

PUHELIMITSE TAPAHTUVA HOIDON TARPEEN ARVIOINTI

Kehittämistyö terveyskeskuksessa

Niemelä Reija
Rahkola Anniina

Opinnäytetyö
Sosiaali-, terveys- ja liikunta-ala
Hyvinvointiosaamisen johtaminen
Sairaanhoitaja (ylempi AMK)

2020

Sosiaali-, terveys- ja liikunta-ala
Hyvinvointiosaamisen johtaminen
Sairaanhoitaja (ylempi AMK)

Tekijät	Reija Niemelä Anniina Rahkola	Vuosi	2020
Ohjaaja	Sirkka Saranki-Rantakokko		
Toimeksiantaja	Rovaniemen kaupunki		
Työn nimi	Puhelimitse tapahtuva hoidon tarpeen arviointi - Kehittämistyö terveyskeskuksessa		
Sivu- ja liitemäärä	54 + 7		

Opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää Rovaniemen terveyskeskuksessa työskentelevien sairaan- ja terveydenhoitajien kokemuksia puhelimitse tapahtuvasta hoidon tarpeen arvioinnista, sen ongelmista ja vahvuuksista sekä kerätä heidän ehdotuksiaan tehtäväkuvan kehittämiseksi. Tavoitteena oli laatia kehittämissuunnitelma yhdessä esimiesten kanssa tutkimuskysymyksiin saatujen vastausten pohjalta. Kehittämissuunnitelmalla edistettiin tehtäväkuvan kehittämistä terveyskeskuksessa siten, että potilaat saivat puhelimitse tapahtuvan hoidon tarpeen arvioinnin perusteella, tekijästä riippumatta, mahdollisimman yhtenäistä, oikea-aikaista ja oikeatasaista hoitoa.

Työelämän kehittäminen tapahtui toiminnallisen opinnäytetyön avulla. Rovaniemen terveyskeskuksessa kerättiin tietoa etätyövälineiden avulla aivoriihimenetelmää käyttäen puhelintyötä tekeiltä sairaan- ja terveydenhoitajilta (n=9). Tämä aineisto analysoitiin aineistolähtöisellä sisällönanalyysillä. Tuloksista laadittiin raportti, jonka pohjalta esimiehet ryhtyivät laatimaan kehittämissuunnitelman. Näistä suunnittelupalavereista laadittiin muistiot, joita hyödynnettiin kehittämissuunnitelman laatimisen kuvauksessa.

Puhelimitse tapahtuva hoidon tarpeen arviointi ilmeni monimuotoisena ilmiönä. Tuloksista nousseet kehittämiskohteet olivat työhyvinvointi, resursointi, yhteiset käytännöt, henkilökohtainen osaaminen, työergonomia ja tukitoiminnot. Ne nivoutuivat toisiinsa muodostaen laajan kokonaisuuden. Jokainen kehittämiskohde vaati oman huomionsa ja suunnitelmansa, mutta kaksi pääkohtaa eli yhteiset käytännöt ja osaamisen vahvistaminen nimettiin strategisiksi työelämän kehittämiskohteiksi. Näillä pääkohdilla luotiin perusta kehittämistyölle ja käynnistettiin suunnitelman toteuttaminen työelämässä. Kehittämissuunnitelma laadittiin kokonaisuudessaan kaksi vuotiseksi. Covid-19-viruksen aiheuttama pandemia haastoi opinnäytetyön prosessia, asettaen kuitenkin samalla työn aiheen entistä ajankohtaisemmaksi.

Asiasanat hoidon tarpeen arviointi, puhelinpalvelu, kehittämissuunnitelma, laatu

School of Northern Well-Being and
Services
Degree Programme in Management of
Health and Welfare
Master of Health Care

Authors	Reija Niemelä Anniina Rahkola	Year	2020
Supervisor	Sirkka Saranki-Rantakokko		
Commissioned by	City of Rovaniemi		
Subject of thesis	Assessment for the Need of Care by Telephone - Development work in a Health Center		
Number of pages	54 + 7		

The purpose of this thesis was to find out about the experiences of nurses and public-health nurses working at the Rovaniemi health center about the assessment of the need for care by telephone, its challenges and strengths, and the nurses' suggestions for developing the related job description. The aim of the study was to draw up a development plan together with the supervisors based on the answers to the used research questions. The purpose of the development plan is to promote the development of the job description in the health center. The purpose is also that all patients would receive care that is of equal quality, with correct timing and appropriate levels, regardless of the person who makes the assessment for the need of care.

This development work was implemented as a functional research. Brainstorming method via remote connections was used to collect information from the nurses and public-health nurses (n= 9) who worked as telephone nurses at the Rovaniemi health center. The collected material was analyzed by qualitative content analysis. A results report was made on the basis of which the supervisors began to draw up a development plan. Memoranda were prepared from these planning meetings, which were used in the description of the preparations of the development plan.

The assessment of the need for treatment by telephone manifested itself as a multifaceted phenomenon. The development targets that emerged from the results were well-being at work, resourcing, common practices, personal competence, work ergonomics, and support functions. The results were intertwined to form a broad result. Each target required its own attention and plan. Two named strategic main points: common practises and the strengthening of competencies, laid the foundation for the development work and started the implementation of the plan in working life. The development plan was drawn up for a total of two years. The current Covid-19 pandemic challenged the thesis process, while at the same time it made the topic of the thesis even more important.

Key words telenursing, quality, development plan, assessment by telephone

SISÄLLYS

1	JOHDANTO.....	1
2	TARKOITUS, TAVOITE JA KYSYMYKSENASETTELU.....	3
3	HOIDON TARPEEN ARVIOINTI.....	4
3.1	Puhelimitse tapahtuva hoidon tarpeen arviointi.....	7
3.2	Vuorovaikutuksen merkitys ja haasteet puhelintyössä.....	8
3.3	Päätöksenteon prosessi puhelintyössä.....	11
3.4	Potilasasiakirjat ja kirjaamisen merkitys puhelintyössä.....	14
3.5	Puhelimitse tapahtuvan hoidon tarpeen arvioinnin järjestäminen Suomessa.....	15
3.6	Rovaniemen terveyskeskuksessa puhelimitse tapahtuva hoidon tarpeen arvioinnin järjestäminen.....	17
4	PUHELIMITSE TAPAHTUVA HOIDON TARPEEN ARVIOINNIN KEHITTÄMINEN.....	19
4.1	Toiminnallinen opinnäytetyö.....	19
4.2	Aineiston kerääminen.....	20
4.3	Aineiston analyysi.....	24
5	HOITAJIEN NÄKEMYKSET PUHELIMITSE TAPAHTUVASTA HOIDON TARPEEN ARVIOINNISTA JA KEHITTÄMISSUUNNITELMAN LAATIMINEN.....	27
5.1	Tutkimustulokset hoitajien näkemyksistä puhelintyössä.....	27
5.2	Puhelimitse tapahtuvan hoidon tarpeen arvioinnin kehittäminen.....	30
5.3	Kehittämissuunnitelman laatiminen yhteistyönä esimiesten kanssa.....	32
6	POHDINTA.....	34
6.1	Tulosten tarkastelua aikaisemman tiedon valossa.....	34
6.2	Opinnäytetyön prosessi.....	40
6.3	Eettisyyden ja luotettavuuden lähtökohdat.....	43
6.4	Tuloksista nousseita päätelmiä ja jatkotutkimusehdotukset.....	46
	LÄHTEET.....	48
	LIITTEET.....	55

1 JOHDANTO

Hoidon tarpeen arvioinnilla on perusterveydenhuoltojärjestelmässä keskeinen rooli. Hoidon tarpeen arvioinnilla on sekä suoraa, että välillisiä vaikutuksia muun muassa toiminnan kokonaiskustannuksiin, henkilöstön työpanosten oikeaan kohdentumiseen ja ennen kaikkea potilaan (terveyden- ja/tai sairaanhoitopalveluja käyttävä henkilö) hoitoprosessin sujuvuuteen ja hoidon onnistumiseen. Hoidon tarpeen arviointia tehdään vastaanotoilla, sähköisten palveluiden kautta sekä puhelimitse.

Tässä toiminnallisessa opinnäytetyössä selvitettiin tutkimuksellisella otteella puhelimitse tapahtuvaa hoidon tarpeen arviointia ja tehtiin tulosten pohjalta terveyskeskukseen työelämän kehittämistyö. Syväoan ja Äijälän (2009, 178) mukaan käytännöllisin ja tarkoituksenmukaisin potilaiden käyttämä yhteydenottotapa terveysasemilla on puhelinyhteys. Tynkkysen (2005, 2) mukaan potilaat käyttävät puhelinpalveluita enenevässä määrin, mikä lisää vaatimuksia koskien puhelinpalvelujen tehokkuutta ja laatua. Puhelimitse tapahtuvan hoidon tarpeen arvioinnin on ajateltu helpottavan ja auttavan terveyskeskuksien työn ja resurssien hallintaa esimerkiksi ohjaamalla potilaita tarkoituksenmukaisempaan terveydenhuollon palveluun (Briggs 2016, 38; Puhelimessa tapahtuva hoidon tarpeen arvio 2020; Ström 2009, 20).

Vuonna 2005 voimaan tullut lakimuutos hoitotakuusta toi mukanaan tehtäväsiirtona lääkäreiltä hoitajille hoidon tarpeen arvioinnin (Sosiaali- ja terveysministeriö 2004, 65; Syväoja & Äijälä 2009, 42). Kunnat tuottavat ja järjestävät perusterveydenhuollon palvelut omalle organisaatiolleen sopivalla tavalla. Hyrynkangas-Järvenpään sekä Tynkkysen mukaan voi tästä johtuen olla, että hoidon tarpeen arvion tekemiseen ei ole tehty kansallista ohjeistusta. (Hyrynkangas-Järvenpää 2007, 430; Tynkkynen 2005, 1–2.) Lait ja asetukset asettavat raamit palvelun järjestämiselle ja toteuttamiselle.

Hoidon tarpeen arviointi on potilaan ensimmäinen askel hoitoon hakeutumisessa ja terveydenhuollon ammattilaisen tehtävä on arvioida, minkä tasoista ja kuinka kiireellistä hoitoa potilas tarvitsee. Hoidon tarpeen arviointi koetaan erityisen haastavana työtehtävänä (Oikarainen, Siltanen, Korhonen & Holopainen 2018, 41), jossa korostuvat ammattilaisen vuorovaikutustaidot ja kyky tehdä päätöksiä

(Puhelimessa tapahtuva hoidon tarpeen arvio 2020). Hoidon tarpeen arvion tekijän on tunnettava taustalla oleva lainsäädäntö ja toimittava tämän mukaisesti. Puhelimitse tapahtuva hoidon tarpeen arviointi eroaa merkittävästi paikan päällä tehtävästä hoidon tarpeen arvioinnista, koska näköyhteys potilaaseen puuttuu. (Martich 2016, 13; Puhelimessa tapahtuva hoidon tarpeen arvio 2020.)

Toimeksianto tähän opinnäytetyöhön tuli Rovaniemen kaupungin terveyskeskuksesta, jossa esimiehet näkivät hoidon tarpeen arvioinnin kehittämisen tärkeänä osana terveystalouden strategia- sekä henkilöstöjohtamista. Puhelimitse tapahtuva hoidon tarpeen arviointi oli iso osa terveyskeskuksessa työskentelevän hoitajan vastaanottotyötä. Tämä laaja tehtäväkuva vaati sitä tekevältä henkilökunnalta erityisosaamista, sen takia juuri osaavalla henkilöstöllä oli merkittävä vaikutus tuotettujen terveystalouden kokonaisuuteen.

Tutkimukseen osallistuivat puhelimitse tapahtuvaa hoidon tarpeen arviointia tekeviä sairaan- ja terveydenhoitajia. Tieto kerättiin aivoriihimenetelmää käyttäen ja aineisto analysoitiin aineistolähtöisellä sisällönanalyysillä käyttäen teemoittelua ja luokittelua. Tuloksista esiin nousseiden teemojen pohjalta tehtiin yhdessä esimiesten kanssa kehittämissuunnitelma. Tuloksista valittiin kaksi strategista kehittämisen pääkohtaa, joilla luotiin perusta kehittämistyön etenemiselle. Uuden kehittämissuunnitelman pohjalta Rovaniemen terveyskeskuksessa saatiin käynnistettyä puhelimitse tapahtuvan hoidon tarpeen arvioinnin kehittämistyö välittömästi.

Opinnäytetyön tekijät toimivat itse puhelintyössä ja sitä kautta syntyi heidän kiinnostuksensa käytännön työn tutkimiseen ja kehittämiseen. Opinnäytetyön tekijöiden henkilökohtaisena oppimistavoitteena oli luoda merkityksellinen työelämän toimintaa kehittävä työ. Suurimman haasteen koko opinnäytetyöprosessille aiheutti covid-19-virus ja sen aiheuttamat kokonaisvaltaiset vaikutukset Rovaniemen terveyskeskuksen toimintaan. Samalla pandemia osoitti puhelinpalvelujen tärkeyden koko terveydenhuoltojärjestelmälle ja näin osaltaan nosti opinnäytetyön aiheen entistä ajankohtaisemmaksi.

2 TARKOITUS, TAVOITE JA KYSYMYKSENASETTELU

Opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää Rovaniemen terveyskeskuksessa työskentelevien sairaan- ja terveydenhoitajien (myöhemmin hoitajien) kokemuksia puhelimitse tapahtuvasta hoidon tarpeen arvioinnista, sen ongelmista ja vaikeuksista sekä kerätä heidän ehdotuksiaan tehtäväkuvan kehittämiseksi.

Tavoitteena oli laatia kehittämissuunnitelma yhdessä esimiesten kanssa tutkimuskysymyksiin saatujen vastausten pohjalta. Kehittämissuunnitelmalla edistettiin puhelimitse tapahtuvan hoidon tarpeen arvioinnin tehtäväkuvan kehittämistä terveyskeskuksessa siten, että potilaat saivat puhelimitse tapahtuvan hoidon tarpeen arvioinnin perusteella, tekijästä riippumatta, mahdollisimman yhtenäistä, oikea-aikaista ja oikean tasoista hoitoa.

Tässä opinnäytetyössä lähdettiin vastaamaan seuraaviin kysymyksiin:

Millaisia käsityksiä hoitajilla on puhelimitse tapahtuvasta hoidon tarpeen arvioinnista?

Miten puhelimitse tapahtuvaa hoidon tarpeen arviointia tulisi kehittää?

Millainen esimiesten kanssa tehty kehittämissuunnitelma tukee puhelimitse tapahtuvan hoidon tarpeen arvioinnin kehittämistä terveyskeskuksessa?

3 HOIDON TARPEEN ARVIOINTI

Hoidon tarpeen arviointi on yleistynyt käsitteenä sille toiminnalle, jossa terveydenhuollon ammattihenkilö arvioi potilaan antamien tietojen perusteella potilaan hoidon tarpeen ja sen kiireellisyyden (Pellikka 2013a, 858–859; Pelttari & Kaila 2014, 34; Syväoja & Äijälä 2009). Terveydenhuoltolaki velvoittaa kuntia järjestämään perusterveydenhuollon palvelut siten, että jokaisena arkipäivänä potilas voi saada välittömästi yhteyden terveyskeskukseen tai muuhun terveydenhuollon toimintayksikköön. Mikäli hoidon tarpeen arviointia terveydenhuollon ammattihenkilön toimesta ei voida tehdä ensimmäisen yhteydenoton aikana, on se tehtävä viimeistään kolmantena arkipäivänä ensimmäisestä yhteydenotosta. (Terveydenhuoltolaki 1326/2010 51 §.) Arviointi-tilanne voi tapahtua joko puhelimitse, kuten useimmin tapahtuukin tai potilaan tullessa paikanpäälle (Pellikka 2013a, 859; Pelttari & Kaila 2014, 34; Tynkkynen 2005, 1) tai myös jonkin muun kontaktin esimerkiksi sähköisten yhteydenottojen kautta (Pellikka 2013a, 859; Tynkkynen 2005, 1). Hoidon tarpeen arviointi voidaan järjestää terveyskeskuksessa kokonaan tai osittain omana palveluna tai toiselta palveluntuottajalta hankittuna ulkoistettuna toimintana (Pellikka 2013a, 859; Syväoja & Äijälä 2009, 9, 19, 25).

Terveydenhuoltolain 1326/2010 51§ mukaan terveydenhuollon ammattilaisella on oikeus tehdä potilaalle hoidon tarpeen arviointi. Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä sanoo, että laillistettu ammattihenkilö esimerkiksi lääkäri, sairaanhoitaja tai terveydenhoitaja tai nimikesuojattu ammattihenkilö esimerkiksi lähihoitaja on oikeutettu toimimaan terveydenhuollon ammattilaisena (Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä 28.6.1994/559 1:2.1–2 §; Nimikkeiden käytöstä s.a.). Päivystysasetuksen (782/2014) mukaan hoidon tarpeen arvioinnin voi tehdä yksikön vastaavan lääkärin antamien ohjeiden mukaan lääkärin asemasta esimerkiksi sairaanhoitaja tai terveydenhoitaja. Työnjako lääkäreiden ja hoitajien välillä edellyttää sitä, että tehtävän suorittamiseen asianomaisella on riittävä ammattitaito, koulutus ja kokemus. Toimintayksikön ja sen esimiehen tehtävä ja vastuu on varmistaa henkilön riittävä pätevyys työhön. Hoitaja tekee hoidon tarpeen arvioinnin ammattivastuullaan ja vastaava lääkäri vastaa toiminnasta ja sen toteuttamiseen annetusta ohjeistuksesta. (Sosiaali- ja terveysministeriön asetus kiireellisen hoidon perusteista ja päivystyksen erikoisalakohteisista edellytyksistä 782/2014 1:3–4, 9 §; Hoidon tarpeen arviointi 2017.) Hoitajan työtä ohjaavat lisäksi erilaiset

lait, asetukset ja velvollisuudet, joiden tuntemisesta hänen tulee itse huolehtia (Hildén 2002, 54).

Hoidon tarpeen arvioinnin tehtävänsiirto hoitajilta lääkäreille toteutettiin vuonna 2005 voimaan tulleen lakimuutoksen myötä. Tämän tehtäväsiirron tarkoituksena oli osaltaan turvata terveyskeskusten toimintaedellytyksiä vapauttamalla lääkärin työaikaa potilasvastaanottoon. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2004, 65.) Lakimuutoksen tarkoituksena oli taata tasapuolinen hoidon saatavuus kaikille, ja siitä lähtien hoidon tarpeen arviointi on noussut merkityksellisemmäksi osaksi hoitotakuuta, olemalla koko hoitoprosessin ensimmäinen askel.

Potilaalla on aina oikeus saada terveydenhuollon ammattilaisen tekemä hoidon tarpeen arviointi tilastaan. Tehdyn arvion perusteella määritellään, onko hoito tarpeellista ja jos on, niin minkä tasoista ja kuinka nopeasti potilas sitä tarvitsee. Ammattilaisella on myös tietoa muista potilaan tilanteeseen mahdollisesti paremmin sopivista terveydenhuollon palveluista. Hoitajalla ja hänen tekemällään hoidon tarpeen arvioinnilla on ratkaiseva osa potilaan hoitoketjussa ja usein tästä ammattilaisen tehtävästä käytetäänkin nimitystä portinvartijanrooli. (Arajärvi 2019; Syväoja & Äijälä 2009, 9, 19, 25).

Sosiaali- ja terveysministeriön raportissa (2010, 22) jaotellaan potilaan hoito eri kiireellisyysluokkiin seuraavasti: päivystyshoitoa vaativa hoito, muu kiireellinen tai kiireetön hoito tai ei hoitoa lainkaan. Potilas saa kiireettömään luokkaan jaoteltuna terveydenhuollon ammattilaiselta tilansa vaatimaa yksilöllistä ohjausta tai neuvontaa. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2010, 22.) Kiireetön hoito on annettava lain mukaan kolmen kuukauden sisällä ensimmäisestä yhteydenotosta (Syväoja & Äijälä 2009, 93). Sosiaali- ja terveysministeriön raportin (2019, 30) mukaan kiireelliseen hoitoon tulee päästä niin, että potilaan odottaessa hoitoon pääsyä, sairaus ei pahene tai vamma ei vaikeudu ja hoitoon tulee päästä viimeistään 24 tunnin sisällä yhteydenotosta. Hoidon tarpeen arvioinnissa hoitajan tehtävä ei ole diagnoosin asettaminen, vaan tämä kuuluu lääkärin työtehtäviin (Hyrynkangas-Järvenpää 2007, 427; Pellikka 2013a, 859; Syväoja & Äijälä 2009, 68). Hoitaja tekee työdiagnoosin, joka perustuu potilaalta kerättyyn tietoon ja hoitajan omaan kompetenssiin perustuvaan epäilykseen jostakin tietystä sairaudesta, esimerkiksi taudinmäärityksen kurkku- tai korvakipuiselle (Sosiaali- ja terveysministeriö 2010, 21; Syväoja & Äijälä 2009, 68, 71).

Hoidon tarpeen arvioinnissa on huomioitava ero yleisesti annettavan neuvonnan ja yksilöllisen hoidon tarpeen arvioinnin välillä. Neuvontaa ovat palveluneuvonta, terveyden- ja sairaanhoidonneuvonta sekä palveluun ohjaus. Potilas voi saada neuvontaa esimerkiksi erilaisista palveluista ja yleistä ohjausta sairauksissa. (Briggs 2016, 38; Pellikka 2017b; Syväoja & Äijälä 2009, 127–129.) Yleisesti annettavassa neuvonnassa potilaan ei tarvitse kertoa henkilötietojaan, jolloin hoitosuhdetta ei synny. Yleinen palveluneuvonta voi muuttua yksilölliseksi ohjaukseksi ja potilas voidaan ohjata palveluun esimerkiksi vastaanotolle. (Pellikka 2017b.) Yksilöllisessä palveluneuvonnassa potilaan tulee antaa ensin henkilötiedot tunnistautumista varten ja hänelle annetaan yksilöityä ohjausta tilanteeseensa, esimerkiksi sairauden hoitoon tai lääkitykseen liittyen (Pellikka 2013b, 857–858; Syväoja & Äijälä 2009, 19, 127–128). Potilaalle annetussa yksilöllisessä ohjauksessa on ohjauksen antaneella hoitajalla vastuu antamistaan ohjeista. Ohjaustapahtuma on potilaslain tarkoittamaa terveyden- ja sairaanhoitoa ja edellyttää, että ohjauksen antaa terveydenhuollon ammattihenkilö, jonka tulee tehdä tapahtumasta tarvittavat potilasasiakirjamerkinnät. (Pellikka 2017b).

Puhelimitse tapahtuvan hoidon tarpeen arvioinnin laatua tarkastellessa nousee esiin erilaisia osatekijöitä. Yksi tärkeimmistä puhelintyön laatutekijöistä on osaava ja koulutettu ammattihenkilöstö, joten jatkuvan ja monipuolisen koulutuksen merkitys on huomattava. (Hyrynkangas-Järvenpää 2007, 429–430; Nikula, Kaakinen, Kyngäs & Kääriäinen 2014, 11; Tarkiainen, Kaakinen, Kyngäs & Kääriäinen 2012, 111–112; Sosiaali- ja terveysministeriö 2010, 23). Puhelintyössä tärkeänä osana pidetään myös tähän työtehtävään soveltuvia tiloja (Nikula ym. 2014, 11). Laatua voidaan arvioida myös ohjauksen sisällön ja sen laadun perusteella, miten potilas saadaan sitoutettua hoitoon (Chang, Mayo & Omero 2002, 588; Orava, Kyngäs & Kääriäinen 2012, 228; Purc-Stephenson & Thrasher 2012, 141). Puhelintyön laatua ja sen kustannusvaikuttavuutta seurataan tilastollisesti kartoittamalla vastattujen puheluiden määrää ja jonotusaikoja (Sosiaali- ja terveysministeriö 2010, 23). Potilaan hoidon arvioinnin onnistuessa, potilas saa oikea-aikaista ja -tasoista hoitoa, jolloin potilaalle aiheutuneet kustannukset ovat oikeassa suhteessa hänen saamaansa hoitoon. Näin kustannustehokkuutta voidaan tarkastella myös potilaan näkökulmasta. (Navratil-Strawn ym. 2013.)

3.1 Puhelimitse tapahtuva hoidon tarpeen arviointi

Puhelimitse tapahtuva hoidon tarpeen arviointi eroaa huomattavasti paikan päällä tehtävästä hoidon tarpeen arvioinnista (Martich 2016, 13; Puhelimesta tapahtuva hoidon tarpeen arviointi 2020). Potilaan asioidessa paikan päällä, hoidon tarpeen arviointia tehdessä hoitaja havainnoi potilasta, hänen liikkumistaan ja eleitä. Reaaliaikaisessa tilanteessa hoitaja hyödyntää potilasta tutkiessaan näkö-, tunto-, ja hajuaistiaan. Kykenee tarvittaessa koskettamaan potilasta häntä tutkiessaan ja näin kartoittamaan esimerkiksi kipualueita tai tunnustelemaan potilaan pulssia. Puhelimitse tehtävässä hoidon tarpeen arvioinnissa, hoitajan ainoa työkalu on hänen kuuloaistinsa. (Martich 2016, 16.) Hoitajan on osattava tunnistaa ja hyödyntää puhelun aikana non-verbaaleja kommunikaatiotapoja. Esimerkiksi kuuntelemalla ja havainnoimalla potilaan hengitysmekaniikkaa ja puhelun aikana siinä tapahtuvia muutoksia, keskustelun yleistä äänensävyä, taustalta kuuluvia ääniä ja myös hiljaisuutta. (Martich 2016, 17; Syväoja & Äijälä 2009, 132.) Puhelimitse tapahtuvassa hoidon tarpeen arvioinnissa potilaan tunnistaminen luotettavasti on tunnetusti haasteellista. Tunnistamisessa luotetaan ensi sijassa soittajaan, mutta henkilötunnuksen lisäksi voidaan potilaalta kysyä muitakin tunnistetietoja, esimerkiksi osoitetietojen tarkentamista. (Pellikka 2013a, 858.)

Puhelimitse tapahtuvan hoidon tarpeen arvioinnin on ajateltu helpottavan terveyskeskuksiin tulevien potilaskontaktien määrää ja auttamaan resurssien kohdentamista (Briggs 2016, 38; Puhelimesta tapahtuva hoidon tarpeen arviointi 2020; Ström 2009, 20). Puhelinneuvonnan on muun muassa todettu vähentävän potilaiden hakeutumista suoraan päivystykseen. Potilaiden ohjaus omahoitoon vapauttaa myös terveyskeskuksen vastaanottoaikoja niitä tarvitseville. (Hyrnkangas-Järvenpää 2007, 427; Syväoja & Äijälä 2009, 45.) Hoitajan tekemällä työllä on merkitystä myös kustannusvaikuttavuuden kannalta (Orava 2012, 227; Syväoja & Äijälä 2009, 26). Tynkkysen (2005, 44–45) mukaan onnistuneen ja kannattavan puhelinneuvonnan lähtökohtana ovat ammattitaitoiset ja osaavat hoitajat. Mikäli hoidon tarpeen arviointi ei ole ammattitaitoista, voi se johtaa potilaan kohdalla diagnosoinnin myöhästymiseen, yli- tai alihoitamiseen tai pahimmassa tapauksessa potilasturvallisuuden vaarantumiseen (Syväoja & Äijälä 2009, 109–110). Puhelimitse tapahtuvalla hoidon tarpeen arvioinnilla vältetään myös potilaalle itselleen koituvia lisäkustannuksia, esimerkiksi välttämällä turhia

käyntejä terveystieteissä (Pellikka 2013b, 857). Perusterveydenhuollon kustannuksien noustessa, vaaditaan jatkuvasti menojen ja järjestettävän hoidon hallitumpaa yhteensovittamista (Briggs 2016, 38).

Puhelintyö on fyysisesti raskasta, koska siinä hoitaja on sidottu staattiseen asentoon työkoneen ja puhelimen ääreen, mahdollisesti hyvin pitkiäkin ajanjaksoja kerrallaan. Tässä yhteydessä työergonomian merkitys korostuu, koska työtuolin ja -pöydän säätöominaisuudet mahdollistavat työasennon vaihtelun ja työn tekemisen seisten. (Puhelimesta tapahtuva hoidon tarpeen arviointi 2020.) Työturvallisuuslaissa työnantaja veloitetaan huomioimaan työn luonne ja työntekijän fyysiset ominaisuudet ja näiden perusteella valitsemaan, mitoittamaan ja sijoittamaan työpisteen rakenteet ja käytettävät työvälineet. Välineiden ja tilojen tulee olla käyttöominaisuuksiltaan, säädettävyydeltään ja järjesteltävyydeltään sellaisia, ettei niistä aiheudu työntekijän terveydelle haittaa tai vaarallista kuormitusta. (Lambacka 2019; Työturvallisuuslaki 2002/738 5:24–26 §.)

Puhelimesta tapahtuva hoidon tarpeen arviointi on äänityötä, jolloin hoitajan äänenhuoltoon on kiinnitettävä huomioita. Merkitystä hoitajan työlle on esimerkiksi puhetyötä tukevilla työtiloilla, äänenkäytön tekniikalla sekä riittävällä levolla. (Puhelimesta tapahtuva hoidon tarpeen arviointi 2020.) Puhelimesta tehtävään työhön voi tulla potilaan ympäristöstä tai hoitajan työympäristöstä johtuvia ulkopuolisia häiriöitä esimerkiksi taustalta kuuluva melu tai kollegoiden liikehdintä työpisteessä (Martich 2016, 34). Hoidon tarpeen arvioinnin tekijälle on annettava siihen sopivat välineet ja rauhalliset tilat, jossa pystytään keskustelemaan ilman, että esimerkiksi potilaan asioita koskevaa salassapitovelvollisuutta rikotaan (Briggs 2016, 40; Syväoja & Äijälä 2009, 63). Työtilojen tulee mahdollistaa työntekijän yksityisyys ja antaa mahdollisuus työrauhaan keskittymistä vaativissa tehtävissä (Työtilojen kehittäminen).

3.2 Vuorovaikutuksen merkitys ja haasteet puhelintyössä

Vuorovaikutustilanteessa sanotaan ensimmäisten kolmen sekunnin olevan tärkeimmät, sillä tänä aikana potilas muodostaa käsityksensä työntekijästä ja palvelusta (Syväoja & Äijälä 2009, 56.) Puhelimesta tapahtuvassa hoidon tarpeen arvioinnissa on tärkeää saada luotua luottamuksellinen ilmapiiri, jolla edesautetaan hoidon tarpeen arvioinnin onnistumista (Briggs 2016, 44; Syväoja & Äijälä

2009, 56). Briggs (2016, 44) ottaa esille, että potilas ei välttämättä ilman luottamusta, kykene kertomaan arkaluontoisista asioistaan, kuten sukupuolitaudin mahdollisuutta tai henkisen vointiin liittyvistä havainnoistaan. Syväoan ja Äijälän (2009, 56) mukaan, juuri puhelinkontakti rohkaisee potilasta puhumaan vaikeista asioista, joita hän ei välttämättä uskaltaisi ottaa esille kasvokkain. Hoitajan on kuunneltava potilasta ja toimittava potilaan kertoman perusteella, kuitenkin välttäen tekemästä omia johtopäätöksiä (Briggs 2016, 44; Syväoja & Äijälä 2009, 56–57). Vuorovaikutuksen onnistumiseen vaikuttavat myös potilaan odotukset ja ennakoasenteet puhelusta, sekä sen tarkoituksesta (Ström 2009, 14).

Puhelimessa tapahtuvassa kaksisuuntaisessa vuorovaikutustilanteessa vastuu vuorovaikutuksesta ja sen etenemisestä on hoitajalla. Puhelussa vuorovaikutuksella tulee olla joustavasti etenevä rakenne ja hoidon tavoitteista neuvotellaan yhdessä potilaan kanssa. (Kyngäs ym. 2007, 39–40.) Hoitajan on puhuttava rauhallisesti (Martich 2016, 19) ja hänen on käytettävä selkeää ja helposti ymmärrettävää kieltä (Briggs 2016, 44; Puhelimessa tapahtuva hoidon tarpeen arviointi 2020). Hoitaja havainnoi potilaan kommunikointitapaa ja asettaa avoimia, suljettuja tai tunnustelevia kysymyksiä, joiden avulla voidaan varmistaa olennaisten tietojen saaminen potilaalta (Puhelimessa tapahtuva hoidon tarpeen arviointi 2020; Syväoja & Äijälä 2009, 56–58). Ääni ja puhe ilmaisevat kuulijalle puhujan tunnetilan, vaikka puhe olisi vieraalla kielellä, jota kuulija ei ymmärrä. Matala puhekorkeus ja tumma äänensävy yhdistetään vakuuttavuuteen, kun taas korkea sekä soiva ääni mielletään iloisuuteen. (Andersson & Kylänpää 2004, 17.) Yhteisymmärrykseen päätyminen arviointiprosessissa on usein merkki sujuvasta vuorovaikutuksesta ja sen onnistumisesta (Syväoja & Äijälä 2009, 56–58).

Omat haasteensa hoitajan ja potilaan väliseen vuorovaikutukseen tuovat potilaat, joilla on esimerkiksi psyykkistä ongelmaa, taipumusta manipulointiin tai joiden on vaikea kuvailla oireitaan. Myös potilaat, joilla on vaikeuksia vastaanottaa annettuja ohjeita tai joilla vaivat ovat hyvin epämääräisiä, toistuvasti samankaltaisia ja niihin ei ole löydetty lääketieteellistä selitystä, voidaan kokea haasteellisiksi hoitaa puhelimitse tapahtuvassa hoidon tarpeen arvioinnissa. Hoitajat kohtaavat myös puheluissaan aggressiivista käyttäytymistä tai joutuvat muuten potilaiden tunnepurkauksien kohteeksi. (Syväoja & Äijälä 2009, 56–58.) Potilailla voi olla virheellinen käsitys annettavasta puhelinneuvonnasta ja he pettyvät, kun eivät saakaan odottamaansa palvelua (Briggs 2016, 39). Myös ihmisen etninen tausta

sekä yhteisen kielen puuttuminen luovat omat haasteensa ja vaatimukset vuorovaikutustilanteen onnistumiselle (Puhelimessa tapahtuva hoidon tarpeen arviointi 2020).

Hoitajan tulee olla haasteellisissakin tilanteissa aina asiallinen ja neutraali olematta kuitenkaan tyly potilasta kohtaan. Tällaisissa tilanteissa hoitajalla on useita erilaisia keinoja ottaa puhelu takaisin haltuun ja rauhoittaa tilannetta potilaan ollessa kiihdyksissä ovat. Näitä ovat rauhallisen ja korostetun puhetyylin käyttäminen, potilaan muistuttaminen puhelun tavoitteesta tai jopa olemalla rauhassa hiljaa. Hoitajan on tarkkailtava koko ajan omaa suhtautumistaan puheluihin ja potilaisiin. Vaativassa hoitotyössä, jossa ei ole mahdollisuutta purkaa haastavia työtilanteita, on vaarana hoitajan kyynistyminen. Tämä puolestaan voi heikentää huomattavasti potilaan ja hoitajan vuorovaikutustilanteen onnistumista. Kyynisyyden nähdään vähentävän hoitajan kykyä reagoida potilaan oireisiin. Potilas voi kokea, että hoitaja kuuntelee, mutta ei silti kuule mitä potilaalla on sanottavana. Hoitaja voi esimerkiksi itsereflektion ja työnohjauksen kautta kehittää ammatillisuuttaan ja kykyään käsitellä väsymystä, kyynisyyttä ja muita hoitajan omaan käyttäytymisen vaikuttavia asioita. (Puhelimessa tapahtuva hoidon tarpeen arviointi 2020.)

Potilas on puhelun pääosassa ja hoitajan on reagoitava tilanteisiin, vaikka hän toimiikin pelkän kuuloaistin varassa. Koska puhelut vaihtelevat työpäivän aikana helpoista vaativiin, on hoitajan työssäjaksaminen äärimmäisen tärkeää vuorovaikutustilanteen onnistumisen kannalta. (Puhelimessa tapahtuva hoidon tarpeen arviointi 2020.) Hoitajan tulee olla tarkkana keskustelun aikana ja luoda potilaalle tunne aidosta läsnäolosta ja kuuntelemisesta, (Martich 2016, 32; Puhelimessa tapahtuva hoidon tarpeen arviointi 2020) sillä esimerkiksi väsyneenä työskentelevä hoitaja saattaa jo pelkän äänensävyn kautta välittää sanomatonta viestiä potilaalle (Puhelimessa tapahtuva hoidon tarpeen arviointi 2020).

Työnantajan vastuulla on huolehtia työntekijöiden työssä jaksamisesta ja motivaatiosta työn tekemiseen (Puhelimessa tapahtuva hoidon tarpeen arviointi 2020). Lisäkuormittavuutta voi aiheutua esimerkiksi yksintyöskentelystä, eristyneisyydestä tai kollegoiden tavoittamisen hankaluuksista verkostomaisessa työskentelyssä (Työhyvinvointi s.a.). Työyhteisön keskinäisellä vuorovaikutuksella on

merkitystä vallitsevalle työilmapiirille. Mikäli työyhteisön vuorovaikutussuhteet rakentuvat luottamukselle ja avoimuudelle, vaikuttaa se työyhteisön tunnelmaan kannustavasti ja yhdessä tekemisen tunne korostuu ja työyhteisön toimintakyky säilyy muutostilanteissakin. Esimieheltä saatu palaute motivoi työntekijää, lisäksi oman osaamisen sekä vahvuuksien tunnistaminen ja tunnustaminen innostavat ja lisäävät tunnetta omasta tarpeellisuudesta työyhteisössä. Samalla työntekijän kokemus työn imusta lisääntyy. (Työhyvinvointi s.a.)

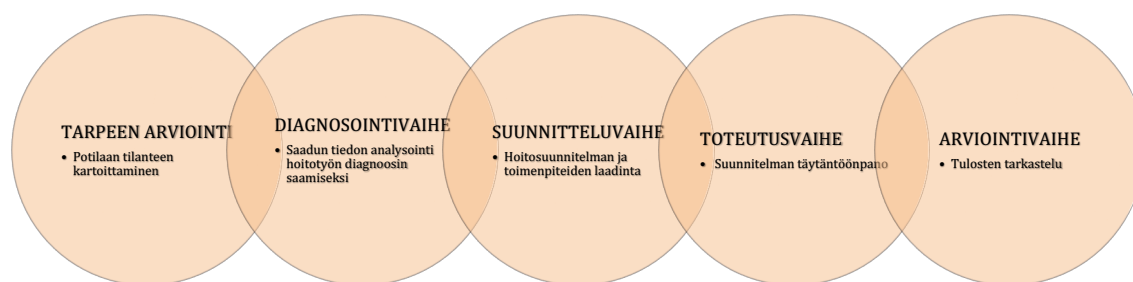
3.3 Päätöksenteon prosessi puhelintyössä

Päätöksenteko liittyy oleellisena osana hoidon tarpeen arvioon, sillä saamiensa tietojen perusteella hoitaja tekee päätöksen potilaan jatkohoidon tarpeesta (Syväoja & Äijälä 2009, 61). Päätöksenteossa hoitajan tulee ottaa huomioon potilaan kokonaisvaltainen tilanne. Hänen tulee miettiä esimerkiksi, miten potilas kykenee hoitamaan itseään, mitä perussairauksia hänellä on, ikä ja sukupuoli, onko hoitoa mahdollista toteuttaa käytännössä vai aiheuttavatko esimerkiksi välimatkat tai vuorokauden ajankohta potilaan hoidossa huomioitavia asioita. (Briggs 2016, 44, 46.) Päätöksenteossa tärkeää on myös potilaan osallisuus ja osallistuminen omaa hoitoaan koskeviin asioihin. Hoitajan on otettava huomioon potilaan kyky ja mahdollisuudet toimia annettujen ohjeiden mukaan. (Korhonen ym. 2018, 112–113; Pellikka 2013a, 859; Syväoja & Äijälä 2009, 61–62.) Hoitajan päätöksentekoa ohjaavat hänen koulutuksensa ja kokemuksensa lisäksi vaisto (Syväoja & Äijälä 2009, 61–63).

Päätöksenteossa yhdeksi tärkeäksi tiedonlähteeksi on koettu Korhosen ym. (2018,11) mukaan kollegoiden konsultointi. Vaativissa päätöksentekotilanteissa kollegan pitkä ja monipuolinen työkokemus lisää luotettavuutta ja tukee päätöksentekoa. Työyhteisön avoin sekä keskusteleva työilmapiiri tukevat konsultoinnin helppoutta. (Oikarainen ym. 2018, 43.) Valtioneuvoston asetus hoitoon pääsyn toteuttamisesta ja alueellisesta yhteistyöstä (1019/2004 2§) 2§ määrää, että hoidon tarpeen arvioinnin tekijällä on oltava yhteys hoitoa antavaan yksikköön. Syväoja ja Äijälän (2009, 175) mukaan tämä tarkoittaa sitä, että käytännön työssä päätöksenteon tueksi hoitajalla tulee olla aina mahdollisuus konsultoida lääkäriä.

Perustiedot päätöksenteon tueksi annetaan ammatillisessa koulutuksessa, mutta jokaisen ammattihenkilön vastuulla on ylläpitää osaamistaan (Korhonen ym. 2018, 111). Päätöksenteossa kehitytään lisäksi palautteen ja keskustelun kautta,

ja se olisi tärkeää ottaa huomioon organisaation toimintaa suunniteltaessa tai kehitettäessä. Kokemuksen myötä hoitajalle karttuu teoreettista ja kokemusperäistä tietoa erilaisista sairauksista ja niiden hoidosta. Hoitotyössä esiintyvän intuition ajatellaan myös vahvistuvan työkokemuksen myötä. (Syväoja & Äijälä 2009, 61–63, 69.) Syväoja ja Äijälä kuvaavat kirjassaan hoitotyön prosessin, joka kuvaa hoidon tarpeen arvioinnin tekemisen ja siihen kuuluvat vaiheet (Syväoja & Äijälä 2009, 62, 68–69). Tästä kuvauksesta laadittiin alla oleva kuvio (Kuvio 1.)



Kuvio 1. Hoitotyön päätöksenteon prosessikaavio (Syväoja & Äijälä 2009, 62, 68–69)

Puhelimitse tehtävää hoidon tarpeen arviointia tekevällä henkilöllä on oltava laaja perehtyneisyys hoito-ohjeisiin. Hänen on osattava käyttää erilaisia tietokantoja, kuten Terveysporttia, jonka kautta on pääsy esimerkiksi Sairaanhoidajan ja Lääkärin tietokantoihin, Lääketietokantaan sekä Käypä hoito -suositukseen. (Pellikka 2017b; Syväoja & Äijälä 2009 199–207.) Päätöksentekoa ohjaavat ja tukevat myös organisaation laatimat näyttöön perustuvat ohjeet ja mallit sekä käytettävissä olevat resurssit (Korhonen ym. 2018, 111; Syväoja & Äijälä 2009, 62). Ohjeiden nähdään mahdollistavan tarjottavan hoidon tasalaatuisuutta potilaalle. Näillä ohjeilla ja valmiilla malleilla tehostetaan puheluiden käsittelyä, tuetaan ja autetaan hoitajien valmiuksia hoitaa puheluita, esimerkiksi auttamalla kysymyksenasettelussa. Ohjeiden avulla saadaan luotua johdonmukaisuutta potilaan haastatteluun ja tasoitetaan hoitajien tieto- ja taitotasoista johtuvia eroja. Näiden huomiointi ohjeistuksessa auttaa osaltaan myös potilasturvallisuuden ylläpitoa. (Briggs 2016, 38, 40–42; Puhelimesta tapahtuva hoidon tarpeen arviointi 2020.) Ohjeilla tasoitetaan hoitajien tieto- ja taitotasoista johtuvia eroja. On huomioitava, että nämä ohjeet eivät korvaa hoitajan tekemää arvioita. (Briggs 2016, 38, 40–42.)

Puhelun prosessin eteneminen mahdollistuu järjestelmällisesti yhteisesti sovitun toimintamallin avulla (Puhelimessa tapahtuva hoidon tarpeen arviointi 2020). Yhdysvalloissa alun perin armeijalle luotu raportoinnin työkalu, ISBAR (kuvio 2.) on tarkoitettu helpottamaan ja turvaamaan suullista raportointia auttamalla esimerkiksi hoitajaa järjestämään ja tiivistämään tietoa (Sairaanhoitajan ammatilliset työkalut s.a.). Tätä työkalua voidaan soveltaa myös puhelimitse tapahtuvassa hoidon tarpeen arvioinnissa. Mallin avulla pyritään tuottamaan tasalaatuista tietoa arvioinnin tueksi, jolloin jokainen potilas saa mahdollisimman yhdenmukaisen palvelutapahtuman (Puhelimessa tapahtuva hoidon tarpeen arviointi 2020).

I	= Identify = Tunnista
S	= Situation = Tilanne
B	= Background = Tausta
A	= Assessment = Nykytilanne
R	= Recommendation = Toimintaehdotus

Kuvio 2. ISBAR-malli (Puhelimessa tapahtuva hoidon tarpeen arviointi 2020)

Hoidon tarpeen arviointiin liittyy lisäksi eettinen päätöksenteko (Syväoja & Äijälä 2009, 64), jota ohjaavat sekä kansainväliset että kansalliset ohjeet (Puttonen 2017). Lisäksi myös Sairaanhoitajaliitto on laatinut hoitajille päivittäistä toimintaa ja päätöksentekoa ohjaavat eettiset ohjeet (Ammattietiikka ja kollegiaalisuus 1996; Puttonen 2017). Näiden ohjeiden avulla sairaanhoitajan perustehtävä ja työn periaatteet yhteiskunnassa tulevat näkyviksi väestölle, muille terveydenhuollon ammattilaisille sekä hoitajalle itselleen. (Ammattietiikka ja kollegiaalisuus 1996; Puttonen 2017.)

Eettinen ajattelu ohjaa hoitajaa tekemään valintoja, ohjaamaan ja arvioimaan omaa ja toisten toimintaa sekä tutkimaan oman toiminnan perusteita (Syväoja & Äijälä 2009, 64). Hoitajan on huomioitava toimissaan potilaalle koituvat hyödyt ja haitat ja toimittava potilaan etujen mukaisesti (Korhonen ym. 2018, 25; Puhelimessa tapahtuva hoidon tarpeen arviointi 2020). Hoidon tarpeen arvioinnissa eettisyyttä voidaan ajatella olevan esimerkiksi se, että hoitaja huolehtii potilaan

oikeuksien toteutumisesta, osoittaa inhimillisyyttä sekä asiantuntijuutta (Syväoja & Äijälä 2009, 64). Toimiessaan eettisesti oikein hoitaja varmistaa, että hänen antamansa neuvonta ja ohjaus perustuvat uusimpiin lääketieteellisesti perusteltavissa oleviin ohjeisiin (Korhonen 2018, 25).

3.4 Potilasasiakirjat ja kirjaamisen merkitys puhelintyössä

Puhelimitse tapahtuvasta hoidon tarpeen arvioinnista, hoitajan antamista hoito-ohjeista tai toimenpide-ehdotuksista on tehtävä potilasasiakirjamerkinnät lain ja asetusten mukaisesti (Syväoja & Äijälä 2009, 14). Valtioneuvoston asetus hoitoon pääsyn toteuttamisesta ja alueellisesta yhteistyöstä (1019/2004 1–3 §) sanoo 2 §:ssä että hoidon tarpeen arvioinnin tekijällä on oltava käytettävissään potilasasiakirjat hoidon tarpeen arviointia tehdessä (Valtioneuvoston asetus hoitoon pääsyn toteuttamisesta ja alueellisesta yhteistyöstä 1019/2004 2 §). Hoidon tarpeen arvioinnissa on kyse terveyden- ja sairaanhoidosta, jolloin potilasasiakirjamerkinnät kirjataan sosiaali- ja terveysministeriön asetuksen 99/2001 mukaisesti. Tämän lisäksi hoidon tuottajalla on velvollisuus pitää yllä potilasasiakirjoja (Syväoja & Äijälä 2009, 14).

Potilastietojen kirjaamisella pyritään takaamaan potilaan hoidon jatkuvuus ja potilasturvallisuus. Näin varmistetaan, että ajankohtainen tieto on saatavilla potilaalle sekä muille asianomaisille, mikäli potilas hakeutuu jatkohoitoon tai soittaa uudelleen (Syväoja & Äijälä 2009, 74, Briggs 2016, 44.) Kirjattu tieto on merkityksellistä potilaan päivittäisessä hoidossa. Sähköiset potilastietojärjestelmät ovat mahdollistaneet tiedonkulun myös organisaation ulkopuolelle (Syväoja & Äijälä 2009, 73–75).

Potilaan kaikki terveydenhuollossa kirjatut tiedot tallentuvat Kanta-palveluun. Kanta-palvelu on digitaalinen palvelukokonaisuus, joka helpottaa sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaisten ja apteekkien toimintaa sekä potilaiden sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujen käyttämistä (Mitä Kanta-palvelut ovat? 2020). Kanta-palvelu tarjoaa Omakanta-nimistä asiakasrajapintaa, josta potilaat voivat itse tarkistaa saamansa hoito-ohjeistus tai -suunnitelma sekä lääkitys ja laboratoriotulokset.

Hoidon tarpeen arviointi ja tehdyt päätökset eli hoitotyönprosessi kirjataan ylös potilasasiakirjoihin (Syväoja & Äijälä 2009, 86). Kirjaamisella hoitaja tekee näkyväksi hoidon tarpeen arviointi -tapahtuman, samalla tapahtuman kirjaaminen toimii hoitajan oikeusturvana ristiriitatilanteissa (Briggs 2016, 44; Pellikka 2017a). Kirjata voidaan esimerkiksi mitä asioita potilaalta on kysytty ja millaisia ohjeita, esimerkiksi kotihoito- tai lääkehoito-ohjeita hänelle on annettu. Kirjauksessa on huomioitava myös, että se tehdään mahdollisimman pitkälle potilaan itsensä kertomalla tavalla kirjaamalla mahdollisimman paljon potilaan käyttämää kuvailua. (Briggs 2016, 44, 48.)

Tehdyistä kirjauksista kerätään tilastotietoa, joita käytetään kansallisesti ja paikallisesti päätöksenteon tukena ja palvelujen seurannassa. Kerättyä tietoa käytetään myös palveluiden kehittämiseen ja kartoittamaan hoidon saatavuutta sekä palvelujen käyttöä. Esimerkiksi hoitoon pääsyn toteutumista seurataan näistä tiedoista. (Perusterveydenhuollon avohoidon hoitoilmoitus (Avohilmo) s.a.) Systemaattisella hoitotyön kirjaamisella tarkoitetaan sovittua kirjaamisen sisältöä ja rakennetta. Kirjaamiskäytäntöjen vakioinnilla pyritään edistämään hoitotietojen käyttöä potilaan hoidon kannalta parhaalla tavalla. (Syväoja & Äijälä 2009, 73–74.)

3.5 Puhelimitse tapahtuvan hoidon tarpeen arvioinnin järjestäminen Suomessa

Suomessa puhelimitse tapahtuva hoidon tarpeen arviointi on toimintana yleensä yhdistetty terveyskeskuksien yhteyteen, mutta toimintaa voidaan tehdä kokonaan tai osittain myös ulkoistettuna palveluna (Syväoja & Äijälä 2009, 127; Tynkkynen 2005, 2–3). Kunnilla on järjestämisvastuu sosiaali- ja terveydenhuollon suunnittelusta ja valtionavustuksesta annetun lain 4 §:n mukaan (Laki sosiaali- ja terveydenhuollon suunnittelusta ja valtion avustuksesta 1992/733 1:4.1–4 §) mutta kunta voi järjestää perusterveydenhuollon palveluiden tarjonnan haluamallaan tavalla. Kunta voi tuottaa palvelut itse tai vaihtoehtoisesti sopimalla järjestämisvastuun siirtämisestä kokonaan tai osittain toiselle kunnalle tai kuntayhtymälle, valtiolle tai muulle julkiselle tai yksityiselle palvelujentuottajalle. (Kuntalaki 410/2015 2:8–9 §; Palveluiden järjestäminen ja tuottaminen 2017.)

Järjestämisvastuu antaa vapauden siihen, että kunnat ja organisaatiot voivat organisoida puhelinpalvelut omalle toiminnalleen sopivalla tavalla. Näin ollen puhelinpalvelu toiminnalle ei ole muodostunut yhtä yhteistä kansallista linjaa. Toiminnan suunnittelun tai kehittämisen yhteydessä näihin vaikuttavat oman toiminnan ja taloudellisten näkökulmien lisäksi myös palvelujen vaikuttavuus muun muassa asiakastyytyvyyteen, turvallisuuteen sekä palvelun laatuun. Toiminnan on oltava perusteltavissa niin tavoitteiden, resurssien, tehokkuuden kuin muunkin toiminnan kannalta. (Tynkkynen 2005, 1–2, 79–81, 89.) Julkisten terveydenhuollon organisaatioiden palveluiden ongelmana nähdään samaan aikaan sekä tehokkaan että laadukkaan palvelun toteuttaminen velvoitteiden vuoksi (Syväoja & Äijälä 2009, 229).

Kansainvälisesti, esimerkiksi USA:ssa ja Iso-Britanniassa on puhelimitse tapahtuvaa hoidon tarpeen arviointia tehty jo kauan ja ulkomaisia tutkimuksia asiasta on runsaasti (Syväoja & Äijälä 2009, 134). Kansallisia tutkimuksia ei ole tehty siitä, mistä hyvä hoidon tarpeen arviointi koostuu eikä aiheita ole myöskään tutkittu tätä palvelua antavien työntekijöiden näkökulmasta (Tarkiainen ym. 2012, 100; Syväoja & Äijälä 2009, 134.) Ammattikorkeakouluissa on tehty useita opinäytetöitä puhelimitse tehtävään hoidon tarpeen arviointiin liittyen, väitöskirjoja aiheesta on tehty vain yksi (Syväoja & Äijälä 2009, 134). Tutkimustietoa on kerätty, mutta lähinnä potilaiden näkökulmasta muun muassa palvelujen kehittämistä ajatellen (Sosiaali- ja terveysministeriö 2004, 65; Tarkiainen ym. 2012, 100). Sosiaali- ja terveysministeriön työryhmän raportin (2004, 65) ja Tynkkynen (2005, 1–2) mukaan Suomessa ei ole käytettävissä yhtenäisiä valtakunnallisia ohjeita hoidon tarpeen arvioinnin tekemiseen. Malmströmin, Kiuran, Malmströmin, Torkin ja Mäkelän (2012) mukaan Suomessa ei ole tehty tutkimuksia päivystyspotilaiden hoitoprosessien, kiireellisyysluokitusten ja valittujen hoitolinjojen vaikutuksesta potilaan hoitoon. Pelttarin ja Kailan raportin sekä Malmströmin tekemän tutkimuksen mukaan tutkittua tietoa ei ole hoidon tarpeen arvioinnin tekemisen riskeistä tai siitä mahdollisesti aiheutuneista virheistä (Pelttari & Kaila 2014, 34; Malmström ym. 2012).

3.6 Rovaniemen terveyskeskuksessa puhelimitse tapahtuva hoidon tarpeen arvioinnin järjestäminen

Rovaniemen terveyskeskuksessa puhelimitse tapahtuva hoidon tarpeen arviointi, neuvonta ja ajanvaraus toteutettiin terveyskeskuksen omana toimintana. Potilaille oli mahdollisuus soittaa työpisteisiin arkipäivisin virka-aikana. Virka-ajan ulkopuolella kiireelliset yhteydenotot ohjattiin päivystykseen Lapin keskussairaalaan. Lapin sairaanhoitopiiri tuotti päivystyspoliklinikallaan perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon yhteispäivystyksessä ympärivuorokautista välitöntä päivystyspalvelua sekä puhelinneuvontaa (Päivystyspoliklinikka 2020).

Terveyskeskuksessa oli käytössä puhelinjärjestelmänä Aurora Innovationin toimittama Aurora teleQ-yhteydenottojärjestelmä. Tämä mahdollisti palvelun suunnittelun resurssien ja organisaation aikataulun mukaisesti. Potilas voi valita valikosta haluamansa palvelun ja voi halutessaan jättää takaisinsoittopyynnön, jolloin hän sai arvioidun ajankohdan hoitajan takaisinsoitolle. Hoitajat pystyivät kirjautumaan palveluun miltä tahansa tietokoneelta internet-yhteyden avulla.

Kaikkien vastaanottotyötä tekevien hoitajien työkuvaan kuului puhelimitse tapahtuva hoidon tarpeen arviointi. Terveyskeskuksessa työskenteli eri työpisteissä noin 35 hoitajaa, jotka tekivät puhelintyötä noin 2–3 kokonaista työpäivää viikossa. Tämän lisäksi hoitajat tekivät puhelintyötä noin 1–2 tuntia aamuisin ja iltaapäivisin sekä tarvittaessa myös päivän aikana. Uuden työntekijän perehtymisaika hoitajan tehtäväkuvaan terveyskeskuksessa oli keskimäärin 1–2 viikon pituinen, kuitenkin vähintään yhden viikon pituinen. Perehdytyksessä otettiin huomioon perehtyjän yksilölliset tarpeet, jonka lisäksi perehdyttäjäksi nimettiin yleensä työyhteisöstä kokenut kollega. Perehdytyksen jälkeen myös uusi hoitaja osallistui puhelin työntelemiseen normaalin käytännön mukaisesti.

Hoitajat tekivät puhelintyötä pääsääntöisesti omissa työhuoneissaan, käytössä oli myös yksi huone, jossa työskenteli kaksi hoitajaa yhtä aikaa. Kaikilla hoitajilla oli käytettävissään tietokone ja pääsy kaikkiin tarvittaviin potilastietojärjestelmiin, kuten LifeCaren ja KuntaEskoon sekä Arkistokatselun kautta myös Kanta-palveluntietoihin. Kaikilla hoitajilla oli käytössä kuulokkeet, jotka vapauttivat kätet potilasasiakirjamerkintöjen tekemiseen. Kaikissa työpisteissä ei ollut käytössä sähköisesti säädettäviä työpöytiä, mutta kaikilla hoitajilla oli säädettävät työtuolit.

Tarvittaessa hoitajat saivat myös työterveyslääkärin suosituksesta työergonomiaa tukevia henkilökohtaisia apuvälineitä.

Hoitajilla oli käytettävissä hoidon tarpeen arvioinnin päätöksenteon tukena Terveysportti ja Käypä hoito -suositukset. Lisäksi heillä oli käytössä Lapin sairaanhoitopiirin laatima ja ylläpitämä, perusterveydenhuollon ja ensihoidon yhteinen hoidon tarpeen arvioinnin HTA-5-ohjeistus. Kaikilla oli käytössä paikalliset ohjeet diabeteksen, verenpaineen, sepelvaltimotaudin ja eteisvärinän hoitopoluista, sekä sairaspöissaolotodistuksien kirjoittamisesta. Terveyskeskuksen sisäisiin eri palveluita tuottaviin ajanvarauskirjoihin varattaviin aikoihin oli tarjolla erilliset ohjeet.

Hoitajilla oli keskenään käytettävissä Hangouts-pikaviestipalvelu, jonka kautta voitiin konsultoida kollegaa joko yksityis- tai ryhmäviestillä. Jokaisessa työpisteessä oli oma konsulttilääkäri, jolla ei ollut vastaanottoa. Tämä mahdollisti sen, että hoitajilla oli tarvittaessa mahdollisuus konsultoida lääkäriä puhelimitse tai kasvotusten. Terveyskeskuksen ulkopuolella työskenteli lisäksi etälääkäri, jota pystyi tarvittaessa myös konsultoimaan. Äkillisissä lääkäreiden poissaoloissa voitiin konsultoida myös toisen työpisteen lääkäriä.

4 PUHELIMITSE TAPAHTUVA HOIDON TARPEEN ARVIOINNIN KEHITTÄMINEN

4.1 Toiminnallinen opinnäytetyö

Aiheen ollessa käytännönläheinen, metodina käytettiin työelämän kehittämistä toiminnallisen opinnäytetyön kautta, jonka aineisto kerättiin laadullista menetelmää käyttäen. Toiminnallisen opinnäytetyön kautta pyritään saamaan aikaan muutos kehittämällä ammattiryhmän toimintaa tai toiminnan osaa, esimerkiksi luomalla uutta ohjeistusta tai toimintamallia. Toiminnalliseen opinnäytetyöhön voidaan liittää tutkimus, mutta siihen liittyy aina lopputuotoksena jokin selkeä tuotos, jonka opiskelija toteuttaa hyödynnettäväksi käytännön työelämän tarpeisiin (Vilkkä & Airaksinen 2003, 9, 51).

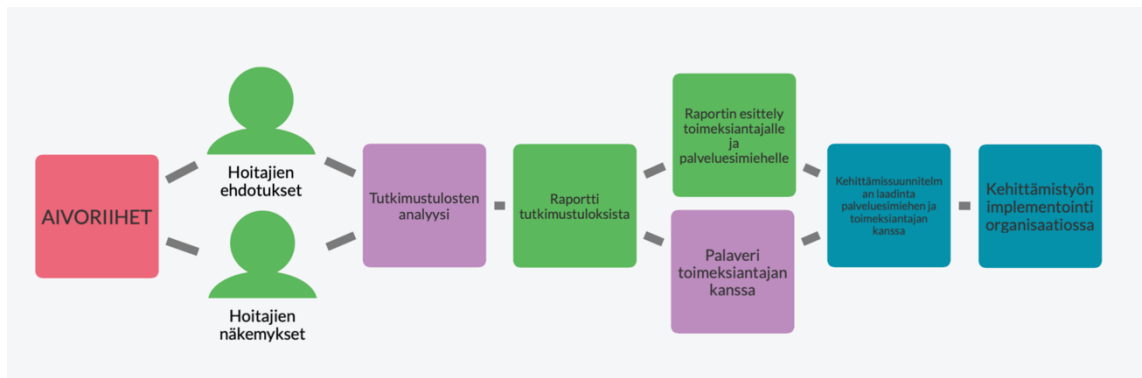
Työelämän kehittäminen tutkimuksellisen kehittämistyön kautta eroaa tieteellisestä tutkimuksesta tai työpaikalla arjessa tapahtuvasta käytännön kehittämistyöstä. Tutkimuksellisessa kehittämistyössä pureudutaan konkreettiseen ongelmaan pyrkimyksenä saavuttaa tähän parannuksia tai uudistuksia kerätyn tiedon, sekä jo olemassa olevan teorian kautta. Tutkimuksellisuudella pyritään hakemaan ja tuomaan systemaattisesti ja kriittisesti tarkasteltua uutta tietoa kehitettävästä asiasta kehitystyötä tukemaan. (Kananen 2012, 20–21; Ojasalo, Moilanen & Ritalahti 2014, 17–19; Toikko & Rantanen 2009, 19–23.) Toikko ja Rantanen (2009, 11) näkevät, että tutkimuksen kautta saadaan kehitystyölle tuotua lisäarvoa ja käytettävyyttä. Kehittämistutkimuksessa käytetään muiden tutkimuksien kvalitatiivisia tai kvantitatiivisia metodologioita, sillä tutkimuksellisessa kehittämistyössä ei ole omaa metodologiaa. Tutkimuksellisuuden osuuden nähdään liittyvän myös prosessin tarkkaan kuvaukseen ja dokumentointiin. (Kananen 2012, 20; Ojasalo ym. 2014, 19–20.)

Tässä työssä käytettiin laadullisen tutkimusotteen mukaisia tiedonkeruumenetelmiä. Tärkeimmäksi osa-alueeksi muodostui se, että tutkimuksen avulla saatiin kerättyä Rovaniemen terveyskeskuksessa puhelimitse hoidon tarpeen arviointia tekevien hoitajien ajatuksia ja kokemuksia tehtäväkuvaan liittyen. Tärkeää oli myös saada uutta tietoa siitä, miten tehtäväkuva voidaan kehittää sitä työkseen hoitajien mielestä. Laadullisia tutkimusmenetelmiä käytetäänkin muun muassa silloin, kun halutaan syvällisemmin tutkia ja selvittää, mistä tutkimuksen kohteessa on kyse, tai kun aiheesta tai ongelmasta ei ole aiempaa tutkittua tietoa.

(Kananen 2014a, 16–17; Kankkusen & Vehviläinen-Julkusen 2017, 66; Ojasalo ym. 2014, 105).

Tiedonkeruussa käytettiin henkilökuntaa osallistavia tutkimus- ja työskentelytapoja. Kehittämistyön kannalta ajatellaan olevan tärkeää tietoa niillä henkilöillä, jotka tuntevat toiminnan ja tekevät tätä työtä kentällä (Toikko & Rantanen 2009, 89–90). Syvänen (2004, 90) kirjoittaa paikallisten toimijoiden olevan tutkimuksen voimavara heidän asiantuntijuutensa sekä luovuuden vuoksi. Myös Ojanen ym. (2014, 61) ottavat esille työntekijöiden omaavan tutkimukselle arvokasta hiljaista tietoa kokemuksen lisäksi. Henkilökuntaa osallistamalla saadaan heidät myös sitoutettua työhön ja tätä kautta saadaan myös heidän osaamistaan paremmin käyttöön (Kamensky 2015). Ei voida kuitenkaan ajatella, että pelkästään edellä mainittujen asioiden vuoksi työntekijöiden osallistuminen ja osallistaminen olisivat tärkeitä. Heillä, joiden työtä ja tehtäväkuvaa kehitetään, on myös oikeus osallistua kehittämistoimintaan. (Ojasalo ym. 2014, 90–91.)

Työelämän kehittämisen prosessi eteni tässä opinnäytetyössä alla olevan kuvion (Kuvio 3.) mukaisesti.



Kuvio 3. Kehittämistyön prosessi

4.2 Aineiston kerääminen

Tiedonkeruumenetelmäksi valittiin ryhmätyöskentelymetodin aivoriihimenetelmä. Ryhmätyöskentelymetodien kautta saadaan kerättyä uutta tietoa, uusia näkökulmia sekä kehittämissuunnitelmaa. Aivoriihimenetelmässä pyritään luovan ongelmanratkaisun kautta, ryhmässä työskennellen ja kaikkia osallistaen, tuottamaan suhteellisen nopeasti suuri määrä ideoita etukäteen annetusta aiheesta esimerkiksi yhteiselle isolle paperille. Ryhmätyöskentelyssä on tärkeää avoimen ja positiivisen ilmapiirin kautta mahdollistaa luovuutta ja ajatusten esittämistä.

Ryhmällä on hyvä olla vetäjä, joka huolehtii aivoriihen onnistumisesta ja aikataulutuksesta. (Aivoriihi s.a.; Ojasalo ym. 2014, 158–162; Työkalu Aivoriihi s.a.).

Opinnäytetyön toiminnalliseen osuuteen käytettävissä olevia henkilöstö- ja aika-resursseja jouduttiin rajaamaan covid-19-viruksen aiheuttaman pandemian vuoksi. Toiminnallisessa kehittämistyössä joudutaan ottamaan huomioon toiminnan kokonaisuus sekä kustannukselliset tekijät, jotka saattavat rajoittaa kerätyn tiedon monipuolisuutta sekä käytettävissä olevia resursseja (Kananen 2014a, 94–95; Toikko & Rantanen 2009, 119). Pandemia toi työelämään myös uusia toimintatapoja, kuten etäyhteydet, joita päätettiin käyttää aivoriihien toteuttamisessa. Ryhmäkoko rajattiin kolmeen osallistajaan keskustelun sujuvuuden turvaamiseksi. Ryhmät kokoontuivat iltapäivällä ja aivoriiehen varattiin aikaa 1,5 tuntia. Jokainen työntekijä osallistui omasta työhuoneestaan ja opinnäytetyön tekijät osallistuivat kodeistaan. Kaikki osallistujat käyttivät Google Meet -sovellusta. Työpajojen nauhoituksella varmistettiin se, että keskustelujen sisältö, ideat ja ajatukset saatiin tallennettua kokonaisuudessaan. Aivoriihien alussa ollutta yleistä ohjausta ei nauhoitettu.

Kokemuksia Flinga Whiteboardin (myöhemmin Flinga) käyttämisestä oli saatu opinnäytetyön tekijöiden koulun etäluennoilta ja -ryhmätyöskentelyistä. Flinga oli yhteisöllinen ja ryhmätyöskentelyn visuaalisuuden kannalta yksinkertainen työskentelyalusta ja sitä voitiin käyttää usean ihmisen toimesta yhtä aikaa. Sillä voitiin tehdä valkotaululle erivärisiä ja erimuotoisia viestilappuja, joihin osallistuja kirjoitti haluamassa viestin eli kysymyksiin liittyvän ajatuksen tai idean. Viestilappuja voitiin valkotaululla linkittää yhteen ja liikutella vapaasti. Flinga ei identifioi merkintöjen kirjoittajaa. (Flinga s.a.)

Esimiehille lähetettiin työntekijöitä varten sähköpostitse infokirje (Liite 1.), jossa esiteltiin opinnäytetyön aihe ja tavoite sekä kysymyksenasettelu. Esimiehiä pyydettiin kertomaan alaisilleen lyhyesti terveyskeskuksessa tehtävästä opinnäytetyöstä ja samalla toimittamaan infokirje kahvihuoneiden pöydille kaikkien työntekijöiden nähtäväksi. Infokirjeessä kerrottiin, että aivoriihet nauhoitetaan ja osallistumalla aivoriiehen työntekijä antaa suostumuksensa nauhoittamiselle. Terveyskeskuksen kaikissa työpisteissä opinnäytetyön tekijät pitivät henkilökunnalle infotilaisuudet Google Meetin kautta.

Tilaisuudessa esiteltiin opinnäytetyön tekijät, opinnäytetyön aihe, toteuttamistapa sekä kerrottiin kysymykset, joihin aivoriihien avulla haettiin vastauksia. Infotilaisuudessa kerrottiin vielä erikseen aivoriihien nauhoittamisesta. Työntekijöille annettiin mahdollisuus myös esittää kysymyksiä tai kommentoida aivoriihien toteuttamissuunnitelmaa. Infotilaisuudessa ohjeistettiin halukkaita osallistujia ilmoittautumaan lähiesimiehelle. Esimiehille muodostettiin Google Drive -palveluun lomake, johon he itse muodostivat osallistujista ryhmät etukäteen sovituille päiville ja ajankohdille. Opinnäytetyön tekijät tarvitsivat Google Meet -kutsuun aivoriihitahtumaa varten osallistujien nimet ja sähköpostiosoitteet.

Kyseisessä työyksikössä kaikki hoitajat tekivät puhelimitse tapahtuvaa hoidon tarpeen arviointia. Tutkimuskysymysten ja tutkimuksen tavoitteen kannalta koettiin kaikkien työntekijöiden, niin vastavalmistuneiden kuin kokeneiden, omaavan monipuolisesti sellaista tietoa, mikä olisi tärkeää tutkimuksen ja kehittämissuunnitelman tekemisessä. Aivoriihiin osallistuvista rajattiin lähiesimiehet pois, tällä toimenpiteellä haluttiin taata työntekijöille mahdollisuus ilmaista vapaammin omia ajatuksia ja ideoita. Tutkimukseen osallistui yhteensä yhdeksän Rovaniemen terveyskeskuksessa työskentelevää hoitajaa. Osallistujilta ei kartoitettu taustatietoja, esimerkiksi ikää, työkokemusta tai -vuosia.

Toiminnallisen opinnäytetyön aineistonkeruussa ei määrä ole ratkaiseva tekijä vaan kerätyn aineiston laajuus ja monipuolisuus sekä se, miten hyvin saatu materiaali kuvaa kehitettävää asiaa (Toikko & Rantanen 2009, 119; Vilkkä & Airaksinen 2003, 64). Tätä tukee myös Kankkusen ja Vehviläinen-Julkusen (2017, 67) sekä Ojasalon ym. (2014, 105) ajatus siitä, että laadullisen tutkimuksen aineistonkeruuseen valitaan henkilöt, jotka tuntevat tutkittavan asian parhaiten ja monipuolisesti. Toikko ja Rantanen (2009, 119) ottavat lisäksi esille, että tutkimuksen liittyessä kehittämistyöhön, on toiminnan kokonaisuus otettava huomioon ja näin ollen tämän monipuolinen tiedonkeruu ei aina ole mahdollista.

Aivoriihet jaettiin Ojasalo ym. (2014, 161–162) mukaisesti eri työvaiheisiin alla olevan taulukon (Taulukko 1.) kuvailemalla tavalla.

Taulukko 1. Aivoriihen työvaiheet (Ojasalo ym. 2014, 161–162)

Työvaiheet	Aivoriihien työvaiheiden
Esivaihe	<ul style="list-style-type: none"> - Pehdytys aivoriihimenetelmään ja Flinga-työkaluun - Toimintaohjeiden ja tutkimuksen tarkoituksen ja tavoitteen kertaus. - Osallistujien mahdolliset kysymykset
Lämmittelyvaihe	<ul style="list-style-type: none"> - Aiheeseen johdettava kysymys: ”Mitä työvaiheita, tehtäviä, osa-alueita puhelimitse tapahtuvaan hoidon tarpeen arviointiin kuuluu”. - Ajatusten kumulatiivinen kerääminen. Ensimmäisellä ryhmällä ei ollut nähtävänä toisten valmiita ajatuksia.
Ideointivaihe	<ul style="list-style-type: none"> - Kysymykset: Mitä ongelmia puhelimitse tapahtuvan hoidon tarpeen arvioinnin tekemisessä koet? Mitä vahvuuksia puhelimitse tapahtuvan hoidon tarpeen arvioinnissa näet? Miten tai millä tavalla puhelimitse tapahtuvaa hoidon tarpeen arviointia tulisi kehittää työpaikallasi?
Valintavaihe	<ul style="list-style-type: none"> - Osallistujat valitsivat omasta mielestään kolme tärkeintä kehittämissuositusta laittamalla ne tärkeysjärjestykseen numeroilla 1.–3.

Jokaiselle kysymykselle varattiin yhteensä aikaa 15 minuuttia. Osallistuja sai aluksi rauhassa itsekseen miettiä kolmen minuutin ajan mitä asioita hänellä tuli mieleen esitetystä kysymyksestä. Kysymys oli koko ajan nähtävillä Flingassa. Halutessaan osallistujat saivat jo tässä vaiheessa kirjoittaa viestilapuille ajatuksia Flingaan. Tämän jälkeen avattiin avoin keskustelu 12 minuutin ajaksi. Osallistujat kirjoittivat lyhyitä ja ytimekkäitä ajatuksia viestilapuille keskustellen samalla vapaasti aiheesta. Osallistujat kirjoittivat ennalta sovittujen värien mukaisesti viestilappuihin kyseessä olevan kysymyksen vastauksia; positiiviset vihreälle pohjalle, negatiiviset punaiselle ja kehittämissuositukset keltaiselle pohjalle.

naisuuksien alle (Eskola & Suoranta 1998; Kananen 2014b, 111, 113). Tämä tapahtuu Seitamaa-Hakkaraisen (s.a.) mukaan käyttäen vertailua ja vastakkainasettelua.

Ennen nauhojen kuuntelemista opinnäytetyön tekijät sopivat etukäteen mihin asioihin kiinnitetään huomiota. Päätettiin, että mikäli osallistujien puheessa tulee esille jokin uusi, Flingaan kirjaamaton asia, lisätään se Flingaan. Sovittiin myös, että Flingaan täydennetään osallistujien kommentteja niiltä osin, joiden ajateltiin täydentävän tai avaavan heidän Flingaan kirjoittamaansa ajatusta. Litteroinnin tason eli haastattelunauhojen muuttamisen tekstiksi määrittelee tutkija perustuen tutkimuksen ongelmaan. Tutkijat määrittelevät mitä ääninauhoista kirjoitetaan, millä tasolla ja miten nauhoitettu materiaali kirjoitetaan auki. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2017, 163–164; Seitamaa-Hakkarainen s.a.; Tuomi & Sarajärvi 2004, 95). Toiminnallisessa opinnäytetyössä litteroinnissa suositellaan kiinnitettävän huomiota sellaiseen sisältöön, joka on tutkimuksessa sisällön kannalta tärkeää (Vilkkä & Airaksinen 2003, 64). Flingassa käytettiin sovitusti eri värikoodeja erottamaan osallistujien kirjoittamat asiat täydennetyistä asioista. Opinnäytetyön tekijät kuuntelivat ensimmäisen osion yhdessä, ja tämän jälkeen nauhojen kuunteluja jatkettiin yksin täydentäen Flingaa edellä kuvatun mukaisesti.

Alkuperäisistä ryhmien Flinga-valkotauluista otettiin kopiot. Opinnäytetyön tekijät tarkastelivat aineistoa ja tekivät analyysin yhdessä. Analyysi aloitettiin aina käsittelemällä yksi kysymys ja aivoriihiryhmä kerrallaan. Aineisto pelkistettiin, pilkottiin ja siitä poistettiin tutkimuskysymyksiä kannalta epäolennaiset asiat, jonka jälkeen aiheet ryhmiteltiin asiasisällön mukaan. Aineistoa työstettiin järjestelemällä Flingassa viestilappuja edellä kuvatun mukaisesti. Sisältölähtöisessä analyysissä lähdetään tarkastelemaan aineistosta, tutkimuskysymyksiin pohjautuen, esiin nousevia aiheita poistamalla ensin kuitenkin epäolennaiset asiat. Tämän jälkeen pelkistämällä tai pilkkomalla aineistoa saadaan muodostettua näistä ryhmittelemällä samaa tarkoittavat asiat omiksi asiakokonaisuuksiksi. (Vilkkä 2015, 163–164.) Tämän jälkeen muodostettiin esille nostetuista aiheista ensin alateemoja, jonka jälkeen ne luokiteltiin pääteemoihin. Teemoittelun jälkeen yhdistettiin kaikkien kolmen ryhmän samaan kysymykseen liittyvä aineisto yhdeksi kokonaisuudeksi. Tämän jälkeen teemoja vielä tarkasteltiin, järjesteltiin ja tiivistettiin. Sisällöstä nousivat esiin pääteemat, jotka olivat työhyvinvointi, resursointi, yhteiset

käytännöt, henkilökohtainen osaaminen, työergonomia ja tukitoiminnot. Laajoille pääteemoille muodostettiin vielä tarkentavia alakäsitteitä.

Sisällöstä tehtiin toimeksiantajalle erillinen raportti (Liite 2.), jossa tulokset oli esitetty pääteemojen kautta yksityiskohtaisina asiakokonaisuuksina. Tämä raportti laitettiin nähtäväksi ja kommentoitavaksi kaikille terveyskeskuksen esimiehille. Raportti käsiteltiin toimeksiantajan kanssa, siitä käyty keskustelu muistioitiin ja hyödynnettiin tulosten laadinnassa. Laadullisen tutkimuksen analyysivaihetta kuvataan sykliseksi, jossa aineistoon perehtyminen ja aineiston teemoittelu tapahtuvat useassa eri vaiheessa ja kehittyen ja mahdollisesti myös muuttuen koko ajan työn edetessä (Hirsjärvi ym. 1997, 223–224; Seitamaa-Hakkarainen s.a.) Tässä opinnäytetyössä tekijät keskustelivat ja vaihtoivat analyysin aikana ajatuksia useaan otteeseen eri näkökulmista. Aineistoa käytiin yhdessä läpi pohtien ja vertaillen tehtyjä havaintoja ja esiin nousseita ajatuksia.

5 HOITAJIEN NÄKEMYKSET PUHELIMITSE TAPAHTUVASTA HOIDON TARPEEN ARVIOINNISTA JA KEHITTÄMISSUUNNITELMAN LAATIMINEN

5.1 Tutkimustulokset hoitajien näkemyksistä puhelintyössä

Tulosten mukaan puhelintyö koettiin henkisesti kuormittaviksi ja yksinäiseksi työksi. Ristiriitaisia tunteita koettiin ammattiroolissa toimiessa sekä potilaan neuvonantajana, että toisaalta vastaanottoaikojen portinvartijana. Hoitotyön päätöksenteonprosessin eri vaiheissa koettiin haasteita. Päätökset tehdyistä ratkaisuista kuormittivat ja potilaan selviytymisestä kotona kannettiin huolta. Potilaiden negatiiviset asenteet koettiin raskaina. Huolta kannettiin uusien kollegoiden riittävästä puhelintyön osaamisesta. Vastauksista nousi esiin, että toisinaan potilaan kohtaaminen saattoi olla molempien näkökulmasta helpompaa puhelimesta kuin paikan päällä

”Potilas painostaa varaamaan aikaa: teen valituksen”

”Riittävä HTA-kokemus takaa potilasturvallisuutta”

”Osa puhuu avoimemmin kuin kasvotusten”

Tuloksista nousi esiin, että työnantajan asettamat tavoitteet puheluiden päivittäisistä määristä aiheuttivat lisäpainetta työhön. Työajan koettiin kuluvan hukkaan tarjottavien vastaanottoaikojen etsimisessä tarjolla olevien aikojen rajallisesta määrästä johtuen. Potilaan hoidon järjestämiseksi jouduttiin useasti miettimään vaihtoehtoisia toimintatapoja. Kiireen pelättiin vaikuttavan puhelintyön laatuun heikentävästi. Peräkkäiset työpäivät puhelintyössä sekä puhelimen ruuhkautumisen koettiin lisäävän väsymystä ja vähentävän jaksamista ja vireystilaa. Tuloksista nousi esiin huoli omien hoitajan valtuuksien ja ammattiroolin rajojen hämärtymisestä kiireen ja olosuhteiden vuoksi. Hoitajat olivat huomioineet, että potilaiden omatoimisesti tehdyt ajanvaraukset kohdistuivat yleensä väärin.

”Otanko tarpeeksi puheluita?”

”Ajan löytäminen on joskus epätoivoista, puhelut venyvät kun joutuu keksimään miten vaiva saataisiin hoidettua ilman lääkäri- / hoitaja-aikaa”

”...tarkkana saa olla vaikeitten juttujen kanssa, ettei ylitä omia valtuuksia... lääkärit ovat sitä varten”

Tulosten mukaan puhelintyön aikana tapahtuvat keskeytykset haittasivat keskittymistä ja ruuhkauttivat puhelinjonot. Uusien työntekijöiden riittämättömän perehdytyksen koettiin aiheuttavan keskeytyksiä kokeneempien hoitajien työrauhaan toistuvien ohjaustarpeiden vuoksi. Työkokemus ja riittävä resursointi nähtiin merkityksellisenä tarkalle hoidon tarpeen arvioinnin tekemiselle ja potilaan oikea-aikaiseen ja -tasoiseen hoitoon ohjautumiselle. Etäkonsulttilääkärin käyttömahdollisuuden nähtiin lisäävän resursseja.

“Vahva ammatillinen osaaminen”

”Puhelinpäivinä saattaa olla potilaita ajanvarauskirjalla, jotka katkaisevat puhelintyötä”

”Keskeytykset: esim. lääkäreiden avustukset, tavaroiden hakua lääkärille, hoitajalle”

Työpisteiden erilaiset käytännöt ja ohjeistukset koettiin haittaavan ajanvarauksien tekemistä, potilaan ohjaamista ja lääkäreiden konsultointia. Yhteishengen luominen ja verkostoituminen eri työpisteiden ja ammattiryhmien välillä koettiin haasteelliseksi. Aiemmin yhdessä sovitut käytännöt ja käytössä olevat ohjeet koettiin hyvinä. Näiden koettiin helpottavan ja nopeuttavan sekä tuovan tukea ja varmuutta hoidon tarpeen arvioinnin tekemiseen.

”Fraasit helpottavat”

”Lääkäreiltä tulee jälkeensä huomautus väärästä ajanvarauksesta”

”Pelisäännöt samat hoitajille ja lääkäreille sekä xxxxxxxxxxxx välillä”

Monipuolisen ja yksilöllisen koulutuksen tarve nousi tuloksista esiin. Erilaisissa vuorovaikutustilanteissa koettiin puhelintyö ajoittain haastavaksi. Uusien ja / tai kokemattomien hoitajien resursointi puhelintyöhön tai riittämätön kompetenssi nähtiin riskinä potilasturvallisuudelle. Tuloksissa nousi esille, että ammattilaisen tekemää hoidon tarpeen arviointia arvostettiin. Sen koettiin ohjaavan potilas oikealle resurssille ja vähentävän potilaskäyntejä sekä ehkäisevän infektioiden leviämistä.

”Hoitajan ammattitaito korostuu hta:ta tehdessä. Jos on vielä tuore /koke-maton /tiedollinen taso on huonompi, myös hta jää vajaaksi.”

”Kysymysten asettelu oikein on haastavaa”

”Moni asia hoituu ilman vastaanottoa ja säästyy aikoja oikeasti tarvitseville”

Puhelintyö koettiin tulosten mukaan fyysisesti kuormittavaksi työksi. Kaikilla puhelintyötä tekeillä ei ollut käytössä ergonomista työskentelyä tukevia työvälineitä. Tuloksista nousi esiin, että osalla hoitajista ei ollut omaa työhuonetta, huoneiden vaihtaminen ja omien tavaroiden siirtäminen huoneesta toiseen koettiin kuormittavaksi. Työhuoneen jakaminen puhelintyössä koettiin häiritsevän työn tekemistä. Rauhallisella työtilalla ja työergonomialla nähtiin olevan merkitystä puhelintyön tekemisessä. Näiden koettiin mahdollistavan potilaan kohtaaminen kokonaisvaltaisesti, sekä tukevan hoitajien työssäjaksamista.

”Kuulokkeet vapauttavat molemmat kädet työn tekemiseen”

”Rauhallinen työtila -> voi keskittyä puheluun hyvin”

”Työtila ei ole rauhallinen, ei kuule kaikkea mitä potilas sanoo”

Tuloksista nousi esille, että konsultointia helpottavaksi työkaluksi koettiin Google Hangout -palvelu. Uuden puhelinjärjestelmän koettiin toimivan hyvin ja vähentävän työn kuormittavuutta. Oikein toimiessaan potilastietojärjestelmät vähensivät myös työn kuormitusta. Potilaiden kokema tyytyväisyys koettiin hoitajien tyytyväisyyttä lisäävänä tekijänä. Taukojen aikataulutuksen koettiin toimivan hyvin ja edistävän työssä jaksamista. Tietotekniset ongelmat ja puhelinlinjojen huono laatu sekä hoidon tarpeen arviointiin tai puhelinneuvontaan kuulumattomat puhelut aiheuttivat ylimääräistä työtä.

”Chatti kysely myös nopeaa ja auttaa asiakkaan asian hoitamisessa”

”Nykyinen puhelinjärjestelmä säästää todennäköisesti kaikkien hermoja, kun takaisinsoittopyynnön jättäjät saavat arvion soiton ajankohdasta.”

”Puhelinkeskuksena toimiminen, vikasoitot tai potilaan puolesta asioiden selvittäminen”

5.2 Puhelimitse tapahtuvan hoidon tarpeen arvioinnin kehittäminen

Tuloksista kehittämisehdotuksina nousivat työnohjauksen ja vertaistuen mahdollistaminen. Tuloksista kävi ilmi tarve reflektiolle puhelintyöstä ja siihen liittyvistä asioista kollegoiden kanssa työn psykososiaalisen kuormittavuuden vuoksi. Työhyvinvoinnin ja työpaikan tunneilmapiirin edistäminen nähtiin tärkeinä kehittämisen kohteina. Puhelintyön tehokkuuden mittarina puheluiden määrän seuranta nähtiin yksipuolisena menetelmänä, sillä siinä ei huomioitu hoidon tarpeen arvioinnin laatuun vaikuttavia tekijöitä. Lisäksi työvuorosuunnitteluun ehdotettiin huomioitavaksi henkilökohtaisia toiveita työssäjaksamisen ylläpitämiseksi ja edistämiseksi.

”Hoitajien työhyvinvoinnista huolehtiminen”

”Tyky-raha hyvinvointia varten”

”Ei jaksakaan enää keskittyä, puolikkaita puhelinpäiviä voisi esimerkiksi olla”

Kehittämisehdotuksina esitettiin, että puhelintyötä tekeville hoitajille järjestetään oma työhuone, jossa on mahdollisuus keskittyä puhelintyöhön ilman ulkopuolisia häiriötekijöitä. Työergonomian parantamiseen ehdotettiin kaikkiin työpisteisiin ergonomiaa tukevien apuvälineiden hankkimista.

”Työrauhan säilyttäminen eli ei useaa hoitajaa samaan huoneeseen tekevässä puhelintyössä”

”Ergonomiset työvälineet: kuulokkeet, pöydät, tuolit. Työtilat vaihtuu, joten vaikea toteuttaa”

”Sähköpöydät kaikille työergonomian parantamiseksi”

Hoidon tarpeen arviointiin ja terveyskeskuksen toimintoihin liittyen ehdotettiin kehitystoimeksi resurssien tarkastelua. Resursoinnin lisääminen nähtiin mahdollisuutena kehittää puhelintyön laatua. Tarjottavien vastaanottoaikojen vähyyden voi puhelintyöhön suunnattuja resursseja hoitajien joutuessa avustaviin toimenpiteisiin tai vastaanottotyöhön. Aikojen vähyydestä johtuen hoitajat joutuivat organisoimaan toimintaa enemmän resurssien näkökulmasta kuin potilaslähtöisesti.

”työrauha, puhelin ihminen ei joudu kesken kaiken joudu lähtemään auttamaan, toimiston miehitys siihen tarpeeseen varattava”

”Heikentää keskittymistä ja lisää puhelimen ruuhkautumista: työn keskeytyminen yllättävien toimenpiteiden tai ylimääräisten vastaanotolle tulevien potilaiden vuoksi”

Tarve puhelintyötä tekevien tehtäväkuvan avaamiselle ja selkeyttämiselle nousi esiin kehittämis ehdotuksista. Yhteisesti luodut käytännöt ja säännöt nähtiin tärkeinä terveyskeskuksen toiminnalle ja niiden koettiin sujuvoittavan eri henkilöstöryhmien välistä yhteistyötä. Tutkimuksesta ilmeni tarve yhteisten toimintatapojen laatimiseen, hoitotyössä tapahtuvien käytänteiden päivittämiselle ja säännölliselle kertaamiselle. Anamneesin, päätöksenteon, ohjaamisen sekä kirjaamisen tueksi koettiin valmiiden mallien tai pohjien tuovan laatua puhelintyöhön. Hoitajien sähköisen perehdytyskansion laatimisella, nähtiin lisättävän ajantasaisen ja yhtenäisen tiedon saatavuutta kaikille. Uusien ja muuttuvien ohjeiden osalta nousi ehdotuksena kaikille työntekijöille riittävän perehdytyksen järjestäminen.

”kertauksia ajoittain hoitajan perustyöhön liittyviin asioihin, koska osa asioista / toimintatavoista muuttuu”

”Yhdessä tekemisen meininkiä lisää”

”Valmiita fraasituksia tueksi /nopeuttamaan, etenkin uusien hoitajien kohdalla”

Hoitajan kompetenssilla nähtiin olevan yhteys huolellisen hoidon tarpeen arvioinnin tekemiseen, jolla mahdollistettiin potilaan oikea-aikaisen ja -tasoisin hoidon saaminen. Kompetenssin vahvistamiseksi nähtiin tärkeinä monipuolisen ja yksilöllisen koulutuksen sekä lisäkoulutuksen tarjoaminen. Lisäksi esiin nousi tarve puhelinpalvelun ja sähköisten asiointipalveluiden käytön tehostamiseen ja kehittämiseen. Hoitajien lisäkoulutuksen tarve liittyi myös sähköisten asiointipalveluiden käyttöön ja tehostamiseen.

”Tarkka hoidon tarpeen arvio, jotta potilaat ohjautuu oikeaan paikkaan, lääkärin asiat ei hoitajan työkirjalle”

”Hoitajille monipuolista koulutusta eri osa-alueilta”

”Enemmän sähköistä asiointia /ensisijaisesti: Kanta, Virta, Klinik”

5.3 Kehittämissuunnitelman laatiminen yhteistyönä esimiesten kanssa

Kehittämistyön suunnittelupalaverit käynnistettiin etäyhteyksien kautta 20.8.2020 toimeksiantajan kanssa raportin tuloksien esittelyllä. Kehittämissuunnitelman laatimispalaverit pidettiin palveluesimiehen ja opinnäytetyöntekijöiden välillä 16.10.2020 sekä 20.10.2020 toimeksiantajan, palveluesimiehen ja opinnäytetyöntekijöiden välillä. Suunnittelupalaverit muistioitiin, joiden pohjalta tämä kappale on laadittu. Toimeksiantajan kanssa todettiin, että kaikkiin tutkimuksesta esille tulleisiin kehittämistarpeisiin tulee vastata. Tutkimustuloksien todettiin olevan monimuotoisia ja ne linkittyivät yhteen muodostaen toisistaan riippuvaisen kokonaisuuden. Tämä oli huomioitava suunnitelman laadinnassa, jotta sen avulla saavutettiin toivottava vaikuttavuus tehtäväkuvan kehittämisessä.

Kehittämissuunnitelman pohjaksi valittiin Järvisen (2000, 158–169) kehittämissuunnitelman perusmalli. Sitä pidettiin selkeänä, yksinkertaisena sekä käytännönläheisenä, ja helposti muokattavana tähän suunnittelutyöhön sopivaksi. Prosessissa Järvinen on kuvannut suunnitelmallisen tavan jo olemassa olevien menetelmien ja toimintatapojen kehittämisestä, tukemisesta sekä uudistamista. Prosessin tarkoituksena ei ole luoda lopullista toimintatapaa, vaan uudistaminen on osa organisaatiossa tapahtuvaa jatkuvaa toimintaa. (Järvinen 2000, 152–157.) Mallin pohjalta kehittämissuunnitelmalle tehtiin lomake. Kehittämissuunnitelmaan liitettiin jo aiemmin mainittu analyysin raportti helpottamaan kehittämiskohteen tarkastelua kehittämissuunnitelman laatimisen ja lukemisen tueksi. Analyysin raportti ja kehittämissuunnitelman lomake laitettiin nähtäville ja kommentoitaviksi toimeksiantajalle ja palveluesimiehelle Google Drive-palveluun. Kehittämissuunnitelma työstettiin yhdessä Google Drivessä, Google Meet -palavereiden aikana.

Kehittämissuunnitelmaan (Liite 3.) nimettiin tutkimustuloksista kehittämiskohteita. Kehittämiskohteita olivat työhyvinvoinnin, resursoinnin, yhteisten käytäntöjen, henkilökohtaisen osaamisen, työergonomian ja tukitoimintojen edistämisen tavoitteita ja toimenpiteitä. Niille kirjattiin hoidon tarpeen arvioinnin laatua ja työntekijöiden työhyvinvointia edistävät tavoitteet. Kehittämistyön todettiin vaativan työyhteisöltä ja esimiehiltä pitkäjänteistä ja suunnitelmallista toimintaa. Suunnittelussa käytetyllä lomakkeella jokaiselle kehittämiskohteelle määriteltiin tavoite,

tunnistettiin niihin kiinnittyvä olemassa oleva toimintaprosessi, suunniteltiin toimenpiteet, nimettiin vastuuhenkilö, suunniteltiin toteutusaika ja seuranta-ajankohta. Suunnitelma laadittiin seuraavaksi kahdeksi vuodeksi. Kehittämiskohtien toiminnan suunnittelu sovittiin jatkuvan yhdessä palveluesimiehen ja toimeksiantajan kanssa.

Seuraavaksi toimeksiantaja valitsi raportista palveluesimiehen kanssa kaksi kehittämisen pääkohtaa, joista toinen on esitelty alla olevassa taulukossa 2. (Taulukko 2.). Valituilla kohdilla mahdollistettiin puhelimitse tapahtuvan hoidon tarpeen arvioinnin tehtäväkuvan kehittämisen käynnistyminen välittömästi ja luotiin perusta kehittämistyön etenemiselle. Opinnäytetyön tekijät laativat toimeksiantajalle valituista kehittämisen pääkohdista tarkennetun strategiasuunnitelman (Liite 4.). Kehittämissuunnitelma laadittiin sellaiseksi, että se voitiin liittää osaksi organisaation toimintasuunnitelmaa ja vuosikelloa. Kehittämistyö työyksikössä tuli jatkumaan toimeksiantajan ja palveluesimiehen johtamana.

Taulukko 2. Strategiset pääkohdat 2.

<p>Strateginen painotus: Puhelimitse tapahtuvan hoidon tarpeen arvioinnin kehittäminen, osa 2/2</p>
<p>Osaamisen vahvistaminen Tavoitteet: Osaamisen vahvistaminen työntekijäkohtaisesti tavoitteisiin nähden Ammattietiikan vahvistaminen</p>
<p>Olemassa olevat prosessit: Kehityskeskustelut, arjen vuorovaikutus</p>
<p>Toimenpiteet: Hoitajapalavereissa avataan kehityskeskustelun merkitystä ja tarkoitusta, oman osaamisen tunnistaminen ja osaamisen tarpeet Keskusteluiden kautta hoitajien palavereissa. Sallivan ilmapiirin luominen. Jaettu kokemustieto, ns. hiljainen tieto yhteiseen käytäntöön</p>
<p>Vastuutaho: Työntekijät ja Lähiesimiehet, Palveluesimies</p>
<p>Aika: Uusien käytäntöjen luominen alkaa heti, vuorovaikutuskulttuuriin muuttaminen on suunnitelmallista ja pitkäjänteistä työtä</p>
<p>Tulosten tarkastelu: Vuosittain kehityskeskusteluissa ja tarvittaessa henkilökohtaisen osaamis- ja kehittämistarpeiden läpikäyminen Seurataan hoitajapalavereiden toteutumista toimenpide-ehdotuksen mukaisesti, aluksi kolmen kuukauden välein</p>

6 POHDINTA

6.1 Tulosten tarkastelua aikaisemman tiedon valossa

Tutkimuksesta nousi kehittämistyön pohjalle kuusi teemaa, jotka olivat työhyvinvointi, resursointi, yhteiset käytännöt, henkilökohtainen osaaminen, työergonomia ja tukitoiminnot. Puhelimitse tapahtuva hoidon tarpeen arviointi näyttäytyi tutkimuksessa monimuotoisena ilmiönä. Kokemus työhyvinvoinnista nousi vahvana esiin tutkimuksessa. Psykososiaalista kuormitusta koettiin potilaiden selviytymisestä ja hoidon tarpeen arvioinnissa tehdyistä päätöksistä. Tätä tulosta tukivat myös Holmströmin ja Dall’Alban (2002, 144–146) ja Erikssonin, Ekin, Janssonin, Sjöströmin ja Larssonin (2019, 844–845) tekemät tutkimukset. Hoitajan työhön oman vaikeutensa toi hoitajan roolin kaksijakoisuus siinä, että toisaalta joutui ottamaan huomioon potilaan hoidon tarve, mutta samalla joutui huolehtimaan siitä, etteivät terveyskeskuksen tarjottavat ajat lopu kesken, eli toimiminen niin kutsutussa portinvartijan roolissa. Kokemus portinvartijan ristiriitaisesta roolista on yhteneväinen Ledinin, Olsenin ja Josefssonin (2011, 16) sekä Holmströmin ja Dall’Alban (2002, 146–147) tekemien tutkimusten mukaisesti. Holmström ja Höglund (2007, 1870) sekä Ledin ym. (2011, 17) toteavat tutkimuksissaan, että organisaation tulisi tarjota työntekijöille mahdollisuuksia eettisen osaamisen kehittämiseen sekä työyhteisössä eteen tulleiden ongelmatilanteiden purkuun työyhteisön kesken. Ledinin ym. (2017, 17) mukaan näillä toimilla lisätään potilasturvallisuutta.

Tulosten mukaan potilastyötä tehtiin terveyskeskuksessa intensiivisesti ja ennalta suunnitellun aikataulun mukaisesti. Aikaa ei jäänyt puhelimitse tapahtuvaan hoidon tarpeen arviointiin liittyvien muutosten käsittelylle, esimerkiksi ajanvarauskirjoihin lisätyt ylimääräiset potilasvastaanotot. Päivän työsuunnitelma eli tilanteiden ja tarpeiden mukaan kuitenkin niin, että hoitaja työskenteli koko työpäivän potilastyössä. Ruoka- ja kahvitauot mahdollistivat hetkeksi irtaantumisen työasioista. Tauot olivat tärkeitä työntekijän jaksamisen ja työpaikan yhteisöllisyyden säilymisen kannalta. Organisaation työkuulttuuriin ei kuulunut hoitajien yhteistä palaveria, jossa olisi ollut mahdollista yhdessä reflektoida hoitotyötä. Voitiin pohtia, että esimerkiksi hoidon tarpeen arviointiin kuuluva päätöksenteonprosessin viimeinen vaihe, jossa arvioidaan tuloksia, tuki reflektion kautta hoitajien kompe-

tenssin vahvistumista. Salassapitovelvollisuuden sitoessa työntekijöitä, oli huomioitava missä ja milloin potilas- ja työasioista keskustellaan. Tautot eivät ole soveliaita tähän. Tulosten mukaan työnantajan tuli huomioida työn kuormittavuus ja kehittää organisaatiokulttuuria kohti keskustelevampaa ja yhteisöllisempää tapaa toimia, jolla edistettäisiin hoitajien työhyvinvointia ja työilmapiiriä.

Tutkimuksissa (Eriksson 2019, 846; Orava 2012, 228; Ström 2009, 50) on tuotu esiin puhelintyön monisyinen psykososiaalinen kuormittavuus hoitajalle. Strömin (2009, 50) tutkimuksen mukaan hoitaja yhdistää itsensä ammattirooliin ja käyttää omaa persoonaansa työkaluna. Ammattiroolin ja oman persoonan yhdistyminen vaati hoitajilta kykyä työskennellä eettisesti kuormittavissa tilanteissa empaattisesti ja kuitenkin samalla tehden ammattitaitoisesti potilastyötä. Lisäksi potilaslähtöisesti työskennellessä potilaiden omat ajatukset ja näkökulmat hoitoa järjestettäessä tuli ottaa huomioon, vaikka näkemys eroaisi hoitajan omasta näkemyksestä.

Vaikka puhelintyö koettiin yksinäiseksi, se linkittyy ja ohjaa koko työyhteisön toimintaa. Sen rooli on merkittävä toiminnan ja resurssien käyttöä ohjaavana tehtäväkuvana. Rajamäen ja Mikkolan (2017, 257–258) tutkimuksessa nousee esille, että yhteisillä tauoilla ja taukotoilla mahdollistetaan avoimen dialogin syntymistä sekä kavennetaan henkilökunnassa olevien eri ammattiryhmien välisiä eroja. Näillä mahdollistetaan myös yhteisöllisyyden syntymistä ja sen kokemusta. Yhteisten palavereiden käyttäminen tiedottamiseen taas vähensi työyhteisöön kuulumisen tunnetta. (Rajamäki & Mikkola 2017, 257–259.) Korhonen (2010, 53) sekä Manka ja Manka (2016) näkevät myös kollegoiden väliset epäviralliset keskustelut tärkeinä, sillä juuri näissä tilanteissa siirretään kokemustietoa eteenpäin.

Tämän opinnäytetyön esiin nostama kokemus työhyvinvointia koettelevasta puhelimitse tapahtuvasta hoidon tarpeen arvioinnista vahvisti sitä, että hyvinvoinnin kehittämistarpeisiin tuli vastata. Työhyvinvoinnilla on todettu olevan merkittävä vaikutus organisaatioon ja sen menestykseen. Usein puhutaankin työhyvinvointiin investoinnista. Hyvinvoivan työyhteisön myönteisiä vaikutuksia yrityksen tulostilanteihin ovat muun muassa tuottavuuden ja asiakastyytyväisyyden lisääntyminen, työntekijöiden vaihtuvuuden vähentyminen, sekä sairauspoissaolojen ja tapaturmien väheneminen. (Työhyvinvointi s.a.) Työntekijän kokemus työhyvin-

voinnista ja sen merkityksestä organisaatiolle ja työyhteisölle oli tässä kehittämissä hyvinvointiosaamisen johtamisen -koulutuksen näkökulmasta katsottuna merkittävä kehittämisen kohde. Tämän opinnäytetyön esiin nostama kokemus työhyvinvoinnista vahvisti sitä, että työhyvinvoinnin kehittämistarpeisiin tuli vastata hyvinvoivan organisaation turvaamiseksi.

Tutkimuksessa nousi esiin, että puhelimitse tapahtuvan hoidon tarpeen arvioinnin koettiin vaativan osaamista ja monipuolista lisäkoulutusta. Tarjolla olevan koulutuksen vähäisyys nousi esille. Tämä käy ilmi myös Nikulan ym. (2013, 11) sekä Tarkiainen ym. (2012, 110) tutkimuksissa. Osaamisen monipuolisella vahvistamisella arvioitiin olevan myönteisiä vaikutuksia niin hoitajan kompetenssiin kuin puhelimitse tapahtuvan hoidon tarpeen arvioinnin laatuun ja sitä kautta potilastyytyväisyyteen. Tätä tulosta tukee tutkimukset, joissa todetaan niin ikään koulutuksen merkitys hoitajan osaamisen vahvistamiselle (Tarkiainen ym. 2012, 105, 112; Nikula ym. 2013, 10; Orava ym. 2012, 228). Henkilökunnan tiedolla ja taidolla on todettu myös olevan merkitystä siihen, että puhelinpalvelua tehdään laadukkaasti (Hyryn Kangas-Järvenpää 2007, 430; Kontio ym. 2006, 78; Nikula ym. 2013, 10; Orava ym. 2012, 228).

Tässä opinnäytetyössä esiin nousseita tuloksia kokemuksen ja koulutuksen merkityksestä laadukkaaseen puhelimitse tapahtuvan hoidon tarpeen arvioinnin tekemiseen tukevat Holmströmin ja Dall'Alban sekä Peltosen tutkimukset. Holmström ja Dall'Alba (2002, 142–143) sekä Peltonen (2009, 105) toteavat tutkimuksissaan, että hoitajien perustutkintoon johtavassa koulutuksessa ei opeteta puhelimitse tehtävää hoidon tarpeen arviointia. Peltonen kirjoittaa hallinnon edustajien näkevän tarpeen tämän kompetenssin lisäämisestä peruskoulutukseen (Peltonen 2009, 105). Gerdtz ja Bucknall (2001, 26) toteavat tutkimuksessaan, että hoitajat tekevät päivittäin potilaan hoitoa koskevia vaativia päätöksiä ja tästä johtuen tulisi koulutusohjelmien sisältöihin kiinnittää huomiota. Päätöksenteon tueksi Sarajärven ja Rehnin (2010, 50) mukaan hoitajia tulisi ohjata enemmän käyttämään tieteellisesti tutkittua tietoa.

Tuloksista nousi esiin huoli vastavalmistuneiden hoitajien kompetenssin riittäväydestä puhelintyöhön. Tarkiainen ym. raportoivat tutkimuksen tuovan esille, että hoitajat, joilla työkokemusta on viisi tai alle viisi vuotta, pitävät tietojaan ja taito-

jaan puhelinneuvonnassa parempana kuin yli viisi vuotta työskennelleet. Tutkimuksessa pohditaan, onko koulutuksessa annettu enemmän tietopohjaa puhelintyötä varten (Tarkiainen ym. 2012, 111–112). Kajander-Unkurin (2015, 68) väitöskirja ottaa esiin kokemuksen tuoman osaamisen merkityksen. Vastavalmistuneet hoitajat arvioivat oman ammatillisen kompetenssinsa suuremmaksi, kuin heidän työelämän ohjaajansa arvioivat sen olevan. (Kajander-Unkuri 2015, 68.) Toisaalta Varley ym. (2016, 17–19) ovat tulleet tutkimuksessaan siihen tulokseen, että kokeneet hoitajat (Nurse practitioners) ja ne hoitajat, jotka kokevat olevansa valmiita tehtävään, ohjaavat vähemmän potilaita vastaanotolle tilanteen kartoitusta varten kuin vastaavasti heidän kokemattomammat kollegansa.

Manka ja Manka (2016) sekä Kamensky (2015) kirjoittavat osaamisen kehittämisen pitkällä tähtäimellä olevan organisaatiolle tärkeää. Osaaminen on Kamenskyn (2015) mukaan yksi organisaation peruspilareista. Henkilöstön systemaattinen ja jatkuva osaamisen kehittäminen on perustuttava suunnitelmalliseen strategiaan. (Kamensky 2015.) Tämän opinnäytetyön tutkimuksesta nousi esiin hoitajien tarve monipuoliselle koulutukselle ja henkilökohtaisen osaamisen vahvistamiselle. Opinnäytetyön tekijät pohtivat, että osaaminen oli työntekijän tärkein pääomana, jonka hän sijoitti organisaation käyttöön. Osaava ja taitava työntekijä oli organisaation toiminnan perusta. Mahdollisuus henkilökohtaisen osaamisen vahvistamiseen nykyajan muuttuvassa toimintaympäristössä ja tietotulvassa olivat työnantajan valttikortti, jolla organisaatio ylläpiti työn imua ja säilytti kilpailukykyä. Työntekijän näkökulmasta oman osaamisen tunnistaminen ja sen vahvistaminen lisäsivät työhyvinvoinnin kokemusta. Hyvinvoiva työntekijä sitoutui työhön ja organisaatioon sekä edisti ja loi osaltaan työyhteisöön tyytyväistä ja myönteistä tunneilmapiiriä. Tämän pohdinnan kautta nähtiin kehittämissuunnitelmaan nousseiden teemojen keskinäinen riippuvaisuussuhde.

Tuloksista nousi esiin tarve laatia terveyskeskukseen yhteiset käytännöt ja toimintatavat. Näiden ajateltiin yhtenäistävän puhelimitse tehtävää hoidon tarpeen arviointia. Yhteisten prosessien nähtiin muun muassa tuovan potilaille tasalaa-tuista hoidon tarpeen arviointia ja hoidon jatkuvuutta turvaavia käytänteitä. Peltonen (2009, 186) on todennut väitöskirjassaan, että itsenäinen vastaanottotyö vaatii terveydenhuollon eri ammattiryhmien välistä yhteistyötä, palveluiden sisältöjen yhtenäistämistä sekä työnjaon selkeyttämistä. Pohjois-Iranilaisessa tutkimuksessa havaittu tulos yhteistyön parantumisesta eri ammattiryhmien välistä

työnjakoa selkiyttämällä tukee Peltosen tekemää havaintoa (Hosseinabadi, Etemadinezhad, Khanjani, Ahmadi & Gholinia 2018, 107). Nikula ym. (2014, 11) toteavat myös tutkimuksessaan, että organisaatioiden tulisi panostaa yhteisesti luotuihin käytäntöihin laadukkaan puhelintyön onnistumisen takaamiseksi.

Yhteisillä toimintatavoilla ja ohjeistuksilla katsottiin kehitettävän työyhteisössä muun muassa tutkittuun eli näyttöön perustuvaa toimintaa. Näyttöön perustuvalla toiminnalla pyrittiin antamaan potilaalle turvallista ja tasalaatuista hoitoa. Hoitajat kohtasivat puhelimesta hyvin erilaisia potilaita sekä erilaisia ongelmia tai vaivoja. Tämän vuoksi oli tärkeää, että organisaatiossa oli käytössä yhteisiä ja näyttöön perustuvia toimintatapoja. Tiedon tuli olla helposti saatavilla ja ohjeiden muuttuessa niiden päivittäminen tarvittaessa oli tärkeää. Uuden tiedon implementoinnissa oli huomioitava sen tuomat haasteet ja tarjottava ohjausta kaikille työntekijöille. Uutta tietoa työelämään tuotaessa oli myös huomioitava, että tieto tavoitti kaikki, ja että se tuli käyttöön kaikille hoitajille. Tätä pohdintaa tuki myös opinnäytetyön tutkimuksessa esiin noussut ehdotus uusien ohjeiden jalkauttamisesta kaikille hoitajille sekä yhteisten mallien luomisesta puhelintyön tueksi. Yhdenmukaisilla prosesseilla taataan hoidon tasalaatuisuus ilman, että hoitajan kompetenssi vaikuttaa hoidon tarpeen arvioinnin laatuun (Briggs 2016, 39). Yhteisten mallien ja toimintatapojen luominen vaati terveyskeskukselta resurssien käyttöä kehittämistyöhön. Panostuksella nähtiin kuitenkin pitkäkestoisia positiivisia vaikutuksia niin potilaiden kuin hoitajienkin kannalta. Voitiinkin pohtia, että johdonmukaisella kehittämistyöllä Rovaniemen terveyskeskuksessa voitiin tukea hoitajien kompetenssia ja sitä kautta lisätä puhelimitse tapahtuvan hoidon tarpeen arvioinnin laatua ja potilasturvallisuutta.

Tutkimuksessa nousi esiin, että työergonomialla ja tilaratkaisuilla oli vaikutusta puhelintyön tekemiseen. Nikula ym. (2014, 11) tekemässä tutkimuksessa ilmenee, että tilaratkaisuja pidettiin riittämättöminä perusterveydenhuollon puhelintyötä tekevien mielestä. Lahtinen ym. (2016, 75) tutkimuksessa monitilaratkaisuilla on myönteisiä vaikutuksia vuorovaikutuksen ja yhteisöllisyyden lisääntymiseen, tilat ovat myös viihtyisämpiä. Ongelmaksi näissä tiloissa nousevat työrauhan heikkeneminen, jolloin keskittymiskykyyn vaikuttaa häiritsevästi muiden työntekijöiden puhe ja samassa tilassa liikkuminen. (Lahtinen ym. 2016, 75.)

Pohdinnan arvoista oli myös se, että puhelintyö vaati ominaispiirteidensä vuoksi työtiloilta enemmän kuin niin sanotusti tavallinen toimistotyö. Toimivilla työergonomisilla ratkaisuilla nähtiin tuettavan hoitajien mahdollisuutta keskittyä puheleluun ja luontevan vuorovaikutustilanteen luomiseen potilaan kanssa. Näin tukitoiminnoilla voitiin edistää ja turvata tehtäväkuvan laatua. Tukitoimintojen toimiessa moitteettomasti työ koettiin helposti sujuvaksi ja se lisäsi työtyytyväisyyttä ja näin ollen työtiloilla ja -ergonomialla voitiin nähdä myös yhteys työhyvinvointiin työsäjäksamista tukevin ratkaisuin.

Tutkimuksessa tuli esille tukitoimintojen, esimerkiksi digitaalisten palveluiden kasvava tarve puhelintyön rinnalle. Näillä nähtiin mahdollisuus lisätä palvelutarjontaa potilaille. Ongelmallisiksi koettiin toimimattomien potilastietojärjestelmien ja puhelinjärjestelmän ajoittaiset häiriöt. Yleisesti koettiin, että työskentelyä helpotti uudistettu ja toimiva puhelinjärjestelmä. Siinä nähtiin kuitenkin käytön tehostamisen tarpeita. Lahtisen ym. (2016, 75) tutkimuksen mukaan mobiilia työskentelyä ja virtuaalista vuorovaikutusta heikentää tietojärjestelmien toimimattomuus. Jauhaisen ym. (2020, 100–102) tutkimus tukee opinnäytetyöstä saatua tulosta digitaalisten palveluiden lisääntyvällä tarpeella. Erilaisten digitaalisten palveluiden lisääminen vaatii henkilökunnalta uudenlaista erityisosaamista, kuten tietoturva-kysymyksien hallintaa, teknisten laitteiden ja erilaisten alustojen käyttöä sekä niiden käytön ohjaamista potilaille. Jauhaisen ym. tutkimuksessa todetaan, että digitaalisten palveluprossien suunnittelu ja niiden kehittäminen vaativat entistä enemmän erikoistumista sosiaali- ja terveydenhuollon organisaatioissa. (Jauhainen ym. 2020, 100–102.) Toisaalta Kunnari ja Koivula (2018, 331) toteavat tutkimuksessaan, että perusterveydenhuollossa sähköisellä asiointilla tuettaisiin perinteistä vastaanottomallia. Digitaalisia palveluita kehittäessä on huomioitava potilaiden kokemukset vuorovaikutuksesta ja siitä, että sähköisellä asiointilla ei voida korvata henkilökohtaista vastaanottokäyntiä. (Kunnari ja Koivula 2018, 331.)

Opinnäytetyön tekijät pohtivat, että digitaalisilla palveluilla mahdollistettiin potilaalle sopiva kanava, sekä aika ja paikka asioida terveydenhuollon palveluissa. Lisäksi digitaalisilla palveluilla olisi mahdollista lisätä yksilöllistä ja potilaslähtöistä omahoidon tukea. Myös terveydenhuollon palveluiden saatavuutta voitaisiin parantaa lisäämällä digitaalisia palveluita. Covid-19-viruksen aiheuttama pandemia

lisäsi huomattavasti digitaalisen asioinnin tarvetta ja arvostusta. Samalla huomattiin, että näitä palveluita tuli järjestelmällisesti kehittää ja ottaa käyttöön. Digitaalisia palveluita kehitettäessä, oli terveydenhuollon organisaatioissa huomioitava myös henkilökunnan e-osaamistarpeet ja niihin vastaaminen.

Opinnäytetyön tutkimuksessa nousi esiin resursoinnin tarve tiiviissä yhteydessä kaikkiin muihin pääteemoihin liittyen. Voidaan pohtia, että palvelun laadun kehittäminen vaatii monipuolista resursointia palvelua järjestävältä organisaatiolta. Tämän opinnäytetyön tulosta resursoinnin keskeisestä osasta laadun kehittämisessä vahvistaa Nikula ym. (2013,11) tekemä tutkimus, jossa todetaan, että laadukasta vuorovaikutteista asiakastyötä ei saavuteta ja kehitetä ilman panostusta riittävään henkilöstömäärään, koulutukseen, työtiloihin sekä muihin puhelintyötä tukeviin toimintoihin.

6.2 Opinnäytetyön prosessi

Opinnäytetyön aihe päätettiin varhaisessa vaiheessa opintoja opinnäytetyön tekijöiden työelämäkokemuksen ja oman kiinnostuksen pohjalta. Toimeksiantajan kanssa aihe rajattiin yhteisymmärryksessä koskemaan puhelimitse tapahtuvaa hoidon tarpeen arviointia. Toimeksiantaja oli lupautunut toimimaan samalla työelämänohjaajana ja hänen asiantuntemuksensa auttoi aiheen jäsentelyssä ja rajaamisessa.

Opinnäytetyön toiminnallisen osuuden toteuttaminen vaati etenemisen aikana toistuvia muutoksia suunnitelmiin ja niihin sopeutumista covid-19-viruksen aiheuttaman tilanteen vuoksi. Alkuperäisessä suunnitelmassa kehittämissuunnitelman tekeminen olisi aloitettu alkukesästä 2020, mutta aivoriihet saatiin toteutettua vasta toukokuun 2020 aikana. Kehittämissuunnitelman teko siirtyi lopulta lokakuulle 2020 ja lopullinen toteuttamistapa muuttui vielä kesken kehittämissuunnitelman tekovaihetta. Alkuperäisen suunnitelman mukaan kehittämissuunnitelma oli tarkoitus tehdä osallistavilla menetelmillä lähiesimiesten kanssa yhdelle hoitajien kolmesta tärkeimmäksi arvottamasta kehittämisskohteesta. Tämän vuoksi aivoriihissä pyydettiin hoitajia valitsemaan kolme mielestään tärkeintä kehittämisehdotusta. Aikataulujen yhteensovittaminen ja työkiireet sekä opinnäytetyön aiheuttama aikapaine johtivat siihen, että kehittämissuunnitelman laatiminen

muuttui useaan otteeseen. Prosessin edetessä ja tilanteiden muuttuessa toistuvasti kentällä, opinnäytetyön toteutusta muokattiin tarpeen vaatiessa peilaamalla sitä työelämän sen hetkisiin vaatimuksiin.

Kehittämistyön toteuttaminen osallistavan johtamisen menetelmillä yhdessä lähiesimiesten kanssa ei ollut mahdollista covid-19-viruksen työpaikalle tuomien muutosten ja kuormituksen vuoksi. Opinnäytetyön tekijät tarkastelivat omia tavoitteitaan henkilöstöjohtamisen osaamisen suhteen tullen siihen tulokseen, että tavoitteisiin ei voitu pyrkiä alkuperäisen suunnitelman mukaan. Opinnäytetyön toiminnallisen osuuden toteuttamisessa käytettiin strategisen johtamisen menetelmiä päätöstenteeissa ja kehittämissuunnitelman laatimisessa. Henkilökohtaiset tavoitteet johtamisen näkökulmaan eivät toteutuneet odotetulla tavalla ja tämän vuoksi johtamisen näkökulmaa ei tässä opinnäytetyössä ole avattu enempää.

Toimijoiden vaihtuminen ja toteuttamissuunnitelman muuttuminen toivat lisähaasteita viestintään ja sitä kautta myös yhteistyöhön ja opinnäytetyön aikataulutukseen. Toimijoiden vaihtuessa oli huolehdittava, että kaikilla prosessiin osallistuvilla oli uusin tieto käytettävissä. Opinnäytetyön prosessin aikana huomattiin tiedottamisen olevan erittäin keskeinen osa johtamista. Tiedottamisessa korostui se, että eri ammattiryhmien osallistuessa yhtä aikaa prosessiin, oli tiedottamisen oltava tarkkaa ja selkeää. Oppimiskokemuksena opinnäytetyöntekijät havaitsivat tässä kehittämistarpeita. Tiedottamis- ja yhteistyökanavia jouduttiin pohtimaan covid-19-viruksen aiheuttamien rajoitusten vuoksi, ja se rajasikin opinnäytetyön tekijät toimimaan prosessin ajan työyhteisön ulkopuolelta. Pandemian alaisuudessa toimineesta työyhteisöstä, keskijohdossa tapahtuneista muutoksista ja käytetyistä etäyhteyksistä huolimatta vuorovaikutus toimi ja luottamus saatiin muodostettua vahvaksi toimijoiden välille. Opinnäytetyön tekijät kantoivat vastuun kehittämistyön etenemisestä viemällä prosessia koko ajan määrätietoisesti eteenpäin ja täyttämällä annetun toimeksiannon. Kamenskyn (2015) mukaan vuorovaikutus on merkittävässä roolissa verkostojen sisällä onnistuneesti sujuneissa viestintätilanteissa.

Lähiesimiesten ja keskijohdon päivittäisjohtamiseen kuluva aika poikkeustilanteen aiheuttaman lisätyömäärän vuoksi heikensi mahdollisesti heidän sitoutumistaan kehittämistyöhön. Ruotsissa terveysalalle toteutetussa raportissa tuotiin

esille, että lähiesimiehillä ei ollut aikaa toteuttaa strategista suunnittelua ja innovointia työssään, sillä työaika kului päivittäisjohtamiseen (Visa vägen i vården 2017, 76–77, 100). Toimeksiantaja edusti organisaatiossa ylintä johtoa, ja hän antoi täyden tukensa opinnäytetyön tekemiseen kaikissa sen vaiheissa. Hän tiedotti keskijohtoa opinnäytetyöstä ja kertoi antaneensa kehittämistyön tekemiseen toimeksiannon. Strategisessa johtamisessa nähdään organisaation ylimmällä johdolla olevan erittäin keskeinen rooli kehittämistyön menestymisessä (Kamensky 2015) ja se näkyy mahdollistamalla kehittämistyötä esimerkiksi lisäämällä tarvittavia resursseja (Visa vägen i vården 2017, 78). Keskiportaalla oli kehittämistyön tekemisessä niin ikään merkittävä rooli. He tunsivat operatiivisen toiminnan ja tekivät ylimmän johdon sekä työntekijöiden kanssa yhteistyötä. (Einola & Kohtamäki 2015, 15.)

Myös opinnäytetyön tekijät joutuivat muutamaan omaan toimintaansa ja suunnitelmiaan tämän opinnäytetyönprosessin aikana. Tehtävistä päätöksistä opinnäytetyön tekijät kävivät avointa keskustelua ja yhteisymmärryksessä päivitettiin toimintatavat muutoksiin sopiviksi. Covid-19-viruksen aiheuttaman pandemian myötä astui voimaan poikkeuslaki ja yli kymmenen hengen tapaamiset kiellettiin. Opinnäytetyön tekijät päättivät pohdinnan jälkeen edetä aivoriihimenetelmää käyttäen ja etäyhteysmahdollisuuksia hyödyntäen. Aivoriihimenetelmällä koettiin saatavan syvempää tietoa osallistujilta, mikä koettiin tärkeäksi kehittämistyön kannalta. Aivoriihissä keskustelu sujui hyvin ja Flingan käyttö koettiin helpoksi. Etäyhteyksistä johtuen jäätiin kaipaamaan kasvokkain tapahtuvaa vuorovaikutusta, jossa eleet ja ilmeet tuovat sanatonta viestiä ja rytmittävät puhetta. Tämän vuoksi oli syytä pohtia, jäikö aivoriihien anti suppeammaksi kuin mitä se tavanomaisessa ryhmätyöskentelyssä olisi ollut. Tämän kaltaisia haasteitahan kohdatiin myös puhelimitse tapahtuvan hoidon tarpeen arvioinnin aikana. Opinnäytetyön tekijät olisivat toivoneet voivansa toteuttaa kehittämistyön tekemisen loppuun asti osallistavan johtamisen menetelmillä. Tärkeämmäksi kuitenkin koettiin, että tutkimusprosessin tuotoksena saatiin tehtyä kerätyn tiedon pohjalta kehittämissuunnitelma, joka toteutuu ja on siten käyttökelpoinen työyhteisölle. Kehittämistyön johtamisen näkökulmaksi muovautui strateginen johtaminen.

Haastavimmaksi koettiin itsensä johtaminen muuttuneessa toimintaympäristössä ja yhteiskunnassa, mitkä vaativat määrätietoista toimintaa ja työskentelyä. Tiimi-

työskentelyssä opinnäytetyöntekijöiden henkilökohtaiset elämäntilanteet aiheuttivat myös prosessin aikana haasteita. Opinnäytetyö tehtiin hyvässä yhteishengessä avoimen dialogin kautta. Tekijöiden erilaiset tavat käsitellä ja muokata tietoa, täydensivät toisiaan opinnäytetyön prosessin aikana ihan viimeiseen pisteeseen asti. Työelämänohjaajalta saatiin asiantuntevaa ja arvokasta ohjausta koko opinnäytetyön prosessin ajan.

Prosessin edetessä opinnäytetyön kokonaisuus hahmottui ja sen vaiheet sekä käytettävä tietoperusta nivoutuivat yhteen. Tieteellisen tutkimuksen osuus koettiin haastavimmaksi vaiheeksi opinnäytetyön tekemisessä ja sen suhteen koettiin toiminnan olleen itseohjautuvaa. Tämän suhteen odotukset ohjauksesta ja sen toteutuminen eivät kohdanneet. Oppimiskokemuksena havaittiin tiedon hankkimisen olevan vaivatonta, mutta tiedon jäsenteleminen ja rajaaminen koettiin haastavana. Kaikkien näiden elementtien vuoksi ajoittain oli tunne opinnäytetyön takaperoisesta etenemisestä. Asiasta oleva tietoperusta oli jo opinnäytetyöntekijöillä työn kautta tuttu, mutta prosessin aikana tietoperusta aiheesta syveni merkittävästi. Puhelimitse tehtävän hoidon tarpeen arvioinnin yhdistäminen laajempaan kokonaisuuteen, erityisosaamista vaativana työtehtävänä, avautui monella eri tasolla. Tehtyjen tutkimusten vähyys Suomessa yllätti, koska tehtäväkuvaa oli toteutettu hoitajien toimesta jo noin 15 vuotta. Opinnäytetyön tutkimustulosten laajuus ja syvyys yllätti opinnäytetyöntekijät. Tutkimuksen avulla opinnäytetyön tekijöille avautui, kuinka laadukkaasti toteutettu työ vaatii järjestävältä organisatiolta monipuolista panostamista johtamiseen, työn tekemiseen ja sen kehittämiseen.

6.3 Eettisyyden ja luotettavuuden lähtökohdat

Opinnäytetyöksi tuotetussa työelämän kehittämistehtävässä noudatettiin tutkimusetiikan periaatteita. Eettisyyttä tulee tarkastella koko opinnäytetyön prosessin aikana erilaisista näkökulmista, kuten tutkijoiden, kollegoiden, toimeksiantajien, tutkimusaiheen ja tutkimusprosessin näkökulmista. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 211.) Tämän opinnäytetyön kaikissa työvaiheissa noudatettiin tieteenalojen yleisesti hyväksytyjä periaatteita Tutkimuseettisen neuvottelukunnan mukaan (Hyvä tieteellinen käytäntö (HTK) s.a.) alla olevan mukaisesti. Tieteellistä rehellisyyttä noudatettiin, kerättyä aineistoa ei muunneltu eikä analyysiä tehty puolueellisesti tai värittäen vastauksia. Opinnäytetyön raportissa kuvattiin

avoimesti koko opinnäytetyöprosessi. Opinnäytetyön tekijät työskentelivät yhdessä koko prosessin ajan käyden vuoropuhelua tehdyistä päätöksistä ja valinnoista peilaten niitä yleisesti hyväksytyihin eettisiin käytäntöihin. Muiden tutkijoiden työt ja saavutukset huomioitiin työssä asianmukaisesti niille kuuluvan arvon ja merkityksen mukaan.

Aiheeseen perehdyttiin huolellisesti hakemalla ja lukemalla kotimaisia sekä ulkomaisia painettuja lähteitä, tutkimuksia, väitöskirjoja, erilaisia artikkeleja ammattijulkaisuista, sekä lukemalla muita ylemmän ammattikorkeakoulu -tutkinnon opinnäytetöitä sekä yliopistojen pro gradu -tutkimuksia. Hakuja aiheeseen tehtiin käyttäen Lapin ammattikorkeakoulun tarjoamia Finna-tiedonhakupalvelua ja tietokantoja, esimerkiksi Terveysportti, Cinahl ja Arto. Lisäksi tiedonhaussa käytettiin Google Scholar -tiedonhakupalvelua. Tietolähteiden haku ja rajaaminen tehtiin lähdekriittisesti koulusta ja kirjallisuudesta saatujen ohjeiden perusteella. Opinnäytetyön kirjoittamisessa ei ole käytetty suoria lainauksia ja käytettyihin lähteisiin on viitattu asianmukaisesti tieteellisen tekstin vaatimalla tavalla. Vilkan (2015, 41–42) mukaan eettisesti kestävä tiedonhankinta- ja tutkimusmenetelmät ovat osa hyvää tieteellistä käytäntöä.

Lähtökohtana eettiselle työskentelylle voidaan pitää tutkijoiden omaa aitoa kiinnostusta tutkittavaan aiheeseen ja uuden tiedon tuottamiseen (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 211). Opinnäytetyön tekijöiden työnkuvaan kuului puhelimitse tehtävä hoidon tarpeen arviointi ja tämän käytännön kokemuksen kautta kiinnostuksen kohteeksi nousivat tämän työnkuvan tekemisen haasteet ja kehittämistarpeet. Työn haasteet ja kehittämistarpeet nousivat käytännön kokemuksen kautta kiinnostukseksi aihetta kohtaan. Opinnäytetyön tekijät tiedostivat ammattiroolinsa tuoman mahdollisuuden puolueellisuuteen ja pyrkivät toimimaan puolueettomasti koko opinnäytetyön prosessin ajan. Tekijät havainnoivat ja tarvittaessa puuttuivat mahdollisesti puolueelliseen toimintaansa yhdessä. Toimeksianto aiheelle tuli toisen opinnäytetyön tekijän työpaikalta ja tämän opinnäytetyön tekijän sidonnaisuus organisaation huomioitiin kaikissa opinnäytetyön tekovaiheissa. Eettinen toiminta ei rajoittunut pelkästään opinnäytetyön tekemiseen vaan se huomioitiin ja sen mukaan toimittiin myös työpaikalla. Kirjoitusasussa huomioitiin toimeksiantajan kanssa sovitut asiat.

Tutkimukseen osallistuminen oli vapaaehtoista. Halukkaat ilmoittautuivat lähiesimiehien kautta työvuorosuunnittelun vuoksi. Työyhteisössä tehtävän tutkimuksen yhteydessä on tutkijan mietittävä pakottamisen ja suostuttelun rajaa (Hirsjärvi ym. 1997, 25.) Osallistujille annettiin mahdollisuus tuoda esille vapaasti esille omia ajatuksia rajaamalla pois lähiesimiesten osallistuminen aivoriihiin. Tutkimuksen tarkoitus, tavoite, tiedonkeruumenetelmä ja nauhoituksen tekeminen kerrottiin osallistujille etukäteen. Työyhteisöä tulee tiedottaa tutkimuksesta, sen tarkoituksesta, tavoitteista, tiedonkeräys menetelmistä sekä työntekijöiden roolia kehittämistä edistävässä tutkimuksessa (Ojasalo ym. 2014, 48.)

Flingasta saatu aineisto säilytetään, aineistosta ei nouse esiin osallistujan henkilöllisyys. Tehdyt nauhoitteet hävitetään opinnäytetyön valmistumisen jälkeen, sillä niiden perusteella voitiin tunnistaa puhuja. Nauhoitteista kerätty tieto oli litte-roitu osaksi tutkimusmateriaalia. Materiaalia tulee Mäkisen (2006, 120) mukaan säilyttää vain niiltä osin, joita tarvitaan tutkimuksessa olevien väitteiden ja analyysin perustelujen tueksi. Tutkimukseen osallistuneiden tunnistetiedot tulee poistaa säilytettävästä aineistosta. (Mäkinen 2006, 120.)

Toimeksiantaja koki tutkimustulosten vastaavan hyvin tiedon tarpeeseen työelämän kehittämistä varten. Lisäksi kehittämissuunnitelman suhteen tehty muutos tukee kerätyn tiedon tärkeyttä työelämälle. Toimeksiantaja ei osallistunut tiedonkeruuseen eikä analyysivaiheeseen millään tavalla. Toikon ja Rantasen (2009, 121–122) mukaan kehittämistoiminnassa tulee tarkastella kerätyn tiedon luotettavuuden lisäksi yhtä tärkeänä tutkimuksesta saadun tiedon käytettävyyttä kehittämisessä. Päiväkirjaa pidettiin koko prosessin ajan ja sieltä tarkastettiin tehtyjen päätösten ja työn prosessin perustelua ja kulkua. Raporttiin kirjoitettiin prosessin eteneminen tarkasti kuvaillen päiväkirjamerkintöjen pohjalta. Lisäksi avoin, luottamuksellinen ja tiivis yhteistyö toimeksiantajan kanssa toi lisäarvoa työn luotettavuudelle. Luotettavuutta voidaan tarkastella niin eettisten periaatteiden kautta kuin myös tehtyjen valintojen johdonmukaisuudella sekä raportoinnin yksityiskohteisella kuvaamisella (Tuomi & Sarajärvi 2004, 135–138). Opinnäytetyö esitettiin seminaarissa, jossa työ opponoitiin.

6.4 Tuloksista nousseita päätelmiä ja jatkotutkimusehdotukset

Puhelimitse tapahtuva hoidon tarpeen arviointi kuvattiin monimuotoisena ilmiönä. Sen katsottiin olevan yhteydessä työhyvinvointiin, osaamiseen ja hoitotyön yhteisiin käytänteisiin. Sitä pidettiin myös resursointi- ja työergonomiakysymyksinä ja siihen liitettiin myös tukitoiminnoilta odotuksia. Hoitajat saivat valita kehittämiskohteista omasta mielestään kolme tärkeintä kehittämiskohdetta. Suurin osa hoitajista nosti työhyvinvoinnin tärkeimmäksi kehittämiskohteeksi. Puhelintyö näyttäytyi yksinäisenä työnä. Hoitajien tarve työnohjaukseen ja kokemusten jakamiseen yhdessä kollegojen kanssa vertaistuen saamiseksi nousi esiin vastauksista.

Puutteellinen hoitajien kompetenssi nähtiin uhkana potilasturvallisuudelle. Monipuolisen koulutuksen nähtiin vahvistavan hoitajien osaamista ja lisäävän työhyvinvointia. Hajautettujen työpisteiden ja erilaisten käytänteiden nähtiin hankaloittavan päivittäisen työn tekemistä. Hoitotyön yhteisten käytänteiden luomisella ajateltiin saatavan lisätukea hoitajan päätöksentekoon. Näiden nähtiin mahdollistavan potilaalle hoitajan työkokemuksesta riippumatta tasalaatuista ja oikea-aikaista hoitoa sekä yhtenäistävän toimintaa terveyskeskuksessa ja lisäävän työyhteisössä yhteishenkeä.

Tehokkuuden ja eettisesti ristiriitaisten vaatimusten aiheuttama kuormitus nostettiin esiin useissa vastauksissa. Työn organisoinnilla ja henkilöstöresurssien kehittämällä nähtiin olevan merkitystä tehtäväkuvan selkeyttämiseen ja perehdytyksen laatuun. Hoitajat kokivat, että kuormittavan työn helpottamiseksi tulisi kiinnittää huomiota tilaratkaisuihin ja lisätä työtä helpottavia apuvälineitä. Lisäksi osa hoitajista ehdotti, että palvelujen saatavuutta kehitettäisiin lisäämällä sähköistä asiointia ja jo olemassa olevia puhelin- ja ajanvaruspalveluita. Hoitajien vastaus-ten taustalta nousi esiin usein työhyvinvointi ja tavoite potilaan saaman hoidon tarpeen arvioinnin onnistumisesta ja laadukkuudesta.

Kompleksisena ilmiönä puhelimitse tapahtuva hoidon tarpeen arviointi piti sisäl-
lään niin hoitajien osaamisen vahvistamisen kuin kokemuksen työhyvinvoinnista. Tarve yhteisille käytännöille ja resursoinnin tarkistamiselle sekä tukitoimintojen optimoimiselle koettiin tärkeiksi. Tulosten ollessa sidoksissa toisiinsa, tarpeel-
liseksi nähtiin kehittämissuunnitelman tekeminen laajemmaksi kokonaisuudeksi. Työntekijöiden monipuolinen osaamisen vahvistaminen säännöllisesti ja organi-

saatioon kehittämiseen osallistaminen ovat elinvoimaisen ja hyvinvoivan organisaation kulmakiviä. Tämä tutkimus toi näkyväksi kuinka monipuolisista tekijöistä laadukkaasti toteutettu puhelimitse tehtävä hoidon tarpeen arviointi koostuu. Yksittäisten asioiden korjaamisella ei saavuteta haluttua palvelun laadun tavoitetta.

Kuten jo aiemmin mainittiin, tätä tehtäväkuvaa ei ole Suomessa tutkittu (Pelttari & Kaila 2014, 34; Malmström ym. 2012) niin laajasti kuin ulkomailla. On pohdittava, onko riittävän tutkimustiedon puuttuessa tehtäväkuvan arvostus ja sen kehittäminen jäänyt kansallisesti vaatimattomaksi. Tämän johtopäätöksen ja opinnäytetyön tulosten myötä heräsi ajatus siitä, että ymmärsivätkö potilaat mitä hoitajan tekemällä hoidon tarpeen arvioinnilla tarkoitettiin ja ymmärrettiinkö työyhteisössä eri ammattiryhmien välillä, kuinka vaativasta ja koko työyhteisöön vaikuttavasta tehtäväkuvasta oli kyse.

Tällä opinnäytetyöllä tuotiin näkyväksi puhelimitse tapahtuvaa hoidon tarpeen arviointia ja käynnistettiin hoitajien tehtäväkuvan kehittäminen Rovaniemen terveyskeskuksessa. Covid-19-viruksen aiheuttama pandemia oli lisännyt huomattavasti puhelinpalvelun tarvetta ja käyttöä Rovaniemen terveyskeskuksessa. Tämä osaltaan lisäsi tämän opinnäytetyön merkittävyyttä puhelimitse tapahtuvan hoidon tarpeen arvioinnin kehittämisessä. Covid-19-viruksen myötä opinnäytetyöhön valittu aihe nousi valtakunnallisestikin merkittäväksi kehittämiskohteeksi. Pandemian aikana korostui tarve tuottaa laadukkaita ja toimivia puhelinpalveluita. Tämän opinnäytetyön tuloksia ja kehittämissuunnitelmaa, voidaan hyödyntää tehtäväkuvien kehittämistyössä niissä perusterveydenhuollon yksiköissä, joissa tehdään puhelimitse tapahtuvaa hoidon tarpeen arviointia.

Opinnäytetyön edetessä heräsi kiinnostus selvittää, kuinka puhelimitse tehtävää hoidon tarpeen arviointia voitaisiin perusterveydenhuollossa kehittää ja yhtenäistää luomalla näyttöön perustuva puhelintyön yhteinen toimintamalli Lapin sairaanhoitopiirin alueelle. Lisäksi olisi mielenkiintoista ja tarpeellista covid-19-viruksen aiheuttaman pandemian vuoksi selvittää digitaalisten palveluiden integroimista puhelintyöhön Lapin sairaanhoitopiirin alueella.

LÄHTEET

- Aivoriihi. Tevere Oy. Viitattu 12.7.2020 <https://tevere.fi/menetelmat/aivoriihi/>.
- Ammattietiikka ja kollegiaalisuus 1996. Eettiset ohjeet suomeksi. Viitattu 4.1.2020 <https://sairaanhoitajat.fi/ammatti-ja-osaaminen/kollegiaalisuus-ja-ammattietiikka/>.
- Andersson, S. & Kylänpää, E. 2004. Käytännön puheviestintä. E-kirja. Tampere: Mac Laser Oy.
- Arajärvi, M. 2019. Potilaan oikeus hoitoon. Teoksessa M. Mustajoki, A. Alila, E. Matilainen, M. Pellikka & M. Rasimus (toim.) Sairaanhoitajan käsikirja. Kustannus Oy Duodecim. Viitattu 24.9.2020 <https://www.terveysportti.fi/dtk/shk/koti>.
- Briggs, J. K. 2016. Telephone triage protocols for nurses. 5. painos. Portland, Oregon. Wolters Kluwer Health. E-kirja. Viitattu 30.9.2020 <https://ebookcentral-proquest-com.ez.lapinamk.fi/lib/ramklibrary-ebooks/reader.action?docID=4786249>.
- Chang, B. L., Mayo, A. & Omery, A. 2002. Evaluating quality of telehealth advice nursing. *Western Journal of Nursing Research* Vol. 24. No 5, 583–590. Viitattu 1.11.2020 doi: 10.1177/019394502400446333.
- Einola, S. & Kohtamäki, M. 2015. Osallistava strategiaprosessi kunnassa. Vaasa: Vaasan Yliopisto.
- Eriksson, I., Ek, K., Jansson, S., Sjöström, U. & Larsson, M. 2019. To feel emotional concern: A qualitative interview study to explore telephone nurses' experiences of difficult calls. *Nursing Open* Vol 6. No 3, 842–848. Viitattu 17.11.2019 <http://dx.doi:10.1002/nop2.264>.
- Eskola, J. & Suoranta, J. 1998. Johdatus laadulliseen tutkimukseen. E-kirja. Tampere: Vastapaino.
- Flinga. Viitattu 7.10.2020 <http://www.nordtouch.fi/flinga/etusivu/>.
- Gerdtz, M. & Bucknall, T. 2001. Australian Triage Nurse's decision-making and scope of practice. *Australian emergency nursing journal* Vol. 4. No 1, 19–26.
- Hildén, R. 2002. Ammatillinen osaaminen hoitotyössä. Tampere: Tammer-Paino Oy.
- Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 1997. Tutki ja kirjoita. 15. uudistettu painos. Helsinki: Tammi.
- Hoidon tarpeen arviointi 2017. Viitattu 4.1.2020 https://www.valvira.fi/terveydenhuolto/hyva-ammattinharjoittaminen/hoidon_tarpeen_arviointi.
- Holmström, I. & Dall'Alba, G. 2002. 'Carer and gatekeeper' - conflicting demands in nurses' experiences of telephone advisory services. *Nordic College*

- of Caring of Sciences Vol. 16. No 2, 142–149. Viitattu 22.9.2020 <http://dx.doi.org/10.1046/j.1471-6712.2002.00075.x>.
- Holmström, I. & Höglund, A. 2007. The faceless encounter: ethical dilemmas in telephone nursing. *Journal of Clinical Nursing* Vol.16. No 10, 1865–1871. Viitattu 23.9.2020 <http://dx.doi: 10.1111/j.1365-2702.2006.01839.x>.
- Hosseiniabadi, M. B., Etemadinezhad, S., Khanjani, N., Ahmadi, O. & Gholinia, H. 2018. Evaluating the relationship between job stress and job satisfaction among female hospital nurses in Babol: An application of structural equation modeling. *Health Promotion Perspectives* Vol. 8. No 2, 102–108. Viitattu 4.8.2020 <https://dx.doi: 10.15171/hpp.2018.13>.
- Hyrynkangas-Järvenpää, P. 2007. Terveystieteiden ammattihenkilöiden antama puhelinneuvonta. *Suomen Lääkärilehti* Vol. 5. No 62, 427–430.
- Hyvä tieteellinen käytäntö (HTK). Viitattu 18.11.2020 <https://tenk.fi/fi/tiedevilppi/hyva-tieteellinen-kaytanta-htk>.
- Järvinen, P. 2000. *Esimies ja työyhteisön kehittäminen*. Porvoo: WS Bookwell Oy.
- Jauhiainen, A., Sihvo, E., Hämäläinen, S., Hietanen, A., Nykänen, J., Hämäläinen, J., Franssila, P. & Tikkanen, K. 2020. eAmmattilaisten osaaminen käytössä sosiaali- ja terveydenhuoltoon. *Finnish Journal of eHealth and eWelfare* Vol. 12. No 2, 93–104.
- Kajander-Unkuri, S. 2015. *Nurse Competence of Graduating Nursing Students*. Turun Yliopisto. Department of Nursing Science, Faculty of Medicine. Väitöskirja. Viitattu 1.11.2020 <https://www.utupub.fi/handle/10024/103403>.
- Kamensky, M. 2015. *Menestyksen timantti: Strategia, johtaminen, osaaminen, vuorovaikutus*. E-kirja. Helsinki: Talentum.
- Kananen, J. 2012. *Kehittämistutkimus opinnäytetyönä: Kehittämistutkimuksen kirjoittamisen käytännön opas*. Jyväskylä: Jyväskylän ammattikorkeakoulu.
- Kananen, J. 2014a. *Laadullinen tutkimus opinnäytetyönä: Miten kirjoitan kvalitatiivisen opinnäytetyön vaihe vaiheelta*. Jyväskylä: Jyväskylän ammattikorkeakoulu.
- Kananen, J. 2014b. *Toimintatutkimus kehittämistutkimuksen muotona: Miten kirjoitan toimintatutkimuksen opinnäytetyönä?* Jyväskylä: Jyväskylän ammattikorkeakoulu.
- Kankkunen, P. & Vehviläinen-Julkunen, K. 2013. *Tutkimus hoitotieteessä*. 3. uudistettu painos. Helsinki: Sanoma Pro Oy.
- Kontio, T., Kukkonen, J., Leiviskä, R., Leskinen, I., Murto, J., Mustonen, T., Nenonen, E., Orpana, H-M., Pekkinen, N. & Törmä, A. 2006. Puhelinohjaus. Teoksessa K. Lipponen, H. Kyngäs & M. Kääriäinen (toim.) *Potilasohjauksen haasteet. Käytännön hoitotyöhön soveltuvat ohjausmallit*. Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin julkaisuja 4/2006. Oulu: Oulun yliopistopaino. Viitattu

26.9.2020 <http://docplayer.fi/842430-Potilasohjauksen-haasteet-kaytannon-hoitotyohon-soveltuvat-ohjausmallit.html>.

Korhonen, A. 2010. Asiantuntijuus tukee näyttöön perustuvaa päätöksentekoa. *Sairaanhoitaja* Vol. 83. No 10, 50–53.

Korhonen, A., Jylhä, V., Korhonen, T. & Holopainen, A. 2018. Näyttöön perustuva toiminta. Tarpeesta tuloksiin. *Hoitotyön tutkimussäätiö*. Helsinki: Skhole.

Kunnari, T. & Koivula, M. 2018. eHealth-palvelut perusterveydenhuollon vastaanottotoiminnan tukena - kirjallisuuskatsaus potilaiden kokemuksista. *Hoitotiede* Vol. 30. No 4, 323–333. Viitattu 1.11.2020 <https://elektra.helsinki.fi/se/h/0786-5686/30/4/ehealthp.pdf>.

Kuntalaki 10.4.2015/410.

Kyngäs, H., Kääriäinen, M., Poskiparta, M., Johansson, K., Hirvonen, E. & Renfors, T. 2007. *Ohjaaminen hoitotyössä*. Porvoo; Helsinki: WSOY Oppimateriaalit.

Lahtinen, M., Lappalainen, S., Leikas, M., Ruohomäki, V., Sainio, M., Salmi, K., Sirola, P., Stengård, J., Tähtinen, K., Laitinen, S., Remes, J., Vendelin, J., Tillander, S. & Pääkkönen, T. 2016. Monitilatoimistojen sisäympäristö, käytettävyys ja tilan käyttäjien hyvinvointi (MOSI). Tutkimushankkeen loppuraportti. Työterveyslaitos. Helsinki. Viitattu 1.11.2020 <http://urn.fi/URN:ISBN 978-952-261-598-5> (pdf).

Laki sosiaali- ja terveydenhuollon suunnittelusta ja valtion avustuksesta 3.8.1992/733.

Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä 28.6.1994/559.

Lambacka, K. 2019. Työtilan merkitys työhyvinvointiin. Viitattu 5.8.2020 <https://www.tyojaterveys.fi/tyotilan-merkitys-tyohyvinvointiin/>.

Ledin, A., Olsen, L. & Josefsson, K. 2011. Sjuksköterskors syn på svårigheter i telefonrådgivning: En litteraturstudie. *Vård i Norden* Vol. 31. No 2, 11–18. Viitattu 11.1.2020 <http://dx.doi.org/10.1177/010740831103100203>.

Malmström, R., Kiura, E., Malmström, T., Torkki, P. & Mäkelä, M. 2012. Päivystyspotilaiden kiireellisyysluokittelut Suomessa erilaiset kuin Ruotsissa. *Suomen lääkärilehti* Vol. 67. No 9, 699–703. Viitattu 28.10.2020 <https://www-laa-karilehti-fi.ez.lapinamk.fi/tieteessa/terveydenhuoltoartikkelit/paivystyspotilaiden-kiireellisyysluokittelut-suomessa-erilaiset-kuin-ruotsissa/>.

Manka, M-L. & Manka, M. 2016. *Työhyvinvointi*. E-kirja. Helsinki: Talentum Pro.

Martich, D. 2016. *Telehealth nursing: Tools and strategies for optimal care*. E-kirja. New York: Springer Publishing Company.

Mitä Kanta-palvelut ovat? 2020. Viitattu 24.9.2020 <https://www.kanta.fi/mita-kanta-palvelut-ovat>.

- Navratil-Strawn, J. L., Hawkins, K., Wells, T. S., Ozminkowski, J. R., Hawkins-Koch, J., Hungching, C., Hartley, S. K., Migliori, J. R. & Yeh, C. S. 2013. Listening to the nurse pays off: an integrated Nurse Health Line programme was associated with significant cost savings. *Journal of nursing management* Vol. 22. No 7, 837–847. Viitattu 29.5.2020 <https://doi-org.ez.lapinamk.fi/10.1111/jonm.12048>.
- Nikula, J., Kaakinen, P., Kyngäs, H. & Kääriäinen, M. 2013. Perusterveydenhuollon puhelinneuvonnan laatu hoitotyöntekijöiden arvioimana. *Tutkiva Hoitotyö* Vol.12. No 2, 4–13.
- Nimikkeiden käytöstä. Valvira. Viitattu 1.10.2020. https://www.valvira.fi/terveydenhuolto/ammattioikeudet/koulutus_suomessa/nimikkeiden_kaytosta.
- Oikarainen, A., Siltanen A., Korhonen, A. & Holopainen, A. 2018. Hoitotyössä käytetyt tiedonlähteet vaativissa päätöksentekotilanteissa. *Hoitotyön tutkimussäätiö. Raportti 2/2018*. Viitattu 26.9.2020 <https://www.hotus.fi/wp-content/uploads/2019/04/tiedonlahteet-raportti-digi.pdf>.
- Ojasalo, K. Moilanen, T. & Ritalahti, J. 2014. Kehittämistyön menetelmät. Uudenlaista osaamista liiketoimintaan. 3. uudistettu painos. Helsinki: Sanoma Pro Oy.
- Omakanta 2020. Viitattu 24.9.2020 <https://www.kanta.fi/omakanta>.
- Orava, M., Kyngäs, H. & Kääriäinen, M. 2012. Puhelinohjaus hoitotyön menetelmänä: systemaattinen kirjallisuuskatsaus. Osa I: Reaktiivinen puhelinohjaus. *Hoitotiede* Vol. 24. No 3, 216–231.
- Päivystyspoliklinikka. Lapin sairaanhoitopiirin kuntayhtymä 2020. Viitattu 23.9.2020 <https://www.lshp.fi/fi-FI/Sairaanhoitopalvelut/Paivystys>.
- Palveluiden järjestäminen ja tuottaminen 2017. Viitattu 22.9.2020 <https://www.kuntaliitto.fi/sosiaali-ja-terveysasiat/palveluiden-jarjestaminen-ja-tuottaminen>.
- Pellikka, M. 2013a. Hoidon tarpeen arviointi. Teoksessa M. Mustajoki, A. Alila, E. Matilainen, M. Pellikka & M. Rasimus (toim.) *Sairaanhoitajan käsikirja*. 8. uudistettu painos. Helsinki: Duodecim, 858–859.
- Pellikka, M. 2013b. Puhelinneuvonta. Teoksessa M. Mustajoki, A. Alila, E. Matilainen, M. Pellikka & M. Rasimus (toim.) *Sairaanhoitajan käsikirja*. 8. uudistettu painos. Helsinki: Duodecim, 857–858.
- Pellikka, M. 2017a. Hoidon tarpeen arviointi. Teoksessa M. Mustajoki, A. Alila, E. Matilainen, M. Pellikka & M. Rasimus (toim.) *Sairaanhoitajan käsikirja*. Kustannus Oy Duodecim. Viitattu 21.9.202 <https://www.terveysportti.fi/dtk/shk/koti>.
- Pellikka, M. 2017b. Puhelinneuvonta. Teoksessa M. Mustajoki, A. Alila, E. Matilainen, M. Pellikka & M. Rasimus (toim.) *Sairaanhoitajan käsikirja*. Kustannus Oy Duodecim. Viitattu 21.9.2020 <https://www.terveysportti.fi/dtk/shk/koti>.

- Peltonen, E. 2009. Lääkäreiden ja hoitajien työpari- ja tiimityö vastaanottojen toimintamalleina perusterveydenhuollossa. Kuopion yliopisto. Yhteiskuntatieteellinen tiedekunta. Väitöskirja.
- Pelttari, H., & Kaila, M. 2014. Kiireettömään hoitoon pääsyn selvitys. Nykytila ja toimenpide ehdotuksia. Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 2014:27. Viitattu 1.7.2020 <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-3515-0>.
- Perusterveydenhuollon avohoidon hoitoilmoitus (Avohilmo). Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Viitattu 30.9.2020 <https://thl.fi/fi/tilastot-ja-data/ohjeet-tietojen-toimittamiseen/perusterveydenhuollon-avohoidon-hoitoilmoitus-avohilmo>.
- Puhelimessa tapahtuva hoidon tarpeen arviointi. 2020. Duodecim oppiportti. Viitattu 21.9.2020 <https://www.oppiportti.fi/op/dvk00215>.
- Purc-Stephenson, R. J. & Thrasher, C. 2012. Patient compliance with telephone triage recommendations: A meta-analytic review. Patient Education and counseling Vol 87. No 2, 135–142 Viitattu 26.9.2020 <https://doi.org/10.1016/j.pec.2011.08.019>.
- Puttonen, J. 2017. Sairaanhoidajan eettiset velvollisuudet. Teoksessa M. Mustajoki, A. Alila, E. Matilainen, M. Pellikka & M. Rasimus (toim.) Sairaanhoidajan käsikirja. Kustannus Oy Duodecim. Viitattu 23.9.2020 <https://www.terveysportti.fi/dtk/shk/koti>.
- Rajamäki, S. & Mikkola, L. 2017. Työyhteisön vuorovaikutus ja työyhteisöön kuulumisen. Hoitohenkilökunnan käsityksiä. Työelämän tutkimus - Arbetslivs forskning. Vol. 15. No 3, 250–265.
- Sairaanhoidajan ammatilliset työkalut. Sairaanhoidajat. Viitattu 18.9.2020 <https://sairaanhoidajat.fi/ammatti-ja-osaaminen/ammattilliset-tyokalut/>.
- Sarajärvi, A. & Rehn, K. 2010. Sairaanhoidajien kokemuksia näyttöön perustavasta päätöksenteosta. Sairaanhoidaja 4/2010 Vol. 83. No 4, 50.
- Seitamaa-Hakkarainen, P. Sisällön analyysin keskeisiä piirteitä. Viitattu 12.7.2020 <https://metodix.fi/2014/05/19/seitamaa-hakkarainen-kvalitatiivinen-sisallon-analyysi/>.
- Sosiaali- ja terveysministeriö 2004. Kansallinen projekti terveydenhuollon tulevaisuuden turvaamiseksi. Hoidon saatavuus ja jonojen hallinta. Sosiaali- ja terveysministeriön työryhmän muistioita 2003:33.
- Sosiaali- ja terveysministeriö 2010. Yhtenäiset päivystyshoidon perusteet. Työryhmän raportti. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2010:4.
- Sosiaali- ja terveysministeriö 2019. Valtakunnallinen hoidon saatavuuden ja yhtenäisten hoidon perusteiden työryhmä 2015–2018. Loppuraportti. Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 2019:50.
- Sosiaali- ja terveysministeriön asetus kiireellisen hoidon perusteista ja päivystyksen erikoisalakohtaisista edellytyksistä 23.9.2014/782.

- Ström, M. 2009. Telefonrådgivning, en verksamhet i tiden. Studier ur ett patient- och sjuksköterskeperspektiv. University of Gothenburg. Institute of medicine. Department of Public Health and Community Medicine. Väitöskirja.
- Syvänen, S. 2004, Käytännön ja teorian yhdistävä toimintatutkimus: oppimisen dialogit. Teoksessa J. Lehtonen (toim.) Työkonferenssi Suomessa, Vuoropuheluun perustuva työyhteisöjen kehittämismetodi. Raporttisarja 2004:1, 89–100. Viitattu 17.11.2019 http://ttk.fi/files/3473/Tyokonferenssi_Suomessa_2004.pdf#page=89.
- Syvöja, P. & Äijälä O. 2009. Hoidon tarpeen arviointi. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.
- Tarkiainen, K., Kaakinen, P., Kyngäs, H. & Kääriäinen, M. 2012. Kvasikokeellinen tutkimus puhelinneuvonnan laadusta päivystyksikössä. Hoitotiede Vol. 24. No 2, 98–113.
- Terveydenhuoltolaki 30.12.2010/1326.
- Toikko, T. & Rantanen, T. 2009. Tutkimuksellinen kehittämistoiminta. Näkökulmia kehittämisprosessiin, osallistamiseen ja tiedontuotantoon. Tampere: Tampereen Yliopistopaino Oy.
- Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2004. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. 1.–3. painos. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.
- Tynkkynen, P. 2005. Terveydenhuollon puhelinpalvelut Etelä-Karjalassa. Working Papers 20. Technology Business Research Center Lappeenranta. Viitattu 1.7.2020 <http://urn.fi/URN:ISBN:952-124-121-6>.
- Työhyvinvointi. Työterveyslaitos. Viitattu 3.8.2020 <https://www.ttl.fi/tyoyhteiso/tyohyvinvointi/>.
- Työkalu Aivoriihi. Innokylä. Viitattu 12.7.2020 <https://innokyla.fi/fi/tyokalut/aivoriihi>.
- Työturvallisuuslaki 23.8.2002/738.
- Valtioneuvoston asetus hoitoon pääsyn toteuttamisesta ja alueellisesta yhteistyöstä 25.11. 2004/1019.
- Varley, A., Warren, F. C., Richards, S. H., Calitri, R., Chaplin, K., Fletcher, E., Holt, T. A., Lattimer, V., Murdoch, J., Richards, D. A. & Campbell, J. 2016. The effect of nurses' preparedness and nurse practitioner status on triage call management in primary care: A secondary analysis of cross-sectional data from the ESTEEM trial. International Journal of Nursing Studies. Vol. 58. 12–20. Viitattu 1.7.2020 <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2016.02.001>.
- Vilka H. & Airaksinen, T. 2003. Toiminnallinen opinnäytetyö. Jyväskylä: Kustannusosakeyhtiö Tammi.
- Vilka, H. 2015. Tutki ja kehitä. 4. uudistettu painos. Jyväskylä: Ps-kustannus.

Visa vägen i vården – ledarskap för stärkt utvecklingskraft. Rapport 2017:7.
Vårdanalys. Stockholm: Myndigheten för vård- och omsorgsanalys. Viitattu
1.7.2020 [https://www.vardanalys.se/wp-content/uploads/2017/10/2017-7-vf-
web.pdf](https://www.vardanalys.se/wp-content/uploads/2017/10/2017-7-vf-web.pdf).

LIITTEET

- Liite 1. Infokirje työntekijöille
- Liite 2. Raportti tuloksista esimiehille
- Liite 3. Kehittämissuunnitelma
- Liite 4. Strategiset pääkohdat
- Liite 5. Toimeksiantosopimus
- Liite 6. Tutkimusluvut
- Liite 7. Viranhaltijapäätös tutkimuslupa

Liite 1. Infokirje työntekijöille

Infokirje

27.4.2020

Rovaniemi

Hei,

Opiskelemme Lapin ammattikorkeakoulussa (YAMK) Hyvinvointiosaamisen johtamista. Teemme opinnäytetyön aiheesta **“Terveyskeskuksessa puhelimitse tapahtuvan hoidon tarpeen arviointi hoitajien arvioimana”**. Hoidon tarpeen arvio valikoitui aiheeksi palvelualuepäällikkö Kaisa Kuuselan ehdotuksesta. Rajasimme aiheen koskemaan mielestämme tärkeää ja haasteellisinta vastaanoton työtehtävää eli puhelimitse tehtävää hoidon tarpeen arviointia.

Lähdemme kehittämään puhelimitse tehtävää hoidon tarpeen arviota sairaan- ja terveydenhoitajien kokemuksiin pohjaten. Järjestämme neljä 1,5 tunnin mittaista samansisältöistä etätyöpajaa. Jokainen työpaja alkaa pohdinnalla: mitä työvaiheita, tehtäviä ja osa-alueita puhelimitse tapahtuvaan hoidon tarpeen arviointiin kuuluu. Sitten haemme teiltä vastauksia seuraaviin pääkysymyksiin:

- Mitä vahvuuksia puhelimitse tapahtuvan hoidon tarpeen arvioinnissa näet?
- Mitä ongelmia puhelimitse tapahtuvan hoidon tarpeen arvon tekemisessä koet?
- Miten tai millä tavalla puhelimitse tapahtuvaa hoidon tarpeen arviointia tulisi kehittää työpaikallasi?

Yhdistämme teiltä saadut tiedot, ideat ja ajatukset yhteen ja lähdemme laatimaan kehittämissuunnitelmaa yhdessä lähiesimiestenne kanssa yhteen teidän kolmesta tärkeimmäksi valitsemastanne kehittämisajatuksesta.

Työpajoihin kutsumme osallistumaan kaikki teidät avovastaanoton sairaan- ja terveydenhoitajat. Osallistuminen on vapaaehtoista, mutta **osallistumalla vaikutat siihen, miten omalla työpaikallasi tehdään ja kehitetään tulevaisuudessa puhelimitse tapahtuvaa hoidon tarpeen arviointia.**

Käsitlemme kerättyä tietoa luottamuksellisesti. Tutkimuksessa emme yksilöi vastauksia, vastaajia tai terveysasemia. Voidaksemme palata ja tarkastella kerättyä tietoa, nauhoitamme etätyöpajat. Nauhoitukset ovat vain meidän käyttöömme. Säilytämme kaikki tutkimusmateriaalit tutkimuseettisten ohjeiden mukaisesti itsellämme vaaditun ajan.

Lisätietoja antavat opinnäytetyön tekijät sairaanhoitajat AMK:

Reija Niemelä reija.niemela@edu.lapinamk.fi puh. [REDACTED] ja

Anniina Rahkola anniina.rahkola@edu.lapinamk.fi, puh. [REDACTED]

sekä palvelualuepäällikkö Kaisa Kuusela kaisa.kuusela@rovaniemi.fi

Yhteistyö terveisin,

Reija Niemelä ja Anniina Rahkola

PUHELIMITSE TAPAHTUVA HOIDON TARPEEN ARVIOINTI

Raportti tuloksista toimeksiantajalle

Niemelä Reija

Rahkola Anniina

Lapin YAMK

Hyvinvointiosaamisen johtaminen

2020

SISÄLLYSLUETTELO

1. TYÖHYVINVOINTI	2
1.1 Työnohjaus	2
1.2 Työn psykososiaalinen kuormittavuus	2
2. RESURSSOINTI	4
2.1 Vastaanoton resurssointi	4
2.2 Puhelintyön organisointi	4
2.3 Pehdytys	5
3. YHTEISET KÄYTÄNNÖT	5
3.1 Lääkäreiden ajanvarauskirjat	5
3.2 Puhelimitse tehtävän hoidon tarpeen arvioinnin yhtenäistäminen	6
4. HENKILÖKOHTAINEN OSAAMINEN	7
4.1 Osaamisen vahvistaminen koulutuksen avulla	7
4.2 Päätöksenteko	8
5. TYÖERGONOMIA	9
6. TUKITOIMINNOT	9

1. TYÖHYVINVOINTI

1.1 Työnohjaus

Hoitajat toivovat saavansa työnohjausta, vertaistukea sekä mahdollisuutta käydä keskustellen läpi puhelintyötä kollegoiden kanssa.

Vastauksissa nousi esille toive hoitajien työhyvinvoinnista huolehtimisesta ja työpaikan tunneilmapiiirin huomioimisesta. Puhelintyö koetaan yksinäiseksi työksi ja potilaiden tunteenpurkaukset, uhkailu, painostusta ja kohtuuttomat vaatimukset kuormittavat henkisesti. Hoitajan rooli potilaan neuvonantajana ja toisaalta portinvartijana vastaanotolle aiheuttaa ristiriitaisia tunteita. Hoitajat kantavat usein huolta myös potilaan selviytymisestä ja siitä, että ymmärtävätkö potilaat oikein annetut hoito-ohjeet. Vastuu anamneesin tekemisestä kuormittaa varsinkin, kun potilaan antamat tiedot ovat joskus ristiriitaisia, vaillinaisia tai muuten tuntuvat epämääräisiltä. Päätöksenteko hoidon oikeatasaisuudesta ja tehdyistä ratkaisuista huolestuttavat. Potilaiden negatiiviset ennakoasenteet terveysasemaa ja hoitajia kohtaan mietityttävät. Kokeneemmat hoitajat kantavat huolta uusien hoitajien ammattitaidon riittävydestä hoidon tarpeen arvioinnissa.

1.2 Työn psykososiaalinen kuormittavuus

Hoitajat toivovat, että tehokkuutta mitattaisiin muuten kuin puheluiden määrän seurannalla, esimerkiksi arvottamalla sitä miten hyvin potilaan asia hoidetaan valmiiksi.

Työnantajan asettamat tavoitteet päivittäisistä hoidetuista puheluiden määristä luovat lisää negatiivista painetta työhön. Huomioitavaa oli hoitajien mielestä se, että puheluiden asiasisältö ratkaisee puheluun kuluvan ajan. Esimerkiksi reseptien uusinnat hoituvat nopeasti, mutta mikäli potilaalla on vaikeuksia ymmärtää tai kuulla hoito-ohjeita, asioiden hoitaminen vaatii enemmän aikaa. Kiireessä tehdyn työn

pelätään vaikuttavan puhelimitse tapahtuvan arvioinnin laadun heikkenemiseen. Peräkkäisten päivien puhelintyössä koetaan lisäävän väsymystä ja puhelimen ruuhkautuminen vaikuttaa hoitajan jaksamiseen ja vireystilaan negatiivisesti. Vastaanottoaikojen hakeminen vie aikaa ja näin ollen tekee työstä, raskaampaa kun vaihtoehtoista toimintatapaa joudutaan miettimään. Hoitajat tuovat vastauksissa esille huolen siitä, että omien ammattivaltuuksien rajat ovat vaarassa hämärtyä tällaisissa tilanteissa. Potilastyytyväisyyden ylläpitäminen koetaan vaikeaksi, kun ei ole tarjota vastaanottoaikoja edes niitä tarvitseville. Puhelimessa jonottavat ja odottavat potilaat lisäävät hoitajien paineen tunnetta.

Työtä helpottavaksi ja nopeaksi toisen hoitajan tai lääkärin konsultointi tavaksi koetaan Google Hangout-palvelun käyttäminen. Taukojen oikean aikataulutuksen koettiin toimivan ja samalla edistävän työssä jaksamista. Uuden puhelinjärjestelmän koettiin toimivan hyvin ja vähentävän puhelintyön kuormittavuutta, koska potilas saa arvion takaisinsoitto ajankohdasta. Konsultaatioiden takaisinsoitto on tehty myös helpoksi. Silloin kun potilastietojärjestelmät toimivat oikein niiden todettiin helpottavan työn kuormittavuutta. Hoitajien työtyytyväisyyttä lisäsi potilaiden kokema tyytyväisyys toimivaan puhelinpalveluun.

Hoitajat esittävät myös, että puhelinpäiviä ei olisi monta peräkkäin ja päivässä olisi vain puolet työajasta puhelintyötä. Lisäksi taukojumppaa ja tyky-rahaa toivottiin työkykyä tukevinä ja lisäävinä tekijöinä.

1.3 Työtilat

Hoitajat toivovat saavansa rauhalliset työtilat, jossa puhelintyötä tekevällä hoitaja on mahdollisuus olla yksin.

Hoitajat kokevat, että rauhallisessa työtilassa puheluun keskittyminen mahdollistuu ja potilaan kanssa syntyy luonteva vuorovaikutustilanne, jossa aktiivinen kuunteleminen ja esimerkiksi taustäänien havainnointi ovat mahdollisia.

Aivoriihessä nousi esille, että monta työntekijää samassa huoneessa vaikeuttaa puheluun keskittymistä ja hankaloittaa kuulemista ja kuuntelua.

2. RESURSSOINTI

2.1 Vastaanoton resurssointi

Hoitajat toivovat, että terveyskeskuksessa olisi riittävästi hoitajia ja lääkäreitä.

Hoitajat kokevat puheluiden venyvän, kun he joutuvat hakemaan vapaata vastaanottoaikaa sitä löytämättä. Aikaresurssia koettiin hupenevan paljon myös siihen, millä tavalla potilaan asia saadaan etenemään ilman vastaanottokäyntiä. Hoitajien mielestä ammattilaisen tekemä hoidon tarpeen arviointi ohjaa potilaan oikealle resurssille ja vähentää turhia potilaskäyntejä selkeillä kotihoito-ohjeilla ja käsikauppavalmisteiden avulla. Hoitajat ovat huomanneet, että esimerkiksi kansalaisen -ajanvarauksen kautta tehdyt varaukset kohdentuvat yleensä väärään resurssiin.

2.2 Puhelintyön organisointi

Hoitajat toivovat, että puhelintyötä tekevien työnkuva avattaisiin ja sitä selkeytettäisiin, sekä sovittaisiin yhteisistä käytännöistä.

Hoitajat kokivat puhelintyön keskeytysten, esimerkiksi potilasvastaanotto, lääkärin avustaminen, haittaavan keskittymistä sekä ruuhkauttavan puhelinjonot. Hoitajat nostivat esille huolen uusien ja / tai kokemattomien hoitajien resurssoinnista puhelintyöhön, riittämätön kompetenssi nähtiin riskinä potilasturvallisuudelle.

Riittävän ja ammattitaitoisen henkilökunnan resurssointi puhelintyöhön nähtiin turvaavan potilaan oikea-aikaisen ja -tasoisien ohjautumisen hoitoon ja vähentävän

turhia käyntejä. Hoitajat näkevät tällä vaikutuksen siihen, että vastaanoton ajat saadaan kohdennettua oikein. *Hoitajat mieltivät voisiko toimiston henkilökuntaa käyttää apuna yllättävissä puhelintyötä keskeyttävissä tilanteissa.*

2.3 Perehdytys

Hoitajat toivovat hoitajille omaa sähköistä perehdytyskansiota, jossa on ajantasaista tietoa ja ohjeita.

Hoitajat kokivat, että uusien työntekijöiden riittämättömällä perehdytyksellä vakituisten hoitajien työrauha katkeaa usein työpäivän aikana.

Vastauksista nousee esiin toive siitä, että riittävä perehdytys on huomioitava kaikille työntekijöille esimerkiksi uusien käytäntöjen tai ohjeiden päivittyessä työpaikalla. Hoitajat ehdottivat, että lääkäreiden perehdytyskansiota voitaisiin käyttää enemmän.

3. YHTEISET KÄYTÄNNÖT

3.1 Lääkäreiden ajanvarauskirjat

Hoitajat toivovat, että varalääkärin kirja aukeaa jo heti klo 8.00.

Hoitajat kokevat, että varalääkärin kirjan avaaminen nykyisellään tapahtuu liian myöhään, jolloin aamun vastaanottoajat jäävät käyttämättä. Lisäksi tämän koettiin aiheuttavan potilaiden välille eriarvoisuutta, sillä potilaat soittavat kiireaikoja jo heti klo 08.00 lähtien ja potilaat ohjautuvat väärälle resurssille.

3.2 Puhelimitse tehtävän hoidon tarpeen arvioinnin yhtenäistäminen

Hoitajat toivovat anamneesin, päätöksenteon, ohjaamisen sekä kirjaamisen tueksi valmiita fraasituksia.

Hoitajat kokevat valmiiden fraasituksien helpottavan ja nopeuttavan niin kokeneiden kuin uusien hoitajien työtä hoidon tarpeen arvioinnin tekemisessä, esimerkiksi päätöksentekoa, sekä suunnitelman laatimista ja kirjaamista. Lisäksi hoitajat uskovat saavansa tukea ja varmuutta kaiken olennaisen huomioimiseen valmiin mallin avulla. Hoitajat nostavat esille sen, että tarkasti tehdyt kirjaukset, joissa näkyvät myös jatkohoito-ohjeet, lääkitys ja hoitosuunnitelma, turvaavat hoidon jatkuvuuden ja ovat myös potilaan tukena OmaKannassa. Hoitajat arvelevat huolellisten kirjausten vähentävän uusintasoittojen määriä, kun potilaat näkevät kirjauksen Omakannasta.

3.3 Työpisteiden yhtenäiset toimintatavat

Hoitajat toivovat yhteiset säännöt ja käytännöt työpisteiden välille.

Aivoriihissä nousee esille, että työpisteiden välillä käytännöt ja ohjeistukset vaihtelevat. Tärkeänä koetaan, että päivittäiseen työhön kuuluvia toimintoja avataan ja luodaan yhteiset käytännöt. Esimerkkeinä nousee esille muun muassa potilaan tietoturvaan liittyvät kysymykset, henkilötietojen tarkastaminen ja henkilöllisyyden varmistaminen luotettavasti. Työpisteiden ajanvarauskirjojen erilaisuus koetaan hankalana, kun tehdään ajanvarauksia toiselle työpisteelle. Samoin potilaan ohjaaminen koetaan vaikeaksi toisen työpisteen tiloihin, jos paikka on hoitajallekin vieras. Työpisteiden hajautetun sijoittelun vuoksi voi olla, että kaikkia toisen työpisteen työkavereita ei ole tavannut ollenkaan. Lääkäreiden konsultoinnit eivät aina onnistu joustavasti, kun potilaan asiaa hoitanut lääkäri on toisesta työpisteestä. Hyvänä asiana koetaan se että, etäkonsulttilääkärin käyttömahdollisuuden myötä on konsultaatioaikoja tullut lisää. Hoitajat kokevat saavansa moitteita tekemistään

ajanvarauksista. "ME-henkeä" eli yhdessä tekemistä ja vastuun jakamista kaivataan lisää. Jo aiemmin luodut yhteiset käytännöt koetaan hyväksi.

Hoitajat toivovat yhteisesti sovittuja toimintatapoja työpisteiden välille, mutta myös eri henkilöstöryhmien välille, jolla koetaan olevan positiivinen vaikutus yhteistyöhön. Hoitajat toivovat, että hoitotyössä tapahtuvien käytänteiden päivittäminen ja säännöllinen kertaaminen kuuluu yhteisiin toimintatapoihin. Hoitajat kertovat, että hoitajien välisessä konsultaatioissa Hangout-keskustelu on nopea ja toimiva, siksi he toivoivat, että myös lääkäreiden konsultoinnissa tätä voitaisiin hyödyntää. Myös ostopalvelu -käytänteiden selkiyttämistä toivotaan.

4. HENKILÖKOHTAINEN OSAAMINEN

4.1 Osaamisen vahvistaminen koulutuksen avulla

Hoitajat toivovat lisäkoulutusta puhelimitse tapahtuvan hoidon tarpeen arvioinnin tekemiseen.

Hoitajat kokevat saavansa liian vähän koulutusta. Hoitajat tuovat esille anamneesin tekemisessä eteen tulevat ongelmat. Esimerkiksi potilaan ennako-odotukset ajan saamisesta sekä tietämättömyys hoidon tarpeen arvioinnin tekemisestä hoitajan esittämien kysymysten kautta. Hoitajat kokevat, että kysymykset turhauttavat potilasta ja silloin myös tietojen saaminen hankaloituu. Rajallisessa ajassa potilaan kanssa puhuessa on tilanteita, joissa potilaan asiassa pysyttäminen koetaan vaikeaksi. Oireiden kuvaileminen voi olla polveilevaa ja näköyhteyden puuttuminen tuo lisähaastetta anamneesin ja arvion tekemiseen. Painostavien ja vaativien asiakkaiden kohtaaminen puhelimesta koetaan haastavaksi ja aikaa vieväksi. Toisaalta hoitajat nostavat esille sen, että tällaisen potilaan kohtaaminen on ehkä helpompaa puhelimesta kuin paikan päällä. Hoitajan äänenävyillä ja -painoilla koetaan olevan suuri vaikutus potilaan kokemukseen hoidon tasosta ja hänen yhteistyökykyynsä. Haastaviksi koetaan vanhusten, huonokuuloisten ja

muistisairaiden kanssa asioiminen. Ilmeiden ja eleiden näkemisen puute aiheuttaa epävarmuutta siitä ovatko potilaat ymmärtäneet kysymyksiä tai saamiaan hoito-ohjeita oikein.

Lisäkoulutusta toivotaan monipuolisesti vahvistamaan osaamista eri osa-alueilta. Koulutusta ja kertaamista toivotaan muun muassa hoidon tarpeen arvioinnin tekemiseen sekä siinä käytettäviin menetelmiin, esimerkiksi ISBAR-menetelmä (Identify, Situation, Background, Assessment, Recommendation). Koulutusta toivottiin myös ATK-kurssien muodossa, uusien ohjelmien kertaus mahdollisuutta sekä mahdollisuutta hyödyntää työkavereiden osaamista esimerkiksi ohjelmien käyttämisessä. Lisäkoulutusta toivotaan myös kielten opiskeluun. Tärkeäksi koetaan myös koulutus puhelintyön vuorovaikutustilanteisiin ja asiakkaan kohtaamiseen.

4.2 Päätöksenteko

Hoitajat toivovat, että hoidon tarpeen arvio tehdään huolellisesti, ja että potilas ohjautuu oikea-aikaiseen ja -tasoiseen hoitoon.

Työkokemuksella koetaan olevan merkitystä tarkan arvion tekemisessä ja oikeaan resurssiin ohjaamisessa. Hoitajien ammattitaidon katsottiin korostuvan päätöksenteon tekemisessä. Huolta aiheuttaa potilaalle annetun hoidon riittävyys tai sen riittämättömyys. Hoitaja on hoitotyön asiantuntija ja lääkäri lääketieteessä. Tähän liittyen nousee esille uhka omien ammattipätevyysien ylittymisestä kiireen ja olosuhteiden pakosta.

Kehitettävänä asioina pidetään riittävän pitkän vastaanottoajan varaamista potilaalle sekä hoitajien ja lääkäreiden kirjoihin varattavien potilaiden oikeaa jaottelua.

5. TYÖERGONOMIA

Hoitajat toivovat kaikille ergonomisesti sopivia työvälineitä (sähköpöydät, kuulokkeet, tuolit) työpisteistä riippumatta.

Hoitajien mielestä puhelintyö on kuormittavaa työtä. Hoitajat ottavat esille, että kaikilla ei ole työtä helpottavia työvälineitä. Esimerkiksi kaikilla koko päivän puhelintyötä tekevillä ei ole sähkösäätöisiä työpöytiä käytössä. Lisäksi työtilat, joissa on useampia henkilöitä yhtä aikaisesti töissä, koettiin rauhattomaksi. Esimerkiksi potilaan puheen kuuleminen puhelimesta voi olla vaikeaa. Työhuoneen muuttuminen jatkuvasti on myös kuormittavaa. Esimerkiksi omien tavaroiden kuljettaminen huoneesta toiseen päivittäin työllistää hoitajia.

Hoitajat toivovat omaa työhuonetta puhelimesta työskentelevälle hoidon tarpeen arvioijalle, sillä heidän kokemuksensa yksin työskentelystä työhuoneessa ovat positiivisia. Lisäksi hoitajat toivovat ergonomisia työvälineitä kaikkiin työpisteisiin.

6. TUKITOIMINNOT

Hoitajat toivovat sähköisen asioinnin lisäämistä

Tietotekniset ongelmat ja puheluiden katkeaminen sekä puhelinlinjojen huono laatu koetaan työllistävänä kun samalle potilaille joudutaan soittamaan monta kertaa. Uuden puhelinpalvelun toimivuus takaisinsoittojen ja ajanperuutusten osalta luo tyytyväisyyttä. Lisäksi se, että potilas saa arvioidun takaisinsoitto -ajankohdan, vähentää hoitajan kokemaa työstressiä. Helpottavana koetaan myös konsultaatio vastausten soittaminen takaisin potilaalle.

Hoitajat toivovat, että sähköistä asiointia lisätään, ensisijaisesti OmaKanta, Virtu ja Clinic. Hoitajat toivovat myös, että potilas voisi jättää vain yhden yhteydenottopyynnön koko terveyskeskukseen. Hoitajat ehdottavat, että puhelimen nauhoitteessa muistutetaan potilasta esimerkiksi OmaKannan kautta näkyvistä laboratoriovastauksista. Kansalaisen ajanvarauksen kehittämistä esitetään siten, että ajanvarausta ei voi tehdä kuin tiukasti rajattujen asioiden hoitamiseen. Hoitajat ottavat esille, että potilaalle voitaisiin kertoa enemmän sähköisten asiointikanavien käyttämisestä. Keskustelua herätti myös se, että voitaisiinko videoyhteyksiä hyödyntää puhelimesta tehtävän hoidon tarpeen arvioinnin tekemisessä.

15.10.2020

KEHITTÄMISSUUNNITELMA PUHELIMITSE TAPAHTUVA HOIDON TARPEEN ARVIOINTI

Liitteenä Raportti tuloksista toimeksiantajalle

KEHITTÄMISKOHDE Katso tarkennus oheisesta raportista	TAVOITE	OLEMASSA OLEVAT PROSESSIT	TOIMENPITEET	VASTUUHENKILÖ	AIKA	TULOsten TARKASTELU
1 TYÖHYVINVOINTI						
1.1 Työnohjaus	Työnohjauksesta tehdään entistä näkyvämpää tiedottamalla asiasta	Työnohjausta jo saatavilla Rovaniemen kaupungilla, lähiesimiehen kautta asian eteneminen. Palveluesimies arvioi työnohjauksen tarpeen.	Kehityskeskustelut ja tarvittaessa käytävät keskustelut lähiesimiehen kanssa, osastotunneilla tuodaan myös esille, vuosikellon mukainen toiminta	Lähiesimiehet, palveluesimies	Vuosikellon mukaan	Syyskuu 2021
1.2 Työn psykososiaalinen kuormittavuus	Vertaistuen vahvistamiselle tehdään tilaa hoitajien palavereihin, avoin dialogi.	Hoitajien palaverien käytännöt ja periaatteet.	Tarkasteillaan palaverien sisällöt ja käytännöt, sekä tavoiteasettelu näille palaverille.	Työntekijät, Lähiesimies, Palveluesimies	Kevät 2021, poikkeustilanne huomioidaan	Vuoden päästä tilanteen tarkastelu, mitä on tehty ja miten on onnistuttu
1.3 Työtilat	Hoitajan tehtävän kuvan avaaminen tarkennettuna	Tehtävän kuva käydään läpi kehityskeskusteluissa ja perehdytys tilanteessa	Katso kohta 2.2	Lähiesimiehet, Palveluesimies	Katso kohta 2.2	Katso kohta 2.2
	Tavoitteena puhelintyölle tarkoitettu ja suunniteltu tila	Oma huone täällä hetkellä	Tässä vaiheessa ei toimenpiteitä ole tehtävissä.	Palveluesimies Palvelualuepäällikkö	Vuosi 2021	Toimitilamuutosten suunnittelu

4 HENKILÖKOHTAINEN OSAAMINEN						
4.1 Osaamisen vahvistaminen koulutuksen avulla	Osaamisen vahvistaminen työntekijäkohtaisesti tavoitteisiin nähden	Kehityskeskustelut, arjen vuorovaikutus	Hoitajapalaverissa avataan kehityskeskustelun merkitystä ja tarkoitusta, oman osaamisen tunnistaminen ja osaamisen tarpeet.	Työntekijät, Lähiesimiehet, Palveluesimies	Aloitetaan heti, pitkäjänteistä ja suunnitelmallista työtä	Seurataan toteutumista, aluksi 3 kk:n välein
4.2 Päätöksenteko	Ammattitietikan vahvistaminen		Keskusteluiden kautta hoitajien palaverissa. Sallivan ilmapiirin luominen. Jaettu kokemustieto, ns. hiljainen tieto yhteiseen käyttöön.	Työntekijät, Lähiesimiehet		
5 TYÖERGONOMIA	Työolosuhteet tukevat työn suorittamista	Tarvittaessa tth konsultaatiot, henkilökohtainen työergonomia	Toimitilamuutosten yhteydessä työergonomian huomioiminen	Palveluesimies, Palvelualuepäällikkö	Vuosi 2021	
6 TUKITOIMINNOT	Digitalisaation hyödyntäminen kaikissa terveyspalveluissa soveltuvin osin	Osallistutaan alueelliseen yhteistyöhön esim. Lapin Amk. Yhteistyö palveluiden tuottajien kanssa, pilotointi, uusien toimintamallien ja yhteydenottokanavien testaaminen	Yhteistyö aloitettu alueellisesti, mukana kehittämistyössä. Pilotointien kautta uusia palvelumuotoja käyttöön. Taloudelliset resurssit niukat uusia hankintoja varten, joten olemassa olevien järjestelmien hyödyntäminen.	Palvelualuepäällikkö, Palveluesimies	Menossa koko ajan	

Liite 4. Strategiset pääkohdat

1
PUHELIMITSE TAPAHTUVAN HOIDON TARPEEN ARVION KEHITTÄMISEN KÄRJET 2020

Rovaniemen terveyskeskus

<p>Strateginen painotus:</p> <p>Puhelimitse tapahtuvan hoidon tarpeen arvioinnin kehittäminen, osa 1/2</p>
<p>Yhteiset käytännöt</p> <p>Tavoitteet:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Lääkäreiden ajanvarauskirjojen aukaiseminen jo klo 08.00 - Yhteisten fraasien kokoaminen, yhteiset lisäys ohjaamis- ja kirjaamiskäytännöt - Yhteiset sovitut säännöt ja käytännöt sekä avoin dialogi työyhteisössä
<p>Olemassa olevat prosessit:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Lääkäreiden ajanvarauskirjat avautuvat jo klo 08.00 - Nykyinen toimintamalli ei tue yhtenäisiä toimintatapoja, prosessin uudelleen rakentaminen
<p>Toimenpiteet:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Neuvottelu ylläkärin kanssa lääkäriresurssin kohdentamisesta oikea-aikaisesti - Luodaan uusi toimintamalli yhteisille toimintatavoille - Perustetaan henkilöstön ”työrukkanen”, joka luonnostelee esitykset, jotka arvioidaan hoitajien palaverissa ja tarvittaessa muokataan lisää. Mahdollinen pilotointi huomioidaan. Uuden toimintatavan perehdytys ja käyttöönotto, seuranta ja arviointi. - Luodaan uudet toimintatavat avoimelle dialogille. - Lähiesimiesten perehdyttäminen, kuinka asioita toimeenpannaan ja perustellaan - Perehdyttäminen ja avoimen dialogin prosessit
<p>Vastuutaho:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Vastuualueet määrittävät toiminnasta vastaavan esimiehen mukaisesti (Lähiesimies, Palveluesimies, Ylläkäri ja Palvelualuepäällikkö) lisäys kehittämissuunnitelmaan Fraasit Ylläkäri

<p>Aika:</p> <ul style="list-style-type: none">- Keväällä 2021 luodaan toimintaprosessi yhteiselle fraaseille ja kirjaamiskäytännöille- Vuoden 2021 aikana rakennetaan yhteinen prosessi yhteisesti sovituille säännöille, käytännöille ja avoimelle dialogille
<p>Tulosten tarkastelu:</p> <ul style="list-style-type: none">- Kirjojen avaamisen toteutumista seurataan sekä esimiesten ja työntekijöiden toimesta- Syyskauden 2021 aikana seurataan yhteisten fraasien käyttöönottoa ja prosessin etenemistä ja tarvittavien muutosten toimeenpano työntekijöiden ja esimiesten toimesta. Arviointikeskustelu yhteisissä palaverissa.- Keväällä 2022 arvioidaan uusien toimintatapojen käyttöä ja päätetään mahdollisesta toimenpiteistä- Kehittämistyön tuloksena syntyneet uudet toimintakäytännöt ja ohjeet kirjataan perehdytyskansioon

<p>Strateginen painotus:</p> <p>Puhelimitse tapahtuvan hoidon tarpeen arvioinnin kehittäminen, osa 2/2</p>
<p>Osaamisen vahvistaminen</p> <p>Tavoitteet:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Osaamisen vahvistaminen työntekijäkohtaisesti tavoitteisiin nähden - Ammattitieteen vahvistaminen
<p>Olemassa olevat prosessit:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Kehityskeskustelut, arjen vuorovaikutus
<p>Toimenpiteet:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Hoitajapalaverissa avataan kehityskeskustelun merkitystä ja tarkoitusta, oman osaamisen tunnistaminen ja osaamisen tarpeet - Keskusteluiden kautta hoitajien palaverissa. Sallivan ilmapiirin luominen. Jaettu kokemustieto, ns. hiljainen tieto yhteiseen käytäntöön
<p>Vastuutaho:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Työntekijät ja Lähiesimiehet, Palveluesimies
<p>Aika: Uusien käytäntöjen luominen alkaa heti, vuorovaikutuskulttuuriin muuttaminen on suunnitelmallista ja pitkäjänteistä työtä</p>
<p>Tulosten tarkastelu:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Vuosittain kehityskeskusteluissa ja tarvittaessa henkilökohtaisen osaamis- ja kehittämissuunnitelmien läpikäyminen - Seurataan hoitajapalaverien toteutumista toimenpide-ehdotuksen mukaisesti, aluksi kolmen kuukauden välein

Liite 5. Toimeksiantosopimus



Opinnäytetyön toimeksiantositoumus

Yritys/Työyhteisö	
Yrityksen/Työyhteisön nimi: Rovaniemen kaupunki, Perusturvan toimiala, Terveydenhuollon palvelut, Avovastaanotto	
Yhteyshenkilö: Kaisa Kuusela	Asema/ ammattinimike: Palvelualuepäällikkö
Osoite: Koskikatu 25, 3. krs, 96200 Rovaniemi	Puhelin: [REDACTED]
Sähköposti: kaisa.kuusela@rovaniemi.fi	
Opinnäytetyö (mahdollinen tarkentava määrittely liitteenä)	
Opinnäytetyön aihe: Terveyskeskuksessa puhelimitse tapahtuvan hoidon tarpeen arviointi hoitajien arvioimana	
Opinnäytetyön suorittamista varten luovutettava tausta-aineisto: TYÖNTEKIJÄHAASTattelut	Valmis: 8.12.2020
Opinnäytetyön ohjaus toimeksiantajan taholta. Kuka ohjaa ja miten? KAISA KUUSELA, OHJAA KOKO PROSESSIN AIAN TARPEEN MUKAISESTI.	
Toimeksiantajan edustaja sitoutuu	
<input checked="" type="checkbox"/> osallistumaan opinnäytetyösuunnitelman laadintaan <input checked="" type="checkbox"/> mahdollistamaan työn suorittamisen työyhteisössä <input checked="" type="checkbox"/> ohjaamaan opiskelijaa työhön liittyvissä ammatillisissa kysymyksissä <input checked="" type="checkbox"/> osallistumaan mahdollisuuksien mukaan opinnäytetyöseminaareihin, antamaan työstä palautetta sekä lausunnon työn arviointia varten <input checked="" type="checkbox"/> sopimaan tarvittaessa työn luottamuksellisista asioista opiskelijan ja ammattikorkeakoulun kanssa	
Allekirjoitus: Kaisa Kuusela	

Opiskelijan sitoumus opinnäytetyöhän

Opiskelija	
Opiskelijan etu- ja sukunimi: Reija Niemelä ja Anniina Rahkola	Opiskelijanumero: Reija [REDACTED] Anniina [REDACTED]
Osoite: Reija [REDACTED]	Puhelin: [REDACTED]
Sähköposti: reija.niemela@edu.lapinamk.fi, anniina.rahkola@edu.lapinamk.fi	
Koulutus ja suuntautumisvaihtoehto: Ylempi AMK, Hyvinvointiosaamisen johtamisen -koulutus	
Opiskelija sitoutuu	
<input type="checkbox"/> suorittamaan työn suunnitelmallisesti ja ammattikorkeakoulun ohjeistusta noudattaen, <input type="checkbox"/> käyttämään toimeksiantajalta saamaansa aineistoa vain opinnäytetyön tarkoitukseen, <input type="checkbox"/> noudattamaan vaihtoelevollisuutta erikseen sovitun luottamuksellisen tausta-aineiston osalta sekä <input type="checkbox"/> toimittamaan valmiin opinnäytetyön toimeksiantajalle sovitulla tavalla ja tarvittaessa esittelemään työn tuloksia toimeksiantajalle.	
Allekirjoitus: Anniina Rahkola, Reija Niemelä	



Opinnäytetyön toimeksiantositoumus

Opinnäytetyön ohjaus


Ohjaava opettaja	
Ohjaavan opettajan nimi:	Sirkka Saranki-Rantakokko
Koulutus ja toimipaikka:	Yliopettaja, Lapin AMK
Puhelin:	040 571 5509
Sähköposti:	sirkka.saranki-rantakokko@lapinamk.fi
Koulutuksen yliopettaja	
Koulutuksen yliopettajan nimi:	Outi Törmänen
Puhelin:	040 749 8615
Sähköposti:	outi.tormanen@lapinamk.fi
Allkirjoitus:	<i>Outi Törmänen</i>

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

Liite 6. Tutkimusluvat

 Rovaniemi Perusturvapalvelut	TUTKIMUSLUPAHAKEMUS Tutkimusluvat Opinnäytetyöt	Saapunut <u>14.2.2020</u> Ruo2020-357 Päätös <u>5/2020</u>
--	--	--

1. TUTKIJAA KOSKEVAT TIEDOT Jos tutkijoita on useita, jokainen täyttää oman tutkimuslupahakemuksen	Hakijan sukunimi ja etunimi <u>Reija Niemelä</u>	Henkilötunnus [REDACTED]
	Kotiosoite [REDACTED]	Postinumero ja postitoimipaikka [REDACTED]
	Puhelinnumero kotiin [REDACTED]	Puhelinnumero työhön -
	Suoritettu tutkinto <u>Sairaanhoitaja AMK</u>	Sähköpostiosoite <u>reija.niemela@edu.lapinamk.fi</u>
Hakija osallistuu potilastyöhön <input type="checkbox"/> Kyllä <input checked="" type="checkbox"/> Ei	Suoritusvuosi [REDACTED]	Suorituspaikka [REDACTED]
	Hakija on <input checked="" type="checkbox"/> Opiskelija <input type="checkbox"/> Apurahan saanut tutkija <input type="checkbox"/> Muu tutkija	
2. TUTKIMUSTA KOSKEVAT TIEDOT	Tutkimuksen nimi <u>Terveyskeskuksessa puhelimitse tapahtuvan hoidon tarpeen arviointi hoitajien arvioimana</u>	Tutkimusaika <u>ad. 8.12.2020</u>
	Tutkimus on <input checked="" type="checkbox"/> Julkinen <input type="checkbox"/> Salainen	Tutkimus on <input checked="" type="checkbox"/> Opinnäytetyö (AMK) YAMK <input type="checkbox"/> Syventävä opinnäyte (lääketiede) <input type="checkbox"/> Gradu
	Tutkimuksen kohdeyksikkö <u>Terveyskeskuksen avoimien hoitajien</u>	
	Tutkimuksen vastuhenkilö / Ohjaaja / Päättökijä (Laki lääkäriä tutkimuksesta 794/2010) <u>Sirkka Sarauki - Rantaokko</u>	
	Tutkimukseen osallistuvat muut sosiaali- ja terveydenhuollon yksiköt / Muut tutkijat / Tutkimusryhmä / Työntekijät -	
	Rovaniemen kaupungin kustannukset <input type="checkbox"/> Aiheuttaa kustannuksia (selvitys erillisessä liitteessä) <input checked="" type="checkbox"/> Ei aiheuta kustannuksia	
	Rahoittajatiedot <input type="checkbox"/> EVO projektin numero _____ osuus _____ % <input type="checkbox"/> KEVO projektin numero _____ osuus _____ % <input type="checkbox"/> TUKE projektin numero _____ osuus _____ % <input type="checkbox"/> Muu rahoittaja _____ osuus _____ %	
	Tarvittavat lausunnot ja luvat (hakemuksen liitteenä) <input checked="" type="checkbox"/> Ei tarvita <input type="checkbox"/> Alueellinen eettinen toimikunta <input type="checkbox"/> Ilmoitus kansallisesta lausunnosta <input type="checkbox"/> Valtakunnallinen tutkimuseettinen toimikunta (TUKIJA) <input type="checkbox"/> Muu	
	Fimea <input type="checkbox"/> STM <input type="checkbox"/> THL <input type="checkbox"/> Valvira	
	3. PÄÄTÖS <input checked="" type="checkbox"/> Palvelualuepäällikkö <input type="checkbox"/> Hallintoylilääkäri <input type="checkbox"/> Hallintopäällikkö <input type="checkbox"/> Toimialajohtaja	<input type="checkbox"/> Sopimus tutkimustulosten omistusoikeudesta <input checked="" type="checkbox"/> Tutkimuslupa myönnetään hakemuksen mukaisesti <input type="checkbox"/> Hakemus hylätään

 Rovaniemi Perusturvapalvelut		TUTKIMUSLUPAHAKEMUS Tutkimusluvut Opinnäytetyöt		Saapunut <u>14.2.2020</u> Rolonno <u>2020-357</u> Päätös <u>89/2020</u>	
1. TUTKIJAA KOSKEVAT TIEDOT Jos tutkijoita on useita, jokainen täyttää oman tutkimuslupahakemuksen	Hakijan sukunimi ja etunimi <u>RAHKOLA ANNIINA</u>		Henkilötunnus [REDACTED]		
	Kotiosoite <u>ÄKKIMUTKA 2</u>		Postinumero ja postitoimipaikka [REDACTED] <u>ROVANIEMI</u>		
	Puhelinnumero kotiin [REDACTED]	Puhelinnumero työhön [REDACTED]	Sähköpostiosoite <u>anniina.rahtola@edu.lapinamt.fi</u>		
	Suoritettu tutkinto <u>Sairaanhoitaja AMK</u>		Suoritusvuosi [REDACTED]	Suorituspaikka [REDACTED]	
	Hakija osallistuu potilastyöhön <input type="checkbox"/> Kyllä <input checked="" type="checkbox"/> Ei		Hakija on <input checked="" type="checkbox"/> Opiskelija <input type="checkbox"/> Apurahan saanut tutkija <input type="checkbox"/> Muu tutkija		
2. TUTKIMUSTA KOSKEVAT TIEDOT	Tutkimuksen nimi <u>puhelinitse tapahtuman hoidon Terveystieteissä tarpeen arviointi hoitajain arvioinnin</u>				
	Tutkimus on <input checked="" type="checkbox"/> Julkinen <input type="checkbox"/> Salainen		Tutkimus on <u>YAMK</u> <input checked="" type="checkbox"/> Opinnäytetyö (AMK) <input type="checkbox"/> Syventävä opinnäyte (lääketiede) <input type="checkbox"/> Gradu		
	Tutkimuksen kohdeyksikkö <u>Terveystieteiden avoimiston hoitajat</u>				
	Tutkimuksen vastuuhenkilö / Ohjaaja / Päättökä (Laki lääk. tutkimuksesta 794/2010) <u>Sirkka Saranki-Rantakokko</u>				
	Tutkimukseen osallistuvat muut sosiaali- ja terveydenhuollon yksiköt / Muut tutkijat / Tutkimusryhmä / Työntekijät —				
	Rovaniemen kaupungin kustannukset <input type="checkbox"/> Aiheuttaa kustannuksia (selvitys erillisessä liitteessä) <input checked="" type="checkbox"/> Ei aiheuta kustannuksia				
	Rahoittajatiedot <input type="checkbox"/> EVO projektin numero _____ osuus _____ % <input type="checkbox"/> KEVO projektin numero _____ osuus _____ % <input type="checkbox"/> TUKE projektin numero _____ osuus _____ % <input type="checkbox"/> Muu rahoittaja _____ osuus _____ %				
Tarvittavat lausunnot ja luvat (hakemuksen liitteenä) <input checked="" type="checkbox"/> Ei tarvita <input type="checkbox"/> Alueellinen eettinen toimikunta <input type="checkbox"/> Ilmoitus kansallisesta lausunnosta <input type="checkbox"/> Valtakunnallinen tutkimuseettinen toimikunta (TUKIJA) <input type="checkbox"/> Muu					
3. PÄÄTÖS <input checked="" type="checkbox"/> Palvelualuepäällikkö <input type="checkbox"/> Hallintoyliääkäri <input type="checkbox"/> Hallintopäällikkö <input type="checkbox"/> Toimialajohtaja	<input type="checkbox"/> Sopimus tutkimustulosten omistusoikeudesta <input checked="" type="checkbox"/> Tutkimuslupa myönnetään hakemuksen mukaisesti <input type="checkbox"/> Hakemus hylätään		Päätöksentekijän allekirjoitus Rovaniemi <u>14.2.2020</u> <u>Kaia Kuusea</u> KAIA KUUSEA Allekirjoitus Nimenselvennys		

Liite 7. Viranhaltijapäätös tutkimuslupa



Rovaniemen kaupunki
 Palvelualuepäällikkö Terveydenhuolto
 Tutkimuslupapäätös

Viranhaltijapäätös
 14.02.2020

1 (3)
 § 9

Tämä asiakirja on sähköisesti allekirjoitettu Rovaniemen kaupungin asianhallintajärjestelmässä.

ROIDno-2020-351

Tutkimuslupa / avovastaanotto

Lapin ammattikorkeakoulun opiskelijat, sairaanhoitajat Anniina Rahkola ja Reija Niemelä ovat jättäneet tutkimuslupa-anomuksen koskien opinnäytetyötään YAMK.

Opinnäytetyö "Terveyskeskuksessa puhelimitse tapahtuvan hoidon tarpeen arviointi hoitajien arvioimana" toteutetaan 8.12.2020 mennessä terveyskeskuksen avovastaanotolla. Tutkimuksen tarkoituksena on tuoda esille terveyden- ja/tai sairaanhoitajien kokemana puhelimitse tapahtuvan hoidon tarpeen arvion ongelmat, vavuudet sekä kehittämisehdotukset. Opinnäytetyö on toimintatutkimus, joka suoritetaan terveysaseman hoitajia osallistavilla menetelmillä.

Opinnäytetyöstä ei aiheudu kustannuksia terveydenhuollon palvelualueelle.

Sairaanhoitajat Anniina Rahkola ja Reija Niemelä ovat allekirjoittaneet salassapito- ja käyttäjäsitoumuksen, ja lisäksi sitoutuvat tutkimuseettisiin ehtoihin.

Opinnäytetyöprosessin yhteyshenkilönä toimii palvelualuepäällikkö Kaisa Kuusela, joka on opinnäytetyön toimeksiantaja.

Päätöksen peruste

Tutkimuslupahakemuksen liitteeksi on toimitettu oppilaitoksessa hyväksytty tutkimussuunnitelma.

Päätös

Hyväksyn tutkimusluvan sairaanhoitajat Anniina Rahkola ja Reija Niemelä, Lapin ammattikorkeakoulu, YAMK tutkintoon johtava koulutus, oheisten liitetiedostojen mukaisesti. Valmiista tutkimusraportista toimitetaan kopio Rovaniemen kaupungille.

Tiedoksi

Saarinen Arja, Rahkola Anniina, Niemelä Reija

Allekirjoitus

Kaisa Kuusela palvelualuepäällikkö

Viranhaltijapäätöksen nähtävänäolo

Päätöspöytäkirja pidetään yleisesti nähtävänä Rovaniemen kaupungin verkkosivuilla 17.2.2020 alkaen.



Tämä asiakirja on sähköisesti allekirjoitettu Rovaniemen kaupungin asianhallintajärjestelmässä.

ROIDno-2020-351

Tutkimuslupa / avovastaanotto

Lapin ammattikorkeakoulun opiskelijat, sairaanhoitajat Anniina Rahkola ja Reija Niemelä ovat jättäneet tutkimuslupa-anomuksen koskien opinnäytetyötään YAMK.

Opinnäytetyö "Terveyskeskuksessa puhelimitse tapahtuvan hoidon tarpeen arviointi hoitajien arvioimana" toteutetaan 8.12.2020 mennessä terveyskeskuksen avovastaanotolla. Tutkimuksen tarkoituksena on tuoda esille terveyden- ja/tai sairaanhoitajien kokemana puhelimitse tapahtuvan hoidon tarpeen arvion ongelmat, vahvuudet sekä kehittämisehdotukset. Opinnäytetyö on toimintatutkimus, joka suoritetaan terveysaseman hoitajia osallistavilla menetelmillä.

Opinnäytetyöstä ei aiheudu kustannuksia terveydenhuollon palvelualueelle.

Sairaanhoitajat Anniina Rahkola ja Reija Niemelä ovat allekirjoittaneet salassapito- ja käyttäjäsitoumuksen, ja lisäksi sitoutuvat tutkimuseettisiin ehtoihin.

Opinnäytetyöprosessin yhteyshenkilönä toimii palvelualuepäällikkö Kaisa Kuusela, joka on opinnäytetyön toimeksiantaja.

Päätöksen peruste

Tutkimuslupahakemuksen liitteeksi on toimitettu oppilaitoksessa hyväksytty tutkimussuunnitelma.

Päätös

Hyväksyn tutkimusluvan sairaanhoitajat Anniina Rahkola ja Reija Niemelä, Lapin ammattikorkeakoulu, YAMK tutkintoon johtava koulutus, oheisten liitetiedostojen mukaisesti. Valmiista tutkimusraportista toimitetaan kopio Rovaniemen kaupungille.

Tiedoksi

Saarinen Arja, Rahkola Anniina, Niemelä Reija

Allekirjoitus

Kaisa Kuusela palvelualuepäällikkö

Viranhaltijapäätöksen nähtävänäolo

Päätöspöytäkirja pidetään yleisesti nähtävänä Rovaniemen kaupungin verkkosivuilla 17.2.2020 alkaen.



Rovaniemen kaupunki
Palvelualuepäällikkö Terveydenhuolto
Tutkimuslupapäätös

Viranhaltijapäätös
14.02.2020

1 (3)
§ 9

Tämä asiakirja on sähköisesti allekirjoitettu Rovaniemen kaupungin asianhallintajärjestelmässä.

ROIDno-2020-351

Tutkimuslupa / avovastaanotto

Lapin ammattikorkeakoulun opiskelijat, sairaanhoitajat Anniina Rahkola ja Reija Niemelä ovat jättäneet tutkimuslupa-anomuksen koskien opinnäytetyötään YAMK.

Opinnäytetyö "Terveyskeskuksessa puhelimitse tapahtuvan hoidon tarpeen arviointi hoitajien arvioimana" toteutetaan 8.12.2020 mennessä terveyskeskuksen avovastaanotolla. Tutkimuksen tarkoituksena on tuoda esille terveyden- ja/tai sairaanhoitajien kokemana puhelimitse tapahtuvan hoidon tarpeen arvion ongelmat, vahvuudet sekä kehittämisehdotukset. Opinnäytetyö on toimintatutkimus, joka suoritetaan terveysaseman hoitajia osallistavilla menetelmillä.

Opinnäytetyöstä ei aiheudu kustannuksia terveydenhuollon palvelualueelle.

Sairaanhoitajat Anniina Rahkola ja Reija Niemelä ovat allekirjoittaneet salassapito- ja käyttäjäsitoumuksen, ja lisäksi sitoutuvat tutkimuseettisiin ehtoihin.

Opinnäytetyöprosessin yhteyshenkilönä toimii palvelualuepäällikkö Kaisa Kuusela, joka on opinnäytetyön toimeksiantaja.

Päätöksen peruste

Tutkimuslupahakemuksen liitteeksi on toimitettu oppilaitoksessa hyväksytty tutkimussuunnitelma.

Päätös

Hyväksyn tutkimusluvan sairaanhoitajat Anniina Rahkola ja Reija Niemelä, Lapin ammattikorkeakoulu, YAMK tutkintoon johtava koulutus, oheisten liitetiedostojen mukaisesti. Valmiista tutkimusraportista toimitetaan kopio Rovaniemen kaupungille.

Tiedoksi

Saarinen Arja, Rahkola Anniina, Niemelä Reija

Allekirjoitus

Kaisa Kuusela palvelualuepäällikkö

Viranhaltijapäätöksen nähtävänäolo

Päätöspöytäkirja pidetään yleisesti nähtävänä Rovaniemen kaupungin verkkosivuilla 17.2.2020 alkaen.