



LAHDEN AMMATTIKORKEAKOULU
Lahti University of Applied Sciences

TRIAGE-HOITAJIEN KOKEMUKSIA TOIMIPAIKKAKOULUTUKSESTA PÄIVYSTYSPOLIKLINIKALLA

Hankkeistettu opinnäytetyö

LAHDEN
AMMATTIKORKEAKOULU
Sosiaali- ja terveysala
Hoitotyön koulutusohjelma
Sairaanhoitaja AMK
Opinnäytetyö
Syksy 2012
Päivi Kuusela
Kaarina Mäki

Lahden ammattikorkeakoulu
Hoitotyön koulutusohjelma

KUUSELA, PÄIVI & MÄKI, KAARINA:

Triage-hoitajien kokemuksia
toimipaikkakoulutuksesta
päivystyspoliklinikalla.
Hankkeistettu opinnäytetyö

Hoitotyön suuntautumisvaihtoehdon opinnäytetyö, 50 sivua, 5 liitesivua

Syksy 2012

TIIVISTELMÄ

Opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää, millaisia kokemuksia Päijät-Hämeen keskussairaalan päivystyspoliklinikan triage-hoitajilla on heidän saamastaan toimipaikkakoulutuksesta ja minkälaista koulutusta he toivoisivat. Opinnäytetyö oli hankkeistettu ja se tehtiin yhteistyössä Päijät-Hämeen keskussairaalan päivystyspoliklinikan kanssa. Opinnäytetyön tavoitteena oli kehittää triage-hoitajien ammatillista osaamista ja luoda perusta triage-hoitajien uudelle toimipaikkakoulutukselle. Opinnäytetyö toteutettiin määrällisenä tutkimuksena. Tutkimusaineisto kerättiin kyselylomakkeella, joka sisälsi sekä strukturoituja että avoimia kysymyksiä. Aineisto analysoinnissa käytettiin triangulaatiota eli sekä määrällisen että laadullisen tutkimuksen analysointimenetelmiä.

Tutkimuskysymykset olivat: Millaiseksi triage-hoitajat kokevat saamansa toimipaikkakoulutuksen? Minkälaista koulutusta triage-hoitajat haluaisivat mahdollisesti saada?

Tulokset osoittivat, että triage-hoitajat kokevat tämän hetkisen toimipaikkakoulutuksensa riittämättömäksi ja he toivoisivat lisää sekä alueellista että valtakunnallista koulutusta. Valtakunnallisella tasolla triage-hoitajat toivoivat triage-hoitajien verkostoitumista ja alueellisella tasolla yhtenäisiä hoitokäytäntöjä. Triage-hoitajat kokivat tärkeäksi yhteispalaverit ja vertaistuen triage-hoitajien kesken. Mielenterveys- ja päihdepotilaiden hoitotyöhön toivottiin lisäkoulutusta. Opinnäytetyön tuloksia on tarkoitus hyödyntää Päijät-Hämeen yhteispäivystyskeskuksen toiminnassa.

Avainsanat: triage, päivystyshoito, toimipaikkakoulutus, hoidon tarpeen arviointi.

Lahti University of Applied Sciences
Degree Programme in Nursing

KUUSELA, PÄIVI NAME & MÄKI, KAARINA: Triage nurses' experiences of in-service training in the emergency room.
A project-based thesis.

Bachelor's Thesis in Nursing

pages 50, 5 appendices

Autumn 2012

ABSTRACT

The purpose of this thesis was to examine what kind of experiences triage nurses' in the emergency room of the central hospital of Päijät-Häme have of their in-service training and what kind of training they would like to get. The thesis is a project and it was carried out in cooperation with the emergency room of the central hospital of Päijät-Häme. The goal of the thesis was to develop triage nurses' professional expertise and to set a foundation to triage nurses' new in-service training. The thesis is a quantitative research. Sampled data was collected by using a questionnaire, which included both structured and open questions. The sampled data was analyzed using triangulation with both quantitative and qualitative methods.

The research questions were: What do triage nurses think about their in-service training? What kind of training triage nurses would like to have?

The results showed that triage nurses find their current in-service training insufficient and they would like to have more training on both regional and national level. On national level triage nurses expected more networking between nurses and on regional level homogenous practices. Triage nurses found collaborative meetings and peer support important. More training was hoped for encountering mental health and intoxicant patients. The results will be utilized in the operation of the centralized emergency room of Päijät-Häme.

Key words: triage, emergency care, in-service training, the need for treatment evaluation.

SISÄLLYS

1	JOHDANTO	1
2	PÄIVYSTYSHOITO	3
2.1	Päivystyspoliklinikka	4
2.2	Päivystyshoitotyö	5
2.3	Päivystyshoito Päijät-Hämeessä	6
3	HOIDON TARPEEN ARVIOINTI	8
3.1	Hoidon kiireellisyyden arviointi	9
3.2	Triage-luokittelu	10
3.3	Hoitolinjan valinta	11
3.4	Triage prosessina	13
4	TRIAGE-HOITAJA	14
4.1	Triage-hoitajan osaaminen	14
4.2	Triage-hoitajan työnkuva Päijät-Hämeen yhteispäivystyskeskuksessa	17
4.3	Triage-hoitajien toimipaikkakoulutus	18
4.4	Ammatillinen kehitys	19
5	HANKKEISTETTU OPINNÄYTETYÖ	21
6	TUTKIMUSMENETELMÄ	22
6.1	Tiedonhaku	23
6.2	Kyselylomake	23
6.3	Kysymysten laadinta	24
6.4	Kyselylomakkeen testaus	26
7	TULOKSET	28
7.1	Vastaajien taustatiedot ja koulutus	28
7.2	Triage-hoitajien arvio omasta osaamisestaan	29
7.3	Triage-luokittelu	31
7.4	Mielenterveys- ja päihdepotilaat	32
7.5	Työhyvinvointi ja koulutustoiveet	33
8	JOHTOPÄÄTÖKSET	35
8.1	Tutkimuksen luotettavuus	36
8.2	Tutkimuksen eettisyys	38

9	JATKOTUTKIMUSEHDOTUKSET	39
9.1	Sairaanhoitajakoulutuksen ajantasaistaminen	39
9.2	Toimipaikkakoulutuksen laatiminen	39
9.3	Sairaanhoitajan ammattitaito	40
9.4	Eri potilasryhmät ja oirekuvan pettävyys	41
	LÄHTEET	43
	LIITTEET	51

1 JOHDANTO

Päivystyshoito tarkoittaa äkillisen sairauden, vamman tai kroonisen sairauden vaikeutumisen edellyttämää välitöntä arviointia tai hoitoa. Päivystyksen perustehävä on henkeä ja terveyttä uhkaavan vaaran torjuminen. Voikin sanoa, että päivystys on yhteiskunnan turvaverkko ja tärkeä osa julkista, hyvää terveydenhoitoa. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2010; Voipio-Pulkki 2005, 21.) Ympärivuorokautisen päivystyksen järjestäminen ja ylläpito on kuitenkin kallista ja tämän vuoksi 2000-luvulla päivystyksiä on keskitetty suurempiin yksiköihin. Päijät-Hämeessä siirryttiin yhteispäivystykseen toukokuussa 2012.

Opinnäytetyömme liittyy Päijät-Hämeen yhteispäivystyshankkeeseen. Yhteispäivystykseen siirtyminen tulee kasvattamaan potilasmääriä. Päijät-Hämeen yhteispäivystyskeskuksen, Akuutti 24:n, vuotuisen asiakasmäärän arvellaan olevan noin 80 000 - 90 000 (Ruuti 2011, 32). Päivystyshoitoon saapuvalla potilaalla tehdään hoidon kiireellisyyden ensiarvio triage-hoitajan toimesta. Potilasmäärän kasvaessa triage-hoitajien tarpeellisuus ja osaaminen korostuvat. Kun päivystyksessä on oikeat potilaat, myös hoidon laatu paranee. Triage-hoitajan tekemä luokittelu ratkaisee potilaan hoitolinjan ja näin ohjaa koko päivystysyksikön toimintaa.

Aloittaessamme opinnäytetyön suunnittelun otimme yhteyttä Lahden kaupungin sairaalan ylihoitajiin Terttu Leivoon ja Anu Tarvaiseen. Ylihoitaja Tarvainen järjesti meille yhteistyöpalaverin, johon osallistui myös Päijät-Hämeen operatiivisen tulosalueen ylihoitaja Pirjo Orre. Ylihoitaja Orre ehdotti meille opinnäytetyömme aiheeksi triage-hoitajien koulutustoiveita. Tällä hetkellä triage-hoitajille ei ole laadittu yhtenäistä valtakunnallista koulutusmallia. Päijät-Hämeen keskussairaalaassa triage-hoitajiksi siirtyvät hoitajat ovat työskennelleet useamman vuoden päivystyspoliklinikalla ja saavat ennen siirtymistään toimipaikkakoulutuksen triage-hoitajan tehtävään. Päivystyspoliklinikan apulaisosastonhoitaja Päivi Salomäen

(2012) mukaan systemaattiselle triage-hoitajan koulutusmallille olisi tarvetta, erityisesti Päijät-Hämeen yhteispäivystyskeskuksen aloittaessa toimintansa.

Opinnäytetyömme tarkoituksena oli selvittää Päijät-Hämeen keskussairaalan päivystyksen triage-hoitajien kokemuksia heidän saamastaan toimipaikkakoulutuksesta ja koulutustarpeesta. Olemme molemmat kiinnostuneita päivystyshoitotyöstä ja henkilökohtaisena tavoitteenamme on saada lisää tietoa päivystyspoliklinikan toiminnasta ja siellä tapahtuvasta hoitotyöstä. Halusimme myös perehtyä ajankohtaiseen aiheeseen ja uuden päivystyskeskuksen valmistuminen osui sopivaan ajankohtaan. Koimme opinnäytetyön aiheen mielekkääksi ja tarpeelliseksi, mikä myös lisäsi motivaatiota opinnäytetyön tekemiseen.

Opinnäytetyö on hankkeistettu ja työelämälähtöinen. Hanke on suunnattu triage-hoitajille, joita on 22 Päijät-Hämeen yhteispäivystyskeskuksessa. Tavoitteenamme on, että Päijät-Hämeen yhteispäivystyskeskus voisi käyttää opinnäytetyössä saamiamme tietoja triage-hoitajien koulutuksen kehittämiseen ja mahdollisen uuden koulutuksen laatimiseen. Opinnäytetyössämme käytämme sekä laadullisia että määrällisiä tutkimusmenetelmiä. Tutkimusaineisto kerättiin kyselylomakkeen avulla Päijät-Hämeen keskussairaalan päivystyspoliklinikan triage-hoitajilta.

2 PÄIVYSTYSHOITO

Suomen perustuslain mukaan jokaisella Suomessa asuvalla on oikeus riittäviin sosiaali- ja terveystalviin (Suomen Perustuslaki 731/1999, 19 §). Kiireellistä hoitoa tarvitsevien tulee saada Suomessa apua välittömästi terveyskeskusten ja sairaaloiden päivystysvastaanotoilla asuinkunnasta huolimatta (Terveydenhuoltohoitolaki 1326/2010, 50 §).

Kiireellinen hoito tarkoittaa äkillisen sairauden, vamman tai kroonisen sairauden vaikeutumisen edellyttämää välitöntä arviointia tai hoitoa, jota ei voida siirtää ilman sairauden pahenemista tai vamman vaikeutumista (Terveydenhuoltolaki 1326/2010, 50 §). Kiireellinen hoito voidaan jakaa päivystyshoitoon, jolloin hoidon tarve on välitön ja muuhun kiireelliseen hoitoon, joka voidaan yleensä toteuttaa virka-aikana (Ruuti 2011, 10). Päivystyksellisen hoidon määritelmänä voidaan pitää yhtä vuorokautta siitä, kun hoidon tarve on ilmaantunut (Koponen & Sillanpää 2005, 18). Päivystyshoito sisältää vuodeosasto-, tarkkailu-, tehohoitoa ja ennakkoimatonta leikkaustoimintaa sekä yliopistosairaalan alueellisiin tai valtakunnallisiin erityisvastuusiin liittyvää päivystysluonteista varallaoloa (Meritähti 2010, 18).

Kunnan tai sairaanhoitopiirin kuntayhtymän on järjestettävä ympärivuorokautinen päivystys kiireellisen hoidon turvaamiseksi (Terveydenhuoltolaki 1326/2010, 50 §). Käytännössä tämä tarkoittaa, että potilaan tulee saada yhteys terveydenhuollon ammattilaiseen hoidon tarpeen ja kiireellisyyden arviointia varten päivystystilanteissa ympäri vuorokauden puhelimitse tai menemällä päivystyspoliklinikalle. Jos kyseessä ei ole päivystyshoitoa vaativa tilanne, ensisijainen hoitopaikka on oman alueen terveyskeskus. Häätötilanteissa on soitettava hätäkeskukseen. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2010, 19–20.)

Terveydenhuollon neuvontapalvelun tehtävänä on auttaa potilasta päätöksenteossa, kun potilas harkitsee tarvitsevatko oireet tai vammat lääkärin kiireellistä arviointia ja mahdollisesti hakeutumista terveysasemalle tai päivystysyksikköön. Tavoitteena on antaa potilaan käyttöön terveydenhuollon ammattilaisen näkemys hoidon tarpeesta, kiireellisyydestä ja hoitopaikan valinnasta. Neuvontapalvelu voidaan

järjestää puhelimella ja täydentämällä sitä muilla sähköisillä asiointipalveluilla, kuten esimerkiksi äänivastauspuheluilla, tekstiviesteillä tai tietoturvallisilla sähköposteilla potilaan terveystalioon. Mikäli erillistä neuvontapalvelua ei ole järjestetty, potilaat soittavat virka-ajan ulkopuolella päivystyspoliklinikalle. Jos välttämättömän, kiireellisen hoidon toteutuminen on epävarmaa, tulee hoito järjestää päivystyspoliklinikalla. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2010, 21, 23.)

2.1 Päivystyspoliklinikka

Päivystyspoliklinikan perustehtävä on tarjota päivystyshoitoa, joka sisältää kiireellisen tutkimuksen, hoidon ja palveluiden tarpeen selvittämisen, välittömän hoidon antamisen sekä tarpeenmukaiseen hoitoon ja palveluihin ohjaamisen (Sosiaali- ja terveysministeriö 2010, 24). Päivystyspoliklinikka sijaitsee potilaan hoitoprosessia ajatellen ensihoidon ja sairaalan rajapinnassa. Päivystyspoliklinikan toimintaan vaikuttavat vaihteleva ja ennakoimaton kysyntä vuorokauden ajan ja viikonpäivän mukaan, nopeasti muuttuvat tilanteet, päivystyspoliklinikan sisäisten potilasvirtojen hallinta ja jatkohoidon järjestäytyminen. (Koponen & Sillanpää 2005, 70.)

Ympäri vuorokautisen päivystyksen järjestäminen on kallista ja vaatii palvelujärjestelmältä paljon voimavaroja. Pyrkimys tehokkuuteen ja terveydenhuollon palvelujärjestelmän voimavarojen tarkoituksenmukaiseen käyttöön, osaavan työvoiman saannin turvaamiseen ja toiminnan hyvään laatuun on johtanut päivystyshoidon keskittämiseen. (Koponen & Sillanpää 2005, 20.) Yhteispäivystyksestä puhutaan, kun perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon päivystys toimivat samassa yksikössä (Vaula & Kantonen 2008, 1856). Keskittämällä päivystystoiminnot samaan yksikköön pyritään saamaan aikaan taloudellisia säästöjä ja yksinkertaistamaan hoitoa asiakkaan näkökulmasta (Voipio & Pulkki 2005, 20). Päivystystoiminnan keskittäminen on tarkoituksenmukaista myös sen vuoksi, että päivystyshoitoon vaadittavaa valmiustasoa on ylläpidettävä vaikka kysynnän määrä vaihtelee huomattavasti eri aikoina. Toisaalta yhteispäivystys vastaa suuresta väestömäärästä ja etäisyydet päivystysyksikköön voivat olla pitkiä, mikä voi viivästyttää hoitoon pääsyä. (Paakkonen 2008, 19.)

2.2 Päivystyshoitotyö

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista (785/1992, 3 §) määrittää potilaalle oikeuden saada laadultaan hyvää terveyden- ja sairaanhoitoa, johon kuuluu muun muassa ihmisarvoa ja yksityisyyttä kunnioittava kohtelu sekä riittävä tiedonsaanti koskien omaa terveydentilaa ja hoitoa. Päivystyshoidon palveluiden tulee taata korkealaatuinen, oikea-aikainen, yhdenvertainen ja vaikuttava hoito ja hoitoon pääsy (Sosiaali- ja terveysministeriö 2010).

Päivystyspoliklinikalla hoidetaan usean eri lääketieteellisen erikoisalan potilaita, kuten gynekologian, neurologian, sisätautien, kirurgian sekä lastentautien potilaita. Tästä johtuen päivystyspoliklinikalla työskentelevällä hoitajalla tulee olla laaja tietämys eri sairauksista ja niiden hoidosta. (Tanninen 2009, 6.) Hoitosuhteet päivystyksessä ovat lyhyitä ja tilanteet vaihtuvat nopeasti. Nämä päivystyshoitotyön erityispiirteet asettavat haasteita päivystyspoliklinikan hoitohenkilökunnalle. (Koponen & Sillanpää 2005, 28.) Tyypillistä päivystysvastaanotolla on myös se, että potilaiden määrä vaihtelee riippuen vuodenajasta, viikonpäivästä ja kellonajasta. Päivystyspotilaiden määrää ei voi säädellä. Henkilökunnalla täytyy kuitenkin aina olla valmiudet hoitaa kaikki päivystykseen tulevat hoitoa tarvitsevat potilaat. (Göransson, Eldh & Jansson 2008, 13.)

Päivystystoiminnassa asiakaskeskeisyys tarkoittaa näkökulmaa, jossa potilas ja hänen läheisensä ovat keskeisessä asemassa (Koponen & Sillanpää 2005, 29). Äkillinen sairastuminen on usein kriisi sekä potilaalle että tämän omaisille. Erityisesti lapsipotilaan vanhemmat tarvitsevat usein rauhoittelua (Laine 2008, 18). Potilaat odottavat saavansa päivystyksessä terveydentilansa edellyttämää hoitoa, lievitystä kärsimykseen ja lohdutusta. Potilalle on myös tärkeää saada osallistua omaa hoitoaan koskevaan päätöksentekoon. Tämä osallistuminen edellyttää tiedon saamista ja saadun tiedon ymmärtämistä. Luottamuksellisen suhteen syntymistä edesauttaa ammatillinen käyttäytyminen, joka myös lisää potilaan turvallisuudentunnetta. (Koponen & Sillanpää 2005, 24, 25–26.)

Yksi päivystyshoidon erityispiirteistä on päihtyneiden asiakkaiden suuri määrä. Eri puolella Suomea toteutettujen tutkimusten mukaan noin 15–20 % päivystyshoitoon hakeutuvista on päihtyneessä tilassa. Kun päihderiippuvaisiksi arvioidut potilaat otettiin mukaan, jopa neljänneksessä päivystyskäynneistä on päihde mukana. (Kantonen, Niittynen, Mattila, Kuusela-Louhivuori, Manninen-Kauppinen & Pohjola-Sintonen 2006, 4926.) Päihtyneet asiakkaat kuormittavat usein henkilökuntaa ja aiheuttavat levottomuutta päivystyspoliklinikalla, sillä heidän käytöksensä voi olla sekavaa, huomiohakuista ja aggressiivista. Päihtymys ei saa kuitenkaan estää akuuttihoitoa tarpeen arviointia ja hoidon järjestämistä, eikä päihtymys saa estää henkilöä saamasta asianmukaista palvelua ja kohtelua. Potilaalla on aina oikeus terveydentilansa edellyttämään terveyden- ja sairaanhoitoon siitä riippumatta, onko hän päihtynyt vai ei. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2006.) Päihtynyt potilas on usein diagnostinen haaste, sillä päihtymys voi peittää potilaan henkeä uhkaavan tilan. Jokainen päihtyneenä päivystykseen tullut potilas olisi pyrittävä ohjaamaan akuuttihoitoa jälkeen asianmukaiseen jatkohoitoon. (Salaspuro 2009.)

2.3 Päivystyshoito Päijät-Hämeessä

Päijät-Hämeen sairaanhoitopiirin päivystystoiminnasta vastaa Päijät-Hämeen sosiaali- ja terveydenhuollon kuntayhtymä. Uusi ensihoito- ja päivystyskeskus aloitti toimintansa 14.5.2012. Yhteispäivystys huolehtii koko Päijät-Hämeen maakunnan, johon kuuluu 15 kuntaa, päivystystoiminnasta virka-ajan ulkopuolella sekä merkittävässä määrin myös virka-aikana. Yhteispäivystyskeskus pitää sisällään yhteispäivystyspoliklinikan, päivystysosaston sekä päivystyksen valvontaosaston. Yhteispäivystyksessä hoidetaan sekä perusterveydenhuollon että erikoissairaanhoitoa potilaita. (Päijät-Hämeen sosiaali- ja terveysyhtymä 2012.)

Vuonna 2010 Päijät-Hämeen keskussairaalan päivystyspoliklinikalla oli 41 100 päivystyskäyntiä, joista erikoissairaanhoitoon päivystykseen ohjautui 27 590 ja perusterveydenhuollon päivystykseen 13 510. Viidesosa perusterveydenhuollon päivystyskäynneistä hoidettiin sairaanhoitajan vastaanotolla. Vuodesta 2009 päivystyskäynnit lisääntyivät 18 %. (Päijät-Hämeen sosiaali- ja terveydenhuollon

kuntayhtymä 2011.) Yhteispäivystyksen vuotuisen asiakasmäärän arvellaan olevan noin 80 000-- 90 000, joten käyntimäärät tulevat kasvamaan huomattavasti (Ruuti 2011, 32). Ruotsin päivystyssairaanhoidon yhdistyksen tekemä tutkimus (Sähwenberg 2008, 205–206) tuo esiin, että myös Ruotsissa ovat päivystyksen potilasmäärät kasvaneet reilusti. Suurien päivystyspoliklinikoiden käyntimäärät ovat kasvaneet prosentuaalisesti enemmän kuin pienempien päivystyspoliklinikoiden.

3 HOIDON TARPEEN ARVIOINTI

Hoidon tarpeen arviointi tarkoittaa terveydenhuollon ammattihenkilön tekemää arviota potilaan hoitoon pääsystä ja tarvittavan hoidon kiireellisyydestä (Syväoja & Äijälä 2009, 9). Hoidon tarpeen arvio sisältää arvion siitä tarvitseeko potilas päivystyshoitoa, muuta kiireellistä hoitoa, kiireetöntä hoitoa tai ei hoitoa lainkaan (Sosiaali- ja terveysministeriö 2010). Hoidon kiireellisyyden arviointi on osa hoidon tarpeen arviointia. Hoidon kiireellisyyden arvio sisältää arvion hoidon tarpeesta ja ajasta, jonka kuluessa hoitoon on päästävää. (Syväoja & Äijälä 2009, 93.)

Terveydenhuollon ammattihenkilö on henkilö, joka on saanut lain nojalla ammatinharjoittamisoikeuden sekä luvan käyttää terveydenhuollon ammattihenkilön nimikesuojattua ammattinimikettä (Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä 559/1994, 2 §). Hoidon tarpeen arviointi edellyttää myös, että terveydenhuollon ammattihenkilöllä on asianmukainen koulutus, työkokemus, yhteys hoitoa antavaan toimintayksikköön sekä potilasasiakirjat käytettävissään (Syväoja & Äijälä 2009, 14). Potilaan hoidon tarpeen arviointi tulee tehdä potilaan kanssa yhteisymmärryksessä ja selvittäen potilaan mielipide ennen hoidon toteuttamista (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 559/1994, 6 §). Varsinaisen päätöksen hoidon toteuttamisesta tekee kuitenkin terveydenhuollon ammattihenkilö. Potilaalla ei siis ole subjektiivista oikeutta päästä hoitoon vaan hoidosta päättää terveydenhuollon ammattihenkilö (Syväoja & Äijälä 2009, 25). Ruotsissa lainsäädäntö määrittelee, että päivystyshoitoon hakeutuva tulee ensisijaisesti arvioida lääketieteellisen tarpeen kannalta ja potilaiden kiireellisyysluokituksen tulee myös perustua potilaan lääketieteelliseen tilaan (Hälso- och sjukvårdslag 763/1982, 2 §).

3.1 Hoidon kiireellisyyden arviointi

Päivystyspoliklinikalle saapuvalle potilaalle tehdään hoidon kiireellisyyden ensiarvio. Hoidon kiireellisyyden arviosta voidaan käyttää myös termejä hoidon kiireen arvio, hoidon kiireellisyyсарvio tai triage. Käsite triage tulee alun perin latinan verbeistä *tritare* ja *terere*, jotka tarkoittavat astua, tallata ja raataa näännyksiin (Bloch 1932). Latinankielestä käsite on tullut ranskan kieleen, jossa se tarkoittaa lajittelua, järjestämistä, erottelua ja valikoimista. Käytännössä triage tarkoittaa potilaiden ryhmittelyä. Triage on alun perin otettu käyttöön monipotilastilanteissa, kuten suuronnettomuuksissa ja sodissa. Triagen avulla tilanteet arvioidaan, luokitellaan ja priorisoidaan, jotta potilas saa oikeaa hoitoa oikeassa paikassa oikeaan aikaan. (Iserson & Moskop 2007, 275.) Yhteispäivystyksessä triage-luokittelun tarkoituksena on myös erotella perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon tarvitsevat potilaat toisistaan (Syväoja & Äijälä 2009, 95).

Päivystyksiköiden keskittyessä potilasmäärät kasvavat ja päivystyshoitoon haakeutuu myös paljon potilaita, jotka eivät tarvitsisi päivystyksellistä hoitoa (Voipio-Pulkki 2005, 21). Kuormituksen lisääntyessä hoidon kiireellisyysluokitus helpottaa ja järjeistää päivystyshoitotyötä. Jotta potilaiden arviointi onnistuisi, käytössä tulisi olla kyseisen yksikön resursseihin ja tarpeisiin tehty toimiva, luotettava, tutkittu ja hyväksi havaittu hoidon kiireellisyysluokitus. Sairaanhoidajien tulisi olla myös riittävästi perehtyneitä siihen. (Tanninen 2009, 19–20.) Triage-luokittelulla pyritään siihen, että oikeat potilaat saavat oikeanlaista hoitoa oikeassa paikassa (Syväoja & Äijälä 2009, 94).

Triage-luokittelu vaikuttaa myös siihen, että päivystyksen tiloissa on kerrallaan vähemmän potilaita. Hoitoon pääsyn hitaus ja pitkät jonotusajat aiheuttavat usein tyytymättömyyttä. Kun huolehditaan siitä, että oikeat potilaat ovat päivystyksessä, niin odotusajat lyhenevät. Samalla myös suunnataan henkilökunnan resursseja oikeille potilaille ja he saavat parempaa hoitoa. Turvattomuus päivystyksessä on lisääntynyt potilasmäärien kasvaessa ja kun potilasmäärät triagen avulla pienenevät, niin päivystyksessä on rauhallisempaa ja väkivallan riski vähenee. (Syväoja & Äijälä 2009, 94.) Triage-luokittelun tarkoitus ei ole päästää päivystysvastaanotolle huonompikuntoisia potilaita tai valistaa kansalaisia minne ja milloin heidän tulisi

hakeutua hoitoon. Triage-luokittelun tarkoitus on tehdä odotusajoista turvallisempia potilaille ja huolehtia siitä että oikea potilas tapaa lääkärin ensin. (Göransson, Eldh & Jansson 2008, 98.)

3.2 Triage-luokittelu

Triage-luokittelu on otettu käyttöön päivystyshoitotyössä ensimmäistä kertaa 1950-luvulla Pohjois-Amerikassa. Muutamia vuosikymmeniä sen jälkeen triage-luokittelun käytöstä on raportoitu Australiassa, Kanadassa ja Englannissa. Nykyisin se on käytössä sairaaloiden päivystyksissä maailmanlaajuisesti. (Göransson 2006, 17–18.) Pohjoismaista Ruotsi on eniten kiinnittänyt huomiota triagen käytön lisäämiseen, Norjassa on vasta herännyt kiinnostus triagen käyttöön akuutti-hoidossa (Göransson, Eldh & Jansson 2008, 21). Suomeen triage on tullut 2000-luvulla päivystysyksiköiden yhdistymisen ja potilasmäärien kasvun seurauksena. Terveystieteiden yksikköjen kasvaessa ja päivystystoiminnan keskittyessä kiireellisyysluokittelusta on tullut entistä välttämättömämpi työkalu. (Vehmanen 2010, 2914.)

Triagesta ei ole olemassa kansainvälistä yhtenäistä ohjeistoa, vaan siitä on tehty alue- ja maakohtaisia sovelluksia yksilöllisin ohjeistuksin (Iseron & Moskop 2007, 278). Luokittelumallit perustuvat lääketieteelliselle tiedolle, mutta malli kertoo myös käytettävissä olevista resursseista (Syväoja & Äijälä 2009, 95). Viisiportainen triage-luokitus on maailmalla yleisin käytössä oleva malli. Se on ollut jo pitkään käytössä Australiassa, Iso-Britanniassa, Kanadassa ja Yhdysvalloissa. Kansainvälisesti tunnetuimpia luokittelumalleja ovat Australasian Triage Scale (ATS), The Canadian Emergency Department Triage and Acuity Scale (CTAS), The Manchester Triage Scale (MTS) ja The Emergency Severity Index (ESI). (Laine 2008, 9–10.)

Suomessa käytetään triage-luokitteluun pääosin viisiportaista niin sanottua ABCDE- triagea ja sen paikallisia versioita. Potilaat jaetaan kirjainten mukaan kiireellisyysryhmiin, joista A-ryhmä on välitöntä hoitoa vaativa ja E-ryhmä on

kiireetön, ei päivystyshoitoa vaativa ryhmä (liite 2). Myös E-ryhmän potilaille kuitenkin tehdään hoidon tarpeen arvio, tarjotaan terveysterveystarpeita ja ohjataan oman terveysaseman palveluiden pariin. (Syväoja & Äijälä 2009, 95, 106.) Jokaisen potilasryhmän hoito tulee järjestää ennusteen kannalta parhaalla tavalla. Tärkeintä on, että kaikilla päivystyspoliklinikoilla käytetään paikallisiin olosuhteisiin soveltuvaa hoidon kiireellisyyden ensiarviota, jota tarkennetaan potilaan tilaa seuraten koko päivystyskäynnin ajan. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2010.)

ABCDE-triage-mallissa A-ryhmään kuuluvat kriittisesti sairaat potilaat, joiden hoito on aloitettava välittömästi. B-ryhmään luokiteltu potilas tulisi saada lääkärin arvioon 10 minuutin sisällä. C-ryhmän potilaan lääkärin arvioon pääsyn tavoiteaika on yksi tunti ja D-ryhmän potilaan kaksi tuntia. A- ja B-ryhmä kuuluvat erikoissairaanhoidon päivystyksen piiriin, kun taas C- ja D-ryhmä kuuluvat yleislääkäripäivystykseen. (Syväoja & Äijälä 2009, 95.) 5-luokkaisessa ABCDE-triageluokittelussa luokka C on usein ongelmallisinta, sillä siihen luokitellaan suuri osa päivystyspoliklinikalle hakeutuvista potilaista ja osalla heistä oireet ovat hyvin epämääräisiä. Luokittelun toimivuuteen vaikuttaakin merkittävästi organisaation toimintakulttuuri ja potilas itse. Kiireellisyysluokitus ei yksistään tee päivystyspoliklinikasta toimivaa, vaan tarvitaan myös henkilökunnan systemaattista perehdytystä luokittelun käyttöön sekä potilaiden informointia. (Tanninen 2009, 18–20.)

3.3 Hoitolinjan valinta

Triage-luokittelun suorittaa tavallisesti tehtävään koulutettu sairaanhoitaja (Göransson 2006, 19). Hoidon tarvetta arvioidessa on tärkeä selvittää, miksi potilas hakeutuu hoitoon eli mikä on tulosyy. Lisäksi selvitetään oirekuvaus, sairaudet, lääkitys ja vointi kyseisellä hetkellä. Näiden tietojen kerääminen yhdessä onnistuneen vuorovaikutuksen kanssa on edellytys hoidon tarpeen osuvuudelle, eli potilas saa oikean hoidon oikeassa paikassa, tarpeen vaatimassa ajassa. (Syväoja & Äijälä 2009 55–56.) Lapsipotilaiden luokittelu voi olla erityisen haastavaa, sillä lapsi ei välttämättä osaa kertoa voinnistaan (Vehmanen 2010, 2916). Lapsipotilaan kohdalla on tärkeää seurata lapsen vointia päivystyksessä ennen jatkohoitopaikasta

päättämistä, lapsen voinnin huolellinen seuranta myös vähentää vanhempien huolta (Laine 2008, 18).

Triage-hoitajan arvio hoidon kiireellisyydestä ratkaisee potilaan hoitolinjan. Triage on kuitenkin jatkuva prosessi ja potilaan tilaa arvioidaan jatkuvasti, sillä päivystyspotilaan vointi voi muuttua nopeasti (Koponen & Sillanpää, 72). Luokituksen tekoon hoitajalla on aikaa 2–5 minuuttia (Salomäki 2011). Tarvittaessa triage-hoitaja konsultoi päivystävää lääkäriä. Triage-hoitajat ohjaavat tällä tavoin koko päivystyksen toimintaa ja heidän päätöksensä vaikuttavat kaikkiin potilaan hoitoprosessiin osallistuviin (Syväoja & Äijälä 2009, 34–35). Triage-hoitaja voi toiminnallaan vaikuttaa siihen, ettei päivystyspoliklinikalle muodostu potilasturvallisuutta vaarantavaa ruuhkaa. Odotusaikoja lyhentämällä ja tiedottamista lisäämällä voidaan parantaa potilastyytyväisyyttä päivystyshoidossa (Taylor & Bengner 2004, 528).

Potilailla on oikeus odottaa asiallista kohtelua ja asiallista hoidon tarpeen ja kiireellisyyden arviointia, huolimatta siitä mitä he ovat ja mitä he odottavat saavansa päivystyksestä. Heillä on oikeus odottaa, että päivystyshoidossa asioiden käsittely triage-luokittelusta alkaen perustuu parhaaseen saatavilla olevaan tietoon ja kokemukseen. Heillä on myös oikeus odottaa, että kaikki noudattavat triage-luokittelua. Jos hoitaja on valinnut työskentelypaikakseen päivystyksen, niin hän ei voi olla noudattamatta vallitsevia työtapoja. Hän ei voi myös tehdä työtään oman työpaikkansa triage-luokittelun vastaisesti. (Göransson, Eldh & Jansson 2008, 97.)

Triage-hoitajan päätöksentekoon vaikuttavat potilaasta saadut esitiedot ja potilaan vointi haastattelun ja havainnoinnin perusteella. Muita päätökseen vaikuttavia tekijöitä ovat triage-hoitajan vastaanotolle jonottavien potilaiden määrä, hoitajan pelko potilaan henkeä uhkaavan tilan huomaamatta jäämisestä, hoitajan henkilökohtaiset voimavarat ja yleinen työilmapiiri päivystyksessä. (Göransson, Ehnfors, Fonteyn & Ehrenberg 2007, 164.)

3.4 Triage prosessina

Triage-prosessi alkaa, kun potilas saapuu päivystyspoliklinikalle ja hänet ohjataan triage-hoitajan luokse. Triage-hoitajan vastaanottohuoneen tulisi olla sillä tavoin sijoitettu, että potilaan yksityisyys on turvattu. Jos potilas saapuu ensihoidon kautta, triage-hoitaja saa ensihoidolta sekä suullisen että kirjallisen raportin. Jos potilaan tila vaatii välitöntä aktiivista hoitoa tai muita erityisjärjestelyjä, päivystyspoliklinikalle annetaan potilaasta ennakoilmoitus ennen saapumista ja tarvittava traumatiimi voidaan järjestää valmiiksi. Triage-hoitaja esittelee itsensä potilaalle, jolloin potilaalle herää luottamus hoitajan kiinnostusta ja ammattitaitoa kohtaan. Luottamuksellisessa ilmapiirissä potilas myös kertoo avoimemmin asioistaan ja hoidon suunnittelu helpottuu. Potilaan kertoessa päivystykseen tulossyystään, hoitaja havainnoi potilasta. (Ganley & Gloster 2011, 52–53.)

Suuri osa päivystyspotilaista kokee jonkin asteista kipua, joten kivun arviointi on tärkeä osa potilaan hoidon kiireellisyyden arviointia (Bible 2006, 26). Hoitajan tulee kiinnittää huomiota muun muassa ulkoiseen olemukseen, hengitykseen ja verenkiertoon. Saatavissa olevat esitiedot ovat myös merkityksellisiä hoidon kiireellisyyttä arvioitaessa. Hoitaja arvioi haastattelun, esitietojen ja havaintojen perusteella hoidon tarvetta, harkitsee mahdollisesti poissuljettavia muita sairauksia ja ohjaa potilaan oikeaan hoitolinjaan. (Ganley & Gloster 2011, 52–53.)

4 TRIAGE-HOITAJA

Triage-hoitaja on päivystyspoliklinikan sairaanhoitaja, jonka tehtäviin kuuluu ensisijaisesti potilaan hoidon tarpeen kiireellisyyden arviointi. Triage-hoitaja erottelee kiireellistä apua tarvitsevat potilaat kiireettömistä. Triage-hoitaja myös määrittelee tarvittavan hoidon erikoisalan, joita ovat esimerkiksi kirurgia, neurologia ja sisätaudit. Triage-hoitaja vastaa siitä, että päivystykseen ei muodostu ruuhkia ja että potilaat ja omaiset saavat riittävästi tietoa tilanteestaan. (Paakkonen 2008, 30; Andersson, Omberg & Svedlund 2006, 136.) Triage-hoitajan vastuulla on myös ensihoidon saapumisilmoitusten vastaanotto ja traumatiimin hälyttäminen tarvittaessa. Triage-hoitajat ovat peruskoulutukseltaan sairaanhoitajia, jotka ovat saaneet tarvittavan lisäkoulutuksen toimipaikassaan (Paakkonen 2008, 17). Triage-hoitajille ei ole tällä hetkellä Suomessa systemaattista koulutusta, vaan yksittäiset toimipaikat suunnittelevat koulutuksen oman tarpeen mukaisesti.

Sairanhoitaja on hoitotyön asiantuntija, jonka tehtävä yhteiskunnassa on potilaiden hoitaminen. Sairanhoitaja toteuttaa ja kehittää hoitotyötä, joka on samanaikaisesti terveyttä edistävää ja ylläpitävää, sairauksia ehkäisevää ja parantavaa sekä kuntouttavaa. Sairanhoitaja toimii itsenäisesti hoitotyön asiantuntijana hoitaessaan potilaita ja toteuttaessaan potilaan kokonaishoidossa lääkärin ohjeiden mukaista lääketieteellistä hoitoa. Sairanhoitajan toimintaa ohjaavat hoitotyön arvot, eettiset periaatteet, säädökset ja ohjeet. (Opetusministeriö 2006, 63.)

4.1 Triage-hoitajan osaaminen

Päivystyspotilaita hoitavan hoitohenkilökunnan tulee omata riittävä lääketieteellinen ja hoitotyöhön liittyvä osaaminen ja hallita päivystyksen potilas-tilannetta voidakseen toimia päivystyksessä (Sosiaali- ja terveysministeriö 2010). Päivystyshoitotyössä vaaditaan laaja-alaisen lääketieteellisen ja hoitotieteellisen tietoperustan lisäksi hoitajalta kykyä toimia nopeasti vaihtuvissa tilanteissa ja tehdä nopeita ratkaisuja. Kyky arvioida potilaan tilaa nopeasti on ensiarvoisen tärkeää. (Koponen & Sillanpää 2005, 28–29.) Potilaiden hoito tapahtuu moniammatilli-

nessa yhteistyössä, mikä vaatii hyvää yhteistyökykyä sekä toisten asiantuntijuuden arvostamista. (Koponen & Sillanpää 2005, 28–29.)

Sairaanhoitajan perustutkinto tarjoaa hoitotieteeseen pohjautuvan teoreettisen tietoperustan ja perusvalmiudet ammatissa toimimiseen. Kliinisillä erikoisaloilla, kuten kirurgia tai neurologia, tarvittava yksityiskohtainen osaaminen hankitaan perehdytyksellä, täydennys- tai jatkokoulutuksella. Lisäksi työssä kertyvän kokemuksen merkitys sairaanhoitajan osaamisen kehittymisessä on tärkeä tekijä. (Salomäki 2011.) Triage-hoitajalla tulee olla vuosien työkokemuksen lisäksi laaja perusosaaminen kaikilta erikoisaloilta, hyvät vuorovaikutustaidot, hyvä intuitiokyky, paineensietokykyä ja hänen on tunnettava alueen terveydenhuoltopalvelujärjestelmä. Triage-hoitajalta vaaditaan myös empaattisuutta, järjestelmällisyyttä ja kykyä tehdä päätöksiä. (Salomäki 2011; Andersson ym. 2006, 136–137.)

Paakkonen (2008) jakaa väitöskirjassaan päivystyssairaanhoitajan taidot kolmeen osa-alueeseen: sairaanhoitajan perustaidot, päivystyshoitajan perustaidot sekä päivystyshoitajan edistyneet taidot. Sairaanhoitajan perustaitoihin kuuluvat muun muassa lääkehoidon osaaminen, perushoitotaidot, lääkärin avustaminen, eettinen osaaminen ja vuorovaikutustaidot. Päivystyshoitajan tulee lisäksi hallita kaikki akuuttihoiton ja ensiavun osa-alueet. Päivystyshoitajan perustaitoja ovat myös päivystysyksikön kokonaistilanteen hallinta ja tiivis yhteistyö lääkäreiden kanssa sekä logistisena johtajana toimiminen. Päivystyshoitajalta edellytetään laajalajaisia luonnontieteellisiä, hoitotieteellisiä ja patofysiologisia tietoja. Edistyneet päivystyshoitajan taidot sisältävät potilaan tilan luotettavan arvioinnin ja sairauksien tunnistamisen, tilanteiden ennakkoinnin, taidon arvioida potilaan riskit, itsenäisen päätöksenteon ja tarvittaessa nopean ja asianmukaisen toimimisen. (Paakkonen 2008, 91–103.) Triage-hoitajilta edellytetään edistyneitä päivystyshoitajan taitoja.

Ruotsissa ylilääkärit Nyman ja Hellekant (2008) ovat kyseenalaistaneet triagehoitajien koulutuksen ja osaamisen, sillä he ovat työssään todistaneet tapauksia, joissa triage-hoitaja ei ole tunnistanut potilaan henkeä uhkaavaa tilaa. Esimerkiksi eräältä triage-hoitajalta oli jäänyt tunnistamatta keuhkoembolia ja kyseisen triagehoitajan perustelut sille, miksi hän ei ollut tunnistanut emboliaa, viittasivat Nyma-

nin ja Hellekantin mielestä siihen, että hoitaja ei ollut saanut asianmukaista koulutusta. He eivät huomanneet myöskään Ruotsissa käytössä olevassa triage-käsikirjassa olevan minkäänlaista ohjetta siitä, miten tulisi huomioida hengitysvaikeuksien ja keuhkoembolian yhteys. (Nyman & Hellekant 2008, 2037.) Lähökohtana toimivalle hoidon kiireellisyyden arvioinnille on selkeät ohjeet, koska ne tukevat itsenäisessä päätöksenteossa sairaanhoitajaa. Yhtenäiset luokitukset hoidon kiireellisyydessä ja päivystyshoidossa parantaisivat sairaanhoitajien toimintaa päivystyspoliklinikoilla. (Tuohilampi 2011, 57.)

Triage-hoitajiin liittyviä tutkimuksia on tehty Suomessa vähän, sillä triage-luokittelu on vasta viime vuosina otettu käyttöön päivystyspoliklinikoilla. Kansainvälisesti triage on ollut käytössä jo pidempään muun muassa Yhdysvalloissa, Kanadassa ja Australiassa ja siellä on myös aihetta tutkittu enemmän. AMK-opinnäytetöitä triage-hoitajista on Suomessa tehty muutamia. Lustberg ja Aurivuo (2010) tutkivat triage-hoitajien koulutusta ja osaamista esimiesten kokemana. Heidän tutkimuksessaan päivystyshoitotyön esimiehet nostivat esille erityisesti pitkän työkokemuksen, sillä triage-hoitajan tehtävä edellyttää perusosaamista kaikilta mahdollisilta erikoisalueilta (Lustberg & Aurivuo 2010, 19). Aalto & Leino (2008) tutkivat opinnäytetyössään triage-hoitajien kokemuksia triage-luokittelusta Peijaksen sairaalassa. Heidän tutkimuksessaan nousi esille triage-hoitajien kokemus, että heidän saamansa koulutus on puutteellista. Koulutuksen tarve tulee esiin hoitajien mielestä juuri kiistatilanteissa, joissa hoitajan ja lääkärin näkemykset hoidon tarpeesta eroavat. Koulutuksen toivottiin olevan case-painotteista, luentotyypistä tai niiden yhdistelmiä, joissa olisi pääpaino keskusteluilla. Toivottiin myös lääketiedepainotteista oirepohjaista diagnostiikan läpikäymistä. (Aalto & Leino 2008, 30–31.)

Paakkonen (2008) on tutkinut väitöskirjassaan päivystyspoliklinikan hoitajien tulevaisuuden osaamisvaatimuksia. Hänen tutkimuksessaan nousi esille triage-hoitajien tarpeellisuus päivystyshoitotyössä, mutta yhtenäisen koulutuksen puute aiheuttaa eroja eri hoitajien tekemien luokittelujen välille. Paakkonen nostaa myös esille tarpeen päivystyshoitotyön erikoistumisopinnoille. (Paakkonen 2008,

187–188.) Triage-hoitajien kokemuksia heidän saamastaan koulutuksesta ei ole vielä Suomessa tutkittu.

4.2 Triage-hoitajan työnkuva Päijät-Hämeen yhteispäivystyskeskuksessa

Triage-toiminta aloitettiin Päijät-Hämeen keskussairaalan päivystyspoliklinikalla huhtikuussa 2008 ja laajennettiin ympärivuorokautiseksi toukokuussa 2009. Päivystyspoliklinikalla työskentelee ilt- ja yövuorossa sekä viikonloppuisin aamuvuorossa aina kaksi triage-hoitajaa, arkiamuaisin yksi. Iltavuorossa ja viikonloppuisin aamuvuorossa toinen triage-hoitaja työskentelee sairaanhoitajan vastaanotolla ja yövuorossa toinen triage-hoitaja työskentelee useimmiten valvontaosastolla ja auttaa tarvittaessa päivystyspoliklinikalla työskentelevää triage-hoitajaa. (Salomäki 2011.)

Yhteispäivystyskeskus Akuutti 24:n itsenäisesti saapuvat potilaat ilmoittautuvat aina ensin osastonsihteerille, josta potilaat ohjataan triage-hoitajalle. Ensihoidon tuomat potilaat ilmoittautuvat ensin, sitten tapaavat triage-hoitajan ja tämän jälkeen potilas luovutetaan oikealle hoitoyksikölle. Triage-hoitaja haastattelee kaikki päivystykseen tulevat potilaat. Jokaiselle potilaalle tehdään potilaan oirekuvan ja omien havaintojen perusteella ohjeistuksen mukainen hoidon kiireellisyyden arvio ja heidät ohjataan yleislääketieteen tai erikoissairaanhoidon hoitoprosesseihin. Jokaisesta potilaasta kirjataan triage-luokitus, hoitoprosessi ja hoitopaikka hoitosuunnitelmakaavakkeelle ja Effica Päivystysmonitorille. Effica Päivystysmonitori on päivystystoimintaan suunniteltu potilashallintojärjestelmä, jonka avulla voi seurata reaaliaikaisesti päivystyspoliklinikan kokonaistilannetta sekä yksittäisen potilaan hoidon etenemistä. Triage-hoitajan toimenkuvaan kuuluu myös neuvontapuhelimeen vastaaminen, mikä työllistää triage-hoitajia varsin paljon. Triage-hoitajat antavat puhelimitse hoito-ohjeita ja arvioivat hoidon kiireellisyyttä. (Salomäki 2011.)

Kiireettömän hoidon ryhmään eli E-ryhmään kuuluva potilas voidaan ohjata triage-hoitajan arvion perusteella sairaanhoitajan vastaanotolle. Sairanhoitaja voi antaa kipulääkettä, kirjoittaa sairaslomaa ja tarvittaessa pyytää lääkäriltä kipulää-

kereseptin potilaalle. Sairaanhoitajan vastaanotolta hoitaja voi myös siirtää potilaan lääkärin vastaanotolle, jos hän haastattelun ja omien tutkimustensa perusteella kokee, että potilas tarvitsee lääkärin tutkimusta ja hoitoa. (Salomäki 2011.)

Triage-hoitajan työnkuvaan kuuluu myös traumatiimin jäsenenä toimiminen. Triage-hoitaja vastaanottaa traumatiimissä ennakoilmoituksen, hälyttää ohjeen mukaisesti lääkärit, radiologian, laboratorion, kokoaa hoitotiimin sekä antaa ennakkoraportin. Lisäksi triage-hoitaja on mukana hätätilapotilaan alkuvaiheen hoitotilanteessa, mutta palaa omaan tehtäväänsä, kun hoitoyksikkö on koossa. (Salomäki 2011.)

Sairaanhoitopiiri määrittelee yhteistyössä pelastuslaitoksen kanssa kaikki tilanteet, joissa hätäkeskuksen pitää tehdä hoitolaitokselle ennakoilmoitus valmiustilasta tai suuronnettomuudesta. Hätäkeskus hälyttää sairaalan päivystysalueen. Valmiustilan aikana henkilökunta ei saa poistua sairaalasta. Sairaalan lääkintäpäällikkö, joka on päivystysalueen kirurgi, anestesia- tai kirurgiylilääkäri, ilmoittaa valmiustilan keskusradiokuulutuksella. (Martikainen 2007, 87.)

Suuronnettomuustilanteissa potilaita vastaanottamassa tulisi olla ryhmä, joka koostuu lääkäristä ja sairaanhoitajista. Heidän tulee olla mahdollisimman kokeneita ja siksi he ovat yleensä juuri triage-hoitajia. Suuronnettomuuksissa potilaat on usein lajiteltu värien mukaan; punainen kiireellisin, keltainen seuraavana ja vihreä niiden jälkeen. Mustaksi lajitellaan ne potilaat, jotka saavat vain palliatiivista hoitoa tai kuolleet potilaat. Päivystyspoliklinikalla kokonaisuudesta vastaava valmiusjohtaja määrää punaisten potilaiden keskinäisen kiireellisyysluokituksen. (Jääskeläinen 2010, 339–340.)

4.3 Triage-hoitajien toimipaikkakoulutus

Päijät-Hämeen yhteispäivystyskeskuksessa on 22 tehtävään koulutettua triage-hoitajaa. Triagehoitajat ovat kokeneita sairaanhoitajia, joilla on usean vuoden työkokemus päivystyshoitotyöstä. (Salomäki 2011.) Tällä hetkellä Päijät-Hämeen yhteispäivystyskeskuksessa ei ole kirjattua systemaattista mallia triage-hoitajien koulutukseen. Uudet hoitajat saavat luettavakseen perehdytyskansion, johon on

koottu teoriatietoa triage-luokittelusta sekä käytännön luokitteluharjoituksia. Lisäksi uudet triage-hoitajat ovat muutaman työvuoron kokeneen triage-hoitajan työparina. Ennen triage-hoitajaksi siirtymistä päivystyspoliklinikan osastonhoitaja haastattelee hoitajan ja varmistaa, että tämä on valmis tehtävään. (Salomäki 2012.)

Triage-hoitajien perehdytyskansiossa käsitellään triage-luokittelua eli hoidon tarpeen kiireellisyyden arviointia yhden koulutuspäivän luentojen monisteiden avulla. Monisteet sisältävät tietoa triage-luokittelun perusteista sekä kiireellisyysluokkien kuvausta. Kansiossa käsitellään myös päivystystä ja päivystyshoitoprosessia Päijät- Hämeeen keskussairaalassa, tulohaastattelua ja päivystyshoitoa. Perehdytyskansio sisältää sairauksia lääketieteen aloittain jaoteltuna eri kiireellisyysluokkiin. Kansiossa on myös päivystyksen ylilääkäreiden ja ylihoitajien ohjeita yleisimpiä sairauksia koskien sekä myös yleistä tietoa esimerkiksi potilaskäyntien hinnoista ja käyntityypeistä. Sairaanhoitajan vastaanottoon liittyviä asioita on myös otettu esille. Näitä ovat esimerkiksi ilman lääkärin lupaa annettavat lääkkeet, sairauslomatoistuksen kirjoittaminen ja kirjaaminen. (Triage-hoitajien perehdytyskansio 2010.)

4.4 Ammatillinen kehitys

Yhteinen eurooppalainen tutkintojen viitekehys The European Qualifications Framework (EQF) määrittelee eurooppalaisia tutkintoja erilaisten tasojen mukaan. Tasoja on kahdeksan ja ne määritellään tietojen, taitojen ja pätevyyden mukaan. Tiedot ovat fakta- tai teoriatietoja, taidot ovat sekä kognitiivisia että käytäntöön liittyviä käden taitoja ja pätevyyttä kuvataan vastuun ja itsenäisyyden perusteella. EQF:n määritelmien mukaan asiantuntijasairaanhoitajalla, kuten triage-hoitaja, tulisi olla pitkälle edistyneet työ- tai opintoalan tiedot, joihin liittyy teorioiden ja periaatteiden kriittinen ymmärtäminen. Hänellä tulisi olla myös edistyneet taidot, jotka osoittavat asioiden hallintaa ja kykyä innovaatioihin ja joita vaaditaan erikoistuneella työ- tai opintoalalla monimutkaisten ja ennakoimattomien ongelmien ratkaisemiseen. Pätevyytenä hänellä on monimutkaisten teknisten ja ammatillisten toimien ja hankkeiden johtaminen, vastuun ottaminen päätöksenteosta ennakoimattomissa työ- ja opintoympäristöissä. Hän ottaa myös vastuuta yksittäisten hen-

kilöiden ja ryhmien ammatillisen kehityksen hallinnasta. Asiantuntijasairaanhoitaja on kehittynyt elämänsä, koulutuksensa ja työssäolonsa aikana lähtötasolta yksi seuraavalle ja seuraavalle tasolle. Tällainen olemassa oleva viitekehys auttaa sekä työntekijää että työnantajaa seuraamaan urakehitystä ja motivoimaan elinikäiseen oppimiseen. (Euroopan komissio 2008, 11–13.)

Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirissä on käytössä sairaanhoitajien ammat-tiuraohjelma AURA, jonka avulla voi ylläpitää ja kehittää osaamista yksilöllisesti. Siihen liittyy perehdytysohjelma ja arviointikeskustelut. Ohjelma on viisitasoinen ja osaamisen myötä edetään perehtyvän ja suoriutuvan tason kautta pätevän osaa-misen tasolle. Vastuu jatkuvasta kehittymisestä on jokaisella sairaanhoitajalla it-sellään. Taitavalle tasolle ja asiantuntijatehtäviin eteneminen edellyttää lisäkoulu-tusta. Osaamisen alueita, joita AURA- ohjelmassa tarkastellaan, ovat auttaminen, opettaminen ja ohjaaminen, tarkkailutehtävät, tilannehallinta, hoitotoimien hallin-ta, laadun varmistus ja työrooli. (Meretoja, Kaira, Castrèn- Ritmala, Santala & Vuorinen 2007, 4–9.)

5 HANKKEISTETTU OPINNÄYTETYÖ

Opinnäytetyö määritellään hankkeistetuksi, jos yksi tai useampi seuraavista kriteereistä täyttyy:

1. Työelämä maksaa joko ammattikorkeakoululle tai opiskelijalle työn tekemistä.
2. Opinnäytetyölle on nimetty ohjaajaksi työelämän edustaja.
3. Työyhteisön tarkoituksena on alusta lähtien hyödyntää opinnäytetyön tuloksia omassa toiminnassaan, ja tästä on kirjallisesti sovittu ennen opinnäytetyön aloittamista.

Opinnäytetyössämme täyttyy hankkeistetun opinnäytetyön kriteeri numero kolme eli opinnäytetyömme tuloksia on tarkoitus hyödyntää Päijät-Hämeen yhteispäivystyskeskuksen toiminnassa. Opinnäytetyömme on suunniteltu alusta lähtien toimimaan työelämän kehittämisvälineenä ja olemme kuunnelleet työelämän toiveita tutkimussuunnitelmaa laatiessamme. Läheisimpänä yhteistyökumppaninamme on ollut päivystyspoliklinikan apulaisosastonhoitaja Päivi Salomäki. Hän kertoi meille ensimmäisessä tapaamisessamme, minkälaisia kehittämistarpeita työyhteisössä on ja minkälaista tietoa hän tutkimuksestamme toivoo saavansa. Rajasimme myös apulaisosastonhoitaja Salomäen toiveesta opinnäytetyön koskemaan hoidon kiireellisyyden arviointia päivystyspoliklinikalla ja jätimme puhe- linneuvonnan ja sairaanhoitajan vastaanoton pitämisen tutkimuksen ulkopuolelle.

6 TUTKIMUSMENETELMÄ

Opinnäytetyömme on määrällinen eli kvantitatiivinen tutkimus. Kvantitatiivinen tutkimus soveltuu opinnäytetyöhömme, koska tutkimuksen tavoitteena on saada tietoa mahdollisimman monelta triage-hoitajalta. Kyselylomake sisältää kuitenkin myös useita avoimia kysymyksiä, jotka analysoitiin sisällönanalyysin avulla eli tutkimuksessa käytettiin sekä kvantitatiivisia että kvalitatiivisia menetelmiä. Tällöin puhutaan triangulaatiosta eli erilaisten menetelmien, tutkijoiden, tietolähteiden tai teorioiden yhdistämistä tutkimuksessa (Saaranen-Kauppinen & Puusniekka 2006). Menetelmätriangulaation avulla on mahdollista parantaa tutkimuksen luotettavuutta sekä saada laajempaa tietoa tutkimuskohteesta (Tuomi & Sarajärvi 2002, 141 -142). Tutkittavaa ilmiötä voidaan lähestyä triangulaation avulla useammasta näkökulmasta ja tällä tavoin lisätä tutkimuksen validiteettia eli pätevyyttä (Kananen 2008a, 82).

Kvantitatiivinen tutkimus perustuu positivismiin, jossa korostetaan tiedon peruste-luja, luotettavuutta ja yksiselitteisyyttä (Kananen 2008b, 10). Kvantitatiivinen tutkimus pyrkii yleistämään eli kvantitatiivinen päättely on luonteeltaan induktiivista. Määrällisen tutkimuksen aineistolle on tyypillistä, että vastaajien määrä on suuri, yleensä vastaajia on useita kymmeniä tai satoja. Suurella aineistolla saadut tulokset voidaan yleistää koskemaan koko joukkoa. Saatuja tuloksia käsitellään tilastollisin menetelmin. (Vilkkä 2007, 17.)

Kvalitatiivinen tutkimus pyrkii kuvaamaan ilmiötä sekä ymmärtämään sitä. Kvalitatiivinen tutkimus soveltuu erityisen hyvin sellaisten uusien ilmiöiden tutkimiseen, joista ei vielä ole juurikaan tietoa. (Kananen 2008a, 24, 32.) Kysymyslomakkeessa avoin kysymys tuottaa vastauksia, joita ei osattu ennakoida kysymystä laadittaessa (Kananen 2008b, 84). Sisällönanalyysillä pyritään kuvaamaan aineistoa sanallisesti. Sisällönanalyysin vaiheet ovat koodaus eli luokittelu, aineiston pelkistäminen sekä luokkien yhdistäminen. (Kananen 2008a, 94–95.) Sisällönanalyysin avulla pyritään tutkittavasta ilmiöstä muodostamaan tiivistetty kuvaus, joka kytkee tulokset laajempaan yhteyteen (Saaranen-Kauppinen & Puusniekka 2006).

Opinnäytetyömme tutkimuskysymykset ovat:

1. Millaiseksi triage-hoitajat kokevat saamansa toimipaikkakoulutuksen?
2. Minkälaista koulutusta triage-hoitajat haluaisivat mahdollisesti saada?

6.1 Tiedonhaku

Opinnäytetyömme aiheen varmistumisen ja tarkentumisen jälkeen aloitimme tiedonhaun. Tiedonhakuklinikalla Oppimiskeskus Fellmannian informaattikko esitteli meille erilaisia tietokantoja ja tiedonhakumenetelmiä. Tiedonhaussa käyttämiämme tietokantoja olivat Arto, Aleksi, Medic, Pubmed, Linda ja EBSCO Academic Search Elite. Käytimme tiedonhaussa myös Google Scholar-tietokantaa, joka on tarkoitettu tieteellisten artikkelien ja tutkimusten hakemiseen. Haimme tietoa hakusanoilla triage, emergency, training, koulutus, päivystyshoitotyö, akutmottagning, utbildning ja skolning. Käytimme ruotsinkielistä sanaa akut, jota käytetään Ruotsissa, koska halusimme nimenomaan Ruotsin triage-hoitajista tietoa. Emme käyttäneet sanaa jour, jota käytetään Suomessa ruotsinkielisillä alueilla. Tietoa löytyi paljon, josta suurin osa oli englanninkielisiä. Näistä lähteistä valikoimme mielestämme luotettavimmat eli yliopistotasoiset tutkimukset, luotettavissa lähteissä julkaistut artikkelit sekä oppikirjat. Pyrimme valitsemaan mahdollisimman uusia lähteitä. Otimme mukaan kaksi suomenkielistä AMK-tasoista opinnäytetyötä, koska niissä oli tutkittu triage-hoitajien kokemuksia Suomessa ja saimme niistä verrattavuutta omaan opinnäytetyöhömmme.

6.2 Kyselylomake

Tutkimusta varten laadittiin kyselylomake triage-hoitajille (liite 1). Kysely on aineiston keräämisen tapa, jossa kysymysten muoto on standardoitu eli vakioitu. Tämä tarkoittaa, että kaikilta kysytään samat asiat samassa järjestyksessä. (Vilka 2007, 28.) Kyselyä varten tutkimuksen teoreettiset käsitteet on purettava pienempiin osa-alueisiin ja muutettava arkikielen tasolle. Tätä kutsutaan operationalisoinniksi. (Vilka 2007, 36.) Kyselyä laatiessa mietimme mitä osa-alueita ja aihe-

kokonaisuuksia tutkimuskysymyksemme sisältävät. Kumpikin opinnäytetyön tekijä laati operationalisoinnin erikseen ja sen jälkeen saadut käsitteet ja osa-alueet koostettiin ja purettiin edelleen kysymyksiksi. Näin saatiin mahdollisimman kattavasti kaikki tutkimuksessa tarvittavat asiat esiin.

Kyselylomake laadittiin Webropol 2.0- ohjelman avulla. Webropol on kysely- ja tiedonkeruuhjelma, jonka avulla voi toteuttaa kyselyn sähköisesti. Sähköisessä kyselyssä vastausprosentit voivat vaihdella eikä niitä voi ennustaa. Vastausprosenttiin voi vaikuttaa kohdentamalla kyselyä tietylle joukolle, käyttämällä yhdyshenkilöä ja suunnittelemalla hyvin kyselyn ajankohta. (Heikkilä, Leino-Kilpi & Hupli 2008, 101–110.) Kyselyn kohdejoukoksi rajattiin Päijät- Hämeen keskussairaalan triage-hoitajat. Työelämän yhteishenkilönä toimi päivystyspoliklinikan apulaisosastonhoitaja, joka välitti triage-hoitajille linkin kyselylomakkeeseen ja kehoitti heitä vastaamaan kyselylomakkeeseen. Kyselyn toteuttamisajankohta oli suunniteltu niin, että kysely toteutettiin ennen uuden yhteispäivystyskeskuksen avautumista, jotta triage-hoitajilla olisi riittävästi aikaa vastata kyselyyn. Kysely toteutettiin huhtikuussa 2012 ja vastausaika oli neljä viikkoa.

Kyselylomake sisälsi monivalintakysymyksiä, avoimia kysymyksiä ja sekamuotoisia kysymyksiä. Monivalintakysymyksillä pyritään saamaan vertailukelpoisia vastauksia, kun taas avoimet kysymykset tuottavat vastaajilta spontaaneja mielipiteitä (Vilkkä 2007, 68). Koska kaikkien monivalintakysymysten vastauksia ei pysty ennakoimaan, osa kysymyksistä oli sekamuotoisia eli vastausvaihtoehtojen jälkeen jätettiin avoin vastaustila. Avoin kysymys on hyvä lisätä, jos ei ole varmuutta kysymyksiä laadittaessa, että onko kaikki mahdolliset vastausvaihtoehdot huomioitu (Heikkilä 2008, 52).

6.3 Kysymysten laadinta

Kysymysten laadinta aloitettiin taustatietokysymyksistä. Ne olivat suljettuja kysymyksiä eli niissä oli valmiit vastausvaihtoehdot. Kyselylomake kannattaa aloittaa kysymyksillä, joihin on helppo vastata (Borg 2010). Taustatietokysymykset myös auttavat vastaajaa perehtymään kyselyyn. Taustatiedoissa kartoitettiin vas-

taajien peruskoulutusta, ikää ja työhistoriaa sekä päivystyspoliklinikalla että triage-hoitajina. Myös sukupuoli otettiin mukaan taustatietokysymyksiin, koska sukupuoli mahdollisesti vaikuttaa vastaajien kokemuksiin ja koulutustoiiveisiin.

Taustatiedoista siirryttiin koulutusta koskeviin kysymyksiin. Ensin selvitettiin, minkälaista koulutusta triage-hoitajat olivat saaneet ja kokivatko he sen riittäväksi. Triage-hoitajat arvioivat omaa osaamistaan liittyen hoidon kiireellisyyden arviointiin ja triage-luokitteluun. Näiden kysymysten tarkoitus oli selvittää triage-hoitajien näkemys koulutuksen riittävydestä suhteessa työnkuvaan. Osa kysymyksistä oli suljettuja ja osa sekamuotoisia.

Ersoy & Akpinar (2010) ovat tutkineet Turkissa tehtyjen triage-luokittelujen täsmällisyyttä selvittääkseen hoitohenkilökunnan koulutuksen tarvetta. Tutkimuksessa tuli esiin, että melko usein potilaita luokiteltiin alempaan tai ylempään luokkaan kuin he jälkikäteen arvioituna olisivat kuuluneet (Ersoy & Akpinar 2010, 203–209). Tämä vähentää potilaiden turvallisuutta odotusaikana. Yksi triage-hoitajan työnkuvan haasteista on myös päätösten teko lyhyessä ajassa (Andersson ym. 2006, 136). Potilaan tila on arvioitava nopeasti ja virhearvioinnilla saattaa olla ikävät seuraukset. Kyselylomakkeen avulla haluttiin selvittää, minkälaisia seurauksia jälkikäteen arvioituna väärällä luokittelulla on ollut. On selvää, että väärän luokittelun aiheuttamat seuraukset voivat vaikuttaa triage-hoitajan tuleviin luokitteluihin.

Tutkimusten (mm. Sosiaali- ja terveysministeriö 2006; Kantonen ym. 2006) ja työelämän edustajan kanssa käytyjen keskustelun pohjalta esille nousi mielenterveys- ja päihdepotilaiden suuri määrä päivystyshoidossa. Tutkimusten mukaan päihdeiden käytön lisääntyminen myös lisää päivystysyksikön uhka- ja vaaratilanteita (Vaula & Kantonen 2008, 1857). Tämän vuoksi kyselylomakkeessa kysyttiin triage-hoitajien näkemyksiä mielenterveys- ja päihdepotilaiden kohtaamisesta sekä kokemuksia aggressiivisista potilaista.

Triage-hoitajan tehtäviin kuuluu potilaiden luokittelun lisäksi myös traumatiimin kokoaminen ja tiedottaminen suuronnettomuustilanteissa. Päivystyshoitotyö on moniammatillista yhteistyötä (Koponen & Sillanpää 2005, 28) ja kyselylomak-

keen avulla haluttiin selvittää, kuinka triage-hoitajat kokevat moniammatillisuuden toteutuvan päivystyspoliklinikalla. Onnistunut moniammatillinen yhteistyö vaatii selkeää ja kattavaa kirjaamista, jotta kaikki potilaan hoitoon vaikuttavat tiedot ovat kaikkien ammattiryhmien käytössä.

Ihmisen toiminta on aina tiedonkäsittelyn tulosta. Asioita havaitaan, tarkkaillaan, tulkitaan aiempien tietojen ja kokemusten perusteella ja tehdään ratkaisuja miten toimitaan. Tiedonkäsittelyprosessissa on rajoituksia tarkkaavaisuudessa ja muistissa. Unohdukset, erehdykset ja muut virheet johtuvat usein näistä rajoituksista. Ihmiset eivät kykene käsittelemään suuria määriä asioita, mutta voivat rajoittaa käsiteltävien asioiden määrää. (Helovuo, Kinnunen, Peltomaa & Pennanen 2011, 76–77.) Virheitä pitäisi kuitenkin yrittää välttää, jotta potilaat saisivat mahdollisimman turvallista hoitoa. Vielä on jonkun verran nähtävissä, etteivät hoitotyöntekijät uskalla tai muista ilmoittaa virheistään ja läheltä piti-tilanteista. Terveystienhuollon vaaratapahtumien raportointijärjestelmään (Haipro) on tärkeää ilmoittaa kaikki vahingot, virheet ja läheltä piti-tilanteet, koska sen myötä niihin kiinnitetään enemmän huomiota. Virheistä voi myös ottaa opiksi ja kasvaa ammatillisesti. Siksi yksi kysymys koski Haipro-ohjelman käyttämistä.

6.4 Kyselylomakkeen testaus

Kyselylomake tulee aina testata ennen varsinaisen aineiston keräämistä (Vilka 2007, 78). Tämän tutkimuksen kyselylomakkeen toimivuus testattiin lähettämällä se viidelle Lahden kaupunginsairaalan triage-hoitajalle. Lomakkeen testaamiseen riittää viisi henkeä, jos he vastaavat realistisesti kysymysten ja lomakkeen rakennetta ajatellen (Heikkilä 2008, 61). Lahden kaupunginsairaalassa triage-luokittelu on ollut käytössä jo useamman vuoden ajan. Suurin osa sinne tulevista potilaista ovat triage-luokkia C-E ja Lahden kaupunginsairaalan triage-hoitajat ovat koulutukseltaan perushoitajia, joten heidän työnkuvansa eroaa jonkin verran Päijät-Hämeen keskussairaalan triage-hoitajista. Heidän työnkuvansa on kuitenkin samantyyppinen ja sen vuoksi lähetimme heille lomakkeen testattavaksi.

Kyselylomakkeen testaus osoittautui hyödylliseksi. Vastaajat pitivät lomaketta selkeänä eivätkä kokeneet vastaamista liian työlääksi. Kaksi vastaajista nosti esille työnohjauksen sekä debriefingin eli jälkipuinnin puutteen työpaikallaan. Tämän perusteella näitä aiheita käsittelevät kysymykset lisättiin kyselylomakkeeseen. Lisäksi kyselylomakkeen kysymyksiä yhdistettiin ja selkeytettiin. Kyselylomake vaikutti kokonaisuudessaan testaaajien mielestä onnistuneelta. Kyselylomakkeen korjaamisen jälkeen lomake kannattaa antaa vielä jonkun luettavaksi (Heikkilä 2008, 61), joten opinnäytetyömme opponetti luki vielä kyselylomakkeemme läpi.

7 TULOKSET

Kyselylomakkeeseen vastasi 17 triage-hoitajaa. Tutkimuksen toteutusajankohtana Päijät-Hämeen keskussairaalan päivystyspoliklinikalla työskenteli 22 triage-hoitajaa, näin ollen vastausprosentti oli 77 %. Alhainen vastausprosentti on hyvin yleinen ongelma webbikyselyissä, joissa harvoin päästään yli 50 vastausprosenttiin (Kananen 2008b, 77). Näin ollen tutkimuksemme vastausprosenttia voi pitää erittäin hyvänä.

Määrällisten kysymysten vastaukset analysoitiin Webropol 2.0-ohjelman avulla. Webropol 2.0-ohjelma rakentaa automaattisen raportin kyselyn tuloksista. Raportista selviää muun muassa kokonaisvastaajamäärä, vastausten jakauma kokonaislukuina sekä avoimet kysymykset. (Webropol-raportointiopas 2011, 3.) Avoimien kysymysten sisällönanalyysi suoritettiin niin, että kumpikin opinnäytetyön tekijöistä luki itsenäisesti vastauksia useamman kerran läpi. Tämän jälkeen käytiin yhdessä läpi esille tulleet asiakokonaisuudet ja koostettiin näistä yhtenäiset tulokset.

7.1 Vastaajien taustatiedot ja koulutus

Kaikki kyselyyn vastanneet (n=17) triage-hoitajat ovat koulutukseltaan sairaanhoitajia. Vastaajat olivat iältään yli 30-vuotiaita, suurin ikäryhmä oli 40–49 vuotta, johon kuului seitsemän vastaajaa. Vastaajista 11 oli naisia ja 6 miehiä. Nykyisessä työpaikassaan oli työskennellyt 11 vuotta tai enemmän 11 vastaajaa ja 6–10 vuotta kolme vastaajaa. Loput vastaajat olivat työskennelleet päivystyspoliklinikalla 0–5 vuotta. Triage-hoitajan tehtävissä vastaajista yhdeksän oli työskennellyt 3–5 vuotta ja kahdeksan 0–2 vuotta.

Kaikki vastaajat olivat saaneet koulutusta triage-hoitajan tehtävään. Lähes kaikki vastaajat olivat saaneet kirjallista materiaalia luettavaksi ennen triage-hoitajan tehtävään siirtymistä. Seitsemän vastaajaa oli harjoitellut triage-luokittelua esimerkkitapausten avulla. Lisäksi triage-hoitajan tehtäviin saadusta koulutuksesta mainittiin luennot, kokoneen triage-hoitajan kanssa työskentely sekä keskustelu-

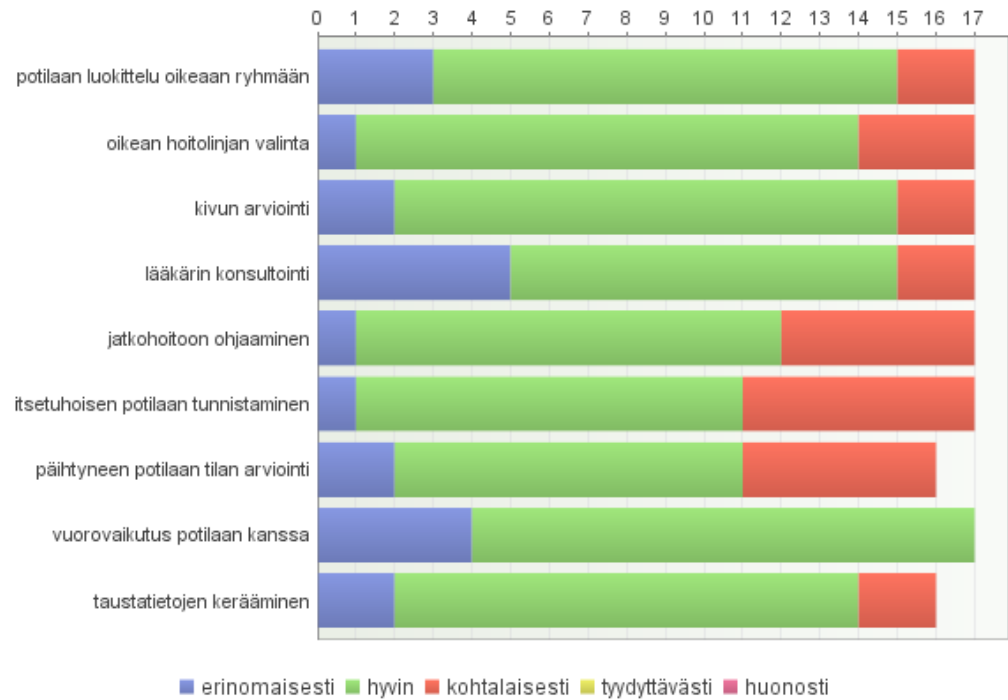
foorumi verkossa. Neljä vastaajaa eivät olleet saaneet lisäkoulutusta triage-hoitajan tehtävässä aloittamisen jälkeen.

Viisi kyselyyn vastanneista triage-hoitajista koki saamansa koulutuksen riittäväksi, 11 vastaajaa koki koulutuksen riittämättömäksi ja yksi vastaaja ei osannut sanoa. Vastaajat, jotka kokivat saamansa koulutuksen riittämättömäksi, olisivat toivoneet lisäkoulusta potilaiden jatkohoitoon ohjaamisesta sekä potilaiden opastamisesta muun muassa apteekin käsikauppalääkkeisiin ja kotihoito-ohjeisiin liittyen. Lisäksi vastaajat toivoivat potilastapausten läpikäymistä yhdessä sekä kokemusten jakamista triage-hoitajien kesken, erityisesti triage-luokkien C ja D erottaminen koettiin hankalaksi. Myös kirjaamisesta sekä potilaiden laskutukseen vaikuttavista asioista kaivattiin lisäkoulutusta.

7.2 Triage-hoitajien arvio omasta osaamisestaan

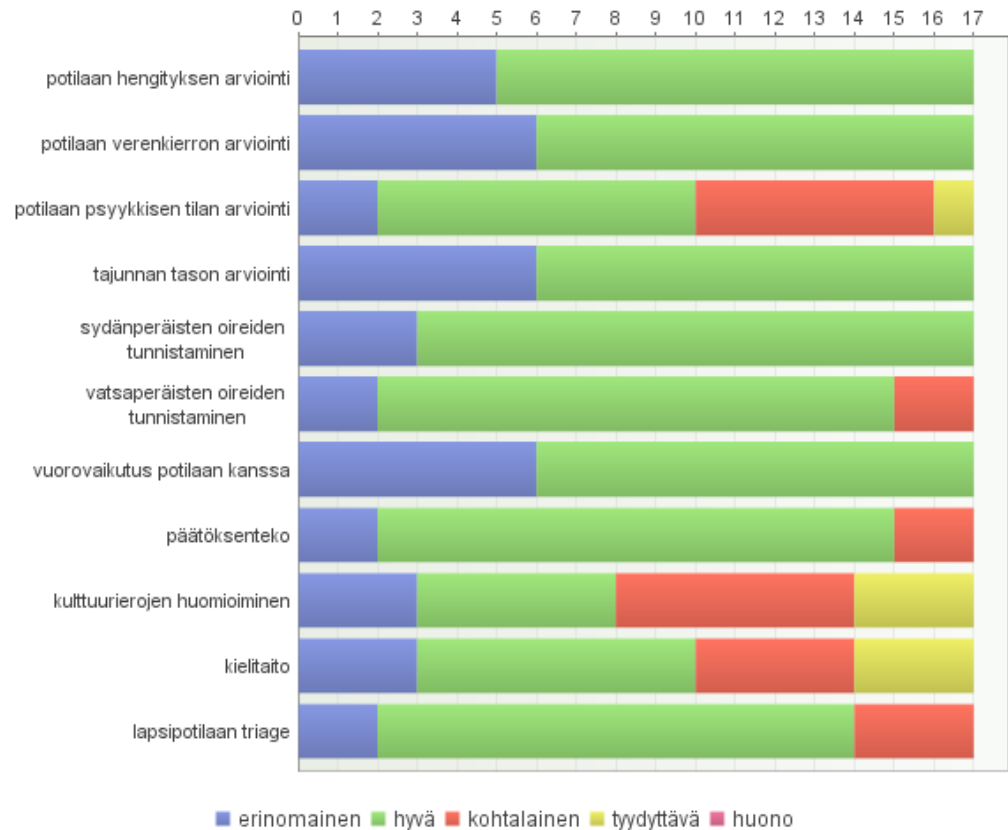
Triage-hoitajat arvioivat oman osaamisensa hoidon kiireellisyyden arviointiin liittyen pääasiallisesti hyväksi. Erityisesti vuorovaikutuksen potilaan kanssa, lääkärin konsultoinnin sekä potilaan luokittelu oikeaan ryhmään koettiin sujuvan hyvin tai erinomaisesti. Jatkohoitoon ohjaaminen, itsetuhoisen potilaan tunnistaminen ja päihtyneen potilaan tilan arviointi koettiin hankalimmiksi osa-alueiksi hoidon kiireellisyyden arvioinnissa.

Haastavimmaksi tekijäksi triage-luokittelussa nousi aikapula, jonka kaikki vastaajat nostivat esille. Triage-hoitajan työnkuvaan kuuluvat sairaanhoitajahoitajavastaanotto ja puhelinneuvonta vievät triage-hoitajien mielestä paljon aikaa. Myös potilaan puutteelliset taustatiedot, hoitolinjan valitseminen sekä vakavien sairauksien tunnistaminen koettiin haastavaksi. Potilaiden voi myös välillä olla hankala hyväksyä valittua hoitolinjaa ja jatkohoitoon ohjaaminen ruuhkautuneisiin terveyskeskuksiin on vaikeaa. (Kuvio 1.)



KUVIO 1. Miten koet hallitsevasi hoidon kiireellisyyden arvioinnin?

Triage-hoitajat arvioivat oman osaamisensa hyväksi potilaan havainnointiin ja vuorovaikutukseen liittyen (Kuvio 2). Potilaan hengityksen, verenkierron tilan ja tajunnan tason arviointi sekä vuorovaikutus potilaan kanssa koettiin erityisen vahvoiksi osa-alueiksi. Heikoimmiksi osa-alueiksi nousivat potilaan psyykkisen tilan arviointi, kulttuurierojen huomiointi sekä kielitaito. Suuronnettomuustilanteessa suurin osa triage-hoitajista arvioi osaavansa toimia hyvin tai keskinkertaisesti.



KUVIO 2. Arvioi omaa osaamistasi.

7.3 Triage-luokittelu

Kyselyyn vastanneista triage-hoitajista 11 kertoi saaneensa negatiivista palautetta tekemästään luokittelusta. Negatiivista palautetta on tullut sekä potilailta, muilta triage-hoitajilta että lääkäreiltä. Potilailta tullut negatiivinen palaute liittyy E-ryhmän potilaisiin, jotka on ohjattu omalle terveysasemalle hoitoon keskussairaalan sijaan. Hoitajat antavat toisilleen negatiivista palautetta valituista hoitolinjoista ja uudelleen luokittelun tekemättä jättämisestä. Lääkäreiltä tulee palautetta, jos he ovat eri mieltä valitusta hoitolinjasta ja erikoisalojen lääkärit kyseenalaistavat heille ohjattuja potilaita. Vastaajat kertoivat palautteesta esimerkiksi seuraavasti:

Lähinnä negatiivinen palaute tulee niiltä, jotka ohjataan omalle terveysasemalle eikä oteta keskussairaalaan hoitoon

Joskus työkavereilta, mutta rakentavassa hengessä. Esim. olen arvioinut lähetteellä tulevan potilaan sisätautiseksi, mutta kyseessä onkin ollu kirurginen vaiva tai toisinpäin.

Joskus lääkäri on kritisoinut potilaan luokitusta, mutta keskustelemalla ja perustelemalla asiat ovat selvinneet.

Suurin osa triage-hoitajista on luokitellut potilaan kiireettömämpään tai kiireellisempään luokkaan kuin he jälkikäteen arvioituna olisivat kuuluneet. Tämä ei kuitenkaan ole heidän mielestään juurikaan vaikuttanut potilaan hoitoon. Triage-arviota päivitetään jatkuvasti, sillä potilaan tila voi muuttua nopeastikin. Eräs vastaaja kertoi valitsevansa kiireellisemmän triage-luokan, jos hän on epävarma luokittelustaan. Kiireellisempään luokkaan luokittelu nähdään potilaalle eduksi ja tätä tapahtuu useammin kuin liian kiireettömään luokkaan luokittelua. Myös päivystyspoliklinikan kokonaistilanne sekä sairaanhoitajan vastaanotolla työskentelevän sairaanhoitajan osaaminen vaikuttavat potilaiden luokitteluun ja potilaiden hoitopääsyyn.

Joskus tilanteet muuttuvat nopeasti tai kiinnittää huomiota erilaiseen oireeseen, joka saattaa olla hämäävä ja muita oireita peittävä. Vaikuttaa hoitoon.

Potilaan tila oli muuttunut ambulanssin antamaan raporttiin verrattuna ja siksi olen joutunut joskus tekemään re-triagen.

Yleensä jos olen epävarma, niin valitsen kiireellisemmän triage-luokan, jota voi sitten päivittää kiireettömämpään suuntaan jos tilanne sellaiseksi osoittautuu.

7.4 Mielenterveys- ja päihdepotilaat

Triage-hoitajat kokevat mielenterveys- ja päihdepotilaat haastavaksi potilasryhmäksi. Päähtyneen potilaan tilannetta on vaikea arvioida ja itsetuhoisten ajatusten todenmukaisuutta ei pystytä luotettavasti arvioimaan. Triage-hoitajien kokemuksen mukaan päähtyneiden potilaiden tarina muuttuu monta kertaa eikä psykiatrieseen hoitoon tavallisesti oteta päähtyneitä potilaita. Erään vastaajan mielestä psykiatrian puolen triage-luokitus tulisi uusia kiireellisemmäksi, jotta psykiatrian puolen potilaat pääsisivät nopeammin hoitoon. Potilasryhmä, joka ei välttämättä

tarvitsisi hoitoa heti mutta tarvitsisi sitä kolmen vuorokauden sisällä, aiheuttaa myös luokitteluhaasteita triage-hoitajille.

Ehkä vaikein (potilas)ryhmä. Jotenkin vaikea arvioida, milloin todella kyseessä päivystystapaus. Ja jos ei ole, niin mihin ohjaan. Sekavat käytännöt.

Vaikeuksia ottaa asianmukaista anamneesia ja oireita ei tule oikein esille.

Päihtyneiden kanssa aikaa kuluu turhaan tarinan muuttuessa moneen kertaan, osastohoitoon pääsy/ avun saaminen mt -ongelmiin vaatii edelleenkin suht selvää päätä (ellei avoimen psykoottinen), mitä potilaat eivät tahdo ymmärtää.

Kaikki tutkimukseen osallistuneet triage-hoitajat ovat kohdanneet työssään aggressiivisia potilaita. Useimmiten aggressiivisuus ilmenee haukkumisena, uhkailuna sekä huutamisena. Osa hoitajista on myös kohdannut fyysistä väkivaltaa. Aggressiivista käytöstä esiintyy useimmiten silloin, kun potilaat eivät hyväksy triage-hoitajan valitsemaa hoitolinjaa. Triage-hoitajat kokevat, että yhteistyö vartioiden ja poliisien kanssa lisää turvallisuutta, tosin poliisit seuraavat harvoin potilaan mukana päivystyspoliklinikalle. Myös lääkärin ja hoitajien yhteistyö on tärkeää aggressiivisen potilaan hoitotyössä. Suurin osa triage-hoitajista (13) on sitä mieltä, ettei ole saanut riittävästi turvallisuuskoulutusta ja he toivovatkin lisäkoulutusta tähän aiheeseen liittyen.

Väkivaltaisuutta kohtaa ja haukkumista. Ei ymmärretä kiireellisyysluokituksia.

Jos aggressiivinen (myös sanallisesti) potilas on triagella ja ei esim. vaadi välitöntä hoitoa niin kyseisen potilaan hoitoon ohjaus muualle on usein mahdotonta ilman esim. vartijan tai jopa poliisin apua.

7.5 Työhyvinvointi ja koulutustoiveet

Suurimmalla osalla triage-hoitajista (10) on mahdollisuus työnohjaukseen ainakin toisinaan. Työssä sattuneita vaikeita tilanteita on myös mahdollista purkaa tarvittaessa debriefingin avulla. Noin puolet triage-hoitajista kokee, että he voivat vaikuttaa työhönsä, loput eivät koe voivansa tai eivät osaa sanoa. Triage-hoitajat ko-

kevat moniammatillisen yhteistyön sujuvan päivystyspoliklinikalla hyvin. Kirjaaminen onnistuu suurimman osan (11) mielestä kohtalaisesti, kuuden vastaajan mielestä hyvin. Haipro-järjestelmää käyttää kuukausittain tai harvemmin 15 hoitajaa ja kaksi ei koskaan. Effica-päivystysmonitorin käytön kaikki triage-hoitajat hallitsevat erinomaisesti tai hyvin.

Triage-hoitajat kaipaavat lisää sekä valtakunnallista että alueellista koulutusta. Valtakunnallisella tasolla toivottiin triage-hoitajien verkostoitumista sekä kokemusten jakamista. Alueellisella tasolla hoitajat halusivat saada yhtenäiset linjaukset ja hoitokäytännöt sairauksia koskien. Triage-hoitajat ehdottavat myös säännöllisiä yhteispalavereita, joissa käytäisiin luokittelua ja potilaiden tilan tunnistamista läpi. Tärkeää olisi saada vertaistukea ja -arviointia triage-hoitajien kesken. Esille nousi myös toive saada säännöllistä ja jatkuvaa koulutusta kaikilta erikoisaloilta sekä perusterveydenhuollosta, jotta tiedot ja taidot pysyisivät ajan tasalla. Mielenterveys- ja päihdepotilaiden hoitotyöhön kaivattiin lisäkoulutusta. Suuronnettomuusohjeiden läpikäyminen ja kaasutapaturmissa toimiminen nousivat myös esille.

Alueellinen koulutus, jotta olisi yhteiset linjaukset ja yhteneväiset käytännöt. Valtakunnalliset triage-päivät auttaisivat verkostoitumaan ja kokemusten jakaminen auttaa omassa työssä.

Triage-hoitajilla pitäisi olla jatkuva koulutus ja tietojen ja taitojen päivitys kaikilta erikoisaloilta sekä perusterveydenhuollossa.

Toivoisin enemmän vertaisarviointia triage-hoitajien kesken.

Triagelle pitäisi suunnitella aivan oma koulutus, jossa luokittelua ja potilaiden tilan tunnistamista. Sitä voisi osittain pitää myös kokenut triagehoitaja.

8 JOHTOPÄÄTÖKSET

Opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää Päijät-Hämeen keskussairaalan päivystyspoliklinikan triage-hoitajien kokemuksia ja toiveita koskien heidän toimipaikkakoulutustaan. Näitä tuloksia oli tarkoitus hyödyntää triage-hoitajien uuden toimipaikkakoulutusohjelman laatimiseen ja tällä tavoin kehittää triage-hoitajien työtä. Tutkimukseen osallistui 17 triage-hoitajaa.

Kaikki tutkimukseen osallistuneet triage-hoitajat olivat saaneet koulutusta triage-hoitajan tehtävään. 11 vastaajaa koki saamansa koulutuksen riittämättömäksi. Triage-hoitajan saama koulutus ja henkilökohtaiset ominaisuudet ovat erittäin tärkeitä tehokkaan triage-luokittelun onnistumiseksi (Andersson ym. 2006, 136–137). Triage-hoitajan tehtävässä suurin hyöty tulee varmasti työkokemuksesta, mutta vastaajat toivoivat myös säännöllisestä tietojen päivitystä sekä perusterveydenhuollosta sekä erikoisaloista. Hoitajat toivoivat myös vertaisarviointia hoitajien kesken, mikä tarkoittaa tapausten läpikäymistä yhdessä sekä keskustelua luokittelukriteereistä. Triage-hoitajat antavat kyllä vastausten perusteella palautetta toisten tekemistä luokitteluista, mutta palautteen antaminen voisi olla säännöllisempää esimerkiksi yhteispalavereissa. Suuronnettomuustilanteita ei juuri pysty käytännössä etukäteen harjoittelemaan, mutta teoriatasolla voidaan kyllä miettiä, mitä missäkin tilanteessa tulee tehdä. Suuronnettomuustilanteita varten olisi myös hyvä olla virtuaalista tilanneharjoittelua. Etukäteen mietityt asiat sujuvat varsinaisen tilanteen eteen tullessa paremmin.

Triage-hoitajat kaipaisivat enemmän koulutusta ja tietoa potilaiden jatkohoitoon ohjaamiseen sekä kotihoito-ohjeisiin liittyen. Kotiuttaessa potilasta hoitajalla tulisikin olla riittävästi aikaa ohjata ja opettaa potilasta ottamaan vastuuta omasta terveydestään (Paakkonen 2008, 94). Tämä on erityisen tärkeää iäkkäiden potilaiden kohdalla, hyvällä ohjauksella voidaan välttyä ylimääräisiltä päivystyskäynneiltä. Oikean jatkohoidon turvaaminen myös parantaa potilasturvallisuutta (Paakkonen 2008, 95). Myös päihde- ja mielenterveyspotilaiden kohtaamiseen triage-hoitajat kaipasivat lisäkoulutusta. Noin joka neljännessä päivystyskäynnissä on päihteeet mukana, joten jokainen triage-hoitaja kohtaa useita päihdepotilaita vuoronsa aikana. Päihtynyttä potilasta on vaikea arvioida ja melkein pä mahdoton-

ta ohjata jatkohoitoon päihtyneenä. Kyseisen potilasryhmän kanssa tarvitaan erittäin hyviä vuorovaikutustaitoja ja rauhallista suhtautumista tilanteeseen.

Suomessa ei ole yhtenäistä koulutusohjelmaa triage-luokittelua varten. Muun muassa Australiassa on luotu valtakunnallinen ohjeistus triage-luokittelua varten. Ohjeistukseen liittyy koulutuspaketti, joka sisältää muun muassa perustietoa triage-luokittelusta, vuorovaikutustaitojen opetusta, kivun arviointia, tietoa triage-hoitajan oikeudellisesta vastuusta sekä tietoa eri potilasryhmien luokittelusta. Näitä potilasryhmiä ovat psykiatriset potilaat, lapset sekä raskaana olevat. (Emergency Triage Education Kit 2009.) Myös Ruotsissa on luotu käsikirja triage-luokittelua varten, jossa kuvataan erilaisia oireita erikoisaloittain ja annetaan hoito-ohjeita sekä luokitellaan sairauksia kiireellisyyden perusteella (Triagehandbok 2011). Vastaavanlainen valtakunnallinen opas olisi hyödyllinen myös Suomessa. Myös triage-hoitajat toivoivat tutkimuksessa valtakunnallista ohjeistusta triage-luokitteluun.

Australiassa on ollut käytössä myös tietokonepohjaista koulutusta triage-hoitajille (Considine, LeVasseur & Villanueva 2004). Kenties triage-hoitajien koulutus voisi tapahtua osittain virtuaaliopintoina. Virtuaaliopintojen lisäksi voisi olla keskustelevaa ryhmäopetusta, joissa käytäisiin läpi erilaisia potilastilanteita. Sairaalan koulutustiloissa oleva opetustilanteisiin tarkoitettun simulaationuken käyttö koulutuksessa olisi erittäin opettavaista.

8.1 Tutkimuksen luotettavuus

Tutkimuksen luotettavuuden arvioinnissa käytetään termejä validiteetti ja reliabiteetti. Validiteetti tarkoittaa sitä, että tutkimuksessa tutkitaan oikeita asioita eli niitä asioita, joita pitikin tutkia. Ulkoinen validiteetti tarkoittaa tulosten siirrettävyyttä muihin vastaaviin tilanteisiin ja sisäinen validiteetti tulkinnan ja käsitteiden virheettömyyttä. Reliabiteetti tarkoittaa tulosten toistettavuutta. (Kananen 2008a, 123.)

Aiheemme on työelämälähtöinen ja opinnäytetyömme tuloksissa esiin tulevat asiat ovat yleistettävissä ja näin ollen ne kehittävät myös hoitotyötä. Opinnäytetyömme tavoitteet ovat olleet alusta asti selkeät ja tarkasti rajatut. Opinnäytetyön rakenne on rakennettu itsenäisesti ja työ etenee loogisesti. Opinnäytetyöprosessi kokonaisuudessaan on myös edennyt suunnitellusti. Tietoperusta on kattava ja käsittelee tutkimuskysymyksiä. Työssä käytetyt lähteet ovat mahdollisimman uusia, monipuolisia ja kansainvälisiä. Tietenkin aina olisi mahdollisuus käyttää enemmän lähteitä, mutta ammattikorkeakoulun opinnäytetyöhön suunniteltu opintopistemäärä ei riitä erityisen laajaan tutkimukseen. Vieraskielisten tekstien omaksuminen vaatii myös hieman enemmän resurssia kuin pelkästään äidinkielelliset tekstit. Olemme myös suhtautuneet lähteisiin kriittisesti ja pyrkineet ottamaan lähteiksi vain tieteellisiä tutkimuksia.

Tutkimuksemme tarkoituksena oli selvittää triage-hoitajien kokemuksia heidän saamasta koulutuksesta ja tämän saimme selville. Kyselylomakkeen avulla saimme selkeät vastaukset tutkimuskysymyksiimme. Kyselylomakkeen kysymykset käsittelivät juuri niitä asioita, joita tutkimuksen oli tarkoituskin käsitellä ja kaikki kysymykset olivat tutkimuksen kannalta aiheellisia. Saamamme vastaukset ovat mielestämme siirrettävissä vastaaviin tilanteisiin ainakin Suomessa, koska yhtenäinen valtakunnallinen triage-ohjeistus puuttuu. Triage-hoitajien kokemuksia heidän saamasta koulutuksesta ei ole juurikaan tutkittu, mutta aikaisemmat AMK-opinnäytetyöt ovat tuottaneet samankaltaisia tuloksia. (Lustberg & Aurivuo 2010; Aalto & Leino 2008.)

Opinnäytetyömme kyselylomakkeen vastauksissa oli huomattavissa toistoa eli kylläntymistä. Toistoa oli selkeästi huomattavissa myös tiedonhakua tehdessä ja tutkimuksia lukiessa. Voikin ajatella aineistoa olevan tarpeeksi, kun uudet tapaukset eivät enää tuo tutkimusongelman kannalta uutta tietoa eli aineisto alkaa niin sanotusti toistaa itseään. Tämä vaikuttaa myös aineiston yleistettävyyteen ja luotettavuuteen. (Saaranen-Kauppinen & Puusniekka 2006.)

Opinnäytetyön luotettavuutta lisää se, että molemmat opinnäytetyöntekijät ovat tehneet sisällönanalyysin erikseen. Näistä erikseen laadituista analyyseistä koostettiin yhtenäinen tulkinta. Luotettavuutta lisää myös korkea vastausprosentti sekä

triangulaatio eli useamman tutkimusmenetelmän käyttäminen. Opinnäytetyön luotettavuutta mahdollisesti heikentää tekijöiden ensikertalaisuus. Opinnäytetyötä ensi kertaa tehdessä tutkimuksen teko ja projektityöskentely on uutta ja kaikkia asioita ei välttämättä tule otettua huomioon. Toisaalta ensikertalaisuus voi olla myös luotettavuutta lisäävä tekijä, sillä silloin voi tekijöillä mahdollisesti olla avoimempi suhtautuminen opinnäytetyön tekemiseen. Motivaatio työn tekemiseen myös lisää luotettavuutta.

8.2 Tutkimuksen eettisyys

Hyvä tieteellinen käytäntö edellyttää, että tutkittavat säilyvät tuntemattomina (Vilka 2007, 164). Tutkimukseen osallistuminen oli vastaajille vapaaehtoista. Heillä oli mahdollisuus vastata kyselyyn nimettömänä ja vastauksia on mahdoton jäljittää vastaajiin. Vastaukset ovat luettavissa sähköisessä muodossa vain opinnäytetyöntekijöille. Opinnäytetyön valmistuttua vastaukset hävitetään. Opinnäytetyön tekemistä varten haettiin Päijät-Hämeen keskussairaalaan tutkimuslupa. Tutkimuslupahakemuksessa kerroimme opinnäytetyöprosessistamme ja siitä, miksi opinnäytetyön aiheemme on ajankohtainen ja tarpeellinen työelämälle.

9 JATKOTUTKIMUSEHDOTUKSET

Opinnäytetyössämme yritämme suhtautua rohkeasti ja luovasti hoitotyöhön. Pidämme innovaatioita tärkeinä hoitotyön kehittymisen kannalta ja sen takia olemme miettineet erityisesti jatkotutkimusehdotuksia. Hoitoala on jatkuvassa kehityksessä ja sen takia myös sairaanhoitajien koulutuksen tulisi olla kehityksessä mukana. Jotta tähän päästäisiin, niin koulutuksen suunnittelijoiden pitäisi olla tietoisia kaikesta, mitä käytännön hoitotyössä tapahtuu. Näin ollen opinnäytetyössämme saatuja tietoja ja kehittämisehdotuksia voitaisiin hyödyntää nykyisen hoitotyön koulutusohjelman kehittämisessä. Samoja tietoja voisi hyödyntää myös erikoistumisopintoja, esimerkiksi triage-hoitajien opintoja, suunniteltaessa.

9.1 Sairaanhoitajakoulutuksen ajantasaistaminen

Päivystysyksiköiden keskittyminen johtaa päivystyspoliklinikalla työskentelevien sairaanhoitajien työnkuvan laajenemiseen. Tehtäväsiirtoja lääkäreiltä sairaanhoitajille pohditaan jatkuvasti, mahdollisia siirrettäviä tehtäviä olisivat esimerkiksi laboratorio- ja röntgentutkimusten tilaaminen oman harkinnan mukaan, pienten haavojen ompelu, kivunhoito ja elottoman potilaan hoito protokollan mukaisesti. Sairaanhoitajan työnkuvan laajeneminen asettaa kliiniselle osaamiselle kasvavia vaatimuksia. Nykyistä sairaanhoitajan koulutusta pidetään kuitenkin aivan liian teoreettisena ja näin ollen sairaanhoitajilla ei ole riittäviä kliinisiä taitoja. Myös luonnontieteellistä opetusta täytyisi olla enemmän, jotta koulutus vastaisi paremmin työelämän vaatimuksiin. (Paakkonen 2008, 136–137.) Paakkosen tutkimuksessa tuli myös ilmi se, että päivystyspolikliinisen hoitotyön erityisosaamiseen tähtäävän koulutusohjelman kehittämistä toivottiin yleisesti.

9.2 Toimipaikkakoulutuksen laatiminen

Päijät-Hämeen yhteispäivystyskeskuksen Akuutti 24:n triage-hoitajat tarvitsevat toimipaikkakoulutusta työtään varten. Heillä on tähän asti ollut perehdytyskansio luettavanaan, mutta koulutuksen pitäisi olla laajempi ja monipuolisempi. Opinnäytetyössämme on kartoitettu monipuolisesti ja kansainvälisellä tasolla triage-

hoitajan työssä tarvitsemaa tietoa ja kokemusta. Opinnäytetyömme tuloksia voi käyttää apuna uuden toimipaikkakoulutuksen laatimiseen. Kansainvälisiä triage-käsikirjoja (mm. Australian Triage Workbook 2009; Triagehandboken) kannattaisi myös hyödyntää Akuutti 24:n triage-hoitajien toimipaikkakoulutuksen laatimisessa.

Kouvolan alueen Ratamo-hanke ja siihen liittyvät perus- ja erikoissairaanhoidon uudistumiset ja yhdistymiset sekä Päijät- Hämeen alueen uuden yhteispäivystyskeskus Akuutti 24: n mukanaan tuomat uudistukset ovat tapahtuneet hieman samaan tapaan. Ratamo-hankkeessa tavoitteena on ollut sosiaali- ja terveysalan palvelujen tuominen saman katon alle, jotta asiakkaat saisivat laajan palveluvalikoiman samasta paikasta. Tämän oletetaan parantavan palveluprosessien sujuvuutta, tukipalveluiden kattavuutta ja toiminnan kustannustehokkuutta. (Ratamo-keskus 2011.) Mielestämme Päijät-Hämeen Yhteispäivystyskeskus voisi tehdä yhteistyötä Kouvolan alueen kanssa, sillä Kouvolan alueella uudistukset ovat pidemmällä kuin Päijät-Hämeessä ja näin voitaisiin jakaa kokemuksia sekä kertoa onnistumisista ja epäonnistumisista. Lisäksi Ratamo-hankkeen yhteydessä on Kouvolan alueen triage-hoitajille laadittu koulutusohjelman runko, jota voisi hyödyntää Päijät-Hämeen Yhteispäivystyskeskuksessa.

9.3 Sairaanhoidajan ammattitaito

Traversin ja Lee'n tutkimuksessa (2006, 342–348) tuli esille, että lääkärin ja hoitajan tiimityönä toteutettu triage oli lyhentänyt potilaiden odotusaikoja päivystyksessä. Sairaanhoidajan koulutuksessa on niin vähän lääketieteellistä opetusta, että sen pohjalta voi olla vaikea miettiä täsmällistä potilaiden hoidon tarvetta. Lääkärit taas ovat liian korkeasti koulutettuja tekemään pelkästään triagea. Lääkärin ja sairaanhoidajan tiimityötä voisi kehittää triage-luokittelun tekemiseen, koska se voisi pidemmällä aikavälillä tuoda säästöä sekä ajassa että henkilöstössä. (Travers & Lee 2006, 342–348.)

Sairaanhoidajien ammattitaidon arvoa pitäisi mielestämme julkisesti nostaa sekä triage-hoitajien ja muiden erityistä osaamista vaativien sairaanhoidajien palkkaa

pitäisi korottaa. Sairaanhoitajat osaavat eri asioita kuin lääkärit ja lääkärit eivät pärjäisi hoitotyössä ilman päteviä sairaanhoitajia. Sairaanhoitajien työnkuva on muuttunut vaativammaksi ja muun muassa triage-hoitajat tekevät työtään hyvin itsenäisesti. Tätä tulisi mielestämme mieltä päättävillä tahoilla, koska pätevää hoitohenkilökuntaa on vaikea saada rekrytoitua ja tulevaisuudessa terveydenhuoltoon uhkaa vakava työntekijäpuula.

9.4 Eri potilasryhmät ja oirekuvan pettävyys

Yhtenä tärkeänä jatkotutkimusehdotuksena meillä on kehitysvammaisuuden tuomat haasteet päivystyshoitotyössä. Eri potilasryhmille on hyvä olla omanlainen triage-luokittelu niin kuin nyt jo usealle potilasryhmälle onkin. Kehitysvammaisia ei kuitenkaan vielä ole erikseen huomioitu. Mielestämme tämä potilasryhmä olisi myös hyvä huomioida jo triage- hoitajien koulutuksessa omana ryhmänään, sillä kehitysvammaisen potilaan luokittelu vaatii erikoisosaamista.

Potilaiden tilaa arvioitaessa pitäisi myös aina olla mielessä se, ettei kaikki ole aina sitä, miltä näyttää. Olemme lähiaikoina kuulleet tapauksesta, jossa vanhempi potilas oli muutaman kerran yrittänyt päästä päivystykseen kovan vatsakivun vuoksi. Häntä oli kuitenkin neuvottu menemään kotiin olettaen potilaalla olevan vain ummetusta. Hän olisi kuitenkin ollut kiireellisen leikkaushoidon tarpeessa vakavamman sairauden vuoksi. Tällainen olisi voitu ehkä estää, jos olisi kyselty tarkemmin potilaan aikaisempaa sairashistoriaa. Potilasta saattavalta omaiselta olisi myös ehkä voitu tiedustella hänen mielipidettään tilanteen vakavuudesta. Potilaan omaiset osaavat yleensä kertoa esimerkiksi, että onko potilas sen luonteinen, että menee vasta viimeisessä hädässä sairaalaan vai meneekö hän pienemmällä kynnyksellä. Tällainenkin tieto on tärkeää määriteltäessä hoidon kiireellisyyttä. Päivystyshoidossa työskentelevien tulisi aina muistaa, että jokaisella potilaalla on oikeus saada asiantuntevaa hoitoa ja potilaiden pitäisi voida luottaa siihen, että heitä hoitava hoitohenkilökunta on koulutautunut riittävästi. Tällaisten potilastapausten vuoksi ehdotamme, että triage-hoitajien koulutuksessa otettaisiin jollain tavalla huomioon oireiden monikirjoisuus.

Omien kokemuksiemme perusteella myös psykiatristen potilaiden luokittelua tulisi kehittää. Toinen opinnäytetyöntekijöistä on työskennellyt psykiatrisella vastaanotto-osastolla ja kohdannut muun muassa tapauksia, joissa itsetuhoinen potilas on joutunut odottamaan psykiatriselle osastolle pääsyä 10 tuntia. Tämä on mielestämme kohtuuttoman pitkä odotusaika ja triage-luokittelua täsmentämällä voitaisiin odotusaikoja mahdollisesti lyhentää.

LÄHTEET

Aalto, J. & Leino, L. 2008. Triage hoitajien kokemana yhteispäivystyksessä. Stadia Helsingin ammattikorkeakoulu, sosiaali- ja terveysala. Hoitotyön koulutusohjelman opinnäytetyö. Saatavissa:

<http://www.doria.fi/bitstream/handle/10024/37442/stadia-1208769828-0.pdf?sequence=1>

Andersson, A.-K., Omberg, M. & Svedlund, M. 2006. Triage in the emergency department – a qualitative study of the factors which nurses consider when making decisions. *Nursing in Critical Care* 3/2006.

Bible, D. 2006. Pain assessment at nurse triage: A literature review. *Emergency Nurse* 14/2006, 26–29. Saatavissa

<http://web.ebscohost.com.aineistot.phkk.fi/ehost/detail?sid=c06ad99f-2184-4800-a5d5ae71f96d142d%40sessionmgr115&vid=1&hid=111&bdata=JnNpdGU9ZWhvc3QtbGl2ZQ%3d%3d#db=afh&AN=21201462>

Bloch, W. 1932. *Dictionnaire Etymologique de la langue française*. Paris: Presses Universitaires de France.

Borg, S. 2010. Kyselylomakkeen laatiminen. KvantiMOTV. Menetelmäopetuksen tietovaranto. Saatavissa

<http://www.fsd.uta.fi/menetelmaopetus/kyselylomake/laatiminen.html>

Considine, J., LeVasseur, S. A. & Villanueva E. 2004. The Australasian Triage Scale: Examining emergency department nurses' performance using computer and paper scenarios. *Annals of emergency medicine* 5/2004. Saatavissa

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15520712>

Erikoissairaanhoitolaki 1062/1989. Saatavissa

<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1989/19891062?search%5Btype%5D=pika&search%5Bpika%5D=erikoissairaanhoitolaki>

Ersoy, N. & Akpınar, A. 2010. Triage decisions of emergency physicians in Kocaeli and the principle of justice. *Turkish Journal of Trauma and Emergency Surgery* : 16(3). Saatavissa:

<http://www.crid.or.cr/digitalizacion/pdf/eng/doc18735/doc18735-contenido.pdf>

Emergency Triage Education Kit. Triage Workbook. 2009. Australian terveystieteiden ministeriö. Saatavissa

[http://www.health.gov.au/internet/main/publishing.nsf/Content/5E3156CFFF0A34B1CA2573D0007BB905/\\$File/Triage%20Workbook.pdf](http://www.health.gov.au/internet/main/publishing.nsf/Content/5E3156CFFF0A34B1CA2573D0007BB905/$File/Triage%20Workbook.pdf)

Euroopan komissio. Eurooppalainen tutkintojen viitekehys elinikäisen oppimisen edistämiseksi (EQF). 2008. Luxemburg: Euroopan yhteisöjen virallinen julkaisujen toimisto.

Ganley, L. & Gloster, A, S. 2011. An overview of triage in the emergency department. *Nursing Standard* 12/2011. Saatavissa

<http://web.ebscohost.com.aineistot.phkk.fi/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=88923aae-45a8-497a-9b74-008572876cae%40sessionmgr12&vid=5&hid=7>

Göransson, K. 2006. Registered nurse-led emergency department triage: organisation, allocation of acuity ratings and triage decision making. Örebro University, Caring Sciences with focus on Nursing. Akateeminen väitöskirja.

Göransson, K., Eldh, A. & Jansson, A. 2008. Triage på akutmottagning. Puola: Pozkal.

Göransson, K., Ehrenberg, A. & Ehnfors, M. 2005. Triage in emergency departments: national survey. *Journal of Clinical Nursing* 14, 1067–1074. Saatavissa

http://content.epnet.com/pdf17_20/pdf/2005/6PW/01Oct05/18189019.pdf?T=P&P=AN&K=18189019&EbscoContent=dGJyMNLe80SeqLQ4yOvqOLCmr0qeprdSsKm4S7GWxWXS&ContentCustomer=dGJyMPGrs0y0qrdQuePfgeyx%2BEu3q64A&D=afh

Göransson, K. E., Ehnfors, M., Fonteyn, M. E. & Ehrenberg, A. 2007. Thinking strategies used by Registered Nurses during emergency department triage. *Journal of Advanced Nursing* 2/2007, 163–172. Saatavissa <http://web.ebscohost.com.aineistot.phkk.fi/ehost/detail?vid=4&hid=108&sid=e97518b2-18c7-4acb-8fbf-f1b33de4ea45%40sessionmgr113&bdata=JnNpdGU9ZW9vc3QtbGl2ZQ%3d%3d#db=afh&AN=28081700>

Heikkilä, A., Leino-Kilpi, H. & Hupli, M. 2008 Verkkokysely tutkimusaineiston keruumenetelmänä. *Hoitotiede* 2/2008.

Heikkilä, T. 2008. Tilastollinen tutkimus. Helsinki: Edita Prima Oy.

Helovuori, A., Kinnunen, M., Peltomaa, K. & Pennanen, P. 2011. Potilasturvallisuus. Helsinki: Edita Prima Oy.

Hälso- och sjukvårdslag. 763/1982. Saatavissa: http://www.riksdagen.se/sv/DokumenttyzaLagar/Lagar/Svenskforfattningssamling/Halso--och-sjukvardslag-1982_sfs-1982-763/

Iserson, K. V. & Mosktop, J. C. 2007. Triage in Medicine, Part I: Concept, History and Types. *Annals of Emergency Medicine* 3/2007, 275-278.

Jääskeläinen, J. 2010. Potilaiden lajittelu suuronnettomuuksissa. Teoksessa Mustajoki, M., Alila, A., Matilainen, E., Rasimus, M. (toim.) *Sairaanhoitajan käsikirja* 2010. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.

Kananen, J. 2008a. Kvali. Kvalitatiivisen tutkimuksen teoria ja käytänteet. . Jyväskylän ammattikorkeakoulun julkaisuja-sarja. Jyväskylä: Jyväskylän ammattikorkeakoulu.

Kananen, J. 2008b. Kvantti. Kvantitatiivinen tutkimus alusta loppuun. Jyväskylän ammattikorkeakoulun julkaisuja-sarja. Jyväskylä: Jyväskylän ammattikorkeakoulu.

Kantonen, J., Niittyneen, K., Mattila, J., Kuusela-Louhivuori, P., Manninen-Kauppinen, E. & Pohjola-Sintonen, S. 2006. Päähtyneet ja päihdeongelmaiset potilaat Peijaksen sairaalan päivystyspoliklinikalla. Suomen Lääkärilehti 47/2006, 4923–4927.

Kantonen, J. 2007. Triagen perusteet. Päivystyshanke. Saatavissa <http://nova.ksshp.fi/public/download.aspx?ID=14561&GUID=%7BAB6E38E9-68FB-41B6-829D-2F400FB4332F%7D>

Koponen, L. & Sillanpää, K. 2005. Potilaan hoito päivystyksessä. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.

Laine, R. 2008. Triage nurse's validity of assessing pediatric patients at the emergency department of Helsinki University hospital for children and adolescents. Helsingin yliopisto, lääketieteen laitos. Akateeminen väitöskirja.

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 785/1992. Saatavissa <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1992/19920785?search%5Btype%5D=pika&search%5Bpika%5D=laki%20potilaan%20asemasta%20ja%20oikeuksista>.

Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä 559/1994. Saatavissa <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1994/19940559>.

Lustberg, R. & Aurivuo, M. 2010. Triage-hoitajien koulutus ja osaaminen esimiesten kokemana. Lahden ammattikorkeakoulu, sosiaali- ja terveysala. Hoitotyön koulutusohjelman opinnäytetyö. Saatavissa https://publications.theseus.fi/bitstream/handle/10024/7852/Riia_Lustberg.pdf?sequence=1a

Martikainen, M. 2007. Toiminta sairaalassa. Teoksessa Castren M., Ekman S., Martikainen M., Sahi T., Söder J. (toim.) Suuronnettomuusopas. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 86 –134.

Meretoja, R., Kaira, A-M., Castrèn- Ritmala, M., Santala, I., Vuorinen, R. 2007. AURA. Ammattiura sairaanhoitajana. Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri. Helsinki: Yliopistopaino.

Meritähti, T. 2011. Triagehoitajan erityisosaaminen yhteispäivystyksessä. Turun ammattikorkeakoulu, Sosiaali- ja terveystieteiden laitos. Sosiaali- ja terveystieteiden kehittäminen ja johtamisen koulutusohjelman (ylempi AMK) opinnäytetyö. Saatavissa https://publications.theseus.fi/bitstream/handle/10024/29675/Meritahti_Tuulia.pdf?sequence=1

Nyman, U. & Hellekant, C. 2008. Massive pulmonary embolism and patient safety. Do triage nurses have an adequate education? *Läkartidning* 28–29/2008, 2037–2038.

Opetusministeriö. 2006. Ammattikorkeakoulusta terveydenhuoltoon. Koulutuksesta valmistuvien ammatillinen osaaminen, keskeiset opinnot ja vähimmäisopinnot. Saatavissa <http://www.minedu.fi/export/sites/default/OPM/Julkaisut/2006/liitteet/tr24.pdf?lang=fi>

Paakkonen, H. 2008. The contemporary and future clinical skills of emergency department nurses. Experts' perceptions using Delphi- technique. Itä-Suomen yliopisto, hoitotieteen laitos. Akateeminen väitöskirja. Saatavissa http://epublications.uef.fi/pub/urn_isbn_978-951-27-1073-7/urn_isbn_978-951-27-1073-7.pdf

Päijät-Hämeen sosiaali- ja terveydenhuollon kuntayhtymä. 2011. Vuosikertomus 2010.

Päijät-Hämeen sosiaali- ja terveydenhuollon kuntayhtymä. 2012. Ensihoito- ja päivystyskeskus. viitattu [7.8.2012] Saatavissa <http://www.phsotey.fi/sivut/?vy=7010&ryhma=331>

Ratamo-keskus. Tarveselvitys. 2011. Kouvolan kaupunki.viitattu[7.8.2012]

Saatavissa <http://194.89.127.7/djulkaisu/kokous/20112172-9-7159.PDF>:

Ruuti, K. 2011. Triagehoitajan toiminta. Saatavissa http://pajjat-hame.sairaanhoitajaliitto.fi/@Bin/833511/triage_ruuti.pdf

Saaranen-Kauppinen & Puusniekka. 2006. KvaliMOTV – Menetelmäopetuksen tietovaranto [verkkójulkaisu]. Tampere: Yhteiskuntatieteellinen tietovarasto [viitattu 10.7.2012]. Saatavissa <http://www.fsd.uta.fi/menetelmaopetus>

Salaspuro, M. 2009. Päihdepotilas päivystyksessä ja hoitoonohjaus. Lääketieteellinen Aikakauskirja Duodecim 8/2009, 897–904.

Salomäki, P. 2011. Triagehoitajan työvuoro. Sanatori 11/2011, 14–15.

Salomäki, P. 2012. Vs: opinnäytetyötrriagehoitajat [sähköpostiviesti]. Vastaanottaja Kaarina Mäki. Lähetetty 24.02.2012.

Suomen perustuslaki 731/1999. Saatavissa

<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1999/19990731?search%5Btype%5D=pika&search%5Bpika%5D=perustuslaki>.

Sosiaali- ja terveysministeriö. 2006. Päihtyneen henkilön akuuttihoito - sosiaali- ja terveysministeriön ohjeet. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2006/65. Saatavissa <http://pre20090115.stm.fi/aa1164721227855/passthru.pdf>

Sosiaali- ja terveysministeriö. 2010. Yhtenäiset päivystyshoidon perusteet. Työryhmän raportti. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2010/4. Saatavissa http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=1082856&name=DLFE-11049.pdf.

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

Sähwenberg, U. 2008. Akuttläkare är på frammarsch i Sverige. Läkartidningen 4/2008, 205-206.

Tanninen, Sari. 2009. Kiireellisyysluokitus kliinisen päätöksenteon tukena päivystyspoliklinikalla. Turun yliopisto, hoitotieteen laitos. Pro gradu-tutkielma.

Taylor, C. & Benger, J. R. 2004. Patient satisfaction in emergency medicine. *Journal of Emergency Medicine* 21/2004, 528-532. Saatavissa <http://emj.bmj.com/content/21/5/528.full.pdf+html>

Terveydenhuoltolaki 1326/2010. Saatavissa <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2010/20101326?search%5Btype%5D=pika&search%5Bpika%5D=terveydenhuoltolaki>.

Travers, J. P. & Lee, J. C. 2006. Avoiding prolonged waiting time during busy periods in the emergency department: Is there a role for the senior emergency physician in triage? *European Journal of Emergency Medicine* 6/2006, 342-348. Saatavissa <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17091056>

Triagehandboken. 2011. Region Skåne. 5. uudistettu painos. Saatavissa http://www.skane.se/upload/Webbplatser/varwebb/Dokument/triage/Triagehandbok_2011/102228-Triagehandbok_2011_SLUTKORR.pdf

Triage-hoitajien perehdytyskansio. 2010. Päijät-Hämeen keskussairaala, päivystyspoliklinikka.

Tuohilampi, M. 2011. Sairaanhoidajan päätöksenteko päivystyspoliklinikalla. Itä-Suomen yliopisto, hoitotieteen laitos. Pro gradu-tutkielma

Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2009. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Helsinki: Tammi.

Vaula, E. & Kantonen, J. 2008. Ensiavusta päivystyspoliklinikaksi. Päivystysseivitys 2007 tuloksia. *Suomen Lääkärilehti* 20/2008, 1856-1858. Saatavissa <http://www.fimnet.fi/aineistot.phkk.fi/cl/laakarilehti/pdf/2008/SLL202008-1856.pdf>

Vehmanen, M. 2010. Päivystykset siirtyvät triage-aikaan. Suomen Lääkärilehti 37/2010, 2914-2916. Saatavissa

<http://www.fimnet.fi/aineistot.phkk.fi/cl/laakarilehti/pdf/2010/SLL372010-2914.pdf>

Vilka, H. 2007. Tutki ja mittaa. Määrällisen tutkimuksen perusteet. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.

Voipio-Pulkki, L.-M. 2005. Oikeus kiireelliseen hoitoon päivystyksen järjestämisen lähtökohtana. Teoksessa Koponen, L. & Sillanpää, K. 2005. Potilaan hoito päivystyksessä. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi, 18-21.

Webropol-raportointiopas. 2011. Saatavissa

<https://www.webropolsurveys.com/Manuals/Webropol%202%200%20Raportointi%20manuaali%20v%201%202.pdf>

LIITTEET

Liite 1. Kyselylomake

Kysely triage-hoitajille

SAATEKIRJE

Hyvä triage-hoitaja!

Olemme Päivi Kuusela ja Kaarina Mäki. Opiskelemme Lahden ammattikorkeakoulussa sairaanhoitajiksi. Teemme opinnäytetyömme yhteistyössä Päijät-Hämeen keskussairaalan päivystyspoliklinikan kanssa.

Opinnäytetyömme tarkoituksena on selvittää päivystyspoliklinikan triage-hoitajien kokemuksia liittyen heidän saamaansa toimipaikkakoulutukseen. Toimipaikkakoulutuksella tarkoitamme sitä koulutusta, jota triage-hoitajat ovat saaneet ennen heidän siirtymistään toimimaan triage-hoitajina ja mahdollista myöhempää lisäkoulutusta. Tavoitteena on saada tietoa, jonka avulla voidaan kehittää triage-hoitajien koulutusta ja ammattiosaamista.

Tutkimukseen osallistuminen on vapaaehtoista. Tiedot käsitellään luottamuksellisesti, eikä henkilöllisyytesi tule esille missään vaiheessa. Voit muuttaa mieltäsi koskien tutkimukseen osallistumista milloin tahansa.

Pyydämme sinua ystävällisesti osallistumaan tutkimukseen. Vastauksesi ja kokemuksesi ovat meille erittäin tärkeitä. Vastaamiseen kuluu noin kymmenen minuuttia. Mikäli sinulla on jotain kysyttävää tutkimuksesta, vastaamme mielellämme kysymyksiisi puhelimitse tai sähköpostilla. Toivoisimme, että vastaisitte kyselyyn 30.4.2012 mennessä.

Kiitos vastauksista ja vaivannäöstä!

opiskelijat Päivi Kuusela ja Kaarina Mäki sekä tutkimuksen ohjaajat hoitotyön opettaja Maria Tuominen ja Päijät-Hämeen keskussairaalan päivystyspoliklinikan apulaisosastonhoitaja Päivi Salomäki

1. Mikä on ammattinimikkeesi?

- sairaanhoitaja
- ensihoitaja
- joku muu, mikä?

2. Ikäsi

- alle 20
- 20-29
- 30-39
- 40-49
- 50-59
- 60 tai yli

3. Sukupuoli

- nainen
- mies

4. Kuinka kauan olet työskennellyt nykyisessä työpaikassasi?

- 0-2 vuotta
- 3-5 vuotta
- 6-10 vuotta
- 11 vuotta tai enemmän

5. Kuinka kauan olet työskennellyt triage-hoitajana?

- 0-2 vuotta
- 3-5 vuotta
- 6-10 vuotta
- 11 vuotta tai enemmän

6. Minkälaista koulutusta olet saanut triage-hoitajan tehtävään?

- kirjallista materiaalia luettavaksi
- triage-luokitteluharjoituksia
- luento
- kokeneen triagehoitajan kanssa työskentely
- keskustelufoorumi verkossa
- muuta, mitä?

7. Milloin viimeksi olet saanut lisäkoulutusta koskien triage-hoitajan toimenkuvaa?

- alle 3 kk sitten
- alle 6 kk sitten
- alle 1 vuosi sitten
- yli vuosi sitten
- ei koskaan

8. Koetko saamaasi koulutuksen riittäväksi?

- kyllä
- ei
- en osaa sanoa

9. Jos vastasit edelliseen kysymykseen kieltävästi, mistä aiheista olisit kaivannut lisäkoulutusta?

- triage-luokittelu
- henkeä uhkaavat sairaudet ja niiden oireet
- mielenterveys- ja päihdepotilaan kohtaaminen
- jatkohoitoon ohjaaminen
- vuorovaikutustaidot
- jostain muusta, mistä?

10. Miten koet hallitsevasi hoidon kiireellisyyden arvioinnin?

	erinomaisesti	hyvin	kohtalaisesti	tydyttävästi	huonosti
potilaan luokittelu oikeaan ryhmään	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
oikean hoitolinjan valinta	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
kivun arviointi	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
lääkärin konsultointi	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
jatkohoitoon ohjaaminen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
itsetuhoisen potilaan tunnistaminen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
päihtyneen potilaan tilan arviointi	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
vuorovaikutus potilaan kanssa	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
taustatietojen kerääminen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

11. Mitkä seikat koet haastaviksi triage-luokittelussa? Voit valita useamman vaihtoehdon.

- aikapula
- potilaan puutteelliset taustatiedot
- yhteistyö muiden ammattiryhmien kanssa
- päätöksenteko
- hoitolinjan valitseminen
- lääkäriin konsultointi
- vakavien sairauksien tunnistaminen
- potilaan tilan huononemisen tunnistaminen
- vuorovaikutus potilaiden ja omaisten kanssa
- joku
- muu, mikä?

12. Arvioi omaa osaamistasi

	erinomainen	hyvä	kohtalainen	kohtalainen	huono
potilaan hengityksen arviointi	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
potilaan verenkierron arviointi	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
potilaan psyykkisen tilan arviointi	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
tajunnan tason arviointi	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
sydänperäisten oireiden tunnistaminen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
vatsaperäisten oireiden tunnistaminen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
vuorovaikutus potilaan kanssa	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
päätöksenteko	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
kulttuurierojen huomioiminen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
kielitaito	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
lapsipotilaan triage	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

13. Oletko saanut negatiivista palautetta tekemästäsi triage-luokittelusta? Jos olet, minkälaista?

14. Oletko arvioinut potilaita kiirettömämpään luokkaan kuin he olisivat kuuluneet? Vaikuttiko se heidän hoitoonsa?

15. Oletko arvioinut potilaita kiireellisempään luokkaan kuin he olisivat kuuluneet? Vaikuttiko se heidän hoitoonsa?

16. Onko sinulla ollut ongelmia mielenterveys- tai päihdepotilaan triage-luokittelun kanssa? Jos on, minkälaisia?

17. Minkälaisia kokemuksia sinulla on aggressiivisista potilaista?

18. Oletko saanut riittävästi turvallisuuskoulutusta?

- Kyllä
- Ei
- En osaa sanoa

19. Miten osaat toimia suuronnettomuustilanteessa?

	erinomaisesti	hyvin	keskinkertaisesti	tydyttävästi	huonosti	en osaa sanoa
päivystyksessä tarvittava tiedottaminen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
virven käyttö	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
tilojen ja välineiden valmistelu	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
potilaiden vastaanottaminen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
potilaiden luokittelu	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
traumatiimin kokoaminen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

20. Onko sinulla mahdollisuus työnohjaukseen? Kuinka usein?

- aina tarvittaessa
- toisinaan
- harvoin
- ei mahdollisuutta

21. Onko sinulla mahdollisuus purkaa vaikeita tilanteita debriefingin avulla?

- kyllä, aina tarvittaessa
- joskus
- ei koskaan

22. Miten mielestäsi moniammatillinen yhteistyö sujuu päivystyspoliklinikalla?

- erinomaisesti
- hyvin
- kohtalaisesti
- tyydyttävästi
- huonosti

23. Miten koet kirjaamisen onnistuvan päivystyspoliklinikalla?

- erinomaisesti
- hyvin
- kohtalaisesti
- tyydyttävästi
- huonosti

24. Kuinka usein käytät Terveystieteiden tutkimuskeskuksen raportointijärjestelmää Haiproa?

- päivittäin
- viikoittain
- kuukausittain tai harvemmin
- en koskaan

25. Miten hallitset Efficia-päivystysmonitorin käytön?

- erinomaisesti
- hyvin
- kohtalaisesti
- tyydyttävästi
- huonosti

26. Onko sinulla mahdollisuus vaikuttaa työhösi?

- kyllä
- ei
- en osaa sanoa

27. Onko sinulla kehittämisideoita triage-hoitajien koulutukseen?

Kitos ajastasi ja vastauksistasi.

Liite 2. ABCDE-triage

ryhmä	aikatavoite	oire	hoitolinja
A	heti	Välittömästi potilaan henkeä uhkaava vamma, oire tai häiriö vitaelintoiminnoissa	erikoissairaanhoito, sairaalapäivystys
B	10 min.	Akuutti potilaan yleistila uhkaava vamma, oire tai häiriö vitaelintoiminnoissa.	erikoissairaanhoito, sairaalapäivystys, terveyskeskuspäivystys
C	1 h	Vamma tai oire, joka vaatii lääkärin päivystyksellistä arviota päivystysaikana. Vaivan hankalouden tai kivun vuoksi lääkärin arvio on saatava tunnissa.	terveyskeskuspäivystys, sairaalapäivystys
D	2 h	Vamma tai oire, joka vaatii lääkärin päivystyksellistä arviota päivystysaikana. Vaiva ei todennäköisesti pahene, vaikka potilas odottaa lääkärin arviota 2 tuntia.	terveyskeskuspäivystys
E		Vamma tai oire, joka ei vaadi lääkärin päivystyksellistä arviota.	terveyskeskuspäivystys, päivystävä sairaanhoitaja/ triagehoitaja

Lähde: Kantonen 2007.