



Perusterveydenhuollon kiireellisten potilaiden hoitoon ohjautuvuus

Kiireevastaanoton näkökulma

Jada Sirola

Satu Yrjölä

OPINNÄYTETYÖ
Toukokuu 2021

Sosiaali- ja terveysalan ylempi ammattikorkeakoulututkinto
Kliinisen asiantuntijan koulutus

TIIVISTELMÄ

Tampereen ammattikorkeakoulu
Sosiaali- ja terveystieteiden ylempi ammattikorkeakoulututkinto
Kliinisen asiantuntijan koulutus

SIROLA, JADA & YRJÖLÄ, SATU:
Perusterveydenhuollon kiireellisten potilaiden hoitoon ohjautuvuus
Kiirevastaanoton näkökulma

Opinnäytetyö 68 sivua, joista liitteitä 7 sivua
Toukokuu 2021

Hoidon tarpeen arviointi on tärkeä osa potilaan kiireellistä hoitoa ja potilaan ohjautuvuutta oikeaan hoitoyksikköön oikea-aikaisesti. Tampereen kaupungin kiirevastaanotto on perusterveydenhuollon kiireellisten potilaiden hoitoa varten perustettu neljän vuoden ajan toiminut hoitoyksikkö.

Opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää potilaiden ohjautuvuutta Tampereen kaupungin kiirevastaanotolle potilaiden tulostietojen perusteella sekä kiirevastaanoton hoitohenkilöstön kokemana. Tavoitteena oli saada tietoa potilaiden ohjautuvuudesta kiirevastaanotolle kiireellisten potilaiden hoitoon ohjautuvuuden kehittämiseksi. Lisäksi tavoitteena oli antaa kehittämissuhteita Tampereen kaupungin kiirevastaanoton toiminnan kehittämiseksi. Opinnäytetyössä käytettiin sekä laadullista että määrällistä tutkimusmenetelmää. Potilaiden tulostietoja tarkasteltiin tilastollisin menetelmin sekä analysoitiin ne IBM SPSS Statistics 26 -tilasto-ohjelmalla; kiirevastaanoton hoitohenkilöstölle toteutetun kyselytutkimuksen vastaukset käsiteltiin laadullisin menetelmin induktiivista sisällönanalyysia käyttäen.

Tulosten tilastoanalyysin perusteella kiirevastaanotolle ohjautuu osin akuutisti sairastuneita potilaita ja osin kiireellisyydeltään määrittelemättömiä potilaita. Tulokset olivat pääosin yhteneväisiä määriteltävien kiirevastaanotolle kuuluvien ongelmien kanssa. Hoitohenkilöstön kokemana kiirevastaanotolle tulisi ohjautua perusterveydenhuollon akuutisti sairastuneita aikuis- ja lapsipotilaita sekä ei-kuvantamista vaativia potilaita. Hoitohenkilöstön kokemana kiirevastaanotolle ei tulisi ohjautua kiireettömiä, kuvantamista tarvitsevia tai erikoissairaanhoidon tarvitsevia potilaita. Kehittämissuhteita nousi useita henkilöstön, toiminnan ja toimintaympäristön kehittämiseen liittyen. Hoidon tarpeen arvioinnin kehittäminen nousi kehittämissuhteista liittyen opinnäytetyön tutkimusnäkökulmaan.

Johtopäätöksinä todetaan, että hoitohenkilöstön sekä hoidon tarpeen arviointia tekevien hyvä perehdytys ja kouluttaminen on tärkeää kiireellisten potilaiden oikea-aikaisen ja oikeapaikkaisen ohjautuvuuden varmistamiseksi. Jatkossa voisi tutkia uudelleen kiireellisten potilaiden ohjautuvuutta Tampereen kaupungin kiirevastaanotolle aikuisten sekä lasten valtakunnallisten yhtenäisten kiireellisen hoidon perusteiden julkaisemisen jälkeen.

Asiasanat: hoidon tarpeen arviointi, kiireellinen hoito, kiirevastaanotto, perusterveydenhuolto, potilaan ohjautuvuus

ABSTRACT

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

SIROLA, JADA & YRJÖLÄ, SATU:
Acute Patient Flow to Out-of-Hours Primary Health Care Centre

Master's thesis 68 pages, appendices 7 pages
May 2021

The purpose was to evaluate the reasons for encounter in the Tampere Out-of-Hours (OOH) Primary Care Centre and to assess the urgency of care from the multiprofessional staff's point of view. The aim was to collect information about the self-referral and guidance to the OOH Primary Care Centre in order to develop these practices, and to make suggestions to improve the day-to-day operations.

The patients' reasons for encounter were collected from the computerised medical records system and the quantitative data were analysed using SPSS. The data of the questionnaire were collected from the Tampere OOH staff (n=24), who were asked to describe the urgency and characteristics of patients seeking medical attention, and the results were analysed by using qualitative content analysis.

The quantitative results indicated that the reasons for encounter were partly acute complaints, but in some cases, the urgency of the patient's need for treatment was found to be indefinable. Furthermore, the qualitative results indicated that the reasons for encounters should be acute, but non-emergency conditions, which can be treated in primary health care. In general, the OOH staff presented various development ideas to improve the operational environment, which could be further researched in the future.

Key words: reason for encounter, out-of-hours, urgency of care, non-emergency, self-referral, primary care

SISÄLLYS

1	JOHDANTO	5
2	TAMPEREEN KAUPUNGIN KIIREVASTAANOTTO	6
3	TARKOITUS, TAVOITTEET JA TUTKIMUSTEHTÄVÄT	9
4	TEOREETTISET LÄHTÖKOHDAT	10
4.1	Hoidon tarpeen arviointi ja hoitoon pääsy	10
4.2	Hoidon kiireellisyyden luokittelu	12
4.2.1	Kiireellinen hoito	13
4.2.2	Kiireellisen hoidon lainsäädäntö	14
4.2.3	Valtakunnalliset kiireellisen hoidon perusteet ja Päivystysapu 116117-hanke	15
4.3	Potilaan tulosyy	16
4.3.1	ICPC-2 Perusterveydenhuollon kansainvälinen luokitus	17
4.3.2	Perusterveydenhuollon kiireellisten potilaiden tulosyyt	18
4.4	Päivystystoiminnan haasteet	19
5	MENETELMÄLLISET LÄHTÖKOHDAT	22
5.1	Määrällinen ja laadullinen tutkimus	22
5.2	Aineistojen hankintamenetelmät	23
5.3	Aineistojen analysointi	24
6	TUTKIMUSTULOKSET	27
6.1	Määrällisen tutkimuksen tulokset	27
6.1.1	Potilaiden ikä- ja sukupuolijakaumatiedot	27
6.1.2	Yleisimmät tulosyyt kiirevastaanotolle	30
6.1.3	Yleisimmät tulosyyt ikäryhmittäin	31
6.1.4	Yleisimmät tulosyyt sukupuolittain	34
6.2	Laadullisen tutkimuksen tulokset	36
6.2.1	Millaisten potilaiden tulisi ohjautua kiirevastaanotolle	36
6.2.2	Millaisten potilaiden ei tulisi ohjautua kiirevastaanotolle	39
6.2.3	Hoitohenkilöstön kehittämissuhteet	42
7	POHDINTA	46
7.1	Tutkimustulosten tarkastelu	46
7.2	Tutkimuksen eettisyys ja luotettavuus	51
7.3	Johtopäätökset ja ehdotukset jatkokehittämiselle	54
	LÄHTEET	57
	LIITTEET	62
	Liite 1. Poimintajakson aikana havaitut tulosyyt	62
	Liite 2. Kiirevastaanoton henkilöstön kyselylomake	66

1 JOHDANTO

Valtioneuvoston asetus kiireellisen hoidon perusteista ja päivystyksen erikoisala-kohtaisista edellytyksistä tuli voimaan 01.01.2018 (Finlex 2018). Lakiuudistuksen tavoitteena on varmistaa palvelujen yhdenvertainen saatavuus, riittävä osaaminen hoitavissa yksiköissä, potilasturvallisuuden takaaminen sekä kustannusten kasvun hillitseminen. Lisäksi tavoitteena on potilaiden kiireelliseen hoitoon pääsyn helpottaminen. (Valtioneuvosto n.d.)

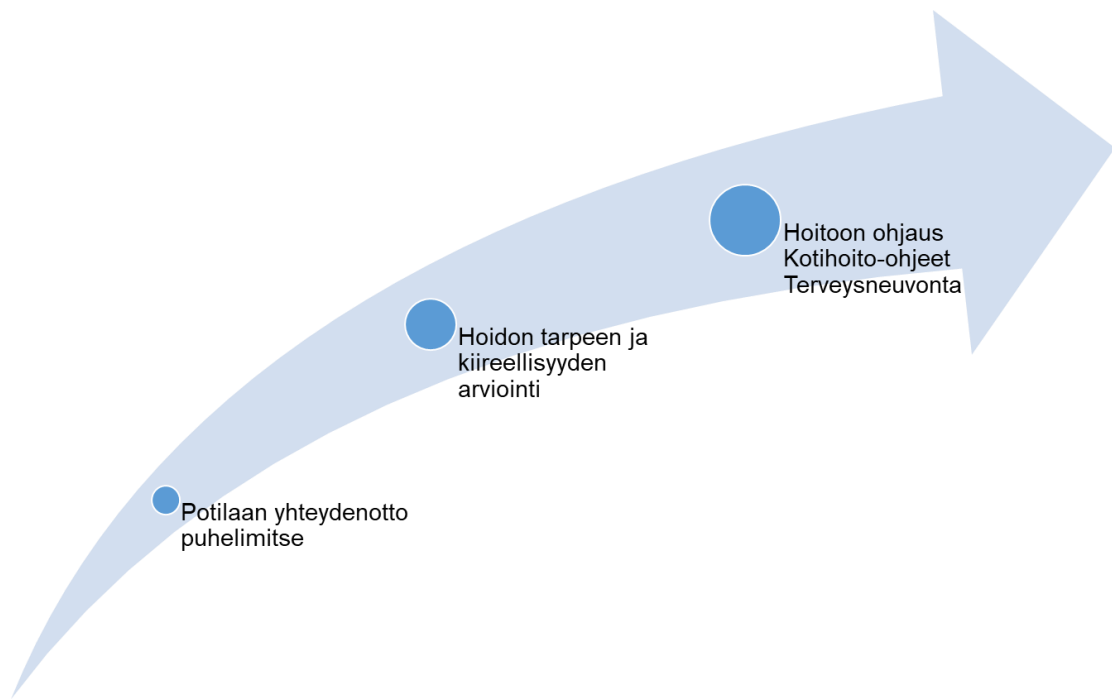
Kiireettömään hoitoon pääsyä koskevat määräajat ja perusteet ovat olleet voimassa yli 10 vuoden ajan vähäisin täsmennyksin, nämä perusteet eivät sisällä kiireellisen hoidon perusteita. Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelurakennemuutoksen keskeisiä tavoitteita ovat olleet viime vuosina hoidon saatavuuden, saatavuuden ja yhdenvertaisuuden lisäksi peruspalveluiden vahvistaminen ja hoidon vaikuttavuuden sekä kustannustehokkuuden lisääntyminen. Uudistuksella on tavoiteltu perusterveydenhuollon, erikoissairaanhoidon ja sosiaalipalvelujen järjestämisvastuun rajojen poistamista. Tämän seurauksena on ollut tarve uudelleen määrittellä ja säätää hoidon saatavuuden määräajat sekä perusteet, mukaan lukien kiireellisen hoidon perusteet. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2019, 13.)

Perusterveydenhuollon kiirevastaanotto on ollut toiminnassa Tampereella lähes neljän vuoden ajan. Potilaat ohjautuvat kiirevastaanotolle Tampereen kaupungin ajanvaraus- ja neuvontapalvelun, terveysasemien sekä Tampereen yliopistollisen sairaalan Päivystys Acutan ohjaamana. Käytännön työ on osoittanut, että on syytä tarkastella potilaiden ohjautuvuuden tarkoituksenmukaisuutta kiirevastaanotolle. Opinnäytetyön tarkoituksena on selvittää potilaiden ohjautuvuutta Tampereen kaupungin kiirevastaanotolle potilaiden tulosyytietojen perusteella sekä kiirevastaanoton hoitohenkilöstön kokemana. Tavoitteena on saada tietoa potilaiden ohjautuvuudesta kiirevastaanotolle kiireellisten potilaiden hoitoon ohjautuvuuden kehittämiseksi sekä kehittämisehdotuksia Tampereen kaupungin kiirevastaanoton toiminnan kehittämiseksi.

2 TAMPEREEN KAUPUNGIN KIIREVASTAANOTTO

Tampereen kaupungin alaisuudessa toimiva perusterveydenhuollon kiirevastaanotto on ollut toiminnassa kesäkuusta 2017 lähtien. Kiirevastaanotto toimii arki-iltaisain klo 16–20 ja viikonloppuisin klo 10–16 Hatanpään terveysaseman tiloissa. Kiirevastaanotolla työskentelee arki-iltaisain kaksi sairaanhoitajaa sekä kaksi lääkäriä, viikonloppuisin kaksi-kolme sairaanhoitajaa sekä kaksi lääkäriä. Molemmilla opinnäytetyön tekijöillä on vankka työkokemus Tampereen kaupungin perusterveydenhuollon avopalveluiden vastaanottotoiminnasta sekä kiirevastaanoton sairaanhoitajina työskentelemisestä.

Tampereella hoidon tarpeen arviointia tapahtuu perusterveydenhuollossa Tampereen kaupungin neuvonta- ja ajanvarauspalveluiden Terveyspalvelujen neuvonnan puhelinpalvelussa sairaanhoitajien tekemänä, terveysasemilla hoidon tarpeen arvioinnissa sekä sairaanhoitajien että terveydenhoitajien vastaanotolla. (Tampereen kaupunki 2019a). Potilaat päätyvät kiirevastaanotolle Terveyspalvelujen neuvonnan, terveysasemien sekä Tampereen yliopistollisen sairaalan Päivystys Acutan ohjaamana. Terveysasemilta ja Päivystys Acutasta ohjataan potilaat ottamaan yhteyttä Terveyspalvelujen neuvontaan, jonka kautta ajanvaraus kiirevastaanotolle tapahtuu hoidon tarpeen arvioinnin mukaan (Kuvio 1). Potilaat tulevat siis vastaanotolle ainoastaan ajanvarauksella, joka tehdään pääsääntöisesti samalle päivälle. Ajanvaraus kiirevastaanotolle alkaa arkisin klo 12 ja viikonloppuisin klo 7. (Knuuttila-Järvinen 2019.)



KUVIO 1. Potilaan yhteydenotto prosessi

Kiirevastaanotolla annetaan terveysasematasoista hoitoa terveysasemien aukioloaikojen ulkopuolella. Potilaiden oireet tai vammat ovat kiireellisyydeltään samana tai viimeistään seuraavana päivänä hoidettavia. Tampereen kaupungin Terveyspalvelujen neuvonnassa on tällä hetkellä linjauksena ohjata kiirevastaanotolle sellaiset potilaat, jotka tarvitsevat hoitoa samana tai viikonloppuisin harkiten seuraavana päivänä, ja jotka ilman kiirevastaanottoa ohjautuisivat Tampereen yliopistollisen sairaalan Päivystys Acutaan. Tarvittaessa voidaan käyttää Päivystys Acutan hoidon tarpeen arviointi -taulukkoa. Kuvantamista vaativat traumat ohjataan pääsääntöisesti Päivystys Acutaan. Kuvantamispalvelut eivät ole käytössä kiirevastaanotolla. Perusterveydenhuollon ei-kiireelliset potilaat ohjataan omille terveysasemilleen; esimerkiksi vuosikontrollipotilaat, haavanhoitopotilaat tai reseptien uusinta-asiat eivät kuulu kiirevastaanotolle. (Knuuttila-Järvinen 2019.)

Kiirevastaanoton toiminta on toistaiseksi muokkautunut käytännön työn perusteella sekä pohjautuen Tampereen kaupungin akuuttivastaanottojen yleiseen toimintamalliin. Kiirevastaanoton hoitohenkilökunnalle on laadittu kiirevastaanotto-käsikirja, joka sisältää ohjeistuksen kiirevastaanotolla työskentelemiseen sekä esimerkiksi perehdytysohjeet lääkäreille sekä hoitajille (Knuuttila-Järvinen & Yrjölä 2021).

Tampereen kaupungin apulaispormestari Johanna Loukaskorven mukaan tavoitteena kiirevastaanoton toiminnassa on ollut kiireellisten aikojen saatavuuden parantaminen sekä ilta-aikaisten palvelujen tuottaminen. Tavoitteena on ollut tarjota parempaa palvelua äkillisesti sairastuneille, ei niinkään kiireettömien vastaanottoaikajonojen lyhentäminen. Toistaiseksi ei voida arvioida Acutan päivystyskäytön vähenemistä, joka on myös kiirevastaanoton tavoitteena. Kiirevastaanotto toiminnalla on korjattu kiireellisten palvelujen vajetta, ja ajat ovatkin täyttyneet odotetusti. (Loukaskorpi 2018.)

Opinnäytetyön aihe nousi esiin työelämätahon yhteyshenkilön eli avopalvelujen vastaanotto toiminnan hoitotyön päällikön kanssa käytyjen keskustelujen myötä. Tutkimusta Tampereen kaupungin kiirevastaanotolle ohjautuvien potilaiden tulostyistä tai kiirevastaanoton hoitohenkilöstön kokemuksista potilaiden ohjautuvuudesta kiirevastaanotolle ei ole aikaisemmin tehty. Nämä osaltaan auttaisivat potilaiden hoitoon ohjautuvuuden ja kiirevastaanotto toiminnan kehittämistä.

3 TARKOITUS, TAVOITTEET JA TUTKIMUSTEHTÄVÄT

Opinnäytetyön tarkoituksena on selvittää potilaiden ohjautuvuutta Tampereen kaupungin kiirevastaanotolle potilaiden tulositytöiden perusteella sekä kiirevastaanoton hoitohenkilöstön kokemana.

Opinnäytetyön tutkimustehtävät ovat:

1. Millaisia potilaita ohjautuu kiirevastaanotolle tulosityiden perusteella?
2. Millaisten potilaiden tulisi ensisijaisesti ohjautua kiirevastaanotolle hoitohenkilöstön kokemana?
3. Millaisten potilaiden ei tulisi ohjautua kiirevastaanotolle hoitohenkilöstön kokemana?

Tavoitteena on saada tietoa potilaiden ohjautuvuudesta kiirevastaanotolle kiireellisten potilaiden hoitoon ohjautuvuuden kehittämiseksi sekä kehittämisehdotuksia Tampereen kaupungin kiirevastaanoton toiminnan kehittämiseksi.

4 TEOREETTISET LÄHTÖKOHDAT

4.1 Hoidon tarpeen arviointi ja hoitoon pääsy

Tässä opinnäytetyössä käytetään hoidon tarpeen arviointi -käsitettä, joka sisältää myös hoitoon pääsy -käsitteen. Hoidon tarpeen arviointi on yleiskäsite, jota käytetään perusterveydenhuollossa siitä vuorovaikutustapahtumasta, jossa terveydenhuollon ammattilainen arvioi potilaan hoitoon pääsyä sekä hoidon kiireellisyyttä haastattelun ja oireiden kartoittamisen perusteella. Hoidon tarve voi olla kiireellisyydeltään välitön, päivystyksellinen tai ajanvarauksellinen. Hoidon tarpeen arviointi ei tarkoita lääketieteelliseen tutkimukseen perustuvaa taudinmäärittelyä ja siihen liittyvää hoitoa, vaan hoidon kiireellisyyden arviointia oirekuvan perusteella. (Castren ym. 2008, 64.)

Hoidon tarpeen arviointi on yksi keskeisimpiä osia potilaan hoitoa. Hoidon tarpeen arvioinnista säädetään terveydenhuoltolaissa sekä päivystysasetuksessa. Päivystysasetuksen perusteella kiireellinen hoito voidaan toteuttaa joko kiireettömän hoidon yhteydessä tai erillisessä, asetuksessa mainitussa päivystysyksikössä. Hoidon tarpeen arvioinnin ja siihen liittyvän ohjauksen voi päivystysyksikössä tehdä laillistettu terveydenhuollon ammattilainen. Potilasturvallisuuden vuoksi on hyvin tärkeää, että sekä perusterveydenhuollossa että erikoissairanhoidossa hoidon tarpeen arviointia tekevällä terveydenhuollon ammattilaisella pitää olla tehtävän edellyttämä osaaminen sekä kokemus, ja työnantajan on huolehdittava tehtävän edellyttämästä koulutuksesta, ohjauksesta ja valvonnasta. (Valvira 2014.)

Valtioneuvoston asetuksessa hoitoon pääsyn toteuttamisesta (1019/2004) 2§:ssa määritetään hoidon tarpeen arvioinnista, että yhteydenoton syyn, sairauksien oireiden ja niiden vaikeusasteen sekä kiireellisyyden perusteella yhteydenottajan kertomana tehdään hoidon tarpeen arvio. Hoidon tarpeen arviointi voidaan tehdä terveydenhuollon ammattilaisen toimesta joko vastaanotolla tai puhelimitse.

Terveydenhuollon ammattilainen tekee hoidon tarpeen arvioinnin ammattivastuullaan. Työnjako lääkäreiden ja sairaanhoitajien välillä edellyttää, että asianomaisella on tehtävien suorittamiseen riittävä koulutus, kokemus ja ammattitaito. Sairaanhoitajan tekemä hoidon tarpeen arviointi perustuu käytännössä vastaavan lääkärin antamaan ohjeistukseen, jolloin vastaavalla lääkärillä on vastuu tästä toiminnasta. Terveydenhuollon toimintayksikkö on viime kädessä vastuussa siitä, että terveydenhuollon ammattilaisella on ammattitoiminnan edellyttämä koulutus, ammatillinen pätevyys ja ammattitoiminnan edellyttämät osaamisvalmiudet ja, että terveydenhuollon ammattihenkilölainsäädännön muut edellytykset täyttyvät. (Valvira 2014.)

Hoidon tarpeen arvioinnin tarkoituksena on selvittää syy, miksi potilas on hakeutumassa hoitoon. Hoidon tarpeen syynä voi olla somaattinen sairaus tai oire yhtä lailla kuin psyykinen tai sosiaalinen tarve. Potilaiden ikäjakauma on laaja ja hoitosuhteisiin liittyy erilaisia sosiokulttuurisia taustatekijöitä. Hoitosuhde voi olla lyhytkin, mutta sen aikana tulee tehdä tarvittavat toimenpiteet sekä suunnitella potilaan tilan vaatima jatkohoito. Arviointia tehdessään sairaanhoitaja huomioi potilaan kokonaistilanteen, oireiden kiireellisyyden sekä käytettävissä olevat resurssit. Arvioinnissa otetaan huomioon potilaan oireiden alkamisajankohta, oirekuva sekä yleisvointi arviointihetkellä, oireiden esiintyvyyden vaihtelevuus, oireiden omahoito ja mahdollinen aikaisempi hoito. Näiden tietojen perusteella potilaalle annetaan omahoitoon liittyvää neuvontaa tai ohjataan sairaanhoitajan tai lääkärin vastaanotolle kiireettömästi tai kiireellisesti tai välittömään päivystykselliseen hoitoon. Hyvällä hoidon tarpeen arvioinnilla potilas ohjautuu oikea-aikaiseen hoitoon ja oikeaan hoitopaikkaan. Hyvä hoidon tarpeen arviointi perustuu terveydenhuollon ammattilaisen ammattitaitoiseen päätöksentekokykyyn. (Syväoja & Äijälä 2009, 55–56,62; Castren ym. 2008, 63.)

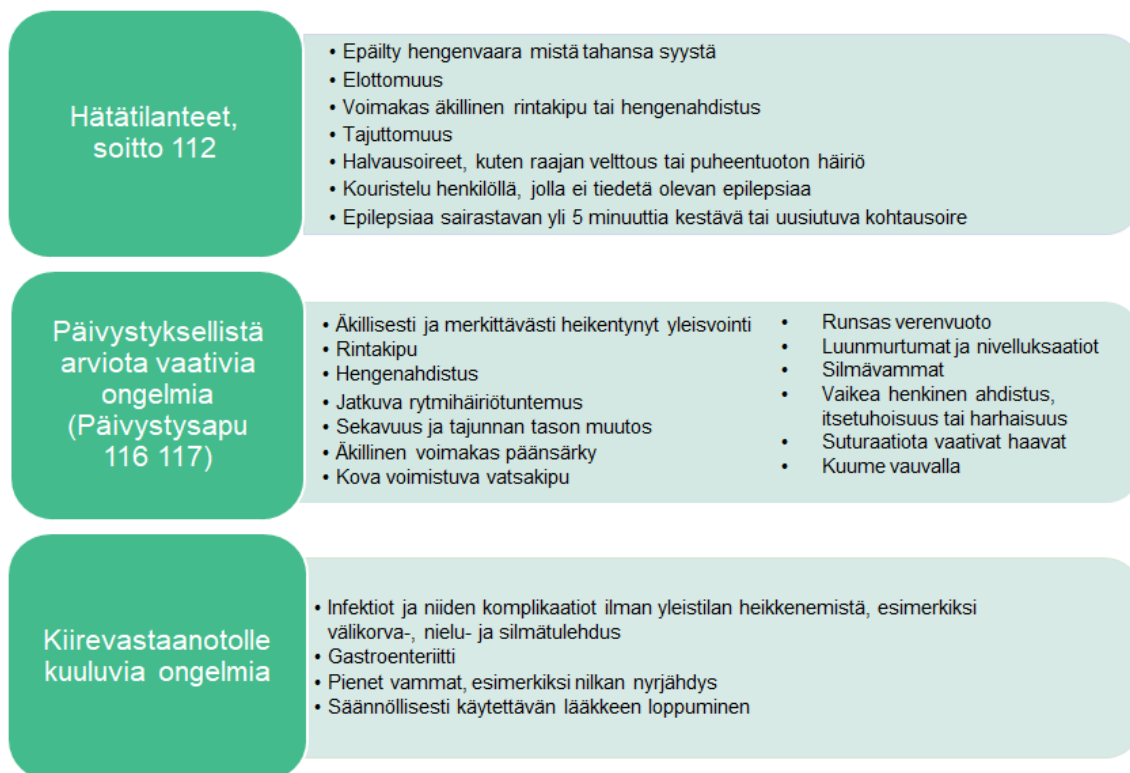
Terveyspalvelujen puhelinneuvonta on tärkeässä roolissa hoidon tarpeen ja kiireellisyyden arvioinnin välineenä nykypäivänä. Puhelinneuvonnan avulla terveyspalvelujen saatavuus paranee ja potilaan saama hoidon tarpeen arviointi nopeutuu. Puhelimessa tapahtuva hoidon tarpeen arviointi vähentää myös potilaiden päätymistä vastaanotoille ja päivystykseen turhaan. Puhelinneuvonnassa sairaanhoitajan ammattitaito, perusteellisuus sekä intuitio korostuvat. (Pellikka 2013, 857.)

Hoitoon pääsee kansallisesti yhteneväisten hoidon kriteerien ja kansallisten hoitosuosittelujen pohjalta kunkin potilaan yksilöllisen tarpeen mukaisesti. Yksilöllistä tarvetta määrittävät sairauden aste, toimintakyvyn ongelmat, hoidosta odotettavissa oleva hyöty suhteessa haittoihin eli hoidon vaikuttavuus sekä potilaan omat odotukset. Hoidosta päätettäessä otetaan huomioon myös hoidon vaikuttavuus suhteessa siitä koituviin kustannuksiin. Lisäksi huomioon otetaan yhteiskunnan hyväksymät terveydenhuollon toimintojen priorisointiin kohdistuvat arvot. Julkisen sektorin hoidon ja palvelujen rajat määritellään kansallisessa palvelulupauksessa ja palveluvalikoimassa. Potilaan oikeus saada tietoa terveysongelmastaan ja sen hoitomahdollisuuksista, tehdä tietoon ja omaan elämäntilanteeseen perustuvia valintoja ja osallistua terveysongelmansa ja terveytensä hoitoon korostuvat sekä hoitoon pääsyssä että hoidon toteutuksessa. (Iivari ym. 2017, 18–19.)

Oikeanlainen hoidon tarpeen arviointi on siis ratkaisevassa asemassa oikea-aikaisen hoitoon pääsyn turvaamiseksi. Oikeanlaisella hoidon tarpeen arvioinnilla voidaan vaikuttaa merkittävästi perusterveydenhuollon toimivuuteen. Hoidon tarpeen arvioinnin onnistumisella on sekä suoria että välillisiä vaikutuksia terveydenhuoltojärjestelmän kokonaiskustannuksiin, hoitoprosessien sujuvuuteen, henkilöstön työpanoksen oikeaan kohdentumiseen ja erityisesti yksittäisen potilaan hoidon onnistumiseen. (Syväoja & Äijälä 2009, 7.)

4.2 Hoidon kiireellisyyden luokittelu

Hoidon kiireellisyydellä tarkoitetaan potilaiden luokittelua sen mukaan, miten nopeasti heidän on terveydentilansa perusteella päästävä hoitoon (Finohta 2011, 1). Aikuisten valtakunnalliset yhtenäiset kiireellisen hoidon perusteet -julkaisussa hoidon kiireellisyys jaetaan seuraavasti kiireellisimmästä kiireettömimpään: Häätätilanne 112, hoidetaan päivystyksellisesti, hoidetaan päivystyksenä, mutta ei yöllä, hoidetaan virka-aikana 2-3 vrk:n kuluessa, kiireetön ajanvaraus, puhelinneuvonta – omahoito ja digitaaliset palvelut (Sosiaali- ja terveysministeriö 2020a, 10). Tässä opinnäytetyössä keskitytään kiireelliseen hoitoon, joka tapahtuu päivystyksenä, mutta ei yöllä.



KUVIO 2. Hoidon kiireellisyyden tasot.

Kuviossa 2 on luokiteltu esimerkein hoidon kiireellisyyden tasoja. Kuviossa mainitaan joitakin kiirevastaanotolle kuuluvia ongelmia. (Nevalainen 2020.)

4.2.1 Kiireellinen hoito

Kiireellisellä hoidolla tarkoitetaan akuutin sairastumisen, vamman, pitkäaikaissairauden vaikeutumisen tai toimintakyvyn alenemisen edellyttämää välitöntä arviota ja hoitoa, jota ei voida siirtää ilman sairauden pahenemista tai vamman vaikeutumista (Terveystieteiden tutkimuskeskus 1326/2010). Kaikkien kiireellistä hoitoa tarvitsevien potilaiden ei kuitenkaan tarvitse saada välitöntä hoitoa. Monet oireet ja vammat voidaan hoitaa seuraavana aamuna tai 1-2 päivän kuluessa. Päivystyshoidon tarpeessa olevat potilaat hoidetaan ensisijaisesti terveysasemien päiväaikaisessa päivystyksessä, jos diagnostiikka ja hoito eivät edellytä erikoissairaanhoidon päivystyksen käyttöä kiireellisyyden tai tarvittavien resurssien vuoksi. Yöaikana tulee hoitaa potilaita, joiden hoitoa ei voida siirtää seuraavaan aamuun oireiden vaikeuden, sairauden pahenemisen tai oireiden vaikeutumisen vuoksi. Hätätilapotilaat sekä välitöntä diagnostiikkaa ja hoitoa tarvitsevat potilaat hoidetaan yhteistyössä ensihoidon

kanssa. Kunkin potilaan hoidossa ensisijaisena lähtökohtana on hoidon järjestäminen potilaan lääketieteellisen hoidon tarpeen kannalta parhaalla mahdollisella tavalla. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2020a, 2.)

Kiireellistä hoitoa määritellään usein sairaanhoidoksi, jota tarvitaan pikaista huomiota vaativissa tilanteissa, joiden hoidon tarve on samana päivänä tai vuorokauden sisällä tapahtuvaa, mutta jotka eivät ole henkeä uhkaavia eli päivystyshoitoa vaativia. Nämä kiireellisen hoidon palvelut on suunniteltu terveysasemien aukioloaikojen ulkopuolella tapahtuvia ennalta-arvaamattomia sairastumisia varten. (McHale ym. 2013; Pope ym. 2019.)

Kiireellisen hoidon palvelut voivat sisältää esimerkiksi perusterveydenhuollon iltapäiväiset palvelut sekä puhelinneuvonnassa tapahtuvan hoidon tarpeen arvioinnin, joissa voidaan arvioida potilaan hoidon tarvetta ja ohjata oikeaan hoitopaikkaan. Tämänkaltaisten terveydenhuollon palvelujen lisääminen ja monimuotoistaminen vastaa asiakaslähtöisyyteen sekä valinnanvapauden mahdollisuuteen. Tavoitteena on tarjota päivystyksellisen hoidon sijaan mahdollisuutta käyttää kiireellisen hoidon palveluja sekä kannustaa toteuttamaan enemmän omahoitoa. Näiden rakenteellisten muutosten vaikutus on aiheuttanut terveydenhuollon toimintaympäristöön palvelujen välistä hämärtymistä, johtuen palveluiden päällekkäisyydestä. Näiden palvelurakenteiden moninaisuuksien vuoksi tulisi ymmärtää hoitoon hakeutuvien potilaiden käyttäytymistä ja tehostaa ohjeistusta siihen, miten ja milloin hakeutua kiireelliseen hoitoon. (Pope ym. 2019.)

4.2.2 Kiireellisen hoidon lainsäädäntö

Laki terveydenhuoltolain muuttamisesta astui voimaan 01.01.2017. Lain 50 §:ssä säädetään kiireellisen hoidon antamisesta ja päivystyksen edellytyksistä. Valtioneuvoston uusi asetus kiireellisen hoidon perusteista ja päivystyksen erikoisala-kohtaisista edellytyksistä astui voimaan 01.01.2018. (Haapiainen, Kaila & Salomaa 2019, 14–15.)

Terveydenhuoltolain 50 §:ssä (1326/2010) todetaan kiireellisen hoidon perusteista, että:

Kiireellisen hoidon antamista varten kunnan tai tarvittaessa kuntayhtymän on järjestettävä vastaanotto toiminta siten, että potilas saa arkipäivisin ilmoitettuna aikana välittömästi terveydenhuollon ammattihenkilön arvion ja hoidon kiireellisissä tapauksissa lähellä asuinpaikkaansa, ellei potilasturvallisuuden ja palveluiden laadun turvaaminen edellytä arvion ja hoidon keskittämistä päivystysyksikköön. Kunnan tai tarvittaessa kuntayhtymän on järjestettävä terveydenhuollon ilta-ajan ja viikonlopun päivääkainen perusterveydenhuollon kiireellinen vastaanotto toiminta silloin, kun palvelujen saavutettavuus sitä edellyttää.

Uudessa valtioneuvoston asetuksessa kiireellisen hoidon perusteista (583/2017) määritellään seuraavasti:

Kiireellisen hoidon vastaanotto toiminta on järjestettävä arkipäivisin ilmoitettuna aikana lähellä asukkaita paitsi, jos potilasturvallisuuden ja palveluiden laadun turvaaminen edellyttää arvion ja hoidon keskittämistä päivystysyksikköön. Kiireellisen hoidon vastaanotto toimintaa voidaan toteuttaa osana perusterveydenhuollon tavanomaista vastaanotto toimintaa tai yhteispäivystyksen yhteydessä. Ilta-ajan ja viikonlopun päivääkainen perusterveydenhuollon kiireellinen vastaanotto toiminta on järjestettävä silloin, kun palvelujen saavutettavuus sitä edellyttää. Kiireellisen hoidon vastaanotto toiminnasta on sovittava terveydenhuoltolain 34 §:ssä tarkoitetussa sairaanhoitopiirin kuntien järjestämissuunnitelmassa. Suunnitelmassa on otettava huomioon alueen väestön palvelutarve ja kiireellisten palveluiden saavutettavuus sekä alueen ensihoitopalvelu ja sen palvelutasopäätös. Kiireellisen hoidon vastaanottoa järjestävässä yksikössä tulee olla riittävät edellytykset taudinmääritykseen ja ohjeistus siitä, mihin potilas on tarvittaessa lähetettävä taudinmääritystä tai hoitoa varten sairauden niin vaatiessa. Palvelun järjestäjän tulee ohjata alueen väestöä siitä, milloin kyseistä kiireellisen hoidon vastaanotto palvelua on tarkoituksenmukaista käyttää.

Kiireellistä hoitoa käsittelevän lakiuudistuksen tavoitteena on varmistaa yhdenvertainen palvelujen saatavuus, riittävä ammattiosaaminen, riittävä potilasturvallisuus hoitavissa yksiköissä sekä hillitä kustannusten kasvua. Lisäksi tavoitteena on tehostaa kiireelliseen hoitoon pääsyä. (Haapiainen ym. 2019, 10.)

4.2.3 Valtakunnalliset kiireellisen hoidon perusteet ja Päivystysapu 116117-hanke

Sosiaali- ja terveysministeriön Valtakunnallinen hoidon saatavuuden ja yhtenäisten hoidon perusteiden työryhmä julkaisi loppuraporttinsa, jossa on tarkasteltu kiireellisen hoidon perusteiden laatimista aikuisille ja lapsille. Perusteiden laati-

minen osoittautui aluksi ennakoitua vaikeammaksi ja työ jatkui ensihoidon ja päivystystoiminnan yhteistyön ohjausryhmän sekä Päivystysapu 116117-hankkeessa. Aikuisten ja lasten valtakunnalliset yhtenäiset kiireellisen hoidon perusteet julkaistiin lopulta vuonna 2020. Perusteet käsittelevät päivystyksellisen ja ei-päivystyksellisen hoidon rajapintaa. Yksittäisiin oireita ja vammoja käsittelevät ohjeet on laadittu suosituksiksi, jotka helpottavat käytännön työtä. Yhtenäisiä kiireellisen hoidon perusteita tarvitsevat vastaanottotyötä tekevät terveydenhuollon ammattilaiset, hätäkeskusten ja ensihoidon työntekijät, yhteispäivystysten hoidon tarpeen arviota tekevät hoitajat sekä potilaat hoitoon hakeutumisen tueksi. Perusteet ovat tärkeitä myös valtakunnalliseksi leviävän Päivystysapu 116117-hankkeen käytäntöjen yhtenäistämiseksi. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2019, 11, 37; Sosiaali- ja terveysministeriö 2020a; Sosiaali- ja terveysministeriö 2020b.)

Päivystysapu 116117-hankkeen sosiaali- ja terveydenhuollon päivystykseen rakennettava kansallinen ohjaus- ja neuvontapalvelu mahdollistaa perusterveydenhuollon virka-ajan ulkopuolisen välittömän yhteydenoton ja hoidon tarpeen arvion. Palvelu on käytössä jo suurimassa osassa sairaanhoitopiirejä. Asiakkaat voivat soittaa palvelunumeroon 116117 kiireellisissä sosiaali- ja terveysongelmissa, joissa ei ole kyse hätätilanteesta. Terveydenhuollon ammattilainen tekee hoidon tarpeen arvion, antaa kiireelliseen tilanteeseen asiantuntijan ohjauksen ja tarvittaessa ohjaa asiakkaan alueensa palvelujen pariin. Palvelun tavoitteena on parantaa terveystalvuuja, vähentää päivystyskäyntejä ja ensihoidon tehtävien määrää sekä ohjata hätänumeroon kuulumattomat puhelut oikeaan paikkaan. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2019, 30; SoteDigi 2020.)

4.3 Potilaan tulosyy

Potilaan itsensä ilmaisema yhteydenoton, asiointin tai hoitoon hakeutumisen syy eli tulosyy kirjataan vapaamuotoisesti. Tulosyy perustuu potilaan omaan ilmoitukseen, kokemukseen, näkemykseen, tulkintaan tai arvioon terveystalvuissa asiointin syystä. Potilaan palveluissa asiointin syyt voivat olla erilaisiin oireisiin liittyviä, aiemmin diagnosoituihin sairauksiin, diagnostisiin, hoidollisiin toimenpiteisiin tai lääkitykseen liittyviä. Potilaan ilmoittama tulosyy tulee kirjata potilaan il-

moittamalla tavalla, ilman, että terveydenhuollon ammattilainen ottaa kantaa ilmoitetun tulosyyn oikeellisuuteen tai paikkansapitävyyteen. (Jokinen & Virkkunen 2018, 54–55.) Tällä hetkellä Tampereen kaupungilla on käytössä vapaamuotoinen potilaan tulosyyn kirjaustapa.

4.3.1 ICPC-2 Perusterveydenhuollon kansainvälinen luokitus

Perusterveydenhuollon kansainvälinen luokitus ICPC-2 (International Classification of Primary Care - 2nd Edition) on selkeärakenteinen koodisto, jonka käyttötarkoitus Suomessa on potilaan diagnoosi- ja käyntisytytiedon kirjaaminen. ICPC-2:n avulla voidaan kirjata tietoa potilaan terveysongelmista, oireista ja sairauksista. Luokitusta voidaan käyttää myös potilaiden ilmoittamien tulosyiden kirjaamiseen. Luokitus on kehitetty vastaamaan erityisesti perusterveydenhuollon tarpeisiin. ICPC-2 on hyväksytty osaksi WHO:n kansainvälisten WHO-FIC-luokituksia. Koodistoa ylläpitävät yleislääkäri- ja perhelääkäritaustaiset asiantuntijat ja sen oikeudet kuuluvat Maailman perhelääkärijärjestö Woncalle. Wonca International Classification Committeeen (WICC) eli Woncan kansainvälisen luokituskomitean tehtävänä on kehittää ja ylläpitää ICPC-2-luokituksia ja varmistaa, että nämä luokitukset ovat mahdollisimman laadukkaita sekä yhteensopivia kansainvälisen terveydenhuollon terminologian ja luokitteluiden kanssa. Wonca toimii yhteistyössä muun muassa Maailman Terveysjärjestön WHO:n kanssa. (Kuntaliitto 2019; WHO 2020; WICC 2021; WONCA Europe 2021.)

Sairaanhoitajat ja muut vastaavat terveydenhuollon ammattihenkilöt kirjaavat hoitamansa terveysongelmat ja potilaan asiointin syyt hoidon syy -otsikon alta avautuvaan tietokenttään tai käyntisytytietona suoraan käyntisytytietorakenteeseen ICPC-2-koodien avulla. Koodin valinta tapahtuu käynnin tai kontaktin perusteella ja perustuu ammattihenkilön arvioon sekä tulkintaan. (Kuntaliitto 2019.) Potilaan tulosyyn voidaan kirjata ICPC-2-luokituksen avulla vapaamuotoisen kirjauksen sijaan.

ICPC-2 on kaksiulotteinen luokitus, jonka muodostavat 17 lukua sekä seitsemän komponenttia. Nämä 17 lukua perustuvat anatomiseen jaotteluun, lisäksi epä-

spesifeille ja sosiaalisille ongelmille, mielenterveydelle, miesten ja naisten taudille sekä raskaudelle, synnytykselle ja perhesuunnittelulle on omat lukunsa. Jokainen luku merkitään kirjaimella (A-Z). Luvut jakautuvat edelleen seitsemään komponenttiin, joiden tunniste on kaksinumeroinen (01–99). ICPC-2-koodi on näin aina kolmemerkkinen. Komponentin 1 Oireet ja vaivat –koodit päättyvät aina numeroihin 01–29, komponenttien 2–6 prosessikoodit numeroihin 30–69 ja komponentin 7 Taudit ja sairaudet –koodit numeroihin 70–99. (Komulainen & Savolainen 2012, 70–71.) Taulukossa (taulukko 1) on esitelty esimerkkinä ICPC-2-luokitusta, jossa anatomiana korva eli kirjaintunnus H, komponentin 1 Oireet ja vaivat eli numeroina 01-29 (Kuntaliitto 2016).

TAULUKKO 1. Korva H

H01	Korvan kipu/särky
H02	Kuulo-oire
H03	Korvien soiminen
H04	Erite korvasta
H05	Verenvuoto korvassa/korvasta
H13	Korvan tukkoisuus
H15	Huoli korvien ulkonäöstä
H27	Huoli/pelko korvataudista
H28	Toiminnanvajaus korvan
H29	Muu korvan oire/vaiva

4.3.2 Perusterveydenhuollon kiireellisten potilaiden tulokset

Perusterveydenhuollon kiireellisten potilaiden tulostyistä löytyy niukasti tutkimustietoa. Hyvinkään yhteispäivystyksen potilasvirta-analyysissä Malmström, Torkki, Valli & Malmström (2012) selvittivät potilaskäyntien tulokset vuoden 2008 aikana. Potilaskäyntien tulokset tilastoitiin eri käyntityyppien mukaan sekä käynnit luokiteltiin perusterveydenhuollon tai erikoissairaanhoidon käynteihin. Tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää tulostyihin perustuvan potilasvirta-analyysin toimivuutta hoidon tarpeen arvioinnin onnistumisen seurannassa. Tutkimuksen mu-

kaan 15 yleisintä tulosyytä päivystykseen hakeutumiselle olivat: vammat ja tukielinoireet, flunssa ja kurkkukipu, vatsakipu, vatsatauti, kuume, hengenahdistus, korvaoire, rintakipu tai rintatuntemus, yskä, rytmihäiriö, selkäkipu, silmäoire, päänsärky, virtsatieinfektio ja yleistilan lasku. Tutkimustuloksissa todettiin tärkeäksi potilaiden ohjaaminen mahdollisimman tarkoituksenmukaiselle hoitolinjalle heti alkuvaiheen hoidon tarpeen arvioinnissa. Tutkimuksen johtopäätöksissä todettiin tulosten analysoimisen tuovan mahdollisuuksia päivystyshoidon työnjaon tarkoituksenmukaisuuden ja tarvittavien korjaustoimien selvittämiseen. (Malmström ym. 2012, 345, 347–349.) Tätä Hyvinkään yhteispäivystyksen potilasvirta-analyysia käsittelemme myöhemmin tässä opinnäytetyössä alaluvussa 7.1 Tutkimustulosten tarkastelu.

4.4 Päivystystoiminnan haasteet

Perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon päivystystoiminta on sekä määrältään, kustannuksiltaan että sisällöltään huomattava osa terveydenhuoltoa. Perusterveydenhuollossa päivystyspotilaiden hoitoon kuluu jopa puolet lääkäreiden työajasta. Päivystystoiminnalla on merkittävä vaikutus potilaan hoitoketjuun sekä hoidon tuloksiin ja niiden kustannuksiin. Potilas saattaa tarvita kannanoton tai hoidon melko nopeasti, mutta ei välittömästi. Terveysasemien virka-ajan ulkopuolella toteutettava hoito saattaa joissakin tapauksissa olla järkevää tehdä seuraavana päivänä, jolloin tutkimus- ja konsultaatiomahdollisuudet ovat yleensä paremmat. Näiden potilaiden hoito voidaan toteuttaa seuraavana päivänä perusterveydenhuollon yksikössä. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2017, 1.)

Yleismaailmallisesti perusterveydenhuollon paineet ja ruuhkat aiheuttavat lisääntyvää kiirettä sekä tehottomia päivystyshoidon palveluja. Tämä johtaa lisääntyneisiin odotusaikoihin sekä hoidon viivästyminen, heikentyneeseen hoitoon pääsyyn sekä eettisiin ongelmiin. Päivystystoiminnan lisääntyvä paine johtuu usein aiheettomista yhteydenotoista tai lievästi sairastuneiden hoitoon hakeutumisesta, jotka eivät vaadi perus- tai erikoissairaanhoidoa. Tällaiset ei-kiireelliset tapaukset olisivat hoidettavissa kotona, terveydenhuollon puhelinneuvonnan avulla tai apteekista saatavien itsehoitovalmisteiden avulla. (McHale ym. 2013.)

Potilaat joutuvat sairastuessaan luokittelemaan itse oman hoidon tarpeensa eri kategorioihin, kuten “kiireetön”, “kiireellinen”, “päivystyksellinen”, “akuutti”, “perusterveydenhuollon päivystys” tai “erikoissairaanhoidon päivystys”. Tällöin potilaat joutuvat myös kohtaamaan erilaisen valikoiman terveydenhuoltopalveluja, kellonajasta tai viikonpäivästä riippuen. Pääasiallinen syy potilaiden hakeutumiseen ensiapuun voi olla perusterveydenhuollon palvelujen hankala saatavuus. Tämä puolestaan saattaa olla syynä kiireellisen hoidon palvelujen lisääntyvälle tarpeelle. Pope ym. (2019) viittaavat tutkimuksessaan toiseen tutkimukseen, jonka mukaan potilaille oleellisempaa päivystykseen hakeutumisen päätöksenteossa olisi kuitenkin aikaisempi kokemus terveydenhuoltopalveluistaan. Näin ollen potilaat eivät suoranaisesti pohtisi kiireellisyysluokituksia hoitoon hakeutumiseen. (Pope ym. 2019.)

MacKichan ym. (2016) tutkivat Iso-Britanniassa, kuinka perusterveydenhuoltoon pääsyn prosessit vaikuttavat päivystykselliseen hoitoon hakeutumiseen. Monimutkaiset, vaihtuvat ajanvarauskäytännöt terveysasemille vaikeuttivat ajanvarauksen tekoa sekä potilaiden että henkilökunnan näkökulmasta, lisäten epäluottamusta järjestelmään. Puhelimitse tapahtuva ajanvaraus oli ensisijainen yhteydenottotapa, joka hankaloitti etenkin englantia toisena kielenään puhuvien potilaiden hoitoon hakeutumista. Erityisesti eroavat käsitykset kiireellisestä ja päivystyksellisestä hoidosta vaikeuttivat potilaiden ja hoitohenkilökunnan välistä kommunikaatiota puhelimitse tapahtuvan hoidon tarpeen arvioinnin selvittämiseksi. Myös potilaan käsitykset saatavilla olevan hoidon laadusta lääkärin vastaanotolla saattoi johtaa päivystykselliseen hoitoon hakeutumiseen. (MacKichan ym. 2016.)

Päivystystoiminnan perustehtävä Suomessa on vuosien saatossa hämärtynyt. Suomeen on kehittynyt terveydenhuollon ja sosiaalitoimen toimintamalli, jossa väestölle annetaan päivystyksessä palveluita myös ei-kiireellisiin tarpeisiin. Tämä johtuu osin siitä, että potilaiden on itse vaikea arvioida vammojensa tai oireidensa hoidon tarvetta ja kiireellisyyttä, jolloin he hakeutuvat päivystykseen. Lisäksi osalle potilaista perusterveydenhuollon vastaanottoaikojen sopimattomuus ja rajallinen hoitoon pääsy ovat olleet syitä hakeutua päivystykseen. Seurauksena on päivystysten ruuhkautuminen sekä kiireellisten lääketieteellisten syiden vuoksi päivystykseen tulevien potilaiden hoito joutuu kilpailemaan resursseista ja näiden potilaiden hoito saattaa viivästyä. Ei-kiireelliset potilaat voivat pahimmillaan estää

kiireellistä hoitoa tarvitsevien potilaiden hoitoon pääsyn. (Sosiaali- ja terveysministeriön työryhmä 2010, 16; Quattrini & Swan 2011, 40; McHale ym. 2013.)

Alueellisesti on tärkeä huolehtia perusterveydenhuollon ilta- ja viikonloppupalveluiden tarjonnasta, jotta erikoissairaanhoidon päivystykset voivat keskittyä vaativampiin ja suurempia resursseja edellyttäviin tehtäviin (Sosiaali- ja terveysministeriö 2017, 1). Erikoissairaanhoidon päivystystoiminnan kokoaminen suurempiin yksiköihin edellyttää, että väestölle tarjotaan nykyistä helpompi pääsy kiireelliseen hoitoon perusterveydenhuollossa. Kiirevastaanottojen lisäämisen tarkoituksena on myös vähentää erikoissairaanhoidon päivystyksen ruuhkautumista ja siten parantaa potilastyytyvääisyyttä. (Alueuudistus 2016, 3.)

5 MENETELMÄLLISET LÄHTÖKOHDAT

5.1 Määrällinen ja laadullinen tutkimus

Tässä opinnäytetyössä käytettiin sekä määrällistä että laadullista tutkimusmenetelmää. Opinnäytetyössä hyödynnettiin potilassegmentointia potilastietojärjestelmästä poimittujen tulossyytietojen, sukupuoli- ja ikäjakaumatietojen perusteella. Potilastietojärjestelmästä poimitut tiedot käsiteltiin määrällisen tutkimusmenetelmän avulla. Lisäksi Tampereen kaupungin kiirevastaanoton hoitohenkilöstölle toteutettiin lomakekysely potilaiden kiirevastaanotolle ohjautuvuuden selvittämiseksi hoitohenkilöstön kokemana. Hoitohenkilöstön kokemukset käsiteltiin laadullisen tutkimusmenetelmän avulla.

Määrällinen eli kvantitatiivinen tutkimus pyrkii löytämään tietoa, joka on yleistä ja yleistettävissä olevaa. Tämän määrällisen tutkimuksen kriteeristö on luonteeltaan tilastollis-matemaattista tietoa, jonka avulla selvitetään kysymyksiä, jotka liittyvät lukumääriin sekä prosentiosuuksiin. Tilastollinen tutkimus edellyttää tarpeeksi suurta otosta, joka on myös riittävän edustava. Usein aineiston keruu pohjautuu erilaisiin standardoituihin tutkimuslomakkeisiin, joissa esitetään valmiiksi mietityjä vastausvaihtoehtoja. Käsiteltävät asiat kuvataan numeerisesti, tilastollisten tulosten havainnollistaminen voidaan esittää erilaisissa muodoissa, tunnusluku-, taulukko- tai kuviomuodossa. Taulukkomuodon avulla voidaan esittää yksityiskohtaisimmin ja enemmän tietoa kuin pelkästään tunnuslukuina tai kuviomuodossa. Kuvioiden eli graafisten esitysten keinoin avulla pyritään antamaan visuaalinen yleiskuva siitä, miten havaintoaineisto on jakautunut; tunnuslukujen avulla voidaan tarkastella nopeasti esimerkiksi pelkästään yksittäisiä tietoja. Tilastollisessa tutkimuksessa voidaan selvittää eri asioiden välisiä riippuvuuksia tai tarkasteltavissa ilmiöissä tapahtuneita muutoksia. Tilasto on toisin sanoen yhteenvedo useiden yksittäisten tapausten pohjalta. (Valli 2015; Heikkilä 2017, 15–16.)

Laadullinen eli kvalitatiivinen tutkimus pyrkii kuvaamaan tai selittämään tutkittavaa ilmiötä, ymmärtämään tiettyä toimintaa tai antamaan teoreettisesti looginen

tulkinta tutkittavalle ilmiölle. Laadullinen tutkimus soveltuu parhaiten tutkimusmenetelmäksi silloin, kun tutkittavasta ilmiöstä halutaan saada syvälinen näkemys tai tutkittavasta ilmiöstä ei ole juurikaan aiempaa tutkimusta tai teoriaa. Laadullisessa tutkimuksessa ollaan kiinnostuneita ihmisten kokemuksista ja näkemyksistä. Laadullinen tutkimuksen kannalta onkin tärkeää, että henkilöt, joilta tutkimustietoa kerätään, tietäisivät tutkittavasta ilmiöstä mahdollisimman hyvin tai heillä on kokemuspohjaa tutkittavasta ilmiöstä. Tutkimuksen tiedonantajat tulee olla tarkoin harkitut. (Tuomi & Sarajärvi 2018, 98; Kananen 2014, 16.)

Määrällisen ja laadullisen tutkimusmenetelmän yhdistäminen mahdollistaa sellaisten tutkimustehtävien asettamisen, joihin jompikumpi lähestymistapa yksinään ei kykene vastaamaan. Määrällisen ja laadullisen tutkimuksen yhdistäminen ei ole pelkästään mahdollista, vaan kuvattu hedelmällisenä. (Tuomi & Sarajärvi 2018, 78.)

5.2 Aineistojen hankintamenetelmät

Opinnäytetyön tutkimusta varten kerättiin kaksi tutkimusaineistoa. Määrällinen tutkimusaineisto eli potilaiden tulositytiedot sekä sukupuoli- ja ikäjakaumatiedot poimittiin Pegasos-potilastietojärjestelmästä anonymisti potilaiden kiirevastaanotolle ohjautuvuuden segmentointia varten. Tulositytiedot kerättiin tietojärjestelmäpoiminnan avulla viikon ajalta tietosuojakäytännön mukaisesti. Henkilötietopohjaista tutkimusrekisteriä ei tehty ja aineistoa käsiteltiin anonymisti.

Laadullinen tutkimusaineisto kerättiin Tampereen kaupungin kiirevastaanoton hoitohenkilöstöltä lomakekyselynä. Kysely on esitelty liitteessä 2. Kyselylomakkeet jaettiin henkilökohtaisesti tutkimukseen osallistuville kiirevastaanotolla. Kyselyyn osallistuivat kiirevastaanotolla työskennelleet hoitohenkilöstön jäsenet 4.11.–10.11.2019 välisenä aikana. Kyselyyn vastasi 24 kiirevastaanoton työntekijää, joista ammatiltaan oli 13 lääkäriä, 10 sairaanhoitajaa ja 1 lähihoitaja. Kyselyyn vastanneiden työkokemus vaihteli 1–21 vuoden välillä, työkokemuksen keskiarvo oli hiukan alle 8 vuotta ja mediaani oli 5 vuotta. Vastanneissa oli eniten työntekijöitä, joiden työkokemus oli 2 vuotta (moodi). Kysely toteutettiin anonymisti.

Lomakekysely voidaan toteuttaa kontrolloidusti informoituna kyselynä, jolloin tutkija jakaa lomakkeet henkilökohtaisesti. Lomakkeen avulla voidaan kerätä tietoa tosiasioista, toiminnasta, tiedoista sekä käsityksistä ja mielipiteistä. Useimpiin lomakkeisiin sisältyy lisäksi vastaajia koskevia taustakysymyksiä, kuten ikä, ammatti ja työkokemus. Lomakekysely voi sisältää avoimia ja monivalintakysymyksiä. Avoimessa kysymyksessä esitetään kysymys ja jätetään avoin, tyhjä tila vastausta varten. Avoimien kysymysten avulla voidaan tutkittavasta ilmiöstä saada esiin näkökulmia, joita tutkija ei ole osannut ennakoida. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 1996, 196–199.)

Lomakekysely sisälsi yhdeksän kysymystä. Näistä kolme avointa kysymystä, kysymykset 5, 6 ja 9, vastasivat laadullisen tutkimuksen tutkimustehtäviin. Loput kuusi kysymystä oli tarkoitus käsitellä määrällisen tutkimuksen menetelmällä, mutta aihearajauksen sekä tutkimuksen luotettavuuden kannalta nämä lomakekyselyn kysymykset päätettiin jättää tutkimusaineistosta pois. Tätä käsitellään tutkimuksen eettisyyttä ja luotettavuutta käsittelevässä kappaleessa.

5.3 Aineistojen analysointi

Tulosyytiedot luokiteltiin ICPC-2-luokituksen avulla tilastollisesti käsiteltävään muotoon. Potilasajanvarauksen yhteydessä kirjatut tulosyytiedot muunnettiin sopiviksi ICPC-2-koodeiksi, esimerkiksi korvakipu muuntui ICPC-2-koodiksi H01 korvan kipu/särky. Kirjattu tulosyy muunnettiin ICPC-2-koodiksi mahdollisimman eksaktisti. Nämä ICPC-2-luokat sekä sukupuoli- ja ikäjakaumatiedot käsiteltiin kvantitatiivisin menetelmin SPSS-ohjelmiston avulla. Sukupuoli- ja ikäjakaumatiedot esitellään prosentuaalisina osuuksina. Lisäksi potilaan ikätietoa hyödynnetään selvittämällä sen ja tulosyyän välistä tilastollista yhteyttä. Näiden avulla saadaan potilassegmentoinnin tulokset. Tilastollisten graafisten kuvioiden piirtämiseen käytettiin myös Excel-taulukkolaskentaohjelmaa SPSS-ohjelmiston lisäksi. Analysointimenetelminä käytettiin aineistosta saatavia suoria jakaumia ja tilastollisia tunnuslukuja. Tilastollisia merkitsevyyksiä muuttujien välillä ei valitettavasti pystytty analysoimaan aineiston pienen koon (N=169) vuoksi.

Kiirevastaanoton hoitohenkilöstölle suunnatun lomakekyselyn vastaukset analysoitiin induktiivisella sisällönanalyysillä. Sisällönanalyysi on perinteinen laadullisen tutkimuksen analyysimenetelmä, jossa aineisto luokitellaan ja jäsennetään systemaattisesti teemoittain. Analyysin tavoitteena on löytää ydinkategoriat, jotka kuvaavat tutkittavaa kohdetta ja joiden varaan tutkimustulosten analysointi voidaan rakentaa. Tutkijan tehtävänä on löytää tutkimusaineistosta ne keskeisimmät käsitteet, jotka ovat tutkimustehtävien kannalta olennaisia. (Tuomi & Sarajärvi 2018, 103, 110; Aaltola & Valli 2007, 80.)

Induktiivisessa eli aineistolähtöisessä sisällönanalyysissä aineiston analysointi jaetaan usein kolmeen eri vaiheeseen, jotka ovat pelkistäminen, ryhmittely ja abstrahointi. Aineiston puhtaaksikirjoittamisen eli litteroinnin jälkeen alkaa aineiston redusointi eli pelkistäminen. Aineistosta poimitaan alkuperäiset ilmaisut, jotka pelkistetään yksittäisiksi ilmaisuiksi esittämällä aineistolle tutkimustehtävän mukaisia kysymyksiä. Aineiston ryhmittelyssä aineisto käydään läpi ja sieltä etsitään samanlaisia tai eroavia käsitteitä, jonka jälkeen saman sisältöiset ilmaisut yhdistetään alaluokaksi, joka nimetään sisältöä mahdollisimman hyvin kuvaavalla käsitteellä. Viimeisenä sisällön analyysissä tehdään abstrahointi, jossa erotellaan tutkimuksen kannalta oleellinen tieto. Abstrahointia jatketaan luokkia yhdistelemällä yläluokiksi ja lopulta pääluokaksi, siten kuin aineiston näkökulmasta on vain mahdollista. Täten tutkimusaineisto saadaan sisällön analyysillä järjestettyä tutkimustuloksia ja johtopäätösten tekoa varten. (Latvala & Vanhanen-Nuutinen 2003, 25–29; Tuomi & Sarajärvi 2018, 95, 97, 102–103, 105.)

Aineiston analysoinnissa tulee huomioida, ettei aineistoa pakoteta mihinkään ennalta määriteltyyn muotoon, vaan luokitukset tulee löytää aineistosta. Aineiston analyysi etenee alkuperäisilmaisuista alaluokkien kautta käsitteelliselle tasolle. Analysoinnissa tulee ottaa huomioon, että käsitteet alaluokissa ja niistä muodostetuissa yläluokissa ovat yhteneväiset. Tutkimuksen luotettavuuden kannalta on huomioitava, että muodostetut luokat ovat toisensa poissulkevia. Selkeä ja riittävä dokumentointi mahdollistaa luokittelun onnistuneisuuden arvioinnin. (Pauonen & Vehviläinen-Julkunen 2006, 219.) Taulukossa (taulukko 2) on esitelty laadullisen aineiston sisällönanalyysia luokittelun havainnollistamiseksi.

TAULUKKO 2. Esimerkki sisällönanalyysistä. Toiminnan kehittäminen.

Ryhmät	Alaluokka	Pääluokka
<p>Hoidon tarpeen arvioinnin kehittäminen</p> <p>Hoidon tarpeen arvioinnin tekeminen tarkemmin ennen kiirevastaanotolle ohjaamista</p> <p>Puhelinneuvonnan parantaminen ja tehostaminen akuuttien potilaiden ohjaukseksi kiirevastaanotolle</p> <p>Potilaiden esitietojen tarkempi selvittäminen ennen kiirevastaanotolle ohjaamista</p> <p>Potilaiden kattavampi haastattelu ennen kiirevastaanotolle ohjaamista</p>	Hoidon tarpeen arvioinnin kehittäminen	Toiminnan kehittäminen
<p>Potilaiden kutsuminen hyvissä ajoin paikalle ennen lääkärin vastaanottoa, jotta ehdittäisiin ottaa tarvittavat näytteet ennen lääkärin vastaanottoa</p> <p>Potilaiden ohjaaminen tarvittaviin tutkimuksiin ilmoittautumisen yhteydessä ennen vastaanottoa</p>	Potilaiden ohjauksen parantaminen	
<p>Pelisääntöjen yhtenäistäminen kaikille</p> <p>Hoitajien päivistysjono kaikille lääkäreille käyttöön</p>	Yhtenäisten toimintatapojen kehittäminen	

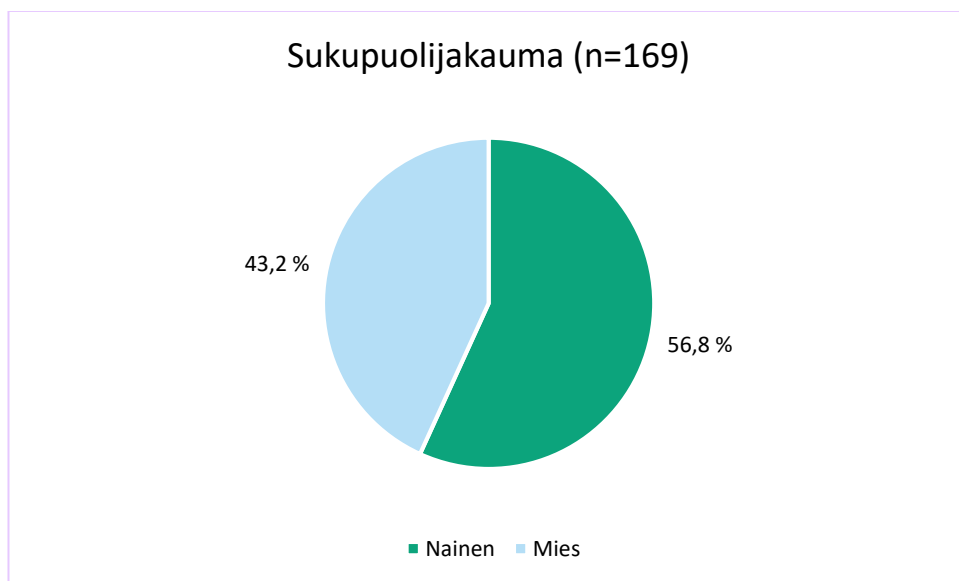
6 TUTKIMUSTULOKSET

6.1 Määrällisen tutkimuksen tulokset

Tässä alaluvussa käsitellään määrällisen tutkimusaineiston tuloksia eli Pegasos-potilastietojärjestelmästä kerättyjä tulosityietoja sekä potilaiden ikä- ja sukupuolijakaumaa. Tämän aineiston perusteella selvitettiin potilaiden ohjautuvuutta Tampereen kaupungin kiirevastaanotolle tulosten perusteella.

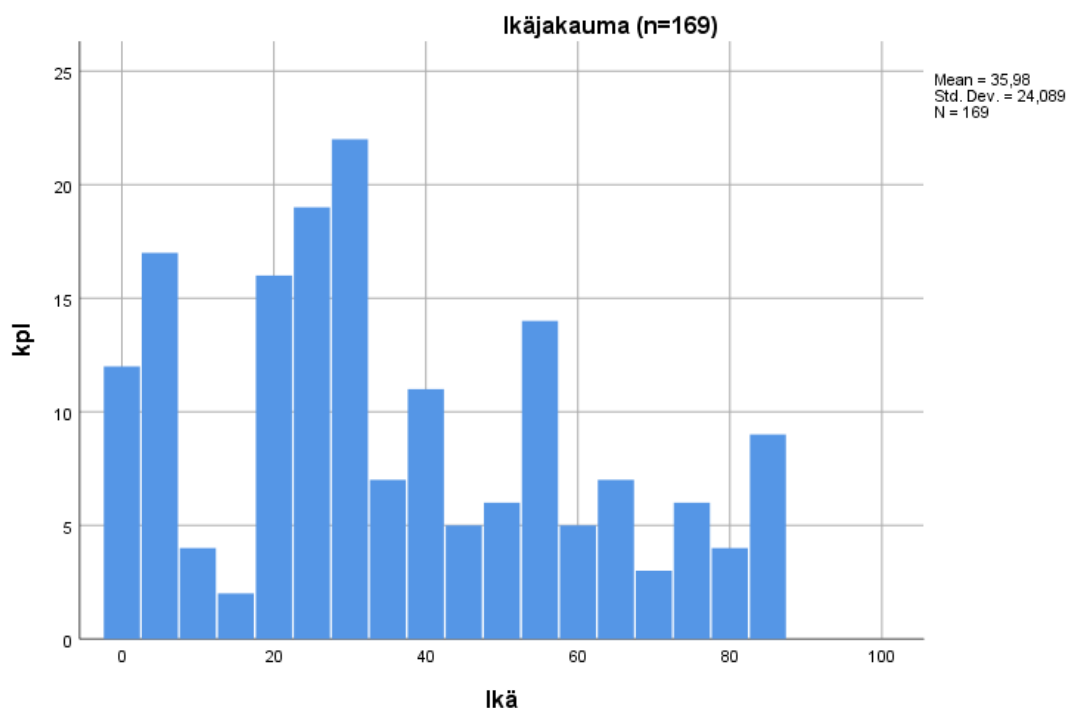
6.1.1 Potilaiden ikä- ja sukupuolijakaumatiedot

Kerätyn tutkimusaineiston koko oli 169 kappaletta (n=169). Aineisto oli jakautunut sukupuolen mukaan siten, että naisia oli 96 kappaletta (56,8 %) ja miehiä oli 73 kappaletta (43,2 %) kiirevastaanoton potilaista (Kuvio 3).



KUVIO 3. Kiirevastaanoton potilaiden sukupuolijakauma

Tarkasteltaessa aineistoa iän mukaan havaitaan, että potilaat ovat jakautuneet melko tasaisesti 0- ja 87-vuotiaiden välille (Kuvio 4).



KUVIO 4. Kiirevastaanoton potilaiden ikäjakauma

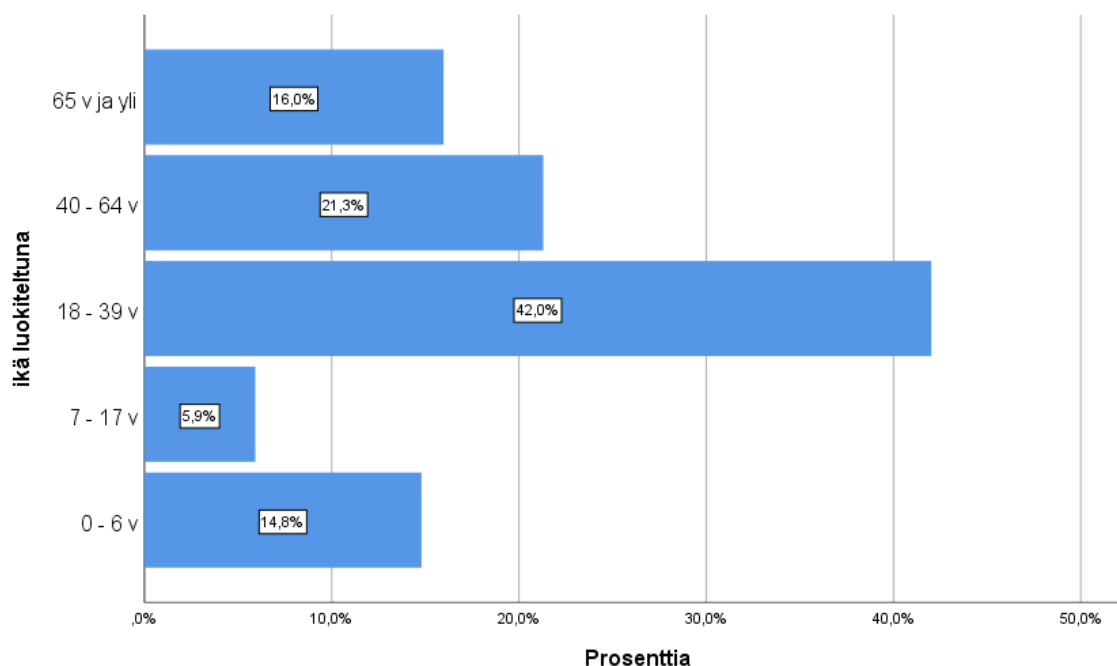
Taulukossa (taulukko 3) on esitelty ikämuuttujan tyypillisimmät tunnusluvut. Kaikkien kiirevastaanotolla aineiston keräysaikana käyneiden potilaiden iän keskiarvo oli hiukan alle 36 vuotta. Tarkasteltaessa mediaania (31), voidaan todeta, että potilaiden ikä on painottunut keskiarvoa nuorempiin kävijöihin. Tämä havaitaan myös kuviosta 3. Moodi (yleisin potilaan ikä) oli 25 vuotta, joita kävijöistä oli 7 kappaletta. Myös 29-vuotiaita oli saman verran eli tässä tapauksessa moodeja oli kaksi (25 ja 29).

TAULUKKO 3. Ikämuuttujan tilastolliset tunnusluvut

Ikä	
N	169
Keskiarvo	35,98
Mediaani	31,00
Moodi	25 ^a
Keskihajonta	24,089
Minimi	0
Maksimi	87

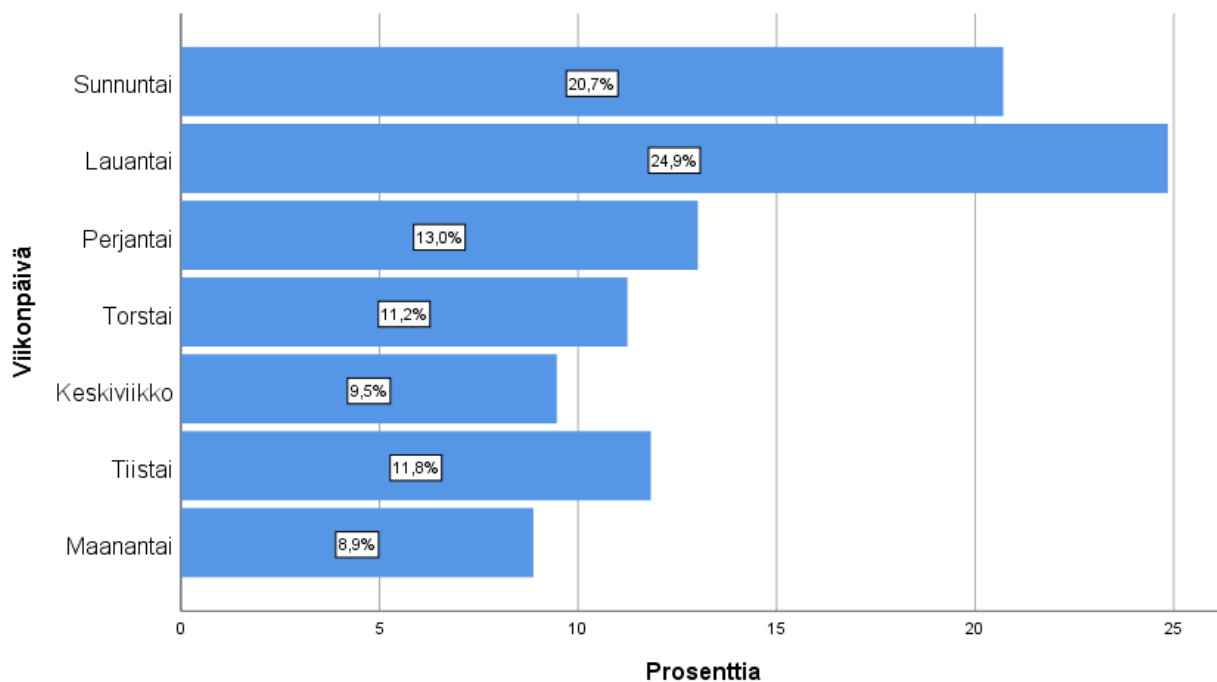
a. Useampia moodeja, pienin näytetään

Tarkasteltaessa ikää tarkemmin ikäryhmittäin (Kuvio 5), voidaan havaita, että ikäluokassa 18–39-vuotiaat oli eniten potilaita (42,0 %). Vähiten kävijöissä oli kouluikäisiä 7–17-vuotiaita. Muut tarkastelussa mukana olevat ikäluokat ovat 0–6 -vuotiaat, 40–64-vuotiaat ja yli 64-vuotiaat potilaat. Näissä ikäryhmissä tarkastellaan myöhemmin myös yleisimpiä tulosityitä.



KUVIO 5. Kiirevastaanoton potilaiden ikäjakauma ikäluokittain (n=169)

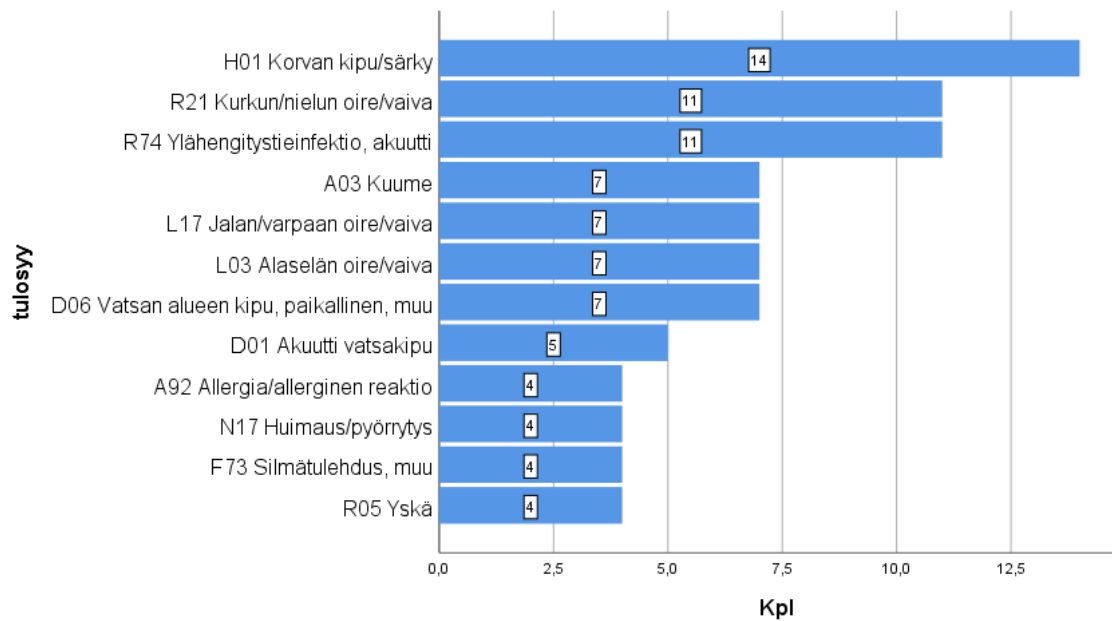
Tarkasteltaessa, kuinka kävijämäärät jakautuvat eri viikonpäiville (Kuvio 6), voidaan havaita, että lauantaina ja sunnuntaina kävivät kaikista potilaista lähes puolet (45,6 %) ja lauantaipäivä oli vilkkain kävijämäärän suhteen. Arkipäivisin jakauma oli melko tasainen ja perjantai oli niistä kaikkein vilkkain päivä.



KUVIO 6. Kiirevastaanoton potilaiden kävijämäärät viikopäivittäin (n=169)

6.1.2 Yleisimmät tulokset kiirevastaanotolle

Aineiston poimintajakson aikana havaittiin 64 erilaista tulosta ja 1 tuntematon tulos, jolle ei ollut kriteeristön mukaista luokittelua. Kaikki havaitut tulokset on esitelty liitteessä 1, jossa on myös tilastoitu tulosten kappalemäärät ja prosenttiosuudet. Kuviosta (kuvio 7) nähdään yleisimmät tulokset kiirevastaanotolla. Tähän on valittu ne tulokset, joita on esiintynyt vähintään neljällä potilaalla. Tällä tavoin kuvio on saatu havainnollisemmaksi ja luettavammaksi.



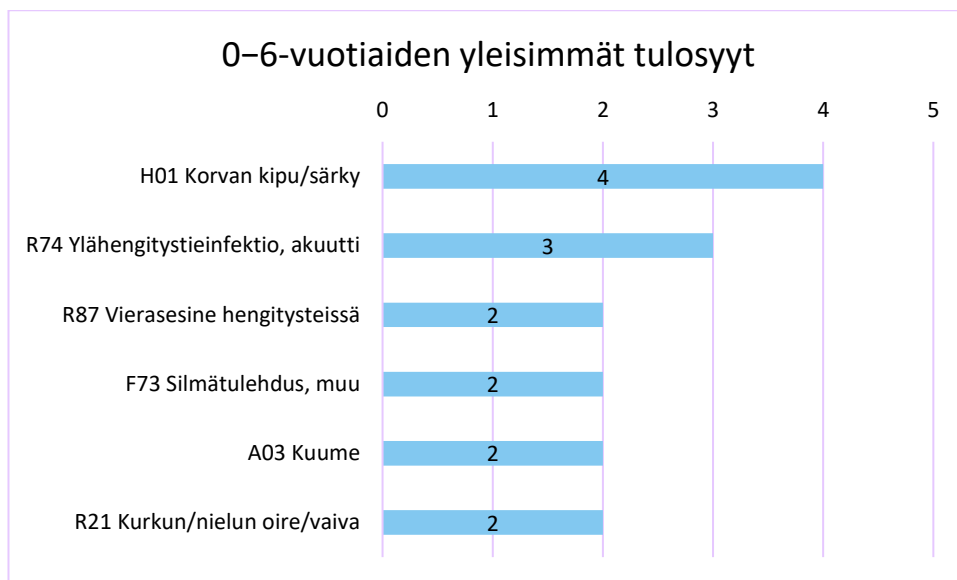
KUVIO 7. Yleisimmät tulosyyt kiirevastaanotolle (n=169)

6.1.3 Yleisimmät tulosyyt ikäryhmittäin

Tulosyitä tarkasteltiin ikäryhmittäin. Tutkimukseen valittiin seuraavat ikäryhmät: alle kouluikäiset (0–6-vuotiaat), koululaiset (7–17-vuotiaat), nuoret työikäiset (18–39-vuotiaat), työikäiset (40–64-vuotiaat) sekä eläkeikäiset (yli 64-vuotiaat).

Ikäryhmä 0–6-vuotiaat:

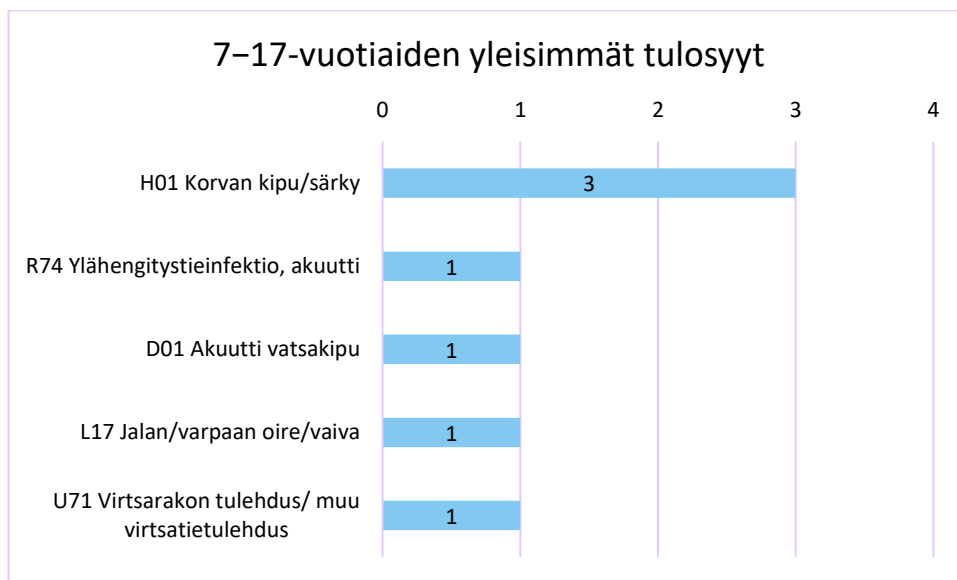
Tässä ikäryhmässä oli 25 potilasta poimintajakson aikana (14,8 % koko aineistosta). Yleisimmäksi tulosyiksi todettiin korvan kipu/särky (Kuvio 8).



KUVIO 8. Yleisimmät tulokset kiirevastaanotolle 0–6-vuotiailla potilailla

Ikäryhmä 7–17-vuotiaat:

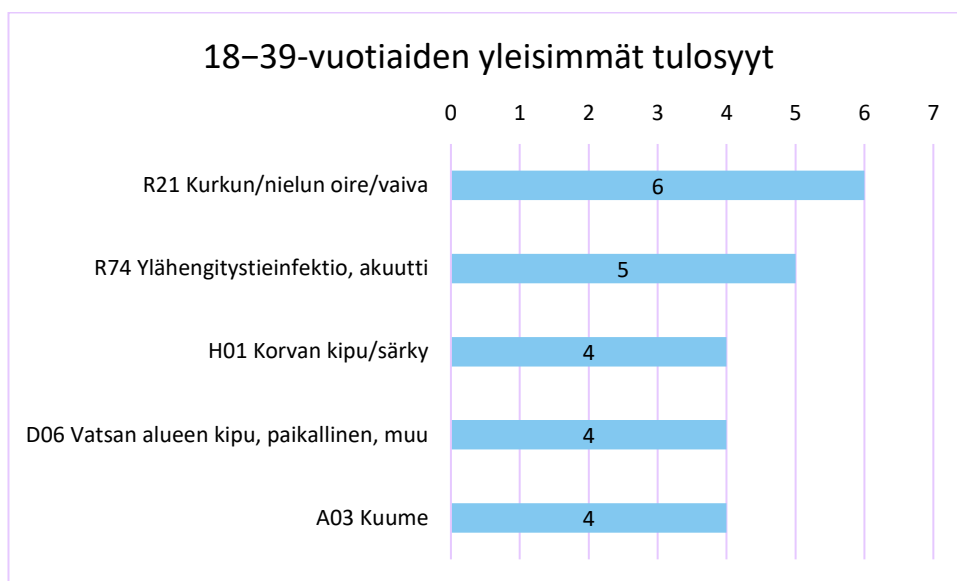
Tässä ikäryhmässä oli 10 potilasta poimintajakson aikana (5,9 % koko aineistosta). Yleisimmäksi tulokseksi todettiin korvan kipu/särky (Kuvio 9).



KUVIO 9. Yleisimmät tulokset kiirevastaanotolle 7–17-vuotiailla potilailla

Ikäryhmä 18–39-vuotiaat:

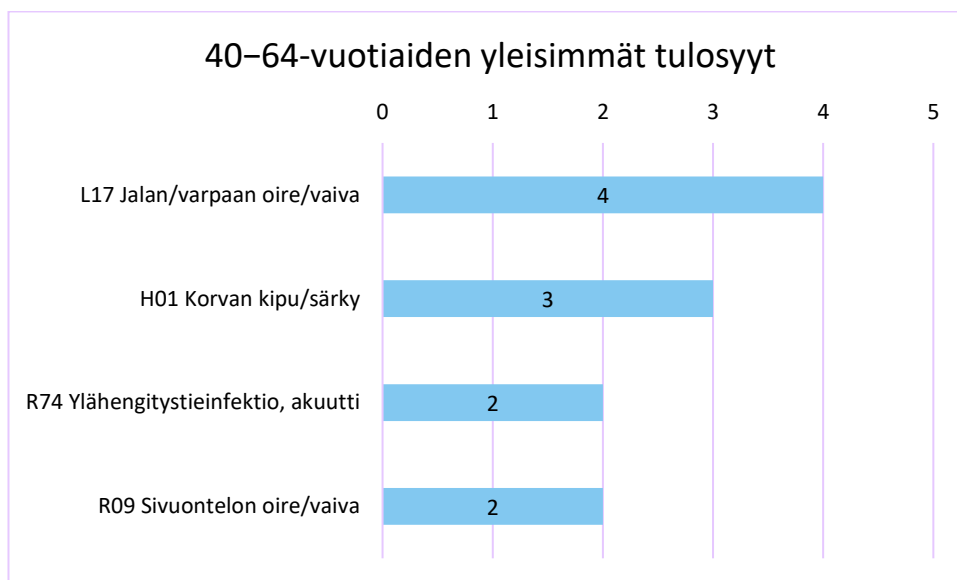
Tässä ikäryhmässä oli 71 potilasta poimintajakson aikana (42,0 % koko aineistosta). Yleisimmäksi tulokseksi todettiin kurkun/nielun oire/vaiva (Kuvio 10).



KUVIO 10. Yleisimmät tulosyyt kiirevastaanotolle 18–39-vuotiailla potilailla

Ikäryhmä 40–64-vuotiaat:

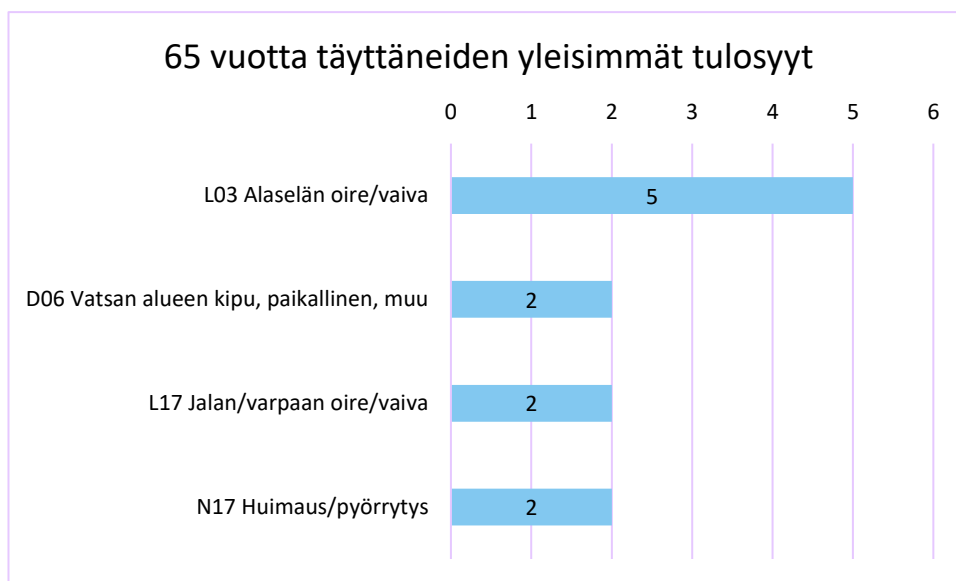
Tässä ikäryhmässä oli 36 potilasta poimintajakson aikana (21,3 % koko aineistosta). Yleisimmäksi tulosyyksi todettiin jalan/varpaan oire/vaiva (Kuvio 11).



KUVIO 11. Yleisimmät tulosyyt kiirevastaanotolle 40–64-vuotiailla potilailla

Ikäryhmä 65-vuotiaat ja yli:

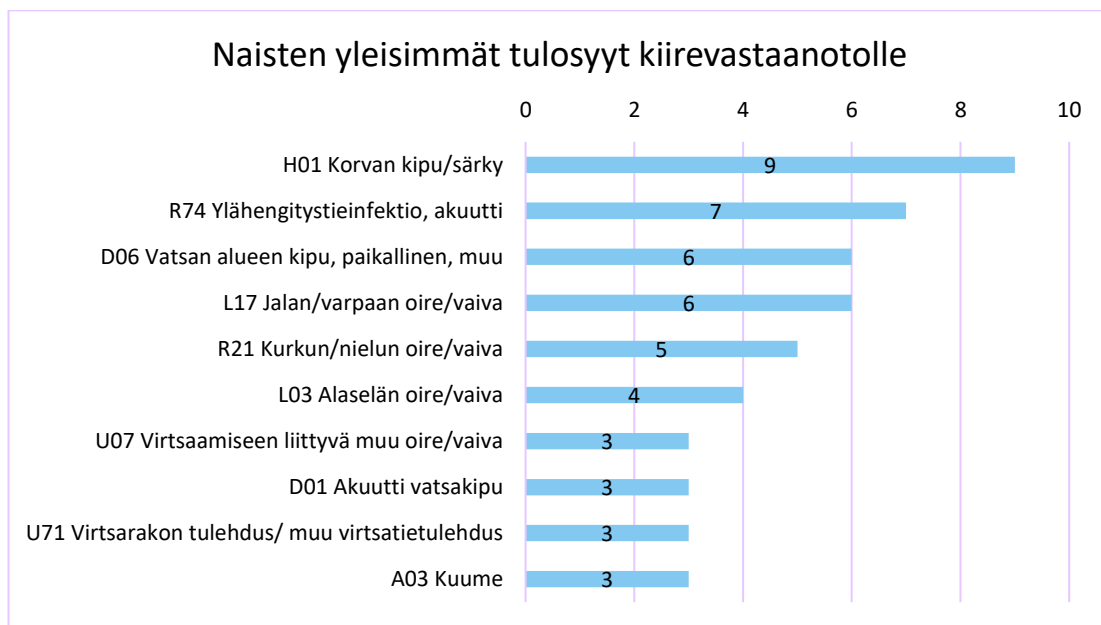
Tässä ikäryhmässä oli 27 potilasta poimintajakson aikana (16,0 % koko aineistosta). Yleisimmäksi tulosityksi todettiin alaselän vaiva (Kuvio 12).



KUVIO 12. Yleisimmät tulosityt kiirevastaanotolle 65 vuotta täyttäneillä potilailla

6.1.4 Yleisimmät tulosityt sukupuolittain

Tarkasteltaessa tulosityitä sukupuolittain voidaan havaita, että naisten yleisin tulosyy oli korvan kipu/särky (Kuvio 13), joita havaittiin yhdeksällä potilaalla. Toiseksi eniten oli ylähengitystieinfektioita ja kolmanneksi eniten vatsan alueen kipuja.



KUVIO 13. Naisten yleisimmät tulokset kiirevastaanotolle (n=96)

Miesten yleisin tulos oli kurkun/nielun oire/vaiva (Kuvio 14), joita oli kuudella potilaalla. Toiseksi eniten oli korvan kipuja/särkyjä ja kolmanneksi eniten ylähengitystieinfektioita.



KUVIO 14. Miesten yleisimmät tulokset kiirevastaanotolle (n=73)

6.2 Laadullisen tutkimuksen tulokset

Tässä alaluvussa käsitellään laadullisen tutkimusaineiston eli kiirevastaanoton hoitohenkilöstölle toteutetun lomakekyselyn tuloksia. Tämän aineiston perusteella selvitettiin potilaiden ohjautuvuutta Tampereen kaupungin kiirevastaanotolle hoitohenkilöstön kokemuksen perusteella. Tutkimustulokset esitellään tutkimustehtävittäin. Lisäksi esitellään kehittämisehdotuksia hoitohenkilöstön kokemana kiirevastaanottoiminnan kehittämiseksi. Aineistosta otetut pelkistetyt ilmaisut kuvaavat aineiston sisältöä.

6.2.1 Millaisten potilaiden tulisi ohjautua kiirevastaanotolle

Hoitohenkilöstön kokemana kiirevastaanotolle tulisi ensisijaisesti ohjautua potilaita, jotka kuuluvat kahteen pääluokkaan: **akuutisti sairastuneet perusterveydenhuollon aikuis- ja lapsipotilaat** ja **ei-kuvantamista vaativat traumapotilaat**.

Pääluokka, **akuutisti sairastuneet perusterveydenhuollon aikuis- ja lapsipotilaat**, nousi aineistosta ja yhdisti suurimman osan alaluokista tämän käsitteen alle. Aineistosta oli löydettävissä tämän pääluokan alaluokiksi: akuutisti sairastuneet perusterveydenhuollon potilaat, akuutisti sairastuneet lapset ja nuoret, potilaat, joilla on akuutit tulehdukselliset oireet ja sairaudet, akuutit kivut, akuutit hengityselinperäiset oireet ja sairaudet, akuutit ihon oireet ja sairaudet tai akuutit sydän- ja verenkiertoperäiset oireet sekä akuutit määrittelemättömästi sairastuneet potilaat.

Vastauksista ilmeni, että kiirevastaanotolle tulisi hoitohenkilöstön kokemana ohjautua potilaat, joiden oireet ovat alkaneet akuutisti, ja joita hoidettaisiin myös terveysasemien akuuttiajoilla tai perusterveydenhuollon päivystyksessä.

”Akuutit, parin päivän sisään sairastuneet”

”Tilanne akuutisti pahentunut”

”Äkillinen sairastuminen”

”Akuutteja, jotka ei voi odottaa seuraavaan päivään”

"Kaikki mitkä myös terveysaseman akuuttiajoilla"

"kaikki jotka hoidetaan myös terveysaseman akuuttiajoilla"

Vastauksista kävi ilmi, että kiirevastaanotolle tulisi ohjautua akuutisti sairastuneet lapset ja nuoret.

"kipeät lapset"

"Lasten akuutit infektiot, perusterveiden nuorten akuutit sairaudet"

"korvalapset"

Potilaiden erilaiset oireet ja sairaudet nousivat myös aineistosta, näitä erilaisia oireita ja sairauksia esimerkiksi sydän- ja verenkiertoperäiset oireet ja sairaudet sekä hengityselinperäiset oireet ja sairaudet, yhdisti näiden oireiden ja sairauksien akuutti luonne.

Potilaat, joilla on akuutteja tulehduksellisia oireita ja sairauksia koettiin hoitohenkilöstön vastausten perusteella, niiden potilaiden joukkoon, joiden tulisi ohjautua kiirevastaanotolle.

"Akuutit infektiot"

"pahat infektiot, ruusuinfektio"

"gastroenteriitit, otiitti"

"VTI"

"korkea kuume"

Potilaat, joilla on erilaisia akuutteja kipuja, koettiin kiirevastaanotolle kuuluviksi.

"Akuutit kivut"

"kovat kivut"

"Kova korvakipu"

"Vatsakipu"

Potilaat, joilla on akuutteja hengityselinperäisiä oireita ja sairauksia, koettiin vastausten perusteella kiirevastaanotolle kuuluviksi.

"hengenahdistus"

"flunssa"

Potilaat, joilla on akuutteja ihon oireita ja sairauksia, koettiin kuuluvaksi niiden potilaiden joukkoon, jotka tulisi ohjata kiirevastaanotolle.

"haavat"

"verenvuoto"

"akuutit...ihottumat"

Potilaat, joilla on erilaisia akuutteja sydän- ja verenkiertoperäisiä oireita, koettiin kuuluvaksi niiden potilaiden joukkoon, jotka tulisi ohjata kiirevastaanotolle.

"akuutti AVH-oireisto"

"rintavaiva"

"...RR koholla, jos nämä alkaneet äkisti"

"SLT-arvio"

"rytmihäiriöt"

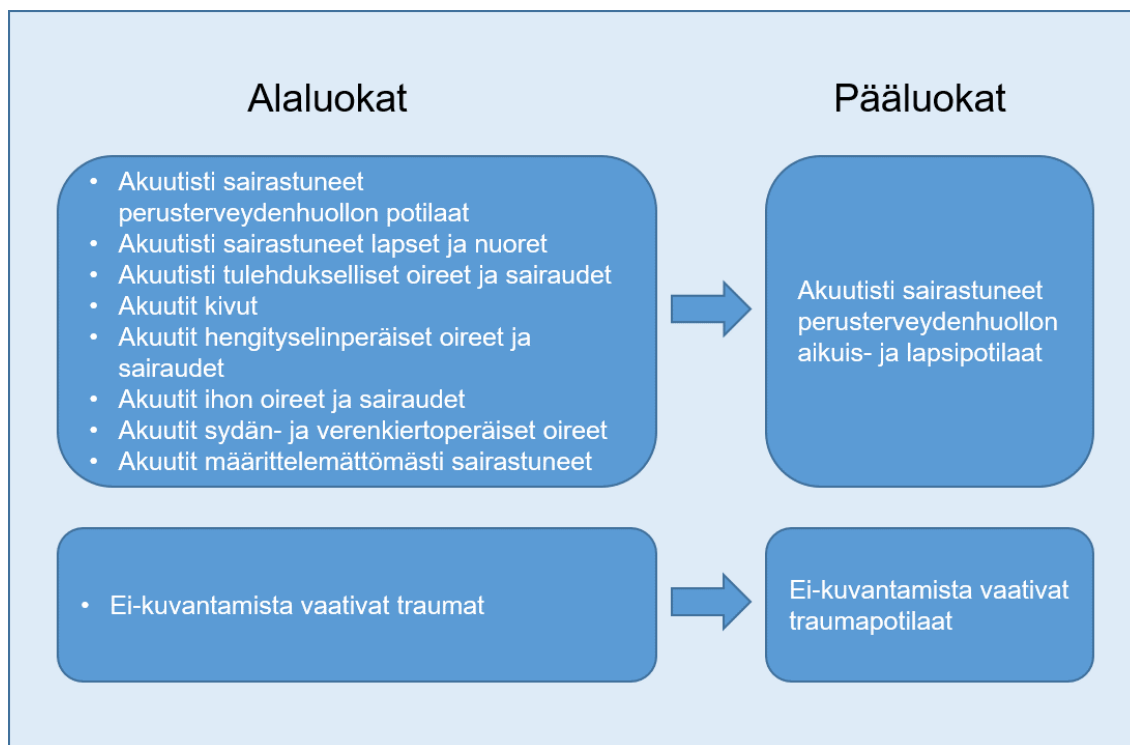
Akuutit määrittelemättömästi sairastuneet potilaat koettiin kiirevastaanotolle kuuluviksi. Tämä alaluokka yhdisti saman sisältöiset ilmaisut, jotka eivät sopineet mihinkään muuhun oireiden ja sairauksien alaluokkaan.

"sairaspvrahan tarve"

Pääluokka **ei-kuvantamista vaativat traumapotilaat**, nousi aineistosta toisena pääluokkana. Se ei yhdistynyt toiseen pääluokkaan ja pääluokat olivat täten toisensa poissulkevia. Tämän pääluokan alaluokaksi aineistosta oli löydettävissä potilaat, joilla ei-kuvantamista vaativat tapaturmat. Traumaperäisissä syissä potilaat tulisi hoitohenkilöstön mielestä ohjata kiirevastaanotolle, vain jos traumat eivät oletettavasti vaadi oirekuvan perusteella kuvantamista.

"tapaturmat, jotka eivät oletettavasti vaadi kuvantamista"

Kuviossa (kuvio 15) on esitelty aineistosta nousseet pää- ja alaluokat tulosten yhteenvetona.



KUVIO 15. Millaisten potilaiden tulisi ohjautua kiirevastaanotolle

6.2.2 Millaisten potilaiden ei tulisi ohjautua kiirevastaanotolle

Hoitohenkilöstön kokemana kiirevastaanotolle ei tulisi ohjautua potilaita, jotka kuuluvat kolmeen toisensa poissulkevaan pääluokkaan: **kiireettömät potilaat, kuvantamista tarvitsevat potilaat tai erikoissairaanhoidoa tarvitsevat potilaat.**

Pääloukka **kiireettömät potilaat**, nousi aineistosta useamman alaluokan yhdistävänä tekijänä. Aineistosta oli löydettävissä pääluokan kiireettömät potilaat alaluokiksi: potilaat, joilla hiljattain alkaneet flunssat, 18–65v. virtsatieinfektio-oireiset potilaat, ilman komplisoitumiseen viittaavia oireita, hoitajan tekemät kiireettömät pientoimenpiteet, potilaat, joilla pitkittyneet ja krooniset tuki- ja liikuntaelinoireet ilman hälytysoireita, potilaat, joilla krooniset oireet ilman niiden pahenemista sekä potilaat, joilla pitkittyneet oireet ilman niiden pahenemista.

Vastauksista ilmeni, että hoitohenkilöstön kokemana kiirevastaanotolle ei tulisi ohjautua kiireettömiä potilaita, joiden oireet ovat alkaneet hiljattain tai joiden pitkittyneissä tai kroonisissa oireissa ei ole tapahtunut pahenemista.

”Krooniset vaivat ilman tilanteen vaikeutumista”

”Pitkäaikaiset vaivat, joihin potilas kyllästyy”

”pitkäkestoinen yskä ilman muuta vaivaa.”

”pitkäaikaiset vaivat, jotka ei akuutisti pahentuneet

Potilaat, joilla on hiljattain alkanut flunssa, nousivat hoitohenkilöstön vastauksista kiirevastaanotolle kuulumattomiksi. Hiljattain alkaneissa flunssaoireissa, potilaat saattaisivat pärjätä puhelimesta saatavan neuvonnan ja apteekin itsehoitovalmisteiden avulla.

”flunssa, jos alkanut vain muutama päivä sitten”

”flunssa alkanut tänään eikä tarvitse sairaaloma”

Potilaat, joilla on pitkittyneet ja krooniset tuki- ja liikuntaelinoireet, ilman hälytysoireita, koettiin kiirevastaanotolle kuulumattomiksi. Pitkittyneet ja krooniset tuki- ja liikuntaelinoireet voisi olla parempi hoidattaa perusterveydenhuollon yksiköissä, jolloin hoidon jatkuvuus on turvattu ja lääkäri voi paremmin paneutua potilaan kroonisiin oireisiin.

”TULES-kivut ilman hälytysoireita”

”Pitkään jatkunut selkä- tai polvikipu”

”krooniset tuki- ja liikuntaelinvaivat”

”krooniset TULES-vaivat”

18–65-vuotiaat virtsatieinfektio-oireiset potilaat, ilman komplisoitumiseen viittavia oireita, koettiin myös kiirevastaanotolle kuulumattomiksi. Tähän ikäryhmään kuuluvat potilaat voisivat saada antibiootihoidon virtsatieinfektioon oirekuvan perusteella lääkärin asiakirja-ajalla ilman fyysistä potilaskontaktia.

”VTI-potilaat voisivat saada rec ab-kuurille oirekuvan perusteella (18-65v)”

”VTI-oireet ilman kuumetta+alaselkäkipua”

Hoitajan tekemät kiireettömät pientoimenpiteet, kuten ompeleiden poisto, koettiin kuulumattomiksi kiirevastaanotolle. Nämä voitaisiin hoitaa perusterveydenhuollon yksiköissä arki aikana.

”Ompeleiden poisto”

Aineiston pääluokka **erikoissairaanhoidon tarvitsevat potilaat**, yhdisti seuraavat alaluokat: monisairaat potilaat, ei-toimintakykyiset potilaat ja potilaat, joilla on vaikeita mielenterveysongelmia tai -oireita.

Monisairaat potilaat koettiin vastausten perusteella kiirevastaanotolle kuulumattomiksi. Yleistilan heikkeneminen iäkkäällä ihmisellä katsottiin tähän alaluokkaan kuuluvaksi, sillä näillä potilailla on usein moninaiset syyt yleistilan heikkenemisen taustalla.

”Monisairaat vanhukset”

”yt-lasku iäkkäillä”

Vastauksista ilmeni, että ei-toimintakykyiset potilaat koettiin kiirevastaanotolle kuulumattomiksi, sillä nämä potilaat ohjautuvat kiirevastaanotolta todennäköisesti erikoissairaanhoidon yksikköön eli Tampereen Yliopistollisen sairaalan Päivystys Acutaan.

”liian huonokuntoisia (ei omatoimisuutta)”

”liian huonokuntoisia -> ohjautuvat kuitenkin Acutaan”

Myös potilaat, joilla on vaikeita mielenterveysongelmia tai -oireita, koettiin kiirevastaanotolle kuulumattomiksi.

”Suisidaalisuus”

”Mentaalisesti aggressiiviset opioidiriippuvaiset”

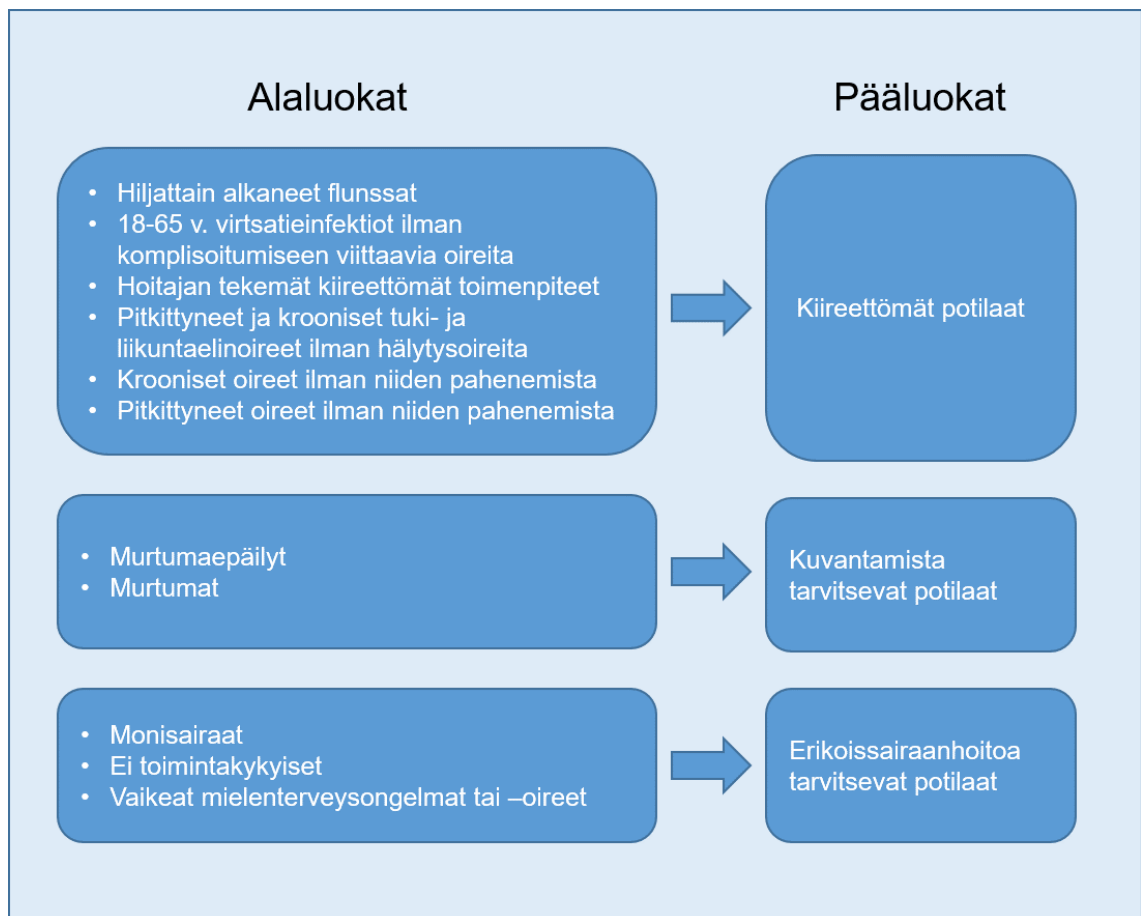
”akuutit psykiatriset”

Pääluokka **kuvantamista tarvitsevat potilaat**, yhdisti alaluokat murtumaepäilypotilaat ja murtumapotilaat. Kuvantamista tarvitsevia potilaita ei tulisi ohjata hoitohenkilöstön kokemana kiirevastaanotolle.

”murtuma”

”Selvät murtumasuspektit”

Kuviossa (kuvio 16) on esitelty aineistosta nousseet pää- ja alaluokat tulosten yhteenvetona.



KUVIO 16. Millaisten potilaiden ei tulisi ohjautua kiirevastaanotolle

6.2.3 Hoitohenkilöstön kehittämissuhteet

Kyselyssä selvitettiin lisäksi, millaisia kehityssuhteita hoitohenkilöstöllä oli kiirevastaanoton toiminnan kehittämiseksi. Aineistosta nousi kolme pääluokkaa: **henkilöstön kehittäminen, toiminnan kehittäminen ja toimintaympäristön kehittäminen.**

Aineistosta oli löydettävissä **henkilöstön kehittämisen** alaluokiksi henkilökunnan perehdytys ja hoidon tarpeen arviointia tekevien perehdytys. Vastauksista ilmeni henkilöstön kehittämiseen liittyen, että kiirevastaanoton hoitohenkilökunnan perehdytyksessä koettiin kehittämistä. Toivottiin vähintään yhden työvuoron ajan perehtymistä kiirevastaanoton toimintaan.

”Hyvä perehdytys hoitajille. väh. 1 vuoro mukana alusta loppuun.”

Hoidon tarpeen arviointia tekevien perehdytyksessä koettiin myös olevan kehittämistä, jotta heillä olisi tarvittava tieto kiirevastaanotolle kuuluvista potilaista.

”ajanvarausta- ja neuvontaa perehdyttää mitkä asiat oikeasti kuuluvat kiirevastaanotolle”

Pääluokka **toiminnan kehittäminen** yhdisti useamman alaluokan, joita olivat hoidon tarpeen arvioinnin kehittäminen, potilaiden ohjauksen parantaminen, yhtenäisten toimintatapojen kehittäminen, hoitajaresurssin lisääminen ja aukioloaikojen pidentäminen.

Toiminnan kehittämiseen liittyen hoitohenkilöstön vastauksista ilmeni kokemus, että hoidon tarpeen arviointi tarvitsisi kehittämistä, jotta kiirevastaanotolle ei päätyisi sinne kuulumattomia potilaita ja, että varatun vastaanottoajan pituus olisi riittävä. Hoidon tarpeen arvioinnin kehittäminen nousi selkeästi esille vastauksista.

”hoidontarpeen arvio tarvitsee kehitystä -> millaisia potilaita kiirevo:lle otetaan.”

”Triagen kehittäminen, edelleen kiirevastaanotolle ohjautuu potilaita, joiden vaivat ovat pitkittyneitä (jopa kuukausista useisiin vuosiin)”

”neuvontanro:n ”haastattelun” toivoisi olevan kattavampi”

”Hoidon tarpeen arviointiin tarkkuutta, ei haavahoitoja 15 min ajalle”

Potilaiden ohjauksen parantaminen nousi vastauksista. Potilaiden ohjaamisessa ennen kiirevastaanotolle saapumista koettiin kehittämistarvetta. Kiirevastaanotolle ohjattavia potilaita toivottiin ohjattavan saapumaan hyvissä ajoin paikan

päälle, jotta tarvittavat näytteet ehdittäisiin ottaa ennen varsinaista vastaanotto-aikaa ajan säästämiseksi.

”Jos on esitietojen perusteella selvää että tutkimuksia tarvitaan, potilas voitaisiin ohjata niihin heti kun ilmoittautuu. Esim. korkea kuume, joka tapauksessa otetaan pika-CRP. Säästää aikaa”

”Potilaat voisi kutsua 10-20min paikalle ennen omaa vo:aikaa, jotta ehdittäisiin ottamaan tarvittavat näytteet ennen lääkärin vo.”

Myös yhtenäisten toimintatapojen kehittäminen nousi yhdeksi kehittämisalaluokaksi. Toivottiin hoitajien päivystysjonon käyttöönottoa kaikille kiirevastaanotolla työskenteleville lääkäreille. Lisäksi yhtenäisiä pelisääntöjä toivottiin työvuorojen tasaisemman kulun mahdollistamiseksi, tämä ilmaus jäi epätarkaksi.

”Pkiijo [potilastietojärjestelmän päivystysjono hoitajalle] kaikille lääkäreille käyttöön.”

*”Työvuoron kulku/vaihtelevuus turhan paljon lääkäreiden toimintata-
vasta kiinni. Yhtenäisemmät pelisäännöt?”*

Hoitajaresurssin lisääminen oli myös yksi kehittämis ehdotus, varsinkin viikonloppuihin koettiin tarvetta lisätä yksi hoitajaresurssi. Kysely toteutettiin ajankohtana, jolloin kiirevastaanotolla työskenteli 2 hoitajaa viikonloppuisin. Yksi hoitajaresurssi lisättiin viikonloppuihin kyselyn toteuttamisen jälkeisenä ajankohtana ja tällä hetkellä kiirevastaanotolla työskentelee 3 hoitajaa viikonloppuisin.

”Joskus (varsinkin vki) vaatisi 3 hoitajaa, jotta aikataulussa pysyisivät kaikki.”

”Hoitajaresurssien parempi käyttö varsinkin viikonloppuisin, toisaalta molemmilla hoitajilla paljon töitä.”

Aukioloaikojen pidentämistä viikonloppuisin ja pyhinä ehdotettiin yhtenä kehittämisehdotuksena. Tällä hetkellä kiirevastaanotto on siis auki viikonloppuisin ja pyhinä klo 10–16.

”Viikonloput ja pyhät voisi olla 8–20, jaettuna kahteen vuoroon”

”Aukiolon laajennus viikonloppuisin”

Pääluokka **toimintaympäristön kehittäminen** yhdisti alaluokat sijainnin muuttaminen ja tilojen muuttaminen. Toimintaympäristön kehittämiseen liittyen tuli ehdotuksia kiirevastaanoton sijainnin ja tilojen muuttamiseksi. Koettiin, että kiirevastaanoton siirtäminen Tampereen yliopistollisen sairaalan päivystys Acutan yhteyteen voisi mahdollistaa tehokkaamman työskentelyn ja potilaiden asioiden hoitamisen pidemmälle. Myös kiirevastaanoton siirtämistä Tipotien hyvinvointikeskuksen tiloihin ehdotettiin. Koettiin, että Tipotiellä olisi paremmat puitteet kiirevastaanottotoiminnalle.

”Tipotiellä paremmat puitteet koko toiminnalle”

”Acutan yhteydessä oleminen mahdollistaisi tehokkaamman työskentelyn, koska silloin voisi ottaa aikataulutta potilaita ja ehtisi muutamana enemmän. Pystyisi myös hoitamaan joitain asioita pidemmälle.”

Vastausten perusteella kehittämis ehdotuksia saatiin henkilöstön, toiminnan ja toimintaympäristön kehittämiseen liittyen useita. Hoidon tarpeen arvioinnin kehittäminen, hoidon tarpeen arviointia tekevien perehdytys sekä kiirevastaanoton hoitohenkilöstön perehdytys nousivat kehittämis ehdotuksista liittyen opinnäytetyön tutkimusnäkökulmaan. Näitä kehittämis ehdotuksia käsitellään lisää kappaleessa 7.3 Johtopäätökset ja ehdotukset jatkokehittämiseksi.

7 POHDINTA

7.1 Tutkimustulosten tarkastelu

Opinnäytetyön tulokset vastasivat kaikkiin kolmeen tutkimustehtävään. Opinnäytetyön avulla saatiin tietoa potilaiden ohjautuvuudesta kiirevastaanotolle kiirevastaanoton potilaiden tulosyy- sekä ikä- ja sukupuolijakaumatietojen perusteella sekä kiirevastaanoton hoitohenkilöstön kokemana. Lisäksi saatiin kehittämisehdotuksia Tampereen kaupungin kiirevastaanottoiminnan kehittämiseksi hoitohenkilöstön kokemana. Tulosten hyödynnettävyys on tarkoitettu kiireellisten potilaiden hoitoon ohjautuvuuden sekä Tampereen kaupungin kiirevastaanottoiminnan kehittämiseksi.

Tulosyytietojen tarkastelun mukaan potilaiden yleisimmät tulosyyt kiirevastaanotolle olivat: H01 Korvan kipu/särky, R21 Kurkun/nielun oire/vaiva, R74 Ylähengitystieinfektio, akuutti, A03 kuume, L17 Jalan/varpaan oire/vaiva, L03 Alaselän oire/vaiva, D06 vatsan alueen kipu, paikallinen, muu, D01 Akuutti vatsakipu, A92 Allergia/allerginen reaktio, N17 Huimaus/pyörrytys, F73 Silmätulehdus, muu ja R05 Yskä. Osan näistä yleisimmistä tulosyytiedoista voidaan päätellä olevan akuutiksi luokiteltavia, kuten H01 Korvan kipu/särky, R74 Ylähengitystieinfektio, akuutti, A03 kuume, D01 Akuutti vatsakipu sekä F73 Silmätulehdus. Myös iän ja tulosyyoireen perusteella voidaan päätellä osan tulosyytiedoista olevan akuutti. Esimerkiksi 0-6-vuotiaiden yleisin tulosyy on H01 Korvan kipu/särky (kuvio 8), tämä tulosyy lapsilla voidaan päätellä olevan akuutti.

Osasta kiirevastaanoton potilaiden yleisimmistä tulosyytiedoista, kuten L17 Jalan/varpaan oire/vaiva, L03 Alaselän oire/vaiva, D06 vatsan alueen kipu ja N17 Huimaus/pyörrytys, on vaikea arvioida kuuluvatko nämä potilaat tulosyytietojen perusteella kiirevastaanotolle. Näistä tulosyytiedoista ei saada tietoa oireiden vaikeudesta, oireiden mahdollisesta viimeaikaisesta pahenemisesta eikä oireiden kestosta.

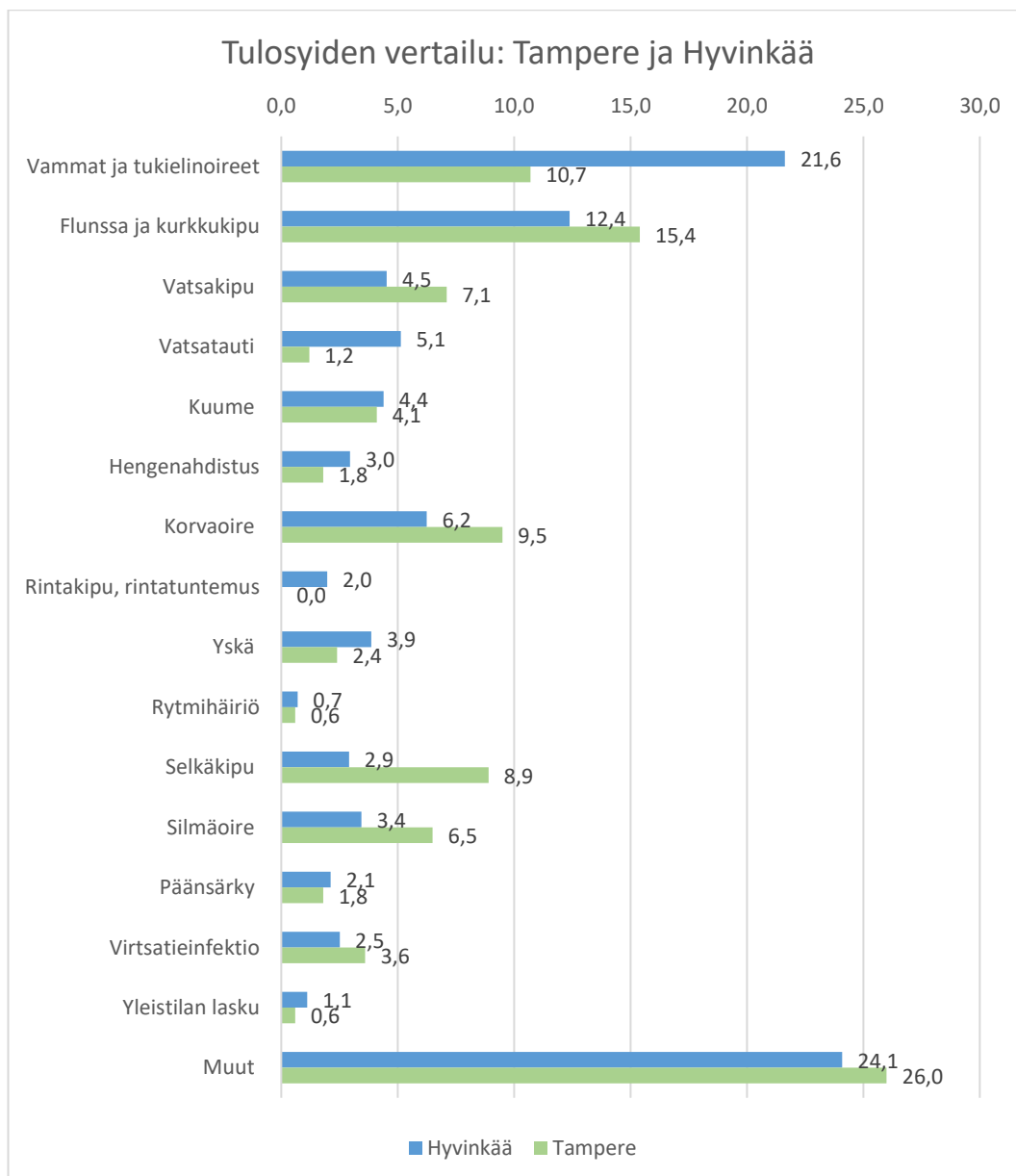
Tulosyytietojen tarkastelun perusteella kiirevastaanotolle ohjautuu potilaita, joista osan tulosyy on selkeästi akuutiksi luokiteltava ja osan tulosyy jää kiireellisyydeltään määrittelemättömäksi. Tulosyytietojen perusteella ei voida määritellä potilaan hoidon kiireellisyyden tasoa tarkasti, koska tulosyytiedoista puuttuu oireiden kesto, oireiden tai vamman vaikeusaste sekä mahdollinen oireiden paheneminen kroonisessa tilanteessa. Jos tulosyytietoihin olisi kirjattu oireiden lisäksi oireiden kesto ja oireiden vaikeus määriteltynä, voisi potilaiden oikea-aikaista ja oikeapaikkaista ohjautuvuutta arvioida laajemmin ja tarkemmin näiden tutkimustietojen perusteella.

Tulosyytietoja ja hoitohenkilöstön kokemuksia verrattiin toisiinsa. Tuloksista voitiin löytää joitakin yhteneväisyyksiä. Akuutiksi luokiteltujen tulosyytietojen voitiin todeta olevan osin yhteneväisiä hoitohenkilöstön kokemuksen kanssa. Hoitohenkilöstön kokemuksen mukaan kiirevastaanotolle tulisi ensisijaisesti ohjautua akuutisti sairastuneita perusterveydenhuollon aikuis- ja lapsipotilaita. Akuutiksi luokitelluista tulosyytiedoista ei kuitenkaan voida tarkasti arvioida näiden potilaiden kuulumista perusterveydenhuollon potilaisiin, näistä potilaista osa on saattanut ohjautua kiirevastaanotolta erikoissairaanhoidon piiriin ja ovat täten saattaneet kuulua myös erikoissairaanhoidon potilasryhmään. Hoitohenkilöstön kokemuksen mukaan kiirevastaanotolle ei tulisi ohjautua erikoisairaanhoidon tarvitsevia potilaita. Myös kiireettömät potilaat, joiden oireet ovat alkaneet hiljattain tai joiden pitkittyneissä tai kroonisissa oireissa ei ole tapahtunut pahenemista, koettiin kiirevastaanotolle kuulumattomiksi. Niiden tulosyytietojen osalta, joiden kiireellisyys jää määrittelemättömäksi, ei voida tietää yhteneväisyyttä tai eroavaisuutta hoitohenkilöstön kokemukseen.

Opinnäytetyön tulosyytietoja vertailtiin Malmström ym. (2012) tutkimuksen Hyvinkään yhteispäivystyksen tulosyytietojen kanssa, jotta saatiin tehtyä vertailua yleisimpien tulosyytietojen yhteneväisyyksistä ja eroavaisuuksista aikaisemman tutkimuksen tulosten kanssa. Aineiston yleisimmät tulosyyt luokiteltiin ICPC-2-luokituksen avulla samalla tavalla kuin Hyvinkään yhteispäivystyksen laajassa tutkimuksessa. Lisäksi Hyvinkään yhteispäivystyksen erikoissairaanhoidon tulosyyt jätettiin vertailusta pois, jotta voitiin vertailla ainoastaan perusterveydenhuollon tulosyyitä toisiinsa. Tällä menetelmällä voitiin vertailla laajemman Hyvinkään yh-

teispäivystyksen ja suppeamman Tampereen kaupungin kiirevastaanoton tutkimuksen tulosityyryhmiä keskenään. Koska otoskoon suuruusluokka on eri tasolla eli eroavaisuudet ovat huomattavat, molempien tutkimusten havaintojen määrät muutettiin prosenttiosuuksiksi, jotta näitä kahta erisuuruista tutkimusta voitiin yleisesti vertailla keskenään.

Tuloksia tarkasteltaessa (Kuvio 15) tulosityiden perusteella, havaittiin, että merkittäviä eroja Tampereen kaupungin kiirevastaanoton ja Hyvinkään yhteispäivystyksen välillä oli tulosityryhmissä vammat ja tukielinoireet, korvaoire, selkäkipu, silmäoire, vatsatauti ja vatsakipu. Eroja puolestaan ei juurikaan havaittu tulosityryhmissä kuume, hengenahdistus, yskä, rytmihäiriö, päänsärky, virtsatieinfektio sekä yleistilan lasku. Nämä tulosityluokat olivat jakaumaltaan samankaltaisia. Tarkasteltaessa tulosityitä, joissa oli merkittäviä eroja, havaittiin, että kiirevastaanotolla oli Hyvinkään yhteispäivystyksestä selkeästi enemmän silmäoire-, selkäkipu- ja korvaoireluokkiin kuuluvia tulosityitä. Sen sijaan Hyvinkään yhteispäivystyksen tulosityluokan vammat ja tukielinoireet nousivat vertailussa korkeammalle. Huomioitava seikka on kuitenkin, että aineiston poimintaväli oli kiirevastaanotolla selkeästi ajallisesti lyhyempi kuin Hyvinkään yhteispäivystyksessä, jolloin tuloksia voidaan tarkastella ainoastaan suuntaa antavasti. Mainittakoon, että Hyvinkään yhteispäivystyksen aineistosta poimittiin vain yleislääkärillä käyneet potilaat, vertailuun ei laskettu niitä potilaita, jotka on ohjattu yleislääkäriltä erikoislääkärin hoitovastuulle.



KUVIO 15. Tulosyiden vertailu

Tilastollisen tutkimuksen tulosten perusteella potilaiden tulosyyt ovat siis osin yhteneväisiä Hyvinkään yhteispäivystyksen tulosyytietojen kanssa. Joissakin tulosyiryhmissä huomattiin eroja.

Nevalaisen (2020) hoidon kiireellisyysasteen tasojen kuviossa (kuvio 2) esitettyjä kiirevastaanotolle kuuluvia ongelmia olivat infektiot ja niiden komplikaatiot ilman yleistilan heikkenemistä, esimerkiksi välikorva-, nielu- ja silmätulehdukset, gastroenteriitit, pienet vammat, esimerkiksi nilkan nyrjähdys sekä säännöllisesti käytettävän lääkkeen loppuminen. Nämä esitetyt kiirevastaanotolle kuuluvat ongelmat täsmäsivät pääosin tutkimuksessamme havaittuihin yleisimpiin tulosyihin

sekä hoitohenkilöstön kokemuksiin siitä, millaisia potilaita kiirevastaanotolle tulisi ohjautua. Hoitohenkilöstön kokemuksen mukaan kiirevastaanotolle tulisi ohjautua potilaita, joilla on akuutteja tulehduksellisia oireita ja sairauksia. Tähän ryhmään kuuluvat kuviossa mainitut välikorva-, nielu- ja silmätulehdukset sekä gastroenteriitit. Hoitohenkilöstön kokemana kiirevastaanotolle tulisi ohjautua ei-kuvantamista vaativia traumapotilaita. Kuviossa mainitut pienet vammat, kuten nilkan nyrjähdys ovat luokiteltavissa ei-kuvantamista vaativiksi traumaiksi. Kuviossa mainitaan, että infektiot ja niiden komplikaatiot ilman yleistilan heikkenemistä kuuluvat kiirevastaanotolla hoidettaviin ongelmiin. Yleistilan heikkenemisen vuoksi hoitoon ohjautuvat potilaat voidaan katsoa kuuluviksi erikoissairaanhoidon tarvitseviin potilaisiin, sillä nämä potilaat tarvitsevat usein tutkimuksia, seurantaa ja hoitoa, joita erikoissairaanhoidon yksiköissä on mahdollista tarjota. Hoitohenkilöstön kokemuksen mukaan kiirevastaanotolle ei kuuluisi ohjautua potilaita, jotka tarvitsevat erikoissairaanhoidon. Hoitohenkilöstön kokemuksista nousseet tulokset ovat yhteneväisiä kiireellisyyden tasojen kuviossa esitettyjen kiirevastaanotolle kuuluvien ongelmien kanssa.

Tampereen kaupungin neuvonta- ja ajanvarauspalveluiden Terveyspalvelujen neuvonnan osastonhoitaja Knuuttila-Järvisen mukaan kiirevastaanotolla hoidetaan kiireellistä hoitoa tarvitsevia terveyskeskukseen kuuluvia potilaita (Knuuttila-Järvinen 2019). Tämä on yhteneväinen kiirevastaanoton hoitohenkilöstön kokemusten perusteella saatujen tulosten mukaan, joiden mukaan kiirevastaanotolle tulisi ohjautua perusterveydenhuollon akuutisti sairastuneita aikuis- ja lapsipotilaita. Tulosten mukaan kiirevastaanotolle ei tulisi ohjautua kiireettömiä potilaita, joiden oireet ovat alkaneet hiljattain tai joiden pitkittyneissä tai kroonisissa oireissa ei ole tapahtunut pahenemista. Hoitohenkilöstön kokemukset kiirevastaanotolle kuuluvista ja kuulumattomista potilaista ovat yhteneväisiä Terveyspalveluissa (1326/2010) määritellyn kiireellisen hoidon määritelmän kanssa, jonka mukaan kiireellisellä hoidolla tarkoitetaan akuutin sairastumisen, vamman tai pitkäaikaissairauden vaikeutumisen edellyttämää välitöntä arviota ja hoitoa, jota ei voida siirtää ilman sairauden pahenemista tai vamman vaikeutumista.

Hoitohenkilöstön kokemuksen mukaan kiirevastaanotolle ei tulisi ohjautua erikoissairaanhoidon tarvitsevia potilaita. Liian huonokuntoiset potilaat, joilla ei ole

omatoimisuutta sekä monisairaat potilaat koettiin kiirevastaanotolle kuulumattomiksi. Nämä potilaat tulisi todennäköisesti ohjata erikoissairaanhoidon piiriin, jotta heidän tilaansa pystyttäisiin arvioimaan paremmin erilaisten samana päivänä saatavien tutkimustulosten sekä kuvantamistulosten avulla. Myös pidempi-aikainen seuranta, neste- ja lääkehoito ovat erikoissairaanhoidon yksiköissä mahdollista toteuttaa. Myös potilaat, joilla on vaikeita mielenterveysongelmia- tai oireita, koettiin kiirevastaanotolle kuulumattomiksi. Näiden potilaiden hoito voi olla parempi toteuttaa erikoissairaanhoidon yksiköissä, joissa on erikoisosamista ja vaadittavia resursseja näiden potilaiden hoitoa varten.

Hoitohenkilöstön kokemana kiirevastaanotolle tulisi ohjautua ei-kuvantamista vaativia traumapotilaita ja sinne ei tulisi ohjautua kuvantamista tarvitsevia potilaita. Nämä tulokset ovat keskenään yhteneväisiä. Kiirevastaanotolla ei ole kuvantamisyksikön palveluja saatavilla kiirevastaanoton aukioloaikoina, joka voi viivästyttää joidenkin potilasryhmien diagnostiikkaa ja jopa estää murtumaepäilypotilaiden diagnostiikan. Kuvantamista tarvitsevat potilaat, kuten murtumaepäilypotilaat olisikin hyvä ohjata suoraan Tampereen yliopistollisen sairaalan Päivystys Acutaan, jossa kuvantaminen on mahdollista kaikkina vuorokauden aikoina.

Koska kiirevastaanottotoiminta on uusi terveydenhuollon palvelu, kiirevastaanottoa koskevia aikaisempia tutkimuksia ei juuri löydy. Aikaisempaa kirjallisuutta kiirevastaanotolle kuuluvista potilaista löytyi vähän. Hoitohenkilöstön kokemuksista nousseita tuloksia verrattaessa aikaisempaan kirjallisuuteen, voidaan päätellä, että tutkimustulokset kiirevastaanotolle kuuluvista ja sinne kuulumattomista potilaista ovat pääosin yhteneväisiä aikaisemman kirjallisuuden perusteella.

7.2 Tutkimuksen eettisyys ja luotettavuus

Opinnäytetyö toteutettiin hyvän tieteellisen käytännön edellyttämällä tavalla, jotta opinnäytetyö on eettisesti hyväksyttävä ja luotettava sekä tutkimustulokset uskottavia. Hyvän tieteellisen käytännön lähtökohtana on, että tutkimuksessa noudatetaan tiedeyhteisön tunnustamia toimintatapoja, kuten rehellisyyttä, yleistä huolellisuutta ja tarkkuutta tutkimustyössä sekä tulosten tallentamisessa ja esittämisessä. (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2012, 6.)

Opinnäytetyön ihmistieteisiin luettavassa tutkimuksessa noudatettiin eettisiä periaatteita, joita ovat tutkittavan itsemääräämisoikeuden kunnioittaminen, vahingoittamisen välttäminen sekä yksityisyys ja tietosuoja (Arene 2017, 8). Opinnäytetyön määrällisiä tutkimustuloksia käsiteltiin potilaan anonymiteetti huomioon ottaen. Potilaan tulositytöjen, iän tai sukupuolen perusteella potilasta ei voida tunnistaa. Laadullisen tutkimuksen lomakekyselyyn vastaaminen oli vapaaehtoista ja aineisto hankittiin anonymisti.

Validiteetilla eli pätevyydellä tarkoitetaan mittauksen oikeanlaisuutta, toisin sanoen validin mittarin avulla tehdyissä mittauksissa saadaan aikaan keskimäärin oikeita tuloksia. Validiteettia nostaa huolellinen tiedonkeruun ja suunnittelun varmistaminen, jotta mittari mittaa sitä ominaisuutta, mitä on tarkoituskin mitata. Tätä edesauttaa edelleen perusjoukon määrittely, edustava otos ja riittävän korkea vastausprosentti. (Heikkilä 2014, 27–28).

Reliabiliteetti kertoo, miten luotettava mittausmenetelmä on ja kuinka ei-sattumanvaraisia tulokset ovat. Kun tutkimus on luotettava, sen samankaltaisia tuloksia pitää kyetä toistamaan uudelleen. Tutkimuksen ajalla tai lokaatiolla voidaan saada erilaisia tuloksia johtuen yhteiskunnan moninaisuudesta, jolloin mittaus ei välttämättä ole tällöin reliaabeli. Esimerkkinä kiirevastaanotolla tehdyn tulositytarkastelun tulokset eivät välttämättä ole toistettavissa samanlaisena jossakin toisessa maassa tai kulttuurissa. Tutkimusta suoritettaessa tulee olla jatkuvasti tarkka ja kriittinen sekä varmistaa oman osaamisensa erilaisten analysointimenetelmien kanssa. Luotettavuuteen vaikuttaa myös se, että tutkimuksen kohde-ryhmä ei ole vinoutunut, vaan otoksen tulee edustaa koko perusjoukkoa, eikä pelkästään joitakin osia siitä. (Heikkilä 2014, 28).

Opinnäytetyön aloitusta edeltävästi perehdyttiin sekä määrälliseen että laadulliseen tutkimusmenetelmään teorian kautta, teoriaa käytettiin tutkimuksen tukena koko ajan tutkimuksen edetessä. Laadullisen tutkimuksen tiedonantajiksi valittiin koko kiirevastaanoton hoitohenkilöstö, jotta saatiin mahdollisimman monipuolinen käsitys tutkittavasta ilmiöstä. Hoitohenkilöstön valikoituminen tutkimuksen tiedonantajiksi oli harkittua, sillä heillä oli tutkittavasta ilmiöstä kokemusta. Loma-

kekyselyn vastausprosentti oli korkea, 92,3 % hoitohenkilöstöstä vastasi lomakekyselyyn. Hoitohenkilöstön vastauksiin saattoi vaikuttaa tutkimuksen toteuttaneiden työskentely kiirevastaanotolla, lomakekyselyn anonyymius mahdollisti kuitenkin suodattamattomien vastaustenannon.

Lomakekyselystä päätettiin jättää osa kysymyksistä tutkimusaineiston ulkopuolelle tutkimusaiheen rajaamiseksi ja opinnäytetyön valmiiksi saattamiseksi rajatussa aikataulussa. Tutkimustehtäviin saatiin tuloksia käsiteltyjen aineistojen perusteella monipuolisesti. Tutkimusaineistosta pois jääneet lomakekyselyn vastaukset todettiin myös sellaisiksi, että niiden perusteella ei saatu tarkkoja määrällisellä tutkimusmenetelmällä käsiteltäviä lukumääriä, kuten alkuperäinen tarkoitus oli. Lomakekyselyn esitestauksen perusteella tämä olisi mahdollisesti huomattu ja lomakekyselyä olisi voitu muokata.

Tutkimus on objektiivinen, kun tutkija ei vaikuta tutkimustuloksiin, vaan toimii avoimesti ja puolueettomasti. Tutkittaville tulee kertoa avoimesti, miksi tutkimus tehdään, ja mihin sitä tullaan käyttämään. Raportoinnissa tuodaan esille kaikki oleelliset tulokset ja niiden johtopäätökset jättämättä pois epäedullista tai -toivotua tietoa. Puolueettomuuden varmistamiseksi myös menetelmät, joita on käytetty tutkimusta tehdessä, tulee kertoa julki. (Heikkilä 2014, 28–29).

Opinnäytetyössä käytettiin tieteellisen tutkimuksen kriteeristön mukaisia tiedonhankinta-, tutkimus- ja arviointimenetelmiä, jotka ovat myös eettisesti kestäviä. Määrälliset ja laadulliset tutkimustulokset julkaistiin avoimesti ja vastuullisesti. Määrällisen tutkimuksen aineistoa on havainnollistettu liitteessä 1, jossa kaikki havaitut tulokset on esitelty. Laadullisen tutkimuksen tuloksissa on esitelty tutkimusaineistosta poimittuja alkuperäisilmaisuja sekä esimerkki sisällönanalyysistä (taulukko 2) tutkimustulosten luotettavuuden havainnollistamiseksi. Tutkimustuloksia arvioitiin kriittisesti tutkimustulosten tarkastelussa. Tutkimuksen suunnittelun, toteutuksen ja raportoinnin aikana siinä syntyneet tietoaineistot tallennettiin tieteelliselle tiedolle asetettujen vaatimusten edellyttämällä tavalla. (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2012, 6.)

Laki sosiaali- ja terveystiedon toissijaisesta käytöstä hyväksyttiin eduskunnassa maaliskuussa 2019. Tällä tarkoitetaan, että potilastietoa voidaan laissa määritetyin ehdoin käyttää myös tieteelliseen tutkimukseen, hoitojen kehittämiseen ja innovaatiotoimintaan, ei pelkästään potilaan omaan hoitoon, joka on lain mukaan ensisijainen käyttötarkoitus. (Laitinen 2019.)

7.3 Johtopäätökset ja ehdotukset jatkokehittämislle

Opinnäytetyön tilastollista osuutta tehtäessä huomattiin huomattavia eroavaisuuksia tulositytöiden kirjauksessa, sillä tällä hetkellä tulositytiedot kirjataan vapaamuotoisesti. Hoidon tarpeen arvioinnin tekee ja potilaan tulosityn kirjaa sairaanhoitaja. Hoidon tarpeen arvioinnin tulisi potilaan tulosityn kirjata strukturoidusti koodattuun muotoon esimerkiksi ICPC-2-luokituksen avulla. Tällöin tulositytiedot tulisi kirjattua yhteneväisellä tavalla säännönmukaisesti. Tämän kirjaustavan avulla varmistetaan potilasturvallisuus sekä hoidon laatu ja pystytään seuraamaan tarkemmin potilaiden ohjautuvuutta sekä kiirevastaanoton toimintaa.

Hoitohenkilöstön kehittämissuositusten perusteella hoidon tarpeen arvioinnin kehittäminen sekä terveystietojen neuvonnan hoidon tarpeen arviointia tekevien hoitajien huolellinen perehdytys ja kouluttaminen on tärkeää kiirevastaanotto- toiminnan kehittämiseksi. Myös kiirevastaanoton uuden hoitohenkilöstön perehdytys nousi hoitohenkilöstön kehittämissuosituksista. Kiirevastaanotolla työskentelevän hoitohenkilöstön sekä hoidon tarpeen arviointia tekevien hoitajien tulisi osallistua koulutukseen, jonka sisältöön kuuluisi potilaiden kiireellisyyden määrittely, kiirevastaanotolle kuuluvat ja kuulumattomat potilaat, sekä kiirevastaanotto- toiminnan käytänteet. Kiirevastaanoton hoitohenkilöstön perehdytys tulisi suorittaa kokeneen sairaanhoitajan ohjauksessa tarkoitusta varten laaditun Kiirevastaanottokäsikirjan avulla. Myös yhtenäisten toimintatapojen kehittäminen nousi hoitohenkilöstön kehittämissuosituksista toiminnan kehittämiseen liittyen. Perehdytyksen ja kouluttamisen avulla varmistetaan potilaan hoidon laatu, yhtenäiset käytänteet ja potilaan oikea-aikainen sekä oikeapaikkainen hoitoon ohjautuvuus. Myös terveystietojen neuvonnan sekä kiirevastaanoton välinen informaation

kulku tulisi turvata ja mahdollistaa mahdollisimman helpoksi, jotta potilaan hoitoon liittyvä konsultointi onnistuisi. Konsultoinnin avulla varmistetaan potilaan oikea-aikaista ja oikeapaikkaista hoitoon ohjautuvuutta.

Valtioneuvoston asetuksen kiireellisen hoidon perusteiden (583/2017) mukaan palvelun järjestäjän tulisi tiedottaa ja ohjata väestöä siitä, milloin kiirevastaanottopalvelua on tarkoituksenmukaista käyttää. Tampereen kaupungin tiedottaminen kiirevastaanottotoiminnasta on vähäistä. Tampereen kaupungin verkkosivuilta ilmenee hätätilanteiden ja päivystyksen palveluiden tiedottamisen yhteydessä kiirevastaanottopalvelujen sijainti ja aukioloajat, sekä se, että kiirevastaanotolla ei voi asioida ilman ajanvarausta (Tampereen kaupunki 2021). Tietoa siitä, millaisia potilaita kiirevastaanotolle kuuluu, ei ilmene verkkosivuilta. Alueen väestön tiedottamista tämän osalta voisi vielä kehittää. MacKichan ym. (2016) mukaan potilailla on eroavia käsityksiä kiireellisestä ja päivystyksellisestä hoidosta. Pope ym. (2016) mukaan potilaat itse joutuvat määrittelemään hoitonsa kiireellisyyttä eri kategorioihin kiireettömän, kiireellisen sekä päivystyksellisen välillä. Tämä voi aiheuttaa sitä, että potilaat hakeutuvat suoraan erikoissairaanhoidon päivystykseen, vaikka heidät voitaisiin hoitaa perusterveydenhuollon päivystyksessä arkipäivisin tai kiirevastaanotolla arki-iltoina ja viikonloppuisin. Väestön tiedottaminen terveydenhuollon eri palveluista on tärkeää, jotta erikoissairaanhoidon päivystys ei ruuhkautuisi perusterveydenhuollon päivystyspotilailla. Tämä onkin ollut kiirevastaanottojen perustamisen pääasiallinen tarkoitus. (Alueuudistus 2016, 3).

Hoitohenkilöstön kokemana opinnäytetyön tutkimukselliseen näkökulmaan liittyen nousi esiin kehitysehdote hoidon tarpeen arvioinnin kehittämiseksi. Hoidon tarpeen arvioinnin kehittäminen on tärkeää, jotta kiirevastaanotolle ohjautuisi potilaita oikea-aikaisesti ja oikeapaikkaisesti. Opinnäytetyön toteutuksen jälkeen julkaistiin aikuisten valtakunnalliset yhtenäiset kiireellisen hoidon perusteet sekä lasten valtakunnalliset yhtenäiset kiireellisen hoidon perusteet (Sosiaali- ja terveysministeriö 2020a; Sosiaali- ja terveysministeriö 2020b), joissa on määritelty eri oireiden ja vammojen kiireellisyysluokitukset. Jatkotutkimusaiheena ehdoteaan tutkimusta, jossa selvitetään aikuisten ja lasten valtakunnallisten kiireellisen

hoidon perusteiden käyttöönoton vaikutusta kiireellisten potilaiden hoidon tarpeen arviointiin sekä hoitoon ohjautuvuuteen Tampereen kaupungin kiirevastaanotolle.

LÄHTEET

Aaltola, J. & Valli, R. (toim.) 2007. Ikkunoita tutkimusmetodeihin. Laadullinen tutkimus prosessina. 2. korjattu painos. Jyväskylä: PS-kustannus.

Alueuudistus. 2016. Usein kysytyjä kysymyksiä liittyen päivystyksen ja erikoissairaanhoidon rakenteiden uudistukseen sosiaalihuoltolaissa ja terveydenhuoltolaissa. Luettu 15.4.2019. <https://alueuudistus.fi/documents/1477425/2047492/Usein+kysytyj%C3%A4+kysymyksi%C3%A4+p%C3%A4ivystyksen+ja+erikoissairaanhoidon+rakenteiden+uudistuksesta.pdf/fcfc7d2-f9df-4f90-aff2-f7f0de4cd413/Usein+kysytyj%C3%A4+kysymyksi%C3%A4+p%C3%A4ivystyksen+ja+erikoissairaanhoidon+rakenteiden+uudistuksesta.pdf.pdf>

Arene. Ammattikorkeakoulujen rehtorineuvosto Arene ry. 2017. Ammattikorkeakoulujen opinnäytetöiden eettiset suositukset. Luettu 19.4.2019. http://www.arene.fi/wp-content/uploads/Raportit/2018/arene_ammattikorkeakoulujen-opinnaytetoiden-eettiset-suositukset.pdf?_t=1526903222

Castren, M., Aalto, S., Rantala, E., Sopanen, P. & Westergård, A. 2008. Ensihoidosta päivystyspoliklinikalle. Helsinki: WSOY Oppimismateriaalit Oy.

Finohta. 2011. Arviointiseloste. Potilaiden kiireellisyyden luokittelu ja hoitoprosessit päivystyspoliklinikalla. Terveyden- ja hyvinvoinnin laitos. Luettu 7.3.2021. https://www.thl.fi/attachments/MEKA/Julkaisut/Ohtanen/AS_2011_1_Potilaiden%20kiireellisyyden%20luokittelu.pdf

Haapiainen, R., Kaila, M. & Salomaa, E. 2019. Erikoissairaanhoidon työnjaon ja päivystyksen toteutuminen kansallisessa kokonaisuudessa. Selvityshenkilöiden loppuraportti. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö. Luettu 4.4.2019. https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/161330/Rap_3_2019_Erikoissairaanhoidon%20toteutuminen.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Heikkilä, T. 2014. Tilastollinen tutkimus. 9. uud. painos. Helsinki: Edita Publishing Oy.

Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2009. Tutki ja kirjoita. 15., uudistettu painos. Helsinki: Tammi.

Iivari, A., Hupli, M., Komulainen, J., Kortekangas, P., Liukko, K., Roine, R., Pusa, A., Pikkujämsä, S., Grönlund, J., Koskela, A., Nordblad, A., Ikonen, T., Louhija, J., Hämäläinen, H. & Voipio-Pulkki, L. 2017. Hoidon saatavuuden määrittäjät ja muutostarpeet. Valtakunnallinen hoidon saatavuuden ja yhtenäisten perusteiden työryhmä. Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 2017:3. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö. Luettu 5.11.2020. <https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/79310/Hoidon%20saatavuus%20alaty%c3%b6ryhm%c3%a4n%20muistio.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

- Kananen, J. 2014. Laadullinen tutkimus opinnäytetyönä. Miten kirjoitan kvalitatiivisen opinnäytetyön vaihe vaiheelta. Jyväskylän ammattikorkeakoulun julkaisuja 176. Jyväskylän ammattikorkeakoulu.
- Knuuttila-Järvinen, J. osastonhoitaja. 2019. Ohjeita kiirevastaanotolle. Sähköpostiviesti. jaana.knuuttila-jarvinen@tampere.fi. Luettu 30.9.2019.
- Knuuttila-Järvinen, J. & Yrjölä, S. 2021. Kiirevastaanottokäsikirja. Tampereen kaupunki. Luettu 10.3.2021.
- Komulainen, J. & Savolainen, T. 2012. ICPC-2. Teoksessa Komulainen, J. (toim.) Suomalainen tautien kirjaamisen ohjekirja. Tampere: Juvenes Print - Tampereen yliopistopaino Oy.
- Kuula, A. 2006. Toimintatutkimus. Kokonaisuudesta Saaranen-Kauppinen, A. & Puusniekka, A. 2006. KvaliMOTV - Menetelmäopetuksen tietovaranto. Tampere: Yhteiskuntatieteellinen tietoarkisto. Luettu 1.4.2019. <http://www.fsd.uta.fi/menetelmaopetus/>
- Kuntaliitto. 2019. ICPC-2 - Perusterveydenhuollon kansainvälinen luokitus. Luettu 3.11.2020. <https://www.kuntaliitto.fi/sosiaali-ja-terveysasiat/icpc-2-perusterveydenhuollon-kansainvalinen-luokitus>
- Kuntaliitto. 2016. ICPC2 FIN v.5.0. Perusterveydenhuollon kansainvälinen luokitus. Luettu 3.11.2020. <https://www.kuntaliitto.fi/sites/default/files/media/file/ICPC2%20FIN%20v.5.0%20Fin%20%282016%29.pdf>
- Laitinen, T. 2019. Sosiaali- ja terveystiedon toissijainen käyttö: mikä muuttuu uuden lain myötä? Julkaistu 21.3.2019. Luettu 18.4.2019. <https://www.vastuullinentiede.fi/fi/jatkokaytto/sosiaali-ja-terveystiedon-toissijainen-kaytto-mika-muuttuu-uuden-lain-myota>
- Latvala, E. & Vanhanen-Nuutinen, L. 2003. Laadullisen hoitotieteellisen tutkimuksen perusprosessi: Sisällönanalyysi. Julkaisussa: Janhonen Sirpa & Nikkonen Merja (toim.) Laadulliset tutkimusmenetelmät hoitotieteessä. Juva: WS Bookwell Oy
- Loukaskorpi, J. 2018. Kaupunginvaltuuston kyselytunti. Kokous. Tampereen kaupunki. Julkaistu: 19.03.2018. Luettu 22.4.2019. [http://tampere.cloudnc.fi/fi-FI/Toimielimet/Kaupunginvaltuuston_kyselytunti/Kokous_1932018/Valtuustokysely_koskien_terveyskeskusten\(50077\)](http://tampere.cloudnc.fi/fi-FI/Toimielimet/Kaupunginvaltuuston_kyselytunti/Kokous_1932018/Valtuustokysely_koskien_terveyskeskusten(50077))
- MacKichan, F., Brangan, E., Wye, L., Checkland, K., Lasserson, D., Huntley, A., Morris, R., Tammes, P., Salisbury, C., Purdy, S. 2017. Why do patients seek primary medical care in emergency departments? An ethnographic exploration of access to general practice. *BMJ Open* 2017:7, 4. Luettu 29.1.2020. <https://bmjopen.bmj.com/content/7/4/e013816.info>
- Malmström, T., Torkki, P., Valli, J. & Malmström, R. 2012. Yhteispäivystyksen työnjako - Hyvinkään päivystyksen potilasvirta-analyysi. *Suomen lääkirlehti* 67 (5), 345, 347-349. Luettu 29.1.2020. <https://docplayer.fi/5057416-Yhteispayivystyksen-tyonjako.html>

McHale, P., Wood, S., Hughes, K., Bellis, M., Demnitz, U. & Wyke, S. 2013. Who uses emergency departments inappropriately and when - a national cross-sectional study using a monitoring data system. BMC Medicine volume 11, Article number 258. Luettu 27.1.2020. <https://bmcmmedicine.biomedcentral.com/articles/10.1186/1741-7015-11-258>

Metsämuuronen, J. 2006. Laadullisen tutkimuksen käsikirja. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.

Nevalainen, O. 2020. Päivystys- ja kiirevastaanotto. Duodecim Oppiportti. Luettu 13.2.2021. <https://www.oppiportti.fi/op/tyyppi00072/do>.

Ojasalo, O., Moilanen, T. & Ritalahti, J. 2014. Kehittämistyön menetelmät. Uudenlaista osaamista liiketoimintaan. 3. uudistettu painos. Helsinki: Sanoma Pro Oy.

Pellikka, M. 2013. Hoidon tarpeen arviointi. Julkaisussa: Mustaoja, M., Alila, A., Matilainen, E., Pellikka, M. & Rasimus, M. Sairaanhoidajan käsikirja. Helsinki: Duodecim.

Paunonen, M. & Vehviläinen-Julkunen, K. 2006. Hoitotieteen tutkimusmetodiikka. Helsinki: WSOY Oppimateriaali.

Pope, C., McKenna, G., Turnbull, J., Prichard, J., Rogers, A. Making sense of navigating urgent and emergency care processes and provision. Health Expect. 2019. Luettu 29.1.2020. <https://doi.org/10.1111/hex.12866>.

Quattrini V. & Swan B. 2011. Evaluating care in ED fast tracks. Journal on Emergency Nursing (37)1. Luettu 27.1.2020. [https://www.jenonline.org/article/S0099-1767\(09\)00498-X/fulltext](https://www.jenonline.org/article/S0099-1767(09)00498-X/fulltext)

Sosiaali- ja terveysministeriö. 2020a. Aikuisten valtakunnalliset yhtenäiset kiireellisen hoidon perusteet. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2020:19. Helsinki. Luettu 15.12.2020. https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/162340/STM_2020_19_J.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Sosiaali- ja terveysministeriö. 2020b. Lasten valtakunnalliset yhtenäiset kiireellisen hoidon perusteet. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2020:18. Helsinki. Luettu 15.12.2020. https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/162339/STM_2020_18_J.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Sosiaali- ja terveysministeriö. 2019. Valtakunnallinen hoidon saatavuuden ja yhtenäisten hoidon perusteiden työryhmä 2015–2018. Loppuraportti. Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 2019:50. Helsinki. Luettu 29.1.2020. http://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/161713/Rap_50_2019_Valtakunnallinen%20hoidon%20saatavuuden%20ja%20yhten%C3%A4isten%20hoidon.pdf

Sosiaali- ja terveysministeriö. 2017. Muistio. Valtioneuvoston asetus kiireellisen hoidon perusteista ja päivystyksen erikoisalakohtaisista edellytyksistä. Luettu

12.4.2019. 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

SoteDigi. 2019. Päivystysapu 116117. Luettu 29.1.2020. <https://sotedigi.fi/paivystysapu-116117/>

Suojanen, U. 2004. Toimintatutkimus. Luettu 9.4.2019. <https://metodix.fi/2014/05/19/suojanen-toimintatutkimus/>

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

Tampereen kaupunki. 2021. Hätätilanteet ja päivystys. Luettu 22.5.2021. <https://www.tampere.fi/sosiaali-ja-terveyspalvelut/hatatilanteet-ja-paivystys.html>

Tampereen kaupunki. 2019a. Hoidotakuu. Luettu: 4.4.2019. <https://www.tampere.fi/sosiaali-ja-terveyspalvelut/asiakkaan-ja-potilaan-oikeudet/hoidotakuu.html>

Tampereen kaupunki. 2019b. Konsernimääräys. Tampereen kaupunkia koskevat tutkimukset ja selvitykset sekä niiden lupamenettely. Luettu: 23.4.2019. https://www.tampere.fi/tiedostot/k/c37J5ffnA/Konsernimaarays_--_Tampereen_kaupunkia_koskevat_tutkimukset_ja_selvitykset_seka_niiden_lupamenettely_10.4.2019.pdf

Terveydenhuoltolaki 30.12.2010/1326. Luettu 4.4.2019. <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2010/20101326#L6P50>

Jokinen, T. & Virkkunen, H. (toim.) 2018. Potilastiedon rakenteisen kirjaamisen opas. Osa 1. Versio 2018. Terveyden- ja hyvinvoinnin laitos. Luettu 3.11.2020. https://thl.fi/documents/920442/2902744/Kirjaamisopas+osa+1++fi-nal+2018_.pdf/5395585e-324f-4ac5-86d6-106e27979e77

Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2018. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Helsinki: Tammi.

Tutkimuseettinen neuvottelukunta. 2012. Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukausepäilyjen käsitteleminen Suomessa. Tutkimuseettisen neuvottelukunnan ohje 2012. Luettu: 18.4.2019. https://www.tenk.fi/sites/tenk.fi/files/HTK_ohje_2012.pdf

Valli, R. 2015. Johdatus tilastolliseen tutkimukseen. Taustaa tilastolliseen tutkimukseen. 2. uud. painos. PS-kustannus. Luettu 23.5.2021. Vaatii käyttöoikeuden. <https://www.ellibslibrary.com/reader/9789524516761>

Valli, R. 2018. Vastausten tulkinta määrällisessä tutkimuksessa. Teoksessa Valli, R. (toim.) Ikkunoita tutkimusmetodeihin 2. 5. uud. painos. PS-kustannus. Luettu 23.5.2021. Vaatii käyttöoikeuden. <https://www.ellibslibrary.com/reader/9789524518758>

Valli, R. 2018. Numerot ja niiden tulkinta määrällisessä tutkimuksessa. Teoksessa Valli, R. (toim.) Ikkunoita tutkimusmetodeihin 2. 5. uud. painos. PS-kustannus. Luettu 23.5.2021. Vaatii käyttöoikeuden. <https://www.ellibslibrary.com/reader/9789524518758>

Valtioneuvoston asetus kiireellisen hoidon perusteista ja päivystyksen erikoisala-kohtaisista edellytyksistä 24.8.2017/583. Luettu 3.4.2019. <https://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2017/20170583>

Valtioneuvoston asetus hoitoon pääsyn toteuttamisesta 25.11.2004/1019. Luettu 28.1.2020. <https://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2004/20041019#Pidp446548032>

Valvira. Sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontavirasto. Hoidon tarpeen arviointi 2014. Luettu 21.11.2017. http://www.valvira.fi/terveydenhuolto/hyva-ammattinharjoittaminen/hoidon_tarpeen_arviointi

Vilka, H. & Airaksinen, T. 2003. Toiminnallinen opinnäytetyö. Helsinki: Tammi.

WHO. 2020. Classifications. International Classification of Primary Care, Second edition (ICPC-2). Luettu 3.11.2020. <https://www.who.int/classifications/icd/adaptations/icpc2/en/>

LIITTEET

1 (4)

Liite 1. Poimintajakson aikana havaitut tulokset

	kpl	%
H01 Korvan kipu/särky	14	8,3
R21 Kurkun/nielun oire/vaiva	11	6,5
R74 Ylähengitystieinfektio, akuutti	11	6,5
A03 Kuume	7	4,1
D06 Vatsan alueen kipu, paikallinen, muu	7	4,1
L03 Alaselän oire/vaiva	7	4,1
L17 Jalan/varpaan oire/vaiva	7	4,1
D01 Akuutti vatsakipu	5	3,0
A92 Allergia/allerginen reaktio	4	2,4
F73 Silmätulehdus, muu	4	2,4
N17 Huimaus/pyörrytys	4	2,4
R05 Yskä	4	2,4
A91 Poikkeava tutkimustulos, muu	3	1,8
A99 Sairaus/tila, luonne tai sijainti määrittämätön	3	1,8
F03 Rähmivä/vuotava silmä	3	1,8

2 (4)

	kpl	%
K85 Kohonnut verenpaine	3	1,8
L02 Yläselän oire/vaiva	3	1,8
R02 Hengenahdistus/dyspnea	3	1,8
S10 Paise	3	1,8
S18 Haava/laseraatio	3	1,8
S29 Muu ihon oire/vaiva	3	1,8
S76 Ihotulehdus, muu	3	1,8
U07 Virtsaamiseen liittyvä muu oire/vaiva	3	1,8
U71 Virtsarakon tulehdus/ muu virtsatietulehdus	3	1,8
F29 Muu silmän oire/vaiva	2	1,2
H29 Muu korvan oire/vaiva	2	1,2
L15 Polven oire/vaiva	2	1,2
N01 Päänsärky	2	1,2
P29 Muu psyykkinen oire/vaiva	2	1,2
R09 Sivuontelon oire/vaiva	2	1,2
R87 Vierasesine hengitysteissä	2	1,2

	kpl	%
A04 Heikkous/väsymys, yleinen	1	,6
A85 Lääkkeen haittavaikutus	1	,6
D11 Ripuli	1	,6
D15 Melena/verenvuoto peräsuolesta	1	,6
D73 Maha-suolitulehdus, tarttuvaksi oletettu	1	,6
D96 Madot ja muut loiset	1	,6
F16 Luomien oireet/vaivat	1	,6
F72 Luomitulehdus/ näärännäppy/luomirak- kula	1	,6
K04 Sydämentykytys/lyöntien tuntuminen	1	,6
L01 Niskan oire/vaiva	1	,6
L04 Rintakehän oire/vaiva	1	,6
L08 Olkapään oire/vaiva	1	,6
L09 Käsivarren oire/vaiva	1	,6
L10 Kyynärpään oire/vaiva	1	,6
L11 Ranteen oire/vaiva	1	,6
L12 Käden/sormen oire/vaiva	1	,6

4 (4)

	kpl	%
L13 Lonkan oire/vaiva	1	,6
L18 Lihaskipu	1	,6
N03 Kasvokipu	1	,6
N06 Tuntohäiriö	1	,6
N89 Migreeni	1	,6
P77 Itsemurha, itsemurhayritys, itsetuhoisuus	1	,6
R06 Nenäverenvuoto	1	,6
R29 Muu hengityselinten oire/vaiva	1	,6

Liite 2. Kiirevastaanoton henkilöstön kyselylomake

Hyvä kiirevastaanoton asiantuntija,

Pyydämme Sinua vastaamaan liitteenä olevaan **kyselyyn**, jonka tutkimustuloksia käytetään perusterveydenhuollon kiirevastaanottoiminnan kehittämiseen. Kysely suunnataan ajalla **4.11.-10.11.2019 jokaiselle kiirevastaanotolla tänä aikana työskentelevälle.**

Tämän tutkimuksen tarkoitus on selvittää potilaiden ohjautuvuutta Tampereen kaupungin kiirevastaanotolle sekä arvioida tämänhetkisen hoidon tarpeen arvioinnin kriteeristön toimivuutta potilaiden oikean ohjautuvuuden varmistamiseksi kiirevastaanotolle. Tavoitteena on kehittää toimiva kriteeristö perusterveydenhuollon kiireellisten potilaiden oikean ohjautuvuuden varmistamiseksi kiirevastaanotolle.

Tampereen kaupungin konsernimääräyksen mukaisen tutkimusluvan aineiston keräämistä varten on myöntänyt ylilääkäri Kati Myllymäki.

Tutkimukseen osallistuminen on vapaaehtoista, mutta toivomme vastauksiasi, sillä jokaisen asiantuntijan vastaukset ovat tärkeitä. Kyselyn vastaukset käsitellään anonyymisti eikä yksittäinen vastaaja ole tunnistettavissa. Aineisto hävitetään tallentamisen jälkeen asianmukaisesti.

Toivomme kyselyyn vastaamista jokaisen kiirevastaanoton päätteeksi. Täytetty kyselylomake palautetaan oheisessa suljetussa kirjekuoressa toimistoon. Vastauskuoret kerätään toteutusajanjakson päätyttyä.

Tämä kysely on osa Tampereen ammattikorkeakoulussa suorittamaamme ylemmän ammattikorkeakoulututkintoon kuuluvaa opinnäytettä *Perusterveydenhuollon kiireellisten potilaiden hoitoon ohjautuvuus sekä hoidon tarpeen arvioinnin kriteeristö*. Opinnäytetyömme ohjaaja on TtT, yliopettaja Tuula-Maria Rintala, Tampereen ammattikorkeakoulu/YAMK Kliininen asiantuntija, akuuttihoitotyö.

Yhteistyöstä kiittäen,
Jada Sirola ja Satu Yrjölä

Lisätietoja sähköpostitse: jada.sirola@tuni.fi, satu.yrjola@tuni.fi

Kiirevastaanoton henkilökunnan kyselylomake

Vastaajan koulutus/ammattinimike: _____

Alan työkokemus vuosina: _____

1. Arvioi tämän päiväisen vastaanottosi perusteella, kuinka moni potilaista kuului kiirevastaanotolle?

2. Mihin ne potilaat olisi pitänyt ohjata, jotka eivät mielestäsi kuuluneet kiirevastaanotolle? Lisää potilasmäärä vaihtoehdon jälkeen.

Tays Ensiapu Acuta _____

oma terveysasema _____

yksityinen sektori _____

joku muu, mikä? _____

3. Arvioi tämän päiväisen vastaanottosi perusteella, kuinka moni potilas olisi voinut odottaa hoitoon pääsyä seuraavaan arkipäivään?

4. Arvioi tämän päiväisen vastaanottosi perusteella, kuinka monen potilaan käynti oli aiheeton?

5. Millaisia potilaita tulisi ensisijaisesti hoitaa kiirevastaanotolla?

6. Millaisia potilaita ei mielestäsi tulisi hoitaa kiirevastaanotolla? Perustele lyhyesti.

7. Kuinka moni potilas ohjautui jatkohoitoon tämän päiväiseltä vastaanotoltasi?

Potilas ohjautui kiireellisenä jatkohoitoon _____ kpl

Potilasta ohjattiin varaamaan uusi vastaanottoaika oman terveysaseman hoitajalle _____

Potilasta ohjattiin varaamaan uusi vastaanottoaika oman terveysaseman lääkärille _____

Potilas siirrettiin vuodeosastolle/kotisairaalaan _____

Potilas sai lähetteen erikoissairaanhoidon _____

Potilas ohjattiin muualle, määrä ja minne _____

3 (3)

8. Kuinka moni potilas ohjautui jatkotutkimuksiin tämpänpäiväiseltä vastaanotol-
tasi?

Potilas ohjattiin röntgeniin _____ kpl

Potilas ohjattiin laboratorioon _____

Potilas ohjattiin ultraäänitutkimukseen _____

Potilas ohjattiin muualle, määrä ja minne _____

9. Millaisia kehitysehdotuksia sinulla on kiirevastaanoton toimintaan?

Kiitos vastauksistasi!