



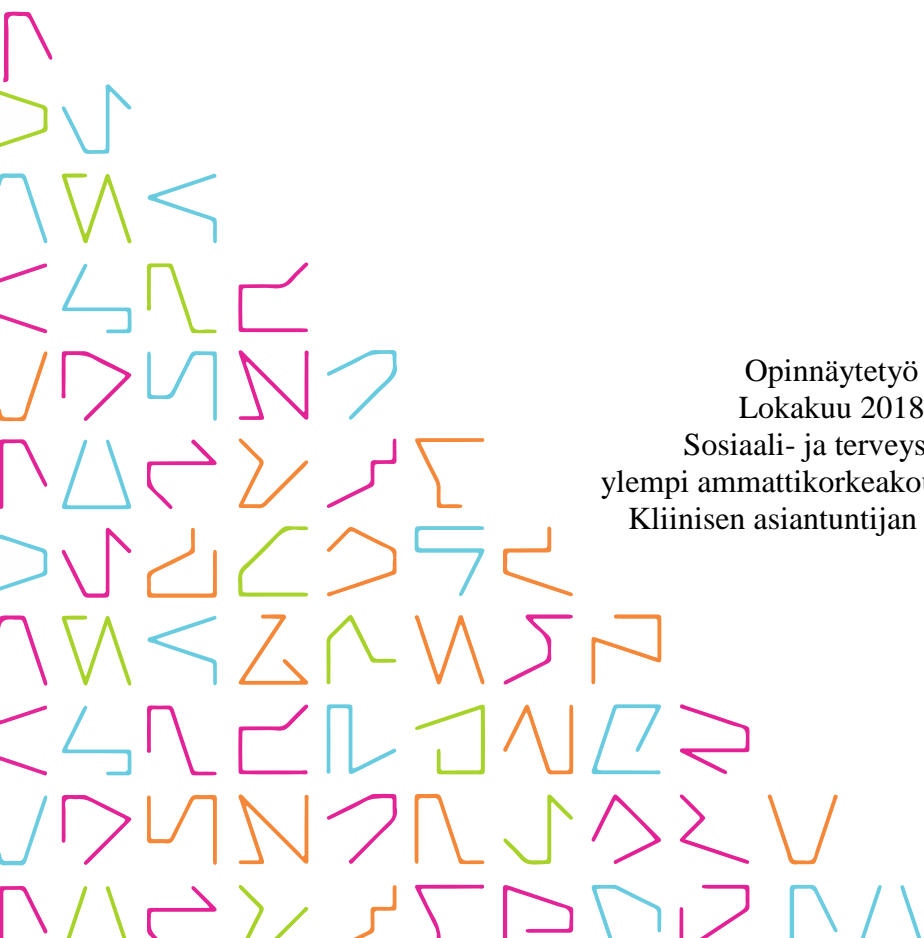
TAMPEREEN
AMMATTIKORKEAKOULU

ABCDE- TRIAGEN KÄYTTÖNOTTO

PIRKKALAN TERVEYSKESKUSPÄIVYSTYK- SESSÄ

Susanna Heikkilä

Opinnäytetyö
Lokakuu 2018
Sosiaali- ja terveysalan
ylempi ammattikorkeakoulututkinto
Kliinisen asiantuntijan koulutus



TIIVISTELMÄ

Tampereen ammattikorkeakoulu
Sosiaali- ja terveysalan ylempi ammattikorkeakoulututkinto
Kliinisen asiantuntijan koulutus

HEIKKILÄ SUSANNA
ABCDE- triagen käyttöönotto
Pirkkalan terveyskeskuspäivystyksessä

Opinnäytetyö 50 sivua, joista liitteitä 6 sivua
Lokakuu 2018

Pirkkalan terveyskeskuspäivystyksessä aloitettiin kiireellisuuden arvioinnin kehittäminen, koska päivystyksessä ei ole aiemmin ollut käytössä yhtenäistä triagea. Yhtenäisen triagen kehittämällä pyritään tasalaatuiseseen ja potilasturvalliseen hoidon kiireellisuuden arviointiin.

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli kartoittaa päivystyksen hoitajien kokemuksia ABCDE- triagen käytettävyydestä, sekä triagen vaikutuksista potilasturvallisuuteen Pirkkalan terveyskeskuksen päivystyksessä. Tämän lisäksi on kehitetty Excel- pohjaista työvälinettä hoidon kiireellisuuden arviointiin.

Tutkimus toteutettiin toimintatutkimuksena ja aineisto kerättiin teemahaastatteluilla. Tutkimuksen tulosten mukaan ABCDE- triage sopii hoidon kiireellisuuden arviointiin tässä päivystyksessä. Triagea pidetään selkeänä ja hyvänä välineenä kiireellisuuden arvioinnissa. Excel- muotoista työkalua on hoitajien mielestä helppo pitää auki omalla työasemalla ja käyttää tarvittaessa. Toimiva triage nähdään tärkeänä osana potilaan turvallista ja asianmukaista hoitoa. Triagen avulla potilaan hoito toteutuu oikeassa paikassa, oikeaan aikaan ja oikealla tavalla.

Päivystyksen toiminnan sujuvuuden parantamiseksi triagen ja Excel- työvälineen kehittämistä jatketaan tutkimustuloksiin perustuen riittävän kattavaksi päivystyksen tarpeisiin. Kuntalaisten puutteellinen tiedottaminen päivystyksen toiminta-ajatuksesta, sekä ilta- ja viikonloppupäivystyksen ajanvaraukseen perustuva toiminta saivat tutkimuksessa kritiikkiä, ja näitä asioita pyritään kehittämään jatkossa.

Asiasanat: päivystyshoito perusterveydenhuollossa, potilasturvallisuus päivystyksessä, triage ja ABCDE- triage.

ABSTRACT

Tampereen ammattikorkeakoulu
Tampere University of Applied Sciences
Master's Degree Programme in Clinical Nursing Expertise

HEIKKILÄ SUSANNA

Introduction of ABCDE- triage
in Pirkkala Health Center Emergency Department

Master's thesis 50 pages, appendices 6 pages
October 2018

The purpose of this study was to find out the usability and suitability of the ABCDE triage in assessment of the urgency of treatment in Pirkkala Health Center emergency department. The aim was to make the emergency service more standardize and patient-safe. In addition, an Excel-based tool was developed to evaluate the urgency of treatment.

The study was qualitative action research and data were collected through theme interviews from eight nurses in the emergency department in Pirkkala. The data were analyzed using thematising.

The triage was considered suitable for this emergency department.

Triage is simple and easy to use and it relieve the assessment of the urgency of treatment. Triage makes urgency assessment consistent and improves patient safety. With the help of a proper triage, the patient can receive treatment at the right time and in the right place.

The development of the triage will be continued in the emergency department together with the entire work community based on the results of the research. Inadequate information of the locals on the basics of the emergency service function and the appointment of evening and weekend were the most criticized issues in the results. These issues are being developed in the future.

Key words: emergency care in basic health care, patient safety in emergency department, triage and ABCDE triage.

SISÄLLYS

1	JOHDANTO.....	5
2	TUTKIMUKSEN TARKOITUS, TEHTÄVÄT JA TAVOITE	7
3	PIRKKALAN TERVEYSKESKUSPÄIVYSTYS	8
4	TUTKIMUKSEN TEOREETTISET LÄHTÖKOHDAT	9
4.1	Päivystyshoito perusterveydenhuollossa	9
4.2	Potilasturvallisuus päivystyksessä	11
4.3	Hoidon kiireellisyyden arviointi eli triage	12
4.4	ABCDE- triage	14
5	TOIMINTATUTKIMUS.....	16
5.1	Aineiston hankinta	18
5.2	Aineiston analyysi.....	19
6	TRIAGEN KEHITTÄMINEN	22
7	TULOKSET	25
7.1	Triagen käytettävyys hoidon kiireellisyyden arvioinnissa.....	25
7.2	Triagen käytön vaikutukset päivystyksen toimintaan.....	26
7.3	Triagen käytön vaikutukset potilasturvallisuuteen	28
7.4	Triagen kehittämis- ja parannusehdotukset	29
8	POHDINTA.....	33
8.1	Luotettavuus.....	33
8.2	Eettisyys.....	36
8.3	Tulosten tarkastelu	37
8.4	Johtopäätökset ja jatkokehittämistarpeet	40
	LÄHTEET.....	42
	LIITTEET	45
	Liite 1. Pirkkalan terveyskeskuspäivystyksen alkuperäinen triage 1/5	45
	Liite 2. Sähköposti tutkimukseen osallistuville.....	50

1 JOHDANTO

Potilaan hoidon tarpeen ja kiireellisyyden arviointi on osa päivystyksen henkilökunnan ammattitaitoa. Henkilökunnan tulee selvittää potilaan kokonaistilanne sekä lääketieteellinen hoidon tarve, jotka ratkaisevat onko potilaan hoidon tarve päivystyksellistä, kiireellistä tai kiireetöntä. Henkilökunnan tulee kertoa myös potilaalle hoidon tarpeen arvioinnin perusteluista, hoidon kiireellisyydestä, sekä arvioidusta hoidon ajankohdasta. (Kuntaliitto 2011, 10.)

Päivystyksissä hoito tapahtuu usein kiireessä ja nopeasti vaihtuvissa tilanteissa. Henkilökunnan tekemä hoidon kiireellisyyden arviointi on avainasemassa potilasturvallisuutta ajatellen (Sosiaali- ja terveysministeriö 2014, 23). Potilasturvallisuus on terveydenhuollon laadun perusta, joka sisältää hoidon oikea-aikaisuuden, sujuvuuden ja vaikuttavuuden. Potilasturvallisuuteen liittyviä virheitä tapahtuu kuitenkin kaikissa terveydenhuollon toimintayksiköissä (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2011). Koska päivystyksissä hoidetaan samanaikaisesti niin vakavasti sairastuneita, vammautuneita kuin lievemmin sairaita potilaita ja potilasmäärät ovat vaihtelevia, yllättäviltä tilanteilta ei voi välttyä. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2014, 23.)

Monissa maissa on tehty kartoituksia potilasturvallisuuteen liittyen ja arviolta joka kymmenes potilas saa jonkinasteisen haitan hoitovirheen seurauksena. Suomessa ei ole tehty vastaavaa kansallista kartoitusta, koska muissa vertailukelpoisissa maissa saatujen tulosten katsotaan edustavan myös Suomen tilannetta. (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2011.)

Useimmissa Euroopan maiden päivystyksissä on käytössä kiireellisyysluokittelu potilaiden hoidon tarpeen kiireellisyyden arviointia varten. Suomessa on yleisimmin käytössä ABCDE- triage potilaiden hoidon kiireellisyyden arvioinnissa. ABCDE -triage määrittelee hoidon kiireellisyyden suhteessa aikaan, jolloin potilaan hoito on viimeistään aloitettava. (Kanttonen 2014, 24.)

Pirkkalan terveyskeskuksen päivystyksessä on olemassa ABCDE- triageen perustuva hoidon kiireellisyyden arviointi, mutta tätä ei systemaattisesti käytetä. Käytännössä jokainen hoitaja tekee arviointia omien kokemustensa, tietojensa ja taitojensa pohjalta. Haasteellisia tilanteita tulee, koska hoitajilla on erilaisia työkokemuksia, vaihtelevasti kokemusta päivystystyöstä sekä hoidon tarpeen ja kiireellisyyden arvioinnista.

Tämän tutkimuksen tarkoituksena oli kartoittaa päivystyksen hoitajien kokemuksia ABCDE- triagen ja triage- työvälineen käytettävyydestä, sekä triagen vaikutuksista potilasturvallisuuteen Pirkkalan terveyskeskuksen päivystyksessä.

2 TUTKIMUKSEN TARKOITUS, TEHTÄVÄT JA TAVOITE

Tämän tutkimuksen tarkoituksena oli kartoittaa päivystyksen hoitajien kokemuksia ABCDE- triagen ja triage- työvälineen käytettävyydestä, sekä triagen vaikutuksista potilasturvallisuuteen Pirkkalan terveyskeskuksen päivystyksessä.

Opinnäytetyön tehtävät olivat

1. Miten ABCDE- triage ja triage-työväline soveltuvat käyttöön tässä päivystyksessä?
2. Miten triagen käyttö vaikuttaa potilasturvallisuuteen tässä päivystyksessä?
3. Millainen ABCDE- triage sopii käytettäväksi tässä päivystyksessä?

Tavoitteena on kehittää päivystyksen hoidon kiireellisyyden arviointia, potilasturvallisuutta ja toiminnan sujuvuutta. Triagen tekemisen helpottamiseksi on tavoitteena muokata nykyisestä ABCDE- triagen paperiversiosta helpommin käytettävä Excel-pohjainen työväline.

3 PIRKKALAN TERVEYSKESKUSPÄIVYSTYS

Pirkkalan kunnassa asuu tällä hetkellä noin 19 000 asukasta. Terveyskeskuksen päivystys on avoinna arkisin klo 8-20, lauantaisin klo 10-18 ja sunnuntaisin klo 10-20. Yöaikainen päivystys on järjestetty Tampereen yliopistollisen sairaalan ensiapu Acutassa.

Päivystyksessä työskentelee yksi päivystävä lääkäri, lukuun ottamatta maanantaiaamuja klo 8-12, jolloin päivystäviä lääkäreitä on kaksi. Arkisin aamuvuoroissa työskentelee kolme hoitajaa lukuun ottamatta maanantain aamuvuoroja, jolloin hoitajia on neljä. Iltaja viikonloppuvuoroissa hoitajia on kaksi. Lisäksi päivystyksessä työskentelee arkisin aamuvuoroissa päivystävä sairaanhoitaja. Päivystyksen hoitajista kaikki tekevät työvuoronsa aikana hoidon kiireellisyyden arviointia puhelimitse ja paikan päällä muiden työtehtäviensä lomassa. (Hakala 2017.)

Pirkkalan päivystyksessä annetaan ilmoittautumisajat niille potilaille, joiden sairaus ei vaadi välitöntä hoitoa. Tällä pyritään tasoittamaan vastaanoton ruuhkautumista, kun kaikki potilaat eivät tule päivystykseen samaan aikaan. Ilmoittautumisajat eivät koske ambulanssilla tulevia potilaita eivätkä välittömästi tai kiireellisesti hoidettavia potilaita. Ilmoittautumisajoista huolimatta potilaat hoidetaan aina kiireellisyysjärjestyksessä ja tämä aiheuttaa tiedottamisesta huolimatta sekaannusta potilaille, jotka ajattelevat annetun ajan olevan lääkärille tai hoitajalle pääsyn ajankohta. (Hakala 2017.)

Pirkkalassa on käytössä laboratorio- ja röntgenpalvelut päiväaikaan. Iltaisin ja viikonloppuisin akuutit, välittömiä laboratorio- ja/tai röntgentutkimuksia vaativat potilaat lähetetään Tampereen yliopistollisen sairaalan ensiapu Acutaan. Pirkkalan päivystyksessä on mahdollista tutkia iltaisin ja viikonloppuisin potilaalta sydänfilmi, tulehdusarvo, hemoglobiini, verensokeri, ketoaineet, troponiini, D-dimeeri ja A-streptokokki sekä käyttää monitoriseurantaa. (Hakala 2017.)

Päivystyskäyntejä on tilastoitu Pirkkalassa vuodesta 2011 alkaen. Vuosina 2011-2017 käynnit ovat vaihdelleet 15013-17730 käynnin välillä vuosittain. Käynnit eivät ole kasvaneet vaan tilastoissa on vuosittaista vaihtelua. Eri potilaita päivystyksessä on ollut 6646-7515 henkilöä vuosittain. Käyntimääriin ja potilasmääriin on laskettu sekä lääkärillä että hoitajalla käyneet potilaat. (Salminen 2018.)

4 TUTKIMUKSEN TEOREETTISET LÄHTÖKOHDAT

Tutkimuksen keskeiset käsitteet ovat päivystyshoito perusterveydenhuollossa, potilasturvallisuus päivystyksessä, triage ja ABCDE- triage.

4.1 Päivystyshoito perusterveydenhuollossa

Päivystyshoidolla tarkoitetaan äkillisen sairauden, vamman tai kroonisen sairauden vaikeutumisen edellyttämää välitöntä arviointia tai hoitoa ja päivystyshoito on pääsääntöisesti 24 tunnin kuluessa annettavaa hoitoa. Päivystyspalveluita on oltava saatavilla kaikkina vuorokauden aikoina ja hoidolle on luonteenomaista, että sitä ei voida siirtää ilman oireiden pahenemista tai vamman vaikeutumista. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2010, 3.)

Päivystyshoito on tärkeä osa julkista ja hyvää terveydenhoitoa ja päivystyshoidon palveluiden tulee taata korkealaatuinen, oikea-aikainen ja yhdenvertainen hoitoon pääsy. Tämä edellyttää riittävää asiantuntemusta päivystykseen, joten sille on varattava riittävät resurssit. Riittävän asiantuntemuksen ja hoidon laadun varmistamiseksi päivystyksessä tulee olla kokenut, osaava ja alueen olosuhteet tunteva henkilöstö. Henkilöstön tulee hallita myös puhelimitse tehtävä hoidon kiireellisyyden arviointi. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2010, 3.) Päivystyspotilaat hoidetaan pääsääntöisesti hoidon edellyttämässä kiireellisyysjärjestyksessä, ei päivystykseen saapumisjärjestyksessä (Vehmanen 2010).

Perusterveydenhuollon päivystys on terveysasemilla tai terveyskeskuksissa järjestettävää yleislääketieteeseen perustuvaa toimintaa, joissa hoidetaan tavanomaisimpia päivystyshoitoa vaativia sairauksia (Castren ym. 2008, 61). Monissa terveyskeskuksissa päivystyspotilaat saattavat muodostaa jopa puolet päivän potilasmäärästä (Koponen & Sillanpää 2005, 19). Potilaat saattavat hakeutua myös kiireetöntä hoitoa vaativissa asioissa päivystykseen ja syynä tähän on vaikeus päästä lääkärin ajanvarausvastaanotolle. Suomalainen käytäntö tehdä virkatyönä perusterveydenhuollon päiväpäivystystä sekä päivystystä virka-ajan ulkopuolella terveyskeskuksissa poikkeaa muissa maissa olevista päivystyskäytännöistä. Suomen ulkopuolella päivystystoiminta tapahtuu keskistetyksi sairaaloissa ja erillistä terveyskeskuspäivystystä ei yleensä ole. (Kantonen 2014, 8.)

Valtioneuvoston asetuksen (2017) mukaan kiireellisen hoidon vastaanottotoiminta on arkipäivisin järjestettävä lähellä asukkaita ja toiminta voidaan toteuttaa yhtenä osana perusterveydenhuollon tavallista vastaanottotoimintaa. Päivystyksyksikössä tulee olla edellytykset taudinmääritykseen ja henkilökunnalla on oltava riittävä koulutus ja työkokemus päivystyksessä työskentelystä. Terveyskeskuksen ammattihenkilön tulee arvioida potilaan yksiköllinen hoidon tarve ja ohjata potilas joko päivystykseen tai muuhun tarkoitukseenmukaiseen hoitoon. Potilaan ohjaamisessa tulee ottaa huomioon päivystyksessä noudatettavat kiireellisyyssuorat. Jos potilaan hoitoa ei sairauden tai vamman vuoksi voi siirtää seuraavaan päivään tai viikonlopun yli, potilas on hoidettava päivystyksessä. Potilaan voi ohjata käyttämään terveyskeskuksen virka-ajan palveluja tai muun yksikön palveluja, jos käynnin voi lääketieteellisin perustein siirtää potilaan terveyden vaarantumatta. (Valtioneuvoston asetus 2017.)

Päivystyshoidon määritelmässä ei oteta kantaa siihen, annetaanko hoito päivystyspoliklinikalla, terveysasemien päiväpäivystyksessä vai sairaaloiden poliklinikoilla. Terveyskeskusten ja sairaaloiden ulkopuolella annettava välitön ensihoitoyksikön antama hoito ei ole päivystyshoitoa. Kiireellisen hoidon tarpeessa olevalle tulee antaa hänen sairautentilansa edellyttämä hoito välittömästi. Sanaa välitön ei ole kuitenkaan laissa määritelty, vaan aika riippuu sairauden tilasta. Päivystyshoidon määritelmässä sana välitön tarkoittaa potilaan oireen, vamman tai kroonisen sairauden edellyttämää kiireellisyyttä. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2010, 20.)

Päivystyksen perustehtävänä on potilaan henkeä ja terveyttä uhkaavan tilanteen torjuminen. Päivystyksessä ensisijaisena tavoitteena on potilaan tilanteen nopea diagnosointi ja mahdollisimman sujuva siirtäminen jatkohoitoon. Päivystyksessä potilasta ei kirjata sisään hoitolaitokseen vaan toiminta on avohoitoa, joka tarkoittaa potilaan lyhytaikaista tutkimista ja tarkkailua. Tutkimukset ja hoidot avohoidossa voivat kestää enintään 15 tuntia. Pidempään kestävät tutkimukset tai hoidot edellyttävät hoitopäätöksen tekemistä eli käytännössä potilaan siirtämistä kotihoitoon tai hoitolaitokseen. (Castren ym. 2008, 60.)

4.2 Potilasturvallisuus päivystyksessä

Potilasturvallisuudella tarkoitetaan, että potilas saa tarvitsemansa oikean hoidon ja annetusta hoidosta aiheutuu mahdollisimman vähän haittaa. Potilaan tulisi saada oikeaa hoitoa, oikeaan aikaan ja oikealla tavalla. (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2017.) Tutkimustietoon perustuva ja oikea-aikainen hoito on yksi tärkeimmistä potilasturvallisuuden osatekijöistä (Kaila, Niemi- Murola & Kauppi 2014).

Päivystyksen toimintaympäristö on koko ajan muuttuva ja päivystyksessä hoidetaan eri tavoin sairastuneita ja vammautuneista potilaita nopeasti vaihtuvissa tilanteissa usein vuorotyössä, jolloin henkilökunta vaihtuu usein (Sosiaali- ja terveysministeriö 2010, 37). Ennakoimattomat tilanteet, yllätyksellisyys, vaihtelevat potilasmäärät ja erilaiset potilastapaukset asettavat toiminnalle haasteita. Päätöksiä joudutaan tekemään usein nopeasti ja vähäisillä tiedoilla (Sosiaali- ja terveysministeriö 2014, 3). Päivystykset paikkaavat usein puutteellista vanhustenhoitoa, selviämisasemaa tai päiväaikaisten vastaanottojen vajetta. Kokeneetkin triagea tekevät hoitajat väsyvät nopeasti, sillä potilaan käännittäminen on monesti työläämpää kuin lääkärin vastaanotolle päästäminen. Tehtyjen selvitysten mukaan jopa 30-40 % päivystyksiin tulevista potilaista voisi odottaa seuraavaan arkipäivään. (Seppänen 2013.)

Kaikkeen inhimilliseen toimintaan liittyy virheiden ja erehtymisen mahdollisuus. Potilasturvallisuus vaarantuu terveydenhuollon toimipisteissä noin joka kymmenennen potilaan kohdalla. Noin joka sadas potilas saa vakavan haitan ja joka tuhannes potilas saattaa kuolla virheen seurauksena. Erilaisista hoitovirheistä johtuvia kuolemia tapahtuu huomattavasti enemmän kuin kuolemia liikenneonnettomuuksissa. Jopa puolet haittatapahtumista voitaisiin estää ennakoimalla riskejä, seuraamalla toimintaa järjestelmällisesti ja oppimalla haittatapahtumista (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2011, 9). Päivystyksissä on enemmän potilasturvallisuuteen liittyviä ongelmia kuin muussa terveydenhuollossa. Ongelmat liittyvät erityisesti kliiniseen arvioon, diagnostiikkaan ja potilaan saamaan hoitoon. Tapahtuvilla virheillä on suuri merkitys potilaiden terveyteen. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2010, 37.)

Potilasturvallisuutta ajatellaan usein haittatapahtumien tai komplikaatioiden puuttumisena eli usein negatiivisten tilanteiden kautta. Potilasturvallisuus otetaan usein käsittelyyn

vasta silloin, kun on jo havaittu vähältäpiti- tilanne tai epäonnistuminen potilaan hoidossa. Potilasturvallisuutta voidaan vahvistaa jatkuvasti kaikissa terveydenhuoltoalan yksiköissä kouluttamalla henkilökuntaa ja parantamalla hoitoprosesseja. (Kaila, Niemi-Murola & Kauppi 2014.) Henkilökunnan riittävä osaaminen, yhdessä sovitut toimintatavat ja selkeä työnjako parantavat potilasturvallisuutta. Päivystykset ovat osa laajaa toimintayksiköiden verkostoa ja tämä tuo haasteita riittävän informaation kulkemiselle. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2010, 37.)

Sairastuminen ja päivystykseen päätyminen merkitsevät usein kriisiä potilaan elämässä ja potilaat ja omaiset ovat usein päivystyksessä shokkivaiheessa. Potilaat odottavat saavansa päivystyksessä tilanteensa edellyttämää hyvää ja turvallista hoitoa. Turvallisuuden tunne saavutetaan luottamuksella, joka edellyttää hoitohenkilökunnalta selkeää toimintaa ja tarkoituksenmukaista hoitoa. Tarkoituksenmukainen hoito edellyttää päivystyksen henkilökunnalta tietämystä siitä, miten kussakin tilanteessa toimitaan ja mitä potilaan hoito vaatii. Potilaat odottavat saavansa oikea-aikaista apua ja hoitoa silloin, kun hätä on suurin. Potilaan turvallinen ja asianmukainen hoito vaatii hoitohenkilökunnalta teoreettisen tiedon hallintaa, itsenäistä päätöksentekokykyä ja riittävää kokemusta. (Koponen ym. 2005, 24, 28.)

4.3 Hoidon kiireellisyyden arviointi eli triage

Triage-luokituksen ideana on seuloa potilaista ne, jotka tarvitsevat hoitoa päivystyksessä niistä potilaista, joiden hoidon tarve ei ole kiireellinen. Käytännössä triage tarkoittaa siis potilaiden luokittelua. Triage-sana on ranskaa ja tarkoittaa lajittelua, järjestelemistä, erottelua ja valikoimista ja sana on vakiintunut käyttöön erityisesti akuuttihoitossa. Triage-luokittelun tarkoituksena on varmistaa kaikille potilaille oikea-aikainen hoito eli käytännössä arvioidaan se aika, jonka kuluessa potilaan on päästävä hoitoon. Hoidon kiireellisyyden arvioinnissa on selvitettävä yhteydenoton syy, oireet ja niiden vaikeusaste sekä kiireellisyys. (Syväoja & Äijälä 2009, 94–95.)

Potilaan tulosityn selvittäminen, sekä hoidon kiireellisyyden arviointi oireiden ja esitietojen perusteella kuuluvat sairaanhoitajan tehtäviin. Tarvittaessa sairaanhoitaja konsultoi

lääkäriä. Vitaalielintoimintojen mittaaminen on tärkeää kiireellisyyden arvioinnissa. Arvioinnin jälkeen määritellään potilaan kiireellisyysluokka, joka kertoo pisimmän mahdollisen odotusajan eli missä ajassa potilaan hoito on viimeistään aloitettava (Malmström, Kiura, Torkki & Mäkelä 2012, 699–703). Triagen yleisimpiä vaaroja ovat potilaan alitai yliluokittelu. Aliluokittelussa potilas ei saa tarvitsemaansa hoitoa oikea-aikaisesti ja potilaan terveys voi vaarantua. Yliluokittelussa potilas saa nopeampaa ja tehokkaampaa hoitoa, kuin olisi tarpeen ja tämä taas saattaa vaarantaa toisen, kiireellisempään luokkaan kuuluvan potilaan hoidon aloituksen. (Ganley & Gloster 2011, 53.)

Kiireellisyysluokittelua on tehty päivystyksissä aina jollain tavalla. Vastaanottava henkilö on pyrkinyt tunnistamaan vakavimmin sairaat potilaat, jotka on ohjattu hoitoon ja tutkimuksiin ensimmäisinä ja muut potilaat on hoidettu tulo järjestyksessä. Erilaisia luokittelusysteemejä on aloitettu kehittämään 1960-luvulla, ensin Amerikassa ja sittemmin myös muualla. Syynä tähän on ollut päivystyksien ruuhkautuminen. Sen jälkeen on tullut tarve yhtenäistää erilaisia kiireellisyysluokitteluja. (Malmström ym. 2012.)

Hoitohenkilökunta tekee jatkuvasti päätöksiä hoidon kiireellisyydestä, vaikka yhteistä triagea ei olisikaan käytössä. Yhteisesti hyväksytyyn triagen hyvä puoli on se, että hoidon kiireellisyyden arviointia pystytään tekemään samoilla perusteilla. Yhteinen triage selvittää myös hoitokäytäntöjä kiireellisissä tilanteissa. Yhteisesti sovitun triagen puuttuessa päätöksissä on vaarana, että potilaita ei kohdella tasa-arvoisesti, päivystys ruuhkautuu tai kiireellistä hoitoa tarvitsevien hoito viivästyy. Myös kuntalaisille on eduksi, että päivystyshoidon kriteerit ovat selkeät ja niistä on myös tiedotettu. (Syväoja ym. 2009, 96–97.)

Triagea tekevän hoitajan rooli ei ole helppo. Hoidon kiireellisyyden arviointi on monimutkainen ja usein kiireessä tehty prosessi, jossa pitää ottaa huomioon monta asiaa. Tiedot potilaasta ovat yleensä rajalliset. Nopeassa tilanteessa pitäisi saada aikaan myös luottamus hoitajan ja potilaan välille, että potilas rohkaistuu kertomaan rehellisesti oireistaan. Ilman riittävää tietoa potilaan oireista asianmukaisen triagen tekeminen on mahdotonta. Hoidon kiireellisyyden arvioinnin monimutkaisuuden vuoksi hoitajalla tulee olla tietoa monenlaisista sairauksista ja vammoista. (Ganley ym. 2011, 52.)

Potilaalla ei ole subjektiivista oikeutta saada rajattomasti haluamaansa hoitoa vaan hoidon tarpeen ja kiireellisyyden arvioinnin tekee aina terveydenhuollon ammattihenkilö, joka

päättää hoidosta. Hoitohenkilökunnalla on ”portinvartijan” rooli hoidon tarpeen arvioinnissa ja hän tekee päätöksen hoidon kiireellisyydestä kokemuksensa ja ohjeistuksen perusteella, esimerkiksi triagen tai käypä hoito suosituksen mukaisesti. Hoitohenkilökunta tekee hoidon kiireellisyyden arvioinnissa ns. työdiagnoosin, joka on epäily jostakin tietystä sairaudesta oireiden perusteella. Työdiagnooseja voi olla useampi, mutta kiireellisyyden arviointi tehdään aina vakavimman työdiagnoosin mukaan. Työdiagnoosin tekeminen vaatii riittävää kokemusta ja koulutusta, koska väärä työdiagnoosi voi olla potilaalle kohtalokas. (Syväoja ym. 2009, 71.)

On kiireellisyyden arvioinnin malli päivystyksessä mikä tahansa, tärkeää on, että sitä tehdään säännönmukaisesti. Triagen implementointi päivystykseen saattaa kohdata vastarintaa; kiire, voimavarojen puute ja tottumus tietynlaiseen toimintakulttuuriin ja toimintatapoihin voi aiheuttaa vastarintaa muutokselle. Triagen olemassaolo ei välttämättä tarkoita sitä, että sitä käytetään säännönmukaisesti. Triagen käyttöönotto vaatii perehdyttämistä, suunnittelua, käytön esteiden tunnistamista, seurantaa, johdon tukea, avoimuutta muutokseen sekä tarvittavia tiloja triagen tekemiseen. Myös liian monimutkainen triage saattaa vaikeuttaa implementointia. Triage toimii hyvin vain, jos kaikki triagehoitajat saadaan motivoitua. Hoitajien on tärkeää tiedostaa, mitä etuja triagen tekemisestä on päivystyksen toiminnan sujuvuudelle ja potilasturvallisuudelle. (Janssen ym. 2012, 12–20.)

4.4 ABCDE- triage

Potilaiden kiireellisyysluokittelut yleistyivät Suomessa 2000- luvun puolivälissä (Malmström ym. 2012). Suomessa käytetään hoidon kiireellisyyden arviointiin erilaisia kiireellisyysluokitteluja, mutta erilaisten luokittelujen luotettavuudesta ja paremmuudesta ei ole tutkimustietoa. (Kantonen 2014, 8.)

Suomessa yleisin käytössä oleva kiireellisyysluokittelu on ABCDE- triage, joka on kehitetty nimenomaan terveyskeskusten päivystyksiin auttamaan suhteellisen hyväkuntoisten potilaiden kiireellisyyden arvioinnissa. ABCDE- triagea ei ole verrattu tieteessä muihin triage-järjestelmiin. (Kantonen 2014, 8.) ABCDE- triage on viisiportainen luokittelu eikä siitä ole olemassa yhtenäistä ohjeistusta. ABCDE- triage jakaa tavallisimmat tulokset ja oireet eri kiireellisyysluokkiin, esim. päänsärky, rintakipu ja hengenahdistus ja ohjeistaa

kunkin tulosityn ja oireen hoidon kiireellisyyden. (Malmström ym. 2012.) Triage räätälöidään kuhunkin päivystykseen sopivaksi ja hoitajat arvioivat hoidon kiireellisyyden eri sairausryhmien ja oireiden määriteltyjen ohjeiden mukaisesti (Seppänen 2013).

Erilaisten ABCDE-järjestelmien vertailu on hankalaa. Ryhmittely ohjaa työnjakoa siten, että A ja B-ryhmän potilaat kuuluvat pääosin erikoissairaanhoidon päivystykseen. C ja D-ryhmän potilaat terveyskeskuspäivystyksen päivystävälle lääkärille ja E-ryhmän potilailla ei ole päivystyksellisen hoidon tarvetta. Heidät ohjataan kotiin tai virka-aikaan tapahtuville vastaanotoille. Hoitajat tekevät luokittelun ohjeistuksen, konsultaation ja työkokemuksensa perusteella. Erilaisista luokitteluista huomaa, kuinka strukturoimaton ABCDE-triage on. Se on laadittu käytännölliseksi, helposti muutettavaksi ja kyseisen päivystyksen toiminnan huomioivaksi. Samankaltaisia omaan käyttöön räätälöityjä luokitteluja on Suomessa monia. (Kantonen, 2014, 28.)

Tärkeintä on, että päivystyspoliklinikoilla käytetään paikallisiin olosuhteisiin soveltuvaa hoidon kiireellisyyden arviota. Potilaan tilaa seurataan koko käynnin ajan ja arviota tarkennetaan tarvittaessa. Paikallisiin ohjeisiin voidaan liittää myös tarkentavia ohjeita, jotka voivat liittyä esimerkiksi työn jakamiseen ja hoitoon. Hoidon kiireellisyys voidaan jakaa esimerkin mukaisesti neljään luokkaan: 1. hoidetaan päivystyksenä 2. hoidetaan päivystyksenä virka-aikaan 3. voidaan siirtää virka-ajan lääkärille (1 vrk) 4. voidaan siirtää virka-ajan lääkärille (2–3 vrk). (Lindfors-Niilola, Riihelä & Kaskinen 2013, 11.)

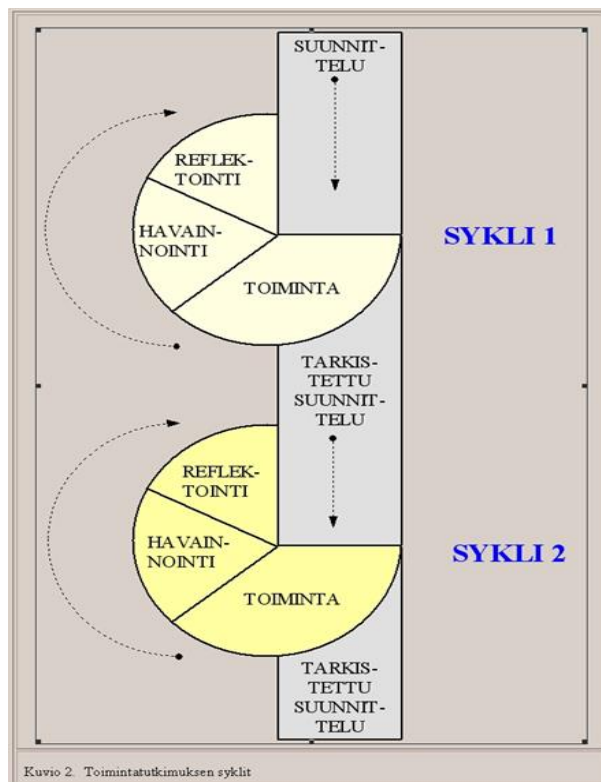
Pirkkalan terveyskeskuksessa vuonna 2009 tehdyn kiireellisyysluokituksen mukaan A-ryhmän potilaiden hoito aloitetaan välittömästi ja B-ryhmän potilaiden hoidon aloitus tapahtuu kiireellisesti. Heillä on vaikea henkeä uhkaava tai kiireellistä hoitoa vaativa sairaus tai vamma. C-ryhmän potilaiden hoidon aloitus tapahtuu muutaman tunnin sisällä, tarvittaessa aikaisemminkin. Heillä on päivystyksellistä hoitoa vaativa sairaus tai vamma, jota ei tarvitse hoitaa välittömästi. D-ryhmän potilaiden hoito aloitetaan vuorokauden sisällä. Heillä on kiireetön, mutta päivystyksellistä hoitoa vaativa sairaus tai vamma. E-ryhmän potilaita ei oteta päivystykseen mihinkään vuorokauden aikaan vaan potilas ohjataan kotiin, työterveyshuoltoon tai omalääkärin tai -hoitajan vastaanotolle virka-aikana. (Ranki 2009.)

5 TOIMINTATUTKIMUS

Tutkimustavan valinnassa päädyin toimintatutkimukseen, joka lähtee työelämän tarpeista. Toimintatutkimuksen tarkoituksena on muuttaa tai kehittää vallitsevia käytäntöjä ja ratkaista erityyppisiä ongelmia. Toimintatutkimus tehdään aidossa ympäristössä ja siitä tulee olla mahdollisimman paljon hyötyä käytännössä. Tutkimuksessa olennaista on hakea käytäntöön sovellettavaa tietoa, joiden avulla käytänteitä voidaan kehittää. Toimintatutkimusta ei lueta varsinaiseksi tutkimusmenetelmäksi vaan lähentymistavaksi, jossa yhdistyvät kehittämistyö ja tutkimus. Toimintatutkimusta ohjaa käytännön intressi eli halutaan tietoa siitä, miten jonkin asian voisi tehdä paremmin. (Heikkinen, Rovio & Syrjälä 2008, 10; Kuula 2000, 9.)

Toimintatutkimuksessa pyritään muuttamaan vallitsevaa todellisuutta ja sosiaalisia käytäntöjä ottamalla käytännöissä toimivat ihmiset aktiivisesti mukaan tutkimukseen. Tutkimuksessa pitää olla kenttätyötä ja vuorovaikutusta kohteen kanssa, ilman näitä ei ole kyse toimintatutkimuksesta. Tutkimukseen edellytetään ihmistä, joka haluaa ja kykenee saamaan aikaan ratkaisuja käytännön ongelmiin. Olennaista on, että tutkija kuuluu siihen sosiaaliseen yhteisöön, jota hän tutkii. Toimintatutkimuksessa voidaan käyttää rajaamatta kaikkia niitä metodeja, joita tutkimukseen osallistuvat pitävät relevantteina. (Heikkinen ym. 2008, 10; Kuula 2000, 208, 218.)

Toimintatutkimus on käytännön ja teorian vuoropuhelua tosielämässä. Tutkimusprosessissa seuraavat toisiaan suunnittelun, toiminnan, havainnoinnin ja reflektoinnin vaiheet ja pyrkimyksenä on kehittää toimintaa joka kierroksella (kuvio 1). Toimintatutkimus alkaa usein käytännön työelämän kehittämistarpeesta. Jokin käytäntö koetaan syystä tai toisesta ongelmalliseksi, joka johtuu usein ympäristön jatkuvasta muutoksesta. Organisaatio ei voi elää irrallaan ympäristöstä, vaan sen on mukauduttava ympäristömuutoksiin. Koulutukseen painottuvassa toimintatutkimuksessa on tavallisesti kyse työryhmän kehittämisestä, kun taas hankepainotteisessa toimintatutkimuksessa pyritään kehittämään toiminnan tuotosta. Usein nämä molemmat näkökannat esiintyvät samassa tutkimuksessa. (Linturi 2003.)



KUVIO 1. Esimerkki toimintatutkimuksen sykleistä (Linturi 2003).

Toimintatutkimuksen tarkka määrittely on hankalaa, koska kyseessä ei ole vain yksi tutkimusmenetelmä, vaan joukko erilaisia menetelmiä. Toimintatutkimuksessa voidaan käyttää sekä laadullisia että määrällisiä menetelmiä ja myös muiden tutkimusmenetelmien tiedonkeruu- ja analyysimenetelmiä. Oleellista toimintatutkimuksessa on toiminnan kehittäminen ja muutos, yhteistoiminta, tutkimus ja tutkijan mukanaolo tutkittavassa toiminnassa. Toimintatutkimuksen tulokset eivät ole yleistettävissä vaan tulokset pitävät paikkansa ainoastaan kyseessä olevan yksittäisen tapauksen suhteen.

(Kananen 2014, 11, 13.)

Tätä toimintatutkimusta on toteutettu toimintatutkimuksen syklien mukaisesti. Ensimmäisessä syklissä pohdittiin paperisen triagen käytön ongelmia ja ratkaisuna suunniteltiin ja toteutettiin oirelähtöinen Excel- muotoinen triage alkuperäisen lääketieteellisten erikoisalojen mukaan jaotellun triagen sijaan. Toisessa syklissä taulukkomuotoista triagea testattiin ja havaintojen ja tutkimuksen tulosten mukaan triagen kehittämistä jatkettiin edelleen.

5.1 Aineiston hankinta

Toimintatutkimuksen tiedonkeruumenetelmät ovat samanlaiset kuin muunkin laadullisen tutkimuksen menetelmät eli havainnointi, haastattelut ja dokumentit. Menetelmät voivat vaihdella tilanteen mukaan (Kananen 2014, 77, 79). Toimintatutkimuksen aineistot voivat olla monenlaisia; muistioita, pöytäkirjoja, raportteja tai sähköpostiviestejä (Heikkinen ym. 2008, 104). Teemahaastattelu on puolistrukturoitu haastattelu, jossa haastattelun aihepiirit on etukäteen mietitty ja haastattelussa edetään valittujen teemojen ja tarkentavien kysymysten avulla. Haastattelukysymyksissä ei ole tarkkaa muotoa tai järjestystä eikä haastattelijalla ole valmiita kysymyksiä vaan tukilista asioista, joita haastattelussa tulee käsitellä. (Tuomi & Sarajärvi 2013, 73; Eskola & Vastamäki 2015, 29.)

Teemahaastattelussa tarkoituksena on saada vastauksia tutkimuskysymyksiin tutkimustehtävän mukaisesti. Haastattelun ideana on kerätä mahdollisimman paljon tietoa tutkitavasta asiasta ja siksi tutkimuskysymykset on perusteltua antaa haastateltaville jo etukäteen tutustuttaviksi. Suositeltavaa on, että haastateltavat pystyvät tutustumaan sekä kysymyksiin että haastattelun teemaan etukäteen. Haastattelun etu on sen joustavuudessa, koska haastattelutilanteessa haastattelijalla on mahdollisuus käydä keskustelua haastateltavan kanssa ja tarvittaessa toistaa kysymys tai oikaista väärinkäsityksiä. Haastattelua varten voidaan valita juuri ne henkilöt, joilla on tietoa tai kokemusta tutkimuksen aiheesta. (Tuomi ym. 2013, 73–75.)

Ryhmähaastattelun tavoite on verraten vapaamuotoinen. Haastateltavat kommentoivat asioita melko spontaanisti ja tuottavat monipuolista tietoa tutkitavasta asiasta. Haastattelijan tehtävänä on huolehtia siitä, että kaikilla osallistujilla on mahdollisuus keskustella valittujen teemojen mukaisesti. Ryhmähaastattelun merkitys korostuu silloin, kun halutaan tietää ihmisten kanta johonkin ajankohtaiseen kysymykseen. Teemahaastattelut tallentamalla haastattelijasta pystyy toimimaan ilman kynää ja paperia ja haastattelun kulku on sujuvampaa ja myös keskustelu on luontevampaa ja vapautuneempaa. (Hirsjärvi & Hurme 2004, 61, 63, 92.)

Tämän tutkimuksen aineisto on hankittu ryhmämuotoisilla teemahaastatteluilla sekä sähköpostilla saaduilla vastauksilla. Tutkimuksen haastattelukysymyksiin vastasi kahdeksan päivystyksen hoitajaa, joista kaikki tekevät hoidon tarpeen ja kiireellisyyden arviointia

niin puhelimitse kuin paikan päällä. Osallistujista neljä on koulutukseltaan sairaanhoitajia, yksi loppuvaiheen sairaanhoitajaopiskelija, kaksi ensihoitajia ja yksi oli lähihoitajan nimikkeellä työskentelevä hoitaja. Tutkimukseen osallistuvien työkokemus päivystystyössä vaihteli paljon. Kaksi tutkimukseen osallistuneista oli kesätyössä päivystyksessä, toinen valmistumassa oleva sairaanhoitajaopiskelija ja toinen tutkimusta edeltävän keväänä valmistunut sairaanhoitaja. Lopuilla osallistuneista oli kokemusta päivystyksessä työskentelystä vähintään viisi vuotta.

Teemahaastattelun kysymykset lähetettiin kehittämistyöhön osallistuville sähköpostilla samaan aikaan, kun ABCDE- triage otettiin testikäyttöön toukokuussa 2018 (liite 2). Elokuussa eli noin kolme kuukautta tämän jälkeen pidettiin kaksi päivystyksen palaveria, joissa toteutettiin ryhmähaastattelut teemahaastatteluina. Haastattelujen alussa käytiin pintapuolisesti läpi triagen sisältö ja sen jälkeen siirryttiin teemoihin. Teemoina olivat haastattelukysymysten mukaisesti ABCDE- triagen käytettävyys hoidon kiireellisyyden arvioinnissa, triagen käytön vaikutukset päivystyksen toimintaan, triagen käytön vaikutukset potilasturvallisuuteen sekä kehittämis- ja parannusideat triageen. Kolme hoitajista eivät olleet etukäteen varmoja, pystyvätkö he osallistumaan haastatteluihin ja heiltä sain teemojen mukaiset vastaukset sähköpostilla ennen haastatteluita.

Haastattelut nauhoitettiin osallistujien suullisella luvalla. Molempiin haastatteluihin osallistui itseni lisäksi kolme hoitajaa. Haastattelut oli käytännön syistä pidettävä kahdessa osassa, koska osan hoitajista piti jäädä päivystykseen töihin. Molemmat haastattelut kestivät noin 45 minuuttia.

5.2 Aineiston analyysi

Saatu aineisto analysoitiin aineistolähtöisellä sisällönanalyysillä. Sisällönanalyysi on yksi laadullisen tutkimuksen perusmenetelmistä ja sitä voidaan käyttää monenlaisissa tutkimuksissa. Sisällön analyysillä pyritään saamaan tutkittavasta ilmiöstä saatu materiaali tiivistettyyn ja yleiseen muotoon kadottamatta tulosten sisältämää informaatiota. Aineistolähtöisessä sisällön analyysissä aineisto pelkistetään niin, että aineistosta karsiutuu tutkimukselle epäolennainen tieto pois. Analyysissä edetään empiirisestä aineistosta käsitteellisempään näkemykseen tutkittavana olevasta ilmiöstä. (Tuomi ym. 2013, 91.)

Aineiston analyysi voidaan kuvata yksinkertaisimmillaan kolmivaiheisena prosessina, jonka osat ovat kuvailu, luokittelu ja yhdistely. Kuvailu on aineiston analyysin perusta, jonka avulla pyritään vastaamaan kuka, missä, milloin, kuinka paljon ja kuinka usein eli pyritään kartoittamaan henkilöiden, tapahtumien tai kohteiden ominaisuuksia. Aineiston luokittelulla pyritään luomaan pohja, jonka varassa aineistoa voidaan tulkita, yksinkertaistaa ja tiivistää. Luokittelu on välttämätöntä aineiston vertailulle ja tyyppittelemiselle. Aineiston yhdistely tarkoittaa aineiston koodaamista muodostettuihin luokkiin. Yhdistelyssä tavoitteena on löytää luokille säännönmukaisuuksia tai samankaltaisuuksia. (Hirsjärvi ym. 2004, 145–147.)

Analyysin tekniikoita on monenlaisia. Ei ole olemassa yhtä oikeaa tai muita parempaa analyysitekniikkaa vaan tutkija voi itse kehittää ja kokeilla erilaisia ratkaisutapoja. Teema-haastattelun aineistoa analysoidaan useimmiten teemoittamalla ja tyyppittelemällä eli aineisto jäsennetään litteroinnin jälkeen haastattelussa käytettyjen teemojen mukaisesti. Aineiston analyysi aloitetaan usein jo haastattelutilanteessa, jolloin tutkija jo alustavasti tyyppittelee ja hahmottelee aineistoa mielessään. (Eskola ym. 2015, 43; Hirsjärvi ym. 2004, 136.)

Aineiston tallentamisen jälkeen tutkija voi litteroida koko haastatteluaineiston tai vaihtoehtoisesti esimerkiksi vain teema-alueisiin täsmäävät aiheet. Aineistoa ei välttämättä tarvitse kirjoittaa kokonaan tekstiksi, jos päätelmiä ja teemoittelua saa tehtyä suoraan tallennetusta aineistosta. Päätelmien tekeminen suoraan aineistosta on helppointa silloin, kun haastateltavia on ollut vähän tai haastattelu ei ole kestänyt pitkään. (Hirsjärvi ym. 2004, 138.) Tässä tutkimuksessa haastatteluaineistoa saatiin sekä sähköpostilla, että ryhmähaastatteluissa. Koko saatu aineisto teemoiteltiin.

Haastatteluaineistoa kertyi 1,5 tuntia eli noin 45 minuuttia/ haastattelu. Kuuntelin haastatteluaineiston ensin kahteen kertaan, jonka jälkeen tein tietokoneella Excel- taulukon haastatteluiden ydinsisällöistä, eli niistä asioista, jotka liittyivät jollain tavalla haastattelun teemoihin. Tämän jälkeen jaoin lauseet ennalta päätettyihin teemoihin (taulukko 1).

Alkuperäinen ilmaisu	Pelkistys	Teema
Hyvä työkalu, jota voi käyttää hoidon kiireellisyyden arvioinnin pohjana	Hyvä työkalu	Käytettävyys hoidon kiireellisyyden arvioinnissa
Vaikeuttaa hoidon tarpeen arviointia, kun ajanvarauspuolella ei ole subakuutteja aikoja riittävästi	Vaikeuttaa hoidon tarpeen arviointia	
Hoidon kiireellisyyden arvioinnista tulee yhtenäisempää, kun se ei perustu liikaa "mutu" tuntuun	Yhtenäistää arviointia	Vaikutus päivystyksen toimintaan
Hoitajilla olisi selkeät kriteerit hoidon kiireellisyyden arvioinnin tekemiseen	Selkeyttää kriteereitä	
Kiireellisten tapausten hoito saattaisi nopeutua, kun olisi selkeämpää, kuka on kiireellinen	Saattaisi nopeuttaa hoitoa	Vaikutus potilasturvallisuuteen
Tietysti parantaa potilasturvallisuutta ja helpottaa työn tekemistä, kun on mustaa valkoisella, mihin arviointisi perustuu.	Parantaisi potilasturvallisuutta	
Suorat linkit esimerkiksi käypä hoito-suositukseen tai terveystietoon nopeuttaisivat työtä, kun tietoa ei tarvitsisi erikseen etsiä.	Linkit hoitosuositukseen	Kehittämisehdotus

Taulukko 1. Esimerkki aineiston teemoittelusta.

Teemoittelua tein pitkään, koska monet alkuperäisistä ilmaisuista sopivat useampaan teemaan. Kuuntelin haastattelujen nauhoitukset useampaan kertaan ja kuuntelun tavoitteena oli löytää haastateltavan ajatus siitä, mihin teemaan hän oli asian tarkoittanut eli minkä teeman käsittelyn aikana hän oli asian esittänyt. Näin kaikille lauseille löytyi loppujen lopuksi oikea teema. Litterointi teemoittelemalla oli näiden haastatteluiden purkamiseen sopiva keino, koska haastattelut olivat lyhyitä ja haastateltavia vain kolme kerrallaan.

6 TRIAGEN KEHITTÄMINEN

Triagen kehittäminen sai alkunsa useiden terveyskeskuksessa käytyjen keskustelujen pohjalta ja aiheeseen oli mahdollisuus tarttua tämän opinnäytetyön myötä. Pirkkalan väestön kasvaessa nopealla tahdilla päivystyksen asianmukaiseen triageen on kiinnitettävä enemmän huomiota. Toimiva ja sujuva triage vaikuttaa päivystyksen toiminnan sujuvuuteen ja potilasturvallisuuteen. Kehittämistyötä tehtiin tiiviissä yhteistyössä koko päivystyksen työyhteisön kanssa. Työyksikkö on pieni, joten yhteistyö kehittämistyötä ajatellen oli helppo toteuttaa.

Pirkkalan terveyskeskuspäivystyksessä on ollut käytössä kuusisivuinen, yksinkertainen paperiversio ABCDE- triagesta vuodesta 2009 alkaen (Liite 1). Paperiversio on melko suurpiirteinen ja suppea, lääketieteellisten erikoisalojen mukaan luokiteltu kiireellisyysjärjestys. Triage ei ole ollut järjestelmällisesti käytössä, eivätkä kaikki päivystyksessä työskentelevät ole olleet tietoisia triagen olemassaolosta.

Triagen kehittäminen aloitettiin siirtämällä paperisen ABCDE- triagen sisältö Excel- taulukkoon tammi- maaliskuun 2018 aikana. Excel-versiosta pyrittiin tekemään tulosyys- ja oirekohtainen ABCDE- triagen periaatteiden mukaisesti, mutta luokittelu oli triagen suppeuden vuoksi hankalaa ja osa luokittelusta jäi edelleen triageen lääketieteellisen erikoisalan mukaan. Eri oireiden ja tulosyiden hoidon kiireellisyyteen ei triagen kehittämistyössä puututtu, vaan kiireellisyys pysyi ennallaan olemassa olevan triagen mukaisesti.

Hoidon kiireellisyys on merkitty Excel- taulukkoon sekä tekstinä, että väreinä (kuvio 2).

A RYHMÄ hoidon aloitus välittömästi. Jos kotona, soitto 112!	B RYHMÄ Hoidon aloitus kiireellisesti	C RYHMÄ hoidon aloitus muutamassa tunnissa	D RYHMÄ hoidon aloitus yhden vuorokauden kuluessa	E RYHMÄ ei päivystyksellisen hoidon tarvetta	HUOMIOITAVAA
---	---	--	---	--	---------------------

KUVIO 2. Hoidon kiireellisyys tekstinä ja väreinä.

Eri oireet ja tulokset on luokiteltu triageen aakosjärjestyksessä ja ne ovat hyperlinkkejä (kuvio 3).

ALLERGIA/ ANAFYLAKSIA						
HAAVAT						
HENGENAHDISTUS/ HENGITYSOIRE						
HUIMAUUS						
IHO-OIREET						
INFEKTIOT						
KORVAOIRE						
KOURISTUS						
KURKKUKIPU						
KUUME						

KUVIO 3. Esimerkki oireryhmistä aakosjärjestyksessä hyperlinkkeinä.

Hyperlinkkiä klikkaamalla pääsee kyseisen oireryhmän tarkempaan erittelyyn ja kiireellisyden arviointiin. Näihin kohtiin on lisätty myös kotihoito-ohjeita, tarkentavia kysymyksiä sekä linkkejä terveystietoon (kuvio 4). Nämä lisäykset on tehty ryhmähaastatteluiden jälkeen.

ALLERGIA/ ANAFYLAKSIA	Pala alkuun					Sairaanhoitajan tietokannat - anafylaksia
Urtikaria, turvotus ja hengenahdistus	X					RR, syke
Urtikaria ja turvotus, ei hengenahdistusta		X				RR, syke
Paikallinen ihoreaktio, nuhaa ja silmäoireita				X	X	Antihistamiini po. ja mieto kortisonivoide iholle kotona käynti kotihoitoon vasteen mukaan.

KUVIO 4. Esimerkki tarkemmasta oireryhmän erittelystä ja kiireellisyysluokituksista.

Triageen on eroteltu, onko oire lääkärin vai sairaanhoitajan vastaanotolla hoidettava. X tarkoittaa lääkärin vastaanotto, SH sairaanhoitajan vastaanottoa (kuvio 5).

KURKKUKIPU	Pala alkuun					Sairaanhoitajan tietokannat - Kurkkukipu
Kuumeinen kurkkukipu ilman flunssan oireita				SH		Nieluväljely
Kuumeeton kurkkukipu, johon liittyy flunssan oireet					SH	

KUVIO 5. Esimerkki triagen sairaanhoitajan vastaanotolla hoidettavasta oireesta.

ABCDE- triagen käyttöä testattiin päivystyksessä toukokuun alusta ja elokuun puoliväliin asti eli reilut kolme kuukautta. Tuona aikana päivystyksessä työskenteli myös vastavalmistuneita sairaanhoitajia kesäsijaisena ja heiltä saatiin tietoa siitä, miten triage auttaa hoidon kiireellisyyden arvioinnissa sairaanhoitajaa, jolla ei ole vielä juurikaan työkokemusta. Triagen testikäyttö lähti hitaasti liikkeelle kesken lomakauden, mutta koska halusin myös uusien hoitajien mielipiteen triagesta, testikäyttö aloitettiin kesän alussa. Triagen testaamista vaikeutti lomakauden lisäksi käytännön ongelma; työntekijöillä ei ole lupaa lisätä mitään tiedostoja työaseman työpöydälle ja myös siksi triagen testaaminen jäi välillä tekemättä, kun se olisi pitänyt muistaa etsiä aina erikseen sähköpostista tai henkilökohtaiselta tallennusasemalta.

Testikäytön aikana ja sen jälkeen saatujen teemahaastattelujen tulosten perusteella triagen kehittämistä jatkettiin. Kehittämistyö jatkuu edelleen yhdessä työyhteisön kanssa päivystyksen nykytilanteeseen sopivaksi palvelemaan yhtenäistä ja potilasturvallista hoidon kiireellisyyden arviointia.

7 TULOKSET

Tuloksiin on koottu haastatteluissa ja sähköpostitse saadut vastaukset teemoittain. Teemoina olivat ABCDE- triagen käytettävyys hoidon kiireellisyyden arvioinnissa, triagen käytön vaikutukset päivystyksen toimintaan, triagen käytön vaikutukset potilasturvallisuuteen sekä kehittämis- ja parannusideat triageen.

7.1 Triagen käytettävyys hoidon kiireellisyyden arvioinnissa

Triagea Excel- taulukon muodossa pidettiin selkeänä ja helppolukuisena sekä hyvänä hoidon kiireellisyyden arvioinnin pohjana. Excel- muotoista työkalua on hoitajien mielestä helppo pitää auki omalla työasemalla ja käyttää tarvittaessa. Kaikkien vastaajien mukaan ABCDE- triage soveltuu pienen päivystyksen käyttöön.

Taulukko on selkeä ja helppolukuinen, oireen löytää helposti.

Excel- muotoisena on helppo pitää auki työasemalla ja käyttää siitä.

Hoitajat kokivat triagen helpottavan hoidon kiireellisyyden arviointia. Erityisesti nuoret ja vähän työkokemusta omaavat hoitajat, jotka eivät tunne talon toimintoja eivätkä tiedä, minne potilas tulee ohjata, kokivat ohjeet tarpeellisina ja hyvinä. Tärkeänä pidettiin sitä, että hoidon kiireellisyyden arviointi ei perustu kenenkään hoitajan ”mutu”- tuntumaan vaan arviointi on tasalaatuista ja systemaattista.

Tasalaatuistaa hoidon tarpeen arviointia, kun kaikki kysyy samat asiat.

Hyvä työkalu, jota voi käyttää hoidon kiireellisyyden arvioinnin pohjana.

Vastavalmistuvana sairaanhoitajana tällainen triage-taulukko olisi mahdollisesti helpottanut monia vastaanotettuja puheluja ja päivystystarpeen pohdintaa.

Jokainen hoidon kiireellisyyden arviointitilanne on erilainen. Potilaan hoidon tarve ja tilanne vaihtelee esimerkiksi perussairauksien vuoksi, mutta triagen koettiin antavan hyvä pohja kiireellisyyden arvioinnille.

Vaikka taulukosta ei saisi suoraa vastausta, antaa sen vähän osviittaa päivystyksen tarpeellisuudesta.

Kritiikkiä annettiin yhdessä vastauksessa triagen joustamattomuudesta. Tämän perusteena oli osittain virheellinen käsitys siitä, että kaikkien potilaiden hoidon kiireellisyys arvioitaisiin potilaan tilanteesta tai perussairauksista huolimatta tarkkaan triagen mukaan eli ainoastaan oireen tai tulosityn perusteella.

Toinen kritiikki perustui siihen, ettei triagea voi todellisuudessa toteuttaa, koska subakuutteja aikoja (1–3 vrk) ei ajanvarausvastaanoton lääkäreillä ole riittävästi. Tämä tarkoittaa, että myös C- luokan (hoidon aloitus vuorokauden sisällä) sekä E- luokan (ei päivystyksellistä hoidon tarvetta) luokituksen potilaat joudutaan usein hoitamaan päivystyksessä samana päivänä. Näissä tilanteissa pyritään hoidon aloitukseen virka-aikana eikä ilta- tai viikonloppupäivystyksessä.

Vaikeuttaa hoidon tarpeen arviointia, kun ajanvarauspuolella ei ole subakuutteja aikoja riittävästi.

7.2 Triagen käytön vaikutukset päivystyksen toimintaan

Triagen käyttämisestä oltiin yhtä mieltä siitä, että kaikkien triagea tekevien tulee käyttää triagea säännönmukaisesti yhteisiin ohjeisiin perustuen. Näin toimimalla kaikilla hoitajilla on yhtenäiset, selkeät kriteerit hoidon kiireellisyyden arvioinnissa. Triagen käyttäminen myös selkeyttää hoitajien työtä ja tekee hoidon kiireellisyyden arvioinnista sujuvampaa. Erityisen tärkeänä apuna triagea pidettiin uusien, vähän työkokemusta omaavien sairaanhoitajien tekemässä kiireellisyyden arvioinnissa.

Jos jokainen yksikössä käyttäisi taulukkoa, saataisiin yhdenmukaistettua päivystykseen otettavia potilaita ja ns. turhat päivystyspotilaat saisi karsittua pois.

Hoitajilla olisi selkeät kriteerit hoidon kiireellisyyden arvioinnin tekemiseen.

Olisi sujuvampaa hoidon arviointia ja selkeyttää hoitajien työtä.

Uusille työntekijöille olisi helpompaa suunnitella omaa työtään.

Triagen tekeminen vain jokaisen hoitajan oman kokemuksen ja tuntuman perusteella on aiheuttanut välillä päivystyksessä ristiriitatilanteita, joista myös päästään eroon yhteisen ohjeistuksen avulla.

Ja onhan meillä välillä vääntöä ja epäselvyyttä siitä, ketkä kuuluvat ilta-päivystykseen, tämä vähentäisi ristiriitoja.

Hoidon kiireellisyyden arvioinnista tulee yhtenäisempää, kun se ei perustu liikaa ”mutu”-tuntumaan.

Sit kun tuut iltavuoroon niin siellä on jo valmiina ilta-ajoilla jotain silmä-tulehduksia ja poskionteloita.

Selkeämpi kiireellisyyden arviointi selventää myös lääkäreille potilaiden tutkimisjärjestystä, kun he näkisivät heti potilaan tullessa arvioidun kiireellisyyden potilastietojärjestelmästä. Tällä hetkellä tilanne on se, että päivittäin käydään lääkärin ja hoitajan välillä useaan kertaan keskusteluja siitä, kenen vuoro olisi seuraavaksi.

Ei tarvitse koko ajan tulla kyselemään, että kumpi flimmeri katsotaan ensin.

Ei just sen vastaanottanut hoitaja ole paikalla kansliassa juuri silloin, eikä kaikki osaa vastata, kun tilanne on välillä sekavakin, jos väkeä tulee ovista ja ikkunoista.

Lääkäreille olisi hyödyksi nähdä heti kiireellisyys.

Selkeyttäisi myös lääkärin työn järjestystä.

Triagen yhtenäinen käyttö tehostaisi myös hoitajien ja lääkärin työnjakoa. Päivystävän lääkärin lisäksi potilaita voidaan ohjata kiireellisyyden mukaisesti myös päivystävälle sairaanhoitajalle, ajanvarausvastaanoton hoitajille tai ajanvarausvastaanoton lääkäreille. Triagen avulla tätä jakoa pystytään järjeistämään ja mahdollisesti hyödyntämään tehokkaammin hoitajavastaanottoja. Triagen säännönmukainen käyttäminen nähdään myös hoitajien turvana palaute- ja riitatilanteissa, kun on yhteisesti sovitut ohjeet ja periaatteet, mihin kiireellisyyden arviointi perustuu.

Myös hoitajien vastaanottoja voisi hyödyntää tehokkaammin sen avulla.

Hoitajien turvana olisi tasalaatuinen hoito ja samat periaatteet kaikilla.

Triagen yhtenäisen käytön nähdään myös lisäävän päivystyksen toiminnan sujuvuutta, nopeuttavan kiireellisten potilaiden hoidon aloitusta ja mahdollisesti lyhentävän odotusaikoja. Triagen avulla saadaan perusteltua hoidon kiireellisyyden periaatteita myös potilaille. Heille olisi helpompi kertoa niistä oireista ja tulosityistä, jotka ovat päivystyksellisesti hoidettavia tai kiireettömästi hoidettavia. Potilaille olisi myös selkeämmin kerrottavissa, millainen odotusaika päivystyksessä on odotettavissa. Selkeät ohjeet ja perustelut ovat apuna myös niissä tilanteissa, kun potilaat vaativat pääsyä jonon ohi tai pääsyä esimerkiksi ilta- tai viikonloppupäivystykseen, vaikka potilaan vaiva ei sitä vaatisi.

Valittamalla ei pääse helpommin jonon ohi tai iltapäivystykseen, jos vaiva ei sinne kuulu.

Turhat päivystyspotilaat saataisiin karsittua pois.

Saataisiin yhdenmukaistettua päivystykseen otettavia potilaita.

7.3 Triagen käytön vaikutukset potilasturvallisuuteen

Toimiva triage nähdään tärkeänä osana potilaan turvallista ja asianmukaista hoitoa. Triagen avulla potilaan hoito toteutuu oikeassa paikassa, oikeaan aikaan ja oikealla tavalla. Jos triagea käytetään säännönmukaisesti, hoidon kiireellisyyden arviointia voidaan tarkentaa ja muuttaa myös potilaan odotusaikana.

Hoitoa saa oikeassa paikassa ja oikeaan aikaan.

Luulen, että tulisi arvioida myös odotusaikana muuttuuko ABCDE- luokitus ja nopeasti hoitoa tarvitsevat pääsisivät heti lääkärin hoitoon.

Käytettäisiin myös sitten, kun potilas tulee eikä vaan puhelimessa.

Se rintakipu oli siinä ajanvarauslistalla vasta kolmen tunnin päästä eikä mitään tietoa, miksi oli vasta silloin. Piti soittaa perään, että jos sulla oikeasti on rintakipua niin soita ambulanssi tai tule heti tänne eikä vasta kolmen tunnin päästä.

Triagen käyttäminen myös selkeyttää hoitajien työtä ja tekee hoidon kiireellisyyden arvioinnista selkeämpää. Erityisen tärkeänä triagea pidettiin uusien, vähän työkokemusta omaavien sairaanhoitajien tekemässä kiireellisyyden arvioinnissa.

Tietysti parantaa potilasturvallisuutta ja helpottaa työn tekemistä, kun on mustaa valkoisella, mihin arviointisi perustuu.

Kiireellisten potilaiden hoitoon vapautuu aikaa ja resursseja, jos kiireetöntä hoitoa tarvitsevat potilaita saadaan vähennettyä päivystyksestä. Tällä hetkellä tarkkailuhuoneessa tarkkailussa olevat potilaat jäävät usein järjestyksessä aulapotilaiden jälkeen, vaikka vaiva edellyttäisi nopeampaa hoidon aloitusta.

Tarkkailupotilaiden hoito nopeutuu, myös triagen mukaan, nyt makaavat potilaat jäävät aulapotilaiden jalkoihin, kun ovat jo hoitajan hoidossa.

On mulla ollut sellainenkin tilanne, että oon hoitanut flimmerin alusta loppuun tarkkailussa niin, ettei lääkäri edes käynyt katsomassa. Määräsi lääkkeet, annoin ne, se kääntyi ja uuden filmin jälkeen lääkäri käski kotiuttaa.

Ei sitten tarvitsisi enää tehdä ylitöitä vaan sen takia, kun tarkkailupotilaat jäävät usein viimeiseksi. Vaikka onhan se tilanne jo vähän parantunut, kun siitä on paljon puhuttu.

Triagen nähdään vaikuttavan kaikkien hoitajien, mutta erityisesti uusien hoitajien antamaan potilasohjaukseen paikan päällä ja puhelimitse. Ohjauksesta tulisi myös tasalaatuisempaa ja sujuvampaa.

Olishan se ohjaaminen selkeämpää, kun olisi tietyt jutut, jotka kysyä ja ohjata.

Triagen käytön nähdään myös vaarantavan potilasturvallisuutta, jos ei kiireellistä hoitoa tarvitsevan kehotetaan ottavan yhteyttä ajanvarausvastaanottoon ja siellä ei ole antaa hoitajan tai lääkärin aikaa asianmukaisen ajan kuluessa. Oire saattaa pitkän odotuksen aikana pahentua niin, että kiireellisyysluokitus muuttuu ja oireesta tuleekin päivystyksessä hoidettava.

Huonontaa potilasturvallisuutta, jos pyytää soittamaan ajanvarauspuolelle, vaikka siellä ei ole mitään aikoja.

7.4 Triagen kehittämis- ja parannusehdotukset

Selkeästi eniten kehittämisehdotuksissa tuli esille yleisimpien päivystyshoitoa tarvitsevien oireiden ja tulosten lisääminen triageen. Näitä toivoivat kaikki haastatteluihin

osallistuneet. Triagen halutaan kattavan kaikki yleisimmät terveyskeskuspäivystyksen potilastapaukset. Tärkeänä pidettiin myös selkeitä ohjeita, minne kukin potilas terveyskeskuksessa ohjataan. Potilaan oire voi olla myös sellainen, että pitää osata puhelimesta ohjeistaa ambulanssin soittaminen kotiin. Nämä ryhmät haluttiin selkeästi esille triageen.

Tarvitaan konkreettista tietoa siitä, minne potilas ohjataan, jos eivät tarvitse päivystystä. Ajanvarausvastaanotolle, sairaanhoitajalle, fysioterapiaan, hammashoitolaan vai minne?

Tehdään tästä kattava oirelähtöinen matriisi.

Lisätään kaikki ne ryhmät, jolloin tulee soittaa suoraan 112.

Potilaiden haastattelun avuksi kaivataan selkeitä oirekohtaisia kysymyksiä, jotka esitetään säännömukaisesti kaikille. Näin kaikilta potilailta tulisi kysytyä samat oleelliset asiat. Kaikki eivät tiedä tai muista kysyä kaikkia kiireellisyyden arviointiin vaikuttavia asioita ja silloin arviointi ei ole tasalaatuista. Näitä kysymyksiä toivottiin erityisesti yleisimpien päivystysluonteisten vaivojen kohdalla. Myös selkeät puhelimesta annettavat yleisimpien sairauksien hoito-ohjeet koettiin triageessa tärkeiksi.

Haastattelua varten tietyt peruspoinnit, ettei jotain oleellista jää kysymättä.

Tarvitaan selkeät puhelimesta annettavat hoito-ohjeet yleisimmissä sairauksissa.

Ohjeita potilaan hoitoon päivystykseen tullessa haluttiin lisättäväksi triageen. Esimerkiksi mitä alkututkimuksia kunkin potilaan kohdalla olisi järkevää tehdä ennen lääkärin vastaanottoa. Tällä hetkellä alustavia kokeita ja tutkimuksia otetaan vaihtelevasti hoitajasta riippuen. Potilas odottaa usein ensin lääkärille pääsyä ja vasta sen jälkeen tulee hoitajan vastaanotolle lääkärin määräyksen kanssa. Hoitaja ottaa kokeet ja sen jälkeen potilas odottaa taas uudestaan lääkärin vastaanottoa. Tästä voisi ainakin osittain päästä eroon yhteisesti sovitulla ohjeilla, mitä tutkimuksia kunkin oireen kohdalla tehdään ennen lääkärin vastaanottoa. Kaikkea ei tietenkään voida ennakoita, koska lääkärin vastaanotolla tulee usein ilmi sellaisia oireita, joita ei ollut hoitajien tiedossa.

Olisi hyvä se, mitä alkututkimuksia pitää tehdä.

Kriittisiä arvoja, kuten hengitystaajuus, saturaatio jne. halutaan olevan triageen liittyen näkyvillä. Arvot vaikuttavat oleellisesti hoidon kiireellisyyteen ja näin näitä arvoja ei tarvitse erikseen etsiä vaan ne on helppo tarkistaa esimerkiksi alkututkimuksia tehdessä. Triageen toivottiin linkkejä käypähoito- suosituksiin ja esimerkiksi terveystieteen tiettyjen oireiden kohdalle. Näin tieto löytyy nopeammin kuin etsimällä sitä internetin kautta.

Suorat linkit esimerkiksi käypä hoito- suosituksiin tai terveystieteen nopeuttaisivat työtä, kun tietoa ei tarvitsisi erikseen etsiä.

Pirkkalan päivystyksessä annetaan ilmoittautumisajat kaikille niille potilaille, joiden tilanne ei ole kiireellinen tai jotka eivät tule ambulanssilla. Vuoden 2018 alussa on ollut puhetta, että virka-ajan päivystys muuttuisi nimikkeeltään kiirevastaanotoksi, mutta tästä muutoksesta ei ole annettu päivystysten hoitajille enempää informaatiota. Hoitajilta tuli haastatteluissa selkeä toive, että iltapäivystyksessä ja viikonloppupäivystyksessä ei olisi ajanvarausta ollenkaan. Hoitajat kokevat, että aikojen antaminen väärin ihmisille päivystysten toiminta-ajatusta. Ihmiset luulevat, että annettu aika on lääkärin vastaanottoaika ja hoitajille tulee paljon kyselyitä siitä, miksi lääkärille ei ole päästy, vaikka aika meni jo. Päivystyksessä potilaat hoidetaan kuitenkin aina triagen mukaisessa kiireellisyysjärjestyksessä, ei aika- tai tulojärjestyksessä.

Hoitajat kokevat ajanvarauksen häiritseväksi myös työn sujumuuden kannalta. Ajanvaraukset ovat 15 minuutin välein eli käytännössä ilmoittautumisia päivystykseen on melkein jatkuvasti. Iltaisin ja viikonloppuisin päivystyksessä on vain kaksi hoitajaa ja ilmoittautumisten vuoksi toinen hoitajista on koko lailla sidottu kansliassa olemiseen. Jos ruokatauko olisi muuten mahdollista pitää, myös se katkeaa ilmoittautumisten vuoksi.

Ajanvaraus hämää potilaita, eivät ymmärrä ilmoittautumisajan ideaa, kun eivät pääse silloin lääkärille.

Ajanvaraus pois päivystysaikana.

Selkeä ero kiirevastaanottoon ja päivystysaikaan.

Ei siitä kiirevastaanotosta ole sitten sen jälkeen puhuttu enää mitään. Että onko sitä vai ei.

Päivystysajan ajanvarauksen poistamiseen liittyen toivottiin värikoodeja potilastietojärjestelmään. Potilaat värikoodattaisiin potilaslistaan triageessa annetun kiireellisyyden mukaisesti ja näin sekä hoitajat että lääkäri näkisivät heti tullessa potilaan arvioitun kiireellisyysluokan.

Värikoodit nopeuttaisivat ja helpottavat lääkärin työtä, ei tarvitse käydä kyselemässä hoitajilta kiireellisyyttä.

Haastatteluissa tuotiin esiin, että Pirkkalan kuntalaisille tiedotetaan huonosti päivystyksen tarkoituksesta. Kunnan internet- sivuilla tai kunnan lehdessä ei ole tietoa siitä, millaisilla oireilla päivystykseen pitäisi ottaa yhteyttä. Tästä on keskusteltu terveyskeskuksessa aikaisemminkin. Selkeä ja riittävä tiedottaminen selkiyttäisi kuntalaisille päivystyksen toiminta-ajatusta.

Tiedottaminen kuntalaisille päivystyksen ideasta, mitä tarkoittaa, ketä hoidetaan, mitä hoidetaan triagen mukaan. Kun ei ole ollut mitään sellaista tiedotusta.

Triagen käyttämiseen toivottiin toimivampaa systeemiä. Osa hoitajista oli sitä mieltä, että nettipohjaista triagea olisi helpompi käyttää kuin Excel- muotoista. Vähintään toivottiin, että Excel- triagen pystyisi lisäämään työaseman työpöydälle, josta se olisi helppo avata ja käyttää.

Triagea olisi ehkä helpompi käyttää nettipohjaisena. Tai jos on Excel niin edes sen verran helpotusta, että sen saisi siihen työpöydälle lisättyä.

8 POHDINTA

8.1 Luotettavuus

Tieteellisen työn luotettavuutta mitataan tutkimustulosten oikeellisuuden ja luotettavuuden perusteella. Luotettavuuden perusteena voidaan pitää sitä, että tutkimusasetelma tehdään oikein ja tutkimuksessa tutkitaan nimenomaan tutkimusongelmaan liittyviä asioita. Tutkimuksen luotettavuutta tarkastellaan yleensä validiteetin ja reliabiliteetin avulla. Nämä mittarit ovat peräisin kvantitatiivisesta eli määrällisestä tutkimusmetodista. Validiteetti määritellään siten, että tutkimuksessa tutkitaan oikeita asioita. Validiteetti pystytään varmistamaan käyttämällä oikeaa tutkimusmenetelmää, oikeaa mittaria ja mittaamalla oikeita asioita. Reliabiliteetillä tarkoitetaan tutkimuksen mittausten pysyvyyttä ja sitä, että toistettaessa tutkimus saadaan samat tulokset. Tutkimuksessa käytetyn mittarin tulee tuottaa samat tulokset joka mittauskerralla. (Kananen 2014, 125–126.)

Määrällisen tutkimuksen mittarit eivät sellaisenaan sovellu hyvin laadullisen tutkimuksen luotettavuuden arviointiin. Kvalitatiivisessa eli laadullisessa tutkimuksessa luotettavuuden arviointi perustuu tutkimusprosessin luotettavuuteen sekä tutkijan toimintaan; tutkija on tutkimuksen keskeinen tutkimusväline. Tutkija pohtii työtä tehdessään tekemiään ratkaisuja ja ottaa kantaa tutkimuksen edetessä analyysiin ja tutkimuksen luotettavuuteen. (Eskola & Suoranta 2014, 208, 210.)

Tutkimuksen luotettavuutta arvioitaessa on tärkeää arvioida, kuinka hyvin tekstissä kuvataan tutkimuksen kohdetta, onko aineisto riittävää ja analyysi kattava. Laadullisessa tutkimuksessa on kuitenkin vaikea laskea esimerkiksi riittävän aineiston määrää ja luotettavuuden kannalta on tärkeää, ettei tulosten tulkintoja perusteta satunnaisiin otoksiin aineistosta. Aineistoa ei ole järkevää ahnehtia liikaa vaan aineiston määrän riittävyttä voidaan mitata kylläntymisellä eli saturaatiolla, jolla tarkoitetaan sitä tilannetta, jolloin aineisto alkaa toistaa itseään eikä tuo tutkimusongelman kannalta enempää uutta tietoa. (Eskola ym. 2014, 212, 215; Kananen 2014, 125–126.)

Ongelmia siis saatetaan kohdata, jos kvalitatiiviseen tutkimukseen sovelletaan kvantitatiivisen tutkimuksen arviointiperusteita. Laadullisessa tutkimuksessa reliabiliteetti ja va-

liditeetti on pyritty korvaamaan tutkimuksen vakuuttavuuden käsitteellä. Vakuuttavuuden perusteena on tutkimuksen uskottavuus ja johdonmukaisuus. Ongelmia syntyy myös, jos kvalitatiiviseen tutkimuksen arviointiperusteita sovelletaan sellaisenaan toimintatutkimukseen. Laadullisessa tutkimuksessa ja toimintatutkimuksessa tutkimuksen luonne vaikeuttaa luotettavuuden arviointia. Suurin ongelma johtuu siitä, että laadullisessa tutkimuksessa ja toimintatutkimuksessa tavoitteena on nimenomaan muutos. Lisäksi näissä tutkimusmetodeissa tutkijalla on oma kokemuksensa ja näkemyksensä tutkittavasta asiasta ja nämä vaikuttavat tutkimustuloksiin. Tutkimus on aina jollain tavalla tutkijansa näköinen eikä koskaan olla täysin tutkijasta vapaa. Tutkimuksen luotettavuus tulee kuitenkin jollakin tavalla varmistaa. (Kananen 2014, 131, 136; Toikko & Rantanen 2009, 123.)

Toimintatutkimuksen tulosten luotettavuutta voidaan arvioida tulosten, menetelmien ja tiedonkeruun mahdollisimman tarkan dokumentoinnin kautta. Riittävän kattava dokumentointi auttaa ulkopuolista arvioijaa arvioimaan tutkimuksen luotettavuutta. Toimintatutkimus ei pyri yleistettävyyteen vaan toimintatutkimuksen tulos pätee vain kyseessä olevaan tapaukseen. Tutkijan pitää pystyä kertomaan, miksi hän on päätenyt luokittelemaan ja kuvaamaan tuloksia niin kuin on tehnyt. (Kananen 2014, 134, 135, 137.)

Validiteetin mittaamisen hankaluutena on se, että toimintatutkimuksessa tulkinnat tekevät sosiaalisen todellisuuden, joten on mahdoton tavoittaa sitä todellisuutta, johon väitteitä verrattaisiin. Toimintatutkimuksen validiteettia voidaan mitata esimerkiksi tutkijan tieteellisen otteen ja tieteenalan hallinnan voimakkuudella sekä tehtyjen tulkintojen, johtopäätösten ja aineiston välisellä suhteella. Perinteinen reliabiliteetti on toimintatutkimukselle mahdotonta, koska tutkimuksessa pyritään muutokseen, joten saman tuloksen saavuttaminen ei ole mahdollista uusintamittauksella. Reliabiliteettia voidaan mitata tutkimuksen sisällön ristiriitaisuuksien puuttumisella, aineiston kattavalla huomioon ottamisella ja aineiston oikealla litteroinnilla. (Hirsjärvi ym. 2004, 189; Heikkinen, Rovio & Syrjälä 2008, 148; Eskola ym. 2014, 213.)

Toimintatutkimusta arvioidessa ajatellaan, että tekijän samaistuessa kohteeseensa kadotetaan tutkimuksen alkuperäinen näkökulma, mutta samaistuminen voi olla myös tutkimuksen onnistumisen edellytys; toiminnasta tulee tutkimusta ja tutkimuksesta toimintaa. Toimintatutkimuksen luotettavuutta pitäisi mitata tutkittavaan kohteeseen tai toimintaan

perustuen eli toiminnan kehittymisen pitäisi olla tutkimuksen luotettavuuden tärkein peruste. (Eskola ym. 2014, 223–224.)

Työskentelen itse tutkimuksen kohteena olleessa päivystyksessä ja tämä kehittämistyö on ollut osa koko päivystyksen tiimin toimintaa. Hoitajat ovat olleet aktiivisesti mukana triagen kehittämistyössä ja kehittämistyö jatkuu edelleen. Tämän työn kohdalla on käynyt nimenomaan niin, että toiminnasta on tullut osittain tutkimusta ja tutkimuksesta toimintaa. Tutkimusajan lyhyden vuoksi toimintatutkimus jäi yhteen sykliin, mutta kehittäminen jatkuu ja jatkumisen varmistaa se, että itse kehittämisen alkuunpanijana jatkan kehittämistyön eteenpäin viemistä päivystyksessä.

Aineiston hankintaa olen kuvannut kappaleessa 5.1. Triagen koekäyttö oli aika lyhyt ja haastava kesäajan ja kesälomien vuoksi. Haastetta koekäyttöön toi myös se, että triagea ei saatu päivystyksen koneille helposti käyttöön vaan käyttäjien tarvitsi etsiä se omalta tallennusasemaltaan tai sähköpostista, jonne olin triagen lähettänyt. Tämä johtui siitä, että työntekijät eivät pysty itse tallentamaan mitään dokumentteja työaseman työpöydälle. Seurasin kesän ajan triagen koekäyttöä ja se vaikutti melko vähäiseltä. Epäilin tässä vaiheessa, saanko kerätyksi riittävästi aineistoa teemahaastatteluissa, kun koekäyttö oli lyhyt, triagea testattiin vähän ja työyhteisö on pieni. Epäily osoittautui turhaksi. Haastatteluissa hoitajilla oli selkeät mielipiteet triagen sopivuudesta ja käytettävyydestä päivystyksessä.

Haastattelun teemoista potilasturvallisuusteema oli selkeästi haastavin ja siinä jouduin johdattelemaan sen verran, että avasin haastateltaville, mitä potilasturvallisuudella yleisesti tarkoitetaan. Muissa teemoissa johdattelua teemaan ei tarvittu. Työyhteisöimme ilmapiiri on hyvä ja avoin ja haastatteluissa kaikki pystyivät kertomaan mielipiteensä triagesta avoimesti. Kaikki myös saivat puheenvuoron ja ehtivät hyvin kertoa mielipiteensä. Tässä auttoi ryhmien pieni koko. Aineisto saturoi nopeasti, huomasin jo kesken toisen haastattelun, että vastaukset olivat molemmissa haastatteluissa melko homogeenisiä ja aineisto alkoi toistaa itseään jo toisen ryhmän kanssa. Koen saamani aineiston riittäväksi tähän tutkimukseen ja triagen kehittämisen jatkamiseen työyhteisössä.

Aineiston analyysia olen kuvannut kappaleessa 5.2. Sisällön analyysi on tehty teemoittelemalla vastaukset valmiiden haastatteluteemojen mukaisesti. Teemat pysyivät haastatteluissa melko hyvin kasassa, vaikka keskustelu rönsyili jonkin verran ja johonkin teemaan

palattiin uudelleen. Kuuntelin haastattelut moneen kertaan läpi löytääkseni haastateltavan ajatuksen siitä, mihin teemaan hän oli mielipiteensä tarkoittanut ja jaoin vastaukset haastattelun kulun ja sen hetkisen teeman mukaisesti. Aineiston analyysissä on otettu huomioon kaikki haastatteluissa esille tulleet vastaukset.

8.2 Eettisyys

Tutkimus on eettisesti hyväksyttävää, jos se on suoritettu hyvän tieteellisen käytännön edellyttämällä tavalla. Hyvä tieteellinen käytäntö edellyttää, että tutkimuksen tekemisessä noudatetaan rehellisyyttä, huolellisuutta ja tarkkuutta. Tämä koskee sekä tulosten tallentamista, esittämistä sekä tutkimuksen tulosten arviointia. Tutkimuksessa tulee käyttää eettisesti kestäviä tiedonhankinta-, tutkimus- ja arviointimenetelmiä. Tutkimuksen tulee olla avointa, rehellistä ja tarvittavat tutkimusluvut tulee olla hankittuna. (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2012.)

Tutkijan eettiset ratkaisut ja tutkimuksen uskottavuus kulkevat käsi kädessä. Vastuu hyvän tieteellisen käytännöstä noudattamisesta ja tutkimuksen vilpittömyydestä ja rehellisyydestä on tutkijalla itsellään sekä tutkimusryhmällä. Tutkija toimii eettisesti silloin, kun hän miettii, miten tutkimus vaikuttaa tutkittaviin, yhteiskuntaan ja ihmiskuntaan. Tutkijan tehtävä on arvioida, onko tutkittava tunnistettavissa tekstistä tai aiheutuuko tutkimuksesta haittaa tutkittavalle. (Heikkinen ym. 2008, 158; Tuomi ym. 2013, 132–133.)

Tälle tutkimukselle on myönnetty tutkimuslupa Pirkkalan terveyskeskuksen ylilääkärin toimesta. Tutkimuksessa on käytetty luotettavia lähteitä. Kyseessä on toimintatutkimus, jota on tehty yhteistyössä koko työyksikön kanssa. Yhteistyön toimivuuden, triagen kehittämisen jatkuvuuden ja implementoinnin onnistumisen edellytyksenä on ollut, että kaikki työyhteisön jäsenet osallistuvat tutkimuksen aineiston tuottamiseen ja tämä on myös toteutunut. Työyhteisön jäsenten vastaukset on esitelty raportissa anonyymeina eikä heitä pysty tunnistamaan raportin teksteistä. Tässä tutkimuksessa ei ole käsitelty arkaluonteisia tietoja. Tutkittavat ovat antaneet suostumuksensa haastatteluja varten suullisesti. Aineistohallinnan käsikirjan mukaan tutkittava voi antaa suostumuksensa joko suullisesti tai kirjallisesti. Suostumuksena voidaan pitää haastateltavan ilmaantumista haastattelupaikalle ja tutkijan esittämiin kysymyksiin vastaamista. (Aineistohallinnan käsikirja 2018.)

8.3 Tulosten tarkastelu

Hoidon kiireellisyyden arviointia, potilasturvallisuutta ja päivystyksen toiminnan sujuvuutta ajatellen tärkein tutkimustulos on ABCDE- triagen sopivuus tähän päivystykseen. Kaikkien vastaajien mukaan triage on sopiva ja käyttökelpoinen väline hoidon kiireellisyyden arviointiin. Triagen nähtiin tekevän päivystyksen toiminnasta tasalaatuisempaa, systemaattisempaa sekä helpottavan hoidon kiireellisyyden arviointia.

Kantosen (2014) väitöskirjassa on tutkittu ABCDE- triagen käyttöönoton ja päivystyksen kehittämistoimenpiteiden vaikutusta terveyskeskuspäivystyksen toimintaan. ABCDE- triage on tutkimuksen mukaan käyttökelpoinen väline terveyskeskuspäivystyksen hoidon kiireellisyyden arviointiin. ABCDE- triagea käyttämällä ja tiedottamalla asukkaita päivystyksen kriteereistä lääkärikäyntejä saatiin vähennettyä jopa 24% ja pienennettyä yli 2 tuntia hoitoa odottaneiden potilaiden määrää. Samalla hoitoon pääsy päivystävälle lääkärille nopeutui. Tutkimuksen perusteella päivystyshoidon saaminen ei kuitenkaan heikentynyt. Erityisesti E-ryhmän eli ei päivystyksellisen hoidon tarpeessa olevien potilaiden tunnistaminen päivystykseen pyrkivistä potilaista vaikutti eniten päivystyskäyntien määrän vähentymiseen. (Kantonen 2014, 81–83.)

Tutkimuksen tuloksissa pidettiin tärkeänä, että hoidon kiireellisyyden arviointi on tasalaatuista ja systemaattista. Kritiikkiä annettiin siitä, ettei triagea voi todellisuudessa toteuttaa, koska ajanvarausvastaanotto ei vedä, koska subakuutteja (1–3 vrk) aikoja ole riittävästi.

Seppäsen (2013) mukaan eniten Suomen päivystyksissä käytetään ABCDE- triagea ja hoitajat pyrkivät arvioimaan hoidon tarvetta määriteltyjen oireiden mukaisesti. Ongelmana on virka-aikaisten lääkäriaikojen puute, joka vaikeuttaa triagen toteuttamista. Triagehoitajat väsyvät triagen tekemiseen, kun ohjeita ei pystytä käytännössä noudattamaan. Jokainen kiireetön potilas päivystyksessä hidastaa kriittisesti sairaiden hoitopääsyä. Jopa 30–40% päivystykseen hakeutuvista potilaista voisi odottaa hoidon aloitusta seuraavaan arkipäivään. (Seppänen, 2013.)

Terveystieteiden tutkimuskeskuksen resursseja tulisi suunnata enemmän kiireettömien vastaanottojen kehittämiseen, koska merkittävä osa päivystyksen potilaista voitaisiin oireiden perusteella hoitaa muualla kuin päivystyksessä. Päiväaikaisten vastaanottojen tehostaminen vähentäisi päivystyksen painetta (Kantonen 2014, 83.)

Triagen käyttämisestä oltiin yhtä mieltä siitä, että kaikkien triagea tekevien tulee käyttää triagea säännönmukaisesti yhteisiin ohjeisiin perustuen. Näin toimimalla kaikilla hoitajilla on yhtenäiset, selkeät kriteerit hoidon kiireellisyyden arvioinnissa. Triagen käyttämisen nähdään selkeyttävän hoitajien työtä ja tekevän hoidon kiireellisyyden arvioinnista sujuvampaa. Triagen yhtenäisen käytön nähdään myös lisäävän päivystyksen toiminnan sujuvuutta, nopeuttavan kiireellisten potilaiden hoidon aloitusta ja mahdollisesti lyhentävän odotusaikoja.

Harding, Taylor & Leggat (2011) ovat tutkineet kirjallisuuskatsauksessa triagen tekemisen vaikutusta potilaiden läpimenoaikaan päivystyksissä. Tutkimuksessa tehtiin yhteenveto 25 tutkimuksesta ja yli 35 000 potilaasta. Tutkimuksen mukaan hoidon kiireellisyyden arviointi yhdistettynä asianmukaiseen alkuvaiheen hoitoon nopeuttaa potilaiden läpimenoaikaa päivystyksissä erityisesti kiireellisten potilaiden kohdalla, mutta ei-kiireellisten potilaiden kohdalla läpimenoaika saattoi pysyä samana tai jopa kasvaa. Tutkimuksissa oli mukana monenlaisia triage- välineitä, joiden vertaaminen toisiinsa on vaikeaa ja erilaiset triaget voivat vaikuttaa läpimenoaikaan. Tutkimuksessa todettiin, että läpimenoajan nopeutumiseen vaikuttaa triagea tekevän hoitajan riittävä kokemus ja koulutus. Triagen onnistumiseksi potilaan oireista on saatava riittävästi tietoa. (Harding, Taylor & Leggat 2011.)

Päivystyksissä käytettävän kiireellisyysluokituksen tärkein peruste on potilasturvallisuus. Toimiva triage on tärkeä osa potilaan turvallista ja asianmukaista hoitoa. Triagen avulla potilaan hoito toteutuu oikeassa paikassa, oikeaan aikaan ja oikealla tavalla. Jos triagea käytetään säännönmukaisesti, hoidon kiireellisyyden arviointia voidaan tarkentaa ja muuttaa myös potilaan odotusaikana.

ABCDE- kiireellisyysluokitteluun liittyvää tutkimusta potilasturvallisuuteen liittyen ei löydy, mutta Iso-Britanniassa kehitettyyn MTS- luokitteluun (Manchester triage system) liittyen löytyi. MTS on ABCDE- luokittelun tapaan viisiportainen luokittelu. Erona näiden luokittelujen välillä on se, että MTS ei sisällä ei- päivystyksellistä hoidon tarvetta.

Tutkimuksessa mukaan asianmukainen hoidon kiireellisyyden arviointi lisäsi potilasturvallisuutta. Riittävä ajankäyttö, sairaanhoitajan riittävät taidot ja toisten hoitajien vertais-tuki triagen tekemisessä nostivat potilasturvallisuuden tasoa entisestään. Sairaanhoitajan

kokemus triagen tekemisessä paransi tehokkuutta potilaan tilan arvioimisessa ja tätä kautta myös potilasturvallisuutta. Triagen tekeminen auttoi hengenvaarallisten tilanteiden varhaisessa tunnistamisessa. Triagen tekeminen katsottiin olevan myös vaarana potilasturvallisuudelle, jos triagesta ei löytynyt sopivaa kiireellisyysluokitusta potilaan kertomiin oireisiin sopien. Tästä syystä on tärkeää tehdä triagesta mahdollisimman kattava, mutta vaikka kattavinkin triage auttaa päätöksenteossa, mutta ei korvaa riittävän ammattitaitoista triagehoitajaa. Intuitio on triagehoitajalle tärkeä ominaisuus, joka tulee vaan kokemuksen myötä. Toisaalta kokenut sairaanhoitaja saattaa luottaa liiaksi kokemukseensa ja tehdä luokittelun liian nopeasti ja sen vuoksi tehdä virheen kiireellisyyden arvioinnissa. On tärkeää, että kokenutkin hoitaja kohtaa potilaan aina avoimesti ja puolueetomasti. Triagea ei voi noudattaa koskaan liian pedanttisesti, vaan kokemus ja sairaanhoitajan intuitio on iso osa triagen onnistumista. (Carlström, Forsman & Forsgren, 2012, 6–9.)

Tanskassa on tutkittu puhelimitse tehtyä hoidon kiireellisyyden arviointia. Tämä tutkimus on mielenkiintoinen, koska päivystyksissä suurin osa triagesta tehdään puhelimitse. Tutkimuksessa tutkijat soittivat keksittyinä potilaina päivystyksiin erilaisilla oireilla, simuloituja potilaita oli 20 ja hyväksytyjä kontakteja yhteensä 352. Kiireellisyysaste arvioitiin oikein 69% tapauksista, alitriage 19% tapauksista ja ylitriage 12,5% tapauksista. Tutkimuksessa vertailtiin myös hoitajien koulutusta triagen onnistumiseen ja löydettiin merkittävä yhteys. Kiireellisyyden arvioinnin tekemiseen koulutetut hoitajat onnistuivat kiireellisyyden arvioinnissa muita hoitajia paremmin. (Giesen ym. 2007.)

Tärkeimmät tulokset triagen kehittämisen kannalta olivat yleisimpien päivystyshoitoa tarvitsevien oireiden ja tulosyiden lisääminen triageen sekä päivystyksen toimintatavoista tiedottaminen. Pirkkalan kunnassa ei ole tällä hetkellä tiedotusta asukkaille päivystyksessä hoidettavista oireista ja tilanteista. Päivystyksen hoitajat kokevat, että tiedottaminen parantaisi asukkaiden tietoisuutta päivystyksellisen hoidon tarpeesta ja mahdollisesti vähentäisi yhteydenottoja ei-kiireellisissä tilanteissa ja toisaalta ohjaisi paremmin asukkaita kiireellisissä tilanteissa.

Samankaltainen tulos löytyy Lindfors-Niilolan (2014) tutkimuksesta. Tutkimuksessa on haastateltu triage- hoitajia. Hoitajien näkemys on, että kuntalaisia tulisi tiedottaa enemmän terveystalouksien toimintaperiaatteista esimerkiksi jakamalla joka talouteen tiedote

terveyspalveluiden toiminnasta. Lisäksi hoitajat ehdottavat tiedotuskanavaksi esimerkiksi päivystyksen www-sivustoa, josta löytyisi riittävät ohjeet yleisimpiin oireisiin ja hoitoon hakeutumiseen. (Lindfors-Niilola 2014, 38.)

Valvira (2014) on julkaissut hoidon tarpeen arvioinnista ja tiedottamisesta perustuen päivystysasetukseen ja asetuksen perustelumuistion teksteihin. Kunnan tehtävän on huolehtia siitä, että asukkaille tiedotetaan, miten kiireellisissä tilanteissa on toimittava. Asetuksen muistion perustelujen mukaan asukkaita on informoitava, millaisissa tilanteissa on otettava yhteyttä päivystykseen ja milloin on tarkoituksenmukaista hakeutua hoidon tarpeen arviointiin. Paikallisesti järjestettäviin päivystyksiin liittyen asukkaiden tulee tietää, millaisissa kiireellisissä vaivoissa päivystykseen hakeudutaan. (Valvira 2014.)

Vantaan Peijaksen terveyskeskuspäivystyksen lisääntyneen kuormituksen vuoksi tehtiin toimenpiteitä tilanteen helpottamiseksi. Ongelmana oli käyntien määrän kasvu, odotusaikojen pidentyminen sekä ei-kiireettömien potilaiden ohjautuminen päivystykseen. Pääasiallisina toimenpiteinä oli ABCDE- triagen käyttöönoton lisäksi tiedottaminen. Paikallisissa tiedotusvälineissä, esimerkiksi paikallislehdessä heräteltiin keskustelua päivystyksen asianmukaisesta käytöstä ja ABCDE- triagesta tiedotettiin avoimesti asukkaille. Osa ei-kiireettömistä potilaista jätti tiedotuksen seurauksena kokonaan tulematta päivystykseen. Triagea käyttämällä ja tiedottamalla saatiin vähennettyä päivystyksen käyntimääriä ja tehostettua lääkärille pääsyä. (Kantonen, Kauppila & Kockberg 2007.)

8.4 Johtopäätökset ja jatkokehittämistarpeet

Tasalaatuinen ja sujuva hoidon kiireellisyyden arviointi hyödyttää sekä potilaita, että päivystyksen hoitajia. Potilaat saavat tarvitsemaansa hoitoa oikea-aikaisesti ja potilasturvallisesti ja päivystyksen toiminnasta tulee sujuvampaa. Hoitajien tekemä kiireellisyyden arviointi on laadukkaampaa, kun sitä tehdään selkeän ohjeistuksen perusteella.

Tämän tutkimuksen mukaan ABCDE- triage on sopiva väline Pirkkalan terveyskeskukseen päivystyksessä tehtävään kiireellisyyden arviointiin. Excel-pohjaisesta työvälineestä pyritään tekemään mahdollisimman selkeä ja helppokäyttöinen, mutta kuitenkin riittävän kattava ja helposti muokattava väline hoidon kiireellisyyden arvioinnin tueksi.

Työyhteisöltä vaaditaan jatkossakin yhteistyötä triagen kehittämiseksi ja implementoinnin onnistumiseksi.

Triagen käytön helpottamiseksi on suunniteltu triagen asentamista kaikkien päivystyksen työasemien työpöydälle. Tämän selvitys on jo käynnissä ja toteutuu lähitulevaisuudessa. Triagen muuttamista sähköiseksi, internetin kautta käytettäväksi selvitetään jatkossa, kun triagen käyttö on saatu alkuun.

Ilta- ja viikonloppupäivystyksen eli päivystysajan ajanvarauksesta luopumista on mietitty ennenkin. Tällä hetkellä ohje on, että arkisin klo 18-20 ei ole ajanvarausta vaan potilaat pyydetään jonottamaan ilman ilmoittautumisaikaa. Tätä ohjetta eivät kuitenkaan kaikki hoitajat noudata. Päivystysajan ajanvarauksesta luopuminen otetaan tämän työn tulosten perusteella uudelleen keskusteluun. Siitä luopuminen selkiyttäisi hoitajien tekemää hoidon kiireellisyyden arviointia sekä päivystysajan toimintaperiaatetta potilaille.

Kiireellisyysluokituksen mukaisten värikoodien lisäämisestä potilastietojärjestelmään selvitetään, onko se mahdollista. Jos se ei ole mahdollista, pitäisi kehittää yhdessä työyhteisön kanssa jokin muu potilaiden kiireellisyyden merkitsemismenetelmä. Värikoodien avulla sekä hoitajat, että lääkärit huomaisivat heti potilaiden kiireellisyyden.

Jatkossa selvitetään keinoja tiedottaa kuntalaisia päivystyksen toimintaperiaatteista. Tiedotuksella on mahdollista parantaa potilasturvallisuutta ja selkeyttää kuntalaisille, millaisilla oireilla kannattaa ottaa yhteys päivystykseen.

Triagen implementoinnin mahdolliset ongelmat eivät sisältyneet tutkimukseen, mutta niitä tarkastellaan työpisteessä ja implementointiin panostetaan niin, että triage saadaan sujuvasti käyttöön. Uskon implementoinnin sujuvan pienessä ja motivoituneessa työyhteisössä helpommin kuin suuressa työyhteisössä. Tässä tutkimuksessa ei ole tutkittu hoitajavetoisen triagen turvallisuutta eikä triagehoitajien tarvitsemaa perehdytystä ja koulutusta. Tämä aihe vaatii jatkotutkimusta.

LÄHTEET

- Aineistonhallinnan käsikirja. 2018. Tutkittavien informointi. Luettu 29.11.2018. <https://www.fsd.uta.fi/aineistonhallinta/fi/tutkittavien-informointi.html>
- Carlström, E., Forsman, B. & Forsgren, S. 2012. Emergency nurses working with Manchester Triage - The impact of nursing experience on patient safety. Luettu 4.10.2018. <http://hv.diva-portal.org/smash/get/diva2:536296/FULLTEXT01.pdf>
- Castren, M., Aalto, S., Rantala, E., Sopenan, P. & Westergård, A. 2009. Ensihoidosta päivystyspoliklinikalle. Helsinki: WSOY oppimateriaalit OY.
- Eskola, J. & Suoranta, J. 2014. Johdatus laadulliseen tutkimukseen. Jyväskylä: Vastapaino.
- Eskola, J. & Vastamäki J. 2015. Teemahaastattelu: opit ja opetukset. Teoksessa Valli, R, Aaltola, J. (toim.) Ikkunoita tutkimusmetodeihin 1. Jyväskylä: PS- kustannus.
- Ganley, L. & Gloster, A. 2011. An overview of triage in the emergency department. Nursing Standard. 26, 12, 49-56. Date of acceptance: July 7 2011.
- Giesen, P., Ferwerda, R., Tijssen, R., Mokkink, H., Drijver, R., van den Bosch, W. & Grol, R. 2007. Safety of telephone triage in general practitioner cooperatives: do triage nurses correctly estimate urgency? Luettu 5.10.2018. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2465002/>
- Hakala, L. Osastonhoitaja. 2017. Haastattelu 15.12.2017. Haastattelija Heikkilä, S. Pirkkala.
- Harding, K., Taylor, N. & Leggat, S. 2011. Do triage systems in healthcare improve patient flow? A systematic review of the literature. Luettu 4.10.2018. <https://search.proquest.com.elib.tamk.fi/business/docview/910806287/fulltext/1E499CECA074D65PQ/1?accountid=13208>
- Heikkinen, H. 2015. Toimintatutkimus: kun käytäntö ja tutkimus kohtaavat. Teoksessa Valli, R, Aaltola, J. (toim.) Ikkunoita tutkimusmetodeihin 1. Jyväskylä: PS- kustannus.
- Heikkinen, H., Rovio, E. & Syrjälä, L. (toim.) 2008. Toiminnasta tietoon. Toimintatutkimuksen menetelmät ja lähestymistavat. Helsinki: Hansaprint Direct Oy.
- Hirsjärvi, S. & Hurme, H. 2004. Tutkimushaastattelu. Teemahaastattelun teoria ja käytäntö. Helsinki: Yliopistopaino.
- Janssen, M., van Achterberg, T., Adriaansen, M., Kampshoff, M., Schalk, D. & Mintjes-de Groot, J. 2012. Factors influencing the implementation of the guideline Triage in emergency departments: a qualitative study. Luettu 6.10.2018. <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/pdf/10.1111/j.1365-2702.2011.03921.x>
- Kaila M., Niemi- Murola L.& Kauppi, P. 2014. Näyttöön ja osaamisen kehittämiseen perustuvaa potilasturvallisuutta. Duodecim 2014; 130:1739. Luettu 20.11.2017. <http://www.terveysportti.fi.elib.tamk.fi/xmedia/duo/duo11819.pdf>

Kananen, J. 2014. Toimintatutkimus kehittämistutkimuksen muotona. Miten kirjoitan toimintatutkimuksen opinnäytetyönä? Jyväskylän ammattikorkeakoulu.

Kantonen, J. 2014. Terveyskeskuspäivystyksen ABCDE-triagen ja kehittämistoimenpiteiden vaikutukset potilasvirtoihin. Tampere University Press. Väitöskirja. Luettu 1.11.2017. <http://tampub.uta.fi/bitstream/handle/10024/96219/978-951-44-9609-7.pdf?sequence=1>

Kantonen, J., Kauppila, T. & Kockberg, I. 2007. Päivystyksen organisaatiomuutokset vähensivät lääkarissäkäyntejä. Kokeilu Vantaan terveyskeskuspäivystyksessä. Luettu 4.10.2018. <https://www.laakarilehti.fi.elib.tamk.fi/tieteessa/terveydenhuoltoartikkelit/paivystyksen-organisaatiomuutokset-vahensivat-laakarissakaynteja-kokeilu-vantaan-terveyskeskupaivystyksessa/>

Koponen, L. & Sillanpää, K. (toim.) 2005. Potilaan hoito päivystyksessä. Helsinki: kustannusosakeyhtiö Tammi.

Kuntaliitto. 2011. Terveystuollon laatuopas. Kuntaliiton verkkojulkaisu. Luettu 30.11.2017. file:///C:/Users/heikk/Downloads/terveydenhuollon_laatuopas.pdf

Kuula A. 2000. Toimintatutkimus, kenttätöitä ja muutospyrkimyksiä. Tampere: Tammerpaino Oy.

Lindfors- Niilola, A. 2014. Kiireettömän hoidon tarpeessa olevan potilaan ohjaus päivystyspoliklinikalla: triagehoitajien haastattelut. Pro-gradu- tutkielma. Itä-Suomen yliopisto. Luettu 3.10.2018. http://epublications.uef.fi/pub/urn_nbn_fi_uef-20141197/urn_nbn_fi_uef-20141197.pdf

Lindfors-Niilola A., Riihelä K. & Kaskinen R. 2013. Ensihoidon palvelutasopäätökset ja triage- ohjeistukset. Etelä-Suomen aluehallintoviraston julkaisuja 26/2013. Luettu 25.1.2018. <https://www.avi.fi/documents/10191/149165/Ensihoidon+palvelutasop%C3%A4%C3%A4t%C3%B6kset+ja+triage-ohjeistukset%20Etel%C3%A4-Suomen+alueen+sairaanhoitopiirit/7629218f-9f59-4ed4-9331-5d762d9309be>

Linturi H. 2003. Toimintatutkimus. NexusDelfix. Luettu 23.11.2017. http://nexusdelfix.internetix.fi/sv/sisalto/materiaalit/2_metodit/5_actix?C:D=61566&C:selres=61566

Malmström, E. Kiura, E. Malmström, T. Torkki, P. & Mäkelä, M. Päivystyspotilaiden kiireellisyysluokittelut Suomessa erilaiset kuin Ruotsissa. Suomen Lääkärilehti. 9/2012, s. 699-703. Luettu 27.6.2018. <http://www.laakarilehti.fi.elib.tamk.fi/tieteessa/terveydenhuoltoartikkelit/paivystyspotilaiden-kiireellisyysluokittelut-suomessa-erilaiset-kuin-ruotsissa/>

Ranki, P. 2009. Pirkkalan terveyskeskuspäivystyksen kiireellisyysluokitus.

Salminen, T. Mediatri- pääkäyttäjä. 2018. Sähköpostiviesti 7.5.2018.

Seppänen, A. 2013. Päivystys kuormittuu kiireettömän hoidon hakijoista. Suomen Lääkärilehti 18/2013. Luettu 6.11.2017. <http://www.laakarilehti.fi.elib.tamk.fi/ajassa/ajankohtaista/paivystys-kuormittuu-kiireettoman-hoidon-hakijoista-11395/>

Sosiaali- ja terveysministeriö, 2010. Yhtenäiset päivystyshoidon perusteet. Työryhmän raportti. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2010:4. Helsinki. Luettu 4.11.2017. <http://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/72305/URN%3aNBN%3afi-fe201504226598.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Sosiaali- ja terveysministeriö, 2014. Laatu ja potilasturvallisuus ensihoidossa ja päivystyksessä. Suunnittelusta toteutukseen ja arviointiin. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2014:7. Helsinki. Luettu 25.1.2018. https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/70313/URN_ISBN_978-952-00-3489-4.pdf?sequence=1

Sosiaali- ja terveysministeriön asetus 782/2014. Kiireellisen hoidon perusteista ja päivystyksen erikoisalakohtaisista edellytyksistä. Luettu 10.11.2017. <http://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2014/20140782>

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

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, 2017. Potilasturvallisuus. Luettu 20.11.2017. <https://www.thl.fi/fi/web/sote-uudistus/palvelujen-tuottaminen/potilasturvallisuus>

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, 2011. Potilasturvallisuusopas potilasturvallisuuslain-säädännön ja -strategian toimeenpanon tueksi. Luettu 6.8.2018. <https://thl.fi/documents/10531/104871/Opas%202011%2015.pdf>

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, 2014. Laatu ja potilasturvallisuus ensihoidossa ja päivystyksessä. Suunnittelusta toteutukseen ja arviointiin. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2014:7. Luettu 30.11.2017. https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/70313/URN_ISBN_978-952-00-3489-4.pdf?sequence=1

Toikko, T. & Rantanen, T. 2009. Tutkimuksellinen kehittämistoiminta. Tampere: Tampereen yliopistopaino Oy - Juvenes Print.

Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2013. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.

Tutkimuseettinen neuvottelukunta. 2012. Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausepäilyjen käsitteleminen Suomessa. Luettu 30.9.2018. http://www.tenk.fi/sites/tenk.fi/files/HTK_ohje_2012.pdf

Valtioneuvoston asetus kiireellisen hoidon perusteista ja päivystyksen erikoisalakohtaisista edellytyksistä. 24.8.2017/583. Luettu 8.8.2018. <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2017/20170583>

Valvira. 2014. Hoidon tarpeen arviointi. Luettu 4.10.2018. https://www.valvira.fi/terveydenhuolto/hyva-ammattiharjoittaminen/hoidon_tarpeen_arviointi

Vehmanen, M. 2010. Päivystykset siirtyvät triage-aikaan. Suomen Lääkärilehti 37/2010. Luettu 4.11.2017. <http://www.laakarilehti.fi/ajassa/ajankohtaista/paivystykset-siirtyvat-triage-aikaan/>

LIITTEET

Liite 1. Pirkkalan terveyskeskuspäivystyksen alkuperäinen triage

1/5

PIRKKALAN TERVEYSKESKUSPÄIVYSTYKSEN KIIREELLISYYSLUOKITUS

- A- ja B-ryhmän potilaiden hoidon aloitus tapahtuu pääsääntöisesti välittömästi.
- C-ryhmän potilaiden hoidon aloitus tapahtuu muutaman tunnin sisällä, tarvittaessa jo aikaisemminkin.
- D-ryhmän vuorokauden sisällä.
- E-ryhmän potilaita ei oteta päivystykseen mihinkään vuorokauden aikaan.
- E-luokka tarkoittaa, että potilas ohjataan omalääkärin tai -hoitajan vastaanotolle päiväsaikaan.

A VAIKEAT HENKEÄ UHKAAVAT SAIRAUDET JA VAMMAT. VÄLITÖN HOIDON ALOITUS

- **Sydän- ja hengitysoireet:**
 - Selkeästi iskeeminen rintakipuepäily tai muu kova ja intensiivinen rintatuntemus
 - Oireinen sydämen hidasllyöntisyys/nopealyöntisyys
 - Selkeät shokkioireet
 - Hengitysvaikeus/hengenahdistus, apulihakset käytössä, ei jaksa puhua kokonaisia lauseita (SpO₂ < 85 %)
 - Muutoin hyväkuntoisen hengenahdistus, jos takykardia, lepodyspnea, kuume tai muu lisäoire tai SpO₂ 85-90%)
- **Neurologia:**
 - Akuutit halvausoireet, usein ylä- ja alaraajan oireilu samalla puolella, puheen puuroutuminen, suupielen roikkuminen (jos selkeät oireet <4 tuntia, suoraan ambulanssilla erikoissairaanhoidoon)
 - Äkillinen huimaus yhdessä neurologisen oireen kanssa (ks.edellä)
 - Epileptinen sarjakohtaus (status epilepticus)
 - Tajuttomuus ja muut merkittävät tajunnan häiriöt. (MIDAS – Meningiitti, Intoksikaatio, Diabetes, Anoksia, Subduraalihakematooma)

A VAIKEAT HENKEÄ UHKAAVAT SAIRAUDET JA VAMMAT. VÄLITÖN HOIDON ALOITUS

- **Traumatologia:**
 - Rintakehän tai vatsaontelon lävistävä vamma
 - Suuret ja henkeä uhkaavat verenvuodot
 - Kalloamma ja siitä johtuva tajuttomuus
 - Monivammapotilas, suurienenerginen vammamekanismi
 - Laajat palovammat ja hengitystiepalovammat
- **Kirurgia:**
 - Vaikeaoireinen akuutti vatsa (voimakas kipu, shokkioireet, matala RR, tajunnanlasku)

(jatkuu)

**B KIIREELLISTÄ HOITOA VAATIVAT SAIRAUDET JA VAMMAT.
PYYDETÄÄN VASTAANOTOLLE HETI TAI
PAIKALLA TULLEIDEN HOITO ALOITETAAN VÄLITTÖMÄSTI**

- **Sydän- ja hengitysoireet:**
- Rytmihäiriöepäily
- Lieväkin rintakipu, jos oire potilaalle uusi, olemassa olevan sepelvaltimotaudin selvä paheneminen tai liitännäisoreena huimausta, rytmihäiriö, hengenahdistus
- Korkea verenpaine (>200/130)
- Muutoin hyväkuntoisen hengenahdistus (jos SpO₂ 85-90%, takykardia, lepodyspnea, kuume tai jokin muu lisäoire -> triage A)
- **Sisätauti-ongelmat:**
- Vaikeaan infektiin viittaava oireilu (nopeasti noussut korkea kuume, yleistilan lasku, matala RR, hengitysvaikeudet)
- Korkea verensokeri (>20) yhdessä ketoasidoosiin viittaavan oireilun kanssa (kuivuminen, väsyminen, oksentelu)

**B KIIREELLISTÄ HOITOA VAATIVAT SAIRAUDET JA VAMMAT.
PYYDETÄÄN VASTAANOTOLLE HETI TAI
PAIKALLA TULLEIDEN HOITO ALOITETAAN VÄLITTÖMÄSTI**

- **Neurologia:**
- Ensimmäinen kouristuskohtaus
- Akuutit alaraajahalvausoireet, akuutti näkökenttäpuutos
- **Psykiaatria:**
- Vaikea psykoottisuus, kun potilas on itselleen tai muille vaarallinen (virka-apuopyyntö tarv.)
- Vaikea alkoholidelirium, johon liittyy somaattisten selvittelyjen ja hoidon tarve
- **Muut:**
- Raskaana olevan alaraajatukosepäily
- Akuutti raskauden ajan ongelma (yli 22. rv suoraan synnyttäjien vastaanottoon)
- Suurienergiset kasvojen alueen vammat
- Pysyvän etuhampaan irtoaminen, jos **hammas tallella** (kiinnitys 0,5 h sisällä)

**B KIIREELLISTÄ HOITOA VAATIVAT SAIRAUDET JA VAMMAT.
PYYDETÄÄN VASTAANOTOLLE HETI TAI
PAIKALLA TULLEIDEN HOITO ALOITETAAN VÄLITTÖMÄSTI**

- **Kirurgiset ongelmat:**
- Runsas verioksentelu tai -ripuli
- Selkäkipuisen cauda equina-oireilu (virtsan- ja ulosteen toimintahäiriöt, ratsupaikka-anestesia, alaraajojen halvausoireet)
- Kivulias akuutti vatsa
- Äkillinen kiveskipu lapsella tai nuorella aikuisella
- **Traumatologia:**
- Traumaan liittyvä verivirtsaisuus
- Jänteen, hermon tai verisuonen poikkileikkaantuminen
- Jäsenamputaatio (irronnut osa mukaan, jos tallella ja se mahdollista kirurgisesti kiinnittää)
- Vakava palovamma
- Monivammapotilas
- Lonkkamurtumaepäily, avomurtuma ja selkeästi dislokoituneen suurten nivelalueiden murtumat

C KIIREELLISTÄ PÄIVYSTYKSELLISTÄ HOITOA VAATIVAT SAIRAUDET JA VAMMAT. HOIDON ALOITUS MUUTAMAN TUNNIN SISÄLLÄ, TARVITTAESSA AIKAISEMMIN.

- **Sydän- ja hengitysoireet:**
 - Lievä rintakipu tai -tuntemus (EKG, RR ja SpO₂ alustavasti).
 - Hengenahdistus (SpO₂ alustavasti).
- **Neurologia:**
 - Äkillinen voimakas päänsärky tai niskasärky ilman muita oireita.
 - Äkillinen huimaus ilman neurologisia oireita.
- **Vatsaoireet:**
 - Akuutti vatsakipu (ei kuitenkaan ripuli- ja oksennustauti).
 - Virtsaumpi (katetroidaan alustavasti).
 - Gynekologiset kivuliaat potilaat.

C KIIREELLISTÄ PÄIVYSTYKSELLISTÄ HOITOA VAATIVAT SAIRAUDET JA VAMMAT. HOIDON ALOITUS MUUTAMAN TUNNIN SISÄLLÄ, TARVITTAESSA AIKAISEMMIN.

- **Psykiatria:**
 - Psykoottistasoinen mielenterveysongelma (harha-aistimukset, harhaluulot, M1-arvio).
 - Itsemurhaa yrittänyt tai vaarassa oleva.
- **Traumatologia:**
 - Vuotava haava
 - Murtumaepäily (lonkkamurtuma triage B)
 - Pään iskuramma ilman tajuttomuutta
 - Myrkytyspäily, kun tajunta normaali.(seuranta, muuttuu herkästi A)
 - Vakavien pahoinpitelyvammojen tai raiskauksen uhrin tutkimus
 - Luksaatiot

C KIIREELLISTÄ PÄIVYSTYKSELLISTÄ HOITOA VAATIVAT SAIRAUDET JA VAMMAT. HOIDON ALOITUS MUUTAMAN TUNNIN SISÄLLÄ, TARVITTAESSA AIKAISEMMIN

- **Silmä- nenä-, iho-oireet:**
 - Silmäoireet, joihin liittyy voimakasta kipua
 - Silmän vierasesine
 - Silmän roiskevammat (huuhtelu aloitetaan välittömästi)
 - Nenäverenvuoto, joka ei tyrehdy
 - Akuutit ihoreaktiot ja turvotukset ilman hengitystieoireita
- **Muut:**
 - Yleistilan nopea huononeminen
 - Vainajan ulkotarkastus
 - Poliisin virka-apupyyntö

D KIIREETTÖMÄT PÄIVYSTYKSELLISTÄ HOITOA VAATIVAT SAIRAUDET JA VAMMAT. HOIDON ALOITUS YHDEN VUOROKAUDEN SISÄLLÄ.

- **Sydän ja hengitysoireet:**
 - Lievät rytmihäiriötuntemukset (pitkittynyt, muljahtelut) ilman muita oireita (EKG valmiiksi).
 - Hengityspistos.
 - Hyperventilaatio.
- **Hengitystieinfektio-oireet:**
 - Lapsen voimakas korvakipu (jatkuva kipu, särkylääke ei auta, lapsi itkuinen).
 - Märkävuoto korvasta.
 - Kuumeinen kurkkukipu ilman flunssan oireita **hoitajalle**, nieluviely.
 - Silmätulehdus ja silmävaiva ilman kipua.
- **Infektiot:**
 - Näkyvät tulehdukset (esim. ruusu, selluliitti, vyöruusu, tilanne saattaa muuttua nopeasti).
 - Nivel tulehdukset.
 - Miesten ja raskaana olevien naisten sekä kuumeisten VTI-epäily (näyte edeltävästi).

D KIIREETTÖMÄT PÄIVYSTYKSELLISTÄ HOITOA VAATIVAT SAIRAUDET JA VAMMAT. HOIDON ALOITUS YHDEN VUOROKAUDEN SISÄLLÄ.

- **Psykiatria:**
 - Vaikea-asteinen ahdistuneisuus, vakava kriisi, vakava masennus.
- **Neurologia:**
 - Ohimenneen kouristuksen selvittely (esim. kuume kouristus, alkoholikramppi).
 - Alkoholin käytön vieroitusoireet. (delirium B)
- **Traumatologia:**
 - Murtumaepäily.
 - Pienet palovammat (viilennyshoito heti saapuessa).
 - Vuotamaton, ei ommeltava haava.

D KIIREETTÖMÄT PÄIVYSTYKSELLISTÄ HOITOA VAATIVAT SAIRAUDET JA VAMMAT. HOIDON ALOITUS YHDEN VUOROKAUDEN SISÄLLÄ.

- **TULES-vaivat:**
 - Säteiluoireinen niska- ja selkäkipu.
 - Merkittävää toiminnallista haittaa aiheuttavat pahenevat TULES-kivut.
- **Muut:**
 - Laskimotukosepäily (raskaana oleva – triage B).
 - Kova hammassärky (kipulääke ei auta), mikäli hammaspäivystys ei käytettävissä.

E EI TARVETTA PÄIVYSTYKSELLISELLE HOIDOLLE

- Ohjataan soittamaan omahoitajalle tai työterveyshuoltoon, tarvittaessa sairaanhoitajan vastaanotolle.
- **Hengitystieinfektio-oireet:**
 - Tavanomainen flunssa (yskä, nuha, kurkkukipu alle 5 vrk kestänyt, < 39 kuume).
 - Yleistila ratkaisee.
 - Poskiontelotulehdusepäily (alle 10 vrk nuha, johon liittyy kasvojen alueen paineoireet, kuumeeton).
 - Kuumeeton kurkkukipu tai kurkkukipu, johon liittyvät flunssan oireet.
- **Infektiot:**
 - Hyväkuntoinen ripulipotilas (ei kuumetta, ei veriripulia).
 - Naisten virtsatieinfektio ilman vaikeita tulehdusoireita (pyydetään lääkäriltä resepti oireiden perusteella, ei näytettä).
 - Silmätulehdus (ei iltapäivystys, ohje: silmien huuhtelu).
- **Iho-oireet:**
 - Näppylöiden, luomien ja pattien näytöt.
 - Ihottumat valtaosin (lievät tai pitkäaikaiset ihottumat ilman muita oireita, rokot).

E EI TARVETTA PÄIVYSTYKSELLISELLE HOIDOLLE

- **Psykiatria:**
 - Lievät psykiatriset ongelmat, kuten masennus, ahdistuneisuus ja unettomuus.
 - Elämän normaalit kriisit (aviokriisit, omaisen kuolema, burn out). Huom. erilaiset tilanteet.
 - Väsyneisyys, paha olo.
 - Päihtyneisyys ilman sairausoireita.
- **Neurologia:**
 - Pitkäaikainen huimaus ja/tai päänsärky.
- **TULES-vaivat:**
 - Kolotukset ja säröt (niska-hartiakivut, selkä- ja kylkikivut huom.vyöruusu, nivelkolotukset huom.reuma) ilman edeltävää traumaa tai merkittävää toiminnanvajausta. (OHJATAAN SÄRKYLÄÄKITYKSEN/KIPUVOITEIDEN KÄYTÖSSÄ!)

E EI TARVETTA PÄIVYSTYKSELLISELLE HOIDOLLE

- **Muut:**
 - Sairauslomantarve, jos sairaus ei vaadi lääkärillä käyntiä. (Ohjataan hoitajalle tai omalääkärille).
 - Jatkosairauslomtat.
 - Reseptin uusinta, verenpaineen mittaus, lausunnot.
 - Pitkäaikaiset pysyvät krooniset oireet ja sairaudet, joissa ei äkillistä huononemista.
 - Ei saa aikaa omalääkärille asiassa, joka ei vaadi ensiapuluonteista hoitoa.
 - Vanhojen traumojen näyttö.
 - Tavanomainen hammassärky.

Liite 2. Sähköposti tutkimukseen osallistuville

Hyvät kollegat!

Triagen kehittämisessä ollaan nyt tultu siihen vaiheeseen, että triagen käyttöä Excel- taulukossa pitäisi alkaa testata. Taulukko on tämän postin liitteenä. Taulukkoa ei saada vielä työpöydälle, joten tallennathan sen omiin tiedostoihisi.

Olen suunnitellut tämän niin, että testataan triagea kesän yli ja elokuussa järjestän haastattelut, joissa esille tulleita asioita käydään läpi. Toki ajatuksiaan triagesta saa laittaa minulle myös sähköpostilla.

Tässä muutama kysymys, joita pitäisi miettiä testauksen aikana. Näihin samoihin teemoihin palataan elokuun haastatteluissa.

1. Miten ABCDE- triage soveltuu käytettäväksi hoidon kiireellisyyden arvioinnissa?
2. Miten triagen käyttö vaikuttaa päivystyksen toimintaan?
3. Miten triagen käyttö vaikuttaa potilasturvallisuuteen?
4. Millaisia kehittämis- ja parannusehdotuksia sinulla on triageen?

Susanna