

Tarkkailupotilaan hoitopolku

Nokian terveystieteiden päivystyksessä

Kalle Kinnunen

Joulukuu 2014
Hoitotyö koulutusohjelma
Hoitotyön suuntautumisvaihtoehto

TIIVISTELMÄ

Tampereen ammattikorkeakoulu
Hoitotyön koulutusohjelma
Hoitotyön suuntautumisvaihtoehto

KINNUNEN, KALLE:
Tarkkailupotilaan hoitopolku
Nokian terveyskeskuspäivystyksessä

Opinnäytetyö 36 sivua, joista liitteitä 6 sivua
Joulukuu 2014

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli kartoittaa tarkkailupotilaan hoitopolkua Nokian terveyskeskuksen päivystyksessä. Työelämäyhteytenä toimi Nokian terveyskeskus. Tehtäväksi rajautui tarkkailupotilaan määrittelemisen, päivystyspotilaan hoitoprosessiin vaikuttavien tekijöiden ja ongelmakohtien selvittäminen. Tavoitteena oli kartoittaa päivystysprosessin haasteet, joita voi ilmetä hoitopolun aikana eli potilaan saapumisesta päivystykseen aina kotiutumiseen tai jatkohoitoon siirtymiseen saakka. Menetelmänä käytettiin määrällistä tutkimusta, johon materiaali kerättiin systemaattisella havainnoinnilla. Havainnointi tehtiin strukturoidulle kyselylomakkeelle kaikista tarkkailupotilaiksi luokiteltavista potilaista tammikuun 2014 aikana.

Opinnäytetyön tehtävät ja tavoitteet syntyivät työelämän tarpeesta. Nokian terveyskeskuspäivystys koettiin paikoitellen ruuhkautuneeksi ja päivystysprosessin ongelmakohtia haluttiin kartoittaa. Selvitettyjen tilastojen perusteella voidaan kehittää Nokian terveyskeskuspäivystyksen prosesseja.

Opinnäytetyön tuloksista ilmenee, että mitään yksittäistä syytä päivystyksen ruuhkautumiselle ei voida nimetä, vaan siihen vaikuttavat monet eri tekijät. Nokian terveyskeskuspäivystyksen tarkkailupotilas tulee useimmiten kotoaan ja hoidon saatuaan myös poistuu kotiinsa. Merkittävä tekijä on kuitenkin muutamat, pitkään jatkohoitoa odottavat potilaat, jotka voivat ruuhkauttaa päivystyksen. Päivystykseen tulee päivittäin noin 12 potilasta, joista joka viides lähetetään jatkohoitoon. Odotusaika siirtoluvasta poistumiseen päivystyksestä on keskimäärin 30 minuuttia, mutta pisimmillään jopa yli 12 tuntia. Kaikki tarkkailupotilaat huomioiden päivystysprosessin ulosvirtaus ei kuitenkaan ole niin ongelmallinen. Kokonaishoitoaika Nokian terveyskeskuspäivystyksen tarkkailupotilailla on keskimäärin 4,5 tuntia ja mediaani hieman alle kolme tuntia, mikä ei poikkea Pirkanmaan sairaanhoitopiirin erikoissairaanhoidon ensiavun ja päivystyksen, Acutan, kokonaishoitoajoista.

Asiasanat: hoitopolku, päivystysprosessi

ABSTRACT

Tampereen ammattikorkeakoulu
Tampere University of Applied Sciences
Degree Programmed in Nursing and Health care
Option of Nursing

KINNUNEN, KALLE:

The treatment path of emergency patient in Nokia Health Centre Emergency Room

Bachelor's thesis 36 pages, appendices 6 pages

December 2014

The purpose of this study was identifying the treatment path of emergency patients in Nokia Health Centre Emergency Room. The most significant questions of this study were finding out what sort of patients were taken care of in Nokia Health Centre Emergency Room and what where the biggest problems their treatment paths. My objective was to survey the challenges that manifested during the care path, from the patient's arrival to returning home or extension care. I used quantitative study methods, and the material was collected with a systematic observation. The observations were made by a structured questionnaire during January 2014 from all the patients who were classified as observation patients.

The tasks and objectives of the thesis were based on need. The Nokia Health Centre Emergency Room was congested during peak hours, and there was a need to survey the problems in the patient's treatment path. The processes at Nokia Health Centre Emergency Room can be improved based on the statistics collected during this work.

It is clear from the results that the congestion is not due to a one single cause, but is affected by many different factors. The observation patients at the health centre unit usually come from home and also return to home. The most significant factor can be traced down to a few patients with a long wait to follow-up treatment.

Key words: treatment path, emergency unit proses

SISÄLLYS

1	JOHDANTO.....	3
2	TARKOITUS, ONGELMAT JA TAVOITTEET	4
3	TEOREETTINEN VIITEKEHYS.....	5
	3.1 Terveyskeskuspäivystys.....	5
	3.2 Hoitopolku päivystysprosessin systeemissä	6
	3.3 Tarkkailupotilaan triage: kiireellisyys ja hoitoisuus	8
4	METODINEN LÄHTÖKOHTA.....	10
5	TOTEUTTAMINEN	11
6	PÄIVYSTYSPROSESSI TILASTOINA	14
	6.1 Kokonaisaika.....	15
	6.2 Odotusaika	16
	6.3 Tulotapa	16
	6.4 Tulopaikka	17
	6.5 Tulosyy	17
	6.6 Kiireellisyysluokat	18
	6.7 Siirtotapa	19
	6.8 Siirtopaikka	19
	6.9 Siirtosyy	20
7	POHDINTA.....	21
	7.1 Millainen on tarkkailupotilas	21
	7.2 Hoitopolku ja ongelmakohdat.....	23
	7.3 Loppulause.....	25
	7.4 Luotettavuus.....	25
	7.5 Eettiset kysymykset	27
	7.6 Kehittämishaasteet	28
	LÄHTEET.....	29
	LIITTEET	31
	Liite 1. Lomake	31
	Liite 2. Triage -ohjeistus.....	32
	Liite 3. Tutkimustaulukko	35

1 JOHDANTO

Päivystystoiminnan kautta ohjataan koko terveydenhuollonpalvelujärjestelmän toimintaa (Koponen & Sillanpää 2005, 19). Päivystyspoliklinikoiden ja hoitoprosessien tutkiminen on erittäin mielenkiintoista ja tarpeellista, samalla voidaan myös parantaa niin työntekijöiden kuin potilaidenkin viihtyvyyttä. Viime vuosina päivystystoiminnan kehittämässä ollaan kiinnitetty huomiota erityisesti hoidon tarpeen arviointiin eli triage-toimintaan. Triage-toiminta on ensimmäinen tärkeä osa välitöntä hoidon aloittamista ja hoidon piiriin pääsyä. Esimerkiksi vatsan alueelle vammautunutta, tajunnantasoltaan alhaista kolaripotilasta on turha hoitaa terveyskeskuspäivystyksessä, kun puolestaan hypoglykeemista diabeetikkoa ei yleensä ole tarpeen hoitaa erikoissairaanhoidossa, vaan juuri perusterveydenhuollossa. (Castren, Harjola, Rönnemaa ym., 2013; Diabetes 2013.) Triage-toiminta vaikuttaa siis voimakkaasti potilaisiin, jota terveyskeskuspäivystyksissä hoidetaan, minkä vuoksi hoidon tarpeen arviointi päivystyspoliklinikoiden sujuvuudelle on keskeistä.

Hoidon tarpeen arviointi on tärkeä osa potilaan hoitoprosessin määrittämisessä, mutta pelkkä oikeanlainen hoidon tarpeen arviointi ei riitä, vaan koko prosessin tulee olla sujuva päivystyksen toimivuuden takaamiseksi. Nokian terveyskeskuksessa toimivan päivystyksen tarkkailuhuoneen toiminnan sujuvuus riippuu siitä, että oikeanlaiset potilaat hoidetaan oikeassa paikassa. Päivystystoiminnan toimivuudesta ja läpimenoajoista löytyy muutamia tutkimuksia, mutta varsinaisesti terveyskeskuspäivystyksen tarkkailupotilaista tehtyä tutkimusta ei ole. Nokian päivystykseen on tulossa muutoksia ja opinnäyte-työni antaa mahdollisuuden tarkastella päivystysprosessin vaiheita tarkemmin. Tästä on uskoakseni apua uuden toimivamman päivystyksen suunnittelussa. Vaikka opinnäyte-työni käsittelee yksinomaan Nokian terveyskeskusta voi sitä hyödyntää myös muiden lähialueiden päivystysten suunnittelussa.

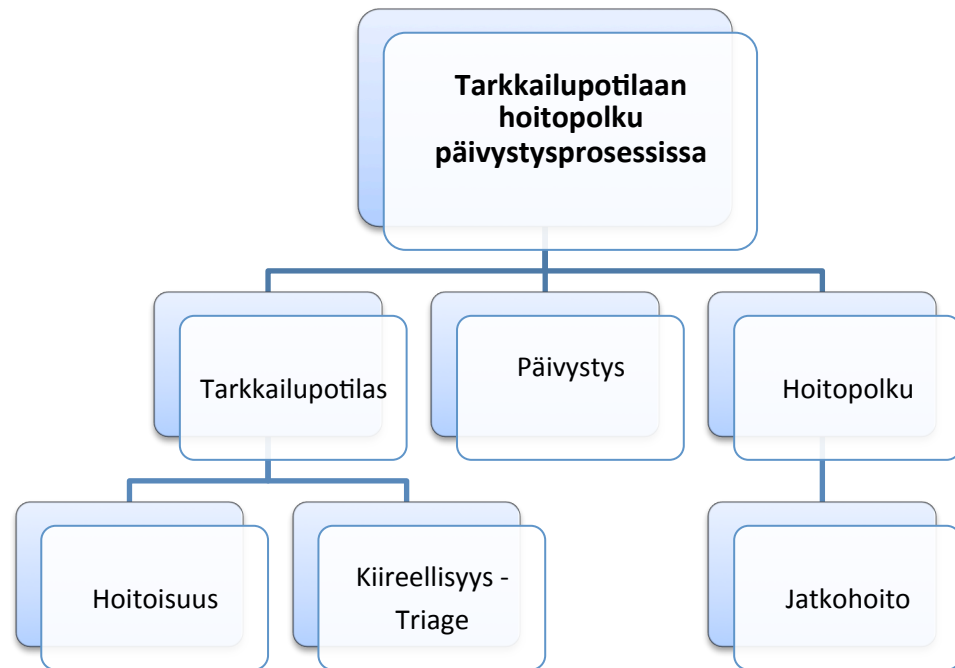
2 TARKOITUS, ONGELMAT JA TAVOITTEET

Opinnäytetyön tarkoituksena on kartoittaa tarkkailupotilaan hoitopolkua Nokian terveyskeskuksen päivystyksessä.

1. Millainen on tarkkailupotilas?
2. Mitkä tekijät vaikuttavat päivystyspotilaan hoitoprosessiin?
3. Mitkä ovat tarkkailupotilaan hoitoprosessin ongelmakohdat?

Opinnäytetyön tavoitteena on selvittää päivystysprosessiin ja erityisesti jatkohoitoon siirtymiseen liittyviä ongelmia, jotka aiheuttavat päivystyksen ruuhkautumista ja läpimenoaikojen pitkittymistä. Näiden kartoittamisella voidaan kehittää Nokian terveyskeskuksen päivystystoimintaa.

3 TEOREETTINEN VIITEKEHYS



3.1 Terveyskeskuspäivystys

Päivystyshoito on äkillisen sairastumisen, vammautumisen tai kroonisen sairauden pahenemisen edellyttämää välitöntä potilaan tilan arvioita ja hoitoa. Perusterveydenhuollon päivystyksestä vastaa kunta ja sen tuottaa yleensä terveyskeskus, sairaanhoitopiiri tai yksityinen sektori. (Kuisma ym. 2013, 92 – 93.) Päivystystä toteuttavassa yksikössä on oltava riittävät voimavarat ja osaaminen, jotta hoidon laatu ja potilasturvallisuus toteutuvat. Päivystyspaikkaa valittaessa on myös huomioitava välimatkat ja ensihoitopalvelun verkosto kyseisellä alueella. (Terveystoimintalaki 2010, 50 §.)

Nokian terveyskeskuksessa toimii opinnäytetyön tekohetkellä ympärivuorokautinen terveyskeskuspäivystys, jonka pääasiallinen tehtävä on palvella Nokian kaupungin asukkaita äkillisissä ja kiireellisissä tapaturmissa ja sairastapauksissa (Nokian kaupunki 2013). Terveyskeskuksen päivystyksessä toimii nelipaikkainen tarkkailuhuone. Tarkkailuhuoneessa hoidetaan kiireellisimmät potilaat, joita ovat kiireellisyysluokituksessa lähinnä A- tai B-luokitellut potilaat (Jokinen 2013). Terveystoimintalaki (2010) velvoittaa järjestämään ympärivuorokautisen päivystyksen kiireellisen hoidon antamiseksi.

Päivystysprosessien ongelmat ovat mietityttäneet muuallakin Suomessa. Tutkittaessa Meilahden päivystyspoliklinikan ruuhkautumisen syitä päällimmäiseksi nousivat henkilöstöressurssien puute potilaita vastaanotettaessa. (Mattila, Granfelt, Harjola, Holmlund, Koskinen, Mustonen, Paloheimo & Pohjola-Sintonen 2008). Vaikka itse sisäänkirjautumistapahtuma on lyhyt, kuormittaa tilannetta potilaiden saapuminen epätasaisesti ja saapumisjärjestykseen kuulumattomat asiat. Samaisessa tutkimuksessa todettiin, että potilaiden tuloa voidaan ennustaa melko hyvin päivän ja ajan perusteella. (Mattila ym. 2008.) Vaikka otanta onkin omassa selvityksessäni huomattavasti kyseistä tutkimusta pienempi, voi siitä saada suuntaviivaa potilasmassojen liikkeistä Nokian terveyskeskuspäivystyksessä. (Mattila ym. 2008.)

Tarkkailupotilaan määrittäminen on keskeinen tehtävä opinnäytetyössäni, jotta saataisiin selville, minkä tyyppisiä potilaita Nokian terveyskeskuksen tarkkailuhuoneessa hoidetaan ja sitä kautta voitaisiin parantaa koko osaston toimintaa. Tarkkailupotilaalla tarkoitetaan tässä yhteydessä Nokian terveyskeskuksen potilasta, josta on täytetty tarkkailulomake. Tarkkailulomake täytetään osastonhoitaja Jokisen mukaan (2013) kaikista potilaista, jotka vaativat päivystyksessä olonsa aikana sellaista seurantaa, johon liittyy kirjattavia asioita: muun muassa väliaikatietoja voinnista, mittaustuloksia (kuten verenpaine, verensokeri) ja lääkkeiden anto. Nokian terveyskeskuksen tarkkailupotilaan rajauksessa jätetään pois aulassa pelkkää lääkärin vastaanottoa odottavat potilaat. (Jokinen 2013.) Opinnäytetyössäni kerään tietoa tarkkailupotilaista ja heidän hoitopolustaan tekemäni lomakkeen avulla (liite 1). Lomakkeeseen on otettu yleisimmät sairaudet, joiden vuoksi päivystyshoitoon hakeudutaan (Castrén ym. 2009).

3.2 Hoitopolku päivystysprosessin systeemissä

Prosessi koostuu tapahtumista ja asioista, jotka etenevät loogisesti peräkkäin tai rinnakkain. (Lillank, Kujala & Parvinen 2004, 92). Teollisuustalouden professori Lillrank havainnollistaa teoksessaan prosessien päällekkäisyyttä esimerkillä samanaikaisista prosesseista kuvantamisprosessin kanssa (2004, 92 – 95). Kuvantaminen on yleiskäsite erilaisille menetelmille, joilla tuotetaan kuvia esimerkiksi sisäelimistä tai luustosta. (Duodecim 2014). Kuvastamisprosessi on osa diagnostiikkaprosessia, joka on osa potilasprosessia, joka puolestaan sisältyy hoitoketjuun, joka on osa kansanterveydellistä prosessia. On toki olemassa prosesseja jotka toteutuvat yksi asia kerrallaan. Kaikilla

prosesseilla on logiikka, vaikka se ei olisi selkeä tai johdonmukainen. Jokaisella prosessilla on omat tukiprosessinsa, kuten siivousprosessi on päivystysprosessissa. Prosesseissa on myös omat pullonkaulansa, jotka määrittävät kuinka tehokas prosessi itsessään on. (Lillank ym. 2004, 92 – 95).

Hoitopolku päivystysosastolla käsittää potilaan vastaanottamisen, hoidon tarpeen arvioinnin sekä päätöksen jatkohoidosta ja potilaan siirtymisen turvaamisen. Hoidon tarpeen arvioinnin perusteella potilas hoidetaan joko kyseisessä hoitopaikassa tai lähetetään eteenpäin erikoissairaanhoidon, vuodeosastolle tai kotiin. (Castrén, Aalto ym. 2009, 69 – 70.) Koponen ja Sillanpää (2005, 70) kuvaavat päivystysprosessin systeeminä, johon vaikuttavat sisäänmeno, prosessin läpimeno sekä ulosvirtaus. Sisäänvirtaukseen sisältyy muun muassa päivystyspoliklinikoiden kyky vastaanottaa potilaita ja ensihoidon viive potilaiden luovutuksessa. Läpimeno käsittää potilaiden hoitoajan päivystyksessä ja hoitoprosessin tehokkuuden. Tehokkuuteen vaikuttavat esimerkiksi hoitotilat, potilaiden valinta valvontapaikoilla sekä lääkärin ja hoitajien määrä. Ulosvirtauksella tarkoitetaan yleisesti jatkohoidon ohjaamista tai kotiuttamista. (Koponen ym. 2005, 70.)

Opinnäytetyöhöni kuuluvan hoitopolkulomakkeen (liite 1) avulla kartoitan Nokian terveyskeskuspäivystyksen tarkkailupotilaiden hoitopolkua osana päivystysprosessin systeemiä. Ajatuksena on, että päivystyksen sisäänvirtaukseen vaikuttavat potilaan lähtöpaikka ja tulotapa. Huonon sisäänvirtauksen on katsottu heikentävän potilaan saamaa hoitoa, pitkittävän hoitoaika ja vievän hoitajilta resursseja. (de Silva 2013). Hoitoprosessin läpimenoaikoja tarkastellaan hoitopolkulomakkeesta ilmenevästä potilaan aikajana. Ulosvirtauksella tarkoitetaan kotiutumista tai jatkohoidon ohjaamista. Vaihtoehtoja Nokian terveyskeskuksen päivystysosaston ulosvirtaukselle ovat hoidon onnistuminen kotona, siirtyminen palvelutaloon tai avopuolelle, siirtyminen Acutaan tai siirtyminen Nokian terveyskeskuksen vuodeosastolle.

Lomakkeesta saadun tiedon avulla pyrin selvittämään, minkälainen on tarkkailupotilaan hoitopolku Nokian terveyskeskuksessa. Esimerkiksi löytyykö pitkiin hoitoaikoihin yhteistä selittävää tekijää. Jatkohoidon voidaan arvioida myös taloudellisesta näkökulmasta: kuinka paljon potilaita lähetetään jatkohoidon johtuen Nokian terveyskeskuksen täydestä vuodeosastosta.

3.3 Tarkkailupotilaan triage: kiireellisyys ja hoitoisuus

Triage-menetelmä eli hoidon tarpeen ja kiireellisyyden arviointi on kehitetty tilanteisiin, joissa potilaita on enemmän kuin auttajia, resurssit ovat rajalliset ja aikaa on vähän. Päivystyskäynnin alussa tehdään potilaan osalta merkittäviä päätöksiä koskien tutkimusten ja hoidon tarvetta sekä kiireellisyyttä. (Malmström 2011.) Triagen tarkoituksena on arvioida potilaan hoidon tarve ja sen kiireellisyys; tarvitseeko potilas päivystyksellistä erikoissairaanhoidoa, perusterveydenhuoltoa vai hoitoa lainkaan. Hoidon tarpeen arvioi kokenut sairaanhoitaja ja se tapahtuu ensimmäisenä potilaan tullessa ilmoittautumaan. (Syväoja ym. 2009, 30, 94–95.) Potilaan kiireellisyyden arvio on erityisen tärkeä ruuhkatilanteissa, koska tuolloin vähemmän kiireelliseksi arvioidut potilaat odottavat pitempään tutkimusten ja hoidon aloitusta (Malmström 2011).

Potilaiden kiireellisyysluokitteluun käytetään Suomessa yleisimmin ABCDE-triagemallia. Triagemallit ovat kuitenkin kontekstisidonnaisia ja siten muokattavissa olemassa olevien resurssien mukaisesti. (Syväoja ym. 2009, 95). Terveyskeskuspäivystykset ja yhteispäivystykset eroavat resurssiltaan ja tarkoituksiltaan toisistaan, minkä vuoksi ABCDE-triagemallin määritelmässä on eroavaisuuksia. Tässä opinnäytetyössä hoidon kiireellisyysluokituksella tarkoitetaan Nokian terveystieteiden keskuksessa käytettävää kiireellisyysluokittelua, jossa:

A = välitön hoito tai arviointi

B = kiireellinen hoito – ei voi odottaa virka-aikaan

B(1) esim. rytmihäiriöt, keskivaikea hengenahdistus

B(2) esim. nenäverenvuoto tai murtumaepäily

C = akuutisti lievästi sairaat, jotka voisivat odottaa virka-aikaan.

D = ensiapuun kuulumattomat potilaat. (Liite 2.)

Tarkkaa rajausta päivystyspotilaan ja tarkkailupotilaan välillä ei etukäteen ole löydettävissä. Nokian terveystieteiden keskuksen päivystyspoliklinikalla jaotellaan tarkkailupotilaiksi karkeasti A, B1 ja B2 –potilaat (Jokinen 2013). Hoidettavuudella tarkoitetaan puolestaan potilaan tarvitseman hoidon määrää tai muuta erityistarvetta, joka on esimerkiksi eristyspotilaan vaatimaa hoitoa. Hoitopolkulomakkeen (liite 1) avulla pyrin kartoittamaan, vastaako tarkkailupotilaiden jaottelu todellisuutta Nokian terveystieteiden keskuksen päi-

vystyösosastolla ja miten kiireellisyys- ja hoidettavuusluokitukset vaikuttavat hoitoaikoihin tai hoitoprosessin kulkuun.

4 METODINEN LÄHTÖKOHTA

Määrällisessä tutkimusmenetelmässä tietoa tarkastellaan numeerisesti eli tutkittavaa asiaa käsitellään numeroiden avulla. Kerätyt tulokset esitetään numeraalisesti, mutta niitä tulkitaan ja selitetään myös sanallisesti. Kvantitatiivisella tutkimusmenetelmällä vastataan kysymyksiin ”kuinka usein”, ”kuinka moni” ja ”kuinka paljon”. Kyselylomake on yleisin määrällisen tutkimuksen aineistonkeruumenetelmä, minkä lisäksi käytetään myös haastattelu- ja havainnointilomakkeita. Kyselylomakkeen hyötynä on erityisesti vastaajien anonymiteetin turvaaminen. Yksi tärkeimmistä määrällisen tutkimuksen ominaisuuksista on tutkijan objektiivisuus eli puolueettomana pysyminen. (Vilka 2007, 13 – 14; Vilka 2005, 73.) Tämä asia korostuu entisestään terveydenhuollon piirissä toimissa. Tarkemmin tarkastellen puolueettomuudesta voidaan erottaa puolueeton tutkimusprosessi ja puolueettomat tutkimustulokset. Tutkimuksen objektiivisuuden säilyttämiseksi tutkijan tulee pitää mahdollisimman etäinen suhde aineistonkeruuprosessiin. (Vilka 2007, 16.)

Määrällisen tutkimuksen tarkoituksena on selittää, kuvata, kartoittaa, vertailla tai ennustaa ihmisiä koskevia asioita. Noista alaryhmistä oma opinnäytetyöni kuuluu selittävään tutkimukseen, jossa tutkija selkiyttää tutkittavan asian taustalla vaikuttavia syitä. Selvityksen tavoite on tehdä kyseinen asia entistä selkeämmin ymmärrettäväksi ja selvittää tutkitun asian syy-seuraus eli kausaalisuhteita. Näin pyritään löytämään yhteyksiä asioiden välille tai miksi asiat, käsitykset tai tapahtumat eroavat tai liittyvät toisiinsa. (Vilka 2007, 19).

Opinnäytetyössäni käytin kvantitatiivista menetelmää, sillä haluamani tulokset olivat numeraalisia ja määrällinen tutkimus antaa siihen sopivia työvälineitä. Aineisto haluttiin saada riittävän suureksi, jotta potilaiden anonymiteetti pystyttäisiin takaamaan ja tulokset olisivat luotettavia. Vilkan mukaan luotettavia tietoja saadaan vasta kun aineiston koko nousee yli 100 henkilöön. (2007, 15, 17). Opinnäytetyöni aineiston keruuta voidaan pitää systemaattisena havainnointina, jossa strukturoidusti kerätään tieto tietyistä seikoista potilaan hoitopolun aikana. Systemaattinen havainnonkeruu on parhaiten soveltuva havainnoinnin muoto määrälliseen tutkimukseen. (Vilka 2007, 29). Vilkan korostamaa tutkimuksen objektiivisuutta vahvistaa opinnäytetyössäni seikka, että en itse täyttänyt lomakkeen tietoja, vaan sen suoritti aina vuorossa oleva hoitaja.

5 TOTEUTTAMINEN

Aineiston kerääminen tapahtui systemaattisella havainnoinnilla Nokian terveyskeskuspäivystyksen tarkkailuosaston sairaanhoitajan toimesta strukturoidulle hoitopolkumakkeelle (ks. liite 1). Aiempien vuosien tilastoista totesin potilasmäärien olevan kuukaudessa noin 200, joten havainnointiajaksi sovittiin yksi kuukausi. Lomake täytettiin kaikista tarkkailuosaston potilaista 1.1. – 31.1. 2014 välisenä aikana. Lomake oli laadittu tarkkailuosaston hoitajien näkemysten pohjalta, ja sen tarkasti Nokian terveyskeskuksen ylilääkäri.

Kyselylomakkeen strukturointi ja operationalisointi tehtiin yhteistyössä Nokian terveyskeskuspäivystyksen osastonhoitajan ja ylilääkärin kanssa. Ensin kartoitimme ongelmat joihin haluttiin vastaukset, sen perusteella muotoilin kyselylomakkeen. Tärkeää oli, että vuorossa oleva hoitaja pystyi täyttämään lomaketta nopeasti. Esimerkiksi potilaan tulopaikkaan annettiin vain neljä vaihtoehtoa, jotka katsottiin olevan informatiivisimpia tuloksen kannalta. Avoin vastaus olisi tehnyt tulosten tulkitsemisen erittäin hankalaksi ellei mahdottomaksi. Kysyttävät asiat oli ilmaistu siten, että niitä oli helppo lähestyä objektiivisesti eli erilaisia asteikkoja ei käytetty. Selvityksen objektiivisuutta paransi tutkijan irrottautuminen varsinaisesta havainnoinnista, jolloin tutkijan subjektiivinen näkemys ei pääse vaikuttamaan tuloksiin.. (Vilkka 2007, 15 – 16, 48 – 49.) Tavoitteenani oli kartoittaa muun muassa Nokian terveyskeskuksen tarkkailupotilaiden laatua ja määrää.

Tutkimuksen perusjoukoksi, eli ne havaintoyksiköt joista tutkimuksessa halutaan tietoa, muodostui kaikki Nokian terveyskeskuspäivystykseen tulevat potilaat, jotka tarvitsevat tarkkailua. Näitä potilaita kutsuttiin Nokian päivystyksessä ”tarkkailupotilaiksi” ja pääosin potilaat sijoitettiin nelipaikkaiseen tarkkailuhuoneeseen. Tutkimus toteutettiin kokonaistutkimuksena eli kaikki perusjoukkoon kuuluvat havaintoyksiköt mitataan (Vilkka 2005, 77 – 78).

Lomakkeeseen täytettiin tulohetkellä sisäänkirjautumisaika, potilaan lähtöpaikka ja hänen käyttämänsä kulkuneuvo, tulosyy, kiireellisyysluokitus sekä onko potilas istumavai makuupaikalla. Lisäksi kirjattiin, jos potilas oli kahden hoitajan autettava ja muuten raskashoitoinen. Lomake identifioitiin järjestysnumerolla, joka merkittiin myös viralli-

siin potilasasiakirjoihin. Näin voitiin luopua alkuperäisestä ajatuksesta potilaan nimen kirjoittamisesta lomakkeelle ja sen poistamista ennen dokumenttien luovuttamista minulle. (Liite 1.) Lomakkeelle kirjoitettiin myös aika, jolloin lääkäri vastaanotti potilaan ja aika jolloin potilas sai luvan kotiutua tai sai päätöksen siirrosta toiseen hoitopaikkaan. Lopuksi kirjattiin aika potilaan uloskirjautumishetkellä, kulkuväline jota hän käytti poistuessaan päivystyksestä sekä syy siirtymiselle. (Liite 1.)

Aineisto analysoitiin SSPS-ohjelmaa käyttäen. Ohjelma on suunniteltu suurien määrällisten eli siten numeraalisten aineistojen analysointiin. Eettisenä kysymyksenä nousi esille potilaiden tietosuoja mahdollisen vähäisen potilasmäärän vuoksi, minkä vuoksi havainnointiaikaa jatkettiin alkuperäisestä viikosta kuukauteen. Vähäinen materiaali ei antaisi luotettavaa kuvaa tarkkailuosaston tilanteesta. Potilastietosuojakysymys tuli esille myös hoitopolkulomakkeessa olevan nimi-sarakkeen kanssa. Varsinaiseen tutkimukseen nimiä ei tarvita, mutta potilaiden tunnistamisessa ja tietojen täyttämässä se on tärkeää. Nimet on tarkoitus poistaa Nokian terveyskeskuksen toimesta ennen lomakkeen luovuttamista.

Lähtökohtaisesti määrällisessä tutkimuksessa ajatellaan, että materiaali on normaalisti jakautunutta eli ääriarvot muodostavat marginaalin, kun pääosa havaintoyksiköistä sijaitsee niiden välissä. (Vilkka 2007, 126). Aineistoa analysoidessa huomasin kokonaisajan- ja odotusajan jakaumien olevan vasemmalle vinot. Tarkoittaen, että ajat olivatkin painottuneet lyhyempiin aikoihin, jotka asettuivat taulukoissa vasemmalle ja toisaalta myös muutamat erittäin pitkät ajat vääristivät keskiarvoa. Tästä syystä esitin ajat sekä keskiarvoina että mediaanina. Mediaani antaa tarkemman kuvan keskimääräisestä ajasta kuin keskiarvo, joka ottaa huomioon kaikki havaintoyksikön luvut saman ”arvoisina”. Mediaani lasketaan asettamalla luvut rinnakkain pienimmästä isoimpaan jolloin keskimäinen arvo on mediaani. Näin lyhimmat ja pisimmät ajat eivät vaikuta arvoon yhtä voimakkaasti kuin keskiarvossa. (Vilkka 2007, 175).

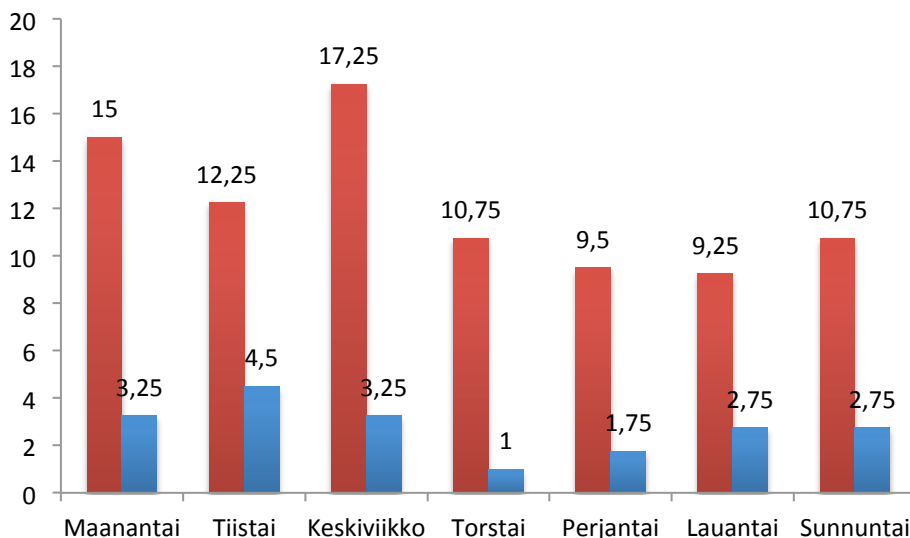
Opinnäytetyön budjettia ei erikseen määritelty, sillä se ei sisältänyt suuria rahaa vieviä osatekijöitä. Rahallista resurssia tarvittiin ainoastaan kulkemiseen Nokian ja Tampereen välillä, sillä kyselylomakkeiden tulostus onnistui Nokian terveyskeskuksessa. Aikatauluksi suunniteltiin opinnäytetyön suunnitelman valmistuminen ja esitleminen Nokialla syksyllä 2013. Sen tärkein osa-alue oli kyselylomake, jotta aineiston keruu voitaisiin

aloittaa tammikuussa 2014. Aineiston tallentaminen SPSS-ohjelmaan suunniteltiin toteutettavaksi keväällä 2014 ja analyysi sekä kirjallisen työn kirjoittaminen syksyllä 2014. Lopullisen työn esittäminen Nokian terveyskeskuspäivystyksen osastotunnilla joulukuussa samana vuonna. Osaa opinnäytteen tuloksista hyödynnettiin jo ennen sen valmistumista yöpäivystyksen suunnittelutyössä.

6 PÄIVYSTYSPROSESSI TILASTOINA

Valitsin kyseiset kuviot edustavan otannan sekä tutkimustehtäviin että -tavoitteisiin liittyvistä syistä. Potilasmäärät päivässä auttoi Nokian terveyskeskuksen yöpäivystyksen suunnittelussa, kuten myös muut kuviot. Kokonaisuena ja odotusaika antoivat pohjan tarkkailupotilaan hoitopolun selvittämisessä. Potilaan käyttämä kulkuneuvo ja tulo- paikka täydensivät tarkkailupotilaan määrittelyä. Halusin vastata kysymyksiin muun muassa; mistä tulee ja millä, entä hoidetaanko hänet ensisijaisesti Nokian terveyskeskuspäivystyksessä vai Acutassa.

Kuviossa 1 nähdään Nokian terveyskeskuksen päivystyspotilaiden keskimääräinen jakautuminen eri viikonpäiville sekä illan ja yön aikana (kello 20-08) saapuneiden potilaiden määrä. Taulukosta voidaan päätellä, että tarkasteluajankohtana vilkkainta päivystyksessä oli alkuvuikosta ja kiireellisemmäksi päiväksi muodostui keskiviikot. Rauhällisimmat päivät olivat puolestaan perjantai ja lauantai. Suurin osa potilaista saapui päiväsaikaan (kello 08-20), jolloin hoidettiin keskimäärin yhdeksästä vajaaseen 18 potilasta päivässä. Ilta- ja yöaikana päivystyksen potilasmäärissä on havaittava sama trendi kuin päiväsaikaan eli alkuvuikko on myös ilta- ja yöaikana kiireellisempi kuin loppuvuikko. Keskimäärin ilta- ja yöaikana hoidettiin yhdestä vajaaseen viitteen potilasta.

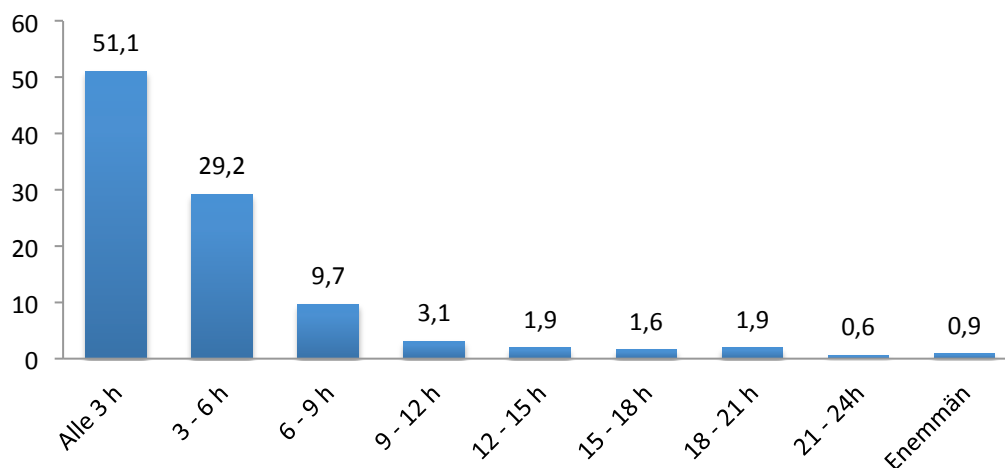


KUVIO 1. Potilaiden keskiarvo päivää kohden (punaiset, pitkät), sekä potilaiden keskiarvo jotka tulivat kello 20.00 – 08.00 välisenä aikana (siniset, lyhyet palkit).

6.1 Kokonaisaika

Kokonaisaika kertoo sen ajan, jonka potilas vietti sisään- ja uloskirjautumisen välillä Nokian terveyskeskuksen päivystyksessä. Kokonaisaika sisältää näin ollen koko päivystysprosessin aina sisäänmenosta läpimenoaikaan ja ulosvirtaukseen. Näiden välillä on toimenpiteinä hoitajan tekemä kiireellisyysarviointi, potilaan tutkiminen ja hoitaminen tai hoitamatta jättäminen sekä siirtyminen pois päivystyksestä. Kaikki nämä vaiheet vaikuttavat potilaan päivystyksessä viettämään kokonaisaikaan, mutta tässä selvityksessä en ole ottanut tarkempaan tarkasteluun yksittäisten vaiheiden kestoa muuten kuin ulosvirtaukseen liittyvän odotusajan osalta.

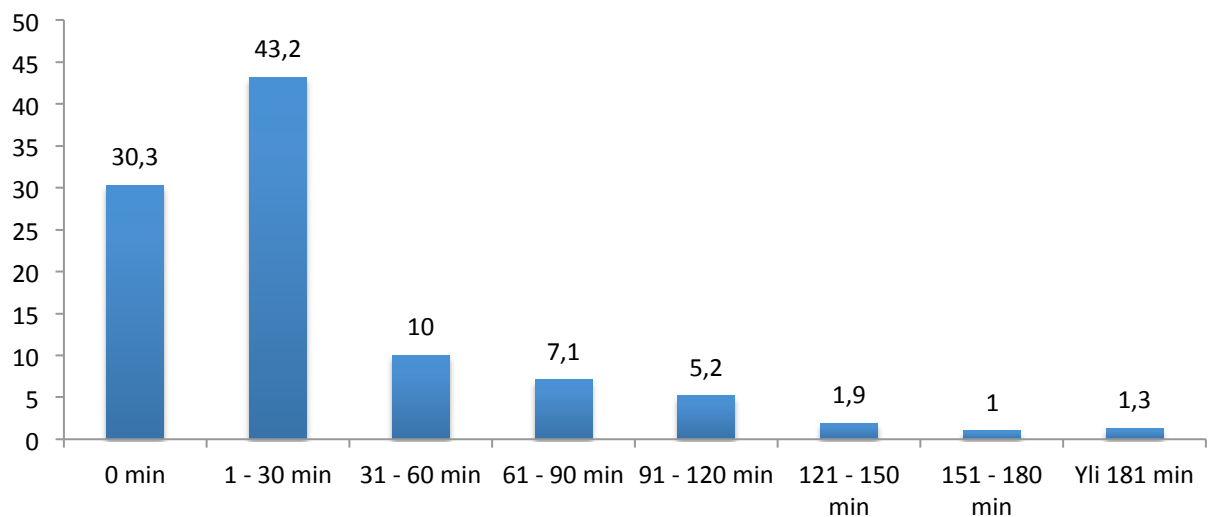
Kokonaisaika on luokiteltu kolmen tunnin ajanjaksoihin tulosten analysoinnin helpottamiseksi. Keskimääräinen kokonaisaika oli 264 minuuttia ja mediaani 175 minuuttia. Yli puolet potilaista vietti päivystyksessä aikaa alle kolme tuntia. Valtaosa heistä (41,0 %) sijoittui 35 – 150 min väliin. Kymmenen prosenttia eli noin 32 potilasta kuukaudessa vietti päivystyksessä yli yhdeksän tuntia. Yli 12 tunnin kokonaisaikoja oli 6,9 prosentilla potilaista ja yli vuorokauden päivystyksessä vietti alle yksi prosentti potilaista. Nopeimmillaan potilas poistui 10 minuutin kuluttua saapumisestaan päivystykseen ja pisimmillään hoito kesti lähes 27 tuntia.



KUVIO 2. Kokonaisaika prosentteina kolmen tunnin jaksoissa

6.2 Odotusaika

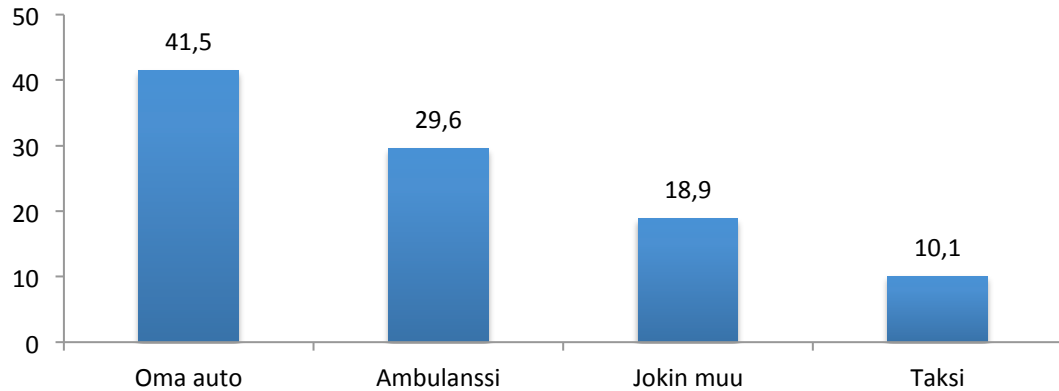
Odotusaika kertoo sen ajan, jonka potilas joutui odottamaan ambulanssia tai siirtymistä lääkärin siirtomääräyksen jälkeen. Odotusaika liittyy siten päivystyksen ulosvirtauksen sujuvuuteen. Keskimääräinen odotusaika oli 31 minuuttia ja mediaani 10 minuuttia. Mediaanin ja keskimääräisen odotusajan suuri eroavaisuus kertoo tulosten epätasaisesta jakaumasta, kuten kuvio 3 osoittaa. Kaikista potilaista 30,3 prosenttia poistui välittömästi hoidon loputtua ja valtaosa potilaista (61,3 %) poistui viimeistään 15 minuutissa siirtoluvan saatuaan. Kaikista potilaista 73,5 prosenttia poistui päivystyksestä alle puolen tunnin sisällä siirtoluvasta.



KUVIO 3. Odotusaika prosentteina ja luokiteltuna kolmenkymmenen minuutin jaksoihin

6.3 Tulotapa

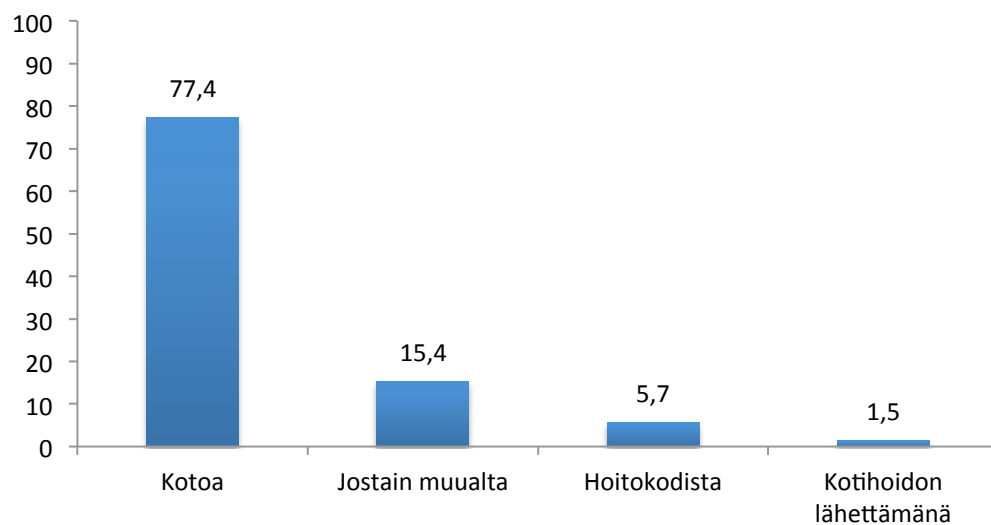
Tulotapa kertoo potilaan käyttämän kulkuvälineen hänen tullessaan Nokian terveyskeskuspäivystykseen. Tarkastelujaksolla kolmannes potilaista saapui päivystykseen ambulanssilla, mutta suurin osa saapui joko omalla autolla tai jollain muulla tavalla, kuten käyttäen julkista liikennettä tai taksia.



KUVIO 4. Potilaan käyttämä kulkuneuvo hänen tullessaan päivystykseen prosentteina ilmoitettuna

6.4 Tulopaikka

Tulopaikka puolestaan ilmaisee paikkaa, josta potilas saapui Nokian terveyskeskuspäivystykseen. Suurin osa potilaista saapui päivystykseen omasta kotoaan. Hoitokodista tai kotihoidon lähettämä päivystykseen saapui alle kymmenesosa potilaista.

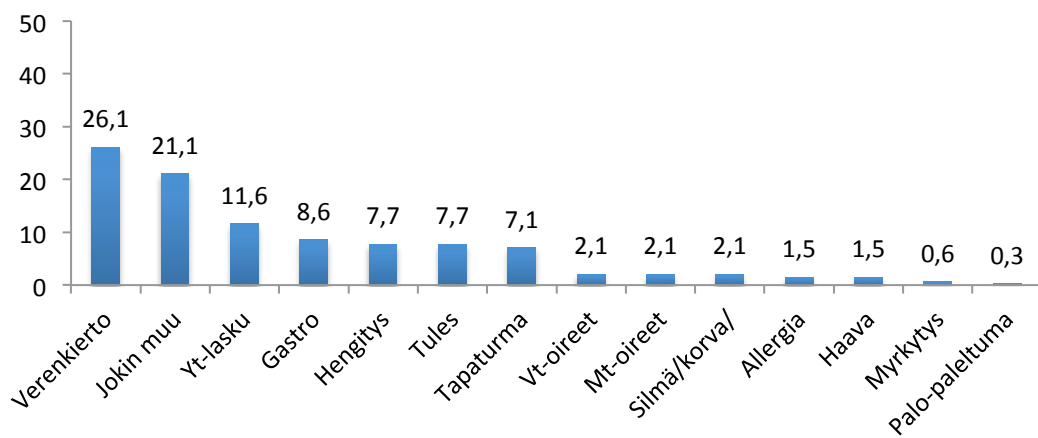


KUVIO 5. Paikka josta potilas lähti päivystykseen prosentteina ilmoitettuna

6.5 Tulosityy

Kuvion 6 taulukosta ilmenee yleisimmät tulosityy eli ne sairaudet tai tapaturmat, joiden vuoksi Nokian terveyskeskuspäivystykseen saavuttiin tarkasteluajanjaksona. Opinnäyte-työssäni en selvitä eri sairauksien hoitoja tai hoitoon kulunutta aikaa ja tästä syystä sairaudet ovat esitetty yläryhmittäin. Esimerkiksi ”verenkierto” tarkoittaa sepelvaltimotau-

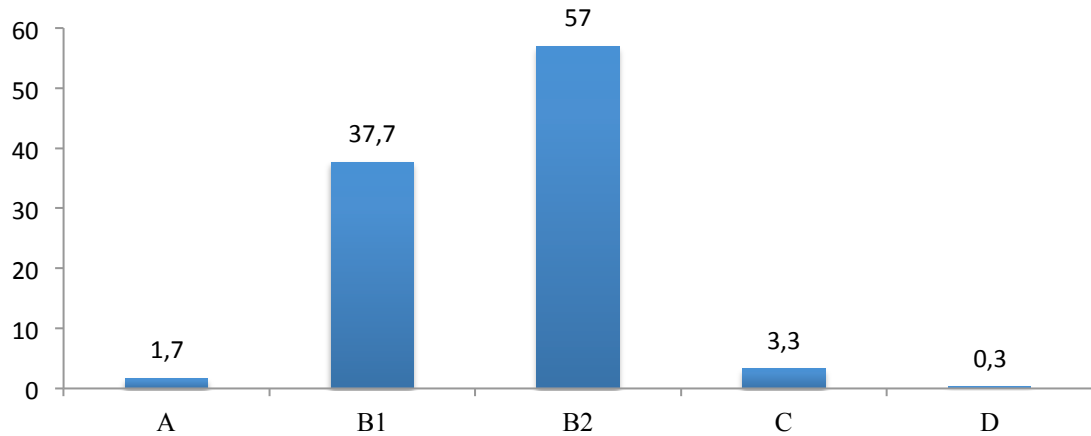
tia, sydämen vajaatoimintaa, verenpainetautia, aivoverenkiertohäiriötä ja perifeerisiä verenkiertohäiriöitä. (Takala 2009). Hoidon kiireellisyysarvioinnissa noin viidesosaa potilaista ei pystytty määrittelemään mihinkään lomakkeessa annettuun ryhmään, tai kyseistä syytä ei ollut lomakkeessa. Kolmanneksi yleisin päivystykseen hakeutumisen syy oli yleistilan lasku, joka oli tulossyynä 11,6 prosentilla potilaista. Varsin tasaiseen keskiryhmään (8,6 prosentista 7,1 prosenttiin) sisältyivät suolistosairaudet, hengitysteihin liittyvät sairaudet, tuki- ja liikuntaelinsairaudet ja tapaturmat. Vähiten päivystystä kuormittivat virtsatieinfektiot, mielenterveysongelmat, silmä-, korva- ja kurkkutaudit, allergiat, haavat, myrkytykset sekä palo- tai paleltumavammat.



KUVIO 6. Potilaan tulosyy prosentteina ilmoitettuna

6.6 Kiireellisyysluokat

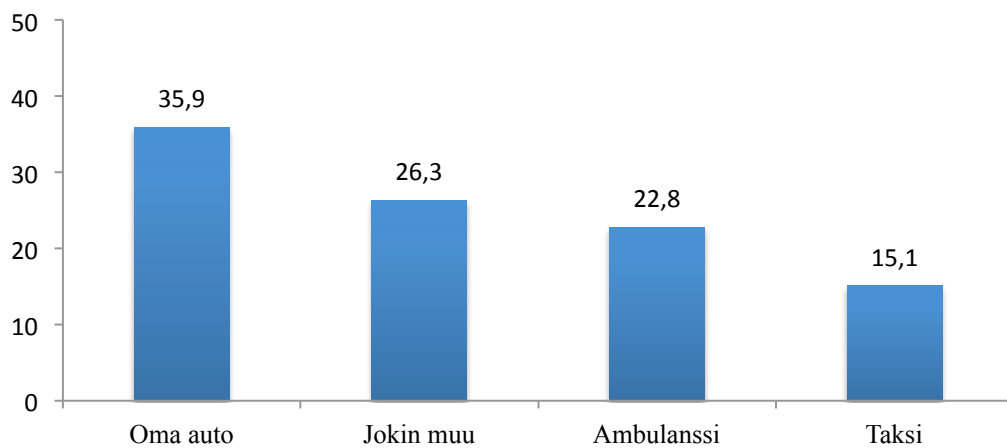
Hoitopolkulomakkeessa käytettiin Nokian terveyskeskuksen omaa kiireellisyysluokitte-
lua, kuten johdannossa mainitsin. Tämän luokittelun mukaan päivystyksen potilasmate-
riaalista ylivoimaisesti suurin osa arvioitiin B-luokitukseen (B1 37,7% ja B2 57%). B-
luokituksen mukaan potilas vaatii kiireellistä hoitoa eikä voi odottaa virka-aikaa. Tällai-
sia tulosyitä olivat muun muassa yleistilanlasku, rytmihäiriöt, traumat ja myrkytykset.
(Liite 2).



KUVIO 7. Kiireellisyysluokat prosentteina Nokia terveystieteiden keskuksen luokituksella

6.7 Siirtotapa

Siirtotapataulukko kertoo kulkuneuvon tai tavan, jolla potilas siirtyi eteenpäin Nokian terveystieteiden keskuksen päivystyksestä. Kuten tulotavassa, myös siirtotapana yleisin oli oma auto. Ambulanssilla matkaansa jatkoi vajaa neljännes, kun taas päivystykseen saapui ambulanssilla vajaa kolmannes (kuviot 4).

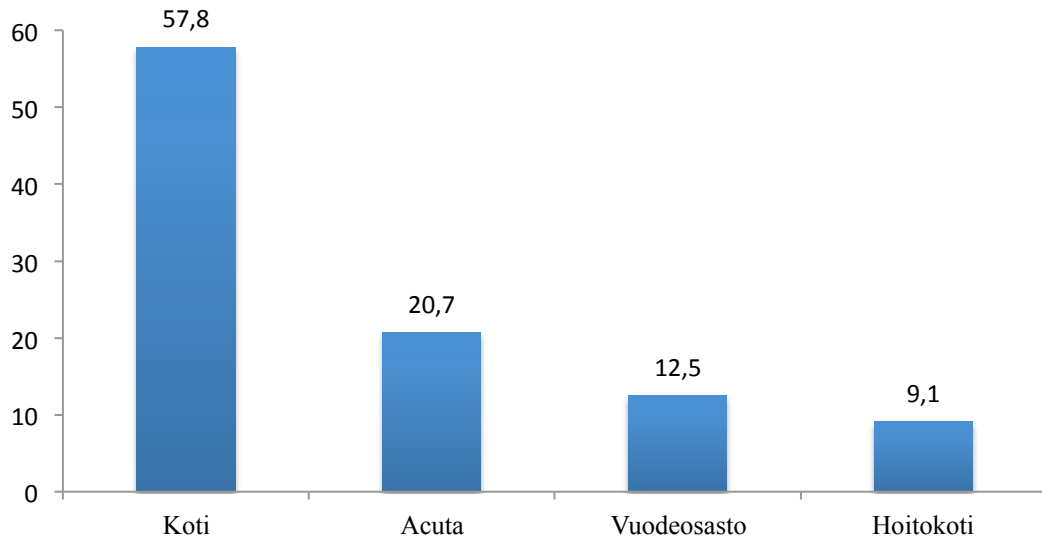


KUVIO 8. Potilaan käyttämä kulkuneuvo päivystyksestä poistuessa prosentteina ilmoitettuna

6.8 Siirtopaikka

Siirtopaikalla (N=329) tarkoitetaan paikkaa, johon potilaat siirtyivät päivystyksestä. Potilasta enemmistö siirtyi kodinomaiseen paikkaan (kotiin 57,8%, hoitokotiin 9,1%). Jatkohoitoon Tampereen yliopistollisen sairaalan yhteispäivystykseen Acutaan siirtyi

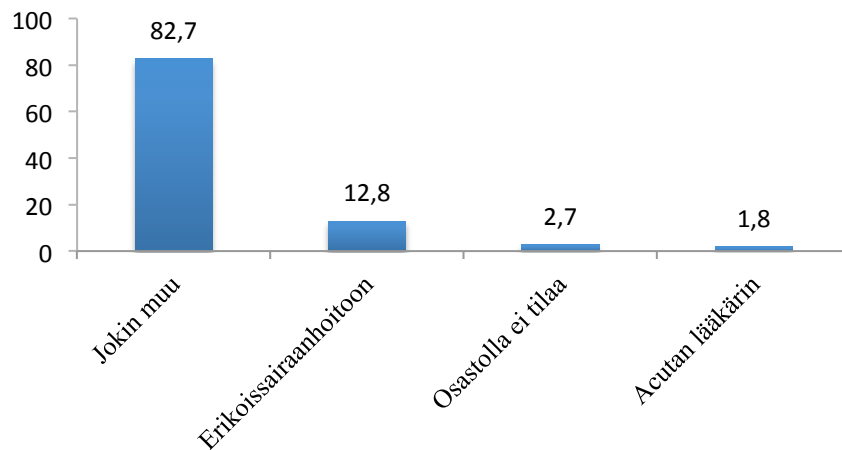
viidesosa tarkkailupotilaista ja Nokian terveyskeskuksen vuodeosastolle siirtyi 12,5 prosenttia eli noin 41 potilasta.



KUVIO 9. Paikka johon potilas siirtyi päivystyksestä prosentteina ilmoitettuna

6.9 Siirtosyy

Taulukosta käy ilmi, että suuri enemmistö (82,7 %, N=329) päivystyksen potilaista sai tarvitsemansa hoidon päivystyksessä, minkä jälkeen heidät kotiutettiin (taulukossa ”jokin muu”). Tähän joukkoon kuuluivat myös potilaat, jotka kieltäytyivät hoidosta (1 kpl) sekä potilaat, jotka eivät alunperinkään tarvinneet hoitoa (13 kpl). Loput potilaista vaativat erikoissairaanhoidoa, tai siirron Acutaan lääkärin pyynnöstä. Nokian terveyskeskuksen vuodeosaston tilanpuute oli siirtosyyinä 2,7 prosentissa tapauksissa.



KUVIO 10. Potilaan siirtymisen syy prosentteina ilmaistuna

7 POHDINTA

Opinnäytetyöni tarkoituksena oli kartoittaa tarkkailupotilaan hoitopolkua Nokian terveyskeskuksen päivystyksessä. Tehtäväkseni asetin tarkkailupotilaan määrittämisen, päivystyspotilaan hoitoprosessiin vaikuttavien tekijöiden ja ongelmakohtien selvittämisen. Tavoitteenani oli kartoittaa päivystysprosessin pullonkaulat ja näin edistää Nokien terveyskeskuspäivystyksen kehittämistä.

Tulosten tarkastelua vaikeutti pienehkö ja epätasaisesti jakautunut otanta (N=339), mikä vuoksi tutkittavien asioiden välille ei voitu luotettavasti määrittellä korrelaatioita. Tilastollisten hypoteesien tarkasteluun ja merkitsevyydestäukseen käytetään Khin neliö-testiä. Testiä voidaan käyttää vain, jos vertailtavissa ryhmissä on riittävästi muuttujia. Opinnäytetyössäni khin neliö -testi ei mielestäni antanut lisäarvoa. Tämä johtui epätasaisesta hajonnasta tutkimusryhmien välillä, yksi tai muutamat ryhmistä saivat suurimman osan vastauksista ja muissa ryhmissä havaintoyksiköitä ei ollut riittävästi. Havainnointiryhmän minimikoko on eri lähteistä lukien noin viisi havaintoyksikköä. (Pikkarainen 2011.)

7.1 Millainen on tarkkailupotilas

Nokian terveyskeskuksen päivystyksen tarkkailupotilaista kolme neljästä tuli kotoaan, heistä puolet käytti omaa autoa ja neljäsosa tuotiin ambulanssilla. Suurin osa päivystykseen tulevista potilaista oli B1- tai B2-kiireellisyysluokiteltu, kotoa tulevista 95,1 prosenttia kuului tähän ryhmään. Kaiken kaikkiaan vain 30 potilasta (N=295) kuului muuhun kuin B -kiireellisyysluokkaan. Jakauma johtunee pääosin Nokian terveyskeskuksen käyttämästä kiireellisyysluokittelusta, joka on suunniteltu käytettäväksi perusterveydenhuollon päivystyksessä. Toisaalta ensimmäinen kiireellisyysluokittelu tehdään jo ambulanssissa, joten kiireellisimmät potilaan viedään suoraan lopulliseen hoitopaikkaan. Nokian kaupungissa tämä tarkoittaa Tampereen yliopistollisen keskussairaalan päivystystä, Acutaa. Ambulanssilla Nokian terveyskeskuspäivystykseen tuotiin vajaa kolmannes potilaista, heistä kaksi kolmasosaa haettiin kotoa. Kotoa tulikin tilastollisesti akuuteimmat potilaat. Puolestaan hoitokodista tulleista potilaista yhdenkään kiireellisyysluokitus ei ollut A ja vain neljällä se oli B1. Tästä huolimatta lähes 90 prosenttia

tuli ambulanssilla. Tilasto saattaa selittyä hoitolaitoksissa asuvien huonolla liikkumisella ja siirtokuljetus ambulanssien käytöllä. Tärkeää olisi kuitenkin jatkossa vertailla ambulanssin antaman raportin aikaa suhteessa esimerkiksi paritaksin tuoman potilaan vastaanottoon. Kumpi kuljetusmuoto on potilaan ja toisaalta yhteiskunnan kannalta järkevämpi ja mielekkäämpi.

Tutkimusten mukaan aikaisemmin mainitsemani tulokset ovat myös valtakunnallisesti tarkasteltuna yleisimpiä syitä, joiden vuoksi päivystykseen hakeudutaan. (Castrén, Aalto ym. 2009, 69 – 70). Nokian terveyskeskuksen tarkkailupotilaan yleisin tulosyö oli sydän- ja verisuonisairaudet, mikä onkin loogista sen ollessa myös yleisin kansansairaus Suomessa (Terveiden ja hyvinvoinnin laitos 2014). Heistä vain vajaa kolmannes oli ”kiireettömiä” (B2, C tai D), mikä on linjassa Nokian terveyskeskuksen oman triage-ohjeistuksen kanssa. Onkin selvää, että kansansairauden ollessa kyseessä myös päivystyshoitoa vaativia taudin pahenemisvaiheita väistämättä tulee ja uusia sairauksia diagnosoidaan jatkuvasti. (Takala 2009). Yleisesti ottaen tulostyistä ei voida tehdä suuria johtopäätöksiä, useiden syiden ollessa harvinaisia ja muutaman tulostyyn dominoidessa tuloksia. Yksi mainitsemisen arvoinen yhteys kuitenkin löytyi. Allergisten oireiden vuoksi tulleista potilaista puolet hoidettiin kiireellisenä. Vaikka otanta on pieni, vain viisi potilasta, oli trendi olemassa. Kyse voi olla etupainotteisuudesta kiireellisyiden arvioinnissa, mutta allergisen reaktion pahentuessa anafylaktiseksi on hoitajien syytä olla hereillä. (Liukas 2013). Istumapaikalla pidettiin potilaita joiden kokonaisaika oli alle yhdeksän tuntia ja heistäkin viisi kuudesta hoidettiin alle kolmessa tunnissa. En löytänyt yhtäläisyyksiä istumapaikalla olevien määrän ja kokonaisaikojen pituuden suhteen. Voidaan ajatella, että hetkellinen ruuhkautuminen ei vaikuta merkittävästi potilaiden kokonaishoitoajan kestoon tai istumapaikalla pidettiin potilaita heidän yleisvointinsa, eikä tilanpuutteen vuoksi.

Suurin osa Nokian terveyskeskuspäivystyksen potilaista hoidettiin ja kotiutettiin päivystyksestä, vain vajaa viidennes lähti osastolle tai jatkohoitoon. Reilusti yli puolet potilaita kotiutettiin ja heistä 82 prosenttia poistui 15 minuutissa luvan saatuaan. Jatkohoitoon lähtevien potilaiden määrä on merkittävä tekijä ruuhkautumisen suhteen. Heistä noin 17 prosenttia odotti siirtymistä pidempään kuin tunnin, joka on kokonaisajan mediaanista noin kolmannes. Acutaan siirtyvistä vain kolmannes odotti pidempään kuin tunnin. Muun siirtopaikan kuin kodin ja Acutan suhteen poistuminen oli hyvin tasaista. Esi-

merkiksi vuodeostolle siirtyminen tapahtui yleisimmin 5 minuutin ja neljän tunnin välissä, painopisteen ollessa 45 minuutin kohdalla. Yli kaksi tuntia kestävä odotusaika oli 4,2 prosentilla potilaista ja heistä ambulanssilla poistui viisi. Yleisesti ottaen ambulanssilla poistuvat potilaat muodostivat suurimman osan kuljetusta odottavista potilaista, jonka voidaan ajatella vaikuttavan myös ruuhkautumiseen ja hoidon raskauteen, siten myös päivystysprosessin hitauteen hoitopaikkojen ollessa vähissä. (Mattila ym. 2007).

7.2 Hoitopolku ja ongelmakohdat

Hoitopolku Nokian terveystieteiden keskuksen päivystysosastolla käsittää koko prosessin potilaan vastaanottamisesta potilaan siirtymisen turvaamiseen. Kokonaishoitoajan keskiarvo oli 4,5 tuntia ja mediaani hieman alle kolme tuntia. (Katso mediaani s 14). Esimerkiksi vuonna 2010 Acutan aulapotilaiden keskimääräiset kokonaishoitoajat olivat 80 prosentilla alle 3 tuntia, mutta vuodepotilailla sama noin 4,5 tuntia. (Pirkanmaan sairaanhoitopiiri 2010).

Nokian kokonaishoitoajan tulosta vääristää pieni osa otannasta (6,9 %), jotka viettivät päivystyksessä 12 tunnista yli 24 tuntiin. Nämä potilaat jäivät lähes poikkeuksetta seurantaan tarkkailuosastolle ja kotiutuivat hoidon saatuaan. Syiksi lomakkeeseen oli kirjattu kommoitioseuranta eli lievän aivovamman jälkeinen potilaan aktiivinen seuranta, tai jokin muu pitkää hoitoa vaativa syy. (Saastamoinen 2014). Osaston tilanpuutteen vuoksi potilaat odottivat päivystyksessä enintään puolitoista tuntia, joskin kokonaisaika oli pisimmillään jopa 12 tuntia. Kuten edellä mainitsin, osastopaikkaa odottavien odotusaika oli keskimääräisesti suhteellisen lyhyt ja koko päivystysprosessi kesti suurimmalla osalla enintään kuusi tuntia. Voidaan olettaa, että näiden heti siirrettyjen potilaiden kohdalla oli varmaa, ettei paikkaa omalle osastolle vapaudu ja vain pienen osan kanssa jäätisiin paikkaa odottamaan pidempään. Jokisen (2013) mukaan on halvempaa hoitaa potilasta omassa kunnassaan, kuin laittaa potilas ambulanssilla Acutaan, josta hänet uudelleen sijoitetaan jonkin lähikunnan terveystieteiden keskuksen.

Mielestäni yksikin pitkään jatkohoitoa odottava potilas on merkittävä lisärasite päivystysprosessin sujuvuudelle, kun päivystys vetää keskimäärin noin 12 potilasta päivässä. Odottavien ja pitkään hoidettavien potilaiden määrä korostui erityisesti yöaikaan, jolloin

potilaita tuli keskimäärin vain alle kolme. (Kuvio 1.) Ilta- ja yöaikaan eli kello 20.00 – 08.00 välillä saapuvien potilaiden hajonta päivää kohden oli suurta, mikä tekee potilasmäärien ennakoinnista haasteellista työvuorolistoja laadittaessa. Esimerkiksi lauantaina jakauma oli 1, 0, 2 ja 8 potilasta per yö, joten keskiarvo (2,75) ei anna täysin luotettavaa kuvaa. ”Yöpotilasmäärissä” ei ole otettu huomioon niitä potilaita, jotka ovat tulleet hoidettaviksi ennen kello 20 eli todellinen potilasmäärä yöaikana voi joissain tapauksissa olla hyvinkin erilainen.

Suoranaisesti ongelma jatkohoitopaikoista ei ole Nokian terveystieteiden päivystysprosessissa, vaan ylipäätään Pirkanmaan potilaiden jatkohoitopaikkojen puutteessa. Sama ongelma huomattiin myös Meilahden sairaalan päivystyksessä tehdyssä tutkimuksessa, jossa merkittävä osa yli 15 tuntia päivystyksessä viettävistä potilaista odottaa asianmukaista jatkohoitopaikkaa. (Mattila ym. 2007).

Odotusaikojen lyhentäminen on haasteellista, eikä vähiten taloudellisten resurssien vuoksi. On tutkittu, että hoitajien määrän pitäminen riittävän korkealla ruuhkahuippujen varalta ei ole kustannuspaineiden ja henkilöstöpulan kanssa kamppaileville päivystyspoliklinikoille taloudellisesti tarkoituksenmukaista, mutta toisaalta liian pienistä resursseista on seurauksena ruuhkatilanteiden lisääntyminen nopeasti ja siten hoitoketjun kokonaiskustannusten kasvu. Nopean päivystysprosessin puolesta puhuu myös tutkimus, jonka mukaan potilaan pitkä päivystyskäynti korreloi pitkän, ja siten usein hinnakkaan, vuodeosastojakson kanssa. (Mattila ym. 2007.) Omassa opinnäytetyössäni en voi tarkastella hoitajien määrää suhteessa potilaiden määrään, mutta toivottavasti tämä työ auttaa myös hoitajien työvuorojen suunnittelussa suhteessa potilasmassoihin.

Kiireettömällä potilailla nopea hoito ei väistämättä tarkoita potilaan kannalta positiivista lopputulosta. Muusta kuin tehokkuuden näkökulmasta lähestyttäessä on todettu, että potilastyytyväisyyteen vaikuttaa ensisijaisesti muut asiat kuin kokonaishoitoaika. Näitä asioita ovat muun muassa potilaille annettu informaatio hoidostaan, päivystyksen fyysinen ympäristö, omaiset ja potilaan tulosy. (Kiura 2012). Nämä asiat on hyvä muistaa, ja ehkä Nokialla näin onkin, sillä potilas on kuitenkin aina keskiössä vaikka oma opinnäytetyöni painottuukin prosessin määrälliseen arviointiin

7.3 Loppulause

Päivystysprosessin sisäänvirtaukseen vaikuttaa päivystyksen kyky vastaanottaa potilaita ja viive potilaiden hoidon aloittamisessa. Ulosvirtaukseen vaikuttaa jatkohoitoon ohjaus ja kotiuttaminen. (Koponen ym. 2005, 70.) Kiireellisyysluokituksen ja kokonaisajan välinen ristiintaulukointi kertoo, että A -kiireellisyysluokan potilaat hoidettiin poikkeuksetta alle kolmessa tunnissa ja ainoastaan B2 -luokkaan kuuluvia potilaita hoidettiin yli 21 tuntia. Huomionarvoista on, että valtaosa potilaista hoidettiin muutamina ensimmäisinä tunteina. Kaikki D -kiireellisyysluokan potilaat hoidettiin alle kolmessa tunnissa, toki otanta A- ja D -luokissa olikin pieni. Päivystystä ruuhkauttaa siis pieni osa potilaista, joiden hoitoajat pitkittyvät syystä tai toisesta. Mitään selkeää yhteistä nimittäjää ruuhkautumiselle en löytänyt. Tulosten perusteella tärkeämmäksi tekijäksi sanoisin ulosvirtauksen. Pienessä päivystyksessä, jossa potilaspaikkoja on hyvin rajallisesti yksikin pitkään odottava potilas vaikuttaa prosessin sujuvuuteen.

7.4 Luotettavuus

Määrällisen tutkimuksen arvioinnissa törmätään käsitteisiin tutkimuksen reliabiliteetti ja validiteetti. Reliabiliteetilla tarkoitetaan tutkimuksen kykyä antaa ei-sattumanvaraisia tuloksia. Kysymys on tutkimuksen toistettavuudesta ja siitä onko tulos sama tutkijasta riippumatta, kun tutkimus toistetaan. Tutkimuksen reliabiliteettia tarkastellaan erityisesti mittaamiseen liittyviä asioista ja tarkkuutta tutkimuksen toteutuksessa. Tarkkailun kohteina ovat miten onnistuneesti otos edustaa perusjoukkoa, miten huolellisesti havaintoyksiköiden muuttujia koskevat tiedot on syötetty ja millaisia mittausvirheitä kyselylomake mahdollistaa eli mittarin kyky mitata tutkittavia asioita kattavasti. (Vilkkä 2007, 149 – 150.; Tuomi 2007, 150).

Tutkimuksen validius arvioi tutkimuksen onnistumista tutkimaan oikeaa asiaa eli onko tutkija onnistunut operationalisoimaan teoreettiset käsitteet ja tutkimus vastaa ennalta suunniteltuun kysymykseen. Tutkimuksen validius on hyvä, jos mittarilla on onnistuttu keräämään oikeanlaista tietoa ja kysymykset eivät ole väärinymmärrettävissä. Validiteettia arvioitaessa kiinnitetään huomio miten tutkija on onnistunut operationalisoimaan käsitteet arkikielelle, miten mittarin kysymysten muoto ja sisältö on onnistunut ja mil-

laisia epätarkkuuksia mittariin sisältyy. (Vilka 2007, 150.) Validissa tutkimuksessa ei saisi olla systemaattisia virheitä. (Vilka 2005, 161.)

Oman opinnäytetyöni reliabiliteetia eli luotettavuutta tarkasteltaessa huomio kiinnittyy aineistonkeruulomakkeeseen. Muut määrälliselle tutkimukselle tyypilliset ongelmat, kuten saatiinko edustava otos perusjoukosta tai onko vastaajia tarpeeksi, eivät olleen ongelmia omassa työssäni. (Vilka 2007, 150.) Sen sijaan virheet mittauksessa eli kyselylomakkeen täyttämässä oli virhemarginaalia. Osa kysymyksistä antoi mahdollisuuden helppoon ”jotain muuta” -vaihtoehtoon ja hankaloitti analyysivaiheessa tulosten tulkintaa. Esimerkiksi potilaan siirtotapa oli 26,3 prosenttisesti jokin muu kuin oma auto, taksi tai ambulanssi. Toki voidaan päätellä, että potilasta siirrettäessä päivystyksestä osastolle ei mitään edellä mainittuja kulkuneuvoja käytetty joten vastattiin ”jokin muu”. Se ei vähennä muun aineiston arvoa, mutta kysyttävän asian informatiivisuus on milten olematon ja aineiston keruuta toistettaessa asettelisin kysymyksen toisin. Toinen tutkimuksen reliabiliteettia koetteleva asia on tulosten kirjaaminen koneelle. Vaikka tulokset tarkastettiin moneen kertaan, virheiden mahdollisuus havaintomatriisia luotaessa on olemassa. Koska tein työn yksin, ei tietojen syöttöä ole tarkastanut kukaan ulkopuolinen henkilö. Tuloksissa on otettu huomioon kaavakkeiden epätäydellinen täyttäminen havainnonkeruu vaiheessa. Hävikki oli kohdasta riippuen 5 – 40 lomaketta. Päätin kuitenkin käyttää muita lomakkeella olevia tietoja, jossa kyseisten kohtien otanta saataisiin mahdollisimman suureksi. Hävikki on otettu huomioon prosentuaalisissa osuuksissa pääjoukosta.

Opinnäytetyöni validius eli pätevyys lomittuu osittain jo mainitsemaani reliabiliteettiin. Kysymysten asetteluun ja operationalisointiin olisin voinut kiinnittää enemmän huomiota. Vasta aineiston keruun jälkeen huomasin puuttuvia asioita ja vielä enemmän niitä joita oli kysytty turhaan. Esimerkiksi siirtosyyinä oli 82,7 prosenttia ”jokin muu”. Vaikka osaan lomakkeista oli täsmennetty sen tarkoittavan, ettei potilas tarvinnut hoitoa, jää loppujen osalta tapaus hieman epäselväksi.

Lähdeaineistoon tulee tutustua jo etukäteen ja arvioida lähteiden laatua, uskottavuutta sekä ikää. Lähteisiin tulee suhtautua kriittisesti ja valita ne tarkkaan. Tutkittu tieto muuttuu nopeasti, joten näistä kannattaa valita mahdollisimman tuoreet lähteet. Lähteissä on myös syytä suosia tunnetun asiantuntijan tekemää lähdetä. Lähteiden laa-

dun varmistamiseksi tulee mahdollisuuksien mukaan etsiä alkuperäinen lähde, sillä toisijaiset lähteet ovat aina tulkintaa. (Vilka & Airaksinen 2003, 72–73.) Omassa opin- näytetyössäni olen valinnut lähteitä tarkkaan ja siitä johtuen niitä on kohtalaisen vähän. Pyrin löytämään laadukkaita lähteitä ja poimimaan niistä oleelliset tiedot.

Kaavakkeen esitestausta ei ehditty toteuttaa ennen varsinaista systemaattista havainnon- keruuta. Pidin koulutuksen kaavakkeen täytöstä kahteen kertaa Nokian terveyskeskuk- sessa, sekä annoin puhelinnumeroni mahdollisia kysymyksiä varten. Jälkeenpäin ajatel- len kirjallinen ohje kaavakkeen täyttämiseksi olisi ollut myös erittäin toimiva ratkaisu. Näistä pienistä virheistä huomaa oman harjaantumattomuutensa tutkijana, mutta mieles- täni suoriuduin aineistonkeruusta kunnialla ja lomake mittasi haluamiani asioita.

7.5 Eettiset kysymykset

Tutkimusraporttiin tulee kirjoittaa vain sellaisia asioita jotka eivät riko tutkittaville an- nettuja lupauksia tai riko vaitiololupausta ja salassapitovelvollisuutta. Hyvään tieteelli- seen tapaan kuuluu, että tutkittavat henkilöt pysyvät tuntemattomina. (Vilka 2007, 164). Suomen Akatemia (1998) on määritellyt hyvän tieteellisen käytännön lyhyesti, vaikka lainaus on vanha on se paikkansapitävä:

”Hyvä tieteellinen käytäntö tarkoittaa tiedeyhteisön tunnustamien toimintatapojen nou- dattamista, yleistä huolellisuuttaja tarkkuutta tutkimustyössä ja tulosten esittämisessä, muiden tutkijoiden työn ja saavutusten asianmukaista huomioimista, omien tulosten esittämistä oikeassa valossa sekä tieteen avoimuuden ja kontrolloitavuuden periaattei- den noudattamiseksi.”

Määrällisessä tutkimuksessa kohdetta tutkitaan numeroilla, ei yksilöinä. Vilkan mukaan anonymiteettiä tärkeämmäksi eettiseksi haasteeksi nousee tapa jolla tutkittavista kirjojoi- tetaan. (2007, 164.) Tutkijan on muistettava kirjoittaa tutkijana, eikä antaa omien mieli- piteiden vaikuttaa tapaan kirjoittaa. Esimerkiksi negatiivinen tyyli kirjoittaa tietystä tut- kimuskohteesta johdattelee lukijankin väärille urille ja tutkimus menettää objektiivii- suuttaan. Tutkimuseettinen neuvottelukunnan ohjeistuksessa (2012) painotetaan tietty- jen alojen tutkimuslupien hakemista sekä eettisen ennakkokartoitusten tekemistä. Sosi-

aali- ja terveystieteiden kuuluu tähän ryhmään. Opinnäytetyössäni olen noudattanut hyvää tieteellistä käytäntöä parhaan tietämykseni mukaan. Tutkittavien anonymiteetti oli ensisijaisen tärkeää heti tutkimusta suunniteltaessa. Sen vuoksi päädyin systemaattiseen havainnointiin, jossa ulkopuolinen henkilö – tässä tapauksessa päivystyksen hoitaja – täytti kyselylomakkeen.

7.6 Kehittämishaasteet

Triagen toimivuuden tutkiminen on kehittämishaaste. Esimerkkinä Jorvin sairaala, jonka päivystyksessä toteutettiin kahden viikon ajalta triage-toiminnan laadunvalvontaa. Alkuvaiheessa potilaat luokiteltiin ABCD-luokkiin. Loppuvaiheessa kysyttiin hoitajalta ja lääkäriltä mielipide oikeaan triage-luokaan. Analyysi tehtiin 77 prosentista perusterveydenhuollon potilaista, joista 22 prosenttia arvioitiin eri luokaan kuin alkuvaiheessa. Kiireellisyysluokitusta laskettiin 71,5 prosentilla, joista kahdeksalla ero oli kaksi luokkaa alhaisempi. 28 prosentilla kiireellisyysluokitusta nostettiin, yhdellä kaksi luokitusta (C->A). Omassa opinnäytetyössäni huomioitiin hoidon aikaiset muutokset. Kiireellisyysluokitusta muutettiin seitsemän kertaa, joista neljä alaspäin. Kumpaakaan suuntaa kiireellisyyttä ei muutettu enempää kuin yhden luokan verran. Kerran kiireellisyys muuttui B1:stä A:ksi. Jorvin sairaalaa vastaava triage-toimintaa mittaava tutkimus voisi olla hyvä jatkotutkimus Nokian päivystykseen, jossa on vasta otettu käyttöön uusi triage-luokittelu.

Alkuun ajattelin, että aineistoni oli suuri, mitä se toki yksin opinnäytetyötä tehdessä olikin. Se ei kuitenkaan ollut riittävän laaja tutkimaan kaikkia niitä prosessin vaiheita, joita olisin halunnut. Tulevia opinnäytetöitä ajatellen päivystysprosessin pilkkominen pienempiin kokonaisuuksiin voisi olla keino saada määrällisesti samankokoinen aineisto, josta saisi tarkempaa tietoa.

LÄHTEET

Castrén, M., Harjola V-P., Rönnemaa, T. ym. 2013. Duodecim. Akuuttilääketieteestä pitkään odotettu erikoisala. Luettu 1.11.2013.

<http://www.terveysportti.fi/xmedia/duo/duo11150.pdf>

Castrén, M., Aalto, S., Rantala, E., Sopanen, P., & Westergård, A. 2009. 1. painos. Ensihoidosta päivystyspoliklinikalle. WSOY Oppimateriaali Oy.

De Silva, D. 2013. The Health Foundation. Improving patient flow across organizations and pathways. Luettu 9.10.2014

<http://www.health.org.uk/public/cms/75/76/313/4519/Improving%20patient%20flow%20across%20organisations%20and%20pathways.pdf?realName=2QY18X.pdf>

Diabetes. 2013. Duodecim. Käypähoito. 23.9.2013. Luettu 4.12.2013.

<http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/naytaartikkeli/tunnus/hoi50056>

Jokinen, P. Osastonhoitaja. 2013. Määritelmä tarkkailupotilaasta. Sähköpostiviesti. Pirjo.jokinen@tampereenkaupunki.fi. Luettu 1.12.2013.

Kiura, E. (toim.) 2012. Päivystysvastaanotot potilaiden näkökulmasta. Arviointiseloste 1/2012. THL. Luettu 8.10.2014

http://www.thl.fi/attachments/Meka/julkaisut/ohtanen/As_2012_1_paivystysvastaanotot.pdf

Kuisma, M., Holmström, P., Nurmi, J., Potrhan, K. & Taskinen, T. 2013. Ensihoito. Helsinki: Sanoma Pro Oy

Lillank P., Kujala, J. & Parvinen, P. 2004. Keskeneräinen potilas. Terveydenhuollon tuotannonohjaus. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy

Lipponen, K., Ukkola, L., Kaste O. & Kyngäs, H. (toim.) 2008. Erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon yhteistyönä tuotetut potilasohjauksen toimintamallit. Luettu 21.10.2013

http://www.ppshp.fi/instancedata/prime_product_julkaisu/npp/embeds/16314_3_2008.pdf

Liukas, T. 2013. Anafylaksia. 17.9.2013. Kustannus Oy Duodecim

Malmström, T. 2011. Päivystyksen potilasvirtojen hallinta. 8.12.2011. Aalto yliopisto.

Mattila, J., Granfelt, T., Harjola, V-P., Holmlund, L., Koskinen, A., Mustonen, E., Paloheimo, M. & Pohjola-Sintonen, S. 2008. Lääkärilehti. Päivystysprosessin tarkkailu tuo apua päivystysklinikan ryyhkiin. Luettu 25.9.2014

<http://www.fimnet.fi.elib.tamk.fi/cgi-cug/brs/artikkeli.cgi?docn=000029665>

Nokian kaupunki. Ensiapu 2013. Internet-sivusto. Luettu 4.12.2013

http://www.nokiankaupunki.fi/palvelut/perusturva_ja_terveys/terveys/ensiapu/

- Pikkarainen, E. 2011. Tilastollinen testaus –khin neliö testi. 9.12.2011. Luettu 7.10.2014
<https://wiki oulu.fi/pages/viewpage.action?pageId=26673579>
- Pirkanmaan sairaanhoitopiiri. 2010. Ensiapu Acutan ensimmäinen vuosi onnitui lopulta hyvin. 4.5.2010. Luettu 8.10.2014
<http://www.pshp.fi/default.aspx?contentid=8141&contentlan=1>
- Saastamoinen, T. 2014. Sairaanhoitajan käsikirja. Lievän aivovamman tai aivoruhjevaman hoito. 13.5.2014. Kustannus Oy Duodecim
- Sairausvakuutuslaki 21.12.2004/1224.
- Seppänen, A. Lääkärilehti. 2013. Päivystys kuormittuu kiireettömän hoidon hakijoista.
<http://www.fimnet.fi.elib.tamk.fi/cgi-cug/brs/artikkeli.cgi?docn=000039349>
- Syväoja, P. & Äijälä, O. 2009. Hoidon tarpeen arviointi. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi
- Takala, I. 2009. Sydän ja verisuonitaudit. 1.9.2009. Kustannus Oy Duodecim
- Terveydenhuoltolaki. 30.12.2010/1326. 50 §.
- Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. 2014. Sydän- ja verisuonitautien yleisyys. 26.9.2014. Luettu 13.10.2014
<http://www.thl.fi/fi/web/kansantaudit/sydan-ja-verisuonitaudit/sydan-ja-verisuonitautien-yleisyys>
- Tilastokeskus. 2009. Sepelvaltimotauti edelleen suomalaisten yleisin kuolinsyy. Luettu 29.8.2014. http://www.stat.fi/ajk/poimintoja/2011-05-30_hyka2.html
- Tuomi, J. 2007. Tutki ja lue. Johdatus tieteellisen tekstin ymmärtämiseen. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi
- Tutkimuseettinen neuvottelukunta. 2012. Hyvä tieteellinen käytäntö. Tutkimuseettinen neuvottelukunta (TENK) on opetus- ja kulttuuriministeriön asiantuntijaelin. Luettu 2.10.2014
<http://www.tenk.fi/fi/htk-ohje/hyva-tieteellinen-kaytanto>
- Vilka, H. 2005. Tutki ja kehitä. Keuruu: Otavan Kirjapaino Oy
- Vilka, H. 2007. Tutki ja mittaa. Määrällisen tutkimuksen perusteet. Helsinki: Tammi.
- Vilka, H. & Airaksinen, T. 2004. Toiminnallinen opinnäytetyö. Jyväskylä: Gummerus kirjapaino Oy.

LIITTEET

Liite 1. Lomake

TARKKAILUPOTILAAN HOITOPOLKU

Nro	Nimi
-----	------

Potilaan aikajana (Pvm/Klo)

1. Potilas vastaanotettu	3. Lääkäri kotiuttanut / antanut siirtoluvan
2. Lääkäri nähnyt	4. Potilas kotiutunut / siirtynyt

Potilaan lähtöpaikka ja tulotapa

Kotoa	<input type="checkbox"/>	Hoitokodista	<input type="checkbox"/>	Kotihoidon läh.	<input type="checkbox"/>	Jostain muualta?	<input type="checkbox"/>
Ambulanssi	<input type="checkbox"/>	Taksi	<input type="checkbox"/>	Oma auto	<input type="checkbox"/>	Jokin muu?	<input type="checkbox"/>

Potilaan tulosyy

Kiireellisyys - ja hoitoisuusluokitus

Tules	<input type="checkbox"/>	Allergia	<input type="checkbox"/>	VT-oireet	<input type="checkbox"/>	A	<input type="checkbox"/>	Yhden autettava/ ei erityistarv. Kahd. autettava/ MRSA, ESBL	<input type="checkbox"/>
Tapaturma	<input type="checkbox"/>	Haava	<input type="checkbox"/>	MT-oireet	<input type="checkbox"/>	B1	<input type="checkbox"/>		
Vierasesine	<input type="checkbox"/>	Hengitys	<input type="checkbox"/>	Silmä/korva/kurkku	<input type="checkbox"/>	B2	<input type="checkbox"/>		
Palo-palettuma	<input type="checkbox"/>	Yt-lasku	<input type="checkbox"/>	Verenkierto	<input type="checkbox"/>	C	<input type="checkbox"/>		
Myrkytys	<input type="checkbox"/>	Gastro	<input type="checkbox"/>	Jokin muu?	<input type="checkbox"/>	D	<input type="checkbox"/>		

Vuodepaikalla	<input type="checkbox"/>	Istumapaikalla	<input type="checkbox"/>
---------------	--------------------------	----------------	--------------------------

Potilaan siirtopaikka ja -tapa

Acutaan	<input type="checkbox"/>	Hoitokotiin	<input type="checkbox"/>	Kotiin	<input type="checkbox"/>	Vuodeosastolle	<input type="checkbox"/>
Ambulanssi	<input type="checkbox"/>	Taksi	<input type="checkbox"/>	Oma auto	<input type="checkbox"/>	Jokin muu?	<input type="checkbox"/>

Siirtymisen syy

Osastolla ei tilaa	<input type="checkbox"/>	Esh	<input type="checkbox"/>	Acutan lääk. pyyn.	<input type="checkbox"/>	Jokin muu?	<input type="checkbox"/>
--------------------	--------------------------	-----	--------------------------	--------------------	--------------------------	------------	--------------------------

Hoitaja: (huomautuksia, esim. "ei päivystyksellinen potilas", "poistui omaehtoisesti")

Liite 2. Triage -ohjeistus

KIIREELLISYYSLUOKITUS – TRIAGE

Päivystyshoito = äkillisen sairastumisen, vamman ja kroonisen sairauden vaikeutumisen edellyttämää välitöntä arviointia ja hoitoa (STM 058:00/2009).

Triage on potilaan omaa etua palvelevaa, sairaanhoitajan tekemää luokittelua. Se pohjautuu lääkäreiden ja ensiavun hoitajien yhdessä sopimiin kriteereihin. Luokittelun tavoitteena on välttävän ruuhkan helpottaminen, voimavarojen suuntaaminen eniten hoitoa tarvitseviin eli ” oikea potilas oikeassa paikassa”.

Kiireellisyysluokitukseen ei kuulu diagnosointia, vaan tulo-oireiden ja kiireellisuuden määrittäminen. Kiireellisyysluokituksen tekee hoitaja, joka ottaa potilaan vastaan. Luokitus tehdään tulostatuksen perusteella ja potilas ryhmitetään luokkaan (A, B1, B2, C) ja kirjataan kiireellisyysluokka tarkkailulomakkeeseen sekä tietojärjestelmään. Epävarmassa tilanteessa potilas ryhmitellään kiireellisempään suuntaan. Potilaan vointia seurataan odotusaikana ja kiireellisyysryhmää nostetaan, jos potilaan voinnissa tapahtuu muutoksia. Lapsipotilaat ovat erityisryhmä, joiden kiireellisyysluokitus vaatii erityistä harkintaa.

A = VÄLITÖN HOITO TAI ARVIOINTI

- ***Sydänoireiset*** (äkillinen kova rintakipu, verenkierron romahtaminen, bradykardia, ST-muutokset)
- ***Vaikeat infektion oireet*** (tajunnantason lasku, sepsis- ja meningiittiepäily)
- ***Vaikea hengenhäiriö*** (ei pysty puhumaan lauseita, SpO2 < 85%)
- ***Tuoreet aivoverenkiertohäiriöoireet*** (halvausoireet, puhehäiriö, suupielen roikkuminen, äkillinen räjähtävä päänsärky)
- ***Kova vatsa/kylkikipu*** (VAS 9, sokkioireet)
- ***Anafylaksia*** (iho-oireet, hengitys- tai nielemisvaikeus, verenpaineen lasku)
- ***Isot verenvuodot*** (haavat, veriulosteet ja verioksentelu)
- ***Isot palovammat***
- ***Kouristelevat*** epileptiset sarjakohtaukset, lapsen kuumekeuhkokuume.
- ***Lävistävä silmävamma***

B = KIIREELLINEN HOITO – EI VOI ODOTTAA VIRKA-AIKAA

B1

- ***Rytmihäiriöt*** (SVT, oireinen FA, sinustakykardia)
- ***Rintakipuilu*** (ei EKG –muutoksia , sydämen vajaatoiminnan paheneminen)
- ***Keskivaikea hengenahdistus*** (laryngiitti, COPD:n paheneminen, astma)
- ***YT:n lasku*** (kuumeilu, korkea CRP)
- ***Lievemmät neurologiset oireet*** (huimaus, päänsärky, oksentelu, migreeni)
- ***Psykoottiset MT-potilaat*** (aggressiivisen tilanteen selvittely, M1 – arvio)
- ***Silmävammat ja roiskeet, vaikeat silmäinfektiot, näköhäiriöt***
- ***Intoksikaatiot, käärmeen purema, usean ampiaisen pisto***
- ***Lonkka- ja avomurtumat, isojen nivelten luksaatiot***
- ***Traumapotilaat*** (kolari, pahoinpitely, kaatuminen, putoaminen)
- ***Lasten ongelmat*** (mahdollisesti lähete erikoissairaanhoidon tai tilat, jotka saattaisivat huonontua tai kehittyä vakavammiksi seuraavan vuorokauden aikana)
- ***Raiskaus***
- ***Laskimotukosepäily***
- ***Virtsauampi***
- ***Viranomaisten ea:han saattamat potilaat*** (poliisi, lastensuojelu)

B 2

- ***Kurkun ja nielun hankalat infektiot, kurkkupaise***
- ***Murtumaepäily*** (kuvausarvio mahd. nopeasti huomioiden röntgenin aukiolo)
- ***Haavat***
- ***Lievemmät allergiset reaktiot*** (urticaria)
- ***Nenäverenvuoto***
- ***Kuumeinen VTI*** (mahdollisesti crp-nousu)
- ***Silmäroskat***

- *Vierasesineet kehon onteloissa* (nenässä, korvassa, peräsuolella, ruokatorvessa)
- *Haavatulehdukset, ihotulehdukset* (kuume + mahd. crp-nousu esim. ruusu)
- *Verensokerin muutokset* (oireiset, asiakkaan tilanteeseen epänormaalin korkeat tai matalat)

C = AKUUTISTI LIEVÄSTI SAIRAAT, JOTKA VOISIVAT ODOTTAA SEURAAVAAN PÄIVÄÄN

Viikonloppuisin, pitkinä pyhinä tai öisin, on käytettävä harkintaa, jos potilas ohjataan päiväpalveluihin.

- *Kurkkukipu*
- *Korvasärky* (tilanteesta riippuen esim. kova särky – kipulääke ei tehoa).
- *Silmätulehdus* (lieväoireinen paranee usein ilman lääkettä kolmessa päivässä).
- *Pitkittyneet kiputilat, TULES*
- *Hammassärky*
- *Rokot*
- *Poskiontelotulehdukset*
- *Flunssa*
- *Ihottumat*
- *Yskä*

Kannattaa tutustua Käypä hoito suosituksiin!

D = Ensiapuun kuulumattomat potilaat:

- *Todistukset ja reseptien uusinnat*
- *Sairaslomien jatkot*
- *Potilaat, jotka hoitaja on jo alueella arvioinut ei kiireellisesti hoidettavaksi*

Liite 3. Tutkimustaulukko

Tutkimus	Tarkoitus	Menetelmä	Keskeiset tulokset
Juho Mattila, Tuula Granfelt, Veli-Pekka Harjola, Leif Holmlund, Arja Koskinen, Eija Mustonen, Mika Paloheimo, Sinikka Pohjola-Sintonen (2007)	Päivystykset ruuhkautuvat. Ongelmakohtien tiedostaminen helpottaa suunnittelua.	Tapaustutkimus N=76 660	Meilahden päivystyksen vastaanottoprosessin ruuhkautumisen syiksi tunnistettiin henkilöstöresurssien allokointi, ryp-päinä saapuvat potilaat ja saapumisjärjestelyihin välittömästi liittymättömi-en töiden kasaantuminen kiireaikaan. Ruuhkaa ker-tyi tukipalvelujen, kuten kuvantamistutkimusten viiveistä ja henkilökunnan työaikojen epätarkoituk-senmukaisesta kohdenta-misesta potilasmääriin nähden. Poistumisjärjeste-lyjen ongelmina olivat tiedonkulku eri henkilös-töryhmien välillä ja jatko-hoitopaikkojen huono saa-tavuus. Pääosaan ongel-makohdista löydettiin rat-kaisu.
Malmström Mi-ka (2011)	Päivystyskäynnin alussa tehdään potilaan osalta merkittäviä pää-töksiä koskien tutkimusten ja hoidon tarvetta sekä kii-	Tapaustutkimus N=49348	Hoitolinja, jossa potilas käy ensin yleislääkärillä ja sitten erikoissairaanhoidon lääkäriä johtaa huomattavan pitkään päi-vystyskäynnin kokonaiskestoajaan. Iäkkäiden potilaiden ja

	reellisyyttä.		yleistilan laskun vuoksi päivystykseen saapuvien potilaiden hoitolinjan valintaan tulee jatkossa kiinnittää erityistä huomiota Päivystyksen tulosityn kirjaamisesta Suomessa tarvitaan yhtenäinen ohjeistus, jotta tulevaisuudessa voidaan arvioida päivystyksen ensiarvion vaikutuksia potilaiden hoitolinjaan ja ennusteseen
--	---------------	--	---