



**OHJEISTUS PUHELIMESSA
TAPAHTUVAAN
HOIDON TARPEEN ARVIOON
MÄNTÄNVUOREN TERVEYS OY:LLE**

Jasmiina Alakangas

Tea Pirttilahti

Opinnäytetyö
Elokuu 2013
Hoitotyön koulutusohjelma
Hoitotyön suuntautumisvaihtoehto

TIIVISTELMÄ

Tampereen ammattikorkeakoulu
Hoitotyön koulutusohjelma
Aikuisen hoitotyön suuntautumisvaihtoehto

ALAKANGAS, JASMIINA & PIRTTILAHTI, TEA:
Ohjeistus puhelimesta tapahtuvaan hoidon tarpeen arvioon Mäntänvuoren Terveys Oy:lle

Opinnäytetyö 32 sivua, joista liitteenä 2 sivua
Elokuu 2013

Mäntänvuoren Terveys Oy:n Mänttä-Vilppulan terveyskeskuksessa hoidon tarpeen arviointia, potilaan ohjausta ja priorisointia hoitaja tekee pääsääntöisesti puhelimitse. Opinnäytetyömme idea on työelämälähtöinen. Tarkoituksena oli tehdä puhelimesta tapahtuvaan hoidon tarpeen arvioon ohjeistus Mäntänvuoren Terveys Oy:lle. Ohjeistuksen tavoitteena on lisätä potilas turvallisuutta, kustannusten säästöä ja vastaanoton toimivuutta. Oikea ja toimiva hoidon tarpeen arviointi takaa toimivan ajanvarausjärjestelmän, josta hyötyy niin potilaat kuin terveyskeskus. Tehtävinä oli selvittää mitä on hoidon tarpeen arviointi puhelimitse, mitä on kiireetön hoito sekä miten hoidon tarpeen arviointia toteutetaan.

Ohjeistus antaa perusteet hoidon tarpeen arviointiin ja tukee arvioinnin tekoa. Se sisältää tietoa ajantasaisesta lainsäädännöstä terveyskeskuksessa tapahtuvasta hoidon tarpeen arvioinnista ja puhelintyöstä. Ohjeistukseen on sisällytetty esimerkki siitä millä aikataululla potilas oirekuvan perusteella ohjautuu hoitoon. Hoidon tarpeen arvio on terveydenhuollossa nykypäivää ja sen toteuttaminen on tullut käytäntöön hoitotakuun myötä. Toteutuksessa on kirjavia käytäntöjä ja niiden yhtenäistämiseen on syytä paneutua. Opinnäytetyömme avaa hoidon tarpeen arvioon perustan miksi sitä tehdään.

Kehitysideana tulevaisuudessa olisi tehdä työyksikössä hoitajille taskuopas hoitopoluista tai hoitoon ohjautumisesta oireiden mukaan, jolloin se olisi looginen eteneminen potilaan hoidon kehittämisessä sekä hoitajien ammatillisen osaamisen tukena.

Asiasanat: Hoidon tarpeen arviointi, kiireetön hoito

ABSTRACT

Tampereen ammattikorkeakoulu
Tampere University of Applied Sciences
Degree Programme in Nursing

ALAKANGAS, JASMIINA & PIRTTILAHTI, TEA:

Assessing a Patient's Need for Care on Telephone – A Guidebook for Mäntänvuoren Terveys Oy

Bachelor's thesis 32 pages, appendices 2 pages
August 2013

Mäntänvuoren Terveys Oy is one of the health-care providers in the health-care center in Mänttä-Vilppula. Here the nurses assess the need for care, give patient guidance and do prioritizing by telephone. The initial idea for this thesis came from Mänttä-Vilppula health-care centre and thus this thesis is work life oriented with practical applications. The purpose of this thesis was to compile a guidebook for Mäntänvuoren Terveys Oy on how to assess a patient's need for care. This thesis aims to, first of all, increase patient safety, but also, help to save on expenses and improve the the reception service. Fluent and appropriate assessment system ensures a well-functioning appointment practices. This in turn will benefit both the patients and the personnel at the health-care centre. In order to create a good guidebook it was important to examine what is involved in assessing a patient's need for care on the phone. Besides, we examined what a good guidebook is like and how to assess a patient's need for care successfully.

The main purpose of the guidebook is to support nurses when they assess the need for care but it should also make one reflect why this assessment is done. Furthermore, the guidebook presents the current laws related to the assessment of patient's need for care and the phone services in health-care centres. The guidebook also provides an example on the time frame when patients with different symptoms will be treated. The need for care assessment is part of the daily life in health-care centers as it is carried out as a part of the guarantee for treatment. However, the ways in which the assessment is carried out varies and it is important to focus on standardising these procedures.

Keywords: Need for care assessment, leisure care

SISÄLLYS

1 JOHDANTO	5
2 TARKOITUS, TEHTÄVÄ JA TAVOITE	6
3 OPINNÄYTETYÖN TEOREETTISET LÄHTÖKOHDAT	7
3.1 Kiireettömän hoidon arviointi	8
3.2 Puhelimitse tapahtuva neuvonta ja arviointi	10
4 HOIDON TARPEEN ARVIOINTI	11
4.1 Hoitotakuu	11
4.2 Hoitoon pääsyyn vaikuttava lainsäädäntö	11
4.3 Hoidon kiireellisyyden arviointi	13
4.5 Puheviestintä	16
4.6 Kirjaaminen hoitotyössä	17
5. POTILAAN HOITOKETJU	20
6. TUOTOKSEEN PAINOTTUVA OPINNÄYTETYÖ	21
6.1 Toiminnallinen opinnäytetyö	21
6.2 Opinnäytetyön vaiheet	22
7 TUOTOKSEN SISÄLTÖ JA ULKOASU	23
8. POHDINTA	25
8.1 Luotettavuus ja etiikka	26
8.2 Opinnäytetyön prosessi	27
8.3 Kehittämissideat	28
LÄHTEET	29
LIITTEET	32

1 JOHDANTO

Hoidon tarpeen arviointi on keskeistä koko terveydenhuoltojärjestelmän toimivuuden näkökulmasta. Sen onnistumisella on suoria sekä välillisiä vaikutuksia terveydenhuoltojärjestelmän kokonaiskustannuksiin, hoitoprosessin sujuvuuteen, henkilöstön työpanoksen oikeaan kohdentumiseen ja ennen kaikkea potilaan hoidon onnistumiseen. (Syväoja & Äijälä 2009, 7.)

Hoidon tarpeen arviointi Kansanterveyslain 66/1972 mukaan on seuraavaa, ”Hoidon tarpeen arvioinnissa selvitetään yhteydenoton syy, sairauden oireet ja niiden vaikeusaste sekä kiireellisyys yhteydenottajan kertomien esitietojen tai lähetteen perusteella. Hoidon tarpeen arviointi edellyttää, että terveydenhuollon ammattihenkilöllä on asianmukainen koulutus, työkokemus ja yhteys hoitoa antavaan toimintayksikköön sekä käytettävissään potilasasiakirjat.” (Kansanterveyslaki 28.1.1972/66 15b § 2.)

Lähtökohtana päätöksenteolle on tiedon hankinta potilaasta. Useissa tutkimuksissa on todettu, että jollei tarkoituksenmukaista tietoa ole käytettävissä tai sitä ei osata hankkia ja priorisoida, ei ole mahdollista tehdä oleellisia päätöksiä asiakkaan tai potilaan hoitamisesta (Lauri, Eriksson & Hupli 1998, 27.)

Tutkimukset osoittavat myös sen, että sairaanhoitajan tiedonkeruu potilaasta vähenee käytännön kokemuksen myötä, mutta kohdistuu tällöin potilaan tilanteen kannalta oleellisiin asioihin. Kokeneet hoitajat pystyvät tekemään päätöksiä potilaan hoidollisista ongelmista ilman potilaasta tehtyä laajaa tiedon keruuta. (Lauri, ym. 1998, 27.)

Opinnäytetyömme tarkoituksena oli tehdä ohjeistus Mäntänvuoren Terveys Oy:lle lääkärin vastaanoton henkilökunnan käyttöön ja tueksi puhelin neuvontaan. Työelämän toiveiden mukaisesti rajasimme ohjeistuksen puhelinneuvontaan ja kiireettömän hoidon arviointiin. Koemme hoidon tarpeen arvioinnin haasteelliseksi puhelimesta, koska hoitajan arviointi perustuu potilaan kertomaan, eikä hoitaja näe potilasta kasvoitusten.

2 TARKOITUS, TEHTÄVÄ JA TAVOITE

Opinnäytetyömme tarkoituksena oli tehdä selkeä ohjeistus puhelimitse tapahtuvaan hoidon tarpeen arvioon Mäntänvuoren Terveys Oy:lle ja pitää aiheesta henkilökunnalle osastotunti.

Opinnäytetyön tehtävänä oli selvittää

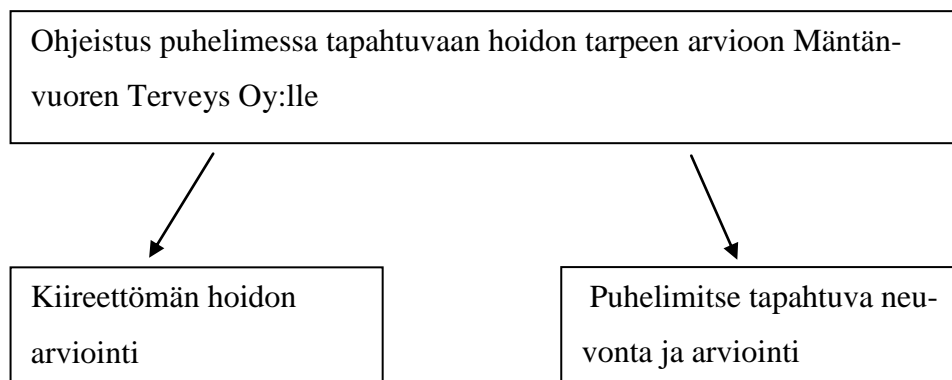
- 1) Mitä on kiireetön hoito?
- 2) Mitä on hoidon tarpeen arviointi puhelimitse?
- 3) Miten hoidon tarpeen arviointia toteutetaan?

Tavoitteena oli turvallisuuden lisääminen hoitotyössä ja lisätä työn mielekkyyttä tuke-
malla puhelinneuvontaa. Selkeistä ohjeista on myös hyötyä taloudellisesti. Ohjeistuksen
avulla hoitajalla on helpompi luokitella oikein potilaan hoidon tarve, ja tämä vähentää
ajanvaraus kuormitusta. Opinnäytetyömme lisää tietoutta hoidon tarpeen arvioinnista.

3 OPINNÄYTETYÖN TEOREETTISET LÄHTÖKOHDAT

Opinnäytetyössämme viitekehys (kuvio 1) kertoo mistä näkökulmasta työelämä on halunnut asiaa käsiteltävän. Teoreettinen viitekehys on eräänlainen punainen lanka joka ohjaa opinnäytetyötämme koko prosessin ajan. Se kertoo myös meille asetetun tavoitteen mistä näkökulmasta työelämä on halunnut asiaa käsiteltävän.

Opinnäytetyömme keskeiset käsitteet ovat hoidon tarpeen arviointi, puhelimitse tapahtuva neuvonta sekä kiireetön hoito. Työkokemuksen kautta, olemme huomanneet näiden käsitteiden olevan tärkeitä ja keskeisiä tätä työtä toteuttaessa.



KUVIO 1. Opinnäytetyön keskeiset käsitteet

Viitekehyksessä kuvataan opinnäytetyön keskeisiä käsitteitä ja niiden välisiä suhteita. Viitekehukseen kulminoituu useimmiten opiskelijoiden kysymys siitä millaista teoriaa tarvitaan vai tarvitaanko sitä. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 18.) Viitekehys kertoo lukijalle mitä asiasta jo tiedetään tutkimusten ja kirjallisuuden kautta, sekä kokoaa yhteen olemassa olevaa tietoa aiheesta.

Opinnäytetyössä emme käsittele yksityiskohtaisesti mitä minkäkin vaivan kohdalla tulisi tehdä. Työmme rajaus perustuu olettamukseen, että hoitajalla on perustiedot hallussa. Keskitymme työssämme siihen, mitä kannattaa puhelimesta kysyä. Esimerkkinä voisimme ottaa kysymykset, kuinka pitkään vaiva on jatkunut tai miten vaiva alkoi?

3.1 Kiireettömän hoidon arviointi

Kun potilaan sairaus tai sen oireet eivät ole henkeä tai terveyttä välittömästi uhkaavia, puhutaan kiireettömästä hoidosta. Tällöin potilaan hoito voidaan toteuttaa arkipäivisin joko lääkärin tai hoitajan vastaanotolla. Kiireetön hoito jakautuu myös omiin kiireellisyysluokkiinsa. Hoitotakuun mukaan kiireettömään hoitoon tulee päästä kohtuullisessa ajassa, viimeistään 3 kuukauden sisällä. (Syväoja & Äijälä 2009, 106.)

Työmme painottuu kiireettömään hoitoon. Tämä on tärkeä rajausta sillä, mikäli käsittelemme myös kiireellisen hoidon, laajenisi työmme liikaa. Puhelimessa tapahtuvassa arvioinnissa tulee joskus niitä tilanteita, jolloin hoitaja joutuu ohjeistamaan potilaan soittamaan joko ambulanssin tai hakeutumaan tarvittaessa välittömästi ensiapuun, silloin hoito luokitellaan kiireelliseksi. Kiireellistä hoitoa ei toteuteta lääkärin vastaanotolla, vaan päivystyksessä. Äkillisen sairauden, vamman tai kroonisen sairauden vaikeutuminen kuuluu kiireellisen hoidon piiriin, jolloin se vaatii välitöntä arviointia tai hoitoa (STM verkkouutinen 2010).

Hoidon tarpeen arviointi tarkoittaa ammattilaisen tekemää arvioita potilaan hoidon kiireellisyydestä ja potilaan hoitoon pääsystä (Syväoja & Äijälä 2009, 9). Hoidon tarpeen arviointi on tullut osaksi terveyskeskusten puhelintyötä, jolla pyritään kohdentamaan potilaan hoito oikeaan paikkaan mahdollisimman suoraan.

Hoidon tarpeen arviointia suoritetaan jatkuvasti vastaanotoilla. Sen oikea ja turvallinen toteutus on tärkeää. Tämä mahdollistaa potilaan oikean hoidon saannin oikeaan aikaan. Se on myös taloudellisesti ajateltuna tärkeää. Se edistää ajanvarausjärjestelmän toimivuutta.

Yhtenäiset kiireettömän hoidon perusteet on päivitetty. Sosiaali- ja terveysministeriö on julkaissut päivitettyt kiireettömän hoidon perusteet verkkosivuillaan. Sairaanhoidopiirit ja terveyskeskukset arvioivat ja seuraavat jatkuvasti suositusten toimivuutta. Hoidon perusteita korjataan sekä kehitetään saatujen kokemusten perusteella. (Sosiaali- ja terveysministeriön (STM) Verkkouutinen 2011.)

STM määritelmän mukaan ”kiireettömät tapaukset hoidetaan kunnallisissa terveyskeskuksissa. Kiireettömään sairaanhoitoon pääsevät terveyskeskuksen alueella asuvat, ellei muuta ole sovittu. Kiireettömään sairaanhoitoon on päästävä tietyissä määrääjassa. Arkipäivien terveyskeskuksen aukioloaikana sinne on saatava välittömästi puhelinyhteys tai sinne on voitava mennä käymään. Jos hoidon tarpeen arviointi vaatii terveyskeskuksessa käyntiä, sinne on saatava aika kolmen arkipäivän kuluessa yhteydenotosta.” (STM verkkouutinen 2010.)

STM kertoo kunnissa olleen eroja näiden ohjeiden toteutuksessa. Nyt kuitenkin lainsäädännön myötä, näiden erojen tasoittuminen on mahdollista. Hoitokäytännöissä eri puolilla maata on ollut suuria vaihteluita, ja päätöksiä kiireettömän hoidon antamisesta on tehty erilaisin perustein. Lainsäädäntömuutosten tavoitteena on turvata kansalaisille kiireettömään hoitoon pääsy samanlaisin perustein asuinpaikasta riippumatta. (STM verkkouutinen 2013.)

Hoitotakuun toteutumista voidaan esitellä (taulukko 1) avulla. Tämä esimerkki on Keski-Suomen seututerveyskeskukselta. Terveyskeskusten välillä saattaa olla eroavaisuuksia toteutuksessa. Hoitotakuu laki kuitenkin määrittelee missä ajassa potilaan on saatava viimeistään hoitoa.

TAULUKKO 1: Hoitotakuun toteutuminen joulukuussa 2012 Keski-Suomen seututerveyskeskuksessa (Keski-Suomen seututerveyskeskus 2012).

	Hoidon tarpeen arviointi toteutetaan:	Hoitoon pääsy:
Terveyskeskuslääkärin vastaanotto:	1-3 arkipäivää	3 pv - 3 vk
Hoitajien vastaanotto:	1-2 arkipäivää	1 arkipäivä - 1vk
Hammaslääkärin vastaanotto:	Puhelimessa	1 - 4,5 kuukautta
Suuhygienistin vastaanotto:	-	2 - 11 viikkoa

3.2 Puhelimitse tapahtuva neuvonta ja arviointi

Puhelimessa tapahtuva toiminta voi olla palvelua, jossa saman yhteydenoton aikana voidaan antaa yleistä neuvontaa ja hoitaa hoidon tarpeen arvioon perustuvat ajanvaraukset (Syväoja & Äijälä 2009,19). Potilaan tilan arvioinnissa puhelimitse hoitajalla tärkeässä asemassa on potilaan kertoma oirekuva ja tarkentavien kysymysten kysyminen, jotta saadaan mahdollisimman oikeanlainen kuva potilaan tilasta. Hoitajan saama mielikuva potilaan tilasta määrää missä ja miten potilasta seuraavaksi hoidetaan. Potilaan tilan arviointi ja ohjaus vaatii hoitajalta hyvää eettistä omatuntoa ja ammatillisuutta. Oma eettisyys on arvovalinta. Motivaatio ja tahto toimia oikein on eettisyyden tukena (Kivimäki 2012, 2).

Terveyden- ja sairaanhoidon neuvonta voi olla joko yleistä tai yksilöllistä terveyteen tai sairaanhoitoon liittyvää neuvontaa. Yleinen puhelinpalveluneuvonta muuttuu yksilölliseksi silloin kun otetaan kantaa henkilön terveydentilaan tai hänelle annetaan yksilöllisiä hoito-ohjeita. Kun yksilöllisiä hoito-ohjeita annetaan on myös tehtävä potilaslain mukaiset merkinnöt potilasasiakirjoihin. (Syväoja & Äijälä 2009, 19.)

Laaksonen on todennut puhelimesta tapahtuvan hoidon tarpeen arvioinnin ongelmia ja peruspiirteitä. ”Toinen asia on puhelimesta tapahtuva hoidon tarpeen arviointi, joka vaatii todella hyvää ammattitaitoa, sekä teoreettista tietämystä että käytännön kokemusta. Puhelinkeskustelussa on saatava selville tarvitseeko asiakas vastaanottoajan vai tulee hän autetuksi hyvillä itsehoito-ohjeilla. Puhelimessa annetut ohjeet tulee myös kirjata potilasasiakirjoihin vastuukysymysten selkiyttämiseksi.” (Laaksonen 2005.)

Sairaanhoitaja toteuttaa jatkuvasti puhelimitse tapahtuvaa hoidon tarpeen arviointia. Hoitajan täytyy tällöin osata kysyä tarpeelliset kysymykset, jotta hän voi tehdä mahdollisimman tarkan arvioinnin. Puhelimessa tehtävä hoidon tarpeen arviointi tuo myös muita haasteita. Hoitajan ja potilaan välinen yhteisymmärrys puhelimesta luo hoitosuhteen luottamuksen.

4 HOIDON TARPEEN ARVIOINTI

4.1 Hoitotakuu

Hoitotakuu tuli voimaan maaliskuussa 2005 Suomessa. Hoitotakuu sääti kiireettömille hoidoille ja tutkimuksille tietyt määräajat. Hoitotakuu koskee kiireetöntä hoitoa, mutta on myös säädös jossa määritellään, että kiireelliseen hoitoon on päästävä välittömästi. (Terveydenhuoltolaki 1326/2010.)

Hoidon tarpeen arviointi tarkoittaa ammattilaisen tekemää arvioita potilaan hoidon kiireellisyydestä ja hoitoon pääsystä. Arviota on tehty terveydenhuollossa aina, tiedostetusti, systemaattisesti tai tiedostamatta. Käsitteenä hoidon tarpeen arviointi sai uuden painoarvon, kun se tuli osaksi lakitekstiä vuonna 2005. (Syväoja & Äijälä 2009, 9.)

Hoidon tarpeen arvioijan on hyvä tuntea hoidon tarpeen arviointiin liittyvä lainsäädäntö. Hoidon tarpeen arviointi ei ole hoitoprosessissa irrallinen osa-alue, vaan se kytkeytyy tiiviisti hoidon toteuttamiseen (esim. hoito lääkärin vastaanotolla tai sairaalassa). Vuonna 2005 tehtyjen lakimuutosten tavoitteena on ollut turvata tarpeeseen perustuva hoidon saatavuus, lisätä odotusajan läpinäkyvyyttä ja vähentää eroja hoitoon pääsyssä sekä lisätä oikeudenmukaisuutta ja yhdenvertaisuutta hoitoon pääsyssä. (Syväoja & Äijälä 2009, 9.)

4.2 Hoitoon pääsyyn vaikuttava lainsäädäntö

Puhelinneuvontaa on järjestetty uudelleen ja laajennettu, jotta potilas välttyisi tarpeettomilta käynneiltä. Tavoitteena on myös mahdollisuus vastata tehokkaammin palvelujen kysyntään. Neuvonnalla turvataan potilaan oikeus saada yhteys välittömästi terveyskeskukseen ja saada arvio terveydentilastaan viimeistään kolmantena päivänä yhteydenotosta. (Mustajoki, Alila, Matilainen & Rasimus 2010,766.)

Hoidon toteuttamista koskeva säädös määrittelee hoidon aloittamisesta. Aloittamisesta päätettäessä tulee ottaa huomioon potilaan terveydentila, sairaus ja toimintakyky sekä

niiden ennakoitavissa oleva kehitys. Jos kunta ei voi itse antaa tarvittavaa hoitoa kansanterveyslain mukaisessa enimmäisajassa, on viivytyksettä ja enimmäisaikojen puitteissa järjestettävä potilaalle mahdollisuus saada kyseessä oleva hoito muilta palveluntuottajilta esimerkiksi yhteistoiminnassa toisen kunnan tai kuntayhtymän kanssa. (Syväoja & Äijälä 2009,14.)

Terveydenhuollon palvelujen järjestämissuunnitelman säädös määrittelee, että ”sairaanhoitopiirin kuntayhtymän ja sen alueen kuntien on laadittava yhteistyössä terveydenhuollon palvelujen järjestämissuunnitelma” (Syväoja & Äijälä 2009, 15).

Säädös hoidon tarpeen arvioinnista määrittelee, että hoidon tarpeen arvioinnissa selvitetään yhteydenoton syy, sairauden oireet ja niiden vaikeusaste sekä kiireellisyys yhteydenottajan kertomien esitietojen tai lähetteen perusteella. Hoidon tarpeen arviointi edellyttää, että sitä suorittavalla terveydenhuollon ammattihenkilöllä on asianmukainen koulutus, työkokemus ja yhteys hoitoa antavaan toimintayksikköön sekä käytettävissään potilasasiakirjat. (Syväoja & Äijälä 2009, 14.) Hoidon tarpeen arviointia toteuttaessa lähtökohtana on osata laillinen säädös siitä.

Potilasasiakirjamerkintöihin kohdistuva säädös määrittelee seuraavasti. Hoidon tarpeen arvioinnista ja arvion tehneen terveydenhuollon ammattihenkilön antamasta toimenpite-ehdotuksesta tai hoito-ohjeesta tehdään merkinnät potilasasiakirjoihin. Puhelinpalveluna annettavasta henkilökohtaisesta terveyden – ja sairaanhoidon neuvonnasta tai palveluun ohjauksesta tehdään merkinnät potilasasiakirjoihin. Terveydenhuollon ammattihenkilön tulee myös pyrkiä tunnistamaan potilas sekä jos joku muu ottaa yhteyttä potilaan puolesta, tämä yhteydenottaja. (Syväoja & Äijälä 2009, 14.) Potilasasiakirja merkinnät ovat yksi peruspilareista hoitotyön toteutuksessa. Se on potilaan saaman hoidon turvallisuuden kannalta tärkeää.

4.3 Hoidon kiireellisyyden arviointi

Kiireellisyyden arviointi on kiinteä osa hoidon tarpeen arviointia, siinä arvioidaan tarve hoidosta ja aika, jonka kuluessa hoitoon on päästävää. Tämän kiireellisyyden arviointi liittyy sekä kiireelliseen, että kiireettömään hoidon tarpeen arviointiin. Kiireettömän hoidon suhteen hoitoon pääsyn aika ikkuna vaihtelee vuorokaudesta aina kolmeen kuukauteen asti, joka on lain esittämä enimmäisaika. (Syväoja & Äijälä 2009, 93.)

Ryhmittelyn tavoitteena on ruuhkan helpottaminen, hoitoturvallisuuden ja laadun parantaminen, voimavarojen oikea suuntaaminen, työn mielekkyyden lisääminen sekä parantaa potilasohjausta (Ruuti 2011, 13). Kiireellisyyden arviointia toteutetaan esimerkiksi triage-luokituksen avulla. Triage tarkoittaa potilaan kiireellisyyden luokittelusta viisi portaisen kirjain järjestelmän avulla. A,B,C,D ja E. A-ryhmä tarkoittaa kriittisesti sairaita ja välitöntä hoitoa, B-ryhmä kymmenessä minuutissa hoitoa, C-ryhmä noin tunnin sisään hoito, D-ryhmä noin kahden tunnin sisään hoito ja E-ryhmän potilaat eivät kuulu päivystykseen. (Syväoja & Äijälä 2009, 95.) Arvioinnin tärkeyden puolesta puhuu myös lääkärilehden julkaisu ”triage löi läpi päivystyksissä” Terveystieteiden tutkimuskeskuksen tutkimus, jossa käsiteltiin triage-luokituksen käyttöä ja sen vaikutusta potilaiden odotusaikoihin ja hoidon laatuun. (Lääkärilehti 2010).

Päivystykseen kuulumattomat ihmiset ovat E-ryhmän potilaat. On kuitenkin erittäin tärkeää, ettei näitä potilaita vain hylätä tai jätetä ohjaamatta vaan esimerkiksi he saavat tarvittaessa palveluneuvontaa ja ohjausta sairautensa hoidossa. Silloin kun arvioidaan, että potilas on E-luokan ryhmään kuuluva ja tarvitsee lääkärin käyntiä myöhemmin, on hyvää palvelua jos hoitaja varaa ajan samalla potilaalle. (Syväoja & Äijälä 2009,106.)

Tämä kyseinen E-ryhmän potilaat ovat ne jotka lääkärin vastaanotolle tulevat. Tähän voisi esimerkiksi kuulua korvahuuhtelut ja kroonisen haavan hoidot. Vaikka kyseinen ryhmä olisi määritelty E-ryhmää, ei sekään tarkoita automaattisesti sitä, että potilas tarvitsisi lääkärin, vaan auttaja voi olla hoitaja. Tärkeää on huomioida se, että potilaalle ei välttämättä voida luvata seuraavaksi päiväksi kiireetöntä hoitoa. Resurssien kannalta on hyvä, jos päivystyksen hoitaja voi tehdä niin tarkan ja perusteellisen hoidon arvioin, että potilasta ei tarvitse lähettää uudelleen terveystieteiden tutkimuskeskuksen hoitajan arvioon. (Syväoja & Äijälä 2009, 106.)

4.4 Arvioinnin perusteella ohjaus hoitajan tai lääkärin vastaanotolle

Potilaan tarvitseman hoidon tai ohjauksen tarve ei aina tarvitse lääkärin vastaanottoa. Potilaan ohjauksesta ja hoidosta voi monessa tapauksessa vastata hoitaja. Nykyään terveyskeskuksissa käytetään hoitaja-lääkäri- työpareja, jolloin hoitaja voi yhteistyössä lääkärin kanssa hoitaa potilaan asiaa yhdessä. Työparit tuntevat potilaan paremmin entuudestaan ja hoito on sujuvampaa. Hoitaja voi konsultoimalla lääkärinä saada lisäohjeistusta hoitoon.

Terveystieteiden tutkimusten voimavarojen tarkoituksenmukaisen käytön näkökulmasta on erittäin tärkeää, että kaikki ne potilaat, jotka tulevat autetuiksi hoitajan vastaanotolla, ohjataan hoitajan vastaanotolle. Kaikki ne potilaat, jotka eivät voi jäädä kotihoitoon mutta toisaalta eivät tarvitse lääkärin vastaanottoa, ohjataan hoitajan vastaanotolle. Resurssiohjauksen ja johtamisen näkökulmasta on tällöin olennaista varmistaa, että hoito-aikojen riittävyys suhteessa tarpeeseen sekä hoitajaosaamisen taso suhteessa tarpeeseen on riittävä. (Syväoja & Äijälä 2009, 115.)

Puhelinpalvelua tehostamalla tuloksiin artikkelissa on kirjoitettu omalääkäri ja omahoitaja työpari järjestelmästä. ”Osalla Helsingin terveysasemista on siirretty malliin, jossa omalääkäri ja omahoitajasta työskentelevät työpareina” (Kauppinen 2009). Suurin osa hoitohenkilökunnasta on terveydenhoitajia, joten useimmille lääkäreille tuli työpariksi terveydenhoitaja. Työpari suunnittelee preventiivisen toiminnan sekä kroonisten sairauksien hoidon ja seurannan yhteisesti sovitun sähköisen monisairaalan potilas hoitomallin mukaan. Työpari myös hoitaa oman alueensa akuutit potilaat pääsääntöisesti. Kiireellistä ensiapua varten terveysasemalla on myös erillinen päivystysjärjestelmä. Omahoitajat toimivat vuorollaan päivystävänä terveyden- tai sairaanhoitajana. Potilaat ottavat yhteyttä suoraan omahoitajaan, joka arvioi yhdessä potilaan kanssa hoidon kiireellisyyttä, antaa neuvoja tai varaa ajan tarvittaessa itselleen tai lääkärille. (Kauppinen 2009. Sairaanhoitajaliitto.)

Lääkäri – hoitaja työparista voisi olla hyötyä. Vähitellen kunnat ovat ottaneet tätä käytäntöön. Tämä selkiyttää potilaan hoitoa, vähentää mahdollisia ajanvarauskuormitusta sekä takaa hoidon jatkuvuutta. (Kauppinen 2009. Sairaanhoitajaliitto.) Yhteydensaanti

omahoitajaan voi kuitenkin olla haasteellista, jos omahoitaja – lääkäri työpari järjestelmässä olevat soittoaajat ovat lyhyitä. Lyhyt soittoaika ruuhkauttaa puhelinlinjat herkästi ja näin myös ohjeistetut aikarajat hoidontarpeen arvioissa ovat riskissä ylittyä. Aiemmin soittoaika on ollut pidempi ja puhelimeen vastaavia hoitajia on potilaita kohden ollut enemmän.

Syväoja ja Äijälä (2009, 117) ovat tehneet taulukon (taulukko 2) yleisistä tapauksista jotka ohjataan hoitajan vastaanotolle, eivätkä tarvitse lääkärin vastaanottoa.

Tavanomaiset hoitajan vastaanotolla hoidettavat tapaukset saattavat joskus tarvita myös lääkärin hoitoa.

TAULUKKO 2: Esimerkki tapaukset hoitajan vastaanotolla (Syväoja & Äijälä 2009, 117).

Sairaus, vamma tai oire	Toimenpiteet ja rajoitukset
Flunssapotilaat ja vatsatautipotilaat	Hoitaja voi antaa sairauslomaa 3-6pv
Kurkkukipu	Hoitaja tutkii potilaan kurkun ja ottaa tarvittaessa pika streptokokkinäytteen ja kirjoittaa tarvittaessa sairauslomaa max 6pv
Haavat	Voi hoitaa, teipata tai liimata esim. pienet haavat, poistaa hakaset ja ompeleet
Palovammat	Hoitaja voi itsenäisesti hoitaa pienet n. 1% 1 tai 2 asteen palovammat
Vierasesineet	Voi poistaa vierasesineitä ihosta jotka ovat pinnallisia eikä iho tarvitse puudutusta
Korvien huuhtelu	Nuoren tai aikuisen vaikkukorvan voi hoitaja huuhdella
Lääkeinjektiot	Hoitaja voi antaa säännöllisesti pistettävät injektiot esimerkiksi B12- vitamiini injektiot
Sairaalan lapsen hoitolomatodistukset	Neuvolan tai koulun terveydenhoitaja katsoo tarv alle 10 vuotiaat sairaat lapset ja

	kirjoittaa tarv. sairaan lapsen vanhemmalle hoitolomatodistuksen max 6pv
Punkinpoisto	Hoitaja voi poistaa punkin ja antaa tällöin myös tarvittavan antibioottitodistuksen infektiolääkärin ohjeistuksen mukaan
Kutsuntaikäisten alkutarkastus	Esimerkiksi oppilaitoksen terveydenhoitaja voi tehdä kyseisen kutsuntaikäisen alkutarkastuksen

Jos hoidon tarpeen arviointi ei onnistu puhelimesta, voidaan potilas ohjata hoitajan vastaanotolle. Esimerkiksi silloin kun potilas ei osaa kuvailla oireitaan tai hoitaja ei puhelimesta osaa sitä arvioida, voi puhelimesta arviota tekevä hoitaja ohjata potilaan hoitajan vastaanotolle tarkempaan arviota varten. (Syväoja & Äijälä 2009, 118.)

Mikäli hoitaja on puhelinkontaktissa epävarma hoidon tarpeellisuudesta, on hyvä ohjata potilas vastaanotolle lisäselvityksiä varten, tämä lisää potilasturvallisuutta sekä antaa hoitajalle kokemusta.

4.5 Puheviestintä

Puhelimesta tapahtuva potilaan ohjaus on haastavaa. Hoitajan tulee pyrkiä luomaan kontaktista potilaslähtöinen ja luotettava. Vuorovaikutustaidot nousevat tärkeäksi jotta erilaisien ihmisten kanssa kommunikointi sujuu joustavasti ja ohjaustilanteesta jää luotettava kuva potilaalle sekä tunne siitä, että hän on voinut vaikuttaa hoitoonsa. Arvostavan vuorovaikutuksen ydin on erilaisuuden hyväksyminen sillä ihmiset näkevät maailmaa eri tavalla (Vainio 2009).

Ensivaikutelma ihmisestä, yrityksestä tai yhteisöstä monesti syntyy puhelimen välityksellä. Selvää siis on, että iloinen, reipas ääni, empaattinen kuunteleminen ja kohtelias käyttäytyminen luovat myönteisen ensivaikutelman. (Alajärvi, Herno, Koskinen & Yrttiaho 2002,34.) Puhujan luotettavuuteen vaikuttaa puhujan asiantuntemus, tämä sisältää

aiheen ja alueen vahvan hallinnan. Luotettavuuteen vaikuttava tekijä on myös puhujan tyyneys. Hermostunut puhuja leimataan herkästi epäluotettavaksi. (Valonen 2004, 45.)

Puhelun aikana tehdään havaintoja siitä, kuka soittaja on ja minkä vuoksi soittaa, sekä millainen soittaja on. Näiden tietojen mukaan vastaajan on mukauduttava soittajan tyyliin ja ottaa johto asian hoidossa (Hilama & Lattunen 2013, 9.)

Sanallinen viestintä kulkee aina jollakin käsitteellisellä tasolla, vaikka meillä onkin kuvitelma jonkinlaisesta kaikille yhteisestä viestin objektiivisesta tulkinnasta, johon sanoman lähettäjä ja vastaanottaja pyrkivät (Niemi, Nietosvuori & Virikko 2006,23). Puhelimessa tapahtuvassa viestinnässä on siis syytä miettiä tarkkaan kuinka asian ilmaisee. Kielenkäyttö kertoo ihmisestä samalla tavalla kuin pukeutuminen (Niemi ym 2006, 24). Pukiessaan ammattitehtävänsä kuuluvan vaatetuksen vaihtaa hoitaja myös kielenkäytön rekisterinsä siihen sopivaksi. Samalla hänen tulee myös huomioida asiakkaan odotukset siitä, millaista kielenkäyttöä vuorovaikutuksessa käytetään (Niemi ym 2006, 24.)

4.6 Kirjaaminen hoitotyössä

”Potilasasiakirjoilla tarkoitetaan potilaan hoidon järjestämisessä ja toteuttamisessa käytettäviä, hoitopaikassa laadittuja tai sinne saapuneita asiakirjoja tai teknisiä tallenteita, jotka sisältävät potilaan terveydentilaa koskevia tietoja tai muita henkilökohtaisia tietoja” (Valvira).

Puhelimessa tapahtuvasta neuvonnassa ja ohjauksessa erittäin tärkeään asemaan nousee kirjaus siitä mitä ollaan potilaalle ohjattu ja mihin lopputulokseen ollaan tultu. Pääsääntönä voidaan sanoa, että se mitä ei olla kirjattu ei olla sanottu tai tehty. Puhelinneuvonta on samassa asemassa potilaan hoitoa tarkastellessa kuin vastaanotolla käynti. Hoitopolun aikajana lähtee käyntiin jo ensimmäisestä kontaktista.

Tarkka ja järjestelmällinen kirjaus on yhtä aikaa tiedote toisille hoitajille tai lääkärille mitä on ohjeistettu tai tehty sekä todiste mahdollisesti tapahtuneesta arvioinnista tai hoidosta. Kirjaus on myös potilaan oikeusturvan kannalta tärkeää. Hoitotyössä ja sen kirjaamisessa tulee kuitenkin ottaa huomioon myös eettiset velvoitteet (Hallila 2005, 23).

Hoitotyön kirjaukset potilasasiakirjoihin varmistavat potilaan hoidon jatkuvuutta sekä potilas turvallisuutta. Kirjauksissa keskitytään hoidon kannalta oleellisiin asioihin. Kirjauksissa ilmenee hoidon ja hoitotyön suunnitelmat, valitut toimenpiteet ja hoitotyön toiminta sekä näiden vaikutukset potilaan vointiin. Tärkeätä kirjauksissa on, että niissä näkyy selkeästi potilaan ja hänen läheistensä osallistuminen hoitoprosessiin, heidän näkemyksensä ja kokemuksensa hoidon ja hoitotyön tarpeesta ja hoidon vaikutuksista sekä potilaan ja hänen läheistensä saama ohjaus ja tuki, se minkälaista tietoa heille on annettu potilaan sairauteen ja hoitoon liittyen. (Pirkanmaan sairaanhoitopiiri 2012.)

Hoitotyön kirjaaminen on osa moniammatillista toimintaa, kun hyödynnetään muiden ammattiryhmien kirjauksia ja silloin kun muut ammattiryhmät hyödyntävät hoitotyön kirjauksia. Moniammatillisen hoitokertomuksen otsakerakenteisuus ohjaa hoitotyön kirjausta ja myös sen hyödyntämistä. (Pirkanmaan sairaanhoitopiiri 2012.)

Nykänen, Viitanen & Kuusisto (liite 2) esittelee kirjaus järjestelmän tulevaa toimivuutta ja siihen tarvittavia muutoksia, jotta hoitohenkilökunta pystyy mahdollisimman selkeästi kirjaamaan. Kyseessä oli käytettävyyden arviointi tutkimus. Tutkimus osoitti ongelmia sekä kirjaamismallissa, tietojen moniammatillisessa hyödyntämisessä että hoitokertomuksissa. (Nykänen, Viitanen & Kuusisto 2010).

Hoitotyössä niin myös puhelimesta tapahtuvassa potilaan ohjauksessa kirjattu tieto allekirjoituksineen kertoo myös hoitajan yksilöllisestä osaamisesta ja ajankohtaisten hoitosuosituksen käytöstä omassa työssä. Kirjaus myös yksilöi tekijän ja antaa täten informaatiota hoitajan ammattitaidosta muille potilaan tietoihin katsomaan oikeutetuille henkilöille. Kirjaamisen ei kuitenkaan tule perustua siihen miltä se muille näyttää vaan juuri siihen mitä on sanottu ja tehty.

Omaa asiantuntemusta on uskallettava käyttää hoitotyössä. Se on tuotava rohkeasti esiin hoitotyön kirjaamisessa, lääkärin kierrolla sekä moniammatillisissa hoitoneuvotteluissa. Vahvan ammatti-identiteetin omaavat sairaanhoitajat tunnistavat osaamisensa ja tekevät sen näkyväksi niin kirjaamisellaan, käyttäytymisellään kuin myös puheillaan. (Sairaanhoitajaliitto 2008.)

Laadukas hoitotyön kirjaaminen saa apua uuden lainsäädännön (Laki sosiaali- ja terveydenhuollon asiakastietojen sähköisestä käsittelystä 9.2.2007/159) mukanaan tuomis-

ta työvälineistä, esimerkiksi sähköisistä potilasasiakirjajärjestelmistä. Ne haastavat jokaisen hoitotyöntekijän ammatillisen osaamisen paljon syvällisemmin. Hoitotyön prosessin hallinta hoitotyön ja kirjaamisen perustana on kuitenkin osoittautunut yllättävän hankalaksi asiaksi, vaikka se on ollut koulutuksessa mukana jo vuosikymmeniä. Uusina oppimishaasteina kirjaamisessa ovat yhtenäiset käsitteet: komponentit, tarve- ja toimintoluokitukset. Näihin oppimishaasteisiin vastaaminen tulee kirkastamaan hoitotyön perustehtävää ja kirjaamisesta tulee yhtenäistä ja hoitotyöstä näkyvää. (Sairaanhoitajaliitto 2008.)

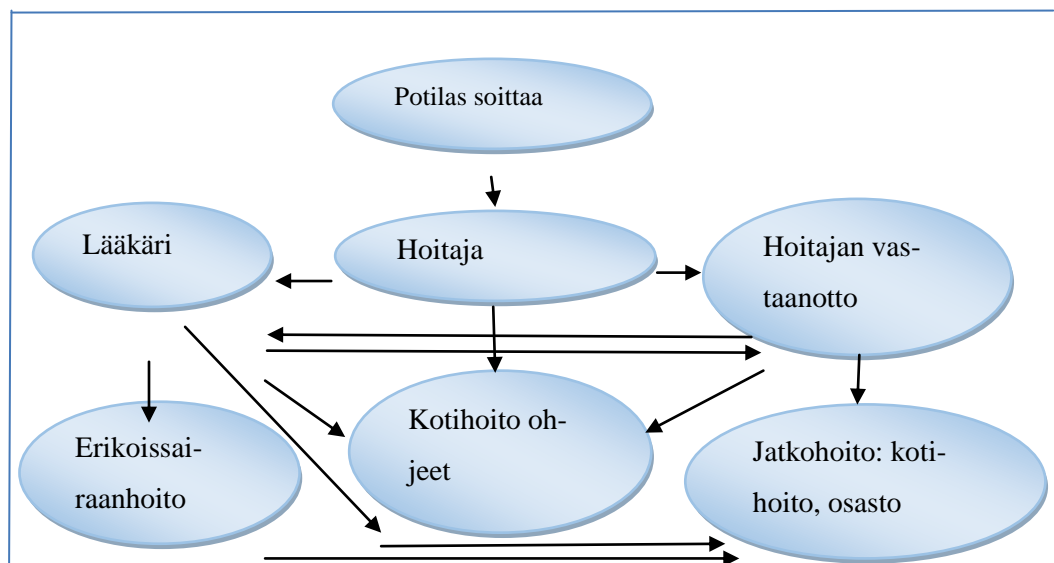
Ajatusta laadukkaasta hoitotyön kirjaamisesta tukee myös Hassisen kirjoittama esitelmä hoitotyön kirjaamisen haasteista. Tämä tukee ajatusta yhteisestä kirjausjärjestelmästä ja sen hyödyistä hoitotyölle. Kansallinen Terveystieteiden tutkimuskeskus eli KANTTA, sisältää eArkiston, eReseptin, eKatselun. Tämä edistää hoidon jatkuvuutta ja potilasturvallisuutta sekä tehostaa terveydenhuollon palveluja. Tiedot ovat aina ajantasaisina käytettävissä ja vältetään päällekkäisiltä tutkimuksilta. (Hassinen 2010, 2.)

5. POTILAAN HOITOKETJU

Potilaalle perusterveydenhuollon, erikoissairaanhoidon ja yksityissektorin palveluiden tulee olla kokonaisuus ilman toiminnallisia rajoja. Hoitoketjun tavoitteena on turvata asiakasnäkökulmasta potilaan hoidon tarkoituksenmukaisuus ja sujuvuus yli organisatorajojen sekä eri ammattiryhmien kesken. (Pirkanmaan sairaanhoitopiiri 2012.) Toiminnallisten rajojen huomataan kuitenkin olevan useasti esteenä potilaan hoidossa tai ainakin hidastamassa hoidon toteutumista. Vaikeuksia ilmenee lähinnä kunnallisen ja yksityisen palveluiden yhteydessä. Edellytys toimivalle ja ajantasaiselle hoitoketjulle on niiden säännöllinen päivittäminen.

Hoitoketju on työkalu, jonka avulla määritellään terveydenhuollon ja sosiaalitoimen eri toimijoiden työnjako ja yhteistyö tietyn sairauden tai terveysongelman hoidossa. Hoitoketju sisältää sosiaali- ja terveydenhuollon rajapinnat ylittävät suunnitelmalliset ja yksilölliset hoitoon liittyvät toiminnot. Hoitoketjussa kuvataan prosessia, joka alkaa asiakkaan palvelutarpeesta. Hoitoketjuun liittyvät toiminnot päättyvät, kun palvelun tarve loppuu. (Holmberg-Marttila, Länsipuro & Kuusisto 2012, 2.)

Potilaan hoitoketju alkaa tavallisimmin puhelin yhteydenotolla hoitajaan (kuvio 2). Hoitaja voi tarvittaessa ohjata potilaan kotiin, omalle vastaanotolle tai lääkärin vastaanotolle.



KUVIO 2. Hoitoketju

6. TUOTOKSEEN PAINOTTUVA OPINNÄYTETYÖ

6.1 Toiminnallinen opinnäytetyö

Toiminnallinen opinnäytetyö on eräs vaihtoehto ammattikorkeakoulun tutkimukselliselle opinnäytetyölle. Toiminnallinen opinnäytetyö tavoittelee ammatillisessa kentässä käytännön toiminnan opastamista, ohjeistamista, toiminnan järjestämisestä tai järjeistämistä. Se voi olla alasta riippuen esimerkiksi ammatilliseen käytäntöön suunnattu ohjeistus, ohje tai opastus., kuten perehdyttämisosas, ympäristöohjelma tai turvallisuusohjeistus. Toteutustapana voi olla kohderyhmän mukaan kansio, kirja, vihko, opas, cd-rom, portfolio, kotisivut tai johonkin tilaan järjestetty näyttely tai tapahtuma. Toiminnallisessa opinnäytetyössä ei voida aina kokonaan unohtaa selvityksen tekemistä. Ammatikkulttuureissa on valtava määrä taitoja ja tietoa, joita ei aina tavoiteta ilman selvitystä. (Vilka & Airaksinen 2003, 9.) Opinnäytetyön tulisi olla työelämälähtöinen, tutkimuksellisella asenteella toteutettu, käytännönläheinen ja alan tietojen ja taitojen hallintaa osoittava (Vilka & Airaksinen 2003, 10).

Opinnäytetyössämme käytimme tuotokseen perustuvaa menetelmää. Toimme opinnäytetyössämme esille hoidon tarpeen arvioinnin tärkeyttä pohjautuen potilaslakiin, tutkimuksiin sekä tilastoihin. Ohjeistus sen sijaan painottui siihen mitä hoidon tarpeen arviointi on ja mihin erityisesti pitäisi kiinnittää huomiota kun hoidon tarpeen arviointia tehdään sekä niihin kysymyksiin, joista hoitajille ja potilaille on eniten hyötyä.

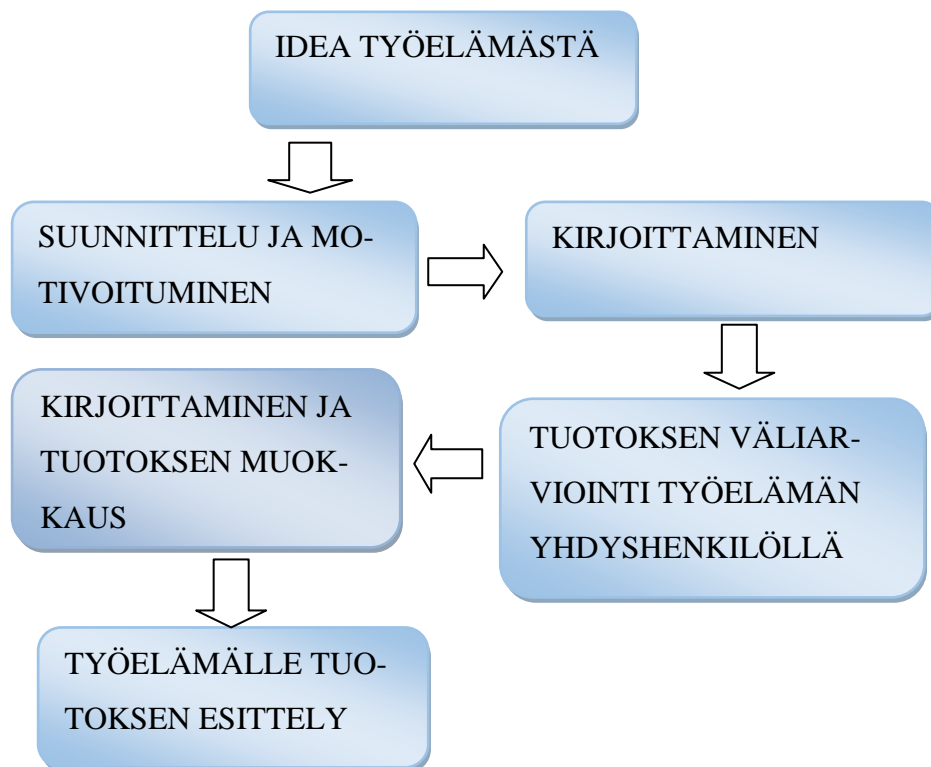
Kiinnostuimme aiheesta ja pohdimme aluksi miten saisimme tästä aiheesta luotua parhaimman hyödyn. Tuotos, tässä tapauksessa ohjeistus on se jolla saamme tuotua tietoisuutta hoitajille. Pohdimme myös muita menetelmiä, koimme kuitenkin, että kirjalliseen ohjeistuksen luominen on selkein tapa tuoda nämä ohjeet esille. Ohjeistus on työntekijöiden saatavilla aina, joten tämä vahvisti ennestään kirjallisen tuotoksen tärkeyttä. Ohjeistusta voidaan myös jatkossa käyttää uusien työntekijöiden perehdyttämisen tukena.

6.2 Opinnäytetyön vaiheet

Opinnäytetyön teko alkoi työelämän kautta saadulla idealla, ja jatkui suunnittelu vaiheella (kuvio 3), suunnittelimme ensin mikä olisi aikataulu työn suhteen. Teimme myös työnjaon. Suunnittelimme myös tulevaa ohjeistusta ja sitä miten toteuttaisimme sen mitä työelämä on toivonut.

Tuotoksena syntyvää ohjeistusta oli käytetty työelämässä arvioinnissa työn eri vaiheissa. Osastonhoitaja oli selvittänyt johdon toiveita ja kertonut meille heidän toiveita.

Opinnäytetyön ja sen tuotoksena syntyvän ohjeistuksen teon neuvoja oli antanut työelämän ohjaaja ja ohjaava opettaja. Opinnäytetyön toteutus ja siihen kuuluneet kustannukset ovat olleet omakustanteista.



KUVIO 3. Opinnäytetyön prosessin vaiheet

7 TUOTOKSEN SISÄLTÖ JA ULKOASU

Ohjeistus tehtiin luettavaan muotoon lääkärin vastaanotolle, sekä osastotunnille tehtiin powerpointit esitystä varten. Tallensimme myös oppaan muistitikulle jonka luovutamme Mäntävuoren Terveys Oy:lle. Muistitikulla olevaa opasta voi tarvittaessa muokata muuttuvien lakien ja normien myötä sekä työelämän tarpeiden mukaan. Ohjeistukseen kerättiin lyhyeen ja selkeään muotoon oleellinen asia joka määrittelee mitä on hoidon tarpeen arvio.

Ulkoasun suhteen ei ollut vaatimuksia työelämän puolelta vaan saimme toteuttaa sen omien ideoiden mukaan. Ulkoasusta teimme mahdollisimman yksinkertaisen, jotta oleellinen, eli sisältö saisi etuoikeuden työssä. Tekstien osuuden toteutimme mahdollisimman tiivistetysti, jotta jokainen jaksaisi ohjeistuksen lukea loppuun asti. Värinä käytimme vihreää, joka on rauhallinen väri. Mäntävuoren Terveys Oy:n kuukausitiedotteissa on käytetty luontoaiheisia kuvia jolloin vihreä väri luo yhteyden yritykseen. Vihreä edustaa myös turvallisuutta maailmanlaajuisesti (Trötschkes 2012).

Ohjeistuksen sisällä liitimme lain aina ohjeistuksen kulloinkin kerrottavaan osuuteen, koska perusteltu asia on helpompi ymmärtää. Yhdelle sivulle vain yksi asia, jolloin ohjeistus on luettavampi ja selkeämpi. Opinnäytetyön tärkeimpinä kriteereinä ovat sen selkeys, käytettävyys, houkuttelevuus, informatiivisuus, selkeys sekä johdonmukaisuus (Vilkkä & Airaksinen 2003, 53).

Ajattelemme usein, että uutta tietoa olisi vain sellainen tieto jota ei maailmassa ole vielä kerrottu. Uutta tietoa on myös se jota kerrot omassa tuotoksessa omalla tavallasi. Se saattaa avartaa toisen ammattilaisen näkemystä mahdollisuuksista, joilla asioita voitaisiin toteuttaa (Vilkkä & Airaksinen 2003, 69.) Ohjeistuksen tavoitteena on myös saada lukija pohtimaan hoidon tarpeen merkitystä ja sen toteuttamista omassa työssään.

Viestintä ohjeistuksen kautta riippuu paljon sen selkeydestä. Tähän kuitenkin vaikuttaa terveyslukutaito, joka voi syventyä aidoksi, kriittiseksi terveyslukutaidoksi vain vastaanottajan huomioonottavassa vuorovaikutuksessa (Torkkola, Heikkinen & Tiainen 2002, 22). Oppaaseen laitoimme yhden esimerkin siitä kuinka hoidon tarpeen arviointi ja hoitoon ohjautuminen voisi tapahtua. Tällöin lukijan on helpompi sisäistää aiemmin lukemansa.

8. POHDINTA

Hoidon tarpeen arviointi on terveydenhuollossa nykypäivää ja se on tullut osaksi terveydenhuoltoa hoitotakuun myötä. Hoidon tarpeen arvio käynnistää potilaan hoitoprosessin ja sitä voidaan toteuttaa vastaanotolla ja puhelimesta. Puhelimitse tapahtuva hoidon tarpeen arvio on haasteellisempaa, koska hoitajan ja potilaan väliltä puuttuu näköyhteys, jolloin arviota voitaisiin perustaa myös havaintoihin.

Työelämässä on ilmennyt, että hoidon tarpeen arviosta tiedetään suhteellisen vähän. Perusteet on siitä mitä se on ja sitä pyritään toteuttamaan olemassa olevalla tiedolla. Hoidon tarpeen arvion merkityksen olemme kokeneet niin tärkeäksi, että koimme myös itse aiheelliseksi tehdä perusteista lähtevän tuotoksen opinnäytetyönä.

Ohjeistusta voidaan käyttää esimerkiksi uuden työntekijän ja opiskelijan perehdyttämisen yhteydessä. Olemme saaneet tuotua esille mitä on hoidon tarpeen arviointi ja mikä on sen merkitys hoitajan työssä. Hoidon tarpeen arvioinnin toteutusta ohjeistus käsittelee pintapuolisin, ohjeistus on keskittynyt lähinnä siihen miksi hoidon tarpeen arviointia toteutetaan. Ohjeistusten ja suositusten käytössä on edelleen kehitettävää hoitoalalla kuten Lehtomäki väitöskirjassaan esittää. Suositusten riittämätön tunnettuus ja siihen yhteydessä olevat tekijät hoitajien kohdalla osoittautuivat tärkeiksi kehittämistä vaativiksi asioiksi (Lehtomäki 2009).

Opinnäytetyötä tehdessämme olemme oppineet paljon potilaan hoidon tarpeen arvioinnista ja sen merkityksestä. Lakien etsiminen ja lukeminen toi perusteita myös omaan työhön. Opinnäytetyön prosessissa opimme aikatauluttamisesta paljon. Olemme molemmat työelämässä ja välimatkaa on välillämme 150 kilometriä. Yhtenäisen ajan löytäminen on ollut haastavaa.

Ohjeistuksen ulkoasu on sellainen kuin alkuunkin ajattelimme. Yksinkertainen ja mahdollisimman selkeä. Ohjeistuksessa on käsitelty niitä asioita joita olimme suunnitelleet käsittelevämme ja työelämän yhdyshenkilön kautta saatujen ohjeiden mukaan niitä on muokattu. Hyvänä ja vaikuttavana asiana pidämme sitä, että jokaiseen käsiteltävään asiaan on liitetty laki, jolloin tekstistä tulee perusteltua lukijalle.

8.1 Luotettavuus ja etiikka

Tärkeimpiä luotettavuus tekijöitä on lähteiden luotettavuus ja niiden tunnollinen merkitseminen ja hyödyntäminen. Mikäli opinnäytetyössä on käytetty tutkimuksia, täytyy niitä osata lukea oikein. Tässä tapauksessa täytyy osata tutkimuksen lukutaitoa.

Opinnäytetyössämme on käytetty ajantasaista ja luotettavaa lähdeaineistoa. Olemme käyttäneet paljon lakeja jotka ovat ajantasaisia ja luotettavia. Kirjallisuus on tuoretta ja paljon myös muualla käytettyjä, jolloin se antaa luotettavuutta lähteelle. Olemme etsineet eri tietokannoista tietoa ja ohjeistusta. Lähteissä olemme käyttäneet muun muassa Sosiaali- ja terveysministeriön, Sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvonta viraston, sairaanhoitajaliiton ja Pirkanmaan sairaanhoitopiirin tietoja. Olemme myös käyttäneet lähteinä muutamia yliopiston tutkimuksia sekä aiheeseen liittyvää kirjallisuutta. Lähteiden laatu ei ole yhdentekevä asia, lähdekirjallisuuden laatu ja niiden käyttö kertoo lukijalle mikä on tietämyksen tila alastasi opinnäytetyön tekohetkellä (Vilkkä & Airaksinen 2003, 72-73).

Ammatinharjoittajalla on myös ammattiin liittyviä vastuita, velvollisuuksia ja oikeuksia. Kriittisiä kohtia tutkivan kehittämisessä ovat kehittämis- tutkimuskohteen aiheen valinnan eettisyys, tutkimusongelmat ja kehittämistehtävät, tiedonlähteiden valinta ja toimintatapojen, kuten tutkimuksen aineistonkeruumenetelmien tai kehittämismenetelmien valinta. Aineiston keruun tai seurantatiedon keruun toteutus, tutkimusaineiston tai kehittämisestä saatavan tiedon analyysi, luotettavuuden arviointi ja raportointi. (Heikkilä, Jokinen & Nurmela 2008, 44.)

Etiikka kuvaa ja perustelee hyviä ja oikeita tapoja elää ja toimia maailmassa, jonka ihminen jakaa muiden kanssa. Etiikka koostuu arvoista, ihanteista ja periaatteista, jotka koskevat hyvää ja pahaa, oikeaa ja väärää. Etiikan tehtävänä on auttaa ihmisiä tekemään valintoja, ohjaamaan ja arvioimaan omaa ja toisten toimintaa sekä tutkimaan toimintansa perusteita. (Lindqvist 2001.) Terveystieteidenhuollossa niin sanottu perusetiikka on kaikille yhteinen, mikä tarkoittaa sitä, että eettiset ohjeet eri ammattiryhmien välillä ovat samansuuntaisia (Laaksonen, Niskanen & Ollila 2012, 121). Hoitajat ovat tottuneet käyttämään eettisiä ohjeita omassa työssään, ja näin niiden olemassaolo tunnustetaan yleisesti (Leino-Kilpi & Välimäki 2009, 177).

Terveydenhuollon ammattiryhmien eettiset ohjeistot perustuvat yhteisiin arvoihin, vaikka ne painottuvat eri ohjeistoissa eri tavoin. Keskeisinä niissä on ihmisarvon ja itsemääräämisoikeuden kunnioittaminen, ihmiselämän suojelu ja terveyden edistäminen. Hoidon edellytetään pohjautuvan tieteellisesti tutkittuun tietoon tai vankkaan kliiniseen kokemukseen. (Lindqvist 2001.) Eettiset arvot määrittelevät myös hoidon toteutuksen avuksi tarkoitettuihin ohjeistuksiin pohjan. Niillä tavoitellaan potilas tyytyväisyyttä ja turvallisuutta. Olemme ohjeistuksen luonnissa käyttäneet eettistä näkökulmaa.

Tutkivaan kehittämiseen liittyy monia tärkeitä kysymyksiä ihmisten oikeuksista ja asemista, yhteiskunnan ja yhteisöjen toimintatavoista, niiden velvollisuuksista ja vastuista. Näihin on annettu määräyksiä laeilla ja asetuksilla. Etiikan tarkoituksena on taas puolustaa tärkeinä pidettyjen arvoja, siis sitä, mitä pidetään hyvänä ja moraalisesti oikeana. Etiikka kuitenkin ei ole luonteeltaan samalla tavoin velvoittava kuin laki vaan sen ohjeet ovat suositusten omaisia. (Heikkilä ym. 2008, 43.)

Terveydenhuollossa potilaiden etu on ensisijainen kehittämistoiminnan päämäärä. Tällöin kehittämistehtävän tai tutkimusongelman määrittelyssä ja rajaamisessa on oltava tarkkana. Halutaan että, kysymyksenasettelu on mielekäs ja sopiva paitsi tutkimuksen tai toiminnan näkökulmasta myös eettisesti. (Heikkilä ym. 2008, 44.)

8.2 Opinnäytetyön prosessi

Opinnäytetyömme toimeksiantajana oli aluksi Pirkanmaan sairaanhoitopiirin yläpirkanmaan terveydenhuoltoalue. Toiminnan siirtymisen myötä 1.1.2013 toimeksiantajaksi muuttui Mäntänvuoren Terveys Oy joka on yhteiskunnallinen yritys, joka tuottaa perusterveydenhuollon palvelut Mänttä-Vilppulassa.

Opinnäytetyö toteutettiin yhteistyössä hoitotyön palvelupäällikön kanssa, joka oli myös yhteyshenkilömme prosessin aikana. Prosessi lähti liikkeelle yhteyshenkilömme ideasta jota lähdimme pohtimaan ja mukauttamaan työelämän tarpeisiin. Tämän jälkeen kokosimme aineistoa ja aloimme kirjoittamaan runkoa tekstiosuuteen sekä tuotokseen. Ohjeistuksen annoimme väliarviointiin työelämän yhdyshenkilölle ja hänen ajatusten mukaan muokkasimme ohjeistusta lähemmäksi työelämän tarvetta. Tuotoksen otsikoin-

tia pohdimme moneen kertaan uudelleen yhdyshenkilön suosituksesta, koska kyseessä ei kuitenkaan ollut varsinainen opas, vaan hoidon tarpeen arviointia avaava tuotos. Nimi opas muuttui tällöin ohjeistukseksi. Sisällytimme työelämän ohjauksesta vielä tuotokseen esimerkin hoitoon ohjautumisesta vaivan perusteella, joka avaa itse arviointia enemmän lukijalle. Teksteistä kannattaa pyytää palautetta ja hyödyntää sitä tekstien laadinnassa, muokkauksessa ja arvioinnissa (Vilkkä & Airaksinen 2003, 138).

Lähdekirjallisuutta löytyi kohtuullisesti, itse hoidon tarpeen arvioinnista ja sen toteutuksesta ei kuitenkaan löytynyt laajasti eri kirjallisuutta. Opinnäytetyössä paljon käytetty hoidon tarpeen arvioinnin kirja oli sisällöltään hyvä. Siinä oli selkeästi käyty läpi kokonaisuudessaan hoidon tarpeen arviointia. Hoidon tarpeen arvioinnista on tehty muutama opinnäytetyö, tosin muut opinnäytetyöt ovat hieman eri näkökulmasta kuin meidän tekemämme työ. Nämä muut opinnäytetyöt ovat kuitenkin auttaneet herättämään ajatuksia ja ideoita omaan työhön.

8.3 Kehittämisideat

Opinnäytetyön tekemisen aikana nousi esille kehittämisideana taskuoppaan tekeminen hoitajille hoitopoluista tai potilaan ohjautumisesta hoitoon oirekuvan perusteella. Perusteiden käsittelyn jälkeen voisi ajatusta jatkaa syvemmälle hoitotyöhön. Taskuoppaista tulisi konkreettinen apuväline jokapäiväiseen hoitotyöhön.

Puhelimitse tapahtuvaa potilaan ohjausta tulisi mielestämme kehittää ja sen osaluksiin olisi hyvä perehtyä lisää. Yhtenä ideana voisi avata enemmän itse kommunikointia ja sen merkitystä hoitajan ja potilaan väliseen hoitosuhteeseen sekä potilaan sairauden tilaan. Pohdimme myös mahdollisia tutkimusaiheita aiheen ympäriltä. Henkilökunnalta voisi selvittää mitä lisäkoulutusta he kokevat tarvitsevansa kun tekevät puhelimesta hoidon tarpeen arviointia. Hoidon tarpeen arvioinnin kustannustehokkuutta voisi tutkia sekä vaikuttavuutta potilaan hoidon tehokkuuteen.

LÄHTEET

- Hallila, L. 2005. Näyttöön perustuva hoitotyön kirjaaminen. Helsinki: Tammi
- Hassinen, T. 2010. Hoitotyön kirjaamisen haasteet. PDF tiedosto. Luettu 9.3.2013
<http://www.vsshp.fi/fi/dokumentit/24240/Hassinen%20HOITOTY>.
- Heikilä, A., Jokinen, P. & Nurmela, T. 2008. Tutkiva kehittäminen. Helsinki: WSOY
- Hilama, P. & Lattunen, K. 2013. Ammattitaitovaatimukset puhelimessa tapahtuvaan hoidon tarpeen arvioon. Hoitotyön koulutusohjelma. Mikkelin ammattikorkeakoulu. Opinnäytetyö.
- Holmberg-Marttila, D., Länsipuro, L. & Kuusisto, L. Pirkanmaan sairaanhoitopiiri. Hoidotketjuopas. 2012
- Kansanterveyslaki 28.1.1972/66
- Kauppinen, T. 2009. Sairaanhoitajaliitto. Työparimallilla tuottavuutta ja toimivaa palvelua. Luettu 15.07.2013
http://www.sairaanhoitajaliitto.fi/amatilliset_urapalvelut/julkaisut/sairaanhoitajalehti/3_2009/
- Keski-Suomen seututerveyskeskus. Hoitotakuun toteutuminen joulukuussa 2012 Keski-Suomen terveyskeskuksessa. 2012. Luettu 20.3.2013
<http://www.seututerveyskeskus.fi/public/default.aspx?nodeid=34868>
- Kivimäki, S. 2012. Eettinen osaaminen hoitotyössä. Sosiaali- ja terveysalan kehittämisen ja johtamisen koulutusohjelma. Seinäjoen Ammattikorkeakoulu. Ylempi amk. Opinnäytetyö. Luettu 14.08.2013.
http://publications.theseus.fi/bitstream/handle/10024/38811/Kivimaki_Satu.pdf?sequence=1
- Kyngäs, H. & Hentinen, M. 2008. Hoitoon sitoutuminen ja hoitotyö. Helsinki: WSOY
- Laaksonen, H., Niskanen, J. & Ollila, S. 2012. Lähijohtamisen perusteet terveydenhuollossa. Helsinki: Edita.
- Laaksonen, K. Sairaanhoitajaliitto. Hoitotakuu tulee, sairaanhoitajien osaaminen käyttöön. Luettu 30.3.2013
http://www.sairaanhoitajaliitto.fi/amatilliset_urapalvelut/julkaisut/sairaanhoitajalehti/2_2005
- Laitinen-Pesola, J. 2012. THL. Hoitajien lääkkeenmääräämisoikeus säästää terveydenhuollon kustannuksia. Luettu 30.3.2013
<http://www.tehy.fi/medialle/tiedotteet/2012/?x23724671=23618335>
- Lauri, S, Eriksson, E. & Hupli, M. 1998. Hoidollinen päätöksenteko. Helsinki: WSOY

Lehtomäki, L. 2009. Valtakunnallisista suosituksista terveyskeskuksen talon tavoiksi. Akateeminen väitöskirja. Tampereen yliopisto. Luettu 15.07.2013
<https://tampub.uta.fi/bitstream/handle/10024/66495/978-951-44-7758-4.pdf?sequence=1>

Leino-Kilpi, H. & Välimäki, M. 2009. Etiikka hoitotyössä. Helsinki: WSOY

Lindqvist, M. Etene julkaisu 1. 2001. Helsinki. Luettu 20.2.2013
http://www.etene.fi/c/document_library/get_file?folderId=17185&name=DLFE-543.pdf

Lääkärilehti. Triage löi läpi päivystyksissä. Luettu 9.3.2013
http://www.laakarilehti.fi/uutinen.html?opcode=show/news_id=9415/type=1

Mustajoki, M., Alila, A., Matilainen, E. & Rasimus, M. 2010. Sairaanhoidajan käsikirja. Helsinki: Duodecim.

Niemi, T., Nietosvuori, L. & Virikko, H. 2006. Hyvinvointialan viestintä. Helsinki: Edita

Nykänen, P., Viitanen, J. & Kuusisto, A. 2010. Hoitotyön kansallisen kirjaamismallin ja hoitokertomusten käytettävyys. Tampereen yliopisto. Tietojenkäsittelytieteiden laitos. Arviointitutkimus. Luettu 30.3.2013. <http://www.sis.uta.fi/cs/reports/dsarja/D-2010-7.pdf>

Palomäki, G. & Piirtola, H. 2012. Systemaattinen kirjallisuuskatsaus terveydenhuollon hoitoketjuista ja niiden vaikuttavuudesta. Kliinisen asiantuntijan koulutusohjelma. Tampereen ammattikorkeakoulu. Ylempi amk. Opinnäytetyö. Luettu 12.04.2013
http://publications.theseus.fi/bitstream/handle/10024/44246/Palomaki_Gitta_Piirtola_Heli.pdf?sequence=2

Pirkanmaan sairaanhoitopiiri 2012. Hoitotyön kirjaaminen. Päivitetty 22.3.2012 . Luettu 13.04.2013. <http://www.pshp.fi/default.aspx?nodeid=17734&contentlan=1>

Pirkanmaan sairaanhoitopiiri. Mikä on hoitoketju. Päivitetty 27.9.2012. Luettu 13.3.2013. <http://www.pshp.fi/default.aspx?nodeid=10036>

Ruuti, K. 2011. Triage hoitajan toiminta. Luettu 14.08.2013
http://paijat-hame.sairaanhoitajaliitto.fi/@Bin/833511/triage_ruuti.pdf

Seppälä, P. Sairaanhoitajaliitto. Hoitotyön kirjaaminen paljastaa. Luettu 11.2.2013.
http://www.sairaanhoitajaliitto.fi/amatilliset_urapalvelut/julkaisut/sairaanhoitajalehti/8_2008/mielipide/hoitotyon_kirjaaminen_paljastaa/

Sosiaali- ja terveys ministeriö. Verkkouutinen. Yhtenäiset kiireettömän hoidon perusteet on päivitetty 04.01.2011. Luettu 20.03.2013.
<http://www.stm.fi/tiedotteet/verkkouutinen/-/view/1549199#fi>

Sosiaali- ja terveys ministeriö. Hoitoon pääsy. Päivitetty 7.3.2013. Luettu 20.04.2013
http://www.stm.fi/sosiaali_ja_terveyspalvelut/asiakkaanoikeudet/hoitoon_paasy

Sosiaali- ja terveys ministeriö. Yhtenäiset kiireettömän hoidon perusteet 2010. Luettu 13.07.2013. http://www.stm.fi/julkaisut/nayta/-/_julkaisu/1396269

Sosiaali- ja terveys ministeriö. Yhtenäiset päivystyshoidon perusteet. 2010. Luettu 14.08.2013.

http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=1082856&name=DLFE-11049.pdf

Syväoja, P. & Äijälä, O. 2009. Hoidon tarpeen arviointi. Sastamala: Tammi.

Torkkola, S., Heikkinen, H. & Tiainen, S. 2002. Potilasohjeet ymmärrettäväksi. Helsinki: Tammi

Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2009. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Jyväskylä: Tammi

Trötschkes, R. 2012. Yle. Värit ovat ikivanha visuaalinen kieli. Luettu 14.08.2013
<http://oppiminen.yle.fi/historia-maailma/varit-ovat-ikivanha-visuaalinen-kieli>

Vainio, A. 2009. Vuorovaikutustaidot. Terveyskirjasto. Artikkelit. Luettu 14.8.2013
http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=kha00101

Valonen, H. 2004. Puhu ja esiinny luontevasti. Jyväskylä: Gummerus

Valvira. Potilasasiakirjat. Luettu 9.3.2013.

http://www.valvira.fi/ohjaus_ja_valvonta/terveydenhuolto/potilasasiakirjat

Vilka, H. & Airaksinen, T. 2003. Toiminnallinen opinnäytetyö. Helsinki: Tammi

Vilka, H. 2007. Tutki ja mittaa Jyväskylä: Tammi

LIITTEET

1(2)

Liite 1:Opinnäytetyössä käytetyt tutkimukset

Tutkimus	Tarkoitus	Menetelmä	Keskeiset tulokset
<p>Lehtomäki (2009) Valtakunnallista suosituksesta terveystaloksi</p> <p>Akateeminen väitöskirja</p>	<p>Tarkoituksena on selvittää valtakunnallisten suositusten toimeenpanoon liittyvistä esteistä ja edellytyksistä terveystaloksessa.</p> <p>Tehtävänä on kartoittaa terveystaloksen työntekijöiden ja johdon näkemyksiä valtakunnallisten suositusten toimeenpanon nykytilasta ja kehittämistarpeesta, sekä kuvailla organisaatioon liittyviä suositusten toimeenpanoon liittyviä tekijöitä.</p> <p>Tavoitteena hoitosuositusten toimeenpanoon liittyvän ymmärryksen lisääminen ja edellytysten</p>	<p>Kvalitatiivinen tutkimus</p> <p>Terveystalokset</p> <p>6 terveystaloksesta joista</p> <p>3 kansanterveystyön kuntayhtymiä</p> <p>3 kunnan järjestämiä</p> <p>75 lääkärinä</p> <p>108 terveydenhoitajaa</p> <p>3 työterveyshoitajaa</p> <p>48 sairaanhoitajaa</p> <p>3 kotisairaanhoitajaa</p> <p>30 fysioterapeuttia</p> <p>7 kuntahoitajaa</p> <p>Haastattelut</p> <p>Havainnointi Tutkijan päiväkirjat</p> <p>Dokumentit</p> <p>Analysoitu sisällön analyysillä</p>	<p>Toimeenpanon kannalta on keskeisintä suositusten tunnettuus. Yleinen asennoituminen suosituksia kohtaan myönteinen.</p> <p>Hoitosuositusten suuri määrä ja laajuus, sekä terveystalosten pakkoisuus osoittautui toimeenpanon kannalta selvästi ongelmaksi.</p> <p>Hoitajat tunsivat suosituksia selvästi lääkäreitä huonommin.</p> <p>Terveystalokset kehittämismyönteisiä</p> <p>Terveystaloksille tyypillinen piirre vähäinen hoito- ja toimintakäytäntöjen arviointi sekä palautteen anto. Yhteistyö hoitajien ja lääkäreiden kesken ajoittain suppeaa</p>
<p>Nykänen, Viitanen ja Kuusisto (2010) Hoitotyön kansallisen kirjaamismallin ja hoitokertomusten käytettävyys</p>	<p>Tutkimuksen tarkoituksena on selvittää kirjausjärjestelmien eroavaisuuksia, sekä hoitohenkilökunnan taitojen hoitotyön kirjauksessa.</p>	<p>Osallistuvat käytävyyden arviointimenetelmät ja käyttäjien haastattelu</p> <p>Osallistuneita organisaatioita yhteensä 7</p>	<p>Tulokset osoittavat ongelmia sekä kirjaamismallissa, tietojen moniammatillisessa hyödyntämisessä että hoitokertomuksissa.</p> <p>Suosittelaa, että kirjaamismallia yksinkertaistetaan ja selkiytetään sekä</p>

(jatkuu)

<p>Käytettävyyden arviointitutkimus</p>	<p>Tehtävänä selvittää kuinka uusi kirjausjärjestelmä toimisi (FinCC), ja antaa ohjeita mahdolliseen muutokseen ja järjestelmän selkeyttämiseen.</p> <p>Hoitokertomuksen käytettävyyden parantaminen selvitys</p>	<p>Kansalliseen kirjaamismallin haastattelut 24 hoitajaa ja 8 lääkärää. Hoitokertomukseen haastatellut 18 hoitajaa</p> <p>Tukittiin hoitotyön kirjaamistoimintaa ja arvioitiin hoitokertomuksen käytettävyyttä ja toimivuutta. Haastateltiin kirjaamismallin käytöstä luopuneita käyttäjiä. Lopuksi aineisto analysoitiin.</p>	<p>kirjaamiskäytäntöön kehitetään eri tilanteisiin sopivia mallipohjia, jotka auttavat kirjaamismallin soveltamisessa erilaisissa ympäristöissä</p> <p>Hoitokertomusten, eli tietojärjestelmätoteutusten käytettävyyttä tulee parantaa.</p>
<p>Palomäki & Piirtola (2012) Systemaattinen kirjallisuuskatsaus terveydenhuollon hoitoketjuista ja niiden vaikuttavuudesta</p> <p>Systemaattinen kirjallisuuskatsaus</p>	<p>Tarkoituksena kuvata, mitä hoitoketjuista, päihdeongelmaisten hoitoketjuista, hoitoketjujen vaikuttavuudesta ja mittaamisesta terveydenhuollossa tiedetään</p> <p>Tavoitteena luoda teoreettista pohjaa Pirkanmaan sairaanhoitopiirin Päihdeongelmaisen maksan vajaatoiminta ja pankreatiitti potilaan hoitoketjun mittaamiselle. Tavoitteena myös taloudelliset resurssit huomioiden taata potilaalle asiakaslähtöinen hyvä hoito toimivassa ja tehokkaassa hoitoketjussa.</p>	<p>Systemaattinen kirjallisuuskatsaus</p> <p>Tiedot seitsemästä eri tietokannasta: Medic, Linda, CINAHL, Cochrane, PubMed, Aleksis ja Arto</p> <p>Lopulliseen tutkimukseen valittiin 16 alkuperäistutkimusta, jotka analysoitiin induktiivisellä sisällönanalyysillä.</p>	<p>Keskeisimpinä tuloksina olivat toimivan hoitoketjun elementit</p> <p>Hoitoketjun toimivuuden kannalta oleellista on hyvin kuvatut hoitoprosessit ja niiden kehittäminen</p> <p>Toimivan hoitoketjun edellytyksenä on hoitoketjun juurruttaminen siten, että henkilöstö ja johto sitoutuvat hoitoketjun toimintaan.</p> <p>Yhteistyön haasteeksi nousi rajapinnoissa toimiminen. Yhtenäisen sähköisen potilastietojärjestelmän kehittäminen on vaikuttavuuden arvioinnin edellytys ja tulevaisuuden haaste.</p>