

Heikkinen Päivi & Pälsynaho Niina

LAADUKAS HOIDON TARPEEN ARVIOINTI PUHELIMESSA –
Laatusuositukset osaksi Kainuun sosiaali- ja terveydenhuollon akuuttipalveluiden laatukäsikirjaa

LAADUKAS HOIDON TARPEEN ARVIOINTI PUHELIMESSA –

Laatusuositukset osaksi Kainuun sosiaali- ja terveydenhuollon akuuttipalveluiden laatukäsikirjaa

Heikkinen Päivi & Pällynaho Niina
Opinnäytetyö
Kevät 2019
Ensihoidon kehittäminen ja johtaminen
YAMK
Oulun ammattikorkeakoulu

TIIVISTELMÄ

Oulun ammattikorkeakoulu
Ensihoidon kehittäminen ja johtaminen YAMK

Tekijät: Heikkinen Päivi & Pälsynaho Niina

Opinnäytetyön nimi: Laadukas hoidon tarpeen arviointi puhelimesta – Laatusuositukset osaksi Kainuun sosiaali- ja terveydenhuollon akuuttipalveluiden laatukäsikirjaa

Työn ohjaaja: Lehtori, tutkintovastaava Raija Rajala ja Lehtori Petri Roivainen

Työn valmistuslukukausi ja -vuosi: Kevät 2019

Sivumäärä: 67 + 12

Sosiaali- ja terveydenhuollon päivystykseen on rakennettu kansallista ohjaus- ja neuvontapalvelua, jonka tavoitteena vuonna 2019 Manner-Suomessa on käytössä yksi päivystyksellinen puhelinnumero 116117. Tavoitteena on parantaa asukkaiden saamaa palvelua, vähentää päivystyskäyntejä ja ensihoidon tehtävämääriä sekä ohjata hätänumeroon kuulumattomat puhelut oikeaan paikkaan. Kainuussa toteutettiin kevään 2018 aikana D-pilotti, jossa kiireettömät ensihoitotehtävät (D-tehtävät) ohjattiin terveydenhuollon puhelintriageen hätäkeskuksen tekemän riskinarvion jälkeen. Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli kuvailla pilotissa mukana olevien puhelinhoitajien kokemuksia ja asiantuntijoiden mielipiteitä hoidon tarpeen arvioinnin laadusta sekä onnistuneista hoidon tarpeen arvioinneista. Tavoitteena oli tutkimustuloksia hyödyntämällä luoda laatusuositukset hoidon tarpeen arviointiin puhelimesta. Laatusuositukset tulivat osaksi Kainuun sosiaali- ja terveydenhuollon akuuttipalveluiden laatukäsikirjaa.

Tutkimus toteutettiin kahdella eri laadullisella menetelmällä: puhelinhoitajat haastateltiin ja asiantuntijoille lähetettiin Webropol-kysely. Tutkimusaineisto analysoitiin sisällönanalyysillä. Lisäksi perehdyttiin laajasti kansainvälisiin ja kotimaisiin aiemmin toteutettuihin tutkimuksiin sekä kirjallisuuteen liittyen laadukkaaseen hoidon tarpeen arviointiin puhelimesta. Laadittaessa laatusuosituksia hoidon tarpeen arviointiin puhelimesta hyödynnettiin aiempaa tutkimustietoa sekä omia tutkimustuloksia.

Tutkimustulosten perusteella voidaan todeta, että puhelinhoitajan työ on vaativaa. Laadukas puhelinhoitajan tehtävä hoidon tarpeen arviointi vaatii asianmukaisia resursseja. Laatuun vaikuttavat puhelinhoitajan osaaminen sekä persoona- ja ympäristötekijät. Johtopäätöksenä voidaan todeta, että kiireettömien ensihoidon tehtävien käsittely ja puhelinohjaus eivät juuri poikkea normaalista sairaanhoitajan hoidon tarpeen arvioinnista puhelimesta. Puhelinhoitajilla on valmius hoitaa hätäkeskuksen välittämiä kiireettömiä puheluita yhtä lailla kuin muuta puhelinohjausta ja -neuvontaa. Opinnäytetyön tuloksia voidaan hyödyntää puhelinhoitajien koulutuksen suunnittelemisessa, laatutyön kehittämisessä sekä palvelujen integraatiossa. Laatusuositukset ovat väline puhelimesta tehtävän hoidon tarpeen arvioinnin kehittämiseen sekä arviointiin. Niitä voidaan myös hyödyntää rekrytinnin, perehdytyksen, kehityskeskustelujen sekä työn vaativuuden arvioinnin apuna.

Asiasanat: hoidon tarpeen arviointi, hoidon tarpeen arviointi puhelimesta, laatu, laatusuositus, laadullinen tutkimus

ABSTRACT

Oulu University of Applied Sciences
Master's degree Program in Development and Management of Emergency care

Authors: Heikkinen Päivi & Pälsynaho Niina

Title of thesis: A good quality telephone triage care needs assessment – The recommendations for the Kainuu Health and Social Care Services quality standards handbook

Supervisors: Raija Rajala & Petri Roivainen

Term and year when the thesis was submitted: Spring 2019 Number of pages: 67 + 12

A national advice and guidance service have been developed into the Health and Social Care out of hours services aiming to establish a single point National out of hours urgent care phone number 116117 for the mainland Finland. The aim is to improve the service provided to the service users, reduce the accident and emergency attendances and first response tasks as well as directing the non urgent emergency calls to the appropriate services. A D-pilot project was undertaken in Kainuu during the spring 2018, where the first response service non urgent emergency tasks (D-tasks) were directed to the healthcare telephone triage after a risk assessment was completed by the emergency services. The aim of the master's thesis was to describe the experiences of the participating telephone triage nurses, and the expert opinions about the quality of the care needs assessment and successful care needs assessments. The aim was to use the study results to create quality standards for the care needs assessment. The quality standards would become a part of the Kainuu Health and Social Care Acute Services quality handbook.

Two qualitative research methods were used for the study: The telephone triage nurses were interviewed, and the experts were sent a Webropol-survey. The research data was analysed using the content analysis. In addition, the dissertation included an in-depth literature search in previous national and international studies and literature about the quality of a telephone triage care needs assessment. The previous research data and the results of this study were used to create the quality standards for the telephone triage care needs assessment.

Based on the results of the study, the conclusion is that the telephone triage nurses' duties are demanding. A good quality telephone triage care needs assessment requires the appropriate resources. The quality of the assessment was influenced by the skills of the telephone triage nurse as well as personality and environmental factors. The research conclusion is that dealing with the telephone advice of the D-tasks doesn't not really differ from the usual telephone advice provided. The telephone nurses have the necessary ability to deal with the non urgent emergency calls directed to them by the emergency services as well as their standard telephone advice and guidance. The results of this dissertation can be used when planning the telephone nurse's education as well as improving the quality and integration of the services. The quality standards are a tool for improving and assessing the telephone triage care needs assessment. They can also be utilised in the recruitment, the induction, performance reviews and when assessing the level of task demands.

Keywords: a care needs assessment, a telephone triage care needs assessment, quality, quality standards, qualitative research

SISÄLLYS

1 JOHDANTO	6
2 LAADUKAS HOIDON TARPEEN ARVIOINTI PUHELIMESSA	8
2.1 Terveystieteiden tutkimuskeskuksen puhelinsuositusten laadunhallinta Suomessa	8
2.2 Hoidon tarpeen arviointi	9
2.2.1 Hoidon tarpeen arviointi puhelimesta	11
2.2.2 Hoidon kiireellisuuden arviointi	12
2.3 Päivystysapu 116117	13
2.4 Häätäkeskuslaitoksen riskinarvio ja ensihoitotehtävien kiireellisyysluokat	14
2.5 Kainuun D-pilotti	15
2.6 Laadutyö yleisesti osana sosiaali- ja terveydenhuoltoa	16
2.6.1 Aiemmat tutkimukset	17
2.6.2 Kainuun sosiaali- ja terveydenhuollon kuntayhtymän laadunhallinta	20
3 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS, TAVOITTEET JA TUTKIMUSTEHTÄVÄT	22
4 OPINNÄYTETYÖN TOTEUTUS JA TUTKIMUSMENETELMÄT	23
4.1 Laadullinen tutkimusmenetelmä	25
4.2 Aineiston kerääminen	26
4.3 Aineiston analysointi	28
5 TUTKIMUSTULOKSET	30
5.1 Kokemukset hoidon tarpeen arvioinnin laadusta puhelimesta	30
5.2 Kuvaukset onnistuneista hoidon tarpeen arvioinnista puhelimesta	36
5.3 Puhelinhoitajien kokemukset D-pilotista	37
5.4 Asiantuntijoiden mielipiteet laadukkaasta hoidon tarpeen arvioinnista puhelimesta	39
6 LAATUSUOSITUSTEN LAADINTA	43
7 POHDINTA	45
7.1 Tutkimustulosten tarkastelu ja johtopäätökset	45
7.2 Luotettavuus ja eettisyys	48
7.3 Ammatillinen kasvu	51
7.4 Tutkimus- ja kehittämissuositukset	53
LÄHTEET	55
LIITTEET	

1 JOHDANTO

Päivystyksissä sekä myös terveystalvelujen puhelinneuvonnassa joudutaan tekemään hoidon tarpeen ja kiireellisyyden arviointia, jotta päivystyshoitoa tarvitsevat potilaat voidaan hoitaa laadukkaasti ja muut potilaat ohjataan muihin tarkoituksenmukaisiin terveydenhuoltoyksiköihin (STM 2014, 23). Valtioneuvoston asetus (583/2017) kiireellisen hoidon perusteista ja päivystyksen erikoisalakohtaisista edellytyksistä ohjeistaa, että potilaan ohjauksessa on otettava huomioon päivystysyksikössä noudatettavat kiireellisyysluokat ja arvioitava potilaan yksilöllinen hoidon tarve ja riski sairauden pahenemisesta tai vamman vaikeutumisesta. Asetuksen mukaan ohjaus voi tapahtua myös puhelimitse tai muulla vastaavalla tavalla.

Sosiaali- ja terveydenhuollon päivystykseen on rakennettu kansallista ohjaus- ja neuvontapalvelua, jonka tavoitteena vuonna 2019 Manner-Suomessa on käytössä yksi päivystyksellinen puhelinnumero 116117. Päivystysavun tarkoituksena on tuottaa ohjausta ja neuvontaa puhelimitse ja verkossa. Tavoitteena on parantaa asukkaiden saamaa palvelua, vähentää päivystyskäyntejä ja ensihoidon tehtävämääriä sekä ohjata hätänumeroon kuulumattomat puhelut oikeaan paikkaan. (Hätönen 2018, viitattu 10.12.2018.) Tällä hetkellä Päivystysavun 116117 järjestäminen on sairaanhoitopiirien vastuulla (Soininen 2019, 228), joten palvelu voi olla sairaanhoitopiirin omaa toimintaa tai se voidaan hankkia ostopalveluina. Terveydenhuollon päivystyksellistä neuvontaa ja ohjausta toteutetaan Suomessa vaihtelevasti: joillakin alueilla saattaa olla useita numeroita, joihin kansalainen voi kiireellisissä asioissa soittaa (Hätönen 2018, viitattu 10.12.2018).

Päivystyksyksiköissä sairaanhoitajan puhelimessa tehtävä hoidon tarpeen arviointi on lisääntynyt nopeasti. Onnistunut hoidon tarpeen arviointi on edellytys oikean ja tarkoituksenmukaisen hoitopaikan tai terveystalvelun valinnalle. Sairaanhoitaja tekee hoidon tarpeen arvioinnin omalla ammattivastuullaan ja hänellä on keskeinen rooli hoidon laadun sekä potilasturvallisuuden rakentajana (Syväoja & Äijälä 2009, 26, 34). Terveydenhuollossa käytetään myös käsitettä puhelintriage, joka sisältää hoidon tarpeen arvioinnin, puhelinneuvonnan ja -ohjauksen. Laadukas puhelinneuvonta ehkäisee osaltaan käyntejä, jotka eivät edellytä hoitoa päivystysyksikössä, ja ohjaa asiakkaat tarkoituksenmukaisiin terveystalveluihin (Connechen & Walter 2006, 36; Bishop 2008, 43–45; STM 2010; Kaakinen, Kyngäs, Tarkiainen & Kääriäinen 2016, 27). Puhelinneuvonnan laatua on tutkittu lähinnä asiakkaiden näkökulmasta ja tutkimukset ovat painottuneet yksittäisiin puhelinneuvonnan osa-alueisiin. Tutkimustietoa siitä, mistä tekijöistä laadukas puhelinneuvonta kokonai-

suudessaan koostuu, ei ole tiedossa. (Tarkiainen, Kyngäs, Kaakinen & Kääriäinen 2012, 100.)
Laatusuosituksia puhelimesta tehtävään hoidon tarpeen arviointiin ei ole aiemmin laadittu.

Kainuussa toteutettiin kevään 2018 aikana D-pilotti, jossa ensihoitopalvelun kiireettömät tehtävät (D-tehtävät) ohjattiin terveydenhuollon puhelintriageen hätäkeskuksen tekemän riskinarvion jälkeen. Projektiin kuuluvan tutkimusryhmän päättökijä arvioi kiireettömän ensihoidon puhelintriagen asiakkaiden hoidon tarpeita, palvelujen käyttöä, kustannuksia ja tyytyväisyyttä asiakkaiden näkökulmasta. Puhelinhoitajien näkökulmaa toiminnan laadusta ei ole kokonaisvaltaisesti tutkittu. Tässä opinnäytetyössä tutkittiin pilotissa mukana olleiden puhelinhoitajien kokemuksia hoidon tarpeen arvioinnin laadusta. Lisäksi kerättiin asiantuntijoilta mielipiteitä laadukkaasta hoidon tarpeen arvioinnista puhelimesta. Kehittämistehtävänä laadittiin laatusuositukset hoidon tarpeen arviointiin puhelimesta. Nämä laatusuositukset ovat osa Kainuun sosiaali- ja terveydenhuollon akuutti- palveluiden laatukäsikirjaa.

Laadukkaalla hoidon tarpeen arvioinnilla puhelimesta kohdennetaan terveydenhuollon rajallisia resursseja entistä paremmin. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksen mukaan ensihoitopalvelulle välitettyjen tehtävien määrä on noussut ainakin vuodesta 2010 lähtien vuosittain (STM 2016, 43). Ensihoitopalvelun suunnittelussa tulee huomioida tehtävävolyymien muuttuminen pelkästään hätätilapotilaista kohti laajempaa päivystyspotilaiden kirjoa. Lisäksi olisi huomioitava myös nykyistä parempi verkottuminen muihin sosiaali- ja terveydenhuollon lähipalveluihin. Näin ollen palveluiden tuottaminen potilasnäkökulmasta tarkasteltuna kohdistuisi oikein. (STM 2016, 6.) Puhelimesta tehtävällä hoidon tarpeen arvioinnilla, puhelinneuvonnalla ja -ohjauksella on suuri merkitys potilaan hoidon onnistumisen kannalta. Olennaista on ohjata potilas oikeaan aikaan oikeaan hoitopaikkaan sekä oikealle hoidon tasolle.

2 LAADUKAS HOIDON TARPEEN ARVIOINTI PUHELIMESSA

2.1 Terveydenhuollon puhelinpalvelutoiminta Suomessa

Suomessa on toteutettu terveydenhuollon puhelinpalvelutoimintaa jo pitkään. Puhelinneuvonta ei ole kansallisesti ohjattua, vaan toimii kunta-, kaupunki- tai sairaalakohtaisesti joko osana päivystystä tai terveyskeskuksen vastaanottotoimintaa. Joissain paikoissa puhelinneuvonta on ulkoistettu yksityiselle toimijalle. Sosiaali- ja terveysministeriön selvittämässä ja Hätäkeskuslaitokselle vuonna 2015 toimittamassa listassa terveydenhuollon puhelinneuvontapisteitä oli kansallisesti yli 80 kappaletta. Suomessa puhelinneuvonta ei myöskään ole verkottunut hätäkeskustoimintaan, eikä kansallisesti ole olemassa tilastoja, paljonko näihin pisteisiin ohjautuu puheluita, mikä osuus terveysongelmista ratkaistaan kyseisen yhteydenoton perusteella, mikä osuus potilaista ohjataan päivystyspisteisiin ja kuinka moni puhelu päätetään ohjeeseen ottaa yhteyttä numeroon 112 (STM 2016, 14). Tulevaisuudessa päivystystoiminta kehittyy kansalliseksi kokonaisuudeksi, ja neuvonta- ja palveluohjaus sovitetaan tähän suunnitelmaan kansallisena kokonaisuutena. (Valtioneuvosto 2018, viitattu 16.2.2019.)

Terveydenhuollossa käytetään usein rinnakkain nimityksiä puhelinneuvonta ja puhelinohjaus. Yksilöllinen puhelinneuvonta voidaan jakaa reaktiiviseen ja proaktiiviseen puhelinohjaukseen (Orava, Kääriäinen & Kyngäs 2012b, 232). Reaktiivisesta puhelinohjauksesta puhutaan, kun potilas ottaa itse yhteyttä terveydenhuoltoon esimerkiksi akuutin sairauden vuoksi. Puhelinohjaus on silloin ennalta suunnitteleman ohjaustilanne. Kun hoitosuhde on ennalta solmittu ja hoitaja on yhteyttä ottava osapuoli, puhutaan proaktiivisesta puhelinohjauksesta. (Dennis & Kingston 2008, 301–302; Orava ym. 2012a, 216). Orava (2010, 26) kuvaa reaktiivisen puhelinohjauksen olevan parhaimmillaan asiakaslähtöistä ja perustuvan luottamukselliseen vuorovaikutussuhteeseen. Asiakaslähtöisyydellä tarkoitetaan palvelujen saatavuutta, asiakkaan yksilöllisyyden huomioimista, aktiivisuuden turvaamista päätöksen teossa ja asiakkaan selviytymisen vahvistamista sekä hoidon jatkuvuuden turvaamista. Reaktiivisessa puhelinohjauksessa hoitajan rooli on hyvin itsenäinen – edellyttäen hoitajalta ammatillista osaamista ja sen kehittämistä. Reaktiivisen puhelinohjauksen vaikutukset kohdistuvat asiakkaisiin, hoitoyksiköihin, terveystalouksiin tuottaviin organisaatioihin ja terveystalouksjärjestelmiin. (Orava 2010, 37–40.) Tässä opinnäytetyössä puhelinohjauksella tarkoitetaan reaktiivista sairaanhoitajan puhelimesta antamaa ohjausta, joka on yksilöllistä potilaan terveyteen ja sairauteen liittyvää neuvontaa.

Puhelinhoitajalla tarkoitetaan tässä opinnäytetyössä sairaanhoitajaa, joka tekee päivystyksikössä tapahtuvaa hoidon tarpeen ja kiireellisyyden arviointia puhelimitse. Lisäksi tässä työssä puhelinhoitajalla tarkoitetaan sairaanhoitajaa, jolle ensihoidon kenttäjohtaja välittää hätäkeskuksen riskinarvion jälkeen kiireettömän ensihoitotehtävän arvioitavaksi.

2.2 Hoidon tarpeen arviointi

Hoidon tarpeen arvioinnilla tarkoitetaan tässä opinnäytetyössä laillistetun terveydenhuollon ammattihenkilön, sairaanhoitajan, tekemää arviointia potilaan terveydentilasta tämän ottaessa yhteyttä päivystyksikköön (Terveydenhuoltolaki 1326/2010, 51 §; Valtioneuvoston asetus kiireellisen hoidon perusteista ja päivystyksen erikoisalakohtaisista edellytyksistä 583/2017, 12 §). Sairaanhoitaja haastattelee ja havainnoi potilasta selvittääkseen, miksi potilaan terveydentila edellyttää terveydenhoitoa, mitkä tämän oireet ovat sekä ovatko ne vakavia tai kiireellistä hoitoa vaativia. Hoidon tarpeen arviointi sisältää arvion siitä, tarvitseeko potilas välitöntä päivystyshoitoa, muuta kiireellistä hoitoa, kiireetöntä hoitoa, muun kuin terveydenhuollon apua ja tukea tai ei lainkaan toimenpiteitä. Päivystyksessä sekä vastaanottotyössä sairaanhoitaja arvioi potilaan terveydentilaa joko kasvatusten tai puhelimen välityksellä. Hän pyrkii selvittämään mahdollisimman tarkasti potilaan terveydentilan ja erottamaan kriittisesti sairast ja välitöntä hoitoa tarvitsevat potilaat niistä, joiden oireet eivät vaadi päivystyksellistä hoitoa. (Pellikka 2013, 858.) Hoitoon ohjauksessa on otettava huomioon päivystyksikössä noudatettavat kiireellisyysluokat ja arvioitava potilaan yksilöllinen hoidon tarve ja riski sairauden pahenemisesta tai vamman vaikeutumisesta (Valtioneuvoston asetuksen 583/2017, 12 §).

Hoidon tarpeen arviointia tehdessään hoitaja käyttää apuna omia aistejaan sekä ammattitaitoaan. Lisäksi hoitajan apuna voivat olla esimerkiksi triage-hoitaisuusluokitukset sekä muut paperiset sekä sähköiset tietolähteet, kollegat ja lääkärit sekä mahdolliset sairaalakohtaiset omat ohjeistukset. (Pellikka 2013, 858.) Hoidon tarpeen arviointi on keskeistä koko terveydenhuoltojärjestelmän toimivuuden kannalta. Syväojan ja Äijälän (2009, 7) mukaan hoidon tarpeen arvioinnin onnistumisella on sekä suoria että välillisiä vaikutuksia terveydenhuoltojärjestelmän kokonaiskustannuksiin, hoitoprosessien sujuvuuteen, henkilöstön työpanoksen oikeaan kohdentumiseen ja ennen kaikkea yksittäisen potilaan hoidon onnistumiseen sekä hänen läheistensä kokemuksiin hoidon laadusta.

Hoidon tarpeen ja kiireellisyyden arviointiin sekä hoitoon pääsyyn liittyvät asiat (hoitotakuu) on kootusti kirjattuna vuonna 2011 voimaan tulleeseen terveydenhuoltolakiin. Hoidon tarpeen arviointia säädetään myös niin sanotussa päivystysasetuksessa sekä toimintaa ohjataan myös kansanterveyslaissa että erikoissairaanhoidolaissa. Terveydenhuoltolakiin (1326/2010) on määritelty hoitotakuu, jonka tavoitteena on ollut turvata tarpeeseen perustuva hoidon saatavuus, vähentää eroja hoitoon pääsystä sekä lisätä oikeudenmukaisuutta ja yhdenvertaisuutta hoitoon pääsystä. Hoitotakuu koskee kiireettömän hoidon tarpeen arviointia ja toteutusta. Hoitotakuussa hoidon tarpeen arviointi on ensimmäinen vaihe potilaan hoitoprosessia. Hoidon tarpeen arviointi on hoitotakuulain vuonna 2005 tuoma merkittävä tehtävän siirto lääkäreiltä muille terveydenhuollon ammattilaisille (Syväoja & Äijälä 2009, 42). Silloiseen Kansanterveyslakiin (66/1972, 15b §) tuli muutos, jonka mukaan terveyskeskuksen tulee järjestää toiminta siten, että potilas voi saada arkipäivisin virka-aikana välittömästi yhteyden terveyskeskukseen. Kansanterveyslaissa (66/1972, 15b § 1) tarkoitettu välitön yhteydensaanti arkipäivisin virka-aikana terveyskeskukseen tulee järjestää siten, että yhteyttä ottava henkilö voi valintansa mukaan joko soittaa puhelimella tai tulla henkilökohtaisesti terveyskeskukseen.

Terveydenhuoltolaissa (1326/2010, 51 §) on säädös hoitoon pääsystä, jonka mukaan terveydenhuollon ammattihenkilön on tehtävä hoidon tarpeen arviointi viimeistään kolmantena päivänä siitä, kun potilas on ottanut yhteyden terveyskeskukseen, jollei arviota ole voitu tehdä ensimmäisen yhteydenoton aikana. Erikoissairaanhoidolain (1062/1989, 31 §) mukaan kiireellisen sairaanhoidon tarpeessa olevalle henkilölle on annettava hänen sairautentilansa edellyttämä hoito välittömästi. Erikoissairaanhoidoa koskeva hoidon tarpeen arviointi on aloitettava kolmen viikon kuluessa siitä, kun lähete on saapunut yksikköön. Sosiaali- ja terveysministeriön asetus (782/2014) kiireellisen hoidon perusteista ja päivystyksen erikoisalakohteisista edellytyksistä eli niin sanottu päivystysasetus määrittelee kiireellisen hoidon. Potilaan hoitoon ohjauksessa otetaan huomioon yksikössä käytettävät kiireellisyysluokat. Päivystysyksikköön otetaan potilaat, jotka eivät voi tilansa vuoksi odottaa seuraavaan arkipäivään tai hoidon saanti muualla on epävarmaa. Päivystysasetuksessa (782/2014, 7 §) todetaan myös, että kiireellisen hoidon neuvonta on järjestettävä siten, että siihen on kaikkina vuorokauden aikoina varattu riittävästi koulutettuja ja riittävän työkokemuksen omaavia terveydenhuollon ammattihenkilöitä. Asetuksen perustelumuiotiossa on mainittu, että riittävän osaamisen tulee kattaa myös puhelimessa tehtävä hoidon tarpeen arviointi.

Valtioneuvoston asetus (1019/2004, 2 §) hoitoon pääsyn toteuttamisesta ja alueellisesta yhteistyöstä ottaa esiin myös hoidon tarpeen arvioinnin. Siinä todetaan, että hoidon tarpeen arvioinnis-

sa selvitetään yhteydenoton syy, sairauden vaikeusaste, oireet sekä kiireellisyys yhteydenottajan kertomien esitietojen tai lähetteen perusteella. Pellikan (2012, 858) mukaan hoidon tarpeen ja kiireellisyyden arviota tehtäessä potilaalta on kysyttävä sekä yleisiä että tarkoin rajattuja kohdennettuja kysymyksiä. Valtioneuvoston asetuksen (1019/2004) mukaan hoidon tarpeen arviointi edellyttää, että terveydenhuollon ammattihenkilöllä on asianmukainen koulutus, työkokemus ja yhteys hoitoa antavaan toimintayksikköön sekä käytettävissään potilasasiakirjat. Se voidaan tehdä myös puhelinpalveluna. Hoidon tarpeen arvioinnista ja arvion tehneen terveydenhuollon ammattihenkilön antamasta hoito-ohjeesta tai toimenpide ehdotuksesta tehdään merkinnät potilasasiakirjoihin (Valtioneuvoston asetus 1019/2004, 3 §). Potilasasiakirjamerkintöjen tekemisestä on lisäksi voimassa, mitä potilaan asemasta ja oikeuksista annetussa laissa (785/1992, 12 §) ja potilasasiakirjojen laatimisesta sekä niiden ja muun hoitoon liittyvän materiaalin säilyttämisestä annetussa sosiaali- ja terveysministeriön asetuksessa (99/2001) säädetään. Terveydenhuoltolaki (1326/2010) sekä Sosiaali- ja terveysministeriön asetus potilasasiakirjoista (298/2009) pitävät sisällään myös muun muassa asetukset potilasasiakirjamerkinnöistä, hoidon toteuttamisesta, odotusaikojen ja seurantatietojen julkaisusta, hoidon perusteista sekä palveluiden järjestämisuunnitelmasta.

Soinisen (2019, 227) mukaan sairaanhoitajan tekemässä hoidon tarpeen arvioinnissa tulisi käyttää yleisesti hyväksytyjä kriteereitä, jotka perustuvat lääketieteelliseen näyttöön. Hoidon tarpeen arviointiohjeistuksen tulee perustua kirjallisiin ohjeisiin, joista vastaa terveydenhuollon yksikön vastaava lääkäri (Hallituksen esitys 77/2004, viitattu 18.5.2018; Soininen 2019, 227). Toiminta tulee järjestää siten, että arviota tekevällä hoitajalla on aina mahdollisuus konsultoida riittävät taidot omaavaa lääkäriä. Hyvä hoidon tarpeen arviointi ei vaaranna potilasturvallisuutta eikä kuormita turhaan päivystystä potilailta, joiden terveydentila ei sitä edellytä. Ammattitaitoinen hoitaja osaa ja uskaltaa esittää tarkentavia kysymyksiä potilaan terveydentilasta. (Syväoja & Äijälä 2009, 62; Pellikka 2013, 859; Soininen 2019, 228.)

2.2.1 Hoidon tarpeen arviointi puhelimesta

Hoidon tarpeen arviointi puhelimesta on haasteellista, koska sairaanhoitaja joutuu tekemään päätökset hoidosta ja sen kiireellisyydestä puhelinkeskustelun perusteella näkemättä potilasta (Tarkiainen ym. 2012, 99). Hoidon tarpeen arviointia puhelimitse hankaloittaa muun muassa se, ettei hoitaja voi hyödyntää arviota tehdessään näköhavaintoja ja sanatonta viestintää (Huibers, Keizer, Giesen, Grol & Wensing 2012, 547). Tällöin toimitaan pelkästään sanojen varassa, joten

mielikuvat potilaasta syntyvät yksinomaan kuuloaistin, sanojen, äänen sekä tunteen perusteella (Aarnikoivu 2005, 119; Honkala, Kortetjärvi-Nurmi, Rosenström & Siira-Jokinen 2009, 92). Toisaalta puhelinyhteyden hyvänä puolena voi joidenkin potilaiden osalta olla se, että he uskaltavat kertomaan helpommin myös arkaluonteisia asioita sekä joillekin potilaille puhelinasiointi voi olla muissakin asioissa henkisesti helpompaa (Syväoja & Äijälä 2009, 56-57).

Sosiaali- ja terveysministeriön linjauksen mukaan puhelimitse tehdystä arviosta sekä henkilökohtaisesta terveyden- tai sairaanhoidon neuvonnasta tai palvelunohjauksesta tehdään merkinnät potilasasiakirjoihin (Valtioneuvoston asetus 1019/2004, 3 §; Valtioneuvosto 2018, viitattu 16.2.2019). Valtioneuvoston asetuksen hoitoon pääsyn toteuttamisesta ja alueellisesta yhteistyöstä (1019/2004, 3 §) mukaan terveydenhuollon ammattihenkilön tulee pyrkiä tunnistamaan potilas silloin, jos joku muu ottaa yhteyttä potilaan puolesta. Lisäksi potilaan ja muun yhteydenottajan tunnistamistavasta tehdään merkinnät potilasasiakirjoihin. Kirjaamisen lisäksi toimintaa ohjaavat samat lait ja asetukset kuin hoidon tarpeen arviointia.

2.2.2 Hoidon kiireellisyyden arviointi

Hoidon kiireellisyyden arvioinnilla tarkoitetaan potilaiden luokittelua sen mukaan, miten nopeasti heidän on terveydentilansa perusteella päästävä hoitoon (Finohta 2011, 1). Päivystysasetuksen (782/2014, 8 §) mukaan hoidon tarpeen arvioinnissa tarkastellaan, tarvitseeko potilas välitöntä päivystyshoitoa, muuta kiireellistä hoitoa, kiireetöntä hoitoa, muun kuin terveydenhuollon apua ja tukea tai ei lainkaan toimenpiteitä. Syväoja ja Äijälän (2009, 93) mukaan kiireellisyyden arviointi on kiinteä osa hoidon tarpeen arviointia.

Kansainvälisesti päivystysyksiköissä käytetään erilaisia kiireellisyysluokituksia, esimerkiksi Isossa-Britanniassa on käytössä Manchester Triage System (MTS), Yhdysvalloissa on muun muassa American College of Emergency Physicians (ACMP), American Academy of Emergency Medicine (AAEM) sekä kansainvälinen Canadian Triage and Acuity Scale (CTAS), Australiassa kansainvälinen Australasian Triage Scale (ATS) ja Alankomaissa Netherlands Triage Standard (NTS). Kiireellisyyden arviointi on kuitenkin vain osa potilaiden hoitoprosessia, ja on syntynyt suuri tarve organisoida uudelleen koko prosessi ja ohjata päivystyspoliklinikalle tulevaa potilasvirtaa. Ruotsissa on Statens beredning för medicinsk utvärdering inimesta tehty Triage och flödesprocesser på akutmottagningen (SBU 2010, 49–51) systemaattinen kirjallisuuskatsaus. Kirjallisuuskatsauksen mukaan potilaiden kiireellisyyden arvioinnin parantamiseen ja päivystyspoliklinikan proses-

sien hallintaan on Ruotsissa kehitetty kaksi järjestelmää: METTS (Medical Emergency Triage and Treatment System) ja ADAPT (Adaptivt processtriage). Noin kolmasosa Ruotsin sairaaloista käyttää METTS-, noin kolmasosa ADAPT- ja noin kolmasosa joko omaa tai brittiläistä MTS - järjestelmää (Manchester Triage System).

Suomalainen terveyden ja hyvinvointilaitoksessa toimiva Finnish Office for Health Technology Assessment (Finohta) kartoitti yhteistyössä päivystyslääkärien kanssa kiireellisyysarvioinnin käytäntöjä Suomessa ympäri vuorokauden toimivissa erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon päivystysyksiköissä. Suurin osa vastanneista päivystysyksiköistä käytti omiin tarpeisiinsa sovellettua ABCDE-luokittelua. Prosessikuvaukset vaihtelivat yksityiskohtaisista monen sivun julkaisuista lyhyisiin käytännön ohjeistuksiin. ESI (Emergency Severity Index, kansainvälinen kiireellisyysluokittelu) oli käytössä tai oltiin ottamassa käyttöön viidessä yksikössä. Yleensä vastuu potilaan tilan arvioinnista oli sairaanhoitajalla. Muutamassa yksikössä arviointiin osallistuivat myös perushoitaja, lääkintävahtimestari tai lääkäri. Finohtan selvitystyön mukaan kiireellisyysluokittelujen käytön kustannusvaikuttavuudesta ei löydy tutkimuksia. (Finohta, 2011, 5–6.)

Suomen terveydenhuollon päivystyksissä käytetään potilaiden hoidon kiireellisyyden arvioon erilaisia kiireellisyysluokitteluja, joiden keskinäisestä luotettavuudesta ja paremmuudesta ei ole tutkimustietoa. Yleisin kiireellisyysluokittelu on päivystyksen ABCDE-triage. Kantosen (2014, 9) mukaan se on kehitetty suomalaisen terveyskeskusperusteisen päivystysjärjestelmän tueksi auttamaan pääosin suhteellisen hyväkuntoisten päivystyspotilaiden hoidon tarpeen kiireellisyyden arviota. ABCDE-triagea ei ole verrattu tieteellisessä asetelmassa muihin triage-järjestelmiin.

2.3 Päivystysapu 116117

Sosiaali- ja terveydenhuollon päivystykseen rakennetaan kansallista ohjaus- ja neuvontapalvelua, jonka tavoitteena vuonna 2019 Manner-Suomessa on käytössä yksi päivystyksellinen puhelinnumero 116117. Päivystysavun tarkoituksena on tuottaa ohjausta ja neuvontaa puhelimitse sekä verkossa. Tavoitteena on parantaa asukkaiden saamaa palvelua, vähentää päivystyskäyntejä ja ensihoidon tehtäväämääriä sekä ohjata hätänumeroon kuulumattomat puhelut oikeaan paikkaan. (Hätönen 2018, viitattu 10.12.2018.) Palvelu täydentää näiltä osin hätäkeskuksen ja ensihoitopalvelun toimintaa (Soininen 2019, 227).

Päivystysapu 116117 on uusi, puhelimitse tapahtuva päivystysasioihin keskittynyt ohjaus- ja neuvontapalvelu, jossa kokeneet sairaanhoitajat arvioivat asiakkaan hoidon tarpeen ja ohjaavat hänet tarkoituksenmukaisimpaan hoitopaikkaan tai antavat itsehoito-ohjeita. (Soininen 2019, 227.) Päivystysapu on alueellisesti järjestettävä palvelu, joka noudattaa kansallisesti yhtenäisiä kriteereitä. Kansallisesti yhtenäisiä asioita ovat puhelinnumeron 116117 lisäksi muun muassa digitaaliset palvelut, joista kansalaiset tavoittavat sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaiset ympäri vuorokauden. Kriteereihin kuuluvat myös yhtenäiseen rakenteiseen muotoon kirjattava tieto, hätäkeskuksen kanssa tehtävän yhteistyön periaatteet ja toimitavat sekä integraatiota maakunnan eikiireellisiin ja kiireellisiin palveluihin. Maakunnat voivat halutessaan täydentää kriteereitä. (Valtioneuvosto 2018, viitattu 16.2.2019.) Tavoitteena on vuonna 2019 laatia yhtenäinen pohja 116117 päivystysapuun aikuisen kiireellisen hoidon ohjeista. Ohjausperiaatteiden tulee olla samanlaiset alueesta riippumatta. Paikka mihin potilas ohjataan, on riippuvainen alueen palveluista. (Ilkka, sähköpostikeskustelu 4.4.2019.)

Päivystysapu on ollut osa eduskuntaan edennyttä terveydenhuoltolain täydennystä ja sosiaali- ja terveydenhuollon (sote) valmistelua, joka kuitenkin keskeytettiin hallituksen erottua kevään 2019 aikana. Maakunnan on lakiesityksen mukaan järjestettävä kansalliseen toimialan päivystystoiminnan ohjaus- ja neuvontajärjestelmään kuuluva palvelu omalla alueellaan. Tällä hetkellä palvelun järjestäminen on sairaanhoitopiirin vastuulla. (Soininen 2019, 228.)

2.4 Hätäkeskuslaitoksen riskinarvio ja ensihoitotehtävien kiireellisyysluokat

Hätäkeskuslaitos suorittaa riskinarvion hätäpuhelussa saatujen tietojen perusteella kunkin toimialan vastuuviranomaisen antaman ohjeistuksen mukaisesti. Riskinarvion lisäksi hätäkeskus määrittää tehtävän kiireellisyyden ja välittää tehtävän oikealle viranomaiselle. Terveystoimen riskinarvio-ohjeistuksen laatiminen on sosiaali- ja terveysministeriön vastuulla. (Laki hätäkeskustoiminnasta 692/2010.)

Ensihoidon hälytystehtävät jaetaan hätäkeskuksessa tehtävän riskiarvioinnin perusteella neljään tehtäväkiireellisyysluokkaan (Sosiaali- ja terveysministeriön asetus ensihoidosta 585/2017, § 6). Kiireellisyysluokat sekä määritellyt tavoittamisajat on kuvattu taulukossa 1. Sosiaali- ja terveysministeriön asetuksen ensihoidosta (585/2017, 7 §) mukaan asumattomille alueille (muut alueet-riskiluokka) ei määritellä väestön tavoittamisaikoja, mutta ensihoitopalvelu on järjestettävä myös näillä alueilla. Tavoittamisaika määritellään viiveeksi ensimmäisen ensihoitoyksikön saamasta

hälytyksestä siihen, kun ensimmäinen yksikkö ilmoittaa olevansa kohteessa. Saman alueluokan väestön tulee saada yhdenvertainen palvelu ensihoitopalvelun järjestämistavasta riippumatta.

TAULUKKO 1. Ensihoidon hälytystehtävien kiireellisyysluokat sekä tavoittamisaikojen määrittely (Sosiaali- ja terveysministeriön asetus ensihoitopalvelusta 585/2017).

Tehtäväluokka	Määritelmä	Tavoittamisaika
A	Korkeariskiseksi arvioitu ensihoitotehtävä, jossa esi- tai tapahtumatietojen perusteella on syytä epäillä, että avuntarvitsijan peruselintoimintot ovat välittömästi uhattu.	Riskialueen tunnusluvun mukaisesti kuvattu aika, jossa kuvataan missä ajassa 50 % ja missä ajassa 90% väestöstä tavoitetaan.
B	Todennäköisesti korkeariskinen ensihoitotehtävä, jossa avuntarvitsijan peruselintoimintojen häiriön tasosta ei kuitenkaan ole varmuutta.	Riskialueen tunnusluvun mukaisesti kuvattu aika, jossa kuvataan missä ajassa 50 % ja missä ajassa 90% väestöstä tavoitetaan.
C	Avuntarvitsijan peruselintoimintojen tila on arvioitu vakaaksi tai häiriölieväksi, mutta tila vaatii ensihoitopalvelun nopeaa arviointia.	90 % alueen väestöstä pyritään tavoittamaan 30 minuutissa.
D	Avuntarvitsijan tila on vakaa, eikä hänellä ole peruselintoimintojen häiriötä, mutta ensihoitopalvelun tulee tehdä hoidon tarpeen arviointi.	90 % alueen väestöstä pyritään tavoittamaan kahdessa tunnissa.

Sosiaali- ja terveysministeriön tekemän selvityksen (2016, 42–43) mukaan on varsin todennäköistä, että soittaja hätäilmoitusta tehdessään on epätietoinen siitä mihin tulisi soittaa, jotta tilannetta voitaisiin arvioida. Selvityksen mukaan on mahdollista, että useat hätäkeskuksen C- ja D-tehtäviksi arvioidut tilanteet pystyttäisiin hoitamaan puhelinneuvonnalla, erityisesti jos käytettävissä olisivat potilaiden aikaisemmat potilaskertomukset.

2.5 Kainuun D-pilotti

Kainuussa toteutettiin kevään 2018 aikana Kainuun D-pilotti, jossa hätäkeskuksen arvioimat kiireettömät ensihoitotehtävät (D-tehtävät) ohjattiin terveydenhuollon puhelintriageen hätäkeskuksen tekemän riskinarvion jälkeen. Tavoitteena oli tarkastella, ohjautuiko potilas sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujärjestelmässä joustavammin, mikäli hätäkeskuksen tekemän riskinarvion jälkeen ensihoitotehtävä siirretään sairaanhoitajan päivystyspuhelimeen hoidon tarpeen arviointia varten. Hoitajan tekemän arvion perusteella tilanne hoidettiin: antamalla yleistä terveysneuvontaa, varaamalla perusterveydenhuollon kiireellinen lääkärin vastaanottoaika, varaamalla päivystyksellinen lääkärin vastaanottoaika, ohjaamalla kotihoidon/tehostetun kotihoidon piiriin, ohjaa-

malla mielenterveys- ja päihdetyön päivystäjälle, ohjaamalla sosiaalitoimen päivystäjälle, ohjaamalla yhden hengen ensihoitoyksikölle paikan päällä tapahtuvaa arviointia varten tai ohjaamalla tilanne ensihoitoyksikölle. Kainuun D-pilotti on osa sosiaali- ja terveysministeriön Päivystysapu 116117-hanketta.

D-pilotin ajan (19.2.2018–30.4.2018) hätäkeskuspäivystäjän kiireettömäksi luokitellut tehtävät välitettiin Kainuun ensihoitokeskuksen Codea-järjestelmään hälyttämättä ensihoitoyksikköä. Kenttäjohtaja seurasi hälytystehtäviä reaaliaikaisesti ja siirsi D-tehtävän Virve-viestinä Codea-ympäristöön perustettavalle virtuaaliyksikölle EKA 007- Kainuun soten puhelinhoitajalle. Puhelinhoitajalla oli 60 minuuttia aikaa soittaa potilaalle/asiakkaalle ja tehdä triageohjeistuksen mukaisen hoidon tarpeen arvioinnin ja ohjata sen perusteella asiakkaan tarkoituksenmukaisimpaan sote-palvelun piiriin. Mikäli puhelinhoitaja ei pysty tekemään hoidon tarpeen arviointia määräajassa, ensihoidon kenttäjohtaja välittää tehtävän suoraan tarkoituksenmukaiselle ensihoitoyksikölle. D-pilottiin liittyvän tutkimuksen tarkoituksena on arvioida kiireettömän ensihoidon D-tehtävän puhelintriagen asiakkaiden hoidon tarpeita, palveluiden käyttöä, kustannuksia ja tyytyväisyyttä. Ensimmäisen vaiheen tutkimustulokset julkaistaan kevään 2019 aikana.

2.6 Laatumyö yleisesti osana sosiaali- ja terveydenhuoltoa

Laatumyö on terveydenhuollon piirissä jatkuvasti laajentunut, vaikkakin sosiaali- ja terveydenhuollossa on laatua vaikea yksiselitteisesti määritellä (Idänpää-Heikkilä, Outinen, Nordblad, Päivärinta, & Mäkelä 2000, 11; Kuntaliitto 2011, 5). Kuntaliiton Terveydenhuollon Laatuoppaan (2011, 8) mukaan terveydenhuollossa hyvä laatu edellyttää johdon ja koko henkilökunnan sitoutumista yhteisiin tavoitteisiin sekä saumatonta yhteistyötä eri toimintayksiköiden välillä. Hoitohenkilöstön tiedot, taidot ja asenteet vaikuttavat tuotettujen palvelujen laatuun (Vallimies-Patomäki, Turpeinen, Ailasmaa & Taipale 2002, 171–190; Savikko, Hautala, Kiviniemi, Puukka, Leino-Kilpi & Suominen 2004, 17–23). Laatu voidaan määritellä SFS-ISO 8402-standardin mukaisesti niistä ominaisuuksista koostuvaksi kokonaisuudeksi, johon perustuu organisaation, tuotteen, palvelun tai tietyn prosessin kyky täyttää sille esitetyn vaatimuksen ja siihen kohdistuneet odotukset.

Hoidon laatu on monitahoinen ilmiö, jonka kattava ja luotettava mittaaminen on erittäin haastavaa. Sosiaali- ja terveysministeriön valtakunnallisen hoidon saatavuuden ja yhtenäisten hoidon perusteiden työryhmän mukaan yhtenä laadun komponenttia voidaan pitää potilasturvallisuutta. Potilasturvallisuuden seurannassa useimmissa perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon

yksiköissä on selkeä järjestelmä. Suomessa on käytössä myös suuri määrä epävirallisia klinisen hoidon laadun seurantatapoja ja laaturekistereitä. Hoidon hyvää laatua kuvaavat niin ikään vaikuttavuus ja kustannustehokkuus, joiden määrittelyä, analysointia ja seuranta tulee tarkentaa. (STM 2015, viitattu 10.6.2018.)

Kuntaliiton julkaisemassa Terveysthuollon Laatuoppaassa (2011, 5) on laadun keskeisiksi ulottuvuuksiksi valittu potilaskeskeisyys, oikea-aikaisuus, osaaminen, potilasturvallisuus, sujuvuus sekä vaikuttavuus. Laatuoppaassa on kaikista ulottuvuuksista esitetty potilaan/asiakkaan, henkilökunnan ja johdon näkökulma. Valinta on perustunut pääosin Pekurisen, Räikkösen ja Leinosen raporttiin Tilannekatsaus sosiaali- ja terveydenhuollon laatuun vuonna 2008 sekä Kuntaliiton työryhmän näkemykseen terveydenhuollon käytännön toiminnasta. Terveysthuoltolain (1326/2010, 8 §) mukaan terveydenhuollon toiminnan on perustuttava näyttöön ja hyviin hoito- ja toimintakäytäntöihin. Toiminnan on oltava laadukasta, turvallista ja asianmukaisesti toteutettua. Lain mukaan terveydenhuollon toimintayksikön on laadittava suunnitelma laadunhallinnasta ja potilasturvallisuuden täytäntöönpanosta. Suunnitelmassa on otettava huomioon potilasturvallisuuden edistäminen yhteistyössä sosiaalihuollon palvelujen kanssa.

Puhelimessa tehtävää hoidon tarpeen arvioinnin laatua lähestyttiin Kuntaliiton Terveysthuollon Laatuoppaan ulottuvuuksien mukaisesti, jolloin laatu saa myös erilaisia ominaisuuksia. Laatua tuleekin tarkastella moniulotteisena käsitteenä sekä myös mitata moniulotteisesti. (ks. Kuntaliitto 2011; STM 2014, 10.) Idänpää-Heikkilän ym. (2000, 12) mukaan ammatillinen laatu kertoo, että täyttääkö palvelu potilaan tarpeet henkilökunnan näkökulman mukaan. Jos halutaan laatuksiteeristön kuvaavan organisaatiota tai toimintoa kokonaisuutena, kriteeristön tulee kuvata toiminnan laatua eri näkökulmista ja ulottuvuuksista tasapainoisesti.

2.6.1 Aiemmat tutkimukset

Tutkimusten mukaan laadukas potilasohjaus lisää asiakkaan terveyttä ja edistää toimintakykyä, elämänlaatua, hoitoon sitoutumista, itsehoitoa, kotona selviytymistä sekä itsenäistä päätöksentekoa. Sillä on vaikutusta myös potilaan mielialaan vähentämällä pelkoa, ahdistusta, masentuneisuutta sekä yksinäisyyden tunnetta. (Ohtonen 2006, 3; Kyngäs, Kääriäinen, Poskiparta, Johansson, Hirvonen & Renfors 2007, 145.) Hyvällä potilasohjauksella on laajemmin vaikutusta myös kansantalouteen ja kansanterveyteen, sillä hyvällä ohjauksella on voitu vähentää sairautteen liittyviä oireita, lisäsairauksia, hoitokäyntejä, sairauspäiviä ja lääkkeiden käyttöä. (Ohtonen 2006, 3;

Kyngäs ym. 2007, 145.) Puhelinneuvonnan laatua on tutkittu lähinnä asiakkaiden näkökulmasta ja tutkimukset ovat painottuneet yksittäisiin puhelinneuvonnan osa-alueisiin (Tarkiainen ym. 2012, 100).

Kaakinen ym. (2016, 26) ovat tutkineet kvasikokeellisesti puhelinneuvonnan laatua päivystysyksikössä. Tutkimuksessa todettiin sairaanhoitajien koulutusintervention edistävän puhelinneuvonnan laatua. Tutkimuksen mukaan sairaanhoitajien tulisi saada jatkuvasti koulutusta puhelinneuvonnan, jotta he voisivat ylläpitää ja kehittää osaamistaan. Koulutuksen tulee perustua koulutettavien tarpeeseen ja työkokemukseen hoitotyöstä. (Kaakinen ym. 2016, 29–30.)

Potilasohjauksen laatuun vaikuttavat ohjaajien tiedot, taidot ja asenteet sekä ohjausmenetelmien käyttö, toimintamahdollisuudet ja ohjauksen toteutus. Laadukas potilasohjaus on aina sidoksissa potilaan taustatekijöihin: fyysisiin, psyykkisiin, sosiaalisiin sekä ympäristötekijöihin esimerkiksi ikä, motivaatio, arvot. Tutkimuksessa ilmeni, että ohjaustoimintaa tukee käytettävissä oleva ajantasainen ohjausmateriaali. Ohjaustoimintaa koettiin heikentävän käytettävissä olevan ajan puute. Mitä enemmän työntekijä käyttää ohjaukseen aikaa sitä paremmat tiedot, taidot ja ohjausmenetelmien hallinnan sekä toimintamahdollisuudet hän arvioi omaavansa. Tutkimuksessa nousi myös esille, että ohjauksen laatu riippuu ohjaajasta ja ohjauspaikasta eivätkä potilaat siten ole aina tasavertaisessa asemassa. (Lipponen, Kanste, Kyngäs & Ukkola 2008, 121–122, 132–133.)

Tariq, Westbrook, Byrne, Robinson ja Baysari (2017) ovat arvioineet päätöksenteon tukena Australiassa käytettävän Call Enhance Call Centre-ohjelman (CeCC) käytettävyyttä potilas turvallisuuden ja laadun näkökulmasta puhelimesta tapahtuvaan triageen. Päätöksen tueksi tarkoitettuja ohjelmia hoitajat käyttävät helpottaakseen puhelimesta tehtävää triagea, mutta niiden käytettävyyttä on arvioitu harvoin. Tutkimuksessa löydettiin useita asioita, jotka voivat helpottaa puhelinhoitajien työtä. Lisäksi ulkopuoliset arvioijat seurasivat puhelinhoitajien CeCC-ohjelman käyttöä, ja puhelinhoitajia haastateltiin ohjelman käytettävyydestä. Käytettävyydestä ilmeni erityisesti ohjelman selkeyteen ja ohjattavuuteen liittyviä asioita. Ulkoasun modifioinnin avulla voidaan kehittää dokumentoinnin tarkkuutta ja tehokkuutta. CeCC-ohjelmassa triagen tekemiseen ohjaavien kysymysten tulisi valikoitua aiempien vastausten perusteella. Puhelinhoitajat kaipasivat myös asianmukaisia kontekstiin liittyviä filttäreitä. (Tariq ym. 2017, 227–228, 234–235.)

Hoidon tarpeen arvioinnissa ja potilaan todellisen tilanteen selvittämisessä sekä vastavuorovaikutuksen luomisessa ovat tärkeitä hoitajien hyvät vuorovaikutustaidot, aktiivinen kuuntelu ja läsnä-

olo (Blank, Coster, O’Cathain, Knowles, Tosh & Turner 2012, 2611). Kun soittajalle tulee positiivinen olo puhelun aikana, hän usein hyötyy siitä enemmän ja on tyytyväisempi kuin ihmiset, jotka kokevat negatiivisen kokemuksen. Puhelimessa tehtävän triagen myönteisyyteen vaikuttavat potilaan oma-arvio hoidon tarpeesta, hänen sosiaaliset olosuhteensa, vuorovaikutuksen laatu, palvelujen saatavuus sekä saavutettavuus (Sprivulis, Carey & Rouse 2004, 35–40; Blank ym. 2012, 2628; Purc-Stephenson & Thrasher 2012, 140; Ng, Fatovich, Turner, Wurmel, Skevington & Phillips 2012, 498–502; Campbell, Fletcher, Britten, Green, Holt & Lattimer et al. 2015, 110).

Gibson, Randall, Havard, Byrne, Robinson, Lawler ja Jorm ovat Australiassa tutkineet 45-vuotiaiden ja sitä vanhempien hoitomyönteisyyttä puhelimessa annettuihin hoito-ohjeisiin. Hoitomyönteisyys vaihteli sekä potilaista että puheluihin liittyvistä tekijöistä johtuen. On tärkeää tunnistaa potilaat, joilla on negatiivinen suhtautuminen puhelimessa tehtävään triageen, jotta voidaan kehittää puhelimessa tehtävää triagea ja löytää oikeat menetelmät. (Gibson, A. ym. 2017, 2-3, 18.)

Systemaattisessa kirjallisuuskatsauksessa puhelinohjauksesta hoitotyön menetelmänä oli tarkoituksena kuvata hoitajan antamaa puhelinohjausta. Parhaimmillaan reaktiivinen puhelinohjaus on asiakaslähtöistä ja perustuu luottamukselliseen vuorovaikutussuhteeseen. Puhelinhoitajalta edellytetään ammatillista osaamista ja sen kehittämistä. Reaktiivisen puhelinohjauksen laatua on arvioitu ohjauksen sisällön, ohjaukseen sitoutumisen ja muiden tekijöiden kautta. (Orava ym. 2012a, 216.)

Kääriäinen (2007) on kehittänyt potilaanohjauksen laadusta hypoteettisen mallin. Hän on tehnyt kaksivaiheisen tutkimuksen, jossa ensimmäisen vaiheen tarkoituksena oli kuvailla ja selittää ohjauksen laatua potilaiden ja hoitohenkilöstön arvioimana. Toisen vaiheen tarkoituksena oli määrittellä käsite ohjaus ja testata sen rakenne. Ensimmäisen vaiheen aikana ilmeni, että ohjauksen resurssit olivat kohtalaiset, mutta ohjausaika oli riittämätöntä. Hoitohenkilöstön tiedot ja taidot olivat kohtalaisen hyvät. Potilaiden mielestä hoitohenkilöstön asenteet olivat osittain kielteisiä, vaikka hoitohenkilöstö piti niitä myönteisinä. Lisäksi viidennes potilaista arvioi, ettei ohjaustoiminta ollut potilaslähtöistä. Kuitenkin kokonaisuudessaan potilaat pitivät ohjauksen laatua hyvänä. Tutkimuksen mukaan vuorovaikutus toteutui hyvin. Vuorovaikutus on keino, jolla ohjaussuhdetta rakennetaan. Onnistunut vuorovaikutteinen ohjaussuhde mahdollistaa potilaan ja hoitohenkilöstön välisen aktiivisen ja tavoitteellisen toiminnan. Hoitajan ja potilaan välinen vuorovaikutus vaikuttaa siihen, miten potilas kokee hoidon laadun (Vänskä, Laitinen-Väänänen, Kettunen & Mäkelä

2011, 35). Kääriäisen mukaan laadukas potilasohjaus vaatii sekä asianmukaisia toimintaedellytyksiä hoitohenkilöstön, tilojen ja materiaalien suhteen sekä potilaiden riittävää ja vaikuttavaa ohjaamista. (Kääriäinen 2007, 7.)

Valvira korostaa, että potilasturvallisuuden vuoksi on erittäin tärkeää, että normaalissa terveyskeskustoiminnassa ja päivystysyksikössä hoidon tarpeen arviointia tekevällä terveydenhuollon ammattihenkilöllä pitää olla tehtävän edellyttämä osaaminen ja kokemus. Työnantajan on huolehdittava tehtävän edellyttämästä koulutuksesta, ohjauksesta ja valvonnasta. (Valvira, viitattu 1.2.2019.) Hoitoon ohjauksen laatua tulisi myös seurata ja huolehtia, että virheellisesti ohjatuista potilaista kertynyt tieto käytetään ohjeistuksen parantamiseen. (Soininen 2019, 227–228.) Vaulan (2016, 2406) mukaan puhelinhoitajilta vaaditaan kokemusta, tilannetajua, myötäelämiskykyä sekä mahdollisuutta konsultoida muuta henkilökuntaa. Hän korostaa, että soittoihin tulee vastata nopeasti ja puhelinhoitajien tulee saada palautetta työstään. Puhelinhoitaja on päättäväinen ja johdonmukainen päätöksentekonsa perusteluissa myös vuorovaikutuksellisesti haastavien potilaiden kohdalla. Hoitajan ei tule mennä mukaan potilaan tunnetilaan, ja potilaalle on jätävä yhteydenotosta ammatillinen sekä positiivinen tunne. (Syväoja & Äijälä 2009, 58–59.)

Alankomaissa on tehty tutkimuskäyttöön soveltuva KERNset, jonka avulla voidaan arvioida puhelimesta tehtävän triagen laatua. Smits, Keizer, Ram ja Giesen (2017, 4, 8) ovat tutkimuksessaan pilotoineet kyseistä arviointitapaa ensimmäisen kerran. KERNsetin validiteetti todettiin tässä tutkimuksessa hyväksi ja sillä voidaan arvioida puhelinhoitajien välisiä eroja. Alankomaissa on tutkittu laatua enemmän kommunikoinnin osalta kuin lääketieteellisen päätöksen teon osalta. Syväojan ja Äijälän (2009, 227) mukaan hoidon tarpeen arvioinnin tuloksellisuuden mittaaminen on haastavaa. palvelun määrän mittaaminen ei ole vaikeaa, mutta vaikeampaa on mitata hoidon tarpeen arvioinnin vaikutusta potilaiden ja väestön hyvinvointiin ja terveyteen.

2.6.2 Kainuun sosiaali- ja terveydenhuollon kuntayhtymän laadunhallinta

Kainuun sosiaali- ja terveydenhuollon kuntayhtymän (Kainuun soten) toimintaa ohjaavat arvot ovat asiakaslähtöisyys, vastuullisuus, oikeudenmukaisuus, avoimuus ja luottamus. Kuntayhtymän laadunhallinnan periaatteet ovat asiakaslähtöisyys, johtajuus, henkilöiden huomioiminen, prosessimainen ajattelutapa, systeemiajattelu, jatkuva parantaminen, tosiasioihin perustuva päätöksenteko sekä yhteistyösuhteet. Laadunhallinta on toiminnan johtamista, suunnittelua, arviointia ja parantamista asetettujen laatutavoitteiden saavuttamiseksi. Kainuun sotessa laadunhallintajärjes-

telmän rakenne noudattaa ISO 9001:2015 -standardia. Laadunhallintaa koordinoi laatupäällikkö ja laadunhallinnan suunnittelija. Jokaisella vastuualueella on oma laatupäällikkö sekä laatutiimi, joiden tehtävänä on muun muassa laatia sekä päivittää oman vastualueen laatukäsikirja. Laatu-käsikirja on jaoteltu kahdeksaan eri osa-alueeseen: organisaatio ja toimintaympäristö, asiakkaat ja sidosryhmät, johtaminen, suunnittelu, resurssienhallinta ja tukitoimet, palvelujen tuottaminen, suorituskyvyn arviointi sekä jatkuva parantaminen. (Kainuun sote 2018, viitattu 5.5.2018.)

Kainuun sotessa hyvän hoidon tavoitteena on, että asiakas kokee tullessa hyvin ja oikeudenmu-kaisesti kohdelluksi ja autetuksi ja hän on saanut apua ja hoitoa siihen vaivaan, jonka vuoksi hän on tullut hoitopaikkaan. Organisaation arvot ja periaatteet ohjaavat hoitotyön tavoitteita, suunnitelmia, toteutusta ja arviointia. Perehdytetty, osaava, asiantuntevan motivoitunut ja työtänsä kehit-tävä henkilökunta toteuttaa potilaan hoitoa ajanmukaisten, päivitettyjen hoitoprosessien ja -ketjujen mukaisesti. Hoito perustuu tutkittuun tietoon, voimassaolevaan lainsäädäntöön ja organi-saation omiin ohjeisiin. (Kainuun sote 2018, viitattu 5.5.2018.)

3 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS, TAVOITTEET JA TUTKIMUSTEHTÄVÄT

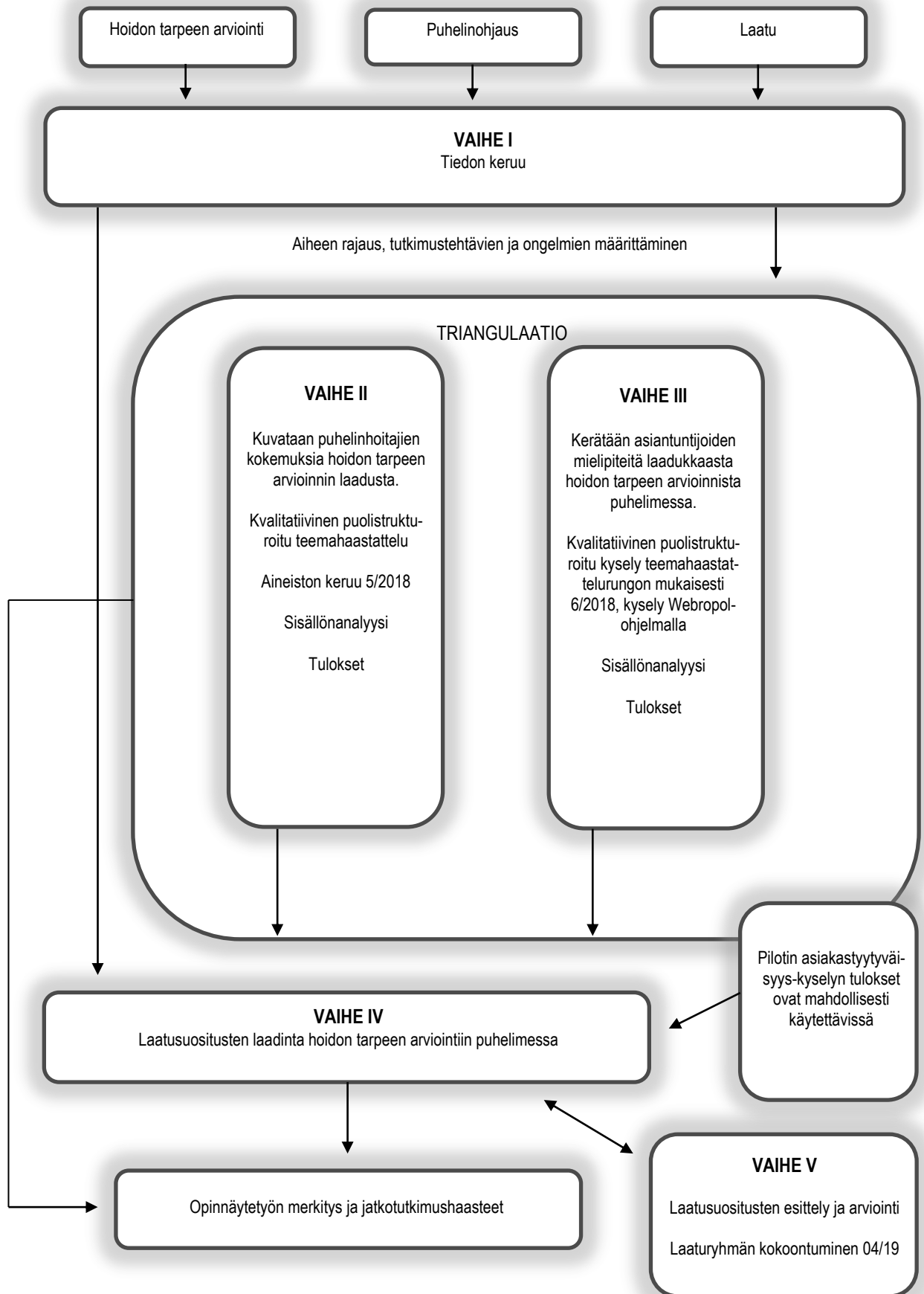
Opinnäytetyön tarkoituksena oli kuvailla D-pilotissa mukana olevien puhelinhoitajien kokemuksia ja asiantuntijoiden mielipiteitä hoidon tarpeen arvioinnin laadusta sekä onnistuneista hoidon tarpeen arvioinneista. Tarkoituksena oli näin ollen selvittää, mistä laadukas hoidon tarpeen arviointi puhelimesta kokonaisuudessaan koostuu. Tavoitteena oli tutkimustuloksia hyödyntämällä luoda laatusuosituksia hoidon tarpeen arviointiin puhelimesta. Laatusuosituksia tulivat osaksi Kainuun sosiaali- ja terveydenhuollon akuuttipalveluiden laatukäsikirjaa. Opinnäytetyön tuloksia voidaan hyödyntää puhelinhoitajien koulutuksen suunnittelemisessa, laatusuosituksen kehittämisessä sekä palvelujen integraatiossa. Laatusuosituksia ovat väline puhelimesta tehtävän hoidon tarpeen arvioinnin kehittämiseen sekä arviointiin. Niitä voidaan myös hyödyntää rekrytoinnin, perehdytyksen, kehityskeskustelujen sekä työn vaatavuuden arvioinnin apuna.

Opinnäytetyön tutkimustehtävät

1. Millainen on pilottiin osallistuvien puhelinhoitajien kokemus hoidon tarpeen arvioinnin laadusta?
2. Millaisia ovat puhelinhoitajien kuvaukset onnistuneista hoidon tarpeen arvioinnista?
3. Millaisia ovat asiantuntijoiden mielipiteet laadukkaasta hoidon tarpeen arvioinnista puhelimesta?

4 OPINNÄYTETYÖN TOTEUTUS JA TUTKIMUSMENETELMÄT

Opinnäytetyö toteutettiin empiirisenä tutkimuksena. Työ oli kertaluonteinen yhden ajankohdan kattava poikkileikkaustutkimus. (Heikkilä 2014, 13, 15.) Opinnäytetyö eteni vaiheittain (kuvio 1) rakentuen kahdesta erillisestä laadullisesta tutkimuksesta. Toinen toteutettiin teemahaastattelulla ja toinen puolestaan oli kyselytutkimus, joka toteutettiin Webropol-ohjelmalla. Laadullisten tutkimusmenetelmien avulla haluttiin saada tietoa puhelinhoitajien hoidon tarpeen arvioinnin laadusta mahdollisimman kattavasti ja luotettavasti. Kuntaliiton Terveystieteiden Laatuoppaan laadun ulottuvuuksia tutkittiin laadullisen tutkimusmenetelmän avulla henkilökunnan sekä johdon näkökulmasta. Lisäksi opinnäytetyössä perehdyttiin laajasti kansainvälisiin ja kotimaisiin aiemmin toteutettuihin tutkimuksiin sekä kirjallisuuteen liittyen laadukkaaseen hoidon tarpeen arviointiin puhelimesta. Laadittaessa laatusuosituksia hoidon tarpeen arviointiin puhelimesta hyödynnettiin aiempaa tutkimustietoa sekä omia tutkimustuloksia. Laatusuositukset esiteltiin Kainuun sotien laaturyhmälle, jonka kanssa ne arvioitiin. Lopuksi laatusuositukset viimeisteltiin ja laadittiin loppuraportti.



KUVIO 1. Opinnäytetyön etenemisprosessi.

4.1 Laadullinen tutkimusmenetelmä

Opinnäytetyön vaiheessa kaksi ja kolme käytettiin laadullista lähestymistapaa. Kvalitatiivisen eli laadullisen tutkimuksen lähtökohtana on todellisen elämän kuvaaminen. Kyseinen tutkimusmetodi soveltuu silloin, kun ollaan kiinnostuneita tietyissä tapahtumissa mukana olleiden yksittäisten toimijoiden merkitysrakenteista (Metsämuuronen 2008, 14). Oli perusteltua valita laadullinen tutkimusmenetelmä, sillä tutkittiin yksittäisten henkilöiden eli puhelinhoitajien kokemuksia sekä asi-
antuntijoiden mielipiteitä. Laadullisessa tutkimuksessa ilmiöitä pyritään tutkimaan kokonaisvaltai-
sesti. (Ks. Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2015, 160–164.)

Puhelinhoitajien kokemuksista hoidon tarpeen arvioinnin laadusta sekä onnistuneista hoidon tarpeen arvioinneista ei ole aikaisempaa tutkimustietoa. Laadullisessa tutkimuksessa uskotaan löytyvän useampia totuuksia ja näkökulmia. Laadullinen tutkimus on monella eri tavalla havain-
noivaa, kuvailevaa ja ymmärtävää, jossa kokonaisuus on tärkeämpää kuin osat. Lisäksi tutkija on osa tutkimusprosessia. Tulkinnallisuus ja rikas kertovuus ovat ominaista laadulliselle tutkimusme-
netelmälle. (Speziale Streubert & Carpenter 2007, 20–23; Al-Busaidi 2008, 11–19, viitattu 7.10.2018.) Kvalitatiivisella tutkimusmetodologialla saadaan pehmeitä, syvällisiä, rikkaita ja ilmiöi-
tä aidosti kuvaavia tuloksia (Janhonen & Nikkonen 2003, 8). Näin ollen tutkittaessa kokemuksia ja mielipiteitä päästään syvällisempiin tuloksiin laadullisen tutkimusmetodologian kautta.

Kahta erillistä laadullista tutkimusmenetelmää käyttämällä haluttiin lisätä tutkimuksen luotetta-
vuutta. Lisäksi haluttiin saada mahdollisimman monipuolista ja kattavaa tutkimustietoa laa-
tusuositusten laatimiseen. Terveystieteiden organisaatioissa kehittämistoiminta on usein luon-
teeltaan kokemuksellista, sillä käytännön osaajat muuttavat tutkimus- ja kokemustiedon avulla
ympäristöään tai asioita jollakin tavalla paremmaksi ja sitoutuvat itse osallistujiksi kehittämistyö-
hön (Heikkilä, Jokinen & Nurmela 2008, 55).

Uuden luomiseen ja kehittämiseen liittyvät oleellisesti yhteistoiminnallisuus ja sosiaalinen näkö-
kulma, sillä kehittäminen koskettaa ja siinä voi olla osallisena useita keskenään vuorovaikutuk-
sessa olevia ja eri ammattiryhmänkin edustavia ihmisiä. Voidaankin puhua moniammatillisesta
kehittämisestä, jossa korostuu eri ammattiryhmien välinen yhteistyö. Tämä mahdollistaa kunkin
toimijan osaamisen käyttämisen parhaalla mahdollisella tavalla yhteisen tavoitteen saavuttami-
seksi. (Heikkilä ym. 2008, 55.)

4.2 Aineiston kerääminen

Aineiston keruumenetelmiä valitessa tulee ottaa huomioon tehokkuus, taloudellisuus, tarkkuus ja luotettavuus. Puhelinhoitajien kokemuksia kerättiin haastattelulla. Haastattelu on yksi käytetyimpiä tiedonkeruumenetelmiä. Sen avulla ihminen nähdään subjektina, jolle annetaan mahdollisuus tuoda esille itseään koskevia asioita täysin vapaasti. Haastattelun avulla voidaan selvittää vastauksia ja samalla syventää tietoja. Haastattelu tiedonkeruumenetelmänä on hyvä myös silloin, kun tutkittava asia on vähän kartoitettu, jopa tuntematon tai arka, tai jopa liian vaikea aihe. (Hirsjärvi & Hurme 2000, 34–35.) Haastattelua voidaan pitää ennen kaikkea joustavana. Tällöin haastattelijalla on mahdollisuus toistaa kysymyksiä, oikaista mahdollisia väärinkäsityksiä, selvittää ilmausten sanamuotoa ja käydä keskustelua haastateltavan eli tiedonantajan kanssa. Laadullisella menetelmällä voidaan siis tarkentaa syvällisemmin aihetta. (Tuomi & Sarajärvi 2018, 84–86.) Haastattelussa esimerkiksi esitettiin puhelinhoitajille tarkentavia kysymyksiä ja annettiin haastateltavalle aikaa rauhassa miettiä vastauksiaan sekä tarkentaa mielipiteitään.

Tuomi ja Sarajärven (2018, 86) mukaan haastattelun etuna on se, että haastatteluun voidaan suoraan valita henkilöt, joilla on kokemusta tutkittavasta ilmiöstä tai tietoa aiheesta. Tämä oli merkittävä tekijä myös tässä työssä valitessa tutkimus- sekä aineistonkeruumenetelmää. Laadullisen haastattelututkimuksen kautta voidaan tavoittaa ihmisen omat kuvaukset koetusta todellisuudesta. Usein tutkimusaineistoksi valitaan ihmisten kokemukset puheen muodossa, jolloin tutkimusaineisto kerätään nimenomaan haastattelun muodossa. (Vilka 2015, 118–122.)

Tutkimuksessa käytettiin puhelinhoitajille aineiston keruumenetelmänä teemahaastattelua eli puolistrukturoitua haastattelumenetelmää. Teemahaastattelussa haastattelun aihepiirit ovat kaikille samat, mutta kysymysten tarkkaa muotoa ja järjestystä ei ole määritelty etukäteen. Teemahaastattelulla saadaan tutkittavien ääni kuuluviin. Tiedonantajien tulkinat asioista ja heidän asioille antamansa merkitykset ovat keskeisiä. (Hirsjärvi & Hurme 2000, 48.) Haastattelussa käytettiin lomaketta, joka laadittiin Kääriäisen (2007) ohjauksen laatumalliin perustuvalla strukturoidulla Ohjauksen laatu -kyselylomakkeen sekä Kuntaliiton laatiman Terveystieteiden Laatuoppaan (2011) perusteella (liite 1). Haastattelurunko modifioitiin sisällöllisesti sopivaksi puhelinneuvonnan laadun tutkimiseen.

Tutkimuksen alussa esihaastateltiin yhtä puhelinhoitajaa, jolla oli kokemusta puhelimen kautta tapahtuvasta triagen laatimisesta ja hoidon tarpeen arvioinnista. Esihaastattelu toteutettiin heti,

kun teemahaastattelurunko ja avauskysymykset oli laadittu sopiviksi. Esihaastattelun avulla voidaan testata teemahaastattelurunkoa, aihepiirien järjestystä sekä keskimääräistä haastattelun pituutta. Esihaastattelun kautta tutkijat totuttelevat myös tulevaan todelliseen aineiston keruumenetelmään. Teemahaastatteluun kuuluvat esihaastattelut yhtenä tärkeänä ja olennaisena osana. (Ks. Hirsjärvi & Hurme 2000, 72–73.)

Yhtenä aineiston keruumenetelmänä voidaan pitää myös havainnointia, jolla tarkoitetaan aineiston keräämisen ja uusien havaintojen tuottamisen tapaa. Havainnot ovat siis tutkimuskohteita. (Vilka 2006, 5.) Havainnointia hyödynnettiin aineistonkeruumenetelmänä toteuttamalla haastattelut siten, että toinen tutkija keskittyi esittämään avauskysymykset ja tarkensi vastauksia lisäkysymyksillä. Toinen tutkija puolestaan tarkkaili nonverbaalista viestintää kuten eleitä ja ilmeitä samalla kirjatun ne ylös. Kumpikin tutkija pystyi esittämään tarkentavia kysymyksiä, mikäli se oli tarpeen.

Haastattelututkimuksen tiedonantajina olivat Kainuun keskussairaалassa työskentelevät viisi puhelinhoitajaa, joilla oli koulutuksena joko sairaanhoitajan tai terveydenhoitajan tutkinto ja jopa molemmat tutkinnot. Kaikilla heillä oli kokemusta hoidon tarpeen arviosta puhelimen välityksellä ja lisäksi heillä oli pitkä työkokemus sairaanhoitajan työstä. Tällä hetkellä kaikkien pääsääntöinen työnkuva oli puhelinhoitajana. He kaikki olivat puhelinhoitajia, jotka toimivat helmi-huhtikuussa 2018 D-pilotissa, jossa hätäkeskuksen arvioimat kiireettömät ensihoitotehtävät (D-tehtävät) ohjattiin terveydenhuollon puhelintriageen hätäkeskuksen tekemän riskinarvion jälkeen.

Aineiston kerääminen tapahtui toukokuussa 2018. Tällöin myös puhelinhoitajilla oli päättynyt D-pilotti, jolloin heillä oli ajatuksia, mielipiteitä ja kokemuksia tuoreena muistissa hoidon tarpeen arvioinnista ja sen laadusta. Nauhoittamalla haastattelut saatiin aineisto kerättyä litterointia ja analysointia varten. Teemahaastattelun luonteeseen kuuluu haastattelujen tallentaminen. Tällä tavoin haastattelu saadaan sujumaan nopeasti ja ilman katkoja. Nauhoittamalla haastattelut saadaan kommunikaatiotapahtumasta säilytettyä olennaisia asioita, kuten äänenkäyttöä, johdattelut ja tauot. Pyrittäessä luontevaan ja vapautuneeseen keskusteluun olisi haastattelijan pystyttävä toimimaan ilman kynää ja paperia, jolloin myös teema-alueet olisi osattava ulkoa. (Ks. Hirsjärvi & Hurme 2000, 92.)

Asiantuntijaryhmä koottiin henkilöistä, joilla oli kokemusta laatutyöstä, hoidon tarpeen arvioinnista, johtotehtävistä tai hoitotyöstä. Osa asiantuntijoista oli myös mukana D-pilotin projekti- ja tutki-

musryhmässä. Näin ollen saatiin monipuolisesti erilaisia näkökulmia eri asiantuntijoilta. Yhdeksälle asiantuntijalle lähetettiin kesäkuun 2018 aikana sähköpostin välityksellä saatekirje (liite 2) sekä Webropol-kysely (liite 3), joka oli tehty samalla pohjalla kuin puhelinhoitajien teemahaastattelurunko. Kyselyn ja haastattelun idea on yksinkertainen, sillä kun haluamme tietää, mitä ihminen ajattelee, niin on järkevää kysyä asiaa häneltä. Kyselyn huono puoli on se, ettei siinä päästä tarkentamaan tai syventämään tiedonantajan vastauksia. (Tuomi & Sarajärvi 2018, 84–85.) Tutkimukseen osallistuminen haluttiin tehdä asiantuntijoille helpoksi, joten oli perusteltua valita sähköinen Webropol-ohjelmalla toteutettu kyselytutkimus. Jokainen asiantuntija pystyi vastaamaan kyselyyn itselleen sopivana ajankohtana ja kyselyyn vastaaminen ei vienyt kauaa. Viideltä asiantuntijalta saatiin kyselyyn vastaus.

4.3 Aineiston analysointi

Aineiston keräämisen jälkeen alkaa tutkimuksen toteuttamisen yksi tärkeimmistä vaiheista eli aineiston analysointi. Aineiston analyysissä on monenlaisia lähestymistapoja. On huomattava, että analyysi alkaa usein jo haastattelutilanteessa. Tällöin haastattelija voi tehdä havaintoja eri ilmiöistä ja asioista niiden toistuvuuden, jakautumisen ja erityistapausten perusteella. (Hirsjärvi & Hurme 2000, 136–137.)

Sisällönanalyysissä pyritään saamaan kuvaus tutkittavasta asiasta tiivistetyssä ja yleisessä muodossa. Tekstistä etsitään tutkittavalle ilmiölle tai asialle merkityksiä, jolloin niin sanotusti näkymäntöntä pyritään ymmärtämään. Kvalitatiivisen aineiston sisällönanalyysi voidaan tehdä aineistolähtöisesti eli induktiivisesti, teoriaohjaavasti tai teorialähtöisesti eli deduktiivisesti. Tämä jako ei kuitenkaan ole täysin selvärajainen, sillä varsin usein luokittelu syntyy sekä aineiston ja teoreettisen käsitteellistämisen yhteistyönä. Tavoitteena on saada systemaattinen ja kattava kuvaus aineistosta. (Tuomi & Sarajärvi 2018, 107-110; Seitamaa-Hakkarainen 2014, viitattu 26.4.2019.) Tutkimuksessa käytettiin induktiivista sisällönanalyysiä sekä puhelinhoitajille osoitetussa haastattelussa että asiantuntijoiden kyselyssä.

Tallentamisen jälkeen aineisto purettiin sanasta sanaan kirjoittamalla se tekstiksi eli litteroimalla. Haastattelut aukikirjoitettiin mahdollisimman pian haastatteluiden jälkeen, jotta haastattelutilanteet olisivat hyvin muistissa. Asiantuntijoiden kyselyt saatiin valmiina tekstinä suoraan Webropol-ohjelmasta. Litteroinnin jälkeen on tärkeää lukea aineisto useampaan kertaan, jolloin aineistosta

alkaa syntyä ajatuksia tai mielenkiintoisia kysymyksiä. On siis luettava aineistoa saadakseen ymmärrystä itse analyysin tekoon. (Ks. Hirsjärvi & Hurme 2000, 143.)

Induktiivisessa analyysissä pyritään luomaan tutkimusaineistosta teoreettinen kokonaisuus. On myös huomattava sulkea ulkopuolelle kaikki aikaisempi tietoa tutkittavasta asiasta niin, ettei se vaikuttaisi itse analyysiin. (Tuomi & Sarajärvi 2018, 108.) Aineistolähtöisessä sisällönanalyysissä on monta eri vaihetta: aineisto täytyy pelkistää, ryhmitellä ja pitää luoda teoreettiset käsitteet. Pelkistäminen eli redusointi on joko informaation tiivistämistä tai pilkkomista osiin. Alkuperäisestä aineistosta etsitään ja nostetaan esille kuvaavat ilmaisut, jotka vastaavat tutkimustehtävän kysymyksiin. (Tuomi & Sarajärvi 2018, 122–124.) Tämä vaihe kuuluu analyysiyksikön määrittämiseen, jota ohjaavat tutkimustehtävä ja aineiston laatu. Analyysiyksiköitä voivat olla yksittäiset sanat tai sanayhdistelmät, mutta myös lauseet, lausumat tai ajatuskokonaisuus. (Kynge & Vanhanen 1999, 5.) Pelkistäminen tarkoittaa käytännössä sitä, että tutkimusaineistosta karsitaan kaikki tutkimusongelman kannalta epäolennainen tieto pois hävittämättä kuitenkaan tärkeää informaatiota (Vilkkä 2015, 164). Aineisto luettiin useaan kertaan, jolloin samalla alleviivattiin eri värein eri tutkimustehtäviin liittyviä ilmaisuja. Alleviivaamisen jälkeen kirjoitettiin alkuperäisilmaisut helpommin luettavaan muotoon muuttamatta niiden merkitystä.

Aineiston ryhmittelyssä eli klusteroinnissa aineistosta etsityt ilmaukset ryhmitellään samankaltaisuuksien ja/ tai erilaisuuksien mukaan. Samaa asiaa tarkoittavat käsitteet ryhmitellään ja edelleen yhdistetään luokaksi sekä nimetään luokan sisältöä kuvaavalla käsitteellä. Luokittelun myötä aineisto tiivistyy, sillä yksittäiset tekijät ja ilmaukset sisällytetään yleisempiin käsitteisiin. (Tuomi & Sarajärvi 2018, 124–125.)

Tämän jälkeen luotiin teoreettiset käsitteet eli abstrahoitettiin alkuperäisaineistosta poimitut kielelliset ilmaukset teoreettisiin käsitteisiin ja johtopäätöksiin. Käsitteellistämistä jatkettiin yhdistelemällä luokituksia pitäen huolta siitä, että aineiston sisältö ei kuitenkaan muutu. Induktiivisessa sisällönanalyysissä yhdistellään siis käsitteitä ja saadaan näin ollen vastaus tutkimustehtävään. (Tuomi & Sarajärvi 2018, 125–127.)

5 TUTKIMUSTULOKSET

Tutkimustulosten alussa esitetään puhelinhoitajien kokemuksia ja asiantuntijoiden mielipiteitä hoidon tarpeen arvioinnista laadusta sekä yleensä hoidon tarpeen arvioinnin laatimisesta. Analyysiin on koottu kaikki aineistosta esille nousseet laatutekijät, jotka luokiteltiin alla olevien taulukoiden mukaisesti. Puhelinhoitajien kuvaukset onnistuneista hoidon tarpeen arvioinneista esitetään erillisenä kokonaisuutena. Lisäksi esille tuodaan haastateltavien kokemuksia D-pilotista. Asiantuntijoiden mielipiteet esitetään vielä erillisenä kokonaisuutena, mutta niistä analyysin tulokset on nostettu samoihin taulukoihin puhelinhoitajien tulosten kanssa. Tutkimustuloksia tuodaan esille suorilla lainauksilla tekstin elävöittämiseksi. Alkuperäisilmaukset säilytettiin puhekielisinä, jotta lukija saa mahdollisimman aidon kuvan tutkimustuloksista. Tutkimustuloksia havainnollistetaan luokittain.

5.1 Kokemukset hoidon tarpeen arvioinnin laadusta puhelimesta

Analyysissa nousi esille neljä eri pääluokkaa, jotka muodostivat laadukkaan hoidon tarpeen arvioinnin. Luokat jaoteltiin persoonaan, osaamiseen, ympäristöön sekä päätöksenteon resursseihin liittyviin tekijöihin. Jaottelu syntyi loogisesti aineistosta. Luonteenpiirteet ja ominaisuudet sekä elämäkokemus kuuluvat jokaiselle yksittäiselle ihmiselle eli omaan persoonaan. Osaamiseen liittyvät vahvasti ammatillisuuteen liittyvät tekijät eli ammattitaito, laaja työkokemus, opiskeleminen tai itsensä kehittäminen. Osaamista myös tukevat kollegoilta saatu tuki ja heidän ammattitaitonsa. Ympäristöön liittyviin tekijöihin sulautuivat hyvin rauhalliset puhtaat työtilat. Erilaiset työkalut ja tietolähteet: potilastietojärjestelmät, ohjeistukset, konsultointimahdollisuudet sekä yhteistyöverkostot jaoteltiin päätöksenteon resursseihin.

Haastateltavat nostivat esille luonteenpiirteitä tai ominaisuuksia, joita tarvitaan laadukkaassa hoidon tarpeen arvioinnissa (taulukko 2). Sosiaalisuus, ystävällisyys, ihmisen kuuntelemisen taito sekä vuorovaikutustaidot nähtiin tärkeinä ominaisuuksina, jotka edistävät laadukkuutta. Nämä kaikki voidaan liittää asiakaslähtöisyyteen. Hoidon tarpeen arvioinnissa puhelinhoitajan tarkkuus ja laaja-alaisuus olivat myös tekijöitä, joilla päästiin laadukkaaseen lopputulokseen. Tarkkuudella hoitajat tarkoittivat nimenomaan sitä, miten osattiin huomioida potilaan eri oirekuvaa monelta eri kannalta ja laaja-alaisesti. Elämäkokemus nähtiin yhtenä osa-alueena, joka myös edisti laadukasta hoidon tarpeen arviointia, esimerkiksi omien lasten kautta pystyi helpommin kohtaamaan

lapsiin liittyviä tilanteita tai sairauksia. Lapsipotilaisiin liittyvissä asioissa oli helpompaa esimerkiksi ohjeistaa lapsen käytökseen liittyvissä asioissa, kun oli jo omakohtaista kokemusta taustalla. Lisäksi jotkut haastateltavat nostivat esille intuition, joka oli syntynyt useasti puhelimesta tapahtuneessa hoidon tarpeen arvioinnissa. Elämäkokemuksen ja työkokemuksen nähtiin nostavan intuitiota esille enemmän, sillä kokemus toi ikään kuin herkkyyttä tunnistaa erilaisia tilanteita paremmin.

TAULUKKO 2. Persoonaan liittyvät tekijät laadukkaassa hoidon tarpeen arvioinnissa

Alaluokka	Yläluokka	Pääluokka
Sosiaalisuus		
Vuorovaikutustaidot		
Tarkkuus	Luonteenpiirteet, ominaisuudet	Persoonaan liittyvät tekijät laadukkaassa hoidon tarpeen arvioinnissa
Laaja-alaisuus	Elämäkokemus	
Ihmisen kuuntelemisen taito		
Ystävällisyys		
Intuitio		
Elämäkokemus		

”Tietenkin ihan kuunteleminen, kuuntelee mikä sillä potilaalla on ja kyseleminen. Mietitään yhdessä... Ystävällisyys ja potilaan huomioiminen siinä tilanteessa.”

“Sä oot ihminen ihmiselle, mutta kuitenkin asiantuntija..Sä pystyt omalla äänellä ja niillä kysymyksillä ja sen myötätunnon kautta asiantuntijuuden välittämään...”

“Mun mielestä sen pitää lähtee siitä ihmisestä se hoidon tarpeen arvio, miksi se ihminen soittaa meille, koska hänellä on joku syy siihen soittamiseen aina... Minusta se on se laatukriteeri, se joka pitäis aina muistaa ja miksi me ollaan täällä töissä...eli se on se ihminen. “

“Tullee sen puhelimen takana semmonen olo, että nyt tässä ei ihan kaikki oo ok, jotta joku tässä niin ku on, oikeestaan antaa sen tulla sen intuition sieltä, et se monesti osuu oikeeseen, kun on kauan ollut siinä hommassa.”

Osaamiseen liittyvät tekijät ryhmiteltiin kattavaan ja laajaan ammattitaitoon, laajaan työkokemukseen, itsensä kehittämiseen sekä kollegiaaliseen tukeen ja ohjaukseen (taulukko 3). Haastateltavat nostivat esille erityisesti laajan työkokemuksen tärkeyden, millä on selkeä laatuun vaikuttava merkitys hoidon tarpeen arvioinnin kannalta. Jokainen haastateltava oli sitä mieltä, että mahdollisimman monipuolinen työkokemus terveydenhuollosta helpottaa hoidon tarpeen arviointia. Vähintään viiden vuoden työkokemuksen kliinisestä työstä ja mieluiten vielä akuuttihoitotyöstä koettiin tärkeänä. Tällöin puhelinhoitajalla on laaja näkemys ja kokemus esimerkiksi erilaisista sairauksista ja lääkityksistä. Haastateltavat nostivat myös esille sen, ettei kaikista ole puhelinhoitajan työhön laajasta työkokemuksesta huolimatta.

Koulutus eli vähintään sairaanhoitajan tutkinto nähtiin edellytyksenä puhelinhoitajan työhön. Samalla myös oma tietotaito ja osaaminen olivat selkeitä laatuun vaikuttavia tekijöitä. Itsensä kehittäminen eli opiskeleminen esimerkiksi ajankohtaisista asioista olivat tärkeitä. Haastateltavat toivat esille sen, että kaikista asioista tulee olla tietoa. Toisaalta puhelinhoitajalla tulee olla valmius ja keinoja hakea tarvittaessa lisätietoa. Haasteellista on pysyä ajan tasalla esimerkiksi lasten rokotusohjelmissa ja kausittaisissa taudeissa. Oman laajan osaamisen avulla oli hoidon tarpeen arviointi myös selkeästi helpompaa. Lisäksi myös kokeneet työkaverit ympärillä, joilta pystyi kysymään tietoa ja jakamaan kokemuksia, vaikuttivat osaltaan myös laadukkaan hoidon tarpeen arvioinnin laatimiseen. Kollegiaalinen tuki ja ohjaus koettiin tärkeänä –ammattillisesti jopa rikkautena ja turvallisuutta lisäävänä tekijänä. Silloin on epävarmoissa tilanteissa mahdollisuus kysyä kollegan mielipidettä sekä vahvistaa omaa päätöstä hoidon tarpeen arvioinnista.

TAULUKKO 3. Osaamiseen liittyvät tekijät laadukkaassa hoidon tarpeen arvioinnissa.

Alaluokka	Yläluokka	Päälouokka
Koulutus		
Oma tietotaito	Kattava laaja ammattitaito	
Työkokemus akuuttihoitotyöstä	Laaja työkokemus Itsensä kehittäminen	Osaamiseen liittyvät tekijät laadukkaassa hoidon tarpeen arvioinnissa
Ajan hermoilla olo mm. opiskelu ajankohtaisista asioista	Kollegiaalinen tuki ja ohjaus	
Kokeneet työkaverit		

“Sehän se ois se ideaali, et meille soitettaisiin ja siinä tehtäisiin hoidon tarpeen arviointi ja ohjattas ihminen oikeeseen paikkaan. Ammatti-ihminen tekee sen hoidon tarpeen arvioinnin ennen ku ihminen ees lähtee sieltä kotoa kulkemaan mihinkään suuntaan tai hakemaan apua ja jonottelemaan.”

“Pystyt sen perusteella aika paljon tekemään mikä sulla on se kokemus siellä takana. Kaikki osaaminenhan on hyvä. Kyllä ainakin se 5 vuotta pitäis olla työkokemusta ja tuntuu et olisi hyvä sellanenin et kävis ihan perusterveydenhuollossa.”

“Korvat höröllään kuuntelin vanhoja konkareita, jotka on jäänyt eläkkeelle niin heidän ohjauksiin, sillain on hirveesti oppinut.”

Haastateltavat ottivat esille ympäristöön liittyviä tekijöitä laadukkaassa hoidon tarpeen arvioinnissa (taulukko 4). Nimenomaan fyysinen työympäristö, jossa on rauhallista työskennellä, koettiin tärkeäksi asiaksi. Rauhalliset äänieristetyt, ilmastoidut omat työtilat hyvillä ergonomisilla tuoleilla ja työpöydillä olivat tärkeitä asioita, jotka vaikuttavat työntekoon. Työympäristön ei missään nimessä tulisi olla esimerkiksi tila, jossa on läpikulkuliikennettä. Tilan tulisi olla viihtyisä ja rauhallinen.

TAULUKKO 4. Ympäristöön liittyvät tekijät laadukkaassa hoidon tarpeen arvioinnissa.

Alaluokka	Yläluokka	Pääloukka
Äänieristys		
Ilmastoidut tilat	Rauhallinen ympäristö	Ympäristöön liittyvät tekijät laadukkaassa hoidon tarpeen arvioinnissa
Viihtyisät tilat	Työtilat ja välineet	
Hyvät omat työtilat mm. tuolit ja työpöydät		

“Tila ei oo ihan välttämättä paras mahdollinen kun meitä kolme muoria suoltaa tulemaan tekstiä.. Ihana olisi kun kaikki saisi omat paikat. Äänieristys saisi olla parempi, en tarkoita että omassa kopeissaan mutta ehkä jotenkin.”

Päätöksenteon resursseilla tarkoitetaan tässä yhteydessä tietolähteitä ja voimavaroja, jotka tukevat hoidon tarpeen arviointia, päätöksentekoa ja potilaan ohjausta. Haastateltavat pitivät yhtenä tärkeinä tekijöinä näitä resursseja, jotka ryhmiteltiin kolmeen eri yläluokkaan: kattavaan tietojärjestelmään potilaasta, kattavaan ohjeistukseen sekä kattavaan yhteistyöverkoston ja konsultointimahdollisuuksiin (taulukko 5.)

TAULUKKO 5. Päätöksenteon resurssit laadukkaassa hoidon tarpeen arvioinnissa.

Alaluokka	Yläluokka	Pääloukka
Potilaan perussairaudet, lääkitystiedot		
Terveysportti	Kattava tietojärjestelmä potilaasta	Päätöksenteon resurssit laadukkaassa hoidon tarpeen arvioinnissa
Käypähoito-ohjeet	Kattava ohjeistus	
Triage-ohjeistus		
Konsultointimahdollisuus	Kattava yhteistyöverkosto ja konsultointimahdollisuus	
Hyvät yhteistyöverkostot mm. kotihoito, sosiaali- toimi		

Analyysissa nousi esille se, miten tärkeää on päästä näkemään potilaan taustatietoja, lääkityksiä ja perussairauksia. Sen koettiin nimenomaan helpottavan hoidon tarpeen arviointia puhelimesta ja päätöksentekoa. Lisäksi Käypähoito-ohjeet ja Terveystietoportti koettiin tärkeinä tukina ja ohjeina, joiden mukaan työtä tehdään. Kainuun keskussairaalan päivystyspoliklinikalla oli myös käytössä omat triage-ohjeistukset, jotka haastateltavien mukaan ovat oleellinen työväline hoidon tarpeen arviointiin. Osa haastateltavista, joilla oli jo pitkä työkokemus, totesivat kuitenkin, etteivät käytä joka kerralla triage-ohjeistusta vaan menevät puhelu kerrallaan tietyllä kaavalla, joka on jo heidän omassa päässään olemassa.

“Kyllähän se päässä on jo se, että sä lähet vetään menemään silleen, että riippuu mikä on se vaiva, sitte oireet ja kesto jne. Kyllähän se pittää silleen tulla jo selekäytimestä että miten sää hoidat puhelun ja miten sä päätät sen, ettei lähe sitte rönnylemmään ja miten sä hoidat sen silleen, että se asia tulee hoidetuksi.”

“Triage-ohjeistus, sehän ohjaa meitä. Se on meidän työväline siinä.”

“Kyllähän se tiimi on hyvä, esimerkiksi kun on yhteiset toimintatavat, et se kaikki on niinku samassa, niinku on tasavertaista ja tasavahvusta se ohjanta. Mun mielestä on ehdotonta, että siellä ei yksi sooloile menemään sitte miten sattuu ja määräile sitä ja tätä, ja että on yhteiset ohjeet ja toimintatavat ja tavoitteet.”

“Varsinaista työn tekoa helpottaa se et meillä on ne paperit käytössä ja nähdään niistä hänen kertomukset ja onko vasta otettu jotain isoja labroja, onko vasta tutkittu ja näin.”

Haastateltavat toivat esille myös konsultointimahdollisuudet, jotka ovat erittäin hyvät. Kaikilla on mahdollisuus tarpeen mukaan konsultoida esimerkiksi lääkäreitä, poliklinikkojen henkilökuntaa, laboratoriohoitajia, kotihoitoa tai psykologia. Lisäksi haastateltavat kertoivat, miten hyvät yhteistyöverkostot helpottavat esimerkiksi hoitoon ohjausta, jatkohoitoa. Lisäksi alueen palveluiden saatavuuden tunteminen oli ensiarvoisen tärkeää, jotta puhelinhoitaja tietää esimerkiksi minkä palvelun piiriin potilas käytännössä ohjataan.

“Välineitä pitää olla, et sä yksinään pysty hoitamaan, miten sä pystyt organisoimaan ja hoitamaan... Pitää olla joka puolella Kainuuta jotahi semmosta, johonka sä pystyt ohjaamaan ja tai joku joka vois auttaa.”

5.2 Kuvaukset onnistuneista hoidon tarpeen arvioinnista puhelimesta

Haastateltavat kertoivat saavansa usein itse suoraan potilaalta palautteen onnistuneesta hoidon tarpeen arvioinnista. Potilaat kiittävät usein itse puhelinhoitajaa, mikäli kokevat tulleen kuulluksi tai saavat jonkin ratkaisun tilanteeseensa. Onnistumisen kokemuksia tulee lähes päivittäin. Joskus onnistuminen tulee ilmi, kun potilas tulee puhelinhoitajan ohjauksesta päivystykseen ja siellä potilaan hoidon kulku on aloitettu suoraan puhelinhoitajan arvion mukaan. Käytännössä tällöin puhelinhoitaja on onnistunut tekemään oikean hoidon tarpeen arvioinnin. Välttämättä ulkoista palautetta ei aina saada, vaan ilman sitäkin koetaan onnistumista, jos puhelinhoitaja huomaa tehneensä oikean ratkaisun.

”Sen kuuli siitä ihmisestä äänestä et se on oikeesti kipee. Joskus se tulee sieltä kokemuksen kautta joku semmonen tunne... Saattaa yksi sana vaikka siltä ihmiseltä olla mikä kertoo sen. Ne on huippuhetkiä, joita tulee aika useinkin ja sen takia tätä varmaan jaksaa, tätä työtä.”

”Tullee sen puhelimen takana semmonen olo, että nyt tässä ei ihan kaikki oo ok, jotta joku tässä niin ku on, oikeestaan antaa sen tulla sen intuition sieltä, et se monesti ossuu oikeeseen, kun kauan ollut siinä hommassa. Paljon on tullu semmosia onnistumisia. Joka päivä joku onnistuminen, että eihän sitä muuten jaksas tehdä tätä työtä. Se on vaan näin. Asiakkaat antaa sen onnistumisen tunteen ja kiitoksen suoraan.”

”Silloin jos kuhtuu potilaan tuonne päivystykseen ja jos potilas on käynyt lääkäriä ja ite on ajatellut et tällä vois olla sellanen ja ohjelmoinut siihen tiettyjä labroja ja sit se sattuu olemaan oikea diagnoosi, niin sehän on semmonen hyvä onnistuminen. On toki hutilyöntejäkin, kun puhelimen perusteella tehdään. Joskus lääkärikin saattaa käydä sanomassa et se oli semmonen, et se on ihan kiva. Tai triagesta hoitajat tulee sanomaan, et olit ohjannut tänne, et se oli kyllä hyvin hoidettu.”

Puhelinhoitajat nostivat esille myös sen, että onnistuneessa hoidon tarpeen arvioinnissa päästään yhteisymmärrykseen potilaan/asiakkaan kanssa. Hyvä vuorovaikutus puhelun aikana luo usein onnistuneen hoidon tarpeen arvioinnin, ja asiakas saa itselleen myös turvallisuuden tunteen. Hyvällä vuorovaikutuksella saavutettiin molemminpuolinen keskinäinen luottamus. Puhelinhoitajat toivat esille esimerkiksi kokemuksiaan, kun ovat saaneet aggressiiviset ihmiset rauhoittumaan tai nuoren ihmisen luottamaan ja kertomaan asiansa rehellisesti. Puhelinhoitajat kertoi-

vat, että pitää olla ihminen ihmiselle. Tulisi päästä samalle niin sanotulle aaltopituudelle, mutta kuitenkin muistaa oma asiantuntijuus. Omalla vuorovaikutuksella tulee viedä puhelua eteenpäin ja saattaa se myös sujuvasti loppuun saaden kaikkia miellyttävä lopputulos aikaan.

”Silloin on ollut hyvä ja laadukas jos mä lopussa soittajalle kertaan sen asian...kysyn potilaalta et onko se samaa mieltä. Tietysti jos me pystytään ystävinä lopettamaan se puhelu ja vaikka se asiakas ei ois tyytyväinenkään siihen saamaansa juttuun, niin silti me pystyttäs yhteisymmärryksessä loppuratkaisuun pääsemään...”

Haastateltavia pyydettiin vielä haastattelun lopuksi miettimään viisi tärkeintä laatutekijää hoidon tarpeen arviointiin puhelimesta. Selkeästi tärkeimpinä tekijöinä pidettiin ammattitaitoa, koulutusta ja työkokemusta. Tärkeänä laatutekijänä koettiin myös työhön perehdyttäminen. Lisäksi laatutekijänä nähtiin ohjeistukset, kuten Käypähoito suositukset sekä taustatietojen saatavuus eli potilastietojärjestelmät, joista näkee potilaan taustoja. Useampi haastateltavista nosti esille myös persoonallisia seikkoja ja luonteenpiirteitä, kuten ihmistuntemus, avoimuus, vuorovaikutustaidot sekä yhtenä osana asiakeskeisyyden hallinnan.

5.3 Puhelinhoitajien kokemukset D-pilotista

D-pilotti koettiin mukavana ja mielenkiintoisena vaihteluna puhelinhoitajan omaan perinteiseen työhönsä. Kaikki heistä olivat motivoituneita pilottiin osallistujia. Kuitenkin suurin osa koki, että se toi myös lisää työtä ja selkeästi olisi ollut tarve yhdelle työntekijälle lisää kiireisinä aikoina.

”Ihana vaihtelu tai mauste tuohon. Se olisi ollut vielä ihanampi, jos meitä olisi ollut vielä yksi enempi tuossa kehissä. Minusta ihanan piristävä.”

”Se oli vaihtelua, mut sit toisaalta se oli vähän lisärasite, jos nyt näin voi sanoa. Sen koki, että se on ihan hyvä juttu ja kiva, mut sitten kun työtä on paljon niin sit se tuli vaan siihen lisäksi ja tuntu et se vei noilta kuntapuheluilta aikaa, kun se resurssi on mikä nyt on. “

”Antaahan se siihen vähän niinku voimia taas siihen työhön, että meitä arvostetaan ja sit koetaan, et me voitais tehdä jotain ihan oikeastikin hyödyllistä sitten tässä projektissa. Aina ne on tuommoiset silleen kehittäviä ja ihan mukavia asioita.”

Haastateltavat kokivat alkuun hieman jännitystä, sillä asiakkaat olivat jo soittaneet hätäkeskukseen. Nyt toimintatapa olikin täysin erilainen, kun puhelinhoitajat soittivat heille takaisin eikä hätäkeskuksen kautta lähetetty esimerkiksi suoraan ensihoitoa asiakkaan luo. Kuitenkin alkujännityksen myötä tuli esille, että puhelut ja hoidon tarpeen arvioinnit olivat hyvin samanlaisia kuin muutkin.

“Alussa tietysti kovasti kyllä jännitti se ajatus siitä, että nää ihmiset on soittanut 112, et niillä on oikeasti hätä. Kun oli tullut niitä puheluita enemmän, niin huomasi et eihän se niin menekään. Sit kun sen huomasi et täähän on ihan samanlaista hoidon tarpeen arviointia mitä me tehdään koko ajan.”

Haastateltavien kokemus ja arvio yhden puhelun kestosta oli jokaisella 4–7 minuuttia. Heidän arvionsa siitä kauanko pilottipuheluihin meni aikaa, olivat aika lailla samat eli keskimäärin 5 minuuttia. Yksi haastateltavista koki, että pilottipuhelut olivat jopa ajallisesti lyhyempiä. Kuitenkin kirjaamiseen ja tilastointiin käytetyn ajan koettiin lisääntyneen. Tutkimustuloksista tuli esille, että erityisesti humalaisia ja mielenterveyspotilaita oli D-pilotissa vaikea arvioida puhelimesta. Hoidon tarpeen arviointi oli tällöin haastavaa ja jopa mahdotonta. Puhelinhoitajat kokivat pilotin etuna mahdollisuuden siirtää haastavat ja epäselvät hoidon tarpeen arvioinnit kenttäjohtajan kautta ensihoitoyksiköille.

“Humalaiset ja mielenterveyspotilaat, heidän kanssaan oli vaikeeta tehdä sitä hoidon tarpeen arviointia. Melkein aina heille sai sen ambulanssin laittaakin.”

“Ehkä sitä joutui vähän enemmän miettimään et laitan ko mä nyt tuonne sairaankuljetuksen arviointiin kun sitä vähempi ehkä tekisin niin ku normisti. Kuitenkin siinä sama homma, niinku nytenkin, että onko siinä nyt kotihoito mahdollinen käyvä, onko kotihoidon palveluja...Kyllä siinä pikkusen jo oli semmosta, että sä joudut funtsimaan enempi sitä toimintatapaa, joutu käyttämään vielä enempi sitä arviointia ja tokihan siellä oli paljon sitä ohjantaaki sitte.”

Kokemukset D-pilotista olivat selkeästi positiiviset. Henkilökuntaresursseja lisäämällä D-pilotti nähtiin toimivana järjestelmänä, joka haastateltavien mielestä toisi myös kustannussäästöjä sekä vähentäisi ensihoidon ja päivystyksen turhaa kuormittamista. Näin käytettävissä olevat resurssit olisivat tehokkaassa käytössä eikä esimerkiksi päällekkäisyyttä tulisi eri toimijoiden välillä. Kehittämisedeana nostettiin esille se, että yhteistyökumppaneiden kanssa tehostettaisiin vielä enem-

män tiimityötä. Puhelinhoitajilla tulisi olla tiedossa myös ajan tasalla olevat yhteystiedot alueen toimijoille esimerkiksi kotihoitoon.

“Työkaluja pitäis olla. Elikkä työkalut on sitä, että sulla pitää olla niitä toimivia yhteistyökumppaneita, jotka pystyy sua auttamaan, koska et sinä yksinään pysty niitä auttamaan, toimiva kotisairaanhoido, jossa on joko yöhoitaja, tehostettu kotihoito, jossa on lääkäri, niin kuin vastuuhenkilö, on vastuulääkäri. Tietenki yksityisetki... Välineitä pitää olla, et sä yksinään pysty hoitamaan, miten sä pystyt organisoimaan ja hoitamaan... Pitää olla joka puolella Kainuuta jotahi semmosta, johonka sä pystyt ohjaamaan ja tai joku joka vois auttaa.”

Haastateltavien mielestä pilotin kaltaisella toiminnalla saataisiin merkittäviä säästöjä terveyden- ja sairaanhoidon kustannuksiin. Tehokasta toimintaa olisi erityisesti se, että sairaanhoitaja tekee laadukkaan hoidon tarpeen arvion puhelimesta ennen kuin potilas lähtee päivystykseen tai ensihoitoyksikkö lähetetään kohteeseen. Potilaan koko hoitoprosessin kannalta puhelinhoitaja on avainasemassa hoidon sujuvuuden kannalta.

“Elikkä semmoseen kaikkeen pitäis panostaa, jolla pystyttäs pienentämään semmosia turhia juttuja. Siinä on aika isoja ja paljon näitä toimijoita, niin miten saaha kaikille semmonen sama pointsi siinä. Koska meillähän loppuu rahat kohta ihan oikeen. Enemmän ajatella sitä potilaan polokua. että ei tulisi sitä päällekkäisyyttä.”

5.4 Asiantuntijoiden mielipiteet laadukkaasta hoidon tarpeen arvioinnista puhelimesta

Hoidon tarpeen arviointi puhelimesta muodostaa elintärkeän virtaushallintatyökalun, joka ohjaa käytännössä potilasvirtoja oikeaan aikaan oikeaan hoitopaikkaan. Asiantuntijat nostivat esille potilaan systemaattisen haastattelun tärkeyden ja triage-ohjeistukset, joilla saadaan turvallisuutta hoidon tarpeen arviointiin. Samoin esille nousivat konsultaatiomahdollisuudet ja olemassa olevan tiedon, esimerkiksi potilastietojärjestelmien hyödyntäminen. Tärkeää on osata etsiä syytä soittoon ja osata esittää juuri oikeat kysymykset päätöksenteon resursseja, esimerkiksi triage-ohjeistuksia, apuna käyttäen. Asiantuntijoiden mielestä on oleellista huomioida hoidon tarpeen arvioinnin lisäksi myös sairauden pahenemisen riski.

“Olemassa olevan tiedon hyödyntäminen ja strukturoitu eteneminen haastattelussa. Ts. hallitaan potilastietojärjestelmän käyttö, käytetään sitä ja tunnetaan käypä hoito suositukset.”

“Laaja-alainen, riittävän nopea, taustoja ja pahinta vaivaa selvittelevä. Konsultaatio mahdollisuus muihin tahoihin. Mahdollisuus kääntää potilaan/asiakkaan ongelma sinne, mihin se oikeasti kuuluu (mielenterveyspalvelut, sosiaalihuolto, kotihoito, kotisairaanhoido jne).”

Asiantuntijat nostivat yhtenä merkittävänä tekijänä tiimityön. Erityisesti tärkeänä nähtiin lääkärihoitaja-tiimi. Lisäksi nostettiin esille se, että kaikilla tiiminjäsenillä on oma tehtävänsä ja jokainen tietää myös sen. Näin ollen tiimityön myötä saadaan selkeä lopputulos, jossa asiakkaalla/potilaalla on laadukas ja oikea-aikainen palvelu. Tiimityön itsessään tulee olla hyvää, selkeää ja vuorovaikutteista, jossa viestintä toimii hyvin ja käytössä on esimerkiksi tarkistuslistoja tuomassa lisää laatua ja turvallisuutta.

“Tiimiinhän kuuluvat puhelinhoitajien lisäksi "luukku"triage ja ensihoito...vain kokemuksen ja osaamisen kautta voi toteuttaa hoidon tarpeen arviointia puhelimesta. Mielestäni mainitut asiantuntijat täydentävät toisiaan. Onko tiimi vai ei? Jokaisella "tiimin jäsenellä" tulee olla rooli selvänä, että toinen voi siitä sujuvasti jatkaa, mihin edellinen lopetti.”

Asiakaslähtöisyys, vuorovaikutus- ja kuuntelemisen taidot olivat asioita, joita asiantuntijat nostivat esille vastauksissaan. Puhelinhoitajan työ on vaativaa asiakaspalvelua, jossa korostuu nimenomaan kuuntelemisen ja ymmärtämisen taito. Vuorovaikutuksessa täytyy tulla myös asia selväksi ja potilaan saada selkeät toimintaohjeet. Vuorovaikutuksen tulee olla jämää ohjausta, mutta myös tukemisen taitoa tarvitaan.

“Aktiivista kuuntelemista ja oikeiden asioiden kysymistä eli oikean tiedon keruuta ja ratkaisuvaihtojen esittämistä, myös kykyä tulkita rivienkin välistä ja myös tarvittaessa myös tukemista.”

“Kuuntelua, ei vähättelyä, kuitenkin jämää.”

Asiantuntijuus, osaaminen ja työkokemus hoitotyöstä nähtiin merkittävänä laatuun vaikuttavana tekijänä puhelimesta tehtävään hoidon tarpeen arviointiin. Erityisesti työkokemus akuuttihoitotyöstä nähtiin ensisijaisesti arvokkaana ja hyvänä koulutuksena ajatellen puhelimesta tehtävään hoidon tarpeen arviointia. Asiantuntijat ilmaisivat suoraan sen, ettei noviisi hoitaja pärjää. Lisäksi tärkeänä asiana esille nousivat tietojärjestelmät sekä yhtenäiset ohjeistukset, jotka ohjaavat toimintaa.

“Se edellyttää hoitajalta vahvaa osaamista...myös kykyä tulkita rivienkin välistä ja tarvittaessa myös tukemista. Hoidon tarpeen arviointi puhelimesta edellyttää hoitajilta koulutusta, jotta hoidon tarpeen arviointi on yksilöllistä, potilasturvallista ja tehokasta...”

“Vuosien hoitotyön kokemus akuuttihoitotyössä on hyvä koulutus ko tehtävää edeltävästi.”

“Helppokäyttöisten ja helposti saatavilla olevien strukturoitujen ohjeistuksien/tietojärjestelmien käyttö lisää laatua ja yhdenmukaistaa hoidon tarpeen arviointia. Ne ovat kuitenkin vain täydentäviä apuvälineitä, eivätkä korvaa hoitajilta vaadittavaa vahvaa osaamista.”

Johtamisella on erittäin tärkeä merkitys, sillä hyvällä johtajuudella luodaan positiivista asennetta moniammatilliseen työhön. Lisäksi johtaja on tärkeässä roolissa luottamuksellisen ilmapiirin luomisessa. Tiimin johtajalta vaaditaan asiantuntijoiden mukaan myös hyviä vuorovaikutustaitoja. Palaverissa tulee myös aina olla johdon tai tiimin vastuuhenkilön mukana, jotta mahdollisista toiminnan muutoksista voidaan sopia. Esimiehiltä saama tuki työhön ja kouluttautumismahdollisuus lisäävät puhelinhoitajan työn laatua. Asiantuntijat nostivat esille myös moniammatillisen yhteistyön laajentamisen sidosryhmiin entistä kattavammin. Laaja-alaisia kontakteja tulisi ylläpitää ja kehittää yhteisillä koulutuksilla sekä simulaatioharjoittelulla. Lisäksi arviointia tulisi tehdä säännöllisesti, jolloin laatua myös seurattaisiin ja tämän myötä kehitettäisiin toimintaa.

“Johdolta vaaditaan puhelinohjaustyön arvostamista, organisointia ja resurssointia sekä puhelintriegen seuranta, arviointia ja kehittämistä.”

Asiantuntijoiden mielestä vaikutukset puhelimesta tapahtuvalla hoidon tarpeen arvioinnilla potilaan hoitoprosessissa ovat ainoastaan positiivisia sekä potilaille että terveydenhuoltojärjestelmälle. He nostivat esille sen, että enemmistö päivystyspotilaista on arvioitavissa suoraan puhelimitse.

“Potilas oikeaan paikkaan oikeaan aikaan: ruuhkien väheneminen, turhien käyntien välttäminen, ensihoidon käytön järjeistämisen. Täsmällisempää ja kenties suoraan hoitavalle lääkärille erikoisalain poliklinikalle tai tk:een.”

“Asiakasvaikutus: asiakkaiden hoitoon ohjautuminen tehostuu ja kohdentuu oikein ts. tarkoituksenmukaiseen hoitoyksikköön ja asiakas saa nopeammin oikeanlaisen avun (yksilöllisen tarpeen mukainen hoitoon ohjaus). Potilasturvallisuus lisääntyy.”

Kustannusvaikutukset nostettiin myös esille, sillä päivystyksen ja ensihoidon kuormitus vähenee niin sanottujen turhien käyntien jäädessä pois. Näin ollen resurssit myös voidaan kohdistaa niitä eniten tarvitseville oikea-aikaisesti. Käytännössä laadukkaan hoidon tarpeen arvioinnin puhelimesta nähtiin jouduttavan potilaan hoidon prosessia, näin ollen myös arvio tehdään vain kerran. Lisäksi kaikki hoitoon osallistuvat eivät tee samoja asioita, joten virheiden määrän väheneminen koettiin myös mahdollisena.

Asiantuntijat toivat vielä esille viisi tärkeintä laatutekijää hoidon tarpeen arviointiin puhelimesta. Tärkeänä pidettiin sairaanhoitajien osaamista, ja jopa standardoidun koulutuksen kehittämistä. Lisäksi kokemus nähtiin yhtenä laatutekijänä. Resurssien riittävyys ja työkalujen saatavuus, kuten pääsy tietojärjestelmiin, konsultaatiomahdollisuus, alueen terveydenhuoltojärjestelmän tunteminen, olivat myös tärkeimpiä laatutekijöitä puhelimesta tehtävään hoidon tarpeen arviointiin. Yhte-näiset kriteerit ja ohjeet hoidon tarpeen arviointiin luovat myös tasalaatuisuutta ja yhdenmukai-suutta työskentelyyn. Tämä lisää selkeästi myös laatua. Persoonallisista tekijöistä nostettiin esille asiakaslähtöisyys, palvelualltius, kuuntelemisen taito, vuorovaikutus sekä intuitio henkilökohtai-sena ominaisuutena.

6 LAATUSUOSITUSTEN LAADINTA

Tutkimustulokset jaoteltiin taulukoihin yläkäsitteiden mukaan (liite 4). Taulukoihin sisällytettiin myös Kuntaliiton (2011) Terveystieteiden Laatuoppaan laadun olottuvuudet, aiemmat tutkimustulokset, Kainuun soten toimintaa ohjaavat arvot sekä hyvän hoidon kriteerit. Näiden pohjalta laadittiin Kainuun sosiaali- ja terveydenhuollon kuntayhtymän akuuttipalveluiden laatukäsikirjaan laatusuosituksia hoidontarpeen arviointiin puhelimesta (liite 5). Laatusuositusten tavoitteena on turvata laadukas sekä yhdenmukainen hoidon tarpeen arviointi Kainuun sosiaali- ja terveydenhuollon kuntayhtymän päivystysapu 116117 puhelinpalvelussa. Laatusuosituksia ovat väline puhelimesta tehtävän hoidon tarpeen arvioinnin kehittämiseen sekä arviointiin. Niitä voidaan myös hyödyntää rekrytoinnin, perehdytyksen, kehityskeskustelujen sekä työnvaativuuden arvioinnin apuna.

Laatusuosituksia esiteltiin Kainuun soten laaturyhmälle, jolta pyydettiin myös suullista arviointia laatusuositusten sisällöstä, luettavuudesta ja esitysmuodosta. Arviointi on osa oman työn ja toiminnan kehittämistä sekä suunnittelua. Sen avulla tuotetaan tietoa omasta toiminnasta, toiminnan tuloksista ja toimintaan liittyvistä kehittämistarpeista. Arvioinnin kautta arvioidaan myös omaa toimintaa (itsearviointi) ja parantamiskohteita. Oman toiminnan arviointi on kiinteä osa toiminnan suunnittelua ja jatkuvaa parantamista. Arvioinnissa esille tulleet kehittämiskohteet pyritään parantamaan kehittämistoimenpiteillä. (Ks. Seppänen-Järvelä 2004, 11-13; Innokylä, viitattu 6.4.2019.)

Olennaista arvioinnissa on, että kerätyn aineiston perusteella toimintaa, sen lähtökohtia ja tavoitteita puntaroidaan kriittisesti. Laaturyhmän kanssa käytettiin neuvottelevaa arviointia, joka pyrittiin saamaan luonteeltaan vuorovaikutukselliseksi. (Ks. Toikko & Rantanen 2009, 82–85.) Laaturyhmältä toivottiin palautetta mahdollisista kehittämiskohteista. Näin ollen saatiin myös asiakasläh- töisyys huomioitua, sillä työn tilaajana oli Kainuun sote. Jokainen laaturyhmän jäsen pystyi halutessaan antamaan palautetta, kehittämistoiveita ja ajatuksia. Esittelyn aikana käytiin hyvää ja rakentavaa keskustelua laatusuositusten sisällöstä. Laaturyhmä koki suosituksia kattavina ja monipuolisina. Erityisen hyvänä koettiin puhelinhoitajien työkokemuksessa oleva vähintään viiden vuoden suositus. Laaturyhmä toivoi tarkennuksia käsitteeseen riittävä. Konkreettista täsmennystä toivottiin siihen, mikä on riittävä perehdytys ja mitkä ovat puhelinhoitajan riittävät tietotekniset valmiudet. Yhteisymmärryksessä päädyttiin siihen, että käsitteen riittävä tarkentaminen vaatii perehdytyksen osalta puhelinhoitajille täsmennetyt suunnitelman ja tietoteknisten valmiuksien

osalta tehtäväkuvan aukikirjoittamisen sekä työnantajan vaatimustason määrittämisen. Keskustelussa korostui laaturyhmän toive valtakunnallisille laatusuosituksille, etenkin puheluiden vastaimiseen takaisinsoittoviiveiden osalta.

Laatusuositusten esittelyn jälkeen tehtiin tarvittavia ja toivottuja muutoksia laatusuositusten ulkoasuun sekä luettavuuteen vaikuttaviin asioihin. Tämän jälkeen luovutettiin laatusuositukset Kainuun soten laatupäällikölle. Laatukäsikirja on sähköisessä muodossa, joten laatusuositukset taiteetaan kyseisen formaatin mukaiseksi. Laatusuosituksia voidaan tarvittaessa päivittää uuden tutkitun tiedon myötä.

7 POHDINTA

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää, mistä laadukas hoidon tarpeen arviointi puhelimesta kokonaisuudessaan koostuu. Lisäksi tavoitteena oli tutkimustuloksia hyödyntämällä luoda laatusuosituksia hoidon tarpeen arviointiin puhelimesta. Tutkimustehtäviin saatiin vastaukset, jotka sisällönanalyysin menetelmin koottiin selkeiksi tutkimustuloksiksi. Tutkimustulosten perusteella aiempaan kansalliseen ja kansainväliseen tutkittuun tietoon nojaten laadittiin laatusuosituksia hoidon tarpeen arviointiin puhelimesta. Laatusuosituksissa otettiin huomioon Kainuun sotien toimintaa ohjaavat arvot, laadunhallinnan periaatteet sekä laaturyhmän näkökulma. Laaturyhmälle esiteltiin valmiit laatusuosituksia ja pohdittiin kehittämisprosessin etenemisestä. Kaiken kaikkiaan tavoitteisiin päästiin kokonaisvaltaisesti.

7.1 Tutkimustulosten tarkastelu ja johtopäätökset

Tutkimustulosten tarkastelussa sekä johtopäätöksissä päädyttiin käyttämään viittausten ja lähdeluettelon esittämistapana lääketieteellisissä tutkimuksissa paljon käytettyä Vancouver-järjestelmää eli numerojärjestelmää. Luettavuuden helpottamiseksi viittaukset on merkitty tekstiin hakusulkeiden sisään numeroviitteillä. Näistä on oma lähdeluettelo, jossa lähteet on numeroitu tekstissä esiintymisen mukaiseen numerojärjestykseen. (Ks. ICMJE 1991, viitattu 8.6.2019; Helsingin yliopisto 2014, viitattu 8.6.2019.)

Laadukas hoidon tarpeen arviointi puhelimesta vaatii asianmukaisia resursseja ^[1, 2]. Puhelinhoitajien kokemusten ja asiantuntijoiden mielipiteiden mukaan laatuun vaikuttavat puhelinhoitajien osaaminen ja päätöksenteon resursseihin vaikuttavat tekijät. Lisäksi heidän mielestään laatuun vaikuttavat persoona- ja ympäristötekijät. Puhelinhoitajien haastatteluissa sekä asiantuntijoiden kyselyssä ilmeni paljon samoja piirteitä siitä, mistä laadukas hoidon tarpeen arviointi koostuu. Puhelinhoitajien kuvauksissa onnistuneista hoidon tarpeen arvioinneista korostui se, että onnistumisen kokemuksia tulee lähes päivittäin, yleisimmin suoraan potilailta. Nämä onnistuneet kokemukset auttavat puhelinhoitajaa myös työssä jaksamisessa ja motivoivat työhön enemmän. Tutkimustuloksista ilmeni, että puhelinhoitajan työ on vaativaa ^[1, 2].

Laadukas puhelimesta tehtävä hoidon tarpeen arviointi on laillistetun terveydenhuollon ammattihenkilön tekemää arviointia potilaan terveydentilasta ^[3, s.11, 4, 5]. Puhelinhoitajalla tulee olla tehtävän

edellyttämä osaaminen sekä laaja työkokemus [1–3, s.11–12, 6–11]. Työkokemuksen merkitys korostui lähes kaikissa lähteissä sekä myös tämän opinnäytetyön tuloksissa. Laajan ja pitkän työkokemuksen arvioitiin tuovan merkittävästi helpotusta hoidon tarpeen arviointiin. Puhelinhoitajien haastattelussa nousi esille monipuolinen ja vähintään viiden vuoden työkokemus. Tarkiaisen ym. [12, s.105] kvasikokeellisessa tutkimuksessa todettiin, että viisi vuotta tai sen alle työskennelleet kaikki (100%) pitivät taitojaan hyvinä, kun taas yli viisi vuotta työskennelleistä vain murto-osa (10%) piti puhelinneuvontaan liittyviä taitoja hyvinä. Tässä on mielenkiintoinen ristiriita verrattuna tämän työn tutkimustuloksiin sekä muihin aiempiin tutkimuksiin. Yksi syy tähän ristiriitaan voisi olla, että kokeneemmat puhelinhoitajat arvioivat osaamistaan kriittisemmin. Työkokemuksen lisäksi kliinisen laatuun vaikuttavina tekijöinä korostuivat lisäkoulutuksen ja jatkuvan ammatillisen kehittämisen tarve [2, 3, s.12, 6, 7, s.9–13]. Lisäkoulutuksen tarve riippuu kuitenkin puhelinhoitajan aiemmasta koulutuksesta ja työkokemuksesta [12, s.112]. Tässä yhteydessä voitaisiin hyödyntää mentorointimallia, jolloin kokenut puhelinhoitaja voisi jakaa omaa kokemustaan ja hiljaista tietoa sekä vastavuoroisesti uusi hoitaja jakaa uutta tietoa. Hiljaisen tiedon ymmärtäminen, oppiminen ja käsittely onnistuvat kaikkein parhaiten käytännön vuorovaikutuksessa ja dialogissa [14, 15].

Puhelinhoitajille tulee olla suunniteltu perehdytysohjelma työhönsä [2, 3, s.11–12], heidän tulee saada palautetta toiminnasta [1–3, s. 6, 17] sekä heillä täytyy olla riittävät tietotekniset valmiudet [7, s. 178] ja taidot [3, s.12, 18]. Tutkimustulosten ja johtopäätösten perusteella ei pystytä täsmentämään mikä on riittävä perehdytys tai kuinka usein työnantajan täytyy antaa palautetta. Puhelinhoitajien osaamistarpeen kasvaessa on asiantuntijaverkoston merkitys kasvanut, joten konsultaation mahdollisuus on välttämättömyys laadukkaaseen hoidon tarpeen arviointiin puhelimesta.

Tutkimustulosten mukaan puhelinhoitajan tulee käyttää strukturoitua ohjeistusta [1–3, s.11, 6, 13, 17–21], niin sanottua triage-luokittelua hoidon tarpeen arvioinnissa, jonka perusteella annetaan hoito-ohjeet, ohjataan tarkoituksenmukaiseen palvelun piiriin tai annetaan terveysneuvontaa [2, 3, s.11, 11, 19]. Oli mielenkiintoista havaita, etteivät kaikki puhelinhoitajat käyttäneet triage-luokittelua jokaisen puhelun kohdalla, vaikka se koettiin tarpeelliseksi. Mikäli puheluita ei käsitellä yhdenmukaisesti, vaikuttaa se väistämättä palvelun laatuun. Puhelinhoitajalla tulee olla ajantasainen tieto alueensa palveluista, joiden saatavuuden perusteella laaditaan paikalliset ohjeet [1, 2, 22]. Ohjauksen kannalta on ensiarvoisen tärkeää tuntea paikalliset palvelut, jotta potilas ohjautuu oikeaan hoitopaikkaan. Tämä herättää kysymyksen siitä, kuinka kaukaa Päivystysavun 116117 puheluihin voidaan tulevaisuudessa vastata, tai miten paljon niitä voidaan digitalisoida ilman, että laatu kärsii.

Päätöksenteon tukena puhelinhoitaja käyttää potilastietojärjestelmää [1, 2, 8], johon kirjataan potilaslain mukaiset merkinnät [23]. Potilasohjauksen apuna puhelinhoitaja käyttää erilaisina työkaluina ja apuvälineinä muun muassa Käypä hoito- suositusta, Terveysporttia sekä Sosiaali- ja terveysministeriön kiireettömän hoidon perusteita [1–3, s.11, 8, 13]. Hoidon tarpeen arviointiin tulee turvata riittävä henkilöstö [2, 3, s. 13, 6]. Potilaskeskeisyyden osalta puhelinhoitajan tulee varmistaa riittävästi aikaa yhden puhelun käsittelyyn [2, 3, s.10, 13, s.26, 19, 22, s.133] ja potilaalle tulee turvata riittävä ohjauksen saanti [22, s.122]. Puhelinhoitajien haastattelun tuloksissa korostui, että puhelinhoitajat ovat kiireellisiä ruuhkahuippujen aikana, etenkin ilta- ja viikonloppuaikaan. Mikäli tulevaisuudessa kiireettömät ensihoitotehtävät välitetään Päivystysavun 116117 palveluun, tulee erityisesti kiinnittää huomiota riittävään henkilöstöön.

Laadukas hoidon tarpeen arviointi puhelimesta on aina potilaan tarpeista lähtevää [22, s. 122], ja potilaskeskeisyys sekä yhdenvertainen kohtelu kuuluu kaikkiin palveluketjun vaiheisiin [3, s.9]. Laadukas hoidon tarpeen arviointi puhelimesta edellyttää puhelinhoitajalta erittäin hyviä vuorovaikutustaitoja. Tutkimustuloksista nousee esille, että hyvä vuorovaikutus on suoraan laatuun vaikuttava tekijä. Puhelinhoitajan tulee pyrkiä luomaan luottamuksellinen vuorovaikutussuhde [7, s.9, 13, s.28, 22, s.122, 24–29] ja hänen tulee pyrkiä tunneulottuvuuden [22, s. 123] sekä intuition huomioimiseen [1, 2, 7, s.153]. Puhelinhoitajalla tulee olla hyvä itsenäinen päätöksentekokyky [2, 7, s.61–66] sekä hyvät kommunikaatiotaidot [1, 2, 26 s.2613]. Näiden merkitys korostuu etenkin silloin, jos puhelinhoitajan ja potilaan näkemykset ovat ristiriidassa. On tärkeää, että puhelu pystytään kuitenkin lopettamaan hyvässä yhteisymmärryksessä. Laadukas potilasohjaus on sidoksissa myös sekä hoitohenkilökunnan että potilaan taustatekijöihin, kuten motivaatioon ja arvoihin [22, s. 122].

Puhelinhoitajan laadukas toiminta vaatii asianmukaiset toimintaedellytykset toimitilojen suhteen [1, 2, 25]. Tarvitaan ilmastoidut tilat, joissa on hyvä äänieristys sekä työrauha turvattu. Jokaisella puhelinhoitajalla tulee olla vuoron aikana käytössä oma ergonominen työpiste. Reaktiivisen puhelinohjauksen vaikutukset kohdistuvat asiakkaisiin, hoitoyksiköihin, terveystaloihin ja tuottaviin organisaatioihin ja terveystaloihin [3, s.14–15, 7, s.227, 30]. Vaikuttavuus kohdentuu myös hoitoprosessin sujuvuuteen, henkilöstön työpanoksen oikeaan kohdentumiseen ja ennen kaikkea yksittäisen potilaan hoidon onnistumiseen [2, 3, s.14–15, 7, s.231–232, 30]. Kustannusvaikutuksia on väistämättä terveydenhuoltojärjestelmän kokonaiskustannuksiin [2, 7, s.231].

Puhelinhoitajien haastattelusta ilmeni, ettei ensihoidon D-tehtävien käsittely poikkea normaalista puhelinhoitajien hoidon tarpeen arvioinnista ja puhelinohjauksesta. Päivystyspalvelun puhelinhoi-

tajilla on valmius hoitaa hätäkeskuksen välittämiä kiireettömiä D-tehtäviä ihan yhtä lailla, kuin he tekevät hoidon tarpeen arviointia puhelimitse sekä antavat puhelinohjausta ja -neuvontaa. Tämä tulee huomioida, kun mietitään, miten kansalaisten terveyden- ja sosiaalihuollon tarpeisiin pystytään vastaamaan asianmukaisella ja riittävän nopealla tavalla. Asiantuntijoiden kyselyistä tuli ilmi myös se, että laadukkaalla hoidon tarpeen arvioinnilla puhelimesta pystytään ohjaamaan potilaat oikeaan aikaan ja oikeaan paikkaan kuormittamatta turhaan esimerkiksi ensihoitoa ja päivystyspoliklinikkaa.

Tarpeellista on pohtia puhelimesta tehtävän hoidon tarpeen arvioinnin laajentamista valtakunnallisesti koskemaan myös ensihoidon kiireettömiä tehtäviä, jotta terveydenhuollon rajalliset resurssit kohdentuisivat paremmin. Tämän tutkimuksen mukaan puhelinhoitajat kokivat molempien puheluiden käsittelyn samanlaisina. Tutkimustulosten sekä johtopäätösten perusteella voidaan todeta, että puhelimesta tehtävään hoidon tarpeen arviointiin soveltuvat samat laatusuositukset, on siten kyseessä reaktiivinen ohjaus terveydenhuollon puhelinneuvontaan tai ensihoitopalvelun kiireettömäksi arvioidun tehtävän hoitamiseen. Ensihoidon kiireettömät D-tehtävät ovat aikakriittisiä siltä osin, että potilas täytyy tavoittaa kahden tunnin kuluttua hätäkeskuksen riskinarviosta ^[31]. Tämän vuoksi ensihoidon D-tehtävien käsittely tulee priorisoida Päivystysapu 116117 puheluista, jotta potilasturvallisuus ei vaarantuisi.

8.2 Luotettavuus ja eettisyys

Tutkimuksissa pyritään aina arvioimaan luotettavuutta. Laadullisen tutkimusmenetelmän luotettavuus tarkoittaa sitä, että tutkijan käsitteellistäminen ja tutkijan tekemät tulkinat vastaavat tutkittavan käsityksiä. Tutkimuksen toteuttamista ja luotettavuutta ei voi pitää toisistaan erillisinä asioina. Loppujen lopuksi laadullisella tutkimusmenetelmällä tehdyssä tutkimuksessa luotettavuuden kriteeri on tutkija itse ja hänen rehellisyytensä. Arvioinnin kohteena ovat nimenomaan tutkijan tutkimuksessaan tekemät valinnat, ratkaisut ja teot. (Hirsjärvi ym. 2015, 231; Vilka 2015, 195–196.)

Tutkimuksen luotettavuutta lisättiin triangulaation avulla (ks. Vilka 2015, 70–71; Tuomi & Sarajärvi 2018, 166). Triangulaatiolla tarkoitetaan erilaisten menetelmien, tutkijoiden, tietolähteiden tai teorioiden yhdistämistä. Yleisesti triangulaatiossa erotetaan neljä päätyyppiä: aineisto-, tutkija-, teoria- ja menetelmätriangulaatio. (Denzi 1970, lainattu Hirsjärvi ym. 2015, 233; Tuomi & Sarajärvi 2018, 168.) Lista voidaan lisätä myös analyysitriangulaatio sekä monitriangulaatio (Tuomi & Sarajärvi 2018, 168–169).

Opinnäytetyössä toteutui aineistotriangulaatio. Tutkimukseen käytettiin kahta eri aineistoista koostuvaa laadullista tutkimusta, jotka toteutettiin eri kohderyhmille eli puhelinhoitajille sekä asiantuntijoille. Tutkimuksessa toteutui myös tutkijatriangulaatio, kun osallistuttiin yhdessä tutkimuksen tekemiseen koko prosessin ajan. Kahden tutkijan voimin toteutettiin molempien tutkimusten aineiston hankinnat, analyysit, tulosten tulkinnat sekä johtopäätösten laadinnat. Laatusuositusten laadintaprosessi toteutettiin yhdessä. Käytössä oli useampi eri triangulaatiomuoto, jolloin kyseessä on monitriangulaatio. (Ks. Eskola & Suoranta 1998, 69–70; Tuomi & Sarajärvi 2018, 166–169.)

Laatusuosituksia ajatellen opinnäytetyössä toteutui myös menetelmätriangulaatio, kun suositusten laadintaan otettiin mukaan Kainuun soten laaturyhmä. Yksi tutkimusmenetelmä kuvaa kohdetta vain tietyistä näkökulmista, useamman menetelmän käytöllä voidaan parantaa tutkimuksen luotettavuutta. (Ks. Tuomi & Sarajärvi 2018, 166.) Terveystieteiden organisaatioissa kehittämistoiminta on usein luonteeltaan kokemuksellista, sillä käytännön osaajat muuttavat tutkimus- ja kokemustiedon avulla ympäristöään tai asioita jollakin tavalla paremmaksi ja sitoutuvat itse osallistujiksi kehittämistyöhön (Heikkilä ym. 2008, 55). Laatusuositukseen hyödynnettiin myös Kainuun soten laaturyhmän kokemus.

Laadullisten tutkimusosuuksien luotettavuutta lisättiin kuvaamalla tarkasti tutkimuksien eri toteutamisvaiheet. Lukijoille myös perusteltiin molempien tutkimuksien analyysivaiheiden luokittelut perusteluineen. Luotettavuutta lisättiin myös tutkimustulosten yhteydessä, kun raportissa esitettiin suoria lainauksia puhelinhoitajien haastatteluista sekä asiantuntijoiden kyselyistä. (Ks. Hirsjärvi ym. 2015, 233.) Purettu teksti tuo laadullisen aineiston lähelle lukijaa, lisää analyysin läpinäkyvyyttä sekä mahdollistaa lukijan tekemät tulkinnat ja uudelleen analyysit (Nikander 2010, 433). Asiantuntijoiden mielipiteitä haluttiin koota vaikuttamatta kuitenkaan laadullisen haastattelututkimusosuuteen, joten koostetta asiantuntijoiden vastauksista ei tehty ennen kuin oltiin analysoitu puhelinhoitajille kohdistetun tutkimuksen tulokset.

Aineiston keräämisen olosuhteet, esimerkiksi mahdolliset häiriötekijät haastattelussa, virhetulkinnat ja haastattelijan oma itsearviointi tilanteesta, on aina kerrottava totuudenmukaisesti ja selvästi (Hirsjärvi ym. 2015, 232). Haastateltavia pyydettiin täsmentämään kertomaansa, mikäli haastattelussa ilmeni epäselvyyksiä. Näin välttyttiin virhetulkintoilta. Kaikki haastattelut etenivät ilman häiriötekijöitä. Puhelinhoitajien pitkä työkokemus oli myös tutkimustulosten luotettavuuteen vaikuttava tekijä, sillä kokeneilla puhelinhoitajilla on todennäköisimmin myös jo hyvin selkeä näkemys työstään.

Opinnäytetyön laadullisten tutkimusten yleisyys toimi pohjana laatusuosituksia laadittaessa. Laadullisessa tutkimusmenetelmässä yleistettävyyden tarkoittaa tutkimustulosten vastaavuutta tutkimukselle asetettujen päämäärien ja tutkimuskohteen kanssa (Vilkkä 2014b, 151). Laadullisessa tutkimuksessa se voi olla muodoltaan väite, yleispätevä eettinen periaate, ohje tai yleinen kuvaus tutkimuksessa tematisoidusta laadusta tai laatujen rakentumisesta (Varto 1992, 101–102). Koko opinnäytetyöprosessin ajan pidettiin mielessä, että tutkimuksen yleistäminen tehdään aina tulkinnasta eikä tutkimusaineistosta. Tulkinta vuorostaan on aina tutkijan, tutkimusaineiston ja teorian välinen vuoropuhelun tulos. Tutkijoina pyrittiin tarkastelemaan hoidon tarpeen arviointia puhelimessa yleisellä tasolla yhdistäen eri havaintoja. (Ks. Alasuutari 1994, 204–207.) Eskolan ja Suorannan (2000, 67) mukaan yleistettävyyden ehto on näin ollen tulkintojen kestävyys ja syvyys.

Luotettavuutta arvioidessa tulee ottaa huomioon myös puolueettomuusnäkökulma (Tuomi & Sarajärvi 2018, 160). Molemmat tutkijoista työskentelevät Kainuun sotien työntekijöinä, mutta kumpikaan ei työskentele päivystyksessä, jonka puhelinhoitajia tutkimukseen haastateltiin. Kainuun sotessa aloitti vuoden 2019 alusta uusi akuuttipalveluiden vastuualue, jonka käyttöön laadittu laatusuositus tulee. Aineiston keruu sekä analysointi tehtiin vuoden 2018 aikana, jolloin päivystyspalvelut toimivat omana vastuualueenaan terveyden- ja sairaudenhoitopalveluiden tulosalueella. Tutkijat ovat osa Kainuun sotien toimintakulttuurista, mutta kummallakaan ei ole erityistä roolia tutkittavan yhteisön jäsenenä. Kaikki asiat tutkimuksessa on tehty läpinäkyvästi, mikä kytkeytyy myös tutkimuksen tekemisen etikkaan. (Ks. Vilkkä 2014b, 132.) Luottamus tutkimusaineiston yhteydessä tarkoittaa ensisijaisesti tutkittavan luottamusta siihen, että aineistoa käytetään, käsitellään ja säilytetään, kuten on sovittu (Kuula 2006, 88–90).

Tutkimuksen tulee olla hyvän tieteellisen käytännön ohjeita noudattava. Tällöin myös lähtökohtana on ajatus siitä, että tutkimus on luotettava ja uskottava. Eettisesti hyvä tutkimus edellyttää tieteellisiä taitoja, tietoja ja hyviä toimintatapoja. (Kuula 2006, 34-35; Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2012, viitattu 18.5.2019.) Hyvän eettisen käytäntötavan mukaan Kainuun sosiaali- ja terveydenhuollon kuntayhtymältä pyydettiin tutkimuslupaa opinnäytetyölle. Informoitu suostumus on perusedellytys kaikille henkilötietojen käsittelylle (Kuula 2006, 84). Näin ollen haastateltavilta pyydettiin myös kirjallinen suostumus hyvää tieteellistä käytäntöä noudattaen (liite 6).

Haastattelujen toteuttamisvaiheessa haastateltavia informoitiin hyvien eettisten periaatteiden mukaisesti tutkimuksen taustasta ja tarkoituksesta. Käytiin läpi mihin heidän vastauksiaan tullaan käyttämään. Aineiston käyttömahdollisuus on ollut vain tämän opinnäytetyön tekijöillä eikä aineis-

toa luovuteta ulkopuolisille. Tutkimuksen tekemisen jälkeen aineisto tuhotaan (Kuula 2006, 130). Tutkimukseen osallistuminen on aina oltava vapaaehtoista. Haastattelujen vastaajille kerrottiin heti aluksi, että heillä on mahdollisuus kieltäytyä vastaamasta mihin tahansa kysymykseen tai keskeyttää haastattelu niin halutessaan. (ks. Kuula 2006, 126.) Haastateltujen olemuksesta, kehon viesteistä tai sanallisesti ei ilmennyt mitään merkkejä siitä, että he olisivat osallistuneet vastoin tahtoa haastatteluun.

Hyvään tieteelliseen käytäntöön (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2012, viitattu 18.5.2019) kuuluu, että tutkimuksessa noudatetaan rehellisyyttä, yleistä huolellisuutta ja tarkkuutta itse tutkimustyössä, tulosten tallentamisessa ja esittämisessä sekä tutkimusten ja niiden tulosten arvioinnissa. Tutkimustyössä ja tulosten esittämisessä noudatettiin tarkkuutta, esimerkiksi palaamalla aineistoon yhä uudelleen, jolloin tulokset pysyivät todellisina eikä vääristymiä tullut. Tulokset esitettiin tarkasti, asianmukaisesti ja selkeästi. Vastoin hyvää tieteellistä käytäntöä on esimerkiksi tutkimustulosten puutteellinen kirjaaminen ja säilyttäminen tai harhaanjohtava, huolimaton raportointi (Tuomi & Sarajärvi 2018, 151). Osallistujien kunnioittava kohtelu edellyttää heidän puheensa arvostamista, tarkkuutta sen tekstiksi kääntämisessä (Nikander 2010, 439).

Tutkimuksessa huomioitiin muiden tutkijoiden työt ja saavutukset asianmukaisesti. Tuomi & Sarajärven (2018, 151) mukaan vastuu hyvän tieteellisen käytännön noudattamisesta ja tutkimuksen rehellisyydestä sekä vilpittömyydestä on nimenomaan tutkimuksen tekijöillä itsellään. Tämä keskeinen, tärkeä asia tiedostettiin heti tutkimuksen alussa.

8.3 Ammatillinen kasvu

Aihe oli erittäin mielenkiintoinen ja sidoksissa tämän hetkisiin uudistuksiin, erityisesti parhaillaan käynnissä olevaan Päivystysapu 116117 kansalliseen laajenemiseen. Edeltävä hallitus ajoi hallitusohjelmassaan kansalaisille laadukasta ja yhdenmukaista palvelua. Kainuun D-pilotin päätutkija ehdotti laatusuositusten laadintaa sekä ainutlaatuisuutta haastatella D-pilotissa mukana olleiden puhelinhoitajien kokemuksista. Omat haasteensa toi puhelimesta tehtävän hoidon tarpeen arvioinnin pirstaleinen tieto, etenkin kun asiaa tarkastellaan laadun näkökulmasta. Suomessa on tutkittu jonkin verran puhelimesta tehtävää potilasohjausta, mutta tutkittu tieto puhelimesta tehtävä hoidon tarpeen arviointiin on erittäin niukkaa. Kansainvälisesti tietoa löytyi huomattavasti enemmän, mutta haastavaa oli löytää aineistoa, joka soveltui Suomen terveydenhuoltojärjestelmään.

Opinnäytetyöprosessin aikana opittiin arvioimaan kriittisesti lähdemateriaalia, harjaannuttiin englanninkielisen aineiston käsittelyssä sekä laadullisen tutkimuksen toteuttamisessa niin aineiston keruun kuin sisällönanalyysien osalta. Litteroinnin ja analysoinnin osalta tunnettiin välillä riittämättömyyttä, ja tulisikin mieltä niiden lisäämistä osaksi laadullisten menetelmien koulutusta. Litterointitaitoja oppii tyypillisesti vain tekemällä, käytäntöjä vertailemalla ja turhautumalla (Bird 2005, 226–227). Nikanderin (2010, 442) mukaan puheen purkaminen paperille esittää aineiston aina tietyllä tapaa valottaen joitakin sen piirteitä ja jättäen samalla jotain varjoon. Ammatillista kasvua tutkijoina tapahtui myös haastattelun litteroinnin osalta. Lopulta hyväksyttiin litterointiin liittyvä epätäydellisyys sekä opittiin pohtimaan aineiston esittämistä koskevia teoreettisia, eettisiä ja käytännöllisiä valintoja. (Ks. Nikander 2010, 441–442.) Opettavaista oli huomata, ettei aineiston taakse voi piiloutua eikä aineistoa voi jättää puhumaan puolestaan. Analyysivaiheen tehtävä on saada aineistosta systemaattisesti läpikäyden irti jotain sellaista, mikä ei suorissa lainauksissa ole sellaisenaan läsnä. (Ks. Ruusuvoori, Nikander & Hyvärinen 2010, 19.)

Opinnäytetyö koostui useasta eri kokonaisuudesta, joiden organisointi sekä yhteensovittaminen oli erittäin antoisa oppimiskokemus. Aiheesta saatiin tuotettua uutta tietoa yhdistämällä aiempaa tutkimustietoa omien tutkimusten tuloksiin. Opinnäytetyössä on viitteitä tutkimuksellisesta kehittämistyöstä. Ojasalo, Moilasen ja Ritalahden (2009, 19) mukaan tutkimuksellisuus on kehittämistyössä tärkeää, jotta kehittämistyöhön vaikuttavat tekijät otetaan huomioon kattavammin ja tulokset ovat paremmin perusteltavissa. Alustavassa suunnitelmassa oli tarkoituksena sisällyttää opinnäytetyöprosessiin määrällinen tutkimusosuus, jonka avulla olisi selvitetty muun muassa puheluihin liittyviä aikamääreitä. Suunnitelman muutokseen päädyttiin aineiston keräämisen hankaluuden vuoksi. D-pilotin suunnitteluvaiheessa ei oltu suoranaisesti mukana, koska idea tähän opinnäytetyöhön nousi pilotin aikana. Aikaviiveet olisi pitänyt laskea pilotin jälkeen välillisesti, jolloin niiden luotettavuus olisi kärsinyt. Muutoksiin reagoitiin nopeasti ja ammattimaisesti, strategiaa muutettiin ja opinnäytetyölle saatiin uusi suunta. Tämä taito on myös tärkeä, koska nykypäivän työelämässä koetaan jatkuvaa muutosta. Laatusuosituksien laadintaprosessi yhteistyössä Kainuun soten laaturyhmän kanssa antoi myös hyviä valmiuksia vastaavanlaisten projektien toteuttamiseen.

Esimies- ja asiantuntijatehtävissä menestyminen edellyttää monia taitoja, muun muassa sosiaalisia, tiedollisia ja taidollisia ominaisuuksia. Ylempi ammattikorkeakoulu on mahdollistanut molempien osaamisen nostamisen työelämän tarpeet huomioiden. Opinnäytetyö on ollut koulutuksen vaativin ja pitkäkestoinen prosessi, joka valmentaa tulevaisuuden kehittäjinä. Ammatillista kasvua

tapahtui koko opinnäytetyöprosessin ajan. Arvokasta kokemusta saatiin ison kokonaisuuden hallinnasta, aikataulutuksen tärkeydestä, yhteistyötaidoista sekä toimimisesta moniammatillisessa tiimissä. Prosessin valmistumiseen vaikuttivat oleellisesti opinnäytetyön tekijöiden välinen hyvä yhteistyö sekä yhteinen tavoite. Hyvä yhteistyö oli voimavara myös silloin, kun aikataulujen yhteensovittaminen oli haasteellista. Yhteistyö on ollut erittäin toimivaa myös opinnäytetyön ohjaajien sekä Kainuun sotien laaturyhmän kanssa. Molempien perheet ansaitsevat myös isot kiitokset, kun mahdollistivat työn ohessa opinnäytetyön tekemisen.

8.4 Tutkimus- ja kehittämissuhteet

Kansainvälisesti käytetään paljon termiä telephone triage, joka on suomenkielessä käännetty puhelintriage. Kirjallisuudessa sekä alueesta riippuen puhekielessä käytetään puhelintriage käsitettä jonkin verran. Terminä tämä vie ajatukset helposti pelkästään hoidon kiireellisyyden arviointiin. Tulevaisuudessa tulisi käsitteenä käyttää hoidon tarpeen arviointia puhelimessa, joka sisältää myös hoidon kiireellisyyden arvioinnin, puhelinneuvonnan sekä palveluohjauksen.

Puhelinhoitajien työ on erittäin haastavaa, ja he kaipaavat palautetta toiminnastaan. On tärkeää kehittää systemaattinen palautejärjestelmä, jossa korostuu mahdollisuus myös Learning from Excellence eli positiivisten kokemusten kautta oppimiseen. Tulevaisuudessa tulee selvittää Päivystysapu 116117:ään tulevien puheluiden määrä, puhelun kesto sekä puhelinhoitajien takaisinsoittoviiveet. Laatusuosituksia voidaan näin ollen jalostaa laatuksiksi. Aikamääreiden mittaaminen ja seuraaminen ovat ensiarvoisen tärkeitä mietittäessä palvelun laatua, potilasturvallisuutta sekä puhelinhoitajien työn kuormittavuutta. Päivystysapu 116117 tulevien reaktiivisten puheluiden tilastointia tulee kehittää siten, että sieltä pystyisi poimimaan ja ohjaamaan niin sanottu suurkäyttäjät proaktiivisen puhelinohjauksen piiriin.

Päivystysasetus (583/2017) ei ota kantaa päivystyksessä käytettävään potilasluokitukseen ja asia vaatii vielä runsaasti jatkotutkimuksia, jotta löydettäisiin luotettava, yhtenäinen ja turvallinen kiireellisyysluokittelu Suomen päivystyksiin. Luokittelun lisäksi tulisi kiinnittää huomiota potilasvirtauksen ohjautuvuuteen, jotta ensihoidon ja päivystyspalvelun resurssit kohdentuisivat oikein. Päivystysavun 116117 puhelinhoitajien tekemän triagen laatua voitaisiin arvioida esimerkiksi Alankomaissa kehitetyn KERNset:n avulla. KERNsetin validiteetti on hyvä etenkin kommunikoinnin osalta (Smits ym. 2017, 1). Tulee myös kehittää mittaus- tai arviointitapa, jonka avulla voidaan tutkia puhelimessa tehtävän hoidon tarpeen arvioinnin niin sanottua osuvuutta eli sitä, onko hoi-

don tarpeen arvioinnissa onnistuttu. Toiminnan kehittämisen kannalta on ensiarvoisen tärkeää selvittää, käyttävätkö puhelinhoitajat hoidon tarpeen arvioinnin apuna sovittua triage-ohjeistusta, ohjataanko potilaat oikean avun piiriin ja noudattavatko potilaat annettuja ohjeita.

Puhelinhoitajat kokivat D-pilotin hyvänä etuna mahdollisuuden siirtää haastavat ja epäselvät hoidon tarpeen arvioinnit suoraan kenttäjohtajan kautta ensihoitoyksiköille. Tämän toimintamallin ottaminen nykyiseen käytäntöön vähentäisi turhaa hätäkeskuksen kuormittamista, koska potilaalle on jo tehty laillistetun terveydenhuoltohenkilön tekemä hoidon tarpeen arviointi. Tällä hetkellä puhelinhoitajat ohjaavat potilaan soittamaan hätäkeskukseen, jos hän tarvitsee ensihoitopalvelun apua. Tulevaisuudessa on hyvä kehittää valtakunnallisesti puhelinhoitajien ja ensihoidon kenttäjohtajien tiiviimpää yhteistyötä, jotta vältettäisiin päällekkäinen toiminta. Kehittämistyössä tulee ottaa huomioon kansallisesti jo olemassa olevat suunnitelmat muun muassa sosiaali- ja terveys-toimen tilannekeskuksen osalta. Toimivan järjestelmän kannalta myös ensihoitopalvelun korvauskäytännöt kaipaisivat uudistusta.

Jatkotutkimusten avulla on mahdollisuus täsmentää laatusuosituksia esimerkiksi, mitkä ovat riittävät tietotekniset valmiudet ja taidot tai millaiset ovat asianmukaiset tilat. Tulevaisuudessa on mahdollisuus arvioida laatusuositusten käytettävyyttä sekä implementoida ne valtakunnalliseen käyttöön. Kainuun sote aikoo hyödyntää laatusuosituksia myös puhelinohjauksen piiriin. Kainuun D-pilotin vaiheen kaksi osajulkaisun jälkeen on mielenkiintoista verrata pilotissa mukana olleiden potilaiden tyytyväisyyttä puhelinhoitajilta saamaan palvelunlaatuun sekä pilotissa olleiden puhelinhoitajien kokemuksia hoidon tarpeen arvioinnin laadusta. Tavoitteena on laatia tutkimustuloksista yhteinen tieteellinen julkaisu Kainuun D-pilotin päätutkijan kanssa.

LÄHTEET

Aarnikoivu, H. 2005. Onnistu asiakaspalvelussa. Juva: WS Bookwell Oy.

Alasuutari, P. 1994. Laadullinen tutkimus. Tampere: Vastapaino.

Al-Busaidi, Z. 2008. Qualitative Research and its Uses in Health Care. Sultan Qaboos University Medical Journal 1, 11–19. PDF-dokumentti. Viitattu 7.10.2018. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3087733/>

Bird, C. 2005. How I stopped dreading and learning to love transcription. Qualitive Inquiry 11:2, 226–248.

Bishop, T. 2008. Introducing telephone triage. Practice Nurse 36 (4).

Blank, L., Coster, J., O’Cathain, A., Knowles, E., Tosh, J. & Turner, J. 2012. The appropriateness of, and compliance with, telephone triage decisions: a systematic review and narrative synthesis. Journal of Advanced Nursing 2012 Dec; 68(12):2610-2621.

Campbell, J.L., Fletcher, E., Britten, N., Green, C., Holt, T. & Lattimer, V. et al. 2015. The clinical effectiveness and cost-effectiveness of telephone triage for managing same-day consultation request in general practice: a cluster randomised controlled trial comparing general practitioner-led and nurse-led management systems with usual care (the ESTEEM trial). Health Technol Asses 2015;19(13):1-212.

Connechen, J. & Walter, R. 2006. Telephone triage in general practice. Primary Health Care 16 (2).

Dennis, C. & Kingston, D. 2008. A systematic review of telephone support for women during pregnancy and the early postpartum period. Journal of Obstetric, Gynecologic and Neonatal Nursing 37 (3).

Ensihoidon valtakunnallinen seminaari. 2015. Sosiaali- ja terveysministeriö. Viitattu 10.6.2018. <http://stm.fi/documents/1271139/1885619/Muistio+Ensihoidon+valtakunnallinen+seminaari+6.10.2015.pdf/924ff5c7-854d-45e3-9eae670eb8dba11a>.

Erikoissairaanhoitolaki 1.12.1989/1061.

Eskola, J. & Suoranta, J. 2000. Johdatus laadulliseen tutkimukseen. Tampere: Vastapaino.

Finnish Office for Health Technology Assessment (Finohta). 2011. Arviointiseloste: Potilaiden kiireellisyyden luokittelu ja hoitoprosessit päivystyspoliklinikalla. Terveyden ja hyvinvoinninlaitos. Viitattu 5.1.2019. https://thl.fi/attachments/Meka/julkaisut/ohtanen/AS_2011_1_Potilaiden%20kiireellisyyden%20luokittelu.pdf

Gibson, A., Randall, D., Havard, A., Byrne, M., Robinson, M., Lawler, A. & Jorm, L. 2017. Compliance with telephone triage advice among adults aged 45 years and older: an Australian data linkage study. BMC Health Services Research BMC series 17:512. Viitattu 26.8.2018. <https://doi.org/10.1186/s12913-017-2458-y>

Hallituksen esitys 77/2004. Hallituksen esitys Eduskunnalle laeiksi kansanterveyslain ja erikoissairaanhoitolain sekä eräiden muiden lakien muuttamisesta. Viitattu 18.5.2018. <https://www.finlex.fi/fi/esitykset/he/2004/20040077>

Heikkilä, A., Jokinen, P. & Nurmela, T. 2008. Tutkiva kehittäminen. Helsinki: WSOY Oppimateriaalit Oy.

Heikkilä, T. 2014. Kvantitatiivinen tutkimus. 9. uudistettu painos. Helsinki: Edita.

Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2015. Tutki ja kirjoita. Porvoo: Kustannusosakeyhtiö Tammi.

Hirsjärvi, S. & Hurme, H. 2000. Tutkimushaastattelu. Helsinki: Yliopistopaino.

Honkala, P., Kortetjärvi-Nurmi, S., Rosenström, A. & Siira-Jokinen, S. 2009. Työyhteisön viestintä. Helsinki: Edita.

Huibers, L., Keizer, E., Giesen, P., Grol, R., Wensing, M. 2012. Nurse telephone triage: good quality associated with appropriate decisions. *Family Practice* 2012Oct;29(5):547-552.

Hätönen, V. 2018. 116117 – Numero joka mullistaa päivystyksen. Viitattu 10.12.2018. <https://alueuudistus.fi/blogi/-/blogs/116-117-numero-joka-mullistaa-paivystysta>

Idänpää-Heikkilä, U., Outinen, M., Nordblad, A., Päivärinta, E. & Mäkelä, M. 2000. Laatuksiteerit, suuntaviivoja tekijöille ja käyttäjille. Stakes: Helsinki.

Ilkka, L. 2019. Sosiaali- ja terveysministeriö, sähköpostikeskustelu 4.4.2019.

International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE). 1991. Uniform requirements for manuscripts submitted to biomedical journals. *British Medical Journal* 1991;302:338–41. Viitattu 8.6.2019. http://www.icmje.org/recommendations/archives/1991_urm.pdf

Innokylä. 2013. Itsearviointi toiminnan kehittämisen välineenä. Viitattu 6.4.2019. <https://www.innokyla.fi/web/malli140779>

Janhonen, S. & Nikkonen, M. 2003. Laadulliset tutkimusmenetelmät hoitotieteessä. Helsinki: Werner Söderström Osakeyhtiö.

Kaakinen, P., Kyngäs, H., Tarkiainen, K. & Kääriäinen, M. 2016. The effects of intervention on quality of telephone triage at an emergency unit in Finland: Nurse's perspective.

Kainuun sote. 2018. Kainuun soten arvot, visio ja strategia, hyvän hoidon kriteerit sekä laadunhallinnan periaatteet. Sisäinen lähde. Viitattu 5.5.2018. <https://kaima.kainuu.fi/sote/>

Kansanterveyslaki 28.1.1972/66.

Kantonen, J. 2014. Terveyskeskuspäivystyksen ABCDE-triagen ja kehittämistoimenpiteiden vaikutukset potilasvirtoihin. Tampereen yliopisto. Lääketieteen tiedekunta. Akateeminen väitöskirja. Viitattu 6.6.2018. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-951-44-9609-7>

Kuntaliiton verkkojulkaisu, 2011. Terveysthuollon laatuopas. Suomen Kuntaliitto: Helsinki.

Kuula, A. 2006. Tutkimusetiikka. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.

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

Kyngäs, H. & Vanhanen, L. 1999. Sisällön analyysi. Hoitotiede Vol.11 (1),1999.

Kääriäinen, M. 2007. Potilasohjauksen laatu: Hypoteettisen mallin kehittäminen. Oulun yliopisto. Lääketieteellinen tiedekunta. Akateeminen väitöskirja.

Laatu ja potilasturvallisuus ensihoidossa – Suunnittelusta toteutukseen ja arviointiin. 2014. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2014:7. Tampere: Sosiaali- ja terveysministeriö.

Laki hätäkeskustoiminnasta 20.8.2010/692.

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 17.8.1992/785.

Lipponen, K., Kanste, O., Kyngäs, H. & Ukkola, L. 2008. Henkilöstön käsitykset potilasohjauksen toimintaedellytyksistä ja toteutuksesta perusterveydenhuollossa. Sotilaslääketieteellinen aikakauslehti 2008, 45, 121–135.

Metsämuuronen, J. 2008. Laadullisen tutkimuksen perusteet. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.

Ng, J.Y., Fatovich, D.M., Turner, V.F., Wurmel, J.A., Skevington, S.A. & Phillips, M.R. 2012. Appropriateness of healthdirect referrals to the emergency department compared with self-referrals and GP referrals. The Medical Journal of Australia 2012; 197 (9): 498-502. Viitattu 2.6.2018. doi: 10.5694/mja12.10689

Nikander, P. 2010. Laadullisten aineistojen litterointi, kääntäminen ja validiteetti. Teoksessa Ruusuvoori, J., Nikander, P. & Hyvärinen, M. (toim.). 2010. Haastattelun analyysi. Tampere: Vastapaino.

Nonaka, I. & Takeuchi, H. 1995. The Knowledge-creating company. How Japanese companies create the dynamics of innovation. New York: Oxford University Press.

Ohtonen, H. 2006. Potilasohjaus - hoitotyön punainen lanka. Sairaanhoitaja 2006 (10), 3.

Ojasalo, K., Moilanen, T. & Ritalahti, J. 2014. Kehittämistyön menetelmät. Uudenlaista osaamista liiketoimintaan. Helsinki: Sanoma Pro.

Orava, M. 2010. Puhelinohjaus hoitotyön menetelmänä. Systemaattinen kirjallisuuskatsaus. Oulun yliopisto. Terveystieteen laitos. Pro gradu - tutkielma.

Orava, M., Kääriäinen, M. & Kyngäs, H. 2012a. Puhelinohjaus hoitotyön menetelmänä: systemaattinen kirjallisuuskatsaus. Osa I: Reaktiivinen puhelinohjaus. Hoitotiede 2012, 24 (3), 216-231.

Orava, M., Kääriäinen, M. & Kyngäs, H. 2012b. Puhelinohjaus hoitotyön menetelmänä: systemaattinen kirjallisuuskatsaus. Osa II: Proaktiivinen puhelinohjaus. Hoitotiede 2012, 24 (3), 232-243.

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

Purc-Stephenson, R.J. & Thrasher, C. 2012. Patient compliance with telephone triage recommendations: a meta-analytic review. Patient Education and Counselling 2012; 87:135-142.

Raivola, R. & Vuorensyrjä, M. 1998. Osaaminen tietoyhteiskunnassa. Sitra 180. Helsinki: Sitra. Viitattu 5.6.2019. <https://media.sitra.fi/2017/02/27173012/sitra180-2.pdf>

Ruusuvoori, J., Nikander, P. & Hyvärinen, M. (toim.). 2010. Haastattelun analyysi. Tampere: Vastapaino.

Savikko, N., Hautala, L., Kiviniemi, K., Puukka, P., Leino-Kilpi, H. & Suominen, T. 2004. Työn sisäinen hallinta kotisairaanhoidossa ja terveyskeskusten pitkäaikaisosastoilla hoitajien kokemana. *Tutkiva Hoitotyö* 2004:4:17–23.

Seitamaa-Hakkarainen, P. 2014. Kvalitatiivinen sisällönanalyysi. *Metodix*. Viitattu 26.4.2019. <https://metodix.fi/2014/05/19/seitamaa-hakkarainen-kvalitatiivinen-sisallon-analyysi/>

Seppänen-Järvelä, R. 2004. Prosessiarviointi kehittämissuorituksissa. Opas käytäntöihin. Stakes, FinSoc Arviointiraportteja 4/2004. Helsinki 2004.

Smits, M., Keizer, E., Ram, P. & Giesen, P. 2017. Development and testing of the KERNset: an instrument to assess the quality of telephone triage in out-of-hours primary care services. *BMC Health Services Research* (2017) 17:798.

Soininen, L. 2019. Päivystysapu 116117 – kiireellistä hoidon tarpeen arviota ennalta määritellyin kriteerein. *Duodecim* 2019; 135: 227-228.

Sosiaali- ja terveysministeriön asetus ensihoitopalvelusta 24.8.2017/585.

Sosiaali- ja terveysministeriön asetus kiireellisen hoidon perusteista ja päivystyksen erikoisala-kohtaisista edellytyksistä 23.9.2014/782.

Sosiaali- ja terveysministeriön asetus potilasasiakirjoista 30.3.2009/298.

Sosiaali- ja terveysministeriön asetus potilasasiakirjojen laatimisesta sekä niiden ja muun hoitoon liittyvän materiaalin säilyttämisestä 19.1.2001/99.

Speziale Streubert, H. & Carpenter, D. 2007. *Qualitative research in nursing: advancing the humanistic imperative*. Crawfordsville: RR Donnelley.

Sprivulis, P., Carey, M. & Rouse, I. 2004. Compliance with advice and appropriateness of emergency presentation following contact with the Health Direct telephone triage service. *Emergency Medicine Australasia* 2004;16:35–40.

SBU. 2010. Triage och flödesprocesser på akutmottagningen: En systematisk litteraturoversikt. Viitattu 7.4.2019.

https://www.sbu.se/contentassets/79b7a8f6aaad46dcbc988cfffed33339f/triage_fulltext2.pdf

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

Tariq, A., Westbrook, J., Byrne, M., Robinson, M. & Baysari, M. 2017. Applying a human factors approach to improve usability of decision support system in tele-nursing. *Collegian* (2017) 24.

Tarkiainen, K., Kyngäs, H., Kaakinen, P. & Kääriäinen, M. 2012. Kvasikokeellinen tutkimus puhe-
linneuvonnan laadusta päivystyksyksikössä. *Hoitotiede* 2012, 24 (2), 98-113.

Terveydenhuoltolaki 30.12.2010/1326.

Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2018. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Helsinki: Kustannusosa-
keyhtiö Tammi.

Tutkimuseettinen neuvottelukunta (TENK). 2012. Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausepäi-
lyjen käsitteleminen Suomessa. Viitattu 18.5.2019. <https://www.tenk.fi/fi/hyva-tieteellinen-kaytanto>

Toikko, T. & Rantanen, T. 2009. Tutkimuksellinen kehittämistoiminta. Tampere: Tampereen Yli-
opistopaino Oy.

Tyyskä, E. 2012. Tiedonhallinta terveydenhuollon puhelinohjauksessa. Pro gradu –tutkielma. Itä-
Suomen yliopisto.

Vallimies-Patomäki, M., Turpeinen, A., Ailasmaa, R. & Taipale, V. 2002. Sosiaali- ja terveyden-
huollon työvoiman rekrytointi ja riittävyys. Teoksessa Heikkilä, M. & Parpo, A. toim. Sosiaali- ja
terveydenhuollon palvelukatsaus. STAKES raportteja: 268.

Valtakunnallisen hoidon saatavuuden ja yhtenäisten hoidon perusteiden työryhmä. 2015. Sosiaa-
li- ja terveysministeriö; STM010:00/2015 hanke. Viitattu 16.2.2019.
<https://stm.fi/hanke?tunnus=STM010:00/2015>

Valtakunnallinen selvitys ensihoitopalvelun toiminnasta. Väkiraportti 2. 2016. Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 2016:40. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö.

Valtioneuvosto 2018. Päivystysapu 116117 – ohjausta ja neuvontaa puhelimen ja digipalvelujen avulla. Viitattu 16.2.2019. <https://alueuudistus.fi/paivystysapu-116117>

Valtioneuvoston asetus hoitoon pääsyn toteuttamisesta ja alueellisesta yhteistyöstä 25.11.2004/1019.

Valtioneuvoston asetus kiireellisen hoidon perusteista ja päivystyksen erikoisalakohtaisista edellytyksistä 24.8.2017/583.

Valvira, sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontavirasto. 2019. Hoidon tarpeen arviointi. Viitattu 1.2.2019. https://www.valvira.fi/terveydenhuolto/hyva-ammatinharjoittaminen/hoidon_tarpeen_arviointi.

Varto, J. 1992. Laadullisen tutkimuksen metodologia. Helsinki: Kirjayhtymä.

Vaula, E. 2016. Päivystys on päivystyshoitoa varten. Lääkärilehti 39/2016, 2406–2407.

Vilka, H. 2006. Tutki ja havainnoi. Vaajakoski: Gummerus Kirjapaino Oy.

Vilka, H. 2014a. Tutki ja mittaa - määrällisen tutkimuksen perusteet. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.

Vilka, H. 2014b. Tutkimusmetodeja ammatilliselle kentälle. Viitattu 20.2.2019. <http://hanna.vilka.fi/wp-content/uploads/2014/02/Tutki-ja-kehita-C3%A4.pdf>

Vilka, H. Tutki ja kehitä. 2015. Juva: Bookwell Oy.

Vänskä, K., Laitinen-Väänänen, S., Kettunen, T. & Mäkelä, V. 2011. Onnistuuko ohjaus? Sosiaali- ja terveysalan ohjaustyössä kehittyminen. Helsinki: Edita Publishing Oy.

Yhtenäiset päivystyshoidon perusteet. Työryhmän raportti. 2010. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2010:4. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö.

VANCOUVER-LÄHTEET

1. Heikkinen & Pälsynaho 2019. Laadullinen tutkimus: Puhelinhoitajien haastattelu.
2. Heikkinen & Pälsynaho 2019. Laadullinen tutkimus: Asiantuntijoiden kysely.
3. Kuntaliiton verkkojulkaisu, 2011. Terveystuollon laatuopas. Suomen Kuntaliitto: Helsinki
4. Terveystuoltolaki 30.12.2010/1326, 51 §.
5. Valtioneuvoston asetus kiireellisen hoidon perusteista ja päiivystyksen erikoisala-kohtaisista edellytyksistä 583/2017, 12 §.
6. Vaula, E. 2016. Päiivystys on päiivystyshoitoa varten. Lääkärilehti 39/2016, 2406–2407.
7. Syväoja, P. & Äijälä, O. 2009. Hoidon tarpeen arviointi. Sastamala: Kustannusosakeyhtiö Tammi.
8. Valtioneuvoston asetus hoitoon pääsyn toteuttamisesta ja alueellisesta yhteistyöstä 25.11.2004/1019.
9. Valvira, sosiaali- ja terveystalan lupa- ja valvontavirasto. 2019. Hoidon tarpeen arviointi. Viitattu 1.2.2019. https://www.valvira.fi/terveydenhuolto/hyva-ammattinharjoittaminen/hoidon_tarpeen_arviointi.
10. Laatu ja potilasturvallisuus ensihoidossa – Suunnittelusta toteutukseen ja arviointiin. 2014. Sosiaali- ja terveystministeriön julkaisu 2014:7. Tampere: Sosiaali- ja terveystministeriö.
11. Yhtenäiset päiivystyshoidon perusteet. Työryhmän raportti. 2010. Sosiaali- ja terveystministeriön selvityksiä 2010:4. Helsinki: Sosiaali- ja terveystministeriö.

12. Kaakinen, Kyngäs, Tarkiainen & Kääriäinen 2016. The effects of intervention on quality of telephone triage at an emergency unit in Finland: Nurse´s perspective, 26.
13. Orava, M. 2010. Puhelinohjaus hoitotyön menetelmänä. Systemaattinen kirjallisuuskatsaus. Oulun yliopisto. Terveystieteen laitos. Pro gradu - tutkielma.
14. Tarkiainen, K., Kyngäs, H., Kaakinen, P. & Kääriäinen, M. 2012. Kvasikokeellinen tutkimus puhelinneuvonnan laadusta päivystysyksikössä. *Hoitotiede* 2012, 24 (2), 98-113.
15. Nonaka, I. & Takeuchi, H. 1995. *The Knowledge-creating company. How Japanese companies create the dynamics of innovation.* New York: Oxford University Press, 59–66.
16. Raivola, R. & Vuorensyrjä, M. 1998. *Osaaminen tietoyhteiskunnassa.* Sitra 180. Helsinki: Sitra. Viitattu 5.6.2019.
<https://media.sitra.fi/2017/02/27173012/sitra180-2.pdf>, 22.
17. Soininen, L. 2019. Päivystysapu 116117 – kiireellistä hoidon tarpeen arviota ennalta määritellyin kriteerein. *Duodecim* 2019; 135: 227-228.
18. Tyyskä, E. 2012. *Tiedonhallinta terveydenhuollon puhelinohjauksessa.* Pro gradu -tutkielma. Itä-Suomen yliopisto, 72.
19. Ilkka, L. 2019. Sosiaali- ja terveysministeriö, sähköpostikeskustelu 4.4.2019.
20. Gibson, A., Randall, D., Havard, A., Byrne, M., Robinson, M., Lawler, A. & Jorm, L. 2017. Compliance with telephone triage advice among adults aged 45 years and older: an Australian data linkage study. *BMC Health Services Research* BMC series 17:512. Viitattu 26.8.2018. <https://doi.org/10.1186/s12913-017-2458-y>

21. Tariq, A., Westbrook, J., Byrne, M., Robinson, M. & Baysari, M. 2017. Applying a human factors approach to improve usability of decision support system in tele-nursing. *Collegian* (2017) 24.
22. Lipponen, K., Kanste, O., Kyngäs, H. & Ukkola, L. 2008. Henkilöstön käsitykset potilasohjauksen toimintaedellytyksistä ja toteutuksesta perusterveydenhuollossa. *Sotilaslääketieteellinen aikakauslehti* 2008, 45, 121–135.
23. Sosiaali- ja terveystieteiden ministeriön asetus potilasasiakirjoista 30.3.2009/298.
24. Sprivulis, P., Carey, M. & Rouse, I. 2004. Compliance with advice and appropriateness of emergency presentation following contact with the Health Direct telephone triage service. *Emergency Medicine Australasia* 2004;16:35–40.
25. Kääriäinen, M. 2007. Potilasohjauksen laatu: Hypoteettisen mallin kehittäminen. Oulun yliopisto. Lääketieteellinen tiedekunta. Akateeminen väitöskirja, 7.
26. Blank, L., Coster, J., O’Cathain, A., Knowles, E., Tosh, J. & Turner, J. 2012. The appropriateness of, and compliance with, telephone triage decisions: a systematic review and narrative synthesis. *Journal of Advanced Nursing* 2012 Dec; 68(12):2611, 2613.
27. Ng, J.Y., Fatovich, D.M., Turner, V.F., Wurmel, J.A., Skevington, S.A. & Phillips, M.R. 2012. Appropriateness of healthdirect referrals to the emergency department compared with self-referrals and GP referrals. *The Medical Journal of Australia* 2012; 197 (9): 498-502. Viitattu 2.6.2018. doi: 10.5694/mja12.10689
28. Purc-Stephenson, R.J. & Thrasher, C. 2012. Patient compliance with telephone triage recommendations: a meta-analytic review. *Patient Education and Counseling* 2012; 87:140.
29. Campbell, Fletcher, Britten, Green, Holt & Lattimer et al. 2015. The clinical effectiveness and cost-effectiveness of telephone triage for managing same-day consultation request in general practice: a cluster randomised controlled trial com-

paring general practitioner-led and nurse-led management systems with usual care (the ESTEEM trial). *Health Technol Asses* 2015;19(13):110.

30. Orava, M., Kääriäinen, M. & Kyngäs, H. 2012a. Puhelinohjaus hoitotyön menetelmänä: systemaattinen kirjallisuuskatsaus. Osa I: Reaktiivinen puhelinohjaus. *Hoitotiede* 2012, 24 (3), 216-231.

31. Sosiaali- ja terveysministeriön asetus ensihoitopalvelusta 24.8.2017/585.

Teemahaastattelurunko sisältää terveydenhuollon laatuoppaan laadun ulottuvuudet (*palvelun laatu, kliininen laatu, prosessin laatu, vaikuttavuus*) henkilökunnan näkökulmasta (Kuntaliitto 2011). Teemahaastattelurunkoon on lisäksi modifioitu kysymyksiä kvasikokeellisesta tutkimuksesta, jossa tutkittiin puhelinneuvonnan laatua päivystysyksikössä (Tarkiainen, K., Kyngäs, H., Kaakinen, P. & Kääriäinen, M. 2012). Kyselykaavakkeesta on muokattu kysymyksiä soveltuvin osin liittyen puhelinneuvotaitoihin, puhelinneuvonnan resursseihin sekä puhelinneuvonnan toteutukseen vuorovaikutuksen osalta. Kvasikokeellisen tutkimuksen kyselylomake on modifioitu alun perin Ohjauksen laatu –kyselylomakkeesta (Kääriäinen, M. 2009).

TAUSTATIEDOT

- Ikä
 - < 30 vuotta, 31-39 vuotta, 40-50 vuotta, > 50 vuotta (Tarkiainen, K. ym. 2012, 103.)
- Koulutus
- Millaista lisäkoulutusta sinulla on puhelinhoitajan työhön?
- Työkokemus terveydenhuollossa
 - < 5 vuotta, 5-10 vuotta, > 10-15 vuotta, > 15 vuotta (Tarkiainen, K. ym. 2012, 103.)
- Työkokemus puhelinhoitajana
 - < 5 vuotta, 5-10 vuotta, > 10-15 vuotta, > 15 vuotta (Tarkiainen, K. ym. 2012, 103.)

PUHELINNEUVONTA

- Millaista on kokonaisuudessaan työ puhelinneuvonnassa?
- Kauanko arvioit kuluvan aikaa yhteen puheluun?
 - Yhteen puheluun käytetty aika < 4 min., 4-7 min., > 7 min. (Tarkiainen, K. ym. 2012, 103.)
 - Oliko pilottipuheluiden kestossa eroavaisuutta puhelinneuvontaan?
- Kauanko arvioit kuluvan aikaa kirjaukseen? Pilotti?

HOIDON TARPEEN JA KIIREELLISYYDEN ARVIOINTI *Palvelun laatu*

- Mitä sinun mielestäsi on laadukas hoidon tarpeen arviointi puhelimesta? Mitä asioita siihen liittyy? *Palvelun laatu – oikea-aikaisuus*
- Kerro esimerkki onnistuneesta hoidon tarpeen arvioinnista?
- Miten hoidon tarpeen arviointi on erilaista puhelimesta kuin kasvotusten?
- Mitkä tekijät edesauttavat puhelimesta tehdyn hoidon tarpeen arvioinnin laadussa?
- Mitkä tekijät haittaavat laadukkaan hoidon tarpeen arvioinnin tekoa puhelimesta?
- Millaiseksi koet hoidon kiireellisyyden arvioinnin puhelimesta? *Palvelun laatu – oikea-aikaisuus*
- Miten tiimityötä voisi hyödyntää enemmän puhelimesta tehdyssä laadukkaassa hoidon tarpeen arvioinnissa? *Kliininen laatu - osaaminen*
- Kuinka usein konsultoit tai kysyt neuvoa joltain toiselta henkilöltä? *Kliininen laatu - osaaminen*

- Mitkä tai ketkä ovat yleisimmät sidosryhmät, joihin olet yhteydessä työvuoron aikanasi?
Kliininen laatu - osaaminen

PUHELINNEUVONNAN RESURSSIT (Tarkiainen, K. ym. 2012, 106-107.)

- Millainen on sinun mielestäsi puhelinneuvonnan ilmapiiri? (Tarkiainen, K. ym. 2012, 107.)
Kliininen laatu – osaaminen
- Onko teillä puhelinneuvonnassa tehty työnjakoa? Jos on, niin millaista? (Tarkiainen, K. ym. 2012, 107.) *Kliininen laatu – osaaminen*
- Millaista perehdytystä olet saanut puhelinhoitajan työhösi? (Tarkiainen, K. ym. 2012, 107.) *Kliininen laatu – osaaminen*
- Onko sinulla mielestäsi riittävästi aikaa puhelinohjaukseen? (Tarkiainen, K. ym. 2012, 107.) *Palvelun laatu – potilaskeskeisyys*
- Millainen on resurssien riittävyys eri vuoroissa? Onko vuorokaudella, viikonpäivillä merkitystä kiireisyyteen? *Prosessin laatu - sujuvuus*
- Onko teillä mielestäsi asianmukaiset tilat? (Tarkiainen, K. ym. 2012, 107.) *Prosessin laatu – sujuvuus*
- Onko teillä mielestäsi käytössä riittävästi neuvontamateriaalia, päätöksentekijärjestelmiä sekä tutkimustietoa? (Tarkiainen, K. ym. 2012, 107.) *Prosessin laatu – sujuvuus*
- Onko sinulla joku selkeä protokolla, jolla käsittelet puhelun esim. check listat? Käytätkö apuna päätöksentekijärjestelmiä? Riittääkö puhelimesta aika niiden käyttöön?
- Millaista osaamista mielestäsi puhelinhoitajalta vaaditaan?
- Onko teillä työvuorossa riittävästi ammattitaitoisia puhelinhoitajia? (Tarkiainen, K. ym. 2012, 107.) *Prosessin laatu – sujuvuus*
- Onko sinulla mielestäsi mahdollisuus koulutuksiin? (Tarkiainen, K. ym. 2012, 107.) *Kliininen laatu – osaaminen*
- Millainen mahdollisuus sinulla on työsi kehittämiseen? (Tarkiainen, K. ym. 2012, 107.)
Kliininen laatu – osaaminen

PUHELINNEUVONNAN TOTEUTUS (Tarkiainen, K. ym. 2012, 106, 108.)

- Millaista mielestäsi on laadukas vuorovaikutus puhelimesta tehtävässä hoidon tarpeen arvioinnissa? *Palvelun laatu – potilaskeskeisyys*
- Mikä on mielestäsi tärkeää huomioida asiakkaan kanssa tapahtuvassa vuorovaikutuksessa?
- Miten mahdollistat kysymysten esittämisen sekä tunteiden ilmaisun? (Tarkiainen, K. ym. 2012, 108.)
 - Kiihtynyt? Vihainen? Pelokas? Itkuinen? Ei kuuntele? Väittää vastaan?
- Pystytkö mielestäsi motivoimaan asiakasta päätöksen tekoon? Miten?
- Varmistatko ja kertaatko lopuksi ymmärtämisen? (Tarkiainen, K. ym. 2012, 108.)
 - Mistä tiedät, että asiakas on ymmärtänyt kysymykset ja ohjeet oikein?

PUHELINNEUVONNAN VAIKUTUKSET (Tarkiainen, K. ym. 2012, 106, 108-109.) *Vaikuttavuus*

- Mitä vaikutuksia mielestäsi on puhelimesta tapahtuvalla hoidon tarpeen arvioinnilla potilaan hoitoprosessissa? Kustannusvaikutukset?
- Seurataanko mielestäsi hoidon tarpeen arvioinnin tulosta?

KOKEMUKSET PILOTISTA

- Mitä pilotti antoi hoitajille?
- Miten se poikkesi normaalista puhelinneuvonnasta? Haasteita? Antoiko hätäkeskus esitietoja potilaista? Oliko niillä merkitystä?
- Olivatko omat henkilökohtaiset tuntemukset / ajatukset erilaisia hoitaessa pilottipuheluita kuin normaalia puhelinneuvontaa?
- Millaista oli yhteistyö hätäkeskuksen ja kenttäjohtajien kanssa? Sisältyikö siihen muuta yhteistyötä? Tiimityötä? *Kliininen laatu – osaaminen*
- Mitä kehitysideoita jäi pilotista?

Lopuksi luetteletko mielestäsi viisi tärkeintä laatutekijää hoidon tarpeen arviointiin puhelimesta?

Arvoisa asiantuntija,

Suoritamme Oulun ammattikorkeakoulussa Ensihoidon kehittäminen ja johtaminen- ylempää ammattikorkeakoulututkintoa. Opinnäytetyönämme laadimme laatusuositukset hoidon tarpeen arviointiin puhelimesta. Pyydämme Teitä tutkimuksemme asiantuntijaryhmään kertomaan näkemyksistänne laadukkaasta puhelimen kautta tapahtuvasta hoidon tarpeen arvioinnista. Opinnäytetyön tuloksia voidaan hyödyntää puhelinhoitajien koulutuksen suunnittelemisessa, laatutyön kehittämisessä sekä palvelujen integraatiossa. Tulokset auttavat myös arvioimaan puhelinhoitajien resurssien tarvetta.

Kainuussa on toteutettu helmi- huhtikuussa 2018 pilottihanke, jossa hätäkeskuksen arvioimat kiireettömät ensihoidotehtävät (D- luokan tehtävät) ohjattiin terveydenhuollon puhelintriageen hätäkeskuksen tekemän riskinarvion jälkeen. Puhelintriagehoitaja soitti asiakkaille tunnin sisällä ja teki hoidon tarpeen arvion. Hoitajan tekemän arvion perusteella potilaan luo lähetettiin ensihoido, tilattiin taksi, ohjattiin potilas hakeutumaan päivystykseen tai ohjeistettiin potilasta muilla tavoin. Kainuun soten pilottiprojekti on osa STM:n 116117 –hanketta.

Opinnäytetyömme tarkoituksena on kuvailla Kainuussa D-pilotissa mukana olevien puhelinhoitajien kokemuksia hoidon tarpeen arvioinnin laadusta sekä onnistuneista hoidon tarpeen arvioinneista. Tavoitteena on luoda laatusuositukset hoidon tarpeen arviointiin puhelimesta. Opinnäytetyömme ohjaajina ovat lehtori Petri Roivainen sekä lehtori ja tutkintovastaava Raija Rajala Oulun ammattikorkeakoulusta.

Pyydämme asiantuntijaryhmään D- pilotin projekti- ja tutkimusryhmän jäseniä, joilla on kokemusta laatutyöstä, hoidon tarpeen arvioinnista, johtotehtävistä sekä hoitotyöstä. Asiantuntijaryhmään osallistuminen eli tähän kyselyyn vastaaminen on täysin vapaaehtoista. Vastaukset käsitellään ehdottoman luottamuksellisesti. Toivomme vastausta mahdollisimman pian, mutta viimeistään 30.6.2018 mennessä. Annamme mielellämme lisätietoja opinnäytetyöstämme. Kyselyyn pääset vastaamaan alla olevan linkin kautta. Kysely sisältää kuusi avointa kysymystä ja vastaamiseen menee arviolta aikaa noin 10 minuuttia.

Ystävällisin terveisin

Niina Pälsynaho

Päivi Heikkinen

1. Mitä sinun mielestäsi on laadukas hoidon tarpeen arviointi puhelimessa? Mitä asioita siihen liittyy?
2. Miten tiimityötä voisi hyödyntää enemmän puhelimessa tehdyssä laadukkaassa hoidon tarpeen arvioinnissa?
3. Mitä resursseja mielestäsi hoidon tarpeen arviointi puhelimessa vaatii?
4. Millaista mielestäsi on laadukas vuorovaikutus puhelimessa tehtävässä hoidon tarpeen arvioinnissa?
5. Mitä vaikutuksia mielestäsi on puhelimessa tapahtuvalla hoidon tarpeen arvioinnilla potilaan hoitoprosessissa?
6. Mitkä ovat mielestäsi viisi tärkeintä laatutekijää hoidon tarpeen arviointiin puhelimessa?

OSAAMISTEKIJÄT		
Laatutekijä	Huomioitavaa	Laadun ulottuvuus
Terveystuon ammattihenkilö [7, 18, 19, 25]	Lakisääteinen	Palvelun laatu
Laaja työkokemus [1, 2, 7, 9, 14, 17, 25]	Monipuolinen ja pitkä työkokemus, väh. 5 vuoden työkokemus [1], ei noviisia [2]. Vuosien kokemus akuuttihoitotyöstä [2]. 2 § edellyttää työkokemusta [17]. Terveystuon ammattihenkilöllä pitää olla tehtävän edellyttämä osaaminen ja kokemus [25].	Kliininen laatu (osaaminen)
Lisäkoulutus ja ammatillinen kehittäminen [2, 5, 6, 7, 9, 10, 14, 17, 25, 26, 27, 30]	Ei noussut 1:ssä selkeästi, ikä korkeampi, kokemus vähäisempi => onko vaikutusta? Maininta ajan hermoilla pysymisestä [1]. Kun suunnitellaan koulutusta, tulee hoitajien ikä ja tarkoituksenmukaisen työkokemuksen huomioiminen [6]. Jokaisella työntekijällä on oikeus ja velvollisuus huolehtia tietojensa ja taitojensa jatkuvasta kehittämisestä ja ajantasaisuudesta [7]. Kehittävä hoitohenkilökunta [5]. Ammatillinen vastuu ylläpitää ja kehittää ohjausvalmiuksiaan [3]. Vastuullisuus [26]. Standardoitu koulutus [2]. Tulee tuntea hoidon tarpeen arvioinnin taustalla oleva lainsäädäntö [14]. Täydennyskoulutuksen merkitys korostuu, koska hoitokäytännöt muuttuvat jatkuvasti lääketieteen, teknologian ja resurssien kehityksen myötä [14]. 2§ asiamukainen koulutus [17]. Työnantajan on huolehdittava tehtävän edellyttämästä koulutuksesta, ohjauksesta ja valvonnasta [25]. Jatkuva parantaminen [27].	Kliininen laatu (osaaminen)
Palaute toiminnasta [1, 7, 9, 24, 26, 27]	Esimiehet antavat rakentavaa palautetta säännöllisesti ja oikea-aikaisesti [7]. Hoitoon ohjauksen laatua tulisi myös seurata ja huolehtia, että virheellisesti ohjatuista potilaista kertynyt tieto käytetään ohjeistuksen parantamiseen [24]. Henkilökunnan huomioiminen & johtajuus [27]. Oikeudenmukaisuus & avoimuus [26].	Kliininen laatu (osaaminen)
Suunniteltu perehdytysohjelma [1, 5, 7]	Perehdytetty henkilökunta [5].	Kliininen laatu (osaaminen)
Tietotekniset valmiudet [14] ja taidot [7, 16]	Ammattitaitoon kuuluu myös kyky käyttää työssä tarvittavaa välineistöä mukaan lukien tietojärjestelmät [7].	Kliininen laatu (osaaminen)

RESURSSITEKIJÄT		
Laatutekijä	Huomioitavaa	Laadun ulottuvuus
Tiimityö, konsultaation mahdollisuus [1, 2, 7, 9, 16, 27]	Osaamistarpeiden kasvaessa asiantuntijaverkoston merkitys on kasvanut [7]. Lähellä kokeneet työkaverit [1]. Lääkäri-hoitaja tiimit, laaja-alaiset kontaktit, moniammatillinen yhteistyö [2]. Tiedonhankinnassa kaikki hoitajat käyttivät konsultaatiomahdollisuutta [16].	Kliininen laatu (osaaminen)

	Vastuullisuus [26]. Yhteistyösuhteet [27].	
Strukturoitu ohjeistus, triage [1, 2, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 16, 27]	[1] ei yksimielinen Tulossa valtakunnalliset ohjausperiaatteet aikuisen kiireellisen hoidon osalta [8]. Tieteelliseen näyttöön perustuvat hoitoprotokollat, prosessit ovat kuvattuna [7]. Ohjeiden toteuttamista edesauttaa triage protokollan käyttö [11]. Päivystyshoidon kriteerit on tärkeää sopia ja noudattaa niitä niin terveyskeskuksissa kuin päivystyspoliklinikoillakin [9]. Prosessimainen ajattelu [27].	Palvelun laatu (oikea-aikaisuus), Prosessin laatu (sujuvuus)
Ohjataan hoitoon luokittelun mukaisesti! [2, 5, 7, 8, 27]	Elintärkeä virtaushallinnan työkalu, potilas oikeaan paikkaan ja oikeaan aikaan [2]. Paikalliset ohjeet riippuen palvelujen saatavuudesta [7, 8]. Puhelinhoitajan tulee tuntea alueen palvelujen saatavuus, ajantasainen tieto [1, 2]. Hyvä ja oikeudenmukainen kohtelu [5]. Prosessimainen ajattelutapa, systeemijattelu [27].	Palvelun laatu (oikea-aikaisuus)
Potilastietojärjestelmä [1, 2, 17]	Perussairaudet, lääkitykset [1]. 2 § käytettävissä tulee olla potilasasiakirjat [17]. Potilaslain mukaiset potilasasiakirjamerkinnot [28].	
Ohjauksen tukena käytetään työkaluja/apuvälineitä [1, 2, 7, 10, 14]	STM:n kiireettömän hoidon perusteet [7], Käypä hoitosuositus [1, 7], Terveysportti [1, 14].	
Riittävät resurssit [1, 7, 9]	Toiminnan suunnittelussa varmistetaan henkilöstön riittävyys [7]. Ehdotusmittariksi: odotusaika puhelimeen vastaamisessa, soitettujen, vastattujen ja vastaamatta jääneiden puhelujen määrät sekä vasteajat takaisinsoitossa [7]. Soittoihin on vastattava nopeasti, koska muuten potilas lähtee päivystykseen [9].	Palvelun laatu [oikea-aikaisuus] Prosessin laatu (sujuvuus)
Puhelinhoitaja varaa riittävästi aikaa puhelun käsittelyyn [1, 7, 8, 10]	Potilaalle tulee turvata riittävä ohjauksen saanti [3].	Palvelun laatu (potilaskeskeisyys)
Vaikuttavuus laatu-tekijänä [2, 5, 7, 10, 14]	Reaktiivisen puhelinohjauksen vaikutukset kohdistuvat asiakkaisiin, hoitoyksiköihin, terveystalouksia tuottaviin organisaatioihin ja terveystalouksien järjestelmään [10]. Työntekijöiden pyrkimyksenä tulee olla koko ajan hoidon vaikuttavuuden kehittäminen ja parantaminen, joka edellyttää hoitotulosten seurantaan. Johdon näkökulmassa lisäksi kustannusvaikuttavuus [7]. Laatu-tekijöinä vaikuttavuus eli ohjauksen lopputulos [3]. Kustannusvaikutus, sillä päivystyksen ja ensihoidon kuormitus vähenee, triage tehdään vain kerran, jouduttaa prosessia. Hoitoon ohjautuminen tehostuu ja kohdentuu oikein ts. tarkoituksen mukaiseen yksikköön, saa nopeammin oikeanlaisen avun. [2]. [5]. Vaikutuksia terveydenhuoltojärjestelmän kokonaiskustannuksiin, hoitoprosessien sujuvuuteen, henkilöstön työpanoksen oikeaan kohdentumiseen ja	Vaikuttavuus

	ennen kaikkea yksittäisen potilaan hoidon onnistumiseen sekä hänen läheistensä kokemuksiin hoidon laadusta [14].	
--	--	--

YMPÄRISTÖTEKIJÄT		
Laatutekijä	Huomioitavaa	Laadun ulottuvuus
Asianmukaiset tilat [1, 3]	Laadukas potilasohjaus vaatii asianmukaisia toimintaedellytyksiä toimitilojen suhteen [3]. Äänieristys, ilmastoidut tilat, hyvät omat työtilat (tuolit, työpöydät) [1].	Prosessin laatu (sujuvuus)

PERSOONATEKIJÄT		
Laatutekijä	Huomioitavaa	Laadun ulottuvuus
Potilaslähtöisyys [1, 2, 3, 4, 5, 7, 10, 19, 26, 27]	Potilaskeskeisyys ja yhdenvertainen kohtelu kuuluu kaikkiin palveluketjun vaiheisiin [7]. Asiakaslähtöisyydellä = palvelujen saatavuutta, asiakkaan yksilöllisyyden huomioimista, aktiivisuuden turvaamista päätöksen teossa ja asiakkaan selviytymisen vahvistamista sekä hoidon jatkuvuuden turvaamista [10]. Laadukas potilasohjaus on aina potilaan tarpeista lähtevää [3]. Viidennes arvioi, ettei ollut potilaslähtöistä [4].	Palvelun laatu (potilaskeskeisyys)
Luottamuksellinen vuorovaikutussuhde [1, 2, 3, 4, 5, 10, 14, 15, 20-23, 26] ja tunneulottuvuuden huomioiminen [3], intuitio [1, 2, 14].	Vuorovaikutuksessa keskeistä tukea potilasta aktiivisuuteen ja tavoitteellisuuteen. Kun potilas saa myönteistä palautetta ja hänen ongelmistaan ollaan kiinnostuneita, hän kokee arvostusta ja turvallisuutta sekä pystyy hyödyntämään saamaansa ohjausta [3]. Onnistunut vuorovaikutteinen ohjaussuhde mahdollistaa potilaan ja hoitohenkilöstön välisen aktiivisen ja tavoitteellisen toiminnan [4]. Luottamuksen ilmapiiri on oleellinen asia. Vuorovaikutus vaatii kaksisuuntaisuutta. Ensimmäiset hetket ovat tärkeitä [1, 14]. Vastavuorovaikutus, ottaa selville todellisen tilanteen [15].	Palvelun laatu (potilaskeskeisyys)
Luonteenpiirteet [1, 2, 9, 14, 15, 26]	Kuuntelemisen taito [1, 2, 15], sosiaalisuus, ystävällisyys, tarkkuus, laaja-alaisuus, elämäkokemus, avoimuus [1, 26], ihmistuntemus, asiakkeskeisyyden hallinta [1]. Ymmärtämisen taito, palvelualltius, viestintäkyky [2]. Päätöksentekokyky [2, 14]. Tilanetajua ja myötäelämiskykyä [9].	Palvelun laatu (potilaskeskeisyys)
Asenne [3, 4, 5]	Laadukas potilasohjaus vaatii asianmukaisia toimintaedellytyksiä hoitohenkilökunnalta [3]. Laadukas potilasohjaus on sidoksissa sekä hoitohenkilökunnan että potilaan taustatekijöihin, kuten motivaatioon [3, 5] ja arvoihin [3].	

TAULUKON LÄHTEET

[1] Heikkinen & Pälsynaho 2019. Laadullinen tutkimus: Puhelinhoitajien haastattelu. [2] Heikkinen & Pälsynaho 2019. Laadullinen tutkimus: Asiantuntijoille osoitettu kysely. [3] Lipponen, Kanste, Kyngäs & Ukko-la 2008. Henkilöstön käsitykset potilasohjauksen toimintaedellytyksistä ja toteutuksesta perusterveydenhuollossa. [4] Kääriäinen 2007. Potilasohjauksen laatu: Hypoteettisen mallin kehittäminen. [5] Hyvän hoidon kriteerit Kainuun sotessa. [6] Kaakinen, Kyngäs, Tarkiainen & Kääriäinen 2016. The effects of intervention on quality of telephone triage at an emergency unit in Finland: Nurse's perspective. [7] Suomen Kuntaliitto 2011. Terveystieteiden laatuopas. [8] Ilkka 2019. Sosiaali- ja terveysministeriö, sähköpostikeskustelu. [9] Vaula 2016. Päivystys on päivystyshoitoa varten. [10] Orava 2010. Puhelinohjaus hoitotyön menetelmänä. Systemaattinen kirjallisuuskatsaus. [11] Gibson, Randall, Havard, Byrne, Robinson, Lawler & Jorm 2017. Compliance with telephone triage advice among adults aged 45 years and older: an Australian data linkage study. [12] Tariq, Westbrook, Byrne, Robinson & Baysari 2017. Applying a human factors approach to improve usability of decision support system in tele-nursing. [13] Smits, Keizer, Ram & Giesen 2017. Development and testing of the KERNset: an instrument to assess the quality of telephone triage in out-of-hours primary care services. [14] Syväoja & Äijälä 2009. Hoidon tarpeen arviointi. [15] Blank, Coster, O' Cathain, Knowles, Tosh & Turner 2012. The appropriateness of, and compliance with, telephone triage decisions: a systematic review and narrative synthesis. [16] Tyyskä 2012. Tiedonhallinta terveydenhuollon puhelinohjauksessa. [17] Valtioneuvoston asetus 1019/2004 hoitoon pääsyn toteuttamisesta ja alueellisesta yhteistyöstä. [18] Terveystieteiden laatuopas 1326/2010. [19] Kansanterveyslaki 66/1972. [20] Purc-Stephenson & Thrasher 2012. Patient compliance with telephone triage recommendations: a meta-analytic review [21] Sprivilis, Carey & Rouse 2004. Compliance with advice and appropriateness of emergency presentation following contact with the Health Direct telephone triage service. [22] Campbell, Fletcher, Britten, Green, Holt & Lattimer et al. 2015. The clinical effectiveness and cost-effectiveness of telephone triage for managing same-day consultation request in general practice: a cluster randomised controlled trial comparing general practitioner-led and nurse-led management systems with usual care (the ESTEEM trial). [23] Ng, Fatovich, Turner, Wurmel, Skevington & Phillips 2012. Appropriateness of healthdirect referrals to the emergency department compared with self-referrals and GP referrals. [24] Soininen 2019. Päivystysapu 116117 – Kiireellistä hoidon tarpeen arviota ennalta määritellyin kriteerein. [25] Valvira, sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontavirasto 2019. Hoidon tarpeen arviointi. [26] Kainuun sotien arvot. [27] Kainuun sotien laadunhallinnan periaatteet. [28] Sosiaali- ja terveysministeriön asetus potilasasiakirjoista 298/2009. [29] Sosiaali- ja terveysministeriö & Kuntaliitto 2014. Laatu ja turvallisuus ensihoidossa ja päivystyksessä suunnittelusta toteutukseen ja arviointiin. [30] Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2010:4. Yhtenäiset päivystyshoidon perusteet.



Kainuun sosiaali- ja
terveydenhuollon kuntayhtymä

Laatusuositukset hoidon tarpeen arviointiin puhelimesta 1(2)

Laatusuositukset hoidon tarpeen arviointiin puhelimesta ovat osa akuuttipalveluiden laatukäsikirjaa. Laatusuosituksen tavoitteena on turvata laadukas sekä yhdenmukainen hoidon tarpeen arviointi Kainuun sosiaali- ja terveydenhuollon kuntayhtymän päivystysapu 116117 puhelinpalvelussa. Laatusuositukset ovat väline puhelimesta tehtävän hoidon tarpeen arvioinnin kehittämiseen sekä arviointiin. Niitä voidaan myös hyödyntää rekrytointin, perehdytyksen, kehityskeskustelujen sekä työnvaativuuden arvioinnin apuna.

Laatusuositukset hoidon tarpeen arviointiin puhelimesta on laadittu aiemman tutkimustiedon, Kainuun D-pilotin puhelinhoitajien laadullisen haastattelun sekä asiantuntijoiden laadullisen kyselyn perusteella. Laatusuositukset on laadittu Kuntaliiton Terveystieteiden laatuoppaan laadun ulottuvuudet sekä Kainuun sosiaali- ja terveydenhuollon kuntayhtymän toimintaa ohjaavat arvot sekä hyvän hoidon kriteerit huomioon ottaen.

Tarkempi kuvaus: <linkki valmiiseen opinnäytetyöhön>

- Puhelinhoitaja on laillistettu terveydenhuollon ammattihenkilö, sairaanhoitaja. Hän toimii sosiaali- ja terveydenhuollon lakien ja asetusten sekä eettisten periaatteiden mukaan. Toiminta on näyttöön perustuvaa ja siinä korostuu asiakaslähtöisyys ja potilasturvallisuus.
- Puhelinhoitajalla on vähintään 5 vuoden työkokemus kliinisestä hoitotyöstä sisältäen akuuttihoitotyötä.
 - Jokaisella puhelinhoitajalla on oikeus ja velvollisuus huolehtia tietojensa ja taitojensa jatkuvasta kehittämisestä ja ajantasaisuudesta.
 - Työnantaja huolehtii tehtävän edellyttämästä koulutuksesta, ohjauksesta ja valvonnasta.
 - Puhelinhoitaja saa palautetta hoidon tarpeen arvioinnista sekä potilaiden hoitoon ohjauksesta.
 - Työnantaja antaa säännöllisen palautteen puhelinhoitajalle.
 - Palaute moniammatilliselta tiimiltä Haipron ja Learning from Excellencen kautta sekä potilailta Qpron kautta.
- Puhelinhoitaja saa suunnitelmallisen ja riittävän perehdytyksen työhönsä.
- Puhelinhoitajalla on riittävät tietotekniset valmiudet ja taidot hallitakseen sujuvasti tietojärjestelmien käytön.



Laatusuositukset hoidon tarpeen arviointiin puhelimesta 2(2)

- Jokaisen potilaan kohdalla puhelut käsitellään Kainuun sotien triage-ohjeistuksen mukaisesti, jonka perusteella annetaan hoito-ohjeet, ohjataan tarkoituksenmukaiseen palvelun piiriin tai annetaan terveysneuvontaa.
 - Päätöksenteon tukena puhelinhoitaja käyttää potilastietojärjestelmää, jonne myös tehdään potilaslain mukaiset potilasasiakirjamerkinnät.
 - Puhelinhoitajalla on aina mahdollisuus konsultoida lääkäriä.
 - Ohjauksen tukena puhelinhoitaja käyttää apuvälineenä Käypä Hoito- suosituksia, Terveystieteiden tutkimuskeskuksen (Terveystieteiden tutkimuskeskus) ja Terveystieteiden tutkimuskeskuksen (Terveystieteiden tutkimuskeskus) tuottamaa informaatiota sekä moniammatillista tiimiä.
 - Puhelinhoitaja tuntee palvelujen saatavuuden Kainuussa.
- Työnantaja varmistaa riittävän puhelinhoitajien määrän työvuoroa kohden, jotta puheluihin vastataan riittävän nopeasti eivätkä takaisinsoittoviiveet kasva liian pitkiksi. Laadukas hoidon tarpeen arviointi puhelimesta vaatii aikaa. Potilaalle turvataan riittävä ohjauksen saanti, joten puhelinhoitajan antaa riittävästi aikaa yhden puhelun käsittelyyn, vähintään 4 -7 minuuttia.
 - Työnantaja seuraa takaisinsoittoviiveitä neljännesvuosittain.
- Puhelinhoitajan työtila on rauhallinen sekä asianmukainen, jossa on riittävä äänieristys puhelinhoitajien välillä ja ergonominen työpiste.
- Laadukas hoidon tarpeen arviointi puhelimesta edellyttää puhelinhoitajalta erittäin hyviä vuorovaikutustaitoja.
 - Vuorovaikutussuhteessa korostuvat yhteistyötaidot sekä luottamuksellinen vastavuoroinen vuorovaikutus.
 - Puhelinhoitajalla on hyvä itsenäinen päätöksentekokyky sekä kommunikaatiotaidot.
- Puhelinhoitaja tiedostaa laadukkaan puhelimesta tehtävän hoidon tarpeen arvioinnin ja ohjauksen vaikuttavuuden yksittäisen potilaan hoidon onnistumisen kannalta. Lisäksi vaikuttavuus tiedostetaan terveydenhuoltojärjestelmän kokonaiskustannuksiin, hoitoprosessin sujuvuuteen ja henkilöstön työpanoksen oikeaan kohdentumiseen.

Minua on pyydetty osallistumaan tutkimukseen Laatusuositukset hoidon tarpeen arviointiin puhelimesta.

Olen perehtynyt annettuun selvitykseen ja saanut riittävästi tietoa tutkimuksesta ja sen yhteydessä suoritettavasta tietojen keräämisestä, käsittelystä ja luovuttamisesta. Tutkimuksen sisältö on kerrottu minulle myös suullisesti ja olen saanut riittävän vastauksen kaikkiin tutkimusta koskeviin kysymyksiini. Selvitykset antoivat Päivi Heikkinen ja Niina Pällynaho. Minulla on ollut riittävästi aikaa harkita tutkimukseen osallistumista.

Ymmärrän, että tähän tutkimukseen osallistuminen on vapaaehtoista. Minulla on oikeus milloin tahansa tutkimuksen aikana ja syytä ilmoittamatta keskeyttää tutkimukseen osallistuminen tai peruuttaa suostumukseni tutkimukseen. Tutkimuksen keskeyttämisestä tai suostumuksen peruuttamisesta ei aiheudu minulle mitään.

Allekirjoituksellani vahvistan, että osallistun tässä asiakirjassa kuvattuun tutkimukseen ja suostun vapaaehtoisesti tutkittavaksi. Annan luvan käsitellä minulta saatuja tietoja tutkimuksessa.

Allekirjoitus

Päiväys

Nimen selvennys

Virka-asema