



SAVONIA

OPINNÄYTETYÖ - YLEMPI AMMATTIKORKEAKOULUTUTKINTO
SOSIAALI-, TERVEYS- JA LIIKUNTA-ALA

PUHELIMESSA TAPAHTUVA HOIDON TARPEEN JA KII- REELLISYYDEN ARVIOINTI – SAIRAAHOITAJIEN KO- KEMUKSIA.

TEKIJÄ Tiina Peppanen

Koulutusala Sosiaali-, terveys- ja liikunta-ala	
Koulutusohjelma/Tutkinto-ohjelma Hoitotyön kliinisen asiantuntijan tutkinto-ohjelma	
Työn tekijä Tiina Peppanen	
Työn nimi Puhelimessa tapahtuva hoidon tarpeen ja kiireellisuuden arviointi - sairaanhoitajien kokemuksia.	
Päiväys	28.02.2020
Sivumäärä/Liitteet	68 / 4
Ohjaaja Lehtori Marja-Liisa Rissanen	
Toimeksiantaja/Yhteistyökumppani Keski-Uudenmaan SOTE- kuntayhtymä	
Tiivistelmä	
<p>Terveydenhuollon palveluiden tarpeen lisääntyminen sekä kustannusten nousu on luonut haasteita kehittää kustannustehokkaampia terveyspalveluita. Puhelinneuvonnan sekä muiden digitaalisten terveyspalveluiden lisääminen ja kehittäminen on ollut yksi keino vastata tarpeeseen.</p> <p>Hoidon tarpeen arvioinnin tullessa osaksi lakitekstiä kirjattiin tehtäväsiirto lääkäreiltä muille terveydenhuollon ammattihenkilöille. Ammattihenkilön tehtäväkuva laajeni tehtävänsiirron myötä. Sairaanhoitajan työnkuvan muuttaminen ja tehtävien laajentuessa lisääntyy koulutuksen tarve. Puhelimessa tapahtuva hoidon tarpeen ja kiireellisuuden arviointi koetaan yhdeksi sairaanhoitajan haasteellisimmaksi työtehtäväksi.</p> <p>Tämän opinnäytetyönä toteutetun tutkimuksen tarkoituksena oli kuvata sairaanhoitajien kokemuksia puhelimesta tapahtuvasta hoidon tarpeen ja kiireellisuuden arvioinnista. Työn tavoitteena oli kerätä tietoa sairaanhoitajien kokemuksista, osaamisesta ja mahdollisesta koulutus ja perehdytys tarpeesta puhelimesta tapahtuvassa hoidon tarpeen arvioinnissa.</p> <p>Opinnäytetyö toteutettiin laadullisella tutkimusmenetelmällä ja aineistonkeruu tehtiin ryhmähaastatteluina. Ryhmähaastattelut toteutettiin keväällä 2019. Haastatteluihin osallistui yhteensä 13 sairaanhoitajaa. Saatu tutkimusaineisto litteroitiin ja analysoitiin haastatteluiden jälkeen sisällönanalyysillä.</p> <p>Tutkimuksen tuloksina voidaan todeta, että hoidon tarpeen arviointia helpottavia tekijöitä oli löydettävissä organisaatiosta, asiakkaasta ja sairaanhoitajasta johtuvista yksilöllisistä tekijöistä ja ominaisuuksista. Hoidon tarpeen arviointia helpottavia tekijöitä oli muun muassa sairaanhoitajan ammatillinen osaaminen ja kokemus, kollegan konsultointi, tiedonhankintataidot, asiakkaan oma arvio ja käytössä olevat ohjeet ja oppaat. Hoidon tarpeen arviointia vaikeuttavia tekijöitä oli löydettävissä organisaatiosta, asiakkaasta, puheluiden sisällöstä, työn kuormittavuudesta ja sairaanhoitajasta johtuvista yksilöllisistä tekijöistä ja ominaisuuksista. Kokemuksen puute, puheluiden laajuus, kiire ja työn organisointiin liittyvät tekijät olivat muun muassa arviointia vaikeuttavia tekijöitä. Sairaanhoitajat toivoivat lisäkoulutukseen säännöllisyyttä sekä koulutuksen sisällön toivottiin liittyvän hoidon tarpeen arviointiin, ergonomiaan, tietotekniikkataitoihin ja sähköisten palveluiden hallintaan. Perehdytykseen sairaanhoitajat olivat suurimmaksi osaksi tyytyväisiä. Tutkimustuloksista voidaan todeta, että viimeksi perehdytyksessä olleet sairaanhoitajat olivat tyytyväisimpiä saamaansa perehdytykseen. Sairaanhoitajat toivat esille kehittämistoimenpiteitä, joilla voidaan poistaa turhia toimintoja puhelinneuvonnassa ja lisätä potilastytytyväisyyttä.</p> <p>Tutkimuksen tuloksia voidaan hyödyntää kohdeorganisaatiossa, kun kehitetään puhelimesta tapahtuvaa hoidon tarpeen arviointia ja siihen liittyvää perehdytystä ja lisäkoulutusta.</p>	
Avainsanat	
hoidon tarpeen arviointi puhelimesta, sairaanhoitajien kokemuksia, triage,	

Field of Study Social Services, Health and Sports			
Degree Programme Master's Degree Programme in Advanced Practice Nursing			
Author Tiina Peppanen			
Title of Thesis The Assessment of the Need for Care and Urgency by Phone - Nurses' Experiences			
Date	28 February 2020	Pages/Appendices	68 / 4
Supervisor(s) Senior lecturer Marja-Liisa Rissanen			
Client Organisation /Partners Keski-Uudenmaan SOTE Joint Municipal Authority			
<p>Abstract</p> <p>The increasing demand for health care services and rising costs have created challenges to develop more cost-effective health care services. Increasing and developing phone counseling and other digital health care services has been one way to respond to this increasing need. When the assessing the need for care became part of the law, the duties transferred from doctors to other health care professionals and thus the job description of other health care professionals was expanded. As the nurse's job profile changes and the tasks expand, the need for training increases. Assessing the need and urgency of care by phone is considered one of the most challenging tasks for nurses.</p> <p>The purpose of this thesis study was to describe nurse' experience of assessing the need and urgency of care by phone. The aim of this thesis was to gather information on the experiences, skills, and potential training and orientation needs.</p> <p>The thesis was implement using a qualitative research method and the data collection was implement by group interviews. The group interviews were conducted in the spring of 2019. A total of 13 nurses participated in the interviews. The resulting research material was transcribed and analyzed after the interviews using the content analysis method.</p> <p>The result of the study shows that the assessment of care by phone was facilitated by the organization, the client, and the individual factors and characteristics attributed to the nurse. The factors that facilitated the assessment of the need for care included the professional competence and experience of the nurse, consultation with a colleague, information retrieval and skills. The assessment was complicated due to the presence of the caller, the client, the content of the calls, the workload and the individual elements and features of the nurse. Lack of experience, the number of calls, rush, and factors related to work organization were among other things issues that, complicated the assessment. The nurses hoped for regular training as well the content of the training to be related to the assessment of the need for care, ergonomics, computer skills and service management. The nurses were mostly satisfied with the orientation. The study results show that the nurses who were most recently hired were most satisfied with the orientation they received. The nurses came up with development measures to eliminate unnecessary telephone counseling and increase patient satisfaction.</p> <p>The results of the study can be utilized in the target organization to develop the assessment of the need for care by phone and related orientation and further training.</p>			
Keywords			
assessment of care by phone, nurse' experience, triage,			

SISÄLTÖ

1	JOHDANTO	5
2	POTILAAN HOIDON TARPEEN JA KIIREELLISYYDEN ARVIOINTI.....	7
2.1	Puhelimessa tapahtuva hoidon tarpeen ja kiireellisyyden arviointi	8
2.2	Hoidon tarpeen arviointia ohjaava lainsäädäntö	9
3	HOIDON TARPEEN JA KIIREELLISYYDEN ARVIOINNIN MENETELMÄT	12
4	SAIRAANHOITAJAN OSAAMINEN HOIDON TARPEEN ARVIOINNISSA	17
5	TARKOITUS, TAVOITE JA TUTKIMUSTEHTÄVÄT.....	23
6	TUTKIMUKSEN TOTEUTTAMINEN	24
6.1	Laadullinen tutkimus	24
6.2	Tutkimuksen tiedonantajat ja toteutuspaikka	25
6.3	Aineistonkeruu teemahaastattelulla	25
6.4	Aineiston analysointi	26
7	TUTKIMUSTULOKSET	29
7.1	Haastatteluun osallistuneiden sairaanhoitajien työkokemus ja itsearviointi	29
7.2	Hoidon tarpeen ja kiireellisyyden arviointia helpottavat tekijät	30
7.3	Hoidon tarpeen ja kiireellisyyden arviointia vaikeuttavat tekijät	34
7.4	Hoidon tarpeen arviointiin liittyvä perehdytys ja lisäkoulutus.....	37
7.5	Puhelinneuvontaan ja puhelimitse tapahtuvaan hoidon tarpeen arviointiin liittyvät kehittämisideat	39
8	POHDINTA.....	42
8.1	Tutkimustulosten tarkastelua	43
8.2	Tutkimuksen eettisyys ja luotettavuus	52
8.3	Johtopäätökset ja ehdotukset jatkokehittämiselle	54
	LÄHTEET	57
	LIITE 1: TUTKIMUSTIEDOTE	65
	LIITE 2: SUOSTUMUSLOMAKE	66
	LIITE 3: TEEMAHAASTATTELUN RUNKO.....	67
	LIITE 4: TAUSTATIETOLOMAKE.....	68

1 JOHDANTO

Tulevaisuudessa Suomen terveydenhuollon yksi haasteista tulee olemaan väestön ikääntyessä terveydenhuollon palveluiden tarpeen lisääntyminen sekä kustannusten nousu. Puhelinneuvonnan sekä muiden digitaalisten terveystalveluiden lisääminen ja kehittäminen on ollut yksi keino vastata terveystalveluiden lisääntyneeseen tarpeeseen ja kustannusten nousuun Suomessa (Syväoja & Äijälä 2009, 127) ja maailmalla (Bunn, Byrne & Kendall 2004). Sähköisten palveluiden lisääntyminen terveydenhuollossa vähentää tiettyjen asiakasryhmien käyntejä (Linturi & Kuusisto 2018). Terveystalveluontapuhelimien ja hoidon tarpeen ja kiireellisyyden arvioinnin käyttöönoton on todettu vähentävän Suomessa kunnan terveystalvelu keskus vastaanottokäyntejä (Kantonen 2014). Kansainvälisesti neuvontatalveluiden ja puhelimitse tapahtuvan hoidon tarpeen arvioinnin on todettu vähentävän kliinistä työtä sekä lisäävän asiakastytyväisyyttä (Lake, Georgiou, Li, Li, Byrne, Robinson & Westbrook 2017).

Hoitoon pääsystä säädetään terveydenhuoltolaissa (L 1326/2010). Hoidon tarpeen arvioinnin tullessa osaksi lakitekstiä kirjattiin tehtäväsiirto lääkäreiltä muille terveydenhuollon ammattihenkilöille. Tehtävänsiirrolla tarkoitetaan toiselle henkilöstöryhmälle aikaisemmin kuuluneiden tehtävien siirtämistä toiselle henkilöstöryhmälle. Tehtäväsiirrolla pyritään tehostamaan toimintaa ja vähentää kustannuksia (Syväoja ym. 2009, 42, 45). Terveydenhuollon ammattihenkilö tekee hoidon tarpeen arvioinnin, yleensä se on sairaanhoitaja. Hoidon tarpeen arviointi ei ole sama kuin taudinmääritys. Hoidon tarpeen arviossa tehdään arvio hoitoon pääsystä sekä hoidon kiireellisyydestä. Hoidon tarpeen arviointi voidaan tehdä puhelimesta, kasvotusten asiakkaan hakeutuessa esimerkiksi terveystalvelu sementalle tai erilaisten sähköisten verkkopalveluiden kautta. (Valvira 2017.)

Tehtävänsiirron myötä terveydenhuollon ammattihenkilön tehtäväkuva on laajentunut. Tehtävien ja toimintamallien muuttuessa lisääntyy työn vaativuus. (Syväoja ym. 2009, 42.) Terveydenhuollon ammattihenkilö tekee hoidon tarpeen arvioinnin koulutuksensa ja ammattitaitonsa mukaisella ammattivastuulla (Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä L 559/1994). Hoidon tarpeen arvioinnin tekevällä terveydenhuollon ammattihenkilöllä tulee olla tehtävän edellyttämä koulutus, kokemus ja ammattitaito. Toimintayksikkö on vastuussa, että hoidon tarpeen arviointia tekevällä terveydenhuollon ammattihenkilöllä on riittävä koulutus, ammatillinen pätevyys sekä ammattitoiminnan edellyttämät muut valmiudet. (Valvira 2017.)

Tämän tutkimuksen tarkoituksena on kuvata sairaanhoitajien kokemuksia puhelimesta tapahtuvasta hoidon tarpeen ja kiireellisyyden arvioinnista. Aihe opinnäytetyölle on työelämälähtöinen. Kohde-ryhmä on eräiden Keski-Uudenmaan Soten kuntayhtymään kuuluvien terveystalvelu sementin vastaanoton ja kiirevastaanoton sairaanhoitajat. Kohdeorganisaation terveystalvelu sementilla tehdään puhelimesta tapahtuvaa hoidon tarpeen arviointia ja tulevaisuudessa puhelimitse tapahtuva arviointi tulee lisääntymään. Tässä opinnäytetyössä puhelinohjauksella tarkoitetaan reaktiivista, asiakkaan aloitteesta tapahtuvaa sairaanhoitajanhoitajan puhelimesta antamaan ohjausta tai neuvontaa.

Työn tavoitteena on kerätä tietoa hoitohenkilökunnan kokemuksista, osaamisesta ja mahdollisesta koulutus sekä perehdytys tarpeesta puhelimesta tapahtuvasta hoidon tarpeen arvioinnista. Sairaanhoidajien kokemukset puhelimesta tapahtuvasta hoidon tarpeen arvioinnista antaa arvokasta tietoa kohdeorganisaatiolle. Tutkimustuloksia voidaan hyödyntää kohdeorganisaatiossa, kun kehitetään puhelimesta tapahtuvaa hoidon tarpeen arviointia ja siihen liittyvää perehdytystä ja lisäkoulutusta. Tutkimustuloksia hyödyntämällä voidaan vähentää tai poistaa arviointia vaikeuttavia tekijöitä sekä samalla vahvistaa ja yhtenäistää helpottavia tekijöitä.

2 POTILAAN HOIDON TARPEEN JA KIIREELLISYYDEN ARVIOINTI

Hoidon tarpeen arvioinnin tarkoitus on selvittää potilaan terveydellinen tila, toimintakyky ja sen kehittyminen (Edwards 2013). Terveydenhuoltolaissa (2010) säädetään hoidon tarpeen arvioinnista. Hoidon tarpeen arvioinnin tullessa osaksi lakitekstiä kirjattiin tehtäväsiirto lääkäreiltä muille terveydenhuollon ammattihenkilöille. Ammattihenkilön tehtävänkuva laajeni tehtävänsiirron myötä. (Syväoja ym. 2009, 42.) Hoidon tarpeen arviointi ei ole sama kuin taudinmääritys. Hoidon tarpeen arviointia tehdään aina kun asiakas tai potilas ottaa yhteyttä hoitotahoon. Hoidon tarpeen arvioinnin voi tehdä terveydenhuollon ammattihenkilö edellyttäen, että asianomaisella on tehtävän suorittamiseen riittävä koulutus, kokemus ja ammattitaito. Useimmiten hoidon tarpeen arvioinnin tekee sairaanhoitaja tai ensihoitaja. Terveydenhuollon yksikkö on vastuussa siitä, että terveydenhuollon ammattihenkilöllä on lainsäädännön, koulutuksen ja ammatillisen pätevyyden edellyttämät valmiudet. Hoidon tarpeen arviointi voidaan tehdä puhelimesta, kasvotusten asiakkaan hakeutuessa esimerkiksi terveysasemalle tai erilaisten sähköisten verkkopalveluiden kautta. (Valvira 2017.) Tulevaisuudessa Suomen terveydenhuollon yksi haasteista tulee olemaan terveydenhuollon palveluiden tarpeen lisääntyminen sekä kustannusten nousu. Digitaalisten terveyspalveluiden lisääminen ja kehittäminen on ollut yksi keino vastata terveyspalveluiden lisääntyneeseen tarpeeseen ja kustannusten nousuun Suomessa (Syväoja ym. 2009, 127) sekä kansainvälisesti (Bunn ym. 2004).

Yhteydenoton tekee asiakas itse, hänen omaisensa tai läheinen. Asiakkaan ottaessa yhteyttä terveydenhuoltoon aloitetaan hoidon tarpeen arviointi tunnistamalla asiakas sekä selvittämällä syy yhteydenottoon. Asiakkaan tunnistaminen tarkoittaa vastaanotolla esimerkiksi kuvallista kela- korttia. Puhelimesta tunnistautuminen tapahtuu asiakkaan kertomalla nimen ja henkilötunnuksen. Vahva tunnistaminen puhelimesta tarkoittaa, että sairaanhoitaja kysyy kotiosoitetta ja varmistaa että se on sama kuin sähköisissä potilastietojärjestelmissä. Tunnistamisen jälkeen ensimmäisenä kartoitetaan syy yhteydenotolle. Syy voi esimerkiksi olla jokin oire tai sairaus. Yhteydenoton syy voi olla myös yleiseen terveysneuvontaan liittyvää, jolloin terveydenhuollon ammattihenkilö ei anna yksilöllistä neuvontaa eikä välttämättä tarvitse asiakkaan sähköisiä potilastietoja. Kun hoitaja ottaa kantaa henkilön yksilölliseen terveydentilaan tai antaa yksilöllisiä hoito-ohjeita on silloin kyse yksilöllisestä terveyden- ja sairaanhoidon neuvonnasta. Soittajan ja terveydenhuollon ammattihenkilön välille muodostuu hoitosuhde ja neuvojen antamisesta tulee tehdä lain edellyttämät potilasasiakirjamerkinnot. (Syväoja ym. 2009, 127-129.)

Hoidon tarpeen arvioinnin keskustelun aikana sairaanhoitaja tekee useita havaintoja ja kasvotusten tapahtuvassa arviossa hoitaja saattaa mitata vitaalielintoimintoja mm. lämmön, veren happisaturaa-tion, verensokerin, pulssin ja verenpaineen (Edwards 2013). Fysiologiset mittaukset ovat yksi tärkeimmistä tekijöistä arviota tehdessä (Lindfors-Niilola 2014). Päätöksen teon apuna hoitaja käyttää myös kuuloa, haju- ja kosketusaisteja. Hoitaja voi kuunnella onko potilaan hengitys normaalista poikkeavaa, hän voi haistaa hengityksestä esimerkiksi alkoholin ja ihoa koskettamalla tunnustella esimerkiksi pulssia, lämpörajoja ja ihon lämpötilaa. Päätöksenteossa hoitaja luottaa potilaalta saatuun subjektiiviseen ja objektiiviseen tietoon. (Edwards 2013.) Hoidon tarpeen arvioinnin tulee olla

asiakslähtöistä. Arvion jälkeen hoidon suunnittelun tulee tapahtua potilaan tarpeita kuunnellen. Arviossa ja hoidon suunnittelussa tulee hyödyntää potilaan asiantuntemusta ja tietämystä omasta terveydentilasta. (Lindfors-Niilola 2014.) Asiakkaan ohjaamisen perustana hoidon tarpeen arvioinnissa tulee kaikkien käyttää yleisesti hyväksytyjä kriteerejä. Kriteereiden tulee perustua tutkittuun lääketieteelliseen näyttöön. (Soininen 2019.) Arvioinnissa hoitajilla käytettävissä oleva informaatio ja ohjeistus vaihtelevat. Vain hätäkeskuksella on kansallisesti sovitut yhtenäiset hoidon tarpeen arviointiin ohjeet ja ensihoito käyttää yhtenäisen tiedon lähteenä ensihoito- opasta. Puhelinneuvonnassa ja päivystyksissä on vaihtelevasti omat ohjeet. Ohjeet voivat olla paikallisesti päivystyksen oma laatimia. (STM 2010.) Hoidon tarpeen arvioinnissa ja ohjeistuksessa tulee käyttää kirjallisia ohjeita, joista vastaa terveydenhuollon yksikön vastaava lääkäri (Soininen 2019). Organisaation luomat kirjalliset ohjeet toimivat oppaina sairaanhoitajille. Ohjeiden lisäksi sairaanhoitajat hyödyntävät arviointia tehdessä omaa tietoa ja osaamista. (Rutenberg 2000.) Oman osaamisen sekä ohjeiden ja oppaiden lisäksi päätöksenteossa sairaanhoitajilla tulisi olla mahdollisuus konsultoida tarvittaessa lääkäriä (Soininen 2019).

Hoidon kiireellisyyden arvioinnilla (triage) tarkoitetaan potilaiden luokittelua heidän terveydentilansa perusteella siitä, kuinka nopeasti heidän tulisi päästä hoitoon. Triage on työkalu. Alun perin triage oli käytössä sotakirurgiassa missä sen avulla määriteltiin ketä haavoittuneista tulisi hoitaa ensin. Triage käytetään silloin kun kaikille potilaille ei voida antaa hoitoa saman tien. (Kantonen 2014, 23-24.) Kiireellisyyden arvioinnissa otetaan huomioon potilaan tulosyy, sairaudet sekä mahdolliset löydökset (Valvira 2017). Potilas voidaan lääketieteellisen perusteella potilaan tilaa vaarantamatta ohjata päivystyksen sijasta perusterveydenhuollon piiriin. Hoitaja tekee kiireellisyysluokittelun käyttäen apuna konsultaatiota, ohjeistuksia sekä omaa kokemustaan. Hoidon tarpeen arviointi tulee tehdä potilaslain mukaan yhteisymmärryksessä asiakkaan kanssa, asiakkaan mielipide huomioiden ennen hoidon aloittamista. Hoidon toteuttamisesta päätöksen tekee kuitenkin terveydenhuollon ammattihenkilö. (STM 2010.)

2.1 Puhelimessa tapahtuva hoidon tarpeen ja kiireellisyyden arviointi

Puhelinneuvonnan lisäämisellä on vastattu terveydenhuollon palveluiden lisääntyneeseen kysyntään sekä helpotettu asiakkaiden yhteydenaantia terveyskeskuksiin. Hoitoon pääsyn turvaamiseksi tehdyt laki muutokset ovat lisänneet puhelinpalveluiden merkitystä terveydenhuollossa. (Tyyskä 2012.) Puhelimessa tapahtuva hoitajan antama neuvonta voi olla yleistä palveluista tiedottavaa, yleistä ja yksilökohtaista terveyden- ja sairaanhoidon neuvontaa tai palveluun ohjaavaa (Syväoja ym. 2009, 127-129). Asiakkaan ottaessa yhteyttä puhelimitse terveyskeskukseen tekee terveydenhuollon ammattilainen hoidon tarpeen arvioinnin, jossa tehdään arvio hoitoon pääsystä sekä hoidon kiireellisyydestä (Terveydenhuoltolaki L 1326/2010). Puhelimessa tapahtuva hoidon tarpeen arviointi on vaativa päätöksentekotilanne (Oikarainen, Siltanen, Korhonen & Holopainen 2018). Puhelimessa tapahtuva arviointi on vaativa tehtävä, johon liittyy suuremmat riskit kuin vastaanotolla kasvotusten tehtyyn arvioon. Muun muassa vitaalielintoimintojen mittaaminen mahdollisuuden ja näköyhteyden puuttuminen vaikeuttavat arvioin tekemistä puhelimessa. Päätöksenteko puhelimessa perustuu vahvasti hoitajien omaan kokemukseen ja tietämykseen. (Tyyskä 2012.) Vaativaa puhelinneuvontaa tekevien

sairaanhoidajien monipuolinen ja riittävä vähintään viiden vuoden työkokemus on todettu helpottavan arvioinnin tekemistä (Heikkinen & Pällynaho 2019).

Puhelimessa kommunikointi ja vuorovaikutus tapahtuvat kuuloaistin, äänen ja sanojen perusteella. Käytetyt sanat ja ääni luovat hoitajalle mielikuvan soittajasta. Asiakkaan ja hoitajan välisen non-verbaalisen viestinnän tärkeys korostuu puhelimessa. Hoitaja pystyy hyödyntämään kuuntelemalla ja havainnoimalla non-verbaalisia kommunikaatiomuotoja muun muassa asiakkaan hengityksen kuunteleminen, äänensävy, valitus ja taustalta kuuluvat äänet. Kokenut hoitaja pystyy tulkitsemaan myös niin sanotusti rivien välistä sanomaa. (Tyyskä 2012.) Puhelimessa päätöksenteko perustuu haastatteluun. Hoidon tarpeen arvioinnin haastattelussa voidaan hyödyntää erilaisia oppaita, ohjeita tai malleja esim. ISBAR- menetelmä tai socrates- toimintamallia joka alun perin oli suunniteltu kivun arviointiin, mutta soveltuu käytettäväksi haastattelurungoksi hoidon tarpeen arviointiin. Päätöksentekoa seuraa asiakkaan ohjeistus. Ohjeiden tulee olla ymmärrettäviä ja ohjeiden tulee olla näyttöön perustuvia. Arvion lopussa on syytä vielä varmistaa, että asiakas on ymmärtänyt annetut ohjeet. Jos hoidon tarpeen arvioinnissa päädytään kotihoito- ohjeisiin on tärkeätä muistaa ohjata asiakas uuteen arvioon, jos oireissa tai yleisilassa tapahtuu muutosta tai jos oireet pitkittyvät. (Syväoja ym. 2009, 55-56; Seppälä 2017.)

Organisaatiot saavat jatkuvasti palautetta toiminnastaan ja palveluista, jonka avulla he pystyvät arvioimaan ja kehittämään laadukkaita ja kustannustehokkaita palveluita (Korhonen, Jylhä, Korhonen ja Holopainen 2018a, 17). Puhelimessa tapahtuvaa ohjausta ja hoidon tarpeen ja kiireellisyyden arviointia on kehitetty mm. selvittämällä millaisten asioiden ja vaivojen takia asiakkaat yleensä ottavat yhteyttä terveyskeskukseen. Tämän avulla on voitu kehittää esimerkiksi organisaatio kohtaisia ohjeita puhelimessa työskenteleville hoitajille. (Kynäs, Kääriäinen, Poskiparta, Johansson, Hirvonen ja Renfors 2007, 120.) Organisaation kerätessä tietoa puheluiden sisällöistä voidaan puheluista poimia myös ne asiakasryhmät, jotka hyötyisivät enemmän esimerkiksi sähköisistä palveluista. Tiettyt oireet tai sairaudet voidaan hoitaa kustannustehokkaasti kehitettyjen hoitopolkujen avulla. Hoitopolut nopeuttavat hoitoon pääsyä, lisää etäpalveluiden hyödynnettävyyttä sekä vähentää turhia käyntejä. (Mäkelä 2017, 23.)

2.2 Hoidon tarpeen arviointia ohjaava lainsäädäntö

Terveystieteiden lain (2010) säätelee hoidon tarpeen ja kiireellisyyden arviointia. Terveystieteiden lain lisäksi hoidon tarpeen arviointiin liittyy ja vaikuttaa myös monet muut lait ja asetukset (Tyyskä 2012). Terveystieteiden ammattihenkilö tekee hoidon tarpeen arvioinnin koulutuksensa ja ammattitaitonsa mukaisella ammattivastuulla (L 559/1994). Hoidon tarpeen arviointia tekevän terveystieteiden ammattihenkilön tulee tuntea sitä koskeva lainsäädäntö. Kansanterveyslain (1972) 15 b §:n 1 momentissa säädetään, että asiakkaan tulee saada välitön yhteys terveyskeskukseen virka-aikana. Hoitotakuulain tullessa voimaan 2005 määriteltiin, miten terveyskeskuksen tulee järjestää yhteydenosaanti sekä hoitoon pääsy määräajassa. Yhteydenotto voi tapahtua puhelimitse tai henkilökohtaisesti käymällä terveyskeskuksessa. Virka-ajan ulkopuolella yhteydenotto tapahtuu esimerkiksi soittamalla

kunnan järjestämään neuvontapuhelimeen tai ottamalla yhteyttä päivystykseen. Vuonna 2011 Sosiaali- ja terveysministeriö antoi ohjeen, että välitön yhteys tarkoittaa, että asiakkaan tulee saada puhelimitse yhteyttä 5 minuutin sisällä soittamisesta. Puhelinpalveluiden ruuhkautuessa voi terveyskeskus tarjota asiakkaalle mahdollisuutta jättää soittopyyntö, jolloin terveyskeskuksesta otetaan yhteyttä asiakkaaseen saman päivän aikana, jäädä langalle odottamaan, kun puhelimeen vapautuu seuraava vastaaja tai tarjota soittoaikaa myöhemmin samalle päivälle. (Tyyskä 2012.)

Hoidon tarpeen arvioinnin tehneen terveydenhuollon ammattihenkilön on kirjattava potilaan hoidon järjestämisen, suunnittelun ja toteuttamisen kannalta merkittävät ja laajuudeltaan riittävät tiedot. Potilaskertomukseen on kirjattava jokainen palvelutapahtuma. Ohjeistus kuinka potilaskertomusmerkintöjä tehdään sekä asiakirjoja koskeva säilytys ja lukuoikeus ovat Suomessa lainsäädännöllä määrättyjä. Terveydenhuollon ammattihenkilöstöä koskevat lainsäädännöt ovat muun muassa laki potilaan asemasta ja oikeuksista. Laki potilaan asemasta ja oikeuksista edellyttää myös, että potilaalla on oikeus saada tietoa terveydentilastaan, hoidon merkityksestä, eri hoitovaihtoehdoista sekä muista hoitoon liittyvistä seikoista. Laki määrittelee myös asiakkaan oikeudet hyvään tasa-arvoiseen hoitoon ja kohteluun. (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista L785/1992.)

Sosiaali- ja terveysministeriön potilasasiakirja- asetuksessa säädetään potilaskertomukseen kirjattava sisältö potilaan hoidosta ja perustiedoista. Sosiaali- ja terveydenhuollossa on käytössä rakenteinen kirjaaminen. Rakenteinen kirjaaminen tarkoittaa, että tiedon kirjaamista ennalta sovittujen yhtenäisten rakenteiden avulla potilasjärjestelmään. Terveydenhuollossa potilaan hoidossa oleelliset tiedot on määritelty rakenteisina tietosisältöinä. Potilaasta saadut tiedot kirjataan tietoa varten määriteltyyn tietokenttään eri otsikoiden alle. Yhdenmukainen kirjaaminen organisaatiossa lisää potilastiedon laatua, helpottaa tiedon hakemista ja jatkohyödyntämistä. Lisäksi organisaatio pystyy hyödyntämään yhtenäistä, rakenteista kirjaamista laadun arvioinnissa, palvelun toteutumisen seurannassa ja toiminnan ohjauksessa sekä seurannassa. (THL 2018.)

Terveydenhuollon henkilöstön täydennyskoulutusta määrittelee Sosiaali- ja terveysministeriön asetus (Laki terveydenhuollon henkilöstön täydennyskoulutuksesta L1194/2003).

”Terveydenhuollon ammattihenkilöillä on velvollisuus ylläpitää ja kehittää ammattitaitoaan terveydenhuollon ammattihenkilöistä annetun lain (559/1994) mukaisesti.”

Täydennyskoulutuksen merkitys korostuu terveydenhuollossa sen hoitokäytäntöjen muuttuessa jatkuvasti nopean teknologia kehityksen takia. Potilaiden lisääntyvät vaatimukset sekä työelämän ja työympäristön muutokset vaikuttavat ammatillisen osaamisen kehittämiseen. Periaatepäätöksen mukaan henkilöstölle järjestetään täydennyskoulutusta keskimäärin 3-10 päivää vuodessa. Työntekijän peruskoulutuksen pituus, toimenkuva ja sen muuttuminen, työn vaativuus ja ammatilliset kehitystarpeet vaikuttavat koulutuksen määrään. (STM 2004.)

Muita puhelimessa tapahtuvaan hoidon tarpeen arviointiin liittyviä lainsäädöksiä on tietosuojalaki (L 150/2018) ja asiakastietolaki (L159/2007). Henkilötietojen käsittelyä koskevan yleislain tarkoituksena yksityiselämän suojaa ja muita yksityisyyden suojaa turvaavien perusoikeuksien toteutuminen.

Henkilötietolaki koskee kaikkea henkilötietojen käsittelyä, jolloin se tulee tuntee käsiteltäessä potilastietoja. Asiakastietolain tarkoitus on edistää sosiaali- ja terveydenhuollon asiakastietojen turvallista sähköistä käsittelyä. Laki edellyttää, että kaikki julkisen terveydenhuollon palvelun tuottajat liittyvät sähköiseen potilasarkistojärjestelmään.

3 HOIDON TARPEEN JA KIIREELLISYYDEN ARVIOINNIN MENETELMÄT

ABCDE- menetelmä

ABCDE- menetelmää voidaan käyttää potilaan tilan arvioinnissa sekä hoidon kiireellisyyden arvioinnissa. Esimerkiksi ensihoidossa ja päivystyksissä potilaan ensiarviossa on käytössä ABC -kaavio. Tarkennettu arvio tehdään systemaattisesti käyttäen ABCDE -protokollaa. Tietty käytäntö varmistaa sen, että tutkimuksissa ei unohdu mitään tärkeää. Potilaan tutkinen alkaa ABCDE -protokollan mukaan hengitystien (A) tutkimisesta. Tajuissaan olevan potilaan hengitystien arviointiin riittää se, että potilas puhuu, hän on tällöin kykenevä pitämään hengitystiensä auki. Hengityksen (B) arvioinnissa kokenut hoitaja pystyy arvioimaan hyvinkin nopeasti, katsomalla potilasta onko kyseessä hätätapaus. Hengityksen arvioinnissa hoitajan tulee osata erottaa viitearvoista poikkeavat happisaturaatio ja hengitystaajuus arvot sekä tunnistaa erityyppiset hengitystavat. Hengityksen arvioinnissa hoitaja kuuntelee myös hengityssäänet, tarkistaa potilaan ihon värin ja hikisyyden sekä arvio puhekykyä ja apulihasten käyttöä. Verenkierron (C) mittaaminen on nopeaa ja luotettavaa nykyisillä automaattimittareilla, mutta jokaisen hoitajan perustaitoihin tulisi kuulua verenpaineen mittaaminen manuaalisesti mansetin ja stetoskoopin avulla. Automaattimittarit eivät välttämättä aina onnistu mittamaan verenpainetta esimerkiksi, jos potilaan syke on erittäin nopea ja epäsäännöllinen tai hänellä on poikkeuksellisen matala verenpaine. Saatu verenpaine-arvo tulee aina suhteuttaa sen hetkiseen tilanteeseen ja potilaan vaivaan taikka sairauteen varsinkin akuutissa tilanteessa. Tarkennetussa arviossa potilaan tajunnantaso (D) tutkitaan Glasgow'n kooma-asteikon (GCS) avulla. Arviossa testataan potilaan sen hetkinen tajunnantaso. Asteikko (GCS) muodostuu kolmesta osa-alueesta, joita hoitaja arvioi ja antaa pisteitä. Kolme osa-aluetta ovat silmien auki pitäminen, puhevaste ja liikevaste. Tajuissaan oleva ja orientoitunut potilas saa täydet 15 pistettä. Tajuton, reagoimaton potilas saa minimi 3 pistettä. Verensokerin ketoaineiden mittaaminen on perusteltua monessa tilanteessa ja kuuluu hyvin usein perustutkimuksiin. Tajuttoman tai potilaan, jolla on heikentynyt tajunta tulisi aina mitata verensokeri. Sekavan potilaan kohdalla, jonka liikkuminen on epävarmaa, tulee pyytää lupa puhalluskokeeseen. Alkometrillä mitataan puhalluskokeen avulla veren alkoholipitoisuus. Sekavien traumapotilaiden puhalluttamisella voidaan selvittää, johtuuko sekavuus mahdollisesta pään vammasta vai alkoholista. Paljastaminen ja tarkempi tutkimus (E) tarkoittaa potilaan päällimmäisten vaatteiden pois ottamista, näin hoitaja pystyy tutkimaan potilaan ihon ja esimerkiksi havaitsemaan mahdolliset trauman merkit ja jäljet. Myös potilaan lämpötilan ja kivun arviointi sekä ekg:n ottaminen kuuluvat tarkempiin tutkimuksiin. (Alanen, Jormakka, Kosonen & Saikko 2017, 24-53.)

Suomessa yleisin käytössä oleva ohje kiireellisyyden luokittelussa on ABCDE- menetelmä. ABCDE-triage ryhmittely perustuu Englantilaisen Manchester Triage Group asiantuntija ryhmän laatimaan viisiportaiseen aikaperusteiseen kiireellisyysluokitteluun. A ja B- luokkaan kuuluvat potilaat luokitellaan kiireellisiksi, joiden hoito tulee aloittaa heti tai 10 minuutin kuluttua hoidon tarpeen arvioinnista. C- luokkaa kuuluvien potilaiden hoito tulisi aloittaa tunnin kuluessa arviosta ja D- luokkaan kuuluvien kahden tunnin kuluessa. E- luokkaan kuuluvat on arvioitu ei kiireellisiksi, jotka usein ohjataan päivystävän sairaanhoitajan vastaanotolle, kiireettömille vastaanotoille tai heidät hoidetaan muiden päivystyspotilaiden tapaan päivystyksessä. Arviolta noin 40% perusterveydenhuollon päivystyspotilaista

on kiireettömiä. ABCDE- luokittelun on todettu olevan kohtalaisen luotettava. ABCDE- luokittelu on laadittu helposti muokattavaksi ja käytännölliseksi. Suomessa on käytössä lukuisia erilaisia omaan käyttöön suunniteltuja paikallisia kiireellisyysluokitteluita. Suomen ABCDE- mallin tarkoituksena on saada kiireelliset tapaukset mahdollisimman nopeasti hoitoon sekä siinä pyritään erottelemaan E-ryhmään kuuluvat potilaat. Hoidon kiireellisyys astetta voidaan korostaa värikoodein. (Kantonen 2014.) Kiireellisyys luokittelussa käytetystä menetelmästä ei ole julkaistu valtakunnallista yhtenäistä ohjetta. Vain hätäkeskuksella on yhtenäiset sovitut hoidon tarpeen arvioinnin ohjeet. (STM 2010.)

METTS, ADAPT

Terveyskeskus kiirevastaanotoille sekä yhteispäivystyksille on tyypillistä, että sen tulee pystyä vastaanottamaan suuria asiakasmääriä. Suurien asiakasmäärien tarpeisiin vastaaminen riittävän nopeasti on yksi terveydenhuollon haasteista. Lean-ajattelu on johtamisfilosofia, jonka avulla pyritään siihen, että oikea määrä oikeanlaatuista asioita saadaan oikeaan aikaan oikeaan paikkaan. Suuret asiakasvolyymit, samankaltaiset potilasryhmät sekä työmäärän vaihtelu ovat tyypillisiä akuuttihoitossa, joihin voisi Lean-ajattelua hyödyntää. Läpimenoaikojen lyhentäminen, tarpeettomien työväihteiden vähentäminen, jatkuva kehittäminen ja työntekijöiden osallistuminen ovat tyypillisiä Lean-ajattelulle. Muun muassa Ruotsissa päivystyspoliklinikoiden kiireellisyysluokitteluasteikot ja uudet hoitoprosessit ovat saaneet innoituksen Lean-ajattelusta. Yksinkertaisille tapauksille suunnitellut hoitopolut ns. ohituskaistat lyhentävät tutkitusti potilaiden odotusaikoja. Ohituskaista nopeuttaa sille ohjattujen potilaiden lisäksi myös muiden potilaiden pääsyä lääkäriin. Ruotsissa kehitetyt ja käytössä olevat kiireellisyysluokittelu menetelmät ovat METTS (Medical Emergency Triage and Treatment System) sekä METTS menetelmän pohjalta kehitetty ADAPT (Adaptivt processtriage) sekä brittiläinen MTS- järjestelmä. METTS on vuonna 2014 Sahlgrenin yliopistosairaalassa kehitetty menetelmä. METTS perustuu siihen, että toiminnan tehostaminen vaatii uudenlaisia työskentelytapoja ja toimintaprosesseja. Hoitopolkuihin on yhdistetty ennalta sovitut tutkimukset ja määritely tarkkailun taso. Arvioinnin yhteydessä sairaanhoitaja tekee nopean arvion potilaan tilasta ja ohjaa potilaan joko "Tutki ja hoida" –polulle jos kyseessä on vähemmän kiireellinen tapaus, muut potilaat ohjataan kolmivaiheiseen arviointiin, jossa ensimmäiseen vaiheeseen kuuluu ABCDE-luokittelun mukaiset vitaali-parametrit. Toisessa vaiheessa selvitetään tulosityn ja oireiden yhteisarvio. Kiireellisyysluokka määritellään ensimmäisen ja toisen vaiheen perusteella. Potilas ohjataan kulkemaan joko punaista, oranssia, keltaista, vihreää tai sinistä hoitopolkua. Kolmas ja viimeinen vaihe on prosessi, joka määrää tarkkailun tarpeen ja näytteenoton. ADAPT järjestelmä perustuu kolmeen samaan vaiheeseen kuin METTS menetelmässä. ADAPT järjestelmässä on 74 hoitoon hakeutumisen syytä. Hoitopolut ovat samat kuin METTS menetelmässä paitsi, että ADAPT sisältää myös violetin hoitopolun, johon ohjataan potilaat, jotka voidaan suoraan siirtää hoitavaan yksikköön esimerkiksi aivohalvauspotilaat, sydänpotilaat ja lonkkamurtumat. METTS ja ADAPT perustuvat tiimityöskentelyyn. Nopean arvion jälkeen kiireellisyyden arvioin tiimi, johon kuuluu sairaanhoitaja, lähihoitaja, osastosihteeri ja joissain tapauksissa myös lääkäri. Aina kun mahdollista potilaan hoito etenee prosesseissa tiimityönä. (Finohta 2011.)

SOCRATES- malli

Hoidon tarpeen arvioinnin haastattelun tueksi on kehitetty useampia menetelmiä, joita hoitaja voi hyödyntää arviota tehdessään. Näitä menetelmiä voidaan muokata eri tilanteisiin sopiviksi tarkistuslistoiksi. Tarkistuslistan tarkoitus on toimia apuvälineenä ja muistin tukena eikä korvata hoitajan tietoa ja osaamista tilanteessa. Haastattelun tueksi kehitetyt menetelmät ja tarkistuslistat varmistavat sen, ettei hoidon tarpeen arvioinnin tekevä hoitaja unohda kysyä mitään olennaista. Puhelimessa haastattelun runkona voidaan käyttää esimerkiksi Socrates -mallia. Alun perin Socrates -malli suunniteltiin kivun arvioinnin avuksi. Socrates –mallin avulla hoitaja haastattelee asiakasta johdonmukaisesti. Socrates –mallin avulla suoritettussa haastattelussa hoitaja kysyy oireen/kivun sijainnista, oireiden alusta, oireiden luonteesta, säteileekö kipu, onko muita oireita, oireiden aikajanasta, oireita helpottavista ja pahentavista tekijöistä sekä kivun/oireiden vakavuudesta. Tarkistuslistojen käyttö haastattelun tukena helpottaa ja varmistaa asiakkaan systemaattisen haastattelun. (Alanen ym. 2017, 54-55.)

ISBAR- menetelmä

SBAR-menetelmä kehitettiin 1990- luvulla Yhdysvalloissa merivoimissa yhdenmukaistamaan suullista tiedonkulkua. Merivoimista se levisi hyvin nopeasti ilmailuun ja sieltä terveydenhuoltoon ISBAR-muotoon. Alun perin menetelmä on sovellettu suomalaisen terveydenhuoltoon lisäämään turvallisempaa tiedonkulkua. ISBAR- menetelmää voidaan hyödyntää myös muun muassa puhelintyöskentelyssä kommunikaation tehostamisessa ja olennaisen tiedon välittämisessä sekä vastaanottamisessa. Haastattelun ja hoidon tarpeen arviointiin avuksi puhelimeen muokattu ISBAR -menetelmässä hoitaja haastattelee asiakkaan haastattelurungon avulla. Rungon (isbar) sisältö tulee englannin kielisestä sanoista. Ensimmäisenä hoitaja tunnistaa (identify) asiakkaan, seuraavaksi selvitetään soiton syy ja tilanne (situation), jonka jälkeen hoitaja kartoittaa asiakkaan taustan (background), perussairaudet ja lääkitykset. Taustatietojen jälkeen hoitaja tiedustelee asiakkaan nykytilannetta (assessment) esimerkiksi ABCDE -menetelmällä. Haastattelu päättyy hoitajan toimintaehdotukseen (recommendation) ja päätöksentekoon. Lopuksi hoitaja antaa tarvittaessa toiminta-, - tai kotihoito-ohjeita asiakkaalle. (Alanen ym. 2017, 17.)

NEWS- pisteytys

National Early Warning Scoren (NEWS) kehitti alun perin 2012 Britanniassa sisätautilääkäriyhdistyksen työryhmä. Sen jälkeen NEWS pisteytys otettiin käyttöön Britannian julkisessa terveydenhuollossa. NEWS pisteytyksen avulla voidaan arvioida potilaan peruselintoimintoja yhteisellä tavalla riippumatta työntekijän työpisteestä tai organisaatio tasosta. NEWS pisteytystä on suositeltu otettavan käyttöön hoitopaikasta riippumatta. Suomalaiset tutkimustulokset kertovat, että NEWS pisteytys toimii vuodeosastoilla potilaiden arvioinnissa sekä ensiavussa. NEWS pisteytyksen avulla pystytään erottamaan hoidon tarpeen arvioinnissa suuren riskin potilaat pienen riskin potilaista sekä NEWS tekee peruselintoimintojen mittaamisesta systemaattisempaa. Potilaiden hoidon tarpeen arvioinnissa käyttämällä news –pisteytystä huomioidaan potilaan hengitystaajuus, happisaturaatio, verenpaine, syketaajuus, tajunnan taso, lämpötila sekä mahdollisen lisähapen käyttö. Jokainen kohta pisteytetään. Pisteet nousevat sitä mukaan mitä kauempana saatu mittaustulos on normaalista fysiologisesta arvosta. Korkeat pisteet ennakoivat mahdollisesta tulevasta hätätilanteesta. Alun perin NEWS

pisteytys kehitettiin tunnistamaan vuodeosastopotilaiden tilan heikentyminen. Tutkimuksissa on noussut esille, että potilaiden peruselintoimintoja arvioidaan ja kirjataan puutteellisesti terveydenhoitoalalla. Sairaalassa elvytystilanteita on edeltänyt tunteja kestänyt peruselintoimintojen häiriöt. Nämä tilanteet ovat vältettävissä, kun peruselintoimintojen häiriöt tunnistetaan ajoissa ja tarvittavat toimenpiteet aloitetaan. NEWS pisteytyksen on todettu toimivan luotettavana peruselintoimintojen häiriöiden mittarina päivystyspoliklinikoilla ja ensihoidossa. Peruselintoimintahäiriöiden varhainen tunnistaminen on todettu olevan merkittävä tekijä laitoksissa tapahtuvien elvytysten hoitoketjussa. Suomessa ei ole peruselintoimintojen arviointia ja seurantaan käytettävien menetelmiä standardoitu kansallisella tasolla. (Karjalainen, Norrgård, Peltomaa, Pirneskoski, Rantala ja Tirkkonen 2018, 786-788.)

Sähköiset (hoidon tarpeen arviointi) menetelmät

Digitalisaatio luo uusia vaihtoehtoja vanhoille ja tutuille toiminnoille terveydenhuollossa. Nykyään asiakkaat pystyvät itse sähköisesti tekemään arvioinnin hoidon tarpeesta ja kiireellisyydestä erilaisen sovellusten avulla. Sähköiset palvelut ja niiden lisääntyminen on osa ratkaisua kasvaviin terveyspalveluiden tarpeisiin Suomessa. Väestön ikääntyessä, hoitojen kehittyessä ja kallistuessa terveyspalveluiden kustannukset tulevat kasvamaan Suomessa lähivuosina. Kustannusten osuus bruttokansantuotteesta uhkaa kasvaa yli kansantalouksien kantokyvyn. (Sitra.) Sähköisten hoidon tarpeen arvioinnin menetelmien sekä sähköisen tiedottamisen esim. hoito-ohjeiden lisääminen ohjaa asiakkaan oikeaan paikkaan oikeaan aikaan. Asiakkaat käyttävät sähköisiä palveluita eniten tiedon hakuun terveydestä, sairauksista ja niiden hoidosta, tiedonhakuun oman alueen sosiaali- ja terveyspalveluista sekä omien terveystietojen tarkasteluun. Erityisesti pitkäaikaissairaille tulisi lisätä ja kehittää sähköisiä terveyspalveluita. Pitkäaikaissairaiden sähköisten terveyspalveluiden käyttö on muita todennäköisempää. Virtuaaliset hoitopolut niistä eniten hyötyville asiakasryhmille on osoitettu tuovan säästöjä organisaatiolle. Sähköiset terveyden/hyvinvoinnin omaseuranta sovellukset esimerkiksi sähköiset omamittaukset, terveystarkastukset, oirekyselylomakkeet säästävät aikaa ja rahaa. Omaseuranta voi vähentää vastaanottokäyntejä sekä aikaa, jota hoitajat käyttävät hoidon tarpeen arviointiin. Palveluiden kehittyessä organisaatioiden on huolehdittava asiakkaiden riittävästä tuesta ja ohjaamisesta sähköisten palveluiden käyttöön. (Hyppönen, Pentala-Nikulainen & Aalto 2018.) Sähköisten palveluiden lisääntyessä palvelutuotanto tehostuu ja terveyspalveluihin käytettävät verovarot säästyvät. Sähköisillä palveluilla pyritään vaikuttamaan myönteisesti myös palveluiden saatavuuteen. Yhtenä hallitusohjelman tavoitteena on perusterveydenhuollon palvelut, jotka tulisi olla jokaisen saatavissa oikea-aikaisesti ja laadukkaasti. (Hallitusohjelma 2019.) Tulevaisuudessa internetin ja puhelimen avulla käytettäviä sähköisiä hyvinvointipalveluita käytetään yhä enemmän oman terveydentilan arviointiin, seurantaan, sairauksien hoitamiseen ja hyvinvoinnin edistämiseen. Sähköisillä sovelluksilla ihmiset voivat hoitaa omaa terveyttä sekä arvioida kokemaansa oiretta ja hoidon tarvetta sen suhteen. (Sitra.) Sovellusten diagnostinen kyky on heikko verrattuna lääkäriin, mutta hoidon tarpeen kiireellisyyden arvioinnissa oirearvioiden sovellukset onnistuvat paremmin. Tosin sähköiset oirearvio sovellukset ovat vastuusyistä viritetty ohjaamaan hoitoon herkemmin kuin mitä terveydenhuollon ammattilainen tekisi. (Saarelma 2017.)

Sähköisiä sovelluksia on kehitetty terveydenhuollon ammattilaisten käyttöön sekä asiakkaiden tarpeita palveleviksi. Tulevaisuudessa sähköisten terveyspalveluiden saatavuus sekä käyttö tulevat lisääntymään. Sähköisten palveluiden käyttö lisää kansalaisten yhteydenotto mahdollisuuksia sosiaali- ja terveydenhuollonpalveluihin sekä osallistumista omahoitoon. (Hyppönen ym. 2018.) Helppokäyttöisillä ja saatavilla olevilla sähköisillä palveluilla voidaan tukea asiakkaan omaa päätöksentekoa (Soininen 2019). Digitalisaation lisääntyminen terveydenhuollossa parantaa elämänlaatua, lisää omatoimisuutta ja vähentää laitostumista. Ihmiset pystyvät asumaan kotona pidempään. (Linturi ym. 2018.) Suomessa sähköisten palveluiden käyttö sosiaali- ja terveydenhuollonpalveluiden asiointissa on yleistynyt. Suomalaisista internetin käyttäjistä 84% on käyttänyt sähköisiä sotepalveluita vuonna 2017 kun vuonna 2014 vastaava määrä oli 58%. (Hyppönen ym. 2018.) Laki digitaalisten palveluiden tarjoamisesta astui voimaan vuonna 2019. Saatavuusdirektiivi vaatii viranomaisia toteuttamaan digitaaliset palvelut, verkkosivut ja mobiilisovellukset sekä niiden sisällöt niin että kuka tahansa voi niitä käyttää ja ymmärtää mitä niissä sanotaan. Saavutettavuusvaatimusten soveltamisesta alkoi portaittain vuoden 2019 aikana. Laissa säädetään myös viranomaisten digitaalisten palveluiden järjestämisestä ja veloitetaan tarjoamaan asiakkaille mahdollisuus ottaa yhteyttä sähköisesti. (Valtiovarainministeriö.) Sosiaali- ja terveyspalveluiden digitalisaatio mahdollistaa yhdenvertaiset terveyspalvelut kaikille. Uudistuminen vaatii asiakkaiden sekä terveyden- ja sosiaalihuollon toimintatapojen ja asenteiden muuttamista. (Sotedigi.)

4 SAIRAANHOITAJAN OSAAMINEN HOIDON TARPEEN ARVIOINNISSA

Tehtävänsiirto ja laajennetut tehtäväkuvat

Tehtävänsiirrolla tarkoitetaan toiselle henkilöstöryhmälle aikaisemmin kuuluneiden tehtävien siirtämistä toiselle henkilöstöryhmälle sekä tehtävänkuvan laajentamista ja osaamisen kehittämistä (Hukkanen & Vallimies-Patomäki 2005). Tehtäväkuvan laajentaminen edellyttää aina lisä- ja täydennyskoulutusta. Esimerkkinä tehtäväkuvan laajentamisesta on lääkäreiltä sairaanhoitajille siirtynyt rajoitettu reseptinkirjoitusoikeus tai marevan-lääkityksen määrittely INR-arvon mukaan. (Kuosmanen 2012.) Suomessa tehtyjen tutkimusten ja selvitysten mukaan varsinkin terveyskeskuksissa tehtävien siirrot lääkäreiltä hoitohenkilökunnalle on ollut yleistä. Selvityksissä selvisi että 91% terveyskeskuksissa oli tietyille pitkäaikaissairaille sairaanhoitajan erityisvastaanottoja. Laajennetut tehtäväkuvat sairaanhoitajille perusterveydenhuollossa liittyvät sairaanhoitoon, hoidon tarpeen arviointiin, hoitoon ja hoitoon ohjaamiseen vastaanotoilla tai puhelinneuvonnassa. Suurin osa tehtävänsiirroista on tehty lääkäreiltä sairaanhoitajille. (Hukkanen ym. 2005.)

Väestön ikääntyminen ja palvelumuutokset, säädökset, maahanmuutto ja monikulttuurisuus ovat tulevaisuuden osaamisen haasteita. Tehtävänsiirrot lisääntyvät ja hoitoalan uutta asiantuntijuutta tullaan tarvitsemaan lisää. (Raaska 2017.) Tehtävänsiirrolla pyritään tehostamaan toimintaa ja vähentää kustannuksia. Tehtävänsiirrolla on saavutettu hyötyjä mm. hoitoon pääsy on parantunut, toiminta on tehostunut, hoitohenkilökunnan osaaminen on parantunut, työn mielekkäisyys on lisääntynyt ja osa asiakkaiden asioista on voitu hoitaa puhelimitse mikä on vähentänyt turhia vastaanottokäyntejä. Tehtävien ja toimintamallien muuttuessa lisääntyy työn vaativuus. Muuttuneet työnkuvat tarkoittavat, että hoitohenkilökunta tarvitsee lisäkoulutusta, osaamisen arviointia ja varmistamista. Tehtävänsiirtoihin ja tehtäväkuvan laajentamiseen liittyvät haasteet ovat mahdolliset potilaalle aiheutuvat haitat sekä työntekijöiden saama koulutus ja vastuukysymysten määrittely. (Syväoja ym. 2009, 45-46.)

Sairaanhoitajan ammatillinen osaaminen

Sairaanhoitajakoulutus antaa valmiudet toimia sairaanhoitajan ammatissa. Koulutuksen jälkeen alkaa sairaanhoitajan ammatillinen osaaminen työkokemuksen kautta. (Eriksson, Korhonen, Merasto ja Moisio 2015.) Sairaanhoitajan osaamisella eli kompetenssilla tarkoitetaan sairaanhoitajan kykyä toimia ja hallita ammatin eri kokonaisuuksia. Terveyskeskusten vastaanotoilla ja päivystystyyppisessä kiirevastaanotolla sairaanhoitajalta vaaditaan laaja-alaista, monipuolista ja erityisosaamista. Sairaanhoitajalta vaaditaan myös päätöksenteko valmiutta sekä stressinsietokykyä nopeasti muuttuvissa tilanteissa. (Nisula 2010; Lång 2013; Valtanen 2013.) Erityisosaaminen hoitotyössä viittaa asiantuntijuuteen. Asiantuntijalla tarkoitetaan henkilöä, jolla on tavallista enemmän osaamista tiettyyn asiaan / tehtävään / ongelmaan sekä kykyä käyttää teoriassa opittuja taitoja luovasti ongelman ratkaisuun. Hoitotyön asiantuntijuutta on vaikea määrittellä yksiselitteisesti. Kansainvälisesti asiantuntijasairaanhoitaja Nurse Practitioner (NP) tai Advanced Practice Nurse (APN) on sairaanhoitaja, jolla on erityisosaamista, päätöksentekokykyä ja kliininen osaaminen. Laajennettua tehtäväkuvaa varten suositellaan maisteritasoista tutkintoa. (Valtanen 2013.)

Sairaanhoitaja tehtävä on potilaiden hoitaminen. Sairaanhoitaja toimii itsenäisesti hoitotyön asiantuntijana. Sairaanhoitajan toimintaa ohjaa arvot, eettiset periaatteet, säädökset ja ohjeet. Hoitajan toiminnan lähtökohtana on voimassa oleva lainsäädäntö sekä sosiaali- ja terveystieteelliset linjaukset. Eettinen osaaminen korostuu sairaanhoitajan työssä. Ohjeet määrittävät sairaanhoitajan toimintaa yhteiskunnassa. Ohjeet varmistavat myös, että hoitotyön eettiset laatuvaatimukset ovat korkeat. Ohjeiden tarkoitus on myös tukea sairaanhoitajien eettistä päätöksentekoa. Lähtökohtana eettiselle päätöksenteolle on potilaan oikeus hyvään hoitoon. Sairaanhoitajan eettinen osaaminen tarkoittaa korkeaa moraalialaa ja että sairaanhoitaja toimii aina oikein sekä asiakasta että kollegaa kohtaan. Hoitotyössä korostuu oikeudenmukaisuus ja ihmisarvon kunnioitus. Eettinen toiminta edellyttää sairaanhoitajalta ammatillista, tasa-arvoista ja kokonaisvaltaista toimintaa potilasta kohtaan. (Lång 2013.) Lisäksi sairaanhoitajan eettiset ohjeet ohjeistavat ammatissa toimivan sairaanhoitajan velvollisuudeksi oman jatkuvan ammattitaidon kehittämisen (Sairaanhoitajaliitto 2014a).

Päätöksenteko

Sairaanhoitaja tekee päätöksiä jokaisen potilaan kohdalla arviota tehdessä. Hoidon tarpeen arvioinnissa hoitaja tekee arvion potilaan hoidon tarpeesta sekä hoidon kiireellisyydestä. Päätös tulee tehdä yhteisymmärryksessä potilaan kanssa, mutta potilaalla ei ole subjektiivista oikeutta hoitoon. Päätöksentekokykyyn vaikuttaa hoitajan ammattitaito ja työkokemus. Hoitajan kokemusperäinen ja teoreettinen tieto sekä intuitio helpottavat potilaan hoidon tarpeen arviointia. (Syväoja ym. 2009, 61-63.) Pelkkä kokemuksen myötä tullut tietämys ei riitä päätöksenteossa. Hoitajat käyttävät vaativissa päätöksentekotilanteissa hyödyksi kokemuksen ja intuition lisäksi eri lähteistä löytynyttä ja potilaalta saatua tietoa sekä kollegan konsultointia. Sairaanhoitajat konsultoivat kollegoita muun muassa silloin kun omassa osaamisessa koetaan puutteita ja omalle päätöksenteolle tai arviolle halutaan varmistusta. (Oikarainen ym. 2018.) Kollegan konsultointi on tärkeä osa päätöksentekoa. Hoitajat käyttävät konsultointia päätöksenteon tukena päivittäin. Hoitajat konsultoivat hoitaja kollegoita, lääkäreitä tai muita terveydenhuollon ammattilaisia. (Huibers, Keizer, Giesen, Grol ja Wensing 2012; Tyyskä 2012.) Konsultoinnin lisäksi päätöksenteon tukena terveydenhuollon ammattilaiset käyttävät hoitosuosituksia. Hoitosuosituksen tavoitteena on laadun parantaminen sekä hoidon oikeudenmukaisuuden varmistaminen. Hoitosuosituksen, hoito-ohjeiden tai hoito-ohjelmien ei ole tarkoitus korvata ammattilaisen kokemusta, intuitiivista tietoa tai ihmisten välistä vuorovaikutusta. (Tyyskä 2012.) Hoitotyön tutkimussäätiön julkaisemassa raportissa käy ilmi, että hoitohenkilökunta pitävät tutkimusnäyttöä tärkeänä, mutta tutkimustulokset kertovat, että päätöksenteossa hoitohenkilökunta käyttää tiedonlähteenä kuitenkin useammin kollegoitaan (Oikarainen ym. 2018).

Negatiivisesti hoidon tarpeen arviointiin ja päätöksentekokykyyn vaikuttaa kiire ja paikka, jossa arviointia tehdään. Kiire on yksi suurimmista psykososiaalisista kuormitustekijöistä suomalaisissa työyhteisöissä. Sopivassa määrin kiire voi tehostaa työskentelyä sekä kiireen aiheuttamia haittoja voidaan lieventää, jos työntekijä kokee, että saa arvostusta, työ on palkitsevaa ja voi vaikuttaa oman työn tekemiseen. Kiire aiheuttaa kuitenkin enemmän negatiivisia vaikutuksia kuten stressiä, heikentää työntekijöiden hyvinvointia sekä tuottavuutta. Kiire lisää myös työtapaturmien määrää. Kiirettä voidaan hallita työpaikoilla kehittämällä töiden organisointia sekä luomalla yhteiset pelisäännöt organi-

saatioon. (Puttonen, Hasu & Pahkin 2016.) Vuonna 2016 47% sairaanhoitajista koki työmäärän lisääntyneen yli sietokyvyn. Työnsä raskaaksi kokevien hoitajien määrä oli kasvanut viidenneksellä vuonna 2017 julkaistussa selvityksessä. Huoli terveydenhuollon parissa työskentelevien jaksamisesta on noussut esille useissa tutkimuksissa. Liiallinen kiire ja työkuorma vaarantaa hoitajien ja lääkäreiden työkyvyn sekä työhyvinvoinnin. (Kinnunen, Roine & Aaltonen 2019.) Kiire ja stressi voi vaikuttaa haitallisesti myös hoitajan arviointikykyyn. Hoidon tarpeen arvioinnissa hoitajan haastattelu voi jäädä pinnalliseksi ja lyhyeksi. Kiire ja stressi voi aiheuttaa sen, että hoitaja tekee liian pikaisesti hoitopäätöksen hoidon tarpeesta ja kiireellisyydestä esimerkiksi jää seurantalinjalle ja asiakas kotiutuu tai saa ajan lääkärille. Kiire voi vaikuttaa myös hoitaja kirjaamiseen, jolloin kirjaaminen ja perustelut jäävät vajavaisiksi, jolloin hoitopäätös voi näyttää kirjattuna väärältä ja päätöksentekoon vaikuttavat tekijät voi jäädä kirjaamatta. Paikka ja tilat, joissa tehdään hoidon tarpeen arviointia, tulisi olla rauhallinen sekä erillään muista potilastiloista, jotta voidaan taata yksityisyydensuoja asiakkaille. (Syväoja ym. 2009, 61-63.)

Tiedonhankintataidot ja näyttöön perustuva toiminta

Terveystieteiden laaki (2010, §8) velvoittaa, että terveydenhuollon toiminta on näyttöön ja hyviin hoito- ja toimintakäytäntöihin perustuvaa. Näyttöön perustuvalla toiminnalla (NPT) tarkoitetaan, että asiakkaan hoidossa käytetään parhainta saatavilla olevaa tietoa vaikuttaviksi tunnistettuja menetelmiä ja hoitokäytäntöjä. Näyttöön perustuvan toiminnan tarkoitus hoitotyössä on asiakkaan mahdollisimman hyvä ja vaikuttava hoito. Oikea hoito edellyttää, että päätöksiä tehdessä käytetään parasta mahdollista tutkimusnäyttöä. Sairaanhoitaja voi hyödyntää päätöksenteossa myös kokemustietoaan, tietoa ympäristöstä sekä asiakkaalta/potilaalta itseltään tai hänen omaiseltaan saatua tietoa. Eettisesti tarkasteltuna on väärin olla antamatta asiakkaalle sellaista hoitoa tai kotihoito-ohjeita, jonka tehokkuus on tutkimuksella osoitettu. (Hoitotyön tutkimussäätiö.) Näyttöön perustuvalla toiminnalla pyritään takaamaan hoidon hyvä laatu ja turvaamaan hoitoon pääsy (Hoitotakuu 2008).

Lääketieteellisen tiedon lisääntyminen, hoitosuositus määrän kasvu sekä potilastietojen runsas määrä hankaloittavat tiedonhallintaa terveydenhuollossa. Päätöksentekoa hoitotyössä vaikeuttaa olennaisen tiedon löytäminen. Tietoa on saatavilla useammasta lähteestä. (Tyyskä 2012.)

Koulutustason nousu tarkoittaa sitä, että asiakkaat ja heidän omaisensa ovat entistä aktiivisemmin mukana hoitoon liittyvässä päätöksenteossa. Potilaan tai asiakkaan aktiivinen osallistuminen oman hoidon suunnittelussa on tärkeää hoidon onnistumiseksi, mutta näyttöön perustuvan tiedon varmistamiseksi tarvitaan terveydenhuollon ammattilaisia omahoidon suunnitteluun yhdessä asiakkaan kanssa. (Korhonen ym. 2018a, 16.)

Sairaanhoitajat, hoitotyön asiantuntijat ja johtajat tarvitsevat lisää tietoa näyttöön perustuvasta toiminnasta ja sen vaatimuksista (Korhonen, Hahtela, Holopainen ja Siltanen 2018b, 6). Näyttöön perustuva toiminta ei ole vakiintunut suomalaiseen hoitotyöhön ja sairaanhoitajat eivät hyödynnä sitä riittävästi työssään (Saunders 2016). Kansainvälisesti ja kansallisesti kehitetyt tukirakenteet ja menetelmät eivät ole tunnettuja eikä niitä myöskään hyödynnetä riittävästi. Yhteistyötä sosiaali- ja terveydenhuollon koulutus- ja palveluorganisaatioiden välillä tulisi tehostaa. Terveydenhuollossa tarvitaan näyttöön perustuvaa toimintaa tukevaa koulutusta enemmän. (Korhonen ym. 2018b, 5-6.)

Kustannukset ja huoli resurssien riittävydestä ovat lisänneet vaatimuksia parempien ja turvallisempien palveluiden kehittämiseksi. Nykyään on paremmin tiedossa vaikuttaviksi osoittautuneista hoitomenetelmistä ja samalla tieto tehottomista menetelmistä lisääntyy. Tällä tiedolla pystytään vaikuttamaan potilaan hoidon lopputulokseen sekä terveydenhuollon kustannuksiin. Näyttöön perustuvan toiminnan tavoitteena on edistää hoidon laatua, joka tapahtuu hoitokäytänteitä yhdistämällä parhaaseen tietoon perustuen. Yhtenäisten käytänteiden kehittäminen edistää turvallista ja laadukasta hoitoa sekä varmistaa että potilaat saavat parasta mahdollista hoitoa asuin- tai hoitopaikasta riippumatta. Lähtökohtana yhtenäisten käytänteiden ja näyttöön perustuvan toiminnan kehittämiseksi on nykytilanteen kuvaaminen ja kehittämiskohteiden tunnistaminen. Organisaation tulee tunnistaa, millaista uutta tietoa tarvitaan ja mitä tietoa tulee päivittää. Tässä saattaa auttaa esim. palautetieto, uuden hoitosuosituksen julkaiseminen, toimintaympäristön muutokset tai vaaratapahtumaraportit. (Korhonen ym. 2018a, 17, 71-72.)

Vuorovaikutustaidot

Vuorovaikutusvalmiudet puhelimesta ovat osa ammattipätevyyttä. Ne ovat myös tietoa, taitoa ja asennetta. Onnistunut vuorovaikutus ja asiakaspalvelu alkavat puhelun aloituksesta aina puhelun lopetukseen saakka. Vuorovaikutukseen asiakkaan ja hoitajan välillä vaikuttaa useampi tekijä mm. työntekijän motivaatio ja vireystila. Työntekijän osaaminen ja henkilökohtaiset ominaisuudet vaikuttavat myös puhelimesta tapahtuvan arvioinnin lopputulokseen. Lähtökohdat onnistuneen puhelun takana ovat vuorovaikutustaidot ja valmiudet, asenne, motivaatio, tunneäly ja tilannetaju sekä ammatillinen ote. (Lindholm 2018.) Puhelimesta sekä kasvotusten tehdyssä hoidon tarpeen arvioinnissa arvion tekevä hoitaja on yleensä asiakkaan ensimmäinen kontakti hoitavaan yksikköön. Siksi triagea tekevällä hoitajalla on iso rooli asiakastyytyväisyyteen. Ensimmäisellä kontaktilla voidaan vaikuttaa asiakkaan mielikuvaan koko organisaatiosta. Asiakaslähtöisyys on iso osa terveydenhuollon organisaatioiden strategiaa. Asiakastyytyväisyydellä voidaan mitata hoidon laatua. Tulevaisuudessa asiakaskokemukset tulevat vaikuttamaan yhä enemmän terveystalouden suunnitteluun. (Rehman & Ali 2016.)

Vuorovaikutusvalmiuden kolme eri aluetta ovat tiedot, taidot ja asenteet. Tiedolliset vuorovaikutusvalmiudet tarkoittavat, että hoitajalla on riittävästi tietoa viestitettävästä asiasta. Hoitajan on tarpeellista myös tietää kuinka ihminen kommunikoi ja toimii. Hyviin vuorovaikutusvalmiuksiin kuuluu tieto ja ymmärrys antaa arvoa muiden ihmisten tiedoille ja näkemyksille, vaikka ne poikkeaisivat omista. Tiedon vastaanottaminen ja kuunteleminen puhelimesta paranee, kun hoitaja arvostaa toisen tietoa. Vuorovaikutusvalmiuksien taitoihin kuuluu mm. äänellinen ilmaisu, sisällön ja tilanteen hahmottaminen sekä kielenkäytön ja sanallisen viestinnän taidot. Äänellinen ilmaisu puhelintyöskentelyssä tarkoittaa sanatonta viestintää esim. huokaukset, voihkaisut ja rykimiset. (Hjelt-Putilin 2005, 31-40.) Puhelinkontaktissa tärkeintä on ääni ja sanat. Esimerkiksi äänensävyllä on suuri merkitys ensivaikutelmaan heti puhelun alussa. Äänen merkitys on suurempi (80%) kuin sanojen merkitys (20%). (Marckwort ja Marckwort 2011, 43.) Puhelimesta tapahtuvassa hoidon tarpeen arvioinnissa tulisi osata erottaa kiireelliset ja ei kiireelliset tapaukset. Vuorovaikutustaitojen tärkeys korostuu puhelimesta. Kommunikaatio- ja haastattelutaidot nousevat suurempaan rooliin, kun käytössä ei

ole näköyhteyttä eikä ole mahdollisuutta tutkia potilasta. Tarvittava ajankäyttö ja oikeiden kysymysten esittäminen hoidon tarpeen arviointia tehdessä lisää asiakkaiden oikeaa kiireellisyys luokitusta. Asiakas saa oikeaa hoitoa oikeaan aikaan. (Huibers ym. 2012.) Ruotsissa vuonna 2015 tehdyssä tutkimuksessa nousi esille, että puhelimesta hoidon tarpeen arviointia tekevät sairaanhoitajat kysyvät pääasiassa suljettuja kysymyksiä, joilla haetaan kyllä- tai ei- vastauksia. Puhelut olivat usein lyhyitä, mikä saattaa olla riski potilasturvallisuudelle. Avoimia kysymyksiä, joilla voidaan kysyä mm. tunteista ja tuntemuksista esitettiin harvoin ja hoitajilta jäi usein varmistamatta, olivatko soittajat ymmärtäneet jatkoahoito-ohjeet. (Ernesäter, Engström, Winblad, Rahmqvist ja Holmström 2015.)

Vuorovaikutusvalmiuksilla on todettu olevan yhteys työturvallisuuteen. Hallitut vuorovaikutusvalmiudet auttavat hoitohenkilökuntaa välttämään aggressiivisen tai uhkaavan tilanteen kärjistyästä. Hyvät vuorovaikutusvalmiudet ovat osa ennaltaehkäisyä ja lievimpiä tapoja vaikuttaa turvallisuuteen. Samoja vuorovaikutusvalmiuksia voidaan käyttää puhelintyöskentelyssä. (Hjelt-Putilin 2005, 29-31.) Hyvillä vuorovaikutustaidoilla voidaan vähentää myös haittatapahtumia. Sairaanhoitajaliiton (2014b) mukaan 70% terveydenhuollon haittatapahtumista ovat johtuneet kommunikatio ongelmien myötävaikutuksista.

Perehdytys ja lisäkoulutus

Sairaanhoitajan osaamiseen hoidon tarpeen arvioinnissa voidaan vaikuttaa hyvällä ja riittävällä perehdytyksellä sekä säännöllisellä koulutuksella (STM 2004). Työelämänmuutokset, hoitokäytäntöjen muutokset, terveystieteiden ja teknologian kasvava käyttö ja kehitys korostavat koulutuksen merkitystä terveydenhuollossa. Täydennyskoulutuksella varmistetaan hoitoketjujen toimivuus ja kehitetään työyhteisöjä. Koulutuksen määrään vaikuttaa mm. toimenkuva ja sen muuttuminen, työnvaativuus sekä ammatilliset kehitystarpeet. (Terveydenhuollon laatuopas 2019.) Asiakkaiden uusi rooli ja uudet teknologiat haastavat hoitohenkilökunnan osaamisen. Asiakkaiden roolin muuttuminen yhä enemmän omaan hoitoon osallistuvaksi ja teknologian kehittyminen lisäävät lisäkoulutus tarvetta terveydenhuollon ammattilaisille. Sairaanhoitajat tarvitsevat lisäkoulutusta tietojärjestelmien käytöstä sekä uusista sähköisistä palveluista. Osaava henkilökunta on tärkeässä roolissa, kun asiakkaita neuvotaan uusien digipalveluiden käytössä. Ennen koulutusta henkilökunnan osaaminen tulee korottaa. (Vehko, Hyppönen, Ryhänen-Tompuri ja Heponiemi 2019.) Osaava ja koulutettu henkilökunta lisää potilasturvallisuutta. Potilasturvallisuuteen voidaan vaikuttaa jos toimintayksikön johdolla ja henkilöstöllä on tehtäviensä vaatimat riittävät tiedot, taidot ja osaaminen. Tämä voidaan varmistaa esimerkiksi jatkuvalla täydennyskoulutuksella ja osaamisen seurannalla. (Potilasturvallisuus opas 2011.) Koulutus parantaa hoitajien taitoja arvioida potilaiden tarpeita ja terveydellistä tilaa puhelimesta. Koulutuksella voidaan parantaa laatua puhelintyöskentelyssä. Koulutuksia suunniteltaessa tulisi huomioida osallistujien ikä ja työkokemus. Koulutusta tulisi järjestää säännöllisesti. (Kaakinen, Kyngäs, Tarkiainen ja Kääriäinen 2015.) Terveydenhuollon organisaatioiden käyttöön luotu sosiaali- ja terveysministeriön täydennyskoulutussuosituksessa painotetaan erityisesti perusterveydenhuollon täydennyskoulutuksen tärkeyttä. Suosituksen tavoitteena on terveydenhuollon henkilöstön ammattitaidon ylläpitäminen, syventäminen ja kehittäminen. Suositukset täydennyskoulutuksen hyväksi käytännöiksi ovat suunnittelu, mahdollistaminen, toteutus, seuranta ja koulutuksen arviointi. Henkilö-

kunnan koulutus tulisi olla osa organisaation strategista johtamista. Pitkän tähtäimen henkilöstösuunnittelu korostuu strategisessa johtamisessa. Henkilöstön osaamisen kehittäminen tulisi perustua organisaation visioon, jossa arvioidaan tulevaisuuden osaamistarpeita ja nykyistä osaamista. Organisaation oppimista voidaan tukea osaamisen ja tiedon johtamisella. Henkilöstön osaamisen ja koulutustarpeen määrittelyssä, tukemisessa ja turvaamisessa lähiesimiehet ovat organisaatiossa avainasemassa. Lähiesimiehen johtamistaidoilla on suuri merkitys henkilökunnan motivoijana ja osaamisen tukijana. (STM 2004.) Organisaation johdon lisäksi myös hoitohenkilökunnan vastuulla on oman ammatillisen osaamisen ylläpito ja kehittäminen. Työyhteisön ja yksittäisten työntekijöiden kehittyessä omassa työssään ja osaamisen vahvistamisella parannetaan työn laatua. Osaamisen kehittämällä on positiivisia vaikutuksia hoitohenkilökunnan työkyvyn ylläpitämiseen. Osaava hoitohenkilökunta jaksaa tehdä työtä paremmin ja osaaminen lisää työmotivaatiota. Hoitohenkilökunnan ammatillinen kasvu, osaamisen kehittyminen ja työtyytyväisyys ovat koko terveydenhuollon organisaation, työyhteisön sekä asiakkaiden etu. (Lipponen 2014, 23-24.)

Hyvän perehdytyksen osatekijät ovat vuorovaikutus, nimetty perehdyttäjät, perehdytysohjelma, esimiehen rooli sekä perehdytyksen sisältö ja rakenne (Huhtakangas & Savola 2017). Onnistuneella perehdytyksellä voidaan edistää uuden työntekijän sitoutumista, motivaatiota työyhteisöön ja organisaatioon. Riittävällä perehdytyksellä voidaan myös ehkäistä virheitä, epäonnistumisia ja tapaturmia. Päävastuu perehdyttämisestä on esimiehellä, mutta myös työntekijä on itse vastuussa perehdyttämisestä. Perehdytyksen sisältöön ja keston vaikuttaa työtehtävä, johon annetaan perehdytystä. Myös perehdytyksen saavan työntekijän ikä, työkokemus ja ammatillinen osaaminen vaikuttavat perehdytykseen siksi työpaikoilla tulisi suosia yksilöllistä perehdytysuunnitelmaa, jossa otetaan huomioon jokaisen uuden työntekijän yksilölliset vahvuudet ja heikkoudet. Esimies on vastuussa perehdyttämisestä. Käytännössä esimiehen ei tarvitse suorittaa perehdytystä vaan hän voi nimetä perehdyttäjän tai perehdyttäjät, jotka toteuttavat perehdytyksen perehdytysuunnitelman mukaisesti. Tärkeää perehdytyksessä on riittävä aika, kollegan tuki ja yksilöllinen perehdytysohjelma. (Halonen 2014.) Hyvän perehdytyksen taustalla on asianosaava, motivoitunut perehdyttäjät sekä organisaatio, joka mahdollistaa hyvän perehdytyksen uudelle työntekijälle. Perehdytysprosessiin panostamalla terveydenhuollon organisaatiot voivat vaikuttaa positiivisella tavalla työpaikan vetovoimaisuuteen. Tulevaisuudessa työvoimapula terveydenhuollossa lisää paineita organisaatioille vastata lisääntyvään kilpailuun työntekijöistä. Organisaatioiden tulee yhä enemmän kiinnittää huomiota, kuinka lisätä työntekijöiden työhyvinvointia sekä sitoutumista työnantajaan. (Salminen & Ojala 2018.) Perehdytyksellä voidaan vaikuttaa positiivisesti myös työssä jaksamiseen (Gröhn & Hassinen 2014).

5 TARKOITUS, TAVOITE JA TUTKIMUSTEHTÄVÄT

Tämän tutkimuksen tarkoituksena on kuvata sairaanhoitajien kokemuksia puhelimesta tapahtuvasta hoidon tarpeen ja kiireellisyyden arvioinnista. Työn tavoitteena on kerätä tietoa sairaanhoitajien kokemuksista, osaamisesta ja mahdollisesta koulutuksesta sekä perehdytys tarpeesta puhelimesta tapahtuvasta hoidon tarpeen arvioinnista.

Tutkimuksella etsitään vastauksia seuraaviin kysymyksiin:

- Mitkä tekijät helpottavat hoidon tarpeen ja kiireellisyyden arviointia puhelimesta?
- Mitkä tekijät vaikeuttavat hoidon tarpeen ja kiireellisyyden arviointia puhelimesta?
- Millaista perehdytystä ja lisäkoulutusta sairaanhoitajat toivoisivat?
- Millaisia kehittämisideoita sairaanhoitajilla on puhelimitse tapahtuvaan hoidon tarpeen ja kiireellisyyden arviointiin ja puhelinneuvontaan?

6 TUTKIMUKSEN TOTEUTTAMINEN

6.1 Laadullinen tutkimus

Kehittyäkseen terveydenhuolto tarvitsee jatkuvasti uutta tietoa terveydestä, sairauksista sekä niiden hoidosta. Tietoa voidaan tuottaa määrällisillä tutkimuksilla, mutta myös laadullisilla kun halutaan etsiä ratkaisuja ongelmiin. Laadullisilla tutkimuksilla voidaan löytää uusia näkökulmia jo tunnettuihin tapahtumiin. (Kylmä, Vehviläinen-Julkunen & Lähdevirta 2003.) Laadullinen tutkimus tulee kyseeseen silloin kun ilmiötä ei tunneta ja kun ilmiöstä halutaan saada mahdollisimman syvällinen näkemys. Laadullinen eli kvalitatiivisen tutkimus käyttää sanoja ja lauseita, se on usein kuvailevaa. Tutkimuksessa kuvataan henkilöiden kokemuksia, joita on mahdoton kuvata muuten kuin tekstinä. (Kananen 2017, 32-33, 70.) Opinnäytetyön keskeisimpänä käsitteenä on sairaanhoitajien kokemus.

Laadullinen tutkimus pyrkii tutkittavan ilmiön syvälliseen ymmärtämiseen. Tavoitteena on ilmiön kuvaaminen, ymmärtäminen ja tulkitseminen. Laadulliselle tutkimukselle ominaispiirteitä on että, tutkimus tapahtuu aidossa ympäristössä, tutkija on aineiston kerääjä, aineisto kerätään vuorovaikutussuhteessa, tutkimusaineisto on monilähteistä (haastattelu, tekstiä, kuvia jne.), tavoitteena on kokonaisvaltainen ymmärrys tutkittavasta ilmiöstä ja että aineiston analyysi on vuorovaikutteista ja induktiivista. Tutkimustuloksia pyritään analysoimaan mahdollisimman tarkasti. (Kananen 2017, 33-36.) Tutkimuksen tavoitteena on ymmärtää tutkittavaa ilmiötä sairaanhoitajien näkökulmasta, jolloin laadullinen tutkimus kohdistuu laatuun eikä määrään (Tuomi & Sarajärvi 2018, 173).

Laadullinen tutkimus alkaa aiheenvalinnalla. Aihevalinta on myös eettinen kysymys. Aihevalintaa pohtiessa kannattaa hyödyntää tutkimusaiheen valintakriteereitä. Kun tutkimustehtävä on selvillä voi tutkija alkaa pohtia kuinka tehtävään voisi hakea vastausta eli tutkimusmetodin pohdinta. Tutustumalla laadullisen tutkimuksen menetelmiin ja aikaisempiin tutkimuksiin aiheesta helpottaa menetelmän valintaa. Aineiston keruu sekä analyysi laadullisessa tutkimuksessa voivat tapahtua samanaikaisesti laadullisessa tutkimuksessa. Tutkimuksen viimeinen vaihe on raportin kirjoittaminen. Raportin kirjoittaminen voi edetä eritavoin ja eri vaiheet kirjoittamisessa voivat vaihdella riippuen valitusta analyysimetodista. (Tuomi ym. 2018, 173-175.) Tutkimuksen aiheen valintaa pohdin muun muassa seuraavien kysymysten avulla: Miten kiinnostava aihe on? Miten aihe on toteutettavissa ajallisesti? Miten aiheesta on saatavissa tietoa? Voitko tutkimuksen avulla lisätä tietoa tai ymmärrystä aiheesta? Aiheen valintaan vaikutti tutkimuksen hyödynnettävyys omassa työyhteisössäni. Aiheen valittuani aloin tutustumaan aiheen kirjallisuuteen. Kirjallisuuteen ja aikaisempiin tutkimuksiin tutustuminen helpottaa esimerkiksi tutkimustehtävän valinnassa sekä hahmottamaan mitä omalla alalla aiheesta keskustellaan (Tuomi ym. 2018, 173-175).

6.2 Tutkimuksen tiedonantajat ja toteutuspaikka

Laadullisen tutkimuksen tuloksilla ei pyritä yleistettävyyteen, vaan tarkoituksena on kerätä aihealueesta tietoa harkinnanvaraisesti valitulta joukolta (Tuomi ja Sarajärvi 2009, 87-88). Tutkimuksen kohteena olivat eräät Keski-Uudenmaan Sote kuntayhtymän alueella toimivat terveysasemat ja niiden vastaanoton ja kiirevastaanoton hoitohenkilökunta. Kohdeorganisaation terveysasemilla hoidon tarpeen arviointia tehdään puhelimesta kiirevastaanotolla toimivassa terveysneuvontapuhelimesta ja vastaanotoilla asiakkaiden soittaessa ajanvaraukseen tai sairaanhoitajien soittaessa takaisinsoittoja. Terveysasemien vastaanotoilla sairaanhoitajat tekevät hoidon tarpeen ja kiireellisyyden arviointia puhelimesta arki-aamuisin asiakkaiden soittaessa ajanvarausnumeroon. Kiirevastaanotolla sairaanhoitajat vastaavat terveysneuvonnan puheluihin vuoden jokaisena päivänä klo 8-18. Kohdehenkilöitä oli tammikuussa 2019 yhteensä noin 36 henkilöä. Haastatteluihin osallistui yhteensä 13 henkilöä. Vastaanotolla tutkimuksessa viitataan terveysasemilla toimivaan lääkäri- ja sairaanhoitopalveluihin ja siellä työskenteleviin sairaanhoitajiin. Kiirevastaanotolla tässä tutkimuksessa viitataan terveysasemalla toimivaan kiirevastaanottoon ja siellä työskenteleviin sairaanhoitajiin.

Lähetin tutkimukseen valituille osallistujille sähköpostilla tutkimustiedotteet ja tietoisien suostumuksen pyyntöomakkeet tammikuussa 2019. Seuraavalla viikolla lähetin muistutusviestin kutsusta osallistujille. Haastatteluihin halukkaat osallistujat vastasivat sähköpostilla. Suunnittelin haastatteluryhmät sekä ajankohdat osallistujien työvuorot huomioiden. Jokaiselle osallistujalle lähetin sähköpostin, jossa ilmoitin haastattelu paikan ja ajan. Haastattelut toteutettiin ennalta sovitulla terveysasemalla helmikuussa viikoilla 7 ja 8. Kaikki haastattelukutsuun vastanneet osallistuivat haastatteluun. Yksi osallistujista joutui poistumaan sovitusti kesken haastattelun. Molemmat haastattelut kestivät keskimäärin kaksi tuntia. Suunnitellusti molemmat haastatteluryhmät koostuivat vastaanoton ja kiirevastaanoton henkilökunnasta.

6.3 Aineistonkeruu teemahaastattelulla

”Kun haluamme tietää, mitä ihminen ajattelee tai miksi hän toimii niin kuin toimii, on järkevää kysyä asiaa häneltä” (Tuomi ym. 2018, 84). Vuorelan (2005) mukaan haasteita teemahaastattelussa on kysymysten suunnittelu, kysymykset eivät saa olla johdattelevia. Kysymyksiä suunniteltaessa on haasteellista saada oleellinen tieto kysytyä ja jokaisella kysymyksellä tulisi olla tarkoitus. Tuomen ym. (2018, 88) mukaan teemahaastattelun etuja on mahdollisuus esittää tarkentavia ja syventäviä kysymyksiä vastausten perusteella haastateltaville. Joustavuus ja vastaajien mahdollisuus vastata omin sanoin kysymyksiin ja näin tuoda esille omia ajatuksia oli yksi syy miksi valitsin teemahaastattelu menetelmän. Kysymyksiin ei ole valmiita vastausvaihtoehtoja, vaan vastaajalla on mahdollisuus vastata mitä itse haluaa, näin vastauskin on totuudenmukaisempi. Vapaasti vastattavissa kysymyksissä pystyy vastaaja tuomaan monipuolisemmin asioita ja mielipiteitään esille. (Vuorela 2005.) Kanasen (2017, 90) mukaan vastausten ja niistä kumpuavien lisäkysymysten avulla tutkija pyrkii rakentamaan kokonaiskuvan tutkittavasta ilmiöstä. Teemojen avulla tutkija pyrkii avaamaan tutkimuksen kohteena olevan ihmisen kokemuksia tutkittavasta ilmiöstä (Tuomi ym. 2018, 87-88). Haastattelija voi hyödyntää tukilistaa teemoista. Välttämättä valmiita kysymyksiä ei ole. Teemojen painotukset

saattavat vaihdella haastatteluiden välillä. Teema aihealueet yleensä varmistavat sen, että kaikista tarvittavista aiheista on tullut haastattelun aikana keskusteltua. (Eskola, Lätti & Vastamäki 2018, 41-45.) Tutkimuksen aineistonkeruu tapahtui laadullisin menetelmin teemahaastattelulla. Haastattelu-metodina oli ryhmähaastattelu. Teemahaastattelussa oli etukäteen valittu keskeiset teemat. Tarkentavia kysymyksiä esitin tarvittaessa haastattelun edetessä. Etukäteen valitut teemat olivat valittu perustuen osittain tutkimuksen viitekehukseen ja työelämän edustajien esittämiin teemoihin. Teema-haastattelun suunnittelussa hyödynsin myös omaa tietämystäni organisaatiosta ja tutkittavasta aiheesta. Haastattelun lisäksi keräsin tietoa haastateltavien työkokemuksesta ja osaamisen arvioinnista kyselylomakkeen avulla.

Haastattelun teemat olin kirjannut suostumuslomakkeeseen, jonka olin lähettänyt osallistujille ennen haastatteluita, jotta heillä oli mahdollisuus tutustua teemoihin etukäteen. Haastatteluihin osallistui yhteensä kolmetoista (13) sairaanhoitajaa, joista neljä (4) oli vastaanotto puolelta ja yhdeksän (9) kiirevastaanotolta. Ryhmähaastattelu järjestettiin helmikuun 2019 aikana kaksi kertaa. Ensimmäiseen ryhmähaastatteluun osallistui seitsemän (7) henkilöä ja toiseen osallistui kuusi (6) henkilöä. Molemmissa ryhmähaastatteluissa oli osallistujia suunnitellusti vastaanotolta ja kiirevastaanotolta. Ennen haastatteluita varmistin, että haastatteluun käytetty tila oli hiljainen. Haastatteluiden nauhoitukseen käytin useamman kännykän ääninauhuria varmuuden vuoksi, jos yksi esimerkiksi hajoaisi kesken haastattelun. Useampaa nauhuria käyttämällä varmistin myös, että minulla on useampi kopio haastatteluista.

6.4 Aineiston analysointi

Haastatteluiden jälkeen alkaa aineiston analysointi. Sisällönanalyysissa kerätty aineisto tiivistetään niin että tutkittava ilmiö voidaan kuvailla lyhyesti ja yleistettävällä tavalla tai ilmiöiden väliset suhteet voidaan tuoda selkeästi esille. Olennaisin osa sisällönanalyysissa on, että tutkimusaineistosta erotetaan samanlaisuudet ja erilaisuudet. Analysoitava informaatio voi olla laadullista (kvalitatiivista) tai määrällisesti (kvantitatiivisesti) mitattavia muuttujia. Tässä tutkimuksessa käytettiin haastatteluista tiedon lähteenä eli laadullista informaatiota. (Janhonen & Nikkonen 2003, 23.) Laadullisessa tutkimuksessa aineistoa tarkastellaan kokonaisuutena. Tutkimuksen pääpaino on aineistossa. (Eskola & Suoranta 1998, 83.) Analyysin tarkoituksena on sisällön selkeä ja sanallinen kuvaaminen tutkittavasta ilmiöstä. Sisällönanalyysillä pyritään tuomaan aineisto tiiviiseen ja selkeään muotoon. (Tuomi ym. 2018, 117-119.)

Tässä tutkimuksessa käytettiin aineistolähtöistä sisällönanalyysia eli induktiivista aineiston analyysia. Aineiston analysointi voidaan kolmeen eri vaiheeseen, pelkistäminen, ryhmittely ja abstrahointi. Litteroinnin jälkeen alkaa aineiston redusointi eli pelkistäminen. Aineistosta poimitaan alkuperäiset ilmaukset, jotka kirjataan aineiston termein. Aineiston klusteroinnissa eli ryhmittelyssä aineisto käydään läpi ja sieltä etsitään samanlaisia tai eroavia käsitteitä, jonka jälkeen samaa asiaa tarkoittavat käsitteet yhdistetään luokaksi, joka nimetään sisältöä kuvaavalla käsitteellä. Sisällön analyysin viimeinen vaihe on abstrahointi, jossa erotellaan tutkimuksen kannalta oleellinen tieto. Abstrahointia jatketaan niin kauan kuin aineiston näkökulmasta on mahdollista yhdistämällä luokkia. (Latvala ja

Vanhanen-Nuutinen 2003, 25-29.) Kun tutkimuksen tulokset on analysoitu, tulee sen jälkeen tutkijan selittää ja tulkita ne. Tulkinta tarkoittaa, että tutkija pohtii analyysin tuloksia sekä tekee niistä luotettavia johtopäätöksiä. Tuloksista tutkittavan tulisi pyrkiä luomaan synteesejä. Tutkija pohtii saatujen tutkimus tulosten merkitystä tutkimusalueella sekä mikä laajempi merkitys tuloksilla on. (Hirsjärvi, Remes ja Sajavaara 2009, 211-212.)

Eskolan ym. (2018, 48-49) mukaan haastatteluiden puhtaaksi kirjoittaminen on työlästä ja aikaa vievää, joten litterointi kannattaa aloittaa mahdollisimman nopeasti. Kun haastattelut oli tehty, aloitin sisällönanalyysin aineiston puhtaaksi kirjoittamisella eli litteroinnilla. Aloitin haastatteluiden litteroinnin heti haastatteluiden jälkeen samana päivänä. Vaikka äänitteiden auki kirjoittaminen oli aikaa vievää, koen että tämä helpotti työtä koska haastattelutilanne oli tuoreessa muistissa. Tein myös käsin muistiinpanoja haastatteluiden aikana mikä helpotti myös osaltaan puhtaaksi kirjoittamista. Teema-haastattelussa teemat helpottavat aineiston pilkkomista. Molemmat haastattelut kirjoitettiin puhtaaksi omina kokonaisuuksina teemojen alle. Auki kirjoitettua tekstiä tuli yhteensä 20 sivua kun fontti koko oli 11 ja riviväli 1. Haastattelut kuuntelin useamman kerran läpi ja jokaisella kerralla täydensin tekstiä, kunnes lisättävää ei enää ollut. Litteroinnin jälkeen alkoi aineiston redusointi eli pelkistäminen tiivistämällä aineistoa. Luin useampaan kertaan aineiston läpi ja poimin sieltä teemoihin ja tutkimusaiheeseen sopivia lauseita. Teemat erittelin värikoodein aineistosta.

TAULUKKO 1. Esimerkki alkuperäisen ilmaisun pelkistämisestä.

Alkuperäinen ilmaisu	Pelkistetty ilmaisu
<i>"Vaaditaan laajaa tietoa, taitoa jotta voi tehdä hyvin puhelimesta hoidon tarpeen arviointia"</i>	Puhelimessa tapahtuva HTA vaatii laajaa osaamista.
<i>"Jos et tiää niin otat terveystieteen käyttöön ja yrität etsiä tietoa"</i>	Tietoa etsitään terveystieteen kautta.
<i>"Työkokemus esimerkiksi osastoilta helpottaa työn tekemistä."</i>	Kokemus helpottaa arvio tekemistä.
<i>"viereisessä huoneessa kollega, jolta voi kysyä neuvoa."</i>	Kollegan konsultointi koetaan helpoksi.
<i>"...pitkä vuoro. Henkisesti raskasta olla, jos puhelimen soi paljon. Vaikea keskittyä."</i>	Kiire, pitkävuoro vaikeuttaa keskittymistä ja arvio tekemistä.
<i>"Esimerkiksi lapsesta soittavan vanhemman oma arvio... jos teillä on sellanen tunne et on pakko päästä tänään niin sit te tuutte."</i>	Vanhemman oma arvio lapsen voinnista helpottaa arvio tekemistä.

Pelkistetyt ilmaisut ryhmiteltiin. Ryhmiteltyssä etsittiin aineistosta ilmaisujen erilaisuuksia ja yhteneväisyyksiä. Samaa tarkoittavat ilmaisut yhdistettiin alaluokaksi. Samaa tarkoittavat ja samansisällöiset alakategoriat yhdistettiin yläkategorioihin. Luokittelua on jatkettu pääluokkia pidemmälle taulukoissa 6-9 käyttäen yhdistävää luokkaa. Alla (taulukko 2) esimerkki luokkien muodostamisesta.

TAULUKKO 2. Esimerkki aineistolähtöisestä sisällönanalyysistä.

Pelkistetty ilmaisu	Alaluokka	Yläluokka	Päälouokka
<p>Kollegan konsultointi koetaan helpoksi.</p> <p>Kollegan konsultointi yleistä.</p> <p>Lääkeasioissa konsultoidaan lääkäriä.</p> <p>Kokemuksen kautta HTA helpottuu.</p> <p>HTA vaatii laajaa tietoa ja taitoa puhelimesta.</p> <p>Omien lasten kautta saatu kokemus.</p>	<p>Konsultointi</p> <p>Osaaminen ja kokemus</p>	<p>Helpottavat tekijät</p>	<p>Sairaanhoitajasta johtuvat yksilölliset tekijät ja ominaisuudet</p>
<p>Kokemuksen puute vaikeuttaa arviointia.</p> <p>Tietoa vaikea löytää.</p> <p>Tieto jakautuu moneen potilasjärjestelmään.</p>	<p>Kokemuksen puute</p> <p>Tiedon hankinta</p>	<p>Vaikeuttavat tekijät</p>	
<p>Vanhempien oma arvio lapsen voinnista.</p> <p>Asiakkaan oma arvio voinnista.</p>	<p>Vanhemman oma arvio</p> <p>Asiakkaan oma arvio</p>	<p>Helpottavat tekijät</p>	
<p>Tieto ei kulje henkilöstölle.</p> <p>Puutteellinen potilasohjaus.</p> <p>Ulkoinen ja sisäinen tiedottaminen puutteellista.</p> <p>Henkilöstöresurssit.</p> <p>Nimetyt konsulttilääkärin puuttuminen.</p>	<p>Puutteellinen ohjaus ja tiedottaminen</p> <p>Työn organisointi</p>	<p>Vaikeuttavat tekijät</p>	<p>Organisaatiosta johtuvat tekijät</p>
<p>Puheluiden nauhoittaminen koulutusta varten.</p> <p>Case-tyyppinen koulutus.</p> <p>Omien kokemusten jakaminen.</p>	<p>Case-tyyppinen</p> <p>Potilastapaukset</p> <p>Tiedon jakaminen</p>	<p>Menetelmät</p>	<p>Lisäkoulutus</p>
<p>Perehdytyksessä puheluiden kuunteleminen vierestä koettiin hyvänä tapana oppia.</p> <p>Perehdyttäjän tuki koetaan tärkeäksi.</p>	<p>Mallikäyttäytyminen</p> <p>Perehdyttäjän läsnäolo</p>	<p>Menetelmät</p>	<p>Perehdytys</p>

7 TUTKIMUSTULOKSET

Tutkimustuloksista voidaan todeta, että hoidon tarpeen ja kiireellisyyden arviointia helpottavia tekijöitä on löydettävissä organisaatiosta, asiakkaasta ja sairaanhoitajasta johtuvista yksilöllisistä tekijöistä. Arviointia vaikeuttavat tekijöitä on löydettävissä sairaanhoitajasta johtuvista yksilöllisistä tekijöistä sekä puheluiden sisällöstä, työnkuormittavuudesta, asiakkaasta ja organisaatiosta. Puhelutukseen liittyvät tekijät voidaan jakaa puheluun liittyvän keston, sisältöön ja menetelmiin. Lisäkoulutus tarpeeseen liittyvät tekijät voidaan jakaa koulutuksen sisältöön, säännöllisyyteen ja menetelmiin. Suurin osa kehittämisideoita liittyi yleisesti puhelun tapahtuvaan työskentelyyn, ja toimintoihin, joiden vaikutukset heijastuvat puhelunneuvontaan. Haastatteluissa esiin nousseet kehittämisideat voidaan jakaa työyhteisöön ja organisaatioon liittyviin tekijöihin.

7.1 Haastatteluun osallistuneiden sairaanhoitajien työkokemus ja itsearviointi

Tutkimukseen osallistui yhteensä 13 sairaanhoitajaa. Ennen ryhmähaastatteluiden alkua osallistujia pyydettiin täyttämään nimettömänä taustatietolomake. Taustatietolomakkeessa (Liite 4) pyydettiin vastauksia seuraaviin kysymyksiin: työkokemusta terveydenhuoltoalalta, kokemus hoidon tarpeen ja kiireellisyyden arvioinnista puhelun aikana sekä oman osaamisen arvioinnista. Lomakkeet palautettiin haastattelun päätyttyä. Lomakkeen lopussa oli myös kohta johon osallistuja halutessaan kirjoittaa, jos mielestään jotain jäi sanomatta tai jokin asia käsittelemättä. Tähän kohtaan ei kukaan lisännyt haastatteluun tai teemoihin liittyviä asioita.

Työkokemusta terveydenhuoltoalalta vastaajilla oli vaihtelevasti (taulukko 7). Haastatteluun osallistuneista sairaanhoitajista suurimmalla osalla oli työkokemusta terveydenhuoltoalalta 20 vuotta tai enemmän.

TAULUKKO 3. Työkokemus terveydenhuoltoalalta

Työkokemus	(n=13)
0-1 vuotta	1
1-5 vuotta	2
10 vuotta tai enemmän	2
20 vuotta tai enemmän	8

Suurimmalla osalla osallistujista kokemusta hoidon tarpeen arvioinnista puhelun aikana oli 10 vuotta tai enemmän. Vuoden tai vähemmän hoidon tarpeen arviointia puhelun aikana osallistujista oli tehnyt kolme (3).

TAULUKKO 4. Kokemus hoidon tarpeen ja kiireellisyyden arvioinnista puhelimesta

Kokemus hoidon tarpeen arvioinnista puhelimesta	(n=13)
0-1 vuotta	3
1-5 vuotta	1
5-10 vuotta	1
10 vuotta tai enemmän	6
20 vuotta tai enemmän	2

Oman osaamisen arvioinnissa pyydettiin osallistujia arvioimaan tämän hetkinen osaaminen hoidon tarpeen ja kiireellisyyden arvioinnista puhelimesta (taulukko 9). Arviointi tapahtui numeraalisesti 1-5 (1=noviisi/aloittelija 3=ammattilainen 5=asiantuntija). Vastanneista suurin osa arvioi oman osaamisensa ammattilaisen tai asiantuntijan tasolle.

TAULUKKO 5. Oman osaamisen arviointi

Oman osaamisen arviointi	(n=13)
1 (=noviisi/aloittelija)	1
2	3
3 (=ammattilainen)	4
4	0
5 (=asiantuntija)	5

Osaamisen arviointi kohdassa pyydettiin myös perusteluita.

"Vuosien kokemus ja koulutus"

"Aina tarvitsee lisätietoa, syventämistä vanhaan tietoon."

"Harjoittelen vielä ja uutta tulee jatkuvasti"

"Työura alussa, moni asia vielä oppimisen alla"

7.2 Hoidon tarpeen ja kiireellisyyden arviointia helpottavat tekijät

Hoidon tarpeen ja kiireellisyyden arviointia helpottavia tekijöitä on löydettävissä **organisaatiosta**, **asiakkaasta** ja **sairaanhoitajasta** johtuvista yksilöllisistä tekijöistä ja ominaisuuksista (taulukko 11).

Sairaanhoitajasta johtuvat arviointia helpottavia yksilöllisiä tekijöitä ja ominaisuuksia olivat ammatillinen osaaminen ja kokemus, tiedonhankintataidot, vuorovaikutustaidot, konsultointi sekä sairaanhoitajan toiminta.

"Vaaditaan laajaa tietoa, taitoa jotta voi tehdä hyvin puhelimessa hoidon tarpeen arviointia"

"Kuuntelen potilaan puhetta, jos läähättää, puhe pitää katkoja tai kuulostaa hankalalta."

"Konsultoin työkavereita päivittäin, lääkäreitä harvemmin."

"Kyllähän se helpottaa, jos on omia lapsia."

"Tietojärjestelmät tulee tietää ja tuntee sekä mistä tietoa haetaan"

"Edelleenkin tulee viikoittain tai päivittäin haastavia soittoja, silloin on tärkeitä löytää nopeesti tietoa."

Asiakkaasta johtuvia arviointia helpottavia tekijöitä olivat asiakkaan oma arvio, ikä, paljon palveluita käyttävät asiakkaat ja vanhemman arvio lapsen voinnista.

"Vastaanotolle asiakkaat soittavat siinä vaiheessa, kun ne jo tietävät mitä hakee tai tarvitsee."

"Pienet lapset on siinä mielessä helppoja et mitä pienempi lapsi niin herkemmin pyydetään arvioon."

Organisaatiosta johtuvia arviointia helpottavia tekijöitä olivat arviontiin kehitetyt ohjeistukset ja oppaat sekä työvälineet. Toimivat työvälineet sekä tuplanäyttö vaikuttavat sairaanhoitajan työskentelyyn ja päätöksentekoon positiivisella tavalla.

"Tuplanäyttö helpottaa tosi paljon."

"Jos et tiä niin otat terveystieteen käyttöön ja yrität etsiä tietoa"

"...neuvontaikkunasta löytää vinkkejä."

Tutkimustulokset on esitetty taulukoissa (taulukot 11-14), jotka ovat laadittu haastatteluaineiston perusteella ja niistä saatu tieto on luokiteltu induktiivisen sisällönanalyysin mukaan. Luokittelua on jatkettu pääluokkia pidemmälle taulukoissa 11-14 käyttäen yhdistävää luokkaa.

TAULUKKO 6. Hoidon tarpeen ja kiireellisyyden arviointia helpottavat tekijät

Alaluokka	Yläluokka	Pääluokka	Yhdistävä luokka
<p>Kiireellistä hoitoa vaativat helpompi arvioida.</p> <p>Kokemuksen kautta tuleva intuitio.</p> <p>Neurologiset oireet tunnustetaan hyvin.</p> <p>Arvio jatkotutkimustarpeista vaikuttaa hoitopaikan valintaan.</p> <p>Osastoilta saatu työkokemus.</p> <p>Kokemuksen kautta HTA helpottuu.</p> <p>Sairaanhoitaja luottaa omaan intuitioon.</p> <p>HTA vaatii laajaa tietoa ja taitoa puhelimesta.</p> <p>Vakavien oireiden tunnistaminen.</p> <p>Kasvotusten tehdystä HTA:sta saatu kokemus.</p> <p>Omien lasten kautta saatu kokemus.</p> <p>Hoitoa vaativien oireiden tunnistaminen.</p>	<p>Osaaminen ja kokemus</p>	<p>Sairaanhoitajasta johtuvat yksilölliset tekijät ja ominaisuudet</p>	
<p>Käytetään näyttöön perustuvaa tietoa.</p> <p>Päätöksenteko perustuu ohjeisiin ja oppaisiin.</p> <p>Pitää tietää mistä hakea tietoa.</p> <p>Tietoa tulee löytää nopeasti.</p>	<p>Tiedonhankinta taidot</p>		
<p>Lisäkysymyksien esittäminen.</p> <p>Tarkentavien kysymysten esittäminen.</p> <p>Aistien käyttö helpottaa arvioinnin tekemistä.</p> <p>Havainnointi kuuloaistin avulla.</p>	<p>Vuorovaikutustaidot</p>		<p>Hoidon tarpeen ja kiireellisyyden arviointia helpottavat tekijät</p>

<p>Kollegan konsultointi koetaan helpoksi.</p> <p>Kollegan konsultointi yleistä.</p> <p>Lääkäriä konsultoitu Skypen välityksellä.</p> <p>Lääkäriä konsultoidaan vastaanotolla.</p> <p>Kollegaa konsultoidaan useammin.</p> <p>Lääkeasioissa konsultoidaan lääkäriä.</p> <p>Valmistautuminen työvuoron alussa.</p> <p>Kiireettömissä tapauksissa käytän takaisinsoittoa.</p> <p>Voinnin tarkistaminen takaisinsoitolla.</p> <p>Epäselvissä tilanteissa helpottaa takaisinsoitto.</p> <p>Annetaan hoito-ohjeita, soitetaan myöhemmin takaisin.</p> <p>Oirekuvan selvittäminen.</p> <p>Vitaalielintoiminnot.</p> <p>Yleistilan selvittäminen.</p> <p>Asiakkaan terveyshistoria.</p> <p>Hoito-ohjeet kirjataan heti puhelun jälkeen potilastietoihin.</p> <p>Sairaanhoitaja perustelee asiakkaalle mihin hta perustuu.</p>	<p>Konsultointi</p> <p>Sairaanhoitajan toiminta</p>		
<p>Asiakkaan oma arvio voinnista.</p> <p>Pienet lapset pyydetään herkästi arvioon.</p> <p>Asiakkaat tietävät mitä tarvitsee.</p> <p>Asiakas tietää mihin ottaa yhteyttä.</p> <p>Sairaanhoitajat tuntevat asiakkaat.</p>	<p>Asiakkaan oma arvio</p> <p>Asiakkaan ikä</p> <p>Paljon palveluita käyttävät asiakkaat</p>	<p>Asiakkaasta johtuvat tekijät</p>	

Vanhempien oma arvio lapsen voinnista. Sairaanhoidajat luottavat vanhempien arvioon.	Vanhempien oma arvio.		
Hta apuna käytetään organisaation oppaita ja ohjeistuksia.	Ohjeet ja oppaat	Organisaatiosta johtuvat tekijät	
Toimivat välineet. Tuplanäyttö helpottaa.	Työvälineet		

7.3 Hoidon tarpeen ja kiireellisyyden arviointia vaikeuttavat tekijät

Hoidon tarpeen ja kiireellisyyden arviointia vaikeuttavia tekijöitä oli löydettävissä **sairaanhoidajasta** johtuvista yksilöllisistä tekijöistä ja ominaisuuksista sekä **puheluiden sisällöstä, työnkuormittavuudesta, asiakkaasta** ja **organisaatiosta** (taulukko 12).

Sairaanhoidajasta johtuvia negatiivisesti arviointiin vaikuttavia yksilöllisiä tekijöitä ja ominaisuuksia olivat kokemuksen puute, tiedonhankinnan vaikeus ja kiireellisyyden arviointi.

”Valmistumisen jälkeen -- kuukautta olin kerennyt olla töissä, kun jouduin ensimmäisen kerran puhelimeen. Alussa tuntui haastavalta ja tulikin herkemmin ohjattua akuuttiin.”

”Mistä mä löydän sen kaiken tiedon.”

Puheluiden sisällöistä johtuvat arviointia vaikeuttavat tekijät olivat puheluiden laajuus, puhelut eivät liity terveydenhuoltoon, mielenterveyteen ja lääkeasioihin liittyvät puhelut, useamman terveysseman puheluiden hallinta sekä rytmihäiriö oireena.

”...ei ole tiedossa lääkitys, lääkkeet uusittu ties missä ja ties, milloin...yrität päästä kartalle.”

”Mielenterveysasiakkaat on tosi haastavia.”

”...hankaloittaa kolmen taajaman asioiden hallinta, ajan tasalla pysyminen ja sinne kaatuu kaikki puhelut...”

”Ryhä on joskus hankala arvioida. Pyydänpö tulemaan taksilla, omalla autolla vai soittamaan ambulanssin.”

Työnkuormittavuutta lisäsi puheluiden paljous, pitkä työvuoro, henkisesti raskas työpiste ja kiire.

"... kun siellä joutuu olemaan se 10 tuntia niin se on kyllä hirveä paikka, jos puhelin soi koko ajan..."

"Kuormittava paikka, aina pitää olla 100% puhelimessa koska ikinä ei tiedä mitä sieltä tulee."

"Jos tulee paljon puheluita peräkkäin niin se et ette jää miettimään edellistä puhelua vaan mieli ja ajatukset pitäisi saada tyhjennettyä jo heti seuraavaa puhelua varten."

Asiakkaasta johtuvia arviointia vaikeuttavia tekijöitä olivat vuorovaikutus, asiakkaan oma arvio ja asiakkaan puolesta soittavat.

"...jos asiakas ei kerro vaivaa tai asiaa niin silloin ei voi tehdä hoidon tarpeen arviointia se on vaan ajan antoa."

"...jos soittaja ei puhu englantia tai huonosti englantia puhuvat potilaat. Kielimuuri saattaa aiheuttaa sen, että joutuu ohjaamaan asiakkaan vastaanotolle tai akuuttiin koska asia ei etene eikä soiton syytä välttämättä löydy puhelun aikana."

"Vaikeita on myös omaisten puolesta soittavat...mä pyydän yleensä puhelimeen, jos potilas on paikalla."

Organisaatiosta johtuvat negatiivisesti arviointiin vaikuttavat tekijät olivat puutteellinen ohjaus ja tiedottaminen, työn organisointi sekä tekniset ongelmat.

"Asiakkaalle ei ole tarpeeksi selkeästi tai ollenkaan ohjattu vastaanotolla esimerkiksi laboratoriokäytänteistä, soittaa ja ihmettelee kun labravastauksista ei ole kuulunut mitään. Ei ole ohjattu asiakasta soittamaan ja varaamaan esimerkiksi puhelinaikaa."

"...ei ole nimettyä lääkäriä, jota voisi konsultoida"

"Tekniset ongelmat puhelinlinjat huonot, rätisee. Maanantaisin hirveen usein huonot linjat."

TAULUKKO 7. Hoidon tarpeen ja kiireellisuuden arviointia vaikeuttavat tekijät

Alaluokka	Yläluokka	Pääluokka	Yhdistävä luokka
Kokemuksen puute vaikeuttaa arviointia.	Kokemuksen puute	Sairaanhoitajasta johtuvat yksilölliset	
Tietoa vaikea löytää.	Tiedonhankinta		

<p>Tieto jakautuu moneen potilasjärjestelmään.</p> <p>Hoidon kiireellisyyden arviointi haastavaa.</p>	<p>Kiireellisyyden arviointi</p>	<p>tekijät ja ominaisuudet</p>	<p>Hoidon tarpeen ja kiireellisyyden arviointia vaikeuttavat tekijät</p>
<p>Puheluiden sisällöt laajoja.</p> <p>Asiakkaat monisairaita.</p> <p>Soitot koskevat muutakin kuin terveysneuvontaan.</p> <p>Lääkkeisiin ja mielenterveyteen liittyvät puhelut haastavia.</p> <p>Kolmen taajaman puheluiden hallinta hankalaa.</p> <p>Rytmihäiriöiden arviointi.</p>	<p>Puheluiden laajuus</p> <p>Soitot eivät liity terveydenhuoltoon</p> <p>Mielenterveyteen liittyvät puhelut</p> <p>Lääkeasioihin liittyvät puhelut</p> <p>Useamman terveysaseman puhelut</p> <p>Rytmihäiriö oireena vaikea arvioida</p>	<p>Puheluiden sisällöistä johtuvat tekijät</p>	
<p>Puheluiden määrä ja pitkät vuorot koetaan kuormittavana.</p> <p>Puheluita tulee paljon.</p> <p>Henkisesti raskas paikka.</p> <p>Tietämättömyys minkä tyyppisiä puheluita on tulossa.</p> <p>Tunne että puhelut tulee hoitaa nopeasti.</p> <p>Kiire vaikeuttaa keskittymistä.</p>	<p>Puheluiden paljous</p> <p>Pitkät työvuorot puhelimessa</p> <p>Henkisesti raskas työpiste</p> <p>Kiire</p>	<p>Työnkuormittavuudesta johtuvat tekijät</p>	
<p>Asiakas ei halua puhua sairaanhoitajan kanssa.</p> <p>Muuta kuin Suomea puhuvat asiakkaat.</p> <p>Paljon puhuvat asiakkaat.</p> <p>Hätäntyneet asiakkaat.</p> <p>Hiljaa puhuvat asiakkaat.</p>	<p>Vuorovaikutus</p>	<p>Asiakkaasta johtuvat tekijät</p>	

<p>Asiakkaan oma arvio kiireellisyydestä eroaa hoitajan arviosta.</p> <p>Asiakkaan hoitoon liittyvät tarpeet.</p> <p>Lapsen puolesta soittavat vanhemmat.</p> <p>Omaisien puolesta soittavat.</p>	<p>Asiakkaan oma arvio</p> <p>Toisen puolesta soittavat</p>		
<p>Tieto ei kulje henkilöstölle.</p> <p>Puutteellinen potilasohjaus.</p> <p>Ulkoisen ja sisäisen tiedottaminen puutteellista.</p> <p>Sähköisten ohjeiden puuttuminen.</p> <p>Nimetyt konsulttilääkärin puuttuminen.</p> <p>Pitkät jonot lääkäreiden vastaanotoille vaikeuttaa ei kiireellisten asiakkaiden arviointia.</p> <p>Henkilöstöressit.</p> <p>Pitkä aukioloaika lisää puheluiden määrää.</p> <p>Ajanvarauksen yhdistäminen ei onnistu.</p> <p>Työvälineet eivät toimi.</p> <p>Huonot puhelinlinjat.</p> <p>Puhelinjärjestelmät kaatuvat.</p> <p>Kollegan mielipide saattaa vaikuttaa arviointiin.</p>	<p>Puutteellinen ohjaus ja tiedottaminen</p> <p>Työn organisointi</p> <p>Tekniset ongelmat</p> <p>Työyhteisö</p>	<p>Organisaatiosta johtuvat tekijät</p>	

7.4 Hoidon tarpeen arviointiin liittyvä perehdytys ja lisäkoulutus

Perehdytykseen liittyvät tekijät voidaan jakaa perehdytyksen **kestoon, sisältöön ja menetelmiin** (taulukko 13).

”Hyvä perehdytys, kesti noin 2 tuntia, käytiin läpi yleisimmät soittajatyypit, aiheet”

”Siinä hypättiin puhelimeen ja alettiin neuvoa”

”Silloin 13 vuotta sitten oli yksi kansio mistä katsottiin itse kootuista ohjeista, ei silloin ollut perehdytystä. Siinä hypättiin puhelimeen ja alettiin neuvomaan.

”Mulla tuli sama mieleen, mä olen... tullut vastaamaan puhelimeen ekaa kertaa, kun muut lähtivät koulutukseen. Yrityksen ja erehdyksen kautta.”

”Uusille työntekijöille pitäisi perehdyttää kunnan terveystalveluiden tuntemusta.”

”Ennen puhelintyöskentelyä tehdään hoidon tarpeen arviointia face to face vastaanotolla mikä helpottaa sen tekemistä puhelimesta.”

”Alkuun kuuntelin muiden hoitajien puheluita vierestä kajarista. Se oli hyvä tapa oppia”

Lisäkoulutus tarpeeseen liittyvät tekijät voidaan jakaa koulutuksen **sisältöön, säännöllisyyteen** ja **menetelmiin**.

”Toivoisin koulutusta hoidon tarpeen arvioinnista.”

”Ergonomiakoulutus motivoisi erittäin paljon, istuminen puuduttaa koko kehon.”

”Kun saisi edes jotain koulutusta”

”Edellisestä koulutuksesta on aika pitkä aika.”

”Case tyyppinen koulutusta. Käydään yhdessä läpi, jaetaan tietoa.”

TAULUKKO 8. Perehdytykseen ja lisäkoulutukseen liittyvät tekijät

Alaluokka	Yläluokka	Päälouokka	Yhdistävä tekijä
Ilman perehdytystä puhelimeen. Perehdytys kesti puoli päivää. Muutaman tunnin kestänyt perehdytys.	Perehdytyksen puuttuminen Perehdytyksen pituus	Kestoon liittyvät tekijät	
Kunta- ja terveystalveluiden tuntemus.	Kuntapalveluiden sisältö Terveystalveluiden sisältö	Sisältöön liittyvät tekijät	

Organisaation työntekijät tutuiksi.	Organisaation työntekijät		Perehdytykseen liittyvät tekijät
Vastaanoton hoitohenkilöstön vastualueet.	Vastualueet		
Perehdyttäjän tuki koetaan tärkeäksi.	Perehdyttäjän läsnäolo	Menetelmiin liittyvät tekijät	Lisäkoulutukseen liittyvät tekijät
Hyvä tapa oppia on viressä kuunteleminen.	Mallikäyttäytyminen		
Ensin kasvotusten hoidon tarpeen arviointia.	Kasvotusten tehty HTA		
Perehdyttäjän nopea ja helppo konsultoida.	Konsultointi		
Hoidon tarpeen arviointia sisältävää koulutusta	HTA	Sisältöön liittyvät tekijät	
Ergonomiakoulutusta.	Ergonomia		
Kymmensormijärjestelmä koulutusta.	Tietotekniikka		
Hiiren käyttöön koulutusta.			
Sähköisten palveluiden sisältö/käyttö.	Sähköiset palvelut.		
Yhdessä harjoittelua 1-2 kertaa vuodessa.	Säännöllistä koulutusta	Säännöllisyyteen liittyvät tekijät	
Säännöllistä koulutusta lisää.			
Puheluiden nauhoittaminen koulutusta varten.	Oikeat potilastapaukset	Menetelmiin liittyvät tekijät	
Case- tyyppinen koulutus.	Case harjoitukset.		
Ulkopuolinen ammattilainen kouluttamaan.	Ulkopuolinen kouluttaja.		
Omien kokemusten jakaminen.	Tiedon jakaminen.		

7.5 Puhelinneuvontaan ja puhelimitse tapahtuvaan hoidon tarpeen arviointiin liittyvät kehittämisideat

Suurin osa kehittämisideoita liittyi yleisesti puhelimesta tapahtuvaan työskentelyyn, ja toimintoihin, joiden vaikutukset heijastuvat puhelinneuvontaan. Haastatteluissa esiin nousseet kehittämisideat voidaan jakaa **työyhteisöä** ja **organisaatiota** koskeviin tekijöihin (taulukko 14).

Työyhteisöön liittyvät kehittämisideat koskivat yhtenäisiä käytänteitä, potilasohjausta, yhteistyötä, työn organisointia ja konsultointia. Vastaajat kokivat, että terveysasemilla tulisi olla yhtenäiset käytänteet, kuinka toimitaan.

"Asiakas oli puhunut lääkärin kanssa puhelimesta, ja lääkäri oli pyytänyt asiakasta varaamaan vastaanottoaika. En ymmärrä miksi lääkäri ei voi itse varata aikaa, kun puhuu asiakkaan kanssa puhelimesta. Asiakkaan turhaa pomputtelua ja ruuhkauttaa puhelinta."

"Lääkäreiden tulisi itse antaa vastaanottoaika, jos sen näkee tarpeelliseksi esimerkiksi puhelintunnilla, kun soittaa asiakkaalle"

Organisaatioon liittyvät kehittämisideat koskivat sähköisten palveluiden kehittämistä, tiedottamista, yhteydenoton kehittäminen ja henkilöstöresursseja.

"Sähköisiä ohjeita nettiin, koska tulee ottaa yhteyttä terveysasemalle, mitä voidaan hoitaa kotona."

"Muissa kunnissa on sähköisessä muodossa ohjeita, joista asiakkaat pystyvät etsiä neuvoa eri vaivoihin ja ongelmiin."

"Lisää resursseja puhelimeen maanantaista perjantaihin vastaanoton puolelle."

TAULUKKO 9. Puhelinneuvontaan liittyvät kehittämisideat

Alaluokka	Yläluokka	Päälouokka	Yhdistävä tekijä
Yhtenäiset käytänteet jokaiselle terveysasemalle.	Yhtenäiset käytänteet	Työyhteisöä koskevat tekijät	Kehittämisideat
Potilasohjaukseen panostaminen vähentäisi ruuhkaa puhelimesta. Suullinen ja kirjallinen potilasohje.	Potilasohjaus		
Yhteiset palaverit. Yhteistyön lisääminen.	Yhteistyö		
Yhteydenotto mahdollisuus vo:lle virka-aikana. Aikojen varaaminen vo:lla. Ilmoitus tulevasta puhelusta. Kimppa-ajanvarauskirjat.	Työn organisointi		
Lääkärin konsultoinnin helpottaminen.	Konsultointi		

Konsultointi mahdollisuus puhelinneuvontaan.			
Sähköinen hoidon tarpeen ja kiireellisyyden arviointi menetelmä. Sähköisten palveluiden lisääminen.	Sähköisten palveluiden kehittäminen	Organisaatiota koskevat tekijät	
Lisää sähköisistä palveluista tiedottamista asiakkaille ja henkilöstölle.	Tiedottamisen lisääminen		
Puheluiden ohjaus kiire / kiireettömälle linjalle.	Yhteydenoton kehittäminen		
Henkilöstöressurssien lisääminen puhelinneuvontaan.	Henkilöstöressurssit		

8 POHDINTA

Tämän tutkimuksen tarkoituksena oli kuvata sairaanhoitajien kokemuksia puhelimesta tapahtuvasta hoidon tarpeen ja kiireellisyyden arvioinnista. Työn tavoitteena oli kerätä tietoa sairaanhoitajien kokemuksista, osaamisesta ja mahdollisesta koulutus tarpeesta puhelimesta tapahtuvasta hoidon tarpeen arvioinnista. Tutkimuksen aineisto koostui eräistä Keski-Uudenmaan Sote kuntayhtymän alueen terveysasemilla työskentelevien sairaanhoitajien teemahaastatteluista. Tutkimuksen tulokset antoivat tietoa puhelimesta hoidon tarpeen arviointia helpottavista ja vaikeuttavista tekijöistä, perehdytyksen ja lisäkoulutuksen tarpeesta sekä kehittämideoista. Tuloksia voidaan hyödyntää kohdeorganisaatiossa, kun kehitetään puhelimesta tapahtuvaa hoidon tarpeen arviointia ja siihen liittyvää perehdytystä ja lisäkoulutusta.

Puhelimesta tapahtuvaa hoidon tarpeen arviointi on vielä suhteellisen uusi tehtävä terveydenhuollossa. Tutkimuksen teoreettista viitekehystä tehdessä ja aiheen kirjallisuuteen tutustuessani huomasin, että aihetta on tutkittu kansainvälisesti, mutta kotimaista tutkimusta on vähemmän. Puhelimesta tapahtuvasta hoidon tarpeen arvioinnista ei ole vielä riittävästi tehty lisätutkimuksia, jotta sen käyttökelpoisuutta voidaan luotettavasti arvioida (Kantonen 2014). Puhelimesta tapahtuva arviointi on erittäin haastava tehtävä ja se vaatii sairaanhoitajilta laajaa osaamista. Myös tässä tutkimuksessa sairaanhoitajat toivat esille tehtävän haasteellisuuden ja moninaisuuden.

Tutkimuksen teemahaastattelut tuottivat aineistoa hyvin. Haastattelutilanteet olivat avoimia. Haastatteluihin osallistuneilla sairaanhoitajilla riitti aiheesta keskusteltavaa sekä kokemuksia. Mielipiteitä tuotiin avoimesti esille. Kokemukset puhelimesta vaihtelivat vastaanotoilla ja kiirevastaanotolla työskentelevien sairaanhoitajien välillä esimerkiksi lääkärin konsultoinnin mahdollisuus koettiin vastaanotoilla helpoksi, kun kiirevastaanotolla työskentelevät hoitajat toivoivat siihen parannusta. Kokemukset hoidon tarpeen ja kiireellisyyden arvioinnista puhelimesta olisi ollut jo pelkästään tutkimuksen aineiston keruun kannalta riittävän kattava aihe. Myös hoidon tarpeen arviointiin liittyvä perehdytys ja lisäkoulutus aiheena pelkästään olisi tuottanut riittävästi aineistoa opinnäytetyöksi. Haastattelun teemoja olisi voinut rajata tutkimussuunnitelma vaiheessa enemmän mikä olisi lisännyt tutkimuksen laatua.

Sairanhoitajien kokemus puhelimesta tapahtuvasta hoidon tarpeen arvioinnista antaa arvokasta tietoa kohdeorganisaatiolle eri kehittämiskohteista. Tutkimustuloksia voidaan hyödyntää kohdeorganisaatiossa, kun kehitetään puhelimesta tapahtuvaa hoidon tarpeen arviointia ja siihen liittyvää perehdytystä ja lisäkoulutusta. Tutkimustuloksia hyödyntämällä voidaan vähentää tai poistaa arviointia vaikeuttavia tekijöitä sekä samalla vahvistaa ja yhtenäistää helpottavia tekijöitä.

Tutkimusta tehdessä opin laadullisen tutkimuksen menetelmistä, teemahaastattelun suunnittelusta ja induktiivisen aineiston analysoinnista. Opinnäytetyön aikana tuli tehtyä monta asiaa ensimmäistä kertaa ja sitä kautta opittua uusia asioita. Tutkimuksen mielenkiintoisin ja samalla aikaa vievin osuus oli haastatteluiden toteutus, ja niitä seurannut aineiston litterointi sekä sisällönanalyysi. Opinnäyte-

työ on ollut koulutuksen haastavin prosessi mutta myös samalla mielenkiintoista ja ammatillisen kehityksen aikaa. Opinnäytetyön prosessin aikana ammatillinen osaamiseni on syventynyt sekä erityisesti oma kiinnostus hoitotyön kehittämiseen on kasvanut entisestään.

8.1 Tutkimustulosten tarkastelua

Tämän tutkimuksen tarkoituksena oli kuvata sairaanhoitajien kokemuksia puhelimesta tapahtuvasta hoidon tarpeen ja kiireellisyyden arvioinnista. Työn tavoitteena oli kerätä tietoa sairaanhoitajien kokemuksista, osaamisesta ja mahdollisesta koulutus sekä perehdytys tarpeesta puhelimesta tapahtuvasta hoidon tarpeen arvioinnista.

Kokemus ja oman osaamisen arviointi

Suurimmalla osalla (=8) osallistujista oli kokemusta terveydenhuolto alalta yli 20 vuotta (taulukko 3). Kokemus puhelimesta tapahtuvasta hoidon tarpeen arvioinnista suurimmalla osalla (=8) kokemusta oli vähintään 10 vuotta (taulukko 4). Osallistujat arvioivat myös omaa osaamistaan. Osallistujista suurin osa (=9) arvioi oman osaamisen ammattilainen tai asiantuntija tasolle (taulukko 5). Oman osaamisen arviointiin positiivisesti vaikutti vuosien työkokemus sekä siihen saama koulutus. Heikkinen ja Pälsynaho (2019) opinnäytetyössään toteavat, että puhelinneuvontaa tekevien sairaanhoitajien mielestä monipuolinen ja vähintään viiden vuoden työkokemus koetaan helpottavaksi arviointia. Myös tämän tutkimuksen tulokset puoltavat sitä että 5 vuotta tai enemmän työkokemusta omaavat sairaanhoitajat arvioivat oman osaamisensa korkeammalle kuin vähemmän työkokemusta omaavat sairaanhoitajat. Haastatteluun osallistuneista yli 5 vuotta terveydenhuoltoalla työskennelleet sairaanhoitajat (80%) arvioivat oman osaamisen puhelimesta tapahtuvassa hoidon tarpeen arvioinnissa ammattilainen-asiantuntija tasolle.

Hoidon tarpeen arviointia helpottavat tekijät

Tutkimus tuloksista voidaan todeta, että hoidon tarpeen arviointia helpotti sairaanhoitajasta itseltään, asiakkaasta ja organisaatiosta johtuvat tekijät. **Sairaanhoitajasta riippuvia arviointia helpottavia yksilöllisiä tekijöitä ja ominaisuuksia olivat** ammatillinen osaaminen ja kokemus, tiedonhankintataidot, vuorovaikutustaidot, konsultointi sekä sairaanhoitajan toiminta.

Tutkimuksessani nousi esiin riittävän työkokemuksen tärkeys. **Ammatillinen osaaminen** ja riittävä **työkokemus** koettiin tutkimustulosten mukaan hoidon tarpeen arviointia helpottavina tekijöinä. Päätöksenteossa sairaanhoitajat luottivat myös omaan intuitioon. Hoidon tarpeen arviointi puhelimesta vaatii laajaa tietoa ja taitoa. Vastauksista kävi ilmi, että sairaanhoitajat hyödyntävät puhelimesta mm. osastoilta sekä kasvotusten tehdystä hoidon tarpeen arvioinnista saatua kokemusta. Ammatillisen kokemuksen lisäksi tulokset osoittivat, myös että yksityiselämästä saatua kokemusta voidaan hyödyntää puhelimesta tehtävässä hoidon tarpeen arvioinnissa. Lapsipotilaiden kohdalla sairaanhoitajat kokivat, että oma kokemus vanhempana helpotti päätöksentekoa. Sairaanhoitajat kokivat, että kiireellisten potilaiden arviointi oli helpompaa. Kokemuksen kautta saatu tieto helpotti

vakavien ja kiireellistä hoitoa vaativien oireiden tunnistamista. Sairaanhoitajat kokivat myös, että kiireelliset neurologiset oireet olivat helposti tunnistettavissa. Sairaanhoitajat arvioivat asiakkaan oireiden perusteella tarvetta jatkotutkimuksiin. Tarve jatkotutkimuksista vaikutti arviointiin ja hoitoon ohjaukseen. Myös Hilaman ja Lattusen (2013) opinnäytetyössä työkokemus terveydenhuollosta ja potilastyöstä, päätöksenteko, priorisointi, vuorovaikutustaidot, tietotekniikkataidot ja vastuullisuus koetaan tärkeimmiksi tekijöiksi tehdessään hoidon tarpeen arviota puhelimesta. Samassa opinnäytetyössä yhdeksi tärkeimmäksi ammattitaitovaatimukseksi koetaan ajantasaiseen tutkittuun tietoon perustuva ohjaus puhelimesta.

Päätöksentekokykyyn positiivisesti vaikutti hoitajan ammattitaito ja työkokemus. Sairaanhoitajan tulee tunnistaa ja arvioida asiakkaan hoidon tarvetta sekä kiireellisyyttä. Hoidon tarpeen ja kiireellisyyden arvioinnin tarkoitus on ohjata asiakas oikeaan hoitoon, oikeaan aikaan (Valvira 2017). Kokenut sairaanhoitaja kykenee arvioimaan asiakkaan mahdollisia jatkotutkimustarpeita ja ohjaamaan asiakkaan oikeaan hoitotahoon oikeaan aikaan (Syväoja 2009, 62). Vaikka työkokemuksen myötä tulleesta tietämyksestä on apua ei se yksinään riitä päätöksenteossa. Yhtenäiset ja laadukkaat hoito- ja palveluketjut ovat erittäin tärkeitä kaikkien kannalta. Hoitoa koskevan päätöksenteon tulee perustua luotettavaksi arvioituun tietoon, joka on helposti saatavilla. (Oikarainen ym. 2018.)

Tiedonhankinta taidot koettiin sairaanhoitajien keskuudessa arviointia helpottavana tekijänä. Tutkimukseni osoitti, että sairaanhoitajat käyttivät päätöksenteossa näyttöön perustuvaa tietoa. Tietoa hankittiin mm terveystietokannasta, laboratorion sivuilta, organisaation omista oppaista ja ohjeista. Tiedonhankinta taidoissa korostui tietämys mistä näyttöön perustuvaa tietoa haetaan sekä taito löytää tieto nopeasti. Hoitotyössä potilaan hoitoa koskevissa päätöksissä käytetyn tiedon tulee olla näyttöön perustuvaa. Hoitotyön tutkimussäätiön vuonna 2018 julkaisemassa raportissa käy ilmi, että hoitohenkilökunta pitää tutkimusnäyttöä tärkeänä. Kotimaisessa tutkimuksessa sekä kansainvälisesti tarkasteluna hoitotyöntekijät käyttävät kuitenkin Googlen hakukonetta etsiessään tietoa. Tutkimukset osoittavat, että hoitohenkilökunta käyttää päätöksenteon apuna hakukoneen kautta etsimäänsä tietoa enemmän kuin tieteellisistä tietokannoista saatua näyttöön perustuvaa tietoa. Puutteet tiedonhankintataidoissa tai ajanpuute ja kiire ovat syynä siihen, että hoitohenkilökunta etsii tietoa hakukoneen kautta. (Oikarainen ym. 2018.)

Vuorovaikutukseen liittyvät arviointia helpottavat tekijät olivat haastattelussa esitetyt kysymykset ja havainnointi. Vuorovaikutuksessa asiakkaan kanssa sairaanhoitajat kokivat tärkeänä lisä- ja tarkentavien kysymysten esittämisen. Kysymysten avulla sairaanhoitajat hankkivat lisätietoja asiakkaasta ja yhteydenoton syystä. Aikaisemmat tutkimukset vahvistavat, että vuorovaikutustaitojen tärkeys korostuu puhelimesta. Kommunikaatio- ja haastattelutaidot nousevat suurempaan rooliin, kun käytössä ei ole näköyhteyttä eikä ole mahdollisuutta tutkia potilasta. Oikeiden kysymysten esittäminen hoidon tarpeen arviointia tehdessä lisää asiakkaiden oikeaa kiireellisyys luokitusta mikä takaa sen, että asiakas saa oikeaa hoitoa oikeaan aikaan. (Huibers ym. 2012.) Kysymysten lisäksi sairaanhoitajat hyödynsivät aisteja. Aistien avulla tehdyt havainnot helpottivat arvioinnin tekemistä. Sairaanhoitajat havainnoivat esimerkiksi kuulon avulla hälyttäviä merkkejä asiakkaan puheessa. Lindholmin (2018) mukaan vuorovaikutusvalmiudet puhelimesta ovat osa hoitajan ammattipätevyyttä.

Ne ovat myös tietoa, taitoa ja asennetta. Asiakkaan ja hoitajan välillä olevaan vuorovaikutukseen vaikuttaa useampi tekijä mm. työntekijän motivaatio ja vireystila. Hoitajan osaaminen ja henkilökohtaiset ominaisuudet vaikuttavat myös puhelimesta tapahtuvan arvioinnin lopputulokseen.

Tutkimukseni osoitti, että sairaanhoitajat arvostavat kollegan osaamista. Kollegan ja lääkärin **Konsultointi** koettiin vaikuttavan positiivisesti arvioinnin tekoon. Sairaanhoitajat kertoivat käyttävänsä konsultointia, kun halusivat varmistusta tai apua päätöksentekoon. Lähes jokainen haastateltavista kertoi konsultoineensa joko kollegaa tai lääkärää. Kollegan konsultointi koettiin lääkärää helpommaksi. Suuri osa vastaajista kertoi konsultoineensa kollegaa lähes joka työvuorossa. Lääkärää konsultoitin enemmän vastaanotolla ja lääkeasioissa. Myös Oikarisen kumppaneineen (2018) julkaisemassa raportissa hoitohenkilökunta kertoi konsultoivansa kollegaa vaativissa päätöksentekotilanteissa. Sairaanhoitajat konsultoivat kollegoita muun muassa silloin kun omassa osaamisessa koetaan puutteita ja omalle päätöksenteolle tai arviolle halutaan varmistusta. Kollegan koulutustausta ja työkokemus vaikuttivat siihen, miksi kollega koetaan luotettavana tiedonlähteenä.

Sairaanhoitajan yksilölliset omat toiminnat helpottivat arvioinnin tekemistä. Sairaanhoitajan toimintaan kuului mm. takaisinsoitto. Haastateltavien mukaan takaisinsoitto asiakkaille koettiin arvioinnin tekemistä helpottavana toimintana. Sairaanhoitajat tekivät haasteellisimmissa ja epäselvissä tapauksissa takaisinsoittoja asiakkaille. Haastateltavat kokivat, että asiakkaat olivat erittäin tyytyväisiä, kun terveyskeskuksesta ollaan heihin yhteydessä. Takaisinsoittoja käytettiin myös, kun hoitaja halusi tarkistaa esimerkiksi lapsen voinnin annettuaan vanhemmille kuumelääke ohjeet. Takaisinsoitto takasi myös sen, että uuden arvioinnin tekee sama hoitaja. Muita sairaanhoitajan toimintoja olivat oirekuvan, vitaalilintoimintojen, terveystietojen ja yleistilan selvittäminen, valmistautuminen työvuoron alussa, hoito-ohjeiden kirjaaminen potilastietoihin sekä perusteleminen asiakkaalle mihin arvio perustuu. Valmistautuminen työvuoron alussa helpotti ja nopeutti vastaajien mielestä arvioinnin tekemistä puhelimesta. Valmistautumiseen kuului sähköisten ohjeiden ja oppaiden avaaminen valmiiksi mikä auttoi näyttöön perustuvan tiedon löytämisen nopeasti.

Asiakkaasta johtuvat helpottavat tekijät olivat asiakkaan oma arvio, ikä, paljon palveluita käyttävät asiakkaat ja vanhemman arvio lapsen voinnista. Sairaanhoitajien mielestä arviointia helpotti asiakkaan oma arvio kotona pärjäämisestä. Jos asiakas itse oli arvioinut voinnin huonoksi ja kokee ettei pärjää kotona ohjasivat sairaanhoitajat asiakkaan arvioon paikan päälle mahdollisimman pian. Myös asiakkaan ikä vaikutti arviointiin helpottavalla tavalla. Hyvin pienet lapset sekä vanhukset ohjattiin herkemmin arvioon paikan päälle. Sairaanhoitajat hyödynsivät puhelimesta lapsista soittavien vanhempien omaa arviota lapsen voinnista. Sairaanhoitajat tunsivat paljon palveluita käyttävät asiakkaat, heille terveyspalvelut olivat tuttuja. Paljon palveluita käyttävät asiakkaat osasivat sairaanhoitajien mielestä ottaa yhteyttä oikeaan hoitotahoon sekä tietävät itse mitä tarvitsevat.

Organisaatiosta löytyi hoidon tarpeen arviointia helpottavia tekijöitä arviointiin kehitetyistä ohjeistuksista ja oppaista sekä työvälineistä. Sairaanhoitaja saattoivat etsiä tietoa useammasta eri tietolähteestä sekä samalla sähköiset potilastietojärjestelmät olivat tietokoneen näytöllä avattuna. Toimi-

vat työvälitteet sekä tuplanäyttö vaikuttivat sairaanhoitajan työskentelyyn ja päätöksentekoon positiivisella tavalla. Arviointia puhelimesta helpotti myös saatavilla olevat organisaation oppaat ja ohjeistukset. Sairaanhoitajat käyttivät arvioinnin ja päätöksenteon tukena organisaation omia hoito-ohjeita. Terveystuollon toiminnan tulee perustua näyttöön ja hyviin hoitokäytäntöihin ja olla laadukasta ja turvallista (Terveystuoltolaki L1326/2010). Toimintayksikön vastuulla on varmistaa hoitajan riittävä koulutus, ammatillinen pätevyys sekä ammattitoiminnan edellyttämät muut valmiudet sekä huolehtia että saatavilla on ajan tasalla olevat ohjeet (STM 2010; Valvira 2017). Asiakkaalla on oikeus hyvään tasa-arvoiseen hoitoon ja kohteluun (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista L785/1992). Näyttöön perustuva toiminta ja ohjeet edistävät hoidon laatua ja sen avulla voidaan varmistaa, että asiakkaat saavat tasa-arvoista hoitoa (Korhonen ym. 2018b, 71-72).

Hoidon tarpeen arviointia vaikeuttavat tekijät

Tämän tutkimuksen mukaan hoidon tarpeen arviointia vaikeuttavat tekijät olivat sairaanhoitajasta, puheluiden sisällöstä, työnkuormittavuudesta, asiakkaasta ja organisaatiosta johtuvia. **Sairaanhoitajasta johtuvia arviointiin negatiivisesti vaikuttavia yksilöllisiä tekijöitä ja ominaisuuksia** olivat kokemuksen puute, tiedonhankinnan vaikeus ja kiireellisyyden arviointi. Molemmissa ryhmähaastatteluisissa sairaanhoitajat toivat esille puhelimesta tapahtuvan hoidon tarpeen arvioinnin työn vaatavuuden. Kokemuksen puute koettiin vaikuttavan negatiivisesti arvioinnin tekemiseen. Sairaanhoitajien mielestä arviointia vaikeutti myös tiedon jakautuminen useampaan potilasjärjestelmään. Tieto koettiin ajoittain vaikeaksi löytää. Aikaa kului tiedon etsimiseen useammasta potilasjärjestelmästä. Puhelimesta kiireettömät tapaukset, jotka vaativat kuitenkin lääkärin arvion jossain vaiheessa koettiin haastaviksi arvioida. Haasteita siihen toi pitkä jonot lääkäreiden vastaanotolle. Sairaanhoitajat kokivat haasteita arvioida millä kiireellisyydellä vastaanotto aika tulisi antaa asiakkaalle.

Puheluiden sisällöstä johtuvista tekijöistä nousi esille puheluiden laajuus, puhelut eivät liity terveydentuoltoon, mielenterveyteen ja lääkeasioihin liittyvät puhelut, useamman terveysaseman puheluiden hallinta sekä rytmihäiriö oireena. Hoitajat kokivat, että arviointia vaikeutti puheluiden laajuus. Puheluiden laajuudella tarkoitettiin, että asiakkaat ovat monisairaita mikä saattoi vaikeuttaa tilanteen hahmottamista puhelimesta arviointia tehdessä. Hoitajat kokivat, että neuvonsoittavien asiakkaiden määrä oli lisääntynyt. Kiire ja puheluiden määrä vaikuttivat negatiivisesti arvion tekemiseen. Puheluiden sisältö ei välttämättä liittynyt hoidon tarpeen arviointiin ja neuvonsoittavien koettiin ruuhkauttavan puhelimesta tapahtuvaa hoidon tarpeen arviota. Terveystuovonnassa hoitajat kokivat hankalana kolmen eri taajaman terveysasemien asiakkaiden puheluiden hallinnan. Hallintaa vaikeutti eri toimintatavat terveysasemilla. Mielenterveyteen sekä lääkkeisiin liittyvät puhelut ja niiden arviointi koettiin haastavana aiheena. Myös rytmihäiriön arviointi puhelimesta ja sen kiireellisyyden sekä kyydin arviointi, hakeutuuko asiakas omalla kyydillä vai ambulanssilla paikan päälle koettiin haastavaksi arvioida puhelimesta.

Tutkimukseni osoitti, että **työnkuormittavuutta** lisäsi puheluiden paljous, pitkä työvuoro, henkisesti raskas työpiste ja kiire. Sairaanhoidajat toivat esille, että puheluiden paljous sekä tietämättömyys siitä minkä tyyppisiä puheluita oli jonossa, aiheutti paineita. Sairaanhoidajat kokivat, että heidän tulisi tehdä hoidon tarpeen arviointi puhelimesta mahdollisimman nopeasti. Sairaanhoidajat kertoivat kiireen vaikuttaneen negatiivisesti keskittymiseen. Puhelinneuvontavuoro voi pisimmillään kestää 10 tuntia. Pitkä vuoro koettiin erittäin kuormittavaksi varsinkin, jos puheluita tuli paljon. Kiire on yksi suurimmista psykososiaalisista kuormitustekijöistä Suomalaisissa työyhteisöissä (Puttonen ym. 2016). Kiire aiheuttaa negatiivisia vaikutuksia kuten stressiä, heikentää työntekijöiden hyvinvointia sekä tuottavuutta. Kiire lisää myös työtapaturmien määrää. (Puttonen ym. 2016.) Kiire voi vaikuttaa negatiivisesti hoitajan päätöksentekokykyyn. Hoitajan haastattelu voi jäädä pinnalliseksi ja lyhyeksi. Kiire ja stressi voi vaikuttaa haitallisesti hoitajan arviointikykyyn. Kiire ja stressi voi aiheuttaa sen, että hoitaja tekee liian pikaisesti hoitopäätöksen hoidon tarpeesta ja kiireellisyydestä. Kiire voi vaikuttaa myös hoitaja kirjaamiseen, jolloin kirjaaminen ja perustelut jäävät vajavaisiksi. (Syväoja ym. 2009 62-63.) Työterveyslaitoksen tutkimuksen mukaan vuonna 47% sairaanhoidajista koki työmäärän lisääntyneen yli sietokyvyn. Työnsä raskaaksi kokevien hoitajien määrä oli kasvanut viidenneksellä Superin vuonna 2017 julkaisemassa selvityksessä. Huoli terveydenhuollon parissa työskentelevien jaksamisesta on noussut esille useissa tutkimuksissa. Liiallinen kiire ja työkuorma vaarantaa hoitajien ja lääkärin työkyvyn sekä työhyvinvoinnin. (Kinnunen ym. 2019.)

Asiakkaasta johtuvia arviointiin negatiivisesti vaikuttavia tekijöitä olivat vuorovaikutus, asiakkaan oma arvio ja asiakkaan puolesta soittavat. Asiakkaiden puolesta soittavien omaisten puhelut koettiin haastavina. Arviointia vaikeutti vanhemmat, jotka soittivat ja kysyvät täysi-ikäisten lasten verikokeiden tuloksia tai esimerkiksi puolison puolesta soittavat. Omaiset eivät välttämättä ymmärtänyt miksi sairaanhoidajat eivät voineet esimerkiksi kertoa koetuloksia tai kirjautua asiakkaan potilastietojärjestelmiin. Sairaanhoidajien tulee tuntea laki potilaan asemasta ja oikeuksista (L785/1992) jossa määritellään muun muassa alaikäisen potilaan asemasta, omaisten oikeuksista sekä täysi-ikäinen potilas, joka ei itse pysty päättämään hoidostaan. Arviointia vaikeutti, jos sairaanhoitaja ei pystynyt haastattelemaan hoitoa tarvitsevaa asiakasta. Muutenkin haastavaksi koettu puhelimesta tapahtuva arviointi vaikeutuu. Myös pienten lasten kohdalla sairaanhoitaja joutui luottamaan vanhemman tekemään arvioon. Myös asiakkaan oma arvio hoidon kiireellisyydestä saattoi erota hoitajan tekemästä arviosta, joka koettiin vaikeuttavan päätöksentekoa. Hoitajat kokivat, että asiakkailla saattoi olla epärealistiset vaatimukset tai odotukset koskien hoitoaan. Myös vuonna 2018 hoitotyön tutkimussäätiön teettämässä tutkimuksessa asiakkaan ja hoitajan eroavien mielipiteiden hoidon tarpeesta arviosta koetaan vaikeuttavan päätöksentekoa (Oikarainen ym. 2018).

Vuorovaikutukseen asiakkaan kanssa vaikutti heikentävästi kielimuuri, paljon puhuvat ja toisaalta myös asiakkaat, jotka eivät halua kertoa hoitajalle soiton syytä. Myös hätäänntyneet asiakkaat tai hyvin hiljaa puhuvat asiakkaat koettiin vuorovaikutuksen kautta negatiivisella tavalla arviointiin vaikuttavina. Haasteita vuorovaikutuksessa paljon puhuvien asiakkaiden kanssa oli asiakkaan keskeyttäminen ja kysymysten esittäminen.

Organisaatiosta riippuvat negatiivisesti arviointiin vaikuttavat tekijät olivat puutteellinen ohjaus ja tiedottaminen, työn organisointi, tekniset ongelmat sekä työyhteisö. Organisaation sisäinen ja ulkoinen tiedottaminen koettiin sairaanhoitajien keskuudessa alueeksi, jota tulisi ehdottomasti kehittää. Sairaanhoitajien kokemuksesta asiakkaat eivät olleet tietoisia mitä asioita pystyi hoitaa esimerkiksi terveysneuvonta numeroon soittamalla ja mitä asioita voi hoitaa vastaanoton sairaanhoitajan kautta. Sähköisten ohjeiden ja palveluiden puuttuminen koettiin arviointia ja palveluita heikentävänä tekijänä. Terveysasemien kotisivut koettiin vanhanaikaisina. Kotisivuille kaivattiin esim. sähköisiä hoito-ohjeita sekä asiakkaalle mahdollisuutta tehdä sähköinen hoidon tarpeen arviointi. Myös tiedottaminen eri digitaalisista palveluista asiakkaille koettiin riittämättömänä. Suomalaisista internetin käyttäjistä 84% on käyttänyt sähköisiä sotepalveluita vuonna 2017 kun vuonna 2014 vastaava määrä oli 58%. (Hyppönen ym. 2018.) Tulevaisuudessa sähköisten palveluiden lisääntyminen edellyttää, että organisaatiot varmistavat riittävät palvelut myös sähköisesti. Tämä varmistaa asiakkaiden yhdenvertaiset palvelut. Vuonna 2019 astui voimaan digipalvelulaki. Laki vaatii viranomaisia tekemään sähköiset palvelut saavutettavaksi. Saavutettavuus tarkoittaa, että palvelut, sovellukset ja niiden sisältö ovat sellaista, että jokainen pystyy niitä käyttämään ja ymmärtää niiden sisällön. (Valtiovarainministeriö.) Tutkimustuloksista kävi ilmi, että sairaanhoitajat kokivat riittämättömän tiedottamisen ruuhkauttavan puhelinneuvontaa. Ulkoiseen tiedottamiseen liittyi organisaation tiedottaminen asiakkaille. Sisäinen tiedottaminen koski organisaation tiedottamista henkilökunnalle. Osa sairaanhoitajista koki, ettei tieto kulje organisaation ylemmältä johdolta työntekijöille. Hoitajien mielestä puutteellinen ohjaus vastaanotoilla lisäsi neuvoa soittavien asiakkaiden määrää ja ruuhkaa puhelinneuvonnassa. Sairaanhoitajat kokivat, että terveysasemilla oli erilaiset käytännöt tehdä asioita. Erilaiset käytännöt koettiin muun muassa ajanvarausta ruuhkauttavina toimintoina, joihin kaivattiin vastaajien mielestä muutoksia.

Teknisiin ongelmiin liittyvät arviota vaikeuttavat tekijät koskivat sähköisten puhelinjärjestelmien, työvälineiden ja ajanvarauksen toimimattomuutta. Puhelinjärjestelmien ongelmat liittyivät huonoon kuuluvuuteen. Osa sairaanhoitajista koki, että työvälineet eivät toimineet halutulla tavalla. Puheluiden yhdistämisen puuttuminen koettiin vaikuttaneen negatiivisesti arviointiin. Sairaanhoitajien mielestä puheluiden yhdistäminen suoraan oikeaan hoitotahoon vähentäisi ruuhkaa sekä lisäisi asiakastyytyväisyyttä. Toimivat työvälineet ovat asia johon työnantaja pystyy reagoimaan nopeasti ja näin vaikuttamaan hoitajien työssäjaksamiseen.

Työn organisoinnista johtuvat arviointia vaikeuttaviksi tekijöiksi nimettiin konsulttilääkärin puuttuminen, pitkät jonot lääkäreiden vastaanotoille ja terveysneuvonta puhelimen pitkä aukioloaika. Sairaanhoitajien mielestä konsultointia varten nimetyn lääkärin puuttuminen vaikeutti arviointia puhelimessa. Lääkärin konsultoinnin toivottiin olevan mahdollisimman helppoa.

Riittämättömät terveydenhuoltohenkilöstö resurssit koettiin aiheuttavan pitkiä jonotusaikoja lääkärin vastaanotolle. Pitkät jonot lääkäreiden vastaanotoille vaikeutti asiakkaan ohjaamista oikeaan hoitopaikkaan oikeaan aikaan. Ei kiireellisten asiakkaiden arviointia vaikeutti pitkät jonot lääkäreiden vastaanotoille. Sairaanhoitajat kokivat, että ei kiireellisissä tapauksissa asiakkaat joutuivat odottamaan

liian kauan lääkärille pääsyä mikä lisäsi asiakkaiden ohjaamista akuuttivastaanotolle arvioon. Terveyskeskus lääkäreiden saatavuus ongelma aiheuttaa sen, että kiireettömät potilaat hakeutuvat akuuttivastaanoille sekä päivystyksiin (Raivio, Jääskeläinen, Holmberg-Marttila ja Mattila, 2014). Terveyskeskus vastaanotot ruuhkautuvat osittain paljon terveydenhuollon palveluita käyttävistä asiakkaista. Terveyspalveluiden suurkuluttajat (10%) aiheuttaa 74% kaikista sosiaali- ja terveydenhuollon kustannuksista. Vastaanottojen ruuhka heijastuu myös päivystyksiin ja kiirevastaanoille. (Mäkelä 2017, 16-18.) Osa sairaanhoitajista koki, että terveysneuvontapuhelimen pitkä aukiolo aika hokutteli asiakkaita soittamaan numeroon myös muissa asioissa sekä terveysneuvonta nimi koettiin harhaanjohtavana.

Työyhteisöön liittyvä negatiivisesti arviointiin vaikuttava tekijä oli kollegan mielipide, joka saattoi vaikuttaa sairaanhoitajan päätöksentekoon. Sairaanhoitajat kertoivat pohtineensa mitä kollega ajattelee tekemistään päätöksistä hoidon tarpeen arvioinnissa. Vaikka kukaan sairaanhoitajista ei ilmoittanut, että olisi kuullut kollegan esittävän kritiikkiä tekemistään päätöksistä kertoivat hoitajat kuitenkin miettivänsä mitä kollegat ajattelevat mikä koettiin negatiivisesti arviointiin vaikuttavana.

Perehdytys

Perehdytykseen liittyvät tekijät voidaan jakaa perehdytyksen **keston**, **sisältöön** ja **menetelmiin**. Perehdytyksen **sisältöön** toivottiin lisättäväksi perehdytystä kunnan terveystalveluiden sisältöihin, organisaation työntekijöihin sekä vastaanoton hoitohenkilökunnan vastuualueisiin. Tutkimustuloksista esiin nousseet tärkeimmät perehdytykseen käytetyt **menetelmät** olivat mallikäyttäytyminen, kokemus kasvotusten tehdystä hoidon tarpeen arvioinnista, konsultointi sekä perehdyttäjän läsnäolo. Perehdytyksen aikana perehdyttäjän tuki ja läsnäolo koettiin tärkeänä samoin nopea ja helppo tapa konsultoida. Mallikäyttäytyminen, kollegan puheluiden kuunteleminen koettiin hyväksi tavaksi oppia puhelintyöskentelyä. Yleisesti vastaajat kokivat kuitenkin perehdytyksen **keston** ja sisällön puhelimesta tapahtuvaan hoidon tarpeen arviointiin hyvänä ja riittävänä, mutta osa sairaanhoitajista koki, ettei ollut saanut riittävää tai perehdytystä ollenkaan. Tutkimustuloksista voidaan todeta, että viimeksi perehdytyksessä olleet sairaanhoitajat olivat tyytyväisimpiä saamaansa perehdytykseen. Perehdytyksen on todettu vaikuttavan positiivisesti työntekijän työn tuloksiin, työmotivaatioon, työturvallisuuteen sekä työyhteisön hyvinvointiin. Perehdytys koetaan työpaikan tärkeimmäksi koulutukseksi. (Huhtakangas ym. 2017.) Perehdytys koetaan työpaikoilla tärkeäksi ja sen koetaan lisäävän työntekijän osaamista ja viihtyvyyttä sekä sitoutumista työhön (Halonen 2014). Perehdytys vaikuttaa positiivisesti työssä jaksamiseen (Gröhn ym. 2014). Koska jokaisella sairaanhoitajalla on erilainen tausta ja työkokemus eniten perehtyjä hyötyy yksilöllisestä perehdytysuunnitelmasta. Perehdytyksessä tulisi aina huomioida työntekijän yksilölliset tarpeet ja osaaminen.

Lisäkoulutus

Tuloksista voidaan todeta, että lisäkoulutukseen liittyvät tekijät koskivat koulutuksen **sisältöä**, **säännöllisyyttä** ja **koulutusmenetelmiä**. Koulutuksen toivottiin **sisältävän** hoidon tarpeen arviointia, ergonomiaa, tietotekniikkaa ja sähköisiä palveluita. Sähköisten palveluiden sisältöön ja niiden

käyttöön toivottiin lisäkoulutusta. Sairaanhoitajien tulee itse hallita sähköiset palvelut ja niiden käyttö, jotta voivat ohjata ja motivoida myös asiakkaita niiden käyttämisessä. Myös tietotekniikka osaaminen koettiin tutkimustulosten perusteella riittämättömäksi. Osa haastateltavista koki, ettei oma tietotekniikka osaaminen ole riittävää ja toivoi siihen koulutusta. Terveyden- ja hyvinvoinninlaitoksen kyselytutkimuksen tuloksista voidaan todeta, että asiakkaiden uusi rooli ja uudet teknologiat haastavat hoitohenkilökunnan osaamisen. Asiakkaiden roolin muuttuminen yhä enemmän omaan hoitoon osallistuvaksi ja teknologian kehittyminen lisäävät lisäkoulutus tarvetta terveydenhuollon ammattilaisille. Sairaanhoitajat tarvitsevat lisäkoulutusta tietojärjestelmien käytöstä sekä uusista sähköisistä palveluista. Henkilökunta tarvitsee jatkuvaa koulutusta ja tiedottamista uusista digipalveluista. (Vehko ym. 2019.) Tutkimustuloksista nousi myös esille ergonomiakoulutus. Pitkät vuorot ja istumatyö koettiin ergonomiiaa kuormittavina tekijöinä puhelinneuvonnassa. Vastaanotto puolella suurimmalla osalla hoitajista on omat työtuolit. Kiirevastaanotolla tuolit vaihtuivat työpisteen mukaan. Jokaisen työntekijän on huolehdittava siitä, että säätää tuolit ja pöydät itselleen sopiviksi. Aluehallintoviraston näyttöpäätetyö oppaan (2014) mukaan jatkuva näyttöpäätetyöskentely kuormittaa silmiä sekä tuki- ja liikuntaelimestöä. Ergonomiakoulutuksella voidaan ehkäistä ja vähentää hoitohenkilökunnan tuki- ja liikuntaelinsairauksia.

Eriytyisen tärkeänä sairaanhoitajat kokivat, että koulutusta järjestetään **säännöllisesti**. Osa vastaajista koki, ettei ole saanut lainkaan koulutusta tai edellisestä koulutuksesta on liian pitkä aika. Koulutuksia toivottiin järjestettävän 1-2 kertaa vuodessa. Hoidon tarpeen arviointiin liittyvä koulutus tulisi sisältää tiedonhankintaa ja näyttöön perustuvaa toimintaa. Hoitotyön tutkimussäätiön raportista vuonna 2018 käy ilmi, että sairaanhoitajat tarvitsevat ja toivovat enemmän organisaation sisäistä sekä alueellista koulutusta näyttöön perustuvasta toiminnasta (Korhonen ym. 2018b). Toimintayksikkö on vastuussa siitä, että sairaanhoitajalla on ammattitoiminnan edellyttämä koulutus, pätevyys sekä valmius (Valvira 2017). Henkilöstön kehittämisen on todettu vaikuttavan positiivisesti hoitotyön laatuun, tuloksellisuuteen ja henkilöstön työhyvinvointiin (STM 2004).

Case tyyppinen koulutus koettiin haastateltavien kertomana parhaimmaksi **koulutusmenetelmäksi**. Koulutukseen toivottiin oikeita potilastilanteita ja tiedon jakamista ryhmissä kokemuksien kautta. Koulutuksen järjestäjän toivottiin olevan ulkopuolinen kouluttaja. Kaakisen ym. (2015) mukaan osaaminen vaativassa perusterveydenhuollon puhelinneuvonnassa turvataan jatkuvalla koulutuksella. Terveydenhuollon ammattihenkilö tekee hoidon tarpeen arvioinnin ammattivastuullaan. Arviointi perustuu johtavan tai vastaavan lääkärin antamaan ohjeistukseen. Sairaanhoitajalla tulee olla tehtävän suorittamiseen riittävä kokemus, koulutus ja ammattitaito. Toimintayksikkö on vastuussa siitä, että terveydenhuollon ammattihenkilöllä on ammattitoiminnan edellyttämä koulutus, pätevyys sekä valmius. (Valvira 2017.) Tutkimukset ja artikkelit (Kantonen 2014; Raivio ym. 2014) osoittavat sen, että hoitohenkilökunnan jatkuva koulutus lisää hoidon laatua ja vähentävät terveydenhuollon kustannuksia. Myös sosiaali- ja terveysministeriön (STM 2004) mukaan henkilöstön kehittäminen vaikuttaa hoitotyön laatuun, tuloksellisuuteen ja henkilöstön työhyvinvointiin. Täydennyskoulutuksella varmistetaan hoitoketjujen toimivuus ja kehitetään työyhteisöjä (Terveydenhuollon laatuopas 2019). Työyhteisön ja yksittäisten työntekijöiden kehittyessä omassa työssään ja osaamisen vahvis-

tamisella parannetaan työn laatua. Osaamisen kehittämällä on positiivisia vaikutuksia hoitohenkilökunnan työkyvyn ylläpitämiseen. Osaava hoitohenkilökunta jaksaa tehdä työtä paremmin ja osaaminen lisää työmotivaatiota. (Lipponen 2014, 23-24.)

Kehittämisehdotukset

Suurin osa kehittämisideoista liittyi yleisesti puhelimesta tapahtuvaan työskentelyyn, ja toimintoihin, joiden vaikutukset heijastuvat puhelinneuvontaan. Vastaajat esittivät **työyhteisöön** ja **organisaatioon** liittyviä kehittämisideoita. **Työyhteisöön** liittyvät kehittämisideat koskivat yhtenäisiä käytäntöjä, potilasohjausta, yhteistyötä, työn organisointia ja konsultointia.

Työn organisointiin liittyvät kehittämisideat koskivat vastaanotolla ja puhelimesta tapahtuvaa ajanvarausta ja yhteydenottoa sekä tulevista puhelusta kertovaa hälytintä. Ajanvaraukseen toivottiin asiakasystävällisempiä muutoksia. Lääkäreiden toivottiin varaavan itse vastaanotolla asiakkaalle tiedossa olevat mahdolliset tulevat kontrollikäynnit ja soittajat. Vastaanoille toivottiin asiakkaille suoraa yhteydenotto mahdollisuutta virka-aikana. Terveysneuvonnan kautta ei varata vastaanottoaikoja. Sairaanhoidajat joutuivat ohjaamaan asiakasta soittamaan erilliseen ajanvarausnumeroon. Vastaajat kokivat tämän vaikuttavat negatiivisesti asiakaspalveluun sekä aiheuttavan sen, että useampi hoitaja joutui tekemään hoidon tarpeen arvioinnin samalle asiakkaalle. Myös kimppa-ajanvarauskirjojen luominen esimerkiksi tiimeittäin (lääkärit+hoitajat) koettiin nopeuttavan ja helpottavan puhelimesta työskentelyä. Kiirevastaanotolle toivottiin hälytintä, joka ilmoittaisi, kun puhelin soi. Hälytin vapauttaisi sairaanhoidajan puhelimesta, kun puheluita tulee vähemmän. Soittojen määrään voidaan sairaanhoidajien kokemuksesta vaikuttaa potilasohjauksen lisäämisellä. Asiakkaat soittavat ja kysyvät vastaanoton jälkeen ohjeita, neuvoa tai tutkimustuloksia. Potilasohjauksen kehittämiseen ehdotettiin esimerkiksi asiakkaalle annettavaa kirjallista jatkohoito-ohjetta.

Hoitajat toivoivat yhteistyötä lisääviä toimintoja eri ammattiryhmien sekä työpisteiden välillä sekä mahdollisuutta kokemusten jakamiseen. Terveyskeskuksissa tehdään moniammatillista yhteistyötä sekä asiakkaita koskevat puhelut ovat hyvin laaja-alaisia. Vastaajat ehdottivat yhteistyöpalavereja eri tiimien tai eri työpisteissä työskentelevien hoitajien välille. Myös koko työyhteisöä koskevia yhteisiä palavereja toivottiin järjestettäväksi säännöllisesti.

Konsultointiin liittyvät kehitysideoita koskivat lääkärin konsultoinnin mahdollisuutta/helpottamista puhelinneuvonnassa erityisesti kiirevastaanotolla. Sairaanhoidajat toivovat konsultoinnin mahdollisuutta helpottavia toimenpiteitä puhelinneuvontaan. Lääkärin tai kollegan konsultointi tulisi tehdä mahdollisimman helpoksi.

Organisaatioon liittyvät kehittämisideat koskivat sähköisten palveluiden kehittämistä, tiedottamista, yhteydenoton kehittämistä ja henkilöstöresursseja. Vastaajat kokivat, että asiakkaiden yhteydenottoa voidaan kehittää puhelinjärjestelmällä, joka antaisi asiakkaalle mahdollisuuden arvioida puhelun alussa hoidon kiireellisyyden. Hoitajat toivat esille, että asiakkaiden soittaessa ajanvarausnumeroon tulisi puhelinjärjestelmän automaattisesti erotella kiireelliset ja ei-kiireelliset asiat. Tämän

arvioitiin vähentävän myös sairaanhoitajien painetta puhelimessa. Vastaanotoille virka-aikana sekä puhelinneuvontaan kiirevastaanotolle toivottiin lisää henkilökuntaa. Osa haastateltavista koki myös, että asiakkaiden tulisi saada puhelimitse yhteys vastaanotoille virka-aikana. Muuta kuin terveysneuvontaa koskevat puhelut koettiin lisääntyneen. Organisaatio tarvitsee neuvonta- tai keskusnumeron, josta muita asioita koskevat puhelut voidaan yhdistää oikeaan paikkaan. Sähköisten- ja neuvontapalveluiden kehittäminen lisää asiakastytyväisyyttä ja vähentää hoitajien sekä lääkäreiden kliinistä työtä (Lake ym. 2017).

8.2 Tutkimuksen eettisyys ja luotettavuus

Tutkimusetiikalla tarkoitetaan tutkijan eettisesti vastuullisten ja oikeiden toimintatapojen noudattamista ja edistämistä tutkimustoiminnassa sekä tieteeseen kohdistuvien loukkausten ja epärehellisyyden tunnistamista sekä torjumista tieteen kaikilla aloilla. Tutkimus voi olla eettisesti hyväksyttävä, luotettava ja sen tulokset uskottavia vain, jos tutkimus on tehty hyvän tieteellisen käytännön edellyttämällä tavalla. Tutkijan tulee noudattaa rehellisyyttä, yleistä huolellisuutta ja tarkkuutta tutkimustulosten tallentamisessa, esittämisessä, arvioinnissa ja tutkimustyössä. Tutkija toteuttaa tieteellisen tiedon luonteeseen kuuluvaa avoimuutta julkaistessaan tutkimuksen tuloksia. Tutkija soveltaa tieteellisen tutkimuksen kriteerin mukaisia, eettisesti kestäviä tiedonhankintatutkimus- ja arviointimenetelmiä. Tutkija huomioi muiden tutkijoiden työt sekä saavutukset asianmukaisella tavalla, kunnioittaa muiden tutkijoiden työtä ja antaa niille kuuluvan arvon ja merkityksen omassa tutkimuksessaan. (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2012.)

Ihmiseen kohdistuvan tutkimuksen eettiset periaatteet ohjaavat kaikilla tieteen aloilla tutkijan toimintaa. Tutkijan tulee kunnioittaa tutkimukseen osallistuneiden henkilöiden ihmisarvoa sekä itsemääräämisoikeutta. Itsemääräämisoikeuteen kuuluu vapaaehtoisuus osallistua tutkimukseen. Tutkimukseen osallistuminen, kieltäytyminen sekä myös keskeyttäminen tulee perustua vapaaehtoisuuteen. Lähettämässäni tutkimustiedotteessa mainitaan, että osallistuminen on vapaaehtoista ja osallistumisen voi peruttaa syytä ilmoittamatta koska tahansa. Tutkimukseen osallistuvilla henkilöillä on oikeus myös saada tietoa tutkimuksen sisällöstä ja kuinka henkilötietoja käsitellään. Osallistujilla on oikeus tietää myös ennen tutkimukseen osallistumista mitä osallistuminen konkreettisesti tarkoittaa sekä millainen on kerättävän tutkimusaineiston suunniteltu käsittelyn ja säilyttämisen elinkaari. (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2019.) Haastateltavat henkilöt saivat ennakkotietoa aiheesta lähettämässäni tutkimustiedotteessa. Tutkimuksen tarkoitus ja tavoitteet, haastatteluiden käytännön toteutus sekä tutkimusaineiston säilytys ja hävittäminen olivat myös esitetty tutkimustiedotteessa (liite 1) jonka lähetin haastattelukutsun yhteydessä sähköpostilla. Haastattelut sekä taustatietojen kerääminen tapahtuivat anonyyminä. Tarvittaessa jokaisella oli mahdollisuus ottaa yhteyttä tutkijaan, jos koki haluavansa lisätietoja koskien tutkimusta. Kukaan haastattelukutsun saaneista ei ottanut yhteyttä kysyäkseen lisätietoja.

Laadullisen tutkimuksen luotettavuutta voidaan arvioida neljän kriteerin kautta. Nämä kriteerit ovat tulosten siirrettävyys, reflektiivisyyteen, uskottavuus ja vahvistettavuus. Siirrettävyydellä tarkoitetaan tutkimustulosten soveltumista toiseen kontekstiin, riippuen tutkimus- ja sovellusympäristöstä.

(Tuomi ym. 2009, 137-139.) Siirrettävyyden vahvistamiseksi olen pyrkinyt kuvaamaan tutkimuksessa mahdollisimman tarkasti osallistujat, heidän valintaansa vaikuttaneet tekijät sekä tutkimusympäristön. Tutkimustuloksilla ei pyritä yleistettävyyteen vaan tarkoituksena oli kerätä aihealueesta tietoa harkinnanvaraisesti valitulta joukolta (Tuomi ja Sarajarvi 2009, 87-88). Reflektiivisyydellä tarkoitetaan tutkijan tietoisuutta omista lähtökohdistaan tutkijana ja kuinka tutkijan oma tausta voi vaikuttaa tutkimusaineistoon (Tuomi ym. 2009, 137-139). Tässä tutkimuksessa tutut haastateltavat sekä tutkijan työskennellessä toimeksiantajan alaisena lisää reflektiivisyyden huomioimista erityisesti. Uskottavuuden varmistamiseksi olen kuvannut tutkimuksen aineiston analyysin vaiheet taulukoissa mahdollisimman näkyvästi ja avoimesti. Tutkimus tulosten raportoinnissa käytin suoria lainauksia, joiden avulla lukija pystyy itse arvioimaan analyysia. Tutkimuksen uskottavuutta lisää myös se, että tutkija on riittävän pitkään tekemisissä tutkittavan ilmiön ja osallistujien kanssa (Kylmä ym. 2003). Itse olen tehnyt hoidon tarpeen ja kiireellisyyden arviointia vuodesta 2012 lähtien ja puhelimesta tapahtuvaa arviointia vuodesta 2016. Tutkimukseen osallistuneet henkilöt olivat suurin osa kollegoita useamman vuoden ajalta. Tutkimuksen aineiston parissa työskentelin reilusti yli vuoden ajan. Luotettavuutta lisäsi myös se, että tutkija oli suurimman osan tutkimuksen teko ajasta opintovapaalla ja pystyi tarkastelemaan tutkittavaa ilmiötä ns. ulkopuolisena. Vahvistettavuudella tarkoitetaan tutkimuksen kirjaamista ja raportointia siten että lukijan on helppo seurata tutkimuksen kaikkia vaiheita (Tuomi ym. 2009, 139).

Kaikki haastattelukutsuun vastanneet osallistuivat haastatteluun. Haastattelukertoja oli yhteensä kaksi, jotka toteutettiin eri päivinä. Ryhmähaastatteluita varten olin varannut erillisen rauhallisen tilan. Haastattelun alussa kerroin tutkimuksen aiheen, tarkoituksen ja tavoitteen ja että haastattelu nauhoitetaan. Haastattelut kestivät keskimäärin noin 2 tuntia. Ensimmäisessä ryhmässä oli 7 osallistujaa, joista yksi joutui ennalta sovitusti poistumaan kesken haastattelun. Toisessa ryhmässä oli 6 osallistujaa. Ryhmissä oli eri toimipisteissä (vastaanotot ja kiirevastaanotto) toimivia hoitajia. Ryhmädynamiikka toimi mielestäni hyvin molemmissa haastattelutilanteissa. Jokainen osallistui keskusteluun eikä keskustelua dominoinut ketään yksittäinen henkilö. Aiheesta keskusteltiin avoimesti. Asiasta oltiin erimieltä mikä osoitti sen, että mielipiteet uskallettiin tuoda esille haastattelussa. Osallistujien tunnistettavuuden suojaamiseksi olen poistanut tai muuttanut suorista lainauksista sanoja, jotka voisivat viitata tiettyyn henkilöön. Muutokset eivät ole vaikuttaneet tutkimustuloksiin.

Ennakkosuunnittelu takaa sen, että päästään aina parempaan tulokseen luotettavuustarkastelussa kuin se että pohditaan työn lopussa mitä tuli tehtyä ja luotettavuustarkastelu voidaan hoitaa jälkikäteen. Yleisimmät luotettavuuskriteerit laadullisessa tutkimisessa on informantin vahvistus, vahvistettavuus, dokumentaatio, saturaatio, tulkinnan ristiriidattomuus sekä aikaisemmat tutkimukset. (Kananen 2017, 176-179.) Jälkikäteen ajateltuna haastattelunrunгон sisältö olisi voinut ollut tiiviimpi. Ensimmäistä kertaa laadullisen tutkimuksen aineiston keruun suunnittelu ja toteutus ryhmähaastatteluilla näkyi siinä, että haastattelunrunгон sisällön huolellisempi pohdinta sekä testaaminen olisi nopeuttanut litterointia sekä lisännyt tutkimuksen luotettavuutta.

Eettisiin periaatteisiin liittyvät tietojen luottamuksellinen käsitteleminen ja säilyttäminen koskevat tietosuojaa. Tallensin haastattelun äänitteet tietokoneelle sekä muistitikulle. Litteroinnin jälkeen tuhosin äänitteet. Tutkimuksen valmistuttua myös kaikki tulostetut sekä sähköiset haastatteluaineistot on tuhottu. Tutkimusta tehdessä noudatin hyvän tieteellisen käytännön mukaisesti rehellisyyttä, yleistä huolellisuutta ja tarkkuutta. Lainauksissa olen kunnioittanut muiden tutkijoiden tekemää työtä, viittauksia käyttäessäni olen noudattanut Savonia-ammattikorkeakoulun ohjeistuksia. (Savonia 2019; Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2012.)

8.3 Johtopäätökset ja ehdotukset jatkokehittämiselle

Tämän tutkimuksen tarkoituksena oli kuvata sairaanhoitajien kokemuksia puhelimesta tapahtuvasta hoidon tarpeen ja kiireellisyyden arvioinnista. Työn tavoitteena oli kerätä tietoa sairaanhoitajien kokemuksista, osaamisesta ja mahdollisesta koulutus sekä perehdytys tarpeesta puhelimesta tapahtuvasta hoidon tarpeen arvioinnista.

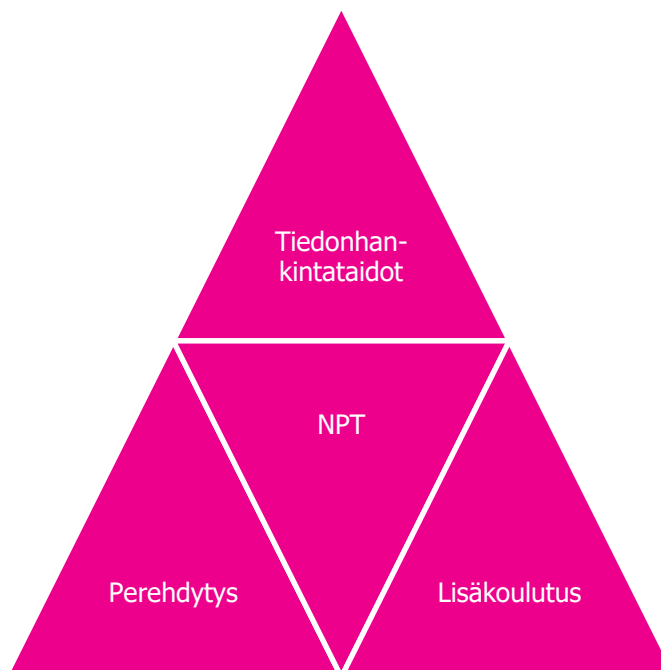
Tutkimustulosten perusteella voidaan todeta, että hoidon tarpeen arviointia helpottavia tekijöitä oli löydettävissä sairaanhoitajasta, asiakkaasta ja organisaatiosta. Lisäksi arviointia helpottavia tekijöitä olivat riittävä työkokemus, konsultointi, tiedonhankinta- ja vuorovaikutustaidot. Hoidon tarpeen arviointia vaikeuttavia tekijöitä löytyi sairaanhoitajasta, asiakkaasta, organisaatiosta, puheluiden sisällöistä ja työnkuormittavuudesta. Puhelimesta työnkuormittavuutta lisäsi puheluiden paljous, pitkä työvuoro, henkisesti raskas työpiste ja kiire. Tutkimustuloksista voidaan todeta, että kokemus/sen puute, tiedonhankintataidot, asiakkaan oma arvio sekä vuorovaikutustaidot nousivat esille sekä helpottavissa että arviointia vaikeuttavissa tekijöissä.

Monipuolinen ja vähintään viiden vuoden työkokemus helpottaa arvioinnin tekemistä puhelimesta (Heikkinen ym. 2019). Myös tämän tutkimuksen tulokset puoltavat sitä että 5 vuotta tai enemmän työkokemusta omaavat sairaanhoitajat arvioivat oman osaamisensa korkeammalle kuin vähemmän työkokemusta omaavat sairaanhoitajat. Haastatteluun osallistuneista yli 5 vuotta terveydenhuoltoalla työskennelleet sairaanhoitajat (80%) arvioivat oman osaamisen puhelimesta tapahtuvassa hoidon tarpeen arvioinnissa ammattilainen-asiantuntija tasolle.

Koulutukseen ja perehdytykseen liittyvät tulokset koskivat koulutuksen ja perehdytyksen sisältöä ja menetelmiä. Koulutukseen toivotaan säännöllisyyttä sekä perehdytykseen riittävästi aikaa. Tutkimustulokset osoittivat että, tyytyväisimpiä perehdytykseen ovat viimeisimpänä perehdytyksen saaneet sairaanhoitajat. Perehdytyksen aikana perehdyttäjän läsnäolo ja konsultoinnin helppous koettiin tärkeänä perehdytyksen onnistumisen kannalta. Hyväksi tavaksi oppia perehdytyksen aikana oli mallikäyttäytyminen. Perehdytyksen tulisi olla yhtenäistä kaikilla terveysasemilla sekä siihen tulisi varata riittävästi aikaa. Perehdytyksen pituus sekä sisältö voi vaihdella. Jokaisen uuden työntekijän kohdalla tulisi huomioida henkilökohtaiset valmiudet muun muassa työkokemus tulisi huomioida perehdytys-suunnitelmaa laatiessa. Tutkimustulosten perusteella ennen puhelimesta tapahtuvaa arviointia perehdytyksen sisältöön tulisi kuulua kasvatusten tehty hoidon tarpeen arviointia silloin kun työntekijällä ei ole siitä aikaisempaa kokemusta.

Tuloksista nousi esille myös hoitajien esittämiä kehittämideoita, joiden avulla voidaan kehittää työskentelyä puhelinneuvonnassa. Tutkimustuloksista nousi esille myös yleisesti työnsujuvuuteen ja asiakastytyväisyyteen liittyviä kehittämideoita.

Keski-Uudenmaan Sote kuntayhtymän alueen terveyskeskuksissa on tapahtunut vuoden 2019 aikana paljon muutoksia ja toimintaa on pyritty kehittämään enemmän asiakasystävällisemmäksi sekä henkilöstön turhia toimintoja pyritty vähentämään. Tutkimustuloksia voi hyödyntää terveysasemilla, kun kehitetään puhelimesta tapahtuvaan hoidon tarpeen arviointia. Tämän tutkimuksen tuloksista sekä teoreettisen viitekehyksen tutkimusten yhteenvetona koen, että organisaation sekä työntekijöiden kannalta eniten hyödyttäisi keskittyä neljään (4) eri kehittämiskohteeseen: näyttöön perustuva toiminta, tiedonhankintataidot, perehdytys ja lisäkoulutus (kuvio 1). Koen myös, että keskittymällä näihin neljään edellä mainittuihin kehittämiskohteisiin, parannetaan puhelinneuvonnan laatua sekä edistetään työntekijöiden jaksamista ja työhyvinvointia.



KUVIO 1. Hoidon tarpeen ja kiireellisyyden arviointi puhelimesta: kehittämiskohteet.

Tutkimustulosten perusteella ehdotan puhelimesta tapahtuvan hoidon tarpeen arvioinnin kehittämiseksi seuraavaa:

1. Säännöllistä koulutusta puhelimesta tapahtuvaan hoidon tarpeen arviointiin. Koulutuksen tulisi olla organisoitua ja koordinoitua esimerkiksi luomalla koulutussuunnitelma organisaatioon.
2. Perehdytyksessä huomioidaan yksilön osaaminen ja perehdytysuunnitelma yksilöidään.
3. Yhtenäiset näyttöön perustuvat toimintaohjeet ja käytännöt päätöksenteon tueksi.
4. Tunnistetaan ja varmistetaan hoitohenkilökunnan tiedonhankintataidot ja tiedon luotettavuuden arviointi.

Jatkokehittämiseksi ehdotan tutkimukseen osallistuneille terveysasemille laadun seurantaan puhelimessa tapahtuvaan hoidon tarpeen arviointiin. Sopivien työkalujen/mittarien laatimista laadun seurannan tueksi. Laadun seurantaan voisi arvioida esimerkiksi asiakastyytyvyydellä, saatavuudella sekä hoitoon ohjauksen osuvuudella.

LÄHTEET

ALANEN, Pasi, JORMAKKA, Juha, KOSONEN, Antti ja SAIKKO, Simo 2017. Oireista työdiagnosiin. Ensihoitopotilaan tutkiminen ja arviointi. Helsinki: Sanoma Pro Oy.

ALUEHALLINTOVIRASTO 2014. Näyttöpäätetyö [verkkajulkaisu]. Työsuojeluoppaita- ja ohjeita 1. [Viitattu 2019-04-11.] PDF Saatavissa: https://www.tyosuojelu.fi/documents/14660/2426906/Nayttopaatetyo_tso1_netti.pdf/a0d60ce5-b73f-4150-8505-28fe31a488a9

BUNN, Frances, BYRNE, Geraldine ja KENDALL, Sally 2004. Telephone consultation and triage: effects on health care use and patient satisfaction. [Viitattu 2019-11-02.] Saatavissa: <https://www-cochranelibrary-com.ezproxy.savonia.fi/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD004180.pub2/full?highlightAbstract=withdrawn%7Ctriage%7Ctriage>

EDWARDS, Tracy 2013. The art of triage. E-kirja. [Viitattu 2019-04-18.] Saatavissa: <http://web.a.ebscohost.com.ezproxy.savonia.fi/ehost/ebookviewer/ebook/bmxlYmtfXzYzMDk4MI9fQU41?sid=4a00d3d3-4984-4dd8-aca4-549a80651dc1@sessionmgr4010&vid=0&format=EB&rid=1>

ERIKSSON, Elina, KORHONEN, Teija, MERASTO, Merja ja MOISIO, Eeva-Liisa 2015. Sairaanhoidajan ammatillinen osaaminen – Sairaanhoidajakoulutuksen tulevaisuus -hanke. [Viitattu 2019-12-15.] Saatavissa: <https://sairaanhoidajat.fi/wp-content/uploads/2015/09/Sairaanhoidajan-ammattillinen-osaaminen.pdf>

ERNESÄTER, Annica, ENGSTRÖM, Maria, WINBLAD, Ulrika, RAHMQVIST, Mikael ja HOLMSTRÖM, Inger 2015, 29, 116-121 Telephone nurses' communication and response to callers' concern – a mixed methods study. [Viitattu 2018-11-22.] Saatavissa: <https://www-sciencedirect-com.ezproxy.savonia.fi/science/article/pii/S089718971500097X/pdfft?md5=41920d5538989d90ac137cc778c6aea9&pid=1-s2.0-S089718971500097X-main.pdf>

ESKOLA, Jari, LÄTTI, Johanna ja VASTAMÄKI, Jaana 2018. Teemahaastattelu: lyhyt selviytymisopas. Julkaisussa: VALLI, Raine (toim.) Ikkunoita tutkimusmetodeihin 1. Jyväskylä: PS-kustannus, 41-45, 48-49.

ESKOLA, Jari ja SUORANTA, Juha 1998. Johdatus laadulliseen tutkimukseen. Tampere 1998: Vastapaino. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.

FINOHTA 2011. Potilaiden kiireellisyyden luokittelu ja hoitoprosessit päivystyspoliklinikalla. [verkkajulkaisu]. Arviointiseloste. [Viitattu 2019-08-29.] Saatavissa: https://thl.fi/attachments/Meka/julkaisut/ohtanen/AS_2011_1_Potilaiden%20kiireellisyyden%20luokittelu.pdf

GRÖHN, Elisa ja HASSINEN, Anneli 2014. Sairaanhoidajien perehdytys: kokemuksia ja toiveita työhön perehdytyksestä. Savonia ammattikorkeakoulu. Sosiaali- terveys ja sosiaalialan koulutusohjelma. Opinnäytetyö. [Viitattu 2019-04-20.] Saatavissa: <https://www.theseus.fi/handle/10024/78459>

HALLITUSOHJELMA 2019. Osallistava ja osaava Suomi – sosiaalisesti, taloudellisesti ja ekologisesti kestävä yhteiskunta [verkojulkaisu]. [Viitattu 2019-08-30.] Saatavissa: <http://julkaisut.valtioneuvosto.fi/handle/10024/161662>

HALONEN, Tiina 2014. Onnistunut perehdytys Riihimäen seudun terveyskeskuksen vuodeosastoilla: hyvällä perehdytyksellä vetovoimainen vuodeosasto. Metropolia ammattikorkeakoulu. Sosiaali- ja terveysalan koulutusohjelma. Opinnäytetyö. [Viitattu 2019-04-19.] Saatavissa: <https://www.theseus.fi/handle/10024/71142>

HEIKKINEN, Päivi ja PÄLSYNAHO, Niina 2019. Laadukas hoidon tarpeen arviointi puhelimesta – Laatusuositukset osaksi Kainuun sosiaali- ja terveydenhuollon akuuttipalveluiden laatukäsikirjaa. Oulun ammattikorkeakoulu. Ensihoidon kehittäminen ja johtaminen YAMK koulutusohjelma. Opinnäytetyö. [Viitattu 2019-11-28.] Saatavissa: <http://urn.fi/URN:NBN:fi:amk-2019070117604>

HJELT-PUTILIN, Paula 2005. Turvallisuutta viestinnällä. Helsinki: Edita Prima Oy.

HILAMA, Pirjo ja LATTUNEN, Kirsimarja 2013. Ammattitaitovaatimukset puhelimesta tapahtuvaan hoidon tarpeen arviointiin. Mikkelin ammattikorkeakoulu. Hoitotyön koulutusohjelma. Opinnäytetyö. [Viitattu 2018-11-28.] Saatavissa: <http://urn.fi/URN:NBN:fi:amk-2013053112060>

HIRSJÄRVI, Sirkka, REMES, Pirkko ja SAJAVAARA, Paula 2009. Tutki ja kirjoita. Helsinki: Tammi.

HOITOTAKUU 2008. Valtiontalouden tarkastusviraston toiminnantarkastuskertomus 167/2008 [verkojulkaisu]. [Viitattu 2019-04-17.] Saatavissa: <https://www.vtv.fi/app/uploads/2018/07/03110102/hoitotakuu-167-2008.pdf>

HOITOTYÖN TUTKIMUSSÄÄTIÖ. Näyttöön perustuva toiminta [verkojulkaisu]. [Viitattu 2018-08-3.] Saatavilla: <http://www.hotus.fi/hotus-fi/nayttoon-perustuva-toiminta>

HUHTAKANGAS, Virve ja SAVOLA, Johanna 2017. Uusien työntekijöiden perehdyttäminen ja sen kehittäminen. Case Neljä Astetta Oy. Diakonia ammattikorkeakoulu. Johtamisen ja yhteiskunnallisesti vaikuttavan palvelutuotannon kehittäminen YAMK. Opinnäytetyö. [Viitattu 2019-04-19.] Saatavissa: <https://www.theseus.fi/handle/10024/136191>

HUIBERS, Linda, KEIZER, Ellen, GIESEN, Pau, GROL, R ja WENSING, Michel 2012. Nurse telephone triage: good quality associated with appropriate decisions. Family practice 2012(29) s.547-552. [Viitattu 2018-11-26.] Saatavissa: <https://academic.oup.com/fampra/article/29/5/547/554425#8795936>

HUKKANEN, Eija ja VALLIMIES-PATOMÄKI, Marjukka 2005. Yhteistyö ja työnjako hoitoon pääsyn turvaamisessa. [Viitattu 2019-11-26.] Saatavilla: <https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/72423/Selv200521.pdf?sequence=1>

HYPPÖNEN Anneli, PENTALA-NIKULAINEN Oona ja AALTO Anna-Mari 2018. Sosiaali- ja terveydenhuollon sähköinen asiointi 2017: Kansalaisten kokemukset ja tarpeet. [Viitattu 2019-12-16.] Saatavissa: <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-343-103-4>

JANHONEN, Sirpa ja NIKKONEN, Merja 2003. Laadulliset tutkimusmenetelmät hoitotieteessä. Helsinki: WSOY.

KAAKINEN Pirjo, KYNGÄS Helvi, TARKIAINEN, Kaisa ja KÄÄRIÄINEN, Maria 2015. The effects of intervention on quality of telephone triage at an emergency unit in Finland: Nurses' perspective. *International emergency nursing*, 26, 26-31. [Viitattu 2018-11-22.] Saatavissa: <http://web.b.ebsco-host.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=1&sid=69572887-f249-4b74-9a73-9b1d7c054835%40sessionmgr104>

KANANEN, Jorma 2017. Laadullinen tutkimus pro graduna ja opinnäytetyönä. Jyväskylä: Jyväskylän ammattikorkeakoulu.

KANTONEN, Jarmo 2014. Terveyskeskuspäivystyksen ABCDE- triagen ja kehittämistoimenpiteiden vaikutukset potilasvirtoihin. Tampereen yliopisto. Akateeminen väitöskirja. [Viitattu 2018-11-29.] Saatavissa: <http://urn.fi/URN:ISBN:978-951-44-9609-7>

KARJALAINEN Mika, NORRGÅRD Marcus, PELTOMAA Minna, PIRNESKOSKI Jussi, RANTALA Heidi ja TIRKKONEN, Joonas 2018. Suositus peruselintoimintojen arvioinnista ja seurannasta. *Lääkärilehti* 12-13/2018 vsk 73 s. 786-788. [Viitattu 2019-12-03.] Saatavissa: <https://www.laakarilehti.fi/tyossa/raportit-ja-kaytannot/suositus-peruselintoimintojen-arvioinnista-ja-seurannasta/?pub-lic=6cf51054acd41361903e086b728763b8>

KINNUNEN Marina, ROINE, Risto P ja AALTONEN, Leena-Maija 2019. Ammattitautina kiire ja uupumus. *Lääkärilehti* 6/2019 vsk 74 s. 331 – 332. [Viitattu 2019-12-30.] Saatavilla: <https://www.laakari-lehti.fi/tyossa/kantapaan-kautta/ammattitautina-kiire-ja-uupumus/?pub-lic=4463c023ec3357687e0497a54621dea2>

KORHONEN, Teija, HAHTELA, Nina, HOLOPAINEN, Arja ja SILTANEN, Hannele 2018b. Toteutuuko näyttöön perustuva toiminta Suomessa? Raportti nykytilasta hoitotyön edustajien kuvaamana. [Viitattu 2018-10-24.] Saatavissa: https://sairaanhoitajat.fi/wp-content/uploads/2018/02/npt_raportti-_digi.pdf

KORHONEN, Anne JYLHÄ, Virpi, KORHONEN, Teija ja HOLOPAINEN, Arja 2018a. Näyttöön perustuva toiminta tarpeesta tuloksiin. Helsinki: Skhole Oy.

KUOSMANEN, Irja 2012. Työt jakoon perusterveydenhuollossa? Vastuu ja tehtävät kasautuvat kilteille ja tunnollisille hoitajille. Itä-Suomen yliopisto. Sosiaali- ja terveysjohtaminen. Pro gradu -tutkielma. [Viitattu 2019-11-27.] Saatavissa: <http://urn.fi/urn:nbn:fi:uef-20121076>

KYLMÄ Jari, VEHVILÄINEN-JULKUNEN Katri ja LÄHDEVIRTA Juhani 2003. Laadullinen terveystutkimus – mitä, miten ja miksi? *Duodecim* 119 (7) s.609-615. [Viitattu 2019-10-28.] Saatavilla: <https://www.duodecimlehti.fi/lehti/2003/7/duo93495>

KYNGÄS, Helvi, KÄÄRIÄINEN, Maria, POSKIPARTA, Marita, JOHANSSON, Kirsi, HIRVONEN, Eila ja RENFORS, Timo 2007. Ohjaaminen hoitotyössä. Porvoo; Helsinki: WSOY Oppimateriaalit Oy.

LAKE Rebecca, GEORGIU Andrew, LI Julie, LI Ling, BYRNE Mary, ROBINSON Maureen ja WESTBROOK I Johanna 2017. The quality, safety and governance of telephone triage and advice services – an overview of evidence from systematic review. *BMC Health service research* 17 (614). [Viitattu 2020-02-05.] Saatavissa: <https://bmchealthservres.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12913-017-2564-x>

LAKI KANSANTERVEYDESTÄ. L 66/1972. Finlex. Lainsäädäntö. [Viitattu 2018-09-18.] Saatavissa: <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1972/19720066>

LAKI POTILAAN ASEMASTA JA OIKEUKSISTA. L 785/1992. Finlex. Lainsäädäntö. [Viitattu 2019-03-22.] Saatavissa: <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1992/19920785>

LAKI SOSIAALI- JA TERVEYDENHUOLLON ASIAKASTIETOJEN SÄHKÖISESTÄ KÄSITTELYSTÄ. L 159/2007. Finlex. Lainsäädäntö. [Viitattu 2019-12-06.] Saatavissa: <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2007/20070159>

LAKI TERVEYDENHUOLLON HENKILÖSTÖN TÄYDENNYSKOULUTUKSESTA. 1194/2003. Finlex. Lainsäädäntö. [Viitattu 2019-11-20] Saatavissa: <https://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2003/20031194>

LAKI TERVEYDENHUOLLOSTA. L 1326/2010. Finlex. Lainsäädäntö. [Viitattu 2018-09-11.] Saatavissa: <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2010/20101326>

LAKI TERVEYDENHUOLLON AMMATTIHENKILÖISTÄ. L 559/1994. Finlex. Lainsäädäntö. [Viitattu 2019-03-22.] Saatavissa: <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1994/19940559>

LAKI TIETOSUOJASTA. L 150/2018. Finlex. Lainsäädäntö. [Viitattu 2019-12-06.] Saatavissa: <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2018/20181050>

LATVALA, Eila ja VANHANEN-NUUTINEN, Liisa 2003. Laadullisen hoitotieteellisen tutkimuksen perusprosessi: Sisällönanalyysi. Julkaisussa: Janhonen Sirpa & Nikkonen Merja (toim.) Laadulliset tutkimusmenetelmät hoitotieteessä. Juva: WS Bookwell Oy, 23, 25-29.

LINDFORS-NIILOLA, Anne 2014. Kiireettömän hoidon tarpeessa olevan potilaan ohjaus päivystyspoliklinikalla: triagehoitajien haastattelut. Itä-Suomen yliopisto. Hoitotyön johtaminen. Pro gradu –tutkielma. [Viitattu 2020-01-26.] Saatavissa: <http://urn.fi/urn:nbn:fi:uef-20141197>

LINDHOLM, Titta 2018. Vuorovaikutustaitojen merkitys puhelimesta tapahtuvan hoidon tarpeen arvioinnissa. [Viitattu 2019-03-22.] Saatavissa: https://www.poliklinikkasairaanhoidajat.fi/wp-content/uploads/2018/02/Kohtaaminen-kohtaamatta_Vuorovaikutus_Poliklinikkasair.hoitajapäivät-16.2.18.pdf

LINTURI, Risto ja KUUSI, Osmo 2018. Suomen sata uutta mahdollisuutta 2018-2037. Yhteiskunnan toimintamallit uudistava radikaali teknologia. Eduskunnan tulevaisuusvaliokunnan julkaisu 1/2018. [Viitattu 2019-02-13.] Saatavissa: https://www.eduskunta.fi/FI/naineduskuntatoimii/julkaisut/Documents/tuvj_1+2018.pdf

LIPPONEN, Kaija 2014. Potilasohjauksen toimintaedellytykset. Oulun yliopisto. Akateeminen väitöskirja. [Viitattu 2019-08-12.] Saatavissa: <http://urn.fi/urn:isbn:9789526203720>

LÅNG, Teea 2013. Sairaanhoidajan käsityksiä yhteispäivystyksessä tarvittavasta ammatillisesta osaamisesta. Itä-Suomen yliopisto. Terveystieteiden tiedekunta. Pro gradu- tutkielma. [Viitattu 2019-11-12.] Saatavilla: http://epublications.uef.fi/pub/urn_nbn_fi_uef-20130435/urn_nbn_fi_uef-20130435.pdf

MARCKWORT, Raija ja MARCKWORT, Auvo 2011. Ole hyvä asiakaspalvelija vaativissa tilanteissa. Helsinki: Yrityskirjat Oy.

MÄKELÄ, Sari 2017. Paljon terveystalvveluita käyttävät asiakkaat: asiakasvastaava- toimintamallin kehittäminen. Turun ammattikorkeakoulu. Terveys ja hyvinvointi YAMK. Opinnäytetyö. [Viitattu 2020-01-22.] Saatavissa: <http://urn.fi/URN:NBN:fi:amk-2017052810660>

NISULA, Kaisa 2010. Päivystävän sairaanhoidajan toiminnan kehittäminen Salon terveyskeskuksessa. Turun ammattikorkeakoulu. Kliininen asiantuntija Yamk. Opinnäytetyö. [Viitattu: 2019-12-03.] Saatavissa: <http://urn.fi/URN:NBN:fi:amk-2010113016337>

OIKARAINEN Ashlee, SILTANEN Hannele, KORHONEN Anne ja HOLOPAINEN Arja 2018. Hoitotyössä käytetyt tiedonlähteet vaativissa päätöksentekotilanteissa. Hoitotyön tutkimussäätiö raportti 2/2018. [Viitattu 2019-12-10.] Saatavissa: <https://www.hotus.fi/wp-content/uploads/2019/04/tiedonlahteet-raportti-digi.pdf>

POTILASTURVALLISUUS OPAS 2011. Terveiden- ja hyvinvoinnin laitos [verkkajulkaisu]. [Viitattu 2018-08-04.] Saatavissa: <https://thl.fi/documents/10531/104871/Opas%202011%2015.pdf>

PUTTONEN, Sampsa, HASU, Mervi ja PAHKIN, Krista 2016. Työhyvinvointi paremmaksi: Keinoja työhyvinvoinnin ja työterveyden kehittämiseksi suomalaisilla työpaikoilla. Työterveyslaitos. [Viitattu 2019-12-18.] Saatavissa: [http://urn.fi/URN:ISBN%20978-952-261-652-4\(PDF\)](http://urn.fi/URN:ISBN%20978-952-261-652-4(PDF))

RAASKA Heini-Ilona 2017. Perusterveydenhuollon vastaanotolla edellytettävä osaaminen: Hoitohenkilöstön näkökulma. Jyväskylän ammattikorkeakoulu. Sosiaali-, -terveys- ja liikunta-alan Yamk. Opinnäytetyö. [Viitattu: 2019-11-15.] Saatavissa: <http://urn.fi/URN:NBN:fi:amk-201704124662>

RAIVIO, Risto, JÄÄSKELÄINEN, Juhani, HOLMBERG-MARTTILA, Doris ja MATTILA, Kari 2014. Decreasing trends in patient satisfaction, accessibility and continuity of care in Finnish primary health

care – a 14-year follow-up questionnaire study. *BMC Family Practice*, 98. [Viitattu 2019-04-17.] Saatavissa: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4030039/>

REHMAN, Salma Abdul ja ALI, Parveen Azam 2016. A review of factors affecting patient satisfaction with nurse led triage in emergency departments. *International Emergency Nursing* 29, 38-44. [Viitattu 2020-02-08.] Saatavissa: <https://www.sciencedirect-com.ezproxy.savonia.fi/science/article/pii/S1755599X15001275>

RUTENBERG Carol 2000. Telephone Triage. *Annals of emergency medicine* 35(1) s.98-99.

SAARELMA, Osmo 2017. Omahoito sähköistyy. *Duodecim* 133(6), 531-2. [Viitattu 2019-07-25.] Saatavissa: <https://www.duodecimlehti.fi/lehti/2017/6/duo13624>

SAIRAANHOITAJALIITTO 2014b. Potilasturvallisuus [verkkajulkaisu]. [Viitattu 2019-11-29.] Saatavissa: <https://sairaanhoitajat.fi/artikkeli/potilasturvallisuus/>

SAIRAANHOITAJALIITTO 2014a. Sairaanhoitajan eettiset ohjeet [verkkajulkaisu]. [Viitattu 2019-04-03.] Saatavissa: <https://sairaanhoitajat.fi/jasenpalvelut/ammattillinen-kehittyminen/sairaanhoitajan-eettiset-ohjeet/>

SALMINEN, Jenni ja OJALA, Katja 2018. Perehtyminen osana henkilöstövoimavarojen kehittämistä terveysasemalla. Lahden ammattikorkeakoulu. Sosiaali- ja terveysalan kehittäminen ja johtaminen Yamk. Opinnäytetyö. [Viitattu 2020-01-26.] Saatavissa: <http://urn.fi/URN:NBN:fi:amk-2018052810723>

SAUNDERS, Hannele 2016. Nurses readiness for evidence- based practice: Implementing the paradigm shift of transforming evidence for clinical practice. Itä-Suomen yliopisto. Terveystieteiden tiedekunta. Väitöskirja. [Viitattu 2018-12-03.] Saatavissa: <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-61-2167-3>

SAVONIA 2019. Reppu verkkosivusto [verkkajulkaisu]. Ohjeet ja sähköiset ONT -lomakkeet. [Viitattu 2019-03-13.] Saatavissa: <https://reppu.savonia.fi/opinnaytetyo/yamktutkinnot/Sivut/Ohjeetjalomakkeet.aspx>

SEEFELD, Andrew W 2008. Triage. *Journal of emergency nursing* 34:1, 9-11. [Viitattu 2019-04-17.] Saatavissa: https://ac-els-cdn-com.ezproxy.savonia.fi/S009917670700582X/1-s2.0-S009917670700582X-main.pdf?_tid=13a00586-4999-4c5b-b83b-8e149978d199&acdnat=1555478522_386773ea1c33d7cc7df9ba9f220b09f5

SEPPÄLÄ Juhani. 2017. Puhelimessa tapahtuva hoidon tarpeen arviointi. Suomen poliklinikkasairaanhoitajat ry:n opintopäivät. [Viitattu 2019-04-24.] Saatavissa: <https://www.poliklinikkasairaanhoitajat.fi/wp-content/uploads/2017/06/puhelimessa-tapahtuva-hoidontarpeen-arviointi.pdf> POIS

SITRA. Omahoito on tulevaisuutta [verkkajulkaisu]. [Viitattu 2019-07-26.] Saatavissa: <https://www.sitra.fi/aiheet/omahoito/#ajankohtaista>

SOININEN, Leena 2019. Päivystysapu 116117 – kiireellistä hoidon tarpeen arviota ennalta määritellyin kriteerein. Duodecim. [Viitattu 2019-10-17.] Saatavissa: <https://www.terveysportti.fi/apps/ltk/duo14768>

SOTEDIGI. Digitalisaatio sote-palveluissa [verkkajulkaisu]. [Viitattu 2019-09-11.] Saatavissa: <https://sotedigi.fi/sotedigi/mita-digitalisaatio-tarkoittaa-sote-palveluissa/>

STM 2004. Terveystieteiden täydennyskoulutusohjelma [verkkajulkaisu]. [Viitattu 2019-04-26.] Saatavissa: <http://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/74124/Opp200403.pdf>

STM 2010. Yhtenäiset päivystyshoidon perusteet [verkkajulkaisu]. Sosiaali- ja terveysministeriön työryhmäraportti. [Viitattu 2019-04-04.] Saatavissa: https://www.hel.fi/static/helsinki/paatosasiakirjat/Kh2010/Esityslista11/Liitteet/Yhtenaiset_paivystyshoidon_perusteet_tyoryhman_raportti_31.1.2010,_STM_058_00_2009.pdf?Action=sd&id=%7B95DB84E0-4313-4763-8015-69DE88ECCBFA%7D

SYVÄOJA, Pirjo ja ÄIJÄLÄ, Outi 2009. Hoidon tarpeen arviointi. Helsinki: Tammi.

TERVEYDENHUOLLON LAATUOPAS 2019. Helsinki: Kuntaliitto. [Viitattu 2019-04-26.] Saatavissa: http://shop.kuntaliitto.fi/product_details.php?p=3584

THL 2018. Rakenteinen kirjaaminen sosiaali- ja terveydenhuollossa [verkkajulkaisu]. [Viitattu 2019-03-22.] Saatavissa: <https://thl.fi/fi/web/tiedonhallinta-sosiaali-ja-terveysalalla/ohjeet-ja-soveltaminen/rakenteinen-kirjaaminen-sosiaali-ja-terveydenhuollossa>

TUOMI, Jouni ja SARAJARVI, Anneli 2018. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Helsinki: Tammi.

TUOMI, Jouni ja SARAJARVI, Anneli 2009. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Helsinki: Tammi.

TUTKIMUSEETTINEN NEUVOTTELUKUNTA 2012. Hyvä tieteellinen käytäntö. [Viitattu 2018-10-01.] Saatavissa: http://www.tenk.fi/sites/tenk.fi/files/HTK_ohje_2012.pdf

TUTKIMUSEETTINEN NEUVOTTELUKUNTA 2019. Ihmiseen kohdistuvan tutkimuksen eettiset periaatteet ja ihmistieteiden eettinen ennakoarvioitu Suomessa. [Viitattu 2019-12-16.] Saatavissa: https://www.tenk.fi/sites/tenk.fi/files/Ihmistieteiden_eettisen_ennakoarvioinnin_ohje_2019.pdf

TYYSKÄ, Eija 2012. Tiedonhallinta terveydenhuollon puhelinohjauksessa. Itä-Suomen yliopisto. Sosiaali- ja terveydenhuollon tietohallinto. Pro gradu- tutkielma. [Viitattu 2018-11-28.] Saatavissa: http://epublications.uef.fi/pub/urn_nbn_fi_uef-20120624/urn_nbn_fi_uef-20120624.pdf

VALTANEN, Anna 2013. Sairaanhoidtajavastaanoton aloittaminen Naantalissa. Naantalin terveyskeskuksessa. Turun ammattikorkeakoulu. Terveystieteiden koulutusohjelma Ylempi Amk. Opinnäytetyö. [Viitattu: 2019-12-03.] Saatavissa: <http://urn.fi/URN:NBN:fi:amk-201305076856>

VALTIOVARAINMINISTERIÖ. Saatavuusdirektiivi [verkkajulkaisu]. [Viitattu 2019-11-02.] Saatavissa: <https://vm.fi/saavutettavuusdirektiivi>

VALVIRA 2017. Hoidon tarpeen arviointi [verkkajulkaisu]. [Viitattu 2019-04-03.] Saatavissa: https://www.valvira.fi/terveydenhuolto/hyva-ammattinharjoittaminen/hoidon_tarpeen_arviointi

VEHKO Tuulikki, HYPPÖNEN Hannele, RYHÄNEN-TOMPURI Miia ja HEPONIEMI Tanja 2019. Miten tietojärjestelmät palvelevat terveydenhuollon ammattilaisten työtä? Vaikutukset työhön ja hyvinvointiin. Digiyo ja stressi -hankkeen loppuraportti. [Viitattu 2020-01-26.] Saatavissa: <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-343-279-6>

VUORELA, Suvi 2005. Haastattelumenetelmät. Savonia ammattikorkeakoulu oppimateriaali. [Viitattu 2018-08-07.] Saatavissa: https://moodle.savonia.fi/pluginfile.php/212417/mod_resource/content/1/3-Vuorela.pdf

LIITE 1: TUTKIMUSTIEDOTE

TUTKIMUSTIEDOTE



Arvoisa kollega.

Opiskelen Savonia ammattikorkeakoulussa Kuopiossa, Sosiaali- ja terveysalan kliininen asiantuntija koulutusohjelmassa. Opintoihin kuuluu opinnäytetyön tekeminen. Opinnäytetyöni on työelämälähtöinen. Teen laadullista tutkimusta aiheesta ”Puhelimessa tapahtuva hoidon tarpeen ja kiireellisyyden arviointi - hoitohenkilökunnan kokemuksia”.

Tutkimukseni tarkoituksena on kuvata hoitohenkilökunnan kokemuksia ja kerätä tietoa hoitohenkilökunnan osaamisesta sekä mahdollisesta koulutustarpeesta. Aineisto hankitaan ryhmähaastatteluilla sekä taustatietolomakkeella.

Toivoisin saavani mahdollisimman monen terveysasemilla työskentelevistä hoitajista osallistumaan, jotka tekevät puhelimessa tapahtuvaa hoidon tarpeen ja kiireellisyyden arviointia. Haastatteluun osallistuminen on vapaaehtoista ja tapahtuu anonyyminä. Osallistujalla on oikeus keskeyttää osallistumisensa, milloin tahansa syytä ilmoittamatta. Keskeytyksestä tulee kuitenkin ilmoittaa joko suullisesti tai kirjallisesti tutkimuksen tekijälle. Haastattelu tapahtuu työpaikallanne, sovituksessa tilassa ja sovittuna aikana. Haastattelu-aika on noin 1-2 tuntia / ryhmä, riippuen ryhmän koosta. Haastatteluihin osallistuminen tapahtuu työajalla. Työajan käytöstä haastatteluun on sovittu esimiesten kanssa. Ryhmähaastattelut nauhoitetaan. Tutkimuksessa saatu aineisto käsitellään luottamuksellisesti ja anonyymina. Aineisto on pelkästään tutkijan hallussa ja nauhoitteet hävitetään asianmukaisesti opinnäytetyön valmistuttua.

Jos olet kiinnostunut osallistumaan haastatteluun, ota minuun yhteyttä **viimeistään ke 30.1.2019** joko soittamalla tai sähköpostitse.

Ryhmähaastattelut on tarkoitus suorittaa helmikuun 2019 aikana viikoilla 7-9. Jos haluatte saada lisätietoa tutkimuksesta, voitte soittaa tai laittaa kysymyksiä sähköpostiini.

Ystävällisin terveisin,

Tiina Peppanen 044 xxxxxx

Savonia Ammattikorkeakoulu Kuopio

Sosiaali- ja terveysalan kliininen asiantuntija YAMK

tiina.peppanen@edu.savonia.fi



SUOSTUMUS OSALLISTUMISESTA TUTKIMUKSEEN

Olen Tiina Peppanen, työskentelen terveysaseman kiirevastaanotolla sairaanhoitajana ja opiskelen Savonian- ammattikorkeakoulussa ylempää AMK- tutkintoa (sosiaali- ja terveysalan kliininen asiantuntija).

Opinnäytetyöni lähtökohtana on arvioida ja kuvata hoidon tarpeen ja kiireellisyyden arviointia puhelimessa terveysasemalla hoitohenkilökunnan näkökulmasta katsottuna.

Aineiston keruun toteutan ryhmähaastatteluilla ja taltioimalla keskustelut nauhurilla aineiston analysointia varten. Nauhoitteet hävitetään asianmukaisesti opinnäytetyön valmistuttua.

Haastattelurunko koostuu seuraavista aiheista:

- taustatietolomake+itsearviointi (kirjallinen)
- hoidon tarpeen ja kiireellisyyden arviointi
- kirjaaminen
- näyttöön perustuva toiminta
- konsultointi/kollegan tuki
- koulutustarve

Haastatteluun osallistuminen on vapaaehtoista ja luottamuksellista. Haastatteluun osallistutaan anonyymeinä eikä haastateltavien henkilöllisyys tule tutkimuksessa esille. Haastatteluun osallistuminen tapahtuu työajalla.

Pyydän lupaa haastattelun nauhoittamiseen ja aineiston käyttöön opinnäytetyöni tutkimukselliseen tarkoitukseen.

Tästä haastattelulupa lomakkeesta on olemassa kaksi samanlaista kappaletta; opinnäytetyön tekijälle ja haastateltavalle.

Allekirjoituksella suostun edellä mainittuihin asioihin, annan luvan haastatteluuni ja suostun että vetytymiseeni saakka kerätty aineisto on käytettävissä tutkimuksessa.

Paikka ja aika:

Tutkimukseen osallistuja

Allekirjoitus ja nimenselvennys:

LIITE 3: TEEMAHAASTATTELUN RUNKO

RYHMÄHAASTATTELU TEEMAT:

- itsearviointi (kirjallinen)
- Mitä hoidon tarpeen arviointi puhelimessa pitää sisällään?
- Mitä hoidon kiireellisyyden arviointi puhelimessa pitää sisällään?
- Mitä näyttöön perustuva toiminta puhelimessa pitää sisällään?
- Mitä kirjaaminen puhelimessa pitää sisällään?
- Minkälaista koulutusta toivoisitte?

LIITE 4: TAUSTATIETOLOMAKE

**TAUSTATIETOLOMAKE**

Haastatteluun osallistuvien taustatiedot täytetään nimettömänä.
Lomake palautetaan haastattelijalle.

Kuinka monta vuotta olet työskennellyt terveydenhoitoalalla?

Kuinka monta vuotta olet tehnyt hoidon tarpeen ja kiireellisyyden arviointia puhelimessa?

Oman osaamisen arviointi. Miten arvioisit omaa osaamistasi puhelimessa tapahtuvassa hoidon tarpeen ja kiireellisyyden arvioinnissa?

1= noviisi/aloitteija

3=ammattilainen

5= asiantuntija

Ympyröi vaihtoehto, joka kuvaa parhaiten omaa osaamistasi tällä hetkellä.

1

2

3

4

5

Perustelut:

Jäikö mielestäsi haastattelussa jokin asia käsittelemättä tai haluaisitko lisätä jotain?
