Tampereen ammattikorkeakoulu

Häiriökysyntä Omaolo-oirearvioissa: digitaalisen viestintäkanavan vaikutus häiriökysyntään ja keinot sen vähentämiseen

Roosa Tuiskula

OPINNÄYTETYÖ
Maaliskuu 2023

Sosiaali- ja terveysalan ylempi ammattikorkeakoulututkinto
Hyvinvointiteknologian tutkinto-ohjelma

TIIVISTELMÄ

Tampereen ammattikorkeakoulu
Sosiaali- ja terveysalan ylempi ammattikorkeakoulututkinto
Hyvinvointiteknologian tutkinto-ohjelma

TUISKULA, ROOSA:
Häiriökysyntä Omaolo-oirearvioissa: digitaalisen asiointikanavan vaikutus häiriökysyntään ja keinot sen vähentämiseen

Opinnäytetyö 62 sivua, joista liitteitä 5 sivua
Maaliskuu 2023

Digitaaliset palvelut terveydenhuollossa ovat lisääntyneet viime vuosien aikana nopeasti. Digitaalisen teknologian käyttö voi joko huonontaa tai parantaa viestintää terveydenhuollossa. Tehokas ja asianmukainen viestintä potilaiden ja terveydenhuollon ammattilaisten välillä on välttämätöntä toimivan terveydenhuollon kannalta. Toimimaton digitaalinen viestintä voi aiheuttaa häiriökysyntää, eli asiakas joutuu olemaan uudelleen yhteydessä samasta asiasta terveyspalveluihin, esimerkiksi tarkentaakseen ohjeita. Häiriökysyntää voi syntyä myös digitaalisen palvelun käytäntöjen vuoksi, jos asiaa ei saada hoidettua kyseistä yhteydenottokanavaa pitkin.

Helsingin kaupungilla on käytössään digitaalisen terveydenhuollon palvelu Omaolo. Opinnäytetyössä selvitetään Omaolo-oirearvioiden, sekä niiden parissa työskentelevien sairaanhoitajien digitaalisen viestinnän vaikutusta häiriökysynnän ilmenemiseen. Omaolo-palvelun tuottaa hyvinvointialueiden, Helsingin kaupungin, HUS-yhtymän ja valtion omistama erityistehtäväyhtiö DigiFinland. Opinnäytetyö on tehty yhteistyössä DigiFinlandin ja Helsingin kaupungin kanssa.

Tutkimuksen kohderyhmänä toimi Helsingin kaupungin Omaolo-oirearvioita käyttävät sairaanhoitajat (n=5). Aineisto kerättiin haastattelemalla sairaanhoitajia teemahaastattelun menetelmin, sekä havainnoimalla heidän työskentelyään Omaolo-oirearvioiden parissa. Sairaanhoitajat työskentelivät Helsingin kaupungin päivystysavussa, sekä terveysasemilla. Aineisto analysoitiin laadullisen tutkimuksen teemoittelu -menetelmällä.

Opinnäytetyön tuloksista koostettiin suunnitelma häiriökysynnän vähentämiseksi. Suunnitelma sisältää oirearvioiden havaitut ongelmakohdat, niiden vaikutukset sekä toimintaehdotukset häiriökysynnän vähentämiseksi. Omaolo-oirearvioiden sisällöissä on ominaisuuksia, jotka voivat lisätä häiriökysyntää ja suositellaan, että nämä häiriökysyntää luovat sanamuodot tai ristiriitaisuudet korjataan. Sairaanhoitajien puutteellinen digiosaaminen, sekä harjaantumattomuus digitaalisessa viestinnässä lisäävät häiriökysyntää, joten perehdytykseen on panostettava. Opinnäytetyön tulokset puoltavat eri toimintayksiköiden käytäntöjen yhtenäistämistä ja tehokkaiksi todettujen toimintatapojen yleistämistä. Omaolo-oirearvioiden toimivuuden kehittämiseksi asiakaskokemusten selvittäminen on välttämätöntä.

Asiasanat: digitaaliset terveyspalvelut, häiriökysyntä, digitaalinen viestintä, omaolo, oirearvio

ABSTRACT

Tampereen ammattikorkeakoulu
Tampere University of Applied Sciences
Master's Degree in Wellbeing Technology

TUISKULA, ROOSA
Failure Demand and Omaolo-symptom Checkers: Effect of Digital Health Service on the Failure Demand and Means to Decrease It

Master's thesis 62 pages, appendices 5 pages
March 2023

The use of digital health services can enhance effective communication between the patient and the professional, but contrarily, a rigid user interface may be a complicating factor. Dysfunctional digital communication can cause failure demand meaning that the patient has to contact multiple healthcare services on the same matter.

The City of Helsinki uses digital health service Omaolo provided by DigiFinland. The aim was to study the failure demand related to Omaolo- symptom checkers and the digital communication of the healthcare professionals using them. The study material was gathered through focused interviews and observation of five nurses that use Omaolo- symptom checkers daily. The material was analysed using thematic analysis.

The Results indicate that some symptom checkers contain failure demand producing and misleading phrasings. Adequate training of the staff is also required to reduce the risk of failure demand due to imprecise digital communication or lack of skills using digital services. The results suggest that uniform practice in all operating units could be beneficial. The inevitable next step is to study customers' user experiences in order to develop the symptom checkers.

Key words: digital health service, digital communication, failure demand, symptom checker

SISÄLLYS

1 JOHDANTO 6
2 OPINNÄYTETYÖN TAVOITTEET JA TUTKIMUSKYSYMYKSET 7
3 TEOREETTISET LÄHTÖKOHDAT 8
3.1. Digitaalinen viestintä terveydenhuollossa 8
3.1.1 Terveydenhuollon ammattilaiset ja digitaalinen viestintä 9
3.1.2 Terveydenhuollon asiakkaat ja digitaalinen viestintä 10
3.2. Automatisoitu oirearvio 12
3.2.1 Omaolo –oirearvio 14
3.3. Kysyntä terveydenhuollossa: arvokysyntä ja häiriökysyntä 15
3.4. Terveydenhuoltojärjestelmän ominaisuudet 17
3.4.1 Systeemiajattelu terveydenhuollossa 17
3.4.2 Vanguard –metodi ja häiriökysyntä 19
4 OPINNÄYTETYÖN AINEISTO JA MENETELMÄT 21
4.1. Laadullinen tutkimus 21
4.1.1 Teemahaastattelu 22
4.1.2 Havainnointi 23
4.2. Opinnäytetyön toteutus ja aineiston kerääminen 24
4.3. Aineiston analysointi 26
5 OPINNÄYTETYÖN TULOKSET 27
5.1. Digitalisaation hyödyt ja haasteet hoitotyössä 27
5.2. Omaolo oirearvioiden hyödyt ja haasteet 29
5.2.1 Yleinen oirearvio 31
5.2.2 Koronavirus –oirearvio 32
5.2.3 Hengitystietulehdus –oirearvio 33
5.2.4 Korvan kipu tai lukkoisuus –oirearvio 33
5.2.5 Seksitautiepäily –oirearvio 34
5.3. Häiriökysyntä Omaolo-oirearvioissa 34
5.4. Sairaanhoitajan digitaalinen viestintä 38
6 SUUNNITELMA HÄIRIÖKYSYNNÄN VÄHENTÄMISEKSI OMAOLO-OIREARVIOISSA 40
7 POHDINTA 44
7.1. Tulosten arviointi 45
7.2. Opinnäytetyön luotettavuus 49
7.3. Opinnäytetyön eettisyys 51
7.4. Jatkokehitysideat 52
LÄHTEET 53

LIITTEET 58
Liite 1. Kutsu teemahaastatteluun 58
Liite 2. Teemahaastattelun runko 59
Liite 3. Teemahaastattelun suostumuslomake 60
Liite 4. Havainnoinnin suostumuslomake 61
Liite 5. Tietosuojailmoitus 62

1 JOHDANTO

Digitaaliset terveydenhuollon oirearviopalvelut ovat lisääntyneet viime aikoina, ja ne tarjoavat asiakkaille itsehoito-ohjeita sekä ohjaavat tarpeen vaatiessa oikeanlaiseen hoitoon (Semigran ym. 2019, 1). Automatisoitujen oirearvioiden vaikutusta terveydenhuoltoon ei tunneta vielä kunnolla ja asiakkaan vaivan kiireellisyyden arvioiminen voi olla riskialtista (Kujala & Hörhammer 2022, 2). Omaolo-oirearviot ovat suomalainen digitaalisen terveydenhuollon ratkaisu.

Omaolo-oirearviot on kehittänyt DigiFinland, joka on hyvinvointialueiden, Helsingin kaupungin, HUS-yhtymän ja valtion omistama erityistehtäväyhtiö. Helsingin kaupunki hyödyntää omassa digitaalisessa terveydenhuollossaan Omaolo-oirearvioita. Omaolo-oirearvioissa asiakas voi arvioida terveysongelmaa tai oiretta oirekyselyn perusteella. Asiakas saa oirearviosta tulokset, jotka perustuvat tieteelliseen tutkimukseen, sekä kansallisiin suosituksiin ja kriteereihin. Asiakas saa ohjeet, joiden perusteella toimia ja yhdistää oirearvion tarvittaessa terveydenhuollon ammattilaiseen. (DigiFinland n.d.a; DigiFinland n.d.d.)

Häiriökysynnän tutkiminen Omaolo-oirearvioihin liittyen oli DigiFinlandin toiveena ja siitä muodostui opinnäytetyön aihe. Häiriökysynnällä tarkoitetaan sitä, kun kysyntä lisääntyy, koska asioiden toteutuksessa on häiriötä eikä toteutus ei ole riittävää tai oikeanlaista asiakkaan tarpeisiin nähden (Seddon n.d.). Häiriökysyntä on vielä suhteellisen tuntematon termi suomalaisessa terveydenhuollossa, mutta ilmiönä varmasti tunnistettavissa. Opinnäytetyössä on tarkoitus tutkia Omaolo-oirearvion digitaalisen viestinnän vaikutusta häiriökysynnän ilmenemiseen.

Digitaalisessa terveydenhuollossa korostuvat sekä asiakkaan, että ammattilaisen digitaidot sekä digitaalinen viestintä. Digitaalinen terveydenhuolto auttaa parhaimmillaan asiakasta hallitsemaan omaa terveyttään paremmin ja saamaan helpommin tietoa (Alkire (née Nasr) ym. 2020, 1). Terveydenhuollon ammattilaisen viestintä asiakkaalle tulee olla selkää ja helposti ymmärrettävää. Digitaalisessa ympäristössä siihen tulisi kiinnittää erityistä huomiota.

2 OPINNÄYTETYÖN TAVOITTEET JA TUTKIMUSKYSYMYKSET

Opinnäytetyön tarkoituksena on selvittää Omaolo-oirearvioiden digitaalisen viestinnän vaikutusta häiriökysynnän ilmenemiseen. Aihetta tutkitaan sekä ammattilaisen, että Omaolo-oirearvioiden näkyvän viestinnän näkökulmista, esimerkiksi millaisia fraaseja ja toimintaohjeita palvelu sisältää. Tavoitteena on luoda alustava suunnitelma Omaolo-oirearvioiden digitaaliseen viestintään liittyvän häiriökysynnän vähentämiseksi.

Tutkimuskysymyksiä opinnäytetyössä ovat:

- Miten häiriökysyntä näkyy Omaolo-oirearvioiden digitaalisessa viestinnässä terveydenhuollon ammattilaisen näkökulmasta?
- Kuinka selkeää Omaolo-oirearvioiden ohjaus digitaaliseen viestintään on ja liittyykö siihen vaiheita, jotka voivat aiheuttaa häiriökysyntää?
- Miten digitaalista viestintää Omaolo-oirearvioissa voisi kehittää niin, että häiriökysyntä vähenisi?

3 TEOREETTISET LÄHTÖKOHDAT

Opinnäytetyön teoreettinen viitekehys koostuu terveydenhuollon digitaalisesta viestinnästä, häiriökysynnästä, automaattisista oirearviopalveluista sekä systeemiajattelusta terveydenhuollossa. Teoriapohja rakentuu näiden teemojen ympärille.

Digitaaliset palvelut terveydenhuollossa ovat lisääntyneet viime vuosien aikana nopeasti. Terveydenhuolto on monimutkainen ympäristö ja digitaalisten palveluiden toteutus epäonnistuu useammin terveydenhuollossa, kuin muissa ympäristöissä. Palveluiden integrointi ja niiden käyttöönottaminen on vaikeaa ja hidasta. Yksi vaikeuttavista tekijöistä terveydenhuollon digitaalisten palveluiden menestyksekkäässä käyttöönotossa on ammattilaisten vastustus, sillä ammattilaisten asenteet ja käyttäytyminen vaikuttaa asiakkaiden kykyyn käyttää palveluita sekä luottaa niihin. (Nadav ym. 2021, 2.)

3.1. Digitaalinen viestintä terveydenhuollossa

Digitaalisen teknologian käyttö voi joko huonontaa tai parantaa viestintää terveydenhuollossa. Tehokas ja asianmukainen viestintä potilaiden ja terveydenhuollon ammattilaisten välillä on välttämätöntä toimivan terveydenhuollon kannalta. (Ovretveit ym. 2017, 29–30.) Maailman terveysjärjestö WHO määrittelee eTerveyden (eng. eHealth) tieto- ja viestintäteknologian käytöksi terveydessä. Sähköiset viestintäpalvelut (eTerveys) virkistävät vuorovaikutteista viestintää ja lisäävät potilaiden osallistumista hoitoonsa. (Carlqvist ym. 2021, 2.)

Hoitohenkilökunnan sitoutumisen tai resurssien puute terveydenhuollossa haittaa digitaalisen viestintäjärjestelmän mahdollisia hyötyjä. Digitaalisessa järjestelmässä tasapainottelevat käytössä olevat resurssit sekä potilaiden tarpeet. Myös henkilökunnan pätevyydellä käyttää digitaalista viestintäjärjestelmää on merkitystä. Tarvitaan lisää ymmärrystä siitä, miten ammattilaiset ja asiakkaat oppivat käyttämään digitaalisia viestintämuotoja tarkoituksenmukaisesti. Ammattilaisten pätevyys käsittää lääketieteellisen asiantuntemuksen lisäksi myös turvallisen ja henkilökeskeisen lähestymistavan digitaalisissa viestintäjärjestelmissä. (Eldh 2020, 5–6.)

Digitaalinen viestintä asiakkaiden kanssa voi joissain tapauksissa hidastaa hoidontarpeen arviota. Viestiminen digitaalisin välinein koettiin kuitenkin sairaanhoitajien keskuudessa vähemmän kuormittavaksi, kuin asioiden hoitaminen puhelimitse. (Kujala & Hörhammer 2022, 8.)

3.1.1 Terveydenhuollon ammattilaiset ja digitaalinen viestintä

Öberg ym. (2018, 964–965) toteavat tutkimuksessaan, että sairaanhoitajat kokevat, ettei heillä ole aikaa eikä taitoja digitalisaation lisäämiseen. Tutkimuksessa haastatellut sairaanhoitajat ovat sitä mieltä, että hoitotyöntekijöiden digitaitoja on parannettava, sillä on tärkeää, että sairaanhoitajilla on tarvittavat taidot työhönsä. Digitalisaation muutos on tapahtunut liian nopeasti uusien työskentelytapojen, rutiinien ja lisääntyneen henkilökohtaisen vastuun osalta. Digitalisaation koetaan myös uhkaavan ammattilaisen ja asiakkaan välistä suhdetta. Sairaanhoitajat kokevat mielekkäämmäksi olla kasvotusten yhteydessä asiakkaaseen tietokoneen sijaan ja ovat huolissaan yhteyden menettämisestä. Koetaan myös, ettei ole riittävästi aikaa tai resursseja siihen, että digitaitoja voisi kehittää. Päätöksentekoprosessiin ei myöskään ole mahdollisuus osallistua, kun uusia digitalisoituja toimintoja otetaan käyttöön työpaikalla.

Ongelmakohtana digitaalisessa terveysasioiden hoitamisessa voidaan nähdä reaaliaikaisen vuorovaikutuksen puute. Ammattilaisten kyky käyttää hiljaista tietoa tai asiakkaan mahdollisuudet neuvotella hoitovaihtoehdoista saattavat olla heikompia. (Farr ym. 2018.) Digitaalinen viestintä asiakkaiden kanssa voi joissain tapauksissa hidastaa hoidontarpeen arviota. Viestiminen digitaalisin välinein koetaan kuitenkin sairaanhoitajien keskuudessa vähemmän kuormittavaksi, kuin asioiden hoitaminen puhelimitse. (Kujala & Hörhammer 2022, 8.)

Suomalaisessa tutkimuksessa Kujala ym. (2018, 184.) toteavat, että terveydenhuollon ammattilaiset tarvitsevat ohjausta liittyen potilastyöhön uusissa digitaalisen terveydenhuollon ympäristöissä. Tietokonetaidot vaihtelivat, mutta tutkimukseen osallistuneet pitivät perustaitojaan tietokoneen käytössä hyvinä. Epävarmuutta koettiin liittyen uuteen rooliin potilaiden ohjaamisessa digitaalisten terveyspalvelujen käyttöön sekä digitaaliseen kommunikointiin. Terveydenhuollon

ammattilaiset olivat tutkimuksessa vähemmän luottavaisia kommunikoimaan potilaiden kanssa digitaalista terveydenhuoltoa hyödyntäen ja koulutusta tähän kaivattiin.

Asiakkaille suunnatut digitaaliset terveydenhuoltopalvelut lisääntyvät nopeasti ja se aiheuttaa haasteita terveydenhuollon ammattilaisille. Ammattilaiset eivät välttämättä tunne kaikkia digitaalisia terveyspalveluja tai niiden etuja omassa työssään. Vastuunjako ja oman työn muokkaus digitaalisten terveydenhuoltopalveluiden kohdalla mietityttää myös terveydenhuollon ammattilaisia. Organisaatioissa tulisi kehittää uusia prosesseja sekä käytäntöjä ammattilaisten työskentelyyn digitaalisten terveydenhuoltopalveluiden parissa, eikä digitaalisen terveydenhuollon osaaminen tulisi olla pelkästään yksilön varassa. Terveydenhuollon ammattilaiset eivät olleet täysin tietoisia heihin kohdistuvista odotuksista asiakkaiden sitouttamisessa sekä neuvomisessa digitaalisiin terveyspalveluihin. Ammattilaisten asenteet ja hyväksyntä digitaalisiin terveyspalveluihin liittyen vaikuttavat asiakkaan digitaalisten terveyspalveluiden käyttöön. Tärkeää olisi, että terveydenhuollon ammattilainen on aktiivinen ja osaa ohjata sekä motivoida asiakasta digitaalisten terveydenhuoltopalveluiden pariin. (Kujala ym. 2018, 184.)

Ruotsalaistutkimuksessa terveydenhuollon chat-palveluista (Nilsson ym. 2021) terveydenhuollon ammattilaiset totesivat, että asiakkaat saattavat ottaa yhteyttä sekä digitaalisesti, että puhelimitse saadakseen asiansa hoidettua nopeammin. Se aiheutti päällekkäistä työtä terveydenhuollossa.

3.1.2 Terveydenhuollon asiakkaat ja digitaalinen viestintä

Digitaalinen terveydenhuolto voi auttaa asiakkaita hallitsemaan omaa terveyttään paremmin ja saamaan helpommin tietoa. Asiakkaan kokemus digitaalisista palveluista on ensiarvoisen tärkeää ja se vaikuttaa digitaalisten palveluiden käyttöön. (Alkire (née Nasr) ym. 2020, 1.)

Terveydenhuollon asiakkaat toivovat usein mahdollisuutta osallistua palvelukontaktiin digitaalisesti, mutta kaikille se ei ole vaihtoehto. Asiakkaan ongelmaa voidaan hoitaa helpommin ja tarkemmin digitaalisen tiedonsiirron ansiosta, mutta se vaatii asiakkaalta sekä digitaalista lukutaitoa, että terveyslukutaitoa. (Eldh ym.

2020, 5.) Digitaalisten terveyspalvelujen käyttö vaihtelee sukupolven mukaan ja esimerkiksi Y-sukupolvi (syntyneet 1982–2000 välillä) luottavat vahvasti teknologiaan ja sosiaaliseen mediaan omassa terveydenhuollossaan. Asiakkaan kokemukseen digitaalisuudesta vaikuttaa se, miten kyseinen sukupolvi on omaksunut digitaalisuuden ja teknologian omakseen. On huomattu, että digitaalisen teknologian käytön helppous ja hyödyllisyys on tärkeämpää X-sukupolvea edustaville (syntyneet 1961–1981 välillä), kuin Y-sukupolvea edustaville. Tämä voi johtua siitä, että Y-sukupolvi on tottunut elämään digitaalisuuden ja teknologian kanssa. X-sukupolven on havaittu olevan kriittisempiä sekä passiivisempia terveydenhuollon suhteen ja heidän on koettava positiivisia tuloksia digitaalisuuden käytöstä. Terveydenhuollosta tulevan digitaalisen viestinnän tulee olla läpinäkyvää, toimivaa sekä välitöntä. (Alkire (née Nasr) ym. 2020, 2, 6.)

Nilssonin ym. (2021, 4–5) tutkimuksessa tutkittiin chat-pohjaisten terveydenhuoltopalveluiden ominaisuuksien toimivuutta asiakkaiden mielipiteiden pohjalta. Digitaalisuus terveydenhuoltoasioissa koettiin hyväksi varsinkin arkaluontoisia asioita hoitaessa. Se myös tuotti vähemmän ahdistusta asiakkaalle. Chat-pohjaisia terveydenhuoltopalveluita ei kuitenkaan koettu asiakkaiden keskuudessa hyväksi välineeksi kommunikoida esimerkiksi hätätilanteissa tai vakavista sairauksista keskusteltaessa. Asiakkaat huomasivat myös ammattilaisten välillä eroja digitaalisten taitojen hallitsemisessa. Chat-pohjaisten terveyspalveluiden käyttö koettiin teknisesti helppokäyttöisenä, eikä asiakkaiden mukaan vaadittu erityistä teknistä osaamista. Kysymyksiin vastaaminen kirjallisesti, vastausvaihtoehtoja miettien, koettiin helpottavana. Asiakkaalla oli mahdollisuus pohtia omaa terveydentilaansa vastausvaihtoehtojen pohjalta rauhassa. Chat-pohjainen terveydenhuoltopalvelu koettiin hitaammaksi, kuin puhelimessa tapahtuva asiointi, joka ajateltiin osittain johtuvan henkilöstön kokemattomuudesta järjestelmän käyttämisessä. Terveydenhuollon ammattilaisten digitaalinen viestintä terveyteen ja terveydenhuoltopalveluihin liittyvissä asioissa aiheutti myös pohdintaa. Aiemmin on todettu tarvetta lisätutkimuksille siitä, vaikuttaako terveydenhuollon ammattilaisten digitaalinen viestintätapa asiakkaiden turvallisuuteen ja tarvittaisiinko lisäkoulutusta chat-tyyppisestä kirjallisesta viestinnästä.

3.2. Automatisoitu oirearvio

Kansalaisten keskuudessa terveyshuolien tutkiminen internetin avulla on lisääntynyt, esimerkiksi Yhdysvalloissa yli kolmannes aikuisista käyttää internetiä säännöllisesti etsiäkseen tietoa terveyteen liittyvistä oireista ja vaivoistaan. Tietojen hakeminen internetin kautta voi kuitenkin antaa väärää tietoa ja saada ihmisen huolestumaan turhaan, tai esimerkiksi ohjautumaan tarpeettomasti kiireelliseen hoitoon. Viime aikoina on kehitetty digitaalisia terveydenhuollon oirearvioita, joiden avulla ihminen saa itsehoito-ohjeita ja ohjataan tarpeen vaatiessa hakeutumaan oikeanlaiseen hoitoon. (Semigran ym. 2019, 1.)

Chat-pohjaisen, automatisoidun oirearvion tarkoituksena on tarjota terveydenhuollon henkilöstölle päätöksentekotukea sekä helpottaa hoidon kiireellisyyden arviointia ja hallintaa. Oirearviossa olevien kysymysten tulee liittyä olennaisesti aiheeseen, sekä olla helppoja ymmärtää (Nilsson ym. 2021, 6.) Sähköisen terveydenhuollon ratkaisuna oirearviot tarjoavat terveydenhuollon asiakkaille mahdollisuuden arvioida oireita nopeasti ja itsenäisesti. Covid-19-pandemian aikana on arvioitu, että oirearviot antavat luotettavampaa tietoa asiakkaille, kuin hakukoneet. (Laukka ym. 2021.) Automatisoitu oirearvio perustuu algoritmeihin, joiden tarkoituksena on kysyä asiakkaalta heidän oireistaan, tarjota mahdollisia diagnooseja sekä luokitella hoidon kiireellisyys ja ohjata hoitoon. (Kujala & Hörhammer 2022, 2.)

Automatisoitujen oirearviopalveluiden vaikutusta terveydenhuoltojärjestelmään ei vielä tunneta kunnolla. Palvelujen kiireellisyyden arvioiminen on yleensä riskialtista ja voi rohkaista asiakkaita hakeutumaan hoitoon sellaisissa tilanteissa, joissa itsehoito olisi sopivampaa. (Kujala & Hörhammer 2022, 2.) Tutkimuksessaan Schmieding ym. (2021) osoittivat, että automatisoidut oirearviot luokittelivat asiakkaan tilanteen usein kiireellisemmäksi kuin se oikeasti oli. Tämä aiheuttaa valmiiksi ahtaalla olevalle terveydenhuollolle lisää painetta. Oikeudellisesta näkökulmasta kuitenkin asiakkaan oireet liian helposti kiireellisiksi luokitteleva oirearvio on parempi, kuin hätätilanteet huomioimaton oirearvio, vaikka se toisi lisäkustannuksia. On olemassa vain vähän näyttöä siitä, että oirearviot vähentäisivät terveydenhuollon resurssien käyttöä ja lisäisivät tehokkuutta. Oi-

rearvioiden hyödyllisyydestä potilasturvallisuuden kannalta ei myöskään ole riittävää näyttöä ovatko oirearviot asiakkaiden kannalta haitallisia vai eivät. Algoritmin pitäisi pystyä ottamaan huomioon myös asiakkaiden monimutkaiset tilanteet. (Laukka ym. 2021.)

Terveydenhuollon ammattilaiset ovat kokeneet, että automatisoitu oirearvio hyödyttää asiakkaita antamalla apua nopeasti ja matalalla kynnyksellä. Käsiteltäessä herkkiä sairauksia, kuten sukupuolitauteja, hoitoon hakeutumiselle on ollut matalampi kynnys oirearvion ansiosta. Oirearvion palvelun laatu on myös tasapuolista ja kaikki olennaiset kysymykset esitetään samalla tavalla, eikä vaihtelua ole esimerkiksi hoitohenkilökunnan taitotasoon liittyen. (Kujala & Hörhammer 2022, 7.)

Yksinkertaiset asiat sopivat hyvin käsiteltäviksi automatisoidun oirearvion kautta. Monimutkaisemmat tapaukset, jotka vaativat lisäselvittelyjä, vaativat usein puhelinkontaktin, jotta asia saadaan tehokkaasti hoidettua. Tällaisten monimutkaisempien yhteydenottojen digitaalinen selvittäminen vie aikaa enemmän, kuin niiden käsitteleminen puhelinkontaktin avulla. (Entezarjou ym. 2020, 4.)

Terveydenhuollon ammattilaisten asenteisiin uusia työkaluja kohtaan vaikuttavat merkittävästi käytettävyys ja hyödyllisyys. Automatisoidun oirearvion tehokkuus on niiden parissa työskenteleville myös tärkeää ja parhaimmillaan työkalu yksinkertaistaa työntekoa. Automatisoidut oirearviot voivat tietyissä tapauksissa kuitenkin myös lisätä hoitohenkilökunnan työtaakkaa, sillä joidenkin asiakkaiden kohdalla tiedot saattavat olla epäselviä ja vaatia lisäselvityksiä. (Kujala & Hörhammer 2022, 8.) On myös mahdollista, että päällekkäiset yhteydenotot terveydenhuoltoon lisääntyvät, kun yhteydenottokanavia on useita (Chambers ym. 2019, 2).

Oirearvioiden tasa-arvoisuutta on myös tutkittu: oirearviot ovat saavutettavissa kaikille, mutta niiden käyttö on yleisempää nuorempien ja korkeammin koulutettujen keskuudessa, kuin vanhempien ja vähemmän koulutettujen keskuudessa.

Kiireellisemmässä yhteydenotossa digitaalisesti tehty oirearvio saavuttaa terveydenhuollon ammattilaisen nopeammin, kuin puhelu. (Chambers ym. 2019, 11.)

3.2.1 Omaolo –oirearvio

Omaolo-palvelussa asiakas voi esimerkiksi arvioida yksittäisen terveysongelman tai useiden oireiden hoidon tarvetta ja kiireellisyyttä. Omaoloa käytetään tietokoneella tai mobiililaitteella julkisen internetin yli. Omaolo-oirearviot on tuottanut Kustannus Oy Duodecim, ja asiakas saa oirearvion täytettyään toimintasuosituksia, jotka ohjaavat joko itsehoitoon, kiireettömään hoitoon, päivystykseen tai ottamaan yhteyttä hätänumeroon. Omaolo-oirearvioihin on integroitu EBMEDS-järjestelmä, joka yhdistää asiakkaan tilasta kertovat tiedot lääketieteelliseen tietoon ja tuottaa yksilöllisiä toimintaohjeita asiakkaan tilanteeseen sopien. EBMEDS-termi (Evidence-Based Medicine Electronic Decision Support), tarkoittaa suomennettuna ”lääketieteelliseen näyttöön perustuva sähköinen päätöksentuki” ja palvelu on Kustannus Oy Duodecimin tuottama CE-merkitty lääkinnällinen laite. (DigiFinland 2023, 20, 65.) (Duodecim n.d.)

Omaolo-oirearviolla voi arvioida yksittäistä terveysongelmaa tai oiretta, joiden perusteella oirearvio antaa toiminta. Oirearvio antaa vastausten perusteella ohjeet, miten asiakkaan tulisi tilanteessa toimia ja yhdistää asiakkaan tarvittaessa oman alueensa terveydenhuollon ammattilaiseen. Omaolo on lääkinnällinen laite. (DigiFinland n.d.a.).

Omaolo-palvelun digitaalinen oirearvio on ollut käytössä Suomessa vuodesta 2018 lähtien ja Kujala ym. (2020.) tutkivat palvelun käyttöönoton hetkellä terveydenhuollon ammattilaisten asenteita ja valmiuksia. Tällöin ammattilaiset kokivat palvelun hyväksi, sillä se tarjosi asiakkaalle nopean yhteydenoton terveydenhuollon ammattilaiseen sekä ohjeita ajasta ja paikasta riippumatta. Terveydenhuollon ammattilaisten pitivät siitä, että heillä oli käytössään tietoja asiakkaan tilanteesta ennen yhteydenottoa ja he arvioivat palvelun säästävän resursseja. Omaolo-oirearvioiden parissa työskentely haastoi kuitenkin terveydenhuollon ammattilaisten roolit sekä olemassa olevat työskentelytavat. Ajateltiin, että oirearvio toisi lisätyötä ammattilaisille, sillä asiakkailla oli käytössä uusi yhteydenottokanava.

Myös ammatillisen päätöksenteon ja itsenäisyyden kokivat osa ammattilaisista uhattuna oirearvion päätöksentekokyvyn vuoksi, ja tämä saattoi johtaa kielteisiin asenteisiin Omaolo –oirearvioita kohtaan. (Kujala ym. 2020, 969.)

Kujala ym. (2020, 969.) totesivat tutkimuksessaan, että terveydenhuollon ammattilaiset tarvitsevat koulutusta ja tukea. Työnteon prosesseja tulee myös suunnitella välttämään päällekkäisyyksiä, ohjaamaan asiakkaita tehokkaasti sekä varmistamaan ammattilaisten motivaatiota. Digitaalisten ratkaisujen tarkoitus on tukea ammattilaisten työntekoa kokonaisvaltaisesti.

3.3. Kysyntä terveydenhuollossa: arvokysyntä ja häiriökysyntä

Kysyntä voidaan jakaa kahteen alatyyppiin, arvokysyntä ja häiriökysyntä. Arvokysyntä on sitä, mitkä ovat asiakkaan tarpeita ja mikä tuottaa arvoa heille – ja johon järjestelmä pystyy vastaamaan. Häiriökysyntä taas edustaa asiakkaan tarpeita tai heille arvoa tuottavia asioita, jotka eivät toteudu, ja joihin järjestelmä ei pysty vastaamaan. (Morris & Walley 2022, 23.) Häiriökysynnällä tarkoitetaan sitä, kun kysyntä lisääntyy, koska asioiden toteutuksessa on häiriötä eikä toteutus ei ole riittävää tai oikeanlaista asiakkaan tarpeisiin nähden (Seddon n.d.).

Seddonin (N.d.) mukaan toimintatapojen standardointi tai vaihtoehtoisesti niiden pilkkominen eri erikoisaloiksi, lisäävät häiriökysyntää. Terveydenhuollossa asiakkaan tarpeiden rajaaminen eri toimijoiden vastuulle ja näin ollen asiakkaan siirteleminen palvelusta toiseen, lisää kustannuksia. Asiakkaan palveleminen heidän tarvitsemallaan tavalla on avainasemassa ja systeemin tulisi toimia asiakkaan tarpeiden pohjalta. Systeemiä tulisi tutkia sen omien tietojen pohjalta ja löytää oikeanlaiset toimintatavat sitä kautta: kirjasta luetut tai aikatauluoletuksiin perustuvat näkemykset eivät useinkaan toimi. Kolme ohjaavaa asetelmaa onnistumiseen ovat: tietämys kysynnästä, keskittyminen ainoastaan arvoa tuottavaan työhön sekä asiakkaan tavoitteiden saavuttaminen. (Seddon, J. N.d.)

Perinteisesti järjestelmät mittaavat toimintaa, mutta eivät erota häiriökysyntää arvokysynnästä. Järjestelmän suurin mahdollinen tuotantokyky syntyy arvokysynnästä ja häiriökysynnästä, joten häiriökysynnän vähentäminen lisää resursseja

arvokysynnälle ilman, että kokonaiskapasiteettia tarvitsee nostaa. (Seddon 2006, 8.) Terveydenhuoltojärjestelmät ovat usein resurssivetoisia, eikä varsinaiseen kysynnän hallintaan kiinnitetä juurikaan huomiota. Kysyntää on tutkittava ensin, jos halutaan ymmärtää ja parantaa palvelujärjestelmää. Sellaiset ratkaisut, jotka suunnitellaan huomioimatta kysyntää, johtavat helposti vääriin ratkaisuihin tai tuovat ratkaisuja vääriin ongelmiin. (Hartmann ym. 2021, 21.)

Terveydenhuoltopalveluissa potilaan tulisi saada oikeanlaista hoitoa, oikeanlaisessa paikassa ja ilman tarpeetonta viivytystä. On kyse häiriökysynnästä, mikäli hoitoon pääsy on ongelmallista, asiakas ei saa tarvitsemaansa apua hänelle tarjotusta palvelusta tai asiakas joutuu olemaan yhteydessä saman asian vuoksi terveydenhuoltopalveluihin useaan otteeseen saadakseen oikeanlaista apua. Häiriökysyntä aiheuttaa asiakkaalle tarpeetonta viivästystä ja työtä, sekä tarpeettomia kustannuksia ja kuormitusta terveydenhuoltojärjestelmälle. (Walley, Found & Williams 2019, 5.)

Tietotekniikan filosofian maisteri Hermanni Hyytiälä sekä professori Martti Kekomäki ovat avanneet keskustelun häiriökysynnästä Suomessa Lääkärilehdessä julkaistussa kirjoituksessaan ”Kustannusten kasvu johtuu järjestelmän häiriöstä” vuonna 2017. Häiriökysyntä (engl. Failure demand) -termi kasvattaa sen alun perin Iso-Britanniassa käyttöön ottaneen professori John Seddonin mukaan kokonaiskustannuksia huomattavasti. Häiriökysyntä ilmenee kansalaisen näkökulmasta esimerkiksi pitkinä hoitojonoina tai odotusaikoina, sekä vääränä tai puutteellisena hoitona. Terveydenhuollon ammattilaisille se ilmenee asiakkaina, jotka ovat väärässä paikassa väärään aikaan, sekä liian suurena työkuormana. Häiriökysynnän syntyminen johtuu palvelurakenteen kyvyttömyydestä ratkaista oikeita asioita oikealla tavalla, oikeaan aikaan. (Hyytiälä & Kekomäki 2017.)

Häiriökysynnän erottaminen arvokysynnästä terveydenhuollossa ei ole täysin yksinkertaista: häiriökysynnäksi ei voida määritellä kaikkea sitä toimintaa, jossa asiakas palaa hoitoon samasta syystä kuin ensimmäisellä kerralla. Asiakkaan krooniset sairaudet tai terveydentila muutoin voi vaatia ylläpitävää hoitoa, joka ei ole järjestelmän häiriöstä johtuvaa häiriökysyntää. Terveydenhuoltoympäristössä häiriökysynnän määritteleminen vaatii tarkennusta. (Hartmann ym. 2021, 19.)

3.4. Terveydenhuoltojärjestelmän ominaisuudet

Terveydenhuoltoa voidaan pitää yhtenä monimutkaisimmista talouden sektoreista, samoin kuten sairaaloita yhtenä monimutkaisimmista ihmisorganisaatioista. (Plack ym. 2019, 1.) Tekniikan kehittyminen viime aikoina vauhdilla on vaikuttanut terveydenhuollon monimutkaisuuden lisääntymiseen. Asiakkaan hoidon toteuttaminen on monimutkaista ja standardoimatonta, joka omalta osaltaan vähentää turvallisuutta. Nykypäivän terveydenhuoltojärjestelmiä ei myöskään ole suunniteltu tukemaan monimutkaisten asiakkaiden hoitoa, jotka edellyttävät useiden palvelutarjoajien yhteistyötä. (Trbovich 2014, 31.)

Terveydenhuoltojärjestelmän kasvavat kustannukset ja kuormitus aiheuttavat vakavia seurauksia terveydenhuollon saatavuuteen sekä talouteen. Vaatimukset kasvavat, potilaiden odotukset ovat korkeammat ja resurssit vähenevät. Terveydenhuollon toimivuutta tulisi parantaa kehittämällä terveydenhuoltopalveluita, jotka vastaavat asiakkaiden tarpeisiin. Tutkimuksissa on todettu, että palveluiden rakentaminen asiakaslähtöisiksi parantaa asiakkaiden terveydentilaa ja alentaa järjestelmäkustannuksia. Kestävän terveydenhuoltojärjestelmän saavuttamiseksi on tasapainotettava kysyntä, sekä saatavilla olevat resurssit. (Khayal 2019, 1–2.) (Faezipour & Ferreira 2011, 292–293.)

Terveydenhuoltojärjestelmä pitää sisällään kokoelman monimutkaisia, suuria, itsenäisiä ja hajautettuja järjestelmiä. Nämä järjestelmät voivat toimia asiakkaan tarpeiden hyväksi joko yhteistyössä muiden järjestelmien kanssa, tai vaihtoehtoisesti erikseen. Terveydenhuollon sisäinen monimutkaisuus vaatii mallintamista, jonka avulla pystytään käsittelemään tehokkaasti monimutkaisuutta. Terveydenhuoltojärjestelmät käsittelevät vuorovaikutuksia sekä monia tekijöitä eri järjestelmien välillä, ja systeemiajattelu voi auttaa ymmärtämään niihin liittyviä kestävän kehityksen haasteita ja vastaamaan niihin. (Faezipour & Ferreira 2011, 292, 294.)

3.4.1 Systeemiajattelu terveydenhuollossa

Systeemiajattelu tarkoittaa analyyttisia lähestymistapoja, joiden tarkoituksena on paljastaa monimutkaisten järjestelmien käyttäytyminen. Systeemiajattelun menetelmien ajatellaan mahdollistavan järjestelmän komponenttien ja niiden välisten

dynaamisten suhteiden tarkastelun monilla eri tasoilla. Järjestelmiä voidaan lähestyä ajattelemalla organisaatioita ja järjestelmäkysymyksiä, liittäen mukaan järjestelmän käyttäjien käyttäytyminen niihin nähden. Koko järjestelmää pyritään ymmärtämään yksittäisen komponenttien sijaan. (Carey ym. 2015, 1.)

Systeemiajattelu on olennainen lähestymistapa vahvistettaessa terveydenhuoltojärjestelmiä. Järjestelmän perusominaisuuksien ymmärtäminen on tärkeää, jotta järjestelmän toimintaa voidaan tarkastella. Nämä ominaisuudet vaikuttavat yhdessä siihen, miten järjestelmä reagoi interventioon tai ulkoisiin tekijöihin. (De Savigny & Adam 2009, 39, 40.) Systeemiajattelun teema ei ole uutta hoitotyössä, sillä suurin osa hoitotyön teorioista sisältää systeemiajattelua, jossa kokonaisuus on enemmän kuin osiensa summa. (Stalter & Mota 2018, 34.)

Systeemiajattelun soveltaminen terveydenhuoltoon vaatii terveydenhuoltoon liittyvien tekijöiden tunnistamisen. Kestävä järjestelmä syntyy kolmesta kestävyyden peruspilarista: sosiaalinen, taloudellinen ja ympäristö. Kestävyys terveydenhuollon kontekstissa voidaan jakaa vielä kuuteen kategoriaan: eng. Economical, political, financial, institutional, client and workforce. Kestävyyden saavuttaminen vaatii näiden alueiden käsittelyä tasapainoisesti. Terveydenhuoltojärjestelmä on monimutkainen järjestelmä, joka pitää sisällään erillisiä järjestelmiä, ja sitä tulee tarkastella ottaen huomioon sen monimutkaiset ulottuvuudet. Kestävyyden haasteisiin terveydenhuollossa kuuluu monimutkaisuus ja sen tehokas ennustaminen sekä epävarmuuden ja vaihtelun hallitseminen. (Faezipour & Ferreira 2011, 295, 303.)

Asiakkaan moniammatillista hoitoa, virheiden ehkäisyä sekä sairauksien ennaltaehkäisyä pidetään osana tehokasta terveydenhuoltoa. Systeemiajattelun soveltamista terveydenhuollossa voidaan käyttää esimerkiksi erilaisiin kriisitilanteisiin ja monimutkaisiin tapahtumiin valmistautuessa. Järjestelmäpohjainen ajattelu terveydenhuollossa edellyttää eri toimijoiden välistä yhteistyötä, jotta asiakkaille voidaan tarjota korkealaatuista, asiakaslähtöistä hoitoa minimoiden sekä riskit, että kustannukset. Systeemiajattelu tarjoaa erilaisia työkaluja ja strategioita näkökulmien tunnistamiseen. Henkilökohtaiset olettamukset voidaan kyseenalaistaa, sekä tunnistaa rakenteelliset ja toiminnalliset suhteet, muutoksen ajurit ja muutosprosessit. Lisäksi sosiaaliset ja ympäristöön liittyvät tekijät asiakkaan

hoidossa voidaan tunnistaa. (Plack ym. 2019, 1–2.) Systeemiajattelu auttaa myös löytämään kriittiset suhteet ja yhteydet, jotka jäävät helposti huomiotta, mutta ovat keskeisiä onnistumisen kannalta (Trbovich 2014, 31).

Ongelmien ja haasteiden lähestyminen kannattaa tehdä kokonaisvaltaisesti. Terveydenhuoltojärjestelmä on Trbovichin (2014, 34.) mukaan erittäin pirstaleinen, ja terveydenhuollon organisaatioilta puuttuu systemaattinen ja kokonaisvaltainen lähestymistapa asiakkaiden hoitoon liittyvien ongelmien ratkaisemiseen. Hajanainen ongelmien käsittely luo pahimmillaan uusia, tahattomia ongelmia. Systeemiajattelulla voidaan tunnistaa tehtävien riippuvuudet, järjestelmän elementit ja hahmottaa, miten työtehtävät olisi hyvä järjestää, koordinoida ja synkronoida. Yksittäisistä asioista terveydenhuollon verkostossa voidaan löytää toisiinsa liittyviä ongelmien verkostoja, joiden ratkaisuun systeemiajattelusta voi olla apua. Systeemiajattelu voi auttaa terveydenhuollon organisaatioita oppimaan, miten organisaation eri osat voivat olla vuorovaikutuksessa itsenäisen toiminnan sijaan. On tärkeää ymmärtää, mikä toimii, missä olosuhteissa ja kenelle. (Trbovich 2014, 32).

Systeemiajattelun hyödyntäminen täysipainoisesti saadaan integroimalla se olennaiseksi osaksi terveydenhuollon organisaatioiden käytäntöjä. Systeemiajattelulla voidaan parhaimmillaan rakentaa turvallinen ympäristö, jossa sidosryhmien ajattelu haastetaan ja löydetään yhteisten toimien näkymättömät seuraukset. Systeemiajattelun rakentamiselle tärkeää on myös ymmärtää organisaation historia terveydenhuollon laadun parantamisessa. (Trbovich 2014, 34).

3.4.2 Vanguard –metodi ja häiriökysyntä

Vanguard-metodi on systeemiajatteluun liittyvä viitekehys, jonka on kehittänyt professori John Seddon ja metodia on hyödynnetty muun muassa Iso-Britannian julkishallinnon kehittämisessä. (Hood ym. 2021, 422–423.) Vanguard-metodin avulla organisaatiota katsotaan kokonaisvaltaisena järjestelmänä, joka pyrkii vastaamaan asiakkaidensa kysyntään. Kysyntä, eli asiakkaiden tarpeet, tulisi olla palvelujärjestelmien suunnittelun, sekä uudelleensuunnittelun, lähtökohtana. Palvelujärjestelmien suunnittelu alkaa kysynnän tutkimisesta: mitkä palvelut tuottavat arvoa asiakkaalle ja mitkä eivät. (Morris & Walley 2022, 23.) Vanguard-metodi

perustuu oppimiseen ja toimintaan ja siihen sisältyy kolme vaihetta: “Tarkista, suunnittele ja tee”. “Tarkista” -vaiheessa organisaatio pyritään ymmärtämään järjestelmänä, jonka mukaan toimitaan. (Hood ym. 2021, 422–423.)

Järjestelmästä on tarkoitus nähdä asioita, jotka ovat olleet näkymättömiä. Tässä vaiheessa pyritään ymmärtämään “mitä ja miksi”. Jotta systeemiajattelu onnistuu, on johtajan tärkeää ymmärtää oma organisaationsa järjestelmänä. (Dunnion & O’Donovan 2012, 25–26) Kun tarkistus on suoritettu, päätetään “suunnittele” -vaiheessa, jatketaanko uuden työtavan kehittämistä. “Tee” -vaiheessa “suunnittele” -vaiheen aikana kehitetystä työskentelytavasta tehdään organisaation uusi työskentelytapa. (O’Donovan 2012, 3.)

“Tarkista” -vaiheessa tarkastellaan prosessia päästä päähän, ja se auttaa myös näkemään ristiriidat asiakkaiden tarpeiden ja systeemin tavoitteiden, sekä työn erittelyn osalta. Tämä katkaisee jatkuvuuden ja eriyttää toiminnot, kuten ajanvaraukset, tarpeen arvioinnin ja palvelut eri palveluntarjoajilta. Julkisella sektorilla näkyy palveluiden tarjoajan näkökulma: organisaatiot pyrkivät täyttämään omat tavoitteensa ja kokevat onnistumisen, kun taas asiakkaat ovat tyytymättömiä. (Seddon 2006, 8.) Prosessi vie aikaa ja vaatii johtajuutta. Työtä tekevien ihmisten tulee kuunnella mitä asiakkaat tarvitsevat ja kuvata työn kulkua alusta loppuun. Näin saadaan tietoa kysynnästä ja kapasiteetista vastata siihen. (Seddon 2006, 7–8.)

4 OPINNÄYTETYÖN AINEISTO JA MENETELMÄT

Opinnäytetyön kohderyhmänä toimivat Helsingin kaupungin Omaoloa käyttävä hoitohenkilökunta. DigiFinlandille opinnäytetyöllä on tarkoitus etsiä vastausta siihen, onko Omaolon oirearvioissa sellaisia ohjeistuksia/fraaseja/toimintamalleja, jotka voivat vaikuttaa häiriökysynnän syntyyn. Toinen opinnäytetyön tutkimusaihe on, minkälaisia kokemuksia Omaolon oirearvioita käyttävillä ammattilaisilla on digitaalisesta viestinnästä hoitotyössä ja miten häiriökysyntä ilmenee. Omaolon oirearvioita käyttävien ammattilaisten kokemukset digitaalisesta viestinnästä hoitotyössä ja sitä kautta häiriökysynnän ilmeneminen. Tutkimukseen osallistuneista terveydenhuollon ammattihenkilöistä käytetään jatkossa nimitystä sairaanhoitaja, sillä kaikki osallistujat olivat laillistettuja sairaanhoitajia.

Aineisto kerättiin havainnoimalla Omaolo-oirearvioiden digitaalisen viestinnän toimivuutta terveysasemilla ja päivystysavussa, sekä haastateltiin Omaolo-oirearvioita käyttäviä sairaanhoitajia teemahaastattelun menetelmin. Helsingin kaupungilta saatiin tutkimuslupa toukokuussa 2022, jonka jälkeen rekrytoitiin tutkimukseen osallistuvaa hoitohenkilökuntaa. Tutkimukseen osallistuvat henkilöt rekrytoitiin yhteistyössä Helsingin kaupungin Omaolon pääkäyttäjän kanssa. Osa tutkimuksesta toteutettiin päivystysavussa, jossa Omaolon oirearvioita käsitellään iltaisin ja viikonloppuisin, ja osa terveysasemilla.

Luotettavien tulosten saamiseksi opinnäytetyön aineistoksi määriteltiin vähintään viisi haastateltavaa. Kattavamman aineiston keräämiseksi toivottiin, että tutkimuksen osallistujat olisivat eri-ikäisiä ja eri ajan digitaalisen viestinnän ja teknologian parissa työskennelleitä henkilöitä. Osallistujia ei rajattu iän tai kokemuksen perusteella. Haastattelut toteutettiin etäyhteydellä ja ne nauhoitettiin aineiston analyysia varten. Teemahaastatteluun osallistumisesta, sen nauhoituksesta ja litteroinnista pyydettiin osallistujilta kirjallinen suostumus. Tutkimukseen osallistui viisi sairaanhoitajaa Helsingin kaupungin terveysasemilta ja päivystysavusta.

4.1. Laadullinen tutkimus

Opinnäytetyössä tutkimusmenetelmänä käytettiin laadullista tutkimusta. Laadullinen tutkimus perustuu erilaisiin aineistoihin ja niiden analyysiin. Siihen liittyy

vahvasti teoreettisuus. Teoria tarkoittaa laadullisessa tutkimuksessa aiheeseen liittyvän tieteellisen kirjallisuuden, aikaisempien tutkimusten sekä menetelmien ja analyysitapojen jäsenneltyä esittämistä. (Juhila n.d.c.) Laadullinen tutkimus koostuu monenlaisista tutkimusperinteistä sekä lähestymistavoista, eikä yhtenäistä tutkimusotetta voida muodostaa (Vuori n.d). Laadullisen tutkimuksen lähestymis- sekä analyysitapoja on monenlaisia, joten yhtä suoraa määritelmää laadulliselle tutkimukselle ei ole olemassa. (Juhila n.d.b.)

Laadullisesta tutkimusta voidaan ajatella prosessiluonteiseksi, sillä tutkimussuunnitelma voi elää hankkeen aikana. Avoin tutkimussuunnitelma korostaa eri vaiheiden kietoutumista yhteen. Laadullinen tutkimus on monimuotoinen kirjo eri tutkimustavoista, aineistoista sekä tutkimuksen tekijän mielikuvituksesta. (Eskola & Suoranta 1998, 17–19.)

Opinnäytetyön tavoitteet ja tutkimuskysymykset huomioiden oli luontevaa valita tutkimusmenetelmäksi laadullinen tutkimus. Laadullinen tutkimus antoi tarvittavia vapauksia aineistonkeruumenetelmien valintaan, sekä niiden analysointiin. Laadullisen tutkimuksen työtapaan perehtyminen muodosti keskeisen osan opinnäytetyötä. Laadullisen tutkimusprosessin ymmärtäminen selkeytti opinnäytetyön tekemistä. Prosessinomaisuus osoittautui työn edetessä toimivaksi työtavaksi. Seuraavaksi esitellään tutkimuksessa käytettävät laadulliset tutkimusmenetelmät, teemahaastattelu ja havainnointi, joiden avulla muodostettiin tutkimusaineisto. Tutkimusaineisto perustuu tutkimukseen osallistuvien näkemyksiin ja kokemuksiin.

4.1.1 Teemahaastattelu

Tutkimushaastattelun tavoitteena on saada tietoa ja aineistoa, jotta tutkimuskysymyksiin voidaan vastata. Tutkimuskysymyksiä ei esitetä sellaisinaan. (Hyvärinen, Suoninen & Vuori 2021.) Teemahaastattelua tehdessä tutkija perehtyy ensin tutkimusaihetta koskevaan kirjallisuuteen ja valitsee aiheesta oman näkökulmansa, jota haluaa lähestyä. Tutkija valitsee kysymykset ja päättää, mitkä ovat tutkimuksen kannalta keskeiset teemat. Kysymyksiä ei tarvitse muotoilla tarkasti tai esittää aina samassa muodossa, riittää kun ne kysytään valituista teemoista

vapaasti muotoillen. Teemahaastattelussa on tarkoitus antaa vapaus haastateltavien puheelle. (Hyvärinen, Suoninen & Vuori 2021.) Opinnäytetyön teemahaastattelun runko liitteenä (liite 1).

Teemahaastattelua suunniteltaessa on tärkeää, että tutkija ymmärtää riittävällä tasolla tutkimuksen kohteena olevasta ilmiöstä ja sen keskeisistä elementeistä. On hyvä ymmärtää ilmiön kokonaisuus. Teemahaastattelun runko rakentuu tutkijan ymmärryksestä aiheeseen, sekä kirjallisuuskatsauksen tuottamasta tiedosta. Teemojen suunnittelua voidaan pitää yhtenä tutkimuksen tärkeimmistä vaiheista. (Puusa & Juuti 2020, 206–207)

Teemahaastattelun teemoja miettiessä ymmärrystä Omaolon oirearvioihin oli jonkin verran, mutta ei kuitenkaan niin paljoa, että se olisi voinut vaikuttaa tulkintoihin. Häiriökysyntä oli uusi aihe, johon piti tutustua perusteellisesti kirjallisuuden kautta. Näiden tuoman ymmärryksen kautta muodostettiin teemahaastattelun teemat. Teemahaastattelun luotettavuuden varmistamiseksi edellisten haastatteluiden vastauksista ei saanut ottaa vaikutteita seuraaviin haastatteluihin.

4.1.2 Havainnointi

Havainnointi tutkimusmenetelmänä kohdistuu todellisiin tilanteisiin, joten havainnoinnilla voidaan saada sellaista tietoa, jota haastattelukysymyksillä ei saataisi. Havainnointi voi olla joko pääasiallinen menetelmä, tai muun aineistonkeruumenetelmän lisänä. Havainnoinnin muoto riippuu siitä, mikä tutkijan rooli tilanteessa on. Opinnäytetyössä käytettiin osallistuvaa havainnointia, eli tutkija oli tilanteessa ulkopuolinen, mutta osallistui esimerkiksi esittämällä kysymyksiä tilanteessa. (Puusa & Juuti 2020, 245–246.)

Havainnointia suunniteltaessa on tärkeää miettiä tavoitteet havainnoinnille, jotta voidaan kerätä luotettavaa tutkimusaineistoa. Minkälaisia asioita havainnoidaan, miten havainnoidaan ja minkälaisiin asioihin kiinnitetään huomiota. On hyvä miettiä myös, miten havainnointi toteutetaan. (Puusa & Juuti 2020, 248–249.) Havainnointimateriaalista koostetaan kenttäpäiväkirja, johon kirjoitetaan havainnot tilanteesta. Aineistoon kuuluvat myös tutkimustilanteessa ilmi tulevat tutkittavien selonteot, käsitykset ja tulkinnat tutkittavasta aiheesta. (Kinnunen & Kallinen N.d.)

Havainnoinnista tai vastaavasta toiminnasta ei ollut kokemusta ennen opinnäytetyön toteuttamista. Sen onnistuminen ja arvo opinnäytetyölle arvelutti, sillä työmäärältään havainnointi oli kuitenkin iso osa opinnäytetyötä. Havainnointi valittiin tutkimusmenetelmäksi ennen kuin selvisi, ettei sitä voisi toteuttaa alkuperäisen suunnitelman mukaan ja se toi lisää epävarmuutta tutkimusmenetelmän toimivuuteen. Alun perin havainnoijan oli tarkoitus nähdä Omaolo-oirearviot sairaanhoitajien työskennellessä niiden parissa, mutta lupaa asiakkaiden tietojen katseluun ei saatu. Suunnitelmaa muutettiin, ja havainnointi päätettiin toteuttaa sellaisena, kuin se tutkimusluvan kannalta oli mahdollista.

Havainnointitilanteet osoittautuivat tärkeäksi osaksi opinnäytetyötä, sillä niillä tuotettiin sellaista tietoa, jota pelkällä teemahaastattelulla ei olisi saatu. Tieto tuki teemahaastattelusta saatua aineistoa ja toi myös uusia ulottuvuuksia aineiston analysointiin.

4.2. Opinnäytetyön toteutus ja aineiston kerääminen

Opinnäytetyö aloitettiin joulukuussa 2021 suunnittelupalaverilla DigiFinlandin kanssa. DigiFinland ehdotti aihepiiriksi häiriökysyntä Omaolossa, ja varsinainen aiheen ideointi tapahtui yhteisessä “ideariihessä” DigiFinlandin edustajan sekä kahden muun opinnäytetyötä DigiFinlandille tekevän opiskelijan kanssa. Aiheen löytymisen jälkeen se esitettiin ideaseminaarissa, sekä tehtiin kirjallisuuskatsaus. Häiriökysyntä oli uusi termi, johon piti tutustua perusteellisesti, jotta opinnäytetyöprojekti saatiin käyntiin.

Opinnäytetyön suunnitelma valmistui helmikuussa 2022, jonka jälkeen käytännön osuudessa päästiin alkuun. Helsingin kaupunki tuli mukaan opinnäytetyön yhteistyökumppaniksi maaliskuussa 2022 kun tiedusteltiin mahdollisuutta toteuttaa opinnäytetyön käytännön osuus Helsingin kaupungin terveysasemien kanssa yhteistyössä. Helsingin kaupungilta nimettiin vastuuhenkilöksi Omaolon pääkäyttäjä, joka auttoi tutkittavien rekrytoinnissa ja muissa järjestelyissä. Opinnäytetyösopimus allekirjoitettiin tilaajan kanssa huhtikuussa 2022, jonka jälkeen haettiin tutkimuslupaa Helsingin kaupungilta. Alun perin oli tarkoitus hakea tutkimuslupaa

niin, että havainnointitilanteessa nähtäisiin potilastiedot. Tätä mahdollisuutta selvitettiin Helsingin kaupungin yhteyshenkilön avustuksella ennakkoon, ja selvityksen perusteella tutkimuslupahakemus ei olisi mennyt läpi. Suunnitelmaan tehtiin muutos, jossa havainnointitilanteessa ei nähdä potilastietoja, vaan tutkimukseen osallistuva henkilö kertoo näkymästään ja kuvailee toimintaansa. Tutkimuslupa hyväksyttiin toukokuussa 2022, ja tutkimukseen osallistuvien henkilöiden rekrytointi alkoi. Rekrytointia varten laadittiin kutsu teemahaastatteluun (liite 1), suostumuslomakkeet teemahaastatteluun (liite 2) ja havainnointiin (liite 3) sekä tietosuojailmoitus (liite 5). Helsingin kaupungin yhteyshenkilö välitti kutsut terveysasemille ja päivystysapuun, ja ilmoitti tutkimukseen mukaan lähtevät henkilöt opinnäytetyön tekijälle.

Tutkimukseen osallistuvat, Helsingin kaupungin terveysasemilla tai päivystysavussa työskentelevät henkilöt kontaktoitiin ja heidän kanssaan sovittiin haastattelu- ja havainnointiaikataulu. Tässä vaiheessa osallistujat allekirjoittivat suostumuslomakkeet ja toimittivat ne opinnäytetyön tekijälle. Osallistujilla oli mahdollisuus perua suostumuksensa osallistumiseen missä vaiheessa tahansa. Suostumuslomakkeet säilytettiin lukitussa kaapissa ja sähköisessä muodossa olevat lukitussa kansiossa tietokoneella tietosuoja-asetuksen mukaisesti. Tutkimukseen osallistuneita sairaanhoitajia haastateltiin ja havainnoitiin kesän ja syksyn aikana, tarkemmin sanottuna kesä-marraskuussa.

Aineisto koostuu teemahaastatteluista sekä tutkijan havainnointimateriaalista. Teemahaastattelut toteutettiin Microsoft Teams –palvelun avulla etäyhteydellä. Haastattelut nauhoitettiin osallistujien luvalla, sekä myöhemmässä vaiheessa litteroitiin yleiskielisellä litteroinnilla. Haastatteluissa noudatettiin teemahaastattelurunkoa (liite 2.). Teemahaastattelut olivat alusta asti selkeitä toteuttaa ja teemahaastattelurungossa pysyminen onnistui hyvin. Osallistujat osallistuivat aktiivisesti.

Terveysasemalla ja päivystysavussa havainnointiin sairaanhoitajien työtä Omaolo-oirearvioiden parissa. Havainnoinneista koostettiin etnografinen havainnointiaineisto, jossa tieto perustuu tutkijan omakohtaisiin kokemuksiin ja havaintoihin tutkimuskohteesta (Kinnunen & Kallinen n.d.). Havainnointi toteutettiin tut-

kimussuunnitelman mukaisesti. Sairaanhoitaja puhui ääneen ja kertoi näkymästään, sekä työtä helpottavista tai hankaloittavista vaiheista, eikä havainnoija nähnyt tietokoneen ruutua. Tutkijan havainnointimateriaali kerättiin havainnoidessa sairaanhoitajan työskentelyä Omaolo-oirearvioiden parissa. Havainnointimateriaali kirjoitettiin reaaliajassa ruutuvihkoon.

4.3. Aineiston analysointi

Teemahaastattelut litteroitiin yleiskielisellä litteroinnilla. Aineiston analysoinnin kannalta litteroinnin tarkkuudella ei ollut merkitystä, sillä tutkimuksen kohteena oli asiasisältö. Täytesanat ja ylimääräiset äänteet jätettiin pois ja asiasisältö säilytettiin.

Aineiston analysointi toteutettiin käyttäen teemoittelua. Teemoittelussa aineistosta etsittiin tutkimuskysymysten kannalta olennaiset aiheet eli teemat. Teemoittelua voidaan pitää yhtenä sisällönanalyysin muotona laadullisessa tutkimuksessa. Aineistosta nostetaan esiin usein esiintyviä tyypillisiä piirteitä sekä tutkimuskysymysten kannalta olennaisia asiakokonaisuuksia. (Juhila n.d.a.) Teemahaastatteluista ja havainnoinnista nousseet asiakokonaisuudet eroteltiin teemoiksi, joita muodostui neljä.

Teemoittelun myötä löydetyt teemat muodostuivat haastattelujen ja havainnointiaineistossa toistuvista teemoista. Teemoittelu toteutettiin induktiivisesti, eivätkä tutkimuskysymykset ohjanneet teemojen muodostumista. Muodostetut teemat tukevat kuitenkin opinnäytetyön teoriaosuutta ja tutkimuskysymyksiä, jonka voi ajatella olevan osoitus onnistuneesta teemahaastattelusta ja havainnoinnista.

5 OPINNÄYTETYÖN TULOKSET

Aineiston analysointivaiheessa teemoittelu toi esiin seuraavia teemoja: digitalisaation hyödyt ja haasteet hoitotyössä, Omaolo oirearvioiden haasteet ja hyödyt, häiriökysyntä Omaolo-oirearvioissa sekä sairaanhoitajan digitaalinen viestintä. Tulosten esittämisen yhteydessä käytetään haastateltujen sairaanhoitajien suoria lainauksia aiheesta. Teemoittelu nojautui tutkimuskysymysten aihepiireihin, mutta ei suoranaisesti kopioinut teemahaastattelun teemoja. Analysointivaiheessa löydetyt teemat ovat yhteydessä opinnäytetyön teoriapohjaan.

Opinnäytetyöhön osallistuneet terveydenhuollon ammattilaiset olivat koulutukseltaan sairaanhoitajia tai terveydenhoitajia. Heillä oli kokemusta perusterveydenhuollon avopuolella työskentelystä yhdestä vuodesta kuuteen vuoteen. Osallistujat olivat myös hieman eri vaiheessa työuraansa - osa juuri aloittanut työuran, ja osa tehneet muuta työtä ennen työskentelyä terveysasemalla tai päivystysavussa.

5.1. Digitalisaation hyödyt ja haasteet hoitotyössä

Haastateltujen sairaanhoitajien kokemus on, että digitalisaatio on kehittynyt kovaa vauhtia viime vuosina. Digitalisaation lisääntyminen koettiin hyvänä asiana, joka parhaimmillaan on helpottanut ja nopeuttanut työtä. Asiakkaiden yhteydenotot digitaalisesti ovat myös lisääntyneet. Digitalisaation lisääntyminen vauhdilla on tuonut hyödyn lisäksi myös erilaisia haasteita.

Mun mielestä se on tosi hyvä, että sitä [digitaalisia palveluita] on tullut lisää ja mä toivoisin itse, että tulisi vielä laajemmin, ehkä videovastaanottona ja muunlaisena kuviona. Me ollaan marraskuusta 2019 asti tehty päivystysavussa omaoloja ja tietysti korona-aikana kun kaikki yhteydenotto on lisääntynyt, on hoitoalan työssä näkynyt se vahvasti. Tietysti näin myöskin Omaolon kautta sitten on tosi paljon näitä yhteydenottoja. Mä koen sen että se on tosi hyvä, että sitä on tänä päivänä koko ajan enemmän ja että on vaihtoehtoja sille perinteiselle soittamiselle, että kyllä ihmiset käyttää tosi paljon. (Ammattilainen 4).

Digitaalisesti hoidetut tehtävät asiakkaan kanssa yksinkertaistavat kanssakäymistä, sillä puhelimitse asiakkaan tilanteen selvittäminen voi viedä paljonkin aikaa. Asioiden hoitaminen milloin vain on tuonut asiakkaille joustavuutta. Kun asi-

akkaalle kirjoitetaan vastaus digitaalisesti, mahdollistuu siihen palaaminen tarvittaessa. Puhelimitse annetut ohjeet saattavat unohtua ja väärinymmärrysten mahdollisuus kasvaa, jolloin myös tarve ottaa yhteyttä uudelleen kasvaa. Toisaalta, kun asiat hoidetaan digitaalisesti, asiakkaalla ei ole tilanteessa mahdollisuutta tarkentaa asiaa heti, jos on epäselvyyttä. Sairaanhoitajan etätyömahdollisuus koettiin myös positiivisena asiana, kun työskennellään digitaalisen terveydenhuollon parissa.

Itse tykkään siitä kyllä, pidän siitä positiivisena asiana. Se hyvin helpottaa työntekoa, teen esimerkiksi tosi paljon etätöitä. Sen myötä sairaanhoitajankin on mahdollista tehdä etätöitä. (Ammattilainen 1.)

Yhteydenoton mahdollisuus ajasta tai paikasta riippumatta koettiin myös positiivisena puolena terveydenhuollon digitalisaatiossa. Asiakas voi ottaa yhteyttä erinäisiä digitaalisia kanavia pitkin hänelle sopivana ajankohtana. Omaolo oirearviot ovat yksi väylä, jota pitkin pystyy ottamaan yhteyttä päivystysaikaan ja saada vastauksen, jos vaiva luokitellaan päivystyksellisesti hoidettavaksi.

Sanoisin ainakin, että on helpottanut, että jokainen pystyy asioida 24/7 mitä vaan, jos ei ajatella, että minkälaista se asiointi on. Niin asiakas kuin ammattilainen voi olla vuorokauden ajasta riippumatta yhteydessä toinen toisiinsa. Ei reaaliajassa, mutta kuitenkin. Se on hyvä, että ketään ei ole aikaan ja paikkaan sidottu aina. (Ammattilainen 2.)

Asiakkaiden tai kollegoiden digitaitojen puutteellisuus vaikeuttaa ajoittain haastateltujen sairaanhoitajien työtä. Kollegojen riittämätön koulutus tai perehdytys digitaalisen terveydenhuollon parissa työskentelyyn voi aiheuttaa avuntarvetta tai toisille työmäärän lisääntymistä.

Työkavereista ehkä vaan enemmän sitä osaamista, että ei ole hyviä digitaitoja tai ei ole saanut tarpeeksi perehdytystä tai semmoista työn hallintaan liittyvää tavallaan, mikä ei vaikuta muhun muuten, kuin että joutuu tietenkin sitten ehkä enemmän tekemään sitä digityötä tai auttaa muita. (Ammattilainen 3.)

Asiakkaat taas eivät välttämättä aina osaa arvioida, mitkä asiat kannattaa hoitaa digitaalisesti ja mitkä taas sopivat paremmin hoidettavaksi muita reittejä pitkin, jos asia on esimerkiksi monimutkainen ja vaatii perehtymistä. Myös kiireellisessä tilanteessa saatetaan täyttää oirearvio, vaikka oirearvioissa neuvotaan, ettei niitä tulisi käyttää hätätilanteissa.

5.2. Omaolo oirearvioiden hyödyt ja haasteet

Omaolo-oirearvioita käsiteltiin pääosin havainnointitilanteissa. Teemahaastatteluissa haastateltavat sivusivat aihetta myös jonkin verran. Havainnointitilanteen luonteen vuoksi ei voitu vaikuttaa siihen, mitä oirearvioita tilanteessa havainnoidaan. Sairaanhoitaja otti jonosta käsiteltäväksi oirearvioita muun muassa niiden kiireellisyyden perusteella. Oirearvioiden kiireellisyys luokitellaan koodeilla P0-P5 ja P8, jotka ovat Omaolo-oirearvioissa automaattisia. Oirearvio luokittelee kiireellisyyden asiakkaan vastausten perusteella. Kiireellisyysluokat P6-P7 saattavat olla käytössä organisaation valinnan mukaan. (DigiFinland n.d. b.) Oirearvioiden kiireellisyysluokat ovat lueteltuna alla olevassa taulukossa.

TAULUKKO 1. Omaolo oirearvion kiireellisyysluokat (DigiFinland n.d. b).

Kiireellisyysluokka	**Selite**	**Aikaraja**
P0	Hoidetaan välittömästi, yhteys hätäkeskukseen	Alle 0 h
P1	Hoidetaan päivystyksenä	Alle 2 h
P2	Hoidetaan päivystyksenä, mutta ei yöllä	Alle 10 h
P3	Voidaan siirtää virka-ajan lääkärille 1 vrk	Alle 24 h
P4	Voidaan siirtää virka-ajan lääkärille 2 – 3 vrk	2 h – 72 h
P5	Kiireetön, viikon kuluessa käsiteltävä	48 h—96 h tai 4—7 vrk
P6	Kiireetön, kuukaudessa käsiteltävä	8—30 vrk
P7	Kiireetön, voi odottaa yli kuukauden	Yli 30 vrk
P8	Kiireetön, ei aikarajaa	Ei aikarajaa

Omaolo oirearvio koetaan nopeaksi tavaksi hoitaa asia, varsinkin jos asiakkaan vaiva on suhteellisen yksinkertainen. Oirearvion keskittyminen senhetkiseen tilanteeseen nopeuttaa asioita ja tieto asiakkaan oireista saadaan tiiviisti. Puhelimitse asioiden selvittämiseen menee enemmän aikaa, ja asiakas ei välttämättä

pysy aiheessa. Oirearvioita käyttää pääosin nuorempi ikäluokka, mutta yhteydenottoja tulee vanhemmaltakin väeltä. Sairaanhoitajien keskuudessa ohjeita, jotka asiakas saa täytettyään oirearvion, kutsutaan palautteeksi.

Sitten Omaolo. Se on tullut silloin suunnilleen kun mä valmistuin. Silloin alkoi Omaolo tai ensin Oda-hanke ja sittemmin Omaolo on laajentunut aivan valtavasti oirearvioista hyvinvointivalmennuksiin. Siellä on suunterveydenhuoltoa, määräaikaistarkastuksia ja näitä niin, että niitä on ihan valtavasti. Se tuonut sellaisen ihan uuden ulottuvuuden ammattilaisen näkökulmasta, että sitten palvelu on tietyllä tapaa nopeutunut ja tasavertaistunut. Yhteistyö lääkärin kanssa on myös parantunut tietyllä tapaa, että kun ne esitiedot tulee jo valmiina esimerkiksi Omaolon virtsatieinfektio oirekyselyssä. (Ammattilainen 2.)

Omaolo oirearvio käytännössä kysyy asiakkaalta kaikki tarvittavat, että ei tarvitse kuin lukea, niin saa jonkinlaisen kuvan siitä, että mitä pitäisi seuraavaksi tehdä. Kyllä se on kätevä ja hyvä. (Ammattilainen 1.)

Omaolon oirearviot koetaan helppokäyttöisenä sairaanhoitajan näkökulmasta ja se on hyvä työkalu työntekoon. Osa sairaanhoitajista kokee haasteena sen, että heidän vastatessaan oirearvioon vastauslaatikkoon mahtuu korkeintaan 1000 merkkiä. Joskus viestit ovat pidempiä, joten täytyy lähettää useampi viesti peräkkäin. Osa sairaanhoitajista taas koki, että merkkimäärän ei tarvitse olla pidempi, sillä asia on tärkeää esittää lyhyesti ja ytimekkäästi, jotta viesti on selkeä ja ymmärrettävä asiakkaalle.

Sairaanhoitajat ovat huomanneet, että asiakkaat ovat toisinaan hitaita reagoimaan, jos heiltä kysytään esimerkiksi lisätietoja Omaolon välityksellä. Tämä johtuu todennäköisesti siitä, ettei kaikilla asiakkailla ole ilmoituksia päällä, eivätkä he saa tietoa vastauksesta. Asian käsittelyn nopeuttamiseksi sairaanhoitaja saattaa soittaa tässä tilanteessa asiakkaalle, sillä kun sairaanhoitaja ottaa oirearvion käsiteltäväksi, se on hänen vastuullaan kunnes se on hoidettu. Varsinkin päivystysavussa, jossa tehdään kolmivuorotyötä, olisi hyödyllistä, jos vastausta odottavan oirearvion voisi siirtää kollegalle oman vuoron päätyttyä. Oirearvioiden kiireellisyysluokittelun vuoksi myöskään kiireellisiä oirearvioita käsiteltäessä ei voida odottaa asiakkaan vastausta digitaalisesti, vaan asiakkaalle soitetaan. Osa asiakkaista on antanut palautetta, että miksi Omaolo ei ole sovellus. Mobiililaitteella sovellusta olisi helpompi hallita ja esimerkiksi ilmoitukset olisi helpompi vastaanottaa.

Seuraavaksi käsitellään havainnointitilanteissa vastaan tulleiden oirearvioiden hyviä ja huonoja puolia sairaanhoitajien näkökulmasta, sekä sitä kautta mahdollisesti häiriökysyntää aiheuttavia ominaisuuksia. Havainnointitilanteissa käsiteltyihin oirearvioihin ei voinut juuri vaikuttaa, sairaanhoitajan piti käsitellä niitä kiireellisyysjärjestyksessä. Oli myös havainnointilanteita, joissa oirearvioita ei ollut paljoa käsittelyjonossa, joten se rajasi käsiteltävien oirearvioiden aihepiiriä.

5.2.1 Yleinen oirearvio

Yleisen oirearvion kautta asiakas pystyy valitsemaan oireen tai useita oireita listalta. Vaihtoehtona on myös “muu oire”, jonka tarkentamista ei kuitenkaan pyydetä. Vapaaseen tekstikenttään ei ole pakollista kirjoittaa lisätietoja, ja sairaanhoitajien kokemusten mukaan usein joudutaan soittamaan asiakkaalle oireiston selvittämiseksi. Oireisiin asiakas saattaa myös luetella kaikki olemassa olevat vaivat, joka monimutkaistaa asian käsittelyä.

Yleinen oirearvio koetaan sairaanhoitajien näkökulmasta haastavaksi. Omaolo antaa oirearvion kiireellisyydeksi aina P1-kiireellisyyden, eli oirearvio tulisi käsitellä nopeasti. Oirearvion alussa käydään läpi lista oireista, joita ei tulisi lähettää arvioitavaksi Omaolon kautta, esimerkiksi äkillinen rintakipu. Asiakas pysyy kuitenkin halutessaan tekemään yleisen oirearvion rintakivustaan.

Yleisessä oirearviossa voi sitten jäädä vielä lisää kysyttävää ja sitten soittaa potilaalle. Mutta se toki riippuu myös paljon potilaasta, onko kirjoittanut lisätieto -kohtaan tarkennusta esimerkiksi, että jos rytmihäiriön tai rintakivun vuoksi tekee niin siihen kirjoittaa sitten tarkennusta. Kuinka kauan se oire nyt on kestänyt ja onko mennyt pahempaan ja muuta, myös se, että kuinka tarkkaan potilas sitten täyttää sen oirearvion. (Ammattilainen 4).

Kiireettömissä vaivoissa, joissa selkeää kotihoito-ohjetta ei voida antaa, tai vaiva vaatii lisäselvittelyä, ohjataan ottamaan yhteyttä omalle terveysasemalle. Oireita voi olla myös hankala arvioida puhelimitse, jolloin asiakas ohjataan tarvittaessa päivystysarvioon.

5.2.2 Koronavirus –oirearvio

Korona-oirearvion haasteina on ollut muuttuvat ohjeet ja käytännöt. PCR-testauksen, eli koronaviruksen osoitustutkimuksen, kriteeristö on muuttunut koronapandemian eri vaiheissa. Asiakas ei ole täyttänyt testiin pääsyn kriteereitä, joten hän ei ole päässyt varaamaan testiaikaa. Tämä on aiheuttanut oirearvioiden täyttämistä useaan kertaan.

Asiakas on myös saattanut laittaa oirearvioon vakavammat oireet, kuin hänellä oikeasti on ollut. Tällöin oirearvio ei myöskään ole päästänyt varaamaan testiaikaa, sillä oirearvio pyytää ottamaan yhteyttä päivystykseen, jotta sairaanhoitaja voi arvioida tilannetta. Oirearvion palautteessa ei ole mainintaa, että asiakas ei pääse varaamaan aikaa oirekuvan vakavuuden vuoksi. Asiakas saattaa ihmetellä tätä, ja täyttää oirearvion uudelleen, jopa monta kertaa. Kun sairaanhoitaja on asiakkaaseen yhteydessä, oireet eivät olekaan niin vakavat, kuin oirearvioon on täytetty. PCR-testauskriteeristöä joudutaan käymään asiakkaan kanssa läpi ja selventämään, miksi testiin ei pääse. Asiakas saattaa olla tilanteessa, jossa esihenkilö vaatii PCR-testausta, mutta terveydenhuolto ei sitä henkilölle myönnä.

Korona-oirearvioissa on ollut suurin haaste oikeastaan se, että potilaat on alusta alkaen siinä halunnut sitten varmistaa sen testiin pääsyn kriteerien täyttymisen ja on sitten täytetty siihen varmuudeksi vakavammat oireet, kun onkaan, mikä on sitten tehnyt sen, että potilas ei pääse itse varaamaan sitä aikaa vaan se tulee ammattilaisen käsittelyyn. Potilas voi olla tosi ihmeissään, että ei pääsekään varaamaan aikaa. Miksi vaikka puoliso pääsi, mutta hän ei pääse. Ja täyttää useita eri oirearvioita sitten siitä syystä. Oli tosi pitkään tilanne se, että ei tarvinnut ollenkaan olla vielä oireita, että pääsee testiin ja ei ollut näitä nykyisiä kriteereitä iästä tai rokotusten ottamisessa tai muuten. Siinä ihmiset on hätääntyneet, että ei ole päästy sitten varaamaan sitä aikaa, vaikka sitten soittaessa se on ollutkin aina sitten näin, että ei ole olekaan sitä hengenahdistusta ja muuta mitä siihen on tavallaan sitten vaan laitettu. (Ammattilainen 4).

Opinnäytetyön tutkimusvaiheessa koronaviruksen tilanne Suomessa oli jo helpottunut ja oirearvio sekä käytännöt muuttuneet alun haasteiden jälkeen. Koronavirus-oirearvio haluttiin ottaa mukaan opinnäytetyöhön, sillä koronavirus-oirearvioita tuli vielä usein käsiteltäväksi sairaanhoitajille, kun tutkimus toteutettiin.

5.2.3 Hengitystietulehdus –oirearvio

Omaolon nettisivuilla kysytään ensimmäisenä “Epäiletkö koronavirusta? Tee arvio.” Oirearvion koronavirustaudista pääsee tekemään helposti. Vaihtoehtona on kuitenkin myös tehdä hengitystietulehdus –oirearvio. Ennen oirearviota kysytään vielä, haluaako asiakas tehdä koronavirusoirearvion. Hengitystietulehdus -oirearvioita tulee ajoittain käsiteltäväksi sairaanhoitajille.

Hengitystietulehdus –oirearviossa kysytään samanlaisia asioita, kuin koronavirusoirearviossa, mutta oirearvio ei käsittele tai sivua koronavirusta mitenkään. Koronaviruksen oireet ovat kuitenkin samanlaisia, kuin hengitystietulehduksessa. Sairaanhoitajissa herättää hämmennystä, miksi hengitystietulehduksesta on oirearvio erikseen koronavirusepidemian aikakaudella. Oirearvio on ollut olemassa ennen koronavirusepidemiaa ja onkin silloin ollut hyödyllinen. Asiakkaat ihmettelevät myös ajoittain, miksi koronaviruksesta ei ohjattu oirearvion palautteessa mitään, vaikka oireet viittasivat siihen.

5.2.4 Korvan kipu tai lukkoisuus –oirearvio

Korvakipu –oirearvio koetaan selkeäksi, mutta muutama kohta aiheuttaa usein lisätyötä. Oirearviossa on vain monivalintakysymyksiä, vapaata tekstiä ei saa kirjoittaa missään kohdassa. Tarkentavaa tietoa kaivataan esimerkiksi kohdassa, jossa kysytään, että onko korvakivun alkuun liittynyt jotain vammaa, iskua tai kaatumista, jossa korvaan olisi voinut sattua. Sairaanhoitaja joutuu kysymään lisätietoja tästä, jos asiakas on vastannut “kyllä”. Jos asiakkaalla olisi mahdollisuus kirjoittaa lisätietoja, ei tästä tarvitsisi erikseen kysyä.

Oirearviossa ei kysytä mitään myöskään kipulääkityksestä. On oleellista, auttaako kipulääkitys korvakipuun ja mitä kipulääkettä asiakas on käyttänyt. Ammattilainen selvittää kipulääkityksen kysymällä asiakkaalta, ja jos se olisi jo kysytty oirearviossa, ei asiaa tarvitsisi erikseen kysyä.

5.2.5 Seksitautiepäily –oirearvio

Sukupuolitauti –oirearvio koetaan hyväksi ja toimivaksi. Kyseessä on monille arkaluontoinen aihe, ja ammattilaiset ovat kokeneet digitaalisen yhteydenoton mahdollisuuden positiiviseksi asiaksi. Digitaalinen asiointikanava, eli oirearvio, tuo mahdollisuuden asian hoitamiselle ilman tarvetta soittaa sairaanhoitajalle.

Joissain tapauksissa seksitautiepäily -oirearvio antaa asiakkaalle herkästi ohjeeksi hakeutua päivystykseen vakavan oirekuvan vuoksi. Sairaanhoitaja saattaa kuitenkin arvioituaan tilanteen ohjeistaa olemaan seuraavana päivänä yhteydessä omaan terveysasemaan tai antaa jonkin muun tilanteeseen sopivan ohjeen. Tämä saattaa hämmentää asiakasta ja asiakas saattaa kyseenalaistaa sairaanhoitajan ohjeet.

Sairaanhoitajat ovat kokeneet hankalaksi päivystysaikana hoidettavaksi tulleiden seksitautiepäily -oirearvioiden laboratoriokoekäytännöt. Kun päivystysavusta ohjataan oirearviota käsiteltäessä asiakas laboratoriokokeisiin, jää vastausten seuranta päivystysavun vastuulle. Asiakas näkee vastaukset myös itse niiden valmistuessa ja asiakasta ohjataan ottamaan yhteyttä omaan terveysasemaan, jos testitulos on positiivinen. Aina asiakas ei kuitenkaan reagoi laboratoriokoevastauksiin, vaan päivystysavusta sairaanhoitajan tulee ottaa yhteyttä asiakkaaseen ja ohjata olemaan yhteydessä omaan terveysasemaan, jossa vaiva hoidetaan. Jos laboratoriokoevastaukset ohjattaisiin suoraan asiakkaan omalle terveysasemalle, jäisi päivystysavun työpanos käytettäväksi muihin tehtäviin.

5.3. Häiriökysyntä Omaolo-oirearvioissa

Tässä osiossa käsitellään tilanteita, protokollia tai ohjeita, jotka mahdollisesti johtavat asiakkaan tarpeeseen ottaa uudelleen yhteyttä asian hoitamiseksi Omaolo-oirearvion myötä. Sairaanhoitajat tunnistivat erilaisia tilanteita, joissa asiakkaan tarpeeseen ei pystytty vastaamaan ensimmäisellä yhteydenottokerralla. Osa tästä johtui organisaatioon liittyvistä ja osa asiakaslähtöisistä seikoista.

Helsingin kaupungin Omaoloa käyttävien sairaanhoitajien mukaan asiakas saattaa olla yhteydessä terveyspalveluihin monen väylän kautta samanaikaisesti.

Asiakas on saattanut soittaa terveysaseman takaisinsoittojärjestelmään aamulla, ja kun yhteydenottoa ei ole kuulunut, on asiakas saattanut tehdä vielä Omaolo – oirearvion samasta asiasta myöhemmin samana päivänä. Oirearvioita käsitellään päivystysavussa kello 18 jälkeen arkisin, eikä soittopyyntöä takaisinsoittojärjestelmästä voida perua, vaan asiakkaalle soitetaan terveysasemalta virka-aikaan, vaikka asia olisi jo hoidettu päivystysaikana. Asiakas on voinut myös saada takaisinsoiton terveysasemalta, ja oirearvio samasta aiheesta odottaa vielä käsittelyä. Pahimmassa tapauksessa voi käydä jopa niin, että Omaolo oirearviota käsitellään samaan aikaan, kuin toisaalla hoitaja soittaa asiakkaalle. Ruuhkat takaisinsoittojärjestelmässä ja Omaolon oirearvioissa lisäävät riskiä ottaa yhteyttä usean kanavan kautta.

“Tietyllä tavalla sitten kun on useita yhteydenottokanavia niin se oma asia koetaan tärkeäksi ja ollaan tavallaan ehkä malttamattomia sitten odottamaan sen asian hoitoa.” (Ammattilainen 4.)

Joo asiakas on voinut ensin vaikka ihan jättää soittopyynnön sitten huomatakin samaan aikaan kaupungin sivuilta, että voi täyttää Omaolo oirearvion. Ja sitten asiakas saattaa laittaa vielä Maisan kautta viestiä, että niitä on kyllä monta eri kanavaa, mistä välillä sitten samasta oireesta tai asiasta asioidaan. (Ammattilainen 2.)

Sairaanhoitajat ovat huomanneet jonkin verran yhteydenottoja asiakkailta ohjeiden tarkentamiseksi. Asiakas saattaa olla yhteydessä tarkentaakseen jo saamiaan ohjeita tai kysyäkseen lisätietoja. Jos ammattilaisen vastaus ei ole ollut asiakkaan toiveen mukainen, voidaan kysyä toista mielipidettä tai varmistella asiaa. Erityisesti koronanäytteenottoon liittyy paljon uusintayhteydenottoja asiakkailta. Koronaviruksen PCR-testauksen kriteeristö on muuttunut tiukemmaksi ja Omaolon oirearvio informoi asiakasta, ettei näytteenottokriteerit PCR-testaukseen täyty, sekä antaa ohjeet oireenmukaiseen hoitoon. Asiakas saattaa olla tyytymätön tähän ja on yhteydessä uudelleen toisen mielipiteen saamiseksi.

Kyllä niitä uusintayhteydenottoja tulee jonkun verran. Ihan kiireettömistä asioista, että ehkä ne meille kohdistuu sitten semmoisessa, että ne ei tiedä mitä niiden pitäisi tehdä. Eli sitten siinä kommunikaatiossa on varmaan ollut jotain, että ei ole saanut tarpeeksi hyviä ohjeita tai ei ole ymmärtänyt niitä ohjeita mitä ammattilainen on vastannut sinne Omaoloon. (Ammattilainen 3.)

Erilaiset informaatiokatkokset saattavat myös aiheuttaa häiriökysyntää. Esimerkiksi tilanteessa, jossa asiakkaalle luvataan kirjoittaa resepti. Sairaanhoitajan

kuuluu ohjata, että resepti on valmis ja lääke haettavissa apteekista klo 16 jälkeen. Kaikki eivät välttämättä ohjaa näin, ja silloin toimintaohje jää epäselväksi asiakkaalle. Asiakas soittaa uudelleen, kun reseptiä ei kuulu.

Helsingin kaupungin päivystysapu käsittelee Omaolo oirearvioita päivystysaikana, ja oirearvioita käsittelevät sairaanhoitajat ovat huomanneet, että asiakkaan saattaa yllättää se, ettei sunnuntai-iltana tehty oirearvio menekään seuraavana aamuna terveysasemalle käsiteltäväksi. Asiakas on saattanut ajatella, että tekee oirearvion ja se odottaa terveysaseman aukeamista. Päivystysaikana tehdyt Omaolo –oirearviot käsitellään kiireellisyyden mukaan ja oirearvion saapuessa oirearvioille on määritelty suositeltu aika, johon mennessä ne pitäisi käsitellä. Jos asiakas on valinnut oirekyselystä oireita, jotka Omaolo-oirearvion tekoäly luokittelee kiireellisiksi, tulee oirearvio käsitellä päivystysaikana. Sairaanhoitajan täytyy käsitellä oirearvio, vaikka hän huomaisi asian olevan terveysasemalle suunnattu, sillä käsittelyaikoja seurataan. Sairaanhoitaja saattaa tällöin ohjata olemaan yhteydessä omaan terveysasemaan sen aukioloaikojen puitteissa, jolloin asiakas joutuu ottamaan yhteyttä terveyspalveluihin samasta vaivasta uudelleen. Päivystysapu ei saa Omaolo-oirearvioita käsitellessään varata vastaanottoaikaa hoitajalle tai lääkärille asiakkaan terveysasemalle, vaan asiakas ohjataan olemaan yhteydessä omaan terveysasemaan virka-aikana tarpeen vaatiessa. Ainoat tilanteet, joissa päivystysavusta voidaan varata vastaanottoaika terveysasemalle, on infektiovastaanotot.

Sellaisia oirearvioita tulee viikonloppuna paljon, jotka on tarkoitettu terveysasemalle. Ihmiset on itse jo laittanut siihen, että milloin ne toivoo, että otettaisiin yhteyttä niin ne voi laittaa, että vaikka 3 vuorokauden sisällä, mutta sitten kun siinä on joku yksi asia, joka on triggeröinyt sen tekoälyn sieltä että meneekin P1:seksi, niin sitten se pitää käsitellä sen mukaan. (Ammattilainen 5.)

Omaolon oirekyselyt saattavat vaatia myös lääkärin konsultaation. Päivystysavun sairaanhoitajat ottavat yhteyttä Pihlajalinnan lääkäriin digitaalisesti iltaisin ja viikonloppuisin. Se on todettu toimivaksi systeemiksi. Arkisin jos on tarve konsultoida lääkäriä, esimerkiksi sairaanhoitajan tehdessä etätöitä, otetaan yhteyttä potilaan oman alueen terveysaseman lääkäriin. Lääkärillä saattaa olla vastaanotto kesken tai hän ei vastaa, eikä asiaa saada eteenpäin. Eri terveysasemilla on erilaisia käytäntöjä konsultaatioissa, eikä yhteistä linjaa ole. Jos konsultaatioon ei

saada vastausta, asiakas ohjataan usein ottamaan yhteyttä omalle terveysasemalle. Jos asiakas soittaa takaisinsoittopalveluun, jonon pituutta ei voida tietää, joten asiakas saattaa joutua odottamaan asian hoitumista vaikka 2 vuorokautta. Tällöin asiakas ei saa hoidettua asiaansa ensimmäisellä yhteydenottokerralla, vaan hänet ohjataan muualle.

Asiakasta hämmentää myös, kun oirearvio pyytää ottamaan yhteyttä ammattilaiseen päivystyksellisesti. Oirearvio pyytää myös tunnistautumaan, jotta oirearvio lähetetään ammattilaiselle. Monesti asiakas soittaa esimerkiksi päivystysapuun, että mitä pitää tehdä. Iltaisin ja viikonloppuisin päivystysapuun voi joutua jonottamaan päästäkseen puhelimitse asioimaan. Oirearvio tulee joka tapauksessa käsiteltäväksi sairaanhoitajalle, joten yhteydenotto voisi tapahtua sairaanhoitajan suunnalta, kun hän käsittelee oirearviota. Tämä selkeyttäisi työtä, sekä asiakkaan toimintaa. Näin ollen oirearvion tulisi antaa erilaiset ja selkeämmät ohjeet, miten oirearvion käsittely etenee. Omaolo saattaa myös luokitella jonkin asiakkaan oireen perusteella oirearvion kiireelliseksi ja ohjata hakeutumaan päivystykseen, vaikka asiakkaan tilanne ei sitä oikeasti vaadi. Osa asiakkaista huolestuu tästä ja hakeutuu päivystykseen.

Asiakas ei aina tajua sitä, että mitä se tarkoittaa että, ota yhteyttä ammattilaiseen, vaikka sinne tulee alle se ohje, että pitää kirjautua pankkitunnuksilla, jos haluaa lähettää sen eteenpäin. Mutta sitten ne tosi usein soittaa meille esimerkiksi ja niin varmaan soittaa terveysasemallekin ja mihin nyt soittaakin kaikkialle. Ja ainahan ne ei sitten siis tee edes sitä tunnistautumista, että ne ei ehkä ymmärrä, että mikä se hyöty on siitä, että sinne tunnistautuu. Kun sitten lähettää niitä, eli kirjautuu pankkitunnuksilla, se [oirearvio] ei anna mitään sen kummempia toimintaohjeita. (Ammattilainen 3).

Asiakas voi jo hakeutua ihan todella semmoisilla lievillä oireilla, vaikka päivystykseen, koska siellä lukee, että sinulla saattaa olla nyt tämmöinen päivystyksellistä hoitoa vaativa tila ja tai tilanne, niin siinä se jotenkin ei osaa ehkä ohjata se Omaolo mun mielestä. Tai se ohjaa ehkä väärin ihmisiä, että siinä pitäisi olla aina sellainen, että odota meiltä yhteydenottoa. Joka tapauksessa, että ihminen voi hakeutua päivystykseen, kun siinä sanotaan, tai sitten soittaa heti meille ja meillä voi olla puhelimessa pahimmillaan iltaisin puolentoista tunnin - 2 tunnin jonojakin ja sitten Omaolojakaan ei ehditä hoitaa siinä vaiheessa niin nopeasti kuin pitäisi, niin tavallaan me sitten sitä samaa ihmistä hoidetaan vaikka kaksi ihmistä kerrallaan. (Ammattilainen 5.)

Tilanteessa, jossa asiakas tarvitsee terveydenhuollon palveluita, tulisi ohjeiden ja toimintamallien olla selkeitä ja asiakasta palvelevia. Epäselvyys siitä, mitä tulisi tehdä seuraavaksi, luo opinnäytetyössä haastateltujen sairaanhoitajien mukaan

epäluottamusta digitaalisia palveluita kohtaan. Se lisää myös työmäärää esimerkiksi puheluiden muodossa.

5.4. Sairaanhoitajan digitaalinen viestintä

Opinnäytetyöhön osallistuneet sairaanhoitajat työskentelivät osa samassa yksikössä, ja osa eri yksiköissä Helsingin kaupungilla. Sairaanhoitajan digitaaliseen viestintään liittyen käytäntöjen eroavaisuus näkyi työyksiköstä riippuen.

Sairaanhoitajat hyödyntävät pääsääntöisesti Omaolo-oirearvion omaa ammattilaisen tiivistelmää asiakkaan oireistosta ja liittävät sen potilastietojärjestelmään. Eroavaisuuksia löytyy asiakkaan kanssa viestittelystä. Osa käyttää asiakkaalle vastaamiseen, esimerkiksi hoito-ohjeiden antamiseen, omia fraaseja, joita he päivittävät tilanteen mukaan. Nämä fraasit eivät ole kuitenkaan hyväksyttyjä organisaatiotasolla, vaan niiden sisältö ja päivittäminen ovat yksittäisen sairaanhoitajan vastuulla. Jossain yksikössä taas on käytössä yksikön omat fraasit, jotka ovat esihenkilöiden ja ylilääkärin hyväksymiä ja perustuvat Helsingin kaupungin toimintasuosituksiin.

Mulla on joistakin asioista fraaseja mitä mä oon kirjoittanut. Ne on mun tässä omalla läppärillä muistiinpanoissa, että sitten mä vaan kopioin niitä ja muokkaan sen mukaan, mikä siinä on se asiakkaan ongelma. Mutta ei ole mitään työyhteisön yhteisiä tai raportissa ei ole mitään fraaseja mitä voisi kopioida omaoloon. Nää on mun omia mitä mulla on ollut koko tän 5 vuotta ja mä aina oon päivittänyt niitä sitten kun on työpaikka vaihtunut ja ohjeet vaihtunut. (Ammattilainen 3.)

Mulla on omat, monta A4 omia fraaseja, eli ei sieltä oikeastaan suoraan. Mutta siinähän on Omalossa kyllä niitä fraaseja, se ammattilaisen tiivistelmä,ja näkyy potilaalle lähtenyt teksti. Että tämä oireesi voi johtua vaikka sukupuolitaudeista ja missä kohtaa suositellaan vaikka klamydian testaamista. Siinä on se tiivistelmä mikä potilaalle on lähtenyt, ja siinä on ammattilaisen tiivistelmä, joka sitten myöskin on aika selkeä siitä kopioida sinne potilaskertomukseen, että ei välttämättä koko asiointia tarvitse sinne siirtää, niin se on vielä selkeyttänyt. (Ammattilainen 4.)

Mun omassa organisaatiossa missä mä oon ollut, niin organisaation sisällä ollaan tuotettu tällaisia fraaseja. Meillä on esihenkilö ja ylilääkäri hyväksynyt, että saa käyttää ja jotka sitten perustuu Helsingin kaupungin organisaation toimintasuosituksiin. (Ammattilainen 2.)

Sairaanhoitajan antama ohjaus saattaa olla vaihtelevaa, jos organisaation kesken ei ole sovittu yhteisistä fraaseista. Jos asiakas ottaa yhteyttä samasta vaivasta useaan kertaan, voi hän joka kerta saada erilaisen ohjeistuksen. Tietenkään täysin identtisiä vastauksia ei voida saavuttaa, sillä viestinnässä näkyy jokaisen ammattilaisen oma tyyli. Kuitenkin ohjeistuksen olisi hyvä olla sairaanhoitajan näkökulmasta sisällöltään samanlaista.

Eräs asiakas kerran sanoi yhden oirearvion jälkeen, että on aikaisemmin saman oirearvion täyttänyt useammankin kerran, ja saanut jokaisella kerralla eri ohjauksen. Ehkä se kuvastaa sitä, että siinä kun ammattilainen antaa ohjausta, niin se ei ole täysin tasalaatuista. (Ammattilainen 2.)

"Se mitä me ammattilaiset ohjataan tai annetaan, niin kyllä mä sanoisin, että siinä on vielä suuria eroja ja se perustuu täysin yksittäisiin henkilöihin. " (Ammattilainen 3.)

Asiakkaalle välitettävät digitaalisten ohjeiden selkeys ja laatu koettiin tärkeäksi. Asiakas saa ohjeet kirjallisena, eikä asioita selitetä suullisesti. Tällöin korostuu viestin sisältö ja ymmärrettävyys. Asiakkaan tulee pystyä toimimaan ohjeiden pohjalta ja tavoitteena on, ettei ohjeisiin tarvitse kysyä selvennystä. Toisaalta asiakas pystyy palaamaan ohjeisiin milloin tahansa, kun ne ovat kirjallisessa muodossa.

Itse ammattilaisena pidän siitä ajatuksesta, että jos annan ohjeita, niin asiakas pystyy palaamaan niihin ohjeisiin. Milloin vaan käydä varmistamassa, että onhan tää ohje tai sovittu aika tai mikä tahansa silloin, milloin muistelinkin. (Ammattilainen 2.)

Kirjallisena annetut ohjeet tuovat myös turvaa sekä asiakkaalle, että sairaanhoitajalle. On näkyvissä, minkälaisia ohjeita asiakkaalle on annettu ja niiden noudattaminen on asiakkaan vastuulla. Jos asiakas ottaa yhteyttä uudelleen samasta vaivasta, sairaanhoitaja näkee edellisellä kerralla annetut ohjeet ja se auttaa tilanteen selkeyttämisessä.

6 SUUNNITELMA HÄIRIÖKYSYNNÄN VÄHENTÄMISEKSI OMAOLO-OIREARVIOISSA

Opinnäytetyön tavoitteena oli selvittää häiriökysynnän ilmenemistä Omaolo-oirearvioihin liittyen, ja luoda toimeksiantajalle suunnitelma häiriökysynnän vähentämiseksi. Seuraavassa taulukossa on kuvattu oirearvio, sairaanhoitajien havaitsema ongelma liittyen oirearvioon, häiriökysynnän ilmeneminen sekä toimenpide-ehdotukset häiriökysynnän vähentämiseksi. Osa havaituista muutostarpeista koskee DigiFinlandin tuottamaa Omaolo-oirearvio-palvelua ja osa taas Helsingin kaupungin sovittuja käytäntöjä sekä toimintatapoja.

TAULUKKO 2. Omaolo-oirearvioiden havaitut ongelmakohdat ja toimenpide-ehdotukset niiden ratkaisuun.

Omaolo-oirearvio	**Havaittu ongelmakohta**	**Häiriökysynnän ilmeneminen**	**Toimenpide-ehdotukset**
Yleinen	Asiakas valitsee ”muu oire”, mutta ei tarkenna vastausta	Yleinen oirearvio arvioidaan usein kiireelliseksi, jolloin asiakasta ohjataan olemaan yhteydessä terveydenhuollon ammattilaiseen. Asiakas saattaa ehtiä soittamaan Sairaanhoitaja joutuu soittamaan asiakkaalle tarkentaakseen oiretta.	Tarkentavan vastauksen vaatiminen, käytäntöjen muuttaminen -> ohjeistus, että sairaanhoitaja on yhteydessä, asiakkaan ei tarvitse ottaa yhteyttä terveydenhuoltoon, jos vointi ei heikkene.
Hengitystietulehdus	Samankaltainen oirearvio, kuin koronavirus-oirearvio, oireet voivat olla kummassakin samanlaisia	Asiakas saattaa ottaa yhteyttä, miksi ei saanut koronavirukseen liittyvää ohjeistusta	Oirearvioon ohjeistus myös koronaviruksesta, jos se on ajankohtainen yhteiskunnan kannalta

Korvan kipu tai lukkoisuus	Ei tarkentavaa kysymystä vamman synnystä, ei kysymystä kipulääkityksestä	Sairaanhoitaja joutuu ottamaan yhteyttä kysyäkseen tarkentavia tietoja asiakkaalta	Vapaan tekstin mahdollistaminen vamman syntymekanismiin liittyen. Kysymys kipulääkityksestä ja sen toimivuudesta
Seksitautiepäily	Laboratoriokoevastaukset päivystysaikana, kun päivystysapu määrää laboratoriokokeet	Päivystysapu huolehtii vastausten tarkistamisen ja ottaa asiakkaaseen yhteyttä tarpeen mukaan. Jos vastaus positiivinen, asiakas joutuu olemaan itse uudelleen yhteydessä terveysasemaan	Päivystysavusta määrätään edelleen laboratoriokokeet, mutta niiden seuranta siirretään asiakkaan omalle terveysasemalle. Jos vastaus positiivinen, terveysasemalta ollaan yhteydessä asiakkaaseen -> asiakkaan ei tarvitse olla itse uudelleen yhteydessä terveydenhuoltoon

Yleinen oirearvio koettiin sairaanhoitajien keskuudessa haastavaksi. Kompastuskivenä koettiin muun muassa kohta, jossa asiakas voi valita “muu oire”, mutta oirearvio ei vaadi tarkennusta. Sairaanhoitaja ei saa tarvitsemaansa lisätietoa muuten, kuin kysymällä asiakkaalta. Oirearvioon toivottiin vaatimusta oireen tarkennuksesta.

Hengitystietulehdus –oirearviossa ei mainita koronaviruksesta eikä oirearvio anna tulokseksi koronavirukseen liittyvää informaatiota, vaikka oireet ovat samanlaisia, eikä asiakas voi tietää, onko oire koronaviruksen vai tavallisen hengitystietulehduksen aiheuttama. Tämä oirearvio aiheutti välillä asiakkaissa häm-

mennystä koronavirusepidemian aikana, jos asiakas oli täyttänyt sen koronavirusoirearvion sijaan. Näiden oirearvioiden saatavuutta samanaikaisesti eri ohjeita antavina voisi miettiä.

Korvan kipu- tai lukkoisuus –oirearviossa on pelkästään monivalintakysymyksiä, eikä vapaata tekstiä pysty kirjoittamaan. Oirearviossa kysytään, onko korvakivun alkuun liittynyt jotain vammaa, iskua tai kaatumista, jossa korvaan olisi voinut sattua. Asiakas ei pysty kirjoittamaan lisätietoja, jotka helpottaisivat sairaanhoitajan työtä, eikä asiakkaalta tarvitsisi kysyä lisätietoja aiheesta. Sairaanhoitajalle olennaista olisi myös tietää, onko asiakas käyttänyt jotain kipulääkkeitä, ja onko niistä ollut apua. Oirearviossa ei kysytä kipulääkkeistä mitään.

Seksitautiepäily -oirearvio antaa herkästi ohjeeksi asiakkaalle hakeutua päivystykseen, vaikka vaiva ei olisi päivystysluonteinen. Tämän muokkaaminen voi kuitenkin olla haastavaa. Muutosehdotus laboratoriokokeiden seurannasta tässä oirearviossa helpottaisi sekä asiakkaan, että sairaanhoitajan osuutta. Nyt päivystysavusta määrätyt laboratoriokokeet tulevat tarkistettavaksi päivystysapuun ja tulosten ollessa positiivisia, asiakas ohjataan olemaan yhteydessä omaan terveysasemaan. Jos laboratoriokoevastaukset ohjattaisiin suoraan terveysaseman tarkistettavaksi, ei päivystysavun sairaanhoitajan tarvitsisi puuttua vastauksiin, ja terveysasema voisi ottaa yhteyttä asiakkaaseen tulosten ollessa positiivisia. Tämä ei kuitenkaan suoranaisesti kuulu Omaolo -oirearvion ominaisuuksiin, vaan potilastietojärjestelmän ja Helsingin kaupungin käytäntöihin.

Koronavirus-oirearvion osalta muutostarpeet saattavat olla vanhentuneita, sillä häiriökysyntää ilmeni eniten testaukseen liittyen. Koronavirukseen liittyvät ohjeistukset ovat muuttuneet paljon, eikä sitä sen vuoksi käsitellä yllä olevassa taulukossa. Asiakas ihmetteli ja saattoi soittaa, miksi hän ei pääse oirearvion täyttämisen jälkeen varaamaan testiaikaa tai halusi toisen mielipiteen, jos kriteerit eivät olleet täyttyneet testiin pääsemiseksi. Asiakas saattoi myös täyttää useita koronavirus-oirearvioita varmistaakseen testiin pääsyn.

Muutosehdotuksena moni sairaanhoitaja toi esiin Omaolo-oirearvioiden ohjeistuksen asiakkaalle. Se koettiin välillä epäselväksi, eikä oireavioiden antamat oh-

jeet olleet aina käytännönläheisiä. Esimerkiksi tilanteessa, jossa asiakkaan oirearvio on kiireellisyysluokitukseltaan nopeasti arvioitava, asiakasta kehotetaan olemaan yhteydessä terveydenhuollon ammattilaiseen. Oirearvion on tärkeää ohjata asiakas olemaan yhteydessä hätänumeroon, jos vointi heikkenee. Muutoin, asiakas voisi jäädä odottamaan terveydenhuollon ammattihenkilön yhteydenottoa, kun oirearvio kuitenkin käsitellään pian. Jos asiakas soittaa esimerkiksi päivystysavun takaisinsoittopalveluun, ei hän välttämättä saa puhelua takaisin ennen kuin oirearvio on käsitelty, ja tällöin joudutaan tekemään tuplatyötä.

Helsingin kaupungin terveysasemien ja päivystysavun välisten käytäntöjen yhtenäistämistä toivottiin. Asiakkaiden tasa-arvoisen asioiden hoitamisen, uusien työntekijöiden perehdytyksen, ja sairaanhoitajien oikeusturvan parantamiseksi olisi hyvä, jos oirearvioihin vastattavat fraasit olisivat yhteisiä ja asiantuntijatiimin luomia. Monilla oli käytössä omia fraaseja, joiden päivitysvastuu oli sairaanhoitajalla itsellään. Digitaalinen viestintä olisi selkeämpää ja tasalaatuisempaa, jos osaan viestinnästä olisi käytettävissä organisaation yhteisiä fraaseja. Myös sairaanhoitajien kouluttaminen digitaaliseen viestintään olisi tärkeää.

7 POHDINTA

Viime aikoina digitaalinen terveydenhuolto ja palveluiden tehostaminen sekä resurssien puute ovat olleet paljon puhuttuja aiheita. Digitaalisen terveydenhuollon lisääntyessä ja resurssien tiukentuessa selkeä ja hyvin toimiva digitaalinen palvelu tuo mahdollisuuksia. Digitaalinen palvelu ei kuitenkaan toimi tarkoituksenmukaisesti, mikäli se tuottaa lisätyötä. Kysynnän ja tarjonnan kohtaaminen tulisi tasapainottaa. (Khayal 2019, 1–2; Faezipour & Ferreira 2011, 292–293.)

Häiriökysyntä terminä ei ollut entuudestaan tuttu tutkimukseen osallistuville henkilöille, mutta kaikki heistä tunnistivat ilmiön. Haaste tälle opinnäytetyölle oli juuri häiriökysyntään liittyvän tutkimuksen vähäisyys ja sen myötä teoriapohjan muodostaminen tutkittavalle ilmiölle. Suomessa tutkimusta aiheesta ei ole tehty lainkaan, ja maailmaltakin löytyy vain muutamia julkaisuja. Ilmiön tunnistettavuus ja sen häiritsevyys sairaanhoitajien työssä kertovat omalta osaltaan ilmiön olemassaolosta. Walley, Found & Williams (2019, 5) toteavat tutkimuksessaan, että häiriökysyntä aiheuttaa asiakkaalle tarpeetonta viivästystä ja työtä, sekä tarpeettomia kustannuksia ja kuormitusta terveydenhuoltojärjestelmälle.

Digitaalisuus on lisääntynyt vauhdilla viime vuosina ja monet siihen liittyvät asiat terveydenhuollossa on varmasti vielä lapsen kengissä (Nadav ym. 2021, 2). Tärkeää tässä kehityksessä olisi terveydenhuollon ammattilainen vahva digiosaaminen ja positiivinen asenne digitaalista terveydenhuoltoa kohtaan (Kujala ym. 2018, 184). Opinnäytetyön aineistossa tuli ilmi, että ohjeet, jotka asiakas saa hakeutuessaan digitaalisiin terveyspalveluihin, tässä opinnäytetyössä Omaolo-oirearvioiden pariin, ovat äärimmäisen tärkeää olla selkeitä. Epäselvät ohjeet ja toimintatavat lisäävät riskiä häiriökysynnälle, jolloin asiakkaat ottavat herkästi uudelleen yhteyttä. Omaolo-oirearviot ovat olleet käytössä Helsingin kaupungilla jo monta vuotta, ja sairaanhoitajien mukaan ne ovat kehittyneet vuosien varrella.

Digiosaamisen ja ohjeiden selkeyden lisäksi tärkeäksi koetaan yhteiset toimintatavat samaa palvelua tuottavien kesken. Tässä opinnäytetyössä havaittiin, että Omaolo-oirearvioiden käytössä on eroa jopa yhden palvelutuottajan eri yksiköiden välillä. Asiakas saattaa muuttaa esimerkiksi kaupunginosasta toiseen, eikä se saisi vaikuttaa palvelun laatuun tai toimintatapoihin. Samanlaiset käytännöt eri

yksiköissä auttaisivat varmasti myös työntekijöiden vaihtaessa yksiköstä toiseen, kun ei tarvitsisi opetella uusia käytäntöjä.

Digitaalinen terveydenhuolto on hyvä mahdollisuus terveydenhuollon kehittymisessä asiakaslähtöisempään- sekä tehokkaampaan suuntaan. Tutkimus aiheesta on tärkeää, jotta ongelmakohtia havainnoidaan, ja niitä saadaan kehitettyä eteenpäin. Uusien asioiden käyttöönottoon liittyy aina jonkin verran muutosvastarintaa. Ajan kanssa se vähentyy, kun uusista käytännöistä tai toimintatavoista tulee rutiinia. Tutkimuksessaan Kujala ym. (2020, 969) toteavat myös, että terveydenhuollon ammattilaiset tarvitsevat koulutusta ja tukea digitaalisiin ratkaisuihin. Työnteon prosesseja tulee suunnitella välttämään päällekkäisyyksiä, ohjaamaan asiakkaita tehokkaasti sekä varmistamaan ammattilaisten motivaatiota.

Opinnäytetyön kehittämisosana muodostunut suunnitelma häiriökysynnän vähentämiseksi Omaolo-oirearvioissa on tarkoitettu sekä toimeksiantajan (DigiFinland), sekä yhteistyötahon (Helsingin kaupunki), käyttöön. Toimeksiantajalla ei ollut erityisiä toiveita opinnäytetyöstä muodostuvan tuotoksen suhteen, joten päätöksen tuotoksesta muodosti opinnäytetyön tekijä. Kehittämisosaa voisi viedä vielä eteenpäin muodostamalla DigiFinlandin ja Helsingin kaupungin yhteistyössä esimerkiksi työpajoja Omaolo-oirearvioita käyttäville sairaanhoitajille, sekä oirearvioiden kehittäjille. Muutostarpeista voitaisiin keskustella tarkemmin ja saada kehitettyä oirearvioita vielä enemmän.

7.1. Tulosten arviointi

Opinnäytetyössä selvitettiin, onko Omaolon oirearvioissa sellaisia fraaseja tai toimintaohjeita, jotka voivat omalta osaltaan aiheuttaa häiriökysyntää. Oirearvioiden ohjeet ammattilaiselle koettiin hyviksi, epäselvyyksiä oli lähinnä asiakkaalle näkyvässä osuudessa. Tämä oli kuitenkin terveydenhuollon ammattilaisten kokemus, eikä asiakkaan näkökulmaa tiedetä. Aiempia tutkimuksia Omaolo –oirearvioista oli tehty, mutta niissä ei käsitelty asiakkaiden näkymän tai digitaalisen viestinnän selkeyttä. Opinnäytetyössä tutkimukseen osallistuneet sairaanhoitajat totesivat, että asiakkaille Omaolo-oirearvion toimintaohjeet eivät ole aina selkeitä.

Epäselvät ohjeet aiheuttivat muun muassa päällekkäistä työtä, jonka seurauksena asiakkaan asiaa saattoi hoitaa kaksi ammattilaista: toinen käsitteli oirearvion ja toinen soitti asiakkaalle hänen jättämän soittopyynnön perusteella.

Digitaalisista oirearvioista on tehty tutkimusta eri puolilla maailmaa ja niissä on tutkittu muun muassa terveydenhuollon ammattilaisten sekä asiakkaiden näkökulmaa. Sekä tässä opinnäytetyössä, että näissä tutkimuksissa on todettu, että yksinkertaiset ja kiireettömät tilanteet sopivat hyvin oirearvioiden kautta hoidettavaksi. Monimutkaisissa ja välitöntä hoitoa vaativissa tilanteissa digitaalinen viestintä ei ole riittävän nopeaa tai tehokasta, vaan asiakkaalle täytyy soittaa. (Entezarjou ym. 2020, 4.) Maailmalla tehdyissä tutkimuksissa (Kujala & Hörhammer 2022, 2; Schmieding ym. 2021.) on myös todettu, että oirearvioiden algoritmi luokittelee asiakkaan oireet helpommin kiireellisemmiksi, kuin ne oikeasti ovat. Tämä tuli ilmi myös opinnäytetyön tutkimusosuudessa. Asiakas täytyy ohjata kiireelliseen hoitoon, jos se koetaan tarpeelliseksi, mutta liian helposti kiireelliseen hoitoon ohjaaminen ei ole tarkoituksenmukaista ja aiheuttaa lisätyötä terveydenhuollolle.

Häiriökysynnän ilmeneminen Omaolo oirearvioissa oli yksi opinnäytetyön tutkimusaiheista. Opinnäytetyön teoriaa varten ei löydetty tutkimuksia häiriökysynnästä oirearvioihin tai digitaaliseen terveydenhuoltoon liittyen. Opinnäytetyön aineiston perusteella voidaan todeta, että epäselvä viestintä, monimutkaiset ohjeet ja useat viestintäkanavat lisäävät häiriökysyntää. Häiriökysyntä voi ilmetä uusina oirearvioina, tai puheluina oirearvioihin liittyen. Kuten Hartmann ym. (2021) toteavat tutkimuksessaan, sellaiset ratkaisut, jotka suunnitellaan huomioimatta kysyntää eli asiakkaan tarvetta, voivat johtaa vääriin ratkaisuihin, tai tuoda ratkaisuja vääriin ongelmiin. Häiriökysynnästä terveydenhuollossa ei ole vielä kovin paljoa tutkimusta, mutta tulevaisuudessa aihetta varmasti tutkitaan myös digitaalisen terveydenhuollon näkökulmasta.

Esimerkkinä opinnäytetyön tuloksissa ilmi tulleesta häiriökysynnästä digitaalisessa terveydenhuollossa on sellainen tilanne, jossa asiakas tekee oirearvion päivystysaikana ja ajattelee sen menevän terveysasemalle maanantaina arvioitavaksi, ja oirearvio saattaakin kiireellisyysluokituksen perusteella mennä päivystysavun käsittelyyn. Näin ollen asiakkaan oirearvio käsitellään ja saatetaan antaa

omahoito-ohjeet sekä ohjeistus olla yhteydessä omalle terveysasemalle sen aukioloaikojen puitteissa. Tässä tilanteessa asiakas joutuu olemaan uudelleen yhteydessä samasta vaivasta terveydenhuoltoon ja se aiheuttaa häiriökysyntää.

Päivystysapu ei saa varata vastaanottoaikoja terveysasemalta, paitsi infektiovastaanottoja, mutta olisi hyödyllistä, jos oirearviota käsitellessä pystyisi siirtämään tehtävän terveysasemalle, eikä asiakkaan tarvitsisi itse ottaa uudelleen yhteyttä. Sairaanhoitajat totesivat, että kiireellisyysluokituksen vuoksi tietyt oirearviot tulee käsitellä tietyn ajan puitteissa, vaikka tietäisi oirearvion olevan tarkoitettu terveysasemalle. Olisi sekä asiakkaan, että sairaanhoitajien edun mukaista, jos oirearvion voisi siirtää terveysaseman jonoon, kun on todennut sen olevan kiireetön. Tämä edellyttäisi kuitenkin sairaanhoitajan arviota ja merkintöjä, mutta hyödyllistä olisi, jos oirearvion voisi siirtää keskeneräisenä odottamaan jatkotoimia toisessa yksikössä.

Oirearvioiden epäselvät toimintaohjeet ja epätietoisuus siitä, mitä tapahtuu seuraavaksi, on hämmentänyt asiakkaita. Oirearvio pyytää asiakasta olemaan yhteydessä terveydenhuollon ammattilaiseen, vaikka kiireelliseksi luokiteltu oirearvio käsitellään nopeasti ja sairaanhoitaja soittaa asiakkaalle. Asiakas on saattanut soittaa ennen tätä terveydenhuollon ammattilaiselle ja jäänyt odottamaan takaisinsoittoa. Oirearvio saatetaan hoitaa nopeammin, kuin asiakas saa yhteydenoton takaisinsoittopalvelusta ja tämä aiheuttaa lisätyötä. Työnkulkujen ja asiakkaan saamien ohjeiden selkeyttäminen vaikuttaa olevan tarpeellista. Hyytiälä & Kekomäki (2017) totesivat artikkelissaan, että häiriökysynnän syntyminen johtuu palvelurakenteen kyvyttömyydestä ratkaista oikeita asioita oikealla tavalla, oikeaan aikaan. Opinnäytetyön aineiston tulokset häiriökysynnän ilmenemisestä tukevat myös tätä näkökulmaa.

Opinnäytetyössä kävi ilmi, että Omaolo-oirearvioihin liittyvät haasteet liittyvät sekä terveydenhuollon ammattilaisiin, oirearvioihin sekä asiakkaisiin. On siis vaikea sanoa yhtä selkeää tekijää, jota muuttamalla häiriökysyntää saataisiin vähennettyä. Tässä opinnäytetyössä käsiteltyjen oirearvioiden ominaisuudet kuvautuivat terveydenhuollon ammattilaisten näkökulmasta, ja heillä oli hyviä kehitysideoita niiden parantamiseen. Ammattilaiset käsittelevät oirearvioita työssään

paljon ja niiden mahdolliset ongelmakohdat ovat tiedossa. Kuitenkin puuttuu asiakkaan näkökulma samasta asiasta, jonka vuoksi tiedot ovat yksipuolisia. Opinnäytetyön teoriaosuudessa ei eritelty oirearvioita ja niiden ominaisuuksia, joten tämä osuus tuo uutta tietoa. Osassa käsiteltyjä oirearvioita oli usean sairaanhoitajan toteamia ongelmakohtia, jotka useimmiten aiheuttavat lisätyötä. Nämä tiedot löytyvät luvusta 5.2 Omaolo-oirearvioiden haasteet ja hyödyt.

Kuten opinnäytetyön teoriaosuudessa Öberg ym. (2018, 964–965) toteavat, tuli myös teemahaastatteluissa ilmi ammattilaisten digitaitojen ja –asenteiden tärkeys työn sujuvuuden kannalta. On huolehdittava riittävästä koulutuksesta ja tietojen päivityksestä, sillä ammattilaisten osaaminen ja asenteet vaikuttavat asiakkaiden kokemukseen sekä asenteisiin digitaalisista terveyspalveluista. Asiakkaiden digitaidot ovat myös tärkeä osa onnistunutta digitaalista terveydenhuoltoa ja se on huomattu niin aiemmassa tutkimuksessa (Eldh ym. (2020,5.), kuin tässä opinnäytetyössäkin. Asiakkaiden saaman palvelun tulisi olla tasalaatuista, ja digitaalisen viestinnän yhdenmukaistamiseen olisi hyvä panostaa. Opinnäytetyössä kävi ilmi, että osa sairaanhoitajista käyttää omia fraaseja asiakkaiden ohjaamisessa ja niiden ajantasaisuus on yksilön vastuulla. Näiden fraasien olisi hyvä olla yksikkö-, ellei jopa koko organisaatiotasolla, samanlaisia, jotta asiakkaiden tasalaatuinen ja ajantasainen ohjaus olisi mahdollista.

Omaolo oirearvioiden koettiin parhaimmillaan helpottavan työtä, kun yksinkertaiset oirearviot voi hoitaa nopeasti ja tehokkaasti. Monissa tilanteissa sairaanhoitajat kuitenkin kokivat, että oirearviot saattavat aiheuttaa lisätyötä. Sekä opinnäytetyössä, että aiemmin tehdyssä tutkimuksessa (Entezarjou ym. 2020, 4.) todettiin, että tietyissä tilanteissa oirearvioista voi koitua lisätyötä, esimerkiksi puhelinkontakti asiakkaan kanssa, tai asiakkaiden hakeutuminen päivystykseen oirearvion niin kehottaessa, vaikka vaiva ei ole päivystysluonteinen. Opinnäytetyön teoriaosuudessa kuitenkin todetaan, että on parempi, että oirearvio luokittelee asiakkaan vaivan liian helposti kiireelliseksi, kuin se, että se jättää kiireelliset tapaukset huomioimatta. Tähän tulisi vain löytää sopiva toimintatapa, jotta lisätyötä ei koituisi kohtuuttomasti.

7.2. Opinnäytetyön luotettavuus

Opinnäytetyön luotettavuutta, eli validiteettia, voidaan arvioida sen mukaan, miten tutkimusote sekä käytetyt menetelmät sopivat kyseisen ilmiön tutkimiseen, jota tutkitaan. Tutkimusotteen tulee tukea tutkittavan kohteen luonnetta, sekä kysymyksenasettelua. Tutkimuksen luotettavuuteen vaikuttavat myös, kuinka hyvin tulokset ovat oikeita ja yleistettäviä, sekä vastaavat todellisuutta. (Hyväri & Vuokila-Oikkonen, 2020.)

Laadullisessa tutkimuksessa luotettavuutta tarkastellessa korostuvat totuusarvo, pysyvyys, sovellettavuus sekä neutraalisuus. Luotettavuus koskee suurelta osin aineiston keräämistä ja aineiston koostaminen sieltä, missä ilmiö esiintyy, lisää tutkimuksen luotettavuutta. Käytettäessä haastattelua tutkimusmenetelmänä, tulee raporttiin kirjata kysymykset tai teemat, joita käytettiin. Raportissa tulee myös esittää suoria lainauksia tarpeeksi, jotta lukija voi nähdä, mihin tulokset ovat perustuneet. Haastattelupäiväkirja parantaa tutkimuksen luotettavuutta, sillä sen avulla voidaan erottaa tutkijan mahdolliset tunteet tilanteesta. (Hyväri & Vuokila-Oikkonen, 2020.)

Opinnäytetyö toteutettiin eri yksiköissä Helsingin kaupungin terveysasemilla sekä päivystysavussa. Joistain yksiköstä osallistui useampi sairaanhoitaja, joistain vain yksi. On huomioitava, ettei yhden sairaanhoitajan kokemus välttämättä kerro luotettavimmillaan yksikön tilanteesta, vaan on subjektiivinen kokemus. Tarkoitus ei kuitenkaan ollut kerätä kokemuksia tietyn yksikön tilanteesta, vaan hajautetusti eri yksiköistä. Opinnäytetyön tulosten on tarkoitus olla hyödynnettävissä kaikkien Omaolo-oirearvioita käyttävien yksiköiden toiminnassa käytännöistä riippumatta, joten jos osallistujat olisivat olleet vain yhdestä yksiköstä, ei tietoa olisi saatu välttämättä niin laajasti. Osallistujien määrä oli vähimmäismäärä, jota tavoiteltiin. On hyvä asia, että vähimmäismäärä saatiin kokoon, sillä osallistujien rekrytointi oli haastavaa. Jos osallistujia olisi saatu enemmän, olisi tietoa saatu varmasti laajemmin ja se olisi monipuolisempaa.

Opinnäytetyön teemat luotiin Omaolo-oirearvioiden ympärille: digitaalinen terveydenhuolto ja -viestintä, sairaanhoitajan kokemukset digitaalisuudesta sekä asiakkaiden digitaalisen terveydenhuollon käytöstä. Opinnäytetyön johtava teema

Omaolo-oirearvioiden lisäksi oli oirearvioihin liittyvä häiriökysyntä. Häiriökysyntää tarkastellessa oli luonnollista ottaa mukaan terveydenhuoltojärjestelmän ominaisuudet sekä systeemiajattelu terveydenhuollossa, jonka avulla muutoksia toimintamalleihin häiriökysynnän vähentämiseksi voisi tehdä. Opinnäytetyön teoriapohja muodostui koko opinnäytetyöprosessin aikana ja teoriaosuuden pitkäjänteinen kokoaminen toi lisää ulottuvuuksia opinnäytetyöhön. Lähteet ovat luotettavia ja monipuolisia, suurin osa vertaisarvioituja artikkeleita. Lähteiden valinnassa pyrittiin siihen, etteivät ne ole yli kymmentä vuotta vanhoja. Osa lähteistä on vanhempia, mutta silloin ne ovat olleet merkityksellisiä opinnäytetyön kannalta, eikä uudempaa lähdeaineistoa ole ollut saatavilla.

Opinnäytetyössä käsitelty terveydenhuollon asiakkaiden näkökulma perustuu sairaanhoitajien kokemuksiin. Opinnäytetyössä haluttiin selvittää sairaanhoitajien näkemyksiä asiakkaiden kokemuksesta Omaolo-oirearvioista. Asiakkaiden kokemuksia ei opinnäytetyössä selvitetty, joten niitä ei voitu verrata sairaanhoitajien näkemyksiin. Sairaanhoitajat kuitenkin ovat tiiviisti yhteydessä asiakkaisiin, ja heillä on omat kokemuksensa Omaolo oirearvioiden hyödyistä ja haasteista asiakkaille.

Opinnäytetyön tutkimusmenetelmiksi valikoituivat laadullisen tutkimuksen menetelmät teemahaastattelu ja havainnointi, sillä haluttiin selvittää tutkittavan ilmiön luonnetta ja siihen vaikuttavia tekijöitä. Teemahaastattelujen puhtaaksikirjoitus, eli litterointi, sekä havainnointimateriaali analysoitiin laadulliseen tutkimukseen kuuluvalla aineiston analysointimenetelmällä, teemoittelulla. Analysoinnissa etsittiin yhteneväisyyksiä tutkimuksen aineistosta ja muodostettiin teemat, jotka käsiteltiin tutkimustuloksissa. Teemahaastattelun kysymykset ovat nähtävissä opinnäytetyön raportissa, ja haastateltujen suoria lainauksia on esitetty tutkimustulosten tukena. Luvussa 7.1 on käsitelty aiempien tutkimustulosten ja tämän opinnäytetyön tulosten yhteneväisyyksiä, ja niiden aihepiirien pohjalta, joista aiempaa tutkimusta on tehty, on tulokset yhteneväisiä.

Opinnäytetyön alussa toimeksiantajana toimiva DigiFinland oli tiiviisti mukana, mutta loppua kohden yhteydenpito harventui. Tapaamiset toimeksiantajan kanssa toteutuivat ryhmätapaamisina Teamsin välityksellä, ja mukana oli DigiFinlandin edustus, häiriökysyntää tutkinut tutkija sekä toinen heille opinnäytetyötä

tekevä opiskelija. Ryhmätapaamiset olivat hyödyllisiä ja niitä oli alkuun joka kuukausi. Yhteistyö Helsingin kaupungin kanssa oli sujuvaa ja oli hyvä tutkimusosuuden kannalta. Kokonaisuudessaan opinnäytetyö onnistui hyvin, eikä suurempia haasteita ollut. Aikataulu olisi voinut olla tiiviimpi, mutta sekä opinnäytetyön tekijän, että muiden tahojen aikatauluista riippuen se venyi hieman suunnitellusta.

7.3. Opinnäytetyön eettisyys

Opinnäytetyö toteutettiin noudattamalla hyvää tieteellistä käytäntöä Tutkimuseettisen neuvottelukunnan (2012) ohjeita seuraten. Tutkimuksessa, tulosten tallentamisessa ja esittämisessä, sekä tutkimustulosten arvioinnissa noudatettiin tarkkuutta, yleistä huolellisuutta ja rehellisyyttä. Tutkimus-, tiedonhankinta- ja arviointimenetelmät opinnäytetyötä tehdessä olivat tieteelliseen tutkimukseen soveltuvia, sekä eettisesti kestäviä. Opinnäytetyön toteuttamista varten hankittiin tutkimuslupa Helsingin kaupungilta, jonka jälkeen tutkimus aloitettiin. Erillistä eettistä arviota ei tarvittu. Opinnäytetyön tekijä ei saanut tietoonsa Omaolo-oirearvioita käyttävien asiakkaiden tietoja, vaan sairaanhoitajat esittivät oirearvioon liittyvät tiedot niin, ettei asiakasta voinut tunnistaa niiden perusteella.

Kohderyhmä valikoitui sen mukaan, ketkä Helsingin kaupungilla käsittelevät Omaolo-oirearvioita. Opinnäytetyöhön osallistuvia informoitiin saatekirjeen (liite1.) muodossa ja osallistuminen oli vapaaehtoista. Osallistujilta kerättiin suostumuslomakkeet opinnäytetyöhön osallistumisesta ja oman osallistumisensa sai perua missä vaiheessa tahansa. Osallistujia kohdeltiin tasapuolisesti ja kaikki saivat samanlaiset mahdollisuudet osallistua ja kertoa omat näkemyksensä. Ennakko-odotuksia opinnäytetyön tuloksiin ei ollut.

Opinnäytetyön kohderyhmään kuuluvia sairaanhoitajia haastateltiin ja heidän työskentelyään havainnoitiin. Hyvän tieteellisen käytännön mukaisesti opinnäytetyön tutkimusosuus suunniteltiin sekä raportoitiin niihin liittyvien tieteellisten vaatimusten perusteella. Haastatteluista sekä havainnoinnista syntynyt aineisto tallennettiin tieteelliselle tiedolle asetettujen vaatimusten mukaisesti, sekä tietosuoja-asetusta noudattaen. (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2012, 6.)

Teemahaastattelu toteutettiin ohjeita noudattaen, eikä osallistujien henkilöllisyys paljastunut muille, kuin opinnäytetyön tekijälle. Osallistujista pidettiin tietosuojaasetuksen mukaista rekisteriä, joka säilytettiin lukitussa kansiossa tietokoneella. Teemahaastattelumateriaali säilytettiin myös lukitussa kansiossa, eikä opinnäytetyöhön päätyneistä mielipiteistä tai lainauksista voi päätellä kenenkään henkilöllisyyttä. Alun perin havainnointi -tutkimusosuudessa oli suunnitelmana, että havainnoija näkee Omaolo-oirearvioiden näkymän, joten potilastiedot olisivat myös olleet nähtävissä. Tämä olisi vaatinut tarkempaa tarkastelua eettisyyden osalta. Havainnointi kuitenkin toteutettiin niin, ettei potilastietoja tai Omaolo-oirearvioiden näkymä ollut nähtävillä. Aluksi oli epävarmuutta erityisesti havainnoinnin toimivuudesta tutkimusmenetelmänä, kun suunnitelmaa jouduttiin sen suhteen muuttamaan alkuperäisestä. Havainnointitilanteet osoittautuivat kuitenkin tärkeäksi osaksi opinnäytetyötä, sillä niillä tuotettiin sellaista tietoa, jota pelkällä teemahaastattelulla ei olisi saatu. Tieto tuki teemahaastattelusta saatua aineistoa ja toi myös uusia ulottuvuuksia aineiston analysointiin.

7.4. Jatkokehitysideat

Jatkokehitysideana opinnäytetyötä tehdessä ilmeni tarve Omaolo-mobiilisovellukselle. Osa omaolo-oirearvioita käyttävistä asiakkaista ovat ihmetelleet sairaanhoitajille, miksei palvelua ole mahdollista käyttää sovelluksena. Palvelun käyttäminen selaimessa, varsinkin mobiililaitteella, on hankalampaa. Asiakkaat eivät myöskään välttämättä vastaa sairaanhoitajien heille esittämiin lisäkysymyksiin, jos heillä ei ole ilmoitusasetukset päällä. Sovelluksesta olisi helpompi vastaanottaa ilmoituksia ja reagoida niihin. Sovelluksen kautta voisi myös jatkossa mahdollisesti soittaa videopuhelua asiakkaalle, jos oireen arvioiminen vaatisi näköyhteyden.

Omaolo-oirearvioiden käyttöä ja toimivuutta olisi hyvä tutkia jatkossa myös enemmän asiakkaiden näkökulmasta. Tässä opinnäytetyössä esitetyt havainnot oirearvioiden toimivuudesta asiakkaan näkökulmasta perustuvat sairaanhoitajien kokemuksiin. Omaolo-oirearviot ovat olleet jo jonkin aikaa osa digitaalista terveydenhuoltoa Suomessa, joten niiden käyttäminen alkaa olla suurelle osalle väestöä tuttua. Näin ollen hyvä hetki asiakaslähtöisen tutkimuksen tekemiselle varmasti olisi.

LÄHTEET

Alkire (née Nasr), L., O´connor, GE., Myrden, S. & Köcher, S. 2020. Patient experience in the digital age: An investigation into the effect of generational cohorts. Journal of retailing and consumer services 57, 1-9. Viitattu 25.12.2022. 10.1016/j.jretconser.2020.102221

Carey, G., Malbon, E., Carey, N., Joyce, A., Crammon, B. & Carey, A. 2015. Systems science and systems thinking for public health: a systematic review of the field. BMJ Open 9005 (5), 1–9. Viitattu 2.3.2022. 10.1136/bmjopen-2015-009002

Carlqvist, C., Hagerman, H., Fellesson, M., Ekstedt, M. & Hellström, A. 2021. Health care professionals' experiences of how an eHealth application can function as a value-creating resource – qualitative interview study. BMC Health Services Research 21(1). Viitattu 10.1.2022. 10.1186/s12913-021-07232-3

Chambers, D., Cantrell, AJ., Johnson, M., Preston, L., Baxter, SK., Booth, A. & Turner, J. 2019. Digital and online symptom checkers and health assessment/triage services for urgent health problems: systematic review. BMJ Open 9 (8), 1-13. Viitattu 20.12.2022. 10.1136/bmjopen-2018-027743

DigiFinland. 2023. Omaolon käyttöohje. Viitattu 13.2.2023. https://www.omaolo.fi/kayttoohjeet/omaolo-kayttoohjeet.pdf

DigiFinland. N.d.a. Omaolo. Tervetuloa hoitamaan terveyttäsi ja hyvinvointiasi. Viitattu 4.11.2022. https://www.omaolo.fi/

DigiFinland. N.d.b. Omaolo.help. Kiireellisyysluokka. Viitattu 12.12.2022. https://digifinland.fi/omaolohelp/verkkokoulutus/2-oirearviot/2-1-oirearvio/priori-teetti-eli-kiireellisyys/

DigiFinland. N.d.c. Omaolo. Millainen on olosi? Viitattu 3.1.2023. https://www.omaolo.fi/

DigiFinland. N.d.d. Tutustu meihin. Viitattu 2.3.2023. https://digifinland.fi/tutustu-meihin/

Dunnion, J. & O'Donovan, B. 2012. Systems thinking and higher education: The Vanguard Method. Systemic practice and action research 27, 23-37. Viitattu 10.10.2022. 10.1007/s11213-012-9258-4

Duodecim. N.d. Päätöksentuki. Viitattu 12.2.2023. https://www.duodecim.fi/tuot-teet-ja-palvelut/paatoksentuki-ebmeds/

Eldh, A., Sverker, A., Bendtsen, P. & Nilsson, E. 2020. Health care professionals' experience of a digital tool for patient exchange anamnesis, and triage in primary care: Qualitative study. JMIR Human Factors 7 (4), 1–9. Viitattu 28.11.2021. 10.2196/21698

Entezarjou, A., Bolmsjö, B., Calling, S., Midlöv, P. & Milos Nymberg, V. 2020. Experiences of digital communication with automated patient interviews and asynchronous chat in Swedish primary care: A qualitative study. BMJ Open 10 (7), 1–8. Viitattu 30.8.2022. 10.1136/bmjopen-2019-036585

Eskola, J. & Suoranta, J. 1998. Johdatus laadulliseen tutkimukseen. Tampere: Vastapaino. E-kirja. Viitattu 23.12.2022.

Faezipour, M. & Ferreira S. 2011. Applying systems thinking to assess sustainability in healthcare systems of system. International journal of systems systems engineering 2 (4), 290–308. Viitattu 22.11.2022. 10.1504/IJSSE.2011.043861

Farr, M., Banks, J., Edwards, H., Northstone, K., Bernard, E., Salisbury, C & Horwood, J. 2018. Implementing online consultations in primary care: A mixed-method evaluation extending normalisation procress theory through service co-production. BMJ Open 8 (3), 1-11. Viitattu 29.6.2022. 10.1136/bmjopen-2017-019966

Hartmann, D., Bicheno, J., Emwanu, B. & Hattingh, T.S. 2021. Understanding system failure in health care: A mental model for demand management. South African Journal of Industrial Engineering 32 (2), 17-36. Viitattu 25.11.2022 10.7166/32-2-2344

Hood, R., O'Donovan, B., Gibson, J. & Dermot, B. 2021. New development: Using the Vanguard Method to explore demand and performance in people-centred services. Public Money & Management 41 (5), 422-425. Viitattu 11.10.2021. 10.1080/09540962.2020.1815367

Hyväri, S. & Vuokila-Oikkonen, P. 2020. Osallistavan ja tutkivan kehittämisen opas 2.0. Tutkimus- ja kehittämistyön luotettavuus. Diakin kirjasto. Viitattu 7.2.2023. https://libguides.diak.fi/c.php?g=670543&p=4760642

Hyvärinen, M., Suoninen, E. & Vuori, J. 2021. Haastattelut. Teoksessa Jaana Vuori (toim.) Laadullisen tutkimuksen verkkokäsikirja. Tampere: Yhteiskuntatieteellinen tietoarkisto. Viitattu 6.2.2022. https://www.fsd.tuni.fi/fi/palvelut/menetelmaopetus/kvali/laadullisen-tutkimuksen-aineistot/haastattelut/

Hyytiälä, H. & Kekomäki, M. 2017. Kustannusten kasvu johtuu järjestelmän häiriöistä. Lääkärilehti. Viitattu 20.1.2022. https://www.laakarilehti.fi/ajassa/nakokulmat/kustannusten-kasvu-johtuu-jarjestelman-hairioista/?public=4d169bb29d37cafe2ddad15fa91c0e7b

Juhila, K. N.d.a. Teemoittelu. Teoksessa Jaana Vuori (toim.) Laadullisen tutkimuksen verkkokäsikirja. Tampere: Yhteiskuntatieteellinen tietoarkisto. Viitattu 9.3.2022. https://www.fsd.tuni.fi/fi/palvelut/menetelmaopetus/kvali/analyysitavan-valinta-ja-yleiset-analyysitavat/teemoittelu/

Juhila, K. N.d.b. Laadullisen tutkimuksen ominaispiirteet. Teoksessa Jaana Vuori (toim.) Laadullisen tutkimuksen verkkokäsikirja. Tampere: Yhteiskuntatieteellinen tietoarkisto. Viitattu 10.11.2022. https://www.fsd.tuni.fi/fi/palvelut/menetelmaopetus/kvali/mita-on-laadullinen-tutkimus/laadullisen-tutkimuksen-ominaispiirteet/

Juhila, K. N.d.c. Laadullinen tutkimus ja teoria. Teoksessa Jaana Vuori (toim.) Laadullisen tutkimuksen verkkokäsikirja. Tampere: Yhteiskuntatieteellinen tietoarkisto. Viitattu 10.11.2022 https://www.fsd.tuni.fi/fi/palvelut/menetelmaopetus/kvali/mita-on-laadullinen-tutkimus/laadullinen-tutkimus-ja-teoria/

Khalyal, I. 2019. A systems thinking approach to designing clinical models and healthcare services. Systems 7 (1), 1–26. Viitattu 21.11.2022. 10.3390/systems7010018

Kinnunen, T. & Kallinen, T. N.d. Etnografia. Teoksessa Jaana Vuori (toim.) Laadullisen tutkimuksen verkkokäsikirja. Tampere: Yhteiskuntatieteellinen tietoarkisto. Viitattu 5.2.2022. https://www.fsd.tuni.fi/fi/palvelut/menetelmaopetus/kvali/laadullisen-tutkimuksen-aineistot/etnografinen-havainnointiaineisto/

Kujala, S. & Hörhammer, I. 2022. Health care professionals' experiences of web-based symptom checkers for triage:Cross-sectional survey study. Journal of Medical Internet Research 24 (5). Viitattu 10.8.2022. 10.2196/33505

Kujala, S., Hörhammer, I., Hänninen-Ervasti, R. & Heponiemi, T. 2020. Health professionals' experience of the benefits and challenges of online symptom checkers. Studies in health technology and informatics 270, 966–970. Viitattu 22.12.2022. 10.3233/SHTI200305

Kujala, S., Rajalahti, E., Heponiemi, T. & Hilama, P. 2018. Health professionals' expanding eHealth competences for supporting patients' self-management. Studies in health technology and informatics 247, 181–185. Viitattu 22.12.2022. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29677947/

Laukka, E., Kujala, S., Gluschkoff, K., Kanste, O., Hörharmmer, I.& Heponiemi, T. 2021. Leader's support for using online symptom checkers in Finnish primary care: Survey study. Health Informatics Journal 27 (4). Viitattu 20.12.2022. 10.1177/14604582211052259

Morris, G. & Walley, P. 2022. Implementing failure demand reduction as part of a demand management strategy. Public Money & Management 42 (1), 22-31. Viitattu 20.11. 2022. 10.1080/09540962.2021.1978163

Nadav, J., Kaihlanen, A-M., Kujala, S., Laukka, E., Hilama, P., Koivisto, J., Keskimäki, I. & Heponiemi, T. 2021. How to implement digital services in a way that they integrate into routine work: qualitative interview study among health and social care professionals. Journal of medical internet research 23 (12), 1-13. Viitattu 16.12.2022. 10.2196/31668

Nilsson, E., Sverker, A., Bendtsen, P. & Eldh, A. 2021. A human, organization, and technology perspective on patients' experiences of a chat-based and automated medical history-taking service in primary health care: Interview study among primary care patients. Journal of Medical Internet Research 23 (10), 1–9. Viitattu 8.6.2022. 10.2196/29868

O'Donovan, B. 2012. Editorial for special issue of SPAR: The Vanguard Method in a systems thinking contex. Systemic Practice and Action Research (2014) 27, 1-20. Viitattu 12.10.2022. 10.1007/s11213-012-9247-7

Ovretveit, J., Wu, A., Street, R., Thimbleby, H., Thilo, F. & Hannawa, A. 2017. Using and choosing digital health technologies: a communications science perspective. Journal of health organization and management 31 (1), 28-37. Viitattu 20.4.2022. 10.1108/JHOM-07-2016-0128

Plack, M. M., Goldman, E. F., Scott, A. R., & Brundage, S. B. 2019. Systems thinking in the healthcare professions: A guide for educators and clinicians. Washington, DC: The George Washington University. Viitattu 30.11.2022. https://hsrc.himmelfarb.gwu.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1000&context=educational_resources_teaching

Puusa, A. & Juuti, P. 2020. Laadullisen tutkimuksen näkökulmat ja menetelmät. E-kirja. Gaudeamus Oy.

Schmieding, M., Mörgeli, R., Schmieding, M., Feufel, M. & Balzer, F. 2021. Benchmarking triage capability of symptom checkers against that of medical laypersonrs: Survey study. Journal of Medical Internet Research 23 (3), 1-13. Viitattu 10.8.2022 https://www.jmir.org/2021/3/e24475/

Seddon, J. 2006. Leadership against demand. International journal of leadership in public services 2 (2), 4-10. Viitattu 20.10.2022. https://www.emerald.com/insight/content/doi/10.1108/17479886200600015/full/html

Seddon, J. N.d. John Seddon explains what causes failure demand. Videotallenne. Julkaisija Vanguard Consulting Ltd n.d. Viitattu 10.10.2022. https://beyondcommandandcontrol.com/get-connected/john-on-video-and-audio/john-seddon-explains-what-causes-failure-demand/

Semigran, H L., Linder, J A., Gidengil, C. & Mehrotra, A. 2019. Evaluation of symptom checkers for self-diagnosis and triage: audit study. BMJ Open 9 (8), 1-9. Viitattu 22.12.2022. 10.1136/bmjopen-2018-027743

Stalter, A. & Mota, A. 2018. Using systems thinking to envision quality and safety in healthcare. Nursing management 49 (2), 32-39. Viitattu 10.3.2022. 10.1097/01.NUMA.0000529925.66375.d0

Trbovich, P. 2014. Five ways to incorporate systems thinking into healthcare organizations. Biomedical instrumentation & technology 48 (2), 31-36. Viitattu 30.11.2022. https://array.aami.org/doi/epdf/10.2345/0899-8205-48.s2.31

Tutkimuseettinen neuvottelukunta. 2012. Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausepäilyjen käsitteleminen Suomessa. Viitattu 27.3.2021. https://tenk.fi/sites/tenk.fi/files/HTK_ohje_2012.pdf

Vuori, J. N.d. Johdatus laadulliseen tutkimukseen ja verkkokäsikirjaan. Teoksessa Jaana Vuori (toim.) Laadullisen tutkimuksen verkkokäsikirja. Tampere: Yhteiskuntatieteellinen tietoarkisto. Viitattu 10.11.2022. https://www.fsd.tuni.fi/fi/palvelut/menetelmaopetus/kvali/mita-on-laadullinen-tutkimus/johdatus-laadulliseen-tutkimukseen-ja-verkkokasikirjaan/

Walley, P., Found, P. & Williams, S. 2019. Failure demand: a concept evaluation in UK primary care. International Journal of Health Care Quality Assurance 32 (1), 21-33. Viitattu 5.2.2022. 10.1108/IJHCQA-08-2017-0159

Öberg, U., Orre, C., Isaksson, U., Schimmer, R., Larsson, H. & Hörnsten, Å. 2018. Swedish primary healthcare nurses' perceptions of using digital eHealth services in support of patient self-management. Scandinavian Journal of Caring Sciences 32 (2), 961-970. Viitattu 10.3.2022. 10.1111/scs.12534

LIITTEET

Liite 1. Kutsu teemahaastatteluun

Hei!

Opiskelen hyvinvointiteknologian YAMK-tutkintoa Tampereen ammattikorkeakoulussa. Teen opinnäytetyötä aiheesta häiriökysyntä Omaolo-palvelussa: digitaalisen viestintäkanavan vaikutus häiriökysyntään ja keinot sen vähentämiseen. Pohjakoulutukseltani olen sairaanhoitaja.

Häiriökysynnästä voidaan puhua, kun hoitoon pääsy on ongelmallista, asiakas ei saa tarvitsemaansa apua hänelle tarjotusta palvelusta tai asiakas joutuu olemaan yhteydessä saman asian vuoksi terveydenhuoltopalveluihin useaan otteeseen saadakseen oikeanlaista apua. (Walley, Found & Williams 2019, 5.) Häiriökysyntä -termin käyttöön ottaneen professori John Seddonin mukaan häiriökysyntä kasvattaa kokonaiskustannuksia huomattavasti. Terveydenhuollon ammattilaisille se ilmenee asiakkaina, jotka ovat väärässä paikassa väärään aikaan, sekä liian suurena työkuormana ja resurssiongelmana. (Hyytiälä & Kekomäki 2017.)

Tarkoituksena opinnäytetyöllä on selvittää Omaolon digitaalisen viestinnän vaikutusta häiriökysynnän ilmenemiseen. Aihetta tutkitaan sekä ammattilaisen, että Omaolon käyttöliittymän viestinnän näkökulmista. **Tavoitteena** on selkiyttää Omaolo-palvelun digitaalista viestintäkanavaa häiriökysynnän vähentämiseksi.

Opinnäytetyössäni haastattelen Omaoloa käyttäviä sairaanhoitajia terveysasemalla ja päivystysavussa. Henkilökohtainen teemahaastattelu kestää noin puoli tuntia ja on mahdollista toteuttaa kasvotusten tai etäyhteydellä. Haastattelut nauhoitetaan ja litteroidaan, ja tutkimuksen valmistuttua nauhoitteet tuhotaan asianmukaisesti. Tutkimukseen osallistuvien henkilöiden vastaukset eivät ole tunnistettavissa opinnäytetyön raportista, ja ne pysyvät vain minun tiedossani tutkimuksen tekijänä.

Tutkimukseen osallistuminen on täysin vapaaehtoista, ja osallistumisesta on mahdollista kieltäytyä myös haastattelun jälkeen. Tutkimukseen osallistumalla autat kehittämään Omaolon digitaalista viestintää ja myös omaa työtäsi. Jos haluat osallistua tähän tutkimukseen, voit vastata viestin toimittaneelle henkilölle.

Ystävällisin terveisin,
Roosa Tuiskula
Hyvinvointiteknologian YAMK-opiskelija, sairaanhoitaja, Tampereen ammattikorkeakoulu

Liite 2. Teemahaastattelun runko

Teemahaastattelun alussa kerrataan vielä häiriökysynnän merkitys ja mitä se tarkoittaa.

Haastateltavan taustatiedot

- Koulutustausta, haastateltavan työkokemus perusterveydenhuollossa

Teema 1: Digitalisaatio työssä

- Miten koet digitalisaation lisääntymisen työssäsi?
- Omat kokemukset digitalisaation vaikutuksista, onko helpottanut tai vaikeuttanut työtä? Miten?

Teema 2: Kokemukset asiakkaiden digitaalisesta viestinnästä ja palveluntarpeesta

- Miten asiakkaat ottavat yhteyttä Omaolon kautta?
- Tuleeko samoilta asiakkailta useita yhteydenottoja samasta asiasta Omaoloon tai myös muita väyliä pitkin, esimerkiksi puhelimitse?
- Kun olet päättänyt asioinnin, ottavatko asiakkaat uudelleen yhteyttä tarkentaakseen asioita?

Teema 3: Kokemukset Omaolon käyttämisestä

- Miten koet Omaolon käyttöliittymän käytön? Onko se selkeä ja ohjaako se käyttäjää toiminnassa?
- Onko eri palvelupolkujen toiminnan ohjaavuudessa eroja?
- Ovatko ohjeistukset/fraasit selkeitä ja informatiivisia, kun hoidat asiakkaan asioita

Liite 3. Teemahaastattelun suostumuslomake

Teemahaastattelun suostumuslomake

Kirjallinen suostumus haastateltavan osallistumisesta tutkimukseen

Vahvistan, että olen vapaaehtoisesti päättänyt osallistua teemahaastatteluun, jonka sisältöä Tampereen ammattikorkeakoulussa opiskeleva Roosa Tuiskula hyödyntää opinnäytetyössään. Minulle on kerrottu aineiston keräämisen tarkoitus ja millä tavoin aineistoa käsitellään tutkimusprosessin aikana ja sen jälkeen. Jos päätän vetäytyä tutkimuksesta, voin tehdä sen missä tahansa vaiheessa. Suostun haastattelun nauhoitukseen ja että kertomaani voidaan hyödyntää opinnäytetyössä anonyymisti.

_____ _____

Päivämäärä ja paikka Allekirjoitus

_____

Nimenselvennys

Liite 4. Havainnoinnin suostumuslomake

Havainnoinnin suostumuslomake

Kirjallinen suostumus työntekijän osallistumisesta tutkimukseen liittyvään havainnointiin

Vahvistan, että olen vapaaehtoisesti päättänyt osallistua tutkimuksen havainnointiosuuteen, jonka sisältöä Tampereen ammattikorkeakoulussa opiskeleva Roosa Tuiskula hyödyntää opinnäytetyössään Häiriökysyntä Omaolo-palvelussa: digitaalisen viestintäkanavan vaikutus häiriökysyntään ja keinot sen vähentämiseen. Minulle on kerrottu havainnoinnin tarkoitus ja millä tavoin aineistoa käsitellään tutkimusprosessin aikana ja sen jälkeen. Jos päätän vetäytyä tutkimuksesta, voin tehdä sen missä tahansa vaiheessa. Suostun työskentelytilanteessa tapahtuvaan havainnointiin Omaoloon liittyen.

_____ _____

Päivämäärä ja paikka Allekirjoitus

_____

Nimenselvennys

Liite 5. Tietosuojailmoitus

Rekisterin nimi	Häiriökysyntä Omaolo-palvelussa: digitaalisen viestintäkanavan vaikutus ja keinot häiriökysynnän vähentämiseen
Päiväys	10.03.2022
Rekisterinpitäjä(t)	Roosa Tuiskula
Ohjaaja tai oppilaitoksen yhteyshenkilö	Yliopettaja Lea Saarni
Henkilötietojen käsittelytarkoitus ja käsittelyperuste	Henkilötietojasi käsitellään Omaolo-palvelun digitaaliseen viestintään liittyvässä opinnäytetutkimuksessa. Tutkimuksessa haastatellaan sairaanhoitajia ja havainnoidaan heidän työskentelyänsä Omaolon parissa. Tutkimukseen osallistuminen on vapaaehtoista. Henkilötietojen käsittelyperusteena on: suostumus. Suostumuksen voi peruuttaa milloin tahansa ilmoittamalla tästä rekisterinpitäjälle. Suostumuksen peruuttaminen ei vaikuta ennen suostumuksen peruuttamista suoritetun käsittelyn lainmukaisuuteen.
Henkilötietojen säilytysaika	Opinnäytteen valmistuttua aineisto ja henkilötiedot tuhotaan. Opinnäytetyön arvioitu valmistumisaika on 12/2022.
Rekisterin tietosisältö ja tietolähteet	- Nimitiedot - Yhteystiedot, sähköpostiosoite - Haastattelun tietosisältö Tiedot kerätään tutkittavilta itseltään.
Rekisteröidyn oikeudet	Tietosuojalainsäädännön mukaisesti sinulle kuuluu oikeus saada pääsy tietoihin, oikaista tietoja, oikeus tietojen poistamiseen (oikeus tulla unohdetuksi), rajoittaa tietojen käsittelyä ja vastustaa henkilötietojen käsittelyä. Jos haluat käyttää jotain oikeuttasi, ota yhteys rekisterinpitäjään.
Oikeus valittaa viranomaiselle	Sinulla on oikeus tehdä valitus henkilötietojen käsittelyä valvovalle viranomaiselle, jos epäilet henkilötietojasi käsiteltävän vastoin tietosuojalainsäädäntöä: tietosuoja.fi, puh: 0295666700, sähköposti: tietosuoja@om.fi
Henkilötietojen vastaanottajat	Henkilötietojasi ei luovuteta ulkopuolisille.
Rekisterin suojauksen periaatteet	Manuaalinen aineisto säilytetään lukitussa tilassa/kaapissa. Digitaalinen aineisto suojataan käyttäjätunnuksella ja salasanalla. Aineistosta poistetaan suorat tunnistetiedot. Digitaalinen haastatteluaineisto kerätään salasanalla suojattuun kansioon, ja salasana on vain rekisterinpitäjän tiedossa.