

Alaselkävivun suoravastaanoton kehittäminen

Carita Pohjasto

Ilina Tenhunen

OPINNÄYTETYÖ
Tammikuu 2020

Hoitotyön koulutusohjelma
Sairaanhoitaja

TIIVISTELMÄ

Tampereen ammattikorkeakoulu
Hoitotyön koulutusohjelma
Sairaanhoitaja

POHJASTO, CARITA & TENHUNEN, IINA:
Alaselkävivun suoravastaanoton kehittäminen

Opinnäytetyö 89 sivua, joista liitteitä 19 sivua
Tammikuu 2020

Opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää pirkanmaalaisen terveyskeskuksen alaselkäkipuisten asiakkaiden suoravastaanotossa ilmenneiden ongelmien syitä. Opinnäytetyön tavoitteena oli tuottaa tietoa, jonka avulla suoravastaanoton toimintaa voidaan kehittää sujuvammaksi ja asiakkaan tarpeita vastaavaksi. Työn toimeksiantaja oli eräs pirkanmaalainen terveyskeskus.

Opinnäytetyön aineisto kerättiin kyselytutkimuksella ja analysoitiin laadullisin ja määrällisin menetelmin. Kyselytutkimus kohdistettiin kolmelletoista suoravastaanoton parissa työskentelevälle sairaanhoitajalle. Opinnäytetyön kyselytutkimuksesta ilmeni, että sairaanhoitajat kokevat työnsä mielekkääksi ja ovat kehitysmyönteisiä. Muutoksiin suhtaudutaan positiivisesti, ja muutosten suunnitteluun ja toteuttamiseen osallistuminen mahdollistetaan. Hoidon tarpeen arviointi koettiin raskaaksi, mutta erittäin tärkeäksi osaksi työtä. Pehdytys oli toteutunut joiltakin osin hyvin. Suoravastaanoton täydennyskoulutuksen koettiin toteutuneen tiheästi. Sairaanhoitajat kaipasivat työhönsä yhtenäisiä käytäntöjä, selkeää ohjeistusta mielellään kirjallisena, sekä kertausta erityisesti suoravastaanottoiminnasta. Klinik-oiretyökalu koettiin huonoksi sähköisen yhteydenoton menetelmäksi, ja sen vaihtoa toivottiin. Suoravastaanoton suurimmiksi haasteiksi koettiin fysioterapeutin aikojen puute, asiakkaiden halu päästä lääkärin vastaanotolle, sekä moniammatillisen yhteistyön hyödyntäminen.

Tutkimus antaa viitteitä, että suoravastaanottoiminnan käytännön asiat ovat epäselviä. Klinik-oiretyökalu ei vaikuttaisi ominaisuuksiensa puolesta soveltuvan kyseisen terveyskeskuksen tarpeisiin, ja sen vaihtamista toiseen voisi harkita. Eri työnkuviin tulisi olla järjestelmällinen ja tasalaatuinen pehdytys. Suoravastaanoton toimintaa tulisi kerrata säännöllisesti, mahdollisesti jopa moniammatillisissa kokouksissa, jossa käytännön asioista kyettäisiin sopimaan yhdessä ja tieto kulki kaikille osapuolille ajantasaisesti. Vaikuttaisi myös siltä, että kunnan asukkaat eivät ole tietoisia suoravastaanotosta ja sen ideologiasta. Mainonnalla lisättäisiin potentiaalisten asiakkaiden tietoisuutta toiminnasta, joka saattaisi edistää palvelun piiriin hakeutumista.

Asiasanat: suoravastaanotto, alaselkäkipu, hoidon tarpeen arvio

ABSTRACT

Tampereen ammattikorkeakoulu
Tampere University of Applied Sciences
Degree Programme in Nursing and Health Care

POHJASTO, CARITA & TENHUNEN, IINA:
Developing Direct access of Low Back Pain

Bachelor's thesis 89 pages, appendices 19 pages
January 2020

The purpose of this study was to collect information about problems that appeared in physiotherapists' direct access of low back pain. Thesis was produced for a community health center in the Tampere region. The aim was to help to develop a direct access.

The study was conducted with quantitative and qualitative approach. The data were collected through e-questionnaires delivered to 13 public health nurses working at assessment for the need of treatment on physiotherapists' direct access.

The results revealed that nurses liked their work, reacted positively towards changes at workplace and the employer made it possible to participate in projects. Assessment for the need of treatment was seen as an important yet heavy-duty part of the work. Orientation has gone fairly well and nurses have received updating education to direct access. Nurses wish to have common practices in their work, clear instructions and recapitulation of direct access. Biggest challenges were lack of free consulting hours for physiotherapists, customers' willingness to get to the doctor and getting the best of multiprofessional team.

Overall, the study suggests that practical things at direct access were unclear. Klinik-tool doesn't seem to fit in to the needs of the common health center that was under investigation and its replacement to other tool should be considered. Orientation should be planned carefully and actualize with consistent quality. Practice of direct access should be revised regularly in multiprofessional meetings. Clients' knowledge of direct access could be improved by advertisements that could improve the use of the service.

Key words: direct access, low back pain, assessment for the need of treatment

SISÄLLYS

1	JOHDANTO	6
2	Fysioterapeutin suoravastaanotto	7
2.1	Suoraselkävastaanotto opinnäytetyön tilaajayksikössä	9
2.2	Suoravastaanotto muualla Suomessa	10
2.2.1	Suoravastaanotto Etelä-Karjalan sosiaali- ja terveystieteissä, Eksotessa	10
2.2.2	Suoravastaanotto Pöytyän kansanterveystyön kuntayhtymässä	12
3	Hoidon tarpeen arviointi	15
3.1	Hoidon tarpeen arviointi Pirkanmaalaisessa terveyskeskuksessa	15
3.2	Selkävauriot	16
3.2.1	Selkävaurion yleisyys	16
3.2.2	Selkävaurion syyt	17
3.3	Käypä hoito -suositukset tänä päivänä	18
3.3.1	Potilaan ohjaus	18
3.3.2	Akuutti alaselkäkipu	19
3.3.3	Subakuutti alaselkäkipu	20
3.3.4	Kroonistunut alaselkäkipu	21
4	Suoravastaanottoon vaikuttavat tekijät	23
4.1	Perehdytys ja täydennyskoulutus	23
4.2	Hoitoon ohjaamisen tuki	24
4.3	Työn mielekkyys	25
4.4	Kiire	27
4.5	Moniammatillinen yhteistyö	28
4.6	Kehitysmuuttuva asenne	29
4.7	Teoreettisen viitekehyksen yhteenveto	32
5	Tarkoitus, tehtävät ja tavoitteet	33
6	Menetelmälliset lähtökohdat	34
6.1	Laadullinen ja määrällinen tutkimus	34
6.2	Aineistonkeruumenetelmä	35
6.3	Aineiston analyysi	37
7	Tulokset	40
7.1	Hoidon tarpeen arviointi ja puhelinohjaus	40
7.2	Klinik-oireyökalu	42
7.3	Suoravastaanotto	42
7.4	Perehdytys	43

7.5 Täydennyskoulutus	46
7.6 Työn mielekkyys.....	51
7.7 Kehitysmuutos.....	52
7.8 Moniammatillinen yhteistyö	54
8 Pohdinta.....	55
8.1 Opinnäytetyön eettisyyden ja luotettavuuden tarkastelu	55
8.2 Tulosten tarkastelu	59
8.3 Johtopäätökset ja jatkotutkimusehdotukset.....	63
8.4 Opinnäytetyöprosessin pohdinta	65
LÄHTEET	67
LIITTEET.....	71
Liite 1. Tilaajayksikön suoravastaanotto.....	71
Liite 2. Kyselylomake	72
Liite 3. Saatekirje	76
Liite 4. Sisällönanalyysi.....	77

1 JOHDANTO

Selkävivut ovat Suomessa yksi yleisimmistä tuki- ja liikuntaelinsairauksista, jotka työllistävät avoterveydenhuoltoa. Vuosina 2015 ja 2016 selkäkipuisten määrä oli nousussa mutta vuonna 2017 selkäkipuisten määrä saatiin kääntymään laskusuuntaiseksi. (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2019a, 2019b.) Alaselkävaivoista kärsivien määrä lisääntyy 75 ikävuoden jälkeen (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2019b). Selkäkipujen pitkittymistä on syytä pyrkiä välttämään. Suomessa on vuodesta 2006 alkaen kehitetty fysioterapeutin suoravastaanottoa, jolla pyritään nopeuttamaan hoitoon pääsyä. Suoravastaanoton tarkoituksena on, että potilas pääsee suoraan fysioterapeutin vastaanotolle ja näin ylimääräinen lääkärinkäynti jää pois. Nopeutuneen hoitoon pääsyn lisäksi suoravastaanotolla saadaan aikaan kustannustehokkuutta sekä saadaan lääkärin vastaanottoaikoja muille niitä tarvitseville. (Aalto 2018, 4-5.) Suoravastaanottoa ennen on kuitenkin tehtävä hoidon tarpeen arvio, jolla pyritään selvittämään, hyötyykö asiakas enemmän fysioterapeutin vai lääkärin vastaanotosta.

Opinnäytetyön tarkoituksena on selvittää erään Pirkanmaalaisen terveyskeskuksen suoravastaanottoa hoidon tarpeen arviota tekevän sairaanhoitajan näkökulmasta. Tavoitteena on tuottaa terveyskeskuksen organisaatiolle tietoa suoravastaanoton haasteista, jonka avulla he voivat kehittää toimintaansa sujuvammaksi.

Opinnäytetyö antaa tietoa siitä millaista on hyvä vastaanottotoiminta ja kattava hoidon tarpeen arvio, sekä hoidon tarpeen arvion merkityksestä hoitoon ohjauksessa.

2 Fysioterapeutin suoravastaanotto

1990-luvun puolivälistä saakka World Confederation for Physical Therapy (WCPT) näkemys fysioterapeuttien itsenäisestä toimijuudesta on ollut, että fysioterapeutit voivat olla myös potilaan ensimmäinen hoitokontakti. Tällöin potilas ei välttämättä tarvitse muualta terveydenhuollosta haettua lähetettä, vaan hän voi hakeutua suoraan fysioterapeutin vastaanotolle. (Bury & Stokes 2013, 450.)

WCPT määrittelee, että suoravastaanotto viittaa tilanteeseen, jossa fysioterapeutin palvelut ovat potilaan käytettävissä ilman lähetevaatimusta (World Confederation for Physical Therapy 2017). Vuonna 2009 WCPT, American Physical Therapy Association (APTA) ja Canadian Physiotherapy Association (CPA) kävivät läpi näyttöä suoravastaanotto toiminnasta, sekä strategioita, joilla vaikuttaa kansallisiin terveystoimiin ja muutosten jalkauttamiseen. Lopulta vuonna 2011 WCPT hyväksyi uuden menettelytavan fysioterapeuttien suoravastaanotolle. (Bury & Stokes 2013, 450.)

Suoravastaanotto toiminta oli jonkin asteisena käytössä vuonna 2015 Amerikassa jo 50 osavaltiossa (American Physical Therapy Association 2019). Ison-Britannian National Health Service (NHS) (2018) mukaan Isossa-Britanniassa yleislääkäriasemilla työskentelee fysioterapeutteja, jotka ovat tules-oireisten tai pitkäaikaissairaiden, kuten MS-taudin tai aivohalvauksen saaneiden, hoitoon hakeutuvien potilaiden ensimmäinen hoitokontakti. Joillakin fysioterapeuteilla on myös lupa kirjoittaa reseptejä tai määrätä erilaisia tutkimuksia (National Health Service 2018).

Suomessa suoravastaanotolla tarkoitetaan fysioterapeutin vastaanottoa, jonne alaselkäkipuinen potilas ohjataan suoraan ajanvarauksesta tai potilas itse varaa ajan fysioterapeutin ensikäynnille ilman lääkärin lähetettä. Suoravastaanotolle päätyvän potilaan oireisto voi olla akuutti, subakuutti tai krooninen. Vastaanotolla fysioterapeutti tekee hoidon tarpeen arvioinnin ja jatkohoitosuunnitelman. (Suomen Fysioterapeutit & Suomen Fysiatriryhdistys 2017, 6.)

Fysioterapeutin suoravastaanoton tarkoitus on nopeuttaa hoitoon pääsyä ohjaamalla tietyt kriteerit täyttävät asiakkaat suoraan fysioterapeutin vastaanotolle, jolloin lääkärin vastaanottoa ei välttämättä tarvita. Nopeamman hoitoon pääsyn lisäksi suoravastaanotto vähentää ylimääräisiä kustannuksia muun muassa jatkotutkimusten ja lääkärin käyntien muodossa. Suoravastaanottotoiminnalla pyritään myös vapauttamaan lääkärin vastaanottoaikoja muille potilasryhmille. Suoravastaanottotoiminta on Suomessa otettu käyttöön jo vuonna 2006, mutta eniten toiminta laajeni vuosina 2016-2018. (Aalto 2018, 4-5.)

Suoravastaanottoa toteuttavilla tulisi suosituksen mukaan olla vähintään 15 opintopisteen laajuinen lisäkoulutus. Koulutuksen tavoitteena on lisätä suoravastaanottoa pitävien fysioterapeuttien valmiutta kliiniseen tutkimiseen sekä itsenäiseen päätöksen tekoon. (Suomen Fysioterapeutit & Suomen Fysiatryhdistys 2017, 6.)

Suomen Fysioterapeutit ry:n tekemässä selvityksessä kerrotaan suoravastaanottotoiminnan olevan käytössä 151 kunnassa ja suunnitteilla 48 paikkakunnalle vuonna 2018. Selvitys toteutettiin kesä-elokuussa. Selvityksessä käy ilmi, että fysioterapeuttien suoravastaanottoaikoja tarjotaan yhdestä kahteensataan riippuen suoravastaanotolla työskentelevien fysioterapeuttien määrästä. Liki 60%:ssa kunnista aikoja tarjotaan 1-10 kappaletta viikossa. Kunnissa, joissa oli yksi suoravastaanotolla työskentelevä fysioterapeutti, tarjosivat keskimäärin 1-6 aikaa viikossa, kahden suoravastaanottofysioterapeutin kunnat tarjosivat 2-26 aikaa viikossa ja kolmen suoravastaanottofysioterapeutin kunnat tarjosivat noin 4-30 aikaa viikossa. Kunnissa, joissa oli tätä enemmän fysioterapeutteja työskentelemässä suoravastaanotolla, kykenivät myös tarjoamaan enemmän aikoja. (Aalto 2018, 5, 7.)

Suurella osalla kunnista (n=54, 62%) suoravastaanoton fysioterapeutin vastaanotolle saavat tulla kaikki tule-oireista kärsivät. Muissa kunnissa vastaanottoa on rajattu seuraavasti: niska- ja kaularangan oireet (n=13), selkäoireet (n=32), yläraajan ja rintarangan oireet (n=18) tai alaraajojen oireet (n=4). Poissulkukriteereitä kunnilla oli tutkimuksessa useita, mutta niistä selkeästi suurimpina ryhmänä korostui akuutti trauma tai tapaturma, kuume, alle 18-vuoden ikä, muut sairaudet kuten syöpä sekä virtsaamisen tai ulostamisen ongelmat, kuten inkonti-

nenssi. Selvityksen mukaan lähes 70 prosentissa kunnista fysioterapeutin suoravastaanotolle pääsi samana tai seuraavana päivänä ja 24 prosentissa hoitoon pääsi 3-7 päivän kuluessa. (Aalto 2018, 7-8.)

Suoravastaanoton sujuvaa toimintaa edistävinä asioina nähtiin muun muassa hyvä yhteistyö eri ammattiryhmien välillä, henkilöstön positiivinen ja kehitysmyönteinen asenne, johdon tuki ja positiivisuus sekä fysioterapeuttien ammatillinen koulutus, innostuneisuus ja halu kehittää työtään. Vastaavasti haasteita suoravastaanoton onnistumiseen toivat hoidon tarpeen arvioinnissa koetut haasteet (väärin ohjautuneet asiakkaat), ajanvarauksen vaihtuva henkilökunta, riittämättömät vastaanottoajat, yhteistyön puute, tiedonkulkuongelmat sekä palkkaus. (Aalto 2018, 10-11.) Jotta potilaat ohjautuvat oikein lääkärin tai fysioterapeutin vastaanotolle, pidetään tärkeänä perehdyttää terveysasemien henkilökunta uuteen toimintamalliin (Lähteenmäki, Keskinen, Talonen & Kuusinen 2017, 267-268).

2.1 Suoraselkävastaanotto opinnäytetyön tilaajayksikössä

Tutkimuksen kohteena olevassa Pirkanmaalaisessa terveyskeskuksessa aloitettiin fysioterapeutin suoravastaanotto pilottimuodossa syyskuussa 2015, jonka jälkeen se otettiin käyttöön 1.1.2016 (Järvinen 2019a). Kyseisessä kunnassa suoravastaanotolle pääsy oli rajattu alaselkäkipuisiin potilaisiin opinnäytetyön aloitusvaiheessa. Opinnäytetyön teon aikana suoravastaanotto on kyseisessä kunnassa laajentunut, ja suoravastaanotolle on päässyt syksystä 2019 alkaen myös raajakipujen ja niska-hartiaseudun vaivojen vuoksi (Järvinen 2019b). Opinnäytetyö rajoittuu kuitenkin koskemaan vain alaselkäkipuisia potilaita. Hoidon tarpeen arviota tehtäessä ja aikaa suoravastaanotolle varattaessa potilaalle esitetään kysymyksiä, joilla pyritään sulkemaan pois potilaat, jotka oireidensa perusteella eivät hyötyisi fysioterapiakäynnistä vaan tarvitsevat mahdollisesti akuuttiajan tai ensimmäisen käynnin suoraan lääkärille (liite 1). Toiminnan taustalla on ajatus ennaltaehkäisevästä työskentelystä, jolla saataisiin etuja sekä asiakkaan että kaupungin näkökulmasta lyhentyneillä sairauspoissaoloilla, pitkittyvien selkäki-

pujen ehkäisyllä sekä mahdollisten hoitokustannusten pienenemisellä. Ajanvaraus vastaanotolle tehdään sairaanhoitajan puhelinyhteyden tai verkkopohjaisen ajanvarausohjelman, Klinik-oiretyökalun kautta. (Järvinen 2019a.)

Terveyskeskuksessa on kuitenkin huomattu fysioterapeutin suoravastaanottoaikoja jäävän käyttämättä ja toisinaan taas aikoja on liian vähän. Mikäli suoravastaanottoajat ovat varattuja, kehoitetaan asiakasta soittamaan itse suoraan fysioterapeutille aikaa varatakseen. (Järvinen 2019a.)

2.2 Suoravastaanotto muualla Suomessa

Teorian tueksi selvitettiin suoravastaanottokäytänteitä kansallisella tasolla. Tämä toteutettiin haastattelemalla Etelä-Karjalan sosiaali- ja terveystieteiden polikliinisen fysio- ja toimintaterapian toimintayksikön esimiestä, sekä Pöytyän kansanterveysyön kuntayhtymän johtavaa hoitajaa ja fysioterapian vastaavaa fysioterapeuttia. Kaksi haastattelusta toteutettiin sähköpostitse ja yksi puhelinhaastatteluna. Kysymykset olivat kaikille haastatetuille samat. Pöytyän johtavaa hoitajaa ja vastaavaa fysioterapeuttia haastateltiin jakamalla kysymykset haastateltavien oman vastuualueen mukaisesti.

2.2.1 Suoravastaanotto Etelä-Karjalan sosiaali- ja terveystieteiden polikliinissä, Eksotessa

Etelä-Karjalan sosiaali- ja terveystieteiden polikliinistä (jatkossa Eksote) haastateltiin puhelimitse polikliinisen fysio- ja toimintaterapian toimintayksikön esimiestä Anne Pylkköstä. Eksotessa suoravastaanotto on ollut käytössä vuodesta 2010 saakka. Varsinaisia rajauksia tai kriteereitä heillä ei ole, vaan suoravastaanotolle pääsevät kaikki tules-oireita kokevat asiakkaat. Vain kuumeiset, akuuttioireiset ja tapaturmassa olleet rajataan suoravastaanoton ulkopuolelle ja ohjataan suoraan lääkäriin. (Pylkkönen 2019.)

Pylkkönen (2019) kertoo, että Eksotessa on huhtikuussa vuonna 2019 otettu käyttöön sosiaali- ja terveydenhuollon digipalvelu Omaolo, jonka kautta asiakas

voi itse varata ajan fysioterapeutille tai lääkärille. Pääsääntöisesti ajanvaraus ja hoitoon ohjaus tapahtuu kuitenkin puhelimitse hoidon tarpeen arvion teon jälkeen. Puhelimitse ajanvaraus tapahtuu arkisin Eksoten alueen hyvinvointiasemien aukioloaikojen puitteissa. Hyvinvointiasemia on 9, joissa on noin 60 sairaanhoitajaa. Hoidon tarpeen arviointiin osallistuvien sairaanhoitajien tarkkaa määrää kullakin hyvinvointiasemalla ei osattu arvioida.

Suoravastaanottotoimintaan osallistuvia fysioterapeutteja on Eksoten alueella 16. Lappeenrannassa ja Imatralla suoravastaanottoaikoja on viidelle päivälle viikossa, koko päivälle. Muissa kunnissa 2 tuntia päivästä. Aikaa yhdelle käynnille on varattu tunti, sisältäen vastaanoton ja kirjauksen. Hyvinvointiasemat tekevät keskenään yhteistyötä. Jos suoravastaanottoajat ovat täynnä, voidaan asiakkaalle varata aika toisen kunnan suoravastaanottoon, mikäli hän on halukas ja kykenevä liikkumaan toiselle paikkakunnalle. Pienet naapurikunnat tekevät tiivistä yhteistyötä. Asiakkaan on mahdollista myös päästä lääkäriin fysioterapeuttien aikojen ollessa täynnä. Tavoite hoitoon pääsulle on 1-3 päivää. Tämä toteutuu etenkin pienillä paikkakunnilla, mutta muuallakin hoitoon pääsee viikon sisällä. (Pylkkönen 2019.)

Kaikki silloiset terveysasemat saivat aikanaan perehdytyksen suoravastaanoton toiminnasta. Nykyään perehdytysvastuu on kunkin hyvinvointiaseman suoravastaanotosta vastaavalla fysioterapeutilla. Perehdytys toteutetaan säännöllisesti muutaman kerran vuodessa. (Pylkkönen 2019.)

Pylkkösen (2019) mukaan Eksoten alueella on havaittu, että vastaanottoaikojen käyttöaste vaihtelee. Mikäli suoravastaanotolle varatut vastaanottoajat eivät täyty, niitä voidaan muuttaa normaaleiksi fysioterapia-ajoiksi. Pääsääntöisesti sairaanhoitajilta on tullut kuitenkin viestiä, että päivän akuuttiajat saadaan täyteen jo aamulla. Haastateltu koki, että aiemmin vastaanottoajoissa oli jopa ruuhkaa. Vuonna 2018 potilasmäärät kuitenkin ilmeisesti hieman vähenivät, joten suoravastaanottoaikojen suhteen ei ollut samanlaista pulaa kuin aiemmin.

Suoravastaanottoon liittyvistä haasteista kysyttäessä Pylkkönen (2019) kokee suurimman haasteen liittyvän potilaiden hoitoon ohjautumiseen. Tämä johtuu

mahdollisesti siitä, että varsinaisia hoitopääsykriteereitä ei ole, vaan kaikki tules-oireiset pyritään ohjaamaan fysioterapeutin tai lääkärin hoitoon 1-3 päivän sisällä. Yksi syy siihen, etteivät potilaat ohjaudu oikein suoravastaanoton kannalta saattaa olla myös se, että asiakkaat eivät vielä koe fysioterapeutin suoravastaanottoa luotettavana, vaan vaativat päästä suoraan lääkäriin. Asiakkaiden suhtautuminen on tosin muuttumassa. Suoravastaanottoon suhtaudutaan yhä myönteisemmin mahdollisesti antoisamman vastaanottokäynnin vuoksi, sillä fysioterapeutilla on reilusti enemmän aikaa varattuna vastaanottoon kuin lääkärillä. Nykyään myös hoitoon ohjaavat hoitajat osaavat korostaa, että fysioterapeutin kautta on mahdollista päästä lääkäriin, mikäli fysioterapeutti kokee lääkärikäynnin olevan tarpeen. (Pylkkönen 2019.) Pylkkönen (2019) pohtii että myös fysioterapeutin rooli suoravastaanotossa saattaa olla etenkin tuoreelle fysioterapeutille haasteellinen, sillä fysioterapian toteuttamisen ohella tulee muistaa arvioida myös lääkehoidon tarvetta ja osata arvioida kykeneekö itse auttamaan asiakasta.

2.2.2 Suoravastaanotto Pöytyän kansanterveystyön kuntayhtymässä

Pöytyän kansanterveystyön kuntayhtymästä (jatkossa Pöytyä) haastateltiin johtavaa hoitajaa Eija-Liisa Vikströmiä ja fysioterapian vastaavaa fysioterapeuttia Oona Mäntysaarta. Molempia haastateltiin sähköpostitse. Kysymykset jaettiin haastateltavien kesken siten, että johtavalle hoitajalle osoitettiin suoravastaanottoon ja hoidon tarpeen arvioon liittyvät kysymykset ja vastaavalle fysioterapeutille lähinnä suoravastaanottoon ja fysioterapian järjestelyihin liittyvät kysymykset.

Suoravastaanottotoiminta on Pöytyällä otettu käyttöön noin 6 vuotta sitten, vuonna 2013. Ajanvaraus ja hoitoon ohjaus toteutetaan tällä hetkellä vain puhelimitse, jolloin tehdään myös hoidon tarpeen arviointi. Hoidon tarpeen arviointia toteutetaan sairaanhoidon neuvonnan ja ajanvarauksen puhelimeen vastaavien sairaanhoitajien toimesta arkisin klo 8-18. Pöytyällä on käytössä takaisinsoittojärjestelmä, jota hoitaa 8 sairaanhoitajaa klo 10 saakka. Tämän jälkeen sairaanhoitajien määrää vähennetään ja iltapäivisin puhelimeen on vastaamassa 4 hoitajaa. Mikäli puheluita on paljon jonossa, sairaanhoitajien määrää on mahdollista lisätä. (Vikström 2019.)

Kaikki hoidon tarpeen arvioon osallistuvat sairaanhoitajat on perehdytetty puhelimesta tapahtuvaan arviointiin. Lisäksi he ovat käyneet Pöytyän fysioterapeuttien järjestämän koulutuksen suoravastaanotolle ohjaamiseen liittyen. (Vikström 2019.) Vikström (2019) kokee hoitajien näkökulmasta, että potilaat ohjautuvat oikein suoravastaanoton kannalta. Mäntysaari (2019) kertoo fysioterapeutin näkökulmasta potilaiden ohjautuvan tosiaan pääasiassa oikein ja hoitajien oppineen taitaviksi arvioimisessa. Joskus asiakkaita päätyy kuitenkin lääkärin vastaanotolle johtuen esimerkiksi asiakkaan voimakkaasta halusta päästä nimenomaan lääkäriin. Myös hoitajien vaihtuvuus tuo haastetta toimintaan perehdyttämiseen. Yksilöllisiä eroja hoitajien välillä on myös havaittavissa; toiset ovat innokkaampia ohjaamaan asiakkaat fysioterapeutille kuin toiset. Silloin tällöin myös lääkärit laittavat vastaanotoltaan nopeasti fysioterapiaa tarvitsevat suoraan fysioterapian akuuttiajalle. (Mäntysaari 2019.) Suoravastaanottoon liittyen kertauskoulutuksia pidetään vuosittain ja tarvittaessa on mahdollista saada lisäkoulutusta, mikäli fysioterapeutit havaitsevat, että arvion teko on haastavaa (Vikström 2019).

Pöytyällä on viisi fysioterapeuttia, joista neljä ottaa vastaan suoravastaanoton kautta tulevia asiakkaita. Suoravastaanottoon on päivittäin varattu aikoja 3-4, viitenä päivänä viikossa. Pääsääntöisesti kaikki ajat täyttyvät lähestulkoon kokonaan. Joskus on hiljaisempia päiviä ja viikkoja ja tällöin kyseisille ajoille saatetaan ottaa kiireellisiä lähetteellisiä asiakkaita. (Mäntysaari 2019.) Fysioterapeutit tarkkailevat vastaanottoaikojen käyttöastetta. Pöytyällä tules-oireisen asiakkaan arvioidaan pääsevän hoitoon 1-2 arkipäivän sisällä. (Vikström 2019.) Mikäli kaikki suoravastaanoton ajat ovat täynnä ja asiakkaita on jonossa, hoitajat voivat kysyä mahdollisuutta lisäajoille, joka harvemmin onnistuu. Tällöin on mahdollista antaa aikoja päivän, tai parin päivän päähän, mikäli kriteerit täyttyvät. Akuutisti sairastomia tarvitsevat asiakkaat ohjataan lääkärin päiväpäivystysajalle. (Mäntysaari 2019.)

Suoravastaanoton haasteiksi Vikström (2019) mainitsee että uuden toiminnan käynnistäminen vie aina aikaa. Toimintaa aloitettaessa ja sen edetessä lääkäreiden ja hoidon tarpeen arviota tekevien hoitajien hyvä tiedotus on tärkeää. Mainonta esimerkiksi paikallislehtien kautta on välttämätöntä, samoin kuin palautteiden kerääminen potilaskokemuksista, sekä niiden seuraaminen. Mäntysaarelta (2019) kysyttäessä fysioterapian näkökulmasta haasteeksi koetaan kontrollien

järjestäminen aikataulullisesti, kun potilaita on paljon. Myös hoitajien jatkuva pe-
rehdytys ja muistuttelu koetaan haasteena. Sen sijaan Mäntysaari (2019) mainit-
see että suoravastaanottokäynnit ja potilaiden hoito sujuu hyvin ja palaute on ollut
hyvää. Myös toiminta ja hyväksi koetut käytännöt ovat vakiintuneet, vaikka kehi-
tettävää toki edelleen on.

3 Hoidon tarpeen arviointi

Hoidon tarpeen arvioinnilla on merkittävä osuus potilaan hoidossa ja tästä määrätään terveydenhuoltolaissa ja niin kutsutussa päivystysasetuksessa. Asetuksen mukaan kiireellinen hoito voidaan toteuttaa kiireettömän hoidon yhteydessä tai erillisessä kiireellisen hoidon yksikössä. Perusterveydenhuollossa hoidon tarpeen arviossa sovelletaan terveydenhuoltolakia, jossa on säännös, että hoidon tarpeen arvioinnin tekee terveydenhuollon laillistettu tai nimikesuojattu ammattihenkilö. Valvira korostaa myös, että hoidon tarpeen arviota tekevällä ammattihenkilöllä tulee olla tehtävää edellyttävä osaaminen ja kokemus ja työnantajan tulee huolehtia tehtävän vaativasta koulutuksesta, ohjauksesta ja valvonnasta. (Valvira 2014.)

3.1 Hoidon tarpeen arviointi Pirkanmaalaisessa terveyskeskuksessa

Kyseessä olevassa terveyskeskuksessa työskenteli opinnäytetyöprojektin alkaessa 13 sairaanhoitajaa, mutta projektin aikana sairaanhoitajien määrä on noussut 16:een (Järvinen 2019b). Kyseiset sairaanhoitajat toteuttavat hoidon tarpeen arviointia joko puhelimitse tai Klinik-oiretyökalun kautta. (Järvinen 2019a).

Klinik.fi on verkkoympäristöön sijoittuva palvelu, joka auttaa potilasta tunnistamaan vaivansa oire- ja vaivatyökalun avulla. Palvelu antaa tietoa sairaudesta ja sen hoidosta, minkä lisäksi se listaa esimerkiksi lähimmät terveyskeskukset, lääkäriasemat ja päivystyspisteet, joiden kautta potilas voi saada apua vaivaansa. (Klinik Healthcare Solutions Oy n.d.)

Asiakas voi Klinik.fi kautta ottaa kiireettömästi yhteyttä terveyskeskukseen esimerkiksi hoidon tarpeen arviota, ajanvarausta, tai varatun ajan peruutusta varten. Potilas voi hyödyntää Klinik-oiretyökalua kunnan terveyskeskuksen hoitaja- ja lääkärivastaanotoilla, suun terveydenhuollossa, matkailijan rokotuksissa, muistihoitajalla sekä ehkäisyneuvolassa. Myös erilaiset lääkärinlausunnot ja todistukset, sekä rokotusneuvonta on mahdollista saada Klinik-oiretyökalun kautta. (Asiantuntijatieto: opinnäytetyön tilaaja 2019b.) Klinik-oiretyökalun kautta kyseiseen terveyskeskukseen lähetettyihin yhteydenottopyyntöihin luvataan vastata yhden arkipäivän sisällä (Asiantuntijatieto: opinnäytetyön tilaaja 2019c).

Puhelinohjausta tehdään arkisin klo 8.00-15.00 välisenä aikana (Järvinen 2019b). Apunaan hoitajilla on kysymyspatteristo (liite 1), jonka perusteella hoitajat osaavat arvioida ohjataanko potilas fysioterapeutin suoravastaanotolle vai lääkärin vastaanotolle. Mikäli asiakas on ottanut yhteyttä Klinik-oireyökalun kautta, soittaa sairaanhoitaja hänelle takaisin kysyäksään tarkentavat kysymykset (Järvinen 2019a).

Hoidon tarpeen arviointiin tulleista, alaselkäkipua koskevista puheluista (n=25), hieman yli 50 prosenttia (n=14) ohjautui fysioterapeutille ja loput (n=11) lääkärin vastaanotolle aikavälillä 1.1.-30.4.2016. Vuoden 2016 tammikuun ja syyskuun välisenä aikana fysioterapeutin suoravastaanotolla käyneille 31 asiakkaille lähetettiin kysely liittyen saamiinsa palveluihin, heistä 13 vastasi kyselyyn. Kyselystä käy ilmi että 11 koki vastaanotosta olleen apua selkäkipuun. (Asiantuntijatieto: opinnäytetyön tilaaja 2019a.)

3.2 Selkäkiput

Alaselkäkiput voidaan jakaa akuuttiin, subakuuttiin ja kroonistuneeseen kipuun. Kivun tyyppi määritellään sen keston mukaan. Akuutti alaselkäkipu kestää alle 6 viikkoa ja subakuutti 6-12 viikkoa. Kivun jatkuessa yli 3 kuukautta, luokitellaan se kroonistuneeksi. (Käypä hoito -suositus 2017.)

3.2.1 Selkäkipun yleisyys

Terveiden ja hyvinvoinnin laitos kerää ajantasaista, kuukausittain päivittyvää tilastotietoa muun muassa perusterveydenhuollon avohoidon vastaanottojen käyntisyistä ja toimenpiteistä. Kerätyn tilastotiedon perusteella voidaan havaita, että tuki- ja liikuntaelinten sekä sidekudoksen sairauksien osuus kaikista avohoidon käynneistä on yksi suurimmista. ICD-10 -luokituksen mukaan suurempia syitä ovat vain ruuansulatus- ja verenkiertoelinten sairaudet (Terveiden ja hyvinvoinnin laitos 2019a). ICPC2 -luokituksen mukaan tuki- ja liikuntaelinten vaivat

tulevat määrällisesti heti toisena mielenterveyden, ja käyttäytymisen ongelmien jälkeen (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2019b).

ICD-10 -luokituksesta löytyy oma luokituksensa selkäsärjälle. Tilastosta näkee selvästi, kuinka selkäsärkypotilaiden määrä on kasvanut vuodesta 2015. Tällöin selkäsärjyn vuoksi vastaanotolla kävi 185 318 asiakasta, kun vuonna 2018 asiakasmäärä oli kasvanut 197 855:een, joka on kuitenkin merkittävästi vähemmän kuin vuotta aiemmin (210 029 asiakasta vuonna 2017). 1.1.-12.6.2019 välisenä aikana kyseisen vaivan vuoksi asiakkaita on käynyt perusterveydenhuollossa jo 76 549. (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2019a.)

ICPC2 -luokituksesta löytyy tarkempi luokitus alaselän oireelle tai vaivalle. Tilastotietoa on nähtävillä vuodesta 2015 alkaen, jolloin alaselkäoireen vuoksi hoitoon hakeutui 116 425 asiakasta. Vuonna 2018 asiakkaiden määrä kävi jo 134 461:ssä. Määrä oli kuitenkin laskenut noin 450:lla potilaalla vuodesta 2017. 1.1.-13.6.2019 välisenä aikana alaselän vaivan vuoksi avohoitoon on hakeutunut 59 913 henkilöä. (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2019b.)

Ikäryhmittäin tarkasteltuna ICD-10 -luokituksen mukaan suurin osa selkäsärkyjen vuoksi vastaanotolle hakeutuvista on iältään 25-49 vuotiaita (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2019a). ICPC2- luokituksen mukaan taas alaselän vaivan vuoksi vastaanotolle hakeutuu pääasiassa yli 85-vuotiaat. Alaselkävaivoista kärsivien määrä lisääntyy melko radikaalisti 75 ikävuoden jälkeen. (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2019b.)

3.2.2 Selkävun syyt

Riskitekijöitä selkävun syntymiselle ovat raskas fyysinen työ, joka sisältää esimerkiksi toistuvaa nostamista tai epäergonomisia työasentoja, tupakointi ja lihavuus. Tupakointi lisää iskiasoireyhtymän todennäköisyyttä, ja lihavuus kasvattaa lanneselän välilevytyrän ja kipuoireyhtymien riskiä. (Pohjolainen 2018.) Suuri osa selkävunista selittyy myös perintötekijöillä, joskin yksittäisten geenien merkitys on pieni (Käypä hoito -suositus 2017). Psykososiaalisilla tekijöillä epäillään olevan vaikutusta kivun kokemiseen ja tätä kautta työkyvyn heikentymiseen (Pohjolainen 2018).

Selkäkivun lähde voi löytyä monista hermotetuista kudoksista kuten fasettinive- listä, lihaksista, välilevyistä tai nivelsiteistä. Pitkittyneen kivun merkittävimpanä syynä voidaan pitää välilevy muutoksia. (Pohjolainen 2018.)

3.3 Käypä hoito -suositukset tänä päivänä

Opinnäytetyössä keskitytään akuutin, subakuutin ja kroonisen selkäkivun hoito- suosituksiin ja jätämme käsittelemättä spesifisten tilojen, kuten välilevynpullistu- man, spinaalisten oosin ja välilevyrappeuman hoitosuosituksia.

Hoitotyön tutkimussäätiö ei ole vielä julkaissut aiheesta omia hoitosuosituksiaan, joten tässä opinnäytetyössä käydään läpi vain Käypä hoito -suositukset.

3.3.1 Potilaan ohjaus

Alaselkävivun Käypä hoito -suosituksessa (2017) korostetaan erityisesti potilaan informoinnin tärkeyttä. Oikea tieto vähentää potilaan kokemaa ahdistusta ja liike- ja kipupelkoa. Ohjaus ja neuvonta edistää potilaan sitoutumista aktiiviseen hoi- toon ja kuntoutukseen. Perusteellisen neuvonnan ja monipuolisen tiedonannon epäillään olevan tehokasta ja vaikuttavaa ainakin akuutissa ja subakuutissa sel- käkivussa. (Käypä hoito -suositus 2017.)

Epäspesifin, äkillisen selkävivun vuoksi ei tarvitse huolestua. Toipuminen vie yleensä päivistä viikkoihin, mutta joskus oireet pitkittyvät. Liiallinen lepo on kivun paranemisen kannalta haitallista ja fyysinen aktiivisuus edistää toipumista. Koh- talainen kipu harjoittelun yhteydessä ei ole haitallista. (Käypä hoito -suositus 2017.)

Käypä hoito -suosituksen (2017) mukaan vakavaa sairautta epäiltäessä raskasta fyysistä kuormitusta tulee välttää, kunnes tarkentavat tutkimukset on tehty. Eri- koislääkäri tekee tutkimukset diagnoosin tarkentamiseksi.

3.3.2 Akuutti alaselkäkipu

Akuuttia, alle 6 viikkoa kestävää selkäkipua kokevaa potilasta informoidaan alaselkä-, tai iskiaskivun hyvästä paranemistaipumuksesta. Vuodelevolla ei ole todettu olevan vaikutusta vaivan paranemiseen, joten sitä suositellaan välttämään. Esimerkiksi kävely kivun sallimissa rajoissa on suositeltavaa. Fyysinen harjoittelu ei niinkään nopeuta akuutin selkäkipun parantumista, mutta se ehkäisee vaivan uusiutumista. Potilaan tulisi jatkaa päivittäisiä toimiaan normaalisti ja yleensä lyhyt sairauspoissaolo riittää, vaikka sekään ei ole välttämätöntä kevyessä työssä. (Käypä hoito -suositus 2017.)

Lääkehoitona potilaalle voidaan suositella turvallisimpana vaihtoehtona parasetamolia riittävän suurina annoksina tarpeen mukaan. Erään tutkimuksen mukaan parasetamoli ei kuitenkaan lievittänyt kipua, tai lyhentänyt vaivan kestoa lumelääkettä tehokkaammin. Akuuttia selkäkipua voidaan lievittää tulehduskipulääkkeillä. Kohtalaisessa tai vaikeassa alaselkäkipussa voidaan käyttää tramadolini ja parasetamolini yhdistelmää, joka on todettu hieman tehokkaammaksi. Eispesifiä alaselkäkipua voi lievittää lihasrelaksanteilla lyhyellä aikavälillä. (Käypä hoito -suositus 2017.)

Lämpöhoidon on todettu ilmeisesti vähentävän akuuttia alaselkäkipua lyhytaikaisesti, ja lisäävän toimintakykyä (Käypä hoito -suositus 2017). Alaselkäkipun Käypä hoito -suosituksessa (2017) todetaan että näyttöjen mukaan parasetamoli ja normaali liikkuminen riittävät hoidoksi, eikä varsinaisten manipulaatiohoitojen ole osoitettu lisäävän hoidon vaikuttavuutta.

3.3.3 Subakuutti alaselkäkipu

6-12 viikkoa selkävustasta kärsineen potilaan hoidossa korostuu kuntoutuksen aloittaminen. Hoidon tavoitteena on estää selkävustasta kroonistuminen. Tähän pyritään kannustamalla potilasta osallistumaan hoitoonsa, toteuttamalla oireenmukaista hoitoa ja käyttämällä hoito- ja kuntoutusmenetelmiä, jotka tähtäävät toimintakyvyn parantamiseen. Aktiivinen kuntoutus tulisi aloittaa viimeistään 6 viikon sisällä oireiden alkamisesta. Alaselkäkipun pitkittyessä suositellaan jatkotutkimuksia diagnoosin saamiseksi ennen hoidon arviointia ja kuntoutussuunnitelman tekoa. Tarvittaessa voidaan konsultoida fysiatria, ortopediä, neurokirurgia tai reumatologia (Käypä hoito -suositus 2017.) Mikäli viitteitä leikkaushoitoa vaativasta sairaudesta ei ilmene, voidaan hyödyntää esimerkiksi perusterveydenhuollon moniammatillista yhteistyötä. Lääkärin tai fysioterapeutin toteuttama ohjaus ja neuvonta on todettu hyödylliseksi alaselkäkipuisen potilaan kuntoutuksessa. (Käypä hoito -suositus 2017.)

Subakuuttia alaselkäkipua voidaan lievittää parasetamolilla tai tulehduskipulääkkeillä. Myös tulehduskipulääkkeiden ja heikkojen opioidien yhdistelmä on todettu tehokkaaksi lääkitykseksi kivun lievittämiseen. Lääkkeiden lisäksi lämpöhoidosta saattaa olla lyhytvaikutteisesti hyötyä kivun hoidossa ja toimintakyvyn parantamisessa. (Käypä hoito -suositus 2017.)

Toimintakykyä edistävää kuntoutusta voidaan toteuttaa moniammatillisesti joko perusterveydenhuollossa tai työterveyshuollossa, jolloin kuntoutukseen osallistuu lääkäri, fysioterapeutti ja työterveyshoitaja. Kuntoutus nopeuttaa työhön palaamista ja lievittää potilaan kokemaa haittaa. Tarpeen mukaan voidaan toteuttaa esimerkiksi työpaikkainterventio potilaan työpaikalle, jonka tarkoitus on kartoittaa työhön tehtäviä muutoksia, vähentää työn kuormittavuutta, ja näin helpottaa alaselkäpotilaan työhön paluuta. Työpaikkainterventioon yhdistetyn vaiheittain toteutuvan terapeuttisen harjoittelun on todettu vähentävän alaselkäkipua ja sairauspoissaoloja. Fysioterapeutti on terapeuttisen harjoittelun asiantuntija, joka valitsee potilaalle soveltuvat harjoitteet, ohjaa suoritustekniikan ja huolehtii harjoitusohjelman päivittämisestä. Harjoitteilla on tarkoitus lievittää kipua, parantaa toimintakykyä ja ehkäistä alaselkäkipun uusiutumista. (Käypä hoito -suositus 2017.) Käypä hoito -suosituksen (2017) mukaan myös hieronnan ja terapeuttisen

harjoittelun yhdistelmällä kyetään lievittämään subakuuttia alaselkäkipua ja parantamaan potilaan toimintakykyä.

3.3.4 Kroonistunut alaselkäkipu

Kroonistuneen, eli yli 3 kuukautta kestäneen alaselkä kivun hoidon periaatteet ovat pääosin samat kuin subakuutin selkä kivun. Kuntoutuksen merkitys kroonistuneen kivun hoidossa on suuri. (Käypä hoito -suositus 2017.) Kuten subakuutissa selkä kivussa, myös kroonisessa kivussa asteittainen terapeuttinen harjoittelu, sekä lisäksi liike- ja liikuntahoidot lievittävät kipua ja lisäävät toimintakykyä. Kyseiset harjoitteet keskittyvät etenkin keskivartalon vahvistamiseen, lihasvenytyksiin, liikehallintaan ja liikkuvuusharjoituksiin. (Käypä hoito -suositus 2017.)

Kognitiivis-behavioralistisella hoidolla potilas voi oppia käyttämään stressin-, kivun- ja kuluttavien tunnepitoisten reaktioiden hallintakeinoja, kuten taito rentoutua. Hoitoon voidaan ottaa mukaan myös biopsykososiaalinen kuntoutus, jonka tarkoituksena on parantaa toimintakykyä, lisätä työhön osallistumista kroonisesta kivusta huolimatta, vähentää kipua ja näin parantaa elämänlaatua. (Käypä hoito -suositus 2017.)

Käypä hoito -suosituksen (2017) mukaan kroonisen selkä kivun lievitykseen voidaan käyttää parasetamolia, tulehduskipulääkkeitä tai heikon opioidin ja tulehduskipulääkkeen yhdistelmää. Vahvat opioidit ovat selkä kivun hoidossa teholtään samankaltaisia kuin tulehduskipulääkkeet tai masennuslääkkeet. Masennuslääkkeistä duloksetiin on havaittu mahdollisesti lievittävän kroonista alaselkäkipua. Sen teho on verrattavissa tramadoliin ja tulehduskipulääkkeisiin. Myös buprenorfiini saattaa lievittää kipua ihon kautta annosteltuna. Mikäli potilas kokee vaikeaa kipuoireyhtymää, voidaan hänet ohjata kipuklinikalle. (Käypä hoito -suositus 2017.)

Lääkkeettömistä kivunhoitomenetelmistä manipulaatiolla on koettu olevan kroonistuneessa selkä kivussa saman verran vaikutusta kuin esimerkiksi yleislääkärin hoidolla, fysioterapialla tai kipulääkkeillä. Potilas voi löytää helpotusta kipuun

myös akupunktiosta, jonka on todettu ilmeisesti hieman lievittävän kipua ja lisäävän toimintakykyä, tai transkutaanisesta sähköisestä hermostimulaatiosta (TENS). TENS-hoidon ei ole todettu vaikuttavan toimintakykyä lisäävästi. (Käypä hoito -suositus 2017.)

4 Suoravastaanottoon vaikuttavat tekijät

4.1 Perehdytys ja täydennyskoulutus

Perehdytys ja työnopastus ovat käsitteinä melko samanlaisia, mutta Ahokas ja Mäkeläinen (2013) määrittelevät perehdyttämisen koskevan niitä toimenpiteitä, joilla uusi työntekijä oppii tuntemaan työpaikan, sen tavat, sekä työyhteisön. Työnopastus taas sisältää työn tekoon liittyvät asiat. Esimerkiksi työkokonaisuus, työn vaiheet sekä mitä tietoja ja taitoja työ edellyttää.

Riittävä työhön perehdytys on kirjattu Työturvallisuuslakiin. Työturvallisuuslaki (738/2002) määrittelee lain tarkoituksen seuraavasti:

1§ Tämän lain tarkoituksena on parantaa työympäristöä ja työolosuhteita työntekijöiden työkyvyn turvaamiseksi ja ylläpitämiseksi sekä ennalta ehkäistä ja torjua työtapaturmia, ammattitauteja ja muita työstä ja työympäristöstä johtuvia työntekijöiden fyysisen ja henkisen terveyden, jäljempänä *terveys*, haittoja.

Työturvallisuuslaki (738/2002) on kirjannut työnantajan yleisiin velvollisuuksiin työntekijälle annettavasta opetuksesta ja ohjauksesta seuraavasti:

14§ Työnantajan on annettava työntekijälle riittävät tiedot työpaikan haitta- ja vaaratekijöistä sekä huolehdittava siitä, että työntekijän ammatillinen osaaminen ja työkokemus huomioon ottaen:

1) työntekijä perehdytetään riittävästi työhön, työpaikan työolosuhteisiin, työ- ja tuotantomenetelmiin, työssä käytettäviin työvälineisiin ja niiden oikeaan käyttöön sekä turvallisiin työtapoihin erityisesti ennen uuden työn tai tehtävän aloittamista tai työtehtävien muuttuessa sekä ennen uusien työvälineiden ja työ- tai tuotantomenetelmien käyttöön ottamista;

2) työntekijälle annetaan opetusta ja ohjausta työn haittojen ja vaarojen estämiseksi sekä työstä aiheutuvan turvallisuutta tai terveyttä uhkaavan haitan tai vaaran välttämiseksi;

3) työntekijälle annetaan opetusta ja ohjausta säätö-, puhdistus-, huolto- ja korjaustöiden sekä häiriö- ja poikkeustilanteiden varalta; ja

4) työntekijälle annettua opetusta ja ohjausta täydennetään tarvittaessa.

Valtioneuvoston asetuksella voidaan antaa tarkempia säännöksiä työntekijälle annettavasta opetuksesta ja ohjauksesta sekä kirjallisista työhohjeista sekä niistä ammateista ja tehtävistä, joissa vaaditaan erityistä pätevyyttä, sekä tällaisen pätevyyden osoittamisesta.

Käytännössä lähiesimies vastaa perehdytyksen suunnittelusta, toteutuksesta ja valvonnasta. Johdolla ja esimiehellä on aina vastuu kunnollisen perehdytyksen toteutumisesta. Yrityksen ulkopuolisten työntekijöiden perehdytyksestä vastaa niin lähettävä, kuin vastaanottava työnantaja. (Ahokas & Mäkeläinen 2013.)

Työnopastusta tarvitaan ainakin silloin kun työ on tekijälleen uusi, työmenetelmät muuttuvat tai tehtävät vaihtuvat, työ toistuu harvoin, tai uusia koneita, laitteita tai aineita hankittaessa. Näin ollen myös vanhat työntekijät tarvitsevat perehdytystä uusissa tilanteissa ja uusiin tehtäviin siirryttäessä. (Ahokas & Mäkeläinen 2013.)

Perehdytyksen tueksi on hyvä tehdä kirjallinen suunnitelma. Suunnitelmaan kannattaa liittää myös perehdytyksen seuranta ja arviointi, joilla varmistetaan tavoitteisiin pääseminen. Perehdytyksen lopuksi allekirjoitetaan dokumentit, joista näkee perehdytyksen edenneen suunnitelmien mukaan. Esimies säilyttää kyseiset dokumentit. Perehdytyksen lopuksi tulee arvioida sen tuloksia, jolloin tarkastellaan, saavutettiinkö tavoitteet ja mitä tulisi tehdä toisin. Perehdytetyn mielipiteet ja kokemukset perehdytyksestä kannattaa ottaa huomioon. (Ahokas & Mäkeläinen 2013.)

4.2 Hoitoon ohjaamisen tuki

Kaksi kolmasosaa kansalaisista on käyttänyt terveydenhuollon sähköisiä palveluita. Kuitenkin yli puolet koki esteitä sähköisen palvelun käytölle. Esteenä koettiin muun muassa se, ettei sähköinen palvelu voi korvata henkilökohtaista käyntiä terveydenhuollossa. Lisäksi huoli siitä, että ei-lääketieteelliset ongelmat jäävät huomiotta oli kasvanut kolme vuotta aikaisemmin tehdystä vastaavasta tutkimuksesta. Tutkimuksen mukaan yhteyttä lääkäriin tai sairaanhoitajaan oli kansalaisista ottanut vain noin 12-14%. (Hyppönen, Pentala-Nikulainen & Aalto 2018, 42-46.)

Sähköisistä palveluista Kannan käyttö on lisääntynyt eniten ja myös sähköisen ajanvarauksen käyttö on lisääntynyt runsaasti. Sähköisistä palveluista hyödyllisimmäksi koettiin varatusta ajasta muistuttamista. (Hyppönen ym. 2018, 42-46.)

Hoidon tarpeen arvioinnin koetaan olevan haastava ja tärkeä osa hoitotyötä. Eri-tyisen haastavana koetaan hoidon tarpeen kiireellisyyden arviointi. Arvioinnin haasteellisuutta lisää erityisesti se, että kyseiseen ongelmaan voi olla lukuisia eri hoitomuotoja, joista hoitajan tulisi osata valita ja perustella potilaalle se oikea. Hoitajat hakevat näyttöön perustuvaa tietoa usein hoitosuosituksista, yksikön ohjeistuksista sekä hoitotyön tutkimuksista. Tutkimusten mukaan jopa Googlea käytetään tietoa etsiessä, myös kansainvälisissä tutkimuksissa on saatu viitteitä samaan suuntaan. Tiedon hakuun käytettiin useammin Googlen hakukonetta kuin tieteellisiä lähteitä. Ensisijaisesti tämä johtuu työntekijöiden ajanpuutteesta etsiä luotettavaa tietoa. (Oikarinen, Siltanen, Korhonen & Holopainen 2018.)

Hoitajat käyttivät työssään myös paljon intuitiota yhdistettynä muihin tutkimustuloksiin. Pitkä työkokemus ei kuitenkaan takaa laadukasta päätöksentekoa, vaikka sillä on todettu olevan myönteinen vaikutus päätöksentekoon. Työkokemuksella ei myöskään tule korvata luotettavasta tietolähteestä saatua tietoa. Kollegaa hyödynnetään paljon sellaisissa tilanteissa, joissa halutaan varmuutta omaan päätöksentekoon tai koetaan ettei oma tietotaito ole riittävää päätöksen tekemiseen. Hoitotyöntekijät arvostavat kollegan mielipidettä työssään. Kollegaa pidettiin luotettavana tiedonlähteenä erityisesti silloin kun hänellä oli pitkä ja monipuolinen työkokemus. (Oikarinen ym. 2018.)

4.3 Työn mielekkyys

Työhyvinvointiin vaikuttaa monet työntekijän omaan elämään, sekä työhön liittyvät tekijät, sekä näiden onnistunut yhteensovittaminen. Työhyvinvointi tarkoittaa-kin työn mielekkyyttä ja sujuvuutta turvallisessa, työuraa tukevassa ja terveyttä edistävässä työympäristössä. Hyvinvoiva henkilöstö on yrityksen tärkein voimavara, joka vaikuttaa niin yrityksen kilpailukykyyn ja innovatiivisuuteen, kuin myös houkuttelevuuteen työnantajana. (Puttonen, Hasu & Pahkin 2016, 6.)

Vuonna 2012 tehdyssä MEADOW-tutkimuksessa kartoitettiin suomalaisten työoloja. Tutkimuksessa työntekijät arvioivat työhön liittyvän tyytyväisyytensä olevan pääasiassa melko hyvää. Julkisella sektorilla oli enemmän erittäin tyytyväisiä työntekijöitä kuin yrityssektorilla, kun taas valtiolla oli eniten tyytymättömiä työntekijöitä. Naiset olivat tutkimuksen mukaan miehiä tyytyväisempiä työhönsä. (Puttonen ym. 2016, 5, 7.)

Vuoden 2016 työolobarometrin mukaan suomalaisten henkinen työkyky on vuosien mittaan muuttunut positiiviseen suuntaan. Entistä useampi kokee henkisen työkykynsä olevan erittäin hyvä, kun taas entistä harvempi pitää työkykyään kohtalaisena. Vain noin 1% vastaajista koki henkisen työkykynsä huonoksi. (Mähönen 2017, 73.)

Työn mielekkyyteen ja tyytyväisyyteen voidaan yhdistää osaltaan työhön sitoutuminen. Saari & Koivunen (2017, 66) toteavat tekstissään, että kun työntekijä on työhönsä sitoutunut, on myös työn jälki laadukasta, tehokasta ja yrityksen tuotolle edullista.

Yleisesti sitoutumistyyppit voi jaotella kolmeen eri luokkaan; normatiiviseen, jatkuvuuteen perustuvaan ja affektiiviseen sitoutumiseen (Saari & Koivunen 2017, 66). Näistä affektiivinen työhön sitoutuminen kuvastaa ehkä parhaiten työntekijää, joka kokee työn imua. Saari & Koivunen (2017, 66) kuvaavat affektiivisen työntekijän omaavan tunnesiteen ja intoa työtään kohtaan. Työhön sitoutuminen perustuu työn sisällölliseen mielekkyyteen, sekä myönteiseen suhtautumiseen työnantajaa kohtaan. Kyseiseen sitoutumistyyppiin liittyy halu jatkaa samaan organisaation alaisuudessa mahdollisimman pitkään. (Saari & Koivunen 2017, 66.)

Innostavassa työpaikassa apua ja tukea annetaan vastavuoroisesti, jonka lisäksi esimiesten ja työntekijöiden välillä on havaittavissa keskinäinen arvostus ja luottamus. Laadukas esimiestyö muodostaa perustan työhyvinvoinnille. (Puttonen, ym. 2016, 13, 15.) Kommunikoinnin avulla esimiehellä on mahdollisuus pysyä ajan tasalla muuttuvista tilanteista ja arjen työstä, jolloin työn mielekkyyden tukeminen helpottuu (Repo, Ravantti & Pääkkönen 2015, 11).

Työhyvinvointia voi ja täytyy kehittää. Vaikutusmahdollisuus työn tekemiseen ja työaikaan, sekä kiireen hallinta ovat yleisesti kehitettäviä kohteita. Jokaisella työpaikalla tulee tunnistaa oman työorganisaation kehittämistarpeet, tavoitteet ja keinot, joilla tavoitteisiin pääsee. (Puttonen, ym. 2016, 21.) Puttonen ym. (2016, 22) mainitsee tekstissään työhyvinvoinnin kehittämisen tasoja olevan kolme; perustaso, jossa työhyvinvoinnin perusasiat ovat kunnossa ja arki sujuvaa. Muutoksiin reagoidaan hitaasti ja kehitystyötä toteutetaan satunnaisesti. Kehittäjätasoa, jossa kehittämiseen panostetaan erilaisilla hankkeilla monipuolisesti ja suunnitelmallisesti, sekä edelläkävijätaso, jossa hyvinvoinnin kehittäminen ja seuraaminen on jatkuva prosessi. Tällaisessa kehitystyössä omaksuminen on nopeaa ja uusia toimintatapoja työhyvinvoinnin edistämiseksi kehitetään aktiivisesti.

4.4 Kiire

Työsuojelulaissa työn kuormittavuus jaetaan kolmeen osioon, jotka ovat fyysinen henkinen ja sosiaalinen kuormittavuus. Lain mukaan työnantaja on velvollinen keventämään kaikin mahdollisin keinoin työntekijän terveydelle haitallista kuormitusta. (Työturvallisuuslaki 738/2002.)

Kiireen kokemisen on todettu olevan hyvin yksilöllistä, työtapaturmariskin kokevat suurimmaksi ne ihmiset, joilla on muiden ihmisten määrittelemä työtahti ja jotka kokevat, etteivät pysty itse vaikuttamaan työhönsä. Tutkimusten mukaan kiire lisää myös psyykkistä kuormitusta kuten stressiä. Kiireen, kielteisten tunteiden ja psyykkisten vaikeuksien on todettu lisäävän työtapaturmariskiä. (Salminen & Perttula 2015.)

Kiireen tunteeseen on kuitenkin mahdollista vaikuttaa yksilö- sekä työnantaja tasolla ja kiireen tunne on hyvä ottaa puheeksi esimiestason kanssa. Työtä ei tulisi jättää viimetippaan ja työpaikalla tulisi varata riittävästi aikaa työn suorittamiseen, ja tarvittaessa tulee varata lisäresursseja. Kiireeseen liittyviä haittatekijöitä tulisi käsitellä yhteistyössä työterveyden ja työsuojeluorganisaation kanssa, jolloin saadaan mahdollisimman monipuolinen kuva työpaikalla olevista vaaratekijöistä.

(Salminen & Perttula 2015.) Työhön liittyvien kuormitustekijöiden ja työhyvinvointia estävien tekijöiden hallinta on tärkeä lähtökohta työelämän kehittämiseksi (Puttonen ym. 2016, 8).

4.5 Moniammatillinen yhteistyö

Nykyisin sosiaali- ja terveysalalla kohdataan entistä monimutkaisempia ongelmia ja niitä ratkaistakseen ammattilaiset ovat yhä riippuvaisempia toisistaan. Työskentelyn tehottomuus ja sekaannukset ovat yleensä seurausta päällekkäisyyksistä ja ristiriitaisuuksista. Moniammatillinen yhteistyö voidaan nähdä siis keinona laadukkaamman ja tehokkaamman hoidon toteutumiseen. (Isoherranen 2012, 30.)

Haasteita moniammatillisuuden toteutumiselle tuovat esimerkiksi yksintyöskentelyn kulttuuriin tottuneet ammattilaiset. Sosiaali- ja terveysalan työntekijät ovat jo koulutuksessaan tottuneet työskentelemään melko itsenäisesti. Lisäksi jokaisella ammatilla on oma laillistettu toiminta-alueensa ja viitekehüksensä. Tästä on seurannut yksintyöskentelyn kulttuurin korostuminen. Yksin työskentelyyn tottuneet työntekijät saattavat kokea moniammatillisuuden häiriönä ja uhkana omalle ammatillisuudelle. Lisäksi terveysalalla moniammatillista yhteistyötä kehitettäessä haasteeksi nousee esimerkiksi riskien hallintaan ja potilastietojen jakamiseen liittyvät kysymykset, sekä vastuukysymykset. (Isoherranen 2012, 30-31.)

Asiakaslähtöisen hoitotyön lähtökohtana pidetään asiakkaan arvojen ja tarpeiden kunnioitusta ja huomiointia sekä mahdollisuutta osallistua omaa hoitoaan koskevien päätösten tekoon. Tärkeää on myös oikea-aikainen hoitoon pääsy. (Aalto ym. 2017, 1.)

THL:n tekemän tutkimuksen mukaan parhaiten asiakaslähtöisyys toteutui potilaiden kohteluun liittyvissä asioissa. Ongelmia puolestaan oli erityisesti hoitoon pääsyssä sekä mahdollisuudessa osallistua omaa hoitoa koskeviin päätöksiin. (Aalto ym. 2017, 7-9.)

Alle puolet tutkimukseen vastanneista koki näiden asioiden toteutuvan hyvin. Ongelmia oli myös eri palveluiden yhteensovittamisessa. Tutkimuksen mukaan terveyskeskuksessa asioivilla oli eniten ongelmia hoitoon pääsyn kanssa verrattuna muualla asioiviin. Parhaiten omaan hoitoonsa pääsivät osallistumaan sairaaloiden poliklinikoilla asioivat ja hoidon palvelut integroitiin toisiinsa parhaiten yksityisessä terveydenhuollossa. (Aalto ym. 2017, 7-9.)

Monipuoliset ja asiakaslähtöiset palvelut asettavat myös haasteita ammatilliselle toiminnalle, organisaatioille ja johtamiselle. Nykyiselle palvelukulttuurille tulee kehittää menetelmiä ja toimintatapoja, jotka edistävät asiakkaan kuulemista ja osallistamista omaan hoitoonsa. Ammattilaisten ja asiakkaan tasavertainen toiminta edellyttää että palvelut ja hoidon tavoitteet suunnitellaan yhteistyössä, jossa asiakkailla on mahdollisuus tuoda esille uusia toimintamalleja, jotka voivat poiketa ammattilaisten näkemyksestä. (Hyvärinen 2017, 41-43.)

Haasteellisuudesta huolimatta tämä on mahdollisuus asiakaslähtöisten palveluiden kehittämiseksi. Kokemusasiantuntijoita kannattaa hyödyntää erityisesti palvelutuotteiden toimivuutta mietittäessä. Kokemusasiantuntijoiden osallistuminen muutosten suunnitteluun tuo esille palveluiden käyttäjien äänen ja palveluista saadaan asiakkaiden tarpeita vastaavia. Samalla luodaan uutta kehittämisen kulttuuria. (Hyvärinen 2017, 41-43.)

4.6 Kehitysmuuttuva asenne

Nyky maailma on jatkuvassa muutoksessa, samoin kuin työn tekemisen tavat. Esimerkiksi digitalisaation myötä tuotanto- ja työtavat ovat kokeneet suuria muutoksia. Monessa työssä roolit ja toimenkuvat ovat entistä laajempia ja vastuullisempia. Tästä syystä työn tekemisen tulee olla hallittavissa, turvallista ja mielekästä. Työn mielekkyyden ja yhteisen tarkoituksen unohtuminen muutoksen keskellä on uhka työhyvinvoinnille. (Työterveyslaitos, n.db.)

Työorganisaatioiden kehittämisen tavoitteena on useimmiten toimintakonseptin jatkuva uudistaminen, asiantuntijuus- ja organisaatorajat ylittävä toiminta ja nopea innovointi. Lähtökohta työn kehittämisessä on lisätä työyhteisön toimijuutta

ja vaikutusmahdollisuuksia oman työn kehittämisessä ja hallinnassa. (Työterveyslaitos, n.db.)

MEADOW-tutkimuksen mukaan organisaatiomuutos oli toteutettu tutkimusta edeltäneen kahden vuoden aikana 45% yrityksistä ja 60% julkisen sektorin organisaatioista. Nämä muutokset keskittyivät yleisimmin esimerkiksi työjaon ja vastuiden uudistamiseen. Vuoden 2015 Työolobarometrin mukaan tehtäviä oli järjestelty uudelleen ja uusia työmenetelmiä tai tietojärjestelmiä oli otettu käyttöön vuoden aikana noin 50% työpaikoista. Muutokset koskettivat eniten julkisen sektorin ja suurten organisaatioiden työntekijöitä. (Puttonen ym. 2016, 9.)

Muutosten hallinnalla ja onnistuneella toteutuksella on korostunut merkitys työntekijöiden hyvinvoinnille ja tätä kautta yrityksen menestykselle. (Puttonen ym. 2016, 9.) Repo ym. (2015, 4) mainitsevat, että työorganisaatiossa on erotettava ne asiat, jotka aidosti tarvitsevat muutosta. Osin siitä syystä, että ihminen ei lähde mukaan muutoksen toteuttamiseen ennen kuin ymmärtää miksi niin tehdään. Eri-tyisesti tiedonkulku on tärkeää. Kaikkien muutokseen osallistuvien on tiedettävä mitä heiltä odotetaan ja mikä tulee muuttumaan. (Repo ym. 2015, 4.)

Muutos aiheuttaa ihmisessä aina tunnereaktion, erilaisuus ja voimavarat vaikuttavat reagointiin. Esimiehen tehtävään kuuluu havaita tunteiden vaikutus muutoksessa ja osata erottaa ne todellisista asiamuutoksista. Jos tunteiden annetaan ohjata ammatillista toimintaa, pahimmillaan muutostyö voi jäädä toteutumatta tai se jää kesken. Muutoksesta heränneet tunteet tulee siis käsitellä, jonka jälkeen voimavarat on mahdollista suunnata itse muutokseen. (Koivukoski & Palomäki 2009, 103.)

Muutosvastarinta koetaan yleensä negatiivisena ilmiönä, vaikka se on luonnollinen reaktio, joka auttaa ihmistä varmistamaan onko muutoksen suuntaan hyvä mennä. Tästä syystä esimiehen on hyvä pohtia yhdessä työntekijöiden kanssa, mitä muutos oikeasti tarkoittaa työyhteisön kannalta. Usein muutoksen vastustajat jäävät kehittämistyön ulkopuolelle, jolloin suurin voima muutoksen toteuttamiseksi menetetään. (Repo ym. 2015, 4.)

Esimiehen olisi hyvä viestiä muutoksista aktiivisesti, olla tavoitettavissa ja läsnä. Hyvin johdetussa muutoksessa kiinnitetään huomiota työntekijöiden sitoutumiseen vaikuttaviin tekijöihin, esimerkiksi hyvään työnjakoon, ammatilliseen osaamiseen ja vastuullisuuteen, samaistumiseen ja motivaatioon. Motivoiva esimies saa työntekijät innostumaan muutoksista ja keskittymään muutoksen positiivisiin puoliin. (Repo ym. 2015, 4.) Muutostilanteessa palautteen saaminen ja antaminen on tärkeää. Jokaisen tulisi saada palautetta siitä missä on onnistunut. (Koivukoski & Palomäki 2009, 35.)

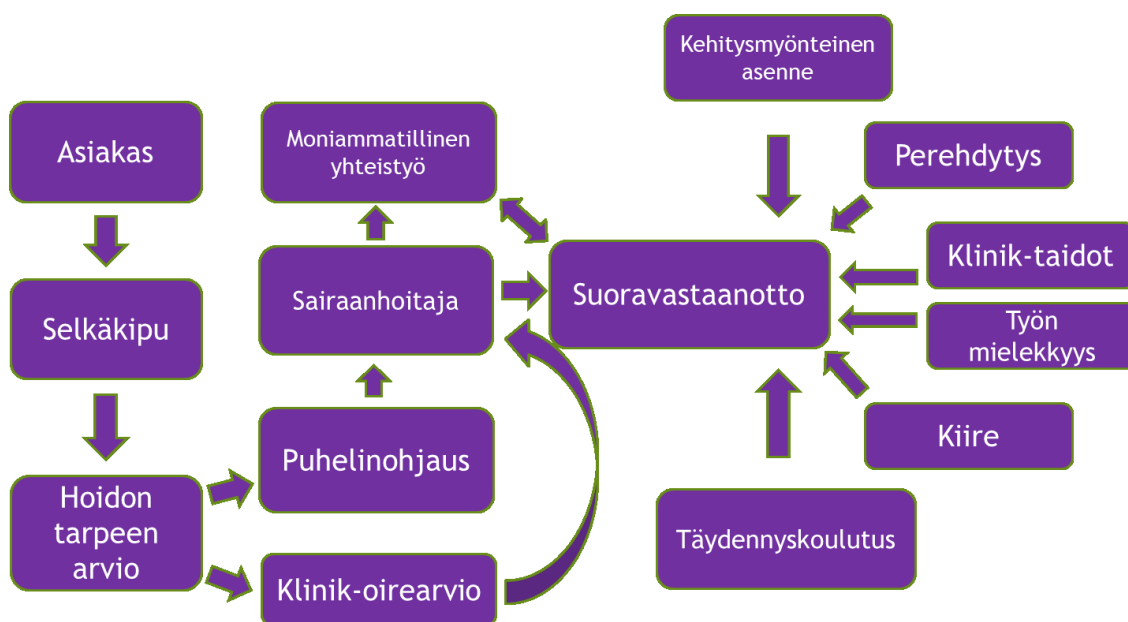
MEADOW-tutkimuksen vastausten mukaan muutosten koettiin vaikuttaneen myönteisesti työn mielekkyyteen, työtehtäviin ja työsuhteen jatkuvuuteen. Negatiivisemmin muutosten koettiin vaikuttaneen työn henkiseen ja fyysiseen kuormittavuuteen. (Puttonen ym. 2016, 10.)

Suomessa työntekijällä on keskimäärin hyvät mahdollisuudet osallistua työpaikan toimintojen kehittämiseen. MEADOW-tutkimuksen mukaan kaikilla työnantaja-sektoreilla yli puolessa työntekijöillä oli mahdollisuus osallistua kehittämistoimintaan. Noin viidesosassa taas koko henkilöstö osallistui kehittämistyöhön. Työntekijöiden kanssa toteutuvassa yhteiskehittämisessä on suomalaisilla työpaikoilla edetty hyvin viime aikoina. Osallistaminen ja yhdessä kehittäminen edellyttää luottamusta ja oikeudenmukaisuutta. Näiden kokemusta lisää nimenomaan mahdollisuus osallistua. (Puttonen ym. 2016, 10-11.)

Työ ja terveys Suomessa 2012-tutkimuksessa suurin osa vastaajista koki, että työorganisaatio mahdollistaa työntekijöiden mukana olon heitä koskevassa päätöksenteossa ja toimimattomat päätökset voitiin joko muuttaa tai purkaa (Puttonen ym. 2016, 15). Muutoksen kannalta rakentava kriittinen palaute onkin tärkeää. Kriittinen arviointi ja keskustelu ohjaa pohtimaan onko muutos menossa oikeaan suuntaan. (Koivukoski & Palomäki 2009, 35.)

4.7 Teoreettisen viitekehksen yhteenveto

Opinnäytetyön teoreettinen viitekehys sekä siinä käytetyt käsitteet on koottu alla olevaan kuvioon. Keskiössä on suoravastaanottotoiminta. Kuvio on prosessinomainen ja lähtee liikkeelle asiakkaasta ja hänen tarpeistaan. Asiakas ottaa puhelimen tai Klinik-oiretyökalun kautta yhteyttä sairaanhoitajaan, joka ohjeistaa asiakkaan oikeiden palveluiden piiriin. Suoravastaanotto on osa tätä moniammatillista palvelurakennetta.



KUVIO 1. Teoreettiset lähtökohdat ja käsitteet

Suoravastaanoton toimintaan vaikuttaa puolestaan työntekijöiden kehitysmuotoinen asenne, hyvä perehdytys suoravastaanottoon, Klinik-oiretyökalun käyttö, työn mielekkyyden kokemus, kiireen tunne sekä henkilökunnan saama täydennyskoulutus.

5 Tarkoitus, tehtävät ja tavoitteet

Työn tarkoituksena on selvittää erään Pirkanmaalaisen terveyskeskuksen alaselkäkipuisten asiakkaiden suoravastaanottotoimintaa.

Opinnäytetyön tehtävänä on vastata kysymykseen:

”Miten sairaanhoitajat kuvaavat suoraselkävastaanottotoimintaa?”

Opinnäytetyön tavoitteena on suoravastaanoton toiminnan kehittäminen. Tässä työssä tuotetun tiedon avulla voidaan suoravastaanoton toimintaa kehittää sujuvammaksi ja asiakkaan tarpeita vastaavaksi.

6 Menetelmälliset lähtökohdat

Teoreettinen viitekehys ohjaa vahvasti opinnäytetyön prosessia. Aineistonkeruussa käytetyn kyselylomakkeen kysymykset muodostuivat teoreettisesta viitekehystä, ja määrälliset ja laadulliset kysymykset analysoitiin ja raportoitiin teoreettisen viitekehysten mukaan. Teorialähtöisellä sisällönanalyysillä pyrittiin löytämään uusia näkökulmia tutkittavasta ilmiöstä.

6.1 Laadullinen ja määrällinen tutkimus

Laadullista tutkimusta käytetään tilanteissa, jossa ilmiötä ei tunneta, eli ilmiölle ei ole selittäviä teorioita. Laadullinen tutkimus vastaa kysymykseen ”mistä ilmiössä on kyse?”. (Kananen 2014, 60.) Sen tavoitteena voidaan pitää materiaalin saamista aidoista kokemuksista aidoissa ympäristöissä (Kananen 2014, 96). Opinnäytetyön tehtävänä on vastata kysymykseen ”Miten sairaanhoitajat kuvaavat suorasekävästäänottotoimintaa?” Kysymyksen perusteella tutkimuksen tavoitteena on saada kuvaavaa materiaalia sairaanhoitajien kokemuksista suoravastaanottotoiminnasta omassa organisaatiossaan.

Kanasen (2014, 61-62) mukaan kvalitatiivisen tutkimuksen tarkoituksena ei ole yleistää kuten kvantitatiivisessa tutkimuksessa. Laadullista tutkimusta voidaan käyttää esimerkiksi, kun halutaan tutkia ajattelua, käyttäytymistä tai prosesseja tai luoda uusia teorioita (Kananen 2014, 61). Aineistolähtöisyys liitetään useimmiten kvalitatiiviseen tutkimukseen, ja teorialähtöisyys kvantitatiiviseen tutkimukseen. Näitä ei tulisi kuitenkaan pitää toisiaan poissulkevinä päättelymuotoina. Toisinaan samassakin tutkimuksessa saatetaan tarvita niin laadullista, kuin määrällistäkin tutkimusotetta. (Saaranen-Kauppinen & Puusniekka 2006b.)

Määrällinen eli kvantitatiivinen tutkimusmenetelmä on menetelmä, jossa saatuja tuloksia tutkitaan numeraalisesti. Tutkimustapa vastaakin usein kysymykseen, ”kuinka paljon” tai ”miten usein”. Määrällisessä tutkimuksessa tutkija saa tuloksen numeroin, tai hän luokittelee laadullisen tutkimuksen tulokset numeraaliseen

muotoon. Myös tutkimuksen tulokset esitetään numeraalisessa muodossa. Määrällisessä tutkimuksessa on tavanomaista, että tutkija asettaa teoreettisen hypoteesin, hypoteesi kertoo sen mitä tutkija odottaa tuloksilta. (Vilkkä 2007, 13-25.)

Opinnäytetyössä halutaan tietoa nykyisestä toimintamallista, mutta samalla ollaan avoinna mahdollisille muutoksille. Näin ollen on perusteltua käyttää opinnäytetyössä molempia tutkimusmenetelmiä mahdollisimman tarkan tuloksen saamiseksi. Kyselyyn vastaajien taustamuuttujia, sekä perehdytyksen määrää ja täydennyskoulutuksen toteutumisen määrää kartoitettiin kvantitatiivisilla tutkimuskysymyksillä.

6.2 Aineistonkeruumenetelmä

Kyselytutkimus voidaan toteuttaa joko internetissä tai postitse. Kyselyn aikana täytyy mahdollisesti muistuttaa tutkittavia vastaamisesta. Sähköisessä kyselytutkimuksessa lomakkeen, ja muistutusten lähettäminen ei tuota lisäkustannuksia. (Vilkkä 2007, 28.) Opinnäytetyön kyselylomake (liite 2) lähetettiin sähköisesti vastaajille, jolloin säästyttiin lisäkustannuksilta, ja voidaan olettaa vastausten palautuvan tutkijoille nopealla aikataululla. Kysymykset muodostettiin viitekehysten aiheiden mukaan tutkitun tiedon pohjalta.

Kvalitatiivista kyselytutkimusta laadittaessa ei voida käyttää yksityiskohtaisia kysymyksiä, jotta se pysyisi laadullisena (Kananen 2014, 61). Kysymykset eivät saa olla johdatteluvia ja ne tulee muotoilla niin että vastaaja ajattelee kysymyksen kuten tutkija on ajatellut (Valli 2007, 102). Työtä varten pyrittiin laatimaan muodoltaan avoimia kysymyksiä, joka antoi vastaajalle mahdollisuuden tuoda laajasti esille omaa näkemystään (liite 2). Kaikki kyselylomakkeen kysymykset perustuvat teoreettiseen viitekehykseen.

Yleisimmin käytetyt aineistonkeruumenetelmät laadullisessa tutkimuksessa ovat haastattelu, kysely, dokumentteihin perustuva tieto ja havainnointi (Tuomi & Sarajärvi 2009, 71). Kyselyssä kysymykset ovat muodoltaan vakioituja, eli ne ovat jokaiselle vastaajalle samanlaisia ja ne esitetään samassa järjestyksessä (Vilkkä 2007, 28). Kysely on menettelytapa, jossa vastaajat vastaavat kysymyksiin joko

ryhmätilanteessa tai kotonaan (Tuomi & Sarajärvi 2009, 73). Vilka (2007, 28) kertoo tekstissään, että kysely on tutkimusmenetelmänä toimiva silloin kun tutkitaan henkilön käyttäytymistä, asenteita, mielipiteitä tai ominaisuuksia, sekä kun tutkittavia on paljon. Tämän opinnäytetyön kysely kohdistettiin kaikille terveyskeskuksessa hoidon tarpeen arviota tekeville sairaanhoitajille. Kyselyn tarkoituksena oli selvittää heidän mielipiteitään, näkemyksiään ja kokemuksiaan suoravastaanoton toiminasta. Jottei vastausprosentti jäisi kovin alhaiseksi, tulee kyselytutkimuksen ajankohta suunnitella huolellisesti (Vilka 2007, 28). Sairaanhoitajien kyselyn ajankohta sijoitettiin alunperin elokuun puoleenväliin, jolloin oletettiin suurimman osan henkilökunnasta palanneen kesälomiltaan ja näin ollen todennäköisesti olevan tavoitettavissa kyselytutkimusta ajatellen.

Neuvottelussa toimeksiantajatahon kanssa selvisi, että tutkimuksen kohderyhmä on hyvin pieni. Kohderyhmän pienen määrän vuoksi opinnäytetyö tehtiin laadullisena kyselytutkimuksena. Kyselyyn oli kuitenkin sisällytetty muutama määrällinen kysymys helpottamaan tutkimuksen analysointia ja nopeuttamaan kyselyyn vastaamista, jolla pyrittiin nostamaan vastaajien osuutta. Kysely päätettiin toteuttaa sähköisesti, jotta kyselyyn vastaaminen olisi nopeaa ja jokainen vastaaja kykenee vastaamaan kyselyyn työn lomassa.

Kyselypohja päätettiin rakentaa Webropol-ohjelmalla, jotta kunta kykenee tarvittaessa käyttämään tutkimuspohjaa uudelleen. Alustavasti kyselyn ajankohdaksi sovittiin elokuu puoliväli, jolloin suurin osa henkilökunnasta on palannut kesälomilta.

Webropolia ei lopulta kyselyn luomiseen käytetty, sillä tämän opinnäytetyön tekijöillä ei ollut oikeutta saada tunnuksia ohjelmaan. Kyselypohjan teettäminen kyseisen terveyskeskuksen IT-henkilöstön avulla koettiin tutkimuksen luotettavuuden ja eettisyyden näkökulmasta epäilyttäväksi. Lisäksi olisi tarvittu kaikkien vastaajien sähköpostiosoitteet, jotka olisi välitetty kolmannelle osapuolelle kyselypohjan lähettämistä varten. Tämä olisi vaarantanut kyselyn toteuttamisen ja siihen vastaamisen anonyymisti. Kyselypohja tehtiin lopulta Tampereen ammattikorkeakoulun omalla e-lomakkeella, jolla anonyymiyys kyettiin varmistamaan ja kyselyn voidaan olettaa olevan luotettava ja eettisesti pätevä.

Kysely kohdistettiin erään Pirkanmaalaisen terveyskeskuksen hoidon tarpeen arviointiin osallistuville 13:sta sairaanhoitajalle. Kyselyyn vastasi 10 sairaanhoitajaa, jolloin vastausprosentiksi muodostuu 77%. Kyselyn luomisen kanssa tuli hieman viivästymisiä lomien vuoksi, joten kyselyn ajankohtaa jouduttiin siirtämään syyskuun alkuun, ja aluksi vastausaikaa annettiin syyskuun ajan. Noin puolessavälissä syyskuuta opinnäytetyön tekijät kävivät terveyskeskuksella esittämässä kyselyn kohdejoukolle ja kertomassa tutkimuksesta, sekä muistuttamassa meneillään olevasta kyselystä. Myös työelämän yhteyshenkilöt muistuttivat kohdehenkilöitä kyselystä, kun vastausten määrä meinasi jäädä liian pieneksi. Vastausaikaa pidennettiin varmuuden vuoksi lokakuun alkuun, neljällä päivällä alkuperäiseen suunnitelmaan nähden. Lopulta vastauksia tuli runsas määrä aivan syyskuun viimeisinä päivinä.

6.3 Aineiston analyysi

Sisällönanalyysillä saatu aineisto tiivistetään selkeään muotoon kadottamatta sen informatiivista sisältöä. Analyysin tarkoituksena on lisätä saatua informaatiota ja selkeän aineiston pohjalta voidaan tehdä selkeitä ja luotettavia johtopäätöksiä. (Tuomi & Sarajärvi 2011, 108.)

Aineiston käsittely perustuu päättelyyn ja tulkintaan. Ensin kerätty aineisto pelkistetään eli redusoidaan siten että karsitaan tutkimukselle kaikki epäoleellinen pois. Aineiston redusointia ohjaa tutkimuksen tehtävä. Seuraavassa vaiheessa redusoitu aineisto ryhmitellään eli klusteroidaan. Tässä vaiheessa pelkistetyt alkuperäisilmaukset käydään läpi ja niistä pyritään löytämään samankaltaisuuksia. Samaa tarkoittavat asiat ryhmitellään isommiksi luokiksi, jotka nimetään luokkaa kuvaavalla käsitteellä. Klusterointi luo alustavaa pohjaa tutkittavasta ilmiöstä. Klusteroinnin jälkeen vuorossa on aineiston abstrahointi eli käsitteellistäminen. Abstrahoinnissa tutkimuksen kannalta oleellisen tiedon pohjalta muodostetaan teoreettiset käsitteet. (Tuomi & Sarajärvi 2011, 108-111.)

Opinnäytetyössä kyselyn vastaukset käsitellään teorialähtöisellä analyysillä, eli deduktiivisella sisällönanalyysillä. Tällöin tutkimusaineiston analyysi perustuu jo

voimassa olevaan teoriaan. Analyysia ohjaa siis jo voimassa oleva malli. Tutkimuksen pääpaino on siis kerättyssä aineistossa ja se on myös teorian rakentamisen lähtökohtana. (Saaranen-Kauppinen & Puusniekka 2006a.)

Kyselyn vastaukset käytiin useaan otteeseen läpi. Eräästä kysymyksestä jätettiin kaksi vastausta pois, sillä vastaajat olisivat olleet helposti tunnistettavissa työyhteisössään. Joihinkin kysymyksiin osa tutkittavista oli jättänyt vastaamatta, joten vastauksia oli muutamissa kysymyksissä vähemmän kuin kyselyyn osallistuneiden kokonaismäärä. Alkuperäisilmaisut koodattiin numero- ja kirjainyhdistelmin, tämän jälkeen alkuperäisilmaukset pelkistettiin. Alkuperäisilmauksen kooditus liikkui pelkistykseen mukana koko prosessin ajan, jotta alkuperäisilmaisuun palaaminen olisi tarvittaessa mahdollisimman helppoa. Alla olevassa taulukossa on esimerkki yhden vastaajan vastauksesta sekä siitä tehdyistä pelkistyksistä.

Alkuperäisilmaisu	Pelkistetty ilmaisu
Pidän työstäni, sen tuomista haasteista. Työni on palkitsevaa, joskin erittäin kiireistä ja henkisesti kuormittavaa. Olen ahkera ja halukas kehittämään työtäni sekä itseäni.	Pitää työstään Pitää työn mukanaan tuomista haasteista Työ on palkitsevaa Työ on kiireistä Työ on henkisesti kuormittavaa Ahkera Halu kehittää itseään Halu kehittää työtä

TAULUKKO 1. Esimerkki pelkistyksestä.

Pelkistyyksiä saatiin yhteensä 224 kappaletta. Pelkistykset ryhmiteltiin samankaltaisia vastauksia sisältäviin luokkiin. Näistä saatiin muodostettua 27 alaluokkaa. Alaluokat ryhmiteltiin tämän jälkeen isompiin ryhmiin aihealueiden mukaan, joista saatiin muodostettua 8 yläluokkaa. Tutkimukseen ei koettu tarpeelliseksi tehdä pääluokkia. Alla olevasta taulukosta näkee esimerkin siitä, kuinka toisiinsa liittyvät alaluokat saatiin yhdistettyä yhteiseksi yläluokaksi.

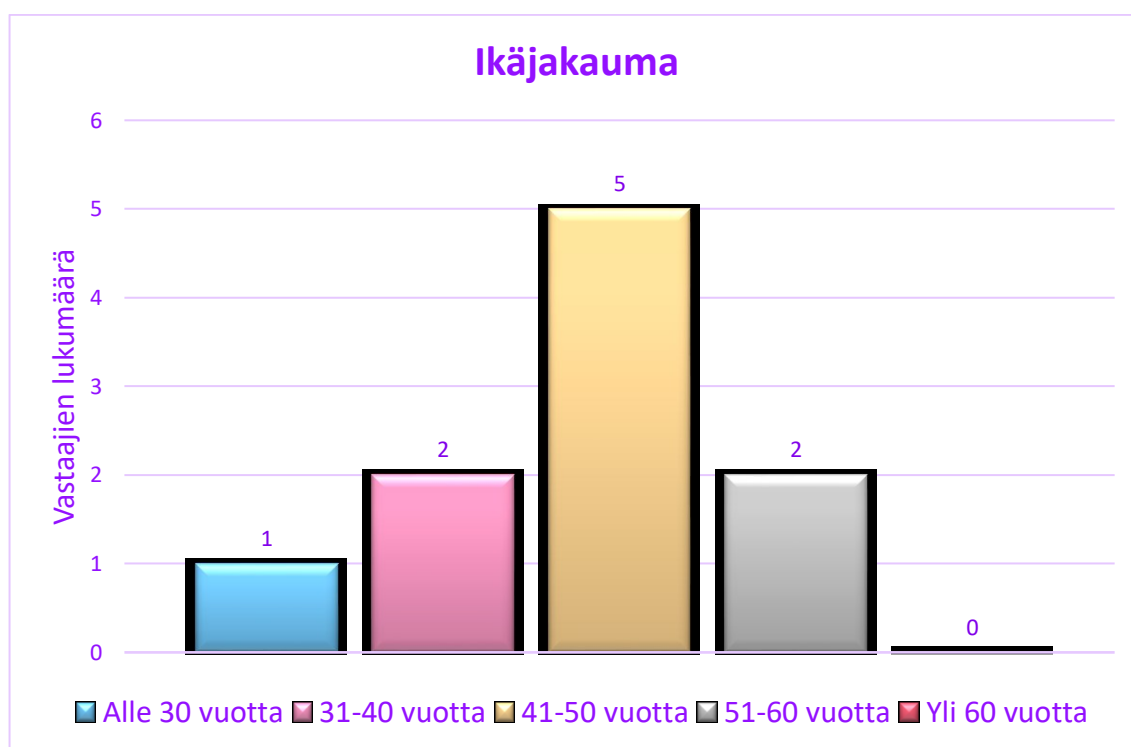
Alaluokka	Yläluokka
Konsultointi Yhteistyön sujuvuus Asiakaslähtöisyys	Moniammatillisuus
Kollegalta saatu perehdytys Oman kokemuksen pohjalta työskentely Ei perehdytystä Kirjallinen perehdytys Lisäkoulutuksen tarve Toimiva perehdytys Koulutustilaisuus Heikko perehdytys	Perehdytys ja koulutus

TAULUKKO 2. Esimerkki ala- ja yläluokista.

Määrällisiä kysymyksiä raportoitiin diagrammeja havainnollisena apuna käyttäen ja niiden kertomaa tietoa avaten tekstimuodossa. Taustamuuttujiin, sekä hoidon tarpeen arviointiin kuluvaan aikaan liittyvistä vastauksista laskettiin keskiarvot. Ikää ja työkokemusta kartoitettaessa kerrottiin myös minimi- ja maksimi-arvot. Esimerkiksi ”Hoitotyön kokemusta vastaajilla oli vähintään 4,5 vuotta, pisin työkokemus oli 33 vuotta. Keskimääräinen työkokemus hoitotyöstä vuosina oli siis noin 20 vuotta.”

7 Tulokset

Kyselyssä kartoitettiin aluksi vastaajien taustamuuttujat, kuten ikä ja työkokemus. Suurin osa vastaajista oli 41-50 vuotiaita (5). 31-40 vuotiaita, sekä 51-60 vuotiaita oli molemmista ikähaarukoista kaksi. Alle 30 vuotiaita vastaajia oli vain yksi (kuvio 2). Hoitotyön kokemusta vastaajilla oli vähintään 4,5 vuotta, pisin työkokemus oli 33 vuotta. Keskimääräinen työkokemus hoitotyöstä vuosina oli siis noin 20 vuotta. Hoidon tarpeen arvioinnista taas lyhyin kokemus oli 1 vuosi. Eräs vastaajista omasi työkokemusta kyseistä työstä 19 vuotta. Hoidon tarpeen arvioinnista kokemusta oli keskimäärin 10 vuotta.



KUVIO 2. Vastaajien ikäjakauma.

7.1 Hoidon tarpeen arviointi ja puhelinohjaus

Hoidon tarpeen arviointi ja puhelinohjaus koettiin vastausten perusteella ras-kaaksi ja aikaa vieväksi työn osuudeksi, mutta samaan aikaan vastaajat korosti-vat huolellisen hoidon tarpeen arvioinnin teon tärkeyttä.

”Se kuuluu osana työhöni, mutta nykyisin se vie liiksi aikaa hoitotyöstä ja potilaskohtaamisista.”

”Se on kaiken alku ja siten todella tärkeä osa ja haastavin ja kuluttavin osa työtä.”

”Aikaa vievää on. Hidastaa puhelintyötä, mutta kuitenkin kaikkien kannalta järkevintä ja turvallisinta tehdä huolellinen haastattelu, jotta potilas saa oikeanlaista hoitoa.”

Moni toivoi ajantasaisia, kirjallisia ja yhtenäisiä ohjeistuksia hoidon tarpeen arvion tekoon. Eräs vastaaja toivoi myös työnkuvien selkiyttämistä. Esille nousi myös toimiston henkilökunnan lisäkoulutuksen tarve, mikäli he aikoja varaavat, sekä akuuttipotilaan hoidon tarpeen arvioinnin lisäkoulutus.

”Enemmän yhtenäisiä käytäntöjä, määriteltyjä ohjeita.”

”Hoidon tarpeen arviointiin tukea kirjallisena esim. triage-ohjeistuksella.”

”Työnkuvien selkeyttämisen kautta jokaisella työntekijällä olisi mahdollisuus toimia annettujen ohjeiden mukaisesti, yhtenäisesti.”

”Mikäli akuuttihoito tulee olemaan enemmän kaikkien työntekijöiden tehtävä jatkossa niin akuuttipotilaiden hoidontarpeen arviointiin lisäkoulutusta.”

”Itse koen olevani hyvä hoidon tarpeen arvioinnissa, toivoisin lisäkoulutusta erityisesti toimiston henkilökunnalle (mikäli he aikoja puhelimessa/luukulla varaavat).”

”Eksaktia tietoa, ajantasalla olevaa, tietoa jota voi hyödyntää puhelinpalvelussa.”

Kyselyssä kartoitettiin alaselkäkipuisen potilaan haastatteluun suunnitellun kysymyspatteriston (liite 1) käyttöä. Lähestulkoon kaikki (9) vastaajista kertoi käyttävänsä kysymyspatteristoa apunaan hoidon tarpeen arviota tehdessä. Aikaa kysymysten läpikäyntiin asiakkaan kanssa meni vastausten perusteella keskimäärin noin 6 minuuttia.

Vastaajien mielestä toimiva kysymyspatteristo olisi lyhyt ja ytimekäs, selkeä ja sisältäisi lähinnä ”kyllä”/”ei” -kysymyksiä.

”Lyhyt ja ytimekäs.”

”Helpot, suorat, yksinkertaiset kysymykset, ei montaa kysymystä.”

”Nopea, selkeä, hieman listamainen, johon voi itse lisätä haluamansa asiat.”

”Voidaan vastata vain ei tai kyllä, ei siis tilaa spekuloinnille.”

7.2 Klinik-oireyökalu

Toiveita Klinik-oireyökaluun liittyvän täydennyskoulutuksen sisällöstä kysyttäessä vastauksista nousi esiin kokemus järjestelmän kankeudesta. Klinik-oireyökalu koettiin huonoksi sähköisen yhteydenoton menetelmäksi ja sen vaihtamista toiseen toivottiin. Pari vastaajista koki, ettei halua tai tarvitse täydennyskoulutusta, ja yksi vastaaja toivoi kunnollista perehdytystä järjestelmän käyttöön. Yksi vastaajista nosti esiin toiveen käytäntöjen yhtenäistämisestä, sekä koulutuksen tarpeesta Klinik-oireyökalun parissa työskenteleville.

”Klinik on mielestäni huono sähköisen yhteydenoton menetelmä ja toivoisin sen vaihtamista kokonaan toiseen.”

”En halua lisäkoulutusta, järjestelmä kankea.”

”Tähänkin yhtenäiset käytännöt, koulutusta jokaiselle Klinikin kanssa työskentelevälle.”

7.3 Suoravastaanotto

Kyselyssä kartoitettiin suoravastaanottotoiminnassa ilmenneitä haasteita. Suurimmaksi haasteeksi koettiin aikojen riittävyys. Aikojen tarpeen ja tarjonnan ei koettu kohtaavan. Lisäksi mainittiin huoli mahdollisista pitkistä jonoista lääkärin jat-

kotutkimuksiin joihin fysioterapeutti tarvittaessa asiakkaan lähettää. Vastauksessa pohdittiin, välittykö tällöin asiakkaalle kuva sujuvasta hoidonohjauksesta. Toinen useampaan kertaan mainittu haaste oli potilaiden luottamuksen saaminen. Asiakkaat tilaavat aikaa lääkärille, eivätkä välttämättä miellä ensimmäistä käyntiä fysioterapeutin luona tärkeäksi. Toimintaa perustelemalla asiakkaat kuitenkin usein ymmärtävät käynnin hyödyt. Pari vastaajaa mainitsi myös tiedon puutteen haasteeksi. Tiedon ei koeta tavoittavan kaikkia ajantasaisesti, eikä suoravastaanotolle ohjauksesta ole tullut rutiininomaista. Eräs vastaajista nosti esille myös moniammatillisuuteen liittyvän haasteen. Tavoitettavuus saattaa ajoittain olla haasteellista, sillä pelkän nimen perusteella ei välttämättä tunnista toisen ammattiryhmän edustajaa.

”Aikojen tarve ja tarjonta eivät aina kohtaa.”

”Ajoittain tavoitettavuus, koska uusi työntekijä, niin nimien perusteella ei tiedä ammattiryhmää.”

”Jos fysioterapeutti ohjaa jatkotutkimuksiin tai lääkärille mutta lääkärille pitkät jonot niin asiakkaalle ei välity kovin sujuva hoidonohjaus.”

”Välillä aikoja on liian vähän, mutta fysioterapeutit ovat ystävällisesti joustaneet ja ottaneet potilaan esim. ylimääräisenä. Asiakas ei miellä käyntiä välttämättä tarpeellisena. He tilaavat lääkärille aikaa, hyvillä perusteluilla saa usein asiakkaat ymmärtämään, että fysioterapeutit ovat juurikin oikea henkilö häntä ohjaamaan.”

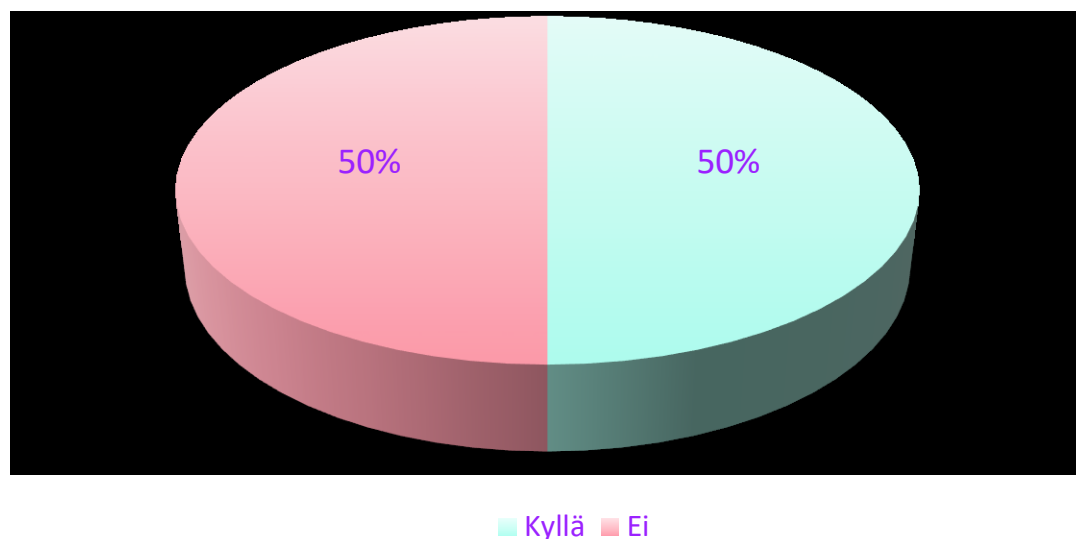
”Tiedon puute. Ei tule niin usein, että ohjaukseen tulisi rutiini.”

”Uuden suoravastaanottotoiminnan aloitukset haastavia, koska kaikkia ei tieto ajantasaisesti tavoita.”

7.4 Perehdytys

Hoidon tarpeen arviointiin ja puhelinohjaukseen perehdytyksen saamista kysyttäessä vastaukset jakaantuivat tasaisesti. Puolet kertoi saaneensa perehdytyksen ja puolet vastaajista kertoi perehdytyksen puuttuvan (kuvio 3).

Hoidon tarpeen arviointiin ja puhelinohjaukseen perehdytyksen saaneiden osuus



KUVIO 3. Hoidon tarpeen arviointiin ja puhelinohjaukseen perehdytyksen saaneiden osuus.

Puolet kertoi saaneensa perehdytyksen kokeneemman kollegan työskentelyä seuraamalla. Toinen puoli vastaajista kertoi, ettei ollut saanut varsinaista perehdytystä, vaan oppineensa työn sisällön varsinaisen työn ohella.

”Perehdytys kokeneemmalta kollegalta työsuhteen alussa. Ei varsinaista koulutusta aiheeseen.”

”Seurasin kokeneemman kollegan työskentelyä 4h noin 9v sitten.”

”Meillä ei ollut koulutusta hoidon tarpeen arviosta. Omalla pitkällä kokemuksella teen työtäni.”

”Hoidon tarpeen arvio perustuu lähinnä omaan ammattitaitoon (koulutukseen) ja työn mukanaan tuomaan tietoon/taitoon.”

Klinik-oiretyökalun käyttöön kertoi perehdytyksen saaneensa 80% vastaajista (kuvio 4). Perehdytyksen saaneet kertoivat perehdytyksen olleen lähinnä kollegan toteuttama lyhyt opastus Klinik-oiretyökalun käyttöön. Parissa vastauksessa mainittiin Klinik-oiretyökalusta pidetyn perusesittelyn ja oppimistilaisuuden. Lisäksi kaksi vastaajaa kertoivat lukeneensa kirjallisen ohjeistuksen asiaan liittyen.

”Kollega näytti miten Klinik toimii.”

”Tunnin perusesittely osastokokouksen yhteydessä.”

”Työkaveri kävi näyttämässä linkin, josta Klinik löytyy ja luin kirjallisen ohjeistuksen.”



KUVIO 4. Klinik-oiretyökalun käyttöön perehdytyksen saaneiden osuus.

Vastaajista 90% kertoi saaneensa perehdytyksen suoravastaanoton toimintaan (kuvio 5). Lähestulkoon kaikki kertoivat kollegan ja/tai fysioterapeutin kertoneen aiheesta. Osa tarkensi fysioterapeutin pitäneen esittelyn suoravastaanoton toiminnasta osastokokouksen yhteydessä. Vastauksista nousi tieto myös kirjallisten ohjeiden olemassaolosta.

”Koulutustilaisuus, kirjallinen ohjeistus.”

”Olen kuullut fysioterapeutin esittelyn osastokokouksessa ja kollega perehdytyksen yhteydessä kertonut aiheesta.”

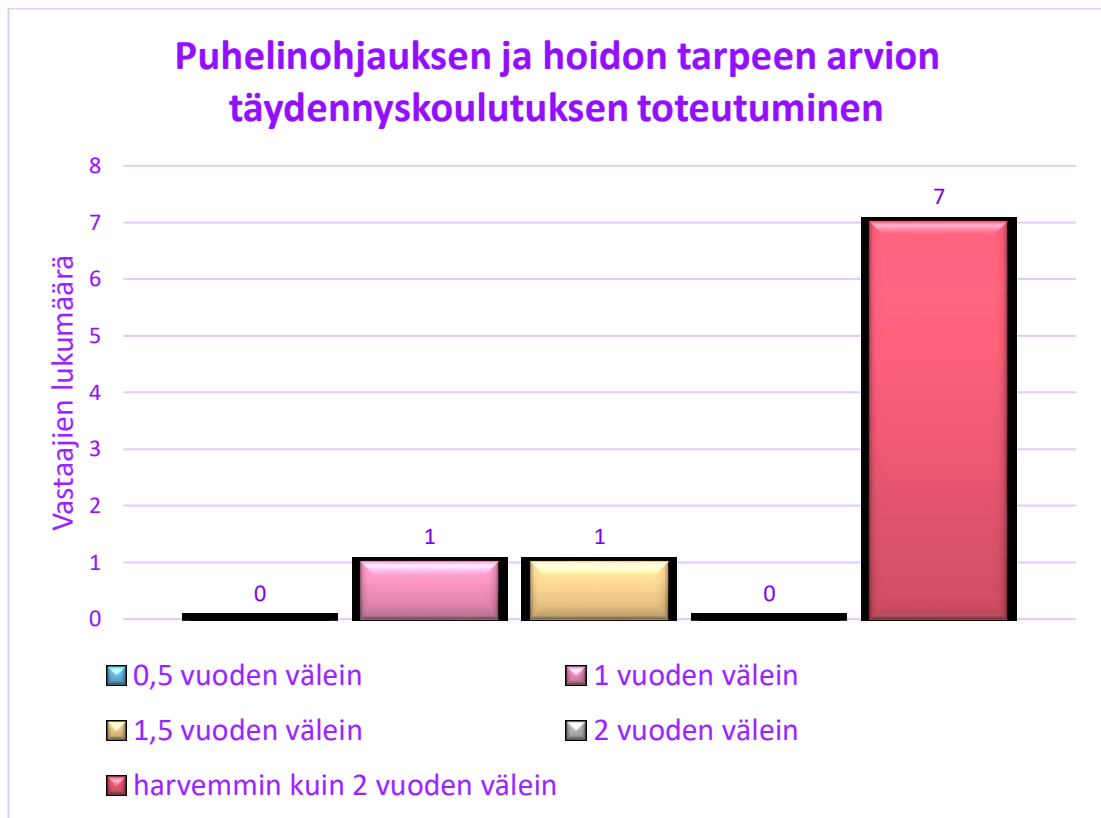
”Fysioterapeuttien kertoman, niistä myös muistiinpanot ja tarvittaessa voi konsultoida kollegaa, joka on ollut yhteistyössä fysioterapeutin kanssa suunnittelemassa suoravastaanottoa.”



KUVIO 5. Suoravastaanottoon perehdytyksen saaneiden määrä.

7.5 Täydennyskoulutus

Täydennyskoulutusta puhelinohjauksesta ja hoidon tarpeen arvioinnista koki saavansa vuoden välein yksi vastaaja, samoin yksi vastasi saavansa koulutusta 1,5 vuoden välein. Kuitenkin huomattavan suuri osa kertoi saavansa täydennyskoulutusta harvemmin kuin kahden vuoden välein. Yksi vastaajista oli jättänyt vastaamatta kysymykseen (kuvio 6).



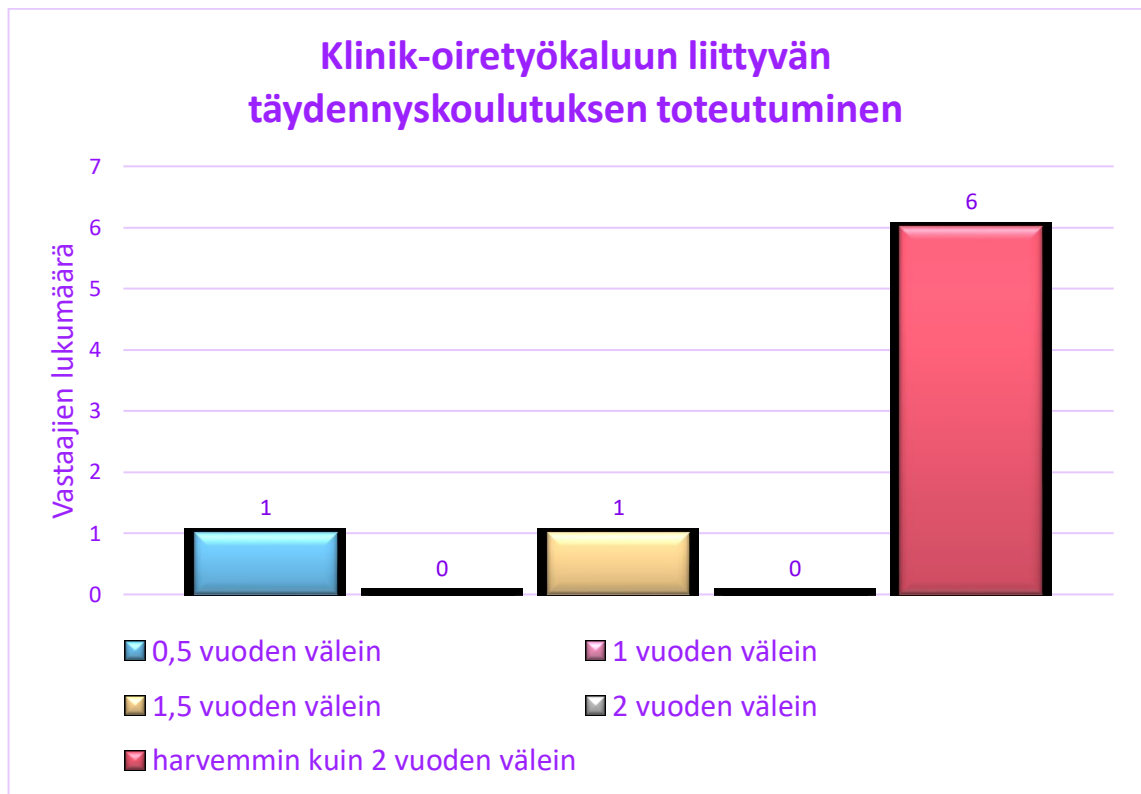
KUVIO 6. Puhelinohjauksen ja hoidon tarpeen arvioinnin täydennyskoulutuksen toteutuminen.

Suurin osa vastaajista ei kokenut saavansa riittävästi puhelinohjaukseen ja hoidon tarpeen arviointiin liittyvää täydennyskoulutusta. 20% koki saavansa riittävästi täydennyskoulutusta, ja toinen 20% vastaajista ei osannut sanoa (kuvio 7).



KUVIO 7. Puhelinohjauksen ja hoidon tarpeen arvioinnin täydennyskoulutuksen riittävyys.

Täydennyskoulutusta Klinik-oiretyökalun käyttöön tai toimintaan liittyen puolen vuoden välein sai yksi vastaaja, samoin yksi vastasi saavansa täydennyskoulutusta 1,5 vuoden välein. Loput kuusi vastaajaa kertoivat täydennyskoulutuksen toteutuvan harvemmin kuin kahden vuoden välein. Kaksi vastaajaa jätti vastaamatta kysymykseen (kuvio 8).



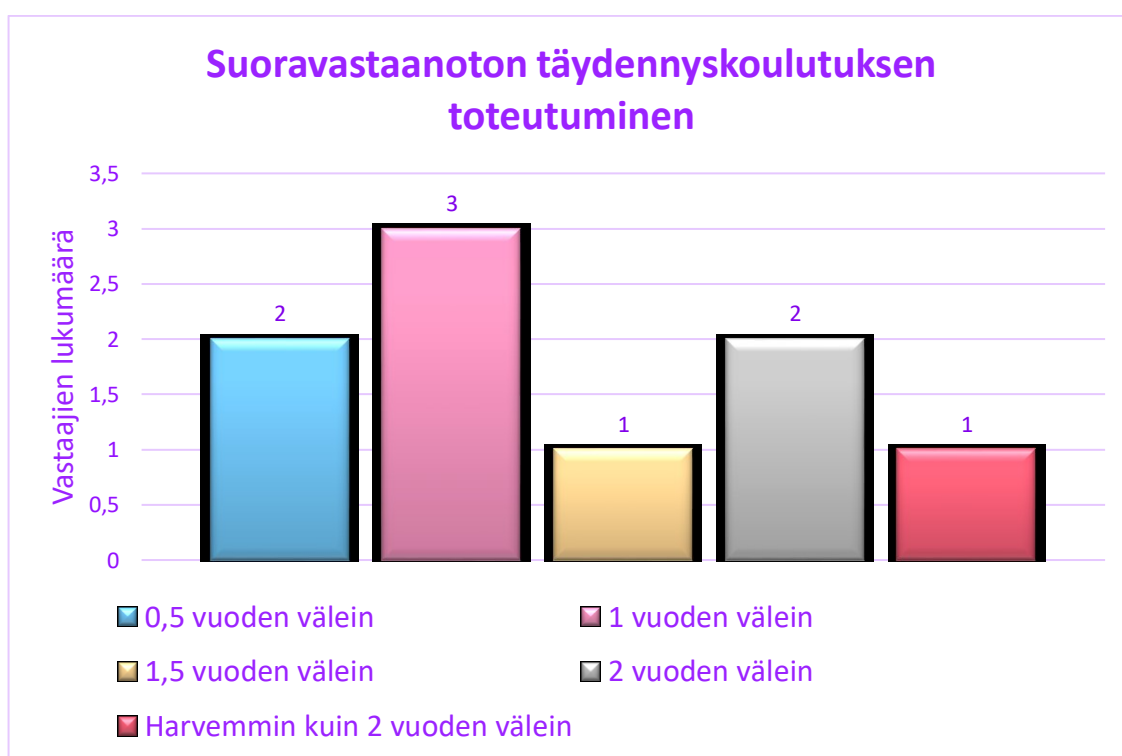
KUVIO 8. Klinik-oiretyökaluun liittyvän täydennyskoulutuksen toteutuminen.

Vastaajista 30% koki nykyisen täydennyskoulutuksen olevan riittävä ja 10% vastasi täydennyskoulutuksen määrän olevan riittämätön. Suurin osa vastaajista ei osannut arvioida täydennyskoulutuksen riittävyttä (kuvio 9).



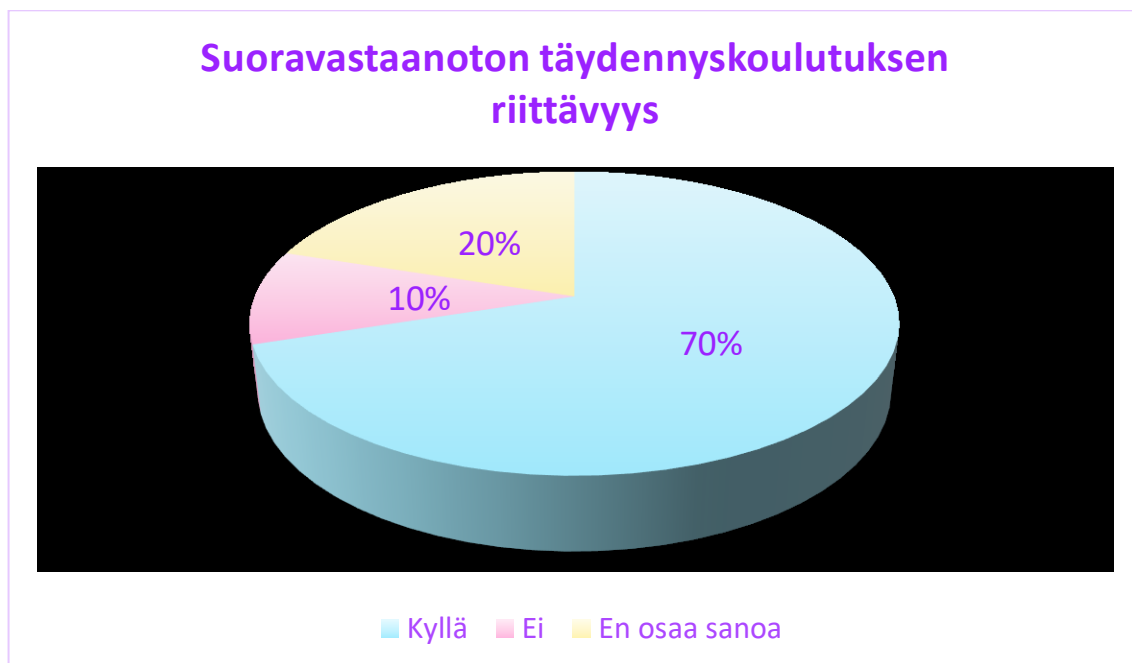
KUVIO 9. Klinik-oireyökaluun liittyvän täydennyskoulutuksen riittävyys.

Suoravastaanottoon liittyvän täydennyskoulutuksen toistuvuutta kysyttäessä kolme vastaajaa kertoi saavansa koulutusta vuoden välein, kaksi vastaajaa puolen vuoden välein ja samoin kaksi vastaajaa kertoi saavansa täydennyskoulutusta kahden vuoden välein. Yksi vastaajista kertoi koulutuksen tapahtuvan 1,5 vuoden välein, ja toinen harvemmin kuin 2 vuoden välein. Yksi vastaajista jätti vastaamatta kysymykseen (kuvio 10).



KUVIO 10. Suoravastaanottoon liittyvän täydennyskoulutuksen toteutuminen.

Kyselyyn vastanneista suurin osa, 70% koki suoravastaanoton täydennyskoulutuksen olevan riittävää. 10 % koki koulutuksen olevan riittämätöntä, ja loput 20% ei osannut arvioida sen riittävyttä (kuvio 11).



KUVIO 11. Suoravastaanottoon liittyvän täydennyskoulutuksen riittävyys.

Suoravastaanoton täydennyskoulutukseen liittyviä toiveita kartoittavaan kysymykseen tuli muutama vastaus. Kaksi vastaajaa totesi nykyisen käytännön olevan toimiva, eivätkä he kaivanneet täydennyskoulutusta. Muiden vastausten perusteella suoravastaanoton toiminnasta kaivattaisiin säännöllistä kertausta ja muistuttelua esimerkiksi puolen vuoden välein, sillä se meinaa unohtua. Lisäksi toivottiin selkeitä ohjeita ja työkaluja hoidon tarpeen arviointiin, ja selkeämpää toimintamallia hoidon tarpeen arviointiin.

”Nykyinen tapa on toimiva.”

”Osastotunteja säännöllisesti esim. puolen vuoden välein. Muistuttamista.”

”Selkeät ohjeet ja työkalut hoidon tarpeen arviointia varten, selkeä toimintamalli tämän jälkeen.”

7.6 Työn mielekkyys

Kaikista vastauksista huokui positiivinen asenne työhön. Moni vastasi suhtautuvansa innolla työhönsä ja haluavansa kehittää työtään sekä itseään. Esille nousi myös halu tehdä työtä mahdollisimman laadukkaasti. Vastauksissa mainittiin myös asiallinen ja rutiininomainen suhtautuminen työhön.

”Suhtaudun työhöni innolla, mutta asiallisesti.”

”Pyrin hoitamaan työni mahdollisimman hyvin.”

”Innokas, oppimishaluinen.”

”Positiivinen asenne, tulevaisuutta ja muutoksia pelkäämätön, avoimin mielin kohti muutoksia.”

”Rutiininomainen.”

Työn mielekkyyteen liittyvissä vastauksissa mainittiin ammatin olevan mieleinen. Työ koettiin palkitsevaksi, vaikkakin ajoittain hyvin kuormittavaksi ja kiireiseksi.

”Pidän työstäni, sen tuomista haasteista. Työni on palkitsevaa, joskin erittäin kiireistä ja henkisesti kuormittavaa. Olen ahkera ja halukas kehittämään työtäni sekä itseäni.”

”Käyn mielelläni työssä ja olen mielestäni ammatissa, jota haluan tehdä.”

Hoidon tarpeen arviointi koettiin kuitenkin useammassa vastauksessa epämiellyttäväksi ja olosuhteiden pakosta välttämättömäksi työn osuudeksi. Yksi vastaajista koki hoidon tarpeen arvioinnin olevan mielekästä, ja toinen mainitsi kyseisen työn olevan mielekästä silloin kuin työntekijöitä on riittävästi.

”En kovin mielekkääksi, mutta olosuhteiden pakosta, välttämättömäksi.”

”Teen mielelläni ja kyselen paljon.”

”Se on oikeaan hoitoon ohjaamisen kulmakivi. Hoidon tarpeen arviointi on mielekästä, kun tekijöitä on riittävästi ja siihen löytyy työrauha.”

7.7 Kehitysmuutosmyönteisyys

Muutoksiin suhtautumista kysyttäessä suurin osa vastaajista kuvasi olevansa avoin muutoksille ja suhtautuvansa niihin positiivisesti ja innokkaasti. Muutokset koetaan enemmän mahdollisuutena kuin uhkana. Pieni osa kertoi suhtautuvansa varauksellisesti muutoksiin, ja pohtivansa muutosten etuja ja haittoja, sekä pyrkivänsä havaitsemaan mahdollisia ongelmia.

”Varauksella. Prosessoin muutosta mielessäni ja koitan nähdä sen tuomat edut ja haitat. Yritän löytää ongelmakohtia, jotta ne voidaan ratkaista ajoissa.”

”Muutokset ovat aina tervetulleita, kunhan niitä on suunniteltu yhdessä.”

”Muutos on mahdollisuus.”

”Olen helposti innostuva. Toki arvioin itse tilanteesta riippuen, että koenko muutokset mielekkäiksi vai en.”

Muutokset koettiin tarpeellisina, sillä työnkuvan ja asiakaskunnan koetaan olevan nopeasti muuttuva. Nopeasti muuttuva työnkuva koettiin tosin myös raskaaksi. Vastauksista nousi myös esille muutosten yhdessä suunnittelun tärkeys, ja se että mikäli muutos ei ole toimiva, sitä muokataan uudelleen niin kauan, kunnes ratkaisu miellyttää kaikkia.

”Muutoksien tekeminen on tarpeellista muuttuvan hoidon tarpeen ja potilaskunnan vuoksi. Muutoksiin suhtaudun aina innokkaasti, kunhan epäonnistuessaan voidaan muuttaa uudelleen, kunnes löytyy kaikkia miellyttävä ratkaisu.”

”Positiivisesti. Nykypäivän työ on jatkuvaa muutosta, johon tulee sopeutua.”

”Innolla. Pyrkimyksenä kehittyä työssä mutta myös kehittää työtä. Ajoittain nopeastikin muuttuva työnkuva toki ajoittain aiheuttaa stressiä, mutta omalla persoonalla voi paljon vaikuttaa muutoksien vastaanottamiseen ja tätä kautta kehittyä ihmisenä ja työntekijänä.”

Suurin osa vastaajista koki, että tulevien muutosten suunnitteluun ja toteuttamiseen osallistuminen mahdollistettiin hyvin. Aktiivinen ja innovatiivinen asenne tuli huomioiduksi, kaikki olivat mukana erilaisissa muutostyöryhmissä, joissa muutosten suunnittelu tapahtui moniammatillisesti.

”Mielestäni hyvin. Aktiivinen, innovatiivinen ja kehittävä asenne huomataan.”

”Tähän asti hyvin; kaikki on erilaisissa muutokseen liittyvissä työryhmissä.”

”Tällä hetkellä perustettu moniammatillisia työryhmiä terveystalvelujen toiminnan muutoksen suunnittelua varten.”

”Päiväohjelmasta saadaan sulkea ajat esim. suunnittelupalaverien alta.”

Kuitenkin moni kertoi osallistumisen olevan myös haastavaa lähinnä resurssipuulan ja ajan puutteen takia. Ryhmiin osallistumisen koettiin olevan hankalaa, perustyöhön ei koettu annettavan sijaisia ja kollegat kokivat joutuvansa hoitamaan myös muutosten suunnitteluun osallistujan työt. Muutama vastasi myös, että suunnitteluun osallistumista ei mahdollisteta, ja että joistakin muutoksista tiedotetaan vasta kun ne on jo sovittu, eikä muutoksia suunnitella työntekijöiden toimesta.

”Ei juuri lainkaan. Tehtäviä tulee runsaasti mm. eri työpajoja, mutta perustyön tekemiseen ei anneta sijaisia eli kaikki on tehtävä perustyön ohella.”

”Vaihtelevasti. Usein muutokset kuitenkin suunnitellaan jonkun muun kuin työn toteuttajien toimesta.”

”Osaan pystyy osallistumaan, osasta muutoksista ei ole tietoa ennen kuin ne on jo lyöty lukkoon.”

”On mahdollista osallistua, mutta aikaa ei ole eikä resursseja riittävästi.”

”Hankala osallistua ryhmiin tms. Muut joutuvat hoitamaan toisen puhelut ja työt.”

7.8 Moniammatillinen yhteistyö

Kyselyssä kartoitettiin kokemuksia suoravastaanottoon liittyvästä moniammatillisesta yhteistyöstä. Yhteistyön kuvattiin olevan helppoa ja toimivaa. Yhteistyö koettiin tärkeäksi. Eräs vastaajista kertoi kollegoiden ja lääkäriparin olevan käytettävissä, ja muiden ammattien edustajien olevan saatavilla puhelimen tai viestin päässä. Toinen vastaaja mainitsi fysioterapeuttien työskentelytilojen olevan eri paikassa, eikä heitä arjessa tästä syystä kohtaa, mutta tästä huolimatta vastaaja koki moniammatillisen toiminnan olevan sujuvaa. Moni koki myös asiakkaan selkeästi hyötyvän vastaavasta moniammatillisesta toiminnasta ja lääkärille suuntautuvan asiakasvirran vähenevän.

Vastauksista nousi myös esille, että moniammatilliseen yhteistyöhön liittyvät käytännön asiat ovat epäselviä. Eräs vastaaja muistuttikin, että olisi erittäin tärkeää, että kaikki osapuolet ovat tietoisia ajankohtaisista ohjeistuksista suoravastaanottoon liittyen.

”Helppoa, luotettavaa, palvelee erittäin hyvin potilaita.”

”Toimii melko hyvin. Lääkäripari käytettävissä, samoin kollegat. Muut puhelimen tai viestin päässä.”

”Erittäin tärkeää. On huomioitava, että kaikki moniammatillisen työryhmän osapuolet ovat tietoisia juuri tällä hetkellä olevista ohjeistuksista suoravastaanottoon liittyen.”

”En osaa käyttää nykyisellään, käytännön asiat epäselviä.”

”Ihan hyvä, toki emme fysioterapeuttien kanssa tapaa arjessamme koska olemme fyysisesti eri paikassa töissä. Suoravastanotto on kuitenkin hyvä byrokratiaa vähentävä kanava tarjota asiakkaalle pikaista apua.”

8 Pohdinta

8.1 Opinnäytetyön eettisyyden ja luotettavuuden tarkastelu

Tutkimuksen tekoon liittyvät eettiset haasteet koskevat koko tutkimusprosessia, suunnittelusta julkaisuun asti. Tutkimusetiikalla tarkoitetaan valinta- ja päätöksentekotilanteita, joita tutkija joutuu työssään tekemään. Eettisten ohjeiden lisäksi lainsäädäntö ohjaa terveystieteellistä tutkimusta. (Kylmä & Juvakka 2007, 137-139.) Tutkimusetiikkaa pohdittiin kyselytutkimusta suunniteltaessa. Kysely piti toteuttaa toimeksiantajatahon toivomalla sähköisellä kyselylomakkeella, joka on kyseisessä kunnassa yleisesti käytössä. Opinnäytetyön tekijät olisivat saaneet kuitenkin käsiteltäväkseen pelkän koosteen kyselyn vastauksista. Tällöin ei olisi pystytty takaamaan kerättyjen tietojen luvanvaraista käsittelyä eikä vastaajan anonymiteetin toteutumista, joten kysely päätettiin toteuttaa ammattikorkeakoulun omalla sähköisen kyselyn tekoon tarkoitettulla ohjelmalla. Aineiston keruussa käytetty kyselykaavake on opinnäytetyön tekijöiden kehittämä, joten tekijänoikeuskysymyksiä ei kaavakkeen suhteen ole. Kyselylomakkeen linkki lähetettiin sähköisesti toimeksiantajalle, joka välitti kyselyn kohderyhmälle. Tämän ansiosta kyselyyn vastanneiden anonymiteetti on turvattu. Kyselyn vastaukset ovat olleet vain opinnäytetyön tekijöiden saatavilla, joten edes toimeksiantajataho ei ole saanut vastauksia nähtäväkseen missään vaiheessa. Tämä lisää vastanneiden identiteettisuoja. Anonymiteettiä ajatellen erääseen kysymykseen tulleet kaksi vastausta poistettiin, sillä vastaaja olisi ollut niiden perusteella helposti tunnistettavissa työyhteisössään.

Henkilötietolaki edellyttää, että tutkittavilta saadaan tietoon perustuva suostumus. Aineisto tulee hävittää käyttötavoitteen saavuttamisen jälkeen. Mahdollista jatkotutkimusta varten tutkittavilta tulee pyytää erillinen suostumus aineiston tallentamiseen ja käyttöön uudessa tutkimuksessa. Henkilötiedoilla tarkoitetaan esimerkiksi nimeä, ikää ja ammattinimikettä. Henkilötietojen käsittelyllä tarkoitetaan esimerkiksi henkilötietojen keräämistä, tallentamista, järjestämistä, käyttöä, säilyttämistä, suojaamista ja tuhoamista. (Kylmä & Juvakka 2007, 140-141.)

Tutkittaville tulee esittää tietoon perustuvan suostumuksen periaatteet, joilla pyritään välttämään haitan aiheutumista tutkittavalle. Eettisen näkökulman mukaan

tutkimukseen osallistujaa on tiedotettava muun muassa tutkimuksen tarkoituksesta, menettelytavoista, ja mihin saatua tietoa aiotaan käyttää. Lisäksi tulee kertoa nimettömyydestä, luottamuksellisuudesta ja yksityisyydestä, joilla taataan tutkittavien suoja. Tutkittavaa tulee myös informoida oikeudesta vetäytyä tutkimuksesta niin halutessaan, sekä mahdollisuudesta kysyä lisätietoja tutkimuksesta missä vaiheessa tahansa. (Kylmä & Juvakka 2007, 149-150.) E-lomakelinkin mukana osallistujille lähetettiin saatekirje, josta selviää muun muassa kerättyjen tietojen käyttötarkoitus, hävittämissuunnitelma ja tutkijoiden yhteystiedot (liite 3). Saatekirjeen myötä vastaajat sallivat tietojen käsittelyn kyseisessä tutkimuksessa vastaamalla kyselyyn. Saatekirjeessä kerrottiin myös mahdollisuudesta keskeyttää kyselyyn osallistuminen. Keskeytyspyyntöjä ei tullut.

Kyselytutkimuksen kysymykset täytyy asetella niin, etteivät ne ole johdattelevia tai manipuloivia (Kylmä & Juvakka 2007, 151). Kyselyn kysymystenasettelu pyrittiin muodostamaan mahdollisimman neutraaliksi, jotta niistä ei tulisi johdattelevia. Kyselyn julkaisun jälkeen kuitenkin havaittiin, että yksi kysymyksistä oli hieman johdatteleva, joka näkyi myös kyselyn vastauksissa. Kysymyksessä kysyttiin suoraan, millaisia haasteita vastaaja kokee suoravastaanottoiminnassa olevan. Vastauksissa esiintyi runsaasti eri haasteita. Tämä hieman pudottanee kyselytuloksen luotettavuutta.

Tutkimusetiikassa tärkeinä periaatteina ovat haitan välttäminen, oikeudenmukaisuus, rehellisyys, luottamus ja kunnioitus, sekä ihmisoikeuksien kunnioittaminen (Kylmä & Juvakka 2007, 147). Oikeudenmukaisuus korostuu etenkin tutkimustuloksia raportoidessa. Tutkimustuloksia käsitellessä eettisyys otetaan huomioon raportoimalla avoimesti, rehellisesti ja tarkasti. (Kylmä & Juvakka 2007, 154.) Kyselyn vastauksia on käsitelty luottamuksellisesti, eikä tuloksia ole muokattu millään lailla. Raportointi pyrittiin toteuttamaan mahdollisimman rehellisesti ja todenperäisesti.

Tutkimuksen luotettavuutta arvioidessa tulee selvittää, kuinka totuuden mukaista tietoa tutkimuksella on kyetty tuottamaan, sillä tieteellisen tutkimuksen tarkoituksena on tuottaa mahdollisimman luotettavaa tietoa. Laadullisen tutkimuksen luotettavuutta arvioidessa tulee huomio kiinnittää tutkimuksen uskottavuuteen, vahvistettavuuteen, refleksiivisyyteen ja siirrettävyyteen. (Kylmä & Juvakka 2007,

127.) Tutkimus- ja sisällönanalyysiprosessi on pyritty kuvaamaan työssä mahdollisimman tarkasti, jotta lukijan on helppo arvioida tutkimuksen luotettavuutta.

Uskottavuudella tarkoitetaan tutkimuksen ja sen tulosten uskottavuutta ja sen todentamista. On siis varmistettava, että tutkimustulokset vastaavat osallistuneiden henkilöiden näkemyksiä asiasta. Erityisesti laadullisessa tutkimuksessa ollaan kiinnostuneita tutkimukseen osallistuneiden näkökulmasta. Tutkimuksen tulokset voidaankin palauttaa tutkimukseen osallistuneille ja pyytää heitä arvioimaan tutkimustuloksia. (Kylmä & Juvakka 2007, 128.) Tutkimuksesta saatuja tuloksia ei palautettu prosessin aikana vastaajien arvioitavaksi. Opinnäytetyö lähetettiin työelämätahon luettavaksi, jotta tarvittavat asiasisällöt saatiin korjattua. Tämä lisää tutkimustuloksen uskottavuutta. Opinnäytetyöstä tullaan antamaan yksi painos työelämätaholle, jolloin vastaajillakin on mahdollisuus palata kyselyn tuloksiin myöhemmin. Vahvistettavuuteen vaikuttaa myös voimakkaasti työntekijöiden subjektiiviset kokemukset työyhteisön tilanteesta. Mikäli sama kysely esitettäisiin samoille henkilöille myöhemmin uudelleen, voisi heidän vastauksensa erota voimakkaastikin nykyisistä vastauksista.

Vahvistettavuus liittyy koko tutkimusprosessiin ja ideana on kuvata, kuinka tutkimuksen tekijä on päässyt kyseisiin tuloksiin. Vahvistettavuus on usein kuitenkin ongelmallista, sillä toinen tutkija ei välttämättä päädy samoihin tuloksiin saman aineiston pohjalta. Laadullisessa tutkimuksessa todellisuuksia onkin monia ja tämä hyväksytään, eikä tämä tarkoita tutkimuksen epäluotettavuutta. (Kylmä & Juvakka 2007, 129.) Kuten laadullisessa tutkimuksessa yleensäkin, on tässäkin tutkimuksessa vahvistettavuus haastavaa, sillä toinen tutkija ei välttämättä saisi samoja tutkimustuloksia saman aineiston pohjalta.

Reflektiivisyydellä tarkoitetaan sitä, että tutkijan on oltava tietoinen omasta asemastaan tutkimuksen tekijänä. Tutkijan tulee pohtia, kuinka hän on vaikuttanut aineistoon, tutkimusprosessiin ja kuvata niiden lähtökohdat tutkimuksessaan. (Kylmä & Juvakka 2007, 129.) Tutkijoina opinnäytetyön tekijät ovat pyrkineet olemaan vaikuttamatta tutkimustuloksiin. Tätä on helpottanut muun muassa se, että tutkijat ovat tutkimuskohteena olleen organisaation ulkopuolelta eikä tutkimusta ole toteutettu esimerkiksi tutkijoiden omissa työyhteisöissä. Tutkimukseen on kuitenkin vaikuttanut toimeksiantajatahon ensimmäisessä palaverissa käyttämä

sana suoravastaanoton haasteista. Tutkijat ovat alusta saakka siis olleet tietoisia haasteiden olemassaolosta, jonka pohjalta tutkimusta on lähdetty toteuttamaan, ja tämä tieto on hieman ohjannut esimerkiksi kyselytutkimuksen kysymystenasettelua. Tämän vuoksi haasteet-sana on esiintynyt sähköisessä kyselyssä, ja vastaajien kokemusta haasteista kysyttiin. Tämä on kuitenkin tiedostettu tutkimusaineiston sisällönanalyyssissä, jolloin on pyritty kiinnittämään erityisesti huomiota siihen, ettei kyseinen negatiivinen mielikuva vaikuta tutkimuksen tuloksiin.

Siirrettävyydellä puolestaan tarkoitetaan siitä, kuinka tutkimustuloksia voidaan siirtää muihin vastaaviin tilanteisiin. Tutkimuksen tekijän onkin annettava riittävästi taustatietoa tutkimukseen osallistujista ja ympäristöstä, jotta voidaan pohtia siirrettävyyttä. (Kylmä & Juvakka 2007, 129.) Opinnäytetyössä on pyritty tuomaan selkeästi esiin kohdejoukon kuvausta, jotta työn siirrettävyyttä voidaan pohtia. Tutkimus on kohdistettu tietyn terveyskeskuksen henkilökunnan tarpeisiin. Siirrettävyys saattaisi olla haastavaa, sillä työyksiköt ja niissä vallitsevat asenteet ovat yksilöllisiä. Tutkimuksen toteuttaminen toiseen terveyskeskukseen saisi aikaan mahdollisesti eri tuloksen. Tulosten eroavaisuudet eivät kuitenkaan tarkoita, että tutkimustulokset olisivat epäluotettavia.

Laadullisten tutkimusten tuloksia on kritisoitu niiden pienistä osallistujamääristä, subjektiivisuudesta ja satunnaistamisen sekä yleistettävyyden puutteesta. Laadullisen tutkimuksen tekijät sortuvat usein tarkastelemaan tutkimustuloksia määrällisen tutkimuksen keinoin, jolloin laadullisen tutkimuksen ominaispiirteistä tulee kriittisiä kohtia, jotka mitätöivät tutkimustulokset. Onkin tärkeää tutkimuksen luotettavuuden kannalta, että laadullista tutkimusta tarkastellaan aina sen omista lähtökohdista. (Kylmä & Juvakka 2007, 133-134.) Tutkimuksen kohteena olleessa terveyskeskuksessa hoidon tarpeen arviota tekevien sairaanhoitajien määrä on pieni. Näin ollen myös osallistujamäärä oli pieni. Tutkimuksen luotettavuutta pyrittiin lisäämään pidentämällä vastausaikaa, jotta mahdollisimman suuri osuus sairaanhoitajista kerkeäisi vastaamaan kyselyyn. Kyselyyn vastasikin lopulta 77% kyselyn saaneista, joka on laadullisessa tutkimuksessa erittäin hyvä vastausprosentti. Vastausprosentin suuruus lisää tutkimuksen luotettavuutta. Kyselyssä oli laadullisten kysymysten joukossa myös määrällisiä kysymyksiä, joita on käsitelty tutkimustuloksissa. Vastaus tutkimuskysymykseen on kuitenkin saatu laadullisten kysymysten perusteella.

Opinnäytetyössä käytettyjä lähteitä on tutkittu kriittisesti ja pyritty käyttämään vain tieteellisiä julkaisuja teorianäytteenä. Tieteellisten julkaisujen ohella on käytetty myös asiantuntijahaastatteluja ja kunnan verkkosivuilta löytynyttä tietoa kunnan asukkailleen mainostamista palveluista. Hieman tutkimuksen luotettavuutta heikentää kansainvälisten lähteiden vähäisyys tutkimuksen keskeisessä osassa olevaan suoravastaanottoon liittyen. Tätä perustellaan kuitenkin sillä, että Suomessa toteutettava terveydenhuollon rakenne poikkeaa muiden maiden terveydenhuollosta. Tästä syystä tietoa esiteltiin lähinnä vain yleisesti suoravastaanoton historiasta, eikä syvennytty esittelemään suoravastaanottoiminnan käytänteitä ulkomailla.

8.2 Tulosten tarkastelu

Perehdyttämistä ja työnopastusta pidetään yhtenä parhaimmista ennakoivista turvallisuustoiminnoista. On havaittu, että perehdytykseen ja työnopastukseen liittyvät puutteet ovat yleisiä työtapaturmaan johtaneita syitä. Nuorten, työuraansa aloittavien työntekijöiden perehdyttämiseen on syytä kiinnittää erityistä huomiota. Perehdytys tulee järjestää kaikille henkilöstöryhmille, sisältäen myös esimerkiksi vuokratyöntekijät ja kesätyöntekijät. (Työturvallisuuskeskus, n.d.) Perehdytystä annettaessa tulee huomioida työntekijän koulutus, työkokemus ja ammatillinen osaaminen (Työsuojelu.fi, 2018).

Opinnäytetyön kyselyyn vastanneet ovat saaneet perehdytyksen tehtäviinsä lähinnä kollegalta tai oppineet itse työn kautta. Suoravastaanottoon suurin osa kertoi kuitenkin saaneensa perehdytyksen suoraan fysioterapeuteilta. Vastauksista nousi esiin Klinik-oireyökaluun liittyvän perehdytyksen tarve. Kirjallisia ohjeita on työyhteisöllä ilmeisesti olemassa niin hoidon tarpeen arviosta, Klinik-oireyökaluusta kuin suoravastaanottoiminnastakin.

Vastausten perusteella suoravastaanoton täydennyskoulutuksen koettiin olevan riittävää, kun taas hoidon tarpeen arviointiin liittyvän lisäkoulutuksen koettiin olevan riittämätöntä. Klinik-oireyökaluun täydennyskoulutuksen riittävyyttä suurin osa ei osannut arvioida. Työympäristöä ja -tapoja, sekä työyhteisön tilaa tulee

tarkkailla jatkuvasti ja tarvittaessa järjestää täydentävää opetusta. Työnantajan velvollisuus on huolehtia, että kyseistä työtä ei tee kuin työhön pätevä työntekijä. (Työsuojelu.fi, 2018.)

Puhelinohjaukseen käytetään keskimäärin aikaa 5-18 minuuttia. Käytetyn ajan määrä lisääntyi potilaan iän kasvaessa ja terveydentilan huonontuessa. Käytettyyn aikaan vaikuttaa myös organisaation ohjeet, systemaattinen kirjaaminen ja toistuvuus. Potilastietojärjestelmien käyttömahdollisuus vaikuttaa myös käytetyn ajan määrään. Puhelinohjausta pidetään hoitajalle haastavana, sillä hoitaja tarvitsee paljon tietoa erilaisista terveysongelmista sekä runsaasti tiedollista, taidollista ja eettistä osaamista. Puhelinohjausta antavilta hoitajilta edellytetäänkin pitkää työkokemusta ja koulutusta. Erityisosaamiskoulutusta arvostetaan myös suuresti. Hoitajat hyötyvät puhelinohjauksen lisäkoulutuksesta, sillä se nopeuttaa hoidon tarpeen arviointia sekä tekee arvioinnista laadukkaampaa. (Orava, Kääriäinen & Kyngäs 2012, 222-226.) Opinnäytetyönä tehdyn kyselytutkimuksen tulokset osoittavat, että hoitohenkilöstö pitää hoidon tarpeen arviota tärkeänä osana työtä. Hoidon tarpeen arviota tekevät sairaanhoitajat kokivat kyseisen työnkuvan olevan aikaa vievää, ja vievän liikaa aikaa erityisesti varsinaisesta potilastyöstä.

Tietokoneohjelmilla ei voida korvata hoitajan ammattitaitoa, vaan niitä voidaan käyttää parhaimmillaankin vain täydentävänä työkaluna. Hoitajan ammattitaito korostuu erityisesti siinä, että hoitaja kykenee yksilöimään yleisiä toimintaohjeita potilaan tarpeen mukaiseksi. Tietokoneohjelmat tukevatkin hoitajan ammattitaitoa ja antavat hoidollista itsevarmuutta sekä lisäävät hoitajan luotettavuutta. Hoidon tarpeen arviota haittaavia tekijöitä ovat saatavilla olevien apuvälineiden rajalliset käyttömahdollisuudet sekä puutteelliset ohjeistukset. (Orava, Kääriäinen & Kyngäs 2012, 222-226.) Klinik-oiretyökalu on työyhteisössä koettu kankeaksi yhteydenoton menetelmäksi, ja moni toivoikin järjestelmän vaihtoa toiseen.

Suoravastaanotto koetaan asiakasta hyvin palvelevaksi toiminnaksi. Asiakas pääsee nopeasti hoidon piiriin ja jonot lääkäreille lyhenevät. Suurimmaksi haasteeksi on muodostunut aikojen tarpeen ja tarjonnan epäsuhta, sekä potilaiden luottamuksen saaminen. Moni potilas ottaa yhteyttä varatakseen aikaa lääkärin

vastaanotolle, joten heitä saa vakuutella fysioterapeutin vastaanotolla käynnin hyödyistä. Suoravastaanotolle ohjaamisesta ei myöskään ole tullut vielä rutiinia.

Opinnäytetyön kyselytutkimuksen kohteena olleet työntekijät kokivat työn olevan kiireistä ja aiheuttavan stressiä. Työn koettiin olevan ajoittain jopa liian kuormittavaa. Erityisesti hoidon tarpeen arviointi mainittiin kuormittavana työn osuutena. Stressillä tarkoitetaan tilannetta, jossa henkilöön kohdistuu niin paljon haasteita ja vaatimuksia, että yksilön omat voimavarat ovat äärimmillään tai ylittyvät. Stressi voi olla myönteinen tai kielteinen asia ja pahimmillaan stressi voi olla monin tavoin vaarallista. Stressi on psykologista, mutta voi aiheuttaa myös fyysisiä oireita. (Mattila 2018.)

Työn imu liittyy käsitteenä vahvasti työn mielekkyyteen. Työterveyslaitoksen (n.da) kuvauksen mukaan työn imulla tarkoitetaan positiivista tunne- sekä motivaatiotilaa työhön liittyen. Tarmokkuus, omistautuminen ja uppoutuminen taas puolestaan liittyvät työn imuun. Tarmokkuudella tarkoitetaan energisyyden kokemusta, johon liittyy halu panostaa työhön ja sinnikkyys myös vastoinkäymisissä. Omistautuminen on tunne innokkuudesta, inspiraatiosta, ylpeydestä ja merkityksellisyydestä. Uppoutuminen tarkoittaa syvää keskittymisen ja paneutumisen tilaa ja siitä nauttimista. (Työterveyslaitos, n.da.) Työ koettiin mielekkääksi ja palkitsevaksi. Työtä haluttiin tehdä mahdollisimman laadukkaasti. Vain muutamassa vastauksessa nostettiin esille hoidon tarpeen arvioinnin olevan epämieluisen osa työnkuvaa. Työyhteisössä työhön suhtaudutaan yleisesti kuitenkin innolla, ja vaikuttaisikin siltä, että motivaatio on työntekoa kohtaan suuri.

Työn imusta on positiivisia vaikutuksia paitsi työn tekijälle, myös työorganisaatiolle. Tällaiset työntekijät ovat aloitteellisia ja uudistushakuisia ja he edistävät työn imun kokemista työyhteisössään. Työn imua kokevat työntekijät ovat työhönsä sitoutuneita ja auttavat kollegoitaan. (Työterveyslaitos, n.da.) Suurin osa vastaajista toikin esiin halun kehittää itseään ja työtään.

Moniammatillisen yhteistyön koettiin olevan sujuvaa ja luotettavaa, sekä palvelevan hyvin asiakkaita kyseisessä terveyskeskuksessa. Organisaatiossa on kuitenkin myös haasteita liittyen esimerkiksi työntekijöiden tavoitettavuuteen, koska osa työntekijöistä työskentelee eri toimipisteessä eikä kaikkien ammattinimikettä

tiedä pelkän nimen perusteella. Myös moniammatillisen yhteistyön käytännön asiat koettiin epäselviksi, ja moniammatillisuuden hyödyntäminen vaikeaksi. Tiedonkulun koettiin tapahtuvan viiveellä. Moniammatillisuutta edistäviä tekijöitä ovat asiantuntijuuden rajojen tunnustaminen ja ylittäminen, yhteinen keskustelu ja reflektio, sekä luottamuksellinen ja kunnioittava ilmapiiri. Horjuttavia tekijöitä taas ovat erilaiset tavat viestiä eri ammattikuntien välillä, ja epäselvät roolit ja vastuut. Nykyään digitalisaatio mahdollistaa reaaliaikaisen vuorovaikutuksen. (Mönkkönen ym. 2019a, 138-139.) Moniammatillisessa työssä tarvittavan luottamuksen synnyssä henkilöityminen on tärkeä tekijä. Yhdessä toimiessa kollegat oppii tuntemaan ja yhteistyön aloittaminen on helpompaa kun tekijät ovat jo ennestään tuttuja. Luottamuksellinen ilmapiiri lisää sitoutumista, tehostaa viestintää, kehittää ristiriitojen rakentavaa ratkaisua, sekä edistää työn tehokkuutta ja tuloksellisuutta. (Mönkkönen ym. 2019b, 68.)

Muutokseen suhtautuminen saattaa vaihdella innon ja ahdistuksen välillä. Siihen miten ihminen kokee muutoksen vaikuttaa muun muassa aiemmat kokemukset, elämäntilanne, motivaatio ja oma rooli työpaikalla. Ihminen kokee helposti turvatomuudentunnetta, mikäli muutoksia tapahtuu liikaa, liian nopeasti ja monella tasolla. Usein vastarintaa helpottaa kuitenkin tietoisuus siitä, että saa olla itse vaikuttamassa muutokseen ja kehitykseen. (Rauramo 2013, 13.) Työyhteisössä koettiin jatkuvien muutosten olevan nykypäivää. Muutoksiin suhtaudutaan mahdollisuutena, avoimin mielin. Muutamista vastauksista oli havaittavissa kuitenkin myös pientä varautuneisuutta muutoksia kohtaan. Työnantajan koettiin pääasiassa mahdollistavan työntekijän osallistumisen muutoksiin joko niiden suunnittelun, tai toteuttamisen näkökulmasta. Työpaikalla huomataan aktiivinen ja innovatiivinen asenne. Työympäristön kuitenkin koettiin heikentävän mahdollisuutta osallistua muutosprosessiin, sillä varsinaiseen perustyöhön liittyvä kiire vaikuttaa olevan suurin rajoittaja ajatellen esimerkiksi muutosryhmiin osallistumista muun työn ohella.

Vastaajilla oli runsaasti työhönsä liittyviä kehitysideoita, joita on tässä työssä pyritty tuomaan esille mahdollisimman hyvin. Terveyskeskuksella kaivattiin yhtenäisiä käytäntöjä ja selkeitä ohjeistuksia muun muassa Klinik-oiretyökalun käyttöön, hoidon tarpeen arviontiin ja suoravastaanoton toimintaan. Moni vastaajista toi

esille myös lähtökohtaisesti halun vaihtaa Klinik-oiretyökalu toiseen järjestelmään. Lisäksi toivottiin säännöllisiä osastotunteja etenkin suoravastaanottoon liittyen, muistuttamista ja yhteisten pelisääntöjen kertausta. Kysymyspatteriston kehitysideat olivat melko samanlaisia kaikilla vastaajilla. Kysymysten toivottiin olevan helppoja, lyhyitä ja ytimekkäitä.

Sosiaali- ja terveysalalla toiminnan pitää olla näyttöön perustuvaa ja tästä säädetään myös lainsäädännössä. Siksi onkin perusteltua, että työtä ohjaavat yhtenevät käytännöt niin yhteisö kuin yksilötasolla. Näiden käytänteiden tarkoituksena on yhtenäistää hoidon laatua. Toimintamallien käyttöönotolla on myös positiivinen vaikutus hoidon laatuun ja tulokseen. Yhtenäisillä ohjeilla voidaan vähentää hoidon vaihtelua, ehkäistä haitta tapahtumia sekä vähentää hoidosta syntyneitä kustannuksia. (Korhonen ym. 2015, 40-42.)

Yhteneväsillä toimintamalleilla tarkoitetaan paikallisia ohjeita, joissa ohjeistetaan miten kyseisessä työyksikössä otetaan käyttöön luotettavaksi todettu näyttöön perustuva toimintamalli, jota ammattilaiset voivat käyttää apuna potilaan hoitoon liittyvässä päätöksenteossa. Toimintamalliohjeistuksesta tulee ilmetä millaisessa tilanteessa ja olosuhteissa kyseistä ohjeistusta voidaan käyttää. Ohjeistuksessa kuvataan työmalli, lomakkeet ja mittarit, joita käyttämällä toiminnan voidaan osoittaa olevan näyttöön perustuvaa. Yhteneväinen näyttöön perustuva toimintamalli siis ohjaa työntekijöiden toimintaa niin etteivät toimintatavat vaihtelee perusteettomasti. (Korhonen ym. 2015, 40-42.)

8.3 Johtopäätökset ja jatkotutkimusehdotukset

Tutkimuksen tulosten pohjalta perehdytys vaikuttaisi olevan hieman epäjärjestelmällistä. Osa vastaajista kertoi saaneensa perehdytyksen, kun taas toisaalta osa koki jääneensä kokonaan vaille perehdytystä. Voidaankin pohtia, onko perehdytyksen toteuttamiseen selkeät ohjeet, onko se järjestelmällistä ja tasalaatuista. Perehdytystä ja täydennyskoulutusta voisi tehostaa jokaisessa suoravastaanottoon ohjaamisen vaiheessa niin suoravastaanoton, Klinik-oiretyökalun, kuin erityisesti hoidon tarpeen arvioinninkin osalta. Mikäli mahdollista, Klinik-oiretyökalun

vaihtamista toiseen, paremmin toimivaan yhteydenottomenetelmään voisi kokeilla. Klinik-oireyökalu ei vastausten perusteella vaikuttaisi soveltuvan ominaisuuksiltaan tutkimuksen kohteena olleen terveyskeskuksen tarpeisiin. Sähköisen ajanvarauksen käytön yleistyttyä voisi harkita myös palvelua, josta saisi sähköisen hoidon tarpeen arvioinnin jälkeen varata itselleen ohjelman suosittelman vastaanottoajan fysioterapeutin suoravastaanotolle.

Suoravastaanoton toimintaa ei ilmeisesti kerrata tarpeeksi säännöllisesti esimerkiksi täydennyskoulutuksen muodossa, sillä suoravastaanotto lääkärin vastaanoton vaihtoehtona tuntuu jopa välillä unohtuvan. Kertauksen voisi pyrkiä järjestämään jopa moniammatillisesti, jossa henkilökunta pääsisi tutustumaan paremmin toisiinsa ja näin nimet ja ammattinimikkeet osaisi yhdistää jatkossa toisiinsa. Tämä voisi herättää ajankohtaista keskustelua aiheesta, ja edistäisi yhtenäisten käytäntöjen muodostumista sekä tiedon ajantasaista kulkua, jonka nyt koettiin olevan haaste. Yhteiset kirjalliset ohjeet olisi myös helppo tehdä yhteisissä kokouksissa. Näin myös henkilökunnan mahdollisuutta vaikuttaa työhönsä edistettäisiin, jolla on positiivinen vaikutus työssä viihtymiseen ja työn mielekkyyden kokemukseen. Moniammatillisen tiimin jäseniin yhteydenottoa voisi helpottaa myös yhteisellä tiedostolla, josta voi hakea nimen ja ammattinimikkeen. Tämä kuitenkin vaatisi jatkuvaa päivitystä.

Suoravastaanoton mainonta kunnan asukkaille lisäisi tietoisuutta suoravastaanoton toiminnasta ja ideologiasta. Nyt asiakkaat varaavat soittaessaan lähtökohteisesti aikaa lääkärin vastaanotolle. Mikäli fysioterapeutin suoravastaanottoa vaihtoehtona tuotaisiin näyttävämmiin esille, saattaisi se edistää palvelun käyttöä, eikä suoravastaanoton ehdottaminen tulisi niin suurena yllätyksenä alaselkäkipuiselle asiakkaalle. Tällöin myöskään sairaanhoitajien aikaa ei kuluisi asiakkaiden vakuutteluun suoravastaanoton käytännöllisyydestä.

Tutkimus antaa tietoa suoravastaanoton toiminnasta vain sairaanhoitajien kannalta. Koska suoravastaanoton toiminta on moniammatillista, tulisi myös fysioterapeuttien näkökulma tutkia, jotta saadaan kokonaisvaltainen kuva vastaanotto-
muodon toiminnasta. Kyseisen kunnan terveyskeskuksen yhteydessä toimii myös ensiapu. Kokonaisvaltaisen kuvan saamiseksi koko kunnan tules-potilaiden

hoitopolusta, tulisi tutkia myös ensiavun käytännöt ja osuus kyseisten potilaiden hoitoon ohjaukseen.

Opinnäytetyössä ei käsitelty suoravastaanoton toimintaa asiakkaan näkökulmasta. Suoravastaanoton asiakkaita haastatteleamalla olisi mahdollisuus saada arvokasta tietoa, jonka pohjalta toimintaa pystytään kehittämään entistä sujuvammaksi. Samassa yhteydessä voisi tutkia mainonnan vaikutusta asiakkaaseen ja tämän hoitoon ohjaamiseen.

8.4 Opinnäytetyöprosessin pohdinta

Opinnäytetyöhön liittyneeseen kyselyyn tulleiden vastausten johdosta saatiin vastaus tutkimuskysymykseen, ja laaja kuva siitä, kuinka sairaanhoitajat kuvailevat suoravastaanottotoimintaa kyseisessä Pirkanmaalaisessa terveyskeskuksessa. Työhön on myös koottu runsaasti teoreettista tietoa, joka auttaa ymmärtämään kyselyn taustoja.

Prosessin aikana pidettiin yhteyttä työelämän yhteyshenkilöön, jolta kyseltiin taustatietoja kyseisen terveyskeskuksen suoravastaanoton toiminnasta. Työn loppuvaiheessa pyysimme vielä tarkastamaan kyseisen asiasisällön, ja yhteyshenkilön palautteen perusteella tehtiin tarvittavat muutokset.

Opinnäytetyön aihe oli kiinnostava, sillä suoravastaanotto oli molemmille uusi asia. Myös kyselytutkimus tuntui menetelmänä mielenkiintoiselta. Opinnäytetyön tekeminen oli kuitenkin haastavaa ja sen vaatima panostus, sekä työn määrä ylitti molemmat tekijät. Kohtasimme myös useita haasteita ja vastoinkäymisiä opinnäytetyön teon aikana, joista selvisimme mielestämme loppujen lopuksi hyvin.

Erilaisten aikataulujen vuoksi jouduimme tekemään suuren osan työstä erillään. Onnistuimme silti tekemään opinnäytetyöstä yhteneväisen. Olimme tiiviisti yhteydessä, jaoimme tehtävät ja olimme toistemme tukena hankalissa tilanteissa. Vahvuutenamme oli kyky kuunnella toisen näkemyksiä työn etenemisestä ja keskus-

tella rakentavasti. Saimme tukea myös ohjaavalta opettajaltamme, jonka neuvon ja palautteen perusteella kykenimme etenemään työmme kanssa oikeaan suuntaan.

Tutkijoina onnistuimme hyvin ja tutkimus valmistui ajallaan. Opimme tutkimuksen teon lähtökohdista, sekä yhteistyöstä niin tutkijakollegan kuin tilaajatahonkin kanssa. Tutkimuksen teko harjaannutti meitä tutkitun tiedon etsintään. Opinnäytetyö antoi valmiudet pohtia omaa tuotosta kriittisesti ja miettiä tutkimustyön ja tuotoksen luotettavuutta ja eettisyyttä. Se toi myös ymmärrystä hoitotyön johtamiseen organisaatiotasolta, esimerkiksi muutosjohtamisen, koulutuksen ja perehdytyksen merkityksestä. Opimme myös työn suunnittelusta, aikataulutuksesta ja aikataulussa pysymisen tärkeydestä. Mikäli tekisimme tutkimuksen uudestaan, suunnittelisimme aikataulutuksen uudelleen ja varmistaisimme ajoissa kaikki yhteistyötahojen käytännöt ja lupa-asiat, jottei yllätyksiä tulisi.

Tutkimuksen teko oli pitkä ja rankka taival, joten tuntuu hyvältä, että tutkimus on saatu päätökseen. Iloisia olemme myös siitä, että uskomme työn toimeksiantajan hyötyvän opinnäytetyöstä ja toimintaa voidaan alkaa kehittämään sujuvammaksi ja asiakkaita entistä paremmin palvelevammaksi.

LÄHTEET

Aalto, A-M., Vehko, T., Sinervo, T., Sainio, S., Muuri, A., Elovainio, M. & Pekuri-
nen, M. 2017. Terveystuhoon asiakaslähtöisyys. Palvelujen käyttäjien koke-
muksia terveystuhoon toiminnasta. Terveystuhoon ja hyvinvoinnin laitos. 1, 7-9.

Aalto, S. 2018. fysioterapeuttien suoravastaanottotoiminnan nykytila Suomessa.
Suomen Fysioterapeutit. 4-11.

Ahokas, L. & Mäkeläinen, J. 2013. Pehdyttäminen ja työnopastus – Ennakoivaa
työsuojelua. Työturvallisuuskeskus. Luettu 13.12.2019. [https://ttk.fi/koulu-
tus_ja_kehittaminen/julkaisut/digijulkaisut/pehdyttäminen_ja_työnopastus_-
_ennakoivaa_työsuojelua](https://ttk.fi/koulu-
tus_ja_kehittaminen/julkaisut/digijulkaisut/pehdyttäminen_ja_työnopastus_-
_ennakoivaa_työsuojelua)

American Physical Therapy Association. 2019. Direct Access in Practice. Luettu
22.1.2020. <http://www.apta.org/directaccess/>

Asiantuntijatieto: opinnäytetyön tilaaja. 2019a. Kirjallinen aineisto. 8.3.2019.

Asiantuntijatieto: opinnäytetyön tilaaja. 2019b. Kirjallinen aineisto. 13.6.2019.

Asiantuntijatieto: opinnäytetyön tilaaja. 2019c. Kirjallinen aineisto. 14.6.2019.

Bury, T. & Stokes, E. 2013. A Global View of Direct Access and Patient Self-
Referral to Physical Therapy: Implications for the Profession. *Physical Therapy*
93 (4), 450. Luettu 21.1.2020. [https://academic-oup-com.libproxy.tuni.fi/ptj/arti-
cle/93/4/449/2735305](https://academic-oup-com.libproxy.tuni.fi/ptj/arti-
cle/93/4/449/2735305)

Hyppönen, H., Pentala-Nikulainen, O. & Aalto A-M. 2018. Sosiaali- ja terveystuhoon
sähköinen asiointi 2017. Kansalaisten kokemukset ja tarpeet. THL. Hel-
sinki. Juvenes print – Suomen yliopistopaino Oy. 42-46.

Hyvärinen, S. 2017. Asiakaslähtöisyyden periaatteet ja toteutuminen sosiaali- ja
terveystuhoissa. Asiakaslähtöisen palvelutoiminnan kehityshaasteet. Teok-
sessa Helminen. J. (Toim.) Asiakkaan moniammatillinen ohjaus sosiaali- ja ter-
veystuhoissa. Keuruu: Otavan kirjapaino Oy. 41-43.

Isoherranen, K. 2012. Uhka vai mahdollisuus – moniammatillista yhteistyötä ke-
hittämässä. *Sosiaalitieteiden laitoksen julkaisuja 2012:18*. Helsinki: Unigrafia. 30-
31.

Järvinen, S. Sairaanhoidaja. 2019a. Sähköpostiviesti. Luettu 4.4.2019.

Järvinen, S. Sairaanhoidaja. 2019b. Sähköpostiviesti. Luettu 27.1.2020.

Kananen, J. 2014. Verkkotutkimus opinnäytetyönä – laadullisen ja määrällisen
verkkotutkimuksen opas. Jyväskylä: Jyväskylän Ammattikorkeakoulu.

Klinik Healthcare Solutions Oy. Mikä on Klinik? N.d. Luettu 13.6.2019. [https://kli-
nik.fi/mika-on-klinik](https://kli-
nik.fi/mika-on-klinik)

Koivukoski, S. & Palomäki, U. 2009. Hoitotyön tiimikirja. Suomen sairaanhoitajaliitto ry. Helsinki: Suomen sairaanhoitajaliitto ry. 35, 103.

Korhonen A, Jylhä V, Siltanen H, Kangasniemi M, Holopainen A. 2015. Ammatillinen autonomia ja yhtenäiset toimintamallit. Tutkiva Hoitotyö 2/2015. 40-42.

Kylmä, J. & Juvakka, T. 2007. Laadullinen terveystutkimus. Helsinki: Edita Prima Oy. 127-154.

Käypä hoito -suositus. 2017. Alaselkäkipu. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Fysiatriryhdistyksen asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim. Luettu 2.4.2019. <http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/suositus?id=hoi20001#NaN>

Lähteenmäki, M-L., Keskinen, M., Talonen, M. & Kuusinen, L. 2017. Fysioterapeuttien suoravastaanotto toiminta vakiintumassa terveydenhuoltoon. Teoksessa Tuomi, J. Joronen, K. Huhdanpää, A. (toim.) Oivaltamisen Iloa. Tampereen Ammattikorkeakoulu.

Mattila, A. 2018. Stressi. Lääkirikirja Duodecimin. Luettu 22.12.2019. https://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00976

Mähönen, E. 2017. Työolobarometri, ennakkotiedot, syksy 2016. Työ- ja elinkeinoministeriön julkaisuja. TEM raportteja 10/2017. Työ- ja elinkeinoministeriö. 73. Luettu 15.12.2019. http://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/79257/TEMrap_10_2017_verkkojulkaisu.pdf

Mäntysaari, O. Fysioterapian vastaava fysioterapeutti. 2019. Pöytyän kansanterveysyhtymän suoravastaanoton toiminta. Sähköpostiviesti. Luettu 29.4.2019.

Mönkkönen, K., Kekoni, T., Jaakola, A-M., Profiam Sosiaalipalvelut Oy:n henkilöstö & Pehkonen, A. 2019a. Kohti monitoimijaista kehittämistä. Teoksessa Mönkkönen, K., Kekoni, T. & Pehkonen, A. (toim.) Moniammatillinen yhteistyö. Vaikuttava vuorovaikutus sosiaali- ja terveysalalla. Tallinna: Gaudeamus Oy. 138-139.

Mönkkönen, K., Leinonen, L., Arajärvi, M., Hovatta, A-E., Tusa, N. & Salokangas, K. 2019b. Moniammatillisen vuorovaikutuksen tarkastelua. Teoksessa Mönkkönen, K., Kekoni, T. & Pehkonen, A. (toim.) Moniammatillinen yhteistyö. Vaikuttava vuorovaikutus sosiaali- ja terveysalalla. Tallinna: Gaudeamus Oy. 68.

National Health Service. 2018. Accessing physiotherapy. Luettu 22.1.2020. <https://www.nhs.uk/conditions/physiotherapy/accessing/>

Oikarinen, A., Siltanen, H., Korhonen, A. & Holopainen, A. 2018. Hoitotyössä käytetyt tiedonlähteet vaativissa päätöksentekotilanteissa. Raportti 2/2018. HO-TUS.

Orava, M., Kääriäinen, M. & Kyngäs, H. 2012. Puhelinohjaus hoitotyön menetelmänä: Systemaattinen kirjallisuuskatsaus. Osa 1 reaktiivinen puhelinohjaus. Hoitotiede 2012, vol.24 (3). 222-226.

Pohjolainen, T. 2018. Selkäkipu. Teoksessa Kalso, E., Haanpää, M., Hamunen, K., Kontinen, V. & Vainio, A. (toim.) Kipu. Kustannus Oy Duodecim. Luettu 13.4.2019. Vaatii käyttöoikeuden. <https://www.oppiportti.fi/op/kip02920/do>

Puttonen, S., Hasu, M. & Pahkin, K. 2016. Työhyvinvointi paremmaksi. Keinoja työhyvinvoinnin ja työterveyden kehittämiseksi suomalaisilla työpaikoilla. Työterveyslaitos. Tampere: Juvenes Print. 7-22. Luettu 6.1.2020. [http://urn.fi/URN:ISBN 978-952-261-652-4\(PDF\)](http://urn.fi/URN:ISBN 978-952-261-652-4(PDF))

Pylkkönen, A. Polikliinisen fysio- ja toimintaterapian toimintayksikön esimies. 2019. Etelä-Karjalan sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskus. Puhe- linhaastattelu 25.4.2019. Haastattelija Tenhunen, I. Hyvinkää.

Rauramo, P. 2013. Työhyvinvointi muutostilanteissa. Työturvallisuuskeskus. 1. painos. Nykypaino Oy. 13. Luettu 11.1.2020. https://ttk.fi/files/4678/tyohyvinvointi_muutostilanteissa.pdf

Repo, S., Ravantti, E. & Pääkkönen, R. 2015. Johda tuottavasti. Opas työhyvinvoinnin ja tuottavuuden lisäämiseksi esimiestyön keinoin. Työterveyslaitos. Helsinki. 4-11. Luettu 9.1.2020. [http://urn.fi/URN:\[ISBN 978-952-261-494-0 \(PDF\)\]](http://urn.fi/URN:[ISBN 978-952-261-494-0 (PDF)])

Saaranen-Kauppinen, A. & Puusniekka, A. 2006a. KvaliMOTV - Menetelmäopetuksen tietovaranto. Aineisto- ja teorialähtöisyys. Tampere: Yhteiskuntatieteellinen tietoaarkisto. Luettu 24.1.2020. https://www.fsd.uta.fi/menetelmaopetus/kvali/L1_2.html

Saaranen-Kauppinen, A. & Puusniekka, A. 2006b. KvaliMOTV - Menetelmäopetuksen tietovaranto. Mitä laadullinen tutkimus on: lyhyt oppimäärä. Tampere: Yhteiskuntatieteellinen tietoaarkisto. Luettu 15.4.2019. https://www.fsd.uta.fi/menetelmaopetus/kvali/L1_2.html

Saari, T. & Koivunen, T. 2017. Työhön sitoutuminen. Teoksessa Pyöriä, P. (toim.) Työelämän myytit ja todellisuus. Tallinna: Gaudeamus Oy.

Salminen, S. & Perttula, P. 2015. Kiire lisää työtapaturmariskiä. Työterveyslaitos. Helsinki.

Suomen Fysioterapeutit & Suomen Fysiatryhdistys. 2017. Suositus fysioterapeutin tule-suoravastaanottokoulutuksesta. Helsinki. 6.

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. 2019a. Avohilmo: Perusterveydenhuollon avohoidon ICD-10 -käytisyys. Päivitetty 12.6.2019. Luettu 15.6.2019. https://sampo.thl.fi/pivot/prod/fi/avo/perus06/fact_ahil_perus06

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. 2019b. Avohilmo: Perusterveydenhuollon avohoidon ICPC2 -käytisyys. Päivitetty 13.6.2019. Luettu 15.6.2019. https://sampo.thl.fi/pivot/prod/fi/avo/perus07/fact_ahil_perus07

Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2011. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Laadullisen aineiston analyysi: sisällönanalyysi. 8. painos. Vantaa: Tammi. 108-111.

Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2009. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. 5. painos. Helsinki: Tammi. 71-73.

Työsuojelu.fi. 2018. Opetus ja ohjaus. Luettu 14.12.2019. <https://www.tyosuojelu.fi/tyosuojelu-tyopaikalla/opetus-ja-ohjaus>

Työterveyslaitos. N.da. Työn imu. Luettu 18.12.2019. <https://www.ttl.fi/tyontekija/tyon-imu/>

Työterveyslaitos. N.db. Työn kehittäminen. Luettu 9.1.2020. <https://www.ttl.fi/tyoyhteiso/tyon-kehittaminen/>

Työturvallisuuskeskus. N.d. Työntekijän perehdyttäminen ja opastus. Luettu 13.12.2019. https://ttk.fi/tyoturvallisuus_ja_tyosuojelu/tyosuojelu_tyopaikalla/vastuut_ja_velvoitteet/tyohon_perehdyttaminen_ja_tyonopastus

Työturvallisuuslaki 23.8.2002/738. <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2002/20020738?search%5Btype%5D=pika&search%5Bpika%5D=ty%C3%B6turvallisuuslaki#L1>

Valli, R. 2007. Kyselylomaketutkimus. Teoksessa Aaltola, J. & Valli, R. (toim.) Ikkunoita tutkimusmetodeihin 1 – metodin valinta ja aineistonkeruu: virikkeitä aloittelevalle tutkijalle. 2. painos. Jyväskylä: PS-kustannus

Valvira. 2014. Hoidon tarpeen arviointi. Luettu: 15.4.2019. https://www.valvira.fi/terveydenhuolto/hyva-ammattinharjoittaminen/hoidon_tarpeen_arviointi

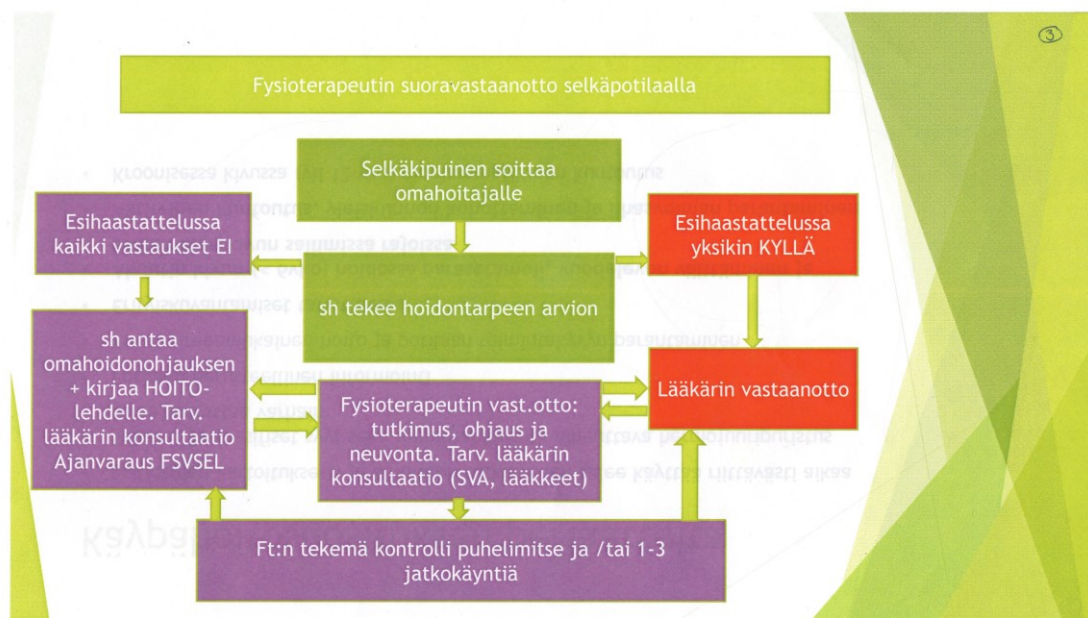
Vikström, E-L. Johtava hoitaja. 2019. Pöytyän kansanterveystyön kuntayhtymän suoravastaanoton toiminta. Sähköpostiviesti. Luettu 22.4.2019.

Vilkkä, H. 2007. Tutki ja mittaa – määrällisen tutkimuksen perusteet. Helsinki: Kustannus osakeyhtiö Tammi. 13-28.

World Confederation for Physical Therapy. 2017. Policy statement: Direct access and patient/client self-referral to physical therapy. Luettu 22.1.2020. <https://www.wcpt.org/policy/ps-direct-access>

LIITTEET

Liite 1. Tilaajayksikön suoravastaanotto toiminta



Selkäkipupotilaan hoidon tarpeen arvio

- Onko kipu kestänyt yli 3 kk
- Onko kipu alkanut tapaturman seurauksena
- Onko virtsan/ulosteen pidätyskyvyssä ongelmia
- Onko tunnon heikentymistä istuinpaikan seudussa
- Onko ongelmia kantapäillä ja/tai varpailla seisomisessa
- Onko kuumetta
- Onko perussairauksissa osteoporoosi tai aktiivivaiheessa oleva syöpä
- Onko raskaana ja kivun vuoksi vuotoa tai supistuksia
- Onko kivun voimakkuus ilman kipulääkettä VAS-asteikolla yli 8 (pyydä kuvailemaan kipua)

Liite 2. Kyselylomake

Kyselyn täyttäminen vie aikaa noin 10-20 minuuttia.

Tarvittaessa voit tallentaa kyselyn keskeneräisenä, jolloin voit jatkaa kyselyn täyttämistä myöhemmin sähköpostiin saamasi linkin kautta. Mahdollisuuden osittaiseen tallennukseen löydät kyselyn lopusta.

Taustatiedot

Ikä

Työkokemus hoitotyöstä puolen vuoden tarkkuudella

Työkokemus hoidontarpeen arvioinnista puolen vuoden tarkkuudella

Työn mielekkyys

Millaiseksi kuvailisit asennettasi työhösi?

Miten suhtaudut muutoksiin työyksikössäsi?

Kuinka työyksikössäsi mahdollistetaan muutosten suunnitteluun osallistuminen?

Kuinka työyksikössäsi mahdollistetaan muutosten toteuttamiseen osallistuminen?

Puhelinohjaus ja hoidontarpeen arviointi

Oletko saanut perehdytyksen hoidontarpeen arviointiin ja puhelinohjaukseen?

- Kyllä
 En

Millaisen perehdytyksen olet saanut puhelinohjaukseen ja hoidontarpeen arviointiin?

Koetko saavasi riittävästi täydennyskoulutusta puhelinohjaukseen ja hoidontarpeen arviointiin?

- Kyllä
 Ei
 En osaa sanoa

Millaista täydennyskoulutusta toivoisit saavasi?

Kuinka usein olet saanut täydennyskoulutusta puhelinohjauksesta ja hoidontarpeen arvioinnista?

- Olen saanut täydennyskoulutusta 0,5 vuoden välein
 1 vuoden välein
 1,5 vuoden välein
 2 vuoden välein
 harvemmin kuin 2 vuoden välein

Kuinka mielekkääksi koet hoidontarpeen arvioiden teon/puhelinohjauksen?

Alaselkkipuisen potilaan haastattelu

Kysymyspatteristolla tarkoitetaan kysymyksiä, joita on ohjeistettu käyttämään alaselkkipuisen potilaan hoidontarpeen arvioinnissa.

Käytätkö alaselkkipuisen asiakkaan hoidon tarpeen arviota tehdessä apuna valmiiksi laadittua kysymyspatteristoa?

- Kyllä
 Ei

Kuinka kauan arvioisit kysymyksiin kuluvan aikaa?

Millainen olisi mielestäsi toimiva kysymyspatteristo?

Klinik

Oletko saanut perehdytyksen Klinikin käyttöön?

- Kyllä
 En

Millaisen perehdytyksen olet saanut Klinikistä?

Koetko saavasi riittävästi täydennyskoulutusta Klinikkiin?

- Kyllä
 Ei
 En osaa sanoa

Millaista täydennyskoulutusta toivoisit saavasi?

Kuinka usein olet saanut täydennyskoulutusta Klinikkiin?

- Olen saanut täydennyskoulutusta 0,5 vuoden välein
 1 vuoden välein
 1,5 vuoden välein
 2 vuoden välein
 harvemmin kuin 2 vuoden välein

Suoravastaanotto toiminta

Oletko saanut perehdytyksen suoravastaanotto toimintaan?

- Kyllä
 En

Millaisen perehdytyksen olet saanut suoravastaanoton toiminnasta?

Koetko saavasi riittävästi täydennyskoulutusta suoravastaanotto toimintaan?

- Kyllä
 Ei
 En osaa sanoa

Millaista täydennyskoulutusta toivoisit suoravastaanotto toimintaan saavasi?

Kuinka usein olet saanut täydennyskoulutusta suoravastaanottoinnasta?

- Olen saanut täydennyskoulutusta
- 0,5 vuoden välein
 - 1 vuoden välein
 - 1,5 vuoden välein
 - 2 vuoden välein
 - harvemmin kuin 2 vuoden välein

Miten kuvailisit moniammatillista yhteistyötä suoravastaanottoon liittyen?

Millaisia haasteita koet suoravastaanottoinnassa olevan?

Osittainen tallennus

- Tahdon tallentaa täyttämäni tiedot ja jatkaa myöhemmin linkistä, joka lähetetään antamaani osoitteeseen.

Sähköpostiosoite

Tietojen lähetys

Tallenna

Liite 3. Saatekirje



SAATEKIRJE
Tampere 09/2019

HYVÄ VASTAANOTTAJA

Opiskelemme Tampereen ammattikorkeakoulussa hoitotyön koulutusohjelmassa, joka johtaa sairaanhoitajan tutkintoon. Opinnäytetyön tarkoituksena on selvittää terveyskeskukseenne alaselkäkipuisten asiakkaiden suoravastaanotossa ilmenneiden ongelmien syitä. Tavoitteena on tuotetun tiedon avulla kehittää suoravastaanoton toimintaa sujuvammaksi ja asiakkaan tarpeita vastaavaksi.

Opinnäytetyö toteutetaan sähköisenä kyselytutkimuksena, johon pyydämme teitä ystävällisesti vastaamaan. Vastauksenne on tärkeä, jotta saamme kattavan ja luotettavan kuvauksen toiminnasta. Kyselyn löydät alla olevasta linkistä.

<http://lomake.tamk.fi/lomakkeet/28916/lomakkeet.html>

Kyselyyn osallistuminen on täysin vapaaehtoista ja perustuu tietoiseen suostumukseen. Kyselyyn osallistumalla annatte luvan vastausten käyttämiseen tutkimuksessa. Teillä on oikeus syytä kertomatta keskeyttää tutkimukseen osallistuminen milloin tahansa.

Tutkimuksen tekoon on saatu asianmukainen lupa organisaatioltanne. Tutkimuksen vastaukset käsitellään nimettöminä ja luottamuksellisesti. Kyselyyn vastaanutta ei voida tunnistaa. Tutkimuksen päätyttyä vastaukset hävitetään tutkijoiden toimesta. Kyselyyn vastaaminen vie aikaa noin 10-20 minuuttia. Vastausaikaa on 30.9.2019 asti.

Opinnäytetyö julkaistaan keväällä 2020 osoitteessa www.theseus.fi. Tuloksia esitellään organisaatiossanne.

Mikäli sinulle tulee kysyttävää tutkimukseen osallistumisesta tai haluat ottaa meihin yhteyttä, löydät yhteystietomme alta.

Ystävällisin terveisin:

Tampereen ammattikorkeakoulun sairaanhoitajaopiskelijat
Carita Pohjasto, carita.pohjasto@tuni.fi Iina Tenhunen, iina.tenhunen@tuni.fi

Ohjaava opettaja: Minna Tiainen, minna.tiainen@tuni.fi

Liite 4. Sisällönanalyysi

Pelkistetty ilmaus	Alaluokka	yläluokka
<p>Kokenut kollega perehdytti</p> <p>Kollega neuvonut Klinikin käyttöön</p> <p>Saanut perehdytyksen kollegalta suoravastaanotto toimintaan</p> <p>Kollegan toimintaa seuraten</p> <p>Kollegan työskentelyä seuraamalla (4 tuntia)</p> <p>Kollegan toimintaa seuraamalla</p> <p>Kuuntelemalla kun perehdyttäjä puhui puhelimesta.</p> <p>Kollega näyttänyt Klinikin linkin kollega kertonut suoravastaanotto toiminnasta</p> <p>Hoidon tarpeen arvioon perehdytys on saatu kollegalta</p> <p>kollega näytti kuinka Klinik toimii</p> <p>Fysioterapeutti perehdytti suoravastaanottotoimintaan</p> <p>Kollega perehdyttänyt suoravastaanottotoimintaan</p>	<p>Kollegalta saatu perehdytys</p>	<p>Perehdytys ja koulutus</p>
<p>Osa muutoksista otettu käyttöön ilman koulutusta</p> <p>Ei koulutusta hoidon tarpeen arvioinnista</p> <p>Ei koulutusta hoidontarpeen arviosta</p> <p>Ei ole saanut perehdytystä Klinikin käyttöön</p>	<p>Ei perehdytystä</p>	

Klinikkiin kaivataan perehdytys		
<p>Kokemuksen perusteella työskentely</p> <p>Käytännön työssä oppimalla</p> <p>Itse oppimalla</p> <p>Oppinut työn ohessa</p>	Oman kokemuksen pohjalta työskentely	
<p>Saanut Klinikistä kirjallisen ohjeistuksen</p> <p>Kirjallisen ohjeistuksen lukeminen Klinikistä</p> <p>Saanut kirjallisen ohjeistuksen liittyen suoravastaanotto toimintaan</p> <p>Saanut kirjallisen ohjeistuksen</p> <p>Muistiinpanot fysioterapeutin kertomasta</p> <p>Osastolla on olemassa kirjallisia ohjeita hoidon tarpeen arvioinnista</p>	Kirjallinen perehdytys	
<p>Suoravastaanotosta ei koeta tarvittavan täydennyskoulutusta</p> <p>Ei haluta Klinikkiin lisäkoulutusta</p> <p>Täydennyskoulutus liittynyt tietotekniikkaan, ei sisältöön.</p>	Lisäkoulutuksen tarve	

<p>Klinikkiin ei koeta tarvittavan lisäkoulutusta</p> <p>Toivoo saavansa kaiken saatavilla olevan täydennyskoulutuksen tarpeen arviosta</p>		
<p>Nykyinen suoravastaanoton perehdytys on toimiva</p>	Toimiva perehdytys	
<p>Fysioterapeutti pitänyt luennon suoravastaanottotoiminnasta</p> <p>Osastokokouksessa esitelty Klinikin toimintaa</p> <p>Käynyt koulutustilaisuuden suoravastaanottotoimintaan liittyen</p> <p>Käynyt kuuntelemassa fysioterapeutin esittelyn osastokokouksessa</p> <p>Fysioterapeutit kertoneet suoravastaanotosta</p> <p>Suoravastaanottotoimintaa on esitelty</p> <p>Osallistunut opetustilaisuuteen Klinikkiin liittyen</p>	Koulutustilaisuus	
<p>Kollega perehdytti lyhyesti Klinikin toimintaan</p> <p>Perehdytys ollut melko pinnallinen</p>	Heikko perehdytys	
<p>Nykyinen kysymyspatteristo on toimiva</p> <p>Kysymyspatteristo toimii hyvin ohjenuorana</p>	Kysymyspatteristo	Hoitoon ohjaamisen tuki
<p>Klinik on kankea</p> <p>Klinik on huono sähköisen yhteydenoton menetelmä</p>	Klinik-oiretyökalu	

<p>Hoidon tarpeen arviointi on hoidon ohjaamisen kulmakivi</p> <p>Hoidon tarpeen arvion koetaan olevan tärkeä osa työtä</p> <p>Hoidontarpeen arviointi on aikaa vievää</p> <p>Hoidon tarpeen arviointi on tärkeää</p> <p>Hoitotarpeen arviointi vie liikaa aikaa hoitotyöstä ja potilailta</p> <p>Hoidon tarpeen arviointi on hidasta</p> <p>Hoidon tarpeen arviointi on todella tärkeä osa työtä</p> <p>Hoidon tarpeen arvioinnin teko kuuluu osana työhön</p> <p>Hoidon tarpeen arvio on järkevää tehdä huolella</p> <p>Hoitoon ohjaus on helppoa</p>	<p>Hoidon tarpeen arvio</p>	
<p>Välillä työ kuormittaa liikaa</p> <p>Muutokset aiheuttaa stressiä</p> <p>Puhelintyötä ei jaksata tehdä montaa tuntia kerralla</p> <p>Välillä työ tuntuu raskaalta</p> <p>Työ on henkisesti kuormittavaa</p> <p>Haastavin ja kuluttavin osa työtä on hoidon tarpeen arviointi</p>	<p>Työn stressitekijät</p>	<p>Kuormittava työ</p>
<p>Työ on kiireistä</p> <p>Kiireessä hoidon tarpeen arvioinnin laatu meinaa kärsiä</p>	<p>Kiire</p>	
<p>Teen mielelläni hoitotarpeen arviointia</p> <p>Mieleinen ammatti</p> <p>Pitää työstään</p>	<p>Työn mielekkyys</p>	<p>Suhtautuminen työhön</p>

<p>Hoidontarpeen arviointi on mielekästä, kun työntekijöitä on riittävästi</p> <p>Pitää työn mukanaan tuomista haasteista</p> <p>Työ on palkitsevaa</p> <p>Työ on mielekästä</p> <p>Mieleinen työ</p> <p>Hoidon tarpeen arviointi ei ole mielekästä</p> <p>Hoitotarpeen arviota ei koeta mielekkääksi</p> <p>Hoidon tarpeen arviointi on olosuhteiden pakosta välttämättömyyttä</p>		
<p>Suhtautuu työhönsä asiallisesti</p> <p>Helposti innostuva</p> <p>Innokas asenne</p> <p>Oppimishaluinen</p> <p>Pyrkii tekemään työnsä mahdollisimman hyvin</p> <p>Haluaa kehittää työtään</p> <p>Korkea työmoraali</p> <p>Suhtautuu työhönsä innolla</p> <p>Halu kehittyä työssä</p> <p>Positiivinen puurtaja</p> <p>Halu löytää kaikkia miellyttävä ratkaisu</p> <p>Rutiininomainen asenne</p> <p>Positiivinen asenne</p> <p>Halu kehittää työtä</p> <p>Halu kehittää itseään</p> <p>Ahkera</p> <p>Tekee työnsä laadukkaasti</p>	Asenteet	

<p>Puhelimella tai viesteillä tavoittaa muut moniammatilliseen yhteistyöhön liittyvät henkilöt</p> <p>Kollegan konsultointi mahdollista</p> <p>Kollegat käytettävissä</p> <p>Lääkäripari käytettävissä</p>	Konsultointi	Moniammatillisuus
<p>Moniammatillinen yhteistyö on erittäin tärkeää</p> <p>Fysioterapeutit ovat ottaneet ylimääräisiä asiakkaita</p> <p>Moniammatillinen yhteistyö toimii ihan hyvin</p> <p>Yhteistyö on helppoa</p> <p>Kaikkien osapuolten oltava tietoisia ajankohtaisista ohjeistuksista liittyen suoravastaanottoon</p> <p>Työskentely yhdessä muiden ammattilaisten kanssa yhteistyö toimii melko hyvin</p> <p>Moniammatillinen yhteistyö on luotettavaa</p> <p>Fysioterapeutit ovat joustaneet</p> <p>Moniammatillinen yhteistyö on helppoa</p> <p>Moniammatillinen yhteistyö on melko vaivatonta</p> <p>Moniammatillinen yhteistyö on toimivaa</p>	Yhteistyön sujuvuus	
<p>Asiakas pääsee oikean palvelun piiriin</p> <p>Moniammatillinen yhteistyö palvelee potilasta erittäin hyvin</p>	Asiakaslähtöisyys	

<p>Asiakas hyötyy suoravastaanoton moniammatillisuudesta</p> <p>Hyvin tehty hoidon tarpeen arviointi vähentää turhia käyntejä</p> <p>Suoravastaanotto vähentää lääkärille päätyvien asiakkaiden määrää</p> <p>Suoravastaanotto vähentää byrokratiaa</p> <p>Suoravastaanoton asiakas saa pikaisen avun</p>		
<p>Toivotaan säännöllisiä osastotunteja suoravastaanotto toiminnasta</p> <p>Klinikkiin halutaan yhteiset käytännöt</p> <p>Halutaan kertausta suoravastaanotto toiminnasta</p> <p>Toive Klinikin vaihtamisesta toiseen</p> <p>Tarvitaan muistuttamista suoravastaanotto toiminnasta</p> <p>Akuuttipotilaiden hoidon tarpeen arviointiin tarvitaan lisäkoulutusta</p> <p>Toivotaan lisäkoulutusta toimiston henkilökunnalle, jos hoitavat ajanvarausta</p> <p>Toivotaan kirjallista tukea hoidon tarpeen arviointiin</p> <p>Hoidon tarpeen arviointiin kaivataan selkeät ohjeet ja työkalut</p> <p>Ajantasaisten pelisääntöjen kertaus olisi tarpeen</p>	<p>Kehitysideat</p>	<p>Työ vaatii kehittämistä</p>

<p>Työnkuvia tulisi selkeyttää</p> <p>Klinikiin toivotaan koulutusta jokaiselle sitä käyttävälle</p> <p>Halutaan täsmällistä tietoa hoidon tarpeen arvioinnista</p> <p>Kaivataan määriteltyjä ohjeita</p> <p>Kaivataan ajantasaista tietoa, jota voisi hyödyntää, hoidontarpeen arvioinnista</p> <p>Toivotaan yhteisiä käytäntöjä</p> <p>Suoravastaanotto toimintaan halutaan selkeä toimintamalli</p> <p>Hoidon tarpeen arviointiin halutaan kirjallinen Triage-ohjeistus</p> <p>Hoidon tarpeen arviointiin kaivataan yhtenäisiä käytäntöjä</p>		
<p>Toimivassa kysymyspatteristossa kartoitetaan kivun voimakkuus</p> <p>Toimivassa kysymyspatteristossa on yksinkertaisia kysymyksiä</p> <p>Toimivassa kysymyspatteristissa on helppoja kysymyksiä</p> <p>Toimivassa kysymyspatteristossa kartoitetaan hälyttävät oireet</p> <p>Toimivassa kysymyspatteristossa voidaan vastata vain kyllä tai ei</p> <p>Toimivassa kysymyspatteristossa ei ole montaa kysymystä</p> <p>Toimivassa kysymyspatteristossa kartoitetaan oireet</p>	<p>Lyhyt ja ytimekäs kysymyspatteristo</p>	

<p>Kysymyspatteriston toivotaan olevan listamainen, johon saa lisättyä itse toivomansa asiat</p> <p>Toimivassa kysymyspatteristossa kartoitetaan oireiden alkua</p> <p>Kysymyspatteriston tulee olla nopea</p> <p>Toimiva kysymyspatteristo on lyhyt ja yksinkertainen</p> <p>Kysymyspatteristossa esitetään suoria kysymyksiä</p> <p>Toimiva kysymyspatteristo on lyhyt ja ytimekäs</p> <p>Ydinasioiden on tultava esille kysymyspatteristossa</p> <p>Toimivan kysymyspatteriston on oltava lyhyt ja ytimekäs</p> <p>Toimiva kysymyspatteristo on selkeä</p>		
<p>Aikoja on liian vähän</p> <p>Lääkärille pitkät jonot</p> <p>Suoravastaanoton asiakkaita on harvoin</p> <p>Liian vähän aikoja</p> <p>Aikojen tarve ja tarjonta eivät kohtaa</p> <p>Asiakkaalle ei välity sujuva hoidonohjaus</p> <p>Suoravastaanotolle ohjaamisesta ei tule rutiinia</p> <p>Suoravastaanoton potilaita ohjataan lääkärille</p> <p>Ei muisteta suoravastaanottoa</p> <p>Uuden suoravastaanotto toiminnan aloitukset haastava</p>	<p>Suoravastaanoton haasteet</p>	<p>Haasteet</p>

haasteena tiedon puute		
<p>Asiakkaille perusteltava, että he hyötyvät fysioterapeutilla käynnistä</p> <p>Asiakkaat tilaavat lääkärille aikaa</p> <p>Asiakas ei miellä fysioterapeutilla käyntiä tarpeellisena</p> <p>Haasteena saada potilaat luottamaan apuun</p> <p>Asiakkaat eivät yleensä itse tiedä sopivaa hoitomuotoa</p>	Asiakaslähtöisyyden haasteet	
<p>Moniammatillisen yhteistyön käytännön asiat ovat epäselviä</p> <p>Ei osaa hyödyntää moniammatillista yhteistyötä</p> <p>Tieto ei kata kaikkia ajantasaisesti</p> <p>Fysioterapeutit eivät ole fyysisesti samassa paikassa, joten heitä ei työpaikalla tapaa konkreettisesti</p> <p>Nimen perusteella ei tiedä ammattiryhmää</p> <p>Haasteena työntekijöiden tavoitettavuus</p>	Moniammatillisen yhteistyön haasteet	
<p>Pyrkimys havaita muutoksen edut ja haitat</p> <p>Yritys havaita muutoksen ongelmat ajoissa</p> <p>Muutosten suunnittelu yhdessä on tärkeää</p> <p>Muutos voi olla mielekäs tilanteesta riippuen</p>	Muutoksiin suhtautuminen	Muuttuva työnkuva

<p>Kokee muutoksen mahdollisuutena</p> <p>Suhtautuu muutokseen innolla</p> <p>Muutokseen suhtaudutaan avoimin mielin</p> <p>Avoin muutoksille</p> <p>Varauksellinen suhtautuminen muutokseen</p> <p>Innokas suhtautuminen muutokseen</p> <p>Suhtautuu avoimesti muutokseen</p> <p>Muutokset ovat tervetulleita</p> <p>Ei pelkää muutoksia</p> <p>Positiivinen suhtautuminen muutokseen</p>		
<p>Muutosten suunnitteluun osallistumiseen ei ole aikaa</p> <p>Ryhmään osallistuminen hankalaa</p> <p>Perustyöhön ei anneta sijaisia, jotta voisi osallistua muutosten suunnitteluun</p> <p>Muutosten suunnitteluun osallistumiseen ei ole riittävästi resursseja</p> <p>Ryhmään osallistuessa muut joutuvat hoitamaan osallistujan työt</p> <p>Perustyöhön ei anneta sijaisia, jotta voisi osallistua muutoksien toteuttamiseen</p> <p>Muutosten suunnitteluun osallistumista ei juuri mahdollisteta</p> <p>Joistakin muutoksista saa tietoa vasta kun ne on jo sovittu</p>	<p>Muutokseen osallistuminen hankalaa</p>	

<p>Usein muutoksia ei suunnitella työntekijöiden toimesta</p> <p>Muutosten toteuttamiseen osallistumista ei juuri mahdollisteta</p>		
<p>Nykypäivän työ on jatkuvaa muutosta</p> <p>Muutoksia tulee jatkuvasti</p> <p>Muutoksien tekeminen on tarpeellista</p> <p>Potilaskunta on muuttuva</p> <p>Nopeasti vaihtuva työnkuva</p> <p>Hoidontarve on muuttuvaa</p>	<p>Työn muuttuvuus</p>	
<p>Muutosten suunnitteluun osallistuminen mahdollistetaan vaihtelevasti</p> <p>Kokemus että saa vaikuttaa itselle tärkeisiin asioihin</p> <p>Muutoksien toteuttamiseen osallistuminen on mahdollista</p> <p>Muutoksien suunnitteluun osallistuminen mahdollistetaan tällä hetkellä hyvin</p> <p>Muutoksien suunnitteluista osaan pystyy osallistumaan</p> <p>Muutosten suunnitteluun on mahdollista osallistua</p> <p>Muutoksiin osallistuminen on mahdollistettu hyvin</p> <p>Muutoksien suunnitteluun osallistuminen mahdollistetaan vaihtelevasti</p> <p>Muutosten suunnitteluun osallistuminen mahdollistetaan hyvin</p>	<p>Muutoksiin osallistuminen mahdollistetaan</p>	

<p>Muutosten toteuttamiseen pystyy hyvin osallistumaan</p> <p>Hoitajat saavat ideoita ja suunnitella</p> <p>Muutosten toteuttamiseen pystyy osallistumaan hyvin</p> <p>Muutoksien toteuttamiseen pääsee osallistumaan tällä hetkellä hyvin</p> <p>Muutoksien toteuttamiseen osallistuminen mahdollistetaan vaihtelevasti</p> <p>Päiväohjelmasta saa sulkea aikoja muutoksien toteuttamiseen osallistuessa</p> <p>Kaikki on mukana erilaisissa muutostyöryhmissä</p> <p>Muutosten toteuttamisessa huomataan aktiivinen, innovatiivinen ja kehittävä asenne</p> <p>Muutokset valmistellaan työryhmissä</p> <p>Muutoksien suunnittelu tapahtuu työryhmissä</p> <p>Moniammatilliset työryhmät suunnittelevat toiminnan muutokset</p>		
--	--	--