



Avoterveydenhuollon kiireetön hoidontarpeen arviointi

Selvitys kasvavien puhelumäärien sisällöstä

Arja Pihlasaho

Opinnäytetyö, ylempi AMK

Huhtikuu 2024

Sosiaali- ja terveystieteiden laitos

Sosiaali- ja terveystieteiden johtaminen ja kehittäminen

Pihlasaho, Arja

Avoterveydenhuollon kiireetön hoidon tarpeen arviointi – selvitys kasvavien puhelumäärien sisällöstä

Jyväskylä: Jyväskylän ammattikorkeakoulu. Huhtikuu 2024, 49 sivua.

Sosiaali- ja terveysalan ylempi AMK tutkinto-ohjelma. Opinnäytetyö ylempi AMK.

Julkaisun kieli: suomi

Julkaisulupa avoimessa verkossa: kyllä

Tiivistelmä

Kiireettömään hoitoon pääsystä on käyty runsaasti keskusteluja eri viestimissä, ja keskustelu on vain lisääntynyt, kun Suomessa siirryttiin valtakunnallisesti hyvinvointialueisiin. Väestön keskuudessa koetaan, että hoitoon pääsy on vaikeaa ja odotusajat hoitoon venyvät kohtuuttoman pitkiksi. Yksi käytetyimmistä tavoista ottaa yhteyttä omalle terveysasemalle tapahtuu puhelimitse. Useimmiten terveysasemalla on puhelinlinjat erikseen kiireelliseen ja kiireettömään hoitoon, joilla hoidon tarpeen arviointi tapahtuu.

Opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää millaisissa asioissa asiakkaat ottavat yhteyttä kiireettömän hoidon tarpeen arvioinnin puhelinlinjalle, mikäli heidän asiansa ei liittynyt hoidon tarpeen arviointiin. Opinnäytetyön tavoitteena oli kehittää puhelinpalveluiden ohjautumista ja niiden syitä.

Opinnäytetyö toteutettiin laadullisena tutkimuksena. Kohderyhmänä olivat asiakkaat, jotka soittivat terveysaseman kiireettömän hoidon tarpeen arvioinnin puhelinlinjalle. Aineistonkeruu tapahtui kyselylomakkeella, jonka hoidon tarpeen arvioinnin puhelinlinjalla työskentelevät hoitajat täyttivät. Kyselyn tulokset analysoitiin aineistolähtöisellä sisällönanalyysimenetelmällä.

Analyyysin tuloksena esille nousi hoidon tarpeen arvioinnin linjalle tulevista puheluista kuusi eri osa-aluetta, jotka eivät koskeneet hoidon tarpeen arviointia. Suurimpina kokonaisuuksina esille nousi laboratorio- ja reseptiasiat. Pienempiä asiakokonaisuuksia olivat yhteystiedot, ajan tarkistus, jatkohoito- ja lääkehoito, potilaan ohjaaminen sekä ajanvaraus.

Puheluiden määrää, jotka eivät koske hoidon tarpeen arviointia, saadaan jatkossa vähennettyä lisäämällä erilaisten sähköisten palveluiden käyttöä. Tässä merkittävässä roolissa ovat terveydenhuollon ammattilaiset. Ohjaamalla ja opastamalla potilaita sähköisten palveluiden käyttöön, vähentää se puhelimitse tapahtuvia yhteydenottoja.

Opinnäytetyön avulla saatiin tärkeää tietoa puhelujen sisällöstä, jota voidaan hyödyntää organisaatiossa henkilötöissä, mietittäessä uusia toimintamalleja ja käytäntöjä.

Avainsanat (asiasanat)

Hoidon tarpeen arviointi, puhelinohjaus, sähköinen asiointi, osaamisvaatimukset

Muut tiedot (salassa pidettävät liitteet)

-

Pihlasaho, Arja

Assessment of non-urgent healthcare needs in open access healthcare – a study on the content of increasing call volumes

Jyväskylä: JAMK University of Applied Sciences, April 2024, 49 pages.

Health and well-being. Master's Degree Programme in Social and Healthcare. Master's thesis.

Permission for open access publication: Yes

Language of publication: Finnish

Abstract

There have been extensive discussions in various channels about access to non-urgent care, and the discussion has only increased as Finland transitioned to regional welfare areas nationwide. Among the population, there is a perception that accessing care is difficult and waiting times for treatment are unreasonably long. One of the most used methods of contacting one's own health center is by phone. Most health centers have separate phone lines for urgent and non-urgent care, through which the assessment of the need for care takes place.

The purpose of the thesis was to investigate the reasons why customers contact the phone line for assessing the need for non-urgent care, if their issue was not related to the assessment of the need for care. The aim of the thesis was to develop the routing of phone services and their causes.

The thesis was conducted as a qualitative study. The target group consisted of customers who called the health center's phone line for assessing the need for non-urgent care. Data collection was done with a questionnaire filled out by nurses working on the phone line for assessing the need for care. The results of the survey were analyzed using a data-driven content analysis method.

As a result of the analysis, six different sub-areas of calls to the line for assessing the need for care emerged that did not concern the assessment of the need for care. The main areas were laboratory and prescription issues. Smaller topic areas included contact information, appointment confirmation, follow-up care and medication, patient guidance, and appointment scheduling.

The number of calls that do not concern the assessment of the need for care can be reduced in the future by increasing the use of various electronic services. Health care professionals play a significant role in this. By directing and guiding patients to use electronic services, it reduces phone inquiries.

The thesis provided important information about the content of calls that can be utilized in organizational development, when considering new operational models and practices.

Keywords/tags (subjects)

Assessment of the need for care, telephone guidance, electronic transactions, competency requirements

Miscellaneous (Confidential information)

-

Sisältö

1	Johdanto	3
2	Avoterveydenhuollon kiireetön hoito ja hoidon tarpeen arviointi	4
2.1	Hoidon tarpeen arviointi	5
2.2	Puhelimitse tehtävä hoidon tarpeen arviointi	6
3	Hoidon tarpeen arviointia ohjaava lainsäädäntö	9
3.1	Hoitotakuu.....	9
3.2	Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä	10
3.3	Asetus potilasasiakirjoista	11
4	Ammattilaisten osaamisvaatimukset hoidon tarpeen arvioinnissa.....	11
4.1	Teoreettinen osaaminen	11
4.2	Kliininen osaaminen	14
4.3	Vuorovaikutusosaaminen	16
4.4	Ohjausosaaminen.....	19
5	Opinnäytetyön tarkoitus, tavoite ja tutkimuskysymys	21
6	Tutkimuksen toteutus.....	21
6.1	Laadullinen tutkimus.....	21
6.2	Kohdejoukko.....	22
6.3	Aineistonkeruu	23
6.4	Aineiston analyysi.....	24
7	Opinnäytetyön tulokset	29
8	Pohdinta.....	34
8.1	Tutkimustulosten tarkastelu	34
8.2	Opinnäytetyön eettisyys ja luotettavuus	38
8.3	Johtopäätökset ja jatkokehittäminen	40
	Lähteet	43
	Liitteet	48
	Liite 1. Aineistonkeruun saatekirje.....	48
	Liite 2. Aineistonkeruu lomake	49

Kuviot

Kuvio 1. Hoitotyön hakijoiden käsitys hoitotyön ammatista (Glerean, Hupli, Talman & Haavisto 2019, 394, muokattu).	13
Kuvio 2. Sisällönanalyysin etenemisen vaiheet (Elo, Kajula, Tohmola & Kääriäinen 2022, 219).25	

Kuvio 3. Aineistolähtöisen sisällönanalyysin eteneminen (Tuomi & Sarajärvi 2018, 123, muokattu).	28
Kuvio 4. Esimerkki aineiston analyysistä.....	29
Kuvio 5. Yhteydenoton syyt.	33

1 Johdanto

Mediassa ja yleisessä valtakunnallisessa keskustelussa on tuotu esille hoitoon pääsyn nykytilaa. Yhä enemmän käydään keskustelua siitä, ettei hoitoon pääse tai hoito pitkittyy jatkuvan resurssipulan vuoksi. Tämä julkinen keskustelu on vain lisääntynyt ja syventynyt sen myötä, kun Suomessa siirryttiin valtakunnallisesti hyvinvointialueisiin. Edeltävien kuukausien aikana keskustelua ovat lisänneet mediassa esille tuodut säästötoimenpiteet, jotka koskevat valtakunnallisesti sosiaali- ja terveydenhuollon palveluja eri hyvinvointialueilla. Tämä on luonnollisesti herättänyt huolta palveluita käyttävien kansalaisten keskuudessa siitä, miten tämä tulee vaikuttamaan hoitoon pääsyyn ja missä lähipalvelut tulevaisuudessa sijaitsevat.

Aiemmin sosiaali- ja terveystalvija sekä pelastustoimen palveluja järjestivät kunnat ja kuntayhtymät. Järjestämisvastuu siirrettiin 1.1.2023 hyvinvointialueille, joita Suomessa on 21. Alueet muodostuvat maakuntajaon pohjalta. Poikkeuksena on Uudenmaan maakunta, joka on jaettu neljään eri hyvinvointialueeseen. (Hyvinvointialueet vastaavat sote-palvelujen ja pelastustoimen järjestämisestä 2023.) Hyvinvointialueille siirtymisen vuoksi alueilla on ollut paljon hallinnollisia muutoksia kuten myös tietojärjestelmien muutoksia sekä näihin liittyviä koulutuksia, jotka ovat vaikuttaneet siihen, että hoitoon pääsy on viivästynyt (Terveysasemien kiireettömistä lääkärikäynneistä...2023).

Tutkimuksen kohteena olevassa työyhteisössä on kiinnitetty huomiota siihen, kuinka yhteydenottojen määrä on kasvanut siirryttäessä hyvinvointialueelle. Terveysasemalle tulevien puheluiden määrä on selkeästi lisääntynyt ja niiden kesto pidentynyt aiempaan verrattuna. Alueella on tarjolla myös erilaisia sähköisiä palveluja, mutta ne eivät ainakaan vielä ole saavuttaneet sitä suosiota kansalaisten keskuudessa yhteydenottokanavana kuin ammattilaiset ovat toivoneet. Tutkimuskohteena olevassa työyhteisössä edelleen yleisin yhteydenottokanava avoterveydenhuollon kiireettömään hoitoon on soittaminen hoidon tarpeen arvioinnin puhelimeen tai tulemalla paikanpäälle terveydenhuollon yksikköön.

Opinnäytetyön tarkoituksena on selvittää kiireettömään palvelunumeroon tulevien puheluiden sisältö. Palvelunumero on tarkoitettu hoidon tarpeen arviointiin ja puhelinpalvelun työntekijöiltä tulleen palautteen mukaan kaikki puhelut eivät koske hoidon tarpeen arviointia ollenkaan. Työyhteisön kannalta on tärkeää selvittää, missä määrin tulevissa puheluissa on aiheena jokin muu asia

kuin varsinainen hoidon tarpeen arviointi. Tarkoituksena on kartoittaa, mitä muita aihealueita puhelut koskevat. Tämän opinnäytetyön myötä on mahdollista tehdä esimerkiksi toimintamuutoksia, mikäli todetaan, että järjestelmällisesti jokin tietty aihe tai aihealue toistuu, jonka vuoksi terveydenhuollon yksikköön soitetaan.

Opinnäytetyö tehdään terveydenhuollon ammattilaisten näkökulmasta ja keskitytään nimenomaan kiireettömän hoidon tarpeen arviointiin, joka tapahtuu puhelimitse. Kasvotusten tai sähköisten kanavien kautta tapahtuva hoidon tarpeen arviointi ja asiointi jätetään tässä työssä ulkopuolelle.

2 Avoterveydenhuollon kiireetön hoito ja hoidon tarpeen arviointi

Suomessa hoitoon pääsyä ohjaa terveydenhuoltolaki, joka määrittää, että potilaan on saatava yhteys terveyskeskukseen tai johonkin muuhun terveydenhuollon yksikköön saman päivän aikana. Yhteydenoton yhteydessä määritellään mitä tai minkälaista hoitoa potilas tarvitsee sekä hoidon kiireellisyys. Tämän arvioinnin tekee laillistettu terveydenhuollon ammattihenkilö. (L1326/2010, 51 §.)

Kiireettömään hoitoon pääsyssä on valtakunnallisesti suuriakin eroja. Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen raportin mukaan maaliskuussa 2023 kiireettömälle lääkärin vastaanotolle pääsi viikon sisällä hoidon tarpeen arvioinnista 49 prosenttia. Mutta esimerkiksi Pohjois-Suomen alueella vastaavana aikana viikon sisällä lääkärin vastaanotolle pääsi vain 37 prosenttia. Yhteenlasketuista käynneistä eli jotka sisälsivät käynnit joko lääkärillä, sairaanhoitajalla tai terveydenhoitajalla toteutui 72 prosenttia viikon sisällä hoidon tarpeen arvioinnin tekemisestä. Huomioitavaa on myös se, että kaikilla eri aluehallintovirastojen alueilla oli asukkaita, jotka olivat odottaneet lääkärille pääsyä yli kolme kuukautta. (Hoitoonpääsy perusterveydenhuollossa 2023.)

Muutosta parempaan on kuitenkin nähtävissä. Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen (2023) julkaiseman uusimman raportin mukaan lokakuussa 2023 avoterveydenhuollon kiireettömään hoitoon lääkärille pääsi jo viikon kuluessa. Nähtävissä oli siis selkeä kehitys siihen, että aiemmin kiireettömään hoitoon liittyvät odotusajat olivat koko ajan pidentyneet mutta nyt odotusaikojen pidentyminen oli pysähtynyt ja odotusajat olivat lyhentyneet. Raportissa on nähtävissä myös digitalisaation lisääntyminen eli 14 vuorokauden sisällä tapahtuvista lääkärikäynneistä 40 prosenttia ja

hoitajakäynneistä 70 prosenttia toteutui etäpalveluina. (Hoitoonpääsy perusterveydenhuollossa 2023.)

Länsimaissa perusterveydenhuollossa koetaan haasteita siinä, että väestö vaatii lisääntyvässä määrin hoidon helppoa saatavuutta. Samalla myös pitkäaikaissairauksista kärsivien potilaiden määrää on kasvanut, joka osaltaan myös vaikeuttaa hoitoon pääsyä. Myös terveydenhuollon resurssipula vaikuttaa asiaan. Yhtenä ratkaisuna näihin ongelmiin on esitetty hoitajien tekemää hoidon tarpeen arviointia puhelimitse. Toiminnan tarkoituksena on vähentää kasvokkain tapahtuvaa kontaktia.

(Kaminsky, Aurin, Hedin, Andersson & Andre 2020, 2.)

2.1 Hoidon tarpeen arviointi

Hoidon tarpeen arvioinnilla tarkoitetaan hoitoprosessin vaiheisiin liittyvää toimintaa, jossa terveydenhuollon ammattihenkilö tekee arvion potilaan senhetkistä terveydentilasta ja toimintakyvystä sekä siitä millaista ja kuinka kiireellisestä hoitoa potilas tarvitsee. (Saukkonen & Ålander 2021, 3–4; Roivainen, 2022, 30.) Hoidon tarpeen arvioinnin tavoitteena on turvata hoito, joka perustuu sekä hoidon tarpeeseen että tasoittaa eroja hoitoon pääsystä. Samalla se lisää hoitoon pääsyn oikeudenmukaisuutta ja yhdenvertaisuutta. Laissa määritellään, että potilaalle ei ole oikeutta saada hoitoa mutta hänellä on laillinen oikeus hoidon tarpeen arviointiin. (Syväoja & Äijälä 2009, 9.) Mikäli hoitoa ei voida antaa laissa säädettyjen enimmäisaikojen puitteissa on potilaalle viivytystä ja enimmäisaikojen puitteissa järjestettävä mahdollisuus saada samaa hoitoa muilta palveluntuottajilta (A1019/2004, 4 §).

Hoidon tarpeen arviointi voidaan toteuttaa myös puhelinvälisenä palveluna. On huomioitavaa, että tapahtuupa yhteydenotto kasvotusten tai puhelimitse, on sekä hoidon tarpeen arvioinnista että hoito-ohjeesta tehtävä asianmukaiset merkinnät potilasasiakirjoihin. Terveydenhuollon ammattilaisen on pyrittävä tunnistamaan kävijä tai soittaja. Myös siinä tapauksessa, että yhteydenottaja on joku potilaan puolesta asioiva, on hänetkin pystyttävä jollain tavalla tunnistamaan. Sekä potilaan että puolesta-asioijan tunnistamistavoista on tehtävä merkintä potilasasiakirjoihin. (A 1019/2004, 2–3 §.)

Syväojan ja Äijälän (2009) mukaan sairaanhoidon neuvonta jaetaan yleiseksi ja yksilölliseksi terveyden- ja sairaanhoidon neuvonnaksi. Puhelimitse tapahtuva hoidon tarpeen arviointi erotetaan yleisistä neuvontapalveluista. Siinä vaiheessa, kun otetaan kantaa yksilön terveydentilaan tai annetaan yksilöllisiä hoito-ohjeita, yleinen terveysneuvonta muuttuu yksilölliseksi neuvonnaksi. Puhelimitse tapahtuva toiminta on parhaimmillaan palvelua, jossa yksilö saa sekä yleistä terveydenhuollon neuvontaa, hoidon tarpeen arvioinnin sekä tarvittaessa ajanvarauksen. (Syväoja & Äijälä 2009, 19.)

Hoidon tarpeen arvioinnissa terveydenhuollon ammattilainen tekee arvioinnin ohjeistuksen, esimerkiksi Käypä hoito -suositusten mukaisesti. Lisäksi terveydenhuollon ammattilainen käyttää omaa koulutustaan, osaamistaan ja kokemustaan avuksi arvioidessaan potilaan hoidon tarvetta. Ammattilaisen kommunikaatiotaidot ovat avainasemassa hoidon tarpeen arvioinnissa, mitä paremmat taidot, sitä todennäköisemmin tehdään oikea arvio hoidon tarpeesta. Oikein tehdyllä arvioinnilla voidaan nähdä vaikutukset hoidon vaikuttavuuteen ja ehkäistä turhat käynnit terveydenhuollossa. (Syväoja & Äijälä 2009, 25–26; Mutanen 2020, 7.)

Hoidon tarpeen arvioinnin tekemiseen on tullut myös kiristyksiä. Aiemmin riitti, että hoidon tarpeen arviointi tehtiin kolmen vuorokauden sisällä. Nykyisin se on tehtävä joko yhteydenoton yhteydessä tai mikäli se ei ole mahdollista kuitenkin saman päivän aikana. Hoidon tarpeen arvio tekee laillistettu terveydenhuollon ammattihenkilö. Mikäli arviointia tekee riittävän kokemuksen ja osaamisen omaava nimikesuojattu terveydenhuollon ammattihenkilö, he saavat jatkaa tehtävissään 31.8.2027 saakka. Tämän jälkeen hoidon tarpeen arviointia voivat tehdä ainoastaan laillistettut terveydenhuollon ammattihenkilöt. (Perusterveydenhuollon hoitotakuu tiukkenee...2023.)

2.2 Puhelimitse tehtävä hoidon tarpeen arviointi

Puhelimitse tapahtuva neuvonta lisääntyy maailmanlaajuisesti koko ajan. Pääsyyinä tähän nähdään ensinnäkin vanhentuva väestö, toiseksi maahanmuuton lisääntyminen ja kolmanneksi koko ajan kasvavat digitaaliset palvelut. Siitä huolimatta, että hoitajilla on kokemusta puhelinneuvonnasta, nähdään siinä myös monia ongelmia. Tämä johtui siitä, että monet potilasturvallisuuteen liittyvät asiat eivät liity hoitajien yksilöllisiin tekijöihin vaan ulkoisiin tai organisatorisiin asioihin. Toimiva puhelinneuvonta nähdään tehokkaana tapana ohjata potilas oikean hoidon piiriin, joka on hyödyksi sekä potilaalle että ammattilaisille. (Berntsson, Eliasson & Beckman 2022, 1, 7.)

Kaminsky ja muut (2020) ovat todenneet, että hoitajat kokivat puhelimitse tapahtuvassa hoidon tarpeen arvioinnissa haasteellisimpana optimaalisen potilastiedon välittämisen, henkeä uhkaavan ja vaarattoman tilanteen erottamisen sekä soittajan odotuksien kohtaamisen. Optimaalisen tiedon välittäminen liittyi siihen, ettei hoitajilla ole mahdollisuutta tarkastella potilaan vointia visuaalisesti vaan on luotettava pelkästään potilaan antamiin tietoihin. Hoitajien epävarmuutta lisäsi myös se, että he pelkäsivät potilaiden tulkitsevan heidän antamia ohjeita väärin. Hoitajat pitivät tärkeänä myös huomioida epäsuorat vihjeet. Jotkut potilaat saattoivat liioitella oireitaan saadakseen ajan lääkärille, osa taas väheksyi vakaviakin oireita. (Kaminsky ym. 2020, 3–4.)

Toisena haasteena nähtiin vaikeus erottaa kiireellinen ja kiireetön vaiva. Tässä korostui hoitajan herkkyyys tulkita tilannetta sekä hoitajan kokemus. Kolmantena haasteena tutkimuksessa nähtiin soittajan vaatimusten kohtaaminen. Jotkut hoidon tarpeen arviointiin soittaneet olivat hyvinkin kärsimättömiä ja vaativat välitöntä hoitoa. Hoitajat kokivat, että he olivat jo ennen linjalle soittoaan päättäneet mitä asioita tulevat vaatimaan. Tähän hoitajat olivat pyrkineet vastaamaan keskustelemalla ja kuuntelemalla potilasta, jolloin potilaille tulee tunne, että heitä kuunnellaan ja he ovat sen myötä tyytyväisempiä. Tutkimuksessa korostettiin kommunikaation tärkeyttä, hoitajien koke-
musta sekä puhelimitse tehtävän hoidon tarpeen arvioinnin haasteellisuutta. (Kaminsky ym. 2020, 4–7.)

Gustafssonin ja Wahlberg (2023) ovat tutkineet puhelimitse tapahtuvaa sairaanhoitoa. Tutkimuksessa todettiin puhelinprosessissa olevan viisi eri vaihetta: Avaaminen, Kuunteleminen, Analysointi, Motivoiminen ja Päättyminen. Avausvaiheessa luodaan luottamussuhde ja perusta hyvälle viestinnälle. Siinä ilmaistaan kiinnostusta ja empatiaa sekä osoitetaan, että hoitajalla on aikaa kuunnella. Heijastelevalla kuuntelemisella tarkoitetaan empatian ja ymmärryksen ilmaisemista heijastavien vastausten avulla. Kuunteluvaiheessa hoitaja keskittyy soittajan kertomiin asioihin aktiivisesti ja osoittaa potilaalle hänen tulleen kuulluksi. Tämä tapahtuu esittämällä lyhyitä välikommentteja, kuten ”ok” ”ymmärrän” kuitenkin keskeyttämättä potilasta. Aktiivisella kuuntelulla on hyvin keskeinen rooli viestinnässä sekä emotionaalisen tuen tarjonnassa. Potilaan lopetettua hoitaja kertoo lyhyesti mitä on keskusteltu varmistaakseen, että on ymmärtänyt potilaan esittämän asian oikein. (Gustafsson & Wahlberg 2023, 7–10.)

Gustafssonin ja Wahlbergin (2023) mukaan tämän jälkeen siirrytään analysointivaiheeseen esittämällä potilaalle sekä avoimia että suljettuja kysymyksiä. Kysymysten tulee olla sellaisia, joihin ei voi vastata pelkästään kyllä tai ei. Tällöin potilaan on kerrottava oireistaan tai huolestaan enemmän ja tarkemmin. Hoitaja tarkistaa tarvittavat asiat potilastiedoista ja pyrkii saamaan kokonaisvaltaisen kuvan potilaan tilanteesta. Motivoimisvaiheessa tehdään lopullinen arvio, joka selitetään ja perustellaan potilaalle. Puhelun aikana pyritään yhteistoiminnalliseen päätöksentekoon, joka edistää potilaan tyytyväisyyttä ja valmiutta noudattaa ohjeita. Tämän jälkeen hoitaja varmistaa, että potilas on ymmärtänyt hänelle tehdyn arvion sekä ymmärtänyt annetut ohjeet. Lopuksi tulee päättämisvaihe, jossa potilaalle annetaan ohjeita esimerkiksi mitä oireita hänen tulee seurata ja missä tapauksessa tulee ottaa yhteyttä uudelleen. Yleisin syy potilaiden tyytymättömyyteen on viestinnän epäonnistuminen. (Gustafsson & Wahlberg 2023, 10–14.)

Tutkimuksessa myös todetaan, että vaikka käytössä on erilaisia, tietokoneavusteisia päätöksentekojärjestelmiä, hoitajan kliininen arvio on olennainen osa arvioitaessa potilaan tarvitsemaa hoitoa. Kun nämä toimintatavat ja hoitajan kliininen arvio pystytään integroimaan käytäntöön, on näillä toimilla mahdollista parantaa puhelimitse tapahtuvan hoidon laatua. Se vaatii myös jatkuvaa viestinnän, kriittisen ajattelun ja kliinisten taitojen kehittämistä. (Gustafsson & Wahlberg 2023, 16.)

Huomioitavaa on, että toimintamalleja muutettaessa myös työpaikan toimintakulttuuri muuttuu. Potilaiden odotukset liittyen perusterveydenhuoltoon ovat muuttuneet, samoin hoitoon hakeutumisen syyt. Usein potilaiden mieltämä kiireellinen hoidon syy muuttuu kiireettömäksi hoitajan tekemän hoidon tarpeen arvioinnin myötä. Tämä johtuu potilaiden puutteellisesta tietotaidosta liittyen sairauksiin ja oireisiin. Puhelimitse tapahtuva hoidon tarpeen arviointi koettiin kuitenkin hyväksi vaihtoehdoksi. (Gelin, Gesar, Källberg, Ehrenberg & Gustafsson 2023, 3.)

3 Hoidon tarpeen arviointia ohjaava lainsäädäntö

3.1 Hoitotakuu

Syväojan ja Äijälän mukaan (2009) ammattilaisen, joka tekee hoidon tarpeen arviointia, on hyvä tuntea sen taustalla vaikuttava lainsäädäntö (Syväoja & Äijälä 2009, 9). Sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisessä sovelletaan terveydenhuoltolakia. Tässä laissa terveydenhuoltoon sisältyy terveyden ja hyvinvoinnin edistäminen, perusterveydenhuolto sekä erikoissairaanhoido. Sitä myös sovelletaan kunnissa tehtävään mielenterveyden edistämiseen sekä ehkäisevään päihdetyöhön. Terveydenhuoltolain tarkoituksena on väestön terveyden, työ- ja toimintakyvyn sekä hyvinvoinnin edistäminen ja ylläpitäminen. Lailla pyritään myös kaventamaan eri väestöryhmien terveyseroja sekä toteuttamaan terveydenhuollon palveluja yhdenvertaisesti saatavuuden, laadun ja potilasturvallisuuden näkökulmasta. Tarkoituksena on myös vahvistaa palvelujen asiakaskeskeisyyttä, yhteistoimintaa eri toimijoiden välillä sekä perusterveydenhuollon toimintaedellytyksiä. (L 1326/2010, 1–2 §.)

Kansalaisella on oikeus valita miltä terveysasemalta hän hankkii terveydenhuollon palvelunsa, tähän ei vaikuta myöskään se millä hyvinvointialueella terveyskeskus sijaitsee. Terveyskeskuksen vaihtamisesta kansalaisen on tehtävä kirjallinen ilmoitus molempiin paikkoihin, sekä sille terveysasemalle, jossa hän tällä hetkellä asioi, että sille terveysasemalle, jonka palveluita hän siirtyy käyttämään. Vaihdon voi tehdä aikaisintaan vuoden kuluttua edellisestä vaihdoksesta. (L 1326/2010, 47 §.)

Lainsäädännölliset muutokset hoitoon pääsystä eli hoitotakuusta tulevat voimaan porrastetusti. 1.9.2023 tuli voimaan 14 vuorokauden hoitotakuu kiireettömään hoitoon pääsystä. (Hyvinvointialueet vastaavat sote-palvelujen ja pelastustoimen järjestämisestä 2023.) Tämä tarkoittaa että, hoidon tarpeen arvioinnin jälkeen potilaalle on järjestettävä ensimmäinen hoitotapahtuma laillistetun terveydenhuollon ammattihenkilön luona 14 vuorokauden kuluessa. Määräaika koskee tapauksia, joissa hoitoon hakeutumisen syynä on sairastuminen, pitkäaikaisen sairauden paheneminen, vamma tai jos potilaalla ilmenee jotain uusia oireita. Jos potilas ohjautuu jonkin muun terveydenhuollon ammattihenkilön vastaanotolle ja ammattihenkilö toteaa potilaan tarvitsevan lääkärin vastaanottoa, se on järjestettävä 7 vuorokauden kuluessa. (L 1326/2010, 51 §.)

Hoitotakuu tulee kiristymään edelleen 1.11.2024 jolloin perusterveydenhuollon kiireettömään hoitoon on päästävä 7 vuorokauden kuluessa (Perusterveydenhuollon hoitotakuu tiukkenee kahteen viikkoon syyskuussa 2023).

Yhteydenotto terveysasemalle voidaan järjestää puhelimitse, sähköisesti, terveysaseman nettisivujen, viestin, chatin tai läsnä käynnin kautta. Tapauksissa että, puhelimitse tapahtuviin yhteydenottoihin ei pystytä vastaamaan välittömästi, monella terveysasemalla on käytössään takaisinsoittojärjestelmä. Eri asiointitavoissa on huomioitava myös puhe- ja kuulovammaisten henkilöiden mahdollisuus yhteydenottoon. (Kiireettömään hoitoon pääsyä koskevat säännökset tiukentuvat 1.9.2023 alkaen.)

3.2 Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä

Laissa on määritelty kolme eri tasoa puhuttaessa terveydenhuollon ammattihenkilöistä. Terveydenhuollon ammattihenkilöllä tarkoitetaan henkilöä, jolla on ammatinharjoittamisoikeus eli hän on laillistettu ammattihenkilö, esimerkiksi sairaanhoitaja. Tai ammattihenkilöllä on ammatinharjoittamislupa eli luvan saanut ammattihenkilö esimerkiksi ulkomailla lääkäritutkinnon suorittanut henkilö. Tai hänellä on oikeus käyttää terveydenhuollon ammattihenkilön ammattinimikettä eli nimikesuojattu ammattihenkilö, esimerkiksi lähihoitaja. (L 559/1994, 2§.)

Lakimuutos hoidon tarpeen arvioinnin tekemisestä tuli voimaan 1.9.2023. Tämän mukaan hoidon ja tutkimuksen tarpeen arvioinnin voi tehdä vain laillistettu terveydenhuollon ammattilainen. Tähän kuitenkin liittyy siirtymäaika, jonka aikana nimikesuojatut terveydenhuollon ammattihenkilöt eli perus- ja lähihoitajat voivat jatkaa hoidon tarpeen arviointia 31.8.2027 saakka mikäli heillä on riittävä osaaminen ja kokemus tehtävästä. (Kiireettömään hoitoon pääsyä koskevat säännökset tiukentuvat 1.9.2023 alkaen.)

3.3 Asetus potilasasiakirjoista

Hoidon tarpeen arvioinnin yhteydessä on tehtävä merkinnät potilasasiakirjoihin (Syväoja & Äijälä 2009, 31). Potilasasiakirjoilla tarkoitetaan potilaskertomusta ja siihen liittyviä potilastietoja tai asiakirjoja. Potilasasiakirjoihin kuuluvat myös potilaan hoidossa tai sen järjestämisessä syntyneet tai muualta saadut tiedot tai asiakirjat. Potilasasiakirjoja saa käsitellä vain potilaan hoitoon tai siihen liittyviin tehtäviin osallistuvat ja vain siinä laajuudessa kuin työtehtävät ja vastuut edellyttävät. Potilasasiakirjoihin tehtävien merkintöjen tulee olla riittävän laajat, kun ne liittyvät hoidon järjestämiseen, suunnitteluun ja toteuttamiseen. Merkintöjen tulee olla myös ymmärrettäviä ja selkeitä ja niissä voi käyttää yleisesti tunnettuja lyhenteitä ja käsitteitä. (A94/2022 §2, §4, §7.)

Merkinnät potilasasiakirjoihin tulee tehdä viivytyksettä mutta viimeistään viiden vuorokauden kullua palvelutapahtuman päättymisestä. Merkinnät tulee laatia jatkuvaan muotoon, joka etenee aikajärjestyksessä. Mikäli potilasasiakirjoihin tehdään korjauksia, ne on tehtävä siten, että alkupeäinen ja korjattu merkintä ovat molemmat luettavissa. Samoin jos potilasasiakirjoihin liittyviä tietoja luovutetaan jollekin taholle, on asiakirjoihin kirjattava mitä ja milloin tietoja on luovutettu. Asiakirjoista on käytävä ilmi, kenelle tietoja on luovutettu, sekä onko luovutus tehty potilaan kirjallisella, suullisella, asiayhteydestä ilmenevän suostumuksen nojalla vai lakiin perustuen. Potilasasiakirjojen säilytyksestä on vastuussa se toimintayksikkö, jonka toiminnassa asiakirjat ovat syntyneet. (A94/2022 §8, §20–22.)

4 Ammattilaisten osaamisvaatimukset hoidon tarpeen arvioinnissa

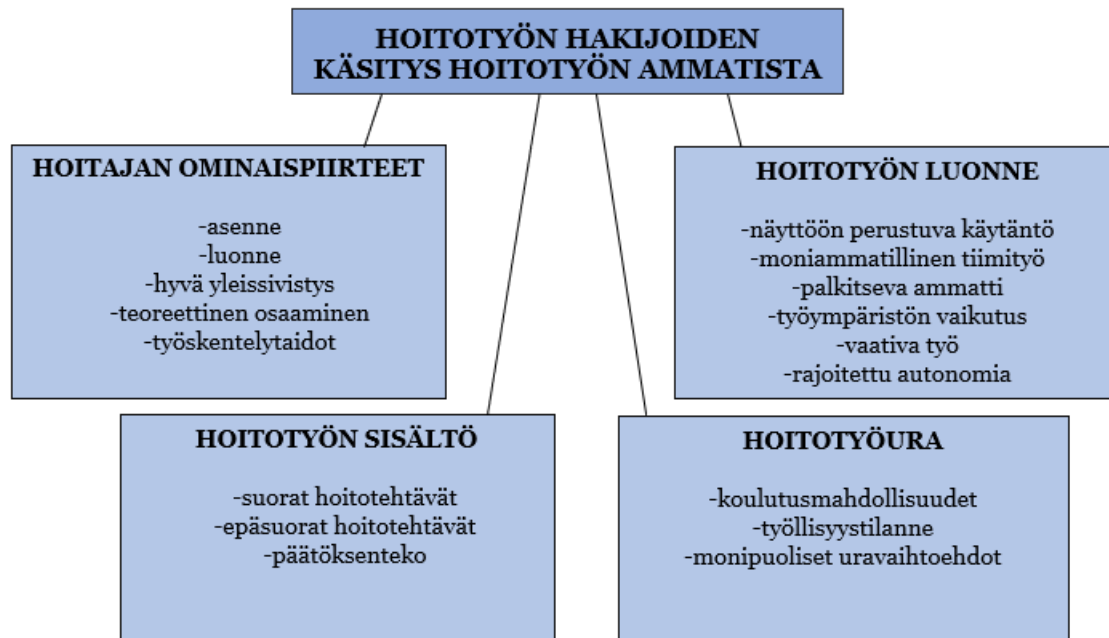
4.1 Teorettinen osaaminen

Tänä päivänä hoidon tarpeen arviointia terveysasemilla tekee pääsääntöisesti terveydenhuollon laillistettu ammattihenkilö, sairaanhoitaja. Suomessa sairaanhoitajia koulutetaan ammattikorkeakouluissa. Tutkinnon laajuus on 210 op ja opinnot kestävät n. 3,5 vuotta. Tutkinnon voi suorittaa päiväopiskeluna, verkossa tai työn ohessa monimuoto-opiskeluna. Sairaanhoitajien tehtäviin kuuluu sairauksien ennaltaehkäisy, hoito ja kärsimysten lievittäminen kuin myös terveydenedistäminen ja sen ylläpitäminen. Sairaanhoitajan työssä korostuu potilaslähtöisyys ja kokonaisvaltainen ajattelu kuin myös näyttöön perustuva hoitotyö. Sairaanhoitajat voivat toimia hyvin monella eri sektorilla. He voivat tehdä joko kliinistä potilastyötä tai jatkokoulutuksen myötä voivat toimia myös esimerkiksi asiantuntijoina, johtajina tai opettajina. (Opiskele sairaanhoitajaksi n.d.)

Sosiaali- ja terveysalan ammatillisella koulutuksella luodaan käsitys hyvästä hoidosta. Tähän kuuluu olennaisena osana sekä teoreettinen osaaminen että eettisyys, johon on olemassa erilliset eettiset ohjeet. Ohjeissa toiminnan lähtökohtana on potilaan etu. (Etiikan tila sosiaali- ja terveysalalla 2012, 8, 19.) Terveydenhuollon ammattihenkilön on toiminnallaan ja käyttäytymisellään osoitettava olevansa luottamuksen arvoinen suorittaessaan työtehtäviä. Ammatilaisen tulee sekä kunnioittaa jokaisen potilaan ihmisarvoa ja itsemääräämisoikeutta. Sekä parhaansa mukaan tukea potilasta osallistumaan omaan hoitoonsa ja siihen liittyvään päätöksentekoon. Eettisten ohjeiden mukaisesti sairaanhoitajan tulee kohdella potilaita tasavertaisesti ja oikeudenmukaisesti. Erityisesti heikommassa asemassa olevien potilaiden kohdalla, jotka eivät itse pysty hoitamaan itseään tai tekemään omaa hoitoaan koskevia päätöksiä, ammattietiikan tärkeys korostuu entisestään. Ammattihenkilön on tehtävää tehdessään pysyttävä ammattimaisessa roolissaan. Roolirikkomus voi tapahtua, mikäli ammattihenkilö laittaa omat tarpeensa potilaan tarpeiden edelle. Hoitajan tuntiessa eettiset periaatteet, työ helpottuu, samalla myös potilaan asema ja hyvinvointi parantuu. (Ammattihenkilöiden ammattieettiset velvollisuudet n.d.; Ammattietiikka n.d.)

Vosoughi, Zamanzahed, Valizadeh, Ghahramanian, Lotfi, Bagheriyeh ja Pourmollamirza (2022) toteavat tutkimuksessaan, että vertaillen hoitajien teoreettista koulutusta ja käytännön työtä, niiden välillä on nähtävissä epätasapainoa. Tämä johtaa osaltaan siihen, että teoreettista tietoa ei pystytä hyödyntämään parhaalla mahdollisella tavalla ja usein ajaudutaan noudattamaan perinteisiä menetelmiä käytännössä. Tämä johtaa ensinnäkin siihen, että sairaanhoidon teoreettisissa teissa ei tapahdu kehitystä ja toisekseen se johtaa sairaanhoidollisen laadun heikkenemiseen. Edelleen todetaan, että opettajien roolilla ja asemalla on suuri vaikutus sekä kliinisessä että teoreettisessa ympäristössä. Tällä voidaan vaikuttaa myönteisesti kliinisen koulutuksen parantamiseen. Tutkimuksessa esille tuotu malli auttaa sekä opiskelijoita että opettajia integroimaan teoreettinen tieto kliiniseen käytäntöön. (Vosoughi, Zamanzadeh, Valizadeh, Ghahramanian, Lotfi, Bagheriyeh & Pourmollamirza 2022, 10.)

Glereanin, Huplin, Talmanin ja Haaviston (2019) tekemässä tutkimuksessa esille nousi seuraavat käsitykset, joita hoitotyöhön hakeutuvien mielestä ammattiin liittyi:



Kuvio 1. Hoitotyön hakijoiden käsitys hoitotyön ammatista (Glerean, Hupli, Talman & Haavisto 2019, 394, muokattu).

Glerean ja muut (2019) kuvasivat, että hoitajilla on oikea asenne hoitotyöhön ja he omaavat hyvän yleissivistyksen. He myös totesivat tärkeäksi teoreettisen osaamisen ja tarvittavat kliiniset käden- taidot. Teoreettinen osaaminen nähdään sekä oikeudellisena osaamisena eli ymmärryksestä hoito- työtä ohjaavista laista, että hoitotyöhön liittyvästä teoreettisesta osaamisesta. Hoitajan on tiedet- tävä ja tunnettava hoitotyötä ohjaavat lait, mitkä ovat hoitajan oikeudet ja velvollisuudet. (Glerean ym. 2019, 393.)

Teoreettisen osaamiseen liittyvät sekä anatominen ja fysiologinen osaaminen että hygieniaan ja lääkkeisiin liittyvän teoreettinen osaaminen. Teoreettinen osaaminen sisältää myös tietotaidon erilaisista sairauksista ja välineistöstä, joita työssä käytetään. Teoreettisen osaamiseen kuuluu myös ammatilliset hoitotaidot sekä viestintä- ja johtamistaidot. Esille nousee lisäksi hoitajien vies-

tintätaidot, niin sanallisessa kuin sanattomassa kommunikoinnissa. Läsnaolo kuvattiin kommunikointina ja yhteistyönä, jolla luodaan luottamuksellinen ilmapiiri sekä potilaan tukeminen vaikeissa tilanteissa. Hoitajilla tulee olla valmiudet hoitaa valmistelevaa työtä esimerkiksi lääkkeiden käsittelyssä. Hoitajien työhön kuuluu myös suunnitella ja laatia erilaisia aikatauluja. Hoitotyö vaatii nykyisin paljon paperi- ja tietokonetyötä. Dokumentointi on tärkeä ja olennainen osa potilastyötä. (Glerean ym. 2019, 394.)

4.2 Kliininen osaaminen

Puhuttaessa substanssiosaamisesta tarkoitetaan sillä tilannetta missä ammattilainen tuntee oman alansa. Sosiaali- ja terveysalalla se pitää sisällään tietämystä työmenetelmistä, lainsäädännöstä, käsitteistä ja teorioista. On kuitenkin huomioitavaa, että hyväkään substanssiosaaminen ei riitä, mikäli muilla osa-alueilla ei ole riittävästi taitoa esimerkiksi vuorovaikutustaidoissa on puutteita. (Mönkkönen 2018, luku 2.2.) Glerean ja muiden (2019) mukaan kliiniseen osaamiseen kuuluu potilaan tilanteen jatkuva seuranta, joka vaatii hoitajalta hyvää kliinistä osaamista ja tarvittaessa valmiutta reagoida tilanteeseen oikealla tavalla (Glerean ym. 2019, 394).

Hoidon tarpeen arviointi vaatii laajaa kliinistä osaamista niin sairauksista kuin niiden diagnooseista ja hoitamisesta. Laaja tietämys ja kokemus ovat hyödyksi hoidon tarpeen arvioinnissa, jolloin hoitaja kykenee myös itsenäisiin ratkaisuihin. Tätä voidaan tukea hyvällä peruskoulutuksella sekä jatkuvalla taitojen kehittämällä. (Göransson, Persson & Abelsson 2020, 213, 219.) Hoidon tarpeen arvioinnissa nähdään hyötynä myös se, että puhelimitsekin tapahtuvassa kiireettömässä hoidon tarpeen arvioinnissa pystytään potilaat, jotka tarvitsevat kiireellistä hoitoa, ohjaamaan oikean hoidon piiriin (Elliot, Jones & Johnson 2020, 34).

Tutkimuksen mukaan, joka tehtiin hoitajiksi hakeutuvien keskuudessa tuo esille erilaisia ominaisuuksia, joita hoitajalta edellytetään. Hoitajalla tulee olla sopiva luonne ja asenne hoitotyöhön. Potilastyö vaatii potilaskeskeistä, sopeutuvaa ja positiivista asennetta. Potilaskeskeisyys kuvataan haluksi tehdä hoitotyötä, jossa potilas tarpeineen on keskiössä. Hoitotyö on usein jatkuvaa muutosta ja nopeisiinkin muutoksiin sopeutuminen nähdään tärkeänä ominaisuutena. Hoitajien on pysyttävä positiivisina myös kiireessä ja negatiivinen asenne koetaan alentavan hoidon tasoa. (Glerean ym. 2019, 393–394.)

Glerean ja muut (2019) toteavat, että hoitajat tekevät paljon itsenäisiä päätöksiä mutta tutkimuksessa tuli esille, että kaikki eivät välttämättä tiedä millaisia päätöksiä hoitajat voivat tehdä. Useimmat kyselyyn osallistuneet pitävät hoitajien tekemiä päätöksiä pieninä, kun lääkärit hoitavat suuremmat päätökset. Hoitajien tekemiä päätöksiä käytetään esimerkiksi hoidon tarpeen arvioinnissa. Päätöksenteko vaatii päättelykykyä, hyvää havainnointia ja tilanneherkkyyttä. Hoitotyö nähdään sekä vaativana että palkitsevana ammattina. Hoitotyö on näyttöön perustuvaa ja käytännön työssä tarvitaan teoriaa perustellessa hoitotyön käytäntöjä, se myös auttaa hoitajia perustelemaan tekemiään päätöksiä muille. Yhtenä tärkeänä osa-alueena tuodaan esille ryhmätyötaidot. Hoitotyötä tehdään usein moniammatillisissa tiimeissä, jolloin vuorovaikutus- ja kommunikointitaidot ovat hyvin merkittävässä roolissa. Tällöin korostuu keskinäinen kunnioitus ja luottamus eri osapuolien välillä. (Glerean ym. 2019, 394–395.)

Holmströmin, Nokkoudenmäen, Zukancicin ja Sundlerin (2016) mukaan potilaiden tuntiessa luottamusta hoitajaa kohtaan, he hyväksyvät hoitajien suositukset, vaikka ne eivät vastaa heidän omia odotuksiaan. Potilaan kokemus sekä nähdäksi tulemisesta että osallisuuden tunteesta päätöksenteossa olivat merkittäviä positiivisia tekijöitä hoitotilanteessa. (Holmström, Nokkoudenmäki, Zukancic & Sundler 2016, 1645–46.)

Glerean ja muiden (2019) mukaan negatiivisena asiana nähdään hoitoalan hierarkkisuus. Hoitajat kokevat olevansa lääkäreiden apulaisia, jossa he tukevat ja avustavat lääkäreitä. He myös suorittavat tehtäviä, jotka lääkärit heille jättävät. Hoitajien kokema sekä fyysinen että psyykkinen kuormitus ja haastavat työtehtävät nähtiin myös negatiivisena asiana. Muina asioina mainittiin tiukat aikataulut, nopeasti vaihtuvat tilanteet, epätavalliset työajat, työskentely paineen alaisena sekä potilaiden kanssa kohdatut vaikeat tilanteet tai tapahtumat. Huonona puolena nähtiin suppeat urakehitysmahdollisuudet, jotka eivät ole mahdollisia ilman korkeampaa koulutustasoa. Positiivisina asioina nähdään taas työn palkitsevuus sekä monipuoliset uravaihtoehdot. Hyvänä nähdään myös se, että ammattia voidaan soveltaa universaalisti. Mahdollisuus vaihtaa työpaikkaa tai kokonaan erikoistumisalaa koettiin yhdeksi merkittäväksi asiaksi. (Glerean ym. 2019, 395.)

Hoitotyön ammatilliseen käsitykseen vaikuttavat henkilökohtaiset tekijät eli oma henkilökohtainen kiinnostus työtä kohtaan. Mikäli omaa halukkuutta alaa kohtaan on, ei edes ympäristön negatiivinen asennoituminen saa henkilöä muuttamaan mieltään asiasta. Myös omat henkilökohtaiset kokemukset terveydenhuollosta lisäävät kiinnostusta alaan. Positiiviset kokemukset nähtiin lähinnä ihailevina ajatuksina nimenomaan taitavia hoitajia kohtaan. Negatiiviset kokemukset saavat puolestaan hakeutumaan alalle, ajatuksena pyrkiä olemaan parempi hoitaja, tällöin negatiivinen kokemus koetaan haluna parantaa palvelua. Kiinnostus hoitotyötä kohtaan voi olla negatiivinen sekä hoitajien itsensä että median tuomien epärealististen mielikuvien vuoksi. Toisaalta hoitotyön luonne on todettu olevan hoitoalaa miettivien nuorien mielestä negatiivinen. Hoitotyöhön liittyvä psyykkinen kuormitus nähdään syynä hakeutua pois alalta. Negatiiviset asiat vaikeuttavat uusien hoitajien rekrytointia alalle. Tämän vuoksi hoitajien tekemää työtä tulisi korostaa tiedon ja asiantuntemuksen näkökulmasta sekä tuoda esille hoitajien monipuoliset roolit, unohtamatta työn itsestä luonnetta. (Mts. 396–397.)

4.3 Vuorovaikutusosaaminen

Vuorovaikutus on käsitteenä melko laaja, siihen kuuluu yksilöiden, yhteisöjen ja organisaatioiden väliset suhteet ja kommunikointi. Vuorovaikutus tulisikin nähdä prosessina, johon kaikki osapuolet osallistuvat. Alussa jokainen tuo esille ja hyväksyy sen, että osapuolet katsovat asiaa omasta näkökulmasta. Hyvän vuorovaikutuksen tavoitteena on, että tuomalla esille omat näkemykset, kuuntelemalla toisten näkemyksiä päästään lopulta jonkinlaiseen, kaikki tyydyttävään, yhteisymmärryksen tilanteesta ja siitä miten siinä tulisi toimia. (Varsinais-Suomen lastensuojelujärjestöt 2017.)

Vuorovaikutusosaaminen nähdään vaativana ammatillisen osaamisen alueena. Vuorovaikutus on vuosien myötä muuttunut. Aiemmin asioita lähestyttiin hyvinkin diktatorisesti eli olettamuksesta että toinen osapuoli ilmoittaa oman näkemyksensä ja toisen osapuolen on se vain hyväksyttävä ja vielä toimittavakin sen mukaisesti. Valitettavasti tämä voi näkyä hoitaja-potilas suhteessakin, jolloin hoitaja sanelee, mikä on potilaan ongelma ja kuinka se ratkaistaan. Siinä tapauksessa, että potilas ei ole samaa mieltä, koetaan hänet hankalana potilaana. Hyvä vuorovaikutus ei ole tällaista eikä se lisää luottamusta, tasa-arvoisuutta eikä osallisuutta. Oman osansa vuorovaikutukseen on tuonut myös digitalisaatio, jolloin kommunikoinnin eri muodot yhdistyvät. Vuorovaikutus tapahtuu osin kasvotusten, osin virtuaalisesti, jolloin ne kietoutuvat toisiinsa. (Mönkkönen 2018, luku 2.2; Varsinais-Suomen lastensuojelujärjestöt 2017.)

Mönkkösen (2018) mukaan ihmissuhdealoilla, kuten sosiaali- ja terveysalalla, ei ole helppo tunnistaa eri vivahde-eroja, joita vuorovaikutustilanteessa voi ilmetä. Vuorovaikutukseen liittyy paljon hienovaraisia sävyjä, jotka eivät liity esimerkiksi yksittäiseen toimintaan vaan ne tulevat ilmi siinä, miten olemme läsnä toisen ihmisen kanssa, miten näemme ja annamme tilaa toiselle. Vuorovaikutustilanteeseen tuleekin suhtautua avoimin mielin, samoja menetelmiä ei voi soveltaa jokaiseen ihmiseen vaan jokainen vuorovaikutustilanne on erilainen riippuen sen osapuolista. (Mönkkönen 2018, luku 2.1.)

Ihmisillä ja myös hoitajilla on erilaisia vuorovaikutustaitoja ja jokaisella on omanlainen tapansa olla vuorovaikutuksessa toiseen ihmiseen. Vuorovaikutuksessa ratkaisevinta on asenne, ei niinkään teot tai sanomiset. Sosiaali- ja terveysalalla potilas saattaa joutua odottamaan palvelua pitkään tai kokee esimerkiksi hoitoprosessin hyvin hajanaisena. Tätä saattaa aiheuttaa se, että eri alojen ammattilaisten yhteistyö ei ole riittävän hyvää. Suomessa sosiaali- ja terveysalaa pidetään hyvin byrokrattisena, joka saattaa vaikuttaa siihen, että potilas kokee joutuvansa ottamaan yhteyttä moneen eri tahoon saadakseen palvelua. (Mönkkönen 2018, luku 2.1.)

Puhelimitse tapahtuvassa hoidossa tärkeintä on hoitajien hyvät viestintätaidot. Viestintä nähdään prosessina, jossa viestien ymmärtäminen perustuu sanalliseen tai sanattomaan viestintään. Sanaton viestintä on ilmeitä, eleitä, kehon liikkeitä jne. Puhelimitse tapahtuvassa kontaktissa nämä asiat jäävät näkemättä, joka voi helposti johtaa väärinymmärryksiin ja vaikeuttaa viestintäprosessia. (Eriksson, Wilhsson, Blom, Wahlström & Larsson 2020, 1672, 1677.) Mönkkösen (2018) tulkin mukaan puheen lisäksi ilmeet ja eleet välittävät viestimme merkitystä ja usein sanattomalla viestillä on paljon suurempi merkitys kuin sillä mitä sanomme (Mönkkönen 2018, luku 3.1.).

Tällöin hoitajien on kompensoitava sanatonta viestintää edistyneillä viestintätaidoillaan. Tämä tarkoittaa, että hoitajien viestien tulkitsemistaitoihin kohdistuu entistä enemmän vaatimuksia. Tähän ratkaisuna onkin ehdotettu hoitajien vuorovaikutustaitojen lisäämistä koulutuksen avulla, jossa he voivat syventää ja kehittää sekä viestintätaitoja että tunneälykkyyttä. Haasteena nähdään myös se, että hoitajat ymmärtävät viestintänsä eri tavoilla. Tällöin potilaat saavat erilaista palvelua riippuen siitä kenen hoitajan kanssa he keskustelevat. Kun potilaat kokevat tullessa kuulluiksi, he kokevat osallisuutta omaan hoitoonsa, joka puolestaan lisää luottamusta terveydenhuoltoon. Tutkimuksen pääsanomana nähtiin, että puhelimitse tapahtuva hoito on hyvin vaativaa työtä, joka edellyttää

erittäin hyviä viestintätaitoja sekä tunneälykkyyttä, unohtamatta it-taitoja. Hoitajille tulisi antaa myös mahdollisuus kehittää erilaisia strategioita, joilla he voivat potilastilanteessa pysyä varmoina ja rauhallisina. Tulee huomioida, että jotkut puhelut ovat hyvin vaikeita ja voivat muuttua puhelun aikana hyvinkin monimutkaisiksi. (Eriksson, Wilhsson, Blom, Wahlström & Larsson 2020, 1672, 1677.)

Puhelinohjauksessa ensivaikutelman ja läsnäolon tunteen luominen on hyvin tärkeää, tällä luodaan luottamus hoitajan ja potilaan välille. Läsnäolon tunnetta tuodaan esille rauhallisella ja ystävällisellä käytöksellä. Hoitajan rauhallisuus auttaa lievittämään potilaan kokemaa ahdistusta tai huolta omaan asiaansa liittyen. Potilasta puhutellaan nimellä, jolloin potilaalle kohtaaminen tuntuu henkilökohtaisemmalta. (Gustafsson & Wahlberg 2023, 7, 9.)

Saudi-Arabiassa tehdyn tutkimuksen mukaan sairaanhoitajat tarvitsevat kriittistä ajattelua ja hyviä vuorovaikutustaitoja hallitakseen haastavia tilanteita. Samassa tutkimuksessa todettiin myös, että sairaanhoitajille tarjottu reflektiivinen harjoittelu opiskeluaikana paransi heidän vuorovaikutustaitojaan. (Khalil & Hashish 2022, 26.) Kaikesta huolimatta usein puhelimitse tapahtuva yhteydenotto nähdään yhtä hyvänä tai parempana vaihtoehtona kuin kasvokkain tapahtuva yhteydenotto. Tähän vaikuttavat muun muassa osallistumisen helppous ja siihen liittyvät alhaiset kustannukset, palvelun saatavuus sekä puhelinohjauksen kokonaislaatu. (Kunin, Ali, Yugusuk, Davis & McBride 2022, 4, 10.)

Myös Berntssonin ja muiden (2022) mukaan hyvin toimiva puhelinohjaus nähdään koko terveydenhuoltojärjestelmää hyödyttävänä tekijänä koska usein puhelinohjaus on potilaan hoitopolun alku. Hyvin toimiessaan puhelinohjaus on tehokas ja hyvä tapa priorisoida potilaan hoidon tarve ja ohjata hänet suoraan oikean ammattilaisen luokse. Tästä hyötyvät sekä potilas että terveydenhuollon ammattilaiset. (Berntsson ym. 2022, 7.)

4.4 Ohjausosaaminen

Potilasohjauksella terveydenhuollossa tarkoitetaan ammattihenkilön antamaa ohjausta potilaalle hänen terveydentilaansa liittyvissä asioissa (Tyyskä 2012, 10). Potilasohjauksella on merkittävä rooli eri terveydenhuollon yksiköissä, ja hoitajien työnkuva on sen myötä muuttunut. Ohjaus perustuu etiikkaan, suosituksiin ja lainsäädäntöön. (Orava, Kääriäinen & Kyngäs 2012, 217; Miettinen 2016, 6.)

Yksilöllinen puhelinohjaus voi olla joko reaktiivista tai proaktiivista. Reaktiivisessa puhelinohjauksessa yhteydenotto tapahtuu potilaan aloitteesta eli potilas itse ottaa yhteyttä terveydenhuoltoon esimerkiksi äkillisen sairastumisen vuoksi. Vastaavasti proaktiivisessa puhelinohjauksessa hoitosuhde on jo olemassa ja hoitaja ottaa yhteyttä potilaaseen. (Tyyskä 2012, 8, 11.)

Mönkkönen (2018) on todennut, että ohjaustilanteissa on tärkeää suhteuttaa ammattilaisen asiantuntijatieto potilaan henkilökohtaisiin arvoihin ja toimintamalleihin. Ohjaustilanteissa on myös huomioitavaa, että ensin selvitetään mitä potilas asiasta jo tietää, mitä asioita hän on jo yrittänyt tehdä sekä selvittää potilaan oma motivaatio muutoksentekoon. (Mönkkönen 2018, luku 2.2.) Lisäksi Tervo-Heikkinen, Saaranen, Miettinen ja Vaajoki (2018) ovat todenneet, että potilasohjauksessa tuleekin huomioida potilaan yksilölliset tarpeet. Huomioitavaa on myös, että potilaan tiedonsaanti lisääntyy, mikäli potilaalla on mahdollisuus ottaa läheisensä mukaan potilasohjaustilanteeseen. (Tervo-Heikkinen, Saaranen, Miettinen & Vaajoki 2018, 28.)

Orava ja muut (2012) ovat todenneet, että ohjauksen tulisi olla asiakaslähtöistä ja luottamuksellista vuorovaikutusta, joka on näyttöön perustuvaa. Sitä pidetään ns. matalan kynnyksen palveluna johon potilaan on helppo ottaa yhteyttä asuinpaikastaan riippumatta. Puhelinohjauksessa hoitaja toimii itsenäisesti ja häneltä edellytetäänkin hyvää ammatillista osaamista, jota tulee myös jatkuvasti kehittää. Reaktiivisessa puhelinohjauksessa korostuu ensinnäkin vuorovaikutus, joka tapahtuu vastavuoroisesti, toisena tärkeänä asiana nähdään luottamus hoitajaan ja kolmanneksi hoitajan yhteistyötaidot. Vastavuoroinen vuorovaikutus antaa hoitajalle mahdollisuuden luoda empaattisen ja helposti lähestyttävän ilmapiirin. Luottamus hoitajaan syntyy potilaan kokemuksesta, että hän saa asiaansa yksilöllistä ohjausta. Hoitajan yhteistyötaidot liittyvät potilaan kokemukseen hoitajasta ja hänen ammatitaidostaan vuorovaikutussuhteessa potilaaseen. (Orava ym. 2012, 216, 222–223.)

Tervo-Heikkisen ja muiden (2018) tekemän tutkimuksen mukaan omat haasteensa ammattilaisten ohjausosaamiseen tuovat koko ajan nopeutuvat hoitoprosessit, jotka ovat avohoitopainotteisia. Haasteena nähdään myös väestön ikääntyminen ja monikulttuurisuus. Potilaiden kohonnut koulutustaso ja informaatioteknologian kehittyminen haastavat potilasohjausta antavien ammattilaisten tietotaidon. Näyttöön perustuva potilasohjaus on parhaimmassa tapauksessa laadullisesti samantyyppistä ja yhdenmukaista riippumatta siitä kuka ohjauksen antaa. Tämä vaatii sitä, että ammattilainen on kykenevä hyödyntämään hoitotieteessä tuotettua tietoa eli hakemaan tietoa oikeista paikoista sekä arvioimaan kriittisesti eri lähteitä. (Tervo-Heikkinen ym. 2018, 28.)

Tervo-Heikkinen ja muut (2018) toteavat, että aikaisempien tutkimusten perusteella ammattilaisten potilasohjaukseen liittyvät tiedot ja taidot ovat riittäviä mutta käytännön toteutuksessa voi olla puutteita. Haasteina nähdään ongelmat kommunikaatiossa niin eri ammattiryhmien välillä kuin hoitajan ja potilaan välillä etenkin silloin, kun ohjausta annetaan tunteita herättävässä tilanteessa esimerkiksi sairauden ennusteeseen liittyen. (Tervo-Heikkinen ym. 2018, 28.)

Lipposen (2014) mukaan ohjausta antavan hoitajan on myös hallittava eri ohjausmenetelmät. Yleisimmin käytettyjä ohjausmenetelmiä ovat suullinen ja kirjallinen ohjaus, jota voidaan toteuttaa joko yksilö- tai ryhmäohjauksena. Ohjausta voidaan antaa myös audiovisuaalisena eli videon, puhelimen tai tietokoneohjelman avulla. Audiovisuaalisella ohjauksella on merkittävä rooli tiedon lisäämisessä, joka tukee pitkäaikaissairauksien hoitoa ja sen jatkuvuutta. (Lipponen 2014, 20.)

Mitkä ovat onnistuneen puhelinohjauksen edellytykset? Tärkeimpänä nähdään hoitajan ammatillinen osaaminen ja sen kehittäminen. Osaamista vaaditaan tiedollisessa, taidollisessa ja eettisessä osaamisessa. Nämä pitävät sisällään tietämystä erilaisista terveysongelmista, päätöksentekokykyä, hyviä kommunikointitaitoja ja taitoa auttaa potilasta hänen päätöksenteossaan. Eettisestä näkökulmasta katsottuna tärkeimpänä nähdään sekä kyvykyys priorisointiin että kykyyn pohtia ammatillisia arvoja suhteutettuna ohjauksen sisältöön. Hyvän potilasohjauksen taustalla tulee olla riittävä resurssi sekä hoitohenkilökunnan että materiaalien osalta. Liian vähäinen ohjausaika heikentää ohjauksen laatua ja aiheuttaa potilaissa tyytymättömyyttä. (Orava ym. 2012, 223; Lipponen 2014, 18–20.)

Ohjaustilanteen lopussa tapahtuva kertaaminen tukee potilaan tiedon omaksumista ja pyytämällä potilasta vielä toistamaan saamansa ohjeet, voidaan arvioida ohjauksen vaikuttavuutta. Kun potilas on omaksunut annetun tiedon niin, että hän osaa soveltaa niitä elämässään voidaan potilasohjausta pitää onnistuneena. (Miettinen 2016, 6.) Potilasohjauksella pyritäänkin tukemaan potilaan voimavaraistumista, joka saa potilaan aktivoitumaan ja sitä kautta lisäämään potilaan omaa motivaatiota. Tämän myötä potilaan kokema hallinnan tunne kasvaa ja vaikutusmahdollisuudet omaan hoitoon liittyen lisääntyvät. (Lipponen 2014, 17.)

5 Opinnäytetyön tarkoitus, tavoite ja tutkimuskysymys

Tutkimuksen tarkoituksena on selvittää mihin aihealueisiin tai asioihin puhelut liittyvät, mikäli eivät liity hoidon tarpeen arviointiin. Tutkimuksen tavoitteena on kehittää puhelinpalveluiden ohjautumista ja niiden syitä.

Tutkimuskysymys, johon tutkimuksella haetaan vastausta:

Millaisissa asioissa asiakkaat ottavat yhteyttä hoidon tarpeen arvioinnin puhelinpalveluun?

6 Tutkimuksen toteutus

6.1 Laadullinen tutkimus

Tämä opinnäytetyö tehtiin kvalitatiivisena eli laadullisena tutkimuksena. Laadullisen tutkimuksen lähtökohtana on kuvata todellista elämää ja ymmärtää tutkittavaa ilmiötä mahdollisimman kokonaisvaltaisesti. Sosiaali- ja terveysalalla laadullisella tutkimuksella voidaan kuvata potilaiden ja terveydenhuollon ammattilaisten kokemuksia tai hoitotyön kehittämistä. (Elo, Kajula, Tohmola & Kääriäinen 2022, 216; Hirsijärvi, Remes & Sajavaara 2009, 161.)

Laadullisen tutkimuksen yhtenä lähtökohtana nähdään ajatus erilaisten merkitysten keskeisyydestä tai voidaan tutkia nimenomaisesti vain merkityksiä. Tutkimuksessa keskeistä on vastata tutkimusongelmaan. Laadullisella tutkimuksella ei pyritä yleistyksiin, vaan tavoitteena on kuvata jokin tietty ilmiötä tai tapahtumaa. Tutkimuksella voidaan kuvata, selittää ja hahmottaa

todellisuutta. Sillä voidaan myös kartoittaa tilannetta ja selvittää jonkin tilanteen dynamiikkaa rajatulla ajanjaksolla. Laadullisella tutkimuksella pystytään täsmentämään teorian rajoja ja huomaamaan säännönmukaisuuksia. (Ronkainen, Pehkonen, Lindblom-Ylänne & Paavilainen 2011, 81, 89; Tuomi & Sarajärvi 2018, 98.)

Laadullisen tutkimuksen tavoitteena ei ole löytää totuutta tutkittavasta asiasta. Tarkoituksena on näyttää, tutkimisprosessin aikana syntyneiden tulkintojen avulla, esimerkiksi ihmisen toimintaan liittyviä asioita, joka jää sen hetkisen havainnoinnin ulottumattomiin. (Vilkkä 2021, Menetelmän erityispiirteet.) Hirsijärven ym. (2009) mukaan laadullisessa tutkimuksessa voidaan käyttää niin kutsuttua luonnollista aineisto, jolla tarkoitetaan aineistoa, joka on syntynyt ilman että tutkija on vaikuttanut sen syntymiseen. Tällaisiksi aineistoiksi luetaan esimerkiksi ihmisen arkinen toiminta. Laadullisessa tutkimuksessa tiedon keruun instrumenttina suositaan ihmistä. (Hirsijärvi, Remes & Sajavaara 2009, 164.)

Aineistoa ei muokata numeeriseen muotoon, mutta joskus aineistosta voidaan laskea asioita, jotka tukevat laadullista analyysiä (Tietoarkisto n.d. Laadullinen tutkimus). Tutkimuskysymykset voivat täsmentyä jo ennen aineiston keruuta, aineiston keruun aikana tai aineisto voi myös olla jo olemassa ennen tutkimuskysymysten tarkentumista. Pääasia kuitenkin on, että kysymykset ja aineisto vastaavat toisiaan. (Valli & Aaltola 2015, 59.)

6.2 Kohdejoukko

Tämän opinnäytetyön kohderyhmänä olivat ihmiset, jotka soittivat terveysaseman kiireettömän hoidon tarpeen arviointiin tarkoitettulle puhelinlinjalle. Kohderyhmän ihmisillä oli vaihtoehtoina joko jäädä odottamaan puhelinlinjalle puheluun vastaamista tai vaihtoehtoisesti he pystyivät jättämään takaisinsoittopyynnön. Takaisinsoittopyyntöihin vastataan siinä järjestyksessä kuin takaisinsoitot on jätetty. Tutkimuksessa ei käsitelty minkäänlaisia henkilötietoja, ainoastaan puhelujen aiheita.

6.3 Aineistonkeruu

Elo ja muut (2022) ovat todenneet, että laadullisessa tutkimuksessa aineistonkeruun tarkoituksena on tuottaa aineistoa, joka on tutkimuksen näkökulmasta oleellista ja tuo esille sellaisia asioita, joita ei tunneta riittävästi. Tällöin korostuvat sanojen kielellinen merkitys ja tulkinta. (Elo ym. 2022, 216.) Aineistot jaetaan pääsääntöisesti tutkimuksen synnyttämiin sekä luonnollisiin aineistoihin. Tutkimuksen synnyttämiin aineistoihin kuuluvat esimerkiksi aineistot, jotka on saatu haastattelun tai kyselyn tuloksena juuri kyseistä tutkimusta varten. Luonnolliset aineistot ovat olemassa tutkimuksesta riippumatta muun muassa rekisterit, jotka kuuluvat organisaation normaaliin toimintaan. (Ronkainen ym. 2011, 108–109.)

Ennen aineistonkeruun aloittamista pyydettiin ja saatiin asianmukainen lupa organisaatiolta tehdä tämä kyseinen opinnäytetyö aineistonkeruuseen. Aineiston keruuseen osallistui neljä sairaanhoitajaa ja yksi terveydenhoitaja. He keräsivät viiden työpäivän ajan tietoa puhelujen sisällöstä. Koska kyseessä oli työelämälähtöinen työ, ylihoitajan kanssa oli jo aiemmin sovittu, että kyseiset henkilöt osallistuvat aineistonkeruuseen ennalta määritellyn ajan. Puheluihin vastaaville hoitajille lähetettiin kyselylomake, joka oli otsikoitu: ”Puhelut, jotka eivät koske hoidon tarpeen arviointia”. Tehtävänanto annettiin sähköpostitse sekä suullisesti. Ohjeistuksen mukaisesti hoitajat merkitsivät lomakkeeseen mahdollisimman lyhyesti, mahdollisesti vain yhdellä sanalla yhteydenoton syyn. Aineiston keruuseen käytettiin siis yksinkertaista kyselylomaketta, jonka osallistuvat hoitajat täyttivät.

Hirsijärven ym. (2009) mukaan kyselyjen etuna voidaan pitää sen mahdollisuutta kerätä tutkimusaineistoa laajasti ja helposti, joka säästää tutkijan aikaa. Haasteena taas nähdään, että aineisto on pinnallinen ja teoreettisesti vaatimaton. Tutkijan ei ole mahdollista varmistua siitä, kuinka vakavasti osallistujat ovat tutkimukseen suhtautuneet. (Hirsijärvi ym. 2009, 195.)

Kyselylomaketutkimuksessa on erotettavissa kaksi eri tutkimusasetelmaa, poikittaistutkimus ja pitkittäistutkimus. Tässä opinnäytetyössä käytettiin poikittaistutkimusta, jolloin aineisto kerätään useilta vastaajilta yhtenä ajankohtana. (Valli & Aaltola 2015, 121.) Aineistonkeruun ajanjaksolta saatiin myös tilastoa tulleiden puheluiden kokonaismäärästä organisaation puhelinjärjestelmästä. Nämä tilastot toimitti alueen ylihoitaja. Tällöin pystyttiin määrittelemään linjalle tulleiden puheluiden kokonaismäärä. Aineistosta voitiin laskea kerätyn aineiston pohjalta lukumäärällisesti se osuus

puheluista, jotka eivät koskeneet hoidon tarpeen arviointia ja jäljelle jäävä osuus oli hoidon tarpeen arviointiin liittyviä puheluita. Lukumäärissä täytyy huomioida, että hoitajat eivät mahdollisesti ehtineet tai muistaneet kirjata ylös kaikkia puheluita, jotka eivät koskeneet hoidon tarpeen arviointia.

6.4 Aineiston analyysi

Laadullisen tutkimuksen yleisimmin käytetty aineiston analyysimenetelmä on sisällönanalyysi, joka soveltuu hyvinkin erityyppisten aineistojen analysointiin. Tavoitteena on kuvata kerätty aineisto pelkistetyssä, tiivistetyssä ja yleisessä muodossa. Sisällönanalyysillä voidaan analysoida kaikkea materiaalia, joka pystytään dokumentoimaan kirjalliseen muotoon. (Elo ym. 2022, 215–216.) Laadullisessa tutkimuksessa on huomioitavaa, että aineiston analyysimenetelmät eivät ole aina selkeästi eroteltavissa toisistaan vaan käytännössä eri analyysimenetelmät kietoutuvat limittäin. Harvoin pystytään käyttämään vain yhtä analysointitapaa, joka nähdään laadullisen tutkimuksen rikkautena. Analyysissä pyritään pelkistämään havainnot suppeaksi havaintojen joukoksi. Laadullisen aineiston analysointiin voidaan käyttää myös määrällistä analyysia, tällöin voidaan esimerkiksi luokitella asioita eri luokkiin. (Eskola & Suoranta 1998, 162–163, 165; Alasuutari 2011, 43.)

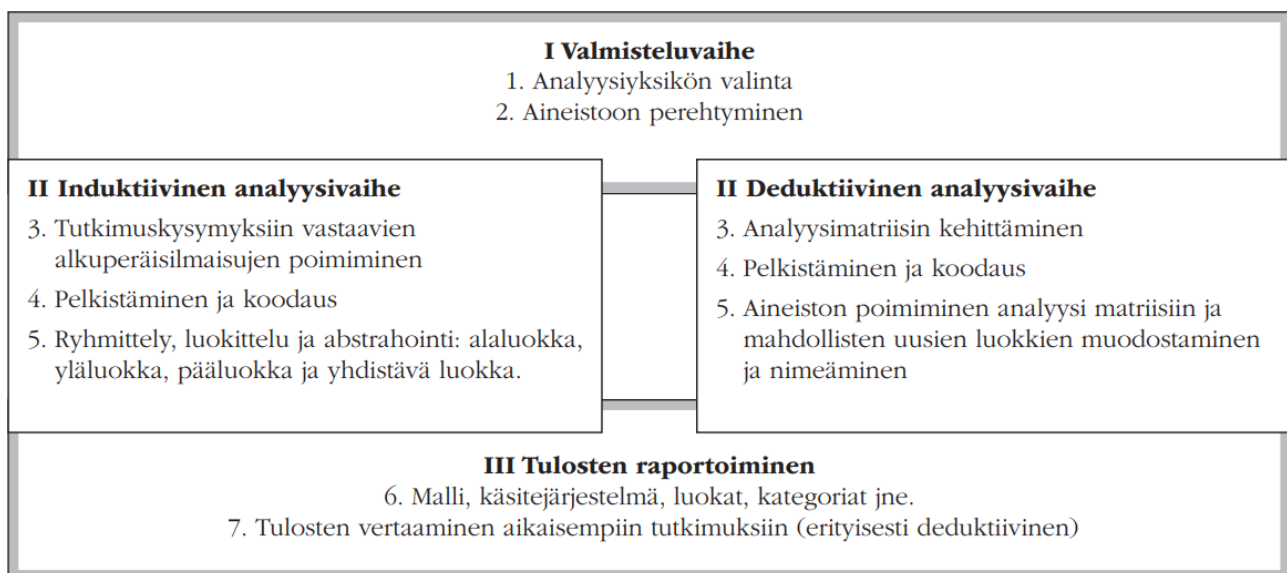
Analysoinnin tarkoituksena on luoda kokonaisuus, jonka avulla tuotetaan rikas, perusteltu tulkinta ja tehdään tutkittavasta asiasta johtopäätöksiä (Puusa & Juuti 2020, Analyysin tavoite). Elon ja muiden (2022) mukaan sisällönanalyysiä voidaan käyttää etenkin eri teorioiden testaamisessa, jolloin tietoa voidaan käyttää laajentamaan hoitotieteen ja terveyshallintotieteen tietoperustaa sekä tuomaan esille uusia näkökulmia ja käsitteitä. Käyttämällä sisällönanalyysia voidaan myös laajentaa terveydenhuollon käytäntöjä palvelevia materiaaleja. On huomioitavaa, että aineiston analysoinnin etenemistä ohjaavat tutkimuskysymykset eli käytännössä kun aineisto on koottu ja muutettu kirjalliseen muotoon, etsitään tutkimuskysymyksiin vastauksia sisällönanalyysiä käyttämällä. (Elo ym. 2022, 217.)

Tuomen ja Sarajärven (2018) mukaan laadullisen tutkimuksen analyysiä aloittaessa on ensin päätettävä mikä kyseissä aineistossa on kiinnostavaa ja tehtävä päätös siitä mitä aineistosta otetaan mukaan tutkimukseen. Tämän jälkeen kiinnostavat aiheet erotellaan ja merkitään aineistosta. Kiinnostavat aiheet kerätään yhteen, erilleen muusta aineistosta. Tämän jälkeen aineisto luokitellaan,

teemoitetaan tai tyypitetään ja kirjoitetaan yhteenveto. Huomioitavaa kuitenkin on, että aineistosta voi löytyä useita kiinnostavia aiheita, joita ei etukäteen osattu ajatella. Tämä saattaa aiheuttaa tutkimuksen tekijässä hämmennystä ja vaikeuttaa aineiston rajaamista. (Tuomi & Sarajärvi 2018, 104.)

Ennen kuin aineistosta päästään tekemään minkäänlaisia päätelmiä on tehtävä erilaisia esitöitä. Ensimmäisessä vaiheessa on tarkistettava tiedot, sisältyykö aineistoon selkeitä virheitä ja puuttuuko aineistosta mahdollisesti jotain tietoja. Toisessa vaiheessa tietoja mahdollisesti täydennetään, joskus on tarvetta ottaa yhteyttä haastateltavaan tietojen täsmentämiseksi. Kolmantena vaiheena esityössä on aineiston järjestäminen analyysia varten. Aineiston analysointi tulisi aloittaa mahdollisimman pian aineistonkeruu vaiheen jälkeen. (Hirsijärvi ym. 2009, 221–223.)

Elo, Kajulan, Tohomolan ja Kääriäisen (2022) mukaan laadullisen tutkimuksen yleisimmin käytetty sisällönanalyysi voidaan jakaa induktiiviseen eli aineistolähtöiseen tai deduktiiviseen eli teorialähtöiseen analyysiin. Sisällönanalyysi etenee systemaattisesti, jonka vaiheet kuvattu oheisessa kaaviossa. (Elo, Kajula, Tohmola & Kääriäinen 2022, 219.)



Kuvio 2. Sisällönanalyysin etenemisen vaiheet (Elo, Kajula, Tohmola & Kääriäinen 2022, 219).

Elo ja muut (2022) ovat tarkastelleet sisällönanalyysin päävaiheita, joita löytyy kolme: valmisteluvaihe, analyysivaihe ja raportointivaihe. Valmisteluvaiheessa valitaan analyysiyksikkö, perehdytään aineistoon ja mikäli on käytetty esimerkiksi haastattelua, valmisteluvaiheessa myös litteroidaan haastattelut. Analyysiyksikköä valitessa on hyvä huomioida, että mikäli analyysiyksiköksi valitaan vain yksi sana, saattaa analyysistä muodostua liian yksinkertainen. Joten on suositeltavaa valita analysointiyksiköksi lause tai ajatuskokonaisuus eli ilmaisu, joka muodostuu useammasta lauseesta. Analyysiyksikkö ei kuitenkaan tulisi olla etukäteen mietitty vaan sen tulee vastata tutkimuksen tarkoitusta. Yksi ajatuskokonaisuus voi sisältää monta merkitystä eli useampi pelkistetty ilmaisu vastaa tutkimuskysymyksen eri näkökulmasta. (Elo ym. 2022, 219; Tuomi & Sarajärvi 2018, 108.)

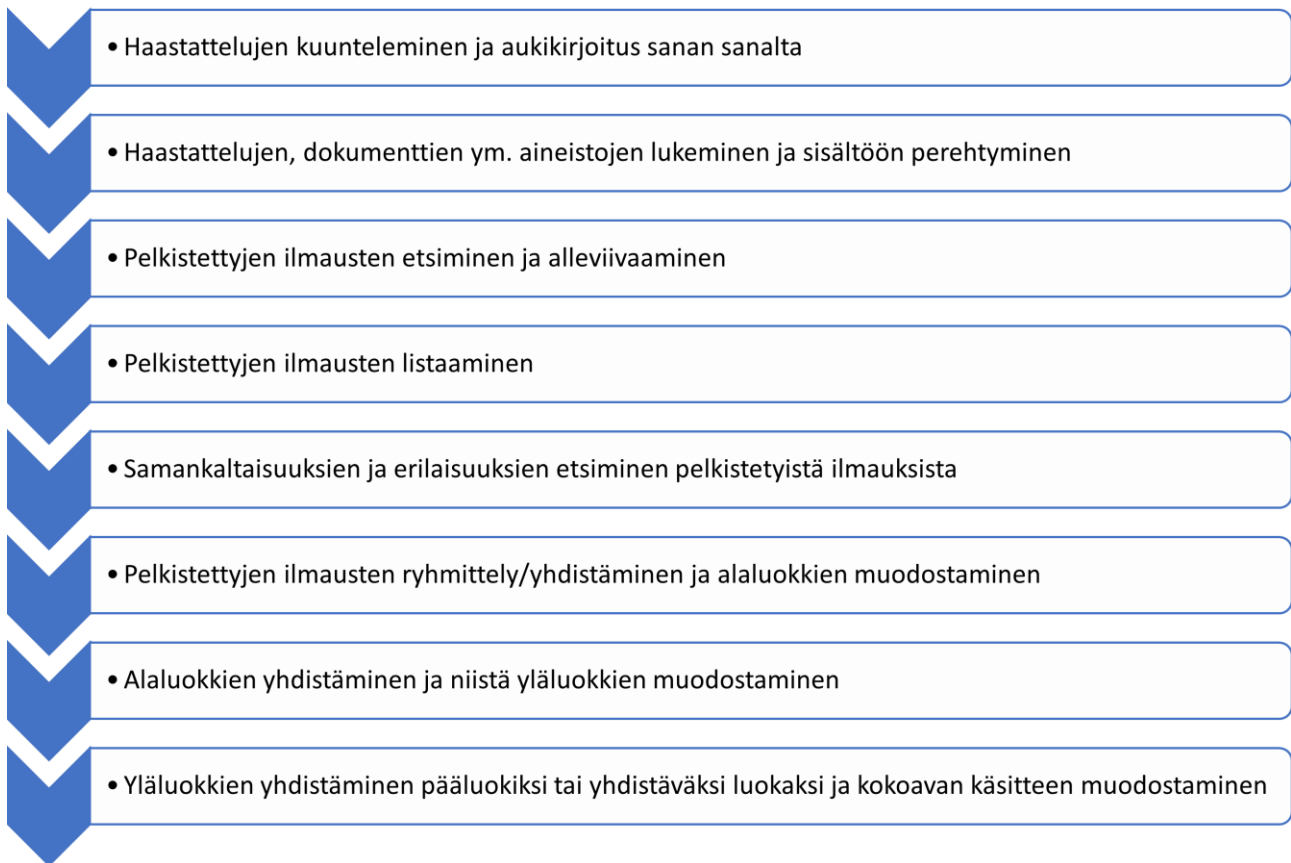
Ennen kuin aineistoa päästään analysoimaan on kerätty aineisto litteroitava eli kirjoitettava auki. Samassa yhteydessä päätetään mitä kerätystä aineistosta analysoidaan, vain ilmeinen sisältö vai myös piilossa oleva sisältö. Piilossa olevalla sisällöllä tarkoitetaan esimerkiksi ilmeiden, eleiden ja asentojen analysointia. Tämä vaikuttaa siihen, kuinka tarkasti kerätty aineisto litteroidaan. Tämä on merkittävä vaihe, jotta pystytään hahmottamaan kokonaisuus ja varmistetaan analyysin luotettava eteneminen. Seuraavassa vaiheessa perehdytään aineistoon eli tarkastellaan huolellisesti kerätty aineisto. Tämä on hyvä tehdä ennen varsinaisen analyysin aloittamista. Tällöin tutkija saa paremmin kokonaiskuvan kerätystä aineistosta ja analysoinnin aloittaminen helpottuu. Aineistoon perehtyessä on myös hyvä tarkistaa vastaako aineisto esitettyihin tutkimuskysymyksiin. Tässä vaiheessa laadullista tutkimusprosessia on myös mahdollisuus tarkistaa tutkimuskysymyksiä ja tarpeen vaatiessa vielä täsmentää niitä. (Elo ym. 2022, 219.)

Elon ja muiden (2022) mukaan aineistolähtöinen analyysi lähtee liikkeelle pelkistämällä ja luokittelemalla kerätty aineisto, jonka tavoitteena on tiivistäminen. Aineistolähtöisessä analyysissä tarkastellaan vastaako aineisto tutkimuskysymyksiin ja poimitaan ne aineistosta. Alkuperäiset ilmaisut pelkistetään poistamalla niistä ylimääräiset täytesanat ja muokataan ilmaisu kirjakieliseksi. Pelkistäessä ilmaisuja on oltava tarkkana, ettei alkuperäinen sisältö muutu tai tutkimuksen tekijä tulkitse vastausta omalta kannaltaan suotuisaksi. Sisältöä pelkistettäessä on huomioitava, että yksi pelkistys sisältää vain yhden asian. Eli luettelomainen alkuperäisilmaisu sisältää useamman pelkistetyn ilmaisun. Aineistoa on hyvä käydä läpi useamman kerran, että kaikki ilmaisut tulevat huomioiduksi analysoinnissa. Aineistosta on hyvä koodata vastaukset esimerkiksi eri väreillä, nämä toimivat

eräänlaisena apuvälineenä ja auttavat hallitsemaan aineistoa, etenkin jos se on hyvin laaja. (Elo ym. 2022, 220.)

Seuraavaksi ryhmitellään ja luokitellaan aineisto, se tapahtuu vertailemalla pelkistettyjä ilmaisuja ja ryhmittämällä samankaltaiset ilmaisut omiin alaluokkiinsa, jotka nimetään. Yhden alaluokan tulee sisältää vähintään kaksi pelkistettyä ilmaisua, jotta siitä voidaan muodostaa alaluokka. Alaluokat tulee nimetä niin, että ne kuvaavat pelkistettyjen ilmauksien sisältöä mahdollisimman konkreettisesti. Nimeämisessä on myös huomioitava, ettei pelkistysten sisältö katoa. On hyvä tarkastella pelkistettyjä ilmauksia vielä uudelleen ja mahdollisesti siirrettävä niitä toiseen alaluokkaan, joka kuvaa asiaa paremmin. Eli tavoitteena on, että yhdessä alaluokassa on samaa tarkoittavat pelkistykset. Tämän jälkeen alaluokkia vertaillaan ja yhdistetään edelleen suuremmiksi kokonaisuuksiksi eli yläluokiksi. Yhdistelevää luokittelua jatketaan niin pitkälle kuin se tutkimuksen tarkoituksen ja tutkimuskysymysten osalta on relevanttia. Analyysin lopuksi on hyvä tarkistaa vielä uudelleen analyysipolun eteneminen. (Elo ym. 2022, 220–221.)

Sisällönanalyysissa aineistossa keskitytään siihen mistä aiheista tai teemoista kerätty aineisto ker-
too. (Tietoarkisto n.d. Laadullinen sisällönanalyysi.) Tutkimusaineistosta esille nousseet asiat voi-
tiin jakaa eri luokkiin, jolloin saatiin selkeämpi kuva tulevien puheluiden sisällöstä. Sisällönanalyy-
sin eri muotoina pidetään tyypittelyä ja teemoittelua (Tietoarkisto n.d. Johdanto: Analyysi ja
tulkinta). Tyypittelyssä aineisto ryhmitellään erilaisiksi tyypeiksi etsimällä asioiden samankaltai-
suutta ja ryhmittämistä tietynlaisiksi tyypeiksi. Tyypittelyä käytettäessä aineisto tulee kuitenkin
sitä ennen jäsenellä eli teemoittaa. Teemoittelu nähdään hyvänä analysointitapana silloin kun on
tarvetta ratkaista jokin käytännöllinen ongelma. (Eskola & Suoranta 1998, 179, 182.) Tuomen ja
Sarajärven (2018) mukaan aineistolähtöinen sisällönanalyysi etenee vaiheittain (Tuomi & Sarajärvi
2018, 123).



Kuvio 3. Aineistolähtöisen sisällönanalyysin eteneminen (Tuomi & Sarajärvi 2018, 123, muokattu).

Tässä tutkimuksessa kerätty aineisto koottiin Excel-taulukkoon, apuna käytettiin värikoodeja. Värikoodien mukaan asiakokonaisuudet luokiteltiin omiin luokkiinsa. Tämän jälkeen aloitettiin keräämällä samaan aihealueeseen liittyvät autenttiset eli alkuperäiset ilmaisut. Autenttiset ilmaisut muutettiin pelkistettyyn muotoon ja etsittiin samankaltaisia ilmauksia, jotka yhdistettiin samaan ryhmään. Näin yhdistelmällä saatiin samaan luokkaan kuuluvia ilmaisuja, joista voitiin muodostaa erilaisia alaluokkia. Tämän jälkeen alaluokat yhdistettiin suuremmaksi kokonaisuudeksi eli yläluokiksi. Alla ote aineiston analyysin vaiheista, kuvio 4.

Autenttinen ilmaisu	Pelkistetty ilmaisu	Alaluokka	Yläluokka
Labravastausten kysely Labratulokset Labravastaukset Labravastauksien tarkistus Lab tulosten kysely Labrojen kyselyä	Laboratoriokokeiden vastausten kysyminen Laboratoriokokeiden tulokset Laboratoriokokeiden vastaukset Laboratoriokokeiden vastausten tarkistaminen Laboratoriokokeiden tulosten kysely Laboratoriokoe tulosten kysely	Laboratoriokokeiden vastaukset	Laboratorioasiat
Lab.läh.tarkistus Lähetteen tarkistus Labralähetteen tarkastus	Laboratoriolähetteen tarkistaminen Lähetteen tarkistaminen Laboratoriolähetteen tarkistaminen	Laboratoriolähetteen tarkistus	
Labralähetettä Labralähetteen teko Lähetteet	Lähete laboratoriokokeisiin Lähetteen tekeminen laboratoriokokeeseen Pyyntö tehdä laboratoriolähete	Lähete laboratoriokokeisiin	
Labrojen kuittaus	Laboratoriokokeiden tulosten kuittaminen	Vastausten kuittaminen	
Rokotusten voimassaolo Rokotetietojen tarkastus	Potilas tarkistaa rokotusten voimassaoloajan Potilas tarkistaa rokotetietojaan	Rokotus	
Kyselyä lääkityksestä Lääkityksen selvittelyä	Potilaan kysymys lääkityksiasiaan liittyen Lääkityksiasioiden selvittelyä	Lääkitys	Lääkehoito

Kuvio 4. Esimerkki aineiston analyysistä.

7 Opinnäytetyön tulokset

Tutkimuksen aineisto kerättiin viiden arkipäivän ajan eli maanantaista perjantaihin. Aineiston keruuseen osallistui neljä sairaanhoitajaa ja yksi terveydenhoitaja. Samalta ajanjaksolta ylihoitaja toimitti kyseisen viikon puhelutilaston. Tutkimuksessa nousi esille, että lähes puolet puhelusta koskivat jotain muuta kuin hoidon tarpeen arviointia. Aineiston analyysissä nousseet pääluokat koskivat laboratorioasioita, reseptiasioita, yhteystietoja, ajan tarkistusta, jatkohoitoa, lääkehoitoa, potilaan ohjaamista arjessa selviytymisessä sekä ajanvarausta.

Laboratoriokokeet

Eniten yhteyttä otettiin liittyen laboratoriokokeisiin. Tähän kuuluivat potilaiden kyselyt laboratoriokokeiden tuloksista, lähetteen tarkistamisesta, lähetteestä laboratorioon sekä laboratoriokokeiden tulosten kuittamisesta. Potilaat ottivat usein yhteyttä terveydenhuollon yksikköön kysyäkseen heistä otettujen laboratoriokokeidensa tuloksia. Kyselyjä tuli paljon myös liittyen siihen, onko potilaalle tehty laboratoriolähetettä kokeisiin tai potilas halusi tarkistaa mitä kokeita häneltä tullaan ottamaan. Lähete laboratoriokokeisiin sisälsi potilaan pyynnön tehdä lähete laboratoriokokeisiin.

Reseptiasiat

Lähes yhtä suuri osa puheluista koski jollain tavalla reseptiasioita. Tämä sisälsi reseptin uusinnan, reseptin muutospyynnön, reseptin vaihtamisen, reseptiuusinnan aikataulun, reseptin tarkistuksen, reseptin ulkomaille tai jonkin muu reseptiasia. Yhteydenottoja tuli runsaasti liittyen reseptin uusintaan. Aineistosta kävi myös ilmi, että reseptin uusintaan liittyi myös tilanteet, jolloin resepti on ehtinyt vanhentua, joten se on uusittava ennen kuin reseptillä voi saada lääkettä apteekista.

Potilaat ottivat paljon yhteyttä myös liittyen reseptiuusinnan aikatauluun eli milloin resepti uusitaan tai varmistivat, onko resepti mahdollisesti jo uusittu. Reseptin tarkistuksen liittyen potilas oli yhteydessä terveydenhuollon yksikköön silloin kun halusi tietää, onko reseptillä vielä saatavissa lääkettä vai onko resepti laitettava uusintaan. Aineistossa mainittu ”muu reseptiasia”, ei käynyt ilmi mitä tässä yhteydessä muulla reseptiasialla tarkoitetaan.

Yhteystiedot

Lähes yhtä suuret osat puheluista koskivat sekä yhteystietoja että ajan tarkistamista. Tutkimuksessa nousi esille useat kyselyt laboratorion, fysioterapian, päivystyksen ja hoitotarvikejakelun yhteystietoihin liittyen. Useat kyselyt yhteystietoihin liittyen selittynee sillä, että näiden edellä mainittujen tahojen yhteystietoihin, toimintatapoihin tai palveluaikoihin on tullut viimeisen vuoden aikana useita muutoksia.

Ajan tarkistus

Palvelunumeroon tuli kyselyjä ajan tarkistamiseen liittyen. Potilaat ottivat yhteyttä ja halusivat tarkistaa varatun ajan ajankohdan. Myös varattuja aikoja peruttiin jonkin verran tai haluttiin siirtää jo varattu aika johonkin muuhun ajankohtaan.

Jatkohoito

Vähiten yhteydenottoja tuli liittyen jatkohoitoon sekä lääkehoitoon. Jatkohoidon kokonaisuuteen kuuluivat tutkimuspyyntöjen välittäminen. Muutama puhelu koski potilaan yhteydenottoa terveydenhuollon yksikköön, joka koski lääkärin määräämää tai suosittelemaa jatkotutkimusta. Yhtenä aihealueeseen liittyvänä asiana oli myös erilaiset lausunnot, joita Kela pyysi. Ne joko olivat sellaisia lausuntoja, jotka oli jo tehty mutta jostain syystä ne eivät olleet tulleet perille Kelaan tai jonkin muun todistuksen toimittaminen Kelaan. Tähän kategoriaan liittyi myös lähetteen toimittaminen potilaalle.

Lääkehoito

Lääkitysasioihin liittyen tuli muutamia yhteydenottoja. Lääkehoitoon kuului potilaiden kyselyt joko rokotustensa voimassaoloajoista tai rokotuksista yleensä. Aineistosta ei käy tarkemmin ilmi minkälainen yhteydenotto lääkitykseen liittyen oli. Myös lääkitysasioiden selvittelyä vastaanoton jälkeen tuli esille.

Potilaan ohjaaminen arjessa selviytymisessä

Tähän kokonaisuuteen liittyi potilaan ohjaaminen ja omahoidon ohjaus. Potilaan ohjaaminen tässä tilanteessa liittyi potilaalle annettaviin ohjeisiin siitä, mihin hänen tulee toimittaa erilaisia asiakirjoja. Tässä tapauksessa kyse oli omaseurantalomakkeiden palauttamisesta. Omahoidon ohjaus liittyi hoitajan antamaan ohjaukseen ja neuvontaan potilaan sen hetkiseen terveydentilaan liittyen.

Ajanvaraus

Ajanvaraukseen liittyviä yhteydenottoja oli jonkin verran. Nämä koskivat ajanvarausta toimenpiteeseen, sairaanhoitajalle, terveydenhoitajalle, lääkärille, röntgeniin tai soittoajanvarausta. Ajanvaraus toimenpiteeseen koski varausta ompeleiden tai hakasten poistoon, korvahuuhteluun, injektioon tai muuhun toimenpiteeseen. Aineistosta ei käy ilmi mitä ajanvaraus sairaanhoitajalle koski.

Terveydenhoitajalle tehdyt ajanvaraukset koskivat varausta vuosikontrolliin, ajoterveystarkastukseen, muistitutkimukseen, diabeteskontrolliin, antikoagulanttihoidon aloitukseen tai kutsuntatar-
kastukseen.

Aineistossa oli myös ajanvarauksia terveydenhoitajalle ja lääkärille, joiden syytä ei ollut kirjattu aineistoon. Muut syyt lääkärin ajanvaraukseen aineiston mukaan olivat sairausloman jatko. Röntge-
nin ajanvaraukset koskivat joko mammografia tutkimuksia tai muita ajanvarauksia. Soittoajan-
rauksissa oli varattu aikaa terveydenhoitajalle tai jollekin muulle ammattilaiselle, joka ei käynyt
tutkimusaineistosta esille.



Kuvio 5. Yhteydenoton syyt.

Tutkimustulosten mukaan selkeästi suurin osa puhelusta koski laboratorio- ja reseptiasioita. Seuraavaksi suurimmat asiakokonaisuudet olivat yhteystiedot ja ajantarkistus, joihin liittyen tuli puheluita lähes saman verran. Vähiten puheluita tuli jatkohoitoon, lääkehoitoon ja potilaan ohjaukseen liittyen. Jonkin verran puheluita tuli ajanvaraukseen liittyen, osa näistä yhteydenotoista liittyi hoidon tarpeen arviointiin, mutta nämäkin haluttiin tuoda tuloksissa esille.

8 Pohdinta

8.1 Tutkimustulosten tarkastelu

Tutkimustulosten raportoinnissa tulee huomioida, että tutkimustulokset raportoidaan ns. ylhäältä alaspäin eli ensin kerrotaan minkälaisia pää- tai yläluokkia, on saavutettu. Tämän jälkeen kuvataan pääluokkien alla olevat ylä- ja alaluokat, jolloin raportoinnista on nähtävissä analyysin ja luokittelun eteneminen. Analyysin eteneminen kuvataan usein joko taulukon tai kuvion muodossa, tällä tavalla voidaan osoittaa analyysin luotettavuus eli tulokset on saavutettu analyysin avulla eikä tutkijan omien tulkintojen perusteella. Raportoinnissa voidaan käyttää myös autenttisia ilmaisuja, jotka lisäävät tutkimuksen luotettavuutta mutta tällöin on muistettava, että ilmaisujen antajien anonymiteetti säilyy. (Elo ym. 2022, 223.)

Tutkimuksella pyrittiin samaan tietoa siitä mitä aihealueita hoidon tarpeen arvioinnin puhelinlinjalle tulee, mikäli ne eivät koskeneet hoidon tarpeen arviointia. Tutkimuksen tuloksena esille nousi muutama suurempi asiakokonaisuus eli laboratorioasiat ja reseptiasiat. Pienempinä kokonaisuuksina esille nousivat yhteystiedot, ajan tarkistaminen, jatkohoito, lääkehoito, potilaan ohjaaminen arjessa selviytymisessä sekä ajanvaraus.

Laboratorioasioissa puhelut keskittyivät pääosin laboratoriokokeiden vastausten kyselyyn, läheteasioiden tarkistamiseen sekä laboratoriokokeiden kuittaamiseen. Laboratoriokokeiden vastaukset ovat merkittävässä osassa potilaan hoidon seuranta ja diagnosointia kuten myös potilaan omahoitoon sitouttamisessa, hoitajan näkökulmasta katsottuna. Usein potilas sitoutuu omahoitoon, kun hänelle on asetettu selkeät tavoitearvot, joihin hänen tulisi pyrkiä. Hoitajan näkökulmasta on myös tärkeää tunnistaa poikkeavat arvot ja osata reagoida niihin oikealla tavalla. Kuten Glerean ja

muut (2019) ovat todenneet hoitajien teoreettinen tietotaito esimerkiksi eri sairauksista on ensiarvoisen tärkeää. Potilaan tilanteen seuranta edellyttää hoitajilta tietotaitoa huomata muutokset ja tarvittaessa reagoida niihin. (Glerean ym. 2019, 393.)

Laboratoriokokeiden lähetteen tarkistaminen on tärkeää, jotta tutkimukset ovat oikein suoritettuja ja sen myötä vastaukset luotettavia. Laboratoriokokeiden kuittaaminen on tärkeä tekijä omahoidossa ja sen seurannassa. Tällöin potilas pääsee näkemään omat tuloksensa ja on tietoinen sen hetkisestä tilanteestaan ja osaa tarvittaessa reagoida asiaan. Yhteenvedona laboratoriokokeisiin liittyen voidaan todeta, että itse laboratoriokokeiden ottaminen ja vastausten saaminen ovat avainasemassa potilaan hoidon seurannassa ja omahoidon toteutumisessa. Samalla ne myös tukevat terveydenhuollon ammattihenkilöiden kliinistä päätöksentekoa potilaan asioiden suhteen. Niillä on myös merkittävä rooli niin potilasturvallisuuden kuin hoidon laadunkin kannalta. Vosoughin ja muiden (2022) mukaan mikäli teoreettista tietoa ei pystytä hyödyntämään riittävästi voi se johtaa siihen, ettei taidoissa tapahdu kehitystä ja tämä voi pahimmillaan johtaa hoidon laadulliseen heikkenemiseen. (Vosoughi ym. 2022, 10.)

Toisena suurempana kokonaisuutena olivat reseptiasiat, jotka koskivat reseptin uusintaa, muutospyyntöjä, reseptin vaihtamista, uusimisen aikataulua, reseptin tarkistamista tai reseptejä ulkomaille. Yhteydenottoja tuli runsaasti liittyen reseptin uusintaan, jolla tässä yhteydessä tarkoitetaan yhteydenottoa terveydenhuollon yksikköön silloin kun kyseisellä reseptillä ei enää saa haettua seuraavaa lääkettä vaan resepti on uusittava sitä ennen. Aineistosta kävi myös ilmi, että reseptin uusintaan liittyi myös tilanteet, jolloin resepti on ehtinyt vanhentua, joten se on uusittava ennen kuin reseptillä voi saada lääkettä apteekista. Reseptin vanhennuttua potilas ei itse pysty laittamaan sitä uusintaan Omakanta- palvelun kautta vaan se on tehtävä terveydenhuollon yksikössä.

Reseptin muutospyyntöillä tarkoitetaan tilannetta, jolloin potilas pyytää kirjoitettuun reseptiin muutosta esimerkiksi tilanteessa, jolloin lääkitysannos on muuttunut. Yhteydenotot reseptin vaihtamiseen liittyen olivat myös määrällisesti huomattavia. Tällöin joko potilas tai apteekki pyytää vaihtamaan lääkärin kirjoittaman reseptin toiseen valmisteseeseen lääkkeen saatavuusongelmien vuoksi. Tällöin lääke tulee vaihtaa johonkin muuhun valmisteseeseen, johon tarvitaan uusi resepti. Lääketeollisuuden (n.d.) mukaan lääkkeiden saatavuusongelma on globaali ilmiö eikä siihen ole

vain yhtä syytä. Itse lääkkeiden valmistus sekä niiden jakelu on monimutkainen prosessi, johon vaikuttavat niin lääkkeiden valmistajien, raaka-aine toimittajien kuin jakeluverkoston ongelmat. Nykyisin sekä lääkkeiden että raaka-aineiden valmistus on keskittynyttä, jolloin se on hyvin haavoittuva, esimerkiksi luonnonmullistusten aiheuttamalla toimintahäiriöllä voi olla hyvinkin pitkäkestoisia vaikutuksia. (Lääkkeiden saatavuushäiriöt ja niiden syyt n.d.; Lääkkeiden saatavuus n.d.)

Potilaat ottivat paljon yhteyttä myös liittyen reseptiuusinnan aikatauluun eli milloin resepti uusitaan tai varmistivat, onko resepti mahdollisesti jo uusittu. Reseptin tarkistuksen liittyen potilas oli yhteydessä terveydenhuollon yksikköön silloin kun halusi tietää, onko reseptillä vielä saatavissa lääkettä vai onko resepti laitettava uusintaan. Ulkomaille lähtiessä on reseptilääkkeistä oltava resepti tullia varten. Tämän saa joko terveydenhuollon yksiköstä tai sen voi tulostaa myös Omakanta-palvelusta. Reseptiasioihin liittyen oikeanlainen lääkkeiden käyttö lisää lääketurvallisuutta sekä potilaiden hoitomyönteisyyttä. Hoitajilta edellytetäänkin valmiutta tehdä valmistelemaa työtä liittyen lääkitykseen (Glerean ym. 2019, 394). Asianmukaisen koulutuksen saaneet hoitajat ovat omalta osaltaan vastuussa siitä, että lääkehoito on potilaalle turvallista sekä tarvittaessa ohjaavat ja neuvovat lääkehoitoon liittyvissä asioissa. Haasteena nähdään, että terveydenhuollon järjestelmissä oleva tieto potilaan lääkkeistä ei välttämättä ole ajantasainen eikä lääkitysmuutokset kirjaudu automaattisesti järjestelmiin. (Turvallinen lääkehoito 2021, 33, 59, 75.)

Yhtenä pienempänä kokonaisuutena tuloksissa nousi esille yhteystiedot tai lähinnä niiden puuttuminen. Hoidon tarpeen arvioinnin puhelinlinjalle soitettiin ja kysyttiin yhteystietoja laboratorioon, fysioterapiaan, päivystykseen ja hoitotarvikejakeluun. Laboratoriotoiminta on tutkimuksen kohteena olevissa terveydenhuollon yksiköissä muuttunut viimeisen vuoden aikana. Aiemmin laboratorioon oli mahdollista tulla jonottamaan vuoronumerolla, ajanvarauksen lisäksi. Nykyisin laboratorioon pitää olla aina ennalta varattu aika, jonka voi varata joko puhelimitse tai netin kautta.

Useat kyselyt yhteystietoihin liittyen selittynee sillä, että näiden edellä mainittujen tahojen yhteystietoihin, toimintatapoihin tai palveluaikoihin on tullut viimeisen vuoden aikana useita muutoksia. Myös uusien toimintamallien omaksuminen voi potilaille olla haasteellista ja neuvoa kysytään sieltä mistä sen melko helposti saa, sen sijaan, että etsisi itse tiedon esimerkiksi nettisivustoilta. Tähän liittyen on huomioitavaa, että vuorovaikutus potilaan ja terveydenhuollon ammattilaisen

välillä on ratkaisevassa asemassa, miten potilas kokee tullessa kohdatuksi. Mönkkösen (2018) mukaan potilas voi joutua odottamaan palvelua pitkään tai voi kokea terveydenhuollon prosessit hajanaisena ja byrokraattisena. Tämä johtaa potilaan kokemukseen siitä, että hän joutuu olemaan yhteydessä moneenkin eri tahoon palvelua saadakseen. (Mönkkönen 2018, luku 2.1.)

Hoidon tarpeen arvioinnin linjalle soitettiin myös asioista, jotka liittyivät jatkohoitoon. Muutamissa tapauksissa potilaat ottivat yhteyttä terveydenhuollon yksikköön, koska lääkäri oli joko määrännyt tai suositellut jotain jatkotutkimusta. Myös lausuntoihin liittyen oli yhteydenottoja, useammassa tapauksessa oli kyse siitä, että Kela oli pyytänyt potilasta toimittamaan jonkin lausunnon. Joissakin tapauksissa lausunto oli kyllä lähtenyt terveysasemalta mutta siitä huolimatta niitä ei Kelasta löytynyt ja ne oli lähetettävä uudelleen. Jatkohoitoon liittyen oli myös ilmoitettu potilaalle lääkärin tekemästä maksusitoumuksesta, joka toimii lähetteenä tutkimuksen tekemään tahoon. Muutamia yhteydenottoja tuli liittyen rokotuksiin, niiden voimassaoloaikoihin tai rokotusasioihin yleensä.

Muutamia puheluja tuli liittyen potilaan ohjaamistilanteisiin tai omahoidon ohjaukseen liittyen. Ohjaustilanteissa hoitajan on käytettävä sekä vuorovaikutusosaamistaan että ohjausosaamistaan. Nämä ovat hoitajan kannalta haasteellisimpia tilanteita. Kuten Mönkkönen (2018) on todennut aloilla, jossa ollaan tekemisessä ihmisten kanssa, vuorovaikutus tilanteessa ei ole helppo tunnistaa eri vivahde-eroja. Vuorovaikutukseen liittyy paljon erilaisia sävyjä, jotka tulevat ilmi vuorovaikutuksessa toisen ihmisen kanssa, miten olemme läsnä tai annamme tilaa toiselle osapuolelle. Jokainen vuorovaikutustilanne on kuitenkin ainutlaatuinen. (Mönkkönen 2018, luku 2.1.)

Erikson ym. (2020) ovatkin todenneet, että juuri puhelimitse tapahtuva kontaktit ovat haasteellisia, koska puhelimitse tapahtuvassa vuorovaikutuksessa näkemättä jäävät ilmeet ja eleet saattavat johtaa siihen, että väärinymmärryksiä tulee puolin tai toisin. Tässä yhteydessä todettiin, että hoitajien vuorovaikutusosaamista voidaan lisätä koulutuksen avulla. (Eriksson ym. 2020, 1677.)

Oravan ym. (2012) mukaan hoitajan toimiessa itsenäisesti, häneltä edellytetään taitojen jatkuvaa kehittämistä. (Orava ym. 2012, 222.) Omat haasteensa ohjausosaamiseen tuo koko ajan kehittyvät ja nopeutuvat hoitoprosessit. Potilailla on yhä enemmän teknologisia taitoja, joka voi haastaa ammattilaistenkin tietotaidon. Parhaimmassa tapauksessa, jolloin potilasohjaus perustuu näyttöön, ohjaus on yhdenmukaista riippumatta siitä kuka ohjauksen antaa. (Tervo-Heikkinen ym. 2018, 28.)

Puhelinlinjalle tuli myös puheluita koskien ajanvarausta. Osassa näistä yhteydenottoon liittyi hoidon tarpeen arviointi, esimerkiksi tapauksissa, jossa potilas oli varaamassa aikaa terveydenhoitajalle vuosikontrolliin. Tällöin hoitajan on arvioitava mitä etukäteistutkimuksia tai omamittauksia potilaan on ennen vastaanottoa tehtävä sekä mitä laboratoriokokeita edeltävästi on aiheellista ottaa. Tällöin asiaan liittyy hoidon tarpeen arviointi. Ajanvarauksia tehtiin paljon myös erilaisiin toimenpiteisiin. Myös röntgenin ajanvarausasioista otettiin yhteyttä. Röntgenin ajanvaraukseen liittyen toimintamalliin on tullut muutoksia. Eli tällä hetkellä ajanvarauksen röntgentutkimukseen tekee se yksikkö, joka on tehnyt lähetteen tutkimukseen. Ajanvarausta toisen yksikön puolesta ei voida tehdä. Tämä on luonnollisesti aiheuttanut väärinymmärryksiä ja sekaannuksia potilaiden keskuudessa.

8.2 Opinnäytetyön eettisyys ja luotettavuus

Tuomen ja Sarajärven (2018) tulkinnan mukaan tutkimuksen ja etiikan yhteys on kaksijakoinen. Toisaalta tutkijan eettinen kanta tieteellisessä työssä vaikuttaa tutkijan tekemiin ratkaisuihin, toisaalta taas tutkimuksen tuloksilla voi olla vaikutusta tutkijan tekemiin eettisiin ratkaisuihin. (Tuomi & Sarajärvi 2018, 147.) Tutkimuksen kohdistuessa ihmiseen on noudatettava Tutkimuseettisen neuvottelukunnan ohjeistuksia. Yleisiin eettisiin periaatteisiin kuuluu, että tutkijan on kunnioitettava tutkittavien itsemääräämisoikeutta sekä ihmisarvoa. Tutkijan tulee myös kunnioittaa sekä aineellista että aineetonta kulttuuriperintöä. Tutkijan on huolehdittava, että toteuttaessaan tutkimusta siitä ei aiheudu haittaa tai vahinkoa tutkittaville ihmisille tai muille tutkimuskohteille. Eettiset kysymykset korostuvat erityisesti tilanteissa, joissa tutkija ja tutkittava kohtaa, jolloin niihin voi sisältyä ennalta arvaamattomia tekijöitä. Mietittäessä eettisiä kysymyksiä aina ei välttämättä löydy oikeaa ratkaisua. (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2019, 5, 7.)

Eettinen ajattelu nähdään kykynä pohtia sekä omia että yhteisön arvoja, mikä on oikein tai väärin. Tutkimusetiikka on määriteltävissä myös ammattietiikaksi, tällöin tutkimukseen kohdistuvat samat periaatteet kuin ammattia harjoittaessaan, muun muassa normit, arvot ja eettiset periaatteet. Hyvään tieteelliseen käytäntöön kuuluu, että tutkija noudattaa tiedeyhteisön toimintatapoja ja soveltaa tieteellisen tutkimuksen kriteereitä liittyen esimerkiksi tiedonhankintaan ja arviointimenetelmiin. Tutkija ottaa huomioon myös toisten tutkijoiden työn ja saavutukset sekä huolehtii siitä, että tutkimus on kokonaisuudessaan toteutettu tieteellisten vaatimusten mukaisesti. Tutkija myös huolehtii aineiston omistajuuteen ja säilyttämiseen liittyvistä asioista ennen tutkimuksen aloittamista

sekä ilmoittaa mahdolliset sidonnaisuutensa. Tutkimuksen kaikissa vaiheissa tulee myös noudattaa hyvää hallintokäytäntöä. (Kuula 2006, 21, 23, 35.)

Kyseessä oli työelämälähtöinen tutkimustehtävä, joten ylihoitajan kanssa oli sovittu, ketkä hoitajat aineiston keruuseen osallistuvat. Hoitajilla oli mahdollisuus keskeyttää aineistonkeruu missä vaiheessa tahansa niin halutessaan. Oli kuitenkin sovittu, että keskeytyksestä on ilmoitettava opinnäytetyöntekijälle ja ylihoitajalla, jolloin hänen tilalleen olisi pyritty löytämään toinen hoitaja tekemään aineistonkeruuta. Aineistonkeruussa kerättiin vain tietoa puhelujen sisällöstä, eikä siinä käsitelty tai kerätty henkilötietoja missään vaiheessa. Näin ollen erillistä suostumusta tutkittavilta ei pyydetty.

Aineisto kerättiin hoitajilta sovitun seurantajakson jälkeen. Paperisista lomakkeista tehtiin yhteenveto sähköiseen muotoon. Tutkimuksen tulokset syntyivät aineistolähtöisen sisällönanalyysin ja siitä tehtävän yhteenvedon pohjalta. Aineiston tiedot tallennettiin sekä pilvipalveluun että opinnäytetyöntekijän omalle tietokoneelle. Pilvipalvelussa säilyttäminen on mahdollista koska aineisto ei sisällä henkilötietoja. Aineisto säilytetään kahden vuoden ajan tutkimuksen valmistuttua. Alkuperäiset paperiset lomakkeet säilytetään lukituslaatikossa. Sähköinen materiaali säilytetään omalla tietokoneella tiedostona, joka aukeaa vain salasanalla. Kun kahden vuoden määräaika umpeutuu, paperinen aineisto tuhotaan silppurissa ja sähköiset tiedostot poistetaan tietokoneelta. Kaikissa tutkimuksen vaiheissa aineistoon pääsee käsiksi vain opinnäytetyöntekijä.

Tutkimuksen luotettavuudella tarkoitetaan sitä, että tutkija kykenee vakuuttamaan lukijan omasta ammattitaidostaan eli on pystynyt valitsemaan perusteltuja tutkimuksen lähestymistapoja ratkoessaan tutkimusongelmaa ja toteuttaessaan tutkimusta (Puusa & Juuti 2020, Laadullisen tutkimuksen luotettavuus). Tutkimuksen luotettavuutta pohdittaessa tutkimuksen toteuttamista ja luotettavuutta ei voida pitää erillisinä tapahtumina. Luotettavuuden kriteeri on itse tutkija ja hänen rehellisyytensä eli miten hän tekee tutkimuksessa valintansa ja ratkaisunsa. Luotettavuudessa on otettava huomioon myös tutkijan puolueettomuus. Tutkimuksen tekijän on pystyttävä perustelemaan miten ja mitä ratkaisuja on tehnyt sekä arvioida tekemiensä ratkaisujen tarkoituksenmukaisuutta. Tutkimuksen toistettavuudessa on huomioitava, että tutkimuksen käytännön toistettavuus ja tutkimuksen teoreettinen toistettavuus ovat eri asioita. (Vilka 2021, Tutkimuksen luotettavuus; Tuomi & Sarajärvi 2018, 160.)

Laadullisella menetelmällä tehtyä tutkimusta ei voida käytännössä toistaa koska jokainen tutkimus tällä menetelmällä tehtynä on ainutlaatuinen. Tähän vaikuttaa se, että eri tutkijoilla ei ole samaa teoreettista tietoa eikä ymmärrystä tutkittavaan asiaan. Tutkimuksen toistettavuuden mukaan lukijan on tultava samaan lopputulokseen kuin tekijänkin. Se edellyttää sitä, että tutkija on kuvannut tutkimuksen kulun tarkasti. (Vilka 2021, Tutkimuksen luotettavuus.) Hyvään tieteelliseen käytäntöön kuuluvat rehellisyys, huolellisuus ja tarkkuus kaikissa tutkimuksen eri vaiheissa (Tietoarkisto n.d. Tutkimusetiikka ihmistieteissä).

Tätä tutkimusta tehdessä on koko prosessin ajan tarkasteltu asioita myös eettisyyden ja luotettavuuden näkökulmasta. Asianmukaiset luvat on haettu ja prosessia on lähdetty viemään eteenpäin vasta kun tarvittavat luvat on saatu. Tämän opinnäytetyön luotettavuus on pyritty varmistamaan kuvaamalla tutkimusprosessin kaikki eri vaiheet alusta loppuun saakka läpinäkyvästi ja tarkasti. Tutkimustulosten analysointi on tehty perustuen ainoastaan kerättyyn materiaaliin. Tulosten tarkastelussa on kiinnitetty erityistä huomiota siihen, ettei tutkimuksen tekijän oma työkokemus hoidon tarpeen arvioinnin puheluista vaikuta tutkimuksen tuloksiin. Tulokset on esitetty puolueettomasti ja niin ettei vastauksista pysty tunnistamaan vastaajaa, jolloin tutkimukseen osallistuneiden anonymiteetti on säilynyt.

8.3 Johtopäätökset ja jatkokehittäminen

Millä tavalla toimintaa voitaisiin kehittää, että puheluita, jotka eivät liity hoidon tarpeen arviointiin, saataisiin vähennettyä? Tällä hetkellä varmasti merkittävin asia on jo olemassa ratkaisu eli Omakanta-palvelu. Sen käyttämisestä tulisikin saada laajempaa ja monipuolisempaa. Palvelun käyttöä tulisi myös terveydenhuollon ammattilaisten osata tuoda enemmän esille asioidessaan potilaiden kanssa. Tarvittaessa myös potilaiden ohjeistus ja opastus palvelun käyttöön lisäisi tulevaisuudessa palvelun käyttöä.

Myös laboratorioille on jo tullut oma sovellus, josta potilaat voivat tarkistaa tulokset suoraan itse, ottamatta yhteyttä terveydenhuollon yksikköön. Tätä palvelua laboratoriot ovatkin jo omasta puolestaan markkinoineet potilaille. Uuden palvelun markkinointiin tulisi kuitenkin myös muiden terveydenhuollon ammattilaisten osallistua. Avainasemassa tässä ovat vastaanoton sairaanhoitajat

kuten myös muut potilastyötä tekevät sairaan- ja terveydenhoitajat. Riittävä markkinointi ja palvelun tutuksi tuominen todennäköisesti lisää tulevaisuudessa potilaiden halukkuutta palvelun käyttöön.

Melko uutena toimintona on alueella aloitettu myös sairaanhoitajan chat-kanava, jonka kautta voi kysyä muun muassa laboratoriokokeiden tuloksia. Chat-kanava on auki laajempina aukioloaikoina, myös viikonloppuisin. Käyttämällä enemmän Omakanta-palvelua, laboratorion omaa sovellusta tai chat-kanavaa, puhelujen määrä todennäköisesti hoidon tarpeen arvioinnin linjalle vähenisivät. Uusien asioiden tuominen ja ennen kaikkea sen saaminen potilaiden jokapäiväiseen käyttöön vaatii terveydenhuollon ammattilaisilta pitkäjänteisyyttä ja valmiutta potilaiden ohjaamiseen palvelujen käyttämisessä. On huomioitavaa myös, että potilaskannassa tapahtuu jatkuvaa muutosta, yhä iäkkäämmät potilaat osaavat käyttää erilaisia sähköisiä palveluja, myös terveydenhuollossa.

Reseptiasioihin liittyen edellä mainitut kanavat auttavat myös tässä kokonaisuudessa ja usein palvelun saa sähköisten kanavien kautta nopeammin kuin ottamalla yhteyttä puhelimitse terveydenhuollon yksikköön. Selkeämpi ohjeistus ja viestintä palvelujen käyttömahdollisuuksista varmasti lisääisivät palvelujen käyttöä ja sitä myötä myös potilaiden tyytyväisyyttä palveluihin. Samalla myös kuormitus terveydenhuollossa liittyen suuriin puhelumääriin helpottaisi. Tällöin ammattilaisten aikaa jäisi muihin tehtäviin ja esimerkiksi juuri potilaiden ohjaamiseen ja neuvontaan. Tärkeässä roolissa on myös terveydenhuollon ammattilaisten tietotaidon, niin teoreettisen kuin kliinisen osaamisen ylläpito sekä mahdollisuus osallistua sellaisiin lisäkoulutuksiin, joita omassa työssä tarvitaan.

Yhtenä asiana voidaan miettiä myös nettiajanvarauksen laajempaa käyttöönottoa. Tässä kohtaa voisi miettiä jo varatun ajan perumista jonka potilas voisi itse netin kautta tehdä. Nykyisin mikäli potilas peruuttaa ajan, pahimmassa tapauksessa tieto saadaan terveysasemalle vasta siinä vaiheessa, kun varattu aika on jo mennyt. Tällöin osa, jo valmiiksi vähäisistä lääkäriaajoista, menee täysin hukkaan. Muihin, määrällisesti pienempiin, osa-alueisiin voidaan todeta, että hyvällä ja ajantasaisella viestinnällä pidetään potilaat ajan tasalla tapahtuvista muutoksista. Tällä hetkellä viestintä hoidetaan keskitetysti. Hyvinvointialueen nettisivusto on hyvinkin laaja ja monitahoinen. Potilailta

on tullut jonkin verran palautetta siitä, että jonkin yksittäisen tiedon löytyminen sivustolta on hyvinkin vaikeaa, hyvistä tietoteknisistä taidoista huolimatta. Viestinnällä on kuitenkin hyvin merkittävä rooli toiminnan kannalta.

Tutkimuksen kohteen olevassa organisaatiossa ei ole aiemmin tutkittu tulevien puhelujen sisältöä, joten tutkimus tuotti uutta tietoa siitä mitä aihealueita hoidon tarpeen arvioinnin puhelinlinjalle tulee. Tuloksista on tärkeää huomioida tietyt, toistuvat asiakokonaisuudet. Yllä mainituilla toimintamalleilla voidaan puhelujen määrää tulevaisuudessa vähentää. Osalle väestöstä asiointi paikan päällä tai puhelimitse tulee jatkossakin olemaan ensisijainen yhteydenottokanava. Siitä huolimatta, että väestö ikääntyy myös heidän tietotaidoissaan, tapahtuu jatkuvaa kehittymistä ja sähköiset palvelut ovat osa jokapäiväistä asiointia. Siihen tulee myös terveydenhuollon ammattilaisten tukea ja kannustaa väestöstä.

Jatkokehittämiseen liittyen nyt saatiin ensiarvoisen tärkeää tietoa siitä, mistä asiakokonaisuuksista puhelut koostuvat. Tietoa voidaan hyödyntää esihenkilötyössä mietittäessä uusia toimintamalleja. Organisaatiossa ollaan siirtymässä tiimimalliin. Yhtenä ajatuksena tiimimallissa on esitetty ns. omahoitajan nimeämistä potilaalle. Tämä varmasti vähentäisi puhelujen määrää hoidon tarpeen arvioinnin linjalle. Potilas voi tarvittaessa ottaa yhteyttä suoraan omahoitajaansa. Potilas saa hänen kauttaan tiedon esimerkiksi käymistään laboratoriokokeista ja samalla hoitajan on mahdollista tehdä jatkosuunnitelmia potilaan kanssa. Omahoitaja -malli todennäköisesti lisää potilaiden turvallisuuden tunnetta siitä, että hänen asiansa hoituvat, kun heillä on konkreettisesti tiedossa keneen he ottavat yhteyttä asioissaan. Tämä puolestaan tulisi jatkossa näkymään asiakastyytyvyydessä niin terveydenhuoltoon kuin sen tarjoamia palveluita kohtaan. Kun omahoitajamalli on ollut käytössä jonkin aikaa, olisi informatiivista toistaa tutkimus. Tapahtuuko puhelujen määrässä vähenemistä, kun omahoitajamalli on käytössä.

Lähteet

A1019/2004. Valtioneuvoston asetus hoitoon pääsyn toteutumisesta ja alueellisesta yhteistyöstä. Viitattu 8.2.2024. <https://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2004/20041019>

Alasuutari, P. 2011. Laadullinen tutkimus 2.0. 1. painos. Tampere: Vastapaino.

Ammattietiikka. N.d. Artikkelit ETENE:n verkkosivuilla. Viitattu 7.2.2024. <https://etene.fi/ammattietiikka>

Ammattihenkilöiden ammattieettiset velvollisuudet. N.d. Artikkelit Valviran www-sivuilla. Viitattu 7.2.2024. <https://valvira.fi/sosiaali-ja-terveydenhuolto/ammattieettiset-velvollisuudet>

Berntsson, K., Eliasson, M. & Beckman, L. 2022. Patient safety when receiving telephone advice in primary care – a Swedish qualitative interview study. BMC Nursing, 21, 24, 1–8. Viitattu 29.12.2023. <https://janet.finna.fi/> Cinahl

Elliott, M., Jones, S. & Johnson, C. 2020. What are the benefits of nurse-led triage in primary care? Evidence & Practice, 3, 20, 28–34. Viitattu 26.12.2023. <https://janet.finna.fi/> Cinahl

Elo, S., Kajula, O., Tohmola, A. & Kääriäinen, M. 2022. Laadullisen sisällönanalyysin vaiheet ja eteneminen. Hoitotiede 34, 4, 215–225. Viitattu 15.2.2024. <https://journal.fi/hoitotiede/article/view/128987>

Eriksson, I., Wilhsson, M., Blom, T., Carina Broo Wahlström, & Larsson, M. 2020. Telephone nurses' strategies for managing difficult calls: A qualitative content analysis. Nursing Open, 7, 6, 1671–1679. Viitattu 29.12.2023. <https://janet.finna.fi/> ProQuest

Etiikan tila sosiaali- ja terveysalalla. 2012. Valtakunnallinen sosiaali- ja terveysalan eettinen neuvottelukunta ETENE-julkaisu 35. Viitattu 7.2.2024. <https://etene.fi/documents/66861912/66865166/ETENE-julkaisu+35+Etiikan+tila+sosiaali-+ja+terveysalalla.pdf/b02f3efc-c92b-456f-a97a-2a524ef3b2f9/ETENE-julkaisu+35+Etiikan+tila+sosiaali-+ja+terveysalalla.pdf?t=1439805591000>

Gelin, M., Gesar, B., Källberg, A., Ehrenberg, A., & Gustavsson, C. 2023. Introducing a triage and nurse on call model in primary health care – a focus group study of health care staff's experiences. BMC Health Services Research, 23, 1299, 1–11. Viitattu 28.12.2023. <https://janet.finna.fi/> ProQuest

Glerean, N., Hupli, M., Talman, K. & Haavisto, E. 2019. Perception of nursing profession – focus group interview among applicants to nursing education. Scandinavian Journal of Caring Sciences, 33, 390–399. Viitattu 12.2.2024. <https://janet.finna.fi/> PubMed

Gustafsson, S. R., & Wahlberg, A., C. 2023. The telephone nursing dialogue process: An integrative review. BMC Nursing, 22, 345, 1–18. Viitattu 29.12.2023. <https://janet.finna.fi/> ProQuest

Göransson, M., Persson, A-C. & Abellson, A. 2020. Triage in primary healthcare. Nordic Journal of Nursing Research, 40, 4, 213–220. Viitattu 26.12.2023. <https://janet.finna.fi/> Cinahl

Hirsijärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2009. Tutki ja kirjoita. 15. painos. Helsinki: Tammi.

Hoitoonpääsy perusterveydenhuollossa 2023. Terveiden ja hyvinvoinninlaitos. Viitattu 10.12.2023. <https://thl.fi/tilastot-ja-data/tilastot-aiheittain/terveyspalvelut/hoitoonpaasy-perusterveydenhuollossa>

Hoitoonpääsy perusterveydenhuollossa 2023. Terveiden ja hyvinvoinninlaitos. Viitattu 7.2.2024. <https://thl.fi/tilastot-ja-data/tilastot-aiheittain/terveyspalvelut/hoitoonpaasy-perusterveydenhuollossa>

Holmström, I.K., Nokkoudenmäki, M-B., Zukancic, S. & Sundler A.J. 2016. It is important that they care – older persons' experiences of telephone advice nursing. Journal of Clinical Nursing, 25, 1644–1653. Viitattu 9.2.2024. <https://janet.finna.fi/> Cinahl

Hyvinvointialueet vastaavat sote-palvelujen ja pelastustoimen järjestämisestä 2023. Sosiaali- ja terveysministeriö. Viitattu 10.12.2023. <https://stm.fi/hyvinvointialueet>

Kaminsky, E., Edvardsson Aurin, I., Hedin, K., Andersson, L. & Andre, M. 2020. Registered nurses' views on telephone nursing for patients with respiratory tract infections in primary healthcare – a qualitative interview study. BMC Nursing, 19, 65, 1–10. Viitattu 27.12.2023. <https://janet.finna.fi/> ProQuest

Khalil, A.I. & Hashish, E.A. 2022. Exploring how reflective practice training affects nurse interns' critical thinking disposition and communications skills. Evidence & Practice, 5, 29, 20–26. Viitattu 6.2.2024. <https://janet.finna.fi/> Cinahl

Kiireettömään hoitoon pääsyä koskevat säännökset tiukentuvat 1.9.2023 alkaen. Sosiaali- ja terveysministeriö. Viitattu 5.2.2024. https://stm.fi/documents/1271139/150188883/Hoitotakuu_ohjekirje_2023.pdf/5b3e07e9-8764-9ba1-7a6e-ef4b8e8fe34f/Hoitotakuu_ohjekirje_2023.pdf/Hoitotakuu_ohjekirje_2023.pdf?t=1690883764435

Kunin, M., Ali, R., Yugusuk, C., Davis, A. & McBride, J. 2022. Providing Care by Telephone to Refugees and Asylum Seekers: An Evaluation of Telephone Mode-of-Care in Monash Health Refugee Health and Wellbeing Clinic in Victoria, Australia. Health Service Insights, 15, 1–12. Viitattu 10.2.2024. <https://janet.finna.fi/> Cinahl

Kuula, A. 2006. Tutkimusetiikka. Aineistojen hankinta, käyttö ja säilytys. Jyväskylä: Gummerrus.

L 1326/2010. Terveidenhuoltolaki. Viitattu 5.2.2024. <https://finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2010/20101326>

L 559/1994. Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä. Viitattu 5.2.2024. <https://finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1994/19940559>

Lipponen, K. 2014. Potilasohjauksen toimintaedellytykset. Väitöskirja, Oulun yliopisto. Viitattu 16.2.2024. <http://jultika.oulu.fi/files/isbn9789526203720.pdf>

Lääkkeiden saatavuus. N.d. Lääketeollisuus r.y. Viitattu 10.4.2024. <https://www.pif.fi/medicines/laakkeiden-saatavuus.html>

Lääkkeiden saatavuushäiriöt ja niiden syyt. N.d. Lääketeollisuus r.y. Viitattu 10.4.2024. <https://www.laaketeollisuus.fi/uutishuone/kannanotot/laakkeiden-saatavuushairiot-ja-niiden-syyt.html>

Mönkkönen, K. 2018. Vuorovaikutus asiakastyössä. Asiakkaan kohtaaminen sosiaali- ja terveysalalla. Gaudeamus. Viitattu 6.2.2024. <https://janet.finna.fi/Ellibs>

Miettinen, T. 2016. Potilasohjauskoulutus hoitohenkilökunnan osaamisen vahvistajana Kuopion yliopistollisessa sairaalassa. Pro gradu -tutkielma. Viitattu 16.2.2024. https://erepo.uef.fi/bitstream/handle/123456789/16418/urn_nbn_fi_uef-20160590.pdf

Mutanen, I. 2020. Syventävien opintojen tutkielma, Oulun yliopisto. Viitattu 3.3.2024. <https://oulurepo.oulu.fi/bitstream/handle/10024/16825/nbnfioulu-202010313080.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Opiskele sairaanhoitajaksi. N.d. Viitattu 1.2.2024. <https://sairaanhoitajat.fi/ammatti-ja-osaamisen/opiskele-sairaanhoitajaksi/>

Orava, M., Kääriäinen, M. & Kyngäs, H. 2012. Puhelinohjaus hoitotyön menetelmänä: systemaattinen kirjallisuuskatsaus. Osa I: Reaktiivinen puhelinohjaus. Hoitotiede 2012, 24, 3, 216–231. Viitattu 9.2.2024. <https://journal.fi/hoitotiede/article/view/128247/77370?acceptCookies=1>

Perusterveydenhuollon hoitotakuu tiukkenee kahteen viikkoon syyskuussa 2023. Valtioneuvosto. Viitattu 25.11.2023. <https://valtioneuvosto.fi/-//1271139/perusterveydenhuollon-hoitotakuu-tiukkenee-kahteen-viikkoon-syyskuussa-2023->

Puusa, A. & Juuti, P. 2020. Laadullisen tutkimuksen näkökulmat ja menetelmät. Viitattu 30.12.2023. <https://janet.finna.fi/Ellibs>

Roivainen, P. 2022. Kiireettömien ensihoitotehtävien hoidon tarpeen arviointi puhelinsairaanhoitajan toteuttamana. Viitattu 12.12.2023. <https://oulurepo.oulu.fi/bitstream/handle/10024/37321/isbn978-952-62-3265-2.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Ronkainen, S., Pehkonen, L., Lindblom-Ylänne, S. & Paavilainen, E. 2011. Tutkimuksen voimasanat. 1. painos. Helsinki: WSOYpro Oy.

Saukkonen, S-M. & Ålander, A. 2021. Hoidon tarpeen arviointi – nykytilan selvitys. Terveyden ja hyvinvoinninlaitoksen julkaisu 6/2021. Viitattu 12.12.2023. https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/142812/Hoidon%20tarpeen%20arviointi_nykytilan%20selvitys%20_julkaisu.pdf?sequence=1

Sosiaali- ja terveysministeriö. 2023b. Hoitoon pääsy (hoitotakuu). Viitattu 25.11.2023. <https://stm.fi/hoitotakuu>

Syvöja, P. & Äijälä, O. 2009. Hoidon tarpeen arviointi. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.

Terveysasemien kiireettömistä lääkärikäynneistä vain puolet toteutui viikossa keväällä 2023. Terveystieteiden ja hyvinvoinnin laitos 2023. Viitattu 9.12.2023. <https://thl.fi/-/terveysasemien-kiireettomista-laakarikaunneista-vain-puolet-toteutui-viikossa-kevaalla-2023>

Tervo-Heikkinen, T., Saaranen, T., Miettinen, T. & Vaajoki, A. 2018. Hoitotyöntekijöiden kokemuksia potilasohjauksoulutuksen merkityksestä potilasohjaukselle. Tutkiva Hoitotyö 16, 27–33. Viitattu 16.2.2024. <https://erepo.uef.fi/bitstream/handle/123456789/7739/156741974327466662.pdf?sequence=2>

Tietoarkisto. N.d. Johdanto: Analyysi ja Tulkinta. Viitattu 31.12.2023. <https://www.fsd.tuni.fi/fi/palvelut/menetelmaopetus/kvali/analyysitavan-valinta-ja-yleiset-analyysitavat/analyysi-ja-tulkinta/>

Tietoarkisto. N.d. Laadullinen sisällönanalyysi. Viitattu 31.12.2023. <https://www.fsd.tuni.fi/fi/palvelut/menetelmaopetus/kvali/analyysitavan-valinta-ja-yleiset-analyysitavat/laadullinen-sisallönanalyysi/>

Tietoarkisto. N.d. Laadullinen tutkimus. Viitattu 16.12.2023. <https://www.fsd.tuni.fi/fi/palvelut/menetelmaopetus/kvali/mita-on-laadullinen-tutkimus/laadullisen-tutkimuksen-ominaispiirteet/>

Tietoarkisto. N.d. Tutkimusetiikka ihmistieteissä. Viitattu 17.12.2023. <https://www.fsd.tuni.fi/fi/palvelut/menetelmaopetus/kvali/tutkimusetiikka/tutkimusetiikka-ihmistieteissa/>

Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2018. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi

Turvallinen lääkehoito. Opas lääkehoitosuunnitelman laatimiseen 2021. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2021:6. Viitattu 6.4.2024. https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/162847/STM_2021_6.pdf?sequence=3&isAllowed=y

Tutkimuseettinen neuvottelukunta. 2019. Ihmiseen kohdistuvan tutkimuksen eettiset periaatteet ja ihmistieteiden eettinen ennakoarviointi Suomessa. Viitattu 17.12.2023. https://www.tenk.fi/sites/tenk.fi/files/Ihmistieteiden_eettisen_ennakoarvioinnin_ohje_2019.pdf

Tyyskä, E. 2012. Tiedonhallinta terveydenhuollon puhelinohjauksessa. Pro gradu-tutkielma. Viitattu 9.2.2024. https://erepo.uef.fi/bitstream/handle/123456789/11067/urn_nbn_fi_uef_20120624.pdf

Valli, R. & Aaltola, J. 2015. Ikkunoita tutkimusmetodeihin 2. 4.painos. Jyväskylä: PS-kustannus.

Varsinais-Suomen lastensuojelujärjestöt. 2021. Millaista on hyvä vuorovaikutus? Viitattu 6.2.2024. <https://vslj.fi/hyva-vuorovaikutus-perustuu-dialogille/>

Vilkkä, H. 2021. Tutki ja kehitä. 5. paino. Jyväskylä: PS-kustannus. Viitattu 17.12.2023. <https://www.ellibslibrary.com/reader/9789523701731>

Vosoughi, M.N., Zamanzadeh, V., Valizadeh, L., Ghahramanian, A., Lotfi, M., Bagheriyeh, F. & Pourmollamirza, A. 2022. An introduction to the TPSN model: a comprehensive approach to reducing the theory-practice gap in nursing. BMC Nursing, 21, 261, 1–14. Viitattu 12.2.2024. <https://janet.finna.fi/> ProQuest

Liitteet

Liite 1. Aineistonkeruun saatekirje

Avoterveydenhuollon kiireetön hoidon tarpeen arviointi – selvitys puheluiden sisällöstä.

Teen YAMK -tutkintooni liittyen opinnäytetyötä, joka koskee kiireettömälle hoidon tarpeen arvioinnin puhelinlinjalle tulevia puheluita. Tarkoituksena on selvittää, että mikäli puhelu ei koske hoidon tarpeen arviointia niin mikä on puhelun aihe. Voitte kuvata asian mahdollisimman lyhyesti esim. reseptin uusinta tai yhteystietojen kysely. Seuranta tehdään 5 työpäivän ajan ajalla 4.-8.3.2024.

Jaan teille nipun lomakkeita, joissa tarkoituksena on täyttää aina oma lomake / päivä. Tarvittaessa lomaketta voi jatkaa kääntöpuolelle. Mikäli saman päivän aikana tulee samaan aihealueeseen liittyviä puheluita, voitte merkitä sen lomakkeeseen ”tukkimiehen kirjanpidolla”. Tärkeintä on, että kaikki puhelut, jotka eivät liity hoidon tarpeen arviointiin tulee merkittyä lomakkeelle.

Mikäli teille herää kysymyksiä tähän kyselyyn liittyen, voitte lähettää minulle joko sähköpostia, arja.pihlasaho@xxx.xx tai soittamalla numeroon xxx xxx xxxx.

