



SAVONIA

OPINNÄYTETYÖ - AMMATTIKORKEAKOULUTUTKINTO
SOSIAALI-, TERVEYS- JA LIIKUNTA-ALA

HOIDON TARPEEN ARVIOINTI JA TRIAGE IISALMEN SAIRAALAN PÄIVYSTYKSESSÄ

Kysely hoitajille

TEKIJÄT: Aleksi Hiekkataipale
 Mika Huttunen
 Jyri Pääkkönen

Koulutusala Sosiaali-, terveyst- ja liikunta-ala	
Koulutusohjelma/Tutkinto-ohjelma Sairaanhoitajan tutkinto-ohjelma	
Työn tekijä(t) Aleksi Hiekkataipale, Mika Huttunen, Jyri Pääkkönen	
Työn nimi Hoidon tarpeen arviointi ja triage Iisalmen sairaalan päivystyksessä – Kysely hoitajille	
Päiväys	28.11.2017
Sivumäärä/Liitteet	38/2
Ohjaaja(t) Heli Jyrkinen ja Annikki Jauhiainen	
Toimeksiantaja/Yhteistyökumppani(t) Ylä-Savon SOTE Kuntayhtymä	
<p>Tiivistelmä</p> <p>Opinnäytetyössä selvitettiin, mitkä tekijät edistävät ja mitkä haittaavat hoidontarpeen arviointia ja triage arvioinnin toteuttamista Iisalmen sairaalan päivystyksessä. Opinnäytetyön tavoitteena oli löytää keinoja kehittää päivystyksen hoidontarpeen arviointia ja triage-toimintaa, sekä tuoda esille hoitohenkilökunnan näkemyksiä mahdollisista kehittämismahdollisuuksista.</p> <p>Tutkimus oli tyyliltään laadullinen kyselytutkimus ja se toteutettiin Webropol-kyselytyökalun avulla muodostetulla kyselylomakkeella, joka jaettiin Iisalmen sairaalan päivystyksen työntekijöille työsähköpostin kautta. Sähköinen kyselylomake sisälsi viisi avointa kysymystä, jotka pohjautuivat tutkimukselle asetettuihin tutkimuskysymyksiin. Yhdeksälle vastaukselle toteutettiin laadullinen sisällönanalyysi.</p> <p>Triage-luokittelun perimmäisenä tavoitteena on päivystystoiminnan resurssien optimoiminen niin, että kiireellistä hoitoa vaativat potilaat saavat mahdollisimman nopeaa ja tehokasta hoitoa. Triage ei kuitenkaan palvele pelkästään välitöntä hoidon tarvetta vaativia potilaita, vaan sen tarkoituksena on mahdollistaa myös kiireellisyysluokassa alempana olevia asiakkaita saamaan heidän sairautensa tai vaivansa edellyttämää hoitoa riittävän tehokkaasti ja oikea-aikaisesti.</p> <p>Tässä tutkimuksessa nykyinen käytössä oleva triage-luokitus koettiin hyväksi työkaluksi potilaiden kiireellisuuden luokitteluun, mutta sen ei kuitenkaan koettu oleva tarpeeksi erotteleva. Koulutus ja perehdytys työhön koettiin riittävänä. Kehityskohteena esille nousi henkilöstömitoitus, erityisesti iltavuorojen ja viikonloppujen aikana jolloin ruuhkautuminen on yleisintä. Kyselyn perusteella oli kuitenkin mahdoton määrittää, onko päivystyksen nykyinen henkilöstöresurssi riittävä vai ovatko he tottuneet työskentelemään kiireessä.</p>	
Avainsanat triage, hoidon tarpeen arviointi, kyselytutkimus	

Field of Study Social Services, Health and Sports			
Degree Programme Degree Programme in Nursing			
Author(s) Aleksi Hiekkataipale, Mika Huttunen, Jyri Pääkkönen			
Title of Thesis Assessment of treatment and triage classification at the emergency department of Iisalmi			
Date	28.11.2017	Pages/Appendices	38/2
Supervisor(s) Heli Jyrkinen and Annikki Jauhiainen			
Client Organisation /Partners Ylä-Savon SOTE Kuntayhtymä			
<p>Abstract</p> <p>In our thesis we examined what factors support and what factors hinder the assessment of treatment and triage classification at the emergency department in hospital of Iisalmi. The goal of our thesis was to find ways to develop the assessment of treatment and triage assessment and also bring up views of the staff for possible improvements.</p> <p>The meaning of our study was to figure out how triage classification and assessment of treatment work, and also what factors influence it. We also wanted to bring forward development ideas from the staff.</p> <p>Our study was qualitative and was conducted as a survey. The study was carried out using the Webropol questionnaire tool and it was distributed to the staff of Iisalmi hospital emergency department via their work e-mail. The questionnaire contained five open questions, based on the research questions set for our study. The qualitative content analysis was performed for the answers received.</p> <p>The goal of triage classification is to optimize resources of the emergency department so that patients in need of urgent treatment receive the fastest and most effective treatment. Triage classification, however, serves not only the ones in need of urgent treatment, but also aims to give adequate and timely treatment for the patients lower in the classification table.</p> <p>In this study the triage classification currently in use was considered a good tool for classifying patients, but it was not sufficiently distinguished. Training and orientation to work was deemed sufficient. As a development target came up staffing, especially during night shifts and weekends, when congestion is most common. However, in our study, it was impossible to determine whether the current staffing is adequate or whether the staff is accustomed to working in a hurry.</p>			
Keywords assesment of treatment, triage, survey			

1	JOHDANTO	6
2	HOIDON TARPEEN ARVIOINTI	7
2.1	Hoitotakuu Suomessa.....	7
2.2	Lain vaatimukset hoidon tarpeen arvioinnille.....	8
2.3	Terveystieteiden ammattihenkilön vastuu hoidon tarpeen arvioinnissa.....	9
3	TRIAGE-LUOKITUS	10
3.1	Triage yleisesti.....	10
3.2	Triage-luokittelu Suomessa.....	11
3.3	Triage Iisalmen sairaalan päivystyksessä	12
4	PÄIVYSTYS TYÖYMPÄRISTÖNÄ.....	14
4.1	Päivystyspotilaan kohtaaminen	14
4.2	Päivystyspoliklinikan kuormittavuus työntekijälle.....	15
4.3	Terveystieteiden edistäminen päivystyspoliklinikalla	16
5	SAIRAANHOITAJAN OSAAMINEN	17
5.1	Hoitotyön arvot, periaatteet ja eettinen osaaminen	17
5.2	Sairaanhoitajan lääkehoidon osaaminen	18
5.3	Sairaanhoitajan kliininen osaaminen.....	18
6	OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS, TAVOITTEET JA TUTKIMUSTEHTÄVÄT	20
7	OPINNÄYTETYÖN TOTEUTUS.....	21
7.1	Tutkimustavan valinta	21
7.2	Aineiston kerääminen.....	21
7.3	Aineiston analysointi	22
8	TUTKIMUKSEN TULOKSET	24
8.1	Triage-luokitus.....	24
8.2	Työtilat ja välineistö	24
8.3	Työaika ja henkilöstömitoitus.....	25
8.4	Koulutus ja perehdytys.....	26
8.5	Muita kehitysehdotuksia	26
9	JOHTOPÄÄTÖKSET	27
10	TUTKIMUKSEN LUOTETTAVUUS JA EETTISYYS.....	30
11	POHDINTA.....	31
	LÄHTEET JA TUOTETUT AINEISTOT	34

LIITE 1: KYSELYLOMAKE.....	37
LIITE 2: SAATEKIRJE.....	38

1 JOHDANTO

Laissa potilaan oikeuksista ja asemasta säädetään, että jokaisella Suomessa asuvalla henkilöllä on oikeus hänen terveydentilansa edellyttämään terveyden- ja sairaanhoitoon, jotka ovat terveydenhuollon käytettävissä. Potilaalla on oikeus laadukkaaseen terveyden- ja sairaanhoitoon ja hänen hoitonsa on järjestettävä ilman, että hänen ihmisarvoaan, yksityisyyttään tai vakaumustaan loukataan. (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 1992.) Päivystykseen voi hakeutua niin kiireetöntä, kuin kiireellistäkin hoitoa tarvitsevia potilaita, mikä aiheuttaa painetta hoidon tarpeen arviointia suorittaville hoitajille ja voi pahimmillaan ruuhkauttaa ja hidastaa päivystyksen toimintaa.

Opinnäytetyömme tarkoituksena on selvittää, mitkä tekijät edistävät ja mitkä haittaavat hoidontarpeen arviointia ja triage-luokittelun toteuttamista Iisalmen sairaalan päivystyksessä. Opinnäytetyön tavoitteena on löytää keinoja kehittää päivystyksen hoidontarpeen arviointia ja triage-toimintaa, sekä nostaa esille hoitohenkilökunnan näkemyksiä mahdollisista kehittämismahdollisuuksista. Teetämme päivystyksen hoitajille kyselytutkimuksen, jonka tavoitteena on nostaa esille ajatuksia ja kehittämisehdotuksia suoraan hoidon tarpeen arviointia suorittavalta taholta. Kohdistamme kyselymme Iisalmen sairaalan päivystyksen hoitajille, koska he tekevät työssään hoidon tarpeen arviointia päivittäin ja tämän takia mielestämme heillä on käytännön kosketus aiheeseen, jota aiomme tutkia.

Toimeksiantajanamme toimii Ylä-Savon Sote Kuntayhtymä ja yhteyshenkilönämme Anna-Liisa Janatuinen. Ylä-Savon Sote on Iisalmen, Kiuruveden, Sonkajärven ja Vieremän muodostama kuntayhtymä. Kuntayhtymän tehtävänä on järjestää alueiden asukkaille terveys-, hyvinvointi, hoiva- ja hoitopalveluja. Lisäksi kuntayhtymä järjestää eläinlääkäripalveluita sekä terveys- ja ympäristövalvonnan palveluja. Ylä-Savon SOTEn toiminta on jaettu viiteen eri vastualueeseen, joita ovat terveyspalvelut, hoiva- ja hoitopalvelut, hyvinvointipalvelut, ympäristö- ja terveysvalvontapalvelut sekä tuki- ja hallintopalvelut. Kuntayhtymää johtaa yhtymävaltuusto, jonka alaisena yhtymähallitus johtaa kuntayhtymän toimintaa. (Ylä-Savon Sote kuntayhtymä)

2 HOIDON TARPEEN ARVIOINTI

Hoidon tarpeen arvioinnilla tarkoitetaan ammattilaisen tekemää arviota hoidon kiireellisyydestä ja hoitoon pääsystä. Arviointia on käytetty apuna terveydenhuollossa, joko tiedostetusti tai tiedostamatta. Itse käsite ”hoidon tarpeen arviointi” sai painoarvoa, kun siitä tuli osa lakia vuonna 2005. (Syväoja ja Äijälä 2009, 9.)

Hoidon tarpeen arviointi ei tarkoita varsinaista taudinmäärittystä, eikä siinä tehdä lääketieteellistä tai hammaslääketieteellistä tutkimusta taudinmäärittämisestä. Sen sijaan hoidon tarpeen arvioinnissa selvitetään potilaan terveydellinen tila ja toimintakyky. Arvion perusteella kunnan tulee järjestää tarpeellinen hoito kohtuullisessa ajassa. (Valvira 2015.) Hoidon tarpeen arviointia tehtäessä tulee arvioijan olla fyysisessä kontaktissa potilaaseen. Lisäksi arviointia voidaan tehdä puhelimitse, internetissä tai kuvayhteyden perusteella. Ammattihenkilö tekee sen jälkeen päätöksen, tarvitseeko henkilö hoitoa vai ei. Lisäksi arvioija määrittelee kiireellisyyden. Terveydenhuoltolain mukaan pyrkijällä ei ole oikeutta hoitoon ilman ammattilaisen suorittamaa arviota. (Terveydenhuoltolaki 2010.) Hyvä hoidon tarpeen arviointi perustuu hoitajan ammattitaitoiseen päätöksentekokykyyn. Arviointiin vaikuttavat esimerkiksi hoitajan kokonaistilanteen huomiointi, oireiden kiireellisyys ja käytettävissä olevat resurssit. Onnistunut hoidon tarpeen arviointi vaatii myös dokumentointia potilaan asiakirjoihin. (Syväoja ja Äijälä 2009, 62.)

2.1 Hoitotakuu Suomessa

Hoitoon pääsy säädetään terveydenhuoltolaissa. Kiireelliseen hoitoon on päästävä heti potilaan asuinpaikasta riippumatta. Kiireellisestä hoidosta vastaavat terveyskeskuksissa ja sairaaloissa päivystysvastaanotot. (Asetus kiireellisen hoidon perusteista ja päivystyksen erikoisalakohtaisista edellytyksistä 2014, § 2.) Kiireettömät tapaukset hoidetaan pääsääntöisesti kunnallisissa terveyskeskuksissa. Mikäli potilas tarvitsee hoidon tarpeen arviointia, on terveyskeskuskäynti saatava kolmen arkipäivän kuluessa yhteydenotosta. Perusterveydenhuoltoon on hoitoon päästävä kolmen kuukauden kuluessa hoidon tarpeen arvioinnista. Hoito pyritään järjestämään kohtuullisessa ajassa, kuitenkin huomioiden potilaan terveydellinen tila ja sairauden ennakoitavissa oleva kehitys. (Terveydenhuoltolaki 2010, § 51 .)

Kiireettömään erikoissairaanhoidon pääsy edellyttää, että henkilöllä on lääkärin tai hammaslääkärin tutkimukseen perustuva lähete. Kun lähete saapuu kuntayhtymän sairaalaan, hoidon tarpeen arviointi on aloitettava kolmen viikon kuluessa lähetteen saapumisesta. Hoidon tarpeen arvioinnin jälkeen hoito tulisi aloittaa kuuden kuukauden kuluessa, kuitenkin kohtuullisen odotusajan puitteissa. Jos henkilön sairaus tai oire voidaan hoitaa terveyskeskuksessa, hänet ohjataan asianomaiseen terveyskeskukseen ja annetaan tarpeelliset hoito-ohjeet terveyskeskukselle. (Terveydenhuoltolaki 2010.)

2.2 Lain vaatimukset hoidon tarpeen arvioinnille

Hoidon tarpeen arvioijan tulee olla terveydenhuollon ammattihenkilö. Sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontavirasto Valvira myöntää oikeuden harjoittaa ammattia laillistettuna ammattihenkilönä. Valvira pitää keskusrekisteriä nimeltä Terhikki, jossa on kaikki terveydenhuollon ammattihenkilöiden tiedot. Rekisterin tehtävänä on parantaa potilasturvallisuutta ja terveydenhuollon palveluiden laatua (Syväoja ja Äijälä 2009, 28.) Lain asetuksen mukaan ammattihenkilöllä täytyy olla myös riittävä työkokemus, jotta hän voi työskennellä hoidon tarpeen arvioinnin parissa. Lisäksi työntekijällä tulee olla yhteys hoitoa antavaan yksikköön ja potilasasiakirjoihin (Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä 1994.)

Päivystysasetus ja terveydenhuoltolaki yhdessä määrittävät kiireellisen hoidon yleistä suunnittelua, valvontaa ja ohjausta. Ympäri vuorokautinen perusterveydenhuollon päivystys tulee järjestää erikoissairaanhoidon kanssa samassa paikassa. Sairaanhoidopiiri lopulta vastaa kiireellisen hoidon järjestämisestä. Päivystyspisteiden ja yliopistollisen sairaalan erikoissairaanhoidon välisestä työnjaosta sovitaan sairaanhoidopiirien kuntien kesken. (STM 782/2014.)

Riittävää työkokemusta ei suoranaisesti ole määritelty laissa. Terveydenhuoltolain mukaan kukin heistä, joilla on riittävä työkokemus voi tehdä hoidon tarpeen arviointia omalla toimialueellaan (Terveydenhuoltolaki 1326/2010). Mikäli hoitajalla on työkokemusta ja koulutusta, voidaan olettaa, että sillä on ratkaiseva merkitys arvioinnin laadulle. Esimerkiksi sairaanhoitajan pitkä koulutus ja työkokemus auttavat päivystyspotilaan sijoittamista oikealle hoidon portaalle. (Syväoja ja Äijälä 2009, 30.)

Hoidon tarpeen arvioijalla täytyy olla myös yhteys potilasasiakirjoihin ja näin edellyttää myös lainsäädäntö. Arvion tekijällä tulee olla mahdollisuus nähdä potilasasiakirjoista tietoja, jotta hän voi varmistaa henkilöllisyyden ja tehdä kirjauksia potilaskertomukseen. Arviointia tehtäessä on lähes välttämätöntä, että potilaskertomus on sähköisessä muodossa. Esimerkiksi keskitetyssä puhelinneuvonnassa potilaat voivat soittaa useiden kuntien alueelta, joissa kussakin voi olla eri potilastietojärjestelmät käytössä. Ongelmia voi myös aiheuttaa, jos halutaan katsoa potilaan tietoja kunnallisen terveydenhuollon järjestelmästä tai erikoissairaanhoidon potilastietojärjestelmästä. Lisäksi tarvitaan aina potilaan suostumus, jotta tietoja voi katsoa toisesta järjestelmästä. Haasteena ovat myös yksityisten terveysasemien tietokannat, sekä esimerkiksi psykiatrinen hoito, jonka tietokantoihin kaikki eivät pääse. (Syväoja ja Äijälä 2009, 32.) Lisähaasteena ovat ulkopaikkakuntalaiset, joiden tietoja ei välttämättä ehditä akuuttitilanteissa hakemaan. Näissä tapauksissa hoidon tarpeen arviointi tehdään ilman potilaskertomusta. Terveydenhuoltolain asetuksessa on myös määritelty, että hoidon tarpeen arvioijalla tulee olla yhteys toimintayksikköön, jossa hoitoa annetaan. Käytännössä tämä tarkoittaa konsultaatiomahdollisuutta, esimerkiksi sairaanhoitajan ja lääkärin välillä. Ilman konsultaatiomahdollisuutta potilaan hoito tai hoidon laatu voi vaarantua. (Syväoja ja Äijälä 2009, 33.) Konsultaatio tarkoittaa neuvon pyytämistä tai neuvottelua ammattilaisten kesken, esimerkiksi puhelimen tai sähköpostin välityksellä.

2.3 Terveydenhuollon ammattihenkilön vastuu hoidon tarpeen arvioinnissa

Hoidon tarpeen arvioitsijat vaikuttavat koko hoitoketjun toimintaan ja potilaan hoitoprosessiin. Esimerkiksi sairaanhoitajalla päivystysvastaanotolla on keskeinen vaikutus hoidon laadun ja potilasturvallisuuden rakentajana. Terveydenhuollon ammattihenkilöiden tehtävät potilaiden hoidossa on vastuullista työtä ja siksi sitä ohjaavat erilaiset lait, asetukset ja määräykset. (Syväoja ja Äijälä 2009, 34.)

Ammattihenkilön velvollisuuksia ja oikeuksia ohjaa koulutus hankittuun pätevyYTEEN. Käytännössä tämä tarkoittaa sitä, että ammattihenkilö on itse vastuussa siitä mitä tekee ja mitä jättää tekemättä. Suoranaista luetteloa siitä, mitä tehtäviä saa tai ei saa tehdä, ei ole tehty terveydenhuollossa. Koulutuksen ja työnantajan päätöksellä voi työpaikkakohtaiseen työhön hankkia lisävalmiuksia. (Syväoja ja Äijälä 2009, 35.) Esimerkiksi laki ja asetus terveydenhuollon ammattihenkilöistä (1994), laki potilaan asemasta ja oikeuksista (1992), sosiaali- ja terveysministeriön asetus potilasasiakirjojen laatimisesta sekä niiden ja muun hoitoon liittyvän materiaalin säilyttämisestä (2001) ohjaavat terveydenhuollon ammattihenkilöitä.

3 TRIAGE-LUOKITUS

Termin triage pohjana on ranskankielinen sana *trier*, joka tarkoittaa erottelua. Triagen syntyjuuret löytyvät jo Napoleonin aikaisista sodista, jolloin Napoleonin armeijan kirurgi Dominique Jean Larrey jakoi haavoittuneet kolmeen eri ryhmään heidän hoidon tarpeensa mukaan. Silloin, ja myös nykyään, triage-menetelmän tarkoitus oli priorisoida potilaat kliinisen hoidon tarpeen mukaan. Maailman terveysjärjestö WHO:n mukaan triagella tarkoitetaan potilaiden lajittelua hoidon tarpeen ja saatavilla olevien resurssien mukaan. (Lowth 2015 44-48, WHO 2005.)

Triagen ensisijainen tarkoitus on tunnistaa ne potilaat, jotka tarvitsevat välitöntä hoitoa tai joiden tila ja hoidon ennuste voivat heikentyä hoidon saannin viivästyessä. Triagea hyödyntäen potilaat luokitellaan eri kiireellisyysluokkiin sen mukaan, missä järjestyksessä heidät tulee tutkia ja kuinka pian hoito tulisi aloittaa. (Holmström, Kuisma, Nurmi, Porthan ja Taskinen 2013, 94.)

Hoitoprosesseilla pyritään organisoimaan päivystysyksikön toimintaa siten, että potilaat ohjataan erilaisia hoitopolkuja pitkin. Oikein valittu hoitopolku nopeuttaa potilasvirtaa päivystyksen läpi (Kiura 2011). Potilaiden seuranta on odotusaikana merkittävää, sillä vointi voi muuttua nopeasti, jolloin triage-hoitajan tulee reagoina nopeasti. Epävarmoissa tilanteissa triage-hoitaja voi myös luokitella potilaan kiireellisempään luokkaan. (Kantonen 2014, 44.)

3.1 Triage yleisesti

Valvira painottaa, että potilasturvallisuuden varmistamiseksi on olennaista, että sekä tavallisessa terveyskeskustoiminnassa, että päivystyksessä hoidontarpeen arviointia suorittavalla henkilöstöllä on työtehtävän edellyttämä ammattitaito ja kokemus. Lisäksi työnantajan on huolehdittava riittävästä koulutuksesta, ohjauksesta ja valvonnasta. (Valvira 2015.) Triage yleisesti tarkoittaa lääketieteellisin perustein potilaiden erottelua hoitoa tarvitseviin ja hoitoon pyrkivien potilaiden kesken. Potilaiden oireita ei pidetä vähempiarvoisina kuin toisten, vaan kullekin potilaalle löydetään oikea luokka oikea-aikaiselle hoidolle. Yhteispäivystyksessä triagella erotellaan yleislääkäripäivystyksen ja erikoissairaanhoidon kuuluvat potilaat. (Syväoja ja Äijälä 2009, 94.)

Triage-hoitajalla on suuri vastuu työssään, sillä hän on ensimmäinen yhteys terveydenhuoltoon, jolloin hän on tutkinut ja nähnyt potilaan ensimmäisenä. Anderssonin, Ombergin ja Svedlundin (2006) tutkimuksessa oli tarkoitus selvittää kuinka hoitajat toteuttavat triagea sekä, mitkä tekijät kuvaavat hoitajia triage-arviointia tehdessään. Tuloksien mukaan päätöksentekoon vaikuttavat karkeasti jaolteltuina: ammattitaitoon liittyvät tekijät, hoitajan persoonalliset ominaisuudet ja ympäristötekijät. Ammattitaitoon liittyvistä tekijöistä eniten nousivat esille henkilökohtaiset taidot, paineensietokyvyn hallinta ja triage-luokittelun hallitseminen. Aalto ja Leino (2008, 24) selvittivät triage-luokitusta omassa opinnäytetyössään hoitajien näkökulmasta. Pääosin tuloksissa koettiin triagen tuovan turvallisuutta ja luovan selkeitä ohjeita sille, miten hoitajan tulee toimia päivystyksessä hoidon tarvetta arvioitaessa. Opinnäytetyössä haasteiksi tulosten mukaan muodostuivat lääkärin suuri

vaihtelevuus ja tietämättömyys hoitajien käytännöistä, sekä hidas vastaanottonopeus. Lisäksi triage-luokitteluun sitoutumattomuus koettiin haasteeksi Aallon ja Leinon tutkimuksessa.

3.2 Triage-luokittelu Suomessa

Triage-malleja on olemassa monenlaisia. Suomessa vakiintunut malli lienee kuitenkin niin sanottu ABCDE-malli. Yhteisesti hyväksytyn mallin etuna on, että se selkeyttää kiireellisissä tapauksissa hoitokäytäntöjä ja seulontatyötä potilaiden kesken. Lisäksi ABCDE-mallin etuna on se, että kansalaiset tietävät millä perusteilla hoitoon päästään. (Syväoja ja Äijälä 2009, 96.)

Kiireellisyysluokittelun tekee koulutuksen saanut ammattihenkilö sovitun ryhmittelyohjeen mukaisesti. Tämän triage-ohjeen tarkoituksena on varmistaa nopea hoitoon pääsy. Epäselvissä tapauksissa triage-hoitaja voi konsultoida päivystävää lääkäriä tai käyttää yhtenäisiä kirjallisia ohjeita. ABCDE-mallin etuna on myös se, että malli karsii pois potilaat, jotka eivät ole päivystyshoidon tarpeessa. Niin sanotut E-ryhmän potilaat eli ei-päivystyksellistä lääkärin hoitoa tarvitsevat potilaat voidaan hoitaa perusterveydenhuollon yksiköissä omaan virka-aikaan. Suomessa käytössä oleva ryhmittely perustuu englantilaisen Manchester Triage Group-asiantuntijaryhmän laatimaan viisiportaiseen aikaperusteiseen kiireellisyysluokitteluun vuodelta 1994. Suomessa triage-luokat jakaantuvat tuloarvioinnissa A- ja B-luokkaan erikoissairaanhoidon ja C- ja D-luokkaan perusterveydenhuoltoon. On tärkeää, että triage-luokittelu toimii päivystyksessä hyvin, sillä tutkimusten mukaan päivystyksen ruuhkautuminen heikentää hoidon laatua ja lisää kuolleisuutta. Tutkimusten mukaan ruuhkautunut päivystys lisäsi potilas kuolleisuutta ja hoidon taso selvästi laski. Tutkimuksessa myös kerrotaan, että ruuhkautuneissa vuoroissa potilaita luokiteltiin triagen mukaan alempaan luokkaan verrattuna ei ruuhkautuneisiin vuoroihin. Kuoleman riski on selvästi kasvanut, kun potilas on luokiteltu triagen mukaan ”väärin”. (Kantonen 2014, 23; Richardson 2006, 216)

Usein ajatellaan, että päivystyksen kiireellisyyden luokittelua tulisi käyttää vain silloin, kun potilaita on paljon tai on ruuhkaa. Kuitenkin jokaisen potilaan kohdalla on tehtävä pätevä hoidon tarpeen arvio, ja lisäksi siihen kuuluva kiireellisyyden arvio. Taulukko 1. havainnollistaa potilaiden luokittelua.

TAULUKKO 1. ABCDE-kiireellisyysluokittelun viisi porrasta. (Kantonen 2014, 28.)

A	Välitön hoidon aloitus
B	Hoidon aloitus 10 minuutin kuluessa
C	Hoidon aloitus 1 tunnin kuluessa
D	Hoidon aloitus 2 tunnin kuluessa
E	Ei päivystyshoidon tarvetta (kiireettömät ja krooniset vaivat). Hoidetaan paikallisen ohjeistuksen mukaisesti. Päivystävän hoitajan vastaanotto, terveysneuvonta ja tarvittaessa ohjaus kiireettömään päiväaikaiseen perusterveydenhuoltoon.

ABCDE-malli koostuu sanoista *Airways, Breathing, Circulation, Disability* ja *Exposure*. Kyseinen malli on kehitetty potilaan välitöntä hoidon tarpeen arviointia varten. Sen etuna on, että potilas voidaan tutkia esimerkiksi sairaalan ulkopuolella ilman hoitovälineistöä apuna käyttäen tai sairaalan päivystyksessä kuvantamis- ja laboratoriomahdollisuuksia hyödyntäen. Potilaasta tehdään nopea ensiarvio ilman varsinaisia hoitotoimenpiteitä. Ensiarviossa kartoitetaan potilaan yleiskunto, vammat ja peruselintoiminnot. Ensiarvion aikana tehdään vain välttämättömät hätäensiaputoimet, esimerkiksi hengitysteiden avaaminen, kylkiasentoon kääntäminen, tai ulkoisten verenvuotojen tyrehtyttäminen. (Haapiainen ja Hyvärinen 2016, 18.)

Kantosen (2014, 26) mukaan ABCDE-triagen vaikutuksia päivystyksen ja ympäröivien terveydenhuollon yksiköiden toimintaan on hyvin vähän tutkimustietoa. Aiemmin on tutkittu lähinnä sairaanhoitajien ja lääkärin erilaista tapaa luokitella potilaita. ABCDE-triagea on myös kritisoitu siitä, että se ei ole tieteellisesti asetelmassa muihin triage-järjestelmiin. Triage-järjestelmä joka ei ole koordinoitu ja standardoimaton voi olla riski potilasturvallisuudelle. Ruotsalaisten ja amerikkalaisten yhteenvetokatsauksessa on myös mainittu, että triage-järjestelmä voi olla vaarana potilasturvallisuudelle, mikäli ne eivät ole tieteellisessä asetelmassa muihin triage-järjestelmiin. (Kantonen 2014, 27.) Australialaisen viisivuotisen tutkimuksen kohteena olivat henkilöt, jotka poistuivat päivystyksestä ilman arviota tai hoitoa. Tutkimuksen mukaan heidän kuolleisuutensa ei lisääntynyt ja pääosin henkilöt olivat hakeneet apua kiireettömään vaivaan. Kuitenkin tutkimuksessa huomattiin, että omatoimisesti poistuneet henkilöt hakeutuivat uudelleen päivystykseen todennäköisemmin, verrattuna potilaisiin jotka kävivät hoidot läpi ohjeiden mukaisesti. (Tropea ym. 2012.)

3.3 Triage Iisalmen sairaalan päivystyksessä

Nykyisen mallin mukainen triage-luokittelu ja hoito aloitettiin Iisalmen sairaalan päivystyksessä vuonna 2009. Triage-ohjeistuksen laati ja hyväksyi päivystyksen ylilääkäri Jarno Rieppo. Päivystyksessä työskentelee 16 sairaanhoitajaa, joista 14 pystyy työskentelemään triage-hoitajana. Iisalmen sairaalan päivystyksestä löytyy tarkkailupaikkoja 9 – 10 potilaalle. Päivystyksessä hoitajilla on aina konsultaatiomahdollisuus päivystävälle lääkärille. Triage-luokittelu sairaalassa tapahtuu vastaanottoluukulla, johon potilaat tulevat jonotusnumeron saatuaan. Lisäksi triage-hoitaja vastaa päivystyksen puhelinneuvonnasta ja avustaa tarpeen vaatiessa tarkkailupotilaiden hoidossa. (Janatuinen 2015.) Triage-hoitajana toimimiseen Iisalmen sairaalan päivystyksessä vaaditaan sairaanhoitajan tutkinto, vähintään kolmen vuoden työkokemus sekä koulutus puhelinneuvontaan. Perekdytys triage-hoitajan työhön on jatkuvaa, jotta ammattitaito työtehtävään kehittyi työsuhteen aikana.

Triage-hoitajan toimenkuva Iisalmen sairaalan päivystyksessä on jaettu kolmeen osaan: Triage-hoitajan vastuulla on potilaiden vastaanottaminen päivystykseen, vastuu päivystyksen puhelinneuvonnasta sekä vastuu toimintaympäristöstä. (Janatuinen 2015.) Päivystykseen potilaiden vastaanotossa triage-hoitaja kutsuu potilaan vuoronumeron mukaisesti ilmottautumiseen, jossa hoitaja selvittää potilaan tulossyyntä, tarkentaa oirekuvausta, selvittää potilaan esitiedot sekä havainnoi

potilaan tilaa (mm. hengitys, tajunta, kipu sekä kivun sijainti), tekee tarvittavat esitutkimukset (pulssi, lämpö, verenpaine ja happisaturaatio) ja määrittää potilaan triage-luokituksen ohjeistuksen mukaisesti. Triage-arvion muodostamiseen päivystyksessä suositusaika on 5 minuuttia. Lisäksi triage-hoitaja tekee mahdolliset tutkimuspyynnöt, esimerkiksi EKG, laboratoriotestit, ja määrittää potilaan hoitolinjan yleiskunnon huomioon ottaen, eli jääkö potilas päivystykseen vai voiko hän mennä kotiin. Tämän jälkeen triage-hoitaja kirjaa potilaan tiedot ja käynnin potilastietojärjestelmään. (Janatuinen 2015.)

Iisalmen sairaalan päivystyksen puhelinneuvonta toimii arkisin klo 16-21 ja viikonloppuisin klo 8-21. Tarvittaessa puhelinneuvontaa voidaan jatkaa kello 21:30:een asti. Triage-hoitaja on vastuussa puhelinneuvonnasta näinä aikoina, ja tarvittaessa auttaa puhelinneuvonnassa työskentelevää sairaanhoitajaa ruuhka-aikana. Mikäli potilaan puheluun ei ennätetä vastata, tulee puhelinneuvonnassa työskentelevän hoitajan soittaa takaisin puolen tunnin kuluessa. Puhelinneuvonta on osa triage-hoitajan työtehtävää ja se kuuluu koulutukseen sekä -osaamisvaatimukseen. Puhelun aikana hoitaja selvittää ja tarkentaa potilaan esitietoja sekä oireita ja hoidon tarvetta samalla tavalla kuin vastaanotolla. Haastattelun perusteella määritetään hoidon kiireellisyys ja annetaan potilaalle tarvittavat hoito- ja toimintaohjeet. Puhelinneuvonta kirjataan potilastietojärjestelmään. (Janatuinen 2015.)

4 PÄIVYSTYS TYÖYMPÄRISTÖNÄ

Ympäri vuorokautisen päivystystoiminnan ylläpito on kallista ja tämän vuoksi toiminnan tehokkuus, sekä resurssien ja voimavarojen tarkoituksenmukainen hyödyntäminen on välttämättömiä. Toinen tehokkuuden optimoimiseen pakottava tekijä on päivystykselle säännöllisesti kohdistuva paine. (Koponen ja Sillanpää 2005, 20.) Esimerkiksi talven ensimmäiset liukkaat kelit tai juhannuksen kaltaiset yleiset juhlapäivät voivat johtaa päivystyksen ruuhkautumiseen, mutta muulloinkin päivystyksen asiakaskuormitus on hyvin vaihtelevaa.

4.1 Päivystyspotilaan kohtaaminen

Päivystyksessä työskentelevä hoitaja hyötyy hyvistä vuorovaikutustaidoista. Jokainen potilas reagoi yksilöllisellä tavalla sairauteen tai siihen, että joutuu sairaalaan hoidettavaksi. Toisilla ahdistus voi näkyä voimakkaana masentuneisuutena tai aggressiivisena käytöksenä, jolloin potilaan voi olla hyvin vaikea vastaan ottaa tarvitsemaansa hoitoa. Toisilla taas käytös voi muuttua hoitajaan tarrautuvaksi tai toisessa ääripäässä potilas voi käyttäytyä hyvin sulkeutuneesti. Päivystyksessä työskentelevä hoitaja kohtaa työssään tämän koko tunteiden skaalan ja hänen täytyy luovia potilaiden erilaisten tarpeiden kanssa voidakseen tarjota näille hyvää ja tarkoituksenmukaista hoitoa. (Koponen ja Sillanpää 2005, 28.)

Päivystyksen hoitohenkilökunta työskentelee säännöllisesti myös päihteiden vaikutuksen alaisten henkilöiden kanssa, joiden kohdalla ongelmia aiheuttavat erityisesti diagnostiikan vaikeus, epäselvä kommunikointi, tajuttomuus, heikko kipuvaste tai varsinaisten oireiden peittyminen päihteiden vaikutuksien alle. Joissain tapauksissa myös vastahakoisuus hoitoa kohtaan tai aggressiivinen käytös. Päihtyneiden potilaiden kohdalla päivystyksen henkilökunnalla on aina oikeus ottaa yhteyttä poliisiin, mikäli potilaan uskotaan olevaan vaaksi itselleen, omaisilleen, hoitohenkilökunnalle tai muille potilaille. Vastahakoisen päihteiden alaisen potilaan kohdalla pitää aina arvioida myös tahdonvastaisen hoidon tarve. (STM 2006, 21.)

Päivystyspoliklinikka on korkean väkivaltariskin työpaikka. Mahdollisuus toteuttaa rauhassa omaa ammattiaan turvallisessa ympäristössä ei ole päivystyksen hoitohenkilökunnalle itsestäänselvyys. Päivystyspoliklinikoiden työntekijät kohtaavat nimittelyä, haistattelua ja sanallista uhkailua useimmissa yksiköissä vähintään viikottain. Yleisimpiä tyytymättömyyttä aiheuttavia tekijöitä päivystyspotilaiden keskuudessa ovat päihteiden vaikutuksen alaisuus, sekä pitkät odotusajat. Sanallinen uhkailu on fyysistä väkivaltaa huomattavasti yleisempää, mutta päivystyspoliklinikalla työskentelevä hoitaja joutuu aina työvuoron aloittaessaan tiedostamaan teoreettisen mahdollisuuden joutua yllättävän fyysisen väkivallan kohteeksi. Väkivallan uhka, sekä siitä aiheutuva ahdistus, huoli ja jaksamisen ongelmat, vaikuttavat päivystyspoliklinikan hoitajien kykyyn toteuttaa työtään. Väkivaltatilanteiden syntymiseen, sekä niiden ennaltaehkäisemiseen ja selvittämiseen liittyy sekä yksilöllä lähtöisiä, että ympäristölähtöisiä tekijöitä. Yksilöllisellä tasolla väkivallan riskiä ja vaikutuksia voivat ehkäistä työkokemus, vuorovaikutustaitojen kehittäminen, erilaisten tilanteiden kohtaamiseen saatu koulutus, työyhteisön tuki, sekä stressinhallintakeinojen- ja sietokyvyn kehittäminen. Myös

ympäristölähtöiset tekijät vaikuttavat siihen, kuinka helposti väkivaltatapahtumia pääsee kehittymään ja miten niihin pystytään varautumaan. Fyysisten tilojen käytännöllisyystekijät, kuten pakoreitit, odotustilojen viihtyisyys väkivaltaa ennaltaehkäisevänä tekijänä, hälytysjärjestelmien toiminta, vartioinnin järjestäminen, sekä henkilöstömitoitus ovat tekijöitä, jotka vaikuttavat väkivaltatapausten esiintymiseen ja niistä selviämiseen. (Koponen ja Sillanpää 2005, 63.)

4.2 Päivystyspoliklinikan kuormittavuus työntekijälle

Päivystyksessä työskentelevän hoitajan on kyettävä arvioimaan potilaiden hoidon tarvetta nopeasti ja luotettavasti. Tämä edellyttää hoitajalta hyvää paineensietokykyä. Päätöksenteossa hyvä hoitaja kykenee nopeasti ja tarkasti arvioimaan potilaan tilaa paitsi tämän kertoman, myös ammattitaidon tuoman tietämyksen ja yleisen olemuksen perusteella. Hoidontarpeen arviointia tulee lisäksi aina toteuttaa systemaattisesti ja pitää mielessä potilaiden ongelmien priorisointi. (Koponen ja Sillanpää 2005, 29.)

Päivystyksen päivittäinen kuormitus vaihtelee todella paljon. Ajoittain päivystykseen hakeutuu potilaita niukasti, mutta tilanne voi yllättäen muuttua erittäin kiireiseksi. Päivystyksen työntekijöiden työtahti on usein hyvin vaihtelevaa ja urakkamaista, joka asettaa haasteita hoitajien työssäjaksamiselle ja hyvän toimintakyvyn ylläpitämiselle. Kiireinen työtahti on merkittävä henkilöstöllinen riskitekijä päivystyspoliklinikoilla. Työ vaatii jatkuvaa priorisointia ja toistuvasti yllättävät tilanteet ja kiire altistavat henkilökunnan kovalle paineelle ja voivat johtaa myös suoranaisiin virhearviointeihin. Edellä mainittujen syiden vuoksi päivystystoiminnan henkilöstöresurssit osoittautuvat usein riittämättömiksi. Vakituista henkilökuntaa ei välttämättä Päivystyspoliklinikalla ole käytettävissä riittävästi vakituista henkilökuntaa tai osaavia sijaisia yllättävien tilanteiden varalle. Ammattitaitoinenkin hoitaja tarvitsee riittävän perehdytyksen voidakseen suoriutua työstä sen edellyttämällä tavalla. (Koponen ja Sillanpää 2005, 29, 65.)

Paitsi työn fyysinen kuormitus, myös ajoittain raskaat potilastapaukset ja traumaattiset hoitotilanteet tekevät päivystyksen henkilöstön alttiiksi traumaperäisille stressitekijöille. Sijaistraumatisoitumisella tarkoitetaan myötätuntostressistä johtuvaa tilaa, jossa traumaattisessa tilanteessa mukana ollut omainen, sivullinen tai hoitaja kärsii traumaperäisestä stressistä. Tila kehittyy yleensä pidemmän ajan kuluessa, erityisesti pidempiaikaisten potilassuhteiden yhteydessä. Päivystysolosuhteissa potilassuhteet ovat lyhyitä, mutta potilastapausten suuri määrä ja vaihtelevuus, sekä traumaattisten potilastapausten osuus koko potilasmassasta asettavat yhdessä päivystyksen henkilökunnan alttiiksi myötätuntouupumukselle ja sijaistraumatisoitumiselle. (Koponen ja Sillanpää 2005, 37; Traumaterapiakeskus 2017.)

Myötätuntouupumus voi ilmentyä myös niin sanottuna hiljentävänä vasteena, joka näkyy hoitajan vastahakoisuutena ottaa vastaan potilaan ikäviä tunteita tai kokemuksia. Vältelläkseen potilaan kohtaamista tunnetasolla, hoitaja ohjaa keskustelua helposti toisaalle ahdistavasta tai vaikealta tuntuvasta aiheesta. (Toivola 2004.) Tämä näkyy helposti yli- tai alireagoimisena potilaan kertomaan

ja yleisenä työhyvinvoinnin laskuna. Henkilökohtaisessa elämässä tila voi näyttäytyä alakuloisuutena, uupumuksena, ahdistuneisuutena tai somaattisina oireina. (Koponen ja Sillanpää 2005, 37). Vaihtelevien ja haastavien työolosuhteiden vuoksi päivystys tarvitsee työntekijöidensä joukkoon sellaisia hoitajia, jotka ovat useiden päivystyksen työolosuhteissa vietettyjen vuosien aikana kartuttaneet riittävästi käytännön kokemusta ja ammattitaitoa, vastatakseen nopeasti ja tarkoituksenmukaisesti erilaisiin vastaan tuleviin tilanteisiin. (Koponen ja Sillanpää 2005, 28 – 29.)

4.3 Terveyden edistäminen päivystyspoliklinikalla

Lähtökohtana terveyden edistämiseksi päivystys ei ole ihanteellisin paikka. Päivystyksessä keskitytään hoitamaan äkillisiä sairauksia ja vammoja, jonka myötä terveyden edistämisen näkökulma jää usein vähäiseksi. Sosiaali- ja terveysministeriön mukaan päivystykseen hakeutuvista tapaturmapotilaista noin puolet ovat päihtyneitä. Tämä tuo lisää haasteita terveyden edistämiseksi päivystysolosuhteissa. Lisäksi äkillinen sairastuminen on potilaalle aina uusi kokemus ja herättää paljon kysymyksiä, tämän vuoksi tiedon omaksuminen akuutin tilanteen jälkeen voi olla haasteellista. Eri tulositystä huolimatta todellisuudentaju voi hämärtyä, joka vaikeuttaa ohjauksen vastaanottamista.

Päivystyskäynnit ovat usein ajallisesti lyhyitä ja siellä hoidetaan vain akuutti vaiva ja sen jälkeen järjestetään jatkohoitopaikka tarvittaessa. Tämä tuo haasteita potilaan terveyden edistämiseksi, kun ohjaus vaatii kuitenkin aikaa ja päivystyksessä ei ole tarkoitus ratkaista potilaan kaikkia ongelmia. (Järvisalo 2016, 12.) Terveydenhuoltolaki kuitenkin velvoittaa myös terveyden edistämisen päivystysolosuhteisiin. Päivystys voi joillakin henkilöillä olla ainut yhteys terveydenhuoltoon ja siksi terveyden edistämistä olisi tärkeä saada myös päivystyksessä. Terveyden edistäminen on myös silloin arvokkaassa asemassa, kun potilas siirtyy kotihoitoon. Nykyinen koulutusmalli antaa sairaanhoitajalle hyvät valmiudet ohjata potilasta myös päivystysympäristössä. (Järvisalo 2016, 14.)

5 SAIRAANHOITAJAN OSAAMINEN

Vuonna 1994 säädetty laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä pyrkii takaamaan terveydenhuollon palveluiden laatua, edistämään potilasturvallisuutta sekä varmistamaan että ammattihenkilöillä on ammatin vaatima koulutus. Lain mukaan toimiakseen sairaanhoitajana henkilön on suoritettava ammattin johtava koulutus Suomessa. Tämän jälkeen sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontavirasto Valvira myöntää hakemuksen perusteella oikeuden ja luvan harjoittaa sairaanhoitajan ammattia laillistettuna ammattihenkilönä (Laki terveydenhuollon ammattihenkilöstä 1994.) Sairaanhoitajat ja muut hoitotyön ammattilaiset tekevät hoitotyötä, jossa terveydenhuollon ammattihenkilö käyttää omaa tietotaitoaan potilaiden terveyden edistämiseksi. Ammatillinen hoitaminen kuuluu sairaanhoitajan työhön ja se perustuu sairaanhoitajan ja potilaan väliseen yhteistyöhön. (Hietanen ym. 2005, 10.) Sairaanhoitajan ydinosaamista on kyky hallita niin tiedollisesti kuin taidollisestikin ammatin kokonaisuutta sekä toimia tietyissä tehtävissä ja tilanteissa (Hildén 2002, 33). Päivystyksessä hoitajana toimiessa sairaanhoitajan on hallittava päivystyspotilaan hoitoon liittyvät piirteet. Päivystyshoitotyössä sairaanhoitajan tulee hallita laajalti tietoa eri erikoisaloilta, pystyttävä itsenäiseen päätöksentekoon sekä osattava priorisoida potilaiden hoitoa heidän tilansa mukaan. (Koponen, Sillanpää 2005, 28-29.)

5.1 Hoitotyön arvot, periaatteet ja eettinen osaaminen

Hoitotyötä ohjaavat hoitotyön arvot sekä periaatteet. Arvot pohjautuvat sosiaali- ja terveysalan arvoperustaan, periaatteet taas hoitotyössä ihanteellisina pidettyihin arvoihin. Hoitotyön kulttuurissa arvot voivat esiintyä hoitajien yhteisinä päämäärinä, esimerkiksi potilaan kunnioittamisena ja tasa-arvoisena kohteluna. Periaatteet taas ovat arvoihin nähden konkreettisempia toimintaohjeita, joiden on määrä ohjata hoitajan työntekoa ja toimia hoitotyön laadun perustana. Hoitotyön periaatteita ovat muun muassa yksilöllisyys, ammatillisuus ja turvallisuus. Sairaanhoitajan eettisellä osaamisella tarkoitetaan sairaanhoitajan kykyä noudattaa ihmisoikeuksia, ihmisarvoa sekä potilaiden oikeuksia koskevia lainsäädäntöjä. Työssään sairaanhoitaja kohtaa paljon kysymyksiä niin oikeasta ja väärästä kuin hyvästä ja pahasta. Nämä ovat hoitotyön etiikkaa. Ammattietiikka taas käsittelee hyväksyttävää ja suositeltavaa toimintaa sairaanhoitajan ammatissa. (Hietanen ym. 2005, 12 – 13, 24)

Sairaanhoitajan eettisten ohjeiden on tarkoitus ilmaista sairaanhoitajien perustehtävää ja periaatteita yhteiskunnassa sekä toimia päätöksenteon tukena. Suomen sairaanhoitajaliitto hyväksyi vuonna 1996 ensimmäiset kansalliset sairaanhoitajien eettiset ohjeet, jotka pohjaavat kansainvälisiin ohjeisiin. Nämä eettiset ohjeet kuvaavat sairaanhoitajan tehtävää yhteiskunnassa, työtä, ammattitaitoa, kollegiaalisuutta, vaikutusta yhteiskuntaan sekä omasta ammattitaidosta huolehtimista. (Suomen sairaanhoitajaliitto 1996.)

5.2 Sairaanhoidajan lääkehoidon osaaminen

Turvallinen, tehokas, taloudellinen ja tarkoituksenmukainen lääkehoito kuuluu sairaanhoidajan keskeisiin tehtäviin (Ahonen ym. 2013). Sairaanhoidaja tekee lääkehoidon toteuttamiseen kuuluvia päätöksiä omaan asiantuntijuuteensa turvaten. Varsinkin erikoissairaanhoidossa sairaanhoidajan toteuttama lääkehoito kuuluu keskeisesti päivittäiseen, potilaan elintoimintoja turvaavaan hoitoon. (Hietanen ym. 2005, 306.) Opetusministeriö määritteli vuonna 2001 sairaanhoidajan lääkehoidon osaamisvaatimuksia. Lääkehoito on keskeinen osa sairaanhoidajan kliinistä osaamista, ja sen perustana toimii vahva teoreettinen osaaminen. Opetusministeriön mukaan lääkehoidossa sairaanhoidajan pitää muun muassa osata lääkelaskut ja lääkehoidon seuranta, seurata potilaan tilaa lääkehoidon ja verensiirron aikana ja päättymisen jälkeen sekä osaa lääkärin määräysten mukaisen lääkehoidon toteuttamisen turvallisesti potilaalle määrättyä annostelureittiä käyttäen (Opetusministeriö 2001.)

Turvallisen lääkehoidon perustana on sairaanhoidajan riittävä teoreettinen tieto sekä käytännön taito. Teoreettiseen tietoon kuuluu muun muassa tieto anatomiasta ja fysiologiasta, eli erilaiset antotavat ja yleinen tieto ihmisen elimistön normaalista toiminnasta. Lisäksi teoreettiseen tietoon kuuluu tieto farmakologiasta, lääkehoitoon kuuluvasta matematiikasta ja etiikasta (Hietanen ym. 2005, 306). Käytännön taito voidaan jakaa Oili Veräjänkorvan ja Helena Leino-Kilven julkaisua mukaillen lääkehoidon toteuttamiseen ja potilaan ohjaamiseen. Lääkehoidon toteuttamisen prosessi kattaa kaikki vaiheet lääkkeen hankkimisesta lääkkeen antamiseen, sen raportoimiseen ja dokumentointiin (Leino-Kilpi ja Veräjänkorva 2003). Työssään sairaanhoidaja on päivittäin tekemisissä potilaiden kanssa, tämän takia sairaanhoidaja toimii potilaan edustajana tämän lääkehoitoa mietittäessä. Käytännössä tämä näkyy esim. sairaanhoidajan kertoessa lääkärille huomioita potilaan kipulääkityksen riittävydestä. (Manias ja Street 2001). Potilaan lääkehoidon ohjauksen pyrkimyksenä on saada potilas sitoutumaan lääkehoitoon. Sairaanhoidajan tulee osata perustella potilaalle lääkehoidon merkitys yhteistyössä potilaan ja tilanteesta riippuen potilaan omaisten kanssa. Tämä vaatii sairaanhoidajalta kykyä potilaskeskeiseen ohjaukseen, sillä sairaanhoidajan tulee selvittää ennen lääkehoidon ohjausta potilaan ohjaustarve, antaa ymmärrettävä ja selkeä ohjaus sekä ottaa tarvittaessa huomioon eri sairauksien erityispiirteet. Näiden asioiden kautta rakentuu luotettava lääkeohjaus. (Leino-Kilpi ja Veräjänkorva, 2003.)

5.3 Sairaanhoidajan kliininen osaaminen

Sairaanhoidajan kliininen osaaminen perustuu hoitajan teoreettiseen osaamiseen, jonka pohjana on ajantasaisen tutkimustiedon käyttö. Kliininen osaaminen muodostuu erilaisista osa-alueista, kuten aseptisista työskentelytavoista, terveyden edistämisen taidoista ja kyvystä tarkkailla potilaan tilaa. (Hietanen ym. 2005, 46.) Aseptinen toiminta hoitotyössä tarkoittaa sitä, että erilaisten taudinaiheuttajien pääsy kudoksiin ja steriiliin materiaaliin estetään omalla toiminnalla. Sairaanhoidaja pystyy omalla toiminnallaan ehkäisemään erilaisten tartuntatautien leviämistä. Tällaisia keinoja ovat esimerkiksi henkilökohtaisen hygienian ylläpitäminen, aseptisten työskentelytapojen noudattaminen, sekä välineistön ja pintojen puhtaudesta huolehtiminen.

(Hietanen ym. 2005, 65.) Aseptisessä työskentelyssä on tärkeää huomioida myös työjärjestys. Hoitotyötä tehtäessä hyvä suunnittelu eri hoitotoimenpiteiden välillä on tärkeää, koska aseptinen työjärjestys etenee puhtaasta likaiseen. Aseptisen työjärjestyksen merkitys korostuu päivystyksessä esimerkiksi erilaisten haavojen hoidossa. (Heinrichsen 2015, 7.) Toinen tärkeä asia, joka ohjaa sairaanhoitajan aseptista toimintaa on aseptinen omatunto. Aseptisellä omatunnolla tarkoitetaan, että hoitoalan ammattihenkilönä olet omaksunut ja sisäistänyt aseptiset toimintatavat ja toimit aseptisen työjärjestyksen mukaisesti. (Heinrichsen 2015, 7.) Osaamiseen vaikuttaa monet eri kokonaisuudet, kuten taidot, tiedot, kokemus, kontaktit ja motivaatio kehittää omia taitoja. Oman osaamisen tunnistaminen on ammatillisessa mielessä tärkeä ominaisuus. Jos osaaminen on tiedostamatonta, on sitä lähes mahdotonta tuolloin hyödyntää. Kliinisen osaamisen lisäksi tarvitaan päätöksenteon osaamista. Sairaanhoitajan tulee pystyä perustelemaan oma toimintansa näyttöön perustuvan hoitotyön periaatteiden mukaisesti. Ammatillisena täytyy siis hallita ajantasainen tutkimustieto. (Ahde, Hallikainen 2013, 2.)

Kaiken tämän lisäksi sairaanhoitajan tulee vielä osata tarkkailla ja tukea elintoimintoja. Tärkeä taito tarkkailemisessa on fyysisten suureiden mittaaminen ja saatujen tulosten merkityksen ymmärtäminen. Mittausten toteuttaminen onkin päivittäistä sairaanhoitajan työssä. Kliiniseen osaamiseen kuuluu myös silmin, korvin ja käsin tehtävät huomiot mahdollisista muutoksista potilaan peruselintoiminnoissa. (Ahde, Hallikainen 2013, 2.) Peruselintoiminnoilla tarkoitetaan verenkiertoa, hengitystä ja tajuntaa. Sairaanhoitajan on tärkeä hallita myös teknisten laitteiden käyttö, sekä osata arvioida ovatko tulokset luotettavia. Potilaan itse kertomat oireet ovat myös avainasemassa, kun potilasta haastatellaan tai tehdään hoitoon liittyviä päätöksiä. Kliininen osaaminen korostuu päivystyspolikliniikalla, kun potilasmäärät kasvavat ja on tärkeää erottaa potilaiden oleelliset terveydentilaan vaikuttavat muutokset ja mahdolliset uhat. Lääkkeiden, laitteiden ja monitorien tuntemuksen lisäksi on sairaanhoitajana tärkeää hallita ihmisen peruselintoimintojen korjaamiseen liittyvä teoretinen tieto. Sairaanhoitajan osaaminen kehittyy vaiheittain kokemuksen ja koulutuksen myötä. Kokenut ja ammattitaitoinen hoitaja omaa laajan tietopohjan ja kykenee tehokkaasti hahmottamaan hoidettavan potilaan kokonaistilanteen. Kokemuksen myötä hoitaja osaa tehokkaasti kiinnittää huomiota potilaan hoidon kannalta oleellisiin yksityiskohtiin. (Rehn 2008, 9)

Himala ja Lanttunen (2013, 9.) tutkivat omassa opinnäytetyössään hoitajien ammattitaitovaatimuksia, joita tarvitaan hoidon tarpeen arvioinnissa puhelimen välityksellä. Tutkimuksessa selvisi, että hoitajan tulee hallita oman erikoisalansa teoretinen tieto, sekä kyetä soveltamaan sitä käytännön hoitotyössä. Sairaanhoitajalta edellytetään myös kykyä itsenäiseen työskentelyyn ja päätöksentekoon. Puhelinneuvonta on usein kiireistä, joten sairaanhoitajan ei ole välttämättä mahdollista hyödyntää tehokkaasti erilaisia ohjeistuksia ja tietokantoja. Tällaisissa tilanteissa työkokemuksen ja intuition merkitys korostuvat.

6 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS, TAVOITTEET JA TUTKIMUSTEHTÄVÄT

Opinnäytetyömme tarkoituksena on selvittää, mitkä tekijät edistävät ja mitkä haittaavat hoidontarpeen arviointia ja triage-luokittelun toteuttamista Iisalmen sairaalan päivystyksessä. Opinnäytetyön tavoitteena on löytää keinoja kehittää päivystyksen hoidontarpeen arviointia ja triage-toimintaa, sekä nostaa esille hoitohenkilökunnan näkemyksiä mahdollisista kehittämismahdollisuuksista. Opinnäytetyöprosessia ohjaavat tutkimustehtävät ovat seuraavat:

1. Palveleeko Triage-luokitus hoidontarpeen arviointia?
2. Mitkä tekijät edistävät hoidontarpeen arvioinnin toteuttamista yksikössä?
3. Mitkä tekijät haittaavat hoidontarpeen arvioinnin toteuttamista yksikössä?
4. Miten Triage-luokittelua ja hoidontarpeen arvioinnin toteuttamista voisi kehittää yksikössä?

7 OPINNÄYTETYÖN TOTEUTUS

Tutkimus on luonteeltaan laadullinen, eli sen tarkoituksena on mitata tutkimuskohteen ominaisuuksia tai laatua, sekä nostaa tutkimuskohteesta esille uutta tietoa ja havaintoja. Tutkimukselle ei ole asetettu, eikä se pyri kumoamaan tai puoltamaan, minkäänlaista ennalta asetettua hypoteesia. Tämänkaltaisten tutkimuslähtökohtien vuoksi, aineistolähtöisessä tutkimuksessa tulee varautua siihen, että tutkimusongelma voi muuttua prosessin aikana, tai tutkimuskysymykset eivät enää palvelekaan tutkimuksen tarkoitusta ja tavoitetta. Tämän vuoksi aineistolähtöisessä tutkimuksessa asetetaan usein tutkimuskysymysten sijaan tutkimusta ohjaavia tutkimustehtäviä. (Hirsjärvi, Remes ja Saijavaara 2007, 134 – 135.)

Tutkimuksen kohderyhmänä olivat 16 Iisalmen sairaalan päivystyksessä työskentelevää sairaanhoitajaa. Lisäksi 14 heistä on edellytykset työskennellä triage-hoitajana päivystykseen ilmoittautumisessa. Työntekijät pääsivät vastaamaan kyselyymme heidän työsähköpostiinsa laitettun linkin kautta.

7.1 Tutkimustavan valinta

Toteutamme opinnäytetyömme laadullisena kyselytutkimuksena. Laadulliselle tutkimukselle luonteenomaista on muodostaa johtopäätöksiä aineistolähtöisen päättelyn, eli induktion, kautta. Induktio tarkoittaa tiivistettynä määrättyä aineistoa tarkastelemalla luotujen yleispätevien johtopäätösten muodostamista. Oman tutkimuksemme kohdalla siis tarkastelemme päivystyksen hoitajien antamia vastauksia, löytääksemme havaintoja ja ajatuksia. Kvalitatiivinen, eli laadullinen ja kvantitatiivinen, eli määrällinen tutkimus eivät kuitenkaan ole ristiriidassa keskenään, eikä tutkimuksen voi katsoa edustavan puhtaasti vain toista lähestymistapaa. (Saaranen-Kauppinen ja Puusniekka 2006.)

7.2 Aineiston kerääminen

Kyselyyn vastasi 9 sairaanhoitajaa, joista 7 työskentelee triage-hoitajana päivystyksen ilmoittautumisessa. Tutkimuksen tavoitteena oli saada selville työntekijöiden mielipiteitä käytännön toimivuudesta ja, koska meidän ei työyhteisön ulkopuolisina tutkijoina ole mahdollista ennustaa tutkimuksessa esille tulevia vahvuuksia, heikkouksia, mahdollisuuksia ja uhkia, strukturoidut kysymykset voisivat sivuuttaa olennaisia seikkoja tai vääristää vastauksia. Tutkimuksen osatavoitteena oli myös saada mahdollisia kehittämisideoita työntekijöiltä, joka ei onnistuisi täysin strukturoidulla kyselylomakkeella. Saadaksemme esille konkreettisia esimerkkejä triage-toimintaa edistävästä ja haittaavista tekijöistä, sekä mahdollisista kehittämisideoista, päädyimme toteuttamaan tutkimuksemme laadullisena kyselytutkimuksena. (Vilka 2015, 163 – 164). Lisäksi arvioimme kyselylomakkeella suoritettavan tutkimuksen tuottavan laadukkaampia vastauksia haastatteluun verrattuna, sillä työaikana järjestetty haastattelu olisi vienyt yhteispäivystyksen henkilökunnalta paljon työtunteja, ja taustalla vaikuttava kiire olisi voinut vaikuttaa haastattelutilanteen tunnelmaan ja vastaajien motivaatioon syventyä tutkimusaiheeseen. Työsähköpostin kautta välitetyn sähköisen

lomakkeen myötä työntekijöiden oli mahdollista täyttää kyselylomake heille parhaiten sopivana ajankohtana ja vastata ajatuksen kanssa. Tekemällä tutkimukseen osallistumisen mahdollisimman vaivattomaksi ja miellyttäväksi pyrimme edesauttamaan mahdollisimman kattavan otannan saavuttamista. Kirjallisen kyselytutkimuksen eduksi koimme myös sen, että haastattelijan läsnäolon vaikutus vastauksiin saatiin eliminoitua. Haastatteluna suoritettu tutkimus olisi tuottanut merkittävästi enemmän työtä myös meille tutkijoina. Jo yksittäinen haastattelu olisi tuottanut suuren määrän litteroitavaa materiaalia, ja näin ollen kirjallisesti toteutettu kysely oli muidenkin puoltavien seikkojen myötä järkevämpi vaihtoehto.

7.3 Aineiston analysointi

Muodostaaksemme luotettavia johtopäätöksiä tutkimusaineistosta, toteutimme päivystyksen hoitajien kyselyymme antamien vastausten pohjalta aineistolähtöisen sisällönanalyysin. Tutkimustulosten laadullisen analyysin muodostamiseksi aineistosta tulee tunnistaa ja nostaa esille sellaisia yhteneväisiä raakahavaintoja tutkimusmateriaalista, joiden voidaan katsoa pätevän koko tutkimuksesta kerättyyn aineistoon. Näitä yleispäteviä raakahavaintoja yhdistämällä voidaan muodostaa luotettavia johtopäätöksiä. (Alasuutari 2011, 40 – 52; Vilka 2015, 163 – 164.) Sisällönanalyysi käynnistyi vastausten läpi käymisellä ja pelkistämällä. Pelkistämisessä tutkimusmateriaalia pilkotaan ja tiivistetään niin, että tutkimuksen kannalta epäolennainen informaatio karsitaan pois ja jäljelle jäävä materiaali koostuu helposti arvioitavista, ja tutkimustehtävien kannalta merkityksellisistä asia- ja ajatuskokonaisuuksista tai ilmaisuista. (Vilka 2015, 163 – 164.) Pilkkominen tarkoittaa sitä, että tutkimusaineistosta erotellaan sellaiset ilmaisut ja ajatuskokonaisuudet, jotka ottavat jollain lailla kantaa asetettuihin tutkimustehtäviin. Erotellut havainnot edelleen pelkistetään, eli tiivistetään sellaisiksi yksiköiksi, jotka sisältävät alkuperäisestä lähteestä ainoastaan olennaisen asiasisällön. (Vilka 2015, 163 – 164.)

Tutkimuksen työprosessin selkeyttämiseksi laadimme taulukon, johon luokittelimme ja nimesimme muodostetut kokonaisuudet uudelleen niitä parhaiten kuvaavilla yläkäsitteillä. Kvalitatiivisessa tutkimuksessa luettelointi ja taulukointi, tulkinnan pilkkominen eri vaiheisiin, sekä erilaisten tulkinta- ja ratkaisusääntöjen nimenomaistaminen parantavat aineistoin arvioitavuutta. Taulukointimme tarkoituksena oli siis tarjota mahdollisimman tarkka kuva tutkimusprosessista ja tutkimuksen eri vaiheista, sekä mahdollistaa johtopäätösten ja arviointien muodostaminen tutkimuksesta. Taulukoinnin tarkoituksena on myös auttaa tutkijoita, helpottamalla erilaisten ajatusten, näkemysten ja kokemusten erottelamista aineistosta. (Eskola & Suoranta 2008 165 – 166.) Tutkimuksemme analysointiprosessia on havainnollistettu taulukossa 2.

TAULUKKO 2 Esimerkki aineiston analysoinnista

Alkuperäinen ilmaisu	Pelkistys	Alaluokka	Yläluokka
<i>"Mielestäni se on erittäin hyvä työkalu"</i>	Triage-luokitus on hyvä työkalu		
<i>Triage luokitus on hyvä pohja --- ja antaa suuntaa miten luokitella potilaan kiireellisyys."</i>	Luokitus on hyvä pohja potilaan kiireellisyyden luokittelulle	Toimiva triage-luokitus	Triagen toimivuuden arviointi

8 TUTKIMUKSEN TULOKSET

Tutkimustehtävänäimme oli selvittää, palveleeko nykyinen triage-luokitus hoidontarpeen arviointia, mitkä tekijät edistävät ja haittaavat hoidontarpeen arviointia, sekä miten triage-luokittelua ja hoidontarpeen arviointia voisi kehittää Iisalmen sairaalan päivystyksessä. Vastaukset on käsitelty aineistolähtöisellä sisällönanalyysilla. Tulokset on kirjattu analyysin pohjalta.

Lähetimme kyselyn päivystyksen 16 työntekijälle. Vastauksia kyselyymme tuli 9 kappaletta, eli otantaa voidaan pitää riittävänä johtopäätösten tekemiseen. Seuraavaksi esittelemme kyselyn tulokset kysymysten mukaisesti.

8.1 Triage-luokitus

Vastaajien keskuudessa nykyinen käytössä oleva triage-luokitus koettiin toimivaksi ja hyväksi työkaluksi potilaiden luokittelussa. Vastaajat pohtivat, että osalla työntekijöistä on pidempi työkokemus kuin toisilla. Yksi vastaajista koki, että triage-luokittelua ei päivystyksessä voi toteuttaa näin tiukkana, vaan aina on joustettava esimerkiksi pitkän matkan vuoksi. Toisen vastaajan mukaan luokittelu on toimivaa, kunhan sitä käytetään perustellusti ja oikein ja toteaa sen luovan hyvän pohjan triage-hoitajalle potilaan kiireellisyyden luokitteluun.

Vastauksissa esiin nousi työntekijöiden halu saada luokitteluun yhdenmukaisuutta, ehdotuksena muun muassa koulutuksen lisääminen. Yhdessä vastauksessa kerrottiin, että vastaajan mielestä nykyinen triage-luokittelu ei ole riittävän erittelevä, eikä luokittelua käytetä aina oikein. Samassa vastauksessa nousi esille myös lääkäreiden toiminta luokittelun seuraamisessa, sillä joskus potilaat otetaan sisään järjestyksessä luokittelua katsomatta.

Kehitysehdotuksena nykyisen triage-luokituksen ja hoidon tarpeen arvioinnin kehittämiseen useissa vastauksissa nousi käytäntöjen yhtenäistäminen potilaan hoidon kiireellisyyden arvioinnissa. Yksi vastaajista nosti konkreettisenä esimerkkinä esiin käytäntöjen yhtenäistämistä sen, milloin potilas päästetään lääkärille ja milloin etsitään muita vaihtoehtoja. Toinen vastaaja koki, että triage-luokat pitäisi määritellä uudestaan.

”Käytäntö hieman kirjavaa -- Koulutus ja selkeät ohjeet joihin kaikki sitoutuvat!”

8.2 Työtilat ja välineistö

Suurin osa vastaajista koki nykyisen työtilan vaativan parannusta. Moni vastanneista kehui työtilan sijaintia, koska lääkäri ja kollegat ovat lähellä. Avun antaminen tarkkailuhuoneeseen käy joustavasti. Vastaajat kokivat työvälineistön olevan riittävä ja toimiva. Kuitenkin työvälineiden sijaintia työtilassa kritisoitiin. Kuitenkin yksi vastaaja kuitenkin kertoi työvälineiden olevan helposti saatavilla.

Triage-hoitajan työtilan yhteydessä on hoituhuone, johon joudutaan ajoittain ottamaan tarkkailupotilaita. Tällöin triage-hoitajan toimenkuva häiriintyy ja potilaan tietosuoja kärsii. Työtila koettiin ahtaaksi ja vetoisaksi, sekä yksi vastanneista totesi sen olevan ergonomisesti huono ja epäkäytännöllinen. Työntekijät toivoivat parannusta nykyiseen triage-hoitajan työtilaan. Yksi vastaaja nosti esille työtilan, jossa olisi mahdollista avustaa triage-hoitajaa puhelinneuvonnan jonojen purkamisessa, mutta tilaa käytetään tällä hetkellä lääkärin pukuhuoneena.

8.3 Työaika ja henkilöstömitoitus

Vastausten perusteella kiireisintä aikaa päivystyksessä ovat illat ja viikonloput. Viikonloppuisin puhelinneuvonnan ja odotusaulan kerrottiin usein ruuhkautuvan, ja esimerkiksi hoitajakäynnit aiheuttavat ylimääräistä painetta. Yövuorot ovat myös usein luonnollisesti kiireisiä vähemmän työvoiman vuoksi. Puhelinneuvonnan mainittiin suuressa osassa vastauksia olevan usein erittäin työllistävä, ja vaativan usein jonkun siirtymään tarkkailusta triage-hoitajan avuksi purkamaan puheluita.

Vastauksissa tuotiin laajasti esille sitä, kuinka päivystyksen ruuhkautuessa tarkkailu syö triage-luokittelun ja puhelinneuvonnan resursseja, sillä triage-vuorossa toimiva hoitaja joutuu ajoittain siirtymään auttamaan tarkkailuun. Joskus huonokuntoisia potilaita myös joudutaan ottamaan tarkkailtavaksi triage-arvioinnille varattuun huoneeseen, jolloin triage-toiminta voi keskeytyä kokonaan. Tämä vuorostaan ruuhkauttaa edelleen triage-vastaanottoa. Triage-hoitajaa ei pääsääntöisesti tauota kukaan ja erään vastaajan mukaan triage-hoitajan on vain törkeästi pidettävä lakisääteiset taukonsa ruuhkasta huolimatta. Tauolle on kunnolla aikaa vasta vuoronvaihteessa, triage-vastaanotossa toimivan iltavuorolaisen saavuttua töihin.

Hoitajamitoitus koettiin suurimmassa osassa vastauksia pääsääntöisesti riittäväksi. Suuressa osassa vastauksia kuitenkin tuotiin suoraan tai epäsuorasti esille tarvetta vähentää viikonloppujen ja yövuorojen painetta. Useassa vastauksessa toisaalta kritisoitiin triage-vuorojen päällekkäisyyttä. Kyseisissä vastauksissa nostettiin esille mahdollisuutta triage-vastaanoton työvuorojen päällekkäisyyden vähentämisestä niin, että iltavuoro alkaisi myöhemmin ja jatkuisi pidemmälle ja pohdittiin, josko tällainen muutos työvuoroissa voisi vähentää painetta ilta- ja yövuorolta.

Vastauksissa tuotiin esille myös työvuorojen suunnittelua potilasmääriin nähden, sekä puhelinneuvonnan ruuhkautumisen aiheuttamia hidastuksia triage-vastaanotolle. Eräässä vastauksessa otettiin esille se, että Iisalmen akuuttivastaanotto ajanvarauksetta aukeaa vasta kello 8.00, joka voi kannustaa osaa asiakkaista kokeilemaan, josko saisivat päivystyksestä nopeammin palvelua, vaikka heidän vaivansa ei täyttäisikään päivystyksellistä hoidontarvetta. Ratkaisuksi esitettiin, että päivystyksen aukeaisi vasta kello 8.00. Edellä mainittuihin ongelmiin toivottiin jonkinlaista parannusta työvuorosuunnittelun tai käytäntöjen muutoksen kautta. Triage-vastaanoton aamu- ja iltavuoron päällekkäisyyden kaventamisen, yksittäisessä vastauksessa mainitun potilasmääriin suhteutetun työvuorosuunnittelun, sekä tuntia myöhemmin aukeavan päivystyksen ohella muita konkreettisia työvuorosuunnittelun kehittämisideoita ei tuotu esille.

8.4 Koulutus ja perehdytys

Vastaukset koulutuksen ja perehdytyksen riittävyyden työn vaatimuksia kohden jakautuivat paljon vastanneiden kesken. Monesta vastauksesta nousi esille, että työtä tehdessä oppii lisää. Lisäksi useammasta vastauksesta nousee esille, että perehdytys ei ollut riittävä tai se oli puutteellista.

Yhden vastaajan mielestä koulutus ja perehdytys eivät ole riittäviä uutta työntekijää ajatellen. Eräs vastaajista kertoi, että perehdytys oli hieman puutteellinen, kun vedottiin pitkään työkokemukseen. Vastauksissa kuitenkin todettiin koulutuksen myös vastaavan työn vaativuutta. Suurin osa vastaajista kertoi saaneensa koulutuksen ennen töiden aloitusta tai työn ohessa. Useissa vastauksissa nostettiin esille kehitysehdotuksena yhtenäisempi koulutus ja ohjeet triage-luokitteluun, joihin kaikki sitoutuvat.

8.5 Muita kehitysehdotuksia

Kehitysehdotuksia vastauksista nousi osittain jo käsitellyistä aiheista. Yhden vastaajan mukaan potilaiden arviointia pitäisi yhtenäistää triage-hoitajien kesken tilanteissa, joissa joudutaan miettimään, ohjataanko potilas lääkärille, vai valitaanko jokin toinen vaihtoehto. Vastauksissa tuotiin esille myös terveyskeskuksen hyödyntäminen. Toisaalta todettiin, että nykyään aikoja ei ole käytössä.

Toisen vastaajan mukaan myös triage-ohjeita yhdenmukaistamalla toiminta voisi kehittyä. Myös triage-ohjeiden lisääminen nostettiin esille. Lisäksi esiin tuotiin myös haiprojen, eli haittatapahtumien, käsittelyä ja toiminnan kehittämistä niiden mukaisesti.

9 JOHTOPÄÄTÖKSET

Toimiva triage-luokitus on tärkeä osa hoidon tarpeen arviointia, sillä terveydenhuoltolain (2010) mukaan hoidon tarpeen arvioinnissa terveydenhuollon ammattihenkilö määrittää tarvitseeko henkilö hoitoa ja kuinka kiireellisesti. Työntekijöiden keskuudessa nykyistä triage-luokitusta pidettiin pääsääntöisesti toimivana ja hyvänä työkaluna potilaan hoidon kiireellisyyttä arvioitaessa. Triage-luokituksessa A- ja B-luokan potilaat ohjataan erikoissairaanhoidon, C- ja D-luokan potilaat ohjataan perusterveydenhuoltoon (Kantonen 2014, 23; Richardson 2006, 216). Vastaajien keskuudessa kuitenkin koettiin, että käytössä oleva triage-luokitus ei ole tarpeeksi erotteleva, sillä valtaosa Iisalmen sairaalan päivystykseen hakeutuvista potilaista luokiteltiin C- luokkaan. Tämän perusteella voi miettiä toteuttaako triage-luokitus täydellisesti omaa tehtäväänsä, jonka mukaan nykyinen ABCDE-malli karsii pois potilaat, jotka eivät ole päivystyshoidon tarpeessa, ja E-ryhmän potilaat jotka voidaan triage-luokituksen mukaan hoitaa omassa perusterveydenhuollon yksikössä virka-aikana. (Kantonen 2014, 23; Richardson 2006, 216.) Lisäksi koettiin että, esimerkiksi pitkän välimatkan vuoksi luokituksessa on joustettava potilaan hakeutuessa päivystykseen. Vastauksissa nousi esille jonkin verran ristiriitaisuutta tällaisen joustamisen suhteen, sillä monet vastaajista kokivat toisaalta ongelmaksi sen, että triage-luokittelua toteutetaan ajoittain oman harkinnan varaisesti. Työntekijät nostivat vastauksissaan esille monia hoidon tarpeen arviointia edistäviä tekijöitä. Kuten jo aikaisemmin todettiin, käytössä oleva triage-luokittelu koettiin pääosin toimivaksi ja käyttökelpoiseksi työkaluksi hoidontarpeen arvioinnissa.

Koulutus ja perehdytys työhön koettiin pääosin vastaajien keskuudessa riittävänä. Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä määrää, että ammattihenkilöllä täytyy olla riittävä työkokemus, jotta hän voi työskennellä hoidon tarpeen arvioinnin parissa. Lisäksi työntekijällä tulee olla yhteys hoitoa antavaan yksikköön ja potilasasiakirjoihin. (Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä 1994.) Triage-hoitajana toimimiseen Iisalmen sairaalan päivystyksessä vaaditaan vähintään kolmen vuoden työkokemus ja koulutus puhelinneuvontaan. Riittävän koulutuksen ylläpitämistä pidettiin vastaajien keskuudessa tärkeänä. Osassa vastauksia kuitenkin toivottiin koulutuksen kehittämistä yhdenmukaistamaan triage-luokittelun toteuttamista. Osa kyselyyn vastaajista oli käynyt myös oma-aloitteisesti jatkokoulutuksia päivystyshoitotyöhön ylläpitääkseen ammattitaitoaan.

Useassa vastauksessa kuvailtiin päivystyksessä vallitsevaa positiivista, ruuhkaa ja kiirettä ehkäisevää sisäistä työskentelyä, jossa työtoverit siirtyvät tarpeen mukaan tietokoneelle purkamaan puhelinneuvonnan ruuhkaa, tai avustavat kiireisissä tilanteissa tarkkailussa. Myös lääkärin ja hoitohenkilökunnan yhteistyötä kuvattiin toimivaksi moniammatilliseksi tiimityöksi.

Riittävä henkilöstömitoitus todettiin vastauksissa merkittäväksi tekijäksi hoidontarpeen arvioinnin tehokkaan toteuttamisen kannalta. Triage-arviointia suorittavan hoitajan tulisi pystyä keskittymään mahdollisimman paljon hoidontarpeen arvioinnin toteuttamiseen. Ylimääräiset häiriötekijät hidastavat triage-luokittelua ja hoidontarpeen arvioinnin tekemistä, aiheuttaen ruuhkautumista. Tämä vaikeuttaa päivystyksen perustehtävän toteutumista, oikea-aikaisen ja tehokkaan hoidon tarjoamista kiireellistä hoitoa vaativille potilaille. Toisekseen kiireessä tehty luokittelu voi johtaa

arviointivirheisiin triage-luokittelua tehtäessä. Tutkimusta varten keräämistämme lähteistä muun muassa Jarmo Kantonen väitöskirjassaan, sekä Drew Richardson tutkimuksessaan tuovat esille, kuinka päivystyksen ruuhkautuessa potilaita luokitellaan keskimääräistä todennäköisemmin tarvettaan alempaan triage-luokkaan, johtaen tilastollisesti heikompaan hoidon laatuun ja suurempaan kuolleisuuteen. (Kantonen 2014, 23; Richardson 2006, 216.)

Myös Iisalmen sairaalan päivystykselle toteuttamamme kyselyn vastauksissa merkittävään rooliin nousee ruuhkautuminen ja triage-luokittelua tekevän hoitajan kiire. Henkilöstömitoitus koettiin vastauksissa pääsääntöisesti riittäväksi. Iltavuoroihin, viikonloppujen vuoroille ja triage-luokittelua tekevän hoitajan työvuoroihin kuitenkin toivottiin jonkinlaista helpotusta työvuorosuunnittelusta.

Suuressa osaa vastauksia nostettiin ongelmana esille päivystyksen ruuhkautuminen erityisesti iltaisin ja viikonloppuisin. Lisäksi triage-arvioinnista ja puhelinneuvonnasta vastaavan hoitajan työvuorot koettiin yleisesti kiireisiksi. Konkreettisenä kehittämisehdotuksena tuotiin esille triage-vastaanoton työvuorojen päällekkäisyyden vähentämistä niin, että triage-luokittelija olisi käytettävissä pidemmälle iltaan. Yksi kehittämisehdotus oli myös päivystyksen myöhempi aukeamisajankohta, jotta saataisiin karsittua pois päivän enismmäiset kiireetöntä hoitoa tarvitsemattomat asiakkaat, jotka hakeutuvat perusterveydenhoidollisista syistä päivystykseen aamuvuoron ensimmäisen tunnin aikana vain siitä syystä, että se on Iisalmen ainoa avoinna oleva terveystarjoava yksikkö kyseiseen kellonaikaan. On ymmärrettävää, että aamuvuoron aikainen ylimääräinen ruuhka aiheuttaa edelleen kiirettä seuraavalle vuorolle, johtaen lopulta vastauksissa mainittujen ilt- ja yövuorojen kiireisyyteen. Myös potilasmääriin suhteutettu työvuorosuunnittelu mainittiin vastauksissa, tarkoittaen oletettavasti lisähenkilöstön sijoittamista keskimäärin kiireisimpiin työvuoroihin. Tämän tutkimuksen puitteissa on mahdotonta selvittää, onko päivystyksen henkilöstöresurssi riittävä, vai onko henkilöstö vain tottunut työskentelemään kiireessä. Kansainvälisten tutkimusten valossa ajoittainen ruuhkautuminen ja kiire ovat päivystysten ongelmana maailmanlaajuisesti (Kantonen 2014, 21.)

Koulutus ja perehdytys työhön koettiin pääasiallisesti vastaajien keskuudessa riittävänä. Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä (1994) määrää, että ammattihenkilöllä täytyy olla riittävä työkokemus, jotta hän voi työskennellä hoidon tarpeen arvioinnin parissa. Lisäksi työntekijällä tulee olla yhteys hoitoa antavaan yksikköön ja potilasasiakirjoihin. Triage-hoitajana toimimiseen Iisalmen sairaalan päivystyksessä vaaditaan vähintään kolmen vuoden työkokemus ja koulutus puhelinneuvontaan. Osa kyselymme vastaajista oli käynyt myös oma-aloitteisesti jatkokoulutuksia päivystyshoitotyöhön ylläpitääkseen ammattitaitoaan.

Työtilojen ja välineistön koettiin palvelevan päivystystoimintaa tällä hetkellä riittävän hyvin. Vastauksista kävi ilmi, että työtiloihin on tulossa lähiaikoina muutoksia, joten toteutettu tutkimus ei voi juurikaan vaikuttaa nykyisten työtilojen toimivuuteen. Uusia työtiloja suunnittelua ajatellen on kuitenkin syytä nostaa esille kaksi useassa vastauksessa esille noussutta kehittämisehdotusta; triage-hoitajan työtila koettiin ajoittain rauhattomaksi. Lisäksi koettiin, että osaa tiloista voitaisiin

hyödyntää tehokkaammin, jos niihin sijoitettaisiin tietokone ja rauhoitettaisiin tila tarvittaessa puhelinneuvonnan jonojen purkamista varten.

10 TUTKIMUKSEN LUOTETTAVUUS JA EETTISYYS

Tutkimustyössä laillisuuteen ja etiikkaan on kiinnitettävä erityistä huolellisuutta. (Yow 1994, 84). Tutkimusetiikan mukaisesti kyselyyn vastaajille tulee tarjota mahdollisuus vastata anonyymisti. Mahdollisuus vastata anonyymisti edisti myös tutkimuksemme tarkoitusta, koska se rohkaisi vastaajia vastaamaan rehellisesti ja totuudenmukaisesti. Tutkimuksessamme anonymiteetti pyrittiin varmistamaan siten, että jokainen vastaaja täytti kyselyn tietokoneella, pitäen itse halutessaan huolta, että kukaan ei näe hänen vastauksiaan. Verkkoversiossa anonymiteetin turvaaminen on hankalampaa kyselyyn vastatessa tietokoneiden sijoittelun takia. Tutkimushenkilöitä pitää informoida tutkimuksen anonymiteetistä ja luottamuksellisuudesta, sekä tutkimuksen tavoitteista, tarkoituksesta ja toteuttamistavoista. (Mäkinen 2006, 115 – 116.) Koska tutkimuksemme koski yksittäistä osastoa ja sen sisäistä työkuulttuuria, toimintatapoja ja käytäntöjä, oli anonymiteetin varmistaminen erityisen tärkeää.

Tutkimuksesta informoitaessa ongelmaksi voi muodostua se, kuinka paljon tutkimuskohteelle annetaan informaatiota tehtävästä tutkimuksesta. Annettava tieto voi vaikuttaa saataviin vastauksiin, mutta toisaalta tämä voi olla myös hyvä asia, sillä tämä rajaa vastaukset tutkimuksen aihepiirin sisälle. Vastaaja tekee päätöksen tutkimukseen osallistumisesta saamansa informaation pohjalta. (Homan 1991, 69.)

Jotta tutkimus on eettisesti luotettava ja hyväksyttävä, täytyy tieteellinen tutkimus tehdä hyvän tieteellisen käytännön pohjalta. Hyvään tieteelliseen käytäntöön kuuluu tietysti tarvittavien tutkimuslupien hankinta. Hyvän tutkimuksen kulmakiviä ovat rehellisyys, tarkkuus tutkimustyössä, tulosten tallentaminen, yleinen huolellisuus ja tulosten arvioiminen. Tutkimusetiikan näkökulmasta tulokset täytyvät olla myös saatavilla, jotta niitä voidaan myöhemmin tarvittaessa tarkastella. (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2012, 6.) Eettisiä ongelmia voi esiintyä esimerkiksi vilppinä, piittaamattomuutena tai epärehellisenä toimintana. Tulosten analysointi vaiheessa on tärkeää, ettei tuloksia tarkoituksen mukaisesti muokata alkuperäisten havaintojen pohjalta. Analysointi ja tulosten keruu vaiheessa on tärkeää kirjata ylös eri työvaiheita, jotta ulkopuolinen tietää miten tulokset on saatu koottua. Tuloksien yhteenvedossa ei myöskään saa olla keksittyjä havaintoja, mitä ei ole tutkimusraportissa kuvaamalla menetelmillä ole kerätty. (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2012, 8.) Opinnäytetyössämme käytimme asianmukaisia lähdeviitemerkintöjä, joista käy ilmi eri asiasisältöihin viittaaminen.

11 POHDINTA

Kyselymme tuloksista nousi esille, että Iisalmen sairaalan päivystyksen henkilöstö on tyytyväinen nykyiseen käytössä olevaan triage-luokitukseen. Nykyinen triage-luokitus koettiin hyväksi työkaluksi, toisaalta esille nousi, että luokitus ei nykyisessä muodossaan kuitenkaan ole tarpeeksi erotteleva. Vastaajat kokivat, että esimerkiksi pitkän välimatkan vuoksi luokittelussa on joustettava, jotta voidaan palvella kuntalaisia. Ylä-Savon Soten alueella tätä voisi mielestämme pitää yleisenä asiana, sillä Iisalmessa on lähikuntien ainoa 24 tuntia vuorokaudessa toiminnassa oleva päivystys, joten lähikunnista joudutaan ilta-aikaan matkustamaan Iisalmeen päivytyksellisen hoidon tarpeessa. Vastaajien keskuudessa toivottiin myös yhdenmukaisuutta triage-luokittelun käyttöön, esimerkiksi tilanteissa joissa mietitään, päästetäänkö potilas lääkärin vastaanotolle. Näissä tilanteissa on todennäköisesti useita toimintatapoja ja päätöksen tekoon vaikuttaa muun muassa edellä mainittu potilaan välimatka päivystykseen ja muut tekijät, kuten triage-luokittelijan työkokemus. Edellä mainittuihin tilanteisiin ehdotettiin vastauksissa kehitysideana koulutuksen lisäämistä. Tätä kautta luokittelun yhtenäistäminen työntekijöiden kesken todennäköisesti saataisiin toimimaan.

Vastaajien keskuudessa nykyiset työtilat koettiin kehittämiskohteena. Triage-hoitajan huoneen yhteydessä on tarkkailutila, johon joudutaan ajoittain ottamaan tarkkailua vaativa potilas. Lisäksi työtilan kerrottiin olevan vetoisa, ahdas ja ergonomisesti huono sekä epäkäytännöllinen. Vastausten perusteella triage-hoitajalle toivottaisiin uutta työtilaa, jossa edellä mainitut ongelmat korjautuisivat. Nykyisen työtilan positiivisina puolina tuotiin esille työtilan sijaintia, sillä niin kollegat kuin lääkärinkin ovat tarpeen vaatiessa lähietäisyydellä. Lisäksi avun antaminen tarkkailuhuoneeseen käy joustavasti. Sijainnin kannalta nykyisestä työtilasta siis löytyy niin hyviä kuin huonojakin puolia.

Nykyinen henkilöstömitoitus ja työaikasunnittelu keräsivät työssämme eniten vastauksia. Päivystysten ruuhkautuminen on ongelma, jota esiintyy laajalti, niin myös Iisalmen sairaalan päivystyksessä. Nykyinen henkilöstömitoitus koettiin riittäväksi, mutta vastauksista nousi kuitenkin esille tarve vähentää painetta viikonlopuilta ja yövuoroilta. Kehitysehdotuksena nykyiseen tilanteeseen mietittiin mahdollisuutta aloittaa triage-hoitajan iltavuoro myöhemmin ja jatkaa täten päivää pidemmälle. Tämä voisi mahdollisesti viedä painetta pois ilta- ja yövuorolta. Esille nostettiin myös henkilöstön mitoittaminen työvuoroکوhtaisesti potilasmäärä huomioon ottaen. Käytännössä tällaisen toteutus voi olla hankalaa pienessä päivystyksessä, kuten Iisalmessa. Vastauksissa kuitenkin kerrottiin päivystyksessä vallitsevasta positiivisesta ilmapiiristä ja kollegiallisuudesta, joka omalta osaltaan auttaa ehkäisemään kiirettä ja ruuhkaa. Triage-hoitajaa autetaan tarkkailun puolelta esimerkiksi puhelinjonojen purkamisessa ja vastavuoroisesti triage-hoitaja auttaa tarvittaessa tarkkailun puolella kiireisinä aikoina. Tällainen työskentely omalta osaltaan vie kiirettä ja painetta pois pienemmällä henkilöstömitoituksella toimivista ilta- ja yövuoroista, mutta ei kuitenkaan korjaa kokonaisuudessaan esille nostettua ongelmaa.

Opinnäytetyön tuloksista ja johtopäätöksistä voi hyötyä Ylä-Savon SOTEn kuntayhtymä, joka voi käyttää tutkimuksessa nousseita kehitysideoita tulevaisuudessa hyödyksi osana toiminnan kehittämistä. Vaikkakin tutkimus tehtiin suhteellisen pienelle määrälle työntekijöitä, nousi silti

tutkimuksesta selkeitä kehitysideoita, jotka voivat olla tulevaisuudessa kehittämisen kohteina. Johtopäätöksistä esimerkkinä nousi esille triage-luokittelu ja sen yhtenäistäminen. Tulevaisuudessa triage-luokittelun yhtenäistämistä tai koulutuksesta ABCDE-malliin voi olla hyötyä, joka toisaalta parantaa päivystyksen toimivuutta ja tehokkuutta.

Työvuorosuunnittelulla voidaan keventää tai ehkäistä ruuhkautumista, mitä päivystyksessä hoidontarpeen arviointia tehtäessä voi tulla. Triage-hoitajalla pitäisi olla mahdollisuus keskittyä mahdollisimman paljon hoidontarpeen arvioinnin tekemiseen, jotta tulovaiheessa ei päivystys ruuhkautuisi. Ylimääräiset häiriötekijät tulisi saada poistettua, jotta triage-luokittelua pystyy tekemään tehokkaasti ja oikein. Ruuhkautuminen ja kiire puolestaan voivat johtaa triage-luokittelun arviointivirheeseen ja myöhemmin mahdollisesti heikompaan hoitoon. Työvuorosuunnittelusta nousi kehitysideoita lähinnä triage-hoitajien työvuoron päällekkäisyyteen ja aukiolomuutoksiin. Työvuorosuunnittelulla voidaan jatkossa ehkäistä vuorojen päällekkäisyyttä, jotta saadaan triage-hoitajan työpanosta käytettyä myöhempään iltavuoroon. Työvuorosuunnittelusta olettevasti nousi myös esille lisätövoiman hankkiminen tarvittaessa kiireisempiin työvuoroihin. Tutkimuksessa ei noussut esille suoranaisesti käytetäänkö lisätövoimaa apuna kiireellisemmissä vuoroissa, vai onko päivystyksen työntekijät tottuneet tekemään kiirressä omat työtehtävänsä.

Opinnäytetyöprosessia aloittaessamme yhdelläkään meistä ei ollut aiempaa kokemusta tutkimuksen tekemisestä. Olimme koulutuksen aikana tutustuneet erilaisiin tutkimusmenetelmiin opetussuunnitelmaan kuuluvien kurssien aikana, mutta silti tutkimuksen tekeminen oli aluksi erittäin hankala prosessi meille. Opintojen aikana olimme kirjoittaneet useita laajoja teorian tietoon pohjaavia esseemuotoisia kirjallisia töitä, joten esimerkiksi kirjallisen työn rakenteen luominen ja tekstin tuottaminen ei ollut meille uusi kokemus.

Opinnäytetyön tekeminen on kehittänyt ja opettanut meitä. Ammatillisen kasvun kannalta teorian tiedon hakeminen ja lukeminen on kasvattanut taitoamme etsiä luotettavaa ja tuoretta tietoa, sekä myös hyödyntää sitä. Hoitoalalla tuoreen tutkimustiedon etsiminen on oleellinen osa oman ammattitaidon kehittämistä. Jokainen sairaanhoitaja joutuu työssään tekemään hoidon tarpeen arviointia lähes päivittäin, joten teorian tietoon tutustuminen on kasvattanut myös omaa osaamistamme. Kyselytutkimus on yksi keskeisimpiä tutkimusmenetelmiä ja opinnäytetyöprosessin aikana pääsimme tutustumaan sellaisen toteuttamiseen, sekä aineiston analysointiin. Opinnäytetyö on pitkä prosessi, johon hyppäsimme mukaan aivan liian kiireellä, ja valitsimme aiheen Ylä-Savon SOTE kuntayhtymän aihepankista ilman suurempaa suunnittelua tai aiheeseen tutustumista. Aloitimme myös tekemään työtä turhan rennolla asenteella, ja usein myös sivuutimme opinnäytetyömme muiden koulutöiden ja töiden vuoksi. Työtä tehdessämme kuitenkin opimme aikatauluttamaan työtämme, sekä opinnäytetyöprosessin vaatimaa suunnitelmallisuutta. Nämä ovat myös sellaisia taitoja, jotka tulevat palvelemaan meitä myös työelämässä.

Aloitimme tekemään opinnäytetyötä keväällä 2016. Opinnäytetyöprosessin alussa tapasimme toimeksiantajan kanssa ja keskustelimme opinnäytetyön tavoitteista, tutkimusongelmista, sekä tutkimuksen toteutuksesta. Pääsimme yksimielisyyteen siitä, että aihetta on syytä lähestyä

laadullisen tutkimusprosessin kautta. Alustava tavoitteemme oli saada opinnäytetyö valmiiksi vuoden 2017 alussa. Aikaa opinnäytetyön tekemiselle oli siis runsaasti. Tämän vuoksi usein sivuutimme opinnäytetyön tekemisen ja työemme ei edennyt toivotulla tavalla. Aikataulutukset osoittautuivat myös ongelmalliseksi, sillä vuoden 2017 alussa jokainen alkoi omalta osaltaan tehdä säännöllistä työtä. Kuitenkin ajan kuluessa aikataulutukset sekä työnjako alkoivat toimia ja loppua kohti työ eteni nopeaan tahtiin.

Työn kannalta ryhmämme yhteistyö oli suuri voimavara. Opintojemme aikana olimme tehneet yhdessä useita ryhmätöitä, joten tiesimme toistemme vahvuudet ja heikkoudet ennen opinnäytetyön aloittamista, joten jokaisen ryhmän jäsenen kykyjen hyödyntäminen oli helpompaa. Vaikka jouduimmekin tekemään kompromisseja emme törmänneet työn aikana erimielisyyksiin vahvan yhteishengen vuoksi.

Tutkimusmenetelmänä laadullisen tutkimuksen tekeminen oli meille uutta. Lisäksi kyselytutkimuksen toteuttaminen vaikutti aluksi haastavalta, koska kysymykset täytyisi muotoilla siten, että saisimme riittävästi tietoa työtämme varten. Lisäksi riittävän otannan saanti luotettavan tutkimuksen tekemiseksi oli yksi tutkimuksemme uhkatekijä. Kuitenkin vastauksia luettuamme huomasimme kysymyksiemme palvelevan tutkimustamme hyvin ja otanta osoittautui riittäväksi.

Kokonaisuutena opinnäytetyöprosessi on kasvattanut ammatillisuuttamme ja valitsemamme aihe on tukenut ammatillista kasvuamme. Uuden tiedon saaminen päivystystoiminnasta ja hoidon tarpeen arvioinnista oli hyvä jatko aiemmin saadulle tiedolle akuutista hoitotyöstä. Yhteistyö toimeksiantajan edustajan kanssa sujui myös mutkattomasti, tarvittavat tapaamiset saatiin järjestettyä nopealla tahdilla ja saimme häneltä paljon lisätietoa Iisalmen sairaalan päivystyksen toiminnasta työtämme varten.

LÄHTEET JA TUOTETUT AINEISTOT

- AALTO, Jari, LEINO, Lauri 2008. Triage hoitajien kokemana yhteispäivystyksessä. Helsingin ammattikorkeakoulu Stadia. [Viitattu 2017-08-06.] Saatavissa: <https://www.doria.fi/bitstream/handle/10024/37442/stadia-1208769828-0.pdf?sequence=1>
- AHONEN, Outi, BLEK-VEHKALUOTO, Mari, EKOLA, Sirkka, PARTAMIES, Sanna, SULOSAARI, Virpi ja USKI-TALLQVIST, Tuija 2013. Kliininen hoitotyö. Sisätauteja, kirurgisia sairauksia ja syöpätauteja sai-rastavan hoito. Helsinki: Sanoma Pro Oy.
- AHDE, Sonja ja HALLIKAINEN, Anniina 2013. Päivystyspotilaan elintoimintojen tarkkailu. [Viitattu 2017-05-07.] Saatavissa: <https://publications.theseus.fi/bitstream/handle/10024/64044/Paivystyspotilaan%20elintoimintojen%20tarkkailu.pdf?sequence=1>
- ALASUUTARI, Pertti 2011. Laadullinen tutkimus 2.0. Tampere: Vastapaino.
- ANDRESSON, Anna-Karin, OMBERG, Monica ja SVEDLUND, Marianne 2006. Triage in the emergency department - a qualitative study of the factors which nurses consider when making decisions. [verkkojulkaisu]. [Viitattu 2017-08-06.] Saatavissa: http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1362-1017.2006.00162.x/epdf?r3_referer=wol&tracking_action=preview_click&show_checkout=1&purchase_referrer=www.ncbi.nlm.nih.gov&purchase_site_license
- ALASUUTARI, Pertti 1999. Laadullinen tutkimus. Jyväskylä: Gummerus.
- HAAPIAINEN, Miida ja HYVÄRINEN, Markku 2016. Potilaan systemaattinen tutkiminen ABCDE-protokollan mukaisesti. Karelia-ammattikorkeakoulu. [Viitattu 2017-03-14.] Saatavissa: http://theseus32-kk.lib.helsinki.fi/bitstream/handle/10024/106796/Haapiainen_Miida_Hyvarinen_Irikka_2016_03_23.pdf?sequence=1
- HEIKKILÄ, Tarja 2014. Tilastollinen tutkimus. [Verkkojulkaisu]. [Viitattu 2016-10-12.] Saatavissa: <http://www.tilastollinentutkimus.fi/1.TUTKIMUSTUKI/KvantitatiivinenTutkimus.pdf>
- HIETANEN, Helvi, HOLMIA, Silja, KASSARA, Heidi, KETOLA, Marja-Leena, LIPPONEN, Varpu, MURTONEN, Irja ja PALOPOSKI, Sanna 2005. Hoitotyön osaaminen. Helsinki: WSOY.
- HEINRICHSEN, Laura-Christine 2015. Aseptiikka ja käsihygienia hoitoympäristössä - Kirjallisuuskatsaus. [Viitattu 2017-05-07.] Saatavissa: <https://publications.theseus.fi/bitstream/handle/10024/99663/Opinnaytetyo.pdf?sequence=1>
- HILDÉN, Raija 2002. Ammatillinen osaaminen hoitotyössä. Helsinki: Tammi.
- HIMALA, Pirjo, LANTTUNEN, Kirsimarja 2013. Ammattitaitovaatimukset puhelimesta tapahtuvaan hoidontarpeen arviointiin. Mikkelin ammattikorkeakoulu. [verkkojulkaisu] [Viitattu 2017-08-05.] Saatavissa: http://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/62347/hilama_pirjo.pdf?sequence=1
- HIRSIJÄRVI, Sinikka, REMES, Pirkko ja SAJAVAARA, Paula 2007. Tutki ja kirjoita. Helsinki: Tammi.
- HOLMSTRÖM, Peter, KUISMA, Markku, NURMI Jouni, PORTHAN Kari ja TASKINEN Tuomas 2013. Ensihoito. 3. uudistettu painos. Helsinki: Sanoma Pro Oy.
- HOMAN, Roger 1991. The ethics of social research. Lontoo: Longman.

- JANATUINEN, Anna-Liisa. 2015-12-10. [Haastattelu.] Iisalmi: Iisalmen sairaala
- JÄRVISALO, Virpi 2016. Terveiden edistäminen Carean yleislääketieteen päivystyksessä sairaanhoitajan vastaanotolla kymenlaaksolaisten 18–64-vuotiaiden miesten kokemana. [Viitattu 2017-05-07.] Saatavissa:
<https://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/114395/lopullinen%20oppari.pdf?sequence=1>
- KANTONEN, Jarmo 2014. Terveyskeskuspäivystyksen ABCDE-triagen ja kehittämistoimenpiteiden vaikutukset potilasvirtoihin. Akateeminen väitöskirja. [Viitattu 2017-03-14.] Saatavissa:
<https://tampub.uta.fi/bitstream/handle/10024/96219/978-951-44-9609-7.pdf?sequence=1>
- KIURA, Eva 2011. Potilaiden kiireellisyysluokittelu ja hoitoprosessit päivystyspoliklinikalla. [Viitattu 2016-03-14.] Saatavissa:
http://www.thl.fi/attachments/Meka/julkaisut/ohtanen/AS_2011_1_Potilaiden%20kiireellisyysluokittelu.pdf
- KOPONEN, Leena ja SILLANPÄÄ, Kirsi 2005. Potilaan hoito päivystyksessä. Helsinki: Tammi.
- LAAKSONEN, Seppo 2013. Survey metodiikka - Aineiston kokoamisesta puhdistamisen kautta analyysiin.
- LAKI POTILAAN ASEMASTA JA OIKEUKSISTA L 1992/785. Finlex. Lainsäädäntö. [Viitattu 2016-09-22.] Saatavissa: <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1992/19920785#L2P3>
- LAKI TERVEYDENHUOLLON AMMATTIHENKILÖISTÄ. L 559/1994. Finlex.[Viitattu 2017-04-06]. Saatavissa: <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1994/19940559#L1>
- LEINO-KILPI, Helena ja VERÄJÄNKORVA, Oili S. A. Lääkehoidon opetus hoitotyön opettajien arvioimana. *Hoitotiede* 15(1), 29-37.
- LOWTH, Mary 2015. Using triage to manage demand in practice. *Practice Nurse*. 6/12/2015; 45(6): 44-48 (5p.) [Viitattu 2016-09-22.] Saatavissa:
<http://web.b.ebscohost.com.ezproxy.savonia.fi/ehost/detail/detail?vid=3&sid=63ae41a1-f8de-4062-8aa4-fb24b81c39a6%40sessionmgr101&hid=123&bdata=Jmxhbm9Zmkmc2l0ZT1laG9zdC1saXZl#db=ccm&AN=109804743>
- MANIAS, Elizabeth ja STREET, Annette 2001. Nurses and doctors communicating through medication order charts in critical care. *Aust Crit Care* 14.
- MALMSTRÖM, Raija, KIURA, Eva, MALMSTRÖM, Tomi, TORKKI, Paulus ja MÄKELÄ Marjukka 2012. Päivystyspotilaiden kiireellisyysluokitukset ovat erilaiset Suomessa kuin Ruotsissa. [Verkkojulkaisu.] [Viitattu 2016-11-22.] Saatavissa:
http://www.terveysportti.fi.ezproxy.savonia.fi/dtk/ltk/avaa?p_artikkeli=sll37210&p_haku=triage
- MENETELMÄOPETUKSEN TIETOVARANTO 2010. Kyselylomakkeen laatiminen.[Verkkojulkaisu]. [Viitattu 2017-05-24]. Saatavissa:
<http://www.fsd.uta.fi/menetelmaopetus/kyselylomake/laatiminen.html>
- MÄKINEN, Olli 2006. Tutkimusetiikan ABC. Helsinki: Tammi.
- OPETUSMINISTERIÖ 2001. Ammattikorkeakoulusta terveydenhuoltoon. Koulutuksesta valmistuvien ammatillinen osaaminen, opintojen keskeiset sisällöt ja vähimmäisopintoviikkomäärät. [Viitattu 2017-04-24]. Saatavissa:
http://80.248.162.139/export/sites/default/OPM/Julkaisut/2001/liitteet/opm_10_amksta_tervhuoltoon.pdf?lang=en

- REHN, Katja 2008. Sairaanhoidajan näyttöön perustuva osaaminen peruselintoimintojen tarkkailussa ja hoitotyön päätöksenteossa. [Viitattu 2017-05-07.] Saatavissa: <https://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/1481/sairanh.pdf?sequence=2>
- RICHARDSON, Drew B 2006. Increase in patient mortality at 10 days associated with emergency department overcrowding. [verkkojulkaisu] [Viitattu 2017-08-05.] Saatavissa: https://www.mja.com.au/system/files/issues/184_05_060306/ric10511_fm.pdf
- SAARANEN-KAUPPINEN, Anita ja PUUSNIEKKA, Anna 2006. Mitä laadullinen tutkimus on: lyhyt oppimäärä. Menetelmäopetuksen tietovaranto. Tampere: Yhteiskuntatieteellinen tietoaarkisto. [verkkojulkaisu] [Viitattu 2017-04-25.] Saatavissa: http://www.fsd.uta.fi/menetelmaopetus/kvali/L1_2.html
- SOSIAALI- JA TERVEYSMINISTERIÖ 2006. Päihtyneen henkilön ensihoito - Sosiaali- ja terveysministeriön ohjeet. [Verkkojulkaisu] [Viitattu 2016-03-14.] Saatavissa: <https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/113845/URN%3ANBN%3AFi-fe201504226779.pdf>:
- SOSIAALI- JA TERVEYSMINISTERIÖN ASETUS KIIREELLISEN HOIDON PERUSTEISTA JA PÄIVYSTYKSEN ERIKOISALAKOHTAISISTA EDELLYTYKSISTÄ. L 782/2014. Finlex. Lainsäädäntö. [Viitattu 2016-09-30.] Saatavissa: <http://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2014/20140782>
- SUOMEN SAIRAANHOITAJALIITTO. 1996. Sairaanhoidajan eettiset ohjeet. [Viitattu 2017-04-21]. Saatavissa: <https://sairaanhoitajat.fi/jasenpalvelut/ammattillinen-kehittyminen/sairaanhoitajan-eettiset-ohjeet/>
- SYVÄOJA, Pirkko ja ÄIJÄLÄ, Outi 2009. Hoidon tarpeen arviointi. Sastamala: Tammi.
- TERVEYDENHUOLTOLAKI. L 1326/2010. Finlex. Lainsäädäntö. [Viitattu 2017-04-06]. Saatavissa: <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2010/20101326?search%5Btype%5D=pika&search%5Bpika%5D=terveydenhuoltolaki>
- TRAUMATERAPIAKESKUS RY. 2017. Auttajien Auttaminen. [Verkkojulkaisu.] [Viitattu 2016-09-22.] Saatavissa: <http://www.traumaterapiakeskus.com/19>.
- TROPEA, Joanne, SUNDARARAJAN, Vijaya, GORELIK, Alexandra, KENNEDY, Marcus, CAMERON, Peter ja BRAND, Caroline 2012. Patients who leave without being seen in emergency departments: an analysis of predictive factors and outcomes. [Verkkojulkaisu.] [Viitattu 2017-08-06.] Saatavissa: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1553-2712.2012.01327.x/full>
- TUTKIMUSETTINEN NEUVOTTELUKUNTA 2012. Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausepäilyjen käsitteleminen Suomessa. [Verkkojulkaisu.] [Viitattu 2017-05-22.] Saatavissa: http://www.tenk.fi/sites/tenk.fi/files/HTK_ohje_2012.pdf
- VALVIRA 2015. Hoidon tarpeen arviointi. Sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontaviraston verkkopalvelu. [Verkkojulkaisu.] [Viitattu 2016-09-15.] Saatavissa: http://www.valvira.fi/terveydenhuolto/hyva-ammattinharjoittaminen/hoidon_tarpeen_arviointi
- VILKKA, Hanna 2015. Tutki ja kehitä. Helsinki: Tammi
- WORLD HEALTH ORGANIZATION 2005. Emergency triage assesment and treatment (ETAT). [Verkkojulkaisu] [Viitattu 2016-09-22.] Saatavissa: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/43386/1/9241546875_eng.pdf
- YLÄ-SAVON SOTE S. A. [Verkkojulkaisu]. Saatavissa: <http://www.ylasavonsote.fi/kuntayhtyma>
- YOW, Valerie 1994. Recording oral history: A practical guide for moral scientists. London: Sage.

LIITE 1: KYSELYLOMAKE

1. Kerro, miten nykyinen triage-luokitus mielestäsi palvelee hoidon tarpeen arviointia?
2. Kuvaile, miten nykyiset työtilat ja välineistö tukevat triagen ja hoidon tarpeen arvioinnin toteuttamista?
3. Arvioi, palvelevatko nykyiset työaikajärjestelyt ja henkilöstömitoitus triagehoitajan toimenkuvaa? (esim. vuoronvaihdot, ruuhkautuminen ym.)
4. Arvioi, kuinka saamasi koulutus ja perehdytys vastaavat työn vaatimuksia?
5. Kerro, kuinka Sinä kehittäisit hoidon tarpeen arviointia työyksikössäsi?

LIITE 2: SAATEKIRJE

Arvon Iisalmen sairaalan yhteispäivystyksen hoitohenkilökunta

Olemme Savonia ammattikorkeakoulun Iisalmen yksikön sairaanhoitajaopiskelijoita ja pyydämme Teitä osallistumaan opinnäytetyöhömmme, jonka tarkoitus on saada Teiltä mielipiteitä ja kehitysideoita hoidon tarpeen arvioinnin kehittämiseksi työyksikössä.

Toteutamme kyselyn Webropol - kyselyalustalla. Kysymyksiin saatte vastata omin sanoin ja vapaamuotoisesti. Vastaukset käsitellään luottamuksellisesti ja henkilöllisyytenne ei tule esille missään vaiheessa. Kyselyyn vastaaminen on vapaaehtoista.

Mielipiteenne ovat arvokkaita ja siksi toivoisimme mahdollisimman monen Teistä vastaavan kyselyymme. Lisätietoja kyselystä saa ottamalla yhteyttä meihin tai ohjaavaan opettajaamme Heli Jyrkiseen (heli.jyrkinen@savonia.fi) sähköpostitse.

Yhteistyöstänne kiittäen

Aleksi Hiekkataipale
aleksi.a.hiekkataipale@edu.savonia.fi

Mika Huttunen
mika.h.huttunen@edu.savonia.fi

Jyri Pääkkönen
gyri.m.paakkonen@edu.savonia.fi