet	44
	Lähteet	46
	Liitteet	
	Liite 1. Suostumuslomake	
	Liite 2. Saatekirje	
	Liite 3. Haastattelurunko	
	Liite 4. Esimerkki sisällön analyysistä	

1 Johdanto

Sosiaali - ja terveydenhuollossa tapahtuu lähivuosina isoja rakennemuutoksia, samoin palvelujen tuottamisessa. Uudistamalla terveydenhuollon työnjakoa ja tehtäviä, vaikutetaan työn tuloksellisuuteen ja mielekkyyteen sekä myös vastataan yhteiskunnan muuttuviin tarpeisiin. Hoitajapainotteisten terveysasemien määrä kasvaa koko ajan maassamme. (Kuntaliitto 2016.) Valinnanvapauden lisääntyminen, asiakaskeskeiset palvelumallit sekä sosiaali- ja terveyspalveluiden integroituminen muuttavat lähitulevaisuudessa palvelutuotantoa ja totuttuja työnjakoja (Sairaanhoitajaliitto 2016).

Järkeistämällä työnjakoa, parannetaan samalla työhyvinvointia ja työssä viihtymistä. Näin ollen sairaanhoitajille tarjoutuu myös mahdollisuuksia edetä omalla urapolulla ja kehittyä omassa ammatissaan. Työntekijän mahdollisuus vaikuttaa omaan työnkuvaansa lisää työssä viihtyvyyttä. Mielekkäällä työnjaolla on myös merkitystä oman työn kuormittavuuteen, positiiviseen työilmapiiriin ja työpaikan vetovoimaisuuteen. Samalla parantuu yksittäisen työntekijän työmäärän hallittavuus ja oman työn hallinta, joka taas on suoraan verrannollinen työntekijän työssä viihtyvyyteen. (Kuntaliitto 2016.)

Hoidon tarpeen arvioinnin siirtyminen sairaanhoitajien työnkuvaan on suhteellisen uusi tehtävänsiirto. Ennen tehtävänsiirron toteuttamista tulisi työnantajan järjestää asianmukainen koulutus ja määritellä työntekijän vastuut kirjallisesti. Tehtävänsiirtoa ei myöskään tulisi toteuttaa ilman, että varmistutaan työntekijän riittävästi osaamisesta ja työkokemuksesta ennen uuden työnkuvan aloittamista. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2008.)

Tehtävänsiirroissa osaaminen tulisi varmistaa asianmukaisesti jo potilasturvallisuudenkin kannalta. Täydennyskoulutuksen merkitys korostuu hoidon tarpeen arvioinnissa, koska hoitokäytännöt muuttuvat kaiken aikaa teknologian, lääketieteen ja resurssien kehittymisen myötä. (Syväoja, Äijälä 2009 s. 26.)

Työntekijällä itselläänkin on vastuu oman osaamisensa varmistamisesta. Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä jo vaatii, että

”terveydenhuollon ammattihenkilön on ammattitoiminnassaan sovellettava yleisesti hyväksytyjä ja kokemusperäisiä perusteltuja menettelytapoja koulutuksensa mukaisesti, jota hänen on pyrittävä jatkuvasti täydentämään” (Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä 559/1994).

Hoidon tarpeen arvioimiseen ei ole sairaanhoitajille olemassa mitään yhtenäistä ohjeistusta, jolloin myöskin herää kysymys hoidon tasalaatuisuudesta ja jopa potilasturvallisuuden liittyvät asiat. Sosiaali- ja terveysministeriö valmisteli ”Yhtenäiset päivystyshoidon periaatteet- ohjeiston”, jonka tarkoituksena olisi toimia päätöksenteon tukena kiireellisen päivystyshoidon ja vähemmän kiireellisen hoidon rajapinnassa. Ohjeistus ei suoraan ole käytettävissä perusterveydenhuollon päivystyksissä, mutta voisivat toimia pohjana terveysaseman omalle ohjeistukselle (Sosiaali- ja terveysministeriö 2010).

Päivystyspotilaiden hoidon järjestämistä terveysasemilla on tutkittu Suomessa varsin vähän. Helsingissä Herttoniemen terveysasemalla toteutettiin vuonna 2008 tutkimus, jossa selviteltiin päivystyspotilaiden hoitoon ohjautuvuutta ja hoidon tarkoituksenmukaisuutta. Tutkimuksen tulosten mukaan päivystävät sairaanhoitajat hoitivat itsenäisesti kolmasosan päivystyspotilaista päivän aikana. Päivystävien sairaanhoitajien vastaanotoilla käytiin enimmäkseen infektioiden ja toimenpiteiden vuoksi. Hoitajat antoivat paljon sairauslomatoistuksia, erityisesti infektiopotilaille, mikä selvästi vapautti lääkäreiden aikaa muuhun työhön. Hoitajat ovat ottaneet paikkansa vastaanottotyössä ja tekevät merkittävän osan terveysaseman akuuttivastaanottotyöstä. (Torppa, Kokkonen, Raumavirta-Koivisto, Iivanainen, Pitkälä 2009:1583-1588.)

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on kuvata, mitä on hoidon tarpeen arvioiminen terveysaseman päivystysvastaanotolla hoitajien kokemana. Tavoitteena on myös tuottaa tietoa, jota voidaan hyödyntää hoidon tarpeen arvioinnissa ja tulevissa terveysaseman koulutuksissa sekä yhtenäistää hoidon tarpeen arvioinnin tekemistä terveysaseman päivystyksessä. Opinnäytetyön tuloksia voi jatkossa hyödyntää kehitettäessä hoidon tarpeen arvioinnin yleisiä ohjeistuksia perusterveydenhuollon käyttöön. Tässä opinnäytetyössä ei käsitellä puhelimesta tehtävää hoidon tarpeen arviointia.

2 Tutkimuksen teoreettiset ja käsitteelliset lähtökohdat

2.1 Päivystys, päivystyshoitotyö ja siinä tarvittava osaaminen

Päivystys -käsitteellä tarkoitetaan joko päivystyksellisen hoidon tarvetta tai toimipaikkaa, joka tarjoaa päivystyksellistä hoitoa. (Sosiaali - ja terveysministeriö 2014). Tässä tutkimuksessa päivystyksellä tarkoitetaan terveysaseman päiväpäivystystä, joka toimii virka-aikana.

Päivystyshoidolla tarkoitetaan ”äkillisen sairastumisen tai vamman tai kroonisen sairauden vaikeutumisesta edellyttämää kiireellistä tai välitöntä arviota ja hoitoa” (Sosiaali- ja terveysministeriö 2010). Päivystyshoidon käsitteellä tarkoitetaan myös sitä, että potilaan hoitoa ei voida siirtää tai pitkittää ilman riskiä siitä, että potilaan oirekuva pahenee tai sairaus tai vamma vaikeutuu. Päivystyshoidolle tyypillistä on myös se, että potilaiden määrällä ei ole mitään maksimirajaa, potilaat ovat kaikenikäisiä sekä eri kulttuureista tai maista tulevia, potilaiden sairaudet edustavat koko lääketieteen skaalaa, jolloin päivystyshoidossa työskentelevältä sairaanhoitajaltakin vaaditaan laajaa osaamista. (Paakkonen 2008.)

Nyky-yhteiskunta muuttuu koko ajan ja palvelut ja niiden tarpeet muuttuvat. Päivystykset kuormittuvat ja niissä näkyy koko yhteiskunnan kirjo. Nämä asettavat koko ajan uusia haasteita sairaanhoitajan työhön. Nykyajan ihmisillä on paljon erilaisia huolia, hätää ja avuntarvetta johon tulisi kyetä vastaamaan. Laaja-alaiset ongelmat aiheuttavat erilaista kohtaamisen tarvetta, toimintaympäristöjen muutokset aiheuttavat palvelurakenteisiin muutoksia. Sairaanhoitajan tulee olla siellä missä ihmisetkin. Entistä enemmän painottuu ohjaamisen ja itsehoidon tukeminen sekä neuvonta. Asiakkaat vaativat yksilöllisesti räätälöityjä terveystalvituja. Uusia hoitomuotoja ja lääkehoitoja kehitetään koko ajan, uusia terveysongelmia ja sairauksia pystytään diagnosoimaan entistä tehokkaammin kehittyvän teknologian myötä. Tarvitaan monikulttuurista osaamista ja työn vaativuus kasvaa. Olennainen osa nykypäivän työntekoa on laadun arviointi ja varmistaminen. Sairaanhoitaja tarvitsee tänä päivänä monenlaisia valmiuksia ja tulevaisuudessa vielä enemmän. (Peltari 1997:219-224, Sairaanhoitajaliitto 2016.)

Nykyinen ammattikorkeakoulutus tai aiempi opistotasoinen koulutus ei anna riittävää osaamista sairaanhoitajille päivystyshoitotyön vaativiin tehtäviin. Paakkosen (2008) tutkimuksen mukaan nykyistä koulutusta pidettiin liian teoreettisena ja kliinisen osaamisen taidot koettiin puutteellisena. Kehittämistarvetta koettiin etenkin potilaan kliinisessä tutkimisessa ja tilan arvioinnissa, peruselintoimintojen muutoksien havaitsemisessa ja niihin reagoimisessa sekä teoreettisen tiedon hallinnassa.

Lankisen tutkimuksessa arvioitiin valmistuvien sairaanhoitajaopiskelijoiden päivystyshoitotyön osaamista ja sitä verrattiin ammatissa toimivien sairaanhoitajien itsearvioituun osaamiseen päivystyshoitotyössä. Tutkimustulosten mukaan opiskelijoilla oli eniten osaamista eettisen ja vuorovaikutusosaamisen alueilla ja vähiten päätöksenteon ja kliinisten taitojen osaamista. Ammatissa toimivat sairaanhoitajat olivat myös arvioineet, että heillä oli eniten vuorovaikutus- ja yhteistyötaitojen osaamista ja vähiten ohjaus- ja päätöksentekoon liittyvää osaamista. (Lankinen 2013.)

Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirissä toteutettiin kehittämisprojekti yhteispäivystystoimintaan siirryttäessä vuosina 2009 - 2011. Sen osaprojektin tarkoituksena oli kehittää sairaanhoitopiirin uuden yhteispäivystyksen toimintaa. Kehittämisprojektin tavoitteena oli tuottaa tietoa ajatellen tulevaisuuden työnkuvia ja kuvailla, mitä hoitotyön erityisosaamista hoidon kiireellisyyden arviota tekevä sairaanhoitaja tarvitsee yhteispäivystyksessä. Kehittämisprojektin tuloksena muodostuivat triage- sairaanhoitajan osaamisalueiden kuvaukset tulevaisuuden yhteispäivystykseen. Osaamisalueet luokiteltiin seitsemään pääluokkaan: päätöksenteko, kliininen osaaminen, ohjaus- ja opetusosaaminen, tekninen osaaminen, yhteistyö- ja vuorovaikutustaidot, hoitotyön kirjaaminen ja eettiset taidot. Näistä merkittävämmäksi osa-alueeksi nousi päätöksenteon osaaminen. (Meritähti 2011.)

Sairaanhoitajan pätevyys ja ammatillinen osaaminen eivät ole riippuvaisia suoritetusta tutkinnosta, täydennyskoulutuksesta tai työkokemuksesta, vaan pätevyyttä ja ammatillista osaamista kartutetaan työssä aidoissa ympäristöissä tapahtuvalla jatkuvalla oppimisella ja ongelmanratkaisutaidoilla. (Suikkala 2004:18.)

2.2 Hoidon tarpeen arviointi

Hoidon tarpeen arvioinnilla tarkoitetaan terveydenhuollon ammattihenkilön tekemää arviota potilaan tarvitsemasta hoidosta ja hoidon kiireellisyydestä potilaan kertomien esitietojen, oireiden ja niiden vaikeusasteen perusteella (Syväoja ym. 2009:9-14). Terveydenhuollon ammattihenkilöitä ovat laillistetut ammattihenkilöt (esim. sairaanhoitaja, terveydenhoitaja) nimikesuojatut ammattihenkilöt (esim. lähihoitaja) ja luvan saaneet ammattihenkilöt (esim. EU:n ulkopuoliset kansalaiset, jotka ovat suorittaneet terveydenhuollon koulutuksen muualla kuin EU/ETA -valtiossa) (Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä 559/1994; Asetus terveydenhuollon ammattihenkilöistä 564/1994). Terveydenhuollon ammattihenkilöllä tarkoitetaan tässä tutkimuksessa sairaanhoitajia.

Terveydenhuoltolaki (2010) määrittelee terveyskeskusten toimintaa. Laki ohjaa, että välitön yhteydenaanti terveyskeskukseen arkipäivisin virka-ajan puitteissa tulee järjestää siten, että yhteydenottaja voi joko soittaa tai tulla henkilökohtaisesti terveyskeskukseen. Yhteydenotto tulee kirjata potilastietojärjestelmään. Lain mukaan

”Terveydenhuollon ammattihenkilön on tehtävä hoidon tarpeen arviointi viimeistään kolmantena arkipäivänä siitä, kun potilas otti yhteyden terveyskeskukseen, jollei arviota ole voitu tehdä ensimmäisen yhteydenoton aikana” (Terveydenhuoltolaki 1326/2010).

Valtioneuvoston asetuksessa hoitoon pääsyn toteuttamisessa (2004) määritetään, että

”hoidon tarpeen arvioon kuuluu yhteydenoton syyn ja oireiden selvittely, potilaan henkilöllisyyden varmistaminen, hoidon kiireellisyyden arvio ja annetun hoito-ohjeistuksen kirjaaminen potilaskertomukseen.”

Hoidon tarpeen arviointi ei ole erillinen osa potilaan hoitoprosessissa, vaan se on olennainen osa hoidon toteuttamista. Arviointia tekevän terveydenhuollon ammattihenkilön tulisi tuntea hoidon tarpeen arvioinnin taustalla oleva lainsäädäntö läpikotaisin. Hoidon tarpeen määrittely vaatii riittävää koulutusta, laajaa työkokemusta ja ammattitaitoa. (Syväoja ym. 2009:9.) Terveydenhuollon ammattihenkilö tekee hoidon tarpeen arvion omalla ammattivastuullaan. Hoitaja tekee arvioinnin perustuen omaan kokemukseensa ja olemassa oleviin ohjeistuksiin esim. Käypä Hoito-ohjeistukset tai triage – luokitukset sekä organisaatioiden omiin ohjeisiin (Syväoja ym. 2009:26.) Arvioinnin mukaan potilas

ohjautuu asianmukaiseen hoitoon tai saa kotihoito-ohjeet. Hyvällä hoidon tarpeen arvioinnilla voidaan vaikuttaa potilaiden hoitoon ohjaukseen oikeisiin paikkoihin ja ehkäistään turhia käyntejä päivystyksessä (Kantonen 2014:9). Näin ollen hoidon vaikuttavuus paranee, kun lääkäri- ja hoitajaresursseja voidaan kohdentaa paremmin.

Lainsäädännössä ei määritellä, kuinka pitkää työkokemusta vaaditaan terveydenhuollon ammattihenkilöltä, jotta hän voisi tehdä hoidon tarpeen arviota. Melko ilmeistä on kuitenkin, että mitä pidempi koulutus ja työkokemus ammattilaisella on, sen oletettavammin hoidon tarpeen arviointi kohdentuu oikein ja potilas pääsee oikeanlaiseen ja oikea-aikaiseen hoitoon. Laki edellyttää, että terveydenhuollon ammattilaisella on käytössään potilasasiakirjat tehdessään hoidon tarpeen arviointia. Yhteys potilastietoihin on välttämätöntä, jotta voidaan tarkistaa potilaan antamia tietoja ja kirjata hoidon tarpeen arvio potilaan asiakastietoihin. Asetuksessa hoitoon pääsystä edellytetään myös, että hoidon tarvetta arvioivalla terveydenhuollon ammattihenkilöllä on oltava konsultaatiomahdollisuus, eli käytännössä siis yhteys hoitoa antavaan toimintayksikköön. (Syväoja ym. 2009:30-31.)

Kansanterveyslaki sekä erikoissairaanhoitolaki määrittelevät kansalaisten hoitoon pääsyä. Hoidon saatavuutta koskevia säädöksiä on mm. perustuslaissa ja laissa potilaan oikeuksista. Kansanterveyslakia, samoin kun erikoissairaanhoitolakia muokattiin ja uudistettu laki tuli voimaan maaliskuussa 2005 (Kansanterveyslaki 66/1972; Erikoissairaanhoitolaki 1062/1989).

Hoidon tarpeen arvioinnista on melko vähän kotimaista tutkimusta, kansainvälisesti aiheesta löytyy runsaasti erilaista tutkimusta, mutta triagen, eli hoidon kiireellisyyden näkökulmista joko päivystyspoliklinikoilla tai puhelimesta (kts. Campbell ym.2014; Bishop 2008; Rehman, Ali 2016; Cone, Murray 2002).

Hoidon tarpeen arviointia on tutkittu kansallisesti lähinnä AMK-tasoisissa opinnäytetyössä sekä yliopiston pro graduissa. Osa näistä keskittyy puhelimitse tehtävään hoidon tarpeen arvioon (Tarkiainen 2014) tai erilaisten ohjeistusten luomiseen hoidon tarpeen arvioinnin tueksi sekä lasten hoidon tarpeen arvioon (Janhunen, Kvist, Kankkunen 2016). Monika Koskinen (2011) tuotti opinnäytetyössään kirjalliset ohjeet hoidon tarpeen arvion ja kiireellisyysarvion tekemiseen Virtain terveyskeskukseen. Opinnäytetyössä tuli ilmi, että tällaisia ohjeistuksia kaivataan hoitajien keskuudessa työn tekemisen tueksi.

Hoidon tarpeen arvioinnin ja kiireellisyyden määrittelyn yhtenevät kirjalliset ohjeet puuttuvat edelleen valtakunnallisesti, vaikka kiireellisen hoidon määrittämisen oirelähtöiset lääketieteelliset kriteerit julkaistiin jo vuonna 2010 (Sosiaali- ja terveysministeriö) ja niiden käyttöä on suositeltu hoitajien ja lääkäreiden vastaanotoille terveysneuvontapuhelimeen, terveyskeskuksiin ja päivystyspoliklinikoille (Sosiaali- ja terveysministeriö 2010; Kantonen 2014.)

Janhunen (2014) arvioi tutkimuksessaan sairaanhoitajien hoidon tarpeen arviointia lasten osalta päivystyspoliklinikalla. Tutkimuksen mukaan sairaanhoitajat kokivat lasten hoidon tarpeen arvioinnin keskimäärin helpoksi, joskin tähän vaikutti sairaanhoitajan työkokemus. Pidemmän työkokemuksen omaavat sairaanhoitajat kokivat hoidon tarpeen arvioinnin helpommaksi ja konsultoivat vähemmän kuin he, joilla oli vähemmän työkokemusta. Tulosten mukaan sairaanhoitajat käyttivät monipuolisesti erilaisia tiedonlähteitä, mukaan lukien lapsen ja vanhempien kuvaukset sen hetkisestä tilasta. Sairaanhoitajat käyttivät myös monipuolisesti erilaisia elintoimintojen mittauksia.

2.3 Hoidon kiireellisyyden arviointi

Hoidon tarpeen arvion tekemiseen liittyy olennaisena osana hoidon kiireellisyyden arviointi. Triagella eli hoidon kiireellisyyden arvioinnilla tarkoitetaan potilaiden luokittelua kiireellisyysjärjestykseen sen mukaisesti, miten nopeasti heidän on oireidensa perusteella päästävä hoitoon (Finohta 2011). Suomen kielessä triage-käsitettä sekä hoidon tarpeen arviointi-käsitettä käytetään osittain toistensa synonyymeina.

Päivystykseen saapuvien potilaiden kiireellisyysarvion ensisijaisen tavoite on seuloa asiakasjoukosta ne potilaat, joiden ennuste saattaa heiketä odottamisen seurauksena. Sairaanhoitaja määrittelee potilaan tulossyyntä sekä hoidon kiireellisyyden perustuen potilaan kertomukseen oireistaan, muihin esitietoihin sekä sairaanhoitajan tekemiin muihin löydöksiin. Sairaanhoitaja konsultoi lääkärinä tarvittaessa. Erityistä huomiota kiinnitetään peruselintoimintojen arvioimiseen. Arvioinnin perusteella sairaanhoitaja määrittelee pisimmän mahdollisen odotusajan lääkärille ja potilas asetetaan sen mukaisesti kiireellisyysluokkaan. Päivystyspisteiden käyttämistä erilaisista luokittelujärjestelmästä riippuen arvioitavat asiat ja niiden järjestys saattavat vaihdella. (Malmström - Kiura – Malmström – Torkki - Mäkelä 2012: 699-703.)

Eri maiden päivystyksissä käytetään hyvin erilaisia ohjeistuksia potilaiden kiireellisyysluokitteluun. Ruotsi soveltaa (Medical Emergency Triage and Treatment) METTS- ja (Adaptivt Processtriage) ADAPT-luokitteluita, kun taas Suomessa eniten käytetty luokittelu on ABCDE ja muutamissa paikoissa ESI-luokittelu (Malmström ym. 2012:699-703). Ruotsin METTS- luokittelut perustuvat hoitotiimin tekemään luokitteluun ja ne sisältävät näkemyksen, että tehostaakseen päivystystoimintaa, se vaatii uudenlaisia toimintatapoja ja – prosesseja pelkän hoidon kiireellisyysmäärittelyn lisäksi. Toimintaprosessilla ei käsitellä ainoastaan sitä, mitä potilaalle tapahtuu ennen lääkärin vastaanottoa vaan myös sitä, missä ja kuka potilasta päivystysyksikössä hoitaa. Jokaiseen prosessiin eli hoitopolkuun liittyy olennaisena osana ennalta sovitut tutkimukset ja ennalta määrätty tarkkailun taso. ADAPT-luokittelu perustuu samoihin kolmeen vaiheeseen kuin METTS: vitaali-parametrit, vitaalianamneesi ja prosessi mutta siinä potilaiden hoitopolut ovat hieman erilaisia. (Finohta 2011.)

Suomalaisissa yhteispäivystyksissä tehtävä hoidon tarpeen ja kiireellisyyden arviointi on erilainen, kun kansainvälinen triage-luokittelu. Suomessa yleisin kiireellisyysluokittelu on perusterveydenhuollon ja yhteispäivystyksen viisiportainen ABCDE-luokittelu. Potilaat jaetaan viiteen eri kiireellisyysryhmään. Kirjaimet, joita saatetaan tehostaa vielä erilaisin värikoodein, kuvaavat hoidon kiireellisyysastetta, jolloin A potilaat ohjautuvat välittömästi hoitoon, B- potilaiden hoito tulee aloittaa 10 min kuluessa sekä C - ja D - luokan potilaat ovat terveyskeskuksen potilaita, jotka tulee hoitaa 1-2 tunnin kuluessa ja E- potilaat eivät kuulu päivystyshoitoon. Suomessa sovelletusta ABCDE-luokittelusta ei ole yhtenäisiä ohjeita ja tutkimustietoa siitä on vähän. Kiireellisyysarvioinnin tueksi tarvitaan yhtenäinen ohjeistus, jonka perusteella suunnitellaan henkilöstön koulutus ja perehdytys. (Malmström ym. 2012:699-703.)

Etelä-Suomen Aluehallintoviraston (AVI) kartoitti vuonna 2013 hoidon kiireellisyyden arvioinnin kokonaistilannetta hoitajien käytössä olevista triage-ohjeistuksista Etelä-Suomen alueella erikoissairaanhoidon päivystysten osalta. Arvioinnin mukaan ohjeet poikkesivat toisistaan ja olivat puutteellisia. Yksittäisillä päivystysyksiköillä on jokaisella omat ohjeensa, jotka pohjautuvat alueellisiin tai kuntien ohjeistuksiin tai päivystysten omiin ohjeisiin. Osa ohjeistuksista on oireperusteisia ja osa taas kiireperusteisia. Arvioinnin mukaan ohjeistusten monenlainen kirjo ja vaihtelevuus asettaa potilaat myös eriarvoiseen asemaan hoitopaikasta riippuen. AVI:n arvioinnissa todetaan, että valtakunnallisesti tulisi luoda laajat ja yhtenäiset hoidon kiireellisyyden arvioinnin ohjeet. (Lindfors-Niilola - Riihelä - Koskinen 2013.)

Kantosen mukaan ohjeistettu, luotettava ja asianmukainen hoidon tarpeen arvio sekä hoidon kiireellisyyden arvio tulisi kuitenkin tehdä jokaiselle potilaalle yhtenäisesti, jotta voitaisiin systemaattisesti arvioida päivystyshoidon laatua. (Kantonen 2014:17).

2.4 Hoidon tarpeen arvioinnin keinot

Hoidon tarpeen arviointi alkaa potilaan yhteydenotosta terveysasemalle. Yhteydenotto voi tapahtua puhelimitse tai asiakas voi saapua suoraan terveysasemalle. Ensimmäisenä selvitetään, miksi asiakas ottaa yhteyttä ja kysytään anamneesi eli esitiedot. Karoitetaan mikä on asiakkaan tämänhetkinen tilanne (status) ja oirekuva. Puhelinkontaktissa asiakas pyydetään tarvittaessa vastaanotolle, jos asia vaatii tarkempaa selvittelyä tai päivystyksellistä arviota. Päivystysvastaanotolla esitietojen ja statuksen jälkeen asiakas tutkitaan ja selvitetään oireiden ja löydösten perusteella hoidon tarpeen kiireellisyys. Vastaanotto loppuu joko kotihoito-ohjeisiin, lääkärin käyntiin tai vastaanottoon. Lopuksi tiedot dokumentoidaan potilaan tietoihin eli kirjataan asianmukaisesti, selkeästi ja tarkasti (Syväoja ym. 2009: 55-56.)

Haastattelu

Sairaanhoitaja kerää potilaalta esitiedot (anamneesi) haastattelun avulla. Haastattelun avulla selvitetään asiakkaan perussairaudet, lääkitys sekä muut hoidot (Syväoja ym. 2009:55). Haastattelussa selvitetään lisäksi oireiden alkamisajankohta, oireiden laatu ja niiden ilmeneminen ja toistuvuus, sekä aiemmat oirekohtaiset hoitotoimenpiteet. Hyvällä vuorovaikutuksella sekä kontaktin luomisella potilaaseen, on tärkeä merkitys hoidon tarpeen arvioinnin onnistumiselle, jotta asiakkaan hoidon tarve ja kiireellisyys ei tule yli- tai aliarvioiduksi. (Syväoja ym. 2009:56.) Haastattelu ja keskustelu asiakkaan kanssa ovat kaikkein tärkeimpiä menetelmiä. Oikea taudinmäärittely ja mahdollisuus tehdä oikea diagnoosi tai päätös hoidon tarpeesta perustuu luotettaviin esitietoihin. Luottamuksellisen hoitosuhteen luominen haastattelussa on luonnollisesti hoidon onnistumisen ehto (Saha - Sane - Salonen 2013:26.)

Havainnointi

Haastattelun ja tutkimisen aikana sairaanhoitaja myös havainnoi potilasta. Havainnoidaan potilaan käyttäytymistä, esimerkiksi asiakkaan reaktioita ja eleitä. Tärkeää on myös

havainnoida fysiologisia muutoksia kuten ihon väriä, lämpötilaa, hikisyyttä ja väriä. Hengitystä ja verenkiertoa pystyy arvioimaan myöskin jo havainnoimalla hengitystaajuutta ja hengityksen ääniä. Havainnoimalla saadaan jo paljon tietoa asiakkaan voinnista ja senhetkisestä tilasta (Saha ym. 2013:58 - Syväoja ym. 2009:69-72.)

Kliininen tutkiminen

Kliinisen tutkimisen tavoitteena on todeta ja kuvata mahdolliset normaalista poikkeavat löydökset, jotka saattavat olla osoitus jostakin sairaudesta. Asiakkaan tutkiminen alkaa jo siitä, kun tämä astuu vastaanottohuoneeseen, miten tämä liikkuu, puhuu ja käyttäytyy (Saha ym. 2013:44-45.)

Potilaan tutkimisessa sairaanhoitaja käyttää näköään (inspektio), kuuloaan (auskultaatio), tuntoa (palpaatio) ja joskus jopa hajuaistiaan. Tutkimisessa tarvitaan myöskin apuvälineitä; sairaanhoitaja voi mitata potilaan kuumeen, pulssin ja verenpaineen tai happisaturaation. Sairanhoitaja katsoo potilaan suuhun sekä korviin otoskoopin eli korvalampun avulla. Lisätutkimuksina voidaan mitata verensokeri, CRP eli tulehdusarvo tai ottaa EKG eli sydänfilmi. Lisäksi sairaanhoitaja voi käyttää menetelmänä hoidon tarpeen arvioinnissa vielä palpaatiota (tunnustelua), mikäli hänellä on siihen riittävä koulutus ja osaaminen. Lääkkeenmääräämisen erikoiskoulutuksen saaneilla sairaanhoitajilla on osaaminen asiakkaan keuhkojen ja sydänäänien kuunteluun kuten myös esim. vatsan alueen palpaatioon. (Saha ym. 2013 - Syväoja ym. 2009.)

Kliininen tutkiminen tulee tehdä huolellisesti ja riittävän perusteellisesti, jotta siitä saatava hyöty olisi mahdollisimman ihanteellinen. Mitä epämääräisempi asiakkaan oireisto on, sitä kattavampi pitää kliinisen tutkimisen olla. (Saha ym. 2013.)

2.5 Päätöksenteko hoidon tarpeen arvioinnissa

Hoidon tarpeen arvioinnissa olennaisinta on sairaanhoitajan tekemä päätös siitä, minkä tasoista hoitoa potilas tarvitsee ja millä kiireellisyydellä. Hoidon tarpeen arvioinnin päätöksenteossa tulee huomioida potilaan näkemys asiasta ja se tulisi tehdä yhteisymmärryksessä, mutta potilaalla ei ole kuitenkaan subjektiivista oikeutta päästä hoitoon (Syväoja ym. 2009). Päätöksenteko tapahtuu tiedon perusteella. Pystyäkseen tekemään päätöksiä sairaanhoitajalla on oltava asiaan liittyvää tietoa. Jokaiselle meistä kehittyy koulu-

tuksen, työn ja kokemuksen kautta saadusta ja hankituista tiedoista oma sisäinen tietoperusta, joka jatkuvasti kehittyy ja jäsentyy uusien tietojen ja kokemuksen kautta. (Lauri – Eriksson - Hupli 1998:12.)

Edellä mainittu tietoperusta käsittää jokaisen yksilön arvoperustan, yhteiskunnallisia normeja ja sääntöjä sekä elämässä yleisesti tarvittavia yleistietoja ja erityistietoja. Ammatillinen tieto on pääsääntöisesti tätä erityistietoa, jonka avulla sairaanhoitaja pystyy toimimaan ammatissaan. Hoidollisen päätöksenteon perustana toimii nimenomaan tämä ammatillinen tietoperusta. (Lauri ym. 1998:12.) Ammatillinen tietoperusta on myös asiantuntijuuden lähtökohta. Kuhunkin hoitotilanteeseen sopiva tieto perustuu näyttöön ja sen pohjalta jäsennetty tietoperusta muodostaa sairaanhoitajan ammatillisen viitekehyksen. (Lauri 2005:13-15.)

Etiikka ohjaa myös sairaanhoitajaa tekemään päätöksiä ja valintoja, ohjaamaan ja arvioimaan omaa sekä toisten toimintaa (Syväoja ym. 2009:64-67). Sairaanhoitajan toimintaa ohjaavat eettiset ohjeet, joiden mukaan sairaanhoitajan perustehtävinä ovat terveyden edistäminen ja sairauksien ehkäiseminen, potilaan oikeuksista huolehtiminen, oikeudenmukaisuuden ja samanarvoisuuden edistäminen, oman ammattitaidon ylläpitäminen ja osaamisensa sekä rajojensa tunnistaminen sekä kollegiaalisuus (Sairaanhoitajaliitto, 1996.)

Päätöksenteon lähtökohtana hoidon tarpeen arvioinnissa on tiedon hankkiminen potilaasta. Laurin ym. mukaan (1998) useissa tutkimuksissa on todettu, että jollei tätä tarkoituksenmukaista tietoa ole tai sitä ei osata hankkia eikä priorisoida, oleellisten päätösten tekeminen potilaan hoidossa ei ole mahdollista. Lauri toteaa myöskin näiden tutkimusten osoittavan, että sairaanhoitajat eivät hanki riittävästi tietoa potilaasta eivätkä tee oleellisia havaintoja potilaan tilasta. Toisaalta on myös osoitettu, että sairaanhoitajat keräävät runsaasti tietoa, mutta eivät pysty erottelamaan olennaista epäolennaisesta. (Lauri ym.1998:27.)

Päätöksentekokyky riippuu hoitajan ammattitaidosta ja työkokemuksesta. Hoidon tarpeen arvioinnissa tarvitaan teoreettista tietoa, kokemukseen perustuva tietoa sekä lääketieteellistä tietoa, mutta myös intuitiota. Hoidon tarpeen arvioinnissa päätöksen tekoon liittyy oleellisesti eettinen päätöksenteko. Itsenäisiä päätöksiä tehdään oman ammatin myötä kehittyvän tietoperustan pohjalta. Käytännössä sairaanhoitajan toiminta etenee

jatkuvan päätöksenteon kautta ja ilmenee hoitotyön taitoina, joiden lähtökohtana taas parhaimmillaan on näyttöön perustuva hoitotyö. (Lauri 2005:14.)

2.6 Tehtävänsiirto, työnjako ja laajennetut tehtäväkuvat

Tehtävänsiirrolla tarkoitetaan aikaisemmin jollekin muulle henkilöstöryhmälle kuuluneiden tehtävien siirtämistä jonkin toisen henkilöstöryhmän tehtäviin (Hukkanen - Vallimies-Patomäki 2005).

Työnjaon kehittäminen perusterveydenhuollossa liittyy tavallisimmin sairaanhoitajien vastaanottotyöhön. Sairaanhoitajien laajennetut tehtäväkuvat liittyvät muun muassa hoidon tarpeen arviointiin, hoitoon ja hoidon seurantaan ja terveysneuvontaan äkillisissä terveysongelmissa tai kansansairauksiin joko hoitajavastaanotolla tai puhelinneuvonnassa. (Hukkanen ym. 2005.)

Kun muodostetaan tehtävänsiirtoja ja siirretään työtehtäviä, jotka lainsäädännön mukaan kuuluvat jonkin toisen terveydenhuollon ammattihenkilöryhmän tehtäviin, tai jotka ovat työntekijän ammatillisen koulutuksen ulkopuolisia, terveydenhuollon ammattihenkilölainsäädäntö edellyttää, että osaaminen on varmistettava ja tehtävänsiirroista on tehtävä kirjallinen päätös. (Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä 559/1994; Haapa-aho – Koskinen – Kuosmanen 2009:23.)

Tehtävänmuutokset edellyttävät aina henkilöstön työn uudelleen arviointia työn vaativuuden ja siitä seuraavan työn palkkauksellisten vaatimusten selvittämiseksi. Oikeudenmukainen palkkakehitys yhdistettynä tarkoituksenmukaiseen työnkuvan muutokseen, koetaan usein uralla etenemiseksi, joka taas lisää työssä viihtymistä. (Kunnallinen työmarkkinalaitos 2009:5,13.)

Hoidon tarpeen arviointi on uusi sairaanhoitajille siirretty tehtävä. Paakkosen tutkimuksen mukaan sairaanhoitajien työnkuva on jo lähellä lääkärin toimintaa: sairaanhoitajien itsenäiset vastaanotot, hoidon tarpeen arviointi, diagnoosien määrääminen ja jopa lääkemääräysten kirjoittaminen ovat lisääntyneet Suomessa (Paakkonen 2008). Työn vaativuuden lisääntyessä pelkkä sairaanhoitajan perusosaaminen ei enää riitä. Toimintamallien muuttuessa tarvitaan lisäkoulutusta. Työnantajan kuuluu vastata siitä, että henkilöstö tekee niitä tehtäviä, johon kunkin ammattitaito ja kokemus riittävät. Työnjaolliset

ja tehtävien muutokset edellyttävät henkilöstön osaamisen arviointia ja varmistamista (Syväoja ym. 2009:26.)

3 Tutkimuksen tarkoitus, tavoitteet ja tutkimustehtävät

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on kuvata, mitä on hoidon tarpeen arvioiminen terveysaseman päivystysvastaanotolla hoitajien kokemana. Tavoitteena on myös tuottaa tietoa, jota voidaan hyödyntää hoidon tarpeen arvioinnissa ja tulevissa terveysaseman koulutuksissa sekä yhtenäistää hoidon tarpeen arvioinnin tekemistä terveysaseman päivystyksessä. Hoidon tarpeen arvion sisältö vaihtelee suuresti yksittäisen sairaanhoitajan osalta. Lääkkeenmääräämisen erikoispätevyden omaavien hoitajien kliiniset valmiudet ovat lähtökohtaisesti eri tasolla kuin muilla hoidon tarpeen arviota tekevillä sairaanhoitajilla. Työyksikössä ei myöskään ole yhtenäisiä ohjeistuksia hoidon tarpeen arvion tekemisestä.

Tutkimustehtävät

1. Mitä hoidon tarpeen arviointi sisältää terveysaseman päivystyksessä tällä hetkellä sairaanhoitajien kokemana?
2. Mitkä tekijät ohjaavat sairaanhoitajan päätöksentekoa hoidon tarpeen arvioinnissa?
3. Minkälaista lisäosaamista tai koulutusta sairaanhoitajat toivovat hoidon tarpeen arvioinnissa?
4. Miten sairaanhoitajat ovat kokeneet työnkuvan muutokset ja tehtävänsiirrot sekä reseptinkirjoitusoikeuden omaavien sairaanhoitajien laajennetut työnkuvat?

4 Tutkimuksen aineisto, keruu ja menetelmälliset valinnat

4.1 Tutkimuksen tausta ja toimintaympäristö

Tämä opinnäytetyö pohjautuu vuosina 2013- 2015 tehtyyn kehittämishankkeeseen, jossa Espoon keskuksen terveysasematoimintaa lähdettiin kehittämään asiakaskeskeisemmäksi sekä hoitajapainotteiseksi. Kehittämishanke oli osa JYVÄ-tutkimushanketta, jota toteuttivat Aalto-yliopisto, Oulun yliopisto sekä Oulun ammattikorkeakoulu. JYVÄ-tutkimushankkeen tarkoituksena oli löytää keinoja, joilla turvattaisiin kuntalaisille parempi pääsy terveyspalveluihin ja mm. verrattiin yksityisen ja julkisen palveluntuottajan yhteistyön onnistumista. (Malmström 2015.)

Koko Espoossa podettiin vuonna 2013 lääkäripulaa, kuten koko valtakunnan avoterveydenhuollossa. Espoon keskuksen kehittämishankkeessa Samarian terveysasemalla työn painopistettä siirrettiin hoitajien suuntaan, koska lääkäreistä oli pulaa. Hoitajapainotteisessa vastaanottomuodossa jokainen terveysasemalle tulija tapaa ensin hoitajan. Puhelimessa varauksia vastaanottava hoitaja myös seuloo soittajat tietyin kriteerein. Vastaanottava hoitaja tarkistaa tilanteen ja arvioi potilaan tarpeen tavata lääkäriä. Osa aseman sairaanhoitajista on myös suorittanut kehittämishankkeen aikana rajatun lääkkeenmääräämisen erikoispätevyyden, joka on mahdollistanut tiettyjen potilasryhmien siirron kokonaan pois lääkäreiltä, esim. silmä- ja nielutulehduspotilaat sekä ylähengitystieinfektiopotilaat.

Samarian terveysaseman kehittämishankkeen tulokset olivat merkittäviä, enää viidesosa päivystyspotilaista päätyy lääkärin vastaanotolle ja lääkärit pystyvät keskittymään enemmän hoitoa vaativiin potilaisiin. Asiakastytyväisyys kasvoi ja terveyspalvelujen saataavuus parani tuloksien mukaan selkeästi. Kiireettömälle vastaanotolle pääsee viikon sisällä ja asiakastytyväisyys on kohonnut 90% aiemman 60% sijaan. (Malmström 2015.)

Sairaanhoitajat ovat ottaneet aiempaa enemmän vastuuta ja hoitavat entistä itsenäisemmin päivystyspotilaita. Sairaanhoitajat eivät kuitenkaan kehittämisprojektin aikana tai sen jälkeen saaneet mitään erityistä koulutusta hoidon tarpeen arvion tekemiseen, joka on kuitenkin todella haastavaa ja työn vaikein osuus. Projektin jälkeen on ollut työpaikan omien lääkäreiden pitämiä pieniä tietoiskuja liittyen eri potilasryhmien hoitoon. Tästä heräsi ajatus selvittää, että miten päivystävät sairaanhoitajat ovat kokeneet nämä tehtä-

vänkuvan muutokset projektin jälkeen. Päivystävien sairaanhoitajien osaamista ei arvioida tällä hetkellä millään, eikä myöskään työn vaativuutta, jolloin se ei myöskään tue palkkakehitystä.

Espoon keskuksen terveysasema koostuu kahdesta toimintayksiköstä, Samarian ja Kalajärven terveysasemista. Samaria on yksi Espoon neljästä pääterveysasemista ja sen väestöpohja on noin 38 000 asukasta ja Kalajärven alueella noin 11 000 asukasta. Samarian hoitohenkilökuntaan kuuluu 17 lääkäriä sekä 16 sairaanhoitajaa, 4 terveydenhoitajaa sekä 4 lähihoitajaa. Kalajärvellä on vastaavasti 5 lääkäriä ja 5 sairaanhoitajaa/terveydenhoitajaa sekä 1 lähihoitaja.

Samarian päivystys koostuu hoitajien vastaanotoista sekä ensiavusta. Päivystäviä sairaanhoitajia on vuorossa keskimäärin 4-5, ruuhkaisimpana päivänä eli maanantaisin 5-6. Jokaisella hoitajalla on oma huone, jossa vastaanottaa asiakkaan ja tekee tälle hoidon tarpeen arvion, sekä tutkii, hoitaa ja määrittelee jatkohoidon tarpeen tai antaa hoito-ohjeita.

Asemilla on yhteensä viisi rajatun lääkkeenmääräämisen erikoispätevyuden omaavaa hoitajaa, joista kolme työskentelee Samariassa ja kaksi Kalajärven asemalla. Asiakasmäärät Samarian päivystyksessä ovat keskimäärin 100 asiakasta/pvä, vaihteluväli 60-160 asiakasta/pvä. Sairaanhoitajien käytettävissä on konsulttilääkäri, joka on puhelimitse koko ajan tavoitettavissa ja tulee tarvittaessa hoitajan huoneeseen tapaamaan potilasta. Pääperiaatteena on, että asiakas saa tarvitsemansa avun mahdollisimman matalla kynnyksellä ja ilman paikasta toiseen pompottelua.

Ensiavussa on yksi sairaanhoitaja ja ensiapulääkäri, jotka hoitavat tarkkailua vaativat ja ambulansseilla saapuvat potilaat.

4.2 Tutkimusmenetelmälliset lähtökohdat

Tässä opinnäytetyössä on tarkoitus tutkia sairaanhoitajien kokemuksia, jolloin tutkimusta ohjaa fenomenologis-hermeneuttinen lähestymistapa. Tällöin tutkimuksen tarkoituksena on käsitteellistää tutkittava ilmiö eli kokemuksen merkitys. Tutkittavaa ilmiötä lähestytään ilman ennakko-oletuksia tai teoreettista viitekehystä. (Koppa 2014.)

Laadullisessa tutkimuksessa haastattelun pyrkimyksenä on saada monipuolinen kuvaus ilmiöstä, jota halutaan tutkia (Kylmä - Juvakka 2012:79). Opinnäytetyön aineiston keruu toteutetaan laadullisin menetelmin teemahaastatteluilla. Teemahaastattelussa tutkija laatii valmiit teemat tai aihepiirit, mutta haastattelun toteutus ei ole niin ennalta määritelty kuten on strukturoidussa tai lomakehaastattelussa (Kankkunen - Vehviläinen-Julkunen 2015,125). Haastattelun perustana käytetään etukäteen suunniteltua haastattelurunkoa, joka kattaa tutkimusongelman kannalta olennaisimmat teemat (Pötsönen - Välimaa 1998,6). Haastattelurunko on tutkimuksen liitteenä. (kts. liite 3.)

Haastattelumetodina käytettiin ryhmähaastattelua, jolla tarkoitetaan valikoidussa ryhmässä tapahtuvaa ja haastattelijan ylläpitämää keskustelua ennalta määrätyn haastattelurungon pohjalta. Tällä tavalla saadaan tuotettua monipuolinen aineisto, jollaista ei saavuteta muilla tutkimusmenetelmillä. (Mäntyranta - Kaila 2008.) Ryhmähaastattelu on menetelmänä soveltuva silloin kun halutaan tutkia haastateltavien mielipiteitä. Se antaa laajat mahdollisuudet kerätä tietoa kiinnostavasta aiheesta, ei ainoastaan tapahtumista tai mielipiteistä, vaan myös tavoista ja erilaisista syistä sekä näkemyksistä, kokemuksista asenteista ja odotuksista aiheeseen liittyen. (Pötsönen ym. 1998:2.)

Ryhmähaastattelu on joustava menetelmä ja sopii siksi hyvinkin erilaisiin tutkimuskysymyksiin. Ryhmähaastattelu on keskustelutilanne, jossa ryhmän sisäinen hierarkia määrittyy mm. äänekkäimpien tai toisaalta hiljaisimpien osallistujien tai keskustelun keskeytysten mukaan. (Mäntyranta ym. 2008.) Ryhmän koko on parhaimmillaan 4-10 henkilöä. Ryhmän on oltava tarpeeksi pieni, jotta kaikki saavat äänensä kuuluviin mutta toisaalta riittävän suuri, jotta saadaan vastauksiin vaihtelevuutta. Osallistujat kootaan kohdistetusti, tutkimuksen tarkoituksen ja kohderyhmän mukaisesti. Otoksen ei ole tarkoitus olla tilastotieteellisesti edustava. (Pötsönen ym.1998:6.) Ryhmähaastattelun tuottama aineisto on usein laaja ja sen analyysi vie aikaa. Mäntyrannan ym. (2008) mukaan ryhmähaastattelu soveltuu hyvin kehittämistyöhön.

Tällä tutkimuksella ei pyritä yleistettävyyteen, vaan oli tarkoitus tutkia tätä harkinnanvaraisesti valittua otosta, jolloin laadullinen tutkimus on perusteltua. Kankkunen ym. (2015) mukaan tutkimuksen otokseen pyritään saamaan henkilöitä, jotka edustavat tutkittavaa asiaa mahdollisimman monesta eri näkökulmasta. Laadullisessa tutkimuksessa on tärkeää, että tutkimukseen osallistujat tietävät tutkittavasta ilmiöstä mahdollisimman paljon tai että heillä on kokemusta asiasta (Tuomi - Sarajärvi 2009:74).

Ryhmähaastattelut tehtiin Espoon keskuksen kaikille terveysaseman sairaanhoitajille, jotka tekevät hoidontarpeen arviota päivystyksessä ja jotka ovat olleet mukana kehittämishankkeessa, sekä tehneet hoidontarpeen arviota kauemmin kuin vuoden. Haastattelun ulkopuolelle jätettiin lähihoitajat ja terveyskeskusavustajat, jotka eivät tee päivystystyötä ja samoin lääkkeenmäärittämisen erikoispatenttien omaavat hoitajat, koska he ovat koulutuksessaan suorittaneet kliinisen tutkimisen opintoja ja heidän osaamisensa on huomiotu jo erikseen palkkauksessa. Myöskään tutkimuksessa ei ollut tarkoitus haastatella esimiesasemassa olevia, koska tarkoituksena oli siis selvittää käytännön työtä tekevilta heidän näkemyksiään tutkimustehtävien suhteen.

4.3 Tutkimuksen toteutus

Ryhmähaastattelut toteutettiin kolmena eri ajankohtana kevään 2017 aikana. Haastatteluryhmien koko oli kahdella ensimmäisellä kerralla 4 sairaanhoitajaa ja viimeisessä haastattelussa oli 2 sairaanhoitajaa. Yhdelle sairaanhoitajalle haastattelukysymykset lähetettiin sähköpostilla, koska hän ei pystynyt osallistumaan mihinkään järjestetyistä haastatteluajankohdista.

Haastateltavilta kysyttiin etukäteen suostumus tutkimukseen osallistumisesta ja he allekirjoittivat kirjallisen suostumuksensa. Haastatteluun osallistuminen oli vapaaehtoista (Liite1). Kaikki saivat myöskin etukäteen saatekirjeen, josta ilmenee tutkimuksen tarkoitus ja tutkimustehtävät (Liite 2). Lupa haastattelujen tekemiseen varmistettiin Espoon eettiseltä toimikunnalta, vaikka haastatteluissa ei käytetty henkilötietoja tai asiakastietoja lainkaan.

Espoon keskuksen terveysasemaan kuuluu kaksi toimintayksikköä, mutta ryhmähaastattelut toteutettiin ainoastaan toisessa toimintayksikössä, koska asemien toimintamalli ei ole täsmälleen sama. Ryhmähaastattelut toteutettiin fyysisesti tutkimukseen osallistuvien työpaikalla ja työaikana. Haastatteluja varten oli varattu etukäteen rauhallinen erillinen kokoushuone. Kaikki haastattelut nauhoitettiin kahdella eri ääninauhurilla sekä tutkija teki samalla omia muistiinpanoja haastattelusta. Ensimmäiseen haastattelukertaan kului aikaa puolitoista tuntia, kaksi seuraavaa haastattelukertaa olivat noin tunnin mittaisia.

Tutkimukseen osallistui Samarian terveysasemalta yhteensä 10 sairaanhoitajaa. Työkemusta sairaanhoitajana tutkittaville oli kertynyt 4-25 vuotta. Hoidon tarpeen arvioinnin

kaltaista työtä heistä kaikki olivat tehneet vähintään 4 vuotta, enimmillään yli 10 vuotta. Jokainen haastateltavista oli ollut töissä Samarian terveysasemalla kehittämishankkeen aikana, tosin jotkut olivat tulleet keskelle sitä, eivätkä osanneet verrata toimintaa tällöin aikaisempaan toimintamalliin.

4.4 Aineiston analyysi

Ryhmähaastatteluja voidaan analysoida monella tavalla. Aineiston keruun tapahtuessa teemahaastatteluilla, aineiston pilkkominen on melko helppoa, koska haastattelun teemat muodostavat kategorioita aineistoon (Tuomi ym. 2009:93). Tässä tutkimuksessa analyysimenetelmänä käytetään induktiivista sisällönanalyysiä. Pyrkimyksenä on tutkimuksen myötä saada ennalta odottamatonta tietoa, eikä pohjata sitä mihinkään ennalta muodostettuun teoriaan tai hypoteesiin. Induktiivisessa analyysissä tutkimusaineistoa tarkastellaan yksityiskohtaisesti ja monitahoisesti, tutkija ei määrää sitä mikä on tutkimuksessa tärkeää. (Hirsjärvi – Remes - Sajavaara 1998:165.)

Analyysin toteuttaminen lähti liikkeelle haastattelujen kuuntelemisesta ja auki kirjoittamisesta sana sanalta. Haastattelut kuunneltiin useampaan kertaan ja auki kirjoitettua tekstiä täydennettiin joka kerralla. Erilaiset tunteenilmaisut ja äännähdykset jätettiin pois auki kirjoitetusta tekstistä. Seuraavaksi tekstit luettiin ja perehdyttiin kunnolla niiden sisältöön. Jokainen haastattelu kirjoitettiin omaksi kokonaisuudekseen, jolloin niitä oli helpompaa lukea ja vertailla keskenään. Haastattelutekstejä vertailtiin erillisiin tutkijan tekemiin muistiinpanoihin. Auki kirjoitettua tekstiä syntyi yhteensä 32 sivua, fonttikoon ollessa 11 ja rivivälin 1.

Tämän jälkeen aineisto redusoiitiin, eli etsittiin aineistosta tutkimustehtävien kysymyksillä niitä kuvaavia ja teemoihin sopivia ilmaisuja (Tuomi ym.2009:108-109). Analyysiyksikkönä käytettiin ajatuskokonaisuuksia, joka voi olla yhden tai useamman lauseen muodostama (Janhonen - Nikkonen 2003: 26). Auki kirjoitettuihin haastatteluteksteihin merkittiin eri väreillä eri teemoihin sopivia ajatuskokonaisuuksia ja vastauksia. Tämän jälkeen vastaukset koottiin teemoittain erilliselle paperille.

Aineiston ryhmittelyssä koodatun aineiston alkuperäisilmaukset käytiin läpi ja etsittiin samanlaisia tai eroavia käsitteitä. Samaa asiaa tarkoittavat käsitteet koottiin ryhmiksi ja yhdisteltiin luokaksi ja nimettiin luokan sisältöä kuvaavalla käsitteellä. Aineisto tiivistyy,

kun yksittäiset ilmaisut sisällytetään aina ylempiin käsitteisiin. (Tuomi ym. 2009: 110-111.)

Aineiston abstrahointi on viimeinen vaihe sisällön analyysissä. Siinä käsitteellistetään alkuperäisilmaisuja teoreettisemmiksi käsitteiksi ja johtopäätöksiksi. Abstrahointia jatketaan yhdistelemällä luokkia, niin kauan, kun se aineiston sisällön näkökulmasta on mahdollista. Käsitteitä yhdistelemällä saadaan vastaukset tutkimustehtäviin. Sisällönanalyysi perustuu tulkintaan ja päättelyyn. Teoriaa ja johtopäätöksiä verrataan koko ajan alkuperäisaineistoon muodostettaessa uutta teoriaa. Johtopäätösten tekemisessä tutkija pyrkii ymmärtämään, mitä asiat tutkittavalle merkitsevät. (Tuomi ym. 2009: 111-112.)

Ryhmähaastatteluissa nousee usein esille uusia merkittäviä teemoja, joilla on merkitystä tutkimuskysymysten kannalta. Joskus samasta aineistosta voidaan analysoida myös alkuperäisen tutkimuskysymyksen ulkopuolelta esiin nousevia ilmiöitä. (Mäntyranta 2008.) Laadullisessa tutkimuksessa tutkimustehtävät tarkentuvat usein aineiston keruun tai analyysin aikana (Kylmä ym. 2012:53).

5 Tulokset

Tutkimuksella kartoitettiin sairaanhoitajien kokemuksia siitä, mitä on hoidon tarpeen arviointi terveysaseman päivystysvastaanotolla tällä hetkellä. Keskeisimpinä tuloksina oli sairaanhoitajien positiivinen kokemus oman roolin muuttumisesta itsenäisemmäksi ja vastuullisemmaksi. Hoidon tarpeen arviointi edellyttää sairaanhoitajilta tietynlaisia valmiuksia ja laajaa osaamista eri osa-alueilla. Sairaanhoitajan toiminta hoidon tarpeen arvioinnissa vaihtelee subjektiivisesti, koska ei ole olemassa mitään yhtenäisiä ohjeistuksia ja koska sairaanhoitajien työnkuvia ei ole selkeästi määritelty.

Tutkimuksen tuloksia tarkastellaan alkaen hoidon tarpeen arvioinnin prosessista edeten päätöksenteon kautta koulutustarpeisiin sekä viimeisenä tarkastellaan sairaanhoitajien kokemuksia työnkuvan muutoksista ja tehtävänsiirrosta sekä lääkkeenmääräämisoikeuden omaavien sairaanhoitajien työnkuvasta.

5.1 Sairaanhoitajien kokemuksia hoidon tarpeen arvioinnin sisällöstä

Hoidon tarpeen arviointi oli sairaanhoitajille uusi työnkuva ja he kokivat, että jälkikäteen siihen olisi kaivannut enemmän etukäteen valmistautumista ja koulutusta. Kaikki vastaajat toivat esille sen, että alkuun uusi työnkuva, sen itsenäisyys ja vastuu pelottivat. Muutamana vuoden kokemuksen jälkeen, kaikki kokivat, että työ on jo sujuvaa, mutta edelleen koettiin puutteita teoreettisen tiedon sekä kliinisen tutkimisen osa-alueilla. Kukaan ei kuitenkaan olisi ollut valmis palaamaan vanhaan toimintamalliin.

Suurin osa haastateltavien vastauksista painottui siihen, mitä sairaanhoitajat konkreettisesti vastaanotolla tekevät. Kaikissa kolmessa haastattelussa sairaanhoitajat kuvasivat hoitoprosessin kulkua ja aloittavat sen potilaan haastattelulla ja oirekuvan kartoituksella sekä hoidon kiireellisyyden arvioinnilla.

Kaikissa vastauksissa keskeistä oli potilaan kliininen tutkiminen havainnoimalla ja käytämällä erilaisia tutkimus- ja mittausvälineitä. Vastaanotto loppuu joko sairaanhoitajien antamiin kotihoito-ohjeisiin ja mahdolliseen sairauslomaan, tai sitten konsulttilääkärin käyntiin huoneessa ja hänen antamiinsa ohjeistuksiin, tai sitten potilas ohjautuu kiireellisenä ensiapuun tai vähemmän kiireellisenä saa lääkärille vastaanottoajan myöhemmälle ajankohdalle. Kirjaamisesta mainittiin joissakin haastatteluissa vain se, että se vie paljon aikaa erilaisten tilastointien ja informaation tallentamisten myötä.

”no varmaan sellasen oirekuvauksen, ehkä se mitä kaikkein ensimmäisenä pitäis saada kaivettua esiin on se kiireellisyys, et mihin kategoriaan tämä potilas kuuluu”

Hoidon tarpeen arvioinnin toteuttaminen koettiin ristiriitaisesti. Jokainen sairaanhoitaja toteuttaa vastaanottoa yksilöllisesti, riippuen kokemuksesta ja koulutuksesta. Ristiriitaisena koettiin mm. keuhkojen kuuntelu. Keuhkojen kuunteluun ei ole erikseen koulutettu kuin reseptinkirjoitusoikeuden omaavat hoitajat. Tästä huolimatta osa sairaanhoitajista kuuntelee keuhkoja. Ristiriitaa aiheuttaa se, että osa joutuu selittelemään asiakkaalle miksi ei juuri hän kuuntelekaan, vaan pyytää lääkärää, kun toisaalla taas toinen sairaanhoitaja kuuntelee keuhkot. Osa koki, ettei halua edes kuunnella keuhkoja, koska ei ole saanut siihen koulutusta, eikä saa siitä palkanlisää kuten reseptioikeuden omaavat saavat. Osa taas koki, että tekee sitä täysin omasta halusta, tiedostaen ettei saa siitä ylimääräistä palkkaa.

Sairaanhoitajien mielestä tärkeimpiä ominaisuuksia, joita vaaditaan hoitotyössä, oli kiinnostuneisuus ihmisistä ja hänen ongelmansa kohtaan. Muina ominaisuuksina mainittiin

empaattisuus ja herkkyys sekä ylipäänsä halu olla tekemisissä ihmisten kanssa. Toisaalta vaaditaan myös jämäkkyyttä ja uskallusta tehdä omia johtopäätöksiä, sekä luottamusta omiin kykyihin ja arvioihin. Tarvitaan myös intuitiota ja sairaanhoitajan pitää osata tulkita potilaan sanomaa, mutta myös luottaa omiin epäilyihin ja arvioihin.

” se on mun mielestä aika tärkeitä että joskus tulee sellainen mutu-tuntuma, että kun se nyt sanoo noi ja että mulle jää siitä mieleen, että hetkinen, että tää vois olla todellakin vaikka keuhkokuume kun se sanoo joitain vaikka lääkärikään ei usko. Kun se on nyt kuvailut niitä oireita, tulee sellanen olo, eiks tuukkin, että ymmärtää että tässä vois olla jotakin, tulee sellainen olo niistä sanoista ja siitä, mutta rivien välistä vähän sellaista tuntumaa, pitäs niinkun osata lukea”

Hoidon tarpeen arvion tekeminen vaatii sairaanhoitajien mielestä laajaa tietämystä eri sairauksista ja niiden ilmenemismuodoista, vahvaa kliinistä ammattitaitoa sekä teknisiä valmiuksia käyttää erilaisia laitteita ja mittareita.

Sairaanhoitajat kokivat omat valmiutensa tehdä hoidon tarpeen arviointia pääosin hyviksi. Työn tekeminen, vuosien tuoma kokemus ja tekemisen kautta tulevat toistot esim. potilaan kliinisessä tutkimisessa vahvistavat osaamista. Moni haastateltava mainitsi kuitenkin kokevansa ajoittain epävarmuutta ja jopa pelkoa omasta osaamisesta ja hoitopäätöksistä. Sairaanhoitajat kokivat epävarmuuden johtuvan siitä, ettei aina osaa kysyä oikeita kysymyksiä, varsinkaan jos kyseessä on jokin harvinainen sairaus tai oire.

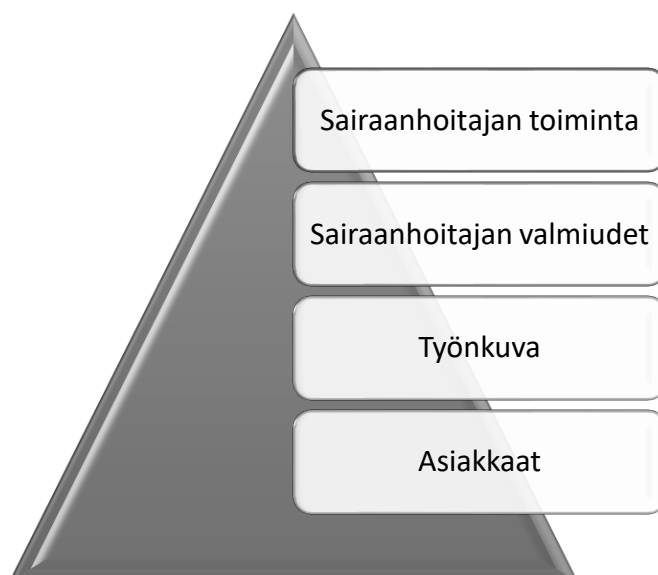
”mitä enempi tekee, sen paremmin sitä osaa. Kyl se on hirveesti sitä rutiinia, on hirveesti niitä kummallisen näköisiä korvia ja lääkäri käy niitä sitten kattomassa, että nää on ihan fine, niin sitten seuraavalla kerralla tietää, että nää olikin ne ihan normaalit. Mitä enemmän saa tutkia, sitä helpommaksi se muuttuu, ei oo pelkästään flunssaa ja vatsatautia. Skaala on laaja, kaiken maailman sairaudet.”

Haasteellisena sairaanhoitajat pitivät monisairaiden, eri kulttuureista tulevien ja päihdeongelmaisten kanssa asiointia. Monisairaat potilaat tai potilaat, joilla on runsaasti erilaisia oireita ovat sairaanhoitajille haasteellisia tutkittavia. Samoin lapsipotilaat. Kielivaikeudet ja potilaan päihtymystila asettavat omat vaatimuksensa vastaanotolle. Suurimpana haasteena ed. ryhmissä on löytää ne, jotka oikeasti tarvitsevat kiireellistä hoitoa. Ns. kanta-asiakkaat koettiin hieman kuormittavina päivystyksessä, koska heillä on usein jo selkeät hoitosuunnitelmat ja koettiin, ettei heidän asioidensa jaksanut enää perehtyä, jos potilaat tulivat näiden samojen vaivojen kanssa päivystysvastaanotolle.

Vastaajien mukaan työnkuissa on epäselvyyttä, tai niitä ei ole mitenkään määritelty, että mitä sairaanhoitaja oikeastaan saa tehdä ja mitä ei. Toiset sairaanhoitajat tekivät itsenäisesti pieniä toimenpiteitä ja hoitivat vastaanoton loppuun asti itsenäisesti, toiset taas laittavat asiakkaat eteenpäin ensiavun sairaanhoitajalle arvioitavaksi ja jättivät tällöin jopa koko hoidon tarpeen arvioinnin tekemättä.

Sairaanhoitajien mukaan asiakkaat ymmärtävät päivystysasian hyvin eri tavoin kuin hoitajat itse. Sairaanhoitajien mukaan asiakaskäynneistä suuri osa oli jotakin muuta kuin kiireellistä tai välitöntä hoitoa tarvitsevaa.

”on paljon kiireettömiä asioita, paljon muuta joka ei liity mitenkään päivystykseen.”



Kuvio 1. Sairaanhoitajien kokemukset hoidon tarpeen arvioinnin sisällöstä

5.2 Sairaanhoitajan päätöksentekoa ohjaavat tekijät hoidon tarpeen arvioinnissa

Hoitopäätösten tekoa ohjaa sairaanhoitajien mukaan suurimmalta osin potilaan kliininen tila, sekä potilaan haastattelun, että tutkimuksen perusteella saatu informaatio. Vuosien tuoman työkokemuksen koettiin auttavan myös päätöksentekoa. Kokemus tuo rohkeutta ja uskallusta tehdä itsenäisiä hoitopäätöksiä ilman, että aina tarvitsee konsultoida lääkäreitä. Kokemuksen myötä myös sairaanhoitajien kliininen osaaminen karttuu ja he kokivat voivansa viedä vastaanottoa pidemmälle itsenäisesti.

”kylmiltään on aika hurjaa mennä siihe”

”Uskallus vetää johtopäätös, välillä vähän riskirajoilla. Täytyy uskaltaa..tarkoitan, ettei eina joka asiasta konsultoi lääkäriä, täytyy olla uskallista luottaa omiin havaintoihinsa, mitä on havainnoinut ja antaa potilaalle ohjeet sen mukaan..”

Tärkeänä pidettiin myös konsulttilääkärin roolia ja lääkärin saatavilla olemista. Epävarmuutta ja pelkoa aiheuttaa eniten kokemus siitä, ettei sairaanhoitajalla ole riittävää tietopohjaa tehdä päätöksiä tai että tekee virheellisen arvion. Konsulttilääkäri on koko päivän puhelinyhteyden päässä ja saatavilla, lääkäri tulee myös tarpeen tullen sairaanhoitajan vastaanottohuoneeseen. Kuitenkin ajoin koettiin, ettei lääkärille voinut soittaa tai koettiin, ettei saatu riittävää tukea tai vahvistusta omaan arvioon, jolloin sairaanhoitaja joutui tekemään itsenäisesti päätöksen, mikä aiheutti jälkikäteen pelkoa ja epävarmuutta päätöksen oikeellisuudesta.

” meillä tää on helppoa, meillä on sitä varten ne lääkärit ja ne on asennoituneet, että niille soitetaan, jos tuntuu siltä, että tarvitsee. Ei tarvi päättää, jos kokee ettei pysty itse päättämään ja haluaa selustan asialle...

” riippuu varmaan päivästä ja riippuu lääkäristä joka on luurin päässä, joskus tuntuu, ettei uskalla soittaa kun toinen on äksy tai jotenki.. et sit miettii omia ratkaisuja.”

Haasteita päätöksenteolle aiheuttaa sairaanhoitajien mukaan myös kiire, joka vaikuttaa vastaanoton sisältöön ja keston. Sairaanhoitajat kokivat, että silloin kun on ruuhkaa, potilaat tulee kohdattua hätäisemmin ja vastaanottoon ei käytetä niin paljon aikaa, kun silloin, kun jonoja ei ole päivystyksessä. Kiireessä saattaa jäädä olennaisia havaintoja tekemättä, jotka sitten saattavat vaikuttaa oikean hoitopäätöksen tekemiseen. Samoin koettiin, että kiireisinä ja ruuhkaisina päivinä oma jaksaminen on koetuksella, iltapäivällä keskittyminen ei välttämättä ole enää niin hyvää ja senkin koettiin saattavan vaikuttaa hoitopäätöksiin.

” ajan puute, niitä potilaita saattaa olla hurja määrä oven takana.”

” monta kertaa tulee mieleen, kun lähtee kotiin, iltapäivälehtien otsikot: ”potilas käännytettiin terveysasemalta”, et kauheeta, onkohan tää tällänen just?”

Lääkärikonsultaation lisäksi sairaanhoitajat käyttivät hoitopäätöstensä tukena paljon nettipohjaisia ohjeita, kuten Terveysporttia ja Käypä Hoito Suosituksia, samoin organisaatiolla on omia ohjeita joidenkin sairauksien ja oireiden määrittelyyn, mitä käytettiin jonkin verran. Organisaation omien nettisivujen ja intranetin koettiin olevan hyvin epäselvät ja

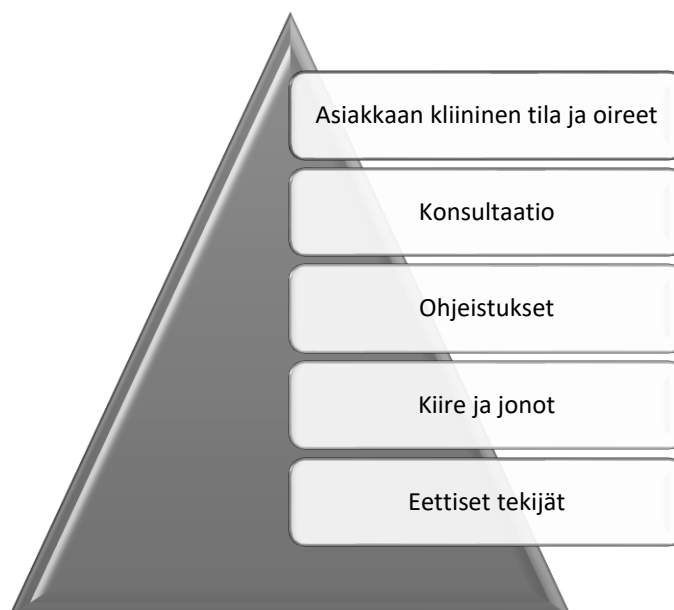
tieto on sieltä vaikeasti löydettävissä. Näitä käytettäisiin enemmän, jos tieto olisi helpommin haettavissa.

Hoitopäätöksiin vaikuttaa myös jonkin verran sairaanhoitajan oma arvomaailma ja etiikka. Sairaanhoitajat kokivat, etteivät anna omien mielipiteiden tai asenteiden vaikuttaa potilaan kohtaamiseen, mutta toisaalta lapsipotilaille pyrittiin järjestämään kaikki mahdollinen mutta esim. päihdepotilaaseen saatetaan suhtautua enemmän varauksella ja ei välttämättä niin suurella vakavuudella. Koettiin myös, että oma kiinnostuneisuus eri sairauksia kohtaan saattaa vaikuttaa positiivisesti vastaanoton sisältöön ja sairaanhoitaja paneutuu tällöin enemmän potilaaseen kuin muutoin.

” vaikuttaa kun on aikuinen päihdepotilas, kun vaikka lapsi jolla on psyykinen ongelma, kyllä mun päätöksenteko muuttuu. Kyllä mä sille lapselle pyrin järjestämään kaiken minkä pystyn... vaikka periaatteessa ovat samalla viivalla.”

” voi olla, että jos on kiinnostuneempi jostain, ni ne saa erilaista kohtelua, omasta kiinnostuksenkohteesta johtuen.”

”ainakin näiden huumeidenkäyttäjien kohdalla ei niin helposti ota vakavasti sitä tarinaa.”



Kuvio 2. Sairaanhoitajien päätöksentekoa ohjaavat tekijät hoidon tarpeen arvioinnissa

5.3 Sairaanhoitajien lisäkoulutuksen tarve hoidon tarpeen arvioinnissa

Sairaanhoitajien mukaan hoidon tarpeen arviointi vaatii laajaa osaamista ja teoreettisen tiedon hallintaa. Osa koki, että ennen työnjaollisten muutosten käyttöönottoa olisi ollut hyvä saada perusteellisempaa koulutusta. Kliiniseen tutkimiseen kaivattiin enemmän koulutusta ja ihan konkreettista tutkimisen harjoittelua lääkärin johdolla.

” mutta sellasta konkreettista, lääkärit vois ottaa pienen porukan tutkimaan niitä potilaita, että mitä sieltä pitää löytyä. esim. korvapotilaat et mitä siellä on ja mikä merkitsee jotain. Nytkin on tullut uusia työntekijöitä ni nekin on sillee, ettei ne tiedä mitä sieltä korvasta pitäis kattoa, mikä on niinkun punoitusta ja silleen.”

Työyksikön koulutukset koettiin hyvinä, joissa esim. lääkäri kertoo jostakin ajankohtaisesta aiheesta tai sairauksista jne. Näitä toivottiin jatkettavan. Espoon kaupungin järjestämien koulutusten koettiin osin olevan liian lääketieteellisiä ja liikaa lääkäreille suunnattuja, näistä sairaanhoitajat eivät kokeneet oikein saavansa mitään. Lääkeyritysten pitämistä koulutuksista pidettiin myös ja koettiin, että niistä saa viimeisintä ja ajantasaisinta tietoa eri sairauksien lääkehoidoista.

”kyllä nää on ollut hyviä nää lääkäreiden pitämät koulutukset”

”ajankohtaiset, kertaavat ja kun tulevat tiettyssä vuodenaajassa, ne ovat hyviä, kun osaa asiakasta ohjata kun on tuoreessa muistissa vaikka ne oliskin jo selviä.”

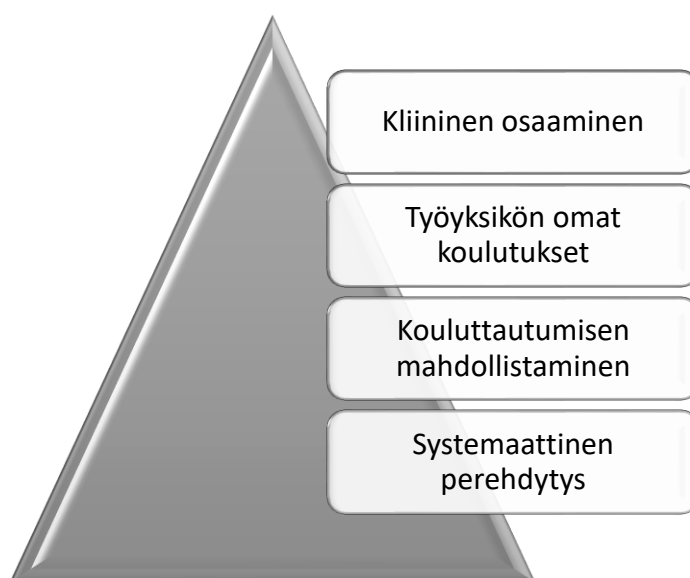
Työnantajan kustantamiin koulutuksiin oltiin valmiita osallistumaan, jos ne tapahtuvat työajan puitteissa. Omalla ajalla koulutuksiin osallistuminen koettiin huonona. Toisaalta ne, jotka kokivat, että haluavat itseään lisä- kouluttaa, olivat siitä valmiita itse maksamaan ja käyttämään siihen vapaa-aikaansa. Yksi vastaajista oli sitä mieltä, ettei työnantajaa kiinnostaisi kouluttaa henkilökuntaansa, vaan että peruskoulutus riittää ja käytännön työssä oppii loput. Koettiin myös, että koulutuksiin oli vaikeaa päästä ja että suurimman osan joutui sitten lukemaan sähköpostin välityksellä muiden tuomana koulutuspalautteena.

”lähtökohtaisesti jos työnantaja edellyttää, se järjestää ja maksaa. Jos omien intressien kautta haluan itseäni kouluttaa, se on eri asia.”

”silloinkin olisi työnantajan kohteliasta maksaa, eihän meiltä edellytetä mitään, kun ei tarvitse maksaa. Riittää se, että ollaan sairaanhoitajia ja mennään sinne luukulle.”

Perehdytys nousi esille myös jokaisessa haastattelussa. Koettiin, että uusien työntekijöiden perehdytykseen pitäisi panostaa enemmän ja sen pitäisi olla joidenkin tiettyjen henkilöiden vastuulla. Nyt perehdyttäjänä voi olla joka päivä eri henkilö, johtuen esim. työvuorojärjestelyistä. Uusille työntekijöille toivottiin myös heti alkuun kliinisten taitojen koulutusta.

”jotenkin tuntuu, että kun tulee uusia työntekijöitä, ni mehän ne tässä koulutetaan ja siisäänajetaan, pitäisi olla jatkuvaa, että ne uudetkin pääsin niille ihan peruskursseille. Lääkärit opettaa korvia katsomaan tai käyttämään sinuscania, mikä on hirveen hyvä, mutta sitten muuten se on meidän varassa et mitä kukakin sattuu kertomaan.



Kuvio 3. Sairaanhoidajien lisäkoulutuksen tarve hoidon tarpeen arvioinnissa

5.4 Sairaanhoidajien työnkuvan muutokset ja tehtävänsiirrot hoidon tarpeen arvioinnissa

Kehittämishankkeena luotu hoitajapainotteinen vastaanottomalli on koettu hyväksi kaikkien vastanneiden sairaanhoidajien kesken. Kukaan ei kokenut, että olisi halunnut palata vanhaan toimintamalliin.

Uusi toimintamalli mahdollistaa sujuvamman asiakaspalvelun, koska kiireettömiä vastaanottoaikoja on nyt paremmin saatavilla ja potilaat ohjautuvat entistä paremmin oikeille vastaanotoille sairaanhoidajien tekemän hoidon tarpeen arvioinnin jälkeen. Suurin osa

potilaista pystytään hoitamaan sairaanhoitajien päivystysvastaanotoilla eivätkä he välttämättä tarvitse lääkäriä laisinkaan tai pelkän konsultaation perusteella voidaan antaa jatko-ohjeet. Toimintamallia ollaan ottamassa käyttöön nyt jokaisella Espoon kaupungin terveysasemalla loppuvuodesta 2017.

Palveluiden saatavuus ja palvelun saannin helppous nähtiin toisaalta myös negatiivisena asiana. Nyt kaikki asiakkaat voivat tulla minkä tahansa vaivan tai oireen vuoksi kysymään neuvoa ja ohjeita, mikä nähtiin lisääntyneinä asiakaskäynteinä päivystyksessä. Asiakkaat saattavat asioida terveysasemalla muissa asioissa ja samalla piipahtaa kysymässä sairaanhoitajalta neuvoa johonkin asiaan. Koettiin että tarjonta lisää kysyntää. Vastaajien mukaan päivystyksen asiakkaiden ohjausta voitaisiin vielä jotenkin kehittää, etteivät kiireettömät asiat kuormittaisi päivystyksen jonotilannetta.

Vastaajat kokivat, että työyksikössä on hyvä kehittämisen ilmapiiri ja omaan työhön vaikuttamismahdollisuudet ovat hyvät. Oman työn suunnittelu on hyvin mahdollistettu kiertävillä listoilla, joissa jokainen sairaanhoitaja on voinut miettiä oman työnsä painotuksia. Ne, jotka haluavat tehdä enemmän päivystystyötä ovat sitä saaneet ja toisaalta ne, jotka haluavat tehdä kiireettömiä vastaanottoja tai haavanhoitoja, ovat painottaneet työnkuvansa niihin.

Negatiivisena asiana uudessa toimintamallissa nähtiin työnkuvien epäselvyys. Kuten jo aiemmin tuloksissa tuli ilmi, osa sairaanhoitajista haluaisi tehdä enemmän ja tarkempaa potilaan tutkimista, mutta samalla kokevat siitä ristiriitaa koska tätä ei huomioida palkkauksessa. Samoin tuotiin esille potilaan saaman hoidon laatu ja tasalaatuisuus edellä mainituista syistä johtuen. Asiakkaan pitäisi saada samanlainen palvelu huolimatta siitä, kenen sairaanhoitajan luona hän asioi.

” onko täällä sitten sellainen ajatus, että kaikkien pitää osata kaikki, hallita ihan kaikki ja pystyä toimimaan jokaisessa työpisteessä ja työtehtävässä? ”

Terveysasemalla on olemassa aulassa ns. aulaemäntä, jonka työpiste on fyysisesti vuoronumeroautomaatin vieressä. Aulaemännän tehtävänä on ohjata asiakkaita oikeisiin paikkoihin ja auttaa asiakkaita erilaisissa kysymyksissä. Minkäänlaista hoidon tarpeen arviota siinä ei tehdä, vaikka aulaemännällä onkin pääsy potilastietoihin. Tämä toiminta koettiin pääosin hyvänä ja se ehkäisee turhia potilaita päivystyksessä. Toisaalta kielteisenä koettiin se, että aulaemännän roolissa oli usein sairaanhoitaja, jonka panosta olisi

usein tarvittu esim. päivystyksen jonon purkamisessa enemmän kuin aulaemännän roolissa. Tähänkin toivottiin huomion kiinnittämistä työvuorosuunnittelussa.

”tää liittyy siihen vähäsen, aulaemäntä kun monesti siinä on sairaanhoitaja siinä selittämässä näitä et missä on hammashoito tms. Mun mielestä se olis tärkeämpää sen hoitajan olla siellä vastaanotolla. Tiedän ettei vahtimestaria voi siihen laittaa”

”resurssien tuhlailua, itse olet luukulla ja 15 jonossa ni ajattelet, et voiskohan toi aulaemäntä tulla tänne töihin.”

Uuden työnkuvan myötä sairaanhoitajille on siirtynyt tehtäviä, jotka aiemmin kuuluivat lääkärin toimenkuvaan. Sairanhoitajat joutuvat mm. tulkitsemaan potilaille laboratoriotuloksia ja toisinaan asiakkaan hoitosuunnitelmat ovat jääneet lääkäreiltä kesken tai tekemättä, jolloin sairaanhoitajat kokivat, että heidän piti osata ottaa niihin kantaa. Vastajien mielestä sairaanhoitajan rooli terveysasemalla on ihan erilainen, kun sairaalamaailmassa, jossa sairaanhoitajan tehtävä on lähinnä toteuttaa lääkärin määräyksiä ja koska nykyisessä toimintamallissa rooli on paljon itsenäisempi ja vastuullisempi, osa koki, että nykyinen rooli on sairaanhoitajan ja lääkärin välimaastossa.

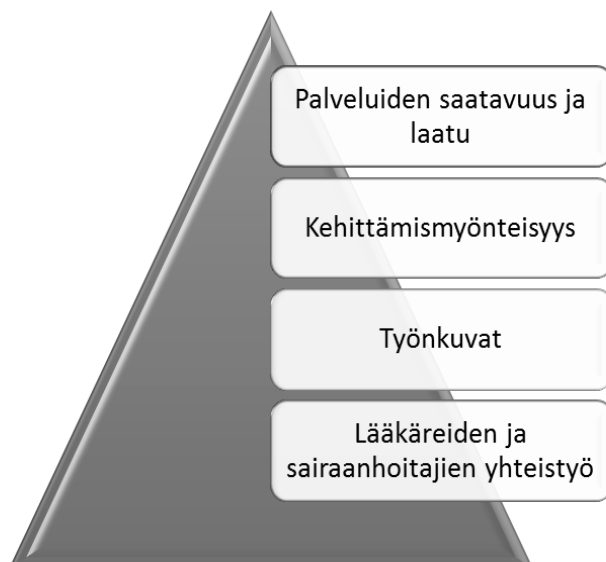
”mulla on joskus sellanen olo, että oon joku pikkulääkäri siinä. Mä oon siinä niinku ihan väärässä roolissa jotenkin siinä.”

”organisaation kannalta loisto asia, kun blokataan noi kaikki tosta. Kuulin kun lääkärit puhuivat, että ihan tappoa tää päivystys, täällä on kuitenkin henkilöitä, jotka tekee joka päivä töitä yksin tuolla huoneessa”

Sairanhoitajat kokivat, että heidän työnsä arvostaminen oli vähäistä. Kokemus siitä, että sairaanhoitaja tekee kaiken työn, tutkii potilaan ja tekee kaiken valmiiksi lääkärille ja lääkäri on se, joka kuittaa vastaanotosta palkkion. Sairanhoitajat kokivat myös, että lääkäreiden työpanosta korostettiin päivystyksessä tästä syystä liikaa. Yhteistyön kuitenkin koettiin olevan pääsääntöisesti toimivaa, aiemmin mainittu konsultaatiokäytäntö toimii hyvin.

”HTA-lääkäri saa korvauksen joka potilaasta, ne tykkää katsoa 20 potilasta päivässä, katsoa potilaan, jonka hoitaja on jo valmiiksi tutkinut ja haastatellut. Se aika pienestä napsahtaa se raha sitten.”

”meille ei oo mitään.”



Kuvio 4. Sairaanhoitajien työnkuvan muutokset ja tehtävänsiirrot hoidon tarpeen arvioinnissa

5.5 Reseptioikeuden omaavien sairaanhoitajien työnkuva hoidon tarpeen arvioinnissa

Reseptioikeuden omaavien sairaanhoitajien olemassaolo nähtiin pääosin hyvänä asiana. Heidän koettiin helpottavan lääkäreiden työtä, koska he pystyvät joitakin potilasryhmiä hoitamaan itsenäisesti ja näin ollen nämä eivät päädy lääkäreiden vastaanotolle ollenkaan.

”Iälmä- hoitajat (lääkkeenmääräämisen koulutuksen käynyt sh) on tosi hyvä apu lääkärille ja voi ohjata heille lääkärin sijasta. Toisaalta ne ei ole sitten kuormittamassa päivystysjonoa, kun voi suoraan puhelimesta laittaa.”

Sairaanhoitajien mielestä kuitenkin reseptioikeudellisten sairaanhoitajien työnkuva oli jäänyt heille hyvin epäselväksi. He eivät osanneet kertoa, mitä kaikkea näiden hoitajien työnkuvaan kuuluu ja minkälaisia potilaita he kaiken kaikkiaan pystyisivät hoitamaan. Silmätulehdukset ja ylähengitystieinfektiot tiedettiin varmasti.

Vastaajat kokivat myös, että potilaat eivät ohjaudu enää samalla tavalla kuin aiemmin näille vastaanotoille ja koulutuksen antama hyöty koettiin hukkaan heitettynä resurssina. Työyhteisössä ei oltu käyty läpi reseptioikeuden omaavien sairaanhoitajien työnkuvaa tai koulutustaustaa juuri mitenkään, muille sairaanhoitajille heidän koulutuksensa ja osaamisen tasonsa oli jäänyt aivan pimentoon.

”mun mielestä pitäis vielä enemmän, just niinku aiemmin puhuttiin, et jos on saanut sen koulutuksen niin pitää tehdä se työ,tarkentaa niiden työnkuvia. Sehän on ihan hukkaan heitettyä resurssia, jos on sellainen taito ja ei käytä sitä.”

”mulle on jäänyt arvoitukseksi, että onko kuinka paljon sitä hommaa, vastaako se sitä koulutusta sitten.”

Reseptioikeuden omaavien sairaanhoitajien korkeampi palkka koettiin epäoikeudenmukaisena siksi, että sairaanhoitajat kokivat tekevänsä ihan samaa työtä, kun hekin, mutta pienemmällä palkalla. Osa sairaanhoitajista koki jopa tekevänsä työnsä paremmin kuin reseptioikeuden omaavat sairaanhoitajat.

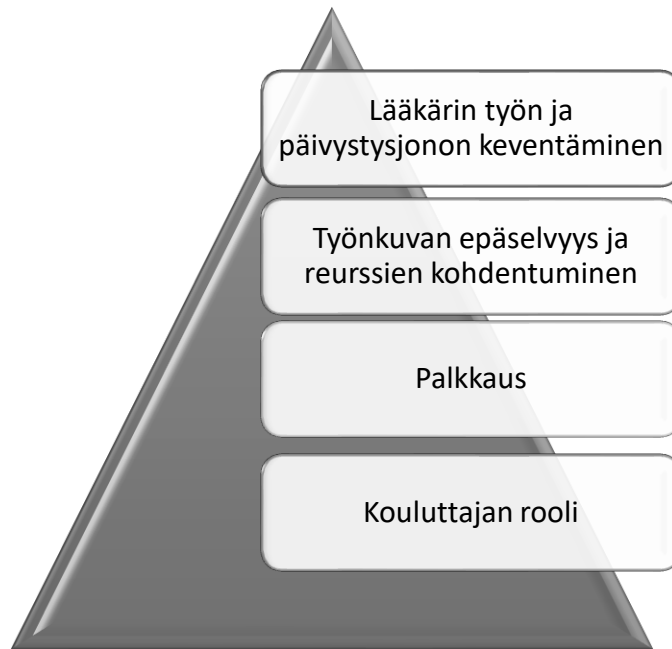
”epäreilua, kun tuntuu että työpanos on mitätön ja saa silti reilumman palkan.”

”Mä oon välillä kateellinen, kun niillä on paremmat valmiudet, kun mulla. Kateellinen kun parempi palkka kun kuitenkin tehdään sitä samaa työtä. Kuinka monta reseptiä sitten mahtaa kirjoittaa, en tiedä...toisaalta on hyvä, että niitä on.”

Toivottiin, että reseptioikeuden omaavat sairaanhoitajat voisivat toimia jonkinlaisina konsultteina ja käydä esim. muiden sairaanhoitajien vastaanotolla avustamassa keuhkojen kuuntelussa tai muuten vaan antamassa konsultaatioapua tarvittaessa. Samoin ehdotettiin, että lisäkoulutetut sairaanhoitajat voisivat olla uusien työntekijöiden perehdyttäjinä tai tutor- tyyppisinä henkilöinä. Ylipäänsä resurssien tarkempaa kohdentamista toivottiin eri vastaanotoille.

” enemmän konsultointia, vois tulla siihen paikan päälle kuuntelemaan.”

” siihen liittyy monenlaista, avo ja ehkis - niitä vois paremmin suunnata, ehkä heidänkin mielestä menee hukkaan se osaaminen.”



Kuvio 5. Reseptioikeuden omaavien sairaanhoitajien työnkuva hoidon tarpeen arvioinnissa

5.6 Organisaatiotekijöiden merkitys hoidon tarpeen arvioinnissa

Sairaanhoitajat toivat haastatteluissa esiin organisaatiosta ja työyksiköstä johtuvia tekijöitä, joilla on merkitystä hoidon tarpeen arvioinnin tekemiseen. Koettiin, että resursseja voitaisiin kohdentaa paremmin sekä työvälineisiin ja -ympäristöön toivottiin parannuksia.

Vastaajat toivoivat parempaa työntekijöiden liikkuvuutta ja siirtymistä tehtävästä toiseen, jos esimerkiksi jossakin työpisteessä on ruuhkaa. Aiemmin mainitun aulaemännän rooli oli yksi näistä, jonka tarkoituksenmukaisuutta kyseenalaistettiin ruuhkatilanteissa. Sairaanhoitajat toivoivat kollegiaalista yhteistyötä, että jokainen seuraisi päivän aikana ajanvarauskirjoja ja puhelutilannetta, jotta työntekijät voisivat siirtyä joustavasti paikasta toiseen ilman erillistä kehotusta tai pyyntöä.

” kaipaen herkempää työnjakoa henkilöstön kesken”

”teleq ja hta seuraa tilannetta, delegoida työntekijöitä sinne missä tarvitaan”

Työn kuormittavuutta lisää sairaanhoitajien mukaan se, että jonotilanteesta tiedotetaan jatkuvasti sekä asiakastytyväisyydestä, etenkin silloin kun on ollut ruuhkaa tai muuta poikkeavaa. Sairaanhoitajat kokivat, että koko ajan mitataan ja ”kytätään”, mikä aiheut-

taa paineita työn tekemiseen. Vastaajat toivat esiin myös työvälineiden toimimattomuuden ja huonokuntoisuuden, samoin tietojärjestelmien hitauden ja epävarmuuden. Sairaanhoidajat toivoivat, että puitteet olisivat kunnossa, jotta työn tekeminen ei sen vuoksi hidastuisi. Työyhteisö nähtiin kuitenkin positiivisena voimavarana, vastaajat kokivat, että ilman hyvää työyhteisöä työtä ei jaksaisi kovin pitkään tehdä.

”työkaverit, hoitajakollegat, lääkäritkin. Jos ei olis hyvä työyhteisö ni en tiiä jaksaisinko.”

”työvälineet pitäis olla parempikuntoisia.”

”tietokone ym. laitteet, kirjautumiset ym. kestää. Sellaiset fasiliteetit kunnossa, ettei hidasta tätä hommaa.”

Vastaajat kokivat myös, että organisaation johdolta ja esimieheltä saa liian vähän positiivista ja kannustavaa palautetta. Sairaanhoidajat kokivat, että heitä syyllistetään kollegiaalisesti tehdyistä virheistä, toivottiin että asiat käsiteltäisiin yksilötasolla, jos kyseessä on negatiivisia asioita. Asiakkailta tulee kiitosta ja se auttaa sairaanhoidajia jaksamaan. Samoin tiedottamisesta koettiin, että johtotasolta asioita määrätään ja laitetaan käyttöön, eikä työntekijöitä kuulla näistä asioista.

” pitäisi olla enemmän työntekijöiden puolella, ei koko ajan sitä syyttävää sormea.”

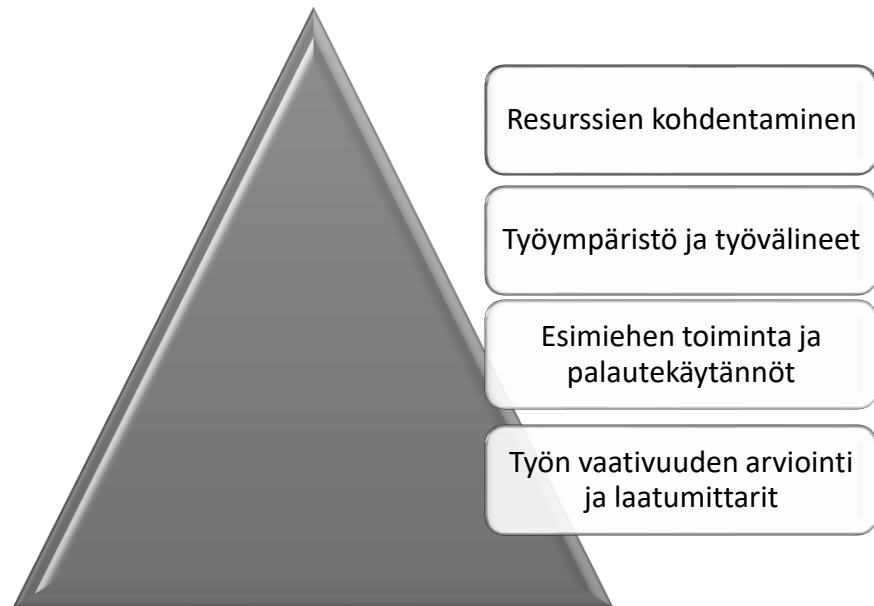
”sitten jos joku tekee jonkun moka, niin kaikki joutuu syyllisiksi”

Haastatteluissa useat vastaajat pohtivat myös tulevan sote-uudistuksen tuomia haasteita ja vaatimuksia, sekä toivoivat että tulevaisuudessa kehitettäisiin jonkinlaisia palkkio- ja kannustinjärjestelmiä, sekä työn vaativuuden arviointia, jotta palkkaus kohdentuisi paremmin työn vaativuuden mukaan. Sairaanhoidajat kokivat, että he ovat merkityksellisesti vaikuttaneet lääkäriaikojen hyvään saatavuuteen, koska hoitavat itsenäisesti ison joukon asiakkaita ja tästä tulisi ansaita arvostusta sekä rahallista kompensatiota.

” vastuun määrään perustuvaa palkitsemista”

”palkkiojärjestelmä, laatumittarit ja kannustinjärjestelmät”

”yleinen arvostus, jo ihan yhteiskunnallisella tasolla”



Kuvio 6. Organisaatiotekijöiden merkitys hoidon tarpeen arvioinnissa

6 Pohdinta

6.1 Tulosten pohdinta

Tässä tutkimuksessa keskityttiin kartoittamaan sairaanhoitajien kokemuksia hoidon tarpeen arvioinnista Samarian terveysaseman päivystyksessä. Tutkimuksen tuloksia on tarkoitus hyödyntää työyksikössämme yhtenäistämään terveysaseman päivystyksen käytäntöjä ja tiivistää yhteistyötä lääkäreiden ja sairaanhoitajien välillä. Tutkimuksen tuloksia on tarkoitus myös käyttää perustana, joiden avulla voidaan jatkossa suunnata koulutuksia paremmin ja kohdentaa sairaanhoitajien osaamista. Toisaalta tuloksia voidaan hyödyntää myös vastaavan toimintamallin suunnittelussa ja työnjaon muutoksissa muissa toimintayksiköissä.

6.1.1 Sairaanhoitajan toiminta ja ominaisuudet hoidon tarpeen arvioinnissa

Hoidon tarpeen arvioinnin sisältö ja prosessi olivat kaikilla vastaajilla lähes identtiset, jokainen sairaanhoitaja tietää mitä vastaanotto pitää sisällään ja miten prosessi etenee. Vastaanoton kuivailtiin alkavan potilaan haastattelulla ja kliinisen tilan arvioinnilla silmämääräisesti. Kuitenkin vastauksissa kävi ilmi, että jokainen toteuttaa sitä kuitenkin yksi-

löllisesti ja tilannesidonnaisesti. Vaihtelevat työtavat aiheuttavat ristiriitaa sekä epätietoisuutta niin henkilökunnassa kuin asiakkaissa sekä vaikuttaa selkeästi hoidon tasalaatuisuutta huonontavasti.

Useammassa aiemmassa tutkimuksessa on tuotu esille samoja asioita. Potilaan arviointi ja määrittely ei ole mitenkään standardisoitua, vaan sairaanhoitajan toiminta ja tekemät toimenpiteet vaihtelivat subjektiivisesti. (Janhunen ym. 2016; Gerdzt & Bucknall 2001; Travers 1999.) Sairaanhoitajan työkokemuksella ei ollut Gerdzt ym. (2001) eikä Traversin (1999) tutkimuksen mukaan merkitystä asiakkaan tarpeen määrittelyyn keston.

Hoidon tarpeen arvioinnin tekeminen vaatii sairaanhoitajalta tietynlaisia luonteenpiirteitä ja vuorovaikutustaitoja. Sairaanhoitajalta vaaditaan vahvaa ammattitaitoa monella eri osa-alueella: teoreettista hallintaa, kliinisiä taitoja, teknistä osaamista, päätöksentekoa ja yhteistyö- sekä vuorovaikutustaitoja. Sairaanhoitajan tulee ajoittain mukautua erilaisiin rooleihin potilaan tarpeiden mukaan. Harlen (2011) tutkimuksessa triage-sairaanhoitajien kokemuksista samat asiat nousivat esiin: sairaanhoitajalta vaaditaan laaja-alaista osaamista ja kokonaisvaltaista teoretiedon omaamista eri sairauksista sekä kielitaitoa, mutta myös erilaisten hoitoketjujen tuntemusta.

Asiakastyytyväisyys korreloi näihin sairaanhoitajan ominaisuuksiin ja osaamiseen. Asiakkaiden tyytyväisyyttä lisää sairaanhoitajan kyky huolehtia ja hoitaa, hyvät vuorovaikutustaidot sekä läsnäolo. Tärkeinä pidettiin myös sairaanhoitajan teoreettista osaamista ja diagnosointitaitoja sekä kykyä antaa informaatiota asiakkaan sen hetkisestä oireesta tai vammasta. (Rehman, Ali 2015.)

Suurimpana haasteena hoidon tarpeen arvioinnissa on oikeasti apua tarvitsevien asiakkaiden seulominen päivystyksen asiakaskunnasta. Haasteena ovat lapsipotilaat, monisairaajat potilaat ja potilaat, joilla on jokin harvinainen sairaus, sekä kommunikaation osalta vieraskieliset potilaat, joiden kanssa ei ole yhteistä kieltä. Traversin (1999) tutkimuksen mukaan tulos on samansuuntainen: iäkkäät ja monisairaajat potilaat vaativat pidempää hoidon tarpeen arviota.

6.1.2 Sairaanhoitajan päätöksentekoa ohjaavat tekijät hoidon tarpeen arvioinnissa

Suurta haastetta sairaanhoitajat kokivat myös jatkuvasta kiireestä ja pitkistä potilasjonoista päivystyksessä. Kiire vaikuttaa vastaajien mukaan vastaanoton sisältöön ja potilaan saamaan aikaan. Ruuhkaisina päivinä korostuu myös sairaanhoitajan osaaminen ja ammattitaito, koska se heijastuu vastaanottojen sisältöön ja lukumäärään työpäivän aikana. Samanlaisia asioita tuli esille myös Harlen tutkimuksessa. (Harle 2011:57). Vastaajat kokivat, että työkuorma ei aina jakaudu tasaisesti.

Kiire vaikuttaa päätöksentekoa huonontavasti. Vastaajat kokivat tämän hieman ahdistavana ja jopa pelottavana, koska milloin tahansa voi vastaanotolle saapua asiakas, joka vaatii välitöntä huomiota. Kokemukset ovat yhteneväisiä aiempien tutkimusten mukaan. Potilaat, joilla on epämääräisiä oireita tai joutuvat odottamaan pitkään, jolloin hoidon aloituksen pitkittäminen voi johtaa huonoon lopputulokseen, pelottavat sairaanhoitajia yleisesti. Pelko siitä, että on tehnyt vääränlaisen johtopäätöksen potilaan tilasta ja hoidosta, aiheuttaa stressiä ja epävarmuutta myös tutkimusten mukaan. (Chung 2005; Harle 2011:57.)

Hoidon tarpeen arvioinnin tekeminen vaatii sairaanhoitajilta rohkeutta tehdä itsenäisesti vastaanottoa sekä hoitopäätöksiä. Osaamisen lisäksi sairaanhoitajan pitää tiedostaa myös omat rajansa. Tuohilammen tutkimuksessa (2011) alle puolet sairaanhoitajista koki omien taitojensa riittävän itsenäiseen päätöksentekoon. Chung (2005) tuo esiin tutkimuksessaan että, potilailta ei aina saa riittävää informaatiota, jolloin se vaikeuttaa hoidon tarpeen arviointia sekä päätöksentekoa. Samassa tutkimuksessa sairaanhoitajat toivat esille kiireen ja aikarajoitusten vaikuttavan päätöksentekoon, vastaavat tulokset tulivat esille tässä tutkimuksessa. Vastaajien mielestä kiireessä ja etenkin puutteellisilla tiedoilla tehty hoidon tarpeen arviointi on haastavaa (kts. Harle 2011). Toisaalta oman pätevyyden ääri rajoilla työskenteleminen ja todellisissa ympäristöissä hankittujen kokemusten avulla sairaanhoitaja oppii jatkuvasti uutta sekä kasvattaa omaa asiantuntijuuttaan. (Suikkala ym. 2004).

Päätöksenteon apuna sairaanhoitajat konsultoivat lääkäriä tai toista kollegaa. Toisinaan koettiin, että lääkäriltä ei aina saanut riittävästi tukea ja että lääkärin antamat ohjeet eivät olleet riittävän selkeitä. Kollegoiden antama tuki sekä lääkäreiden konsultointi ja lääkärin lopullinen hoidollinen vastuu, nousi esiin myös useammassa aiemmassa tutkimuksessa (kts. Tuohilampi 2011; Harle 2011; Janhunen 2016) Näiden tutkimusten mukaan, etenkin uransa alkuvaiheessa olevien sairaanhoitajien osoitettiin tarvitsevan enemmän ohjeis-

tuksia ja konsultointia joko kollegoiltaan tai lääkäreiltä. Mielenkiintoista olisi selvittää eroaako konsultointien sisältö tai sen määrät sairaanhoitajien välillä esim. verraten sitä sairaanhoitajan työkokemukseen.

Päätöksenteon tukena käytettiin myös erilaisia ohjeistuksia. Eniten kuitenkin sairaanhoitajat luottavat päätöksenteossaan omaan ammattitaitoonsa, tekemiinsä havaintoihin sekä mahdollisiin tutkimustuloksiin. Intuiolla koettiin myös olevan ajoin suuri merkitys päätöksentekoon. Sairaanhoitajan tulee ajoin osata lukea potilasta ns. rivien välistä. Tulokset ovat yhteneviä mm. Tuohilammen (2011) tutkimuksen kanssa, jonka mukaan havainnointi, kysyminen ja omiin tulkintoihin ja johtopäätöksiin luottaminen nousivat tärkeimmiksi tiedon hankinnan keinoiksi.

Yksikään vastaajista ei maininnut erikseen sairaanhoitajien toimintaa ohjaavia eettisiä ohjeita tai laissa olevia ohjeistuksia. Voidaan toisaalta ehkä ajatella, että ne ovat sairaanhoitajille itsestään selviä asioita, joita ei käytännön työssä ajatella, mutta ne ohjaavat kuitenkin toimintaa.

6.1.3 Sairaanhoitajien lisäkoulutuksen tarve hoidon tarpeen arvioinnissa

Sairaanhoitajien toive lisäkoulutuksesta ja osaamisesta on ilmeinen. Koulutuksen kohteeksi nousi ensisijaisesti kliiniset taidot. Eniten puutteita koettiin vastaajien mukaan tällä osa-alueella. Tämä voi johtua työnkuvien erilaisuudesta, jokainen kun tällä hetkellä tekee oman osaamisensa mukaan ja toisaalta reseptioikeuden omaavat hallitsevat jo melko laajalti kliinistä tutkimista, joten se aiheuttaa muissa hoitajissa eriarvoisuuden tunnetta ja osin lääkäreissäkin epätietoisuutta, että kenellä on oikeus tehdä mitään asioita. Esiin nousi myös kysymys siitä, että pitääkö jokaisen sairaanhoitajan hallita kaikki osa-alueet ja pystyä toimimaan kaikissa työtehtävissä, vai riittäisikö että osaaminen painottuu jollekin tietylle alueelle.

Työnjaollisiin muutoksiin ja työnkuvien kehittämiseen tulisi aina liittyä lisäkoulutusta, jonka tulisi sisältää sekä teoreettista että kliinistä opiskelua. Lisäkoulutuksessa tulisi huomioida jokaisen työntekijän aikaisempi koulutus ja työkokemus, jolloin se tukisi uusien toimintatapojen kehittämistä. (Suikkala ym. 2004.) Työnkuvien selkeä määrittely ja yhtenäistäminen lisäisi tietoisuutta koko työyksikössä sekä yhtenäistäisi päivystyksen toimintaa, kun sairaanhoitajien työnkuvat ja osaamisalueet olisivat selkeästi määriteltynä.

Henkilöstön kehittämisellä tulisi aina olla selkeä tavoite. Koulutuksen ja kehittämisen tulisi aikaansaada sellaista osaamisen taidon kehittymistä, mikä näkyy työyksikön toiminnan ja tuloksen kehittymisenä. (Kuntaliitto 2009:13).

Lisäkoulutusta toivottiin työajalla, työnantajan kustantamana sekä systemaattisena, haasteina oli koulutuksiin pääseminen ylipäänsä ja koulutuspalautteen saaminen. Nämä toiveet ovat yhteneväisiä Sosiaali- ja terveysministeriön suositusten kanssa. Suosituksissa koulutukseen pääseminen edellyttää riittäviä henkilöstöresursseja sekä etukäteistietoa koulutustarjonnasta. Koulutuskustannuksista vastaa ensisijaisesti työnantaja. Toisaalta STM:n mukaan tulisi suosia sähköisiä tietokantoja sekä nykyistä viestintäteknikkaa lisäkoulutuksissa ja opiskelussa. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2003; 2004; Harju - Risikko 2003.)

Työyksikön perehdytys koettiin tällä hetkellä puutteellisena ja riittämättömänä. Perehdyttäjä saattaa vaihtua ja perehdytyksen sisältö sen mukana. Perehdytystä toivottiin kehitettävän, niin että perehdyttäjä on aina sama henkilö ja että uudet työntekijät pääsisivät heti myös oppimaan kliinisiä taitoja. Perehdytys ja lisäkouluttaminen nousivat esille myös aiemmissa tutkimuksissa kehittämisen kohteina (Harle 2011:62; Janhunen ym. 2016:191).

6.1.4 Sairaanhoidajien kokemukset työnjaosta ja tehtävänsiirrosta hoidon tarpeen arvioinnissa

Työnkuvan muutos koettiin pääosin positiivisena asiana, uusi työnkuva on mahdollistanut sairaanhoidajille itsenäisemmän ja vastuullisemmän roolin, minkä ansiosta moni koki saaneensa omaan työhön lisää ulottuvuutta. Tämäkin tulos on yhtenevä aiemman tutkimuksen kanssa (kts Harle 2011:65). Sairaanhoidajien toiminta hoidon tarpeen arvioinnissa on mahdollistanut vastaanottoaikojen paremman saatavuuden ja lääkäriaikojen paremman kohdentumisen niitä tarvitseville. Tämä taas on lisännyt asiakastytyvyyttä.

Oman työn hallinnan sekä vaikuttamisen omaan työnkuvaan koettiin parantuneen. Sairaanhoidajilla on käytössä kiertävät listat, joissa on ohjelmoitu jokaisen toimipiste usean viikon ajaksi eteenpäin. Näihin listoihin oli jokainen saanut vaikuttaa omien toiveidensa

mukaan. Tämä lisää motivaatiota ja kokemusta oman työn hallinnasta, jolloin myös tyytyväisyys lisääntyy. Työyksikön kehittämismyönteistä asennetta pidettiin myös hyvänä asiana.

Ristiriitaa aiheuttavat epäselvät työnkuvat sekä palkkausasiat. Koettiin, että työn vaatavuuden muuttuessa palkkausasiat olivat jääneet huomioitta Työnkuvien määrittelemättömyys ja palkkausasiat, sekä reseptioikeudellisten että muiden sairaanhoitajien välillä aiheuttaa keskustelua ja eriarvoisuuden tunnetta. Kun työnjakoa kehitetään, tulisi samalla sopia palkkauksesta, jonka taas tulee vastata tehtävien vaativuutta. Tehtävän vaatimaa osaamista voidaan pitää perusteena palkitsemiselle (Kuntaliitto 2009:13). Tämän edellytyksenä on kuitenkin, että tehtävänkuvat on määritelty riittävän selkeästi ja avoimesti. Toimivan työnjaon myötä sairaanhoitajien ja lääkäreiden välillä, voidaan kuitenkin molempien ammattiryhmien osaamista hyödyntää tarkoituksenmukaisemmin. (Sairaanhoitajaliitto 2016.)

Työyhteisön kehittämiseen liittyy vahvasti myös se, että aiemmin määriteltyjä tai olemassa olevia tehtäviä tai työnkuvia tulisi määräjain tarkastella, että miten hyvin ne vastaavat työyksikön nykyisiä tarpeita. Muutoksia voitaisiin havaita mm. kehityskeskusteluissa tai työn vaatavuuden arviointien yhteydessä. (Kuntaliitto 2009:11.)

Haastatteluissa nousi myös joitakin johtamiseen ja organisaatioon liittyviä tekijöitä, jotka sairaanhoitajien mielestä vaikuttavat hoidon tarpeen arvioinnin tekemiseen. Kiire- ja ruuhkatilanteissa toivottiin henkilöstön joustavampaa siirtymistä työtehtävistä toiseen ja enemmän yhteistyötä työyksikön sisällä kokonaistilanteen hahmottamista varten. Koettiin, että työyksikössä resurssit eivät aina jakaudu tasaisesti, osin tämä johtuu työvuoroteknisistä asioista. Koettiin myös, että kollegiaalinen arvostus toisen työtä kohtaan on puutteellista ja ajoittain koettiin jonkinlaista luottamuspulaa koko työyhteisössä. Esimiestasolla huonoina asioina nähtiin liiallinen negatiivinen palaute.

Organisaatiosta johtuviin tekijöihin voidaan vaikuttaa entistä avoimemmalla viestinnällä ja vuorovaikutuksella, positiivisella ja kannustavalla ilmapiirillä. Tiedonkulun sujuvuus ja johtamistaidot ovat olennaisia asioita esimiestyöskentelyssä.

6.1.5 Reseptioikeudellisten sairaanhoitajien työnkuva hoidon tarpeen arvioinnissa

Rajatun lääkkeenmääräämisoikeuden omaavat sairaanhoitajat nähtiin päivystysvastaanoton kannalta hyvänä asiana. Heidän koettiin ensisijaisesti auttavan lääkärijonoissa, koska he pystyvät tietyt potilasryhmät hoitamaan itsenäisesti ja näin ollen nämä potilaat eivät päädy päivystysjonoon. Muutoin sairaanhoitajat kokivat, että reseptioikeudellisten sairaanhoitajien työnkuva oli jäänyt hyvin epäselväksi ja että informaatio tämän tehtävänkuvan osalta oli jäänyt olemattomaksi.

Marja-Riitta Savolahti (2017) on tehnyt opinnäytetyön sairaanhoitajien rajatusta lääkkeenmääräämisoikeudesta, jossa tutkittiin lääkkeenmääräämisen hyviä käytänteitä suomalaisessa terveydenhuollossa. Tuloksista nousi vastaavanlaisia asioita: potilaat eivät ohjaudu lääkkeitä määräävän sairaanhoitajan vastaanotolle oikein, työnkuvat olivat epäselviä tai määrittelemättömiä sekä muun työyhteisön informointi oli jäänyt riittämättömäksi. Nämä ovat mielenkiintoisia tuloksia huomioiden koulutuksen kustannukset työnantajille. Aiheesta olisi hyödyllistä saada lisää tutkimustietoa kansallisella tasolla.

Karhusen (2014) tutkimuksen mukaan kollegat näkivät rajatun lääkkeenmääräämisen hyödyttävän potilaan hoitoa suuresti sekä parantavan työyhteisön tiimityötä. Tämä on siis osin ristiriidassa tämän tutkittavana olleen työyhteisön näkökulmaan, jossa koettiin eriarvoisuutta liittyen työnkuvaan ja sen mukanaan tuomaan rahalliseen kompensatioon.

6.2 Tutkimuksen luotettavuus

Tutkimusjoukko valikoitui tiettyjen ennalta asetettujen kriteerien pohjalta, jotta saataisiin vastaukset kohdennettua juuri tähän tiettyyn tutkimusjoukkoon. Tutkimuksen ulkopuolelle jäivät hoitohenkilökunnasta lähihoitajat, koska he eivät tee päivystystyötä ja samoin ulkopuolelle jätettiin esimiehet sekä rajatun lääkkeenmääräämisoikeuden omaavat sairaanhoitajat. Esimiehet jätettiin pois, koska olin kiinnostunut käytännön työhön osallistuvista ja reseptioikeuden omaavat sairaanhoitajat jätettiin pois, koska heillä on enemmän koulutusta ja kokemusta kliinisestä tutkimisesta ja heidän erityisosaamisensa on jo huomioitu palkkauksessa.

Tutkimukseen osallistujat ovat kaikki osallistuneet kehittämishankkeen toteutukseen sekä heillä on vuosien kokemus hoidon tarpeen arvioinnin tekemisestä. Haastatteluryh-

mien kokoonpanon päätti esimies edellä mainittujen rajausten pohjalta, tutkija ei etukäteen tiennyt ketä kulloiseenkin haastatteluun oli tulossa ja kuinka monta haastateltavaa. Kokonaisuudessaan tutkimukseen osallistui 10 sairaanhoitajaa. Viimeisen ryhmähaastattelun jälkeen koin, että tutkimusjoukko oli riittävä, eikä viimeisestäkään haastattelusta ilmennyt enää mitään uutta vaan aineisto saturoitui tässä vaiheessa. Tutkimusjoukon suurentaminen ei näin ollen olisi välttämättä tuonut enää mitään uutta tietoa tutkimuksen kannalta.

Laadullisen tutkimuksen luotettavuutta arvioidaan laadullisen tutkimuksen yleisillä luotettavuuskriteereillä tai tutkimuksen menetelmiin liittyvillä kriteereillä. Luotettavuuskriteereitä ovat uskottavuus, vahvistettavuus, refleksiivisyys sekä siirrettävyys. (Kylmä ym.2012,127.)

Vahvistettavuus tarkoittaa tutkimuksen kuvausta ja muistiinpanojen kirjaamista ylös niin että toinen tutkija voi seurata tutkimuksen kulkua pääpiirteittäin. Raportin kirjoittamisvaiheessa muistiinpanoja tulee hyödyntää prosessin eri vaiheissa. Päiväkirjan ja muistiinpanojen avulla voi esimerkiksi kuvata miten tutkija päätyy tuloksiinsa tai johtopäätöksiinsä. (Kylmä ym. 2012,128.)

Siirrettävyydellä tarkoitetaan sitä, missä määrin tutkimukset tulokset voisivat olla siirrettävissä johonkin muuhun tutkimusympäristöön. Siirrettävyyden vahvistamiseksi tulisi tehdä huolellinen tutkimusympäristön kuvaus, sekä selvittää osallistujien valinta ja taustat, sekä kuvata yksityiskohtaisesti aineiston keruun ja analyysi. (Kylmä ym. 2012,129.) Yhteistä kaikille luotettavuuden arvioinnin kriteereille on, että luotettavuuden lisäämiseksi on pyrittävä mahdollisimman tarkkaan analyysin raportointiin. (Kyngäs, Elo, Pölkki, Kääriäinen & Kanste 2011.)

Tutkimuksen luotettavuutta ja vahvistettavuutta on pyritty lisäämään kuvaamalla tutkimusprosessi tarkasti. Tämä tutkimus on edennyt suunnitelman mukaan. Tutkimusprosessista en pitänyt mitään erillistä päiväkirjaa, mutta kaikki materiaali on kirjallisena ja tallennettuna, jolloin tutkimus on milloin tahansa toistettavissa ja näin ollen lisää tutkimuksen luotettavuutta. Tutkimusprosessin tarkka kuvaus lisää myös tutkimuksen siirrettävyyttä, joskin tämä tutkimus koskee yhden terveysaseman sairaanhoitajien kokemuksia ja tulokset ovat suuntaa antavia eivätkä välttämättä yleistettävissä muihin vastaaviin yksiköihin.

Uskottavuus (credibility) tarkoittaa tutkimuksen ja sen tulosten uskottavuutta sekä tämän osoittamista tutkimuksessa. Tuloksista tulee ymmärtää, miten analyysi on tehty. (Kylmä ym. 2012,128.) Uskottavuuden lisäämiseksi olen pyrkinyt kuvaamaan tutkimuksen vaiheet ja tulosten analyysin niin seikkaperäisesti, kun se on mahdollista sekä liitteenä olevien taulukoiden avulla pyrkinyt havainnollistamaan tulosten analyysiprosessia niin näkyväksi kuin mahdollista.

Refleksiivisyys edellyttää, että tutkimuksen tekijän täytyy olla tietoinen omista lähtökohdistaan tutkijana. Tutkijan tulee arvioida oma vaikutuksensa tutkimusaineistoon ja tutkimusprosessiin ja nämä lähtökohdat olisi kuvattava tutkimusraportissa. (Kylmä ym. 2012,129.)

Tietoisuus omista valmiuksista tutkijana sekä siitä että, tutkija on tutkimukseen osallistuneen työyksikön jäsen – näiden huomioiminen tutkimuksen jokaisessa vaiheessa lisää tämän tutkimuksen reflektiivisyyttä. Tutkija on ollut tutkimuksen ajan opintovapaalla ja näin ollen poissa työyksiköstään ja saanut näin etäisyyttä siihen sekä haastateltaviin. Tutkimuksen alussa ja aikana olen joutunut pohtimaan oman roolini vaikutusta haastateltavien vastauksiin ja haastattelutilanteisiin. Samoin pohdin rooliani reseptioikeudellisena sairaanhoitajana, että kuinka paljon se vaikuttaa haastateltavien asenteisiin sekä vastauksiin kyseisestä aihealueesta.

6.3 Tutkimuksen eettisyys

Hyvän tutkimuskäytännön mukaan tulisi tutkittavilta saada suostumus tutkimukseen osallistumisesta. Tutkittaville tulee antaa riittävä informaatio tutkimuksen sisällöstä ja sen etenemisestä ja tulee myös varmistua siitä, että tutkittava on ymmärtänyt annetun informaation. Huolellinen tiedottaminen lisää myös tutkimusprosessin läpinäkyvyyttä ja tutkittavan luottamusta siihen, että häntä koskevia tutkimusaineistoja käsitellään vastuullisesti. Tutkittaville voidaan antaa tietoa tutkimuksesta joko suullisesti tai kirjallisesti. Molemmat ovat tutkijoita yhtä sitovia. Kirjallisesti, esimerkiksi saatekirjeen yhteydessä, annettua tietoa voidaan täydentää vielä suullisesti informoimalla. (Tietoarkisto 2016.)

Ennen haastattelujen alkua lähetin esimiehelle sähköpostitse jokaiselle haastateltavalle jaettavaksi saatekirjeen, jossa kerroin tutkimuksen tarkoituksesta ja esittelin tutkimuskysymykset. Näin ollen jokainen pystyi jo hieman etukäteen pohtimaan omia vastauksiaan niihin. Haastatteluissa tuli esille, että vain jotkut olivat tutustuneet näihin etukäteen ja osa

haastateltavista ilmoitti, ettei ollut saanut koko saatekirjettä. Tällöin kävin ennen haastattelun alkua läpi tutkimuksen tarkoituksen suullisesti.

Tutkimukseen osallistuminen oli vapaaehtoista, jokaisen osallistujan lupa pyydettiin kirjallisella suostumuslomakkeella erikseen. Tutkimuksesta olisi voinut kieltäytyä halutesaan missä vaiheessa tahansa. Tutkimuksen osallistujien anonymiteetti säilytetään niin että kenenkään nimiä ei tuoda missään vaiheessa tutkimusta esille, vaan käytän esim. kirjaimia tms. merkitsemään tutkittavia. Suostumuslomakkeet allekirjoitettiin kahtena kappaleena, joista toinen jäi tutkijalle ja toinen haastateltaville.

Kaikki tutkimusmateriaali on salassa pidettävää, eikä tutkimukseen osallistujien tietoja tule esiin tutkimuksen missään vaiheessa. Haastattelutilanteessa loin jokaiselle osallistujalle kirjainkoodin, mutta näitä ei tulla raportissa esittämään edes suorien lainausten yhteydessä. Haastattelut säilytetään tutkijan omassa hallussa ja hävitetään asianmukaisesti tutkimuksen jälkeen. Tutkimuksen kulusta tai aineistosta en anna missään tutkimuksen vaiheessa mitään tietoja ulkopuolisille, ainoastaan esimiehen kanssa jouduin sopimaan haastatteluiden ajankohdista ja tiloista.

Työyksikössä työntekijät tietävät, ketkä tutkimukseen ovat osallistuneet ja kuka milläkin kerralla, mutta jokaisen haastattelukerran alkaessa on halutessaan kyseinen joukko sopinut, että kaikki mitä he haastattelussa tuovat julki, jää asianosaisten tietoon. Tutkija itse ei missään vaiheessa tule keskustelemaan kenenkään ulkopuolisen kanssa tutkimukseen liittyvistä asioista.

Ajatuksia herätti myös se, että koska tunsin työyksikön toimintatavat ja – kulttuurin jo ennestään, osaavatko haastateltavat suhtautua asiaan ikään kuin olisin ulkopuolinen ja asioista mitään tietämätön. Jokaisen haastattelun aluksi korostin tätä, että haastateltavat kertoisivat asiat niin kuin olisin ulkopuolelta tuleva tutkimuksen tekijä. Osin tämä onnistuikin, osin keskustelu ajoin soljui tuttavallisemmin. Pyrin kuitenkin jokaisen haastattelun aikana ohjaamaan osallistujia erinäisillä lisä- tai tarkentavilla kysymyksillä pysymään aiheessa.

Jos olisin ollut täysin vieras ja ulkopuolinen, eri ammattikuntaa edustava tutkija, koen että haastattelut eivät olisi välttämättä olleet näin avoimia tai ”henkilökohtaisia”. Oma ymmärrykseni työstä ja toimintatavoista auttaa samaistumaan sairaanhoitajien rooliin ja

heidän näkemyksiinsä työn tekemisestä, jolloin raporttiin ja pohdintaan tulee mielestäni erilaista syvyyttä kuin jos olisin ollut täysin ulkopuolinen.

Kaikki haastattelut sujuivat hyvin ja keskustelu oli avointa sekä rehellistä. Haastatteluissa keskustelu oli ajoin myös tunteita herättävää. Koen, että roolini työyhteisön jäsenenä edesauttoi haastateltavien luontevaa olemista sekä avointa keskustelua, koska olin heille tuttu. Poissaoloni työyksiköstä myös mielestäni oli auttanut heitä ottamaan etäisyyttä minuun henkilökohtaisesti.

Haastattelujen ilmapiiri oli kaikilla kerroilla hyvä ja avoin, jokainen osallistui keskusteluun ja varattu aika sujui nopeasti. Ensimmäisellä kerralla haastatteluun meni noin puolitoista tuntia, seuraavilla kahdella kerralla riitti tunti. Kahden ensimmäisen osanottajamäärä oli 4, jolloin keskustelu soljui luontevasti ja kaikki saivat osallistua, osin keskustelu oli vuoropuhelua osallistujien kesken. Viimeisellä kerralla haastateltavia oli vain kaksi, jolloin hiljaisuutta ja taukoja oli enemmän, jouduin ehkä enemmän tukemaan ja ohjaamaan lisäkysymyksillä ja tarkennuksilla keskustelua.

Haastatteluissa myös selkeästi näkyi se, että ne jotka olivat saaneet saatekirjeen, olivat paremmin valmistautuneita ja heillä oli jo suurin osa vastauksista valmiina mietintöinä. Vastauksista kävi ilmi, samoin haastattelutilanteessa moni sanoi olevansa kovin väsynyt ja jopa turhautunutkin. Haastattelut alkoivat klo 13, mutta moni koki, että aamupäivä töissä oli ollut ruuhkainen ja työntäyteinen ja se heijastui haastattelutilanteisiin.

Tutkijana haastatteluiden tekeminen oli ensimmäinen kerta. Olin perehtynyt siihen kirjallisuuden kautta ja pyrkinyt valmistautumaan niihin etukäteen harjoittelemalla haastattelua ja nauhoittamista. Mukana oli kaksi äänityslaitetta, josta toinen ei milläkään kerralla nauhoittanut haastatteluja loppuun asti, onneksi toinen laite toimi moitteettomasti. Haastatteluun valittu tila oli rauhallinen, tilava ja sopi haastattelun tekemiseen mainiosti. Toisen haastattelukerran aikana tuli yksi keskeytys huoneen oven avautumisen myötä, kun joku henkilökunnasta kurkkasi ovesta sisään, mutta mielestäni tämä ei häirinnyt osallistujia millään lailla eikä keskustelumme keskeytynyt sen johdosta.

Tutkimustehtävien suhteen koen, että ne olivat ymmärrettäviä mutta apukysymyksillä sain vielä tarkemmin selvennettyä, mitä kysymyksillä haluttiin kartoittaa ja että olin ymmärtänyt oikein vastaajan ajatuksen. Esitestaamalla haastattelukysymyksiä ja -runkoa etukäteen olisi saatu tutkimukseen lisää luotettavuutta.

Tulosten analyysivaiheessa tiedostan oman roolini tutkijana ja omat ennakkokäsitykseni tutkimustehtävien suhteen. Tästä syystä tutkimuksessa on käytetty haastatteluista suoria lainauksia, jotta voidaan osoittaa tulosten luotettavuus sekä uskottavuus paremmin.

Olen pyrkinyt tutkimuksessani hyvään tieteelliseen käytäntöön noudattamalla ehdotonta rehellisyyttä, huolellisuutta ja tarkkuutta tulosten tallentamisessa sekä raportoinnissa (Tuomi ym. 2009 s.125-133).

7 Johtopäätökset ja jatkotutkimusaiheet

Sairaanhoitajien kokemus hoidon tarpeen arvioinnista oli pääsääntöisesti positiivinen. Uusi työnkuva on mahdollistanut vaihtelevan, itsenäisen mutta vaativankin roolin. Vaihtamismahdollisuudet omaan työhön sekä kehittäminen nähtiin motivoivana sekä tyytyväisyyttä lisäävinä tekijöinä. Yhteistyö lääkäreiden kanssa oli pääosin sujuvaa, konsultointi koettiin toimivaksi järjestelyksi.

Tutkimuksesta selkeästi esiin noussut työnkuvien erilaisuus ja epätasaisuus oli suurin ristiriitoja aiheuttava tekijä työyksikössä. Työnkuvien ja vastuiden selkeällä määrittelyllä voitaisiin ristiriitoja lieventää. Työkuorman jakaantuminen epätasaisesti aiheuttaa myös jatkuvaa keskustelua ja epätasa-arvoisuutta. Tiimityön sujuvuuden sekä tiimin osaamisen sekä asiantuntijuuden kehittymisen kannalta, näihin tulee työyksikössä jatkossa kiinnittää huomiota.

Toisena selkeänä asiana nousi esiin koulutuksen ja systemaattisen perehdytyksen parantaminen. Hoitajavetoisuus ja hoidon tarpeen arviointi ovat suhteellisen uusia työnkuvan muotoja, jotka vaativat sairaanhoitajilta laaja-alaista osaamista niin teoreettisen kuin klinisen hoitotyön osalta. Koulutustarve on jatkuva, sen tulee myös olla systemaattista ja huomioida työntekijöiden yksilölliset tarpeet.

Kolmantena tutkimuksen keskeisenä osa-alueena on työn vaativuuden arvioinnin sekä laatumittareiden puuttuminen. Osaamisen kartoittamisella ja työn vaativuuden mittaamisella voitaisiin saavuttaa näyttöä sairaanhoitajien työnkuvan vaativuudesta hoidon tarpeen arvioinnissa, jolloin tulevaisuudessa palkkaus voisi perustua työn vaativuuden arviointiin. Tulevaisuuden sote-kilpailussa kunnallisen terveystalouden tarjoajan on myös osoitettava tarjoamiensa palvelujen laadukkuus.

Hoidon tarpeen arviointia on Suomessa tutkittu varsin vähän ainakaan perusterveydenhuollon vastaanotto toiminnan osalta. Hoitajavetoisten terveysasemien määrä kasvaa tulevaisuudessa ja erilaiset työnkuvan muutokset tai tehtävänsiirrot ovat tulevan Sote-uudistuksen myötä entistä ajankohtaisempia. Hoitajavetoista päivystystoiminnan mallia ollaan Espoossa nyt laajentamassa myös muille terveysasemille ja useiden tutkimusten mukaan sairaanhoitajat tarvitsevat selkeitä työnkuvien määrittelyjä, koordinoitua ja riittävää perehdytystä sekä jatkuvaa systemaattista koulutusta. (Harle 2011; Janhunen 2016; Karhunen 2014; Haapa-aho ym. 2009; Sosiaali- ja terveysministeriö 2004.) Tästä tutkimuksesta saatujen tulosten perusteella ehdotetaan seuraavia jatkotutkimusaiheita:

1. Sairaanhoitajien kokemukset hoitajavetoisesta päivystystoiminnasta Espoossa
2. Sairaanhoitajien ja reseptioikeudellisten sairaanhoitajien erot konsultoinnissa liittyen hoidon tarpeen arviointiin
3. Lääkäreiden kokemukset hoitajavetoisesta päivystystoiminnasta

Lähteet

Ammattikorkeakoulusta terveydenhuoltoon- koulutuksesta valmistuvien ammatillinen osaaminen, keskeiset opinnot ja vähimmäisopinnot 2006. Opetusministeriön työryhmän selvityksiä 2006:24. Verkkojulkaisu:

<http://www.minedu.fi/export/sites/default/OPM/Julkaisut/2006/liitteet/tr24.pdf>

Bishop, Tina 2008. Introducing telephone triage. Practice Nurse 2008 Volume 38; Issue 4. Verkkojulkaisu:

<http://web.b.ebscohost.com.ezproxy.metropolia.fi/ehost/detail/detail?vid=3&sid=fbef1bf9-9301-416c-b283-27174b7e2313%40sessionmgr101&bdata=JnNpdGU9ZWVhc3QtbGl2ZQ%3d%3d#AN=35181225&db=afh/> luettu 29.9.2017

Campbell, John L – Fletcher, Emily – Britten, Nicky - Green, Colin – Holt, Tim A. – Lattimer, Valerie – Richards, David A. – Richards, Suzanne H. – Salisbury, Chris – Calitri, Raff – Bowyer, Vicky – Chaplin, Katherine – Kandiyali, Rebecca – Murdoch, Jamie – Roscoe, Julia – Varley, Anna – Warren, Fiona C. – Taylor, Rod S. 2014. Telephone triage for management of same-day consultation requests in general practice (the ESTEEM trial): a cluster- randomized controlled trial and cost- consequence analysis. The Lancet; Volume 384; Issue 9957; 22-28, November 2014, 1859-1868

Verkkojulkaisu:

<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0140673614610588/> luettu 29.9.2017

Chung, Josephine Y.M 2005. An exploration of accident and emergency nurse experiences of triage decision making in Hongkong. Journal of Accident and Emergency Nursing 13, 206-213

Verkkojulkaisu:

https://ac.els-cdn.com/S0965230205000706/1-s2.0-S0965230205000706-main.pdf?_tid=9f30cf44-a5dd-11e7-b7da-00000aacb35f&acdnat=1506775873_e4aae2d33e0d71e9201fac8dc3e71ffe/ luettu 30.9.2017

Erikoissairaanhoitolaki 1062/1989. Annettu Helsingissä 1.12.1989

Finohta 2011. Potilaiden kiireellisyysluokittelu ja hoitoprosessit päivystyspoliklinikalla. Arviointiseloste. Verkkodokumentti.

http://www.thl.fi/attachments/Meka/julkaisut/ohtanen/AS_2011_1_Potilaiden%20kiireellisyysluokittelu.pdf

Gerdzt, Marie F. – Bucknall, Tracey K. 2001. Triage nurse`s clinical decision making. An observational study of urgency assessment. Journal of Advanced Nursing 35(4) 550-561

Haapa-aho, Marja – Koskinen, Marja - Kaarina – Kuosmanen, Irja 2009. Työnjakomallit- laajennetaanko tehtäväkuvaa vai siirretäänkö tehtäviä. Tehyn julkaisusarja F:3/2009 Verkkojulkaisu: https://www.tehy.fi/fi/system/files/mfiles/julkaisu/2009/2009_f_3_tyonjakomallit_id_51.pdf / luettu 4.10.2017

Harle, Katja 2011. Yhteispäivystyksen sairaanhoitajat hoidon tarpeen kiireellisyys arvioijina. AMK-opinnäytetyö. Diakonia ammattikorkeakoulu, Helsinki.

Hirsjärvi, Sirkka - Remes, Pirkko - Sajavaara Paula 1998. Tutki ja kirjoita.

Helsinki: Kirjayhtymä Oy.

Hukkanen, Eija – Vallimies-Patomäki, Marjukka 2005.

Yhteistyö ja työnjako hoitoon pääsyn turvaamisessa. Selvitys kansallisen terveystieteen työnjakopiloteista.

Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2005 :21

Helsinki.

Janhonen, Sirpa – Nikkonen, Merja 2003. Laadulliset tutkimusmenetelmät hoitotieteessä. Helsinki: WSOY

Janhunen, Katja 2014. Lasten hoidon tarpeen arviointi päivystyspoliklinikalla sairaanhoitajien arvioimana. Pro gradu- tutkielma, Itä-Suomen Yliopisto.

Verkkojulkaisu:

http://epublications.uef.fi/pub/urn_nbn_fi_uef-20140571/urn_nbn_fi_uef-20140571.pdf
luettu 27.9.2017

Kansanterveyslaki 66/1972. Annettu Helsingissä 28.1.1972

Kankkunen, Päivi - Vehviläinen -Julkunen, Katri 2015. Tutkimus hoitotieteessä.

Helsinki: Sanoma Pro

Kantonen, Jarmo 2009. Terveyskeskuspäivystyksen ABCDE- triagen ja kehittämistoimenpiteiden vaikutukset potilasvirtoihin. Väitöskirja, Tampereen Yliopisto. Suomen Yliopistopaino Juvenes Print, Tampere.

Koppa, Jyväskylän Yliopisto 2014. Menetelmäpolkuja humanisteille. Tutkimusstrategiat.

Verkkojulkaisu:

<https://koppa.jyu.fi/avoimet/hum/menetelmapolkuja/menetelmapolku/tutkimusstrategiat/fenomenologinen-tutkimus> /luettu 28.9.2017

Koskinen, Monika 2011. Hoidon tarpeen arvioinnin ohjeet Virtain terveyskeskukselle. AMK Opinnäytetyö, Tampereen Ammattikorkeakoulu

Kunnallinen työmarkkinalaitos 2009. Tehtävien ja työnjaon muutokset. Opas terveydenhuollon ja työelämän kehittämiseen. Kirjapaino Uusimaa, Helsinki.

Kuntaliitto julkaisu 2016. Toimivaan työnjakoon! Tehtävien ja työnjakojen muutokset terveydenhuollossa.

Keuruu: Otava

Kylmä, Jari - Juvakka, Taru 2012. Laadullinen terveystutkimus.

Helsinki: Edita

Kyngäs, Helvi 1999. Sisällön analyysi.

Hoitotiede 11, no 1/1999

Kyngäs, Helvi – Elo, Satu - Pölkki, Tarja - Kääriäinen, Maria – Kanste, Outi 2011. Sisällönanalyysi suomalaisessa terveystutkimuksessa.

Hoitotiede 23/2011

Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä 559/1994 & 564/1994 Annettu Helsingissä 28.6.1994

Lankinen, Iira 2013. Päivystyshoitotyön osaaminen valmistuvien sairaanhoitajaopiskelijoiden arvioimana. Väitöskirja, Turun Yliopisto

Lauri, Sirkka 2005. Sairaanhoitajan ammatti-tietoa, päätöksentekoa ja vaikuttamista. Teoksessa Miettinen, Merja - Hopia, Hanna - Koponen, Leena - Wilskman, Kaarina (toim.): Hoitotyön Vuosikirja. Helsinki: Fioca

Lauri, Sirkka – Eriksson, Elina – Hupli, Maija 1998. Hoidollinen päätöksenteko. Juva, WSOY.

Lindfors-Niilola, Anne – Riihelä, Kirsti – Koskinen, Raija 2013. Ensihoidon palvelutasopäätökset ja triage-ohjeistukset – Etelä-Suomen alueen sairaanhoitopiirit. Etelä-Suomen Aluehallintoviraston julkaisu 26/2013. Verkkojulkaisu luettavissa: <https://www.avi.fi/documents/10191/149165/Ensihoidon+palvelutasopäätökset+ja+trriage-ohjeistukset,%20Etelä-Suomen+alueen+sairaanhoitopiirit/7629218f-9f59-4ed4-9331-5>

Malmström, Raija – Kiura, Eva – Malmström, Tomi – Torkki, Paulus – Mäkelä, Marjukka 2012. Päivystyspotilaiden kiireellisyysluokittelut Suomessa erilaiset, kun Ruotsissa. Lääkärilehti 9/2012 s.699-703

Malmström, Tomi 2015. Espoon terveysasemapiilotin arviointi – Julkisen ja yksityisen yhteistyö - vaikuttavat toimintamallit sosiaali- ja terveyspalveluiden arvoverkostoissa. (JYVÄ-hanke). Aalto Yliopisto.

Meritähti, Tuulia 2011. Triage- hoitajan erityisosaaminen yhteispäivystyksessä. YAMK opinnäytetyö, Turun Ammattikorkeakoulu. Verkkojulkaisu: http://publications.theseus.fi/bitstream/handle/10024/29675/Meritahti_Tuulia.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Mäntyranta, Taina - Kaila, Minna 2008. Fokusryhmähaastattelu laadullisen tutkimuksen menetelmänä lääketieteessä. Verkkojulkaisu: <http://www.ebm-guidelines.com/xmedia/duo/duo97349.pdf>

Opetusministeriö 2009. Tutkintojen ja muun osaamisen kansallinen viitekehys. Opetusministeriön työryhmän selvityksiä ja julkaisuja 2009:24. Verkkojulkaisu: www.minedu.fi/OPM/Julkaisut/2009/Tutkintojen_kansallinen_viitekehys.html

Paakkonen, Heikki 2008. The Contemporary and future clinical skills of emergency department nurses. Experts' perceptions using Delphi-technique. Väitöskirja, Kuopion Yliopisto. Kuopio: Kopijyvä.

Rehman, Salma Abdul – Ali, Parveen Azam 2016. A review of factors affecting patient satisfaction with nurse led triage in emergency departments. International Emergency Nursing 29/2016. Verkkojulkaisu: <http://www.sciencedirect.com.ezproxy.metropolia.fi/science/journal/1755599X/29?sdc=17/> luettu 28.9.2017

Saha, Heikki - Salonen, Tapani - Sane, Timo toim. 2013. Potilaan tutkiminen. Porvoo: Bookwell

Savolahti, Marja – Riitta 2017. Sairaanhoidajan rajattu lääkkeenmäärääminen suomalaisessa terveydenhuoltojärjestelmässä – hyvät käytännöt ja niiden hyödyntäminen johtamisessa. Opinnäytetyö, Ylempi AMK, Jyväskylä

Sosiaali – ja terveydenhuollon kansallinen kehittämishanke KASTE 2012- 2015. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2012:20

Verkkojulkaisu:

<http://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/74065/URN%3aNBN%3afe201504224670.pdf?sequence=1>

Sosiaali – ja terveysministeriö 2003. Terveyttä ja hyvinvointia näyttöön perustuvalla hoitotyöllä. Kansallinen tavoite- ja toimintaohjelma 2004-2007. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2003:18. Helsinki.

Verkkojulkaisu:

<https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/113124/Hoitotyotato.pdf?sequence=1/> luettu 30.9.2017

Sosiaali- ja terveysministeriö 2004. Terveystieteiden tutkimuskeskuksen tutkimusraportti. Sosiaali- ja terveysministeriön oppaita 2004:3. Helsinki.

Verkkojulkaisu:

<https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/113090/Opp200403.pdf?sequence=1/> luettu 30.9.2017

Sosiaali- ja terveysministeriö 2010. Yhtenäiset päivistyshoidon perusteet. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2010:4. Helsinki.

Verkkojulkaisu:

<https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/112548/URN%3aNBN%3afe201504226598.pdf?sequence=1/> luettu 21.2.2017

Sosiaali- ja terveysministeriö 2014. Asetus kiireellisen hoidon perusteista ja päivistyshoidon erikoisalakohtaisista edellytyksistä. Sosiaali- ja terveysministeriön muistio 4.9.2014.

Verkkojulkaisu:

<http://stm.fi/documents/1271139/1365218/Sosiaali-+ja+terveysministeri%C3%B6n+asetus+kiireellisen+hoidon+perusteista+ja+p%C3%A4ivistyshoidon+erikoisalakohtaisista+edellytyksistä%C3%A4.pdf/3b00f921-0e30-4636-bb06-907e923a4221/> luettu 20.9.2017

Suikkala, Arja – Miettinen, Merja – Holopainen, Arja – Montin, Liisa – Laaksonen, Katriina 2004. Sairaanhoidajien kliininen urakehitys – ura- ja kehityssuunnitelman malli ja menetelmät. Suomen Sairaanhoidajaliiton julkaisu.

Fioca Oy.

Syväoja, Pirjo - Äijälä, Outi 2009. Hoidon tarpeen arviointi Helsinki, Tammi

Tarkiainen, Kaisa - Kaakinen, Pirjo – Kyngäs, Helvi – Kääriäinen, Maria 2012. Kvasikokeellinen tutkimus puhelinneuvonnan laadusta päivistysyksikössä. Hoitotiede 2012, 24(2) Verkkojulkaisu:

<http://elektra.helsinki.fi.ezproxy.metropolia.fi/se/h/0786-5686/24/2/kvasikok.pdf/> luettu 27.9.2017

Terveydenhuoltolaki 1326/2010. Annettu Helsingissä 30.12.2010

Torppa, Martina A. – Kokkonen, Anne – Raumavirta-Koivisto, Satu – Iivanainen, Antti A.T. – Pitkälä, Kaisu H. 2009. Päivystyspotilainen hoitoon ohjautuminen ja hoidon taroituksenmukaisuus terveysasemalla päiväsaikaan. Lääkärilehti 17/2009 s. 1583-1588

Travers, Debbie 1999. Triage: How long does it take? How long should I take? Journal of Emergency Nursing, Volume 25; Issue 3, 238-240

verkkojulkaisu:

https://ac.els-cdn.com/S0099176799702138/1-s2.0-S0099176799702138-main.pdf?_tid=ee2ea044-a5ec-11e7-9b1c-00000aacb361&ac-dnat=1506782448_6a7cd28a6e1f0be0c563fbc0c29c8a3c / luettu 30.9.2017

Tuohilampi, Marjo 2011. Sairaanhoidajan päätöksenteko päivystyspoliklinikalla. Pro Gradu, Hoitotieteen laitos, Itä-Suomen Yliopisto.

Tuomi, Jouni – Sarajärvi, Anneli 2009. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Tammi, Helsinki.

Yhteiskuntatieteellinen tietoaarkisto. Aineistonhallinnan käsikirja. Verkkojulkaisu: <http://www.fsd.uta.fi/aineistonhallinta/fi>

Suostumuslomake

KIRJALLINEN SUOSTUMUS TUTKIMUKSEEN OSALLISTUMISESTA

Suostun vapaaehtoisesti osallistumaan tutkimuksen aineiston keruuvaiheen haastatteluun tietoisena **Sairaanhoidajien kokemuksia hoidon tarpeen arvioinnista terveys-
aseman päivystyksessä** - tutkimuksen tarkoituksesta.

Minulle on etukäteen selvitetty tutkimukseen osallistumisen vapaaehtoisuus sekä mahdollisuus vetäytyä tutkimuksesta, milloin tahansa, jos sitä haluan.

Jos vetäydyin pois tutkimuksesta, minua koskeva aineisto poistetaan tutkimusaineistosta.

Olen tietoinen, että haastattelut nauhoitetaan ja tutkimusraportissa saattaa olla lainauksia haastattelustani, mutta kuitenkin niin, ettei minua voida tunnistaa raportin tekstistä.

Olen myös tietoinen, että haastattelunauhut ja niiden pohjalta tehdyt muistiinpanot sekä haastattelukertomukset eivät joudu kenenkään ulkopuolisen käsiin eikä haastattelukertomuksissa mainita nimeäni.

Voin milloin tahansa myöhemmin ottaa yhteyttä tutkijaan tutkimukseen liittyen ja olen saanut tarvittavat yhteystiedot häneltä.

Tätä suostumuslomaketta on tehty kaksi samanlaista kappaletta, joista toinen jää minulle itselleni ja toinen _____.

_____/____/____ 2016

Paikka Aika

Tutkimukseen osallistuja

Nimen selvennys

Tutkija/ haastattelija

Krista Valtonen

Metropolia AMK

Saatekirje

Arvoisa kollega

Opiskelen YAMK- tutkintoa Metropolia Ammattikorkeakoulussa, Kliininen asiantuntijuus sosiaali- ja terveysalalla tutkinto-ohjelmassa. Opinnäytetyöni aiheena on Hoidon tarpeen arviointi sairaanhoitajan kokemana terveysaseman päivystyksessä. Opinnäytetyön tarkoituksena on selvittää, minkälaisia kokemuksia teillä on hoidon tarpeen arvioinnin tekemisestä terveysaseman päivystyksessä.

Opinnäytetyön aineisto kerätään ryhmähaastattelu-menetelmällä. Haastatteluissa haetaan vastauksia seuraaviin kysymyksiin:

1. Mitä hoidon tarpeen arviointi sisältää terveysaseman päivystyksessä tällä hetkellä sairaanhoitajien kokemana? Kuvaile sen sisältöä?
2. Mitä sairaanhoitajalta vaaditaan hoidon tarpeen arvioinnin tekemiseksi?
3. Mitä haasteita hoidon tarpeen arvioinnin tekemisessä on sairaanhoitajan arvioimana?
4. Minkälaista lisäosaamista tai koulutusta toivoisit jatkossa hoidon tarpeen arvioinnin tekemiseen?
5. Millaisena lääkkeenmääräämisen lisäkoulutuksen omaavat hoitajat koetaan ilman lisäkoulutusta olevien sairaanhoitajien mielestä hoidon tarpeen arvioinnin näkökulmasta?

Haastattelut toteutetaan työajan puitteissa ja teidän omalla työpaikallanne. Haastatteluiden ajankohdat sijoittuvat välille helmikuu – toukokuu 2017. Haastattelut nauhoitetaan. Tutkimustietoja ei luovuteta kenellekään ulkopuoliselle vaan ne säilytetään tutkijan hallussa ja ne käsitellään luottamuksellisesti. Haastattelunauhoitukset puretaan välittömästi toteutuksen jälkeen tietokoneelle ja aineisto säilytetään salasanalla suojattuna. Missään tutkimuksen vaiheessa haastateltavien henkilöllisyys ei tule julki, aineiston purkuvaiheessa anonymiteetti varmennetaan koodaamalla jokaiselle vastaajalle tunnustenumero. Aineiston raportoinnissa tullaan käyttämään joitakin suoria lainauksia mahdollisesti, mutta niin ettei vastaaja ole tästä tunnistettavissa. Tutkimuksen jälkeen aineisto hävitetään asianmukaisesti.

Haastatteluihin osallistuminen on täysin vapaaehtoista, toivon kuitenkin, että pystytte siihen osallistumaan ja näin kehittämään työyhteisömme toimintaa ja hoitotyön laatua. Lisätietoja tutkimuksesta saatte opinnäytetyön tekijältä tai Metropolia AMK ohjaavalta opettajalta lehtori Antti Niemeltä.

Yhteistyöstä kiittäen

Kliininen asiantuntija YAMK-opiskelija

Krista Valtonen

HAASTATTELURUNKO

Taustatiedot: työkokemus vuosina? Hoidon tarpeen arviointi- kokemus vuosina?

1. Mitä hoidon tarpeen arviointi sisältää?

Kuvaile prosessin kulkua, mitä menetelmiä käytät arvioinnin tekemiseen?

Mitä sairaanhoitajalta vaaditaan, että voi tehdä hoidon tarpeen arviointia?

-tiedot

-taidot

-muuta

Miten koet omat valmiutesi tehdä tätä työtä?

2. Mitä haasteita on hoidon tarpeen arvioinnin tekemisessä?

- asiakasnäkökulmasta
- työntekijän näkökulmasta
- organisaation näkökulmasta

3. Mikä ohjaa päätöksentekoasi hoidon tarpeen arvioinnissa?

- ohjeistukset
- oma arvomaailma, etiikka?
- muu?

4. Minkälaista koulutusta tai lisäosaamista toivoisit?

- Mitä toivotte
- Miten se toteutettaisiin

5. Miten olette kokeneet työnkuvan muutokset ja tehtävänsiirrot kehittämishankkeen jälkeen sekä reseptinkirjoitusoikeuden omaavien sairaanhoitajien laajennetut tehtäväkuvat?

- Mitä hyötyä/ haittaa
- Mitä kehitettävää?
- Muuta?

Taulukko 1 Esimerkki sisällön analyysistä

Alkuperäisilmaus	Pelkistetty ilmaus	Alaluokka	Pääluokka	Yläluokka
"Hoidon tarpeen arvioinnissa hoitajan tulee tarjota potilaalle apuja ja neuvoja sekä arvioida oireiden ja tutkimusten perusteella hoidon tarve."	Hoidon tarpeen arvioinnissa potilasta arvioidaan oireiden ja tutkimusten perusteella ja tarjotaan apua sekä neuvoja.	Hoidon tarpeen määrittely	Sairaanhoitajan toiminta hoidon tarpeen arvioinnissa	Sairaanhoitajien kokemukset hoidon tarpeen sisällöstä
"esitiedot, tausta, perussairaudet, lääkitykset, tämänhetkinen tilanne, mitä on tapahtunut, onko jostain sattunut. miten on itse arvioinut"	Hoidon tarpeen arvioinnissa selvitetään potilaan esitiedot ja taustat, lääkitys ja selvitetään mitä on tapahtunut sekä senhetkinen vointi.	Hoidon tarpeen määrittely	Sairaanhoitajan toiminta hoidon tarpeen arvioinnissa	
"kiireellisyys ja sen klinisen tilan arviointi"	Hoidon tarpeen arvioinnissa selvitetään hoidon kiireellisyys ja arvioidaan potilaan klininen tila.	Hoidon kiireellisuuden määrittely	Sairaanhoitajan toiminta hoidon tarpeen arvioinnissa	

"täytyy olla aikamoinen tietotaito, elämäkoke-musta takana, pitää osata ottaa kantaa."	Hoidon tarpeen arviointi vaatii tietotaitoa, elämäkokemusta, kykyä tehdä päätöksiä.	Teoreettinen osaaminen, päätöksenteko	Sairaanhoitajan valmiudet hoidon tarpeen arvioinnissa	
"vahvaa ammattitaitoa, oma halu tehdä sitä työtä"	Hoidon tarpeen arviointi vaatii vahvaa ammattitaitoa sekä halua tehdä nimenomaista työtä.	Oma arvomaailma, teoreettinen osaaminen	Sairaanhoitajan valmiudet hoidon tarpeen arvioinnissa	
"luottaa omiin kykyihin ja arvioihin, että voi lähettää potilaan kotiin lääkärin näkemättä"	Hoidon tarpeen arviointi vaatii itsenäistä päätöksentekoa.	Päätöksenteon osaaminen	Sairaanhoitajan valmiudet hoidon tarpeen arvioinnissa	
"vaaditaan teknistä osaamista"	Hoidon tarpeen arviointi vaatii teknistä osaamista.	Tekninen osaaminen	Sairaanhoitajan valmiudet hoidon tarpeen arvioinnissa	
"kliiniset taidot, joku pystyy kuuntelee keuhkot, katsoo nieluun, korvat, eri mitauksia ja tutkimuksia"	Hoidon tarpeen arviointi vaatii kliinisiä taitoja	Kliininen osaaminen	Sairaanhoitajan valmiudet hoidon tarpeen arvioinnissa	

"keskittymisen herpaantuminen vaikuttaa päätöksentekoon"	Keskittymisen puute vaikuttaa hoitajan päätöksentekoon.	Kiire, väsymys	Päätöksentekoa haittaavat tekijät	Sairaanhoidajan päätöksentekoa ohjaavat tekijät hoidon tarpeen arvioinnissa
"meillä tää on helppoa kun meillä on sitä varten ne lääkärit"	Päätöksentekoa helpottaa konsulttilääkärit.	Konsultointi	Päätöksentekoa helpottavat tekijät	
"kollegoilta voi kysyä kun on epävarma"	Kollegoiden tuki helpottaa päätöksentekoa	Konsultointi	Päätöksentekoa helpottavat tekijät	Sairaanhoidajan päätöksentekoa ohjaavat tekijät
"mä ainakin Terveysporttia käytän"	Ohjeistukset helpottaa päätöksentekoa	Ohjeistukset	Päätöksentekoa helpottavat tekijät	
"mitä enempi tekee, sen paremmin sitä osaa"	Työkokemus helpottaa päätöksentekoa	Työkokemus	Päätöksentekoa helpottavat tekijät	
"kiire on joka kullamalla, ei saada niitä ylimääräisiä käsiä mistää"	Kiire vaikuttaa työn tekemiseen	Kiire	Päätöksentekoa haittaavat tekijät	
"se mikä on se tilanne, ni tekee ne päätökset"	Potilaan tila vaikuttaa sairaanhoidajan päätökseen	Potilaan kliininen tila	Päätöksentekoon vaikuttavat tekijät	
"se mitä oot tutkinut ja löytänyt ni sen perusteella"	Tutkimuslöydökset vaikuttavat sairaanhoidajan päätökseen	Tutkimuslöydökset	Päätöksentekoon vaikuttavat tekijät	

"omat tunteet ei saa vaikuttaa asiakkaan vastaanottoon"	Omien tunteiden vaikutus vastaanoton kulkuun	Etiikka ja arvo-maailma	Päätöksente-koon vaikuttavat tekijät	
"voi olla, et jos ite on kiinnostu-neempi jostain, ni ne saa erilaista kohtelua"	Oman kiinnostuksen vaikutus vastaanoton kulkuun	Kiinnostuneisuus	Päätöksente-koon vaikuttavat tekijät	
"kieliongelmat haittaa hoidon tarpeen arvion tekemistä"	Kieliongelmat haittaavat vastaanotolla arvion tekemistä	Kieliongelmat, vuorovaikutus	Päätöksente-koa haittaavat tekijät	

