

**LAPSIPERHEIDEN PÄIVYSTYKSELLISEN
PUHELINOHOHJAUKSEN TOIMINTAMALLI
LAPIN KESKUSSAIRAALASSA**

Jokkala Sanna
Logje Kaisa

Opinnäytetyö
Sosiaali-, terveys- ja liikunta-ala
Työelämän kehittäminen ja esimiestyö
Sairaanhoitaja (ylempi AMK),
Terveystenhoitaja (ylempi AMK)

2018

Sosiaali-, terveys- ja liikunta-ala
Työelämän kehittäminen ja esimiestyö
Sairaanhoitaja, Terveydenhoitaja (YAMK)

Tekijät	Sanna Jokkala Kaisa Logje	Vuosi	2018
Ohjaaja	Arja Jääskeläinen		
Toimeksiantaja	Lapin sairaanhoitopiiri		
Työn nimi	Lapsiperheiden päivystyksellisen puhelinohjauksen toimintamalli Lapin keskussairaalassa		
Sivu- ja liitemäärä	67 + 11		

Lasten sairauksien päivystystoiminnalta edellytetään uuden päivystysasetuksen mukaan lasten sairauksiin erikoistuneen sairaanhoitajan työpanosta lasten hoidon tarpeen arvioinnissa. Puhelimessa tapahtuvaa lasten hoidon tarpeen arviointia toteutetaan tällä hetkellä monissa eri terveydenhuollon yksiköissä, joissa ei ole erikoisalaosaamista lasten sairauksista. Tulevaisuudessa Lapin sairaanhoitopiirissä päivystyksellisestä puhelinohjauksesta vastaa Lapin keskussairaalan lastenosastolla työskentelevä lasten sairauksiin erikoistunut sairaanhoitaja.

Kehittämistyön tarkoituksena oli tuottaa lapsiperheiden päivystyksellisen puhelinohjauksen toimintamalli Lapin keskussairaalalle. Tavoitteena oli parantaa lapsiperheiden päivystyksellisen puhelinohjauksen laatua sekä potilasturvallisuutta Lapin keskussairaalassa.

Hyödynsimme työssämme työelämän tutkimusavusteista kehittämismenetelmää. Aineisto kerättiin lapsipotilaita koskevien puheluiden seuranta-, Learning café- ja Benchmarking -menetelmillä. Valitsimme nämä menetelmät, koska halusimme kerätä kattavan aineiston useasta näkökulmasta. Menetelmät mahdollistivat myös työyhteisön osallistumisen uuden toiminnan kehittämiseen ja arviointiin. Aineistot analysoitiin induktiivisella sisällönanalyysillä sekä määrällisellä analyysillä.

Tuloksena syntyi lapsiperheiden päivystyksellisen puhelinohjauksen toimintamalli, jossa on kuvattu toiminnan edellytykset, uusi puhelinohjaustoiminta sekä toiminnan hyödyt ja kehittäminen. Puhelinohjausta tekevällä sairaanhoitajalla tulee olla vahva ammatillinen osaaminen sekä pitkä työkokemus lasten sairauksien hoitotyöstä. Lisäksi puhelinohjaus edellyttää riittäviä henkilöresursseja, asianmukaisia työtiloja, toimivia laitteita ja työvälineitä, koulutusta sekä sujuvaa yhteistyötä päivystyksen kanssa. Toiminnan kehittämisen kannalta on tärkeää, että osaamista ja toimintaa seurataan sekä arvioidaan säännöllisesti.

Asiasanat lapset, nuoret, hoitotyö, triage, ohjausmenetelmät, toimintamallit

School of Social Services, Health
and Sports
Master's Degree Programme in Health
Promotion

Authors	Sanna Jokkala Kaisa Logje	Year	2018
Supervisor	Arja Jääskeläinen		
Commissioned by	Lapland Hospital District		
Subject of thesis	Family Centred Guideline for Lapland Central Hospital on Paediatric Emergency Phone Assessment		
Number of pages	67 + 11		

According to the new paediatric emergency decree-law hospitals are required to have a nurse who has paediatric experience to be able to do nursing care assessment on paediatric patients. At the moment a paediatric phone assessment is done in many different health care units which do not have experience on paediatric patients. In the future the Lapland Central Hospital paediatric emergency phone assessment is going to be the responsibility of the paediatric ward where the paediatric nurse will do the assessment.

The purpose of this thesis was to create a guideline for the Lapland Central Hospital paediatric emergency phone assessment. The aim was to improve the quality and patient safety of the emergency phone assessment done for the families in the Lapland Central Hospital.

In this thesis a working life research method was used. The data was collected by paediatric phone call monitoring-, Learning café- and Benchmarking- methods. These methods were chosen to collect comprehensive data from several point of views. These methods also allowed work community to take part in developing and assessing the new practice. The data was analysed by inductive content analysis and quantitative analysis.

As a result of this study a new paediatric phone emergency guidance practice module was developed. This module includes requirements for a new practice, new paediatric emergency phone guidelines, including benefits and development of the new practice. The nurse, who will do the phone guidance, must have strong professional skills and a long paediatric nursing work experience. In addition, phone guidance requires sufficient human resources, decent workspace, proper devices and equipment, training, and also fluent collaboration with the accident and emergency. To ensure this practice to develop, it is important to monitor and assess skills and operations regularly.

Key words children, youth, nurse, triage, guidance methods, practice modules

SISÄLTÖ

1	JOHDANTO	1
2	KEHITTÄMISTYÖN TARKOITUS JA TAVOITE	3
3	LAPSIPERHEIDEN PÄIVYSTYKSELLINEN PUHELINOHJAUS.....	4
3.1	Lasten ja nuorten hoitotyö	4
3.1.1	Lasten ja nuorten hoitotyön erityispiirteet	4
3.1.2	Kiireellinen hoito ja päivystyshoito	6
3.1.3	Hoidon tarpeen arviointi lasten ja nuorten hoitotyössä	9
3.2	Puhelinohjaus hoitotyön ohjausmenetelmänä	14
3.2.1	Puhelinohjaus hoitotyössä	14
3.2.2	Puhelinohjaustoiminnan edellytykset.....	17
3.2.3	Puhelinohjauksen hyödyt.....	20
3.2.4	Puhelinohjauksen haasteet ja ongelmat	21
4	KEHITTÄMISTYÖN TOTEUTUS	23
4.1	Työelämän tutkimusavusteinen kehittämismenetelmä.....	23
4.2	Kohdeorganisaation, vastuuyksikön sekä toimintaympäristön kuvaus	24
4.3	Kehittämisprosessin vaiheet	26
4.4	Aineistonkeruumenetelmät	27
4.4.1	Käytetyt aineistonkeruumenetelmät.....	27
4.4.2	Lapsipotilaita koskevien puheluiden seuranta	28
4.4.3	Benchmarking vierailu Kokkolassa	30
4.4.4	Learning café työpaja Lapin keskussairaalassa	32
4.5	Aineiston analysointi ja tulokset.....	34
4.5.1	Määrällinen analyysi	34
4.5.2	Aineistolähtöinen sisällönanalyysi	37
5	LAPSIPERHEIDEN PÄIVYSTYKSELLISEN PUHELINOHJAUKSEN TOIMINTAMALLI	41
6	POHDINTA	49
6.1	Toimintamallin tarkastelu ja päätelmät.....	49
6.2	Eettisyys ja luotettavuus	53
6.3	Oman osaamisen kehittyminen ja jatkotutkimusaiheet	56
	LÄHTEET.....	59
	LIITTEET	67

KUVA- KUVIO JA TAULUKKOLUETTELO

Kuva 1. Triage-luokitus (Lapin keskussairaala 2013).	11
Kuva 2. Lasten sairauksien triage-luokitus (Lapin keskussairaala 2013).	12
Kuva 3. Kysymyksiä kuumeiselle asiakkaalle (Lapin keskussairaala 2013).	15
Kuva 4. Lapin sairaanhoitopiiri (Kuntaliitto 2018).	24
Kuvio 1. Kehittämisprosessin vaiheet.	26
Kuvio 2. Puheluiden seuranta kolmen viikon ajalta.....	35
Kuvio 3. Puhelumäärät viikonpäivien mukaan.....	36
Kuvio 4. Puhelumäärät vuorokaudenaikojen mukaan.	37
Kuvio 5. Esimerkki aineiston pelkistämisestä.....	38
Kuvio 6. Esimerkki aineiston ryhmittelystä.....	39
Kuvio 7. Esimerkki aineiston abstrahoinnista.	39
Kuvio 8. Lapsiperheiden päivystyksellisen puhelinohjauksen toimintamalli.	42
Taulukko 1. Kehittämistyön aineistonkeruumenetelmät.	27
Taulukko 2. Esimerkki täytetystä seurantalomakkeesta.....	29

1 JOHDANTO

Terveydenhuoltolaki (1326/2010) edellyttää, että terveydenhuollon toiminnan tulee olla laadukasta, turvallista sekä asianmukaisesti toteutettua. Laissa säädetään myös kiireellisen hoidon järjestämisestä. Kiireellisellä hoidolla tarkoitetaan äkillisen vamman, sairastumisen tai pitkäaikaissairauden vaikeutumisen edellyttämää välitöntä arviointia ja hoitoa, jota ei voida siirtää myöhemmäksi. (Terveydenhuoltolaki 1326/2010; Sosiaali- ja terveysministeriö 2016; Koskela 2017, 2.) Tämän lisäksi lasten sairauksien päivystystoiminnalta vaaditaan uuden päivystysasetuksen (583/2017) mukaan lasten sairauksiin erikoistuneen sairaanhoitajan työpanosta lasten hoidon tarpeen arvioinnissa (Valtioneuvoston asetus kiireellisen hoidon perusteista ja päivystyksen erikoisalakohtaisista edellytyksistä 583/2017 1:14.1§; Koskela 2017, 15). Hoidon tarpeen arviointi sisältää arvion siitä, tarvitseeko asiakas päivystyshoitoa, jotain muuta kiireellistä hoitoa, kiireetöntä hoitoa tai ei hoitoa ollenkaan (Sosiaali- ja terveysministeriö 2010, 19). Lapsen hoidon tarpeen arvioinnin tärkeimpänä tehtävänä on tunnistaa kriittisesti sairaat potilaat sekä turvata heidän hoitonsa viiveetön aloitus (Kaisvuo, Storvik-Sydänmaa, Talvensaari & Uotila 2012, 99; Janhunen, Kankkunen & Kvist 2016, 183).

Asiakkaalla tulee olla mahdollisuus saada hoidon tarpeen arviointia ympäri vuorokauden. Asiakas tai omainen voi ottaa valintansa mukaan yhteyttä joko puhelimella tai tulemalla henkilökohtaisesti paikalle. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2010, 11, 19; Eduskunnan vastaus 2010, 16.) Puhelimessa tapahtuvaa lasten hoidon tarpeen arviointia toteutetaan tällä hetkellä monissa eri terveydenhuollon yksiköissä, joissa ei ole lasten sairauksiin liittyvää erikoisosaamista. Jotta toiminnasta saadaan päivystysasetuksen mukaista koko Lapin sairaanhoitopiirin alueella, puhelimessa tapahtuva lasten hoidon tarpeen arviointi tullaan keskittämään Lapin keskussairaalaan. Tulevaisuudessa toiminnasta vastaa Lapin keskussairaalan lastenosastolla työskentelevä lasten sairauksiin erikoistunut sairaanhoitaja ja uusi puhelinohjauspalvelu liitetään osaksi jo olemassa olevan yksikön toimintaa.

Lapin maakunnan pitkät etäisyydet lisäävät puhelinohjauksen tarvetta. Uuden palvelun avulla sairaan lapsen vanhemmilla on mahdollisuus saada tietoa, hoito- ja toimintaohjeita sekä keskitettyä, paikkakunnasta ja ajasta riippumatonta sekä yhdenmukaista ja ammattilaisen antamaa ohjausta suoraan kotiin. Perheet saavat nopean ja luotettavan hoidon tarpeen arvioinnin sekä tarvittaessa lapsi ohjataan oikeanlaiseen jatkohoitoon, jolloin vakavasti sairaat lapset saavat apua ilman viivettä. Tämän lisäksi lievemmin sairaiden lasten kanssa kotiin jääminen riittävän puhelinohjauksen turvin vähentää tilanteen epävarmuutta sekä siitä johtuvia tarkastus luonteisia päivystyskäyntejä terveydenhuollon yksiköissä. Toiminnan kehittämisen tavoitteena on myös kokonaistaloudellinen säästö, joka koostuu päivystyskäyntien ja osastohoidon määristä, matkakuluista, erikoissairaanhoidon kuljetuksista sekä vanhempien menetetyistä työpäivistä.

Tämä opinnäytetyö on toteutettu kehittämistyönä, jonka tarkoituksena on tuottaa lapsiperheiden päivystyksellisen puhelinohjauksen toimintamalli Lapin keskussairaalle. Toimintamalli ohjaa ja tukee suunnittelua sekä uuden palvelun käyttöönottoa. Kehittämistyön tavoitteena on parantaa lapsiperheiden päivystyksellisen puhelinohjauksen laatua sekä potilasturvallisuutta Lapin keskussairaalaissa. Kehittämistyön toimeksiantajana toimii Lapin sairaanhoitopiiri ja työelämän mentorina Lapin keskussairaalan lastentautien poliklinikan osastonhoitaja Terttu Kurttila. Innostuimme kovasti kehittämistyöstä, koska aihe on työelämälähtöinen, ajankohtainen ja merkityksellinen. Lisäksi työn aihe on noussut todellisesta kehittämistarpeesta, joka motivoi meitä työn tekemisessä. Työssämme olemme hyödyntäneet työelämän tutkimusavusteista kehittämismenetelmää, jonka tarkoituksena on toiminnan kehittäminen yhdessä työyhteisön kanssa. Menetelmän avulla voidaan ratkaista työyhteisössä tunnistettuja tarpeita sekä tarkoituksena on tuottaa uusia käytäntöjä ja palveluita. (Alasoini & Ramstad 2007, 4; Toikko & Rantanen 2009, 33, 113, 156; Ojasalo, Moilanen & Ritalahti 2015, 19.)

2 KEHITTÄMISTYÖN TARKOITUS JA TAVOITE

Kehittämistyön tarkoituksena on tuottaa lapsiperheiden päivystyksellisen puhelinohjauksen toimintamalli Lapin keskussairaallalle.

Kehittämistyön tavoitteena on parantaa lapsiperheiden päivystyksellisen puhelinohjauksen laatua sekä potilasturvallisuutta Lapin keskussairaalassa. Uuden toiminnan avulla lapsiperheet saavat yhdenmukaista ja paikkakunnasta riippumattomaa ohjausta suoraan kotiin. Tavoitteena on saada vakavasti sairaat lapset hoitoon ilman viivettä. Tämän lisäksi lievemmin sairaiden lasten kanssa kotiin jääminen riittävän puhelinohjauksen turvin vähentää tilanteen epävarmuutta sekä siitä johtuvia tarkastus luonteisia päivystyskäyntejä terveydenhuollon yksiköissä.

Kehittämistyöllä vastataan seuraavaan kysymykseen:

Millainen on lapsiperheiden päivystyksellisen puhelinohjauksen toimintamalli Lapin keskussairaalassa?

3 LAPSIPERHEIDEN PÄIVYSTYKSELLINEN PUHELINOHJAUS

3.1 Lasten ja nuorten hoitotyö

3.1.1 Lasten ja nuorten hoitotyön erityispiirteet

Hoitotyön perustehtävänä on *"auttaa ja tukea asiakkaita, potilaita sekä heidän perheitään sen hetkisessä tilanteessa siten, että he kokevat saavansa apua terveyteen ja sairauteen liittyvien toimintojen suorittamisessa olosuhteiden luomien edellytysten mukaan"* (Lauri 2007, 99). Sen ydinosaaminen perustuu ihmisen kokonaisvaltaiseen huomioimiseen fysiologisista, psyykkisistä ja sosiaalisista perustoiminnoista sekä niissä mahdollisesti esiintyvistä ongelmista (Lauri 2007, 100; Kaisvuori ym. 2012, 109). Hoitotyön tavoitteena on vastata jokaisen asiakkaan yksilölliseen hoidon tarpeeseen mahdollisimman laadukkaasti, oikea-aikaisesti, tarkoituksenmukaisesti ja taloudellisesti.

Sairaanhoitajan yleisiä osaamisalueita hoitotyössä ovat eettinen toiminta, terveyden edistäminen, hoitotyön päätöksenteko, ohjaus ja opetus, yhteistyö, tutkimus- ja kehittämistyö, johtaminen, monikulttuurinen hoitotyö, yhteiskunnallinen toiminta, kliininen hoitotyö sekä lääkehoito (Opetusministeriö 2006). Sairaanhoitajan yleisiä osaamisalueita verrattaessa lasten hoitotyön osaamisalueisiin eroina voidaan nähdä lapsipotilaiden erityistarpeiden ja yksilöllisyyden huomioiminen, yhteistyö perheen ja lapsen kanssa sekä kliininen osaaminen ja lasten sairauksien laaja kirjo.

Lasten ja nuorten hoitotyö asettaa erityisvaatimuksia hoitoympäristölle ja hoitohenkilökunnalle. Lasten hoitotyötä ohjaavat eri lait ja asetukset, joista keskeisessä asemassa ovat voimassa oleva lastensuojelulaki (417/2007), laki potilaan asemasta ja oikeuksista (785/1992) sekä YK:n lapsen oikeuksien sopimus. Niissä korostetaan lapsen oikeutta hyvinvointiin sekä kokonaisvaltaiseen, laadukkaaseen ja perhelähtöiseen hoitotyöhön (Lastensuojelulaki 417/2007; Ivanoff, Risku, Kitinoja, Vuori & Palo 2007, 1; Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 785/1992; Janhunen ym. 2016, 3). Lastensuojelulaissa korostetaan lapsen oikeutta turvalliseen kasvuympäristöön, tasapainoiseen ja monipuoliseen kehitykseen sekä erityiseen suojeluun. Ensisijainen vastuu lapsen hyvinvoinnista on lapsen vanhemmilla tai muilla huoltajilla, joiden tehtävänä on turvata lapselle

tasapainoinen kehitys ja hyvinvointi. Myös terveydenhuollon henkilöstöllä on velvollisuus edistää lapsen hyvinvointia ja terveyttä sekä puuttua niitä uhkaaviin tekijöihin. (Lastensuojelulaki 417/2007 1:1§.)

Lasten hoitotyötä ohjaavat lakien ja asetusten lisäksi hoitotyön arvot ja periaatteet, kuten perhekeskeisyys, yksilöllisyys, turvallisuus, kokonaisvaltaisuus, kasvun ja kehityksen tukeminen sekä hoidon jatkuvuus (Kaisvuo ym. 2012, 104). Arvot ja periaatteet ovat aina sidoksissa yhteiskunnan arvoihin, lapsen oikeuksiin sekä lapsen kehitykselliseen ikäkauteen (Koistinen, Ruuskanen & Surakka 2009, 17). Hoitotyön periaatteista etenkin perhekeskeisyyden merkitys korostuu lasten ja nuorten hoitotyössä.

Perhettä kuvataan usein hoidon vastaanottajana, joka heijastuu suoraan lapsen hyvinvointiin (Alaspää & Holmström 2017, 167). Suomessa perhekeskeinen hoitotyö muodostui vasta 1980-luvulla yhdeksi hoitotyön periaatteeksi, jolloin se ymmärrettiin vanhempien osallisena olemisella eli lupauksena olla mukana hoidossa. Nykyään sillä tarkoitetaan sitä, että perhe huomioidaan ja otetaan mukaan lapsen hoitoon sekä siihen liittyvään päätöksentekoon. (Larivaara, Lindroos & Heikkilä 2009, 19.) Lasta ja perhettä ei siis eroteta toisistaan, vaan vanhemmat ovat osa hoitoryhmää, jossa he voivat tehdä hoitopäätöksiä yhdessä hoitohenkilökunnan kanssa. Jotta perhekeskeisyys toteutuisi lapsen hoito on suunniteltava ja toteutettava siten, että huomioon otetaan sekä lapsi että hänen perheensä. Vanhempien osallistuminen hoitoa koskevaan päätöksentekoon on todettu lisäävän vanhempien tyytyväisyyttä hoitoon. (Lindholm 2004, 17; Kaisvuo ym. 2012, 105.)

Perhekeskeisyyden huomioiminen on keskeisin ja haastavin tehtävä lasten hoitotyössä. Sen kokoavana ajatuksena on lapsen psyykkisten ja kehityksellisten tarpeiden tukeminen sekä vanhempien asiantuntijuuden kunnioittaminen oman lapsen hoidossa. Hoitohenkilökunnan käsitys ja arvostus perhekeskeisyydestä vaikuttavat hoidon onnistumiseen. (Ivanoff 2001, 13-14.) Hoitoon osallistuva vanhempi tuntee oman lapsensa käyttäytymisen, jolloin hän pystyy tarkempaan havainnointiin lapsen voinnista kuin henkilökunta (Lampinen, Åstedt-Kurki & Tarkka 2000, 199; Ivanoff ym. 2007, 11). Hoitohenkilökunnan on tunnistettava myös perheen kyvyt ja voimavarat lapsen hoidossa, jotta kokonaisvaltainen hoito toteutuisi

(Kaisvuo ym. 2012, 82-83). Hoitotyön yksilöllisyyden toteutuminen edellyttää, että lapselta ja hänen vanhemmiltaan kerätään hyvät esitiedot voinnista lapsen hoitamista varten. Hoidon tarpeen määrittely perustuu yleensä vanhempien arvioon lapsen terveydentilasta. Vanhemmat pystyvät yleensä hyvin kuvaamaan, miten lapsi käyttäytyy terveenä ollessaan ja miten erilaisten sairauksien yhteydessä. (Tuomi 2008, 19; Kaisvuo ym. 2012, 105; Janhunen 2014, 9.)

Lapsen äkillinen sairastuminen voi olla sekä lapselle että perheelle hämmentävä ja pelottava kokemus. Useimmiten vanhempia ja lasta joudutaan rauhoittamaan, mutta samalla on kuitenkin pystyttävä kuuntelemaan heitä tarkasti. (Kaisvuo ym. 2012, 98; Alaspää & Holmström 2017, 169.) Lapsen sairastuminen luo vanhemmille huolta lapsen terveydentilasta ja sen vaikutuksesta lapsen hyvinvointiin. On hyvin tavallista, että vanhemmat ottavat ensin suoraan yhteyttä puhelimitse päivystykseen tai puhelinohjaukseen ja kysyvät neuvoja kuumeisen tai kipeän lapsen oireista ja hoidosta. (Ruuskanen, Saxén & Mertsola 2009, 1.) Perheen hakeutuessa hoitoon lapsen pahimpana pelkona on joutua erilleen omista vanhemmistaan, siksi lasta ei saisi erottaa vanhemmistaan hoidon missään vaiheessa (Alaspää & Holmström, 2017, 168-169). Perheen läsnäolo lisää lapsen turvallisuuden tunnetta (Kaisvuo ym. 2012, 98).

Lasten ja nuorten parissa työskentelevältä sairaanhoitajalta edellytetään erityistaitoja ja -tietoja lapsen normaalista kasvusta ja kehityksestä, niiden vaikutuksesta toteutettavaan hoitotyöhön sekä sairauden vaikutuksesta kasvuun ja kehitykseen. Lapsen kokonaisvaltainen hoitaminen edellyttää myös taitoa ja ymmärrystä kohdata eri-ikäisiä lapsia erilaisissa tilanteissa sekä erityistarpeiden huomiointia eri ikäkausina. (Alaspää & Holmström 2017, 169.) Lapset ovat erilaisia; eri kokoisia ja eri ikäisiä. Lähestymistapa kymmenvuotiasta lasta kohtaan on erilainen kuin kaksi tai neljä vuotiasta kohtaan, vastasyntyneistä ja imeväisistä puhumattakaan. (Tuomi 2008, 19; Jalkanen 2009, 464.)

3.1.2 Kiireellinen hoito ja päivystyshoito

Sosiaali- ja terveysministeriön (2010, 17) määritelmän mukaan kiireellisellä hoidolla tarkoitetaan äkillisen vamman, sairastumisen, pitkäaikaissairauden vaikeutumisen tai toimintakyvyn alenemisen edellyttämää välitöntä arviointia ja hoitoa, jota ei voida siirtää myöhemmäksi. Kiireellinen hoito voidaan määritellä myös 1-

30 vuorokauden aikana annettavaksi hoidoksi. Päivystyshoidon määritelmä on melkein samanlainen. Suomessa sillä tarkoitetaan äkillisen vamman, sairastumisen tai pitkäaikaissairauden vaikeutumisen edellyttämää välitöntä arviointia ja hoitoa. Päivystyshoito on pääsääntöisesti alle 24 tunnin kuluessa annettavaa hoitoa. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2010, 4, 17; 2014, 2.)

Terveydenhuoltolaissa säädetään kiireellisen hoidon vastaanottoiminnan järjestämisestä, päivystysyksiköiden tehtävistä, kiireellisen hoidon perusteista sekä päivystyksen järjestämisen erikoisalakohtaisista edellytyksistä. Laissa säädetään myös päivystyksen järjestämisen edellytyksistä niillä erikoisaloilla, joissa potilaiden yhdenvertaisuus, potilasturvallisuus ja päivystyspalveluiden laatu vaativat erityisiä järjestelyjä. (Terveydenhuoltolaki 1326/2010 6:50.2§; Koskela 2017, 2, 4.) Päivystyksellinen hoito tulee järjestää siten, että palveluita on saatavilla kaikkina vuorokauden aikoina (Sosiaali- ja terveysministeriö 2010, 3). Muu kiireellinen hoito pyritään järjestämään virka-ajalla tai lääkärin iltavastaanotoilla (Sosiaali- ja terveysministeriö 2014, 2). Päivystysyksiköllä tarkoitetaan ympärivuorokautisesti toimivaa päivystyksen toteuttamista varten suunniteltua yksikköä (Koskela 2017, 4), joka on tarkoitettu ainoastaan kiireellistä hoitoa vaativille potilaille (Sosiaali- ja terveysministeriö 2016).

Suomessa päivystystoiminta on jaettu perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon päivystystoimintaan. Päivystystoiminnan kehittyminen on kuitenkin johtanut yhteispäivystysten yleistymiseen. Yhteispäivystyksellä tarkoitetaan perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon yhdessä järjestämää päivystystoimintaa. Perusterveydenhuollon päivystystoiminnan järjestämisestä huolehtii kunta ja sen tuottaja on usein terveyskeskus, sairaanhoitopiiri tai yksityinen palvelun tuottaja. (Kempainen & Kapanen 2017, 101; Koskela 2017, 4.) Perusterveydenhuollon päivystystoiminta on jaettu toteutettavaksi virka-ajalla tai virka-ajan ulkopuolella. Virka-aikana päivystystä voidaan järjestää terveyskeskuksissa tarjoamalla omalääkäreiden akuuttivastaanottoaikoina tai keskitetysti terveysasemien päivystystoimintana. Virka-ajan ulkopuolella päivystystoiminta järjestetään erillisenä alueellisesti keskitettynä perusterveydenhuollon päivystyksenä tai yhdessä erikoissairaanhoidon kanssa niin sanottuna yhteispäivystyksenä. Erikoissairaanhoidon päivystystoiminnasta ja sen järjestämisestä huolehtii sairaanhoitopiiri. Päivystystoiminta on yleensä keskitetty yhteen alueelliseen päivystyspoliklinikkaan,

joka tarjoaa vuorokauden ympäri kaikki palvelut, lukuun ottamatta vaativampia erityistason palveluita. (Kempainen & Kapanen 2017, 101.)

Vuoden 2017 alussa voimaan astuneen valtioneuvoston antaman asetuksen tavoitteena on varmistaa palveluiden yhdenvertainen saatavuus, riittävä osaaminen hoitavassa yksikössä, asiakas- ja potilasturvallisuus sekä kustannusten kasvun hillintä (Valtioneuvoston asetus kiireellisen hoidon perusteista ja päivystyksen erikoisalakohtaisista edellytyksistä 583/2017; Sosiaali- ja terveysministeriö 2017). Asetuksen mukaan ympärivuorokautinen päivystystoiminta tulee järjestää perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon yhteispäivystyksinä. Asetuksesta huolimatta kiireellistä hoitoa järjestetään edelleen myös päiväsaikaan terveyskeskuksissa. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2016.)

Päivystystoiminta on haastavaa, koska työ on yllätyksellistä niin potilasmäärien kuin tilanteiden osalta. Toiminta on asetuksiin perustuvaa akuuttia hoitoa, joka vaatii riittäviä voimavaroja sekä akuuttihoitotyön osaamista. (Grönroos & Koivisto 2016, 2387; Sosiaali- ja terveysministeriö 2016; 2017, 23). Tämän vuoksi päivystystoimintaa toteuttavassa yksikössä on huolehdittava riittävästä resursseista sekä henkilöstön osaamisesta hoidon toteutumisen ja potilasturvallisuuden vuoksi (Eduskunnan vastaus 2010, 16).

Vaulan (2016) mukaan päivystyksessä hoidetaan paljon ei-kiireellisiä potilaita. Jos asiakas ei saa perusterveydenhuollon kautta ohjausta tai hoitoa, hakeutuu hän päivystykseen, vaikka kyseessä ei olisikaan päivystyksellistä hoitoa vaativa asia. Asiakas mieltää sen kuitenkin kiireelliseksi. Tämä aiheuttaa päivystyksen ruuhkautumisen, josta seuraa haasteita turvallisen ja potilaslähtöisen hoidon sekä tehokkuuden varmistamiselle (Quattrini & Swan 2011, 40; Hurwitz, Lee, Lopiano, McKinley, Keesling & Tyndall 2014, 1). Ongelma voidaan ratkaista lisäämällä perusterveydenhuollon vastaanottoaikoja ja neuvontapalveluja kuten puhelinohjausta (Vaula 2016).

3.1.3 Hoidon tarpeen arviointi lasten ja nuorten hoitotyössä

Hoidon tarpeen arviointi sisältää arvion siitä, tarvitseeko asiakas päivystyshoitoa, jotain muuta kiireellistä hoitoa, kiireetöntä hoitoa tai ei hoitoa ollenkaan. Hoidon tarpeen arvioinnista säädetään terveydenhuoltolaissa sekä päivystysasetuksessa ja se on keskeinen osa potilaan hoitoa. (Terveydenhuoltolaki 1326/2010; Sosiaali- ja terveysministeriö 2010, 19; Valvira 2014; Valtioneuvoston asetus kiireellisen hoidon perusteista ja päivystyksen erikoisalakohtaisista edellytyksistä 583/2017.) Laki potilaan asemasta ja oikeuksista edellyttää, että hoidon tarpeen arviointi tehdään potilaan kanssa yhteisymmärryksessä kunnioittaen potilaan mielipidettä omasta hoidostaan. Varsinaisen päätöksen hoidon tarpeen toteuttamisesta tekee kuitenkin terveydenhuollon ammattihenkilö. (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 758/1992 2:5.6§; Sosiaali- ja terveysministeriö 2010, 21.)

Sosiaali- ja terveysministeriö käynnisti vuonna 2008 hankkeen, jonka tarkoituksena oli luoda valtakunnallisesti yhtenäiset kriteerit muun muassa hoidon tarpeen arvioinnista. Kriteerien mukaan asiakkaalla tulee olla mahdollisuus saada välitön yhteys terveydenhuollon yksikköön ja saada hoidon tarpeen arviointia ympäri vuorokauden. Asiakas tai omainen voi ottaa yhteyttä valintansa mukaan joko puhelimitse tai tulemalla henkilökohtaisesti paikalle. Puhelimitse tapahtuva yhteydenotto tulisi olla ensisijainen tapa, koska hoidon tarvetta voidaan yleensä arvioida jo puhelimitse. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2010, 11, 19; Eduskunnan vastaus 2010, 16.)

Päivystysasetuksen mukaan hoidon tarpeen arviointia ja siihen liittyvää ohjeistusta voi tehdä laillistettu terveydenhuollon ammattihenkilö, jolla on tehtävien suorittamiseen riittävä koulutus, kokemus ja ammattitaito (Valvira 2014; Valtioneuvoston asetus kiireellisen hoidon perusteista ja päivystyksen erikoisalakohtaisista edellytyksistä 583/2017 1:1.7§). Hoidon tarpeen arviointi tapahtuu keräämällä tietoja asiakkaasta. Tietoja voidaan kerätä haastattelemalla, havainnoimalla sekä tekemällä erilaisia tutkimuksia ja mittauksia. (Rasku 2009, 39.) Puhelimen välityksellä tapahtuva hoidon tarpeen arviointi on haasteellisempaa, koska edellä mainituista keinoista ei ole toistaiseksi käytössä kuin haastatteleminen. Hoidon tarpeen arvioinnissa asiakasta tai omaista haastattelemalla saadaan selville heidän käsitys potilaan voinnista, hoitoon hakeutumisen syistä sekä niitä edeltävistä tapahtumista. Terveystilasta tehdään nopea ja karkea ensiarvio,

jonka tavoitteena on selvittää, onko potilas välittömässä hengenvaarassa, jolloin asianmukainen hoito voidaan aloittaa viipymättä. (Rasku 2009, 39.) Sairaalan lapsen hoidon tarpeen arvioinnin tavoitteena on ensisijaisesti tunnistaa kriittisesti sairaat lapset ja sen kautta varmistaa heidän hoitonsa viivytyksetön aloitus (Janhunen ym. 2016, 183). Lasten kiireellisen hoidon tarpeen arvioinnissa tärkeintä on mahdollisen vaarallisen taudin varhainen toteaminen ja nopea hoitoon ohjaaminen (Ruuskanen ym. 2009, 1).

Hoidon tarpeen arvioinnissa käytetään apuna triage- eli kiireellisyysluokittelua (Kantonen 2014, 29). Triage sana tulee ranskan kielestä ”trier” ja se tarkoittaa aakkostamista, järjestämistä, luokittelua, lajittelua ja valikointia (Kemppainen & Kapanen 2017, 103). Triage luokittelu on hoidon tarpeen arviointiin luotu apuväline, jonka tärkeimpänä tavoitteena on erottaa kiireellistä hoitoa vaativat potilaat sekä turvata heidän hoitonsa viiveetön aloitus (Kavenci, Demircan, Keles, Bildik & Aygencel 2012, 344; Doyle, Kingsnorth, Guzzetta, Jahnke, McKenna & Brown 2012, 30; Harjola, Janhunen, Wilén, Palomäki, Nyrhilä, Kokkonen, Ahlskog-Karhu, Vaahersalo & Rahila 2014, 3141; Kantonen 2014, 24). Sen tavoitteena on myös löytää ne vammat tai elintoimintojen häiriöt, jotka eivät välittömästi uhkaa potilaan henkeä, mutta johtavat hoitamattomina tai havaitsemattomina potilaan tilan heikkenemiseen. Luokittelu on siis työväline, jolla hoitoresurssit kohdennetaan niille potilaille, joille hoidosta on eniten hyötyä. Laadukkaalla triage-luokittelulla voidaan vähentää päivystyskäyntien määrää. (Kantonen, Kaartinen, Mattila, Menezes, Malmila, Castren & Kauppila 2010; Kantonen 2014, 24; Kemppainen & Kapanen 2017, 103.)

Maailmalla käytettävistä triage-luokitteluista yleisimmät ovat Emergency Severity Index (ESI), Canadian Triage and Acuity Scale (CTAS), Australian Triage Scale (ATS) ja Manchester Triage Scale (MTS). Suomessa sekä useammassa muussa maassa, kuten Ruotsissa, Sveitsissä, Italiassa, Taiwanissa ja Etelä-Afrikassa, on käytössä omia kansallisia triage-malleja. (Malmström, Kiura, Malmström, Torkki & Mäkelä 2012b, 700.) Suomessa yleisin ja käytetyin kiireellisyysluokittelu on viisiportainen ABCDE-triage, joka on kehitetty Suomessa ja jota ei ole käytössä muualla maailmassa (Kantonen 2014, 24-25; Kemppainen & Kapanen 2017, 103). Eri triage-malleissa asiakkaat luokitellaan eri tavoin. Viisiluokkaisen järjestelmän tarkoituksena on pyrkiä erottelemaan myös E-ryhmäläiset eli ei-

päivystyksellistä lääkärin hoitoa tarvitsevat perusterveydenhuollon kiireettömät potilaat. Viisiportaiset järjestelmät on tutkimuksissa osoitettu olevan luotettavampia kuin kolmeportaiset. (Kanttonen 2014, 24, 29.)

Suomen ABCDE-triagessa luokkaan A kuuluvat potilaat ovat välittömässä hengenvaarassa tai potilaiden tilassa on odotettavissa nopea ja vakava heikkeneminen. Tämän vuoksi he tarvitsevat välitöntä hoitoa. Luokkaan B kuuluvat potilaat tarvitsevat hoitoa 10 minuutin kuluessa päivystykseen saapumisesta. (Seppänen 2013, 1318-1320; Kanttonen 2014, 28.) Luokkaan C kuuluvien potilaiden tavoitteellinen aika päästä lääkärin tutkittavaksi ja hoidettavaksi on alle tunti ja luokkaan D kuuluvien potilaiden alle kaksi tuntia (Kanttonen 2014, 28, Harjola ym. 2014, 3141). Luokkaan E kuuluvat potilaat eivät tarvitse päivystyshoitoa ollenkaan. Näille potilaille tehty hoidon tarpeen arviointi kirjataan potilasasiakirjoihin ja heidät ohjataan usein joko kotihoitoon tai omalle terveysasemalle. Luokittelun tarkoituksena on ohjata työnjakoa siten, että A- ja B- luokkien potilaat hoidetaan erikoissairaanhoidon päivystyksessä, C- ja D- luokkien potilaat perusterveydenhuollon päivystyksessä ja E-ryhmäläiset ohjataan kotiin tai omaan terveyskeskukseen (Kanttonen 2014, 27-28). Kuvassa 1 on esitelty Lapin keskussairaalan yhteispäivystyksen käyttämä triage-malli.

<u>TRIAGE- AJAT:</u>
A = HOITO ALOITETTAVA VÄLITTÖMÄSTI AINA ERIKOISSAIRAANHOIDON POTILAS
B = HOITO ALOITETTAVA KIIREELLISESTI < 10 MIN SAAPUMISESTA AINA ERIKOISSAIRAANHOIDON POTILAS
C = HOITO ALOITETTAVA KIIREELLISESTI < 1 TUNTI SAAPUMISESTA
D = HOITO ALOITETTAVA < 2 TUNTI SAAPUMISESTA (Ei yleensä vaadi hoidon aloittamista yöllä, HTA määrittää)
E = HOIDON TARPEEN MÄÄRITYS (KIRJAA YLÖS SÄHKÖISEEN SAIRAUSKERTOMUKSEEN)

Kuva 1. Triage-luokitus (Lapin keskussairaala 2013).

Vaulan & Kantosen (2008, 1856) tekemässä tutkimuksessa selvitettiin kiireellisyysluokittelun käyttöä suomalaisten sairaaloiden ympärivuorokautisissa päivystyksissä. 26 yksiköstä 75% oli triage käytössä. Viisiportaista ABCDE-ryhmittelyä käytettiin sovelletusti paikalliset olosuhteet huomioiden. Vastaavanlaisessa tutkimuksessa Malmströmin, Torkin, Vallin & Malmströmin (2012a, 345) tulosten mukaan 60 yksiköstä n. 62% käyttivät kiireellisyysluokittelua. Käytetyin luokittelujärjestelmä oli ABCDE-triage. Seppäsen (2013, 1318-1320) mukaan Suomessa ei ole tehty yhtenäisiä valtakunnallisia linjauksia tai ohjeistuksia ABCDE-triagen käytöstä. Tämän vuoksi luokittelu on erilaista eri puolilla Suomea. Lapin keskussairaalan yhteispäivystyksessä käytetään perinteisen triage-mallin lisäksi lasten sairauksiin perustuvaa triage-luokitusta (kuva 2).

Lasten triage		
A	Sydämen toiminnan ja verenkierron romahtaminen Tajuton potilas Sokkinen potilas	Vaikea hengenahdistus Status epilepticus, kouristava potilas Isoenerginen vamma tai trauma
B	Kuumeinen sytostaattihoidossa oleva potilas Hengitysongelmat (silminnähtävä vaikeutunut, työläs hengitys) Alentunut tajunnan taso. Muuttunut tajunnan taso tai ohimennyt kouristus (myös 1. kuumeikouristus) Vakava vamma tai pahoinpitelyvamma. Pään vamma, jossa yleisvoimien muutos. Kiveskipu (testistorsio). Kivulias (inkarseroitunut) tyrä Murtumaan liittyvä hermo- tai verisuonivamma. Murtuma, jossa selkeästi näkyvä virheasento. Epäily käärmeen puremasta	Kohonnut kallonsisäinen paine (shuntti) Anafylaksia Kova päänsärky tai vatsakipu Yli 4% palovamma (4 x lapsen kämmen)
C	Pahentunut astma tai lievä hengitysvaikeus Lievä kuivuma Akuutti psyykkinen ongelma, masennus ja itsemurha-ajatukset Pahoinpitely tai kaltoin kohtelu (jos vamma vaatii hoitoa heti, siirrä luokkaan B)	Pään vamma tai muu lievä vamma Vatsakipu
D	Hengitystieinfektio Oksentelu ja ripuli, ei kuivumaa Lievä vatsakipu Murtumat ja murtumaepäilyt, joissa ei näkyvää virheasentoa Korvakipu, joka jatkuu lääkityksestä huolimatta (myös yöllä)	Lievä pään trauma Pieni vamma Lievä päänsärky Rintakipu
E	Ylähengitystieinfektio, kipeä kurkku (hyväkuntoinen, ei korkeaa kuumetta) Ihottumat ja näpyt Ripuli ilman kuivumaa korvatulehdusepäily ilman kipua	Krooninen vatsakipu

Kuva 2. Lasten sairauksien triage-luokitus (Lapin keskussairaala 2013).

Useiden tutkimusten mukaan koulutetun ja kokeneen hoitajan tulisi vastata triage-luokituksen tekemisestä (Kanttonen 2014, 45). Asiakkaan ottaessa yhteyttä tai tullessa päivystykseen hoitaja tekee hoidon tarpeen arvion ABCDE-luokittelun perusteella hoidon kiireellisyydestä ja hoidon järjestämisestä potilaan tulossyn, oireiden, vamman tai tehtyjen löydösten perusteella. Huomioon tulee ottaa myös asiakkaan mahdolliset perussairaudet. Tutkimusten mukaan triage-luokittelua voidaan luotettavasti käyttää kaikkiin potilasryhmiin. (Syväoja & Äijälä 2009, 9, 93; Kanttonen 2014, 29; Begaz, Elashoff, Grogan, Talan & Taira 2017, 1427; Kempainen & Kapanen 2017, 102-103.)

Triage-luokittelun haasteena on ali- ja ylikuokittelun riski (Azero, Gaudes, Almeida, Chianca & Martins 2014, 47; Smith, Snyder, Hollen, Anderson & Caterino 2015, 489). Yli-triage aiheuttaa resurssien turhaa käyttöä ja voi viedä aikaa niiltä asiakkailta, jotka sitä enemmän tai nopeammin tarvitsevat. Ali-triagella voi taas olla vakavia seurauksia, koska asiakas ei saa tarvitsemaansa apua tai hoitoa riittävän nopeasti. Laadukkaan triage-luokituksen tekeminen vaatii selkeät ja ymmärrettävät toimintaohjeet sekä säännöllistä koulutusta triagen käytöstä. (Pointer, Levitt, Young, Promes, Messana & Adèr 2001, 268; Hodge, Hugman, Varn-dell & Howes 2012, 28.) Hoitohenkilökunnan triage-osaamisen kehittäminen on tärkeä osa hoidon laatua ja potilasturvallisuutta (Westergren, Ferm & Häggström 2013, 307; Begaz ym. 2017, 1428).

Hoidon tarpeen arvioinnin tekevältä hoitajalta vaaditaan kriittistä ajattelua sekä kognitiivisia ominaisuuksia, jotta hän kykenee johdonmukaiseen päätöksentekoon (Chung 2005, 208; Sillanpää 2009, 41; Valvira 2014). Vehmasen (2010, 2914-2916) tutkimuksen mukaan triage-luokitusta tekevältä hoitajalta vaaditaan ripeyttä ja nopeaa päätöksentekoa. Hoitajalla tulee olla myös hyvä stressinsietokyky. Tämän lisäksi triage-luokitusta tekevän hoitajan tulisi olla yksikön vakituista henkilökuntaa, jolle luokittelu on tuttua. Tilapäisille työntekijöille triagen tekemisen lisäksi myös työyksikön toimintatavat voivat olla vieraita.

Suomen ABCDE- triagen luotettavuudesta on vähän tutkimustietoa (Malmström ym. 2012b, 702; Janhunen ym. 2016, 185). Miettolan, Halisen, Lipposen, Hieta-korven, Kaukosen & Kumpusalon (2003, 539) tutkimustulosten mukaan sairaanhoitajien tekemä arviointi eroaa lääkäreiden tekemästä arvioinnista. Eroavaisuus

tulee ilmi etenkin niiden potilaiden kohdalla, jossa hoitaja koki potilaan tarvitsevan päivystyshoitoa ja lääkäri ei. Lääkärit arvioivat 14% päivystyskäynneistä aiheettomiksi, kun taas hoitajat eivät luokitelleet yhtään potilasta E-luokkaan. Janhusen ym. (2016, 182-183, 190) tutkimuksessa sen sijaan tarkasteltiin sairaanhoitajien ja tutkimushoitajien arvioinnin yhteneväisyyttä lapsen hoidon tarpeen arvioinnissa. Kiireellisyysluokittelun yhteneväisyys oli 86,7%, jonka perusteella ABCDE-luokittelu on arvioinnin toistettavuuden osalta luotettava työväline lasten hoidon tarpeen arvioinnissa.

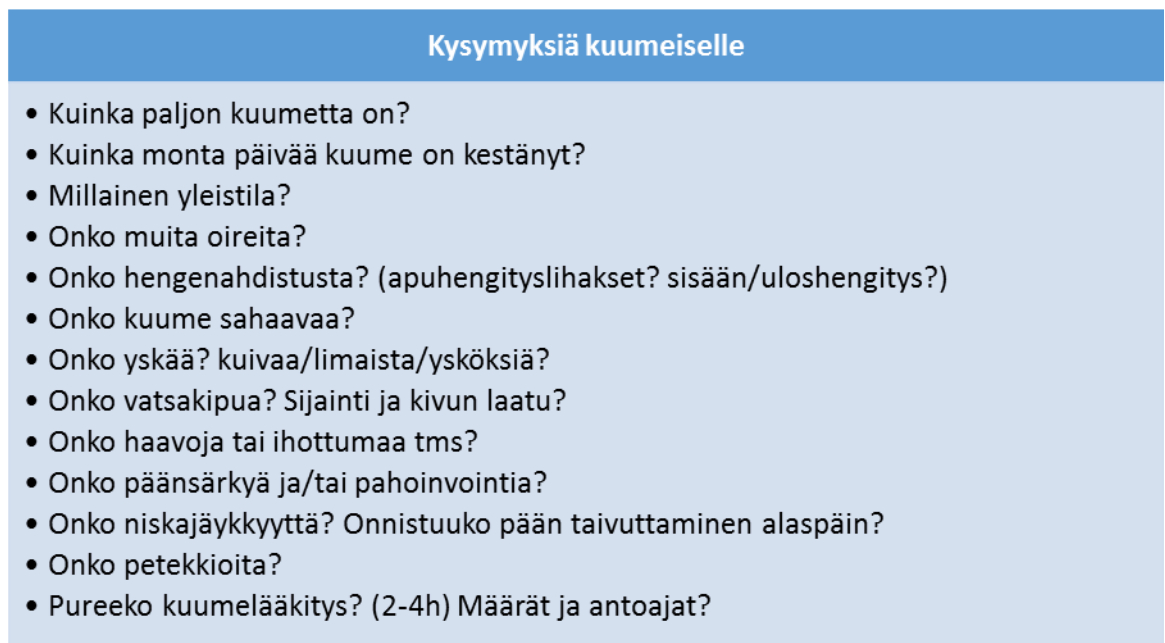
3.2 Puhelinohjaus hoitotyön ohjausmenetelmänä

3.2.1 Puhelinohjaus hoitotyössä

Hoitotyössä puhelinohjauksella tarkoitetaan terveydenhuollon ammattihenkilön puhelimen välityksellä antamaa ohjausta asiakkaan terveyteen liittyvissä asioissa (Kontio, Kukkonen, Leiviskä, Leskinen, Murto, Mustonen, Nenonen, Orpana, Pekkinen & Törmä 2006, 77; Syväoja & Äijälä 2009, 129; Orava, Kyngäs & Kääriäinen ym. 2012a, 216; 2012b, 232). Puhelinohjausta voidaan käyttää myös asiakkaan hoidon tarpeen arviointiin sekä jatkohoitoon ohjaamisessa. Puhelinohjauksen tavoitteena on sekä tunnistaa että vastata asiakkaan avun tarpeeseen (Greenberg 2009, 2621). Lasten osalta tärkeintä on pystyä tunnistamaan ne asiakkaat, jotka tarvitsevat välitöntä hoitoa (Kaisvuo ym. 2012, 99). Laadukas puhelinohjaus on asiakaslähtöistä, vuorovaikutuksellisesti toteutettua ja luottamukseen perustuvaa toimintaa (Kääriäinen 2007, 47; Orava ym. 2012a, 216).

Hyrynkangas-Järvenpään (2007, 428) mielestä puhelinohjauksen tulisi olla tasa-laatuista kaikkialla Suomessa palvelun tarjoajasta riippumatta. Kantolan ym. (2007, 898) mukaan Suomessa ei ole vielä tarkkoja kriteereitä siitä, miten ABCDE-triagea tulisi toteuttaa. Eri kunnilla voi olla omat ohjeistukset, samoin päivystyksillä. Ainoastaan hätäkeskuksilla on kansallisesti sovitut yhtenäiset hoidon tarpeen arvioinnin ohjeet. Tämän vuoksi eri puolilla Suomea puhelinohjaus saattaa olla hyvinkin erilaista. (Kantola, Kauppila & Kockberg 2007, 898; Sosiaali- ja terveysministeriö 2010, 21.)

Tutkimusten mukaan puhelinohjauksen ammattihenkilönä toimii usein sairaanhoitaja (Hyrynkangas-Järvenpää 2007, 427; Kantonen ym. 2007, 898; Tarkiainen, Kaakinen, Kyngäs & Kääriäinen 2012, 99), joka hallitsee ohjausmenetelmät, ja jolla on tarvittava osaaminen toimia työtehtävässään. Osaaminen koostuu riittävästä tiedoista, taidoista sekä asenteista. (Kääriäinen 2007, 48.) Sairaanhoitaja neuvoa, ja ohjaa asiakkaita, auttaa heidän ongelmissaan, arvioi hoidon tarvetta sekä ohjaa tarvittaessa asiakkaan jatkohoitoon oikeaan aikaan ja oikeaan paikkaan (Syväoja & Äijälä 2009, 129; Kaminsky, Rosenqvist & Holmström 2009, 384). Puhelinohjauksessa voidaan erottaa samat vaiheet kuin hoitotyön prosessissa, jotka ovat hoidon tarpeen määrittely, hoidon suunnittelu, toteutus sekä arviointi. Puhelinohjauksessa toimiessaan sairaanhoitaja voi käyttää apunaan ennalta sovittuja toimintamalleja, ohjeistuksia tai erilaisia tarkistus- ja kysymyslistoja (Kuva 3). Nämä asiakirjat auttavat sairaanhoitajaa suunnittelemaan, toteuttamaan ja arvioimaan tarvittavaa ohjausta. (Kontio ym. 2006, 77.)



Kuva 3. Kysymyksiä kuumeiselle asiakkaalle (Lapin keskussairaala 2013).

Greenberg (2009, 2621-2628) kuvaa tutkimuksessaan puhelinohjaus- prosessin teoreettisen mallin, jonka mukaan puhelinohjauksen ensimmäisessä vaiheessa kerätään tietoa kysymällä soittajalta yhteydenoton syy, oireiden kesto sekä miten oiretta on siihen asti hoidettu. Seuraavaksi käsitellään kuultua tietoa, tulkitaan ja vertaillaan sitä terveydenhuollon tietoon. Tarvittaessa haetaan lisätietoa myös eri

tietolähteistä. Tähän vaiheeseen liittyy myös päätöksenteko. Lopuksi ohjataan asiakasta esimerkiksi antamalla kotihoito-ohjeita tai ohjaamalla asiakas vastaanotolle.

Oravan ym. (2012a, 216-217, 222, 224, 226, 228; 2012b, 232-233) tekemissä kirjallisuuskatsauksissa selvitettiin puhelinohjausta hoitotyön menetelmänä proaktiivisen ja reaktiivisen ohjauksen näkökulmasta. Proaktiivinen puhelinohjaus perustuu ennalta sovittuun hoitosuhteeseen, jossa aloitteen tekijänä on hoitaja. Reaktiivisessa ohjaustilanteessa yhteydenotto tapahtuu soittajan eli potilaan tai omaisen aloitteesta ja ohjaustarpeet liittyvät usein akuutteihin ongelmiin. Tyyppillisiä asiakkaita ovat lasten vanhemmat. Suunnittelemattomassa puhelinohjauksessa korostuvat hoidon tarpeen arviointi sekä sairaanhoitajan työkokemus ja ammattitaito. Puhelinohjaus on yksilöllistä ja siinä syntyy tavoitteellinen ja vuorovaikutuksellinen hoitosuhde asiakkaaseen. Sairaanhoitajalla voi olla käytössä erilaisten hoito-ohjeiden ja toimintamallien lisäksi myös lääkärin konsultointi mahdollisuus.

Puhelinohjaus on yksi haasteellisimmista ohjausmuodoista. Kaisvuon ym. (2012, 98-99) mukaan lapsia koskeva puhelinohjaus vaatii sekä tietoa että kokemusta terveen lapsen käyttäytymisestä, lasten sairauksista sekä ohjauksen periaatteista. Puhelinohjauksen avulla vanhemmat saavat ohjeet sairaan lapsen hoitoon ja neuvoja siihen, milloin lapsen sairaus vaatii arvioinnin päivystyksessä. Kaisvuon ym. korostavat, että vanhempien puhelinohjauksen tulee olla riittävän konkreettista ja ymmärrettävää. Ohjauksessa on korostettava vanhempien omaa arviointia sekä päätöstä siitä, milloin lapsi tarvitsee sairaalahoitoa. Puhelinohjauksella pyritään lisäämään vanhempien turvallisuuden tunnetta lapsen sairaudesta sekä kotiin jäämisestä. Selkeät kotihoito-ohjeet vähentävät päivystyshoiton lähtemistä varsinkin yöaikaan.

Puhelinohjauksen merkitys terveydenhuollossa on suuri. Kempe, Bunik, Ellis, Magid, Hegarty, Dickinson & Steiner (2006, 457) tutkivat neljän vuoden ajan lasten sairauksia koskevaa puhelinohjausta. Tutkimustulosten mukaan n. puolet (48%) asiakkaiden ongelmista voidaan hoitaa puhelimesta. Fieldstonin ym. (2012, 220) tutkimustulosten mukaan lapsipotilaista 58-82% hakeutui päivystyshoittoon kiireettömästi syystä. Myös Orava ym. (2012a, 226) korostaa, että mikäli

puhelinohjaustoiminta ei ole käytössä, huomattava osa asiakkaista hakeutuu suoraan päivystyksikköön. Janhusen (2014, 31) tutkimuksen mukaan yleisimmät lapsipotilaiden tulossyyt päivystykseen olivat kuume, hengitysvaikeus, ylähengitystie-infektio-oireet, trauma, murtuma, korvavaivat, vatsa- ja suolistoinfektio-oireet sekä vatsakipu.

Puhelinohjauksen tavoitteena on tarpeettomien sairaalakäyntien vähenemisen. Tämän lisäksi tavoitteina palveluiden parempi ja yhdenmukainen saatavuus, resurssien järkevä ja asianmukainen käyttö sekä kiireellisten ja kiireettömien terveyspalveluiden onnistunut koordinointi. (Tarkiainen ym. 2012, 99; Orava ym. 2012a, 217.) Tavoitteiden toteutuessa myös terveydenhuollon kokonaiskustannukset laskevat (Hyryn kangas-Järvenpää 2007, 430).

3.2.2 Puhelinohjaustoiminnan edellytykset

Puhelinohjaustoiminta edellyttää riittäviä henkilöstöresursseja, asianmukaisia työtiloja, toimivia työvälineitä sekä ohjauksessa tarvittavia ohjelmia ja materiaaleja (Kääriäinen, Lahdenperä & Kyngäs 2005, 27; Tarkiainen ym. 2012, 100; Nikula, Kaakinen, Kyngäs & Kääriäinen 2014, 5). Riittävillä henkilöstöresursseilla pystytään vaikuttamaan ohjauksen laatuun, tehokkuuteen ja saatavuuteen. Työtilan tulee olla mahdollisimman rauhallinen, jotta keskittyminen ja työn tekeminen onnistuvat. (Nikula ym. 2014, 5, 10.) Lääkärin konsultaatio mahdollisuutta pidetään myös tärkeänä asiana (Gischler, Mazer, Poley, Tibboel & Van Dijk 2008, 625). Lääkäri toimii hoitajan tukena päätöksenteossa.

Oikeanlaiset ja toimivat tietokoneohjelmat sekä strukturoidut ja yhtenäiset ohjeistukset ovat tärkeitä apuvälineitä ohjauksessa (Orava ym. 2012a, 223). Huomioitavaa on kuitenkin se, että tutkimusten mukaan apuohjelmat voivat sekä vahvistaa, mutta myös estää ja kontrolloida ohjausta. Tutkimustulosten mukaan ohjelmien käytössä positiivista oli se, että ne yksinkertaistivat työtä, loivat turvallisuuden tunnetta ja täydensivät hoitajan tiedollista osaamista. Tuloksista kävi kuitenkin ilmi myös se, että ohjelmien käyttömahdollisuudet ovat rajalliset eikä hoitaja voi tukeutua liikaa ohjelmiin, vaan hänen tulee luottaa ensisijaisesti omaan osaamiseen ja käyttää ohjelmia ainoastaan oman arvioinnin tukena. (Holmström 2007, 23; Ernesäter, Holmström & Engström 2009, 1074.)

Tutkimusten mukaan puhelinohjaus edellyttää myös riittävää työkokemusta, vahvaa kliinistä- ja ammatillista osaamista sekä sen kehittämistä. Sairaanhoidajalta edellytetään kokonaisuuksien hallintaa, nopeaa arviointi- ja päätöksentekokykyä, yhteistyötaitoja sekä kykyä esittää kysymyksiä. Lisäksi sairaanhoidajalla tulee olla ongelmanratkaisu- ja kuuntelutaitoja. (Lipponen, Kyngäs & Kääriäinen 2006, 31; Hyrynkangas-Järvenpää, 2007, 427, 428-429; Lipponen, Kanste, Kyngäs & Ukkola 2008, 129; Orava ym. 2012a, 223–225; 2012b, 237; Tarkiainen ym. 2012, 106; Nikula ym. 2014, 10.) Greenberg (2009, 2621) lisää vielä, että hoitajalta edellytetään kriittisen ajattelun osaamista sekä hyviä vuorovaikutustaitoja. Hoitajalla tulee olla riittävät tiedot ohjattavista asioista sekä ohjausmenetelmistä ja -tyyleistä (Kääriäinen ym. 2005, 27). Myös Tarkiaisen ym. (2012, 98) mukaan hoitajan koulutus sekä työkokemus vaikuttavat huomattavasti annettavaan ohjaukseen ja sen laatuun. Lisääntyneen koulutuksen ja työkokemuksen avulla hoitajan valmiudet arvioida potilaan jatkohoidon tarvetta paranevat.

Nikulan ym. (2014, 7) tutkimukseen osallistuvista puhelinohjausta tekevästä hoitajista ammatilliset tietonsa ja taitonsa arvioivat hyväksi 56%, kun taas vastavasti 44% arvioi omat ammatilliset tietonsa ja taitonsa huonoiksi. Kääriäinen (2008, 12) tähdentää, että turvatakseen hyvät ohjausvalmiudet, hoitajan tulee päivittää säännöllisesti omaa osaamistaan. Jotta asiakas saisi laadukasta ja asianmukaista ohjausta, tulisi hoitajan seurata myös tutkimustietoa. Vaulan (2016) näkemys on, että hoitajat tarvitsevat säännöllisen koulutuksen lisäksi palautetta toiminnastaan. Hoitajien tulee omata myös tilannetajua sekä myötäelämisen kykyä.

Hyvät vuorovaikutustaidot korostuvat puhelinohjauksessa. Hoitajalla tulee olla selkeä ja ymmärrettävä kieli. Hänen tulee edetä ohjauksessa johdonmukaisesti ja varmistettava, että asiakas ymmärtää annetut ohjeet. Asiat tulee kertoa mahdollisimman yksiselitteisesti. Hoitajan täytyy huomioida myös ohjattavan kyky vastaanottaa tietoa. (Lipponen ym. 2006, 28-29, 31, 35.) Puhelinohjauksen onnistumiseen vaikuttavat vuorovaikutustaitojen lisäksi myös hoitajan motivaatio ja sitoutuminen asiakkaan ohjaamiseen (Nikula ym. 2014, 5; Tarkiainen ym. 2012, 98, 100). Hoitajan hyvät kuuntelu- ja myötäelämisen taidot lisäävät asiakkaiden tyytyväisyyttä ohjaukseen (Gustafson, Martinsson, Wälivaara, Vikman & Sävenssted 2016, 1789).

Hoitajan tulee kunnioittaa ja toimia asiallisesti kaikkia asiakkaita kohtaan. Omien tunteiden, arvojen ja asenteiden ei saa antaa vaikuttaa negatiivisesti ohjaustilanteissa. Hoitaja ei saa vähätellä tai toimia tuomitsevasti, sillä tämä voi vähentää ohjauksen vaikuttavuutta. Puhelinohjauksesta voi tulla tehotonta, jos hoitaja kuulostaa esim. ärtyneeltä, kiireiseltä tai turhautuneelta. Hoitajan on hyvä tiedostaa omat tunteensa, asenteensa ja tapansa toimia, jotta hän pystyy käyttäytymään mahdollisimman ammatillisesti jokaisessa ohjaustilanteessa. (Lipponen ym. 2006, 31, 78; Larivaara ym. 2009, 89.) Hoitajan tulee pyrkiä tietoisesti tarkastelemaan ja kehittämään vuorovaikutustaitojaan. Kehittämisessä voi hyödyntää asiakkailta ja kollegoilta saatuja palautteita ja arvioita. (Vänskä, Laitinen-Väänänen, Kettunen & Mäkelä 2011, 35.)

Wahlbergin, Cedersundin & Wredlingin (2003, 42-44) sekä Tarkiaisen ym. (2012, 110) tutkimuksissa korostuivat puhelinohjausta tekevän hoitajan ammattitaito. Asiakkaan oireiden selvittely vaatii oikeiden kysymysten esittämistä ja aktiivista kuuntelua hoidon tarpeen arvioimiseksi. Hoitajalle suositellaan jatkuvaa koulutusta taitojen saavuttamiseksi ja ylläpitämiseksi. Hyryn Kangas-Järvenpää (2007, 427) lisää vielä, että puhelinohjaus vaatii myös nykyaikaista puhelin tekniikkaa ja työnjaon kehittämistä. Lisäksi toiminta edellyttää henkilöstön toimivaa yhteistyötä. Vertaistuen merkitys nähdään myös suurena hyötynä. (Lipponen ym. 2008, 129.)

Toiminnan laadun varmistamiseksi toimintaa tulee arvioida säännöllisesti. Tarkiaisen ym. (2012, 100) mukaan puhelinohjauksen laatua voidaan arvioida joko terveydenhuollon ammattilaisen tai asiakkaan näkökulmasta. Toiminnan arvioinnin tulee olla systemaattista, jotta toimintaa voidaan kehittää. Kehittämällä palvelua parannetaan laatua, joka samalla parantaa hoidon kokonaislaatua. (Hyryn Kangas-Järvenpää 2007, 430) Oravan ym. (2012b, 233) kirjallisuuskatsauksen mukaan asiakkaat olivat tyytyväisiä puhelinohjaukseen ja kokivat sen kasvotusten tapahtuvan ohjauksen vaihtoehdona, joskus jopa sitä käyttökelpoisempänä. Alueilla, joissa välimatkat ovat pitkiä, puhelinohjauksen tarve lisääntyy entisestään.

3.2.3 Puhelinohjauksen hyödyt

Tehokas puhelinohjaus on osa laadukasta terveysterveyspalvelua. Asiakas saa nopeasti yhteyden terveydenhuollon yksikköön ja saa ammattihenkilön antaman tiedon heti käyttöönsä. Palvelu ohjaa asiakkaan oikeaan paikkaan oikeana ajankohtana. Puhelinohjauksella voidaan parantaa palvelun saatavuutta, lisätä palvelun nopeutta ja tehokkuutta sekä laskea terveydenhuollon kustannuksia. (Hyrnkangas-Järvenpää 2007, 427-430.) Tarkiaisen ym. (2012, 99) tutkimuksessa tultiin samankaltaisiin tuloksiin. Laadukkaalla puhelinohjauksella voidaan ehkäistä käyn-tejä, jotka eivät välttämättä tarvitse päivystyspoliklinikan hoitoa.

Kantonen ym. (2007, 900) ovat tutkineet puhelinohjauksen vaikutusta asiakasvir-toihin päivystyksessä. Tutkimustulosten mukaan asiakkaiden ohjaus puhelimitse sekä ohjaaminen kiireellisyyden perusteella oikeaan paikkaan vähentää päivys-tyskäyntien määrää. ABCDE-triagea eli kiireellisyysryhmittelyä käyttämällä puhe-limessa voidaan myös nopeuttaa asiakkaan pääsyä lääkärille. Kuusisto, Järvinen ja Saranto (2013, 151) tutkivat, onnistuuko lähetepotilaiden etähoito erikoissai-raanhoidossa lääkäripulan ja hoitotakuun puitteissa. Tutkimustulokset osoittavat, että puhelinohjaus vähensi perusterveydenhuollossa lääkärikäyn-tejä. Lähetepo-tilaan etähoito puhelimitse tai kirjeitse erikoissairaanhoidossa ovat toimivia pal-veluita voimavarojen ollessa niukat. Näin voidaan välttää myös lähetteiden pa-lauttaminen, ylityön teettäminen ja ostopalvelu-lääkäreiden käyttö.

Terveydenhuollon puhelinohjauksen vaikuttavuutta ja kustannustehokkuutta on tutkittu myös maailmalla. Toistaiseksi siitä ei kuitenkaan ole saatavilla kovin kat-tavasti tietoa. Stacey, Noorani, Fisher, Robinson, Joyce & Pong (2003, 6) tulivat siihen tulokseen, että noin puolet asiakkaiden ongelmista voidaan hoitaa puheli-messa. Tämän lisäksi suurin osa asiakkaista oli tyytyväisiä saamaansa palve-luun. Gischler ym. (2008, 625) saivat tutkimuksessaan samansuuntaisia tuloksia. Tulosten mukaan puhelinohjaus oli vaikuttavaa ja kustannustehokasta toimintaa.

3.2.4 Puhelinohjauksen haasteet ja ongelmat

Oravan ym. (2012a, 228) tutkimustulosten mukaan sairaanhoitajat kokevat puhelinohjauksen usein haastavana, koska hoitajalta edellytetään niin monipuolista osaamista. Useassa tutkimuksessa nousi esille myös se, että koulutusta kaivattiin lisää (Wahlberg 2003, 39; Nikula ym. 2014, 8). Puhelinohjauksen haasteena on lisäksi se, että hoitaja joutuu tekemään hoidon tarpeen ja kiireellisyyden arvioinnin puhelimesta näkemättä potilasta (Tarkiainen ym. 2012, 99-100). Asiakkaan nähdessä hoitaja voi kerätä tietoa haastattelemalla, havainnoimalla sekä tekemällä erilaisia mittauksia ja tutkimuksia (Rasku 2009, 39). Puhelimesta hoitaja ei pysty tekemään havaintoja eikä tutkimuksia, jonka vuoksi päätökset perustuvat hoitajalle kerrottuihin asioihin. Myös Wahlberg ym. (2003, 43) tutkimustulokset osoittavat, että puhelinohjausta hankaloittaa katsekontaktin puute. Asiakkaan taito ilmaista oireitaan näköyhteyden puuttuessa sekä hoitajan kommunikointitaidot vaikuttavat oikeaan lopputulokseen pääsemisessä. Nämä vaikuttavat myös puhelinohjauksen kokonaisuuteen. (Huibers, Keizer, Gieser, Grol & Wensing 2012, 547.)

Wahlberg ym. (2003, 39-40, 44) ovat tutkineet puhelinpalvelussa työskentelevien hoitajien kokemuksia työn ongelmista ja haasteista. Tuloksissa esiin nousseet isoimmat haasteet olivat terveydenhuollon resurssien vähäisyys, päätöksentekoon liittyvät vaikeudet, konsultaation puute, näköyhteyden puuttuminen asiakkaaseen sekä jatkuva päätösten tekeminen. Tutkimuksessa todettiin myös, että kuuntelemista tulisi harjoitella aktiivisesti. Nikulan ym. (2014, 8) tutkimustuloksissa 78% vastaajista piti henkilöstöresursseja vähäisenä. Myös Kääriäisen (2008, 13) tutkimustulosten mukaan henkilöstön mitoitus ei aina ollut riittävää. Ongelmana olivat myös tilojen epäasianmukaisuus sekä tarvittavien työvälineiden huono saatavuus. Wahlberg ym. (2003, 42) tuovat tutkimuksessaan esille myös tekniikan puutteellisuuden. Ammattilaiset kokivat työvälineiden tuomat ongelmat suureksi haitaksi. Huonolla puhelimella tai tietokoneella ohjaaminen ei onnistu.

Hoitajat kokivat tarvitsevansa myös lisää palautetta asiakkailta. He eivät saaneet riittävästi palautetta tekemästään työstään ja se vaikeutti oman osaamisen ja työn kehittämistä. Osa hoitajista koki myös työskentelyn yksin haasteelliseksi asiaksi. Hankalassa tilanteessa heillä ei aina ollut mahdollisuutta kysyä apua

toiselta ammattilaiselta. (Wahlberg ym. 2003, 42.) Hyrynkangas-Järvenpään (2007, 429) mukaan Suomessa neuvontaa antavilla sairaanhoitajilla tulisi olla matala kynnys konsultoida lääkäriä. Strömin, Keizerin, Gieserin, Grolin & Wensingin (2006, 1119) tutkimuksessa hoitajat kokivat työnsä haasteelliseksi, koska sekä asiakkaat että kollegat arvostelivat heidän toimintaa jatkuvasti.

4 KEHITTÄMISTYÖN TOTEUTUS

4.1 Työelämän tutkimusavusteinen kehittämismenetelmä

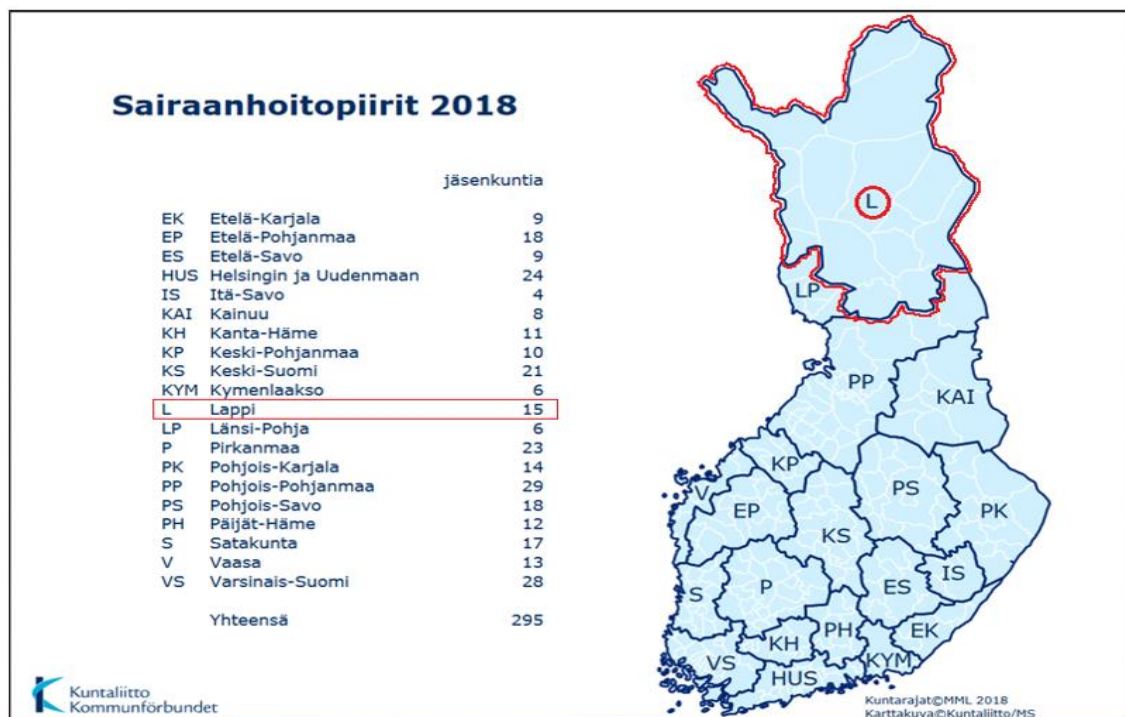
Tässä kehittämistyössä olemme hyödyntäneet tutkimusavusteista kehittämismenetelmää, koska työmme tavoitteena on toiminnan kehittäminen. Työelämän tutkimusavusteinen kehittäminen on käytäntöön suuntautunutta kehittämistyötä, jota suunnitellaan ja toteutetaan yhdessä työyhteisön kanssa. Tutkimukseen liittyviä elementtejä ja kehittämistä yhdistelemällä voidaan ratkaista työssä sekä työyhteisössä tunnistettuja tarpeita, haasteita ja ongelmia. Sen tarkoituksena on tuottaa ja toteuttaa uusia käytäntöjä, tuotteita tai palveluita. Tavoitteena on jokin konkreettinen muutos. Parhaimmillaan menetelmä synnyttää uutta, entistä parempaa ja käytännöllisempää sekä laajemmin hyödynnettävää tietoa kehittämistoiminnan tueksi eli organisaation kehittämistä tuetaan tutkimustietoon perustuvalla tietämyksellä. (Alasoini & Ramstad 2007, 4; Toikko & Rantanen 2009, 33, 113, 156; Ojasalo ym. 2015, 19.)

Myös Seppänen-Järvelän (2006, 24) mukaan tutkimusavusteinen kehittämistoiminta on tutkimuksellisuuden sekä kehittämisen yhdistämistä. Puhutaan myös tutkimuksellisesta kehittämistoiminnasta, joka ei velvoiteta käyttämään mitään tiettyjä menetelmiä, vaan ne vaihtelevat ja voivat tarkentua vielä kehittämistyön aikana. Erilaisten menetelmien käyttö ja hyödyntäminen kuuluvat kuitenkin vahvasti kehittämistoimintaan. (Toikko & Rantanen 2009, 21, 167.)

Kehittämistyön aihe nousi Lapin keskussairaalan lastenyksikön tarpeesta suunnitella ja aloittaa uusi puhelinohjaustoiminta. Tarkoituksena on luoda uusi toimintamalli, jonka avulla lapsiperheiden päivystyksellinen puhelinohjauspalvelu voidaan ottaa käyttöön Lapin keskussairaалassa. Tutkimusavusteisen kehittämistoiminta sopii kehittämistyöhön parhaiten, koska esimerkiksi Hyötyläisen (2007, 381, 383) mukaan menetelmän tavoitteena on parantaa kohdeyksikön toimintaa sekä saada aikaan uusia ratkaisuja ja ottaa niitä käyttöön. Hänen mukaansa tärkeää on myös riittävä ja asiaan soveltuvan tiedon tuottaminen ja hyödyntäminen. Käytämme hyväksi tieteellistä tietoa käytännön toteutuksessa ja kehittämistyön mukaisesti ensisijaisena päämääränä on puhelinohjaustoiminnan parantaminen ja uuden tiedon tuottaminen käytännöstä.

4.2 Kohdeorganisaation, vastuuyksikön sekä toimintaympäristön kuvaus

Lapin sairaanhoitopiiri on 15 kunnan (Enontekiö, Inari, Kemijärvi, Kittilä, Kolari, Muonio, Pelkosenniemi, Pello, Posio, Ranua, Rovaniemi, Salla, Savukoski, Sodankylä, Utsjoki) perustama kuntayhtymä (kuva 4), joka toteuttaa erikoissairaanhoidon palveluita sekä päihdeongelmaisten hoitoa ja kuntoutusta. Sairaanhoitopiirin alueella asuu 117 704 asukasta, joista 0-15,0-vuotiaita on n. 15,8%. (Tilastokeskus 2017; Lapin sairaanhoitopiiri 2018.) Tämän lisäksi Lapin maakunnassa vierailee vuosittain n. 1,8 miljoonaa turistia. Lapin sairaanhoitopiirin alue on suuri; se on reilu neljännes (25,7%) Suomen kokonaispinta-alasta ja haasteena alueella on pitkät etäisyydet. Muun muassa Utsjoelta on 450 km ja Kilpisjärveltä 425 km matkaa Rovaniemelle, Lapin keskussairaalaan. (Lapin sairaanhoitopiiri 2018.)



Kuva 4. Lapin sairaanhoitopiiri (Kuntaliitto 2018).

Lapin sairaanhoitopiirin toiminta on jaettu tulosalueisiin, tulosyksiköihin ja vastuuyksiköihin. Lastenosasto kuuluu operatiivisen hoidon tulosyksikköön ja sen toiminta on jaettu puutteellisten tilojen vuoksi kahteen eri kerrokseen. Toisessa kerroksessa hoidetaan infektiosairauksia ja leikkauspotilaita, ja toisessa kerroksessa tehostettua valvontaa tarvitsevia vastasyntyneitä sekä neurologisia ja sisätauteja sairastavia potilaita. (Lapin sairaanhoitopiiri 2018.) Hoitajat

työskentelevät eri kerroksissa asiakasmäärän, hoidon tarpeen ja oman osaamisen mukaan.

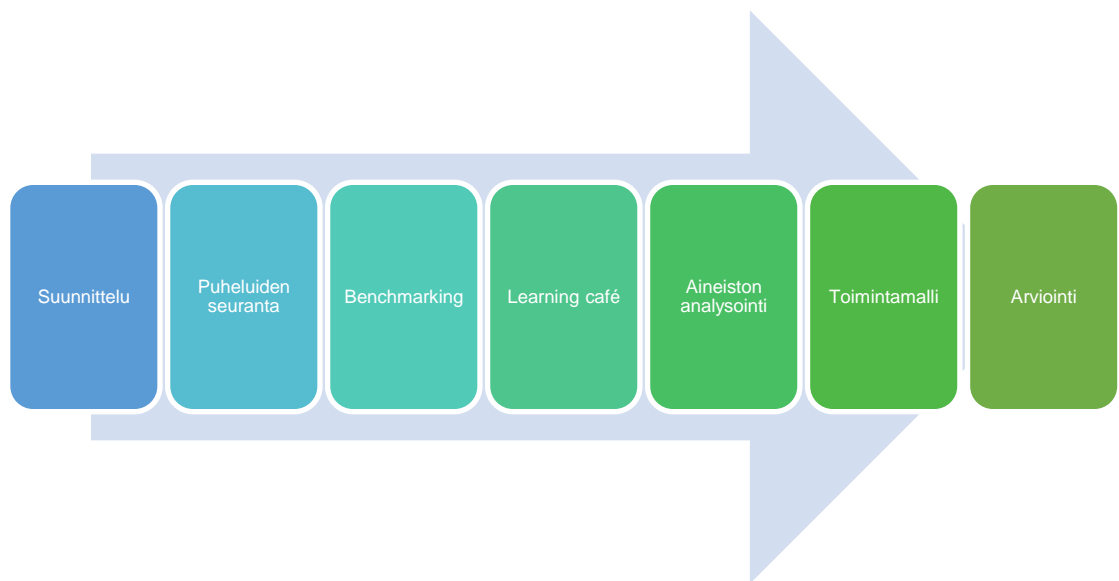
Lastenosaston molemmat kerrokset toimivat ympärivuorokautisesti ja päivystysluonteisesti. Toimintatapa on potilaslähtöinen ja moniammatillinen. Asiakkaista suurin osa on päivystyspotilaita, jonka vuoksi lasten erikoissairaanhoidon ympärivuorokautiseen hoidontarpeeseen tulee pystyä vastaamaan molemmissa kerroksissa vuorokauden ajasta riippumatta. Toiminnan haasteena ovat potilaiden hoitoisuuksien ja potilasmäärien vaihtelut, jotka voivat olla suuria ja joiden ennakointi on vaikeaa. Ajoittain näihin kuormitusvaihteluihin on myös haasteellista vastata. Potilaan hoidon tarve vaihtelee vähäisestä maksimaaliseen. Lastenosaston hoitoisuusluokka jakaumassa suurimmalla osalla potilaista on kuitenkin maksimaalinen tai keskimääräistä suurempi hoidon tarve. Asiakasmääriin vaikuttavat erityisesti loma-ajat, jolloin alueella on enemmän turisteja sekä infektioihin liittyvät suuret kausivaihtelut.

Lastenosaston toiminnan tavoitteena on tarjota turvallista, potilaslähtöistä ja korkealaatuista erikoissairaanhoidoa lapsille ja nuorille sekä heidän perheilleen. Tavoitteiden turvaamiseksi on tärkeää, että henkilökunnan osaaminen vastaa toiminnan tarpeita ja tukee siten myös sairaanhoitopiirin tavoitteiden toteutumista. Osaaminen korostuu vahvasti työssä, koska sairauksien kirjo on hyvin laaja, työ on haastavaa ja monenlaista osaamista tarvitaan. Työn hallinta vaatii jatkuvaa osaamisen päivittämistä sekä uuden tiedon omaksumista ja yksilöllistä soveltamista. Potilaiden voinnissa sekä osastolla nopeasti tapahtuvien tilanteiden vuoksi erityisen tärkeää on nopea reagointi sekä akuuttien tilanteiden ja tiimityön hallinta.

Lapsiperheiden puhelinohjaus liitetään osaksi Lapin sairaanhoitopiirin lastenosaston toimintaa ja siitä vastaa lastenosaston nykyinen henkilökunta. Toimintaympäristöön vaikuttavat tekijät tulee huomioida uutta toimintaa suunniteltaessa. Kehittämistyön tuloksena tuotetun toimintamallin tavoitteena on saada uusi toiminta istumaan mahdollisimman järkevästi lastenosaston nykyiseen toimintaympäristöön.

4.3 Kehittämispöressin vaiheet

Tutkimuksellisen kehittämistyön tarkoituksena on edetä johdonmukaisesti ja usein se alkaa joko kehittämistarpeiden kartoituksesta tai halusta tehdä muutoksia (Ojasalo ym. 2015, 21). Tämän jälkeen valitaan aihe, määritellään tavoitteet ja päätetään kehittämistyön toimintaympäristö eli mihin paikkaan kehittäminen kohdistuu. Jotta haluttuun lopputulokseen päästään, on tärkeää sitouttaa kehittämistoimintaan osallistuvat toimijat. Tämä kannattaa tehdä myös työn alkuvaiheessa. Sen jälkeen haetaan teorian tietoa, jota hyödynnetään halutun muutoksen aikaansaamisessa. (Toikko & Rantanen 2009, 22–23; Hautala, Ojalehto & Saarinen 2012, 27; Ojasalo ym. 2015, 22, 24.) Kehittämisen kohteeseen liittyvää tietoa haetaan sekä teoriasta että käytännöstä. Kun lähestymistapa ja käytettävät menetelmät ovat valittu, lähdetään kehittämistyötä toteuttamaan niiden mukaisesti. Viimeisessä vaiheessa tulokset julkistetaan ja kehittämistyö arvioidaan. (Ojasalo ym. 2015, 24, 46-47.) Tämä kehittämistyö toteutettiin marraskuun 2017 ja joulukuun 2018 välisenä aikana. Kehittämistyöprosessin vaiheet on kuvattu kuvioon 1.



Kuvio 1. Kehittämispöressin vaiheet.

4.4 Aineistonkeruumenetelmät

4.4.1 Käytetyt aineistonkeruumenetelmät

Tämän kehittämistyön aineisto on kerätty lapsipotilaita koskevien puheluiden seuranta-, Learning café- ja Benchmarking- menetelmillä. Ojasalon ym. (2015, 40) mukaan kehittämistyössä keskeistä on menetelmien monipuolinen käyttö. Useampaa eri menetelmää käyttäen on mahdollista saada tietoa ja ideoita useasta näkökulmasta. Taulukossa 1 on esitelty tässä kehittämistyössä käytetyt aineistonkeruumenetelmät, niiden tarkoitukset sekä aineiston tuottamiseen osallistuneet työyhteisöt.

Taulukko 1. Kehittämistyön aineistonkeruumenetelmät.

Aineistonkeruumenetelmä	Tarkoitus	Aineiston tuottamiseen osallistuneet työyhteisöt
Lapsipotilaita koskevien puheluiden seuranta	Selvittää tämän hetkistä tilannetta puheluiden määrästä ja sisällöstä, jotta puhelinohjaus voidaan resursoida oikein -> hoitohenkilökunnan määrä -> osaamisen suunnittelu	Lapin keskussairaalan yhteispäivystyksen, lastenosaston ja lastentautien poliklinikan henkilökunta
Benchmarking	Saada tietoa jo käytössä olevasta lasten puhelinohjaus toiminnasta - henkilökuntamäärä - osaaminen - kokemus toiminnasta; hyvät ja kehitettävät asiat - taloudellinen vaikutus - perehdytys, koulutus - yhteistyö lääkäreiden kanssa - toimintaympäristö - käytössä olevat työvälineet	Kokkolan keskussairaalan lasten päivystyksen henkilökunta
Learning café	Selvittää, millaista osaamista ja koulutusta puhelinohjausta tekevä hoitaja tarvitsee sekä millaisia hyötyjä ja haasteita puhelinohjaukseen liittyy	Lapin keskussairaalan lastenosaston sekä lastentautien poliklinikan henkilökunta

Menetelmien valintaan on ensisijaisesti vaikuttanut se, millaista tietoa olemme tarvinneet kehittämistyön tavoitteiden saavuttamiseksi. Eri menetelmät täydentävät toisiaan, jolloin kehittämistyöhön liittyvä päätöksenteko helpottuu (Ojasalo ym. 2015, 40). Tämän lisäksi halusimme antaa työyhteisölle mahdollisuuden

osallistua toiminnan kehittämiseen, jonka vuoksi valitsimme osallistavia menetelmiä.

4.4.2 Lapsipotilaita koskevien puheluiden seuranta

Kehittämistyön aineistonkeruun ensimmäisenä menetelmänä käytimme puheluiden seurantaa, jonka tarkoituksena oli selvittää lapsia koskevien puheluiden sen hetkistä määrää ja puheluiden sisältöä, jotta puhelinohjaustoiminta voidaan resursoida oikein. Puhelumäärien selvittelyn taustalla oli saada tietoa siitä, kuinka paljon puhelinohjaus vie aikaa eli millaisia henkilöstöresursseja toiminta vaatii. Tämän lisäksi halusimme tietoa puheluiden sisällöistä, jotta tiedämme, millaista osaamista puhelinohjaus edellyttää.

Koska Lapin sairaanhoitopiirin alueeseen kuuluu 15 eri kuntaa ja toimialue on suuri, kaikkia siihen kuuluvia yksiköitä ei ollut mahdollista tutkia. Sen vuoksi rajasimme seuranta-alueeksi Rovaniemen ja suoritimme seurannan otoksena. Otoksella tarkoitetaan osajoukkoa koko perusjoukosta, jota halutaan mitata tai tutkia. Otos on parhaimmillaan valittu siten, että se kuvaa koko perusjoukkoa mahdollisimman hyvin. (Vilka 2007, 51; Tähtinen, Laakkonen & Broberg 2011, 14.) Taa-nilan (2014, 28) mukaan otoksen perusteella voidaan tehdä erilaisia johtopäätöksiä perusjoukosta. Luotettavuus voi olla jopa parempi kokonaisjoukon tutkimiseen verrattuna, koska otannassa voidaan keskittyä paremmin tarkkaan ja täsmälliseen mittaamiseen sekä valitun otoksen tavoittamiseen. Aineistonkeruun kohderyhmäksi valitsimme ne Lapin keskussairaalan yksiköt, jotka ottavat tällä hetkellä päivystyksellisiä puheluita vastaan. Seurantaan osallistuivat yhteispäivystys, lastenosasto sekä lastentautien poliklinikka. Yksiköt toteuttivat seurannan muun työn ohella.

Seuranta on aineistonkeruumenetelmä, jonka avulla tutkimuskohteesta kerätään tietoa säännönmukaisesti tietyn ennalta suunnitellun jakson ajan. Seurantaa voi toteuttaa monella eri tavalla, kuten kyselyllä tai havainnoimalla. (Koppa 2014.) Seurannalla kerätty aineisto on yleensä määrällistä eli numeroihin perustuvaa tietoa. Kehittämistyön aineiston keräämiseen osallistui useampi yksikkö, jonka vuoksi toteutimme aineiston keräämisen seurantalomakkeita hyödyntäen.

Ennen aineiston keräämistä teimme puheluiden seurantalomakkeen (LIITE 3), seurantalomakkeen täyttöohjeen sekä lisätietolomakkeen. Puheluiden seurantalomake oli 3 sivuinen ja siihen kirjattiin kaikki lapsia (0-16,0-vuotiaita) koskevat puhelut. Kirjaaminen tapahtui tukkimiehen kirjanpidolla. Lomakkeelle merkittiin puhelun ajankohta sekä puhelun luonne; oliko puhelu päivystyksellinen, ei päivystyksellinen vai muu puhelu. Päivystyksellinen puhelu vaatii asian selvittämistä alle 24t aikana ja ei päivystykselliset puhelut ovat kiireettömiä ja voidaan hoitaa 24t jälkeen. Muut puhelut olivat yksikköön kuulumattomia puheluita, kuten ajanvarauksia ja ajan peruutuksia. Lisäksi lomakkeelle tehtiin merkintä, oliko sairaanhoitajan ohjaus riittävää vai pitikö asiasta konsultoimaan lääkäriä sekä seurasiko puhelusta vastaanottokäynti. Taulukossa 2 on esitelty täytetty seurantalomake.

Taulukko 2. Esimerkki täytetystä seurantalomakkeesta.

PUHELUIDEN SEURANTALOMAKE							
	Puheluiden ajankohta	Päivystys puh (alle 24t)	Ei päivystys puh (yli 24t)	Muu puhelu	SH ohjaus riittävä	Konsultointi/puhelun siirto lääkärille	Puhelusta seurasi vastaanottokäynti johonkin terv. huollon yksikköön
Maanantai							
Klo 07 - 10	///	/	//		//	/	/
Klo 10 - 15	/					/	
Klo 15 - 22	////	//	//		//	//	//
Klo 22 - 07	/			/	/		

Puheluiden seurantalomakkeen lisäksi teimme lomakkeen täyttöohjeen (LIITE 4), jossa edellä mainitut asiat ovat selitetty selkeästi lomaketta täyttävälle ihmisille. Tähtisen ym. (2011, 23) mukaan lomakkeen laatijalla ja käyttäjällä tulisi olla yhteinen kieli. Teksti ei saa sisältää epäselviä tai moniselitteisiä käsitteitä, vaan tekstin tulee olla mahdollisimman selkeä, yksiselitteinen ja yksinkertainen. Myös Taanila (2014, 26) korostaa, että jokaisen lomakkeen täyttäjän tulee ymmärtää ja tulkita kysymykset samalla tavalla. Myös lomakkeen selkeä ja miellyttävä ulkoasu ovat tärkeitä ja edesauttavat sen täyttämistä. Kolmas lomake, jonka teimme, oli puheluiden lisätietolomake (LIITE 5). Siihen kirjattiin lapsen ikä, paikkakunta, puhelun aihe sekä asian hoitamiseen kulunut kokonaiskesto minuutteina. Asian hoitamisella tarkoitetaan puhelua, mahdollista konsultointia, asian selvittämistä sekä

kirjaamista. Yritimme tehdä jokaisesta lomakkeesta mahdollisimman lyhyen, nopeasti täytettävän sekä ulkoasultaan selkeän.

Esitestasimme lomakkeet ennen varsinaista aineiston keräämistä, koska halusimme varmistaa, että lomakkeet täyttyö tapahtuu oikein ja että tulos olisi mahdollisimman luotettava. Esitestaukseen osallistui 6 hoitajaa. Tämän jälkeen lomakkeisiin tehtiin vielä pieniä muutoksia. Muutokset liittyivät sanavalintoihin ja tehdyt korjaukset paransivat lomakkeen ymmärrettävyyttä. Taanilan (2014, 26) mukaan osallistujilla tulee olla motivaatiota täyttää lomakkeita. Motivaatiota voidaan parantaa esittelemällä aineistonkeruumenetelmää sekä sen tarkoitusta ja tarpeellisuutta. Ennen seurannan aloitusta kävimme jokaisessa yksikössä kertomassa kehittämistyöstä, sen tarkoituksesta ja tavoitteista sekä siihen liittyvästä puheluiden seurannasta. Myös näissä tilaisuuksissa lomakkeiden täyttyö käytiin huolellisesti läpi. Esittelyssä painotimme aineiston keräämisen tarpeellisuutta ja hyötyjä. Lisäksi viikko ennen seurannan käynnistymistä lähetimme jokaiseen yksikköön sähköpostia, jossa tiedotimme seurannan alkamisesta.

Puheluiden seuranta toteutettiin viikon mittaisina jaksoina kolmena eri ajankohdana vuoden 2018 aikana. Ajankohdat yritettiin valita sen mukaan, että saisimme tietoa yhdeltä rauhalliselta viikolta ja kahdelta kiireiseltä viikolta, koska tavoitena oli saada mahdollisimman todenmukainen kuva yksiköiden toiminnan vilkkauksen vaihtelevuudesta. Vastasimme seurannan toteutumisesta yhdessä yksiköiden esimiesten kanssa. Motivoimme ja kannustimme henkilökuntaa seuranta-viikkojen aikana. Kävimme yksiköissä myös seuraamassa aineiston keräämistä ja olimme tarvittaessa apuna. Seurannat toteutuivat onnistuneesti sovittuina ajankohtina. Henkilökunnan kokemuksen mukaan kaikki puheluiden seurannan ajankohdat olivat rauhallisia ja puheluita tuli määrällisesti vähän verrattuna kiireisiin viikkoihin. Palautetta tuli myös siitä, että osa puheluiden saattoi jäädä hoitotyön kiireen vuoksi kirjaamatta.

4.4.3 Benchmarking vierailu Kokkolassa

Toisena aineistonkeruumenetelmänä käytimme Benchmarking -menetelmää, jonka tarkoituksena oli saada tietoa jo olemassa olevasta lasten puhelinohjaus toiminnasta. Valitsimme kohteeksi Kokkolan keskussairaalan lasten päivystystien, jossa lasten puhelinohjaus on ollut käytössä puolen vuoden ajan. Vierailu-

käynnin tarkoituksena oli tunnistaa parhaita ja toimivia käytäntöjä puhelinohjaus toiminnasta.

Ojasalon ym. (2015, 43) mukaan Benchmarking -menetelmän avulla voidaan verrata omaa toimintaa toisten työyksiköiden tai organisaatioiden toimintaan. Vertaus kohteeksi on hyvä valita paras mahdollinen vastaavanlainen käytäntö. Benchmarkingin avulla on mahdollisuus oppia toisilta ja käyttää sitä hyödyksi oman toiminnan kehittämisessä (Niva & Tuominen 2005, 5). Menetelmän avulla voi myös kyseenalaistaa omaa toimintaa. Benchmarkingin tarkoituksena on oman toiminnan heikkouksien tunnistaminen sekä sen kautta kehittämiseen tähtäävien tavoitteiden ja kehittämisideoiden muodostaminen. (Ojasalo ym. 2015, 43.) Niva & Tuominen (2005, 28) korostavat, että Benchmarking on ennen kaikkea soveltamista. Se, mikä toimii muualla, ei välttämättä sellaisenaan toimi omassa työyksikössä.

Benchmarking soveltuu menetelmänä hyvin organisaation toimintaprosessien ja työtapojen kehittämiseen. Benchmarking toteutetaan usein vieraillemalla kohteessa, johon omaa toimintaa halutaan verrata. (Ojasalo ym. 2015, 43-44.) Benchmarking-vierailu vaatii molempien osapuolten huolellista valmistautumista (Niva & Tuominen 2005, 27). Ennen vierailua tulisi tavoitteiden olla huolellisesti laadittu, jotta vierailusta saadaan irti suurin mahdollinen hyöty (Ojasalo ym. 2015, 44). Täsmällinen havainnointi- tai kysymyslista olisi myös hyvä laatia ennen vierailun ajankohtaa (Niva & Tuominen 2005, 27; Ojasalo ym. 2015, 44). Valmistaudimme huolellisesti vierailuun. Kolmea viikkoa aikaisemmin laadimme kysymyslistan, joihin halusimme vastauksia. Lähetimme listan Kokkolan keskussairaalan lasten päivystyksen osastonhoitajalle. Samassa sähköpostiviestissä kerroimme kehittämistyön aiheesta, vierailun tarkoituksesta sekä tavoitteista ja aineistonkeruumenetelmästä. Viikkoa ennen vierailua saimme päivän ohjelman sekä juttelimme vielä puhelimesta päivän kulusta ja tavoitteista.

Vierailimme Kokkolassa huhtikuussa 2018. Kohteessa saimme vielä suullisen luvan haastatteluille sekä äänitallenteiden käytölle. Lasten päivystyksen henkilökunta kertoi meille puhelinohjauksen suunnittelusta, toiminnan aloittamisesta, käytössä olevista tiloista, resursseista, osaamisesta, toiminnan seurannasta sekä tuloksista sekä tulevaisuuden suunnitelmista. Pääsimme seuraamaan myös

puhelinohjaajan työtä konkreettisesti sekä haastattelemaan työtä tekeviä hoitajia. Vierailu yksikössä kesti 8 tuntia.

4.4.4 Learning café työpaja Lapin keskussairaalassa

Kehittämistyön kolmantena aineistonkeruumenetelmänä käytimme sovellettua Learning café -menetelmää, jonka avulla haluttiin selvittää, millaista osaamista ja koulutusta puhelinohjausta tekevä hoitaja tarvitsee sekä millaisia hyötyjä ja haasteita puhelinohjaukseen liittyy. Aineistonkeruun kohderyhmäksi valittiin Lapin keskussairaalan lastenyksikön henkilökunta. Mielestämme menetelmä soveltuu hyvin isompien ryhmien työskentelyyn ja sen lisäksi olemme henkilökohtaisesti todenneet menetelmän hyväksi ja toimivaksi.

Learning café eli oppimiskahvila -menetelmässä ideoidaan yhdessä valittua teemaa (Ojasalo ym. 2015, 162). Sen tarkoituksena on yhdessä oppiminen ja kehittyminen. Menetelmässä luodaan sekä siirretään tietoa ja kokemuksia. Sen keskiössä on keskusteleminen sekä ryhmässä toimiminen ja yhdessä kehittäminen. Oppimiskahvilassa osallistujat esittävät omia näkemyksiä, perustelevat niitä ja pyrkivät löytämään yhteisen näkemyksen aiheesta. Menetelmän avulla opitaan yhteisten ratkaisujen tekemistä. Se kehittää myös ongelmanratkaisu- ja ajattelu-kykyä. (Brown & Isaacs 2005, 4-5; Junnila, Koskinen, Stolt & Salminen 2011, 38-39; Innokylä 2017.) Menetelmänä Learning café soveltuu n. 12 henkilölle tai sitä suuremmille ryhmille (Ojasalo ym. 2015, 162).

Menetelmän mukaisesti toteutimme työpajan paikassa, jossa oli riittävästi tilaa useammalle pöydälle sekä ryhmätyöskentelylle. Pöytiä olisi hyvä olla vähintään kolme. Pöytäkunnittain keskustelua käydään sovitusta aiheesta ja ideat kirjataan paperille. Sovitun ajan kuluttua osallistujat vaihtavat pöytää, jonka luona on taas uusi aihe tai näkökulma asiasta. Ryhmät käyvät jokaiset pöydän läpi, jolloin aiheesta saadaan nopeasti paljon erilaisia ideoita ja ajatuksia. (Junnila ym. 2011, 38-41; Ojasalo ym. 2015, 162.) Learning café-työpaja järjestettiin Lapin keskussairaalan Vilkan kokoushuoneessa toukokuussa 2018. Ennen tilaisuutta lähitimme kutsun koko lastenyksikön henkilökunnalle. Osastonhoitajat lupasit huolehtia työvuorosunnittelusta siten, että kaikilla olisi mahdollisuus päästä osallistumaan ja vaikuttamaan uuden toiminnan suunnitteluun. Työpajatyöskentelyyn

osallistui 12 henkilöä, joista yksi oli lääkäri, yksi osastonhoitaja ja loput hoitohenkilökuntaa.

Työskentelyn alussa pidimme 10 minuutin alkuohjauksen, jossa kerroimme kehittämistyön tavoitteista sekä työmme etenemisestä. Tämän jälkeen kävimme läpi Learning café -menetelmän työskentelytavat, -vaiheet sekä aikataulun ja työpajan tavoitteet. Saimme suullisen luvan kaikilta osallistujilta, että voimme nauhoittaa keskustelut. Halusimme käyttää nauhureita, jotta voimme myöhemmin kuunnella käydyt keskustelut aineiston analysointia tehdessä. Kerroimme myös, että osallistuminen on vapaaehtoista ja luottamuksellista. Toimimme esille myös sen, että toimimme eettisten periaatteiden mukaisesti. Ennen työpajatyöskentelyä osallistujilla oli halutessaan mahdollisuus hakea itselleen työskentelytilaan varattuja makeisia. Learning café oppimispöytiä meillä oli yhteensä kolme ja osallistujista muodostettiin neljän henkilön pöytä seurueita. Jokaisella pöydässä oli oma kysymys sekä iso kartonki ja tussit ajatusten kirjoittamista varten. Kysymykset olivat:

Millaiset ovat uuden toiminnan hyödyt ja haasteet?

Millaista osaamista puhelinohjausta tekevä hoitaja tarvitsee?

Millaista koulutusta puhelinohjausta tekevä hoitaja tarvitsee?

Emme käyttäneet alkuperäiseen Learning café -menetelmään kuuluvaa puheenjohtajaa, mutta huomasimme, että pienryhmätyöskentelyn alettua yksi ryhmästä otti puheenjohtajan roolin ja toimi samalla kirjurina. Ryhmillä oli aikaa keskustella ja kirjoittaa ajatuksia ylös 15 minuutin ajan jokaisen pöydän luona. Tämän jälkeen koko ryhmä liikkui seuraavaan pöytänsä. Huolehdimme, että suunnitellussa aikataulussa pysytään. Alkuperäisestä Learning café -menetelmästä poiketen emme myöskään käyneet lopuksi läpi pöydissä tuotettuja tekstejä, vaan juttelimme lyhyesti päivän kulusta. Keskustelua syntyi esimerkiksi siitä, miten osallistujat olivat kokeneet ryhmätyöskentely menetelmän. Saimme positiivista palautetta ja myös meidän mielestämme työpaja onnistui hyvin.

4.5 Aineiston analysointi ja tulokset

4.5.1 Määrällinen analyysi

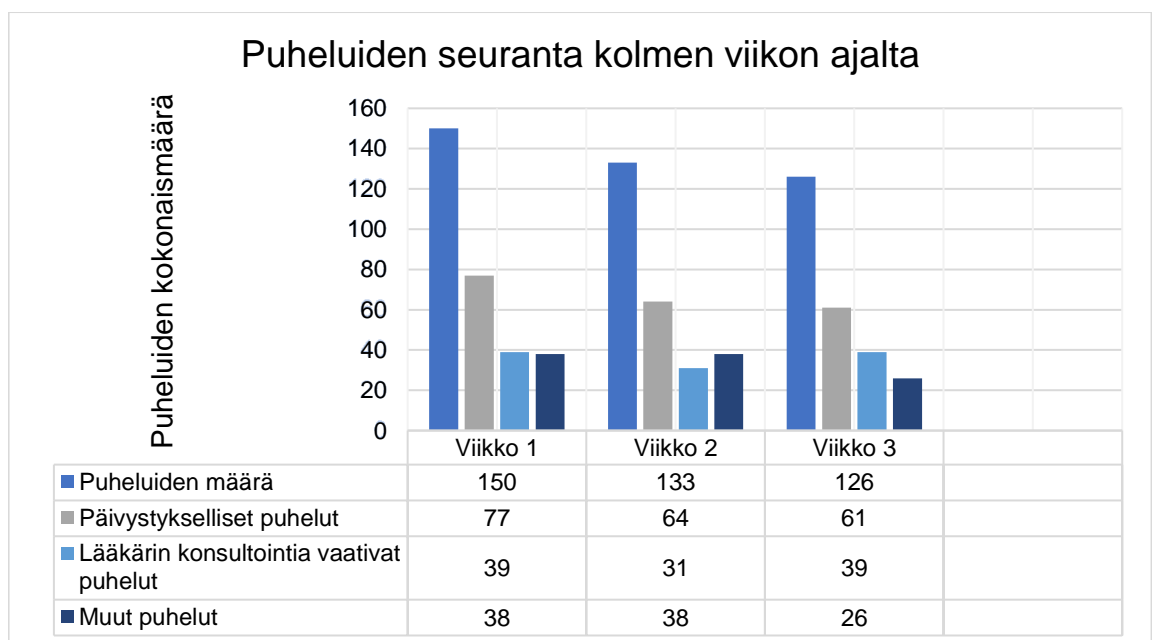
Puheluiden seuranta menetelmällä kerätty aineisto perustuu numeraalisen tiedon tarkasteluun. Tämän vuoksi aineisto on analysoitu määrällisellä analyysillä, jossa aineistoa kuvataan yleensä tilastollisesti tai havainnollistetaan graafisesti. Analyysillä pyritään selittämään erilaisten asioiden yleisyyttä, syy-seuraussuhteita tai asioiden välisiä yhteyksiä numeroiden tai tilastojen avulla. (Koppa 2014.) Ennen varsinaista analysointia ja tulkintaa tutkimusaineisto pitää käsitellä. Aineiston käsittelyyn kuuluvat tietojen tarkistaminen sekä tietojen syöttäminen ja tallennus tietokoneelle. Aineiston tarkastamisessa tärkeintä on arvioida puuttuva tai virheellinen tieto. Tarkistusvaihe voi olla työläs, mutta mitä virheettömämpi aineisto on, sitä tarkempina ja laadukkaampina tuloksia voidaan pitää. (Vilkkä 2007, 106; Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2009, 222.) Tarkistamisen jälkeen tulokset syötetään koneelle sellaisessa muodossa, että niitä voidaan tutkia numeraalisesti. Apuna käytetään yleensä taulukko- tai tilasto-ohjelmia, kuten Excel. (Vilkkä 2007, 106; Taanila 2014, 36.)

Aineiston analysoinnissa voidaan käyttää hyväksi erilaisia tunnuslukuja, joita ovat esimerkiksi sijaintiluvut, keskiluvut ja hajontaluvut. Analyysitapa valitaan sen mukaan, tutkitaanko yhtä muuttujaa vai kahden tai useamman muuttujan välistä riippuvuutta ja muuttujien vaikutusta toisiinsa. Jos tietoa halutaan yhden muuttujan jakaumasta, käytetään sijaintilukuja. Näistä käytetyin on keskiarvo, jolla kuvataan muuttujan keskimääräistä suuruutta. Jos tietoa halutaan siitä, kuinka havaintoarvot poikkeavat toisistaan, hyödynnetään hajontalukuja. Näitä ovat esim. vaihteluväli ja keskihajonta. Hajontaluvut kuvaavat muuttujan arvon vaihtelua. Yksittäisestä muuttujasta on hyvä selvittää useampia muuttujaa kuvaavia tunnuslukuja. (Vilkkä 2007, 118-119.)

Määrällisiä tuloksia esitetään numeraalisesti, graafisesti ja sanallisesti. Graafisessa ilmaisussa voidaan käyttää hyväksi erilaisia kuvioita ja taulukoita (Hirsjärvi ym. 2009, 322). Kehittämistyöntekijä voi itse määritellä parhaiten tulosta kuvaavan esitystavan. Tulokset tulee kuitenkin esitellä mahdollisimman objektiivisesti. Tuloksista ei saa antaa tarkoitushakuisesti väärää kuvaa. Taulukkoa kannattaa käyttää silloin, kun numerotietoa on paljon ja tulos halutaan esittää

mahdollisimman yksityiskohtaisesti. Kuviot soveltuvat esitystavaksi parhaiten silloin, kun halutaan havainnollistaa, antaa nopeasti luettavaa tietoa tai yleiskuva jakaumasta. Tunnusluvut ovat käyttökelpoisia, kun tavoitteena on esittää yhtä lukua koskeva informaatio. (Vilkkä 2007, 135.) Numeraalisten ja graafisten esittelytapojen lisäksi tarvitaan sanallista tulkintaa, jossa kuviot ja taulukot toimivat tekstin ymmärtämisen apuvälineinä ja päinvastoin. Keskeiset tulokset kannattaa esittää kuvioina ja muut kertoa sanallisesti. (Vilkkä 2007, 135; Hirsjärvi ym. 2009, 322.)

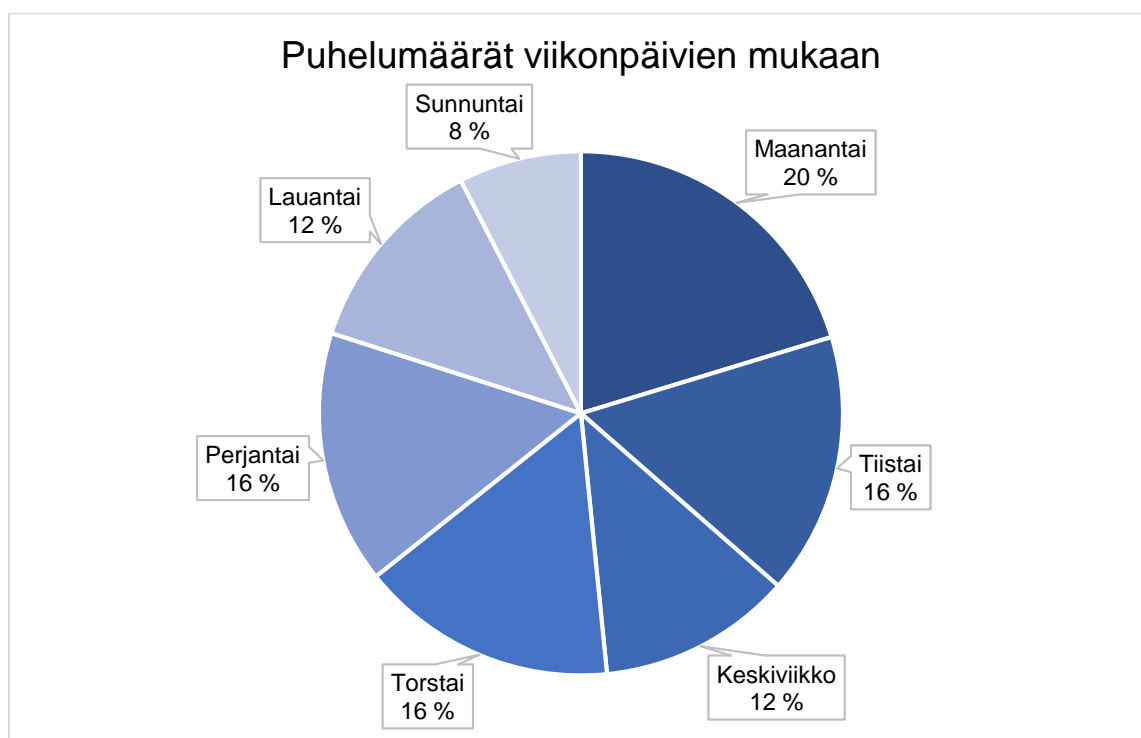
Jokaisen seuranta-viikon aikana täytettiin 17 lomaketta. Ennen aineiston analysointia kävimme lomakkeet läpi ja tarkastimme niihin kirjatut tiedot. Puheluiden seurantalomakkeista puuttui muutamia tietoja, mutta saimme selvitettyä ja täydennettyä ne puheluiden lisätietolomakkeissa olleiden tietojen avulla. Aineistoa oli paljon, joten jouduimme laskemaan ja tarkistamaan tulokset useampaan kertaan. Sen jälkeen tiedot siirrettiin Excel-ohjelmaan, josta niitä oli helppo käydä läpi. Puheluita seurattiin kolmen erillisen viikon aikana. Eri viikkojen puhelumäärät vaihtelivat 126-150 puhelun välillä. Päivystyksellisten puheluiden määrä oli 61-77 (kpl) ja lääkärin konsultaatio vaativia puheluita oli 31-39 (kpl) viikosta riippuen. Määrissä ei esiintynyt suurempia vaihteluja eri seuranta-viikkojen välillä. Kuviossa 2 on kuvattu puheluiden seuranta kolmen viikon ajalta.



Kuvio 2. Puheluiden seuranta kolmen viikon ajalta.

Kaikkien seurantaviikkojen tiedot laskettiin yhteen ja kokonaismääristä muodostettiin seurannan keskiarvot. Tuloksia on tarkasteltu näiden keskiarvojen mukaan. Puheluita tuli kolmen viikon aikana yhteensä 409 (kpl), joista päivystyksellisiä puheluita oli noin puolet (49,3%). Lääkärin konsultointia edellytti reilu neljännes (26,6%) kaikista puhelusta, kun taas yli puolet (54%) päivystyksellisistä puhelusta.

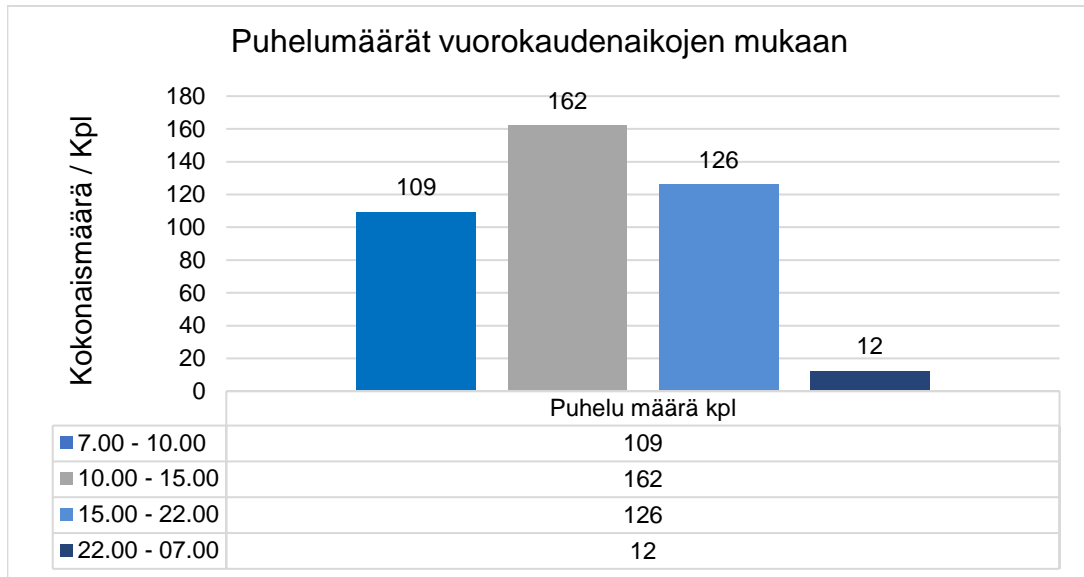
Puhelumääriä seurattiin viikonpäivittäin. Puheluiden kokonaismäärästä viidesosa (20%) tuli maanantaisin. Toiseksi eniten puheluita tuli tiistaisin, torstaisin ja perjantaisin (16%). Keskiviikkoisin ja lauantaisin puheluita tuli 12% ja vähiten sunnuntaisin (8%). Kaiken kaikkiaan viikonloppuisin puheluita tuli vähemmän kuin arkipäivinä. Puheluiden jakautuminen viikonpäivittäin on esitelty kuviossa 3.



Kuvio 3. Puhelumäärät viikonpäivien mukaan.

Puhelumääriä seurattiin myös vuorokaudenaikojen mukaan. Puheluiden kokonaismäärästä suurin osa (67%) soitettiin aamuvuoron aikana, vajaa kolmannes (30%) iltavuorossa ja ainoastaan muutama prosentti (3%) yövuoron aikana. Klo 7-10 välillä tuli keskimäärin 12 puhelua tunnissa, klo 10-15 välillä 11 puhelua, klo 15-22 aikaan 6 puhelua ja klo 22-07 vain 0,5 puhelua tunnissa. Päivystyksellisiä puheluita sen sijaan reilu puolet (54%) tuli iltavuoron ja vajaa puolet (42%)

aamuvuoron aikana. Yövuorossa päivystyksellisiä puheluita tuli vain muutama prosentti (4%). Kuviossa 4 on esitelty puheluiden jakautumista vuorokaudenaikojen mukaan.



Kuvio 4. Puhelumäärät vuorokaudenaikojen mukaan.

Puheluita tuli kolmen viikon aikana yhteensä 409 (kpl), jolloin yhden päivän aikana puheluita tuli keskimäärin 19 (kpl). Yhden puhelun hoitamiseen meni keskimääräisesti 8 minuuttia, joka tarkoittaa sitä, että hoitajan työaikaa kului puhelinohjaukseen keskimäärin 2,5 tuntia päivässä. Puheluiden aiheista suurin osa (27%) koski infektiosairauksia. Seuraavaksi eniten puheluita tuli kirurgisista lapista ja tapaturmista (9%) sekä diabeteksestä (8%). Muita puhelinsoiton aiheita olivat mm. reuma, suolistosairaudet, astma, allergiat, epilepsia, anoreksia ja sydänsairaudet.

4.5.2 Aineistolähtöinen sisällönanalyysi

Learning café- ja Benchmarking -menetelmillä kerätyt aineistot olemme analysoineet sisällönanalyysillä. Kankkusen & Vehviläinen- Julkusen (2013, 163, 165) mukaan sisällönanalyysi on kvalitatiivisten eli laadullisten aineistojen perusanalyysimenetelmä ja sen käyttö on yleistä hoitotieteellisissä tutkimuksissa. Sisällönanalyysillä on tarkoitus kuvata dokumenttien sisältöä sanallisesti. Sen tavoitena on etsiä ja tunnistaa tekstin merkityksiä. Aineiston käsittelyssä tarvitaan loogista päättelykykyä sekä tulkintaa. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 112: Ojasalo ym. 2015, 137.) Sisällönanalyysi voidaan suorittaa joko induktiivisesti eli

aineistolähtöisesti tai deduktiivisesti eli teorialähtöisesti (Elo & Kyngäs 2008, 107; Kyngäs, Elo, Pölkki, Kääriäinen & Kanste 2011, 139). Tässä kehittämistyössä on käytetty induktiivista sisällönanalyysia, koska sen avulla saimme vastauksia kehittämistyön tutkimuskysymykseen.

Aineistolähtöinen sisällönanalyysi etenee vaiheittain. Ensin aineisto pelkistetään, sitten ryhmitellään ja lopuksi abstrahoidaan (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 167-169; Ojasalo ym. 2015, 139). Pelkistämällä tarkoitetaan aineiston osiin purkamista ja sen tarkoituksena on aineiston selkeyttäminen ja tiivistäminen. Tavoitena on runsaan ja monimuotoisen aineiston rajaamista pienempiin osiin (Vilkkä 2009, 140; Ojasalo ym. 2015, 139.) eli pelkistämällä karsitaan epäolennainen tieto pois (Vilkkä 2009, 140). Eskola (2015, 196) muistuttaa kuitenkin, että mitään tärkeää ei saa jättää pois. Tiivistämisen tarkoituksena on tunnistaa aineistossa esiintyviä yhteisiä ominaisuuksia tai nimittäjiä eli kerätä ja tiivistää oleellimmat havainnot. Aineiston tiivistäminen lisää informaatioarvoa ja tieto on helpommin käytettävissä. (Ojasalo ym. 2015, 139). Tiivistämistä ohjaa kehittämistyön tutkimuskysymykset (Vilkkä 2009, 140; Eskola 2015, 197). Kuviossa 5 kuvataan aineiston pelkistämistä.

Alkuperäisilmaisu

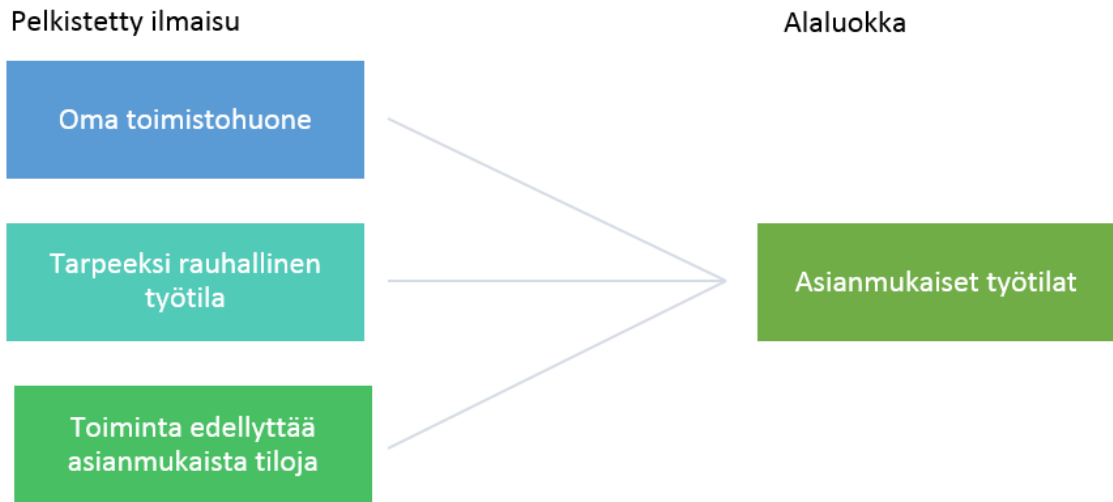
“Aluksi oli vain kaksi halukasta hoitajaa puhelinohjaukseen, muut piti sitten määrätä tai ohjata siihen tehtävään, että toiminta pystyttiin aloittamaan.”

Pelkistetty ilmaisu

Hoitajien halukkuus puhelinohjaukseen oli vähäistä.

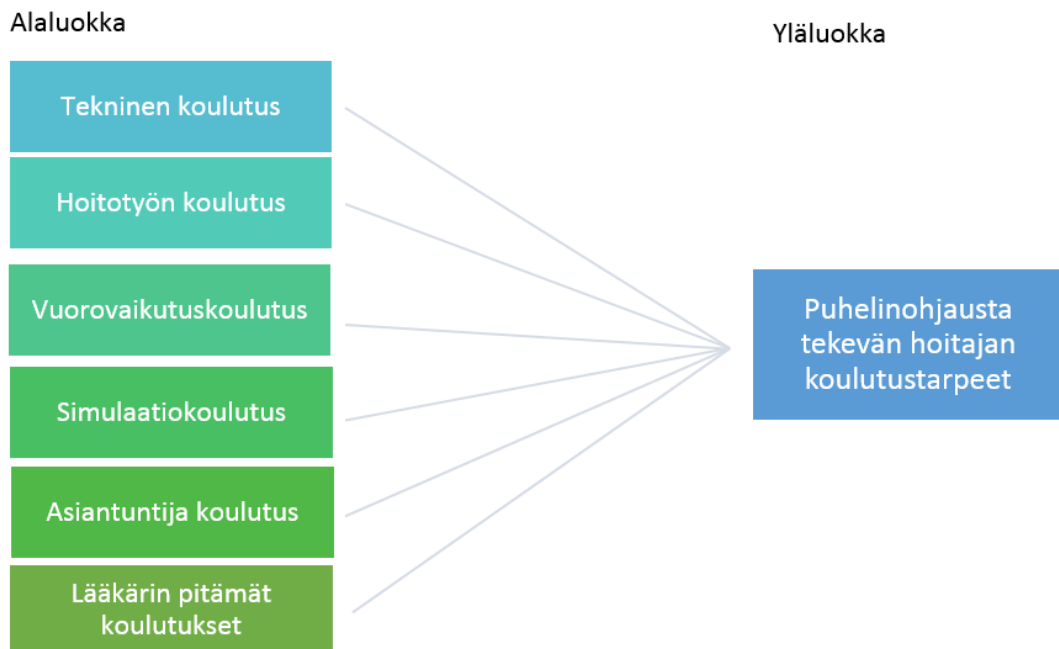
Kuvio 5. Esimerkki aineiston pelkistämisestä.

Tämän jälkeen aineisto ryhmitellään uudelleen siten, että siitä muodostuu johdonmukainen kokonaisuus. Aineiston ryhmittelyssä pelkistetyt ilmaisut käydään huolellisesti läpi ja niistä etsitään samankaltaisia tai toisistaan eroavia asioita sekä käsitteitä, jotka yhdistetään samaan luokkaan ja nimetään parhaiten sisältöä kuvaavalla nimellä. Ryhmittely tehdään sen mukaan, mitä aineistosta halutaan etsiä. Luokittelussa aineisto tiivistyy edelleen. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 110; Ojasalo ym. 2015, 137, 140.) Kuviossa 6 esitellään aineiston ryhmittelyä.



Kuvio 6. Esimerkki aineiston ryhmittelystä.

Viimeinen vaihe on aineiston abstrahointi, joka tarkoittaa yleistämistä, käsitteellistämistä tai pyrkimystä abstraktiin ilmaisuun. Sen tavoitteena on muodostaa yleiskäsitteitä pelkistämisen avulla siten, että kokonaisuudesta tulee looginen. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 111; Ojasalo ym. 2015, 137, 140.) Kuviossa 7 on esitelty aineiston abstrahointia.



Kuvio 7. Esimerkki aineiston abstrahoinnista.

Learning café -menetelmällä saimme kerättyä 3 isoa paperia tekstiä sekä äänitallenteet kaikista keskusteluista. Analysoimme aineiston kolmessa osassa pöydillä olevien aiheiden mukaan. Teimme kerätystä aineistosta taulukon, johon tuli 4 saraketta: alkuperäisilmaisu, pelkistetty ilmaisu, alaluokka ja yläluokka. Ensimmäiseen sarakkeeseen kirjoitimme ryhmien ajatukset ja kommentit alkuperäisessä muodossa. Tämän jälkeen kuuntelimme äänitallenteet varmistaaksemme, että kaikki asiat oli kirjoitettu ylös ja että olimme ymmärtäneet kaikki kirjoitetut tekstit oikein. Toiseen sarakkeeseen pelkistimme alkuperäisilmaisu. Pelkistetyt ilmaisu ryhmittelimme alaluokiksi ja nämä yhdistettiin aiheittain yläluokkiin. Yläluokan teemoiksi muodostuivat: lapsiperheiden puhelinohjauksen hyödyt ja haasteet, puhelinohjausta tekevän hoitajan osaamis- ja koulutustarpeet sekä muut huomioon otettavat tekijät.

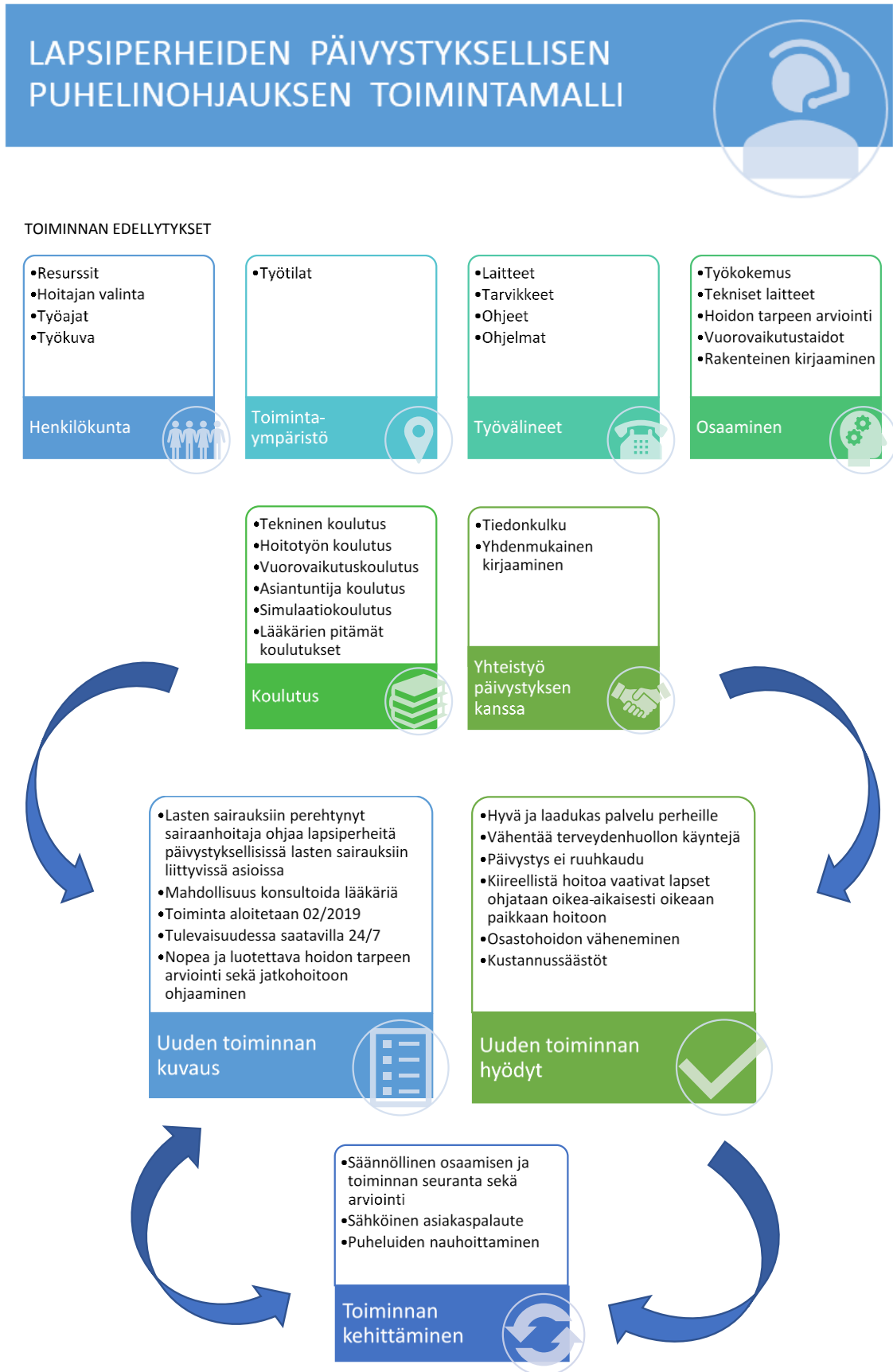
Benchmarking -menetelmän avulla keräsimme nauhoitettua puhetta. Äänitallenteiden kesto oli yhteensä 5 tuntia. Äänitallenteet litteroitiin samankaltaisesti omaan taulukkoon. Analysointi suoritettiin samalla tavalla kuin Learning café -menetelmällä kerätty aineisto. Yläluokan teemoiksi muodostuivat: lapsiperheiden puhelinohjauksen hyödyt ja haasteet, puhelinohjausta tekevän hoitajan osaamistarpeet sekä koulutustarpeet.

5 LAPSIPERHEIDEN PÄIVYSTYKSELLISEN PUHELINOHJAUKSEN TOIMINTAMALLI

Kehittämistyön tuloksena syntyi lapsiperheiden päivystyksellisen puhelinohjauksen toimintamalli, jonka sisältö on luotu kerätyn aineiston pohjalta. Aineiston tuottamiseen ovat osallistuneet Lapin keskussairaalan yhteispäivystyksen, lastenosaston ja lastentautien poliklinikan sekä Kokkolan keskussairaalan lasten päivystyksen henkilökunta. Toimintamallissa on kuvattu kuusi toiminnan edellytystä, jotka tulee ottaa huomioon ennen toiminnan aloitusta. Nämä ovat henkilökunta, toimintaympäristö, työvälineet, osaaminen, koulutus ja yhteistyö päivystyksen kanssa. Toiminnan edellytysten lisäksi mallissa on kuvattu uusi toiminta, puhelinohjauksen hyödyt ja toiminnan kehittäminen.

Toimintamalli ohjaa ja tukee toiminnan aloittamisen suunnittelua. Sitä voidaan hyödyntää myös lapsiperheiden päivystyksellisen puhelinohjauksen käyttöön otossa Lapin keskussairaалassa. Organisaatio voi tarvittaessa muokata ja soveltaa mallia lastenosaston käyttöön sopivaksi. Varsinaisen puhelinohjaustoiminnan aloitus jää Lapin keskussairaalan lastenyksikön esimiehille.

Kehittämistyön tavoitteena oli parantaa lapsiperheiden päivystyksellisen puhelinohjauksen laatua sekä potilasturvallisuutta Lapin keskussairaалassa. Jos palvelun suunnittelussa ja käyttöönotossa huomioidaan kaikki toimintamallin sisältyvät asiat, tavoitteet täyttyvät. Kuvassa 9 on esitelty lapsiperheiden päivystyksellisen puhelinohjauksen toimintamalli.



Kuvio 8. Lapsiperheiden päivystyksellisen puhelinohjauksen toimintamalli.

Puhelinohjaustoiminta edellyttää omaa henkilökuntaa. Henkilöstöresurssi tulee suunnitella huolellisesti ennen toiminnan aloitusta. Henkilöstötarpeen määrittelyn haasteena on puhelumäärien vaihtelut, jotka voivat olla suuria ja joiden ennakointi on vaikeaa. Puhelinohjauksessa työskentelevän henkilöstön tulee olla lasten sairauksiin perehtyneitä sairaanhoitajia, joilla on vahva työkokemus lasten hoitotyöstä. Hoitajan valinnassa huomioon otettavia tekijöitä ovat hoitajan oma motivaatio, lähtökohtaiset ominaisuudet sekä soveltuvuus työhön. Aineiston perusteella työhön soveltuvalla henkilöllä on hyvät vuorovaikutustaidot. Lisäksi hoitajan tulisi olla paineensietokykyinen ja joustava työnkuvan vaihtelevuuden vuoksi.

Puhelinohjauksessa hoitajan työnkuva muodostuu puhelinohjauksesta sekä mahdollisesta muusta työstä, jonka organisaatio määrittelee myöhemmin. Puhelumäärien vaihtelevuuden vuoksi hoitajalla on todennäköisesti aikaa tehdä muutakin työtä ohjaustyön lisäksi. Lisätyön avulla hoitajaresurssi voidaan hyödyntää mahdollisimman tehokkaasti. Puhelinohjausta tekevän henkilöstön olisi hyvä tehdä puhelinohjaustyön lisäksi myös lasten hoitotyötä lastenosastolla, jotta kliininen osaaminen säilyisi. Organisaation tulee huolehtia henkilöstön riittävästi työkierrosta ja kliinisen osaamisen säilyttämisestä ja kehittämisestä.

Puhelumäärien vaihtelevuuden vuoksi myös henkilöstön työvuorosuunnittelu on haastavaa. Aineiston perusteella puheluita tulee eniten kello 07.00-15.00 välillä ja vähiten öisin. Päivystyksellisiä puheluita tulee sen sijaan eniten iltaisin. Myös viikonloput ovat rauhallisempia arkipäiviin verrattuna. Huomioitavaa on kuitenkin se, että myöskin nämä määrät voivat vaihdella päivittäin eri aikojen ja kausien mukaan, jolloin puhelinohjauksen tarve voi huomattavasti lisääntyä. Työvuorosuunnittelussa tulee huomioida hoitajan työssä jaksaminen. Kerätyn aineiston perusteella esimerkiksi kaksi peräkkäistä työvuoroa voi olla liian kuormittavaa. Lisäksi toiminta edellyttää riittävää lääkäriresurssia. Lääkäriin tulee olla lasten sairauksiin erikoistunut tai erikoistuva lääkäri ja hoitajalla tulee olla tarvittaessa mahdollisuus konsultoida häntä.

Toiminta vaatii toimintaympäristön huomioimista. Tämä pitää sisällään asianmukaisen ja toimivan työtilan, jotka olisi hyvä sijaita lastenosaston yhteydessä. Sijainti mahdollistaa muun työn tekemisen lastenosastolla puhelinohjauksen ohella. Hoitaja pystyy myös tarvittaessa konsultoimaan työkavereitaan puheluiden sisällöistä (osaamisen jakaminen). Työtilan tulisi olla ainoastaan puhelinohjaukseen tarkoitettu huone, joka on riittävän kokoinen, äänieristetty ja rauhallinen. Tilan tulee olla rauhallinen, jotta hoitaja pystyy keskittymään työhönsä. Lisäksi tulee huomioida, että tilassa on riittävä valaistus ja ilmanvaihto.

Työvälineiden eli laitteiden ja tarvikkeiden tulee olla toimivia, asianmukaisia ja ergonomisia. Tarvittavat laitteet ovat tietokone, näppäimistö, hiiri/tasohiiri, 3 näyttöä, tulostin, säätöpöytä, tuuletin ja kuulokkeet. Tarvikkeista tärkeimmät ovat henkilökohtaiset kuulokesuojat, magneettitaulu, kello, jalka-alustat, työtuoli sekä muut säilytysjärjestelmät ja toimistotarvikkeet. Tarpeellisia ohjelmia ovat Call-Guide- puhelinohjelma, potilastietojärjestelmät Esko ja Effic, ajanvarausohjelma Oberon sekä Terveysportti. Tarvittavat ohjeet ovat osaston omat hoito- ja laiteohjeet, terveysportin hoito-ohjeet ja suositukset sekä hoidon tarpeen arvioinnin ohjeistukset.

Toiminta edellyttää riittävää osaamista ja vähintään kahden vuoden työkokemusta lastenhoitotyöstä. Kerätyn aineiston perusteella suurin osa puheluista liittyi lasten infektiosairauksiin, tapaturmiin sekä leikkaushoitoa vaativiin tilanteisiin. Muita osaamisalueita ovat teknisten laitteiden ja tietokoneohjelmien hallinta, tietokantojen tunteminen, tiedon hakemisen osaaminen sekä hoitotyön osaaminen, josta korostui hoidon tarpeen arviointi, triage-luokittelu ja lasten sairauksien akuutti hoitotyö. Lisäksi osaamista tarvitaan vuorovaikutuksessa ja yhdenmukaisessa kirjaamisessa.

Toiminta edellyttää riittävää koulutusta. Säännöllisestä henkilökunnan koulutuksesta tulee huolehtia sekä ennen toiminnan aloitusta että toiminnan käynnistymisen jälkeen. Puhelinohjausta tekevän hoitajan koulutustarpeita ovat tekninen-, hoitotyön-, vuorovaikutus-, simulaatio- ja asiantuntija koulutus. Tämän lisäksi tarvitaan myös lääkärin pitämiä koulutuksia. Teknistä koulutusta tarvitaan uuden puhelinjärjestelmän ja erilaisten tietokoneohjelmien käytöstä. Hoitotyön koulutus-tarve painottuu lasten akuuttiin hoitotyöhön, hoidontarpeen arviointiin sekä triage-

luokitteluun. Vuorovaikutuskoulutusta tarvitaan ennen kaikkea puhelimesta tapahtuvaan viestimiseen sekä haastavien tilanteiden hoitamiseen. Simulaatiokoulutuksen tarkoituksena on harjoitella todenmukaisia puhelimesta tapahtuvia ohjaustilanteita ja asiantuntija koulutuksella tarkoitetaan erilaisia tutustumiskäyntejä paikoissa, joissa puhelinohjaustoiminta on jo käytössä. Lääkärin pitämältä koulutukselta toivotaan yhteisiä ohjeita ja kriteereitä hoidon tarpeen arviointiin sekä puhelimesta annettaviin hoito-ohjeisiin. Tämä helpottaa hoitajan työtä sekä mahdollistaa tasalaatuisen ja yhteneväisen ohjaamisen.

Viimeisenä toiminnan edellytyksenä on sujuva yhteistyö päivystyksen kanssa. Yhteistyön sekä tiedonkulun tulee olla saumatonta asiakkaan jatkohoitoon osallistuvan yksikön kanssa. Päivystyksen henkilökunnan tulee saada tieto asiakkaan jatkohoitoon siirtymisestä. Asiakkaan jatkohoitoon siirtyminen tulee tapahtua mahdollisimman sujuvasti. Lisäksi tärkeää on yhdenmukainen kirjaaminen sekä yhdessä sovitut kirjaamispaikat.

Toimintamallin toisena isompana kokonaisuutena on uuden toiminnan kuvaus, jossa on lyhyesti kerrottu uudesta palvelusta sekä sen käyttöönotosta. Puhelinohjaustoiminta on tarkoitus aloittaa Lapin keskussairaalan lastenosastolla helmikuussa 2019 asteittain organisaation määrittämällä tavalla. Palvelu on tarkoitus aluksi pilotoida eli testata ennen varsinaista käynnistämistä. Pilotoinnin aikana puhelinohjausta tehdään pienellä volyymilla, joka mahdollistaa sen, että toimintaa voidaan aktiivisesti seurata ja arvioida sekä tarvittaessa reagoida ja tehdä nopeita muutoksia. Myös puhelinohjausta tekevät hoitajat saavat riittävästi aikaa perehtyä uuteen työtehtävään. Tavoitteena on tehdä palvelusta mahdollisimman hyvä ja toimiva. Pilotointia on suunniteltu alustavasti vuoden 2019 loppuun saakka. Tulevaisuudessa palvelu on saatavilla joka päivä kaikkina vuorokauden aikoina.

Palvelu on tarkoitettu koko Lapin sairaanhoitopiirin alueen lapsiperheille päivystyksellisissä lasten sairauksiin liittyvissä asioissa. Palvelu parantaa sekä saataavuutta että yhdenvertaisuutta. Lapsen hoidon tarpeen ja kiireellisyyden arvioinnista sekä ohjaamisesta vastaa lasten sairauksiin perehtynyt kokenut sairaanhoitaja, jolla on käytössä myös lääkärin konsultaatiomahdollisuus. Uuden toiminnan

päätavoitteena on nopea ja luotettava hoidon tarpeen arviointi sekä jatkohoitoon ohjaaminen.

Toimintamallissa on kerrottu myös uuden toiminnan hyödyistä, joita on kuvattu sekä asiakkaan että organisaation näkökulmasta. Ensimmäisenä hyötynä on tuotu esille perheiden saama hyöty eli hyvä ja laadukas palvelu. Palvelu nopeuttaa lapsen avun saantia ja perhe saa asiantuntevaa ohjausta. Kiireellistä hoitoa vaativat lapsipotilaat ohjataan oikea-aikaisesti oikeaan hoitoon. Vähemmän kiireelliset asiakkaat pärjäävät kotihoidossa riittävän ohjauksen turvin ja turhat tarkistusluontoiset sairaalakäynnit vähentyvät. Uusi palvelu parantaa ohjauksen laatua sekä lisää potilasturvallisuutta.

Terveystieteiden fyysisten käyntien määrän väheneminen helpottaa varsinkin niitä perheitä, jotka asuvat kaukana erikoissairaanhoidon palveluista. Lapsipotilaiden käyntimäärien vähentyminen terveydenhuollon yksiköissä sujuvoittaa myös näiden yksiköiden toimintaa. Aikuispotilaiden odotusajat lyhenevät ja varsinkin päivystyksissä hoito voidaan kohdentaa paremmin kiireellistä hoitoa vaativille potilaille. Tavoitteena on myös vaikuttavuuden parantaminen eli asiakkaan saaman lisäarvon tuottaminen perheille palvelun seurauksena. Uudella palvelulla pyritään parantamaan asiakastytyvyyttä. Laadukas puhelinohjaus vähentää myös osastohoitoa. Vaikutukset voivat näkyä siis monien eri yksiköiden toiminnassa. Suurena etuna on myös kustannussäästöt, joita palvelulla tavoitellaan. Säästöt koostuvat päivystyskäyntien ja hoitopäivien määrästä, matkakuluista, erikoissairaanhoidon kuljetuksista sekä vanhempien menetetyistä työpäivistä.

Viimeisenä osa-alueena on kuvattu toiminnan kehittäminen. Säännöllisen osaamisen ja toiminnan seurannan sekä arvioinnin avulla puhelinohjausta voidaan kehittää. Toimivilla prosesseilla sekä osaamisella turvaavat laadukas palvelu. Esimerkiksi sähköinen asiakaspalautejärjestelmä ja puhelutallenteiden kuuntelu ovat hyviä hoitajan osaamisen kehittämisen työkaluja. Yksilötasolla puhelinohjauksen laatuun vaikuttavien asioiden tunteminen lisää ammatillisuutta ja parantaa ohjauksen laatua. Toiminnan seurantaluvut auttavat kehittämään puhelinohjaustoimintaa kokonaisuudessa. Seurannan tulee olla tiivistä, jotta ongelmakohtia havaitaan riittävän nopeasti.

Jatkuvan kehittämisen tavoitteena on saada puhelinohjauksesta mahdollisimman laadukas. Tavoitteena on kehittää palvelu, joka vastaa asiakkaiden tarpeisiin entistä paremmin. Uusien palveluiden kehittäminen ja niiden tarjoaminen asiakkaille lisää myös organisaation kilpailukykyä. Koko työyhteisön osallistaminen toiminnan kehittämiseen on tärkeää. Henkilöstön osallistuessa kehittämiseen voidaan terveydenhuollon ammattilaisten tietoa, osaamista, kokemusta ja asiantuntijuutta maksimaalisesti hyödyntää. Osallistaminen vaikuttaa positiivisesti myös sitoutumiseen, työtyytyväisyyteen ja avoimeen vuorovaikutukseen.

Toimintamalli arvioitiin lokakuussa 2018 ja se toteutettiin organisaation sisäisenä arviointina. Arviointiin osallistui lastenosaston ja lastentautien poliklinikan henkilökunta. Ennen arviointitilaisuutta lähetimme sähköpostilla kutsun tilaisuuteen kaikille työyhteisön jäsenille. Liitteeksi laitoimme toimintamallin, jotta jokainen voisi tutustua siihen jo ennakkoon. Arviointitilaisuuteen olimme varanneet aikaa tunnin, mutta se kesti yhteensä 2 tuntia. Osallistujia oli yhteensä 19 ja keräsimme suullisen palautteen tilaisuuden aikana. Myös kirjallisen palautteen antaminen oli mahdollista. Koska lapsiperheiden päivityksellinen puhelinohjaustoiminta on tarkoitus aloittaa vasta helmikuussa 2019, arvioinnin kohteena oli toimintamallin sisällölliset asiat.

Arvioinnissa saadut palautteet olivat positiivisia. Arvioinnin mukaan toimintamallin sisältö on kattava ja siinä on otettu huomioon laajasti asioita. Asiat on kuvattu ymmärrettävästi ja kokonaisuus on selkeä. Malli pitää sisällään kaiken tarvittavan ja sen pohjalta on helppo lähteä suunnittelemaan toiminnan käynnistämistä. Toimintamallissa ei arvioinnin mukaan ole mitään ylimääräistä eikä siitä saa poistaa mitään. Visuaalista ilmettä ja kuvia keuhuttiin myös. Hoidon tarpeen arvioinnin osaamista haluttiin vielä korostaa, joten lisäsimme sen toimintamalliin.

Arvioinnissa tuli esille myös, että puhelinyhteyksien ja operaattori asioiden tulee olla luotettavia ja toimivat. Tietojärjestelmien kaatumisen varalta tarvitaan myös manuaalisia ohjeita. Työvälineistä todettiin, että kolme näyttöä tarvitaan usean ohjelman yhtäaikaisen käytön vuoksi. Esille nostettiin myös kuvapuheluiden mahdollisuus, jolloin asiakkaan hoidon arviointi voisi olla helpompaa. Potilaspalautteen antoa pidettiin tärkeänä puhelinohjaustoiminnan ja hoitajien osaamisen kehittämiseksi. Myös puheluiden kuuntelumahdollisuus sai hyvää palautetta.

Puhelinohjausta tekevät hoitajat voisivat keskenään kuunnella puheluja ja arvioida sekä omaa että toisten vuorovaikutusta puhelimesta. Puheluiden kuuntelun avulla voitaisiin myös haastavia tilanteita käydä läpi jälkikäteen. Toimintamallia on arvioitu ja jatkokehitetty työyhteisön arvioinnin perusteella.

6 POHDINTA

6.1 Toimintamallin tarkastelu ja päätelmät

Tämän kehittämistyön tarkoituksena oli tuottaa lapsiperheiden päivystyksellisen puhelinohjauksen toimintamalli Lapin keskussairaalalle. Kehittämistyö tuotti tietoa siitä, millaista osaamista ja koulutusta puhelinohjausta tekevä hoitaja tarvitsee sekä kuinka paljon ja millaisia henkilöstöresursseja toiminta edellyttää. Tämän lisäksi tietoa tuotettiin tarvittavista työtiloista ja -välineistä sekä puhelinohjauksen hyödyistä ja haasteista. Kerätystä aineistosta muodostettiin toimintamallin sisällön osa-alueet. Kehittämistyön tuloksena valmistui lapsiperheiden päivystyksellisen puhelinohjauksen toimintamalli.

Mallissa kuvatut toiminnan edellytykset ovat jaoteltu kuuteen alueeseen, jotka tulee huomioida uuden toiminnan suunnittelussa ja käyttöönotossa. Nämä ovat henkilökunta, toimintaympäristö, työvälineet, osaaminen, koulutus ja yhteistyö päivystyksen kanssa. Toiminnan edellytysten lisäksi mallissa on kuvattu uusi toiminta, puhelinohjauksen hyödyt ja toiminnan kehittäminen. Toimintamalliin kootuja asioita tukee aikaisemmat tutkimukset ja muu ajantasainen lähdekirjallisuus.

Puhelinohjauksen merkitys terveydenhuollossa on suuri ja sen kehittäminen on tärkeää, jotta se olisi mahdollisimman laadukasta ja turvallista. Tutkimustulosten mukaan lapsipotilaista peräti 58-82% hakeutuu päivystyshoitoon kiireettömästä syystä (Fieldstonin ym. 2012, 220) ja noin puolet asiakkaiden ongelmista voidaan hoitaa puhelimessa (Kempe ym. 2006, 457). Hoidon tarpeen arviointi edellyttää lasten sairauksiin erikoistuneen sairaanhoitajan työpanosta (Valtioneuvoston asetus kiireellisen hoidon perusteista ja päivystyksen erikoisalakohtaisista edellytyksistä 583/2017 1:14.1§; Koskela 2017, 15). Hoidon tarpeen arviointia ja siihen liittyvää ohjeistusta voi tehdä laillistettu terveydenhuollon ammattihenkilö, jolla on tehtävien suorittamiseen riittävä koulutus, kokemus ja ammattitaito (Valvira 2014; Valtioneuvoston asetus kiireellisen hoidon perusteista ja päivystyksen erikoisalakohtaisista edellytyksistä 583/2017 1:1.7§).

Aikaisempien tutkimusten ja teoretiedon mukaan puhelinohjausta tekevältä hoitajalta edellytetään työkokemusta sekä vahvaa kliinistä ja ammatillista osaamista. Osaaminen koostuu riittävästä tiedoista, taidoista sekä asenteista. Hoitajan

työkokemus vaikuttaa huomattavasti annettavaan ohjaukseen ja sen laatuun. Sairaanhoitajalta edellytetään kokonaisuuksien hallintaa, kykyä esittää kysymyksiä, nopeaa arviointi- ja päätöksentekokykyä sekä yhteistyötaitoja. Lisäksi sairaanhoitajalla tulee olla ongelmanratkaisu- ja kuuntelutaitoja. (Lipponen ym. 2006, 31, Kääriäinen 2007, 48; Hyrynkangas-Järvenpää, 2007, 427, 428-429; Lipponen ym. 2008, 129; Tarkiainen ym. 2012, 98; Orava ym. 2012a, 223–225; 2012b, 237; Tarkiainen ym. 2012, 106; Nikula ym. 2014, 10.)

Hoitajan tulee hallita ohjausmenetelmät ja -tyylit sekä hyvät vuorovaikutustaidot (Kääriäinen ym. 2005, 27; Kääriäinen 2007, 48; Greenberg 2009, 2621). Hoitajalta vaaditaan kriittistä ajattelua, hyvää stressinsieto- ja eläytymisen kykyä, tilan- netajua sekä kognitiivisia ominaisuuksia, jotta hän kykenee johdonmukaiseen päätöksentekoon (Chung 2005, 208; Greenberg 2009, 2621; Valvira 2014; Sil- lanpää 2009, 41; Vehmanen 2010, 2914-2916; Gustafson ym. 2016, 1789). Myös hoitajan oma motivaatio ja sitoutuminen katsotaan eduksi puhelinohjaustyösken- telyyn (Nikula ym. 2014, 5; Tarkiainen ym. 2012, 98, 100).

Kerätyn aineiston mukaan hoitajalta vaaditaan lisäksi hoidon tarpeen arvioinnin ja tiedon hakemisen osaamista, teknisten laitteiden ja tietokoneohjelmien hallin- taa, tietokantojen tuntemista sekä hyviä ja yhtenäisiä kirjaamistaitoja. Riittävän työkokemuksen ja osaamisen omaava hoitaja pystyy arvioimaan nopeasti ja luot- tettavasti lapsen hoidon tarpeen sekä antamaan asiantuntevaa ja luotettavaa oh- jausta puhelimitse. Tarvittaessa lapsi ohjataan suoraan oikeanlaiseen hoitoon. Kehittämistyön keskeisimmiksi hoitajan osaamisalueiksi voidaan nostaa hoidon tarpeen arviointi, triage-luokittelu, ohjaaminen ja kirjaaminen.

Puhelinohjaustoiminta edellyttää riittäviä henkilöstöresursseja. Useiden tutkimus- ten mukaan haasteena on henkilöstöresurssien vähäisyys sekä lääkärin konsul- taatio mahdollisuuden puuttuminen. Lääkärin konsultaatio mahdollisuutta pide- tään tärkeänä, koska lääkäri toimii hoitajan tukena päätöksenteossa. (Kääriäinen ym. 2005, 27; Gischler ym. 2008, 625; Eduskunnan vastaus 2010, 6; Tarkiainen ym. 2012, 100; Nikula ym. 2014, 5.) Aikaisempien tutkimusten tulokset ovat yh- teneväisiä kerätyn aineiston kanssa. Sekä hoitaja- että lääkäriresursseista tulee huolehtia laadukkaan toiminnan turvaamiseksi.

Puhelinohjaustoiminta vaatii myös asianmukaista ja toimivaa työtilaa, jonka tulee olla mahdollisimman rauhallinen, jotta keskittyminen ja työn tekeminen onnistuvat (Kääriäinen ym. 2005, 27; Tarkiainen ym. 2012, 100; Nikula ym. 2014, 5, 10). Hoitajalla tulee olla käytössä myös oikeat ja toimivat tietokoneohjelmat sekä strukturoidut ja yhtenäiset ohjeistukset (Orava ym. 2012a, 223). Hoitajan tulee käyttää ohjeistuksia kuitenkin harkitusti ja luotettava ensisijaisesti omaan näkemukseensä ja ammattitaitoonsa. (Holmström 2007, 23; Ernesäter ym. 2009, 1074). Työtilan tulee olla ainoastaan puhelinohjaukseen tarkoitettu huone, joka on riittävän kokoinen, äänieristetty ja rauhallinen. Työtilan on hyvä sijaita lastenosaston yhteydessä, jolloin se mahdollistaa muun työn tekemisen puhelinohjauksen ohella. Laadun varmistamiseksi toimintaa tulee arvioida säännöllisesti. Sitä voidaan arvioida sekä terveydenhuollon ammattilaisen että asiakkaan näkökulmasta. (Hyrynkangas-Järvenpää 2007, 430; Tarkiainen ym. 2012, 100.)

Lapsiperheiden päivystyksellinen puhelinohjaus edellyttää osaavaa henkilökuntaa. Lapin sairaanhoitopiirin alueelta lasten sairauksiin perehtynyttä henkilökuntaa löytyy käytännössä ainoastaan Lapin keskussairaala, jonka vuoksi toiminta tullaan keskittämään sinne. Uusi puhelinohjauspalvelu liitetään osaksi jo olemassa olevaa lastenyksikön toimintaa. Kehittämistyönä valmistunutta toimintamallia tullaan käyttämään puhelinohjauspalvelun suunnittelussa ja käyttöön-otossa Lapin keskussairaalan lastenosastolla. Mallissa kuvatut edellytykset mahdollistavat laadukkaan puhelinohjauksen.

Uusi puhelinohjauspalvelu vaatii paljon erilaisia resursseja sekä huolellista ja laaja-alaista suunnittelua ennen toiminnan käynnistämistä. Laadukkaan puhelinohjauksen tärkeimpinä kriteereinä voidaan pitää riittäviä henkilöstöresursseja sekä hoitajan osaamista. Uuden toiminnan aloituksen haasteeksi saattaa muodostua osaavan henkilökunnan riittävyys lastenyksikössä. Osaaminen tulee turvata koko yksikössä siten, että sekä puhelinohjauksen että muun yksikön toiminta pysyy laadukkaana. Tulee miettiä ja suunnitella tarkoin, voidaanko uusi toiminta aloittaa nykyisellä henkilökuntamäärällä vai tarvitaanko siihen lisäresursseja. Tulevaisuudessa hyvä puhelinohjauspalvelu maksaa tarvitsemansa resurssit takaisin säästettyinä kuluina.

Puhelinohjauksen onnistuminen edellyttää hoitajan ammattitaidon ylläpitämistä, osaamisen kehittämistä ja koulutusta. Säännöllisestä koulutuksesta tulee huolehtia sekä ennen toiminnan aloitusta että toiminnan käynnistymisen jälkeen. Puhelinohjausta tekevä hoitaja tarvitsee teknistä-, hoitotyön-, vuorovaikutus-, simulaatio- ja asiantuntija koulutusta. Hoitaja tarvitsee ohjauksen ja hoidon tarpeen arvioimiseksi selkeät kriteerit, jonka vuoksi myös lääkärin pitämät koulutukset ovat tärkeitä.

Vuorovaikutustaitojen merkitystä ei voi liikaa korostaa puhelinohjauksessa. Taitojen kehittäminen ei kuitenkaan välttämättä tarvita ulkopuolista koulutusta. Vuorovaikutusosaamista voidaan kehittää esimerkiksi puheluiden kuuntelulla, jonka tarkoituksena on omien toimintamallien ja tapojen tarkastelu. Kriittinen tutkiskelu auttaa huomaamaan mahdolliset rutiinomaiset toimintatavat, joilla voi olla negatiivinen vaikutus vuorovaikutukseen ja puhelinohjauksen tehokkuuteen. Puheluiden kuuntelu mahdollistaa oman toiminnan ja vuorovaikutustaitojen kehittämisen. Koulutusten lisäksi hoitaja voi kehittää osaamistaan lukemalla alan tutkimuksia ja kirjallisuutta. Osaamisella vaikutetaan puhelinohjauksen laatuun ja asiakastyytyväisyyteen.

Toimintaa ja osaamista tulee seurata ja arvioida aktiivisesti. Etenkin prosessien sujuvuuteen tulee kiinnittää huomiota. Toimintaa tulee kehittää systemaattisesti, jotta palvelun laatu pysyy hyvänä. Myös asiakaskokemuksen huomioiminen on tärkeää. Asiakkaiden ja omaisten kokemuksia sekä tyytyväisyyttä saamaansa ohjaukseen voidaan selvittää esimerkiksi kyselyjen ja palautteiden avulla. Palautteet auttavat toiminnan kehittämisessä asiakkaan näkökulma huomioiden. Tämän vuoksi myös jatkuvan asiakaspalautteen saamisen mahdollisuudesta tulee huolehtia.

Lapsiperheiden päivystyksellisen puhelinohjauksen toimintamalli on visuaalisesti selkeä ja yksinkertainen sekä kokonaisuutena kattava. Malli ohjaa ja tukee lapsiperheiden päivystyksellisen puhelinohjaustoiminnan suunnittelua ja käyttöönottoa. Sitä hyödynnetään koko Lapin sairaanhoitopiirin alueella. Kehittämistyön tavoitteena oli parantaa lapsiperheiden päivystyksellisen puhelinohjauksen laatua sekä potilasturvallisuutta Lapin keskussairaalassa. Toimintamalliin avulla uudesta puhelinohjaustoiminnasta saadaan laadukas ja nykypäivän vaatimusten mukainen sekä perheitä hyvin palveleva.

Laadukkaasta ja potilasturvallisesta puhelinohjaustoiminnasta hyötyvät kaikki Lapin sairaanhoitopiirin alueella asuvat lapsiperheet, jotka saavat ammattilaisen antaman ohjeistuksen heti käyttöönsä ajasta ja paikkakunnasta riippumatta. Palvelu nopeuttaa lasten avun saantia ja kiireellistä hoitoa vaativat lapset ohjataan hoitoon ilman viivettä. Laadukkaan puhelinohjauksen turvin perheet voivat jäädä hoitamaan lasta kotiin. Toimintamallia voidaan hyödyntää myös muissa sairaanhoitopiireissä ja organisaatioissa soveltamalla sitä omaan käyttöön sopivaksi ja huomioimalla alueelliset eroavaisuudet. Uudella palvelulla voidaan saada aikaan kokonaistaloudellista säästöä, joka hyödyntää sekä organisaatiota, mutta myös kuntia ja yhteiskuntaa. Lapin keskussairaalan henkilökunta saa uuden mielenkiintoisen työtehtävän ja hoitajat pääsevät laajentamaan omaa osaamistaan. Myös muut yksiköt hyötyvät uudesta toiminnasta. Esimerkiksi päivystyksessä pystytään hoitamaan ainoastaan sinne kuuluvat asiakkaat ja kiireellistä hoitoa vaativat potilaat pääsevät entistä nopeammin hoitoon.

6.2 Eettisyys ja luotettavuus

Kehittämistyön tekemiseen liittyy monenlaisia eettisiä kysymyksiä, jotka tekijöiden tulee ottaa huomioon (Hirsjärvi ym. 2009, 23). Työelämälähtöisessä kehittämistyössä painottuvat sekä työelämän että tieteen tekemisen eettiset säännöt (Ojasalo ym. 2015, 48). Eettisten periaatteiden tunteminen sekä niiden mukaan toimiminen on jokaisen kehittämistyön tekijän vastuulla (Hirsjärvi ym. 2009, 23). Toimimalla eettisten periaatteiden mukaisesti kehittämistyön luotettavuus ja pätevyys lisääntyvät (Taanila 2014, 4). Kehittämistyön luotettavuutta tulisi arvioida koko prosessin ajan (Vilkkä 2007, 149; Hirsjärvi ym. 2009, 231). Eettisyyden ja luotettavuuden arviointi parantavat myös kehittämistyön laatua (Tuomi & Sarajärvi 2013, 140-141).

Eettisesti hyvään kehittämistyöhön kuuluu se, että työn tekemisessä noudatetaan hyvää tieteellistä käytäntöä (Tutkimuseettinen neuvontalautakunta 2012, 6). Hyvää tieteelliseen käytäntöön kuuluu, että kehittämistyö on suunniteltu, toteutettu ja raportoitu yksityiskohtaisesti sekä tieteelliselle tiedolle nimettyjen vaatimusten mukaisella tavalla (Hirsjärvi ym. 2009, 24). Kehittämistyön tallentamisessa, esittämisessä sekä tulosten arvioinnissa tulee noudattaa rehellisyyttä, huolellisuutta ja tarkkuutta. (Tutkimuseettinen neuvontalautakunta 2012, 6.; Taanila 2014, 4; Ojasalo ym. 2016, 48.) Lapin sairaanhoitopiirin ja OYS-erva alueen eettiset

toimikunnat ovat laatineet eettiset ohjeistukset (Lapin sairaanhoitopiirin eettinen toimikunta 2009; Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiiri). Lapin sairaanhoitopiiri on osa OYS-erva aluetta, jonka vuoksi Lapin sairaanhoitopiirissä toimitaan myös näiden eettisten ohjeiden mukaan. Olemme toimineet rehellisesti ja huolellisesti tutkimuseettisten ohjeiden ja periaatteiden sekä hyvien tieteellisten käytäntöjen mukaisesti kehittämistyön suunnittelussa, toteutuksessa sekä raportoinnissa.

Kehittämistyön suunnitelman hyväksymisen jälkeen saimme työllemme toimeksiantositoumuksen (LIITE 1). Lähetimme toimeksiantositoumuksen ja tutkimussuunnitelman Lapin sairaanhoitopiirin hallintoylihoitajalle, jolta anoimme tutkimuslupaa työllemme. Tutkimussuunnitelmassa esittelimme kehittämistyön aikataulun sekä tarkan suunnitelman työn toteutuksesta ja siihen liittyvät eettiset ratkaisut. Hallintoylihoitajan myöntettyä työllemme tutkimusluvan (LIITE 2) aloitimme aineiston keräämisen.

Kehittämiskohteena olevan yksikön ja siellä työskentelevien työntekijöiden on tiedettävä, mitä ollaan tekemässä, mikä on toiminnan kohde, tavoitteet sekä mikä heidän roolinsa on kehittämistyössä (Lapin sairaanhoitopiirin eettinen toimikunta 2009; Ojasalo ym. 2015, 48). Kehittämisprosessista pyrittiin tekemään mahdollisimman läpinäkyvä. Kerroimme osallistujille, mihin tarkoitukseen keräämme aineistoa sekä miten sitä käytetään ja säilytetään. Tämän lisäksi painotimme, että kaikki kerätty tieto pysyy luottamuksellisena. Informoimme ja pidimme henkilökuntaa ajan tasalla kaikista kehittämistyön vaiheista. Aineiston luotettavuuden kannalta on tärkeää, että kehittämistyöhön osallistuvia henkilöitä ei yksilöidä ja heidän nimet suojataan. Näin saadaan todellisia ja rehellisiä vastauksia ja mielipiteitä kerättävään aineistoon. (Ojasalo ym. 2015, 48.) Kehittämistyön aineistonkeruumenetelmiin osallistuminen oli kaikille vapaaehtoista ja pidimme huolta osallistujien yksityisyydestä. Tämän lisäksi kaikilta pyydettiin lupaa käyttää äänitallenteita ennen aineiston keräämistä. Tämän lisäksi kehittämistyön aineiston keräämiseen osallistuneita henkilöitä kohdeltiin kunnioittavasti ja heidän osuutaan kehittämistyössä arvostettiin kertomalla se heille.

Kehittämistyöhön kerätty aineisto käsiteltiin luottamuksellisesti. Aineistojen analysointi toteutettiin eettisiä periaatteita noudattaen. Aineisto on pyritty analysoimaan systemaattisesti ja objektiivisesti. Raportoinnissa käy ilmi, miten analyysiprosessi on edennyt ja miten esitetyt tulokset on saatu kerättyä luotettavasti.

Analysoinnin tulokset on pyritty esittämään mahdollisimman luotettavasti ja todenmukaisesti. Aineisto tullaan myös hävittämään asian mukaisin keinoin.

Arvioidessa kehittämistyön luotettavuutta tarkastellaan usein validiteettia, jolla tarkoitetaan pätevyyttä eli miten hyvin työssä käytetty kehittämismenetelmä mitataa juuri sitä asiaa, mitä oli tarkoitus mitata. Pätevyyttä arvioidessa voidaan tarkastella esimerkiksi sitä, miten aineiston tuottamiseen osallistunut kohderyhmä on valittu. (Hirsjärvi ym. 2009, 23-24; Tuomi & Sarajärvi 2009, 136.) Tähän kehittämistyöhön osallistuneiden henkilöiden valinnassa on otettu huomioon heidän asiantuntemus. Valitsimme sellaisia hoitotyön ammattilaisia, joilla on kokemusta ja näkemystä puhelinohjauksesta. Halusimme osallistaa myös ne henkilöt, joita muutos koskee eli Lapin keskussairaalan lastenosastolla työskentelevä henkilökunta.

Kankkunen-Vehviläisen (2009, 160) ja Hirsjärven ym. (2009, 232) mukaan kehittämistyön uskottavuus on myös osa työn luotettavuutta. Luotettavuutta parantaa tekijöiden tarkka raportointi kehittämistyön toteutuksesta. Kaikki vaiheet tulisi kuvata mahdollisimman täsmällisesti. Olemme pyrkineet tekemään raportoinnista mahdollisimman tarkan ja siten lisäämään työn luotettavuutta. Analysoimme huolellisesti kaikki aineistot sekä kuvasimme tuloksen mahdollisimman yksityiskohteisesti. Keräämämme aineistot olivat laajoja, joka myös omalta osaltaan lisää tulosten uskottavuutta. Raportoinnissa on pyritty kuvaamaan asioita myös kuvilla ja kuvioilla, joiden tavoitteena on selkeyttää lukijalle kehittämistyön vaiheita ja tuloksia.

Kehittämistyön luotettavuuden kriteereinä voidaan käyttää myös vahvistuvuutta ja siirrettävyyttä. Vahvistavuudella tarkoitetaan sitä, että kehittämistyön tulokset saavat tukea toisista tutkimuksista, joissa on käsitelty samoja teemoja. Siirrettävyydellä tarkoitetaan sitä, kuinka hyvin saatuja tuloksia voidaan siirtää muihin vastaaviin tilanteisiin. (Eskola & Suoranta 1998, 212-213.) Aiemmin tehdyt tutkimukset tukevat kehittämistyömme tuloksia ja näin myös lisäävät työmme luotettavuutta. Myös tuloksien siirrettävyys on mahdollista ja toimintamallia voidaan hyödyntää muissakin sairaanhoitopiireissä ja organisaatioissa soveltamalla sitä omaan käyttöön sopivaksi ja huomioimalla alueelliset eroavaisuudet.

Käytimme yhtenä aineistonkeruumenetelmänä lapsia koskevien puheluiden seuranta, jonka tarkoituksena oli selvittää lapsia koskevien puheluiden sen hetkistä määrää. Seurantaviikot pyrittiin järjestämään siten, että saisimme tietoa yhdeltä rauhalliselta viikolta ja kahdelta kiireiseltä viikolta, koska tavoitena oli saada mahdollisimman todenmukainen kuva puhelumäärien vaihtelevuudesta. Suuria vaihteluja ei kuitenkaan ilmennyt, joten tulokseen pitää suhtautua suuntaa antavina. Kun puhelinohjaustoiminta käynnistetään, on syytä varautua myös suurempiin soittomääriin ja määrien suurempiin vaihteluihin. Kehittämistyön luotattavuutta on pyritty lisäämään myös lapsia koskevien puheluiden seurantalomakkeen esitestauksella sekä lomakkeiden selkeän täyttöohjeen tekemisellä. Aineiston keräämisessä panostimme hyvään tiedottamiseen ja osallistujien motivointiin.

6.3 Oman osaamisen kehittyminen ja jatkotutkimusaiheet

Saimme kehittämistyön aiheen toimeksiantona keväällä 2017. Päädyimme valitsemaan tämän aiheen, koska se oli ajankohtainen, tärkeä ja työelämälähtöinen. Kehittämistyön todellinen tarve sekä työelämälähtöisyys lisäsivät työn tekemisen mielekkyyttä sekä toimi hyvänä motivaation lähteenä. Uusi päivystysasetus edellyttää lasten sairauksiin erikoistuneen sairaanhoitajan työpanosta lasten hoidon tarpeen arvioinnissa. Tämän vuoksi lapsiperheiden päivystyksellisen puhelinohjauksen toimintamallin luominen oli tärkeää ja merkittävää. Malli ohjaa toiminnan huolellista suunnittelua ja käyttöönottoa.

Laadimme jo kehittämistyön prosessin alkuvaiheessa työsuunnitelman kehittämistyön etenemisestä. Suunnitelma piti sisällään kehittämistyön tarkoituksen, tavoitteet, menetelmällisen toteutuksen ja aikataulun. Kehittämistyö oli suurimaksi osaksi omakustanteinen. Prosessi kesti 10 kuukautta, johon sisältyi erilaisia kehittämisen vaiheita ja tehtäviä (Kuvio 1). Kehittämistyön tietoperusta rajattiin tarkasti vastaamaan viitekehystä. Haimme monipuolista ja ajantasaista tietoa monista eri tietolähteistä. Tietoperusta pohjautui kansainväliseen ja kotimaiseen tutkimustietoon sekä muuhun lähdekirjallisuuteen. Syventyessämme aiheeseen tiedon määrä sekä asiantuntemus hoidon tarpeen arvioinnista ja puhelinohjauksesta ovat laajentuneet. Tutustuimme ja luimme paljon tutkimuksia, jonka myötä tieteellisen tekstin kielen ja jäsentelyn ymmärtäminen kehittyivät. Myös tiedonhakuaitomme ovat edistyneet valtavasti prosessin aikana. Näitä taitoja pystymme

hyödyntämään jatkossa näyttöön perustuvaa hoitotyötä suorittaessa ja kehittäessä.

Kehittämistyössä käytimme useaa aineistonkeruumenetelmää, joiden avulla saimme kerättyä arvokasta tietoa. Myös aineiston analysoinnissa käytimme kahta eri menetelmää, joiden ansiosta olemme saaneet monipuolista menetelmä- ja analysointi osaamista. Osallistavien menetelmien hyödyntäminen kehittivät esiintymis-, vuorovaikutus- ja ryhmätyöskentelytaitojamme. Kehittämistyö oli prosessi, jonka lopputuloksena saimme tuotettua tavoiteasettelun mukaisesti lapsiperheiden päivystyksellisen puhelinohjauksen toimintamallin yhteistyössä toimeksiantajan, työyhteisön sekä Kokkolan keskussairaalan lasten päivystyksen ja Lapin keskussairaalan yhteispäivystyksen kanssa. Kokonaisuudessaan toimintamallista tuli visuaalisesti selkeä ja sisällöllisesti kattava. Saimme kerättyä toimintamalliin keskeisimmät asiat kerätyn aineiston pohjalta. Toimintamallin hyödyllisyydestä emme vielä ole saaneet palautetta, koska malli otetaan käyttöön vasta kehittämistyön päätyttyä.

Prosessin aikana olemme verkostoituneet ja rakentaneet uusia yhteistyösuhteita. Verkostot ovat koostuneet eri toimijoista, kuten yksilöistä, työryhmistä ja toimintayksiköistä. Lisäksi olemme tehneet organisaation ylittävää yhteistyötä. Verkostoilla on keskeinen rooli oppimisessa sekä organisaatioiden ja yksiköiden toiminnan kehittämisessä. Verkostoyhteistyö avaa informaatiokanavia sekä mahdollistaa tiedon jakamisen sekä muilta oppimisen. Verkostojen avulla olemme laajentaa omaa osaamista ja asiantuntijuuttamme. Yhteistyö oli sujuvaa, tuloksellista ja kehittävää. Verkostoituminen ja yhdessä tekeminen on synnyttänyt pysyviä kumppanuuksia, joita pystymme myös tulevaisuudessa hyödyntämään.

Kehittämistyön prosessi kokonaisuudessaan oli hyvin opettavainen ja antoi meille valmiuksia työelämälähtöiseen kehittämiseen. Tutkijoiden omat aikatauluhaasteet loivat suurimmat haasteet kehittämistyölle ja välillä voimavarat olivat työn aikana koetuksella. Ohjaajan sekä työelämän mentorin tuki, kannustus ja ohjaus saivat kuitenkin jaksamaan loppuun asti. Mielestämme saavutimme kehittämistyölle asetetun tavoitteen ja onnistuimme kokonaisuudessa erinomaisesti.

Jatkotutkimusaiheena olisi hyvä selvittää puhelinohjauksen käyttöä ja tarvetta koko Lapin sairaanhoitopiirin alueella. Kuinka paljon puheluita tulee ja onko palvelu tarpeellinen. Tärkeää olisi myös selvittää, kuinka hyödylliseksi perheet palvelun kokevat. Mielenkiintoista olisi myös tutkia, kuinka paljon uudella toiminnalla voidaan saavuttaa taloudellisia säästöjä. Mistä säästöt koostuvat ja kuinka paljon säästöä voidaan tehdä juuri Lapin sairaanhoitopiirin alueella, jossa etäisyydet ovat pitkiä.

Tässä kehittämistyössä ei ollut mahdollista arvioida toimintamallin hyödyllisyyttä tai tutkia, kuinka hyvin sitä hyödynnetään toiminnan suunnittelussa ja puhelinohjauksen käynnistyttyä. Jatkokehittämisehdotuksena olisi selvittää, kuinka hyvin toimintamallissa olevat asiat ovat toteutuneet. Kiinnostavaa olisi myös tutkia, onko hoitajat saaneet riittävästi koulutusta, millaiset työtilat ovat ja onko esille noussut uusia ongelmia. Toiminnan käynnistyttyä voisi tutkia myös sitä, miten henkilökunta on kokenut toiminnan muutoksen.

Jatkotutkimusaiheeksi ehdotamme myös kyselytutkimusta Lapin keskussairaalan lastenosaston puhelinohjausta tekeville hoitajille. Olisi mielenkiintoista selvittää, millaisia kokemuksia hoitohenkilökunnalla on puhelimesta tapahtuvasta työstä. Hyödyllistä olisi tutkia samaa asiaa myös asiakkaan näkökulmasta eli millaisia kokemuksia lapsiperheillä on puhelimesta tapahtuvasta ohjauksesta. Asiakaskokemusta voitaisiin hyödyntää toiminnan jatkokehittämiseen.

LÄHTEET

- Alasoini, T. & Ramstad, E. 2007. Johdanto. Teoksessa E. Ramstad & T. Alasoini (toim.) Työelämän tutkimusavusteinen kehittäminen Suomessa. Helsinki: Tykes, 3-14.
- Alaspää, A. & Holmström, P. 2017. Lapsen tutkiminen. Teoksessa M. Kuisma, P. Holmström, J. Nurmi, K. Porthan & T. Taskinen (toim.) Ensihoito. Helsinki: Sanoma Pro Oy, 167-170.
- Azero, T., Gaudes, H., Almeida, R., Chianca, T. & Martins, J. 2014. Efficacy of the Manchester Triage System: a systematic review. *International Emergency Nursing* 23 (2), 47-52.
- Begaz, T., Elashoff, D., Grogan, T., Talan, D. & Taira, B. 2017. Differences in test ordering between nurse practitioners and attending emergency physicians when acting as provider in Triage. *American Journal of Emergency Medicine* vol 35, 1426-1429.
- Brown, J. & Isaacs, D. 2005. *World Cafe: Shaping Our Futures Through Conversations That Matter*. Williston: Berrett-Koehler Publishers.
- Chung, J. 2005. An exploration of accident and emergency nurse experiences of triage decision making in Hong Kong. *Accident and Emergency Nursing* 13 (4), 206-213.
- Doyle, S., Kingsnorth, J., Guzzetta, C., Jahnke, S., McKenna, J. C. & Brown, K. 2012. Outcomes of Implementing Rapid Triage in the Pediatric Emergency Department. *Journal of Emergency Medicine* 38 (1), 30-35.
- Eduskunnan vastaus 2010. Viitattu 17.10.2018 https://www.eduskunta.fi/FI/vaski/EduskunnanVastaus/Documents/ev_244+2010.pdf
- Elo, S. & Kyngäs, H. 2008. The qualitative content analysis process. *Journal of Advanced Nursing* 62 (1), 107–115.
- Ernesäter, A., Holmström, I. & Engström, M. 2009. Telenurses' experiences of working with computerized decision support: supporting, inhibiting and quality improving. *Journal of Advanced Nursing* 65 (5), 1074-1083.
- Eskola, J. & Suoranta, J. 1998. *Johdatus laadulliseen tutkimukseen*. 1. painos. Tampere: Vastapaino.
- Eskola, J. 2015. Laadullisen tutkimuksen juhannustaiat. Laadullisen aineiston analyysi vaihe vaiheelta. Teoksessa J. Aaltola & R. Valli (toim.) Ikkunoita tutkimusmetodeihin 2. Näkökulmia aloittelevalle tutkijalle tutkimuksen teoreettisiin lähtökohtiin ja analyysimetelmiin. Jyväskylä: Ps-kustannus, 185-206.

- Fieldston, E. S., Alpern, E. R., Nadel, F. M., Shea, J. A. & Alessandrini, E. A. 2012. A qualitative assessment of reasons for nonurgent visits to the emergency department: parent and health professional opinions. *Pediatric Emergency Care* 28 (3), 220–225.
- Gischler, S.J., Mazer, P., Poley, M.J., Tibboel, D. & Van Dijk, M. 2008. Telephone helpline for parents of children with congenital anomalies. *Journal of Advanced Nursing* 64 (6), 625-631.
- Greenberg, M. 2009. A comprehensive model of the process of telephone nursing. *Journal of Advanced Nursing* 65 (12), 2621-2629.
- Grönroos, M. & Koivistoinen, T. 2016. Ennen oli ennen, nyt on nyt -päivystäminen akuuttilääkärin silmin. *Akuuttilääketiede, katsaus. Duodecim* 132, 2385-2387.
- Gustafson, S., Martinsson, J., Wälivaara, B-M., Vikman, I. & Sävensted, S. 2016. Influence of self-care advice on patient satisfaction and healthcare. *Journal of Advanced Nursing* 72 (8), 1789-1799.
- Hautala, T., Ojalehto, M. & Saarinen, J. (toim.) 2012. Työelämää kehittämässä. Ammattikorkeakoulu projektimaisen kehittämisen kumppanina. Turun ammattikorkeakoulun oppimateriaaleja 67. Tampere. Viitattu 26.9.2018 <http://julkaisut.turkuamk.fi/isbn9789522162625.pdf>
- Harjola, V-P., Janhunen, H., Wilén, S., Palomäki, A., Nyrhilä, J., Kokkonen, L., Ahlskog-Karhu, M., Vaahersalo, J. & Rahila, E. 2014. Kiireellisyysluokittelun on tunnistettava kriittisesti sairaat. *Suomen Lääkärilehti* 69 (47), 3141.
- Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2009. Tutki ja kirjoita. 15.-16. painos. Hämeenlinna: Kariston Kirjapaino Oy.
- Hodge, A., Hugman, A., Varndell, W. & Howes, K. 2012. A review of the quality assurance processes for the Australasian Triage Scale (ATS) and implications for future practice. *Australasian Emergency Care* 16 (1), 21-29.
- Holmström, I. 2007. Decision aid software programs in telenursing: not used as intended? Experiences of Swedish telenurses. *Nursing & Health Sciences* 9 (1), 23-28.
- Huibers, L., Keizer, E., Gieser, P., Grol, R. & Wensing, M. 2012. Nurse telephone triage: good quality associated with appropriate decisions. *Family Practice* 29 (5), 547-552.
- Hurwitz, J., Lee, J., Lopiano, K., McKinley S., Keesling J. & Tyndall J. 2014. A flexible simulation platform to quantify and manage emergency department crowding. *BMC Medical Informatics and Decision Making* 50 (14), 1-11.
- Hyrynkangas-Järvenpää, P. 2007. Terveysthuollon ammattihenkilöiden antama puhelinneuvonta. *Suomen Lääkärilehti* 62 (5), 427-430.

- Hyötyläinen, R. 2007. Tutkimusavusteisen kehittämisen metodologinen kaksoisluonne. Teoksessa E. Ramstad & T. Alasoini (toim.) Työelämän tutkimusavusteinen kehittäminen Suomessa. Helsinki: Tykes, 361-388.
- Innokylä 2017. Learning café eli oppimiskahvila. Viitattu 01.10.2018 <https://www.innokyla.fi/web/malli2825539>
- Ivanoff, P., Risku, A., Kitinoja, H., Vuori, A. & Palo, R. 2007. Hoidatko minua? Lapsen, nuoren ja perheen hoitotyö. 3.-4. painos. Porvoo: WSOY.
- Jalkanen, L. 2009. Lapsi ensihoidossa. Teoksessa M. Kuisma, P. Holmström & K. Porthan (toim.) Ensihoito. Jyväskylä: Gummerus, 464-468.
- Janhunen, K. 2014. Lasten hoidon tarpeen arviointi päivystyspoliklinikalla sairaanhoitajan kokemana. Pro gradu-tutkielma.
- Janhunen, K., Kankkunen, P. & Kvist, T. 2016. Lasten hoidon tarpeen arviointi päivystyspoliklinikalla. Hoitotiede 28 (3), 182-192.
- Junnila, R., Koskinen, S., Stolt, M. & Salminen, L. (toim.) 2011. Näyttöön perustuva opettaminen ja ohjaaminen. Turun yliopisto. Hoitotieteen laitoksen julkaisuja. Tutkimuksia ja raportteja 62/2011. Turku: Uniprint.
- Kaisvuo, T, Storvik-Sydänmaa, S., Talvensaari, H. & Uotila, N. 2012. Lapsen ja nuoren hoitotyö. 1. painos. Helsinki: Sanoma Pro Oy.
- Kahveci, F., Demircan, A., Keles, A., Bildik, F. & Aygencel, S. 2012. Efficacy of triage by paramedics: a real-time comparison study. Journal of Emergency Nursing 38 (4), 344-349.
- Kaminsky, E., Rosenqvist, U. & Holmström, I. 2009. Telenurses' understanding of work: detective or educator? Journal of Advanced Nursing 65 (2), 382-390.
- Kankkunen, P. & Vehviläinen-Julkunen, K. 2013. Tutkimus hoitotieteessä. Helsinki: Sanoma Pro Oy.
- Kantonen, J., Kauppila, T. & Kockberg, I. 2007. Päivystyksen organisaatiomuutokset vähentävät lääkäriissäkäyntejä. Kokeilu Vantaan terveystieteiden päivystyksessä. Suomen lääkirilehti 62 (9), 897-901.
- Kantonen, J., Kaartinen, J., Mattila, J., Menezes, R., Malmila, M., Castren, M. & Kauppila, T. 2010. Impact of the ABCDE triage on the number of patient visits to the emergency department. BMC Emergency Medicine. Viitattu 20.10.2018 <https://bmccemergmed.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-227X-10-12>
- Kantonen, J. 2014. Terveystieteiden päivystyksen ABCDE-triagen ja kehittämistoimenpiteiden vaikutukset potilasvirtoihin. Väitöskirja. Tampereen yliopisto, lääketieteen yksikkö. Tampere.
- Kempe, A., Bunik, M., Ellis, J., Magid, D., Hegarty, T., Dickinson, M. & Steiner, J. 2006. How Safe Is Triage by an After-Hours Telephone Call Center? Pediatrics 118 (2), 457-463.

- Kempainen, M. & Kapanen, S. 2017. Teoksessa M. Kuisma, P. Holmström, J. Nurmi, K. Porthan & T. Taskinen (toim.) *Ensihoito*. Helsinki: Sanoma Pro Oy, 101-107.
- Koistinen, P., Ruuskanen, S. & Surakka, T. 2009. *Lasten ja nuorten hoitotyön käsikirja*. 1.-3. painos. Hämeenlinna: Kariston kirjapaino Oy.
- Kontio, T., Kukkonen, J., Leiviskä, R., Leskinen, I., Murto, J., Mustonen, T., Ne-nonen, E., Orpana, H-M., Pekkinen, N. & Törmä, A. 2006. *Puhelinohjaus*. Teoksessa K. Lipponen, H. Kyngäs & M. Kääriäinen. *Potilasohjauksen haasteet, käytännön hoitotyöhön soveltuvat ohjausmallit*. Oulu: Oulun yliopistollinen sairaala. Oulun yliopisto. Hoitotieteen ja terveystieteiden laitos.
- Koppa 2014. *Seuranta*. Jyväskylän yliopisto. Viitattu 01.10.2018 <https://koppa.jyu.fi/avoimet/hum/menetelmapolkuja/menetelmapolku/aineistonhankintamenetelmat/seuranta>
- Koskela, A. 2017. Valtioneuvoston asetus kiireellisen hoidon perusteista ja päivystyksen erikoisalakohtaisista edellytyksistä. Sosiaali- ja terveysministeriö. Muistio. Viitattu 19.7.2018 https://stm.fi/documents/1271139/5228951/VNA_p%C3%A4ivystys_PM_22.8_2.pdf/c38ca925-a195-48a4-97d5-34935c16938c/VNA_p%C3%A4ivystys_PM_22.8_2.pdf.pdf
- Kuusisto, H., Järvinen, M. & Saranto, K. 2013. Lähetepotilaiden etähoito erikoissairaanhoidossa onnistuu. *Suomen Lääkärilehti* 68 (3), 147-151.
- Kyngäs, H., Elo, S., Pölkki, T., Kääriäinen, M. & Kanste, O. 2011. Sisällönanalyysi suomalaisessa hoitotieteellisessä tutkimuksessa. *Hoitotiede* 23 (2), 138-148.
- Kääriäinen, M., Lahdenperä, T. & Kyngäs, H. 2005. Kirjallisuuskatsaus: Asiakaslähtöinen ohjausprosessi. *Tutkiva Hoitotyö* 3 (3), 27-31.
- Kääriäinen, M. 2007. *Potilasohjauksen laatu. Hypoteettisen mallin kehittäminen*. Oulun yliopisto. Hoitotieteen ja terveystieteiden laitos. Väitöskirja.
- Kääriäinen, M. 2008. Potilasohjauksen laatuun vaikuttavat tekijät. *Tutkiva Hoitotyö* 6 (4), 10-15.
- Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 17.8.1992/785. Finlex 2017. Viitattu 24.10.2018 <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1992/19920785>
- Lampinen M., Åstedt-Kurki, P. & Tarkka, T. 2000. Hoitajien antama tuki leikkikäisen vanhemmille sairaalassa. *Hoitotiede* 4 (12), 196-202.
- Lapin keskussairaala 2013. Päivystys - HTA5. PowerPoint-esitys 14.11.2013. Julkaisematon lähde.

- Lapin sairaanhoitopiirin eettinen toimikunta 2009. Lapin sairaanhoitopiirissä tehtävien opinnäytetöiden eettinen ohjeistus. Viitattu 24.10.2018
<http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:rxrnaC-drh1MJ:www.lshp.fi/download/noname/%257BDDAEB484-8B93-45BC-9FA3-D9E2273F865E%257D/1684+&cd=1&hl=fi&ct=clnk&gl=fi>
- Lapin sairaanhoitopiiri 2018. Viitattu 25.7.2018
<http://www.lshp.fi/fi-FI/Sairaanhoitopiiri>
- Larivaara, P., Lindroos, S. & Heikkilä, T. 2009. Potilas, perhe ja perusterveydenhuolto. 1. painos. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.
- Lastensuojelulaki 13.4.2007/417. Finlex 2017. Viitattu 17.10.2018
<https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2007/20070417>
- Lauri, S. 2007. Hoitotyön ydinosaaminen ja oppiminen. 1. painos. Porvoo: WSOY.
- Lindholm, M. 2004. Lapsi, perhe ja yhteistyö. Teoksessa P. Koistinen, S. Ruuskanen & T. Surakka (toim.) Lasten ja nuorten hoitotyön käsikirja. Jyväskylä: Gummerus, 14-29.
- Lipponen, K., Kyngäs, H. & Kääriäinen, M. (toim.) 2006. Potilasohjauksen haasteet. Käytännön hoitotyöhön soveltuvat ohjausmallit. Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin julkaisuja 4/2006. Oulun yliopistollinen sairaala. Hoitotieteen ja terveystieteiden laitos. Oulun yliopisto.
- Lipponen, K., Kanste, O., Kyngäs, H. & Ukkola, L. 2008. Henkilöstön käsitykset potilasohjauksen toimintaedellytyksistä ja toteutuksesta perusterveydenhuollossa. Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti 45 (2), 121-135.
- Malmström, T., Torkki, P., Valli, J. & Malmström, R. 2012a. Yhteispäivystyksen työnjako – Hyvinkään päivystyksen potilasvirta-analyysi. Suomen lääkärilehti 67 (5), 345-351.
- Malmström, R., Kiura, E., Malmström, T., Torkki, P. & Mäkelä, M. 2012b. Päivystyspotilaiden kiireellisyysluokittelut Suomessa erilaiset kuin Ruotsissa. Suomen Lääkärilehti 67 (9), 699-708.
- Miettola, J., Halinen, M., Lipponen, P., Hietakorpi, S., Kaukonen, M. & Kumpusalo, E. 2003. Kuopion yhteispäivystystutkimus: Onko yhteispäivystyksessä turhia käyntejä? Suomen Lääkärilehti 58 (5), 539-541.
- Nikula, J., Kaakinen, P., Kyngäs, H. & Kääriäinen, M. 2014. Perusterveydenhuollon puhelinneuvonnan laatu hoitotyöntekijöiden arvioimana. Tutkiva hoitotyö 12 (2), 4-13.
- Niva, M. & Tuominen, K. 2005. Benchmarking käytännössä. Itsearviointin työkirja. Hyviä periaatteita ja benchmarking-tutkimuksia. Oy Benchmarking Ltd.
- Ojasalo, K., Moilanen, T. & Ritalahti, J. 2015. Kehittämistyön menetelmät. Helsinki: Sanoma Pro Oy.

- Opetusministeriö 2006. Ammattikorkeakoulusta terveydenhuoltoon. Koulutuksesta valmistuvien ammatillinen osaaminen, keskeiset opinnot ja vähimmäisopintopisteet. Opetusministeriön työryhmämuistioita ja selvityksiä 2006:24. Viitattu 17.10.2018
<https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/80112/tr24.pdf>
- Opinnäytetyön ohjeet. Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiiri. Viitattu 22.10.2018
<https://www.ppsHP.fi/Tutkimus-ja-opetus/Opetustoiminta/Sosiaali-ja-terveysalan-opetus/Pages/Opinnaytetyon-ohjeet.aspx>
- Orava, M., Kyngäs, H. & Kääriäinen, M. 2012a. Puhelinohjaus hoitotyön menetelmänä: systemaattinen kirjallisuuskatsaus. Osa I: Reaktiivinen puhelinohjaus. *Hoitotiede* 24 (3), 216-231.
- Orava, M., Kyngäs, H. & Kääriäinen, M. 2012b. Puhelinohjaus hoitotyön menetelmänä: systemaattinen kirjallisuuskatsaus. Osa II: Proaktiivinen puhelinohjaus. *Hoitotiede* 24 (3), 232-243.
- Pedia 2015. Seuranta- ja laskentamenetelmät. Viitattu 01.10.2018
http://www.tut.fi/pedia/index.php/Seuranta-_ja_laskentamenetelm%C3%A4t
- Pointer, J. E., Levitt, M. A., Young, J. C., Promes, S. B., Messana, B. J. & Adèr, M. E. 2001. Can paramedics using guidelines accurately triage patients? *Annals of Emergency Medicine* 38 (3), 268-277.
- Quattrini, V. & Swan B. 2012. Evaluating care in ED fast tracks. *Journal of Emergency Medicine* 37 (1), 40-46.
- Rasku, T., Sopanen, P. & Toivola, T. 2009. Hoitoa ympäri vuorokauden, Ensi- ja polikliininen hoito. Porvoo: WSOY.
- Ruuskanen, O., Saxén, H. & Mertsola, J. 2009. Kuumeisen lapsen arviointi. *Duodecim* 125:1.
- Sairaanhoitopiirit 2018. Kuntaliitto. Viitattu 28.10.2018
https://www.kuntaliitto.fi/sites/default/files/media/file/Ervat_Sairaanhoitopiirit2018.pdf
- Seppänen, A. 2013. Päivystys kuormittuu kiireettömän hoidon hakijoista. *Suomen Lääkärilehti* 68 (18), 1318-1320.
- Seppänen-Järvelä, R. 2006. Suunnittelurationalismista hyviin käytäntöihin. Kehittämisen menetelmien ja ajattelutapojen muodonmuutos. Teoksessa R. Seppänen-Järvelä & V. Karjalainen (toim.) Kehittämistyön risteyskiä. Helsinki: Stakes, 17-33.
- Sillanpää, K. 2009. Potilaaksi päivystyspoliklinikalle. Teoksessa M. Kuisma, P. Holmström & K. Porthan (toim.) Ensihoito. Jyväskylä: Gummerus, 40-45.
- Smith, T., Snyder, A., Hollen, P., Anderson, J. & Caterino, J. 2015. Analyzing the usability of the 5- level Canadian Triage and Acuity Scale by paramedics in the prehospital environment 41 (6), 489-495.

- Sosiaali- ja terveysministeriö 2010. Yhtenäiset päivystyshoidon perusteet. Sosiaali- ja terveysministeriön työryhmäraportti 2010:4.
- Sosiaali- ja terveysministeriö 2016. Päivystysuudistus kokoaa palveluja ja vahvistaa yhteistyötä. Tiedote. Valtioneuvosto 253/2016.
- Sosiaali- ja terveysministeriö 2017. Ympäri vuorokautinen päivystyshoito sairaaloihin. Tiedote. Valtioneuvosto 110/2017.
- Stacey, D., Noorani, H. Z., Fisher, A., Robinson, D., Joyce, J. & Pong, R. W. 2003. Telephone triage services: systematic review and a survey of Canadian call centre programs. Ottawa: Canadian Coordinating Office for Health Technology Assessment. Technology report no 43.
- Ström, M., Marklund, B. & Hilding, C. 2006. Nurses' perceptions of providing advice via a telephone care line. *British Journal of Nursing* 15 (20), 1119-1125.
- Syvöja, P. & Äijälä, O. 2009. Hoidon tarpeen arviointi. Helsinki: Tammi.
- Taanila, A. 2014. Määrällisen aineiston kerääminen. Viitattu 01.10.2018 <http://myy.haaga-helia.fi/~taaak/t/suunnittelu.pdf>
- Tarkiainen K., Kaakinen, P., Kyngäs, H. & Kääriäinen, M. 2012. Kvasikokeellinen tutkimus puhelinneuvonnan laadusta päivystysyksikössä. *Hoitotiede* 24 (2), 98-113.
- Terveydenhuoltolaki 30.12.2010/1326. Finlex 2017. Viitattu 24.10.2018 <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2010/20101326>
- Tilastokeskus 2017. Viitattu 24.10.2018 http://pxnet2.stat.fi/PXWeb/pxweb/fi/StatFin/StatFin__vrm__vaerak/stat-fin_vaerak_pxt_004.px/?rxid=ebafedd4-b78c-4dc4-8422-b491ce50bace
- Toikko, T. & Rantanen, T. 2009. Tutkimuksellinen kehittämistoiminta. Tampere: Tampereen Yliopistopaino Oy -Juvenes Print.
- Tuomi, S. 2008. Sairaanhoidajan ammatillinen osaaminen lasten hoitotyössä. Kuopion yliopisto. Hoitotieteenlaitos. Väitöskirja.
- Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2009. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. 6. uudistettu painos. Vantaa: Hansaprint Oy.
- 2013. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Helsinki: Tammi.
- Tutkimuseettinen neuvottelulautakunta 2012. Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausepäilyjen käsitteleminen Suomessa. Viitattu 07.05.2018 http://www.tenk.fi/sites/tenk.fi/files/HTK_ohje_2012.pdf
- Tähtinen, J., Laakkonen, E. & Broberg, M. 2011. Tilastollisen aineiston käsittelyn ja tulkinnan perusteita. Turku: Painosalama Oy.

- Valtioneuvoston asetus kiireellisen hoidon perusteista ja päivystyksen erikoisala-kohtaisista edellytyksistä 583/2017. Finlex 2017. Viitattu 24.10.2018
<https://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2017/20170583>
- Valvira 2017. Hoidon tarpeen arviointi. Viitattu 17.10.2018
https://www.valvira.fi/terveydenhuolto/hyva-ammatinharjoittaminen/hoidon_tarpeen_arviointi
- Vaula, E. & Kantonen, J. 2008. Ensiavusta päivystyspoliklinikaksi. Päivystysselektivis 2007 tuloksia. Suomen Lääkärilehti 63 (20), 1856-1858.
- Vaula, E. 2016. Päivystys on päivystyshoitoa varten. Potilaan lääkäri-lehti. Viitattu 04.10.2018
<http://www.potilaanlaakarilehti.fi/kommentit/paivystys-on-paivystyshoitoa-var-ten/>
- Vehmanen, M. 2010. Päivystykset siirtyvät triage-aikaan. Suomen Lääkärilehti 65 (37), 2914-2916.
- Vilka, H. 2007. Tutki ja mittaa. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.
- Vänskä, K., Laitinen-Väänänen, S., Kettunen, T. & Mäkelä, J. 2011. Onnistuuko ohjaus? Sosiaali- ja terveysalan ohjaustyössä kehittyminen. Helsinki: Edita.
- Wahlberg, A.C., Cedersund, E. & Wredling, R. 2003. Telephone nurses' experience of problems with telephone advice in Sweden. Journal of Clinical Nursing 2003 (12), 37-45.
- Westergren, H., Ferm, M. & Häggström, P. 2013. First evaluation paediatric version of the Swedish rapid emergency triage and treatment system good reliability. Foundation Acta Paediatrica 103, 305-308.

LIITTEET

Liite 1. Toimeksiantositoumus

Liite 2. Tutkimuslupahakemus

Liite 3. Puheluiden seurantalomake

Liite 4. Puheluiden seurantalomakkeen täyttöohje

Liite 5. Puheluiden lisätietolomake

Liite 1 (1/2) Opinnäytetyön toimeksiantositoumus

I Opinnäytetyön toimeksiantositoumus

Yritys/Työyhteisö	
Yrityksen/Työyhteisön nimi: Lapin sairaanhoitopiirin kuntayhtymä	
Yhteyshenkilö: Terttu Kurttila	Asema/ammattinimi: osastonhoitaja, lastentautien pkl
Osoite: LKS, PL 8041, 96910 Rovaniemi	Puhelin: 040 1451368
Sähköposti: terttu.kurttila@shp.fi	

Opinnäytetyö (mahdollinen tarkeava määrittely liitteinä)	
Opinnäytetyön aihe: Lasten sairauksien päivystyksellisen puhelinohjauksen suunnittelu ja käyttöönotto Lapin keskussairaalaissa.	
Opinnäytetyön suorittamista varten luovutettava tausta-aineisto:	Valmis
Opinnäytetyön ohjaus toimeksiantajan taholta. Kuka ohjaa ja miten? Terttu Kurttila, sovitut tapaamiset tutkimus- ja kehittämiskohteessa	
Toimeksiantajan edustaja sitoutuu	
<input checked="" type="checkbox"/> osallistumaan opinnäytetyösuunnitelman laadintaan <input checked="" type="checkbox"/> mahdollistamaan työn suorittamisen työyhteisössä <input checked="" type="checkbox"/> ohjaamaan opiskelijaa työhön liittyvissä ammatillisissa kysymyksissä <input checked="" type="checkbox"/> osallistumaan mahdollisuuksien mukaan opinnäytetyöseminaareihin, antamaan työstä palautetta sekä lausunnon työn arviointia varten <input checked="" type="checkbox"/> sopimaan tarvittaessa työn luottamuksellisista asioista opiskelijan ja ammattikorkeakoulun kanssa	
Allekirjotus 	

II Opiskelijan sitoumus opinnäytetyöhön

Opiskelija	
Opiskelijan etu- ja sukunimi: Sanna Jokkala	Opiskelijan numero: A1701764
Osoite: I	Puhelin:
Sähköposti: sanna.jokkala@edu.lapinamk.fi	
Koulutus ja suuntaumisvaihtoehto: Ylempi AMK, Työelämän kehittäminen ja esimiestyö	
Opiskelija sitoutuu	
<input checked="" type="checkbox"/> suorittamaan työn suunnitelmallisesti ja ammattikorkeakoulun ohjeistusta noudattaen. <input checked="" type="checkbox"/> käyttämään toimeksiantajalta saamaansa aineistoa vain opinnäytetyön tarkoitukseseen. <input checked="" type="checkbox"/> noudattamaan vaihtokelpoisuutta erikseen sovitun luottamuksellisen tausta-aineiston osalta sekä <input checked="" type="checkbox"/> toimittamaan valmiin opinnäytetyön toimeksiantajalle sovitulla tavalla ja tarvittaessa esittelemään työn tuloksia toimeksiantajalle.	
Allekirjotus	

Liite 1 (2/2) Opinnäytetyön toimeksiantositoumus

III Opinnäytetyön ohjaus

Ohjaava opettaja		
Dhjaavan opettajan nimi:	Arja Jääskeläinen	
Koulutus ja toimipaikka:	KI, Lapin AMK	Puhelin: 040 710 6834
Sähköposti:	arja.jaaskelainen@lapinamk.fi	
Koulutuksen yliopettaja		
Koulutuksen yliopettajan nimi:	Outi Tormanen	
Puhelin:	040 7498615	Sähköposti: outi.tormanen@lapinamk.fi
Allekirjoitus:	Outi Tormanen	

Opinnäytetyöt ovat julkisia. Jos työ sisältää toimeksiantajan kannalta luottamuksellista tietoa, sitä ei sisällytetä julkaistavaan opinnäytetyöhön. Tätä sitoumusmallia käytetään toistaiseksi.

Liite 1 (1/2) Opinnäytetyön toimeksiantositous

I Opinnäytetyön toimeksiantositous

Yritys/Työyhteisö	
Yrityksen/Työyhteisön nimi: Lapin sairaanhoitopiirin kuntayhtymä	
Yhteyshenkilö: Terttu Kurttila	Asema/ammattinimi: osastonhoitaja, lastentautien pkl
Osoite: LKS, PL 8041, 96910 Rovaniemi	Puhelin: 040 1451368
Sähköposti: terttu.kurttila@lshp.fi	
Opinnäytetyö (mahdollinen tarkentava määrittely liitteeni)	
Opinnäytetyön aihe: Lasten sairauksien päivystyksellisen puhelinohjauksen suunnittelu ja käyttöönotto Lapin keskussairaalaassa.	
Opinnäytetyön suorittamista varten luovutettava tausta-aineisto:	Valmis:
Opinnäytetyön ohjaus toimeksiantajan taholta. Kuka ohjaa ja miten? Terttu Kurttila, sovitut tapaamiset tutkimus- ja kehittämiskohteessa	
Toimeksiantajan edustaja sitoutuu	
<input checked="" type="checkbox"/> osallistumaan opinnäytetyösuunnitelman laadintaan <input checked="" type="checkbox"/> mahdollistamaan työn suorittamisen työyhteisössä <input checked="" type="checkbox"/> ohjaamaan opiskelijaa työhön liittyvissä ammatillisissa kysymyksissä <input checked="" type="checkbox"/> osallistumaan mahdollisuuksien mukaan opinnäytetyöseminaareihin, antamaan työstä palautetta sekä lausunnon työn arvioita varten <input checked="" type="checkbox"/> sopimaan tarvittaessa työn luottamuksellisista asioista opiskelijan ja ammattikorkeakoulun kanssa	
Allekirjotus: <i>Maas Kurri</i>	

II Opiskelijan sitoumus opinnäytetyöhän

Opiskelija	
Opiskelijan etu- ja sukunimi: Kaisa-Maaret Logje	Opiskelijan numero: A1701761
Osoite: I	Puhelin:
Sähköposti: kaisa.logje@edu.lapinamk.fi	
Koulutus ja suuntautumisvaihtoehto: Ylempi AMK, Työelämän kehittäminen ja esimiestyö	
Opiskelija sitoutuu	
<input checked="" type="checkbox"/> suorittamaan työn suunnitelmallisesti ja ammattikorkeakoulun ohjeistusta noudattaen. <input checked="" type="checkbox"/> käyttämään toimeksiantajalta saamaansa aineistoa vain opinnäytetyön tarkoitukseen. <input checked="" type="checkbox"/> noudattamaan vastuuvelvollisuutta erikseen sovitun luottamuksellisen tausta-aineiston osalta sekä <input checked="" type="checkbox"/> toimittamaan valmiin opinnäytetyön toimeksiantajalle sovitulla tavalla ja tarvittaessa esittelemään työn tuloksia toimeksiantajalle.	
Allekirjotus:	

Liite 1 (2/2) Opinnäytetyön toimeksiantositoumus

III Opinnäytetyön ohjaus

Ohjaava opettaja		
Ohjaavan opettajan nimi:	Arja Jaaskelainen	
Koulutus ja toimipaikka:	KT, Lapin AMK	Puhelin: 040 710 6834
Sähköposti:	arja.jaaskelainen@lapinamk.fi	
Koulutuksen yliopettaja		
Koulutuksen yliopettajan nimi:	Outi Tormänen	
Puhelin:	040 7498615	Sähköposti: outi.tormanen@lapinamk.fi
Allekirjoitus:	Outi Tormänen	

Opinnäytetyöt ovat julkisia. Jos työ sisältää toimeksiantajan kannalta luottamuksellista tietoa, sitä ei sisällytetä julkaistavaan opinnäytetyöhön. Tätä sitoumusmallia käytetään toistaiseksi.



LAPIN SAIRAANHOITOPIIRI
LAPPI BUOHCCEDIKŠUNBIIRE

TUTKIMUSLUPAHAKEMUS
TUTKIMUSDIARINUMERO

1 (2)
TUT 27, 2018

TUTKIMUKSEN TIEDOT	
<input checked="" type="checkbox"/> Uusi hakemus <input type="checkbox"/> Jatkoaika aiemmalle tutkimukselle <input type="checkbox"/> Muutos aiempaan hakemukseen, mikä	
Tutkimuksen lyhyt nimi Lasten sairauksien päivystyksellisen puhelinohjauksen toimintamallin kehittäminen Lapin keskussairaalassa	
Tutkimuksen luonteen määrittely (alihakusana, voi valita useita) <input type="checkbox"/> Tilaustutkimus <input type="checkbox"/> Lääketutkimus, Eudra CT-numero <input type="checkbox"/> Laitetutkimus <input type="checkbox"/> Kudostutkimus <input type="checkbox"/> Hoitomenetelmävertailututkimus <input type="checkbox"/> Alkio- tai sikiötutkimus <input type="checkbox"/> Translationaalinen tutkimus <input type="checkbox"/> Terveyspalvelujärjestelmän toimintaa, kehittämistä ja vaikuttavuutta koskeva tutkimus <input type="checkbox"/> Muu tutkimus	
Opinnäyte <input type="checkbox"/> Väitöskirja <input type="checkbox"/> Pro gradu <input type="checkbox"/> Lisensiaattitutkimus <input type="checkbox"/> Syventävä työ <input type="checkbox"/> AMK opinnäytetyö <input checked="" type="checkbox"/> YAMK opinnäytetyö <input type="checkbox"/> Muu, mikä:	
Tutkimuksen vastuhenkilö LSHP:ssä	Terttu Kurttila / terttu.kurttila@lshp.fi / 040-1451368 nimi, sähköposti, puhelinnumero
Muut tutkimusryhmän jäsenet (nimi, vastuualue)	
Opinnäytetyön tekijä(t) (nimi, vastuualue)	Jokkala Sanna, LSHP, lastenosasto, operatiivinen tulosalue Logje Kaisa, LSHP, lastensairauksien polikliniikka, operatiivinen tulosalue
Tutkimuspaikat	<input checked="" type="checkbox"/> Operatiivinen <input type="checkbox"/> Medisiininen <input type="checkbox"/> Mie-Pa <input type="checkbox"/> Päivystys-ensihoito <input type="checkbox"/> Sairaanhoidolliset tukipalvelut <input type="checkbox"/> Perusterveydenhuolto <input type="checkbox"/> Keskushallinto Vastuualue
Tutkimuksen toteutusaika ja tutkimusluvan voimassaoloaika	1.1.2018- 31.12.2018 (Lupa myönnetään pääsääntöisesti enintään viideksi vuodeksi)
Tutkimuksen kustannukset	<input type="checkbox"/> Tutkimus aiheuttaa LSHP:lle kustannuksia (laboratorio, kuvantaminen, yms.). Arvio vuosittaisista kustannuksista (selvitys tutkimussuunnitelmaan tai liitteeksi): <input checked="" type="checkbox"/> Tutkimuksesta ei aiheudu sairaanhoitopiirille ylimääräisiä kustannuksia
Tutkimuksen rahoitussuunnitelma	<input type="checkbox"/> VTR, projektinumero (yleensä K): <input type="checkbox"/> Kaupallinen tutkimus projektinumero (yleensä T): , sopimusnumero: <input type="checkbox"/> Muu rahoittaja, mikä:
Ulkopuolisen tutkimusrahoituksen hallinnointi	<input type="checkbox"/> LSHP <input type="checkbox"/> PPSHP <input type="checkbox"/> Pohjois-Suomen terveydenhuollon tukisäätiö (Terttu) <input type="checkbox"/> Lapin yliopisto <input type="checkbox"/> Oulun yliopisto <input type="checkbox"/> Muu taho, mikä:
Muut tarvittavat viranomaisluvut tai lausunnot <input type="checkbox"/> Eettinen toimikunta <input type="checkbox"/> Fimea <input type="checkbox"/> Valvira (kudosluvat) <input type="checkbox"/> Valvira (laitetutkimukset) <input type="checkbox"/> THL <input type="checkbox"/> LSHP rekisteritutkimuslupa <input type="checkbox"/> LSHP rekisteritutkimuslupa; ilmoitusvelvollisuus Tietosuojavaltuutetun toimistoon <input type="checkbox"/> Muu, mikä:	



LAPIN SAIRAANHOITOPIIRI
LAPPI BUOHCCEDIKŠUNBIIRE

TUTKIMUSLUPAHAKEMUS
TUTKIMUSDIARINUMERO

2 (2)
TUT 27, 2018

LUVAN HAKIJAN TIEDOT JA ALLEKIRJOITUS	
Nimi:	Sanna Jokkala
Osoite:	
Puhelin:	Sähköposti: sanna.jokkala@lshp.fi
Päiväys ja luvanhakijan/vastuuhenkilön allekirjoitus:	
23.4.2018	
Allekirjoituksellani sitoudun omasta ja tutkimusryhmän puolesta noudattamaan LSHP:n ohjeistusta sekä hyvää tutkimustapaa ja tieteellistä käytäntöä. Olen informoinut asianosaiset ja esimiehet ja sopinut resurssien käytöstä.	

LIITTEET	
<input checked="" type="checkbox"/> Tutkimussuunnitelma <input type="checkbox"/> Tiedote ja suostumus tutkittavalle <input type="checkbox"/> Rekisteriseloste <input type="checkbox"/> Kustannuserittely <input type="checkbox"/> Tutkimussopimus ja/tai rahoituspäätös <input type="checkbox"/> Muu, mikä:	Viranomaisluvat/lausunnot: <input type="checkbox"/> Eettisen toimikunnan puoltava lausunto <input type="checkbox"/> Fimean käsittelyilmoitus <input type="checkbox"/> Valviran lupa <input type="checkbox"/> THL:n lupa <input type="checkbox"/> Muu viranomainen, mikä:

TOIMINTAYKSIKÖN KANNANOTTO (yksi tai useampia kukin yksiköstään, jossa tutkimus toteutetaan)	
<input type="checkbox"/> Puollan hakemusta	
<input type="checkbox"/> En puolla hakemusta (hakemus esitetään siitä huolimatta päättäjälle)	
Päivämäärä	Allekirjoitus

PÄÄTÖS (yksi seuraavista: Johtajayliääkäri, hallintoylihoitaja, tulosalueen johtaja, tulosalueen ylihoitaja)	
<input checked="" type="checkbox"/> Lupa myönnetään hakemuksen mukaisesti	
<input type="checkbox"/> Lupa myönnetään seuraavin korjauksin/ehdoin	
<input type="checkbox"/> Hakemus hylätään, miksi	
Päivämäärä	Allekirjoitus ja nimenselvennys
27.4.2018	H. Patomaa

OHJEET
Tutkimusluvan myöntäjät löytyy Lshp intrasta: http://intra.lshp.fi/download.aspx?ID=3308&GUID={AD8EBD4A-0403-42CE-A36C-ACF05F1F4BD4}
Tutkimusdiaariin tutkimuksen kirjaa johtajayliääkärin sihteri.
Valmis tutkimustyö/opinnäytetyö lähetetään Lshp:lle sähköpostilla: paivi.posio@lshp.fi



LAPIN SAIRAANHOITOPIIRI
LAPPI BUOHCCEDIKŠUNBIIRE

TUTKIMUSLUPAHAKEMUS
TUTKIMUSDIARINUMERO

1 (2)
TUT 27, 2018

TUTKIMUKSEN TIEDOT	
<input checked="" type="checkbox"/> Uusi hakemus <input type="checkbox"/> Jatkoaika aiemmalle tutkimukselle <input type="checkbox"/> Muutos aiempaan hakemukseen, mikä	
Tutkimuksen lyhyt nimi Lasten sairauksien päivystyksellisen puhelinohjauksen toimintamallin kehittäminen Lapin keskussairaalaissa	
Tutkimuksen luonteen määrittely (alihakusana, voi valita useita) <input type="checkbox"/> Tilaustutkimus <input type="checkbox"/> Lääketutkimus, Eudra CT-numero <input type="checkbox"/> Laitetutkimus <input type="checkbox"/> Kudostutkimus <input type="checkbox"/> Hoitomenetelmävertailututkimus <input type="checkbox"/> Alkio- tai sikiötutkimus <input type="checkbox"/> Translationaalinen tutkimus <input type="checkbox"/> Terveyspalvelujärjestelmän toimintaa, kehittämistä ja vaikuttavuutta koskeva tutkimus <input type="checkbox"/> Muu tutkimus	
Opinnäyte <input type="checkbox"/> Väitöskirja <input type="checkbox"/> Pro gradu <input type="checkbox"/> Licensiaattitutkimus <input type="checkbox"/> Syventävä työ <input type="checkbox"/> AMK opinnäytetyö <input checked="" type="checkbox"/> YAMK opinnäytetyö <input type="checkbox"/> Muu, mikä:	
Tutkimuksen vastuuhenkilö LSHP:ssä	Terttu Kurttila / terttu.kurttila@lshp.fi / 040-1451368 nimi, sähköposti, puhelinnumero
Muut tutkimusryhmän jäsenet (nimi, vastuualue)	
Opinnäytetyön tekijä(t) (nimi, vastuualue)	Jokkala Sanna, LSHP, lastenosasto, operatiivinen tulosalue Logje Kaisa, LSHP, lastensairauksien polikliniikka, operatiivinen tulosalue
Tutkimuspaikat	<input checked="" type="checkbox"/> Operatiivinen <input type="checkbox"/> Medisiininen <input type="checkbox"/> Mie-Pä <input type="checkbox"/> Päivystys-ensihoito <input type="checkbox"/> Sairaanhoidolliset tukipalvelut <input type="checkbox"/> Perusterveydenhuolto <input type="checkbox"/> Keskushallinto Vastuualue
Tutkimuksen toteutusaika ja tutkimusluvan voimassaoloaika	1.1.2018- 31.12.2018 (Lupa myönnetään pääsääntöisesti enintään viideksi vuodeksi)
Tutkimuksen kustannukset	<input type="checkbox"/> Tutkimus aiheuttaa LSHP:lle kustannuksia (laboratorio, kuvantaminen, yms.). Arvio vuosittaisista kustannuksista (selvitys tutkimussuunnitelmaan tai liitteeksi): <input checked="" type="checkbox"/> Tutkimuksesta ei aiheudu sairaanhoitopiirille ylimääräisiä kustannuksia
Tutkimuksen rahoitussuunnitelma	<input type="checkbox"/> VTR, projektinumero (yleensä K): <input type="checkbox"/> Kaupallinen tutkimus projektinumero (yleensä T): , sopimusnumero: <input type="checkbox"/> Muu rahoittaja, mikä:
Ulkopuolisen tutkimusrahoituksen hallinnointi	<input type="checkbox"/> LSHP <input type="checkbox"/> PPSHP <input type="checkbox"/> Pohjois-Suomen terveydenhuollon tukisäätiö (Terttu) <input type="checkbox"/> Lapin yliopisto <input type="checkbox"/> Oulun yliopisto <input type="checkbox"/> Muu taho, mikä:
Muut tarvittavat viranomaisluvut tai lausunnot <input type="checkbox"/> Eettinen toimikunta <input type="checkbox"/> Fimea <input type="checkbox"/> Valvira (kudosluvut) <input type="checkbox"/> Valvira (laitetutkimukset) <input type="checkbox"/> THL <input type="checkbox"/> LSHP rekisteritutkimuslupa <input type="checkbox"/> LSHP rekisteritutkimuslupa; ilmoitusvelvollisuus Tietosuojavaltuutetun toimistoon <input type="checkbox"/> Muu, mikä:	



LAPIN SAIRAANHOITOPIIRI
LAPPI BUOHCCEDIKŠUNBIIRE

TUTKIMUSLUPAHAKEMUS
TUTKIMUSDIARINUMERO

2 (2)
TUT 27.2.2018

LUVAN HAKIJAN TIEDOT JA ALLEKIRJOITUS	
Nimi:	Kaisa Logje
Osoite:	
Puhelin:	Sähköposti: kaisa.logje@lshp.fi
Päiväys ja luvanhakijan/vastuuhenkilön allekirjoitus:	
23.4.2018	
Allekirjoituksellani sitoudun omasta ja tutkimusryhmän puolesta noudattamaan LSHP:n ohjeistusta sekä hyvää tutkimustapaa ja tieteellistä käytäntöä. Olen informoinut asianosaiset ja esimiehet ja sopinut resurssien käytöstä.	

LIITTEET	
<input checked="" type="checkbox"/> Tutkimussuunnitelma <input type="checkbox"/> Tiedote ja suostumus tutkittavalle <input type="checkbox"/> Rekisteriseloste <input type="checkbox"/> Kustannuserittely <input type="checkbox"/> Tutkimussopimus ja/tai rahoituspäätös <input type="checkbox"/> Muu, mikä:	Viranomaisluvat/lausunnot: <input type="checkbox"/> Eettisen toimikunnan puoltava lausunto <input type="checkbox"/> Fimean käsittelyilmoitus <input type="checkbox"/> Valviran lupa <input type="checkbox"/> THL:n lupa <input type="checkbox"/> Muu viranomainen, mikä:

TOIMINTAYKSIKÖN KANNANOTTO (yksi tai useampia kukin yksiköstään, jossa tutkimus toteutetaan)	
<input type="checkbox"/> Puollan hakemusta	
<input type="checkbox"/> En puolla hakemusta (hakemus esitetään siitä huolimatta päättäjälle)	
Päivämäärä	Allekirjoitus

PÄÄTÖS (yksi seuraavista: Johtajayliääkäri, hallintoylihoitaja, tulosalueen johtaja, tulosalueen ylihoitaja)	
<input checked="" type="checkbox"/> Lupa myönnetään hakemuksen mukaisesti	
<input type="checkbox"/> Lupa myönnetään seuraavin korjauksin/ehdoin	
<input type="checkbox"/> Hakemus hylätään, miksi	
Päivämäärä	Allekirjoitus ja nimenselvitys
27.4.2018	 M. Palden Hannu Palden Miaarit Palden

OHJEET
Tutkimusluvan myöntäjät löytyy Lshp intrasta: http://intra.lshp.fi/download.aspx?ID=3308&GUID={AD8EBD4A-0403-42CE-A36C-ACF05F1F4BD4}
Tutkimusdiariin tutkimuksen kirjaa johtajayliääkäriin sihteerin.
Valmis tutkimustyö/opinnäytetyö lähetetään Lshp:lle sähköpostilla: paivi.posio@lshp.fi

LIITE 3

PUHELUIDEN	SEURANTALOMAKE						
	Puhelun ajankohta	Päivystys puh (alle 24t)	Ei päivystys puh (yli 24t)	Muu puhelu	Sh-ohjaus riittävä	Konsultointi/ puhelun siirto lääkärille	Puhelusta seurasi vastaanotokäynti johonkin terv.huol.yksikköön
MAANANTAI							
KLO 07 - 10							
KLO 10 - 15							
KLO 15 - 22							
KLO 22 - 07							
TIISTAI							
KLO 07 - 10							
KLO 10 - 15							
KLO 15 - 22							
KLO 22 - 07							
KESKIVIIKKO							
KLO 07 - 10							
KLO 10 - 15							
KLO 15 - 22							
KLO 22 - 07							
TORSTAI							
KLO 07 - 10							
KLO 10 - 15							
KLO 15 - 22							
KLO 22 - 07							
PERJANTAI							
KLO 07 - 10							
KLO 10 - 15							
KLO 15 - 22							
KLO 22 - 07							
LAUANTAI							
KLO 07 - 10							
KLO 10 - 15							
KLO 15 - 22							
KLO 22 - 07							
SUNNUNTAI							
KLO 07 - 10							
KLO 10 - 15							
KLO 15 - 22							
KLO 22 - 07							

PUHELUIDEN SEURANTALOMAKKEEN TÄYTTÖOHJE

- Lomakkeelle kirjataan kaikki lapsia (0-16.0v) koskevat puhelut.
- Jokainen puheluihin vastaava henkilö täyttää lomakkeen huolellisesti.
- Lomake on 3 sivuinen, tietojen keräysaika 1 viikon jaksoissa (ma-ma).
- Kirjaaminen tapahtuu tukkimiehen kirjanpidolla Excel-taulukolle.
- Excel-taulukon lisäksi täytetään "Lisätiedot" -lomake.

EXCEL-TAULUKKO:

1. Kirjaa PUHELUN AJANKOHTA

- Valitse neljästä vaihtoehdosta oikea kellonaika.

2. Kirjaa, oliko puhelu **päivystyksellinen, ei päivystyksellinen vai muu puhelu**

- Valitse kolmesta vaihtoehdosta oikea puhelu.

Päivystyksellinen puhelu = Tilanne vaatii asian hoitamista alle 24t aikana.

Ei päivystyksellinen puhelu = Tilanne voidaan hoitaa 24t jälkeen.

Muu puhelu = Esim. Ajanvaraukset/peruutukset ja päivystykseen kuulumattomat puhelut

3. Kirjaa, riittikö sairaanhoitajan ohjaus vai pitkö konsultoida lääkäriä

- Valitse kahdesta vaihtoehdosta oikea.

4. Merkitse sarakkeeseen viiva tukkimiehen kirjanpidolla, jos puhelusta seurasi vastaanottokäynti

5. Täytä puhelua koskevat "LISÄTIEDOT" erilliselle seurantalomakkeelle.

- lapsen ikä (kirjaa kuukaudet, jos alle vuoden ikäinen lapsi), paikkakunta, puhelun aihe/sairaus sekä tilanteen hoitamiseen kulunut kokonaiskesto (keskimääräinen aika min.)
- Tilanteen hoitaminen = puhelu, konsultointi, asian selvittäminen, kirjaaminen).

Kuvassa esimerkki oikein täytetystä lomakkeesta

	1.	2.	3.	4.			
PUHELUIDEN SEURANTALOMAKE							
	Puhelun ajankohta	Päivystys puh (alle 24t)	Ei päivytyt puh (yli 24t)	Muu puhelu	SH ohjaus riittävä	Konsultointi / puhelun siirto lääkärille	Puhelusta seurasi vastaanotto-käynti johonkin terv.huol. yksikköön
Maanantai							
Klo 07 - 10	///	/	//		//	/	/
Klo 10 - 15	/	/				/	
Klo 15 - 22	////	//	//		//	//	//
Klo 22 - 07	/			/	/		

