



VAASAN AMMATTIKORKEAKOULU
UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

Annukka Mäki

HOIDON TARPEEN ARVIOINTI JA SEN KIRJAAMINEN TYÖTERVEYSHUOLLOSSA

Sosiaali- ja terveysala YAMK
2024

TIIVISTELMÄ

Tekijä	Annukka Mäki
Opinnäytetyön nimi	Hoidon tarpeen arviointi ja sen kirjaaminen työterveyshuollossa
Vuosi	2024
Kieli	suomi
Sivumäärä	84 + 6 liitettä
Ohjaaja	Riku Niemistö

Hoidon tarpeen arviointi työterveyshuollossa on vaativa tehtävä, jossa hoitajan on toimittava itsenäisesti ja päätettävä asiakkaan hoidon tarpeesta. Arviointityö on keskeistä työterveyspainotteisen sairaanhoidon toimivuuden kannalta. Tämän tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää Härmämedi Oy:n työterveyshuollon ammattihenkilöiden kokemuksia ja kehittämisehdotuksia puhelimesta tapahtuvasta hoidon tarpeen arvioinnista ja sen kirjaamisesta. Tutkimuksen tavoitteena oli yhtenäistää prosessia. Tutkimustulosten perusteella oli tavoitteena kehittää Härmämedi Oy:lle oma prosessikuvaus sekä yhtenäinen oire- ja tulosykohtainen ohjeistus ja löytää ohjeistukselle toimiva sovellus potilastietojärjestelmään.

Tutkimuksen teoreettinen viitekehys käsitteli hoidon tarpeen arviointia ja sen kirjaamista, työterveyshuoltoa sekä työterveyspainotteista sairaanhoitoa. Tutkimus toteutettiin laadullisena tutkimuksena. Tutkimuksessa käytettiin kahta erillistä tutkimusaineistoa. Ensimmäinen aineisto hankittiin hoitajilta ja työfysioterapeuteilta (n=12) ryhmämuotoisena teemahaastatteluna. Teemahaastattelun tulosten pohjalta muodostettiin täydentävä aineisto, joka koottiin lääkäreiltä (n=5) sähköisesti puolistrukturoidulla avoimilla kysymyksillä. Tutkimusaineisto analysoitiin induktiivisella sisällönanalyysillä.

Tutkimustulokset osoittavat hoidon tarpeen arviointia tukeviksi tekijöiksi ammatitiosaamisen, työkokemuksen ja kollegiaalisuuden. Tärkeänä pidetään toimintaympäristön kannalta mahdollisuutta puheluiden huolelliseen ja rauhalliseen käsitteilyyn sekä riittäviä resursseja. Kehittämiskohteiksi koetaan moniammatillisuuden huomioiminen, asiakasyritysten sopimustietojen selkiyttäminen, kirjaukset asiakaskontakteista sekä puhelua ja kirjausta ohjaavien tulosykohtaisten fraasien käyttöönotto. Vahvistamalla tekijöitä, jotka tukevat hoidon tarpeen arviointia, voidaan parantaa työn laatua ja tehokkuutta. Tulosten pohjalta Härmämedi Oy:lle kehitettiin hoidon tarpeen arviointi prosessikaavio sekä oire- ja tulosykohtaista arviointia ohjaava sovellus potilastietojärjestelmään.

Avainsanat työterveyshuolto, sairaanhoito, hoidon tarve, arviointi, kirjaaminen

ABSTRACT

Author	Annukka Mäki
Title	The Assessment of Need for Treatment and the Documentation in Occupational Health Care
Year	2024
Language	Finnish
Pages	84 + 6 Appendices
Name of Supervisor	Riku Niemistö

Assessing the need for treatment in occupational health care is a demanding task, requiring nurses to act independently and to decide on the necessity of care for the client. The purpose of this thesis was to describe the experience and development suggestions of healthcare professionals at Härmämedi Oy regarding the assessment and documentation of care needs on the phone. The aim of the thesis was to unify the process. Based on the research findings, the goal was to develop a process description tailored for Härmämedi Oy, to form a unified symptom-specific guidance and to find a functional application which communicates with the instructions in the patient record system.

The theoretical framework of the thesis were the assessment and documentation of care needs and the occupational health care as well as the occupational medical care. The thesis was conducted as a qualitative research. Two separate research materials were used in the thesis. The first research material was collected through thematic interviews with nurses and physiotherapists (n=12). Based on the results of the thematic interviews, complementary research materials were collected from physicians (n=5) using semi-structured open-ended questions. The research material was analyzed using inductive content analysis.

According to the research results that the factors that support the assessment of the need for treatment are professional competence, work experience and collegiality. The opportunity to a careful and calm call handling together with sufficient human resources is considered important. Based on this research, areas for development would be the exploration of multi-professionalism, clarification of contract information with client companies, documentation of customer contacts and the introduction of symptom-specific phrases which direct the documentation. Factors that strengthen the assessment of the need for treatment improve the quality and efficiency of the work. Based on the results, a process description for the treatment need assessment process as well as a symptom-specific application for the patient information system were developed.

Keywords occupational health, medical care, need for treatment, assessment, documentation.

SISÄLLYS

TIIVISTELMÄ

ABSTRACT

1	JOHDANTO.....	8
2	TUTKIMUKSEN TAVOITE, TARKOITUS JA TUTKIMUSKYSYMYKSET	10
3	TEOREETTISET LÄHTÖKOHDAT	11
	3.1 Työterveyshuolto	11
	3.2 Työterveyspainotteinen sairaanhoito.....	14
	3.3 Hoidon tarpeen arviointi työterveyshuollossa	17
	3.4 Hoidon tarpeen arvion kirjaaminen.....	21
	3.4.1 Kirjaamista säätelevät lait ja asetukset.....	22
	3.4.2 Rakenteinen kirjaaminen	23
	3.5 Teknologian hyödyntäminen hoidon tarpeen arvioinnissa	26
	3.5.1 Digitaaliset työkalut	26
	3.5.2 Prosessin mallinnus.....	28
4	TUTKIMUKSEN TOTEUTTAMINEN	30
	4.1 Tutkimuksen kohderyhmä	30
	4.2 Tutkimusaineiston hankinta	31
	4.3 Aineiston analyysi	33
	4.3.1 Ryhmämuotoisen teemahaastattelun aineistoanalyysi	34
	4.3.2 Lääkärien kyselytutkimuksen analyysi	36
	4.4 Tutkimuksen luotettavuus ja eettisyys	37
5	TUTKIMUSTULOKSET	39
	5.1 Teemahaastattelun tutkimustulokset	39
	5.1.1 Toimintaympäristö	40
	5.1.2 Laadukas asiakaspuhelu.....	43
	5.1.3 Laadukas kirjaus	46
	5.1.4 Oirearviointi ja ohjaus.....	49

5.2	Lääkärrien tuottamat kliiniset suositukset tutkimustulosten pohjalta....	54
5.2.1	Oirekohtainen ohjeistus.....	54
5.2.2	Toimintaohjeistus lääkärinlausunnoissa	63
6	KEHITTÄMISTYÖN TULOKSET: WIDGET JA PROSESSIKAAVIO.....	65
6.1	Hoidon tarpeen arviointi widget	66
6.2	Hoidon tarpeen arviointi prosessikaavio.....	69
7	POHDINTA.....	73
7.1	Johtopäätökset	73
7.2	Jatkotutkimusaiheet	78
	LÄHTEET	80
	LIITTEET	85

KUVIO- JA TAULUKKOLUETTELO

Kuvio 1. Työterveyshuollon ehkäisevät prosessit.....	12
Kuvio 2. Työterveyshuollon prosessit.....	14
Kuvio 3. Tietojen kirjaaminen ISBAR-mallin mukaisesti	29
Kuvio 4. Hoidon tarpeen arviointiin vaikuttavat tekijät Härmämedi Oy:ssä.....	39
Kuvio 5. Toimintaympäristön vaikutus hoidon tarpeen arvioon.....	40
Kuvio 6. Laadukas asiakaspuhelu hoidon tarpeen arvioinnissa.	44
Kuvio 7. Laadukas kirjaus hoidon tarpeen arvioinnissa.....	46
Kuvio 8. Asiakkaan oirearviointi ja ohjaus hoidon tarpeen arvioinnissa.....	49
Kuvio 9. HTA:ssa haastaviksi koetut tulokset.	54
Kuvio 10. Kehittämistyön prosessi.....	65
Kuvio 11. Yhteydenotto ja hoidon tarpeen arviointi widget	68
Kuvio 12. Hoidon tarpeen arvio kirjaus potilaskertomuksessa	69
Kuvio 13. Hoidon tarpeen arviointi prosessikaavio ISBAR-mallin mukaan.	71
Taulukko 1. Pääsärkyasiakkaan oirekohtainen ohjaus eri ammattiryhmille.....	55
Taulukko 2. Iho-oireisen oirekohtainen ohjaus eri ammattiryhmille.....	56
Taulukko 3. Mielenterveysoireisen oirekohtainen ohjaus eri ammattiryhmille..	57
Taulukko 4. TULES-oireisen oirekohtainen ohjaus eri ammattiryhmille.....	58
Taulukko 5. Infektiopotilaan oirekohtainen ohjaus eri ammattiryhmille.	59
Taulukko 6. Rintaoireisen oirekohtainen ohjaus eri ammattiryhmille.....	60
Taulukko 7. Pohjekipuisen oirekohtainen ohjaus eri ammattiryhmille.	61
Taulukko 8. Vatsakipuisen oirekohtainen ohjaus eri ammattiryhmille.....	62
Taulukko 9. Huimausoireisen oirekohtainen ohjaus eri ammattiryhmille.....	63
Taulukko 10. Esimerkki sisällönanalyysiprosessin etenemisestä Toimintaympäristö pääluokan muodostamiseksi.	90

LIITELUETTELO

LIITE 1. Tutkimuksen saatekirje tutkimukseen osallistuville

LIITE 2. Suostumuslomake tutkimukseen osallistuville

LIITE 3. Teemahaastattelurunko

LIITE 4. Haastattelulomake lääkäreille

LIITE 5. Taulukko 1. Esimerkki sisällönanalyysistä

LIITE 6. Kuvio 3. Härmämedin hoidon tarpeen arvio prosessikaavio

1 JOHDANTO

Puhelimitse tehtävä hoidon tarpeen arviointi (HTA) on nopeasti yleistynyt käytäntö sekä Suomessa, että ulkomailla. Sillä pyritään vastaamaan terveyspalvelujen resurssipulaan ja toisaalta palvelujen kasvavaan kysyntään. (Eriksson ja muut, 2019; Graversen ja muut, 2020a.) Noin 80 % perusterveydenhuollon kiireettömistä hoidon tarpeen arvioinneista tehdään puhelimitse (Hallituksen esitys 74/2022, 2.3.2). Työterveyshuollossa tehtävä hoidon tarpeen arviointi koskettaa suurinta osaa työterveyshuollon asiakkaista. Se on usein asiakkaan ensimmäinen kontakti työterveyshuoltoon. Hoidon tarpeen arvioinnissa tehdään merkittävää päätöksentekoa ja se on keskeistä etenkin työterveyspainotteisen sairaanhoidon toimivuuden kannalta. Sen onnistumisella on vaikutuksia koko työterveyshuollon sujuvuuteen, henkilöstön työpanoksen oikeaan kohdentumiseen ja tärkeimpänä asiakkaan mahdollisimman hyvän ja sujuvan hoitopolun luomiseen (Syväoja & Äijälä, 2009, s. 7). Tehokkaalla hoidon tarpeen arvioinnilla voidaan saavuttaa huomattavia vaikutuksia sekä yksilön hyvinvointiin, että asiakasyritysten kustannussäästöihin (Janhunen, 2014).

Terveydenhuoltolain (Terveydenhuoltolaki 6:51§) mukaan arvion voi tehdä laillistettu terveydenhuollon ammattihenkilö. Tehtävän suorittamiseksi asianomaisella tulee lisäksi olla riittävä ammattitaito ja kokemus. Hoidon tarpeen arviointi puhelimitse on haastava tehtävä, jossa hoitajan on toimittava itsenäisesti ja päätettävä asiakkaan hoidon tarpeesta sekä sen kiireellisyydestä. Tarvittaessa hoitajan on myös annettava asiakkaalle ohjeita omahoitoon (Rysst ja muut, 2021).

Digitalisaation myötä teknologian käyttö ja etäpalvelut ovat lisääntyneet työterveyshuollossa. Teknologia on sulautunut entistä tiiviimmin terveydenhuollon organisaatioiden toimintaan ja työnkulkuun. Teknologian käyttö ja digitalisaatio tarjoavat mahdollisuuksia uudistaa työterveyshuollon toimintatapoja siten, että ne voivat vastata työn tarpeisiin entistä laadukkaammin ja tehokkaammin. (Koivisto ja muut, 2019, s. 184.)

Tässä opinnäytetyössä selvitetään Härmämedi Oy:n työterveyshuollon ammattihenkilöiden kokemuksia ja kehittämisehdotuksia puhelimesta tapahtuvasta hoidon tarpeen arvioinnista ja sen kirjaamisesta. Tutkimuksen tavoitteena on yhtenäistää ja kehittää työterveyspainotteisen sairaanhoidon hoidon tarpeen arviointi prosessia. Tutkimustulosten pohjalta on tavoitteena kehittää Härmämedi Oy:lle oma prosessikuvaus sekä oire- ja tulositykohtainen yhtenäinen ohjeistus ja löytää ohjeistukselle toimiva toteuttamisratkaisu potilastietojärjestelmään.

2 TUTKIMUKSEN TAVOITE, TARKOITUS JA TUTKIMUSKYSYMYKSET

Tutkimuksen tavoite on yhtenäistää ja kehittää työterveyspainotteisen sairaanhoidon hoidon tarpeen arviointi prosessia. Tutkimus koostuu tutkimuksellisesta ja kehittämistehtävällisestä osuudesta.

Tutkimuksellisessa osuudessa tarkoituksena on selvittää terveydenhuollon ammattilaisten kokemuksia sekä kehittämisehdotuksia puhelimesta tapahtuvasta hoidon tarpeen arvioinnista ja sen kirjaamisesta.

Päätutkimuskysymys on seuraava:

Millaisia kokemuksia ja kehittämisehdotuksia terveydenhuollon ammattihenkilöillä on puhelimesta tapahtuvasta hoidon tarpeen arvioinnista?

Päätutkimuskysymystä täsmentävät alatutkimuskysymykset:

Millaisilla keinoilla hoidon tarpeen arviointi työtä voisi helpottaa?

Millainen on hyvä hoidon tarpeen arvioinnin kirjaus?

Mitkä ovat keskeisimmät tulossyyt työterveyspainotteisessa sairaanhoidossa, jotka koetaan hoidon tarpeen arvioinnissa hankaliksi?

Tavoitteena on tutkimustulosten pohjalta kehittää Härmämedi Oy:lle oire- ja tulosyykohtainen yhtenäinen ohjeistus ja löytää ohjeistukselle toimiva toteuttamiskäytäntö potilastietojärjestelmään.

Lisäksi tavoitteena on kehittää Härmämedi Oy:lle yhtenäinen prosessikuvaus hoidon tarpeen arvioinnista. Prosessikaavio sisältää vaiheittaisen ohjeistuksen puhelimesta tapahtuvalle hoidon tarpeen arvioinnille sekä sen kirjaamiselle.

3 TEORETTISET LÄHTÖKOHDAT

Tutkimuksen keskeisiä käsitteitä ovat: hoidon tarpeen arviointi, kirjaaminen, työterveyshuolto ja työterveyspainotteinen sairaanhoito.

3.1 Työterveyshuolto

Työterveyshuolto on asiantuntijatyötä työn ja terveyden välisessä suhteessa. Työterveyshuolto on ainoa terveydenhuollon toimija, jolla on suora yhteys työpaikkoihin. Työterveyshuollon tavoitteena on yhteistyössä asiakasorganisaatioiden kanssa tunnistaa ja ehkäistä ammattitauteja ja työperäisiä sairauksia, luoda työympäristön terveellisyyttä ja turvallisuutta sekä torjua työtapaturmia. Työterveyshuollossa tuetaan työntekijän terveyttä sekä työ- ja toimintakykyä työuran eri vaiheissa. Työterveys pyrkii edistämään työyhteisötoimintaa. Työterveyshuoltotyötä tekee moniammatillinen tiimi, johon kuuluu työterveyshoitaja, työterveyslääkäri, työfysioterapeutti ja työpsykologi. He suunnittelevat ja toteuttavat palvelut sekä seuraavat niiden vaikuttavuutta yhteistyössä työpaikan kanssa. (Työterveyslaitos [TTL], 2023.)

Työterveyshuollon järjestämisestä määrätään työterveyshuoltolaissa (Työterveyshuoltolaki 2:4§):

”Työnantajan on kustannuksellaan järjestettävä työterveyshuolto työstä ja työolosuhteista johtuvien terveysvaarojen ja -haittojen ehkäisemiseksi ja torjumiseksi sekä työntekijöiden turvallisuuden, työkyvyn ja terveyden suojelemiseksi ja edistämiseksi. Työterveyshuolto tulee järjestää ja toteuttaa siinä laajuudessa kuin työstä, työjärjestelyistä, henkilöstöstä, työpaikan olosuhteista ja niiden muutoksista johtuva tarve edellyttää.” (työterveyshuoltolaki 2:4§.)

Työnantajaa sitovat kansallisten säädösten lisäksi myös kansainväliset velvoitteet työterveyshuollon ja työsuojelun toteuttamisesta työpaikalla. EU:n työturvallisuutta ja työterveyttä koskeva puitedirektiivi (Directive 1989/391) ja kansainvälisen työjärjestön ILO:n työterveyshuoltoa koskeva yleissopimus (Työterveyshuolto-

toa koskeva yleissopimus, 161) edellyttävät, että työnantaja järjestää työterveyshuollon palvelut työntekijöilleen. Veloitteet ovat työnantajille tiukkoja ja niiden tarkoitus on suojella työpaikan henkilöstöä. Laki edellyttää työnantajaa järjestämään vähintään työterveyshuollon minimitason eli lakisääteiset työterveyshuollon palvelut. Työterveyshuoltoa tehdään yhteistyössä työterveyshuoltoyksikön ja työpaikan kanssa. Kuviossa 1 esitellään työterveysyhteistyön ehkäisevät prosessit.



Kuvio 1. Työterveyshuollon ehkäisevät prosessit (TTL, 2014, s.28).

Lakisääteinen työterveyshuolto on ennaltaehkäisevää ja työkykyä ylläpitävää toimintaa. Työterveysyhteistyö on toimintatapa, joka koskee kaikkia työterveyshuollon prosesseja. Työterveyshuollon ennaltaehkäiseviin prosesseihin kuuluvat: työpaikkaselvitys, työterveyshuollon toimintasuunnitelma, terveystarkastukset, neuvonta- ja ohjaus, kuntoutuksen ohjaus sekä työntekijöiden työssäjaksamisen varhainen tukeminen ja seuranta. Työkyvyn tukemisen prosesseihin liittyy vahvasti yhteistyö työntekijöiden, esimiesten, johdon ja yhteistyöorganisaatioiden kanssa. Se merkitsee tietojen antamista, neuvontaa- ja ohjausta työkykyyn liittyvissä asioissa asiakasyrityksille. (TTL, 2014, s. 28.)

Terveystuollaki velvoittaa julkisen vallan järjestämään työterveyshuollon palveluita siten, että työnantajat voivat niitä hankkia työntekijöilleen. Työnantaja

voi järjestää palvelut myös itse tai hankkia palvelut yksityisiltä työterveyshuolto-
palvelujen tuottajilta. TTL (2023) ohjeistaa, että työnantaja maksaa työterveys-
huollon toiminnasta aiheutuneet kustannukset. Osaan kustannuksista työnantaja
voi hakea Kelalta korvausta. Kelan maksamat korvaukset katetaan työtulovakuu-
tuksesta, joka rahoitetaan lähes kokonaan työnantajilta ja työntekijöiltä kerätyillä
maksuilla. Valtion osuus työterveyshuollon kustannuksista on alle puoli prosent-
tia. Työelämän ulkopuoliset tahot eivät käytännössä osallistu kustannusten katta-
miseen.

Kelan työterveyshuolto 2021 tilaston (2023) mukaan vuonna 2021 työterveyshuol-
lon piirissä oli 1,98 miljoonaa työntekijää eli noin 90.1 % palkansaajista. Kattavuus
on ollut selvästi yli 85 % yhtäjaksoisesti vuodesta 2010 lähtien. Kattavuuteen vai-
kuttaa muun muassa se, että osa pienistä työnantajista ei ole järjestänyt työnteki-
jöilleen lainkaan työterveyshuoltoa. Lisäksi osa pienistä työnantajista ei hae Ke-
lasta korvauksia työterveyshuollon kustannuksista.

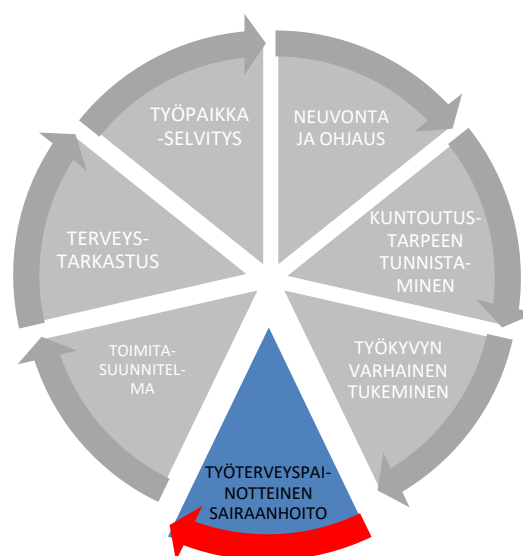
Työterveyshuollon yhteiskustannukset vuonna 2021 olivat 899 miljoonaa euroa.
Kustannuksista 464 miljoonaa euroa aiheutui lakisääteisestä työterveyshuollosta
ja 435 miljoonaa euroa sairaanhoidon ja muun terveydenhuollon palveluista. Kes-
kimääräiset kustannukset olivat työntekijää kohti 455 euroa ja korvaukset 199 eu-
roa. Vuodesta 2020 alkaen työnantajien ehkäisevän työterveyshuollon korvaus on
ollut 60 % ja sairaanhoidon kustannuksista korvataan 50 %. Sairaanhoidokustan-
nuksia voidaan hyvittää, mikäli jäljellä on enimmäismäärä ehkäisevän työterveys-
huollon kulujen jälkeen, mutta korvaussumma rajoittuu enintään 40 %:iin koko-
naisuudessaan asetetusta enimmäismäärästä. (Kela, 2023.)

Työterveyshuollon erityisosaamista on tutkittu melko paljon. Saunin ja muut
(2022) on perehtynyt katsauksessaan 55–64-vuotiaiden työkyvyn erityispiirteisiin
ja haasteisiin, jotka ovat tärkeitä työkykyä tuettaessa. Katsauksessa havaittiin, että
vaikka iäkkäillä on enenemässä määrin työkyvyn rajoituksia ei se automaattisesti

merkitse työkyvyn heikkenemistä. Katsauksen perusteella ehdotettiin, että tukitoimien järjestämiseksi työntekijät tulisi ohjata muusta terveydenhuollosta työterveyshuoltoon oikea-aikaisesti. Perusteena tälle on työterveyshuollon mahdollisuus järjestää tukitoimia ja olla yhteydessä työpaikan edustajien kanssa työnkuvan muovaamista varten. Myös Liiran katsausartikkelissa (2020) huomioidaan työterveyshuollon olevan toimija, jolla on jatkuva mahdollisuus seurata työntekijän työkykyä ja jolla on aito yhteys työpaikalle. Artikkelissa korostetaan myös työhön paluun tukea sairauden jälkeen, tätä voidaan tukea työtä muokkaamalla, työjärjestelyillä ja ammatillisella kuntoutuksella.

3.2 Työterveyspainotteinen sairaanhoito

Työterveyshuoltolain (Työterveyshuoltolaki 3:12§) mukaan työnantaja voi velvoitettavien palveluiden lisäksi järjestää työntekijöilleen sairaanhoito- ja muita terveydenhuoltopalveluita. Tämä on työnantajalle vapaaehtoista toimintaa. Työnantaja voi määritellä työntekijöilleen tarjoamansa sairaanhoidon laajuuden. Kela myöntää työnantajalle korvausta tarpeellisista ja kohtuullisista hyvän työterveyshuoltokäytännön mukaisista sairaanhoidon kustannuksista. Kuviossa 2 kuvataan työterveyspainotteinen sairaanhoito osana työterveyshuollon prosesseja.



Kuvio 2. Työterveyshuollon prosessit (TTL, 2014, s.28).

Työterveyshuollon prosessiin kuuluvalla työterveyspainotteisella sairaanhoidolla on merkittävä tehtävä osana työterveyshuollon palvelukokonaisuutta. TTL:n (2023) mukaan työterveyspainotteisen sairaanhoidon tulee olla tiivistä työpaikan ja työterveyshuollon yhteistyötä, jonka tavoitteena on työkyvyn tukeminen. Sairaanhoidokäynnillä on otettava kantaa siihen, onko oire/sairaus työhön liittyvä ja aiheuttaako se mahdollisesti työkyvyn alenemaa, käynnillä huomioidaan työn vaatimukset ja työn muokkausmahdollisuudet, selvitetään työntekijän omat käsitykset työssä selviytymiseen sekä motivaation ja työyhteisön tilanteen huomioon ottaminen. Sairaanhoidokäynnillä otetaan kantaa tarvittaviin tukitoimiin. Tämä poikkeaa muista terveydenhuollon toimijoista yhdistämällä terveydenhuollon ja kuntoutuksen työelämään.

Työterveyspainotteisessa sairaanhoidossa kehitetään moniammatillisesti toimintamalleja, joiden avulla lähestytään aktiivisesti erityisen tuen tarpeessa olevia, työkyvyttömyysriskin omaavia ja helposti syrjäytyviä työntekijöitä. Työkyvyn arviointi ja tukeminen edellyttävät työn asettamien vaatimusten tuntemista, jotka löytyvät juuri työterveyshuollosta. (TTL, 2023.) Sairaanhoidokäyntien kirjaukset sekä sairauspoissaolopäivät ja diagnoosit dokumentoidaan potilaskertomukseen niin, että ne voidaan tilastoida ja raportoida. Näistä saatavaa tietoa hyödynnetään ehkäisevässä lakisääteisessä työterveystoiminnassa.

Työterveyshuollossa järjestettävä sairaanhoito on keskustelua herättävä aihe kansallisessa kontekstissa. Se on saanut myös kansainvälistä huomiota analyysissä, jotka käsittelevät suomalaisen terveydenhuoltojärjestelmän suorituskykyä. Suomessa on kansainvälisesti poikkeuksellinen monikanavainen terveydenhuoltojärjestelmä ja se herättää keskustelua terveydenhuollon oikeudenmukaisuudesta. (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos [THL], 2023.)

Reijula (2022) korostaa artikkelissaan työterveyspainotteisen sairaanhoidon tärkeyttä osana työterveyshuollon toimintaa. Työterveyshuollon keskeinen tehtävä

on ammattitautien ja työhön liittyvien sairauksien ehkäisy sekä varhainen toteaminen. Ilman tarvittavaa asiantuntemusta tämä ei toimisi yhtä tehokkaasti muissa terveydenhuollon yhteyksissä. Työterveyshuollon erityisosaamista on työpaikkojen olosuhteiden ja työn terveystekijöiden tunteminen. Sairausvastaanotoilla työterveyshuollossa pitkittyneiden sairauksien hoidon jälkeen tehdään työkyvyn arviointia ja tukemista erilaisen työkaluin yhdessä työnantajan kanssa. Nämä asiat jäävät usein muussa terveydenhuollossa hoitamatta.

Kelan työterveyshuolto 2021 tilaston (2023) mukaan vuonna 2021 työterveyspainotteisia sairaanhoitokäyntejä tehtiin 3,1 miljoonaa kappaletta. Sairaanhoitokäyntien lukumäärä on pienentynyt 40 % vuodesta 2012 vuoteen 2021. Laboratoriotutkimuksia tehtiin vuonna 2021 yhteensä 5,3 miljoonaa ja kuvantamisia 380 000. Reijula (2022) mukaan tämä puhuu puolestaan työterveyspainotteisen sairaanhoidon tärkeästä roolista. Miten sairaanhoitokäynneistä selvittäisiin peruspalveluissa, jos työterveyshuollon 3,1 miljoonaa potilaskäyntiä siirrettäisiin julkiseen terveydenhuoltoon. 435 miljoonan menoerä 1.9 miljoonan työikäisen työterveyshuollon sairaanhoitokustannuksista kuulostaa melko kohtuulliselta 20 miljardin sosiaali- ja terveydenhuollon vuosittaisesta menoerästä.

Työterveyshuollossa toteutettavan sairaanhoidon taloudelliset vaikutukset ovat monitahoisia, joista helpoiten havaittavissa ovat edellä mainitut työnantajille maksettavat Kela-korvaukset. Kela-korvaukset rahoitetaan suurimmalta osin palkan-saajilta, työnantajilta ja yrittäjiltä kerättävillä maksuilla. Selkeitä taloudellisia hyötyjä järjestelmästä koituu ainakin työterveyshuollon asiakkaille esimerkiksi maksettomina palveluina vastaanottohetkellä sekä työnantajille ja julkiselle sektorille esimerkiksi nopeampana työhön paluuna ja sairauslomien ehkäisemisenä. Julkiselle sektorille järjestelmän avulla syntyy hyötyä lyhyempien hoitokäyntien ansiosta. (THL, 2023.)

Suomessa työterveyshuollon sairaanhoitopalvelujen käyttöä on tutkittu useissa kehittämis- ja tutkimushankkeissa. Hynninen ym. (2023) tarkastelee tutkimus-

saan mielenterveyshäiriöitä (MT) ja tuki- ja liikuntaelinsairauksia (TULE) sairastavien työntekijöiden palvelujen käyttöä. Tutkimuksessa käy ilmi, että noin puolella palveluja käyttäneistä oli toinen diagnooseista, 10 %:lla oli molemmat. 73 % työterveyshuollon palvelujen käytön kustannuksista kohdistui kyseisiin työntekijöihin. Yleisin MT-diagnoosi oli masennustila ja yleisin TULE-diagnoosi oli selkäsairaus. Merkittävät kustannuserät olivat lääkärinvastaanotot. Sairauspoissaolot ja kustannukset olivat tässä ryhmässä keskimääräistä suurempia. Palveluiden käyttö kohdentui lääkärivastaanottoihin ja vain noin kolmasosa TULE- tai MT-diagnoosin saaneista kävi fysioterapeutin tai psykologin vastaanotolla.

3.3 Hoidon tarpeen arviointi työterveyshuollossa

Hoidon tarpeen arviointi työterveyshuollossa on terveydenhuollon ammattihenkilön tekemää arviointia asiakkaan terveydentilasta tämän ottaessa yhteyttä työterveyshuoltoon. Terveydenhuollon ammattihenkilö haastattelee ja havainnoi asiakasta selvittääkseen hänen oirekuvaan ja arvio edellyttääkö asiakkaan terveydentilaneuvontaa- ja ohjausta, työ- ja toimintakyvyn arviota tai sairaanhoitoa sekä sitä ovatko asiakkaan oireet kiireetöntä vai kiireellistä hoitoa vaativia. (Pellikka, 2013a, s. 858.) Hoitaja tekee asiakkaan hoidon tarpeesta tai tutkimuksesta ja kiireellisyydestä yksilöllisen arvon. Lisäksi hän arvioi minkä terveydenhuollon ammattihenkilön toteuttamaa tutkimusta ja hoitoa asiakas tarvitsee. (Valtioneuvoston ohjesääntö [VNOS] 22 §, 262/2003.)

Perusterveydenhuollon kiireettömään hoitoon pääsyä koskevaa lainsäädäntöä on uudistettu 1.9.2023. Terveydenhuoltolain muutoksen yhteydessä myös hoidon tarpeen arviointia koskevaa sääntelyä on tiukennettu. Terveydenhuoltolain (Terveydenhuoltolaki, 6:51§) mukaan potilaan on voitava saada saman päivän aikana yksilöllinen arvio tutkimuksen tai hoidon tarpeesta. Lisäksi hänen tulee saada tieto minkä ammattihenkilön tutkimuksia tai hoitoa potilas tarvitsee.

Hoidon tarpeen arviointia saa jatkossa tehdä vain laillistettu terveydenhuollon ammattihenkilö, mikä tarkoittaa sitä, että nimikesuojatut terveydenhuollon ammattihenkilöt, kuten perushoitajat ja lähihoitajat eivät voi enää tehdä hoidon tarpeen arviointia (Terveydenhuoltolaki, 6:51§). HTA työtä tekevällä pitää olla työkokemusta, lainsäädäntö ei tarkemmin määritä työkokemuksen vaadittavaa pituutta. Asetuksessa todetaan, että työkokemuksen tulee olla riittävä. Kun HTA:n kohderyhmänä ovat terveydenhuollon asiakkaat, on ilmeistä, että koulutuksen ja työkokemuksen pituudella on suuri merkitys arvioinnin laadulle. Mitä kokeneempi ammattilainen on, sitä varmempaa on, että arviointi on osuvaa ja potilas tulee ohjatuksi oikealle asiantuntijalle oikea-aikaisesti. (Syväoja ja muut, 2009, s. 28–30.)

Hoidon tarpeen arvio työterveyshuollossa ei ole lakisääteistä toimintaa eikä työterveyshuollossa ole Terveydenhuoltolakiin perustuvaa hoitotakuuvelvoitetta. HTA antaa kuitenkin huomattavan lisäarvon työterveystyöhön. Se edistää merkittävästi työterveyshuollon palvelun laatua ja vaikuttavuutta lisäten samalla asiakastyytyväisyyttä ja luottamusta palvelun tarjoajaan. Palvelu tuo kustannussäästöjä palveluntuottajalle esimerkiksi parantamalla resurssien käyttöä. HTA:n esille tuonti markkinoinnissa on yritykselle kilpailuetu, sillä se vahvistaa palveluntuottajan mainetta ja voi houkuttaa uusia yritysasiakkaita ja ammatinharjoittajia.

Työterveyshuollon ja perusterveydenhuollon hoidon tarpeen arvio poikkeaa jonkin verran toisistaan. Kiireellistä apua tarvitsevat potilaat ohjataan työterveyshuollosta julkiselle puolelle kiirevastaanotolle. Härmämedissä hoidon tarpeen arviointi tapahtuu yleensä puhelimen välityksellä. Hoidon tarpeen arviointia tehdessään hoitaja pyrkii selvittämään välitöntä hoitoa tarvitsevat potilaat niistä, joiden oireet eivät vaadi kiireellistä hoitoa ja ovat ohjattavissa työterveyspainotteiseen sairaanhoitoon. Hoidon tarpeen arviointi voi olla myös puhelimen välityksellä annettavaa ammatillista neuvontaa- ja ohjausta, joka ei välttämättä johda ajanvaraukseen, vaan asiakas selviää annetuilla hoito-ohjeilla kotona. Roivainen (2022) tutki väitöskirjassaan puhelimesta tapahtuvan hoidontarpeen arvion vaikutuksia

ensihoidon resurssien käyttöön, tuloksena HTA-palvelu vähensi kolmasosan ensihoidon kiireettömistä tehtävistä ja 19 %:lle potilaista annettiin puhelimesta pelkästään terveysneuvontaa ja hoito-ohjeita

Hoidon tarpeen arviointi on Suomessa melko uusi käsite, kansainvälisesti toimintoa on tutkittu enemmän. Ruotsalaisessa tutkimuksessa Wahlberg ja muut (2003) on selvitetty hoidon tarpeen arvioinnin ongelmia. Tutkimuksessa arvioitiin terveydenhuollon resurssien puute suurimmaksi ongelmaksi. Myös päätöksenteon arvioitiin olevan HTA-työn ydintyötä ja ongelmat resursseissa, organisaatiossa, soittajaan liittyvät ongelmat ja toisaalta hoitajan ominaisuudet vaikuttivat tähän. Koulutusta kaivattiin lähinnä sosiaalisten konfliktien käsittelyyn ja asiakkaan aktiiviseen kuunteluun.

Kaminsky ja muut (2017) kirjallisuuskatsauksessa arvioitiin hoitajien ja potilaiden näkemyksiä hoidon tarpeen arvioinnista sekä puhelujen ominaisuuksista. Katsauksessa haettiin tietoja PubMedistä, Scopusista ja CINAHL:sta. Tietokannoista löydettiin 24 kansainvälistä artikkelia, joita lähdettiin analysoimaan. Tutkimustuloksista ilmeni, että potilaat pitivät tärkeänä luotettavuutta, varmuutta, kunnioitusta ja tukea. Päätöksentekoon osallistaminen näyttäisi lisäävän heidän sitoutumistaan. Hoitajat näkivät ongelmia päätöksentekoon ja viestintään liittyen, lisäksi puhelintyötä ohjaavia prosesseja ja tukityökaluja pidettiin tärkeinä. Eettiset dilemmat nähtiin haastavina. Hoidon tarpeen arviointi työ koettiin turvallisenä.

Tanskalaistutkimuksessa Graversen ja muut (2020) arvioivat puhelinkommunikaation laatua käyttäen systemaattista arviointia. Sairaanhoitajien toteuttama puhelimitse tapahtuva hoidontarpeen arvio arvioitiin tutkimuksessa kommunikaatioltaan paremmaksi verrattuna yleislääkäreihin. Hoitajien puhelut olivat pitkäkestoisempia ja työ hitaampaa kuin yleislääkäreillä. Erikoislääkärien suorittaman HTA oli laadultaan sekä sairaanhoitajia että yleislääkäreitä heikompaa ja tehottomampaa. Tutkimuksessa sairaanhoitajat käyttivät strukturoitua työkalua hoidon tarpeen kartoittamiseen, mutta lääkärit saivat valita käytön, mikä heikentää tutkimustuloksen luotettavuutta.

Työterveyshuollossa sairaanhoitosopimukset ovat asiakasyritysten vapaaehtoisesti solmimia sopimuksia. Hoidon tarpeen arvioinnissa onkin aina ensin varmistettava minkä tasoinen sopimus asiakkaalla on. Hoidon tarpeen arvioinnissa on kuitenkin huomioitava, että työperäisten sairauksien hoitoon ei tarvitse erillistä sopimusta työnantajan kanssa, koska tällaiset sairaudet kuuluvat lakisääteisesti työterveyshuollon piiriin. Arviointityötä tekevän hoitajan täytyy olla tarkka, kun hän selvittää, mitkä syyt ovat sairauden aiheuttaneet. Hoitajan täytyy myös tuntee ammattitautiepäilyä, sen tutkimusta ja hoitoa ohjaavat ohjeet, määräykset ja lait. Tällöin hän osaa ohjata työntekijän työterveyslääkärille varhaisessa vaiheessa. Työterveyslääkäri päättää epäilläkö ammattitautia sekä millaisia jatkoselvityksiä ja toimenpiteitä tilanne vaatii. (Juutilainen 2004, s. 139–140.) Henkilö tulee ohjata aina omalle työterveyshoitajalle- tai lääkärille, kun on kyse työhön liittyvistä asioista tai sairauspoissaolo uhkaa pitkittyä. Sairauksien parantumisen lisäksi työterveyshuollon sairaanhoidon tavoitteita ovat nopea työ- ja toimintakyvyn palautuminen. Usein sairausloman sijaan oma nimetty työterveyslääkäri voi suositella asiakasta korvaavaan työhön.

Hoidon tarpeen arviointia tehdessään hoitaja käyttää apuna ammattitaitoaan sekä havainnointia. Lisäksi ammattietiikka velvoittaa terveydenhuollon ammattihenkilöä toimimaan potilaalle koituvan hyödyn mukaan. Työn apuna on suositeltavaa olla esimerkiksi sähköiset tietolähteet, kollegat ja lääkärit sekä mahdolliset työpaikkakohtaiset omat ohjeistukset. (Pellikka 2013a, s. 858.)

Kiireettömän hoidon perusteena on tasa-arvoisuus ja se, että palveluiden tuottaminen olisi mahdollisimman kustannustehokasta. On tärkeää, että kaikki terveydenhuollon ammattilaiset tuntevat yksikön HTA-prosessin ja ohjaavat potilasta sen mukaan. Hyvän HTA:n avulla voidaan saavuttaa vaikuttavuutta hoitoon ohjauksessa ja ehkäistä turhia, varmuuden vuoksi varattuja käyntejä. Vaikutukset näkyvät toiminnassa nopeasti, kun vastaanottoa tarvitsevat asiakkaat ohjataan oi-

kea-aikaisesti oikeille asiantuntijoille. (Syväoja ja muut, 2009, s. 23–24.) Tämä ammattitaitoinen toiminta säästää myös asiakkaan aikaa ja työnantajan kustannuksia.

Rysst ja muut (2021) tutkivat laatutekijöitä, jotka vaikuttavat hoidon tarpeen arviointiin. Jotta HTA-työ olisi laadukasta, tulisi palvelua olla saatavilla monipuolisesti, ajanvaraus- ja chat- palvelut helppokäyttöisiä sekä odotusaikojen lyhyitä. Työnantajan tulisi huolehtia siitä, että HTA- työtä voisi tehdä rauhassa, hiljaisuudessa ja jokaiselle asiakaskontaktille olisi riittävästi aikaa stressin välttämiseksi ja virheriskin vähentämiseksi. Myös hoitajien koulutuksella ja kokemuksella on vaikutusta HTA:n laatuun. HTA erikoisalana on vaativa ja siellä työskentelevien tulisi mielellään olla sairaanhoitajia, joilla on syvälinen asiantuntemus sekä hoitotieteestä että lääketieteestä. Lääketieteellinen osaaminen on ratkaisevan tärkeää oikeiden oirearvioiden tekemisessä ja neuvonnan antamisessa. Ammattiosaaminen on keskeinen osa laadukkaassa viestinnässä sekä tiedonkeruussa.

3.4 Hoidon tarpeen arvion kirjaaminen

Hoidon tarpeen arviointitilanteissa arvioidaan sekä terveyden- että sairaanhoidon tarvetta. Arvioinnista tulee syntyä asiakirja, joka täyttää potilasasiakirjan vaatimukset. Potilasasiakirjan tehtävänä on auttaa asiakkaan hoidon suunnittelua, toteutusta ja edistää hoidon jatkuvuutta.

Hoitotyön ja moniammatillisen kirjaamisen asiantuntijaryhmän loppuraportissa Nykänen & Junttila (2012) suosittelee käytettävän rakenteista kirjaamista. Luokituksia tulee käyttää niin monipuolisesti kuin se on mahdollista. Luokitukset tarjoavat tarkat termit kirjattavalle hoidon tarpeen arvioinnille. Vapaata tekstiä voi myös käyttää, mutta vain tekstille sopivan otsikoinnin alle. Mallipohjat ja fraasit yhdenmukaistavat ja selkeyttävät kirjaamista. Mallipohjan soveltuvuutta on kuitenkin arvioitava jokaisen potilaan kohdalla yksilöllisesti. Raportissa otetaan myös kantaa

henkilökunnan koulutuksen tärkeyteen. Kirjaamiskäytäntöjen muuttuessa koulutus on tärkeää, myös käytäntö ja toistot edesauttavat oppimista. Uusien mallipohjien käyttöönotossa on tärkeä noudattaa kansallista terminologiaa ja käytäntöjä.

Onnistuneesta HTA-kirjauksesta käy selkeästi esille potilaan tulosyys ja esitiedot. Diagnoosi jo itsessään määrittää hoidon tarpeen. Hoitaja käyttää tulosyytä kirjattaessaan ICPC2-luokitusta, joka on kansainvälinen perusterveydenhuollon luokitus. ICPC-2-luokituksen avulla potilaan terveysongelmia, oireita, vaivoja, tauteja ja sairauksia voidaan dokumentoida. Kirjauksessa on hyvä tuoda esille puhelun aikana esiintyneet havainnot. Jos potilaan tilaa ei voida arvioida esimerkiksi, koska terveydenhuollon ammattilaiset eivät ymmärrä asiakkaan puhumaa kieltä, sekin on kirjattava potilastietoihin.

3.4.1 Kirjaamista säätelevät lait ja asetukset

Potilasasiakirjojen kirjaamista ohjaavat lait: Laki potilaan asemasta ja oikeuksista (Potilaslaki 785/1992), laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä (Ammattihenkilölaki 559/1994), Laki sosiaali- ja terveydenhuollon asiakastietojen käsittelystä (Asiakastietolaki 703/2023), sosiaali- ja terveysministeriön asetus potilasasiakirjoista (Potilasasiakirja-asetus 298/2009) ja Tietosuojalaki (Tietosuojalaki 2018/1050).

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista (Potilastietolaki 785/1992) käsittelee potilaan oikeutta saada laadultaan hyvää terveyden- ja sairaanhoitoa. Potilasasiakirjoja ei saa luovuttaa sivullisille ilman potilaan kirjallista tai sähköistä suostumusta. Salassapitovelvollisuus säilyy myös hoitosuhteen tai palvelusuhteen päättymisen jälkeen.

Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä (Ammattihenkilölaki 559/1994) säätelee terveydenhuollon ammattihenkilön koulutusta, pätevyyttä, oikeuksia ja velvollisuuksia. Se sisältää ohjeet terveydenhuollon ammattihenkilön velvollisuudesta laatia ja säilyttää potilasasiakirjat sekä pitää salassa niihin sisältyvät tiedot.

Laki sosiaali- ja terveydenhuollon asiakastietojen käsittelystä (Asiakastietolaki 703/2023) sisältää asiakas- ja potilasasiakirjojen käsittelyä koskevia periaatteita. Se velvoittaa terveydenhuollon ammattilaisia kirjaamaan potilastiedot huolellisesti ja säilyttämään ne asianmukaisesti. Lisäksi laki määrittelee potilasasiakirjojen luottamuksellisuuden ja niiden käytön rajoitukset. Potilasasiakirjamerkinnöissä tulee olla yhteneväiset rakenteiset ydintiedot. Kaikkien terveydenhuollon rekisterinpitäjien potilastiedot tuotetaan Kelan ylläpitämään sähköiseen kansalliseen arkistoon.

Sosiaali- ja terveysministeriön asetus potilasasiakirjoista (potilasasiakirja-asetus 298/2009) erittelee potilasasiakirjamerkintöjä koskevat periaatteet ja vaatimukset. Asiakirjoihin tulee merkitä riittävät tiedot hyvän hoidon järjestämisen, suunnittelun, toteuttamisen ja seurannan turvaamiseksi. Kirjaamisen tulee olla selkeää ja ymmärrettävää. Potilasasiakirjamerkinnöissä saa käyttää vain yleisesti hyväksytyjä ja tunnettuja lyhenteitä ja käsitteitä. Merkinnöistä pitää ilmetä tietojen lähde, jos tieto ei perustu ammattihenkilön omiin tutkimushavaintoihin tai jos asiakirjoihin merkitään muita kuin potilasta itseään koskevia tietoja.

Tietosuojalaki (2018/1050) määrittelee säännöt henkilötietojen käsittelylle ja suojalle. Säännöt perustuvat EU:n yleiseen tietosuojasetukseen (GDPR). Laki sisältää veloitteet rekisterinpitäjille ja käsittelijöille, yksilöiden oikeudet sekä tietoturva- ja valvontamääräykset. Lisäksi se määrittelee viranomaisten toimivallan ja valvontatehtävät tietosuojan alalla.

3.4.2 Rakenteinen kirjaaminen

Potilasasiakirjoihin määritellyt yhtenäiset tietorakenteet ovat edellytyksenä valtakunnallisten sähköisten tietojärjestelmäpalvelujen (Kanta-palvelut) käyttöön ja hyödyntämiseen. Rakenteinen, määrämuotoinen tieto tarkoittaa tiedon kirjaamista yhteisten, sovittujen rakenteiden avulla. Tietorakenteet ovat yhtenevät sekä julkisella että yksityisellä sektorilla. Kirjauksia jäsennetään potilaskertomuksella

otsikoiden, hoitoprosessin vaiheiden ja näkymien avulla. Potilastiedon kirjaamisessa käytetään apuna sovittuja koodistoja, luokituksia ja termistöjä, joita täydennetään tarvittaessa kuvailevalla tekstillä, joskus tietosisältö voi muodostua täysin rakenteisista tiedoista. (THL, 2023.)

THL:n koodistopalvelimella julkaistaan valtakunnallisesti käytettävät yhtenäiset tietorakenteet kuten luokitukset ja koodistot, joita sosiaali- ja terveydenhuollon sähköiset potilas- ja asiakirjajärjestelmät tarvitsevat (THL, 2023). Härmämedissä on käytössä Acute -potilastietojärjestelmä, joka hyödyntää THL:n suomalaiseen toimintaympäristöön määriteltyjä ja laadunvarmistusprosessilla varmistettuja tietorakenteita. Acute tuottaa automaattisesti tiedon hoitoprosessin eri vaiheista, joita ovat tulotilanne, hoidon suunnittelu, hoidon toteutus ja arviointi, eikä kirjaajan tarvitse merkitä kertomukseen kaikkea otsikkotietoa itse.

Rakenteinen kirjaaminen parantaa potilasturvallisuutta. Rakenteita noudattamalla noudatetaan myös hoitoprosessia. Kirjaamisen avulla potilaan aikaisemmat tiedot ovat hyödynnettävissä selkeästi ja hoitohenkilökunta tietää, mistä mikäkin kirjaus löytyy. Omia eriteltyjä asiakokonaisuuksia ovat esimerkiksi diagnoosit, sairauslomat, rokotukset, lääkitykset, riskitiedot ja terveys- ja hoitosuunnitelmat. Asiakokonaisuudet näkyvät järjestelmissä omina näkyminä. Sähköisten potilastietojärjestelmien oikeusturva on myös parempi kuin paperisten, koska valtakunnallinen valvonta- ja seuranta on helpompaa. (Kauvo & Virkkunen, 2022, s. 17.)

Terveydenhuollon ammattihenkilöiden yhdenmukaisen kirjaamisen tavoitteena on, että käytössä oleva potilastieto olisi kattavaa ja laadukasta. Tietoja olisi helppo lukea ja hyödynnettävyyks esimerkiksi uusien asiakirjojen laatimisen pohjaksi tai yhteenvetoja, lausuntoja ja todistuksia varten olisi sujuvaa. Myös asiakkaan näkökulmasta omakantaan tallentuneet asiakirjat olisivat selkeitä. Sosiaali- ja terveys-tietoja käytetään myös toissijaisesti. Käyttötarkoituksia ovat esimerkiksi tieteellinen tutkimus, tilastointi, kehittämis- ja innovaatiotoiminta, viranomaisohjaus ja

valvonta, viranomaisten suunnittelu ja selvitystehtävä, opetus sekä tietojohdaminen. (THL, 2023.)

Mykkänen ja muut (2018) ovat tutkineet rakenteisen kirjaamisen toteutumista. Tutkimuksen tarkoituksena oli arvioida rakenteista kirjaamista hyväksikäyttäen valtakunnallisissa kirjaamisen hankkeissa kehitettyä kirjaamisen auditointimallia. Tutkimuksessa kuvattiin yhden yliopistollisen sairaalan hoitotyön rakenteisen kirjaamisen sisällön kehittymistä, tasoa ja laatua. Auditoinnissa tarkasteltiin potilaslähtöisyyttä, hoitotyön prosessin vaiheiden toteutumista ja kirjaamisen johdonmukaisuutta. Tutkimusaineistoa kerättiin kuuden vuoden ajan. Tutkimustuloksista kävi ilmi, että kirjaaminen kehittyi miltei jokaisessa osa-alueessa. Hoitotyön prosessin vaiheista useimmin kirjattiin hoidon toteutusta ja vähäisimmin hoidon tulosta. Hoitoprosessin mukaiset vaiheet huomioitiin kirjaamisessa. Tutkimuksen aikana hoidon tulosten kirjaamisessa tapahtui merkittävä myönteinen kehitys.

North ja muut (2014) arvioivat tutkimuksessaan, miten hoitajille suunnattu sähköinen sovellus tarjoaa ratkaisun hoidon tarpeen arvioinnin kirjaamiseen, mikä tehostaa ja helpottaa prosessia. ExpertRN-nimiseen sovellukseen oli ladattuna toimintatapoja, jotka avautuivat potilaan erilaisten oireiden mukaan ja ohjasivat hoitajaa selvittämään asiakkaalta oireidenmukaisia kysymyksiä. Sovellus auttoi hoitajaa arvioimaan potilaan hoidon tarpeen kiireellisyyttä pisteyttämällä sitä. Tutkimustuloksista kävi ilmi, että sovellusta käytettäessä kirjaamiskäytännöt paranivat ja selkiytyivät. Lisäksi sillä oli vaikutusta potilasturvallisuuteen. Tutkimuksessa otettiin huomioon myös se, kuinka merkittävää on, että hoitohenkilökunta kiinnittää huomiota asianmukaiseen kirjaamiseen, sillä potilastiedot ovat yhä useammin saatavilla myös potilaalle.

Wang ja muut (2011) tarkastelivat hoitotyön kirjaamisen laatua, systemaattisella tutkimusmenetelmällä, lähteitä haettiin seitsemästä eri tietokannasta. Kirjaamisessa kiinnitettiin huomiota kolmeen kirjaamisen ulottuvuuteen: rakenteeseen,

prosessiin ja sisältöön. Tuloksista ilmeni, että kirjaamisissa havaittiin paljon puutteita. Kirjaamiseen, sen tarkkuuteen ja rakenteisiin pitäisi kiinnittää enemmän huomiota. Olisi myös otettava huomioon, miten kirjaaminen vaikuttaa hoitotyön laatuun. Kirjaamisen laatua tulisi myös säännöllisesti arvioida.

3.5 Teknologian hyödyntäminen hoidon tarpeen arvioinnissa

Teknologian käyttö on kasvanut merkittävästi myös työterveyshuollon alalla. Työterveyshuollossa työskentelevien ammattilaisten suhtautuminen teknologian hyödyntämiseen vaikuttaa uusien toimintatapojen käyttöönottoon. On havaittu, että suurimmalta osalta henkilöiden asenteet ovat myönteisiä. Positiiviset kokemukset kohdistuvat erityisesti tiedon välityksen tehostumiseen, palvelun saatavuuden parantumiseen ja tätä kautta työn sujuvuuden parantumiseen. (Koivisto ja muut, 2019, s. 183.)

3.5.1 Digitaaliset työkalut

Digitalisaatio mahdollistaa työterveyshuollon toimintatapojen uudistamista siten, että ne voidaan tuottaa laadukkaammin ja nopeammin. Tyyskä (2012) tutki pro gradu- tutkimuksessaan tiedonhallintaa terveydenhuollon puhelinohjauksessa. Hän selvitti, mistä ja miten hoidon tarpeen arviota tekevät hoitajat hakevat arvioinnissa tarvitsemaansa tietoa. Tutkimuksessa selvisi, että arviota tehdessään hoitajat käyttivät eniten omaan kokemukseensa perustuvaa tietoa. Sähköisesti tietoa hankittiin potilasasiakirjoista sekä yleisimmin Terveysportista, esimerkiksi Duodecim-lääketietokannasta sekä SFINX-lääkeinteraktiot-osiosta. Sairaanhoidajan sekä lääkärin tietokantoja käytettiin myös usein hoidon tarvetta arvioidessa sekä tietoa haettaessa. Useat hoitajat myös konsultoivat kollegoitaan tai lääkäriä. Härmämédissä on käytössä kaksi verkossa käytettävää ohjekirjastoa: Duodecimin Terveysportti, joka on terveydenhuoltoalan ammattilaisille suunnattu portaali sekä Hoidonperusteet.fi, joka toimii sosiaali- ja terveysministeriön ohjauksessa ja toimiksiannosta. Palvelua kehittää DigiFinland Oy. (Digifinland, n.d.)

Hoidon tarpeen arvioinnin tulisi olla määrämuotoista. Eri terveydenhuollon yksiköissä on käytössä erilaisia strukturoituja työkaluja, joita käytetään arvioinnin apuna. Jos HTA:ta toteutetaan ilman systemaattista ohjeistusta, vaarana on potilaiden eriarvoinen kohtelu. On tärkeää, että hoitajilla, jotka tekevät puhelimitse hoidon tarpeen arviointia on toimivat työvälineet ja rauhallinen työympäristö. (Syväoja & Äijälä, 2009, s. 111–113.) Aiempien tutkimusten perusteella strukturoidut kirjausmallit parantavat ammattilaisten välistä kommunikaatiota, yhteistyötä, kirjauksien laatua ja vähentää virhearviointeja (Thomas ja muut, 2013; Nagpal ja muut, 2013).

Suomalaisessa haastattelututkimuksessa Field (2023) selvitti, mitkä asiat tukevat puhelimitse tapahtuvaa HTA:n tekoa. Tutkimuksessa nousi esiin, että hoitajilla, jotka suorittavat puhelimitse hoidon tarpeen arviointia tulee olla asianmukaiset työkalut käytössään. Työvälineiden tulee nopeuttaa ja tukea hoidon tarpeen arvioinnin tekemistä ja avustaa HTA:n ja sen kirjaamisen tasalaatuisuutta. Yhteisesti sovitun fraasin käytön ja yhteneväisten kirjaamiskäytäntöjen koettiin nopeuttavan ja helpottavan hoidon tarpeen arvioinnin tekemistä.

Tariq ja muut (2017) ovat tutkineet Australiassa käytettävää Call Enhance Call Centre-ohjelman (CeCC) toimivuutta potilasturvallisuuden ja laadun näkökulmasta puhelimesta tapahtuvaan triageen (kiireellisyysluokitukseen). Hoitajat käyttävät ohjelmaa päätöksenteon tukena. Hoitajia haastateltiin ohjelman käytettävyydestä sekä havainnoitiin heidän CeCC-ohjelmansa käyttöä. Käytettävyydestä ilmeni erityisesti ohjelman ohjattavuuteen sekä selkeyteen liittyviä asioita. Ohjelman avulla voidaan kehittää kirjaamisen tarkkuutta ja tehokkuutta. Kehittämisehdotuksina nousi arviointiin ohjaavien kysymysten valikoitavuus aiempien vastausten perusteella. Hoitajat toivoivat ohjelmalta myös asianmukaisia aihealueisiin liittyviä suodattimia.

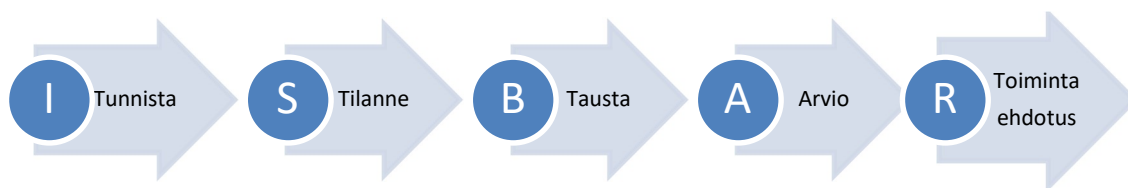
Digialustojen sujuvaan käyttöönottoon vaikuttavat erityisesti koettu hyöty ja käyttäjätajavuus, näiden lisäksi kliinistä työtä tekeviä kannattaa osallistaa projek-

tiin jo suunnitteluvaiheessa. Onnistuneeseen käyttöönottoon vaikuttaa se, vastaako teknologia kliinisen työn tarpeisiin asianmukaisesti. (Koivisto ja muut, 2019, s. 185.)

3.5.2 Prosessin mallinnus

Tiedonkulun ongelmilla on tutkittu olevan huomattava vaikutus potilasturvallisuuteen. Haittatapahtumista on todettu peräti 65 % johtuvan kommunikaatio-ongelmista (THL, 2020). Prosessien mallintamisella pyritään selventämään käsitystä organisaation toiminnasta, työkulusta tai tehtävien suorittamisesta sekä määrittämään parannuksia ja toiminnan tehostamisen keinoja. Tavoitteena on yhdenmukaistaa toimintaa, automatisoida prosessin vaiheita, simuloida toiminnan muutoksia ja niiden vaikutuksia sekä parantaa toiminnan seuranta. Prosessikuvauksen rakentaminen vaatii tietoa sekä organisaation rakenteesta, toimintaprosesseista että toiminnan tavoitteista. Prosesseja voidaan mallintaa monista eri näkökulmista; esimerkiksi asiakkaan, työntekijän ja johdon tietojärjestelmien näkökulmat samaan kokonaisuuteen voivat olla hyvin erilaisia. (Mykkänen ja muut, 2009, s. 41–42.)

Yleisesti käytössä oleva prosessimalli on ISBAR-menetelmä (kuvio 3), joka on suullisen tiedonkulun yhtenäistämiseen kehitetty menetelmä. ISBAR-raportointimenetelmä on alun alkaen kehitetty Yhdysvaltain laivaston käyttöön järjestämään kii-reellistä viestintää (Marshall ja muut, 2019). Mallin avulla olennainen tieto puhe-luista sekä potilaiden ohjauksesta- ja neuvonnasta kirjautuu ymmärrettävästi ja tiiviisti. Yhdenmukaisen mallin toteuttaminen tuottaa vertailukelpoista seuranta-tietoa. (THL, 2020.) HOTUS julkaisi vuonna 2019 ”Edistääkö SBAR-raportointime-netelmän käyttö potilasturvallisuutta?” näyttövinkin, jossa suositeltiin ISBAR-ra-portointimenetelmän käyttöä raportoinnissa (Suvanto ja muut, 2019).



Kuvio 3. Tietojen kirjaaminen ISBAR-mallin mukaisesti (sairaanhoitajat; Syväoja, 2009).

Suomen sairaanhoitajat on julkaissut ISBAR- menetelmästä suomalaiseseen terveydenhuollon ympäristöön sopivat ohjeet. Lyhenne ISBAR muodostuu seuraavista: Identify, Situation, Background, Assessment and Recommendation (Tunnista, Tilanne, Tausta, Arvio, Toimintaehdotus). Tutkimustulosten perusteella voidaan odottaa, että ISBAR-menetelmän käyttö edistää potilasturvallisuutta parantamalla hoitohenkilökunnan välistä tiedonvaihtoa sekä puhelimitse tapahtuvaa hoidon tarpeen arviointia. Analyysien perustella on ilmennyt, että kommunikaatiokatkosten aiheuttamat vaaratapahtumat sekä potilaiden lääkitykseen liittyvät riskitilanteet ovat vähentyneet. (Müyller ja muut, 2018.) ISBAR- malli sopii soveltaen myös työterveyspainotteiseen hoidon tarpeen arviointiin.

4 TUTKIMUKSEN TOTEUTTAMINEN

Tutkimus toteutettiin kvalitatiivisena eli laadullisena tutkimuksena. Laadullinen tutkimus on vahvistanut asemaansa hoitotieteissä 1980-luvulta lähtien. Tutkimusote soveltuu käytettäväksi hyvin, kun käytössä olevaan tutkimusalueeseen pyritään löytämään erilaisia näkökulmia ja tavoitteena on löytää tutkimusaineiston perusteella uusia toimintatapoja. (Kankkunen & Vehviläinen - Julkunen, 2013, s. 65–66.) Laadullisessa tutkimuksessa tutkittava kohde on yleensä tietty suppeampi ryhmä ja siten se sopii hyvin toiminnan kehittämiseen. Tutkimuksessa vastataan kysymyksiin, miten, miksi ja millainen. (Heikkilä 2014, s. 15–16.) Näin tutkimus tuo arvokasta tietoa tutkittavien näkemyksistä ja havainnoista tutkittavaa aihealuetta kohtaan (Hirsjärvi & Hurme, 2008, s. 22-27).

Laadullisessa tutkimuksessa asioita tarkastellaan yksilöllisellä ja persoonallisella lähestymistavalla, joka ottaa huomioon yksilön toiveet ja tuntemukset. Tämä heijastaa tutkimuksen induktiivista luonnetta. Tutkimuksessa otos on harkinnanvarainen ja tarkoituksena on saada mukaan henkilöitä, jotka edustavat ilmiötä monelta näkökannalta. (Kankkunen & Vehviläinen - Julkunen, 2013, s. 67.) Laadullinen tutkimusote sopi hyvin hoidon tarpeen arvion kehittämistyöhön, koska tutkimuksessa pyrittiin ymmärtämään tutkittavaa ilmiötä ja tutkittavan kohteen kokemuksia syvemmin. Työterveyshuollossa toteutettava hoidon tarpeen arviointi on suhteellisen uusi työnkuva, minkä vuoksi sen kehittäminen kokemukseen perustuen oli perusteltua ja tutkimustuloksilla pyrittiin saamaan vaikuttavuutta työhön.

4.1 Tutkimuksen kohderyhmä

Tutkimus kohdistui Härmämedi Oy:n henkilökuntaan. Härmämedi Oy on Härmänmaan yritysten omistama työterveyshuolto, joka keskittyy omistaja- ja asiakasyritysten ennaltaehkäisevään työterveyshuoltoon. Härmämedi on toiminut vuodesta 2012. Härmämedin työterveystiimiin kuuluu 30 ammattilaista. Laadullisessa tutkimuksessa päähuomio kohdistuu kokemuksiin, tapahtumiin ja yksittäisiin tilanteisiin eikä niinkään tutkittavien yksilöiden määrään. Osallistujat valitaan

sen perusteella, että heillä on syvällistä tietoa tutkimuskohteesta. (Kankkunen & Vehviläinen - Julkunen, 2013, s. 65–66.) Tämä tutkimus kohdistui kohdeyrityksen terveydenhuollon ammattilaisiin. Hoidon tarpeen arviointia tekeviltä yhdeksältä hoitajalta kartoitettiin kaikki kysymykset. Kirjauksiin ja fraaseihin liittyen haasteltiin suoravastaanottoa tekevät kolme työfysioterapeuttia. Näiden tutkimustulosten pohjalta koostettiin Survaypal-kysely viidelle lääkärille. Tutkimukseen osallistui yhteensä 17 henkilöä.

4.2 Tutkimusaineiston hankinta

Opinnäytetyölle haettiin tutkimuslupa kohdeyrityksen ylläkärltä kesäkuussa 2023. Tutkimuslupahakemus sisälsi tutkimussuunnitelman. Tutkimussuunnitelmaan liitettiin: tutkimuksen saatekirje, kirjallinen suostumuslomake ja teema-haastattelurunko (liitteet 1–3).

Ensimmäinen tutkimusaineisto kerättiin teemahaastattelulla ryhmähaastattelumuotona. Teemahaastattelu edustaa haastattelumenetelmää, joka sijoittuu avoimen ja lomakehaastattelun välimaastoon ja tunnetaan puolistrukturoidusta lähestymistavastaan. Teemahaastattelussa haastattelijä kokoaa noin 2–4 henkilön ryhmä, joissa kaikki haastateltavat ovat kokeneet saman asian tai tilanteen. Teemahaastattelussa keskustelu etenee tiettyjen ennalta määriteltyjen teemojen mukaan, eikä siinä esitetä tarkkoja yksilöityjä kysymyksiä. Tämä edesauttaa tuomaan haastateltavien kokemuksia ja ääntä esille sekä antaa haastattelijalle enemmän vapautta tulkita tilannetta. Teemahaastattelu ottaa huomioon myös haastateltavien näkemykset ja asioiden merkitykset syntyvät vuorovaikutuksessa. (Hirsjärvi & Hurme, 2008, s. 47–48.)

Teemahaastattelussa on tärkeää selvittää etukäteen, että kysymykset ovat ymmärrettäviä kohderyhmälle. Kysymyksiä laatiessa on keskeistä, että kohderyhmä on tutkijalle tuttu. Jos asiayhteyden hallinta haastattelun aikana on heikkoa, saattaa se vaikuttaa tutkimuksen uskottavuuteen. (Vilkkä, 2015, s. 130–131.) Olen-

naista haastattelussa on saada mahdollisimman laajaa ja syvällistä tietoa tutkittavasta aiheesta. Tämän vuoksi haastateltavien on hyvä tutustua haastatteluteemoihin jo hyvissä ajoin etukäteen. Tämä on myös eettisesti kannatettavaa, jotta tutkittavat saavat kattavaa tietoa tutkimuksesta ennen suostumuksensa antamista. (Tuomi & Sarajärvi, 2018, s. 73.)

Syyskuussa 2023 tutkija piti tutkimuksen kohderyhmälle tiedotustilaisuuden tulevasta tutkimustyöstä, sen tavoitteista sekä haastatteluteemoista. Tilaisuudessa oli myös varattu aikaa keskustelulle ja kysymyksille. Haastattelun teemat koettiin kattaviksi ja ne herättivät kuulijoissa ajatuksia ja pohdintaa. Tutkimuksen teemahaastattelurunko muodostui kolmesta teemasta, joita selvensivät alakysymykset (liite 3). Tilaisuuden päätteeksi kohderyhmälle jaettiin suostumuslomakkeet, joissa oli vielä kuvattu haastattelun luottamuksellisuus (liite 2). Lopullisen päätöksen tutkimukseen osallistumisesta osallistujat tekivät itse. Suurin osa suostumuslomakkeista palautettiin tutkijalle jo tiedotustilaisuuden päättyessä. Kaksi suostumusta palautettiin myöhemmin.

Hirsijärvi ja muut (2008, s. 90–91) korostaa, että teemahaastattelu vaatii vahvaa yhteyttä haastateltaviin, minkä vuoksi haastattelupaikan tulisi tarjota rauhallinen ja turvallinen ympäristö haastateltavien hyvinvoinnin takaamiseksi. Haastattelut toteutettiin kohdeyrityksen tiloissa työaikana. Hoitajat muodostivat kaksi neljän hengen ryhmää, toisessa ryhmässä yksi hoitaja oli etänä teamsin kautta. Työfysioterapeuttien haastattelu toteutettiin heidän kuukausipalaverinsa yhteydessä kolmen hengen ryhmänä. Haastattelut nauhoitettiin teamsin tallenna ja litterointityökalun avulla.

Pietilän (2017, s. 111) mukaan ryhmähaastattelun etuna voidaan pitää ryhmän keskustelijoiden keskinäistä vuorovaikutusta, yhtenäisen tiedon tuottamisen prosessia ja tiedon moninaisuutta. Suurimmalla osalla haastateltavista oli jo pitkä 10–20 vuoden työkokemus työterveyshuollon eri ammattialoilta. Hoidon tarpeen arvioinnista keskustellessa kollegiaalinen vuorovaikutus ja yhteiset kokemukset ja näkemykset sekä uudenlaiset näkökulmat aiheesta toivat monipuolisuutta ilmiön

sisältöön. Haastattelu mahdollisti joustavan reagoinnin haastateltavien vastauksiin ja tarkentavien kysymysten esittämiseen. Ryhmähaastattelu soveltui keskusteluun hoidon tarpeen arvioinnin kehittämisestä paremmaksi haastattelumuodoksi kuin yksilöhaastattelut, jolloin aineisto olisi saattanut jäädä yksipuoliseksi.

Toinen tutkimusaineisto kerättiin tammikuussa 2024 Härmämedin viideltä lääkäriltä. Avoimet kysymykset muodostuivat teemahaastattelusta nousseiden haastaviksi koettujen tulosten pohjalta. Aineisto lääkäreiltä hankittiin sähköisenä Survaypal-kyselynä. Opinnäytetyöntekijä koki tämän parhaimmaksi ratkaisuksi, koska ryhmähaastattelun sopiminen työaikana oli ajankäytöllisesti haastavaa. Kysely sisälsi tutkimuksen saatekirjeen sekä kymmenen puolistrukturoitua avointa kysymystä (liite 4). Vastausaikaa kyselylle annettiin kolme viikkoa.

Kysymykset olivat puolistrukturoituja avoimia kysymyksiä eli kysymykset sisälsivät rakenteen vastauksille, mutta vastaajalla oli mahdollisuus vastata omasta näkökulmastaan vapaamuotoisesti. Hirsijärvi ja muut (2013, s. 197) sähköisessä kyselyssä voidaan kerätä tietoja tosiasioista, toiminnasta ja käyttäytymisestä sekä pyytää perusteluita ja arvioita toiminnoille. On tärkeää, että kysymykset ovat suorita ja yksinkertaisia eikä niitä ole järkevää mitata Likert tyyppisillä mittareilla. Avoimet kysymykset antavat monivalintakysymyksiin verrattuna mahdollisuuden vastaajalle sanoa, mitä hänellä on todella mielessään ja osoittaa näin vastaajan tietämyksen aiheesta. Haastattelu sopii käytettäväksi silloin, kun tiedetään etukäteen, millaista tietoa haastateltavat voivat tarjota ja tarvitaan faktatietoa (Hirsijärvi & Hurme, 2015, s. 45).

4.3 Aineiston analyysi

Tutkimuksessa käytettiin kahta erillistä tutkimusaineistoa. Ensimmäinen aineisto hankittiin hoitajilta ja työfysioterapeuteilta ryhmämuotoisena teemahaastatteluna. Teemahaastattelujen tulosten pohjalta laadittiin täydentävä kysely, johon lääkärit vastasivat. Lääkäreiden kysely toteutettiin Survaypal-kyselylomakkeen

avulla. Lääkäreiden tutkimustulokset hyödynnettiin kokonaisuudessaan osana kehittämisprosessia.

4.3.1 Ryhmämuotoisen teemahaastattelun aineistoanalyysi

Aineiston analyysi alkaa kvalitatiivisessa tutkimuksessa usein jo haastattelun yhteydessä (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen, 2013, s. 163). Aineiston tallentamisen jälkeen se puhtaaksikirjoitetaan tekstiksi eli litteroidaan. Litterointi voidaan tehdä koko aineistosta sanatarkasti tai se voidaan tehdä päätelmien mukaan suoraan puheesta. (Hirsjärvi ja muut, 2013, s. 222.) Ensimmäinen tutkimusaineisto litteroitiin sanasta sanaan Microsoft Wordilla. Vastaukset koodattiin numeroin. Litteroitua aineistoa kertyi fontilla Calibri ja rivivälillä 1,5 yhteensä 38 sivua. Työtä helpotti teamsin videotallenne, josta pystyi tarkistamaan virheellisesti tallennuttua tekstiä.

Seuraavaksi aineistoon tutustuttiin lukemalla tekstiä huolellisesti läpi useampaan kertaan. Lukiessa tehtiin alleviivauksia merkityksellisistä asioista haastattelun teemat huomioiden. Näin teksti alkoi hahmottua ja sieltä nousi oleellisia toistettavissa olevia asioita. Hirsjärvi ja muut (2008, s. 153) mukaan aineiston sisältö alkaa tässä vaiheessa muodostua jo tutuksi, etenkin jos tekijä on itse haastatellut ja litteroinut tekstin. Aineiston tutkimiseen on kuitenkin tärkeää varata aikaa ja sitä tulee lukea kokonaisuutena useampaan otteeseen. Kun aineistoa tutkii tarkasti alkaa tekstistä löytyä kiinnostavia kysymyksiä ja sen analysointi mahdollistuu.

Kvalitatiivisen aineiston sisällönanalyysi voidaan tehdä aineistolähtöisesti eli induktiivisesti tai teorialähtöisesti eli deduktiivisesti. Jako ei välttämättä ole selväräinen, usein luokittelu syntyy sekä aineiston että teoreettisen käsitteellistämisen yhteistyönä. Tavoitteena on saada selkeä ja kattava kuvaus aineistosta. (Tuomi & Sarajärvi, 2018, s. 107–110.) Tämä tutkimusaineisto analysoitiin induktiivista sisällönanalyysiä käyttäen. Induktiivinen sisällönanalyysi sisältää kolme eri vaihetta: Ensimmäinen vaihe on aineiston pelkistäminen eli redusointi, toinen vaihe on ai-

neiston ryhmittely eli klusterointi ja kolmas vaihe on käsitteellistäminen eli abstrahointi. (Tuomi ja muut, 2009, s. 108–113.) Aineistosta analysoitiin vain se mikä on selkeästi ilmaistu dokumentissa.

Ennen analyysiprosessin aloittamista määritettiin analyysiyksikkö. Kankkunen ja muut (2013, s. 168) mukaan yleisesti voidaan ajatella, että tutkimustehtävä ja aineiston laatu vaikuttavat analyysiyksikön määrittämiseen. Analyysiyksikkö on tavallisesti yksi sana tai sanayhdistelmä, se voi olla myös lause tai ajatuskokonaisuus. Tässä tutkimuksessa analyysiyksikkönä käytettiin ajatuskokonaisuutta.

Analyysiyksikön määrittämisen jälkeen aineistosta poimittiin ajatukset, jotka vastasivat tutkimuskysymyksiin ja ryhmiteltiin ne Exceliin haastatteluteemoittain. Tämän jälkeen ajatukset pelkistettiin ilmaisuiksi. Vilkan (2015, s. 164) mukaan pelkistämällä tarkoitetaan tutkimusaineiston seulontaa poistamalla kaikki tutkimusongelman kannalta merkityksettömät tiedot säilyttäen samalla olennainen informaatio.

Pelkistetyistä ilmaisuista koottiin yhteen saman merkityksen omaavat ilmaisut alakategorioiksi ja annettiin niille niiden sisältöä kuvaava nimi. Aineiston ryhmittelyn selkiyttämiseksi ryhmät väri koodattiin.

Kolmannessa vaiheessa samansisältöisiä alakategorioita yhdistettiin (käsitteellistettiin) yläkategorioiksi. Yläkategoria nimettiin sisältöä kuvaavalla nimellä tai käsiteparilla. Käsitteellistämistä jatkettiin niin kauan, kun se oli aineiston sisällön kannalta perusteltua. Yhdistäviä kategorioita muodostui yhteensä neljä. Esimerkki aineiston sisällönanalyysistä taulukko 1 (Liite 5). Tuomi ja muut (2009, s. 112–113) toteaa, että luokittelun yhteydessä aineisto tiivistyy, kun yksittäisiä asioita liitetään osaksi yleisempiä käsitteitä. Tässä vaiheessa myös tutkimuksen kannalta olennainen tieto alkaa erottua ja teoreettiset käsitteet vahvistua. Induktiivisen sisällön analyysin tarkoituksena on saada vastaus tutkimuskysymyksiin käsitteitä yhdistelemällä. Tutkijan on pidettävä mielessä tutkittavan näkökulma koko sisällönanalyysin ajan.

4.3.2 Lääkärien kyselytutkimuksen analyysi

Toinen suppeampi ensimmäistä aineistoa täydentävä tutkimusaineisto muodostui lääkäreiden SurveyPal-kyselystä. Aineistoa oli fontilla Calibri ja rivivälillä 1,5 yhteensä 8 sivua. Aineisto koostui kymmenen avoimen kysymyksen vastauksista. Kysymykset olivat rajattu spesifien oirekuvien mukaan, yksi oirekuva kysymystä kohden.

Aineisto analysoitiin teemoittelun avulla. Vastaukset puhtaaksikirjoitettiin ja yhtenäistettiin samaa tarkoittavat vastaukset. Hirsijärvi ja muut (2015, s. 173) mukaan teemoittelussa aineistosta tarkastellaan asioita, jotka ovat yhteneväisiä usealle haastateltavalle. On harvinaista, että haastateltavat ilmaisivat asian täysin samoin, mutta asiat pystytään yhdistämään samaan luokkaan. Ilman tätä tarkastelua analyysi jää puutteelliseksi ja pinnalliseksi.

Teemoittelussa painotetaan kunkin teeman sisältöä ja siinä esitettyjä näkökulmia. Se on laadullisen aineiston jaottelua erilaisten aihealueiden mukaan. Näin voidaan tarkastella tiettyjen aiheiden esiintymistä aineistossa. Aluksi aineisto voidaan ryhmitellä esimerkiksi ammatin mukaan ja tämän jälkeen aloittaa varsinainen teemoittelu. Tarkoituksena on etsiä tiettyä teemaa koskevia näkemyksiä. Yleensä teemoittelu on melko suoraviivaista, koska avointen kysymysten teemat saattavat muodostaa jäsennellyn aineiston jo itsellään. (Tuomi & Sarajärvi, 2009, s. 93.) Analysoitavassa aineistossa teemat olivat spesifejä oirekuvia, joten vastaukset olivat kaikilla vastaajilla yhteneväisiä ja perustuivat käypä hoito- ohjeistukseen. Teemoja muodostui kysymysten kanssa yhteneväisesti kymmenen kappaletta. Muita, uusia teemoja ei analysoitavasta aineistosta noussut esiin. Ristiriitoja vastausten välillä ei havaittu. Myös ohjeistus siitä, mille asiantuntijalle asiakas tulisi ohjata tietyillä oirekuvilla oli yhteneväinen. Vastaukset dokumentoitiin tutkimustuloksiin kokonaisuudessaan teemoittain.

4.4 Tutkimuksen luotettavuus ja eettisyys

Laadullisessa tutkimuksessa tutkija toimii usein itsenäisesti, jolloin tutkimuksen luotettavuuden arviointi on haasteellista. Tutkimuskirjallisuudessa ohjataan kiinnittämään huomiota mahdollisiin virhepäätelmiin ja harhaluuloihin. Tämä tarkoittaa, että tutkija voi olla vakuuttunut siitä, että hänen tekemänsä päätelmät ovat oikeita, vaikka todellisuudessa ne eivät välttämättä olekaan. Kvalitatiivisen tutkimuksen luotettavuuden kysymysten tarkastelua voi arvioida uskottavuuden, vahvistettavuuden, siirrettävyyden ja riippuvuuden kriteerien avulla. (Kankkunen ja muut, 2017, s. 197.)

Tutkimuksen uskottavuutta lisää aineiston ja tulosten suhteen huolellinen kuvaus. Aineiston analyysi tulee kuvata tarkasti. Luotettavuutta lisää erilaisten taulukoiden ja liitteiden käyttö, jossa analyysin eteneminen kuvataan järjestelmällisesti. Haastatteluteksteistä esitetyillä suorilla lainauksilla lukija voi tutkia aineiston keuruun polkua. Etiikan näkökulmasta tutkijan on varmistettava, ettei haastateltava ole tunnistettavissa lainauksista. (Kankkunen ja muut, 2017, s. 198.)

Tutkimustyötä tehtäessä on tärkeä huomioida, että työn toteuttamiselle ja tulosten analysoinnille on valittu oikeanlaiset tutkimusmenetelmät. Tutkijan on perehdyttävä valitsemaansa menetelmään ja osattava perustella miksi siihen on päätytty. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen, 2017, s. 199.) Opinnäytetyöni tutkimusmenetelmäksi valikoitui laadullinen tutkimus. Uskon, että luotettavuuden kannalta teemahaastattelut ryhmämuotoisina tuovat tutkimusongelmaani parasta tietopohjaa. Tässä menetelmässä kokeneet terveydenhuollon ammattilaiset pystyvät vertailemaan kokemuksiaan ja rohkenevat tuoda esille kehitysideoitaan. Luotettavuuden kannalta pyrin luomaan haastattelutilanteista rennot ja turvalliset. Kerron myös haastattelun teemat etukäteen, jotta jokainen voi niitä jo yksilöinä pohtia. Myös tutkijan omakohtainen pitkä kokemus sekä kiinnostus oman työnkuvan kautta aiheeseen tuo syvyyttä haastatteluun. Näkisin, että haastattelijaa perehtyneisyytensä myötä osaa löytää oikeat kysymykset ja tutkimuksessa mitataan sitä, mitä oli tarkoituskin mitata.

Luotettavuutta voi heikentää työyhteisön kollegiaalisuus toisiaan kohtaan. Haastattelutilanteessa arempi henkilö ei välttämättä uskalla sanoa omaa mielipidettään vaan jää myötäilemään muita. Tämä huomioiden pyrin luomaan ryhmät siten, että jokaisen on helppo tuoda niissä mielipiteensä esille.

Opinnäytetyön eettisiä puolia pohdittaessa aihevalinta on jo ensimmäinen tutkijan tekemä eettinen ratkaisu. Tutkimuksessa ei käsitellä henkilötietoja. Koska tutkimuskohteenani on hoitohenkilöstö, ei opinnäytetyöhön tarvita eettisen toimikunnan kannanottoa. Tutkimushaastatteluja aloittaessa on muistettava osallistumisen vapaaehtoisuus, haastateltavilla on myös oikeus keskeyttää osallistuminen missä vaiheessa tahansa. Kieltäytymisestä ei saa aiheutua uhkia, eikä osallistumisesta palkita. Haastateltavilla on oikeus esittää kysymyksiä opinnäytetyöstä.

Kankkunen ja muut (2017) mukaan tutkimuksessa on otettava huomioon tulosten aito ja puolueeton käsittely. Tuloksia ei saa muuttaa eikä niistä saa jättää pois mitään. Plagiointi on kiellettyä, lähdemerkinnät, lainaukset ja tekstiviitteet tulee tehdä huolellisesti.

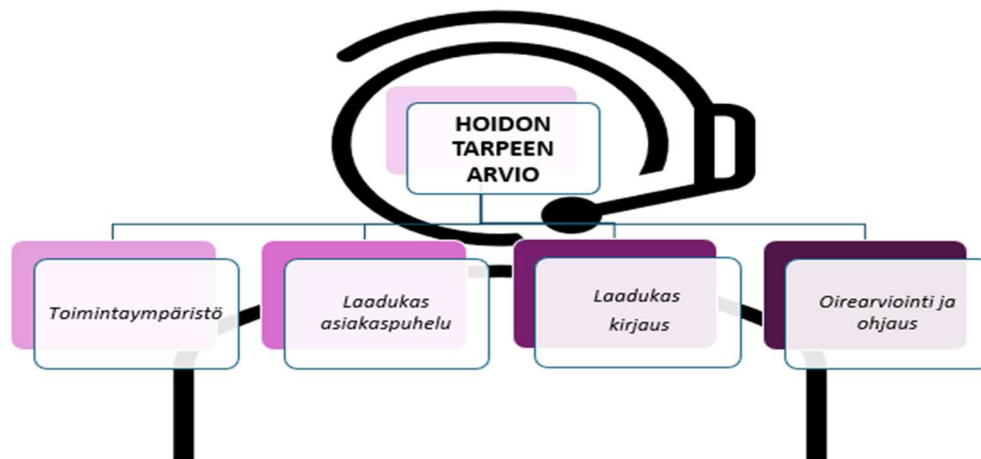
Haastattelut nauhoitettiin. Litterointivaiheessa aineistosta poistettiin erisnimet esim. työpaikkojen tms. nimet. Nauhoite tuhoitiin sen jälkeen, kun haastattelu oli kirjoitettu tekstitiedostoksi. Haastattelussa esille tulleet asiat raportoitiin tutkimusjulkaisuissa tavalla, jossa mainittuja yksittäisiä kohteita ei voida tunnistaa. Kyselytutkimus suoritettiin Survappal-kyselyllä, jossa vastattiin anonyymisti. Kysymykset eivät käsitelleet henkilötietoja, eikä vastauksista voinut päätellä vastaajan henkilöllisyyttä. Haastattelu sekä kyselytutkimuksen valmiit sähköiset aineistot säilytettiin analyysivaiheessa kaksivaiheisen kirjautumisen takana ja tulokset käsiteltiin anonyymisti. Työn valmistuttua kerätty aineisto hävitettiin tietoturvallisesti.

5 TUTKIMUSTULOKSET

Tutkimuksessa kartoitettiin ryhmämuotoisen teemahaastattelun avulla, millaisia kokemuksia terveydenhuollon ammattilaisilla on puhelimesta tapahtuvasta hoidon tarpeen arvioinnista ja sen kirjaamisesta sekä miten niitä voisi kehittää. Tuloksista nousseiden kehittämiskohteiden perusteella lääkäreiltä kartoitettiin toimintaohjeet tulosykohtaisiin oirearviointeihin avoimien puolistrukturoitujen kysymysten avulla.

5.1 Teemahaastattelun tutkimustulokset

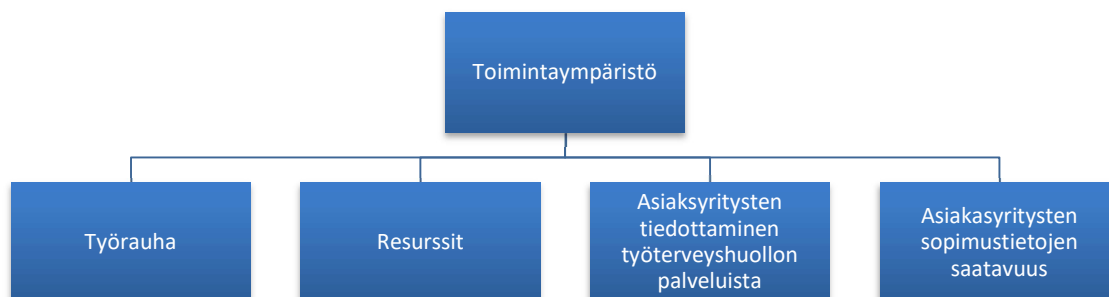
Haastattelun teemoina oli kokemukset ja kehittämissuhteet hoidon tarpeen arvioinnista, hoidon tarpeen arvioinnin kirjaamisesta sekä hoidon tarpeen arvioinnin ohjeistuksesta. Tutkimustulokset on jaoteltu kappaleeseen väliotsikoittain aineistoanalyysin pohjalta muodostuneiden yhdistävien kategorioiden perusteella. Yhdistäviä kategorioita muodostui neljä: toimintaympäristö, laadukas asiakaspuhelu, laadukas kirjaus sekä oirearviointi ja ohjaus (kuvio 4).



Kuvio 4. Hoidon tarpeen arviointiin vaikuttavat tekijät Härmämedi Oy:ssä.

5.1.1 Toimintaympäristö

Haastateltavat kokivat HTA- toimintaympäristöön vaikuttavan seuraavat tekijät: työrauha, resurssit, asiakasyritysten tiedottaminen työterveyshuollon palveluista sekä asiakasyritysten sopimustietojen saatavuus (Kuvio 5).



Kuvio 5. Toimintaympäristön vaikutus hoidon tarpeen arvioon.

Työrauhaa pidettiin HTA:ssa tärkeimpänä tekijänä. Haastattelussa aiheeseen otti kantaa 12 haastateltavaa. Työrauhaa käsiteltiin kahdelta näkökulmalta: työskentely hoidon tarpeen kannalta sopivassa työtilassa sekä työilmapiirin kiireettömyys. Työtilalle asetettiin kriteeriksi rauhallinen tila, jossa voi keskittyä puheluihin. Työtila tulisi minimoida ulkopuolisilta häiriötekijöiltä. Oma työhuone koettiin hyväksi työskentelytilaksi.

Haastateltavien mukaan asiakaspalvelupiste ei olisi työrauhan kannalta sopiva työtila hoidon tarpeen arvioinnille. Asiakaspalvelupiste on usein ruuhkainen. Asiakkaita tulee vastaanotoilta varaamaan jatkoaikoja ja henkilökunta käy pisteellä hoitamassa asioitaan. Usein henkilökunnalla on myös tiedusteltavaa asiakaspalvelijalta. Tilassa käydään myös kopioimassa ja skannaamassa asiakirjoja.

”Asiakas jonottaa luukulla, että puhelu loppuisi, se ei ole miellyttävää kummallekaan. Joskus voi useampikin ihminen jonottaa siinä vuoroaan ja sitten jos asiakas on vielä vieraskielinen niin on kurja puhua,

kun ihmiset jonossa kuuntelee. Siinä aina ajattelen, että voi kun saisi olla omassa huoneessa.”

Työilmapiirin kiireettömyys. Hoidon tarpeen arvioinnissa on pääsääntöisesti yksi nimetty työntekijä vuorollaan. Vastauksista nousi esiin kokemus kiireen tunnusta HTA-työtä tehdessä. Painetta koettiin liian hitaasta suoriutumisesta. Nähtiin, että HTA-prosessi tulisi saada suorittaa kokonaisuudessaan rauhassa ennen seuraavaa asiakasta. Vastauksissa painotettiin myös tärkeyttä matalan kynnyksen avun tarjoamiselle ja toisaalta rohkeutta avun pyytämiseksi.

”Tilanne pitää toteuttaa niin, että ei ole semmoista kiirettä, ettei luoda työntekijälle painetta, vaan että saa kuunnella asiakkaan asian rauhassa ja ajatuksena, että muut puhelut kyllä odottavat.”

Resurssit. Haastateltavat kertoivat, että hoidon tarpeen arviointia vaikeuttaa ajoittainen vastaanottoaikojen puute. Työterveyshuollossa pääpaino on lakisääteisessä terveydenhoidossa sekä työkykyarvioinneissa. Haastateltavat pohtivat, että useat asiakasyritykset ovat tehneet myös sairaanhoitosopimuksen, jolloin asiakkaalla on oikeus saada aika myös sairaanhoitokäynneille. Jos lääkärin vastaanottoajoissa on vajausta, vastuu siirtyy usein hoitajalle.

”Ajattelen monta kertaa, että asiakas on ollut vaan pakko saada johonkin ja se on sen takia siinä ja sitten vaan pitää jatkot jotenkin miettiä. Se välillä haastaa, kun asiakkaalla on todellakin hankala se tilanne ja käsi ei nouse ja liiku mihinkään. Epäilee jo, että täällä on ihan rikki jotakin niin sitten kun pitää keplotella, sillä omalla sairauslomalla siihen ja sitten jos ei saa lääkärillekään mitään aikaa.”

Haastateltavien mukaan asiakkaan tila tulisi arvioida siten, että hänet ohjataan suoraan oikealle henkilölle, vaikka vapaita aikoja olisi väliaikaisesti vähemmän tarjolla. Tällä tavoin voitaisiin vapauttaa henkilökunnan resursseja, eikä asiakasta tarvitsisi ohjata turhaan usealle eri ammattilaiselle.

Koettiin, että perehtyneisyys ja osaaminen tietyllä koulutustaustalla pitäisi muistaa huomioida asiakkaiden ajanvarauksessa. Esimerkiksi työfysioterapeuttien erikoisosaamista on tuki- ja liikuntaelinasiat ja hoitajien koulutus antaa heille pätevyyden hoitaa esimerkiksi infektioita, haavoja sekä katsoa silmä- ja korvaoireisia. Oireiden pitkittyessä tai vaikeutuessa asiakkaat tulisi ohjata suoraan lääkärin arvioon.

”Helpompi se on siinä puhelimesta ohjata oikeaan paikkaan, kuin että asiakas tulee vastaanotolle ja joudut sanomaan, että en oikein pysty sulle mitään apua tässä antamaan, että varataanpa sulle aika toiselle ammattiryhmälle.”

Asiakasyritysten tiedottaminen työterveyshuollon palveluista. Haastateltavat korostivat tarvetta tiedottaa asiakasyrityksille selkeämmin sitä, mitä hoidon tarpeen arviointi sisältää. Asiakkaita tulisi tiedottaa siitä, että työterveyshuollossa on moniammatillista osaamista ja kanavia asiakkaan ongelmien ratkaisemiseksi useita. Eräs vastaajista muistutti, että varsinkin digiajanvarausten yleistyessä asiakas helposti ohjautuu suoraan lääkärin arvioon ja fokuoittuu siihen, että aika varataan aina lääkärille. Haastateltavat olivat yhtä mieltä siitä, että usein alkukartoitus esimerkiksi työterveyshoitajan tai työfysioterapeutin vastaanotolla ennen lääkärinaiakaa nopeuttaa hoitopolkua. Työfysioterapeutin suoravastaanotolla voi saada akuutisti neuvoa omahoitoon, mikä nopeuttaa työhön paluuta. Asia voi myös ratketa jo HTA:ssa, eikä fyysistä vastaanottoa tarvita.

”Itse olen kertonut meidän HTA toiminnasta yrityksille, että kun te soitate niin teidän ei tarvitse miettiä kenelle varaatte aikaa, vaan te ohjaututte oikeaa väylää HTA:n kautta. Soitate vain ja kerrotte sinne asianne niin HTA ohjaa teidät oikeaa linjaa eteenpäin.”

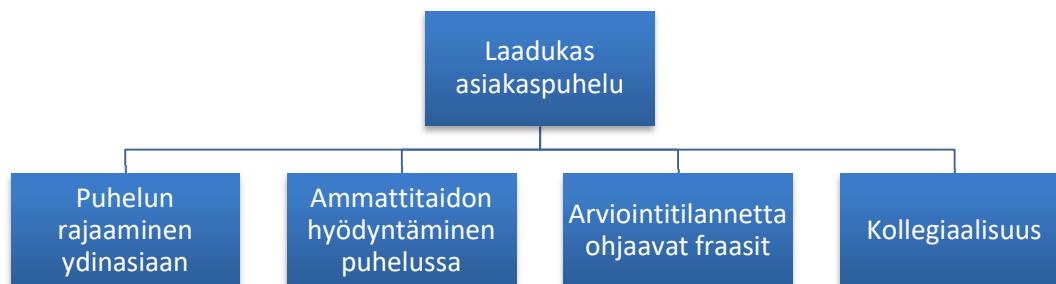
Asiakasyritysten sopimustietojen saatavuus. Haastateltavat näkivät työterveysso-
pimusten monimuotoisuuden haasteena HTA-työssä. Työterveyshuollossa asiak-
kaiden kanssa tehdään eri tasoisia sopimuksia. Sopimus voi olla pelkkä lakisäätei-
nen sopimus tai siihen voi sisältyä erilaisia sairaanhoitopalveluita. Sairaanhoito-
palveluiden laajuuden asiakas voi määrittää itse. Asiakkaalla voi olla myös erilaa-
juisia sopimuksia oman sairauskassan kautta. Asiakasyrityksillä on lisäksi omat ta-
paturmavakuutukset, joiden laajuus vaihtelee. Lisäksi kohdeyrityksellämme on
verkostoasiakkaita toisten työterveyshuollon palveluntuottajien kanssa, jolloin
toimimme heidän työterveysso-
pimuksensa ehdoilla. Haastattelussa nousi vahvasti
esiin näiden tietojen puutteellisuus yritysten taustatiedoissa. Jokaisessa HTA-pu-
helussa peilataan näihin taustatietoihin, että osataan palvella asiakasta sopimus-
ten mukaisesti. Jos taustatiedot ovat kunnossa saadaan puhelut hoidettua suju-
vasti kerralla eikä asioita tarvitse selvitellä jälkikäteen.

Tärkeäksi koettiin myös se, että sopimustiedot taustoissa noudattaisivat samaa
kaavaa ja että niitä päivitetäisiin sopimusten päivittyessä. Myös tietoa yritysten
tapaturmavakuutusten laajuudesta kaivattiin yritysten taustatietoihin.

*”Mulla on ainakin haasteita siinä, että jos joku soittaa esimerkki yrityk-
sestä, niin juuri se, että pitää tarkasti mennä taustoista katsomaan, että
mitäs teidän sopimukseenne nyt kuuluikaan ja hoitajien sairauspäivien kir-
jaamisoikeus ja kaikki sopimuslaajuudet ja sitten jos ne taustat ei siellä ole
kirjattu ja niitä on paljon vaillinaisia.*

5.1.2 Laadukas asiakaspuhelu

Yhdistävä kategoria laadukas asiakaspuhelu keräsi haastattelussa toiseksi eniten
ilmaisuja. Kategoria sisälsi seuraavat yläkategoriat: puhelun rajaaminen ydinasi-
aan, ammattitaidon hyödyntäminen puhelussa, arviointitilannetta ohjaavat fraasit
ja kollegiaalisuus (kuvio 6).



Kuvio 6. Laadukas asiakaspuhelu hoidon tarpeen arvioinnissa.

Puhelun rajaaminen ydinasiaan arvioitiin ajoittain hankalaksi. Varsinkin työterveyshoitajat kokivat puhelujen pitkittyvän helposti omien asiakasyritysten henkilöiden kanssa. Tällöin tuli helposti tunne, että asiakkaan asia pitää saada hoideksi kokonaan jo HTA-puhelun aikana, eikä asian hoitoon varattu enää uutta aikaa kalenterilta. Osa haastateltavista koki HTA-tilanteen helppona, kun asiaa ei tarvinnut ratkaista puhelun aikana, vaan asiakas ohjataan asiantuntijan vastaanotolle. Positiivisena asiana nähtiin pitkäaikaiset asiakasyritykset, joiden henkilökunta on jo tuttua. Tällöin asiakkaan tiedoista ei puhelun aikana tarvinnut hakea lisätietoa. Usein tällaisissa tilanteissa myös asian kiireellisyyden priorisointi tuntui helpommalta.

”Tunnistan kyllä justiin tuon, että välillä, kun sattuu olla se oma asiakas, joka siellä soittaa niin mä tiedän, että HTA: lla menisi siinä puhelussa vaan lyhyt aika, mutta yhtäkkiä mä oonkin 10–15 minuuttia sen ihmisen kanssa puhelimesta.”

Kahdeksan vastaajista arvioi *ammattitaidon hyödyntämisen puheluiden aikana* merkittäväksi tekijäksi laadukkaana asiakaspuhelun arvioinnissa. Vähemmän aikaa HTA-työtä tehneenä hoitajat kokivat hankaluutta arvioida tilanteita, joissa soittaja itse kokee tilanteen olevan kiireellinen, mutta oirekuvaus kertoo toista. Lähtökohteisesti oltiin sitä mieltä, että asiakkaan kertomaa asiaa on uskottava, vaikka sen

vakavuudesta ei olisi täysin varmuutta. Nähtiin, että asiakkaille HTA- tilanteet voivat olla jännittäviä ja jonkun oleellisen oireen kertominen voi unohtua. Yhtä mieltä oltiin siitä, että kokemus tuo varmuutta tällaisissa tilanteissa.

”Tulee sellainen tunne, että tää kuulostaa siltä, että pitää hakeutua päivystykseen. Sieltä nousee joku semmoinen asia, että nyt on vähän outoa, että tämä ei nyt oikein kuulosta hyvältä ja selvältä oirekuvalta. Kuulostaa siltä, että jos 3 päivän päästä on vaikka seuraava aika, niin nyt ei voi odottaa oireiden kanssa.”

Muiden ammattihenkilöiden konsultointi nousi myös tärkeänä tekijänä ammattitaidon hyödyntämisessä. Jos HTA:ssa ilmenee hankalia tehtäviä, joita ei itse pysty ratkaisemaan on järkevämpää selvittää asia ja soittaa asiakkaalle uudelleen.

Arviointitilannetta ohjaavat fraasit. Haastattelijan kysyessä millaisin keinoin HTA-tilannetta voisi helpottaa, nousi yksimielisesti esiin puhelua ohjaavien fraasien tarve. Varsinkin ruuhka-aikoina tietynlaisia täsmä kysymyksiä kaivattiin muistin tueksi puheluita ja niiden kirjaamista helpottamaan. Uskottiin, että tämä myös lisäisi kirjauksien tasalaatuisuutta ja kirjaukset olisivat kattavampia. Fraaseissa kaivattiin ohjausta siihen, milloin asiakas tulee ohjata hoitajalle, työfysioterapeutille, lääkärille tai päivystykseen.

”No fraasit voisi olla, niin että yleisimmät olisi siellä, vaikka esim. selkäkipu potilaalla virtsaamisenvaikeus miinus, kyllä nopeuttais sitä, että muistaa ainakin kysyä oleellisimman. Niinkuin esim. virtsatieinfektiossa pitää muistaa kysyä monenlaisia asioita ja yrittää miettiä, että muistaa kirjata kaiken.”

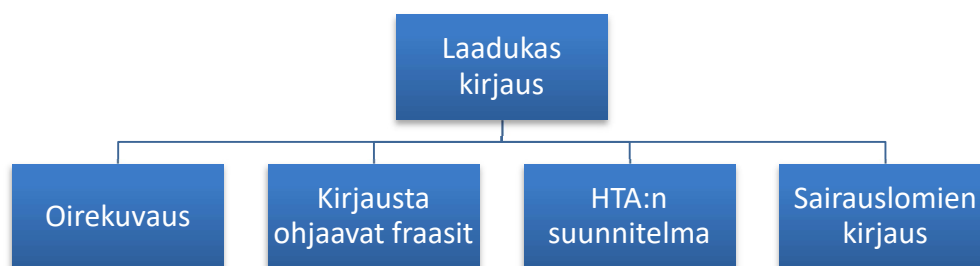
Kollegiaalisuus sekä puheluiden aikana, kirjaamisen yhteydessä, että vastaanotolla HTA- kirjaamiseen perustuen arvioitiin haastattelussa tärkeäksi yläkategoriaksi. HTA-työtä nähtiin tehtävän korkealla ammattitaidolla ja etiikalla. Haastateltavat kokivat, että kun kysymyksessä on ihmisen terveysuhka, työkyvyttömyys ym.

on se tunteita herättävää ja palaute niin positiivisena kuin negatiivisenakin tulee usein spontaanisti.

”Paljon on mietittävää yhden puhelun aikana ja sitten vielä negatiivinen palaute tulee aika nopeasti. Puhelintyö on se missä palaute on aina kautta vuosien ollut rasitteena. Vaikka varmasti kaikki parhaansa yrittää ja miettii puhelimesta. Kun asiakas sitten tulee vastaanotolle saattaa tarina olla muuttunut. Minulla on käynyt näin omallakin vastaanotolla, olen saattanut 3 kertaa kysyä saman asian, vaikka että kauanko oire on kestänyt, niin joka kerta aika on muuttunut.”

5.1.3 Laadukas kirjaus

Toisena haastattelun teemana oli hoidon tarpeen arvion kirjaaminen. Teemaan pohjautuen, aineistoanalyysistä muodostui yhdistäväksi kategoriaksi laadukas kirjaus. Yhdistävien tekijöiden yläkategorioita olivat: oirekuvaus, kirjausta ohjaavat fraasit, hoidon tarpeen arvion suunnitelma sekä sairauslomien kirjaus (kuvio 7).



Kuvio 7. Laadukas kirjaus hoidon tarpeen arvioinnissa.

Oirekuvaus. Hoidon tarpeen arvion kirjaamisessa pidettiin tärkeänä, että kirjaukset löytyisivät jokaisesta asiakkaasta, jotka ovat tulossa joko vastaanotolle tai heille on varattuna puhelinaika. Kirjaukset nähtiin keskeisinä, jotta ammattihenkilö voisi asianmukaisesti valmistautua asiakkaan vastaanottoon ja varmistaa sujuvan hoitopolun. Kirjausten toivottiin olevan lyhyitä ja ytimekkäitä. Oirekuvauksesta haastateltavat toivoivat löytävän tulossyyn, mahdollisen vammamekanismin,

oireiden keston ja kuinka asiakas on hoitanut vaivaa itse. Tärkeäksi koettiin myös merkintä mahdollisesta sairauslomalla olostä. Perussairauksia tai säännöllisiä lääkityksiä ei koettu tarpeelliseksi kirjata tässä vaiheessa.

”Ei tarte olla paljon tekstiä vaan lyhyt ytimekäs kuvaus. Esim. viime keskiviikkona noston yhteydessä selkä kipeytynyt, itse laittanut kylmää ja ottanut Buranaa. Hyvä on myös kirjata, onko leposärkyä, yö-särkyä ym. Millaista se kipu on. Onko kipu paikallista tai säteileekö se.”

Kirjausta ohjaavat fraasit. Kysyttäessä mitkä keinot helpottaisivat kirjausta hoidon tarpeen arvioinnissa, toistui vastaus fraasien tarpeellisuudesta, kuten HTA-puhe- luissa. Fraasien toivottiin olevan rakenteeltaan samanlaisia. Pidettiin tärkeänä, että otsikoinnista pystyisi valitsemaan asiat, joihin vastata. Otsikoinnin nähtiin samalla toimivan muistilistana kysymyksille. Rakenteesta toivottiin löytyvän ainakin tulosyy, oireiden kesto ja HTA:n suunnitelma. Fraasien hyötyä tuotiin esille myös sillä, että kirjaus siirtyisi heti asiakkaan kertomukseen ja säästyttäisiin tuplakirjauk- selta. Tämän arvioitiin ehkäisevän virhemahdollisuuksia sekä tuovan laatua kir- jauksiin.

”Joku sellainen, että voisit ottaa sieltä otsikot, joihin vastaat, et vält- tämättä kaikkiin, mutta että mahdollisesti niihin, jotka tulee siinä keskustelun aikana, niin voisit vastata ja kirjoittaa sinne lyhyesti. Koska näitä kirjauksia tosiaan tulee välillä huomattavan hyviä, mut sitten saattaa tulla äärimmäisen huonoja.”

Hoidon tarpeen arvion jatkosuunnitelma. Sairausvastaanottoa pitävät haastatelta- vat toivoivat HTA:n kirjaavan tekstiin myös jatkosuunnitelmaa asiakkaan hoidosta, jos sitä on puhelimesta tehty. Esimerkiksi asiakkaan toivoessa verenpainemit- tausta, tulehduskoetta tai poskionteloiden ultraäänitutkimusta. Asiakkaan kanssa valmiiksi käytyjä hoitoprosessimalleja toivottiin myös näkyviin kirjauksiin. Kirjatun

hoitosuunnitelman ansiosta myös kollegiaalisuuden yläkäsitteen uskottiin toteutuvan.

”Jos on vaikka omaisen kuolemaa varten hakemassa sairauslomaa, niin tieto siitä, että on käyty jo läpi se prosessi. Mutta että vielä sitten tuolta saa vahvistuksen, että ollaan samaa mieltä.”

Eräs haastateltava korosti, että HTA:ssa kirjattu jatkosuunnitelma selkeyttää potilastyötä antamalla ennakkotiedon hoidon jatkuvuudesta jo asiakkaan saapuessa. Haastateltavat näkivät haastavana sen, että kaikissa yksikössämme ei ole aina lääkäreitä saatavilla ja toivottiin tämän otettavan huomioon HTA:ssa. Tärkeänä nähtiin kirjaus siitä, jos lääkärille on varattu jatkoon aika tai lääkärin kanssa on sovittu konsultaatiomahdollisuudesta.

”joku tällainen, että lääkäriä oli jo konsultoitu jostakin tietystä asiasta, että lääkäri tulee käymään huoneessa, niin ne on aina todella helpottavia tietoja sieltä. Tottahan se teettää hoidon tarpeen arvioinnissa työtä, mutta se helpottaa taas siinä vastaanottotilanteessa.”

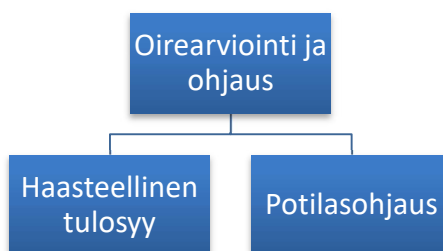
Sairauslomien kirjaus. Puhelimessa kirjoitettavat sairauslomat herättivät keskustelua. Useampi haastateltavista kirjoitti sairauslomat itse HTA-työn ohessa. Ruuhka-aikoina tämän koettiin hidastavan puhelintyötä. Etenkin sairauslomien erilaiset lähetysmenetelmät puhuttivat. Salatulla sähköpostilla lähettäminen koettiin työlääksi, koska asiakirjan tulostus ja skannaaminen veivät aikaa. Lisäksi pohdittiin virhemahdollisuuden lisääntymistä erilaisten lähetysmenetelmien kanssa, kun asioita on muistin varassa paljon. Useampi toivoi, että sairauslomat voisi vain postittaa tai salattuun sähköpostiin saisi sähköisen allekirjoituksen mahdollisuuden.

”Sairaslomien lähetyksen menetelmät hidastaa, kun toiset hakevat, toisille lähetetään ja toisille salatulla sähköpostilla. Mä mieluummin lähetän sen, mutta kai se on sanottava, että kyllä sen voi laittaa sähköpostillakin. Sähköinen lähetyksen on työläs, kun todistus pitää ensin lähteä skannaamaan ja liittää koneelle allekirjoituksen kanssa. Ehkä sähköinen allekirjoitus helpottaisi tässä. Ymmärrän kyllä, että postin kanssa saattaa mennä aikaa, ennekuin kirje on perillä ja työnantaja voi vaatia todistusta nopeastikin.”

Osa haastateltavista arvioi sairauslomien diagnoosien kirjaamisen haastavana. Koettiin, että hoitajien ICPC-luokituksen käyttö HTA-tilanteissa on helppoa ja luontevaa. Hoitajat kertoivat, että sairauslomien kirjaaminen vaatii raportoinnin kannalta lääkäreiden ICDC-10 tautiluokituksen käytön ja määrittämättömän koodin löytäminen on usein aikaa vievää ja haastavaa. Helpottavana koettiin, jos lääkäri oli asettanut diagnoosin aikaisemmin ja sitä pystyi hyödyntämään. Ongelmalliseksi nähtiin myös sairauslomat, jotka eivät varsinaisesti johdu asiakkaan omasta sairaudesta.

5.1.4 Oirearviointi ja ohjaus

Kolmantena haastattelun teemana oli hoidon tarpeen arvion ohjeistus. Teemaan pohjautuen, aineistoanalyysistä muodostui yhdistäväksi kategoriaksi asiakkaan oirearviointiin ja potilasohjaukseen liittyvät tekijät. Yhdistävien tekijöiden yläkategorioita olivat: haasteelliset tulokset ja potilasohjaus (kuvio 8).



Kuvio 8. Asiakkaan oirearviointi ja ohjaus hoidon tarpeen arvioinnissa.

Haasteellinen tulosyy. Tulositytä, jotka arvioitiin hoidon tarpeen arvioinnissa vaativiksi, nousi useita. Hankalimmaksi todettiin päänsärky, jonka taustat voivat johtua monesta eri syystä. Haastateltavat pohtivat, että aiheesta olisi hyvä saada lisäkoulutusta lääkäreiltä esimerkiksi henkilökuntapalaverissa. Kummassakin hoitajien haastatteluryhmässä koettiin ihottuma tulosyynä vaikeaksi. Tuotiin esille, että hoitajilla ei ole ihottumien tunnistamiseen ja hoitoon koulutusta, joten ainoaksi hoitomuodoksi jää usein valokuvan ottaminen ja lääkärin konsultointi. Eräs vastaajista muistutti myös ihottumien haasteellisuudesta niiden työperäisyyden arvioinnissa. Hankaliksi arvioitiin myös erilaiset ihomuutoksien, kuten luomien arvioinnit.

”No mä mietin semmoista, kun ihottumat ja kun miettii että mikä asiakkaan työ on, voiko se oikeasti olla siellä töissä? Voiko olla niin että tästä poikii heti 2 viikkoa sairaslomaa, niin nää on sellaisia sitten kun ihmiset kuvailee niitä, niin se on tosi vaikea.”

Myös mielenterveysongelmat nousivat keskusteluun hoitajien haastatteluryhmissä. Jaksamiseen liittyvät oireilut, työilmapiiri- ja kiusaamisasiat koettiin järkevimmiksi ohjata omille työterveyshoitajille. Todettiin, että omalla hoitajalla on paras tuntemus asiakkaasta ja hänen työpaikastaan. Tällainen oirekuva saattaa vaatia yhteydenottoa työntekijän esimieheen ja johtaa erilaisten neuvottelujen organisointiin työpaikan kanssa. Työterveyshoitajalla on myös oikeus ohjata asiakas työpsykologin vastaanotolle.

”Oirekuva ei tunnu hankalalta hoitaa, jos kyseessä on oma yritys, niin vähän tietää valmiiksi työpaikan ilmapiiriä. Sitten jos on toisen yritys niin ei tiedä yhtään siitä onko siellä ollut jotakin ongelmia siellä työyhteisössä ja onko niihin puututtu, kun ei ole mitään käsitystä niin sillä lailla sen on kokenut hankalaksi. Sitten esimieheltä saattaa tulla kyselyä sairauslomista omalle työterveyshoitajalle ja hän haluaa ker-

toa tilanteen omasta näkökulmasta, niin ehkä se olisi paras, että menisi suoraan sinne omalle, että pääsisi heti siihen asiaan kunnolla kiinni.”

Jokaisessa ryhmässä nousi keskusteluun tuki- ja liikuntaelinoireet. Tässä kohde-ryhmässä painotettiin HTA:n haastattelun tärkeyttä oirekuvan selkiyttämiseksi. Koettiin, että jos oireilu on ollut jo pitkäkestoista, on asiakas herkästi ohjattava lääkärin arvioon. Työfysioterapeuttiyhmä muistutti heidän suoravastaanotto-ohjeistansa, joista olisi hyvä tarkistaa kriteerit asiakkaan ajanvaraukselle.

” Olkapää, että laitetaanko ne aina ensin fyssärille vai laitetaanko lääkärille, että mikä on tavallaan kriteeri siihen, kuinka kauan sitä oiretta on siedettävä, että voidaan laittaa vielä fyssärille? tai mikä on joku kriittinen oire selän kanssa? Tavallaan jos ei ole selkeätä oiretta, kuten oikein hankalaa puutumista, pistelyä ja kaikkea sellaista hermosärkyä”

Molemmissa hoitajaryhmissä keskusteltiin infektiosta ja muista pitkittyneistä vaivoista, joille on tehty jo useampi hoitajan arvio. Toivottiin lääkärin näkemystä siihen, milloin asiakas siirretään lääkärin vastuulle. Usein kirjallisissa lääkärinkonsultaatioissa koettiin hankaluutena saada mahdollisimman kuvaava kirjaus eri oirekuvista, jotta lääkäri saisi selkeän kokonaiskuvan asiakkaan tilasta näkemättä. Tällaisia oirekuvia kerrottiin olevan esimerkiksi poskiontelo, korva ja silmäoireet. Konsultaation mahdollisuutta pidettiin tärkeänä.

”Poskiontelovaivat on hankalia ja ristiriitaisia, kun usein asiakkaalla on aikaisempaa poskiontelotaustaa ja hän tunnistaa oireen ja tiedostaa, että tämä ei mene kuin kuurilla ohitse. Se on niin eri asia kuin se asiakas istuu siinä sun vieressä ja löydökset sopivat tulehdukseen, kuukauden ollut väsynyt ja pientä lämpöilyä, niin kuinka saat sen asiakkaan voinnin kuvattua kirjaukseen lääkärille ymmärrettävästi.”

Haastateltavat kertoivat ongelmia tuovan myös tulokset, joista hoitaja voi periaatteessa määrittää laboratoriotutkimuksia, mutta tutkimuksen tulkintaan ei riitä hoitajan arvio. Tällaisia tuloksia arvioitiin olevan esim. rintatuntemukset, pohjekipu sekä vatsakipuiset. Päivystyksellisesti tullut huimaus koettiin myös haastavaksi hoitajan vastaanotolla. Haastateltavat toivoivat toimintaohjeita esimerkiksi fraaseihin näiden tulosten ohjaukseen. Myös erilaiset lääkärintulokset nostettiin esille, niiden kanssa kaivattiin selkeää ohjeistusta, milloin olisi hyvä tulla vastaanotolle ja milloin olisi hyvä käydä työterveyshoitajan arviossa etukäteen. Milloin pelkkä kirjallinen ajanvaraus olisi riittävä.

”Lausuntoasiat, kun joku soittaa esim. B-lausuntoasiaa niin miten näissä toimitaan? Pitäisi olla yleinen ohjeistus, joka ois kaikilla sama. Esim. pitääkö tulla lääkärille vai tekeekö lääkäri lausunnon ilman käyntiä vai pitääkö tulla ensin työterveyshoitajan arvioon, millaisissa tilanteissa? Koskee myös työkykyneuvotteluja, koen että ne on vaikeita”

Potilasohjaus. Tärkeimpänä asiana potilasohjauksessa korostui vastaanotolle tulo ainoastaan hoidon tarpeen arvion kautta. Tällöin asiakkaan oirekuva on otettu kokonaisvaltaisesti huomioon vastaanottavaa asiantuntijaa arvioidessa, asiakas on saanut potilasohjauksen ja HTA:sta on asiakkaan paperissa kirjaus. Kaikissa ryhmissä nousi keskusteluun esitietolomake. Työfysioterapeuttiyöryhmän haastattelussa kävi ilmi, että esitietolomake on laadittu, mutta se ei ole ollut käytössä. Haastattelussa pohdittiin voisiko lomakkeen ottaa käyttöön sähköisenä. Lomakkeet koettiin tärkeinä ja aikaa säästävinä elementteinä vastaanotoilla. Erityisen tärkeänä pidettiin, että lomakkeen täytön myötä asiakas pohtisi oireitansa jo ennen vastaanottoa.

”Esitietolomakehan meillä on, jota ei ole kyllä käytetty. Se olisi kyllä hyvä, kun asiakas tulisi ensimmäisenä käynnille sen lomakkeen kanssa. Se auttaisi tosi paljon ja nopeuttaisi omaa haastattelua ja toimintaa.”

Laboratorioon tulevan ravinnotta ohjaus arvioitiin puutteelliseksi. Kerrottiin, että päivittäin joku asiakas on epätietoinen valmistautumisohjeista. Todettiin, että asiakailta säästettäisiin työaikaa ja laboratoriolta resursseja, kun valmistautuminen olisi ensimmäisellä kerralla kunnossa. Haastattelussa syntyi pohdintaa siitä, annetaanko ohjaus asiakkaalle jo liian varhaisessa vaiheessa, kun se annetaan terveystarkastuskutsun yhteydessä tekstiviestillä. Pitäisikö ohjaus olla jopa suullinen motivointi?

”Laboratorioon tulevan valmistautumisohjaus, ravinnotta ohjaus, kuinka lääkkeet otetaan, fyysinen rasitus ennen näytteenottoa, näytteenottoaika ovat semmoisia ainaisongelmia, joka vaatisi jokaiselta tsemppaamista.”

Haastateltavat olivat yhtä mieltä siitä, että asiakkaita on tärkeää ohjeistaa ottamaan vastaanotolle mukaan mahdolliset muissa terveydenhuollon yksiköissä toteutetut tutkimustulokset. Myös esimerkiksi etukäteen tehdyt koti- PEF- ja verenpainemittaukset koettiin hyödyllisiksi. Tällöin asiakas valmistelee itseään tulevaa vastaanottokäyntiä varten ja ottaa siten vastuuta siitä. Hyvin valmistautunut asiakas on vastaanottavaisempi myös hoito-ohjeiden suhteen ja mahdollisuudet tuloksien aikaansaamiseksi ovat paremmat.

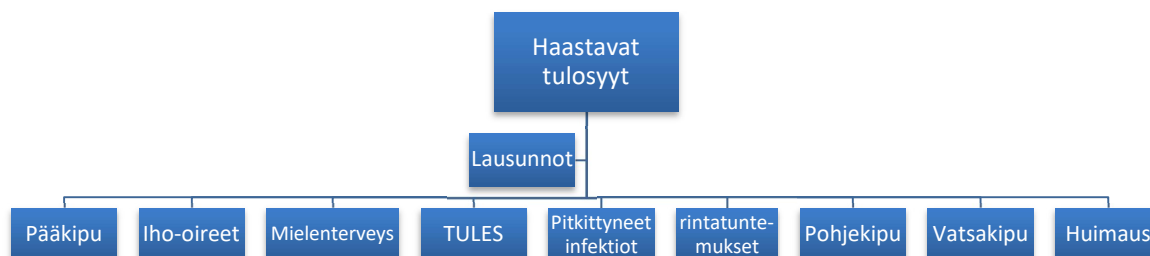
”Sanoa asiakkaalle, että jos sinulla on joitakin tutkimustuloksia muualta, niin tuothan ne tullessasi, jolloinka sitten ei tarvitse jälkikäteen ohjeistaa. Hän on jo aloittanut ne tietyllä lailla, koska silloin se ihminen tekee jotakin toimenpiteitä tulevaa vastaanottokäyntiä varten. Se ottaa jollakin lailla kontrollia itse siitä käynnistä.”

Kehotusta lääkelistan ottamisesta mukaan vastaanotolle pidettiin tarpeellisena, asiakkaat eivät aina muista mitä lääkkeitä käyttävät. Lisäksi koettiin vastaanottoja sujuvoittavana tekijänä valmiit laboratoriotulokset vierilaboratoriotutkimuksista, jotka HTA voisi määrätä ja laboratorioon ennen tulevaa vastaanottoa.

5.2 Lääkärien tuottamat kliiniset suositukset tutkimustulosten pohjalta

Hoidon tarpeen arviointia tekevien hoitajien haastattelututkimuksen tuloksista nousi yhdeksän oirekuvaa sekä lääkärinlausunnot, joihin Härmämedin lääkärin näkökanta ja ohjeistus koettiin tärkeänä työterveyspainotteisen sairaanhoidon näkökulmasta. Tavoitteena on saavuttaa, tekijästä riippumatta, yhtenäinen ja ammattitaitoinen potilasohjaus hoidon tarpeen arvioinnissa.

Oirekuvat olivat: päänsärky, iho-oireet, mielenterveys, tuki- ja liikuntaelinoireiset, pitkittyneet infektiot, rintatuntemukset, pohjekipu, vatsakipu ja huimaus (kuvio 9). Näiden tulosten pohjalta koostettiin Survaypal-kysely lääkärille. Heidän tuli arvioida avoimissa kysymyksissä, mitkä asiat tulisi löytyä HTA-kirjauksesta ja toiveet potilasohjaukseen, lisäksi kysyttiin mille ammattiryhmälle asiakas tulisi ohjata. Lääkärit vastasivat kysymyksiin henkilökohtaisesti. Kaikki tulokset olivat yhteeneväisiä, eikä ristiriitaa vastausten välillä ollut. Ohjeistuksiin kirjattiin kaikki tiedot mitä lomakkeisiin oli kirjattu.



Kuvio 9. HTA:ssa haastaviksi koetut tulokset.

5.2.1 Oirekohtainen ohjeistus

Päänsärlyn oirearvioinnissa asiakas ohjautuu seuraaville ammattiryhmille: kiirevastaanotto, työterveyslääkäri, hoitaja tai työfysioterapeutti. Taulukossa 1 on esiteltyä päänsärkyasiakkaan oirekohtainen ohjaus eri ammattiryhmille. Oirearvioinnin jälkeen kuvataan asiat, jotka tulisi sisällyttää HTA-kirjaukseen.

Taulukko 1. Päänsärkyasiakkaan oirekohtainen ohjaus eri ammattiryhmille.

KIIREVASTAANOTTO	TYÖTERVEYSLÄÄKÄRI	HOITAJA	TYÖFYSIOTERAPEUTTI
<ul style="list-style-type: none"> •Äkillinen, voimakas päänsärky •Oksentelu, huono yleisvointi •Neurologiset oireet •Raajojen heikkous •Hankala migreenikohtaus 	<ul style="list-style-type: none"> •Uusi/hankala päänsärky •Kova päänsärky ja siihen liittyen pahoinvointi, huimaus tai näköhäiriö •Toistuva migreeni 	<ul style="list-style-type: none"> •Diagnosoitu migreeni 	<ul style="list-style-type: none"> •Päänsärkyyn liittyen NHS-vaivoja

Asiakas ohjataan kiirevastaanotolle: äkillinen voimakas päänsärky, johon liittyy oksentelua tai neurologisia oireita, raajojen heikkoutta tai yleisvointi on huono tai on hankala migreenikohtaus. Ohjataan työterveyshuollon lääkärille: uusi tai hankala päänsärky, kova päänsärky, johon liittyy pahoinvointia, huimausta tai näköhäiriöitä ja jos aiemmin tiedossa oleva migreeni on alkanut toistua usein. Ohjataan hoitajalle: diagnosoitu migreeni, jos potilas tunnistaa oirekuvan. Ohjataan työfysioterapeutille: aikaisempi päänsärkyhistoria, johon liittynyt esim. niska hartiaseudun vaivoja.

Päänsärkyoireisen HTA-kirjaukseen sisältyvät seuraavat asiat:

- päänsärlyn luonne ja kesto
- aikaisempi päänsärkyhistoria
- muut päänsärkyyn liittyvät oireet (huimaus, oksentelu, raajaheikkous tai näköhäiriöt)
- käytetty kipulääkitys ja sen teho
- lääkeaineallergiat.

Iho-oireinen ohjataan oirearvioinnin perusteella seuraaville ammattiryhmille: kiirevastaanotto, työterveyslääkäri, työterveyshoitaja tai hoitaja. Taulukossa 2 on kuvattuna iho-oireisen asiakkaan oirekohtainen ohjaus eri ammattiryhmille. Oirearvioinnin jälkeen kuvataan asiat, jotka tulisi sisällyttää HTA-kirjaukseen sekä hoitajille ohjeistus asiakkaan valmistelusta ennen lääkärinvastaanottoa.

Taulukko 2. Iho-oireisen oirekohtainen ohjaus eri ammattiryhmille.

KIIREVASTAANOTTO	TYÖTERVEYSLÄÄKÄRI	TYÖTERVEYSHOITAJA	HOITAJA
<ul style="list-style-type: none"> • Ihottumaan liittyy yleisoireita 	<ul style="list-style-type: none"> • Ihottuma on laaja-alainen • Vetistävä • Selvästi tulehtunut • Sietämättömästi kutiava • Epäilyttävä luomimuutos 	<ul style="list-style-type: none"> • Epäily työperäisyydestä 	<ul style="list-style-type: none"> • Lievät ihottumat

Ohjataan kiirevastaanotolle: ihottumaan liittyy yleisoireita, kuten lämpöilyä ja yleisvointi on huono. Ohjataan työterveyshuollon lääkärille: laaja-alainen, vetistävä, selkeästi tulehtunut, sietämättömästi kutiava ihottuma sekä epäilyttävältä näyttävät luomimuutokset. Ohjataan työterveyshoitajalle: jos epäilyä työperäisyydestä. Ohjataan hoitajalle: lievöireisemmat ihottumat.

Tärkeimmät iho-oireisen HTA-kirjaukseen sisältyvät asiat:

- ihottuman kuvailu
- ihottuman luonne ja kesto
- ihottuman laajuus ja sijainti
- ihottumaan liittyvät oireet (kutina, vetistys, kuumotus, punoitus tai kuume)
- lääkitykset, myös voiteet
- lääkeaineallergiat.

Ohjeet vastaanotolle: kuumeiselta ihottumapotilaalta otetaan CRP ja La. Jos epäilään työperäistä ihottumaa, asiakas ohjataan omalle työterveyshoitajalle. Työterveyshoitaja tekee alustavan selvityksen omalla vastaanotollaan. Selvityksestä tulee löytyä seuraavat asiat: työpaikan altisteet, potilaan oirekuva tarkemmin sekä mahdolliset viitteet työperäisyydestä. Tämän jälkeen varataan vastaanottoaika lääkärille. Ohjeita hoitajalle: lääkärin konsultaatiossa ihottumasta otetaan mahdollisimman tarkka kuva kännykällä, kuvaa ottaessa ihottuman viereen asetetaan mittanauha, että voidaan arvioida ihottumaläiskien koko.

Mielenterveyteen liittyvien asioiden oirearvioinnissa asiakas ohjautuu seuraaville ammattiryhmille: kiirevastaanotto, työterveyslääkäri, työpsykologi tai työterveyshoitaja. Taulukossa 3 on kuvattuna mielenterveysoireisen oirekohtainen ohjaus eri ammattiryhmille. Oirearvioinnin jälkeen kuvataan asiat, jotka tulisi sisällyttää HTA-kirjaukseen.

Taulukko 3. Mielenterveysoireisen oirekohtainen ohjaus eri ammattiryhmille.

KIIREVASTAANOTTO	TYÖTERVEYSLÄÄKÄRI	TYÖPSYKOLOGI	TYÖTERVEYSHOITAJA
<ul style="list-style-type: none"> •Asiakas selkeästi harhainen •Asiakas itsetuhoinen •Omainen/läheinen soittaa huolipuhelun 	<ul style="list-style-type: none"> •Selkeästi uupunut •Sairausloman tarve •Lääkityksen tarve •Ahdistus •Unettomuus •Itsetuhoisuus 	<ul style="list-style-type: none"> •Ahdistus •Unettomuus •Itsetuhoisuus 	<ul style="list-style-type: none"> •Keskusteluapu/alkukartoitus •Ahdistus •Uupumus •Väsymys

Asiakas ohjataan kiirevastaanotolle tai tilataan ambulanssi: jos asiakas on selkeästi harhainen, itsetuhoinen ja joku tuttava/ omainen soittaa huolipuhelun. Ohjataan työterveyshuollon lääkärille: selkeästi uupunut, tarvitsee sairauslomaa ja lääkitystä. Ohjataan työterveyshuollon lääkärille tai työpsykologille: voimakas ahdistus, unettomuus tai itsetuhoisuus. Ohjataan omalle työterveyshoitajalle alkuarvioon: pääsääntöisesti kaikki keskusteluapua tarvitsevat ahdistus, väsymys ja uupumusasiakkaat.

Mielenterveysoireisen HTA-kirjaukseen sisältyvät seuraavat asiat:

- mielialan kuvaus (masennus, ahdistuneisuus, väsymys tai uupumus)
- itsetuhoisuus
- unettomuus
- työkyky.

Tuki- ja liikuntaelinoireiset (TULES) ohjataan oirekuvan perusteella seuraaville ammattiryhmille: kiirevastaanotto, työterveyslääkäri, työfysioterapeutti tai hoitaja.

Taulukossa 4 on esiteltyä TULES-oireisen oirekohtainen ohjaus eri ammattiryhmille. Oirearvioinnin jälkeen kuvataan asiat, jotka tulisi sisällyttää HTA-kirjaukseen.

Taulukko 4. TULES-oireisen oirekohtainen ohjaus eri ammattiryhmille.

KIIREVASTAANOTTO	TYÖTERVEYSLÄÄKÄRI	TYÖFYSIOTERAPEUTTI	HOITAJA
<ul style="list-style-type: none"> • "Red flags" erillisohteet • Murtumaepäilyt 	<ul style="list-style-type: none"> • "Red flags" • Tapaturmat • Yleisoireita • "Jäätynyt olkapää" • TULES-oire, joka haittaa selkeästi työkykyä 	<ul style="list-style-type: none"> • TULES-oireisen ensikäynti, jos ei edellämainittuja oireita 	<ul style="list-style-type: none"> • Lievän tapaturman kirjaus

TULES- oireisille on erillinen "red flags" ohjeistus valmiina, jos kyseisiä oireita ilmenee, ohjataan asiakas aina lääkärille. Ohjataan kiirevastaanotolle: "red flags" ja murtumaepäilyt. Ohjataan työterveyshuollon lääkärille: "red flags", tapaturmat, joissa vähääkään epäilystä jälkiseurauksista, yleisoireita, jäätynyt olkapää (ei juurikaan liikettä nivelessä) sekä TULES-oire, joka haittaa selkeästi työkykyä. Ohjataan työfysioterapeuteille: ensikäynti, jos kyseessä ei edellä mainitut. Ohjataan hoitajalle: lievä tapaturma, lähinnä kirjausta varten.

TULES-oireisen HTA-kirjaukseen sisältyvät seuraavat asiat:

- oirekuvan kesto
- oirekuvan voimakkuus asteikolla 1-10
- oireen luonne (säteilevä kipu, puuduttelu tai lihasheikkous)
- yleisoireet (kuume, voimakas väsymys jne.)
- tapaturmatausta
- käytetty kipulääkitys
- työkyky.

Infektiopotilas ohjataan oirekuvan perusteella seuraaville ammattiryhmille: kiirevastaanotto, työterveyslääkäri tai hoitaja. Seuraavassa taulukossa 5 on esitetty infektiopotilaan oireenmukainen ohjaus eri ammattiryhmille. Oirearvioinnin jälkeen ohjeita poskiontelo-oireisen ohjaukseen vastaanotolla.

Taulukko 5. Infektiopotilaan oirekohtainen ohjaus eri ammattiryhmille.

KIIREVASTAANOTTO	TYÖTERVEYSLÄÄKÄRI	HOITAJA
<ul style="list-style-type: none"> •Vaikeat silmävammat 	<ul style="list-style-type: none"> •Korvaoireet, joihin liittyy pahoinvointia ja huimausta •Silmäoireet, joihin liittyy punainen, kipeä tai valonarka silmä •Tulehdusoireet vain toisessa silmässä •Näkökyky heikentynyt •Vierasesine silmässä •Tulehdusoireet voimakkaita tai toistuvia 	<ul style="list-style-type: none"> •Poskiontelo-oireet •Korvakipuiset •Selkeästi rähmivät silmät

Ohjataan kiirevastaanotolle: vaikeat silmävammat. Ohjataan työterveyshuollon lääkärille: korvaoireet, joihin liittyy pahoinvointia tai huimausta. Silmäoireet, joihin liittyy punainen, valonarka ja kipeä silmä (iriitti-epäily), tulehdusoireet ovat vain toisessa silmässä, vierasesine silmässä tai näkökyky silmässä heikentynyt. Korva/silmä/poskiontelo-vaivat ovat erityisen voimakkaita tai toistuvia (3–4 tulehdusta ollut vuoden aikana) tai jos nenän tukkoisuus jatkuu antibioottikuurista huolimatta. Ohjataan hoitajalle: korvat, selkeästi rähmivät ja verestävät silmät sekä poskiontelo-vaivat.

Ohjeita vastaanotolle: Sinuiittiin voi konsultoida kuuria, jos oireilu on kestänyt yli kaksi viikkoa ja/tai tulee märkäistä eritettä nieluun, Sinusscanilla selkeät eritelöydökset ja kova poskipääkipu.

Rinta-oireiset ohjataan kivun luonteen perusteella seuraaville ammattiryhmille: kiirevastaanotto tai lääkäri. Taulukossa 6 on kuvattuna rintakipuisen oirekohtainen

ohjaus eri ammattiryhmille. Oirearvioinnin jälkeen kuvataan asiat, jotka tulisi sisällyttää HTA-kirjaukseen sekä hoitajille ohjeistus asiakkaan valmistelusta ennen lääkärinvastaanottoa.

Taulukko 6. Rintaoireisen oirekohtainen ohjaus eri ammattiryhmille.

KIIREVASTAANOTTO	TYÖTERVEYSLÄÄKÄRI
<ul style="list-style-type: none"> • Akuutti vasemmanpuoleinen rintakipu • Kipu/ kiristys vas. kaulalla tai vas. käden tai lavan seudulla • Puristava rintakipu • Rintakipu jatkunut intensiivisenä yli ½h. • Voimakas hengenahdistus • Asiakkaalla sepelvaltimotauti, korkea RR tai huono yleistila • Rytmihäiriö, joka vaikuttaa yleiskuntoon 	<ul style="list-style-type: none"> • Lievä ajoittainen rintakipu- tai tuntemus • Rytmihäiriötuntemus • Muljahdukset

Ohjataan kiirevastaanotolle/asiakas tai asiakaspalvelu soittaa ambulanssin: akuutti vasemmanpuoleinen rintakipu, kipua vasemmalla kaulalla tai vas. käden/lavan seudun kipua/kiristystä. Kipu on puristavaa. Kipu on jatkunut intensiivisenä yli puoli tuntia. Voimakas hengenahdistus. Asiakkaalla on todettu sepelvaltimotauti, korkea verenpaine tai yleistila on huono. Rytmihäiriö, joka vaikuttaa yleiskuntoon. Ohjataan lääkärille: lievä ajoittain tuntuva rintakipu tai -tuntemus, rytmihäiriötuntemus sekä muljahdukset.

Rintatuntemus oirekuvan HTA-kirjaukseen sisältyvät seuraavat asiat:

- kivun luonne, kesto ja toistuvuus
- rytmihäiriön luonne, kesto ja toistuvuus
- hengenahdistuksen luonne, kesto ja toistuvuus
- rasituksen sieto
- muut oireet.

Ohjeet vastaanotolle: Ennen vastaanottoa EKG ja tarvittaessa B-TnT-PT.

Pohjekipuinen asiakas ohjataan oirekuvan mukaan seuraaville ammattiryhmille: kiirevastaanotto, työterveyslääkäri tai työfysioterapeutti. Taulukossa 7 on esitelty pohjekipuisen oirekohtainen ohjaus eri ammattiryhmille. Oirearvioinnin jälkeen kuvataan asiat, jotka tulisi sisällyttää HTA-kirjaukseen sekä hoitajille ohjeistus asiakkaan valmistelusta ennen lääkärinvastaanottoa.

Taulukko 7. Pohjekipuisen oirekohtainen ohjaus eri ammattiryhmille.

KIIREVASTAANOTTO	TYÖTERVEYSLÄÄKÄRI	TYÖFYSIOTERAPEUTTI
<ul style="list-style-type: none"> • Pohkeen reilu turvotus, pinkeys ja kipu 	<ul style="list-style-type: none"> • Esitiedot osoittavat veritulppariskiä, taustalla aiempi syvä laskimotukos tai esim. lentomatka 	<ul style="list-style-type: none"> • Kipu vaikuttaa rasitusperäiseltä TULE-vaivalta

Ohjataan kiirevastaanotolle: pohje reilusti turvoksissa, pinkeä ja kipeä. Ohjataan työterveyshuollon lääkärille: jos esitiedot osoittavat veritulppariskiä, taustalla aiempi syvä laskimotukos tai esim. lentomatka taustalla. Ohjataan työfysioterapeutille: kipu vaikuttaa rasitusperäiseltä TULE-vaivalta.

Pohjekipu oirekuvan HTA-kirjaukseen sisältyvät seuraavat asiat:

- oireen kesto
- kivun voimakkuus
- rasitus ennen oireen alkamista
- tapaturmatausta
- taustalla lentomatka tai pitkä istuminen.

Ohjeet vastaanotolle: Jos esitiedot osoittavat veritulppariskiä otetaan B-Fidd-PT ennen vastaanottoa.

Vatsakipuinen ohjataan oirearvion perusteella seuraaville ammattiryhmille: kiirevastaanotto, työterveyslääkäri tai hoitaja. Taulukossa 8 kuvataan vatsakipuinen oirekohtainen ohjaus eri ammattiryhmille. Oirearvioinnin jälkeen kuvataan asiat, jotka tulisi sisällyttää HTA-kirjaukseen.

Taulukko 8. Vatsakipuinen oirekohtainen ohjaus eri ammattiryhmille.

KIIREVASTAANOTTO	TYÖTERVEYSLÄÄKÄRI	HOITAJA
<ul style="list-style-type: none"> • Äkillinen, epäselvä, kova vatsakipu 	<ul style="list-style-type: none"> • Ajoittaiset, lievät vatsakivut • Pitkittyneet vatsakivut/oireet • Verta ulosteessa 	<ul style="list-style-type: none"> • Akuutti gastroenteriitti (puhelimessa) • Satunnaiset kuukautiskivut

Ohjataan kiirevastaanotolle: äkillinen, epäselvä ja kova vatsakipu. On hyvä huomioida, kuuluuko tähytystutkimukset työnantajan tutkimuksiin. Jos ei, ohjataan potilas hakeutumaan suoraan omaan terveyskeskukseen. Ohjataan työterveyshuollon lääkärille: ajoittaiset ja lievemät vatsakivut, pitkittyneet vatsakivut/oireet, verta ulosteessa. Ohjataan hoitajalle: akuutti gastroenteriitti (hoidetaan yleensä puhelimitse) sekä satunnaiset kuukautiskivut.

Vatsakipuinen oirekuvan HTA-kirjaukseen sisältyvät seuraavat asiat:

- kivun sijainti
- kivun kesto
- kivun voimakkuus
- muut oireet (oksentelu, ripuli, närästys, virtsavaivat tai selkäkipu)
- omahoito.

Huimausoireinen ohjautuu oirearvioinnin perusteella seuraaville ammattiryhmille: kiirevastaanotto, työterveyslääkäri tai työfysioterapeutti. Taulukossa 9 kuvataan huimausoireisen oirekohtainen ohjaus eri ammattiryhmille. Oirearvioinnin jälkeen kuvataan asiat, jotka tulisi sisällyttää HTA-kirjaukseen.

Taulukko 9. Huimausoireisen oirekohtainen ohjaus eri ammattiryhmille.

KIIREVASTAANOTTO	TYÖTERVEYSLÄÄKÄRI	TYÖFYSIOTERAPEUTTI
<ul style="list-style-type: none"> • Äkillinen, voimakas huimaus, johon liittyy päänsärkyä, näköhäiriöitä, oksentelua, kuumetta, raajojen lihasheikkoutta tai puuduttelua 	<ul style="list-style-type: none"> • Lievemät ajoittain tuntuvat huimaukset • Akuutti huimaus aina lääkärille 	<ul style="list-style-type: none"> • Asiakas tunnistaa selkeästi huimauksen johtuvat niska- ja hartiaseudun oireilusta

Ohjataan kiirevastaanotolle: voimakas äkillinen huimaus, johon voi liittyä myös päänsärkyä, näköhäiriötä, oksentelua, kuumetta sekä raajojen puutumista tai lihasheikkoutta. Työterveyshuollon lääkärille: lievemät ajoittain tuntuvat huimaukset. Akuutti huimaus aina lääkärille. Ohjataan työfysioterapeutille: jos asiakas selkeästi tunnistaa huimauksen johtuvan niska- ja hartiaseudun oireilusta.

Huimausoireen HTA-kirjaukseen sisältyvät seuraavat asiat:

- huimauksen luonne (kiertävä, kaatava tai liittyykö asennonvaihtoon)
- infektioitausta
- aivoverenkiertohäiriötausta
- niska-hartiaseudun oireet
- korvakipu
- migreeni.

5.2.2 Toimintaohjeistus lääkärinlausunnoissa

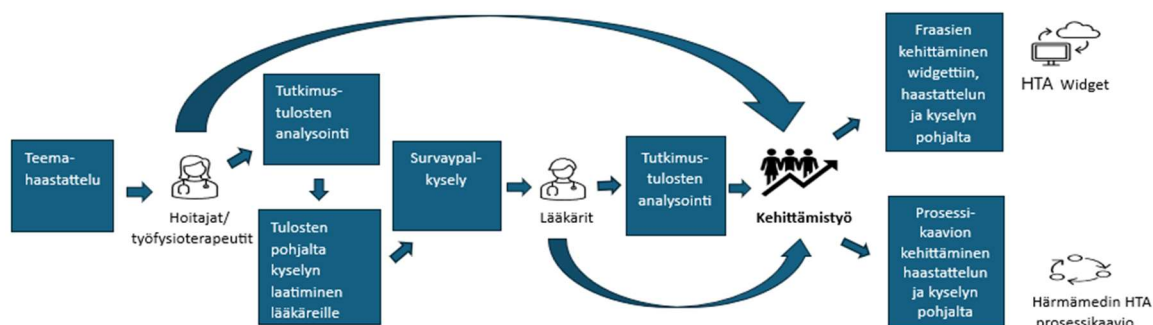
Lääkärinlausunnot tulee tehdä potilaan tutkimukseen perustuen eli lääkärin vastaanotto tarvitaan. Lyhyt sairausloma voidaan kirjoittaa hoitajan tai työfysioterapeutin konsultaation perusteella. Ennen työkyky- tai kuntoutusarviota potilaan on hyvä käydä oman työterveyshoitajan vastaanotolla. Työterveyshoitaja kirjaa ylös perussairaudet, lääkitykset, tehdyt toimenpiteet, kuntoutukset ja potilaan näkemys työ- ja toimintakyvystään.

Leikkauksen jälkeisessä sairausloman jatkossa varataan tunnin työkykyarvioaika lääkärille mielellään noin viikko ennen sairausloman loppumista. Joskus esim. kuntoutusta varten voi lausunnon tehdä ilman vastaanottoa, jos potilas on parin kuukauden sisällä käynyt vastaanotolla tai jos KELA pyytää B-lausuntoa työterveyslääkärin kirjoittamasta sairauslomasta. Lausuntojen tekemiseen kuluu yleensä aikaa, joten kalenterilta varataan kirjallista työtä vähintään 30 minuutin aika, koska asiaan pitää perehtyä tarkasti ennen lausunnon laatimista.

6 KEHITTÄMISTYÖN TULOKSET: WIDGET JA PROSESSIKAAVIO

Kehittämistehtävällisessä osuudessa oli tavoitteena luoda empiiristen havaintojen perusteella Härmämedille hoidon tarpeen arviointiin avuksi oire- ja tulosyykohtainen yhtenäinen ohjeistus. Tavoitteena oli löytää ohjeistukselle toimiva toteutusratkaisu potilastietojärjestelmään.

Lisäksi tarkoituksena oli luoda prosessikaavio hoidon tarpeen arvioinnin kulusta. Prosessikaavio sisältää vaiheittaisen ohjeistuksen puhelimessa tapahtuvalle hoidon tarpeen arvioinnille sekä sen kirjaamiselle. Kuviossa 10 on esitettyä kehittämistyön kulku.



Kuvio 10. Kehittämistyön prosessi

Prosessi alkoi hoitajien ja työfysioterapeuttien teemahaastattelulla. Teemahaastattelun tutkimustulokset analysoitiin induktiivista sisällönanalyysiä käyttäen. Tulosten pohjalta laadittiin lääkäreille puolistrukturoitu avoimia kysymyksiä sisältävä Survaypal-kysely. Kysymykset sisälsivät teemahaastattelusta nousseita haastavia tulosityitä, joihin haluttiin ottaa mukaan lääkärin kantaa, näin ohjeistukselle saatiin vahvaa ammatillista pohjaa (Liite 4). Kyselyyn vastasi viisi lääkäriä. Vastaukset olivat toistettavissa, eikä niistä noussut ristiriitaisuuksia, ne voitiin ottaa käyttöön sellaisenaan. Hoitajien, työfysioterapeuttien ja lääkärin tutkimustulokset koottiin yhteen.

Tuloksista lähdettiin luomaan oirekohtaisia ohjekokonaisuuksia, joita potilastietojärjestelmässämme kutsutaan fraaseiksi. Fraasit tallennettiin Hoidon tarpeen arvio Widgetin taustoihin, joista ne ovat valittavissa ja muokattavissa. Widget on sovelluksen osa, pieni ohjelma, joka näyttää sen taustoihin ohjelmoituja hakukenttiä. Widget tarjoaa nopeamman pääsyn tiettyihin toimintoihin ja tietoihin, ilman että tarvitsee selailta syvemmälle käyttöliittymään ja näin tehostaa ja nopeuttaa hoidon tarpeen arvio prosessia.

Hoitajien teemahaastattelun ja lääkärin Survaypal-kyselyn tulosten pohjalta lähdettiin lisäksi kehittämään Härmämedin omaa hoidon tarpeen arvio prosessikavioita. Seuraavissa kappaleissa kuvataan tarkemmin kehittämistyön prosessit ja tulokset.

6.1 Hoidon tarpeen arviointi widget

Tutkimuksen tarkoituksena oli tutkimustulosten perusteella tuottaa oire- ja tulosykohtainen ohjeistus ja löytää sille toimiva toteuttamisratkaisu potilastietojärjestelmään. Haastateltavat kokivat hankaluutta puhelun rajaamisessa ydinasiaan. Omien nimettyjen asiakkaiden kohdalla lähdetään myös helposti tekemään kokonaisvaltaista hoitoa arviointi puhelun sijaan. Myös vähemmän työkokemusta omaavat hoitajat kokivat hankaluutta löytää tarkkoja kysymyksiä puhelun aikana. Koettiin, että HTA- tilannetta voisi helpottaa puhelua ohjaavien fraasien avulla. Varsinkin ruuhka-aikoina kaivattiin tietynlaisia tarkennettuja kysymyksiä muistin tueksi puheluita ja niiden kirjaamista helpottamaan. Uskottiin, että tämä myös lisäisi kirjauksien tasalaatuisuutta ja kirjaukset olisivat kattavampia. Tutkitun tiedon mukaan fraasit yhtenäistävät, selkeyttävät ja nopeuttavat HTA:n ja sen kirjaamisen tekemistä. Ne antavat myös rungon puheluille. Ohjelmien avulla voidaan kehittää puheluiden ja kirjaamisen nopeutta, tarkkuutta ja tehokkuutta (Tariq ja muut, 2017; Kaminsky ja muut, 2017; Nykänen & Junttila, 2012; North ja muut, 2014; Thomas ja muut, 2013; Nagpal ja muut, 2013).

Haastattelussa nousi esiin kymmenen kehitettävää kohdetta, joiden pohjalta luotiin ohjeistukset. Fraasit muodostettiin otsikoilla: päänsärky, iho-oireet, mielenterveys, TULES (tuki- ja liikuntaelinoireiset), pitkittyneet infektiot, rintatuntemukset, pohjekipu, vatsakipu, huimaus ja lausunnot.

Fraasien toivottiin olevan rakenteeltaan samanlaisia. Pidettiin tärkeänä, että otsikoinnista pystyisi valitsemaan asiat mihin vastata. Otsikoinnin nähtiin samalla toimivan muistilistana kysymyksille. Rakenteesta toivottiin löytyvän ainakin tulosyy, oireiden kesto ja jatkosuunnitelmaa asiakkaan hoidosta, jos sitä on puhelimesta tehty. Fraasien hyötyä tuotiin esille myös sillä, että kirjaus siirtyisi heti asiakkaan kertomukseen ja säästyttäisiin tuplakirjaukselta. Tämän arvioitiin ehkäisevän virhemahdollisuuksia sekä tuovan laatua kirjauksiin.

Potilastietojärjestelmä VitecAcute Oy:n kanssa käytiin keskusteluja alustasta, jolla toiminto saataisiin sujuvaksi. Päädyimme yhteydenotto ja hoidon tarpeen arviointi widgettiin (kuvio 11), joka perustuu AvoHILMO-raportoinnin vaatimuksiin. AvoHilmo-tietojen perusteella mahdollistetaan hoidon saatavuuden seuranta, mutta myös ohjataan hoitoprosessia. Widgetin taustoihin luotiin fraasisto tutkimustulosten mukaisesti.

Hoidon tarpeen arviointi tai takaisinsoittojonoon asettaminen

Kansiotyyppi: Työterveyshuolto Terveydenhuolto Tee hoidon tarpeen arviointi

Kiireellisyys: Ei valittu Korkea Normaali Matala Aseta takaisinsoittojonoon

Valitse yhteydenottotapa: Reaaliaikainen etäasiointi (R52)

Yksikkö: Hämmämedi Palveluyksikkö

Yhteydenoton muistinpanot

POHJEKIPU

Oireet:

Kesto:

Kivun voimakkuus:

Turvotus:

Onko lähiaikoina ollut intensiivistä liikuntaa, vaikuttaa TULES-peräiseltä (TFT):

Taustalla pitkä istuminen (lääkäri):

Taustalla tapaturma(lääkäri):

Taustalla syvä laskimotukos (lääkäri)

Voimakas turvotus/ pinkeys / kipu (kiire/vo):

Ohjeet vastaanotolle: Jos esiliedot osoittavat ventulppariskiiä otetaan B-Fidd-PT ennen vastaanottoa.

Yhteydenotto ja hoidon tarpeen arviointi

Yhteydenotto 25.02.2024 ...

Hoitoon pääsyn seuranta

Kuvio 11. Yhteydenotto ja hoidon tarpeen arviointi widget (Kuvaan saatu lupa Vi-tecAcute Oy:ltä).

Hoidon tarpeen arviota tehdessä valitaan asiakas ja hänen tietojensa alta yhteydenotto ja hoidon tarpeen arvio widget, sen jälkeen rekisteröidään yhteydenotto. Yhteydenoton rekisteröinnin jälkeen aukeaa fraasi ikkuna, josta valitaan tulossyn mukainen fraasi ja kirjaus tehdään hoidon tarpeen arvio fraasipohjaan. Fraasipohja on muokattavissa. Kun kirjaus on valmis, valitaan tee hoidon tarpeen arvio ja hoidon tarpeen arvio kirjaus tallentuu potilaskertomukseen (Kuvio 12).

Hoidon tarpeen arviointi Mäki Annukka Hoitaja (ei tth-kela) / Härmämedi Palveluyksikkö / Härmämedi Oy
25.02.2024 20:53 Työterveyshuolto, Kela-luokitus: 0 VALMIS

Tulotilanne	
HOIDON TARVE	<p>TULES:</p> <p>Oirekuva: Alaselkäkipu Liittykö oireeseen tapaturma (lääkäri): Liukastunut työpaikan pihassa Kesto: 3 päivää</p> <p>Liittykö puutumista, säteileekö kipu: Kipu säteilee vasempaan reiteen Onko lihasheikkoutta:- Onko yleisoireita(kuume, väsymys) (lääkäri):- Kuinka on hoitanut vaivaa: Ottanut Buranaa ja pitänyt selällä lämpötyynyä Miten vaiva haittaa normaalia elämää ja työntekoa: Kipu valvottaa öisin, kumartaminen hankalaa. Ei työkykyinen.</p> <p>Kyseessä tapaturma, varataan aika lääkärin arvioon</p>
ARVIOINNIN TULOS	<p>Y13 - Akuutti- tai kiirevastaanotto virka-aikana 3 vrk:n kuluessa Yksikkö: Härmämedi Palveluyksikkö</p>
KIIREELLISYYS	<p>Hoito akuutti- tai kiirevastaanotolla</p>
HOIDON SYY	<p>Hoidon tarpeen arviointi L03 Alaselän oire/vaiva</p>

Kuvio 12. Hoidon tarpeen arvio kirjaus potilaskertomuksessa

Näin asiakkaasta saadaan selkeä strukturoitu hoidon tarpeen arvio kirjaus. Jatkossa ohjeistusta tullaan laajentamaan, osallistamalla prosessiin koko hoidon tarpeen arviointia tekevä henkilökunta.

6.2 Hoidon tarpeen arviointi prosessikaavio

Prosessikaavio on kehitetty teemahaastattelusta nousseiden kokemusten ja kehittämissuositusten pohjalta. Härmämedin hoidon tarpeen arviointi tullaan jatkossa toteuttamaan prosessikaavion mukaisesti (Kuvio 13). Prosessikaavio käydään läpi opinnäytetyön esityksen yhteydessä sekä sitä kerrataan hoitajapalaverissa. Kaavio myös tallennetaan Härmämedin IMS-laatu järjestelmään sekä liitetään osaksi Härmämedin perehdyttämissuunnitelmaa.

Tutkimustuloksista nousi esiin kokemus kiireen tunnusta HTA-työtä tehdessä. Painetta koettiin liian hitaasta suoriutumisesta. Nähtiin, että HTA-prosessi tulisi saada suorittaa kokonaisuudessaan rauhassa ennen seuraavaa asiakasta. Proses-

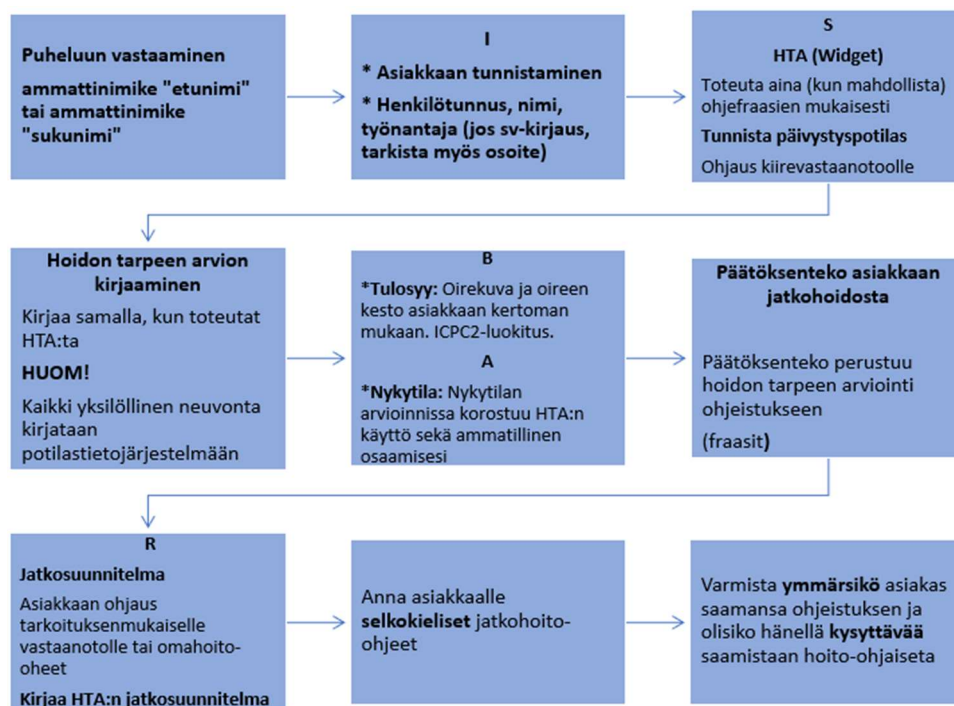
sikaavion avulla pyritään selkiyttämään hoidon tarpeen arvion kulkua ja ohjaamaan hoitajia keskittymään olennaisiin asioihin, tällöin arviotilanne tulee olemaan suunnitellumpi ja johtaa parempaan suorituskykyyn.

Hoidon tarpeen arvion kirjaamisessa pidettiin tärkeänä, että kirjaukset löytyisivät jokaisesta asiakkaasta, jotka ovat tulossa joko vastaanotolle tai heille on varattuna puhelinaika. Kirjaukset nähtiin keskeisinä, jotta ammattihenkilö voi asianmukaisesti valmistautua asiakkaan vastaanottoon ja taata sujuvan hoitopolun. Kirjaus sisällytettiin prosessikaavioon ja se ohjataan toteutettavaksi puhelun aikana. Näin varmistetaan valmiit kirjaukset asiakkaan tullessa vastaanotolle.

Haastateltavien mukaan asiakkaan tila tulisi arvioida siten, että hänet ohjataan suoraan oikealle henkilölle, vaikka vapaita aikoja olisi väliaikaisesti vähemmän tarjolla. Tällä tavoin voitaisiin vapauttaa henkilökunnan resursseja, eikä asiakasta tarvitsisi ohjata turhaan usealle eri ammattilaiselle. Prosessikaavioon kirjattiin ohjeeksi, että päätöksenteko jatkohoidosta tulee perustua hoidon tarpeen arviointi ohjeistukseen ja asiakas ohjataan tarkoituksenmukaiselle vastaanotolle.

Asiakasohjauksen tärkeys korostui tuloksissa. Koettiin, että hyvin ohjattu asiakas valmisteleo itseään tulevaa vastaanottokäyntiä varten ja ottaa siten vastuuta siitä. Hyvin valmistautunut asiakas on vastaanottavaisempi myös hoito-ohjeiden suhteen ja mahdollisuudet tuloksien aikaansaamiseksi ovat paremmat. Prosessikaavioon sisällytettiin asiakkaan selkokielineo ohjeistus sekä puhelun lopuksi tulee varmistaa, että asiakas on ymmärtänyt mitä puhelimeo on sovittu.

Prosessikaavio ohjaa puhelun kulkua ja toimii rakenteena potilastietojen dokumentointiin. Hoidon tarpeen arvioinnin avuksi luodut tulosyykohtaiset ohjeistukset auttavat selvittämään asiakkaalta olennaiset tiedot. Puhelun etenemiseo ei odoteta seuraavan automaattisesti prosessimallia, vaan työterveyteen soittavaa asiakasta tulee lähestyä, ammattimaisesti ja inhimillisesti (THL, 2020). Seuraavaksi esitetty Härmämedin hoidon tarpeen arviointi prosessikaavio on rakennettu ISBAR-mallia apuna käyttäen (kuvio 13).



Kuvio 13. Hoidon tarpeen arviointi prosessikaavio ISBAR-mallin mukaan.

Kuvio 13 kuvaa prosessikaavion etenemistä. Puheluun vastataan joko etu- tai sukunimellä. Asiakas tunnistetaan aina kysymällä henkilötunnus, sen jälkeen tarkistetaan asiakkaan nimi. Jos kysymyksessä on sairausloman kirjoitus, tarkistetaan myös osoitetiedot. Seuraavassa vaiheessa siirrytään HTA-widgettiin, jonka avulla asiakas haastatellaan ohjeistuksen mukaisesti. Tässä vaiheessa arvioidaan vastaanoton kiireellisyys sekä ammattiryhmä mille asiakas ohjataan. HTA:n kirjaaminen tapahtuu yhtäaikaaisesti puhelun kanssa, myös yksilöllinen neuvonta kirjataan potilastietojärjestelmään, vaikka puhelu ei johtaisi ajanvaraukseen.

Asiakkaasta kirjataan tulosyy eli oirekuva ja oireen kesto asiakkaan kertoman mukaan sekä nykytila, jonka arvioinnissa korostuu HTA:n käyttö ja ammatillinen osaaminen. Käynninsyy kirjataan kertomukselle myös ICPC2 luokituksella. Seuraavaksi kirjataan jatkohoitosuunnitelma. Päätöksenteko jatkohoidosta perustuu hoidon tarpeen arviointi- ohjeistukseen, jossa arvioidaan ohjaus tarkoituksenmukaiselle vastaanotolle tai annetaan omahoito-ohjeet. Asiakkaalle tulee antaa selkokieleset

jatkoahoito-ohjeet. Puhelun loppuksi varmistetaan, ymmärsikö asiakas saamansa ohjeistuksen ja olisiko hänellä kysyttävää jatkohoidosta.

7 POHDINTA

Tutkimuksen tarkoituksena oli empiirisen aineiston avulla selvittää kokemuksia sekä kehittämissuhteita puhelimitse tapahtuvasta hoidon tarpeen arvioinnista ja sen kirjaamisesta. Tutkimuksen tavoite oli yhtenäistää ja kehittää työterveyspalveluun hoidon tarpeen arviointi prosessia Härmämedi Oy:ssä. Haastateltavat (n=12) sekä kyselyyn vastanneet (n=5) olivat työterveyshuollon ammattihenkilöitä, joilla oli pitkäaikaista kokemusta työskentelystä työterveyshuollossa. Myös opinnäytetyöntekijän omakohtainen yli 20 vuoden kokemus hoidon tarpeen arvioinnista sekä mielenkiintonsa ja tietämyksensä aihetta kohtaan antoivat lisäarvoa tutkimukselle. Näin ollen tutkimustulosten perustana oleva tieto rakentui vankkaan käytännön kokemukseen. Lisäksi tutkimukselle oli aito tarve.

Tutkimus eteni suunnitellun aikataulun mukaisesti, haastattelut oli helppo sopia ja toteuttaa työpaikan henkilöstölle, joka edesauttoi aikataulussa pysymistä. Kollegojen tuki osoittautui merkitseväksi ja monenlaista kehittämistä aloitettiin toteuttamaan jo tutkimuksen aikana. Suomenkielistä kirjallisuutta hoidon tarpeen arvioinnista oli niukasti saatavilla tai se oli melko vanhaa. Pohjoismaista tutkimusta löytyi runsaasti. Tutkimuksen aikana koen kasvaneeni hoitajana sekä opinnäytetyön tekijänä. Koen löytäneeni uusia näkökulmia kehittäjän rooliin. Olen innostunut ja motivoitunut jatkotutkimusaiheiden tutkimiseen, jotka ovat nousseet esille tämän tutkimuksen tuloksista. Lisäksi tuntuu palkitsevalta työskennellä tutkittuun tietoon perustuvan kehittämisen parissa. Tässä osiossa tarkastellaan tutkimuksen tuloksia sekä millaisia johtopäätöksiä sekä kehittämissuhteita niistä voi tehdä. Sen lisäksi pohditaan jatkotutkimusaiheita.

7.1 Johtopäätökset

Puhelimitse tapahtuva hoidon tarpeen arviointi on tärkeä osa työterveyshuollon palveluketjua. Usein se on myös asiakkaan ensimmäinen yhteydenotto palveluun. Laadukas hoidon tarpeen arviointi varmistaa, että asiakkaat saavat tarvitsemaansa

hoitoa oikeaan aikaan ja oikeassa paikassa, samalla hyödyntäen tehokkaasti työterveyshuollon resursseja. Hoitajien jaksaminen ja työhyvinvointi ovat keskeisiä tekijöitä organisaation pito – ja vetovoiman kannalta. (Field, 2023.)

Tutkimuksen perusteella hoitajat tekevät mielellään hoidon tarpeen arviointi työtä. Tulosten perusteella tunnistettiin puhelimitse tehtävän hoidon tarpeen arvioinnin tukitekijöitä ja koettuja haasteita. Toimintaympäristö, laadukas asiakaspuhelu, laadukas kirjaus sekä oirearviointi ja ohjaus nousivat HTA:n kannalta merkityksellisiksi kategorioiksi. Tutkimustulokset olivat hyvin samanlaisia vastaajasta riippumatta. Tulokset osoittivat selkeästi, että HTA:ta tekevillä työntekijöillä oli samanlainen kokemus työnkuvasta ja sen kehittämiskohteista.

Tutkimustuloksista nousi esiin tarkoituksenmukaisen toimintaympäristön tärkeys työn tekemiselle, toimintaympäristöltä odotettiin riittäviä resursseja, häiriötöntä työtilaa sekä mahdollisuutta puheluiden huolelliseen ja rauhalliseen käsittelyyn. Haasteeksi koettiin asiakkaan vaikeus kuvata oireitaan puhelimesta, kommunikaatio vaikeudet esimerkiksi kielimuurin takia sekä vastaanottoaikojen puute.

Ruotsalaistutkimuksessa selvitettiin Berntsson ja muut (2022) HTA: ssa työskentelevien hoitajien kokemuksia ja käsityksiä potilasturvallisuudesta. Tutkimuksessa nousi esille resurssien puutteesta johtuva puheluiden kerääntyminen jonoksi, joka lisäsi työpainetta. Puheluiden lisäksi myös erilaiset etäpalvelut, lisäsivät painetta ajankäytössä. Jatkuva paine aiheutti stressiä ja väsymystä. Tämän seurauksena kognitiiviset kyvyt heikentyivät ja virheiden pelko saattoi kasvaa. Hoidon tarpeen arvioinnin toteuttamista hankaloitti myös vastaanottoaikojen puute. Puhelujen kestot pitenivät, kun yritettiin etsiä vaihtoehtoisia ratkaisuja asioiden hoitamiseksi. Hoitajan kyvyttömyys vastata asiakkaan palveluntarpeeseen organisaation resurssien puutteen vuoksi saattaa aiheuttaa hänessä riittämättömyyden tunnetta, pettymystä ja ahdistusta. (Eriksson ja muut, 2019; Wahlberg ja muut, 2003; Gustafsson & Eriksson, 2021.) Tiukkojen rajoitusten asettaminen puhelun kestolle

on havaittu aiheuttavan tunteita riittämättömydestä, stressiä ja pelkoa siitä, että jotain jää kysymättä (Berntsson ja muut, 2022; Eriksson ja muut, 2019).

Tutkimustuloksissa koettiin tärkeäksi asiakasyritysten tietoisuuden lisäämisen työterveyshuollon sopimusten laajuudesta sekä niiden selkeästä kirjaamisesta potilastietojärjestelmään. Työterveyshuoltolain (Työterveyshuoltolaki, 3:12§) mukaan työnantaja voi velvoitettavien palveluiden lisäksi järjestää työntekijöilleen sairaanhoito- ja muita terveydenhuoltopalveluita. Tämä on työnantajalle vapaaehtoista toimintaa. Työnantaja voi määritellä työntekijöilleen tarjoamansa sairaanhoidon laajuuden. Sopimuksia on hyvin eri laajuisia. Sopimuslaajuuksien tarkistaminen jää usein HTA-työtä tekevän vastuulle, vaikka työterveyshuollon laajuudesta henkilökunnalle tiedottaminen kuuluisi asiakasorganisaatiolle. Yritysten taustatiedoissa on paljon informaatiota ja lyhyen puhelun aikana spesifin tiedon etsiminen voi olla haastavaa.

Toimintaympäristöstä johtuviin haasteisiin tarvitaan esihenkilön ja organisaation tukea. Tiimissä voisi yhdessä pohtia miten työyhteisö pystyisi tukemaan tiimiä, jotta he voivat käsitellä puheluita huolellisesti ja rauhallisesti, vaikka tilanne olisi haastava. Lisäksi on pohdittava, miten voisimme varmistaa, että tiimillämme on tarvittavat resurssit ja työskentelytilat, jotka tukevat tehokasta ja häiriötöntä työskentelyä.

Laadukasta hoidon tarpeen arvio työtä asiakaspuheluissa tukevat ammattiosaaminen, työkokemus ja kollegiaalisuus. Kollegoiden matalan kynnyksen konsultoiminen koettiin tärkeäksi. Haasteita koettiin puhelun rajaamisessa ydinasiiaan, varsinkin omien nimettyjen työterveysasiakkaiden kohdalla. Tutkimuksessa nousi esiin puhelua ohjaavien fraasien tarve. Fraasit yhtenäistäisivät, selkeyttäisivät ja nopeuttaisivat arvion ja kirjaamisen tekemistä. Ne antaisivat myös rungon haastaville puheluille. Tutkitun tiedon mukaan ohjelmien avulla voidaan kehittää puheluiden ja kirjaamisten nopeutta, tarkkuutta ja tehokkuutta (Tariq ja muut, 2017; Kaminsky ja muut, 2017; Nykänen & Junttila, 2012; North ja muut,

2014; Thomas ja muut, 2013; Nagpal ja muut, 2013). Kansainvälistä ja etenkin pohjoismaalaista tutkimusta HTA: n päätöksenteon tukena käytettävistä ohjelmista löytyy paljon. Aihetta olisi hyvä tutkia myös suomalaisista toimintamalleista.

Laadukas kirjaaminen ja oirekuvauksen yhtenäinen kirjaamistapa nousi tutkimuksessa tärkeäksi kehityskohteeksi. Haasteena koettiin myös laadukkaan sairausloman kirjaaminen ruuhka-aikoina puhelimesta. Laadukkaan kirjauksen todettiin helpottavan vastaanottotilanteen valmistelua ja suorittamista. Yhtenäisiä fraaseja toivottiin selkeyttämään kirjaamistyötä. Fraasien toivottiin olevan rakenteeltaan samanlaisia. Pidettiin tärkeänä, että otsikoinnista pystyttäisiin valitsemaan asiat mihin vastata. Otsikoinnin nähtiin samalla toimivan muistilistana kysymyksille. Rakenteesta toivottiin löytyvän ainakin tulosyy, oireiden kesto ja HTA: n jatkosuunnitelma. Fraasien hyötyä tuotiin esille myös sillä, että kirjaus siirtyisi heti asiakkaan kertomukseen ja säästyttäisiin tuplakirjaukselta. Tämän arvioitiin ehkäisevän virhemahdollisuuksia sekä tuovan laatua kirjauksiin. Potilasasiakirjoihin määritellyt yhtenäiset tietorakenteet ovat edellytyksenä valtakunnallisten sähköisten tietojärjestelmäpalvelujen (Kanta-palvelut) käyttöön ja hyödyntämiseen. Rakenteinen, määrämuotoinen tieto tarkoittaa tiedon kirjaamista yhteisten, sovittujen rakenteiden avulla. (THL, 2023.)

Määrämuotoiset kirjaukset ovat hyödyllisiä vastaanottotilanteissa. Ne tekevät tiedonhallinnasta helpompaa, sillä strukturoituja kirjauksia on helpompi jäsentää ja tarvittava tieto löytyy nopeasti. Tämä varmistaa myös sen, että kaikki tarvittava tieto tallentuu asianmukaisesti potilaskertomukseen. Lisäksi olen huomannut, että määrämuotoiset kirjaukset vähentävät väärinymmärrysten riskiä. Koen tämän olevan erityisen tärkeää HTA-päätöksentekotilanteissa, joissa tieto tulee löytää nopeasti. Heikkoutena määrämuotoisessa kirjauksessa voidaan pitää sitä, että vaikka fraasit ovatkin usein hyödyllisiä, on tärkeää käyttää niitä harkiten ottaen huomioon kunkin tilanteen tarpeet ja vaatimukset. Uuden toiminnon koulutuk-

sessä tulen kiinnittämään tähän huomiota, korostamalla oman harkinnan tärkeyttä, jokaista otsikkoa ei ole tarkoituksenmukaista pyrkiä täyttämään. Joskus kirjaus on parempi tehdä jopa ilman fraasistoa.

Tutkimuksesta nousi esiin hoidon tarpeen oirearviointia ja ohjausta tehdessä moniammatillisuuden, vastaanottajan ammatin ja erikoisosaamisen parempi huomiointi. Haastavina oirekuvina hoidon tarpeen arvioinnin potilasohjauksessa koettiin työterveyspainotteisen sairaanhoidon näkökulmasta: Päänsärky, iho-oireet, mielenterveys, tuki- ja liikuntaelinoireiset, pitkittyneet infektiot, rintatuntemukset, pohjekipu, vatsakipu ja huimaus. Haastetta tuo tarvittavien vastaanottoressurssien ajoittainen puute. Asiakkaan tilanne tulisi arvioida huolellisesti siten, että hän ohjautuu suoraan oikealle vastaanotolle. Tällä tavoin voitaisiin vapauttaa henkilökunnan resursseja, eikä asiakasta tarvitsisi ohjata turhaan usealle eri ammattilaiselle. Asia ilmeni myös Hynninen ja muut (2023) tutkimuksessa, jossa kiinnitettiin huomiota siihen, että palveluiden käyttö kohdentuu työterveyshuollossa usein lääkärivastaanottoihin ja vain noin kolmasosa TULE- tai MT-diagnoosin saaneista kävi työfysioterapeutin tai -psykologin vastaanotolla. Työterveyshuoltotyötä tekee moniammatillinen tiimi, johon kuuluu työterveyshoitaja, työterveyslääkäri, työfysioterapeutti ja työpsykologi. He suunnittelevat ja toteuttavat palvelut sekä seuraavat niiden vaikuttavuutta yhteistyössä työpaikan kanssa. (TTL, 2023). Työterveyshuollon keskeinen tehtävä on ammattitautien ja työhön liittyvien sairauksien ehkäisy sekä varhainen toteaminen (Reijula, 2022).

Tutkimustuloksista voidaan todeta, että ne tuottivat tietoa Härmämedin ammattihenkilöiden kokemuksista hoidon tarpeen arvioinnista ja sen kirjaamisesta. Karoitetuilla kokemuksilla saatiin selvitettyä työnkuvan nykytila ja nostettua esiin hyviä käytäntöjä sekä kehittämistarpeita. Tutkimustuloksia voidaan hyödyntää uusien toimintamallien kehittämisessä, koulutusten suunnittelussa sekä organisaation resurssien ja strategioiden optimoinnissa.

7.2 Jatkotutkimusaiheet

Tämän tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää kokemuksia sekä kehittämissuhteita puhelimesta tapahtuvasta hoidon tarpeen arvioinnista ja sen kirjaamisesta. Tutkimustulosten perusteella oli tavoitteena luoda Härmämedille hoidon tarpeen arvioinnin avuksi oire- ja tulosyykohtainen yhtenäinen ohjeistus sekä löytää ohjeistukselle toimiva sovellus potilastietojärjestelmään. Myös tutkimustulosten perusteella koettiin tärkeäksi kehittämissaiheeksi fraasien muodostaminen puheluiden ja kirjaamisen tueksi. Haastattelussa nousi esiin kymmenen kehitettävää kohdetta, joiden pohjalta luotiin ohjeistukset. Järjestelmätoimittaja VitecAcuten kanssa päädyttiin yhteydenotto ja hoidon tarpeen arviointi widgetin integrointiin potilastietojärjestelmään. Widgetin taustoihin luotiin fraasisto tutkimustulosten mukaisesti.

Jatkossa uusia fraasitoimintoja tulisi arvioida kriittisesti. Tutkimusta tulisi tehdä käyttäjän näkökulmasta ja arvioida parantaako uusi toiminto HTA:n sujuvuutta sekä käytettävyyšnäkökulmasta, onko toiminto sujuva vai hidastaako se kirjauksen tekoa, miten toimintoa voisi parantaa? Lisäksi ohjeistusta tullaan laajentamaan osallistamalla kehittämistyöhön HTA-työtä tekeviä. Digialustojen sujuvaan käyttöönottoon vaikuttavat erityisesti koettu hyöty ja käyttäjäystävällisyys, näiden lisäksi kliinistä työtä tekeviä kannattaa osallistaa projektiin jo suunnitteluvaiheessa. Onnistuneeseen käyttöönottoon vaikuttaa se, vastaako teknologia kliinisen työn tarpeisiin asianmukaisesti. (Koivisto ja muut, 2019, s. 185.)

Toinen tutkimuksessa esiin noussut kehittämiskohde olisi tutkia, miten voimme lisätä asiakasyritysten ja heidän henkilökuntansa tietoisuutta työterveyshuollon kanssa neuvotelluista sopimuslaajuuksista. Tutkimuksessa voisi kartoittaa nykytilaa, millainen on heidän nykytietämyksensä sopimuksien laajuudesta? Selvittää mitkä ovat yrityksen tarpeet ja odotukset työterveyshuollolta sopimuslaajuuksien tiedottamisessa sekä miten voisimme parantaa yhteistyötä. Millaisia välineitä tai viestintää tarvittaisiin tiedonkulun parantamiseksi. Lisäksi voisi tarkastella millai-

silla sidosryhmillä tiedotus olisi sujuvinta. Näin voisimme arvioida ja kehittää tutkimustuloksista esiinnoussutta ongelmaa sopimuslaajuuksien epäselvyyksistä hoidon tarpeen arviointi puhelujen aikana.

LÄHTEET

Anttila, K., Kaila-Mattila, T., Kan, S. & Vihunen, R. (2017). Hoitamalla hyvää oloa. Sanoma Pro.

Berntsson, K., Eliasson, M., & Beckman, L. (2022). Patient safety when receiving telephone advice in primary care—a Swedish qualitative interview study. *BMC nursing*. 21(1), 24. <https://doi.org/10.1186/s12912-021-00796-9>

DigiFinland. (N.d.). Hoidonperusteet.fi. Saatavilla 3.3.2024. <https://digifinland.fi/toimintamme/hoidonperusteet-fi/>

Directive 1989/391. Directive (EU) 89/391 EU:n työturvallisuutta ja työterveyttä koskeva puitedirektiivi. <https://osha.europa.eu/fi/legislation/directives/the-osh-framework-directive/the-osh-framework-directive-introduction>

Eriksson, I., Ek, K., Jansson, S., Sjöström, U., & Larsson, M. (2019). To feel emotional concern: A qualitative interview study to explore telephone nurses' experiences of difficult calls. *Nursing open*. 6(3), 842-848. <https://doi.org/10.1002/nop2.264>

Field, S. (2023). Hoitajien puhelimitse tekemään hoidon tarpeen arvioon vaikuttavat tekijät. YAMK-opinnäytetyö. Metropolia ammattikorkeakoulu. <https://urn.fi/URN:NBN:fi:amk-2023052313017>

Graversen, D. S., Huibers, L., Christensen, M. B., Bro, F., Christensen, H. C., Vestergaard, C. H., & Pedersen, A. F. (2020). Communication quality in telephone triage conducted by general practitioners, nurses or physicians: a quasi-experimental study using the AQTT to assess audio-recorded telephone calls to out-of-hours primary care in Denmark. *BMJ Open*. 10(3), e033528. <https://bmjopen.bmj.com/content/bmjopen/10/3/e033528.full.pdf>

Hallituksen esitys eduskunnalle laiksi terveydenhuoltolain muuttamisesta ja siihen liittyviksi laeiksi HE 74/2022. <https://www.finlex.fi/fi/esitykset/he/2022/20220074>

Heikkilä, T. (2014). Tilastollinen tutkimus. Edita Publishing Oy

Hirsjärvi, S. & Hurme, H. (2008). Tutkimushaastattelu: Teemahaastattelun käytäntö ja teoria. Gaudeamus.

Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. (2013). Tutki ja kirjoita. Tammi.

Hynninen, Y., Lahelma, M., Rissanen, A., Voltti, S., Patja, K., Psa, M., Torkki, P., Reijula, K. & Leskelä, R-L. (2023). Tuki- ja liikuntaelinsairaudet ja mielenterveyden häiriöt aiheuttavat valtaosan työterveyshuollon kustannuksista. *Lääkärilehti*

78/2023, e34248 K. Saatavilla 3.3.2024. <https://researchportal.helsinki.fi/fi/publications/tule-sairaudet-ja-mielenterveyden-h%C3%A4iri%C3%B6t-aiheuttavat-valtaosan-t>

Janhunen, K. (2014). Lasten hoidon tarpeen arviointi päivystyspoliklinikalla. Pro gradu-tutkielma. Itä-Suomen yliopisto. <http://urn.fi/urn:nbn:fi:uef-20140571>

Juutilainen, I. (2004). Työterveyshoitajan käsikirja. Edita.

Kaminsky, E., Röing, M., Björkman, A., & Holmström, I. K. (2017). Telephone nursing in Sweden: A narrative literature review. *Nursing & Health Sciences*. *19*(3), 278–286. <https://doi.org/10.1111/nhs.12349>

Kankkunen, P. & Vehviläinen-Julkunen, K. (2013). Tutkimus hoitotieteessä. Sanoma Pro Oy.

Kankkunen, P. & Vehviläinen-Julkunen, K. (2018). Tutkimus hoitotieteessä. Sanoma Pro Oy.

Kauvo, T. & Virkkunen, H. (2022). Potilastiedon kirjaamisen yleisopas. THL.

Kelan työterveyshuoltotilasto 2021. (2023). Saatavilla 3.3.2024. <https://helda.helsinki.fi/server/api/core/bitstreams/0d9a5fc1-7b0a-448f-96ab74c52bf1b9db/content>

Koivisto, T. A., Koroma, J., & Ruusuvaori, J. (2019). Teknologian hyödyntäminen ja etäpalvelut työterveyshuollossa-ammattilaisten näkökulma. *Finnish Journal of eHealth and eWelfare*. *11*(3), 183–197. <https://doi.org/10.23996/fjhw.77370>

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 17.8.1992. <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1992/19920785>

Laki sosiaali- ja terveydenhuollon asiakastietojen käsittelystä 14.4.2023. <https://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2023/20230703>

Laki terveydenhuollon ammattihenkilöstä 28.6.1994. <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1994/19940559>

Liira J. (2020). Miten työterveyshuolto arvioi ja tukee työkykyä. *Lääkärilehti* 23/2020. <https://www.laakarilehti.fi/pdf/2020/SLL232020-1437.pdf>

Marshall, P., Tobiano, G., Murphy, N., Comadira, G., Willis, N., Gardiner, T., Hervey, N., Simpson, W. & Gillespie, B. (2019). Handover from operating theatre to the intensive care unit: A quality improvement study. *Australian Critical Care* *32*, 229–236. <https://doi.org/10.1016/j.aucc.2018.03.009>

Müller, M., Jürgens, J., Redaelli, M., Klingberg, K., Hautz, WE., & Stock, S. (2018). Impact of the communication and patient hand-off tool SBAR on patient safety: a systematic review. *BMJ open*, 8(8), e022202. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2018-022202>

Mykkänen, J., Paakkanen, E. & Luostarinen, H. (2009). Prosessimallinnuksen tasojen soveltuvuus terveydenhuollon ohjelmistoratkaisujen suunnitteluun. *Finnish Journal of eHealth and eWelfare*, 1(1), 41-46. <https://journal.fi/finjehew/article/view/41445>

Mykkänen, M., Miettinen, M., & Saranto, K. (2018). Hoitotyön rakenteisen kirjaamisen auditointi: näyttö kirjaamisen tasosta, laadusta ja kehittämisalueista. *Hoitotiede*. 30(3), 203–213 <https://journal.fi/hoitotiede/article/view/128423>

Nagpal, K., Abboudi, M., Manchanda, C., Vats, A., Sevdalis, N., Bicknell, C., ... & Moorthy, K. (2013). Improving postoperative handover: a prospective observational study. *The American Journal of Surgery*. 206(4), 494–501. <https://doi.org/10.1016/j.amjsurg.2013.03.005>

North, F., Richards, D. D., Bremseth, K. A., Lee, M. R., Cox, D. L., Varkey, P., & Stroebel, R. J. (2014). Clinical decision support improves quality of telephone triage documentation-an analysis of triage documentation before and after computerized clinical decision support. *BMC medical informatics and decision making*. 14(1), 1-10. <https://doi.org/10.1186/1472-6947-14-20>

Nykanen, P., & Junntila, K. (2012). Hoitotyön moniammatillisen kirjaamisen asiantuntijaryhmän loppuraportti. *Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Saatavilla 3.3.2024.* https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/90814/THL_RAP2012_040_verkko.pdf

Pellikka, M. (2013). Hoidon tarpeen arviointi. Teoksessa Mustaoja, M., Alila, A., Matilainen, E., Pellikka, M. & Rasimus, M. (toim.) *Sairaanhoitajan Käsikirja. Duodecim*.

Pietilä I. (2017). Ryhmäkeskustelu. Teoksessa Hyvärinen M, Nikander P & Ruusu-vuori J (toim.) *Tutkimushaastattelun käsikirja. Vastapaino*.

Reijula, K. (2022). Työterveyshuolto uudistuvassa SOTE:ssa- menestys- vai menetyt? *Sosiaalilääketieteellinen Aikakauslehti*, 59(4). Saatavilla 3.3.2024. <https://journal.fi/sla/article/view/124806/75125>

Roivainen, P. (2022). Kiireettömien ensihoitotehtävien hoidon tarpeen arviointi puhelinsairaanhoitajan toteuttamana. *Väitöskirja. Oulun yliopisto.* <https://urn.fi/URN:ISBN:9789526232652>

Rysst Gustafsson, S., & Eriksson, I. (2021). Quality indicators in telephone nursing— An integrative review. *Nursing open*. 8(3), 1301-1313. <https://doi.org/10.1002/nop2.747>

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. (2023). Työterveyshuollon sairaanhoitopalvelut. Näkökulmia suomalaisen terveydenhuoltojärjestelmän oikeudenmukaisuuteen. Saatavilla 3.3.2024. <https://www.julkari.fi/handle/10024/146227>

Terveydenhuoltolaki 1326/2010. <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2010/20101326>

Tietosuojalaki 1050/2018. <https://finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2018/20181050>

Tuomi, J. & Sarajärvi, A. (2009). Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Tammi.

Työterveyshuoltolaki 1383/2001. <http://finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2001/20011383>

Työterveyshuoltoa koskeva yleissopimus nro 161. (1985). Kansainvälinen työjärjestö ILO. Saatavilla 3.3.2024. https://tem.fi/documents/1410877/2971009/ilo_yleissopimukset.pdf

Työterveyslaitos. (2014) Hyvä työterveyshuoltokäytäntö. Saarijärven offset oy.

Sauni, R., Reho, T. & Uitti, J. (2022). Ikääntyneiden työntekijöiden työkyvyn haasteet. Tampereen yliopisto. <https://urn.fi/URN:NBN:fi:tuni-202207116033>

Sosiaali- ja terveysministeriön asetus potilasasiakirjoista 298/2009. <https://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2009/20090298>

Suomen sairaanhoitajat. Sairaanhoitajan ammatilliset työkalut. Saatavilla 3.3.2024. <https://sairaanhoitajat.fi/ammatti-ja-osaaminen/ammattilliset-tyokalut/>

Suvanto, A., Tuomikoski, A., Juntunen, J. & Heikkilä, K. (2019). Edistääkö SBAR-raportointimenetelmän käyttö potilasturvallisuutta. Hoitotyöntutkimussäätiö. Näyttövinkki 8/2019. <https://www.hotus.fi/wp-content/uploads/2019/08/nayttovinkki8-2019.pdf>.

Syvöja, P. & Äijälä, O. (2009). Hoidon tarpeen arviointi. Tammi.

Tariq, A., Westbrook, J., Byrne, M., Robinson, M. & Baysari, M. (2017). Applying human factors approach to improve usability of decision support system in tele-nursing. *Collegian*. 24(3), 227–236. <https://doi.org/10.1016/j.colegn.2016.02.001>

Terveydenhuoltolaki [THL] 30.12.2010. <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2010/20101326#L6P51>

Terveyden ja hyvinvoinninlaitos. (2020). Kirjaamisopas Päivystysapu 116117. THL. <https://www.julkari.fi/handle/10024/140796>

Terveyden ja hyvinvoinninlaitos. (2023). Kirjaaminen. Saatavilla 3.3.2024. <https://thl.fi/aiheet/tiedonhallinta-sosiaali-ja-terveysalalla/kirjaaminen>

Thomas, M. J., Schultz, T. J., Hannaford, N., & Runciman, W. B. (2013). Failures in transition: learning from incidents relating to clinical handover in acute care. *Journal for Healthcare Quality*, 35(3), 49–56. <https://doi.org/10.1111/j.1945-1474.2011.00189.x>

Tuomi, J. & Sarajärvi, A. (2018). Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Kustannusosakeyhtiö Tammi.

Työterveyslaitos. (2023). Työterveyshuolto. Saatavilla 3.3.2024 <https://www.ttl.fi/teemat/tyoterveys/tyoterveyshuolto>

Tyyskä, E. (2012). Tiedonhallinta terveydenhuollon puhelinohjauksessa. Pro gradututkielma. Itä-Suomen yliopisto. <http://urn.fi/urn:nbn:fi:uef-20120624>

Valtioneuvoston ohjesääntö 262/2003. <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2003/20030262>

Vilka, H. (2015). Tutki ja kehitä. Bookwell Oy.

Wahlberg, A. C., Cedersund, E., & Wredling, R. (2003). Telephone nurses' experience of problems with telephone advice in Sweden. *Journal of clinical nursing*, 12(1), 37-45. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2702.2003.00702.x>

Wang, N., Hailey, D. & Yu, P. 2011. Quality of nursing documentation and approaches to its evaluation: a mixed-method systematic review. *Journal of Advanced Nursing* 67, 1858-1875. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2011.05634.x>

LIITTEET

LIITE 1

Hei!

Työstän opinnäytetyötä aiheenani *Hoidon tarpeen arviointi ja sen kirjaaminen työterveyshuollossa - Härmämedin mallin kehittäminen*. Tässä tutkimuksessa tuotetaan Härmämedi Oy:lle yhtenäinen prosessikuvaus hoidon tarpeen arvioinnista. Kuvaus sisältää prosessikaavion sekä työkaluja HTA:n toteuttamiseen ja kirjaamiseen. Tarkoituksena on tutkimustulosten perusteella luoda oire- ja tulosyykohtainen (keskeisimmät tulokset) fraasisto ja löytää sille toimiva toteuttamisratkaisu potilastietojärjestelmä Acuteen. Koska asiakasmäärämme ovat kasvaneet ja hoidon tarpeen arvio työ on lisääntynyt ratkaisevasti, tarvitsemme yhtenäisen toimintamallin, jolla voimme tarjota asiakkaillemme laadukasta ja tasa-arvoista palvelua. Härmämedissä työskentelee kokenut ja ammattitaitoinen henkilöstö ja teidän osaamisenne hyödyntäminen on ensiarvoisen tärkeää. Tämän tutkimuksen tuloksia voidaan hyödyntää uudistettaessa ja kehitettäessä hoidon tarpeen arviointia käytännön työympäristössä.

Tutkimuksen aineisto kerätään ryhmähaastatteluilla. Yhdessä ryhmässä on kolme haastateltavaa. Osallistumisesi tutkimukseen on erityisen arvokasta, jotta tutkimukseen saadaan kaikkien hoidon tarpeen arviotyötä tekevien kokemus ja näkemys. Osallistumisesi tutkimukseen on vapaaehtoista ja ehdottoman luottamuksellista. Sinulla on oikeus milloin tahansa tutkimuksen aikana ja syytä ilmoittamatta keskeyttää tutkimukseen osallistuminen. Haastattelussa hankittu aineisto säilytetään salasanalla suojattuna ja hävitetään tutkimuksen jälkeen. Tutkimustulokset julkaistaan siten, että niistä ei voida tunnistaa haastatteluihin osallistuneita. Haastattelut äänitetään ja niiden kesto on noin yksi– kaksi tuntia.

Yhteistyöterveisin ja kiitos jo etukäteen.

Annukka Mäki

LIITE 2.



VAASAN AMMATTIKORKEAKOULU
UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

TIETOINEN SUOSTUMUS

Opinnäytetyö:

Minut on kutsuttu yllä mainittuun opinnäytetyöhön kuuluvaan haastatteluun. Minua on informoitu seuraavista asioista ja ymmärrän, että suostuessani haastatteluun hyväksyn ne:

Haastatteluun osallistuminen on vapaaehtoista. Haastateltavalla on oikeus, milloin vain keskeyttää osallistuminen tutkimukseen tai kieltäytyä vastaamasta hänelle esitettyyn kysymykseen.

Haastattelu kestää ___ minuuttia. Haastattelu nauhoitetaan ääninauhalle, jonka jälkeen haastattelu kirjoitetaan tekstitiedostoksi.

Haastattelun luottamuksellisuus turvataan niin, että henkilötietoja sisältävää aineistoa ei luovuteta tutkimuksen ulkopuolisille tutkimuksen missään vaiheessa.

Haastattelu kirjataan tekstitiedostoksi. Haastateltavan ja haastattelussa esille tulleiden muiden henkilöiden nimet poistetaan tai muutetaan peitenimiksi. Tarvittaessa muutetaan tai poistetaan myös paikkatietoja ja muita erisnimiä (työpaikkojen tms. nimet), jotta aineistoon sisältyvien henkilöiden tunnistaminen ei ole enää mahdollista.

Ääninauha tuhoetaan sen jälkeen, kun haastattelu on kirjoitettu tekstitiedostoksi.

Haastattelussa esille tulleet asiat raportoidaan tutkimusjulkaisussa tavalla, jossa tutkittavia tai muita haastattelussa mainittuja yksittäisiä henkilöitä ei voida tunnistaa.

Olen saanut riittävästi tietoa opinnäytetyöstä, ja siitä tietoisena suostun haastateltavaksi.

Paikka ja päiväys _____

Allekirjoitus _____

Nimen selvennys _____

LIITE 3. Teemahaastattelurunko

TEEMAHAASTATTELU

Ammatti:

Hoitoalan työvuodet:

Teema 1: KOKEMUKSET HOIDON TARPEEN ARVIONNISTA

- Kuvailkaa, millainen on onnistunut hoidon tarpeen arviointi.
- Millaisia ongelmia arviointitilanteissa koetaan?
- Mitä apukeinoja käytät arviointitilanteissa?
- Millaisilla keinoilla hoidon tarpeen arvio työtä voisi helpottaa?

Teema 2: HOIDON TARPEEN ARVIOINNIN KIRJAAMINEN

- Kuvailkaa, millainen on onnistunut hoidon tarpeen arvio kirjaus.
- Millainen kirjaus palvelee sinua parhaiten potilasvastaanottotyössä?
- Millaisia apukeinoja käytät kirjaamisessa?
- Mitkä tekijät helpottaisivat kirjaamista?

Teema 3: HOIDON TARPEEN ARVIOINNIN OHJEISTUS

- Mitkä ovat keskeisimmät tulossyyt työterveyspainotteisessa sairaanhoidossa, jotka koet hoidon tarpeen arvioinnissa hankaliksi?
- Millaisia ongelmia tai haasteita tulossyyt tuovat?
- Kuvailkaa, miten asiakasta voisi valmistaa tulevalle vastaanotolle ja millaista ohjeistusta fraasit voisivat sisältää.

LIITE 4.

HÄRMÄMEDI

Hei!

Teen YAMK-opinnäytetyötä aiheesta Hoidon tarpeen arviointi ja sen kirjaaminen työterveyshuollossa- Härmämedin mallin kehittäminen.

Tutkimuksen tavoitteena on kehittää Härmämedi Oy:lle yhtenäinen prosessikuvaus hoidon tarpeen arvioinnista. Kuvaus sisältää prosessikaavion sekä työkaluja HTA:n toteuttamiseen ja kirjaamiseen.

Tavoitteena on tutkimustulosten perusteella tuottaa oire- ja tulosyykohtainen ohjeistus potilastietojärjestelmään.

Hoitajien/työfysioterapeuttien haastattelun pohjalta nousi 10 aihetta/oirekuva, joihin Härmämedin lääkäreiden näkökanta ja ohjeistus olisi tärkeää, että osaisimme ohjata asiakkaita tasalaatuisesti ja ammattitaitoisesti.

Tutkimustulokset ovat kyselyssä liitteenä.

Kiitos jo etukäteen vastauksistanne!

Annukka

Kysely

Arvio seuraavien oirekuvien alle:

- Kenelle asiantuntijalle ohjataan? (Milloin hoitajalle, työfysioterapeutille, lääkärille, lääkärin kirjallisille töille, päivystykseen?)
- Mitkä asiat tulee löytyä HTA kirjauksesta?
- Olisiko toivomuksia potilasohjaukseen: etukäteisvalmistelut, labrat, mitä mukaan vastaanotolle?

1. PÄÄNSÄRKY

2. IHOTTUMAT, IHOMUUTOKSET

3. MIELENTERVEYS, TYÖYHTEISÖN RISTIRIITATILANTEET

4. TULES

(näistä löytyy työfysioterapeuttien suoravastaanotto-ohjeistus (red flag), jota voin tähän fraasiin hyödyntää).

5. PITKITTYYNEET INFEKTIOT

Hälytysmerkit, milloin lääkärille? Millaisiin riittää kirjallinen konsultaatio?

- Korva
- Silmä
- Poskiontelo

6. RINTATUNTEMUKSET

7. POHJEKIPU

8. VATSAKIPU

9. HUIMAUUS

10. LÄÄKÄRINLAUSUNNOT

- Milloin olisi hyvä tulla vastaanotolle?
- Milloin arviointi työterveyshoitajalla ennen vastaanottoa?
- Milloin ajanvaraus kirjallisille töille? (ajan pituus?)

LIITE 5

Taulukko 10. Esimerkki sisällönanalyysiprosessin etenemisestä Toimintaympäristö pääluokan muodostamiseksi.

Alkuperäinen ilmaus	Pelkistetty ilmaus	Alakategoria	Yläkategoria	Yhdistävä kategoria
Tarvittaessa saan apuja ja tärkeää että ehdin kirjata puhelun heti valmiiksi.	Lisäresurssien saavuus työn valmiiksi saattamiseksi	Lisäresurssit	Resurssit	Toimintaympäristö
En muuta tuu mieleen vaan just niitä resursseja, että jos et sä saa sitä kenellekään	Asiakkaalle ei ole tarjota vapaata vastaanottoaikaa	Vastaanottoaikojen riittävyys		
Tilanne pitää toteuttaa niin, ettei ole semmoista kiirettä, ettei luoda työntekijälle painetta, vaan että saa kuunnella asiakkaan asian rauhassa ja ajatuksena, että muut puhelut kyllä odottavat.	Paineettoman työilmapiirin luominen. Aikaa asiakaspuheluille.	Kiireetön työilmapiiri ja työrauha	Työilmapiiri	
Just, että asiakas tietää, mitä kaikkea osaamista täällä voidaan tarjota.	Asiakkaan tietoisuus työterveyshuollon osaamisesta	Tiedotus eri ammattiryhmien osaamisesta	Asiakasyritysten tiedottaminen työterveyshuollon palveluista	

LIITE 6

Kuvio 1. Härmämedin hoidon tarpeen arviointi prosessikaavio ISBAR-mallin käytöstä ja sen mukaisesta kirjaamisesta hoidon tarpeen arviointi puhelussa. / Anukka Mäki

HÄRMÄMEDI

HÄRMÄMEDIN HOIDON TARPEEN ARVIOINNIN PROSESSIKAAVIO

