

Salla Kivipuro & Sanna Pohjonen

**SAIRAAHOITAJIEN KOKEMUKSIA HOIDON TARPEEN
ARVIOINNISTA SOITEN LÄÄKÄRINVASTAANOILLA**

**Opinnäytetyö
CENTRIA-AMMATTIKORKEAKOULU
Sairaanhoidon koulutusohjelma
Huhtikuu 2019**

TIIVISTELMÄ OPINNÄYTETYÖSTÄ

Centria-ammattikorkeakoulu	Aika Huhtikuu 2019	Tekijä/tekijät Salla Kivipuro & Sanna Pohjonen
Koulutusohjelma Hoitotyön koulutusohjelma, sairaanhoitaja AMK		
Työn nimi SAIRAAHOITAJIEN KOKEMUKSIA HOIDON TARPEEN ARVIOINNISTA SOITEN LÄÄKÄRIN VASTAANOTOLLA		
Työn ohjaaja Yliopettaja Annukka Kukkola ja lehtori Kirsi Ahola	Sivumäärä 48 + 8	
Työelämäohjaaja Palvelualuejohtaja Annika Ollikainen		
<p>Opinnäytetyön tarkoituksena oli kuvata sairaanhoitajien kokemuksia hoidon tarpeen arvioinnista lääkärinvastaanotolla. Opinnäytetyön tavoitteena oli saada tietoa, jota voidaan hyödyntää hoidon tarpeen arvioinnin kehittämisessä lääkärinvastaanotolla. Opinnäytetyössämme tutkimme sairaanhoitajien kokemuksia hoidon tarpeen arvioinnista lääkärinvastaanotolla.</p> <p>Opinnäytetyö toteutettiin kvalitatiivista tutkimusmenetelmää käyttäen. Aineistonkeruumenetelmänä käytettiin teemahaastattelua, jossa haastateltiin kolmea sairaanhoitajaa, jotka työskentelevät Soiten lääkärinvastaanotolla. Haastattelut toteutettiin yksilöhaastatteluna. Haastattelut analysoitiin induktiivisen sisällönanalyysin avulla.</p> <p>Opinnäytetyön tuloksista nousi esiin, että vastaanotoilla hoidon tarvetta arvioidaan asiakaslähtöisesti. Jokainen sairaanhoitaja tiesi, mitä hoidon tarpeen arvioinnin prosessi sisältää ja miten sitä toteutetaan. Apunaan työssään sairaanhoitajat käyttävät erilaisia tietokantoja sekä konsultoivat toisiaan ja lääkäreitä. Sairaanhoitajat kokivat, että hoidon tarpeen arviointia on hankalampaa tehdä puhelimesta kuin kasvotusten. Tuloksista ilmeni, että sairaanhoitajalta tarvitaan vastaanotolla tietoa eri sairauksista, päätöksentekotaitoa sekä vuorovaikutustaitoja. Kiire, lääkärivaje sekä oikean tiedon saaminen potilaalta koettiin haasteiksi. Sairaanhoitajat toivoivat lisää lääkäriaikoja, henkilökuntaa sekä sähköisiä palveluita vastaanotolle. Parempaa tiedonvälitystä toivottiin niin henkilökunnalle kuin asiakkaille. Sairaanhoitajat haluavat kehittää osaamistaan, ja he toivoivat pääsevänsä enemmän erilaisiin koulutuksiin.</p> <p>Sairaanhoitajilla on vahva tieto hoidon tarpeen arvioinnin sisällöstä. Heillä on hoidon tarpeen arvioinnissa tarvittavaa ammatillista osaamista. Heidän osaamistaan voidaan ylläpitää säännöllisillä täydennyskoulutuksilla sekä käymällä säännöllisiä kehityskeskusteluja esimiehen kanssa. Hoidon tarpeen arviointia voidaan kehittää lääkäreiden ja hoitajien välisellä yhteistyöllä. Lääkäreiden ja hoitajien välistä yhteistyötä voidaan kehittää panostamalla yhteisiin koulutuksiin. Tämän opinnäytetyön tutkimustuloksia voidaan hyödyntää hoidon tarpeen arvioinnin kehittämiseen vastaanotoilla. Tutkimustulokset toimivat myös positiivisena palautteena vastaanoton sairaanhoitajille.</p>		
Asiasanat Haasteet, hoidon tarpeen arviointi, kehittäminen, lääkärinvastaanotto, osaaminen, puhelinneuvonta, sairaanhoitajat		

ABSTRACT

Centria University of Applied Sciences	Date April 2019	Author Salla Kivipuro & Sanna Pohjonen
Degree programme Degree Programme in Nursing		
Name of thesis NURSES` EXPERIENCES OF THE ASSESSMENT OF NEED FOR TREATMENT AT SOITE`S DOCTOR`S APPOINTMENT		
Supervisor Principal lecturer Annukka Kukkola and Lecturer Kirsi Ahonen		Pages 48 + 8
Instructor Service Area Manager Annika Ollikainen		
<p>The purpose of the thesis was to describe nurses` experiences of the assessment of the need for treatment. The aim of the thesis was to gain information that can be utilized for developing the assessment of the need for a doctor`s appointment. In the thesis we studied nurses` experiences of the assessment of need for treatment at a doctor`s appointment.</p> <p>The thesis was carried out using qualitative research method. A theme interview was used as a data collection method, in which three nurses, who work for Soite`s doctor`s reception, were interviewed. The interviews were carried out as individual interviews. The interviews were analyzed using inductive content analysis.</p> <p>The results of the thesis suggested, that the nurses have strong know-how about the content of the assessment of the need for treatment. The need for treatment is evaluated customer-oriented. To help their work the nurses use different kinds of databases, and consult each other and the doctors. Nurses told that the assessment of the need for treatment is more difficult to do on the phone than at a doctor`s reception. The results suggested that the nurses need information about different sicknesses, decision-making skills, and interpersonal skills, when working at the reception. Hurry, the shortage of doctors, and getting the correct information from the patient were experienced as challenges. The nurses wished for more doctor`s appointment times, staff and e-services at the reception. Better communication was wished for by both the staff and the customers. In addition the nurses want to develop their own skills, and they were hoping to get to different kinds of trainings.</p> <p>Nurses have a strong knowledge of the content of the treatment need assessment. Nurses have the professional skills needed to assess the need for treatment. Nurses' skills can be maintained through regular in-service training and regular development discussions with the supervisor. The assessment of the need for treatment can be developed through collaboration between doctors and nurses. Cooperation between doctors and nurses can be developed by focusing on joint training. The results of this thesis can be utilized to develop the need for assessment of treatment needs at the reception. The research results also serve as positive feedback to the nurses at the reception.</p>		

<p>Key words assessment of the need for treatment, challenges, developing, doctor`s surgery, nurses, phone guidance, skill</p>

TIIVISTELMÄ
ABSTRACT
SISÄLLYS

1 JOHDANTO	1
2 HOIDON TARPEEN ARVIOINTI.....	3
2.1 Hoitotakuu osana hoidon tarpeen arviointia.....	3
2.2 Hoidon tarpeen arvioinnin sisältö.....	4
2.2.1 Hoidon kiireellisyyden arviointi.....	6
2.2.2 Hoidon tarpeen arvioinnissa käytettävät menetelmät	7
2.3 Haasteet hoidon tarpeen arvioinnissa	8
3 SAIRAAHOITAJA TERVEYSKESKUKSEN VASTAANOTOLLA.....	10
3.1 Vastaanoton toimintaympäristö	10
3.2 Sairaanhoitajan pätevyys ja osaaminen.....	10
3.2.1 Sairaanhoitajan osaaminen sosiaali- ja terveysalalla	12
3.2.2 Sairaanhoitajan osaaminen vastaanottotyössä.....	14
4 VASTAANOTON TULEVAISUUDEN NÄKYMÄT.....	18
4.1 Vastaanottotyön kehittyminen	18
4.2 Tulevaisuuden haasteet.....	19
5 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS, TAVOITTEET JA TUTKIMUSONGELMAT	20
6 TUTKIMUKSEN TOTEUTTAMINEN	21
6.1 Tutkimuksen kohderyhmä	21
6.2 Tutkimusmenetelmä ja aineiston keruu.....	21
6.3 Aineiston analyysi.....	22
7 OPINNÄYTETYÖN TULOKSET	23
7.1 Sairaanhoitajien kokemukset hoidon tarpeen arvioinnin toteuttamisesta lääkärinvastaanoilla	23
7.2 Sairaanhoitajien kokemukset heiltä vaadittavasta osaamisesta	24
7.3 Sairaanhoitajien kokemat haasteet hoidon tarpeen arvioinnin tekemisessä.....	25
7.4 Hoidon tarpeen arvioinnin kehittäminen.....	26
8 POHDINTA	28
8.1 Tulosten tarkastelua.....	29
8.2 Opinnäytetyön luotettavuus ja etiikka	34
8.3 Johtopäätökset, kehittämissuhteet ja jatkotutkimusaiheet	39
8.4 Oppimiskokemukset	40
LÄHTEET	44
LIITTEET	

1 JOHDANTO

Hoidon tarpeen arviointi tarkoittaa terveydenhuollon ammattilaisen tekemää arviota potilaan hoitoon pääsystä ja hoidon kiireellisyydestä. Lääkäreiden vastaanotoilla hoidon tarpeen arvio on ensimmäinen vaihe potilaan hoitoprosessia ja arvion tekee yleensä sairaanhoitaja. Sairanhoitaja tekee arvion ohjeistusten sekä oman kokemuksen mukaisesti. Arvion perusteella potilas ohjataan joko hoitajalle, lääkärille tai omahoitoon, jolloin potilas hoitaa itseään hyvällä ohjauksella. Tämän lisäksi hoitaja arvioi kiireellisuuden, eli minkä ajan sisällä potilaan asia tulee hoitaa. Hoidon tarpeen arviointia toteutetaan joka hoitotilanteessa ja hoitopaikassa, mutta erityisesti hoidon tarpeen arviointia toteutetaan terveyskeskusten lääkärin vastaanotoilla. Hoidon tarpeen arvioinnissa käytetään yleisesti ABCDE-kiireellisyysluokitusta, joka määrää kiireellisuuden hoitoon pääsystä. (Syväoja & Äijälä 2009, 25–26, 94–95.) Lait ja suositukset ohjaavat hoidon tarpeen arviointia. Esimerkiksi Valtioneuvoston asetus hoitoon pääsyn toteuttamisesta ja alueellisesta yhteistyöstä (2004/1019) säättää hoidon tarpeen arvioinnin toteuttamisesta.

Lain mukaan hoidon tarpeen arviointia tekevällä terveydenhuollon ammattilaisilla on oltava riittävä koulutus ja työkokemus. Näiden lisäksi heillä tulee olla käytettävissään potilasasiakirjat ja yhteys hoitoa antavaan yksikköön. Laissa ei määritetä, kuinka pitkä työkokemuksen tulee olla. Sairanhoitajat voivat tehdä hoidon tarpeen arvioinnin potilaan esitietojen sekä riittävien selvitysten perusteella. (Valtioneuvoston asetus hoitoon pääsyn toteuttamisesta ja alueellisesta yhteistyöstä 2004/1019, 2§.) Hoidon tarpeen arvioinnin tulee pohjautua eettiseen päätöksentekoon (Syväoja & Äijälä 2009, 63–64). Hoitajien työnkuvaan vastaanotolla kuuluu hoidon tarpeen arvioinnin lisäksi ajanvarauksen ja puhelinneuvonnan hoitaminen. He arvioivat vastaanoton kiireellisyyttä, antavat hoito-ohjeita ja seuraavat potilaiden terveydentilaa. Hoitajat pitävät myös omaa vastaanottoa. Lisäksi hoitajat hoitavat etukäteisvalmistelut ennen potilaan seurantakäyntejä ja lääkäreiden vastaanottoja. Hoitajat kirjaavat antamansa hoito- ja seurantaohjeet potilastietojärjestelmään. (Peltonen 2009, 137–138.)

Hoidon tarpeen arviointia ja vastaanottotoimintaa kehitetään ja on kehitetty jatkuvasti. Peltosen (2009) sekä Lindfors-Niilolan (2014) mukaan terveydenhuollon ammattilaisten keskinäisellä yhteistyöllä hoidon tarpeen arviointia voidaan kehittää. Sähköisillä palveluilla on myös pyritty kehittämään hoidon tarpeen arviointia sekä vähentämään vastaanottojen ruuhkaa. Hyppösen, Pentala-Nikulaisen ja Aallon (2017) tutkimuksen mukaan sähköisten palveluiden myötä terveydenhuollon käynnit ja yhteydenotot ovat vähentyneet, mistä on koitunut säästöjä.

Opinnäytetyön tarkoituksena on kuvata sairaanhoitajien kokemuksia hoidon tarpeen arvioinnista. Opinnäytetyön tavoitteena on saada tietoa, jota voidaan hyödyntää hoidon tarpeen arvioinnin kehittämisessä lääkärinvastaanotolla. Opinnäytetyön työelämäyhteytenä toimivat Soiten vastaanottojen palvelualuejohtaja, osastonhoitajat sekä vastaanoton sairaanhoitajat. Valitsimme aiheen, koska hoidon tarpeen arviointia pyritään kehittämään jatkuvasti ja myös Soiten lääkärinvastaanotoilla kehitetään hoidon tarpeen arvioinnin tekemistä. Lääkärinvastaanoton palvelualuejohtaja, esimiehet sekä sairaanhoitajat toivoivat kehittämisideoita hoidon tarpeen arvioinnin tekemiseen.

2 HOIDON TARPEEN ARVIOINTI

Tässä luvussa käymme läpi hoidon tarpeen arvioinnin taustaa ja kerromme, mitä hoidon tarpeen arviointi tarkoittaa ja miten siitä on säädetty laissa. Kerromme myös, miten hoidon tarpeen arvioinnin kulku etenee vaihe vaiheelta.

2.1 Hoitotakuu osana hoidon tarpeen arviointia

Hoidon tarpeen arvioinnista on säädetty laissa vuodesta 2005 lähtien, jolloin hoitotakuu astui voimaan ja jonka myötä tehtäviä siirrettiin lääkäreiltä muille terveydenhuollon ammattilaisille. Tehtävänsiirrolla ammattihenkilöiden tehtäväkuva laajeni. (Syväoja & Äijälä 2009, 9, 42.) Hoitotakuu sisältää hoidon saatavuutta koskevia säännöksiä, joita sisältyy muun muassa terveydenhuoltolakiin (2010/ 1326) ja Valtioneuvoston asetukseen hoitoon pääsyn toteuttamisesta ja alueellisesta yhteistyöstä (2004/ 1019). Hoitotakuun tavoitteena on turvata hoidon saatavuus, tarvittaessa vähentää eroja hoitoon pääsyssä ja lisätä oikeudenmukaisuutta tai yhdenvertaisuutta hoitoon pääsyssä. Hoitotakuussa ensimmäinen vaihe potilaan hoitoprosessissa on hoidon tarpeen arviointi. (Syväoja & Äijälä 2009, 9–10.) Lain mukaan potilaan on saatava arkipäivisin virka-aikana välitön yhteys terveyskeskukseen tai muuhun terveydenhuollon toimintayksikköön (Terveydenhuoltolaki 2010/1326, 51§). Hoidon tarve on arvioitava kolmen arkipäivän kuluessa yhteydenotosta ja kiireetön hoito terveyskeskuksessa on järjestettävä kolmen kuukauden sisällä. (Terveydenhuoltolaki 2010/1326, 51§.) Kiireelliseen hoitoon tulee päästä välittömästi (Syväoja & Äijälä 2009, 10).

Potilaalla on oikeus valita, missä oman kuntansa terveysasemalla hän haluaa saada hoitoa. Halutessaan hän voi valita hoitopaikan oman kuntansa ulkopuoleltakin. Valitulta terveysasemalta saa hoitoa viimeistään kolmen viikon kuluttua ilmoituksesta. Potilas voi valita vain yhden terveysaseman tai terveyskeskuksen, jossa haluaa hoidattaa itsensä. Terveysasemaa tai terveyskeskusta vaihtaessa tulee samassa hoitopaikassa pysyä yksi vuosi. (Valvira 2016, 3.)

2.2 Hoidon tarpeen arvioinnin sisältö

Hoidon tarpeen arvioinnilla tarkoitetaan terveydenhuollon ammattilaisen tekemää arviota potilaan hoidon tarpeesta ja kiireellisyydestä (Syväoja & Äijälä 2009, 25). Syväoja ja Äijälä (2009, 56) kertovat, että arviointi tapahtuu joko puhelimitse tai vastaanotolla paikan päällä haastatteleamalla potilasta. Reponen (2015) kertoo, että sähköiset asiointipalvelut ovat myös lisääntyneet. Potilas voi muun muassa kysyä neuvoja terveydenhuollon ammattilaisilta, sekä varata aikoja. Hoidon tarpeen arviointi on hoitotyön prosessin ensimmäinen vaihe. Potilaalta kerätään oleellista tietoa, jonka perusteella tämän terveydentilaa arvioidaan. (Syväoja & Äijälä 2009, 69.)

Hoidon tarpeen arviointia tehtäessä potilas pyritään ohjaamaan sellaisen palvelun äärelle, missä potilas voidaan hoitaa kerralla (STM 2016, 19). Syväoja ja Äijälä (2009, 25, 56) kertovat, että arvioinnin perusteella potilaan voi ohjata tarpeen mukaan joko lääkärin tai sairaanhoitajan vastaanotolle, mutta myös kotiin, kun potilaan on katsottu voivan hoitaa itseään annettujen ohjeiden mukaan. STM (2016, 19) mukaan potilas voidaan joissakin tapauksissa ohjata myös suoraan erikoislääkärin vastaanotolle.

Hoidon tarpeen arvioinnin saa tehdä Valviran hyväksymä terveydenhuollon ammattihenkilö. Terveysasemilla ja päivystyksessä, joissa hoidon tarpeen arviointia toteutetaan päätoimisesti, arviointia tekee käytännössä lääkäri, sairaanhoitaja tai terveydenhoitaja. Lainsäädäntö edellyttää riittävää työkokemusta arvioinnin tekijälle, mutta se ei määritä, kuinka pitkä työkokemus ammattihenkilöllä pitää olla. (Syväoja & Äijälä 2009, 27–33.) Lainsäädännössä edellytetään, että hoidon tarpeen arviota tekevillä on käytössään potilasasiakirjat. Potilasasiakirjoista hoidon tarpeen arvioinnin tekijä voi tarkistaa potilaan antamia tietoja sekä potilaan terveystietoja. Hoidon tarpeen arviointi kirjataan aina potilaskertomukseen. Lisäksi hoidon tarpeen arviota tekevällä henkilöllä tulee olla yhteys toimintayksikköön, jossa hoito annetaan. Tämä tarkoittaa, että arvion tekijällä on mahdollisuus konsultoida toista ammattihenkilöä, yleensä lääkäriä. (Syväoja & Äijälä 2009, 27–33.)

Potilaan ottaessa yhteyttä vastaanotolle sairaanhoitaja selvittää, mitä oireita potilaalla on ja kuinka kauan ne ovat kestäneet. Potilaan tilannetta selvitetään vielä lisäkysymyksillä, kuten esimerkiksi minkälaiset oireet tällä hetkellä ovat, minkälaisissa tilanteissa oireet ilmenevät, onko oireita ollut aiemmin ja onko niitä hoidettu. Potilaan esitiedot tulee myös selvittää, kuten perussairaudet, onko hänellä meneillään tai suunniteltu muita hoitoja tai kuntoutusjaksoja ja onko hänellä käytössä säännöllistä tai tilapäistä lääkitystä. Yleisvointi tulee myös huomioida erityisesti lapsi- ja vanhuspotilailta. Lapsipotilaalta selvitetään erityisen tarkasti, miten tämä syö ja juo, kuinka erittäminen onnistuu, jaksako leikkiä, miten tämä

käyttäytyy, sekä onko itkuinen. Vanhuksilla taas fyysisten toimintojen lisäksi on huomioitava henkisen tilan muutokset. Hoidon tarpeen arviointia voidaan tarkentaa erilaisilla mittauksilla ja tutkimuksilla sairaanhoitajan vastaanotolla. (Syväoja & Äijälä 2009, 55–56.)

Vuorovaikutus on erityisen tärkeässä asemassa hoidon tarpeen arvioinnissa. Sairaanhoitaja ei liioittele eikä vähättele potilaan hoidon tarvetta ja osaa ohjata potilaan oikeanlaiseen hoitoon oikeaan aikaan. Haastatteleamalla, kuuntelemalla sekä havainnoimalla potilasta saadaan päätöksentekoon tarvittava tieto. Puhelimessa hoitajan on luotettava siihen, mitä potilas hänelle kertoo, ja edettävä sen mukaisesti. Puhelimessa puuttuvat näköhavainnot, jolloin hoitajan on kiinnitettävä huomiota potilaan ilmaisutapaan. Ensimmäisten sekuntien aikana potilaalle muodostuu kokemus siitä, miten hän tulee kohdatuksi. Haastattelussa voidaan käyttää avoimia tai suljettuja kysymystekniikoita. Avoimilla kysymyksillä kysellään faktoja, tunteita sekä tuntemuksia. Näiden avulla yritetään potilas saada kertomaan yksityiskohtaista tietoa. Suljetuilla kysymyksillä taas yritetään saada kyllä- tai ei-vastauksia. Näillä saadaan nopeasti vastaus johonkin määrättyyn tietoon, mutta joitain oleellisia tietoja voi jäädä puuttumaan. (Syväoja & Äijälä 2009, 56–57.)

Syväoja ja Äijälä (2009, 61–63) kertovat, että haastattelun ja kuulemansa perusteella hoitaja tekee päätöksen siitä, minkä tason hoitoon potilas ohjataan ja kuinka nopeasti potilas tarvitsee hoitoa. Päätös tehdään potilaan tai tämän omaisen kanssa yhteisymmärryksessä. Päätöksentekokyky on suoraan verrannollinen hoitajan ammattitaitoon sekä työkokemukseen. Hoitaja tarvitsee tietoa sekä kokemusta eri sairauksien hoidosta. Myös intuitiota tarvitaan. Erityisesti kokeneella hoitajalla saattaa hoitotilanteessa tulla jostakin intuitio, jota hän käyttää hyödykseen päätöksenteossa. Intuitiivinen tieto liittyy aiempiin hoitajan kokemuksiin ja siksi intuition kautta tehty ratkaisu voi osua oikeaan. Intuitio on nopea hahmotus ja oivallus jostain asiasta, jota hoidon tarpeen arvioinnissakin tarvitaan. (Syväoja & Äijälä 2009, 69.) Päätöksentekoon vaikuttavat paikka ja tilanne, jossa hoidon tarpeen arviointi tehdään. Potilasta voidaan haastatella perusteellisemmin puhelimessa kuin vastaanoton luukulla. Puhelimessa haastattelu tapahtuu rauhallisessa tilassa, kun taas vastaanoton ympärillä voi olla muita potilaita. (Syväoja & Äijälä 2009, 69.)

Sairaanhoitaja voi tehdä taudinmäärityksen, mutta diagnoosin tekeminen kuuluu lääkärille. Lääketieteen diagnoosi tarkoittaa nimitystä sairaudelle tai tautikokonaisuudelle. Diagnoosi perustuu lääketieteelliseen, tutkittuun tietoon. Diagnoosi syntyy esitiedoista, löydöksistä ja havainnoista, suoritetuista tutkimuksista ja tehdyistä johtopäätöksistä. Taudinmääritys tarkoittaa taudin määrittävää nimeä, kuten esimerkiksi korvakipu tai kurkkukipu. Sairaanhoitaja joutuu vastaanotollaan tekemään taudinmäärityksiä,

ja ilman taudinmäärittystä esimerkiksi sairausloman kirjoittaminen ei ole mahdollista. Hoitajat tekevät myös hoitotyön diagnooseja, jotka tarkoittavat hoidon tarpeen kuvausta. Siinä arvioidaan potilaan terveydentilaa sekä hänen nykyhetken ja mahdollisia tulevia ongelmia. Hoitotyön diagnooseja ovat mm. ripuli, pahoinvointi, nälkä ja verenvuoto. (Syväoja & Äijälä 2009, 67–70.) Vuonna 2005, kun hoitotakuu tuli voimaan, annettiin hoitajille lupa tehdä työdiagnoosi. Työdiagnoosi tarkoittaa hoitajan epäilyä jostain sairaudesta eikä ole virallinen diagnoosi. Työdiagnoosin tarkoitus on nopeuttaa potilaan hoitoon pääsyä ja työdiagnoosia käytetäänkin yleisimmin ensiavussa, jossa hoidon tarve ja kiireellisyys pitää arvioida nopeasti. Hoitajalla pitää olla tarvittava koulutus ja riittävän pitkä työkokemus, jotta hän voi tehdä työdiagnoosin. (Syväoja & Äijälä 2009, 71.)

Hoidon tarpeen arviointia tehdessä tulee aina kirjata oleelliset tiedot lain mukaisesti. Kirjaukset tehdään potilasasiakirjoista annetun sosiaali- ja terveysministeriön asetuksen (298/2009) ja oppaan (2012:4) mukaisesti (Syväoja & Äijälä 2009, 73.) Hoidon tarpeen arvioinnista potilasasiakirjaan merkitään yhteydenoton ajankohta minuutin tarkkuudella. Puhelimessa tehdyssä arvioinnissa varmistetaan soittajan henkilöllisyys ja kysytään potilaalta lupa katsoa sairaskertomuksia. Potilaskertomukseen kirjataan potilaan oire, vaiva tai syy, sekä miksi tämä ottaa yhteyttä. Lisäksi kirjataan annetut ohjeet tai neuvonta, esimerkiksi itsehoito-ohjeet. Jos potilaalle varattiin aika lääkärin vastaanotolle, kirjataan kenen vastaanotolle ja milloin aika on. Konsultoinnit kirjataan myös. Tietoihin kirjataan myös, mikäli potilas on kieltäytynyt hoidosta. Hoidon tarpeen arvioinnin kirjauksesta löytyy tärkeää tietoa siitä, miten potilaan pääsy hoitoon on toteutunut, ja se sisältää oleellista tietoa hoidon jatkuvuuden kannalta. Kirjaaminen varmistaa oikeusturvan sekä potilaalle että terveydenhuollon ammattihenkilölle ja organisaatiolle. (Syväoja & Äijälä 2009, 75.)

2.2.1 Hoidon kiireellisyyden arviointi

Kiireellisyys arvioidaan aina hoidon tarpeen arviointia tehdessä. Kiireellisyyden arviointi tarkoittaa aikaa, jonka kuluessa potilaan on päästävä hoitoon. Arviointi voi olla kiireellistä tai kiireetöntä. Kiireellisyyden arviointiin vaikuttavat syy yhteydenotolle, oireet sekä oireiden vaikeusaste. (Syväoja & Äijälä 2009, 93.)

Hoidon kiireellisyyttä arvioidaan useimmiten triage-luokituksen avulla. Triagen avulla potilaat ryhmitellään lääketieteellisin perustein hoidon kiireellisyysarvion mukaan. Tällä tavoin pyritään saamaan jo-

kaiselle potilaalle oikeassa ajassa hänen tarvitsemaansa hoitoa. Triagen avulla erotellaan yleislääkäripäivystykseen ja erikoissairaanhoidon kuuluvat potilaat. Kiireellisyys arvio voi olla välitön, päivystyksellinen tai ajanvarauksellinen. Suomessa käytetyin triage-malli on ABCDE-luokitus. A- ja B-luokan potilaat hoidetaan erikoissairaanhoidossa välittömästi. C- ja D-luokituksen potilaat hoidetaan joko erikoissairaanhoidossa tai perusterveydenhuollossa päivystyksellisesti tai kiireellisesti oireesta riippuen. E-luokan potilaan asia ei ole kiireellistä hoitoa vaativa, mutta heitä ei kuitenkaan voi hylätä, vaan heille on annettava neuvoja ja ohjausta sairautensa hoidossa. Tätä kutsutaan terveysneuvonnaksi. Tällöin voi myös riittää hyvä potilaan ohjaus, jolloin potilaan ei tarvitse tulla vastaanotolle lainkaan. (STM 2010; Syväoja ja Äijälä 2009, 93–107.)

Kantosen (2014) tutkimuksesta käy ilmi, että ABCDE-triagen käyttöönoton jälkeen kuukausittaiset terveyskeskuskäynnit ovat vähentyneet ja odotusaika lääkärille lyhentynyt. Virka-aikana tapahtuvat käyntimäärät eivät myöskään lisääntyneet terveyskeskuslääkärin vastaanotolla, ja lääkärissä käyntien määrä väheni. Tärkein tulos tutkimuksesta oli, että kiireellisyysluokittelulla sekä lisätyllä viestinnällä käyntien määrät näyttivät vähentyvän ja hoitoon pääsy nopeutui.

2.2.2 Hoidon tarpeen arvioinnissa käytettävät menetelmät

Hoidon tarpeen arviointia tehdessään hoitaja tarvitsee useita eri tietolähteitä ja -kantoja työssään apuna. Päätöksentekoon hoitaja tarvitsee tietoa ihmisen eri elämänalueista ja elämänkaaren vaiheista. Päätöksenteossa hoitajat hyödyntävät mm. organisaation toiminta- ja hoito-ohjeita, erilaisia luotettavia tietokantoja ja alan kirjallisuutta, kollegoiden apua sekä potilastietojärjestelmistä ja koulutuksista saatua tietoa. Lisäksi hoitajan pohjakoulutus, työkokemus ja intuitio auttavat päätöksenteossa. Organisaatiolta tai työpaikan yksikön hoito-ohjeista löytyy mm. triage-ohjeet, jotka ohjaavat hoidon tarpeen arviointia yksikössä. (Holopainen, Korhonen, Oikarainen & Siltanen 2018.) Tietokannoista hoitaja varmistaa ajankohtaisen tiedon. Asiakkaalle annettu tieto on tasalaatuista, koska kaikki hoitajat näkevät saman sisällön tietokannoista. Tietokantojen sisältö on luotettavaa, sillä se perustuu tutkittuun tietoon. Terveysportista löytyy terveydenhuollon ammattilaisille tarkoitettuja luotettavia lääketieteen tietokantoja. Terveysportista löytyy mm. lääkärin tietokannat, Pharmaca Fennica, Käypä hoito -suositukset, sairaanhoitajan tietokannat ja sfinx-lääkeinteraktiotietokanta. (Syväoja & Äijälä 2009, 199–200.)

Hoitajien on mahdollista konsultoida kollegoita, lääkäreitä tai muita terveysalan ammattilaisia. Valtioneuvoston asetuksessa hoitoon pääsyn toteuttamisesta ja alueellisesta yhteistyöstä (1019/2004) sanotaan,

että ammattihenkilöllä on oltava yhteys hoitoa antavaan yksikköön, eli hänellä tulee olla mahdollisuus konsultointiin. Hoitajan on mahdollista saada päätöksilleen tukea lääkäriltä konsultoimalla tätä. Konsultoinnille on järjestettävä mahdollisuus organisaatiossa. (Syväoja & Äijälä 2009, 175.) Jotta konsultaatio toimisi mahdollisimman sujuvasti, on suositeltavaa valmistautua siihen hyvin. Ennen lääkärin konsultointia potilas on suositeltavaa tutkia ja haastatella hyvin. Jos potilaalta on otettu laboratoriotutkimuksia tai tehty muita tutkimuksia, kannattaa tulokset varmistaa ennen konsultointia. Potilaan tiedot ja dokumentit kannattaa avata valmiiksi ennen yhteydenottoa. Konsultoitaessa kannattaa myös miettiä, onko konsultointi tehtävä heti vai voiko sen hoitaa myöhemmin. Konsultoinnissa kollegan huomiointi ja käytöstavat molemmilla puolilla on tärkeää. (Vehmanen 2013.)

2.3 Haasteet hoidon tarpeen arvioinnissa

Palveluiden saatavuudessa on koettu haasteita perusterveydenhuollossa, koska terveyskeskuksiin tulee suuri määrä puhelinyhteydenottoja. Tästä seuraa linjojen ruuhkautuminen. Myös puhelintekniikassa on ongelmia. Lisäksi lääkäriajon on ollut ongelmana. Terveyskeskuspäivystykset on keskitetty suurimpiin kaupunkeihin, ja päivystysten kriteerit hoitoon pääsyyn ovat tiukentuneet. (STM 2010, 72–73.)

Vuorovaikutukselliset ongelmat ovat tavallisia vastaanotolla. Potilaiden ja hoitajien näkemyserot hoidon kiireellisyydestä aiheuttavat haasteita. Hoitajan on kyettävä ammattimaiseen asiakaspalveluun myös asiakkaan ollessa kiihtynyt. (Syväoja & Äijälä 2009, 59.) Eri palvelumuodot hoidon tarpeen arvioinnissa voivat olla haasteellisia toisille ihmisille. Sähköiset palvelut tuottavat ongelmia iäkkäille ihmisille sekä maahanmuuttajille. Puhelinpalvelu taas on mahdotonta kuuroille sekä vaikeaa huonokuuloisille, ja vastaanotollakin tarvitaan viittomakielen tulkkia. (Sainio 2016; Syväoja & Äijälä 2009, 59.) Myös yhteisen kielen puute on ongelma vuorovaikutuksessa (Syväoja & Äijälä 2009, 59, 113). Kiire, sekä potilaan huono asenne, haluttomuus, aggressiivisuus, psyykkiset ongelmat tai päihtymys ovat myös haasteita kommunikoinnille (Syväoja & Äijälä 58, 113).

Tyyskän (2012) tutkimuksessa haasteeksi koettiin koulutuksen puute tai sen vähäisyys. Erityisesti puhelinohjauskoulutukseen oli vaikea päästä, koska koulutukset olivat kalliita tai liian kaukana. Haasteena koettiin myös koulutustiedon jakaminen työyhteisössä. Kollegoilta, jotka olivat käyneet koulutuksissa, toivottiin enemmän tiedon jakamista koulutuksen sisällöstä muille. Vastavuoroisesti myös koettiin, että koulutuspalautteen jakaminen työyhteisöön oli vaikeaa. Uuden tiedon tuominen työyhteisöön saatettiin

kokea jopa negatiivisena asiana. (Tyyskä 2012, 57–61.) Hoitajan kiire on myös haasteellista hoidon tarpeen arvioinnissa. Kiireen vuoksi hoitaja saattaa haastatella potilaan vain pinnallisesti ja lyhyesti ja tehdä päätöksen kiireellisyydestä liian nopeasti. Potilaan kokonaistilanne voi jäädä myös selvittämättä hoitajan väsymyksen ja kiireen vuoksi. Myös kirjaaminen voi kärsiä kiireen vuoksi, jolloin kirjaukset jäävät vajaiksi ja päätös hoitajan tekemälle arviolle voi näyttää väärältä. (Syväoja & Äijälä 2009, 62–63.)

Etäisyyksien piteneminen päivystykseen voi aiheuttaa eriarvoisuutta hoitoon pääsemisessä. Etäisyyksien pitenemisen johdosta voi olla, että potilaita ei lähetetä päivystykseen vaan heidät hoidetaan paikallisesti rajatuilla resursseilla. (Kantonen 2014, 73 [Mäntyselkä, Halonen, Vehviläinen, Takala ja Kumpusalo 2007].) Hansen, Huskaar & Raknes (2013) kirjoittavat tutkimuksessaan, että etäisyyden piteneminen päivystykseen vähensi potilaiden yhteydenottoa ja käyntejä selvästi. Jos päivystykseen oli matkaa yli 50 km, vähensi se päivystyskäyntien määrää 22 %. Tämä voi vaikuttaa hoidon laatuun sekä siihen, että potilaat, jotka tarvitsevat kiireellistä hoitoa, voivat jäädä jopa ilman hoitoa. (Hansen, Huskaar & Raknes 2013.)

Monisairaat ja moniongelmaiset ovat eräänlainen haaste terveydenhuollossa. Näiden asiakkaiden hoidon kokonaisuus jää huomiotta, ja he hakeutuvat usein terveysasemille. Tähän kuuluu paljon resursseja. Monisairaiden hoidon tarpeisiin vastaaminen on haastavaa, kun kenelläkään ei ole vastuuta potilaan palvelukokonaisuudesta. (Holappa, Kanste, Miettinen, Rissanen & Törmänen 2010, 53–54.)

Tyyskä (2012, 62–64) kirjoittaa tutkimuksessaan, että hoidon tarpeen arviointia on hankala tehdä, jos ympärillä on paljon ylimääräisiä ääniä. Tietoturvan toteutumisessa koettiin haasteita silloin, kun sähköinen tiedonhankinta ei onnistu hoitajan ollessa poissa tietokoneen ääreltä tai jos potilastyön ohella hoitajat joutuvat vastaamaan puhelimeen. Puhelinruuhka koetaan myös haasteena. Puheluita tulee paljon etenkin aamuisin ja iltapäivisin. Puhelujonot aiheuttavat hoitajille stressiä, ja hoidon tarpeen arviointi ja potilaan ohjaus häiriintyvät hoitajan kiireen vuoksi. Yleensäkin puhelinohjaus koetaan haasteellisena sen arvaamattomuuden vuoksi. Tiedonvälitys sekä organisaatiolta puuttuvat ohjeet hoidon tarpeen arviointiin koetaan haasteena. Muita haasteita tutkimuksen mukaan ovat tekniset ongelmat ja lääkäripula. Lindfors-Niilola (2014, 43) kertoo tutkimuksessaan, että potilaiden tietämättömyys terveydenhuollon palveluiden käytöstä koettiin haasteena. Tässäkin ongelmassa parempi tiedottaminen olisi tarpeen.

3 SAIRAANHOITAJA TERVEYSKESKUKSEN VASTAANOTOLLA

Tässä luvussa kerrotaan sairaanhoitajan osaamisalueista ja siitä, mitä osaamista sairaanhoitajalta tarvitaan sosiaali- ja terveysalalla sekä vastaanotolla. Lisäksi luvussa kerrotaan, mitä vastaanotolla tapahtuu ja millaisia toimintoja siellä on.

3.1 Vastaanoton toimintaympäristö

Kunnalla tulee olla terveyskeskus, joka järjestää alueen asukkaille tarvittavat palvelut (Laki kansanterveyslain muuttamisesta 2010/1327, 15§). Toimintayksikössä on oltava saatavilla moniammatillinen asiantuntemus, jolla taataan turvallinen hoito (Terveydenhuoltolaki 2010/1326, 4§). Terveyskeskuksen vastaanotoilla on vaihtelevasti, paikkakunnasta riippuen, saatavilla lääkärinvastaanottoja, sairaanhoitajien vastaanottoja, asiantuntijavastaanottoja esimerkiksi sydän- ja diabeteshoitajille, sekä päivystävän sairaanhoitajan vastaanotto. Lisäksi vastaanotoilla annetaan terveysneuvontaa ja tehdään terveystarkastuksia. Tarjolla on myös muita palveluita saatavuuden mukaan. (Soite 2019b; STM 2019.) Terveydenhuoltolaissa (2010/1326, 51§) sanotaan, että potilaan on saatava arkipäivisin virka-aikana välitön yhteys terveyskeskukseen tai muuhun terveydenhuollon toimintayksikköön. Vastaanotolle asiakkaat tulevat ajanvarauksen kautta. Vastaanotolla tehdään hoidon tarpeen arviointia terveydenhuollon ammattihenkilön toimesta. Potilaalle annetaan vastaanoton aukioloaikoina aikoja hoitajien tai lääkärin vastaanotoille tai vaihtoehtoisesti hoito-ohjeet, mikäli katsotaan, ettei vastaanottokäyntiä tarvita. (Soite 2019b.)

3.2 Sairaanhoitajan pätevyys ja osaaminen

Suomessa sairaanhoitajan ammattia pidetään asiantuntijatyönä. Asiantuntijan ominaispiirteitä ovat korkealuokkainen koulutus, alan pätevyys sekä työkokemus. Asiantuntija osaa etsiä luotettavaa tarvitsemaansa tietoa ja soveltaa sitä työssään, sekä omaa yhteistyö-, vuorovaikutus- ja päätöksentekotaitoja. Asiantuntijan tulee kouluttautua ja pitää osaamistaan yllä jatkuvasti. (Mäkipää & Korhonen 2011, 13.)

Sairaanhoitajan laillistettu pätevyys suoritetaan 3,5 vuoden ammattikorkeakoulututkinnolla (Sairaanhoitajat.fi 2014, 13). Sairaanhoitajan tehtäviin kuuluu ihmisten terveyden ja hyvinvoinnin ylläpitäminen ja edistäminen, sairauksien ehkäiseminen sekä kärsimysten lievittäminen. Sairaanhoitaja tukee ja auttaa

kaiken ikäisiä, yksilöitä, perheitä tai ryhmiä kaikissa sairauksiin ja terveyteen liittyvissä asioissa. (Mäkipää & Korhonen 2011, 19.) Sairaanhoidajan toimintaa ohjaavat eettiset ohjeet, hoitotyön arvot, ohjeet ja lainsäädäntö. Sairaanhoidajalta edellytetään anatomian, fysiologian, lääketieteen, hoitotieteen, farmakologian, ravitsemustieteen sekä yhteiskuntatieteiden tutkimustiedon teoreettista osaamista. (Opetusministeriö 2006, 63.) Sairaanhoidaja on työntekijänä itse velvollinen kehittämään omaa ammattitaitoaan (Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä 28.6.1994/559, 18§). Lain mukaan työnantajan on kuitenkin huolehdittava työntekijän riittävästä täydennyskoulutuksesta (Terveydenhuoltolaki 30.12.2010/1326, 5§).

Osaamisella tarkoitetaan jonkin tavoitteen toteutumista yksilön hankkiman pääoman avulla. Pääoma on yksilön hankkimaa tietoa, taitoa, ominaisuuksia, piirteitä, arvoja ja uskomuksia. Ammatilliseen osaamiseen liittyy näiden lisäksi asenteet, itsevarmuus ja kokemus. (Hipp, Häggmann- Laitila, Kallio, Kangasniemi, Karki, Kinnunen, Pietilä, Saarnio, Viinamäki, Voutilainen & Waldén 2008, 12–13.) Osaaminen on taito kehittää osaamista ja kykyä, joka parantaa ammatillista käytäntöä monin tavoin. Osaaminen on ammatillisen tekemisen edellytys. (Egry & Paganini 2011.)

Sairaanhoidajan ammatissa tarvitaan päätöksenteko-, yhteistyö- ja yhteiskunnallista osaamista sekä taitoa ajatella kriittisesti. Sairaanhoidaja osaa hankkia oman alansa tutkittua tietoa sekä arvioida sitä kriittisesti ja osaa käyttää saamaansa tietoa työssään. (Opetusministeriö 2006, 63.) Sairaanhoidaja osaa analysoida ongelmia ja ratkaista niitä, on aloitteellinen, osaa ennakoida sekä kykenee kehittämään työkäytäntöjä. (Ruuskanen 2011, 88–89.) Sairaanhoidaja osaa tukea ja ohjata potilasta ja omaisia terveysongelmien omahoidossa. Sairaanhoidajan työhön kuuluu ohjata potilaita, omaisia, henkilöstöä sekä alan opiskelijoita. Sairaanhoidaja osaa dokumentoida ja käyttää sähköistä potilastietojärjestelmää. Sairaanhoidaja taitaa kliinisen hoitotyön ja lääkehoidon. Yhteistyötaitoihin kuuluu, että sairaanhoidaja osaa toimia yhteistyössä muun henkilöstön ja asiakkaiden kanssa. Sairaanhoidaja kehittää hoitotyötä, ymmärtää kansainvälisyyden merkityksen hoitotyössä ja osaa toimia muuntuvassa hoitotyössä haasteista huolimatta. (Opetusministeriö 2006, 63–71.) Sairaanhoidajan tulee tietää, miten suomalainen yhteiskuntajärjestelmä toimii. Näin hän osaa neuvoa potilasta tämän asioiden selvittelyssä tai oikeuksien vaatimisessa. (Ruuskanen 2011, 88–89.) Seuraavalla sivulla kuviossa (KUVIO 1) on esitetty sairaanhoidajan osaamistarpeet (mukaillen Syväoja & Äijälä 2009, 51–52).



KUVIO 1. Sairaanhoidajan osaamistarpeet (Mukaiillen Syväoja & Äijälä 2009, 51–52.)

3.2.1 Sairaanhoidajan osaaminen sosiaali- ja terveysalalla

Sekä sosiaali- että terveysalan ammattihenkilöiden osaaminen perustuu lakiin. Laki sosiaalihuollon ammattihenkilöistä (2015/817) sekä laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä (1994/559) varmistavat, että sosiaali- ja terveysalan työntekijällä on ammattitoiminnan edellyttämä koulutus, riittävä ammatillinen pätevyys, työhön edellyttävät valmiudet ja mahdollisuus kehittää osaamistaan. Terveyspalvelut ylläpitää ja edistää ihmisten terveyttä ja hyvinvointia, sekä työ- ja toimintakykyä. Terveyspalveluita ovat mm. julkinen ja yksityinen terveydenhuolto, sekä työterveyshuolto. Sosiaalihuollon avulla tuetaan eri ikäisten ihmisten, perheiden ja yhteisöjen toimintakykyä ja sosiaalista hyvinvointia sekä luodaan turvaa. So-

siaalihuollon palveluita ovat mm. sosiaalityö, kotipalvelu ja -hoito, perhetyö, päihde- ja mielenterveys-työ sekä laitoshoido. (STM 2018.) Sairaanhoidaja voi toimia myös sosiaalihuollon tehtävissä, joissa ei erikseen edellytetä sosiaalihuollon ammattihenkilöä (Valvira 2017).

Sosiaali- ja terveysalaa ohjaavat eettiset suositukset. Eettinen osaaminen on iso osa työntekijän ammatitaitoa. Sosiaali- ja terveysalan työntekijöiden tulee kunnioittaa asiakkaan ja hänen läheisten perusoikeuksia ja ihmisarvoa. Asiakkaan valinnanvapautta ja oikeutta hänen päätöksiinsä omasta elämästä ja hyvinvoinnista tulee kunnioittaa. Hoidon tulee aina tapahtua asiakkaan suostumuksella. Kuitenkin vaaratilanteissa itsemääräämisoikeutta voidaan rajoittaa. Asiakkaita tulee kohdella tasapuolisesti ja hoidon tulee olla hyvää laadultaan ja kaikille yhtäläistä. Hoidossa tulee ottaa huomioon potilaan kokonaisvaltainen terveydentila ja hyvinvointi. Vuorovaikutuksen tulee olla niin asiakkaiden kuin ammattilaisten kesken toista kunnioittavaa. Vuorovaikutuksessa keskeisintä on avoimuus, osaamisen ja kokemuksen arvostus sekä kokemus tulla kuulluksi ja saada tietoa omassa asiassaan. Potilaan hoito- ja palvelusuunnitelmat laaditaan potilaan ja sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaisten kesken yhdessä. Tarvittaessa tähän voi osallistua lisäksi potilaan omainen tai edustaja, potilaan suostumuksella. (Etene 2011.)

Sosiaali- ja terveysalan ammattilaisen tulee työssään ottaa huomioon potilaan ikä, voimavarat sekä kehitystaso. Erityistä huomiota tulee kiinnittää vanhus- ja lapsipotilaisiin, sekä vammaisiin ihmisiin. Osaamista tulee pitää ajan tasalla. Itsensä ja työn kehittämiseen on työntekijällä oltava mahdollisuus. Työhön liittyviä käytäntöjä voidaan myös tarvittaessa kehittää. Sosiaali- ja terveydenhuollon työyhteisön ja johdon tulee tarjota työntekijöille perehdytystä, tukea ja turvallisuutta sekä koulutusmahdollisuuksia. Työnantajalla on myös suuri merkitys potilaiden hyvinvointiin. Asiakkaille ja potilaille taataan paras mahdollinen tulos, jos resursointi ja työnjako on toteutettu järkevästi. Jokaisen ammattilaisen tulee lisäksi kantaa vastuu hyvästä työilmapiiristä. (Etene 2011.)

Kangasniemen ym. (2008) mukaan sosiaali- ja terveysalan ammattilaiselta edellytetään vahvaa oman alan tuntemusta, yleistä asiakastyöosaamista, työntekijyyden- ja yhteistoiminnan muutososaamista sekä palvelunkehittämisosaamista. Kuntien yhteistyö sosiaali- ja terveystalveluiden osalta vaatii sairaanhoidajilta entistä enemmän laajempaa osaamista sosiaali- ja terveysalasta. Hoidajilla tulee olla jaettava osaamista tuottaa asiakaslähtöistä hoitoa, joka vastaa toimintaympäristön muutostarpeisiin. Ammattilaisten keskinäistä yhteistyötä tarvitaan, jolloin työnjako on jouhevaa ja osaaminen yhtenäistä. Ammatilliset osaamistarpeet sosiaali- ja terveydenhuollossa muuttuvat jatkuvasti, jolloin osaamista tulee arvioida uudelleen sekä kehittää.

Sosiaali- ja terveysalalla sairaanhoitajalta tarvitaan kliinistä osaamista, kuten lääkehoidon ja hoitotyön osaamista. Sairaanhoitajan tulee tietää terveydenhoidon toiminnan perusprosessi sekä hoidon kliiniset prosessit. (Coco & Kurtti 2018, 10–11.) Kliininen prosessi tarkoittaa tapahtumaketjua sairauden hoidossa ja sisältää kaikki hoitotoiminnot ja hoitovaiheet potilaan hoidon kokonaisuudessa. Hoidon perusprosessiin sisältyy tulotilanteen arviointi, hoidon suunnittelu ja toteutus sekä hoidon arviointi. Potilastietojärjestelmään kirjataan hoitoprosessin vaiheet. (Komulainen, Meriläinen, Mäkelä & Vuokko 2011, 27.) Sairaanhoitajan tulee hallita hyvinvointiteknologian osaaminen, sisältäen digiosaamisen, laitteiden käytön, atk-taidot sekä potilastietojärjestelmäosaamisen (Coco & Kurtti 2018, 11).

Sairaanhoitajalta tarvitaan hyvää vuorovaikutusosaamista, joka tulee esille mm. asiakkaan kohtaamisessa, kirjaamisessa, työyhteisö- ja tiimitaidoissa. Kielitaidon hallinta on myös tärkeää. Sairaanhoitaja tarvitsee käytännöllisiä taitoja, perustason osaamista, moniammatillista osaamista sekä tehtäväsiirtoon ja -laajentumiseen liittyvää osaamista. Sairaanhoitajalta odotetaan jatkuvaa oman osaamisen kehittämishalua ja -kykyä. Sairaanhoitajan pitää osata hankkia ja jakaa tietoa työyhteisössä sekä olla muutos- ja oppimiskykyinen. Sairaanhoitajalta tarvitaan myös johtamisosaamista sosiaali- ja terveysalalla. Tässä osaamisessa korostuu tietämys sosiaali- ja terveydenhuollon järjestelmästä, palvelujärjestelmästä sekä tiimiosaamisesta. (Coco & Kurtti 2018, 12.)

Sairaanhoitajalta tarvitaan vahvaa eettistä osaamista sekä työelämäosaamista. Sairaanhoitaja kunnioittaa potilaan itsemääräämisoikeutta ja tietää omat oikeutensa ja velvollisuutensa. Sairaanhoitajalta tarvitaan hyvää paineensietokykyä, joustavuutta, avoimuutta ja empaattisuutta. Sosiaali- ja terveysalalla sairaanhoitajan osaamistarpeisiin kuuluu myös monikulttuurinen osaaminen, kuten eri kulttuurien tietämys ja niiden ymmärtäminen. (Coco & Kurtti 2018, 13.)

3.2.2 Sairaanhoitajan osaaminen vastaanottotyössä

Lain mukaan hoidon tarpeen arviointia tekevällä terveydenhuollon ammattilaisella on oltava riittävä koulutus ja työkokemus, käytettävissään potilasasiakirjat sekä yhteys hoitoa antavaan yksikköön. Laissa ei määritetä, kuinka pitkä työkokemus tulee olla. (Valtioneuvoston asetus hoitoon pääsyn toteuttamisesta ja alueellisesta yhteistyöstä 2004/1019, 2§.) Osaamista hoidon tarpeen arvioinnista arvioidaan osaamisen tasojen mukaan, jotka ovat suoraan verrannollisia työkokemukseen. Jotta hoidon tarpeen arvioitsija on Syväojan ja Äijälän (2009, 212–213) mukaan pätevä, tulisi hänellä olla työkokemusta vähintään yksi

vuosi, mielellään jopa 3–4 vuotta ja lisäksi säännöllinen täydennyskoulutus. Asiantuntijatasolla toimivalla sairaanhoitajalla on työkokemusta vähintään viisi vuotta. Noviisi eli aloittelija on työskennellyt sairaanhoitajana alle vuoden. Sairanhoitaja voi tehdä hoidon tarpeen arvioinnin potilaan esitietojen ja riittävien selvitysten perusteella. (Valtioneuvoston asetus hoitoon pääsyn toteuttamisesta ja alueellisesta yhteistyöstä 2004/1019, 2§.)

Hoitajan työnkuvaan vastaanotolla kuuluu ajanvarauksen ja puhelinneuvonnan hoitaminen. Hoitajat tekevät hoidon tarpeen arviointia, arvioivat vastaanoton kiireellisyyttä, antavat hoito-ohjeita sekä seuraavat potilaiden terveydentilaa. Hoitajat pitävät myös omaa vastaanottoa. Lisäksi hoitaja hoitaa etukäteisvalmistelut ennen potilaan seurantakäyntejä ja lääkäreiden vastaanottoja. Hoitajat kirjaavat antamansa hoito- ja seurantaohjeet potilastietojärjestelmään. (Peltonen 2009, 137–138.) Hoidon tarpeen arvioinnin tulee pohjautua eettiseen päätöksentekoon. Eettisessä päätöksenteossa sairaanhoitaja tekee päätökset tutkitun tiedon ja kokemuksen pohjalta tasapuolisuutta noudattaen. Päätöksentekoa ohjaa pyrkimys potilaan parempaan terveyteen. Päätöksentekotaitoja sairaanhoitaja voi kehittää saamansa palautteen ansiosta. Palaute saadaan asiakkailta sekä yhteistyökumppaneilta. Sairanhoitajille ja lääkäreille olisi hyvä järjestää jatkuvaa täydennyskoulutusta. Koulutuksissa olisi hyvä ottaa esille erilaisia potilastapauksia, joissa arviot ovat menneet sekä oikein että väärin. (Syväoja & Äijälä 2009, 63–64.)

Ennen lääkäriin vastaanottoa hoitajat tekevät etukäteisvalmisteluja, kuten lähettävät potilaan laboratorio-kokeisiin tai ottavat itse näytteitä. Hoitajat varaavat uuden seurantakäynnin potilaalle käynnin yhteydessä. Hoitajat voivat kirjoittaa sairauslomaa potilaalle maksimissaan viidelle päivälle tavallisista infektio-taudeista. Hoitajan vastaanotolla tehdään myös tutkimuksia, kuten verenpaineen mittausta tai sydänfilmin ottoa. Lisäksi vastaanotolla voidaan hoitaa muun muassa haavoja, palovammoja, tehdä korva-huuhteluita ja pistää lääkeinjektioita. Hoitajan työnkuvaan vastaanotoilla kuuluu myös terveysneuvonta sekä pitkäaikaissairaiden ohjaus. (Peltonen 2009, 137–148; Syväoja & Äijälä 2009, 115–119.) Hoitajat ohjaavat kansantautien ehkäisyssä, neuvovat ja seuraavat hoidossa sekä ohjaavat tutkimuksiin (Peltonen 2009, 137–148). Yleisimpiä kansantauteja ovat diabetes, astma, masennus, kohonnut verenpaine, sekä sydän- ja verisuonisairaudet, reuma ja dementia (Peltonen 2009, 141; THL 2019). Kansansairauksien ennaltaehkäisy ja hoito voidaan keskittää myös asiantuntijahoitajille, jotka ovat perehtyneitä kansantautien ennaltaehkäisyyn ja hoitoon (Soite 2019b). Vastaanotolla hoitajat antavat terveysneuvontaa myös painonhallinnassa, ravitsemuksessa, liikkumisessa sekä alkoholin käytössä (Peltonen 2009, 145).

Syväoja ja Äijälä (2009) ovat kuvailleet, mitä osaamistaitoja uudelle työntekijälle tulisi perehdyttää. Sairaanhoidajan tulee tietää, mitä säädöksiä, oikeuksia ja velvollisuuksia hoidon tarpeen arviointiin liittyy. Hoidon tarpeen arvioinnin toimintaperiaate ja prosessi tulee tuntea. Vastaanotolla tarvitaan digi-osaamista monessakin asiassa. Hoidon tarpeen arviointia tehtäessä kehittämisosaaminen korostuu. Alla oleva taulukko sairaanhoidajan osaamistarpeista vastaanotolla ja hoidon tarpeen arvioinnissa on tehty Syväoan ja Äijälän (2009, 158–160) kirjaa soveltaen (TAULUKKO 1).

TAULUKKO 1. Työntekijän osaamistarpeet hoidon tarpeen arvioinnissa (mukaillen Syväoja & Äijälä 2009, 158–160)

Säädökset	Hoidon tarpeen arvioinnin osaaminen	Tietotekninen osaaminen	Kehittämisosaaminen
lainsäädäntö organisaation tehtäväsiirrot (hoidon tarpeen arviointi ym.) kunnan, kaupungin, sairaanhoitopiirin hoitoketjut eri potilasryhmien kohdalla hoitoketjun yhteistyö työntekijän oikeudet ja velvollisuudet hoidon tarpeen arvioinnissa asiakkaan oikeudet ja velvollisuudet	hoidon tarpeen arvioinnin prosessin tietäminen ajanvarauksen periaatteen tietäminen: vastaanotot: lääkäri tai hoitaja ja kiireetön tai kiireellinen eettisyys vuorovaikutus tiedon hallinta hoitotyön ja työdiagnoosin tekeminen triage-luokittelu kotihoitoon ohjaus kirjaaminen	potilastietojärjestelmän osaaminen tietosuojatietoturva puhelintekniikka luotettavan tiedonhaun osaaminen, tietokantojen hallinta. sähköinen palvelu työvuorosuunnittelu ja henkilökunnan määrä	henkilökunnan osaamisen seuranta itsensä kehittäminen täydennyskoulutus reklamaatioiden käsittely

Sairaanhoidajan yleisiä osaamistarpeita tarvitaan myös hoidon tarpeen arvioinnissa. Kuviossa 1, sivulla 12, on esitetty sairaanhoidajan yleiset osaamistarpeet. Hoidon tarpeen arvioinnissa eettinen osaaminen

tarkoittaa sitä, että potilaat arvioidaan tasapuolisesti. Potilaan vaatimukset tai vastaanoton resurssit eivät vaikuta hoitoon pääsyyn. Sairaanhoitaja voi tarvittaessa kuitenkin joustaa ohjeissa, mikäli se on eduksi potilaalle ja tämän terveydelle. Sairaanhoitaja tunnistaa osaamisensa rajat. Sairaanhoitaja haluaa edistää terveyttä. Sairaanhoitaja haluaa ohjata potilasta hoitamaan itseään ja toimii näin terveyttä edistäen. Teoreettista osaamista tarvitaan, jotta sairaanhoitaja voi arvioida kiireellisyyttä ja hoidon tarvetta. Lisäksi sairaanhoitaja osaa edetä arviointia tehdessään järjestelmällisesti. Vuorovaikutusosaamista tarvitaan haastateltaessa potilasta. Sairaanhoitaja toimii ammatillisesti myös silloin, kun potilaan vaatimukset ja hoitajan tekemä arvio eivät kohta. Ohjaamisen osaaminen tarkoittaa sitä, että sairaanhoitaja osaa neuvoa ja ohjata potilasta tämän sairauden ja oireiden hoidossa. (Syväoja ja Äijälä 2009, 51–53.)

Yhteistyöosaamista sairaanhoitaja tarvitsee hoidon tarpeen arvioinnissa erityisesti konsultoidessaan kollegoitaan tai yhteistyökumppaneitaan. Lisäksi sairaanhoitaja tiedostaa oman vastuunsa potilaan hoitoketjussa. Sairaanhoitaja kykenee tekemään päätöksiä hoidon tarpeen arvioinnissa ja osaa toimia tällöin myös eettisesti. Sairaanhoitajan osaamiseen kuuluu myös kehittämisosaaminen. Sairaanhoitaja haluaa kehittää itseään ja osaa käyttää tutkittua tietoa hyväkseen työssään. Teknologiaosaamista tarvitaan erityisesti sähköisen potilastietojärjestelmän hallinnassa. Lisäksi sairaanhoitajan tulee osata etsiä luotettavaa tietoa netistä, ja hän taitaa myös sähköisen asiakaspalvelun. Asiakkuusosaaminen tarkoittaa sitä, että sairaanhoitaja tiedostaa erityispiirteet eri ikäryhmissä ja osaa ottaa nämä huomioon tehdessään hoidon tarpeen arviointia. Monikulttuurisuusosaaminen tulee korostumaan erityisesti tulevaisuudessa. Vastaanotolla sairaanhoitaja osaa kohdata eri kulttuureista tulevia ihmisiä, samoin kuin esimerkiksi puhevammaisia ja osaa palvella heitä. Sairaanhoitajan tulee ymmärtää hoidon arviossa tekemänsä päätöksen vastuu ja seuraukset. Hoidon tarpeen arvioinnin tekijää voidaan kutsua myös portinvartijaksi. Tämän ymmärtäminen on yhteiskunnallista osaamista. (Syväoja & Äijälä 2009, 51–53.)

4 VASTAANOTON TULEVAISUUDEN NÄKYMÄT

Tässä luvussa kerrotaan tulevaisuuden näkymistä vastaanotolla, vastaanottotyön kehittymisestä sekä tulevaisuuden haasteista.

4.1 Vastaanottotyön kehittyminen

Tulevaisuudessa pyritään tuottamaan laadukkaampia sosiaali- ja terveystalvveluita. Laadukkaampia palveluita tuotetaan terveydenhuollon eri ammattilaisten yhteistyöllä. Lisäksi palvelut pyritään keskittämään niin, että asiakas saisi samasta toimipaikasta lähes kaikki tarvitsemansa palvelut. (Fors, Koivisto, Meriläinen, Sandelin & Sirviö 2016.) Holappa ym. (2010, 54–55) kirjoittavat, että monisairaita ja moniongelmaisia asiakkaita varten voidaan nimetä kokenut sairaanhoitaja, joka toimii asiakkaille palveluohjaajana. Palveluohjaaja vastaa asiakkaiden palveluiden sekä hoidon koordinoinnista. Tällöin monisairaiden hoidon kokonaisuudesta vastaa yksi henkilö, ja näin hoito ei ole pirstaleista eikä vie resursseja niin paljoa terveysasemilla. Tulevaisuudessa sairaanhoitajan työnkuva tulee laajenemaan ja työ tulee olemaan itsenäisempää. Potilaita tuetaan omahoitoon ja terveyden edistämisen merkitys kasvaa. (Axelin, Fagerström, Flinkman, Heikkinen, Jokiniemi, Korhonen, Kotila, Meretoja ja Suutarla 2016; Nurkkala 2010, 21–22.) Tulevaisuudessa sairaanhoitajan asiantuntijuutta tullaan hyödyntämään enemmän terveydenhuollossa. On myös ennustettu, että yhä useampi sairaanhoitaja alkaa yrittäjäksi. (Fors ym. 2016.)

Teknologiaa hyödynnetään tulevaisuuden terveydenhuollossa entistä enemmän. Digitalisaation avulla julkisten palveluiden tuottavuutta parannetaan. Lisäksi ihmisen elämänlaatua voidaan mahdollisesti parantaa. Digitalisaatio tuo tullessaan erilaisia sovelluksia sekä järjestelmiä. (Kaivo-Oja 2016, 74–83.) Sähköiset asiointipalvelut lisääntyvät ja Kanta-palvelut laajenevat. Tulevaisuudessa asiakas saa tietoa sekä voi itse osallistua hoitoonsa erilaisten informaatiopalveluiden kautta. (Fors ym. 2016.) Tietoa on tulevaisuudessa helpompi saada käyttöön, kun älypuhelimien, tietokoneiden, erilaisten testien, sensoreiden sekä monitoreiden käyttö kasvaa (Kaivo-Oja 2016, 82). Ihmisen voinnista on mahdollista saada ajankohtaiset tiedot käyttöön ja teknologian avulla voinnin kehittymistä voidaan ennustaa (Mieronkoski, Salanterä, Suhonen sekä Terävä 2016). Asiakkaan terveystiedot voivat kerääntyä esimerkiksi aktiivirannekkeeseen, josta asiakas saa tiedon käyttöönsä. Asiakas voi sitten itse päättää, kenelle hän tiedot jakaa. (Fors ym. 2016.)

Palvelurobotisaatio on myös osa tulevaisuutta. Robotisaatiota voidaan hyödyntää terveydenhuollossa mm. kotipalveluissa, sairaalassa sekä henkilökohtaisissa palveluissa. Robotit voivat diagnostisoida, auttaa hoitamisessa, siirroissa ja kantamisissa, toimia lääketieteellisten palveluiden jakajina sekä avustaa kirurgiassa monin eri tavoin. (Kaivo-Oja 2016, 80–83.)

4.2 Tulevaisuuden haasteet

STM (2010, 72–73) terveystieteen mukaan haasteet perusterveydenhuollossa tulevat olemaan laaja-alaisia. Tämä johtuu siitä, että maaseudulta muutetaan kaupunkeihin asumaan, lääketieteellinen teknologia kehittyy ja kansalaiset osaavat vaatia enemmän. Tämän vuoksi perusterveydenhuollon kehittäminen tulee olemaan haasteellista. Päivystystoiminnan keskittäminen suurempiin kaupunkeihin tuo päivystysvastaanotoille haasteita mm. tasavertaisten terveystieteen saatavuuteen. (STM 2010, 72–73.) Sairaanhoidon tarvitetaan enemmän, mutta niiden saatavuudessa tulee olemaan myös haasteita (Fors ym. 2016).

Haasteita tuovat myös mielenterveys- ja päihdeongelmat sekä monikulttuurisuus, joka tulee lisääntymään, kun pakolaisia, maahanmuuttajia ja turvapaikanhakijoita tulee olemaan enemmän. Hoitotyössä monikulttuurinen osaaminen sekä kieli- ja vuorovaikutustaidot korostuvat, jotta eri kulttuureista tulevia asiakkaita voidaan auttaa ja hoitaa oikein. (Fors ym. 2016; Kaivo-Oja 2016, 188–189.) Monikulttuurisuuden myötä myös eksoottiset sairaudet mahdollisesti lisääntyvät. Väestö ikääntyy, ja tulevaisuuden haasteena voi olla pitkäaikaishoidon lisääntyminen ja tämän koordinoiminen. (Kaivo-Oja 2016, 188–189.) Haasteena tulevat olemaan myös säätilojen ja ympäristön muutokset, energiavarojen sekä ruoan saatavuuden väheneminen, terrorismi, kaupungistuminen ja arvojen muuttuminen (Mieronkoski ym. 2016, 92). Digitalisaation myötä haasteena tulee olemaan tietoturvan ja tietosuojan asiallinen toteutuminen (Kaivo-Oja 2016, 77). Robotisaation kehittyessä haasteina tulevat olemaan vuorovaikutuksen muutos sekä työnkuvien uudistuminen, kun robotit korvaavat ihmisten tekemää työtä (Kaivo-Oja 2016, 80–83).

5 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS, TAVOITTEET JA TUTKIMUSONGELMAT

Opinnäytetyön tarkoituksena on kuvata sairaanhoitajien kokemuksia hoidon tarpeen arvioinnista. Opinnäytetyön tavoitteena on saada tietoa, jota voidaan hyödyntää hoidon tarpeen arvioinnin kehittämisessä lääkärinvastaanotolla.

Tutkimuskysymykset:

1. Miten hoidon tarpeen arviointia toteutetaan lääkärinvastaanotoilla?
2. Mitä osaamista sairaanhoitajilta vaaditaan?
3. Mitä haasteita sairaanhoitajat kokivat hoidon tarpeen arvioinnin tekemisessä?
4. Miten hoidon tarpeen arviointia voidaan kehittää?

6 TUTKIMUKSEN TOTEUTTAMINEN

Tutkimus toteutettiin Keski-Pohjanmaan sosiaali- ja terveystalvvelukuntayhtymä Soiten kahdella lääkärintvastaanotolla. Soite on Keski-Pohjanmaan sosiaali- ja terveystalvvelukuntayhtymä, joka vastaa Keski-Pohjanmaan alueella perustalvveluiden ja erikoissairaanhoidon järjestämisestä. Soiten lääkärintvastaanottoja sijaitsee Kokkolassa, Kälviällä, Kruunupyssä, Kannuksessa, Tunkkarissa, Lestijärvellä, Tohollammilla, Lohtajalla, Ullavassa, Perhossa, Teerijärvellä ja Alavetelissä. (Soite 2019b.)

6.1 Tutkimuksen kohderyhmä

Tutkimuksen kohderyhmäksi valitsimme sairaanhoitajat, jotka työskentelevät kahdella Soiten lääkärintvastaanotolla. Toisella lääkärintvastaanotolla työskentelee neljä päivystävää sairaanhoitajaa, kolme sairaanhoitajaa ja yksi perushoitaja, ja toisella lääkärintvastaanotolla työskentelee kaksi päivystävää sairaanhoitajaa ja neljä sairaanhoitajaa. (Järvenpää 2017; Riihola 2017.) Lääkärintvastaanottojen osastonhoitajat valitsivat haastateltavat sairaanhoitajat antamiemme kriteerien perusteella. Kriteereinämme oli, että sairaanhoitaja on tehnyt lääkärintvastaanotolla hoidon tarpeen arviointia vähintään vuoden ja ettei hänellä ole päivystävän sairaanhoitajan erikoistumisopintoja.

6.2 Tutkimusmenetelmä ja aineiston keruu

Valitsimme tutkimusmenetelmäksi kvalitatiivisen eli laadullisen tutkimusmenetelmän. Laadullisen tutkimusmenetelmän avulla voimme tarkastella saamiemme vastauksia syvällisemmin. Laadullista tutkimusmenetelmää käyttämällä saimme tarvitsemamme tiedon sairaanhoitajilta, joilla on kokemusta tutkitavasta aiheesta. Menetelmä oli sopiva myös siksi, koska haastattelemamme kohderyhmä oli pieni. Kvalitatiivisella tutkimusmenetelmällä pyritään tutkimaan, havainnoimaan ja ymmärtämään ihmisten kokemuksia, käsityksiä ja näkemyksiä (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 65– 66).

Opinnäytetyössämme tutkimme sairaanhoitajien kokemuksia hoidon tarpeen arvioinnista lääkärintvastaanotolla, sen haasteista, sairaanhoitajilta vaadittavasta osaamisesta sekä sitä, miten hoidon tarpeen arviointia voidaan kehittää lääkärintvastaanotolla. Haastattelimme yksilöhaastatteluna kolmea sairaanhoitajaa, jotka täyttivät antamamme kriteerit. Aineiston opinnäytetyöhön keräsime teemahaastattelulla,

koska tavoitteena oli saada mahdollisimman selvät, kattavat, syventävät ja kokemusperäiset vastaukset sairaanhoitajilta. Teemahaastattelurungon (LIITE 3) avulla pystyimme tarkentamaan kysymyksiä tarvittaessa. Teemahaastattelussa teoriaan perustuvat kysymykset ovat haastattelua varten valmiina, mutta haastattelun aikana voidaan esittää mahdollisia lisäkysymyksiä tai pyytää tarkennusta vastaukseen. Teemahaastattelulle ominaista on, että aihepiiri ja teema ovat tiedossa, mutta kysymysten tarkka muoto ja esittämisjärjestys puuttuvat. Haastateltavien omat tulkinnat ja merkitykset asioista korostuvat teemahaastattelussa. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 125.)

6.3 Aineiston analyysi

Opinnäytetyössämme käytimme induktiivista eli sisällönanalyysiä. Analyysin avulla luodaan selkeä kuvaus tutkittavasta ilmiöstä. Aluksi sisällönanalyysissä haastatteluiden materiaali kirjoitetaan auki sanasta sanaan eli litteroidaan mahdollisimman pian haastattelun jälkeen. Tämän jälkeen aineisto pelkistetään, minkä jälkeen se ryhmitellään. Lopuksi luodaan teoreettiset käsitteet aineistolle. Analysointia ohjaavat tutkimuskysymykset sekä aineiston laatu. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 163–167.)

7 OPINNÄYTETYÖN TULOKSET

Olemme jakaneet sairaanhoitajille tehtyjen haastatteluiden tutkimustulokset neljään osaan tutkimuskysymysten mukaisesti. Tuloksia havainnollistettiin sairaanhoitajien vastauksilla.

7.1 Sairaanhoitajien kokemukset hoidon tarpeen arvioinnin toteuttamisesta lääkärinvastaanotoilla

Sairaanhoitajien kokemusten mukaan hoidon tarpeen arviointia toteutetaan lääkärinvastaanotoilla arvioimalla asiakaslähtöisesti hoidon tarvetta. Hoidon tarpeen arviointi tapahtuu käymällä vuorovaikutusta potilaan kanssa, arvioimalla kiireellisyyttä sekä käyttämällä päätöksentekoa helpottavia tekijöitä apuna.

Vuorovaikutus potilaan kanssa tapahtuu puhelimesta, vastaanoton tiskillä tai hoitajan vastaanotolla. Potilaan tilannetta kartoitetaan keskustelun kautta, haastattelemalla potilasta ja tutkimalla potilaan papereja. Useissa vastauksissa nousi esiin tarkentavien kysymysten ja keskustelun tärkeys, jotta potilaalta saadaan kaikki oleellinen tieto. Arvio pohjautuu suurimmaksi osaksi potilaan haastatteluun ja potilaan kertomaan.

Haastattelu on siinä kohdalla tärkein, että saat poimittua kiireelliset asiat. Käyttää aikaa siihen ja kysyä, että mitkä ne oireet ovat, onko äkillisesti alkanut vai pikkuhiljaa ja mikä tällä hetkellä se tilanne on, pärjäätkö enää.

Potilaan haastattelu on siinä kyllä tärkeimmässä asemassa, että mihin se arvio pohjautuu

Kiireellisyyttä arvioidaan tekemällä kiireellisyysluokitus sekä arvioimalla hoidon tarve. Potilas voidaan ohjata joko sairaanhoitajan, päivystävän sairaanhoitajan tai lääkärin vastaanotolle. Sairaanhoitaja voi konsultoida myös lääkäriä tarvittaessa vastaanotollaan. Potilas voidaan ohjata myös omahoitoon, jolloin on tehty arvio, että vastaanottokäynnille ei ole tarvetta. Tällöin potilaalle tulee antaa selkeät ja yksinkertaiset ohjeet kotiin. Potilaalle on ohjeistettava, mihin hänen tulee ottaa yhteyttä, mikäli tilanne muuttuu, ja tarvittaessa hän voi ottaa uudelleen yhteyttä. Kun kiireellisyysluokitus tehdään, arvioidaan, pitääkö potilaan tilanne hoitaa päivystyksellisesti, kiireellisesti vai ajanvarauksella. Päivystyksellinen hoito vaatii välitöntä hoitoa, kiireellinen aika tulee antaa kolmen päivän sisällä ja ajanvaraus voidaan hoitaa ei-kiireellisenä.

Jos se menee lääkärille, arvioidaan sitä, onko se kolmen päivän kiireellinen aika tai onko päivystysaika.

Arvioidaan, onko päivystävän sairaanhoitajan potilas.

Pitää osata sanoa se, että jos tulee sitä, tätä ja tuota, niin mitä sitten ja mihin ottaa yhteyttä.

Päätöksentekoa helpottaviksi tekijöiksi koettiin triage-ohje, kollegoiden konsultoinnit ja työssä käytettävät tiedonlähteet. Hoitajilla on käytössään kiireellisyysluokitusohje, jonka avulla he arvioivat kiireellisyttä. Lisäksi hoitajat pystyivät konsultoimaan toisiaan, lääkäreitä, asiantuntijahoitajia sekä muiden yksiköiden hoitajia, kuten kotisairaanhoidoa. Vastauksissa kaikilla nousi esiin, että konsultointi ja kollegoiden kesken käyty keskustelu koettiin suurena apuna. Lisäksi hoitajat käyttivät apuna työssään tiedonlähteitä. Tiedonlähteinään he kertoivat käyttävänsä intranettiä, alan tutkittua tietoa, Käypä hoitosuosituksia, lääkekantaa, koulutuksista opittua tietoa sekä lakia.

Tarkastetaan mitä Käypä hoito sanoo.

Konsultoimme paljon toisiamme. Hoitajat toisiaan ja lääkärit ja hoitajat puolin ja toisin. Täällä pelaa hyvin yhteistyö.

7.2 Sairaanhoitajien kokemukset heiltä vaadittavasta osaamisesta

Vastauksista nousi esiin, että sairaanhoitajalla tulee olla ammatillista osaamista. Vastauksista ei saatu muodostettua yhdistävää luokkaa, sillä vastausten saturaatio ei ollut niin rikas.

Sairaanhoitajan ammatillista osaamista on vuorovaikutus- ja päätöksentekotaito sekä eettinen osaaminen. Haastateltujen sairaanhoitajien mielestä potilas tulee kohdata asiakaslähtöisesti sekä kunnioittavasti. Potilaan kuuntelu ja ohjaus koettiin tärkeäksi osaamiseksi. Vastauksissa nousi esiin, että sairaanhoitajan tulee pystyä itsenäiseen päätöksentekoon. Sairaanhoitajalla tulee olla tietoa sairauksista ja hänen tulee osata havainnoida potilasta. Työkokemuksen koettiin myös auttavan päätöksenteossa. Sairaanhoitajan pitää noudattaa ammattietiikkaa. Vastauksissa nousi esiin useita ominaisuuksia, joita sairaanhoitajalta vaaditaan, kuten inhimillisyyttä, kärsivällisyyttä, herkkyyttä ja empatiakykyä. Sairaanhoitajan tulee noudattaa sääntöjä ja normeja, joita hänen työssään vaaditaan. Tarvittaessa hoitajan tulee kuitenkin pystyä joustamaan. Sairaanhoitajan tulee noudattaa vaitiolovelvollisuutta.

Pitää osata kuunnella asiakasta, ottaa asiakaslähtöisesti vastaan.

Pitää pystyä itsenäiseen päätöksentekoon.

Pitää osata lukea potilasta muustakin kuin vain kuunnella.

Pitää olla sellaista joustoa asioissa ja pelisilmää.

Herkkyyttä tarvitaan.

7.3 Sairaanhoidtajien kokemat haasteet hoidon tarpeen arvioinnin tekemisessä

Sairaanhoidtajien kokemat haasteet olivat laaja-alaisia vastausten perusteella. Kokemuksissa hoidon tarpeen arvioinnista nousi esiin, että arviointia hankaloittavat tekijät ovat haasteena. Vastauksista ilmeni, että tarpeisiin vastaaminen, resurssipula ja oikean tiedon saaminen on haasteellista.

Sairaanhoidtajien ja lääkärin eri näkemykset hoidon kiireellisyydestä sekä asiakkaiden vaatimukset koettiin haasteena. Lisäksi isot välimatkat koettiin haasteellisiksi, jos potilas oli tullut paikan päälle soittamatta. Joskus näissä tilanteissa hoitajien on täytynyt joustaa ja potilas on saanut hoidon heti, vaikka kiireellisyyсарvio olisi ollut eri. Vastauksissa ilmeni myös, että ihmisten tietämättömyys hoidon tarpeen arvioinnista on eräänlainen haaste, koska potilaat saattavat jopa suuttua hoitajan kyselyistä, jotka ovat kuitenkin osa hoidon tarpeen arvioinnin tekemistä.

Kyllä se on tosi kova haaste tuo, että asiakkaat kyllä osaavat vaatia.

Täällä kun välimatkat ovat aikamoiset, niin sitten kuitenkin on pakko joustaa sen mukaan.

Kaikissa vastauksissa nousi esiin, että oikean tiedon saaminen potilaalta on erittäin haastavaa. Puhelimesta arvioiminen koettiin vaikeammaksi kuin kasvotusten tehty arvio. Arviointi on helpompaa tehdä, kun potilaan näkee. Osa asiakkaista liioittelee tai peittelee oireitaan, ja tällöin hoidon tarpeen arviointi on vaikea tehdä. Oikeiden ja oleellisten kysymysten esittäminen potilaalle koettiin haastavana.

Se on melkein mahdottomuus tehdä täydellistä hoidon tarpeen arviointia puhelimesta.

Ihmiset saattavat puhua aivan mitä sattuu. Kun ne tietävät miten ne pääsevät lääkäriin ja ne tietävät ne tietyt kohdat, kuten hengenahdistus, rintakipu. Kun lyö semmoisen kortin peliin niin hoidon tarpeen arviointi kääntyy saman tien.

Resurssipula koettiin haasteelliseksi hoidon tarpeen arviota tehtäessä. Lääkäriaikoja koettiin olevan liian vähän tarpeeseen nähden. Hoitajien kiireen vuoksi hoidon tarpeen arvioinnille ei välttämättä ole niin paljon aikaa käytettäväksi. Vastauksissa ilmeni, että potilaat ottavat usein yhteyttä heti aamusta, vaikka potilaan tilanne ei olisikaan aina kiireellinen. Hoitajien mielestä koulutuksia on liian vähän. Lisäksi ilmeni, että koulutuksiin pääseminen on vaikeaa, koska ei ole resursseja irrottaa ihmisiä koulutukseen.

Se on hirveän raskasta, varsinkin jos niitä aikoja on vähän.

Meillä ei ole resursseja irrottaa niitä ihmisiä siihen koulutukseen.

Silloin kun on enemmän aikaa panostaa hoidon tarpeen arviointiin, niin se tulee tehtyä paremmin.

7.4 Hoidon tarpeen arvioinnin kehittäminen

Vastauksista ilmeni, että lisäämällä hoidon tarpeen arviointia helpottavia tekijöitä voitaisiin kehittää hoidon tarpeen arvioinnin tekemistä. Lisäämällä resursseja sekä parantamalla palveluita voitaisiin hoidon tarpeen arviointia kehittää.

Vastauksista kävi ilmi, että resursseja toivottiin lisää koulutuksiin sekä henkilökunnan määrään ja lääkäriaikoihin. Sairaanhoidajat toivoivat, että hoitajien ammattitaitoa ylläpitäviä koulutuksia lisättäisiin ja lääkäreiden ja hoitajien yhteistyökoulutuksiin panostettaisiin. Sairaanhoidajat huomauttivat, että koulutukset tulisi tähdätä oikeille henkilöille, eli koulutuksiin tulisi ohjata sellaiset henkilöt, jotka sitä työtä tekevät. Vastauksista nousi myös usein esille, että lääkäriaikoja toivottiin enemmän ja ruuhka-aikoihin toivottiin enemmän hoitajien resursointia.

Panostettaisiin lääkäreiden ja hoitajien yhteistyökoulutukseen.

Silloin kun on enempi aikaa panostaa hoidon tarpeen arviointiin, niin se tulee tehtyä paremmin.

Voisi olla vielä jotain muita aikoja ja enemmän soittoaikoja.

Palveluiden parantamisella toivottiin sähköisen palvelun kehittämistä sekä henkilökunnan ja alueen ihmisten tiedottamista. Sairaanhoidajat toivoivat sähköistä palvelua, jolla potilaat voisivat itse varata joi-tain tietynlaisia aikoja, kuten aikaa ompeleiden poistoon. Lisäksi hoitajat toivoivat helposti saatavilla olevaa tarkistuslistaa, jossa olisi selkeät kysymykset potilashaastattelua varten. Sairaanhoidajat nostivat

vastauksissa esille epäkohdan tiedottamisen osalta, johon he toivoivat parannusta. He toivoivat, että ihmisille tiedotettaisiin yleisesti hoidon tarpeen arvioinnin tärkeydestä ja miksi sitä tehdään, jotta potilaat tietäisivät, miksi hoitajat kyselevät. Lisäksi toivottiin julkista tiedottamista puhelimen ruuhka- ajoista, jotta kaikki eivät soittaisi samaan aikaan aamusta, jos ei ole pakko. Hoitajat toivoivat tiedotusväylää myös heille itselleen. He toivoivat, että henkilökunta pidettäisiin tietoisena kaikesta mitä missäkin tapahtuu, esimerkiksi aluekohtaisista tapahtumista, epidemioista tai sairauksista.

Sähköiseen palveluun pitäisi enemmän satsata.

Olisi tärkeää, että henkilökunta pidettäisiin tietoisena kaikesta mitä missäkin tapahtuu.

8 POHDINTA

Hoidon tarpeen arviointi on aihe, joka ei vanhene koskaan ja on vielä kuitenkin melko tuore asia terveydenhuollossa. Hoidon tarpeen arviointi tulee kehittymään varmasti vielä paljon, kun teknologia kehittyy ja tietoa ja kokemusta tulee lisää. Hoidon tarpeen arviointi on tärkeä aihe, koska se on ensimmäinen vaihe potilaan hoidossa. Se määrittää potilaan jatkohoidon ja sen, miten potilas kokee tullessa kuulluksi ja hoidetuksi. Onkin tärkeää, että hoidon tarpeen arvioinnissa potilasta kuullaan ja yritetään toimia mahdollisimman pitkälle potilaan toiveita kuunnellen. Jos potilas kokee tullessa kuulluksi ja hyvin hoidetuksi, voi tämä jopa vähentää yhteydenottoja, koska potilas on tyytyväinen saamaansa hoitoon ja kokee, että hänen asiansa tuli hoidetuksi. Tällöin hänen ei tarvitse soittaa useita kertoja samasta asiasta.

Hoidon tarpeen arviointi herättää tunteita ja ajatuksia. Toisaalta voidaan ajatella, että jokaisen, joka haluaa lääkäriin, tulisi sinne päästä, huolimatta asiasta tai vaivasta. Toisille ihmisille lääkärin kannanotto on iso ja tärkeä asia, vaikka hänen vaivansa ei välttämättä lääkäriä tarvitse. Jos potilas välttämättä haluaa päästä lääkärin puheille, tulisi hänen sinne päästä, vaikka laissa sanotaan, että potilaalla ei ole oikeutta saada mitä tahansa haluamaansa hoitoa, mutta hänellä on oikeus hoidon tarpeen arviointiin. (Hallituksen esitys Eduskunnalle laeiksi kansanterveyslain ja erikoissairaanhoitolain sekä eräiden muiden lakien muuttamisesta HE 77/2004.) Tällöin potilaan tulisi kuitenkin ymmärtää, että vastaanottoaika voi mennä pitkänkin ajan päähän, mikäli asia ei ole kiireellinen. Hoidon tarpeen arvioinnin ei kuitenkaan ole tarkoitus estää lääkärille pääsyä. Toisaalta hoidon tarpeen arvioinnista on säädetty laissa nimenomaan juuri siksi, että erot hoitoon pääsyyssä vähenisivät ja hoidon saatavuus perustuisi tarpeeseen. (Syväoja ja Äijälä 2009, 9.)

Tulevaisuuden näkymät terveydenhuollossa ovat hyvin mielenkiintoiset. Vastaanotto toiminta tulee muuttumaan digitalisaation myötä. Sairaanhoitajien vastuu kasvaa ja työnkuva muuttuu. Muutosten myötä kansalaisten terveydentilan olettaisi kohenevan, kun potilaita kannustetaan ottamaan enemmän vastuuta omasta terveydestään. Vaikka tulevaisuuden näkymät digitalisoitumisesta ja robotisaatiosta näyttävät hienoilta, aiheuttavat ne myös huolta. Ajatus siitä, että roboteilla korvataan ihmiset, on pelottava. Miten käy ihmisten väliselle vuorovaikutukselle? Sairaanhoitajan osaamiseen kuuluu olennaisesti vuorovaikutus sekä ihmisen kohtaaminen. Miten vuorovaikutuksen osaaminen muuttuu digitalisaation myötä?

8.1 Tulosten tarkastelua

Tässä luvussa tarkastelemme ja pohdimme opinnäytetyömme tuloksia. Peilaamme tutkimustuloksia aiempiin samasta aiheesta tehtyihin tutkimuksiin sekä tutkittuun tietoon. Opinnäytetyömme tarkoituksena oli kuvata sairaanhoitajien kokemuksia hoidon tarpeen arvioinnista. Tutkimuksen tavoitteena oli saada tietoa, jota voidaan hyödyntää hoidon tarpeen arvioinnin kehittämisessä lääkärinvastaanotolla.

Hoidon tarpeen arvioinnin sisältö ja toteutus olivat kaikilla vastaajilla lähes samanlaiset. Jokainen sairaanhoitaja tietää, miten hoidon tarpeen arvioinnin prosessi etenee ja miten sitä toteutetaan. Keskeisintä on arvioida hoidon tarve ja kiireellisyys. Sairaanhoitajat käyttivät arviointia tehdessään apunaan kiireellisyysluokitustaulukkoa, konsultointia sekä työssä käytettyjä tietolähteitä.

Syväojan ja Äijälän (2009) mukaan hoidon tarpeen arviointia tehtäessä on aina selvitettävä potilaan syy yhteydenottoon, oireet, potilaan esitiedot, kuten mitä sairauksia ja lääkityksiä potilaalla on, kartoitettava tämän hetkinen tilanne oireiden suhteen sekä potilaan yleisvointi. Erityisen tarkkana tulee olla lapsi- ja vanhuspotilaiden suhteen, koska näiden potilasryhmien kunto heikkenee helpommin. Verrattaessa sairaanhoitajien kokemuksia tutkittuun tietoon voidaan todeta, että sairaanhoitajilla on vahva tieto hoidon tarpeen arvioinnin sisällöstä. Tulokset täsmäävät tutkittuun tietoon lähes täysin. Sairaanhoitajien vastauksissa esitiedoista maininta jäi kuitenkin ehkä hieman vaisuksi. Vastauksissa esimerkiksi potilaan perussairauksien selvittelystä ei suoranaisesti ollut mainintaa, vaikkakin sairaanhoitajat kertoivat, että hoidon tarpeen arviointiin kuuluu potilaan papereiden tutkiminen. Lisäksi vastauksissa ainoastaan yksi sairaanhoitaja nosti lapsipotilaat erityisryhmäksi kiireellisyydestä kysyttäessä. Yksi sairaanhoitaja sanoi vastauksessaan. ”Koitetaan suhteuttaa myös sitä, kuka tulee ja mistä tulee.” Tällä hän saattoi tarkoittaa erityispotilasryhmiä. Luultavasti jokainen sairaanhoitaja tästä huolimatta tietää, että vanhus- ja lapsipotilaiden suhteen tulee olla tarkempi, sillä sairaanhoitajien vastauksissa korostettiin paljon mm. haastattelun tärkeyttä.

Peltosen (2009) tutkimuksessa ilmeni, että hoitajat ja lääkärit käyttävät ammattikirjallisuutta, tieteellisiä artikkeleita, näyttöön perustuvia suosituksia, Käypä hoito -suosituksia ja Terveysporttia apuna työssään vastaanotolla. Peltosen tutkimustulos on yhtenäinen haastattelemiemme sairaanhoitajien vastauksiin. Opinnäytetyössä sairaanhoitajat kertoivat, että he käyttävät työssään hyväkseen luotettavia tietolähteitä, kuten tutkittua tietoa, alan pääjulkaisuja, Käypä hoito-suosituksia sekä Terveysporttia. Opinnäytetyössä sairaanhoitajat kertoivat myös, että he perustavat päätöksensä lain mukaisesti. Lindfors-Niilolan (2014) tutkimuksessa ilmeneekin, että hoidon tarpeen arvioitsijan tulee tuntea lakisäädökset, jotka määrittävät

hoidon tarpeen arvioinnin ohjeet. Haastattelemamme sairaanhoitajat kertoivat, että heillä konsultoidaan paljon puolin ja toisin ja että heillä on myös mahdollisuus konsultoida lääkäriä aina tarvittaessa. Peltosen (2009) tutkimuksessa hoitajat ja lääkärit käyttivät myös konsultointimahdollisuutta melko paljon hyväkseen. Tutkimuksessa puhuttiin myös hoitajien ja lääkäreiden välisestä puhelinkonsultaatiosta. Opinnäytetyössä sairaanhoitajat, joita haastattelimme, kertoivat, että heillä konsultointi tapahtuu joko potilastietojärjestelmän kautta, käymällä suoraan lääkärin huoneessa tai soittamalla lääkärille, jolloin lääkäri on tullut yleensä paikan päälle.

Sairaanhoitajien vastaukset olivat hyvin yhteneväiset siitä, mitä osaamista he pitivät tärkeinä hoidon tarpeen arvioinnissa. Tuloksista ilmeni, että sairaanhoitajalta vaaditaan ammatillista osaamista. Syvänojan ja Äijälän (2009, 153–154, 158) mukaan sairaanhoitajan tulee omata vuorovaikutus-, ongelmanratkaisu-, yhteistyö- ja päätöksentekotaitoja sekä eettistä, yhteiskunnallista ja kehittämisosaamista. Sairaanhoitajan olisi hyvä olla mm. tavoitteellinen, jämäkkä, oma-aloitteinen, nopea päätöksentekijä, ystävällinen, avoin, sosiaalinen, rauhallinen, kuunteleva, rehellinen, huolellinen ja järjestelmällinen. Opinnäytetyössä sairaanhoitajien vastaukset ovat yhtenäiset tutkittuun tietoon. Vastauksissa nousi esiin, että sairaanhoitajan olemus on iso tekijä siinä, miten potilas tilanteen kokee. Sairaanhoitajat kertoivat, että tarvittaessa pitää osata sanoa, että on väärässä tai ei tiedä asiasta tarpeeksi. Iso osa sairaanhoitajan ammatillisuutta onkin se, että hän tuntee oman rajallisuutensa ja osaamisensa.

Jotta hoidon tarpeen arvioitsija on Syvänojan ja Äijälän (2009, 213) mukaan pätevä, tulisi hänellä olla työkokemusta vähintään yksi vuosi, mielellään jopa 3–4 vuotta ja lisäksi säännöllinen täydennyskoulutus. Opinnäytetyössä sairaanhoitajat kuitenkin kertoivat, että heillä kysellään toisilta paljon. Opinnäytetyön vastauksissa ilmeni, että erityisesti vähemmän kokemusta omaavat hoitajat kyselevät paljon, mikä koettiin hyväksi asiaksi vastauksissa. Se, että työilmapiiri on sellainen, että uskaltaa kysyä, on merkityksellistä. Tällä tavalla kokematon hoitaja vahvistuu päätöksissään ja potilas saa mahdollisesti todennäköisemmin oikean avun vaivalleen. Sairaanhoitajan osaamiseen vaikuttaa oleellisesti, miten hänet perehdytetään työhön. Peltosen (2009) tutkimuksessa selvisi, että perehdytys ei ole ollut riittävää vastaanotoilla. Meille ei selvinnyt, miten vastaanotoilla, joissa haastattelut teimme, perehdytys toimii.

Nummelinin (2009) tutkimuksessa kävi ilmi, että kokeneet sairaanhoitajat pystyvät nopeampaan päätöksentekoon ja tekevät päätöksiä enemmän kokemukseen perustuen kuin kokemattomat. Lindfors-Niilolan (2014) tutkimuksessa todettiin, että hoitajan ammatillinen osaaminen ja kokemus vaikuttavat oleellisesti onnistuneeseen hoidon tarpeen arviointiin. Opinnäytetyömme tulokset ovat samansuuntaisia näiden tutkimusten tulosten kanssa..

Peltosen (2009) tutkimuksessa ilmeni, että hoitajien työssä tarvittavaa osaamista arvioitiin kehityskeskusteluissa yhdessä lähiesimiehen kanssa. Tutkimuksen mukaan hoitajien osaamisen ylläpitäminen varmistettiin säännöllisillä kehityskeskusteluilla esimiehen kanssa sekä toimipaikka- ja ulkopuolisen koulutuksen avulla. Tämä tutkimustulos poikkeaa opinnäytetyömme tuloksista. Opinnäytetyössä sairaanhoitajat eivät maininneet, että heidän osaamistaan arvioidaan juurikaan. He toivoivat enemmän tukea ja koulutusta heidän osaamisensa kehittämiseen. Opinnäytetyössä sairaanhoitajat kertoivat, että heidän päätöksentekoaan kuitenkin arvioidaan hyvin. Sairaanhoitajat kertoivat, että he saavat palautetta usein lääkäreiltä ja kollegoilta tekemästään hoidon tarpeen arvioinnista.

Opinnäytetyön tuloksissa sairaanhoitajat kokivat haasteiksi kiireen sekä vähäisen henkilökunnan määrän. Lisäksi sairaanhoitajat kokivat, että koulutuksia on liian vähän tai niihin on vaikea päästä. Peltosen (2009) tutkimuksessa hoitajille oli tehty koulutussuunnitelma täydennyskoulutuksille. Hoitajien osaamista ylläpidettiin säännöllisillä koulutuksilla. Tutkimuksen tulos poikkeaa opinnäytetyömme tuloksista. Opinnäytetyössä sairaanhoitajat toivoivat enemmän koulutuksia. He kokivat, että heidän on vaikea päästä koulutuksiin, koska hoitajia on vaikea irrottaa työstä koulutuksen ajaksi henkilöstöresurssien vuoksi. Sairaanhoitajat kokivat myös, ettei koulutuksista tiedoteta tarpeeksi. Ongelmana oli myös, että koulutuksiin eivät aina päässeet henkilöt, jotka kyseistä työtä tekevät.

Lindfors-Niilolan (2014) tutkimuksessa kävi ilmi, että kiire, lääkäriavaj ja potilaiden tietämättömyys terveydenhuollon palveluiden käytöstä on koettu haasteeksi. Tutkimuksen mukaan potilaille tiedottaminen on ollut riittämätöntä kunnan osalta ja täten aiheuttanut turhaa ruuhkaa päivystykseen. Tutkimuksen tulos on yhtenäinen opinnäytetyömme tuloksiin. Opinnäytetyön tuloksista kävi ilmi, että kiire on haaste. Sairaanhoitajat kokivat, että kiire vaikuttaa hoidon tarpeen arvioinnin tekemiseen negatiivisesti. Erityisesti aamuisin, kun jonossa on monta puhelua, ei yhteen puheluun voi käyttää paljoa aikaa, ja pitkät jonot aiheuttavat ahdistusta. Sairaanhoitajat kuitenkin kertoivat, että pakolliset asiat on pakko kysyä eikä kiire saa näkyä potilaalle. Hoitajilla tulisi olla enemmän aikaa tehdä rauhassa työtään. Jos hoitajilla on kiire, potilaan haastattelu voi jäädä pintapuoliseksi, jolloin hoidon tarpeen arviointi ei onnistu tai sieltä poimitaan vain välttämätön tieto. Sairaanhoitaja voi aavistaa tai tietää, että potilaalla on monia ongelmia, joihin hän tarvitsisi apua, mutta kiireen vuoksi hän hoitaa vain sen asian, mistä potilas on ottanut yhteyttä. Yhteydenottoja voi tulla samalta potilaalta useita, ja aina hoidetaan vain se yhteydenoton syy. Jos sairaanhoitajilla olisi enemmän aikaa käytettävissä hoidon tarpeen arviointiin, voitaisiin potilaan tilannetta katsoa kokonaisvaltaisemmin. Tämä voisi vähentää yhteydenottoja, kun potilaan asiat tulisi kerralla hoidettua.

Opinnäytetyössä sairaanhoitajat kokivat, että lääkäriaikoja on liian vähän. Sairaanhoitajat kokivat tilanteet haasteellisiksi, kun potilas tarvitsee lääkäriajan mutta aikoja ei ole. Tällöin hoitajilla menee aikaa tilanteen ratkaisemiseen. He kertoivat, että aina jotenkin he saavat ajan järjestettyä potilaalle, mutta se on työn takana. Joskus hoitajat joutuvat käyttämään hoidon tarpeen arviointiaikoja etukäteen, jotka ovat siis kiireellisiä aikoja eikä niitä saisi käyttää etukäteen. Sairaanhoitajien kokemukset ovat yhtenäiset myös tältä osin Lindfors-Niilolan (2014) tutkimuksen kanssa. Jos lääkäriaikoja olisi enemmän, vapauttaisi se hoitajilta aikaa ja voisi jopa vähentää ruuhkaa ja kiirettä. Hoitajien ei tarvitsisi käyttää niin paljoa aikaa asian ratkomiseen. Sairaanhoitajille voisi lisäksi jäädä myönteinen kokemus, että he ovat palvelleet asiakasta hyvin eikä heidän tarvitsisi kokea huonoa omaatuntoa, kun ovat antaneet ajan kiirevastaanotolta, mitä ei saisi tehdä. Tämä palvelisi myös asiakasta: hän saisi ajan nopeasti selville, eikä hänen tarvitsisi kokea olevansa vaivaksi hoitajalle, joka tekee kovan työn löytääkseen potilaalle ajan. Lääkäriaikoja lisäämällä myös kiirevastaanotot jäisivät kiireellisiä tapauksia varten. Jos kiirevastaanotoista on joutunut etukäteen ottamaan aikoja, kostaustuu se silloin, kun niitä kiireaikoja tarvitaan. Tällöin lääkärit ja hoitajat kuormittuvat, ketkä joutuvat selviämään vähäisillä ajoilla.

Tyyskän (2012) tutkimuksessa hoitajat kokivat haasteelliseksi, jos potilas itse ei soittanut, vaan potilaan omainen. Tutkimustulos on yhtenäinen opinnäytetyön tuloksen kanssa. Opinnäytetyössä sairaanhoitajat kokivat tämän myös haasteellisena. He kertoivat, että usein omaiselta saatu tieto ei pitänyt täysin paikkansa vaan omainen kertoi omaa näkemystään. Opinnäytetyössä sairaanhoitajat kertoivat myös, että hoidon tarpeen arvioiminen puhelimesta on haasteellista. Opinnäytetyössä sairaanhoitajat kokivat haasteelliseksi myös oikean tiedon saamisen potilaalta. Tämä tulos poikkeaa Janhusen (2014) tekemästä tutkimuksesta, jossa sairaanhoitajat kokivat hoidon tarpeen arvioinnin melko vaivattomaksi. Tutkimuksen mukaan arvioinnin tekeminen on sitä helpompaa, mitä enemmän hoitajalle on kertynyt työkokemusvuosia. Opinnäytetyön sairaanhoitajat olivat samaa mieltä siitä, että arvioinnin tekeminen on helpompaa, mitä enemmän työkokemusta on karttunut.

Tyyskän (2012) tutkimuksessa hoitajat kokivat haasteelliseksi potilaat, joilla oli paljon erilaisia perussairauksia, koska tällöin potilaskertomuksesta joutuu selaamaan paljon tietoa. Myös iho-ongelmat, rokkoaudit sekä ihosairaudet koettiin haasteellisiksi, koska näkökontakti puuttui puhelinarvioinnissa. Haastattelemamme sairaanhoitajat kertoivat, että tällaisissa tilanteissa he ottavat potilaan aina vastaanotolle näyttille, koska puhelimesta arviointi on vaikeaa. Siinä haastattelemamme sairaanhoitajat olivat kuitenkin samaa mieltä, että tietojen haku potilastietojärjestelmästä on haastavaa ja aikaa vievää.

Opinnäytetyön tuloksista kävi ilmi, että sairaanhoitajat haluavat kehittää hoidon tarpeen arviointia ja vastaanottoa. Sairaanhoitajat toivovat enemmän lääkäriaikoja sekä koulutuksia. Erityisesti toivottiin lääkäreiden ja hoitajien yhteistyökoulutusta, koulutusta hoidon tarpeen arvioinnista, uusista hoitotarvikkeista, haavanhoitotuotteista sekä lääkehoidosta. Hoitajat kokivat, että koulutukset tuovat heille varmuutta. Peltosen (2009) tutkimuksessa ilmeni, että vastaanotoille toivottiin lisää henkilökuntaresursseja niin lääkäreihin kuin hoitajiin. Tutkimuksen tulos on yhtenäinen opinnäytetyömme tuloksiin. Opinnäytetyössä sairaanhoitajat kokivat, että ajoittain on erittäin haasteellista, kun lääkäriaikoja ei ole ja potilas kuitenkin tarvitsee ajan lääkärille. Myös soittoaikoja toivottiin enemmän lääkärille. Hoitajamitoitukseen resursointi edesauttaisi sitä, että hoidon tarpeen arvioinnin tekemiseen olisi käytettävissä enemmän aikaa ja kiire helpottuisi. Opinnäytetyössä sairaanhoitajat toivoivat pääsevänsä enemmän koulutuksiin. Resursoimalla hoitajamitoituksia ainakin koulutuspäivien ajaksi hoitajilla olisi kaikilla mahdollisuus päästä koulutuksiin. Syväoan ja Äijälän (2009) mukaan sairaanhoitajan tulee säännöllisesti käydä täydennyskoulutuksissa, jotta tämä olisi pätevä hoidon tarpeen arvioitsija.

Tyyskän (2012) tutkimuksessa hoitajat tarvitsivat tarkistuslistaa tai jonkinlaista ohjeistusta, jonka avulla hoitaja voisi varmistaa, että hän on kysynyt potilaalta kaiken oleellisen tiedon. Lisäksi tutkimuksessa hoitajat tarvitsivat kuntayhtymän yhteistä intranettiä, koska he kokivat, että sen puuttuminen hankaloitti tiedonvälitystä. Lisäksi he tarvitsivat yhteisiä kirjallisia ohjeita, jotka koskevat koko kuntayhtymää. Tämä helpottaisi hoitajien yhdenmukaista ohjausta. Tutkimustulos on samansuuntainen opinnäytetyömme tuloksen kanssa. Haastattelemamme sairaanhoitajat tarvitsevat alueellisesti yhtenäisiä ohjeituksia hoidon tarpeen arvioinnista, koska he kokivat, että tällä hetkellä hoidon tarpeen arviointi ei ole ihan samaa tasoa joka vastaanotolla. Haastattelemamme sairaanhoitajat tarvitsevat parempaa tiedonvälitystä, vaikka heillä onkin intranet käytössä. Myös Peltosen (2009) ja Lindfors-Niiloson (2014) tutkimuksissa ilmeni, että paremmalla tiedottamisella voidaan kehittää hoidon tarpeen arviointia. Opinnäytetyön tuloksista ilmeni, että erityisesti aamuruuhkat ovat haasteellisia, kun kaikki ottavat yhteyttä samaan aikaan. Ruuhkien lieventämiseen voisi auttaa julkinen tiedottaminen, että jos asia ei ole kiireellinen, kannattaa yhteyttä ottaa myöhemmin. Lisäksi tiedottamista tarvitaan epidemioiden ja sillä hetkellä jylläävien sairauksien informoinnista alueen asukkaille. Tiedotteessa olisi hyvä neuvoa myös yleiset hoito-ohjeet. Tämä vähentäisi mahdollisesti turhia yhteydenottoja. Koulutuksista he tarvitsevat parempaa tiedottamista. Opinnäytetyössä sairaanhoitajat kokivat, että julkinen tiedottaminen hoidon tarpeen arvioinnista voisi olla hyväksi, jotta ihmiset tietäisivät, miksi sitä tehdään ja miksi hoitajat kyselevät.

Peltosen (2009) tutkimuksesta selvisi lisäksi, että parantamalla ajanvarauksen toimivuutta, kehittämällä sähköistä palvelua, tehostamalla puhelinneuvontaa sekä lisäämällä ja pidentämällä vastaanottoaikoja

voitaisiin vastaanottotoimintaa kehittää. Tulokset olivat hyvin samansuuntaiset opinnäytetyömme tulosten kanssa. Puhelinneuvontaa voitaisiin lisätä, mikäli hoitajilla olisi siihen enemmän aikaa käytettävissä. Tähän voisi auttaa hoitajien lisääminen ja julkinen tiedottaminen puhelimen ruuhkahuipuista. Myös Lindfors-Niilolan (2014) tutkimuksessa sähköinen palvelu nostettiin kehittäväksi tekijäksi hoidon tarpeen arvioinnissa. Hoitajat olivat esittäneet, että terveydenhuollon palveluista voitaisiin tiedottaa sähköisessä palvelussa. Palvelun kautta potilaat voisivat itse etsiä tietoa terveystalvveluista, ja palvelusta löytyisi myös yleisimmät kiireettömien sairauksien Käypä hoito-suositukset. Opinnäytetyössä sairaanhoitajat toivoivat vähän jotain vastaavaa palvelua, mistä ihmiset löytäisivät tiedotettavat asiat sekä tietoa sairauksien hoidosta. Opinnäytetyössä sairaanhoitajat toivoivat myös sähköistä ajanvarauspalvelua, josta potilas itse voisi varata ajan esim. ompeleen poistoon tai sairaanhoitajalle. Tekemämme haastattelun jälkeen vastaanotoille onkin kehitetty sähköinen palvelu ”Oireapu”, jossa hoidon tarvetta arvioidaan sähköisesti. Ohjelman kautta ei vielä voi varata kuitenkaan aikaa itse (Soite 2019a). Jos jatkossa sähköisen palvelun kautta voisi varata itse aikoja, vähentäisi se puheluiden ja luukulla kävijöiden määrää, mikä vapauttaisi hoitajalle lisää aikaa. Esimerkiksi ompeleiden poisto ja ajokorttiajat olisivat sellaisia aikoja, joihin ei tarvita hoidon tarpeen arviointia. Myös sairaanhoitajalle voisi olla jotain aikoja tarjolla.

8.2 Opinnäytetyön luotettavuus ja etiikka

Tutkimuksen luotettavuudella tarkoitetaan, kuinka luotettavaa tietoa tutkimuksella on tuotettu. Tutkimuksen luotettavuutta voidaan arvioida erilaisten kriteerien avulla. Uskottavuudella kuvataan, kuinka tutkijan ja haastateltavan välinen totuus on muodostunut, ja kuvataan tulokset niin selkeästi, että lukija ymmärtää analyysin tekotavan, tutkimuksen vahvuudet ja rajoitukset. Todeksi vahvistettavuudessa tulokset perustuvat aineistoon ja empiriaan. Merkityksellisyys tarkoittaa tutkittavan ilmiön esiintymistä ja merkitystä tutkimuskontekstiin. Toistuvuus tulee esille, kun samat vastaukset alkavat toistua tarpeeksi usein. Tutkijan saadessa ilmiöstä kaiken olennaisen esille kyseessä on kyllästeisyys. Siirrettävyys kuvaa, kuinka tuloksia voidaan hyödyntää toisessa samanlaisessa tutkimusympäristössä ja tilanteissa. Edellytyksenä on tutkimusympäristön kuvaus, osallistujien valinnan ja taustojen selvittäminen sekä aineistojen keruun ja analyysin tarkka kuvaus. Luotettavuuden kannalta on myös tärkeää, että haastateltavat ovat sopivia tutkittavan aiheen kannalta, saturaatio täyttyy ja haastateltavan oma näkökulma tuodaan esille totuuden mukaisesti. Lisäksi luottamuksellinen suhde haastateltaviin, haastattelijoiden rehellinen pohdinta, tietämys, rauhallinen haastatteluympäristö ja aineistonkeruun ajoitus sekä siihen käytetty aika ovat tärkeitä. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 197–198; Soininen 1995, 123–125.)

Luotettavuus on tieteellisen tiedon keskeinen tunnusmerkki. Kehittämistoiminnassa käyttökelpoisuus nousee kuitenkin luotettavuutta tärkeämpään rooliin. Jos kehittämistoiminnan seurauksena ei synny mitään käyttökelpoista, ei kehittämistoiminnalla ole varsinaista merkitystä. Tieteellisestä tiedosta voidaan puhua vain silloin, jos tieto täyttää tietynlaiset luotettavuuskriteerit. Keskeinen ero on siinä, kuka toiminnan kriteerit määrittelee. Tukiyhteisö määrittelee ne tutkimuksen kohdalla, kun taas kehittäjät ovat keskeisessä asemassa määrittelemässä pelisääntöjä kehittämistoiminnalle. Toisaalta taas tutkimukselliset asetelmat ja pyrkimys luotettavaan tiedontuotantoon palvelevat monella tavalla sekä tulosten siirrettävyyttä että kehittämisprosesseja. (Toikko & Rantanen 2009, 121, 159.)

Kehittämistoiminnassa käytettävä tapa voi olla monimuotoinen ja luotettavuuden arviointi suuntautuu suurimmaksi osaksi tiedon käyttökelpoisuuteen. Kehittämistoiminnassa sovelletaan tieteellisen luotettavuuden kriteereitä arvioitaessa luotettavuutta. Laadullista menetelmää arvioitaessa käytetään hyväksi vakuuttavuuden käsitettä, jolloin tutkijan on kerrottava aineistonsa avoimesti. Tutkimuksellisessa kehittämistoiminnassa kokemustietoa voidaan pitää tasavertaisena tieteellisen tiedon kanssa. Kehittämistoiminnassa tiedon käyttökelpoisuus on merkittävää, kun taas tutkimuksessa tiedon kriteerinä on tutkimusmenetelmien ja tutkimusprosessin luotettavuus. Kehittämistoiminnassa toimijoiden tulee sitoutua kehittämiseen. Kehittämistoiminta on sosiaalinen prosessi, jossa kehittäjät ovat mukana toiminnassa ja toimijat kehittämässä. Molempien osapuolten sitoutumisella on vaikutus aineistojen, menetelmien ja tulosten luotettavuuteen. On myös oleellista tietää, missä vaiheessa toimijat eivät ole olleet aktiivisesti mukana kehittämisessä. (Toikko & Rantanen 2009, 123–124, 156.)

Vastaanottojen osastonhoitajat valitsivat haastateltavat sairaanhoitajat antamiemme kriteerien perusteella. Meistä kumpikaan ei tuntenut haastateltavia emmekä asu tai ole kotoisin paikkakunnilta, jossa haastattelut tehtiin. Ennen haastatteluja lähetimme hoitajille sähköpostitse saatekirjeet (LIITE 2), joissa kerroimme, keitä olemme, haastattelun tarkoituksesta, haastattelun arvioidusta kestosta sekä sen, että haastattelut nauhoitetaan, jos haastateltava antaa siihen luvan. Kerroimme myös, että käsittelemme vastaukset luotettavasti ja nimettöminä ja niin, ettei haastateltavaa voida tunnistaa tutkimuksesta. Kerroimme, että tuhoamme nauhat analysoinnin jälkeen.

Haastatteluissa käytimme teemahaastattelurunkoa (LIITE 3), joten kysymykset oli tehty valmiiksi. Kysymykset laadittiin tutkittuun tietoon pohjautuen. Emme tehneet koehaastattelua, mutta valmistauduimme haastatteluihin muuten hyvin, miettimällä valmiiksi haastattelun etenemistä ja mahdollisia haasteita useampaan otteeseen. Opinnäytetyön teoriaan perehtymisen lisäksi saimme opettajalta ohjeita työn etenemiseen. Lähdemateriaalina pyrimme käyttämään mahdollisimman tuoreita ja luotettavia lähteitä.

Lisäksi toisella meistä oli lyhytkestoinen työhistoria vastaanotolta, ja tämän pohjalta oli hyvä tehdä täydentäviä kysymyksiä ja luoda keskustelua, kun aihe oli tuttu myös kokemuspohjalta. Haastatteluissa ei kuitenkaan johdateltu kysymyksillä. Jälkeenpäin, tutkimustuloksia kirjoittaessa, huomasimme, että olimme voineet tarkentaa kysymyksillä paria kohtaa, jotka jäivät tiedoiltaan hieman vaisuiksi. Näiden tietojen puuttuminen ei kuitenkaan vaikuttanut oleellisesti tutkimustuloksiin, mutta niistä olisi saanut rikkaampaa tietoa. Haastateltavat olivat vapaaehtoisesti mukana haastatteluissa, ja painotimme vielä ennen haastattelua, että haastattelun voi keskeyttää halutessaan milloin vain. Ennen haastattelua kysyimme luvan haastattelun nauhoittamiseen.

Haastattelut toteutuivat sairaanhoitajien omilla työpaikoilla, terveyskeskuksen vastaanotolla. Meille oli varattu rauhallinen työhuone, missä saimme toteuttaa haastattelut lähes häiriöttä. Yksi haastattelu keskeytyi lyhyeksi hetkeksi, kun joku koputti oveen ja ovi avattiin, koska emme olleet muistaneet laittaa oveen lappua, että huoneessa on haastattelu meneillään. Henkilö pahoitteli häiriötä ja lähti pois. Toisessa haastattelussa tuli sähköhäiriö ja valot räpsivät hetken. Tämäkin meni nopeasti ohi ja haastattelua pystyttiin jatkamaan. Häiriöt eivät vaikuttaneet haastatteluun suuremmin, ja pystyimme heti jatkamaan siitä, mihin jäimme, eikä haastateltavilla ei tullut ajatuskatkoksia häiriötekijöiden vuoksi. Haastattelut kestivät yhdestä tunnista yhteen ja puoleen tuntiin. Haastattelut nauhoitettiin kahdella nauhurilla, ja toinen meistä teki myös muistiinpanoja haastatteluista.

Kuuntelimme nauhat useampaan kertaan läpi kuulokkeilla, joten kenenkään ulkopuolisen ei ollut mahdollista kuulla haastatteluja. Litteroimme eli kirjoitimme nauhoitukset auki. Puolet nauhoista saimme litteroitua heti haastatteluiden jälkeen, mutta toinen puoli litteroitiin vasta vuoden päästä haastatteluista. Meillä oli kuitenkin hyvät muistiinpanot, ja nauhoja kuuntelimme vuoden jälkeen vielä useamman kerran, jolloin haastattelut palautuivat muistiin hyvin. Kuuntelimme nauhat, luimme auki kirjoitetut tekstit ja varmistimme, että ne täsmäävät. Tutkimusprosessista emme pitäneet päiväkirjaa, mutta kaikki materiaali löytyi kirjallisena sekä tallennettuna. Niistä pystyimme milloin tahansa tarkistamaan tarvittavat asiat.

Ennen analyysin tekoa meillä oli valmiina tutkimuskysymykset (LIITE 3), joihin etsimme vastauksia auki kirjoitetuista haastatteluista. Jouduimme vaihtamaan ja muuttamaan tutkimuskysymyksiä hieman, koska alkuperäisiin kysymyksiin ei suoraan löytynyt vastauksia teksteistä. Etsimme ja poimimme yksi tutkimuskysymys kerrallaan jokaisen lauseen tai sanan, joka vastasi tutkimuskysymykseen. Lauseet allaviivattiin tekstistä ja kirjoitettiin ylös erilliselle asiakirjalle. Samaa tarkoittavat alkuperäislauseet ja sanat ryhmiteltiin. Alkuperäislauseet muokattiin niin, että ne muutettiin kirjakiielelle ja että niistä ei voida

tunnistaa ketään. Lauseen merkitykset pysyvät muokkauksista huolimatta samana. Samaa tarkoittavat lauseet ja sanat yhdistelimme luokiksi, jotka nimesimme luokkia kuvaavilla sanoilla tai lauseilla. Yhdistävien luokkien pohjalta muodostimme teoreettiset käsitteet.

Tutkimusetiikalla tarkoitetaan sääntöjä, joita tutkimuksen tekijän tulee noudattaa koko prosessin ajan. Eettisten vaatimusten mukaan tutkimuksen tekijän tulee olla kiinnostunut hankkimaan uutta tietoa ja perehdyttävä tunnollisesti tutkittavaan alaan sekä hankkimaansa tietoon. Tutkijan tulee noudattaa rehellisyyttä ja huolellisuutta sekä olla tuottamatta vahinkoa tutkimusprosessin aikana. Tutkijan tulee kunnioittaa ihmisarvoa ja toimia moraalisesti oikein. Tutkija käyttää tieteellistä informaatiota asianmukaisesti. Tutkijan tulee suunnitella, toteuttaa ja raportoida tutkimuksen prosesseista asianmukaisesti sekä arvostaa virkaveljiään. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 211–212.) Yhtenä tärkeimpänä eettisenä periaatteena voidaan pitää informointiin perustuvaa suostumusta, kun kyse on ihmisiin kohdistuvasta tutkimuksesta (Hirsjärvi & Hurme 2008, 20). Tutkimusetiikkaa ohjaa lainsäädäntö, kuten laki lääketieteellisestä tutkimuksesta (488/1999), laki lääketieteellisestä tutkimuksesta annetun lain muuttamisesta (794/2010) ja asetus lääketieteellisestä tutkimuksesta (986/1999) (Leino-Kilpi & Välimäki 2014, 364).

Tutkimuksen ohjeiden periaatteena ja lähtökohtana on sen hyödyllisyys. Tutkimustuloksia voidaan hyödyntää nykyhetkessä tai tulevaisuudessa. Tutkittavalla on itsemääräämisoikeus ja tutkimukseen osallistuminen on vapaaehtoista. Tutkittavan tulee saada riittävästi tietoa tutkimuksen luonteesta ennen tutkimukseen osallistumista. Tutkittavat tulee valikoida oikeudenmukaisesti ja tasa-arvoa noudattaen. Tutkimuksen aikana tulee huomioida anonymiteetin toteutuminen. Plagiointi tarkoittaa suoraa lainaamista toisen henkilön tekstistä ilman lähdeviitettä ja tätä tulee välttää. Suoria lainauksia käytettäessä teksti tulee sijoittaa sitaattimerkkien sisälle. Tutkimustulosten sepittäminen tarkoittaa tekaistuja tuloksia, jolloin tutkija ei ole perustanut tuloksia aineistoon pohjautuen, tai hän muuttaa saamiaan tuloksia. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 217–226.) Tutkimuslupa tulee hakea ylihoitajalta tai johtavalta lääkäriltä ja tutkimukseen osallistuvan suostumus kohdeorganisaatiolta (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 217–226; Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2012, 6).

Tutkimuksen luotettavuus- ja arviointikriteerit kuuluvat osaksi eettisyyttä (Tuomi & Sarajärvi 2009, 127). Tutkimuksen tekijän on otettava huomioon, että tutkimuksen tekemiseen liittyy eettisiä periaatteita. Periaatteiden mukaan toimiminen on jokaisen yksittäisen tutkijan omalla vastuulla. Eettisesti hyvän tutkimuksen edellytyksenä on noudattaa hyvää tieteellistä käytäntöä. (Hirsjärvi & Hurme 2008, 23.) Tutkimuseettisen neuvottelukunnan (2012, 6) mukaan tieteellisen tutkimuksen tulokset ovat uskottavia ja eettisesti hyväksyttäviä, jos tutkimus on tehty hyvää tieteellistä käytäntöä noudattaen. Hyvässä

tieteellisessä käytännössä tutkimuseettisiä lähtökohtia ovat, että tutkimus on toteutettu tarkasti, huolellisesti ja rehellisesti. Näitä periaatteita sovelletaan tutkimustyössä, tiedon hankinnassa, tulosten tallentamisessa, esittämisessä ja tulosten arvioinnissa. Julkaistaessa oman tutkimuksen tuloksia otetaan muiden tutkijoiden työ ja saavutukset huomioon ja annetaan niille kuuluva arvo sekä merkitys. Tutkimus suunnitellaan, toteutetaan ja raportoidaan tieteelliselle tiedolle asetettujen vaatimusten mukaan.

Kehittämistoiminnalla pyritään positiivisiin tuloksiin, kuten esimerkiksi kehittämään hyviä käytäntöjä. Saavutuksia ja onnistumisia korostaen kirjoitetut raportit voivat viedä kehittämistoimintaa epäluotettavaan suuntaan. Usein kehittämistoimintaa raportoidessa on tärkeää analysoida sekä epävarmuustekijöitä, että ristiriitoja. Kehittämistoiminnassa on tärkeää tiedostaa, kenen ajatuksesta kehittäminen ja kehittämistyön arviointi lähtee. (Toikko & Rantanen 2009, 128–129.) Tutkimuseettinen neuvottelukunta (2012, 6) ilmoittaa, että tutkimuksen sidonnaisuuksien ilmoittaminen on tärkeä osa tutkimuksen etiikan arviointia.

Opinnäytetyöprosessissamme oli tarkoituksena hyvän tieteellisen käytännön noudattaminen. Olemme hankkineet luvat asianmukaisesti ja kuvanneet prosessin mahdollisimman tarkasti. Opinnäytetyön aiheen löysimme Centria-ammattikorkeakoulun aihepankin kautta. Haastattelut toteutettiin täysin anonyymisti. Haastateltavilla oli mahdollisuus esittää lisäkysymyksiä ja keskeyttää haastattelu. Kunnioitimme haastateltavien vastauksia vähättelemättä niitä. Pyysimme luvan nauhoittamiseen, mutta emme kuitenkaan kirjallista suostumusta. Yritimme saada toteutettua haastattelusta rauhallisen tilanteen, jossa haastateltavalla ei olisi tullut missään vaiheessa kiireen tunnetta.

Aineistosta saadut tutkimustulokset toimimme selkeästi ja rehellisesti esille. Emme liioitelleet tai vähätelleet tuloksia. Opinnäytetyön tutkimustuloksista käyvät ilmi sairaanhoitajien kokemukset, haasteet sekä kehittämistarpeet ja se, miten he toteuttavat hoidon tarpeen arviointia lääkärivastaanotolla. Tulosten perusteella hoidon tarpeen arviointia voidaan kehittää. Haastattelemamme sairaanhoitajat kokivat opinnäytetyön aiheen tärkeäksi ja merkitykselliseksi. Opinnäytetyön valmistuttua tuhosimme aineiston asianmukaisesti.

Tutkimustietoja ei luovutettu ulkopuolisille, jolloin noudatimme salassapitovelvollisuutta. Säilytimme aineiston tietokoneella, muistitikulla ja puhelimessa, joihin pääsee käsiksi vain salasanojen avulla. Haastatteluiden alkuperäisilmaukset kirjasimme niin, että niistä ei voitu tunnistaa vastaajaa. Tutkimustuloksissa ei vertailtu paikkakuntaakohtaisia eikä terveyskeskusten välisiä eroja. Tuloksista kukaan ei voi tunnistaa tutkittavia.

Opinnäytetyöprosessin kirjoittamisessa pyrimme täsmällisyyteen ja esitimme tulokset huolellisesti sekä rehellisesti. Emme kopioineet toisten tekstejä ja lähdeviitteet merkitsimme asianmukaisesti. Suoria lainauksia emme käyttäneet lainkaan tietoperustaa kirjoitettaessa. Opinnäytetyön tuloksissa käytimme kuitenkin suoria lainauksia haastatteluista. Suorien lainausten avulla tuloksia saatiin avattua enemmän lukijalle. Toteutimme opinnäytetyön Centria-ammattikorkeakoulun säädösten mukaisesti. Opinnäytetyön valmistuttua lähetämme tulokset esimiehille ja palvelualuejohtajalle. Niiden avulla he ja sairaanhoitajat voivat halutessaan kehittää hoidon tarpeen arviointia.

8.3 Johtopäätökset, kehittämissuositukset ja jatkotutkimusaiheet

Tämän tutkimuksen perusteella esitämme seuraavat johtopäätökset ja kehittämissuositukset

1. Sairaanhoitajilla on vahva tieto hoidon tarpeen arvioinnin sisällöstä. Jokainen sairaanhoitaja tietää, mitä hoidon tarpeen arvioinnin prosessi sisältää ja miten sitä toteutetaan. Sairaanhoitajilla on hoidon tarpeen arvioinnissa tarvittavaa ammatillista osaamista.
2. Lääkäreiden ja hoitajien yhteistyön kehittäminen nousi kehittämissuositukseksi. Yhteistyötä voidaan kehittää panostamalla koulutuksiin. Työpaikalla voisi säännöllisesti järjestää lääkäreiden, esimiesten ja hoitajien kesken, esimerkiksi koulutusiltapäiviä. Koulutusmateriaalina voisi käyttää oikeita potilastapauksia. Näin hoidon tarpeen arviointia voidaan kehittää.
3. Sairaanhoitajien osaamista täytyy tukea. Hoitajien osaamista voidaan ylläpitää säännöllisillä täydennyskoulutuksilla sekä käymällä säännöllisiä kehityskeskusteluja esimiehen kanssa.

Nykyään sähköiset palvelut lisääntyvät jatkuvasti ja digitalisaatiota kehitetään. Tällä hetkellä käytössä olevia sähköisiä palveluita voitaisiin kehittää monipuolisemmiksi ja toimivammiksi. Sähköinen palvelu voisi sisältää tiedotuskanavan sekä ajanvarauspalvelun. Tällä hetkellä Soiten vastaanotoilla on ollut käytössä vuodesta 2018 lähtien sähköinen Oireapu-sovellus, jonka kautta voidaan tehdä hoidon tarpeen arviointi, mutta sitä kautta ei voi varata aikoja. Jos jatkossa sähköisen palvelun kautta voisi varata itse kiireettömiä aikoja, kuten esimerkiksi ajan ompeleiden poistoon, voisi tämä vähentää puheluiden mää-

rää, mikä vapauttaisi hoitajille lisää aikaa. Tiedotuskanavan kautta potilaille ja hoitajille voitaisiin tiedottaa reaaliaikaisia tietoja esimerkiksi alueellisista epidemioista. Palvelusta voisi löytyä myös yleisimmät kiireettömien sairauksien käypähoito-suositukset.

Jatkossa olisi mielenkiintoista tutkia, miten sähköisten palveluiden kehittäminen on vaikuttanut vastaanottotoimintaan ja onko se vähentänyt yhteydenottojen määrää. Lisäksi olisi mielenkiintoista tutkia, miten asiakkaat ovat kokeneet sähköisen palvelun vastaanotolla. Hyppösen, Hyryn, Valtan ja Ahlgrenin (2014) tutkimuksen mukaan sähköiset verkkopalvelut on koettu hyödylliseksi niin asiakkaiden kuin myös sosiaali- ja terveydenhuollon näkökulmasta. Tutkimuksen mukaan vuodessa väheni 1,37 käyntiä tai yhteydenottoa terveydenhuollossa sähköisten palveluiden ansiosta. Sama tutkimus on toteutettu myös vuonna 2017 (Hyppönen ym. 2017), jolloin tulosten mukaan käyntien määrässä on selvästi säästetty. Tutkimuksen mukaan säästöjä syntyi myös sähköisesti tarjolla olevan luotettavan terveystiedon ansiosta, kun potilaat ovat hoitaneet itseään enemmän tarjolla olevan tiedon mukaisesti.

8.4 Oppimiskokemukset

Tämän opinnäytetyön tekeminen oli antoisaa mutta ajoittain haastavaa. Opinnäytetyön aiheen valitsi Kivipuro, ja myöhemmin Pohjonen tuli työhön mukaan. Molempia meitä kiinnosti hoidon tarpeen arviointi vastaanotolla.

Tietoperustaa kirjoittaessa saimme paljon lisää tietoa sairaanhoitajalta tarvittavasta osaamisesta vastaanottotyössä sekä hoidon tarpeen arvioinnin haasteista. Tutkimukseen saimme mielestämme hyvin aineistoa ja aineiston sisältö on hyvin mielenkiintoista. Saturaatio täyttyi tutkimuksessa hyvin. Opinnäytetyön tuloksia voidaan hyödyntää vastaanottotyön kehittämisessä. Olemme tyytyväisiä saamamme aineistoon.

Tutkimusta tehdessämme koimme haasteeksi tutkimuksen kohteena olleen organisaation muutokset. Opinnäytetyön tekemisen aikana opinnäytetyön kohteemme, peruspalveluliikelaitos Jyta, yhdistyi Soiteen, joka on kuntayhtymä, johon sisältyy maakunnalliset sosiaali- ja terveydenhuollon palvelut. Tämä tuotti hankaluuksia erityisesti tutkimussuunnitelman teossa, koska suunnitelma oli jo pitkälle työstetty, kun muutos tuli. Suunnitelma pysyi silti melko samana, vaikkakin tutkimuksen nimi ja kohde hieman muuttuivat.

Yhteistyömme on sujunut pääsääntöisesti hyvin. Aikataulujen yhteensovittaminen on ollut haastavaa ja työn eteneminen on ajoittain ollut hidasta. Olemme pyydettyessä saaneet apua tilanteeseen nähden hyvin. Ohjausaikojen saaminen on ollut välillä haastavaa, kun työn eteneminen viivästyti niin paljon. Kii-reen vuoksi olemme joutuneet jatkamaan työtä sähköpostitse tapahtuvan ohjauksen avulla, koska opet-tajan aikataulut täyttyvät nopeasti ja työssä oli edettävä nopeasti. Opinnäytetyön ohjaus on kuitenkin ollut laadukasta ja opettaja on aina ollut saatavissa. Opinnäytetyön tekeminen on ollut uuvuttavaa, mutta olemme oppineet paljon uutta niin aiheesta kuin opinnäytetyön prosessista. Opinnäytetyön prosessin aikana olemme kehittyneet paljon ammatillisesti.

Kiitämme meidän opinnäytetyötämme ohjanneita opettajia joustavuudesta, ystävällisyydestä ja ammat-timaisesta ohjauksesta. Kiitämme myös opinnäytetyöhön osallistuneita sairaanhoitajia, osastonhoitajia, palvelualuejohtajaa Annika Ollikaista, joka alun perin teki aiheesta työtilauksen, sekä muita yhteistyö-tahoja, jotka mahdollistivat meille näin mielenkiintoisen tutkimusaiheen.

Kivipuron ammatillinen oppiminen

Tämän opinnäytetyön tekeminen on ollut antoisaa ja kasvattanut omaa ammatillisuutta. Opinnäytetyön tekemisessä on joutunut ottamaan vastuuta ja pohtimaan asioita laajemmin ja monen ihmisen näkökul-masta. Opinnäytetyön tekemisen sekä työelämän myötä oma ammatillisuus on joutunut koetukselle ja lopulta kasvanut paremmaksi. Opinnäytetyön suunnitteluvaiheessa tavoite oli korkealla, vaikka ei oikein tarkalleen tiennyt, mitä on tulossa ja miten opinnäytetyön vaiheet toteutetaan. Koskaan en oikein täysin luennoilla tai teoriasta luettuna ymmärtänyt, mitä opinnäytetyön tekeminen tarkoittaa. Opinnäytetyön suunnitelmavaiheeseen menikin kauan aikaa, ja tämä oli ahdistavaa aikaa, kun ei tiennyt, mitä kohti edetä eikä osannut hahmottaa omaa polkuaan, mitä kohti edetä. Ajoittain opinnäytetyön tekeminen jäikin hyllylle odottamaan parempaa aikaa tästä sekä muista elämäntilanteista johtuen. Tiedotin opinnäytetyön viivästyisestä työelämään, ja tämä on osa vastuunkantoa, että osaa toimia työyhteisötaitojen mukai-sesti.

Opinnäytetyön tekeminen on ollut todella innostavaa ja mielenkiintoista, kun itselleni hahmottui, mitä minulta odotetaan ja mitä tavoitella. Olen ymmärtänyt opinnäytetyön prosessista, että minun tekemisel-läni on merkitystä, mikä on kasvattanut vastuuntuntoa ja ammatillisuutta. Opinnäytetyön tekijänä ja sai-raanhoitajana minulla on velvollisuuksia mutta myös oikeuksia. Oikeuksiensa puolustaminen on osa sairaanhoitajan velvollisuutta, että osaa tuoda asiat rakentavasti ja avoimesti julki. Erityisesti oikeuksieni

puolustaminen on ollut minulle vaikeaa. Työelämässä omista oikeuksistaan on kuitenkin pidettävä kiinni tai muuten väsähtää ja voi katkeroitua työhön tai muita työkavereita kohtaan. Sairaanhoidajan velvollisuuksiin kuuluu itsensä ja oman ammattitaidon kehittäminen. Koen kehittyneeni opinnäytetyön prosessin aikana ammatillisesti, mutta kasvun paikkoja on vielä paljon. Jossain vaiheessa olin sitä mieltä, että opinnäytetyön tekeminen on turhaa eikä edistä sairaanhoidajan ammatillisuutta mitenkään. Nyt jälkikäteen, kun asiaa tarkastelee, olen sitä mieltä, että opinnäytetyöprosessi on suuri ammatillinen kasvattaja. Opinnäytetyön prosessissa joutuu arvioimaan itseään ja omaa toimintaansa sekä sitä, miten oma toiminta vaikuttaa muihin. Joutuu myös kantamaan vastuuta työelämän ammattilaisena, että toimii eettisesti oikein.

Oman itsensä tarkasteluun ei saa liittyä liiallista kriittisyyttä, mihin itse olen taipuvainen. Inhimillisyys myös itseään kohtaan on tervettä ammatillisuutta. Se, että arvioi itseään, kuten arvioisi kollegaansa, on hyvä pelisääntö. Itsensä ja muiden arvostaminen näkyy myös muille ammattimaisena käytöksenä. Itseleni on hyvin vaikeaa arvostaa omaa työtään. Opinnäytetyössä tämä on osoittautunut haasteeksi tulosten ja johtopäätösten tuotoksessa. Olen kriittisesti arvioinut tekemääni työtä, ja siitä on noussut epävarmuus, olenko varmasti tehnyt oikein ja voinko nämä tulokset laittaa tähän työhön näin. Vaikka tiedän varmuudella, että opinnäytetyön vaiheet on toteutettu ohjeiden mukaisesti, silti oma kriittisyys saa ajattelemaan näin. Vaikeaa oli muotoilla johtopäätökset varmaan muotoon, kun mieluummin käyttäisin konditionaalia, kuten ”pitäisi, olisi tärkeää...”. Tällöin johtopäätökset eivät kuitenkaan olisi varmoja ja niistä paistaisi lukijalle tutkijan epävarmuus.

Pohjosen ammatillinen oppiminen

Hoidon tarpeen arvioinnin tekeminen ei ollut minulle ennestään tuttua. Tein opinnäytetyön parin kanssa. Hän oli valmiiksi valinnut aiheen ja ehtinyt vähän miettiä sekä aloitella työtä. Otin kuitenkin mielenkiinnolla haasteen vastaan ja lähdin jatkamaan hänen kanssaan opinnäytetyötä. Jossain vaiheessa minusta tuntui, ettei aihe kuitenkaan ollut minulle sopiva, mutta loppua kohden taas se alkoi tuntua lähemmältä. Koska aihe ei ollut minulle ennestään tuttu enkä ollut oikeastaan kuullutkaan siitä aiemmin, vei aiheeseen perehtyminen minulta kovasti aikaa. Opinnäytetyön edetessä opin, millä tavalla tutkimusprosessi etenee käytännössä. Oppitunnilla näitä oli kovasti käyty läpi, mutta silloin en ymmärtänyt siitä juurikaan mitään. Vielä opinnäytetyön alkuvaiheessa olin aika hukassa, mutta loppusuoralla aloin ymmärtää, miten se etenee. Jos joskus teen uuden opinnäytetyön, niin osaan varmasti edetä siinä paremmin

ja luottaa omaan osaamiseeni. Lisäksi opin, että tutkimuksen toteuttaminen vaatii tekijältä pitkäjänteisyyttä. Opinnäytetyön tekeminen opetti minulle myös atk-taitoja.

Minulla on ollut matkan varrella haasteita motivaation suhteen, mutta parin kanssa olemme kuitenkin vuorotellen motivoineet toisiamme. Osittain tästä johtuen työmme on viivästynyt ja pitkittynyt. Molemmilla meillä on ollut perhe-elämään liittyviä asioita, jotka ovat myös viivästyttäneet opinnäytetyötämme. Minulla oli opinnäytetyön ohella aivan liian monta asiaa menossa samalla, ja tämä teettikin ajankäytöllisiä haasteita. En ehtinyt antamaan tarpeeksi aikaa opinnäytetyölle, ja loppujen lopuksi opinnäytetyön kanssa tulikin kiire. Olisin voinut tehdä oman osani paremmin, jos aika olisi antanut myöten. Harmittaa kovasti, koska aika kävi niin vähiin, emmekä ehtineet kunnolla tarkistella työtä emmekä tehdä kaikkea, mitä olimme etukäteen ajatelleet työhön.

Ennen opinnäytetyön aloittamista koin omat tiedonhankinnan taitoni tyydyttäväksi, mutta yllätyin työn edetessä, kuinka hyvin olen kehittynyt etsimään luotettavaa tietoa ja etenkin tutkimuksia. Minulla oli valtavasti kirjoja ym. lähteitä opinnäytetyöhön liittyen, mutta loppujen lopuksi käytin paljon vähemmän niitä itse työssä. Opintojen aikana käytetyn PBL-opetusmenetelmän ansiosta tiesin kuitenkin paikat, joista löytää luotettavia lähteitä sekä tutkimuksia. Suurin haaste minulle oli tekstin saaminen sujuvaksi sekä se, että luotan omaan ulosantiini. Koulutuksen sekä etenkin tämän opinnäytetyön aikana oma äidinkieleni on kehittynyt valtavasti. Minulla on vaikeuksia saada lopetettua aiheesta kirjoittaminen. Uusia työhön liittyviä asioita, joita en ole vielä käsitellyt, tulee jatkuvasti mieleen. Se saa minut vaatimaan itseltäni, että on löydettävä lisää aiheeseen liittyvää materiaalia, että voin kirjoittaa siitä vielä.

On ollut mukavaa tehdä työtä parin kanssa, jotta aivan kaikkea ei ole tarvinnut kirjoittaa yksin, ja etenkin haastattelemisen oli mukavaa kahdestaan. Haastattelut jännittivät minua kovasti, mutta ne sujuivat mielestäni hyvin. Litteroinnissa oli kovasti työtä, ja vaikka teimme ne kahdestaan, kului niihin useampia päiviä. Haastatteluiden kuuntelemisen ja kirjaamisen suhteen olin aivan liian tarkka. Kelasin ja kuuntelin nauhoja edestakaisin, jotta sain varmasti kaikki ”mmm”-äänteet ym. poimittua. Parin kanssa yhteistyö on sujunut pääsääntöisesti hyvin, mutta välillä ajankäytöstä on tullut erimielisyyksiä. Loppuvaiheessa oli myös hieman näkemyseroja opinnäytetyön sisällöstä ja rakenteesta. Opin valtavan paljon tietoperustaa kirjoittaessani hoidon tarpeen arvioinnista. Nyt minä olen yksi niistä kansalaisista, jonka ei tarvitse lääkäriaikaa varattaessa ihmetellä hoitajien kysymyksiä ja sitä, miksi niitä esitetään. Hoidon tarpeen arviointia tulen kuitenkin tarvitsemaan tulevana sairaanhoitajana jossain vaiheessa työurani aikana.

LÄHTEET

- Axelin, A., Fagerström, L., Flinkman, M., Heikkinen, K., Jokiniemi, K., Korhonen, A., Kotila, J., Meretoja, R., & Suutarla, A. 2016. Sairaanhoidajien uudet työnkuvat. Laatu tulevaisuuden sote-palveluihin. Helsinki. Fioca Oy. Saatavissa: <https://sairaanhoitajat.fi/wp-content/uploads/2016/04/Laajavastuinen-sairaanhoitaja-muuttaa-sote-palveluita.pdf>. Viitattu 10.4.2019.
- Coco, K. & Kurtti, J. 2018. Osaamistarpeet sosiaali- ja terveystalalla. Tehyläisten näkemyksiä työpaikoilla tarvittavasta osaamisesta. Tehy ry. Saatavissa: https://www.tehy.fi/fi/system/files/mfiles/julkaisu/2018/2018_b4_osaamistarpeet_sosiaali- ja terveystalalla_id_12932.pdf. Viitattu 4.4.2019.
- Duodecim. 2019. Terveyskirjasto. Saatavissa: <https://www.duodecim.fi/tuotteet-ja-palvelut/terveys-hoito/>. Viitattu 17.4.2019.
- Egry, E. & Paganini, M. 2011. The ethical component of professional competence in nursing: An analysis. Brasil. Federal University of Parana and University of São Paulo. Saatavissa: <https://journals.sagepub.com/doi/pdf/10.1177/0969733011408041>. Viitattu 18.3.2019.
- Etene. 2011. Sosiaali- ja terveystalan eettinen perusta. Eettiset suositukset sosiaali- ja terveystalalle. ETENE-julkaisuja 32. Helsinki. Saatavissa: <https://etene.fi/documents/1429646/1559058/ETENE-julkaisuja+32+Sosiaali-+ja+terveystalan+eettinen+perusta.pdf/13c517e8-6644-4fa5-8c5f-193cfdce9841/ETENE-julkaisuja+32+Sosiaali-+ja+terveystalan+eettinen+perusta.pdf.pdf>. Viitattu 10.4.2019.
- Fors, R., Koivisto, K., Meriläinen, M., Sandelin, P. & Sirviö, P. 2016. Sairaanhoidajan työn tulevaisuus. ePooki 33/2016. Oulun ammattikorkeakoulun tutkimus- ja kehitystyön julkaisut. Saatavissa: https://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/121169/ePooki%2033_2016%20Sairaanhoitajan%20tyon%20tulevaisuus.pdf?sequence=1&isAllowed=y. Viitattu 11.4.2019.
- Hansen, E-H., Hunskaar, S. & Raknes, G. 2013. Distance and utilisation of out-of-hours services in a Norwegian urban/rural district: an ecological study. Norway: National Centre for Emergency Primary Health Care, Uni Health. Saatavissa: <https://bmchealthservres.biomedcentral.com/articles/10.1186/1472-6963-13-222>. Viitattu 29.4.2019.
- Hallituksen esitys eduskunnalle laeiksi kansanterveyslain ja erikoissairaanhoitolain sekä eräiden muiden lakien muuttamisesta. HE 77/2004. Saatavissa: <https://www.finlex.fi/fi/esitykset/he/2004/20040077>. Viitattu 8.4.2019.
- Hipp, K., Häggmann-Laitila, A., Kallio, H., Kangasniemi, M., Karki, S., Kinnunen, P., Pietilä, A-M., Saarnio, R., Viinamäki, L., Voutilainen, A. & Waldén, A. 2008. Optimoitu sote- ammattilaisten koulutus- ja osaamisuudistus. Saatavissa: <http://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/160883/39-2018-Optimoitu%20sote-osaaminen.pdf>. Viitattu 4.4.2019.
- Hirsjärvi, S. & Hurme, H. 2008. Tutkimushaastattelu: teemahaastattelun teoria ja käytäntö. Helsinki: University Press.
- Holappa, M., Kanste, O., Miettinen, K., Rissanen, A. & Törmänen L. 2010. Monisairaille oma palveluohjaaja terveysasemalta – kohti hyvää elämää. Teoksessa E. Agge, S. Muurinen, M. Nenonen & E. Wiskman. (toim.) Uusi terveydenhuolto, hoitotyön vuosikirja 2010. Helsinki: Suomen sairaanhoitajaliitto ry, 53–55.

Holopainen, A., Korhonen, A., Oikarainen, A. & Siltanen, H. 2018. Hoitotyössä käytetyt tiedonlähteet vaativissa päätöksentekotilanteissa. Raportti 2/2018. Hotus. Saatavissa: <https://www.hotus.fi/wp-content/uploads/2019/04/tiedonlahteet-raportti-digi.pdf>. Viitattu 5.4.2019

Hyppönen, H., Hyry, J., Valta, K. & Ahlgren, S. 2014. Sosiaali- ja terveydenhuollon sähköinen asiointi. Kansalaisten kokemukset ja tarpeet. Raportti 33/2014. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Tampere: Juvenes Print – Suomen Yliopistopaino Oy. Saatavissa: http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/125597/URN_ISBN_978-952-302-410-6.pdf?sequence=1&isAllowed=y. Viitattu 22.4.2019.

Hyppönen, H., Pentala- Nikulainen, O. & Aalto, A-M. 2017. Sosiaali- ja terveydenhuollon sähköinen asiointi 2017. Kansalaisten kokemukset ja tarpeet. Raportti 3/2018. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Helsinki: Juvenes Print – Suomen Yliopistopaino Oy. Saatavissa: http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/136258/URN_ISBN_978-952-343-103-4.pdf?sequence=1&isAllowed=y. Viitattu 22.4.2019.

Janhunen, K. 2014. Lasten hoidon tarpeen arviointi päivystyspoliklinikalla sairaanhoitajien kokemana. Itä-Suomen yliopisto, Terveystieteiden tiedekunta. Pro Gradu- tutkielma. http://epublications.uef.fi/pub/urn_nbn_fi_uef-20140571/urn_nbn_fi_uef-20140571.pdf. Viitattu 8.4.2019.

Järvenpää, M. 2017. Henkilökohtainen tiedonanto, puhelinkeskustelu. 1.2.2017.

Kaivo-Oja, J. 2011. Sairaanhoitajan ammatin tulevaisuus. Teoksessa I. Ranta (toim.) Sairaanhoitaja asiantuntijana, hoitotyön vuosikirja 2011. Helsinki: Suomen sairaanhoitajaliitto ry. 180–194.

Kaivo- Oja, J. 2016. Teknologinen murros terveydenhuollossa. Teknologia sosiaali- ja terveydenhuollossa. Hoitotyön vuosikirja 2016. Helsinki: Fioca Oy.

Kankkunen, P. & Vehviläinen-Julkunen, K. 2013. Tutkimus hoitotieteessä. 3., uudistettu painos. Helsinki: Sanoma Pro.

Kantonen, J. 2014. Terveyskeskuspäivystyksen ABCDE-triagen ja kehittämistoimenpiteiden vaikutukset potilasvirtoihin. Tampereen yliopisto. Lääketieteen yksikkö Pirkanmaan sairaanhoitopiiri, Perusterveydenhuollon yksikkö Vantaan kaupunki. Väitöskirja. Saatavissa: <https://tampub.uta.fi/bitstream/handle/10024/96219/978-951-44-9609-7.pdf?sequence=1>. Viitattu 15.4.2019.

Komulainen, J., Meriläinen, O., Mäkelä, M. & Vuokko, R. 2011. Terveydenhuollon toimintaprosessit. Terveydenhuollon yleiset prosessit ja niiden tarkennukset. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Saatavissa: <https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/80351/f2fd2a43-4e91-42e7-b7fe-5607f86e4d79.pdf?sequence=1>. Viitattu 5.4.2019.

Laki kansanterveyslain muuttamisesta. 2010/1327. Saatavissa: <https://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2010/20101327>. Viitattu 5.4.2019.

Laki sähköisestä asioinnista viranomaistoiminnassa. 24.1.2003/13. Saatavissa: <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2003/20030013>. Viitattu: 17.4.2019.

Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä. 28.6.1994/559. Saatavissa: <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1994/19940559>. Viitattu 16.4.2019.

Laki sosiaalihuollon ammattihenkilöistä. 817/2015. Saatavissa: <https://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2015/20150817>. Viitattu 4.4.2019.

Leino-Kilpi, H. & Välimäki, M. 2014. Etiikka hoitotyössä. 8.–9. painos. Sanoma Pro Oy.

Lindfors-Niilola, A. 2014. Kiireettömän hoidon tarpeessa olevan potilaan ohjaus päivystyspoliklinikalla: triagehoitajien haastattelut. Itä-Suomen yliopisto. Terveystieteiden tiedekunta. Pro gradu -tutkielma. Saatavissa: http://epublications.uef.fi/pub/urn_nbn_fi_uef-20141197/urn_nbn_fi_uef-20141197.pdf. Viitattu 23.4.2019.

Mieronkoski, R., Salanterä, S., Suhonen, H. & Terävä, V. 2016. Sairaanhoidaja tulevaisuuden ympäristössä-miten työ ja osaaminen muuttuvat? Teknologia sosiaali- ja terveydenhuollossa. Hoitotyön vuosikirja 2016. Helsinki: Fioca Oy.

Mäkipää, S. & Korhonen, T. Mistä asiantuntijuus koostuu? Teoksessa: Ranta, I. (toim.) Sairaanhoidaja asiantuntijana. Hoitotyön vuosikirja 2011. Fioca Oy, Helsinki.

Mäntyselkä, P., Halonen, P., Vehviläinen, A., Takala, J. & Kumpusalo, E. 2007. Access to and continuity of primary medical care of different providers as perceived by the Finnish population. Scand J Prim Health Care 25(1), 27–32.

Nummelin, M. 2009. Päivystyspoliklinikalla aloittavan sairaanhoidajan tiedon tarve. Turun yliopisto. Hoitotiede. Pro gradu -tutkielma. Saatavissa: <https://www.utupub.fi/bitstream/handle/10024/52481/hoitotiede-gradu2009nummelin.pdf?sequence=4&isAllowed=y>. Viitattu 18.3.2019.

Nurkkala, H. 2010. Terveyden edistäminen kuntien perusterveydenhuollossa. Uusi terveydenhuolto. Hoitotyön vuosikirja. Helsinki: Fioca Oy.

Opetusministeriö. 2006. Sairaanhoidaja (AMK). Saatavissa: <https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/80112/tr24.pdf?sequence=1&isAllowed=y>. Viitattu 20.3.2019.

Peltonen, E. 2009. Lääkäreiden ja hoitajien työpari- ja tiimityö vastaanottojen toimintamalleina perusterveydenhuollossa. Saatavissa: http://epublications.uef.fi/pub/urn_isbn_978-951-27-1078-2/urn_isbn_978-951-27-1078-2.pdf. Viitattu 15.3.2019.

Reponen, J. 2015. Terveydenhuollon sähköiset palvelut murroksessa. Lääketieteellinen Aikakauskirja Duodecim 13/2015, 131. Saatavissa: <https://www.duodecimlehti.fi/lehti/2015/13/duo12323>. Viitattu 15.4.2019.

Riihola, S. 2017. Henkilökohtainen tiedonanto, puhelinkeskustelu. 1.2.2017.

Ruuskanen, I. 2011. Koulutuksesta työelämään: Vastavalmistunut sairaanhoidaja asian-tuntijana. Teoksessa: I. Ranta. Sairaanhoidaja asiantuntijana: Hoitotyön vuosikirja 2011. Helsinki: Fioca. Suomen sairaanhoidajaliiton julkaisuja.

Sainio, S. 2016. Valtakunnallinen hoidon saatavuuden ja yhtenäisten hoidon perusteiden työryhmä - Hoidon saatavuutta selvittäneen alatyöryhmän muistio. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Saatavissa: <https://thl.fi/documents/10531/2397182/933+hoidon+saatavuus.pdf/e5a90c16-d4b1-4ef2-9346-55f65299801b>. Viitattu 22.4.2019.

- Sairaanhoitajat.fi. 2014. Sairaanhoitajien eettiset ohjeet. 3.10.2014. saatavissa: <https://sairaanhoitajat.fi/jasenpalvelut/ammattillinen-kehittyminen/sairaanhoitajan-eettiset-ohjeet/>. Viitattu 15.3.2019.
- Soininen, M. 1995. Tieteellisen tutkimuksen perusteet. Turku: Painosalama Oy.
- Soite. 2019a. Oireapu. Saatavissa: www.soite.fi/oireapu. Viitattu 1.4.2019.
- Soite. 2019b. Terveysasemat. Saatavissa: <https://www.soite.fi/terveysasemat>. Viitattu 12.4.2019.
- Sosiaali- ja terveysministeriön asetus potilasasiakirjoista. 30.3.2009/298. Saatavissa: <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2009/20090298>. Viitattu 16.4.2019.
- STM. 2010a. Sosiaali- ja terveystietokertomus 2010. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2010:1. Helsinki: STM. Saatavissa: <http://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/72881/URN%3ANBN%3Afi-fe201504223341.pdf?sequence=1&isAllowed=y>. Viitattu 22.4.2019.
- STM. 2010b. Yhtenäiset päivystyshoidon perusteet. Saatavissa: <http://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/72305/URN%3aNB%3afi-fe201504226598.pdf?sequence=1&isAllowed=y>. Viitattu 15.4.2019.
- STM 2012. Potilasasiakirjojen laatiminen ja käsittely. Opas terveydenhuollolle. Saatavissa: <http://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/72897/URN%3aNB%3afi-fe201504225719.pdf?sequence=1&isAllowed=y>. Viitattu 16.4.2019.
- STM. 2016. Hoidon saatavuus. Alatyöryhmän muistio. Saatavissa: https://stm.fi/documents/1271139/3103506/LUONNOS_Hoidon+saatavuus+alaty%C3%B6ryhm%C3%A4n+muistio.pdf/00de6b04-6684-49f6-a3fd-21eef303c5c9. Viitattu 15.4.2019.
- STM. 2018. Sosiaalipalvelut. Saatavissa: <https://stm.fi/sosiaalipalvelut> Viitattu 22.4.2019
- STM. 2019. Terveyskeskukset. Saatavissa: <https://stm.fi/terveyskeskukset>. Viitattu 14.4.2019.
- Syväoja, P. & Äijälä, O. 2009. Hoidon tarpeen arviointi. Sastamala: Tammi.
- Terveydenhuoltolaki. 30.12.2010/1326. Saatavissa: <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2010/20101326>. Viitattu 16.4.2019.
- Terveysportti. 2019. Uudistunut TOIMIA-tietokanta on julkaistu. Saatavissa: https://www.terveysportti.fi/terveysportti/uutismaailma.duodecimapi.uutisarkisto?p_arkisto=1&p_artikkeli=uux23229. Viitattu 17.4.2019.
- THL. 2011. Potilaiden kiireellisyyden luokittelu ja hoitoprosessit päivystyspoliklinikalla. Saatavissa: https://thl.fi/attachments/Meka/julkaisut/ohtanen/AS_2011_1_Potilaiden%20kiireellisyyden%20luokittelu.pdf. Viitattu 15.4.2019.
- THL. 2019. Yleistietoa kansantaudeista. Saatavissa: <https://thl.fi/fi/web/kansantaudit/yleistietoa-kansantaudeista>. Viitattu 15.4.2019.

Toikko, T. & Rantanen, T. 2009. Tutkimuksellinen kehittämistoiminta. 3., uudistettu painos. Tampere: Tampereen Yliopistopaino Oy – Juvenes Print.

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

Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2012. Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausepäilyjen käsitteleminen Suomessa. Saatavissa: http://www.tenk.fi/sites/tenk.fi/files/HTK_ohje_2012.pdf. Viitattu 9.4.2019.

Tyyskä, E. 2012. Tiedonhallinta terveydenhuollon puhelinohjauksessa. Itä-Suomen yliopisto. Sosiaali- ja terveydenhuollon tietohallinto. Pro gradu -tutkielma. Saatavissa: http://epublications.uef.fi/pub/urn_nbn_fi_uef-20120624/urn_nbn_fi_uef-20120624.pdf. Viitattu 20.3.2019.

Valtioneuvoston asetus hoitoon pääsyn toteuttamisesta ja alueellisesta yhteistyöstä. 2004/1019. Saatavissa: <https://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2004/20041019>. Viitattu 16.4.2019.

Valvira. 2014. Hoidon tarpeen arviointi. Saatavissa: https://www.valvira.fi/terveydenhuolto/hyva-ammattinharjoittaminen/hoidon_tarpeen_arviointi. Viitattu: 13.4.2019.

Valvira. 2016. Potilaan oikeudet. Saatavissa: https://www.valvira.fi/documents/14444/784076/Potilaan_oikeudet_2016_suomi.pdf/92a2b4b2-2d36-4f26-b939-e363a69f4913. Viitattu 16.4.2019.

Valvira. 2017. Sosiaalihuollon tehtävissä toimiminen. Saatavissa: <https://www.valvira.fi/sosiaalihuolto/sosiaalihuollon-ammattioikeudet/sosiaalihuollon-tehtavissa-toimiminen>. Viitattu 5.4.2019.

Vehmanen, M. 2013. Hyvä konsultointi keskittyy olennaiseen. Lääkärilehti. 41/2013 vsk68, 2572–2574. Saatavissa: <https://www.laakarilehti.fi/ajassa/ajankohtaista/hyva-konsultointi-keskittyy-olennaiseen-11497/>. Viitattu 16.4.2019.

KESKI-POHJANMAAN SOSIAALI- JA
TERVEYSPALVELUKUNTAYHTYMÄ

VIRANHALTIJAPÄÄTÖS

Tutkimuslupapäätös
Johtajaylihoitaja

28.9.2017

31 §

ASIA

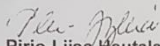
Tutkimuslupa Kivipuro Salla ja Pohjonen Sanna. Sairaanhoidajien
kokemuksia hoidon tarpeen arvioinnista Soiten
lääkärinvastaanotoilla.

PÄÄTÖS

Hyväksyn anotun tutkimusluvan.

ESITYKSEN TEKIJÄ

PÄÄTÖKSEN TEKIJÄ


Pirjo-Liisa Hautala-Jylhä
Johtajaylihoitaja

SAATEKIRJE
KOKKOLA 29.9.2017

HYVÄ VASTAANOTTAJA

Olemme sairaanhoitajaopiskelijoita Centria ammattikorkeakoulusta Kokkolasta. Teemme opinnäytetyön haastattelemalla sairaanhoitajia Kannuksen ja Tunkkarin lääkärinvastaanoilla. Opinnäytetyön tarkoitus on kuvata sairaanhoitajien kokemuksia hoidon tarpeen arvioinnista. Opinnäytetyön tavoitteena on saada tietoa, jota voidaan hyödyntää hoidon tarpeen arvioinnin kehittämisessä lääkärinvastaanotolla.

Opinnäytetyö toteutetaan yksilöhaastatteluna työpaikallanne työaikanas, johon kutsumme teidät osallistumaan. Haastatteluun on varattu aikaa n. 1 tunti. Osallistuminen haastatteluun on luottamuksellista, vapaaehtoista ja sen voi keskeyttää missä vaiheessa tahansa. Haastattelu nauhoitetaan luvallanne. Kun tutkimus on valmis, hävitämme ääninauhat ja muistiinpanot. Tutkimuksen tekemiseen on saatu asianmukainen lupa. Antamanne vastaukset käsitellään nimettöminä ja ehdottoman luottamuksellisesti. Kenenkään vastaajan tiedot eivät paljastu tuloksissa. Valmis opinnäytetyö tutkimustuloksineen löytyy valmistuttuaan Centrian koulutuskirjastosta.

Kiitos osallistumisesta opinnäytetyömme toteuttamiseen.

Voitte ottaa yhteyttä meihin, jos haluatte lisätietoja tutkimuksesta.

Ystävällisin terveisin

Sairaanhoitajaopiskelija

Salla Kivipuro

salla.kivipuro@cou.fi

Sairaanhoitajaopiskelija

Sanna Pohjonen

sanna.pohjonen@cou.fi

HAASTATTELURUNKO

1. Kerro, miten hoidon tarpeen arviointia toteutetaan?
2. Miten arvioit hoidon tarpeen kiireellisyyden?
3. Kerro, minkälaisia ominaisuuksia/taitoja sinulla on hoidon tarpeen arviointiin?
 - mitä vuorovaikutustaitoja työssäsi vaaditaan ja miten se tulee esille?
 - mihin perustat omat päätökset hoidon tarpeen arvioinnissa?
 - miten päätöksentekoa arvioidaan?
 - miten eettinen osaaminen tulee esille työssäsi?
4. Mitkä asiat auttavat tai tukevat sinua hoidon tarpeen arvioinnissa?
 - konsultoitko päätöksissä muita?
 - onko mahdollisuutta konsultoida lääkäriä ja miten se on toteutettu?
5. Minkälaisia haasteita koet hoidon tarpeen arvioinnissa?
6. Miten kehittäisit hoidon tarpeen arviointia?

Tutkimuskysymys	Alkuperäisilmaukset	Pelkistetty ilmaisu	Alaluokka	Pääluokka	Yhdistävä luokka
Miten hoidon tarpeen arviointia toteutetaan terveyskeskuksen lääkärinvastaanotoilla?	<p>”Me toteutetaan sitä joko puhelimitse tai sitten niin että ne tulevat tuohon luukulle” ”Sitä tehdään myös hoitajan vastaanotolla...”</p> <hr/> <p>”Ne kysymykset ovat tärkeitä, mitä sille potilaalle esittää...” ”Se perustuu puhelimesta ihan siihen keskusteluun, ja niihin tarkentaviin kysymyksiin” ”Haastattelemalla potilasta, paljon kysymyksiä, papereiden tutkimista...” ”Potilaan haastattelu on siinä kyllä tärkeimmässä asemassa...” ”Haastattelu on siinä kohdalla tärkein, että saat poimittua kiireelliset asiat...”</p> <hr/> <p>” Me tehdään arvio tarkentavien kysymysten kautta”</p> <hr/> <p>”Pitää osata sanoa se, että jos tulee sitä, tätä ja tuota, niin mitä sitten ja mihin ottaa yhteyttä.” ”selkeät yksinkertaiset ohjeet”</p> <p>”arvioidaan, onko päivystävän sairaanhoitajan potilas.” ”päädytään sitten joko ajanvarakseen, seurantalinjalle tai sit jos on epäselvä tapaus, niin otetaan esim sairaanhoitajan vastaanotolle”</p> <hr/> <p>”arvioidaan sitä, onko se kolmen päivän kiireellinen aika tai onko päivystysaika.” ”Pitääkö tilata ambulanssi suoraan kohteeseen..” ”.lääkärille ajanvarauksella, päivystykseen tai riittääkö esimerkiksi konsultaatio asiasta</p> <hr/> <p>”Konsultoimme paljon toisiamme...” ”Meillä on lääkärin konsultointiaikojakin siellä.” ”Hoitajat me puhutaan ja kysellään. ”Kotisairaanhoidot ja muut on kyllä niin suuri apu, että pystyt soittamaan ja kysymään.</p>	<p>Puhelimesta tai luukulla. Hoitajan vastaanotolla tarkempi arvio.</p> <hr/> <p>Kyselemällä kysymyksiä.</p> <p>Keskustelemalla ja kyselemällä puhelimesta.</p> <p>Haastattelemalla potilasta ja tutkimalla taustoja. Haastattelemalla potilasta.</p> <p>Haastattelemalla ja kartoittamalla potilaan tilannetta.</p> <p>Tarkentavilla kysymyksillä.</p> <hr/> <p>Antamalla potilaalle jatko- ohjeet kotiin Antamalla selkeät ohjeet potilaalle omahoitoon Arvioimalla, onko päivystävän sairaanhoitajan potilas Arvioimalla, meneekö potilas sairaanhoitajalle vai lääkärille vai riittääkö seuranta kotona.</p> <hr/> <p>Arvioimalla kiireellisyyttä.</p> <p>Arvioimalla kiireellisyyttä. Arvioimalla kiireellisyyttä</p> <hr/> <p>Konsultoimalla kollegoita. Konsultoimalla lääkäreitä. Keskustelemalla hoitajien kesken. Konsultoimalla hoitoalan ammattilaisia.</p>	<p>Puhelimesta, luukulla tai hoitajan vastaanotolla</p> <hr/> <p>Haastattelemalla potilasta</p> <hr/> <p>Arvioimalla hoidon tarve</p> <hr/> <p>tekemällä kiireellisyyslukuitus</p> <hr/> <p>Konsultoimalla kollegoita</p>	<p>Käymällä vuorovai- kutusta potilaan kanssa.</p> <hr/> <p>Arvioimalla kiireellisyyttä</p>	<p>Arvioimalla asiakaslähtöisesti hoidon tarvetta</p>

	<p>”Meillä on talossa astmahoitaja, sydänhoitaja, diabeteshoitaja, reumahoitaja, niin jos on jotain johonkin tiettyyn potilasryhmään, niin pystytään sitten sitä kautta saada tukea siihen.</p> <hr/> <p>”Päästään näille sivuille, missä on sitä tutkittua tietoa.”</p> <p>”lääkekanta.”</p> <p>”Intranetti.”</p> <p>”Lain mukaan mennään.”</p> <p>”Tarkastetaan mitä käypähoito sanoo.”</p> <p>” Viime aikoina meillä on ollut vain näitä hoidon tarpeen arviointi koulutuksia.”</p> <p>”Meillä on sellainen iso runko, että mikä on päivystystapaus ja niin poispäin. Se triage.</p> <hr/>	<p>Konsultoimalla asiantuntija- hoitajia.</p> <hr/> <p>Käyttämällä tutkittua tietoa.</p> <p>Hyödyntämällä lääkekantaa.</p> <p>Hyödyntämällä intranettiä.</p> <p>Toimimalla lain mukaisesti.</p> <p>Tarkastamalla Käypähoito- suositukset.</p> <p>Päivittämällä tietoja koulutuk- sissa.</p> <p>Kiireellisyysluokituksen avulla</p> <hr/>	<hr/> <p>Käyttämällä hyö- dyksi työssä käy- tettäviä tiedonläh- teitä</p> <hr/>	<p>Käyttämällä apuna päätöksentekoa hel- pottavia tekijöitä.</p>	
--	---	--	---	--	--

Tutkimuskysymys	Alkuperäisilmaukset	Pelkistetty ilmaisu	Alaluokka	Pääloukka	Yhdistävä luokka
Mitä osaamista sairaanhoitajalta vaaditaan hoidon tarpeen arvioinnissa?	<p>”Osattava ohjata, että jos se ei ole nyt akuuttiasia, niin miten tästä eteenpäin siihen asti, kun se hoidetaan”</p> <p>”Vuorovaikutustaidot”</p> <p>”Sosiaaliset taidot ovat tärkeitä.”</p> <p>”Pitää osata kuunnella asiasta, ottaa asiakaslähtöisesti vastaan.”</p> <p>”Sinä otat sen vastaan sellaisena, kun hän on ja sinä sen arvoja kunnioitat.”</p> <p>”Pitää osata lukea potilasta muustakin kuin vain kuunnella.”</p> <p>” Pitää olla sellaista joustoa asioissa ja pelisilmää”</p> <p>”Kärsivällisyys”</p> <p>”Pitää osata sanoa että olen väärässä”</p> <p>”Pitää olla empaattinen”</p> <p>”Herkkyyttä tarvitaan”</p> <hr/> <p>”Pitää pystyä itsenäiseen päätöksentekoon.”</p> <p>”osattava myös sanoa ei.”</p> <p>”Pitää olla tietoa sairauksista.”</p> <p>”Vuosien työkokemus tuo siihen koko ajan lisää.”</p> <hr/> <p>”Meillä on ne tietyt säännöt. Se on sitä meidän ammattitaitoa, että me pystytään toimimaan niiden normien mukaan.”</p> <p>”Vaitiolovelvollisuus.”</p>	<p>Potilaan ohjaamista.</p> <p>Vuorovaikutustaitoja</p> <p>Sosiaalisia taitoja</p> <p>Asiakaslähtöistä potilaan kohtaamista.</p> <p>Ihmisen kunnioittamista.</p> <p>Havainnointikykyä</p> <p>Joustavuutta</p> <p>Kärsivällisyyttä</p> <p>Inhimillisyyttä</p> <p>Empaattisuutta</p> <p>Herkkyyttä</p> <hr/> <p>Päätöksentekokykyä.</p> <p>Kieltäytyminen tarvittaessa.</p> <p>Tietoa sairauksista.</p> <p>Työkokemusta.</p> <hr/> <p>Sääntöjen noudattamista.</p> <hr/> <p>vaitiolovelvollisuuden noudattaminen</p>	<p>Vuorovaikutustaitoja</p> <hr/> <p>Päätöksentekotaitoja</p> <hr/> <p>ammattietiikan noudattamista</p>	<p>Ammatillista osaamista</p>	

Tutkimuskysymys	Alkuperäisilmaukset	Pelkistetty ilmaisu	Alaluokka	Päälouokka	Yhdistävä luokka
Mitä haasteita sairaanhoitajat kokiivat hoidon tarpeen arvioinnin tekemisessä?	<p>”..asiakkaat kyllä osaavat vaatia.” ”Hoitajilla ja lääkäreillä on eri ajatus kiireellisyydestä.”</p>	<p>Asiakkaiden vaatimukset.</p> <p>Hoitajien ja lääkäreiden eri näkemys kiireellisyydestä. Ihmisten tietämättömyys.</p>	<p>Eri näkemykset hoidon kiireellisyydestä</p>	<p>Tarpeisiin vastaaminen haastavaa</p>	
	<p>”Välimatkat ovat aikamoiset.” ”Täällä kun välimatkat ovat aikamoiset, niin sitten kuitenkin on pakko joustaa sen mukaan.”</p>	<p>Välimatkat pitkät Pitkien välimatkojen vuoksi joutuu joustamaan.</p>	<p>Välimatkat pitkät</p>		
	<p>”Puhelimessa on todella vaikea tehdä hoidontarpeen arviointia sekä luukulla monesti” ”Se on melkein mahdottomuus tehdä täydellistä hoidontarpeen arviointia puhelimessa.”</p>	<p>Hoidon tarpeen arviointi on vaikeampaa puhelimessa kuin kasvotusten. Puhelimessa hoidon tarpeen arviointi vaikeampaa.</p>	<p>Puhelimessa arvioiminen vaikeaa</p>	<p>Oikean tiedon saaminen haastavaa</p>	<p>Laaja-alaisia haasteita</p>
	<p>”Se kysymysten esittäminen on haastavan vaikeaa, että osaa kysyä kaiken oleellisen.” ”On niitä, jotka peittelevät oireitaan.” ”Ihmiset saattavat puhua aivan mitä sattuu. Kun ne tietävät miten ne pääsevät lääkäriin ja ne tietävät ne tietyt kohdat, kuten hengenahdistus, rintakipu. Kun lyö semmoisen kortin peliin niin hoidontarpeen arviointi kääntyy saman tien.”</p>	<p>Oikeiden kysymysten esittäminen haastavaa.</p> <p>Potilaan oireiden peittely. Potilaan oireiden liioittelu.</p>	<p>Oikean tiedon saaminen haastavaa</p>		
	<p>”Se on hirveän raskasta, varsinkin jos niitä aikoja on vähän.” ”Hoitajaresurssit on haaste ja lääkäritilanne on haaste.”</p>	<p>Aikoja lääkärielle vähän. Henkilökuntaresurssit vähäiset.</p>	<p>Liian vähän henkilökuntaa tarpeeseen nähden</p>		
	<p>”Kyllä koulutuksia on, mutta että aika vähän loppujen lopuksi.” ”Meillä ei ole resurssia irrottaa niitä ihmisiä siihen koulutukseen.” ”Kiire on haaste.” ”Meillä on ruuhkaisin aika kahdeksasta yhdeksään, koska silloin soittaa kaikki.” ”Silloin kun on enemmän aikaa panostaa hoidon tarpeen arviointiin, niin se tulee tehtyä paremmin.”</p>	<p>Koulutuksia vähän. Resurssit hankaloittavat koulutuksiin pääsyä. Kiire. Potilaiden yhteydenotto samaan aikaan. Kiire</p>	<p>Koulutuksiin pääseminen vaikeaa. Kiire</p>	<p>Resurssipula</p>	

Tutkimuskysymys	Alkuperäisilmaukset	Pelkistetty ilmaisu	Alaluokka	Pääloukka	Yhdistävä luokka
Miten hoidon tarpeen arviointia voidaan kehittää?	<p>”Koulutukseen sellainen, joka sitä työtä tekee.”</p> <p>”Se, että niiden hoitajien ylläpitävään koulutukseen panostettaisiin.”</p> <p>”Panostettaisiin lääkäreiden ja hoitajien yhteistyökoulutukseen.”</p>	<p>Tähtäämällä koulutukset oikeille henkilöille.</p> <p>Panostamalla hoitajien ylläpitävään koulutukseen.</p> <p>Panostamalla lääkäreiden ja hoitajien yhteistyökoulutukseen.</p>	Kouluttamalla henkilökuntaa	Lisäämällä resursseja	
	<p>”Silloin kun on enempi aikaa panostaa hoidon tarpeen arviointiin, niin se tulee tehtyä paremmin.”</p> <p>”Voisi olla vielä jotain muita aikoja ja enemmän soittoaikoja.”</p>	<p>Resursoimalla niin, että hoidon tarpeen arvioinnin tekemiseen on enemmän aikaa.</p> <p>Lisäämällä lääkäriaikoja.</p>	Lisäämällä resursseja		
	<p>”Sähköiseen palveluun pitäisi enemmän satsata.”</p> <p>”Tsekkauksista. Olisi sellaiset selkeät kysymykset”</p>	<p>Kehittämällä sähköistä palvelua.</p> <p>Helposti saatavilla olevalla tsekkauksella, jossa selkeät kysymykset.</p> <p>Sähköisellä palvelulla, jossa voisi itse varata aikoja.</p>	Kehittämällä sähköistä palvelua		
	<p>”Enemmän netistä voitaisiin varata, että voisit vaikka itse varata ompeleiden poiston.”</p>	<p>Tiedottamalla ihmisiä hoidon tarpeen arvioinnin tekemisestä.</p> <p>Tiedottamalla ihmisille puhelimen ruuhka-ajoista.</p>	Tiedottamalla henkilökuntaa ja alueen ihmisiä.		
	<p>”Haluaisin, että jossain lehdessä olisi puhetta siitä miksi sitä tehdään...”</p>	<p>Pitämällä henkilökuntaa ajan tasalla.</p>			
	<p>”Julkinen tiedottaminen että kun soitat kymmenen ja kahdentoista välillä niin pääset todennäköisemmin läpi linjalta.”</p> <p>”Olisi tärkeää, että henkilökunta pidettäisiin tietoisena kaikesta mitä missäkin tapahtuu.”</p>			parantamalla palveluita	Lisäämällä hoidon tarpeen arviointia helpottavia tekijöitä