

KYMENLAAKSON AMMATTIKORKEAKOULU

Hoitotyön koulutusohjelma, Sairaanhoitaja

Niina Forsström

HOITAJIEN ENNAKKOKÄSITYKSIÄ TRIAGE-HOITAJUUDESTA ERÄÄN
ALUESAIRAALAN ENSIAPUPOLIKLINIKALLA

Opinnäytetyö 2010

TIIVISTELMÄ

KYMENLAAKSON AMMATTIKORKEAKOULU

Hoitotyö

FORSSTRÖM, NIINA Hoitajien ennakkokäsityksiä triage-hoitajuudesta erään aluesairaalan ensiapupoliklinikalla

Opinnäytetyö 32 sivua + 7 liitesivua

Työn ohjaaja Lehtori Kristiina Mettälä, ja THM Anja Roikonen

Toimeksiantaja Kymenlaakson sairaanhoitopiiri, Kuusankosken aluesairaalan ensiapu

Maaliskuu 2010

Avainsanat Triage, triage-hoitaja, Sairaanhoitaja, Hoidon tarpeen arviointi

Opinnäytetyö käsittelee hoitajien ennakkokäsityksiä triage-hoitajuudesta erään aluesairaalan ensiapupoliklinikalla. Triage-hoitajuus on tarkoitus ottaa käyttöön kyseisellä päivystyspoliklinikalla vuoden 2010 aikana. Työ perustui tarpeeseen kartoittaa hoitajien ennakkokäsityksiä triagesta ja triage- hoitajuudesta ja olla apuna triage-hoitajille suunnatun koulutuksen suunnittelussa.

Triage on se osa hoidon tarpeen arviota, joka tehdään potilaan päivitykseen vastaanottamisen yhteydessä. Arvion tekee terveydenhuollon laillistettu ammattihenkilö, kuten sairaanhoitaja tai ensihoitaja annetun ohjeistuksen, oman ammattitaitonsa ja kokemuksensa avulla. Triagen avulla päivystystoiminnan resurssit saadaan ohjattua oikeille potilasryhmille.

Opinnäytetyö on tehty laadullisin menetelmin. Aineisto kerättiin haastattelemalla yhdeksää päivystyspoliklinikalla työskentelevää kokenutta sairaanhoitajaa ryhmähaastatteluin kolmen hengen ryhmissä teemahaastattelumenetelmää käyttäen. Saatu aineisto analysoitiin induktiivisella sisällönanalysillä. Tulokset ryhmiteltiin tutkimusongelmien mukaan.

Tuloksista nousi sekä muutosvistarintaa triagea ja triage-hoitajuutta kohtaan, että myös myönteisiä ajatuskonaisuuksia työn kuormittavuuden vähentymisestä. Triage-hoitajalta vaadittavista ominaisuuksista tärkeimmiksi nousivat kokemus, ammattitaito ja vuorovaikutuskyvyt. Koulutuksellisia tarpeita hoitajilla oli mm. potilaan ohjaamisessa, potilaan luokittelussa sekä kirjaamistaidoissa.

Opinnäytetyötä voidaan käyttää tukena suunniteltaessa triage-hoitajille koulutusta paikallisesti sekä myös laajemmin muissa päivystyksyksiköissä. Triage-hoitajuutta ja triagea kehitettäessä hoitajien koulutus tulisi saada yhteneväiseksi ja myös kansallisella tasolla vertailukelpoiseksi. Hoitajien näkemyksiä ja kehittämisedotuksia tulisi myös ottaa huomioon suunniteltaessa uusia päivystysyksiköitä, jotta niistä saataisiin mahdollisimman toimivia niin hoitajan, potilaan kuin organisaationkin kannalta.

ABSTRACT

KYMENLAAKSON AMMATTIKORKEAKOULU

University of Applied Sciences

Health Care

FORSSTRÖM, NIINA

Nurse's Preconceptions of Triage-Nursing in the Casualty and
Emergency Department at a District Hospital

Bachelor's Thesis

334 pages + 7 pages of appendices

Supervisors

Kristiina Mettälä, Senior Lecturer and Anja Roikonen, MSc

Commissioned by

Kymenlaakso Hospital District, Kuusankoski Regional Hospital,
Emergency Department

March 2010

Keywords

triage, triage-nursing, nurse, assessing the need for
treatment

This Bachelor's thesis discusses nurses' preconceptions of triage nursing in the casualty and emergency department at a district hospital. Triage nursing will be implemented at this department during 2010. There was a need to map nurses' preconceptions about triage and triage nursing in order to assist the development of triage training for nurses.

Triage is part of assessing the need for treatment, which is done when a patient is admitted into the department. The assessment is done by an authorized health care professional such as a nurse or emergency nurse in accordance with the guidelines, their own skills and their experience. Triage assists in directing the resources of the department to the patient groups requiring them.

The data were collected by interviewing nine experienced nurses working at the emergency department. The interviews were conducted in groups of three using thematic interviews. The data collected were analyzed using inductive content analysis. The results were grouped according to the research questions.

The results included both resistance to triage and triage nursing and positive thoughts about possible lessening of pressure at work. Experience, professional skills and interpersonal skills were regarded as the most important characteristics of triage nurses. The training requirements identified included patient counseling, classification of patients and recording.

The results of the thesis can be used when designing training for triage nurses, both locally and in other emergency clinics. As triage methods and triage nursing are developed, training should be standardized and nationally comparable. Nurses' perceptions and suggestions for development should also be taken into account when designing new emergency departments so that the new clinics would become as functioning as possible for the nurses, the patients and the organization.

SISÄLLYS

TIIVISTELMÄ

ABSTRACT

1	JOHDANTO	6
2	OPINNÄYTETYÖN LÄHTÖKOHDAT	7
	2.1 Hoidon tarpeen kiireellisyyden arviointi	7
	2.2 Hoidon tarpeen arviointia ohjaava lainsäädäntö	10
	2.3 Triage- hoitajalta vaadittava koulutus ja osaamistaso	11
	2.4 Triage-hoitajan toimenkuva ja vaadittavat ominaisuudet.	14
3	OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS JA TUTKIMUSONGELMAT	16
4	OPINNÄYTETYÖN TOTEUTTAMINEN	16
	4.1 Tutkimusmenetelmä	16
	4.2 Aineistonkeruumenetelmä ja kohderyhmän valinta	17
	4.3 Aineiston analysointi	18
	4.4 Opinnäytetyön eettiset näkökulmat	19
5	TULOKSET	20
	5.1 Hoitajien ajatuksia triage- hoitajilta vaadittavista ominaisuuksista	20
	5.2 Hoitajien kokema koulutuksen tarve	21
	5.3 Päivystyspoliklinikan hoitajien ennakkokäsityksiä triage-hoitajuudesta	24
6	OPINNÄYTETYÖN LUOTETTAVUUS	27
7	POHDINTA	28
	LÄHTEET	31
	LIITTEET	

Liite 1. Tutkimuslupa

Liite 2. Teemahaastattelurunko

Liite 3. Näyte sisällönanalyysistä

Liite 4. Käsitekartta: Hoitajien ajatuksia triage-hoitajilta vaadittavista ominaisuuksista

Liite 5. Käsitekartta: Hoitajien kokema koulutuksen tarve

Liite 6. Käsitekartta: Päivystyspoliikkahoitajien ennakkokäsityksiä triagehoitajuudesta

Liite 7. Luentorunko: Päivystystoiminta muutoksessa - hyvät käytännöt yhteispäivystyksessä.

1 JOHDANTO

Idea opinnäytetyöhön tuli erään aluesairaalan ensiapupoliklinikan osastonhoitajalta. Aihe kiinnosti ajankohtaisuutensa vuoksi, sillä triage-hoitajuus on tarkoitus ottaa käyttöön tämän kyseisen sairaalan ensiapupoliklinikalla vuoden 2010 aikana. Kyseisellä päivystyspoliklinikalla on toiminut jonkin aikaa vastuuhoitaja-malli, jossa kokenein hoitaja vuorossaan tekee ilman lähetettä saapuneista potilaista hoidon tarpeen arvion. Tätä toimintaa ja ohjeistusta on tarkoitus kehittää triage-hoitajuudeksi. Triage oli jo käytössä kyseisen sairaalan yhteydessä olevassa yhteispäivystyksessä. Tämän palvelun kaupunki on hankkinut ostopalveluna yksityiseltä yritykseltä

Tässä opinnäytetyössä ensiapupoliklinikalla tarkoitetaan erikoissairaanhoidon päivystystoimintaa, joka toimii ympäri vuorokautisesti. Yhteispäivystyksellä tarkoitetaan samassa rakennuksessa ilta kymmeneen auki olevaa terveystieteiden päivystystä.

Triage tarkoittaa lyhyesti hoidon tarpeen kiireellisyyden arviointia, jonka vastaanottava hoitaja toteuttaa ammattitaidon, ohjeistuksen ja oman kokemuksensa avulla (Kiuru 2008). Triage on ollut jo pitkään käytössä mm. Englannissa, Kanadassa ja Australiassa. Ruotsiin triage on ehtinyt vuosia ennen kuin se on otettu Suomessa käyttöön. Tällä hetkellä triage toimii Suomessa muun muassa Vantaan Peijaksen sairaalassa sekä useissa pääkaupunkiseudun päivystysyksiköissä, Kuopiossa ja Jyväskylässä.

Tämän opinnäytetyön tarkoitus on saada tietoa siitä, millaisia ennakkokäsityksiä, tunteita ja ajatuksia, ideoita ja kehittämistarpeita tulevan triage-hoitajuuden myötä ensiapupoliklinikan henkilökunnassa on herännyt. Vastaavasta aiheesta, hoitajien ennakkokäsityksiä tutkien, ei opinnäytetyötä Suomessa tietävästi ole julkaistu. Aiheesta on tehty hoitajien kokemuksia tutkiva opinnäytetyö: Triage hoitajien kokemana yhteispäivystyksessä. (Aalto ym. 2008). Kansainvälisesti triage-hoitajuutta on tutkittu varsin laajasti: mm. Göransson (2005), McBrien (2008), Olofsson (2008), Sulfaro (2009) ovat tutkineet aihetta eri näkökulmista.

Opinnäytetyö on apuna koulutuksen suunnittelussa, sekä triage-hoitajuuden käyttöönoton valmistelussa. Tarkoituksena on ollut tuottaa tietoa mitä hoitajat todella ajattelevat, millaisia ennakkokäsityksiä heillä on, sekä heidän valmiuksistaan toimia triage-hoitajina.

2 OPINNÄYTETYÖN LÄHTÖKOHDAT

2.1 Hoidon tarpeen kiireellisyyden arviointi

Triage pohjautuu ranskan kielen sanaan ”trier” valita, luokittaa (Lääketieteen termit 2009). Suomessa puhutaan triagesta, hoidon tarpeen kiireellisyyden määrittelystä, kiireellisyysarviointista, sekä potilaiden luokittelusta. (Kansainvälinen MesH-sanasto 2009).

Ensimmäiset luokittelut teki Jean Larrey, Napoleonin kirurgi 1700 - 1800-lukujen vaihteessa. Hän luokitteli sodissa loukkaantuneita joukkoja kolmeen osaan: niihin, jotka elävät hoidosta riippumatta; niihin, jotka kuolevat hoidosta riippumatta sekä niihin, jotka voitaisiin hoitaa tuonnempana. (Krey 2009.)

Triagea käytettiin vastaavanlaisesti myös 1950-luvulla niukkojen resurssien myötä. 1960-luvulla lähinnä Yhdysvalloissa sairaanhoito ei ollut varautunut hoitamaan valtavia määriä ihmisiä ja odotusajat olivat useita tunteja. Kaikki tämä antoi tutkijoille ja hoitotyön kehittäjille aihetta alkaa miettiä erilaisia luokittelujärjestelmiä, jolla ruuhkia voitaisiin purkaa ja saada kiireellistä hoitoa tarvitsevat ensimmäisenä hoitoon. (Krey 2009.)

Eniten triagea on käytetty suuronnettomuustilanteissa, sodissa sekä nykyisin sitä käytetään purkamaan potilasruuhkaa päivystyksissä. Suuronnettomuustilanteissa triagen tarkoituksena on tuottaa mahdollisimman paljon hyvää mahdollisimman monelle onnettomuuden uhrille. (Castren 2006). Triagen avulla saadaan aikaan välitön tilanteen halluunotto, joka on tärkeää varsinkin hätätilapotilaiden kohdalla (Solonen 30.10.2008). Triagen käyttöönotto on Suomessa vaikuttanut merkittävästi potilaiden hoitoon pääsyyn ja selviytymiseen. Se on auttanut potilasvolyymin hallinnassa ja resurssien tarkoituksenmukaisessa ja tehokkaassa käytössä. (Kuisma, Holmström & Porthan 2008, 42.)

Tapoja toteuttaa triagea on useita. Alunperin käytössä oli yksinkertaisesti kiireellinen potilas ja ei-kiireellinen potilas. Nykyisin malleja on kolmesta viiteen ja varsinkin viisivaiheinen malli on koettu hyväksi useissa maissa, myös Suomessa. (Kiuru 2008, 22.) Taulukkoon 1 on kerätty muutamien maiden triage-luokituksia vertailun vuoksi.

Taulukko 1. Eri maissa käytössä olevia triage-luokituksia (Bengt 2008; Olofsson 2008; Kantonen 2005; Kiuru 2008; Krey 2009)

Maa	Potilasluokka	Hoidon aloittamisen minimaiaika
Australia ja Uusi-Seelanti ATS Eli Acute Triage Scale	1-Resuskitaatio 2-Kriittinen 3-Kiireellinen 4-Puolikiireellinen 5-Ei-kiireellinen	0–1min. ts. heti 2–10 min. 10–30 min. 40–60min. 60–120min.
Englanti MTS Eli Manchester Triage Scale	1-Välitön (punainen) 2-Kriittinen (oranssi) 3-Kiireellinen (keltainen) 4-Tavallinen (vihreä) 5-Ei-kiireellinen (sini)	0–1 min. ts. heti 2–10 min. 10–60 min. 60–120 min. 120–240 min.
Kanada CTAS Eli Canadian Triage and Acuity Scale	1-Resuskitaatio 2-Kriittinen 3-Kiireellinen 4-Vähän kiireellinen 5-Ei-kiireellinen	0–1 min. ts. heti 2–15min. 15–30 min. 30–60 min. 60–120 min.
Ruotsi METTS (Medical Emergency Triage and Treatment System) 2- vaiheinen 1. A = Hengitystiet 2. B = Hengitystajuuus 3. C = Verenkierto 4. D = Tajunnantaso 5. E = Lämpötila	ABCDE- vitaalitoimintojen jälkeen: Punainen= Henkeä uhkaava Oranssi= Mahdollisesti henkeä uhkaava Keltainen= Ei henkeä uhkaava, mutta hoidon tarpeessa Vihreä= Ei päivystyshoidon tarvetta	0-1 min. ts. heti >20min >120min Hoitoonohjaus
Peijaksen sairaala	A- Välittömästi hoitoon B- Konsultaation perusteella erikoissairaanhoidon C- Voi odottaa hetken D- Voi odottaa kauemmin E- Ei- päivystyshoidon tarvetta	0-1 min. ts. heti 2-10 min. 15-60 min. 60-120 min. 120-240 min.
Jyväskylä	A Hoito aloitettava välittömästi B Hoito aloitettava kiireellisesti C Hoito aloitettava kiireellisesti D Hoito aloitettava saapumisesta E Hoitoon ohjaus	0-1 min. ts. heti < 10 min < 1 tunti < 2 tuntia Hoitoon ohjaus

Luokitella voidaan numeroin yhdestä viiteen. Voidaan myös käyttää värejä tai kirjaimia luokittelun apuna. Kansainvälistä yhteneväistä triage- luokitusta ei ole olemassa. Australiassa ja Uudessa-Seelannissa on käytössä ATS, Englannissa ja Scotlannissa

MTS, Kanadassa CTAS. (Olofsson 2008.) Ruotsissa luokituksia on käytössä mm. ADAPT, METTS ja MTS. Ruotsin kohdalta taulukossa on esitelty METTS-mallia.

Väri, numero tai kirjainmenetelmässä on kaikissa yhteneväistä se, että ensimmäisen luokan potilas yksi, A tai punainen on kiireellistä hoitoa tarvitseva potilas, jonka täytyy saapumishetkestä lukien saada hoitoa välittömästi 0-1 minuuttia eli toisin sanoen heti. (Kiuru 2008, 22.)

Seuraavat potilaat kaksi, B tai oranssi voivat luokitusten mukaan odottaa 2 – 15 min luokittelutavasta riippuen. Suomessa esimerkiksi Peijaksen sairaalassa nämä kaksi ensimmäistä luokkaa kuuluvat suoraan erikoissairaanhoidon. Seuraavat luokat (C, D, 3,4 sekä keltainen ja vihreä) on luokiteltu niin, että heidän hoitonsa aloitetaan 30 – 60 minuutin- kuluttua päivystykseen saapumisesta (Kiuru 2008, 22.) Peijaksen sairaalassa kyseiset ryhmät hoidetaan terveystieteiden päivystyksessä (Kanttonen, 2005).

Viimeinen ryhmä E, viisi, tai sininen lasketaan kaikissa luokituksissa olevan ei-kiireellistä hoitoa tarvitseva ryhmä, se siis kuuluu päivystyksen ulkopuolelle. Tämä ei kuitenkaan tarkoita sitä, ettei tämä potilasryhmä tarvitsisi hoitoa ollenkaan, vaan esim. potilaat ohjataan hoitamaan asiat päiväsaikaan ajanvarauksella. (Kiuru 2008, 23; Krey 2009; Olofsson 2008).

Suomessa pääkaupunkiseudun päivystyshankkeen, Jyväskylän nopean vasteen eli NOVA-hankkeen, ja sosiaali- ja terveysministeriön tehtävänä sekä päämääränä on yhtenäistää luokituksia käsittämään ainakin Suomen osalta yhteneväisen Triage- luokittelun. (Yhtenäiset päivystyshoidon perusteet 2009, 5.) Triage on se osa hoidon tarpeen arviota, joka tehdään potilaan päivystykseen vastaanottamisen yhteydessä. Hoidon tarpeen arviointi sisältää käsitteenä arvion koko potilaan hoitoketjun osalta, mukaan lukien potilaan, hätäkeskuksen, ensihoitopalvelun ja päivystyksen tekemää arviota.

Päivystyksessä puhutaan triagesta, sillä hoidon tarpeen arvio on ensiarvio, potilaan saapuessa. (Yhtenäiset päivystyshoidon perusteet 2009, 8). Päivystyksestä puhutaan yleisnimityksenä, tarkoitettaessa palvelun ajankohtaa tai päivystyspalvelua tuottavaa paikkaa. Päivystyspiste, päivystysyksikkö tai päivystyspoliklinikka viittaavat päivystyspalvelua tuottavaan paikkaan. (Yhtenäiset päivystyshoidon perusteet 2009,8.)

Tässä opinnäytetyössä käytetään ensiapupoliklinikan sijaan termiä *päivystyspoliklinikka*. Päivystyshoidoksi voidaan määritellä äkillisen sairauden tai vamman tai kroonisen sairauden äkillisen vaikeutumisen edellyttämää välitöntä arviointia ja hoitoa.

Päivystyshoidon määritelmä kattaa lääketieteelliset päivystyshoidon perusteet ja sisältää vaateen järjestää palveluiden saatavuus ympäri vuorokauden. Päivystyshoito ei sisällä terveystarkastusten ja sairaaloiden ulkopuolella annettavaa hoitoa, josta vastaa ensihoitopalvelu. Yhteispäivystyksestä voidaan puhua, kun saman katon alta on saatavissa sekä perusterveydenhuollon että erikoissairaanhoidon päivystyspalvelut (Yhtenäiset päivystyshoidon perusteet 2009, 9.) Päivystysalue tuottaa edellä mainittuja palveluita mahdollistaen potilaiden seurannan erillisissä, niihin varatuissa tiloissa esimerkiksi päivystysosastolla tai tarkkailuosastolla. (Kansallisen sähköisen potilaskertomuksen vakioidut tietosisällöt 2009, 67.)

2.2 Hoidon tarpeen arviointia ohjaava lainsäädäntö

Hoidon tarpeen arviointia koskevia lakeja ovat perustuslaki, kansanterveyslaki, erikoissairaanhoitolaki, mielenterveyslaki, laki potilaan asemasta ja oikeuksista, uusi terveydenhuoltolaki sekä laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä. Lisäksi useat asetukset tarkentavat lakeja, kuten mm. asetus potilasasiakirjojen laatimisesta ja säilyttämisestä.

Perustuslain mukaan jokaisella on oikeus välttämättömään huolenpitoon (Suomen perustuslaki, 19 §). Kansanterveyslaki määrää kiireelliseen hoitoon ja hoidon arvioon pääsyn tapahtuvan välittömästi. Kiireettömän hoidon kriteereistä tärkein on yhteys terveyspalveluja antavaan yksikköön, jonne lain mukaan on saatava välitön yhteys. Kansanterveyslaki määrittää (66/1972, 2 §), että hoidon tarpeen arvioinnissa selvitetään yhteydenoton syy, sairauden oireet, niiden vaikeusaste sekä kiireellisyys yhteydenottajan kertomien esitietojen tai lähetteen perusteella.

Kiireettömässä hoidossa hoidon tarpeen arviointi tulee tapahtua viimeistään kolmen arkipäivän kuluttua yhteydenotosta ja hoito viimeistään kolmen kuukauden kuluttua hoidon tarpeen arvioinnista (Syväoja & Äijälä 2009,16). Kuten kansanterveyslaissa, myös erikoissairaanhoitoa koskevassa laissa välitön, kiireellinen hoito tulee antaa heti, muutoin sairaalaan hoitoon ottaminen edellyttää lääkärin kirjoittamaa lähetettä (ESH 1062/1989,31 §).

Potilaan oikeuksien toteutumisesta tulee olla terveyden huollon ammattihenkilön huolehtia erityisesti silloin, kun arvioidaan potilaan hoitoon pääsyä (Syväoja & Äijälä 2009, 38). Potilaalle on kuitenkin annettava hänen henkeään tai terveyttään uhkaavan vaaran torjumiseksi tarpeellinen hoito, vaikka potilaan tahdosta ei tajuttomuuden tms. syyn vuoksi voi saada selvitystä. Jos potilas on aikaisemmin vakaasti ilmaissut hoitoa koskevan tahtonsa, hänelle ei kuitenkaan saa antaa sellaista hoitoa, joka on vastoin hänen tahtoaan (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 785/1992, 8§.)

Hoitotakuussa hoidon tarpeen arviointi on ensimmäinen vaihe potilaan hoitoprosessissa. Lain mukaan potilaalla ei ole oikeutta saada hoitoa, milloin tahansa, mutta hänellä on oikeus hoidon tarpeen arviointiin. Kiireellisen hoidon osalta tämä tarkoittaa sitä, että kuntalaisille on järjestetty ympärivuorokautinen päivystys, sillä kiireelliseen hoitoon tulee päästä välittömästi. Hoidon tarpeen arvioinnin tulee olla terveydenhuollon ammattihenkilön tekemä ja edellyttää, että kyseisellä henkilöllä on asianmukainen koulutus, työkokemus, yhteys hoitoa antavaan yksikköön sekä käytettävissään potilasasiakirjat (Syväoja & Äijälä 2009, 16.)

2.3 Triage- hoitajalta vaadittava koulutus ja osaamistaso

Hoidon tarpeen arviointia, eli triagea saa tehdä vain terveydenhuollon laillistettu ammattihenkilö, kuten sairaanhoitaja tai ensihoitaja. Terveydenhuollon ammatinharjoittaminen perustuu terveydenhuollon ammattihenkilöistä annettuun lakiin, jonka mukaan terveydenhuollon ammatinharjoittajilla tulee olla ammattitoiminnan edellyttämä koulutus. Tarkoituksena on taata potilasturvallisuus ja laadukkaat terveydenhuoltopalvelut. (Ammattikorkeakoulusta terveydenhuoltoon 2006,8.) Terveysalan ammattikorkeakoulututkinnon suorittaneita laillistettuja ammattihenkilöitä on yhteensä 17 (Valvira 2009). Tässä opinnäytetyössä perehdytään tarkemmin ainoastaan sairaanhoitajan sekä päivystyspoliklinikalla työskentelevän sairaanhoitajan koulutukseen ja osaamistasoon.

Opetusministeriö on määrittänyt yhtenäiset osaamisvaatimukset koskien ammattikorkeakoulututkintoa. Näihin kuuluvat ammattikorkeakoulutuksen yhteinen osaaminen, terveysalan yhteinen osaaminen ja tutkintokohtainen osaaminen. (Ammattikorkeakoulusta terveydenhuoltoon 2006, 13 – 16.)

Ammattikorkeakoulutuksen yhteinen osaaminen ja terveystieteen yhteinen osaaminen pitävät sisällään mm. johtamis- ja kehittämistaitoja, yhteistyötaitoja, uuden teknologian käyttötaitoja, kansainvälisiä taitoja sekä laadunhallintaan, arvoihin ja etiikkaan pohjautuvia taitoja.

Sairaanhoitajan ammatillinen osaamisperusta pohjautuu Suomen terveystieteisiin linjauksiin, ihmisoikeuksiin, hoitotyön eettisiin ohjeisiin ja lainsäädäntöön. Sairaanhoitajan tulee edistää ja ylläpitää terveyttä ja hyvinvointia. Hoitotyön osaaminen edellyttää sairaanhoitajalta ajantasaista hoito- ja muiden tieteenalojen tuottamaa tutkimustietoon perehtymistä ja teoreettista osaamista (Ammattikorkeakoulusta terveydenhuoltoon 2006, 63 – 64.)

Sairaanhoitajan kliininen osaaminen perustuu vahvaan teoreettiseen osaamiseen sekä edellyttää ongelmanratkaisu- ja päätöksentekotaitoja, potilaan kokonaishoidon ja auttamismenetelmien hallintaa. Sairaanhoitajan tulee osata opetus- ja ohjausosaamista, yhteistyöosaamista eri tahojen kanssa sekä hoitotyön tutkimus- ja kehittämisosaamista. Koulutukseen sisältyy myös johtamisosaamista, yhteiskunnallista osaamista sekä monikulttuurisen hoitotyön hallintaa. Tärkeä osa koulutusta on myös riittävä määrä käytännön harjoittelujaksoja (Ammattikorkeakoulusta terveydenhuoltoon 2006, 69 – 70.)

Ammattiinsa valmistuneen, töissä olevan sairaanhoitajan osaamistasoa voidaan kuvata Bennerin mallilla (Benner 1989, 28), jonka hän on soveltanut Dreyfysin mallista hoitotyöhön. Benner kuvaa ammatillisen kasvun vaiheet viidellä tasolla: noviisi, edistynyt aloittelija, pätevä, taitava ja asiantuntija.

Suomalaisessa väitöksessä erityisesti päivystyspoliklinikan sairaanhoitajan kliinisen taidon vaatimuksia kuvataan kaavalla ”Taidot hallita riskejä viisaasti”. Kaava rakentuu sairaanhoitajan perustaidoista, päivystyspoliklinikkasairaanhoitajan perustaidoista ja päivystyspoliklinikkasairaanhoitajan pidemmälle kehittyneistä taidoista. (Paakkonen 2008).

Noviisit pystyvät työskentelemään annettujen sääntöjen puitteissa, eikä heillä ole kokemusta tilanteista, joissa heidän oletetaan toimivan. Noviisi voi olla sairaanhoitaja-opiskelija tai vastavalmistunut sairaanhoitaja. (Benner 1989, 33.)

Edistynyt aloittelija kykenee jo vähimmäisvaatimukset täyttäviin suorituksiin ja on nähnyt riittävästi tilanteita pystyäkseen niistä suoriutumaan (Benner 1989, 34). Paakkosen (2008, 91) mukaan sairaanhoitajan perustason osaamiseen tulisi kuulua käden-taidot, kuten laitteiden hallinta, perushoito, ja lääkärin avustaminen hoitotoimenpiteis-sä. Sairanhoitajan tulisi pystyä toteuttamaan käytännössä eettisiä säännöksiä ja toimia niiden mukaan, hänellä tulisi olla ihmissuhdetaitoja ja kykyä tilannekohtaiseen hoi-toon. Sairanhoitajalla tulisi myös olla kyky sietää ja hallita muutoksia. (Paakkonen 2008, 91).

Pätevä hoitaja tuntee hallitsevansa asiat ja selviytyy monista kliiniseen hoitotyöhön liittyvistä arvaamattomistakin tilanteista. Hoitaja alkaa nähdä tässä vaiheessa oman toimintansa tietoisten pitkäaikaisten tavoitteiden tai suunnitelmien valossa. (Benner 1989, 37 – 38). Päivystyspoliklinikkasairanhoitajan tulisi perustasolla hallita päivys-tyksessä tarvittavia kykyjä, kuten hätätilapotilaan hoitoa, ajanhallintaa ja potilasturval-lisuuteen liittyviä sekä ohjaukseen liittyviä taitoja. (Paakkonen 2008, 95).

Taitava hoitaja näkee jo tilanteet kokonaisuutena ja käyttää havaintokykyään sekä pys-tyy asettamaan tilanteisiin liittyvät asiat tärkeysjärjestykseen. Taitaviin suorituksiin kykenevät yleensä hoitajat, jotka ovat työskennelleet samanlaisen potilasaineiston pa-rissa kolmesta viiteen vuotta. (Benner 1989, 39 – 40). Edistyneen, eli pidemmälle tai-tonsa kehittäneen päivystyspoliklinikkasairanhoitajan osaamisesta kertoo hänen ky-kynsä erotella hoitoa vaativa potilasryhmä, kyky arvioida riskit, kyky itsenäiseen pää-töksentekoon sekä kyky tutkia, kehittää ja vastata hoidon tarpeisiin (Paakkonen 2008, 98).

Asiantuntija pystyy keskittymään täsmällisiin ongelma-alueisiin, ja on hankkinut val-tavan määrän kokemuksia. Asiantuntija omaa intuitiivisen otteen, eikä hänen taitojaan voida kaikilta osin sanallisesti edes kuvailla. (Benner 1989, 41, 45.)

Sairanhoitajan laajennettu tehtävänkova edellyttää koulutuksen kehittämistä perustut-kinnon, erikoistumisopinnojen, täydennyskoulutuksen ja ylemmän ammattikorkeakou-lututkinnon osalta. International Council of Nurses, eli kansainvälinen hoitajaliitto suosittelee, että sairaanhoitajan laajennettuihin tehtäväkuviin liittyvä koulutus olisi maisteritasoista (Hopia, Raappana, Perttunen, Tiikkainen & Liimatainen 2006, 16).

Suomessa laajennettuihin tehtäväkuviin liittyvää koulutusta on mahdollista suorittaa ylempinä korkeakoulututkintoina yliopistoissa ja ammattikorkeakouluissa. Koulutusta on tarjolla sekä ammatillisina erikoistumisopintoina että täydennyskoulutuksena. Muun muassa Jyväskylässä on laajavastuisen-hoitotyön asiantuntijakoulutusopintojaksot 30 opintopisteen mittaisena täydennyskoulutuksena. Samassa oppilaitoksessa järjestetään myös Master-tason 90 opintopisteen korkeakoulututkintoja, jotka on tarkoitettu pidempään hoitotyössä työskennelleille. (Hopia ym. 2006, 15). Helsingissä asiantuntijuutta voi vahvistaa Kliinisen asiantuntijan ylempänä ammattikorkeakoulututkintona 90- opintopisteen mittaisena tutkintona. (Kliinisen koulutuksen osaamisohjelma 2010).

Koulutuksen, ja nimenomaan päivystyspoliklinikkasairaanhoidajan koulutuksen kehittäminen ja kliinisen osaamisen vahvistaminen olisi viisasta riskien hallintaa sekä tukisi triage-hoitajien osaamista. (Paakkonen 2008, 158). Kliinisen osaamistason lisäksi esimerkiksi Irlannissa on tutkittu ihmiskeskeisen triage-koulutuksen suunnittelua, joka tukisi myös muutoksen toteuttamista hoitotyössä ja työyhteisössä tukien koulutusta. Koulutus suuntaisi enemmän kokonaisvaltaisempaan hoitotyöhön, sairauskeskeisen hoitamisen sijaan. (McBrien 2008.)

Tärkeää olisi koulutuksesta hankitun osaamisen varmistaminen ja rekisteröinti valtakunnallisesti. Edellytys osaamisen arvioinnille on sen vertaaminen kansallisella ja kansainvälisellä tasolla (Hopia ym. 2006, 16.)

2.4 Triage-hoitajan toimenkuva ja vaadittavat ominaisuudet.

Laki sanoo, että terveydenhuollon ammattihenkilöt voivat toimia toistensa tehtävissä koulutuksensa, kokemuksensa ja ammattitaitonsa mukaisesti silloin kun se on perusteltua työjärjestyksen ja terveystalouden tuottamisen kannalta. Tehtävien siirto toiselta ammattiryhmältä toiselle esim. lääkäreiltä hoitajille, edellyttää koulutusta, riittävää työkokemusta, sekä kirjallista vastuiden määrittelyä. Hoidon tarpeen arvio on eräs lääkäreiltä hoitajille tehtävänsiirron kautta tullut toimenkuva. (Syväoja & Äijälä 2009, 46.)

Triage-hoitaja tekee terveydenhuollon ammattihenkilönä hoidon tarpeen ja kiireellisyysarviointia. Hoitaja tekee arvioinnin oman kokemuksensa ja annetun ohjeistuksen, kuten Triage-ohjeistuksen, Käypä hoito -suosituksen ym. avulla. Laissa ei tark-

kaan määritellä, kuinka pitkä kokemus hoidon tarpeen arvioitsijalla tulee olla, asetuksessa todetaan, että sen tulee olla riittävä. (Syväoja & Äijälä 2009, 30.)

Triage-hoitaja ohjaa asiakkaan oikealle hoitoportaalille. Tämä voi tarkoittaa myös potilaan ohjaamista kotihoitoon. (Syväoja & Äijälä 2009, 25.) Triage-hoitaja toimii eräänlaisena portinvartijana, sillä hyvin tehdyn triagen avulla voidaan ehkäistä turhat käynnit päivystyksessä, kun hoito saadaan ohjattua sitä todellisesti tarvitseville (Syväoja & Äijälä 2009, 26).

Triage-hoitajan tehtävä ei ole määrittää diagnoosia potilaasta, vaan tehdä hoitoon pääsyn kiireellisyyden arviointi. Luokituksen tekoon hoitaja käyttää aikaa 2 – 5 minuuttia keräten samalla potilastietoja. (Kiuru 2008, 22) Potilastietojen keruuseen voidaan käyttää erilaisia triage- kaavakkeita tai tietokoneavusteisia ohjelmia (Sulfaro 2007).

Triage-hoitajat toimivat päivystyksen etulinjassa ja heidän päätöksensä vaikuttavat koko hoitoketjun toimintaan ja potilaan hoitoprosessiin. Vastuullisuus kuuluu työhön, kuten muutenkin sairaanhoitajan työhön. Pääperiaate on, että kukin on vastuussa siitä, mitä tekee tai jättää tekemättä. (Syväoja & Äijälä 2009, 34 – 35).

Koska triage-hoitaja on vastaanottavassa asemassa, asiakaspalvelu ja ihmisen kohtaamisen taito korostuvat. Hoitajan oma toiminta, käyttäytyminen ja suhtautuminen antavat kuvan siitä, millaiseen sairaalaan potilas on hakeutunut tai joutunut. (Kuisma ym. 2008, 40.) Varsinaisilla persoonallisilla luonteenpiirteillä ei ole kuitenkaan todettu olevan vaikutusta triage- hoitajan päätöksentekokykyyn (Göransson ym. 2005).

Hoitajalla tulee olla intuitiotaitoja, hänen täytyy kuunnella ja havainnoida potilasta. Samalla hänellä tulee olla kyky tehdä päätöksiä priorisoidessaan potilaiden hoidon tarvetta. Hoitajalla tulee myös olla valmiuksia ennakoida tilanteen mahdollista etenemistä. (Kuisma ym. 2008, 41.) Olofsson ym. (2008) ovat tutkimuksissaan Ruotsissa todenneet hoitajien osaavan lajitella potilaat kahteen ensimmäiseen kiireellisyysluokkaan yli yhdeksänkymmentäprosenttisesti oikein, mutta tätä seuraaviin ryhmiin tapahtui joko yli- tai aliluokittelua.

Hoitajalta vaaditaan laaja- alaista tietoperustaa sekä pitkää kokemusta päivystystyökentelystä. Hänen tulee tuntea laajasti alueen terveydenhuoltopalvelut ja kyetä yhteistyöhön sisäisten ja ulkoisten organisaatioiden välillä. (Kuisma ym. 2008, 42.)

Hoitajalla tulee olla taitoa ja rohkeutta ottaa vastaan potilaiden ja omaisten ahdistusta ja tunteita sekä työskennellä paineen alaisena. Oman persoonan peliin laittaminen niin potilaan, omaisen kuin työtoverinkin puolesta vaatii hoitajalta paljon. (Kuisma ym. 2008, 42.)

3 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS JA TUTKIMUSONGELMAT

Opinnäytetyön tarkoitus on tuottaa tietoa siitä, mitä hoitajat ajattelevat triage-hoitajuudesta: mitä ennakkokäsityksiä heillä on, millaisia valmiuksia he kokevat, että heillä itsellään on toimia triage- hoitajina ja millaista koulutusta he kokevat tarvitse-
vansa?

Tutkimusongelmat:

1. Millaisia ominaisuuksia triage-hoitajalla tulee olla?
2. Millainen koulutus tukee triage-hoitajuutta?
3. Minkälaisia käsityksiä triage-hoitajuuden toimivuudesta päivystyspoliklinikan hoitajilla on?

4 OPINNÄYTETYÖN TOTEUTTAMINEN

4.1 Tutkimusmenetelmä

Laadullinen eli kvalitatiivinen tutkimus pyrkii tutkimaan ilmiöitä mahdollisimman kokonaisvaltaisesti. Tutkimuksen tarkoituksena on löytää tai paljastaa tosiasioita, ennemmin kuin todentaa tai mitata jo olemassa olevia. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2007, 157.)

Laadulliselle tutkimukselle tyypillisiä piirteitä on ihmisten käyttö tiedon keruun välineinä. Tutkija luottaa omiin havaintoihinsa ja usein tutkimusmenetelmät päästävät myös tutkittavien näkökulmat esille. Kohdejoukko valitaan laadulliseen tutkimukseen useimmin tarkoituksenmukaisesti. Aineistoa analysoidaan induktiivisesti, eli tutkijan pyrkimyksenä on tarkastella ja tulkita aineistoa sekä paljastaa aineistosta odottamattomia asioita. (Hirsjärvi ym. 2007, 160.)

4.2 Aineistonkeruumenetelmä ja kohderyhmän valinta

Haastattelu on systemaattinen tiedonkeruumuoto, jossa tutkittavilta pyritään tavoitteellisesti saamaan mahdollisimman luotettavaa tietoa (Hirsjärvi ym. 2007, 202). Haastatteluja voidaan toteuttaa moninaisin eri keinoin. Haastattelutyypit voivat vaihdella lomakehaastattelusta avoimeen haastatteluun, teemahaastattelua pidetään näiden kahden välimuotona. (Hirsjärvi ym. 2007, 203). Tässä opinnäytetyössä aineisto kerättiin ryhmähaastattelulla, käyttäen teemahaastattelumenetelmää.

Teemahaastattelu on puolistrukturoitu haastattelumenetelmä, jossa asioita käydään läpi teemoittain ja kysymysten muotoilu ja järjestys voivat vaihdella. (Ruusu vuori & Tiittula 2005, 12). Hirsjärven ja Hurmeen mukaan (2000, 66) tällaisessa haastattelussa on viisainta laatia teema-alueuuttelo, jossa on pelkistettyjä, iskusanamaisia luetteiloita pohjautuen tutkimusongelmiin. Teemahaastattelu-runko on haastattelun tukena, ja sitä voidaan tarvittaessa täydentää haastattelun kulun mukaan kysymyksillä. (Hirsjärvi ym. 2000, 66.)

Ryhmähaastattelu on keskustelua teema-alueiden ympärillä. Haastateltavat voivat kommentoida asioita, tehdä huomioita ja tuottaa monipuolisesti tietoa tutkittavasta asiasta. Ryhmähaastattelulla on erityinen merkitys silloin, kun halutaan selvittää, miten henkilöt muodostavat yhteisen kannan johonkin ajankohtaiseen asiaan (Hirsjärvi ym. 2000, 61).

Tässä opinnäytetyössä haastattelut tehtiin kolmen hengen ryhmille käyttäen apuna teemahaastattelurunkoa (liite 2). Haastateltavat valittiin päivystyspoliklinikan sairaanhoitajista, edellytyksenä oli, että haastateltavilla oli sairaanhoitajan tutkinto sekä useiden vuosien kokemus päivystyspoliklinikalla työskentelemisestä. Edellä mainitut ominaisuudet olivat valintakriteereinä, koska useissa tutkimuksissa ja kirjallisuudessa näitä ominaisuuksia edellytetään triage-hoitajalta. (mm. Kiuru 2008, 24; Kuisma ym. 2008, 42; Syväoja ym. 2009, 25.)

Ensiapupoliklinikalla, josta haastateltavat valitsin, työskenteli haastattelujen aloitusvaiheessa 20 sairaanhoitajaa. Haastatteluihin valitsin 9. Naisia heistä oli seitsemän ja miehiä kaksi. Haastattelut toteutin vuoden 2009 alkukeväästä. Haastattelut taltioin sekä videokameralla että nauhurilla. Haastattelut tehtiin hoitajien työvuoron aikana. Yksi ryhmähaastatteluista tehtiin ammattikorkeakoululla, kaksi tehtiin kyseisen ensiapupoliklinikan apulaisosastonhoitajan huoneessa.

4.3 Aineiston analysointi

Laadullisen, aineistolähtöisen hoitotieteellisen tutkimuksen perusmenetelmänä voidaan pitää sisällönanalyysiä (Janhonen & Nikkonen 2003, 21). Sisällönanalyysi on menettelytapa, jolla voidaan analysoida aineistoa systemaattisesti. Se on tapa järjestää ja kuvailla tutkittavaa ilmiötä. Sisällönanalyysin avulla pyritään rakentamaan sellaisia malleja, jotka esittävät tutkittavaa aineistoa tiivistetyssä muodossa ja joiden avulla tutkittava ilmiö voidaan käsitteellistää. Analyysin lopputuloksena tuotetaan tutkittavaa ilmiötä kuvaavia kategorioita, kuten käsitteitä tai käsitejärjestelmiä (Kyngäs & Vanhanen 1999, 4.)

Analyysi voidaan tehdä induktiivisesti, eli aineistosta käsin, tai deduktiivisesti eli teorialähtöisesti. Aineistolähtöinen sisällönanalyysi lähtee tutkijan päätöksestä määrittää analyysiyksikkö, joka voi olla sana, lausuma tai ajatuskokonaisuus. Tähän päätökseen tutkijaa ohjaa tutkimuksen tarkoitus ja tutkimuskysymykset (Kyngäs & Vanhanen 1999, 3.)

Analyysiyksiköt, eli aineiston alkuperäiset ilmaisut pelkistetään mahdollisimman tarkasti. Tämän jälkeen pelkistetyt ilmaisut ryhmitellään. (Kyngäs & Vanhanen 1999, 6). Olennaista on, että ryhmittelyssä aineistosta erotellaan samanlaisuudet ja erilaisuudet. (Hirsjärvi ym. 2000, 143). Alkuperäisestä aineistosta muodostetaan alaluokkia ja alaluokat kootaan yhdistävän teeman alle (Janhonen ym. 2003, 35). Toisin sanoen muodostetaan yläluokkia, jotka nimetään alaluokkia kuvaavasti (Kyngäs & Vanhanen 1999, 7).

Tässä opinnäytetyössä käytettiin induktiivista sisällönanalyysiä. Haastattelut litteroitiin, eli kirjoitettiin siinä muodossa kuin haastateltavat olivat asiat sanoneet. Tämän jälkeen aineistoa luettiin moneen kertaan läpi. Tässä vaiheessa aineisto taulukoitiin niin, että alkuperäiset ilmaukset olivat taulukon vasemmassa reunassa, jokainen ajatuskokonaisuus oli omassa ruudukossaan. Jos aiheesta oli noussut keskustelua, oli keskustelu kokonaisuudessaan samassa ruudussa.

Kun kaikki alkuperäiset ilmaisut oli taulukoitu, pelkistettiin seuraavaan ruutuun jokainen ajatuskokonaisuus erikseen. Pelkistämisen jälkeen aineistosta alkoi muotoutua alakategorioita, kuten esim. ”Triagen avulla väestön hoito ja resurssit jakaantuvat oikein”. Alakategorioista yhdistettiin samanlaisia ja samansuuntaisia, jonka jälkeen niistä muodostettiin ryhmiä, kuten ”Triagen tuomat muutokset”. Lopullisesti alakategorioitten ryhmittely ja yläkategorioitten muodostaminen tapahtui vertaamalla saatuja tuloksia tutkimusongelmiin. Näistä muodostuivat lopulliset yläkategoriat, hoitajien ennakkokäsityksiä triage- hoitajuudesta, hoitajien kokema koulutuksen tarve ja triage- hoitajan ominaisuudet. Malli sisällönanalyysistä on liitteenä 3.

4.4 Opinnäytetyön eettiset näkökulmat

Ennen tutkimushaastattelujen aloitusta hain kyseisen sairaalan ylihoitajalta virallisen tutkimusluvan (liite 1). Haastatteluihin valitulle kohdejoukolla kerroin, mikä opinnäytetyön tarkoitus on, miten käsittelen tutkimusmateriaalia ja ketkä näkevät haastattelumateriaalin työn edetessä. Kohderyhmä sai myös informaatiota haastattelumenetelmästä sekä anonymiteetistä, eli haastateltavat pysyisivät nimettöminä opinnäytetyöprosessissa. Opinnäytetyön valmistuttua kaikki haastattelumateriaali hävitetään. Kuulan (2006, 129) mukaan riittävä informaatio tutkimuksen kulusta ja tarkoituksista on tärkeää.

Jokaiselle haastateltavalle korostin haastatteluihin osallistumisen vapaaehtoisuutta ja mahdollisuutta kieltäytyä haastattelusta vielä haastattelun alkaessa. Vapaaehtoisuuden ja vaitiolovelvollisuuden korostaminen kuuluu tutkijan eettiseen toimintaan tutkittavia kohtaan. (Kuula 2006, 129).

5 TULOKSET

Haastatteluiden tulokset on ryhmitelty yläkategorioitten mukaan. Tulosten lisänä on hoitajien esille tuomia ajatuksia sekä heidän kuvailemiaan tilanteita.

5.1 Hoitajien ajatuksia triage- hoitajilta vaadittavista ominaisuuksista

Haastatteluista nousseet ominaisuudet ryhmiteltiin neljään osioon. Hankitut ominaisuudet, kokemukseen pohjautuvat ominaisuudet, hoitajaan ja hänen persoonallisuutensa liittyvät ominaisuudet, sekä potilasohjaukseen liittyvät ominaisuudet. Hoitajan hankittuihin ominaisuuksiin kuului haastateltujen mielestä laaja koulutus, tietopohja monesta eri erikoisalasta, ammattitaito sekä kliininen osaaminen. Lisäksi triage-hoitajan tulisi haastateltujen mukaan hallita triage- luokitus ja hallita erinomaiset kirjaus- ja raportointitaidot. Ammattitaitoa sekä vahvaa tietopohjaa hoitajat peilasivat triage-hoitajan vastuulliseen työnkuvaan, myös kirjaustaidot koettiin juridiselta kannalta äärimmäisen tärkeiksi, jos potilas on päivystyksestä lähtiessään ollut hyväkuntoinen, mutta kotiin päästyään tilanne on syystä tai toisesta äkillisesti huonontunut:

”... Kaikenkaikkiaan esim. kirjaaminen nois käännytystilanteissa, pitäis olla tosi hyvää ja tarkkaa, et se toimis niinku lain edessä niinku meidän eduksi. Tai siis puolesta-puhujaksi. Et siis jos se tilanne silloin kun oot käännyttäny on ollu ihan hyvä, ni siint pitää olla jotain konkreettista näyttöö...”

Pitkä kokemus päivystyspoliklinikalla työskentelystä mainittiin haastatteluissa useaan kertaan, kuitenkin kokemuksen lisäksi hoitajat kuvasivat tarvittavan muitakin taitoja. Näistä taidoista valmiudet, kokonaisuuksien hallinnan taidot ja osaston tilanteen hallinta koettiin kokemuksen lisäksi tärkeiksi ominaisuuksiksi. Kokemukseen pohjautuvia ominaisuuksia kuvaillessaan hoitajat käyttivät sanoja vaisto, ennustamisen taito, kliininen silmä sekä röntgenkatse. Tässä työssä ne kaikki on yhdistetty selvyiden vuoksi havaintokyvyksi. Hoitajat kuvasivat triage- hoitajan tarvitsevan havaintokykyä määritellesään potilaan kiireellisyysluokkaa sekä ennakoidessaan mahdollisia potilaan tilaa uhkaavia oireita:

”...Kyllähän triage- hoitajan täytyy olla kokenut sairaanhoitaja, joka pystyy ensisilmäyksellä näkemään potilaan kunnon pääpiirteittäin. Et se oli ensimmäinen, et pitää nähdä vaatiiks se hoitoa nyt vai heti, vai myöhemmin vai ei ollenkaan ...”

”... Mutta jos aatellaan mitä ne valmiudet pitää olla, niin H6:kin sanoi yhtenä, että kokenut hoitaja, niin sitähan meillä on. Että sitten jotain muuta pitää olla sen lisäksi. Että kyllä meillä joku osa niitä vaatimuksia jo on. Ainakin se kokemus...”

Haastatellut toivat esille hoitajan oman persoonallisuuden ja luonteen vaikutuksen triagen tekoon. Potilaiden hyvä kohtelu, ystävällisyys ja ihmisenkäsittelytaidot korostuivat heidän kuvaillessaan triage- hoitajan tärkeimpiä ominaisuuksia. Myös ammattitaitoinen suhtautuminen saatuun palautteeseen, sekä hankalien tilanteiden kohtaaminen ammattitaitoisesti kuuluivat heidän mielestään vaadittuihin ominaisuuksiin:

”... ja minust on niinkö tärkeätä se, et sä pystyt niinkö kohtaamaan hankalia tilanteita niinkö ammattitaitoisesti. Se on minust niinku tosi tärkeätä. Niinku triage-hoitajan..Et jos sielt niinkö tulee paha päin naamaa, niin sie niinkö pysyt asialinjalla, etkä saa hirvittävää hepulia siitä. Et nyt toi sano pahasti...”

Triage- hoitajalta potilasohjauksessa vaadittaviksi ominaisuuksiksi haastattelujen pohjalta nousivat asiakaspalvelutaidot, potilaiden hyvä kohtelu, sekä kyky kohdata ja selviytyä hankalista tilanteista ammattitaitoisesti. Vastajat totesivat että hoitajalta vaaditaan kykyä löytää keinoja potilaan ohjaukseen ja hyvää alueen terveydenhoitojärjestelmän tuntemusta.

5.2 Hoitajien kokema koulutuksen tarve

Hoitajien esille tuomat koulutustarpeet jakaantuivat ryhmiin seuraavasti: kliinisen koulutuksen tarve, kirjaamiseen ja raportointiin liittyvä koulutuksen tarve, potilaiden ohjaukseen liittyvät koulutus tarpeet, sekä työpaikan tukemiin koulutuksen tarpeisiin. Koulutustarpeista nousi esille ehdotuksia hoitajien osalta tukemaan triagen tekoa. Hoitajilla oli myös selkeä tiedon tarve, mikä triage-hoitajan varsinainen toimenkuva tulisi olemaan. Haastatteluista nousi lisäksi hoitajien koulutuksen tarve alueen terveydenhuolto järjestelmästä.

Kliinisen koulutuksen sisällöksi hoitajat toivoivat hätätilapotilaan merkkien sekä muita potilaan tilaa uhkaavien oireiden tunnistamiseen liittyvää koulutusta. Osa haastatelluista hoitajista esitti case-koulutusta hyödylliseksi tähän:

”...No, ihan kliininen koulutus kans..Niinku ihan hätätilapotilaan merkeistä. Et jos aatellaan, niin mistä sie näät, et on tosi kiire? Et niinku lapsipotilaan kohdalla on ne tiettyt asiat lueteltu, mitkä tekee tilanteesta hätätilan. Ja näin pois päin. Että ne asiat kassattais niinku yhteen ja niinku kalpeahikisyys ja näin pois päin..Että se ei tarkota, et jos on punakka ja hikoileeja puuskuttaa et se ois A:ta...”

Kirjaamisen ja raportoinnin osalta päivystyksen hoitajat kokivat omaavansa puutteita. Osaltaan haastatellut kokivat, että ajanpuutteen vuoksi kirjaaminen jää ajoittain puutteelliseksi. Kirjaaminen koettiin hankalaksi etenkin puhelinohjaustilanteissa, kun potilasta ei nähnyt. Tapauksissa, joissa potilas oli saapunut päivystykseen, hänelle oli tehty hoidon tarpeen arvio ja lähetetty takaisin kotiin. Hoitajat kaipasivat varsinkin kyseisiin tilanteisiin tarkkaa ohjeistusta ja koulutusta, miten edellä mainituissa tilanteissa tulisi kirjata, jotta kirjaaminen olisi riittävän hyvää sekä potilaan että hoitajan kannalta. Hoitajat toivat myös esille, että triagen myötä kirjaamista ja raportointia tulisi kehittää, mutta kehitysehdotuksia haastatteluista ei noussut:

”...et jos ois hyvin kirjattu, sä löytäisit ne kaikki tiedot siitä. Mut eihän meili oo aikaa, tai pitäis olla aikaa, mutta tulee kirjattua huonosti sanotaan näin...”

Potilaiden luokitteluun ja ohjaukseen eli triagen tekoon liittyvissä potilastilanteissa hoitajat kokivat kaipaavansa koulutusta erityisesti varsinaisen luokittelun teossa ja siihen liittyvässä päätöksentekokyvyssä. Hoitajat kokivat pystyvänsä luokittelemaan hätätilapotilaan, mutta varsinkin kiireettömimpien ryhmien kohdalla haastatellut kokivat koulutuksen tarvetta. Yöaikana osa hoitajista koki luokittelun olevan vielä vaikeampaa varsinkin, jos potilas ei ole päivystyshoidon tarpeessa. Vanhus ja lapsipotilaiden luokittelun kohdalla hoitajat kokivat tarvitsevansa selkeää ohjeistusta sekä eettisten kysymysten läpikäyntiä. Triagen teossa hoitajat toivat haastatteluissa esille vuorovaikutus- ja ihmisenkäsittelemistaitoihin liittyviä ongelmia ja kokivat tarvitsevansa koulutusta edellä mainittujen taitojen lisäämiseksi:

”... Ja sit sitä koulutusta, et miten kauniisti ja suututtamatta sitä ihmistä voidaan sanoa et sä oot vääräs paikas. Jonkunlaista ihmis-..mitä se nyt on..ihmisenkäsittelemistä...”

Päivystyspoliklinikan- ja organisaation osalta hoitajat toivat esille triagen osalta lisäkoulutuksen ja työpaikkakoulutuksen tarpeen sekä osastotuntien pidon tärkeyden. Hoitajat toivoivat selkeää ja yhteneväistä linjausta triage-ohjeistuksen tekoon ja ylläpitoon sekä koulutusta ohjeistuksen käytöstä ja triagen teosta. Tuen tarve triagen tekoon, sekä vastuukysymysten läpikäynti tulivat myös haastatteluissa esille:

”... selkeet linjat ja et kaikki pysyis niissä samoissa...”

”...Ois voinu niinkö käydä ihan vaikka osastotuntina läpi, ne ketkä käännytetään ja millä tavalla sitten..ainakin se käännytys pitää kirjata, potilastiedot pitää kirjata ylös, mutta tää tulee aina tipoittain, että sitten kun on jotain käyny, tai joku käännytetty väärin, niin sitten niistä on kuullu. Et se on vähän kantapään kautta tullu...”

Hoitajat ehdottivat kansion tekemistä triage-luokituksesta ja ohjeistuksesta selkiyttämään triagen tekoa. Ehdotuksena haastatteluissa tuli myös lääkäreiden osallistuminen yhdessä hoitajien kanssa ohjeistuksen läpikäymiseen, jotta triageen saataisiin yhteneväinen linjaus. Toinen ehdotus oli ottaa valmiista, toimivasta ja sovellettavasta potilasluokittelumallista kyseiseen aluesairaahan sopiva ratkaisu.

Osa hoitajista koki epävarmuutta tilanteissa, joissa potilas piti ohjata perusterveydenhuoltoon, koska eivät olleet täysin varmoja olisiko potilaan terveysasemalla lääkärin päivystysvastaanottoa sillä hetkellä, joten koulutus alueen terveydenhuoltojärjestelmästä, yhteystiedoista ja aukioloajoista tarpeellista. Osa hoitajista taas olivat epävarmoja, mitä triage-hoitajan toimenkuvaan kuuluu, esimerkiksi ottaako triage-hoitaja potilaasta sydänfilmiä luokittelun lisäksi, joten toimenkuvan selkiyttäminen ja ohjeistuksen läpikäynti olisi aiheellista.

5.3 Päivystyspoliklinikan hoitajien ennakkokäsityksiä triage-hoitajuudesta

Hoitajien ennakkokäsitykset ja ajatukset triage-hoitajuudesta ryhmittäytyivät seuraavasti: triagen tuomat muutokset, triagen varsinaiseen toimintaan liittyvät, hoitajaan liittyvät sekä työyhteisöön liittyvät ennakkokäsitykset. Lisäksi ajatuksia hoitajissa herättivät päivystyspoliklinikan tilat ja alueen terveydenhuollon rakenne.

Triagen tuomista muutoksista osa koettiin positiivisina. Useat haastatelluista kokivat triagen helpottavan päivystyspoliklinikan työtä ja vähentävän työn kuormittavuutta. Suurin osa haastatelluista koki, että väestön hoito ja resurssit jakaantuvat oikein triagen myötä. Hoitajat uskoivat, että tuleva triage-luokitus tulee helpottamaan hoidon tarpeen arviota sekä ohjeistus tekemään potilaiden ohjauksesta sujuvampaa. Osa haastatelluista toi esille, ettei triage tule päivystyspoliklininista työtä juurikaan muuttamaan, vaan että kyse on ennemminkin töiden täsmentämisestä, niihin paneutumisesta ja asioiden tärkeysjärjestykseen laittamista. Kuitenkin hoitajat toivat esille, että triagesta puhuminen ja perehtyminen tulevat helpottamaan sen käyttöönottoa.

Haastatellut vertasivat nykyisensä harjoituskauden tuoneen muutoksia mm. poistamalla odotusaikojen käytön vallan välineenä, sekä potilaiden yöaikaisten käyntien vähentymisenä:

”...Kuitenkin resurssien myötä tästä tulee silleen tärkeämpi, et ihmisiä hoidetaan oikeissa paikoissa, koska resurssit ei muuten riitä. Väki ikääntyy, niitä on koko ajan enemmän ja enemmän ja rahaa on vähemmän käytössä...”

Haastatteluiden aikana nousi jonkin verran keskustelua tiloihin liittyen. Hoitajat kokivat päivystyspoliklinikan nykyisten tilojen olevan riittämättömät, jotta triage toimisi. Tähän hoitajat perustelivat triage-hoitajan tarvitsevan erillisen tilan triagen tekoon. Myös potilaiden intymiteettisuoja oli haastateltujen hoitajien mielestä liian vähäinen. Hoitajat toivat esille runsaasti esimerkkejä, kuinka toiset potilaat käytävällä kuulivat saapuneen potilaan kertovan vastuuhoitajalle käytävässä oireistaan. Haastateltavat olivat yksimielisiä siitä, että perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon toimiminen samassa talossa helpottaisi sekä triagen tekoa että lisäisi potilastyytyväisyyttä. Hoitajat kuvasivat myös että potilaiden tulisi kulkea vain yhdestä ovesta päivystykseen, jotta potilasvirta saataisiin paremmin hallittua:

”...Kun joudut tekeen päätöksii ja sinul ei kuitenkaan ole tiloja tehdä niitä päätöksiä tällähetkellä ja sit potilasta, et minkä sie käännytät mihinkäkin. Et se on aika kurjaa tos ovensuussa alkaa tekemään sitä päätöstä, et kuulut sie mihinkä...”

Terveydenhuollon rakenteisiin liittyen hoitajat toivat esille alueen pitkät välimatkat, jotka hoitajat kokivat haasteellisina sekä potilaan ohjauksessa kotihoitoon että perusterveydenhuoltoon päiväsaikaan. Alueella on useita terveysasemia, joiden välimatkat kyseiseen aluesairaalaan vaihtelevat muutamasta kilometristä useisiin kymmeneen kilometriin. Hoitajat kokivat, että terveysasemien lääkäreiden saatavuus tai röntgenkuvauksen mahdollisuus vaihtelivat sen verran, että potilaille oli aiheutunut useita kertoja terveysasemalle ohjauksen jälkeen turhaa ajelua terveysasemalle, jossa ei esimerkiksi ollut siihen aikaan päivästä enää röntgenkuvausmahdollisuutta:

”... että koko tätä asiaa niinkö vaikeuttaa se että meil on toimipisteitä tai terveydenhuollos on päivystyspisteitä liikaa, jotka sijaitsee eripaikoissa ja kaukana toisistaan. Ja silloin se potilaiden ohjaaminen voi tarkoittaa sitä edestakasta pompottelua, .. Se että ollaan sitten keskittämässä näitä päivystyksiä sitten yhteen pisteeseen perusterveydenhuollon, erikoissairaanhoidon ja sosiaalipäivystyksen alle, niin se sitten selkiyttää jahelpottaa sitä triage-hoitajan työtä, että se ei jokakerran suututa sitä asiakasta, kun sen ei tarviikaan lähteä monen kymmenen kilometrin päähän, vaan se hoito tapahtuu saman katon alta ...”

Triage-hoitajuuteen haastatellut toivat näkökantansa esille monina tunteisiin liittyvinä kuvauksina. Muun muassa ahdistuksen, pelon, häpeän ja jännittyneisyyden tunteita kuvailtiin, liittyen eri tilanteisiin. Haastatellut kuvasivat omien tunteiden olevan työssä vahvasti mukana. Hoitajan omalla toiminnalla ja persoonallisuudella haastatellut kokivat olevan vaikutusta siihen, miten triagea kukin tekee ja minkä verran aikaa triagen tekoon voi käyttää. Haastatellut kuvasivat tilanteita, joissa hoitaja voi eettisiin syihin vedoten ottaa potilaan päivystyspoliklinikalle tai vastuuhoidajana olemisen aiheuttavan unettomuutta. Triage- hoitajan työn vastuullisuuden ja juridisesti potilaan hoidon linjauksesta päättäminen aiheutti hoitajien mukaan edellä mainittuja tunteita.

Haastateltavat kokivat haasteellisena ihmisten negatiivisen palautteen vastaanottamisen tuoden esimerkkejä, joissa omainen tai potilas on purkanut tunteitaan triagen johdosta hoitajalle. Kuitenkin kokemuksen omaaminen päivystyspoliklinisesta työstä koettiin haastateltujen mielestä ohjaavan hoitajan toimintaa ja helpottavan hoitajan kannalta triagen tekoa:

”...et tavallaan sä oot kuitenkin juridisesti ite vastuussa siitä..käännytyksestä..et se...”

”...Kylhän tää ajatuksia herättää varmaan monessa meissä ..pelkoja ja ahdistusta...”

Työyhteisöön liittyvistä ajatuksista ja ennakkokäsityksistä hoitajat kokivat avunsaannin ja kollegiaalisuuden tärkeänä sekä lääkäreiden, että muiden hoitajien osalta. Hoitajien erilaiset taustat kokemuksellisesti tai koulutuksellisesti nähtiin haastateltujen osalta voimavarana. Kuitenkin ristiriitoja työyhteisössä mahdollisesti aiheuttavana asiana hoitajat kokivat epäselvyyden siitä, kuka voisi toimia triage-hoitajana ja saisiko triagehoitaja paljonkin enemmän palkkaa verrattuna muihin hoitajiin. Hoitajien mukaan työyhteisössä oli sekä innokkuutta triage-hoitajana toimimiseen sekä haluttomuutta toimia triage-hoitajana:

”...Et kyl mie aika usein kysyn joltain toiselta...”

”...Onhan siin periaattees viel se lääkäri, keltä voi viel kysyy tukee, et oothan samaa mieltä...”

Triagen toimintaan haastatellut hoitajat toivat näkemyksensä päätösten teon nopeuttamisesta, eli triagesta tuli hoitajien mielestä suoriutua ohjeistuksen mukaisesti. Lisäksi aloitettu triage tulisi hoitajien mukaan viedä loppuun asti, eikä siirtää toiselle hoitajalle. Hoitajat toivat myös esille vaaran potilaiden eriarvoiseen asemaan joutumisesta, jos triage-ohjeistusta tulkittaisiin hoitajasta riippuen joko liian löyhästi tai liian tiukasti. Suurin osa haastatelluista epäili että potilaiden tai omaisten aggressiivinen käyttäytyminen vaikuttaisi triagen päätöksentekoon. Kuitenkin hoitajat olivat sitä mieltä, että hoidon tarpeen arvio pitäisi pystyä perustelemaan potilaille ristiriidoista huolimatta. Hoitajat ennakoivat haastattelujen aikana myös, että triagen tekoon ja toimivuuteen liittyy vielä paljon eettisten kysymysten läpikäyntiä:

”...Epäoikeudenmukaista potilaallekin, jos toinen lukee löyhemmin sitä triagea, ottaa helpommin ja..ei siin oikeen oo niinkö...”

”..Nii, et jos alottaa sen triagen, niin tekee sen sitten loppuun kans...”

Haastatteluista heijastui päivystyspoliklinikan hoitajien kokemus. Hoitajat selvästi miettivät teemojen ympärillä triage- hoitajuutta monelta tasolta. Haastattelujen aikana oli kuitenkin havaittavissa muutosvastarintaa triagea kohtaan. Ehkä muutosvastarinnasta johtuen hoitajat puhuivat ”käännytyksestä” enemmän kuin triagesta tai hoidon tarpeen arvioinnista.

6 OPINNÄYTETYÖN LUOTETTAVUUS

Laadullisen tutkimuksen luotettavuutta on monimutkaisempi arvioida kuin määrällisen tutkimuksen mittareiden toimivuutta. Laadullisessa tutkimuksessa aineiston analyysissä on tuotettu tulkintaa ja siinä näkyy tutkijan persoonallinen sormenjälki. Näin ollen tuloksia ei voida suoraan siirtää toiseen kontekstiin. (Paunonen & Vehviläinen-Julkunen 1997, 215.)

Haastatteluaineiston luotettavuuteen vaikuttavia tekijöitä on haastateltujen valinnan tarkoituksellisuus. Valittujen haastateltavien tulee olla halukkaita osallistumaan tutkimukseen ja kyettävä ilmaisemaan itseään. Tutkimuksesta tulee käydä ilmi, minkä periaatteen mukaan tutkittavat on valittu. Tutkimuksessa tulee ilmetä myös, mitä haastateltuteemoja on esitetty. Analyysivaiheen luotettavuutta lisäävät tutkijan kirjaamat ja perustellut luokitteluperusteet. (Paunonen & Vehviläinen-Julkunen 1997, 216 – 217.)

Analyysistä tulee olla tutkimuksessa esillä riittävä määrä alkuperäislainauksia. Käsitteellisellä tasolla ala- ja yläluokkien tulee olla yhdenmukaiset, sekä muodostettujen luokkien tulee olla toisensa poissulkevia. (Paunonen & Vehviläinen-Julkunen 1997, 219.)

Luotettavuutta arvioidessa kriteerinä voidaan myös pitää onko tutkimus valottanut tutkittavasta asiasta uusia puolia tai näkökulmia, onko tutkimus luonut uusia käsitteitä ja pystytäänkö käsitteitä tai tutkimustuloksia hyödyntämään käytännössä. (Paunonen & Vehviläinen-Julkunen 1997, 220.) Tutkimuksen luotettavuutta voidaan nostaa käyttämällä face- validiteettia, tarkoittaen, että tutkimuksen tulokset esitetään henkilöille,

joita tutkimus koskee tai jotka ovat muuten tuttuja tutkittavan ilmiön kanssa. Face-validiteettia käyttämällä voidaan osoittaa yhteyden tuloksen ja aineiston välillä (Janhonen & Nikkonen 2003, 37). Tutkimusraportin lopullinen arvio jää lukijan arvioitavaksi. Selkeä ja vakuuttava raportti, uudet näkökulmat ja löydettyjen käsitteiden kuvaus nostavat tutkimuksen arvoa. (Paunonen & Vehviläinen-Julkunen 1997, 220.)

Tässä opinnäytetyössä kaikki aiempiin valintakriteereihin pohjautuvasti valitut haastateltavat olivat kaikki halukkaita osallistumaan haastatteluihin. Haastateltavat pitivät aiheita tärkeänä ja ajankohtaisena. Haastatteluteemat on esitetty liitteenä 2. Luotettavuutta lisääväksi tekijäksi voisi ajatella, että haastattelut järjestettiin rauhallisessa tilassa, joten häiriöitä ei päässyt syntymään haastattelujen aikana.

Opinnäytetyö annettiin kyseisen sairaalan ensiapupoliklinikan osastonhoitajalle luettavaksi, jolloin työhön saatiin face-validiteettia. Osastonhoitaja piti sisältöä paikkansapitävänä. Opinnäytetyön sisällönanalyysistä ja saaduista tuloksista on liitteenä käsittekartat (liite 5) ja malli sisällönanalyysistä (liite 4). Alkuperäislainauksia haastatteluista on esillä runsaasti tulokset osiossa.

Luotettavuutta vähentäväksi tekijäksi voidaan arvioida, että allekirjoittaneelle haastattelu on ollut ensimmäinen, joten tarkentavat kysymykset eivät olleet onnistuneita. Keskustelut haastateltavien kesken ajautuivat muutamaan kertaan epäolennaisiin asioihin, sillä triage oli haastattelujen aikaan ollut paljon esillä lehtien yleisönosastoilla. Oma objektiivisuutta saattoi myös vähentää työskentely samassa työpaikassa haastateltujen kanssa.

7 POHDINTA

Tämän tutkimuksen tarkoitus oli tutkia päivystyspoliklinikan hoitajien ennakkokäsityksiä triage-hoitajuudesta, johon heistäkin ainakin osa ryhtyisi, kun virallinen triage-luokitus kyseisessä aluesairaalassa otetaan käyttöön. Hoitajat ovat ennen haastatteluita harjoitelleet vastuuhoidajuutta ja ohjanneet selkeästi perusterveydenhuoltoon kuuluvia potilaita terveyskeskuspäivystykseen. Kaikki olivat myös kuulleet triage-hoitajuudesta ja triagesta ennen haastatteluita. Kuitenkin haastatteluista nousi esille asioita, joihin hoitajat selvästi kaipasivat tarkennusta ja selkiyttämistä. Tutkimusongelmiin suhteutettuna opinnäytetyön tutkimusongelmiin saatiin vastauksia, samalla kun ne toimivat yläkategorioina aineistoa järjestettäessä.

Kerätty aineisto oli varsin kattava, mutta sisällöltään värikäs. Aiheena ennakkokäsitysten tutkiminen näin jälkeempäin on osoittautunut melko hankalaksi, koska triage ei vielä virallisesti kyseisellä päivystyspoliklinikalla toimi. Tutkimuksen teko olisi varmasti ollut helpompaa ja selkeämpää, jos tutkimus olisi selkeästi rajattu hoitajien koulutustarpeiden kartoittamiseen. Triage-hoitajuuteen pelkästään kuuluu niin paljon eri osioita, että rajaus teorian osalta oli hankalaa.

Haastatteluissa hoitajat antoivat kritiikkiä nykyisille päivystyspoliklinikan tiloille. Kukaan hoitajista ei maininnut mahdollisuudesta järjestää vanhoja tiloja niin, että triage saataisiin toimimaan. Eniten hoitajat kaipasivat triage-hoitajalle omaa paikkaa, joka olisi suojainen ja jossa triage olisi sujuvaa tehdä, ilman potilaan intymiteettisuojan karsimista. Hoitajat toivat paljon esille myönteisiäkin ajatuksia triagesta, varsinkin muutos entiseen koettiin paremmaksi ja vähemmän kuormittavaksi.

Myös alueen terveydenhuollon pirstaleisuus aiheutti hoitajille huolta ja he kokivat nykyisen järjestelmän olevan potilaiden kannalta toimimaton. Kuitenkaan kaikki hoitajat eivät olleet täysin selvillä eri vaihtoehdoista ohjata potilasta oman alueensa terveysasemille tai pääterveysasemalle.

Triage-hoitajan ominaisuuksiksi hoitajat nimesivät suurimmaksi osaksi samoja ominaisuuksia, kuin opinnäytetyön teoriaosuudessa on mainittu. Kokemus mainittiin haastatteluissa useaan kertaan tärkeäksi ominaisuudeksi, kuten myös lähdeaineistossa (Aalto 2008; Kiuru 2009; Kuisma 2009; Syväoja ym. 2009). Myös hoitajien esille tuomat vuorovaikutustaidot ja havaintokyky oli mainittu useaan kertaan lähdeaineistossa Esim. Benner (1989). Yhtäläisyyksiä Göranssonin (2005) tutkimuksen kanssa ei kuitenkaan ollut persoonallisten piirteiden vaikuttamisesta triage-hoitajan päätöksen tekoon.

Ennakkokäsityksiä ei mielestäni voi yleistää. Ne ovat mielipiteitä ja ajatuksia jostakin tietystä asiasta, tietyn persoonan esittäminä, eivätkä varmastikaan pitäisi paikkaansa siirrettynä johonkin toiseen päivystysyksikköön Suomessa. Hoitajien koulutukselliset tarpeet sen sijaan voidaan hyödyntää muuallakin Suomessa triagen käyttöönottoa suunniteltaessa.

Haastatteluiden aikana tullut kritiikki voidaan tulkita muutosvastarinnan ja riittämättömän koulutuksen aiheuttamaksi. (McBrien 2008). Koulutustarpeiden suhteen hoitajat olivat realistisia ja sitoutuneita vastaanottamaan kaiken saamansa koulutuksen. Koulutustarpeisiin hoitajat toivat itse ehdotuksia, millä tavoin tietämystä voitaisiin lisätä. Hoitajilla oli myös vahva usko asioiden selkiytymiseen koulutuksen jälkeen. Näin ollen tutkimustulokset toimivat koulutuksen suunnittelun pohjana.

Kuitenkin muistakin tutkimusongelmista nousi paljon tärkeää materiaalia, jota voi jatkossa käyttää työyhteisön hyväksi, sekä esimerkiksi suunniteltaessa uutta päivystyspoliikklinikkaa, voisi hoitajien huomioita käyttää hyväksi.

Opinnäytetyötä on tarkoitus hyödyntää triage-hoitajille suunnattua koulutusta ja triagen käyttöönoton suunnittelun apuna. Jatkotutkimusaiheita voisi olla triage-hoitajien koulutustarpeiden tarkentaminen kyselylomaketta käyttäen tai päivystyspoliikklinikanhoitajien kokemat hyödyt saadusta triage-koulutuksesta. Myös kirjaamistaitojen kehittäminen sekä erityisesti triage-hoitajille suunnitellun datajärjestelmän kehittäminen olisi varmasti tarpeellinen jatkotutkimusaihe.

LÄHTEET

Aalto, J & Leino, L. 2008. Triage hoitajien kokemana yhteispäivystyksessä. Opinnäytetyö. Helsingin ammattikorkeakoulu stadia. 30.05.2008.

Bengt. R.W. 2008. Medical Emergency Triage and Treatment System (METTS): A New Protocol in Primary Triage and Secondary Decision in Emergency Medicine. *Journal of Emergency Medicine*. Saatavissa:
http://www.sciencedirect.com/science?_ob=ArticleURL&_udi=B6T8B-4TPND2G-2&_user=1638249&_coverDate=10%2F18%2F2008&_rdoc=1&_fmt=high&_orig=search&_sort=d&_docanchor=&view=c&_searchStrId=1265435084&_rerunOrigin=google&_acct=C000054049&_version=1&_urlVersion=0&_userid=1638249&md5=3afd19ed5c2f8b064788baf6278b5d77 [Viitattu 03.02.2010].

Benner, P. 1989. Aloittelijasta asiantuntijaksi. Juva : WSOY:n graafiset laitokset, 1989, s.11-12, 20-25, 28-34, 36-52.

Castreńn, M., Ekman, S., Martikainen, M., Sahi, T., Söder, J. 2006. Suuronnettomuusopas. Kustannus Oy Duodecim. Gummerus Kirjapaino Oy, Jyväskylä 2006.

Erikoissairaanhoitolaki 1062/1989.

Göransson, K., Ehrenberg, A., Marklund, B & Ehnfors, M. 2005. Emergency department triage: Is there a link between nurses' personal characteristics and accuracy in triage decisions? *Accident and Emergency Nursing* (2006) 14, 83–88.

Hirsjärvi, S. & Hurme, H. 2000. Tutkimus haastattelu. Teemahaastattelun teoria ja käytäntö. Yliopistopaino Helsinki 2000. 61, 66, 143.

Hirsjärvi, S., Remes, P, Sajavaara, P. 2007. Tutki ja kirjoita. Tammi. Otavan Kirjapaino Oy, 1997. 157–160, 202–203.

Hopia, H., Raappana, M., Perttunen, J., Tiikkainen, P. & Liimatainen, L. 2006. Laajavastuinen hoitotyö asiantuntijasairaanhoitajan haasteena. *Sairaanhoitaja* 8/2006 s. 14–16.

Janhonen, S. & Nikkonen, M. (toim.) 2003. Laadulliset tutkimusmenetelmät hoitotieteessä. Juva: WSOY. s.21–37

Kansainvälinen MesH-sanasto, FinMesH. 2009. Kustannus Oy Duodecim

Kantonen, J. 2005. Ensiavun tungos hallittavissa? Kunnallislääkärilehti 1/2005, s. 31 - 34

Kansanterveyslaki 66/1972

Kansallisen sähköisen potilaskertomuksen vakioidut tietosisällöt. Opas ydintietojen, otsikoiden ja näkymien sekä erikoisala- ja tointokohtaisten rakenteisten tietojen toteuttaminen sähköisessä potilaskertomuksessa. Versio 3.0. Saatavissa:

www.kunnat.net/attachment.asp?path=1;29;353;11068;123716;29216 [Viitattu 02.02.2010]

Kiuru, S. 2008. Triage, päivystyshoitajan erityisosaamista. Tehy -lehti 16/2008, s. 21–24.

Kuisma, M., Holmström, P. & Porthan, K. (Toim.) 2008. Ensihoito. Jyväskylä: Tammi. Gummerus Kirjapaino Oy, 2008, s. 40-43.

Kuula, A. 2006. Tutkimusetiikka. Aineistojen hankinta, käyttö ja säilytys. Jyväskylä: Gummerus kirjapaino Oy. 2006, s.129.

Krey, J. 2009. Vi tar pulsen på triage. Vårdfacket no.6/7 Juni 2009. 22-30.

Krey, J. 2009. Triage i tiden. Från Napoleon till nu(tid). Artikkel. Saatavissa: <http://www.vardfacket.se/triagehistorik> [Viitattu 11.12.2009].

Kyngäs, H. & Vanhanen, L. Sisällönanalyysi. Hoitotiede no. 1/1999 vol 11.

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 785/1992

Laki 559/1994 ja asetus 564/1994 terveydenhuollon ammattihenkilöistä.

Laki erikoissairaanhoidolain muuttamisesta 856/2004.

Laki kansanterveyslain muuttamisesta 855/2004

Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä 28.6. 1994/559.

Lääketieteen termit. 2009. Kustannus Oy Duodecim.

Kliinisen koulutuksen osaamisohjelma. 2010. Metropolia- ammattikorkeakoulu. Saatavissa: www.metropolia.fi [Viitattu 02.02.2010].

Mielenterveyslaki 14.12.1990/1116.

Olofsson, P. ,Gellerstedt, M. & Carlström, E. 2008. Manchester Triage in Sweden- Interrater reliability and accuracy. International Emergency Nursing 2009. Science Direct.

Ammattikorkeakoulusta terveydenhuoltoon. Koulutuksesta valmistuvien ammatillinen osaaminen, opintojen keskeiset sisällöt ja vähimmäisopintoviikkomäärät. Opetusministeriön työryhmämuistioita ja selvityksiä 2006:24.

Paakkonen, H. 2008. Päivystyspoliklinikkasairaanhoitajien kliiniset taidot nyt ja tulevaisuudessa. Asiantuntijoiden näkemykset Delfoi- tekniikalla. Kuopion yliopiston julkaisuja E. Yhteiskuntatieteet. s. 91–98

Paunonen, M. & Vehviläinen-Julkunen, K. 1997. Hoitotieteen tutkimusmetodiikka. Juva: WSOY 1997, s. 215 – 220.

Rasku, T., Sopanen, P., Toivola, T. 1999. Hoitoa ympäri vuorokauden. Ensi -ja poliklininen hoito. Toim. Lukkarinen, I. Porvoo: WSOY Kirjapainoyksikkö 1999.

Ruusuvuori, J. & Tiittula, L. 2005. Haastattelu. Tutkimus, tilanteet ja vuorovaikutus. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy. 2005.

Päivystystoiminta muutoksessa. Luento. 30.10.2008. Borshagovski, H., Haavisto, E., Solonen, A., Teittinen, J & Wilen, A-T. Kotka: Kymenlaakson ammattikorkeakoulu, terveystieteiden auditorio.(KTS. LIITE 7).

Yhtenäiset päivystyshoidon perusteet. 2009. Sosiaali –ja terveysministeriö. Dokumentin luonnos. Versio 0.5.

Syväoja, P., Äijälä, O. 2009. Hoidon tarpeen arviointi. Sastamala: Tammi. Vammalan kirjapaino Oy, 2009.

Valvira, Sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontavirasto. Artikkelit potilaan oikeuksista ja terveydenhuollon ammattihenkilöiden valvonnasta. Saatavissa:

[Http://www.valvira.fi/ohjaus_ ja_valvonta/terveydenhuolto](http://www.valvira.fi/ohjaus_ja_valvonta/terveydenhuolto) [Viitattu 20.01.2010].



KYMENLAAKSON

Terveystieteiden tutkimuskeskus

Terveysala Kuusankoski

Vastaanottaja: Johtava ylihoitaja Marja Kuosmanen

TUTKIMUSLUPA-ANOMUS

Teen hoitotyön koulutusohjelmaan, sairaanhoitajan opintoihin kuuluvan 15 op:n opinnäytetyön aiheesta:

"Hoitajien ennakkokäsityksiä triage -hoitajuudesta erään aluesairaalan ensiapupoliklinikalla"

Tutkimuksen tehtävät, kohderyhmä, tutkimusmenetelmä ja aineiston kokoamistapa selviävät oheisesta liitteestä (liite 1: tutkimussuunnitelma). Työn ohjaajat Kristiina Mettälä ja Anja Roikonen ovat hyväksyneet ko. tutkimussuunnitelman. Päivystyksen osastonhoitaja Jari Hinkkurinen on ilmoittanut tukevansa tätä opinnäytetyötä.

Pyydän lupaa aineiston kokoamiseen. Sitoudun käyttämään aineistoa vain tutkimustehtävän selvittämiseen ja siten, että tutkimukseen osallistuneiden anonymiteetti säilyy. Valmiin opinnäytetyön toimitan sopimuksen mukaan luvanantajayhteisölle.

Paikka Kouvolassa Päivämäärä: 7.1.2009

Opinnäytetyön tekijä: Niina Forsström

Niina Forsström

Osoite: Kelotie 22, 45200 Kouvola

Puh: 044-5163005

s-posti: Niina.forsstrom@student.kyamk.fi

Liite 1: Tutkimussuunnitelma

Liite 2: Kyselylomake tai haastattelurunko

Lupa myönnetty
Lupa eväty

Muuta huomioitavaa: _____

Paikka: Kla Päivämäärä: 9.1.2009

Marja Kuosmanen
(allekirjoitus)
MARJA KUOSMANEN
TULOSALUEEN YLHOITAJA

TEEMAHAASTATTELURUNKO

Oma esittely ja kiitokset haastatteluun tulijoille. Kertaus haastattelun tarkoituksesta ja osallistumisen vapaaehtoisuudesta. Virvokkeiden tarjoilu, paikoilleen asettuminen ja haastattelun aloitus.

1. Lyhyet esitiedot jokaiselta haastateltavalta:
 - Nimi
 - Työkokemus (kauanko työskennellyt sairaanhoitajana, kauanko juuri kyseisessä työpaikassa)

2. Mitä triage haastateltavien mielestä on?
 - Miten he sen mieltävät?

3. Miten haastateltavat kokevat triage –hoitajuuden työvälteenä?
 - Miten toimii?

4. Millaisia valmiuksia triage –hoitajalta vaaditaan?
 - Kokevatko haastateltavat omaavansa näitä ominaisuuksia?

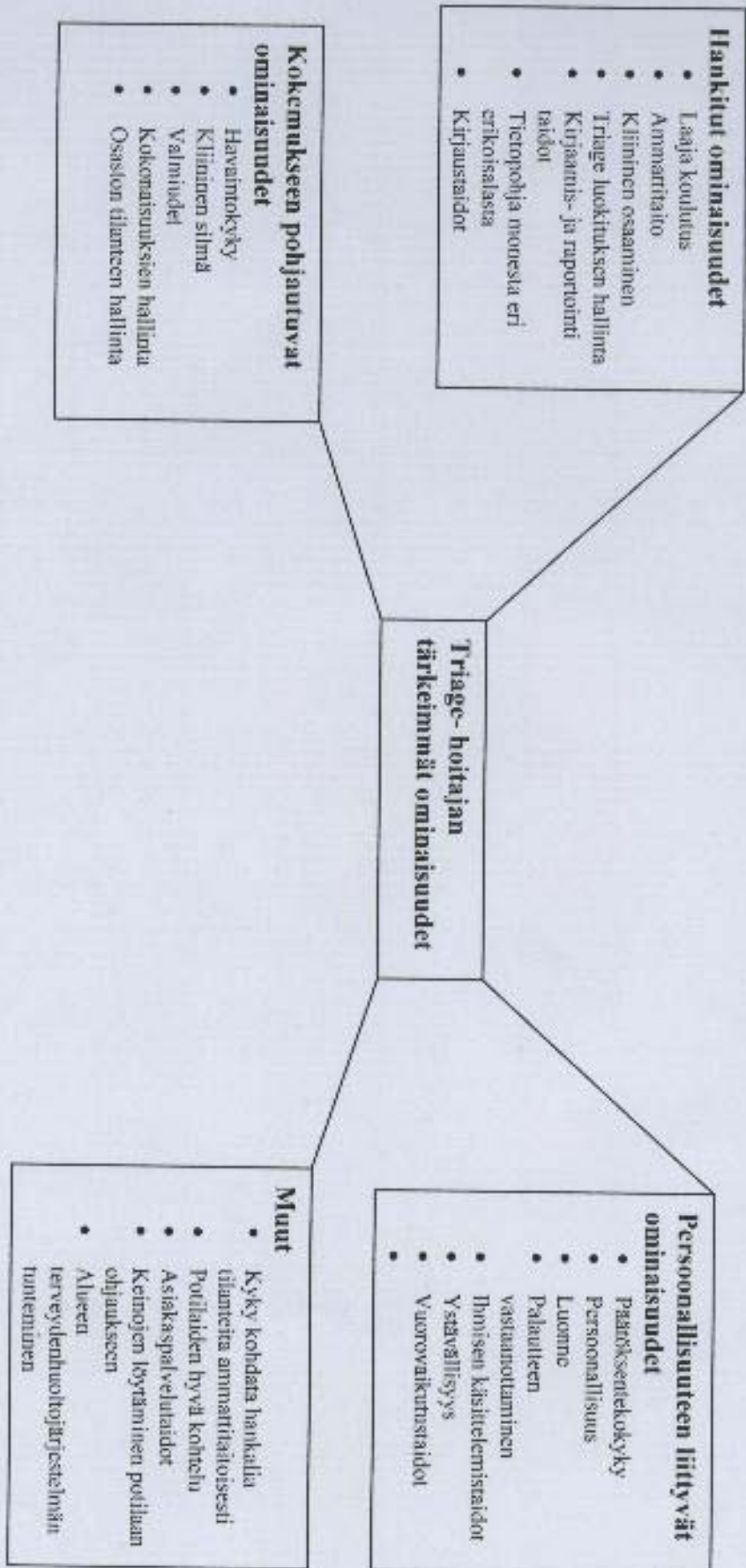
5. Millainen koulutus tukee triage –hoitajuutta?
 - Onko haastateltaville järjestetty tällaista koulutusta?
 - Onko vastaavaa koulutusta suunnitteilla?

6. Kuinka vastuullisena/ haastavana haastateltavat pitävät triage –hoitajan toimenkuvaa?

7. Miten haastateltavat kokevat palkkauksen vastaavan triage –hoitajan työtä?

Esimerkki sisällönanalyysistä

Ajatuskokonaisuus	Pelkistetty ilmaus	Alakategoria	Ryhmä	Yläkategoria
H3: Et niinku taudinkuvaan liittyvät oireet, mitkä on hälyttäviä	Taudinkuva ja siihen liittyvät hälyttävät oireet.	Potilaan tilaa uhkaavien oireiden tunnistaminen	Kliinisen koulutuksen tarve	Hoitajien kokema koulutuksen tarve
H6: et jos ois hyvin kirjattu, sä löytäisit ne kaikki tiedot siitä. Mut eihän meil oo aikaa, tai pitäis olla aikaa, mutta tulee kirjattua huonosti sanotaan näin.	Kirjaaminen huonoa (ajanpuutteen) vuoksi	Kirjaamisen ja raportoinnin kehittäminen	Kirjaaminen ja raportointi	Hoitajien kokema koulutuksen tarve
H8: Sit ehkä se yöaika, kun on terveyskeskuspotilaita, siis perusterveydenhuollon tasosia, niin niistä ehkä sitten, mitä niistä sitten käännytetään yöaikana. Ois toivonu, et ois oppinu..	Yöaikana hankala ohjata kiireettömiä potilaita	Potilaiden ohjaus yöaikaan	Potilaiden ohjaukseen liittyvä	Hoitajien kokema koulutuksen tarve
H4: Et mun mielestä ne vaatis ihan työpaikkakoulutusta..et käydään läpi niitä asioita.	Vaatisi työpaikkakoulutusta asioiden läpikäymiseen	Työpaikkakoulutuksen tarve	Koulutus	Hoitajien kokema koulutuksen tarve 7



Hoitajien ennakkokäsityksiä triage- hoitajuudesta

TRIAGEN TUOMAT MUUTOKSET:

- Ohjeistus helpottaa potilaiden ohjausta
- Luokitus helpottaa hoidon tarpeen arviota
- Ei oleellisesti muuta ensiapupoliklinikan toimintaa
- Työn kuormittavuus vähentyy
- Töiden täsmenlämisiä, niihin paneutumista ja asioiden tärkeysjärjestykseen laittoa
- Väestön hoito ja resurssit jakaantuvat oikein
- Puhuminen ja perehtyminen helpottaa käyttöönottoa
- Poistanut odotusaikojen käytön väliaineenä

TILOIHIN LIITTYVÄT:

- Perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon toimiminen samassa talossa helpottaisi triagen tekoa ja lisäksi potilastyytyvyyttä
- Intimiteettisuojan puute
- Tilojen puutteellisuus
- Triage- hoitajalle oma paikka
- Ohjaus yhteistyötyöskyn puolelle ilta/vk- aikaan sujuvaa

TYÖYHTEISÖÖN LIITTYVÄT

- Yhteneväiset tavat ohjata
- Avunsaanti
- Kollegiaalisuus
- Eriaisuus voimavarana
- Paikkakysymykset
- Halukkuus/haluttomuus tehdä triagea
- Mahdollisuus jääkärikorvulaatioon

TERVEYDENHUOLLON

RAKENTEISIIN LIITTYVÄT:

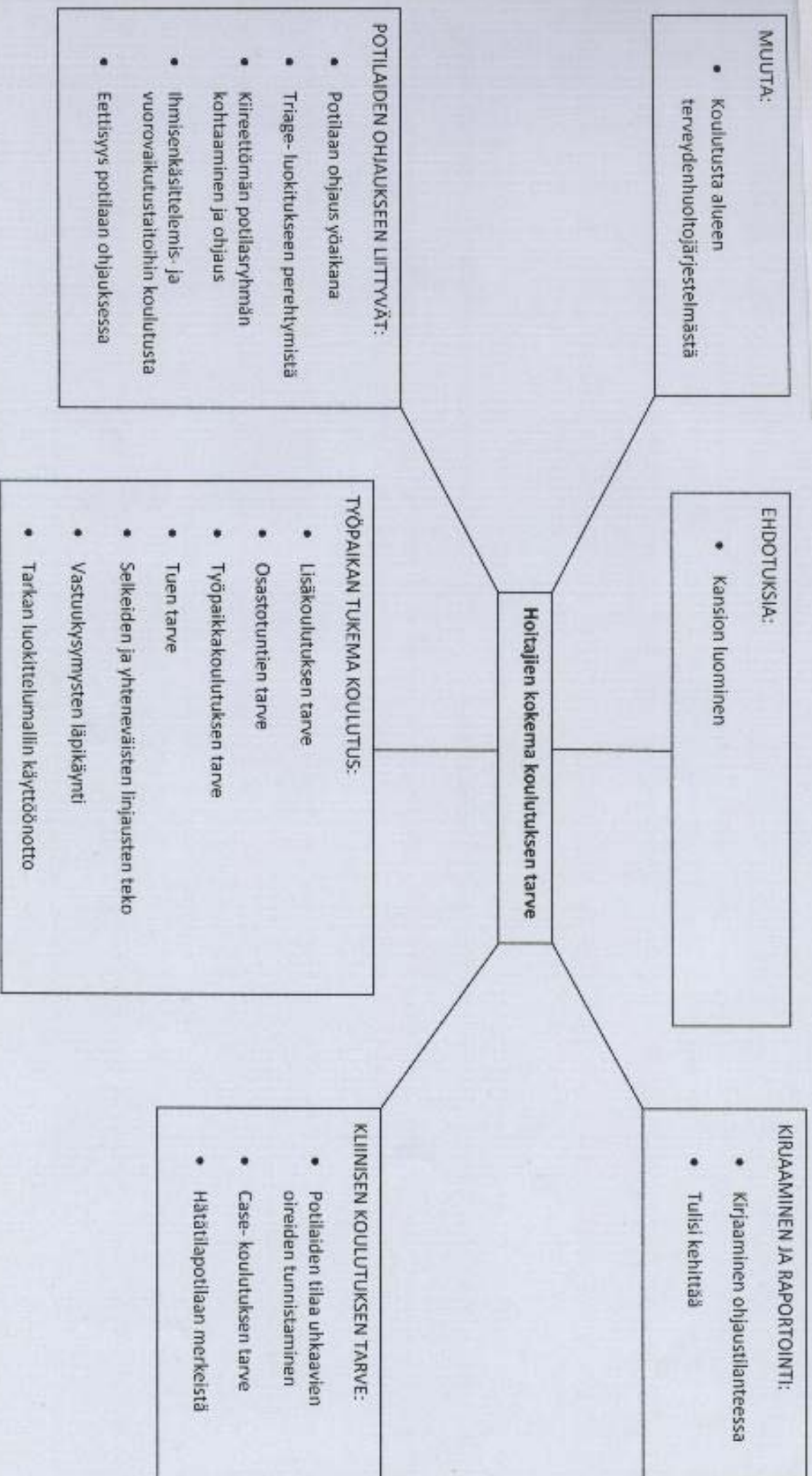
- Pitkät välimatkat
- Vaikuttavat triagen tekoa
- Toimipisteiden etäisyys
- Välimatkat vaikuttavat potilaiden liikkumista

HOITAJANA:

- Kokemus helpottaa triagen tekoa
- Hoitajan toiminta
- Työn haastavuus ja vastuullisuus
- Omat tunteet
- Ihmisten negatiivisten reaktioiden vastaanotto
- Juridinen vastuu
- Persoonallisuus
- Ahdistus, pelko, tunteet, unettomuus, häpeä, jännittyneisyys
- Eetisyys
- Haluttomuus triagen tekoon
- Puhuminen ja perehtyminen helpottaa käyttöönottoa

TRIAGEN TOIMINTA

- Ohjaukseen liittyy paljon eettisten kysymysten läpikäyntiä
- Potilaiden aggressiivisuuden vaikutus triagen tekoon
- Alotettu triage tulisi viedä loppuun asti
- Hoidon tarpeen arvio tulee perustella potilaalle
- Riskitiedot
- Päätöksen teon nopeuttaminen
- Vaara potilaiden eriarvoisuuteen



KYMENLAAKSON SAIRAANHOITOPIIRIN KUNTAYHTYMÄ ALUEELLINEN KOULUTUS

Sairaanhoitopiirin johto / kehittämiskeskus
48210 KOTKA, puh (05) 220 51, fax (05) 220 5909

PÄIVYSTYSTOIMINTA MUUTOKSESSA -hyvät käytännöt yhteispäivystyksessä

Aika

Torstai 30.10.2008 klo 09.00-15.30

Paikka Kymenlaakson AMK, terveystalon auditorio, Takojantie 1, Kotka

Kohderyhmä

Kymenlaakson sairaanhoitopiirin alueen terveydenhuollon ammattilaiset

Ohjelma

09.00 Tilaisuuden avaus **Ermo Haavisto**, johtajaylilääkäri, Kymshp

09.10 Toiminnasta toteutukseen -hyvästä suunnittelusta käytännön toimiiin **Jorma Teittinen**, Ylilääkäri päivystysalue, KSSHP

10.30 **Tauko**

11.00 Triage -hoitajan toimenkuva - Yhteistyötä, työnjakoa ja itsenäisiä päätöksiä **Ari Solonen**, Sairaanhoitaja, KSSHP

12.15 **Lounastauko**

13.00 Mitä sosiaali- ja terveystalvelujen yhdistämisellä voidaan saada aikaan? **Arja-Tuulikki Wilén**, KL, Hallintotieteiden tohtori

13.45 Päivystyksen kehittäminen Kymenlaakson sairaanhoitopiirissä **Ermo Haavisto**, Johtajaylilääkäri, Kymshp

14.20 Kokemuksia ja suunnitelmia Kymenlaaksossa **Borshagovski Helena**, Koks Eapkl **Salmio Kimmo** Kas Eapkl, erikoislääkärit, Kymshp

15.15 Keskustelua ja tilaisuuden päätös **Ermo Haavisto**, Johtajaylilääkäri, Kymshp

Tervetuloa alueelliseen koulutukseen,

Ilmoittautuminen 23.10.08 mennessä sähköpostitse:

koulutukset@kymshp.fi

(postitse: Kymenlaakson sairaanhoitopiiri,
Alueellinen koulutus, Kotkantie 41 D 7, 48210 Kotka
tai faksilla (05) 220 5909).

SHP:n henkilöstö voi ilmoittautua TerveKymmin kautta->
alueellinen koulutus.

Lisätietoja koulutuksiin ja tilaisuuksiin liittyvissä kysymyksissä

Tarja Huopainen

Koulutuspäällikkö, Kymshp

044-2231208

tarja.huopainen@kymshp.fi