

YHTEISPÄIVYSTYKSEN SAIRAANHOITAJAT  
HOIDON TARPEEN KIIREELLISYYDEN ARVIOIJINA

Katja Harle

Opinnäytetyö, kevät 2011

Diakonia-ammattikorkeakoulu,

Diak Etelä, Helsinki

Hoitotyön koulutusohjelma

Sairaanhoitaja (AMK)

## TIIVISTELMÄ

Harle, Katja. Yhteispäivystyksen sairaanhoitajat hoidon tarpeen kiireellisyyden arvioijina. Helsinki, kevät 2011, 100 s., 4 liitettä.

Diakonia-ammattikorkeakoulu, Diak Etelä, Helsinki. Sosiaali- ja terveystieteiden koulutusohjelma, hoitotyön suuntautumisvaihtoehto, sairaanhoitaja (AMK).

Opinnäytetyön tarkoituksena oli kuvata sairaanhoitajien kokemuksia potilaiden hoidon tarpeen kiireellisyyden arvioijina Haartmanin sairaalan yhteispäivystyksessä. Lisäksi tarkoituksena oli kartoittaa triage-hoitajien tärkeimmät taidot ja ominaisuudet potilaan hoidon kiireellisyyden arvioinnissa sekä triage-järjestelmän mahdolliset kehittämistarpeet. Opinnäytetyön tavoitteena oli edistää työelämätahoa suuntaamaan triage-hoitajille tuloksista esiin nousseille alueille lisäkoulutusta, jonka avulla voidaan kehittää heidän osaamistaan. Opinnäytetyön toivotaan myös lisäävän triage-hoitajien tietoisuutta omista kehittämistarpeistaan työyhteisössään.

Opinnäytetyö on laadullinen tutkimus, jonka tiedonhankintamenetelmänä käytettiin puolistrukturoitua teemahaastattelua. Opinnäytetyötä varten haastateltiin syksyllä 2010 kuutta Haartmanin sairaalan yhteispäivystyksessä työskentelevää sairaanhoitajaa, jotka työskentelevät myös triage-hoitajina. Litteroinnin jälkeen aineisto analysoitiin aineistolähtöisesti sisällönanalyysillä.

Opinnäytetyö kuvaa triage-hoitajien kokemuksia potilaan hoitoonohjauksen toimimattomuudesta, haastavista potilaista, yhteispäivystyksen muutoksista, yhteistyöstä lääkärin kanssa, päätöksentekoa helpottavista ja vaikeuttavista tekijöistä sekä ammattien välisistä näkemyseroista triagesta. Triage-hoitajilla oli näistä asioista myös kielteisiä kokemuksia.

Triage-hoitajan tärkeimpien ominaisuuksien ja taitojen lähtökohtana oli riittävä työkokemus sairaanhoitajana. Tärkeimmiksi ominaisuuksiksi nousivat rauhallisuus, kärsivällisyys, uskottavuus ja vuorovaikutustaidot. Tärkeimmiksi taidoiksi nousivat laaja-alainen osaaminen, kokonaisvaltaisen teorian omaaminen sairauksista, hoitoketjun tuntemus ja hyvä kielitaito. Triage-hoitajien kokemusten mukaan triagen kehittämistarpeita ovat yhtenäisen ohjeistuksen kehittäminen, ESI-triagen toimivuuden parantaminen, perehdytys ja lisäkoulutus sekä sairaanhoitajan vastaanoton tehostaminen. Merkittävimmäksi kehitystarpeeksi nousi triage-lääkäri, joka haluttiin osaksi arviointitoimintaa.

Opinnäytetyön avulla voidaan kehittää Haartmanin sairaalan yhteispäivystyksen lisäksi myös muiden Suomen päivystysyksiköiden triage-toimintaa ja siihen osallistuvan henkilöstön työnjakoa. Triage-lääkäri nopeuttaisi potilaan hoitoprosessia ja näin tehostaisi potilaan hoidon kiireellisyyden arviointia. Lisäksi se auttaisi Suomen päivystysyksiköiden yhtenäisen linjan muodostamista, johon nyt olisi tavoitteellista suunnata. Opinnäytetyötä voidaan käyttää triage-hoitajien koulutuksissa suunniteltaessa, mikä myös tehostaisi triagea, parantaisi lääkärin yhteistyötä ja vähentäisi näkemyseroja.

Asiasanat: triage, hoitotarve, sairaanhoitaja, päivystys, kiireellisyysluokitus, hoidon tarpeen kiireellisyyden arviointi, kvalitatiivinen tutkimus

## ABSTRACT

Harle, Katja.

Triage-nurses at hospital emergency ward.

100 p. 4 appendices. Language: Finnish. Helsinki, Spring 2011.

Diaconia University of Applied Sciences, Degree Programme in Nursing. Degree: Nurse.

Triage is the process of determining the priority of patients' treatments based on the severity of their condition. The triage is a system that accurately identifies those patients needing to be seen immediately from those patients who can safely wait to be seen. The challenge in triage for nurses is to prioritize and rank non-urgent patients. The aim of the study was to find out nurses' experiences of triage. The study described the most important abilities and skills of the triage-nurses. The study also charted development ideas for the triage-system at the Haartman hospital emergency ward. The target of this thesis was to settle what are triage-nurses' needs for education.

The qualitative research method was used. The research material was collected by thematic interviews in the Finnish Haartman hospital emergency ward. Six triage-nurses participated in the interviews. The results were analyzed by qualitative content analysis.

The study described triage-nurses' experiences of patient guidance, challenging patient cases, changes in job description, doctors' teamwork, decision-making and different opinions of triage. Triage-nurses had also negative experiences, particularly that patient guidance did not work, there were challenging patient cases, dissatisfaction with doctors' teamwork and different opinions of triage.

The main results of the thesis showed that triage-nurses' most important abilities and skills were based on nurses' clinical experience. The most important abilities were calmness, patience, credibility and social skills. The most important skills were wide know-how, knowledge about hospitals and good knowledge of languages. The development ideas were to create common directions, improve Emergency Severity Index (ESI)-triage, the triage-education and the orientation of triage-nurses and also to make more effective nurse's practice. The most significant development need was to include the triage-doctor as part of the triage.

The information gathered during this thesis can be used for planning the triage-education. The triage-education is in the key position to make the system more effective and uniform. It is also important to improve the teamwork of the doctors and nurses and lessen the different opinions of triage. The triage-doctor will make the system better and more effective, having a triage-doctor would also increase the patient safety. The results can be utilized by the Haartman hospital emergency ward planning the education. The final thesis could help to increase the triage-nurses' awareness of their own development ideas in the work community.

Keywords: triage, triage-nurse, priority of patient treatment, emergency ward

## SISÄLLYS

1 JOHDANTO .....	6
2 PÄIVYSTYSPOTILAAN HOIDON TARPEEN KIIREELLISYYDEN ARVIOINTI	8
2.1 Päivystyshoidon kehitys Suomessa 2000-luvulla .....	9
2.2 Yhteispäivystykset pääkaupunkiseudulla.....	13
2.3 Hoidon tarpeen kiireellisyyden arviointi.....	15
2.4 Triagen toteutus Haartmanin sairaalan yhteispäivystyksessä .....	18
3 TRIAGE-HOITAJAN OSAAMINEN PÄIVYSTYSHOITOTYÖSSÄ.....	24
3.1 Hoitotyön päätöksenteko hoidon kiireellisyyden arvioinnissa .....	25
3.2 Triage-hoitajan ammattitaito.....	28
3.2 Triage-hoitajan persoonalliset ominaisuudet .....	32
3.4 Ympäristötekijöiden vaikutus päätöksentekoon .....	35
4 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS JA TAVOITTEET .....	37
5 OPINNÄYTETYÖN TOTEUTUS .....	38
5.1 Tutkittavien valinta opinnäytetyöhön .....	40
5.2 Aineiston hankintamenetelmä.....	40
5.3 Aineiston analyysi .....	42
6 TULOKSET .....	45
6.1 Sairaanhoidtajien kokemukset hoidon kiireellisyyden arvioimisesta .....	45
6.1.1 Potilaan hoitoonohjauksen toimimattomuus .....	45
6.1.2 Haastavat potilaat .....	48
6.1.3 Yhteispäivystyksen muutokset.....	51
6.1.4 Yhteistyö lääkärin kanssa.....	53
6.1.5 Päätöksentekoa helpottavat ja vaikeuttavat tekijät.....	55
6.1.6 Ammattien väliset näkemyserot triageissa.....	58
6.2 Triage-hoitajan tärkeimmät ominaisuudet ja taidot .....	60
6.3 Triagen kehittämistarpeet.....	62
6.3.1 Yhtenäisen ohjeistuksen kehittäminen.....	62
6.3.2 Triage-lääkäri osaksi arviointia.....	64

6.3.3 ESI-triagen toiminnan tehostaminen.....	65
6.3.4 Triage-hoitajan perehdytyksen kehittäminen.....	67
6.3.5 Lisäkoulutuksen järjestäminen.....	69
7 POHDINTA .....	71
7.1 Tulosten tarkastelua ja johtopäätökset .....	71
7.1.1 Sairaanhoidtajien kokemukset hoidon kiireellisyyden arvioimisesta .....	71
7.1.2 Triage-hoitajien tärkeimmät ominaisuudet ja taidot .....	75
7.1.3 Triagen kehittämistarpeet.....	77
7.2 Opinnäytetyön eettisyys .....	81
7.3 Opinnäytetyön luotettavuus .....	83
7.4 Työn sovellusarvo ja jatkotutkimusehdotukset.....	85
7.5 Ammatillinen kasvu opinnäytetyöprosessissa.....	87
LÄHTEET.....	89
LIITTEET .....	96
Liite 1: Tutkimustiedote.....	96
Liite 2: Suostumuslomake.....	98
Liite 3: Teemahaastattelurunko.....	99
Liite 4: Esimerkki analysoinnista.....	100

## 1 JOHDANTO

Suomen sairaaloiden päivystysjärjestelmässä tapahtui merkittäviä muutoksia 2000-luvulla, jolloin päivystystoimintaa keskitettiin suurempiin sairaaloihin ja yhteispäivystyksiköitä kehitettiin. Yhteispäivystyksissä terveyskeskuspäivystys ja sairaalapäivystys toimivat samassa yksikössä. Myös hoidon kiireellisyyden arviointia kehitettiin erilaisin menetelmin, tutkimusten, ohjeistuksin ja hankkeiden avulla. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2010, 16.) Päivystyksessä potilaiden hoito järjestetään vastaanottavan sairaanhoitajan eli triage-hoitajan hoidon tarpeen kiireellisyyden arvioinnin mukaisesti eikä potilaan tulojärjestyksen mukaan (Päivystyshanke 2006, 1).

Triage tarkoittaa potilaan hoidon tarpeen kiireellisyyden arviointia, joka sisältää arvion siitä, tarvitseeko potilas päivystyshoitoa, muuta kiireellistä hoitoa, kiireetöntä hoitoa vai ei hoitoa lainkaan. Hoidon kiireellisyyden arviosta voidaan käyttää termejä triage, hoidon kiireen arvio, hoidon kiireellisyysarvio tai hoidon kiireellisyyden ensiarvio. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2010, 19.) Hoidon kiireellisyysluokittelut ovat yleistyneet Suomen päivystyksissä sekä terveysasemilla potilasmäärien kasvun vuoksi. Suuret potilasmäärät alkoivat uhata potilaiden hoidon turvallisuutta. (Gilboy, Tanabe, Travers, Rosenau & Eitel 2005, 4.) Potilaiden hoidon kiireellisyysluokittelu otettiin käyttöön Helsingin terveyskeskuspäivystyksissä syksyllä 2007 (Harkko 2008, 3). Kiireellisyysluokittelusten merkitys kasvaa yhteispäivystyksien yleistyessä ja terveydenhuollon yksikköjen kasvaessa, sillä yhteispäivystyksessä triage-hoitaja luokittelee potilaan oikealle hoitolinjalle.

Helsingin kaupungin Marian sairaalan päivystystoiminta siirtyi syksyllä 2009 Meilahteen uusiin Haartmanin sairaalan tiloihin. Tammikuussa 2009 uusi toimintamalli ESI-triage otettiin käyttöön Marian päivystyksessä, jolloin itsehakeutuvia potilaita alettiin ottaa vastaan samassa pisteessä. ESI-triage tulee englannin kielen sanoista Emergency Severity Index, joka on viisiluokkainen hoidon kiireellisyyden arviointimenetelmä. Triage-hoitaja arvioi potilaan hoidon luokasta 1 (kiireisin) luokkaan 5 (ei-kiireellinen). ESI-triage on ainutlaatuinen arviointimenetelmä, sillä hoitaja arvioi hoidon kiireellisyyden lisäksi potilaalle tarvittavat resurssit, joita ovat esimerkiksi erilaiset hoitotoimenpiteet. (Gilboy ym. 2005, 24.) Haartmanin sairaalan yhteispäivystyksessä kaikkien päivys-

tykseen hakeutuvien potilaiden hoidon kiireellisyyden arvioi ilmoittautumisen yhteydessä potilaan vastaanottava sairaanhoitaja eli triage-hoitaja. Triage-hoitaja ohjaa potilaan terveyskeskuspäivystykseen, pientraumapäivystykseen, sairaalapäivystykseen tai tarvittaessa hän voi uudelleenohjata potilaan tämän omalle terveysasemalleen vaivan vakavuuden mukaan. Uusi toimintamalli otettiin käyttöön, jotta päivystystoiminta tehostuisi ja nopeutuisi. ESI-triage auttaa myös turvaamaan kiireellisten potilaiden hoidon. (Helsingin kaupunki terveyskeskus 2009.)

Huhtikuussa 2010 pääkaupunkiseudun terveyskeskuspäivystystoiminta muuttui kuntarajat ylittäväksi, jolloin pääkaupunkiseudulla asuva voi hakeutua mihin tahansa haluamaansa terveyskeskuspäivystykseen (Helsingin kaupunki terveyskeskus 2010). Muutoksen myötä monen yhteispäivystyksen potilasmäärät voivat muuttua, jolloin triage-hoitajan merkitys korostuu entisestään. Potilasmäärien kasvu päivestyksissä on lisännyt tarvetta tehostaa hoidon kiireellisyyden arviointia. Lääkärin ja sairaanhoitajien roolit triageissa ovat merkittäviä ja niitä on tutkittava, jotta voidaan taata potilaiden turvallisuus. Triage-hoitajien kouluttaminen on toinen tärkeä osa-alue, joka vaatii jatkuvaa huomioimista, sillä triage-hoitajuus on uusi työnkuva sairaanhoitajille. (Gilboy ym. 2005, 4.)

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on kuvata sairaanhoitajien kokemuksia potilaiden hoidon tarpeen kiireellisyyden arvioijina Haartmanin sairaalan yhteispäivystyksessä. Lisäksi tarkoituksena on kartoittaa triage-hoitajien tärkeimmät taidot ja ominaisuudet potilaan hoidon kiireellisyyden arvioinnissa sekä triage-järjestelmän mahdolliset kehittämistarpeet. Opinnäytetyön tavoitteena on edistää työelämätahoa suuntaamaan triage-hoitajille tuloksista esiin nousseille alueille lisäkoulutusta, jonka avulla voidaan kehittää triage-hoitajien osaamista. Opinnäytetyön toivotaan lisäävän triage-hoitajien tietoisuutta omista kehittämistarpeistaan työyhteisössään. Opinnäytetyön avulla voidaan kehittää Haartmanin sairaalan yhteispäivystyksen lisäksi myös muiden Suomen päivystyskeskösien triage-toimintaa ja siihen osallistuvan henkilöstön työnjakoa.

## 2 PÄIVYSTYSPOTILAAN HOIDON TARPEEN KIIREELLISYYDEN ARVIOINTI

Yhteispäivystys on terveydenhuollon päivystävä toimipiste, johon potilas voi hakeutua ilman lääkärin lähetettä. Yhteispäivystyksessä on erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon palveluita samoissa tiloissa, ja niitä on vaihteleva määrä kussakin päivystysyksikössä. Yhteispäivystysyksikössä toimii terveyskeskustasoinen yleislääkäripäivystys ja erikoissairaanhoitotasoinen erikoislääkäripäivystys, jotka käyttävät osin samoja resursseja. Yhteispäivystykset lisäävät terveyspalvelujen laatua ja hoidon tehokkuutta. (Päivystyshankkeen projektiryhmä 2008, 4.) Yhteispäivystyksessä hoidon tarpeen kiireellisyyden arvioinnin perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon välillä tekee triage-hoitaja.

Päivystysten tärkein tehtävä on järjestää äkillisesti sairastuneiden potilaiden kiireellinen hoito korkealaatuisesti. Päivystyspoliklinikat hoitavat vuorokauden ajasta riippumatta välitöntä ja kiireellistä hoitoa tarvitsevat potilaat. Päivystyshoito tarkoittaa äkillisen sairastumisen, vamman tai pitkäaikaisen sairauden pahentumisen välitöntä arviointia ja hoitoa. Päivystyksessä hoito järjestetään triage-hoitajan tekemän hoidon tarpeen kiireellisyyden arvioinnin mukaisesti, jotta kiireisintä hoitoa tarvitsevat potilaat pystytään hoitamaan ensin. Kiireellisen hoidon turvaaminen on kaikkien etu. Toiminta on arvioitu tasa-arvoiseksi ja tehokkaasti. Ei-kiireelliset potilaat eli kiireellisyysluokka viisi hoidetaan terveysasemilla virka-aikaan, jos heidän diagnostiikka ja hoito eivät edellytä päivystyspoliklinikan resursseja tai hoidon kiireellisyyden vuoksi päivystyspoliklinikan käyttöä. (Päivystyshanke 2006, 1; Sosiaali- ja terveysministeriö 2010, 20.)

Potilaan hoidon kiireellisyys arvioidaan päivystyksessä sovittua triage-menetelmää käyttäen. Hoidon tarpeen ja kiireellisyyden arvion päivystyksessä tekee koulutettu terveydenhuollon ammattilainen. Lääkärin tulee olla triage-hoitajan tarvitessa helposti konsultoitavissa. Triage-hoitajalla on suuri vastuu päättää potilaan oireiden perusteella, tarvitseeko potilas välitöntä hoitoa ja tutkimuksia vai ei. (Päivystyshankkeen projektiryhmä 2008, 2, 8; Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä 1994.) Triagen avulla turvataan kiireellistä hoitoa vaativille potilaille oikea-aikainen tutkimus ja hoito. Pääkaupunkiseudun yhteispäivystysten käyttö yli kuntarajojen edellyttää yhdenmukaista hoi-



don kiireellisyyden arviointia, jotta potilasohjaus selkeytyisi ja potilaat ohjattaisiin alusta alkaen oikeaan hoitopaikkaan.

Yhteispäivystystoiminta pohjautuu perustuslakiin, kansanterveyslakiin, erikoissairaanhoidonlakiin ja lakiin potilaan asemasta ja oikeuksista, jonka mukaan kansalaisen lainmukainen oikeus on saada kiireellistä hoitoa. Julkisen vallan tehtävä on perustuslain mukaan turvata jokaiselle riittävät terveyspalvelut ja se turvaa jokaiselle oikeuden välttämättömään huolenpitoon. Kiireellisen hoidon järjestäminen kuuluu kunnan tehtäviin. Erikoissairaanhoidolaki puolestaan velvoittaa sairaanhoitopiirit vastaamaan päivystysluontoisesta erikoissairaanhoidon järjestämisestä. Potilaan hoidon tarpeen kiireellisyyden arviointi tulee tehdä potilaslain mukaisesti hoitaen potilasta yhteisymmärryksessä hänen kanssaan ja selvittäen potilaan mielipide ennen hoidon toteuttamista. (Suomen perustuslaki 1999; Kansanterveyslaki 1972; Erikoissairaanhoidolaki 1989; Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 1992.)

Uusi terveydenhuoltolaki yhdistää tullessaan voimaan 1.5.2011 kansanterveyslain sekä erikoissairaanhoidolain korvaten ne. Uudessa terveydenhuoltolaissa säädetään terveydenhuollon tehtävistä, terveydenhuollon toiminnoista ja terveyspalveluiden sisällöstä. Laki lisää mahdollisuuksia valita terveydenhuollon palveluja yli kuntarajojen eli potilas voi vapaammin valita terveydenhuollon toimintayksikkönsä, esimerkiksi terveysasemansa. Lain tarkoituksena on varmistaa perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon tiivis yhteistyö sekä yhdistää niitä samoihin yksiköihin. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2011.)

## 2.1 Päivystyshoidon kehitys Suomessa 2000-luvulla

Suomessa on joitakin julkaistuja tutkimuksia yhteispäivystystoiminnasta. Kuopion yhteispäivystyksen toimintaa on tutkittu toimivuuden ja odotusaikojen, käyntisyiden ja konsultaatioiden, turhien käyntien sekä asiakastyytyväisyyden näkökulmista. Kuopion yhteispäivystystutkimuksessa potilaat arvioivat päivystyspoliklinikan palvelujen toimivuutta ja laatua. Odotusaika lääkärille oli keskimäärin 1,9 tuntia. Lääkärien mukaan 821 potilaasta 30 % tarvitsi hoitoa kuuden tunnin kuluessa. (Miettola ym. 2003a, 305, 307.)

Tämä kuvastaa sitä, että päivystyksissä hoidetaan paljon ei-kiireellisiä potilaita, joiden hoito voitaisiin järjestää virka-aikana terveysasemilla.

Hoidon kiireellisyyden arvioinnin tekeminen aiheuttaa paljon julkista keskustelua ja tunteita potilaissa, koska se herättää usein tyytymättömyyttä. Kuopion yhteispäivystyksessä asiakastyytyväisyys vaihteli esimerkiksi potilasohjauksessa ja henkilökunnan toiminnassa. Tyytyväisyyttä parhaiten asiakkaille antoi ilmoittautumisen sujuvuus sekä lääkäreiden ja hoitajien ystävällisyys. Vähemmän tyytyväisiä oltiin palveluiden vastaavuudessa odotuksiin ja jatkohoidon opastukseen. (Miettola ym. 2003d, 3108–3109.) Perusterveydenhuollon potilaiden tulosityitä on tutkittu melko vähän Suomessa. Kuopion yhteispäivystystutkimuksessa potilaiden tulosityynä olivat yli puolella tuki- ja liikuntaelinten vaivat sekä hengityselinten vaivat. Myös yleisten ja epäspesifisten vaivojen ryhmä oli yleinen, kuten esimerkiksi kuume, yleinen väsymys/heikkous ja allerginen reaktio. (Miettola ym. 2003b, 415–416.) Toista perusterveydenhuollon lääkäriä konsultointiin vajaassa 4 % ja erikoislääkäriä yli 10 % potilastapauksessa. Suurin osa potilaista ei tarvinnut jatkohoitoa ja heidän kotiutettiin. Erikoissairaanhoidon lähetettiin 14 % potilaista. (Miettola ym. 2003b, 417.)

Riikka Laine (2008) on pro gradu -työssään tutkinut HUS:n Lasten- ja nuorten sairaalan päivystyspotilaiden oikeaan hoitopaikkaan ohjautumista. Hän on tarkastellut myös potilaan vastaanottavan sairaanhoitajan roolia päivystyksessä. Tutkimukseen osallistui 581 potilasta, joista 468 (80,6 %) ohjattiin terveyskeskuspäivystykseen ja 113 (19,4 %) sairaalapäivystykseen. Potilaista 2/3:lla oli tulosityynä jokin infektio, 22,7 %:lla kirurginen ongelma ja 4,3 %:lla hengitysvaikeus. Aineisto kerättiin seurantakaavakkeella, jota täytettiin koko potilaan hoidon ajan. Triage-luokittelu erosi triage-hoitajan ja lääkärin välillä 141 potilastapauksessa. Tutkimustuloksista kävi ilmi, että triage-luokka oli yliluokitettu 6,7 %:ssa tapauksista. Triage-luokka oli 1,5 %:ssa puolestaan aliarvioitu. Tutkimus osoitti, että triagen arviointi oli haastavinta kiireellisyysluokan kolme ja neljä välillä. Sairaanhoitajat kokivat tarvitsevänsä lisäkoulutusta hoidon tarpeen kiireellisyyden arvioimisesta. (Laine 2008, 6, 39, 46, 58–62.)

Jaakko Harkko (2008) on selvitystyössään tutkinut syitä, joiden vuoksi potilas on haikautunut Helsingin terveyskeskuspäivystykseen. Työn tavoitteena oli kuvata ei-kiireellistä hoitoa tarvitsevia potilasryhmiä ja käyttää potilaista saatua tietoa heidän pal-

velutarpeensa määrittelemiseksi ja palveluiden kehittämiseksi. Tutkimukseen osallistui 413 potilasta, joista 40 oli E-ryhmän eli ei-kiireellistä hoitoa tarvitsevia potilaita. Tutkimustuloksien mukaan kolmannes potilaista ilmoitti sairasloman hakemisen yhdeksi tulosyyksi. Työssäkäyvillä ei-kiireellisillä potilailla osuus oli kaksi kolmasosaa. E-ryhmän potilaista neljä kymmenestä ilmoitti yrittäneensä saada aikaa vaivaansa varten terveysasemalta. Ei-kiireellinen ryhmä oli keski-ikältään selvästi nuorempi kuin muut kiireellisyysryhmät ja heillä alkoholin suurkulutus oli yleistä. Nuoret matalasti koulutetut työssäkäyvät oli suurin E-ryhmän yksittäinen ryhmä. Yleisin käyntisyys terveyskeskuspäivystykseen on selvitystyön mukaan yli kolme vuorokautta kestänyt hengitystieinfektio. Lääkärin tavanneilla E-ryhmän potilailla oli muita enemmän perustauteja kuten astmaa ja diabetesta. Puolet tutkimukseen osallistujista ilmoitti tulevansa päivystykseen äkillisen sairastumisen johdosta. Vajaa kolmannes ilmoitti tulosyyksi aiemmin koetun vaivan pahenemisen. (Harkko 2008, 3, 31–32.)

Miettola ym. (2003c) tutkivat turhien päivystyskäyntien määrää yhteispäivystyksessä vertaamalla potilaiden, hoitajien ja lääkäreiden mielipiteitä hoidontarpeesta. Tutkimukseen osallistui 341 potilasta. Tutkimustulosten mukaan 14 % yleislääkäritasoisista päivystysvastaanotoista katsottiin tarpeettomiksi lääkäreiden näkökulmasta ja 23 % potilaiden hoidosta ei olisi tarvinnut kiireellistä lääkärin apua ja heidän hoitonsa olisi voinut odottaa vähintään seuraavaan päivään. Suhteessa eniten tarpeettomia käyntejä oli niillä potilailla, joilla tulossyynä oli pitkäaikainen sairaus ilman sen erillistä pahenemisvaihetta. Jos perustason terveystalot toimivat huonosti, niin päivystysvastaanotolle hakeudutaan enemmän ei-kiireellisten asioiden takia ja tämä lisää huomattavasti päivystysten kuormaa. (Miettola ym. 2003c, 539–541.)

Sakari Saarinen (2007) on pro gradu -työssään tutkinut hoitotyön laatua potilaiden näkökulmasta Jorvin ja Peijaksen päivystyspoliklinikoilla. Tutkimuksen kohteena olivat etenkin potilaiden käsitykset hoitajien ammattitaidosta, potilaiden ja hoitajien välisestä vuorovaikutuksesta ja hoitajien antamasta ohjauksesta ja opettamisesta. Tutkimukseen osallistui 135 potilasta, joilta aineisto kerättiin kyselylomakkeella. Tulosten mukaan potilaat olivat pääasiassa tyytyväisiä hoitoon kaikilla osa-alueilla. Potilaat olivat myös tyytyväisiä hoitajien ammattitaitoon. Hoitajat osasivat esimerkiksi perustella toimintaansa riittävästi ja he olivat huolellisia ja tehokkaita potilaita hoitaessaan. (Saarinen 2007, 2, 45–46.) Tyytymättömyyttä esiintyi hitaasta kivunlievityksestä. Tyytymättö-

mämpiä ohjaukseen ja opetukseen olivat ne potilaat, jotka olivat tulleet äkillisen sairastumisen vuoksi päivystykseen, kuin ne, jotka olivat käyneet päivystyksessä kiireettömän vaivan takia. Potilaiden tyytyväisyyttä voitaisiin parantaa odotusaikoja lyhentämällä. (Saarinen 2007, 2, 63–64.) Triage-hoitaja vaikuttaa siis potilaiden tyytyväisyyteen, sillä hän voi uudelleenohjata ei-kiireelliset potilaat esimerkiksi terveysasemalle, ja tämä lyhentää myös potilaiden odotusaikoja terveyskeskuspäivystykseen.

Jari Aalto ja Lauri Leino (2008) ovat kuvailleet opinnäytetyössään triagea hoitajien kokemana Peijaksen päivystyksessä. Tutkimustulosten mukaan Peijaksessa triage-hoitajat kokevat kielteisiksi triagen teossa ilmenevät ammatilliset näkemyserot, järjestelmään sitoutumattomuuden, vastuun kasvun, ristiriidat ohjeistusten kesken, terveysasemien toimimattomuuden sekä koulutuksen puutteen. Erityisesti epäsäännöllisesti työskentelevien lääkärien osalta yhteistyössä ja järjestelmään sitoutuneisuudessa on ollut epäkohtia. Näkemyserot liittyivät triage-hoitajan ja lääkärin välisiin mielipide-eroihin potilaan hoidon kiireellisyyden arvioinnista. Ohjeistus nähtiin riittämättömäksi, mikä myös lisää näkemyseroja triageessa. Terveysasemat eivät pysty hoitamaan suuria potilasmääriä virka-aikana, minkä vuoksi osa potilaita ohjeistetaan päivystyksellisen palvelun piiriin. (Aalto & Leino 2008, 1, 16, 18, 23–24, 26.) Tämä puolestaan voi aiheuttaa potilasturvallisuutta uhkaavaa ruuhkaa päivystyksessä.

Myönteisiä kokemuksia triage-hoitajille oli syntynyt järjestelmän toimivuudesta, potilaan ohjauksesta ja siihen liittyvästä ohjeistuksesta, työtyytyväisyydestä ja saamastaan tuesta triagea tehdessä. Triagea pidettiin toimivana työvälineenä, sillä yhteinen luokittelujärjestelmä selkeyttää toimintaa ja helpottaa työntekoa. Triage-hoitajien mukaan potilasohjauksen perusteet ja ohjeet ovat selkeyntyneet triagen kehittyessä. Triage-hoitajat kokivat positiivisena työyhteisön tuen, ja erityisesti lääkäreiden tuki nähtiin tärkeinä. Myös muiden kollegoiden tuki päätöksenteossa koettiin tärkeäksi. (Aalto & Leino 2008, 1, 16, 18, 21–22.)

Päivystystoimintaa kehitetään Suomessa myös erilaisten hankkeiden sekä ohjeiden avulla jatkuvasti yhtenäisemmäksi ja toimivammaksi. Keväällä 2006 aloitettiin pääkaupunkiseudun alueella päivystyshanke, joka kesti vuoden 2008 loppuun. Hankkeen pää tavoitteena oli järjestää päivystyspotilaiden hoito sujuvasti ja laadukkaasti sekä vähentää yhteispäivystyksen käyntien määrää ohjaamalla päiväaikaista toimintaa. Päivys-

tyshankkeessa hoidon tarpeen kiireellisyyden arviointi nähtiin tärkeänä kehittämiskohdeena, koska sen kehittäminen vähentäisi ei-kiireellisten potilaiden määrää päivystyksissä. Hankkeen avulla sovittiin yhteiset hoitokäytännöt erityisesti ikäihmisille, lapsille, mielenterveys- ja päihdepotilaille. Lisäksi Espooseen avattiin selviämishoitoasema, jonka tehtävä on vähentää päihtyneitä potilaita päivystyksissä ja tehostaa triage-hoitajan potilaiden ohjausta päihdepalveluihin. Hankkeen aikana koulutettiin henkilökuntaa ja tuotettiin materiaalia esimerkiksi ohjeistuksia sekä ammattilaisille että potilaille. Espoossa potilaskäyntimääriä virka-ajan ulkopuolisessa terveyskeskuspäivystyksessä pysytettiin vähentämään noin 20 % edellisvuoteen verrattuna triagen käyttöön otolla, aktiivisesti tiedottamalla ja varmistamalla että päivätoiminnassa noudatetaan sovittuja käytäntöjä. (Päivystyshanke 2008b, 8–9, 70.)

Sosiaali- ja terveysministeriö käynnisti marraskuussa 2008 hankkeen valtakunnallisten päivystyshoidon yhtenäisten kriteereiden luomiseksi. Sosiaali- ja terveysministeriön (2010) työryhmän raportin yhtenäisistä päivystyshoidon perusteista sisältöön on vaikuttanut suuri joukko asiantuntijoita eri puolilta Suomea. Hankkeessa on laadittu päivystystoiminnalle yhtenäiset periaatteet muun muassa hoidon tarpeen arvioinnin, osaamisen ja toiminnan järjestämisen osalta. Tavoitteena on, että päivystyksissä hoidetaan vain päivystyspotilaita, joilla hoidon tarve on joko välitön tai potilas ei muutoin voi odottaa normaalisti virka-aikana järjestettävää hoitoa. Tämä tarkoittaa kiireellisyysluokkia 1–4. Suomessa jo tapahtunutta kehitystä kohti yhteispäivystysjärjestelmää tulee viedä eteenpäin. Lisäksi päivystykseen osallistuvien osaamista ja kokemusta tulisi kehittää. Hanke korostaa sitä, että päivystysyksiköiden tulee voida keskittyä perustehtävänsä eli päivystyspotilaiden hoitamiseen. Hankkeen tavoitteena on, että tulevaisuudessa päivystyspotilaat hoidetaan turvallisesti ja asiantuntevasti oikeassa paikassa ja oikeaan aikaan. Yhtenäisten päivystyshoidon perusteiden kriteerien laadinta on tarpeellista, jotta saadaan päivystyksen perustehtävä määriteltä ja päivystystoiminta järjestettyä tarkoituksenmukaisesti. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2010, 11, 13–14, 16.)

## 2.2 Yhteispäivystykset pääkaupunkiseudulla

Pääkaupunkiseudulla yhteispäivystys toimii viidessä yksikössä. Espoossa päivystyspiste on Jorvin ja Vantaalla Peijaksen sairaalan yhteydessä. Helsingin yhteispäivystykset ovat

tällä hetkellä Malmin ja Haartmanin sairaaloiden yhteydessä sekä lasten yhteispäivystys Lasten- ja nuortensairaalan yhteydessä. (Päivystyshankkeen projektiryhmä 2008, 4.) Malmin päivystys muutti peruskorjauksen ajaksi Marian sairaalan tiloihin syksyllä 2010. Päivystysten yhteiskäyttö on potilaille, jotka hakeutuvat omatoimisesti terveyskeskuspäivystykseen. Päivystyksien yhteiskäyttö tarkoittaa siis sitä, että Vantaan, Helsingin, Espoon ja Kauniaisten asukkaat voivat käyttää oman terveysaseman virka-ajan ulkopuolella myös muita kuin kotipaikkakunnallaan sijaitsevia päivystyspisteitä ollessaan kiireellisen tutkimuksen ja hoidon tarpeessa. Aikaisemmin potilaan terveyskeskuspäivystyshoito määräytyi asuinpaikan mukaisesti. Terveyskeskuspäivystysten yhteiskäyttö on voimassa arkisin klo 16–08 sekä pyhäpäivinä ja viikonloppuisin ympäri vuorokauden. Pääkaupunkiseudulla asuva ottaa äkillisissä sairauksissa ja tapaturmissa virka-aikaan (klo 8–16) ensisijaisesti yhteyttä omaan terveysasemaansa, jossa hoitohenkilökunta arvioi potilaan hoidon tarpeen ja sopivan jatkohoitopaikan. Jos lääkäri katsoo potilaan tilan tarvitsevan päivystyshoitoa, voi hän kirjoittaa lähetteen sairaalan päivystyspoliklinikalle. Sairaalahoitoa tarvitsevat potilaat ohjataan oman kunnan päivystykseen. Muuna aikana kiireellinen hoito annetaan potilaan valinnan mukaan pääkaupunkiseudun terveyskeskuspäivystyspisteissä. (Helsingin kaupunki terveyskeskus 2010.)

Potilaiden kiireellisyysryhmittely otettiin käyttöön Malmin terveyskeskuspäivystyksessä 1.9.2007 ja Marian terveyskeskuspäivystyksessä 25.9.2007 (Harkko 2008, 8). Pääkaupunkiseudulla pisimpään systemaattista hoidon tarpeen arviointia on tehty Peijaksen sairaalan päivystyksessä, jossa triage-luokittelu on ollut käytössä loppuvuodesta 2003 (Päivystyshanke 2006, 1). Lasten ja nuorten sairaalan päivystyksessä aloitettiin triage-luokittelu maaliskuussa 2007. Kokemukset triagesta ovat olleet lääkäreiden ja hoitajien mielestä positiivisia, ja sen on koettu jäsentävän päivystyspoliklinikan toimintaa. Lasten ja nuorten sairaalan päivystykseen tulevat myös kirurgisista vaivoista kärsivät lapset samaan päivystyspisteeseen. (Päivystyshanke 2008b, 51.)

Lasten päivystys on Suomessa järjestetty eri tavoilla alueesta ja väestön ikäjakaumasta riippuen. Pääkaupunkiseudulla päivystyshoitoa tarvitsevat alle 16-vuotiaat nuoret ja lapsipotilaat hoidetaan ensisijaisesti Lasten ja Nuorten sairaalassa Lastenklinikan yhteispäivystyksessä. Päivystyspotilaana lapsi eroaa monilta osin aikuispotilaasta, sillä lapsi on riippuvainen aikuisista. Lapsilla oireiden taustalla olevan vakavan sairauden tai vamman selvittäminen ja päivystyshoidon tarpeen arviointi on vaikeampaa kuin aikuis-

silla. Lapsen terveydentilan arvio perustuu usein vanhemman käsitykseen, ja triage-hoitaja saa esitiedot usein vain saattajalta. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2010, 51, 84.)

### 2.3 Hoidon tarpeen kiireellisyyden arviointi

Hoidon tarpeen arviointi eli triage tarkoittaa terveydenhuollon ammattilaisen arviota potilaan hoitoon pääsystä ja sen kiireellisyydestä (Syväoja & Äijälä 2009, 9). Sairaanhoidajien ja lääkäreiden työhön kuuluu jatkuvaa arviointia potilaiden hoidon tarpeesta, mikä korostuu etenkin päivystyksissä ja terveyskeskusten vastaanotoilla. Triagen tarkoituksena on priorisoida saapuvia potilaita päivystyspoliklinikoilla ja tunnistaa ne potilaat, jotka eivät voi odottaa hoitoa ja tarvitsevat välitöntä hoitoa. (Gilboy ym. 2005, 1, 5.)

Triage-sana on ranskaa, ja tarkoittaa lajittelua, järjestämistä, erottelua ja valikoimista. Triage merkitsee käytännössä potilasryhmittelyä, joka alun perin otettiin käyttöön monipotilastilanteissa, kuten esimerkiksi suuronnettomuuksissa ja sodissa, esimerkiksi ensimmäisessä maailmansodassa. Sotauhrit jaoteltiin vammojensa vakavuuden ja fyysisen tilan mukaan niihin, jotka pitäisi hoitaa ensin, ja niihin, jotka voisivat turvallisesti odottaa hoitoa. Monipotilastilanteissa kiireellisyysluokituksiin käytettiin erilaisia värikoodeja. Triageen ei kuulu taudin diagnoosin määrittäminen, vaan potilaan kiireellisyyden määrittäminen. Hoitajan arvioidessa potilaan hoidon kiireellisyysluokkaa, hän samanaikaisesti haastattelee potilasta saadakseen taustatietoja, jotka auttavat triage-hoitajan päätöksentekoa. (Andersson, Omberg & Svedlund 2006, 136; Gilboy ym. 2005, 1; Päivystyshanke 2006, 3.)

Amerikassa ja Iso-Britanniassa triage otettiin käyttöön 1960-luvulla, koska potilasmäärät lisääntyivät runsaasti päivystyksissä. Triage kehitettiin, jotta voitaisiin luokitella potilaat niihin, jotka tarvitsevat hoitoa välittömästi ja niihin, jotka eivät olisi vaarassa jos he joutuisivat odottamaan hoitoa pidempään. (Gilboy ym. 2005, 4; Andersson ym. 2006, 136.) Triagen tarkoitus on tunnistaa vamman tai sairauden kehitys ja estää tai vähentää mahdolliset haittavaikutukset triage-hoitajan nopealla arviolla ja päätöksen tekemisellä (Cone & Murray 2002, 402). Triagen tavoitteena on potilaiden odotusaikojen lyhentäminen ja käyntimäärien vähentäminen. Sen tavoitteena on myös korostaa päivystyksen ensiapuluonnetta ja turvata vakavasti sairaiden hoito sekä ohjata ei-

kiireellistä hoitoa tarvitsevat päivystyspotilaat pois päivystyksestä. Tavoitteena on päivystyspotilaan yhdenmukainen hoito pääkaupunkiseudun päivystyksissä. (Salo 2007.)

Hoidon tarpeen kiireellisyyden arvioinnin mukaan potilas ohjataan yhteispäivystyksissä suoraan tarkoituksenmukaisimmalle hoitolinjalle erikoissairaanhoidonpäivystykseen tai terveyskeskuspäivystykseen (Päivystyshanke 2008b, 70–71). Kaikilla päivystyspoliklinikoilla käytetään paikallisiin olosuhteisiin soveltuvaa hoidon kiireellisyyden arviota, jota tarkennetaan potilaan tilaa seuraten koko päivystyskäynnin ajan. Hoidon kiireellisyyden arvio koskee hoidon aloittamisen kiireellisyyttä, mutta paikallisiin toimintaohjeisiin voidaan lisätä työnjakoon ja hoitoon liittyviä tarkentavia ohjeita. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2010, 22.)

Käytössä olevia kiireellisyysluokitusmalleja on olemassa useita erilaisia. Triage-mallit koostuvat pääasiassa 3-5 kiireellisyysluokasta, joissa käytetään apuna värejä ja yleisimmin kirjaimia ABCDE tai numeroita 12345. Aluksi kiireellisyysluokkia oli vain kaksi: kiireellinen ja ei-kiireellinen. Nykyään viisitasoiset mallit ovat maailmalla käytetyimpiä, ja niiden toimivuudesta ja luotettavuudesta on myös paljon tieteellistä näyttöä. 5-luokkaiset luokitukset ovat olleet jo pitkään käytössä muun muassa Englannissa, Kanadassa ja Australiassa. (Kiuru 2008, 22.) Kiireellisyysluokitus on laajasti käytössä sairaaloiden päivystyspoliklinikoilla, mutta siitä ei ole olemassa kansainvälisesti yhtenäisiä käytäntöjä eikä ohjeistuksia (Göransson ym. 2005, 1067).

Suomen sairaalat ja terveyskeskusten päivystykset ovat myös alkaneet ottaa käyttöönsä viime vuosina viisiportaisen triage-luokituksen (kuvio 1). Se on yleisin potilasluokittelumalli pääkaupunkiseudulla, ja se on käytössä muun muassa Malmin, Jorvin ja Peijaksen päivystyksissä. Suomessa ei ole käytössä yhtenäistä hoidon kiireellisyyden arviointiin käytettävää ohjeistusta. Potilasluokittelun mukaan A-ryhmän potilaat menevät suoraan erikoissairaanhoitoon ja heidän hoitonsa tulee aloittaa välittömästi. B-ryhmän potilaiden hoito tulee aloittaa 10 minuutin sisällä. Varsinaisia terveyskeskuspotilaita ovat C- ja D-ryhmän potilaat. E-ryhmä ei kuulu päivystyshoitoon. (Kiuru 2008, 22; Päivystyshanke 2006, 3.)



RYHMÄ	A = 1	B = 2	C = 3	D = 4	E = 5
<b>KIIREELLISYYS</b>	<b>Välitön hoidon tarve:</b>  Henkeä, elimen tai raajan toimintaa uhkaavat tilat.  Kriittisesti sairaat kuten sydänperäiset ongelmat.	<b>Kiireellisen hoidon tarve</b>  Vaikeasti sairaat potilaat. Esimerkiksi sydämenrytmihäiriöt, laajat murtumat, hengitysongelmat	<b>Päivystyksellisen hoidon tarve:</b>  Esimerkiksi astman paheneminen, lievä hengitysvaikeus, selvästi kivuliaat potilaat.	<b>Kohtalainen päivystyksellisen hoidon tarve:</b>  Murtumaepäilyt, korkeat ja epäselvät kuumeet, näkyvät tulehdukset.	<b>Ei-päivystyksellisen hoidon tarvetta</b>  Esimerkiksi flunssa, nuha, lievä ripuli. Erilaisten todistuksien ja lausunnot tai reseptien uusinta. Pitkäaikaiset sairaudet/oireet, joihin ei liity voinnin huononemista.
<b>ODOTUSAIKA</b>	<b>HETI</b>	<b>&lt;10MIN</b>	<b>&lt;60MIN</b>	<b>&lt;120MIN</b>	<b>Ohjaus omalle terveysasemalle</b>
<b>HOITOPAIKKA</b>	Hoidetaan päivystyksessä tai ensiavussa.		Virka-ajalla omalla terveysasemalla. Virka-ajan ulkopuolella potilaat hoidetaan päivystyksessä.		Terveysasema tai muu terveydenhuollon toimipiste kuin päivystys.

KUVIO 1. Esimerkki viisiportaisesta kiireellisyysluokituksesta. (Päivystyshanke 2006, 2.)

Päivystyspotilaan hoidon kiireellisyyden arviointi ei ole siis kertaluonteinen tapahtuma, vaan jatkuu koko potilaan sairauden tai vamman keston ajan. Potilaan vointia arvioidaan koko hoidon ajan ja tarvittaessa potilaan kiireellisyysluokkaa muutetaan. Triagehoitaja arvioi hoidon kiireellisyyden potilaan oireiden sekä omien havaintojensa perusteella ja asettaa potilaan kiireellisyysluokkaan. Potilaan tilan kartoittamiseksi triagehoitaja voi tehdä tarvittaessa alustavia tutkimus- ja hoitotoimenpiteitä. Näitä ovat verenpaineen, pulssin, verensokerin, veren happisaturaation ja lämmön mittaaminen. Jos triagehoitaja tekee näitä mittauksia, hänen tulee aulatilannetta seuraten huolehtia siitä,

ettei triageen muodostu potilasturvallisuutta vaarantavaa ruuhkaa. Jono voi viivästyttää kiireellisen hoidon aloittamisen. Pääsääntöisesti triage-hoitajan tulisi keskittyä potilaiden vastaanottoon ja ohjaamiseen päivystyksessä oikeaan hoitolinjaan. (Päivystyshankkeen projektiryhmä 2008, 5.)

Epävarmoissa tapauksissa triage-hoitaja luokittelee potilaan kiireellisempään luokkaan. Potilaan vointi voi myös yllättäen muuttua, jolloin kiireellisyysluokkaa tulee nostaa. Potilaiden voinnin seuranta myös odotusaikana on merkittävää, sillä heidän voinnissaan voi tapahtua muutoksia nopeasti, jolloin triage-hoitajan tulee reagoida niihin. (Päivystyshanke 2008a, 2.) Potilasryhmittely on viitteellinen ja vaatii triage-hoitajalta paljon omaa harkintaa, päätöksentekotaitoja, kokemusta ja arviointikykyä (Cone & Murray 2002, 404).

#### 2.4 Triagen toteutus Haartmanin sairaalan yhteispäivystyksessä

Haartmanin sairaalan yhteispäivystyksessä hoidon tarpeen kiireellisyyden arvioinnissa on käytössä viisiluokkainen ESI-triage, jonka ovat kehittäneet lääkärit Richard Wuerz ja Davis Eitel Iso-Britanniassa vuonna 1998. He uskoivat triagen helpottavan hoitajia potilaiden hoidon kiireellisyyden arvioimisessa. ESI-triagea kokeiltiin ensin kahdella bostonilaisella päivystyspoliklinikalla, jolloin järjestelmän todettiin olevan luotettava ja pätevä. Sairaaloihin perustettiin ESI-triage ryhmä, joka koostui lääketieteellisistä klinikoista, johtajista, kouluttajista ja tutkijoista. Ryhmä kokosi ESI-triagesta käsikirjan, jossa esitellään kaikki yksityiskohdat ESI-triagesta. Käsikirjassa käsitellään päivystysten kiireellisyysluokituksen kehityksen taustatietoa, muita kiireellisyysluokituksia, ESI-triagen kehitystä, tutkimustuloksia ESI-triagesta ja muista kiireellisyysluokituksista. ESI-triagen vahvuudeksi on todettu sen korkea luotettavuus, pätevyys sekä helppokäyttöisyys. ESI-triage oli suuri muutos päivystyspoliklinikoiden kehityksessä. Sen tavoitteena on saada oikea potilas oikeilla resursseilla oikeaan paikkaan oikeassa ajassa. (Gilboy ym. 2005, 5.)

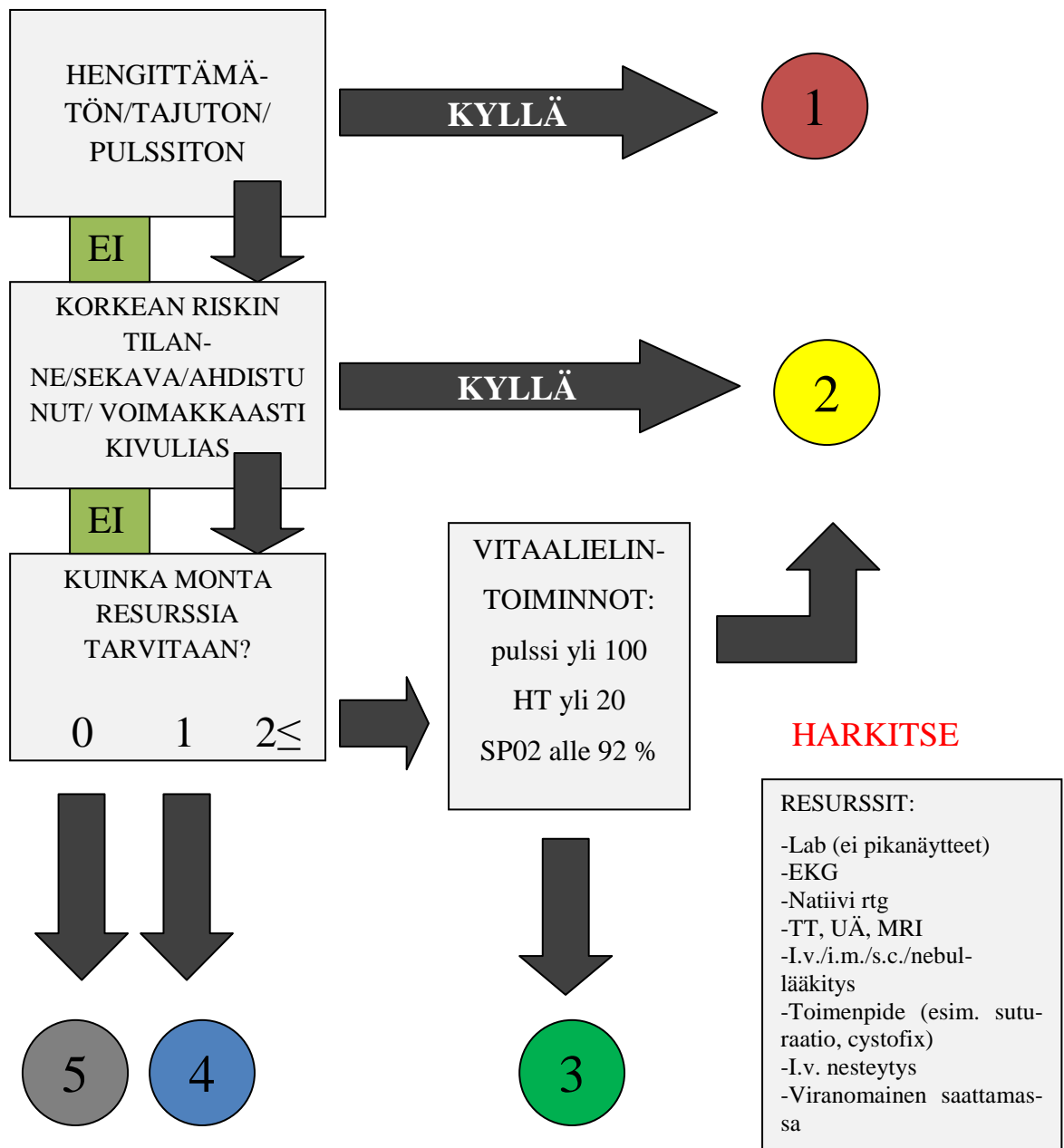
ESI-triage on otettu käyttöön monella päivystyspoliklinikalla Euroopassa. ESI-triage on näyttöön perustuva potilasluokitus, jota on tutkittu useissa tutkimuksissa. Sama potilas saa saman potilasluokan huolimatta siitä, kuka triage-hoitaja ottaa potilaan vastaan tai

missä sairaalassa potilas on. Tämä kuitenkin riippuu siitä käyttääkö triage-hoitaja järjestelmää niin kuin se on kirjoitettu. ESI-triagen hyötynä on niiden potilaiden nopea tunnistaminen, jotka tarvitsevat välitöntä hoitoa. Keskipisteenä on nopea potilaiden luokittelu resurssien puitteissa. (Gilboy ym. 2005, 9–10; Tanabe, Gilboy & Travers 2007, 182.)

ESI-triage on lupaava uusi ja ainutlaatuinen työväline hoidon kiireellisyyden arviointiin päivystyspoliklinikoilla, ja sitä käytetään yhä useammissa sairaaloissa. Sen lisäksi, että triage-hoitaja arvioi ESI-triagea käyttäen potilaan hoidon kiireellisyydsuokan, hän harjoittaa myös, kuinka monta resurssia potilas tulee tarvitsemaan. Resursseiksi lasketaan esimerkiksi laboratoriokokeet (ei pikanäytteet), EKG, natiivi röntgen, tietokonetomografia, ultraäänitutkimus, MRI, suonensisäinen/lihakseen/ihonalaisen lääkityksen toteuttaminen, toimenpiteet, esimerkiksi suturaatio, cystofix, repositio, suonensisäinen nesteytys, ja jos viranomais on saattamassa potilasta. Tarvittavien resurssien määrä voi vaihdella nolasta kahteen tai useampaan. Tunnistaakseen tutkimusten ja toimenpiteiden eli resurssien tarpeet triage-hoitajan tulee tietää, miten yleisiä vaivoja päivystyksessä hoidetaan, ja erityisesti, mitkä ovat niiden tavanomaiset hoitomenetelmät. (Gilboy ym. 2005, 9–10, 16, 21–22, 36.)

Korkean riskin potilaat ovat kiireellisyydsuokka 1 ja 2, jotka vaativat enemmän resursseja ja sen vuoksi heitä hoidetaan enemmän sairaaloissa kuin matalan resurssin potilaita eli luokkia 4 ja 5. Viisiluokkainen ESI-triage (kuvio 2) luokittelee ja arvioi päivystykseen tulevien potilaiden hoidon kiireellisyyden ja siihen tarvittavien resurssien eli tutkimusten tai hoitotoimenpiteiden lukumäärän, ja sitä on helppo käyttää. Aluksi triage-hoitaja arvioi vain potilaan kiireellisyydsuokan. Jos potilas ei täytä kiireellisyydsuokkia 1 tai 2, niin hoitaja määrittelee tarvittavien resurssien avulla kiireellisyydsuokan. Triage-hoitajan arviointi resursseista perustuu hänen aikaisempaan kokemukseensa. (Gilboy ym. 2005, 10, 15.)

## ESI-triage



KUVIO 2. Mukaillen ESI-triagen prosessin kulku Haartmanin sairaalan yhteispäivystyspoliklinikalla. (Gilboy ym. 2005, 16.)

Triage-hoitaja aloittaa potilaan hoidon tarpeen arvioinnin ylimmästä luokasta ja etenee järjestelmällisesti muihin kiireellisyysluokkiin kaavion mukaan. Kokenut triage-hoitaja pystyy nopeasti siirtymään ensimmäisestä ESI-triage päätöksestä seuraavaan. Potilas kuuluu kiireellisyysluokkaan yksi, jos hän on hengittämätön, pulssiton tai tajuton. Tria-

ge-hoitaja siirtyy seuraavaan kohtaan, jos potilas ei täytä ykkösluokan kriteereitä. Korkeimman luokan eli kiireellisyysluokan 1 potilas tarvitsee aina välitöntä hoitoa. Apukäsymyksinä triage-hoitaja voi käyttää esimerkiksi sitä, onko potilaalla avoin hengitystie, hengittääkö potilas tai tuntuuko hänen pulssinsa. Ykkösryhmään kuuluvat esimerkiksi sydänpysähdyspotilaat, hengittämättömät ja tajuttomat potilaat. Arvioiltaan noin 1–3 % päivystyspotilaista kuuluu hoidon tarpeen kiireellisyysluokkaa yksi. (Gilboy ym. 2005, 15–19.) Käytännössä triage-luokka 1 hoidetaan erikoissairaanhoidon päivystyspoliklinikalla.

Jos potilas ei kuulu kiireellisyysluokkaan 1, triage-hoitaja miettii seuraavaksi, onko potilas korkean riskin potilas. Hän katsoo, onko potilas ahdistunut, voimakkaasti kivulias tai sekava. Triage-hoitaja myös samalla arvioi, voiko potilas odottaa hoitoansa. Jos potilas ei voi odottaa hoitoa, niin potilas kuuluu luokkaan kaksi. Jos potilas voi odottaa hoitoa, triage-hoitaja jatkaa kaavion mukaisesti hoidon kiireellisyyden arviointia. Kiireellisyysluokan 2 potilaan triage-hoitaja määrittelee lyhyellä potilaan haastattelulla, havainnoimalla ja lopulta intuition perusteella, joka syntyy kokemuksen myötä. Myös potilaan ikä ja muut taustatiedot vaikuttavat kiireellisyysluokan määrittämiseen. Toisen luokan potilaan hoito tulee aloittaa 10 minuutin sisällä saapumisesta. Kiireellisyysluokan 2 potilailla on esimerkiksi kova rintakipu tai aivohalvausepäily. Luokan 2 potilaita on päivystyksen potilaista noin 20–30 %. (Gilboy ym. 2005, 19–20.)

Jos potilas ei triage-hoitajan arvion mukaan kuulu luokkaan 1 tai 2, arvioi hoitaja seuraavaksi tarvittavien resurssien tarpeen. Potilas kuuluu luokkaan 3, jos hän tarvitsee enemmän kuin kaksi resurssia. Triage-hoitaja voi ennen kuin luokittelee potilaan luokkaan kolme, mitata hänen vitaalielintoimintojaan. Näitä ovat esimerkiksi verenpaine, pulssi, lämpö, verensokeri ja happisaturaatio. Jos potilaan pulssi on yli 100, hengitystajavuus yli 20 tai hänen saturaatioarvonsa alle 92 %, tulee hoitajan harkita potilaan kiireellisyysluokaksi kaksi. Jos potilaalle riittää yksi resurssi, kuuluu hän kiireellisyysluokkaan 4. Potilas kuuluu luokkaan 5, jos hän ei tarvitse yhtään resurssia. Näihin luokkiin kuuluvien potilaiden fyysinen vointi on vakaa ja he voivat turvallisesti odottaa hoitoa muutamia tunteja. Tutkimukset ovat osoittaneet, että luokan 3 potilaita on 30–40 % päivystyspotilaista. Luokkia 4 ja 5 on molempia noin 20–35 %. (Gilboy ym. 2005, 21–22, 23.)

Alussa ESI-triagessa pidettiin tärkeänä, että jokaiselta potilaalta mitattaisiin vitaalielintoiminnot ennen hoidon kiireellisyyden arvioimista. Vitaalielintoimintoja pidettiin olennaisena osatekijänä hoitajan arvioimisessa ja niitä käytettiin usein päätöksenteon välineenä. Uudemmat triage-mallit kannattavat valikoivaa vitaalielintoimintojen mittausta. Niiden mittaaminen ei ole siis pakollista, vaan triage-hoitajan arvioinnin varassa. Elin-toimintoja tulisi mitata ainoastaan, jos potilaan tila sitä vaatii tai aika sallii. (Gilboy ym. 2005, 42.)

ESI-triagessa vitaalielintoimintojen mittaamisen tarve on potilailla, jotka eivät täytä 1- tai 2-luokan kriteereitä, mutta tarvitsevat kuitenkin kahta tai useampaa resurssia. ESI-triage vaatii mittaamisen ainoastaan 3-luokan potilailta, mutta sairaalan omat ohjeet saattavat määrätä erilaisen menettelytavan. (Gilboy ym. 2005, 42–43.) Kyky tunnistaa korkean riskin potilaat on ratkaiseva tekijä triage-päätöksentekoprosessissa. ESI-triagen merkitys on tunnistaa korkean riskin potilaat, mihin käytetään triage-hoitajan ammattitaitoa ja kokemusta. (Gilboy ym. 2005, 29.) ESI-triage käyttää uudenlaista lähestymistapaa kiireellisyysluokituksen arviointiin, sillä siinä lisäksi siis arvioidaan käytettävät resurssit. Kiireellisyysluokitusjärjestelmät perustuvat hoitajan tehtävään arvioida vitaalielintoiminnot, subjektiiviseen ja objektiiviseen tietoon, potilaan taustatietoihin, allergioihin ja lääkitykseen. (Gilboy ym. 2005, 35.)

Käytännössä Haartmanin sairaalan päivystyspoliklinikalla potilaista suurin osa on luokkaa kolme tai neljä. 5-luokan potilas ei kuulu päivystyksessä hoidettavaksi, vaan triage-hoitaja antaa hänelle tarvittaessa kotihoito-ohjeet tai uudelleenohjaa hänet muuhun hoitopaikkaan. Ei-kiireelliset sairaudet ja oireet (5. luokka) tutkitaan ja hoidetaan virkaajalla terveyskeskuksessa, työterveydenhuollossa tai potilaan valinnan mukaan yksityis-sektorilla. Potilas ohjataan asianmukaiseen hoitopaikkaan tai sairaanhoitajan itsenäiselle vastaanotolle, jos triage-hoitaja arvioi potilaan 5. luokkaan kuuluvaksi tai sellaiseksi, jonka hoito ei ole tarkoituksenmukaisinta hoitaa päivystyksessä. Kaikista luokan 5 potilaista tehdään aina käyntitietoihin merkintä, jossa selviää tulosyy, hoidon tarpeen arviointi, ohjaus hoitopaikkaan sekä mahdollinen hoito tai todistus. Triage-hoitaja antaa myös tarvittaessa terveysneuvontaa ja kirjalliset hoito-ohjeet. (Päivystyshanke 2006, 3; Päivystyshanke 2008a, 2.)

Sairaanhoitajan itsenäisiä vastaanottoja on lähes kaikilla päivystyspoliklinikoilla, ja niistä useimmat painottuvat ohjaukseen ja terveysneuvontaan (Säilä, Mattila, Kaunonen & Aalto 2006, 23). Sairaanhoitaja voi vastaanotolla tehdä sairaanhoidollisia toimenpiteitä kuten haavahoitoja, kipsin vaihtoja, injektioiden antamista ja ompeleiden poistamista. Suurin osa sairaanhoitajan vastaanotolle tulevista potilaista sairastaa pitkäaikais-sairautta tai lievää ja tavanomaista infektiota. Vastaanoton sairaanhoitaja hoitaa, ohjaa, opastaa ja tekee tarkennetun tilannearvion tutkimuksineen ja tarvittaessa ohjaa edelleen lääkärille. Triage-hoitaja ja vastaanotolla oleva sairaanhoitaja ovat tiiviisti yhteistyössä, sillä heillä on suuri vaikutus ei-kiireellisten potilaiden määrän vähenemisessä päivystyksessä. Vastaanoton sairaanhoitaja tekee tarkennetun arvion ei-kiireellisten potilaiden terveydentilasta. Sairaanhoitaja voi vastaanotolla kirjoittaa tarvittavan sairauslomatodistuksen, jos potilas ei tarvitse lääkärin hoitoa. (Kuula 2009.)

Triage on tehnyt arvioinnista järjestelmällisempää ja mahdollistanut myös tilastotiedon hyödyntämisen. Potilasluokittelun on todettu parantavan potilasturvallisuutta, potilasohjausta ja selventävän hoitokäytäntöjä kiireellisten potilaiden hoidossa. (Päivystyshanke 2006, 1; Simonen 2006.) Kiireellisyysluokitus parantaa hoitotyön laatua sekä tehostaa ja helpottaa päivystyksen toimintaa. Hyvin toteutettu ESI-triage auttaa päivystyspoliklinikoita nopeasti tunnistamaan potilaat, jotka ovat välittömän hoidon tarpeessa. (Gilboy ym. 2005, 5.) ESI-triagen negatiivisena puolena pidetään sitä, että se ei ota kantaa potilaan hoidon alkamisen tavoiteaikaan (Salo 2007). Jokaisessa Suomen päivystyksessä tehdään kiireellisyysluokittelua, mutta yhtenäiset ohjeet puuttuvat. Kullakin päivystyspoliklinikalla tulisi olla yksi ja yhtenäinen hoidon tarpeen kiireellisyyden potilasluokitus (Suomen sosiaali- ja terveysministeriö 2010, 68.), jotta potilaan hoidon kiireellisyyden arviointi olisi tasa-arvoista sekä se edistäisi Suomen päivystystoiminnan tehokkuutta.

### 3 TRIAGE-HOITAJAN OSAAMINEN PÄIVYSTYSHOITOTYÖSSÄ

Triage-hoitaja vastaanottaa itse hakeutuvat potilaat ja hän on potilaan ensimmäinen kontakti hoitohenkilökuntaan päivystykseen tulon jälkeen. Triage-hoitajan tekemä arvio on sisäänkäynti päivystyspoliklinikalle, mutta myös koko sairaalaan. Triage-hoitajan vastaanotto voi vaikuttaa potilaan näkemykseen sairaalasta ja henkilökunnasta. (Tracy 2007, 299.) Triage-hoitaja arvioi potilaan hoidon tarpeen kiireellisyyden, ohjaa potilasta sekä kirjaa tarvittavat merkinnät potilastietojärjestelmään. Hän kirjaa potilaan sisään päivystykseen, kirjaa hänestä kiireellisyysluokituksen sekä lyhyesti kuvailee potilaan tulossyy. Triage-hoitajan on kyettävä ohjaamaan potilas omalle terveysasemalle tai antamaan kotihoito-ohjeita, jos potilas ei tarvitse välitöntä hoitoa. (Andersson ym. 2006, 136; Päivystyshankkeen projektiryhmä 2008, 8.) Triage-hoitaja ei käännä ketään potilasta pois yhteispäivystyksestä. Triage-hoitajan työhön kuuluu olennaisena osana ei-kiireellisten potilaiden ohjaaminen terveysasemille päiväaikaisen hoidon piiriin. Triage-hoitajalla on vastuu potilaan terveydestä ja turvallisuudesta, sillä hän on tutkinut ja nähnyt potilaan ensimmäiseksi. (Kiuru 2008, 24.) Triage-hoitajavuorot ovat sairaanhoitajan työvuoroihin ennalta suunniteltuja.

Päivystyspoliklinikan sairaanhoitajan keskeisimpiä valmiuksia on kyky tehdä päätöksiä, jotka liittyvät potilaan tilan arviointiin ja ongelmien priorisointiin. Päivystyspoliklinikan potilasmateriaalin vaihtelevuus edellyttää selkeää hoidon tarpeen arvioinnin toimintamallia, jotta kriittisesti sairaiden potilaiden hoito on turvattu. (Koponen & Sillanpää 2005, 28.) Triage on työkalu, joka ohjaa triage-hoitajan päätöksentekoa päivystyksessä. Hoitotyön päätöksenteko edellyttää sairaanhoitajalta kriittistä ajattelua sekä ongelmanratkaisu- ja dokumentointitaitoja (Opetusministeriö 2006, 65). Anderssonin, Ombergin ja Svedlundin (2006, 137–139) tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää kuinka hoitajat toteuttavat triagea sekä kuvata tekijöitä, joita hoitaja pohtii tehdessä triage-päätöstä. Päätöksentekoon vaikuttavat tekijät voidaan ruotsalaisen tutkimuksen mukaan jakaa karkeasti kolmeen ryhmään: ammattitaitoon liittyviin tekijöihin, hoitajan persoonallisiin ominaisuuksiin ja ympäristötekijöihin, joita tarkastellaan seuraavissa luvuissa lähemmin.



### 3.1 Hoitotyön päätöksenteko hoidon kiireellisyyden arvioinnissa

Sairaanhoitajat tekevät töissään päivittäin hoitotyön päätöksentekoa. Päivystysyksiköissä ja ensihoidon kentällä työskentelevät sairaanhoitajat joutuvat arviomaan hoidon tarpeen kiireellisyyttä usein häiriöllisissä olosuhteissa lyhyen ajan kuluessa. (Andersson ym. 2006, 140.) Hoitotyön päätöksenteko on vaiheittainen prosessi, joka etenee esitietojen keräämisestä ja saadun tiedon tulkitsemisesta potilaan hoitolinjan määrittämiseen. Hoidolliseen päätöksentekoon liittyy kaksi tärkeää osa tekijää, jotka ovat hoitotyöntekijän käyttämä tietoperusta sekä hänen ajatteluprosessinsa. Kyky ennakoida potilastilanteita ja reflektoida omaa osaamistaan kasvavat työkokemuksen myötä: kokeneet sairaanhoitajat kykenevät tekemään päätöksiä enemmän kokemukseen perustuen kuin nuoremmat kollegansa. (Lauri, Eriksson & Hupli 1998, 9; Nummelin 2009, 17–18.) Kokeneella sairaanhoitajalla on kokonaisvaltaisempi ja vaihtelevampi lähestymistapa ongelmien selvittämiseen kuin uudella sairaanhoitajalla (Cone & Murray 2002, 402).

Hoidollinen päätöksenteko tehdään ihmisen terveyttä, sairautta ja niiden hoitamista koskevasta tiedosta. Ilman tarkoituksenmukaista tietoa ei ole mahdollista tehdä oleellisia päätöksiä potilaan hoitamisesta. (Lauri, Eriksson & Hupli 1998, 9, 12, 27.) Hoitotyössä päätöksen tekeminen sisältää aina tietynlaista epävarmuutta, etenkin ihmisiin koskevien päätösten. Tilanteet päätöksenteossa ovat usein myös epäselviä ja vaihtelevia. (Lauri & Salanterä 2002, 159.) Hoitotyön päätöksenteko on prosessi, jossa hoitaja joutuu kliinistä arvostelukykyyään hyväksikäyttäen valitsemaan kahden tai useamman vaihtoehdon välillä. Hoitotyön päätöksenteko on siis toimintaa, jonka avulla sairaanhoitaja priorisoi ja organisoi potilaan hoitoa. Päätösten tekemiseen vaikuttavat triage-hoitajan tehtävän monimutkaisuus, ristiriitaiset tilanteet, hoitajien kokemukset, koulutus ja ammattitaito. Päätöksentekoprosessin lähtökohtana ovat potilaan yksilölliset hoidolliset tarpeet. (Cone & Murray 2002, 402.)

Päätöksenteko on merkittävä osa hoitotyötä, mikä sairaanhoitajan tulee tiedostaa sekä koulutuksessa että työssään. Hoitotyön päätöksentekotaitojen kehittyminen edellyttää sairaanhoitajalta sekä tietoista omien päätöstensä tekemisen arviointia että päätöstensä kautta toteuttamansa hoitotyön tulosten arviointia. (Lauri & Salanterä 2002, 165.) Tietynlainen ahdistus ja epävarmuus omasta pätevyydestä heijastuvat myös usein hoitajan työskentelyssä ja päätöksiä tehtäessä. Yleinen piirre uusissa sairaanhoitajissa on kyke-

nemättömyys hahmottaa potilaan tila kokonaisvaltaisesti päätöksiä tehtäessä. (Benner, Tanner & Chesla 1999, 73, 75, 77.)

Triage-hoitajan päätöksentekoa on tutkittu niukasti. On huomattu, että tieto sekä kokemus ovat pakollisia päätöksiä tehdessä, mutta ne eivät pelkästään kuitenkaan riitä triage-hoitajalle. Triage-hoitajan tulee myös osata luottaa vaistoihinsa, sillä ne ovat avainasemassa tunnistettaessa korkean riskin potilastilanteita eli kiireellisyysluokkia 1 ja 2. Kokemattomilla triage-hoitajilla ei ole samanlaista luottamusta vaistoihinsa. (Gilboy ym. 2005, 27.) Tutkimukset ovat osoittaneet, että pidentynyt triage-hoitajan päätöksenteko voi haitata potilaan hoidon lopputulosta. Täsmällinen arvio ja luokituksen kesto mahdollisesti vaikuttavat päivystyspoliklinikan kuolevuuteen ja sairastavuuden määrään. (Gerdtz & Bucknall 2001, 551.)

Sari Tanninen (2007) on pro gradu -työssään tutkinut kiireellisyysluokitusta kliinisen päätöksenteon tukena päivystyspoliklinikalla. Tutkimuksen tarkoituksena oli kuvata päivystyspoliklinikalle soveltuvaa kiireellisyysluokitusta, sen hyödyllisyyttä ja luokituksen toimivuuteen vaikuttavia keinoja. Tutkimustulosten mukaan kiireellisyysluokituksen toimivuuteen vaikuttavina keinoina ovat päivystyspoliklinikan tilat, henkilökunnan ammattitaito, kiireellisyysluokitukseen liittyvä koulutus ja perehdytys sekä toiminnan kehittäminen ja arviointi. (Tanninen 2007, 21, 50.)

Kansainvälisten tutkimusten mukaan eri puolilla maailmaa triage-päätöksentekoon käytetty aika vaihtelee kahdesta viiteen tai kymmeneen minuuttiin (Gerdtz & Bucknall 2001, 558; Travers 1999, 238). Ruotsissa tavoitteena on, että potilaalle tehdään hoidon tarpeen kiireellisyyden arviointi 10 minuutissa hänen tultuaan päivystykseen (Andersson ym. 2006, 137). Triage-hoitajien täytyy kyetä tekemään oikea päätös suhteellisen lyhyessä ajassa, joskus hektisessä ja tunteellisessa ympäristössä (Cone & Murray 2002, 402). Laineen (2008, 61) tutkimuksen mukaan 581 potilaasta 70,6 %:lla triagen kesto oli minuutin tai alle minuutin. Triage kesti kaksi minuuttia 17, 6 % tapauksessa ja kolme tai enemmän kuin kolme minuuttia 9,4 % potilastapauksessa.

Traversin (1999) tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää, kuinka kauan triage-hoitajalla menee aikaa hoidon kiireellisyyden arvioinnin tekemiseen sekä mitkä tekijät vaikuttavat triagen keston. Päättävänä tavoitteena oli vakiinnuttaa triageen realistiset standardit, jotka pe-

rustuisivat tutkittuun tietoon. Yleinen standardi oli, että triage-hoitaja kykenisi tekemään hoidon kiireellisyyden arvioinnin kahdessa minuutissa. Tämä toteutui 260 potilastapauksesta vain 22 %:ssa. Tuloksista kävi ilmi, että triagen tekemiseen käytetty aika vaihtelee riippuen siitä mittaako hoitaja vitaalielintoimintoja päätöksensä varmistamiseksi. Vitaalielintoimintojen mittaaminen pidentää arvioinnin tekemiseen käytettyä aikaa. Myös iäkkäimmillä potilailla ja lapsilla hoidon tarpeen kiireellisyyden arviointiin käytettiin kauemman aikaa, sillä vanhukset ovat usein monisairaita ja he käyttävät paljon lääkkeitä. (Travers 1999, 238–239.)

Gerdtz ja Bucknall ovat tutkimuksessaan (2001) kuvailleet triage-hoitajan päätöksenteon kestoon vaikuttavia tekijöitä. Tämänkin tutkimuksen tuloksista kävi ilmi, että vitaalielintoimintojen mittaaminen lisää hoidon kiireellisyyden arvioinnin kestoa. Arvioinnin kesto lisääntyi myös, jos hoitaja teki neurologisen statuksen arvioinnin potilaalle tai antoi hänelle ensiapua. Myös merkittävä keston vaikuttava tekijä oli jos arviointiprosessi häiriintyi, jos potilas oli vieraskielinen tai jos hänellä ei ollut lähetettä mukana. Triage-aika oli puolestaan lyhyempi, kun triage-hoitajalle oli etukäteen lähetetty potilaan lähete, jolloin hän osasi siihen varautua. Tutkimus osoitti, että triage-hoitajan yksilölliset eroavaisuudet vaikuttavat triagen keston. (Gerdtz & Bucknall 2001, 556, 558.) Molempien tutkimusten mukaan triage-hoitajan työkokemuksella ei ollut merkittävää vaikutusta triagen keston (Gerdtz & Bucknall 2001, 559; Travers 1999, 239).

Triage-hoitajan päätöksentekoa helpottamaan sairaalapäivystyksen, pientraumapäivystyksen ja terveystakeskuspäivystyksen välille on tehty Haartmanin sairaalan päivystyksen sisäinen potilasohjausohje. Sen mukaan terveystakeskuspäivystykseen kuuluvat esimerkiksi lieviä vammoista pienet ja suturoitavat tai liimattavat haavat. Selkäkipu, itseltään kipeytynyt ylä- tai alaraajakipu, korvakipu, päänsärky, migreeni, virtatieinfektio, silmäsairaudet, lievä hengenahdistus, akuutit psyykkiset ongelmat ja vyöruusu kuuluvat myös terveystakeskuspäivystykseen. Pientraumapäivystykseen kuuluvat murtumaepäilyt, kipsattavat murtumat, matalaenergiset kolaripotilaat, vakavat pahoinpitelyt, isot suturoitavat haavat, akuutti vatsakipu sekä pään ja kaulan vammat. Sisätautipäivystykseen puolestaan kuuluvat esimerkiksi rintakipu, vaikea hengenahdistus, yleistilan lasku, vakavat infektiot, rytmihäiriöt, intoksikaatiot ja vakavat allergiset reaktiot. (Toivonen, Salo, Törönen & Renwall 2009.)

### 3.2 Triage-hoitajan ammattitaito

Päivystyksellinen päätöksenteko edellyttää sairaanhoitajalta kokemusta triagen käytöstä ja päivystyspotilaan kohtaamisesta sekä laaja-alaista tietoa sairauksista. Triage-hoitajat luottavat myös intuitioon, vaikka mitään kliinisiä merkkejä sairaudesta ei olisi nähtävissä. (Andersson ym. 2006, 137–139.) Triage-hoitajan ammattitaito vaikuttaa kiireellisyysluokituksen toimivuuteen. Ammattitaito on monipuolista osaamista, kykyä tunnistaa muuttuvia tilanteita ja toimia niissä tilanteissa. Se on myös hoitajan pyrkimystä oman työn kehittämiseen ja uuden tiedon omaksumiseen. (Tanninen 2007, 53.)

Suomessa triagesta ei ole vielä vakiintunutta tai yhtenäistä koulutusmallia, jonka perusteella triage-hoitajia koulutettaisiin. Triage-hoitajuus edellyttää Suomessa pohjakoulutuksena sairaanhoitajan koulutusta, joka perustuu opistoaste- tai ammattikorkeakoulututkintoon. Päivystyksissä työskentelee myös ensihoitajan ammattikorkeakoulututkinnon suorittaneita sairaanhoitajia. Ammatillisen osaamisen vähimmäisvaatimukset on määritelly Euroopan unionin alueella Euroopan parlamentin ja neuvoston direktiivissä. Ammattikorkeakouluista annetun asetuksen mukaan sairaanhoitajien koulutuksen tulee vastata tämän direktiivin mukaisia vaatimuksia. Sairaanhoitaja on erityisesti erikoissairaanhoidossa ja perusterveydenhuollossa toimiva hoitotyön ammattilainen ja hoitotyön asiantuntija. (Valtioneuvoston asetus ammattikorkeakouluista 2003; Euroopan parlamentin ja neuvoston direktiivi 2005/36/EY, 2–3, 10, 15–16, 19–21; Hildén 1999, 14; Opetusministeriö 2006, 63; Tuomi 2008, 28.)

Lainsäädäntö velvoittaa hoitajaa ylläpitämään ja kehittämään ammattitoiminnan edellyttämää ammattitaitoa sekä perehtymään ammattitoimintaansa koskeviin säännöksiin ja määräyksiin (Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä 1994). Sosiaali- ja terveysministeriön asetus terveydenhuollon henkilöstön täydennyskoulutuksesta velvoittaa käymään erilaisissa koulutuksissa, jotka lisäävät ja ylläpitävät hoitajien ammattitaitoa ja osaamista (Sosiaali- ja terveysministeriön asetus terveydenhuollon henkilöstön täydennyskoulutuksesta 2003). Jatkokouluttautumista päivystyspoliklinikan työhön on Suomessa mahdollista tehdä ”Hoitotyö päivystyspoliklinikalla”-erikoistumisopintojen kautta, joiden laajuus on 35 opintopistettä (Sosiaali- ja terveysministeriö 2010, 33). Myös sairaanhoitajan eettisissä ohjeissa sairaanhoitajaa veloitetaan kehittämään omaa ammattitaitoaan (Suomen Sairaanhoitajaliitto 1996).

Täydennyskoulutus lisää ja ylläpitää hoitajien ammattitaitoa ja osaamista. Hoitohenkilökunnan jatkuva itsensä kehittäminen on merkittävä tekijä pyrittäessä hyvään työn toteutukseen sekä laadukkaisiin hoitotyön tuloksiin. (Timonen & Eriksson 2007, 21.) Koulutus on merkittävin keino myös ammatillisen pätevyyden luomiseen ja hallintaan (Hildén 1999, 11). Kehittäminen on yksi keskeinen osa sairaanhoitajan työtä. Tähän sisältyy paitsi koko työyhteisön ja hoitotyön kehittäminen myös sairaanhoitajan itsensä kehittäminen, sillä hän on vastuussa omille työtovereilleen ammattitaitonsa sekä tietotaitopohjansa kehittamisestä ja siten myös oman ammatillisen pätevyytensä ylläpitämisestä. (Hildén 1999, 16; Peltari 1997, 135.)

Ammatillinen pätevyys määritellään esimerkiksi työntekijän taidoksi ottaa vastaan haasteita oman ja työyhteisönsä osaamisen kehittäjänä. Se määritellään myös kyvyksi sekä soveltaa nykyistä tietoa että luoda uutta tietoa. Sairaanhoitajalta edellytetään siis kykyä vastata työn haasteisiin muuttuvassa työympäristössä ja kykyä kehittää myös itse työprosessia. Hoitotyön hyvä hallinta edellyttää hoitajalta monipuolisia tiedollisia, taidollisia ja asenteellisia valmiuksia ja hoitotyöhön sopivaa persoonallisuutta. Sairaanhoitajan toimintaympäristö on muuttunut vuosikymmenten aikana ja se on edellyttänyt sairaanhoitajalta uudenlaista pätevyyttä. Hoitotyön ammatilliseen pätevyyteen kuuluvat muun muassa vahva tietopohja, monipuoliset taidot, teknisiä taitoja ja päätöksentekotaitoja. Ammatilliseen pätevyyteen liittyy myös yhtenä tekijänä persoonallisuus ja työntekijöiden odotetaan arvostavansa itseään, omaa ammattiaan ja kollegoitaan ja luottavan omiin kykyihinsä ja etenkin itseensä. Jokainen työntekijä tarvitsee myös hallinnollisia taitoja ja johtamisen taitoja. (Hildén 1999, 11, 20–21, 24.)

Suomessa ei ole päivystyspoliklinikan sairaanhoitajalle erikseen laadittu osaamisvaatimuksia, vaan ne perustuvat yleisiin sairaanhoitajan osaamisvaatimuksiin. Sairaanhoitajan ydinosaaminen jakautuu Opetusministeriön tavoitteiden mukaisesti kymmeneen tekijään: eettisyyteen, terveyden edistämiseen, hoitotyön päätöksentekoon, kliiniseen hoitotyöhön, lääkehoitoon, opetus- ja ohjausosaamiseen, yhteistyökykyyn, tutkimus- ja kehittämisosaamiseen, johtamistaitoihin sekä monikulttuuriseen ja yhteiskunnalliseen osaamiseen. (Opetusministeriö 2006, 63–64; Kuokkanen 2005, 18.) Triage-hoitajan työssä ovat hoitotyön päätöksenteko, kliininen osaaminen, sekä opetus- ja ohjausosaaminen merkittävä osa työtä. Triage-hoitajan kliinisen hoitotyön osaaminen pohjautuu vahvaan teoreettiseen osaamiseen, joka sisältää ihmisen anatomian, fysiologian, patofy-

siologian, farmakologian ja lääketieteen keskeisten erikoisalojen tiedon. Lisäksi sairaanhoitajan tulee hallita potilaan hoidon tarpeen arviointi. (Opetusministeriö 2006, 68.) Näiden alojen teoreettinen osaaminen on tärkeää potilaan hoidon kiireellisyyden arvioinnissa.

Hoidon tarpeen kiireellisyyden arviointi vaatii hoitajalta ammatillista osaamista ja kattavaa tietopohjaa. Triage-hoitajan oletetaan omaksuvan potilasluokittelumenetelmä, sekä osaavan mitata vitaalielintoiminnot ja osata haastatella potilasta. Triagen toteuttaminen vaatii sairaanhoitajien jatkuvaa koulutusta. (Gilboy ym. 2005, 2; Päivystyshankkeen projektiryhmä 2008, 6.) Triage-hoitajan päätöksenteko perustuu hänen kliiniseen arviointiinsa ja tietämykseensä normaalien vitaalielintoimintojen arvoista. Päätöksen tekemiseen vaikuttavat myös potilaan aikaisempi terveystausta, lääkitykset ja kivun aste. (Gilboy ym. 2005, 41.) Epäselvissä tapauksissa elintoimintojen mittaaminen helpottaa potilaan hoidon kiireellisyyden arviointia. Jos potilaan vaiva on selkeä, elintoimintoja ei tarvitse mitata. Tarvittaessa triage-hoitaja voi käyttää apuna esimerkiksi satu-raatiomittausta tai kuumeenmittausta. Mittaaminen on triage-hoitajan harkittava tapauskohtaisesti. Elintoimintojen mittaaminen on yksi tekijä, joka helpottaa triage-hoitajaa arvioitaessa potilaan kiireellisyysluokkaa. Elintoimintojen mittaaminen ei saa pitkittää triagea, jos se ei muuta potilasluokitusta tai hoitolinjaa. Lisäksi epäselvissä tapauksissa triage-hoitaja voi pyytää lääkärin arviointia potilaan voinnista tai hoitopaikasta. (Kiuru 2008, 22; Gilboy ym. 2005, 42.)

Sairaanhoitajan kompetensseja on tutkittu paljon monesta eri näkökulmasta: sekä koulutuksen tuottamana osaamisena että työssä olevien sairaanhoitajien itsearvioimana osaamisena. Tutkimustuloksista on noussut esiin, että kliininen hoitotyö on keskeinen sairaanhoitajien osaamisalue. Myös vuorovaikutus- ja yhteistyöosaaminen, välittömässä hoitotyössä potilaiden kanssa oleminen ja moniammatillinen tiimityöskentely ovat tärkeitä osaamisalueita. Sairaanhoitajan kompetenssien kehittymiseen vaikuttavat työkokemukset, ikä, koulutusmahdollisuudet, työympäristö, työsuhteen laatu ja asema, henkilökohtaiset ominaisuudet, motivaatio ja teoreettinen tietoperusta. Kompetenssit kehittyvät prosessimaisesti ja niissä yhdistyvät teoria, käytäntö, arvot ja asenteet. Keskeisen tiedon hallinta ei yksin riitä, vaan sitä on kyettävä myös soveltamaan. (Tuomi 2008, 28–29, 33; Pelttari 1997, 144.)

Päivystyspoliklinikan sairaanhoitajan osaamista on kartoitettu Heikki Paakkosen väitöskirjassa (2008). Tutkimuksessa selvitettiin, minkälaista kliinistä taitoa päivystyspoliklinikkasairaanhoitajalta vaaditaan tällä hetkellä, millä tasolla taidot ovat nykyisin, minkälainen päivystyspoliklinikan toimintaympäristö tulee olemaan tulevaisuudessa sekä minkälaisia kliinisiä taitoja tullaan päivystyspoliklinikalla sairaanhoitajalta tulevaisuudessa vaatimaan. Päivystyspoliklinikan sairaanhoitajan ammattitaidon ydin muodostui taidoista hallita sekä yksittäisen potilaan riskejä että koko päivystyspoliklinikan tilannetta. Sairaanhoitajan kliinisten taitojen kehittämistarpeiksi todettiin patofysiologian tuntemus, hoidontarpeen arvio ja päivystyspoliklinikan tilanneosaaminen. (Paakkonen 2008, 5, 54, 158.)

Paakkosen (2008) mukaan terveydenhuollon päivystysten keskittyminen jatkuu ja tämä asettaa sairaanhoitajien taidoille lisävaatimuksia. Sairaanhoitajavastaanotot erikoissairaanhoidon päivystysten yhteydessä arvioitiin todennäköisiksi vuonna 2020 sekä myös rajoitettua oikeutta lääkkeiden määräämiseen ja sairauslomatodistusten kirjoittamiseen arvioitiin hyvin toivottavaksi ja todennäköiseksi. Tutkimuksessa esille tuli tarve lisätä sairaanhoitajan työhön uusia ulottuvuuksia ja vastuuta koulutuksen avulla. Tutkimuksen mukaan nykyinen koulutus ei anna riittäviä valmiuksia toimia päivystyspoliklinikan vaativissa tehtävissä, etenkin jos sairaanhoitajan työnkuva päivystyksissä laajenee tutkimustulosten suuntaisesti. Triage-hoitajan taitoa luotettavan potilaslaajittelun tekemiseen tullaan tulevaisuudessakin tarvitsemaan. (Paakkonen 2008, 5, 158, 164, 166.)

Merja Nummelin (2009) on pro gradussaan selvittänyt päivystyspoliklinikalla aloittavan sairaanhoitajan tiedon tarvetta. Tutkimustulosten mukaan päivystyksessä työskentelevä sairaanhoitaja tarvitsee tietoa päivystyspoliklinikan potilaista, erikoisalojen- sekä monikulttuuristen potilaiden hoidosta sekä potilaiden hoitoon hakeutumisesta. Lisäksi sairaanhoitaja tarvitsee tietoa päivystyspoliklinikan hoitoympäristöstä eli sen tiloista ja teknologiasta sekä turvallisuudesta. Sairaanhoitaja tarvitsee tietoa myös päivystyksen hoitotyöstä eli sen perustehtävästä, hoitoprosessin kulusta ja potilaan hoitoon liittyvästä raportoinnista. Tutkimuksen mukaan sairaanhoitajalla on oltava tietoa myös hoitotyön etiikasta ja potilaan laillisista oikeuksista, hoitotyön tietolähteistä sekä päivystyspoliklinikan toimintaperiaatteista ja työn organisoinnista. (Nummelin 2009, 35–49.)

Conen ja Murrayn (2002) tutkimukseen osallistuvat hoitajat mainitsivat, että tarvitsevat virallista lisäkoulutusta, kursseja, kirjallisuutta sekä enemmän päivystyshoitotyökoke-  
musta uusille hoitajille ennen kuin he työskentelevät myös triage-hoitajina. Hoitajat  
myös kokivat haluavansa tukea kollegoilta ja johdolta tietyin väliajoin. Ennen kuin tria-  
ge-hoitajaksi alkaa, sairaanhoitaja tarvitsee aikaisempaa työkokemusta päivystyshoi-  
toystä, motivaatiota ja ohjausta. Suurin osa hoitajista koki tarvitsevänsä ainakin yhden  
vuoden työkokemuksen päivystyshoitotyöstä ennen kuin he osaisivat tehdä päteviä pää-  
töksiä tehokkaasti. (Cone & Murray 2002, 401, 404.) Triage-hoitaja käyttää päätöstä  
tehdessä intuitiota, arviointikykyä, potilaan tulovaikutelmaa ja kommunikaatiota, joka  
tarkoittaa tietämystä siitä, mitkä kysymykset täytyy esittää, jotta saa tarvittavat tausta-  
tiedot potilaalta. Tärkeimmät tekijät päätöksenteossa triage-hoitajilla ovat intuitio, kriit-  
tinen ajattelu, kokemus sekä ammattitaito. (Cone & Murray 2002, 404.)

Aurivuo ja Lustberg (2010) ovat opinnäytetyössään kartoittaneet triage-hoitajien osaa-  
mista ja koulutusta esimiesten kokemana. Sairaanhoitajatutkinto antaa perusvalmiudet  
vain sairaanhoitajana toimimiseen, mutta sen lisäksi triage-hoitajana työskenteleminen  
edellyttää vuosien työkokemusta päivystyspoliklinikalta sekä tehtävään valmentavia  
lisäkoulutuksia esimerkiksi lääkehoidosta, päivystyshoitotyöstä ja triage-menetelmästä.  
Opinnäytetyön tuloksien mukaan organisaatioiden koulutustarjonnat vaihtelevat paljon.  
Triage-hoitaja tarvitsee yhteiskunnallisen osaamisen lisäksi esimiesosaamista ja dele-  
gointitaitoja. (Aurivuo & Lustberg 2010, 20–21, 24.)

### 3.2 Triage-hoitajan persoonalliset ominaisuudet

Triagea tekevän hoitajan pätevyys ja persoonalliset ominaisuudet ovat tärkeitä tehok-  
kaan triagen kannalta. On merkittävää, että triage-hoitaja omaa laajan teknisen tietotai-  
don ja hyvän intuition ja että hän hallitsee stressin hyvin. Päivystyspoliklinikan hoito-  
työssä korostuvat vuorovaikutus- ja yhteistyötaidot, jotka edellyttävät toisen ammatti-  
taidon kunnioittamista, joustavuutta ja kykyä tarvittaessa auttaa ja tukea muita työnteki-  
jöitä. Triage-hoitajalla tulee olla hyvät valmiudet yhteistyöhön lääkäreiden kanssa, hä-  
nen tulee olla empaattinen potilaille sekä tietää mikä on heille parasta. (Andersson ym.  
2006, 137.)



Paula Pelttari (1997) on tutkinut sairaanhoitajan työn nykyisiä ja tulevaisuuden kva-  
likaatiovaatimuksia. Tutkimustulosten mukaan sairaanhoitajuus edellyttää monia persoo-  
nallisuuden ominaisuuksia, kuten hyvää itsetuntoa ja uskallusta olla oma itsensä. Vuo-  
rovaikutustaidot, ystävällisyys, vastuullisuus, empaattisuus ja auttamisvalmius ovat  
myös sairaanhoitajan vaatimuksia. Sairaanhoitaja tarvitsee myös vuorovaikutus- ja koh-  
taamisvalmiuksia, joita myös triage-hoitajalta edellytetään. Lisäksi sairaanhoitaja tarvit-  
see kokonaisuuden hallintaa, yhteistyötaitoja, käden taitoja sekä ohjaus- ja opettamis-  
valmiuksia. (Pelttari 1997, 7, 125, 127–128, 143.)

Triage-hoitaja tarvitsee monipuolisia ominaisuuksia ja taitoja, jotta hän osaisi tehdä  
oikean triage-luokituksen potilaalle. Triage-hoitajien ominaisuuksia ja näkemyksiä on  
tutkittu muun muassa Conen ja Murrayn (2002) tutkimuksessa, jonka tuloksista nousi  
neljä ensisijaista teemaa: persoonalliset ominaisuudet, kognitiiviset ominaisuudet, käy-  
tökselliset ominaisuudet ja työkokemus. Hoitajat kokivat persoonallisista ominaisuuksista  
tarvitsevana työssään joustavuutta, autonomiaa, hyviä kommunikointitaitoja, va-  
kuuttavuutta, kärsivällisyyttä, myötätuntoa, itsevarmuutta, oppimishalukkuutta ja prio-  
risointitaitoja. Kokeneet triage-hoitajat pitivät itselleen tärkeänä intuitiota, arviointiky-  
kyä, hyviä kommunikointitaitoja ja kriittistä ajattelua, joita he käyttivät työskennelles-  
sänsä. Kognitiiviset ominaisuudet sisälsivät monipuolisen tietopohjan omaamisen, tietä-  
myksen milloin ei pidä toimia, kriittisen ajattelun käyttämisen ja kyvyn tehdä päätöksiä  
nopeasti. Käytökselliset ominaisuudet sisälsivät potilaan puolestapuhujana olemisen,  
kyvyn työskennellä hyvin paineen alla, järjestelmällisyyden sekä kyvyn kyetä impro-  
visoimaan tarvittaessa. Tärkeäksi ominaisuudeksi mainittiin kokemus, johon kuuluu  
intuitio, itsevarmuus päätöstä tehdessä sekä luottamus kollegoihin. (Cone & Murray  
2002, 401, 403.)

Göransson, Ehrenberg, Marklund, ja Ehnfors (2006) ovat tutkineet triage-hoitajien per-  
soonallisten ominaisuuksien yhteyttä oikeaan triage-päätöksentekoon. Tutkimustulok-  
sista nousi esiin, että sairaanhoitajan työkokemuksella päivystyspoliklinikalla on myön-  
teinen vaikutus hoidon kiireellisyyden määrittämisen tarkkuuteen. Tutkimuksen mu-  
kaan puolestaan hoitajan persoonalliset ominaisuudet pääsääntöisesti eivät vaikuta poti-  
laiden hoidon kiireellisyyden määrittelyn tarkkuuteen. (Göransson ym. 2006, 85.) Tria-  
ge-hoitajan tärkein tarkoitus on tehdä oikea kliininen priorisointi usein rajoitetussa ajas-  
sa. Triage-hoitajan tärkeimmiksi ominaisuuksiksi Anderssonin ym. (2006) tutkimukses-

sa esiin nousivat rohkeus, itseluottamus, järkevyys ja toisaalta epävarmuus, jolloin täytyy olla kyky esimerkiksi kysyä toiselta hoitajalta apua. Tärkeimmiksi taidoiksi puolestaan nousivat ammattitaito, intuitio ja kokemus. (Andersson ym. 2006, 138–139.)

Triage-hoitajalta vaaditaan vähintään vuoden kliinistä kokemusta päivystystyöskentelestä, jotta hän kykenee luokittelemaan potilaat kiireellisyysluokkaan nopeasti ja luotettavasti. Laajapohjainen päivystyslääketieteen tuntemus ja taito hakea tietoa eri tahoilta ovat taitoja, joita triage-hoitaja tarvitsee. Vaikka potilaan vaiva ei olisi kiireellinen, potilaan näkökulmasta se voi olla voimakas tapahtuma. Triage-hoitajan on oltava hyvin ammattimainen, koska hän on usein henkilö, joka päivystyskäynnistä muistetaan. Triage-hoitajan on oltava kliinisesti kokenut, päättäväinen, huumorintajuinen ja hänen on osattava johtaa ja arvioida potilaita luotettavasti. Hän tarvitsee potilaan hoidon kiireellisuuden arvioimisessa myös kliinistä silmää. Triage-hoitajan on tunnettava alueen terveydenhuolto ja osattava soveltaa tietojaan. Sosiaaliset taidot ovat myös hyödyllisiä triage-hoitajalle, sillä hänen tulee kyetä selvittämään selkeästi oleelliset tiedot. (Kiuru 2008, 23–24.) Hyvä tilannetaju ja uskottavuus ovat myös triage-hoitajan tärkeitä ominaisuuksia (Salo 2007, 10). Järjestelmällisyys on myös triage-hoitajan tärkeä ominaisuus, sillä hänen on huolehdittava, että samaan kiireellisyysluokkaan ei kasaantuisi liikaa potilaita, jotta luokan sisäinen priorisointi olisi vielä hallittavissa (Andersson ym. 2006, 143).

Aurivuon ja Lustbergin (2010) opinnäytetyön tuloksien mukaan triage-hoitajalta edellytetään tehtävässään kokonaisuuksien hallintaa, hyvää yhteistyö- ja organisointikykyä, jämäkkyyttä, pitkäjänteisyyttä, nopeaa päätöksentekokykyä sekä diagnoosien tuntemusta. Triage-hoitaja tarvitsee myös esimiestaitoja, sillä hän toimii ikään kuin työryhmän johtajana. Triage-hoitajan tulee myös oma-aloitteisesti etsiä tietoa ja olla kiinnostunut omien tietojensa ja taitojensa kehittämisestä. (Aurivuo & Lustberg 2010, 22.) Työkokemus, vakuuttavuus, vuorovaikutustaidot ja laaja-alainen osaaminen nousivat Aallon ja Leinon opinnäytetyön (2008, 35) triage-hoitajan tärkeimmiksi ominaisuuksiksi.

### 3.4 Ympäristötekijöiden vaikutus päätöksentekoon

Hoidon tarpeen kiireellisyyden luokan päätös perustuu siis potilaan yleistilaan, kivun tuntemuksiin, mahdollisiin testituloksiin, vitaalimittauksiin, oireiden alkamisajankohtaan, vakavan terveysuhan riskiin ja yleiseen fyysiseen tutkimukseen. Hoitotyön päätöksentekoon vaikuttavat työntekijään liittyvien ominaisuuksien lisäksi myös monet ympäristötekijät. Andersson ym. (2006) mainitsevat tutkimuksessaan häiritsevän ympäristön ja stressin vaikutuksen triage-hoitajan työhön. Päivystykseen saattaa kerääntyä isoja potilasmassoja kerrallaan, ja osa potilaista saattaa olla päihtyneitä. Inhimilliset tekijät saattavat ohjata päätöksentekoa kliinisten oireiden sijaan silloin, kun kyseessä on esimerkiksi lapsipotilas. Lisäksi triage-hoitaja joutuu punnitsemaan käytännön järjestelyjä silloin, kun päivystykseen saapuu viranomaisten saattama potilas. (Andersson ym. 2006, 140–141.)

Triage-hoitajan rooli voi olla stressaava ja painostava etenkin silloin, kun runsas potilasmäärä saapuu lyhyessä ajassa päivystykseen. Silloin hänen tulee olla kyvykäs tekemään päätöksiä paineen alla menettämättä hermojaan. (Cone & Murray 2002, 405; Laine 2008, 2.) Triage-hoitajan nopea ja luotettava potilaiden kiireellisyysluokituksen tekeminen korostuu päivystysyksikön ruuhkaisissa tilanteissa (Andersson ym. 2006, 136). Potilaan tulotilanteessa tapahtuvaan päätöksentekoon vaikuttaa paljon myös se, miten potilas itse pystyy kertomaan voinnistaan. Monikulttuurisuus, vanhukset ja psykiatriset potilaat lisäävät omat haasteensa triage-hoitajan hoidon tarpeen kiireellisyyden arviointiin, koska tiedon hakeminen ja yhteisymmärrykseen pääseminen voi olla vaikeampaa. Triagen teko on myös haastavaa lasten ja nuorten parissa, koska pienet lapset eivät itse pysty ilmaisemaan oireitaan. Triage-hoitaja joutuukin turvautumaan vanhempien arvioon potilaan voinnista. Myös päihtyneet ovat hyvin tavallinen ilmiö päivystystilanteissa, sillä suuri osa niin somaattisesti oireilevista, vammapotilaista kuin psykiatristakin potilaista on päivystykseen hakeutuessaan humalassa. Tämä kuormittaa merkittävästi päivystystoimintaa ja lisää haasteita henkilökunnan osaamiselle ja turvallisuudelle. (Päivystyshankkeen projektiryhmä 2008, 5 Päivystyshanke 2008b, 51.)

Päihtymys ei saa estää henkilön akuuttihoidon tarpeen arviointia ja hoidon järjestämistä, ei myöskään saamasta asianmukaista palvelua ja kohtelua. Jos potilas on aggressiivinen, sekava, runsaasti humaltunut, hätäntynyt tai ahdistunut tai potilaan tajunnantaso on

laskenut, on hänen kykynsä antaa voinnistaan tietoa alentunut. Tässä tilanteessa triage-hoitajan päätöksenteolta vaaditaan enemmän. (Päivystyshankkeen projektiryhmä 2008, 5.) Väkivallan esiintyminen päivystyspoliklinikoilla on yleisempää kuin muissa terveydenhuollon yksiköissä. Suuri osa päivystyspoliklinikoiden työntekijöistä on joutunut uransa aikana väkivallan kohteeksi. Rasimus (2002) on väitöskirjassaan selvittänyt päivystyspoliklinikoiden turvattomuutta aiheuttavia tekijöitä. Tutkimukseen osallistui Suomen erikoissairaanhoidon päivystyspoliklinikoiden hoitohenkilökuntaa ja lääkäreitä, joista 602 vastasi tutkimukseen. Tutkimustulosten mukaan neljännes vastaajista koki päivystyspoliklinikan työn turvattomana. Suurimpina riskitekijöinä ovat väkivaltaisesti käyttäytyvät potilaat, päihteiden käyttäjät ja kiireinen työtahti. Yli puoleen vastaajista oli kohdistunut työssä fyysistä väkivaltaa. (Rasimus 2002, 5, 70, 156.) Väkivaltaiset ja aggressiiviset potilaat ovat päivystyspoliklinikalla uhkana triage-hoitajan turvallisuudelle.

Päivystyspoliklinikalla triage-hoitaja työskentelee moniammatillisesti eri ammattiryhmien kanssa, joka edellyttää työroolien selkeyttä sekä vastuun jakamista. Päivystyspoliklinikalla toteutettava hoitotyö on tiimityöskentelyä, jossa yhdistetään eri ammattikuntien tietotaito ja heidän kokemuksensa pyrkien yhteiseen potilaslähtöiseen tavoitteeseen. Moniammatillisuus tarkoittaa yhteisöllisyyttä sekä jaettua asiantuntijuutta ja sen rooli vaihtelee toimintaympäristöistä riippuen. Esimerkiksi päivystyksissä moniammatillisuuden merkitys korostuu työnkuvan kiireellisyyden sekä nopeasti muuttuvien tilanteiden vuoksi. Triage-hoitaja voi pyytää tarvittaessa apua muilta päivystyksen sairaanhoitajilta tai päivystäviltä lääkäreiltä, jotta hoidon kiireellisyyden arvio olisi mahdollisimman oikea. (Rekola, Isoherranen & Koponen 2005, 17; Päivystyshanke 2008b, 51.)

Triage-hoitajan yhteistyökyky eri sidosryhmien kanssa on tärkeää kiireellisyysluokituksen toimivuuden kannalta. Myös päivystyspoliklinikan tilat ovat kokonaisuudessaan tärkeät triagen toimivuuden kannalta. Tilojen tulee olla riittävän tilavat ja asianmukaiset suhteessa potilasmäärään ja -laatuun. Arviointitilan rauhallisuus on myös kiireellisyysluokituksen toimivuuden kannalta tärkeää. (Tanninen 2007, 50–51, 54.) Osana päivystyksen tiimiä sairaanhoitajalla on tärkeä ja kasvava rooli päivystyksen potilastilanteen arviossa ja seurannassa. Sairaanhoitajan työnkuvaa tulisi kehittää korostaen sekä itsenäisten vastaanottojen järjestämistä että työskentelyä osana päivystyksen tiimiä. (Sosi- ja terveysministeriö 2010, 68.)

#### 4 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS JA TAVOITTEET

Opinnäytetyön tarkoituksena on kuvata sairaanhoitajien kokemuksia potilaiden hoidon tarpeen kiireellisyyden arvioijina Haartmanin sairaalan yhteispäivystyksessä. Lisäksi tarkoituksena on kartoittaa triage-hoitajien tärkeimmät taidot ja ominaisuudet potilaan hoidon kiireellisyyden arvioinnissa sekä triage-järjestelmän mahdolliset kehittämistarpeet. Opinnäytetyön tavoitteena on edistää työelämätahoa suuntaamaan triage-hoitajille tuloksista esiin nousseille alueille lisäkoulutusta, jonka avulla voidaan kehittää triage-hoitajien osaamista. Opinnäytetyön toivotaan lisäävän triage-hoitajien tietoisuutta omista kehittämistarpeistaan työyhteisössään. Opinnäytetyön avulla voidaan kehittää Haartmanin sairaalan yhteispäivystyksen lisäksi myös muiden Suomen päivystysyksiköiden triage-toimintaa ja siihen osallistuvan henkilöstön työnjakoa.

Tutkimuskysymyksinä on selvittää

1. Millaisia ovat sairaanhoitajien kokemukset hoidon tarpeen kiireellisyyden arvioinnista?
2. Mitkä ovat sairaanhoitajan tärkeimmät ominaisuudet ja taidot hoidon tarpeen kiireellisyyden arvioinnissa?
3. Mitä ovat hoidon kiireellisyyden arviointimenetelmän kehittämistarpeet?

## 5 OPINNÄYTETYÖN TOTEUTUS

Haartmanin sairaalan yhteispäivystys koostuu terveyskeskuspäivystyksestä, perustason sisätautien sekä kirurgisesta päivystyksestä ilman leikkaustoimintaa. Triage-hoitaja tekee hoidon kiireellisyyden arvioinnin päivystykseen itse tuleville potilailla ja ohjaa heidät sisätautilääkärin, kirurgin, terveyskeskuslääkärin tai sairaanhoitajan itsenäiselle vastaanotolle. Potilaat, joiden hoito ei edellytä triage-hoitajan arvioinnin mukaan päivystyshoitoa, uudelleen ohjataan asianmukaiseen hoitopaikkaan. Haartmanin sairaalan päivystyspoliklinikka on auki joka päivä 24 tuntia vuorokaudessa. Terveyskeskuspäivystys toimii arkisin klo 16–22 ja viikonloppuisin klo 8–22. (Helsingin kaupunki terveyskeskus 2009.)

Päivystyspoliklinikan tehtävänä on hoitaa 16 vuotta täyttäneitä helsinkiläisiä, jotka tarvitsevat päivystysluonteista sisätautista tai perustason kirurgista hoitoa. Piiri- ja aluesairaanhoitopiirien mukaisesti Haartmanissa hoidetaan eteläisen, keskisen ja läntisen suurpiirin helsinkiläisiä. Keskimäärin päivystyspoliklinikalla hoidetaan vuorokaudessa noin 80–150 potilasta. Haartmanin sairaalassa toimii yhteispäivystyspoliklinikka, päivystys- ja valvontaosasto, neljä päivystystä tukevaa vuodeosastoa, sisätautien poliklinikka, pääkaupunkiseudun yhteinen hammaspäivystys sekä sairaalan toimintaa tukevat laboratorio- ja kuvantamispalvelut. Vuodepaikkoja Haartmanin sairaalassa on päivystyksessä 43 ja vuodeosastoilla 118. (Helsingin kaupunki terveyskeskus 2009; Helsingin terveyskeskus 2009, 2.)

Haartmanin sairaalan yhteispäivystykseen potilas voi hakeutua omatoimisesti hoitoon äkillisen sairastumisen vuoksi tai ambulanssilla. Potilas voidaan läheteellä lähettää myös omalta terveysasemalta, yksityiseltä puolelta, työterveyshuollosta tai muista sairaaloista sekä hoitolaitoksista jatkotutkimuksiin tai -hoitoon. Yhteispäivystyksestä osa potilaita kotiutuu, mikäli he eivät tarvitse enää tarkkailua ja hoitoa tai tarvittaessa he kotiutuvat kotihoidon tai kotisairaalan turvin. Osa potilaista lähetetään puolestaan erikoissairaanhoidon jatkotutkimuksiin ja -hoitoon tai kirurgiseen toimenpiteeseen esimerkiksi Meilahden, Töölön tai Auran sairaalaan. Osa potilaista puolestaan siirtyy Haartmanin sairaalan valvontaosastolle tai vuodeosastoille. Osa potilaista siirtyy myös Laakson sairaalaan kuntoutumaan. (Helsingin terveyskeskus 2009, 5.)

Suurin osa Haartmanin sairaalan päivystyspoliklinikalla hoidettavista potilaista on iäkkäitä helsinkiläisiä, jotka tarvitsevat sisätautista sairaalahoitoa. Tulossyynä on usein pahentunut sydän-, verisuoni tai keuhkosairaus tai yleistilan laskun aiheuttanut infektiosairaus. Pientraumatologiseen päivystykseen tulevilla potilailla tulossyynä on tavallisesti epäily murtumasta, ommeltava haava, aivotärähdys, äkillisesti alkanut selkä- tai vatsakipu. (Helsingin terveystieteiden tutkimuskeskus 2009, 3.) Terveystieteiden tutkimuskeskuspäivystyksessä puolestaan hoidetaan vaivat, jotka vaativat lääkärin arvioita päivystyksellisesti, mutta ei sairaalahoitoa. Terveystieteiden tutkimuskeskuspäivystyksessä toimii myös sairaanhoitajan itsenäinen vastaanotto. (Helsingin terveystieteiden tutkimuskeskus 2009, 3.) Haartmanin sairaalan yhteispäivystyksen palvelukokonaisuuteen kuuluu kiinteästi päivystysosastotoiminta, jossa potilasta tarkkaillaan, tehdään tarvittavat tutkimukset ja hoito sekä arvioidaan jatkohoidon tarvetta. (Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskus 2010, 70.) Terveystieteiden tutkimuskeskusten vuodeosastot ottavat potilaat päivystyspoliklinikoilta jatkohoitoon ja pitkien etäisyyksien alueilla myös suoraan kotoa.

Haartmanin sairaalan yhteispäivystyksessä triage-hoitajana toimii kokenut sairaanhoitaja, joka on ensimmäinen hoitohenkilökuntaan kuuluva työntekijä, joka kohtaa potilaan sairaalaan tulon jälkeen. Triage-hoitaja työskentelee päivystyksen ilmoittautumisessa 24 tuntia vuorokaudessa. Triage-hoitajia on yksi, mutta arkisin klo 11–19 hoitajia on kaksi. Triage-hoitajan tehtävänä on myös seurata odotus- ja tuloaulan tilannetta. Oikean hoitolinjan valitsemiseksi triage-hoitajan tulee tuntea pääkaupunkiseudun terveydenhuoltojärjestelmä ja sen mahdolliset hoitopaikat. Triage-hoitajan tehtäviin ei kuulu antaa puhelinneuvontaa ja hän ei poistu triage-alueelta muuhun hoitotyöhön. (Kiuru 2008, 22.)

Haartmanin sairaalan päivystyspoliklinikalla vuorovastaava sairaanhoitaja puolestaan ottaa vastaan ambulanssilla tulevat potilaat ja arvioi heidän hoidon kiireellisyyden. Vuorovastaavana sairaanhoitajana työskentelee kokeneempi hoitaja, joka myös huolehtii heidän sijoituksista oikeisiin huoneisiin. Vuorovastaava tietää vuorokohtaisesti päivystyspoliklinikan paikkatilanteen. Päivystyksen ruuhkautuessa vuorovastaava tiedottaa tilanteesta hoitohenkilökunnalle ja tarvittaessa siirtää työvoimaa huoneisiin, joissa tarvitaan lisääpua. (Helsingin terveystieteiden tutkimuskeskus 2009, 4.) Triage-hoitaja voi konsultoida myös vuorovastaavaa sairaanhoitajia epäselvissä tapauksissa. Triage-hoitaja tai vuorovastaava sairaanhoitaja käynnistävät kaikkien potilaiden hoidon.

## 5.1 Tutkittavien valinta opinnäytetyöhön

Opinnäytetyön osallistuja on koulutukseltaan sairaanhoitaja, jolta edellytetään riittävää kokemusta päivystyshoitotyöstä sekä vähintään puolen vuoden kokemusta triage-hoitajana työskentelemisestä. Lisäksi osallistujien tulisi puhua suomen kieltä äidinkielenään. Osastonhoitaja valitsi tutkimukseen osallistuvat näiden valintakriteereiden avulla. Opinnäytetyötä varten haastattelin syksyllä 2010 kuusi sairaanhoitajaa, jotka tekevät hoidon tarpeen kiireellisyyden arviointia triage-hoitajana Haartmanin sairaalan yhteispäivystyksessä.

Annoin ennen haastatteluja päivystyspoliklinikan työntekijöille tutkimustiedotteen (liite 1). Suostumuslomakkeet (liite 2) haastateltavat antoivat minulle haastattelupäivänä. Iältään haastateltavat olivat 30–53-vuotiaita, joiden työkokemus sairaanhoitajana vaihteli lähes 30 vuodesta kahteen vuoteen. Haastateltavat olivat kaikki työskennelleet joko haastattelupäivänä tai alle viikon sisällä triage-hoitajana. Haastattelut toteutettiin sairaanhoitajien työajalla Haartmanin sairaalan yhteispäivystyksen tiloissa.

## 5.2 Aineiston hankintamenetelmä

Opinnäytetyö on laadullinen eli kvalitatiivinen tutkimus, ja tiedonhankintamenetelmänä käytetään puolistrukturoitua teemahaastattelua. Laadullisessa tutkimuksessa lähtökohtana on kuvata todellista elämää ja sen luonnollisia tilanteita. (Hirsjärvi & Hurme 2008, 47–48.) Opinnäytetyöni tarkoituksena on kuvata sairaanhoitajien kokemuksia potilaiden hoidon tarpeen kiireellisyyden arvioijina mahdollisimman kokonaisvaltaisesti. Opinnäytetyöni tarkoituksena on myös nostaa pinnalle tietoa, joka on jo koettu, mutta jota ei ole tieteellisesti ilmaistu. (vrt. Eskola & Vastamäki 2007, 33.)

Laadullisessa tutkimuksessa yksittäinen ihminen ja tutkimuskohde korostuvat, sillä yhdenkin triage-hoitajan kertomat kokemukset ovat merkittäviä. Laadullinen tutkimus soveltuu hyvin opinnäytetyöni sairaanhoitajien kokemusten kuvaamiseen ja heidän niille antamilleen merkityksille hoidon tarpeen kiireellisyyden arvioijina. Opinnäytetyöni aineiston keruu toteutetaan puolistrukturoidulla teemahaastattelumenetelmällä, jossa haastattelun aihepiirit eli teema-alueet ovat tiedossa triage-hoitajille etukäteen ja ne ovat



kaikille haastateltaville samat. Strukturoiduille haastatteluille on puolestaan luonteenomaista kysymysten tarkka järjestys ja muoto. (Hirsjärvi & Hurme 2008, 47–48.) Opin­näytetyön tekijällä on puolistrukturoidussa teemahaastattelumenetelmässä vapaat kädet vaihdella kysymysten sanamuotoa ja järjestystä sekä triage-hoitajat voivat vastata kysymyksiin omin sanoin. Opin­näytetyön teemahaastattelu etenee valittujen teemojen avulla haastattelutilanteessa ja aihepiirejä tarkentavia kysymyksiä tulee haastattelun kuluessa lisää. Teemahaastattelun avulla voidaan tutkia kaikkia yksilön kokemuksia, ajatuksia, uskomuksia ja tunteita (Eskola & Vastamäki 2007, 27; Hirsjärvi & Hurme 2008, 47–48).

Teemahaastattelurungon syntymisen lähtökohtana ovat opin­näytetyön teoreettinen viitekehys sekä työelämä­lähtöisyys. Yhteistyökumppani halusi selvittää etenkin potilaan hoidon kiireellisyyden arvioinnin kehittämistarpeita. Teemahaastattelurunko syntyi teo­riatietoon perehtymisellä sekä lisäksi havainnoivilla tutustumiskäynneillä Haartmanin sairaalan päivystykseen, jossa kävin seuraamassa triage-hoitajan työskentelyä. Kävin myös tutustumassa erään toisen päivystyspoliklinikan triage-hoitajan toimintaan. Valmis teemahaastattelurunko esitettiin Haartmanin sairaalan yhteispäivystyksessä yhdellä triage-hoitajalla. Runko oli toimiva, sillä sain sen avulla haluamaani aineistoa, joten otin sen mukaan aineistooni. Esitestauksen jälkeen teemahaastattelurunko ei muut­nut. Teemahaastattelurungon esitestauksella parannettiin opin­näytetyön luotettavuutta.

Käytän teemahaastattelua tutkimusmenetelmänä, koska haluan selvittää vähän kartoitet­tuja ja tutkittuja asioita. Teemahaastattelua tutkimusmenetelmänä käytetään jos ei tiede­tä millaisia vastauksia tullaan saamaan ja, kun tutkimustulokset perustuvat yksittäisen ihmisen kokemukseen. Ominaista teemahaastattelulle on se, että haastateltavilla on ko­kemuksia samankaltaisista tilanteista. Teemahaastattelu antaa triage-hoitajalle vapauden tuoda esille itseään koskevia asioita. Teemahaastattelulla haastatteli­ja voi säädellä ai­neistonkeruuta joustavasti tilanteen edellyttämällä tavalla ja vastaajia myötäillen. (Hirs­järvi & Hurme 2008, 35.) Teemahaastattelu on joustava tiedonhankintamenetelmä ja se antaa mahdollisuuden tehdä opin­näytetyöstä omannäköinen.

Teemahaastattelussa haastattelijat kävivät haastateltavan kanssa läpi opin­näytetyön teki­jän etukäteen päätetyt teema-alueet (liite 3), joiden järjestyksen ja muodon lisäksi myös laajuus voi vaihdella. Teema-alueet eivät ole valmiita kysymyksiä, vaan toimivat jokai-

sen haastattelun keskustelun tukilistana, jota sovelletaan yksilöllisesti haastattelutilanteissa. (Eskola & Vastamäki 2007, 27–28; Eskola & Suoranta 1998, 87.) Teemahaastattelu sopii opinnäytetyön tiedonhankintamenetelmäksi, sillä opinnäytetyön tarkoituksena on saada kokemuksiin perustuvaa yksilöllistä tietoa samaa työtä toteuttavilta sairaanhoitajilta. Triage-hoitajien haastattelut järjestettiin Haartmanin sairaalan päivystyspoliklinikan rauhallisessa lääkärin huoneessa, joka oli tuttu ympäristö haastateltaville triage-hoitajille. Haastattelupaikkaan on tärkeää kiinnittää huomiota (Eskola & Vastamäki 2007, 28). Kaikki kuusi triage-hoitajan haastattelua kestivät kukin noin puolesta tunnista 50 minuuttiin. Haastattelut etenivät teemahaastattelurungon suuntaisesti kuitenkin niin, että triage-hoitajille annettiin mahdollisuus keskustella vapaamuotoisesti haastattelujen aikana olevista aiheista.

Yritin luoda haastatteluilmapiiristä mahdollisimman luontevan esimerkiksi tarjoamalla triage-hoitajille mehua sekä naposteltavaa. Häiriötekijöitä ilmeni kahdessa haastattelussa. Toisen haastattelun aikana tuli lyhyt kuulutus sekä toisessa toinen hoitaja konsultoi triage-hoitajaa. En kokenut niiden kuitenkaan haittaavan haastattelujen sujuvuutta. Mielestäni haastattelutilanteet olivat luontevia ja keskustelut niissä vastavuoroisia. Tapani haastatella tutkittavia saattaa myös osaltaan vaikuttaa tutkimustuloksiin, sillä tutkija saattaa puhua haastattelutilanteessa eri tavalla, kuin jossakin toisessa haastattelussa. Tämän vuoksi kaikki seikat on huomioitava tulkittaessa tuloksia, jolloin tulosten yleistämisessä ei pitäisi liioitella (Hirsjärvi ym. 2000, 192–193).

### 5.3 Aineiston analyysi

Laadullisessa tutkimuksessa tutkittavien mielipiteet ovat ainutlaatuista tutkimusaineistoa, joita analysoidaan yksityiskohtaisesti. Laadullisen tutkimuksen sisällönanalyysi voidaan tehdä monella tavalla esimerkiksi aineistolähtöisesti, teoriaohjaavasti tai teorialähtöisesti. Sisällönanalyysi tarkoittaa pyrkimystä kuvata dokumenttien sisältöä sanallisesti. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 99, 106.) Opinnäytetyön tarkoitus ja tutkimuskysymykset ohjaavat sisällön analyysia (Kyngäs & Vanhanen 1999, 5). Lähestyn opinnäytetyön sisällönanalyysillä, sillä pyrin luomaan aineistosta teoreettista kokonaisuutta. Sisällön analyysissa pyritään esittämään tutkittavaa ilmiötä tiivistetyssä ja yleisessä muodossa, jonka avulla ilmiö voidaan käsitteellistää (Kyngäs & Vanhanen 1999, 3–4).

Tuloksena on kuvaus opinnäytetyön kohteena olevasta ilmiöstä (Kylmä & Juvakka 2007, 29). Laadullisessa tutkimuksessa aineiston analyysin tavoitteena on saada aineisto ilmaistua selkeästi ja tuottaa mielekäästä tekstiä. Analyysivaihe ei vielä sisällä tulkintaa, koska triage-hoitajien haastattelumateriaali on ensin saatava tutkimuskysymysten kannalta tarkoituksenmukaiseen muotoon. Ensimmäisessä vaiheessa opinnäytetyön aineisto litteroidaan mielekkäiksi, tutkimuskysymyksiin sekä teema-alueisiin kohdentavaksi kokonaisuuksiksi, joista tulkinta lopulta johdetaan (Eskola & Suoranta 1998, 138, 151).

Aineistolähtöisen analyysin kolme päävaihetta ovat aineiston pelkistäminen, aineiston ryhmittely ja teoreettisten käsitteiden luominen. Pelkistäminen tarkoittaa olennaisten asioiden löytämistä aineistosta, jota ohjaavat opinnäytetyön tutkimustehtävät. Samaa tarkoittavat triage-hoitajien ilmaisut ryhmitellään ja yhdistetään alaluokiksi, jotka nimeetään niiden sisältöä kuvaavalla nimellä. Kategorioiden muodostaminen nähdään analysoinnin kriittisimpänä vaiheena. Analyysia jatketaan yhdistämällä samankaltaiset alaluokat ja niistä muodostetaan puolestaan yläluokkia. (Kyngäs & Vanhanen 1999, 4; Tuomi & Sarajärvi 2009, 101, 109–111.)

Käyttämällä aineistolähtöistä analyysia pystyn tarkastelemaan hoidon tarpeen kiireellisyiden arviointimenetelmää rikkaasti. Opinnäytetyön sisällön analysointi aloitettiin litteroimalla triage-hoitajien teemahaastattelut nauhalta sana sanalta ensiksi jokainen haastattelu erikseen. Puhtaaksi kirjoitettua aineistoa syntyi 44 sivua. Litteroinnin jälkeen tekstistä alleviivattiin eri värein jokaisen triage-hoitajan vastaukset kysyttyyn teema-alueeseen. Luin aineistoa useita kertoja läpi tehden siihen muistiinpanoja, minkä tarkoituksena oli luoda pohja analyysille (vrt. Kyngäs & Vanhanen 1999, 5).

Luokittelin tietokoneen tekstinkäsittelyn avulla aineiston tämän jälkeen niin, että jokaisen teeman alla oli kaikkien triage-hoitajien vastaukset. Jokaisesta teema-alueesta tehtiin tekstinkäsittelyohjelmalla taulukot, johon omaksi sarakkeeseen tulivat alkuperäiset ilmaisut haastatteluista. Alkuperäiset ilmaukset pelkistettiin ja niistä muodostettiin vierelle alakategorioita, joille annettiin kategoriaa kuvaava nimi (liite 4). Liite 4 on esimerkki aineiston analysoinnista, ja se sisältää alkuperäisistä haastatteluista ilmauksia. Ilmauksia yhdistäessä palattiin alkuperäisiin ilmauksiin, jotta ne pysyivät koko analysoinnin ajan taustalla. Alakategorioita yhdistettiin sisällön mukaisesti toisiinsa sekä niistä muodostettiin edelleen yläluokkia. (vrt. Eskola & Vastamäki 2007, 42.) Aineiston

puhtaaksi kirjoittaminen sekä sisällönanalyysi olivat työlästä, mutta samalla ne kuitenkin olivat mielenkiintoisimmat opinnäytetyönprosessin vaiheet. Koin tutkimuskysymyksen yksi haastavaksi analysoinnin kannalta, sillä siinä kaikki triage-hoitajien kokemukset olivat jotenkin yhteyksissä toisiinsa ja se loi haastavuutta aineiston luokitteluun.

## 6 TULOKSET

### 6.1 Sairaanhoitajien kokemukset hoidon kiireellisyyden arvioimisesta

Sairaanhoitajat pitivät triage-hoitajan työnkuvaa haasteellisena ja vastuullisena tehtävänä. Triage-hoitajuus koettiin myönteisenä vaihteluna ja vastapainona kenttätööhön, sillä hoitajat kokivat sen olevan fyysisesti kevyempää kuin muun työn päivystyksessä. Triage-hoitajien kokemukset analysoitiin kuuteen alaluokkaan: potilaan hoitoonohjauksen toimimattomuuteen, haastaviin potilaisiin, yhteispäivystyksen muutoksiin, yhteistyöhön lääkäreiden kanssa, päätöksentekoa helpottaviin ja vaikeuttaviin tekijöihin sekä ammattien välisiin näkemyseroihin.

#### 6.1.1 Potilaan hoitoonohjauksen toimimattomuus

Potilaan hoitoonohjauksen toimimattomuus nousi yhdeksi aihealueeksi haastatteluista. Triage-hoitajat kokivat, että usein läheteellä terveysasemalta tuleva potilas ei kuulu hoidettavaksi Haartmanin sairaalan päivystykseen. Virheellisen potilasohjauksen lähettävillä yksiköillä on taustalla tiedon puute yhteispäivystyksen toimenkuvasta ja hoidon kiireellisyyden arvioimisesta. Lisäksi lähettävillä yksiköillä on triage-hoitajien mielestä tiedon puutetta siitä, mitkä ovat yhteispäivystyksien resurssit hoitaa potilaita. Eräs triage-hoitaja kertoi esimerkin potilaasta, joka oli lähetetty sairaalapäivystykseen iltapäivällä trombin poissulkuun jalasta. Ultraääntä ei saatu potilaalle enää siihen aikaan päivästä, koska sen saa arkisin klo 15:een asti. Triage-hoitaja arvioi potilaan hoidon kiireellisyyden ja päätti laittaa potilaan terveyskeskuspäivystykseen, jossa potilas sai verenhyötytymisen estoon Klexane-lääkettä ja hänelle varattiin seuraavaksi päiväksi aika jalan ultraäänen. Triage-hoitajat joutuvat lukemaan myös lähetteen tarkoituksenmukaisuutta eli valitsemaan potilaalle oikean hoitolinjan.

*Paljon ihan ammatti-ihmiset ohjaa, se on hirvee määrä mitä ohjataan väärin. Ihan lääkäriasemilta ihan väärään paikkaan. Potilas, joka kuuluis Meilahteen, niin ohjataan tänne. Että ei tää potilasohjaus oo niilläkään hanskassa. Ja sitten me käännytetään tuosta niitä.*

*Potilaita ohjataan myös väärin ihan esimerkiksi yliopistollisista sairaaloista, Töölöstä. Ihan on sanottu suoraan terveysasemilta ohjaavat tai johonkin on soittanu, että tulla vaan tänne näin, kun ei täällä esimerkiks oo terveyskeskuspäivystys ei oo edes vielä auki.*

Erikoissairaanhoidon kirurgisia potilaita, jotka kuuluvat Meilahden päivystyspoliklinikalle, ohjataan usein Haartmanin sairaalan päivystykseen. Haartmanin sairaalan yhteispäivystyksessä hoidetaan ainoastaan perustason kirurgiset potilaat. Myös työterveyshuollosta, yksityisiltä lääkäriasemilta ja yliopistollisista sairaaloista lähetetään paljon potilaita virheellisesti. Eräs hoitaja kertoi esimerkin, että Malmin työterveyslääkäri oli lähettänyt potilaan Haartmanin sairaalan päivystykseen, vaikka potilas asui Malmilla ja olisi näin kuulunut Malmin päivystykseen. Triage-hoitajat totesivat lähettävien yksiköiden virheellisten potilasohjaustilanteiden olevan kuormittavia ja aikaa vieviä. Potilas joutuu liikkumaan paikasta toiseen sairaana ja triage-hoitajalla puolestaan voi mennä paljon aikaa tilanteen selvittämiseen. Jos potilas tulee lääkärin läheteellä Haartmanin sairaalan yhteispäivystykseen, vain lääkäri voi uudelleenohjata potilaan toiseen hoitoyksikköön. Triage-hoitajat olivat kohdanneet joskus myös niin vaikeita tilanteita, että he eivät enää tieneet, missä potilas kuuluisi hoitaa.

Triage-hoitajat ovat työskennellessään huomanneet, että osa päivystykseen hakeutuvista potilaista ei tiedä, minne pitäisi hakeutua hoitoon, jos he sairastuvat. Ihmisten tietoisuus päivystyksen tehtävästä on triage-hoitajien mielestä puutteellista ja virheellistä. Ihmiset eivät ole tietoisia minkälainen vaiva kuuluu päivystyksessä hoidettavaksi ja minkälainen vaiva puolestaan voidaan hoitaa esimerkiksi virka-aikana omalla terveysasemalla. Eipäivystyksellisten potilaiden määrä terveyskeskuspäivystyksessä on edelleen suuri osa päivystyksen potilasmäärästä, joka syö puolestaan resursseja kiireellisten potilaiden hoidolle tarkoitettulta yhteispäivystykseltä. Päivystyksen tarkoituksena on hoitaa kiireellistä hoitoa tarvitsevat potilaat. Potilaiden on terveyskeskuspäivystykseen helpompi hakeutua ilman ajanvarausta kuin varata aikaa omalta terveysasemalta, vaikka päivystyksessä saattaakin joutua odottamaan lääkärin aikaa useita tunteja. Triage-hoitajat kertoivat, että osalla ihmisistä on käsitys, jonka mukaan terveyskeskuspäivystys olisi ikään kuin vaihtoehto virka-aikana toimivalle terveysasemalle. Myös ihmisten asenne omaa terveysasemaa kohtaan on usein negatiivinen, sillä heidän mielestään sinne ei saa aikaa, vaikka he eivät olisikaan yrittäneet edes varata sitä.

*Kiireellisyydestä potilaat tietää melko hyvin, ja me sitten siinä luukulla sitten sanotaan se vielä, mutta se helsingiläiset tuntuu olevan vähän hakuksessa. Jotkut ei edes tiedä missä niitten oma terveysasema on. Että heillä ei oo semmosta hahmotusta yhtään, et minkälainen vaiva kuuluu päivystykseen ja minkälainen taas ei. Et he ajattelee, et sen ,että on se vaihtoehto et mä voin mennä terveysasemalle tai sitten päivystykseen. Et tiedon puuttetta on. Joutuu paljon ohjaamaan sitten. Ja oikeesti kaivamaan sen terveyskeskuksen osote ja näin. Täällä se on, et soittakaa tänne. Tää kuitenkin koetaan helpoks siinä mielessä, kun tänne ei tarvii varata aikaa. Kun terveysasemalle se aika voi olla kovan työn takana et saa sen ajan sinne, mut meillä sit joutuu odottaa monta tuntii.*

*Ihmisen asenne terveysasemaan, kun monesti kysyy potilaalta, että: ”Ooteko ottaneet tästä vaivasta yhteyttä omaan terveysasemaan?” niin ”Sieltä ei mitään aikaa saa. Mitä sinne soittamaan.” Ehkä semmosta valistusta sinnekin ja yhteistyökumppaneille tätä hoidon ohjausta, että mihin ne potilaat kuuluu. Välillä vaan tuntuu, että kaikkien tie tuo tänne. Vaiva, ku vaiva.*

Päivystysten tehtävää olisi tarpeellista markkinoida enemmän ihmisille kuin myös lähettävälle yksiköille. Ihmisten tietoisuutta tavallisimmista sairauksista ja niiden hoidosta pitäisi lisätä esimerkiksi erilaisten ohjeistuksien avulla. Osa potilaista ei myöskään ilmeisesti enää usko, että he voivat sairastaa tavallista flunssaa, joka hoidetaan lepäämällä ja ottamalla tarvittaessa esimerkiksi tulehduskipulääkkeitä. Triage-hoitajien mielestä osa potilaista puolestaan hakeutuu päivystyshoitoon liian myöhään.

*Ihmiset ei tiedä nykysin, että mihin pitää mennä jos on kipeä. Eli se tuntuu, että Helsingistä puuttuu tervemaalaisjärki ihan tyystin. Eli ihan tää tämmönen en tiedä varmaan kouluissa pitäis lisätä jotain tämmöstä mikä oppi se nyt oliskin. Mutta ihan tämmönen elämisen oppi. Että en todellakaan usko, että maaseutukunnissa niin ikään kuin pienin vaivoin lähdetään hakeutumaan lääkäriin. Että kaikki ei oo sitten heti hengenvaarallista tautia, josta tarvii lähtee päivystykseen.*

*Ohjaus on suuri osa työtä, mikä korostuu uudelleenohjaamisessa. Eli nimenomaan perusohjeet, kun on flunssa niin mene kotiin lepäämään ja juo lämmintä. Eli antaa ne perusohjeet, mitä äidit on aiemmin kotona antanut. Niin kertoo, että se kuuluu asiaan, että jos on pikkunen flunssa, niin on nuhaa. Eli ohjaaminen on aika suurikin osa tätä työtä. Pahimmillaan on ollu just sitä, että vatsakipu on alkanu tunti sitten: ”Onko vatsatauti liikkeellä? Kyllä työkavereilla on ollu”. Ja sitten rynnätään oksentamaan. Ja oire on alkanu niinku tunti tai kaksi sitten. Kun rupee kiertää mahassa, niin silloin hakeudutaan lääkäriin.*

Myös osa päivystykseen lähettävistä yksiköistä jakaa väärää informaatiota siitä, että potilas pääsisi lähetteen turvin päivystyksessä välittömästi tutkimuksiin ja hoitoon. Lähettävät yksiköt eivät ole tietoisia siitä, että vaikka potilaalla on lähete, niin päivystyksessä triage-hoitaja arvioi hänen hoidon kiireellisyyden tarpeensa. Tällöin potilaalle voi tulla epärealistinen odotusaika siihen nähden, mitä hän on itse kokenut tai mitä hänelle on kerrottu lähettävästä yksiköstä. Lisäksi potilas saattaa suhtautua negatiivisesti siihen, jos luukulla kerrotaan, että hänet laitetaankin terveyskeskuspäivystyksen jonoon eikä sairaalapäivystykseen. Tutkimusmenetelmät niissä ovat lähes samoja, mutta ihmiset usein olettavat, että terveyskeskuspäivystys olisi tutkimusmenetelmiltään jotenkin heikompi.

### 6.1.2 Haastavat potilaat

Triage-hoitaja kohtaa työssään paljon haastavia potilastapauksia, jolloin hoidon kiireellisyyden arviointi on vaikeampaa taustojen selvittämisen ja yhteisymmärrykseen pääsemisen vuoksi. Triage-hoitajien mielestä yleisimmät hankalat potilastilanteet liittyvät tiettyihin potilasryhmiin tai uudelleenohjaustilanteisiin, jotka lisäävät haastetta triage-hoitajan osaamiselle. Hankalat tilanteet syntyvät usein niin, ettei triage-hoitaja kykene täyttämään potilaan odotuksia tai potilas on jo itsensä diagnosoinut ja päättänyt, että hän tarvitsee tänään päivystyksellistä hoitoa. Tällöin triage-hoitajan tulee osata perustella päätöksensä esimerkiksi selittämällä potilaalle päivystyksen toimenkuva ja sen ero ei-kiireellisiin sairauksiin.

*Jotkut saattaa tulla luukulle ja sanoo, että: ”Minulla on ollu tää olkavarsi kipeä kolme kuukautta ja minä odottelen tonne johonkin Töölöön tai johonkin muualle, mutta sieltä ei ole kuulunut mitään ja nyt mä tarvitsisin lääkäriä”. Niin tää ei oo mikään sairaalapäivystysasia. Että ottakaa yhteyttä vaan sinne minne hoidetaan. Sillon saattaa tulla, että on tullu tämmönen näin, että: ”Mikä paikka tää oikein oikeesti on, kun minä tarvitsen lääkäriä nyt heti!” Ette te tarvitse lääkäriä nyt heti. Ihan turha sekottaa tähän mitään terveyskeskuspäivystyslääkäriä.*

*No se on tämä näin, kun joku päivä luukulla oot niin sieltä ei tuu mitään positiivista. Siel saattaa olla päivät, ne saattaa olla ihan hirveitä, että tuntuu, että se on sun vika, ettei pääse sille lääkärille, sun vika ku joudun odottaa, sun vika, kun teet sitä teet tätä. Välillä taas on päiviä, että kaikki*



*menee vähän enemmän nappiin, että se tulee vähän mitä potilailla on odotuksia.*

Triage-hoitajat pitävät haastavina potilasryhminä päihde- ja psykiatrisia potilaita, joiden taustojen selvittäminen on vaikeaa. Päivystykseen tulee paljon psykiatrisia potilaita, jotka tulevat ensin hoidon arvioon päivystykseen, josta heidät tarvittaessa lähetetään jatkohoitopaikkaan. Päivystyksessä on arkisin käytössä psykiatrinen sairaanhoitaja, jota triage-hoitaja voi tarvittaessa konsultoida myös luukulle. Triage-hoitajat kokevat myös haastavana tilanteena sen, jos yhteinen kieli potilaan kanssa puuttuu. Joskus päivystykseen tulee potilaita vastaanottokeskuksista ainoastaan kädessään paperilappu, jossa lukee esimerkiksi kahdella sanalla hänen vaivansa. Triage-hoitajalla ei ole tällöin mitään yhteistä kieltä potilaan kanssa ja tämä hankaloittaa merkittävästi potilaan hoidon tarpeen arviointia ja sen luotettavuutta. Monella ulkomaalaisella on kuitenkin usein mukanaan esimerkiksi ystävä tai joku muu suomea tai englantia puhuva henkilö. Yhteisen kielen puuttuessa triage-hoitajat kertoivat laittaneensa potilaan herkemmin lääkärin jonoon, jotta hänen vointiansa voitaisiin tarkemmin selvittää erilaisin mittauksin ja tutkimusten avulla.

*Kyseessä voi olla pakolaistaustaisia tai muita, jotka ei kielellisesti pysty sitä kertomaan, niin silloin mä laitan lääkärin jonoon. Et jos ei sitä selkeästi pysty siinä sitä tarvetta toteamaan, niin parempi sit pistää lääkärille. Lääkäri painaa, koputtaa, kuuntelee tekee sit sen jonkinmoisen statuksen siinä. Et jos sit on täysin vatsaa aristamaton ja muuta. Vaikkei kielellistä kommunikaatiota löydy, niin sit se on perustuu vähän pidemmälle kuin siihen, mitä tossa luukulla ruveta tekemään.*

Uudelleenohjaustilanteet esimerkiksi omalle terveystasemalle aiheuttavat tyypillisiä konfliktitilanteita ja ne ovat triage-hoitajien mielestä kaikista haasteellisimpia tilanteita. Yleensä potilaan tullessa luukulle hänellä voi olla hyvin negatiiviset ennakoasenteet. Jos triage-hoitaja vielä kertoo potilaalle, että hänen vaivaansa ei tarvitse hoitaa tänään päivystyksessä, potilas helposti hermostuu luukulla. Hankalissa potilastilanteissa on usein siis taustalla jokin näkemysero. Tällöin triage-hoitaja yrittää ensin puhumalla selvittää tarkasti päätöksensä perusteet ja kertoa potilaalle esimerkiksi, että tämä vaiva kuuluu ensisijaiseksi hoidettavaksi terveystasemalla, ja sieltä he voivat lähettää tarvittaessa tänne.

*Mutta kyllä osa on vähän närkästyneitä ja ääntä korottavat siinä. Eivät hyväksy sitä, että pitää mennä terveysasemalle, että ne ei osaa tehdä sielä mitään. Tämmösiä sanovat. Eivät millään lähtis. Sit joutuu välillä lääkärin hakemaan ja selvittää. Hyvin närkästyneitä, että miksei oteta. Vaivoin just päässeet tänne näin ja sitten käännytetään ja pompotellaan joka paikkaan. Se on vähän ikävää sit.*

Uudelleenohjaustilanteissa osa potilaista on kuitenkin tyytyväisiä esimerkiksi siihen, etteivät he tarvitse lääkäriä ollenkaan tai että he voivat odottaa ja varata lääkärin ajan terveysasemalleen. He ovat tyytyväisiä siihen, että heidän hoitonsa tarpeen kiireellisyys arvioidaan. Lisäksi triage-hoitaja voi antaa heille tarvittaessa kotihoito-ohjeita. Vaikeissa potilastapauksissa triage-hoitaja pyytää yleensä lääkärin tueksi paikalle, jos tilannetta ei saada rauhoittumaan. Päivystyksessä potilaat saattavat usein joutua odottamaan vuoroaan tunteja, jolloin he väsyvät odottamiseen. Tällöin syntyy herkästi konfliktitilanteita etenkin silloin, jos potilaat eivät ole tietoisia siitä, että päivystyksessä potilaita ei hoideta tulojärjestyksen, vaan hoidon kiireellisyyden mukaan. Usein etenkin terveyskeskus-päivystyksen potilaat kohdistavat triage-hoitajalle turhautumisensa odottamiseen, minkä triage-hoitajat kokevat henkisesti rasittavana ja kuluttavana.

*Onhan siinä ihan hyviä hetkiä, tulee kiitosta. Mutta illallakin siinä on niin paljon ruuhkaa, ja sitten ihmiset käy koko ajan kyselee, millon pääsee lääkäriin terveyskeskuspuolelle. Koko ajan trafiikkia siinä ja tullaan haukkumaan, että sinä sanoit, että tunnin päästä. Semmosta hirveen negatiivista välillä. Ja sitten siinä on raskasta olla, kun ei se oma syy oo. Ja kyllä-hän sen ymmärtää. Mutta se on niinku, kun sitä päivät kuuntelee niin.*

*Et se on kans tossa luukulla yks haaste et, kun ne potilaat tulee et kauan pitää vielä odottaa. Niin sit ne hermostuu siihen odottamiseen ja sitten lähtee pois tai. Sitten joku saattaa tulla hetken päästä takasin, kun aivan hermostuneena lähtee ja tulee takasin ja kysyy et: ”Onks mun vuoro mennä jo?” Niin onhan se menny jo.*

Eräs hoitaja kuvasi, että potilaat eivät tosiaan ole kaikki tyytyväisiä. Hänelle oli haastattelupäivänäkin työvuoronsa alussa jo kerinnyt tulemaan hankala potilas, jonka mielestä päivystyksessä tehdään kaikki väärin. Hänen käyntinsä tarkoituksena olisi ollut se, että hän tahtoi lääkärinlausunnon pysyvästä vammastaan. Joskus triage-hoitajat ovat joutuneet kutsumaan vartijan luukulle rauhoittamaan tilannetta esimerkiksi potilaan aggressiivisuuden vuoksi. Triage-hoitajat voivat myös luukulta tehdä ”hiljaisen hälytyksen”, joka näkyy vartijan tietokoneessa ja potilashuoneissa olevissa työkoneissa.

### 6.1.3 Yhteispäivystyksen muutokset

Tapahtuneista yhteispäivystyksen muutoksista muutto uusiin tiloihin Meilahteen vaikutti positiivisesti triage-hoitajien työskentelyyn. Triage-hoitajat myös kokivat, että terveyskeskuspäivystyksen kuntarajojen poistuminen keväällä 2010 ei ole vaikeuttanut työskentelyä. Muista kunnista esimerkiksi Espoosta ja Vantaalta triage-hoitajat kokivat, että potilaita ei tule niin paljon kuin ajateltiin. Enemmän Haartmanin sairaalan päivystykseen on tullut nyt Malmin piirin potilaita, joita on päivittäin melko iso määrä. Yöaikaan Haartmanin sairaalan päivystyksessä on aikaisemminkin hoidettu traumatapauksia, jotka ovat sattuneet Helsingin keskustassa (esimerkiksi kaatumiset ja haavat). Jos potilas tarvitsee sairaalapäivystyshoitoa, siirretään hänet oman alueen päivystykseen. Triage-hoitajat eivät koe terveyskeskuspäivystyksen kuntarajojen poistumisen vaikeuttavan heidän työtään. Myöskään isoja ruuhkia ei ole muodostunut terveyskeskuspäivystykseen, vaikka triage-hoitajat luulivat, että kaikki potilaat hakeutuisivat Haartmanin sairaalan päivystykseen hoitoon.

Eräs triage-hoitaja on huomannut kuntarajojen poistumisen vaikuttavan työhön niin, että tietokonejärjestelmiä on tullut lisää ja niitä on joutunut käyttämään hieman enemmän. Kuntarajojen yli tulevat potilaat ovat olleet epäsosiaalisempia tapauksia, jotka tulevat yrittämään hoitoon pääsyä eri päivystyksyksiköissä. Kuntarajojen poistumisen myötä ne potilaat, jotka eivät ole olleet tyytyväisiä aikaisemmin saatuun hoitoonsa esimerkiksi oman alueen yhteispäivystyksessä, tulevat nyt yrittämään hakea parempaa hoitoa myös muista yhteispäivystyksistä. Jotta potilaat jakautuisivat tasapuolisesti yhteispäivystykseen, triage-hoitajat ohjeistavat potilaita hakeutumaan ensisijaisesti päivystykseen, johon he kuuluvat.

*Eli nämä, jotka ei ole tyytyväisiä, vaan haluavat hakea joka paikasta sen avun. Mut ei niitä nyt kuitenkaan hirveesti oo. Mutta suurin vaihtelu on nyt ton Malmin ja Maria piirin. Eliikkä tulee Malmin piirin asiakkaat, jotka tulee sillä oikeudella, että saa valita. Mutta ei niitä loppujen lopuksi oo ihan hirveesti niitä kuntarajojen yli tulevia. Ja näistäkin, kun niiltä on vähän kysyny tavallaan heidän valintaansa, että minkä takia tulevat tänne niin on se, että ”En minä sinne Peijakseen mee ja siellä sitä ja” ja ”Minä tulín tänne nyt, vaikka minä kävin eilen Peijaksessa”. Mutta silloin, kun ne ei oo saanu sieltä myönteistä eli itselleen mitä on toivonu, niin sit lähtee kokeilemaan seuraavaa. Ja sit, kun on siinä tilanteessa joutunu uudelleen ohjaamaan, niin sittenpä hän ne vasta vihaisia onkin.*

Kaikki triage-hoitajat olivat tyytyväisiä uusiin työtiloihin. Tyytyväisimpiä oltiin kunnon työtiloihin, turvallisuuden parantumiseen sekä siihen, että kaikki palvelut ovat nyt samassa kerroksessa. Potilaat ovat rauhallisempia kuin vanhoissa tiloissa Marian sairaalassa, sillä sairaalapäivystys toimii samojen seinien sisällä. Toisaalta potilaat eivät välttämättä aina ymmärrä päivystyksen kiirettä, kun eivät sitä näe eivätkä kuule. Uudet tilat palvelevat myös enemmän potilaita, sillä ilmoittautumislukulla on enemmän yksityisyyttä lasiovien ansiosta kuin vanhoissa tiloissa. Muut potilaat eivät näin kuule puhuttavia asioita.

Triage-hoitaja sekä vastaava sairaanhoitaja työskentelevät samassa tilassa, jonka ansiosta he voivat tehdä paremmin yhteistyötä miettiessä esimerkiksi potilaan sijoitusta huoneeseen. Vanhoissa tiloissa Marian sairaalassa vastaava hoitaja ja triage-hoitaja työskentelivät eri kerroksissa. Nyt he pystyvät paremmin kommunikoimaan ja saamaan tukea toisiltaan miettiessään potilaan hoidon kiireellisyyttä. Luukun lasiovien ansiosta triage-hoitajan turvallisuuskin on parempaa, sillä välillä päivystyksissä on myös aggressiivisia potilaita, jolloin myös luukun saa tarvittaessa kokonaan suljettua. Myös ovien suuri määrä sekä hälytysjärjestelmä ovat olleet triage-hoitajien mielestä turvallisuuden kannalta tärkeitä. Välillä triage-hoitajat kokivat kuitenkin aulan hälinän häiritsevän potilaan hoidon arvioinnin tekemistä.

*Onhan nää ihan erilaiset, kun Mariassa oli. Luukulla potilaalla on enemmän yksityisyyttä, kun siinä on ne lasiovet. Sulla on siinä paljon työkave-reita, joita sä voit käyttää, ku sä teet sen arvioinnin. Sulla on vastaava hoitaja siinä selän takana. Sit sulla on suhteessa ihan turvallistakin. Sulla on luukku vaan, joka on auki, koska välillä meillä on riehujia ja tämmösiä näin. Mut välillä tuntuu sitten, et on liikaa hälinää siinä, ettei tota noin niin oo rauhaa.*

Uudet käytännöllisimmät työtilat ovat lisänneet turvallisuutta myös potilaiden kannalta, sillä triage-hoitaja pystyy luukulta paremmin seuraamaan aulan tilannetta. Triage-hoitaja pystyy reagoimaan, jos jonkun jonottavan potilaan vointi muuttuu yhtäkkiä huonommaksi. Myös jos päivystyspoliklinikalle saapuu huonokuntoinen potilas, hänet saadaan nopeasti sängylle ja siitä saman tien hoidettavaksi. Iltapäivällä aulassa saattaa olla jonossa yli kymmenen potilasta.

*Ainakin se on turvallisempaa. Siinä on muita ihmisiä. Mariassa me oltiin sielä ylhäällä ja siinä oli vaan sihteeri ja oli siel vartija, mutta sillä tavalla tossa on enemmän ihmisiä. Et saa sitä tukea helpommin. Et se on ainakin sit iso tekijä. Ja sit sekin potilaan turvallisuus, et jos hän tulee huonossa kunnossa, niin saadaan hänet äkkiä sängylle ja siitä sitten hoitoon. Nykyiset tilat on käytännölliset ja siinä on melko hyvin kuitenkin se intiimiteettisuoja, kun siinä on se lasiovi, jonka saa melkein kiinni. Mut ainahan siinä voi tietty jotain kuulua, jos kovaan ääneen puhuu. Mutta on kyllä parempaan suuntaan, kuin aikasemmin.*

Myös triagen kannalta uusien työtilojen nähtiin toimivan paremmin etenkin sen takia, että kaikki potilaat tulevat päivystykseen sisään saman luukun kautta (sekä kävelevät että ambulanssilla tulevat potilaat). Uudet tilat ovat siis helpottaneet triage-hoitajan työtä. Myös terveyskeskuspäivystys ja muut oheispalvelut, esimerkiksi laboratorio- ja röntgenpalvelut, ovat nykyisin samassa kerroksessa, mikä myös tehostaa ja nopeuttaa potilaan hoitoa.

#### 6.1.4 Yhteistyö lääkärien kanssa

Lääkärin yhteistyöstä triage-hoitajilla oli sekä myönteisiä että kielteisiä kokemuksia. Suurin osa triage-hoitajista kuvasi olevansa melko tyytyväisiä yhteistyöhön lääkärien kanssa ja he kokivat saaneensa lääkäriltä apua sitä tarvittaessa. Tyytymättömiä oltiin tuen saamisen vaihtelevuuteen ja kunnioituksen puutteeseen sairaanhoitajan ammattitaitoa kohtaan. Päiväsaikaan Haartmanin sairaalan yhteispäivystyksessä työskentelevät vakituiset lääkärit, mutta päivystysaikaan lääkärit vaihtelevat enemmän etenkin traumapäivystyksessä, jolloin myös avun saaminen voi triage-hoitajien mukaan vaihdella. Terveyskeskuspäivystyksessä on ulkopuoliset lääkärit. Osa triage-hoitajista kertoi kokemuksensa myötä tietävänsä jo, keneltä lääkäriltä kannattaa pyytää apua. Triage-hoitajat kysyivät mieluiten apua kokeneemilta lääkäreiltä kuin uusilta, sillä he osaavat perustellummin vastata eli arvioida potilaan hoidon tarpeen sekä sen kiireellisyyden. Triage-hoitajat ilmaisivat, että joidenkin lääkäreiden vähäinen työkokemus vaikeuttaa triage-toimintaa niin, että esimerkiksi aina ei arvioida oikeaa potilaan kiireellisyysluokkaa.

Triage-hoitajat kokivat tuen puutteen näkyvän niin, että jos lääkäriä pyytää tarvittaessa triage-luukulle arvioimaan potilaan vaivaa kaikki lääkärit eivät tule katsomaan potilasta luukulle asti. Esimerkiksi epäselvissä potilastapauksissa triage-hoitaja voi ja hänen pi-

tääkin konsultoida potilaan vaivan mukaan lääkäriä. Joskus tähän voi riittää pelkkä puhelinkonsultaatio. Jos potilaalla on sisätautinen vaiva, konsultoidaan sisätautilääkäriä, ja traumapuolen asioissa traumalääkäriä. Eräs hoitaja kertoi, että lääkärit ymmärtävät konsultoinnin tärkeyden ja keskeyttävät sen ajaksi muun työnsä.

*Ja sit se, että jos mä tarviin sen lääkärin apua, niin kyllä mä toivon, että se aina tulee paikalle. Koska en mä sitä turhaan pyydä siihen. Sillon mä oikeesti toivon et se lääkäri tulis siihen mun tueks. Mutta aina ei välttämättä sit tule.*

Jos triage-hoitaja haluaa lääkärin arvioimaan potilaan vointia ilmoittautumislukulle epävarmoissa tilanteissa, lääkärin tulisi silloin käydä arvioimassa potilaan hoidon tarve. Triage-hoitajat kertoivat osan lääkäreistä tulevan luukulle katsomaan potilasta, mutta joidenkin lääkäreiden konsultointiin triage-hoitajat olivat tyytymättömiä. Eräs triage-hoitaja koki, että yhteistyö joidenkin lääkäreiden kanssa on ollut ajoittain hyvinkin ongelmallista. Triage-hoitajat pitivät lääkärin tukeen liittyviä asioita tärkeänä ja he luottivat lääkäreiden ammattitaitoon, mutta kokivat lääkäreiden tuen saamisen vaihtelevan merkittävästi.

*Ja sit välillä pomputellaan, että terveystakeskuslääkäri, traumalääkäri, sisätautilääkäri sä hyppäät joka puolella ja haet niitä et kuka niinku hoitaa. Kerran mä sanoin. Se oli terveystakeskuspäivystyslääkäri ja traumalääkäri, et mulle on ihan yks lysti, et kumpi teistä hoitaa tän potilaan, mutta teistä hoitaa jompikumpi. Traumalääkäri sano, että ei se hänle kuulu ja terveystakeskuslääkäri sano, et se kuuluu traumaan. Mulle on ihan sama, jompikumpi teistä hoitaa tän potilaan. Kun mä olin tarpeeks pitkään pomputellu niiden välillä.*

Lääkäreiden kunnioitus hoitajien tekemää työtä kohtaan nähtiin tärkeänä yhteistyön sujumisen kannalta, sillä päivystystyössä korostuu tiimityöskentely. Hoitajat kokivat suurimman osan lääkäreistä kunnioittavan heidän tekemäänsä työtä. Eräs triage-hoitaja kuvasi, että päivystyksessä on muutamia lääkäreitä, joilta ei saa kunnioitusta hoitajan tekemää työtä kohtaan.

*Joo, et meillä nyt on muutamia lääkäreitä tai sellasia, että tulee semmonen olo, ettei ne välttämättä kunnioita sitä hoitajan tekemää työtä. Et tavallaan hoitaja on tehny arvion, että hän ottaa potilaan tänne sisään ja muuten niin, vaikka se nyt ois sit ollukin, et potilas ei olis välttämättä tänne kuulunutkaan, niin jos sä saat hirveen kielteisenä sen palautteen sitten*

*et: ”Triage-hoitajan pitää hoitaa työnsä” ja muuten niin se ei oo hyvä tapa sitten saada palaute.*

Kunnioituksen ja arvostuksen puute on heijastunut esimerkiksi kielteisen ja aliarvoisen palautteen saamisella. Esimerkiksi jos triage-hoitaja on arvioinut, että potilas otetaan sairaalaan sisään, vaikka häntä ei olisi välttämättä tarvinnutkaan, on palaute siitä ollut epäasiallista.

*Se, mitä heittoja taas tulee lääkärin puolelta. Et tota, tämä ei kuulu tänne ja miksi tämä on otettu tänne: ”Etteks te tallapääät mitään osaa!” Elikkä edelleen on olemassa se, vaikka se on sovittu, että se triage-hoitaja on se joka sen jaon ja haarukoinnin tekee. Niin tulee sit sisältä näitä tämmösiä tyrmäyksiä, et ”Kuka tän on nyt ottanut ja kuka on luvannu” et eli tavallan, kun olis selkeemmät luurangot näille niin ne vähenisi.*

Eräs triage-hoitaja kuvasi, että lääkäriltä ei saa aina sitä vastausta, minkä haluaisi, mutta lääkäriltä tulee ainakin päätös jonnekin suuntaan. Usein triage-hoitajan tulee osata ilmaista asiansa niin, että ottaa huomioon eri tekijöitä, kuten esimerkiksi kuinka eri lääkäreille kannattaa puhua.

#### 6.1.5 Päätöksentekoa helpottavat ja vaikeuttavat tekijät

Triage-hoitajat pitivät päätöksentekoa sekä myönteisenä että kielteisenä asiana. Triage-hoitajat pitivät työnsä myönteisenä asiana itsenäistä päätöksentekoa. Hoitajat pitivät päätöksentekoon liittyen myönteisenä asiana lisäksi sitä, että heillä on oikeus tehdä potilaan hoidon kiireellisyyden arviointi sekä oikeus ohjata potilas tarvittaessa jonnekin muuhun hoitopaikkaan, esimerkiksi terveysasemalle. Päätöksentekoa pidettiin pääasiassa helppona, mutta ajoittain hyvin haastavana tehtävänä.

Päätöksentekoa helpottaviksi tekijöiksi haastatteluista nousivat lääkärin sekä vastaavan hoitajan konsultointi, toisen triage-hoitajan apu, oma työkokemus, kirjalliset ohjeet potilaan hoidon kiireellisyyden arvioimisesta, triage-meetingit sekä se, että epävarmoissa tilanteissa triage-hoitajat arvioivat mieluummin potilaan ylempään kiireellisyysluokkaan. Lähes kaikki triage-hoitajat mainitsivat päätöksentekoa helpottavaksi asiaksi lääkäreiden konsultoinnin, joka korostui etenkin epävarmoissa potilastapauksissa. Myös

välivuorossa olevan triage-hoitajan tuki ja vastaavan hoitajan konsultointi koettiin päätöksentekoa helpottaviksi tekijöiksi. Selkeissä potilastapauksissa triage-hoitajat kokivat päätöksenteon olevan helppoa. Lisäksi triage-hoitajalla on terveysasemille suorat virkanumerot, joihin soittamalla hän voi tarvittaessa varata potilaalle ajan. Eräs hoitaja kertoi oppineensa viime vuoden aikana sen, että jos hän on aavistuksenkaan epävarma potilaan hoidon kiireellisyysluokasta, hän konsultoi aina lääkäriä.

*Nyt on oppinu sen tässä vuoden aikana, että mieluummin sitten tarkistuttaa asian jollakin tai sitten ottaa potilaan sisään jos on epävarma. Tai sitten käy kysyy lääkäriltä tai jotain. Mut ei me kummiskaan voida liikaa lääkäriä vaivata kysymällä. Sillon, kun on jotakin selviä tapauksia rytmihäiriö tai flimmeri alkanu edellisenä yönä tykittellee 120. Se ilman muuta tulee sisään, kardioversio on tehty. Tai kaatunu, ranne turvoksissa, kosketusarka, kipiä, ei liiku kuuluu on traumaan. Että sillä tavalla. Meille tulee tälläisiä peruspotilaita, josta me tiedetään mihin ne kuuluu. Sit on jotain semmosia sääntöjä vatsakipuisia ei enää tk-päivystykseen kello yheksän jälkeen. Muuten se tarvii labroja, ja ne jää sitten kummiskin traumalääkärille.*

Erilaiset ohjeet ja säännöt helpottavat triage-hoitajan päätöksentekoa. Epävarmoissa tilanteissa, esimerkiksi triage-luokkien kolme ja neljä välillä, triage-hoitajat arvioivat potilaan hoidon kiireellisyyden herkemmin yläluokkaan. Potilaan hoidon arviointi on jatkuvaa päivystyksessä. Sairaanhoitajat ja lääkärit arvioivat potilaan vointia koko ajan, ja tarvittaessa potilaan kiireellisyysluokkaa muutetaan potilaan tilan muuttuessa. Triage-hoitajan arvioinnin jälkeen esimerkiksi potilashuoneen hoitaja arvioi kiireellisyyden uudestaan sekä lääkärin tutkittua potilaan voi tämäkin muuttaa luokkaa.

*Epävarmoissa tilanteissa esimerkiksi triage-luokituksen 3-4 välissä, niin sitten sitä kolmosta käyttää, että mieluummin sinne suuntaan kuin, että ei-hän tässä nyt. Ja sitten toisen arvion tekee huoneessa hoitaja, kun ottaa vastaan potilaan. Niin hän sitten tarvittaessa voi sitä triage-luokitusta muuttaa. Joskus mä arvioin, että se on kakkosta ja sitten otetaankin tarkkailuun ja otetaan sydämfilmnit ja näin niin. Ja sit ei olekaan mitään. Niin pystyy muuttamaan sen kolmoseksi tai sitten sen pystyy muuttamaan punaseksi tai sitten kolmosen kakkoseksi. Se ei oo ainoastaan se mun arvio, vaan siinä tapahtuu sitä arviointia koko ajan.*

Triage-hoitajat kokivat työkokemuksen vaikuttavan päätöksentekotaitoihin, sillä kokemuksen kautta hoitaja oppii arvioimaan potilaan vointia. Eräs hoitaja mainitsi keski-  
viikkoisin pidettävät triage-meetingit hyvinä etenkin päätöksenteon oppimisen kannalta.



Tapaamisissa henkilökunta käy läpi esimerkiksi epäselviä potilastapauksia ja jakaa kokemuksia siitä, kuinka toinen hoitaja olisi tietyssä potilastapauksessa tehnyt. Tiedon saaminen erilaisista sairauksista ja oireyhtymistä ja niistä toisten kanssa keskusteleminen helpottaa päätösten tekemistä.

Päätöksentekoa vaikeuttaviksi tekijöiksi triage-hoitajat mainitsivat vastuun, pitkät potilasjonot, kiireen, epävarmuuden tunteen, haastavat potilaat (psykiatriset- ja päihtyneet potilaat sekä yhteisen kielen puuttuminen), ohjeistuksen sekä yhteisten pelisääntöjen puuttumisen, tiedon puutteen potilaan vaivasta, tuen puuttumisen lääkäriltä sekä tulkin- taerot. Triage-hoitajuutta pidettiin henkisesti kuormittavana, sillä päätöksenteko herätti hoitajissa ajoittain ahdistusta, stressiä ja paineita. Toisinaan triage-hoitajat ovat joutuneet jälkeinpäin miettimään, oliko päätös varmasti oikea ja triage-hoitajat kokivat vastuun potilaan hoitoonohjauksesta sekä potilaan hoidon kiireellisyyden arvioimisessa kielteisenä asiana.

*Ahdistus, tuska. Se koetaan aika, no yleisesti ottaen tuo triage-luukku semmosena ahdistavana ja raskaana.*

Päätöksentekoa vaikeuttavat ruuhkatilanteet, jolloin päivystyksen jonossa on paljon potilaita ja jonotusaika voi olla useita tunteja. Tällöin potilaan turvallisuus voi olla uhatuna, mikäli hänen tarvitsemansa hoito viivästyy. Triage-hoitaja voi arvioida potilaalle terveyskeskuspäivystysaikaan triage-luokituksen 3+, joka tarkoittaa sitä, että potilasta voidaan tutkia samalla enemmän sairaanhoitajan vastaanotolla, kun hän odottaa pääsyään lääkärille. Esimerkiksi potilaasta voidaan ottaa sydänfilmi sekä pika-CRP. Sairaanhoitajan vastaanotolle triage-hoitaja voi laittaa epäselvempiä potilastapauksia. Triage-hoitajat kokivat päätösten tekemisessä kielteisenä asiana sen, että päätös pitää tehdä lyhyessä ajassa.

*Me voidaan laittaa hoitajan jonoon, sairaanhoitajan vastaanotolle, tämmösiä vähän epävarmempia tapauksia. Jos on ollu flunssaa viikon ja korkee kuume ja yskä, niin siel voi tutkia vähän pidemmälle esimerkiksi ottaa pika-CRP. Jos se näyttää yli 160 niin laittaa suoraan sairaalapäivystykseen tai jotain tämmöstä. Ja hän voi myös haastatella vähän pidempään.*

Tiedonpuute potilaan sairaudesta vaikeuttaa triage-hoitajien mukaan päätöksentekoa ja lisää myös päätöksentekotilanteessa epävarmuutta. Ohjeistuksen sekä yhteisten peli-

sääntöjen puuttumisen koettiin vaikeuttavan päätöksentekoa, ja niihin triage-hoitajat kaipasivat selkeyttä ja tarkennusta. Myös haastavat potilaat vaikeuttavat triage-hoitajien päätöksentekoa. Triage-hoitajat kokivat päihtyneiden potilaiden hoidon kiireellisyyden arvioimisen haastavana etenkin silloin, jos potilas on runsaasti humaltunut. Myös psykiatristen potilaiden hoidon tarpeen kiireellisyyden arviointi koettiin haastavana. Sairaanhoidajan vastaanotolle triage-hoitaja voi ohjata psykiatrisia potilaita, jotka tarvitsevat enemmän keskusteluaikaa kuin luukulla on mahdollista antaa. Noin puolet triage-hoitajista mainitsi kielimuurin vaikeuttavan suuresti päätöksen tekemistä. Jos yhteinen kieli puuttuu potilaan kanssa, päätös perustuu enemmän triage-hoitajan intuitioon.

#### 6.1.6 Ammattien väliset näkemyserot triagessa

Triage-hoitajat kokivat potilaan hoidon kiireellisyyden arvioinnin aiheuttavan satunnaisesti näkemyseroja hoitajien kesken. Näkemyserot hoitajien kesken kohdistuivat potilaiden sijoittamiseen sairaalapäivystyksen huoneisiin. Esimerkiksi erimielisyyttä on aiheuttanut potilaan vuodepaikan tarve. Näkemyseron syntyessä triage-hoitajat kertoivat keskustelleensa toisten kanssa, jolloin he voivat kysyä toiselta perusteluita esimerkiksi potilaan sijoituksesta huoneeseen. Erään triage-hoitajan mielestä osa triage-hoitajista arvioi potilaan voinnin herkemmin sairaalapäivystystä kuin terveyskeskuspäivystystä vaativaksi.

*Osa triage-hoitajista ottaa ehkä helpommin sisään, että mä en olis välttämättä tommosta ottanu jos ite on huoneessa läsnä. Et mä olisin vaikka laittanu hänet terveyskeskuspäivystykseen, kun ite olisin ottanu sairaalan puolelle, mutta ei siinä, hän on tehny sen päätöksen. Sekin arvio siinä, kaikki riippuu siitä sun kokemuksista ja tietotaidosta.*

Näkemyserojen syntymiseen vaikuttaa triage-hoitajien mielestä se, että he ovat eritasoisia hoitajia. Osa triage-hoitajista on vastavalmistuneita ja osa heistä on voinut työskennellä päivystyksessä jo 30 vuotta. Kokeneemmalla hoitajalla on enemmän ammattitaitoa ja silmää nähdä potilaan kokonaisvaltainen vointi kuin vastavalmistuneella hoitajalla. Triage-hoitajat kertoivat kuitenkin kunnioittavansa toistensa tekemää päätöstä, vaikka he olisivatkin eri mieltä potilaan kiireellisyysluokasta. Potilaan hoidon kiireellisyyden arvioinut triage-hoitaja on haastatellut potilaan luukulla ja tehnyt sen pohjalta hoidon

kiireellisyysarvioinnin. Tällöin triage-hoitajien kokemus voi vaikuttaa näkemyserojen määrään. Eräs triage-hoitaja ehdotti, että olisi mielenkiintoista tehdä kokeilu, jossa laitettaisiin luukulle sama potilas, jolle kymmenen triage-hoitajaa tekisi vuorollaan hoidon kiireellisyyden arvioinnin. Näin nähtäisiin, kuinka yhtenäiseen päätökseen ja triage-luokkaan potilas arvioitaisiin.

Näkemyseroja lääkäreiden kanssa esiintyi myös potilaan ottamisesta sairaalapäivystykseen sisään. Epävarmoissa tilanteissa triage-hoitajat konsultoivat lääkäriä, jolloin triage-hoitaja esittelee lääkärille potilastapauksen. Lääkäri ei välttämättä näe potilasta, ja jos lääkäri on triage-hoitajan kertoman jälkeen epävarma, hän haluaa yleensä tutkia potilaan päivystyksessä, koska potilas on hänen vastuullansa. Tällaisissa tilanteissa osa hoitajista kertoi syntyvän näkemyseroja lääkärin ja hoitajan välillä. Näkemyseroissa triage-hoitajat kertoivat siirtävänsä vastuun lääkärille.

*Vaikka käy kysymässä semmosta henkistä tukea lääkäriltä niin itte ajattelee, että kyllähän tää menee sinne terveysasemalle. Mutta sitten lääkäri sanookin, että otetaan se sisään, mutta sitten se on näin. Lääkäri tietenkä sen päätöksen tekee. Ehkä sitten saattaa itse vielä koittaa sitä omaa ajatusta tuoda esiin. Lääkäri ei aina näe sitä potilasta, kun mä haastattelen tossa luukulla ja kävelen sinne lääkärin kanslian eteen ja kerron tämmösen, et mitä tehään. Ja monesti itellä on yleensä semmonen ajatus, että sitä jo puhuukin silleen, että miltäs eikös tämä kuulostas, että terveysasemalta. Et tavallaan itellä on kuitenkin ajatus siitä, et mihin tää potilas menis, mutta haluaa sen siunauksen.*

Erään triage-hoitajan mielestä näkemyseroja lääkärin kanssa aiheuttavat erimielisyydet ulkopaikkakuntalaisen potilaan siirtokuntoisuudesta. Hänen mielestään potilaat, jotka eivät kuulu ESI-triagessa kiireellisyysluokkaan yksi tai kaksi, voitaisiin siirtää nykyistä käytäntöä useammin oman asuinalueensa hoitopaikkaan. Triage-hoitajan mielestä sairaalapäivystyksen vuodepaikkoja annetaan välillä tarpeettomasti käyttöön niille potilaille, jotka voisivat istua ja odottaa lääkärin tutkimusta. Hänen mielestensä myös osa lääkäreistä makuuttaa herkästi potilaita, jolloin vuodepaikat täyttyvät turhaan.

## 6.2 Triage-hoitajan tärkeimmät ominaisuudet ja taidot

Triage-hoitajan ominaisuuksien ja taitojen lähtökohtana pidettiin riittävää työkokemusta sairaanhoitajana, mikä nousi esiin jokaisessa haastattelussa. Työkokemuksen lisäksi triage-hoitaja tarvitsee myös tietämystä siitä, mikä vaiva on päivystyksellinen ja mikä puolestaan ei-päivystyksellinen. Kuitenkaan pelkkää työkokemusta ei pidetty riittävänä triage-hoitajana toimimiselle vaan lisäksi triage-hoitajan katsottiin tarvitsevan monipuolisia ominaisuuksia ja taitoja. Haastattelujen mukaan triage-hoitajan tärkeimmät ominaisuudet ovat rauhallisuus, kärsivällisyys, kuuntelutaidot, uskottavuus ja vuorovaikutustaidot. Triage-hoitajien mukaan hyviä vuorovaikutustaitoja tarvitaan etenkin hankalissa potilastilanteissa, jolloin heidän on osattava neutralisoida tilanne.

*Rauhallisuus, semmonen ymmärtäminen vähän. Että ei mee mukaan siihen, kun sieltä tulee väsynyt sairas potilas, joka on käynyt jo monessa paikassa ja on tähän järjestelmään tympääntynyt. Niin ei lähe siihen mukaan. Että ymmärtää tai koittaa ymmärtää ainakin. Rauhallisesti, kun selvittää niin yleensä se tilanne siitä, ettei lähe mukaan siihen naljailuun.*

Rauhallisuus, kärsivällisyys ja potilaan ymmärtäminen nähtiin tärkeinä ominaisuuksina, mutta toisaalta myös korostettiin, että triage-hoitajan tulee tarvittaessa olla napakka ja osata perustella omaa toimintaansa potilaalle. Haastattelujen mukaan kärsimätön ihminen ei sopisi triage-hoitajaksi, sillä hän ei jaksaisi kuunnella ja perehtyä pitkään potilaaseen. Lähes kaikki triage-hoitajista korostivat tärkeäksi ominaisuudeksi sen, että heidän täytyy osata kuunnella potilasta ja löytää potilaan haastattelusta olennaiset kohdat sekä omata välittävä asenne. Osaltaan itse triage-hoitajan haastattelutaidot nähtiin merkittävänä, sillä hänen täytyy osata kysyä lyhyitä ja ytimekkäitä kysymyksiä. Triage-hoitajan välittävä asenne heijastui kuuntelutaitoihin siten, että hän kuuntelee aidosti potilasta.

*Varmaan se kärsivällisyys siinä, ettei ite sit hermostu, kun se toinen hermostuu vielä enemmän. Sitten rauhallisuus, mut sit kuitenkin pitäis osata olla napakka sit tietyissä tilanteissa ja osata sille potilaallekin sanoo, et ”Nyt ollaan tää päätös tehty ja nyt me lopetetaan tää keskustelu ja nyt te voitte lähteä”. Et silleen osaa myös senkin sanoo, mut kuitenkin ystävällisesti, niin ystävällisesti, kun se on mahdollista. Etenkin jos se potilas on hirveen hermostunu siinä ja muuta. Niin se voi olla yks väärä katse tai liike, niin se voi siitä saada sitten väärän kuvan ja sit se pilaa sen koko jutun.*

Ominaisuuksiltaan triage-hoitajan tulisi olla nopea ja pystyä kausaaliseen ajatteluun. Triage-hoitajan tulisi osata hillitä ja hallita oma persoonansa. Eräs triage-hoitaja kertoi, että omat ilmeet ja kehonkielet vaikuttavat arviointitilanteen onnistumiseen paljon. Toisaalta hän myös korosti henkilökemioiden vaikutusta, sillä joitakin potilaita ei tarvitse muuta kuin tervehtiä niin tilanne on jo valmiiksi hankala.

*Mutta jokainenhan tuolla työskentelee omalla persoonallaan. Niin kyllä-hän ne sieltä väistämättä tulee esiin ne, joita monta kertaa pitäis saada hillitty sinne taka-alalle. Että se ihanne ihminen olisi varmasti empaattinen, sympaattinen ja mielettömällä tietotaidolla varustettu henkilö, joka heti kykenisi sitten tekemään oikeat päätökset ja saada vielä potilaankin uskomaan siihen, miten hyvä tässä oli. Mutta tota..sitä ei taida täydellisesti kovin paljoo semmosii olla.*

Triage-hoitajat korostivat tärkeänä kliinistä silmää sekä hiljaista tietoa, jotka kehittyvät pääasiassa työkokemuksen myötä. Uskottavuutta ja triage-hoitajan vakuuttavuutta korostivat lähes kaikki haastateltavat, joka ilmenee myös hoitajan pätevyytenä ja ammattitaitona. Muita haastatteluissa mainittuja tärkeimpiä persoonallisuuden ominaisuuksia olivat organisointikyky, konsultointitaidot ja päätöksentekotaidot.

Tärkeimmiksi triage-hoitajan taidoiksi haastatteluista nousivat laaja-alainen osaaminen, kokonaisvaltaisen teorian tiedon omaaminen sairauksista, hoitoketjun tuntemus sekä hyvä kielitaito. Haastatteluissa kävi ilmi, että vaikka sairaanhoitaja olisi työskennellyt vuosia päivystyspoliklinikalla, hän ei ilman hoitoketjun tuntemusta osaisi toimia triage-hoitajana.

*Haastava paikka, että semmosta kokonaisvaltaista osaamista pitäis olla ja ymmärtää kaikki. Että vaikka on työkokemustakin ja on hoitanu paljon potilaita, mutta silti välillä tuntuu että eii..ei tuota..vähän semmosta arkuutta on vielä.*

Triage-hoitajat kokivat tärkeänä asiana kokonaisvaltaisen teorian tiedon sairauksista, taudista ja vammoista. Tautien oireiden tunnistaminen ja niiden hoidon tietäminen on tärkeää nimenomaan oikean arvion tekemisen vuoksi. Triage-hoitajat käsittivät sairaalapäivystyksessä työskennellessään haasteena erilaiset terveyskeskuspäivystyspuolen asiat, kuten esimerkiksi ihottumat ja näppylät, joiden hoidosta hoitajille ei ole kertynyt riittävästi kokemusta.

*Kunnon perustieto ja taito sairauksista ja ihan se teoreettinen tieto on äärimmäisen tärkeitä. Että sen täytyy pohjautua sen arvion siihen, että tietää ja tuntee sairauksien oireita. Että mikä voi johtaa mihinkin, että mikä voi olla takana. Että ei tarvii omata kuitenkaan lääkärin...että lääkärihän tekee diagnoosit, mutta pitäis osata haistaa. Tänä päivänä myös kielitaito on erittäin suuri asia. Eri kielten taitaminen on yllättävän paljon.*

Triage-hoitajat pitivät tärkeänä nopeaa potilaan diagnosointia sekä taitoa arvioida potilaan tilan vakavuutta. Haastateltavat käsittivät potilasohjauksen olevan merkittävä osa triage-hoitajan työnkuvaa. Potilasohjauksen merkitys korostuu etenkin potilaan uudelleenohjaustilanteissa sekä kotihoito-ohjeita annettaessa. Potilaan hakeutuessa päivystykseen hän tuntee itsensä erittäin kipeäksi ja sen vuoksi esimerkiksi uudelleenohjaus omalle terveysasemalle seuraavana päivänä voi olla hyvin kielteinen tilanne. Potilaasta voivatkin uudelleenohjaustilanteet tuntua epäoikeudenmukaiselta ja triage-hoitajan tulee kohdata tilanne oikein. Potilasohjaus Helsingissä on monitahoinen asia, jonka triage-hoitajan edellytetään osaavan.

### 6.3 Triagen kehittämistarpeet

Triage-hoitajien kokemusten mukaan triage-järjestelmän toteutuksessa on epäkohtia, joita ovat yhtenäisen ohjeistuksen puute, ESI-triagen huono toimivuus ja perehdytyksen ja lisäkoulutuksen puute. Myös sairaanhoitajan vastaanoton toimintaa koettiin tarpeelliseksi tehostaa. Tärkeimmäksi kehittämistarpeeksi nousi triage-lääkäri, jonka toivottiin tulevan arviointitoimintaan tulevaisuudessa mukaan.

#### 6.3.1 Yhtenäisen ohjeistuksen kehittäminen

Yksi merkittävä kehittämistarve olisi yhtenäinen ohjeistus, joka selkeyttäisi myös potilaan hoitoonohjausta. Triage-hoitajien kokemusten mukaan tämänhetkinen ohjeistuksen hoidon tarpeen kiireellisyyden arvioinnista on liian suppea ja tulkinnanvarainen: ohjeistus ei tue triage-hoitajien mielestä tarpeeksi hoidon kiireellisyyden arviointia. Hoitajien mukaan yhtenäinen ohjeistus olisi arvioinnin tekemiseen tukena ja helpottaisi merkittävästi triage-hoitajan päätösten tekemistä. Ohjeistuksen suppeus heijastui triage-hoitajien kokemukseen tulkinnan vapaudesta. Yhtenäinen ohjeistus hoidon tarpeen kii-

reellisyyden arvioimisesta muodostaisi yhtenäistä linjausta arvioimiseen. Lisäksi triage-hoitaja voisi näyttää potilaalle mihin hänen päätöksensä pohjautuu, mikä vähentäisi esimerkiksi hankalien potilastilanteiden määrää, koska hän pystyisi perustelemaan toimintaansa enemmän potilaalle.

*Semmonen yhteisesti sovittu raamisto, että eri tilanteissa eri niinku sairauksissa, koska mä jotenkin koen. Ehkä joku jossain on semmonen paperi, mut mä en oo sitä nähny viel missä sanotaan, että tää näin ja näin ja tää potilas kuuluu tähän ja tähän ryhmään. Ja sit tietysti se takaovi, että aina voi arvioida. Semmonen yhteinäinen ohjeistus, se auttais ihan älyttömästi sitä päätöksentekoo, ettei tarttis mennä sillä omalla mutu-tuntumalla ja oman tietotaidon mukaan.*

*Jotain semmosta selvää kaaviota. Ja ois lähinnä tukena siinä ihan potilaalle. Näyttää ihan mustaavalkosella, että katsokaa tämä vaiva kuuluu terveysasemalle. Moni sitten vetoaa, että ennenkin on hoidettu tätä täällä. Et ois semmonen selkee yhtenäinen linja, ettei sitten toinen hoitaja ota siälle. Ja seuraavan kerran, ku tulee, niin ei otetakaan.*

Triage-hoitajat toivoivat ohjeistukseen lisää tarkennusta, sillä jos ohjeistus olisi selkeämpi, niin myös ammattien väliset näkemyserot vähenisivät huomattavasti. Tämänhetkisestä ohjeistuksesta puuttuvat selkeät kriteerit kiireellisyysluokkien sisällä. Tämä korostuu kiireellisyysluokkien kolme ja neljä välillä, joihin suurin osa päivystyspoliklinikan potilaista luokitellaan. Tällöin potilasjoukon sisältä on haasteellista erottaa ne potilaat, joiden vaiva tarvitsisi nopeampaa hoitoa kuin toisten.

*Jos olisi selkeämpiä skeemoja siitä, että mitä otetaan sisään ja mitä ei oteta. Mutta, kun näissä on näitä mielipidekysymyksiä, niin ei sitä saa varmaan ikinä kokonaan yhtenäiseksi. Tai siis ohjeistus on kyllä varmaan kukaquinkin yhtenäinen, mutta ohjeistuksen tulkinta ei ole yhtenäinen. Et tietenkin ohjeistus voisi olla tarkempi, jolloin se tulkinnan vapaus jäis pienemmälle. Jos ois kriteerit laadittu. Että nämä kriteerit täyttävät kuuluu ja nämä kriteerien täyttävät ei kuulu. Mutta näissä on aina näitä mielipide eroja.*

Hoitajat pitivät triagea uutena asiana, joten siihen kaivattiin lisää ohjeistusta. Tarkempia ohjeita toivottiin päivystyksen tehtävästä: selvennystä siitä, mikä vaiva on akuuttia ja tarkennusta potilaista, jotka kuuluu hoitaa päivystyksessä. Yksityiskohtaisempaa ohjetta kaivattiin sairauksista: mitkä niistä täytyisi hoitaa samana päivänä ja mitkä niistä puolestaan voisivat odottaa esimerkiksi seuraavaan päivään tai jopa viikonlopun yli seuraavaan viikkoon. Eräs haastateltavista koki tarvitsevansa selkeämpää ja tiukempaa ohjeis-

tusta etenkin terveyskeskuspäivystyspotilaista eli siitä, että minkälainen vaiva kuuluisi terveyskeskuspäivystykseen. Yhtenäisemmät ohjeet helpottaisivat triage-hoitajan työtä sekä olisivat hoitajan päätöksenteon apuna ja tukena. Toisaalta sääntöjen ja ohjeiden noudattaminen ilman triage-hoitajan omaa pohdintaa tai luovuutta ei olisi yksilöllistä hoidon kiireellisyyden arviointia.

### 6.3.2 Triage-lääkäri osaksi arviointia

Merkittävimmäksi kehittämistarpeeksi nousi triage-lääkäri, jonka mainitsivat kaikki haastateltavat triage-hoitajat. Triage-lääkäreitä oli kokeiltu Haartmanin sairaalan yhteispäivystyksessä muutaman kuukauden ajan, mutta koska resurssit eivät siihen riittäneet, toiminta keskeytettiin. Triage-lääkäri toimi triage-hoitajan sekä ambulansseja vastaanottavan sairaanhoitajan tukena. Hän teki esimerkiksi vastaavan sairaanhoitajan arvioinnin jälkeen vielä arvion potilaan hoidon kiireellisyydestä. Tässä vaiheessa triage-lääkäri pystyi näkemään ja huomaamaan potilaan voinnissa asioita, joiden huomaamiseen muuten olisi voinut mennä jopa tunteja, ennen kuin potilaan omalääkäri olisi tullut tutkimaan hänet huoneeseen. Triage-hoitajat pitivät triage-lääkärin osuutta hoidon tarpeen kiireellisyyden arvioimisessa erittäin tärkeänä myös siksi, että samalla, kun hän tutkisi ja arvioisi potilaan hoidon kiireellisyyden, hän voisi jo määrätä tarvittavat laboratorio-tutkimukset. Muiden lääkäreiden työskentelyä ei myöskään tarvitsisi keskeyttää kentällä.

*Triage-lääkäri helpottais ehdottomasti sitä työtä. Tulis rupee semmosia, jos se vähän aikaa siinä tekis työtä, niin rupeis se linja muodostuu samantaiseksi. Ettei toinen sano aina toisena päivänä, et tää pitää tutkia ja toinen sano, että eiköhän laiteta omalle terveysasemalle. Varmaan joutuis se homma ja tulis se linja millä mennään. Se kyl ois hyvä.*

*Ollaan kokeiltu sitä, eli hän on ottanu, kun ambulanssikin tuo potilaita niin, ku on viety huoneeseen, niin on käyny ihan sielä kattomassa potilaan nenän pään ja määränny sille labrat. Ja hän on silleen ollu tossa aulassa tavallaan vastaavan hoitajan ja triage-hoitajan apuna. Että häneltä on voinu kysyä, just tämmösissä käännyttämistilanteissa tai sitten, kun ambulanssi tuo, kun ei välttämättä ole aina oikea paikka tämä Haartmanin sairaala. Häneltä on sitten hyvin voinu kysyä ja sitten ei olla häiritty niitä lääkäreitä, jotka on tuolla kentällä hoitaa.*



Triage-lääkäri helpottaisi hoidon kiireellisyyden arviointia ja yhtenäisen linjan muodostamista. Se nopeuttaisi koko potilaan hoitoprosessia sekä tehostaisi hoidon kiireellisyyden arviointia. Triage-hoitajat kokivat tulevaisuuden tärkeimmäksi kehittämisideaksi triage-lääkärin toiminnan, mitä kohti pitäisi jatkossa pyrkiä. Lääkärin toiminta tulisi saada yhtenäiseksi ja tehokkaaksi. Tällöin päivystyspoliklinikalla pystyttäisiin myös hoitamaan enemmän potilaita, sillä jo triage-luukulla voitaisiin hoitaa erityisesti pienempiä vaivoja.

*Siinä tosiaan, kun kato se triage perustuu siihen, että siinä olis triage-hoitaja ja triage-lääkäri, että sitä pitäis meillä kyllä kehittää. Meillä on periaatteessa se triage-lääkäri, jolta me mennään kysymään vaan ne epävarmat asiat. Me vois paljon enemmän potilaita hoitaa siinä luukulla, jos siinä olis triage-lääkäri. Se ois paljon tehokkaampaa.*

Toisaalta triage-hoitajat kokivat triagen tekemisessä myönteisenä asiana työn itsenäisyyden ja eräs hoitaja kokikin triage-lääkärin jatkuvan läsnäolon häiritsevät hoitajan työskentelyä. Yhden haastateltavan mielestä triage-lääkäri olisi resurssien hukkaamista, sillä hänen mielestään kokeneiden hoitajien tulee osata tehdä yksinkertaisista asioista päätöksiä. Hänen mielestään triage-lääkäri toimisi hyvin tilanteissa, joissa potilaan tilan rajanveto olisi vaikeaa sisätautipotilaan tai perustason kirurgisen potilaan välillä.

### 6.3.3 ESI-triagen toiminnan tehostaminen

Yhdeksi tärkeäksi kehittämistarpeeksi ilmeni tämän hetkisen hoidon kiireellisyyden arvioinnin menetelmän parantaminen, jonka keskeisimmiksi osa-alueiksi nousi sen huono toimivuus ja sairaanhoitajan vastaanoton tehostaminen. Triagen toiminta-ajatuksena on seuloa potilasvirrasta ne henkilöt, jotka ovat kriittisen, päivystyksellisen hoidon tarpeessa. Triagen toiminta-ajatusta pidettiin hyvänä: potilaat pääsivät hoitoon sen kiireellisyysjärjestyksen mukaisesti eikä potilaiden tulojärjestyksen mukaisesti. Triage-hoitajien mielestä tämä ei kuitenkaan toteudu, sillä järjestelmä on liian suppea eikä se erottele tarpeeksi kiireellisyysluokkia toisistaan. Eräs triage-hoitaja piti ESI-triagea erittäin huonona hoidon kiireellisyyden arvioinnin menetelmänä, sillä ei palvele tarpeeksi potilaita eikä hoitohenkilökuntaa.

*Täällä toimii se esijärjestelmä. Ilmeisesti vähän soveltaen, mutta helvetin huonosti. Se ei toimi millään tavalla. Se ei palvele asiakkaita, potilaita eikä meitä hoitohenkilökuntaa. Se on huono mittari toistaseksi mittaamaan näitä potilaita. Mä en tiedä yhtäkään muuta paikkaa, missä tää olis tässä muodossa käytettävissä. Kyllä tää on huonoksi todettu, myös lääkärin toimesta. Musta tätä koko hommaa on tehty kymmeniä vuosia, mutta nyt tähän on luotu joku hieno ranskalainen termi tälle. Ikään kuin se ois purettu paperille, mitä on jo tehty kymmeniä vuosia tässä.*

*Lääkärikunta ei noudata triage-luokitusta. Haartmanin sairaalassa toimiva triage toi teoreettinen viitekehys elikkä ESI-järjestelmä on täys paska. Se ei erottele välttämättä niitä potilaita siitä kolmos ja nelosluokasta olenkaan tarpeeks. Siinä se haitari on eli siinä menee esimerkiksi sairaalahoitavat tulehdukset menee samaan luokkaan, kuin virtsatieinfektiot teini-tytöllä. Kumpi niistä on kiireellisempi. Tai ultraäänipotilas. Se on todella huono se esijärjestelmä. Se ei toimi. Etenkin toi esijärjestelmä. Se on ihan kärkipäässä. Se on ihan järkyttävän huono. Niitä luokkia on liian vähän.*

Eräs triage-hoitaja toivoi muutosta henkilökuntarakenteeseen. Hän toivoi enemmän kokeneempia sairaanhoitajia arvioimaan potilaan hoidon kiireellisyyttä, sillä silloin myös kiireellisyyden arviointi toteutuisi paremmin. Muutaman triage-hoitajan mielestä tämän hetkinen hoidon kiireellisyyden arvioinnin menetelmä puolestaan toimi melko hyvin. Jos kuitenkin luokitteluperusteita tarkennettaisiin, potilaiden jonotusajat luultavasti lyhentyisivät. Triage-hoitajat lisäksi toivoivat, että traumapuolella kiinnitettäisiin enemmän huomiota hoidon kiireellisyyden arviointiin.

*Ihan hyvä systeemi tähän on, että hoitaja arvioi tuossa, Tarkotushan on pongata ne kiireelliset potilaat sieltä, et saisivat sen oikeen hoidon nopeesti sitten.*

*Et siihen traumapuoleen, et se on ainakin niinku. Sitä kiireellisyyden arviointia sinne kirurgiselle puolelle. Ja sitä hoidon ohjausta myös, et mihin se potilas sitten kuuluu, et tarviiko tulla oikeestaan ollenkaan. Et se on ainakin ensisijainen juttu. Toinen on kanssa mitä, et näille terveystakeskuspotilaille. Koska se ei oo hirveen kohtuullista jos potilas joutuu 4-6 tuntii tossa odottaa kuumeisena ja flunssasena. Ja sit on paljon vanhuspotilaita tässä terveystakeskuspuolellakin et ne vie aikaa sitten, monisairaita. Ja sit lääkäriillä voi mennä pitkäänkin et se tutkii sen. Vaikka terveystakeskuspotilaan aika pitäis olla 10min suunnilleen, mutta ei se ole sitä täällä kuitenkaan.*

Muutamit triage-hoitajat ehdottivat myös, että sairaanhoitajan vastaanoton toimintaa laajennettaisiin arviointimenetelmän tehostamiseksi. Sairaanhoitajan vastaanoton toivot-

tiin toimivan myös muina aikoina kuin terveystieteiden päivystyksen aukioloaikaan. Triage-hoitajan ilmoittautumislukulla ei ole mahdollista esimerkiksi riisuttaa potilasta tai puhua henkilökohtaisista asioista. Sairaanhoitajan vastaanotolla potilaan kanssa voisi keskustella syvemmin asioista ja samalla tutkia sekä perehtyä tarkemmin potilaaseen. Etenkin yöllä päivystykseen saapuu paljon potilaita, joiden vaivat voisi hoitaa nimenomaan sairaanhoitajan vastaanotolla. Sairaanhoitajan vastaanotosta tarvittaisiin kuitenkin parempaa perehdytystä, sillä triage-hoitajat kokivat sen olevan vielä haastavampi työskentelykenttä kuin triage-hoitajuuden. Vastaanotolla potilaita ohjataan vielä tarkemmin sekä annetaan laajemmin ja yksityiskohtaisemmin potilasohjausta. Myös sairaanhoitajien reseptien kirjoitusoikeus olisi erään triage-hoitajan mielestä hyvä kehittämiskohde.

*Myös sairaanhoitajan vastaanotto on myös toinen, josta me ollaan keskusteltu. Että se olis hyvä olla tällöinen sairaanhoitajan vastaanotto myös muina aikoina auki, ettei pelkästään silloin, kun terveystieteiden päivystys on. Et etenkin yöllä tulee semmosia. Et se on kans toinen ja tietysti mä en tiedä päivystykseen et millä tavalla se tulee, mutta kun on näitä hoitajien reseptien kirjoitusoikeuksia. Niin tota, et sen kehittämisen et se olis tosi hyvä. Mut se on sit taas ihan oma alansa.*

*Mä kaipaen siihen toista sairaanhoitajaa, joka sitten tutkisi potilasta vähän enemmän. Kun meil on ruuhkaa niin, me ei paljoa pystytty perehtyä yhteen potilaaseen.*

Toisaalta eräs sairaanhoitaja kyseenalaisti vastaanoton toimimisen päiväsaikaan, sillä hänen mielestään päivystys ottaisi silloin tavallaan terveystieteiden toimintaa itselleen. Toinen triage-hoitaja puolestaan kaipaasi ilmoittautumislukulle tueksi vielä tutkivan hoitajan, joka tutkisi potilasta hieman enemmän. Tällöin tutkimuspaikkaa täytyisi miettiä uudelleen esimerkiksi tekemällä tutkimushuone triage-hoitajan toiminnan tueksi, sillä lukulla ei ole kunnon intiimisuojaa.

#### 6.3.4 Triage-hoitajan perehdytyksen kehittäminen

Perehdyttämisen kehittämisen osa-alueiksi nousivat perehdytysohjelma, ja perehdytysajan pituuden lisääminen. Perehdytyksen toivottiin olevan triage-meetingin tapaista, joissa asioista voitaisiin keskustella. Triage-hoitajille ei ollut kehitetty tietynlaista pe-

rehdytysohjelmaa työyhteisössä. Perehdyttäminen muodostui esimerkiksi kirjallisista ohjeista sekä työskentelemällä ensimmäinen päivä toisen triage-hoitajan kanssa luukulla. Haastateltavat kokivatkin tämän hetkisen yhden päivän perehdytysajan olevan liian lyhyt ja he toivoivat sen olevan pidempi.

*Meillä on silleen ollu, että on ollu triage-luennot, et käytiin läpi tätä kii-reellisyysarviointia ei kauheesti. Se oli aika pintapuolinen minusta. Mut tässä on sit ollu esimerkiks nyt jos meiltä joku uus hoitaja alkais triage-hoitajaksi niin hän on päivän. Yhen päivän tossa triage-hoitajan kanssa. Hän neuvo o sitten ja näyttää laput ja liput tossa ja sit seuraavana päivänä alotat siitä sitten yksin. Että nopeaa toimintaa.*

*Perehtymisaika voisi olla enemmän kuin se yks päivä, että aika orpo olo on siinä olla. Mutta totta kai he saavat apua, siinä sitten voi aina kysyä. Mutta ehkä sitä ei opi, ku tekemällä. Ei oo semmosta kirjaa mitä lukea siihen.*

Triage-hoitajan perehdytysohjelman kehittäminen puolestaan nähtiin ristiriitaisena asiana. Osa hoitajista kokisi sen olevan hyödyllinen etenkin uudemmille sairaanhoitajille ja osa puolestaan käsitti, että triage-hoitajuus edellyttää sairaanhoitajalta riittävää työkokemusta, tietoa, taitoa ja valmiutta päätöksentekoon. Näitä asioita ei pysty opiskelemaan esimerkiksi kirjasta vaan triage-hoitajaksi oppii kokemuksen kautta. Perehdyttämisohjelman sisällöksi ehdotettiin enemmänkin ohjeita esimerkiksi kirjaamisesta potilastietojärjestelmään.

*Se on vähän kaksipiippunen juttu, et mitä sit siinä ois siinä paperissa. Tietysti ne, mikä kirjataan mihin, mut se on vaan semmonen välttämätön, mikä sun pitää osata. Mä koen, että se on niin omana ittellään pelaamista, että ei oo mitään semmosta kirjaa, mikä sen voi opettaa. Toki siinä voi olla, ei se ois paha. Mutta kaikkee ei voi oppii kirjasta, mut kyl se tukee niitä ketkä siinä alottaa niin sitä työtä.*

*Mä en muuten tiedä onko meillä...meillä ei muuten oo mitään perehdytysohjelmaa. Me saatiin ite, kun me alotettiin aikoinaan Mariassa, niin yks päivä siinä luukulla. Kun on aika paljon vastaavana hoitajana toiminut, niin sä tiedät miten sä potilaat ohjaat. Mut semmonen, joka tulee suoraan hoitotyöstä. Ois hyvä jos kehitettäis, mutta siinä pitää kyllä olla työkokemusta. Koska tässä on niin monta paikkaa mihin potilaan voi laittaa. Hoitoketjun tuntemusta.*

Perehdyttämiseen kuului usealla haastateltavalla triage-koulutuspäivä, jonka suurin osa triage-hoitajista on käynyt. Triage-hoitajana työskentelemisen aloittaminen katsotaan sairaanhoitajan työkokemuksen mukaan. Alussa uusi hoitaja on välivuorossa, jotta hänellä on tukena toinen triage-hoitaja.

### 6.3.5 Lisäkoulutuksen järjestäminen

Triage-hoitajat kaipasivat lisää lääkäreiden pitämiä koulutuksia tai luentoja etenkin erilaisista vaivoista, kuten esimerkiksi huimauksesta tai vatsakivusta. Koulutuksen avulla parannettaisiin triage-hoitajan hoidon tarpeen kiireellisyyden arviointia, kun he saisivat lisää tietoa sairauksista. Triage-hoitajat toivoivat lisää koulutusta myös siitä, minkälainen potilaan vaiva voisi odottaa viikonlopun yli tai siihen asti, että potilas saisi terveystasemalta ajan. Triage-hoitajat toivoivat koulutuksen olevan jatkuvaa ja sen tapahtuvan potilastapausesimerkkien avulla. Lisäkoulutuksen toivottiin kohdentuvan myös potilasohjaukseen, uudelleenohjaukseen, potilaan tilan arvioimiseen ja sairauksien tunnistamiseen. Tietoa kaivattiin lisää myös siitä, mikä vaiva on päivystyksellistä ja minkä vaivan potilas voi hoitaa itse kotona turvallisesti.

Koulutuksiin paikalle toivottiin myös päivystyspoliklinikan lääkäreitä sekä yhteistyöntekijöitä lähettävistä yksiköistä. Koulutuksissa voisi esimerkiksi olla mukana terveystasemien henkilökuntaa, jotta hekin olisivat enemmän tietoisia potilasohjauksesta ja jotta potilaita ohjattaisiin alusta lähtien oikeisiin hoitopaikkoihin. Yhteisillä koulutuksilla myös parannettaisiin tiedonkulkua. Esimerkiksi lähettävät yksiköt tietäisivät paremmin, mitä päivystyspoliklinikalla pystytään hoitamaan.

*Et siihen traumapuoleen mä ainakin ite toivosin niinku siihen yhteistyöhön. Ja sit tietoon et vois jotenkin asiallisesti käydä niitä asioita läpi ja miettiä yhdessä. Et lääkärit myös mukana koulutuksissa, et mihin tämä potilas ja tämä kuuluu. Ja just semmonen jatkuva koulutus, ettei ne asiat jää. Et jos on joku epäselvyys niin sit se selvitetäis. Niin sais jaettua sitä tietoa kaikille.*

Noin puolet triage-hoitajista mainitsi keskiviikkoamuisin pidettävien triage-meetingien olevan hyödyllisiä ja hyviä. Triage-meetingin pitää yleensä osastonlääkäri yhdessä osastonhoitajan kanssa. Meetingin tarkoituksena on käsitellä esimerkiksi potilasesimerkkejä,

joiden avulla pohditaan sitä, kuinka onnistuneesti triage-hoitaja oli toiminut ja kuinka hänen olisi pitänyt toimia. Triage-meetingejä toivottiin olevan enemmän ja niiden toivottiin käsittelevän myös traumapuolen asioita, joista triage-hoitajilla ei ole niin paljon kokemusta. Meetingit ovat olleet sisätautipotilaskeskeisiä ja triage-hoitajat halusivat, että meetingeihin osallistuisi myös traumapuolen lääkäreitä. Näin myös yhteistyötä traumapuolen lääkäreiden kanssa voisi parantaa.

*Mun mielestä toi on tosi hyvä toi triage-meetingi juttu. Et sen tyyppistä vois olla lisääkin. Että vois keskustella niistä jutuista. Ja tavallaan nää on paljon sisätautipotilaskeskeisiä mitä sielä jutellaan. Et vois ehkä traumapuolta tuoda enemmän etenkin, ku meillä on sairaanhoitajia, jotka ollaan usein luukulla ja vastaavana. Niin me päästään tosi harvoin tonne traumaan. Ja sit me kuitenkin arvioidaan niitä traumanpotilaita.*

Koulutuksien toivottiin käsittelevän myös vuorovaikutus- ja ihmissuhdetaitoja, kuten esimerkiksi sitä, mitä asioita triage-hoitajan tulee ottaa huomioon luukulla. Yksi triage-hoitaja toivoi koulutusta kehonkielen ja sanavalinnan eroista. Triage-hoitajat ilmaisivat triage-hoitajuuden olevan vielä niin uusi asia Suomessa, ettei siihen voi kouluttaa liikaa. Tärkeäksi koulutusaiheeksi haastatteluista ilmeni esimerkiksi korva- ja silmätaudit, joista haluttaisiin lisää tietoa.

## 7 POHDINTA

### 7.1 Tulosten tarkastelua ja johtopäätökset

Tämä opinnäytetyö kuvasi sairaanhoitajien kokemuksia potilaiden hoidon kiireellisyyden arvioijina Haartmanin sairaalan yhteispäivystyksessä. Lisäksi opinnäytetyö kartoitti triage-hoitajan tärkeimmät ominaisuudet ja taidot potilaan hoidon kiireellisyyden arvioinnissa sekä triage-järjestelmän kehittämistarpeet. Opinnäytetyöprosessin myötä tavoitteet toteutuivat, sillä työn avulla voidaan järjestää triage-hoitajille lisäkoulutusta potilasohjauksesta, uudelleenohjauksesta, potilaan tilan arvioimisesta sekä sairauksien tunnistamisesta. Opinnäytetyö voi kehittää Haartmanin sairaalan yhteispäivystyksen lisäksi myös muidenkin päivystyksien triage-toimintaa etenkin siihen osallistuvan henkilöstön työnjakoa. Triage-lääkäri olisi merkittävä toimenkuva potilaan hoidon kiireellisyyden arvioimisessa.

Opinnäytetyön tuloksia eli sairaanhoitajien kokemuksia potilaiden hoidon kiireellisyyden arvioijina, heidän tärkeimpiä ominaisuuksiaan ja taitojaan sekä triagen kehittämistarpeita tarkastellaan tässä luvussa. Päätuloksia verrataan muihin tutkimuksiin sekä niistä muodostetaan johtopäätöksiä. Luvussa pohditaan myös opinnäytetyön eettisyyttä ja luotettavuutta. Viimeiseksi esitellään jatkotutkimusaiheita ja pohditaan opinnäytetyöprosessia ammatillisen kasvun näkökulmasta.

#### 7.1.1 Sairaanhoitajien kokemukset hoidon kiireellisyyden arvioimisesta

Opinnäytetyön tulokset osoittivat, että potilaan hoitoonohjausta täytyisi tarkentaa ja pääkaupunkiseudun lähettävien yksiköiden tulisi kiinnittää siihen enemmän huomiota. Ongelmana koettiin etenkin se, että lähetteellä terveysasemalta tuleva potilas ei usein kuulu hoidettavaksi Haartmanin sairaalan päivystyksessä. Potilaan hoidonohjauksen toimimattomuuden taustalla oli triage-hoitajien mukaan lähettävien yksiköiden tiedon puute yhteispäivystyksen toimenkuvasta sekä siellä olevasta hoidon kiireellisyyden arvioinnin menetelmästä. Virheelliset potilasohjaustilanteet ovat kuormittavia ja aikaa vieviä sekä potilaalle että triage-hoitajalle. Opinnäytetyö osoitti, että triage-hoitajat jou-

tuvat lukemaan myös lähetteen tarkoituksenmukaisuutta ja päättämään potilaan oikean hoitolinjan potilaan hoidon kiireellisyyden arvioinnin lisäksi. Kuten muutkin tutkimukset ovat osoittaneet (Gilboy ym. 2005; Andersson ym. 2006; Cone & Murray 2002), on triage-hoitajan merkitys tärkeä etenkin potilaan oikean hoitopaikan turvaamisessa ja sen määrittelemisessä.

Ei-päivystyksellisten potilaiden määrä on edelleen suuri osa päivystyksen potilasmäärästä (Miettola ym. 2003c, 539), mikä syö puolestaan resursseja kiireellisten potilaiden hoidolle tarkoitettulta yhteispäivystykseltä. Päivystysten tehtävää olisi tarpeellista markkinoida lähettävien yksiköiden lisäksi siis myös ihmisille. Osalla ihmistä on käsitys, että terveyskeskuspäivystys olisi ikään kuin vaihtoehto virka-aikana toimivalle terveysasemalle. Tannisen (2007) tutkimuksen mukaan odotustiloja voisi hyödyntää potilaiden informoinnissa. Odotustiloissa voisi olla esillä tietoa esimerkiksi päivystyspoliklinikalla käytössä olevasta kiireellisyysluokituksesta. (Tanninen 2007, 52.) Olisikin hyödyllistä lisätä ihmisten tietoisuutta tavallisimmista sairauksista ja niiden hoidosta esimerkiksi erilaisten ohjeistuksien avulla. Kiinnostavaa on tulevaisuudessa nähdä uuden terveydenhuoltolain vaikutus ei-kiireellisten potilaiden määrään terveyskeskuspäivestyksissä.

Aallon ja Leinon (2008, 33) opinnäytetyön tuloksissa triage-hoitajat nostivat haastatte-  
luissa esiin myös hankalat potilastilanteet. Opinnäytetyön tuloksien mukaan hankalien potilastapausten taustalla on näkemysero. Hankalat potilastapaukset liittyvät pääasiassa uudelleenohjaustilanteisiin tai tiettyihin potilasryhmiin: päihde- ja psykiatriin potilaisiin tai tilanteisiin, jossa yhteinen kieli potilaan kanssa puuttuu. Aallon ja Leinon (2008, 33) opinnäytetyössä triage-hoitajat mainitsivat hankalina potilasryhminä päihdepotilaiden lisäksi lapsipotilaat, moniongelmaiset potilaat sekä flunssa- ja silmäpotilaat. Triage-hoitajat mainitsivat silmä- ja korvasairauksien hoidon kiireellisyyden arvioinnin haasteelliseksi tiedon puutteen takia. Haastavat potilastilanteet hankaloittavat merkittävästi potilaan hoidon tarpeen arviointia ja sen luotettavuutta.

Yhteispäivystyksen muutoksista terveyskeskuspäivystyksen kuntarajojen poistuminen keväällä 2010 ei ole vaikeuttanut triage-hoitajien työskentelyä. Haartmanin sairaalan yhteispäivystykseen hakeutuu Malmin piirin potilaita, joita on päivittäin melko iso määrä. Jotta potilaat jakautuisivat tasapuolisesti yhteispäivystyksiin, triage-hoitajien työnkuva korostuu potilaan ohjauksessa. Triage-hoitajien on hyvä ohjeistaa potilaita hakeu-



tumaan ensisijaisesti terveyskeskuspäivystykseen, johon he kuuluisivat. Päivystyspoliklinikan tiloilla on vaikutusta kiireellisyysluokituksen toimivuuteen (Tanninen 2007, 80), ja Haartmanin sairaalan uudet työtilat ovat vaikuttaneet myönteisesti triagehoitajien työskentelyyn. Tyytyväisiä oltiin parempiin työtiloihin, turvallisuuden parantumiseen sekä siihen, että kaikki palvelut ovat nyt samassa kerroksessa, mikä puolestaan nopeuttaa ja tehostaa potilaan hoitoa. Triagehoitajan on helpompi saada tukea esimerkiksi vastaavalta hoitajalta, sillä he työskentelevät samassa tilassa. Myös potilaan yksityisyys on paremmin suojattu triage-luukulla lasiovien ansiosta, sillä muut potilaat eivät kuule potilaan asioita. Lisäksi potilasturvallisuus on parempaa, sillä triagehoitaja pystyy luukulta paremmin seuraamaan aulan tilannetta. Triagehoitaja pystyy reagoimaan, jos jonkun jonottavan potilaan vointi muuttuu yhtäkkiä huonommaksi. Myös jos päivystyspoliklinikalle saapuu huonokuntoinen potilas, hänet saadaan nopeasti sängylle ja siitä saman tien hoidettavaksi. Päivystyspoliklinikan tiloilla on siis merkitystä potilaan hoidon kiireellisyyden arvioinnin toimivuudelle.

Triagehoitajien kokemukset yhteistyöstä lääkärien kanssa jakaantuivat myönteisiin ja kielteisiin kokemuksiin. Suurin osa triagehoitajista kuvasi olleensa melko tyytyväisiä yhteistyöhön lääkärien kanssa ja he kokivat saaneensa lääkäriltä apua sitä tarvittaessa. Tyytymättömyyttä yhteistyössä lääkärien kanssa aiheutti lääkäreiltä saatavan tuen vaihtelevuus ja kunnioituksen puute sairaanhoitajan ammattitaitoa kohtaan. Tuen puute näkyi niin, että jos lääkäriä pyydettiin triage-luukulle arvioimaan potilaan vaiva, kaikki lääkärit eivät tulleet katsomaan potilasta luukulle asti. Lääkäreiden kunnioitus hoitajien tekemää työtä kohtaan nähtiin tärkeänä yhteistyön sujumisen kannalta. Triagehoitajat kokivat suurimman osan lääkäreistä kunnioittavan heidän tekemäänsä työtä, mutta muutamilta lääkäreiltä ei heidän mukaansa saa kunnioitusta. Kunnioituksen ja arvostuksen puute heijastui esimerkiksi kielteisenä palautteena. Näihin ongelmakohtiin triagehoitajat kertoivat ratkaisuksi sen, että lääkärit voisivat osallistua enemmän triage-meetingeihin, joissa tulevaisuudessa käsiteltäisiin enemmän myös traumapuolen asioita eikä ainoastaan sisätautipuolen asioita.

Triagehoitajan päätöksentekoa on tutkittu jonkun verran maailmalla (Andersson ym. 2006; Cone & Murray 2002; Göransson ym. 2006; Gerditz & Bucknall 2001). Triagehoitajien kokemukset päätöksenteosta olivat sekä myönteisiä että kielteisiä. Triagehoitajat ajattelivat myönteisenä asiana itsenäisen päätöksenteon ja sen, että heillä on

oikeus tehdä potilaan hoidon kiireellisyyden arviointi ja ohjata potilas tarvittaessa muualle hoitopaikkaan. Päätöksentekoa helpottaviksi tekijöiksi mainittiin lääkärin tai vastaavan hoitajan konsultointi, toisen triage-hoitajan tuki, työkokemus, ohjeistukset ja triage-meetingit. Päätöksentekoa vaikeuttavat tekijät olivat puolestaan pitkät potilasjonot, kiire, vastuu, epävarmuuden tunne, vaikeat asiakkaat, kielimuuri, psykiatriset- ja päihtyneet potilaat, ohjeistuksen ja yhteisten pelisääntöjen puuttuminen, tiedon ja tuen puuttuminen lääkäriltä ja tulkintaerot potilaan hoidon kiireellisyydestä. Kiireellisyysluokitus on triage-hoitajan päätöksenteon työväline, jonka toimivuus vaikuttaa koko päätöksentekoprosessiin.

Kuten aikaisemmat tutkimukset ovat osoittaneet (Andersson ym. 2006, 139; Cone & Murray 2002, 402; Gilboy ym. 2005, 41), työkokemus vaikuttavaa triage-hoitajan päätöksenteon kestoon ja arvioinnin täsmällisyyteen. Opinnäytetyön tuloksien mukaan triage-hoitajan työkokemuksen pituus vaikuttaa hänen päätöksentekotaitoihinsa, sillä kokemuksen kautta hoitaja oppii arvioimaan potilaan vointia. Conen ja Murrayn (2002) tutkimuksessa kävi ilmi, että suurin osa hoitajista kokee tarvitsevansa ainakin yhden vuoden työkokemuksen päivystyshoitotyöstä ennen kuin he osaisivat tehdä päteviä päätöksiä tehokkaasti. Kokeneemmalla triage-hoitajalla on kokonaisvaltaisempi lähestymistapa päätöksentekoon kuin kokemattomalla hoitajalla. (Cone & Murray 2002, 401–402, 404.) Lääkärin tai toisen hoitajan konsultointi nähtiin helpottavaksi asiaksi päätöksenteossa, joka korostui etenkin silloin, jos triage-hoitaja oli epävarma potilaan kiireellisyysluokasta tai tämän hoidon tarpeesta. Sairaanhoitajalta edellytetään siis riittävää työkokemusta ennen kuin hän voi alkaa toimia triage-hoitajana.

Epävarmoissa tilanteissa potilas luokitellaan kiireellisempään luokkaan (Päivystyshanke 2008a, 2). Haastattelujen mukaan triage-hoitajat arvioivatkin epävarmoissa tapauksissa esimerkiksi triage-luokkien kolme ja neljä välillä potilaan hoidon kiireellisyyden yläluokkaan. Anderssonin ym. (2006) mukaan triage-hoitajien yliluokittelun taustalla on tiedon puute potilaan vaivasta (Andersson ym. 2006, 139). Triage-hoitajat olivat epävarmoja päätöksenteossa silloin, jos heillä ei ollut tarpeeksi tietoa potilaan vaivasta tai jos potilaalta ja triage-hoitajalta puuttuu yhteinen kieli. Hoitajat kokivat terveystieteiden päivystykseen hakeutuvien potilaiden hoidon kiireellisyyden arvioinnin ajoittain haasteellisenä, sillä kokemus ja tieto terveystieteiden päivystyksessä hoidettavista vaivoista oli triage-hoitajilla puutteellista. Tästä voi todeta, että triage-hoitajat kokevat kiireettömien

potilaiden hoidon kiireellisyyden arvioinnin haasteellisempänä kuin kiireellisten potilaiden arvioimisen.

Anderssonin ym. (2006) tutkimuksen mukaan päivystyksen häiritsevä ja meluisa ympäristö häiritsee triage-hoitajan päätöksentekoa. Päätöksentekoa vaikeuttavat myös ruuhkatilanteet, jolloin triage-hoitajan päätöksenteon nopeus korostuu. (Andersson ym. 2006, 140). Ruuhkatilanteet uhkaavat potilasturvallisuutta, mikäli potilaan tarvitsema hoito on vaarassa viivästyä. Ruuhkatilanteissa triage-hoitajat kertoivat hyödyntävänsä terveyskeskuspäivystysaikaan sairaanhoitajan vastaanottoa, jossa potilasta voidaan tutkia enemmän. Ohjeistuksen sekä yhteisten pelisääntöjen puuttumisen koettiin vaikeuttavan päätöksentekoa.

Triage-hoitajien kokemukset näkemyseroista lääkärin ja hoitajien kanssa potilaan hoidon kiireellisyyden arvioinnissa liittyivät pääasiassa erimielisyyteen potilaan hoitopaikasta, vuodepaikan tarpeesta ja potilaan sijoittamisesta sairaalapäivystyksen huoneisiin. Myös osa triage-hoitajista ottaa herkemmin potilaan sisään päivystykseen. Näkemyserojen syntymiseen voidaan nähdä vaikuttavan triage-hoitajien vaihteleva taso ja kokemuksen pituus. Aallon ja Leinon (2008, 23) opinnäytetyössä triage-hoitajat kokivat kielteiseksi asioiksi näkemyserot ja ristiriidat eri ammattikuntien ja ohjeistusten kesken. Jos ohjeistusta tarkennettaisiin, näkemyserot vähentyisivät ja potilaan hoitaminen olisi tasa-arvoisempaa. Lisäksi triage-hoitajien päätöksenteko muodostuisi yhtenäisemmäksi.

### 7.1.2 Triage-hoitajien tärkeimmät ominaisuudet ja taidot

Triage-hoitajat nimesivät triage-hoitajan ominaisuuksien ja taitojen lähtökohtana olevan riittävän työkokemuksen sairaanhoitajana, mikä mainitaan myös useissa muissa tutkimuksissa (Cone & Murray 2002, 403; Göransson ym. 2006, 85; Andersson ym. 2006, 139; Aalto & Leino 2008, 35; Aurivuo & Lustberg 2010, 22; Tanninen 2007, 57). Suomessa triage-hoitajan ominaisuuksia ja taitoja on tutkittu kahdessa opinnäytetyössä (Aalto & Leino 2008; Aurivuo & Lustberg 2010). Työkokemuksen kautta tuleva ammattitaito ja kliininen silmä takaavat tehokkaan hoidon kiireellisyyden arvioinnin ja sillä on myös myönteinen vaikutus hoidon kiireellisyyden määrittämisen tarkkuuteen (Göransson ym. 2006, 85). Ammattitaitoa pidetään arvioinnin teossa tärkeänä työkaluna

(Andersson ym. 2006, 139). Lisäksi työkokemuksen kautta triage-hoitaja oppii arvioimaan potilaan fyysistä ja psyykkistä vointia.

Kokeneilla triage-hoitajilla on intuitio enemmän apuna potilaan hoidon kiireellisyyden arvioimisessa kuin kokemattomilla sairaanhoitajilla (Cone & Murray 2002, 403). Intuitio on yhteydessä triage-hoitajan kokemukseen sekä ammattitaitoon (Andersson ym. 2006, 139), mitkä kehittyvät työtä tekemällä. Kuten aikaisemmissakin tutkimuksissa (Aalto & Leino 2008, 35; Andersson ym. 2006, 137), triage-hoitajat pitivät yhtenä merkittävänä ominaisuutena kokonaisvaltaista teoriatietoa sairauksista, taudeista ja vammoista. Opinnäytetyön tulokset osoittivat myös hoitoketjun tuntemuksen ja potilasohjauksen tietämisen edellytyksenä triage-hoitajana toimimiselle. Lisäksi triage-hoitajan täytyy osata arvioida, mikä vaiva on päivystyksellinen ja mikä puolestaan ei, jotta hän osaa ohjata potilaan oikeaan hoitopaikkaan.

Työkokemuksen sekä intuition lisäksi triage-hoitajalta edellytetään monipuolisia ominaisuuksia ja taitoja, joista haastateltavat triage-hoitajat pitivät tärkeimpinä rauhallisuutta, kuuntelutaitoja, päätöksentekotaitoja, konsultointitaitoja, kärsivällisyyttä, uskottavuutta, nopeutta ja vuorovaikutustaitoja. Lisäksi hoitajalta vaaditaan taitoa toimia hyvinkin painostavissa ja kiireellisissä tilanteissa (Gilboy ym. 2005, 2). Triage-hoitajan rauhallisuus ja kärsivällisyys korostuvat päivystyksen painostavissa ja stressaavissa tilanteissa, kuten esimerkiksi ruuhkatilanteissa. Tällöin triage-hoitajan tulee olla myös luonteeltaan nopea (Aurivuo & Lustberg 2010, 22; Cone & Murray 2002, 403), mitä myös haastateltavat triage-hoitajat korostivat. Triage-hoitajat pitivät tärkeänä nopeaa potilaan diagnosointia ja taitoa arvioida potilaan tilan vakavuutta. Triage-hoitajan päätöksenteon hitaus lisäisi ruuhkaa päivystyksessä ja voisi myös vaarantaa kiireellistä hoitoa tarvitsevien potilaiden turvallisuutta.

Hyvät päätöksentekotaidot ovat edellytys triage-hoitajana toimimiselle. Ilman päätöksentekotaitoja sairaanhoitaja ei kykenisi toimimaan triage-hoitajana. Triage-hoitajan työkuva on itsenäistä, mutta hoitajan ollessa epävarma päätöksestään, hänen täytyy osata kuitenkin konsultoida esimerkiksi lääkäriä tai toista hoitajaa. Konsultointitaidot (Andersson ym. 2006, 139), ovat triage-hoitajan tärkeä ominaisuus. Itsevarmuus päätöksen tekemisessä nousi Conen ja Murrayn (2006) tutkimuksessa olennaiseksi asiaksi (Cone & Murray 2006, 403). Myös Andersson ym. (2006) mukaan itsevarmuus kuuluu triage-

hoitajan tärkeisiin ominaisuuksiin. Itsevarmuuden pohjana on hoitajan luottamus itseensä, joka puolestaan heijastuu potilaan luottamuksena triage-hoitajaa kohtaan. (Andersson ym. 2006, 139.)

Uskottavuutta ja triage-hoitajan vakuuttavuutta korostivat lähes kaikki haastatellut triage-hoitajat. Triage-hoitajan tulee tarvittaessa olla napakka ja osata perustella omaa toimintaansa potilaalle. Potilasohjauksen sekä potilaan hoidon tarpeen kiireellisyyden arvioinnin lähtökohtana nähtiin myös triage-hoitajan kuuntelutaidot, joita haastateltavat triage-hoitajat korostivat. Triage-hoitajuudelle eduksi koettiin hyvä kielitaito, sillä yhä useammalla potilaalla on äidinkielenään muu kieli kuin suomi. Tutkimukset (Cone & Murray 2002; Göransson ym. 2006; Andersson ym. 2006; Aalto & Leino 2008; Aurivuo & Lustberg 2010; Tanninen 2007) ja myös opinnäytetyöni osoittaa, että triage-hoitajuus vaatii sairaanhoitajan koulutuksen lisäksi kattavaa kokemusta hoitotyöstä sekä hoitoketjun tuntemusta. Lisäksi triage-hoitaja tarvitsee tiettyjä ominaisuuksia ja taitoja, jotta hän osaa arvioida potilaan hoidon tarpeen kiireellisyyden mahdollisimman oikein. Opinnäytetyössäni ja muissa tutkimuksissa (Aalto & Leino 2008; Aurivuo & Lustberg 2010; Andersson ym. 2006; Cone & Murray 2002) triage-hoitajan tärkeimmät ominaisuudet ovat samankaltaisia, mutta niiden vaikutuksista triage-hoitajan työskentelyyn on niukasti tutkittua tietoa.

### 7.1.3 Triagen kehittämistarpeet

Opinnäytetyön tulokset osoittavat, että hoidon kiireellisyyden arvioinnin epäkohtina ovat yhtenäisen ohjeistuksen puute, ESI-triagen huono toimivuus sekä perehdytyksen ja lisäkoulutuksen puute. Merkittävimmäksi kehittämistarpeeksi hoidon kiireellisyyden arvioimisessa nousi triage-lääkäri, jonka toivottiin tulevan arviointitoimintaan tulevaisuudessa mukaan.

Sosiaali- ja terveysministeriön (2010) julkaisema suositus yhtenäisestä päivystyshoidosta luo päivystyksien henkilökunnille yhtenäistä linjausta siitä, milloin potilas tarvitsee päivystyshoitoa. Julkaisun lopussa on myös lueteltu hätätilan potilaat, jotka täytyisi hoitaa samana päivänä ja jotka puolestaan voisivat odottaa lääkäriaikaa esimerkiksi seuraavaan päivään tai 2–3 vuorokautta. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2010, 90.) Triage-

hoitajat toivoivat tämänkaltaista yhtenäistä ohjeistusta. Yhtenäisten ohjeiden luominen helpottaisi potilasohjausta sekä vähentäisi kiireettömien potilaiden hoitoa päivystyksessä. Näin päivystyksen tehtävä toteutuisi paremmin ja etenkin terveyskeskuspäivystyksen potilasmäärät vähentyisivät. Toisaalta jos ohjeistusta tarkennettaisiin liikaa, voisivat terveysasemat ruuhkautua entisestään. Rajanveto terveyskeskuspäivystyksen ja terveysaseman tehtävistä tuntuu olevan myös epäselvä.

Opinnäytetyön mukaan tämänhetkinen ohjeistus potilaan hoidon tarpeen kiireellisyyden arvioinnista on riittämätön ja tulkinnanvarainen. Tämänhetkinen ohjeistus ei myöskään tue triage-hoitajien työskentelyä tarpeeksi. Yhtenäinen ohjeistus toimisi arvioinnin tekemisen tukena, auttaisi merkittävästi triage-hoitajan päätöksentekoa ja vähentäisi ammattien välisiä näkemyseroja. Se myös voisi vähentää hankalia potilastilanteita, kun triage-hoitajalla olisi näyttää potilaalle paperilla, mihin hänen päätöksensä perustuu. Yhtenäinen ohjeistus muodostaisi myös yhtenäistä linjausta potilaan hoidon kiireellisyyden arvioimiseen sekä selkeyttäisi potilaan hoitoonohjausta. Kiireellisyysluokkien kriteereitä olisi aiheellista tarkentaa lisää, sillä tämänhetkisestä ohjeistuksesta puuttuu selkeät kriteerit kiireellisyysluokkien sisällä. Tämä korostuu kiireellisyysluokkien kolme ja neljä välillä, joihin suurin osa päivystyspoliklinikan potilaista luokitellaan. Lai-  
neen (2008, 58) tutkimus nosti esiin, että hoidon kiireellisyyden arviointi on haasteellisinta juuri luokkien kolme ja neljä välillä. Näiden luokkien sisältä potilaiden hoidon priorisointi on haasteellista. Suomen päivystyspoliklinikoiden ohjeet sekä kiireellisyysluokitukset täytyisi yhdenmukaistaa, sillä se turvaisi potilaiden hoidon tasa-arvon ja edistäisi päivystystoiminnan tehokkuutta.

Tutkimusten (Travers & Lee 2006, 345–348; Subash, Dunn, McNicholl & Marlow 2004, 544) mukaan triage-hoitajan ja triage-lääkärin yhteistyöllä vähennetään päivystyksien potilasmääriä huomattavasti. Kiireellisyysluokitusta tulisi toteuttaa moniammatillisesti, eli lääkärin ja sairaanhoitajan yhteistyönä (Tanninen 2007, 81). Opinnäytetyön mukaan päivystysten hoidon kiireellisyyden arviointiin triage-hoitajan lisäksi olisi tarpeellista saada mukaan triage-lääkäri. Triage-lääkäri helpottaisi hoidon kiireellisyyden arviointia ja lisäisi yhtenäisen linjan muodostamista. Se myös nopeuttaisi koko potilaan hoitoprosessia ja tehostaisi hoidon kiireellisyyden arviointia. Triage-lääkäri pystyisi tekemään havaintoja potilaan voinnissa jo vastaanottotilanteessa. Triage-lääkärin avulla yhteistyö lääkärin kanssa parantuisi ja näkemyserot vähentyisivät sitä kautta, että hoi-

don kiireellisyyden arviointia tehtäisiin alusta asti hoitajan ja lääkärin yhteistyönä. Triage-lääkäri voisi esimerkiksi olla kiertävänä työvuorona kerran tai kaksi viikossa lääkäreille aivan kuten triage-hoitajuus sairaanhoitajille. Triage-lääkärin avulla pystyttäisiin paremmin turvaamaan kiireellisten potilaiden hoito, kun hän voisi arvioida potilaan voinnin saman tien hänen tullessaan esimerkiksi ambulanssilla päivystyspoliklinikalle.

ESI-triagea pidetään luotettavana ja pätevänä potilaan hoidon kiireellisyyden arvioinnin menetelmänä (Gilboy ym. 2005, 5; Tanabe ym. 2007, 182). Opinnäytetyön tuloksista esiin nousi kuitenkin useita tärkeitä kehittämistarpeita, jotka tekisivät potilaan hoidon kiireellisyyden arvioimisesta vielä laadukkaampaa. Ne auttaisivat triage-hoitajaa tunnistamaan paremmin potilaat, jotka ovat välittömän hoidon tarpeessa. ESI-triageen oltiin opinnäytetyön tulosten mukaan tyytymättömiä, sillä se ei triage-hoitajien mielestä erottele tarpeeksi kiireellisyysluokkia toisistaan ja siitä puuttuvat lisäksi aikarajat potilaan hoidon alkamiseen. ESI-triagen toimivuutta kritisoitiin haastatteluissa eikä sen koettu palvelevan tarpeeksi potilaita tai hoitohenkilökuntaa.

Kehittämiseksi nousi myös tutkivan hoitajan järjestäminen ilmoittautumisluukulle. Tällöin tutkimuspaikkaa täytyisi miettiä uudelleen. Esimerkiksi tutkiva hoitaja tarvitsisi jonkin tutkimushuoneen, joka toimisi triage-hoitajan toiminnan tukena. Sairaanhoitajan vastaanoton toimintaa haluttiin myös laajentaa arviointimenetelmän tehostamiseksi ja tueksi. Sairaanhoitajan vastaanoton toivottiin toimivan myös muina aikoina kuin terveyskeskuspäivystyksen aukioloaikaan. Sairaanhoitajan työnkuvaa tulisikin kehittää korostaen itsenäisten vastaanottojen järjestämistä (Sosiaali- ja terveysministeriö 2010, 68). Sairaanhoitajan vastaanotolle tarvittaisiin kuitenkin parempaa perehdytystä, sillä triage-hoitajat kokivat sen olevan vielä haastavampi työskentelykenttä kuin triage-hoitajuuden. Toisaalta tällöin päivystys ottaisi tavallaan terveyskeskustoimintaa itselleen.

Triageen liittyvä perehdytys ja koulutus on tärkeä keino lisätä kiireellisyysluokituksen toimivuutta (Tanninen 2007, 54). Triage-hoitajuuteen perehdyttämisen kehittämisen osa-alueiksi nousivat perehdytysohjelman kehittäminen ja perehdytysajan pituuden lisääminen. Sen toivottiin myös olevan triage-meetingin tapaista. Tietynlaista perehdytysohjelmaa ei ollut työyhteisössä kehitetty, vaan perehdytys muodostui esimerkiksi kirjallisista ohjeista ja työskentelemällä ensimmäinen päivä toisen triage-hoitajan kanssa luukulla. Tutkimustulokset toivat esiin, että tämän hetkinen perehdytysaika on liian

lyhyt, ja sen toivottiin olevan pidempi. Toisaalta perehdytysohjelman kehittäminen nähtiin ristiriitaisena asiana. Osa triage-hoitajista kokisi sen olevan hyödyllinen ainakin uudemmille sairaanhoitajille. Osa hoitajista puolestaan käsitti triage-hoitajuuden kehittyvän sairaanhoitajan riittävän työkokemuksen, tiedon ja taidon kautta.

Suomessa ei ole triagesta vielä vakiintunutta tai yhtenäistä koulutusmallia, jonka perusteella triage-hoitajia koulutettaisiin. Paakkosen (2008, 166) tutkimuksessa hoidon tarpeen arviointi nähtiin lisäkoulutusta tarvitsevana alueena ja tutkimuksen mukaan nykyinen koulutus ei anna riittäviä valmiuksia sairaanhoitajalle päivystyspoliklinikan vaativaan työnkuvaan. Koulutuksen ja perehdytyksen triage-hoitajuuteen ovat päivystysyksiköt järjestäneet omalla tavallaan. Aurivuon ja Lustbergin (2010, 21) opinnäytetyön mukaan organisaatioiden koulutustarjonnat vaihtelevat paljon ja organisaatiot järjestävät itse koulutusta tarpeen mukaan. Joissakin organisaatioissa on oma koulutusmalli ja osassa puolestaan opetushoitaja kouluttaa kaikki triage-hoitajat.

Opinnäytetyön tulokset osoittivat, että koulutusta tarvittaisiin lisää. Myös Laineen (2008, 62) tutkimuksessa sairaanhoitajat kokivat tarvitsevansa lisäkoulutusta hoidon tarpeen kiireellisyyden arvioimisesta. Myös muualla triage-hoitajien virallisen lisäkoulutuksen tarve on noussut esiin (Cone & Murray 2002, 404). Lisäkoulutuksen toivottiin myös kohdentuvan potilasohjaukseen, uudelleenohjaukseen, potilaan tilan arvioimiseen ja sairauksien tunnistamiseen. Triage-hoitajat halusivat enemmän lääkäreiden vetämiä koulutuksia tai luentoja etenkin erilaisista vaivoista. Koulutuksen avulla parannettaisiin triage-hoitajan hoidon tarpeen kiireellisyyden arviointia. Triage-hoitajat toivoivat lisää koulutusta siitä, milloin potilaan vaiva voisi esimerkiksi odottaa viikonlopun yli tai siihen asti, että potilas saisi terveysasemalta ajan. Tietoa kaivattiin lisää myös siitä, mikä vaiva on tai ei ole päivystyksellistä ja minkälaiset vaivat potilas voisi itse turvallisesti hoitaa kotona.

Koulutusta potilaan hoidon kiireellisyyden arvioimisesta tulisi järjestää säännöllisesti ja moniammatillisesti kaikille niille työntekijöille, jotka osallistuvat potilaiden hoitamiseen (Tanninen 2007, 55). Opinnäytetyön tuloksien mukaan koulutusten olisi hyvä olla yhteisiä päivystyksen yhteistyöntekijöiden, kuten esimerkiksi lähettävien yksiköiden henkilökunnan, kanssa. Esimerkiksi koulutuksissa voisi olla mukana terveysasemien henkilökuntaa, jotta hekin olisivat enemmän tietoisia potilasohjauksesta. Tämä turvaisi



sen, että potilaita ohjattaisiin alusta lähtien oikeisiin hoitopaikkoihin. Yhteisillä kouluksilla myös parannettaisiin tiedonkulkua ja ne tekisivät triagesta yhtenäisempää. Moniammatilliset koulutukset parantaisivat myös yhteistyötä (Tanninen 2007, 59). Triagehoitajat ilmaisivat triage-hoitajuuden olevan vielä niin uusi asia Suomessa, että siihen olisi tarvetta kouluttaa enemmän. Tällä hetkellä triage-hoitajat kokivat joutuneensa melko kylmiltään näin vastuulliseen ja haasteelliseen tehtävään. Virallisen koulutuksen, esimerkiksi täydennyskoulutuksen, kehittäminen voisi olla aiheellista triage-hoitajille.

## 7.2 Opinnäytetyön eettisyys

Opinnäytetyön tekemisen lähtökohtana on aina luottamuksellisuus ja työn tutkimusraportti on sen keskeinen osa-alue (Kiviniemi 2007, 83; Mäkinen 2006, 149). Opinnäytetyön eettisyyteen on tärkeää kiinnittää huomiota jo aihetta valittaessa sekä koko opinnäytetyöprosessin ajan. Terveystieteissä tutkimuksen tarkoitus on rakentaa tietoperustaa, joten puhtaan uteliaisuuden ja kiinnostuksen lisäksi on pohdittava tuotettavan tiedon merkitystä oman tieteenalan ja yhteiskunnan kannalta. (Kylmä & Juvakka 2007, 144–145.) Opinnäytetyöni aihe on hyvin ajankohtainen päivystyshoidon muutosten aikana. Opinnäytetyöni tavoite kehittää potilaiden hoidon kiireellisyyden arviointia on myös eettisesti perusteltu.

Opinnäytetyöllä on oltava asianmukaiset luvat ennen kuin aineistoa aletaan kerätä. Valmis tutkimussuunnitelma tarvitaan lupaa haettaessa. (Kylmä & Juvakka 2007, 71.) Opinnäytetyöhön anottiin tutkimuslupa Helsingin kaupungin terveystieteiden tutkimustoiminnan koordinaatioryhmältä ja opinnäytetyön yhteyshenkilön kanssa allekirjoitettiin työelämäsopimukset. Sain tutkimusluvan kesällä 2010 ja aloitin aineiston keräämisen syksyllä 2010.

Olen muodostanut teemahaastattelurungon pohjautuen tutkimuseettisiin periaatteisiin eli kunnioittaen ihmisoikeuksia, itsemääräämisoikeutta, oikeudenmukaisuutta, rehellisyyttä, kunnioitusta ja luottamuksellisuutta (Kuula 2006, 58–65; Kylmä & Juvakka 2007, 147–148). Kohtelin haastateltavia triage-hoitajia eettisten periaatteiden mukaisesti. Selvitin opinnäytetyöhön osallistuneille triage-hoitajille työni tavoitteet sekä tutkimusmenetelmän. Kerroin kirjallisesti ja suullisesti opinnäytetyöni tarkoituksen ja mihin työstä-

ni tuotettua tietoa aiotaan käyttää. Kerroin triage-hoitajille myös luottamuksellisuuden säilyttämisestä opinnäytetyön eri vaiheissa. Korostin opinnäytetyöhön osallistumisen vapaaehtoisuutta ja kerroin, että heillä on oikeus keskeyttää mukanaolonsa milloin tahansa opinnäytetyön aikana. Tutkimuksen eettisyyteen liittyy vahvasti tutkittavien tietoinen kirjallinen suostumus tutkimukseen. Kun haastateltavat olivat tietoisia tutkimuksesta, pyysin heiltä kirjallista suostumusta (liite 2) osallistua opinnäytetyöhön. Ennen triage-hoitajien haastattelemista huomioin sen, että he olivat ymmärtäneet antamani informaation. Annoin yhteydenottoa varten opinnäytetyöhöni osallistuville myös yhteystietoni.

Tutkimuksen eettisyyteen kuuluu merkittävästi se, että haastattelen tutkittavat henkilöt yksitellen (Tuomi & Sarajärvi 2009, 128). Opinnäytetyön tekemisen aikana pohditaan myös työn mahdollisia seurauksia triage-hoitajille, heitä koskeville ryhmille tai instituutioille (Hirsjärvi & Hurme 2008, 20). Opinnäytetyön tutkimusympäristön nimen julkaisuun saatiin lupa. Opinnäytetyön aineistossa ei ole yksilöitävissä tutkimukseen osallistunutta henkilöä ja kaikkien tutkittavien anonymiteetti on turvattu. Triage-hoitajien anonymiteetin turvaaminen lisää opinnäytetyön tekijän vapautta, sillä hänen on helpompaa käsitellä arkojakin asioita. Koin haasteelliseksi julkaista triage-hoitajien kielteisiä kokemuksia, sillä haastatteluissa nousi esiin henkilöitä, jolloin erityisesti anonymiteetin turvaaminen korostuu. Henkilöllisyyden ilmitulo olisi väärin, sillä haastatteluissa esiin nousseilla henkilöillä ei ole yhteyttä varsinaisesti opinnäytetyöhön. (vrt. Mäkinen 2006, 114.)

Pyrin noudattamaan hyvää tieteellistä käytäntöä, jotta opinnäytetyö on eettisesti hyväksyttävä ja sen esiin nostamat tulokset uskottavia ja luotettavia. Hyvä tieteellinen käytäntö muodostuu ammattietiikasta, opinnäytetyön tekijän ammattitaidosta sekä hänen tutkimuksen tekemisen teknisestä osaamisesta. Tiedon luottamuksellisuus on myös säilytetty ja aineisto on ollut vain tutkijan luettavissa. (vrt. Eskola & Suoranta 2008, 57; Tuomi & Sarajärvi 2003, 129; Mäkinen 2006, 172–173.) Käsittelin tutkimusaineiston luottamuksellisesti ja hävitän sen opinnäytetyön valmistuttua.

Tutkimustulosten vastaavuus aineistoa nähden on eettinen vastuuasia (Kyngäs & Vanhanen 1999, 10). Huomioin sen vertaamalla tuloksia lopuksi teoreettiseen viitekehykseen. Olen alusta alkaen ottanut huomioon muut aiheesta tehdyt tutkimukset ja niiden

tulokset, joille olen antanut opinnäytetyöni tuloksia julkaistaessa niille kuuluvan merkityksen ja arvon. Tulosten julkaisussa olen suhteuttanut opinnäytetyön tulokset aikaisempiin tutkimuksiin. (vrt. Mäkinen 2006, 124, 172–173.)

### 7.3 Opinnäytetyön luotettavuus

Opinnäytetyössä käyttämäni laadullinen tutkimusote herättää kysymyksiä tutkimuksen luotettavuudesta ja vertailukelpoisuudesta muihin tutkimuksiin nähden. Laadullisen tutkimuksen tunnuspiirre on, että sen tutkija on työnsä keskeisin osatekijä. Laadullisen opinnäytetyön tekeminen on tulkintaa, jossa tekijä joutuu punnitsemaan työnsä luotettavuutta koko prosessin ajan. (Eskola & Suoranta 1998, 211; Mäkinen 2006, 116.) Opinnäytetyön aineiston keruu, sen käsittely ja asianmukainen arkistointi liittyvät merkittävästi tiedon luotettavuuteen (Kuula 2006, 24). Teoreettista viitekehystä kirjoittaessa olen huomionut lähteiden käytössä oikean viittaustavan. Asianmukainen lähdeviittaus on osoitus myös opinnäytetyön laadusta ja sen tieteellisyydestä. Lähdekritiikki on tiedon luotettavuuden arvioinnissa opinnäytetyön tekijän väline (Mäkinen 2001, 128, 130), jota olen harjoittanut arvioimalla käyttämäni lähdemateriaalin luotettavuutta.

Aineiston luotettavuus on riippuvainen sen laadusta, jonka lähtökohtana on tässä opinnäytetyössä teemahaastattelurunko. Myös teema-alueiden alla olevat ennalta miettimäni lisäkysymykset ovat eduksi aineiston laadulle, sillä teemahaastattelu ei ole vain pääteemojen esittämistä. Haastattelujen laatua paransi myös se, että litteroin aineiston pian haastattelujen jälkeen, sillä näin haastattelutilanteet olivat hyvässä muistissani. (vrt. Hirsjärvi & Hurme 2008, 184–185.) Opinnäytetyön kolme teema-aluetta pohjautuvat tutkittuun kirjallisuuteen ja omaan havainnointiini päivystyspoliklinikalla eivätkä pelkästään intuitioon, mikä lisää opinnäytetyön luotettavuutta (vrt. Eskola & Vastamäki 2007, 34). Opinnäytetyön teemahaastattelu tiedonhankintamenetelmänä oli pätevä, sillä sain sen avulla tietoa tutkimuskysymyksiin (vrt. Hirsjärvi ym. 2000, 213). Laadullisessa opinnäytetyössä on tärkeää, että sen tekijä tuntee ja ymmärtää kontekstin, josta tutkimusaineisto on kerätty. Suuri merkitys opinnäytetyön tulosten ja johtopäätösten tulkinnassa on sen tekijällä. Opinnäytetyön luotettavuuden heikentävänä tekijänä voidaan nähdä se, että tulosten tulkinta on ainoastaan yhden tekijän versio niistä.

Opinnäytetyön luotettavuutta tarkasteltaessa on hyvä ottaa huomioon tutkittavien määrä sekä heidän valintansa tutkimukseen. Työn luotettavuutta laskee se, että haastattelun vain osaa Haartmanin sairaalan yhteispäivystyksessä työskentelevistä triage-hoitajista. Toisaalta työn luotettavuutta voi heikentää myös se, että haastateltavat triage-hoitajat on valittu esimiehen toimesta. Triage-hoitajan valintaan on voinut vaikuttaa esimiehen käsitykset triage-hoitajasta. Luotettavuutta lisää puolestaan se, että haastateltavat triage-hoitajat on valittu tietyin mieltimieni kriteereiden perusteella, sillä se takaa monipuolisen aineiston. Laadullisen tutkimukseen osallistuvien henkilöiden valinnan ei tule olla satunnaista vaan tarkoitukseen sopivaa sekä harkittua, sillä tutkittavien määrä on laadullisessa tutkimuksessa määrällisesti pieni (Tuomi & Sarajärvi 2003, 88). Aineiston kylläntyminen tarkoittaa sitä, että aineiston alkaa ikään kuin toistaa itseään (Eskola & Suoranta 2008, 62). Kuusi haastateltavaa oli riittävä määrä opinnäytetyön aiheen kannalta, sillä tiettyihin teema-alueisiin saadut vastaukset alkoivat olla samankaltaisia. Kylläntyminen nähdään yhtenä tapana ratkaista aineiston riittävyys (Tuomi & Sarajärvi 2003, 89, 133). Lisähaastatteluiden ei koettu tuovan enää uutta tietoa tutkimuskysymyksiin.

Pyrin välttämään haastattelujen sisältöjen jäämistä pinnallisiksi, joten en asettanut haastattelujen kestolle aikarajaa. Laadullisen tutkimuksen uskottavuutta parantaa tutkimukseen ja haastatteluihin käytetty aika. Yritin muotoilla teemahaastattelukysymykset mahdollisimman selkeiksi ja avoimiksi, jotta vastaukset niihin olisivat aidompia. Avoimet kysymykset antavat ilmaisun vapautta haastateltaville ja toisaalta ne vähentävät tutkijan vaikutusta aineistoon. Aineiston analysointi pohjautuu opinnäytetyöni kolmeen tutkimuskysymykseen. Aineiston analysointivaiheessa huomasin, että haastatteluista nousi esiin useita aiheita suunnitellun teemahaastattelurungon ulkopuolelta. Analyysillä aineisto selkeytyi ja siitä sai tehtyä hyvin johtopäätöksiä. Mielestäni aineiston analysointia helpotti kahdeksan viikon työharjoittelujakso syksyllä 2010 Haartmanin sairaalan yhteispäivystyksessä, sillä se auttoi minun hahmottamaan triage-hoitajan työnkuvaa ja näin aineisto tuntui tutummalta. Harjoittelujaksolla pääsin toimimaan triage-hoitajana muutamien päivien ajan ohjaajani kanssa.

Tutkimustulosten luotettavuutta on arvioitava eri näkökulmasta kuin määrällisissä tutkimuksissa. Luotettavien mittausten sijaan tutkimustuloksia on arvioitava opinnäytetyön tekijän kyvykkyytenä poimia haastattelumateriaalista olennaisia teemoja ja rakentaa

niistä kokonaisuuksia sekä johtopäätöksiä. Näin lukijan on mahdollista seurata tutkijan päättelyprosessia ja verrata haastateltavien kokemusmaailmaa omaansa sekä aiemmin aiheesta tehtyihin tutkimuksiin. (Eskola & Suoranta 1998, 209, 211–212, 217.) Lukijalle on pyritty luomaan mahdollisuus seurata opinnäytetyöprosessin toteutumista vaihe vaiheelta. Käytän opinnäytetyön tuloksia esitellessä suoria lainauksia haastatteluista niin, etteivät haastateltavat ole niistä kuitenkaan tunnistettavissa. Suorat ilmaukset haastatteluista lisäävät myös opinnäytetyön luotettavuutta. Yhteys tuloksien ja aineiston välillä on havaittavissa, mikä tulosten luotettavuuden kannalta on merkittävää. (Kyngäs & Vanhanen 1999, 10.) Tämä lisää myös tutkimuksen uskottavuutta (Kylmä & Juvakka 2007, 128).

Laadullisen tutkimuksen luotettavuuskriteereinä voidaan pitää uskottavuutta, vahvistettavuutta, refleksiivisyyttä sekä tulosten siirrettävyyttä. Vahvistettavuus koskee koko opinnäytetyöprosessin kulun kertomista. Refleksiivisyys liittyy puolestaan siihen, että tutkimuksen tekijä on tietoinen omista lähtökohdistaan opinnäytetyön tekijänä. Tein ensimmäistä kertaa tutkimuksen, johon keräsin myös aineiston ensimmäistä kertaa tutkimushaastattelulla. Luotettavuutta arvioitaessa on oleellista huomioida myös tulosten siirrettävyyden mahdollisuutta muihin vastaaviin tilanteisiin. (Kylmä & Juvakka 2007, 127–129.) Mielestäni vastaavanlaisen tutkimuksen voisi toteuttaa muissakin päivystysyksiköissä ja tuloksia voisi soveltaen verrata toisiinsa. Tuloksia siirrättäessä täytyisi huomioida esimerkiksi kunkin päivystysyksikön työskentelymalli sekä muut taustatekijät.

#### 7.4 Työn sovellusarvo ja jatkotutkimusehdotukset

Päivystyshoidon kehitys Suomessa on haastanut päivystysyksiköitä kiinnittämään huomiota potilaan hoidon kiireellisyyden arviointiin, joka on avainasia potilaan hoidon aloittamisessa. Suurin muutos päivystyshoidon kehityksessä 2000-luvulla oli yhteispäivystysyksiköiden avaaminen, jolloin kiireellisyysluokittelusta tuli entistä välttämättömämpi työkalu. Yhteispäivystyksissä triage-hoitajien rooli korostui entisestään, sillä potilaan hoidon kiireellisyyden arvioinnin lisäksi hän toimii oikean hoitolinjan käynnistäjänä. Yhteispäivystyksien avaaminen tarjoaa uuden, mielenkiintoisen tutkimuskohteen, jota tarkastelemalla voidaan selvittää, miten triage-hoitajan rooli kussakin päivys-

tysyksiköissä rakentuu ja mitä ominaispiirteitä sillä on. Tavoitteellista olisi kansallisella tasolla päivystysyksiköiden toiminnan yhtenäistäminen etenkin potilaan kiireellisyyden arvioinnin osalta.

Olen kuvaillut sairaanhoitajien kokemuksia potilaan hoidon kiireellisyyden arvioimisesta Haartmanin sairaalan yhteispäivystyksessä. Kartoitin myös triage-hoitajien tärkeimmät taidot ja ominaisuudet potilaan hoidon kiireellisyyden arvioinnissa. Lisäksi selvitin merkittäviä kehittämistarpeita liittyen triageen, joista tärkeimmäksi nousi triage-lääkärin toiminnan kehittäminen osaksi arviointia. Opinnäytetyön tulosten perusteella tulevaisuudessa päivystysyksiköiden tulisi kehittää potilaan hoidon kiireellisyyden arviointia triage-hoitajan sekä triage-lääkärin parityöskentelyn suuntaan. Näin potilaan hoidon tarpeen kiireellisyyden arvioiminen tehostuisi ja koko potilaan hoitoprosessi nopeutuisi.

Opinnäytetyötäni voidaan soveltaa muihinkin Suomen päivystysyksiköihin ja toivon sen palvelevan koko maan päivystysyksiköitä, etenkin työni nostamien kehittämistarpeiden osalta. Opinnäytetyötä voidaan hyödyntää triage-hoitajan työnkuvan kehittämisessä sekä triage-hoitajan koulutuksen suunnittelussa. Tulosten avulla voidaan myös tarkastella kunkin päivystysyksikön omia kehittämistarpeita opinnäytetyön esiin nostamilta osalueilta. Koen opinnäytetyö aiheeni ja sen tuottaman informaation päivystyshoidon nykyhetkeä ja tulevaisuutta ajatellen tärkeänä, sillä triage-hoitaja on merkittävä tekijä toimivan hoidon ylläpitämisessä hoitotyön toimintakentästä riippumatta. Päivystyksien kautta ohjataan koko terveystalouden toimintaa. Mielestäni potilaan hoidon kiireellisyyden arviointiin sekä triage-hoitajan työnkuvaan tulisikin kiinnittää nyt ja tulevaisuudessa yhä enemmän huomiota. Tällä saattaisi etenkin päivystysyksiköissä olla merkittävä vaikutus potilasmäärien vähentymiseen, triagen työnjaon selventämiseen sekä potilaan oikeaan hoitoon oikeassa paikassa sekä ajassa turvaamisessa.

Opinnäytetyöni aihe hoidon kiireellisyyden arviointi, on nostettu esiin Suomessa yhteispäivystyksien yleistyessä. Uusia tutkimuksia ja tieteellistä tietoa tarvitaan vielä monesta asiasta. Tulosten perusteella jatkossa olisi aiheellista tutkia myös potilaan hoitoonohjausta tarkemmin. Esimerkiksi kiinnostavaa olisi selvittää, että ohjautuvatko oikeat potilaat oikeaan päivystyspisteeseen ja yleislääkäripisteestä oikeaan jatkohoitopaikkaan. Jatkotutkimustarpeena olisi myös tulosten vertailu muihin päivystysyksiköihin esimerkiksi tekemällä samankaltainen tutkimus jonnekin muualle yhteispäivystyk-

seen. Merkittävä jatkotutkimustarve olisi tulevaisuudessa selvittää lisäksi triage-hoitajan ja triage-lääkärin työnjakoa potilaan hoidon tarpeen kiireellisyyden arvioimisessa. Mielenkiintoista olisi selvittää triage-lääkärin vaikutuksia esimerkiksi potilaan hoitoaikaan päivystyksessä.

Triage-hoitajan päätöksentekoa olisi tarvetta kartoittaa ja sitä auttavaa ohjeistusta kehittää. Jatkossa olisi mielenkiintoista tutkia tarkemmin ESI-triagea tai muuta triagemenetelmää, myös lääkäreiden kokemana. Tätä ajatellen voisi jopa olla tarpeellista tehdä ESI-triagesta Suomeen selkeämpi sekä henkilökuntaa että potilaita palvelevampi sovellus, jossa huomioitaisiin myös hoitoon pääsyn aikarajat. Triagea olisi aiheellista tutkia myös päivystykseen lähettävien yksiköiden näkökulmasta. Voitaisiin esimerkiksi selvittää terveysasemien käsitystä triagesta. Tällainen tutkimus voisi selventää myös sitä, että eroavatko terveysasemien henkilökunnan näkemykset päivystyksen henkilökunnan näkemyksistä. Toivottavasti opinnäytetyöni innoittaa muitakin terveydenhuollon opiskelijoita tarkastelemaan triagen toimintaa tulevaisuudessa.

## 7.5 Ammatillinen kasvu opinnäytetyöprosessissa

Opinnäytetyön myötä olen perehtynyt Suomen päivystyshoittoon, sen rakenteisiin, toteutukseen ja sen taustalla olevaan lainsäädäntöön. Ymmärrän nyt triage-hoitajan merkityksen päivystyshoidossa ja sen vaikutuksen sekä hoitotyön laatuun että potilasturvallisuuteen ja potilaiden hoidon tasa-arvoisuuteen. Olen sairaanhoitajakoulutuksen aikana syventynyt päivystyshoitotyöhön ja koen opinnäytetyön palvelevan myös itseäni tulevana sairaanhoitajana. Ymmärrän opinnäytetyöprosessin jälkeen, että potilaan hoidon kiireellisyyden arviointia tehdään joka hoitotyön osa-alueella. Esimerkiksi vanhusten hoidossa tämä voi tarkoittaa jonkun potilaan hoidon priorisointia, psykiatrisella puolella tietyn potilaan keskustelun käymistä ensimmäiseksi tai sairaalan sisällä osastoilla potilaiden arviointia tehohoitoon pääsystä. Kliininen osaamiseni on kehittynyt opinnäytetyön myötä erityisesti potilaan kokonaishoidon tarpeen arvioimisessa. Omat valmiuteni arvioida potilaan hoidon tarvetta ja sen kiireellisyyttä ovat kehittyneet tämän opinnäytetyön tekemisen avulla.

Opinnäytetyöni aihe antoi minulle kattavan tietopohjan päivystyshoidosta, triagesta sekä potilaiden hoitoonohjauksesta. Opinnäytetyön kautta perehdyin myös monitahoiseen potilasohjaukseen sekä tuntemukseni palveluketjusta pääkaupunkiseudulla kasvoi huomasti. Näitä taitoja tulen tarvitsemaan tulevana sairaanhoitajana työpaikasta riippumatta. Opinnäytetyön tekemisen myötä sain paljon eväitä asiakkaiden tai potilaiden ohjaukseen terveyspalvelujen käyttöä kohtaan. Ymmärrän nyt myös kiireellisen hoidon sekä potilasohjauksen haasteet. Sairaanhoitajan kompetensseista hoitoketjun tuntemus kuuluu terveyden edistämisen osaamisen, jossa opinnäytetyön tekemisen myötä kehityin. Triage kuuluu myös tähän kompetenssiin, sillä se auttaa hoitajaa tunnistamaan ja arvioimaan potilaan terveysongelmia ja sen uhkia. Lisäksi oma osaamiseni on vahvistunut itsensä kehittämisen osaamisvaatimuksen alueelta, sillä olen oppinut suunnittelemaan, organisoimaan ja kehittämään omaa toimintaa näinkin pitkän prosessin aikana.

Koen kehittyneeni tiedollisesti sekä taidollisesti monella osa-alueella. Merkityksellimmät kehittymiset ovat tapahtuneet tiedonhaussa ja tiedon suodattamisessa. Opinnäytetyöprosessin aikana päätöksenteko-osaaminen kehittyi, kun joudun tekemään etenkin aineiston analysoinnissa paljon ratkaisuja, joihin ei ole oikeaa vastausta tai vakiintunutta käytäntöä (vrt. Eskola 2007, 182). Tutkimuseettinen ja kehittämistoiminnan osaamiseni on kehittynyt tiedon etsimisen, hankinnan ja käsittelyn kautta.

Opinnäytetyön tekeminen on kasvattanut minua tutkijana. Opinnäytetyön kautta harjoitin lähdekritiikkiä, joka laittoi minut tekemään erilaisia valintoja koko opinnäytetyöprosessin ajan. Opin karsimaan informaation keskeltä luotettavan tiedon ja sitä kautta myös tutkimuseettinen osaamiseni kehittyi. Opinnäytetyöni aiheesta suomenkielistä tieteellistä julkaisua on vielä niukasti, joten melko suuren joukon lähteistäni muodostavat englanninkieliset tutkimukset. Koenkin englannin kielen taitoni kehittyneen yhdessä kansainvälisyyskompetenssin kanssa, sillä opin käyttämään hoitotyön kansainvälisiä tietolähteitä. Tulen hyödyntämään taitojani sairaanhoitajana. Kynnys lähteä hakemaan ajan-kohtaista tietoa on madaltunut. Opinnäytetyön myötä sain myös lisää eväitä toteuttaa näyttöön perustuvaa hoitotyötä.



## LÄHTEET

- Aalto, Jari & Leino, Lauri 2008. Triage hoitajien kokemana yhteispäivystyksessä. Helsingin ammattikorkeakoulu Stadia. Hoitotyön koulutusohjelma. Opinnäytetyö. Viitattu 20.3.2010.  
<https://oa.doria.fi/bitstream/handle/10024/37442/stadia-1208769828-0.pdf?sequence=1>
- Andersson, Anna-Karin; Omberg, Monica & Svedlund, Marianne 2006. Triage in the emergency department – a qualitative study of the factors which nurses consider when making decisions. *British Association of Critical Care Nurses, Nursing in Critical Care* 3 (11), 138–140.
- Aurivuo, Miia & Lustberg, Riia 2010. Triage-hoitajien koulutus ja osaaminen esimiesten kokemana. Hoitotyön koulutusohjelma. Kymenlaakson ammattikorkeakoulu. Opinnäytetyö. Viitattu 10.5.2010.  
[https://publications.theseus.fi/bitstream/handle/10024/7852/Riia\\_Lustberg.pdf?sequence=1](https://publications.theseus.fi/bitstream/handle/10024/7852/Riia_Lustberg.pdf?sequence=1)
- Benner, Patricia; Tanner, Christine A & Chesla, Catherine A. 1999. Asiantuntijuus hoitotyössä: hoitotyö, päättelykyky ja etiikka. Helsinki: WSOY.
- Cone, Kelly Jo & Murray, Ruth 2002. Characteristics, insights, decision making and preparation of ED triage nurses. *Journal of emergency nursing* 28 (5), 401–406.
- Erikoissairaanhoitolaki 1989/1062, 1.12.1989. Viitattu 10.5.2010.  
<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1989/19891062>
- Eskola, Jari & Suoranta, Juha 1998. Johdatus laadulliseen tutkimukseen. Tampere: Vastapaino.
- Eskola, Jari & Suoranta, Juha 2008. Johdatus laadulliseen tutkimukseen. Tampere: Vastapaino.
- Eskola, Jari & Vastamäki, Jaana 2007. Teemahaastattelu: Opit ja opetukset. Teoksessa Juhani Aalto & Raine Valli (toim.) *Ikkunoita tutkimusmetodeihin I*. Jyväskylä: PS-kustannus, 25–43.
- Eskola, Jari 2007. Laadullisen tutkimuksen juhannustaiat. Laadullisen aineiston analyysi vaihe vaiheelta Teoksessa Juhani Aalto & Raine Valli (toim.) *Ikkunoita tutkimusmetodeihin I*. Jyväskylä: PS-kustannus, 159–183.

- Euroopan parlamentin ja neuvoston direktiivi 2005/36/EY. Ammattipätevyyden tunnistamisesta. Euroopan unionin virallinen lehti 48 (L255), 1–121. Viitattu 19.4.2011. <http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=OJ:L:2005:255:0022:0142:FI:PDF>
- Gerditz, Marie F. & Bucknall, Tracey K. 2001. Triage nurses' clinical decision making. An observational study of urgency assessment. *Journal of Advanced Nursing* 35 (4), 550–561.
- Gilboy, Nicki; Tanabe, Paula; Travers, A. Deppie; Rosenau, M. Alexander & Eitel, R. David 2005. Emergency Severity Index, Version 4: Implementation Handbook. AHRQ Publication No. 05-0046-2. Rockville, MD. Agency for Healthcare Research and Quality. Viitattu 19.11.2010. <http://www.ahrq.gov/research/esi/esihandbk.pdf>
- Göransson, Katarina E; Ehrenberg, Anna & Ehnfors, Margareta 2005. Triage in emergency departments: national survey. *Journal of Clinical Nursing* 14, 1067–1074.
- Göransson, Katarina E; Ehrenberg, Anna; Marklund, Bertil & Ehnfors, Margareta 2006. Emergency department triage: is there a link between nurses' personal characteristics and accuracy in triage decisions? *Accident and Emergency Nursing* 14, 83–88.
- Harkko, Jaakko 2008. Päivystyspotilaan hoidon kiireellisyysryhmittely Versio 30.5.2008. Viitattu 10.2.2011. [www.hus.fi](http://www.hus.fi) > päivystys > päivystyshanke.
- Helsingin kaupunki terveystakeskus 2009. Potilaat tutkitaan Haartmanin päivystyksessä kiireellisyysjärjestyksessä. Viitattu 20.3.2010. [http://www.hel.fi/wps/portal/Terveystakeskus/Artikkeli?WCM\\_GLOBAL\\_CONTEXT=/Terke/fi/uutiset/Potilaat+tutkitaan+Haartmanin+paivystyksess\\_+kiireellisyysj\\_rjestyksess\\_](http://www.hel.fi/wps/portal/Terveystakeskus/Artikkeli?WCM_GLOBAL_CONTEXT=/Terke/fi/uutiset/Potilaat+tutkitaan+Haartmanin+paivystyksess_+kiireellisyysj_rjestyksess_)
- Helsingin kaupunki terveystakeskus 2010. Terveystakeskuspäivystykseen yli kuntarajojen pääkaupunkiseudulla 1.4 lähtien. Viitattu 15.5.2010. [www.hel.fi](http://www.hel.fi) > terveystakeskus > uutiset.
- Helsingin terveystakeskus 2009. Tervetuloa opiskelijaksi Haartmanin sairaalan päivystyspoliklinikalle. Opiskelijainfo. Erillinen ohje.

- Hildén, Raija 1999. Sairaanhoidajan ammatillinen pätevyys ja ammatilliseen pätevyyteen vaikuttavat tekijät. Tampereen yliopisto. Ammattikasvatuksen tutkimuslaitos. Akateeminen väitöskirja
- Hirsjärvi, Sirkka & Hurme Helena 2008. Tutkimushaastattelu. Teemahaastattelun teoria ja käytäntö. Helsinki: Gaudeamus.
- Hirsjärvi, Sirkka; Remes, Pirkko & Sajavaara, Paula 2000. Tutki ja kirjoita. Helsinki: Tammi.
- Kansanterveyslaki 1972/66, 28.1.1972. Viitattu 10.5.2010.  
<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1972/19720066>
- Kantonen, Jarmo; Kauppila, Timo & Kockberg, Irma 2007. Päivystyksen organisatiomuutokset vähensivät lääkäriissäkäyntejä Vantaalla Peijaksen terveyskeskuspäivystyksessä. Suomen Lääkärilehti (9), 897–901.
- Kiuru, Sampsa 2008. Triage päivystyshoitajan erityisosaamista. Tehy-lehti 16, 21–24.
- Kiviniemi, Kari 2007. Laadullinen tutkimus prosessina. Teoksessa Juhani Aalto & Raine Valli (toim.) Ikkunoita tutkimusmetodeihin II. Jyväskylä: PS-kustannus, 70–84.
- Koponen, Leena & Sillanpää, Kirsi 2005. Potilaan hoito päivystyksessä. Tammi.
- Kuokkanen, Liisa 2005. Sairaanhoidajan tehtävät ja osaaminen. Mitä viime vuosien suomalainen tutkimus kertoo? Tutkiva Hoitotyö 3 (4), 18–24.
- Kuula, Arja 2006. Tutkimusetiikka. Aineistojen hankinta, käyttö ja säilytys. Tampere: Vastapaino.
- Kuula, Liisa 2009. Terveystutkimus/sairaanhoidajan itsenäinen vastaanotto Haartmanin sairaalassa. Erillinen ohje.
- Kylmä, Jari & Juvakka, Taru 2007. Laadullinen terveystutkimus. Helsinki: Edita.
- Kyngäs, Helvi & Vanhanen, Liisa 1999. Sisällön analyysi. Hoitotiede 11 (1), 3–12.
- Laine, Riikka 2008. Triage nurses validity of assessing pediatric patients at the emergency department of Helsinki university hospital for children and adolescents. Helsinki university. Department of general practice and primary health care. Master thesis.
- Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 1992/785, 17.8.1992. Viitattu 12.5.2010.  
<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1992/19920785>
- Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä 1994/559, 28.6.1994. Viitattu 12.5.2010.  
<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1994/19940559>

- Lauri, Sirkka & Salanterä, Sanna. 2002. Hoitotyön päätöksentekoteoria. *Hoitotiede* 14 (4), 158–166.
- Lauri, Sirkka; Eriksson, Elina & Hupli, Maija 1998. *Hoidollinen päätöksenteko*. Helsinki: WSOY.
- Miettola, Juhani; Halinen, Matti; Lipponen, Pertti; Hietakorpi, Seppo; Kaukonen, Mirja & Kumpusalo, Esko 2003a. Kuopion yhteispäivystystutkimus. Yleislääkäripäivystyksen toimivuus ja odotusajat kiireellisyysluokittain. *Suomen Lääkärilehti* 3 (58), 305–308.
- Miettola, Juhani; Halinen, Matti; Lipponen, Pertti; Hietakorpi, Seppo; Kaukonen, Mirja & Kumpusalo, Esko 2003b. Kuopion yhteispäivystystutkimus. Kuopion yhteispäivystyksen yleislääkäripäivystyksen käyntisyys ja konsultaatiot. *Suomen Lääkärilehti* 4 (58), 415–418.
- Miettola, Juhani; Halinen, Matti; Lipponen, Pertti; Hietakorpi, Seppo; Kaukonen, Mirja & Kumpusalo, Esko 2003c. Kuopion yhteispäivystystutkimus. Onko yhteispäivystyksessä turhia käyntejä? *Suomen Lääkärilehti* 5 (58), 539–541.
- Miettola, Juhani; Halinen, Matti; Lipponen, Pertti; Hietakorpi, Seppo; Kaukonen, Mirja & Kumpusalo, Esko 2003d. Kuopion yhteispäivystystutkimus. Asiakastytyväisyys. *Suomen lääkäri* 30–32 (58), 3108–3110.
- Mäkinen, Olli 2006. *Tutkimusetiikan ABC*. Helsinki: Tammi.
- Nummelin, Merja 2009. Päivystyspoliklinikalla aloittavan sairaanhoitajan tiedon tarve. Turun yliopisto. Hoitotieteen laitos. Pro gradu -työ. Viitattu 12.5.2010.  
<https://www.doria.fi/bitstream/handle/10024/52481/hoitotiede-gradu2009nummelin.pdf?sequence=4>
- Opetusministeriö 2006. Ammattikorkeakoulusta terveydenhuoltoon. Koulutuksesta valmistuvien ammatillinen osaaminen, keskeiset opinnot ja vähimmäisopinnot. Opintoministeriön työryhmämuistioita ja selvityksiä 2006: 4. Viitattu 24.3.2011.  
<http://www.minedu.fi/export/sites/default/OPM/Julkaisut/2006/liitteet/tr24.pdf?lang=fi>
- Paakkonen, Heikki 2008. The contemporary and future clinical skills of emergency department nurses. Experts' perceptions using Delphi- technique. Kuopion yliopisto. Väitöskirja. Viitattu 16.3.2011.  
[http://epublications.uef.fi/pub/urn\\_isbn\\_978-951-27-1073-7/urn\\_isbn\\_978-951-27-1073-7.pdf](http://epublications.uef.fi/pub/urn_isbn_978-951-27-1073-7/urn_isbn_978-951-27-1073-7.pdf)

- Pelttari, Paula 1997. Sairaanhoidajan työn nykyiset ja tulevaisuuden kvalifikaatiovaatimukset. Stakes. Tutkimuksia 80.
- Päivystyshanke 2006. Päivystys hoitaa kiireellistä hoitoa tarvitsevat potilaat. Päivystyshanke-tiedote nro 4.
- Päivystyshanke 2008a. Hoidon tarpeen kiireellisyyden arviointi- taskuopas päivystykseen. [www.hus.fi](http://www.hus.fi) > Päivystyshanke > Loppuraportti > Liitetiedostot.
- Päivystyshanke 2008b. Päivystyksen uudet tuulet. Loppuraportti. Viitattu 7.5.2010. [www.hus.fi/paivystyshanke/loppuraportti](http://www.hus.fi/paivystyshanke/loppuraportti)
- Päivystyshankkeen projektiryhmä 2008. Päivystyshanke. Loppuraportti. Yhteispäivystyksen yhteinen malli pääkaupunkiseudulla.
- Rasmus, Mirja 2002. Turvattomuus työtoimintana. Turvattomuus ja väkivalta sairaalan päivystyspoliklinikalla. Väitöskirja. Kuopio: Kuopion yliopisto. Viitattu 20.4.2011. <http://www.uku.fi/vaitokset/2002/isbn951-781-937-4.pdf>
- Rekola, Leena; Isoherranen, Kaarina & Koponen, Leena 2005. Moniammatillinen yhteistyö päivystyspoliklinikalla. Tutkiva Hoitotyö 3 (1), 16–20.
- Saari, Sakari 2007. Hoidon laatu päivystyspoliklinikalla. Tampereen yliopisto. Hoitotieteen laitos. Pro gradu -työ.
- Salo, Kari 2007. Triage. Hoidon kiireellisyyden arviointi Helsingissä. Päivystysseminaari 19.10.2007.
- Simonen, Jari 2006. Hoidon kiireellisyyden arviointi tarkentuu. Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri. Verkko-Husari 7/2006. Viitattu 15.5.2010. <http://www.hus.fi/default.asp?path=1,46,14828,14829,7967,15570,15652>.
- Sosiaali- ja terveysministeriö 2010. Yhtenäiset päivystyshoidon perusteet. Työryhmän raportti. Helsinki. Viitattu 5.5.2010. [http://www.stm.fi/c/document\\_library/get\\_file?folderId=1082856&name=DLFE-11049.pdf](http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=1082856&name=DLFE-11049.pdf)
- Sosiaali- ja terveysministeriö 2011. Terveystietolaki. Viitattu 22.3.2011. [http://www.stm.fi/vireilla/lainsaadantohankkeet/sosiaali\\_ja\\_terveydenhuolto/terveydenhuoltolaki](http://www.stm.fi/vireilla/lainsaadantohankkeet/sosiaali_ja_terveydenhuolto/terveydenhuoltolaki)
- Sosiaali- ja terveysministeriön asetus terveydenhuollon henkilöstön täydennyskoulutuksesta 1194/2003. Viitattu 1.2.2011. <http://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2003/20031194>
- Subash, F.; Dunn F.; McNicholl B. & Marlow J. 2004. Team triage improves emergency department efficiency. Emergency Medicine Jan: (21), 542–544.

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1726448/pdf/v021p00542.pdf>

Suomen perustuslaki 1999/731, 11.6.1999. Viitattu 29.3.2011.

<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1999/19990731>

Suomen Sairaanhoitajaliitto 1996. Sairaanhoitajan eettiset ohjeet. Viitattu 26.1.2011.

[http://www.sairaanhoitajaliitto.fi/sairaanhoitajan\\_tyo\\_ja\\_hoitotyön/sairaanhoitajan\\_tyo/sairaanhoitajan\\_eettiset\\_ohjeet/](http://www.sairaanhoitajaliitto.fi/sairaanhoitajan_tyo_ja_hoitotyön/sairaanhoitajan_tyo/sairaanhoitajan_eettiset_ohjeet/)

Syvöja, Pirjo & Äijälä, Outi 2009. Hoidon tarpeen arviointi. Helsinki: Tammi.

Säilä, Tiina; Mattila, Elina; Kaunonen, Marja & Aalto, Pirjo 2006. Polikliinisen hoidon kehittäminen. Pirkanmaan sairaanhoitopiiri. Viitattu 16.5.2010.

<http://www.tays.fi/download.aspx?ID=418&GUID=%7BF90E74A8-0284-49F2-A0DF-00C22841F640%7D>

Tanabe, Paula; Gilboy, Nicki & Travers Debbie A. 2007. Emergency Severity Index Version 4: Clarifying Common Questions. *Journal of Emergency Nursing* 33 (2), 182–185.

Tanninen, Sari 2009. Kiireellisyysluokitus klinisen päätöksenteon tukena päivystyspoliklinikalla. Turun yliopisto. Hoitotieteen laitos. Pro gradu -työ.

Timonen, Leena & Eriksson, Elina 2007. Hoitajien täydennyskoulutus yliopistollisen keskussairaalan kirurgisissa työyksiköissä. *Tutkiva Hoitotyö* 5 (4), 21–28.

Toivonen, Jukka; Salo, Kari; Törrönen, Terttu & Renwall, Veronica 2009. Haartmanin päivystyksen sisäinen potilasohjaus. Erillinen ohje.

Tracy, Michelle A. 2007. Triage Successes: A Hospital's Journey of Change and Growth. *Journal of Emergency Nursing* 33 (3), 297–299.

Travers, Deppie 1999. Triage: how long does it take? How long should it take? *Journal of Emergency Nursing* 25 (3), 238–240.

Travers, James P. & Lee, Francis C.Y. 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* 13 (6), 342–348. <http://edda.cc/resources/see+and+treat+2.pdf>

Tuomi, Jouni & Sarajärvi, Anneli 2009. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Helsinki: Tammi.

Tuomi, Sirpa 2008. Sairaanhoitajan ammatillinen osaaminen lasten hoitotyössä. Väitöskirja. Kuopio: Kuopion yliopisto. Viitattu 10.2.2011.

<http://www.uku.fi/vaitokset/2008/isbn978-951-27-0815-4.pdf>

Valtioneuvoston asetus ammattikorkeakouluista 2003/352, 15.5.2003. Viitattu 20.4.2011. <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2003/20030352>

## LIITTEET

### Liite 1: Tutkimustiedote

#### TIEDOTE HAARTMANIN PÄIVYSTYSPOLIKLINIKAN TYÖNTEKIJÖILLE

Olen Helsingin Diakonia-ammattikorkeakoulun sairaanhoitajaopiskelija ja teen parhailaan opinnäytetyötä Haartmanin sairaalan yhteispäivystyspoliklinikalle. Opinnäytetyön otsikkona on: ”Sairaanhoitajat hoidon tarpeen kiireellisyyden arvioijina Haartmanin sairaalan yhteispäivystyksessä”.

Opinnäytetyötäni varten kerään aineiston teemahaastattelun avulla. Haastattelun syksyn 2010 aikana sairaanhoitajia, joiden toivotaan kertovan kokemuksistaan hoidon tarpeen kiireellisyyden arvioimisesta. Tutkimukseen osallistujalta edellytetään vähintään puolen vuoden kokemusta päivystystoiminnasta ja triage-hoitajana. Tutkimus tehdään yksilöhaastatteluina muutamaa teema-alueeseen pohjautuen 9.9.–30.11.2010 välisenä aikana.

Keskustelut nauhoitetaan, litteroidaan ja analysoidaan. Haastateltavien anonymiteetti säilytetään koko tutkimuksen ajan. Käsittelen aineiston luottamuksellisesti. Tulosten analysoinnin jälkeen ja niiden valmistettua hävitän aineiston. Haastattelut suoritetaan työajalla ja kestävät noin tunnin. Osallistuminen haastatteluihin on vapaaehtoista ja haastatteluun osallistujalla on oikeus kieltää aineiston käyttäminen missä tahansa tutkimusprosessin vaiheessa.

Tutkimukseen osallistumalla pääset vaikuttamaan osaltasi potilaan hoidon tarpeen kiireellisyyden kehittämiseen sekä tuomaan esiin omia kokemuksia ja mahdollisia mieleesi nousseita kehittämistarpeita. Autat myös työelämätahoa suuntaamaan lisäkoulutusta.

Kiitos jo etukäteen! ☺

Opinnäytetyötäni ohjaavat:



Koulutusjohtaja/Yliopettaja, Arja Suikkala.

Lehtori, Jari Visto.

Vastaan mielelläni mahdollisiin heränneisiin kysymyksiinne!

Ystävällisin terveisin sairaanhoitajaopiskelija,

Katja Harle

Liite 2: Suostumuslomake

Tutkimustiedotteen liite 1.

## **Suostumuslomake**

Mikäli olet halukas osallistumaan tutkimukseen ja hyväksyt tutkimustiedotteessa mainitut seikat, palauta tämä lomake allekirjoitettuna ennen haastattelua haastattelijalle.

---

päivämäärä ja paikka

---

allekirjoitus & nimenselvennys

### Liite 3: Teemahaastattelurunko

#### Teemahaastattelurunko

Taustatiedot:

Syntymävuosi:

Koulutus:

Työkokemus sairaanhoitajana \_\_\_\_\_ vuotta

Työkokemus päivystyksessä \_\_\_\_\_ vuotta \_\_\_\_\_ kuukautta

Triage-hoitajana viimeksi:

#### 1. TEEMA: SAIRAANHOITAJIEN KOKEMUKSIA HOIDON TARPEEN KIIREELLISYYDEN ARVIOIJINA

Millaisia kokemuksia sinulla on hoidon tarpeen kiireellisyyden arvioinnin tekijänä?

Minkälaisia hankalia potilastilanteita olet kohdannut työssäsi?

Pääkaupunkiseudun terveystieteiden päivystysyksiköiden kuntarajojen poistuminen.

Uusien tilojen vaikutus työskentelyysi.

Päätöksentekoa helpottavat tekijät ja vaikeuttavat tekijät.

Myönteiset ja kielteiset kokemukset yhteistyöstä lääkäreiden kanssa.

Ammattien väliset näkemyserot.

#### 2. TEEMA: TRIAGE-HOITAJAN TÄRKEIMMÄT OMINAISUUDET JA TAIDOT

Kerro mitkä ovat tärkeimmät triage-hoitajan persoonallisuuden ominaisuudet.

Kerro mitkä ovat triage-hoitajan tärkeimmät taidot.

#### 3. TEEMA: HOIDON TARPEEN KIIREELLISYYDEN ARVIOINTIMENETELMÄN KEHITTÄMISTARPEET

Miten haluaisit kehittää hoidon tarpeen kiireellisyyden arviointimenetelmää?

Miten haluaisit kehittää triage-järjestelmään perehdyttämistä?

Lisäkoulutuksen tarve.

## Liite 4: Esimerkki analysoinnista

Alkuperäisilmaisuja haastatteluista	Pelkistetyt ilmaisut	Alakategoria	Yläkategoria
<i>"kokonaisvaltaista osaamista"</i> <i>"työkokemus"</i> <i>"kliininen silmä"</i> <i>"hiljanen tieto"</i> <i>"kokemuksen myötä oppii"</i> <i>"Eri kielten taitaminen on niinkun, se on yllättävän paljon"</i> <i>"työkokemushan sinäänsä"</i> <i>"tuntemus Helsingin sairaanhoidosta"</i> <i>"hoitoketjun tuntemus"</i> <i>"täytyy osata konsultoida jos on epävarma"</i> <i>"potilasohjaus, mikä korostuu uudelleenohjaamisessa"</i> <i>"antaa ne perusohjeet"</i> <i>"tietää ja tuntee sairauksien oireita, et mikä voi johtaa mihinkin, että mikä voi olla takana"</i> <i>"tänä päivänä kielitaito on erittäin suuri asia"</i> <i>"perustiedot kaikista taudeista ja niiden oireista"</i> <i>"nopee diagnosointi"</i> <i>"tietotaito"</i> <i>"potilasohjaus"</i> <i>"tietää ei-päivystykselliset ja päivystykselliset asiat"</i> <i>"mikä kuuluu mihinki"</i> <i>"on kokemusta tästä helsingin potilasohjauksesta kokemusta tai tietää miten se menee"</i> <i>"tietoa sairauksista, erilaisista vammoista ja muista"</i> <i>"laaja-alaista tietoa"</i> <i>"taito arvioida sen potilaan tilaa. Sitä fyysistä ja psyykkistä tilaa siinä"</i> <i>"osata tehdä semmonen ensiärvio"</i> <i>"kunnan perustieto ja taito sairauksista"</i> <i>"teoreettinen tieto äärimmäisen tärkeätä, arvion tulee pohjautuu siihen"</i>	työkokemus	Työkokemus	<b>Triage- hoitajan tärkeimmät taidot</b>
	työkokemuksen myötä oppii		
	kokonaisvaltaista osaamista täytyy osata konsultoida jos on epävarma nopea diagnosointi tietotaito taito arvioida sen potilaan tilaa	Laaja-alainen osaaminen	
	kliininen silmä hiljanen tieto perustiedot kaikista taudeista ja niiden oireista tietoa sairauksista, erilaisista vammoista ja muista laaja-alaista tietoa kunnan perustieto ja taito sairauksista teoreettinen tieto tietää ja tuntee sairauksien oireita, et mikä voi johtaa mihinkin, että mikä voi olla takana	Kokonaisvaltaisen teorian tiedon omaaminen sairauksista	
	hoitoketjun tuntemus potilasohjaus tietää ei-päivystykselliset ja päivystykselliset asiat on kokemusta tai tietoa potilasohjauksesta	Hoitoketjun tuntemus	
	kielitaito eri kielten taitaminen	Hyvä kielitaito	