Opinnäytetyö YAMK

Sosiaali- ja terveysalan kehittäminen ja johtaminen

2018

Pia Laihonen

# PUHELINNEUVONTA

## Tapauksena Raision terveyskeskus, hoitajien kokemuksia kuullen

TURKU AMK
TURKU UNIVERSITY OF
APPLIED SCIENCES

OPINNÄYTETYÖ ( YAMK) | TIIVISTELMÄ

TURUN AMMATTIKORKEAKOULU

Sosiaali- ja terveysalan kehittäminen ja johtaminen

2018 | 70 sivua, 4 liitesivua

Pia Laihonen

# PUHELINNEUVONTA

## - Tapauksena Raision terveyskeskus, hoitajien kokemuksia kuullen

Toimiva puhelinneuvonta ja hoidon tarpeen arviointi parantaa terveydenhuollon palvelujen saatavuutta sekä tehokkuutta siksi, että sen avulla potilaat ohjautuvat oikeaan hoitopaikkaan oikeana ajankohtana. Hoitajien suorittama puhelinneuvonta ja puhelimitse tehty hoidon tarpeen arviointi on haasteellista, koska hoitaja ei pysty hyödyntämään kaikkia aistejaan asiakkaan tilannetta arvioidessaan.

Tämän työn tarkoituksena oli tutkia hoitajien onnistuneita kokemuksia sekä hyviä käytäntöjä puhelinneuvonnasta Raision terveyskeskuksessa. Tämän työn tavoite oli lisätä asiakastyytyväisyyttä, potilasturvallisuutta sekä hoitajien työhyvinvointia kehittämällä puhelimitse tehtävän hoidon tarpeen arvioinnin ja neuvonnan prosessia yhtenäisemmäksi ja sujuvammaksi.

Tässä kehittämisprojektissa hyödynnettiin laadullisen tapaustutkimuksen metodiikkaa, narratiivista lähestymistapaa käyttäen. Kahdeksaa Raision terveyskeskuksen hoitajaa haastateltiin heidän puhelinneuvonnan onnistuneista kokemuksista sekä hyvistä käytännöistä. Haastattelut analysoitiin narratiivien analyysia käyttämällä. Potilaiden yhteydenottojen aiheiden pohjalta tehtiin puhelinneuvonnan työkalu hoitajille. Työkalu sisältää yksityiskohtaista tietoa sovituista käytännöistä ja ohjeista puhelinneuvonnan eri tilanteita varten.

Asiakastyytyväisyys oli hoitajille tärkeää haastattelujen perusteella. Raision terveyskeskuksen hoitajat työskentelivät asiakaslähtöisesti pyrkien parhaansa mukaan auttamaan asiakkaita ja löytämään heidän kertomiinsa ongelmiin ratkaisun. Hoitajille oli tärkeää saada positiivista palautetta asiakkailta. Riittävät resurssit ja niiden mahdollisimman tehokas käyttö toimivat taas pohjana asiakastyytyväisyydelle. Hyvä hoidon tarpeen arviointi on keskeistä julkisen terveydenhuollon rajallisten resurssien riittävyyden takaamiseksi. Haastatellut hoitajat kokivat yhtenäiset puhelinneuvonnan ja hoidon tarpeen arvioinnin ohjeet tärkeiksi. Tämän lisäksi soittajan sekä puhelimeen vastaavan hoitajan välinen vuorovaikutus sekä kommunikoinnin laatu oli merkityksellistä sille, millaisena hoitajat kokivat puhelun. Kaikki haastatteluissa esiin tulleet asiat vaikuttavat myös hoitajien työhyvinvointiin. Puhelinneuvonnan ja ajanvarauksen työkalu vastaa osaltaan hoitajien toiveeseen yhtenäisistä ohjeista ja siten tukee heidän työhyvinvointiaan. Esimiesten tulisi pyrkiä helpottamaan hoitajien työtaakkaa muun muassa antamalla heille riittävästi positiivista palautetta, varmistamalla riittävät resurssit, toimivat työvälineet sekä tarjoamalla heille mahdollisuus käydä keskenään läpi kohtaamiaan puhelinneuvonnan tilanteita.

ASIASANAT:

Puhelinneuvonta, hoidon tarpeen arviointi, triage, hoitajien kokemus, hyvät käytännöt, työhyvinvointi, terveyskeskus

MASTER'S THESIS | ABSTRACT

TURKU UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

Management and Leadership in Health Care

2018 | 70 pages, 4 appendices

Pia Laihonen

# TELEPHONE TRIAGE AND COUNSELLING

## - Case Raisio Health Center, nurses' perspective

Well functioning telephone triage and counselling service improves availability and efficiency of health services by directing patients to the right services at the right time. Telephone triage is very demanding because you cannot use all your senses when talking to a patient.

The purpose of this study was to study nurses' successful experiences and good practices at telephone triage and counselling at Raisio Health Center. The aim of this study was to improve patient satisfaction, patient safety and nurses' wellbeing at work by developing the unity and fluency of the telephone triage and counselling process.

This development project was executed as a qualitative case study with narrative approach. Eight nurses from Raisio Health Center were interviewed regarding their successful experiences and good practices at telephone triage. The interviews were analyzed with a narrative analysis. As an output of the study, tool for telephone triage and counselling was made to nurses for everyday use. The tool was created based on the subjects and reasons of the customer calls to Raisio Health Center and it contains detailed information about agreed guides and practices concerning customers' issues.

According to the interviews, nurses considered customer satisfaction important. Nurses at Raisio Health Center worked in a customer-oriented way, trying their best to find solutions to the problems of the customers. Feedback, especially positive, coming from the customers was meaningful to the nurses. Sufficient resources and their proper use are fundamental to customer satisfaction. Good telephone triage is essential because resources are limited in public health care. Interviewed nurses experienced uniform guides concerning telephone triage and counselling important. Interaction and quality of communication between the caller and the nurse affected how nurses experienced their telephone calls. All interview results were related to nurses' wellbeing at work. The tool made for telephone triage and counselling should respond to nurses' request of uniform guides thus supporting their wellbeing at work. Superiors should try to relieve nurses' work load by giving them enough positive feedback, ensuring adequate resources and equipment. They should also enable conversation opportunities for nurses to share their experiences with their peers.

KEYWORDS:

Telephone triage, telephone assessment, nurses' experience, good practices, well-being at work, health center.

# SISÄLTÖ

**1 JOHDANTO** **6**

**2 KEHITTÄMISPROJEKTIN TAUSTA, TARVE JA TARKOITUS** **8**

2.1 Kehittämisprojektin tausta 8

2.2 Kehittämisprojektin tarve 9

2.3 Kehittämisprojektin tarkoitus ja tavoite 11

**3 PROJEKTIYMPÄRISTÖ** **12**

3.1 Kohdeorganisaatio 12

3.2 Projektiorganisaatio 12

3.3 Puhelinneuvonnan ja ajanvarauksen prosessi 13

3.4 Erilaiset vastaanottolajit ja niiden merkinnät 13

3.5 Muita vastaanottoja 14

**4 PUHELINNEUVONNAN TEOREETTINEN VIITEKEHYS** **16**

4.1 Asiakaslähtöisyys 16

4.2 Puhelinneuvonta 17

4.3 Hoidon tarpeen arviointi 18

4.4 Dialogi puhelinneuvonnassa 19

4.5 Reflektiivisyys ja refleksiivisyys puhelinneuvonnan vuorovaikutustilanteissa 20

4.6 Kommunikointi, kysymysten esittäminen 21

4.7 Puhelinneuvonnassa annettujen ohjeiden noudattamiseen vaikuttavat tekijät 22

4.8 Puhelinneuvonnan turvallisuuteen vaikuttavat tekijät 23

4.9 Puhelimessa tapahtuvan hoidon tarpeen arvioinnin tarkoituksenmukaisuus 24

**5 METODISET RATKAISUT** **25**

5.1 Tapaustutkimus lähestymistapana 25

5.2 Narratiivisuus tutkimusotteena 26

5.3 Narratiivisen aineiston analyysi 29

**6 KEHITTÄMISPROJEKTIN ETENEMINEN** **32**

6.1 Aikataulu ja osa-alueet 32

6.2 Haastateltavat 33

6.3 Haastatteluista narratiiveihin 34
6.4 Aineiston litterointi ja analysointi 35

**7 HAASTATTELUJEN TULOKSET 36**
7.1 Asiakaslähtöisyys 36
7.2 Vuorovaikutus ja asenne 38
7.3 Hoidon tarpeen arvioinnin merkitys onnistumisen kokemuksissa 39
7.4 Resurssit 40
7.5 Palautteen merkitys 42
7.6 Yhtenäiset ohjeistukset ja prosessit 43
7.7 Hyvät käytännöt resurssinäkökulmasta 45
7.8 Hyvät käytännöt tietotekniikkaan liittyen 46
7.9 Puhelinneuvonnan onnistuneiden kokemusten vaikutus työhyvinvointiin 47
7.10 Yhteenveto ja johtopäätökset 51

**8 POHDINTA 55**

**9 EETTISYYS JA LUOTETTAVUUS 61**

**10 JATKOTUTKIMUSAIHEET 65**

**LÄHTEET 66**

# LIITTEET

Liite 1. Puhelinneuvonnan prosessi
Liite 2. Tutkimustiedote
Liite 3. Ajanvarauksen työkalun runko
Liite 4. Esimerkki aineiston analyysista

# 1 JOHDANTO

Potilaan tulee saada hoito sairauteensa lääketieteelliseltä kannalta oikeaan aikaan (Koivuranta-Vaara 2011, 10). Asiakkaan ottaessa yhteyttä terveydenhuollon yksikköön, hänen hoidon tarpeensa arvioidaan. Terveyskeskuksessa hoidon tarvetta arvioidaan potilastoimistossa, päivystyksessä, vastaanotoilla sekä puhelimessa. Hoidon tarpeen arvioinnin seurauksena asiakkaalle varataan hänen asiansa kannalta tarkoituksenmukainen aika joko lääkärille tai hoitajalle, hänelle annetaan neuvontaa ja kotihoito-ohjeita hänen asiaansa liittyen tai hänet ohjataan ottamaan yhteyttä jonnekin toiseen tarkoituksenmukaiseen paikkaan. Hoidon tarpeen arviointi on tärkeää, jotta käytettävissä olevat resurssit saadaan oikein kohdennettua ja potilasturvallisuus sekä hoidon hyvä laatu saadaan taattua.

Hoidon tarpeen arviointi puhelimitse terveydenhuollossa on haasteellista, koska puhelimessa ei voi käyttää kaikkia aistejaan asiakkaan tilanteen arviointia varten. Puhelimitse hoidon tarpeen arviointia tekevän hoitajan tulee olla herkkä aistimaan asiakkaan mielialaa ja tuntemuksia. Hänen tulee samalla selvittää asiakkaan tilannetta kuuntelemalla asiakasta sekä esittämällä tarkentavia kysymyksiä. Useimmiten puhelimitse tehtävässä hoidon tarpeen arvioinnissa ei ole käytettävissä mitään fysiologisia mittauksia, vaan arvio perustuu puhelinneuvontaa tekevän terveydenhuollon ammattilaisen sekä terveydenhuollon yksikköön soittaneen asiakkaan väliseen avoimeen ja luottamukselliseen dialogiin. Tulevaisuudessa, tekniikan kehittyessä, fysiologisten mittausten käyttäminen puhelimitse tehtävässä hoidon tarpeen arvioinnissa tulee todennäköisesti lisääntymään ja arvioinnin luonne muuttumaan tämän myötä.

Aiemmissa tutkimuksissa on selvinnyt, että lääkärit ja hoitajat ovat ainoastaan kohtalaisesti yhtä mieltä hoitajien puhelinneuvonnan aikana saaman tiedon riittävyyden tasosta sekä hoidon tarpeen arvioinnin lopputuloksesta (Barnes, Campbell, Fletcher, Lattimer, Murdoch ja Pooler 2014). Saman suuntaisia ajatuksia esittää Iivanainen, Kokkonen, Pitkälä, Raumavirta-Koivisto ja Torppa (2009) tutkimuksessaan, kun toteavat, että akuuttivastaanotoilla olleista potilaista yli 30% olisi voinut odottaa ainakin seuraavaan päivään saakka lääkärin vastaanottoa. Toki varmasti monesti puhelimitse tehtävään hoidon tarpeen arviointiin saattaa aiheuttaa haasteita esimerkiksi vastaanottoaikojen rajallisuus, kiireettömien vastaanottoaikojen jonot tai muut rajoitteet.

Useassa maassa on käytössä jonkinlainen tietokoneohjelma, jonka avulla puhelimitse tehtyä hoidon tarpeen arviointia suoritetaan tai ainakin puhelinneuvonnan apuvälineenä. Tällaisen ohjelman hyödyllisyydestä tutkimuksissa on varsin ristiriitaista tietoa. Toisaalta, ohjelma ei koskaan korvaa aitoa dialogia ihmisten välillä ja taas toisaalta se auttaa sulkemaan pois ja tunnistamaan korkeariskiset sairastumiset.

Kaikkien käytössä olevat yhtenäiset käytännöt puhelimitse tehtävässä hoidon tarpeen arvioinnissa nähdään yhtenä merkittävänä turvallisuutta lisäävänä tekijänä. Tämän tutkimuksen yhtenä tavoitteena on lisätä potilasturvallisuutta tuomalla yhtenäiset käytännöt puhelinneuvontaan ja ajanvaraukseen kaikkien saataville ja tietouteen.

Tuleva sosiaali- ja terveydenhuollon uudistus tulee aiheuttamaan kilpailua perusterveydenhuollon yksiköiden välille asiakkaista. Toiminnan asiakaslähtöisyys tulee toimimaan yhtenä merkittävimmistä seikoista kilpailun kannalta. Yhtenäiset käytännöt ja ohjeistukset kaikkien käytettävissä mahdollistavat yhtenäisen hoidon tarpeen arvioinnin ja neuvonnan asiakkaille ja varmistaa toiminnan tasalaatuisuuden sekä asiakkaiden tasavertaisen kohtelun.

Tämän kehittämisprojektin tarkoituksena oli kehittää puhelinneuvontaa Raision terveyskeskuksessa. Terveydenhuollon puhelinneuvontatilanteessa on kaksi osapuolta: asiakas ja hoitaja. Tämä kehittämisprojekti käsittelee toisen puhelinneuvonnan osapuolen, hoitajien, onnistuneiden puhelinneuvonnan asiakaskohtaamisissa kertyneiden kokemusten keskeisiä tekijöitä sekä hyviä käytäntöjä nykyisessä puhelintyöskentelyssä. Tiedostamalla onnistuneeseen puhelinneuvonnan kokemukseen vaikuttavat tekijät voimme kiinnittää huomiota ja kehittää puhelimessa työskentelyä niin, että jokainen kokemus tuntuisi onnistuneelta tai ainakin vähentää negatiivisia tuntemuksia puhelinneuvontaan liittyen. Näin pystytään parantamaan henkilöstön työhyvinvointia, työssä jaksamista sekä siten myös parantamaan asiakkaiden puhelinneuvonnan kokemuksia. Koska aikuinen viettää noin kolmasosan hereillä oloajastaan työssä, ei ole lainkaan yhdentekevää, miten hän siellä ollessaan voi (Martela & Jarenko 2014, 24).

# 2 KEHITTÄMISPROJEKTIN TAUSTA, TARVE JA TARKOITUS

## 2.1 Kehittämisprojektin tausta

Hoidon kiireellisyys arvioidaan asiakkaan ottaessa yhteyttä terveydenhuollon toimintayksikköön, hänen vastaanottokäynnillään tai jatkohoitolähetteen laadinnan yhteydessä. Hoitoon pääsyyn vaikuttaa lääketieteellinen tarve ja potilaan kokonaistilanne. Terveydenhuollon laatuoppaan mukaan kiireellisyyden arvioinnista erilaisissa tilanteissa tulee olla ohjeistus. (Koivuranta-Vaara 2011, 10-11.)

Kunnan on järjestettävä toimintansa siten, että potilas voi saada arkipäivisin virka-aikana välittömästi yhteyden terveyskeskukseen tai muuhun terveydenhuollon toimintayksikköön. Terveydenhuollon ammattihenkilön on tehtävä hoidon tarpeen arviointi viimeistään kolmantena arkipäivänä siitä, kun potilas otti yhteyttä terveyskeskukseen, jollei arviota ole voitu tehdä ensimmäisen yhteydenoton aikana. (Terveydenhuoltolaki, 51§.) Terveyskeskus voi järjestää arvion puhelimitse, jolloin puhelinkontaktissa terveydenhuollon ammattihenkilö arvioi hoidon tarpeen ja sen ajankohdan (Hyrynkangas-Järvenpää 2007).

Tehokas puhelinneuvonta parantaa terveyspalvelujen saatavuutta ja tehokkuutta ohjaamalla asiakkaat oikeaan hoitopaikkaan oikeana ajankohtana. Puhelinneuvonnassa tehdyillä päätöksillä on vaikutuksia terveyspalvelujen tuottajan sekä käyttäjän kustannuksiin sekä ajanvaraus- että päivystysvastaanoton kuormitukseen. Puhelinneuvonnan tulisi olla tasalaatuista sekä terveyspalvelujen tuottajan yksiköiden sisällä että alueellisesti ja valtakunnallisesti. (Hyrynkangas-Järvenpää 2007.)

Puheluita Raision terveyskeskukseen tulee 7000-8000 kuukaudessa. Lähes kaikkien hoitajien työpäivä Raision terveyskeskuksessa koostuu melko suurelta osin puhelinneuvonnasta, siellä tapahtuvasta hoidon tarpeen arvioinnista sekä ajanvarauksesta. Tämän lisäksi hoitajien työpäivä koostuu normaalista kiireettömästä sekä päivystyksellisestä vastaanottotyöstä.

Tämän kehittämisprojektin tarkoituksena oli löytää Raision terveyskeskuksen hoitajien kertomuksista nykyisiä onnistuneiksi koettuja käytäntöjä puhelinneuvonnassa ja ajanvarauksessa, tarkastella kriittisesti reflektoiden heidän kokemuksiaan puhelinneuvonnasta aiempaan kansainväliseen tutkimustietoon aiheesta sekä tehdä sähköinen työkalu

hoitajien puhelinneuvonnan ja ajanvarauksen tueksi. Tutkimustuloksia hyödynnettiin puhelintyön kehittämiseen Raision terveyskeskuksessa.

Puhelinneuvonnassa hoitajille esitetään laidasta laitaan kysymyksiä ja ongelmia, joihin hoitajat pyrkivät löytämään asiakkaan ja organisaation kannalta parhaan ratkaisun. Ajanvarauksen työkalun ajatuksena on auttaa hoidon tarpeen arvioinnissa ja asiakkaan kannalta mielekkään ajanvarauksen tekemisessä. Varsinaisesti asiakkaille annettavia kotihoito-ohjeita ei ole tarkoitus sisällyttää työkaluun, vaan mahdollisuuksien mukaan joihinkin kohtiin liitetään linkki käypä hoito -suositukseen tai muuhun luotettavaan internetsivustoon.

## 2.2 Kehittämisprojektin tarve

Kohdeorganisaatiossa on aloitettu tekemään hoidon tarpeen arviointiin ohjeistusta, mutta tämä on jäänyt keskeneräiseksi. Puhelimessa tapahtuvaan neuvontaan, hoidon tarpeen arviointiin sekä ajanvaraukseen ei ole kattavia yhteisiä ohjeistuksia. Useilla jo pitkään työssä olleilla hoitajilla on paljon hiljaista tietoa terveysaseman käytännöistä, lisäksi terveysasemalla on paljon vanhoja sovittuja käytäntöjä ajanvaraukseen liittyen, joita ei ole mihinkään kirjattuina. Tarpeen suuntaisesti tämän kehittämisprojektin myötä pyrittiin hiljaista tietoa saamaan paremmin kuvattua sekä sovitut käytännöt kirjattua kaikkien käyttöön. Kehittämisprojektilla pyrittiin myös saamaan selville henkilökunnan onnistuneita kokemuksia ja käytäntöjä ajanvarauksesta ja puhelinneuvonnasta, näitä hyödynnetään ajanvarauksen työkalun sekä puhelinneuvonnan ja ajanvarauksen kehittämisessä.

Ajanvarauksessa ristiriidassa ovat usein lääkäreiden odotukset ja hoitajien resurssit ja käytännöt, tämä ristiriita ilmenee usein erilaisissa palavereissa, kokouksissa sekä yhteisillä tauoilla käydyissä keskusteluissa. Iivanainen ym. tutkimuksessa (2009) on todettu, että potilaita ajautuu lääkäreiden akuuttivastaanotoille epätarkoituksenmukaisesti, eikä tämä asia ole vieläkään muuttunut lääkäreiltä saatujen suullisten palautteiden ja ”kahvipöytäkeskusteluiden” perusteella. Käytännön työssä tulee ilmi, että lääkäreiden tietoisuus ajanvarauksen käytännöistä, puhelinneuvonnan haasteista ja osittain myös hoitajien resursseista vaihtelee hyvin paljon.

Raision terveyskeskuksessa lääkäreillä on monia vastaanottolajeja ja vastaanottopaikkoja (esim. neuvolat, koulut, palvelutalot ym.) ajanvarauskirjoissa ja useimmilla

terveyskeskuksessa työskentelevillä hoitajilla on omat vastuualueensa, jotka vaikuttavat myös ajanvarauksen kohdentamiseen. Varsinkin uusien työntekijöiden on haasteellista löytää ajanvarauskirjoilta asiakkaan ja organisaation kannalta parasta vaihtoehtoa.

Ajanvarauksen haasteellisuus saattaa aiheuttaa ylimääräistä työtä, mikäli asiakas ohjataan epätarkoituksenmukaiselle vastaanotolle ja hänelle saattaa aiheutua ylimääräisiä kustannuksia ja vaivaa tai pahimmassa tapauksessa hänen hoitonsa saattaa viivästyä vain, koska käytännöt eivät ole selkeitä ja kaikkien tiedossa. Tämä myös saattaa aiheuttaa terveysaseman rajallisten resurssien niin sanottua ”hukkakäyttöä”, mikäli asiakas ohjataan sellaisen henkilön vastaanotolle, joka ei pystykään asiakasta auttamaan tai silloin, kun asiakas olisi saanut hoidon aloitettua nopeammin jonkun toisen resurssin käytöllä.

Raision terveyskeskuksessa yhtenäisten kirjallisten ohjeiden puute aiheuttaa sekä vanhemmille että nuoremmille työntekijöille haasteita. Sovitut ohjeet ovat usein tulleet sähköpostilla tai suullisesti ja joko hukkuneet sähköpostitulvaan tai uudempien työntekijöiden kohdalla, jääneet kokonaan saamatta. Kirjallisten ohjeiden puute aiheuttaa ylimääräistä työtä ja stressiä, kun hoitajat käyvät kysymässä kollegalta neuvoa, miten edetä potilasasiassa tai silloin, kun heille annetaan negatiivista palautetta tehdyistä ratkaisuista. Hyvän asiakaspalvelun takaamiseksi ja yhtenäisten käytäntöjen luomiseksi puhelinneuvontaan tarvitaan yhteistä työkalua. Suositus yhtenäisistä käytännöistä puhelinneuvontaan löytyy myös monesta ulkomaisesta tutkimuksesta, kuten Earp & Onubogu (2013) sekä Giesen, Hanssen, Huibers ja Smits:in (2016) tutkimuksissa.

Puhelinneuvontaa tehdään varsin itsenäisesti, kukin työntekijä yksin omassa työhuoneessaan, joten neuvoja ja ohjeita saadakseen on aina joko soitettava kollegalle tai lähdettävä etsimään joku kollega, joka ehtii ja osaa neuvoa. Tästä syystä varsinkin juuri aloittaneen työntekijän puhelimeen vastaaminen on hidasta ja aikaa vievää puuhaa. Tämän työn tuotoksena saatu työkalun odotetaan helpottavan ja nopeuttavan varsinkin uuden työntekijän puhelintyöskentelyä.

Pelkkään hoidon tarpeen arviointiin on tehty useita ohjeistuksia ja opinnäytetöitä eri organisaatioille sekä kotimaassa että ulkomailla, kuten Schmitt 2004; Briggs 2007; Ahola 2009; Laasonen, Luoto & Parkkinen 2010; Marsden & Newton 2013; Koski, Kukkonen & Määttä 2014. Tämän työn tuotoksena luotiin puhelinneuvontaan ja ajanvaraukseen päivitettävä työkalu, joka pitää myös sisällään ohjeistuksia puhelimessa tapahtuvaan hoidon tarpeen arviointiin.

Raision kaupunki on ottamassa käyttöön SHQS-laatujärjestelmän, joka on johtamista ja prosessien jatkuvaa kehittämistä tukeva työkalu sosiaali- ja terveysalan organisaatioiden käyttöön. Sen tarkoituksena on tuoda selkeytystä päivittäisiin rutiineihin ja antaa ohjeita prosessien ohjaamiseen, toiminnan arviointiin sekä jatkuvaan kehittämiseen. Arviointikriteeristö sisältää ISO 9001-standardin keskeiset vaatimukset, jotka on sovitettu sosiaali- ja terveydenhuollon kielelle. Auditoinnin perusteella organisaatiolle myönnetään SHQS-laaduntunnustus. (SHQS.) SHQS-laatuohjelma edellyttää, että organisaation prosessit on kuvattu ja niistä on olemassa kirjallinen ohjeistus. Tämä työ kuvasi osana laatuohjelmaa puhelinneuvonnan prosessia ja tuotti tätä varten tarvittavaa aineistoa.

## 2.3 Kehittämisprojektin tarkoitus ja tavoite

Tämän kehittämisprojektin tarkoituksena oli selvittää hoitajien onnistuneita kokemuksia sekä heidän kokemiaan hyviä käytäntöjä Raision terveyskeskuksen puhelinneuvonnassa ja ajanvarauksessa.

Tämän kehittämisprojektin tavoitteena oli parantaa asiakastyytyväisyyttä, asiakasturvallisuutta sekä hoitajien työhyvinvointia kehittämällä puhelinneuvontaa yhtenäisemmäksi ja sujuvammaksi.

Kehittämisprojektin tehtävinä oli selvittää:

1. Minkälaisia kokemuksia Raision terveyskeskuksen hoitajilla on onnistuneista puhelinneuvonnan tilanteista?
2. Minkälaisia onnistuneita käytäntöjä Raision terveyskeskuksessa työskentelevien hoitajien kokemuksen mukaan terveyskeskuksen puhelinneuvonnassa ja ajanvarauksessa tällä hetkellä on?
3. Minkälaisia asioita terveyskeskuksen puhelinneuvontaan soittavat asiakkaat kysyvät?

Kehittämisprojektista saatuja tietoja hyödynnettiin asiakaslähtöisen puhelinneuvontaan ja ajanvaraukseen soveltuvan työkalun kehittämisessä sekä yleisesti puhelinneuvontaan liittyvän työn kehittämisessä.

# 3 PROJEKTIYMPÄRISTÖ

## 3.1 Kohdeorganisaatio

Kehittämisprojekti tehtiin Raision terveyskeskukseen, lääkärien ja hoitajien vastaanotoille. Terveyskeskus on auki arkipäivisin virka-aikaan. Raisiossa on asukkaita eli terveyskeskuksen potentiaalisia käyttäjiä noin 24 300, tämän lisäksi terveyskeskuksen käyttäjiä ovat terveyskeskusvaihtajat, joita on noin 300 sekä joitakin sopimusasiakkaita. Terveyskeskuksessa työskentelee 19 lääkäriä, 18 sairaanhoitajaa, 3 lähihoitajaa, psykiatrinen sairaanhoitaja sekä fysioterapeutti. Terveyskeskuksessa on käytössä tiimityömalli. Terveysaseman palveluita ovat muun muassa päivystys, lääkäreiden vastaanotot, hoitajien vastaanotot, hoitotarvikejakelu, psykiatrisen sairaanhoitajan vastaanotto sekä fysioterapeutin vastaanotto. (Eura-Markula 2018, 2.) Hoitajien työaika koostuu asiakkaiden akuutti- ja ajanvarausvastaanotosta, puhelinneuvonnasta ja lääkäreiden avustamisesta toimenpiteissä. Hoitajat tekevät sekä puhelimessa, päivystyksessä, potilastoimistossa että vastaanotolla hoidon tarpeen arviointia.

Vastaanottotyötä tekevillä hoitajilla on paljon erilaisia vastuualueita, muun muassa haavahoito, astman hoito, tupakasta vierotus, antikoagulaatiohoito, siedätyshoito, sekä erityisryhmien terveystarkastukset. Hoitajille ohjataan potilaita osittain heidän osaamis- ja vastuualueensa mukaisesti sekä mahdollisuuksien mukaan noudattaen sitä, mihin tiimiin asiakas kuuluu. Hoitajat ohjaavat potilaat pääsääntöisesti lääkäreille väestövastuualueen mukaan.

## 3.2 Projektiorganisaatio

Tämän kehittämisprojektin ohjausryhmänä toimivat Raision terveyskeskuksen avopalveluiden ylilääkäri, ylihoitaja, osastonhoitaja sekä apulaisosastonhoitaja. Ohjausryhmä tuki ja ohjasi mahdollisuuksiensa mukaisesti projektin etenemistä ja lopulta hyväksyy työn tuotoksen. Ohjausryhmältä sekä työyhteisöltä saatuja palautteita käytettiin kehittämisprojektin työstämisessä.

## 3.3 Puhelinneuvonnan ja ajanvarauksen prosessi

Raision terveyskeskuksessa on käytössä Telia Callguide -puhelinjärjestelmä. Terveyskeskuksen puhelinneuvonnan prosessi on kuvattu kokonaisuudessaan kuviona liitteessä 1. Asiakkaat soittavat oman alueensa ajanvaraus- ja neuvontanumeroon. Puheluvalikosta asiakkaat valitsevat aiheeksi 1: ajanvaraus, 2: peruutus tai 3: muu asia. Asiakkailla on mahdollisuus jäädä linjalle odottamaan vastausta tai jättää soittopyyntö järjestelmään. Vain hyvin pieni osa asiakkaista jää odottamaan vastausta, suurin osa jättää soittopyynnön. Puhelinlinjat ovat auki maanantaista perjantaihin kello 8-15.30. Aiemmin soittajilla oli mahdollisuus jättää useita soittopyyntöjä samasta numerosta. Kohtalaisen tuoreen päivityksen jäljiltä tämä ominaisuus on poistunut ja asiakas voi jättää vain yhden soittopyynnön yhdestä puhelinnumerosta.

Puhelinjärjestelmä on asennettu terveyskeskuksessa suurimpaan osaan tietokoneista. Takaisinsoittojärjestelmässä on mahdollisuus valita minkä alueen ja minkä tyyppisiin puheluihin henkilö vastaa. Takaisinsoittojärjestelmä soittaa numeroihin soittopyyntöjen tulojärjestyksessä niin, että ensin soitetaan takaisin mahdollisiin peruutus-soittopyyntöihin, tämän jälkeen soitetaan takaisin ajanvaraus-soittopyyntöihin ja viimeisenä soitetaan takaisin muu asia -soittopyyntöihin. Tätä järjestystä voidaan kiertää valitsemalla esimerkiksi ainoastaan muut asiat tai jokin muu ryhmä joltain tietyltä tai kaikilta alueilta.

Päivittäin pyritään varsinkin ajanvaraus -puhelut saamaan purettua ennen työpäivän päättymistä. Alkuviikkoon painottuva puhelinruuhka aiheuttaa sen, että muu asia -puheluita siirtyy ajoittain jonkin verran seuraavan päivän takaisinsoittoihin.

Asiakkaat voivat myös varata ajan hoitajalle tai lääkärille käymällä terveyskeskuksen potilastoimistossa. Terveyskeskuksen toimisto on auki terveyskeskuksen aukioloaikojen mukaan. Potilastoimistossa muun muassa otetaan vastaan ilmoittautumisia, ilmoittautumisautomaatin lisäksi, vastataan puheluihin, asiakkaiden tiedusteluihin sekä varataan aikoja hoitajien ja lääkärien vastaanotolle.

## 3.4 Erilaiset vastaanottolajit ja niiden merkinnät

Hoitajien ajanvarauskirjoissa varsinaiset vastaanottoajat ovat merkittyinä shvo-merkinnällä. Lääkkeenmääräämishoitajan ajanvarauskirjalla on tämän lisäksi päiv-aikoja, jotka

ovat tarkoitettu nimenomaan lääkkeenmääräämishoitajan omille asiakkaille, kuten silmätulehdusta, nielutulehdusta tai virtsatieinfektiota sairastaville asiakkaille.

Lääkäreiden ajanvarauskirjoilta löytyy monenlaisia vastaanottolajeja eri vastaanottopaikoissa. Terveyskeskuksessa olevat varsinaiset lääkäreiden vastaanottolajit on jaoteltu lvo-, lsub- sekä päiv-ajoiksi. Lvo-ajat ovat kiireettömiä lääkärin vastaanottoaikoja, jotka varataan oman alueen lääkärille. Näissä jonotusajat vaihtelevat aina päivästä kahteen kuukauteen saakka, lääkäristä ja alueesta riippuen. Lsub-ajat on tarkoitettu puolikiireellisiksi ajoiksi, joita voidaan varata asiakkaalle 1-7 päivän kiireellisyydellä oman alueen lääkärille. Lsub-aikoja on vaihteleva määrä viikoittain ja alueittain. Päiv-ajat ovat päivystysaikoja, joita voidaan varata asiakkaille samana päivänä, näitä voidaan tarvittaessa antaa myös yli aluerajojen. Päivystysaikoja on myös vaihteleva määrä päivittäin.

Näiden lisäksi terveyskeskuksessa on myös ns. akuuttitiimi, jossa lääkäri-hoitaja -työpari päivittäin hoitaa erilaisia päivystysasioita. Asiakkaalle annetaan aika hoitajalle, joka haastattelee asiakkaan sekä ottaa tarvittavia mittauksia, kuten nieluviljely, pika-crp tai virtsanäytteen seulonta. Hoidon tarpeen arvioinnin jälkeen hoitaja tarpeen mukaan siirtää asiakkaan lääkärin vastaanottolistalle tarkempia tutkimuksia sekä tarvittavan hoidon määrittämistä varten.

Akuuttitiimi-toiminta muuttui syksyllä 2018 konsulttilääkäritoiminnaksi, jolloin konsulttilääkäri toimii kaikkien hoitajien käytettävissä, eikä hänelle enää voida varata aikoja. Konsulttilääkäri tulee tarvittaessa, hoitajan pyytäessä, asiakkaan luokse arvioimaan tilanteen ja määrittämään tarvittavan hoidon.

Terveyskeskuksen päivystyksessä hoidetaan päivystystä vaativia sairauksia, huonokuntoisia potilaita, ambulanssin tuomia potilaita sekä erilaisia traumoja. Päivystyksessä työskentelee kaksi hoitajaa ja kaksi lääkäriä joka päivä terveysaseman aukioloaikojen mukaan.

## 3.5 Muita vastaanottoja

Terveyskeskuksessa työskentelee myös fysioterapeutti, joka pitää myös suoravastaanottoa. Suoravastaanotolle voi hoitaja ohjata oman hoidon tarpeen arvioinnin ja erillisten ohjeiden mukaan erilaisista tuki- ja liikuntaelinsairauksista kärsiviä asiakkaita. Myös toisessa toimipisteessä työskenteleville fysioterapeuteille voidaan ohjata asiakkaita suoravastaanotolle muun muassa selkävaivojen vuoksi, erillisen ohjeen mukaan.

Terveyskeskuksen psykiatriselle sairaanhoitajalle voidaan varata aika tai jättää soittopyyntö yhteydenottoa varten. Psykiatrinen sairaanhoitaja keskittyy pääsääntöisesti työikäisiin asiakkaisiin, jotka ovat kohdanneet kriisejä elämässään. Tarvittaessa häntä voi konsultoida myös muiden asiakasryhmien hoidosta. Myös hoitaja voi hoidon tarpeen arvioinnin mukaan varata hänelle ajan tai jättää soittopyynnön asiakkaalle.

Terveyskeskuksessa työskentelee tiettyinä päivinä myös muun muassa lastenlääkäri, sosiaalityöntekijä sekä päihdetyöntekijä. Lastenlääkärille eivät hoitajat varaa aikoja. Sosiaalityöntekijälle sekä päihdetyöntekijälle sen sijaan hoitajat voivat tarvittaessa varata ajan. Kaikkia terveysasemalla työskenteleviä ihmisiä voidaan konsultoida tarvittaessa.

# 4 PUHELINNEUVONNAN TEOREETTINEN VIITEKEHYS

## 4.1 Asiakaslähtöisyys

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista (1992, 2§) määrittelee potilaan terveyden- ja sairaanhoitopalveluja käyttäväksi tai muuten niiden kohteena olevaksi henkilöksi. Lain mukaan potilaalla on oikeus laadultaan hyvään terveyden- ja sairaanhoitoon. Hänen hoitonsa on järjestettävä ja häntä on kohdeltava siten, että hänen ihmisarvoaan ei loukata ja siten, että hänen vakaumustaan ja yksityisyyttään kunnioitetaan. Potilasta myös on hoidettava yhteisymmärryksessä hänen kanssaan. (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 1992, 3§, 6§.) Myös puhelinneuvonnassa tulee pyrkiä asiakkaan kanssa yhteisymmärrykseen puhelinneuvonnan ja hoidon tarpeen arvioinnin lopputuloksesta. Esimerkiksi Byrne, Gibson, Havard, Jorm, Lawler, Randall, Robinson & Thuy Tranin (2017) tutkimuksessa todettiin, että kommunikaation ja yhteisymmärryksen laadulla on suuri merkitys puhelimessa saatujen ohjeiden noudattamiseen.

Suomessa sosiaali- ja terveydenhuollossa asiakkuus-käsite perustuu juridiseen sääntelyyn. Asiakaslähtöisyys on noussut keskeiseksi valtakunnalliseksi sosiaali- ja terveydenhuollon linjaukseksi jo 1990-luvun lopulla. Asiakaslähtöisyys mahdollistaa asiakkaan paremman osallistumisen omaa hyvinvointia ja terveyttään koskeviin päätöksiin koskeviin päätöksiin sosiaali- ja terveydenhuollon palveluissa. Todellinen ja aito asiakaslähtöinen palvelu lähtee asiakkaan tarpeista ja pitää sisällään hoidon tai palvelun, jossa asiakas on aktiivinen ja yhdenvertainen toimija hoidon tai palvelunantajan kanssa. (Koivunen 2017.)

Asiakaskeskeisyydellä tarkoitetaan asiakkaan olemista palvelujen keskipisteessä ja palvelun järjestämistä asiakkaan tarpeista käsin. Asiakaskeskeisyydessä pyrkimyksenä on vuorovaikutuksen parantaminen, mutta se ei ole aito dialoginen vuorovaikutussuhde. Asiakaslähtöistä toiminta on taas silloin, kun se on toteutettu yhdessä asiakkaan kanssa, ei vain asiakasta varten. (Koivunen 2017.) Asiakaslähtöisyys sekä kokonaisuuden ja saavutusten huomioiminen taas lisäävät työntekijöiden työmotivaatiota (Sinokki & Virtanen 2014, 173).

Potilas potee ja tarvitsee hoitoa, asiakas puolestaan asioi ja suuntautuu yhteistyöhön. Molempien käsitteiden tarkoituksena on myös vuorovaikutuksen toisena osapuolena olevan henkilön määrittäminen tiettyyn rooliin, joka helpottaa vuorovaikutusta. Mikäli

molemmilla osapuolilla aktivoituu esimerkiksi lääkäri- potilas tai asiantuntija-asiakas vuorovaikutukseen liittyvä sisäinen vuorovaikutusmalli, vuorovaikutus sujuu molempien odotusten mukaisesti. Odotukset voivat olla myös ristiriidassa keskenään. (Tiuraniemi 2002,12.) Mikäli odotukset osapuolien odotukset ovat ristiriidassa keskenään, saattaa ilmetä haasteita keskinäisessä vuorovaikutuksessa sekä tästä johtuen yhteisymmärrykseen pääsemisessä.

Sosiaali- ja terveydenhuollossa käytetään usein asiakkaasta eri nimityksiä, kuten asiakas, potilas, käyttäjä, kuluttaja, yksilö, henkilö, ihminen tai perhe (Koivunen 2017). Asiakaslähtöisyys on muodostunut keskeiseksi sosiaali- ja terveydenhuollossa. Asiakastermi on vakiinnuttanut asemansa terveydenhuollon eri yksiköissä. (Valkama 2009, 28.) Tässä työssä käytetään rinnakkain toistensa synonyymeina asiakasta ja potilasta, johtuen siitä, että tutkimustuloksissa pääsääntöisesti käytetään vielä puhtaasti potilas-termiä, kuitenkin suuntaus yleisesti sosiaali- ja terveydenhuollossa on enemmän asiakaslähtöiseen ajatteluun.

## 4.2 Puhelinneuvonta

Neuvontaprosessissa asiakas nähdään tasavertaisena kumppanina, jonka tulisi olla aktiivisesti mukana omaa terveyttään koskevassa päätöksenteossa. Tutkimusten mukaan terveydenhuoltohenkilöstö antaa usein ohjeita omasta aloitteestaan. Asiantuntijat unohtavat kuunnella ja tarkkailla asiakasta, jolloin pienet viestit ja vihjeet asiakkaan toiveista ja tietämyksestä saattavat jäädä huomaamatta. (Poskiparta 2002, 25-32.)

Kääriäisen (2007, 27) mukaan ohjauksen synonyymeina käytetään usein opetusta, tiedon antamista, informointia ja neuvontaa. Käsitteissä on eroja muun muassa keston, osallistujien aktiivisuuden ja tavoitteiden suhteen. Potilaan ohjaaminen on rakenteeltaan suunnitelmallisempaa kuin muut kohtaamiset. Ohjauksessa potilas on aktiivinen asioiden ratkaisija ja hoitohenkilökunta tukee häntä päätöksen teossa, ei kuitenkaan anna potilaalle valmiita ratkaisuita. (Lipponen 2014,17.)

Tässä työssä käytetään puhelinneuvonta –käsitettä tilanteessa, jossa terveyskeskuksen hoitaja on asiakkaaseen puhelimitse yhteydessä koskien hänen terveyteensä liittyviä asioita ja tässä yhteydessä tapahtuvan hoidon tarpeen arvioinnin jälkeen neuvoo asiakasta toimimaan jollakin tavalla.

## 4.3 Hoidon tarpeen arviointi

Terveydenhuoltolain mukaan ”terveydenhuollon ammattihenkilön on tehtävä hoidon tarpeen arviointi viimeistään kolmantena päivänä siitä, kun potilas otti yhteyden terveyskeskukseen, jollei arviota ole voitu tehdä ensimmäisen yhteydenoton aikana” (Terveydenhuoltolaki 2010, 51§). Valtioneuvoston asetuksen mukaan hoidon tarpeen arvioinnissa selvitetään yhteydenoton syy, sairauden oireet ja niiden vaikeusaste sekä kiireellisyys yhteydenottajan kertomien esitietojen tai lähetteen perusteella. Hoidon tarpeen arviointi edellyttää, että terveydenhuollon ammattihenkilöllä on asianmukainen koulutus, työkokemus ja yhteys hoitoa antavaan toimintayksikköön sekä käytettävissään potilasasiakirjat. Hoidon tarpeen arviointi voidaan tehdä myös puhelinpalveluna. (Valtioneuvoston asetus 1019/2004, 2§.)

Hoidon tarpeen arvio sisältää arvion siitä, tarvitseeko asiakas päivystyshoitoa, muuta kiireellistä hoitoa, kiireetöntä hoitoa tai ei hoitoa lainkaan. Päivystyshoidon ja ajanvaraushoidon väliin jää 1-3 päivän kuluessa hoidettavat, niin sanotut subakuutit vaivat. (Lindfors-Niilola 2014, 3, 13.)

Fysiologiset mittaukset ovat tärkeimpiä hoidon tarpeen arvioinnin päätöksenteon tuen välineistä (Lindfors-Niilola 2014, 11). Puhelimessa tapahtuvassa hoidon tarpeen arvioinnissa ei fysiologisten mittareiden lukemia useinkaan ole käytettävissä, joten päätöksenteko perustuu täysin puhelimessa tapahtuvaan haastatteluun. Mitä vaikeampia oireita tai löydöksiä potilaalla on, sitä helpompaa puhelimitse tehtävä hoidon tarpeen arvio on (Lindfors-Niilola 2014, 9).

Useissa lähteissä näkee mainittavan rinnakkain termit hoidon tarpeen arviointi, hoidon kiireellisyyden arviointi, hoidon tarpeen kiireellisyyden arviointi sekä triage, samaa asiaa tarkoittavina termeinä. Kuten Valtioneuvoston asetuksessa (1019/2004) todetaan hoidon tarpeen arviointi pitää sisällään hoidon kiireellisyyden arvioinnin. Ulkomaisissa tutkimuksissa paljon käytetään termiä triage, hoidon tarpeen ja kiireellisyyden arvioimisesta. Tässä työssä käytetään pääsääntöisesti termejä hoidon tarpeen arviointi sekä triage samaa tarkoittavana asiana, riippuen alkuperäisen lähteen käyttämästä käsitteestä.

## 4.4 Dialogi puhelinneuvonnassa

Dialogin käsitteellä yleisessä kielenkäytössä tarkoitetaan kaksinpuhelua, vuoropuhelua tai keskustelua. Dialogi sana tulee sanoista ’dia’ ja ’logos’, jotka yhteen liitettynä tarkoittavat väliin kerättyä. Sana ’dia’ tarkoittaa läpi ja kautta, kun taas ’logos’ tarkoittaa sanaa tai merkitystä. Dialogissa pyritään löytämään jotain todellisuuden osaa vuorovaikutuksen osapuolten väliin. Dialogissa pyritään etsimään jotakin todellisuuden osaa vuorovaikutuksen osapuolten väliin. Dialogin tavoitteena on saavuttaa uusi yhteinen ymmärrys, jota ei voi yksin saavuttaa. (Mönkkönen 2002, 33.)

Vastaaminen on dialogisen suhteen tärkeä, jopa eettis-moraalinen ehto. Pelkkä aktiivinen kuuntelu, asiakkaan näkökulman tutkiminen ja hänen toiseutensa tunnustaminen ei dialogisen suhteen kannalta vielä riitä, vaan uusia näkökulmia syntyy vain eri äänien vuoropuhelussa (Mönkkönen 2002, 40). Hermeneuttista näkemystä tieteen filosofiassa edustava filosofi Hans-Georg Gadamer toteaa, että kaikki ymmärrys on kielellistä. Gadamerin mukaan kaiken keskinäisen ymmärtämisen perusmallina on keskustelu. Osapuolten keskustellessa jostakin asiasta he saavat siihen vähitellen yhteistä näkökulmaa ja tällöin keskustelun voidaan sanoa muuttaneen molempien alkuperäisiä näkökantoja. Dialogin osapuolten avoin suhtautuminen toisiinsa edesauttaa saamaan tietoa vastapuolen näkökannoista, jolloin niistä tulee paremmin ymmärrettäviä. Ymmärtäminen voidaan siis käsittää erityisen dialogisen prosessin lopputulokseksi. (Kuczynski 2013, 138.)

Kuten Egerod, Gamst-Jensenin & Lippertin (2017) tutkimuksessaan kuvaavat, normaali lääketieteellisen diagnoosin teko on periaatteessa melko monologinen prosessi, kun taas puhelinneuvonta ja siinä tapahtuva hoidon tarpeen arviointi on vuorovaikutuksellinen ja dialoginen prosessi, jossa ilman kliinisiä havaintoja pyritään saamaan soittajan näkökulma mahdollisimman hyvin esille. Sekä Barnes ym. (2014), Engström, Ernesäter, Holmström & Winblad:in (2014) että Egerod ym. (2017) tutkimuksessa todettiin, että soittajan ja puheluun vastaajan välinen kommunikaatio on avainasemassa potilastyytyväisyyteen, potilasturvallisuuteen sekä oikeaan hoidon tarpeen arviointiin. Tästä syystä dialogi on keskeinen käsite ja osa puhelinneuvontaa ja siihen sisältyvää hoidon tarpeen arviointia.

## 4.5 Reflektiivisyys ja refleksiivisyys puhelinneuvonnan vuorovaikutustilanteissa

Reflektiivisyys tarkoittaa omien ja toisen sisäisten tilojen havainnointia, tunnistamista, ilmaisua ja suhtautumista niihin. Reflektiivisyys liittyy erityisesti vuorovaikutukseen. (Tiuraniemi 2002, 2.) Reflektiivisyys ei kuvaa pelkkää ajatustyötä, vaan siihen liittyvät toimintaan perustuva kokemus, kokemuksesta oppiminen ja toisin toimimisen mahdollisuuden ymmärtäminen. Reflektiivinen oppiminen on prosessi, jossa reflektoidaan kaikkia tiedonlähteitä, teoreettista, persoonallista, käytännöllistä, kriittistä ja prosessuaalista tietoa, jotka vaikuttavat tilannetta koskevaan ymmärrykseen. Reflektiossa tarkastelu kohdistuu johonkin objektiin. (Tapola-Haapala 2011, 23.)

Reflektio vuorovaikutuksessa tarkoittaa tilannetta, jossa asiantuntija, haastattelija tai vastaavassa asemassa oleva henkilö palauttaa tai heijastaa takaisin sen, mitä haastateltava sanoi. Reflektio sisältää samoja sanoja ja saman olennaisen sisällön, mitä haastateltava juuri sanoi. Reflektio sisältää myös ei-kielellisen tunnesisällön, joka viestiin tai sanomiseen liittyi. Haastattelija toimii ikään kuin peilinä, joka heijastaa takaisin sen, mitä haastateltava kertoo. Reflektoinnista voi olla monenlaista hyötyä muun muassa siinä, että reflektion avulla haastattelija osoittaa olevansa kiinnostunut haastateltavan asiasta ja haluaa paneutua siihen tai, kun haastattelija haluaa tarkistaa, että on ymmärtänyt oikein haastateltavan sanoman. Reflektiosta on hyötyä myös silloin, kun haastattelija haluaa osoittaa, ettei suhtaudu kielteisesti asiaan tai siihen liittyviin tunteisiin ja haluaa auttaa haastateltavaa tunnistamaan omia tunteitaan. (Tiuraniemi 2002, 7-8.) Näistä edellä mainituista johtuvista syistä reflektiivisyys puhelinneuvonnassa tulisi olla keskeistä ja tähän tulisi puheluun vastaavan henkilön kiinnittää erityistä huomiota reflektiivisyyteen sekä reflektion käyttöön.

Refleksiivisyydessä tarkastelu kohdistuu omaan itseensä (Tapola-Haapala 2011, 23). Sillä tarkoitetaan yksilön kykyä tarkastella omaa käyttäytymistään ja omaa toimintaansa. Kun henkilö keskittyy tarkastelemaan omia sisäisiä tilojaan, kyseessä on itsereflektio eli refleksiivinen (itseen suuntautuva) toiminta (Tiuraniemi 2002, 2). Puhelinneuvontaa tekevän henkilön tulee kyetä refleksiivisyyteen, tunnistamaan omat reaktionsa ja tunteensa, jotta pystyy toimimaan puhelimessa asiakaslähtöisesti.

## 4.6 Kommunikointi, kysymysten esittäminen

Barnes ym. (2014) tutkimuksen mukaan lääkäreiden ja hoitajien tavat, puhelimitse tehtävässä hoidon tarpeen arviossa, esittää kysymyksiä sekä kysymysten muodot ovat erilaisia. Hoidon tarpeen arvioinnin jälkeen käytettävissä olevat tiedot vaihtelevat riippuen siitä oliko kysymysten esittäjä hoitaja vai lääkäri. Myös potilaiden kokemukset hoidon tarpeen arvioinnista vaihtelevat tekijän mukaan. Tutkimuksessa hoitajat käyttivät hoidon tarpeen arvioinnin apuna erillistä tietokoneohjelmaa, joka ohjasi heitä kysymään tiettyjä kysymyksiä potilailta, kun taas lääkärit tässä tutkimuksessa kysyivät tarpeelliseksi katsomiaan kysymyksiä. Tämä johti siihen, että tietokoneohjelma ohjasi hoitajia kysymään tarkistuslistamaisesti kysymyksiä potilailta. Tutkimuksen aikana hoitajat kysyivät kolme kertaa niin paljon kysymyksiä kuin lääkärit. Lääkärit esittivät potilaille luonteeltaan avoimia kysymyksiä, joihin potilaat voivat vastata laajasti. Hoitajat taas esittivät kysymyksiä, jotka pitivät useimmiten sisällään jo perusoletuksen vastauksesta, jolle haettiin vain varmistusta. Hoitajat pyrkivät tietokoneen antamalla kysymyslistallaan sulkemaan vakavien ja kiireellisesti hoidettavien sairauksien mahdollisuuden pois, kun taas lääkärit keskittyivät enemmän potilaan odotuksiin ja oletuksiin sekä heidän esittämäänsä vaivaan, kuunnellen potilasta. (Barnes ym. 2014.)

Kysymykset puhelimessa tapahtuvaan hoidon tarpeen arviointiin tulee olla suunniteltu niin, että ne antavat mahdollisimman hyvän informaation potilaan tilanteesta ja siten, että potilaat myös kokevat puhelimessa tehdyn hoidon tarpeen arvioinnin mielekkäänä osana palveluohjausta. Potilaan ja hoidon tarpeen arvioinnin tekijän välisen kommunikoinnin laatu puhelimessa tapahtuvan hoidon tarpeen arvioinnin aikana on avain turvalliseen ja tehokkaaseen potilaskokemukseen. Potilaskeskeinen hoidon tarpeen arviointitapa lisää potilastyytyväisyyttä, hoitomyönteisyyttä sekä edistää potilaiden terveyttä. (Barnes ym. 2014.)

Egerod, ym. tutkimuksessa (2017) tutkittiin niitä tekijöitä, jotka vaikuttivat Kööpenhaminan virka-ajan ulkopuolisen terveydenhuollon puhelinneuvontaan tulleiden puheluiden mahdolliseen aliluokitteluun. Aliluokiteltujen puheluiden määrä tässä tutkimuksessa oli hyvin vähäinen 0,04%. Tutkimuksessa löydettiin sekä puhelinneuvonnan antajaan sekä puhelun soittajaan liittyviä tekijöitä, jotka osaltaan vaikuttivat siihen, että soittajan esittämä vaiva lopulta aliluokiteltiin. Epämääräiset oireet sekä huono kommunikaatio soittajan ja neuvojan välillä aiheuttivat aliluokittelua. Lääkäriin ohjaukseen syynä oli

useimmiten ruuansulatukseen, verenkiertoon tai hengityselimistöön liittyvät ongelmat. Tässä tutkimuksessa ei tutkittu lainkaan yliluokiteltuja puheluita. (Egerod, ym. 2017.)

Egerod ym. (2017) mukaan lääketieteellisen diagnoosin tekeminen on normaalisti melko monologinen prosessi. Puhelinneuvonta ja hoidon tarpeen arviointi taas on vuorovaikutuksellinen ja dialoginen prosessi, koska ei ole käytettävissä omia kliinisiä havaintoja tai laboratoriotestien tuloksia. Erilaisten mittareiden, kuten esimerkiksi kipumittarin käyttö puhelimitse tehdyssä hoidon tarpeen arvioinnissa olisi tärkeää, koska siten saataisiin parhaiten soittajan näkökulma selville. (Egerod, ym. 2017.) Soittajan kokemus omasta terveydentilastaan on aina subjektiivinen ja häntä tulee tämän vuoksi tarkasti kuunnella ja kunnioittaa hänen kokemustaan omasta tilanteestaan.

Engström ym. (2014) tutkimuksessa tutkittiin eroavaisuuksia hoitovirheisiin johtaneissa puheluissa ja vastaavissa onnistuneissa puheluissa. Keskeinen eroava asia oli näissä hoidon tarpeen arviota suorittavan henkilön ja soittajan välinen kommunikaatio ja sen laatu. Onnistuneissa kontrollipuheluissa hoidon tarpeen arviointiin käytettiin enemmän avoimia kysymyksiä, kun taas hoitovirheisiin johtaneissa puheluissa käytettiin enemmän suljettuja kysymyksiä. Onnistuneissa kontrollipuheluissa oli huomattavissa myös kommunikoinnin vastavuoroisuus ja se, että soittajaa kannustettiin kertomaan oireistaan ja taustoistaan laajemmin. Kummassakaan puheluryhmässä ei varmistettu sitä, että soittaja puhelun lopuksi ymmärtäisi saamansa ohjeet, vaikka tämä olisikin yksi potilasturvallisuutta lisäävä tekijä puhelinneuvonnassa. Myöskään pelkästään neuvo ottaa päivystykseen yhteyttä voinnin huonontuessa tai oireiden pahentuessa ei välttämättä riitä, koska potilaat eivät välttämättä tiedä, mitkä ovat ne oireet ja merkit, jolloin tulisi olla ohjattuun tahoon yhteydessä. Myös edellä mainitun kaltaisista puhelinneuvonnan ohjeista on seurannut hoitovirhesyytteitä. Aiemmissa tutkimuksissa on myös käynyt ilmi, että vaikka potilaat eivät luottaisi puhelinneuvoja antavan ihmisen neuvoihin täysin, he useimmiten kuitenkin noudattavat näitä, johtuen puhelinneuvontaa antavan henkilön näennäisestä auktoriteetista suhteessa soittajaan. (Engström ym. 2014.) Toisaalta taas terveyspalveluihin soittavalla henkilöllä itsellään on myös oltava vastuu vastata esitettyihin kysymyksiin rehellisesti sekä viime kädessä myös vastuu omasta terveydestään huolehtimiseen.

## 4.7 Puhelinneuvonnassa annettujen ohjeiden noudattamiseen vaikuttavat tekijät

Byrne ym. (2017) tutkimuksessa tutkittiin yli 45-vuotiaiden Australian puhelinneuvontaan soittaneiden potilaiden hoitoon- tai itsehoitoon ohjauksen noudattamista. Tutkimuksessa

todettiin, että näiden yli 45-vuotiaiden keskuudessa noudatettiin parhaiten puhelinneuvonnan ohjeita omahoidon ja ensiapuun hakeutumisen osalta, kun taas ohje hakeutua perusterveydenhuollon lääkärin vastaanotolle tietyn aikarajan puitteissa oli vähiten noudatettu. (Byrne ym. 2017.)

Puhelinneuvonnan ohjeiden noudattamiseen Byrnen ym. (2017) tutkimuksen mukaan vaikuttivat mm. potilaan oma arviointi tarvittavan hoidon tasosta, sosiaalinen ympäristö, potilaiden ja puhelintriagea tekevän hoitajan välisen kommunikoinnin laatu sekä ohjeistetun hoidon saatavuus ja tavoitettavuus. Päivystykseen puhelimessa annettujen ohjeiden vastaisesti hakeutui vuorokauden sisään ainoastaan 7% tutkimukseen osallistujista. (Byrne ym. 2017.)

## 4.8 Puhelinneuvonnan turvallisuuteen vaikuttavat tekijät

Giesen ym. tutkimuksessa (2016) tutkittiin Alankomaiden puhelinneuvonnan järjestämistä, hoidon tarpeen arvioinnin osuvuutta sekä siihen vaikuttavia tekijöitä. Tämän tutkimuksen mukaan hoidon tarpeen arviointi osui 63,6% vastauksista. Yliluokiteltujen tapausten osuus oli 19,3% ja aliluokiteltujen tapausten osuus oli 17,1%. Vähäisissä määrin arvioinnin virheprosenttia laski vastaajan työkokemus sekä päivittäinen yhteinen palaveri lääkäreiden kanssa. Yllättäen triagen harjoittelu, triage -työkalujen käyttö tai annettujen ohjeiden käyttö ei vaikuttanut virheprosenttiin. Kuitenkin tutkimuksessa suositeltiin sitä, että puhelintriagea tekeville tulee järjestää koulutusta varsinkin potilaiden esittämien hälytysmerkkien tunnistamisesta sekä yhtenäiset ohjeet puhelintriagea varten on syytä olla olemassa. (Giesen, ym. 2016, 28-34.)

Giesen, Huibers, Renaud, Smits. & Wensing:in katsauksessa (2011) arvioitiin tutkimustuloksia virka-ajan ulkopuolisen puhelinneuvonnan turvallisuudesta. Vanhemmissa tutkimustuloksissa todettiin potilasturvallisuuden vaarantuvan virka-ajan ulkopuolisessa puhelintriagessa. Oikeista potilaista koostuvissa tutkimuksissa, todettiin että noin 10%:ssa virka-ajan ulkopuolisista soitoista potilasturvallisuus vaarantui. Noin 50%:ssa simuloiduista korkeariskisistä potilastapauksissa potilasturvallisuus vaarantui. Haittatapahtumat koostuivat suunnittelemattomasta sairaalaan joutumisesta, suunnittelemattomasta päivystyskäynnistä, hoitovirheestä ja kuolemasta. Puhelinneuvonnan ja hoidon tarpeen arvioinnin turvallisuuden kehittämiseksi tutkimuksessa ehdotettiin päätöksenteon tueksi suunniteltua tietokoneohjelmaa, triage -koulutusta, yhtenäisiä protokollia, laajaa potilaan taustojen selvittämistä sekä harjoittelua korkeariskisten potilaiden tunnistamiseen.

Tutkimuksessa myös todettiin, että kaikkia haittatapahtumia ei voida kokonaan mitenkään poistaa. (Giesen, ym. 2011, 198, 206-208.)

Earp & Onubogun tutkimuksessa (2013) pyrittiin kuvaamaan puhelinhoitajan työtä tekevien näkemyksiä hoidon turvallisesta arvioinnista, päätöksenteosta, hoitotyön ohjeista sekä työtyytyväisyydestä. Suurin osa koki puhelimitse tapahtuvan arvioinnin olevan turvallista. Hieman vähemmän luottavaisia vastaajat olivat puhelimessa tehtävään päätökseen. Hoitotyön käytännöt ja ohjeet olivat tärkeitä ja suurin osa puhelinhoitajista koki olevansa tyytyväinen työhönsä. Kyseiset muuttujat eivät korreloineet hoitotyön koulutuksen tasoon tai työkokemukseen puhelinhoitajan työstä. (Earp & Onubogu, 2013.)

## 4.9 Puhelimessa tapahtuvan hoidon tarpeen arvioinnin tarkoituksenmukaisuus

Iivanainen ym. tutkimuksessa (2009) tutkittiin päiväaikaisten potilaiden yhteydenottoja akuuteiksi koetuissa vaivoissa sekä hoitoonohjausta ja päivystyksellisen hoidon tarkoituksenmukaisuutta, Helsingin Herttoniemen terveysasemalla. Tämän tutkimuksen mukaan 68% päivystyspotilaista tarvitsi päivystyksellistä hoitoa ja 32% olisi voinut odottaa ainakin seuraavaan päivään omalääkärin vastaanottoa ja tämän olisi voinut havaita myös huolellisessa potilaan esihaastattelussa. N. 70% akuuttipotilaiden kontakteista tapahtui puhelimitse. Hoidon tarpeen arviointi puhelimessa on haasteellista, mutta siihen kuitenkin kannattaa panostaa. Terveysasemalle suoraan akuuttiaikaa varaamaan tulevat potilaat on vaikea käännyttää pois, vaikka välitöntä hoidon tarvetta ei olisikaan. Tämä kuormittaa turhaan akuuttipotilaille varattuja resursseja. (Iivanainen ym. 2009.)

# 5 METODISET RATKAISUT

## 5.1 Tapaustutkimus lähestymistapana

Kehittämisprojektissa on hyödynnetty laadullisen tapaustutkimuksen metodiikkaa, jolloin myös tavoitteet, tarkoitus ja tehtävät ovat määräytyneet valitun tutkimusmetodiikan mukaisesti. Tapaustutkimuksesta ei ole yksiselitteistä määritelmää. Tapaustutkimuksen perimmäinen tehtävä on tehdä tapauksesta ymmärrettävä. Tapaustutkimukselle tyypillistä on, että yksittäisestä tapauksesta, kuten henkilö, kylä, organisaatio, prosessi, tuotetaan yksityiskohtaista, intensiivistä tietoa ja aineistonkeruussa käytetään useita menetelmiä sekä tapauksia tarkastellaan niiden luonnollisessa asiayhteydessä. Keskeisiä ominaisuuksia tapaustutkimukselle ovat yksilöllistäminen, kokonaisvaltaisuus, monitieteisyys, luonnollisuus, vuorovaikutus, mukautuvuus sekä arvosidonnaisuus. Tapaustutkimuksen ominaispiirteitä ovat teorian vahva osuus, tutkijan osallisuus ulkopuolisuuden sijaan, monimetodisuus sekä rakenteelliset (väestöön liittyvät) ja historialliset (tapahtumiin liittyvät) sidokset. Tapaustutkimuksessa pyritään muun muassa erilaisten monimutkaisten ilmiöiden ymmärtämiseen tai selittämiseen todellisissa tilanteissa ja konteksteissa. (Bamberg, Jokinen & Laine 2007, 31; Eskola & Saarela-Kinnunen 2010, 189-194; Piekkari & Welch 2011, 185.)

Olennaista tapaustutkimuksessa on, että käsiteltävä aineisto muodostaa kokonaisuuden, siis tapauksen. Tapauskysymys etsii vastauksia kysymyksiin, kuinka ja miksi. (Eskola & Saarela-Kinnunen 2010, 190-191.) Yinin teorian mukaan taas tapaustutkimus soveltuu hyvin vastaamaan kysymyksiin, miten ja miksi (Piekkari & Welch 2011, 189). Tapaustutkimuksessa tapauksen kokonaisvaltainen ymmärtäminen on tärkeämpää kuin yleistäminen. Tapaustutkimus on lähestymistapa, näkökulma todellisuuden ja ”todellisuuden” tutkimiseen. Tutkimuksessa teoria ja empiria ovat parhaimmillaan uutta luovassa vuoropuhelussa keskenään. (Eskola & Saarela-Kinnunen 2010, 196-198.)

Tapaustutkimukset voidaan jakaa karkeasti kahteen ryhmään tieteenfilosofisen tutkimusperinteen mukaan, positivistiseen ja tulkitsevaan. Ominaista tulkitsevalle tutkimusotteelle on toimijoiden erilaisten ja mahdollisesti myös eriävien näkemysten esittäminen, narratiivien käyttö sekä reflektiivinen ja pohdiskeleva kirjoitustyyli merkitysten rakentumisesta. (Piekkari & Welch 2011, 190.)

Kuten tapaustutkimuksen luonteeseen kuuluu, tässä kehittämisprojektissa tutkittiin yhden organisaation, Raision terveyskeskuksen, puhelinneuvonnan ja ajanvarauksen prosessia. Haastattelut tehtiin työympäristössä, hoitajien työhuoneissa. Käsiteltävä aineisto muodosti kokonaiskuvan terveyskeskuksen puhelinneuvonnasta ja ajanvarauksesta. Tapaustutkimus soveltui tässä työssä parhaiten käytettäväksi lähestymistavaksi.

## 5.2 Narratiivisuus tutkimusotteena

Kaasilan (2008, 42) mukaan tapaustutkimukseen liittyviä mahdollisuuksia voidaan laajentaa soveltamalla sen yhteydessä narratiivista lähestymistapaa. Narratiivinen lähestymistapa ei sovellu tutkimuksiin, jossa tutkittavien joukko on suuri ja tutkittavat ovat tuntemattomia, anonyymeja (Riessman 2005). Tässä kehittämisprojektissa tutkittavien joukko oli rajattu ja tutkittavat olivat tutkijalle tuttuja, kollegoita.

Narratiivisuuden käsite tulee latinankielisistä sanoista narratio eli kertomus ja narrare eli kertoa. Narratiivisuus voi viitata tietämisen tapaan ja tiedon luonteeseen, kerättyyn tutkimusaineistoon, aineiston analyysitapoihin ja tutkimuksen käytännölliseen merkitykseen. Narratiivisuus ei ole itsenäinen metodi, vaan väljä viitekehys, joka yhdistää kertomukseen liittyvää tutkimusta eri tieteenaloilla. Narratiivinen lähestymistapa hylkää ajatuksen yleispätevästä ja ajattomasta tiedosta, vaan korostaa tiedon subjektiivista luonnetta ja kontekstuaalisuutta. Tietäminen on ajasta, paikasta ja henkilöstä riippuvaa (relativismi). Narratiivissa ihminen reflektoi ja järjestää aikaisempaa kokemustaan ja antaa tapahtumille merkityksen ja selityksen. (Kohonen 2011, 196-198.) Narratiivi on suullinen, kirjallinen tai kuvattu tapahtumien sarja, joka on kerrottu muille tai itselle. Narratiivi ei ole jonkinlainen verbaalinen materiaali, joka on puhtaasti kuvaileva ja yleistajuinen (kuten esimerkiksi huonekalun kokoamisohjeet) tai irrallinen tai abstrakti. Narratiiveja käytetään lähinnä kuvailemaan omia tai muiden kokemuksia tai mahdollisesti täysin kuvitteellisia tapahtumia, kuten satuja, myyttejä tai kansantaruja. (Smith 2000, 328.)

Sosiaalihistoriassa ja antropologiassa narratiivi voi tarkoittaa kokonaista elämänkertaa. Sosiolinguistisissa ja muilla aloilla narratiivi on rajattu, lyhyt, paikallisesti erityistä tarinaa, joka järjestyy henkilöhahmojen, tapahtumien ja juonen ympärille. (Riessman, 2005.) Denzinin ja Lincolnin (1994, 2) mukaan elämänkertoihin voidaan katsoa kuuluvaksi esimerkiksi erilaisia opintojen aikana kerääntyneitä näytteitä, kuten tapauskuvauksia, henkilökohtaisten kokemusten kuvauksia, elämänkertoja, haastatteluja, observointeja, historiallisia, osallistavia ja visuaalisia tekstejä. Kaiken kaikkiaan elämänkertoihin voidaan

katsoa kuuluvaksi sellaista aineistoa, joka kuvaa rutiininomaisia, ongelmallisia tai muuten vain haasteellisia hetkiä ja merkityksiä yksilön elämässä. (Malmivirta 2011, 117.) Narratiiveja pidetään suullisen ilmaisun perusmuotona. Menneistä tapahtumista kertominen on muun muassa yksi varhaisimmista lasten esitelmien muodoista. Päivittäin käydyissä keskusteluissa me luomme kokemuksia uudelleen tai kerromme tarinoita muille esimerkiksi ohjataksemme, tiedottaaksemme tai viihdyttääksemme. (Smith 2000, 327.)

Narratiivisella ajattelulla selitämme fysikaalisen todellisuuden sijasta psyykkistä todellisuutta ja inhimillistä toimintaa. Tällä ajattelumallilla pyrimme selittämään yksittäisiä tapahtumia ja näiden tapahtumien välisiä suhteita sen sijaan, että etsisimme yleisiä lakeja. Bruner (1986) korostaa kertomuksia tietämisen ja ajattelun muotona. Hänen mukaansa voimme tietää kerronnallisesti ja paradigmaattisesti. Tapamme tehdä havaintoja ja tietää niistä on luonteeltaan kerronnallisia ja kertomukset tulosta narratiivisesta tietämisestä. Paradigmaattinen tietämisen tapa on ominaista taas erityisesti luonnontieteille. Narratiivisessa ajattelussa toimitaan inhimillisten kokemusten, uskomusten, epäilyjen, intentioiden sekä emootioiden parissa. Ristiriitaisuutta ei loogisessa argumentoinnissa hyväksytä, mutta narratiivisessa ajattelussa se on yksi tapa ilmentää maailmaa. (Bruner 1986; Polkinghorne 1995; Kujala 2006, 113; Salo 2008, 84.)

Kansainvälisesti tyypillisin tapa kerätä ihmistieteellistä narratiivista aineistoa on haastattelu. Kertomusmuotoista aineistoa tuottaa varmimmin sellainen haastattelutapa, jossa haastateltavaa pyydetään haastattelun aluksi kertomaan tarinansa tutkimuksen kohteena olevasta aiheesta. (Hänninen 2015, 172.)

Heikkisen (2001 ja 2002) mukaan narratiiville tyypillisenä piirteenä voidaan pitää tiettyä kronologisuutta ja juonirakennetta. Narratiivit ovat usein takautuvia ja noudattavat ajallista järjestystä; niillä on alkukohta, keskikohta ja päätös. Narratiivisessa tutkimuksessa ollaan kiinnostuneita niistä tapahtumista, kokemuksista ja niille annetuista merkityksistä, joista kerrotaan. Tällöin tutkimuksen tavoitteena on erilaisten äänten kuuntelu, analysointi ja tutkimuksen avulla yhteiseksi tiedoksi saattaminen. (Kujala 2006, 111.) Narratiivien avulla kerrotaan jotakin jollekin toiselle ja tutkijan tulisi pyrkiä säilyttämään ja kunnioittamaan tutkittavien autenttista ääntä tutkimuksessaan (Malmivirta 2011, 117). Narratiivissa tarinan kertojan ääni pääsee hyvin esille, kuten tässä tapauksessa hoitajien, jotka tekevät puhelinneuvontaa sekä varaavat aikoja lääkäreiden ja hoitajien vastaanotoille. Narratiivissa on usein kantava johtoajatus, teema tai juoni, joka sitoo yksittäiset tapahtumat kokonaisuudeksi. Väljemmän määrittelyn mukaan narratiiveiksi voidaan myös

ymmärtää kaikki edes jossain määrin kerrontaan perustuvat aineistot, joiden analysoiminen vaatii tulkintaa (Kohonen 2011, 196-198; Puusniekka & Saaranen-Kauppinen 2016.)

Narratiivisessa tutkimuksessa sekä narratiivisesti tarkastellussa aineistoissa tutkijaa ei kiinnosta vain se mitä henkilöt puhuvat, vaan vähintään yhtä tärkeää on se, millä tavalla tapahtumista ja asioista kerrotaan, puhutaan ja miksi niistä kerrotaan juuri tietyllä tavalla (Kaasila 2008, 42-43). Kertomus on vuorovaikutuksen väline ja kertomukset voivat olla luonteeltaan myös performatiivisia, jolloin kertomuksen esittävyys avautuu nimenomaan tarinan vastaanottajalle eli tässä tapauksessa tutkijalle. Kertomuksen performatiivisuus aktualisoituu nimenomaan silloin, kun tutkimusaineiston kertomukset halutaan ymmärtää laajemmin kuin yksittäisinä arkipuheesta erotettuina puhetekoina. Ei ole merkityksetöntä esimerkiksi haastattelupuheen analyysissa kuka kertoo, minkälaisia tarinoita, kenelle ja missä yhteydessä. (Salo 2008, 87-88.)

Narratiivi on kertomus, joka sisältää sarjan tapahtumia, jotka ovat merkityksellisiä kertojalle ja hänen yleisölleen (Kaasila 2008, 42). Hännisen (1999) mukaan tarina viittaa ihmisen mielen sisäiseen tapaan hahmottaa elämää ja maailmaa. Tietyllä tavalla narratiivit tässä työssä kuvastavat siis haastateltavien arvoja ja asenteita työtään ja asiakkaitaan kohtaan. Tarina on ihmisen subjektiivinen kokemus, kontekstuaalinen, ajallinen kokonaisuus. Kerrottu tarina esittää jonkun yleisen totuuden tai mahdollisuuden yksittäistapauksen kautta. (Hänninen 1999; Kujala 2006, 108.)

Narratiiville luonteenomaista on logiikka, jonka varaan kertoja rakentaa kertomuksensa. Narratiivissa on useimmiten löydettävissä alku keskikohta ja loppu. (Kaasila 2008, 42-43.) Tarinan perustavanlaatuinen ominaisuus on, että se koskee ajassa eteneviä tapahtumakulkuja. Tarinan koossa pitävä voima on juoni, joka sitoo peräkkäiset tapahtumat toisiinsa. Juoni on merkittävin tarinan yksittäinen piirre tarkasteltaessa kertomuksen ajallista rakentumista. Juoni sitoo tarinan yksittäiset tapahtumat toisiinsa ja vasta juonen avulla syntynyttä tapahtumien kokonaisuutta voidaan kutsua kertomukseksi. (Hänninen 1991; Hänninen 2015, 170; Ricoeur 1981;1985, Kujalan 2006, 111 mukaan.)

Kaiken perustana on joukko perättäisiä tapahtumia, jotka liittyvät ihmiseen tai johonkin muuhun tavoitteisesti toimivaan olentoon. Tapahtumien tulkinnasta syntyy tarina ja tarinaa esittäessä syntyy kertomus, jossa tarina esitetään erilaisten symbolien avulla (peräkkäisinä sanoina, kuvina tai liikkeinä). Tarinassa tapahtumat eivät ole neutraaleja, vaan niihin liittyy tunne- ja arvolatauksia. Tapahtumat eivät myöskään ole toisistaan irrallisia vaan liittyvät toisiinsa syinä ja seurauksina. (Hänninen 2015, 169.)

Narratiivisessa aineiston keruussa haastattelun tulisi olla keskustelunomainen, verrattavissa avoimeen tai syvähaastatteluun. Tärkeää on, että haastattelija onnistuu luomaan luottamuksellisen ilmapiirin heti alusta lähtien. Haastattelijalla ei ole tarkkoja, etukäteen mietittyjä kysymyksiä, vain ilmiö, josta keskustellaan, on määritelty. Haastattelussa huomio kohdistuu tutkittavan näkökulmaan, mitä merkityksiä haastateltava antaa tapahtumille tai kokemuksille, kuten tässä tutkimuksessa. Narratiivisella, kerronnallisella haastattelulla tarkoitetaan sitä, että haastattelija antaa riittävästi haastateltavalle tilaa kertomiselle. Samalla hän pyrkii esittämään sellaisia kysymyksiä, joihin odottaa saavansa vastauksiksi kertomuksia. Haastattelu on muotoiltu siten, että se jättää haastateltavalle päätöksen mistä aloittaa sekä mitä ja millä tavalla hän kertoo. Haastattelumateriaalien pohjalta tutkija rakentaa oman tulkinnan haastateltavien narratiiveista. Narratiivisen aineiston tavoitteena on ”äänen antaminen” haastateltaville. Narratiivinen lähestymistapa on omiaan tuottamaan uutta ja mielenkiintoista tietoa, joka laajentaa ymmärrystämme organisaatioiden, johtajien ja johdettavien elämästä. Narratiivisen tutkimuksen voima on nimenomaan sen todentunnussa. Parhaimmillaan tutkimuksen lukemisen jälkeen jotain on toisin sekä lukijan että tutkijan maailmassa. (Syrjälä 2001, 210-213; Hyvärinen & Löyttyniemi 2005, Kaasilan 2008, 45 mukaan; Kohonen 2011, 201-203.)

Tarkoituksena oli haastatella puhelinneuvontaa ja ajanvarauksia tekeviä hoitajia heidän onnistuneista kokemuksistaan koskien puhelinneuvonnan ja ajanvarauksen käytäntöjä. Saatua tietoa hyödynnetään asiakaslähtöisen puhelinneuvonnan ja ajanvarauksen käytänteiden edelleen kehittämisessä. Haastatteluista rakentuvia narratiiveja reflektoitiin teoreettiseen viitekehykseen ja tätä kautta puhelinneuvonnan kokemusten sijoittumista aiempaan tutkimustietoon. Riessmanin (2005) mukaan narratiivi tarjoaa tarinankertojalle mahdollisuuden kokea hetki uudelleen. Tämän kehittämisprojektin yhtenä tarkoituksena oli saada työntekijät hetkeksi miettimään puhelinneuvonnan ja heidän muun työnsä positiivisia kokemuksia kaiken ruuhkan ja paineen keskellä.

## 5.3 Narratiivisen aineiston analyysi

Kvalitatiivisessa tutkimuksessa aineistosta opitaan uusia asioita ja saadaan uutta tietoa tutkimuksen kohteena olevasta aiheesta. Aineistoon perehtymällä herää erilaisia ihmetyksen aiheita, miksi-kysymyksiä, joita ei olisi voinut kuvitellakaan ennen siihen perehtymistä. Yksi tapa tuottaa miksi-kysymyksiä on verrata tutkimuskohteesta saatua aineistoa ja siitä saatua kuvaa siihen, jonka on saanut muita tutkimuksia lukemalla. Tutkimusten

väliset ristiriitaisuudet sekä aineiston epäjohdonmukaisuudet johdattavat hyvien miksi-kysymysten äärelle. Analysoinnin tavoitteena on löytää aineistosta tai ilmiöstä paradokseja, järjettömiltä tai epäjohdonmukaisilta näyttäviä asioita. (Alasuutari 1999, 217-218, 223.)

Kvalitatiivisen aineiston analyysin vaatimuksena on, että tutkija löytää aineistosta jotain absoluuttista, koko aineistoon pätevää. Kertomuksen juonirakenteen tutkiminen auttaa löytämään eri kertomuksista eroja ja yhtäläisyyksiä. Juonirakenne on myös avain kertomusten merkitysrakenteen tutkimiseen. Juonirakenneanalyysissa kertomuksista etsitään niistä itsestään löytyviä merkityksiä ja rakennepiirteitä sen sijaan, että ne koodattaisiin tai teemoitettaisiin tutkijan kehittelemän ulkokohtaisen kriteeristön mukaan. Kun juonirakenneanalyysin avulla on todettu tutkittavien kertomusten olevan sisällöltään poikkeavia muunnelmia tietystä tai tietyistä juonirakennetyypeistä, voidaan tutkimuksessa edetä esimerkiksi pohtimalla ja tekemällä johtopäätöksiä siitä, miksi juonirakenteet kertomuksissa ovat juuri sellaisia kuin ne ovat ja mitä ne voivat kertoa muusta todellisuudesta. Varsinaisia juonellisia kertomuksia ei voida arvioida vain niiden juonirakenteen perusteella, vaan niitä on arvioitava myös kokonaisuutena. Saattaa olla hyödyllistä eritellä juonirakenneanalyysin lisäksi itse kertomuksen juoneen kuulumattomia lauseita ja elementtejä, joissa tarinan kertoja esimerkiksi kommentoi kertomaansa tarinaa. (Alasuutari 1999, 131-141.)

Polkinghornen (1995) mukaan narratiivisuus voidaan ymmärtää aineiston käsittelytapana kahdella tavalla. Hän erottelee narratiivisen analyysin, jossa painopiste on uuden kertomuksen tuottamisessa aineiston kertomusten perusteella sekä narratiivien analyysin, jossa kertomukset luokitellaan erillisiin luokkiin esimerkiksi tapaustyyppien, metaforien tai kategorioiden avulla. (Heikkinen 2015, 160.) Lieblich, Tuval-Mashiach & Zilber (1998) jaottelevat narratiivisen analyysin dimensiot: holistinen vs. kategorinen ja sisältö vs. muoto. Holistisessa näkökulmassa narratiivi analysoidaan kokonaisuutena, tekstin osia tulkitaan toisten osien muodostamassa kontekstissa. Kategorinen lähestymistapa sopii käytettäväksi taas silloin, kun päähuomio kohdistuu ilmiöön tai ongelmaan, joka on jollekin tietylle ihmisryhmälle yhteinen. Tällöin jokainen kertomus jaetaan osiin, ja eri kertojien tuottamat tiettyyn kategoriaan kuuluvat katkelmat kootaan yhteen. Polkinghorne (1995) kutsuu nimenomaan kategorista lähestymistapaa narratiivien analyysiksi, jolloin vertailemalla systemaattisesti aineistokatkelmia pyritään narratiivien joukosta löytämään yleisimpiä käsitteellisiä ilmenemismuotoja. Kategorinen lähestymistapa muistuttaa Polkinghornen (1995) mukaan jonkin verran perinteistä sisällön analyysia. Toinen Lieblichin

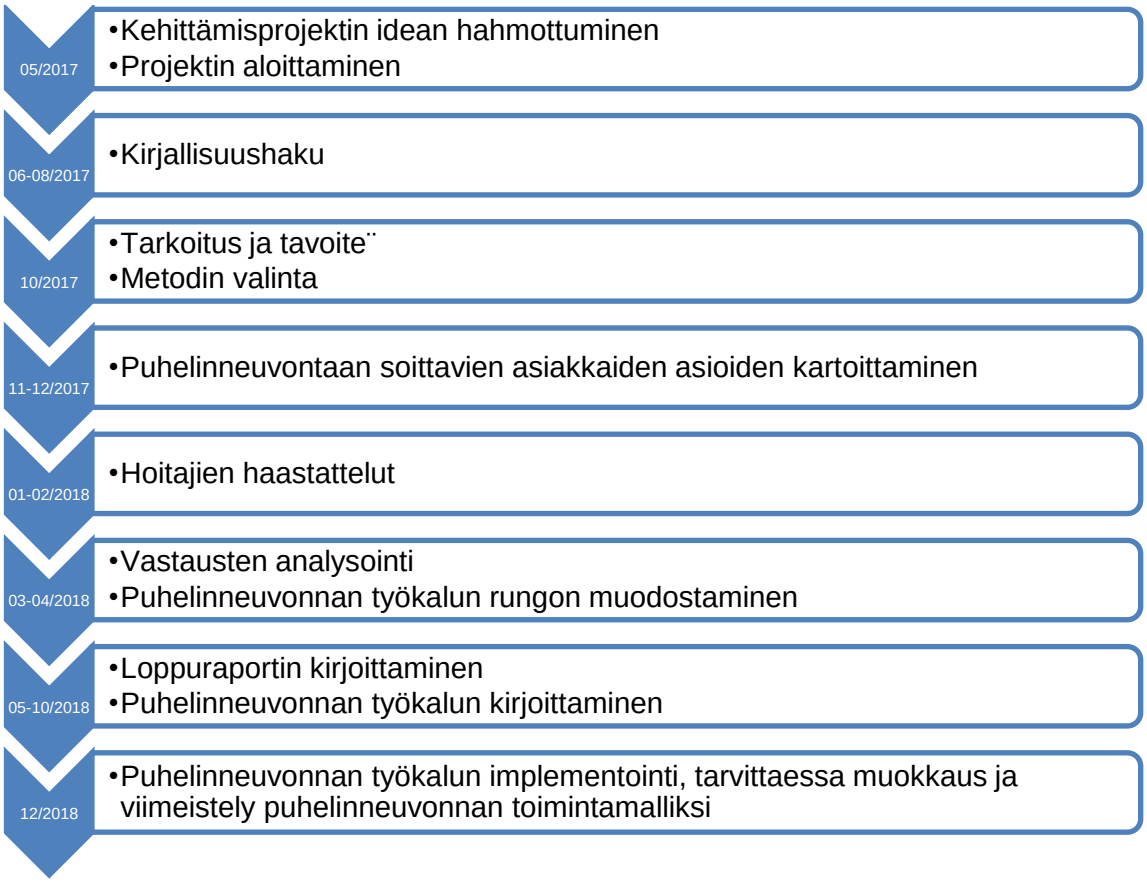
ym. (1998) käyttämä jaottelu liittyy kertomuksen sisällön ja muodon erotteluun. Myös kategorinen lähestymistapa voidaan jakaa edelleen kategoriseen sisällön analyysiin tai kategoriseen muodon analyysiin. Kategorisessa sisällön analyysissä tutkimusaineistosta poimitaan erillisiä ilmaisuja, joita luokitellaan. Muodon analyysissä sen sijaan keskitytään kertomuksen osien tyylillisiin ja kielellisiin piirteisiin. Huomio voidaan kohdentaa jonkin tapahtuman yksityiskohtaiseen sisältöön, voidaan myös kysyä, mitä motiiveja kertojalla on hänen kertoessaan tarinaa. Toisaalta Lieblich ym. (1998) mukaan voidaan myös pitää sisältö taka-alalla ja kohdentaa huomio kertomuksen muotoon, esimerkiksi juonen rakenteeseen, kertomuksen koherenssiin tai kertomuksessa käytettävään sanastoon. Narratiivisessa tutkimuksessa muodon ja sisällön erottelu ei aina ole kovinkaan selväpiirteistä, kuten ei myöskään narratiivin muodostaman kokonaisuuden ja sen sisältämien kategorioiden erottaminen. Lopullisena pyrkimyksenä tulisikin olla näiden lähestymistapojen integraatio. (Kaasila 2008, 46-48; Laitinen & Uusitalo 2008, 113; Malmivirta 2011, 160-162.)

# 6 KEHITTÄMISPROJEKTIN ETENEMINEN

## 6.1 Aikataulu ja osa-alueet

Tämä kehittämisprojekti eteni kuvan 1 kaavion mukaisesti. Puhelimessa tehtävän hoidon tarpeen arvioinnista tehty kirjallisuuskatsauksen tuloksista muodostui teoreettinen viitekehys kehittämisprojektille. Projektin tavoite ja tarkoitus ohjasi päätymistä laadullisen tapaustutkimuksen metodin valintaan. Kahden viikon ajan tekijä listasi kaikki puhelinneuvontaan soitetut asiat, jonka jälkeen kaksi kollegaa täydensivät ja muokkasivat listaa aiheista, jotka tulisi sisällyttää ajanvaraustyökaluun. Terveyskeskuksen hoitajien haastattelusta saatiin kokemustietoa jo käytössä olevista hyvistä käytännöistä koskien puhelinneuvontaa ja ajanvarausta. Raision terveysaseman resurssien selvittäminen tätä työtä varten ja auki kirjoittaminen antoivat myös pohjatietoa työkalun tekemistä varten. Valmistuttuaan puhelinneuvonnan ja ajanvarauksen työkalu viedään erilliseen terveysaseman henkilöstön käytössä olevaan intranetin työtilaan, josta se on kaikkien käytettävissä ja helposti löydettävissä. Työtilassa on paljon muitakin ohjeistuksia ja muistioita terveysaseman henkilöstölle, joten tämä on luontevin alusta työkalun sijoittamiseen.

Ohjausryhmän hyväksyttyä työn ja puhelinneuvonnan ja ajanvarauksen työkalun, implementoidaan tämä käyttöön kaikille käyttäjille yhtäaikaisesti. Heiltä saadun palautteen perusteella ajanvaraustyökalua päivitetään ja jatkokehitetään.




Kuva 1. Kehittämisprojektin eteneminen

## 6.2 Haastateltavat

Haastattelut koostuivat kahdeksasta haastattelusta, joissa haastateltiin Raision terveyskeskuksen hoitajia, jotka päivittäin työskentelivät puhelimessa. Haastattelujen ulkopuolelle rajattiin jo ennen haastattelujen aikatauluttamista henkilöt, jotka eivät päivittäisessä työssään työskennelleet puhelinneuvonnan, siihen liittyvän hoidon tarpeen arvioinnin ja ajanvarauksen kanssa, kuten diabeteshoitajat, varastonhoitaja sekä päivystyksen hoitajat. Tutkimuksen ulkopuolelle rajattiin myös lyhytaikaiset sijaiset, muutaman kuukauden terveysasemalla työskennelleet sijaiset sen sijaan haastateltiin mahdollisuuksien mukaan.

Haastateltavien ikä tai koulutustausta eivät tutkimuksen kannalta olleet olennaisia, joten niitä ei haastattelujen yhteydessä selvitetty. Haastateltavien työkokemus kyseisessä työssä vaihteli viidestä kuukaudesta 11 ja puoleen vuoteen. Kaikki olivat koko kohdeorganisaatiossa työskentelyajan työskennelleet myös puhelinneuvonnassa.

## 6.3 Haastatteluista narratiiveihin

Ihmisen kokemuksia voidaan pitää tarinoina, joita ihmiset elävät ja joita he kertoessaan muotoilevat uudelleen. Kun ihminen pohtii omaa elämäänsä, hän kertoo itselleen ja muille eri tilanteissa erilaisia tarinoita, jotka taas puolestaan voivat avata uusia näkökulmia tai kätkeä entisiä. Samalla ihminen useimmiten alkaa elää kertomansa tarinansa mukaan. (Syrjälä 2001, 203.)

Haastateltavilta suostumus haastatteluun ja sen nauhoittamiseen saatiin suullisesti. Kohdeorganisaatio ei edellyttänyt erillistä tutkimuslupaa. Haastateltavia informoitiin haastattelun taustoista ja haastattelun etenemisestä jakamalla heille liitteenä 2 oleva tiedote tutkimuksesta ennen haastattelua, ajankohtaa sopiessa. Tutkimuksen ja haastattelujen kulku käytiin vielä suullisesti läpi ennen haastatteluja ja samalla vielä varmistettiin suostumus haastatteluun ja sen nauhoitukseen. Itse haastattelut suoritettiin työpäivän lomassa etukäteen haastateltujen kanssa sovitun aikataulun mukaisesti kohdeorganisaation tiloissa.

Haastateltavilta kysyttiin, minkälaisia kokemuksia heillä oli onnistuneista puhelinneuvonnan tilanteista. Tarvittaessa esitettiin tarkentava kysymys, jossa heitä pyydettiin muistelemaan mahdollisesti jotain esimerkkiä onnistuneesta puhelusta. Heiltä myös tiedusteltiin sitä, kuinka usein he kokivat onnistuneita puhelinneuvonnan kokemuksia. Heiltä tiedusteltiin, mitkä heidän mielestään olivat hyviä käytäntöjä organisaation puhelinneuvonnassa ja ajanvarauksessa ja tarvittaessa kysymystä tarkennettiin prosessiin liittyväksi käytännöksi.

Narratiivisen kerronnallisen haastattelun tavoitteena on saada haastateltava kertomaan tarinoita, jotka liittyvät hänelle tärkeisiin seikkoihin. Kerronnallisella haastattelulla tarkoitetaan sitä, että tutkija antaa riittävästi tilaa kertomiselle, samalla pyrkien esittämään sellaisia kysymyksiä, joihin hän olettaa saavansa vastaukseksi kertomuksia. Haastattelu muotoillaan siten, että se jättää haastateltavan päätettäväksi mistä aloittaa sekä mitä ja millä tavalla hän sen kertoo. (Kaasila 2008, 45.) Osa haastateltavista kertoi yleisellä tasolla onnistuneesta puhelinneuvonnan kokemuksesta, kun taas osa haastateltavista aloittivat heti miettimään ja kertomaan jotain tiettyä yksittäistä tilannetta. Haastateltaville ei annettu haastattelun kysymyksiä tai aiheita etukäteen tiedoksi, vaan heille kerrottiin ainoastaan tutkimuksen käsittelevän hoitajien kokemuksia puhelinneuvonnasta.

Kvalitatiivisen aineiston keruun yhteydessä voidaan käyttää aineiston riittävyyteen viittaavaa kyllääntymispisteen eli saturaation käsitettä. Saturaation saavuttaminen tarkoittaa sitä, että tutkimusaineiston peruslogiikka alkaa toistaa itseään eikä mahdollinen lisäaineisto tuo tutkimusongelmaan enää uutta tietoa. Saturaatiopiste tutkimuksen aikana määritetään vertaamalla aineistoa tutkimusongelmaan. Tutkittaessa esimerkiksi yhteisön käsityksiä ja ajattelutapoja yksittäisten ihmisten käsitysten avulla, kuten tässä kehittämisprojektissa, voidaan kyllääntymispistettä käyttää tutkimuksessa kriteerinä. Aineiston saturaatio on tapahtunut, kun samat asiat alkavat kertautua haastatteluissa, tällöin aineisto on riittävä. Gaskell:in (2000) omien tutkimusten mukaan saturaatio tapahtui ensimmäisen kahdentoista haastattelun aikana. Teemojen peruselementit olivat aineistosta löydettävissä jo kuuden haastattelun jälkeen. (Gaskell 2000, 45; Hirsjärvi ym. 2015, 182; Vilkka 2015, 152-153.) Kahdeksan haastattelua koettiin riittävän, koska samat asiat alkoivat toistua haastatteluissa eli aineisto saavutti saturaation.

## 6.4 Aineiston litterointi ja analysointi

Haastattelut litteroitiin sanatarkkuudella. Tässä työssä anonymiteetin turvaamiseksi haastatteluista lainatuissa kohdissa, häivytettiin mahdollisesti tunnistettavat sanamuodot ja murreilmaisut, lauseen sisältöä tai rakennetta muuttamatta ja sanoja vaihtamatta.

Haastattelut analysoitiin narratiivien analyysia käyttäen, luokitellen haastateltujen kokemuksia pohjautuen aiempaan tutkimustietoon puhelinneuvonnan ja hoidon tarpeen arvioinnin kokemuksista. Esimerkki aineiston analyysista liitteessä 4. Puhelinneuvonnan onnistuneiden kokemuksien aineistosta muodostui 16 alaluokkaa, joista muodostui 8 pääluokkaa. Hyvät käytännöt luokiteltiin erikseen ja näistä muodostui kaksi erillistä luokkaa. Aineiston luokittelun lisäksi pohdittiin myös kertomusten taustalla vaikuttavia motiiveja. Kategorinen lähestymistapa (Lieblich ym. 1998) soveltui tähän tutkimukseen, koska kyseessä oli rajattua ihmisjoukkoa koskeva ilmiö (Malmivirta 2011,160-162). Haastatteluiden tulokset käsitellään tässä työssä aineiston analyysista nousseiden pääluokkien avulla.

# 7 HAASTATTELUJEN TULOKSET

## 7.1 Asiakaslähtöisyys

Asiakaslähtöisyyden pääluokkaan kuuluvat alaluokat kokonaisvaltaisuus sekä asiakaslähtöisyys.

Asiakaslähtöisyys on asiakkaan kokonaisvaltaista huomioimista. Koivuniemi & Simosen (2012) mukaan asiakkuus on vuorovaikutusprosessi, jossa yhdistetään voimavaroja ja jossa syntyy arvoa molemmille osapuolille. Asiakaslähtöisyys muodostuu teoista, jotka näkyvät asiakkaan saamassa palvelussa. Asiakaslähtöisyydessä keskeistä on, että toiminta suunnitellaan ja toteutetaan yhdessä asiakkaan kanssa, asiakkaan voimavarat tunnistaen ja näitä mahdollisuuksien mukaan yhdessä hyödyntäen. Organisaatioissa asiakaslähtöisyys tarkoittaa joustavuutta toimintatavoissa ja sitä, että toimintatapoja mukautetaan asiakkaiden eri tarpeisiin. (Koivunen 2017.) Hoitajat Raision terveyskeskuksessa toimivat ajoittain melko innovatiivisesti ratkoessaan asiakkaiden ongelmia rajallisten resurssien puitteissa. He pyrkivät siihen, että asiakkaan ongelma saadaan tavalla tai toisella ratkaistua. Tähän tarvitaan sujuvaa moniammatillista yhteistyötä etenkin lääkäreiden, mutta myös muiden ammattiryhmien, kuten esimerkiksi fysioterapeuttien ja sosiaalityöntekijöiden kanssa.

Koivuniemen & Simosen (2012) mukaan asiakasta tulee kohdalla parhaimpana oman itsensä ja elämänsä asiantuntijana ja hänelle on annettava mahdollistaa tunnistaa omat tarpeet ja päämäärät hoidossa sekä oikeus priorisoida ja valita. (Koivunen 2017.) Usein medioissa ja myös asiakkailta itseltään kuulee ajatusta siitä, että puhelimeen vastaava hoitaja toimii ikään kuin terveyspalveluiden portinvartijana. Haastatteluiden perusteella voidaan kuitenkin luotettavasti sanoa, että ainakin Raision terveyskeskuksessa hoitajat pyrkivät aina löytämään asiakkaan kannalta parhaan ja asiakasta tyydyttävän ratkaisun niillä resursseilla kuin heillä on käytettävänään. Vaikka ajanvaraus, ajan peruutus ja muut asiat ovat puhelinneuvonnassa eroteltuna, pyrkivät hoitajat joustavasti ja asiakaslähtöisesti hoitamaan asiakkaan asioita, vaikka he olisivatkin soittaneet eri alueelle tai valinneet eri toiminnon kuin asiakkaan varsinainen asia koskee, välillä myös sovittujen käytäntöjen vastaisesti, asiakkaan parasta ajatellen.

*”Hän asioi äitinsä puolesta ja myös omasta puolestaan, mut se vaan jäi mul jotenki mieleen, koska tota just saatiin heille molemmille semmoset ajat ja vaik ne meni vähän*

*pitemmällekin ni se oli oli kauheen tyytyväinen sitte se henkilö kuitenkin et ne ajat järjesty ja et vaik se puhelu oli pitkä ja se kesti sillai niinku aika kauan, siinä oli monta asiaa, ja joutu vähä sinksaileenkin niit et sit löysi semmoset ajat ku sit loppujen lopuksi saatiin silleen et he pääsi peräkkäisille lääkäriajoille. Ni se oli kiva, koska hän sai sit tietenkin sen äidin kyydit hoituu samalla, ku muuten hänen olis pitänyt vielä erikseen ottaa töistä vapaata siihen, et saa sen äidin kans tulla."(H4)*

*"Tänään oli semmoinen potilas millä oli hirvittävän isot ongelmat itse käyttää jotain nettivälinettä tai yleensä hahmottaa kuka lääkäri on joskus viimeks ollu. Ja sit ku saatiin tehtyä labrapyynnöt ja labrat ja katottu viimeiset ja muut, nii siit jää hyvä mieli, kun hän sano et ei hän olisi pärjännyt yksin ja sit mä sanoin et ei näis asiois tarvi pärjätäkään yksin."(H1)*

*"…asiakas oli lähdössä kuukauden päästä Thaimaaseen ja ajatteli et nyt hänel ei oo rokotukset, nyt hän ei ehdi saamaan mitään rokotuksii ja hän oli siellä hädissään ja mä rauhottelin häntä ja ruvettiin katsomaan aikataulua…"(H6)*

Asiakkaiden ongelmien kokonaisvaltainen huomiointi oli tärkeää ja merkityksellistä. Myös mahdollisuus asiakkaan tilanteen kokonaisvaltaiseen hoitoon koettiin tuovan onnistuneita kokemuksia. Tilanteet, joissa asiakkaan ongelma saatiin hoidettu alusta loppuun, puhelimesta vastaanottoon ja aina sen päättymiseen saakka, koettiin erityisen onnistuneiksi. Riittävät käytettävissä olevat resurssit antavat hoitajille mahdollisuuden pyrkiä mahdollisimman asiakkaan kokonaisvaltaiseen hoitoon ja huomioimiseen, parantaen siten asiakasturvallisuutta ja -tyytyväisyyttä.

*"…se yks mies, ku soitti mulle ja sano, et hän just astunut lasinsirpaleeseen ja oli vielä perjantai-iltapäivä ja sit tota noin niin sit mä sanoin et tuu heti, niin sit mä hoidin hänet saman tien ja sit hän lähti tyytyväisenä pois…"(H8)*

*"…halus tulla sit mun vastaanotolle ne rokotteet sit saamaan, vaik hän kuulu toiselle alueelle…se mieskin tartti vielä rokotukset ja kaikkea, arvaa kun siinä meni aikaa ja hän oli aivan niin haltioissaan, et menikö tää nyt niin hyvin…"(H6)*

## 7.2 Vuorovaikutus ja asenne

Pääluokan muodostavat refleksiivisyyden, reflektiivisyyden, dialogin sekä kommunikaation alaluokat.

Koivuniemi & Simonen (2012) mukaan oleellista asiakaslähtöisyydessä on hyvä kohtaaminen ja dialogi. Dialogi mahdollistaa sen, että asiakas voidaan kohdata yksilönä ja hänen kokemuksensa, tarpeensa ja voimavaransa otetaan huomiota sopivaa palvelua hänelle rakennettaessa. Vuorovaikutus on tärkeässä osassa ammattilaisen ja asiakkaan suhdetta ja se lisää asiakastyytyväisyyttä. Ammattilaisen vuorovaikutustaidoilta odotetaan yleensä melko paljon. (Koivunen 2017.) Keskeinen asia onnistuneissa ja turvallisissa hoidon tarpeen arviointipuheluissa kansainvälisten tutkimusten mukaan on hoidon tarpeen arvioinnin tekijän sekä soittajan välisen vuorovaikutuksen laatu (Engström ym. 2014; Byrne ym. 2017). Myös Barnes ym. (2014) tutkimuksen mukaan potilaan ja hoidon tarpeen arvion tekijän välinen vuorovaikutus ja sen laatu ovat keskeisiä turvallisessa ja tehokkaassa potilaskokemuksessa. Esimerkiksi puhelinneuvontaa tekevän henkilön oma asenne ja mieliala vaikuttavat hyvinkin paljon siihen, minkälaiset tilanteet ja puhelut koetaan onnistuneina sekä hoitajan että soittajan näkökulmasta.

”*Iloisin mielin sinne puhelimeen vastaa ja vähän tunnustelee sitä vastapuolen vastaanottokykyä ja sitä, että onko siellä huumoria mukana ja menee vähän siihen mukaan ja tekee siitä semmoisen rennon puhelun. On hyvä vastata siihen puhelimeen niin, että se ihminen melkein näkee sen, että toinen on siellä iloisella päällä. ”(H6)*

Työskentely puhelimessa tuntuu helpolta ja mielekkäältä lopputuloksesta riippumatta silloin, mikäli vuorovaikutus onnistuu. Hoitajan tulee olla puhelimessa refleksiivinen ja tunnistaa omat tunteensa asiakkaan kanssa keskustellessaan. Mikäli hoitaja ei ole positiivisella mielellä puhelimessa, vaan hänellä on muuta mielessään, saattaa puhelu tuntua normaalia haasteellisemmalta sekä asiakkaasta että hoitajasta. Positiiviset tunteet heijastuvat myös asiakkaaseen ja saattavat edesauttaa luottamuksellisen puhelinkeskustelun syntymistä ja auttaa tältä osin pääsemään parhaaseen lopputulokseen molemminpuolisessa yhteisymmärryksessä. Toisaalta taas hänen tulee osata reflektoida asiakkaan omia tuntemuksia, jotta keskustelu sujuisi mahdollisimman jouhevasti. Refleksiivisyys ja reflektiivisyys toimivat pohjana hyvälle ja onnistuneelle dialogille, joka taas on onnistuneen ja turvallisen asiakaspalvelukokemuksen ja onnistuneen hoidon tarpeen arvioinnin perusta.

*”Nuorehko isä soitti tyttärelle aikaa, flunssa päällä ja isä toki oli äärettömän kohtelias ja semmonen hyväsanainen suustaan. Hänen kanssa oli helppo käydä läpi sitä keskustelua tämmösessä miellyttävässä hengessä. Et sinne kuulu molemminpuolinen sellanen kohtelias, kiva sanailu.”(H3)*

*”Se on myöskin kiinni sieltä asiakkaasta, et jos sä alotat sillä, et ku teiltä ei koskaan mitään saa ni, sit tössää itelläkin, et ei oo kauheen sanallinen enää. ”(H3)*

*”Kun meillä kävi niin hyvin tää puhelinjuttu et tuli hyvä mieli kummallekin.”(H6)*

Haastatteluissa korostui vuorovaikutuksen laadun merkitys onnistuneeseen puhelinneuvonnan kokemukseen. Dialogin sujuvuus puhelinneuvonnassa koettiin tärkeäksi osatekijäksi onnistuneissa kokemuksissa. Kun ihmiset kohtaavat aidosti keskustelussa, syntyy molemmille tunne onnistumisesta, vaikka lopputulos puhelusta olisikin jotain muuta, mitä asiakas puhelun alussa toivoi.

## 7.3 Hoidon tarpeen arvioinnin merkitys onnistumisen kokemuksissa

Tämä pääluokka muodostui suoraan alaluokasta hoidon tarpeen arvioinnin tarkoituksenmukaisuus.

Kantosen (2014) mukaan perusterveydenhuollon lääkärin vastaanottojen saatavuus Suomessa on ollut hankalaa. Terveyskeskusten resurssit ovat kovin niukat. Monin paikoin hankaluus päästä terveyskeskuslääkärin vastaanotolle näkyy siinä, että ihmiset hakeutuvat päivystykseen parempaa hoidon tarpeen arviointia varten, vaikka heidän vaivansa ei päivystyskäyntiä vaatisikaan. (Kantonen 2014, 36)

Hoidon tarpeen arvioinnin tekemisen tärkeyden merkitys vaihteli hieman hoitajien keskuudessa. Osa hoitajista koki tämän erittäin tärkeänä, osalle sen onnistuminen oli tärkeää positiivisen palautteen saamiseksi ja osa taas piti sen tekemistä hieman vähemmän tärkeänä.

*”Onhan sitä triagee tietysti meille nyt yritetty ympätä, mut mehän ollaan jo se viimeinen paikka. Meidän on tavallaan pakko tänne se ottaa se potilas sitten jo.”(H1)*

*”Tottakai sit on tämmösii et ku sä pystyt hoitamaan asian esimerkiks puhelimessa et ei edes tarvita sitä aikaa vaan sitte sovitaan, että konsultoin lääkäriä ja sitten soittelen*

*takaisinpäin ja se asia saadaan silleen. Mä tykkään niistä sitte et mä niinku käyn lääkäriltä kysymässä et miten tehdään ja lääkäri antaa ohjeen."(H2)*

Hoidon tarpeen arvioinnin tarkoituksenmukaisuus on keskeistä resurssien riittämisessä. Mikäli akuuttiajat täyttyvät asiakkaista, jotka eivät todella tarvitse aikaa samana päivänä, voi olla, että joku, joka todella tarvitsee hoidon aloittamisen samana päivänä, joutuukin tästä syystä lähtemään virka-ajan ulkopuoliseen päivystykseen jonottamaan tai huonoimmassa tapauksessa hänen hoidon aloittamisensa viivästyy ja potilasturvallisuus vaarantuu tästä syystä.

## 7.4 Resurssit

Tämä pääluokka sisältää alaluokat aikataulu, ajan käyttö ja henkilöstö.

Grönroos ja Hirvosen (2012) tutkielman mukaan hoitohenkilöstö koki kiireen ja resurssipulan tyypillisimpänä eettisenä haasteena hoitotyössä. Muut eettiset ongelmat liittyivät selkeästi useimmiten kiireeseen ja resurssipulaan. Sairaanhoitajat kokivat hoidon tarpeen ja kiireellisyyden arvioinnin sekä lääkäripulan tyypillisimmäksi tilanteeksi, jossa he eivät tienneet oikeaa toimintatapaa. Sairaanhoitajat kohtasivat myös muita hoitajia useammin lääkärin vastaanottoaikojen riittämättömyyttä. Tämän työn tulokset tukivat täysin Grönroosin ja Hirvosen tutkimusta näissä asioissa. (Grönroos & Hirvonen 2012, 33-34.)

Riittävä resurssointi nousi useissa haastatteluissa esille. Resursseilla tässä tarkoitetaan organisaation henkilöstöresursseja. Henkilöstöresurssit jakautuivat haastatteluissa vielä lääkärien resursseista riippuviin vapaiden vastaanottoaikojen määrään sekä hoitajien resursseista riippuviin puhelimessa työskentelevän henkilöstön lukumäärään. Hyvät resurssit molemmissa johtavat siihen, että hoidon tarpeen ja kiireellisyyden arviointi voidaan toteuttaa mahdollisimman hyvin.

Puhelinneuvonnan onnistuneissa kokemuksissa haastatteluissa yhdistävänä tekijänä oli se, että resursseja oli riittävästi käytettävissä. Oli tärkeää, että oli riittävästi resursseja vastata kaikkiin saapuviin puheluihin, ilman paineita pitkistä jonotusajoista sekä lisääntyvistä puheluista. Useissa haastatteluissa haasteellisena koettiin riittävän ajan käyttö puheluissa. Hoitajat kokevat paineita puhelinjärjestelmän ruuhkautumisesta ja eivät välttämättä tästä syytä käytä riittävää aikaa puheluun, jotta hoidon tarpeen arviointi tapahtuisi riittävän perusteellisesti. Resurssien oikean kohdentamisen kannalta taas riittävien esitietojen saaminen on keskeistä. Jotta tähän päästään, tulee käyttää riittävästi aikaa,

aidon, luottamuksellisen dialogin saavuttamiseksi. Yksittäiseen puheluun tulee olla mahdollisuus käyttää riittävästi aikaa, jotta asiakkaan asia saadaan kerralla huolellisesti hoidettua. Koettiin tärkeäksi, että voitiin tarjota asiakkaalle juuri sellaista palvelua, jota asiakkaan tilanne edellytti, oikea-aikaisesti.

*”Must tuntuu, et mä onnistun aina sit jos mä saan annettua semmosen ajan et asiakas on silleen selvästi tyytyväinen siihen ja kiittää siitä.”(H4)*

*”Se että uskaltaa käyttää riittävästi aikaa, jolloin saa potilaan taustatiedot riittävän selkeästi selvitettyä, kirjattua, annettua potilaalle oikean ajan tai sopivan ajan ja myös lääkärii varten kirjattua riittävän selkeät esitiedot, joka helpottaa lääkärin työtä.”(H5)*

*”Hän oli siellä hädissään ja mä rauhoittelin häntä, siinä meni tietysti aikaa, kun puhuttiin ja suunniteltiin…” (H6)*

Haastattelujen perusteella onnistunut puhelinneuvonnan kokemus liittyi usein siihen, että hoitaja sai annettua asiakkaalle sopivan ajan. Tämä on kuitenkin pohjimmiltaan resurssikysymys, johon yksittäinen hoitaja ei voi vaikuttaa. Hoitajat pyrkivät puhelimessa tekemään mahdollisimman hyvin hoidon tarpeen arvioinnin ja käytettävien resurssien puitteissa he antavat asiakkaalle ajan tai neuvontaa terveysongelmaa koskien. Hoitajat pyrkivät parhaansa mukaan löytämään jonkinlaisen ratkaisun asiakkaan ongelmaan, joskus luovuutta ja kekseliäisyyttäkin käyttäen.

*”Eilen esimerkiksi oli semmonen asiakas, jonka mä sain fysioterapeutille akuuttiajalle tänään, niin hän oli erittäin tyytyväinen. Myös minä olin tyytyväinen sitten itseeni, kun hoksasin sen et ai niin fyssarillekin voi laittaa.”(H7)*

Hoitajat tiedostavat resurssien rajallisuuden sekä sen, että he eivät itse siihen voi vaikuttaa. Tämä on myös tärkeä näkökulma työhyvinvoinnin kannalta. Hoitajien on syytä muistaa, että asiakkaan antama negatiivinen palaute esimerkiksi jonotusajoista ei ole henkilökohtaista, vaan koskee organisaation resursseja, joihin yksittäinen hoitaja ei pysty vaikuttamaan. Hoitajien tärkeä tehtävä on pyrkiä hyödyntämään käytettävissä olevia resursseja mahdollisimman tehokkaasti sekä informoimaan esimiestä mahdollisesti esiintyvistä ongelmista.

*”Mun mielest kyl mä melkein aina koen et mä onnistun sit jos mä onnistun saamaan asiakkaalle sen ajan. Must tuntuu, et suurin osa kokemuksista on silloin onnistuneita paitsi ja silloinkin tavallaan onnistuneita, vaik se asiakas siel sit jotain naputtais nyt, et olis tarvinnu aikasemmin ja näin, mut just ku en mä pysty antaa välttämättä tai siis en*

*mä pysty sillon antaa enempää sit mun mielest se tavallaan on sillonkin mun puolelta onnistunu jos mä tarjoon hänelle kuitenkin tyyliin aikaa."(H4)*

## 7.5 Palautteen merkitys

Tähän pääluokkaan kuuluvat asiakastyytyväisyyden sekä moniammatillisen yhteistyön alaluokat.

Lähes poikkeuksetta kaikilla hoitajilla onnistuneeseen puhelinneuvonnan kokemukseen liittyi palaute tehdystä työstä. Positiivinen palaute asiakkaan taholta oli hoitajille erittäin tärkeää. Myös kollegoiden ja muiden työkavereiden positiivinen palaute merkitsi hoitajille erittäin paljon. Positiivinen palaute sai työn tuntumaan mielekkäältä.

Asiakkaan tyytyväisyys puheluun oli yksi merkittävimmistä tekijöistä, joka yhdisti onnistumisen kokemuksia. Oli tärkeää, että asiakas sai tarvittavan palvelun puhelimitse, päättyi se sitten ajanvaraukseen tai neuvontaan ja ohjaukseen. Asiakkaan antaman positiivisen palautteen koettiin olevan erittäin palkitsevaa ja se korostui voimakkaasti suuressa osassa haastatteluita.

Positiivisen palautteen merkitystä ei voi väheksyä työssäjaksamisessa ja työhyvinvoinnissa. Asiakkailta ei kovinkaan usein välttämättä saa positiivista palautetta, joten työntekijän positiivinen huomioiminen jää työkavereiden sekä esimiehen varaan.

Positiivisesta palautteesta puhuttaessa tarkoitetaan useimmiten esimiehen taholta saatua positiivista palautetta ja palautteen merkityksestä työhyvinvointiin löytyy paljon tietoa, kuten esimerkiksi Roos-Cabrera 2002, Nyystilä 2007 sekä Terävä & Mäkelä-Pusa 2011. Varsinkin asiakkailta saadun positiivisen palautteen merkitystä työntekijöiden keskuudessa saatetaan vähätellä, koska usein ajatellaan, että hoitaja saa työstään onnistumisen tunteita pelkästään pyrkimällä toimimaan sairaanhoitajan eettisten periaatteiden mukaisesti, mutta haastattelut osoittavat saadun palautteen olevan erittäin merkityksellistä onnistuneen puhelinneuvonnan kokemuksen tunteelle.

Martelan & Jarenkon (2014) mukaan kyvykkyys on yksi ihmisen psykologisista perustarpeista. Kyvykkyydellä tarkoitetaan sitä, että ihminen kokee suoriutuvansa työstään ja osaavansa työn. (Martela & Jarenko 2014, 29.) Positiivisen palautteen saaminen lisää työntekijän kyvykkyyden tunnetta, joka taas on suoraan yhteyksissä mm. tuottavuuteen ja tehokkuuteen.

Hoitajat kuvasivat kokemuksia asiakkaan antamasta positiivisesta palautteesta muun muassa seuraavilla tavoilla:

*”…asiakas on silleen selvästi tyytyväinen siihen ja kiittää siitä ja sit viel hyväs lykys toivottaa hyvää päivänjatkoakin.”(H4)*

*”…sillon kyl jäi tosi hyvä mieli ja sit ku hän sen puhelun lopuks vielä sano sillai et kiitos oikein paljon ja että jatka samaan malliin ni siit tuli kyl niin hyvä mieli sillon, koska siin näki itekin vähän eri tavalla vaivaa sitte kuitenkin.”(H4)*

*”Joskus tulee kiitosta jälkikäteen et ku asiakas pääsi lääkärille, asia eteni, hän saikin vielä vakavampaan vaivaan hoidon. Nii myöhemmin sitten he kiittää, koska he tunnistaa aika moni vanha asiakas tunnistaa mun äänestä puhelimessa, ai et siellä on se hoitaja. Et semmonen kiitoskin voi jälkikäteen tulla, et se on positiivinen. Ei pelkästään heti puhelimessa puhuessa tuu se positiivinen kiitos.”(H3)*

*”Sen mieskin tartti vielä rokotukset ja kaikkea, arvaa kun siinä meni aikaa ja hän oli aivan haltioissaan, et menikö tää nyt niin hyvin. Ja sain kiitoskortin hyvästä palvelusta.”(H6)*

Myös työkavereilta saatu positiivinen palaute oli tärkeää:

*”Saa lääkärilt sen palautteen et kiva, kun olit tehnyt riittävän hyvät esitiedot, et se helpotti mun työtä.”(H5)*

## 7.6 Yhtenäiset ohjeistukset ja prosessit

Tämä pääluokka muodostuu turvallisuuden sekä toimintaohjeiden alaluokista.

Grönroos ja Hirvosen (2012) mukaan kunta-alan hoitajien eettistä kuormittuneisuutta voisi pyrkiä vähentämään tarjoamalla mahdollisimman hyvä eettinen toimintaohjeisto päätöksenteon tueksi. Hoitajille olisi myös hyvä järjestää esimerkiksi työnohjausta tai keskustelutilaisuuksia eettisten dilemmojen käsittelyä varten. (Grönroos & Hirvonen 2012, 36.) Myös Earp & Onubogun (2013) tutkimuksen mukaan yhtenäiset hoitotyön käytännöt ja ohjeet olivat hoitajille tärkeitä. Tähän samaan lopputulokseen myös tämän tutkimuksen kautta päädyttiin.

*”Mun mielest täs on just niinku välillä vähän hankalaa niinku just sen kanssa et sit ku ei voi antaa niit enää tai et niinku ne pitää sillo heti, soittakaa kahdeksalta heti niin saatte*

*niit aikoja. Sit just jos huonol tuurilla varttia yli kahdeksaltakin kun soitat ni se on jo sit tavallaan ihan liian myöhäistä. Ja sit, ku ei sais antaa niit niinku eteenpäin niit aikoi. Sit joskus se on tosi hankalaa, ku tietää, et se ihminen tarvii sen ajan, et ketä se hyödyttää sillon, et mä sanon et soita huomenna heti kello kahdeksalta, niin se on huono. Tavallaan tunttu välillä aika toimimattomalta ja sit ku ei oo niit puoliakuuttei aikoi kuin aniharvoin antaa. Ne on tosi hyvä mun mielest sillonku niit on. Niit tarvis paljon enemmän, ku mitä niitä on, et se helpottais hirveesti tätä kyllä."(H4)*

Hoitajat toivoivat sujuvaa ja yhdenmukaista ajanvarauksen ja puhelinneuvonnan prosessia. Keskeistä työn mielekkyyden ja onnistumisten kokemusten kannalta oli, että saadaan asiakkaiden ongelmat hoidettua oikea-aikaisesti ja sujuvasti.

Grönroos ja Hirvosen (2012) tutkielman mukaan kunta-alan hoitajat kokivat työssään eettistä kuormittuneisuutta. Hieman yli puolet hoitajista heidän tutkielmansa mukaan kokivat vähintään muutaman kerran viikossa tilanteita, joissa he eivät tienneet, mikä oli oikea tapa toimia. Lähes kolmannes heidän tutkimuksensa hoitajista koki vähintään muutaman kerran viikossa tilanteita, joissa he joutuivat toimimaan sääntöjen, normien tai omien arvojen vastaisesti. (Grönroos & Hirvonen 2012, 30.) Hoitohenkilöstölle voidaan luoda yksiselitteisiä toimintaohjeita, mutta koska hoitajilla useimmiten on voimakas eettinen omatunto, ei voida olettaa, että hoitajat noudattaisivat näitä ohjeita sokeasti ilman, että he tarkasti pohtivat sen yksilöllisiä vaikutuksia asiakkaaseen sekä joskus myös tämän vuoksi toimivat annettujen ohjesääntöjen vastaisesti.

*"Mun mielestä sais olla vähän selkeemmät yhteiset pelisäännöt, et yks antaa tota ja toinen tota."(H1)*

*"…tietyllä tavalla on myös sitä hoidon tarpeen arvioinnin, triage-paperit olemassa, sitä kauheen vähän tai harvoin pystyy hyödyntämään niinku haluais hyödyntää. Ne on hyvät ohjeet, mut niihin pitää perehtyä ihan vapaa-ajalla ennakkoon, et ei niitä tässä puhelun aikana pysty."(H5)*

*"Yhteiset säännöt on hyvä käytäntö, mut et sit jo kaikki käyttäis tai niinku olis samat säännöt ja kaikki käyttäis niit samal taval. Mut et sit on näitä sitte, aina näitä tulee, et joudutaan antamaan aikaa niinku aikasemmin tai jotain muuta, ni sittehän siitä vähän putoo pohja."(H2)*

Yhteiset jo olemassa olevat ohjeistukset koettiin hyviksi, mutta osassa haastatteluissa taas yhteisiä sääntöjä ja ohjeita taas toisaalta kaivattiin, kaikki eivät kokeneet jo

olemassa olevia ohjeistuksia riittävinä. Osa koki jo olemassa olevat ohjeistukset liian laajoina, jotta niitä voisi puhelintyöskentelyssä hyödyntää. Koettiin, että nämä olivat niin laajoja, että ne tulisi sisäistää ja opetella ulkoa ennen puhelinneuvontaa. Ohjeistukset eivät välttämättä olleet kaikille selviä, eikä niiden olemassaolosta välttämättä tiedetty. Haastatteluissa tuli ilmi turhautumista siihen, että kaikki eivät noudattaneet yhteisesti sovittuja sääntöjä. Selkeitä, yhtenäisiä ohjeistuksia tarvitaan, kaikkien pitää nämä tietää ja sitoutua näihin. Yhtenäiset ohjeet tulee sijoittaa siten, että kaikki voivat myös nämä helposti löytää ja näiden tulee olla helposti päivitettävissä. Ohjeistuksien noudattamiseen taas jokaisen tulisi pystyä sitoutumaan ja niissä mahdollisesti käytännössä havaitusta epäkohdista tulisi pystyä keskustelemaan työyhteisössä avoimesti. Täysin joka tilanteeseen sopivia sääntöjä on mahdotonta luoda, vaan hoitajat edelleen säilyttänevät yksilöllisen harkinnan eri tilanteissa ohjeista huolimatta.

## 7.7 Hyvät käytännöt resurssinäkökulmasta

Puheluiden määrä Raision terveyskeskuksessa on kasvussa. Näiden lisääntyessä Raision terveyskeskuksessa on pyritty lisäämään puhelinneuvonnassa yhtä aikaa työskentelevien hoitajien lukumäärää, koska puhelinneuvonta on ajoittain ollut kovinkin ruuhkautunut. Tämä resurssien lisäys oli haastattelujen perusteella toiminut hyvin. Puhelinneuvonnan rooli vastaanottotyössä koettiin tärkeänä ja tämän ruuhkautuminen koettiin ahdistavana.

*”Jos kuus naista oikeesti tässä vaiheessa, kun kello tulee kymmentä, nii on linjoilla. Tää on hyvä käytäntö, et on saatu sen verran väkee, et pystyy puhelimeen irrottamaan noin monta kerrallaan.”(H3)*

*”No se on varmasti hyvä, et siellä on tarkoitus, että aina on joku ja nyt sitä on lisätty, että aina on useampi, et se ei jää sen varaan, et joku itse ehtii sulkee sen kirjansa, vaan se on jo etukäteen sinne lyöty, et tässä lisää ajanvarauspuhelinta. Et se ei ainakaan toiminut sillonku sanottiin et jokainen sulkee sieltä aina välillä, ei ollu riittävästi.”(H3)*

*”On hyvä, että on ainakin yritetty lisätä sitä porukkaa sinne puhelimeen.”(H8)*

*”Tää riittävä resurssointi on kuitenkin äärettömän tärkeää.”(H3)*

Vaikka palavereissa ja tauoilla käydyissä keskusteluissa usein kritisoidaan lisättyä puhelinresurssia, haastatteluissa kävi ilmi, että tähän oltiin toisaalta taas hyvin tyytyväisiä,

joka taas kertoo siitä, että puhelinneuvonta mielletään, puheista huolimatta, kuitenkin tärkeäksi osaksi päivittäistä työtä sekä asiakaspalvelua.

## 7.8 Hyvät käytännöt tietotekniikkaan liittyen

Useat haastatelluista nimesivät jonkin tietotekniikan osa-alueen hyvänä käytäntönä, ennen kysymyksen tarkentamista lähinnä prosesseja koskevaksi. Puhelinjärjestelmän ja potilastietojärjestelmän haasteita tuodaan esille keskusteluissa useissa eri tilanteissa, kuten kokouksissa ja kahvitunneilla. Haastatteluiden perusteella puhelinjärjestelmään ei kuitenkaan oltu täysin tyytymättömiä, vaan siinä myös nähtiin hyviä puolia ja potentiaalia.

Osa haastatelluista koki, että aluejako sekä aiheenmukaiset jaot ajanvaraukseen, ajan peruutukseen sekä muihin asioihin, oli hyvä käytäntö. Haasteita tähän tuo se, että terveyskeskukseen soittavat ihmiset eivät aina huomioi näitä jakoja, vaan valitsevat jonkin muun kuin oman alueensa tai jonkin muun aiheen kuin asia oikeasti koskee. Tämä taas aiheuttaa sen, että järjestelmää ei pystytä täysin hyödyntämään alkuperäisen ajatuksen mukaan ja tästä saattaa koitua sekä asiakkaalle itselleen, että puhelimeen vastaavalle hoitajalle haasteita.

*”…puhelinjärjestelmä on varmaan ihan toimiva sinänsä, et ne on jaettu alueisiin.”(H8)*

*”Sit on tietysti ihan hyvä, että siinä on ne muut, ne peruutus ja se ajanvaraus erikseen, et se on ihan hyvä, jos vaan ihmiset valitsee ne oikein. Se on, kun on ihmisiä siellä päässä ja täällä päässä, niin se on aina vähän…”(H8)*

*”Vanhoihin vertaa väkisin, siellä ensimmäisessä tekniikassa oli omat hyvänsä, sama numero ei saanu montaa soittoa takaisin, koska se poistetiin sitä mukaa se näytti järjestelmä heti et tätä numeroo on täällä viis kertaa ni sen hoitaa sen yhden ja sen jälkeen saa poistamalla poistettua ne muut sitä samaa numeroa olevat.”(H3)*

Haastatteluiden jälkeen puhelinjärjestelmä on päivitetty niin, että samasta numerosta ei pysty enää jättämään montaa soittopyyntöä, joten tämä asia on saatu kehitettyä toimivammaksi.

*”Kyl se varmaan järjestelmänä on ihan onnistunut varmaan ehkä, jos se yhdistettäis nettiajanvaraukseen.”(H1)*

Nettiajanvaraus/digitaaliset palvelut ovat olleet haastatteluiden jälkeen myös kehittämisen kohteena ja syksyllä 2018 olisi tarkoitus aloittaa nettiajanvarauksen kokeilu.

## 7.9 Puhelinneuvonnan onnistuneiden kokemusten vaikutus työhyvinvointiin

Yhdistävänä tekijänä hoitajien haastatteluissa oli työhyvinvointi. Kaikilla haastatteluissa esiintyvillä asioilla oli joko työhyvinvointia heikentävä tai vahvistava vaikutus. Työhyvinvointinäkökulmaan yhdistyivät sekä onnistuneet kokemukset, että hyväksi koetut käytännöt ja näiden taustalla vaikuttavat asiat ja kokemukset puhelinneuvonnan haasteellisuudesta. Työprosesseja tuleekin pyrkiä kehittämään toimivammiksi asiakastyytyväisyyden, tehokkuuden, potilasturvallisuuden sekä työhyvinvoinnin lisäämiseksi.

Työhyvinvointi on suhteellisen uusi käsitteenä, käsitteen sisältö kuitenkin on tuttu jo pidemmältä ajalta. Työhyvinvointia kuvataan monin eri tavoin ja se voi käsittää monia asioita. Riikonen, Tuomi, Vanhala ja Seitamo (2003, 12) kuvaa työhyvinvointia tilanteena, jossa ”työntekijä kokee tyytyväisyyttä ja kokonaisvaltaista hyvää oloa, on aktiivinen, jaksaa työssä ja kotona sekä sietää epävarmuutta ja vastoinkäymisiä”.

Joillekin työhyvinvointi käsitteenä ja siihen panostaminen tuo mieleen lähinnä ihmisen fyysisen hyvinvoinnin, taukojumpat sekä työergonomian. Fyysinen puoli on kuitenkin vain pieni osa ihmisen kokonaisvaltaista työhyvinvointia, nykypäivänä muut työhyvinvoinnin osa-alueet ovat nousseet yhä suurempaan rooliin. (Virolainen 2012, 11.) Työhyvinvoinnin Otala ja Ahonen (2005, 19) määrittelivät jokaisen yksilön hyvinvoinniksi, toisaalta koko työyhteisön yhteiseksi vireystilaksi. Työhyvinvointi on heidän mukaansa ennen kaikkea ihmisten ja työyhteisön jatkuvaa kehittämistä sellaiseksi työympäristöksi, että jokainen voi onnistua ja kokea työn iloa. Ihmisten positiivisuus, sitoutuminen ja innostus tarttuvat toisiin ja siten koko työyhteisöön syntyy lisää positiivista energiaa. (Hellström, Kauhanen 2016.)

Työhyvinvointi parantaa tuottavuutta. Yksilön työhyvinvointi ilmenee työn tuloksissa, kuten esimerkiksi asiakaspalvelun laadussa. Työntekijän työhyvinvoinnin seurauksena on useimmiten tyytyväisempi asiakas sekä tuloksellisuuden ja vaikuttavuuden kasvaminen. Työhyvinvointi koostuu monista tekijöistä, kuten työturvallisuudesta, työkyvystä, työssä jaksamisesta, henkisestä hyvinvoinnista, turvallisuudentunteesta sekä tuloksellisuudesta. Työhyvinvointi edellyttää tasapainoa yksilön voimavarojen ja työn edellyttämien vaatimusten välillä. Muun muassa kiireen lisääntyminen aiheuttaa ajoittain suurta

ahdistusta työntekijöille. (Sinokki & Virtanen 2014, 140-141, 189.) Kiireen aiheuttama ahdistus heijastui myös tässä tutkimuksessa hoitajien haastatteluista. Eräs haastateltu hoitaja kuvasi puheluiden suureen määrään liittyvää kokemusta seuraavasti: ”*onnistunut puhelinneuvonnan kokemus on se, että uskaltaa käyttää riittävästi aikaa…”*(H5).

Työelämään kohdistuu tällä hetkellä suuria muutospaineita. Yhä useampi yksityinen ja julkinen organisaatio joutuu tarkasti miettimään toimintatapojaan sekä pyrkimään saavuttamaan kilpailuetua joustavuudesta, nopeudesta sekä innovaatioiden tuottokyvystä. (Manka & Manka 2016.) Mahdollisesti tuleva sote-uudistus aiheuttaa jatkuvaa kehittämispainetta sosiaali- ja terveysalan toimijoille. Toiminnan tulee olla entistä tehokkaampaa, tuottavampaa sekä asiakaslähtöisempää, kun samalla kilpailu osaavista työntekijöistä kiihtyy. Työhyvinvoinnista huolehtiminen auttaa organisaatiota pitämään osaavista työntekijöistään kiinni sekä olemaan kilpailukykyinen uusia työntekijöitä rekrytoitaessa.

Työsitoutuneisuus on yksi vanhimmista myönteisten työasenteiden kuvaajista. Yleisen määritelmän mukaan työsitoutuneisuudella tarkoitetaan yksilön samaistumista työhön, jolloin työrooli tukee yksilön minäkäsitystä ja elämä. Mitä enemmän yksilö pystyy tyydyttämään hänelle tärkeitä tarpeita työssään, sitä enemmän hän todennäköisesti omistautuu ja sitoutuu työhönsä. Vahvasti työsitoutuneet työntekijät ovat yleensä tyytyväisempiä työhönsä kuin heikosti työhön sitoutuneet. Vahvasti työsitoutuneet henkilöt ovat tämän myötä herkempiä terveysongelmille kuormittavissa työoloissa. (Feldt, Kinnunen & Mäkikangas 2005, 63-64, 68.)

Yksi tärkeimmistä ja keskeisemmistä työhyvinvoinnin lähteistä on työn hallinnan tunne. Työn hallinnan tunne riippuu lähinnä siitä kuinka paljon työntekijä voi itse vaikuttaa työtehtäviinsä ja työtahtiinsa. Kiire ja epävarmuus aiheuttavat työntekijässä stressiä. Ylikuormittuminen aiheuttaa muun muassa kyynisyyttä, unihäiriöitä, masentuneisuutta, sairastamista ja ammatillisen itsetunnon heikkenemistä. Pitkäkestoinen stressi voi taas pahimmillaan johtaa työuupumukseen. Yleisen stressimallin mukaan stressiä syntyy, kun henkilö havaitsee, että hän ei voi riittävästi vastata työn vaatimuksiin tai työn vaatimukset uhkaavat hänen henkilökohtaista hyvinvointiaan. (Manka & Manka 2016; Sinokki & Virtanen 2014, 202.) Esimerkiksi huolellinen perehdytys sekä kollegoiden ja esimiehen tuki ovat keinoja tukea yksilöä ja vähentää hänen kokemaansa työtehtävien haasteellisuutta (Virolainen 2012, 87). Terveydelle haitallisinta työstressin kannalta ovat suuret vaatimukset yhdistettynä vähäisiin vaikutusmahdollisuuksiin työssä. Työn suuret vaatimukset eivät sinällään kuormita työntekijää, mikäli ne on yhdistetty hyviin vaikutusmahdolllisuuksiin. (Sinokki & Virtanen 2014, 195.) Puhelinjärjestelmän ruuhkautumiseen ei yksittäinen

hoitaja pysty omaa työpanostaan enempää vaikuttamaan, mutta ruuhkautuminen silti stressaa ja ahdistaa hoitajia. Toisaalta perehdytystä ollaan pyritty parantamaan ja kollegoiden sekä esimiesten puoleen voi aina ongelmatilanteissa kääntyä.

Kuormittavia tekijöitä työssä voivat olla työn määrä, tiukka aikataulu tai vaativat työtehtävät sekä useat muut tekijät. Työn rasittavuus saattaa taas aiheuttaa uupumusta, joka voi vaikuttaa terveyteen, mikäli vastapainona ei ole riittävästi voimavaroja. Voimavaroja työssä voivat olla esimerkiksi osallistuminen työn suunnitteluun, mielekkääksi koetut työtehtävät sekä työn materiaalinen ja ei-materiaalinen palkitsevuus. Voimavarat saavat nimenomaan aikaiseksi työn imua ja työhön sitoutumista. Tämän lisäksi rasittavan työn haittavaikutuksilta suojaavat myös yksilön omat voimavarat, joita ovat muun muassa ammatillinen pätevyys, hyvä itsetunto, myönteinen elämänasenne, avoimuus uusille kokemuksille, huumori sekä monipuoliset stressinhallintakeinot. (Sinokki & Virtanen 2014, 190.) Edellä mainitut ominaisuudet ovat pääsääntöisesti yksilöstä riippuvia, joihin vain jokainen työntekijä itse pystyy vaikuttamaan. Toisilla työntekijöillä yksilölliset voimavarat ovat paremmat kuin toisilla. Työhyvinvointia tukeva työympäristö yhdessä yksilön voimavarojen kanssa vahvistavat hoitajien työssä jaksamista ja työhyvinvointia.

Työntekijät toivat haastatteluissa esille sitä, että he kokivat paineita puhelinjärjestelmän ruuhkautumisesta ja siitä, että henkilökuntaa ei ole riittävästi vastaamassa puhelimeen. Resurssien aiheuttamasta paineesta kertoo muun muassa hoitajan kuvaus puhelinneuvonnan hyvästä käytännöstä: ”*no ihan tän hetken tilannetta, jos kuus naista oikeesti tässä vaiheessa, kun kello tulee kymmenen, nii on linjoilla… tää on hyvä käytäntö”* (H3). Työ kuormittaa, kun sitä on liikaa, siihen liittyy aikapaineita ja kiirettä. Liian suuri työmäärä suhteessa käytettävään aikaan on yksi suurimmista stressin aiheuttajista. Mikäli työkaverit tukevat ja kannustavat työtehtävissä, vähentää tämä yleensä työntekijän kokemaa stressiä. (Virolainen 2012, 32.)

Lähes jokaisessa haastattelussa korostui palautteen ja arvostuksen merkitys asiakkaalta tai kollegalta saatuna. Se, että työstä saa arvostusta, vaikuttaa paljon työntekijän asennoitumiseen työtä kohtaan. Ihmiset ovat hyvin erilaisia, joillekin työyhteisön jäsenistä työ voi olla välttämätön paha, jolloin työtä tehdään lähinnä vain toimeentulon takaamiseksi, kun taas toisille työ voi olla kutsumus ja se voi olla mahdollisuus itsensä toteuttamiseen ja toisten palvelemiseen. Arvostuksen puute, on se sitten työkaverin tai asiakkaan ilmaisemaan, huonontaa hyvinvointia. Sinokki & Virtasen (2014, 202) mukaan arvostava suhtautuminen auttaa tulemaan toimeen erilaisten ihmisten kanssa. Vaikeissakin tilanteissa, joissa asiakas tai työkaveri osoittaa ärtymystään, pitäisi yrittää nähdä tässä ihmisessä

se piilossa oleva hyvä, joka ei vain juuri sillä hetkellä ole näkyvissä. (Sinokki & Virtanen 2014, 202.)

Muun muassa puhelinjärjestelmän tekniset ongelmat ärsyttivät hoitajia ja sai heidät vertailemaan tätä muihin puhelinjärjestelmiin, joita on ollut aiemmin. Yhtenäisten ohjeiden puute sai myös työntekijät ärsyyntymään, kun osa noudattaa jotain ohjetta ja toiset toista. Tämä negatiivisuus herkästi ruokkii itseään ja siitä syntyy negatiivisuuden kierre. Negatiivisuuden kierre koskee myös muitakin työn osa-alueita kuin puhelinjärjestelmän toimivuutta. Myös Sinokki & Virtasen (2014, 202) mukaan pienetkin työn hallintaa tai sujuvuutta häiritsevät ongelmat saattavat ärsyttää henkilöstöä ja vaarantaa hyvän yhteistyön. Työhyvinvoinnin eri osa-alueet liittyvät kaikki toiseensa, puutteet yhdellä työhyvinvoinnin osa-alueella heijastuu myös toisiin (Virolainen 2012, 11-12).

*”Mitähän tohonkin nyt sit sanois… paljon on semmosta mitä osaisin sanoa et mikä ei oo hyvää…”(H7)*

Tässä kehittämisprojektissa pyrittiin nimenomaan löytämään ja herättelemään myönteisiä tunteita henkilöstössä puhelinneuvonnan suhteen. Myönteisiä kokemuksia ja myönteisiä tunteita pitäisi työyhteisössä pyrkiä vahvistamaan ja välttämään negatiivisuudessa vellomista. Myönteisten tunteiden merkitystä työpaikan ja yksilön hyvinvoinnin näkökulmasta on paljon tutkittu. Myös Manka & Mankan (2016) mukaan myönteisyys on muun muassa yhteydessä psyykkiseen ja fyysiseen hyvinvointiin sekä yksilöiden pitkäikäisyyteen ja terveyteen. Myönteisiä tunteita tulisi olla moninkertainen määrä negatiivisiin tunteisiin verrattuina, koska negatiiviset tunteet ovat niin voimakkaita. Positiiviset ja onnistuneet kokemukset seuraavat toisiaan helpommin ja nämä positiiviset tunteet heijastuvat myös asiakkaaseen. Työhyvinvointi taas lisääntyy positiivisuuden lisääntymisen myötä. (Manka & Manka 2016.) Motivoituneet ihmiset suhtautuvat asioihin myönteisesti sekä ennakkoluulottomasti (Ala-Laurinaho, Koli, Kurki & Schaupp 2013, 64). Kuten eräs haastateltava kertoi onnistuneesta puhelinneuvonnan kokemuksesta ”…*et se on aika pienestä kiinni, jos sen vaan huomaa ottaa sieltä”* (H1).

Työhyvinvoinnin kokemus on pitkälti yksilöllinen, yksilön henkilökohtaisiin asenteisiin perustuva tulkinta. Työhyvinvoinnin kokemiseen vaikuttavat työpaikan, työnteon ja työyhteisön lisäksi yksilön omat elintavat ja terveydentila sekä muu elämäntilanne. Se mikä kullekin työntekijälle on tärkeää työssä, kehittyy yhteisen toiminnan ja työntekijän työuran ja arvostusten yhteissummana. Samassa työyhteisössä, samanlaisissa tehtävissä ja samanlaisissa olosuhteissa eri työntekijöillä on eri tulkintoja hyvinvoinnin tilasta. Niin

kauan, kun työn merkitys rakentuu muun yhteisön kohteen kanssa samansuuntaisista asioista, työhyvinvoinnin pitäisi olla melko vankalla pohjalla. Oman työn osaaminen on hyvinvoinnin edellytys. Omien tietojen ja taitojen täysipainoinen hyödyntäminen motivoi työntekijää mahdollisesti jopa niin, että ulkopuolisia kannustimia ei tarvita. (Virolainen 2012, 12; Ala-Laurinaho ym. 2013, 65; Sinokki & Virtanen 2014, 191, 201.) Haastatteluissa ilmeni, että lähes jokainen haastateltava koki onnistuneita puhelinneuvonnan tilanteita päivittäin. Onnistumisen tunne puhelinneuvonnassa monesti on hyvinkin pienistä asioista kiinni.

Henkiseen työhyvinvointiin liittyy tunne oman ja organisaation arvomaailman kohtaamisesta. Henkistä pahoinvointia saattaa aiheuttaa esimerkiksi se, että organisaation arvomaailma on ristiriidassa työntekijän omien arvojen ja moraalikäsitysten kanssa. Työpaikan henkisyyteen liittyy se, miten työkaverit kohtaavat toisensa, miten yhteistyö sujuu, miten asiakkaita kohdellaan jne. Yhtenä näkyvän työpaikan hyvinvoinnin näkyvänä piirteenä on työntekijöiden iloisuus sekä asiakkaista ja työkavereista välittäminen. (Virolainen 2012, 26-27.) Haastatteluissa sekä työpaikalla yleisesti välittyi asiakkaista ja työtovereista välittäminen.

## 7.10 Yhteenveto ja johtopäätökset

Puhelinneuvonta on keskeinen osa hoitajien työpäivää. Siksi onkin tärkeää, että onnistuneita puhelinneuvonnan kokemuksia koetaan pääsääntöisesti päivittäin. Puhelimessa työskentelevän hoitajan mieliala ja asenne vaikuttavat merkittävästi puhelun onnistumiseen. Aidon dialogisuuden saavuttamiseksi puhelimessa hoitajan on tiedostettava ja kiinnitettävä huomiota omaan mielialaansa puhelun alussa. Asiakkaan ja hoitajan välisen vuorovaikutuksen onnistuminen on suoraan yhteydessä onnistuneisiin kokemuksiin. Kuten Barnes ym. (2014), Engströmin ym. (2014) sekä Egerod ym. (2017) tutkimuksissa todettiin, soittajan ja puheluun vastanneen henkilön välinen kommunikaatio on keskeistä potilasturvallisuudessa, potilastyytyväisyydessä sekä oikean hoidon tarpeen arvioinnin tekemisessä. Vuorovaikutuksen ja kommunikoinnin laatuun vaikuttaviin tekijöihin tulee jo koulutusvaiheessa sekä mahdollisessa täydennyskoulutuksessa kiinnittää huomiota.

Erityisesti asiakkailta saadun palautteen merkitys korostui tehdyissä haastatteluissa. Hieman yllättävää oli se, kuinka paljon asiakkaan antama positiivinen palaute merkitsi hoitajille. Yleensä hoitajat eivät juurikaan tuo ilmi sitä, että toivoisivat saavansa positiivista palautetta, vaan asian merkitystä usein vähätellään. Tämä on asia, joka esimiesten

olisi syytä tiedostaa. Koska asiakkailta saadun positiivisen palautteen määrää ei pystytä kontrolloimaan, esimiehet voisivat pyrkiä todella panostamaan positiivisen palautteen antamiseen. Vaikka esimieheltä saatua positiivista palautetta ei voida suoraan verrata asiakkaan antamaan palautteeseen, voidaan esimiehen antaman positiivisen palautteen ajatella osittain korvaavan asiakkaalta saatua palautetta.

Asiakastyytyväisyys on erittäin tärkeää onnistuneissa puhelinneuvonnan tilanteissa. Asiakastyytyväisyyteen hoitajien haastatteluiden perusteella liittyvät riittävät resurssit sekä puhelinneuvonnassa että vastaanotolla, vuorovaikutuksen laatu, asiakaslähtöinen ja asiakkaan kokonaisvaltainen huomioiminen. Yksittäinen hoitaja ei pysty vaikuttamaan käytettävissä oleviin resursseihin, mutta hän pystyy viestimään esimiehilleen resurssien riittävyydestä, joilla taas on paremmat mahdollisuudet vaikuttaa resurssien riittävyyteen. Resurssien riittävyys on myös tärkeää työhyvinvoinnin kannalta, jotta työ ei tuntuisi liian kuormittavalta puheluiden liian suuren määrän tai vastaanottoaikojen vähyyden vuoksi. Esimiestasolla on myös tärkeää ymmärtää käytettävissä olevien resurssien merkitys henkilöstön työhyvinvointiin.

Monetkaan asiakkaiden terveysongelmat eivät välttämättä tarvitse hoitoa samana päivänä, mutta ovat toisaalta sellaisia, jotka eivät voi odottaa useita viikkoja hoidon aloitusta. Näitä subakuuteiksi luokiteltuja potilaita ohjataan päivystykseen, koska terveyskeskuksessa ei ole tarjota riittävästi akuuttiaikoja tai tarpeeksi lyhyellä aikavälillä olevia ajanvarausaikoja (Lindfors-Niilola 2014, 3, 13). Tämän potilasryhmän hoidon järjestämiseen terveydenhuollossa tulisi kiinnittää riittävästi huomiota, koska tämä potilasryhmä kuormittaa rajallisia päivystysresursseja subakuuttien aikojen puutteen vuoksi ja toisaalta taas siksi, että jonot kiireettömiin lääkäriaikoihin ovat melko pitkiä, eivätkä tästä syystä tarkoituksenmukaisia puolikiireellisten vaivojen hoitoon. Myös haastattelujen perusteella tämän potilasryhmän ajanvarauksen ja hoidon järjestäminen on haasteellisinta, koska näitä subakuutteja aikoja ei koeta olevan riittävästi potilasryhmän kokoon suhteutettuna.

Hoidon tarpeen arvioinnin oikeellisuuden kannalta on tärkeää käyttää riittävästi aikaa asiakkaan tilanteen ja ongelman selvittämiseen. Mikäli puhelin on kovin ruuhkautunut, kokevat hoitajat paineita saada mahdollisimman nopeasti ja tehokkaasti vastattua puheluihin. Tämänkaltaisessa tilanteessa myös potilasturvallisuus saattaa vaarantua. Haastatellut hoitajat kokivat hyvänä asiana sen, että yhtä aikaa puhelimeen vastaavien henkilöiden määrää on organisaatiossa pyritty lisäämään, vaikka tämä tarkoittaa osittain myös sitä, että jo aiemmin puhelimessa työskennelleiden henkilöiden

puhelintyöskentelyn määrää on jouduttu lisäämään. Kuten Iivanainen ym. (2009) tutkimuksessaan totesivat, terveysasemalle suoraan akuuttiaikaa varaamaan tulevia potilaita on vaikea käännyttää pois, vaikka heidän ongelmansa ei vaatisikaan akuuttiaikaa, joten hoidon tarpeen arviointiin puhelimitse on tärkeää todella panostaa.

Potilastietojärjestelmää ja puhelinjärjestelmää arvostellaan usein kokouksissa ja kahvitauoilla. Haastatteluiden perusteella näihin kuitenkin oltiin kohtalaisen tyytyväisiä ja hoitajat näkivät potentiaalia nykyisissä järjestelmissä. Voisi olla hyvä aktiivisesti ja säännöllisesti kysellä hoitajilta järjestelmiin liittyvää palautetta ja kehittämisehdotuksia, jotta näiden järjestelmien piilevä potentiaali voitaisiin saada hyödynnettyä.

Haastatellut hoitajat olivat osittain tyytyväisiä nykyisiin yhtenäisiin käytäntöihin ja sääntöihin. Osa haastatelluista taas kaipasi yhtenäisiä käytäntöjä ja ohjeita. Tämä ristiriita kertoo todennäköisesti siitä, että yhtenäiset käytännöt ja ohjeet eivät ole kaikkien tiedossa, eikä helposti löydettävissä, kuten esimerkiksi työn taustalla oleva SHQS-laatujärjestelmä edellyttää. Työn tuotoksena tehtävät yhtenäiset puhelinneuvonnan ja ajanvarauksen ohjeet tulevat kaikkien terveysaseman työntekijöiden käyttämään työtilaan, josta ne myös ovat helposti päivitettävissä.

Tutkimuksen ajankohta oli työn kuormittavuuden kannalta haasteellinen. Työntekijät pyrkivät parhaansa mukaan syrjäyttämään negatiiviset ajatuksensa sekä keskittymään onnistuneisiin ja hyviin työkäytäntöihin ja tilanteisiin. Haastattelujen sisältö kuvastaa hyvin haastateltujen arvo- ja ajattelumaailmaa, joka pääsääntöisesti on hyvinkin asiakaslähtöinen, asiakaspalveluhenkinen, inhimillinen sekä empaattinen. Työntekijät välittävät yksilöstä, ihmisestä, pyrkivät tekemään parhaansa, jotta asiakkaan ongelmaan saataisiin mahdollisimman hyvä ratkaisu asiakkaan kannalta. Työntekijät tunnistavat ja tiedostavat paineen saada asiakkaiden asiat oikea-aikaisesti hoidettua ja pyrkivät tähän mahdollisuuksien mukaan ja käytössä olevien resurssien puitteissa.

Keskeisimmät tulokset tässä kehittämisprojektissa koskivat vuorovaikutusta ja kommunikointia, palautetta, resursseja ja yhtenäisiä ohjeita ja käytäntöjä. Koska vuorovaikutuksen ja kommunikoinnin laatu nousi hoitajien haastatteluissa keskeiseen rooliin, tulisikin vuorovaikutus- ja kommunikointitaitoihin panostaa jo peruskoulutusvaiheessa sekä myöhemmin täydennyskoulutuksen muodossa. Positiivisen palautteen antamiseen tulisi taas esimiesten ja kollegoiden kiinnittää enemmän huomiota, jotta he tukisivat hoitajien työhyvinvointia. Riittävien resurssien turvaaminen on keskeistä sekä

asiakastyytyväisyyden, että hoitajien työhyvinvoinnin kannalta. Yhtenäiset käytännöt taas helpottavat työn tekemistä ja siltä osin työkuormaa, joten ne tulisi olla helposti kaikkien löydettävissä.

# 8 POHDINTA

Kerronta ei ole vain tapahtumien ja toimintojen kuvaamista, vaan se tarkoittaa myös niiden suhteuttamista ja järjestämistä juoniksi sekä jonkin henkilöhahmon liittämistä niihin. Kertomuksilla on keskeinen merkitys identiteettimme muotoutumiselle. (Kaasila 2008, 44.) Haastatteluilla saadut kertomukset ovat situationaalisia ja kontekstuaalisia, joihin vaikuttivat haastatteluiden ajankohta keskellä työpäivää, haastattelupaikka, joka oli työntekijöiden omissa työhuoneissa sekä kaikki sen hetkiseen tilanteeseen liittyvät työntekijöiden omat tunnetilat. Tässä tutkimuksessa tutkittiin vain Raision terveyskeskuksen hoitajien kokemuksia, mutta terveyskeskuksessa tapahtuva työ ei varmasti lähtökohtaisesti ole muissa terveyskeskuksissa tästä poikkeavaa, joten haastateltujen hoitajien näkemyksien voidaan ajatella edustavan laajemminkin puhelinneuvonnassa työskentelevien hoitajien näkemyksiä ja asenteita.

*Asiakaslähtöisyys perusterveydenhuollon yksikössä*

Onnistuneet kokemukset puhelinneuvonnassa haastatteluiden perusteella olivat yhteydessä asiakaslähtöiseen ajatteluun sekä asiakkaiden tyytyväisyyteen. Yksikään haastatelluista hoitajista ei tuonut esille sitä, että onnistunut puhelinneuvonnan kokemus liittyisi pelkästään sääntöjen mukaan toimimiseen, oikein toimimiseen, vaan he kaikki toivat esille hyvin asiakaslähtöisen ajattelun. Puhelinneuvonnassa työskenteleviä henkilöitä kuvataan ajoittain eri medioissa myös käytettävissä olevien resurssien ”portin vartijoiksi”, mutta haastellut henkilöt toivat esille pyrkivänsä aina työskentelemään parhaansa mukaan asiakkaan edun mukaisesti, niin että lopputuloksena on palveluun tyytyväinen asiakas.

Perusterveydenhuollon toimintayksikön tulisikin säilyä matalan kynnyksen kontaktipaikkana asiakkaille, eikä heille saisi jäädä sellainen olo, että heitä ei haluta ja heidän ongelmistaan ei välitetä. Pidemmällä aikavälillä tämänkaltainen ajattelu johtaa siihen, että ne ihmiset, joilla on varaa, hakeutuvat yksityiselle sektorille, jossa heidät otetaan varmasti hyvin vastaan. Ihmiset, joilla ei ole varaa hakeutua yksityiselle sektorille, pitkittävät yhteydenottoa terveydenhuollon yksikköön, jolloin heidän vaivansa tai sairautensa voi olennaisesti pahentua ja tätä kautta yksilö kärsii hoidon aloituksen viivästyessä ja toisaalta taas hoitoon liittyvät kustannukset nousevat, kun joudutaan turvautumaan laajempiin tutkimuksiin ja hoitoihin, hoidon ja tutkimusten aloittamisen viivästymisen vuoksi.

Kuluttajien tietoisuus erilaisista mahdollisuuksista on lisääntynyt ja sitä myöten terveydenhuoltoon kohdistuva vaatimustaso on kasvanut ja tämä antaa asiakkaalle ja potilaalle tilaisuuden omalta osaltaan kontrolloida terveyspalvelujen tarjontaa (Eriksson 2002, 41-42). Asiakaslähtöisyyteen ja asiakaspalveluun tulee tästä syystä kiinnittää organisaatioissa enemmän huomiota. Tulevassa sote-uudistuksessa valinnanvapaus tulee olemaan yksi suurimmista tekijöistä ja muun muassa asiakaspalvelun laadulla voidaan tulevaisuudessa vaikuttaa asiakkaiden liikkuvuuteen terveyspalveluiden markkinoilla.

Mahdollisesti tulevan sote-uudistuksen myötä asiakaslähtöiseen palveluun on terveydenhuollon organisaatioissa pystyttävä enemmän panostamaan, jotta nykyiset julkisen perusterveydenhuollon yksiköt pystyvät pysymään kilpailukykyisinä yksityisen sektorin toimintayksiköiden rinnalla, mikäli asiakkaan valinnanvapaus toteutuu. Puhelinpalvelu toimiikin usein ensimmäisenä linkkinä perusterveydenhuollon yksikköön, joten onnistunut puhelinneuvonnan kokemus myös asiakkaan kannalta on tärkeää ja tähän todella pitää panostaa. Asiakkaan ensikontaktin laatu ja kokemus sen onnistumisesta ovat ratkaisevia useimmiten koko hoitoprosessin onnistumisen kokemukselle, joten sen vuoksi tätä tulee kehittää mahdollisimman toimivaksi.

Digitaaliset palvelut tulevat tulevaisuudessa näyttelemään yhä suurempaa roolia terveyspalveluissa ja näiden kehittämiseen tulisikin tämän vuoksi panostaa ja aloituksen jälkeen jatkaa kehittelyä eteenpäin. Tulevaisuuden ja osittain jo nykyajan sukupolvet ovat niin sanottua digisukupolvea, jotka pitävät itsestään selvyytenä sitä, että palvelut ovat saatavilla digitaalisina. Digitaalisten palveluiden kehittämiseen tulee yrityksissä ja organisaatioissa todella panostaa, unohtamatta vanhempaa ikäpolvea, joka taas on tottunut puhelimitse tai henkilökohtaisen käynnin avulla hoitamaan asioitaan ja joille ei välttämättä digitaalisten palveluiden käyttö ei ole mitenkään tuttua. Heillä ei välttämättä enää ole kykyä omaksua uutta teknologiaa tai resursseja niiden käyttöön.

*Asiakaslähtöisen ajattelun motiivit*

Hyväntekeminen on inhimillinen perustarve. Me voimme hyvin, kun tunnemme, että oma toimintamme auttaa muita ihmisiä. Me voimme pahoin, kun koemme, että oma toimintamme haittaa muita ihmisiä. Psykologisen tutkimuksen pohjalta vaikuttaa, että ihmisellä on tarve tuntea, että hänen teoillaan on myönteinen vaikutus maailmassa. Ihminen tarvitsee kokemuksia kyvykkyydestä ja aikaansaamisesta voidakseen hyvin. Meillä on halu auttaa toisia ihmisiä ja hyvien tekojen tekeminen saa meidät voimaan paremmin.

(Martela 2015, 122.) Tämä herättääkin kysymyksen siitä, kokevatko työntekijät ahdistusta, mikäli he eivät pysty auttamaan terveysasemalle soittavaa asiakasta. Liittyykö tämä ahdistus ihmisen hyväntekemisen perustarpeeseen vai onko se vain yhteyksissä työn aiheuttamaan paineeseen vai mahdollisesti molempia.

Ihmiset ovat kaikki erilaisia, arvomme ja asenteemme asioihin ovat erilaisia. Meitä motivoi erilaiset asiat ja koemme asioita erilaisella tavalla. Kaksi ihmistä voi tehdä saman teon, mutta vain toinen ajattelee tehneensä erityisen hyvän teon ja siksi on motivoituneempi ja tämä teko tuntuu hänestä paremmalta. Miksi sama työ voi vahvistaa toisen jaksamista ja taas toisaalta väsyttää toista? Työmotivaatio voidaan nähdä yksilön sisäisenä ja suhteellisen pysyvänä ominaisuutena tai asennoitumisena. Toisaalta työmotivaatio voidaan nähdä hyvän työnteon seurauksena eikä niinkään sen edellytyksenä. Työmotivaatio vahvistaa onnistumisen kokemuksen työntekijän henkilökohtaisesti tärkeiksi kokemilla osa-alueilla. Jaksamisen ongelmia taas ilmenee, jos henkilö väsyy epäonnistumisten kokemusten seurauksena. Tutkimusten mukaan mahdollisuus nähdä ja kuulla suoraan, kuinka oma työ hyödyttää toista ihmistä, saa ihmiset työskentelemään kovemmin, hyväntekeminen toimii tässä motivoivana voimana. Työhyvinvointi ja työmotivaatio voidaan nähdä pitkälti samana asiana, saman toiminnan tuloksena. (Ala-Laurinaho ym. 2013, 64; Martela 2015, 124-125.) Koemmeko siis itsemme hyväntekijöiksi, kun saamme annettua sopivan ajan asiakkaalle?

Susan Erikssonin mukaan (2002, 55) hoitajat joutuvat kamppailemaan ammatillisuutensa suhteen altruismin ja egoisimin rajalla, jossa kulttuurisesti ja historiallisesti määräytynyt urautuva hoivaidentiteetti törmää jatkuvasti kehittyvällä asiantuntijatiedolla operoivaan nykyaikaiseen ammattilaisidentiteettiin. Tämä saattaa olla yhtenä syynä sille, että hoitajat kokevat puhelinneuvonnan ja sen ohjeistukset ajoittain ahdistavina. Tavallaan tiedetään, että näin ei pitäisi ohjeistusten mukaan toimia, mutta inhimillisistä syistä toimitaan ohjeistusten vastaisesti silti.

Tarve toisten ihmisten hyväksynnälle asuu meissä ihmisissä syvällä. Statuksen ja hyväksynnän hakeminen, nolostumisen ja häpeän välttäminen kahlitsevat meitä. (Martela 2015, 215.) Tästä syystä meillä on tarve pyrkiä välttämään negatiivista palautetta ja tämä varmasti toimii ainakin kokemattomilla ja mahdollisesti ammatillisesti epävarmemmilla työntekijöillä yhtenä toimintaa ohjaavana tekijänä. On syytä tiedostaa tämä motiivi ja sen aiheuttaman toiminnan johtuvan inhimillisistä perustarpeista, jolloin se saattaa olla ymmärrettävämpää ja hyväksyttävämpää. Psykologisten perustarpeiden osalta elämän merkitys löytyy siitä, että ihminen kokee elämässään läheisyyttä ja hyväntekemistä.

Elämän merkitys saattaa löytyä siitä, että tekee itsestään merkityksellisen toisille ihmisille. Olemme merkityksellisiä läheisillemme ja olemme merkityksellisiä niille ihmisille, joita palvelemme. Näistä kahdesta lähteestä syntyy kokemus merkityksellisestä ja elämisen arvoisesta elämästä. (Martela 2014, 254.) Työssä voimme myös saada kokemuksia merkityksellisestä elämästä psykologisten perustarpeiden täyttymisen osalta. Merkityksellisyyden tunne taas on suorassa yhteydessä työhyvinvointiin. Työhyvinvointi taas auttaa meitä jaksamaan sekä arjessa että työssä.

*Työhyvinvoinnin edistäminen*

Organisaation työhyvinvointi koostuu työyhteisön vaikeiden asioiden ja ristiriitatilanteiden hallinnasta, organisaation hyvinvoinnin edistämisestä, yhteisöllisyyden kehittämisestä, voimattomuuden tunteen leviämisen estämisestä, positiivisen palautteen antamisesta ja jokaisen ihmisen oman hyvinvoinnin vaalimisesta (Taivalkoski 2012, 7).

Positiivinen palaute oli merkityksellistä onnistuneiden kokemusten taustalla. Positiivinen palaute ruokkii positiivisuutta (Taivalkoski 2012, 113) Asiakkaiden antamaan palautteen määrään on vaikea vaikuttaa, joten työyhteisössä tulisikin kiinnittää erityisesti työtovereiden ja esimiesten taholta tarpeeksi huomiota palautteen antamiseen. Positiivista palautetta tulisi pyrkiä antamaan työntekijälle aina kuin siihen vain on pienikin mahdollisuus. Negatiivisen palautteen antamisen taas tulee olla harkittua ja rakentavaa, oikeana ajankohtana annettua sekä oikein ilmaistua.

Sujuva työ edellyttää sujuvia työprosesseja (Sinokki & Virtanen 2014, 173). Työntekijöiden työkokemus on yhteydessä heidän tarvitsemansa ohjeistuksen määrään ja laatuun. Luonnollisestikin juuri aloittanut työntekijä tarvitsee paljon yksityiskohtaisempaa tietoa kuin jo pidempään työskennelleet. Tämän kehittämisprojektin tavoitteena oli tuottaa sellainen ajanvarauksen työkalu, mistä hyötyvät sekä juuri aloittaneet että jo pidempään työskennelleet. Tästä syystä työkalu sisältää hyvinkin yksityiskohtaista tietoa, joka kokeneelle työntekijälle on itsestään selvää.

Tämän kehittämisprojektin perusteella kuitenkin myös kokeneet työntekijät kaipasivat yhtenäisiä ohjeita, joita tuotoksena tehty ajanvarauksen työkalu edustaa. Tämä siis toimii apuna niin uudelle kuin hieman vanhemmallekin työntekijälle. Uuden työntekijän on helpompi päästä ”sisään” työhön, kun kattavan perehdytyksen lisäksi heillä on jatkossa käytössään muistin tukena paikka, josta tarvittavan tiedon löytää. Tämä toivottavasti lisää heidän työhyvinvointiaan ja tätä kautta saa heidät paremmin sitoutettua organisaatioon. Vanhemmat työntekijät myös kaipasivat yhtenäisiä ohjeita ja kokivat yhtenäiset ohjeet ja

käytännöt hyvänä puhelinneuvonnan käytäntönä. Hoidon tarpeen arviointiin ei voi tehdä kaikenkattavia ja yksityiskohtaisia ohjeistuksia, vaan jokaisen asiakkaan ongelma ja tilanne saattaa olla hyvinkin erilainen ja yksilöllinen. Ajanvarauksen työkalu sisältää sovittuja käytäntöjä, yksityiskohtaisia ajanvarauksen ohjeita sekä jonkin verran puhelimessa tapahtuvaa hoidon tarpeen arviointia helpottavia ohjeita.

Työhyvinvointi saattaa olla pienistä asioista kiinni ja pienetkin toimimattomat asiat saattavat sitä häiritä. Toimivat työvälineet ovat perusedellytys sujuville työprosesseille. Potilastietojärjestelmä sekä puhelinjärjestelmä ovat keskeisiä työvälineitä hoitajille ja näiden tulisi toimia mahdollisimman sujuvasti, varmasti ja käyttäjäystävällisesti. Hoitajien ensikäden tietoa ja kokemusta järjestelmien toimivuudesta tulisikin siis hyödyntää järjestelmällisesti ja säännöllisesti kyselemällä hoitajien kokemuksia ja kehittämisehdotuksia potilastieto- sekä puhelinjärjestelmiin liittyen.

Hoitajilla on kokemuksen tuomaa tietoa myös muista työhön liittyvistä mahdollisista epäkohdista sekä toimivista käytännöistä. Esimiesten tulisikin pyrkiä tätä tietoa järjestelmällisesti hyödyntämään työprosessien kehittämisessä. Työhyvinvointi on useimpien lähteiden mukaan yhteydessä hyviin vaikutusmahdollisuuksiin työssä ja myös tästä syystä hoitajien näkemys ja kokemus tulisi ottaa huomioon toimintojen kehittämisessä. Kaikkien osallistaminen kehittämistyöhön lisää yhteisöllisyyden tunnetta työyhteisössä ja sitoutuneisuutta työhön.

Kokemusten yhteinen jakaminen työyhteisössä saattaa lisätä työn hallinnan tunnetta, varsinkin silloin kun työssä kohdataan vaikeita tilanteita. Suositeltavaakin on, että ihmisillä olisi työpaikalla mahdollisuus ilmaista tunteitaan. Ihmisen tulisi saada kertoa vapaasti omista tuntemuksistaan ja ilmaista mielipiteensä kollegoilleen ja esimiehelleen. Mikäli ihminen ei koe, että hänellä olisi mahdollisuutta ilmaista tuntemuksiaan ja mielipiteitään, hän tukahduttaa tunteitaan sisäänpäin, joka taas aiheuttaa ahdistuneisuutta ja työpahoinvointia. (Virolainen 2012, 19; Ala-Laurinaho ym. 2013, 64.) Yhteisöllisyys ja hyvä työilmapiiri ovat tärkeitä sisäisen motivaation kannalta. Erityisesti silloin, kun voimavarat tuntuvat ehtyneet tai kohdataan vastoinkäymisiä, on kollegoiden tuki tärkeässä asemassa, siinä, että pystytään jatkamaan eteenpäin. (Martela & Jarenko 2014, 30.) Puhelintyöskentelyssä jokaiselle hoitajalle tulee varmasti haasteellisia tilanteita, joita voisi olla hyödyllistä käydä läpi työkavereiden kanssa. Tilanteiden läpikäymiselle voisikin olla hyvä järjestää jonkinlainen mahdollisuus, jossa voidaan avoimesti keskustella siitä, millaiseen lopputulokseen puhelussa päädyttiin ja siitä olisiko se voitu päättää jotenkin toisin.

Puhelinneuvonta ja puhelimitse tehty hoidon tarpeen arviointi on kirjallisuuden ja tutkimusten mukaan haasteellista. Myös haastatteluista käy ilmi se, kuinka omalla tavalla raskasta työtä puhelinneuvonta on. Onnistuneiden kokemusten puute heijastuu työhyvinvointiin. Koska hoitajien työstä iso osa on puhelimessa työskentelyä, resurssien hallinalla, kouluttamalla henkilökuntaa, yhteisesti sovituilla käytännöillä ja ohjeistuksilla, joita kaikki sitoutuvat noudattamaan sekä tarjoamalla henkilökunnalle mahdollisuuksia purkaa kokemuksiaan, jotta nämä eivät jää vaivaamaan ja kuormittamaan yksilöä, voidaan edesauttaa hoitajien työssäjaksamista sekä helpottaa puhelinneuvontatyön kuormittavuutta.

Haastattelujen perusteella, hoitajat kokivat onnistumisen tunteita päivittäin ja kuten eräs hoitaja haastattelussa totesikin: *”onnistumisia tulee joka päivä, eihän tässä muuten jaksais”.* Myönteisiä tunteita tulisi olla moninkertainen määrä negatiivisiin tunteisiin verrattuina, koska negatiiviset tunteet ovat niin voimakkaita (Manka & Manka 2016). Onnistumisen kokemukset ovat vahvasti sidoksissa työssä jaksamiseen, tästä syystä onnistuneiden kokemuksien syntymistä tulisi mahdollisuuksien mukaan tukea sekä muistuttaa ajoittain työntekijöitä onnistuneista puhelinneuvonnan kokemuksista sekä työn positiivisista ja hyvistä puolista.

*Kehittämisprojektin arviointi*

Kehittämisprojektin alkuun saaminen oli haasteellista ja näkökulma vaihtelikin melko paljon alussa. Tutor-ryhmässä käytyjen keskustelujen avulla suunta, tavoite ja tarkoitus kehittämisprojektille kuitenkin löytyi. Kehittämisprojektin toteutuksessa yhtenä suurena haasteena oli aika, koska kehittämisprojektia tehtiin normaalin päivätyön rinnalla. Tutor-ryhmän, tutoropettajan sekä mentorina toimineen ylihoitajan kannustuksella ja avulla työtä saatiin vietyä jouhevasti eteenpäin.

Kehittämisprojekti on tekijälle opettanut kirjallisuushaun tekemistä, aineiston hankintaa sekä aineiston analyysia, tutkimuksen tekemistä. Samalla ovat myös kasvaneet ajanhallinnan taidot, kyky mukautua aikatauluihin ja hallita omaa ajankäyttöään. Kehittämisprojekti on muuttanut tekijän näkökulmaa potilaskeskeisestä asiakaslähtöiseksi. Kehittämisprojekti on syventänyt tekijän tietoja tutkittavasta organisaatiosta, tutkimusmenetelmistä sekä tutkittavasta aiheesta. Kehittämisprojekti on herättänyt tekijässään halun jatkaa kehittämistyön tekemistä jatkossakin.

# 9 EETTISYYS JA LUOTETTAVUUS

Tutkimusprosessin eettiset näkökulmat voidaan Puusniekka & Saaranen-Kauppisen (2006) mukaan jakaa kolmeen luokkaan, tutkimusaiheen eettinen oikeutus, tutkimusmenetelmien soveltuvuus sekä tutkimustulosten analysointi ja raportointi.

Opinnäytetyön aihe on muun muassa perusteltu asiakastyytyväisyyden ja potilasturvallisuuden näkökulmasta. Puhelinneuvonta ja hoidon tarpeen arviointi puhelimessa ovat haasteellisia niin hoitajan kuin asiakkaan näkökulmasta, koska visuaalisia viestinnän tai arvioinnin keinoja ei ole käytettävissä. Yhtenäiset käytännöt asiakkaan ohjauksessa ovat myös sekä asiakkaiden että hoitohenkilökunnan tyytyväisyyden ja turvallisuuden sekä hoitotyön läpinäkyvyyden ja tasalaatuisuuden kannalta tärkeitä. Tämän vuoksi nämä yhtenäiset käytännöt tulisi saada kuvattua, jotta niitä myös pystyttäisiin hyödyntämään.

Narratiivisen tutkimuksen analyysin ei tulisi kohdistua ainoastaan kertomuksen sisältöön, vaan myös sen muotoon. Tutkijan tulisi kysyä, miksi tarina kerrottiin juuri tuolla tavalla? Narratiivien analyysi kohdistuu narratiiviin esittämisen muotona, siinä tutkija luokittelee kertomuksia esimerkiksi tapaustyyppien ja metaforien avulla toisistaan erottuviin luokkiin. Analyysin kohteena voi olla tarinan merkitys, tarinan rakenne, vuorovaikutuksellinen konteksti tai itse esittäminen. (Kohonen 2011, 202.) Tämän työn tarkoituksena on löytää Raision terveysaseman puhelinneuvontaa tekevän henkilöstön kokemat onnistuneet käytännöt puhelinneuvonnassa ja ajanvarauksessa kertomusten kautta sekä reflektoida heidän kokemuksiaan aiempaan tutkimustietoon aiheesta.

Haastatteluiden sisältö olisi voinut olla kattavampi, mikäli joku henkilö organisaation ulkopuolelta olisi suorittanut haastattelun. Koska haastattelija itse työskentelee kyseisessä työyhteisössä haastateltavien kanssa samassa työssä, haastattelujen sisältö jäi hieman ehkä suppeammaksi sen vuoksi, että haastateltavat pystyivät jättämään yksityiskohdat organisaation käytännöistä ja työn luonteesta kertomatta olettaen haastattelijan jo tietävän nämä asiat oman työnsä perusteella. Toisaalta taas tämä näkökulma narratiivissa myös sallittu, koska Denzinin (1989, 37) mukaan narratiivin yleisö viittaa lähinnä retoriseen näkökulmaan, jossa kerromme tarinaa tai tarinoita sen mukaan ottaen kerronnassamme huomioon sen, kenelle kertomuksemme kerromme ja suuntaamme kerrontaamme tämän mukaisesti. (Kaasila 2008, 42-43.)

Onnistuneita kokemuksia ei hektisen työpäivän lomassa ole niin helppo palauttaa äkillisesti mieleen. Teemat olisi ehkä ollut hyvä antaa etukäteen haastateltaville tiedoksi, koska kaikille haastateltaville ei muistunut haastattelutilanteessa mieleen varsinaisesti yksittäisiä kokemuksia puhelinneuvonnasta ja osa pystyi sen vuoksi vastaamaan lähinnä yleisellä tasolla.

Haastateltu asettaa haastattelijan usein välittäjäksi, jonka tehtävänä on viedä kertomusta ja sen sisältämää asiaa eteenpäin. Haastattelussa kuullaan erilaisia versioita tapahtuneesta ja se millaisia versioita tuotetaan, riippuu paljolti vuorovaikutuksen laadusta. Kertominen, kuunteleminen ja kertomusten jakaminen ovat aina sekä henkilökohtaisia että yhteisöllisiä. (Salo 2008, 86.)

Haastatteluiden ajankohta osui työyhteisössä hyvin haasteelliseen ajankohtaan. Influenssakausi kuormitti työyhteisöä haastattelujen aikaan hyvin paljon, puhelimissa oli runsaasti ruuhkaa ja tämän vuoksi hyviä ja onnistuneita kokemuksia ja käytäntöjä puhelinneuvonnasta oli vaikea löytää, kuten eräs työntekijä haastattelussa totesi: ” nyt on varmaan huono aika kysyy, et onko mitään hyvää”. Toisaalta taas onnistuneiden kokemusten ja käytäntöjen pohtiminen, auttoi henkilöstöä ehkä muistamaan puhelinneuvonnan ja yleisesti ottaen työn hyviä puolia.

Henkilöstö suhtautui tutkimukseen myönteisesti, eikä kukaan mukaan pyydetyistä, kieltäytynyt haastattelusta tai sen nauhoittamisesta. Tämä toimii hyvänä osoituksena siitä, että henkilöstö on kiinnostunut työstään ja sen kehittämisestä ja, että työyhteisö toimii luottamuksellisesti ja avoimesti. Vaikka haastattelut osuivat henkilökunnan kannalta aikaan, jolloin monelle jaksaminen oli vaikeaa, he silti parhaansa mukaan pyrkivät haastattelukysymysten mukaan löytämään hyviä puolia työstä ja käytännöistä.

Puhelinjärjestelmän saattaminen toimivammaksi on organisaatiossa jatkuvan työn alla ja tämän kehittämisprojektin aikana jo useita asioita ollaan saatu kehitettyä paremmaksi. Kehittämisprojektin yhtenä haasteena on ollutkin pyrkiä pysymään käytäntöjen ja prosessien kehittämisen tasalla. Tästä syystä sekä tutkimusajankohdasta riippuvan vaihtelevan työn kuormittavuuden vuoksi tutkimus ei ole tällaisenaan toistettavissa, ilman että tutkimustulokset muuttuvat

Tutkimuseettisen neuvottelukunnan ohjeiden mukaan hyvään tieteelliseen käytäntöön kuuluu muun muassa, että tutkija ottaa muiden tutkijoiden työn ja saavutukset asianmukaisesti huomioon niin, että he kunnioittavat muiden tutkijoiden työtä ja antavat näille asianmukaisen arvon ja merkityksen tutkimuksessaan (Hyvä tieteellinen käytäntö 2002).

Osana tätä kehittämistyötä tehty kirjallisuuskatsaus pyrkii nimenomaan tuomaan esille muiden tutkijoiden tutkimusten arvoa ja merkitystä kehittämistyön kannalta. Myös kertomusten reflektointi aiempaan tutkimustietoon auttoi muiden tutkijoiden näkökulman huomioonottamisessa.

Reliabiliteetti ja validiteetti muodostavat tutkimuksen kokonaisluotettavuuden. Puolueettomuusnäkökulmasta taas tutkijan roolin merkitys yhteisön jäsenenä on tärkeää. (Vilkka 2015, 194, 198)

Tutkimuksen validiteetti kuvaa valitun tutkimusmenetelmän kykyä mitata sitä, mitä tutkimuksessa olikin tarkoitus mitata. Pätevässä tutkimuksessa ei saisi olla sellaista systemaattista virhettä, jonka vuoksi tulokset vääristyvät, koska tutkittavat ymmärtävät kysymykset eri tavalla kuin tutkija alun perin oletti. (Vilkka 2015, 193.) Tätä asiaa pohdittiin tutkimuksen aikana melko paljon, koska kaikki haastateltavat eivät ymmärtäneet kysymyksiä, kuten ne oli alun perin tarkoitettu. Tutkimuskysymyksiin päädyttiin esittämään tarkentavia kysymyksiä ja toisaalta tutkimuksessa saatiin tietoa myös asioista, joita ei tämän vuoksi etukäteen osattu odottaa.

Reliabiliteetti kuvaa tutkimustulosten toistettavuutta (Vilkka 2015, 194.) Raision terveyskeskuksen toimintaa sekä puhelin- ja tietojärjestelmiä kehitetään jatkuvasti. Toiminnan kuvausta kehittämisprojektin aikana on täydennetty ja muokattu kehittämisen myötä. Haastetta tämän työn tekemisessä lisäsi juuri se, että organisaatiossa asioita kehitettiin lähes koko ajan. Puhelinneuvonnassa myös tietyt ajankohdat, kuten pyhien läheisyys tai influenssakausi, vaikuttavat varsinkin sen kuormittavuuteen. Edellä mainituista syistä haastattelut eivät ole täysin toistettavia. Tietyt asiat ja asenteet ovat haastattelujen ajankohdasta riippumattomia ja muuttumattomia, kuten vastaajan arvomaailmaan liittyvät kuvaukset.

Tutkimuksen lukijan pitäisi pystyä tulemaan tutkimuksen tekijän kanssa samaan johtopäätökseen, jotta tutkimus olisi teoreettisen toistettavuuden periaatteen mukainen. Aineistosta johdetut päätelmät tulisi tästä syystä kirjoittaa ”auki” tutkimukseen. (Vilkka 2015, 198) Vaikka aineiston keruu itsessään ei ole suoraan toistettavissa, on tässä työssä pyritty mahdollisimman hyvään tutkimuksen teoreettiseen toistettavuuteen.

Tutkija itse työskentelee työyhteisössä ja muun muassa tästä syystä arvioitiin tapaustutkimuksen olevan paras lähestymistapa tähän työhön. Tämä työ toimi työyhteisön jäsenten erilaisten käsitysten, arvojen, asenteiden ja mielipiteiden läpileikkauksena. Haastattelukysymyksissä johdateltiin haastateltavaa positiiviseen ajatteluun

puhelinneuvontatyöhön liittyen. Se, että haastattelija kuuluu työyhteisöön, toimi tutkimuksessa lähinnä hyvänä perustana luottamukselliselle keskustelulle sekä ajatusten esittämiselle.

Toisaalta se, että tutkija toimi osana organisaatiota, asetti haasteita aineiston analysoinnille. Analysoinnin aikana piti tutkijan parhaansa mukaan pyrkiä objektiivisuuteen aineiston suhteen. Haasteita toi etäisyyden ottaminen haastateltujen kertomuksiin, siinä että aineisto käsiteltiin puolueettomasti. Hieman haasteita toi myös omien ajatusten ja näkökulmien pitäminen näkymättömissä haastattelujen aikana, mutta tässä onnistuttiin kuitenkin lopulta hyvin.

Tutkija pyrki toimimaan mahdollisimman objektiivisesti tutkimusprosessin aikana, ottaen huomioon sen asian, että oli kuitenkin osa työyhteisöä. Tutkimustulokset eivät ole suoraan toistettavissa, mutta terveyskeskuksen puhelinneuvonnassa työskentelevät ihmiset voivat näihin ajatuksiin ja kokemuksiin todennäköisesti samaistua. Tutkimusprosessissa otettiin huomioon haastateltavien yksityisyyden turvaaminen sekä se, että haastateltavat kokisivat tilanteen mahdollisimman luotettavana sekä sellaisena, josta uskaltaa kieltäytyä tai keskeyttää haastattelu, niin halutessaan. Tässä onnistuttiin hyvin.

Kehittämisprojektin tuotos, puhelinneuvonnan ja ajanvarauksen työkalu Raision terveyskeskukseen, julkistetaan ainoastaan otsikkotasoisesti kirjallisen raportin yhteydessä, koska tuotos sisältää organisaation sisäisesti sovittuja sääntöjä ja ohjeita sekä terveyskeskuksessa työskentelevien henkilöiden nimiä. Puhelinneuvonnan ja ajanvarauksen työkalu jää ainoastaan kohdeorganisaation käyttöön. Ohjausryhmän hyväksyttyä tuotoksen, tämä tullaan ottamaan päivittäiseen käyttöön, jonne annetut sekä yhteisesti sovitut säännöt ja ohjeet liittyen puhelinneuvontaan ja ajanvaraukseen, tullaan päivittämään.

# 10 JATKOTUTKIMUSAIHEET

Tässä kehittämisprojektissa tutkittiin, mitkä tekijät aiheuttavat perusterveydenhuollon yksikössä puhelinneuvossa työskenteleville hoitajille onnistuneen kokemuksen tuntemuksia. Olisi hyvä tutkia myös terveyspalveluiden puhelinneuvontaan soittavien asiakkaiden kokemuksia onnistuneista puhelinneuvonnan tilanteista, jotta saataisiin kokonaiskuva muodostettua onnistuneesta puhelinneuvosta. Tämän kautta pystyttäisiin puhelinneuvontaa ja siihen liittyvää koulutusta kehittämään niin, että asiakkaan ja työntekijän näkemykset puhelinneuvonnan kokemuksesta kohtaisivat parhaalla mahdollisella tavalla.

Tässä kehittämisprojektissa tutkittiin yhden perusterveydenhuollon yksikön puhelinneuvonnan ja ajanvarauksen hyviä käytäntöjä. Jotta toimintaa saataisiin entistä paremmin kehitettyä, tulisi tutkia myös muiden perusterveydenhuollon yksiköiden puhelinneuvontaan liittyviä hyviä käytäntöjä. Näiden yhtäläisyyksiä ja eroavaisuuksia vertailemalla voitaisiin muodostaa kokonaiskuva siitä, miten hyvä puhelinneuvonta perusterveydenhuollon yksikössä voitaisiin järjestää parhaimmalla mahdollisella tavalla.

# LÄHTEET


Ahola, L. 2009. Hoidon tarpeen kiireellisyyden arviointi – toimintamalli Jämsän päivystyspoliklinikalla. Pirkanmaan ammattikorkeakoulu. Opinnäytetyö. Viitattu 5.1.2018. www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/6522/AHOLA_LOTTA.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Ala-Laurinaho, A. Koli, A., Kurki, A. & Schaupp M. 2013. Yhteinen muutos. Helsinki: Työterveyslaitos.

Alasuutari, P. 1999. Laadullinen tutkimus. Tampere: Vastapaino.

Bamberg, J., Jokinen, P. & Laine, M. 2007. Tapaustutkimuksen käytäntö ja teoria. Teoksessa J. Bamberg, P. Jokinen & M. Laine. (toim.) Tapaustutkimuksen taito. Helsinki: Gaudeamus, 9-38.

Barnes, R., Campbell, J., Fletcher, E., Lattimer, V., Murdoch, J. & Pooler, J. 2014. Question design in nurse-led and GP-led telephone triage for same-day appointment requests: a comparative investigation. BMJ Open. 4(3): e004515. Viitattu 15.09.2017.https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24598305.

Briggs, J. 2007. Telephone triage protocols for nurses. 3. painos. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.

Bruner, J. 1986. Actual minds, possible worlds. Cambridge, Ma.: Harvard University Press.

Byrne, M., Gibson, A., Havard, A., Jorm, L., Lawler, A., Randall, D., Robinson, M. & Thuy Tran, D. 2017. Compliance with telephone triage advice among adults aged 45 years and older: an Australian data linkage study. BMC Health Services Research. 17, 512. Viitattu 15.09.2017. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5539620/ .

Denzin, N. & Lincoln, Y. 1994. Inroduction: Entering the field of qualitative research. Teoksessan Denzin N & Lincoln, Y. (toim.) Handbook of qualitative research. London: Sage. 1-17.

Denzin, N. 1989. Interpretive Biography. Qualitative Research Methods Series: 17. Newbury: Sage.

Earp, J. & Onubogu, U. 2013. Telephone nursing practice: How do telenurses perceive their role? Journal of best practices in health professions diversity. 6/2013, 891-902. Viitattu 15.10.2017. http://web.b.ebscohost.com.ezproxy.turkuamk.fi/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=4&sid=4060818f-6abb-4d4c-b9f3-e390e15b1bde%40sessionmgr103.

Egerod, I., Gamst-Jensen, H. & Lippert, FK. 2017. Under-triage in telephone consultation is related to non-normative symptom description and interpersonal communication: a mixed methods study. Scandinavian Journal of Trauma, Resuscitation and Emergency Medicine. 2017;25:52. Viitattu 3.10.2017. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5433057/ .

Engström, M., Ernesäter, A., Holmström, I. & Winblad, U. 2014. A comparison of calls subjected a malpractice claim versus ”normal calls” within the Swedish healthcare direct: a case-control study. BMJ Open 4(10): e005961. Viitattu 01.10.2017. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4187455/

Eriksson, S. 2002. ”Hoitajan asiantuntemus on aika vankka” – Sairaanhoidon ammatilliset tulkinnat. Teoksessa Eriksson, S. & Pirttilä, I. Asiantuntijoiden areenat. Jyväskylän yliopiston julkaisuja, SoPhi 66. Jyväskylä. 41-58. Viitattu 28.7.2018. https://jyx.jyu.fi/bitstream/handle/123456789/47925/SoPhi66_978-951-39-6501-3.pdf?sequence=3#page=42.

Eskola, J. & Saarela-Kinnunen, M. 2010. Tapaus ja tutkimus = tapaustutkimus? Teoksessa Aaltola, J. & Valli, R. (toim.) Ikkunoita tutkimusmetodeihin I. Jyväskylä: PS-kustannus. 189-199

Eura-Markula, M. 2018. Raision terveysaseman kiireetön vastaanottoprosessi. Jet-lopputyö. Turku.

Feldt, T., Kinnunen, U. & Mäkikangas, A. 2005 Positiivisen psykologian näkökulma työhön ja työhyvinvointiin. Teoksessa Feldt, T, Kinnunen, U. & Mauno, S. (toim.) Työ Leipälajina. Jyväskylä: PS-kustannus. 56-74.

Gaskell, G. 2000. Individual and group interviewing. Teoksessa M.W. Bauer & G. Gaskell (toim.) Qualitative researching with text, image and sound. A practical handbook. London: Sage publications, 38–56.

Giesen, P., Hanssen, S., Huibers, L. & Smits, M. 2016. Telephone triage in general practices: A written case scenario study in the Netherlands. Scandinavian Journal of Primary Health Care. Vol 34, nro 1. 28-36. http://web.b.ebscohost.com.ezproxy.turkuamk.fi/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=12&sid=fa371cd9-5b3c-4dde-9fab-3f941360e7c8%40sessionmgr103

Giesen, P., Huibers, L., Renaud, V., Smits, M. & Wensing, M. 2011. Safety of telephone triage in out of hours care: A systematic review. Scandinavian Journal of Primary Health care. 29/2011, 198-209. Viitattu 14.10.2017. http://web.a.ebscohost.com.ezproxy.turkuamk.fi/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=4&sid=483508c3-99bc-422d-9893-d6abc94cb247%40sessionmgr4010.

Grönroos, M. & Hirvonen, A. 2012. Eettinen kuormittuneisuus ja eettisten dilemmojen sisällöt kunta-alan hoitohenkilöstöllä. Pro gradu-tutkielma. Jyväskylän yliopisto, Psykologian laitos.

Heikkinen, H. 2001. Toimintatutkimus, tarinat ja opettajaksi tulemisen taito. Narratiivisen identiteettityön kehittäminen opettajankoulutuksessa toimintatutkimuksen avulla. Jyväskylä Studies in Education, Psychology and Social Research 175. Jyväskylän yliopisto.

Heikkinen, H. 2002. Whatever is narrative research? Teoksessa Huttunen, R., Heikkinen, H. & Syrjälä, L. (toim.) Narrative research. Voice of teachers and philosophers. SoPhi. Jyväskylä: Minerva Kustannus. 13-28.

Heikkinen, H. 2015. Kerronnallinen tutkimus. Teoksessa Aaltola, J. & Valli, R. (toim.) Ikkunoita tutkimusmetodeihin 2. Näkökulmia aloittelevalle tutkijalle tutkimuksen teoreettisiin lähtökohtiin ja analyysimenetelmiin. Jyväskylä: PS-kustannus. 149-167.

Hellström, M. & Kauhanen, J. 2016. Työhyvinvointi organisaation menestystekijänä: kehittämisohjelman laatiminen. Helsinki: Kauppakamari. Viitattu 24.4.2018. https://kauppakamaritietofi.ezproxy.turkuamk.fi/fi/s/ak/kirjat/tyohyvinvointi-organisaation-menestystekijana/

Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2015. Tutki ja kirjoita. Helsinki: Tammi.

Hyrynkangas-Järvenpää, P. 2007. Terveydenhuollon ammattihenkilöiden antama puhelinneuvonta. Suomen lääkärilehti, 62(5), 427-430. Viitattu 28.6.2018. http://www.laakarilehti.fi.ezproxy.turkuamk.fi/tieteessa/terveydenhuoltoartikkelit/terveydenhuollon-ammattihenkiloiden-antama-puhelinneuvonta/

Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausten käsitteleminen. 2002. Tutkimuseettinen neuvottelukunta. Helsinki.

Hyvärinen, M. & Löyttyniemi, V. 2005. Kerronnallinen haastattelu. Teoksessa Ruusuvuori, J. & Tiittula, T. (toim.) Haastattelu: tutkimus, tilanteet ja vuorovaikutus. Tampere: Vastapaino. 189-222.

Hänninen, V. 1991. Työpaikan menetys tarinana. Psykologia 26(5). 348-355.

Hänninen, V. 1999. Sisäinen tarina, elämä ja muutos. Acta Universitas Tamperensis 696. Tampereen yliopisto.

Hänninen, V. 2015. Narratiivisen tutkimuksen käytäntöjä. Teoksessa Aaltola, J. & Valli, R. (toim.) Ikkunoita tutkimusmetodeihin 2. Näkökulmia aloittelevalle tutkijalle tutkimuksen teoreettisiin lähtökohtiin ja analyysimenetelmiin. Jyväskylä: PS-kustannus. 168-184.

Iivanainen, A., Kokkonen, A., Pitkälä, K., Raumavirta-Koivisto, S. & Torppa, M. 2009. Päivystyspotilaiden hoitoon ohjautuminen ja hoidon tarkoituksenmukaisuus terveysasemalla päiväsaikaan. Suomen lääkärilehti 17/2009, vsk 64, 1583-1588. Viitattu15.10.2017. http://www.laakarilehti.fi.ezproxy.turkuamk.fi/tieteessa/terveydenhuoltoartikkelit/paivystyspotilaiden-hoitoon-ohjautuminen-ja-hoidon-tarkoituksenmukaisuus-terveysasemalla-paivasaikaan/.

Kaasila, R. 2008. Eri lähestymistapojen integroiminen narratiivisessa analyysissä. Teoksessa Kaasila, R., Nurmi, K. & Rajala, R. (toim.) Narratiivikirja: Menetelmiä ja esimerkkejä. Rovaniemi: Lapin yliopistokustannus. 41-66.

Kantonen, J. 2014. Terveyskeskuspäivystyksen ABCDE-triagen ja kehittämistoimenpiteiden vaikutukset potilasvirtoihin. Tampereen yliopisto, lääketieteen yksikkö. Väitöskirja. Viitattu 25.10.2018. http://urn.fi/URN:ISBN:978-951-44-9609-7.

Kohonen, E. 2011. Narratiivisuus – vähän hyödynnetty lähestymistapa kauppatieteellisessä tutkimuksessa. Teoksessa Juuti, P. & Puusa, A. (toim.) Menetelmäviidakon raivaajat. Johtamistaidon opisto. 196-205.

Koivunen, K. 2017. Asiakas- tai ihmislähtöisyys – tasavertaisuutta ja vastavuoroisuutta ammattilaisten ja palvelun käyttäjien kanssa. ePooki. Oulun ammattikorkeakoulun tutkimus- ja kehitystyön julkaisut 6. Viitattu 18.10.2017. http://urn.fi/urn:isbn:978-951-597-141-8.

Koivuniemi, K. & Simonen, K. 2012. Kohti asiakkuutta. Ihmistä arvostava terveydenhuolto. PerSona-sarja. Keuruu: Duodecim.

Koivuranta-Vaara, P (toim.). 2011. Terveydenhuollon laatuopas. Helsinki: Kuntaliiton julkaisuja.

Koski, H., Kukkonen, S. & Määttä, E. 2014. Asiakkaan hoidon tarpeen ja kiireellisyyden arviointi puhelimessa. Metropolia ammattikorkeakoulu. Opinnäytetyö. Viitattu 5.1.2018. https://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/80337/Koski_Kukkonen_Maatta_opinnaytetyo.pdf?sequence=1&isAllowed=y.

Kuczynski, A-L. 2013. Ymmärrystä puolin ja toisin – Kasvatuksellisista arvoista kahden kulttuurin perheissä. Teoksessa Haanpää, R., Laine, T. & Tuomi-Nikula, O. Takaisin Suomeen? Euroopan ulkosuomalaisten ja heidän lastensa ajatuksia Suomesta maahanmuuton kohteena. Pori: Turun yliopisto, kulttuurituotannon ja maisemantutkimuksen koulutusohjelma.

Kujala, T. 2006. ”Ei pirise enää koulun kello” – Kerronnallinen tutkimus opettajien ikääntymiskokemuksista. Tampereen yliopisto, opettajankoulutuslaitos. Väitöskirja.

Kääriäinen, M. 2007. Potilasohjauksen laatu: Hypoteettisen mallin kehittäminen. Oulu: Oulun yliopisto. Väitöskirja. Viitattu 6.1.2018. http://jultika.oulu.fi/files/isbn9789514284984.pdf.

Laasonen, K., Luoto, T. & Parkkinen, L. 2010. Triage-opas Mikkelin terveyskeskuksen puhelinajanvaraukseen. Mikkelin ammattikorkeakoulu. Opinnäytetyö. Viitattu 5.1.2018.https://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/20787/Triage-opas%20Mikkelin%20terveyskeskuksen%20puhelinajanvaraukseen.pdf?sequence=1&isAllowed=y.

Laitinen, M. & Uusitalo, T. 2008. Narratiivinen lähestymistapa traumaattisten elämänkokemusten tutkimisessa. Teoksessa Kaasila, R., Nurmi, K. & Rajala, R. (toim.) Narratiivikirja: Menetelmiä ja esimerkkejä. Rovaniemi: Lapin yliopistokustannus. 106-150.

Laki potilaan ja asemasta oikeuksista. 785/17.8.1992.

Lieblich, A., Tuval-Mashiach, R. & Zilber, T. 1998. Narrative research reading, analysis and interpretation. Lontoo: Sage.

Lindfors-Niilola, A. 2014. Kiireettömän hoidon tarpeessa olevan potilaan ohjaus päivystyspoliklinikalla: Triagehoitajien haastattelut. Itä-Suomen yliopisto, hoitotieteen laitos. Pro gradu-tutkielma. Viitattu 12.6.2018. http://epublications.uef.fi/pub/urn_nbn_fi_uef-20141197/urn_nbn_fi_uef-20141197.pdf

Lipponen, K. 2014. Potilasohjauksen toimintaedellytykset. Väitöskirja. Oulun yliopisto.

Malmivirta, H. 2011. Taide siltana sosionomiksi (AMK) kasvamiselle. Väitöskirja. Tampereen yliopisto.

Manka M-L & Manka, M. 2016. Työhyvinvointi. Helsinki: Talentum Pro. Viitattu 24.4.2018. https://login.ezproxy.turkuamk.fi/login?qurl=https%3A%2F%2Flogin.ezproxy.turkuamk.fi%2Flogin%3Furl%3Dhttps%3A%2F%2Fverkkokirjahylly.almatalent.fi%2Fteos%2F16es429897

Marsden, J. & Newton, M. (toim.) 2013. Emergency triage: telephone triage and advice. Chichester, West Sussex, Uk: John Wiley & Sons.

Martela, F & Jarenko, K. 2014. Sisäinen motivaatio. Tulevaisuuden työssä tuottavuus ja innostus kohtaavat. Eduskunnan tulevaisuusvaliokunnan julkaisu 03/2014. Helsinki.

Martela, F. 2015. Valonöörit – sisäisen motivaation käsikirja. Helsinki: Gummerus.

Mönkkönen, K. 2002. Dialogisuus kommunikaationa ja suhteena: vastaamisen, vallan ja vastuun merkitys sosiaalialan asiakastyön vuorovaikutuksessa. Väitöskirja. Kuopion ylipisto.

Nyystilä, J. 2007. Esimiesten vuorovaikutusosaaminen. Pro gradu. Jyväskylän yliopisto. Viestintätieteiden laitos.

Otala, L & Ahonen, G. 2005. Työhyvinvointi tuloksentekijänä. Helsinki: WSOYPro.

Piekkari, R. & Welch, C. 2011. Tapaustutkimuksen erilaiset tyypit. 183-195.Teoksessa Juuti, P. & Puusa, A. (toim.) Menetelmäviidakon raivaajat. Johtamistaidon opisto.

Polkinghorne, D. 1995. Narrative configuration in qualitative analysis. Teoksessa Hatch, J. & Wisniewski, R. (toim.) Life history and narrative. Qualitative Studies Series 1. Lontoo: Falmer Press. 5-23.

Poskiparta, M. 2002. Neuvonnan keinoin kohti terveyskäyttäymisen muutosta. Teoksessa S. Torkkola (toim.) Terveysviestintä. Helsinki: Tammi. 24-35.

Puusniekka, A. & Saaranen-Kauppinen, A. 2006. KvaliMOTV - Menetelmäopetuksen tietovaranto. Tampere: Yhteiskuntatieteellinen tietoarkisto. Viitattu 22.10.2017. http://www.fsd.uta.fi/menetelmaopetus/.

Ricoeur, P. 1981. Narrative time. Teoksessa Mitchell, W. (toim.) On narrative. Chicago: The University of Chicago Press. 165-186.

Ricoeur, P. 1985. Time and narrative. Kolmas painos. Chicago: The University of Chicago Press.

Riessman, C. 2005. Narrative analysis. University of Huddersfield. Viitattu 22.4.2018. http://eprints.hud.ac.uk/id/eprint/4920/2/.

Riikonen, E., Tuomi, K., Vanhala, S. & Seitamo, J. 2003. Hyvinvoiva henkilöstö – menestyvä yritys. Helsinki: Työterveyslaitos.

Roos-Cabrera, I. 2002. Esimiehen ja alaisen välinen palaute asiantuntijaorganisaatiossa. Pro gradu. Jyväskylän yliopisto. Viestintätieteiden laitos.

Salo, U-M. 2008. Keskustelu, kertomukset ja performatiivisuus. Teoksessa Kaasila, R., Nurmi, K. & Rajala, R. (toim.) Narratiivikirja: Menetelmiä ja esimerkkejä. Rovaniemi: Lapin yliopistokustannus. 68-104.

Schmitt, B. 2004. Pediatric telephone advice. 3. painos. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.

Seitamaa-Hakkarainen, P. 2014. Kvalitatiivinen sisällönanalyysi. Viitattu 22.10.2017. https://metodix.fi/2014/05/19/seitamaa-hakkarainen-kvalitatiivinen-sisallon-analyysi/.

SHQS – tie jatkuvaan parantamiseen. Viitattu 31.8.2017. https://www.labquality.fi/auditointi-ja-sertifiointi/shqs-laatuohjelma-tie-jatkuvaan-parantamiseen/.

Sinokki, M. & Virtanen, P. Hyvinvointia työstä. 2014. Helsinki: Tietosanoma.

Smith, C. 2000. Content analysis and narrative analysis. Teoksessa: Reis, T. & Judd, C. (toim.) Handbook of research methods in social and personality psychology. Cambridge University Press: Cambridge. 313-335.

Syrjälä, L. 2001. Tarinat ja elämänkerrat tutkimuksessa. Teoksessa Aaltola, J. & Valli, R. (toim.) Ikkunoita tutkimusmetodeihin. PS-kustannus: Jyväskylä. 203-217.

Taivalkoski, R. 2012. Positiivisuus osaamisen johtamisen työkaluna. Pro gradu. Lapin yliopisto: Hallintotieteiden tiedekunta.

Tapola-Haapala, M. 2011. Sosiaalityön ammattilaiset refleksiivisinä toimijoina – Tutkimus erikoistumiskoulutuksessa Margaret Archerin teorian valossa. Väitöskirja. Sosiaalitieteiden laitos, Helsingin yliopisto.

Terveydenhuoltolaki. 1326/30.12.2010.

Terävä, K & Mäkelä-Pusa, P. 2011. Esimies työhyvinvointia rakentamassa. Tampere: Tammerprint Oy. http://www.uta.fi/jkk/tyovirta/materiaalipankki/Esimies%20ty%C3%B6hyvinvointia%20rakentamassa.pdf.

Tiuraniemi, J. 2002. Reflektiivisyys asiantuntijan työssä. Teoksessa Niemi P. & Keskinen E. Taitavan toiminnan psykologia. Turun yliopiston psykologian laitoksen julkaisuja, Turku, 165-195.

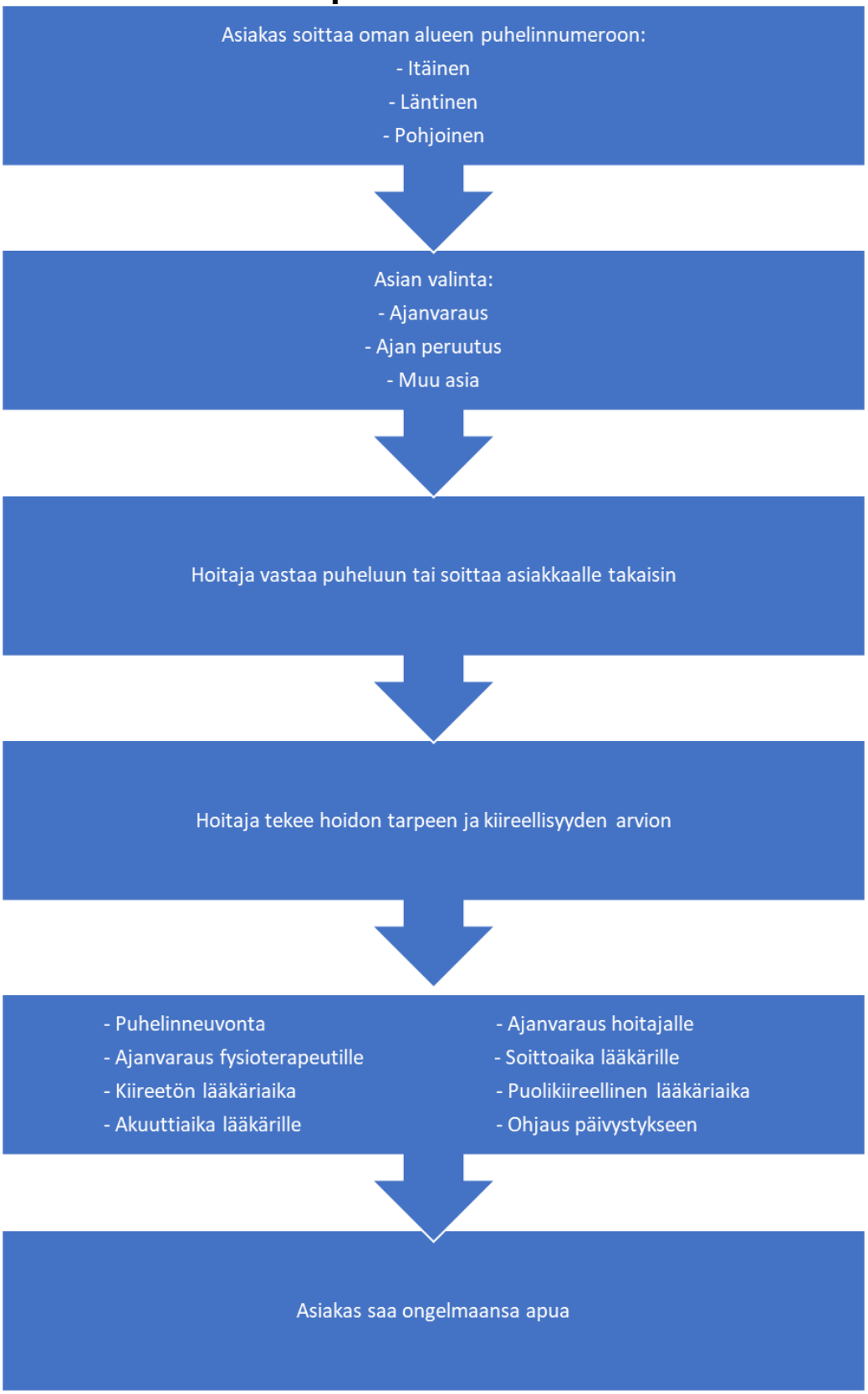
Valkama, K. 2009. Muuttuneen asiakkuuden haaste sosiaali- ja terveydenhuollossa. Hallinnon tutkimus 2/2009. https://www.researchgate.net/profile/Katja_Valkama/publication/327744148_Muuttuneen_asiakkuuden_haaste_sosiaali-_ja_terveydenhuollossa_The_challenge_of_the_changed_customership_in_social_and_health_management/links/5ba1edb4a6fdccd3cb6209ac/Muuttuneen-asiakkuuden-haaste-sosiaali-ja-terveydenhuollossa-The-challenge-of-the-changed-customership-in-social-and-health-management.pdf

Valtioneuvoston asetus hoitoon pääsyn toteuttamisesta ja alueellisesta yhteistyöstä. 1019/2004.

Vilkka, H. 2015. Tutki ja kehitä. Jyväskylä: PS-kustannus.

Virolainen, H. 2012. Kokonaisvaltainen työhyvinvointi. Helsinki: Books on Demand.

# Puhelinneuvonnan prosessi



# Tutkimustiedote

**TIEDOTE TUTKIMUKSESTA** **21.1.2018**

Teen kehittämistyötä osana Turun Ammattikorkeakoulun YAMK-opintoja. Pyydän teitä osallistumaan tähän tutkimukseen, jossa tutkitaan puhelinneuvonnan onnistuneita kokemuksia sekä hyviä käytäntöjä. Tarkoituksena on haastatella mahdollisimman monia Raision terveysaseman avovastaanoton hoitajia, jotka ovat puhelinneuvontaa tehneet.

## Tutkimuksen kulku

Tutkimuksessa teitä haastatellaan koskien puhelinneuvonnan kokemuksianne ja nämä haastattelut nauhoitetaan.

## Luottamuksellisuus, tietojen käsittely ja säilyttäminen

Teiltä kerättyä tietoa ja tutkimustuloksia käsitellään luottamuksellisesti henkilötietolain edellyttämällä tavalla. Tulokset analysoidaan koodattuina, jolloin yksittäinen henkilö ei ole tunnistettavissa. Tiedot, joiden avulla yksittäinen henkilö voidaan tunnistaa, muunnetaan sellaiseen muotoon, että haastateltavien anonymiteetti säilyy. Yksityiskohtaiset tiedot haastatelluista ja heidän haastattelujensa sisällöstä säilyttää tutkija eikä tietoja anneta tutkimuksen ulkopuolisille henkilöille. Lopulliset tutkimustulokset raportoidaan yleisellä tasolla eikä yksittäisten tutkittavien tunnistaminen ole mahdollista.
Haastattelut puretaan haastattelujen jälkeen kirjalliseen muotoon, jonka jälkeen haastattelun tallenne hävitetään. Kirjalliseen muotoon puretut haastatteluaineistot hävitetään kehittämisprojektin lopputulosten hyväksymisen ja julkistamisen jälkeen yksilön tietosuojaa noudattaen.

## Vapaaehtoisuus

Tutkimukseen osallistuminen on vapaaehtoista ja voitte keskeyttää tutkimuksen koska tahansa syytä ilmoittamatta.

## Tutkimustuloksista tiedottaminen

Tutkimustulokset käydään läpi henkilökunnan kokouksessa tulosten analysoinnin valmistuttua.

## Lisätietoja

Sh Pia Laihonen
pia.laihonen@raisio.fi

# Ajanvarauksen työkalun runko

**A**

AAP kts. Raskaudenkeskeytys

ABI-mittaus

Ahdistus, masennus, paniikkihäiriö

Ajokortti

Armeijatarkastus

Astmakontrolli

**D**

Diabeteskontrolli

Dreenin poisto

**E**

Ehkäisyasiat

**F**

Flunssa

Fysioterapia

**G**

Gyn.vaiva

**H**

Haava

Hb:n tarkistus

Hengitettävien lääkkeiden käytön opastus

Hengitystieinfektion oireet

Hoitotarvikkeet

Hyalgan-injektio

**I**

Ihottuma

Injektio im tai sc

**J**

Jalan turvotus

**K**

Katetrin vaihto/poisto

Kierukan laitto, vaihto, poisto

Kihomadot

Kipsin poisto/vaihto/kontrolli

Kohonnut verenpaine

Kortisoni-injektio

Korvahuuhtelu

Korvakipu

Kuolintodistus

Kurkkukipu

Kuulotutkimus

Kuume (pitkittynyt)

Kynsivallintulehdus

**L**

Lab.lähete

Luomen poisto

Luomi/näppy

Lääkeinfuusiot (rauta-, osteoporoosi- ym. lääkeinfuusiot)

**M**

Maahantulotarkastus

Masennus kts. ahdistus, masennus

Migreeni kts. Päänsärky

MMSE

**N**

Nenäverenvuoto

Niha-vaivat

Näköasiat

**O**

Olkapään kipu

Oksentelu kts. Vatsataudin oireet

**P**

Paise

Patti/kyhmy

PEF-ohjeistus

Peräsuolen verenvuoto

Pitkittynyt ripuli

Polvikipu

Päänsärky

**R**

Raajan puutumisoire

Raajan turvotus/kipu/punoitus

Rannekipu

Raskaudenaikainen verenvuoto

Raskaudenkeskeytys

Resepti

Rinnan kipu

Rintakipu

Rokotus

Rytmihäiriötuntemus

**S**

Sairaslomatodistus

Salmonellatodistus

Selkäkipu

Siedätyshoito

Silmän roska/silmävamma

Silmätulehdus

Sinuiitti ks. Flunssa

Spirometria

Sukupuolitauti

Syylät

**T**

Tenniskyynärpää/kyynärpääkipu

Tikkien poisto

Todistusasia

Tuki- ja liikuntaelinten trauma

Tulkki

Tupakoinnin lopettaminen

Työttömien terveystarkastus

**V**

Vatsakipu

Vatsataudin oireet

Vatsavaivat

Vesirokko

Virtsaoireet

Vuosikontrolli

# Esimerkki aineiston analyysistä

| Alaluokka | Aineisto | Pääluokka |
|---|---|---|
| Kokonaisvaltaisuus | ”mä sanoin, et tuu heti, niin sit mä hoidin hänet saman tien” (H8) | Asiakaslähtöisyys |
| Dialogi | ”sä oot ajatellut et nyt tää ihminen tarvii ajan/päivystysajan, mut hän on sitä mieltä et välttämättä ei…”(H2) | Vuorovaikutus ja asenne |
| Reflektiivisyys | ” … ne voi soittaaki vaan et kysyisin vaan ihan neuvoa ja ne jo oikeestaan ittekin tietää et ne olis niin tehnyt mut sit he haluu vaan sen vahvistuksen.” (H8) | Vuorovaikutus ja asenne |
| Hoidon tarpeen arvioinnin tarkoituksenmukaisuus | ”asiakas, jonka mä sain fysioterapeutin akuuttiajalle tänään…”(H7) | Hoidon tarpeen arvioinnin merkitys onnistuneissa puhelinneuvonnan kokemuksissa |
| Ajan käyttö | ”uskaltaa käyttää riittävästi aikaa…”(H5) | Resurssit |
| Asiakastyytyväisyys | ”et se tuntuu hyvältä saada se kiitos…”(H3) | Palaute |
| Toimintaohjeet | ”Mun mielestä sais olla vähän selkeemmät yhteiset pelisäännöt et yks antaa tota ja toinen tota.” (H1) | Yhtenäiset ohjeet ja käytännöt |
| Puhelinneuvonnan haasteellisuus | ”… mut et sitte tulee aina näitä, joudutaan antamaan aikaa niinku aikaisemmin tai jotain muuta…” (H2) | Työhyvinvointi |