

# **TIEDONHALLINTA TERVEYDENHUOLLON PUHELINOHJAUKSESSA**

Eija Tyyskä

Pro gradu – tutkielma

Sosiaali- ja terveydenhuollon

tietohallinto

Itä- Suomen yliopisto

Toukokuu 2012

ITÄ-SUOMEN YLIOPISTO, Yhteiskuntatieteiden ja kauppatieteiden tiedekunta  
Sosiaali- ja terveysjohtamisen laitos, sosiaali- ja terveydenhuollon tietohallinto

TYYSKÄ, EIJA: Tiedonhallinta terveydenhuollon puhelinohjauksessa

Pro gradu -tutkielma, 84 sivua, 2 liitettä (2 sivua)

Tutkielman ohjaajat: professori Kaija Saranto, lehtori Sirpa Kuusisto-Niemi

Toukokuu 2012

---

Avainsanat: puhelinneuvonta, tietohallinto, tiedontarve, (YSA), puhelinohjaus, tiedonhankinta, tiedonkäyttö, ammatillinen tiedonhankinta

Tämän tutkimuksen tarkoituksena on selvittää, millaisia työhön liittyviä tiedontarpeita puhelinohjauksessa toimivilla hoitajilla on, miten ja mistä he hankkivat tietoa puhelinohjaustilanteessa ja miten he käyttävät saamaansa tietoa tehdessään hoidon tarpeen arviointia. Tämän tutkimuksen tutkimuskohteena ovat hoitajat työskentelevät eräässä kuntayhtymässä, joko sairaanhoitajan vastaanotolla, päivystysvastaanotolla tai puhelinneuvonnassa. Hoitajat tekevät hoidon tarpeen arviointia puhelimesta ja puhelinkontakti on ennalta suunnittelematon. Puhelinohjaus toteutetaan kuntayhtymän omana toimintana. Hoitajilla on käytössään potilasasiakirjat. Tutkimuksessa käytetään mukailien Gloria Leckien, Karen Pettigrew'n ja Chistian Sylvainin (1996) yleistä ammatillisen tiedonhankinnan prosessimallia.

Tässä laadullisessa tutkimuksessa aineistonkeruumenetelmänä käytettiin teemahaastattelua. Tutkimusaineisto koostui seitsemän hoitajan haastatteluista. Kaikki haastattelut nauhoitettiin ja tutkija teki myös muistiinpanoja. Haastattelut litteroitiin analysointia varten. Aineisto analysoitiin sisällönanalyysillä. Tutkimustulokset esitetään Leckien ym. (1996) ammatillisen tiedonhankinnan prosessimallia soveltaen.

Tämän tutkimuksen mukaan puhelinohjausta tekevät hoitajat pyrkivät puhelinkontaktissa keräämään tietoa potilaalta itseltään, jos se suinkin on mahdollista. Hoitajat pitävät tiedontarpeen kartoitusta tärkeänä, koska sen perusteella he tekevät hoidon tarpeen arvioinnin ja arvioivat hoidon kiireellisyyden. Useimmat hoitajat kaipasivat jonkinlaista ohjeistusta tai tarkistuslistaa, jonka avulla nopeasti varmistaisi, että on saanut kartoitettua kaikki tärkeät tiedot soittajalta. Hoitajien päätöksenteko perustui vahvasti omaan kokemukseen. Tiedonhankinnassa kaikki hoitajat käyttivät hyväkseen konsultaatiomahdollisuutta. Lääkäreitä tai hoitajakollegaa konsultoitin päivittäin. Terveysportti oli suosituin tiedonlähde. Terveysportin käyttö koettiin helpoksi ja nopeaksi tavaksi etsiä tietoa. Hoitajat etsivät eniten lääkitykseen liittyvää tietoa. Kaikilla hoitajilla oli hyvät tietotekniset taidot. Hoitajat kaipasivat koko kuntayhtymää koskevia yhteisiä kirjallisia ohjeita, jotka helpottaisivat hoitajien yhdenmukaista ohjausta.

Tutkimus syventää ja laajentaa tietämystä siitä, minkälaista tietoa hoitajat tarvitsevat puhelinohjauksessa, mistä lähteistä tietoa hankitaan ja miten tietoa käytetään. Tutkimuksessa tulee esille myös puhelinohjauksen haasteita. Tutkimuksen tuloksia voidaan käyttää hyväksi kehitettäessä hoitajin puhelinohjaustyötä, perehdytystä ja jatkokoulutusta.

UNIVERSITY OF EASTERN FINLAND, Faculty of Social Sciences and Business Studies, Department of Social and Health Management, Health and Human Services Informatics

TYYSKÄ, EIJA: Information Management in Health care telephone counseling  
Master's thesis, 84 pages, 2 appendices (2 pages)

Advisors: professor Kaija Saranto, senior lecturer Sirpa Kuusisto-Niemi

May 2012

---

Keywords: telephone advice, information management, information needs, telephone counseling, information seeking, information use, professional information seeking

The purpose of this study is to find out what kind of work related information needs the nurses using active telephone counseling have, how and from where do they obtain information during telephone counseling and how do they use the gained knowledge while evaluating the need for treatment. The nurses who were selected as research subjects for the present study work in a joint municipal authority, either at nurse's appointment, in the hospital emergency room or in telephone counseling. The nurses will assess the need for treatment on the phone and the telephone contact is unscheduled. The telephone counseling is the joint municipal authority's own activity. The nurses have patient documents in their use. The study draws selectively upon Gloria Leckie, Karen Pettigrew, and Christian Sylvain's (1996) general process model for professional information seeking.

Theme interviews were used as data collection method in this qualitative study. The data consisted of seven nurses. All the interviews were tape recorded, and the researcher took also notes. The interviews were transcribed and the data analysed by using content analysis. The results of the study are presented by applying Leckie et al.'s (1996) process model for professional information seeking.

The present study shows that nurses working in telephone counseling aim, if possible, at gathering information from the patient himself during the phone contact. The nurses consider mapping the information need important because based on it they evaluate the need for and the urgency of the treatment. Most of the nurses longed for some kinds of guidelines or checklist to help quickly ensure that they had gotten all the important information from the caller. Nurses' decision-making was heavily based on their own experience. All the nurses took advantage of the possibility for consultation. A doctor or a nurse colleague was consulted on a daily basis. Terveysportti was the most popular source of information. The use of Terveysportti was seen as a quick and an easy way to search for information. The nurses are mostly looking for information about medication. All the nurses had good computer skills. They missed shared written instructions for the whole joint municipal authority to facilitate uniform guidance for the nurses.

The study deepens and broadens our understanding of what kind of information the nurses need in telephone counseling, which sources information will be searched from and how the information will be used. The study also points out the challenges in telephone counseling. The results can be used in developing the nurses' telephone counseling, orientation and further education.

## SISÄLTÖ

<b>1 JOHDANTO .....</b>	<b>5</b>
<b>2 PUHELINPALVELUT OSANA TERVEYDENHUOLLON PALVELUJÄRJESTELMÄÄ.....</b>	<b>7</b>
<b>2.1 Puhelinpalvelujen määrittelyä .....</b>	<b>7</b>
<b>2.2 Puhelinohjaus .....</b>	<b>9</b>
2.2.1 Hoidon tarpeen arviointi puhelinohjauksessa .....	12
2.2.2 Puhelinohjauksen erityispiirteitä .....	16
<b>2.3 Puhelinpalvelutoimintaa ohjaava lainsäädäntö .....</b>	<b>18</b>
<b>2.4 Päätöksenteon tukijärjestelmät terveydenhuollossa .....</b>	<b>21</b>
<b>2.5 Aikaisemmat tutkimukset .....</b>	<b>23</b>
2.5.1 Aikaisemmat tutkimukset puhelinpalvelutoiminnasta .....	23
2.5.2 Aikaisemmat tutkimukset ammatillisen tiedonhankintamallin käytöstä .....	28
<b>3 TIEDONHANKINNAN PROSESSIMALLI TERVEYDENHUOLLON PUHELINOHJAUKSESSA.....</b>	<b>30</b>
<b>3.1 Tiedon eri ulottuvuudet.....</b>	<b>30</b>
<b>3.2 Ammatillinen tiedonhankinta .....</b>	<b>32</b>
<b>3.3 Puhelinohjausta toteuttavan hoitajan ammatillinen tiedonhankinnan malli</b>	<b>35</b>
<b>4 TUTKIMUKSEN TARKOITUS JA TUTKIMUSTEHTÄVÄT.....</b>	<b>39</b>
<b>5 TUTKIMUKSEN METODOLOGISET LÄHTÖKOHDAT .....</b>	<b>40</b>
<b>5.1 Tutkimuksen metodologia.....</b>	<b>40</b>
<b>5.2 Tutkimusympäristön kuvaus .....</b>	<b>41</b>
<b>5.3 Aineiston hankinta .....</b>	<b>42</b>
<b>5.4 Aineiston analysointi.....</b>	<b>44</b>
<b>6 TUTKIMUSTULOKSET .....</b>	<b>47</b>
<b>6.1 Soittajan tunnistaminen puhelinohjauksessa .....</b>	<b>47</b>
<b>6.2 Hoitajan tiedontarve puhelinohjauksessa .....</b>	<b>48</b>
<b>6.3 Tiedonhaun sisältö .....</b>	<b>51</b>

<b>6.4 Hoitajan tiedonhankinta ja päätöksenteon tukijärjestelmien käyttö puhelinohjauksessa .....</b>	<b>52</b>
6.4.1 Oman tiedon käyttö .....	52
6.4.2 Sähköinen tiedonhankinta .....	53
6.4.3 Konsultointi .....	56
6.4.4 Muut tiedonhankintalähteet .....	57
<b>6.5 Hoitajien kokemuksia tiedonhankinnasta .....</b>	<b>59</b>
<b>6.6 Hoitajan tiedonkäyttö puhelinohjauksessa .....</b>	<b>60</b>
<b>6.7 Puhelinohjaukseen liittyviä haasteita.....</b>	<b>62</b>
<b>7 POHDINTA.....</b>	<b>65</b>
7. 1 Tutkimuksen luotettavuus .....	65
7. 2 Tutkimustulosten tarkastelu ja johtopäätökset .....	69
7. 3 Jatkotutkimusaiheet .....	74
<b>LÄHTEET .....</b>	<b>75</b>
<b>LIITTEET</b>	

## **KUVIOT**

<b>KUVIO 1. Puhelinpalvelutoiminta.....</b>	<b>9</b>
<b>KUVIO 2. Puhelinohjaus hoitotyön menetelmänä .....</b>	<b>11</b>
<b>KUVIO 3. Ammatillinen tiedonhankinnan malli .....</b>	<b>33</b>
<b>KUVIO 4. Puhelinohjausta toteuttavan hoitajan ammatillinen tiedonhankinnan</b>	<b>38</b>
<b>KUVIO 5. Puhelinohjausprosessin kuvaus .....</b>	<b>42</b>
<b>KUVIO 6. Aineistolähtöisen sisällönanalyysin eteneminen.....</b>	<b>45</b>

## **TAULUKOT**

<b>TAULUKKO 1. Hoitajien käyttämät tiedonlähteet puhelinkontaktin aikana.....</b>	<b>58</b>
---	-----------

## **LIITTEET**

<b>LIITE 1. Haastattelupyyntö .....</b>	<b>83</b>
<b>LIITE 2. Teemahaastattelurunko .....</b>	<b>84</b>

## 1 JOHDANTO

Viime vuosina terveydenhuollon puhelinpalvelutoiminta on yleistynyt eri muodoissa pyrittäessä vastaamaan väestön lisääntyneeseen terveystalouden kysyntään (STM 2004). Terveydenhuollossa on tullut tarve kehittää uusia taloudellisia palvelumuotoja. Puhelinpalvelun yleistymiseen on johtanut myös terveydenhuollon asiakkaiden tiedon halun ja valvutuneisuuden lisääntyminen. (Nuutila, Hoppendorff-Koskinen, Kauppila, Mertsola, Rusi, Ruusu & Leino-Kilpi 2004, 1.)

Puhelinneuvonnalla voidaan hoitaa osa terveydenhuollon asiakkaiden ongelmista. Samalla asiakkaat, jotka tarvitsevat hoitoa, voidaan ohjata lääkärin vastaanotolle. Palvelujen kysynnän kasvaessa on järkevää arvioida palvelujen tarve, kun asiakas ottaa ensikontaktin terveydenhuoltoon. Puhelinneuvonnalla ensikontakti voidaan turvata ja samalla voidaan arvioida asiakkaan hoidon tarve. (STM 2004.) Terveydenhuollon ammattihenkilö voi usein jo puhelimesta tehdä arvion tarvitseeko soittajan tulla lääkärin vastaanotolle vai annetaanko soittajalle hoito-ohjeet puhelimesta. Tulevaisuudessa sairaanhoitajan rooli korostuu ensimmäisenä arvioijana hoidon tarpeesta. (Hyrynkangas-Järvenpää 2000, 12–14.)

Onnistunut puhelinohjaus parantaa tutkitusti terveystalouden saatavuutta, nopeutta ja tehokkuutta asiakaspalvelussa sekä ohjaa potilaat oikeaan hoitopaikkaan oikeana ajankohtana. Tehokas puhelinohjaus tuo terveystalouden tuottajalle taloudellisia säästöjä ajanvaraus- ja päivystysvastaanottoja korvaavana palvelumuotona. (Hyrynkangas-Järvenpää 2007, 427–430.) Riittävän puhelinneuvonnan puuttuminen ohjaa potilaita epätarkoituksenmukaisesti hakeutumaan päivystysvastaanotolle (STM 2010, 27). Potilaiden ongelmien ratkaisussa ja neuvojen saamisessa puhelinneuvonta on osoittautunut tehokkaaksi ja tarpeelliseksi palvelumuodoksi (Järvi 2003, 4094). Hyrynkangas-Järvenpää (2000, 12–14) toteaa, että sairaanhoitajan puhelinneuvontaa on toteutettu pitkään ja sairaanhoitajat ovat antaneet ohjeita ja neuvontaa puhelimitse aina oman työnsä ohella sairaaloissa, terveyskeskuksissa ja poliklinikoilla. Vuodesta 2003 lähtien puhelinpalvelua on järjestetty Suomessa laajemmin siten, että työ on ollut pelkkää puhelinohjausta (Järvi 2003, 4094).

Oma työhistoriani puhelinohjauksessa, henkilökohtainen kiinnostus aiheeseen ja sosiaali- ja terveydenhuollon tietohallinnon opinnot herättivät mielenkiinnon puhelinohjauksessa toimivan hoitajan tiedonhallintaan. Risikko (2001, 143–144) on todennut, että päätöksenteossa on osattava käyttää monitieteellistä tietoa ja sitä on myös hallittava teknologian avulla. Vaatimukset työn tehokkuudelle ja tuloksellisuudelle tuovat haasteita myös puhelinohjauksessa työskenteleville hoitajalle. Nämä haasteet antoivat lähtökohdan tämän tutkimuksen toteuttamiseen.

Tämän tutkimuksen tarkoituksena on selvittää haastatteleamalla hoitajien tiedontarpeita, tiedonhankintaa, tiedonkäyttöä sekä päätöksenteon tukijärjestelmien hyödyntämistä puhelinohjannassa, kun hoitajat tekevät hoidon tarpeen arvioinnin puhelimesta ja puhelinkontakti on ennakolta suunnittelematon. Tutkimuksessa selvitetään myös, mitä erityispiirteitä näihin tilanteisiin liittyy.



## 2 PUHELINPALVELUT OSANA TERVEYDENHUOLLON PALVELUJÄRJESTELMÄÄ

### 2.1 Puhelinpalvelujen määrittelyä

Puhelinpalvelutoiminta on yksi terveydenhuollon asiakkaiden palvelumuoto, jota on erilaisin kokeiluin pyritty kehittämään niin, että se vastaisi nykypäivän terveydenhuollolle asetettuja vaatimuksia. Suomessa on tällä hetkellä hyvin monin eri tavoin järjestettyä puhelinpalvelutoimintaa. Sosiaali- ja terveysministeriö on jaotellut puhelinpalvelutoiminnan sisällöllisesti palveluneuvontaan, terveyden- ja sairaanhoidon neuvontaan sekä palveluun ohjaukseen. (STM 2004, 133–134.)

Puhelimessa tapahtuva **palveluneuvonta** sisältää yleistä palveluista tiedottavaa neuvontaa, kuten esimerkiksi terveystietopalvelujen toimipisteiden ja apteekkien sijainnista ja niiden aukioloajoista informoimista. Tämä neuvonta ei täytä lainsäädännössä tarkoitettua terveyden ja sairaanhoidon määritelmää, eikä tähän toimintaan sovelleta terveydenhuollon lainsäädäntöä. Neuvontaa antavan henkilön ei tarvitse olla terveydenhuollon ammattihenkilö, toiminnassa ei käytetä potilasasiakirjoja eikä silloin ole tarvetta varmistaa soittajan henkilöllisyyttä. (STM 2004, 134–135.)

Terveyden- ja sairaanhoidon puhelinneuvonta voidaan jakaa **yleiseen ja yksilölliseen neuvontaan**. **Yleisessä neuvonnassa** ei oteta kantaa soittajan yksilölliseen hoitoon, vaan annetaan yleistä informaatiota esimerkiksi sairauden luonteesta, sairauteen liittyvistä oireista, käytetyistä tutkimusmenetelmistä ja lääkkeiden sivuvaikutuksista. Tällöin ei ole olennaista tunnistaa soittajaa eikä varmistaa soittajan henkilöllisyyttä, eivätkä potilaskirjat ole käytössä. Yleistä terveyden- ja sairaanhoidon neuvontaa antavan henkilön ei tarvitse olla terveydenhuollon ammattihenkilö. Jos neuvoja on muu kuin terveydenhuollon ammattilainen, tämä tehdään selväksi neuvonnan antamisen yhteydessä. Neuvonta muuttuu yleisestä puhelinpalveluneuvonnasta **yksilölliseksi terveyden- ja sairaanhoidon** neuvonnaksi siinä vaiheessa, kun otetaan kantaa henkilön terveydentilaan ja annetaan yksilöllisiä hoito-ohjeita. Puhelimessa tapahtuva neuvonta muodostaa tällöin hoitosuhteen potilaan ja terveydenhuollon ammattihenkilön välille ja on silloin potilaslain tarkoittamaa terveyden- ja sairaanhoitoa. Näissä tilanteissa neuvoa

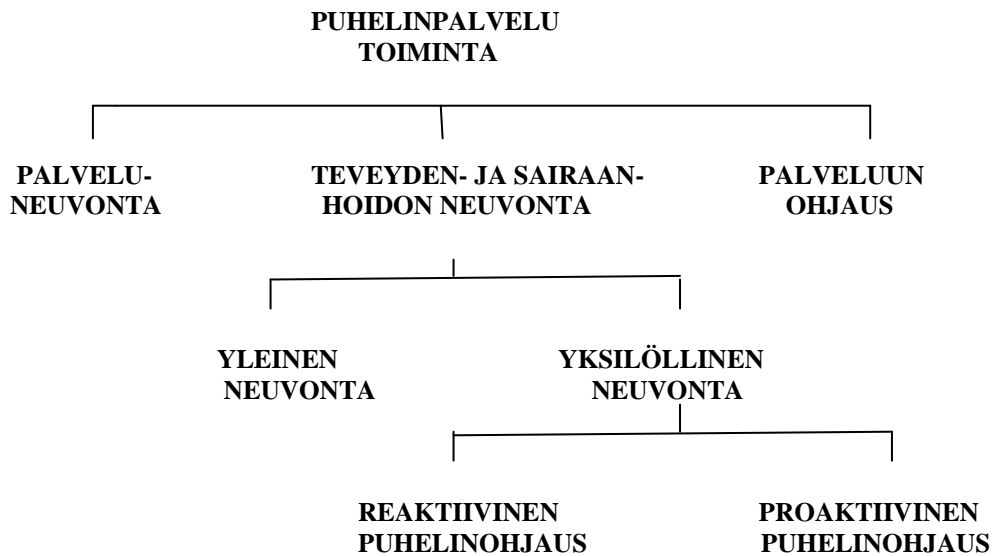
antavan henkilön tulee olla terveydenhuollon ammattihenkilö ja neuvojen antamisesta tulee tehdä potilaslain mukaiset potilasasiakirjamerkinnot. (STM 2004, 136–137.)

Rajanveto yleisen neuvonnan ja yksilöllisen terveyden- ja sairaanhoidon neuvonnan välillä ei aina ole selkeä. Neuvonta voi muuttua puhelinkeskustelun aikana yksilölliseksi neuvonnaksi ja silloin soittajan ja neuvonnan antajan suhde muuttuu puhelun aikana potilas-/hoitosuhteeksi. Jos puhelimesta otetaan kantaa siihen, tulisiko soittajan hakeutua hoitoon, neuvonta on yksilötason neuvontaa. Tämän vuoksi terveyden- ja sairaanhoidon neuvonnassa tulee kiinnittää huomiota siihen, että toiminnasta informointi on järjestetty siten, että soittaja ymmärtää, otetaanko kantaa juuri hänen hoitamiseen. Yksilöllinen terveyden- ja sairaanhoidon neuvonta tuo esiin myös keskeisen ongelman soittajan henkilöllisyyden varmistamisesta. Yksilöllisiä hoito-ohjeita annettaessa ja potilasasiakirjoja apuna käytettäessä, tulee varmistua siitä, että soittaja on se henkilö joksi hän esittäytyy ja jolle ohjeita annetaan. (STM 2004, 137.)

**Palveluun ohjauksessa** soittaja ohjataan palvelujärjestelmän piiriin. Tätä ovat perinteisesti tehneet muutkin kuin terveydenhuollon ammattihenkilöt. Palveluun ohjaus voi tapahtua myös osana yksilöllistä terveyden- ja sairaanhoidon neuvontaa. Pelkän ajanvarausaikojen antamisen ei katsota kuuluvan palveluun ohjaukseen, koska siinä ei tapahdu varsinaista ohjausta. Pelkkä ajanvaraustoiminta voi puhelinpalvelutoiminnassa olla joko osa palveluneuvontaa tai yleisen tason terveyden- ja sairaanhoidon neuvontaa. Julkisen terveydenhuollon ajanvaraustoiminnassa vastaanottoaikojen kysyntä usein ylittää tarjonnan, jonka vuoksi ajanvarauksessa on yleensä aina samalla kyse jonkin tason hoidon tarpeen arvioinnista. Tällöin neuvoja antavan henkilön tulisi olla terveydenhuollon ammattihenkilö. Potilasasiakirjamerkinnot nousevat silloin myös keskeiseen asemaan, jotta pystytään selvittämään, minkälainen hoidollinen neuvo on annettu, kenelle neuvo annettiin ja kuka neuvon antoi. (STM 2004, 137–138.)

Yksilöllinen puhelinneuvonta voidaan jakaa reaktiiviseen- ja proaktiiviseen puhelinohjaukseen. Potilaan ottaessa itse yhteyttä terveydenhuoltoon esimerkiksi akuutin sairauden vuoksi, puhutaan reaktiivisesta puhelinohjauksesta. Proaktiivisesta puhelinohjauksesta puhutaan, kun hoitosuhde on ennalta solmittu ja hoitaja on yhteyttä ottava osapuoli. (Dennis & Kingdton 2008; Orava 2010.)

Puhelinpalvelutoiminnan sisältö on koottu kuvioon 1. Yksilöllinen neuvonta on tässä kuviossa vielä jaoteltu reaktiiviseen- ja proaktiiviseen puhelinohjaukseen.



KUVIO 1. Puhelinpalvelutoiminta

Puhelinpalvelutoiminta voidaan järjestää omana tai ulkoistettuna toimintana. Omana toimintana järjestetyssä puhelinpalvelutoiminnassa julkinen sektori itse järjestää palvelun, esimerkiksi perusterveydenhuollon tai erikoissairaanhoidopiiriin päivystyspisteessä yhdessä, taikka kaupungin tai kunnan toimintana. Ympäristökunnat voivat halutessaan hyödyntää tätä palvelua. Puhelinpalvelutoiminta on ulkoistettua silloin, kun julkinen sektori ostaa kyseisen palvelun ulkopuoliselta taholta. Myös osittainen ulkoistaminen on mahdollista esimerkiksi yöaikaan. (STM 2004, 134.)

Terveydenhuollossa käytetään usein rinnakkain nimityksiä puhelinneuvonta ja puhelinohjaus. Tässä tutkimuksessa terveydenhuollon puhelinohjauksella tarkoitetaan hoitajan puhelimitse antamaa yksilöllistä asiakkaan terveyteen ja sairauteen liittyvää neuvontaa.

## 2.2 Puhelinohjaus

Ohjaus-käsitettä käytetään paljon hoitotyössä ja hoitotyön puhekielessä rinnalla on käytetty myös käsitteitä opetus, neuvonta ja tiedonanto (Kääriäinen & Kyngäs 2005a).

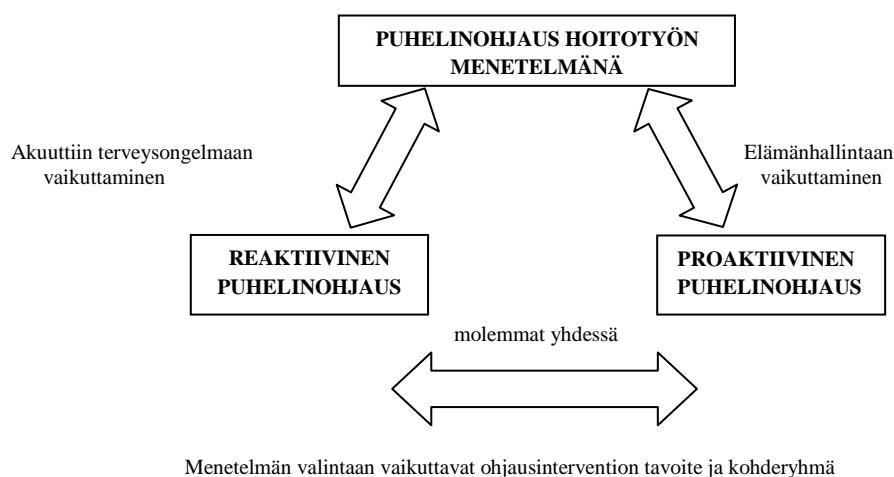
Ohjaus liittyy aina johonkin potilaan ja hoitohenkilöstön mielessä olevaan tapahtumaan, jota kutsutaan käsitteen tarkoitteeksi. Ohjaus-käsite kuvaa tätä tapahtumaa, jossa ajattelun avulla muodostetaan kielellinen kuva ja sanallinen ajatuskokonaisuus. Voidaan ajatella, että ohjaus-käsite on ajattelun ja kommunikaation väline, jolla ihmiset voivat välittää tietoa toisilleen. (Kääriäinen 2007, 27.) Ohjauksessa hoitaja ja potilas selkeyttävät yhdessä potilaan tilannetta, jotta potilas itse kykenisi löytämään omat resurssinsa ja olisi myös halukas omaksumaan uutta tietoa. Hoitajan tehtävänä on auttaa potilasta ratkaisemaan ongelmiaan ja löytämään erilaisia toimintatapoja. Ammatillisen toiminnan näkökulmasta ohjausta tapahtuu niissä tilanteissa, joissa keskustellaan tavoitteellisesti potilaan tilanteeseen liittyvistä asioista. Prosessin näkökulmasta ohjaus on tavoitteellista ongelmanratkaisua, potilaan omien kokemusten erittelyä ja niistä oppimista. (Kääriäinen & Kyngäs 2006, 6-7.)

Iso-Kivijärvi, Keskitalo, Kukkola, Ojala, Olsbo, Pohjola ja Väänänen (2006, 11) toteavat, että ohjauksen perustana on asiakaslähtöisyys, mikä merkitsee potilaan tarpeen mukaista ohjausta. Ohjaus määritellään potilaan ja hoitajan aktiiviseksi ja tavoitteelliseksi toiminnaksi, joka on sidoksissa heidän taustatekijöihinsä. Hoitaja tukee potilasta päätöksenteossa ja pyrkii siihen, ettei esitä valmiita ratkaisuja. Ohjaus voi olla myös tiedon antamista, ellei potilas itse ole kykenevä ratkaisemaan tilannetta. Ohjaustilanteessa potilas on oman elämänsä asiantuntija ja hoitaja on ohjauksen asiantuntija. Ohjaustilanteessa ohjaus rakentuu niille asioille, joita potilas nostaa esiin ja jotka ovat tärkeitä juuri hänen terveydelleen, hyvinvoinnilleen ja sairaudelleen. (Kyngäs, Kääriäinen, Poskiparta, Johansson, Hirvonen & Renfors 2007, 23–26.)

Terveydenhuollossa puhelinohjauksella tarkoitetaan terveydenhuollon ammattihenkilön puhelimen välityksellä antamaa ohjausta potilaan terveyttä koskevissa asioissa (Kontio, Kukkonen, Leiviskä, Leskinen, Murto, Mustonen, Nenonen, Orpana, Pekkinen & Törmä 2006, 77). Puhelinohjaus on yksinkertainen ja tavanomainen terveydenhuollon asiakkaiden palvelumuoto. Se on yleisimmin käytetty kommunikointiväline, jonka avulla hoitoa voidaan toteuttaa. Se on myös nopeasti yleistynyt terveydenhuollon toimintamuoto. (STM 2004; Nuutila ym. 2004,1.)

Dennisin ja Kingstonin (2008) mukaan puhelinohjaus voidaan jakaa kahteen erilaiseen ryhmään puhelinohjauksen luonteen ja järjestämistavan mukaan: sosiaali- ja

terveydenhuollon ammattilaisten tarjoamaan proaktiiviseen- ja reaktiiviseen puhelinohjaukseen. Jaon perusteena käytetään puhelinkontaktin aloitteen tekijää. Proaktiivisessa puhelinkontaktissa puhelinohjaus perustuu aikaisemmin solmittuun hoitosuhteeseen ja ohjauskontaktissa aloitteen tekee hoitaja. Reaktiivisessa puhelinohjauksessa aloitteen tekee asiakas soittaessaan terveydenhuollon organisaatioon halutessaan ohjausta yleensä akuuttiin terveysongelmaan. Puhelinohjaustilanne on silloin ennakolta suunnittelematon ohjaustilanne. (Dennis & Kingston 2008; Orava 2010.)



KUVIO 2. Puhelinohjaus hoitotyön menetelmänä (Orava 2011)

Orava (2010) kuvaa reaktiivisen puhelinohjauksen olevan parhaimmillaan asiakaslähtöistä ja perustuvan luottamukselliseen vuorovaikutussuhteeseen. Asiakaslähtöisyydellä tarkoitetaan palvelujen saatavuutta, asiakkaan yksilöllisyyden huomioimista, aktiivisuuden turvaamista päätöksenteossa ja asiakkaan selviytymisen vahvistamista sekä lisäksi hoidon jatkuvuuden turvaamista. Reaktiivinen puhelinohjaus edellyttää hoitajalta ammatillista osaamista ja sen kehittämistä. Hoitajan rooli on hyvin itsenäinen. Apuvälineinä hoitajalla on usein erilaiset ohjeistukset ja tietokoneohjelmat. Reaktiivisen puhelinohjauksen laatua on arvioitu ohjauksen sisällön, ohjauksen sitoutumisen ja muiden tekijöiden perusteella. Reaktiivisen puhelinohjauksen vaikutukset kohdistuvat asiakkaisiin, hoitoyksiköihin, terveyspalveluja tuottaviin organisaatioihin ja terveyspalvelujärjestelmiin. (Orava 2010, 1, 26, 37–40.)

Tässä tutkimuksessa hoitajan antamaa puhelinohjausta tarkastellaan reaktiivisen ohjauksen näkökulmasta. Reaktiivinen ohjaustilanne tapahtuu asiakkaan aloitteesta.

Reaktiivisen puhelinohjauksen ohjaustilanne ei yleensä pohjaudu aikaisempaan hoitosuhteeseen. Soittajan ja hoitajan välille syntyy hoitosuhde vasta tässä kertaluonteisessa puhelinohjauskontaktissa.

### **2.2.1 Hoidon tarpeen arviointi puhelinohjauksessa**

Hoidon tarpeen arviointi on terveydenhuollon ammattilaisen tekemää arviota potilaan hoitoon pääsystä ja hoidon kiireellisyydestä. Vastaanottokäynnin yhteydessä terveydenhuollon ammattihenkilö voi koulutuksensa, työkokemuksensa ja toimintayksikössä sovitun työnjaon perusteella tehdä hoidon tarpeen arvioinnin potilaan kertomien esitietojen ja hänestä tehtyjen riittävien selvitysten perusteella. Hoidon tarpeen arvioinnin voi tehdä myös puhelimesta. Terveydenhuollon ammattihenkilön tulee tehdä hoidon tarpeen arviointi viimeistään kolmantena päivänä siitä, kun asiakas ottaa yhteyden terveyskeskukseen, ellei hoidon tarpeen arviointia ole voitu tehdä ensikontaktin yhteydessä. Hoidon tarpeen arviointi sisältää arvon siitä tarvitseeko potilas päivystyshoitoa, muuta kiireellistä hoitoa, kiireetöntä hoitoa vai ei hoitoa lainkaan (Syväoja & Äijälä 2009, 9-10; STM 2010, 21–22). Hoidon tarpeen arviointi on vuonna 2005 voimaan tulleen hoitotakuulain tuoma uusi ja merkittävä tehtävänsiirto lääkäreiltä muille terveydenhuollon ammattilaisille. Tehtävänsiirrolla laajennetaan ammattihenkilön tehtäväkuvaa. (Syväoja & Äijälä 2009, 42.)

Hoidon tarpeen arviointi käsite sai uuden painoarvon, kun se vuonna 2005 tuli osaksi lakitekstiä. Hoitotakuussa hoidon tarpeen arviointi on ensimmäinen vaihe potilaan hoitoprosessia. Lain mukaan potilaalla ei ole oikeutta saada hoitoa, mutta hänellä on oikeus hoidon tarpeen arvioon. Tämä tarkoittaa, että potilas ei voi päästä hoitoon ilman hoidon tarpeen arviointia. Potilaslain mukaan potilaan hoidon tarpeen arviointi tulee tehdä hoitaen potilasta yhteisymmärryksessä hänen kanssaan ja selvittäen potilaan mielipide ennen hoidon toteuttamista. Varsinaisen päätöksen hoidon toteuttamisesta tekee terveydenhuollon ammattihenkilö. (L 785/1992; Syväoja & Äijälä 2009, 9; STM 2010, 21.)

Asetuksen mukaan hoidon tarpeen arviointi edellyttää, että selvitetään yhteydenoton syy, oireet, oireiden vaikeusaste ja kiireellisyys yhteydenottajan kertomien esitietojen perusteella tai lähetteen perusteella. Hoidon tarpeen arviointi edellyttää, että arvioijalla

on asianmukainen koulutus, työkokemus, yhteys hoitoa antavaan yksikköön ja käytettävissä potilasasiakirjat. Potilaan tai soittajan tunnistamistapa on kirjattava potilastietojärjestelmään. Potilastietojärjestelmään on myös kirjattava, jos annetaan hoito- tai toimenpide-ehdotuksia. Potilastietojärjestelmään tulisi merkitä, mikäli soittaja kieltäytyy ajanvarausvastaanotosta tai päivystyksellisestä hoidosta, tai jos hoitaja on konsultoinut lääkäriä tai hoitajaa. (Valtioneuvoston asetus 1019/2004; Orava 2011.) Kirjaaminen toimii viestinä koko hoitoketjun toimijoille hoidon toteutumisesta. Jos kirjaaminen on puutteellista jossakin hoitoketjun osassa, hoidon jatkuvuus ja potilasturvallisuus voivat vaarantua. Tietojen riittävä ja asianmukainen kirjaaminen on tärkeää myös hoitajien oikeusturvan kannalta. Kirjaamisen kautta syntyy myös tilastotietoa siitä, miten hoitoon pääsy on toteutunut. (Syväoja & Äijälä 2009, 74, 34.) Syväojan ja Äijälän (2009, 175) mukaan yhteys hoitavaan yksikköön on tärkeää, jotta pystytään takaamaan lääkärikonsultaatiomahdollisuus. STM:n ohjeistuksen (2010, 12) mukaan lääkärikonsultaatiomahdollisuuden tulee olla ympäri vuorokautinen. Lääkärikonsultaatio antaa hoitajille mahdollisuuden kehittää omaa osaamista ja antaa mahdollisuuden saada tukea omalle päätöksenteolle (Syväoja & Äijälä 2009, 175).

Hoidon tarpeen arviointi edellyttää hoitohenkilöstöltä laaja-alaista tietoperustaa hoitotieteestä, lääketieteestä ja muilta tieteenaloilta. Hoidon tarpeen arvioimiseksi on pystyttävä tekemään nopeita päätöksiä ja arvioinnissa on osattava asettaa ongelmat tärkeysjärjestykseen. (Koponen & Sillanpää 2005, 29.) Asetuksen mukaan hoidon tarpeen arvioijalla on oltava asianmukainen koulutus ja työkokemus, mutta työkokemuksen pituutta ei ole määritelty. Oletetaan, että mitä pidempi koulutus ja työkokemus ammattihenkilöllä on, niin sitä osuvampaa on arviointi ja potilaan ohjaus oikealle hoidon portaalle oikea-aikaisesti. (Syväoja & Äijälä 2009, 30; Valtioneuvoston asetus 1019/2004.) Sairaanhoidajaliitto on vaatinut sairaanhoitajille räätälöityä täydennyskoulutusta varmistamaan osaamista ja hoitotakuun toteutumista (Grönvall 2005). Orava (2010, 58) toteaa, että ohjauspuhelu edellyttää erityisosaamista ja sen vuoksi hoitajien koulutusta tulisi suunnata erityisesti ohjaustaitoihin, -menetelmiin sekä ohjaustekniikkaan. Syväojan ja Äijälän (2009, 209) mukaan hoidon tarpeen arvioitsijan osaaminen koostuu kolmesta tekijästä: kvalifikaatiosta, joka on tunnistettu, tutkintoperusteista osaamisesta ja kompetenssista, jolla Syväoja ja Äijälä viittaavat ammatilliseen osaamiseen ja pätevyyteen suorittaa tehtävänsä sekä hiljaisesta tiedosta, joka kehittyy vähitellen pitkällisen harjaantumisen tuloksena.

Syväoja ja Äijälä (2009, 153–154, 210) listaavat ominaisuuksia ja taitoja, joita hoidon tarpeen arvioitsijalta tarvitaan:

- Vuorovaikutustaidot (puhelun aloitus ja lopetus, äänen käyttö puhelimessa, ystävällisyys, empaattinen kuunteleminen, ratkaisun esittäminen, ristiriitatilanteiden selvittely, hankalan asiakkaan käsittely, palvelu vieraalla kielellä, netissä kirjoittamisentaito, sanaton viestintä kuvayhteydessä sekä kasvokkain vastaanotolla)
- Ongelmanratkaisutaidot (kysymysten asettelu, analyysi ja perustelemisen taito)
- Päätöksentekotaito (ammattillinen tietämys, työdiagnoosin tekeminen, kiireellisuuden arviointi, oikeaan hoitopaikkaan ohjaaminen, rohkeus tehdä itsenäisiä päätöksiä, uskallusta jakaa rajallisia terveydenhuollon resursseja, esimerkiksi lääkäriaikoja, niitä eniten tarvitseville hoidon tarpeen perusteella)
- Eettinen osaaminen (taito priorisoida eettisesti oikein ja taito lajitella (*triage*) hoitoa tarvitsevat tärkeys- ja kiireellisyysjärjestykseen, asiakkaiden ja potilaiden tasa-arvoinen kohteleminen, rehellisyys suhteessa omaan osaamiseen, asiakkaiden/potilaiden parhaaksi toimiminen resurssipulasta huolimatta)
- Yhteistyötaidot (taito suhteuttaa omaa toimintaa suhteessa koko hoitoprosessiin ja hoitoketjun toimintaan)
- Yhteiskunnallinen osaaminen (taito hahmottaa yhteiskunnallista kehitystä ja sen merkitystä hoidon tarpeen arvioinnille)
- Kehittämisaosaaminen (taito soveltaa tutkittua tietoa asiakkaan ja potilaan tilanteeseen).

Näiden ominaisuuksien lisäksi Oravan (2010, 58) mukaan puhelinohjausta toteuttavalta hoidon tarvetta arvioivalta hoitajalta odotetaan kliinistä työkokemusta, tietoa erikäisten erilaisista terveysongelmista ja palvelujärjestelmistä sekä paineensietokykyä.

Tällä hetkellä hoidon tarpeen arvioinnista ei ole yhtenäisiä ohjeita, vaan yksittäisillä päivystyksillä ja puhelinneuvonnalla on vaihtelevasti omia tai alueellisia ohjeita. STM:n työryhmä (2010) on laatinut ohjeistuksen, jonka tavoitteena on tuoda yhtenäinen näkemys päivystyspotilaan hoitoketjuun osallistuville. Ohjeistus antaa lääketieteellisiä perusteita toimia niissä tilanteissa, kun päivystyspalveluiden tarve ei ole itsestään selvä. Ohjeistuksen tarkoituksena ei ole käännättää tai torjua potilaita päivystyspoliklinikalta,



vaan tarjota terveydenhuollon ammattilaisille välineitä ohjata kysyntää tarkoituksenmukaisesti. Valtakunnallisia ohjeita voidaan käyttää apuna, kun laaditaan paikallisia ohjeita, joissa huomioidaan paikalliset olosuhteet. STM:n työryhmä toteaaakin, että ohjeet esittävät periaatteita ja varsinaiset toimintaohjeet tulee laatia paikallisesti. (STM 2010, 24.)

Syväoja ja Äijälä (2009) ovat koonneet hyötyjä, joita hyvin toimiva ja ammattitaitoinen hoidon tarpeen arviointi voi saada aikaan. Kaikki hyödyt eivät ole yksiselitteisesti mitattavissa. Ammattitaitoinen hoidon tarpeen arviointi voi vähentää käyntejä terveydenhuollossa, jos hoidon tarpeen arviointi on tehty luontevasti ja potilas pärjää kotona. Tämä edellyttää myös, ettei potilaan vointi huonone kotiin jäämisen seurauksena, eikä hän joudu hakeutumaan hoitajan kotihoito-ohjauksen jälkeen esimerkiksi päivystysvastaanotolle. Hoidon tarpeen arvioinnin yhteydessä annettu kotihoito-ohjeistus, terveysneuvonta ja palveluneuvonta voivat hyödyntää asiakkaita ja sillä voi olla myös yhteiskunnallista hyötyä pidemmällä aikavälillä. Yhteiskunnallinen hyöty voi näkyä parempana terveytenä. Kustannushyötyä voi tulla myös asiakkaalle, kun kustannuksiin lasketaan matkakustannukset ja lääkärin vastaanottokäynnin hinta sekä mahdolliset lääkekustannukset. Mikäli hoidon tarpeen arvioinnilla puhelimitse pystytään vähentämään päivystyksellisiä käyntejä, hyötyvät sekä asiakkaat että työntekijät. Hyöty voidaan havaita myös potilasturvallisuuden parantumisella, kun akuutisti hoitoa tarvitsevat potilaat voidaan hoitaa nopeammin. Lääkärille tai hoitajalle jonotusaika voi lyhentyä, kun niin sanotut turhat käynnit vähenevät. Lääkärien rekrytoinnin tarve voi vähetä, samoin ostopalveluiden määrä voi pienentyä riippuen kysynnän ja tarjonnan tasapainosta kyseisessä terveyskeskuksessa tai sairaanhoitopiirissä. Puhelimitse toimiva ympärivuorokautinen hoidon tarpeen arviointi luo turvallisuutta kaikille kuntalaisille, esimerkiksi yksinasuville ja pienten lasten vanhemmille. Hoidon tarpeen arvioinnin yhteiskunnallinen hyöty ja vaikuttavuus liittyvät siihen, kuinka hyvin hoidon tarpeen arvioinnissa onnistutaan ja miten hyvin hoidon tarpeen arvioitsija onnistuu arviointityössään. Tavoitteena hoidon tarpeen arvioinnille olisi saada täytettyä lainsäätäjän tahto eli todella hoitoa tarvitsevat saisivat oikea aikaista hoitoa oikeassa hoitopaikassa. (Syväoja & Äijälä 2009, 231–232.)

### 2.2.2 Puhelinohjauksen erityispiirteitä

Puhelinkommunikaatio toimii sanojen varassa ja mielikuvat keskustelukumppanista syntyvät yksinomaan kuuloaistin, sanojen ja äänen perusteella. Sanojen osuus puhelinkommunikaatiossa on 20 prosenttia ja äänen 80 prosenttia. Sanojen, äänen sekä tunteen perusteella luodaan mielikuva siitä, mitä ei voida nähdä. (Marckwort 1998, 12; Aarnikoivu 2005, 119; Honkala, Kortetjärvi-Nurmi, Rosenström & Siiri-Jokinen 2009, 92.)

Puheluun vastatessa keskitytään tekemään havaintoja siitä, kuka ja millainen soittaja on ja mitä hänen asiansa koskee. Puhelinkontaktissa puheluun vastaajan tulee mukautua soittajan tyyliin. Mukautumisella tarkoitetaan käytännössä sitä, että soittajalla ja puheluun vastaajalla on sama tyyli keskustella. Jos soittaja puhuu hiljaa, niin ääntä hiljennetään. Jos toinen puhuu kuuluvasti, niin ääntä voimistetaan. Mikäli soittaja puhuu hitaasti, hidastetaan puhetapaa ja nopeasti puhuvan kanssa joudutetaan omaa puhetyyliä. Kyse ei ole matkimisesta, vaan luontaisesta tavasta hyväksyä soittajan tapa kommunikoida. Mitä paremmin mukautuminen toisen tyyliin tapahtuu, sitä paremmin vuorovaikutus sujuu. Mukautumista tapahtuu niin kauan kuin se on tarpeen. Puhelimeen vastaajan tehtävä on mukauduttuaan ottaa johto asian hoitovaiheessa. Johdon ottaminen tarkoittaa muutosta, jossa vastaajan ääni saattaa muuttua, voimistua ja jämäköityä tai puhe nopeutua. Sanoissa saattaa olla jokin soittajan avainsana, jolla osoitetaan, että asia on ymmärretty ja soittajaa on aktiivisesti kuunneltu. (Marckwort 1998, 57–60; Andersson & Kylänpää 2002, 165.) Koulutetuilla hoitajilla on myös edellytyksiä lukea rivien välistä soittajan viestiä. (Holmström & Dall'Alba 2002; Wahlberg, Cedersund ja Wredling 2005.) Äänellinen ilmaisu vaikuttaa, minkälaisen henkilökuvan ja varmuuden hoitaja antaa itsestään, samoin kuin siihen, millaisen kuvan soittaja saa puhelimesta tapahtuvan palvelun laadusta. Esimerkiksi huono kuulo haittaa puhelinkontaktia oleellisesti. Hälinä estää kuulohavaintoja. On eettisesti merkittävää, missä puhelinkontaktit hoidetaan, koska tietosuoja on otettava huomioon myös puhelinkontakteissa. (Lahti 1990, 5.)

Puhelinohjauksessa korostuu non-verbaalinen viestintä potilaan ja hoitajan välillä, koska näköyhteys puuttuu. Tämän vuoksi puhelinohjaus sisältää vähemmän kuin puolet informatiivista tietoa kasvotusten tapahtuvaan ohjukseen verrattuna. Käytettäviä non-

verbaalisia kommunikaatiomuotoja, joita hoitaja kuuntelee ja havainnoi, ovat muun muassa potilaan hengitystilanteen muutokset, yleisen keskustelun äänensävy, hiljaisuus, taustalta kuuluvat äänet sekä valitus. Tehokas vuorovaikutus vaatii hoitajalta tietoisuutta omasta äänensävyistä ja käyttämistään sanoista puhelinohjauksen aikana. (Lipponen, Kyngäs & Kääriäinen 2006, 78–79.)

Hoitotyössä puhelimeen vastaaja on oman alansa ammattilainen ja hoitaja voi työkseen hoitaa puhelimesta esille tulevia asioita ja ongelmia. Asioista on ehkä tullut itsestään selvyyksiä ja sen vuoksi voidaan helposti unohtaa, että soittajalle ongelmat voivat olla uusia ja vieraita. Puhelinkommunikoinnissa vastaajan on muistettava, että vaikka samoja asioita selitetään lukuisia kertoja päivässä, niin soittajalle puhelu on ainutkertainen. Jokaista soittajaa tulee kohdella niin kuin hän olisi päivän ainoa soittaja. Soittajan on myös saatava tuntee, että hänen asiansa on tärkeä ja ainutkertainen ja puhelusta tulisi jäädä positiivinen tunne. (Marckwort 1998, 33.) Johnson Pettinarin ja Jessopin (2001) mukaan on vaikea korjata huonoa ja epäystävällistä puhelinkontaktia.

Puhelintyötä tekevät joutuvat joskus soittajan tunnepurkauksen kohteeksi ja näissäkin tilanteissa olisi soittajalle jätettävä myös positiivinen tunne. On hyväksyttävä soittajan ongelmatilanne sekä soittajan kiihtymys, oli syy kenen tahansa tai mikä tahansa. On muistettava, että soittaja on yleensä kiihtynyt jostakin asiasta, ei puhelimeen vastaajalle henkilökohtaisesti. Soittajan tunnetilaan ei saa mennä henkisesti mukaan, vaan vastaajan tulee osoittaa äänellä ja sanoilla kuulleen ja ymmärtäneensä ongelman. Sen jälkeen on mahdollisuus johtaa puhelua niin, että tunneryöpyä jälkeen voidaan ongelmatilannetta selvittää. (Marckwort 1998, 82–85.)

Wahlberg, Cederlund ja Wredling (2003, 40) toteavat, että on vaikeaa tehdä päätöksiä hoidon tarpeesta näkemättä potilasta. Ihmiset kuvaavat oireita eri tavoin. Johnson Pettinari ja Jessop (2001) kuvasivat osan potilaista olleen sitä mieltä, että arkaluontoisista kysymyksistä on helpompi puhua hoitajan kanssa puhelimesta. Kokeneet hoitajat pitivät tätä ongelmallisena, koska he pelkäsivät tekevänsä väärin arvioita. (Holmströmin & Dall'Alba 2002; Wahlberg ym. 2003.)

Hoitotyössä ensisijaisena tietolähteenä on potilas itse tai joskus omainen (Iivanainen, Jauhiainen & Korkiakoski 1996, 35–53). Puhelinohjauksessa ongelmaksi koetaan, ettei

soittaja aina ole itse potilas, jonka terveysongelmaan halutaan otettavan kantaa. Yleensä hoitajat saavat toisen käden tietoa vanhemmilta, jotka soittavat lapsensa asiasta tai puolisoilta, jotka soittavat toistensa puolesta. Potilas ei aina itse kykene soittamaan. Puhelinohjauksessa tulisi pyrkiä keskustelemaan potilaan itsensä kanssa, jos mahdollista, jotta saataisiin ensikäden tietoja eikä väärinkäsityksiä syntyisi. (Hughes 2003; Wahlberg ym. 2003; Holmström & Hoglund 2007.) Jokaisessa puhelinkontaktissa tulee kerätä tarkoituksenmukaista tietoa, joka koskee juuri kyseistä soittajaa ja on hänen ongelmistaan ja yksilöllisistä tarpeistaan lähtevää. Tämän vuoksi hoitaja voi tarvittaessa käyttää apuna hoito-ohjeistusta sekä mahdollisuuksien mukaan myös aikaisempia potilastietoja. Tietoja kerätään soittajan näkökulmasta. Riittäväällä ja asianmukaisella tiedonkeruulla potilasturvallisuus ja hoitotyön jatkuvuus lisääntyy. Jos tietoja on käytettävissä liian vähän, soittaja ei saa parasta mahdollista hoitotyön palvelua. (Hallila 1998, 48–49; Kyngäs ym. 2007, 79.)

### **2.3 Puhelinpalvelutoimintaa ohjaava lainsäädäntö**

Terveyden- ja sairaanhoitoa koskevat monet lait ja asetukset, joista osa liittyy läheisesti puhelinpalveluun. Perustuslain mukaan julkisen vallan on velvollisuus turvata jokaiselle riittävät sosiaali- ja terveystalvet ja edistettävä väestön terveyttä. ( L 731/1999, § 19.) Uusi terveydenhuoltolaki tuli voimaan 1.5.2011 ja uuden terveydenhuoltolain lähtökohtana on asiakkaiden aseman, palvelujen ja hoidon parantaminen. Tämä laki lisää mahdollisuuksia valita terveydenhuollon palveluja yli kuntarajojen. Uuden lain tarkoituksena on vahvistaa perusterveydenhuoltoa, hyvinvoinnin ja terveyden edistämistä sekä edistää terveystalvelujen saatavuutta ja tehokasta tuottamista. Lailla halutaan myös varmistaa perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon tiivis yhteistyö ja asiakaskeksisuus. (L 1326/2010; STM 2010.) Kansanterveyslaissa (1972/66 5b §) määritellään välitön yhteydensaannin toteutus terveystalveksuiksi ja laissa määritellään myös hoidon tarpeen arviointi ja ohjeistus sen toteuttamiseen.

Hoitotakuulaki tuli voimaan 1.3.2005 ja laki määrittelee, miten terveystalveksuksen on järjestettävä määrääjassa yhteydensaanti sekä hoitoon pääsy. Lain mukaan terveystalveksuksen tulee järjestää toimintansa siten, että potilas voi saada arkipäivisin virka-aikana välittömästi puhelinyhteyden tai terveystalveksukseen on voitava mennä käymään. Virka-ajalla tarkoitetaan terveystalveksuksen julkisesti ilmoittamaa aukioloaika

arkipäivisin. Virka-ajan ulkopuolella yhteydensaannin takaamiseksi on järjestettävä päivystys. Sosiaali- ja terveysministeriö antoi syksyllä 2011 uuden ohjeen (STM 424/2011), jonka mukaan välitön yhteys tarkoittaa sitä, että puhelinyhteyden saaminen ei saa ylittää viittä minuuttia. Jos yhteydensaanti ei ruuhkahuippujen aikana toteudu viidessä minuutissa, terveyskeskus voi tarjota

- mahdollisuuden jättää soittopyyntö, jolloin potilaalle soitetaan takaisin saman päivän aikana terveyskeskuksen aukioloaikana,
- mahdollisuuden jäädä odottamaan seuraavaa vapautuvaa puhelimeen vastaajaa tai
- soittoaikaa myöhemmin samana päivänä, jolloin ruuhkaa on vähemmän.

Hoidon tarpeen arvioinnissa selvitetään yhteydenoton syy, sairauden oireet ja niiden vaikeusaste sekä kiireellisyys yhteydenottajan antamien esitietojen tai lähetteen perusteella. Hoidon tarpeen arviointi edellyttää, että terveydenhuollon ammattihenkilöllä on asianmukainen koulutus, työkokemus ja yhteys hoitoa antavaan toimintayksikköön sekä käytettävissä potilasasiakirjat. Hoidon tarpeen arviosta ja arvion tehneen terveydenhuollon ammattihenkilön antamasta hoito-ohjeesta tai toimenpideehdotuksesta on tehtävä merkinnät potilasasiakirjoihin. Myös puhelinalveluna annettavasta henkilökohtaisesta terveyden- ja sairaanhoidon neuvonnasta tai palveluun ohjauksesta tehdään merkinnät potilasasiakirjoihin. Terveyskeskuksen ammattihenkilön tulee pyrkiä tunnistamaan potilas sekä, jos joku muu ottaa yhteyttä potilaan puolesta, tämä yhteydenottaja. Myös potilaan ja muun yhteydenottajan tunnistamistavasta tehdään merkinnät potilasasiakirjoihin. Potilaskirjoihin tehtäviin merkintöihin tulee aina tulla näkyviin myös kirjaajan tunnistetiedot. Terveyskeskuksen ammattihenkilön tulee tehdä hoidon tarpeen arviointi viimeistään kolmantena arkipäivänä siitä, kun potilas on ottanut yhteyden terveyskeskukseen, jollei arviointia ole voitu tehdä ensimmäisen yhteydenoton aikana. Perusterveydenhuollon yhteydessä toteutettavassa erikoissairaanhoidossa hoidon tarpeen arviointi on aloitettava kolmen viikon kuluessa siitä, kun lähete on saapunut toimintayksikköön. Kiireelliseen hoitoon on kuitenkin päästävä välittömästi. Hoitotakuu ei kuitenkaan edellytä pikaista lääkärin vastaanotolle pääsyä kiireettömissä tilanteissa. Sosiaali- ja terveysministeriön asiantuntijaryhmät ovat valmistelleet valtakunnalliset suositukset siitä, millä perusteella sairauksia hoidetaan. Lain tarkoituksena on yhdenvertaistaa hoitoon pääsy sekä turvata tarpeeseen perustuva hoidon saatavuus. (L 785/1992; L 855/2004; STM 2004; Valtioneuvoston asetus

1019/2004; L 617/2009; Syväoja & Äijälä 2009, 9-13; STM 2010; STM:n ohje 424/2011.)

Henkilötietolaki on henkilötietojen käsittelyä koskeva yleislaki, joka koskee kaikkea henkilötietojen käsittelyä, joten laki tulee sovellettavaksi myös potilastietoja käsiteltäessä. Lain tarkoituksena on toteuttaa yksityiselämän suojaa ja muita yksityisyyden suojaa turvaavia perusoikeuksia henkilötietoja käsiteltäessä sekä edistää hyvän tietojenkäsittelytavan kehittämistä ja noudattamista. (L 523/1999.)

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista määrittelee asiakkaan oikeudet hyvään, tasarvoiseen hoitoon ja kohteluun. Lain mukaan potilaalla on oikeus saada tietoa terveydentilastaan, hoidon merkityksestä, eri hoitovaihtoehdoista sekä muista hoitoon liittyvistä seikoista siten, että hän ymmärtää annetun tiedon oikein. Tämä laki edellyttää myös, että terveydenhuollon tulee ylläpitää potilastietojärjestelmää, johon merkitään hoidon järjestämisen, suunnittelun, toteuttamisen ja seurannan tarvitsemat tiedot. (L 785/1992.)

Asiakastietolaki tuli voimaan 1.7.2007 ja sen tarkoituksena on edistää sosiaali- ja terveydenhuollon asiakastietojen turvallista sähköistä käsittelyä. Laki pyrkii turvaamaan yhtenäisen, kansallisen sähköisen potilastietojen käsittely- ja arkistojärjestelmän syntymisen. Lain mukaan kaikkien julkisen terveydenhuollon palvelujen tuottajien on liityttävä sähköiseen potilasarkistojärjestelmään. (L 159/2007.)

Terveydenhuollon ammattihenkilöitä koskevat laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä (L 559/1994) ja asetus terveydenhuollon ammattihenkilöistä (A 564/1994). Tämän lain avulla pyritään edistämään potilasturvallisuutta ja terveydenhuollon palveluiden laatua. Lain tarkoituksena on muun muassa varmistaa terveydenhuollon ammattihenkilöiden riittävä pätevyys, valvonta sekä helpottaa terveydenhuollon ammattihenkilöiden yhteistyötä. (L 559/1994; A 564/1994.)

Sosiaali- ja terveystieteiden ministeriön asetus (1194/2003) määrittelee terveydenhuollon henkilöstön täydennyskoulutusta. Täydennyskoulutus perustuu väestön terveystarpeisiin ja muuttuviin hoitokäytäntöihin sekä terveydenhuollon henkilöstön täydennyskoulutustarpeeseen. Ammatillisen täydennyskoulutuksen tarkoituksena on

lisätä ja ylläpitää työntekijän ammattitaitoa ja osaamista sekä tukea terveydenhuollon toimintayksiköiden toimintaa ja sen kehittämistä terveyden edistämässä sekä sairauksien ehkäisyssä ja hoidossa. (A 1194/2003.)

Myös puhelinalveluja tuottavan yksikön henkilöstön oikeuksien ja velvollisuuksien määrittämisessä ratkaisevaksi muodostuu se, onko kyseessä sellainen terveyden- ja sairaanhoito, jossa otetaan kantaa potilaan hoitoon. Terveydenhuollon ammatinharjoittajan oikeudet ja velvollisuudet määräytyvät terveydenhuollon ammattihenkilöitä koskevan lainsäädännön mukaan silloin, kun on kyse ammattihenkilöistä annetun lain sekä potilaslain mukaisesta terveyden- ja sairaanhoidosta. (L 559/1994; STM 2004.) Potilasvahinkolaki turvaa potilaan aseman hoitovirheen osalta. Terveyden- ja sairaanhoitoa harjoittavilla on oltava vakuutus potilasvahinkolain mukaisen vastuun varalta. (L 585/1986.)

#### **2.4 Päätöksenteon tukijärjestelmät terveydenhuollossa**

Terveydenhuollossa useampiin työtehtäviin liittyy paljon tietojenkäsittelyä ja informaation hyödyntämistä. Terveydenhuollon ammattilaisten tiedonhallintaa on hankaloittanut lääketieteellisen tiedon lisääntyminen, hoitosuositusten määrän kasvu ja potilastietojen runsas määrä. Erilaisissa päätöksentekotilanteissa olennaisen tiedon löytyminen on hankaloitunut ja kaikki relevantti tieto ei ole välttämättä saatavilla tai se on vaikeasti ymmärrettävässä muodossa. Terveydenhuoltoalalle on syntynyt tarve tukea hoitoprosessissa tapahtuvaa päätöksentekoa varmistamalla hoitotilanteessa olennaisesti liittyvien tietojen saanti. Terveydenhuollossa päätöksentekoa auttavan järjestelmän tavoitteena on koota ja tuoda esille kulloiseenkin hoitotilanteeseen olennaisesti liittyvää viimeisintä tutkittua tietoa. (Jousimaa 2001, 19; Kunnamo & Jousimaa 2004; Miettinen 2006, 5, 20–21.)

Päätöksenteon tukijärjestelmä voidaan määritellä tietokonesovellutukseksi, joka on kehitetty tukemaan päätöksentekoa ja ongelmanratkaisua monimutkaisissa tilanteissa. Tieto voi sijaita eri lähteissä ja päätöksentekotukijärjestelmä kokoaa ja tiivistää niistä käyttäjille tiedon, jota tiedonkäyttäjä voi edelleen analysoida ja muokata päätöksentekotilanteessa. (Laudon & Laudon 2000, 44.) Passiivisilla päätöksentekojärjestelmillä tarkoitetaan tietokantoja, jotka voidaan nopeasti löytää

tietokoneelta sopivia hakutermiä käyttäen. Vastaavasti aktiiviset päätöksenteon tukijärjestelmät antavat potilaan esitietojen ja tutkimustulosten perusteella yksilöityjä hoitosuosituksia ilman erillistä pyyntöä. (Kunnamo & Jousimaa 2004, 2977.) Päätöksenteon tukijärjestelmien tavoitteena ei ole korvata inhimillistä päätöksentekoa, vaan sen tarkoituksena on täydentää ja tukea päätöksentekoa hyödyntämällä erilaisia teknologisia ratkaisuja. Päätöksenteon tukijärjestelmä toimii terveydenhuollossa erityisesti tilannekohtaisena tiedon koostajana ja tiedon käyttäjän muistin tukena. Se merkitsee käyttäjälle työvälinettä ja keinoa hallita laajoja tietomääriä. (Varonen, Kaila, Kunnamo, Komulainen & Mäntyranta 2006, 1174; Newman 2007.) Komulainen ja Kunnamo (2006, 1130–1131) toteaaakin, että tietoyhteiskunnassa hoitopäätökset viimekädessä tehdään ammattilaisen ja potilaan yhteistyönä. Heidän mielestä mikään tietotekninen apuväline ei korvaa ammattilaisen kokemusta, intuitiivista tietoa ja ihmisten välistä vuorovaikutusta. Karin (1999, 216) mukaan klinisen päätöksenteon tukijärjestelmiksi voidaan katsoa kaikki tietokone- ja tietämystekniikkaan perustuvat sovellutukset, jotka auttavat tekemään laadukkaita päätöksiä hoitotilanteissa.

Suomalainen Lääkäriseura Duodecim on laatinut terveydenhuollon ammattilaisten käyttöön laajan joukon hoitosuosituksia, Käypä hoito -suosituksia ([www.kaypahoito.fi](http://www.kaypahoito.fi)) ja Lääkärin tietokannat -palvelun (Varonen ym. 2006, 1179.) Hoitotyön suosituksia julkaisee Hoitotyön tutkimussäätiö ([www.hotus.fi](http://www.hotus.fi)). Erilaiset hoitosuositukset, hoito-ohjelmat, hoito-ohjeet ja hoitoalgoritmit ohjaavat kliinistä työtä ja työssä tehtäviä päätöksiä. Suositus on tyypillisesti asiantuntijaryhmän yhteinen kannanotto käyväksi hoidoksi tai menettelytavaksi. Hoitosuositusten tavoitteena on ohjata käytäntöä yhtenäisempään ja yleisesti käytettävään suuntaan. (Kari 1999, 221–222.) Hoitosuositusten tavoitteena on myös hoitotyön laadun parantaminen ja alueellisten vaihteluiden poistaminen siten, että potilaat saavat yhtenäisten periaatteiden mukaan hoitoa asuinpaikasta riippumatta. Hoitokäytäntöjä yhtenäistämällä varmistetaan hoidon oikeudenmukaisuus. (STM 2009, 56.) Hoitosuosituksilla pyritään myös parantamaan terveydenhuollon tuloksellisuutta ja vaikuttavuutta. (Pekkala 2008, 217, 226; Lehtomäki 2010, 7.)

Hoitosuositukset ovat työkalu päätöksenteossa, eikä niiden tarkoituksena ole korvata terveydenhuollon ammattilaisen omaa arviota. Tieteellistä tietoa täydentävät potilaan kokonaistilanne ja toiveet sekä ammattilaisen oma kokemus. Hoidon porrastukseen, työnjakoon ja moniin muihin hoidon järjestämiseen liittyviin asioihin hoitosuosituksissa ei



oteta kantaa, ellei niistä ole tutkimusnäyttöä. (Mäntyranta, Kaila, Varonen, Mäkelä, Roine & Lappalainen 2003; Käypä hoito 2009a.)

Terveysportti on maksullinen verkkopohjainen www-palvelu terveydenhuollon ammattilaisille. Miettinen ja Korhonen (2005) totesivat tutkimuksessaan, että Terveysportti on osoittautunut terveydenhuollon ammattilasten keskeiseksi tiedonlähteeksi heidän jokapäiväisessä työssään. Terveysportin keskeinen toiminta-ajatus on helpottaa ja nopeuttaa terveydenhuollon ammattilaisen päivittäistä työtä tarjoamalla työssä tarvittavaa lääketieteellistä tietoa yhdestä paikasta. (Miettinen & Korhonen 2005, 55.)

Suomessa on kehitetty vuonna 2006 hoitajille tarkoitettu Hoitajan Puhelinneuvonnan Tukijärjestelmä. Doctoradvice Oy on kehittänyt avoterveydenhuollon ja päivystyspoliklinikoiden terveydenhuollon ammattihenkilöiden käyttöön tarkoitettua professionaalista www-pohjaista päätöksenteon tukiohjelman, joka helpottaa hoitajan työtä hänen arvioidessa puhelimesta potilaiden vaivoja, hoidon tarvetta ja hoidon ajankohtaa. Tukiohjelman lääketieteellinen tietosisältö ja ohjelman rakenne on luotu potilaspuhelinkontakteja varten. Tukijärjestelmä sisältää tavallisimpia oireita ja vaivoja, joista perusterveydenhuollon asiakkaat soittavat päivittäin terveyskeskuksiin ja päivystyspoliklinikoille. Tukijärjestelmässä on otettu huomioon myös tilanteet, jolloin potilaiden vaivat ovat senlaatuista, että he tarvitsevat itsehoitoon selkeitä kotihoito-ohjeita. Tukijärjestelmän tarkoituksena on helpottaa terveydenhuollon ammattihenkilöiden yhdenmukaista hoidon tarpeen arviointia, sen ajankohdan arviointityötä sekä tukea hoitajaa päätöksentekoprosessissa. (Doctoradvice Oy 2007.)

## **2.5 Aikaisemmat tutkimukset**

### **2.5.1 Aikaisemmat tutkimukset puhelinpalvelutoiminnasta**

Ulkomailla on tehty runsaasti tutkimuksia puhelinpalvelutoiminnasta sekä lääkäreiden että hoitajien osalta puhelinneuvonnan järjestämisestä, vaikuttavuudesta ja asiakastyytyvyydestä. Suomessa tutkimustuloksia on vielä vähän saatavilla.

Hyrynkangas-Järvenpää (2000) on väitöskirjassaan tutkinut lääkäreiden ja potilaiden välisiä puhelinkontakteja. Tutkimuksessa tuli ilmi, että puhelinneuvonnalla on mahdollista saada kustannussäästöjä silloin, kun sillä korvataan lääkärin vastaanotto- tai päivystyskäyntejä. Samaan tulokseen hän tuli vuonna 2007 kirjallisuuskatsausartikkeleiden perusteella. Laadukkaasti toimiessaan puhelinohjaus on tehokas terveydenhuoltopalvelujen parantaja ja kustannusten vähentäjä.

Turun yliopistollisen keskussairaalan lastentautien poliklinikalla on aloitettu vuonna 1998 puhelinneuvontatyön kehittämishanke, jonka puitteissa on valmistunut kaksi tutkimusta. Ensimmäisessä vaiheessa Homan-Helenius, Henriksson, Knaapi, Ruusu, Laine ja Leino-Kilpi (2000) kartoittivat puhelinneuvonnan laajuutta ja sisältöä. Heidän tutkimuksessaan nousi esille lasten polikliinisen puhelinneuvonnan ja -ohjauksen yhtenäistämisen tarve, systemaattisen puhelinhaastattelutekniikan ja puhelujen dokumentoinnin kehittäminen sekä puhelujen seurantajärjestelmän luominen. Tutkimuksen jälkeen poliklinikalla tehtiin hoitajien ja lääkäreiden yhteistyönä neuvontatyön apuvälineeksi ohjeisto ja puheluiden kirjaamiskäytäntö. Toisessa vaiheessa Nuutila työryhmineen (2004) arvioi lasten polikliinisen puhelinneuvonnan laatua palvelun käyttäjien näkökulmasta. Tutkimuksessa ilmeni, että päivystyspuheluiden sisältö vaihteli suuresti. Onnistunut puhelinneuvonta ja -ohjaus edellyttävät sairaanhoitajalta laaja-alaista osaamista ja kykyä siirtyä nopeasti terveysongelman hoidosta toiseen. Tutkijat toteavat, että tämä puolestaan edellyttää koulutusta, alan kirjallisuuteen tutustumista, uusimpien tutkimustulosten hyödyntämistä sekä kiinteää yhteistyötä lääkäreiden kanssa.

Vuonna 2006 Kontio työryhmineen oli mukana kartoittamassa ja kehittämässä Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin potilasohjauksen laatua ja heidän yhteistyönään syntyi kuvaus hyvästä puhelinohjauksesta. He laativat pre- ja postoperatiiviseen puhelinohjaukseen toimintamallin. (Kontio, Kukkonen, Leiviskä, Leskinen, Murto, Mustonen, Nenonen, Orpana, Pekkinen & Törmä 2006.)

Heikkinen (2006) tutki, miten VoIP-teknologian (Voice over IP) avulla voidaan parantaa perusterveydenhuollon asiakkaille antamaa puhelinpalvelua. Tutkimustulosten mukaan VoIP- teknologian ja siihen liitettävien sovellutusten ja järjestelmien avulla on mahdollista saada tehokkuutta perusterveydenhuollon puhelujen ja viestinnän hallintaan

sekä parantaa konsultaatiomahdollisuuksia. Tämä tekniikka tuo tehokkuutta puhelinpalveluiden järjestämiseen ja säästöjä muun muassa vapautuvina lääkärien vastaanottoaikoina. 82 prosentilla potilaista hoito tapahtuu puhelinneuvonnan hoidon tarpeen arvioinnin mukaan. Kaikki puhelinneuvonnan kotihoitoon ohjaamat soittajat noudattivat saamiaan ohjeita. Vastaavasti yhteispäivystykseen ohjatuista potilaista kolmannes ei noudattanut saamiaan ohjeita.

Martikainen, Turunen ja Äijälä (2007) tutkivat potilasdokumenteista puhelinneuvonnan sisällön riittävyttä, vaatimustenmukaisuutta ja ohjauksen vaikuttavuutta. Tutkimuksessa selvisi, että puhelindokumentaation sisältö vastasi annettua kirjaamisohjetta ja vaatimustenmukaisuus vaihteli 49–100 prosentin välillä. Henkilöllisyyden varmentaminen oli suurin puute kirjausmerkinnöissä. Ohjauksen mukainen hoito toteutui 82 prosentilla ja kaikki kotihoito-ohjeita saaneet noudattivat ohjeita.

Mäntynen (2008) selvitti pro gradu -tutkimuksessaan Ensineuvo 24 -puhelinpalvelun merkitystä lastenneuvolan vanhemmille. Johtopäätöksenä oli, että terveydenhuollon puhelinpalvelua tarvitaan ja se on asiakkaiden arvostama ja turvalliseksi kokema palvelumuoto, mutta ohjausmenetelmänä haasteellinen. Soittajille tärkeää oli vuorovaikutus. Tyytymättömyyttä aiheutti jonottaminen, mutta jonotuksesta huolimatta palveluun oltiin tyytyväisiä. Tutkimuksessa tuli esille, että yhteistyötä terveydenhuollon organisaatioiden ja puhelinpalveluita tarjoavien yritysten välillä on syytä kehittää, jotta kokonaisuus palvelisi asiakkaita parhaalla mahdollisella tavalla.

Oravan (2010) tekemässä kirjallisuuskatsauksessa selvitettiin puhelinohjausta hoitotyön menetelmänä reaktiivisen ja proaktiivisen ohjauksen näkökulmasta. Reaktiivisessa ohjaustilanteessa asiakas on yhteydenottaja ja ohjaustarpeet liittyvät yleensä akuuttiin terveysongelmaan. Tutkimuksen mukaan molempien puhelinohjausmenetelmien laadun arvioinnissa tulisi kiinnittää huomiota ohjauksen sisällön ja soveltuvuuden arviointiin, intervention rakenteeseen, ohjaustekniikkaan sekä hoitajien osaamiseen, taitoihin ja koulutukseen.

Terveydenhuollon puhelinpalvelujen vaikuttavuutta ja kustannustehokkuutta on tutkittu maailmalla, mutta siitä ei ole saatavilla tietoa kattavasti. Kanadalainen arviointiyksikkö

Canadian Coordinating Office for Health Technology Assessment (CCOHTA) julkaisi vuonna 2003 kirjallisuuskatsauksen, jossa oli mukana 20 amerikkalaista ja brittiläistä tutkimusta. Tutkimuksessa kävi ilmi, että noin puolet soittajien ongelmista voidaan hoitaa puhelimitse ilman, että potilasta tarvitsee ohjata eteenpäin. Katsauksen mukaan useimmat soittajat olivat tyytyväisiä saamaansa palveluun. Katsauksessa mukana olleissa artikkeleissa kahdessa tuli ilmi, että sairaanhoitajien puhelinneuvonnalla voidaan alentaa terveydenhuollon päivystysaikaisia kustannuksia. (Stacey, Noorani, Fisher, Robinson, Joyce & Pong 2003.) Hollannissa Gischler, Mazer, Poley, Tibboel ja van Dijk (2008) saivat tutkimuksessaan samansuuntaisia tuloksia, joiden mukaan hoitajan ohjaus oli vaikuttavaa ja kustannustehokasta. Tutkimuksessa tuli myös esille, että lääkärin konsultaatiomahdollisuus oli tärkeä tuki hoitajalle puhelinohjausta antaessa.

Iso-Britanniassa Cox, Bull, Cockle-Hearne, Knibb, Potter ja Faithfullin (2008) mukaan potilaat olivat tyytyväisiä puhelinkontaktin helppouteen. USA:ssa Beaulieu ja Humphreys'n (2008) mukaan huoltajat, jotka soittivat lastensa asioissa, olivat tyytyväisiä saamaansa ohjaukseen ja palveluun. Heidän mielestään oli tärkeää, että hoitajat antoivat yksilöllistä ohjausta.

Ulkomailla käytetään puhelinohjauksessa erilaisia tietokonepohjaisia apuvälineitä ja niiden käytöstä on tehty useita tutkimuksia. Ruotsissa muun muassa Ernesäter, Holmström ja Engström (2009) tutkivat puhelinohjauksessa toimivien hoitajien kokemuksia ohjausta tukevasta tietokoneohjelmasta ja sen vaikutuksesta työhön. Tutkimuksen mukaan apuohjelmat vahvistivat, kontrolloivat ja estivät ohjausta. Ohjelma myös yksinkertaisti työskentelyä, täydensi hoitajan tiedollista osaamista, loi turvallisuuden tunnetta sekä vahvisti osaamista neuvontatilanteessa. Tutkimuksessa todettiin, ettei ohjelma voi korvata hoitajan omaa osaamista. Ohjelma voi olla myös riski, jos siihen luottaa liikaa. Lisäksi Holmströmin (2007) tutkimuksessaan todettiin, että tietokoneohjelman käyttömahdollisuudet ohjauksessa ovat rajalliset ja hoitajat käyttivät sitä mieluummin arvioinnin pohjana. Hoitajien ja tietokoneohjelmien päätöksenteon välillä saattoi olla myös ristiriitoja eli ohjelman suositus oli esimerkiksi aivan muuta kuin mitä sen hetkiset terveystalvelut mahdollistivat. (Holmström 2007; Ernester ym. 2009.)

Ruotsissa on tehty tutkimuksia hoitajan näkemyksistä ja kokemuksista puhelinohjaajana. Kaminsky, Rosenqvist ja Holmström (2009) ovat tutkineet puhelinohjausta antavien hoitajien käsityksiä työstään. Tutkimuksessa todettiin, että näillä hoitajilla oli pitkä työhistoria. Hoitajan työnkuvaan kuuluu arviointi, ohjaus, neuvonta, tukeminen, opastus ja opetus. Työ edellytti nopeaa olennaisten asioiden hahmottamista ja kuuntelutaitoa. Hoitaja käytti soittajan omaa tietopohjaa päätöksenteossa, joka tapahtui yhteistyössä soittajan kanssa. Ström, Marklund ja Hilding (2006) tutkivat hoitajien näkemyksiä puhelinohjauksesta call-centerissä. Tutkimuksessa todettiin, että puhelinohjauksessa hoitajan työ oli itsenäistä, stimuloivaa ja haastavaa sekä jatkuvaa tiedon ylläpitämistä. Hoitajat olivat työhönsä tyytyväisiä, vaikka he olivat alttiita jatkuvalla kritiikille kollegojen ja muiden terveydenhuollon palveluyksiköiden sekä turhautuneiden asiakkaiden taholta. (Ström ym. 2006; myös Snooks, Williams, Griffiths, Peconi, Rance, Snelgrove, Sarangi, Wainwright & Cheung 2008.) Hoitajat, joiden päätoimenkuvaan puhelinohjaus ei kuulunut, olivat myös kyseenalaistaneet puhelinohjauksen aseman ”todellisena työnä”, koska puhelinohjauksesta puuttuu kosketus- ja näköyhteys (Snooks ym. 2008). Organisaatiosta lähtöisin oleva rajoite, jonka puhelinohjausta tekevät hoitajat kokivat ongelmana, oli esimerkiksi vähäinen ajankäyttö ohjauskontakteihin tai hoitajan rooli portinvartijana ja siihen liittyvät rajalliset mahdollisuudet etsiä keinoja soittajan ongelmaratkaisuun ilman fyysistä kontaktia terveystalvelujen tuottajaan. (Stacey ym. 2005; Kaminsky ym. 2009.) Työ koettiin yksinäiseksi mutta riippuvaiseksi sisäisistä ja ulkoisista resursseista. Puhelinohjaustyö edellytti hoitajalta itseluottamusta ja tämän tyyppiseen työhön soveltuvaa persoonallisuutta. (Ström ym. 2006.)

Wahlberg ym. (2005) nostivat tutkimuksessaan esille, että on tärkeää keskustella ongelmasta potilaan itsensä kanssa. Hoitajat kokivat ongelmallisena, jos he joutuivat kommunikoimaan kolmannen osapuolen kanssa. Eettisenä haasteena koettiin riittämättömät terveystalvelujen resurssit, jolloin hoitaja joutui aina perustelemaan suosituksensa tarjolla olevien resurssien mukaan.

### 2.5.2 Aikaisemmat tutkimukset ammatillisen tiedonhankintamallin käytöstä

Tässä tutkimuksessa teoreettisena viitekehystenä käytetään Leckien, Pettigrew'n ja Sylvainin (1996) yleistä ammatillisen tiedonhankinnan mallia. Tätä mallia on Suomessa hyödyntänyt muun muassa Saarikoski (1998) tutkiessaan sairaanhoitajien työssä tarvitsemaa tietoa, sen hankintaa ja käyttöä. Tiisala (2005) käytti mallia selvittäessään sairaanhoitajien ammatillista tietokäyttäytymistä ja Käsäkoski (2006) selvittäessään suomalaisten hammaslääkäreiden ammatillista tiedon hankintaa. Saarikosken (1998) tutkimuskohteena oli leikkaussali-anestesia-, sisätauti- ja psykiatrisia sairaanhoitajia (N=15), ja tutkimuksen mukaan kaikkien tutkimuksessa mukana olleiden sairaanhoitajien tiedollinen käyttäytyminen oli melko samansuuntaista. Tutkimuksessa ilmeni, että sairaanhoitajat voivat tehdä työtään paljon kokemustietoon nojaten. Sairaanhoitajat tarvitsivat kuitenkin myös uutta tietoa, mutta uuden tiedon merkitys painottui sairaanhoitajien kesken eri tavoin. Sairaanhoitajat tarvitsivat työssään ensisijaisesti lääketieteellistä tietoa. Hoitotyön teoreettista tietoa tarvittiin lähinnä kehittämistehtävissä. Sairaanhoitajat käyttivät tiedonhankinnassa helposti saatavia tiedonlähteitä. Tärkeimpinä tiedonlähteinä olivat kollegat, osastojen sisäiset kokoelmat, kirjallisuus, lehdet, kurssit, koulutustilaisuudet ja luennot. Tiedonhankintaa ohjasi tottumus käyttää ennestään tuttuja tiedonlähteitä. Kehittämistehtäviin sairaanhoitajat käyttivät muita tietolähteitä ja tiedonhankintakanavia, kuten esimerkiksi kirjastoja ja niiden tarjoamia palveluja. Sairaanhoitajien tiedonhankintaa rajoitti eniten ajan puute ja taloudelliset tekijät sekä tiedonhankintataitojen ja tarvittavien atk-pohjaisten informaatiivälineiden puute. Osastojen ilmapiiri saattoi myös rajoittaa tiedonhankintaa. Hankitun tiedon käyttö yleensä motivoi sairaanhoitajia työhön.

Tiisalan (2005) tutkimus osoitti, että tiedonhankinnalla on keskeinen merkitys sairaanhoitajien päivittäisessä työssä. Lähes päivittäin sairaanhoitajat selvittivät tai tarkistivat lääkehoitoon ja erilaisiin joko ohjeiltaan muuttuviin tai harvemmin tehtäviin hoitotoimenpiteisiin liittyviä asioita. Tärkeimpinä tiedonlähteinä tehtäväkohtaisessa tiedonhankinnassa Tiisalan sekä myös Saarikosken tutkimuksissa olivat kollegat ja käsikirjat. Tiisalan tutkimuksessa tiedonlähteenä olivat myös lääkärit. Alan ammattilehdet tukivat orientoivaa tiedonhankintaa, jossa korostui omaehtoisuus ja työajan ulkopuolinen ajankäyttö. Työpaikan järjestämää koulutusta pidettiin myös tärkeänä tiedonlähteenä. Muutamit sairaanhoitajat pitivät Internetiä tärkeimpänä

kanavana hankkia tietoa ja noin puolet käytti sitä jonkin verran ammatilliseen tarkoitukseen. Omaan alaan liittyvää tutkimustietoa ei pyritty aktiivisesti hankkimaan tai ei oikein tiedetty miten jalostettua tietoa saisi käsiinsä. Tiisalan tutkimuksessa samoin kuin Saarikoskenkin tutkimuksessa tuli ilmi, että tiedonhankintaa hankaloitti ajan puute. Tiisalan tutkimuksessa tuli esille, ettei lääkäreitä ollut riittävästi. Joidenkin sairaanhoitajien mielestä käsikirjakokoelman tai koulutusmäärärahojen rajallisuus hankaloitti tiedonhankintaa. Sairaanhoitajat kokivat tiedon käytön lähteiden esteenä omien tietoteknisten tietojen ja taitojensa puutteen, työpaikan tarjoaman atk-koulutuksen riittämättömyyden tai tietokoneiden rajallisen määrän.

Känsäkosken (2006) tutkimuksessa suomalaisten hammaslääkäreiden ammatillisesta tiedon hankinnasta tutkimuksen aineisto kerättiin Internetin web-kyselylomakkeella. Tutkimustuloksia analysoitiin tilasto-ohjelmilla. Tutkimus osoitti, että hammaslääkärit tarvitsivat lisätietoa useimmiten lääkeaineista ja potilaiden hoidosta sekä materiaalitietoa. Viranomaistietoa hammaslääkärit tarvitsivat harvemmin. Näiden osa-alueiden lisäksi tiedontarvetta oli eniten yleislääketieteestä. Ammattilehdet, käsikirjat ja informaaliset lähteet eli kollegoiden konsultointi olivat eniten käytettyjä tiedonhankintakanavia. Internetin käyttöön ammatillisen tiedonhankinnan lähteenä hammaslääkärit asennoituivat myönteisesti. Tiedonhankinta Internetistä koettiin enimmäkseen helpoksi. Tästä huolimatta tutkimuksessa todettiin, että Internetin käyttö hammaslääkäreiden ammatillisen tiedonhankinnan kanavana ei ollut yhtä suosittua kuin perinteinen formaalien ja informaalien lähteiden käyttö.

### 3 TIEDONHANKINNAN PROSESSIMALLI TERVEYDENHUOLLON PUHELINOHJAUKSESSA

#### 3.1 Tiedon eri ulottuvuudet

Käsitteet tieto, informaatio, data ja tietämys tarkoittavat eri asioita. Arkikielessä nämä käsitteet usein sekoittuvat keskenään. (Haasio & Savolainen 2004, 14.) Vakkari (1999, 18–19) toteaa, että tieteellistä tutkimusta tehdessä nämä käsitteet olisi hyödyllistä selkeyttää, koska suomen kieli ei tee eroa sanojen data, informaatio ja tieto välillä. Informaatiotutkimuksessa vallitsevana käsityksenä on, että tieto muodostaa arvoketjun. Haasio ja Savolainen (2004, 14) havainnollistavat arvoketjun käsitteitä seuraavasti:

Data → Informaatio → Tieto → Tietämys → Viisaus

**Data** on tietoa, joka ei sellaisenaan ole käytettävissä päätöksenteon tai ongelmanratkaisun tukena. Data on yksittäisiä havaintoja, merkkejä ja symboleja. Dataa kuvataan myös eräänlaiseksi informaation raaka-aineeksi, josta voi tulla informaatiota. (Niiniluoto 1989, 27–29.) Data on erillistä tietoa tapahtumista eikä sisällä tietoa sen merkityksestä tai tarkoituksesta. Tietokone käsittelee dataa merkkijonona, ilman tulkintaa. (Davenport & Prusak 1998, 2-3.)

**Informaatio** on tietoa, johon liittyy tiedon merkitys ja tarkoitus. Informaatio on siis kontekstisidonnaista tietoa. Informaatiota voidaan verrata viestiin, jolla on lähettäjä, vastaanottaja ja tietty sisältö sekä tarkoitus. Informaatiolla on tarkoitus muuttaa vastaanottajan käsityksiä tai käyttäytymistä. Tieto on silloin luokiteltu joltain käyttötarkoitusta varten. Vastaanottajasta on kiinni, onko informaatioksi tarkoitettu viestin sisällöllä vastaanottajalleen todella informatiivista arvoa. (Davenport & Prusak 1998, 2-4.) Haasio ja Savolainen (2004) toteavatkin, että eri henkilöt voivat tulkita informaatiota eri tavalla ja antaa sille sen vuoksi myös omia merkityksiä. Kun informaatiolle on annettu merkitys, tulkitusta informaatiosta muodostunutta kokonaisuutta voidaan kutsua tiedoksi. (Haasio & Savolainen 2004, 16.)

**Tietoa** voidaan määritellä hyvin monella eri tavalla. Niiniluoto (1989) toteaa, että klassisen tietokäsityksen mukaan tieto on hyvin perusteltu tosi uskomus. Jos tieto ei olisi perusteltua, se olisi pelkkää luuloa. (Niiniluoto 1989, 57.) Ollakseen tietoa väitteen



on täytettävä sekä totuus- että perusteltavuusehto (Vakkari 1999, 19.) Tieto syntyy silloin, kun informaation vastaanottanut henkilö tulkitsee informaation ja jolloin tieto liittyy osaksi henkilön tietorakennetta samalla muuttaen sitä. Tieto on ymmärrystä ihmisestä itsestään ja ympäröivästä maailmasta. Tieto voidaan myös ajatella osana ihmisen kognitiivista järjestelmää, jolloin se koostuu esimerkiksi asiatiedosta, mielipiteistä, muistoista ja kokemuksista. Yksilöllisestä tiedosta tulee informaatiota, kun se viestitään toiselle henkilölle tavalla tai toisella. (Huotari, Hurme & Valkonen 2005, 39.)

Tieto ei aina edellytä viestintää. Tiedon synonyyminä voidaan käyttää termiä **tietämys**. Tietämyksenä voidaan pitää kaikkien tietojen kokonaissuutta, joka on yksilöllä. Voidaan ajatella, että tietämys on eräänlainen omaksuttujen tietojen kokonaisvarasto eli henkilöllä on tietty ymmärrys asioiden tilasta. Yhteisö ja kulttuuri vaikuttavat tiedon tulkitsijaan ja yleensä siihen miten hän tulkitsee tietoa. (Haasio & Savolainen 2004, 16–19.) Tietämykseen kuuluu dokumentteihin kirjatun tiedon lisäksi heuristinen tieto, joka on kokemuksen ja arvostelukyvyn tuottamaa alan tietoa. Tietämys käsittää siis myös tosiasiatiedon ja taitotiedon. (Niiniluoto 1989, 61.)

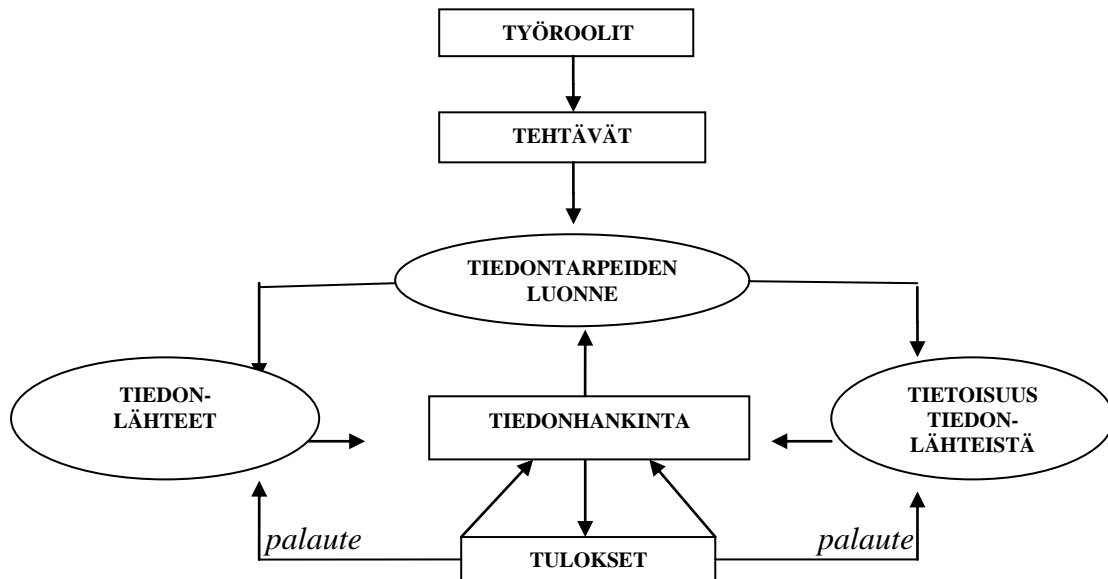
Tietoa on jaoteltu orientoivaan ja praktiseen tietoon. Orientoiva tieto on luonteeltaan yleistä tietoa eikä liity mihinkään tiettyyn tehtävään. Vastaavasti praktinen tieto on spesifistä tietoa ja liittyy kiinteästi jonkin ongelman ratkaisemiseen. (Haasio & Savolainen 2004, 19.) Tietoa voidaan myös luokitella. Tieto on yleensä luokiteltu täsmälliseen eli eksplisiittiseen tietoon ja hiljaiseen eli implisiittiseen tietoon. Eksplisiittisellä tiedolla tarkoitetaan muodollista ja tarkkaan määriteltyä tietoa. Eksplisiittistä tietoa voidaan käsitellä ja yhdistellä muun eksplisiittisen tiedon kanssa ja sitä voidaan tallentaa, niin että muut voivat päästä siihen käsiksi. Eksplisiittinen tieto on staattista, esimerkiksi erilaiset muistioidot, suunnitelmat ja hoito-ohjeet. (Huotari ym. 2005, 68.) Hiljaista tietoa on nimitetty myös kokemukselliseksi tiedoksi. Hiljainen tieto ja eksplisiittinen tieto eivät ole toisistaan irrallisia, vaan ne täydentävät toisiaan. Hiljainen tieto on yksilöön tai ryhmään sidottua henkistä pääomaa, sitä ei voi teknisesti siirtää sähköisten verkkojen tai painetun tekstin välityksellä. Hiljaisen tiedon ymmärtäminen, oppiminen ja käsittely onnistuvat kaikkein parhaiten käytännön vuorovaikutuksessa ja dialogissa. (Nonaka & Takeuchi 1995, 59–60; Raivola & Vuorensyrjä 1998, 22.)

Tässä tutkimuksessa tieto ymmärretään laajemmassa merkityksessä, jolloin tieto kattaa datan, informaation, tiedon sekä tietämyksen. Tutkimusaiheen kannalta ei ole olennaista tehdä tarkkaa erottelua näiden käsitteiden osalta.

### **3.2 Ammatillinen tiedonhankinta**

Informaatiotutkimuksen alueella yksi keskeisimmistä tutkimusalueista on tiedonhankintatutkimus. Tiedonhankintatutkimuksen avulla selvitetään, miksi ihmiset käyttäytyvät niin kuin käyttäytyvät, kun he tarvitsevat tietoa. Tiedonhankintatutkimus tarkastelee tiedonlähteiden ja kanavien valintaan liittyviä kysymyksiä sekä valittujen kanavien ja lähteiden hyödyntämistä eri tarkoituksiin. Tieteenala on kiinnostunut erityisesti yksilöstä toimijana. Tiedonhankintatutkimus pyrkii selvittämään tiedollisia, yhteiskunnallisia, kulttuurillisia ja yksilöllisiä syitä, jotka vaikuttavat tiedonhankintaan. Tieteenala on kiinnostunut myös ongelmanratkaisusta, päätöksentekoon liittyvistä seikoista sekä relevanssin arvioimisesta. Tiedonhankintatutkimus tarkastelee kolmea läheisesti toisiinsa liittyvää ilmiötä: tiedontarpeita, tiedonhankintaa ja tiedonkäyttöä. Arkielämän tiedonhankinnan tutkimus auttaa ymmärtämään ihmisen jokapäiväistä tiedonhankintaa ja kehittämään sitä. Suuri osa tiedonhankintatutkimuksesta on kohdistunut ammatillisen tiedon tarpeisiin ja tiedonhankintaan. Ammatillista tiedonhankintaa voidaan lähestyä useasta eri näkökulmasta: voidaan kartoittaa eri työtehtävien ja ongelmanratkaisutilanteiden tuomia tiedontarpeita, niiden muodostamisen tilanteita ja muutoksia tiedonhankinnan edetessä, eri lähteiden ja kanavien valintakriteerejä ja niihin vaikuttavia tekijöitä sekä tiedonhankinnan esteitä ja toisaalta sitä helpottavia tekijöitä. (Haasio & Savolainen 2004, 7-13, 69.)

Tämän tutkimuksen teoreettisena viitekehystenä sovelletaan Leckien, Pettigrew`n ja Sylvainin (1996) kehittämää yleistä ammatillisen tiedonhankinnan mallia (Kuvio 3.).



KUVIO 3. Ammatillinen tiedonhankinnan malli (Leckie, Pettigrew & Sylvain 1996, 180)

Tässä Leckien ym. (1996) kehittämässä ammatillisen tiedonhankinnan mallissa keskiössä ovat työroolit ja niistä seuraavat tiedontarpeet. Malli on kehitetty insinöörejä, terveydenhuollon ammattilaisia ja asianajajia koskevan tutkimuskirjallisuuden pohjalta. Malli korostaa tiedonhankintaa jatkuvana syklisenä prosessina. Tässä mallissa **tiedonhankinta** tapahtuu tiedontarpeiden luonteen, tietolähteiden, tiedonlähteitä koskevan tietoisuuden ja tulosten syklisenä vuorovaikutuksena. Vaikka eri alojen ammattilaiset työskentelevät hyvin erilaisissa työtehtävissä, työympäristöissä ja organisaatioissa on heidän ammatillisessa tiedonhankinnassa yhtäläisyyksiä. Tämä malli soveltuu hyvin laajasti ammatillisen tiedonhankinnan kuvaamiseen. Leckien ym. ammatillisessa tiedonhankinnan mallissa tiedonhankintaa virittävät tiedontarpeet nousevat yksilön työtehtävistä ja vastaavasti työtehtävien luonne ja usein myös sisältö määräytyy yksilön työroolin pohjalta. Työrooleja työntekijällä voi olla samanaikaisesti useita. (Haasio & Savolainen 2004, 87–89.)

**Tiedontarpeet** lähtevät tilanteista, jotka kuuluvat tietyn työtehtävän suorittamiseen. Tiedontarpeisiin vaikuttavaa usein väliin tulevat tekijät, jotka muovaavat tiedontarpeita. Näitä tekijöitä ovat esimerkiksi yksilön demografiset tekijät (ikä, ammatti, koulutustaso, erikoistuminen alalla, urakehitys ja asema työssä, maantieteellinen sijainti), tiedontarpeen konteksti (tilannekohtaiset tarpeet, syntyykö tiedontarve yksilön sisältä

vai ulkoa: omat ambitiot vai annetut tehtävät), tiedontarpeen ilmenemisen tiheys (toistuva tarve, aiemman tarpeen variaatio vai uusi), ennustettavuus (odotettavissa oleva tarve tai odottamaton), tärkeys (akuuttisuus, kiireellisyys) ja kompleksisuuden aste (helposti ratkaistavissa oleva tehtävä vai vaikeasti selitettävä). (Leckie ym. 1996, 180–182.)

**Tiedonhankintaan** vaikuttavat monet eri tekijä, jotka tässä mallissa on huomioitu. Ensimmäinen tiedonhankintaan vaikuttava komponentti on *tiedonlähteet*. Ongelman määrittelyn ja tiedontarpeiden tunnistamisen jälkeen esimerkiksi puhelinohjausta antava hoitaja etsii tietoa eri lähteistä, jotka voivat oman tietämyksen lisäksi olla henkilölähteitä tai erilaisia kirjallisia tietolähteitä. Määrittävänä tekijänä tiedonhankintaprosessille on hoitajan mieltymys tai tottumus tiettyihin lähteisiin, mieltymys vaikuttaa tiedonhankinnan tulokseen. Toinen tiedonhankintaan vaikuttava komponentti on *tietoisuus tiedonlähteistä* eli tapa, jolla hoitaja hahmottaa ympäristönsä. Hoitajalla on suora tai epäsuora käsitys erilaisista tiedonlähteistä ja tiedonhankintaprosessien kulusta ja se vaikuttaa siihen, millaiseksi tiedonhankinnan kulku muodostuu. Leckie ym. (1996) luettelevat keskeisimmin vaikuttavia tekijöitä, joita ovat muun muassa lähteen tuttuus ja aiemmat onnistuneet kokemukset niiden käytöstä, lähteiden saavutettavuus, luotettavuus, helppokäyttöisyys, oikea-aikaisuus, kustannukset, laatu ja pääsyn helppous.

Saadut **tulokset** ovat tiedonhankintaprosessin päätös, joko tiedon tarve on saavutettu ja henkilö voi jatkaa työtehtäviään tai tiedonhankintaa voidaan jatkaa alusta. Mallissa palautenuolet kuvaavat tiedonhankintaprosessin uudelleen käynnistymistä. Toisella kierroksella tiedonhankintaprosessi muuttuu ja hoitaja joutuu arvioimaan käyttämänsä tiedonlähteet ja tiedonkulun uudelleen niin, että lopputulokseen ollaan tyytyväisiä. Näin malli huomioi tiedonhankinnan mahdollisen syklisyyden. (Leckie ym. 1996, 184–187.)

### 3.3 Puhelinohjausta toteuttavan hoitajan ammatillinen tiedonhankinnan malli

Leckien, Pettigrew`n ja Sylvainin ammatillisen tiedonhankinnan mallissa työrooli ja työroolista määräytyvät työtehtävät ovat keskeisiä tiedontarpeen käynnistäjiä. Tässä tutkimuksessa tätä mallia sovelletaan hoitajien puhelinohjauksen tiedonhallinnan näkökulmasta, kun selvitetään hoitajan tiedontarpeita, tiedonhankintaa ja tiedonkäyttöä sekä näihin liittyviä erityspiirteitä. Tutkimuksessa on määritelty työrooliksi hoitajan rooli, työtehtävänä on puhelinohjaus ja tiedonhankintaprosessin päätöksenä on tulos siitä, miten hoitaja on tiedon tarpeen saavuttanut. Puhelinohjauksessa hoitaja käyttää hankkimaansa tietoa tekemällä hoidon tarpeen arvioinnin. Tekemänsä arvioinnin perusteella hoitaja antaa kotihoito-ohjeita kotona pärjäämisen tueksi, ohjaa potilaan hoitajan vastaanotolle, kiireettömälle ajanvarausvastaanotolle tai päivystysvastaanotolle.

#### Tiedontarpeet

Wilson (1981) näkee tiedontarpeet samoin kuin Leckie ym.(1996), eli että tiedontarpeet nousevat rooleista, joita ihmisellä on elämässään ja yksi näistä rooleista on työrooli. Hänen tiedonkäyttämisen mallissaan korostuu myös tiedonkäyttäjän rooli ja organisaatio, jossa yksilö työskentelee. (Wilson 1981, 1-3.)

Hoitajan tiedontarve syntyy ongelmista, epävarmuudesta sekä monitulkintaisuudesta, joita kohdataan erilaisissa tilanteissa ja joissakin tietyissä toimintaympäristöissä, tehdessä jotain tiettyä tehtävää. Keskeisimmät tiedontarpeet hoitaja kohtaa ongelmanratkaisu- ja päätöksentekotilanteissa. Tiedontarpeiden kuvaaminen riittävän tarkasti on vaikeaa, sillä usein ne ovat sattumanvaraisia, muuttuvia ja monitahoisia. Sen vuoksi henkilökohtaiset tiedontarpeet tulisi ymmärtää siinä todellisessa ympäristössä, missä henkilö kokee tarvitsevänsä tietoa ja missä hän tulee tietoa käyttämään. (Choo 1998, 26-29; Frost, Taylor, Noakes, Markel, Torres & Drabenstott, 2000.) Tiedontarpeet niin kuin tietokin voidaan jakaa orientoivan tai praktisen tiedon tarpeisiin. Orientoiva tiedontarve syntyy hoitajan pyrkimyksestä pysyä ajan tasalla ja toimintaympäristön muutosten seuraamisesta. Orientoivan tiedon tarpeita tyydyttämään hankitaan tietoa seuraamalla ajankohtaisia tapahtumia ja esimerkiksi lukemalla oman alan ammattikirjallisuutta. Praktisen tiedon tarpeen saa aikaan jokin yksittäinen ratkaisua edellyttävä ongelmatilanne tai ratkaisematon tehtävä. (Haasio & Savolainen, 2004, 25.)

Myös Timmins (2006, 377-378) kuvaa, että tiedontarve tulee esille jonkun tärkeän tapahtuman yhteydessä ja tiedontarpeet saa parhaiten selville tiedon käyttäjiltä.

Työtehtävien kompleksisuus vaikuttaa tiedontarpeiden muodostumiseen ja näin myös tiedonhankintaan. Vaikeimmat ja monimutkaisemmat työtehtävät luovat monipuolisempia tiedontarpeita, jolloin suositaan enemmän henkilötietolähteitä. Tällöin välttään useiden eri tietolähteiden käytöltä. Helpommat työtehtävät vaativat spesifimpää tietoa, joka löytyy yksittäisistä lähteistä. (Bystöm 1999, 94.)

Tiedontarpeiden yksityiskohtainen määrittely on hankalaa ja useimmiten tiedontarpeilla viitataan kokoavasti niihin intresseihin, motiiveihin ja uskomuksiin, jotka käynnistävät ja ohjaavat tiedonhakua. Savolainen (1999, 84) toteaa, että tiedontarpeilla voidaan viitata kokoavasti niihin tekijöihin, jotka käynnistävät tiedonhankinnan. Tässä tutkimuksessa tiedontarve käsitetään hoitajan työtehtävistä nousevaksi tiedontarpeeksi. Puhelinohjaustilanteessa hoitajan tiedontarve lähtee useimmiten soittajan terveyteen tai sairauteen liittyvästä ongelmatilanteesta ja hoitaja huomaa eron itsellään olevan tiedon ja tarvitsemansa tiedon välillä.

### **Tiedonhankinta**

Tiedonhankinnan käsite on moniselitteinen. Laajasti ymmärrettynä on kyse prosessista, joka alkaa tiedontarpeista ja päättyy hankitun tiedon käyttöön. Voidaan ajatella, että tiedontarve ohjaa hoitajan valintoja ja tapaa, millä tavoin ja mistä lähteistä tietoja hankitaan. Tiedonhankinnan lähtökohdانا on jokin hoitajan kokema ongelma tai tehtävän tuottama tiedontarve. Hoitajalla on ennakkoon jäsentynyt mielikuva ongelman sisällöstä ja mahdollisesti relevanteista tiedonlähteistä. Hakeutuminen tiedonlähteille tapahtuu tiedontarpeiden tunnistamisen jälkeen, jolloin hoitaja arvioi löytämänsä informaation paikkansapitävyyttä. Informaatio joko omaksutaan tai sitten ongelma tai tehtävä arvioidaan uudelleen. (ks. Savolainen 1999, 84–86.)

Tiedonhankinta ei aina ole suunnitelmallista, vaan tietoa voidaan myös saada ennalta arvaamatta, sattumalta. Toisaalta on korostettu, että tiedonhankinta tulee suunnata tunnistettuun tarpeeseen ja sen on oltava tarkoituksenmukaista. Ihmisellä on rajallinen kyky vastaanottaa ja käsitellä tietoa. Sen vuoksi tiedonlähteiden valinta on suunniteltava hyvin. Kaikkea saatavilla olevaa tietoa ei ole tarkoituksenmukaista hyödyntää. Tietoa

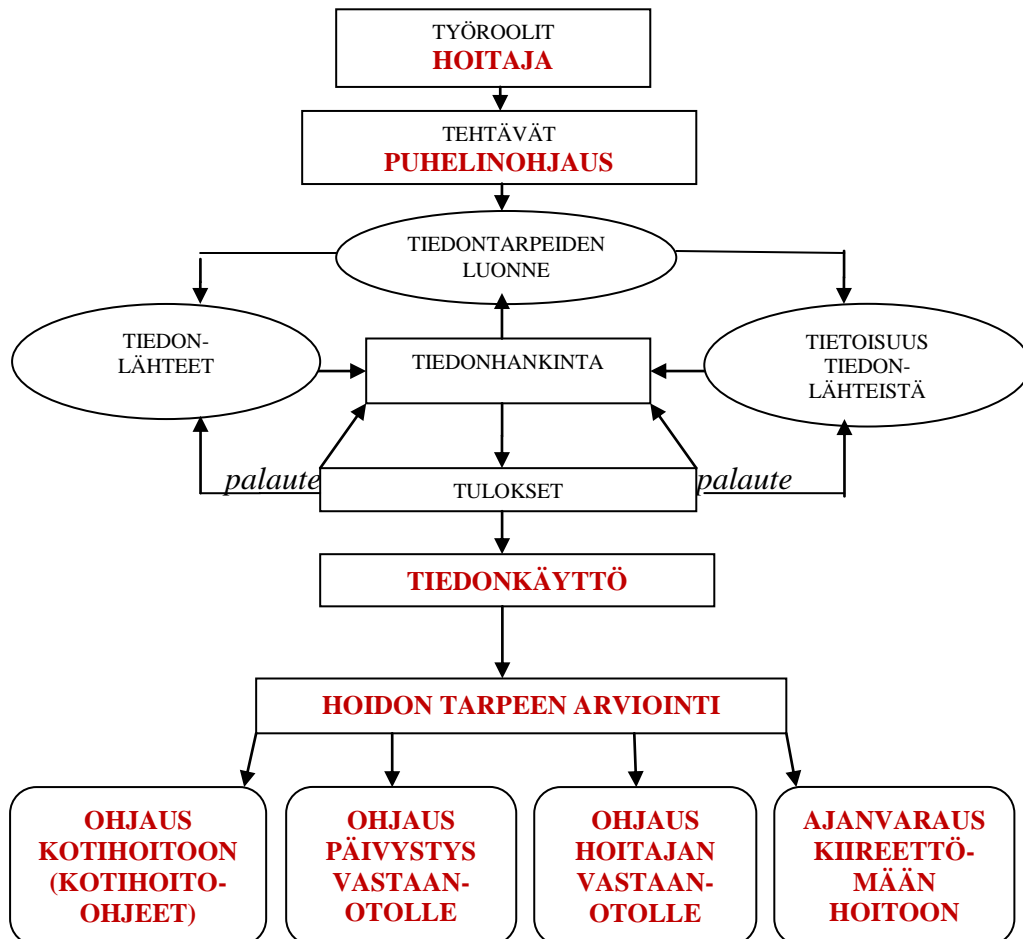
pyritään löytämään mahdollisimman vähällä vaivalla. Tavoitteelliseksi tiedonhankinnaksi voidaan käsittää myös oman tietämyksen hyödyntäminen paluttamalla mieliin aikaisempia kokemuksia ja menettelytapoja. Uusien jo käytössä olevien tietolähteiden käyttökelpoisuutta ja monipuolisuutta tulisi seurata ja arvioida, koska jo olemassa olevat lähteet kehittyvät ja laajenevat, ja uusia tietolähteitä ilmestyy jatkuvasti. Tiedonhankinnan suunnitelmissa tiedonlähteinä tulisi huomioida myös ihmiset teknologian ohella. (Choo 1998, 24, 29-32, 49; Leckie ym. 1996, 173, 185; Haasio & Savolainen 2004, 28.) Tässä tutkimuksessa hoitajan tiedonhankinta nähdään laajasti ongelmanratkaisuun liittyvänä tietoisena toimintana, jossa tiedontarpeet ohjaavat hoitajaa tiedonhankinnassa ja tietolähteiden valinnassa.

### **Tiedonkäyttö**

Tiedonkäytöllä tarkoitetaan uuden tiedon luomista ja tiedon soveltamista ongelmanratkaisuun tai päätöksentekoon. Tiedon käyttö on dynaaminen prosessi, joka toiminnan kyseenalaistamisen ja keskustelun kautta saattaa johtaa uuden tiedon merkityksen tai uusien toimintatapojen löytämiseen. Tiedon käyttö on välttämätön osa tietohallinnon prosessia, koska muiden osien kehittäminen entistä paremmaksi on mahdollista vain, jos ymmärretään kuinka tietoa käytetään. (Choo 1998, 25-26, 45.) Tiedonkäyttöä on vaihe, jossa tiedon tarve on saatu tyydytettyä eli uutta tietoa on hankittu ja hankittua tietoa on pystytty käyttämään. Muutosprosessin kuvaaminen on kuitenkin haasteellista, sillä suoria havaintoja ei voida tehdä. Useimmiten joudutaan tyytymään tiedonhankkijan jälkikäteiskuvauksiin tiedonlähteiden hyödyntämisestä. (Haasio & Savolainen 2004, 31, 45.)

Tiedonkäytön tapoihin vaikuttaa olennaisesti käsillä olevan tehtävän luonne ja vaatimukset. Tiedon käytön konteksteja analysoitaessa huomio kiinnittyy tiedonhakijoiden piirteisiin, heidän tavoitteisiinsa, ammatillisissa tehtävissä kohdattuihin ongelmiin ja ongelmatilanteiden luonteeseen sekä ongelmanratkaisun tapoihin. Näin tarkasteltuna tiedon merkitys määrittyy toiminnallisesta kontekstista, jossa tiedon arvo tai hyöty kulloinkin punnitaan. Yleensä hankitun tiedon käyttö virittää lisätiedon hankintaa, joka saattaa johtaa uusiin käyttö- ja hankintasykleihin. (Haasio & Savolainen 2004, 31-33.) Tässä tutkimuksessa tiedonkäyttö nähdään tiedollisena prosessin lopputuloksena, missä yhdistyy tiedon käyttö, hyödyntäminen ja soveltaminen.

Kuviossa neljä on kuvattu puhelinohjausta toteuttavan hoitajan ammatillista tiedonhankinnan mallia, joka on muodostettu viitekehyksenä käytetyn Leckie, Pettigrew & Sylvain (1996, 180) ammatillisen tiedonhankinnan mallista.



KUVIO 4. Puhelinohjausta toteuttavan hoitajan ammatillinen tiedonhankinnan malli (mukaillen Leckie, Pettigrew & Sylvain 1996, 18)



## 4 TUTKIMUKSEN TARKOITUS JA TUTKIMUSTEHTÄVÄT

Tässä tiedonhankintatutkimuksessa, joka sijoittuu informaatiotutkimuksen osa-alueeseen, tarkastellaan hoitajien ammatillista tiedonhallintaa puhelinohjauksessa. Tämän tutkimuksen tarkoituksena on selvittää haastatteleamalla hoitajien tiedontarpeita, tiedonhankintaa, tiedonkäyttöä sekä päätöksenteon tukijärjestelmien hyödyntämistä puhelinohjannassa, kun hoitajat tekevät hoidontarpeen arvioinnin puhelimesta ja puhelinkontakti on ennakolta suunnittelematon. Tutkimuksessa selvitetään myös, mitä erityispiirteitä näihin tilanteisiin liittyy.

Tässä tutkimuksessa tiedontarpeilla tarkoitetaan hoitajan yksittäisiä tai yleisiä tiedontarpeita, käsityksiä tai tunnetta siitä, ettei hän pysty ratkaisemaan jotain yksittäistä tai yleisesti kohtaamaansa työtehtävään liittyvää ongelmaa, jonka hän kohtaa puhelimesta tehdessään hoidon tarpeen arvioinnin. Hoitaja kokee, että hän tarvitsee uutta tietoa selvittääkseen kohtaamansa ongelmatilanteen. Tutkimuksessa käytetään mukaillen Leckien, Pettigrew'n ja Sylvainin (1996) ammatillisen tiedonhankinnan prosessimallia.

Tutkimustehtävänä on etsiä vastauksia seuraaviin kysymyksiin:

Minkälaista tietoa hoitajat tarvitsevat tehdessään puhelimesta hoidon tarpeen arviointia?

Mistä hoitajat hankkivat tietoa ohjauksen tueksi ja mitä erityispiirteitä tiedonhankintaan liittyy?

Miten hoitajat käyttävät hankkimaansa tietoa?

Mitä päätöksenteon tukijärjestelmiä hoitajat hyödyntävät puhelinohjauksessa tehdessään hoidon tarpeen arviointia?

## 5 TUTKIMUKSEN METODOLOGISET LÄHTÖKOHDAT

### 5.1 Tutkimuksen metodologia

Tämän tutkimuksen toteuttamiseen valittiin kvalitatiivinen eli laadullinen tutkimusmenetelmä, koska haluttiin tutkia hoitajien kokemuksia, käsityksiä, tulkintoja ja näkemyksiä. Laadullisessa tutkimuksessa lähtökohtana on todellisen elämän kuvaaminen. Tutkittavaa kohdetta pyritään kuvaamaan mahdollisimman kokonaisvaltaisesti. Sen vuoksi tutkimusaineisto kerätään luonnollisessa, aidossa tilanteessa, jossa tutkittavien näkökulmat tulevat esille. Pyrkimyksenä on löytää tosiasioita tutkittavasta ilmiöstä. Laadullisessa tutkimuksessa on tärkeää, että henkilöt, joilta tietoa kerätään tietävät tutkittavasta ilmiöstä mahdollisimman paljon ja heillä on kokemusta asiasta. (Eskola & Suoranta 1998, 61; Tuomi & Sarajärvi 2002, 87–88; Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2009, 201.)

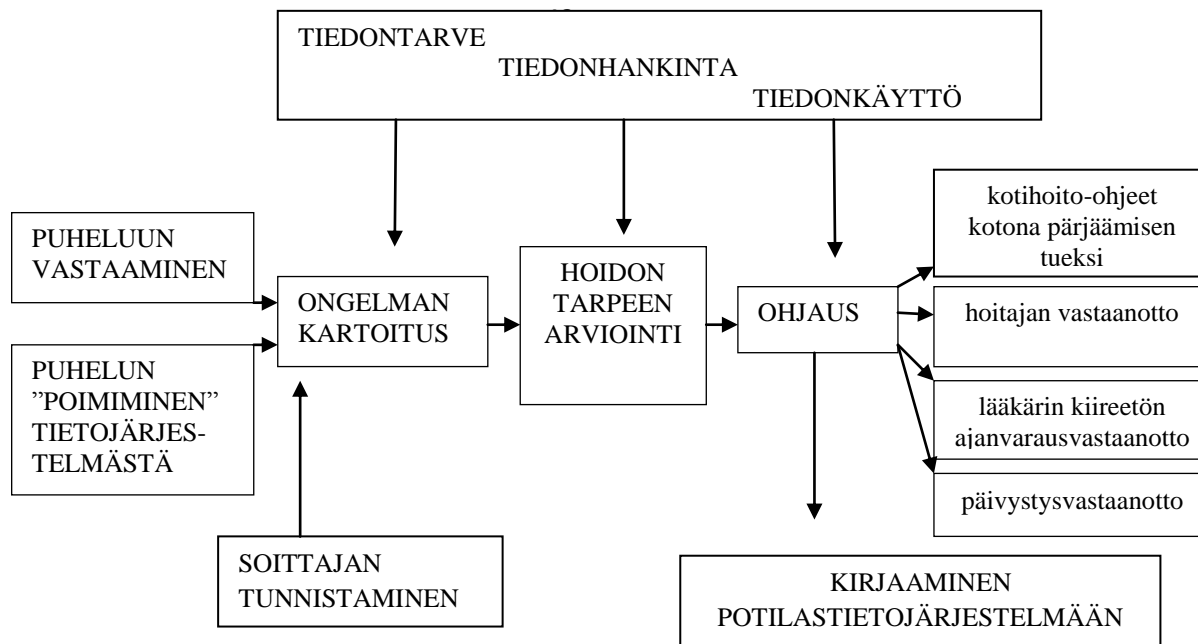
Laadullisella tutkimuksella ei pyritä tilastollisiin yleistyksiin, vaan se pyrkii kuvaamaan, tulkitsemaan tai ymmärtämään tiettyä toimintaa tai ilmiötä. Laadullisessa tutkimuksessa aineistoa kerätään usein haastattelujen avulla. Haastattelu on keskustelutilanne, jolla on ennakolta päätetty tarkoitus ja se tapahtuu haastattelijan johdolla. (Hirsjärvi & Hurme 2010, 42.) Ruusuvuori ja Tiittula (2005) kuvaavatkin, että tutkimushaastattelulla on aina tietty tarkoitus ja haastatteluun osallistujilla tietyt roolit. Haastattelija on tietämätön osapuoli ja tieto on haastateltavalla. Haastatteluun ryhdytään tutkijan aloitteesta, ja tutkija yleensä ohjaa haastattelutilannetta tai suuntaa keskustelua tiettyihin puheenaiheisiin. (Ruusuvuori & Tiittula 2005, 22.)

Laadullisessa tutkimuksessa keskitytään pieneen määrään tapauksia ja niitä pyritään analysoimaan mahdollisimman perusteellisesti. Laadullisessa tutkimuksessa otoksen sijaan puhutaan harkinnanvaraisesta näytteestä. Haastateltavien määrää ei välttämättä tarvitse määritellä ennakkoon, vaan määrä voi tarkentua aineiston keruun edetessä. Silloin puhutaan aineiston kylläntymisen asteesta eli saavutetaan saturaatio. Tällä tarkoitetaan sitä, että haastatellaan henkilöitä niin kauan, että uudet haastateltavat eivät anna enää mitään olennaisesti uutta tietoa. (Hirsjärvi & Hurme 2010, 58–61.)

## 5.2 Tutkimusympäristön kuvaus

Tämä tutkimus on toteutettu eräässä kuntayhtymässä. Kuntayhtymään kuuluu neljä jäsenkuntaa. Asukkaista kuntayhtymän alueella on noin 40 000. Terveyden- ja sairaanhoidon sekä sosiaalihuollon palvelujen lisäksi kuntayhtymä hoitaa jäsenkuntien ympäristösuojelu- ja terveysturvallisuus- sekä eläinlääkäripalvelut. Kuntayhtymässä on 1300 vakituista ja noin 300–400 määräaikaista työntekijää. Kuntayhtymässä työskentelee 60 lääkäriä ja 535 muuta terveydenhuollon ammattilaista. Kuntayhtymässä toimii ympärivuorokautinen yhteispäivystys, joka on tarkoitettu äkillisesti sairastuneille tai henkilöille, joiden terveydentila on äkillisesti huonontunut. Yhden kunnan alueella on yhteispäivystyksen lisäksi päivystysvastaanotto, joka toimii päivittäin kello 8.00–18.00. Jokaisessa kunnassa toimii lääkärin ja sairaanhoitajien ajanvarausvastaanotto.

Kuntayhtymässä on käytössä puhelinpalveluohjelma ajanvarauksissa, hoitajien vastaanotolla, puhelinneuvonnassa, päivystysvastaanotolla ja yhteispäivystyksessä. Puhelinpalveluohjelma toimii terveyskeskuksissa arkisin terveyskeskuksen aukioloaikana, puhelinneuvonnassa kello 8.00–18.00 välisenä aikana ja yhteispäivystyksessä kello 21.00 saakka. Yöaikaan yhteispäivystyksen puhelut ohjautuvat matkapuhelimeen. Puhelinpalveluohjelman nauhoitettu tiedote ohjaa soittajaa puhelinjärjestelmän käytössä. Soittajan puhelinnumero tallentuu puhelinpalvelujärjestelmään. Numeron ollessa varattuna puhelinjärjestelmä kertoo viestissä, että soittajan puhelinnumero tallentuu järjestelmään ja halutessaan soittaja voi myös jättää viestin ja hoitaja ottaa yhteyttä mahdollisimman pian. Puhelinohjeessa kerrotaan soittajalle, että viesti on kuunneltava loppuun saakka, jotta puhelinnumero tallentuu ja takaisinsoitto on mahdollista. Salaiset puhelinnumerot eivät tallennu puhelinpalvelujärjestelmään, vaan soittajan on jätettävä viesti. Puhelinpalvelujärjestelmästä ja sen käytöstä on tiedote asukkaille kuntayhtymän nettisivustolla. Puhelinpalvelujärjestelmään tulevat puhelut näkyvät toimipisteiden tietokoneiden näyttöruudussa ja sieltä puhelut ”poimitaan” puheluiden tulojärjestyksessä.



KUVIO 5. Puhelinohjausprosessin kuvaus

Puhelinohjausprosessi etenee kuvion viisi mukaisesti. Sairaanhoitovastaanotolla, päivystysvastaanotolla ja yhteispäivystyksessä sekä puhelinneuvonnassa hoitajat vastaavat puhelimeen joko heti puhelimen soidessa tai sitten he poimivat puhelun puhelinpalvelujärjestelmästä ja soittavat järjestelmän tallentamaan numeroon tai kuuntelevat järjestelmään jätetyn viestin. Kaikilla hoitajilla on käytössä sankaluurit, mutta halutessaan hoitajat voivat käyttää myös perinteistä puhelinpuhoketta. Hoitajat kartoittavat soittajan ongelman, tekevät hoidon tarpeen arvioinnin, ohjaavat soittajan sairaanhoitajan vastaanotolle, lääkärin ajanvarausvastaanotolle, päivystysvastaanotolle tai antavat hoito-ohjeita kotona pärjäämisen tueksi. Kuntayhtymässä on käytössä sähköinen potilastietojärjestelmä ja kaikki hoidon tarpeen arvioinnit kirjataan sähköiseen potilastietojärjestelmään.

### 5.3 Aineiston hankinta

Tutkimuksen aineisto koottiin yksilöllisellä teemahaastattelulla. Teemahaastattelu on eräänlainen keskustelutilanne, jossa tutkija pyrkii vuorovaikutuksessa saamaan selville haastateltavilta tutkijaa kiinnostavat ja tutkimuksen aihepiiriin kuuluvat asiat. Teemahaastattelussa haastattelun aihepiirit eli teema-alueet on etukäteen määritelty. Teemahaastattelun käyttäminen edellyttää, että kohde-alue tunnetaan hyvin, jotta teemat ja kysymykset voidaan suunnitella. Haastattelun aikana haastattelijan tulee varmistaa,

että kaikki etukäteen valitut teema-alueet käydään haastateltavien kanssa läpi. Järjestys ja laajuus voivat vaihdella haastattelusta toiseen. (Eskola & Suoranta 1998, 79, 87.)

Tämä teemahaastattelun runko koostui neljästä teema-alueesta: tiedontarve, tiedonhankinta, tiedonkäyttö ja päätöksenteon tukijärjestelmät (Liite 1.). Teema-alueet johdettiin tutkimukseen valitun Leckien, Pettigrew'n ja Sylvainin (1996) teoreettisen viitekehyksen pohjalta. Teemahaastattelussa pyrittiin löytämään vastauksia tutkimustehtäviin. Tutkimuksessa haastattelijana toimi tutkija itse. Haastattelutilanteessa etukäteen suunnitellut teema-alueet käytiin läpi jokaisen haastateltavan kanssa. Teema-alueiden järjestys ja laajuus vaihtelivat haastateltavien mukaan. Teemahaastattelurunko esitettiin haastatteleamalla kahta tutkimuksen ulkopuolista kuntayhtymään sairaanhoitajaa. Esihaastattelun tarkoituksena on testata haastattelurunko, aihepiirien järjestys ja kysymysten muotoilu ennen varsinaista haastattelua (Hirsjärvi & Hurme 2010, 72). Esihaastattelut eivät kuuluneet tutkimusaineistoon. Esihaastattelujen perusteella teema-alueisiin ei tehty muutoksia.

Tämän tutkimuksen toteuttamiseen haettiin tutkimuslupa kirjallisesti kuntayhtymän käytännön mukaan. Tutkimusluvan myöntämisestä meni ilmoitus hoitajien esimiehille. Lisäksi tutkija informoi esimiehiä puhelimitse tutkimuksen toteuttamisesta. Tutkimukseen haastateltavaksi pyydettiin seitsemää hoitajaa. Haastateltavien määrä tarkentui aineiston keruun edetessä siten, että pyrkimyksenä oli huomioida aineiston kylläntymisen aste haastatteluja tehdessä. Hirsjärven ja Hurmeen (2010) mukaan saturaatiopisteen saavuttaminen voidaan havaita helposti ja tutkija voi itse päättää, milloin aineistoa on kertynyt riittävästi. Tällä tarkoitetaan sitä, että haastatellaan henkilöitä niin kauan, että uudet haastateltavat eivät anna enää mitään olennaisesti uutta tietoa. (Hirsjärvi & Hurme 2010, 58–61.)

Suostumus haastatteluun kysyttiin kuudelta valituilta hoitajilta henkilökohtaisella sähköpostilla, johon liitettiin haastattelupyyntö (Liite 2.). Yhdeltä hoitajalta kysyttiin suostumus henkilökohtaisesti. Kaikki haastatteluun kysytyt hoitajat lupautuivat haastateltaviksi ja ilmoittivat tutkijalle heille sopivan haastatteluajankohdan. Teema-alueita ei kerrottu haastateltaville etukäteen sähköpostilla, koska vastausten haluttiin olevan spontaaneja. Saatekirjeessä kerrottiin haastattelun nauhoittamisesta. Lupa nauhoitukseen kysyttiin vielä ennen haastattelun aloittamista. Kaikki haastateltavat

antoivat suostumuksen haastattelun nauhoittamiseen. Ennen haastattelun aloittamista haastateltaville kerrottiin tutkimuksen tarkoitus, heille esiteltiin tutkimuskysymykset ja teemahaastattelurunko. Teemahaastattelurunko oli haastateltavilla näkyvillä koko haastattelun ajan. Lupa suorien lainausten käytöstä tutkimustyössä kysyttiin jokaiselta haastateltavalta erikseen haastattelutilanteen yhteydessä. Kaikki haastateltavat antoivat luvan suorien lainausten käyttöön.

Haastateltavat hoitajat työskentelivät tutkimuskohteeksi valitussa kuntayhtymässä sairaanhoitajanvastaanotolla, päivystysvastaanotolla tai puhelinneuvonnassa. Haastattelut toteutettiin 16–29.2.2012 välisenä aikana haastateltavien työpaikalla työaikana. Kolme haastattelua tehtiin haastateltavien työhuoneessa ja loput haastattelut tehtiin hoitajien työpisteen läheisyydessä vapaana olevissa työhuoneissa. Kaikki haastattelut nauhoitettiin ja tallennettiin tietokoneelle. Haastattelija teki lisäksi muistiinpanoja jokaisen haastattelun yhteydessä. Haastattelujen kesto vaihteli 32 minuutista 53 minuuttiin. Keskimääräinen haastattelu-aika oli 37 minuuttia. Haastateltavat olivat iältään 37–53 -vuotiaita naisia. Haastateltavista yksi oli koulutukseltaan terveydenhoitaja, kolme haastateltavaa oli sairaanhoitajia ja kolme amk-sairanhoitajaa. Terveydenhuollon työkokemusta haastateltavilla oli 6 - 23 vuotta, keskimäärin työkokemusta oli 16 vuotta. Hoidon tarpeen arviointia puhelimesta he olivat tehneet kahdesta seitsemään vuotta. Viisi haastateltavaa teki puhelinohjausta jokaisen työvuoron aikana. Kaikki haastateltavat hoitajat arvioivat omat tietotekniset taitonsa hyväksi. Tuloksia tarkastellessa käytetään soittajasta joko nimitystä potilas tai soittaja, koska soittaja ei ole aina potilas. Haastateltavista käytetään nimitystä hoitaja.

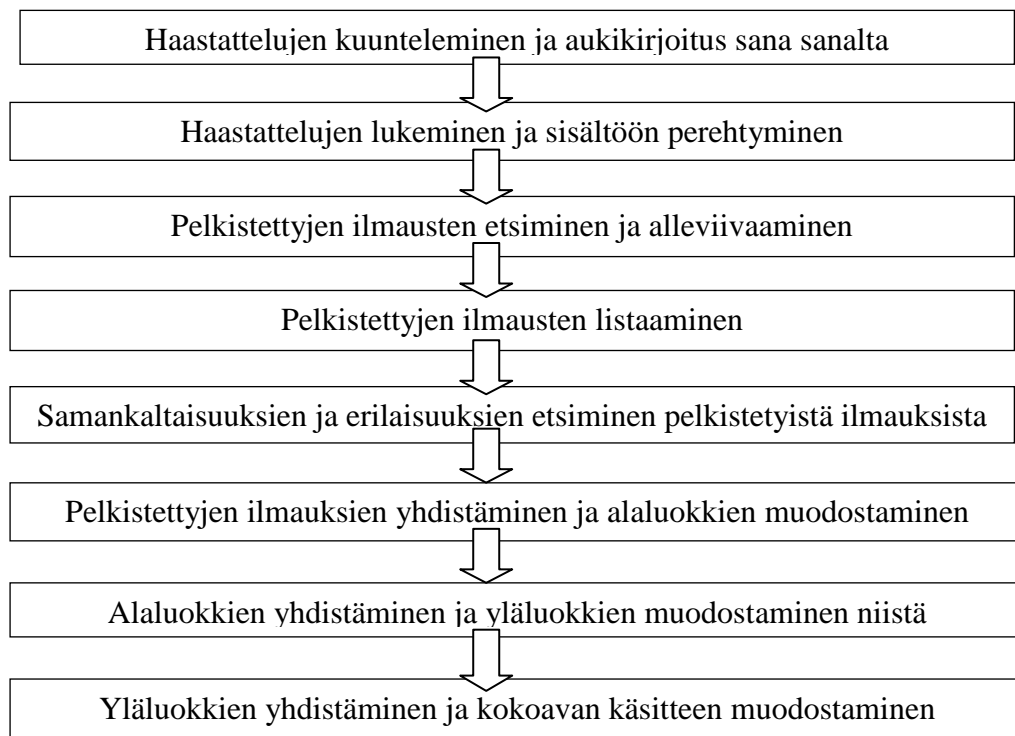
#### **5.4 Aineiston analysointi**

Sisällönanalyysi on perusanalyysimenetelmä, jota voidaan hyödyntää kaikissa laadullisissa tutkimuksissa. Sisällönanalyysillä voidaan analysoida kirjoitettua, kuultua tai nähtyä tietoa. Analyysimenetelmänä se perustuu päättelyyn ja tulkintaan hyödyntämällä kokemukseräistä aineistoa. Sisällönanalyysillä muodostetaan yleiskäsitteiden avulla näkemys tutkimuskohteesta ja samalla pyritään tuottamaan tutkittavasta ilmiöstä kuvaus tiivistetyssä muodossa kadottamatta sen arvokasta tietoa. Sen tarkoitus on useimmiten saada aineisto jäsenneyksi johtopäätösten tekoa varten. (Tuomi & Sarajärvi 2002, 93–115.) Latvala ja Vanhanen - Nuutinen (2001, 21) toteavat,

että sisällönanalyysillä voidaan tarkastella asioiden ja tapahtumien merkityksiä, seurauksia ja yhteyksiä.

Tuomi ja Sarajärvi (2002, 110) jakavat laadulliset analyysin muodot aineistolähtöiseen, teorialähtöiseen ja teoriasidonnaiseen analyysiin. Tässä tutkimuksessa käytettiin aineistolähtöistä sisällönanalyysiä. Aineistolähtöinen laadullinen eli induktiivinen aineiston analyysi on kolmevaiheinen prosessi, johon kuuluu 1) aineiston redusointi eli pelkistäminen, 2) aineiston klusterointi eli ryhmittely sekä 3) abstrahointi eli teoreettisten käsitteiden luominen. (Tuomi & Sarajärvi 2002, 110–111.)

Kuviossa kuusi on esitetty tutkimuksen analyysin eteneminen vaiheittain.



KUVIO 6. Aineistolähtöisen sisällönanalyysin eteneminen (Tuomi & Sarajärvi 2002, 111)

Analyysin alussa on määriteltävä analyysiyksikkö, joka voi olla yksittäinen sana, lause, tai ajatuskokonaisuus riippuen tutkimustehtävästä. (Tuomi & Sarajärvi 2002, 112.) Tässä tutkimuksessa analyysiyksikkönä käytettiin lauseita. Analyysiyksikön määrittelyn jälkeen tutustuttiin aineistoon lukemalla ja kuuntelemalla haastattelut useita kertoja, jolloin saatiin pohja aineiston analysoinnille. Analyysiprosessi lähti liikkeelle aineiston alkuperäisilmausujen pelkistämisestä yksittäisiksi ilmaisuiksi tutkimusteemojen

mukaisesti. Samantyyppiset ilmaisut ryhmiteltiin kategorioiksi ja niille annettiin sen sisältöä kuvaava nimi. Seuraavaksi yhdisteltiin samansisältöiset alakategoriat toisiinsa ja muodostettiin yläkategorioita, jonka jälkeen yläkategorioista muodostettiin yksi yhdistävä kategoria. Eritasoisten kategorioiden avulla pyrittiin vastaamaan tutkimuskysymyksiin. Kategorioiden muodostamisprosessia kutsutaan abstrahoinniksi eli käsitteellistämiseksi. Abstrahoinnissa on kyse merkityskokonaisuuksien jäsentämisestä. (Tuomi & Sarajärvi 2002, 111–115.)



## 6 TUTKIMUSTULOKSET

Tässä luvussa esitellään tutkimustulokset. Luvussa 6.1 kuvataan, miten hoitajat tunnistavat soittajan ohjaustilanteessa. Luvuissa 6.2 ja 6.3 käydään läpi vastauksia ensimmäiseen tutkimuskysymyksen siitä, minkälaisia tietoja hoitajat tarvitsevat tehdessään hoidon tarpeen arviointia. Luvussa 6.2 kuvataan hoitajien tiedon tarvetta puhelinohjauksessa ja luvussa 6.3 tuodaan esille hoitajien näkemyksiä tiedonhaun sisällöstä. Luvussa 6.4 on yhdistetty tutkimuskysymykset kaksi ja neljä. Tässä luvussa esitellään, mistä hoitajat hankkivat tietoa ohjauksen tueksi ja mitä päätöksenteon tukijärjestelmiä hoitajat puhelinohjauksessa hyödyntävät. Lukuun 6.5 on koottu hoitajien kokemuksia tiedonhankinnasta. Luvussa 6.6 esitetään vastaukset tutkimuskysymykseen kolme eli miten hoitajat käyttävät hankkimaansa tietoa puhelinohjauksessa. Viimeiseen lukuun 6.7 on koottu puhelinohjauksessa esiin tulleita haasteita.

### 6.1 Soittajan tunnistaminen puhelinohjauksessa

Haastateltavat hoitajat pyrkivät puhelimesta ensisijaisesti kartoittamaan hoidon tarvetta potilaalta itseltään, jos se suinkin oli mahdollista. Potilaan ei ollut aina mahdollista itse soittaa ongelmastaan. Hoitaja joutui kartoittamaan potilaan hoidon tarvetta joltakin muulta henkilöltä. Lasten ongelmista soitti usein jompikumpi vanhemmista tai joku muu lähiomainen. Viranomaiset ja hoitokotien hoitajat ottivat usein yhteyttä asiakkaitensa asioista.

*”monestihan se on niin että se omainen soittaa, vaimo tai mies soittaa tai sitten se voi olla äiti tai isä tai joku muu lähiomainen. Tai sitten se voi olla vaikka kotipalvelun hoitaja eli ei sitten välttämättä aina oo se lähiomainen...eli se voi olla niin että se hoitaja konsultoi..”*

Hoitajat tarkistivat soittajan henkilöllisyyden kysymällä nimen, syntymäajan ja sosiaaliturvatunnuksen. Joskus hoitajat joutuivat varmistamaan henkilötiedot kysymällä henkilön toista nimeä tai kysymällä osoitetietoja. Haastateltavat hoitajat kokivat soittajan henkilöllisyyden varmentamisen varsin ongelmattomaksi, koska heillä oli potilasasiakirjat käytössä. Potilasasiakirjoista hoitajat pystyivät erilaisilla kysymyksillä varmentamaan soittajan henkilöllisyyden. Harvoin haastateltavilla hoitajilla oli tullut

ongelmia soittajan henkilöllisyyden varmentamisessa. Kaksi hoitaja toi esille, ettei koskaan voi olla sata prosenttisen varma soittajan henkilöllisyydestä.

*”se on vaan uskottava, että se on se potilas, joka sanoo olevansa”*

*”potilaathan yleensä sanoo, kun soitetaan takaisin, että Erkki. Mulla on aina se tapa, että kysyn sukunimen ja osoitteenkin. Nykyään on yleistynyt, että sanotaan vain etunimi, kun soitetaan, joutuu tarkistamaan, että varmaan on oikea potilas”*

Kaksi haastateltavaa hoitajaa kertoi tilanteesta, jolloin oli kysytty toisen potilaan tietoja ja he olivat kieltäytyneet antamasta niitä. Yksi haastateltavista hoitajista toi esille sen, että täytyy varmistaa se, onko hoitajalla oikeutta antaa tietoja tai vastata joihinkin potilasta koskeviin tiedusteluihin. Epäselvissä tilanteissa hoitaja varasi lääkärielle soittoajan.

*”tarkkaan on mietittävä mitä voi sanoa ja kenelle voi sanoa mitäkin - kenelle mitäkin tietoja voi antaa – se ei oo helppoo – on pelattava sen oman tunteen varassa ”*

## **6.2 Hoitajan tiedontarve puhelinohjauksessa**

Puhelinohjauksessa hoitajan tiedontarve nousee soittajan terveyteen tai sairauteen liittyvistä ongelmista. Kaikki haastateltavat korostivat sitä, että ongelman kartoitus lähtee soittajan kertomasta ongelmasta. Puhelinohjauksessa hoidon tarpeen arviointi perustuu soittajalta saatuun tietoon. Hoitajan oli soittajaa kuuntelemalla ja haastattelemalla saatava lyhyessä ajassa selville se ongelmatilanne, joka oli saanut soittajan ottamaan yhteyttä. Oli selvitettävä yhteydenoton syy, oireet, oireiden vaikeusaste ja kiireellisyys. Hoitajat joutuivat kartoittamaan soittajan ongelmia hyvin laaja-alaisesti.

*”hyvin tarkkaan yritän kartoittaa mikä on se problematiikka, minkä potilas kokee suurimmaksi ongelmaksi, mikä ehkä minusta näyttää suurimmalta ongelmalta”*

*”mikä on sen asiakkaan kokemus sairaudesta, sairastamisesta, oireista, se kokonaisuus on selvitettävä”*

*”minkä aikaa se oire on ollut, jos vaikka kipu eli miten potilas kuvaa, onko se kovaa vai vähemmän kovaa vai keskinkertainen vai minkälaiseksi potilas kivun kokee”*

*”pitää onkia tavallaan siitä potilaan monisanaisestakin selostuksesta, mikä tässä on se keskeisin asia, mikä on se oire. Potilashan saattaa ruveta eri asiaa kertomaan ja siihen pitää monta kertaa palata ja keskeyttääkin joskus, että saa sieltä sen ytimen”*

Osa haastateltavista hoitajista toi esille, että joihinkin sairauksiin oli koottuna oma ohjeistus tai tarkistuslista haastattelun tueksi. Näitä hoitajat pystyivät käyttämään apuna haastattelussa ja samalla tarkistamaan, että oli kysynyt kaiken tarpeellisen. Hoitajat kokivat ohjeistuksen ja tarkistuslistan helpottavan kysymysten muotoilua ja ongelman kartoitusta, koska puhelinohjaustilanteessa oli hyvin lyhyessä ajassa saatava potilaan ongelmatilanne kartoitettua.

*”on olemassa valmis sabluuna minkä mukaan tehdään ne tarkentavat kysymykset ja mitä on kysyttävä minkäkin asian tiimoilta”*

Kaikilla hoitajilla ei ollut käytössä ohjeistusta tai tarkistuslistaa haastattelun apuna ja heidän mielestä jonkinlainen apuväline helpottaisi tilannetta.

*”olisi varmaan hyödyllistä olla joku lista silmien alla josta voisi tarkistaa, että onko kaiken kysynyt, että muistais kysyä riittävän laajasti”*

Haastateltavista hoitajista kolme toi esille sen, ettei aina voinut luottaa potilaan sanalliseen kertomaan. Hoitajan oli osattava tulkita soittajan kertomaa rivien välistä. Hoitajan oli osattava kuunnella sitä sanatonta viestintää ja ”kuultava”, miten potilas asiansa ilmaisi. Soittajat voivat vähätellä tai liioitella oireita ja tuntemuksiaan. Hoitajan oli pystyttävä luottamaan soittajan kertomaan. Hoitajan oli luotettava omaan arvioonsa ja uskallettava tehdä päätöksiä. Hoitajien haastattelussa tuli esille intuition merkitys puhelinkontaktissa.

*”rouva kerto vuolaasti mahataudista jotka oli jo tänä aamuna helpompana ja vointikin tuntuu jo paremmalta mutta ei tämä tauti kyllä ihan samanlainen oo ku mitä viime viikolla ja sillo soi hääri...vaikka puhu vuolaasti ni ääni oli jotenki vaisu ja voimaton....xxx:n hän sitten joutui, cerpitki oli yli 200”*

*”osittain siinä puhelimesta pitää käyttää sitä intuitiota ja vaistoa että missä mennään ja kuunnella niitten rivienkin välistä eikä pelkästään niitä mitä se ite potilas sanoo tai se omainen luettelee niitä oireita – vähän niin kuin sitä kokonaistilannetta yrittää hahmottaa eikä se aina oo mahdollista ja silloin pitää ohjata jollekin hoitajalle tai sitten suoraan lääkärille”*

Potilaskertomustietoja käytettiin apuna ongelmien kartoituksessa. Potilaskertomuksista hoitajat saivat tietoa potilaan perussairauksista ja siitä, miten potilasta oli aikaisemmin hoidettu, oliko aikaisemmin tutkittu ja mitä lääkäri tai hoitaja oli aikaisemmin kirjannut potilaasta potilaskertomukseen. Potilastietojärjestelmästä löytyi erilaiset tutkimustulokset sekä potilaiden lääkitykset, allergiat ja rokotukset. Aina ei kuitenkaan voinut luottaa potilastietojen oikeellisuuteen vaan tietoja oli hyvä tarkistaa ja varmistaa soittajalta itseltään.

*”tietysti käytän hyväkseni sitä aikaisempaa tietoa mitä on kirjattuna, mutta on myös osattava kääntää toisinpäin eli on sillä hetkellä tapahtuvasta hoidon tarpeen arviosta kyse, eikä puhuta vaikka siitä vuos sitten tapahtuneesta yhteydenotosta, koska kyse on juuri sillä hetkellä tapahtuvasta”*

*”yleensä, jos on ollut aikaisempia käyntejä siihen vaivaan liittyen, niin potilaalta pyydänkin syntymäaikaa ja sanon, että katon mitä lääkäri on suunnitellut ja mikä tilanne se on ollut. Kun se potilaan kertoma voi olla vähän erilaista, kun miten se lääkäri on sen tilanteen nähnyt ...tai sitten potilas ei oo kaikkee ymmärtänyt...”*

Haastateltavat hoitajat selvittivät myös sen, miten potilas oli hoitanut itseään ja oireitaan kotona ja oliko itsehoidosta ollut apua.

*”mitä hän on ite tehnyt niiden oireiden helpottamiseksi...onko käyttänyt näitä niin sanottuja kotikonsteja eli millä on itteensä hoitanut”*

Infektiosairauksien kohdalla kaksi hoitajaa korosti sitä, että oli selvitetävä kotitilanne eli se, oliko muilla perheenjäsenillä samanlaisia oireita.

*”...ja monesti myös se onko muilla perheenjäsenillä. Välttämättä ei riitä se että kartottaa sen yhden ihmisen oireet vaan täytyy ottaa huomioon se ympäristö, olot siellä kotona. Aika laaja-alaisesti se täytyy kartoittaa...”*

Haastateltavat kokivat, että tiedon tarpeen kartoitus oli tärkeää, koska sen perusteella he tekivät hoidon tarpeen arvioinnin ja arvioinnin hoidon kiireellisyydestä. Arvioinnin perusteella hoitajat pystyivät ohjaamaan soittajan oikealle hoidon portaalle.

*”että saan sen potilaan hoidon järjestettyä taikka sen kotihoidon ohjauksen tehtyä, ohjeet annettua”*

*”hoidon kannalta oleellista tietää että ohjautuuko se potilas lääkärille, hoitajalle vai sitten jonnekin muualle ja millä kyydillä hän sitten tulee...vai ohjataan seuraamaan tilannetta vielä kotona – annetaan kotihoito-ohjeita.”*

Yksi haastateltava piti tärkeänä organisaation tuntemista, jotta hoidon tarpeen arviointi onnistui ja potilaan pystyi ohjaamaan oikein - oikeaan aikaan ja oikeaan paikkaan.

### 6.3 Tiedonhaun sisältö

Haastattelussa tuli esille, että hoitajat etsivät ja varmistivat kaikkein eniten tietoja lääkehoitoon liittyvissä asioissa. Osa hoitajista kuvasi, että uusia lääkkeitä tulee markkinoille nopeaan tahtiin ja omaan tietoon ei kannata aina lääkeasioissa luottaa. Hoitajilla oli paljon tietoa lääkkeistä, mutta usein he vielä varmistivat lääkityksien.

*”lääkityksia tarkistan aina kun siltä tuntuu. En minä summassa päin rupea ohjaan. Lääkitysneuvonnassa aina tarkistan kun olen vähänkin epävarma”*

Eräs haastateltavista hoitajista kuvasi, että potilaat kysyivät usein tietoa lääkeasioista. Hankalana koettiin tilanteet, kun lääkäri oli määrännyt lääkityksen ja potilas koki, ettei lääke helpota tai lääke aiheutti sivuvaikutuksia. Potilaat odottivat hoitajan ottavan kantaa lääkitykseen liittyviin ongelmatilanteisiin.

*”enhän minä hoitajana voi siitä ottaa vastuuta voiko lääkärin määräämän lääkkeen jättää pois tai lisätä annosta”*

Haasteellisena puhelinohjauksessa koettiin soittajat, joilla oli paljon erilaisia sairauksia ja ongelmia.

*”mummo kun soittaa ja alkaa luetella kaikki sairaudet - on korvennusta rinnassa, sydänlääkkeet käytössä, henkee joskus ahistaa, on diabetes, verenpainelääkitys, jalat turvoksissa, Marevanit käytössä, nyt kuumetta vähän ja ripuloinut viikon, ei paljoo vähän vaan ja ruokakaan ei maistu...jne. siinäpä hän hoitajana mietit mitä opusta apuna käytät...”*

Erilaiset ihosairaudet, iho-ongelmat ja rokkotaudit koettiin myös haasteellisiksi, koska näkökontakti puuttui.

*”kyllä niitä ihottumia ja näppylöitä on aika vaikeeta ja hankalaakin puhelimesta selvittää...etit kuvia ja eiku kyselet...eihän niitä kaikkia voi kutsua näyttille ja eihän niitä tarvitsekkaan”*

Kaksi hoitajaa kuvasi, että he tarkistivat tietoa sellaisista asioista joita harvemmin kysyttiin. Haastattelussa ilmeni, että yleisimmin hoitajat etsivät tietoa sairauksiin, jotka olivat harvinaisempia, kuten matkailijoiden saamat tartuntataudit ja erilaiset rokotukset. Hoitajat etsivät tietoa myös lastensairauksiin, valtimo- ja sydänsairauksiin, vatsasairauksiin ja erilaisiin liikuntaelinvaivoihin.

*”jos ei oo vaikka syyhyä ja tai jotain pitkään aikaan hoitanut, niin täytyy käydä se vahvistus hakemassa – eli mikäs se olikaan se lääkitys, jolla sitä hoidettiin ennen kun mä ohjaan sen potilaan sinne apteekkiin sitä lääkettä hakemaan – tai varmistaa, että onko se tieto muuttunut - onko tullut jotain uutta”*

Osa haastateltavista korosti sitä, että puhelimesta tuli esille paljon erilaisia ongelmia ja haasteellisia tilanteita. Tärkeänä pidettiin, ettei mikään soittajan ongelmaa ole itsestään selvyys, vaan jokainen puhelu on tärkeä ja ainutlaatuinen.

*”paljon törmää näihin flunssapotilaisiin ja riski on, että sieltä jää jokin tärkeä asia kysymättä. Tuntuu että puhelusta toiseen on sitä samaa flunssaa - muistaako kysyä kaikilta sen oikean tiedon - kun eihän me kaikista voida tietää että tulleeke niille joku pahempi sairaus..”*

*”joka paikassa on niitä haasteellisia potilaitakin eli potilas voi soittaa kiireellisemmänkin asian takia mutta itellä on tunne, että tuo taas soittaa – pitäis aina muistaa, että se soittaa jonkun asian vuoksi ja sillä voi oikeasti olla hätä..”*

## **6.4 Hoitajan tiedonhankinta ja päätöksenteon tukijärjestelmien käyttö puhelinohjauksessa**

### **6.4.1 Oman tiedon käyttö**

Kaikkien haastateltavien hoitajien ensisijainen ja tärkein tiedonlähde oli oma henkilökohtainen tieto. Haastateltavat hoitajat kuvasivat, että suurin osa puhelinohjaustilanteista oli sellaisia, että ohjaus onnistui omalla kokemustiedolla. Kaikki hoitajat pitivät tärkeänä puhelinohjaustyössä henkilökohtaista kokemustietoa eri sairauksien hoidosta, aikaisempaa koulutusta ja monipuolista työkokemusta sekä

intuitiota. Oma kokemustieto antoi varmuutta soveltaa soittajalta saatua tietoa teoreettiseen tietoon.

*”ekana oma kokemus, se on ihan ykkönen – sieltähän sitä lähetään”*

*”minullahan on tietoa ihan ittelläni kun tätä työtä on tullut tehtyä vuosia ja koulutuksesta saatua tietoa ja kyllähän tässä työssä oppii koko ajan ”*

Päätöksiä hoitajat pyrkivät tekemään yhdessä soittajan kanssa.

*”yhessähän sitä sovitaan ne asiat, jos se on mahdollista, ainahan se ei tietysti oo...”*

Eräs hoitaja kuvasi, että päätöksentekotilanteessa tarvittiin kokemusta ja rohkeutta tehdä päätöksiä. Hoitaja korosti myös kirjaamisen merkitystä päätöksentekotilanteessa. Potilastietojärjestelmään kirjaaminen on oikeusturva potilaalle sekä hoitajalle itselleen.

*”puhelinneuvonnassa ei voi olla sellainen joka ei uskalla tehdä sitä päätöstä itsenäisesti – eikä myöskään sellainen joka jää jahkaamaan ja jahruamaan, pyörittelee asioita - ensin sanoo toista ja kohta sanoo vähän toisin – on uskallettava ottaa vastuu omista päätöksistä.*

*Kirjaaminen on tärkeää - on kirjattava oleelliset asiat jokaisesta yhteydenotosta. ”*

*”on tärkeää, että on oikein kirjattu, potilaan kannalta, että hoitajan kannalta”*

#### **6.4.2 Sähköinen tiedonhankinta**

Oman kokemustiedon lisäksi puhelinohjaustilanteissa päätöksentekoon tarvitaan muitakin tiedonlähteitä. Kaikki haastatellut hoitajat käyttivät Terveysporttia tiedon hankintaan ongelmatilanteissa tai tilanteissa, joissa haluttiin varmistaa jokin tietty asia. Kaikissa organisaation tietokoneissa oli Terveysportti. Osa hoitajista oli tallentanut Terveysportin pikakuvakkeen omalle tietokoneen työpöydälle. Neljä haastatteluun osallistunutta hoitajaa kertoi avaavansa Terveysportin heti työvuoron alkaessa ja pitävänsä sen auki tietokoneen alapalkissa koko työvuoron ajan.

*”terveysportti on kyllä ehottomasti se ykkönen”*

*”terveysportti on meillä semmoinen aika paljon käytetty tiedonlähde”*

Terveysportin kautta oli mahdollisuus päästä eri sivustoille. Kaikki haastateltavat käyttivät Duodecim Lääketietokantaa lähes jokaisen työvuoron aikana. Lääketietokannasta etsittiin ja varmistettiin lääkkeisiin liittyvää tietoa. Kaikki hoitajat käyttivät SFINX- lääkeinteraktiot sivustoa, samoin Lääkärin tietokanta oli hyvin suosittu. Lähes kaikki hoitajat käyttivät myös Sairaanhoitajan tietokantaa tiedon hankinnan lähteenä. Muutama hoitaja käytti Raskaus ja imetys osiota sekä Luontaistuoteosiota.

Haastateltavista kolme käytti aktiivisesti Terveysportin potilasversiota. Heidän mielestään potilasversiossa tieto oli ilmaistu selkokielellä. Potilasversiosta tieto oli helposti ja nopeasti luettavissa jopa potilaalle.

*”kun siellä on erilliset ohjeet potilaalle. Ne on sitten ”kansankielellä”, jotka pystyy suoraan potilaalle vaikka puhelimesta lukemaan”*

Hoitajat totesivat, että Terveysportin kautta oli helppo päästä lukemaan Käypä hoito -suosituksia. Hoitajat tutustuivat ja hakivat tietoa Käypä hoito -suosituksista, mutta käyttivät niitä harvemmin puhelinohjaustilanteessa. Osa hoitajista oli sitä mieltä, että Käypä hoito -suosituksista ei saanut nopeasti silmäilemällä tietoa.

Haastattelussa tuli esille, että Terveysporttia pidetään luotettavana tiedonlähteenä, koska Terveysportin tieto perustuu tutkittuun tietoon ja tieto on yleisesti hyväksyttyä tietoa. Lähes kaikki hoitajat kokivat Terveysportin käytön helpoksi ja nopeaksi tavaksi etsiä tietoa.

*”terveysporttihan on minusta aika helppokäyttöinen”*

*”yleensä tieto löytyy näppärästi - välillä on vaikeuksia etsiä sitä tietoa – jotain sellaista harvinaisempia asioita – löytyy kun osaa oikealla sanalla etsiä”*

Terveysportin sivustolta Google hakua käytti puolet hoitajista, kun he etsivät tietoa muilta sivustoilta. Terveiden ja hyvinvoinnin laitoksen (THL) sivuja, Rokottajan käsikirjaa ja Matkailijan terveysopasta käytettiin jonkin verran tiedonhakuun. Erilaiset yhdistysten www- sivut, esimerkiksi tartuntatautiliiton ja sydänliiton sivut mainittiin myös tärkeiksi tiedonlähteiksi.



Kuntayhtymällä on ollut osassa toimipisteissä käytössä lisenssipohjainen avoterveydenhuollon ja päivystyspoliklinikoiden terveydenhuollon ammattihenkilöille luotu professionaalinen www-pohjainen Hoitajan Puhelinneuvonnan Tukijärjestelmä. Osa hoitajista käytti Hoitajan Puhelinneuvonnan Tukijärjestelmää kysymysten ja ohjauksen tukena. Osalla hoitajista ei ollut lainkaan kokemusta tämän järjestelmän käytöstä.

*”käytän aika paljon sitä meidän puhelinneuvonnan ohjelmaa, tukiohjelmaa”*

*”no se hoitajanpuhelintuki, jossa on niitä hyviä kysymyksiä mutta siellä on myös niitä hyviä ohjeita, että millä oireilla voi jäädä kotiin ja millä taas potilas joutuu lähtemään vaikka sairaalaan”*

*”kun oli ne puhelinneuvontaohjeet, nehan oli hirveän selkeät,. Ja niissä oli vielä sitten se, että milloin pitää ohjata päivystykseen, ne oli punaisella siellä merkitty..”*

Kuntayhtymän omia hoito-ohjeita haastateltavat hoitajat käyttivät jonkin verran. Suurin osa hoitajista oli kuitenkin sitä mieltä, että oman kuntayhtymän ohjeet olivat vaikeasti löydettävissä. Osa haastateltavista hoitajista oli tallentanut omiin tiedostoihin ja tietokoneen työpöydälle omia ohjeita, jotka olivat helposti saatavissa puhelinohjaustilanteessa.

*”jos et oo tallentanut niitä itelles, niin vaikee niitä on just siinä tilanteessa lähtee intrasta etsimään, siinä puhelun aikaan”*

*”tämän talon ohjeet eivät löydy helposti...pitää hakea useammasta paikasta”*

Hygieniahoitajan ohjeita käytettiin ohjauksen tukena, varsinkin infektioaikaan hygieniahoitajalta tuli sähköpostilla ohjeita. Laboratorion sähköinen käsikirja oli myös käytössä. Käsikirjan käyttöä hankaloitti se, että tietoa etsittäessä laboratoriokokeen lyhenne oli tiedettävä hyvin tarkkaan ennen kuin haku onnistui. Sairaanhoitopiirin hoito-ohjeita hyödynsi osa hoitajista.

*”sitten meillä on intrassa hyviä omia sisäisiä ohjeita”*

*”hygieniahoitajalta tulee hyvät ohjeet, varsinkin syksyisin ennen influenssakauden alkua tai jos on jotain norovirusta liikkeellä, niin sieltä ihan sähköpostilla tulee hyviä ohjeita jotka kannattaa sitten itelleen*

*tallentaa esimerkiksi tohon näytölle, niin siitä sitten äkkiä klikkaa auki tiedot”*

### 6.4.3 Konsultointi

Kaikki haastateltavat hoitajat käyttivät hyväkseen konsultaatiomahdollisuutta. Konsultaatiomahdollisuutta pidettiin ehdottoman tärkeänä. Kaikki hoitajat konsultoivat ongelmatilanteissa lääkäriä. Lääkäriä konsultoitin joko käymällä lääkärin luona, jos se vain oli mahdollista, tai lääkärille soitettiin. Osa hoitajista konsultoi lääkäriä lähettämällä potilastietojärjestelmän kautta konsultaatiopyynnön. Yleisimmin lääkäriltä kysyttiin lääkkeisiin liittyvää tietoa. Hoitajat halusivat lääkärin ottavan kantaa jonkun lääkkeen käyttöön, aloitukseen, lääkkeen vaihtoon tai lääkannoksen muutokseen.

*”yleensä se lääkärikonsultaatio on sellainen, että pitää ottaa kantaa johonkin lääkannoksen nostamiseen tai laskemiseen tai lääkkeen aloittamiseen jotka on semmoisia asioita että ne on juridisesti oltava oikein...”*

*”laitan sähköisesti lääkärille konsultaatiopyynnön tai kysyn jotain, niin lääkäri sitten sähköisesti vastaa tai sitten laitan soittopyyntöni tai joskus harvoin kyllä ”juoksen” kysymässä miten pitäis jossakin asiassa toimia”*

Lähes kaikki haastateltavat hoitajat kokivat lääkärikonsultaatiomahdollisuuden aika helpoksi ja nopeaksi tavaksi hankkia tietoa.

*”meillä se lääkäri konsultaatio onnistuu aika helposti. Kun jätän sen puhelun pitoon ja käyn kysymässä lääkäriltä - tämä [toimittajan] puhelinjärjestelmä on niin hyvä systeemi”*

Osa hoitajista ei kuitenkaan kokenut lääkärikonsultaatiomahdollisuutta kovin helpoksi. Konsultaation helppous ja vaivattomuus riippui siitä toimipisteestä, missä hoitaja työskenteli.

*”jos on semmonen kiireellisempi asia niin se välttämättä ei oo aina helppoo”*

*”ainakin jos pitää tieto just sillä hetkellä lääkäriltä saada, niin se on vaikeeta - riippuu tietysti päivästä ja kellon ajasta - mutta jos on sellainen ei niin kiireellinen, että seuraavana päivänä voi potilaalle ilmoittaa, niin onnistuu - mutta sitten sellaiset päivystykselliset laitankin päivystykseen suoraan soittopyyntöni lääkärille”*

Hoitajakonsultaatio oli myös yleistä. Lähes kaikki haastateltavat hoitajat konsultoivat hoitajakollegaansa. Tärkeimpiä kollegakonsultaatioita olivat diabetes-, hygienia- tai haavahoitajan konsultaatiot. Kollegat olivat tärkeä tiedonlähde, koska he olivat lähellä ja helposti saavutettavissa. Hoitajat konsultoivat muitakin asiantuntijoita, esimerkiksi fysioterapeuttia, apteekin henkilökuntaa ja sosiaalihoitajaa, joskus jopa viranomaisia.

*”minä koen, että kyllä kokeneilta hoitajilta saa hyvin tietoo”*

*”hyvä on aina toiselta kollegalta kysyä, että ootko samaa mieltä - että mitenkä se tämä juttu oikein menikään”*

Haastateltavat hoitajat käyttivät lääkärin tai hoitajan konsultaatioapua lähes päivittäin, joskus jopa useampia kertoja päivässä. Konsultaation tarve riippui hyvin paljon siitä toimipisteestä, missä haastateltava hoitaja oli työssä. Konsultaation tarve riippui myös tulevien puheluiden määrästä työvuoron aikana.

#### **6.4.4 Muut tiedonhankintalähteet**

Haastateltavat hoitajat käyttivät hyvin vähän puhelinohjaustilanteessa muita kuin sähköisiä tiedonlähteitä. Kaksi hoitajaa kertoi, ettei puhelinohjaustilanteessa ole aikaa ruveta kirjoista tietoa hakemaan. Yksi hoitaja oli sitä mieltä, että painettu teksti on jo vanhentunutta siinä vaiheessa kun se ”kansiin kerkiää”.

Lähes kaikki hoitajat olivat päässeet koulutuksiin. Hoitajat olivat pystyneet hyödyntämään koulutuksesta saamaansa tietoa puhelinohjaustilanteissa. Hoidon tarpeen arvioinnista ja puhelinohjauksesta oli ollut koulutuksia, mutta niihin oli vaikeampi päästä, koska koulutustilaisuudet olivat kalliita ja kaukana. Omassa kuntayhtymässä oli ollut koulutustilaisuuksia, joihin osa hoitajista oli osallistunut.

*”onhan meillä ollut oman lääkärin luentoja ja niitä pystyy ohjauksessa apuna käyttämään – on selkeitä hoitopolkuja joistakin – niitä ei oo kyllä montaakaan, ihan nuista perusjutuista”*

*”välillä on tunne ettei pääse sellaisiin koulutuksiin mihinkä haluais, jotka liittyis tähän omaan hommaan - ei oo päässyt päivittämään tietoja. Osittainhan se voi olla omaakin syytä ettei oo osannut ihan kaikkeen hakeutua. Jos on hakeutunut, niin ei oo sitten päässyt tai on sitten ite ollut sairaana”*

Kaksi haastateltavista hoitajista piti tärkeänä tiedonhankinnassa ja omassa oppimisessa palautetietoa. Hoitajat kertoivat, että lääkärin vastaanoton jälkeen he kysyivät lääkäriltä palautetta antamastaan ohjannasta. Useat hoitajat pitivät tärkeänä oman oppimisen kannalta myös potilastietojärjestelmään kirjattua tietoa. Jos hoitaja oli lähettänyt potilaan hoitajan tai lääkärin vastaanotolle, niin kollegan potilastietojärjestelmään kirjaama tieto koettiin tärkeänä omassa oppimisessa. Osa hoitajista piti tärkeänä myös potilailta saatua palautetta.

Alla olevaan taulukkoon (Taulukko 1.) on koottu yhteenveto hoitajien käyttämistä tiedonlähteistä puhelinkontaktin aikana.

TAULUKKO 1. Hoitajien käyttämät tiedonlähteet puhelinkontaktin aikana

	Eniten käytetty	Harvemmin käytetty
Oman tiedon käyttö	Oma kokemus	
Sähköinen tiedon hankinta	Potilastietojärjestelmä/ potilasasiakirjat Terveysportti <ul style="list-style-type: none"> <li>• Duodecim Lääketietokanta</li> <li>• SFINX- lääkeinteraktiot</li> <li>• Lääkärin tietokanta</li> <li>• Sairaanhoidajan tietokanta</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Käypähoitosuositukset</li> <li>• Raskaus ja imetys</li> <li>• Luontaistuotteet</li> <li>• THL:n sivut</li> <li>• Rokottajan käsikirja</li> <li>• Matkailijan terveysopas</li> <li>• Sydäntautiliitto</li> <li>• Tartuntatauliitto</li> <li>• Sairaanhoidopiiri ohjeet</li> <li>• Google</li> <li>• Hoitajan Puhelineuvonnan Tukijärjestelmä</li> <li>• Laboratoriokäsikirja</li> <li>• Organisaation erilliset ohjeet/tiedotteet</li> <li>• Infektiolääkärin ohjeet</li> <li>• Erikoislääkärin ohjeet</li> <li>• Omat tiedostot ja omat kootut ohjeet</li> </ul>
Konsultointi	Lääkäri Hoitaja	Apteekki Viranomaiset Fysioterapeutti Muut asiantuntijat
Muu		Koulutukset Palautetieto lääkäriltä, hoitajakollegoilta, potilailta

## 6.5 Hoitajien kokemuksia tiedonhankinnasta

Tiedonhankintaan kulutettu aika riippui työvuoron aikana tulevien puheluiden määrästä ja siitä, minkälaisiin asioihin soittajat tarvitsivat ohjausta. Kaikki hoitajat kokivat, että tiedonhankinta sähköisesti oli suhteellisen vaivatonta ja nopeaa. Hoitajat etsivät tietoa puhelinohjaustilanteessa samanaikaisesti, kun he haastattelivat soittajaa.

*”samalla voit jututtaa potilasta kun etsit sitä tietoa, kirjoitat hakusanoja - helpottaa kun on sankaluurit ja eikun kirjoittelet”*

Haastateltavat hoitajat saattoivat käyttää puhelun aikana useampia tiedonhankintakanavia rinnakkain. Haastateltavat hoitajat etsivät sähköisestä tietojärjestelmästä tietoa päivittäin ja jopa useita kertoja työvuoron aikana.

*”päivittäin pitää joku asia käydä tarkistamassa”*

*”tietoo joutuu etsimään vaivasta kun vaivasta kun ei siihen omaan tietoonkaan aina voi luottaa, varsinkin kun on jotain harvinaisempaa”*

Kaikilla hoitajilla oli oma tapa etsiä tietoa. Useimmiten hoitajat käyttivät samoja tuttuja nopeasti käytettäviä tiedonhankintakanavia, joita he olivat oppineet ja tottuneet käyttämään. Kolmen hoitajan mielestä oli tärkeää, että tiesi hakusanan, jolla lähti tietoa etsimään.

*”kun tietää hakusanan niin helposti löytyy”*

*”on tiettävä mistä sitä tietoo lähtee hakemaan - tavallaanhan se kontaktiaika on rajallinen - no voihan sitä puhelua tietysti pitkittää mutta ei se tunnu silleen hyvältä palvelulta - ei loputtomiin voi pitkittää”*

*”pääsääntöisesti tieto löytyy, joskus tietysti toivoisi että olisi helpommin ymmärrettävässä ja tiiviimmässä muodossa”*

Osa puhelinohjausta tekevistä hoitajista teki puhelinohjauksen rinnalla kliinistä työtä. Hoitajat kokivat, että silloin he pystyivät hyödyntämään hyvin puhelinohjauksessa kliinisen työn kokemusta.

Kaikki haastateltavat hoitajat olivat sitä mieltä, että heillä oli hyvät tiedonhankintataidot. Hoitajat olivat kiinnostuneita tiedonetsinnästä. Haastateltavat

hoitajat korostivat, ettei päivystyksellistä puhelinohjausta pysty tekemään, jos ei hallitse tietokoneen käyttöä, eikä pysy nopeasti etsimään tietoa.

*”puhelintyössä aivan ehdoton on hyvät atk taidot - ei kerree kirjoja plärätä ja etsiä, eikä niin paljoo mahdu opuksia mihinkään kun tietoa tarvii”*

Osa hoitajista oli saanut tiedonhankintaan koulutusta peruskoulutuksen aikana. Lähinnä hoitajat olivat koulutuksen aikana joutuneet itse etsimään tietoa ja saaneet sitä kautta varmuutta tiedonetsintään. Hoitajat, jotka eivät olleet koulutuksen aikana saaneet tiedonhankintaan harjaannusta, olivat omatoimisesti perehtyneet tiedonhankintaan. Kolme hoitajaa kertoi, että he olivat osallistuneet työpaikalla järjestettyyn Terveysportin- ja sairaanhoitajan puhelintukijärjestelmän käyttökoulutukseen.

*”tiedonkäyttöön en oo saanut minkäänlaista työpaikkakoulutusta, minä oon itse hankkinut omat taitoni ja mielestäni hyvin oon pärjännyt, sitä on oppinut kun on joutunut hakemaan. Minä oon sen ajan sairaanhoitaja, että oon sähköistä tiedonhankintaa joutunut koulussa käyttämään”*

*”Terveysportistakin oli vuosia sitten koulusta - ja se käytäntö opettaa ja se kantapään kautta tullu kokemus kun pitää etsiä, hankkia sitä tietoa, niin ehkä se on paras opettaja kuitenkin”*

## **6.6 Hoitajan tiedonkäyttö puhelinohjauksessa**

Haastateltavat hoitajat olivat sitä mieltä, että hankittua tietoa käytetään yleensä välittömästi puhelinohjaustilanteessa soittajan ohjaamiseen. Soittajalta saatu tieto on perusta puhelinohjaukselle. Puhelinkeskustelun aikana hoitajan oli saatava selville hyvin lyhyessä ajassa, tarvitseeko soittaja vastaanottoajan, ohjataanko hänet sairaanhoitajan vastaanotolle tai päivystykseen vai pärjääkö soittaja kotona, jos hän saa riittävästi kotihoito-ohjeita. Kaikki haastateltavat hoitajat olivat sitä mieltä, että he olivat lähes aina saaneet hankittua tarvitsemansa tiedon ja saamansa tiedon perusteella he olivat pystyneet ohjaamaan soittajaa. Jos hoitajat olivat joutuneet konsultoimaan lääkäriä tai hoitajakollegaansa, he soittivat potilaalle uudelleen saatuaan tarvitsemansa tiedon.

Uuden tiedon ja kokemustiedon vaihto kollegoiden kanssa koettiin tärkeänä. Uutta tietoa haastateltavat hoitajat jakoivat keskenään lähinnä kahvi- ja ruokataukokeskusteluissa. Useat hoitajat käyttivät tiedottamiseen myös sähköpostia.

*”minä ainakin ruukkaan niitä uusia hoitokäytäntöjä tuuva esille – minä en panttaa tietoa ja minä toivoisin että minäkin saisin – toivon, että ihmiset toisivat enemmän sitä tietoa ja jakasivat sitä tietoa toisilleen, sehän vaan rikastuttaa tätä työskentelyä”*

*”jos joku löytää hyvät ohjeet. niin niitä sitten tulostetaan ja kerrotaan toisille, että tämmöistä löysin.”*

*”ehkä enemmän semmoista teknistä tietoa oon jakanut kun oon keksinyt jonkun, lähinnä tekniikkaa”*

Haastattelussa tuli esille, että yhdessä työpisteessä oli viikoittain osastotunti, jossa käytiin läpi yhteisiä asioita ja koulutuspalautteita.

*”flunssa-aikaan infektio lääkärit antaneet ohjeita, niin niitä seinille laitetaan ja yhdessä käydään läpi että tämmöisiä ohjeita nyt ilmaantunut”*

Lähes kaikki hoitajat olivat sitä mieltä, että koulutuspalautteita olisi työyhteisöissä hyödynnettävä enemmän. Tilaisuuksia, joissa koulutuspalautteita voitaisiin esittää, tulisi haastateltavien mielestä olla enemmän. Kollegoiden toivottiin tuovan enemmän tietoa koulutuksista.

*”hirveen huonosti sitä tietoa sitten jaetaan tänne käytännön sektorille – se tieto jää sitten niille muutamille ihmisille tai ei jää mihinkään”*

*”tuo olis ihan sellainen selkeä kehittämisen paikka – jos ajattelee ihan työajan käyttöäkin - jos 12 ihmistä etsii samaa tietoa jonka vois jossakin tuommoisessa tilaisuudessa jakaa ja sahaa lisää muilta hyviä ideoita”*

Haastattelussa ilmeni, että koulutuspalautetta pitäisi antaa, mutta palautteen antamista ja tiedon jakamista ei koettu työyhteisössä aina positiivisena asiana.

*”toisaalta vaikee on sitä käytäntöä muuttaa. Kun olin koulutuksessa [antoi koulutuspalautetta], niin kukaan ei korvaansa ”lotkauta” uusille tuulille - eihän yks hoitaja voi mitään muuttaa.”*

*”aina ei koeta hyvänä että tuo joskus koetaan että on rasittava tyyppi”*

## 6.7 Puhelinohjaukseen liittyviä haasteita

Useimmat haastateltavista hoitajista työskentelivät puhelinohjaustilanteen aikana tiloissa, joissa oli mahdollisuus rauhassa keskittyä ohjaukseen. Muun työn ohessa puhelinohjausta tehneet hoitajat kokivat, että oli vaikea keskittyä puhelinohjaukseen jos ympärillä oli hälyä tai häiritseviä ääniä.

*”ku antaa sitä ohjausta muun työn ohessa niin ei pysty keskittymään yksistään siihen – hyvä puhelinneuvontahan on sitä, että sille on varattu se oma tila ja keskitytään siihen hommaan”*

Tiedonhankinta sähköisesti ei onnistunut, jos hoitajat eivät pystyneet olemaan tietokoneen ääressä. Hoitajat kokivat myös tietoturvan toteutumisen hankalana silloin, kun puhelinohjausta jouduttiin tekemään muun työn ohella.

*”ei oo helppo luuri kädessä toisen potilaan vieressä puhua – se luo oman haasteensa – tietoturva-asiaankin, siihen tiedon hankintaankin ja kaikkeen – on eri asia sitä puhelinneuvontaa antaa tuolla missä sinä oot ihan sitä varten siinä sovituksessa paikassa ja sulla on se ympäristö siinä sitä työtä varten ja sinä pystyt siihen työhön keskittymään”*

*”puhelimessa joutuu puhumaan kovalla äänellä vaikka siinä ei nimillä puhuta – pitäis olla erillinen tila - koko ajan väkee tulee..”*

Osa hoitajista toi esille, että puhelujen ruuhkautuminen oli ajoittain ongelmallista. Varsinkin aamuisin ja iltapäivisin puheluita tuli enemmän ja silloin puhelut ruuhkautuivat. Tietokoneen näytöltä oli nähtävissä puhelujen määrä, ja jos näytöllä oli paljon puheluita, niin silloin se aiheutti stressiä.

*”jos puhelut on ruuhkassa, niin tuntuu, että tästä puhelusta pitäis selvitä nopeasti kun siellä oottaa monta puhelua - sitten tulee tunne, että jäikö se tiedon etsiminen - olenko varmasti nyt sitten kaikki sanonut jakunnolla just tähän puheluun kun välillä on mielessä ne - on niin monta puhelua oottamassa, roikkumassa siellä, se on semmoinen henkinen rasitus”*

*”ne on aika kärsimättömiä [potilaat], jos se puhelin ei oo heti soinut takasin, niin ne on jo siinä luukulla ja kohta puhelin pärisee niitten taskussa – eli ku se pittää saaha se heijän asia on just hoidettua”*

*”Sinä teet sitä työtä kiireessä ja puhelusta pitää selvitä nopeasti koska siellä jonossa oottaa muitakin..”*



Kuntayhtymältä puuttui yhteinen intranet. Haastateltavat hoitajat kokivat yhteisen intranetin puutteen hankaloittavan yhteistyötä ja tiedonvälitystä. Lähes kaikki haastateltavat hoitajat pitivät puutteena myös sitä, ettei kuntayhtymällä ollut yhteisiä sovittuja kirjallisia ohjeita ohjauksen tukena. Ongelmana koettiin varsinkin tilanteet, jolloin potilaita joutui ohjaamaan päivystysvastaanotolle. Haastattelussa tuli esille, että yhteisiä ohjeita ja ohjauskäytäntöjä tarvitaan. Kaksi hoitajaa piti tärkeänä, että yhteisten ohjeitten tueksi tarvitaan organisaation johdon tuki. Nämä hoitajat korostivat sitä, että kaikilla lääkäreillä ja hoitajilla täytyisi olla samanlaiset ohjeet potilaiden ohjaamiseen.

*”enemmän semmoista yhtenäisyyttä tähän – varmaan olisi joku systeemi luotava, kun me tiijetään että se puhelinneuvonta pitäis olla tasalaatuista - kaikki ohjais samalla lailla – nyt ei oo oikein samanlaisia ohjeita”*

*”kun tehdään yhteisiä ohjeita ja sopimuksia, niin niitten takana pitää olla sitten se ylimmän johdon tuki. Johdon tuki ja lääkäreitten tuki, että tällöin mennään ja vielä se, että kun tehdään näitä pelisääntöjä ketä otetaan päivystykseen ja millä kriteereillä, niin se tiedottaminen on ihan oleellisin...”*

*”olis hyvä selkeyttää nämä meidän talon ohjeet - se on kuitenkin sellainen imagollinenkin kysymys, että jos potilasta ohjataan yhdestä paikasta ihan eri tavalla kuin toisesta”*

Kaksi hoitaja toi esille, että oli haasteellista ohjata soittajaa silloin, kun tiesi, että soittaja tarvitsi ajan lääkärille, mutta lääkäriaikoja ei ollut.

*”sehän tässä hoidon tarpeen arvioissa tulee, että mihinkä näitä ihmisiä ohjataan. Eii oo niitä aikoja. Eihän se ole tarkoituksenmukaista, että kaikki ohjataan päivystykseen sen takia että ihminen ei saa ajanvarausvastaanotolle aikoja”*

Haastattelussa korostui se, että miten hoitajat pystyisivät ohjaamaan potilaita niin, että potilaat osaisivat ottaa yhteyttä oikeaan paikkaan. Haaste oli myös saada potilaat ymmärtämään, ettei tarvitse soittaa kaikkiin mahdollisiin kuntayhtymän puhelinnumeroihin, vaan yksi soittokerta riittää.

*”haasteellista lienee se, että kun ne ihmiset osais siihen oikeaan paikkaan soittaa ja me osattais ohjata oikeaan paikkaan”*

Tekniset ongelmat toivat joskus haasteita työlle. Haastattelussa tuli ilmi, että muutamia kertoja hoitajat olivat joutuneet kokemaan sähkökatkoksen tuomia ongelmia. Sähkökatkosten aikana ei toimi puhelimet eikä tietojärjestelmiä pysty käyttämään.

*”sähkökatkoksen aikaan on kaikki pelit seis - ja silloin on kyllä aika avuton – puhelin ei toimi, tietojärjestelmä ei toimi”*

Osa haastateltavista korosti, että kuntayhtymässä oli hyvin huomioitu puhelinohjaus osana terveydenhuoltoa. Haastateltavat hoitajat kokivat, että puheluita ohjaava puhelinjärjestelmä helpotti puhelinohjaustyötä.

*”meillä on panostettu hoidon tarpeen arvioon ja puhelinohjaukseen..”*

*”en halua edes muistella aikaa ennen puhelinjärjestelmää”*

Haastatteluun osallistuneet hoitajat olivat sitä mieltä, että puhelinohjaustilanteissa ei pärjää jos ei ole monipuolista työkokemusta ja kaikista hoitajista ei siihen ole vankalla työkokemuksellakaan.

*”kaikista ei vaan oo siihen työhön ja se on vaan hyväksyttävä”*

*”perusterveydenhuollossa se potilaitten kirjo ja sairauksien kirjo on niin moninainen, että se tieto mitä hoitajat tarvitsevat puhelintyössä, on valtavan laaja. Ja lyhyellä, vaikka sinä olisit tullut vasta sairaanhoitajakoulusta, ei pärjää. Liittyy siihen, että pelkällä teorialla ei pärjää, vaan vaatii monta monta puhelinkontaktia siinä puhelimesta, ennen kuin tulee se taito, siihen puhelinneuvonta työhön. Se on vahvistunut tässä.”*

Tässä tutkimuksessa lähes kaikki hoitajat pitivät puhelinohjaustyötä haasteellisena, mutta myös mielenkiintoisena.

*”jokainen puhelu on erilainen ja koskaan ei tiedä mitä sieltä tulee eteen”*

*”jokainen puhelu on oma haasteensa ja hyvinkin mielenkiintoisia haasteita tulee välillä eteen”*

*”puhelinohjaus pitää aika nöyränä - se on erittäin haasteellista”*

## 7 POHDINTA

### 7.1 Tutkimuksen luotettavuus

Terveydenhuollossa on ollut tarve kehittää uusia palvelumuotoja ja puhelinohjausta on pyritty kehittämään, jotta pystyttäisiin vastaamaan lisääntyneeseen terveystalouden kysyntään. Tässä tutkimuksessa haluttiin selvittää puhelinohjausta tekevien hoitajien tiedonhallintaa ammatillisen tiedonhankinnan näkökulmasta. Kvalitatiivinen lähestymistapa valittiin, koska hoitajien kokemuksia tiedontarpeista, tiedonhankinnasta ja tiedonkäytöstä on tutkittu vähän. Puhelinohjauksen näkökulmasta ei ole aikaisempia tutkimuksia ja sen vuoksi laadullinen tutkimusote sopi tähän tutkimukseen. Niemisen (1997, 220) mukaan laadullinen tutkimus sopii parhaiten alueille, joilta on vähän aikaisempaa tutkimusta.

Tutkimuksen luotettavuuden arvioinnissa laadullisessa tutkimuksessa ei ole olemassa yksiselitteisiä ohjeita (Tuomi & Sarajärvi 2002, 135). Tästä huolimatta laadullista tutkimusta on mahdollista arvioida tutkimusaineiston keräämisen, analysoinnin ja tutkimuksen raportoinnin kautta (Nieminen 1997, 216). Laadullinen tutkimusote ei ole tilastollisesti yleistettävissä ja tieto on aina sidoksissa siihen tutkimusympäristöön, jossa tieto on hankittu. Lähtökohtana laadullisessa tutkimuksessa on todellisuus tutkimukseen osallistujien näkökulmasta. (Kylmä & Juvakka 2007, 79–80, 29.) Tällä tutkimuksella ei ole tarkoituksena hakea yleistettävyyttä, vaan tutkimuksen tulokset perustuvat haastateltavien hoitajien kokemuksiin ja ajatuksiin. Nieminen (1997, 216) mainitsee, että aineisto tulee koota sieltä, missä tutkimuksen kohteena oleva ilmiö esiintyy. Tähän tutkimukseen osallistuneet hoitajat tekivät reaktiivista puhelinohjausta työpisteissään.

Laadullisessa tutkimuksessa voidaan käyttää sattumanvaraisen otoksen sijasta harkinnanvaraista otantaa (Eskola & Suoranta 1998, 18). Laadullisessa tutkimuksessa on myös tärkeää, että tutkimukseen osallistuvat henkilöt tietävät tutkittavasta ilmiöstä mahdollisimman paljon tai heillä on kokemusta asiasta. (Tuomi & Sarajärvi 2002, 87–88.) Tässä tutkimuksessa tarkoituksena oli haastatella hoitajia, jotka tekivät reaktiivista puhelinohjausta ja heillä oli omakohtaista kokemusta puhelinohjaustyöstä. Tässä tutkimuksessa haastateltavilla hoitajilla oli hoitotyön työkokemusta keskimäärin 16 vuotta ja kokemusta puhelinohjaustyöstä kahdesta seitsemään vuotta. Saturaation

perusteella haastateltavia kertyi seitsemän. Tutkija ei voi kuitenkaan olla täysin varma, ettei seuraava haastateltava olisi tuonut uutta tietoa tutkittavasta asiasta. Tutkijan on vain päätettävä, milloin aineisto on riittävä kattamaan tutkimustehtävän. Liian pieni määrä vaikeuttaa aineiston monipuolista tulkintaa, kun taas tutkittavan ilmiön syvällinen tarkastelu kärsii liian suuresta aineistosta. (Eskola & Suoranta 1998, 62–64.)

Laadullisessa tutkimuksessa tutkija on tutkimuksensa keskeinen tutkimusväline ja sen vuoksi luotettavuuden arviointi koskee koko tutkimusprosessia. Tutkija joutuu jatkuvasti pohtimaan tekemiään ratkaisuja. (Eskola & Suoranta 1998, 209, 211.) Laadullisessa tutkimuksessa on neljä luotettavuuskriteeriä, jotka ovat uskottavuus, vahvistettavuus, reflektiivisyys ja siirrettävyys (Kylmä & Juvakka 2007, 127.) Tutkimuksessa **uskottavuus** liittyy tutkimuksen ja tutkimustulosten uskottavuuden osoittamiseen. Tutkimustulosten on vastattava tutkimukseen osallistuneiden henkilöiden käsityksiä tutkimuskohteesta. Kylmän ja Juvakan (2007, 128) mukaan tutkimukseen osallistuneet voivat arvioida tulosten paikkansapitävyyttä. Tutkija lähetti kahdelle tutkimukseen osallistuneelle hoitajalle sähköpostitse tutkimustulokset arvioitavaksi. Hoitajat eivät palautteessaan esittäneet huomautettavaa esitettyihin tulkintoihin. Kylmän ja Juvakan (2007, 128) sekä Tuomen ja Sarajärven (2002, 139) mukaan uskottavuutta vahvistaa myös se, että tutkija on ollut tarpeeksi pitkän aikaa tekemisissä tutkittavan ilmiön kanssa ja tutkijalla on riittävästi aikaa tehdä tutkimuksensa. Tämä tutkimusprosessi on kestänyt vajaan vuoden. Tutkija on perehtynyt puhelinohjaukseen ensimmäisen kerran vuonna 2005, kun hoitotakuu tuli voimaan ja on ollut silloin ensimmäisen kerran työpaikallaan järjestetyssä puhelinohjauskoulutuksessa. Tutkija on kerännyt taustamateriaalia tutkimusta varten parin vuoden ajan ja on tehnyt puhelinohjausta useita vuosia ennen tutkimuksen aloittamista.

Tutkimusaineisto kerättiin teemahaastattelulla. Teemahaastattelu valittiin aineiston hankintamenetelmäksi, koska haluttiin antaa haastateltaville mahdollisuus tuoda esille omia mielipiteitä. Haastattelija voi tehdä tarvittaessa lisäkysymyksiä, kuten Eskola ja Suoranta (1998, 86) toteavat. Haastattelussa haastateltiin seitsemää hoitajaa. Teemahaastattelua käytettäessä tutkimusraportissa tulisi ilmetä, mitä haastatteluteemoja haastateltaville on esitetty. Teemat on esitetty liitteessä 2. Luotettavuuden kannalta on tärkeää, että haastattelijan esittämät kysymykset eivät ole liian suppeita, jotta saataisiin haastateltavien näkemys asiasta (Nieminen 1997, 17.) Teemahaastattelurunko testattiin

kahdella hoitajalla. Testauksen jälkeen teemahaastattelurunkoon ei tehty muutoksia. Haastatteluaineiston laatua voidaan parantaa hyvällä teemahaastattelurungolla, kysymysten suunnittelulla, haastattelun tekoon käytetyn teknisen välineistön toimivuudella, haastattelupäiväkirjan pidolla ja haastattelun jälkeen mahdollisimman nopealla litteroinnilla. (Hirsjärvi & Hurme 2010, 184–185.) Haastattelut nauhoitettiin tietokoneella ja haastattelija teki lisäksi muistiinpanoja jokaisen haastattelun yhteydessä. Haastattelut litteroitiin sanasta sanaan kaikkien haastattelujen valmistuttua. Saatuaan kaikki haastattelut tehdyksi, tutkija kirjoitti osan ja ulkopuolinen kirjoittaja kirjoitti osan haastatteluista sanatarkasti. Tutkija ja kirjoittaja sopivat haastattelumateriaalia koskevasta vaihteluvollisuudesta.

Luotettavuuden arvioinnissa **vahvistettavuus** liittyy koko tutkimusprosessiin ja edellyttää, että tutkimusprosessi kirjataan niin, että toinen tutkija voi seurata prosessin kulkua pääpiirteissään. Vahvistettavuus on laadullisessa tutkimuksessa koettu ongelmalliseksi, koska toinen tutkija ei välttämättä päädy samaan lopputulokseen samankaan aineiston tulkinnassa (Kylmä & Juvakka 2007, 128.) Myös Nieminen (1998, 215) toteaa, että laadullisessa tutkimuksessa tuotettu tulkinta on tutkijan persoonallinen näkemys ja tulkinnassa on aina mukana tutkijan omat tunteet ja intuitio. Tulkinta ei ole toistettavissa eikä siirrettävissä toiseen kontekstiin.

Tässä tutkimuksessa on pyritty tutkimuksen kulku kuvaamaan mahdollisimman tarkasti. Aineisto on analysoitu induktiivisesti ja silloin Kylmän ja Juvakan (2007, 113) mukaan ei tarvitse analysoida kaikkea tietoa, vaan analyysissä haetaan vastausta tutkimuksen tarkoitukseen ja tutkimustehtäviin. Tutkimusaineistoa on käsitelty huolellisesti, luottamuksellisesti ja haastateltavia kunnioittavasti. Keskeistä aineiston käsittelyssä on luottamuksellisuus ja anonymiteetti, joka on huomioitava tietoja julkistettaessa (Eskola & Suoranta 1999, 56–57). Ennen haastattelun aloitusta haastateltavien kanssa sovittiin, että tutkimus on luottamuksellinen, eikä haastateltavien henkilöllisyys tule missään vaiheessa esille. Haastateltavien henkilöiden taustatiedot on pidetty hyvin yleisellä tasolla, jolloin yksittäistä henkilöä ei pysty tunnistamaan tutkimuksesta. Tutkimukseen osallistuminen oli haastateltaville vapaaehtoista. Tutkimuksen tekoa varten anottiin kirjallisesti lupa kuntayhtymästä, jossa tutkimus toteutettiin. Tutkimuksessa kuntayhtymä esitellään, mutta kuntayhtymän nimeä tai tutkimuslupaa ei julkaista. Esimiehiä informoitiin etukäteen tutkimuksesta.

Tutkimuksen luotettavuutta voidaan lisätä suorilla lainauksilla, jolloin tutkijan tulkinnoille on löydettävissä perustelut. (Järvinen & Järvinen 2000, 84.) Tämän tutkimuksen tutkimustuloksia raportoitaessa on käytetty suoria lainauksia haastateltavien vastauksista. Haastattelusta irrotetut lainaukset on esitetty anonyymissä muodossa. Lainaukset on kirjoitettu kursivoidulla ja laitettu lainausmerkkeihin, jotta ne erottuvat selkeästi. Töttö (1996, 37) korostaa, että suorat lainaukset eivät ole tutkimustuloksia. Tämän asian tutkija on tiedostanut. Tässä tutkimuksessa suorilla lainauksilla on pyritty antamaan mahdollisimman elävä kuva haastateltavien kokemuksista. Suorien lainauksien käyttöön tutkija on kysynyt luvan haastateltavilta ja tutkija on kiinnittänyt erityistä huomiota siihen, ettei yksittäisistä lainauksista paljastuisi kenenkään haastateltavan henkilöllisyys. Kaikki tutkimukseen liittyvä haastatteluaineisto tullaan hävittämään tämän tutkimuksen valmistuttua.

**Reflektiivisyys** tarkoittaa sitä, että tutkija on selvillä omista lähtökohdistaan tutkimuksen tekijänä (Kylmä & Juvakka 2007, 128). Tutkija on sitoutunut tämän tutkimuksen tekemiseen ja tiedostanut omat lähtökohdat. Tutkijan esiymmärrys koostui tutkimukseen käytetystä lähdekirjallisuudesta, pitkästä työkokemuksesta sairaanhoitajana ja kokemuksesta puhelinohjaustyöstä. Tutkija on itse työskennellyt tutkimuskohteena olleessa kuntayhtymässä ja osa haastateltavista on ollut tutkijan työtovereita. Läheinen tilanne saattaa vääristää tutkimustilannetta liiankin luonnolliseksi. Tutkijan esiymmärrys on saattanut vaikuttaa tutkimuksen luotettavuuteen ohjaamalla sisällönanalyysiä. Tutkija on kuitenkin lähestynyt tutkimusaihetta avoimin mielin ja pyrkinyt tietoisesti omaksumaan reflektiivisen otteen tutkimukseen. Etuna tutkija näkee kuitenkin ammattitermien ja työn sisällön ymmärtämisen.

**Siirrettävyys** tarkoittaa tutkimustulosten siirrettävyyttä muihin vastaaviin tutkimuksiin (Kylmä & Juvakka 2007, 128). Tutkija on kuvannut tutkimusympäristön ja tutkimukseen osallistuneet mahdollisimman tarkasti, jotta lukija voi itse päätellä tulosten hyödynnettävyyttä samantyyppisessä toimintaympäristössä. Tässä tutkimuksessa käytettiin viitekehyksenä soveltaen Leckien, Pettigrew'n ja Sylvainin (1996) ammatillisen tiedonhankinnan mallia ja tutkijan mielestä tämä malli soveltui tämän tutkimuksen viitekehykseksi. Tutkijan mielestä ammatillisen tiedonhallinnan

mallia voi käyttää viitekehyksenä muissakin tämän tyyppisissä tutkimuksissa. Tutkijan mielestä ammatillisen tiedonhankinnan malli antoi selkeän ja helposti lähestyttävän viitekehyksen tämän laadullisen tutkimuksen toteuttamiseen. Tässä tutkimuksessa ei hyödynnetty Leckien ym. ammatillista tiedonhankinnan mallia kokonaisuudessaan, sillä tutkimuksessa ei tutkittu tiedonhankinnan syklistä piirrettä. Tämä tutkimus ei anna vastausta siihen, miten usein hoitajien oli ryhdyttävä uudelleen tiedonhankintaan ja miten tyytyväisiä hoitajat olivat hankkimaansa tietoon.

## **7.2 Tutkimustulosten tarkastelu ja johtopäätökset**

Tässä laadullisessa tutkimuksessa tarkasteltiin hoitajien tiedonhallintaa puhelinohjauksessa ja tiedontarpeen määrittelyä, tiedonhankintaa sekä tiedonkäyttöä ja näihin liittyviä erityispiirteitä. Nämä kolme prosessin vaihetta ovat läheisesti toisiinsa liittyviä ilmiöitä (Savolainen 1999, 73). Tutkimuksen viitekehyksenä käytettiin Leckien, Pettigrew'n ja Sylvainin (1996) ammatillisen tiedonhankinnan mallia, jossa keskeisenä oletuksena on, että tiedonhankintaa virittävät tiedontarpeet määräytyvät yksilön työtehtävistä. Työtehtävien luonne ja niiden sisältö määrittyvät vastaavasti yksilön työroolin perusteella. Tässä tutkimuksessa sovellettiin Leckien ym. (1996) ammatillista tiedonhankinnan mallia niin, että työrooliksi määriteltiin hoitajan rooli ja työtehtäväksi puhelinohjaus. Tutkimuksen aineisto koostui seitsemän hoitajan haastattelusta. Aineisto analysoitiin sisällönanalyysillä. Tutkimus rajattiin koskemaan reaktiivista puhelinohjausta. Reaktiivisessa puhelinohjauksessa soittaja ottaa yhteyttä terveydenhuollon organisaatioon. Tutkimus tehtiin perusterveydenhuollon organisaatiossa, jossa puhelinohjaus on organisaation omaa toimintaa. Hoitajilla on käytössä potilasasiakirjat. Hoitaja kirjaa hoidon tarpeen arvioinnin sähköiseen potilastietojärjestelmään. Syväoja ja Äijälä (2009, 34) toteavat, että tietojen riittävä ja asianmukainen kirjaaminen on keskeistä potilaiden hoidon jatkuvuuden sekä turvallisuuden vuoksi. Kirjaaminen on tärkeää myös potilaiden että hoitajien oikeusturvan kannalta. Organisaatiolla on käytössä puhelinpalvelujärjestelmä. Puhelimen ollessa varattuna puhelut tallentuvat puhelinpalvelujärjestelmään. Tietokoneen näytöllä näkyy soittajan puhelinnumero tai tieto viestistä sekä puhelujen määrä. Tietokoneen näytön kautta tapahtuu yhteydenotto soittajiin.

Leckien ym. (1996) ammatillisen tiedonhankinnan mallissa tiedontarpeet lähtevät tilanteesta, jotka kuuluvat tietyn työtehtävän suorittamiseen. Puhelinohjauksessa tiedontarpeen määrittely on perusta koko puhelinohjausprosessille. Puhelinohjauksessa tiedontarpeen kartoittaminen lähtee soittajan tunnistamisesta. Ehdottomasti varmoja tunnistamiskeinoja ei toistaiseksi ole olemassa. Tässä tutkimuksessa hoitajat eivät kokeneet soittajan tunnistamista ongelmalliseksi. Hoitajat käyttivät tunnistamisen apuna potilastietojärjestelmän tietoja. Puhelinohjauksessa ongelmaksi koetaan se, ettei soittaja ole aina itse potilas, jonka terveysongelmaan halutaan otettavan kantaa. Yleensä hoitajat saavat toisen käden tietoa vanhemmilta, jotka soittavat lapsensa asiasta tai puoliset soittavat toistensa puolesta. Aina potilas ei itse kykene soittamaan. Puhelinohjauksessa tulisi pyrkiä aina keskustelemaan potilaan itsensä kanssa, jos mahdollista, jotta saataisiin ensikäden tietoja eikä väärinkäsityksiä syntyisi. (Hughes 2003; Wahlberg ym. 2003; Holmström & Höglund 2007.) Myös STM:n (2004:13) suositus on, että puhelinkeskustelu käydään asianosaisen tai hänen valtuuttaman henkilön kanssa. Tämän tutkimuksen mukaan hoitajat pyrkivät kartoittamaan tiedot potilaalta itseltään, jos se suinkin on mahdollista. Aina se ei ole mahdollista, koska viranomaiset ja hoitokotien hoitajat ottavat yhteyttä asiakkaittensa puolesta.

Savolainen (1999, 84) toteaa, että tiedontarpeilla voidaan viitata kokoavasti niihin tekijöihin, jotka käynnistävät tiedonhankinnan. Tässä tutkimuksessa tiedontarvetta tarkasteltiin hoitajan työtehtävistä nousevaksi tiedontarpeeksi. Jokaisessa puhelinkontaktissa hoitajan tiedontarve nousee soittajan terveyteen ja sairauteen liittyvistä ongelmista. Puhelinohjauksessa hoitaja kerää tietoa juuri kyseisen soittajan ongelmista. Tietoja kerätään soittajan näkökulmasta. Hoitajat joutuvat kartoittamaan soittajan ongelmia hyvin laaja-alaisesti. Hoitajan on selvitettävä yhteydenoton syy, oireet, oireiden vaikeusaste ja kiireellisyys. Haastateltavat hoitajat kokivat, että tiedontarpeen kartoitus on tärkeä. Ongelmien kartoituksessa apuna käytettiin potilaskertomuksen tietoja. Potilaskertomustiedoista tarkistettiin useimmiten lääkitystä, aikaisempia sairauksia ja allergioita. Tutkimuksessa tuli esille, että useimmat hoitajat olisivat kaivanneet jonkinlaista ohjeistusta tai tarkistuslistaa, jonka avulla pystyisi nopeasti varmistamaan, että kaikki tärkeät tiedot on saatu koottua soittajalta. Tiedon tarpeen kartoituksen perusteella hoitajat tekevät hoidon tarpeen arvioinnin ja arvioivat hoidon kiireellisyyden. Hoito-ohjeiden antaminen ja hoitoon ohjaus tapahtuvat kerättyjen tietojen perusteella.



Haastattelussa hoitajilta tiedusteltiin, minkälaisista asioista he eniten etsivät tietoa. Tässä tutkimuksessa tuli esille, samoin kuin Saarikosken (1998) ja Tiisalan (2005) tutkimuksissa, että hoitajat etsivät eniten tietoa lääkitykseen liittyvistä asioista tai lääkitykseen liittyvää tietoa tarkistettiin. Ihosairaudet, iho-ongelmat ja rokkotaudit sekä harvinaisemmat sairaudet vaativat hoitajilta tiedonhankintaa tavallista enemmän. Hoitajat kokivat kaikkein haasteellisimpana soittajat, joilla oli paljon erilaisia perussairauksia. Hoitajat joutuivat silloin hyvin laaja-alaisesti kartoittamaan potilaan taustatiedot potilaskertomuksesta.

Hoitajien tiedonhankintaan vaikuttaa useat eri tekijät. Haasio ja Savolainen (2004, 28) korostavatkin, että tiedonhankinnaksi voidaan käsittää myös omien kokemusten hyödyntäminen. Tässä tutkimuksessa korostui, että tärkein ja ensisijainen tiedon lähde oli hoitajan oma tietämys. Hoitajat kuvasivat, että suurin osa puhelinohjaustilanteista oli sellaisia, että päätöksenteko perustui vahvasti omaan kokemukseen ja koulutuksen tuomaan tietämykseen. Kokemukseen perustuva päätöksenteko sisälsi kokemuksellisen tiedon, hiljaisen tiedon ja intuition. Saarikosken (1998) tutkimuksessa tuli myös esille, että sairaanhoitajat tekivät työtään kokemustietoon nojaten.

Tässä tutkimuksessa tuli esille, että sähköisistä tiedonlähteistä suosituin potilastietojärjestelmän lisäksi oli Terveysportti. Tämä tutkimus tukee Miittisen ja Korhosen (2005) tutkimusta, jossa todettiin, että Terveysportti on terveydenhuollon ammattilaisten keskeinen tiedonlähde päivittäisessä työssä. Duodecimien lääketietokannasta tarkistettiin lääketietoja samoin kuin SFINX:stä lääkeinteraktioita. Lääkärin tietokantaa ja Sairaanhoitajan tietokantaa käytettiin myös yleisesti. Terveysportin potilasversio koettiin käyttökelpoiseksi, koska sieltä tieto oli saatavissa selkokielisenä ja ymmärrettävässä muodossa. Potilasversion tekstin pystyi helposti tulkitsemaan potilaalle puhelimesta. Tietoa etsittiin myös THL:n sivuilta, Rokottajan käsikirjasta, Matkailijan terveysoppaasta, eri yhdistysten www-sivuilta, sairaanhoitopiirin sivuilta sekä sähköisestä laboratorioskäsi kirjasta. Käypä hoito -suosituksia käytettiin harvemmin puhelinohjaustilanteessa. Tutkimuksessa todettiin, että Terveysportin käyttö on helppoa ja sieltä tieto löytyy nopeasti. Haastateltavat hoitajat pitivät tärkeänä, että tieto, jonka he potilaalle antavat, perustuu tutkittuun tietoon ja on luotettavaa sekä yleisesti hyväksyttyä.

Osalla hoitajista on ollut käytössä avoterveydenhuollon ja päivystyspoliklinikoiden terveydenhuollon ammattihenkilöille luotu professionaalinen www-pohjainen Hoitajan Puhelinneuvonnan Tukijärjestelmä, jota he olivat käyttäneet kysymysten ja ohjauksen tukena. Hoitajilta saadun tiedon mukaan tukijärjestelmä ei kuitenkaan enää ole käytössä. Kuntayhtymällä on käytössä omia ohjeita. Useat hoitajat kokivat, että tieto oman organisaation nettisivustolta on vaikeasti löydettävissä. Osa hoitajista oli tallentanut kuntayhtymän ohjeita, esimerkiksi hygieniahoitajan sähköpostilla lähettämiä ohjeita, tietokoneelle omaan tiedostoon, josta ne nopeasti löytyvät. Kuntayhtymältä puuttuu yhteinen intranet ja hoitajat kokivat sen hankaloittavan yhteistyötä ja tiedonvälitystä. Haastatellut hoitajat kaipasivat koko kuntayhtymää koskevia yhteisiä kirjallisia ohjeita, jotka helpottaisivat hoitajien yhdenmukaista ohjausta.

Aikaisemmissa sairaanhoitajien ammatillisen tiedonhankinnan tutkimuksissa tuli esille, että sairaanhoitajat ovat arvioineet omat tietotekniset taitonsa puutteellisiksi. Tiedonhankintaa on rajoittanut puutteelliset tietotekniset taidot ja tietokoneiden puute. (Saarikoski 1998; Tiisala 2005.) Tässä tutkimuksessa kaikki haastatellut hoitajat olivat sitä mieltä, että heillä on hyvät tietotekniset taidot. Hoitajat olivat sitä mieltä, ettei puhelinohjausta pysty tekemään ilman hyviä tiedonhankintataitoja, koska puhelinohjauksessa tieto on pystyttävä pääsääntöisesti hankkimaan nopeasti puhelun aikana. Kirjoista ei haettu tietoa puhelinkontaktin aikana. Tutkimuksessa ei tullut esille, että hoitajilla olisi ollut vaikeuksia etsiä tietoa tai he eivät olisi löytäneet tarvitsemaansa tietoa. Haastateltavat hoitajat etsivät sähköisestä tietojärjestelmästä tietoa päivittäin, jopa useita kertoja työvuoron aikana. Tarkkaa aikaa, joka tiedonhankintaan päivittäin kuluu, on vaikea arvioida. Hoitajat kuvasivat, että he etsivät tietoa eri tietolähteistä samanaikaisesti, kun keskustelevat soittajan kanssa. Kaikilla hoitajilla oli oma tapa etsiä tietoa. Useimmiten hoitajat käyttivät tuttuja nopeasti käytettäviä tiedonhankintakanavia, joita he olivat oppineet käyttämään.

Tiisalan (2005) ja Känkäkosken (2006) tutkimuksissa tuli esille konsultaatiomahdollisuuden tärkeys. Samansuuntaisia tuloksia saivat Gischler ym. (2008) lääkärin konsultaation tärkeydestä. Tässä tutkimuksessa kaikki haastateltavat hoitajat käyttivät hyväkseen konsultaatiomahdollisuutta ja sitä pidettiin ehdottoman tärkeänä. Kaikki hoitajat konsultoivat ongelmatilanteissa lääkäriä lähes päivittäin. Lääkäriä konsultoitiin joko käymällä lääkärin luona tai lääkärille soitettiin. Osa

hoitajista konsultoi lääkäriä lähettämällä potilastietojärjestelmän kautta konsultaatiopyynnön. Yleisimmin hoitajat halusivat lääkärin ottavan kantaa lääkkeen käyttöön, -aloitukseen, -vaihtoon tai lääkeannoksen muutokseen. Työpisteestä riippuen konsultointi oli joko vaivatonta tai sitten se koettiin hieman hankalaksi. Hoitajakollegoiden konsultointia pidettiin myös tärkeänä. Kollegoita konsultoitin lähes päivittäin. Konsultaatioiden tarve oli verrannollinen puheluiden määrään.

Uusi tieto ja kokemusten vaihto koettiin tärkeänä. Hoitajat informoivat uudesta tiedosta hoitajakollegoitaan usein sähköpostilla. Kahvi- ja ruokatauoilla vaihdettiin tietoa, samoin osastotunneilla. Tutkimuksessa tuli kuitenkin esille, että uuden tiedon jakaminen ei aina ollut helppoa. Osastotunteja oli lähes kaikkien hoitajien mielestä liian vähän. Hoitajat kokivat, että työyhteisössä tulisi enemmän hyödyntää koulutuksesta saatua tietoa. Oppimisen kannalta hoitajat pitivät tärkeänä lääkäreiltä, hoitajilta ja potilailta saatua palautetietoa. Palautetiedon tärkeyttä oppimisessa korostivat myös Syväoja ja Äijälä (2009, 63). Tutkimuksessa tuli esille, että hoitajan on tärkeää tuntea organisaation toiminta. Hoidon tarpeen arvioinnissa ja päätöstä tehdessään hoitajan on otettava huomioon yhteistyökumppanit sekä resurssit hoitoketjun eri vaiheissa. Näin toteaa myös Syväoja ja Äijälä (2009, 62). Hoitajat kokivat haasteellisena puhelinohjauksen silloin, kun soittaja tarvitsi lääkärille ajan, mutta lääkäriaikoja ei ollut tarjolla. Wahlberg ym. (2005) toivat saman ongelman esille jo aikaisemmin tehdyssä tutkimuksessaan.

Reaktiivisessa puhelinohjauksessa haasteena voidaan pitää sitä, että puhelimitse otetaan yhteyttä lähes mihin tahansa terveysongelmaan liittyen. Hoitajan on kartoitettava nopeasti soittajan tilanne, kerättävä riittävästi tietoa päätöksenteon pohjaksi ja tuotava selkeästi esille ratkaisuvaihtoehtoja. Puhelinkontaktissa hoidon tarpeena arviointi perustuu soittajan kertomukseen ja soittajan viestiä on tulkittava kokonaisvaltaisesti. Wahlberg ym. (2003, 40) kuvaa, että on pystyttävä herkällä korvalla kartoittamaan soittajan ongelma hyvin lyhyessä ajassa ja pystyttävä tulkitsemaan soittajan puhetta myös ”rivien välistä”. Sen vuoksi koettiin tärkeänä, että puhelinohjausta pitäisi tehdä rauhallisessa ympäristössä ilman häiriötekijöitä. Rauhallisessa ympäristössä tietoturvaan pystyy kiinnittämään huomiota ja hoitaja voi rauhassa keskittyä puhelinohjaukseen. Kiire ja stressi vaikuttavat päätöksentekokykyyn. Syväoja ja Äijälä (2009, 62) korostavatkin, että päätöksentekokyky riippuu myös hoitajan ammattitaidosta ja

työkokemuksesta. Voidaan ajatella, että koulutettu, ammattitaitoinen ja motivoitunut hoitaja, jonka työolosuhteet on järjestetty niin, että hänellä on konsultaatiomahdollisuus ja rauhallinen työympäristö, voisi tehdä hoidon tarpeena arvioinnin ja potilasohjauksen eettisesti ja laadukkaasti siten, että sillä voitaisiin saada aikaa kustannustehokkuutta ja tuloksellisuutta terveydenhuoltoon.

### **7.3 Jatkotutkimusaiheet**

Tämän tutkimuksen tulokset kuvaavat hoitajien tiedontarpeita, tiedonhankintaa ja tiedonkäyttöä reaktiivisessa puhelinohjauksessa, kun hoitajat tekevät hoidon tarpeen arviointia eräässä terveydenhuollon organisaatiossa. Tutkimustuloksia voitaisiin hyödyntää organisaatiossa puhelinohjausta kehitettäessä ja suunniteltaessa hoitajien koulutusta. Nämä tutkimustulokset ovat yhdestä kuntayhtymästä, mutta terveydenhuollon tiedonhallintaa puhelinohjauksessa olisi syytä tutkia laajemminkin, jos puhelinohjauksella halutaan saada kustannustehokkuutta ja vaikuttavuutta terveydenhuoltoon.

Puhelinohjaustyötä tekevien hoitajien tiedonhallintaa ei ole tutkittu Suomessa aikaisemmin. Usein puhelinohjaus koetaan haasteellisena ja stressaavana varsinkin sellaisissa työyksiköissä, joissa puhelinohjausta tehdään muun työn ohessa. Puhelin soi eikä hoitajilla ole aikaa vastata siihen. Puhelin koetaan silloin välttämättömänä pahana, joka häiritsee muun työn tekemistä. Havainnoimalla puhelinkäyttäytymistä voitaisiin selvittää miten tiedonhankinta, tietoturva ja kirjaaminen potilastietojärjestelmään tällaisessa tilanteessa toteutuvat.

Tässä tutkimustyössä tarkasteltiin hoitajien reaktiivista puhelinohjausta. Hoitajat tekevät työssään paljon myös proaktiivista puhelinohjausta. Proaktiivisessa puhelinohjauksessa ohjaustilanne on aina ennakolta suunniteltu ja hoitajat ottavat yhteyttä potilaaseen. Olisi mielenkiintoista tutkia hoitajien tiedontarpeita, tiedonhankinta ja tiedonkäyttöä proaktiivisen puhelinohjauksen näkökulmasta sekä perus- että erikoissairaanhoidossa.

## LÄHTEET

- Aarnikoivu, H. 2005. Onnistu asiakaspalvelussa. Werner Söderström Osakeyhtiö, Helsinki.
- Andersson, S. & Kylänpää, E. 2002. Käytännön puheviestintä. Gummerus Kirjapaino Oy, Jyväskylä.
- Asetus terveydenhuollon ammattihenkilöistä 28.6.1994/564  
Saataavissa: <http://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/1994/19940564> (Luettu 18.12.2011).
- Asetus terveydenhuollon henkilöstön täydennyskoulutuksesta 1194/2003.  
Saataavissa: <http://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2003/20031194> (Luettu 9.4.2012).
- Beaulieu, R. & Humphreys, J. 2008. Evaluation of a telephone advice nurse in a nursing faculty managed pediatric community clinic. *Journal of Pediatric Health Care*, 22(3), 175-181.
- Byström, K. 1999. Task complexity, information types and information sources. Examination of relationships. Akateeminen väitöskirja. Tampereen yliopisto. Tampere.
- Choo, C.W. 1998. Information management for the intelligent organization: The Art of Scanning the environment. Information today, Inc. Medford, NJ.
- Cox, A., Bull, E., Cockle-Hearne, J., Knibb, W., Potter, C. & Faithfull, S. 2008 Nurse led telephone follow up in ovarian cancer: a psychosocial perspective. *European Journal of Oncology Nursing* 12(5), 412-417.
- Davenport, T.H. & Prusak, L. 1998. Working Knowledge: How Organizations Manage. What They Know. Harvard Business School. Boston.
- Dennis, CL. & Kingston, D. 2008. A systematic review of telephone support for women during pregnancy and the early postpartum period. *Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing* 37(3), 301-314.
- Doctoradvice Oy. 2007. Saataavissa: <http://www.puhelintuki.com> (Luettu 22.3.2012).
- Ernesäter, A., Holmström, I. & Engström, M. 2009. Telenurses' experiences of working with computerized decision support: supporting, inhibiting and quality improving. *Journal of Advanced Nursing* 65(5), 1074-1083.
- Eskola, J. & Suoranta, J. 1998. Johdatus laadulliseen tutkimukseen. Gummerus Kirjapaino Oy, Jyväskylä.
- Frost, C.O., Taylor, B., Noakes, A., Markel, S., Torres, D. & Drabenstott, K. M. 2000. Browse and Search Patterns in a Digital Image Database. *Information Retrieval* 1(4), 287-313.

Gischler, S.J., Mazer, P., Poley, M.J., Tibboel, D. & van Dijk, M. 2008. Telephone helpline for parents of children with congenital anomalies. *Journal of Advanced Nursing* 64(6), 625–631.

Grönvall, U. 2005. Hoitotakuu ei toteudu itsestään. Mitä sairaanhoitajat tekevät ja voisivat tehdä? *Sairaanhoitajalehti* 4/2005. Saatavissa:

[http://www.sairaanhoitajaliitto.fi/ammattilliset\\_urapalvelut/julkaisut/sairaanhoitajalehti/4\\_2005/ajankohtaiskirjoitus/hoitotakuu\\_ei\\_toteudu\\_itsestaan/](http://www.sairaanhoitajaliitto.fi/ammattilliset_urapalvelut/julkaisut/sairaanhoitajalehti/4_2005/ajankohtaiskirjoitus/hoitotakuu_ei_toteudu_itsestaan/). (Luettu 10.12.2012).

Haasio, A. & Savolainen, R. 2004. Tiedonhankintatutkimuksen perusteet. BTJ Kirjastopalvelu Oy, Helsinki.

Hallila, L. (toim.) 1998. Kirjallinen suunnitelma. Tammer-Paino Oy, Tampere.

Heikkinen, M. 2006. Miten suomalaisen perusterveydenhuollon asiakkaille antamaa puhelinpalvelua voidaan parantaa VoIP-tekniikalla? Tapaustutkimuksena Utajärven ja Vaalan terveyskeskusten puhelinpalvelu. Pro gradu-tutkielma. Oulun yliopisto, tietojenkäsittelytieteen laitos.

Henkilötietolaki 22.4.1999/523

Saatavissa: <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1999/19990523> (Luettu 12.11.2011).

Hirsjärvi, S. & Hurme, H. 2010. Tutkimushaastattelu. Haastattelun teoria ja käytäntö. Gaudeamus, Helsinki.

Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2009. Tutki ja kirjoita. 15., uudistettu painos. Tammi, Hämeenlinna.

Holmström, I. 2007. Decision aid software programs in telenursing: not used as intended? Experiences of Swedish telenurses. *Nursing & Health Sciences* 9 (1): 23-28.

Holmström, I. & Dall'Alba, G. 2002. "Carer and gatekeeper" – Conflicting demands in nurses' experiences of telephone advisory services. *Scandinavian Journal of Caring Sciences* 16 (2), 142-148.

Holmström, I. & Hoglund, A.T. 2007. The faceless encounter: ethical dilemmas in telephone nursing. *Journal of Clinical Nursing* 16 (10), 1865–1871.

Homan-Helenius, P., Henriksson, T., Knaapi, K., Ruusu, P., Laine, A-M. & Leino-Kilpi, H. 2000. Puhelinneuvonta- ja ohjaus hoitotyössä lastentautien poliklinikan päivystysvastaanotolla. Turun yliopistollinen keskussairaala, Turku.

Honkala, P., Kortetjärvi-Nurmi, S., Rosenström, A. & Siiri-Jokinen, S. 2009. Linkki Työyhteisön viestintä. Edita Publishing Oy, Helsinki.

Hughes, R. A. 2003. Telephone helplines in rheumatology. *Rheumatology* 42 (2), 197–199.

Huotari, M-L., Hurme, P. & Valkonen, T. 2005. Viestinnästä tietoon. Tiedon luominen yhteistyössä. WSOY, Porvoo.

Hyrynkangas-Järvenpää, P. 2007. Terveydenhuollon ammattihenkilöiden antama puhelinneuvonta. Suomen Lääkärilehti 62 (5), 427–430.

Hyrynkangas-Järvenpää, P. 2000. Lääkärin puhelinneuvonta. Tutkimus Neuvovalle Puhelinlääkärille tulleista soitoista. Akateeminen väitöskirja. Tampereen yliopisto, lääketieteen laitos. Oulun yliopistopaino, Oulu.

Iivanainen, A. & Jauhiainen, M. & Korhikoski, L. 1996. Hoitotyön käsikirja. Tammer-Paino Oy, Tampere.

Iso-Kivijärvi, M., Keskitalo, O., Kukkola, K., Ojala, P., Olsbo, A., Pohjola, M. & Väänänen, H. 2006. Hyvä potilasohjaus prosessina. Teoksessa Lipponen, K., Kyngäs, H. & Kääriäinen, M. (toim.) Potilasohjauksen haasteet. Käytännön hoitotyöhön soveltuvat ohjausmallit. Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin julkaisuja 4/2006. Oulun yliopistopaino, Oulu.

Johnson Pettinari, C. & Jessop, L. 2001. Your ears become your eyes; managing the absence of visibility in NHS Direct. Journal of Advanced Nursing 36, 668–675.

Jousimaa, J. 2001. The clinical use of computerised primary care guidelines. Kuopion yliopisto, Kuopio. Kuopion yliopiston julkaisuja D. Lääketiede 250.

Järvi, U. 2003. Puhelinneuvonta laajenee suomalaisessa terveydenhuollossa. Suomen Lääkärilehti 58 (41), 4094.

Järvinen, P. & Järvinen, A. 2000. Tutkimustyön metodeista. Opinpaja kirja, Tampere.

Kaminsky, E., Rosenqvist, U. & Holmström, I. 2009. Telenurses' understanding of work: detective or educator? Journal of Advance Nursing 65(2), 382-390.

Kansanterveyslaki 28.1.1972/66

Saatavissa: <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1972/19720066> (Luettu 13.11.2011).

Kari, A. 1999. Kliiniset tietojärjestelmät päätöksenteon tukena. Teoksessa Saranto, K. & Korpela, M. (toim.) Tietotekniikka ja tiedonhallinta sosiaali- ja terveydenhuollossa. WSOY, Porvoo, 216-225.

Komulainen, J. & Kunnamo, I. 2006. Kliinisen päätöksenteon tuki. Duodecim Aikakauskirja 2006; 122:1129–31.

Kontio, T., Kukkonen, J., Leiviskä, R., Leskinen, I., Murto, J., Mustonen, T., Nenonen, E., Orpana, H-M., Pekkinen, N. & Törmä, A. 2006. Puhelinohjaus. Teoksessa Lipponen, K., Kyngäs, H. & Kääriäinen, M. (toim.) Potilasohjauksen haasteet. Käytännön hoitotyöhön soveltuvat ohjausmallit. Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin julkaisuja 4/2006. Oulun yliopistopaino, Oulu.

Saatavissa: [http://www.ppsHP.fi/instancedata/prime\\_product\\_julkaisu/npp/embeds/16315\\_4\\_2006.pdf](http://www.ppsHP.fi/instancedata/prime_product_julkaisu/npp/embeds/16315_4_2006.pdf) (Luettu 17.11.2011).

Koponen, L. & Sillanpää, K. (toim.) 2005. Potilaan hoito päivystyksessä. Tammi, Jyväskylä.

Kunnamo, I. & Jousimaa, J. 2004. Tietoverkot ja sähköinen maailma hoitosuosittelun toteuttamisessa. *Duodecim Aikakauskirja* 2004; 120: 2977–84.

Kylmä, J. & Juvakka, T. 2007. Laadullinen terveystutkimus. Edita Prima Oy, Helsinki.

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

Känsäkoski, H. 2006. Hammaslääkäreiden ammatillisen tiedonhankinta ja ammatillisen tiedon hankinnan kanavat ja lähteet. Pro gradu-tutkielma. Oulun yliopisto, Suomen kielen, informaatiotutkimuksen ja logopedian laitos. Informaatiotutkimus.

Käypä hoito -suositukset. 2009a.

Saatavissa: [www.käypähoito.fi](http://www.käypähoito.fi) (Luettu 24.11.2011).

Kääriäinen, M. 2007. Potilasohjauksen laatu: hypoteettisen mallin kehittäminen. Oulun yliopistollinen keskussairaala, Oulu.

Kääriäinen, M. & Kyngäs, H. 2006. Ohjaus tuttu, mutta epäselvä käsite. *Sairaanhoitaja* 2006/10, 6-9.

Kääriäinen, M. & Kyngäs, H. 2005a. Käsiteanalyysi ohjaus-käsitteestä hoitotieteessä. *Hoitotiede* 17(5), 250 – 258.

Lahti, P. 1990. Elämisen taito. Ihmisten välinen vuorovaikutus, miten ihmissuhteet toimivat, lapsuus. WSOY, Porvoo.

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 17.8.1992/785

Saatavissa: <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1992/19920785> (Luettu 13.11.2011).

Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä 28.6.1994/559

Saatavissa: <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1994/19940559> (Luettu 13.11.2011).

Laki kansanterveyslain muuttamisesta 855/2004

Saatavissa: <http://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2004/20040855> (Luettu 13.11.2011).

Laki sosiaali- ja terveydenhuollon asiakastietojen sähköisestä käsittelystä 9.2.2007/159

Saatavissa: <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2007/20070159> (Luettu 13.11.2011).

Laki vahvasta sähköisestä tunnistamisesta ja sähköisistä allekirjoituksista 7.8.2009/617

Saatavissa: <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2009/20090617> (Luettu 13.11.2011).

Latvala, E. & Vanhanen-Nuutinen, L. 2001. Laadullisen hoitotieteellisen tutkimuksen perusprosessi: Sisällönanalyysi. Teoksessa Janhonen, S. & Nikkonen, M. (toim.) *Laadulliset tutkimusmenetelmät hoitotieteessä*. WSOY, Helsinki, 21–43.

Laudon, K. & Laudon, J. 2000. 6. painos. *Management Information Systems: Organization and Technology in the Networked Enterprise*. Prentice-Hall, New Jersey.



Leckie, G. J., Pettigrew, K. E. & Sylvain, C. 1996. Modeling the information seeking of professionals: A general model derived from research engineers, health care professionals and lawyers. *Library Quarterly*, 66 (2), 161–193.

Lehtomäki, L. 2010. Valtakunnallisten suositusten toimeenpano ja sen haasteet. *Pro terveys* 38 (4), 6–10.

Lipponen K., Kyngäs, H. & Kääriäinen, M. 2006. Potilasohjauksen haasteet. Käytännön hoitotyöhön soveltuvat ohjausmallit. Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin julkaisuja 4/2006. Oulun yliopistopaino, Oulu. Saatavissa:

[http://www.ppsHP.fi/instancedata/prime\\_product\\_julkaisu/npp/embeds/16315\\_4\\_2006.pdf](http://www.ppsHP.fi/instancedata/prime_product_julkaisu/npp/embeds/16315_4_2006.pdf). (Luettu 17.11.2011).

Marckword, R. 1998. Ole hyvä puhelimesta. Tammer-Paino Oy, Tampere.

Martikainen, E., Turunen, A. & Äijälä, O. 2007. Puhelinneuvontadokumentaation vaatimustenmukaisuus ja puhelinneuvonnan vaikuttavuus, Case Pohjois-Karjalan Ensineuvo. Pohjois-Karjalan sairaanhoito- ja sosiaalipalvelujen kuntayhtymän julkaisuja No 1/2007. Pohjois-Karjalan keskussairaala, Joensuu. Saatavissa:

[http://www.pkssk.fi/tieteellinen\\_kirjasto/julkaisutoiminta\\_julkaisuluettelo.html](http://www.pkssk.fi/tieteellinen_kirjasto/julkaisutoiminta_julkaisuluettelo.html) (Luettu 13.10.2010).

Miettinen, M. 2006. Päätöksenteon tukijärjestelmät terveydenhuollon tietojärjestelmäkontekstissa. Tietojärjestelmätieteen kandidaattitutkielma. Jyväskylän yliopisto, Tietojenkäsittelytieteen laitos.

Miettinen, M. & Korhonen, M. 2005. Käypä hoito -suositukset ja päätöksenteon tuki terveydenhuollon prosesseissa. Tapaustutkimus Käypä hoito -suositusten käytöstä ja terveydenhuollonammattilaisten näkemyksistä päätöksenteon tuesta. Savonia-ammattikorkeakoulun julkaisusarja D 7/2005. Savonia-ammattikorkeakoulu, Savonia Business. Kopijyvä Kuopio 2005.

Mäntynen, S. 2008. Puhelinpalvelun merkitys lastenneuvolan asiakkaille. Tapaustutkimus Kymenlaakson Ensineuvo 24 puhelinpalvelusta. Pro gradu-tutkielma. Kuopion yliopisto, Terveystieteiden tutkimuskeskus.

Mäntyranta, T., Kaila, M., Varonen, H., Mäkelä, M., Roine, R. & Lappalainen, J. 2003. Hoitosuositusten toimeenpano. Käypä hoito -suosituksista käytäntöön. Suomalainen Lääkäriseura Duodecim. Saatavissa:

<http://www.duodecim.fi/koulutus/materiaali/suositusopas.pdf>. (Luettu 27.10.2010).

Newman, MG. 2007. Clinical decision support complements evidence-based decision making in dental practice. *Journal of Evidence - Based Dental Practice* 2007 Mar; 7(1), 1-5.

Nieminen, H. 1997. Kvalitatiivisen tutkimuksen luotettavuus. Teoksessa Paunonen, M. & Vehviläinen – Julkunen, K. (toim.) Hoitotieteen tutkimusmetodiikka. WSOY, Juva.

Niiniluoto, I. 1989. Informaatio, tieto ja yhteiskunta. Filosofinen käsiteanalyysi. Valtion painatuskeskus, Helsinki.

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

Nuutila, L., Hoppendorff-Koskinen, E., Kauppila, W., Mertsola, J., Rusi, R., Ruusu, P. & Leino-Kilpi, H. 2004. Puhelinneuvonta osana lasten poliklinikan hoitotyötä - puhelinneuvonnan arviointi palvelun käyttäjien näkökulmasta. Hoitotyön julkaisusarja A 36. Turun yliopistollinen keskussairaala, Turku.

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

Pekkala, E. 2008. Hoitosuositusten kehittäminen ja käyttö. Teoksessa Saranto, K., Ensio, A., Tanttu, K. & Sonninen, A L. (toim.) Hoitotietojen systemaattinen kirjaaminen. WSOY, Helsinki.

Potilasvahinkolaki 25.7.1986/585

Saatavissa: <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1986/19860585> (Luettu 13.11.2011).

Raivola, R. & Vuorensyrjä, M. 1998. Osaaminen tietoyhteiskunnassa. Sitra 180. Sitra, Helsinki.

Risikko, P. 2001. Hoitotyön koulutuksen kehityshaasteet tulevaisuudessa. Teoksessa Voutilainen P., Saranto, K., Peiponen, A. & Mikkola, T. (toim.) Hoitotyön vuosikirja 2002. Hoitotyön tulevaisuus. Hygienia. Kustannusosakeyhtiö Tammi, Helsinki.

Ruusuvuori, J. & Tiittula, L. (toim.) 2005. Haastattelu. Tutkimus, tilanteet ja vuorovaikutus. Osuuskunta Vastapaino, Tampere.

Saarikoski, S. 1998. Sairaanhoidtajien työssään tarvitsema tieto, sen hankinta ja käyttö. Pro gradu-tutkimus. Tampereen yliopisto, Informaatiotutkimuksen laitos.

Savolainen, R. 1999. Tiedontarpeet ja tiedonhankinta. Teoksessa Mäkinen I. (toim.) Tiedon tie: Johdatus informaatiotutkimukseen. BTJ Kirjastopalvelu Oy, Helsinki.

Snooks, HA., Williams, AM., Griffiths, LJ., Peconi, J., Rance, J., Snelgrove, S., Sarangi, S., Wainwright, P. & Cheung, WY. 2008. Real nursing? The development of telenursing. Journal of Advanced Nursing 61(6), 631-640.

Stacey, D., Noorani, HZ., Fisher, A., Robinson, D., Joyce, J., Pong, RW. Telephone triage services: systematic review and a survey of Canadian call centre programs. Ottawa: Canadian Coordinating Office for Health Technology Assessment; 2003. Technology report no 43.

STM 2010. Yhtenäiset päivystyshoidon perusteet. Työryhmän raportti. Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskus STM:n selvityksiä 2010:4, Helsinki.

Saatavissa: [www.stm.fi/julkaisut/nayta/-/julkaisu/1486181](http://www.stm.fi/julkaisut/nayta/-/julkaisu/1486181) (Luettu 10.12.2010).

STM 2009. Johtamisella vaikuttavuutta ja vetovoimaa hoitotyöhön. Toimintaohjelma 2009–2011. Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskus STM:n julkaisuja 2009:18, Helsinki. Saatavissa: [www.stm.fi/julkaisut/nayta/-/julkaisu/1478007](http://www.stm.fi/julkaisut/nayta/-/julkaisu/1478007) (Luettu 10.10.2011).

STM 2004. Terveyskeskus toimivaksi. Kansallisen terveydenhuollon hankkeet kenttäkierroksen raportti. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2004:13, Helsinki. Saatavissa: <http://www.stm.fi/julkaisut/nayta/-/julkaisu/1063259> (Luettu 10.10.2011).

STM:n ohje 424/2011. Ohje terveyskeskuksille välittömästä yhteyden saannista. Sosiaali- ja terveysministeriö. Saatavissa: [www.stm.fi/julkaisut/nayta/-/julkaisu/1486181](http://www.stm.fi/julkaisut/nayta/-/julkaisu/1486181) (Luettu 15.5.2011).

Ström, M., Marklund, B. & Hilding, C. 2006. Nurses' perceptions. Nurses' perceptions of providing advice via a telephone care line. *British Journal of Nursing* 15(20), 1119.

Suomen perustuslaki 11.6.1999/731

Saatavissa: <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1999/19990731> (Luettu 24.10.2011).

Syvöoja, P. & Äijälä, O. 2009. Hoidon tarpeen arvio. Tammi, Helsinki.

Terveydenhuoltolaki 30.12.2010/1326

Saatavissa: <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2010/20101326> (Luettu 2.1.2012).

Tiisala, M. 2005. Perusterveydenhuollon ja vanhuspalveluiden sairaanhoitajien ammatillinen tietokäyttäytyminen. Pro gradu-tutkimus. Tampereen yliopisto, Informaatiotutkimuksen laitos.

Timmins, F. 2006. Exploring the concept of "information need". *International Journal of Nursing Practice* 12 (6), 375–381.

Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2002. Laadullinen tutkimus ja sisällön analyysi. Gummerus, Jyväskylä.

Töttö, P. 1997. Pirullinen positivismi. Kysymyksiä laadulliselle tutkimukselle. Jyväskylän yliopiston ylioppilaskunta. Julkaisusarja 41.

Vakkari, P. 1999. Tiedonhankinnan tukeminen ja informaatiotutkimus. Teoksessa Mäkinen, I. Tiedon tie: Johdatus informaatiotutkimukseen. BTJ Kirjastopalvelu Oy, Helsinki, 9-31.

Valtioneuvoston asetus 1019/2004. Valtioneuvoston asetus hoitoon pääsyn toteuttamisesta ja alueellisesta yhteistyöstä.

Saatavissa: <http://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2004/20041019> (Luettu 22.11.2011).

Varonen, H., Kaila, M., Kunnamo, I., Komulainen, J. & Mäntyranta, T. 2006. Tietokoneavusteisen päätöksentuen avulla kohti neuvovaa potilaskertomusta. *Duodecim Aikakauskirja* 2006:122:1174–81.

Wahlberg, A.C., Cederlund, E. & Wredling, R. 2003. Telephone nurse's experience of problems with telephone advice in Sweden. *Journal of Clinical Nursing*. 12(1), 37 – 45.

Wahlberg, A.C., Cederlund, E. & Wredling, R. 2005. Bases for assessments made by telephone advice nurses. *Journal of Telemedicine and Telecare* 11(8), 403-407.

Wilson, T.D. 1981. On user studies and information needs. *Journal of Documentation* 37 (1), 3-15.

Julkaisemattomat lähteet:

Orava, M. 2011. Puhelinohjaus ja hoidon tarpeen arviointi. Luento. Pyhäjärvi 4.10.2011.

LIITTEET

**LIITE 1. Haastattelupyyntö**

**HAASTATTELUPYYNTÖ**

Hyvä vastaanottaja,

Opiskelen Itä-Suomen yliopistossa sosiaali- ja terveydenhuollon tietohallintoa ja opiskeluuni kuuluu pro gradu -tutkielman tekeminen.

Olen kiinnostunut puhelinohjauksesta ja sen kehittamisestä. Tutkimuksen tarkoituksena on selvittää sairaanhoitajien tiedontarpeita, tiedonhankintaa, tiedonkäyttöä sekä päätöksenteon tukijärjestelmien hyödyntämistä puhelinohjannassa silloin kun sairaanhoitajat tekevät hoidon tarpeen arvioinnin puhelinkontaktissa, joka on ennakolta suunnittelematon. Tutkimuksessa selvitetään myös mitä erityispiirteitä näihin tilanteisiin liittyy. [Kuntayhtymä] on antanut luvan tutkimuksen toteuttamiseen.

Tutkimusaineistoni kerään haastattelemalla. Toivon, että osallistut tutkimukseni tekemiseen suostumalla haastateltavaksi. Osallistuminen on vapaaehtoista. Kaikki haastattelussa esille tulevat näkemykset ja mielipiteet pysyvät vain minun tiedossani, eikä haastateltavan henkilöllisyys tule esille missään vaiheessa. Nauhoitan haastattelut, käsittelen aineiston luottamuksellisesti ja hävitän nauhoitukset tulosten analysoinnin jälkeen. Aikaa haastatteluun kuluu noin 45–60 minuuttia.

Tutkimuksen ohjaajina toimivat professori Kaija Saranto ja lehtori Sirpa Kuusisto-Niemi Itä-Suomen yliopiston Sosiaali- ja terveysjohtamisen laitokselta.

Ystävällisin terveisin,

Eija Tyyskä  
Sosiaali- ja terveydenhuollon tietohallinnon opiskelija  
Itä-Suomen yliopisto  
[ejjatyy@student.uef.fi](mailto:ejjatyy@student.uef.fi)  
puh.050 5602249

## **LIITE 2. Teemahaastattelurunko**

### **TEEMAHAASTATTELURUNKO**

#### **Taustatiedot**

Ikä

Sukupuoli

Koulutus

Työkokemus

Arvio tietoteknisistä valmiuksista

#### **Tiedontarpeet**

- mitä/minkälaista tietoa tarvitaan (esimerkki)  
(potilaaseen liittyvä tiedontarve / muuhun liittyvä tiedontarve)
- miksi näitä tietoja tarvitaan

#### **Tiedonhankinta**

- mistä / miten / keneltä tietoa hankitaan, kuinka usein
- erityispiirteet / haasteet tiedonhankinnassa
- minkälainen tieto on haasteellisinta löytää / helpointa löytää
- ajankäyttö
- tietosuojaan liittyvien säädösten ja ohjeiden vaikutus tiedonhankintaan

#### **Tiedonkäyttö**

- tiedon hyödynnettävyys
- miten tietoa jaetaan
- kenelle tietoa jaetaan
- minkälaisissa tilanteissa tietoa jaetaan
- miten tieto on käytettävissä kun sitä tarvitsee
- löytyykö tieto siinä muodossa kun sitä tarvitsee
- tiedonkäytön välineitä
- erityistilanteita / haasteita tiedonkäytössä
- millaisia muutoksia uuden tiedon käyttö tuo entisiin työskentelytapoihin
- koulutuksen, ohjauksen, neuvonnan vaikutus tiedonkäyttöön
- tietosuojan liittyvien säädösten ja ohjeiden vaikutus tiedonkäyttöön
- kehittämisideat

#### **Päätöksenteon tukijärjestelmät**

- päätöksenteon tukijärjestelmiä hyödyntäminen puhelinohjauksessa
- konkreettiset tilanteet tukijärjestelmän käyttöön (esimerkki)
- hyödyt / haasteet tukijärjestelmien käytössä
- helppokäyttöisyys koulutus, ohjaus, neuvonta tukijärjestelmien käyttöön