



Osaamista
ja oivallusta
tulevaisuuden
tekemiseen

Jaana Ahlgren

Sairaanhoidajan kokemuksia hoidontarpeenarviosta sairaalan yhteispäivystyksessä

Metropolia Ammattikorkeakoulu

Sairaanhoidaja YAMK

Akuuttihoitotyön kehittäminen ja
johtaminen

Opinnäytetyö

4.3.2021

Tekijä(t) Otsikko	Jaana Ahlgren Sairaanhoitajan kokemuksia hoidontarpeenarviosta sairaalan yhteispäivystyksessä
Sivumäärä Aika	40 sivua + 1 liite 4.3.2021
Tutkinto	Ylempi ammattikorkeakoulututkinto
Tutkinto-ohjelma	Akuuttihoitotyön kehittäminen ja johtajuus
Suuntautumisvaihtoehto	
Ohjaaja(t)	Hannu Puhakka TtT, yliopettaja, Liisa Montin, TtT, sh, lehtori
<p>Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli kuvailla sairaanhoitajien hoidontarpeenarvion kokemuksia yhteispäivystyksessä. Opinnäytetyön tavoitteena on tuottaa uutta tietoa, jonka avulla voidaan suunnitella hoidontarpeenarvion koulutusta ja sitä kautta yhtenäistää toimintatapoja, sekä kehittää hoidontarpeenarviota. Opinnäytetyön tuloksia voi hyödyntää myös HUS Akuutin muissa yhteispäivystyksissä.</p> <p>HUS Akuutilla on neljä yhteispäivystyspistettä. Hoidontarpeenarvio on keskeisessä asemassa potilaan hoitoprosessissa ja se vaikuttaa koko päivystyksen toimintaan. Potilasturvallisuuden ja potilastyytyväisyyden kannalta olisi hyvä saada selkeät yhteneväiset toimintatavat joka yksikköön.</p> <p>Opinnäytetyö toteutettiin käyttämällä laadullista menetelmää haastatteleamalla yhteispäivystyksen sairaanhoitajia (n = 10), jotka tekevät hoidontarpeenarviota. Haastattelut toteutettiin teemahaastatteluina. Haastattelut nauhoitettiin, litteroitiin ja analysoitiin käyttämällä induktiivista sisällönanalyysimenetelmää. Aineistosta muodostettiin tutkimuskysymysten ohjaamana neljä yläluokkaa: mitä hoidontarpeenarvio sisältää, päätöksentekoon vaikuttavat tekijät, hoidontarpeenarvion edistäminen ja hoidontarpeenarvion haasteet.</p> <p>Tulosten mukaan hoidontarpeenarviossa sairaanhoitajalta vaaditaan laaja-alaista osaamista monelta eri alueelta. Sairaanhoitajan tulee omata teoreettista tietoa ja tuntee oman yksikönsä toimintatavat ja hoidontarpeenarvion prosessi. Hyvät vuorovaikutustaidot ja kyky tehdä itsenäisiä päätöksiä ovat avainasemassa hoidontarpeenarvioinnissa.</p> <p>Hoidontarpeenarviointiin ei ole olemassa selkeitä ohjeita ja työnkuva voi olla hyvin vaihteleva. Suurimmat haasteet hoidontarpeenarvioon tuo päivystyksen kiire ja ruuhka, sekä henkilökunnan erilaiset toimintatavat. Haasteelliseksi koettiin myös kokemattomien hoitajien sijoittelu hoidontarpeenarvioon.</p> <p>Tärkeimmäksi kehityskohteeksi tulosten perusteella voidaan pitää koulutuksen ja perehdytyksen lisäämistä/kehittämistä. Siten on mahdollista saada yhtenäisemmät toimintatavat ja sujuvoitettua hoidontarpeenarvion prosessia.</p>	
Avainsanat	hoidontarpeenarvio, päivystys, triage, sairaanhoitaja, kokemus

Author(s) Title	Jaana Ahlgren Nurse's Experiences in Triage in Joint Emergency Department
Number of Pages Date	40 pages + 1 appendice 4th March 2021
Degree	Master of Health Care (Emergency Care)
Degree Programme	Master's Degree Programme in Development and Leadership of Acute Care
Specialisation option	
Instructor(s)	Hannu Puhakka, Principal Lecturer, PhD Liisa Montin, PhD, RN, Senior Lecturer
<p>The purpose of this thesis was to describe nurses' triage experience in joint emergency care. The aim of the thesis is to produce new knowledge that can be used to plan the training of the care needs assessment and thereby harmonize the operating methods, as well as to develop the care needs assessment. The results of the thesis can also be utilized in other joint emergency departments of HUS Acute.</p> <p>HUS Acute has four joint emergency departments. Triage plays a key role in the patient care process and affects the operation of the entire emergency department. In terms of patient safety and patient satisfaction, it would be a good idea to have clear, consistent policies for each unit.</p> <p>The thesis was carried out by using a qualitative method by interviewing emergency nurses (n = 10) who are involved with triage. The interviews were conducted as theme interviews. Interviews were recorded, transcribed, and analyzed by using an inductive content analysis method. The data was classified into four upper categories guided by research questions: what the triage includes, factors influencing decision making, benefits in triage and challenges in triage.</p> <p>According to the results, the triage requires a nurse to have extensive expertise in many different areas. The nurse should have theoretical knowledge, and be familiar with unit's procedures and triage process. Good interaction skills and the ability to make independent decisions are key functions in the triage.</p> <p>There are no clear guidelines for the triage and nurse's job description can be very variable. The biggest challenges for the triage are the urgency and congestion of the emergency service, as well as the different operating methods of the staff. Placing inexperienced nurses in the triage was also perceived as challenging.</p> <p>Based on the results, the most important development target is increasing /developing training and orientation. In that way it may be possible to have a more consistent approach and more fluent triage process.</p>	
Keywords	triage, emergency department, nurse, experience

Sisällys

1	Johdanto	5
2	Opinnäytetyön lähtökohdat	6
2.1	Tiedonhaku aikaisemmista tutkimuksista	6
2.2	Päivystys ja yhteispäivystys käsitteinä	7
2.3	Hoidontarpeenarvio yhteispäivystyksessä	9
2.4	Kokemus käsitteenä	12
3	Opinnäytetyön tarkoitus, tavoite ja tutkimuskysymykset	12
4	Opinnäytetyön toteuttaminen	13
4.1	Opinnäytetyön menetelmälliset lähtökohdat	13
4.2	Toimintaympäristö	14
4.3	Opinnäytetyön aineistonkeruumenetelmät	15
4.4	Opinnäytetyön aineiston keruu	16
4.5	Opinnäytetyön aineiston analysointi	17
5	Tulokset	22
5.1	Mitä hoidontarpeenarvio sisältää	23
5.2	Päätöksentekoon vaikuttavat tekijät	24
5.3	Hoidontarpeenarvion edistäminen	26
5.4	Hoidontarpeenarvion haasteet	30
6	Pohdinta	32
6.1	Tulosten tarkastelu	32
6.2	Eettisyyden pohdinta	35
6.3	Luotettavuuden pohdinta	36
6.4	Yhteenveto tuloksista	39
	Lähteet	40
	Liitteet	
	Liite 1. Kirjallisuuskatsauksessa käytetyt tutkimukset	

1 Johdanto

Viimeisen kahdeksan vuoden aikana työikäisen väestön määrä on vähentynyt yli 100 000 henkilöllä ja vastaavasti iäkkäiden osuus väestöstä on kasvanut. Vuonna 2040 yli 65-vuotiaita ennustetaan olevan jo melkein 30 % väestöstä. (Tilastokeskus 2018.) Päivystyksellä on keskeinen rooli pyrittäessä hallitsemaan terveyspalvelujen tehokasta ja oikeaa käyttöä. Päivystyksen kautta tulee noin 60–80 % sairaalan potilaista. (Kaarti-nen 2015.)

Terveydenhuoltojärjestelmän toimivuuden kannalta hoidontarpeenarviointi on keskei- sessä asemassa, koska sen onnistumisella on välillisiä ja suoria vaikutuksia hoitopro- sessien sujuvuuteen, henkilöstöresurssien oikeaan kohdentumiseen, potilaan ja hänen läheisensä kokemuksiin hoidon onnistumisesta sekä terveydenhuoltojärjestelmän koko- naiskustannuksiin (Syväoja - Äijälä 2009:7). Sosiaali- ja terveysministeriön hankkeessa (2010:2) *Yhtenäiset päivystyshoidon perusteet* todetaan, ettei päivystyshoito ole ollut sillä hetkellä tasalaatuista, minkä vuoksi on laadittu yhtenäiset päivystyshoidon kriteerit.

Hoidontarpeenarviossa toimivat sairaanhoitajat ovat elintärkeitä päivystyksen proses- sien helpottamisessa ja nopeuttamisessa. Potilaiden sijoittelulla on suuri merkitys poti- lasturvallisuuden ja hoidon tehokkuuden parantamiselle. (Reay – Rankin - Then 2016:8.)

Tämä opinnäytetyö on tehty HUS Akuutin yhteispäivystyksessä haastatteleamalla päivys- tyksen sairaanhoitajia, jotka tekevät hoidontarpeenarviota. HUS Akuutilla on yhteensä 4 yhteispäivystystä: Jorvin sairaalassa Espoossa, Peijaksen sairaalassa Vantaalla ja Hel- singissä Malmin sairaalassa, sekä Meilahdessa. Vuonna 2019 HUS Akuutin päivystys- pisteisiin tehtiin lähes 290 000 käyntiä (Akuutin vuosiraportti 2019).

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on kuvailla sairaanhoitajien hoidontarpeenarvion kokemuksia yhteispäivystyksessä. Opinnäytetyön tavoitteena on tuottaa uutta tietoa, jonka avulla voidaan suunnitella hoidontarpeenarvion koulutusta ja sitä kautta yhtenäis- tää toimintatapoja, sekä kehittää hoidontarpeenarviota. Opinnäytetyön tuloksia voi hyö- dyntää myös HUS Akuutin muissa yhteispäivystyksissä.

2 Opinnäytetyön lähtökohdat

2.1 Tiedonhaku aikaisemmista tutkimuksista

Tämän opinnäytetyön teoreettisia lähtökohtia on tarkasteltu systemaattisen tiedonhaun avulla. Luotettavuuden ja tieteellisyyden näkökulmasta turvallisin valinta tutkimusraporttien tiedonhakuun on käyttää tietokantoja, joiden lähteet ovat käyneet läpi kaksoissokkoarvioinnin ja ovat siten tieteellisesti laadukkaita (Kankkunen – Julkunen 2013:96–97). Tässä opinnäytetyössä keskeisiksi käsitteiksi nousivat ”hoidontarpeenarvio”, ”päivystys”, ”triage” ja ”sairaanhoitajan kokemukset”. Tiedonhakua tehtiin opinnäytetyöprosessin monessa eri vaiheessa.

Teoreettisen viitekehyksen luominen eteni prosessimaisesti (kuvio 1). Tähän opinnäytetyöhön haettiin kansainvälistä tutkittua tietoa *Cinahl* ja *PubMed* tietokannoista. Kotimaista tietoa haettiin *Medic* tietokannasta. Päivystyksen triagesta ja siihen liittyvistä aiheista löytyy runsaasti tutkimustietoa. PubMed hakukoneella sanoilla ”emergency” AND ”triage” vuoden 2010 ja uudemmat tutkimukset saatiin syksyllä 2019 hakutulokseksi 6188 tutkimusta.

Aineistohakuun rajattiin tutkimukset 2010 vuodesta eteenpäin, kansainvälisissä tutkimuksissa kieleksi valikoitiin englanti. Hakusanoina käytettiin kansainvälisissä tietokannoissa: ”triage”, ”emergency”, ”decision making”, ”nurse” ”triage nurse”, ”nursing process”, ”assessment”, ”training”, ”clinical decision making” ja ”nursing experience” ja suomen kielessä: ”päivystys” ja ”triage”. Hakusanoja yhdisteltiin käyttämällä Boolean-tekniikan AND, OR ja NOT yhdistelmiä. Teoriatietoa on haettu myös manuaalisesti muista ajankohtaisista julkaisuista esimerkiksi Sosiaali- ja terveysministeriön ja Valviran virallisilta sivuilta. Osittain tietokannat *Cinahl* ja *PubMed* tarjosivat samoja tutkimuksia, mukaan niitä otettiin vain toisesta. Artikkeleiden valinnassa painopisteenä oli hoidontarpeenarvion prosessi, siinä käytetyt menetelmät/apuvälineet, sekä sairaanhoitajan päätöksenteko ja kokemukset.



Kuvio 1. Tiedonhakuprosessi

2.2 Päivystys ja yhteispäivystys käsitteinä

Päivystys -käsitteellä tarkoitetaan toimipaikkaa, joka tarjoaa päivystyksellistä hoitoa tai päivystyksellisen hoidon tarvetta (STM 2017). Asuinpaikasta riippumatta päivystyksessä annetaan kiireellistä hoitoa sitä tarvitsevalle potilaalle. Kiireellisellä hoidolla tarkoitetaan tilaa, joka hoitamatta tai siirtämällä hoitoa pahentaa sairautta tai vaikeuttaa vammaa. (STM 2019.) Tässä opinnäytetyössä päivystyksellä tarkoitetaan sairaalan yhteispäivystystä.

Määrältään, kustannuksiltaan ja sisällöltään perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon päivystystoiminta on merkittävä osa terveydenhuoltoa. Jopa puolet perusterveydenhuollon lääkäreiden työajasta menee päivystyspotilaiden hoitoon ja erikoissairaanhoidon vuodeosastojen potilaista noin 70–80 % otetaan päivystyksen kautta hoitoon. Päivystyksen toiminnalla on siis suuri vaikutus potilaan hoidon tuloksiin, kustannuksiin sekä hoitoketjuun. (STM 2017:2.)

Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksen mukaan (STM 2010:20) päivystyshoidon tavoitteena on hoidon tarpeen tunnistaminen, päivystyspotilaiden yhdenvertainen hoitoon pääsy ja hoito, sekä riittävän asiantuntemuksen kohdentaminen päivystykseen. Päivystyksessä saadun hoidon tulee myös olla oikea-aikaista, korkealaatuista ja vaikuttavaa. Päivystyksen voimavarat tulee kohdentaa tarkoituksenmukaisesti ja niitä tulee olla riittävästi. Erikoissairaanhoidon, perusterveydenhuollon, ensihoidon ja sosiaalitoimen yhteistyön tulisi olla saumatonta.

Yhteispäivystyksellä tarkoitetaan päivystysyksikköä, jossa annetaan lääkäripalveluja sekä perusterveydenhuollon, että eri erikoisalojen osalta (Valvira 2018:8). Valtioneuvoston asetus kiireellisen hoidon perusteista ja päivystyksen erikoisalakohtaisista edellytyksistä (STM 2017) sanoo kiireellisen hoidon antamisesta ja päivystyksen järjestämisestä näin:

Kunnan tai kuntayhtymän on huolehdittava siitä, että terveydenhuoltolain (1326/2010) 50 §:ssä tarkoitettua kiireellistä hoitoa on saatavilla kaikkina vuorokauden aikoina joko kiireettömän hoidon yhteydessä tai erillisessä päivystyksen toteuttamista varten suunnitellussa ympäri vuorokauden toimivassa päivystysyksikössä.

Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksen (2010: 13) mukaan päivystystoimintaan ei sovellu nykyinen jako erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon välille, vaan yhteispäivystysjärjestelmää tulee kehittää ja viedä eteenpäin ilman päivystyksen sisäisiä rajoja. Yhteispäivystys hyvin toimiessaan alentaa päivystyksen kuluja muun muassa vähentämällä uusintakäyntejä, koska potilas saa heti ensimmäisellä kerralla tarpeelliset tutkimukset (STM 2010: 72).

Vuonna 2019 on saatu yhdistettyä perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon päivystykset kaikissa keskussairaaloissa. Tämän myötä etenkin somatiikan osalta palvelutarjonta täyttää laajan ympärivuorokautisen päivystyksen yksikön tai ympärivuorokautisen yhteispäivystysyksikön vaatimukset. (Haapiainen - Kaila – Salomaa 2019:10.) Päivystyksen keskittämisen tavoitteena on varmistaa riittävä osaaminen ja asiakas- sekä potilasturvallisuus hoitavassa yksikössä, palveluiden yhdenvertainen saatavuus sekä hillitä kustannusten kasvua. Myös kiireelliseen hoitoon pääsyä tulee parantaa. (STM 2017:2.)

Laajan päivystyksen yksiköllä tarkoitetaan sairaalaa, jossa on useiden erikoisalojen päivystys, Suomessa näitä on 12. Muissa keskussairaaloissa yhteispäivystys sisältää tavallisimmin tarvittavien erikoisalojen päivystyksen. Laajan päivystyksen yksiköillä tulee olla mahdollisuudet tukea muita päivystysyksiköitä. (Haapiainen ym. 2019:14.)

Yhteispäivystys mahdollistaa osaamisen ja kiireellisten palvelujen kokoamisen yhteen toiminnallisesti tehokkaaseen paikkaan. Yhteispäivystyksissä on tukipalveluita kuten kuvantamis- ja laboratoriopalvelut, sekä päivystyksen yhteydessä yleensä toimii päivystysosasto. Potilaiden hoidon tarpeen ja kiireellisyyden arvio ja jaottelu tehdään hallinnollisen

jaottelun sijasta potilaan tilan perusteella. Monipuoliset resurssit mahdollistavat työvoiman joustavan käytön. Toiminnan tavoitteena on vaikuttava hoito sekä saumaton palvelu. (STM 2017:4–5.)

Akuuttilääketieteen erikoisalan perustaminen on osaltaan saanut alkunsa yhteispäivystyksien muodostuksen ja niiden toiminnan vahvistumisen myötä (STM 2017:3). Akuuttilääketieteen koulutusta on järjestetty 2013 vuodesta alkaen. Yhteispäivystys, jossa hyödynnetään akuuttilääketieteen mallia, on uudenlainen ajattelu, jossa akuuttilääkärit osallistuvat kaikkien päivystyksen potilasryhmien hoitoon. Tulevaisuudessa on tarkoitus hoitaa sairaalapäivystys suurelta osin akuuttilääkärien voimin. (HUS-tietoa n.d. c.) Akuuttilääkäreiltä vaaditaan laaja-alaista osaamista kaikkien päivystykseen tuotavien potilaiden hoidon aloituksesta, diagnostiikasta sekä päivystysyksiköiden johtamisesta (STM 2017:6).

2.3 Hoidontarpeenarvio yhteispäivystyksessä

Ranskan kielessä on sana "trier", joka tarkoittaa erottelua, valikoimista, lajittelua ja järjestämistä, mistä on muodostunut terveydenhuollon käyttämä sana triage. Alun perin triage otettiin käyttöön monipotilastilanteissa, kuten sodissa. Nykypäivänä triagella tarkoitetaan hoidon tarpeen ja kiireellisyyden arviointia. (Syväoja - Äijälä 2009:94–95.) Terveydenhuollossa Suomessa sana triage on jäämässä pois ja nykyään puhutaan hoidontarpeen arviosta. Tässä opinnäytetyössä käytetään näitä käsitteitä yhdessä, koska kansainvälisessä aineistossa termi triage on lähes kaikkialla vielä käytössä.

Potilaan ilmoittaman tulosyyn, muiden sairauksien ja statuslöydösten perusteella päivystyksessä arvioidaan hoitoon saapuvien kiireellisyyttä, sekä tarvittavaa hoitopaikkaa. Potilaan kiireellisyyden arvio perustuu aina kokonaisuuteen, jossa tarkastellaan kaikkia potilaan oireita ja perussairauksia. Kaikki potilaat eivät tarvitse hoitoa välittömästi, mikä antaa joustoa toiminnan suunnitteluun ja mahdollisuuden järjestää hoitoa oikea-aikaisesti kunkin potilasryhmän kannalta. (STM 2017:13.)

Potilaan tulee päästä päivystykseen, kun hänellä on akuutti ongelma. Potilaan tilan selvittelyyn tarvitaan terveydenhuollon ammattilaisia määrittämään välittömän hoidon tarve. Jos hoitoa ei voida siirtää turvallisesti viikonlopun yli tai seuraavaan arkipäivään, on potilas otettava hoitoon päivystysyksikköön. (Harjola ym. 2014:31.) Potilaan uudelleenohjauksesta Valtioneuvoston (2017) asetuksessa sanotaan:

Päivystysyksikön vastaava laillistettu lääkäri tai hammaslääkäri tai hänen antamiensa ohjeiden mukaan muu laillistettu terveydenhuollon ammattihenkilö voi ohjata potilaan hoidettavaksi joko päivystysyksikössä, toisessa terveydenhuollon toimintayksikössä tai muulla tarkoituksenmukaisella tavalla. Ohjauksessa on otettava huomioon päivystysyksikössä noudatettavat kiireellisyysluokat ja yksilöllinen hoidon tarpeen ja riskin arviointi. (Valtioneuvoston asetus kiireellisen hoidon perusteista ja päivystyksen erikoisalakohtaisista edellytyksistä 12§ 1 mom.)

Suurten potilasmäärien aiheuttaman kiireen keskellä on tärkeää tunnistaa kriittisesti sairaat ja hätätilassa olevat. Hoidontarpeenarvion toissijainen tehtävä on hallita potilasvirtoja ja sisäistä ruuhkaa. (Harjola ym. 2014:31.)

Potilasturvallisuuden vuoksi on erittäin tärkeää, että päivystysyksikössä terveydenhuollon ammattihenkilöllä, joka tekee hoidontarpeenarviota, tulee olla tehtävän edellyttämä kokemus ja osaaminen. Ammattihenkilön koulutuksesta, valvonnasta ja ohjauksesta vastaa työnantaja. (Valvira 2017.) Triagesairaanhoidajat työskentelevät dynaamisissa ympäristöissä, joissa päätökset voivat perustua puutteellisiin, epäselviin tai harhaanjohtaviin tietoihin. Hoitajien keskeisiä taitoja triagessa ovat kyky tehdä laadukkaita arvioita ja päätöksiä riippumatta siitä, käytetäänkö jäsenneltyjä algoritmeja tai ohjeita. Triagesairaanhoidajan päätöksenteolla on merkittävä vaikutus potilaan optimaaliseen hyvinvointiin. (Noon 2014:40.) Kuviossa 2 on kuvattu hoidontarpeenarvion eri osa-alueet, jotka on kehitetty teoreettisten lähtökohtien perusteella.



Kuvio 2. Hoidontarpeenarvion eri osat

Olennaista hoidontarpeenarvioinnissa on, että sairaanhoitaja tekee päätöksen ja esittää ratkaisun. Hoitajan tulee päättää, millä kiireellisyydellä hoitoon tulee päästä, sekä, minkä tasoista hoitoa potilas tarvitsee. Päätös tulisi tehdä yhteisymmärryksessä potilaan ja/tai hänen läheisen kanssa, mutta päätöksentekoa ei voi jättää asiakkaalle/potilaalle. (Syväoja 2009: 61–62.) Päivystyksissä on yleensä vain vähän aikaa arvioida potilaiden kaikkia yksityiskohtia, joten sairaanhoitajat tarvitsevat kokemusta, sekä tietoa oikean päätöksen tekemiseksi (Sanders – Minick. 2014:14). Myös Wolfin (2010:234) tutkimuksessa todettiin, että hyvä teoreettinen osaaminen yhdistettynä taitoon tunnistaa niin kutsuttuja ”kriittisiä vihjeitä” auttaa sairaanhoitajaa tekemään oikeita päätöksiä triagessa.

Triagehoitajat luottivat päätöksenteossaan enemmän visuaalisiin vihjeisiin ja vitaaliparametreihin. Potilaan itse kuvailemilla tuntemuksilla omasta tilastaan ei ollut niin suurta merkitystä paitsi tapauksissa, joista ei visuaalisia havaintoja pystynyt tehdä, kuten esimerkiksi edeltävä elinsiirto. (Roscoen – Eisenbergin ja Forden 2016:1155.)

Triageapuvälineiden käytön on todettu parantavan potilaiden kiireellisyysluokittelua. Niiden avulla potilaiden hoitoajat pienenevät ja myös kuolleisuuden on todettu laskevan. (Kwon ym. 2019:449.) Esimerkiksi Keepin ym. (2016:37) tutkimuksessa todetaan, että NEWS (National early warning score) pisteiden käyttö triageapuvälineenä auttaa tunnistamaan mahdolliset sepsispotilaat paremmin. Toisaalta kuitenkin hoitajien mielestä subjektiivisuus ja vaihtelevuus triageapuvälineiden käytössä saattaa johtaa puutteelliseen arviointiin (Mistry ym. 2018:360).

Triagen tekemistä erilaisilla kokoonpanoilla on myös tutkittu melko paljon. Abdulwahidin – Boothin – Kuczawskin - Masonin (2016:504) tutkimuksen mukaan seniorilääkäreiden käyttäminen triagessa saattaa parantaa hoidontarpeenarvion tehokkuutta, mutta tutkimuksen avulla ei kuitenkaan pystytty todistamaan, että lääkäreiden käyttö olisi tuonut selkeää hyötyä potilastyytyväisyyteen tai kustannustehokkuuteen. Tiimitriagen (eri ammattiryhmistä koostuva tiimi esim. sairaanhoitaja/lääkäri työpari) käyttö saattaa lyhentää päivystyksessä vietettyä kokonaisaikaa sekä odotusaikaa lääkärille (Finohta 2011). Useammassa tutkimuksessa (mm. Platts-Mills ym. 2010:238; Rutschmann - Chevalley - Zumwald - Luthy 2005:145) todetaan vanhuspotilaiden hoidontarpeenarvio haasteelliseksi ja monesti kiireellisyysluokitus on arvioitu matalammaksi, myös triageapuvälineiden käyttö on haasteellisempaa vanhuspotilailla.

Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksen (2010:21) mukaan hoidontarpeenarviota tekevällä sairaanhoitajalla tulee olla asianmukainen koulutus ja tarpeeksi työkokemusta. Päivystyspoliklinikan sairaanhoitajille on ehdotettu Sosiaali- ja terveysministeriön työryhmän toimesta erityispätevyysohjelmaa, jonka tavoitteena olisi antaa valmiuksia päivystyspoliklinikan hoidontarpeenarvioon (STM 2010:31). Esimerkiksi simulaatiot ovat hyvä menetelmä hoidontarpeenarviokoulutuksissa (Johnson - Alhaj-Ali 2017:435). Triage käytäntöjen ja koulutusten erot vaikuttavat tietojen vertailukelpoisuuteen ja taitojen siirrettävyyteen sairaaloiden välillä (Hammad ym. 2017:25).

2.4 Kokemus käsitteenä

Kokemus käsitteenä on yksi hankalimmista ja sillä on monia eri merkityksiä. Kokemus liittyy moneen asiaan, tapahtumiin, tuntemuksiin, elämyksiin ja ajatuksiin. Kielenkäytösämme ja sosiaalisissa käytännöissämme kokemus tarkoittaa monenlaisia asioita, näihin kohdistuva kokemuksen tutkimus voi luonteeltaan ja perustoiltaan olla varsin erilaista. (Kukkola 2018:41–42.) Perusrakenteeltaan tajunnallisia ilmiöitä tutkiva kokemustiede ilmaisee, että psykologiatieteessä on kyse kokemuksen eli ihmisen tajunnan sisältöjen tutkimisesta (Perttula 1996:41–42).

Kokemuksen tutkiminen laadullisin menetelmin tehdyssä tutkimuksessa on aineiston luokittelua ja jäsentämistä. Jäsentämisessä aineiston pohjalta tuotettu systemaattinen kuvaus heijastelee johonkin teemaan tai asiaan liittyvien kokemusten erilaisia yhteyksiä, sisältöjä ja rakenteita. (Kukkola 2018: 42.) Tutkittavien ei itse tarvitse analysoida tai reflektoida kokemuksiaan, vaan kokemusten jäsentäminen on tutkijan tehtävä (Perttula 1996:45).

Merkitysverkostot ovat erilaisia merkitystihentymien kokonaisuuksia. Merkitysverkostot ovat ihmisen tajunnassa olevia kokemuksia, jotka ovat sisällöllisesti kietoutuneet toisiinsa. Merkitysverkoston avulla toisen ihmisen kokemuksista pyritään löytämään kokemuksia yhdistävät, niiden olemassaololle välttämättömät merkityssuhteet. (Perttula 1996: 46–47.)

3 Opinnäytetyön tarkoitus, tavoite ja tutkimuskysymykset

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on kuvailla sairaanhoitajien hoidontarpeenarvion kokemuksia yhteispäivystyksessä. Opinnäytetyön tavoitteena on, että saadun tiedon

avulla voidaan suunnitella hoidontarpeenarvion koulutusta ja sen avulla yhtenäistää toimintatapoja, sekä kehittää hoidon tarpeen arvion laatua.

Tutkimuskysymykset:

1. Mitä hoidontarpeenarvio sisältää sairaanhoitajan kokemana?
2. Mitkä asiat vaikuttavat sairaanhoitajan päätöksentekoon hoidontarpeenarvioinnissa?
3. Mikä edistää sairaanhoitajan hoidontarpeenarvion tekemistä yhteispäivystyksen potilaalle?
4. Mitä haasteita liittyy sairaanhoitajan yhteispäivystyksen potilaalle tekemään hoidontarpeenarvioon?

4 Opinnäytetyön toteuttaminen

4.1 Opinnäytetyön menetelmälliset lähtökohdat

Tässä opinnäytetyössä on tarkoitus kuvailla sairaanhoitajan kokemuksia hoidontarpeenarviosta, joten työssä käytettiin laadullista tutkimusmenetelmää. Laadullinen tutkimusote sopii tutkimusalueeseen, jos siihen halutaan saada uusi näkökulma tai jos siitä ei vielä tiedetä mitään (Kankkunen – Vehviläinen-Julkunen 2013:66).

Laadullisessa terveystutkimuksessa ihmisen käsityksiä omasta terveydestään ja sen hoitamisesta, hoitamiskäytäntöä tai sairauden kokemusta selvitetään mahdollisimman luonnollisissa olosuhteissa. Tällöin ilmiötä, joka on tutkimuksen kohteena, tarkastellaan avoimesti ilman sitovaa etukäteissuunnitelmaa. Kuvaavaa teoreettista rakennelmaa, joka tutkittavasta ilmiöstä syntyy, voidaan hyödyntää sellaisenaan käytännön toiminnan ohjaamiseen. (Kylmä – Vehviläinen-Julkunen – Lähdevirta 2003:609-615)

Laadullisen tutkimuksen teossa on tärkeää, että tutkimuksen tekijä tietää, mitä tutkii, jotta voi kerätä aineistoa tutkimuksen kohteena olevasta ilmiöstä. Tavoitteena laadullisessa tutkimuksessa on osallistujien näkökulman ymmärtäminen (Kylmä – Juvakka 2007:22–

23.) eli tässä opinnäytetyössä hoidontarpeenarvion kokemukset sairaanhoitajan näemyksen pohjalta.

4.2 Toimintaympäristö

HUS eli Helsingin yliopistollinen sairaala hoitaa vuosittain yli puoli miljoonaa potilasta. HUSissa työskentelee yli 25000 työntekijää ollen näin Suomen toiseksi suurin työnantaja. HUS muodostuu viidestä sairaanhoitoalueesta: HYKS, Hyvinkää, Lohja, Porvoo ja Länsi-Uusimaa, joiden alueella on yhteensä 25 eri sairaalaa. (HUS-tietoa n.d. a.) HUS Akuutti sisältää ensihoidon ja päivystyksen, jotka ovat akuuttilääketieteen osaamisalueita. HUS Akuuttiin kuuluvat lisäksi puhelimitse toimivat etäpalvelut: Myrkytystietokeskus, Päivystysapu ja Teratologinen tietopalvelu. Sairaankuljetus kuuluu myös HUS Akuutin toimialaan. Ensihoito järjestetään yhteistyössä pelastuslaitoksen ja yksityisten sairaankuljetusyritysten kanssa. (HUS-tietoa n.d. b.)

HUS Akuutti vastaa neljästä päivystyspisteestä HYKS sairaanhoitoalueella, sekä niiden yhteydessä toimivista päivystys- ja valvontaosastoista. Meilahdessa Haartmanin päivystys, sekä Meilahden sairaalan päivystys muodostavat yhdessä Meilahden yhteispäivystyksen. Espoossa Jorvissa, Helsingissä Malmilla ja Vantaalla Peijaksessa on kaikissa oma yhteispäivystys. (HUS-tietoa n.d. b.) Tässä opinnäytetyössä tarkastellaan yhden yhteispäivystyksen toimintaa.

Vuonna 2019 koko HUSissa hoidettujen potilaiden määrä (n = 680 621) nousi 11 % edellisvuodesta. Määrän kasvuun vaikutti Malmin ja Haartmanin sairaaloiden päivystysten siirtyminen HUSille Helsingin kaupungilta 2019 vuoden alussa. Yhteispäivystysten terveyskeskuspotilaiden määrä oli vuonna 2019 yhteensä 191 214, nousua edellisvuoteen 71 %. (Husari 2020:3.) Yhteensä HUS Akuutilla oli 284 953 päivystyskäyntiä vuonna 2019 (Akuutin vuosiraportti 2019).

Tällä hetkellä Akuutin päivystyksissä hoidontarpeenarviota tekee vakituisesta henkilökunnasta vain osa sairaanhoitajista. Päästäkseen tekemään hoidontarpeenarviota, tulee sairaanhoitajalla olla vaadittava kokemus ja koulutus tehtävään. Päivystyksissä ei ole tarkkaan määritelty vaadittavaa työkokemuksen määrää, mikä vaaditaan päästäkseen työskentelemään hoidontarpeenarviossa, vaan päätös tehdään tapauskohtaisesti. Koulutuksen osalta on käytäntönä ollut, että sairaanhoitajan on suoritettava vähintään yksi neljän tunnin hoidontarpeenarvioon suunniteltu kokonaisuus.

Päivystyksissä on vaiheittain otettu käyttöön uusi potilastietojärjestelmä Apotti. Apotti ohjaa kirjaamista enemmän rakenteisempaan suuntaan ja on hyvin erityyppinen järjestelmä, kuin edellinen tietojärjestelmä. Tässä opinnäyteyössä pyritään ottamaan huomioon myös Apotin mukaan tuomat edut/haasteet hoidontarpeenarviossa työskentelyssä.

Sosiaali- ja terveystieteiden ammattilaisilla on Apotin myötä käytössä yksi yhtenäinen järjestelmä, minkä avulla potilaiden tiedot löytyvät helpommin ja kirjaamisen määrä vähentyy. Järjestelmän tarkoituksena on myös ohjata ammattilaisia potilastietojen kirjaamisessa. (Apotti n.d.a). Espoon kaupunki ei ainakaan toistaiseksi ole ottamassa käyttöönsä Apottia, mikä hankaloittaa espooalaisten potilaiden osalta tiedon siirtymistä, Vantaalla Apotti on jo käytössä ja Helsingin kaupunki on siirtymässä Apotin käyttöön keväällä 2021. HUS yhteispäivystyksistä Meilahti ja Malmi ottivat Apotin käyttöön syksyllä 2020. (Apotti n.d.b).

4.3 Opinnäytetyön aineistonkeruumenetelmät

Aineiston keruu tapahtui haastattelemalla yhteispäivystyksen sairaanhoitajia. Haastattelu metodina käytettiin teemahaastattelua, jonka teemakysymykset oli muodostettu teoreettisten lähtökohtien perusteella. Teemahaastatteluissa pyritään löytämään merkityksellisiä vastauksia tutkimustehtävän mukaisesti. Etukäteen valitut teemat perustuvat tutkittavasta ilmiöstä jo tiedettyyn. Teemahaastattelussa oletetaan, että haastateltavat ymmärtävät tutkittavan ilmiön teemakysymysten mukaisesti ja kykenevät pilkkoman sen tutkijan kanssa samalla tavalla. (Tuomi – Sarajärvi 2020:65–66.) Teemahaastattelussa teema-alueet on etukäteen määritelty, mutta aihepiirien järjestys ja laajuus vaihtelevat haastattelusta toiseen (Eskola – Suoranta. 2008:86).

Tärkeintä haastattelussa on saada halutusta asiasta mahdollisimman paljon tietoa. Haastattelun etuna on myös se, että haastattelija voi kirjoittaa ylös myös, kuinka asiat sanotaan eli toimia samalla havainnoitsijana. (Tuomi – Sarajärvi 2020:63). Haastattelu on keskustelua, joka tapahtuu tutkijan aloitteesta ja sen tavoitteena on selvittää, mitä haastateltavalla on mielessään (Eskola – Suoranta 2008:85). Etuna haastattelussa on sen joustavuus, joka mahdollistaa kysymysten toistamisen, väärinkäsitysten oikaisemisen, ilmausten selventämisen, sekä keskustelun haastateltavan kanssa (Tuomi – Sarajärvi. 2018: 85). Haastateltavien määrää ei tule määritellä etukäteen, vaan haastattelujen tuloksien perusteella haastatteluja tulee jatkaa, kunnes vastaukset alkavat saturoitua.

Saturoitumisella tarkoitetaan sitä, kun uudet haastattelut eivät enää tuota tutkimusongelman kannalta uutta tietoa. (Kyngäs 2020:8.) Teemahaastatteluun on tehty erillinen haastattelurunko. Haastateltavat saivat halutessaan tämän rungon nähtäväksi, jotta pystyivät miettimään vastauksia valmiiksi. Haastattelussa tärkeintä on saada mahdollisimman paljon tietoa asiasta, joten on perusteltua, että haastateltavat voivat tutustua teemoihin ja kysymyksiin etukäteen (Tuomi – Sarajärvi 2013:73).

4.4 Opinnäytetyön aineiston keruu

Osallistujat valittiin tarkoituksenmukaisuuden perusteella, joka tarkoittaa sitä, että osallistujiksi valitaan ne henkilöt, joilla on kokemusta tutkimuksen kohteena olevasta ilmiöstä (Kylmä – Juvakka 2007:26). Opinnäytetyön tiedonantajina toimivat yhteispäivystyksen sairaanhoitajat, jotka tekevät hoidontarpeenarviota. Tiedonantajien valinnassa ei käytetty muita valintakriteerejä. Aineiston keruu aloitettiin haastateltavien rekrytoinnilla. Kahden yhteispäivystyksen osastonhoitajat lähettivät kaikille hoidontarpeenarviota tekeville sairaanhoitajille sähköpostitse tiedotteen mahdollisuudesta osallistua haastatteluun. Sähköpostissa kerrottiin erillisellä saatekirjeellä opinnäytetyön tarkoituksesta ja miksi heidät on valittu haastateltavien joukkoon. Sähköpostissa pyydettiin ottamaan yhteyttä opinnäytetyön tekijään, mikäli haluaa osallistua haastatteluun tai haluaa lisätietoa työstä.

Haastateltavista opinnäytetyön tekijä sai yhteydenottoja vain toisesta sairaalasta, joten kahden eri päivystyksen välistä vertailua ei tässä työssä päästy tekemään. Haastattelut toteutettiin syksyllä 2020 - alkuvuodesta 2021. Haastattelujen paikkana käytettiin päivystystä, josta valikoitiin vapaana oleva tarkoitukseen sopiva rauhallinen tila, sekä opinnäytetyön tekijän kotia. Paikasta sovittiin jokaisen haastateltavan kesken, joko sähköpostin tai puhelimen välityksellä hyvissä ajoin ennen haastattelua. Haastatteluja tehtiin yhteensä 10. Haastatteluista kerääntyi kirjallista aineistoa word-dokumenttiin 43 sivua rivivälillä 1,5 käyttäen Arial fonttia. Haastattelujen kestot vaihtelivat 15 minuutin ja 40 minuutin välillä.

Tutkimussuunnitelmassa tutkimusjoukoksi määriteltiin 20 sairaanhoitajaa. Haastateltavien määrä jäi kuitenkin kymmeneen hoitajaan, koska aineisto alkoi saturoitua. Puolet haastateltavista hoitajista olivat sairaanhoitajan vastaanottoa pitäviä ja puolet niitä, jotka eivät pidä sairaanhoitajan vastaanottoa. Työkokemuksen määrä päivystyksessä vaihteli haastateltavilla 4,5 vuodesta 37 vuoteen. Haastateltavilta pyydettiin suostumus tutkimuk-

seen osallistumiseen erillisellä lomakkeella. Haastattelutilanne pyrittiin pitämään mahdollisimman rentona, eikä ollut myöskään havaittavissa suurempaa jännitystä haastatteluvaiheiden kohdalla.

Haastattelun aikana ei tehty muistiinpanoja vaan keskityttiin kuuntelemaan haastateltavaa. Haastattelun jälkeen tehtiin merkintöjä päiväkirjaan, jonka avulla pyrittiin muodostamaan kokonaiskuvan haastatteluista. Haastattelut nauhoitettiin puhelimesta ja siirrettiin sieltä sähköiseen muotoon tietokoneelle, joka oli salasanaa suojattu. Sähköisessä muodossa olevaan aineistoon oli helppo palata opinnäytetyön eri vaiheissa. Kirjallinen aineisto säilytettiin opinnäytetyön tekijän lukollisessa kaapissa. Opinnäytetyön valmistumisen jälkeen aineistot tullaan hävittämään.

4.5 Opinnäytetyön aineiston analysointi

Aineiston analyysin tarkoitus laadullisessa tutkimuksessa on selkeyttää aineistoa ja siten tuottaa uutta tietoa tutkittavasta asiasta. Aineisto pyritään tiivistämään analyysin avulla kadottamatta sen sisältämää tietoa. Analyysin avulla tiedon arvoa pyritään kasvattamaan luomalla aineistosta selkeämpää ja mielekkäämpää. (Eskola – Suoranta. 2008:137.) Hyvä tutkimusaineiston analyysi pysyy tutkimusaineiston sisältämissä asioissa, riippumatta siitä pidetäänkö tutkimusaineiston hankintaa onnistuneena vai ei. Aineiston hankinta ja analyysi etenevät mahdollisuuksien mukaan rinnakkain, jolloin aineiston hankintaan on mahdollisuus palata. (Perttula 1996:44.) Analyysimenetelmänä käytettiin induktiivista sisällönanalyysiä.

Sisällönanalyysi menetelmänä antaa tutkijalle mahdollisuuden kuvailla tutkimusilmiötä teoreettisella tasolla systemaattisesti ja objektiivisesti. Induktiivista sisällönanalyysiä käytetään silloin, kun aiheesta ei ole aikaisempaa tietoa tai se on hyvin hajanaista. Analyysi toteutetaan vaiheittain. Ensimmäinen aineisto tiivistetään, sitten ryhmitellään ja tämän jälkeen muodostetaan käsitteitä, joiden avulla päästään vastaamaan tutkimuskysymyksiin. (Kyngäs 2020:13–14). Induktiivisessa sisällönanalyysissä sanoja luokitellaan niiden teoreettisen merkityksen perusteella. Tutkimusongelmien ohjaamana kategoriat johdetaan aineistosta. (Kankkunen – Vehviläinen-Julkunen 2013:167.) Sisällönanalyysin vaiheittainen eteneminen on kuvattu kuviossa 3.



Kuvio 3. Aineistolähtöisen sisällönanalyysin eteneminen mukailten (Tuomi – Sarajärvi 2013:109)

Aineiston yksityiskohtaisemman analyysin mahdollistamiseksi tulee haastattelut hahmottaa kokonaisuutena (Kylmä – Juvakka 2007:116). On suositeltavaa kuunnella nauhoitteet haastattelun jälkeen mahdollisimman pian, koska näin saadaan haastateltavan ja haastattelijan roolit paremmin esille. Tutkimuksen kokonaisuuden hallinnassa muistiinpanot auttavat tutkijaa ja niitä kannattaa käyttää koko tutkimusprosessin ajan. (Kankkunen – Vehviläinen-Julkunen 2013:165.)

Pelkistämisvaiheessa aineistosta jätetään tutkimuksen kannalta epäolennainen asia pois. Materiaalista etsitään tutkimustehtävää kuvaavat alkuperäisilmaukset ja niitä kuvaavat pelkistetyt ilmaukset. Pelkistämisvaiheessa tulee huomioida myös, että yhdestä lausumasta voi löytää useampia pelkistettyjä ilmauksia. (Tuomi – Sarajärvi 2018.) Pelkistäminen tarkoittaa siis sitä, että tutkimustehtävään liittyvät ilmaisut etsitään ja koodataan aineistosta (Kyngäs – Vanhanen 1999).

Ryhmittelyn avulla luodaan alustavia kuvauksia tutkittavasta ilmiöstä ja luodaan pohja kohteena olevan tutkimuksen perusrakenteelle (Tuomi – Sarajärvi 2018). Ryhmittelyvaiheessa pelkistetyt ilmaukset kootaan erilliselle listalle, jonka jälkeen ilmauksia vertaillaan

ja etsitään sisällöllisesti samankaltaisia ilmauksia. Tämän jälkeen sisällöllisesti samankaltaiset ilmaukset yhdistetään samaan luokkaan. (Kylmä – Juvakka 2007:118; Kyngäs – Vanhanen 1999.) Tästä käsitteiden ryhmittelystä käytetään alaluokka nimitystä (Tuomi – Sarajärvi 2013:110).

Abstrahointi eli käsitteellistämisvaiheessa erotetaan tutkimuksen kannalta olennainen tieto ja tämän tiedon perusteella muodostetaan teoreettiset käsitteet. Luokituksia yhdistellään niin kauan, kuin se aineiston sisällön pohjalta on mahdollista. Tutkija pyrkii johtopäätöksiä tehtäessä ymmärtämään, mitkä asiat ovat tutkittavalle merkityksellisiä. (Tuomi – Sarajärvi 2018.) Pelkistämisen, ryhmittelyn ja abstrahoinnin avulla saatu kokonaisuus antaa vastauksen tutkimuksen tarkoitukseen ja tutkimuskysymyksiin (Kylmä – Juvakka 2007:119).

Tässä työssä haastattelun jälkeen aineisto kuunneltiin ja litteroitiin eli kirjoitettiin auki word-tietojenkäsittelyohjelmalla. Nauhoitettu materiaali kirjoitettiin auki sanasta sanaan puhekielen mukaisesti. Apuna käytettiin word-ohjelman uutta sanelutoimintoa, joka nopeutti litterointia. Jokainen haastateltava sai litteroinnissa kirjainkoodin (A-J). Aineistoon perehtyminen alkoi jo nauhoituksia kuunnellessa ja tarkentui, kun lopullinen materiaali oli saatu puhtaaksi kirjoitettua.

Aineistoa luettaessa tehtiin värikoodattuja merkintöjä mahdollisia tutkimuskysymyksiin kohdistuvia vastauksia silmällä pitäen. Analyysin aikana palattiin toistuvasti tarkastelemaan alkuperäisilmaisuja ja vertailtiin niitä pelkistettyihin ilmaisuihin ja tarvittaessa muokattiin vastaamaan paremmin tarkoitusta. Värikoodatut alkuperäisilmaukset taulukoitiin (Taulukko 1) ja numeroitiin alkaen numerosta 1. Jokainen pelkistetty ilmaus sai näin ollen oman koodinsa haastateltavan kirjaimesta ja pelkistykseen numerosta esimerkiksi C/73.

Taulukko 1. Esimerkki aineiston pelkistämisestä

Alkuperäisilmaukset	Pelkistetty ilmaus
"Se on tota kauheen nopeatempoista ja sitten aika pienessä hetkessä pitää tehdä isoja päätöksiä."	Nopeasti täytyy tehdä isoja päätöksiä A/2
"Saan lääkäriltä sellaista vahvistusta siihen päätökseen, jonka mä olen tehnyt"	lääkäriltä saa tukea päätöksentekoon A/24
"Luotan kyllä hirveästi myös kollegoitten, omien kollegoiden arvioon"	Kollegoilta tukea päätöksentekoon C/73
"Sittenhän siinä on semmoinen pieni pelko siitä, että kuinka pahasti vinoon se voi mennä."	Pelko epäonnistumisesta A/3
"Pyrin aina tekemään sitä huolellisesti sen hoidon tarpeen arvion, vaikka on ruuhkaista, mutta välillä tietysti tietää, että joskus tulee semmoinen paine et ei apua"	Ruuhka aiheuttaa painetta hoidontarpeenarvion tekemiseen D/89
"Mä kaipaaisin koulutusta, että ois johdonmukaista se hoidontarpeenarviointi"	koulutuksen avulla johdonmukaisuutta hoidontarpeenarvioon F/148

Aineiston pelkistämisvaihe toteutettiin osittain samaan aikaan haastatteluvaiheen kanssa, näin pystyttiin hyvin seuraamaan aineiston muodostumista ja sen saturoitumista. Pelkistämisvaiheen jälkeen ilmaukset ryhmiteltiin ja niitä vertailtiin, sekä etsittiin samankaltaisuuksia. Samankaltaiset ilmaukset yhdistettiin samaan alaluokkaan. Taulukossa 2 on kuvattu esimerkkejä ryhmittelystä.

Taulukko 2.

Esimerkki alaluokkien muodostamisesta

Pelkistetty ilmaus	Alaluokka
hyvä yhteistyö edistää toimintaa A/23	Työskentelyä tukevat toimintamallit
yhteistyön avulla uusia ajatuksia D/98	
"keltaisenhuoneen" käyttö nopeuttaa potilaan hoitoprosessia C/81	
tärkeää uudelleenohjata potilaat, jotka ei kuulu päivystykseen H/199	
hta:n tekeminen kunnolla edistää päivystyksen toimintaa I/228	
ei noudateta yhteisesti sovittuja ohjeita C/74	Ei toimita prosessin mukaisesti
kaikki eivät toimi samojen kriteerien mukaan F/146	
sairaanhoitajan vastaanoton pitäjistä riippuu mitä potilaita sinne voi laittaa J/240	
päivystykseen kuulumattomia potilaita otetaan sisälle G/174	
lääkärin ja hoitajan erilaiset näkemykset potilaasta E/130	Ohjeistukset
hoitajavastaanoton ohjeet apuvälineenä E/112	
päätöksenteon apuvälineenä hoidontarpeenarvion ohjeet D/84	
terveyskirjasto apuvälineenä E/111	
ISBAR ja ABCDE päätöksenteon apuvälineenä B/35	

Alaluokkien ryhmittelyn jälkeen muodostettiin tutkimuskysymysten ohjaamina neljä yläluokka. Yhdistävänä luokkana on *Sairaanhoitajien kokemukset hoidontarpeenarvioinnista*. Teoreettisten käsitteiden luomisesta muodostettiin oma taulukkonsa (Taulukko 3).

Taulukko 3. Aineiston abstrahointi

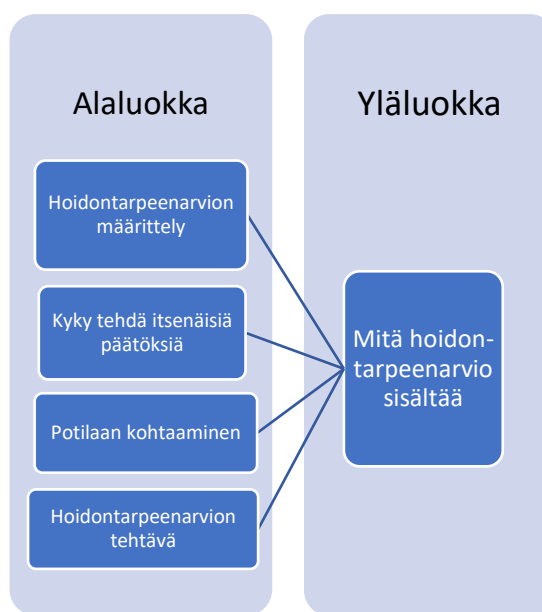
Alaluokka	Yläluokka	Yhdistäväluokka
	Mitä hoidontarpeenarvio sisältää	Sairaanhoidajan kokemukset hoidontarpeenarviosta
Hoidontarpeenarvion määrittely		
Kyky tehdä itsenäisiä päätöksiä		
Potilaan kohtaaminen		
Hoidontarpeenarvion tehtävät		
	Päätöksentekoon vaikuttavat tekijät	
Teoreettinen osaaminen		
Potilaan tilan arviointi		
Konsultointi		
Ohjeistukset		
Etiikka ja arvomaailma		
Kiire ja ruuhka		
	Hoidontarpeenarvion edistäminen	
Kiireellisyysluokittelun apuvälineet		
Koulutuksen hyödyntäminen		
Työskentelyä tukevat toimintamallit		
Kollegoilta saatu tuki		
Henkilökunnan ammattitaito		
Lääketieteellinen tuki		
Potilaiden tasapuolinen kohtelu		
Yhtenevät toimintatavat		
Toimivat tietojärjestelmät		
	Hoidontarpeenarvion haasteet	
Haastavat potilasryhmät		
Kiire, ruuhka		
Potilaiden luokittelun haasteet		
Koulutuksen ja perehdytyksen vähäisyys		
Riittämättömät ja epäselvät ohjeet		
Ei toimita prosessin mukaisesti		
Motivaation puute		
Lääketieteellisen tuen puute		
Potilaan yksityisyys ei toteudu		
Pandemian haasteet		
Tietojärjestelmän haasteet		

5 Tulokset

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli kuvailla sairaanhoitajien hoidontarpeenarvion kokemuksia yhteispäivystyksessä. Tutkimuskysymyksiä oli neljä, joihin haettiin vastauksia teemahaastatteluiden avulla.

5.1 Mitä hoidontarpeenarvio sisältää

Sairaanhoitajan kokemus hoidontarpeenarvion sisällöstä tässä työssä muodostui neljästä elementistä. Nämä olivat hoidontarpeenarvion määrittely, hoidontarpeenarvion tehtävä, sairaanhoitajan kyky tehdä itsenäisiä päätöksiä, sekä potilaan kohtaaminen. (Kuvio 4.)



Kuvio 4. Mitä hoidontarpeenarvio sisältää

Haastateltavista kaikki vastaajat pitivät hoidontarpeen arviota haastavana tai vaikeana. Myös kokeneemmat hoitajat kokivat, että hoidontarpeenarviossa työskentely on yksi päivytyksen haastavimmista paikoista työskennellä. Jokainen potilas täytyy nähdä yksilönä, eikä ole olemassa mitään selkeää tapaa tehdä hoidontarpeenarviota. Haastateltavat kuvailivat asiaa seuraavasti:

Joskus erittäin haasteellista, kun ei saa mitään kiinni siitä potilaasta, että mikä sitä vaivaa

...haastavaa, ajoittain riippuen tietysti monista eri tekijöistä ... mutta kyllä se tälleen konkarillekin on ajoittain hyvin haastavaa

Haastateltavat kokivat tärkeäksi kyvyn tehdä itsenäisiä päätöksiä. Itsenäisten päätösten tekemiseen liittyi osittain myös pelkoa, jos potilas tuleekin arvioitua väärin. Pidemmän työkokemuksen omaavat hoitajat pystyivät tekemään itsenäisiä päätöksiä kokemattomia

helpommin. Lyhyemmän ajan hoidontarpeenarviota tehneet hoitajat tukeutuivat enemmän kollegan tai lääkärin tukeen.

Sittenhän siinä on semmoinen pieni pelko siitä, että kuinka pahasti vinoon se voi mennä.

...kuinka paljon sinulla on uskallusta laittaa niitä kotiin tietyillä vaivoilla

Hoidontarpeenarviossa tärkeimpänä tehtävänä pidettiin, että suuren potilasmäärän keskeltä pystytään tunnistamaan vakavasti sairaat ja välitöntä hoitoa tarvitsevat potilaat. Tärkeäksi koettiin myös huomioida potilaan oma kokemus voinnistaan, sekä huomioida jokainen potilas omana yksilönään.

kriittisesti sairaimmat potilaat bongata sieltä hyvin nopeasti, se on niinku se pääasia

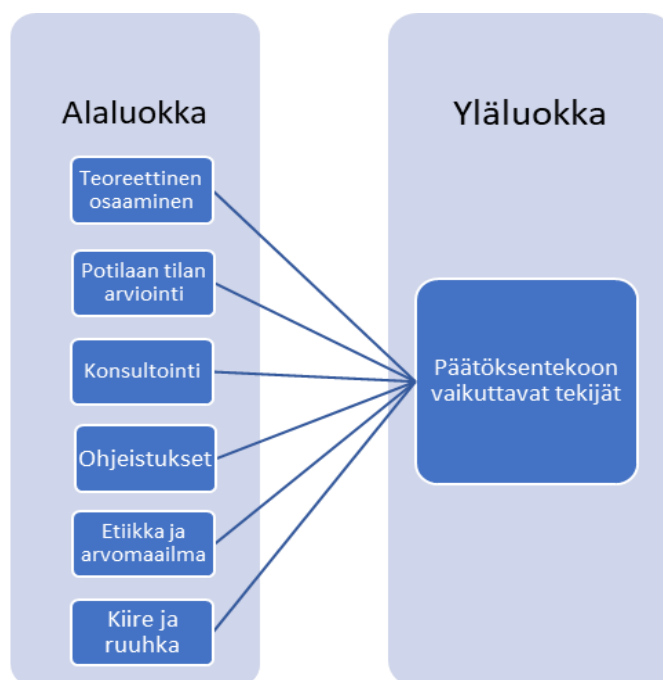
Mä tietenkin joudun ottamaan kaikki ihan yhtä vakavasti ja sitten tavallaan potilaat kokemus omasta voinnistaan,,, mun pitää ottaa se vakavasti, että minähän en voi sanoa miltä potilaasta tuntuu.

Haastateltavat pitivät hoidontarpeenarviota laajana kokonaisuutena, johon kuuluu paljon erilaisia selvitettäviä asioita. Hoidontarpeenarviota pidettiin myös tärkeänä osana koko päivystyksen toiminnan kannalta.

siinä on niin paljon tärkeitä tehtäviä, kyllä kai se on koko paikan niinku semmoinen pullonkaula, että jos kuka vaan saa tulla ja ei olla niinku hereillä siellä niin sitten se paisuttaa koko päivystyksen toiminnan

5.2 Päätöksentekoon vaikuttavat tekijät

Päätöksenteko kuuluu merkittävänä osana hoidontarpeenarviointiin ja siinä vaaditaan teoreettista osaamista ja kokemusta, jonka pohjalta potilaan tilaa arvioidaan. Päätöksentekoon vaikuttavat myös etiikka ja oma arvomaailma, sekä kiire ja ruuhka päivystyksessä. Mahdollisuudet konsultoida, sekä erilaiset ohjeistukset auttavat hoitajia päätöksenteossa. (Kuvio 5.)



Kuvio 5. Päätöksentekoon vaikuttavat tekijät

Iso osa haastateltavien vastauksista painottui siihen, mitä konkreettisesti hoidontarpeen- arviossa tehdään. Potilaan tilan arviointi alkaa jo potilaan kävellessä ilmoittautumislukulle. Hoitajan omia aisteja pidettiin parhaana keinona arvioida potilaan vointia. Hieman kokemattomammat hoitajat käyttivät arvioinnissa enemmän valmiita apuvälineitä esimerkiksi ABCDE-protokollan käymistä läpi samalla, kun potilasta haastattelee. Kokeneemilla hoitajilla potilaan tarkan anamneesin selvittäminen nousi selkeämmin esille. Potilaan koskettaminen koettiin myös tärkeäksi monen haastateltavan vastauksissa. Vitaa- lielintoimintojen mittaamiseen käytetyistä mittareista saturaatio- ja lämpömittari olivat eniten käytössä. Haastateltavat toivat esille seuraavaa:

käyttää siihen hetkisen aikaa, että on niinku ihan faktaa sinulla siinä pöydällä mihin sinä perustat ne päätökset

Katsomalla miltä se näyttää, miten se puhuu, puhuuko pitkiä lauseita, hengästykö, ihonväriä ja joskus tulee otettua syke ranteesta

Suurimmaksi osaksi hoitajat kokivat saavansa tarpeeksi tukea päätöksentekoon. Koke- mattomammat tukeutuivat enemmän kokeneemman kollegan apuun ja kokeneet hoitajat lääkärin apuun. Potilaan luokittelussa käytettiin enemmän kollegan apua ja uudelleenoh- jauksissa pyydettiin usein lääkäriä tueksi.

luotan kyllä hirveästi myös omien kollegoiden arviointiin

Jos olet itse epävarma, saa lääkärin siitä tosi nopeasti mukaan tähän arviointitilanteeseen tai sitten hyvin usein mulla on siinä joku kollega, kenen kanssa voidaan yhdessä pähkällä ja tulla johonkin tulokseen.

Päivystyksessä on käytössä erilaisia ohjeistuksia hoidontarpeenarvion tueksi esimerkiksi potilaiden luokitteluun. Kokeneemmat hoitajat käyttivät ohjeistuksia vähemmän ja myös kokivat, etteivät niistä saa niinkään lisäarvoa päätöksenteolle. Osa hoitajista käytti internetistä saatavia ohjeita esim. terveyskirjastoa apunaan. Potilaiden luokittelussa tukea päätöksentekoon tarvitsivat enemmän ne hoitajat, jotka eivät itse pitäneet sairaanhoitajan vastaanottoa. Hankalaksi koettiin luokittelu päivystävän sairaanhoitajan potilaiden ja YLE-lääkärin potilaiden välillä ja luokitteluun vaikutti myös se, kuka hoitaja milloinkin oli pitämässä sairaanhoitajan vastaanottoa.

Alkuun joo käytin, mutta tuota voi sanoa, että kyllä vuosien mittaan on aika vähän moista ollut se niin kuin niitten triage ohjeitten käyttö

...sairaanhoitajan vastaanotto, et riippuu kuka siellä on, että mitä kaikkea se pystyy hoitamaan

se on selkeytynyt, kun alko itse tekemään sitä hvo:ta

Haasteita päätöksenteolle aiheutti hoitajien mukaan myös kiire ja ruuhka. Päätöksiä joutuu tekemään nopeammin ja ruuhka tuo omat paineensa toimintaan. Päivystyksen ollessa ruuhkainen myös tuen saaminen on hankalampaa, koska ei haluta välttämättä häiritä kiireistä kollegaa tai lääkäriä. Päätöksenteossa pyrittiin olemaan kaikille potilaille tasapuolisia ja hoitajat kokivat pääsääntöisesti, ettei omat arvo vaikuttaneet niihin. Hoitajat pyrkivät tekemään eettisesti oikeita ratkaisuja ja perustamaan päätökset omiin löydöksiin ja havaintoihin potilaan voinnista.

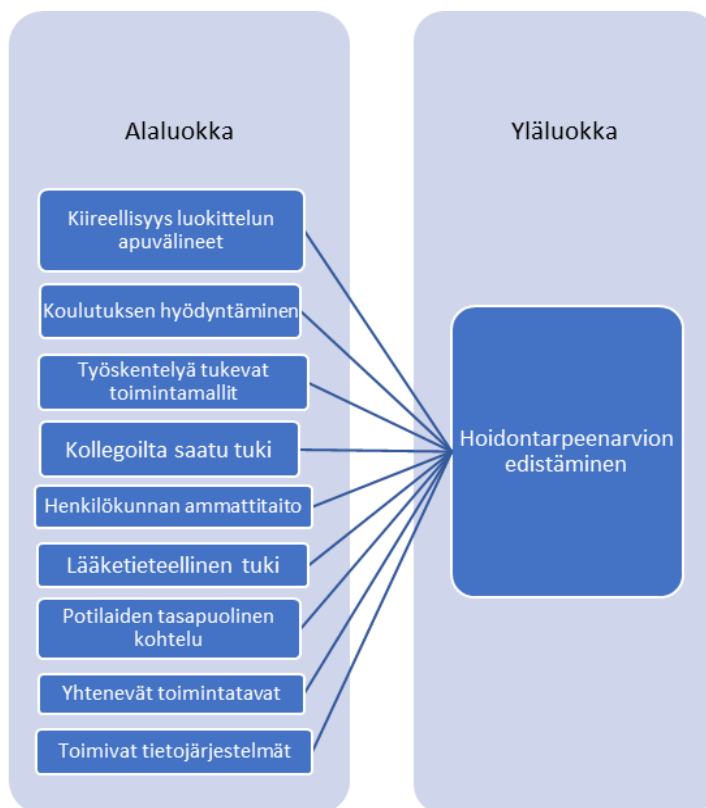
sinulla on monta ihmistä jonossa siellä niin kyllä se tietyllä tapaa sitten tulee semmoisia.. ne päätökset tehdään niinku huomattavasti nopeammin ja niitä jää kyllä miettii sitten jälkeensä, mitenhan se meni ja niitä potilaita jää sitten seuraamaan kin että teinkö mä oikein

En ainakaan haluaisi myöntää, että vaikuttaa mutta kyllä jollain tavalla erilaiset kulttuurit ja ihmistyypit niin jossain määrin samalla tavalla reagoi ja sitten sitä joskus niinku väkisinkin ajattelee, että onkohan tämä sitä enemmän tällaista kulttuurista hätää tai muuta tapaa reagoida mutta yritän olla tasapuolinen kyllä.

5.3 Hoidontarpeenarvion edistäminen

Hoidontarpeenarvion edistämiseksi haastatteluista tuli esiin paljon eri keinoja. Potilaiden luokittelun avuksi olisi hyvä olla apuvälineitä. Koulutuksen ja perehdytyksen merkitystä

pidettiin tärkeänä. Työskentelyä tukevat toimintamallit ja yhtenevät toimintatavat, sekä ammattitaitoinen henkilökunta hyvien tietojärjestelmien kanssa muodostavat yhdessä tehokkaan päivystyksen. (Kuvio 6.)



Kuvio 6. Hoidontarpeenarvion edistäminen

Haastattelussa hoitajat kokivat, että kiireellisyyden luokittelua edistää, jos siihen on käytössä apuvälineitä. Apuvälineinä käytettiin muun muassa päivystyksen omia triage-ohjeita ja käypähoitosuosituksia. Pidempään töissä olleet hoitajat kokivat luokittelun ja potilaalle valittavan erikoisalain helpoksi. Hoidontarpeenarvion edistämisestä tuotiin esille seuraavaa:

hyvä se mikä löytyy sieltä R-asemalta koska mä olen tehnyt niin vähän kuitenkin sitä hoidontarpeenarviota, kun siinä on aina niin hirveän kiire niin sit mä en aina pysty kysy kaverilta

Hoidontarpeenarvion edistämisen kannalta koulutus ja hyvä perehdyttäminen koettiin ehdottoman tärkeäksi. Lähes kaikki hoitajat kokivat hyötyvänsä lisäkoulutuksesta ja toivoivat sitä saavansa. Eniten kannatusta sai kokeneen hoitajan ja lääkärin yhdessä pitämä koulutus, tämän koettiin parantavan yhteistyötä lääkärin ja hoitajien välillä. Kokeneiden hoitajien osaaminen koettiin tärkeäksi ja sen hyödyntäminen koulutuksissa oli

merkittävässä roolissa. Kokeneilla hoitajilla katsottiin olevan paljon niin sanottua ”hiljaista tietoa”, joka olisi hyvä saada esille koulutuksissa. Myös oman yksikön tavoista tehdä hoidontarpeenarviota oli kokenut hoitaja haastateltavien mielestä se paras kertomaan. Lääkäreiden rooli koulutuksissa nähtiin enemmän teoreettisen tiedon jakajana. Lääkäreiden pitämässä koulutuksissa tärkeänä pidettiin vakavasti sairaiden potilaiden tunnistamiseen annettuja keinoja. Potilasesimerkit ja simulaatiotyypiset tilanteet koettiin hyväksi tavaksi oppia. Ne hoitajat, jotka eivät pidä sairaanhoitajan vastaanottoa kokivat hyötyvänsä koulutuksesta, jossa käsitellään sairaanhoitajanvastaanotolle päätyviä potilasryhmiä.

kaikki koulutus on tervetullutta

lääkäreiden luennot näistä ylipäätään hoidontarpeenarviosta, varmaan niistä yleisimmistä potilasryhmissä tai sitten sellaisista ehkä semmoinen case pohjainen et olisi jotain tämmöisiä potilas keissejä joiden avulla sitten käytäs läpi tilannetta

työparina sellainen kokenut hoitaja ja sit se lääkäri et lääkäri tuo niitä pointteja siihen sen kokeneen sh:n taitoihin

vähän isommalla ryhmällä olisi välillä näitä hta koulutuksia, jotta siellä, kun käydään sitä keskustelua niinku pystyttäisiin paremmin hyödyntään muiden ajatuksia

Haastateltavien mielestä hoidontarpeenarviota tekevällä hoitajalla tulee olla riittävä ammattitaito ja kokemusta. Kokemuksen myötä osataan kysellä potilaalta oikeita kysymyksiä, sekä tunnistaa paremmin vakavasti sairaat. Hyvä ammattitaito sujuvoittaa hoidontarpeenarvion tekemistä, kun osaa katsoa paremmin kokonaiskuva potilaasta ja yhdistää siihen koko päivystyksen tilanteen. Ammattitaitoinen hoitaja sujuvoittaa potilaan koko hoitoprosessia, kun potilas päätyy heti oikeaan paikkaan.

ei liian niin sanotusti tuore hoitaja siinä luukulla, vaan se kokemus ja se kokemus myöskin siinä potilaan kohtaamisessa

siinä tarvitaan kyllä se tiedon lisäksi kokemusta

tosiaankin niinku kysellä, että koska se on alkanut ja minkälaista se kipu on ja oletko ottanut lääkettä ja mitä olet tehnyt, että ei vaan sillä lailla että aa sul on vatsakipu että tervetuloa tänne sisälle

jos syy on sellainen että, todennäköisesti joudutaan ottamaan tänne sisälle nii en viitti sit lähettää sitä kierrättään minkään yksityisen kautta, että se tulee lähetteellä parin tunnin kuluttua

Lääkäreillä on myös suuri rooli hoidontarpeenarviossa. Osa hoitajista koki, että parasta olisi, jos lääkäri olisi koko ajan ilmoittautumisluukulla saatavilla. Toisaalta ajateltiin myös, että hoitajan oma päätöksenteko kärsii, jos lääkäri on jatkuvasti saatavilla ja häneltä tulisi ehkä liiankin herkästi kysyttyä mielipiteitä. Suurin osa oli sitä mieltä, että lääkärin saa hyvin paikalle. Lääkärin ja omien kollegoiden, sekä muiden ammattiryhmien esimerkiksi sihteereiden konsultaatiomahdollisuutta pidettiin merkittävänä etuna potilaan hoidon sujuvuuden kannalta.

lääkärin tuki tarvittaessa se on mun mielestä tosi hyvää pääsääntöisesti

mun mielestä se helpottaisi meidän työtä ihan hirveästi että tuossa istuis lääkäri joka ottaisi kantaa...me saataisiin yli puolet pois sillä jo

Kollegalta aina saa apua, työparina kuka siinä on ja sitten jos ei ole kollegaa siinä saatavilla niin lääkäreiltä sitten käy kysymässä, sihteeri tietenkin auttaa paljon

Kaikkien haastateltavien lähtökohtana oli, että potilaita tulee kohdella tasapuolisesti ja samalla tavalla. Tärkeää on noudattaa yhteisiä pelisääntöjä ja ohjeita, jotta potilaat tulee arvioitua hyvin. Selkeänä pidettiin niin sanottujen ”huonojen potilaiden” hoitolinjoja ja myös yleinen kokemus oli, että tämä potilasryhmä pääsikin sujuvasti hoitoon. Hyvänä pidettiin myös sitä, että on rajattu toimenpiteet, mitä hoidontarpeenarviossa kuuluu/saa tehdä, ettei arvio veny liian pitkäksi. Uusi tietojärjestelmä Apotti ohjaa hoitajia kysymään potilailta oikeita kysymyksiä ja sen myötä myös tasapuolistaa potilaiden arviointia, koska tietyiltä potilasryhmiltä kysellään kysymyksiä samalla tavalla.

kaikki ne potilaat on kyllä samalla lähtöviivalla

jokainen potilas pitäisi arvioida aina samalla tavalla eikä tehdä niitä oikoreittejä, jos on ruuhkaa

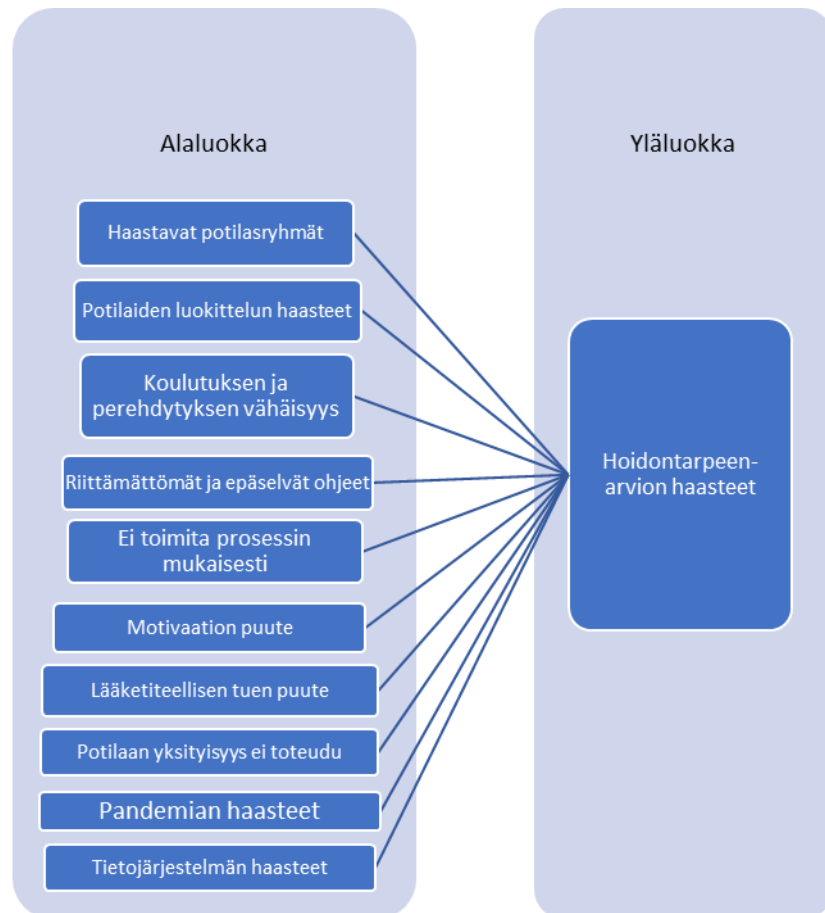
kipeät potilasryhmät saadaan nopeasti katsottua siinä, niin se on mun mielestä hyvä siinä hta:ssa

se on silleen ihan hyvin rajattu siihen, että mitä siihen hoidon tarpeen arvioon kuuluu

sellaisia kysymyksiä mitä sinun piti niin kuin ennen muistella, että mitäs nyt tältä vatsakipuiselta pitää kysellä niin ne nousee saman tien siitä (Apotista)

5.4 Hoidontarpeenarvion haasteet

Haastatteluissa selkeästi eniten materiaalia tuli hoidontarpeenarvion haasteista. Analyysissä haasteista muodostui 10 alaluokkaa. Kiire ja ruuhka tulivat esille usean haastatteluvan kohdalla, näitä elementtejä on työssä käsitelty osittain jo päätöksenteon kohdalla kappaleessa 5.2. Myös hoitajien erilaiset toimintatavat, sekä koulutuksen ja perehdytyksen vähäisyys tulivat esille useammassa haastattelussa. (Kuvio 7.)



Kuvio 7. Hoidontarpeenarvion haasteet

”Hoidontarpeenarvion tekeminen on vaikeaa, koska pienessä hetkessä pitää tehdä isoja päätöksiä”, näillä sanoilla alkoi ensimmäinen haastattelu ja sama teema toistui jokaisessa haastattelussa. Oleellisen tiedon kaivaminen, nopeat päätökset, suuret potilasmassat, ruuhkat, kaikki nämä tuovat omat haasteensa hoidontarpeenarvion tekemiseen. Ruuhka vaikuttaa hoidontarpeenarvioon monelta eri kantilta. Jos koko päivystys on ruuhkaantunut ja petipaikat ovat vähissä, tuo se painetta hoitajille, koska potilaita ei välttämättä voida sijoittaa optimaaliseen paikkaan. Myös pitkä jono ilmoittautumisessa koettiin monen haastateltavan toimesta hieman ahdistavana ja se sai aikaan paineita tehdä työtä

nopeammin. Kuitenkin tiedostettiin, että kiireellä tekeminen edesauttaa virheiden syntymiseen. Hoidontarpeenarvion haasteista esille tuli seuraavaa:

siinä on niin vähän aikaa, ettet välttämättä saa kaikkea selville, että siitä selviää, että se onkin joku pommi niin vasta tuossa myöhemmin

kiire tuo semmoisen omanlaisen aspektin siihen, että helpommin varmaan saattaa tehdä virheitä sen kiireen takia

Isoksi ongelmaksi koettiin myös se, ettei hoidontarpeenarvio ole tasalaatuista. Toinen hoitaja saattaa uudelleenohjata potilaan seuraavana päivänä terveyskeskukseen ja toinen taas vie vastaavanlaisen potilaan petipaikalle. Tämä aiheuttaa erimielisyyksiä sekä hoitajien, että lääkäreiden välille. Potilaiden luokittelussa vaihtelua tapahtuu myös paljon ja luokitteluun vaikuttaa myös, kuka hoitaja tai lääkäri milloinkin on töissä. Lääkäriltä ei välttämättä pyydetä apua konsultointiin, jos kokemus on, että kaikki potilaan otetaan sisälle ja sairaanhoitajanvastaanotolle voidaan laittaa osittain lääkärille kuuluvia potilaita, jos tiedetään, että siellä on pätevämpi hoitaja vuorossa.

meillä on monta eri hoitajaa ja kaikilla on eri näkemys siitä kuka mihinkin kuuluu

riippuu, kuka siellä on, että, mitä kaikkea se pystyy hoitamaan

otetaan ihan liian paljon potilaita sisälle, mitkä ei kuulu yhtään päivystyksen

sä oot jo ohjaamassa potilasta johonkin suuntaan ja lääkäri sanoo, että kun se nyt on tänne tullut, niin kai me sit otetaan se, että se niinku syö sitä omaa uskottavuutta siinä luukulla

Osa potilasryhmistä koettiin haasteellisemmaksi. Kulttuurierot, kielimuuri, ihmisten teatralisuus ja osittain myös valehtelu aiheuttavat omat hankaluutensa. Pitkiä vuoroja hoidontarpeenarviossa pidettiin raskaina ja niiden koettiin vaikuttavan haitallisesti hoidontarpeenarvion laatuun. Myös työmotivaation puute näkyy osalla hoitajista hoidontarpeenarvion laadussa. Hoidontarpeenarvion laatuun vaikuttaa haastateltavien mukaan myös riittämätön koulutus ja liian lyhyt perehdytys ja tämän myötä liian kokemattomien hoitajien sijoittaminen ilmoittautumiseen. Kokemuksen puute niin hoitajien, kuin lääkäreiden kohdalla katsottiin olevan yksi selkeä syy päivystyksen ruuhkautumiselle.

meidän hta- koulutus oli 4 tunnin info ja keskustelu, että mun mielestä se ei ollut millään lailla riittävä

siellä saattaa olla 2 täysin uutta siellä hoidon tarpeen arviossa ja sitten sen näkee siitä jonosta

Kritiikkiä haastatteluissa saivat myös muut yksiköt esimerkiksi terveyskeskukset, joiden toimimattomuus lisää päivystykseen hakeutuvien potilaiden määrää. Hoitajat kokivat turhautumista, kun välillä joutuvat ottamaan potilaita päivystykseen sisälle, vaikka eivät vauraisa vuoksi periaatteessa kuuluisi sinne ollenkaan. Haastattelut toteutettiin, kun korona pandemia oli päällä ja hoitajat kokivat, että korona on tuonut oman lisähaasteen hoidontarpeenarvion. Potilaan haastattelu on hankalampaa maskien vuoksi ja kaikkien muiden yksiköiden toiminta on vaikeutunut, mikä tuo taas lisää potilaita päivystyksen hoidettaviksi. Eristyskäytännöt ja potilaiden sijoittelu on ollut myös hankalampaa. Uusi tietojärjestelmä Apotti koettiin hankalaksi joidenkin haastateltavien toimesta. Apottia pidettiin persoonattomana ja sen koettiin hidastavan osittain toimintaa.

koronan takia toiminta vieläkin heikompaa ja ne potilaat ajautuu sitten tänne päivystykseen

apotti on iso haaste, tai sen ehkä viemän aika on se haaste siinä

6 Pohdinta

6.1 Tulosten tarkastelu

Tämän opinnäytetyön aineisto kerättiin sairaalan yhteispäivystyksen hoidontarpeenarviota tekevilta sairaanhoitajilta. Haastatteluja tehtiin yhteensä kymmenen ja tämän jälkeen opinnäytetyöntekijä totesi, että saturaatiota oli alkanut tapahtumaan, joten haastattelujen määrää ei enää tarvinnut lisätä. Tämän opinnäytetyön tuloksia voidaan tulevaisuudessa hyödyntää hoidontarpeenarvion koulutuksia suunniteltaessa ja HUS Akuutin päivystysten yhtenäisten ohjeistuksien tekemisessä.

Tuloksista kävi ilmi, että hoidontarpeenarvion prosessin eteneminen oli kaikille selkeää. Se, että suurten potilasmäärien joukosta pystytään poimimaan ne kaikkein kipeimmät ja kiireellisimmät potilaat, oli selkeästi suurimmalla osalla se hoidontarpeenarvion tärkein tehtävä. Myös esimerkiksi Roscoen ym. (2016) tutkimuksessa on saatu samankaltaisia tuloksia. Vaikka prosessi oli kaikille selkeä, on hoidontarpeenarvion tekemisessä kuitenkin merkittäviä eroja hoitajien välillä. Erilaiset toimintatavat sekä hoitajien, että lääkärin keskuudessa aiheuttavat turhia erimielisyyksiä ja hidastavat toimintaa. Erilaisia toimintatapoja tuli haastatteluissa ilmi monessa prosessin eri vaiheessa. Potilaiden luokittelussa oli vaihtelua riippuen siitä, kuka luokittelua teki. Lääkäreiden tuki koettiin myös hyvin

vaihtelevaksi ja etenkin kokeneiden hoitajien mielestä usein käy niin, että hoitajan tekemä työ vesittyy lääkärin päädyttyä konsultaation päätteeksi ihan erilaiseen ratkaisuun. Hoidontarpeenarviossa olisi tärkeää saada toiminnasta tasalaatuista ja kaikki toimimaan samojen sovittujen sääntöjen mukaan.

Ohjeita hoidontarpeenarvioon on olemassa, mutta ne ovat osittain epäselviä ja niitä on hankala löytää. Internetistä löytyy hyviä ohjeita eri sairauksista ja niiden hoidosta, mutta esimerkiksi yksikkökohtaiset ohjeet ovat hankalampia löytää. Hoidontarpeenarvioon on myös hyvin haastavaa saada koottua kattavia ja täsmällisiä ohjeita, koska jokainen potilas kuitenkin tulee arvioida yksilönä ja hoitoon hakeutumisen syitä on lukemattomia määriä. Toisaalta myös muissa tutkimuksissa on tuloksista tullut ilmi, että triagehoitajan keskeinen taito on kyky tehdä laadukkaita arvioita ja päätöksiä riippumatta siitä käytetäänkö erilaisia ohjeita (Noon 2014:40).

Kirjallisuudessa on viitattu siihen, että sairaanhoitajan tekemä triage vähentää päivystyksessä odotusaikoja. Myös potilaiden tyytyväisyys triagen tekemiseen oli hoitajien kohdalla sama tai korkeampi, kuin lääkäreillä. Potilaat kokivat, että sairaanhoitajan kanssa käydyn keskustelun jälkeen he olivat vähemmän huolissaan omista vaivoistaan. (Rehman – Ali 2016:38.) Hoitajalta vaaditaan monenlaista osaamista, jotta hoidontarpeenarvio on laadukasta ja tehokasta. Hoitajan tulee omata hyvät vuorovaikutustaidot, joiden avulla kommunikointi sujuu potilaiden, sekä kollegoiden ja lääkäreiden kanssa. Vaaditaan myös teoreettista tietoa ja kokemusta, joiden avulla pystytään tekemään nopeita päätöksiä potilaan hoidosta ja sijoittelusta. Myös Burgessin, Kynochin ja Hinesin (2019:27) tutkimuksessa todetaan, että viestintä on avainasemassa hoidontarpeenarviota tehtäessä ja tehokkaan viestinnän avulla, sekä potilaiden, että henkilökunnan kokemukset prosessista ovat myönteisempiä.

Koulutuksen ja perehdytyksen avulla hoidontarpeenarviosta voidaan saada sujuvampaa. Kokemattomammat hoitajat tarvitsevat tuekseen kokeneemman kollegan, joka pystyy antamaan tukea päätöksenteolle. Lääkärin antamalla tuella on myös suuri merkitys. Jos lääkäri on kokematon ja epävarma saa se myös hoitajan tuntemaan epävarmuutta ja hankaloittaa hoidontarpeenarvion tekemistä. Koulutuksia suunnitellessa on hyvä ottaa huomioon, sekä lääkäreiden, että kokeneiden hoitajien tuoma osaaminen. Koulutuksissa on hyvä miettiä myös eri osa-alueiden kouluttamista. Esimerkiksi päivystävän sairaanhoitajan potilasryhmistä on hyvä antaa koulutusta myös niille hoitajille, jotka eivät pidä

vastaanottoa, mutta toimivat hoidontarpeenarviossa. Useat haastateltavat kokivat hyödyllisiksi erilaiset potilastapaukset koulutuksissa. Myös Johnsonin ja Alhaj-Alin (2017:435) tutkimuksen mukaan simulaatiot ovat hyvä tapa kouluttaa hoitajia triagen teossa.

Kiire ja ruuhka ovat aiheita, jotka toistuivat useassa eri haastattelun vaiheessa ja jokaisen haastateltavan kohdalla. Ruuhka ja kiire on lähes päivittäistä tällä hetkellä yhteis-päivystyksissä, joten niiden merkitystä ei voida vähätellä. Ruuhka ja kiire vaikuttavat monella tapaa hoidontarpeenarvioon. Kiireessä päätöksenteko vaikeutuu, ruuhkaisessa päivystyksessä potilaan sijoittaminen optimaaliseen paikkaan voi olla mahdotonta ja parhaasta mahdollisesta vaihtoehdosta joudutaan usein tinkimään. Ruuhkassa lisäävun saaminen vaikeutuu ja myös konsultaatio hankaloituu. Ruuhkassa potilaiden hoitoon pääsy viivästyy, mikä saattaa vaikeuttaa oireiden hoitoa, sekä lisää myös keskeytysten määrää eri ammattiryhmillä, kun samoja potilaita joudutaan ohjaamaan erinäisistä syistä useaan otteeseen. Johnsonin ja Alhaj-Alin (2017:435) tutkimuksessa todetaan, että keskeytykset triagea tehdessä voi johtaa vakaviin virheisiin. Virheiden minimoimiseksi olisi hyvä pohtia yhteisiä sääntöjä esimerkiksi konsultaatioista, jotta osattaisiin heti pyytää apua oikealta taholta ja näin ollen vältetään usean henkilön työn keskeytyminen.

Ruuhkan välttämiseksi on myös tärkeää tehdä hoidontarpeenarviota kunnolla. Hoitajan tekemisellä on suuri merkitys koko päivystyksen potilasvirtojen kannalta. Jos hoidontarpeenarviota tehdään huonosti, johtaa se pahimmassa tapauksessa koko päivystyksen ruuhkautumiseen. Hoitajan on ruuhkasta ja kiireestä huolimatta pyrittävä tekemään arvio potilaasta hyvin, jotta vältetään turhat käynnit, sekä potilas ohjautuu heti oikeaan jonoon/hoitopaikkaan. Triagehoitaja tarvitsee asianmukaisesti suunnitellut ja toimivan ympäristön, sekä toimivat tietojärjestelmät, joiden avulla hän pystyy sijoittamaan potilaat asianmukaiseen hoitopaikkaan/alueeseen (Reay ym. 2016:8). Ruuhkassa hoitajan on myös mietittävä, mitkä keinot ovat niitä, joilla potilaiden hoitoa saadaan sujumaan. Esimerkiksi Abdulwahidin (2016:504) tutkimuksen mukaan seniorilääkärin käyttö triageessa voi lyhentää potilaan kokonaishoitoaikaa ja odotusaikaa päivystyksessä. Tämän opinäytetyön haastateltavista useampi hoitaja oli sitä mieltä, että kokeneen lääkärin mukana olo hoidontarpeenarviossa vähensi merkittävästi sisään otettujen potilaiden määrää.

6.2 Eettisyyden pohdinta

Eettisesti hyvä tutkimus edellyttää tieteellisiä tietoja, hyviä toimintatapoja ja taitoja niin tutkimuksen teossa, kuin sosiaalisesti tiedeyhteisössä ja suhteessa ympäröivään yhteiskuntaan. Opinnäytetyön tekijän tulee noudattaa työssään hyviä tieteellisiä käytäntöjä. (Kuula 2011:34.)

Tutkimusaiheen valinta on eettinen ratkaisu, jonka tutkimuksen tekijä tekee. Aiheen merkitystä tulee pohtia yhteiskunnallisesti ja myös erityisesti tutkimukseen osallistuvien kannalta. Hyödyllisyys on tutkimuksen oikeutuksen ja tutkimusetiikan periaatteena. (Kankunen – Vehviläinen-Julkunen 2013:218.) Päivystyksen toiminnan kannalta hoidontarpeenarvio on merkittävässä asemassa (Syväoja - Äijälä 2009:7). Tämän opinnäytetyön tuloksien avulla voidaan kehittää hoidontarpeenarvion koulutusta, sekä edistää HUS Akuutin päivystysten yhtenäisiä käytäntöjä.

Ennakoarviointi tutkimuksen mahdollisista haitoista pitää sisällään ajatuksen tutkimuksen kulun ennustettavuudesta, esimerkiksi yksityisyyden suojaan liittyvät riskit ovat vältettävissä huolellisella suunnittelulla (Kuula 2011:56). Tässä opinnäytetyössä ei käsitelty tiedonantajien henkilökohtaisia tai arkaluonteisia asioita.

Opinnäytetyön tekijä on selvittänyt haastatteluun osallistujille työn tarkoituksen ja menetelmät ymmärrettävällä tavalla, tämä kuuluu tiedonantajien suojaan. Opinnäytetyöhön osallistuvilta on saatu vapaaehtoinen suostumus ja oikeus kieltäytyä/keskeyttää mukana olo, milloin tahansa. Haastateltavilla on myös oikeus jälkikäteen kieltää itseään koskevan aineiston käyttö tutkimusaineistona.

Tässä opinnäytetyössä tutkimusjoukkoon eli haastateltaviksi valikoituivat kaikki kahden yhteispäivystyksen sairaanhoitajat, jotka tekevät hoidontarpeenarviota. Haastateltavien rekrytointi tapahtui osastonhoitajien sähköpostitse jokaiselle tutkimusjoukkoon kuululle lähetetyllä saatekirjeellä, jossa kerrottiin opinnäytetyön tarkoitus ja esiteltiin tutkimuskysymykset. Haastateltavat saivat itse ottaa yhteyttä opinnäytetyön tekijään ja näin ilmaisivat halukkuutensa osallistua. Haastatteluun osallistujat saivat vielä allekirjoitettavaksi virallisen suostumuslomakkeen. Suostumuslomakkeesta allekirjoitettiin kaksi kappaletta, joista toinen jäi opinnäytetyön tekijälle ja toinen haastateltavalle. Haastatteluista kerätty materiaali on salassa pidettävää, eikä osallistujien tietoja tullut esiin missään vaiheessa opinnäytetyötä. Opinnäytetyön tekijä on myös täyttänyt HUSin tutkimustyössä vaadittavat tietosuojalomakkeet: *Henkilötietojen suojaa koskeva vaikutustenarviointi*

(DPIA) lääketieteellisessä tutkimuksessa – Tietosuojan vaikutusten arviointi, sekä Tutkimusrekisterin tietosuojaseloste. Tutkimusrekisterin tietosuojaseloste annettiin myös haastateltaville tiedoksi.

Opinnäytetyön aineiston keruuseen haastattelemalla osallistuville annettiin mahdollisuus itse vaikuttaa haastattelun ajankohtaan. Haastatteluun osallistuvia kohdeltiin arvostavasti jo rekrytointi vaiheessa, eikä heihin kohdistettu minkäänlaista painetta osallistua, vaan osallistuminen oli täysin vapaaehtoista. Toisesta yhteispäivystyksestä ei ilmaantunut yhtään vapaaehtoista, joten haastateltavat oli näin ollen vain yhdestä yhteispäivystyksestä. Rekrytointia varten toisen päivystyksen tutkimusjoukko lähetettiin vielä toinen sähköposti, mutta senkään pohjalta ei halukkaita saatu. Opinnäytetyöhön osallistuminen perustuu vapaaehtoisuuteen ja siihen vedoten ei mahdollisia haastateltavia alettu muulla keinoin houkuttelemaan.

Haastatteluiden ajankohdasta ja paikasta sovittiin haastateltavien kesken sähköpostitse. Näin ollen haastateltavien yksityisyys säilyi. Haastattelutilana toimi äänieristetty huone tai opinnäytetyön tekijän asunto, jossa ei ollut muita henkilöitä, joten yksityisyyden suoja toteutui. Haastattelut nauhoitettiin ja säilytettiin salasanalla suojatussa puhelimessa, sekä tietokoneella näin tietosuojaa pystyttiin toteuttamaan.

Tässä opinnäytetyössä haastattelun kohteena olivat sairaalassa työskentelevät sairaanhoitajat, joten tutkimusluvan hakemiseen ei tarvittu eettisen lautakunnan lausuntoa. Tutkimukselle myönnettiin organisaation tutkimuslupa kesällä 2020.

6.3 Luotettavuuden pohdinta

Opinnäytetyön luotettavuus perustuu tutkijan luotettavuuteen. Opinnäytetyöntekijän luotettavuus perustuu hyvin suunniteltuun tutkimus prosessiin ja järjestelmälliseen raportointiin työn osalta. (Kyngäs – Kääriäinen - Elo 2020:42.) Tuomen ja Sarajärven (2018:164) teoksen mukaan luotettavassa laadullisessa tutkimuksessa on huomioitu nämä kohdat: aineiston keruu, tutkimuksen tiedonantajat (haastateltavat), tutkija-tiedonantaja-suhde, tutkimuksen kesto, aineiston analyysi, tutkimuksen luotettavuus, sekä raportointi. Tässä työssä on raportoitu kappaleessa 4 *Opinnäytetyön toteuttaminen* yksityiskohtaisemmin käytetyt menetelmät, haastateltavat ja näiden valintaan johtaneet perustelut.

Tämän opinnäytetyön kohdalla työn tekijä on haastateltavien kanssa samasta työyhteisöstä, mikä saattaa vähentää tutkimuksen luotettavuutta. Suurimmassa osassa haastateluista tehdessä opinnäytetyön tekijä oli kuitenkin opintovapaalla ja poissa työyhteisöstä. Analyysin aikana pyrittiin toimimaan objektiivisesti ja jättämään omat ennakko-oletukset ja asenteet pois.

Kylmä ja Juvakka (2007: 128–133) ovat teoksessaan määrittäneet luotettavuuden arviointiin neljä kriteeriä (kuvio 4).



Kuvio 8. Laadullisen tutkimuksen kriteerit Kylmä – Juvakkaa (2007:128) mukaillen

Uskottavuus

Opinnäytetyön uskottavuus edellyttää, että tulokset on kuvattu niin selkeästi, että siitä käy selville, miten analyysi on tehty ja mitkä ovat tutkimuksen rajoitukset ja vahvuudet. Tulosten ja aineiston suhteen kuvaaminen on tärkeä luotettavuuskysymys. Tutkijan tulee kuvailla analyysi mahdollisimman tarkasti, tässä apuna kannattaa käyttää taulukointeja ja liitteitä. (Kankkunen – Vehviläinen-Julkunen 2013:198.) Tuloksia kuvatessa on käytetty paljon taulukoita ja kuvioita, jotka selkiyttävät tulosten luotettavuutta. Opinnäytetyön tekijä on työskennellyt päivystyksessä ja tehnyt hoidontarpeenarviota yli 10 vuotta, Cutcliffen ja McKennan (1999) mukaan uskottavuutta parantaa, että tutkija on ollut tekemisissä riittävän kauan tutkittavan ilmiön kanssa. Teoriatietoa tähän opinnäytetyöhön on kerätty 2019 syksystä saakka. Tutkimusten lukeminen läpi koko opinnäytetyö prosessin auttoi ymmärtämään lisää tutkittavasta aiheesta. Opinnäytetyöhön valikoidut tutkimukset ovat lähes kaikki alle 10 vuotta vanhoja töitä, jotka ovat ansioituneiden tutkijoiden ja asiantuntijoiden tekemiä. Tutkimuksia on myös valikoitu monesta eri maasta.

Vahvistettavuus

Vahvistettavuus on prosessikriteeri, joka on keskeistä luotettavuuden arvioinnissa. Tutkimusprosessi tulee kirjata siten, että toinen tutkija voi seurata prosessin kulkua pääpiirteittäin. Tärkeää on esimerkiksi kuvailla, kuinka tutkija on analyysin perustana olevan aineiston avulla päätenyt tiettyihin tuloksiin. (Kylmä – Vehviläinen-Julkunen – Lähdevirta 2003.) Laadullisessa tutkimuksessa vahvistettavuus on hieman ongelmallinen kriteeri, koska toinen tutkija ei välttämättä päädy samaan tulkintaan, mutta todellisuuksien moninaisuus on hyväksyttävää laadullisessa tutkimuksessa, eikä merkitse luotettavuusongelmaa (Kylmä – Juvakka (2007:129).

Tämän opinnäytetyön tuloksia kirjoittaessa pyritään tuomaan tutkimustulokset esille mahdollisimman selkeästi. Suorilla lainauksilla mahdollistetaan selkeä tapa ymmärtää tutkimuksen kohteena oleva ilmiö. Taulukoiden ja kuvioiden avulla tiivistetään tuloksia helposti ymmärrettävään muotoon. Opinnäytetyö on kirjoitettu Metropolia ammattikorkeakoulun kirjallisen työn ohjeiden mukaan.

Refleksiivisyys

Kylmän ja Juvakan (2007:129) mukaan refleksiivisyydellä tarkoitetaan sitä, että tutkijan tulee olla tietoinen omista lähtökohdistaan tutkijana, sekä arvioitava, kuinka hän tulee vaikuttamaan aineistoonsa ja tutkimusprosessiinsa. Tutkijan tulee ilmoittaa tutkimusraportissaan lähtökohtansa ja edellä mainitun arvionsa.

Tämä työ oli opinnäytetyön tekijälle ensimmäinen yksin toteutettu opinnäytetyö. Opinnäytetyön prosessin ymmärtämisen edistämiseksi osallistuin Metropolia ammattikorkeakoulun opinnäytetyö seminaareihin, joissa sain opiskelija kollegoilta vertaisarviointia, sekä ohjausta opinnäytetyön ohjaajalta.

Siirrettävyys

Siirrettävyys viittaa siihen, missä määrin tulokset ovat siirrettävissä johonkin muuhun tutkimusympäristöön. Huolellinen tutkimuskontekstin kuvaus, osallistujien valinnan ja taustojen selvittäminen, sekä analyysin kuvaus ovat siirrettävyyden varmistamisen edellytyksiä. (Kankkunen ja Vehviläinen-Julkunen 2013:198). Opinnäytetyön tuloksia tullaan käsittelemään kohdeorganisaatiossa. Opinnäytetyön tulosten avulla pystytään yhtenäistämään sairaanhoitajien toimintatapoja hoidon tarpeen arviossa ja näin ollen parantamaan hoidon tarpeen arvion laatua. Tuloksia tullaan hyödyntämään yhtenäisen hoidontarpeen arvion koulutuksen suunnittelussa.

6.4 Yhteenveto tuloksista

Hoidontarpeenarviota pidetään yhtenä päivystyksen haastavimmasta työpisteestä. Sairaanhoidajan, joka toimii hoidontarpeenarviossa, tulee hallita päivystyksen prosessit, sekä hänen tulee osata määritellä potilaalle oikea hoitopaikka. Kokemus ja teoreettinen osaaminen, sekä hyvät vuorovaikutustaidot auttavat sairaanhoitajaa päätöksenteossa. Yhteistyön sujuminen kollegoiden ja lääkäreiden kanssa on avainasemassa, jotta hoidontarpeenarviosta saadaan laadukasta. Hyvällä perehdytyksellä ja säännöllisellä koulutuksella hoidontarpeenarviosta voidaan saada tasalaatuisempaa ja yhtenäiset käytännöt ovatkin ensisijaisen tärkeitä koko päivystyksen toiminnan kannalta.

Jatkotutkimusaiheeksi tulosten perusteella ehdotan seuraavia:

1. Hoidontarpeenarvion yhteneväiset toimintatavat sairaalan yhteispäivystyksessä
2. Perehdytyksen ja koulutuksen merkitys sairaanhoitajalle hoidontarpeenarviossa
3. Lääkäreiden kokemuksia hoidontarpeenarvion toteutumisesta sairaalan yhteispäivystyksessä

Lähteet

Abdulwahid, Masyam Ali - Booth, Andrew - Kuczawski, Maxine - Mason, Suzanne M. 2016. The impact of senior doctor assessment at triage on emergency department performance measures: systematic review and meta-analysis of comparative studies. *Emergency Medicine Journal* 33(7). 504-513.

Apotti-Hanke. n.d.a. Verkkajulkaisu. Mikä muuttuu Apotin myötä. <https://www.apotti.fi/apotti-hanke/mika-muuttuu-apotin-myota/> luettu 28.1.2020

Apotti-yrityksenä. n.d.b. Verkkajulkaisu. Apotti hankkeen päävaiheet ja aikataulus. <https://www.apotti.fi/apotti/apotti-yrityksena/> luettu 10.2.2021

Burgess, Luke - Kynoch, Kathryn - Hines, Sonia. 2019. Implementing best practice into the emergency department triage process. *International Journal of Evidence-Based Healthcare* 17(1). 27-35.

Cutcliffe, JR – McKenna, HP. 1999. Establishing the credibility of qualitative research findings: the plot thickens. *Journal of Advanced Nursing* 30(2). 374–380.

Eskola, Jari – Suoranta, Juha. 2008. Johdatus laadulliseen tutkimukseen. Tampere. Vastapaino.

Finohta – arviointiseloste. 2011. Potilaiden kiireellisyyden luokittelu ja hoitoprosessit päivystyspoliklinikalla. Verkkajulkaisu. <https://thl.fi/attachments/Meka/julkaisut/ohtanen/AS_2011_1_Potilaiden%20kiireellisyyden%20luokittelu.pdf> luettu 2.3.2020

Haapiainen, Reijo - Kaila, Minna – Salomaa, Eva. 2019. Erikoissairaanhoidon työnjaon ja päivystyksen toteutuminen kansallisessa kokonaisuudessa. Sosiaali- ja terveystieteiden raportteja ja muistioita. 2019:3.

Hammad, Karen - Peng, Lingli - Anikeeva, Olga - Arbon, Paul - Du, Huiyun - Li, Yinglan. 2017. Emergency nurses' knowledge and experience with the triage process in Hunan Province, China. *International Emergency Nursing* 35. 25-29.

Harjola, Veli-Pekka - Janhunen, Heikki - Wilén, Susanna - Palomäki, Ari - Nyrhilä, Jari - Kokkonen, Liisa - Ahlskog-Karhu, Marian - Vaahersalo, Jukka - Rahiala, Eero. 2014. Kiireellisyysluokittelun on tunnistettava kriittisesti sairast. *Suomen Lääkärilehti* 47. 31–41.

HUS-tietoa. n.d. a. Verkkajulkaisu. <<https://www.hus.fi/hus-tietoa/Sivut/default.aspx>> luettu 3.12.2019

HUS-tietoa. n.d. b. Verkkajulkaisu. <https://www.hus.fi/hus-tietoa/sairaanhoitoalueet/hyks/hyks_akuutti/Sivut/default.aspx> luettu 3.12.2019

HUS-tietoa. n.d. c. Verkkajulkaisu. <https://www.hus.fi/hus-tietoa/sairaanhoitoalueet/hyks/hyks_akuutti/paivystys/akuuttilaaketiede/Sivut/default.aspx> luettu 2.12.2019

Husari. 2020. Helsingin yliopistollisen sairaalan yhteisölehti. 2020:2.

Hyks Akuutti vuosiraportti 2019, päivystyslinja

Johnson, Kimberly - Alhaj-Ali, Abeer. 2017. Using Simulation to Assess the Impact of Triage Interruptions. *Journal of Emergency Nursing* 43(5). 435–443.

Kaartinen, Johanna. 2015. Ensihoito, päivystys ja tuottavuus. HUS materiaalipankki.

Kankkunen, Päivi – Vehviläinen-Julkunen, Katri. 2013. Tutkimus hoitotieteessä. Sano-
maPro Oy. Helsinki.

Keep, J. W. - Messmer, A. S. - Sladden, R. - Burrell, N. - Pinate, R. - Tunnicliff, M. - Glucksman, E. 2016. National early warning score at Emergency Department triage may allow earlier identification of patients with severe sepsis and septic shock: a retrospective observational study. *Emergency Medicine Journal* 33(1). 37–41.

Kukkola, Jani. 2018. Kokemuksen tutkimuksen metatiede: kokemuksen käsitteen käytön ja kokemuksen ehtojen tutkimus. Teoksessa Toikkanen, Jarkko – Virtanen, Ira (toim.). Kokemuksen tutkimus VI- kokemuksen käsite ja käyttö. E-kirja. Lapland University Press. Kirjaksi.net. Vaajakoski.

Kuula, Arja. 2011. Tutkimusetiikka – Aineistojen hankinta, käyttö ja säilytys. Bookwell Oy. Jyväskylä.

Kwon, Hyuksool - Kim, Yu Jin - Jo, You Hwan - Lee, Jae Hyuk - Lee, Jin Hee - Kim, Joonghee - Hwang, Ji Eun - Jeong, Joo - Choi, Yoo Jin. 2019. The Korean Triage and Acuity Scale: associations with admission, disposition, mortality and length of stay in the emergency department. *International Journal for Quality in Health Care* 31(6). 449-455.

Kylmä, Jari – Juvakka, Taru. 2007. Laadullinen terveystutkimus. Edita Prima Oy. E-kirja. Helsinki.

Kylmä, Jari - Vehviläinen-Julkunen, Katri – Lähdevirta, Juhani. 2003. Laadullinen terveystutkimus; mitä, miten ja miksi? *Duodecim* 119(7). 609–615.

Kyngäs, Helvi 2020. Qualitative Research and Content Analysis. Teoksessa Kyngäs, Helvi – Mikkonen, Kristiina – Kääriäinen, Maria (toim) *The Application of Content Analysis in Nursing Science Research*. E-kirja. Cham: Springer. Luku 1.

Kyngäs, Helvi – Kääriäinen, Maria – Elo, Satu. 2020. The Trustworthiness of Content Analysis. Teoksessa Kyngäs, Helvi – Mikkonen, Kristiina – Kääriäinen, Maria (toim) *The Application of Content Analysis in Nursing Science Research*. E-kirja. Cham: Springer. Luku 5.

Kyngäs, Helvi – Vanhanen, Liisa. 1999. Sisällön analyysi. *Hoitotiede* 11 (1). 3–12.

Mistry, Binoy – Balhara, Kamna – Hinson, Jeremiah – Anton, Xavier – Othman, Iman - E'nouz, Maysoon – Avila, Norman – Henry, Sophia – Levin, Scott - De Ramirez, Sarah. 2018. Nursing Perceptions of the Emergency Severity Index as a Triage Tool in the United Arab Emirates: A Qualitative Analysis. *Journal of Emergency Nursing* 44(4). 360-367.

Noon, Amy. 2014. The cognitive processes underpinning clinical decision in triage assessment: A theoretical conundrum? *International Emergency Nursing* 22(1). 40–46.

Perttula, Juha. 1996. Kokemus psykologisena tutkimuskohteena - Johdatus fenomenologiseen psykologiaan. Suomen fenomenologinen instituutti. Tampere.

Platts-Mills, Timothy F - Travers, Debbie - Biese, Kevin - McCall, Brenda - Kizer, Steve - LaMantia, Michael - Busby-Whitehead, Jan - Cairns, Charles B. 2010. Accuracy of the Emergency Severity Index triage instrument for identifying elder emergency department patients receiving an immediate life-saving intervention. *Academic Emergency Medicine* 17. 238–243.

Reay, Gudrun - Rankin, James - Then, Karen. 2016. Momentary fitting in a fluid environment: A grounded theory of triage nurse decision making. *International Emergency Nursing* 26. 8-13.

Rehman, Salma Abdul - Ali, Parveen Azam. 2016. A review of factors affecting patient satisfaction with nurse led triage in emergency departments. *International Emergency Nursing* 29. 38-44.

Roscoe, Lori – Eisenberg, Eric – Forde, Colin. 2016. The Role of Patients' Stories in Emergency Medicine Triage. *Health Communication* 31(9). 1155-1164.

Rutschmann, OT - Chevalley, T - Zumwald, C - Luthy, C. - Vermeulen, B. Sarasin, FP. Pitfalls in the emergency department triage of frail elderly patients without specific complaints. *Swiss Medical Weekly* 135.145–150.

Sanders, Susan - Minick, Ptlene. 2014. Making better decisions during triage. *Emergency Nurse* 22 (6). 14–19.

Sosiaali- ja terveysministeriö. 2019. Terveyspalvelujen määrittely. Verkkojulkaisu. <<https://stm.fi/paivystys> > luettu 18.11.2019

Sosiaali- ja terveysministeriö. 2017. Valtioneuvoston asetus kiireellisen hoidon perusteista ja päivystyksen erikoisalakohtaisista edellytyksistä. Verkkojulkaisu. <https://stm.fi/documents/1271139/5228951/VNA_p%C3%A4ivystys_PM_22.8_2.pdf/c38ca925-a195-48a4-97d5-34935c16938c/VNA_p%C3%A4ivystys_PM_22.8_2.pdf.pdf> luettu 25.2.2020

Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä. 2010. Yhtenäiset päivystyshoidon perusteet. Verkkojulkaisu. <https://mycourses.aalto.fi/pluginfile.php/155564/mod_resource/content/1/selv_2010_4_paihoidon_perusteet_verkko.pdf> luettu 3.12.2019

Syvöja, Pirjo – Äijälä, Outi. 2009. Hoidon tarpeen arviointi. Sastamala: Vammalan Kirjapaino Oy

Tilastokeskus. 2018. Väestöennuste. Verkkajulkaisu. <https://www.stat.fi/til/vaenn/2018/vaenn_2018_2018-11-16_tie_001_fi.html> luettu 3.12.2019

Tuomi, Jouni – Sarajärvi, Anneli. 2020. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Helsinki: Tammi

Valtioneuvoston asetus kiireellisen hoidon perusteista ja päivystyksen erikoisalakohtaisista edellytyksistä 583/2017. Annettu Helsingissä 24.8.2017.

Valvira. 2018. Sosiaali- ja terveydenhuollon päivystystoiminnan suunnitelmallinen valvonta vuosina 2016–2017. Selvityksiä 1/2018. <<https://www.valvira.fi/documents/14444/2822570/Sosiaali-+ja+terveydenhuollon+p%C3%A4ivystystoiminnan+suunnitelmallinen+valvonta+vuosina+2016%E2%80%932017/eb31c133-8988-517a-caf5-107f375d9212>> luettu 25.3.2020

Valvira. 2017. Hyvä ammatin harjoittaminen. Verkkajulkaisu. <https://www.valvira.fi/terveydenhuolto/hyva-ammattinharjoittaminen/hoidon_tarpeen_arviointi> luettu 18.11.2019

Wolf, L. 2010. Acuity assignment: An Ethnographic Exploration of Clinical Decision Making by Emergency Nurses at Initial Patient Presentation. *Advanced Emergency Nursing Journal* 32(3). 234–246.

Taulukko 4. Tiedonhaun tulosten kuvaus

Tutkimuksen tekijä(t), vuosi, maa	Tutkimuksen tarkoitus	Tutkimusmenetelmä, otos	Tulokset
Abdulwahid. M – Booth. A – Kuczawski. M – Mason. S. 2016. UK <i>The impact of senior doctor assessment at triage on emergency department performance measures: systematic review and meta-analysis of comparative studies</i>	Tutkimuksen tarkoituksena selvittää parantaako seniori lääkärin käyttö triagessa päivystykseen toimintaa verrattuna hoitajaan.	Systemaattinen kirjallisuus katsaus, 25 tutkimusta valikoitui	Katsauksen mukaan seniorilääkärin käyttö triagessa voi lyhentää potilaan kokonaishoitoaikaa ja odotusaikaa päivystyksessä. Potilastyytyväisyyteen ja kustannustehokkuuteen ei toimintamallilla ollut kuitenkaan vaikutusta.
Burgess. L – Kynoch. K - Hines. S. 2019. Australia <i>Implementing best practice into the emergency department triage process</i>	Tarkoituksena verrata nykyistä triagekäytäntöä näyttöön perustuviin ohjeisiin	Tarkasteltiin triagen tekemistä 200 tapauksessa. 100 alussa ja 100 ohjeiden implementoinnin jälkeen	Näyttöön perustuvien ohjeistusten mukaan toimiminen tehosti triagen toimivuutta.
Hammad, K. - Peng, L. - Anikeeva, O. - Arbon, P. - Du, H. - Li, Y. 2017. Kiina <i>Emergency nurses' knowledge and experience with the triage process in Hunan Province, China.</i>	Tämän tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää triagen käytännön nykytilaa ja tietämystä sairaanhoitajien keskuudessa	Määrällinen tutkimus, 300 hoitajalle lähetetty kyselylomake, vastausprosentti 64,3%.	Triage käytännöissä ja triage koulutuksissa on huomattavia eroja sairaanhoitajien välillä. Tällä on vaikutusta tietojen vertailukelpoisuuteen ja taitojen siirrettävyyteen sairaaloiden välillä.

<p>Johnson, K - Alhaj-Ali, A. 2017. USA</p> <p><i>Using Simulation to Assess the Impact of Triage Interruptions.</i></p>	<p>Tutkimuksen tarkoituksena tarkastella millainen merkitys keskeytyksillä on triagessa tehtävään päätöksentekoon</p>	<p>monimenetelmä tutkimus, johon osallistui 9 hoitajaa. Kyselylomake + havainnointia</p>	<p>Häiriötekijöistä/keskeytyksistä on haittaa triagen teossa ja hoitajien on tärkeää tunnistaa ne. Simulaatiot ovat hyvä tapa kouluttaa hoitajia triagen teossa.</p>
<p>Keep. J – Messmer. A – Sladden. R – Burrell. N – Pinate. R – Tunnicliff. M – Glucksman. E. 2016. UK</p> <p><i>National early warning score at Emergency Department triage may allow earlier identification of patients with severe sepsis and septic shock: a retrospective observational study</i></p>	<p>Tutkimuksen tarkoituksena tarkastella NEWS pisteytyksen merkitystä sepsis potilaiden diagnosoimisessa</p>	<p>retrospektiivinen, havainnollinen tutkimus, 500 potilasta mukana tutkimuksessa</p>	<p>Tutkimuksen mukaan NEWS-pisteiden käyttö triagessa voi auttaa tunnistamaan sepsis potilaat varhaisemmassa vaiheessa</p>
<p>Kwon. H – Kim. Y – Jo. Y – Lee. J – Lee. J – Kim. J – Hwang. J – Jeong. J – Choi. Y. 2019. Etelä-Korea</p> <p><i>The Korean Triage and Acuity Scale: associations with admission, disposition, mortality and length of stay in the emergency department</i></p>	<p>Tutkimuksen tarkoituksena selvittää onko KTAS (Korean Triage and Acuity Scale) käytöllä vaikutusta potilaiden sijoitteluun, sairaalaan sisäänottoon, potilaiden kuolleisuuteen ja hoidon kestoon.</p>	<p>Kvasikokeellinen ennen-jälkeen tutkimus, 122 370 potilasta</p>	<p>KTAS:n toteuttaminen muutti potilaiden sijoittelumalleja ja sairaalaan sisälle ottoa, sekä vähensi käynnin pituutta ja potilaiden kuolleisuutta</p>
<p>Mistry. B – Balhara. K - Hinson. J – Anton. X – Othman. I - E'nouz. M - Avila. N - Henry. S – Levin. S - De Ramirez. S, 2018, Arabiemiraatit</p> <p><i>Nursing Perceptions of the Emergency Severity Index as a Triage</i></p>	<p>Tutkimuksen tarkoituksena oli tutkia päivystyksen hoitajien käsityksiä ESI:n (Emergency Severity Index) käytöstä ja tunnistaa sen vahvuudet, heikkoudet ja esteet yleisesti, jotta voidaan myöhemmin mukauttaa sen käyttöä kansainvälisesti.</p>	<p>Laadullinen tutkimus, 27 päivystyksen hoitajaa haastateltiin</p>	<p>Hoitajien mielestä subjektiivisuus ja vaihtelevuus ESI-pisteiden antamisessa näkyivät johdonmukaisesti ja sisälsivät vaihtelua lukumäärissä ja resurssien käytössä, korkean riskin määrittelyssä, hoitokokemuksessa ja kivun arvioinnin subjektiivisuudessa</p>

<i>Tool in the United Arab Emirates: A Qualitative Analysis</i>			
Noon. A. 2014. UK. <i>The cognitive processes underpinning clinical decision in triage assessment: A theoretical conundrum?</i>	Tarkoituksena lisätä tietoisuutta hoitajien päätöksenteosta triagessa.	Kirjallisuuskatsaus	Triage-sairaanhoitajat työskentelevät dynaamisissa ympäristöissä, joissa heidän päätöksensä voivat usein perustua puutteellisiin, epäselviin tai harhaanjohtaviin tietoihin. Triagiahoitajan keskeinen taito on kyky tehdä laadukkaita arvioita ja päätöksiä riippumatta siitä, käytetäänkö jäsenneltyjä algoritmeja tai ohjeita, (esim. Manchester Triage tai ABCDE-järjestelmä), tai hyödynnetäänkö yksilöllistä ammattitaitoa, asiantuntemusta tai kokemusta. Triagehoitajan päätöksenteolla on merkittävä vaikutus potilaan optimaaliseen hyvinvointiin.
Platts-Mills. T – Travers. D – Biese. K – McCall. B – Kizer. S – LaMantia. M – Busby-Whitehead. J – Cairns. C. 2010. USA <i>Accuracy of the Emergency Severity Index triage instrument for identifying elder emergency department patients receiving an immediate life-saving intervention</i>	Tutkimuksen tavoitteena oli määrittää emergency severity index (ESI) triageapuvälineen herkkyys ja tarkkuus vanhuspotilaiden tunnistamiseksi, jotka ovat välittömässä hengenvaarassa.	Retrospektiivinen tutkimus, 50 potilasta	Esi:n avulla pystyttiin tunnistamaan vain alle puolet hengenvaarassa olevista yli 65 vuotiaista potilaista. ESI:n käyttö vanhuspotilailla voi johtaa potilaiden alitriagointiin.
Reay. G – Rankin. J – Then. K. 2016. Kanada <i>Momentary fitting in a fluid environment: A grounded theory of triage nurse decision making. International Emergency Nursing</i>	Tutkimuksen tarkoituksena tuottaa ankkuroitu teoria (grounded theory) päivystyksen sairaanhoitajien päätöksenteon tueksi.	7 haivainnointikertaa triagessa, sekä 12 sairaanhoitajan haastattelua	Triage hoitaja tarvitsee asianmukaisesti suunnitellut ja toimivan ympäristön, sekä toimivat tietojärjestelmät, joiden avulla hän pystyy sijoittamaan potilaat asianmukaiseen hoitopaikkaan/alueeseen.

<p>Rehman, S - Ali, P. 2016. UK</p> <p>A review of factors affecting patient satisfaction with nurse led triage in emergency departments</p>	<p>Tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää mitkä ovat ne tekijät, jotka vaikuttavat potilaiden tyytyväisyyteen päivystyksessä, missä hoitajat vastaavat triagen tekemisestä</p>	<p>Kirjallisuus katsaus, 18 tutkimuksta tarkasteltu</p>	<p>Potilas tyytyväisyyteen vaikuttavia tekijöitä oli hoitajan kyky osoittaa myötätuntoa potilasta ja saattajaa kohtaan, kyky tunnistaa tehokkaasti potilaan vaiva, hyvät vuorovaikutustaidot, tarkkaavaisuus ja näkyvyys</p>
<p>Roscoe. L – Eisenberg. E – Forde. C. 2016. USA</p> <p>The Role of Patients' Stories in Emergency Medicine Triage. Health Communication</p>	<p>Tutkimuksen tarkoituksena oli tutkia triage prosessia tulkitsevana toimintana perustuen potilaan tarinaan.</p>	<p>110h havainnointia triagesta ja 16 sairaanhoitajalle tehty puolistrukturoitu haastattelu</p>	<p>Hoitajat luottivat päätöksenteossaan enemmän visuaalisiin "vihjeisiin" ja vitaliiparametreihin, kuin potilaan itse kertomiin tunteuksiin tilastaan.</p>
<p>Rutschmann. O – Chevalley. T - Zumwald. C – Luthy. C – Vermeulen. B - Sarasin. F. 2005. Sveitsi</p> <p>Pitfalls in the emergency department triage of frail elderly patients without specific complaints</p>	<p>Tämän tutkimuksen tarkoituksena oli kuvailla ilman varsinaista syytä päivystykseen hakeutuneiden vanhusten hoidon tarpeen arviointia</p>	<p>253 vanhuspotilasta, joiden päivystyskäynti arvioitiin</p>	<p>Hauraat vanhuspotilaat, jotka hakeutuvat päivystykseen ilman varsinaista syytä ovat riskissä tulla alitriagesoiduksi, jonka vuoksi heidän tilansa arviointi voi olla riittämätöntä tai viivästyä.</p>
<p>Sanders. S – Minick. P. 2014. USA</p> <p>Making better decisions during triage</p>	<p>Tutkimuksen tarkoituksena tutkia sairaanhoitajien mieltymyksiä ja kokemuksia triageissa toimimisesta</p>	<p>Laaadullinen tutkimus, 7 sairaanhoitajaa haastateltiin</p>	<p>Tulokset osoittavat, että potilaiden kohtaamiset ovat monipuolisia ja sairaanhoitajat tarvitsevat kokemusta sekä tietoa oikean päätöksen tekemiseksi. Kaikki osallistujat totesivat, että päivystyksissä on nykyään vilkkaampaa ja, että triagehoitajilla on vähemmän aikaa arvioida potilaiden kliinisten tarpeiden kaikkia yksityiskohtia.</p>
<p>Wolf. L. 2010. USA</p>	<p>Tämän tutkimuksen tarkoituksena oli tutkia prosesseja ja strategioita, jotka</p>	<p>Havainnointi tutkimus, 12 sairaanhoitajaa</p>	<p>Sairaanhoitajat ymmärsivät, että triagen tarkkuuteen vaikuttavat potilaiden määrä, yksikön johtajuus, viestintä potilaiden ja hoita-</p>

<i>Acuity assignment: An Ethnographic Exploration of Clinical Decision Making by Emergency Nurses at Initial Patient Presentation</i>	auttavat ymmärtämään "kriittisiä" vihjeitä potilaan voinnista sekä ohjamaan potilaat näiden mukaan sopiviin resursseihin.	triagessa ja 120 potilas-kohtaamista	jien välillä ja triageajan pituus. Päätöksentekoon vaikuttivat sairaanhoitajan tietopohja, sekä kriittisten vihjeiden tunnistaminen/soveltaminen. Triagessa on otettava huomioon useita potilaan ulkopuolisia tekijöitä turvallisen ja tehokkaan hoidon varmistamiseksi.
--	---	--------------------------------------	--