



LAUREA
AMMATTIKORKEAKOULU

Uuden edellä

Hoidon tarpeen kiireellisyyden ensiarvion kehittäminen Haartmanin sairaalan yhteispäivystyksessä

Pousi, Jouni

2012 Otaniemi

Laurea-ammattikorkeakoulu
Laurea Otaniemi

Hoidon tarpeen kiireellisyyden ensiarvion
kehittäminen Haartmanin sairaalan
yhteispäivystyksessä

Pousi Jouni
Sosiaali- ja terveysalan
Ylempi ammattikorkeakoulututkinto
Kliinisen asiantuntijan
koulutusohjelma
Opinnäytetyö
Joulukuu, 2012

Tekijä Pousi, Jouni

Hoidon tarpeen kiireellisuuden ensiarvion kehittäminen Haartmanin sairaalan yhteispäivystyksessä.

Vuosi 2012 Sivumäärä 110

Päivystyksen hoidontarpeen ja kiireellisuuden arviointi alkaa kaikkien potilaiden osalta välittömästi päivystyspoliklinikalle tulon jälkeen ensimmäisten minuuttien aikana tehtävällä alkuarviolla, jonka tarkoitus on havaita potilaiden joukosta hätätilapotilaat ja kiireellistä tutkimusta ja hoitoa tarvitsevat muut potilaat. Tämä koskee niin ensihoidon tuomia potilaita, kuin itse päivystykseen saapuvia potilaita. Varsinainen tarkempi hoidon tarpeen arviointi tulee tehdä kaikille potilaille vähintään 5-10 minuutin sisällä päivystykseen saapumisesta

Emergency Severity Index (ESI) on kliinisesti toimiva triage järjestelmä, joka ohjaa jakamaan potilaat viiteen luokkaan perustuen potilaan tilan kiireellisyyteen ja hoitoon tarvittavien resurssien (tutkimukset, toimenpiteet) määrään. Alkuperäisen ESI-toimintamallin ovat kehittäneet päivystyslääkärit Richard Wuerz ja David Eitel Yhdysvalloissa vuonna 1998.

ESI-triagessa potilaiden hoidon kiireellisyysjärjestys perustuu potilaan kuntoon. Vastaanottava hoitaja päättää sen kysymyksellä "kenet tulisi katsoa/hoitaa ensimmäisenä?". Kun potilaita on useita, seuraava kysymys on "kuinka kauan kukin voi odottaa?". Edellä mainittujen kysymysten perusteella triagehoitajan tulisi ennakoita resurssit, joita tarvitaan potilaalle, jotta hän olisi valmis siirtymään pois päivystyksestä. ESI säilyttää potilaan tilan kiireellisuuden luokituksen perustana ja vasta sen jälkeen toteuttaa seuraavan tavoitteen: oikea potilas, oikeaan aikaan, oikeisiin tutkimuksiin ja hoitoihin oikeaan aikaan

Tämän kehittämisprojektin tarkoituksena oli kehittää hoidon kiireellisuuden ensiarvioinnin toteuttamista Haartmanin sairaalan yhteispäivystyksessä. Tavoitteena oli tuottaa selkeät kirjalliset ohjeet ja koulutusmateriaalia hoidon kiireellisuuden ensiarvion toteuttamiseen pohjautuen ESI-malliin.

Kehittämisprojektissa tuotettiin ensiarviointia tukevaa kirjallista materiaalia seuraavista aiheista. Hoidon tarpeen ensiarvioinnin vuokaavio, oire- ja tulosyykohtainen kansio (keskeisimmät tulosyyt), jossa ilmenee tärkeät vaaran merkit esitiedoissa ja statuksessa kullakin tulosyyllä. Koulutus- ja perehdytysmateriaalia hoidon tarpeen kiireellisuuden ensiarvioinnin toteuttamiseen.

Jatkokehitysehdotuksena on tuottaa tehty kirjallinen materiaali sähköiseen muotoon, jolloin sitä pystyttäisiin paremmin hyödyntämään hoidon tarpeen ensiarviointia toteutettaessa.

Asiasanat: hoidon tarpeen arviointi, triage järjestelmä, kehittämisprojekti

Pousi, Jouni

Assessment of the need for care - development project in Haartman hospital emergency room

Year	2012	Pages	110
------	------	-------	-----

On-call and the urgency of the need for treatment evaluation will begin in all patients immediately to the emergency room after the first few minutes by an assessment, the purpose of which is to detect patients among patients in a state of emergency and the urgent need for research and treatment of other patients. This applies to both the primary care offered by patients, as the emergency department for incoming patients. The actual more accurate assessment of the need for treatment should be conducted in all patients for at least 5-10 minutes of the arrival of the emergency department

Emergency Severity Index (ESI) is a clinically effective triage system, which controls the divide patients into five categories based on the urgency of the patient's condition and the treatment necessary resources (studies, measures) amount. The original ESI operating model has been developed on-call doctors Wuerz Richard and David Eitel in the U.S. in 1998.

ESI triage of patients' care order is based on the urgency of the patient's condition. The receiving operator decides the question of who should be considered or treated first. When patients have a number, the next question is how long each can expect. The above questions should be anticipated on the basis of triage nurse resources necessary to the patient, so that he would be ready to move out of the emergency services. ESI to maintain the patient's condition based on the urgency of the classification and then carry out the following objectives: to the right patient at the right time, the right examination and treatment at the right time

The aim is to produce a clear written instructions and training materials on the urgency of treatment based on the initial assessment of the implementation of the ESI model.

Development project developed the initial assessment in support of written material on the following topics. Assessment flowchart, guide book and training and orientation material.

Further development is proposed to produce the written material in electronic form, in which case it is better to take advantage of the urgency of the need for treatment to the initial assessment is implemented

Keywords: treatment evaluation, triage system, development project

Sisällys

1	Johdanto	6
2	Projektin tavoite ja tehtävät	8
3	Päivystyksen hoitoprosessi	10
3.1	Triagen toteuttamisen edellyttämä osaaminen.....	11
3.2	Hoidon kiireellisyyden ensiarvio	14
3.3	Erilaiset triage-mallit.....	14
3.3.1	Australian Triage Scale	15
3.3.2	Canadian Triage and Acuity Scale	16
3.3.3	Emergency Severity Index 4 (ESI).....	17
3.3.4	Manchester Triage Scale	19
3.3.5	Albin malli	19
3.3.6	ABCDE-malli	20
4	Projektin eteneminen	21
4.1	Toimintaympäristön kuvaus	21
4.2	Projektin organisaatio.....	22
4.3	Haartmanin kehittämisprojektin mallintaminen.....	23
4.3.1	Ohjelmointi.....	25
4.3.2	Identifiointi.....	25
4.3.3	Suunnittelu	26
4.3.4	Toteutus ja implementointi	26
4.3.5	Projektin resurssi- ja kustannussuunnittelu	27
4.4	Tutkimukselliset menetelmät	27
4.5	Aineiston hankinta ja tuotokset	28
4.5.1	Päivystyspotilaan hoitoprosessin mallintaminen.....	30
4.5.2	Triagehoitajan tehtävä ja toiminnan kuvaus	33
4.5.3	Hyvien käytänteiden selvittäminen ja hyödyntäminen	35
4.6	Projektin julkaiseminen.....	39
5	Projektin tuotos	40
6	Pohdinta	43
6.1	Eettiset kysymykset.....	43
6.2	Luotettavuuden arviointi	45
6.3	Projektin ja tuotosten arviointi.....	46
6.4	Kehittämisprosessin arviointi	49
7	Johtopäätökset	50
8	Lähteet.....	51
	Kuviot	55
	Taulukot	56
	Liitteet.....	57

1 Johdanto

Päivystyksen hoidontarpeen ja kiireellisuuden arviointi alkaa kaikkien potilaiden osalta välittömästi päivystyspoliklinikalle tulon jälkeen ensimmäisten minuuttien aikana tehtävällä alkuarviolla, jonka tarkoitus on havaita potilaiden joukosta hätätilapotilaat ja kiireellistä tutkimusta ja hoitoa tarvitsevat muut potilaat. Tämä koskee niin ensihoidon tuomia potilaita, kuin itse päivystykseen saapuvia potilaita. Varsinainen tarkempi hoidon tarpeen arviointi tulee tehdä kaikille potilaille vähintään 5-10 minuutin sisällä päivystykseen saapumisesta (*STM 2010:4, 90.*)

Valtioneuvoston asetuksen (1019/2004, 2 §) mukaan hoidon tarpeen arvioinnissa tulee selvittää yhteydenoton syy, sairauden oireet ja niiden vaikeusaste sekä kiireellisyys yhteydenottajan kertomien esitietojen tai lähetteen perusteella. Hoidon tarpeen arviointi edellyttää, että terveydenhuollon ammattihenkilöllä on asianmukainen koulutus, työkokemus ja käytettävissä potilasasiakirjat.

Sosiaali- ja terveysministeriön (2010, 21) mukaan päivystyshoidolla tarkoitetaan äkillisen sairastumisen, vamman tai kroonisen sairauden vaikeutumisen edellyttämää välitöntä arviointia ja hoitoa. Päivystyshoito on pääsääntöisesti alle 24 tunnin kuluessa annettavaa hoitoa. Päivystyshoidolle on luonteenomaista, että sitä ei voi siirtää ilman oireiden pahentumista tai vamman vaikeutumista. Päivystyshoidon määritelmä kattaa lääketieteelliset päivystyshoidon perusteet, joiden mukaan näitä palveluita on saatava kaikkina vuorokauden aikoina.

Sopanen (2008, 60) mukaan päivystys-käsitteellä tarkoitetaan hätätapausten välitöntä hoitoa ja kiireellistä potilaiden polikliinista hoitoa. Päivystystoiminta jaetaan perusterveydenhuollon päivystykseen, erikoissairaanhoidon päivystykseen ja yhteispäivystykseen. Perusterveydenhuollon päivystys on yleislääketieteen alan päivystysvastaanotto toimintaa, jossa hoidetaan yleisiä ja tavanomaisia päivystysluonteisia sairauksia ja pikkuvammoja.

Erikoissairaanhoidon päivystys on eri erikoisalojen päivystysvastaanotto toimintaa, jossa potilaan tutkimukset ja hoito vaativat laajempaa lääketieteellistä osaamista. Yhteispäivystyksessä perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon päivystykset toimivat samoissa tiloissa ja usein myös samoilla resursseilla (Sopanen 2008, 61.)

Päivystyspoliklinikalla hoidon kiireellisyyttä ja tarvittavaa hoitopaikkaa arvioidaan potilaan ilmoittaman tulossyn, muiden sairauksien ja statuslöydösten perusteella. Hoidon tarvetta arvioiva sairaanhoitaja arvioi esitietojen ja havaintojen perusteella hoidon tarvetta, harkitsee mahdollisesti poissuljettavia muita sairauksia ja ohjaa potilaan hoitoon (STM 2010:4, 90.)

Päivystyshoidon tarpeessa olevan potilaan arviointia täydennetään tarkemmalla potilaan sairauden tai vamman kiireellisyyden ja tarvittavien resurssien arvioinnilla. Tätä arviota varten päivystyspoliklinikoilla tulee olla paikalliset olosuhteet huomioiva hoidon kiireellisyyden ja tarvittavien resurssien ensiarviojärjestelmä. Tärkeintä on, että kaikilla päivystyspoliklinikoilla käytetään paikallisiin olosuhteisiin soveltuvaa hoidon kiireellisyyden ensiarviota, jota tarkennetaan potilaan tilaa seuraten koko päivystyskäynnin ajan (STM 2010:4, 20-21.)

Yoon, Steiner & Reinhard (2003, 160) mukaan päivystyspoliklinikoilla tehtävällä potilaan hoidon tarpeen ensiarvioinnilla eli triagella on tärkeä merkitys potilaiden päivystyspoliklinikalla vietettävään aikaan. Päivystyspoliklinikalla toteutettava triage toimii parhaimmillaan päivystyspoliklinikan potilasvirtojen tehokkaana säätelijänä.

Vaahtoranta (2006, 116) mukaan mikäli sairaalalla on oikea imago, se ohjaa potilaita hakeutumaan oikeaan hoitopaikkaan ja potilaan odotukset ovat realistisia hoidon suhteen. Helsingin kaupungin terveyskeskuksen strategisina tavoitteina on luoda helsinkiläisille hyvät mahdollisuudet tehdä terveyttä tukevia valintoja. Strategiassa on asetettu myös tavoitteeksi, että vuoteen 2015 mennessä palvelut ovat alan parhaimmistoa, ja ne tuotetaan kustannustehokkaasti, hoitokäytännöt ovat vaikuttavia, ja osaava henkilöstö tukee kaupunkilaisia edistämään terveyttään ja hoitamaan sairauksiaan (Helsingin terveyskeskus 2009.)

Haartmanin sairaala valmistui rakennusaikataulun mukaisesti 27.5.2009. Jonka jälkeen alkoi tilojen varustaminen ja kalustaminen sekä henkilökunnan koulutus. Sairaala otetaan käyttöön syyskuussa 2009. Haartmanin sairaala hoitaa Helsingin eteläisen, keskisen ja läntisen alueen päivystysluonteista hoitoa tarvitsevia aikuisia. Hammaspäivystys palvelee virka-aikana helsinkiläisiä potilaita (Helsingin terveyskeskus 2009.)

Haartmanin sairaalan yhteispäivystyksessä on käytössä Yhdysvalloissa kehitelty Emergency Severity Index (ESI) triage-malli. Malli on kehitetty 1990 luvun lopussa Wuertzin työryhmän toimesta ja on tällä hetkellä yleisin käytössä oleva triage-malli Yhdysvalloissa. ESI-järjestelmässä on viisi tasoa numeroituna 1-5, 1-tason on kiireellisille potilaille, 5-taso kiireettömille. ESI luokittelee potilaat oireiden vakavuuden ja hoitoa vaativien resurssien mukaan. ESI -järjestelmä edellyttää pidempää kokemusta luokittelua toteuttavilta hoitajilta, kuin muut käytössä olevat mallit (Fortes-Lähdet 2009,18.)

Shelton (2009, 10) mukaan ESI auttaa hallitsemaan päivystyspoliklinikoiden potilaiden virtausta ja avustamaan päivittäisen toiminnan ohjaamista. Olemassa olevat triage-mallit eivät ole tehokkaita ehkäisemään ongelmia kasvavien päivystyspotilaiden määrän ja pidentyneiden odotusaikojen tuottamiin haasteisiin. ESI:n käyttöönotto edesauttaa ymmärrystä, kuinka tarkkuus potilaiden hoidon tarpeen ensiarvioinnissa vaikuttaa päivystyspotilaiden käyntimääriin ja auttaa lisäämään potilasturvallisuutta.

1.10.2010 Haartmanin yhteispäivystyksessä pidetyssä kokouksessa Ylihoitaja Veronica Renwall toi esiin päivystyspoliklinikan toimineen kuluneen vuoden ajan uusissa tiloissa jolloin on noussut esiin tarve kehittää toimintaa ja prosesseja. Potilaan hoidon tarpeen kiireellisyyden ensiarviointi eli triagen toteuttaminen koetaan haasteelliseksi ja siihen tarvittaisiin uutta materiaalia ja koulutusta henkilökunnalle.

2 Projektin tavoite ja tehtävät

Bucknall & Gerdtz (2001, 560) mukaan on tärkeää kehittää tehokkaita opetus-strategioita triagen opettamiseen, jotta voitaisiin maksimoida triagemallien tuottama hyöty potilaiden lajittelussa päivystyspoliklinikoilla.

Shelton (2009, 10) mukaan ESI-malli auttaa hallitsemaan päivystyspoliklinikoiden potilaiden virtausta ja avustamaan päivittäisen toiminnan ohjaamista. Olemassa olevat triage-mallit eivät ole tehokkaita ehkäisemään ongelmia kasvavien päivystyspotilaiden määrän ja pidentyneiden odotusaikojen tuottamiin haasteisiin. ESI:n käyttöönotto edesauttaa ymmärrystä, kuinka tarkkuus potilaiden hoidon tarpeen ensiarvioinnissa vaikuttaa päivystyspotilaiden käyntimääriin ja auttaa lisäämään potilasturvallisuutta.

Tämän projektin tarkoituksena on kehittää hoidon kiireellisyyden ensiarvioinnin toteuttamista Haartmanin sairaalan yhteispäivystyksessä. Tavoitteena on tuottaa selkeät kirjalliset ohjeet ja koulutusmateriaalia ensiarvion toteuttamiseen pohjautuen ESI-malliin.

Projektin yksityiskohtaiset tavoitteet olivat

1. Tuottaa ensiarviointia tukevaa kirjallista materiaalia Haartmanin yhteispäivystykseen
 - Tulositykohtainen kansio (keskeisimmät oireet)
2. Tuottaa strukturoitu ensiarvioinnin vuokaaviomalli
 - Huomioida tärkeät vaaran merkit esitiedoissa ja statuksessa kullakin tulosityllä.
3. Tuottaa koulutus- ja perehdytysmateriaalia hoidon kiireellisyyden ensiarvioinnin toteuttamiseen



Kuvio. 1 Hoidon kiireellisyyden ensiarvion kehittämisprojektin tuotokset

3 Päivystyksen hoitoprosessi

Päivystyspotilaan hoitoprosessi tapahtuu ensihoidon ja sairaalan välisessä rajapinnassa. Päivystyspoliklinikan kysyntään vaikuttavat vaihteleva kysyntä, päivystyspoliklinikan sisäisten potilasvirtojen hallinta ja jatkohoidon järjestyminen. Päivystyksen hoitoprosessi on osa palvelujärjestelmää kotihoidon, ensihoidon ja laitoshoidon välissä. Päivystysprosessia voidaan kuvata systeeminä, jonka toimintaan vaikuttavat sisäänvirtaus, varsinainen prosessin läpimeno sekä ulosvirtaus ja näihin yhteyksissä olevat tekijät (Koponen & Sillanpää 2005, 70.)

Mattila (2006, 11) mukaan päivystyshoidossa prosessiajattelua on sovellettu erityisesti potilasmäärien hallintaan. Prosessiajattelu on otettu päivystystoiminnan kehittämisen avuksi, koska teollisuudessa tehokkaiksi osoittautuneiden mallien käyttö terveydenhuollossa sisältää paljon mahdollisuuksia. Kolme merkittävintä päivystyspotilaan prosessin kokonaisläpimenoaikaan vaikuttavaa tekijää ovat kuvantamistutkimuksiin ja laboratoriotutkimuksiin kuluva aika sekä lääkärin ensimmäisen tutkimuksen odotusaika.

Koponen & Sillanpää (2005, 71) mukaan päivystyksessä hoidon tavoitteena on potilaan tilan vaatiman välittömän hoidon tarpeen määrittäminen, nopean työdiagnoosin tekeminen ja hoidon aloittaminen sekä tarpeellisesta jatkohoidosta päättäminen. Hoitoprosessi etenee pääsääntöisesti seuraavasti: potilaan saapuminen ja vastaanottaminen, potilaan tilanarviointi ja sijoittaminen, tutkiminen ja haastattelu, päätös välittömästä hoidosta ja tutkimuksista, hoidon toteutus ja jatkuva arviointi, päätös jatkohoidosta ja siirtymisen turvaaminen.

Sisäänvirtaus	Läpivirtaus	Ulosvirtaus
<ul style="list-style-type: none"> • Potilasohjaus • Porrastus • Työnjako 	<ul style="list-style-type: none"> • Ennakkoilmoitus • Saapuminen ppkl • Hoidon ensiarvio • Huonesijoitus • Potilaan tutkiminen • Päätös tutkimuksesta ja hoidosta • Tutkimusten ja hoidon toteutus • Päätös jatkohoidosta • Siirtyminen kotiin tai jatkohoitoon 	<ul style="list-style-type: none"> • Osasto, teho, leikkausosasto • Jatkohoitopaikan odottaminen ppkl • Jatkotutkimuksen ja hoidon järjestyminen avopuolella • Kotona tarvittavan avun järjestäminen, saatavuus ja toimivuus

Taulukko 1. Päivystyksen hoitoprosessi (Koponen & Sillanpää 2005, 70)

Päivystyksen hoitoprosessin jokaiseen vaiheeseen kuuluu päätöksentekotilanteita, jossa tarpeen määrittely, suunnittelu, toteutus ja arviointi tapahtuvat päällekkäin ja erilaisia päätöksentekomalleja hyödyntäen. Systemaattinen tapa jäsentää työtä hoitoprosessin mukaan auttaa kiireellisellä päivystyspoliklinikalla hallitsemaan nopeasti muuttuvia tilanteita ja vastaamaan hoidontarpeisiin tarkoituksenmukaisesti (Koponen & Sillanpää 2005, 71.)

3.1 Triagen toteuttamisen edellyttämä osaaminen

Triagen toteuttamisen yhteydessä tehdään nopea ensiarviointi potilaan tilanteesta silmämääräisesti arvioiden hengityksen, verenkierron ja tajunnantason tila. Tämän lisäksi tulee selvittää potilaan sairaalaan tulon syy sekä päälimmäinen oire, jota potilas valittaa. Aikaa ensiarvion tekemiseen tulisi käyttää vain 60 sekuntia (Oman 2007, 4.)

Oman (2007, 3) mukaan triagen voi toteuttaa tehokkaasti sairaanhoitaja, joka on koulutettu triagen toteuttamiseen ja vähintään kuuden kuukauden työkokemus päivystyspolikliinisestä hoitotyöstä. Sairaanhoitajan tulisi kyetä toteuttamaan triage 24 tuntia viikossa 7 päivän ajan.

Tämän kirjallisuushaun tarkoituksena oli selvittää mitkä tekijät vaikuttavat sairaanhoitajien toteuttamaan triageen ja miten potilaat kokevat hoitajan toteuttaman triagen. Tutkittua tietoa aiheesta löytyi yllättävän vähän hoitotyön näkökulmasta. Tutkimusnäyttö triageesta keskittyi pääasiassa vertailemaan eri triagemallien käytettävyyttä päivystyspoliklinikoilla. Tutkimuksia oli paljon myös toteutettu päivystyspoliklinikan prosessin näkökulmasta.

Systemaattinen kirjallisuuskatsaus on tehokas tapa testata hypoteeseja, esittää tutkimusten tuloksia tiiviissä muodossa sekä arvioida niiden johdonmukaisuutta. Se voi paljastaa myös aikaisemmassa tutkimuksessa esiintyvät puutteet eli tuoda esiin uusia tutkimustarpeita. Kirjallisuuskatsauksen tekemisessä on tärkeää vastata selkeään kysymykseen, vähentää tutkimusten valintaan ja sisällyttämiseen liittyvää harhaa, arvioida tutkimusten laatua ja referoida tutkimuksia objektiivisesti (Salminen 2011, 9.)

Aineistona olivat tieteelliset artikkelit julkaistuista tutkimuksista, jotka saatiin kirjallisuushaulla Cinahl ja Ovid -tietokannoista vuosilta 2000-2010. Cinahl-tietokannasta hakusanoina käytettiin "emergency department/ emergency nurse / triage (49 viitettä). Ovid-tietokannassa hakusanana käytettiin " emergency department / casualty/ emergency room/ triage / nurse (144 viitettä).

Käsiteltäväksi valittavien kirjallisuusviitteiden kriteerinä olivat: 1. Tutkimus on tieteellinen artikkeli jossa tutkittiin triagen toteuttamista. 2. Tutkimuksen kohteena ovat sairaanhoitaja ja/tai potilaita. 3. Tutkimukset kohdistuivat aikuisikäisiin. 4. Tutkimuksesta jätettiin pois

artikkelit, jotka eivät ole englanninkielisiä ja joista ei ollut saatavilla koko tutkimusartikkelia. Näiden kriteerien jälkeen aineistoksi jäi yhteensä viisi artikkelia.

Kirjoittaja/vuosi	Tutkimuksen tarkoitus	Kohderyhmä	Tiedon keruu	Keskeiset tulokset
Arslanian-Engoren 2009 USA	Havainnollistaa PPKL sairaanhoitajien päätöksen teon prosessia, jotka toteuttivat triagea infarktipotilaille	Päivystyspoliklinikoiden sairaanhoitajia N=12	Teemahaastattelu, vastaukset käsiteltiin Krugerin sisälön analyysin menetelmällä	Triagessa päätöksen tekoon vaikuttavat hoitajilla omat asenteet, odotukset ja kokemukset. Tutkimustuloksia voidaan hyödyntää triagen laadullisen tutkimuksen kehittämiseen
Bucknall ja työryhmä 2001 Australia	Havainnollistaa, mitä tietoa sairaanhoitajat keräävät potilaasta triagen aikana ja selvittää tekijät, jotka vievät aikaa	Päivystyspoliklinikoiden sairaanhoitajia N=36	Osallistuva havainnointi	Tärkeä kehittää triagen opettamiseen soveltuvia malleja. Toimipaikkakohtaiseen koulutukseen tulisi kiinnittää huomioita. Triage-kirjallisuus käsittelee asioita hyvin yleisellä tasolla.
Elder R ja työryhmä 2004 USA	Miten potilaat ja hoitajat kokevat triagen toteuttamisen	Päivystyspoliklinikoiden sairaanhoitajia N=11 Potilaita N=36	Kysely käyttäen CECSS-mittaria	Merkittävä ero potilaiden ja hoitajien kokemasta triagen onnistumisesta.
Göransson ja työryhmä 2007 Ruotsi	Havainnollistaa ja vertailla triagea toteuttavan sairaanhoitajan ajattelua ja kognitiivista prosessia	Päivystyspoliklinikoiden sairaanhoitajia N=16	Simuloiduissa potilastilanteissa Think aloud-metodia hyödyntäen	Kunnes on olemassa näyttöä siitä, mitä taitoja triagea toteutettaessa tarvitaan, ei pelkkää kokemusta voida pitää edellytyksenä.
Vance ja työryhmä 2005 Australia	Tarkoitus arvioida sairaanhoitajan toteuttaman triagen luotettavuutta	Päivystyspoliklinikoiden potilaita N=296	Joka potilaan kohdalla täytettiin kyselylomake, jossa hoitaja vastasi triageen liittyviin kysymyksiin	Tutkimuksen mukaan triagea toteuttavat hoitajat pystyvät tekemään päteviä ja luotettavia arvioita potilaiden hoidon tarpeen arvioinnissa.

Taulukko 2. Tutkimuksia sairaanhoitajien toteuttamasta triagesta 2000-2010

Triagea eli hoidon tarpeen kiireellisyyden ensiarviointia päivystyspoliklinikoilla on Fortes-Lähdet (2007, 17) mukaan toteutettu maailmalla systemaattisesti 1980-luvulta lähtien. Nykyisin käytössä olevat triage-mallit ovat kehittyneet 1990-2000 lukujen vaiheessa. Triagen kehittymiseen vaikuttavana tekijänä on ollut suurentuneet päivystykset, potilasmäärät ovat kasvaneet, jolloin on täytynyt kehittää toimintamalli, jolloin voidaan luokitella päivystykseen tulevat potilaat.

Tehtävään mukaan sisällytyissä tutkimuksissa tuli esille, miten sairaanhoitajien oma kokemus ja asenteet vaikuttavat triagen toteuttamiseen. Osin myös ristiriitaista näyttöä tuli, kun Göranssonin ja työryhmän 2007 mukaan pelkkää kokemusta ei voida pitää riittävänä tekijänä vaikuttamaan triagen oikeaoppisen toteutumisen tapahtumiseen. Samansuuntaista näyttöä esitettiin kaikissa mukaan otetuissa tutkimuksissa, sekä triagemallien kouluttamista ja mallien muokkaamista toimipaikkakohtaisesti pidettiin tärkeänä.

Mukaan otetut tutkimukset ovat kaikki melko pieniä otoskooltaan, joten niiden yleistettävyyden suuntaa antava. Tutkimusmenetelminä oli käytetty sekä laadullisia että määrällisiä menetelmiä, jotka antavat monipuolista kuvaa tutkittavasta ilmiöstä. Näytön astetta ei tutkimuksissa oltu arvioitu ja vain Elderin työryhmän tutkimuksessa oli käytetty CECSS-mittaria, kun oli tutkittu päivystyspoliklinikan potilastytyväisyyttä triagen toteuttamiseen.

Potilaiden ja sairaanhoitajien kokemuksia triagen toteuttamisesta oli tutkittu 2004 Elderin toteuttamassa tutkimuksessa. Pääsääntöisesti potilaat olivat tyytyväisiä toteutettuun triageen, mutta tutkimus nosti esiin, että potilaat ja hoitajat kokevat hyvin eri tavalla triagen onnistumisen. Tähän tutkimukseen ei otettu kantaa tarkemmin, vaan todettiin sen olevan jatkotutkimuksen aihe.

Kerätyn tiedon pohjalta voi todeta, että sairaanhoitajan toteuttama hoidon tarpeen arviointi eli triage on vielä kehittymässä oleva toimintamalli. Tarvitaan vielä lisää tutkimusta selvittämään, mitä taitoja sairaanhoitajalta edellytetään, jotta hän voisi toteuttaa triagen ammattitaitoisesti ja tehokkaasti.

Olellaiseksi asiaksi nousi kaikissa tutkimuksissa sairaanhoitajien toimipaikkakouluttaminen triagen toteuttamiseen ja toiminnan jatkuvan arvioinnin tärkeys. Tutkimukset toivat esille, että triage kirjallisuudesta löytyvät mallit tulisi myös paremmin muokata vastaamaan toimipaikan mukaisiksi malleiksi, eikä kopioida suoraan valmista mallia toimintaan.

3.2 Hoidon kiireellisuuden ensiarvio

Päivystyspoliklinikalla hoidon kiireellisyyttä ja tarvittavaa hoitopaikkaa arvioidaan potilaan ilmoittaman tulossyn, muiden sairauksien ja statuslöydösten perusteella. Vastaanottava sairaanhoitaja arvioi esitietojen ja havaintojen perusteella hoidon tarvetta, harkitsee mahdollisesti poissuljettavia muita sairauksia ja ohjaa potilaan hoitoon (STM 2010:4, 90.)

Triage- sana tarkoittaa lajittelua ja se pohjautuu ranskan kielen sanaan "trier", valita. Käsite on vakiintunut kuvailemaan toimintamallia, jolloin tilanne arvioidaan 2-5 minuutin kuluessa potilaan saavuttua päivystyspoliklinikalle. Triagen tarkoituksena on luokitella kaikki päivystyspoliklinikalle tulevat potilaat ja asettaa heidät kiireellisyysjärjestykseen. Tavoitteena on saada oikea potilas oikeaan paikkaan oikeaan aikaan ja toteuttaa hänelle oikeaa hoitoa (Oman, K.S. & Koziol-McLain, J 2007, 3.)

Päivystyshoidon tarpeessa olevan potilaan arviointia täydennetään tarkemmalla potilaan sairauden tai vamman kiireellisuuden ja tarvittavien resurssien arvioinnilla. Tätä arviota varten päivystyspoliklinikoilla tulee olla paikalliset olosuhteet huomioiva hoidon kiireellisuuden ja tarvittavien resurssien ensiarviojärjestelmä. Tärkeintä on, että kaikilla päivystyspoliklinikoilla käytetään paikallisiin olosuhteisiin soveltuvaa hoidon kiireellisuuden ensiarviota, jota tarkennetaan potilaan tilaa seuraten koko päivystyskäynnin ajan (STM 2010:4, 20-21.)

Hoidon tarpeen ensiarviointi on kehittynyt kuluneen parin vuosikymmenen aikana keskeiseksi osaksi potilaan hoitoa päivystyspoliklinikoilla ja ensihoidossa maailman laajuisesti. Alusta lähtien hoidon ensiarvioinnilla on ollut vastustajia, että hoitajat ottavat vastuulleen potilaan tilan arvioinnin. Kriitikot ovat väittäneet, ettei kokeneilla hoitajilla ole kliinistä osaamista verrattuna kokeneisiin lääkäreihin ja he eivät pysty arvioimaan potilaan tilaa oikeaoppisesti (Fortes Lähdet 2009, 17.)

3.3 Erilaiset triage-mallit

Fortes Lähdet (2009, 17) mukaan 1990 alkaen on hyväksytty laajasti, että hoidon tarpeen ensiarvio vähentää odotusaikoja päivystyspoliklinikoilla. Erilaisia triage -malleja on kehitetty Australiassa, Kanadassa, Iso-Britanniassa ja Yhdysvalloissa. Iso-Britanniassa kehitetty Manchester Triage Scale (MTS) ja Yhdysvalloissa kehitetty Emergency Service Index on levinnyt käyttöön maailmanlaajuisesti.

3.3.1 Australian Triage Scale

Australiassa ja Uudessa Seelannissa on käytössä Australian Triage Scale malli (ATS) on kehitetty Australian ensihoitolaäketieteen koulussa ja se on kansallinen hoidon ensiarviomalli. Mallissa on viisi luokkaa, joka määrittelee kuinka nopeasti tulee hoitoon päässä (Fortes Lähdet 2009, 17.)

Triagen toteuttamiseen potilasta kohden tulee käyttää kaksi minuuttia ja tänä aikana hoitajan tulisi tehdä nopea arviointi potilaan peruselintoimintojen tilasta, oireista ja hoitoon haakeutumisen syistä. Peruselintoimintojen mittaus voidaan suorittaa vain, jos potilaan tilanne sitä edellyttää ja sen saa toteutettua aikarajan puitteissa. Jos potilaan tila muuttuu odottaessa hoidon aloittamista, tulisi triage toteuttaa uudestaan. Triage luokan muutos tulee myös kirjata potilaskertomukseen (ACEM 2005, 1.)

ATS-mallia käytettäessä tulee myös kirjata potilaskertomukseen hoidon kannalta tärkeitä kelloaikoja, kuten saapumisaika päivystyspoliklinikalle, hoidon alkamisaika ja odotusaika päivystyspoliklinikalla (ACEM 2005, 2.)

Kiireellisyysluokka	Aika potilaan hoidon aloittamiseen
1	Välittömästi potilaan tullessa
2	10 minuutin kuluttua potilaan saapumisesta
3	30 minuutin kuluessa hoitoon saapumisesta
4	60 minuutin kuluessa hoitoon saapumisesta
5	120 minuutin kuluessa hoitoon saapumisesta

Taulukko 3. Australian Triage Scale (Fortes Lähdet 2009, 17)

3.3.2 Canadian Triage and Acuity Scale

Kanadassa käytössä oleva kansallinen hoidon ensiarviointimalli CTAS on kehitetty Kanadan ensihoitolääkäreiden yhdistyksen toimesta 1997. Malli on myös otettu käyttöön Kanadan kansallisen päivystyspoliklinikkasairaanhoidajien koulutuksessa (Fortes Lähdet 2009, 17.) Malli on viisiportainen ja siinä on arvioitu hoidon kiireellisyys, aika hoidon kiireellisyyden aloittamiseen ja aika hoidon kiireellisyyden uudelleen arviointiin.

CTAS-ohjeita päivitetään säännöllisesti käyttäjiltä ja asiantuntijoilta saadun palautteen pohjalta huomioiden myös päivystyspoliklinikoiden muuttuvan toimintaympäristön. Päivystyspoliklinikoiden ruuhkautuminen on lisännyt polikliinisen triagen merkitystä, jonka vuoksi säännöllinen päivittäminen on tärkeää (Bullard 2008, 141.)

Luokka	Kiireellisyys	Aika hoidon aloittamiseen	Kiireellisyyden uudelleen arviointi
1	Elvytys	Välittömästi potilaan saapumisesta	Jatkuva hoito
2	Hätätila	15 minuuttia potilaan saapumisesta	15 minuutin välein
3	Kiireellinen	30 minuuttia potilaan saapumisesta	30 minuutin välein
4	Vähemmän kiireellinen	60 minuuttia potilaan saapumisesta	60 minuutin välein
5	Kiireetön	120 minuuttia potilaan saapumisesta	120 minuutin välein

Taulukko 4. Canadian Triage and Acuity Scale. (Fortes Lähdet 2009, 17)

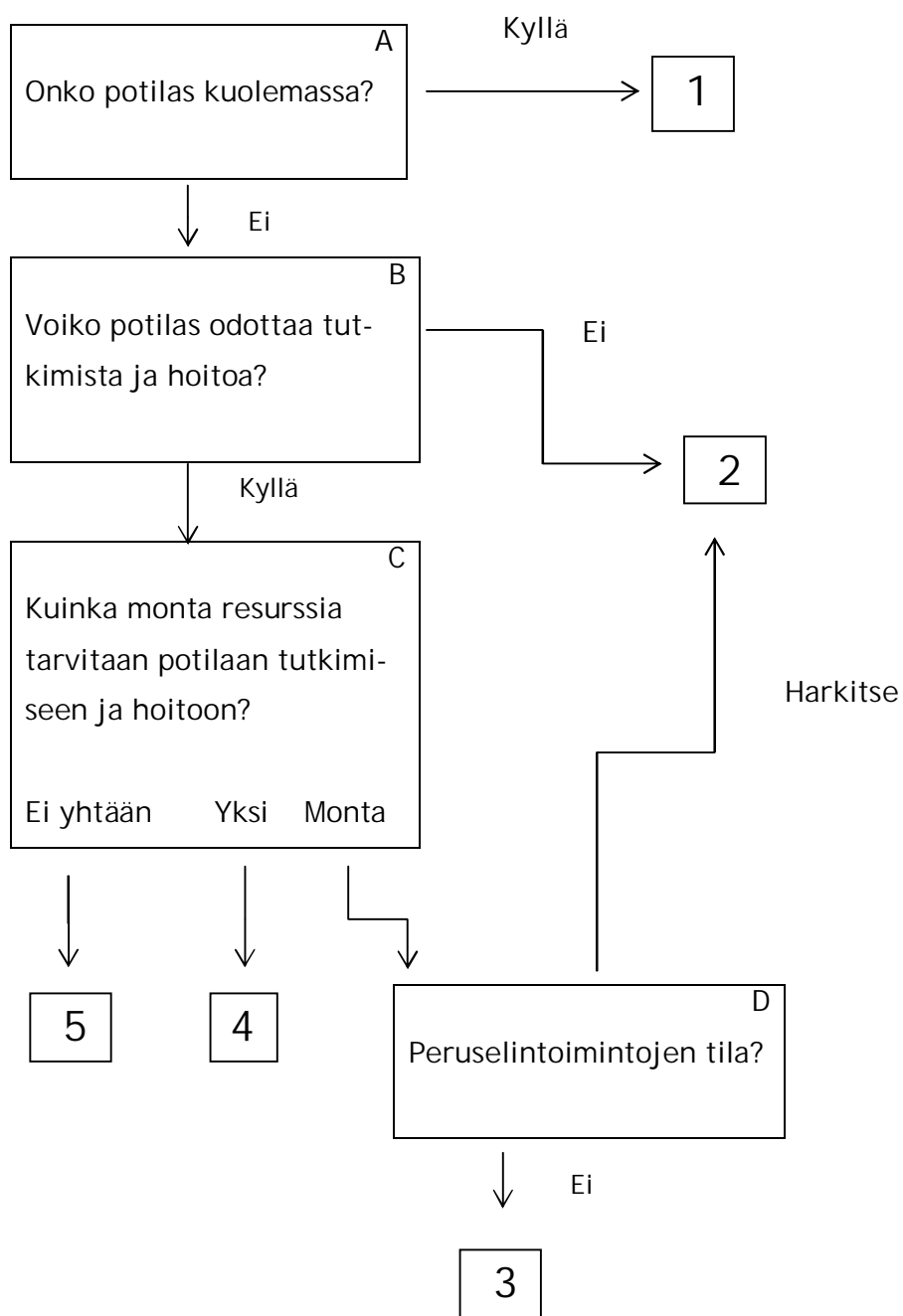
3.3.3 Emergency Severity Index 4 (ESI)

ESI on kliinisesti toimiva triage järjestelmä, joka ohjaa jakamaan potilaat viiteen luokkaan perustuen potilaan tilan kiireellisyyteen ja hoitoon tarvittavien resurssien (tutkimukset, toimenpiteet) määrään. Alkuperäisen ESI-toimintamallin ovat kehittäneet päivystyslääkärit Richard Wuerz ja David Eitel Yhdysvalloissa vuonna 1998. Onnistuneiden kokeilujen jälkeen muodostettiin ESI-triage ryhmä, johon kuului päivystyspoliikkahoitajia, lääkäreitä, johtajia, kouluttajia ja tutkijoita. ESI:ä toteutettiin ensin kahdessa yliopiston opetussairaalassa vuonna 1999 ja viimeisteltiin vielä viidessä muussa sairaalassa vuonna 2000 sellaiseksi, mikä se nykyisellään on (Emergency Severity Index, Version 4. 2011,12.)

ESI-triagessa potilaiden hoidon kiireellisyysjärjestys perustuu potilaan kuntoon. Vastaanottava hoitaja päättää sen kysymyksellä "kenet tulisi katsoa/hoitaa ensimmäisenä?". Kun potilaita on useita, seuraava kysymys on "kuinka kauan kukin voi odottaa?". Edellä mainittujen kysymysten perusteella triagehoitajan tulisi ennakoita resurssit, joita tarvitaan potilaalle, jotta hän olisi valmis siirtymään pois päivystyksestä. ESI säilyttää potilaan tilan kiireellisyyden luokituksen perustana ja vasta sen jälkeen toteuttaa seuraavan tavoitteen: oikea potilas, oikeaan aikaan, oikeisiin tutkimuksiin ja hoitoihin oikeaan aikaan (Emergency Severity Index, Version 4. 2011,12.)

ESI-luokituksessa potilaat ryhmitellään eri kiireellisyysryhmiin yksinkertaisen algoritmin perusteella. Yksinkertaisuuden ansiosta ryhmittely on nopeaa ja luotettavaa. Tämä mahdollistaa kiireellisten potilaiden nopean hoidon aloituksen. Perusteellisemmat kliiniset tarkkailut ja tutkimukset tehdään tarpeen vaatiessa varsinaisella hoitoalueella. Varsinkin ruuhkaisilla päivystyspoliikkoina tämä nopeuttaa ja tehostaa toimintaa ja potilaiden sijoittelua poliikkoina. ESI:n hyötynä on myös sen luokittelun tarjoama mahdollisuus siirtää kiireettömien potilaiden (luokat 4-5) hoito muualle, pois varsinaiselta päivystysalueelta (Emergency Severity Index, Version 4,2011,12.)

ESI 4 algoritmi



Kuvio 2. ESI 4 Algoritmi (Mukaiillen Emergency Severity Index, Version 4, 2011, 7)

3.3.4 Manchester Triage Scale

Manchester Triage Scale on ollut kansallisena hoidon ensiarviomallina Iso-Britanniassa ja Irlannissa vuosikymmenien ajan. Mallin on kehittänyt Manchester Triage Group, joka koostuu hoitajista ja lääkäreistä eri päivystyspoliklinikoilta Manchesterin alueelta (Fortes Lähdet 2009, 18.)

Luokka	Kiireellisyys	Väri	Hoidon aloitus
1	Välitön	Punainen	Välittömästi potilaan saapumisesta
2	Hätätila	Oranssi	10 minuuttia potilaan saapumisesta
3	Kiireellinen	Keltainen	60 minuuttia potilaan saapumisesta
4	Vähemmän kiireellinen	Vihreä	120 minuuttia potilaan saapumisesta
5	Kiireetön	Sininen	240 minuuttia potilaan saapumisesta

Taulukko 5. Manchester Triage Scale. (Fortes Lähdet 2009, 18)

3.3.5 Albin malli

Albin malli on kehitetty Ruotsissa ratkaisuksi ongelmiin, mitä pitkät odotusajat aiheuttavat vanhuksille päivystyspoliklinikoilla. Mallia käyttävät päivystyspoliklinikoilla vanhusten hoitoon erikoistuneet hoitajat, jotka hoitavat yli 65 vuotiaita monisairaita vanhuksia. Hoitajat saavat ennakoilmoituksen, kun vanhuspotilas on matkalla päivystyspoliklinikalle ja ottavat heidät vastaan ja järjestävät jatkohoidon vaikka tarve ei olisi päivystyshoidolle. Malli ei ole varsinainen hoidon ensiarviointi-malli, mutta se tarjoaa erilaisen mallin päivystyspoliklinikalle käyttöön (Fortes Lähdet 2009, 18.)

3.3.6 ABCDE-malli

Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirin HYKS-sairaanhoitoalueella toteutettiin päivystyksen kehittämistyö, päivystyshanke, joka toimi keväästä 2006 vuoden 2008 loppuun pääkaupunkiseudulla. Päivystyshankkeen päätavoitteena oli järjestää päivystyspotilaiden hoito sujuvasti ja laadukkaasti sekä vähentää yhteispäivystysten käyntimääriä ohjaamalla päiväaikaista toimintaa (Päivystyshanke 2008, 9.)

Eräänä päivystyshankkeen alaprojektina oli kehittää hoidon ensiarviointimalli HYKS sairaanhoitoalueen päivystyspoliklinikoille. Ensiarviointimalli pohjautuu Manchester Triage Scalen pohjalta ja päivystyshankkeen työryhmä suositteli mallin käyttöönottoa päivystyspoliklinikoilla (Päivystyshanke 2008, 1.)

Luokka	Aikatavoite	Oire	Hoitolinja
A	Välitön	Välittömästi potilaan henkeä uhkaava vamma, oire tai häiriö peruselintoiminoissa.	erikoissairaanhoito, sairaalapäivystys
B	10 minuuttia	Akuutti potilaan yleistilaa uhkaava vamma, oire tai häiriö peruselintoiminoissa.	erikoissairaanhoito, sairaalapäivystys, terveyskeskuspäivystys
C	1 tunti	Vamma tai oire, joka vaatii lääkärin päivystyksellistä arviointia päivystysaikana. Vaivan hankaluuden tai kivun vuoksi lääkärin arvio saatava tunnissa.	terveyskeskuspäivystys, sairaalapäivystys
D	2 tunti	Vamma tai oire, joka vaatii lääkärin päivystyksellistä arviointia päivystysaikana. Vaiva ei todennäköisesti pahene, vaikka potilas odottaa lääkärin arviota 2 tuntia.	terveyskeskuspäivystys
E	Kiireetön	Vamma tai oire, joka ei vaadi lääkärin päivystyksellistä arviota	terveyskeskuspäivystys, päivystävä sairaanhoitaja

Taulukko 6. ABCD-malli (Päivystyshanke 2008, 2)

4 Projektin eteneminen

1.10.2010 Haartmanin yhteispäivystyksessä pidetyssä kokouksessa Ylihoitaja Veronica Renwall toi esiin päivystyspoliklinikan toimineen kuluneen vuoden ajan uusissa tiloissa jolloin on nousut esiin tarve kehittää toimintaa ja prosesseja. Potilaan hoidon tarpeen kiireellisyyden ensiarviointi eli triagen toteuttaminen koetaan haasteelliseksi ja siihen tarvittaisiin uutta materiaalia ja koulutusta henkilökunnalle.

4.1 Toimintaympäristön kuvaus

Vaahtoranta (2006, 116) mukaan mikäli sairaalalla on oikea imago, se ohjaa potilaita hakeutumaan oikeaan hoitopaikkaan ja potilaan odotukset ovat realistisia hoidon suhteen. Helsingin kaupungin terveyskeskuksen strategian tavoitteena on luoda helsinkiläisille hyvät mahdollisuudet tehdä terveyttä tukevia valintoja. Strategiassa on asetettu myös tavoitteeksi, että vuoteen 2015 mennessä palvelut ovat alan parhaimmistoa, ja ne tuotetaan kustannustehokkaasti, hoitokäytännöt ovat vaikuttavia, ja osaava henkilöstö tukee kaupunkilaisia edistämään terveyttään ja hoitamaan sairauksiaan (Helsingin terveyskeskus 2009.)

Haartmanin sairaala valmistui rakennusaikataulun mukaisesti 27.5.2009. Jonka jälkeen alkoi tilojen varustaminen ja kalustaminen sekä henkilökunnan koulutus. Sairaala otetaan käyttöön syyskuussa 2009. Haartmanin sairaala hoitaa Helsingin eteläisen, keskisen ja läntisen alueen päivystysluonteista hoitoa tarvitsevia aikuisia. Hammaspäivystys palvelee virka-aikana helsinkiläisiä potilaita.

Haartmanin yhteispäivystys koostuu terveyskeskuspäivystyksestä, sekä perustason sisätautien ja kirurgisesta päivystyksestä (ei leikkaustoimintaa). Kaikki potilaat ilmoittautuvat samassa pisteessä, jossa tehdään hoidon tarpeen arvio ja ohjataan potilas sisätautilääkärin, kirurgin, terveyskeskuslääkärin tai sairaanhoitajan vastaanotolle. Päivystys on auki joka päivä 24 tuntia siten, että päivystävien terveyskeskuslääkärien vastaanotot toimivat arkisin klo 16.00 - 22.00 ja viikonloppuisin klo 08.00 - 22.00. Arvioiden mukaan yhteispäivystyksessä asioi vuosittain yli 60 000 potilasta.

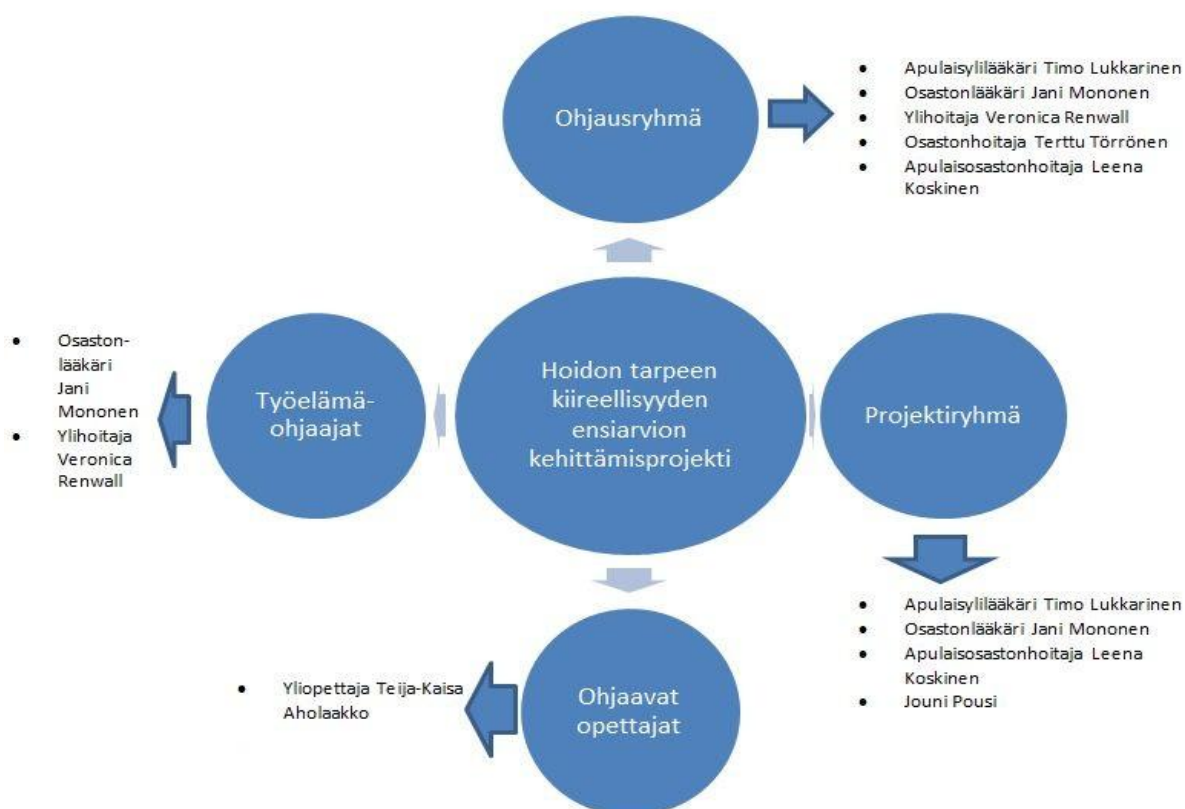
Haartmanin sairaalan yhteispäivystyksessä on käytössä Yhdysvalloissa kehitelty Emergency Severity Index (ESI) triage-malli. Malli on kehitetty 1990 luvun lopussa Wuertzin työryhmän toimesta ja on tällä hetkellä yleisin käytössä oleva triage-malli Yhdysvalloissa. ESI-järjestelmässä on viisi tasoa numeroituna 1-5, 1-tason on kiireellisille potilaille, 5-taso kiireettömille. ESI luokittelee potilaat oireiden vakavuuden ja hoitoa vaativien resurssien mukaan. ESI -järjestelmä edellyttää pidempää kokemusta luokittelua toteuttavilta hoitajilta, kuin muut käytössä olevat mallit (Fortes-Lähdet 2009,18.)

4.2 Projektin organisaatio

Hoidon tarpeen ensiarvioinnin kehittämis-projekti toteutetaan yhteistyössä Helsingin kaupungin akuuttisairaalan Haartmanin päivystysyksikön kanssa. Ensimmäinen kokous pidettiin 1.10.2010, jolloin päätettiin projektin käynnistämisestä ja hahmoteltiin tavoitteita.

Projektin ohjausryhmänä toimii Haartmanin päivystyksen johtoryhmä, johon kuuluvat. apulaisylilääkäri Timo Lukkarinen, osastonlääkäri Jani Mononen, ylihoitaja Veronica Renwall, osastonhoitaja Terttu Törrönen ja apulaisosastonhoitaja Leena Koskinen. Projektin ohjausryhmän tehtävinä oli ohjata projektia, vastata päätöksenteosta, tukea projektipäällikköä ja varmistaa, että projektin tavoitteet saavutetaan.

Projektiryhmänä toimii Jani Mononen, Leena Koskinen ja Jouni Pousi. Projektiryhmän tehtävinä oli vastata, että projektissa syntyvät sovitut tuotokset ja että tuotosten laatutaso on riittävä. Työelämäohjaajina toimii osastonlääkäri Jani Mononen ja ylihoitaja Veronica Renwall. Ohjaavana opettajana toimi yliopettaja Teija-Kaisa Aholaakko.



Kuvio 3. Kehittämisprojektin organisaatiokaavio

4.3 Haartmanin kehittämisprojektin mallintaminen

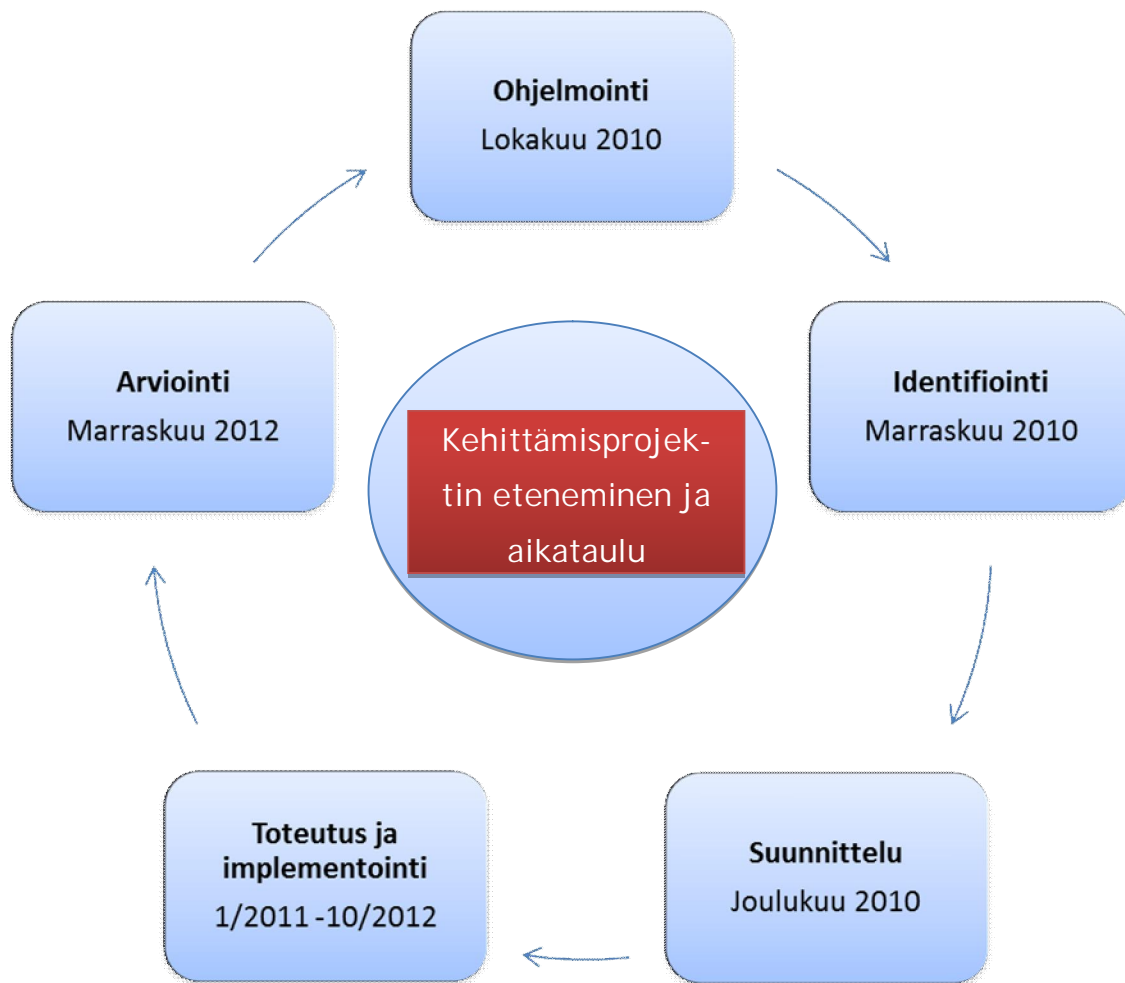
Rantanen & Toikko (2009, 56) mukaan kirjallisuudessa kehittämistoimintaan edellytetään tiettyjä tehtäviä, jota eri kirjoissa jäsennetään ja nimetään eri tavoin. Kehittämisessä voidaan nimetä viisi tehtävää, jotka tulisi huomioida projekteja suunniteltaessa. Kehittäminen edellyttää perusteluja, toiminnan organisointia, kehittävää toimintaa, toiminnan arviointia ja uusien palveluiden ja tuotteiden leviämiseen.

Shelton (2009, 10) mukaan ESI auttaa hallitsemaan päivystyspoliklinikoiden potilaiden virtausta ja avustamaan päivittäisen toiminnan ohjaamista. Olemassa olevat triage-mallit eivät ole tehokkaita ehkäisemään ongelmia kasvavien päivystyspotilaiden määrän ja pidentyneiden odotusaikojen tuottamiin haasteisiin. ESI:n käyttöönotto edesauttaa ymmärrystä, kuinka tarkkuus potilaiden hoidon tarpeen ensiarvioinnissa vaikuttaa päivystyspotilaiden käyntimääriin ja auttaa lisäämään potilasturvallisuutta.

1.10.2010 Haartmanin yhteispäivystyksessä pidetyssä kokouksessa ylihoitaja Veronica Renwall toi esiin päivystyspoliklinikan toimineen kuluneen vuoden ajan uusissa tiloissa jolloin on nousut esiin tarve kehittää toimintaa ja prosesseja. Potilaan hoidon tarpeen kiireellisuuden ensiarviointi eli triagen toteuttaminen koetaan haasteelliseksi ja siihen tarvittaisiin uutta materiaalia ja koulutusta henkilökunnalle.

Kehittäminen nähdään usein konkreettisena toimintana, jolla tähdätään jonkin selkeästi määritellyn tavoitteen saavuttamiseen. Projektitoiminta etenee systemaattisena prosessina, jonka onnistumista voidaan arvioida sen mukaan, kuinka hyvin prosessin alussa määritelty tavoite saavutetaan (Rantanen & Toikko 2009, 14.)

Rantanen & Toikko (2009, 64-65) mukaan kehittämistoiminnan tehtäväkokonaisuuksien välinen suhde voidaan kuvata eräänlaisena kehänä, kuten PCM-malli (project cycle management) joka perustuu viiteen vaiheeseen. Projekti käynnistyy alustavalla ohjelmoinnilla, jonka tarkoituksena on varmistaa käynnistettävän hankkeen strateginen kytkeytyminen hallinnollisiin päämääriin. Toisena vaiheena on identifiointi, jonka aikana kiinnitetään huomiota tarvelähtöisyyden määrittelyyn. Kolmanneksi hanke varsinaisesti suunnitellaan ja kirjoitetaan. Tällöin arvioidaan myös hankkeen tarkoituksenmukaisuus ja toteuttamiskelpoisuus. Neljäntenä vaiheena on toteutus ja implementointi-vaihe, jonka aikana hanke laitetaan käytäntöön. Toteutuksen aikana hankkeen etenemistä seurataan ulkopuolisen tai sisäisen seurannan avulla. PCM-malli päättyy arviointiin, jossa vedetään yhteen hankkeen tulokset.



Kuvio 4. Projektin mallintaminen mukaillen PCM-mallia (Rantanen & Toikko 2009, 65).

4.3.1 Ohjelmointi

Alustavan ohjelmoinnin tarkoituksena on, että toiminnan lähtökohdat on määritelty. Olen-
naista toiminnan perusteluissa on vastata kysymykseen, miksi jotain pitää kehittää nyt. Läh-
tökohtana voidaan pitää joko nykytilanteen ongelmaa tai tulevaisuuden ihannekuvaa eli visio-
ta. Kehittämistoiminnan visio motivoi ihmisiä toimintaan, kunnes ongelmat voivat toimia ke-
hittämistoiminnassa eteenpäin vievänä voimana. Kehittämistoiminnan toteuttamisen kannalta
on eduksi, jos tavoite voidaan perustella mahdollisimman konkreettisesti. Käytännössä kehit-
täminen joudutaan rajaamaan vain yhteen tai kahteen tavoitteeseen, vaikka konkreettisia
tavoitteita voidaan määrittellä useita (Rantanen & Toikko 2009, 57.)

Projektin tarkoituksena oli kehittää hoidon kiireellisyyden ensiarvioinnin toteuttamista
Haartmanin sairaalan yhteispäivystyksessä. Tavoitteena oli tuottaa selkeät kirjalliset ohjeet
ja koulutusmateriaalit ensiarvion toteuttamiseen pohjautuen ESI-malliin. Kehittämishankkeen
tarve oli noussut Haartmanin sairaalan päivystyksen johtoryhmän toimesta. 1.10.2010 Haart-
manin sairaalassa pidetyssä aloituskokouksessa tarkennettiin aihetta, määriteltiin projektin
tarkoitusta ja tavoitteita (liite 5).

4.3.2 Identifiointi

Identifiointivaiheessa tulee kiinnittää huomiota tarvelähtöisyyden määrittelyyn. Tarve tulee
määrittellä yhdessä projektiin osallistuvien tahojen kanssa. Kehittämistoiminnan perusteluissa
otetaan usein kantaa kehittämisen yleiseen merkittävyyteen. Onnistuneella kehittämistoimin-
nan lopputuloksella on todennäköisesti kysyntää myös laajemmin. Mitä selkeämpi näkemys
osallistujilla on lopputuloksesta, sitä parempi on mahdollisuus levitä laajempaan tietoisuu-
teen (Rantanen & Toikko 2009, 57.)

Kehittämisprojektin yksityiskohtaisiksi tavoitteiksi määriteltiin 1.10.2010 kokouksessa tuottaa
ensiarviointia tukevaa kirjallista materiaalia, joka sisältää oirelähtöisen ja tulositykohtainen
listan, strukturoitu ensiarvio-vuokaavio, tärkeät vaaran merkit esitiedoissa ja statuksessa kul-
lakin tulosityllä, sekä koulutus- ja perehdytysmateriaalia hoidon kiireellisyyden ensiarvioinnin
toteuttamiseen. Yhteistyössä Haartmanin päivystyksen kanssa luodaan lista yleisimmistä tu-
losyistä, joiden pohjalta materiaalia voidaan toteuttaa.

4.3.3 Suunnittelu

Projektin suunnittelu perustuu tavoitteenasettelun hyväksyntään ja virallistamiseen. Kehittäminen saa virallisen luonteen, kun sen tavoite saa rahoittajan tai organisaation johdon hyväksynnän. Kehittämistoiminnan suunnittelulla tarkoitetaan käytännön toiminnan organisointia ja valmistelua. Toimijoiden määrittely on keskeinen osa kehittämistoiminnan organisointia. Keskeiset toimijat voivat muodostaa työryhmän tai projektiryhmän joka vastaa käytännön kehittämistoiminnasta (Rantanen & Toikko 2009, 59.)

Hoidon tarpeen ensiarvioinnin kehittämis-projekti toteutetaan yhteistyössä Helsingin kaupungin akuuttisairaalan Haartmanin päivystysyksikön kanssa. Ensimmäinen kokous pidettiin 1.10.2010, jolloin päätettiin projektin käynnistämisestä ja hahmoteltiin tavoitteita. Projektisuunnitelma esitettiin 9.12.2010 Haartmanin sairaalassa järjestetyssä kokouksessa, jonka jälkeen siirryttiin toteutus- ja implementointivaiheeseen (Liite 6).

4.3.4 Toteutus ja implementointi

Kehittämistoiminnan toteutus muodostuu ideoinnista ja priorisoinnista, kokeiluista ja mallintamisesta. Kehittämistoiminta on konkreettista tekemistä, joka perustuu usein vaiheistamiseen, jolloin jotain uutta toimintatapaa kokeillaan esimerkiksi kolmessa viikossa. Samalla kokeilusta kerätään koko ajan palautetta. Kehittämisen seuranta tapahtuu erilaisissa työryhmissä, jossa keskustellaan kehittävästä toiminnasta (Rantanen & Toikko 2009, 60.)

Projektin toteutus ja implementointivaihe tapahtui joulukuu 2010 - lokakuu 2012 välisenä aikana, jolloin toteutettiin osallistuva havainnointi Haartmanin yhteispäivystyksessä, päivystyspotilaan hoitoprosessin mallintaminen sekä ensiarviota tukevan kirjallisen materiaalin toteuttaminen. Koulutustilaisuuksia hoidon ensiarvioinnin toteuttamisesta järjestettiin yhteispäivystyksen henkilöstölle keväällä 2011, syksyllä 2011 ja keväällä 2012. Koulutuksista saatujen palautteiden pohjalta muokattiin ensiarviointia tukevan kirjallisen materiaalia.

4.3.5 Projektin resurssi- ja kustannussuunnittelu

Anttila (2001, 86) mukaan resursseilla tarkoitetaan kaikkia niitä voimavaroja, joita projektiin tarvitaan. Ne voivat olla aineellisia, kuten rahaa, koneita tai laitteita tai aineettomia, joita ovat henkilöiden osaaminen ja ammattitaito tai muu henkinen pääoma. Ennen kuin voidaan arvioida projektin kustannuksia, käytettävissä on oltava yksityiskohtainen aikataulu. Projektin kustannukset perustuvat arvioon siitä, mitä kukin aikataulun toimenpide maksaa (Karlsson Marttala 2001, 69.)

Kehittämiprojektissa ei ollut ulkoista rahoitusta, vaan kehittämistoiminta tapahtui vapaa-aikana. Aineettomina resursseina olivat sekä projektin tekijän, että projekti- ja ohjausryhmän osaaminen.

4.4 Tutkimukselliset menetelmät

Kehittämistoiminnassa pyritään tiedontuotantoon, tiedon merkitys poikkeaa olennaisesti siitä, mitä se on perustutkimuksessa. Kehittämisprosessin aikana tuotettu tieto on luonteeltaan käytännöllistä ja sen tarkoitus on tukea kehittämistä. (Rantanen & Toikko 2009, 113.)

Jos kehittämistyössä on tarkoitus luoda jonkinlainen konkreettinen tuotos, suunnitelma, mittari tai malli, lähestymistavaksi sopii konstruktiiivinen tutkimus. Konstruktiiivisessa tutkimuksessa pyritään käytännönläheisesti ratkaisemaan ongelmia luomalla uusi rakenne. Uuden rakenteen luomiseksi tarvitaan olemassa olevaa teoreettista tietoa ja uutta käytännöstä kerätävää tietoa (Ojasalo 2009, 65.)

Konstruktiiivisen tutkimusotteen tarkoitus on tuottaa innovatiivisia konstruktioita, joilla pyritään ratkaisemaan todellisuuden ongelmia ja tuottamaan uutta tutkimustietoa sille tieteenalalle, jossa sitä sovelletaan (Lukka 2006, 112.)

Konstruktiiivinen tutkimus on suunnittelua ja käsitteellistä mallintamista sekä mallien toteutusta ja testaamista. Käytännön toimijat ovat aktiivisesti mukana ratkaisujen laatimisessa. Konstruktiiivinen lähestymistapa korostaa tutkimuksen hyödyntäjien ja toteuttajien välistä vuorovaikutusta ja kommunikaatiota. Konstruktiiivinen tutkimus on paikallaan, kun ongelmaratkaisuun tarvitaan myös teoreettista tietämystä (Ojasalo 2009, 65-66.)

Konstruktiiivisessa tutkimuksessa käytettävät menetelmät voivat olla kirjavia, sillä lähestymistapa ei sinänsä rajaa pois mitään menetelmää. Koska tavoitteena on selkeästi kehittää organisaatioon jotain uutta, tarvittava aineisto kannattaa kerätä monilla tavoilla. Usein on myös hyvin oleellista tuntea tuotoksen tulevien käyttäjien tarpeet (Ojasalo 2009, 68.)

Konstruktivisen tutkimuksen ihannetulos on, että tosielämän ongelma ratkaistaan kehitetyllä konstruktiolla ja sillä on merkittävä käytännön tarkoitus (Lukka 2006, 112.)

Rantanen & Toikko (2009, 141) mukaan kehittämistoiminnan toteutuksen yhteydessä tiedonkeruu voidaan kohdentaa joko konkreettisesti toimintaan tai erilaisiin kehittämiseen liittyviin tai sitä kuvaaviin keskusteluihin. Kumpaakin voidaan lähestyä selkeästi todennettaviin tosiasioihin keskittyvästä näkökulmasta tai tulkinnallisesta näkökulmasta. Tässä projektissa käytetään molempia tiedonkeruutapoja menetelminä osallistuva havainnointia, mallintamista ja benchmarkingia.

4.5 Aineiston hankinta ja tuotokset

Kehittämisen prosessin vaihe	Kehittämiskysymys	Aineistonkeruutapa	Tuotos
Toteutus ja implementointi	Miten potilaan hoitoprosessi toteutuu Haartmanin päivystyspoliklinikalla?	Hoitoprosessin mallintaminen Haartmanin sairaalan päivystyspoliklinikalla	Prosessikaavio päivystyspotilaan hoidosta
Toteutus ja implementointi	Triage-hoitajan rooli ja tehtävät Haartmanin päivystyspoliklinikalla	Osallistuva havainnointi Haartmanin sairaalan päivystyspoliklinikalla	Triagehoitajan roolin ja toiminnan kuvaus
Toteutus ja implementointi	Miten ESI-triage toteutetaan toisessa sairaalassa?	Benchmarking ESI-Triagea toteuttavassa sairaalassa	Hyvien käytänteiden selvittäminen ja hyödyntäminen

Taulukko 7. Kehittämisen projektin aineistonkeräysmatriisi mukailten (Rantanen & Toikko 2009, 120)

Mallintamisen avulla voidaan tutkia ja kehittää prosesseja ja selvittää, mitkä ovat prosessin kriittisiä vaiheita sekä missä ja miksi mahdollisia ongelmia ilmenee ja pyritään löytämään ratkaisuja havaittuihin ongelmiin. Menetelmässä luodaan prosessikaavio, joka havainnollistaa prosessin eri vaiheet ja vaiheiden ongelmat sekä ehdotetut ratkaisut ongelmiin (Ojasalo 2009, 158.)

Prosessikaavion tehtävänä on kuvata yksityiskohtaisesti palveluprosessin etenemistä ja eri osanottajien, myös asiakkaiden rooleja. Prosessikaavion tarkoituksena on kuvata palvelupro-

sessi objektiivisesti niin, että henkilöstö, asiakkaat ja esimiestaso ymmärtävät samalla tavalla millainen palvelun kokonaisuus on. Näin on helpompi keskustella palvelun kehittämisestä (Ojasalo 2009, 159-160.)

Havainnoinnin avulla on mahdollista saada tietoa miten ihmiset käyttäytyvät ja mitä tapahtuu luonnollisessa toimintaympäristössä. Havainnointi mahdollistaa pääsyn tapahtumien luonnollisiin ympäristöihin ja sen avulla on mahdollista saada tietoa toimivatko ihmiset, kuten sanovat toimivansa. Havainnointi sopii hyvin kehittämistehtäviin, joiden kohteena on yksilön toiminta ja vuorovaikutus toisten kanssa. Lisäksi havainnointi on hyvä menetelmä tutkittaessa vaikeasti ennakoitavia ja nopeasti muuttuvia tilanteita (Ojasalo 2009, 103.)

Osallistuva havainnointi tarkoittaa, että tutkija osallistuu tutkimuskohteensa toimintaan tutkimuskohteen ehdoilla ja yhdessä sen jäsenten kanssa ennalta sovitun ajanjakson. Osallistuva havainnointi tapahtuu ennalta valitusta teoreettisesta näkökulmasta, lisäksi havainnointi on jollakin tavalla ennalta suunniteltu. Osallistuva havainnointi edellyttää, että tutkija pääsee sisään tutkittavaan ympäristöön (Vilka 2007, 44.) Havainnoinnin tarkoituksena tässä projektissa on tuottaa kuvaus triagehoitajan roolista ja toiminnasta Haartmanin päivystyspoliklinikalla, sekä selvittämään, minkälaista tulisi ensiarviointia tukevan kirjallisen materiaalin olla.

Benchmarking on menetelmä, jonka perustana on kiinnostus siihen, miten toiset toimivat ja menestyvät. Useimmiten benchmarkingissa tutkitaan menestyviä organisaatioita, pyritään oppimaan niiden menestyksen syitä ja ottamaan käyttöön hyväksi havaittuja käytäntöjä. Menetelmä soveltuu yleensä parhaiten sellaisten kohteiden kehittämiseen, jotka voidaan määrittellä selväpiirteisesti (Ojasalo 2009, 163.) Tässä projektissa toteutetaan benchmarking-vierailu Tampereen yliopistollisen sairaalan yhteispäivystys Acutassa.

Benchmarking vaatii perusteellisen pohjustustyön, aluksi benchmarkingissa määritellään oma kehittämistä kaipaava kohde. Seuraavaksi etsitään kehittämiskohteelle vertailukumppanit eli organisaatiot, joilla kyseinen asia onnistuu paremmin tai joilla on esimerkiksi parhaimmat tunnusluvut tai maine. Tämän jälkeen kerätään järjestelmällisesti tietoa, kuinka nämä organisaatiot onnistuvat. Apuna voidaan käyttää monenlaista tiedonhankintaa ja tutustumiskäyntejä (Ojasalo 2009, 164.)

Benchmarking-vierailu on järjestelmällisempi oppimisentapa, kuin normaali yritysvierailu. Sen avuksi suunnitellaan lista vierailun aikana havainnoitavista ja kysyttävistä asioista. Benchmarkingin jälkeen tuloksia tulkitaan kriittisesti ja luovasti ja niitä sovelletaan kehitettävään organisaatioon. Kaikki vertailukohteen hyvät puolet eivät aina ole suoraan sovellettavissa omaan toimintaan, esimerkiksi organisaatiokulttuurien erot voi olla liian suuria (Ojasalo 2009, 164.)

4.5.1 Päivystyspotilaan hoitoprosessin mallintaminen

Tässä projektissa oli tarkoitus mallintaa päivystyspotilaan hoitoprosessi Haartmanin sairaalan päivystyspoliklinikalla. Prosessikaaviossa kuvataan päivystyspotilaan hoidon kulkua, jonka pohjalta voidaan kuvata potilaan hoidon eri vaiheet päivystyksestä. Mallintamisen tavoitteena on luoda kokonaiskuva potilaan hoitoprosessissa päivystyksessä hoidon kiireellisyyden ensiarvion kehittämisen pohjaksi.

Päivystyspotilaan hoitoprosessi tapahtuu ensihoidon ja sairaalan välisessä rajapinnassa. Päivystyspoliklinikan kysyntään vaikuttavat vaihteleva kysyntä, päivystyspoliklinikan sisäisten potilasvirtojen hallinta ja jatkohoidon järjestyminen. Päivystyksen hoitoprosessi on osa palvelujärjestelmää kotihoidon, ensihoidon ja laitoshoidon välissä. Päivystysprosessia voidaan kuvata systeeminä, jonka toimintaan vaikuttavat sisäänvirtaus, varsinainen prosessin läpimeno sekä ulosvirtaus ja näihin yhteyksissä olevat tekijät (Koponen & Sillanpää 2005, 70.)

Mattila (2006, 11) mukaan päivystyshoidossa prosessiajattelua on sovellettu erityisesti potilasmäärien hallintaan. Prosessiajattelu on otettu päivystystoiminnan kehittämisen avuksi, koska teollisuudessa tehokkaiksi osoittautuneiden mallien käyttö terveydenhuollossa sisältää paljon mahdollisuuksia. Kolme merkittävintä päivystyspotilaan prosessin kokonaisläpimenoaikaan vaikuttavaa tekijää ovat kuvantamis-tutkimuksiin ja laboratoriotutkimuksiin kuluva aika sekä lääkärin ensimmäisen tutkimuksen odotusaika.

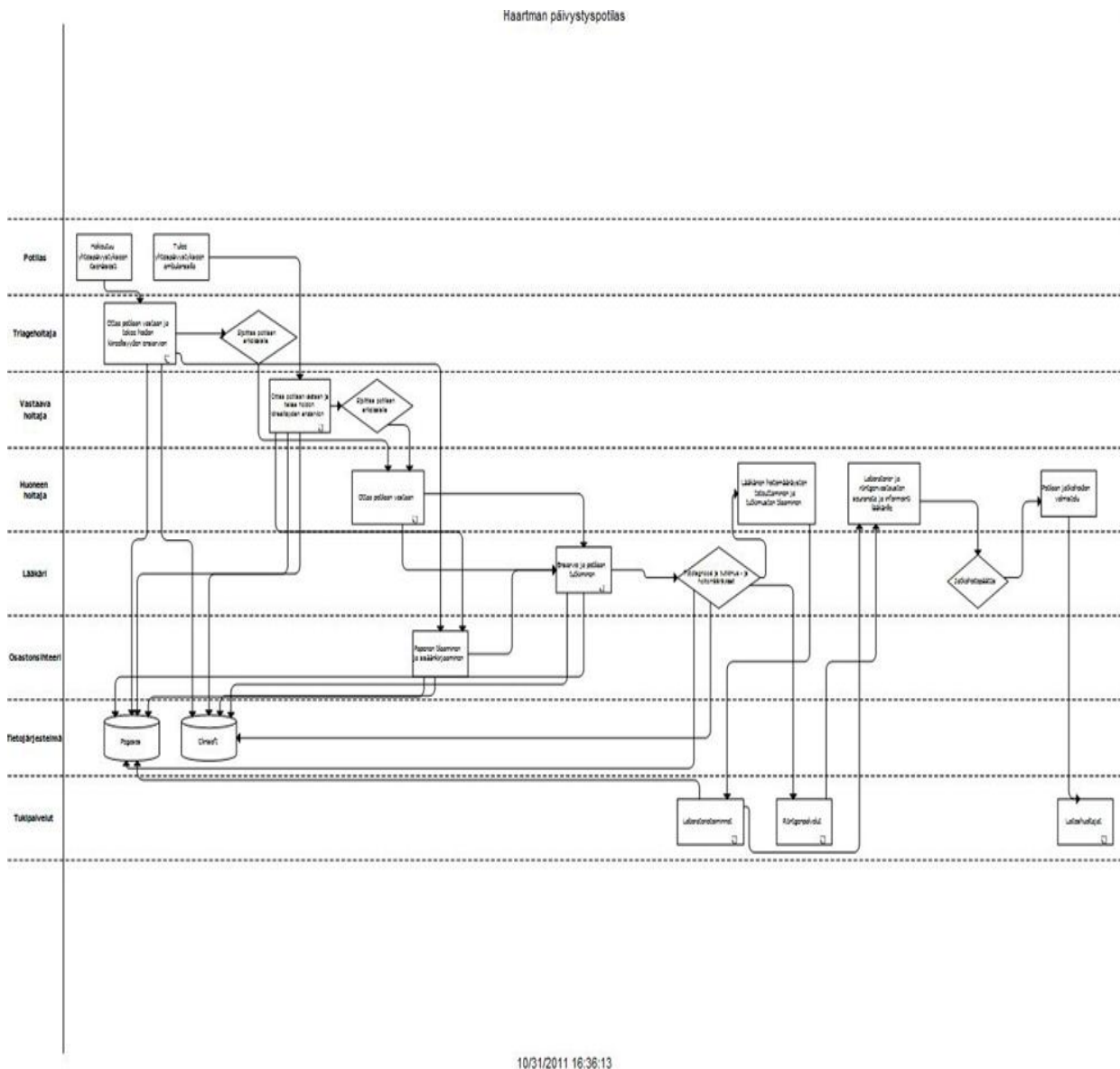
Päivystyksen hoidontarpeen ja kiireellisyyden arviointi alkaa kaikkien potilaiden osalta välittömästi päivystyspoliklinikalle tulon jälkeen ensimmäisten minuuttien aikana tehtävällä alkuarviolla, jonka tarkoitus on havaita potilaiden joukosta hätätilapotilaat ja kiireellistä tutkimusta ja hoitoa tarvitsevat muut potilaat. Tämä koskee niin ensihoidon tuomia potilaita, kuin itse päivystykseen saapuvia potilaita. Varsinainen tarkempi hoidon tarpeen arviointi tulee tehdä kaikille potilaille vähintään 5-10 minuutin sisällä päivystykseen saapumisesta (STM 2010:4, 90.)

Prosessinkulku - kuvauksissa tulee esittää vastaavat asiat, kuin toimintamallikuvauksissa, mutta yksityiskohtaisemmin. Kuvauksen tarkkuustasosta riippuen tulee tarkastella vielä prosessin ja osaprosessin jakautumista toiminnoiksi, tehtäviksi, osatehtäviksi ja toimenpiteiksi, minkä lisäksi kuvauksiin voidaan liittää resursseja (JUHTA 2008, 13.)

Prosessi kuvataan vuokaaviomaisella prosessikaaviolla, siihen liittyvällä tekstisivulla. Tavoitteena on kuvauksen yksiselitteisyys ja ymmärrettävyys niin, että jokaisen prosessiin osallistuva ymmärtää kulun samalla tavalla. Kuvauksen tulee vastata todellista toimintaa ja tarvittaessa kuvauksesta laaditaan sanallinen prosessikuvaus organisaation tarpeen mukaisesti (JUHTA 2008, 17.)

Mallinsin Haartmanin sairaalan yhteispäivystyksen tulevan potilaan prosessin kulun käyttäen kuvantamisohjelmana QPR ProcessGuide 8.1® mallintamisohjelmaa. Prosessin tarkoituksena on kuvata eri ammattiryhmien tehtävät potilaan saapuessa päivystykseen. Prosessin kuvantaminen rajataan vain koskemaan päivystyksessä toimivien eri toimijoiden työrooleihin ja niiden välisten alaprosessien kuvauksiin (Liite 9).

Ojasalo (2009, 158) mukaan prosessien kuvaamisen avulla voidaan tutkia ja kehittää prosesseja ja selvittää, mitkä ovat prosessin kriittisiä vaiheita sekä missä ja miksi mahdollisia ongelmia ilmenee ja pyritään löytämään ratkaisuja havaittuihin ongelmiin. Menetelmässä luodaan prosessikaavio, joka havainnollistaa prosessin eri vaiheet ja vaiheiden ongelmat sekä ehdotetut ratkaisut ongelmiin.



Kuvio 5. Päivystystilias hoitoprosessin kuvaus

Prosessikaavion tulee mahtua yhdelle sivulle ja se tulisi esittää riittävän pelkistettynä. Pystytasoon vasempaan reunaan olen merkinnyt prosessin toimijat siinä järjestyksessä, kun ne tulevat mukaan prosessiin. Kullekin toimijalle on tehty kaavioon oma sarake, nk. uimarata, jonka sisälle liitettävien tehtävien suorittajina toimii kyseisen roolin hallitsija (Liite 7).

Kaavion suorakaiteen muotoinen kuvio kuvaa toimintaa, tehtävää tai osaprosessia jota prosessin suorittaja siinä toteuttaa. Salmiakkikuvioinen merkki kuvaa päätöksenteon vaiheita ja näistä molemmista symboleista lähtevät nuolet kuvaavat prosessin etenemistä kronologisesti.

Tässä tehtävässä tein prosessikuvauksen, jonka tarkoituksena on kuvata eri Haartmanin yhteispäivystyksessä toimivien henkilöiden työrooleihin liittyviä tehtäviä potilaan tullessa päivystykseen.

Prosessinkulku - kuvauksissa tulee esittää vastaavat asiat, kuin toimintamallikuvauksissa, mutta yksityiskohtaisemmin. Kuvauksen tarkkuustasosta riippuen tulee tarkastella vielä prosessin ja osaprosessin jakautumista toiminnoiksi, tehtäviksi, osatehtäviksi ja toimenpiteiksi, minkä lisäksi kuvauksiin voidaan liittää resursseja (JUHTA 2008, 13.)

Mallintamisen haasteeksi osoittautui selkeästi QPR-ohjelman käyttäminen ja uimarata-mallinnukseen liittyvän symboliikan hallinta ja käytössä olevan tiedon rajaaminen. Materiaalia kerätessä työ tuntui helpolta, mutta työstettäessä sitä sitten graafiseen muotoon tulikin selkeästi esiin asia, jota en ollut huomioinut. Prosessien mallintamisessa ei riitä pelkästään, että kirjaat ylös eri toiminnot, vaan ne tulee myös pystyä jakamaan osaprosesseiksi ja arvottamaan, mikä on olennainen työvaihe, jotta mallinnuksesta saadaan ymmärrettävä.

4.5.2 Triagehoitajan tehtävä ja toiminnan kuvaus

Havainnoinnin tarkoituksena tässä projektissa on tuottaa kuvaus triagehoitajan roolista ja toiminnasta Haartmanin päivystyspoliklinikalla. Havainnoinnilla pyritään selvittämään, minkälaista tulisi ensiarviointia tukevan kirjallisen materiaalin olla. Vilkka (2007, 81) mukaan tutkimuksen aikana tulisi tutkijan selvittää, mitä ovat tutkimuskohdetta koskevat havainnot, kuinka ihmiset tuottavat tilanteet ja niitä koskevat havainnot tutkimuskohteessa, miten tehdyt havainnot liittyvät toisiinsa ja miksi ihmiset toimivat niin kuin toimivat. Tutkimusaineisto kertoo, mitä ihmiset tekivät, sanoivat tai mitä he kuvasivat ja kirjoittivat. Havaintojen suora kuvaaminen on vasta tutkimusaineiston dokumentointia.

Havainnoinnin avulla on mahdollista saada tietoa miten ihmiset käyttäytyvät ja mitä tapahtuu luonnollisessa toimintaympäristössä. Havainnointi mahdollistaa pääsyn tapahtumien luonnollisiin ympäristöihin ja sen avulla on mahdollista saada tietoa toimivatko ihmiset, kuten sanovat toimivansa. Havainnointi sopii hyvin kehittämistehtäviin, joiden kohteena on yksilön toiminta ja vuorovaikutus toisten kanssa. Lisäksi havainnointi on hyvä menetelmä tutkittaessa vaikeasti ennakoitavia ja nopeasti muuttuvia tilanteita (Ojasalo 2009, 103.)

Osallistuva havainnointi tarkoittaa, että tutkija osallistuu tutkimuskohteensa toimintaan tutkimuskohteen ehdoilla ja yhdessä sen jäsenten kanssa ennalta sovitun ajanjakson. Osallistuva havainnointi tapahtuu ennalta valitusta teoreettisesta näkökulmasta, lisäksi havainnointi on jollakin tavalla ennalta suunniteltu. Osallistuva havainnointi edellyttää, että tutkija pääsee sisään tutkittavaan ympäristöön (Vilka 2007, 44.)

Havainnointi toteutettiin Haartmanin yhteispäivystyksessä 17.12.2010 - 9.11.2011 välisenä aikana. Havainnointi toteutettiin siten, että tutkija toimi työyhteisön jäsenenä toimien triagehoitajan tehtävissä. Havainnoinnin tarkoituksena oli selvittää vastauksia seuraaviin kysymyksiin. Mitä kuuluu triagehoitajan tehtäviin, mihin ohjeisiin ja dokumentteihin triagehoitajana toimiva perustaa toimintansa ja päätöksenteon. Mitä ja miten triagehoitaja kirjaa ja dokumentoi toimintaansa ja mitä ongelmia tulee esiin toimiessa triagehoitajan tehtävissä. Havainnoinnin löydökset kirjattiin työpäiväkirjaan. Tutkimusluvan osallistuvaan havainnointiin antoi Ylihoitaja Veronica Renwall (Liite 4).

Triagehoitajan tehtäviin kuului

- Tulosten selvittäminen
- Tarkempi haastattelu
- Henkilötietojen tarkastaminen
- Omaistietojen tarkastaminen
- Aikaisempien käyntien tarkistaminen ja lukeminen
- Peruselintoimintojen (hengitys, verenkierto, tajunta) mittaukset tarvittaessa
- Hoitolinjan valinta (sisätaudit, kirurgia, yleislääketiede, sairaanhoitajan vastaanotto uudelleenohjaus)
- Triageluokituksen tekeminen ESI 4 mallin mukaisesti
- ICP2-koodin selvittäminen
- Sisäänkirjaus Pegasos ja Clinisoft tietojärjestelmiin ja tarvittaessa lasku
- Neuvottelu vuorovastaavan kanssa potilaan sijoituspaikasta
- Uudelleenohjaus kaavakkeen täyttäminen ja kopiointi sekä kirjaus Pegasokseen
- Potilaan ja omaisen informointi
- Raportti huoneenhoitajalle
- Terveysneuvonta
- Aulassa olevien potilaiden informointi

Havainnoinnin aikana selvisi, että luokitteluperusteet koettiin selkeiksi, ohjeita oli hoidon tarpeen arviointiin laadittu ja koulutustakin oli järjestetty. Enemmän haasteeksi koettiin päivystyksen sisäinen työnjako. Mihin hoitopisteeseen tulisi potilas ohjata päivystyksen sisällä koettiin ongelmallisena. Varsinkin yleislääketieteen puolelle koettiin laitettavan liian vaativia potilaita, jotka olisi voinut ohjata suoraan joko sisätautien tai kirurgian puolelle suoraan.

ESI-luokituksessa potilaat ryhmitellään eri kiireellisyysryhmiin yksinkertaisen algoritmin perusteella. Yksinkertaisuuden ansiosta ryhmittely on nopeaa ja luotettavaa. Tämä mahdollistaa kiireellisten potilaiden nopean hoidon aloituksen. Perusteellisemmat kliiniset tarkkailut ja tutkimukset tehdään tarpeen vaatiessa varsinaisella hoitoalueella. Varsinkin ruuhkaisilla päivystyspoliklinikoilla tämä nopeuttaa ja tehostaa toimintaa ja potilaiden sijoittelua poliklinikalla. ESI:n hyötynä on myös sen luokittelun tarjoama mahdollisuus siirtää kiireettömien potilaiden (luokat 4-5) hoito muualle, pois varsinaiselta päivystysalueelta (Emergency Severity Index, Version 4, 2011, 12.)

Triagen toteuttamisessa käytettävänä ohjeina toimi Malmin ja Marian sairaalan yhteispäivystyksen potilaiden hoidon tarpeen ja kiireellisuuden arviointi ESI-triageluokituksen avulla ohjetta (Liite 3) ja Haartmanin sairaalan sisäinen potilasohjaus-ohje (Liite 11). Ohjeet koettiin triagehoitajina toimivien sairaanhoitajien mukaan selkeiksi, tosin niiden pohjalta katsottiin olevan vaikea määrittellä, mihin ESI-luokkaan potilas tulisi sijoittaa.

Triagehoitajan tehtäviin liittyvät ongelmat koettiin liittyvän potilaiden uudelleen ohjaustilanteisiin, eli silloin kun potilaan vaiva ei tarvitse päivystysluontoista hoitoa, vaan se hoituisi omalla terveysasemalla virka-aikaan. Uudelleen ohjaaminen tapahtuu lääketieteellisin perustein ja edellyttää triagehoitajalta hyvää kliinistä osaamista ja kokemusta sekä tueksi myös materiaalia, joka auttaa päätöksenteossa.

4.5.3 Hyvien käytänteiden selvittäminen ja hyödyntäminen

Benchmarking vaatii perusteellisen pohjustustyön, aluksi benchmarkingissa määritellään oma kehittämistä kaipaava kohde. Seuraavaksi etsitään kehittämiskohteelle vertailukumppanit eli organisaatiot, joilla kyseinen asia onnistuu paremmin tai joilla on esimerkiksi parhaimmat tunnusluvut tai maine. Tämän jälkeen kerätään järjestelmällisesti tietoa, kuinka nämä organisaatiot onnistuvat. Apuna voidaan käyttää monenlaista tiedonhankintaa ja tutustumiskäyntejä (Ojasalo 2009, 164.)

Erilaisten vertaisuuteen perustuvien menetelmien ja työtapojen yleistymisen taustalla on laajemmat työelämää koskevat muutokset. Yhä enemmän on alettu korostaa osallisten ääntä ja kokemuksellista tietoa palveluiden tuottamisessa ja uudistamisessa. Vertaistyöskentelyssä keskustelukumppanina on jonkin yhtäläisen ominaisuuden perusteella vertainen yksilö tai yhteisö. Työskentely voi tapahtua ryhmän tai organisaation sisällä tai ryhmien välillä. Näin se voi olla sisäistä tai ulkoista, kahdenkeskeistä tai monenkeskeistä eli usean organisaation verkostomaista yhteistyötä (Seppänen-Järvelä 2005, 3.)

Benchmarking on menetelmä, jonka perustana on kiinnostus siihen, miten toiset toimivat ja menestyvät. Useimmiten benchmarkingissa tutkitaan menestyviä organisaatioita, pyritään oppimaan niiden menestyksen syitä ja ottamaan käyttöön hyväksi havaittuja käytäntöjä. Menetelmä soveltuu yleensä parhaiten sellaisten kohteiden kehittämiseen, jotka voidaan määrittellä selväpiirteisesti (Ojasalo 2009, 163.)

Vertaisarvioinnilla on pitkä perinne akateemisessa maailmassa, jossa peer review-käytäntö on vakiintunut tiedeyhteisön toimintaan. Julkisiin palveluihin vertaisarviointi tuli käyttöön laatu-työn kautta. Vertaisarviointi on vertaisen toiminnan kriittistä tarkastelua, puntarointia ja analysointia. Vertaisarvioinnin tärkein tavoite on toimia kehittämisen tukena, jolloin arvioinnin ei ole tarkoitus olla arvostelevaa tai tuomitsevaa, vaan olennaista on tuen, kannustuksen sekä kehittämisideoiden antaminen (Seppänen-Järvelä 2005, 14.)

Benchmarking (vertailukehittäminen) on systemaattista vertailua, arviointia ja oppimista hyvistä käytännöistä muilta organisaatioilta niiden toimialasta tai maantieteellisestä sijainnista riippumatta. Tavoitteena on saada tietoa ja kokemukseen perustuvaa näkemystä, jota soveltamalla voidaan kehittää oman organisaation toimintaa. Vertailukehittämisessä korostuu laatu-työn näkökulma, jolloin arvioinnin tulee perustua ennalta asetettuihin, objektiivisiin ja kaikkien arviointiin osallistuvien hyväksymiin kriteereihin. Vertailu voi tapahtua eri toimintayksiköiden välillä tietyillä, tutkimuksellisilla perustein valittujen tunnuslukujen pohjalta (Seppänen-Järvelä 2005, 14.)

Benchlearning (vertailuoppiminen) on liiketoiminnan kehittämisen ja organisaation oppimisen yhdistelmä. Vertailuoppimisella on useita tehtäviä, ensisijaisesti sen tarkoituksena on löytää vastaus kysymykseen onko toiminta tehokasta. Oman toiminnan tehokkuutta tulee pystyä vertaamaan jonkin muun organisaation tai sen osan toimintaan, jotta nähdään miten tehokasta toiminta todellisuudessa on.

Yhdysvalloissa aloitettiin 1980 -luvulla kehittämään tuottavuuden kehittämisessä laadun hallinnan menetelmän TQM (Total quality management) käyttäen esimerkkinä Japanilaisia yhtiöitä. Xerox yhtiö aloitti käyttämään TQM mallia alkaessaan tehostamaan yrityksen tuotantoa ensin Yhdysvalloissa laajentaen sen siten koskien muiden maiden toimipisteitä. Xerox käytti ryhmiä, jotka arvioivat omien organisaatioiden työprosesseja, vierailivat eri organisaatioissa, etsivät parhaita käytäntöjä ja mukailivat niitä omien organisaatioiden käyttöön (Keehley 2008, 12.)

Toimintamalli, jota Xeroxin ryhmä toteutti, oli pieni osa laadunhallinta menetelmää, joka rakentui systemaattisesta toimintaprosessien mittaamisesta. Etsimällä samanlaisia toimintoprosesseja vertailtaviksi ja tuoden tarpeelliseksi nähdyt prosessit tai niiden muutokset tarkas-

teltaviksi, joilla saatiin oma toimintaa tehostettua ja kustannuksia vähennettyä. Vertailukoh- teeksi valittiin organisaatiot, joilla oli paremmat tulokset, kuin omalla organisaatiolla. Proses- sien muutokset, joilla saatiin kehitettyä tuloksia paremmiksi tuli tunnetuksi käsitteenä hyvät käytännöt (best practices). Toimintamalli prosessien parantamiseksi löytämällä kumppaneita, joiden parhaita käytänteitä verrataan, alettiin kutsua benchmarkingiksi (Keehley 2008, 13.)

Benchmarkingin avulla voidaan tehdä tulevaisuuteen suuntautuvaa erilaisten skenaarioiden hahmottelua oman organisaation näkökulmasta. Benchmarking-työkalusta voidaan puhua myös virtuaalikympäränä. Menetelmä antaa myös tilaisuuden kyseenalaistaa organisaation totuttuja ja perittyjä toimintatapoja rakentavalla tavalla. Menetelmän vahvuutena on se, että se luo osallistumista ja aikaansaa oivaltavaa oppimista sekä organisaation, että yksilöiden tasolla, auttaa asettamaan kunnianhimoisia ja realistisia tavoitteita sekä osoittaa, miten tavoitteet voidaan saavuttaa (Seppänen-Järvelä 2005, 56.)

Seppänen-Järvelä (2005, 57) mukaan menetelmänä benchmarking sisältää hyvien käytäntöjen analysoinnin, toteutuneiden faktojen tutkimisen sekä näiden pohjalta johtopäätöksen tekemi- sen ja oppimisen. Tarkastelun ja analysoinnin painopiste on prosessissa, tekemisen ketjussa, joka kytkee yhteen eri ihmisten työt, jolloin vaikutukset ulottuvat sekä toiminnan tulosten paranemiseen että organisaation oppimiseen. Benchmarking ei ole kopiointia, vaan soveltamista omiin olosuhteisiin ja työkuultuuriin. Se, mikä toimii vertaisarvioinnin kohteena olevalla organisaatioilla, ei sellaisenaan välttämättä toimi omassa organisaatiossa (Niva & Tuominen 2005, 30.)

Niva & Tuominen (2005, 12) mukaan benchmarking on menetelmä oppia itseltään selvästi pa- remmilta. Benchmarking voidaan heidän mukaan jakaa neljään tyyppiin; strateginen bench- marking, laitteiden ja tuotteiden benchmarking, prosessi-benchmarking ja osaamisen bench- marking. Strategisten valintojen vertailu omalla alalla auttaa ymmärtämään alan luonnetta.

Kahden toimitusprosessin ja niiden eri vaiheiden välillä olevat erot voivat olla merkittävät. Näennäisesti samanlaisten vaiheiden laatu- ja tehokkuuserot voivat olla usein kolminkertai- set. Voidaan väittää, että ero ei synny yksittäisissä vaiheissa, vaan siitä, miten koko prosessi toimii. Jos keskittyy vertaamaan ja kehittämään vain yksittäisiä vaiheita koko prosessin sijas- ta, voidaan saada vain vähäisiä tuloksia aikaan. Tutkimisen kohteena tulee olla koko toimin- taprosessi. Koko prosessi saattaa olla liian vaativa tai tarpeeton kehitettäväksi, jolloin on löy- dettävä prosessista kriittiset osat ja toimintaperiaatteet, jotka vaikuttavat merkittävimmin prosessin lopputuloksiin (Niva & Tuominen 2005, 14.)

Benchmarking rakentuu kahden tai useamman osapuolen väliselle keskinäiselle, luottamukselliselle tietojen vaihdolle. Luottamus rakentuu ja tietojen vaihto onnistuu vain, kun kaikilla osapuolilla on yhtenäinen käsitys siitä, mitä benchmarking-menetelmään kuuluu ja kaikki osapuolet toimivat yhteisten eettisten periaatteiden mukaisesti (Seppänen-Järvelä 2005, 72.)

Benchmarkingin kohteeksi suunniteltiin Tampereen yliopistollisen sairaalan yhteispäivystys Acutaa. Joka vastaa Pirkanmaan alueen yhteispäivystyksen toteuttamisesta ja heillä on käytössä sama potilaan kiireellisyden ensiarviointi-järjestelmä ESI 4, kuin Haartmanin sairaalan yhteispäivystyksessä. Karlöf (2003, 170) mukaan vertailukehittämisen kumppanin valinnassa tulee huomioida, että samanlaisuuksien pitää olla niin suuria, että vertailusta voidaan tehdä järkeviä johtopäätöksiä.

Benchmarkingissa on tärkeä selvittää mitä me teemme. Tässä työssä kehitän hoidon kiireellisyden ensiarvioinnin toteuttamisen osana päivystyspotilaan hoitoprosessia Haartmanin sairaalan yhteispäivystyksessä. Päivystyspoliklinikalla hoidon kiireellisyyttä ja tarvittavaa hoitopaikkaa arvioidaan potilaan ilmoittaman tulosyyn, muiden sairauksien ja statuslöydösten perusteella. Vastaanottava sairaanhoitaja arvioi esitietojen ja havaintojen perusteella hoidon tarvetta, harkitsee mahdollisesti poissuljettavia muita sairauksia ja ohjaa potilaan hoitoon (STM 2010:4, 90.)

Toimin 17.12.2010 - 9.1.2011 välisenä aikana sairaanhoitajan tehtävissä Haartmanin sairaalan yhteispäivystyspoliklinikalla toteuttaen hoidon kiireellisyden ensiarviointia sisään tuleville potilaille. Tehtävien osalla suoritin osaltani osallistuvaa havainnointia, kuinka päivystyksen hoitoprosessi toteutuu, minkälaisia ohjeita siihen on olemassa hoidon kiireellisyden ensiarviointiin ja kuinka henkilöstöä on siihen koulutettu.

Benchmarkingissa on tarkoitus oppia, miten vertailun kohteena oleva organisaatio toimii. Karlöfin (2003, 173) mukaan valmistelu on olennainen perusta tehokkaalle oppimisen ja kokemusten vaihdolle. On hyvä idea antaa kumppanille tietoja omasta organisaatiosta ja projektin siihenastisista tuloksista. Kysymykset, joita vertailun kohteena olevalta aiotaan kysyä ja niihin liittyvä aineisto tulisi lähettää etukäteen, jotta he pystyvät valmistautumaan vierailuun ja hankkimaan tietoja, joita ei ole valmiina.

Vierailun jälkeen on tarkoitus asettaa tavoitteet, joita käytetään kehittämistyön pohjana. Tavoitteiden asettelussa tulisi huomioida välittömät tavoitteet ja sekä tavoitteet joihin pyritään lyhyellä ja pitkällä aikavälillä. Tavoitteiden asettaminen on keskeinen osa benchmarking-prosessia, tosin tärkeämpää on ymmärtää suorituskyvyn taustalla olevat tekijät. Opinnäytetyössäni vierailun pohjalta tarkennetaan kirjallisten ohjeiden ja koulutusmateriaalien tuottamisen sisältöä.

Sovellus ja käyttöönottovaiheessa mietitään vierailun pohjalta saatujen hyvien käytänteiden hyödyntämisestä omassa kehittämishankkeessa. Ensiarvion toteuttamisen pohjaksi suunnittelun koulutusmateriaalin ja kirjalliseen ohjeiden sisällölliseen toteutukseen haetaan toimintamalleja. Viimeisenä vaiheena on toiminnan vakiinnuttaminen ja edelleen kehittäminen.

Prosessit saattavat näyttää lähes samanlaisilta, mutta niissä työskentelevien ammattitaito tai teknologia voi merkittävästi poiketa toisistaan. Toisen ylivoimainen tehokkuus perustuu siihen, että yksi työntekijä käyttää useaa konetta samanaikaisesti. Kun otamme selvää toisten osaamisesta, haluamme tietää, miten he nykyisin tekevät. Uudet hyvät menetelmät ovat usein itsestäänselvyksiä, kun ne näkevät ja kuulee. Taito piilee siinä, miten ne voidaan omaksua. Sen vuoksi on hyvä tietää, miten he ovat toimintaansa onnistuneet kehittämään juuri tällaiseksi (Niva & Tuominen 2005, 14).

Benchmarking vierailun toteuttaminen Tampereen Yliopistosairaalan päivystykseen ei onnistunut projektin aikana. Ongelmaksi muodostui sopivan ajankohdan löytyminen ja vertailua tehtiin sähköpostitse ja puhelimitse. Huomioksi tuli, että toiminnot ja koulutukset eivät poikenneet toisistaan, joten vierailulla ei olisi kehittämishankkeen pohjalta ollut merkitystä.

4.6 Projektin julkaiseminen

Kehittämishankkeiden tuloksia esitellään yleensä erilaisissa hankeseminaareissa ja hanketta kuvaavissa raporteissa. Tutkimustuloksia esitellään tieteellisissä lehdissä ja seminaareissa. Viime aikoina näiden perinteisten välineiden ohella on korostettu myös uudenlaisia tulosten levittämisen välineitä. Tuotteistaminen sopii selkeärajaisten ja sellaisenaan siirrettävien tulosten levittämiseen. Tuotteistamisella tähdätään tuotteiden markkinointiin. Oppimisverkostot soveltuvat jatkokehittelyä edellyttävien ideoiden levittämiseen. Oppimisverkostojen avulla tuloksia muokataan uusiin toimintaympäristöihin soveltuviksi (Rantanen & Toikko 2009, 85.)

Oppimisverkostot voivat olla avoimia kehittämisfoorumeita, mutta niillä voidaan tarkoittaa myös tietyille toimijoille tarkoitettuja yhteisprojekteja. Usein oppimisverkoston rakenteeseen liitetään kehittämistoimintaan asiantuntijoita ja tutkijoita, joiden tehtävänä on tukea oppimisverkoston työtä. He tarkkailevat oppimisverkoston toimintaa ja tekevät sille avauksia tai ehdotuksia omasta näkökulmasta (Rantanen & Toikko 2009, 88.)

Tämän työn projektiraportin julkaisu tapahtuu Laurea Ammattikorkeakoulun opinnäytetöiden julkaisuprosessin mukaisesti. Projektin loppuraportti ja tuotos esitettiin Haartmanin sairaalan yhteispäivystyksen triage-aamumeetingissä 21.11.2012.

5 Projektin tuotos

Sheltonin (2009, 10) mukaan ESI-malli auttaa hallitsemaan päivystyspoliklinikoiden potilaiden virtausta ja avustamaan päivittäisen toiminnan ohjaamista. Olemassa olevat triage-mallit eivät ole tehokkaita ehkäisemään ongelmia kasvavien päivystyspotilaiden määrän ja pidentyneiden odotusaikojen tuottamiin haasteisiin. ESI:n käyttöönotto edesauttaa ymmärrystä, kuinka tarkkuus potilaiden hoidon tarpeen ensiarvioinnissa vaikuttaa päivystyspotilaiden käyntimääriin ja auttaa lisäämään potilasturvallisuutta.

Päivystyksen hoidontarpeen ja kiireellisyyden arviointi alkaa kaikkien potilaiden osalta välittömästi päivystyspoliklinikalle tulon jälkeen ensimmäisten minuuttien aikana tehtävällä alkuarviolla, jonka tarkoitus on havaita potilaiden joukosta hätätilapotilaat ja kiireellistä tutkimusta ja hoitoa tarvitsevat muut potilaat. Tämä koskee niin ensihoidon tuomia potilaita, kuin itse päivystykseen saapuvia potilaita. Varsinainen tarkempi hoidon tarpeen arviointi tulee tehdä kaikille potilaille vähintään 5-10 minuutin sisällä päivystykseen saapumisesta (STM 2010:4, 90.)

Tämän projektin tarkoituksena oli kehittää hoidon kiireellisyyden ensiarvioinnin toteuttamista Haartmanin sairaalan yhteispäivystyksessä. Tavoitteena oli tuottaa selkeät kirjalliset ohjeet ja koulutusmateriaalia ensiarvion toteuttamiseen pohjautuen ESI-malliin.

Päivystyksellinen arviointi ja hoito ovat tarpeen aina, jos on epäiltävissä, että potilaan oireet tai vamma vaikeutuu ilman päivystyksen henkilökunnan tekemää arviointia ja hoitoa. Poikkeuksena ovat tilanteet, jossa potilaalle on hoitavan lääkärin toimesta tehty hoitosuunnitelma, jonka mukaan päivystyshoito ei ole tarkoituksenmukaista kyseisessä tilanteessa (STM 2010:4, 84.)

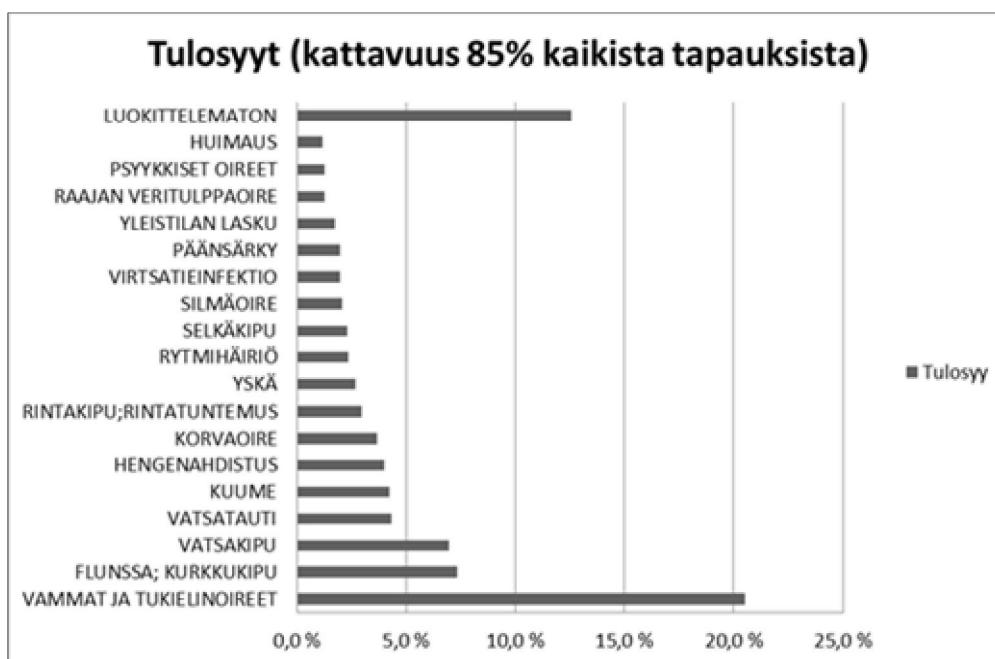
ESI-luokituksessa potilaat ryhmitellään eri kiireellisyysryhmiin yksinkertaisen algoritmin perusteella. Yksinkertaisuuden ansiosta ryhmittely on nopeaa ja luotettavaa. Tämä mahdollistaa kiireellisten potilaiden nopean hoidon aloituksen. Perusteellisemmat kliiniset tarkkailut ja tutkimukset tehdään tarpeen vaatiessa varsinaisella hoitoalueella. Varsinkin ruuhkaisilla päivystyspoliklinikoilla tämä nopeuttaa ja tehostaa toimintaa ja potilaiden sijoittelua poliklinikalla. ESI:n hyötynä on myös sen luokittelun tarjoama mahdollisuus siirtää kiireettömien potilaiden (luokat 4-5) hoito muualle, pois varsinaiselta päivystysalueelta (Emergency Severity Index, Version 4, 2012, 12.)

Yksityiskohtaisina tavoitteina projektissa oli tuottaa ensiarviointia tukevaa kirjallista materiaalia; hoidon tarpeen ensiarvioinnin vuokaavio, oire- ja tulosyykohtainen opas (keskeisimmät tulosyyt), jossa ilmenee tärkeät vaaran merkit esitiedoissa ja statuksessa kullakin tulosyyllä. Lisäksi tuottaa koulutus- ja perehdytysmateriaalia hoidon kiireellisyyden ensiarvioinnin toteuttamiseen.

Päivystyksen hoitoprosessin jokaiseen vaiheeseen kuuluu päätöksentekotilanteita, jossa tarpeen määrittely, suunnittelu, toteutus ja arviointi tapahtuvat päällekkäin ja erilaisia päätöksentekomalleja hyödyntäen. Systemaattinen tapa jäsentää työtä hoitoprosessin mukaan auttaa kiireellisellä päivystyspoliklinikalla hallitsemaan nopeasti muuttuvia tilanteita ja vastaamaan hoidontarpeisiin tarkoituksenmukaisesti (Koponen & Sillanpää 2005, 71.)

Hoidon tarpeen ensiarvion vuokaavion (liite 1) tavoitteena oli luoda yhdenmukainen toimintamalli triagehoitajina toimiville sairaanhoitajille, jota he käyttäisivät toteuttaessaan hoidon tarpeen kiireellisyyden arviointia potilaan saapuessa yhteispäivystykseen.

Potilaan saapuessa päivystykseen suoritetaan ensiarviointi silmämääräisesti, jossa selvitetään peruselintoimintojen (hengitys, verenkierto, tajunta) tilanne. Ensiarviointi toteutetaan silmämääräisesti eikä siinä tarvita tutkimisen apuvälineitä. Seuraavaksi selvitetään, miksi potilas tulee päivystykseen. Kartoitetaan syytä hoitoon hakeutumiseen, selvitetään potilaan oireet, perussairaudet ja lääkitys. Tämän jälkeen selvitetään tilanne eli status, mikä on potilaan tilanne juuri kyseisellä hetkellä. Tämän jälkeen tehdään triageluokittelu ESI mallin mukaisesti ja toteutetaan potilasohjaus.



Taulukko 8. Hyvinkään aluesairaalan tulosyylistausta vuodelta 2008 (STM 2010:4, 83)

Oire- ja tulositykohtaisessa oppaassa (Liite 2) käytettiin lähteenä yhtenäisen päivystyshoidon perusteet työryhmän raportissa (STM 2010:4) olevaa Hyvinkään sairaalan yhteispäivystyksen vuoden 2008 päivystyskäyntejä (taulukko 8). Tulositylistausta muokattiin projektiryhmän toimesta vastaamaan Haartmanin sairaalan yhteispäivystyksen tarpeita. Projektin yhteydessä toteutetussa kirjallisuushaussa valituissa tutkimuksissa tuli esille, että kirjallisuudesta löytyvät mallit tulisi paremmin muokata vastaamaan toimipaikan mukaisiksi malleiksi, eikä kopioida suoraan valmista mallia toimintaan.

Haartmanin yhteispäivystyksen oire- ja tulositykohtainen opas pohjautuu ESI- malliin. ESI luokittelee potilaat sen mukaan, kuinka pitkään potilas voi odottaa hoitoa saadakseen. Ensiksi arvioidaan kiireellisyytaso, jos sen perusteella ei potilas kuulu kahteen kiireellisempään ryhmään (luokat 1, 2) arvioidaan potilaan hoidossa tarvittavat resurssit, jonka pohjalta potilas voidaan luokitella kiireettömimpiin ryhmiin (luokat 3,4,5). Opas on laadittu ohjeistamaan päivystyksellisen ja ei-päivystyksellisen hoidon rajapintaa. Tästä syystä useita selvästi päivystyshoidon piirissä olevia oireita tai vammoja ei oppaassa ole käsitelty.

Sosiaali- ja terveysministeriön päivystystyöryhmän raportin (STM2010:4, 84) mukaan yksittäisiin oireisiin ja vammoihin perustuvat ohjeet ovat käytännön työtä helpottavia suosituksia. Päivystyspotilaalla on usein monia oireita tai päivystyshoidon tarpeeseen vaikuttavia perussairauksia, joten kiireellisyyden arviointi perustuu kokonaisuuteen. Ohjeet esittävät periaatteet ja varsinaiset toimintaohjeet tulee luoda paikallisesti.

Oppaan tavoitteena on luoda päivystyspotilaan hoidon tarpeen ensiarviointiin osallistuville yhtenäinen näkemys siitä milloin päivystyskäyntiä lääketieteellisin perustein tarvitaan. Kaikki potilaat, jotka tarvitsevat päivystyskäyntiä, eivät tarvitse sitä lääketieteellisin perustein sitä aina välittömästi. On tilanteita, jolloin potilaan oireen tai vamman hoito voi tapahtua seuraavana päivänä tai yhden - kahden päivän kuluttua. Hoidon tarpeen arviointi tulee tehdä yhteisymmärryksessä potilaan ja omaisten kanssa. Oppaan tarkoituksena ei ole käännättää ja torjua potilaita, vaan helpottaa potilasohjauksen toteuttamista ja toimia apuna hoidon tarpeen arviointia toteuttavalle sairaanhoitajille (STM 2010:4, 84.)

Projektiraporttia ja sen liitteitä voidaan käyttää koulutus- ja perehdytysmateriaalina hoidon kiireellisyyden ensiarvioinnin toteuttamiseen.

6 Pohdinta

6.1 Eettiset kysymykset

”Tutkimusetiikalla tarkoitetaan yleensä hyviä tieteellisiä käytäntöjä, tiedeyhteisön sisäistä ohjausta, jolla ei ole yhtä pakottavia seurauksia kuin lain rikkomisella. Tutkimusetiikan pohdinnassa on kyse siitä, miten tehdään eettisesti hyvää ja luotettavaa tutkimusta” (Juvakka & Kylmä 2007, 139.)

Konstruktiivinen tutkimus on suunnittelua ja käsitteellistä mallintamista sekä mallien toteutusta ja testaamista. Käytännön toimijat ovat aktiivisesti mukana ratkaisujen laatimisessa. Konstruktiivinen lähestymistapa korostaa tutkimuksen hyödyntäjien ja toteuttajien välistä vuorovaikutusta ja kommunikaatiota. Konstruktiivinen tutkimus on paikallaan, kun ongelmaratkaisuun tarvitaan myös teoreettista tietämystä (Ojasalo 2009, 65-66.)

Tutkimuksen tekijällä on laaja-alainen vastuu, koska tutkimuksen vaikutukset voivat ulottua hyvinkin kauas tulevaisuuteen tai koskettaa lukuisia ihmisiä. Laadullisessa tutkimuksessa haasteet syntyvät vaikutuksista, joita tutkimuksella voi olla siihen osallistuvien henkilöiden elämään. Jo aiheen valinta ja tutkimuskysymysten muodostaminen ovat merkittäviä eettisiä valintoja (Juvakka & Kylmä 2007, 144.)

Tutkimuskohteen valintaan liittyy eritasoisia eettisiä kysymyksiä, laajimmillaan on kyse siitä, mitä ja millaisia päämääriä tiede ja tutkimus edistävät. Suppeimmillaan kyse on tutkijan tekemästä tutkimuskohteen valinnasta yksittäisessä tutkimuksessa. Yleisenä lähtökohtana tulee olla, että tutkittava asia on tieteellisesti mielekäs ja perusteltu. Tutkimusaihe ja tutkimusongelmien määrittely ei saa loukata ketään, eikä sisältää väheksyviä oletuksia jostain potilastai ihmisryhmästä (Leino-Kilpi 2003, 288.)

Kehittämishankkeessa käytettiin tutkimusmenetelminä osallistuvaa havainnointia, prosessin mallintamista ja vertaiskehittämistä eli benchmarkingia. Havainnoinnin tarkoituksena tässä projektissa on tuottaa kuvaus triagehoitajan roolista ja toiminnasta Haartmanin päivystyspoliklinikalla. Havainnoinnilla pyrittiin selvittämään, minkälaista tulisi ensiarviointia tukevan kirjallisen materiaalin olla. Prosessikuvauksen tarkoituksena oli kuvata eri Haartmanin yhteispäivystyksessä toimivien henkilöiden työrooleihin liittyviä tehtäviä potilaan tullessa päivystykseen. Benchmarking on menetelmä, jonka perustana on kiinnostus siihen, miten toiset toimivat ja menestyvät. Useimmiten benchmarkingissa tutkitaan menestyviä organisaatioita, pyritään oppimaan niiden menestyksen syitä ja ottamaan käyttöön hyväksi havaittuja käytäntöjä.

Suomessa on sitouduttu turvaamaan tutkimuksen eettisyys Helsingin julistuksen (1964) mukaisesti. Helsingin julistus on kansainvälisesti hyväksytty tutkimusetiikan ohjeistus ja sen uusi suomennos hyväksyttiin 2001. Helsingin julistus on laadittu lääketieteellisen tutkimuksen tarpeisiin, mutta se sopii hyvin myös hoitotieteellisen etiikan ohjeeksi (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 173.).

Toimintatutkimuksessa voi tutkijan asemaan saattaa liittyä monia eettisiä ongelmia. Niitä voidaan tarkastella kahdella tasolla. Tutkijan tiedon saanti on suuresti riippuvainen mahdollisimman syvän luottamuksen saavuttamisesta. Mitä enemmän tutkijaan luotetaan, sitä enemmän hän saa kuulla sellaista, mitä hänelle ei kerrota tutkijana, vaan uskottuna. Tutkijan omakohtainen ja merkityksellinen osallistuminen tutkittavien elämään saattaa paljastaa hänelle asioita, joihin tutkimukseen kuulumattomien tulisi puuttua (Grönfors 2011, 115.)

Kehittämishankkeessa suoritettiin osallistuvaa havainnointia, jonka yhteydessä tutkija toimi työyhteisön jäsenenä havainnointijakson aikana, tässä yhteydessä muodostui luottamuksellinen suhde muihin työyhteisön jäseniin, joka auttoi triagehoitajan roolin ja toimenkuvanselkeytymiseen. Grönfors (2011, 114) mukaan tutkijat voivat lähteä siitä olettamuksesta, että tutkittavat tavalla tai toisella kokevat heidät uhkaksi tai ainakin vaivaksi. Tutkijan on pystyttävä hälventämään tällaiset epäluulot voidakseen ryhtyä tuloksekkaaseen työhön. Triagehoitajana toimiminen ei aiheuttanut tilanteita, jossa muut työyhteisön jäsenet olisivat kokeneet tutkijan uhkana tai vaivana.

Tutkijan vastuu kanssaihmisille on, ettei käytä asemaa, tutkimustuloksia ja niihin verrattavia seikkoja hyödyntämään omaa asemaansa tai vaikuttamaan kanssaihminen asemaan (Grönfors 2011, 115.) Kehittämishankkeeseen liittyneissä tutkimuksellisissa menetelmissä kertynyttä aineistoa käytettiin vain hoidon tarpeen ensiarvioinnin kehittämiseen liittyvän kirjallisen materiaalin tuottamisen tukena.

Grönfors (2011, 118) mukaan aineiston keräämisessä käytetyt kenttämuistiinpanot ovat tutkijan yksityisomaisuutta, eikä hänellä ole velvollisuutta näyttää niitä tutkittaville ja samalla on velvollisuus pitää ne poissa muiden näkyviltä. Kehittämishankkeessa kertyneet työpäiväkirjat ja muut asiakirjat ovat olleet pelkästään tutkijan käytössä ja säilytettynä lukitussa kaapissa.

Kehittämishankkeen tulokset saatetaan tiedeyhteisön laajempaan arviointiin julkaisemalla ne. Julkaiseminen on samalla tieteen kehittymisen edellytys. Tieteellisen tiedon voima on siinä, että sen avulla pyritään muita tiedon lajeja perustellummin löytää totuus. Tutkimustulosten raportoinnin virhelähteitä voivat olla ennakoasenteesta johtuva vääristymä, suora tietoinen tulosten väärennys tai tutkimustulosten virheellinen raportointi ja julkistaminen (Leino-Kilpi 2003, 292.)

6.2 Luotettavuuden arviointi

Kylmän ja Juvakka (2007, 127) mukaan tutkimuksen luotettavuuskriteereitä ovat uskottavuus, vahvistettavuus, totuudellisuus ja siirrettävyys. Uskottavuus sisältää tutkijan omat ennakkoodotukset ja johtopäätösten oikeellisuus. Tutkijan oma persoona on mukana tutkimuksessa, mutta hänen tulee säilyttää neutraali ote tutkimuksen löydöksiä kohtaan. Vahvistettavuus tarkoittaa, että tehdyt tulokset saavat tukea toisista tutkimuksista tai triangulaatiosta. Totuudellisuus kuvaa sitä, kuinka paljon löydökset eli tutkijan johtopäätökset vastaavat tutkimuskohteen todellista tilaa. Siirrettävyys edellyttää, että tutkimusaineiston kuvaus on rikasta, jonka avulla lukija voi päätellä, kuinka paljon tutkimuksen löydöksiä voi soveltaa muihin tutkimuskohteisiin.

Haartmanin sairaalan hoidon tarpeen kiireellisyyden ensiarvioinnin kehittämishankkeen tarkoituksena oli kehittää hoidon tarpeen kiireellisyyden ensiarvioinnin toteuttamista ja tuottaa selkeät kirjalliset ohjeet ja koulutusmateriaalia ensiarvioinnin toteuttamiseen pohjautuen ESI-malliin.

Ojasalo (2009, 65) mukaan kun kehittämistyössä on tarkoitus luoda jonkinlainen konkreettinen tuotos, suunnitelma, mittari tai malli, lähestymistavaksi sopii konstruktivinen tutkimus. Konstruktivisessa tutkimuksessa pyritään käytännönläheisesti ratkaisemaan ongelmia luomalla uusi rakenne. Uuden rakenteen luomiseksi tarvitaan olemassa olevaa teoreettista tietoa ja uutta käytännöstä kerättävää tietoa.

Kehittämishankkeessa käytettiin tutkimusmenetelminä osallistuvaa havainnointia, prosessin mallintamista ja vertaiskehittämistä eli benchmarkingia. Havainnoinnin tarkoituksena tässä hankkeessa oli tuottaa kuvaus triagehoitajan roolista ja toiminnasta Haartmanin päivystyspoliklinikalla. Havainnoinnilla pyrittiin myös selvittämään, minkälaista tulisi ensiarviointia tukevan kirjallisen materiaalin olla. Prosessikuvauksen tarkoituksena oli kuvata eri Haartmanin yhteispäivystyksessä toimivien henkilöiden työrooleihin liittyviä tehtäviä potilaan tullessa päivystykseen. Benchmarking on menetelmä, jonka perustana on kiinnostus siihen, miten toiset toimivat ja menestyvät. Benchmarkingissa tutkitaan menestyviä organisaatioita, pyritään oppimaan niiden menestyksen syitä ja ottamaan käyttöön hyväksi havaittuja käytäntöjä. Tässä hankkeessa benchmarkingin tarkoituksena oli selvittää, kuinka ESI triagea toteutetaan toisissa sairaaloissa.

Tässä kehittämishankkeessa on tutkimuksellisenä viitekehyksenä käytetty konstruktivisen tutkimuksen menetelmää. Hankeraportissa ei ole esitetty omia mielipiteitä, aineisto on kerätty ja analysoitu objektiivisesti. Tutkimuksellisten menetelmien tulosten luotettavuutta on arvioitu projektiryhmän jäsenten ollessa mukana arvioimassa tutkimustuloksia vahvistaen vallittujen menetelmien totuudellisuutta.

Kehittämishankkeen tutkimuksellisten menetelmien tuotoksia on verrattu tehtyyn kirjallisuuskatsaukseen ja siten haettu tukea toisista tutkimuksista ja raportissa kuvataan kirjallisesti tutkimuksellisten menetelmien vaiheet ja kehittämiskysymykset. Tavoitteet ovat pysyneet samana koko hankkeen ajan, jolloin kehittämishankkeen vahvistettavuus säilyy.

Hankeraportissa on kuvattu kehittämisprosessin vaiheet, kehittämiskysymykset, aineistonkeruutapa ja tuotokset jonka avulla lukija voi päätellä kuinka paljon tutkimuksen kohteita voidaan soveltaa muihin tutkimuskohteisiin. Tämä lisää kehittämishankkeen siirrettävyyttä ja sovellettavuutta.

Tutkijan oma persoona on ollut mukana tutkimuksessa säilyttäen neutraalin otteen tutkimuksen löydöksiä kohtaan. Tutkijan omat ennakko-odotukset eivät ole vaikuttaneet tutkimuksellisten menetelmien käyttämiseen ja johtopäätösten oikeellisuudessa on huomioitu tutkijan subjektiivisuus ja objektiivisuus lisäten kehittämishankkeen uskottavuutta.

6.3 Projektin ja tuotosten arviointi

Kehittämistoiminnan arvioinnin yhtenä tehtävänä on suunnata kehittämistoiminnan prosessia, tavoitteena tuottaa tietoa, jonka avulla kehittämisprosessia voidaan ohjata. Prosessiarviointi tuo näkyviin sen, että kehittämistoiminnan tavoitteet ja keskeiset toimintatavat voivat muuttua toiminnan kuluessa. Arvioinnin tehtävänä on myös tuottaa tietoa kehitettävästä asiasta, onko kehittäminen saavuttanut tarkoituksensa vai ei. Arviointitiedolla pyritään osoittamaan näyttöä kehitetyn asian toimivuudesta. Arviointia voidaan myös lähestyä toimijoiden osallistumisen näkökulmasta. Tällöin on tarkoitus tuoda esiin kehittämiseen kohdistuvia erilaisia odotuksia ja hyödyntää niitä kehittämisprosessin aikana (Rantanen & Toikko 2009, 61.)

Arviointi on jonkin asian arvon, tai ansion määrittelyä. Arvioijan tehtävänä on kertoa arvioitavasta kohteesta totuudenmukaisesti ja tehdä siitä arvottavia johtopäätöksiä. Arvioinnin ominaisuuksiin kuuluvat puolueettomuus ja luotettavuus. Mielenkiinnon kohteena ei ole vaan tosiasioiden kuvaaminen, vaan myös niiden onnistumisen selvittäminen. Arviointi voi herättää uhkakuvia kritiikistä tai arvostelusta, mutta siitä ei ole kysymys, vaan projektin arvioinnin tehtävänä on palvella projektia ja auttaa sitä löytämään paras reitti maaliin (Hyttinen 2006, 11.)

Tässä projektissa arvioidaan projektin toteutumista, kehittämishankkeen tuotosta eli produktia ja kehittämisprosessia. Parhaimmillaan arviointi on silloin, kun se kulkee punaisena lankana prosessin mukana, nostaa esiin ongelmakohtia, auttaa löytämään onnistumisen avaimia ja aika ajoin laittaa tarkastamaan suuntaa. Arvioiva ajattelu auttaa työn suunnittelussa, toteutuksessa ja pysyvien vaikutusten aikaansaannissa. Arvioiva työote on osa oppimisprosessia (Hyttinen 2006, 39.)

Riski on asia tai tapahtuma, joka myöhästyttää projektia. Se on odottamaton, eikä niitä ole välttämättä ole huomioitu aikataulua suunniteltaessa. Projekteissa riskejä voi ilmentyä itse prosessissa, tuotteessa tai palvelussa jota tuotetaan tai ympäristössä (Karlsson Marttala 2001, 125.)

Kehittämisprosessin aikana joudutaan useaan otteeseen analysoimaan projektisuunnitelmassa määritelty tavoite. Voidaan arvioida, vastaavatko eri toimijoiden tavoitteita koskevat käsitykset siitä, mitä suunnitelmassa on alun perin esitetty. Naivin realistinen tulkinta voi olla, että toimijat eivät välttämättä tunne kehittämisen tavoitteita.

Tulkinnallisen näkökulman mukaan projektissa ei ole yhtä ainutta tavoitteen määrittelyä, vaan erilaisia tulkintoja tavoitteista ja mahdollisesti keskenään ristiriitaisia määritelmiä. Voidaan myös arvioida, ovatko tavoitteet mahdollisesti muuttuneet prosessin aikana (Rantanen & Toikko 2009, 83.)

Itsearviointi on jokaisen hankkeen välttämätön elementti ja pienissä projekteissa usein riittävä arvioinnin muoto. Itsearviointi on projektihenkilöstön itse toteuttamaa arviointia. Se tuottaa ajantasaista tietoa prosessista ja hankkeen tilasta ja antaa projektin toteuttajalle ajantasaista tietoa. Laadukkaassa itsearvioinnissa määritellään ja rajataan selkeästi arvioinnin kohde, kohdennetaan arviointi oleellisiin asioihin, kuvataan tulokset totuudenmukaisesti, analysoidaan tulokset monipuolisesti ja esitellään johtopäätökset avoimesti (Hyttinen 2006, 35.)

Itsearviointi edellyttää arvioiva työtettä ja reflektoivaa pohdiskelua. Itsearvioinnin toteuttaja ei arvioi pelkästään projektin etenemistä, onnistumisia ja epäonnistumisia, vaan mieltii myös omaa panostaan kokonaisuuden kannalta. Tämä työskentelytapa kehittää ammattitaitoa huomaamatta ja opettaa sinänsä jo reflektoivaan ajattelutapaan. Oman ja toisten työtapojen, vahvuuksien ja kehittämistarpeiden tunnistaminen auttaa kohdistamaan voimavarat paremmin ja helpottaa yleensä yksittäisen työntekijän työtä (Hyttinen 2006, 35.)

Projektin arviointi tapahtui säännöllisissä projektiryhmän kokouksissa, jossa käytiin läpi aikaansaadut tuotokset ja arvioitiin, että kehittämishanke etenee tavoitteiden suuntaisesti. Produktin arviointia voidaan toteuttaa havainnoimalla toimintaa uudestaan, kun uudistetut ohjeet ovat olleet käytössä.

Projektin arviointi oli prosessi, joka tapahtui koko kehittämishankkeen aikana. Arvioinnin pohjana käytettiin projektin riskiarviointia mukailien Karlsson -Marttala (2001, 125). Haasteena projektin toteutuessa voi olla, että vaatimukset muuttuvat projektin kuluessa, ne ovat huonosti määriteltyjä ja väheksytyjä, tulee uusia vaatimuksia ja huonosti määritellyt projektin alueet vievät odotettua enemmän aikaa. Tässä kehittämishankkeessa oli haasteena, ei niinkään vaatimukset, vaan produktin eli oirelähtöisen oppaan toteuttamisen eläminen projektin edetessä. Oli ymmärrettävää, että uusia vaatimuksia tuli, koska alkuun sovimme, että tilanne kehittyy matkan varrella ja olisi pitänyt tarkemmin sopia produktin muoto.

Aikataulu projektin toteuttamiseen oli nyt jälkikäteen ajatellen liian optimistinen. Aikataulu perustui avainhenkilöiden osaamiseen, joka aiheutti selkeitä etenemisiongelmiä. Oman työn ohessa toteutettu tämän kokoinen projekti aiheutti selkeästi aikataulun viivästyksen, koska aikataulut, voimavarat ja työn määrä eivät ole tasapainossa.

Projektiorganisaatio toimi kuten oli sovittu, päätöksenteko onnistui nopeasti ja vastauksia tuli tarvittaessa nopeastikin. Projektin osanottajat vaihtuivat projektin kuluessa, mutta se ei aiheuttanut huomattavia ongelmia projektin etenemisessä.

Kirjallista materiaalia saatiin tuotetuksi ja koulutetuksi kehittämissuorituksen aikana. Hoidon tarpeen ensiarvioinnin vuokaavio oli tarkoitettu etenemismalliksi, kuinka hoidon tarpeen ensiarviointi tulisi toteuttaa, jotta kaikki toimisivat yhtenäisen mallin mukaisesti. Oire ja tulosykohtaisen kansion luominen oli suuritöisin ja haastavin toteuttaa. ESI-triagemallin yhdistäminen tulosykohtaiseen oireluetteluun oli ongelmallista ja aiheutti monta haastetta. Lopujen lopuksi päästiin lopputulokseen, jonka toimintaa voidaan arvioida muutaman kuukauden käyttämisen jälkeen.

Koulutus- ja perehdytysmateriaalia voidaan tuottaa tehdyistä vuokaaviosta sekä oire- ja tulosykohtaisesta oppaasta. Erillistä materiaalia ei enää niistä aloitettu tekemään.

6.4 Kehittämisen prosessin arviointi

Kehittämisen prosessi sai alkunsa kun 2010 oltuani aikaisemmin heinäkuussa työelämävaihdossa Haartmanin sairaalan yhteispäivystyksessä ja olin aloittamassa kliinisen asiantuntijan koulutusohjelmassa opiskeluni ja pohdin mielessäni, että olisi hienoa päästä tekemään opinnäytetyötä, joka olisi kehittämishanke, eikä perinteinen tutkimustyö. Keskusteltuani opinnäytetyöasiasta Haartmanin päivystyksen ylihoitajan kanssa, olivat he esittämässä minulle aihetta joka tuntui mielekkäältä.

Kehittämisen projekti käynnistyi syksyllä 2010 vauhdilla, en edes ajatellut mikä työmäärä tulisi vielä edessä olemaan ja kuinka suureksi työ vielä tulisi. Syksyllä teimme alustavat suunnitelmat ja lähdin niiden pohjalta etenemään. Joulukuussa 2010 toteutettu osallistuva havainnointi onnistui erinomaisesti ja sain hyvin kerättyä tietoa toiminnan kehittämisen pohjaksi.

Keväällä 2011 työyhteisöömme tuli opintovapauden mukaan yhden henkilön vajoitus, eikä hänelle tullut sijaista hoitamaan, vaan tehtävät jaettiin jäljelle jääneiden kesken. Kevät muotoutui raskaaksi, yritys hoitaa opinnot tehdä kehittämistyötä ja tehdä opettajan työtä samanaikaisesti kävi raskaaksi ja loppukeväästä aikoi terveys reistata ja tuli aika pakkolevolle. Kesä 2011 meni sairastellen ja kehittämisen projekti jäi täysin takasijalle, kunnes syksyllä 2011 jatkettiin pikkuhiljaa uudestaan produktin tekemistä ja kouluttamista.

Alkuperäisen suunnitelman mukaan, projektin piti valmistua 2011 joulukuussa, mutta tämä ei onnistunut, työn saaminen valmiiksi oli liian optimistinen tavoite. Samanaikaisesti oli tullut oppikirjan toimituskunnan jäsenyys ja artikkelien kirjoittaminen aiheutti opiskeluun liittyvän hankkeen viivästymisen. Produktia tehtiin eteenpäin kyllä, mutta hyvin pienellä panoksella, jolloin se ei edennyt juurikaan suunnitelman mukaisesti. Aiheen kouluttaminen eteni kyllä, mutta kirjallista tuotosta en saanut eteenpäin.

Keväällä 2012 tapahtui työpaikan vaihdos, joka sai koko kehittämisen projektin ja opinnot jäämään yli puoleksi vuodeksi. Uusi työ vei niin mennessään, että motivaatio työn jatkamiseen oli täysin matalalla. Yhteydenottoja syksyllä tuli projektiryhmäläisiltä ja heille kerroin tilanteesta ja yritin saada työtä eteenpäin, kunnes lokakuussa 2012 päätin, että nyt täytyy asia viedä maaliin asti. Tein produktin loppuun, toimitin sen Haartmaniin ja samoilla annoin heille täyden oikeuden muokata ja jatkokehittää opasta tarpeidensa mukaisesti.

Koko hankeprosessi on ollut erittäin opettavainen. En olisi ikinä uskonut, mitä kaikkea tämä työ toi mukanaan ja kuinka paljon sain tämän tekemisestä, vaikka matkan varrella usko loppui moneen kertaan, niin luovuttaa en aikonut. Tuki ja ymmärrys, mitä sain Haartmanin yhteispäivystyksen väeltä, hankkeen tekemisessä oli arvokasta. Itselleni sain arvokasta oppia, kuinka tehdä kehittämishanketta konkreettisesti. Inhimillisille tekijöille, mitä voi tulla elämässä vastaan, jotka aiheuttavat haasteita ei voi vaikuttaa, mutta niiden kanssa tulee vaan elää. Tämä työ on ollut minulle yksi tärkeä opetus siitä, että täytyy kunnioittaa omia voimavaroja ja huomioida ne erilaisiin hankkeisiin ryhtyessä.

7 Johtopäätökset

Yoon, Steiner & Reinhard (2003, 160) mukaan päivystyspoliklinikoilla tehtävällä potilaan hoidon tarpeen ensiarvioinnilla eli triagella on tärkeä merkitys potilaiden päivystyspoliklinikalla vietettävään aikaan. Päivystyspoliklinikalla toteutettava triage toimii parhaimmillaan päivystyspoliklinikan potilasvirtojen tehokkaana säätelijänä.

Päivystyksellinen arviointi ja hoito ovat tarpeen aina, jos on epäiltävissä, että potilaan oireet tai vamma vaikeutuu ilman päivystyksen henkilökunnan tekemää arviointia ja hoitoa. Poikkeuksena ovat tilanteet, jossa potilaalle on hoitavan lääkärin toimesta tehty hoitosuunnitelma, jonka mukaan päivystyshoito ei ole tarkoituksenmukaista kyseisessä tilanteessa (STM 2010:4, 84.)

Tämän kehittämishankkeen tarkoituksena oli kehittää hoidon kiireellisyyden ensiarvioinnin toteuttamista Haartmanin sairaalan yhteispäivystyksessä ja tuottaa selkeät kirjalliset ohjeet ja koulutusmateriaalia ensiarvioinnin toteuttamiseen pohjautuen ESI malliin. Saavutettuihin tavoitteisiin päästiin ja yksityiskohtaisina tavoitteina olleet materiaalit saatiin tuotettua.

Jatkokehitys ehdotuksena on tuottaa tehty kirjallinen materiaali sähköiseen muotoon, jolloin sitä pystyttäisiin paremmin hyödyntämään hoidon tarpeen ensiarviointia toteutettaessa.

8 Lähteet

Arslanian-Engoren, Cynthia. 2009. Explicating nurse´s cardiac triage decision´s. *Journal of Cardiovascular Nursing*. 24 (1), 50-57.

Anttila, P. 2001. *Se on projekti - vai onko. kulttuurialan tuotanto- ja palveluprojektin hallinta*. Vammala: Vammalan kirjapaino.

Australasian College for Emergency Medicine. 2005. Guidelines on implementation of the Australasian Triage Scale in Emergency Departments.

Bucknall, T.K., Gerdtz, M.F. 2001. Triage nurse´s clinical decision making. An observational study of urgency assessment. *Journal of Advanced Nursing* 35(4), 550-561.

Bullard, M.J., Unger, B. Spence, J., Grafstein, E. 2008. Revisions to the Canadian Emergency Department Triage and Acuity Scale (CTAS) adult guidelines. *CJEM* 10(2), 136-142.

Castren, M., Aalto, S., Rantala, E., Sopanen, P. & Westergård, A. 2009. *Ensihoidosta päivystyspoliklinikalle*. Porvoo: WSOY.

Elder, R., Davis, B.A., Almes, E., Littlepage, N. 2004. Patient satisfaction with triage nursing in a rural hospital emergency department. *Journal Nursing Care Quality*. 19 (3), 263-268.

Fortes-Lähdet, E., Suserud, BO., Jonsson, A., Lundberg, L. 2009. Analysis of triage worldwide. *Emergency Nurse*. 2009. 17(4), 16-19.

Gilboy, N., Tanabe, P., Travers, DA., Rosenau, AM., Eitel, DR. 2005. *Emergency Severity Index, Version 4: Implementation Handbook*. Rockville, MD: AHRQ Publication.

Grönfors, M., Viikka, H. 2011. *Laadullisen tutkimuksen kenttätömenetelmät*. Sofia-Sociologi-Filosofiapu-Viikka. Hämeenlinna.

Göransson, K.E., Ehnfors, M., Fonteyn, M.E., Ehrenberg, A. 2007. Thinking strategies used by registered nurses during emergency department triage. *Journal of Advanced Nursing*. 61 (2) 163-172.

Heikkilä, A., Jokinen, P. & Nurmela, T. 2008. Tutkiva kehittäminen. Avaimia tutkimus- ja kehittämishankkeisiin terveysalalla. Porvoo: WSOY.

Helsingin Terveyskeskus. 2009. Helsingin terveystieteiden vuosikertomus. Helsinki: Painatuskeskus.

Holmström, P. Kuisma, M. ja Porthan, K. 2008. Ensihoito. Jyväskylä: Gummerrus.

Hyttinen, N.K. 2006. Arviointi avuksi projektityöhön. Helsinki: Trio-Offset.

Juvakka, T., Kylmä, J. 2007. Laadullinen terveystutkimus. Helsinki: Edita.

JUHTA - Julkisen hallinnon tietohallinnon neuvottelukunnan suositus JHS 152 Prosessien kuvaaminen verkkodokumentti luonnos 28.3.2008. http://www.jhs-suositukset.fi/c/document_library/get_file?folderId=34531&name=DLFE-516.pdf luettu 31.10.2011

Kankkunen, P., Vehviläinen-Julkunen, K. 2009. Tutkimus hoitotieteessä. Porvoo: WSOYPro.

Karlsson, Å., Marttala, A. 2001. Projektikirja. Onnistuneen projektin toteuttaminen. Tampere: Tammer-paino.

Karlöf, B., Lundgren, K. & Edenfeldt Froment, M. 2003. Ota oppia parhaista, tehoa vertailuoppimisesta. Jyväskylä. Gummerrus.

Keehley, P & Abercrombie, N.N. 2008. Benchmarking in the public and nonprofit sectors. 2.nd edition. Jossey-Bass. San Fransisco.

Koponen, L. & Sillanpää, K. (toim.) 2005. Potilaan hoito päivystyksessä. Jyväskylä: Tammi.

Kylmä, J & Juvakka, T.2007. Laadullinen terveystutkimus. Edita. Helsinki

Leino-Kilpi, H. & Välimäki, M. 2003. Etiikka hoitotyössä. Porvoo: WSOY.

Lewis, J.P. 2007. Fundamentals of Project Management. Third Edition. USA: Amazon.

Lukka, K. 2006. Konstruktiivinen tutkimusote: Luonne, prosessi ja arviointi. Kirjassa: Rolin, K, Kakkuri-Knuutila, M. & Henttonen, E. Soveltava yhteiskuntatiede ja filosofia. Helsinki. Gaudemus Kirja oy.

Mattila, J. 2006. Hoitoprosessi ja resurssien käyttö tertiäarisellä päivystyspoliklinikalla. Diplomityö. TKK, tuotantotalouden osasto.

Niva, M. & Tuominen, K. 2005. Benchmarking käytännössä. BenchMarking Ltd. Helsinki

Ojasalo, K., Moilanen, T. & Ritalahti, Jarmo. 2009. Kehittämistyön menetelmät. Uudenlaista osaamista liiketoimintaan. Porvoo: WSOYpro.

Oman, K.S. & Koziol-McLain, J. 2007. Emergency nursing secrets. Toinen painos. Missouri, USA: Mosby Elsevier.

Päivystyshanke. 2008. Hoidon kiireellisyyden arviointi-taskuopas. Helsinki: Edita.

Päivystyshanke 2008. Päivystyshankkeen loppuraportti. Helsinki: Edita.

Salminen, Ari. 2011. Mikä kirjallisuuskatsaus? Johdatus kirjallisuuskatsauksen tyypeihin ja hallintotieteellisiin sovelluksiin. Vaasan Yliopiston Julkaisuja. Vaasa

Seppänen-Järvelä, Riitta. 2005. Vertaismenetelmät kehittävän arvioinnin välineinä. Hyvät käytännöt menetelmäkäsikirja. Helsinki: Stakes.

Shelton, R. 2009. The Emergency Severity Index 5-Level Triage System. *Dimens Critical Care Nursing*. 2009;28(1), 9-12.

Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä. 2010 Yhtenäiset päivystyshoidon perusteet. Työryhmämuistio. 2010:4. Helsinki.

Sosiaali- ja terveysministeriö. 2012. Terveystoimen tehtävänkäsittely hätäkeskuksessa - yleisohje. Versio 1.1

Toikko, T., Rantanen, T. 2009. Tutkimuksellinen kehittämistoiminta. Tampere: Tampereen Yliopistopaino.

Tuomi, J., Sarajärvi, A. 2009. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Jyväskylä: Gummerus.

Vance, J., Sprivilis, P. 2005. Triage nurse's validly and reliably estimate emergency department patient's complexity. *Emergency Medicine Australasia*. 17, 382-386.

Vahtoranta, A. 2006. Mielikuvia yliopistollisesta keskussairaalaista. Väitöskirjatyö. Helsingin yliopisto, yleislääketieteen ja perusterveydenhuollon osasto. Helsinki: Yliopistopaino.

Valtioneuvoston asetus hoitoon pääsyn toteuttamisesta ja alueellisesta yhteistyöstä 1010/2004.

Vilka, H. 2007. Tutki ja havainnoi. Jyväskylä: Gummerus.

Vilka, H. 2005. Tutki ja kehitä. Jyväskylä: Gummerus.

Virtanen, P. 2007. Arviointi. Arviointitiedon luonne, tuottaminen ja hyödyntäminen. Helsinki: Edita.

Yoon, P., Steiner, I., Reinhard, G. 2003. Analysis of Factors influencing length of stay in the emergency department. Canadian Journal Emergency Medicine. 2003:5, 155-161.

Kuviot

Kuvio.1 Hoidon kiireellisyyden ensiarvion kehittämisprojektin tuotokset sivu 9

Kuvio 2. ESI 4 Algoritmi (Mukaillen Emergency Severity Index, Version 4, 2011, 7) sivu 18

Kuvio 3. Kehittämisprojektin organisaatiokaavio sivu 22

Kuvio 4. Projektin mallintaminen mukaillen PCM-mallia (Rantanen & Toikko 2009, 65). sivu 24

Kuvio 5. Päivystyspotilaan hoitoprosessin kuvaus s. 32

Taulukot

- Taulukko 1. Päivystyksen hoitoprosessi (Koponen & Sillanpää 2005, 70) sivu.10
Taulukko 2. Tutkimuksia sairaanhoitajien toteuttamasta triagesta 2000-2010 sivu. 12
Taulukko 3. Australasian Triage Scale (Fortes Lähdet 2009, 17) sivu.16
Taulukko 4. Canadian Triage and Acuity Scale. (Fortes Lähdet 2009, 17) sivu.16
Taulukko 5. Manchester Triage Scale. (Fortes Lähdet 2009, 18) sivu. 19
Taulukko 6. ABCD-malli (Päivystyshanke 2008, 2) sivu. 20
Taulukko 7. Kehittämissprojektin aineistonkeräysmatriisi mukaillen (Rantanen & Toikko 2009, 120) sivu. 28
Taulukko 8. Hyvinkään aluesairaalan tulosityylystäus 2008. sivu 42

Liitteet

Liite 1. Hoidon tarpeen ensiarvioinnin vuokaavio.....	58
Liite 2. Oire- ja tulositykohtainen opas Haartmanin päivystykseen	60
Liite 3 Malmin ja Marian yhteispäivystysten potilaiden hoidon tarpeen ja	93
kiireellisyden arviointi ESI-triageluokituksen avulla.....	93
Liite 4. Tutkimuslupa osallistuvaan havainnointiin	98
Liite 5. Triagen kehittäminen Haartmanin sairaalan päivystyspoliklinikalla. Opinnäytetyöpalaveri-muistio	99
Liite 6. Hoidon kiireellisyden ensiarvion kehittäminen Haartmanin sairaalan päivystyspoliklinikalla opinnäytetyösuunnitelma kokous	100
Liite 7. Haartmanin sairaalan yhteispäivystyksen triagehoitajien koulutuspäivä 11.3.2011 ryhmätyö prosessikuvauksen toteuttamiseen.....	102
Liite 8. Hyvinkään sairaalan tulosityluettelot	107
Liite 9. Haartmanin päivystyspotilaan prosessikuvaus.....	108
Liite 10. Koulutuspäivän ohjelma	109
Liite 11. Haartmanin sairaalan sisäinen potilasohjaus 11.1.2011	110

Liite 1. Hoidon tarpeen ensiarvioinnin vuokaavio

Lääketieteessä pyritään selvittämään aluksi taudin tai sairaskohtauksen aiheuttaja. Tätä kutsutaan taudin määrittämiseksi eli diagnostisoinniksi. Kun vaivan syynä oleva tauti on tunnistettu, pystytään lääketieteellisen tiedon perusteella syynmukaiseen hoitoon. Vasta haastattelun ja yksinkertaisen tutkimuksen jälkeen suunnataan tutkimuksia epäilyksien mukaisesti ja tauti varmistetaan tarvittaessa koneellisilla tutkimuksilla (Kuisma 2008, 63.)

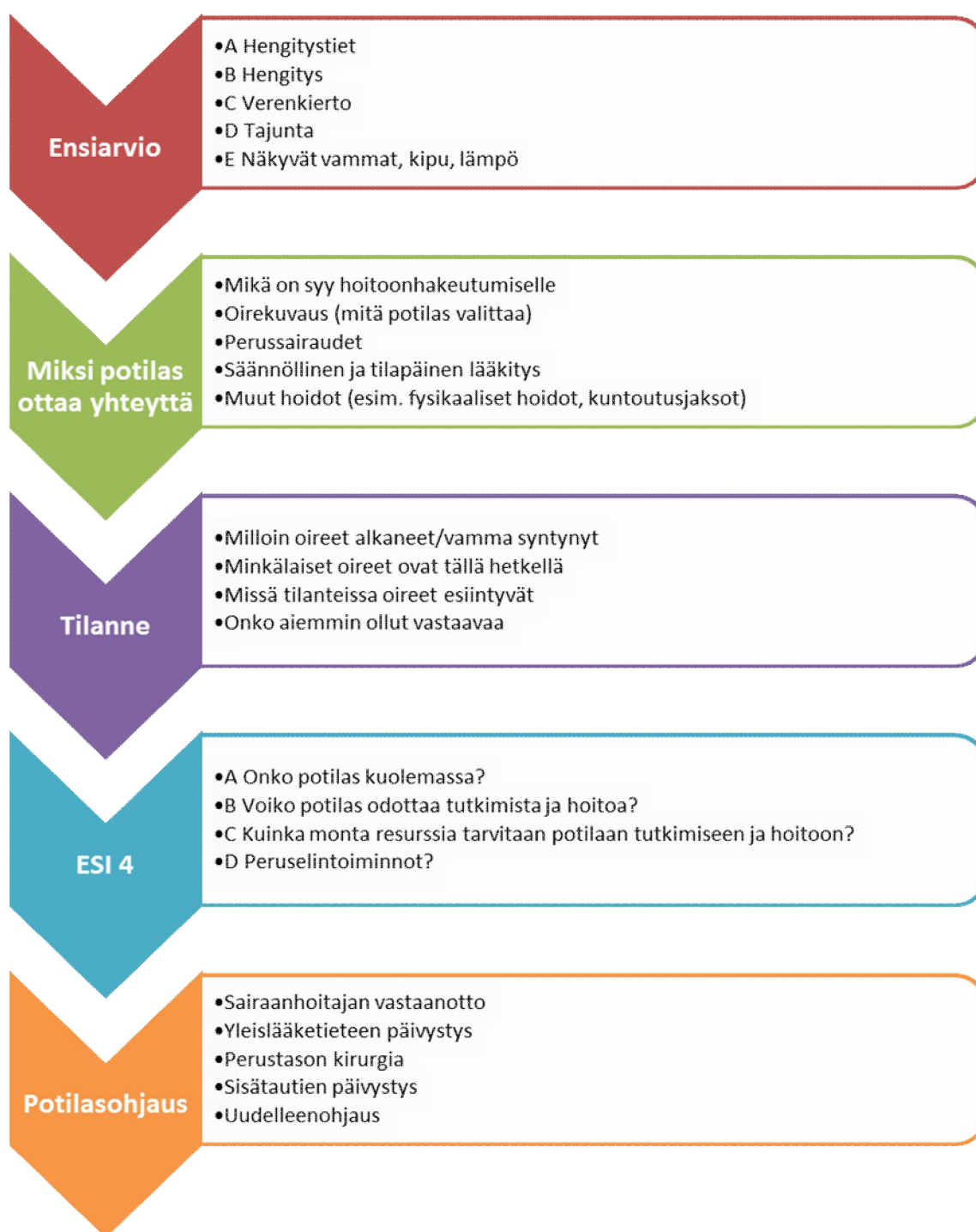
Valtioneuvoston asetuksen hoitoon pääsyn toteuttamisesta ja alueellisesta yhteistyöstä (1019/2004) mukaan hoidon tarpeen arvioinnissa selvitetään yhteydenoton syy, sairauden oireet ja niiden vaikeusaste sekä kiireellisyys yhteydenottajan kertomien esitietojen tai lähetteen perusteella. Hoidon tarpeen arviointi edellyttää, että terveydenhuollon ammattihenkilöllä on asianmukainen koulutus, työkokemus ja yhteys hoitoa antavaan toimintayksikköön sekä käytettävissään potilasasiakirjat.

Päivystyksellinen arviointi ja hoito ovat tarpeen aina, jos on epäiltävissä, että potilaan oireet ja vamma vaikeutuu ilman päivystyksen henkilökunnan tekemää arviointia ja hoitoa. Poikkeuksena ovat tilanteet, joissa potilaalle on hoitavan lääkärin toimesta tehty hoitosuunnitelma, jonka mukaan päivystyshoito ei ole indisoitu kyseisessä tilanteessa (STM 2010, 84.)

Vastaanottokäynnin yhteydessä terveydenhuollon ammattihenkilö voi koulutuksensa, työkokemuksensa ja toimintayksikössä sovitun työnjaon perusteella tehdä hoidon tarpeen arvioinnin potilaan kertomien esitietojen ja hänestä tehtyjen riittävien selvitysten perusteella. Hoidon tarpeen arviointi voidaan tehdä myös puhelinpalveluna (VN Asetus 1019/2004.)

Hoidon tarpeen kiireellisyyden ensiarvioinnissa on olennaista, että hoitoa tarvitsevat ja hoitoon pyrkivät potilaat seulotaan eri ryhmiin lääketieteellisin perustein hoidon kiireellisyyden mukaan. Kysymys ei ole siitä, että joidenkin potilaiden oireita pidettäisiin vähempiarvoisina, kuin toisten, vaan siitä, kukin potilas saisi oikea-aikaista hoitoa (Syväoja 2009, 94.)

Hoidon tarpeen kiireellisyyden ensiarvion toteuttamiseen potilasta kohden tulisi käyttää viidestä kymmeneen minuuttia ja tänä aikana vastaanottavan hoitajan tulisi tehdä nopea arviointi potilaan peruselintoimintojen tilasta, oireista ja hoitoon hakeutumisen syistä. Peruselintoimintojen mittausta voidaan suorittaa vain, jos potilaan tilanne sitä edellyttää ja sen saa toteutettua aikarajan puitteissa.



Hoidon tarpeen arviointi vuokaavio

Liite 2. Oire- ja tulositykohtainen opas Haartmanin päivystykseen

Kehittämishankkeessa käytettiin pohja-aineistona yhtenäisen päivystyshoidon perusteet työryhmän raportissa (STM 2010:4) olevaa Hyvinkään sairaalan yhteispäivystyksen vuoden 2008 päivystyskäyntejä. Aineistoon ei rajauduttu, vaan ohjeistus laadittiin huomioiden mahdollisimman tarkoituksenmukaisesti käytännön työssä eniten ohjeistusta vaativia hoidon kiireellisyden arvioinnin tilanteita

ESI-luokituksessa potilaat ryhmitellään eri kiireellisyysryhmiin yksinkertaisen algoritmin perusteella. Yksinkertaisuuden ansiosta ryhmittely on nopeaa ja luotettavaa. Tämä mahdollistaa kiireellisten potilaiden nopean hoidon aloituksen. Perusteellisemmat kliiniset tarkkailut ja tutkimukset tehdään tarpeen vaatiessa varsinaisella hoitoalueella. Varsinkin ruuhkaisilla päivystyspoliklinikoilla tämä nopeuttaa ja tehostaa toimintaa ja potilaiden sijoittelua poliklinikalla. ESI:n hyötynä on myös sen luokittelun tarjoama mahdollisuus siirtää kiireettömien potilaiden (luokat 4-5) hoito muualle, pois varsinaiselta päivystysalueelta (Emergency Severity Index, Version 4, 2012, 12.)

ESI luokittelee potilaan sen mukaan, kuinka pitkään potilas voi odottaa hoitoa saadakseen. Ensiksi arvioidaan kiireellisyystaso. Jos sen perusteella ei potilas kuulu kahteen kiireellisimpään ryhmään (luokat 1-2), arvioidaan potilaan hoidossa tarvittavat resurssit.

ESI mallissa käytetään neljää avainkysymystä:

A: Onko potilas kuolemassa?

B: Voiko potilas odottaa tutkimista ja hoitoa?

C: Kuinka monta resurssia tarvitaan potilaan hoitoon ja tutkimiseen?

D: Mitkä ovat potilaan vitaalielintoiminnot?

A. Onko potilas kuolemassa?

Tarvitseeko potilas välitöntä henkeä pelastavaa apua?

Tarkistetaan ilmatie, hengitys, verenkierto, tajunta

KYLLÄ triage-luokka 1

EI siirrytään seuraavaan triageluokkaan

B. Voiko potilas odottaa tutkimista ja hoitoa?

- Onko kyseessä korkean riskin tilanne?
- Onko potilas sekava, voipunut?
- Onko potilas erittäin kivulias? (VAS asteikko 0-10 ja havainnointi)

KYLLÄ triage-luokka 2

Ei Siirrytään seuraavaan triageluokkaan

C. Kuinka monta resurssia tarvitaan potilaan hoitoon ja tutkimiseen?

Arvio perustuu siihen kokemukseen, miten aiemmin tässä yksikössä on vastaavia potilaita hoidettu ja tutkittu.

Kaksi tai enemmän triage-luokka 3

Yksi resurssi triage-luokka 4

Ei yhtään triage-luokka 5

Resursseja	Seuraavat eivät ole resursseja
Laboratoriokokeet EKG Natiivi RTG TT, UÄ, MRI -tutkimukset	Pikanäytteet (POC) Kliininen tutkiminen
IV-nestehoito	IV-yhteys (aukiolo-tiputus)
IV, IM, SC, nebularisaatio-lääkitys	PO-lääkitys Tetanus-rokote Reseptin uusinta
Toimenpide (suturaatio, cystofix)	Yksinkertainen haavanhoito
Erikoislääkärin konsultaatio	

ESI:n resurssiluettelo (Mukaiillen Emergency Severity Index, Version 4, 2011, 7)

D. Peruselintoiminnot?

Kaikilta resurssitarpeen perusteella luokkaan 3 ryhmitellyiltä potilailta tarkistetaan peruselintoiminnot. Mikäli arvot poikkeavia, tulee arvioida, kuuluisiko potilas sittenkin luokkaan 2.

Peruselintoimintojen rajat aikuisilla potilailla:

- pulssi >100
- hengitystaajuus >20
- happisaturaatio < 92 %

Tajunnan tason arviointi (Glasgow Coma Scale)

<u>1. Silmien avaus</u>	<u>2. Puhevaste</u>	<u>3. Liikevaste</u>
Spontaani 4	Asiallinen 5	Noudattaa kehotuksia 6
Puheelle 3	Sekava 4	Paikantaa kivun 5
Kivulle 2	Sanoja 3	Väistää kivulle 4
Ei vastetta 1	Ääntelyä 2	Koukistus 3
	Ei vastetta 1	Ojennus 2
		Ei vastetta 1

Tajunnan tason arviointi (Glasgow Coma Scale)

Raskaana olevan vatsakipu ja gynekologinen vuoto

Selvitä:

Raskaana olevilta

- Monesko raskausviikko?
- Onko kaikki sujunut normaalisti?
 - eteis-istukka
 - perätila
 - monisikiöraskaus
- Onko aiempia synnytyksiä?
- Kuinka tiheitä supistukset ovat?
- Onko ponnistamisen tarvetta?

Vuotopotilailta

- Milloin vuoto on alkanut?
- Onko vuoto jatkuvaa?
- Kuinka paljon vuotaa?
- Onko käytössä verenohennuslääke?

1. Peruselintoimintojen häiriö

- riskioire jossain seuraavissa: hengitys, verenkierto, tajunta

2. Epäily korkean riskin tilanteesta

- alkuraskauden (alle 12 raskausviikkoa) verenvuotoa ja kovaa kipua
- 22 raskausviikon jälkeen emätinverenvuoto ja vatsakipu/kuume
- pulssi yli 100
- hengitystaajuus yli 20
- happisaturaatio alle 92 %

Päivystyksellistä hoitoa vaativat tilanteet, luokitellaan potilaan tilan ja tarvittavien resurssien mukaan luokkiin 3, 4 tai 5.

- raskausviikolla (yli 22 viikkoa) niukkaa emätinverenvuotoa ilman muita oireita.
- raskausviikoilla 12-22 emätinverenvuotoa ilman muita oireita
- raskausviikon 22 jälkeen lievä vatsakipu (ei vaadi kipulääkitystä), ei emätinverenvuotoa.

Ei tarvitse päivystyksellistä hoitoa (voi ohjata omalle terveysasemalle)

- raskaana olevan alle 23 raskausviikolla olevan vatsakipu, joka ei vaadi kipulääkitystä.
- kivuton alkuraskauden verenvuoto
- runsas kuukautisvuoto ei raskaana olevalla

Haavat

Selvitä:

- Mikä haavan on aiheuttanut?
- Missä kehonosassa?
 - vartalolla?
 - raajassa?
- Mitä potilas tekee?
 - seisoo, istuu tuetta, makaa
 - ihon kalpeus ja hikisyys?

1. Peruselintoimintojen häiriö

- riskioire jossain seuraavissa: hengitys, verenkierto, tajunta
- verenvuoto
 - kaulalta
 - kainalosta
 - nivusista
- lävistävä vamma riskialueilla
- yleistila huono

2. epäily korkean riskin tilanteesta

- verisuonivamma
- pulssi yli 100
- hengitystaajuus yli 20
- happisaturaatio alle 92 %

Päivystyksellistä hoitoa vaativat tilanteet, luokitellaan potilaan tilan ja tarvittavien resurssien mukaan luokkiin 3, 4 tai 5.

- tuore tapaturmainen haava (alle 6 h)
- tulehtunut tuore haava
- tulehtunut krooninen haava
- puremahaava

Sairaanhoitajan vastaanotolle

- tetanustehosteiden tarve
- pienen pinnallisen haavan puhdistustarve ja liimaaminen
- sairaslomatoimituksen tarve

Ei tarvitse päivystyksellistä hoitoa (voi ohjata omalle terveysasemalle)

- ei infektoitunut krooninen haava

Hengitysvaikeus

Selvitä:

- Hengittääkö normaalisti?
- Miten potilas puhuu?
- Kuuluuko ylimääräisiä ääniä?
- Kauanko hengitys on ollut tämän kaltaista?
- Perussairaudet
- Lääkitys

1. Peruselintoimintojen häiriö

- hengitystaajuus alle 10 tai yli 40 kertaa minuutissa
- SpO2 alle 70
- puhuu sanan tai pari kerrallaan tai ei jaksa puhua

2. Epäily korkean riskin tilanteesta

- hengitystaajuus 30-40
- SpO2 70-85
- puhuu yksittäisiä sanoja tai katkonaisia lauseita
- lieväkin hengenahdistus, jos potilaalla rintakipu, närästysoire, käden puutuminen, laskimotukosepäily, nielemisvaikeus

Päivystyksellistä hoitoa vaativat tilanteet, luokitellaan potilaan tilan ja tarvittavien resurssien mukaan luokkiin 3, 4 tai 5.

- hengitystaajuus 25-30
- SpO2 85-92
- hengenahdistus ja tiedossa laskimotukokselle altistava tekijä, esim. pitkä lentomatka, jalka kipsissä, syöpä, muu pitkä immobilisaatio tai todettu hyytymishäiriö, sairastunut aiemmin laskimotukoksen ja hormonihoidon.
- hengityksen vinkuminen
- lisääntynyt lepo hengitystaajuus
- hengenahdistus ja tiedossa merkittävä perussairaus
- kuume ja hengenahdistus

Ei tarvitse päivystyksellistä hoitoa (voi ohjata omalle terveysasemalle)

- yleistila hyvä, hengitystie-infektio oireet, ei perussairauksia ja lievä hengenahdistus
- lievä hengenahdistus, pystyy puhumaan pitkiä lauseita, astmadiagnoosi tiedossa, yleistila hyvä ja lääkkeet olemassa, ei kuumetta.
- nuori, ei perussairauksia ja aikaisemmin hyperventilaatiokohtauksia ja nyt samanlainen tilanne.

Huimaus

Selvitä:

- Mitä oireita potilaalla on?
- Huimaako istumaan noustessa tai maatessa?
- Milloin oireet ovat alkaneet?
- Onko ollut aiemmin samanlaista?
- Kauanko oireiden kehittyminen on kestänyt?
- Mikä sai nyt hakeutumaan hoitoon?
- Onko tilanne pahentunut ja millä aikavälillä?
- Perussairaudet
- Lääkitys

1. Peruselintoimintojen häiriö

- riskioire jossain seuraavissa: hengitys, verenkierto, tajunta

2. Epäily korkean riskin tilanteesta

- äkillisesti alkanut huimaus, johon liittyy toispuolioireita, puheen epäselvyyttä, nielemishäiriöitä tai kaataa johonkin suuntaan
- pulssi yli 100
- hengitystaajuus yli 20
- happisaturaatio alle 92 %

Päivystyksellistä hoitoa vaativat tilanteet, luokitellaan potilaan tilan ja tarvittavien resurssien mukaan luokkiin 3, 4 tai 5.

- äkillisesti alkanutta huimausta on edeltänyt päänsärky, johon liittyy oksentelua.
- huimaus, johon liittyy yleistilan lasku, jalat eivät kannata tai kuume yli 38,5.
- huimaus, johon liittyy sekavuus
- huimaus, johon liittyy ponnistuksen provosoima päänsärky
- huimaus, johon liittyy rintakipu, rytmihäiriötuntemus, tajunnan häiriö.
- huimaus, johon ei liity muita neurologisia ja yleistila hyvä

Ei tarvitse päivystyksellistä hoitoa (voi ohjata omalle terveysasemalle)

- pitkäkestoinen huimaus, luonteeltaan keinuttava kiertohuimaus, johon ei liity niskan trauma, voimakasta niskakipua tai kuulon alenemista.
- asentoon liittyvä pitkäkestoinen huimaus
- yleistila hyvä ja huimaus, johon liittyy hitaasti alentunut kuulo eikä muita neurologisia oireita.

Ikteerinen potilas

Selvitä:

- Mitä oireita potilaalla on?
- Milloin oireet ovat alkaneet?
- Kauanko oireiden kehittyminen on kestänyt?
- Mikä sai nyt hakeutumaan hoitoon?
- Onko tilanne pahentunut ja millä aikavälillä?
- Perussairaudet
- Lääkitys

1. Peruselintoimintojen häiriö

- riskioire jossain seuraavissa: hengitys, verenkierto, tajunta

2. Epäily korkean riskin tilanteesta

- vatsakipu, kuume ja yleistilan lasku (septinen)
- pulssi yli 100
- hengitystaajuus yli 20
- happisaturaatio alle 92 %

Päivystyksellistä hoitoa vaativat tilanteet, luokitellaan potilaan tilan ja tarvittavien resurssien mukaan luokkiin 3, 4 tai 5.

- kuume
- heikentynyt yleistila
- kipu
- akuutti kivuton ikterus, hyvä yleistila

Ei tarvitse päivystyksellistä hoitoa (voi ohjata omalle terveysasemalle)

- syy tiedossa
- krooninen sairaus
- ei yleistilan laskua

Pää- ja kasvovammat (kaularanka)

Selvitä:

- Mitä on tapahtunut?
- Milloin on tapahtunut?
- Muistaako tapahtuneen?
- Vammamekanismi
- Onko näkyviä vammoja?
- VAS
- Onko käytössä verenhennuslääke?

1. Peruselintoiminnan häiriö

- riskioire jossain seuraavissa: hengitys, verenkierto, tajunta
- korkea energia kohdistunut päähän

2. Epäily korkean riskin tilanteesta

- kipu niskassa
- tuntuu puuttokset, motoriikkaongelmat
- tajunnantason lasku
- hengitystaajuuden lasku

Päivystyksellistä hoitoa vaativat tilanteet, luokitellaan potilaan tilan ja tarvittavien resurssien mukaan luokkiin 3, 4 tai 5.

- tajuttomuus (ohimennyt)
- neurologinen oire
- pahoinvointi
- kasvon luiden murtumaepäily
- kasvovamma ja näkökyky heikentynyt
- loukannut pään muutama vuorokausi sitten ja edelleen päänsärkyä ja pahoinvoinnin tunnetta.

Ei tarvitse päivystyksellistä hoitoa (voi ohjata omalle terveysasemalle)

- trauman jälkeinen pitkäkestoinen (yli 2 viikkoa) päänsärky ilman oksentelua

Korkeaenerginen vamma (kolari, putoaminen)

Selvitä:

- Millainen onnettomuus?
- Miten korkealta pudonnut?
- Minkälaiset osapuolet? (kuorma-auto, henkilö-auto, pyörä)
- Ulosajo- tai törmäysnopeus
- Mitä näkyviä vammoja?
- Mitä valittaa?
- VAS

1. Peruselintoimintojen häiriö

- riskioire jossain seuraavissa: hengitys, verenkierto, tajunta
- törmäys suojattomaan suurella massalla, tai nopeudella
- törmäys esteeseen yli 60 km/h
- suuren massan törmäys pienempään
- putoaminen yli 4 metristä

2. Epäily korkean riskin tilanteesta

- kohtalainen tai tuntematon energia
- epäselvä putoamiskorkeus
- pulssi yli 100
- hengitystaajuus yli 20
- happisaturaatio alle 92 %

Päivystyksellistä hoitoa vaativat tilanteet, luokitellaan potilaan tilan ja tarvittavien resurssien mukaan luokkiin 3, 4 tai 5.

- aina, kun on pudonnut vähintään 2-4 metristä tai ajoneuvon nopeus on törmäyksessä tai äkkipysähdyksessä ollut vähintään 60 km/h, vaikka olisi oireeton.
- epäily sairauskohtauksesta onnettomuuden aiheuttajana riippumatta syntyneistä vammoista tai oireista.
- turvavarusteet ovat laenneet
- aina, kun on oireita ja löydöksiä.
- aikaisempi kolari (alle 1 viikko), jonka jälkeen lievä tutkimaton ja diagnostisoimaton niska/hartiasärky.

Ei tarvitse päivystyksellistä hoitoa (voi ohjata omalle terveysasemalle)

- tutkimaton kolaripotilas, lievä vamma joka ei vaadi hoitoa ja vaivat jatkuu

Korva, - nenä - ja kurkkukivut

Selvitä:

- Minkälaisia oireita on?
- Missä kipu on?
- Kivun voimakkuus?
- Milloin kipu on alkanut?
- Onko ollut aikaisemmin vastaavaa?
- Kauanko oireiden kehittyminen on kestänyt?
- Perussairaudet
- Lääkitys

1. Peruselintoimintojen häiriö

- riskioire jossain seuraavissa: hengitys, verenkierto, tajunta

2. Epäily korkean riskin tilanteesta

- korvakipu, johon liittyy voimakas huimaus
- kurkkukipu, johon liittyy leukalukko tai hengitysvaikeus
- pulssi yli 100
- hengitystaajuus yli 20
- happisaturaatio alle 92 %

Päivystyksellistä hoitoa vaativat tilanteet, luokitellaan potilaan tilan ja tarvittavien resurssien mukaan luokkiin 3, 4 tai 5.

- korvakipu, johon liittyy yleistilan laskua, voimakasta kiertohuimausta sekä ulkokorvan turvotusta.
- äkillinen kasvohalvaus
- kurkkukipu, vaikea niellä nestettä tai sylkeä
- kurkkukipu, oireet pahenevat selin makuulla
- ulospäin näkyvä turvotus tai punoitus kasvojen alueella.
- voimakas korvakipu, johon kipulääke osittain auttaa
- spontaani tärykalvon puhkeaminen tai sen epäily, yleistila hyvä.
- toispuolinen kurkkukipu
- ylähengitystien infektio, johon liittyy ulospäin näkyvä turvotus kasvoilla tai yleistilan lasku.

Ei tarvitse päivystyksellistä hoitoa (voi ohjata omalle terveysasemalle)

- lievä ajoittainen korvakipu ilman muita oireita ja yleistila hyvä
- hengitystieinfektioon liittyvä kurkkukipu, yleistila hyvä, ei leukalukkoa eikä nielemisvaikeutta.
- ylähengitystieinfektio poskiontelo-oirein > 7 vrk, ei korkeaa kuumetta
- märkäinen nuha, märkäisiä ysköksiä

Korva, - nenä - ja kurkku-vammat

Selvitä:

- Mitä on tapahtunut?
- Milloin on tapahtunut?
- Muistaako tapahtuneen?
- Vammamekanismi
- Onko näkyviä vammoja?
- Onko käytössä verenhennuslääke?

1. Peruselintoimintojen häiriö

- riskioire jossain seuraavissa: hengitys, verenkierto, tajunta

2. Epäily korkean riskin tilanteesta

- kurkun ja kaulan alueen tylpät vammat
- pulssi yli 100
- hengitystaajuus yli 20
- happisaturaatio alle 92 %

Päivystyksellistä hoitoa vaativat tilanteet, luokitellaan potilaan tilan ja tarvittavien resurssien mukaan luokkiin 3, 4 tai 5.

- korvan äkillinen kuulon heikkeneminen trauman seurauksena
- korvalehden vammat
- veripahka korvassa
- haavat
- vierasesineet

Ei tarvitse päivystyksellistä hoitoa (voi ohjata omalle terveysasemalle)

- vanhat vammat

Kouristelu

Selvitä:

- Kauanko on kestänyt?
- Onko useampia kouristuskohtauksia välillä heräämättä?
- Onko aikaisemmin ollut vastaavaa?
- Perussairaudet?
- Lääkitys?

1. Peruselintoimintojen häiriö

- riskioire jossain seuraavissa: hengitys, verenkierto, tajunta
- jatkuva kouristelu (status epilepticus) kohtaus kestää yhtäjaksoisesti yli 30 minuuttia tai kouristus toistunut 4 kertaa tunnin sisällä.

2. Epäily korkean riskin tilanteesta

- yli 5-10 minuuttia kestänyt kouristus
- pulssi yli 100
- hengitystaajuus yli 20
- happisaturaatio alle 92 %

Päivystyksellistä hoitoa vaativat tilanteet, luokitellaan potilaan tilan ja tarvittavien resurssien mukaan luokkiin 3, 4 tai 5.

- ensimmäinen kouristuskohtaus, tai kohtausepäily
- kohtauksen jälkeen alentunut tajunnantaso
- etiologia avoin
- toistuvat kohtaukset

Ei tarvitse päivystyksellistä hoitoa (voi ohjata omalle terveysasemalle)

- tiedossa oleva epilepsia, kohtaus mennyt ohi ja vointi hyvä.
- lääkityksen tarkistamisasia
- ajokyky tai ajokorttiasia

Kuume

Selvitä:

- Minkälaisia oireita on?
- Kauanko oireiden kehittyminen on kestänyt?
- Onko kipuja?
- Kivun voimakkuus?
- Milloin kipu on alkanut?
- Onko ollut aikaisemmin vastaavaa?
- Perussairaudet?
- Lääkitys?

1. Peruselintoimintojen häiriö

- riskioire jossain seuraavissa: hengitys, verenkierto, tajunta

2. Epäily korkean riskin tilanteesta

- septinen potilas, korkea syke, matala verenpaine, korkea hengitystaajuus
- tajunnan taso laskenut
- pulssi yli 100
- hengitystaajuus yli 20
- happisaturaatio alle 92 %

Päivystyksellistä hoitoa vaativat tilanteet, luokitellaan potilaan tilan ja tarvittavien resurssien mukaan luokkiin 3, 4 tai 5.

- niskajäykkyys, petekkiat
- kova vatsakipu
- virtsatieinfektio oireet
- heikentynyt yleistila
- puolustuskykyyn vaikuttava yleissairaus tai lääkitys
- matkailu malaria-alueilla
- epäily erysipelaksesta tai pehmytkudosinfektiosta
- kuume yli 38.5, ei selvää hengitystie-infektio oiretta
- kolme vuorokautta yli 38 asteen kuume

Ei tarvitse päivystyksellistä hoitoa (voi ohjata omalle terveysasemalle)

- pitkittynyt kuumeilu, yleistila hyvä
- ylähengitystie-infektioon liittyvä kuume, joka kestänyt alle kolme vuorokautta, hyvä yleistila.

Maha- ja suolikanavavuoto

Selvitä:

- Onko veri tummaa vai kirkasta?
- Milloin vuoto on alkanut?
- Onko vuoto jatkuvaa?
- Kuinka paljon vuotaa?
- Onko muita oireita?
- Perussairaudet?
- Onko käytössä verenhennuslääke?

1. Peruselintoimintojen häiriö

- riskioire jossain seuraavissa: hengitys, verenkierto, tajunta
- hypovoleeminen potilas
- sokin oireet

2. Epäily korkean riskin tilanteesta

- runsas verioksentelu tai melenointi
- matala RR
- pulssi yli 100
- hengitystaajuus yli 20
- happisaturaatio alle 92 %

Päivystyksellistä hoitoa vaativat tilanteet, luokitellaan potilaan tilan ja tarvittavien resurssien mukaan luokkiin 3, 4 tai 5.

- tummat ulosteet
- mustat kahvinsumppimaiset oksennukset
- veriset ulosteet
- anemisoituminen

Ei tarvitse päivystyksellistä hoitoa (voi ohjata omalle terveysasemalle)

- peräpukamien aiheuttamat veriviirut

Mielenterveysongelmat

Selvitä:

- Mitä potilas tekee?
- Miten oireet ilmenevät?
- Onko aiemmin ollut samanlaista?
- Onko aikaisempia psykiatrisia hoitoja tai lääkitystä?
- Onko vaarallinen itselleen tai muille?
- Onko potilas halukas hoitoon?

1. Peruselintoimintojen häiriöt

- riskioire jossain seuraavissa: hengitys, verenkierto, tajunta

2. Epäily korkean riskin tilanteesta

- vaaraksi itselleen tai muille
- pulssi yli 100
- hengitystaajuus yli 20
- happisaturaatio alle 92 %

Päivystyksellistä hoitoa vaativat tilanteet, luokitellaan potilaan tilan ja tarvittavien resurssien mukaan luokkiin 3, 4 tai 5.

- Harhaisuus ja muut psykoosioireet
 - Ääni ja näköharhat
 - Oudot aistikokemukset
 - Oudot aistikokemukset
 - Oudot ajatukset ja harhaluulot
 - Vauhdikkuus/pysähtyneisyys
 - Aggressiivisuus
 - Pelokkuus
- Itsemurha-ajatukset, itsemurhayritys (vaikea-asteinen ahdistus)
- Vaikeat päihteiden vierotusoireet
 - Levottomuus
 - Vapina
 - Unettomuus
 - Harhaisuus

Ei tarvitse päivystyksellistä hoitoa (voi ohjata omalle terveysasemalle)

- Ahdistunut, hoidossa oleva psykiatrinen potilas (potilaalla hoitosuhde ja diagnoosi olemassa)
- Ei psykoottiset ahdistuspotilaat, jotka ovat yhteistyökykyisiä ja ymmärtävät annetut ohjeet hoitoon hakeutumisesta.

Niska- ja hartiakipu, ei vammaa

Selvitä:

- Mitä oireita potilaalla on?
- Milloin oireet ovat alkaneet?
- Kauanko oireiden kehittyminen on kestänyt?
- Mikä sai nyt hakeutumaan hoitoon?
- Onko tilanne pahentunut ja millä aikavälillä?
- Aikaisemmin vastaavaa?
-

1. Peruselintoimintojen häiriö

- riskioire jossain seuraavissa: hengitys, verenkierto, tajunta

2. Epäily korkean riskin tilanteesta

- tajunnan tason lasku
- sekavuus
- pulssi yli 100
- hengitystaajuus yli 20
- happisaturaatio alle 92 %

Päivystyksellistä hoitoa vaativat tilanteet, luokitellaan potilaan tilan ja tarvittavien resurssien mukaan luokkiin 3, 4 tai 5.

- niskajäykkyys ja kuume
- edeltävä tapaturma
- epäily hermo- tai verisuonitapahtumasta
- äkillinen kova niskakipu
- yläraajaan säteilevä kova kipu/ lievä puutumisen tunne (poissulje rintakipu)

Ei tarvitse päivystyksellistä hoitoa (voi ohjata omalle terveysasemalle)

- toimintakykyä alentava paikallinen kipu
- vanhan niskavaivan paheneminen
- fysioterapian tarve

Närästys

Selvitä:

- Mitä oireita potilaalla on?
- Milloin oireet ovat alkaneet?
- Kauanko oireiden kehittyminen on kestänyt?
- Mikä sai nyt hakeutumaan hoitoon?
- Onko tilanne pahentunut ja millä aikavälillä?
- Perussairaudet?
- Lääkitys?

1. Peruselintoimintojen häiriö

- riskioire jossain seuraavissa: hengitys, verenkierto, tajunta

2. Epäily korkean riskin tilanteesta

- poissulje sydänperäiset syyt!
- pulssi yli 100
- hengitystaajuus yli 20
- happisaturaatio alle 92 %

Päivystyksellistä hoitoa vaativat tilanteet, luokitellaan potilaan tilan ja tarvittavien resurssien mukaan luokkiin 3, 4 tai 5.

- poissulje sydänperäiset syyt!
- jos soittaa päivystykseen ja on käyttänyt asian mukaista lääkitystä (happosalpaajalääkitys) tai on sepelvaltimoperäiseen rintakipuun viittaavia yleisoireita tai sepelvaltimokohtaukselle altistavia riskitekijöitä, tulee potilas ohjata päivystykseen.

Ei tarvitse päivystyksellistä hoitoa (voi ohjata omalle terveysasemalle)

- tyypilliset reflux-taudin oireet, hapanta vatsan sisältöä nousee suuhun, oireet pahenevat ruokailun jälkeen.

Silmäoireet

Selvitä:

- Mitä oireita potilaalla on?
- Milloin oireet ovat alkaneet?
- Kauanko oireiden kehittyminen on kestänyt?
- Mikä sai nyt hakeutumaan hoitoon?
- Onko tilanne pahentunut ja millä aikavälillä?
- Perussairaudet?
- Lääkitys?

1. Peruselintoimintojen häiriöt

- Riskioire jossain seuraavissa: hengitys, verenkierto, tajunta

2. Epäily korkean riskin tilanteesta

- kipu silmässä ja näkö huonontunut äkillisesti
- voimakas kipu
- äkillinen näkökenttäpuutos (ohimennytkin)
- näköhäiriöt
- pulssi yli 100
- hengitystaajuus yli 20
- happisaturaatio alle 92 %

Päivystyksellistä hoitoa vaativat tilanteet, luokitellaan potilaan tilan ja tarvittavien resurssien mukaan luokkiin 3, 4 tai 5.

- silmäkipu, johon liittyy pahoinvointi
- ei pysty avaamaan silmää
- lievempi akuutti silmäkipu
- silmän rähmiminen, johon liittyy luomiturvotusta, korkeaa kuumetta, ihon punotusta.

Ei tarvitse päivystyksellistä hoitoa (voi ohjata omalle terveysasemalle)

- krooninen silmäkipu
- silmien kuivuminen, punoitus
- silmä rähmii, ei muita oireita
- sidekalvon verenpurkauma (sugillaatio), ei muita oireita, eikä edeltävästi vammaa.

Silmävammat

Selvitä:

- Mitä on tapahtunut?
- Milloin on tapahtunut?
- Muistaako tapahtuneen?
- Vammamekanismi?
- Onko näkyviä vammoja?
- Onko käytössä verenhennuslääke?

1. Peruselintoimintojen häiriöt

- riskioire jossain seuraavissa: hengitys, verenkierto, tajunta

2. Epäily korkean riskin tilanteesta

- silmän lävistävät vammat
- Vierasesine silmän sisällä
- pulssi yli 100
- hengitystaajuus yli 20
- happisaturaatio alle 92 %

Päivystyksellistä hoitoa vaativat tilanteet, luokitellaan potilaan tilan ja tarvittavien resurssien mukaan luokkiin 3, 4 tai 5.

- sarveiskalvon vierasesine (hitsaus, hionta, sorvaus)
 - Rikantunne, kyynelvuoto
 - Valonarkuus, perikorniaalista punotusta
- sarveiskalvon epiteelin pintapuutos
- kemialliset silmävammat
- sidekalvon vierasesine (rikka silmässä)
- silmäluomen ja sidekalvon verenvuoto
- luomihaavat, jotka pinnallisia eivätkä ulotu luomen reunaan
- UV-valon aiheuttama silmävamma
- silmässä lievä roskantunne sairaanhoitajan vastaanotolle

Oksentelu, ripuli

Selvitä:

- Mitä oireita potilaalla on?
- Milloin oireet ovat alkaneet?
- Kauanko oireiden kehittyminen on kestänyt?
- Mikä sai nyt hakeutumaan hoitoon?
- Onko tilanne pahentunut ja millä aikavälillä?
- Ulkomaanmatkat?
- Perussairaudet?
- Lääkitys?

1. Peruselintoimintojen häiriö

- riskioire jossain seuraavissa: hengitys, verenkierto, tajunta

2. Epäily korkean riskin tilanteesta

- septinen/ peritoniitti-oireet
- pulssi yli 100
- hengitystaajuus yli 20
- happisaturaatio alle 92 %

Päivystyksellistä hoitoa vaativat tilanteet, luokitellaan potilaan tilan ja tarvittavien resurssien mukaan luokkiin 3, 4 tai 5.

- oksentelun ja yleistilan lasku
- oksentelu ja kuivuman epäily
- akuutti ileus-epäily
- insuliinihoitoinen DM, oksentelu ja yleistilan heikkeneminen
- rajuoireinen veriripuli
- rajuoireinen ripuli ilman merkkejä kuivumisesta (sh-vastaanotto)

Ei tarvitse päivystyksellistä hoitoa (voi ohjata omalle terveysasemalle)

- oksennuksessa veriviiruja pitkittyneen pahoinvoinnin ja oksentelun yhteydessä
- tulehduksellisen suolitaudin paheneminen, jos ei heikentynyttä yleistilaa ja potilaalla olemassa kotona lääkitys pahenemisjaksoihin.
- pitkittynyt ripuli ja laihtuminen

Patti, paise

Selvitä:

- Mitä oireita potilaalla on?
- Milloin oireet ovat alkaneet?
- Kauanko oireiden kehittyminen on kestänyt?
- Mikä sai nyt hakeutumaan hoitoon?
- Onko tilanne pahentunut ja millä aikavälillä?
- Perussairaudet?
- Lääkitys?

1. Peruselintoimintojen häiriöt

- riskioire jossain seuraavissa: hengitys, verenkierto, tajunta

2. Epäily korkean riskin tilanteesta

- septinen potilas,
- pulssi yli 100
- hengitystaajuus yli 20
- happisaturaatio alle 92 %

Päivystyksellistä hoitoa vaativat tilanteet, luokitellaan potilaan tilan ja tarvittavien resurssien mukaan luokkiin 3, 4 tai 5.

- patti/paise on kuumottava, punoittava
- patti ja hengitysvaikeus
- patti/paiseet ja yleisoireet
- muut oireiset patit ja paiseet
- nopeasti ilmestyneet patit ja paiseet
- patit kaulalla ja soliskuopassa

Ei tarvitse päivystyksellistä hoitoa (voi ohjata omalle terveysasemalle)

- pienet lieväoireiset paiseet
- suurentuneet imusolmukkeet
- kivuttomat patit

Päänsärky

Selvitä:

- Minkälaisia oireita on?
- Missä kipu on?
- Kivun voimakkuus? (VAS)
- Milloin kipu on alkanut, äkillisesti vai ajan kuluessa?
- Onko ollut aikaisemmin vastaavaa?
- Kauanko oireiden kehittyminen on kestänyt?
- Onko loukannut päätä äskettäin?
- Perussairaudet?
- Lääkitys?

1. Peruselintoimintojen häiriö

- riskioire jossain seuraavissa: hengitys, verenkierto, tajunta

2. Epäily korkean riskin tilanteesta

- yhtäkkinen kova tai ponnistamisen yhteydessä alkanut päänsärky
- päänsärkyyn liittyy neurologisia puutos-oireita, yleistilan heikkenemistä tai tajunnan tason häiriöitä.
- pulssi yli 100
- hengitystaajuus yli 20
- happisaturaatio alle 92 %

Päivystyksellistä hoitoa vaativat tilanteet, luokitellaan potilaan tilan ja tarvittavien resurssien mukaan luokkiin 3, 4 tai 5.

- päänsärky ja niskajäykkyys
- päänsärky ja heikentynyt yleistila
- migreeni, omat lääkkeet eivät auta

Ei tarvitse päivystyksellistä hoitoa (voi ohjata omalle terveysasemalle)

- yleistila hyvä, pitkäkestoinen päänsärky, joka muutamassa päivässä pahentunut.
- päänsärky ei liity ponnisteluun, päänsärkyyn ei liity oksentelua
- päänsärlyn lisäksi hengitystie-infektion oireet, hyvä yleistila, ei oksentelua.
- yleiskunto hyvä, yli 2 viikkoa jatkunut päänsärky, johon ei liity pahoinvointia, oksentelua eikä ponnistaminen vaikuta siihen
- ohimennyt kohtauksellinen päänsärky, joka kestänyt alle yhden vuorokauden ja kohtauksen jälkeen vointi hyvä.
- krooninen päänsärky ilman muita yleisoireita.

Raajavammat

Selvitä:

- Mikä on aiheuttanut?
- Vammamekanismi?
- Missä kehonosassa?
 - vartalolla?
 - raajassa?
- Mitä potilas tekee?
 - seisoo, istuu tuetta, makaa
 - ihon kalpeus ja hikisyys?
- VAS

Raajavammoissa huomioitava raajan koko, yläraajassa vammat eivät ole niin merkittäviä potilaan peruselintoimintojen kannalta, kuin esim. reiden alueen vammat (verenvuotoriski jne).

1. Peruselintoimintojen häiriö

- riskioire jossain seuraavissa: hengitys, verenkierto, tajunta

2. Epäily korkean riskin tilanteesta

- avomurtuma, tai ison luun instabiili suljettumurtuma
- pulssi yli 100
- hengitystaajuus yli 20
- happisaturaatio alle 92 %

Päivystyksellistä hoitoa vaativat tilanteet, luokitellaan potilaan tilan ja tarvittavien resurssien mukaan luokkiin 3, 4 tai 5.

- potilaat, joilla vamma on tuore ja raajassa on virheasentoa, tarvitsevat poikkeuksetta rtg-kuvauksen ja reposition, he ovat triage luokkaa 3 (2 tai enemmän resursseja)
- vahvat pienten luiden murtumaepäilyt, joissa ei ole virheasentoa, vaativat monesti rtg-kuvauksen, mutta eivät muita resursseja → Tri4 (1 resurssi)
- vammautunut raaja, jossa toimintakyky on hyvä, eikä selkeää virheasentoa ole, voi tarvita päivystysaikaista kipulääkereseptiä tai lääkärin arviota → Tri5

Ei tarvitse päivystyksellistä hoitoa (voi ohjata omalle terveysasemalle)

- terveysasemalle voi ohjata potilaan, jonka vammautunut raaja on toimintakyvyltään kohtuullisen normaali, eikä selkeää virheasentoa ole, jos terveysasema on auki. Vii-konloppua vasten tuoreen vamman diagnostiikkaa ei ole syytä viivästyttää.
- vanha vamma, ei selvää virheasentoa, vanhan vamman kipeytyminen.

Raajaoireet (Pareesit)

Selvitä:

- Minkälaisia oireita on?
- Milloin oireet ovat alkaneet, äkillisesti vai ajan kuluessa?
- Onko ollut aikaisemmin vastaavaa?
- Kauanko oireiden kehittyminen on kestänyt?
- Perussairaudet?
- Lääkitys?

1. Peruselintoimintojen häiriöt

- riskioire jossain seuraavissa: hengitys, verenkierto, tajunta

2. Epäily korkean riskin tilanteesta

- äkillisesti alkanut kova kipu ja kylmä, voimaton tai tunnoton raaja
- äkillisesti alkanut voimattomuus tai tunnottomuus raajassa /raajoissa
- pulssi yli 100
- hengitystaajuus yli 20
- happisaturaatio alle 92 %

Päivystyksellistä hoitoa vaativat tilanteet, luokitellaan potilaan tilan ja tarvittavien resurssien mukaan luokkiin 3, 4 tai 5.

- raajan tai nivelen huomattavan laajat tulehdusoireet
- leikkauksen jälkeinen kipu, joka ei ole hallinnassa
- raajaan säteilevä kipu (kts. selkä)
- toispuolinen turvotus, ilman infektiioireita (SLT) liike, lämpö, tunto kunnossa.

Ei tarvitse päivystyksellistä hoitoa (voi ohjata omalle terveysasemalle)

- krooniset kivut
- raajan/nivelen rasituskivut
- alaraajojen turvotus, ei rintakipua/hengitysvaikeutta
- yläraajojen molemminpuolinen lievä puutumisoire ilman muuta oiretta

Rintakehän ja kyljen vammat

Selvitä:

- Mitä on tapahtunut?
- Milloin on tapahtunut?
- Muistaako tapahtuneen?
- Vammamekanismi
- Onko näkyviä vammoja?
- VAS
- Onko käytössä verenhennuslääke?

1. Peruselintoimintojen häiriöt

- riskioire jossain seuraavissa: hengitys, verenkierto, tajunta

2. Epäily korkean riskin tilanteesta

- huomioi vammamekanismi, korkea energinen vamma?
- pulssi yli 100
- hengitystaajuus yli 20
- happisaturaatio alle 92 %

Päivystyksellistä hoitoa vaativat tilanteet, luokitellaan potilaan tilan ja tarvittavien resurssien mukaan luokkiin 3, 4 tai 5.

- rintakehä- kylkikipu, johon liittyy hengenahdistus/hengitysvaikeus
- tylpän tapaturman jälkeinen kipu rinnassa/kyljessä.
- yksittäiset kylkiluun -murtumat

Ei tarvitse päivystyksellistä hoitoa (voi ohjata omalle terveysasemalle)

- matalaenerginen vamma ja vammasta yli kolme vuorokautta ja kipu ainoa oire

Rintakipu

Selvitä:

- Kuvaile kipua (puristavaa laaja-alaista, vannemaista vai pistävää, terävää)
- Miten pitkään kipu on jatkunut samanlaisena, kuin nyt?
- Muuttuuko kipu painettaessa tai liikkeessa?
- Muuttuuko kipu, kun hengität syvään?
- Onko aiemmin ollut rintakipua?
- VAS
- Perussairaudet?
- Lääkitys?

1. Peruselintoimintojen häiriö

- hengitys (selkeä hapetushäiriö tai matala tai korkea hengitystaajuus)
- verenkierto (hypotensio)
- tajunta

2. Epäily korkean riskin tilanteesta

- EKG-muutos (st-lasku tai nousu, LBBB tai rytmihäiriö)
- sepelvaltimotaudille tyypillinen puristava, kova, rintakipu.
- akuuttiin aortan sairauteen viittaava repivä äkillisesti alkanut ja mahdollisesti paik-
kaansa muuttava rintakipu (voi säteillä selkään)

St-nousuinfarkti epäilyssä välitön lääkärin arvio, ajatuksella, että potilas siirtyy välittömästi angiografiaan Meilahden päivystykseen

Päivystyksellistä hoitoa vaativat tilanteet, luokitellaan potilaan tilan ja tarvittavien resurssien mukaan luokkiin 3, 4 tai 5.

- pääsääntöisesti potilaat ovat triage-luokkaa 3, sillä he tarvitsevat 2 tai useampia re-
surseja.
- poikkeuksena palpoituva/pistemäinen rintakipu, jossa pelkkä EKG voi olla riittävä (1
resurssi → tri4).
- jos potilaan oire on selkeästi iholla tai thx:n ulkopuolella, ei todennäköisesti tarvita
kliinistä arviota enempää (0 resurssia → Tri5) Esim. vyöruusu, ihon kiputila.
- erittäin kivulias potilas on joissain tapauksissa syytä nostaa tri2 luokkaan.

Ei tarvitse päivystyksellistä hoitoa (voi ohjata omalle terveysasemalle)

- ohimennyt ja lyhytaikainen rintapistos yleisterveellä ihmisellä, jonka yleistila nyt on
hyvä.

Rytmihäiriö

Selvitä:

- Miten oireilee?
 - sydän hakkaa nopeasi? muljahtelee, huono olo, täysin voimaton?
- Milloin oireet ovat alkaneet?
- Onko kipuja?
- Onko aiemmin ollut vastaavaa?
- Perussairaudet?
- Lääkitys?

1. Peruselintoimintojen häiriö

- riskioire jossain seuraavissa: hengitys, verenkierto, tajunta

2. Epäily korkean riskin tilanteesta

- hemodynamiikkaan vaikuttava rytmihäiriö
- pulssi yli 100
- hengitystaajuus yli 20
- happisaturaatio alle 92 %

Päivystyksellistä hoitoa vaativat tilanteet, luokitellaan potilaan tilan ja tarvittavien resurssien mukaan luokkiin 3, 4 tai 5.

- rytmihäiriötuntemukset
- alle kaksi vuorokautta kestänyt eteisvärinä

Ei tarvitse päivystyksellistä hoitoa (voi ohjata omalle terveysasemalle)

- muljahtelut, lisäyönnit ei muita oireita
- aiemmin tutkittu rytmihäiriötuntemus, joka on todettu viattomaksi

Selkäkipu

Selvitä:

- Mitä oireita potilaalla on?
- Milloin oireet ovat alkaneet?
- Kauanko oireiden kehittyminen on kestänyt?
- Mikä sai nyt hakeutumaan hoitoon?
- Onko tilanne pahentunut ja millä aikavälillä?
- VAS
- Aikaisemmin vastaavaa?

1. Peruselintoimintojen häiriö

- riskioire jossain seuraavissa: hengitys, verenkierto, tajunta

2. Epäily korkean riskin tilanteesta

- ratsupaikkaoireyhtymä
- osittainen tai täydellinen alaraaja- tai neliraajahalvaus
- pulssi yli 100
- hengitystaajuus yli 20
- happisaturaatio alle 92 %

Päivystyksellistä hoitoa vaativat tilanteet, luokitellaan potilaan tilan ja tarvittavien resurssien mukaan luokkiin 3, 4 tai 5.

- sietämätön äkillinen tai paheneva selkäkipu
- sietämätön raajaan säteilevä kipu
- tapaturman jälkeinen kipu
- kuume ja selkäkipu
- tuore (alle viikko) peroneuspareesi
- voimakasoireinen kipu ilman muita oireita
- lumbago

Ei tarvitse päivystyksellistä hoitoa (voi ohjata omalle terveysasemalle)

- krooninen kipu, ilman uusia oireita
- diagnostisoidun selkävun paheneminen

Tajunnan tason häiriöt, puolierot

Selvitä:

- Mitä oireita potilaalla on?
- Milloin oireet ovat alkaneet?
- Onko jokin raaja äkillisesti heikentynyt?
- Onko äkillisiä näköhäiriöitä?
- Kauanko oireiden kehittyminen on kestänyt?
- Mikä sai nyt hakeutumaan hoitoon?
- Aikaisemmin vastaavaa?
- Perussairaudet?
- Lääkitys?

1. Peruselintoimintojen häiriöt

- riskioire jossain seuraavissa: hengitys, verenkierto, tajunta
- uusi halvausoire, viive oireiden alusta alle 6 tuntia.

2. Epäily korkean riskin tilanteesta

- tajunnantason häiriö
- puolioireet
- pulssi yli 100
- hengitystaajuus yli 20
- happisaturaatio alle 92 %

Päivystyksellistä hoitoa vaativat tilanteet, luokitellaan potilaan tilan ja tarvittavien resurssien mukaan luokkiin 3, 4 tai 5.

- ohimennyt tajunnanhäiriö
- ohimennyt muistihäiriö
- ohimenneet puolioireet
- sekavuus
- kollapsitaipumus, jota tutkittu aikaisemmin ja todettu viattomaksi

Vatsakipu

Selvitä:

- Milloin kipu on alkanut?
- Missä kipu tuntuu
 - ylävatsalla
 - alavatsalla
- Onko aikaisemmin ollut vastaavaa?
- VAS
- Kauanko oireiden kehittyminen on kestänyt?
 - onko tilanne pahentunut ja millä aikavälillä?
- Mikä sai nyt hakeutumaan hoitoon?

1. Peruselintoimintojen häiriöt

- riskioire jossain seuraavissa: hengitys, verenkierto, tajunta

2. Epäily korkean riskin tilanteesta

- peritoniitti
- septinen potilas
- pulssi yli 100
- hengitystaajuus yli 20
- happisaturaatio alle 92 %

Päivystyksellistä hoitoa vaativat tilanteet, luokitellaan potilaan tilan ja tarvittavien resurssien mukaan luokkiin 3, 4 tai 5.

- kova kipulääkitystä vaativa vatsakipu
- kuumeinen vatsakipu
- tapaturman jälkeinen kipu
- lievä vatsakipu

Ei tarvitse päivystyksellistä hoitoa (voi ohjata omalle terveysasemalle)

- pitkäaikaispotilaan ummetus/suolentoimintavaikeus
- useita vuorokausia kestäneet lievät vatsakivut ilman muita oireita

Virtsaamisongelma

Selvitä:

- Mitä oireita potilaalla on?
- Milloin oireet ovat alkaneet?
- Kauanko oireiden kehittyminen on kestänyt?
- Mikä sai nyt hakeutumaan hoitoon?
- Onko tilanne pahentunut ja millä aikavälillä?
- Aikaisemmin vastaavaa?
- Perussairaudet
- Lääkitys

1. Peruselintoimintojen häiriöt

- riskioire jossain seuraavissa: hengitys, verenkierto, tajunta

2. Epäily korkean riskin tilanteesta

- septinen potilas
- pulssi yli 100
- hengitystaajuus yli 20
- happisaturaatio alle 92 %

Päivystyksellistä hoitoa vaativat tilanteet, luokitellaan potilaan tilan ja tarvittavien resurssien mukaan luokkiin 3, 4 tai 5.

- virtsaumpi
- kuumeileva virtsatieinfektio-oireinen
- ei kuumeinen virtsatieinfektio-oireinen
- cystofix / katetriongelmat

Verivirtsaisuus (makroskooppinen) miehillä, hoitopaikka Meilahti

Ei tarvitse päivystyksellistä hoitoa (voi ohjata omalle terveysasemalle)

- aikuisten oireeton verivirtsaisuus

Yskä

Selvitä:

- Minkälaisia oireita on?
- Kauanko oireiden kehittyminen on kestänyt?
- Onko kipuja?
- Onko kuumetta?
- Onko ollut aikaisemmin vastaavaa?
- Perussairaudet?
- Lääkitys?

1. Peruselintoimintojen häiriö

- riskioire jossain seuraavissa: hengitys, verenkierto, tajunta

2. Epäily korkean riskin tilanteesta

- huomioi hengenahdistus
- pulssi yli 100
- hengitystaajuus yli 20
- happisaturaatio alle 92 %

Päivystyksellistä hoitoa vaativat tilanteet, luokitellaan potilaan tilan ja tarvittavien resurssien mukaan luokkiin 3, 4 tai 5.

- yskä ja hengen ahdistus
- yskii verta
- selkeä yleistilan heikkeneminen liittyen yskään
- COPD perussairautena, yskä, kuume ja märkäiset yskökset
- yskä ja kuume yli 3 vuorokautta
- verta ysköksissä

Ei tarvitse päivystyksellistä hoitoa (voi ohjata omalle terveysasemalle)

- märkäiset yskökset, hyvä yleistila, ei kuumetta
- pitkittyneet yskäoireet (Viikkoja)

Liite 3 Malmin ja Marian yhteispäivystysten potilaiden hoidon tarpeen ja kiireellisuuden arviointi ESI-triageluokituksen avulla

Taustaa

Erilaisia kiireellisyysryhmittelyitä on käytössä useilla eri tahoilla. Alkuaan triage palveli sotilaslääketieteessä, jolloin haavoittuneet jaoteltiin niihin, jotka hoidettiin ja niihin, jotka oli resurssien kannalta järkevää jättää hoidotta. Myös terveydenhuollossa on maailmalla käytössä useita erilaisia kiireellisyysryhmittelyjä. Näiden triage-algoritmien avulla on tarkoituksena kohdentaa rajalliset resurssit järkevästi ja turvata vakavasti sairaiden potilaiden kiireellinen hoito.

Potilaiden hoidon kiireellisyyttä on arvioitu päivystyspoliklinikoilla aina. Helsingin keskitetyissä terveyskeskuspäivestyksissä Malmin ja Marian sairaaloissa strukturoitu hoidon kiireellisyyden ryhmittely otettiin käyttöön ensimmäistä kertaa syksyllä 2007. Tämä Helsingin terveyskeskuspäivystyksen triage muokattiin Peijaksen ja Jorvin sairaaloissa käytössä olevasta viisiportaisesta triage-algoritmista (liite 5). Nämä triageryhmittelyt ovat kriteereiltään pääosin samanlaiset, mutta yhteispäivystysten erilaisuudesta johtuen niissä on myös eroavaisuuksia. Yhtenäisen triage-kriteeristön muodostaminen on osa pääkaupunkiseudulla käynnissä olevaa päivystyshanketta. Hankkeen avulla on pyritty yhtenäistämään pääkaupunkiseudun päivystyskäytäntöjä, jotta pääkaupunkiseudun kuntien tarjoamat päivystyspalvelut olisivat tasarvoisia ja mahdollistaisivat myöhemmin päivystysten kuntarajat ylittävän käytön.

Helsingissä keskitettyjen terveyskeskuspäivystysten lisäksi triage on ollut käytössä myös Marian sairaalan sisätautipäivystyksessä syksystä 2007 lähtien (Liite 6). Tämä triage on tehty koskemaan ainoastaan sisätautipäivystyksen potilaita. Marian sairaalassa on siis ollut käytössä kaksi toisistaan eroavaa viisiportaista (ABCDE) hoidon kiireellisyyden ryhmittelyä. Kahden erilaisen triageryhmittelyn käyttö samassa yhteispäivystyksessä on luonnollisesti ongelmallista.

Nykyinen terveyskeskuspäivystysten kiireellisyysluokittelu on toiminut hyvin. Se on kuitenkin rajattu koskemaan ainoastaan terveyskeskuspäivystystä, jolloin yhteispäivystysten sisätautien ja kirurgian päivystyksissä on toimittu Marian sisätautipäivystystä lukuun ottamatta kuten ennenkin. Nykyistä terveyskeskuspäivystyksen kiireellisyysryhmittelyä ei voida laajentaa koskemaan myös ns. sairaalapuolen potilaita tekemättä koko ryhmittelyä uudestaan. Tästä syystä läntisen yhteispäivystyksen vastaanottotyöryhmä perusti alatyöryhmän selvittämään sen, mikä olisi sopiva triage-algoritmi tulevaan läntiseen yhteispäivystykseen. Ryhmittelyn vaatimuksena on, että se:

- turvaa kiireellisten potilaiden hoidon
- tunnistaa "ei-päivystyspotilaan"
- soveltuu yhteispäivystyksen koko potilasmateriaalille
- on riittävän luotettava ja yksinkertainen

Tarjolla olevista triage-ryhmittelyistä ja niiden sovelluksista vaatimukset näyttäisi täyttävän parhaiten Emergency Severity Index.

Emergency Severity Index (ESI)

ESI on kliinisesti toimiva triage järjestelmä, joka ohjaa jakamaan potilaat viiteen luokkaan (1-5) perustuen potilaan tilan kiireellisyyteen ja hoitoon tarvittavien resurssien (tutkimukset, toimenpiteet) määrään.

Alkuperäisen ESI-toimintamallin ovat kehittäneet päivystyslääkärit Richard Wuerz ja David Eitel Yhdysvalloissa vuonna 1998. Onnistuneiden pilottikokeilujen jälkeen muodostettiin ESI-triage ryhmä, johon kuului päivystyspoliklinikkahoitajia, lääkäreitä, johtajia, kouluttajia ja tutkijoita.

ESI:ä toteutettiin ensin kahdessa yliopiston opetussairaalassa vuonna 1999 ja viimeisteltiin vielä viidessä muussa sairaalassa vuonna 2000 sellaiseksi, mikä se nykyisellään on (ESI, Version 4: Implementation Handbook).

ESI-triagessa potilaiden hoidon kiireellisyysjärjestys perustuu potilaan kuntoon. Vastaanottava hoitaja päättää sen kysymyksellä "kenet tulisi katsoa/hoitaa ensimmäisenä?". Kun potilaita on useita, seuraava kysymys on "kuinka kauan kukin voi odottaa?". ESI on kehitetty uuden triagekäsityksen ympärille: lisänä edellä mainittuihin kysymyksiin triagehoitajan tulisi ennakoita resurssit, joita tarvitaan potilaalle, jotta hän olisi valmis siirtymään pois päivystyksestä. ESI säilyttää siis potilaan tilan kiireellisyyden luokituksen perustana ja vasta sen jälkeen toteuttaa seuraavan tavoitteen eli suuntauksen: oikea potilas, oikeaan aikaan, oikeisiin tutkimuksiin ja hoitoihin oikeaan aikaan.

ESI-luokituksessa potilaat ryhmitellään eri kiireellisyysryhmiin yksinkertaisen algoritmin perusteella. Yksinkertaisuuden ansiosta ryhmittely on nopeaa ja luotettavaa. Tämä mahdollistaa kiireellisten potilaiden nopean hoidon aloituksen. Perusteellisemmat kliiniset tarkkailut ja tutkimukset tehdään tarpeen vaatiessa varsinaisella hoitoalueella. Varsinkin ruuhkaisilla päivystyspoliklinikoilla tämä nopeuttaa ja tehostaa toimintaa ja potilaiden sijoittelua poliklinikalla. ESI:n hyötynä on myös sen luokittelun tarjoama mahdollisuus siirtää kiireettömien potilaiden (luokat 4-5) hoito muualle, pois varsinaiselta päivystysalueelta (Emergency Severity index, Version 4, 2005, 12).

ESI-TRIAGE KÄYTÄNNÖSSÄ

ESI luokittelee potilaan sen mukaan, kuinka pitkään potilas voi odottaa (lääkärin) hoitoa saadakseen.

Ensiksi arvioidaan kiireellisyytaso. Jos sen perusteella ei potilas kuulu kahteen kiireellisimpään ryhmään (luokat 1-2), arvioidaan potilaan hoidossa tarvittavat resurssit.

Käytetään neljää avainkysymystä:

- A: Onko potilas kuolemassa?
- B: Voiko potilas odottaa tutkimista ja hoitoa?
- C: Kuinka monta resurssia tarvitaan potilaan hoitoon ja tutkimiseen?
- D: Mitkä ovat potilaan vitaalielintoiminnot?

A ONKO POTILAS KUOLEMASSA?

Tarvitseeko potilas välitöntä henkeä pelastavaa apua?

Tarkistetaan ilmatie, hengitys, pulssi, tajunta

- > KYLLÄ -> triage luokka 1
- > EI -> siirrytään seuraavaan portaaseen

Esimerkiksi:

tarvitaan välitöntä ilmatien turvaamista, lääkitystä, hemodynaamista hoitotoimenpidettä tai välitöntä lääkärin hoitoa

jo intuboitu potilas, hengityskatkoja, pulssiton, vaikea hengitysvaikeus, matala saturaatio (< 90 %), reagoimaton, tajunnantason vaihtelu

hapan anto, rytmin monitorointi tai antibiootihoidon aloitus eivät ole tässä tarkoitettuja henkeä pelastavia toimenpiteitä

Arviolta 1-3 % potilaista luokkaan 1

B VOIKO POTILAS ODOTTAA?

Onko kyseessä korkean riskin tilanne? (potentiaalinen elämän/elimen uhka)

Onko potilas sekava / desorientoitunut / voipunut? (uutena löydöksenä)

Onko potilas erittäin kivulias? (VAS asteikko 0-10 ja havainnointi)

-> JOKIN NÄISTÄ KYLLÄ -> triage luokka 2

-> EI MIKÄÄN NÄISTÄ -> siirrytään seuraavaan portaaseen

Esimerkiksi:

Akuutin koronaarisyndrooman epäily, halvausoireet, epäily kohdunulkoisesta raskaudesta, kuume immunosupressoidulla potilaalla, psykoosi, aggressiivinen potilas

Arvio perustuu haastattelun, havainnointiin, "tuntumaan" /kokemukseen ja potilaan sairaushistoriaan. Potilas tarvitsee pikaisia hoitotoimia (niin pian kuin mahdollista), mutta ei triage-tiimin toimesta, vaan hoitopaikassaan. Ei välitöntä lääkärin tarvetta, hoitaja voi aloittaa hoitotoimia (iv-yhteys, lisähappi, ekg-monitorointi jne.)

Arviolta 20-30 % potilaista luokkaan 2

C RESURSSIEN TARVE?

Oletusarvo tarpeista, jotta hoitopäätös saavutetaan. Arvio perustuu siihen kokemukseen, miten aiemmin tässä yksikössä on vastaavia potilaita hoidettu ja tutkittu (resurssien määrittely, liite 2). Luokkien 4 ja 5 potilaat voivat turvallisesti odottaa tutkimusta useita tunteja.

-> KAKSI TAI ENEMMÄN -> triage luokka 3

-> YKSI RESURSSI -> triage luokka 4

-> EI YHTÄÄN -> triage luokka 5

Arviolta 30-40 % potilaista luokkaan 3

Arviolta 20-35 % potilaista luokkiin 4 ja 5

D VITAALIELINTOIMINNOT?

Kaikilta resurssitarpeen perusteella luokkaan 3 ryhmitellyiltä potilailta tarkistetaan vitaelintoiminnot. Apuna käytetään sovittuja parametreja viitearvoineen (liite 1).

Mikäli arvot poikkeavia, tulee arvioida, kuuluisiko potilas sittenkin luokkaan 2 ! Arvot tulee suhteuttaa potilaan aikaisempaan sairaushistoriaan.

Vitaaliparametrit sovittuine rajoineen:

- pulssi >100
- hengitystaajuus >20
- happisaturaatio < 92%

Kari Salo vs Ayl

Taina Toivanen ol

Leena Koskinen sh

Läntisen yhteispäivystyksen vastaanottoyöryhmä

Liite 4. Tutkimuslupa osallistuvaan havainnointiin

HELSINGIN KAUPUNKI
TERVEYSKESKUS
KAUPUNGINSAIRAALA
Haartmanin päivystysyksikkö

30.12.2010

Asia: Luvan myöntäminen Triagle - toiminnasta tehtävistä havainnoista ajalla 17.12.10 – 9.1.11

Sairaanhoitaja Jouni Pousi toimii sijaisena Haartmanin päivystysyksikön päivystyspoliklinikalla ajalla 17.12.10 – 9.1.2011.

Jouni Pousi opiskelee Laurean ammattikorkeakoulussa ylempää AMK-tutkintoa. On sovittu, että Jouni Pousi tekee opinnäytetyönsä aiheesta; Hoidon tarpeen ensiarvion kehittäminen Haartmanin sairaalan yhteispäivystyksessä.

Myönnän Jouni Pousille luvan tehdä havainnoita Triagle-toiminnasta Haartmanin sairaalan päivystyksessä oman työnsä ohella.


Veronica Renwall
ylihoitaja

Liite 5. Triagen kehittäminen Haartmanin sairaalan päivystyspoliklinikalla. Opinnäytetyöpala-
veri-muistio

Paikka: Haartmanin sairaalan päivystyspoliklinikka

Aika: 1.10.2010 klo. 09.00 - 11.00

Läsnä: Yh Veronica Renvall

Oh Terttu Törrönen

Aoh Irmeli Heiniö

Aoh Liisa Kuula

Aoh Leena Koskinen

Yliopettaja Teija Kaisa Aholaakko

Jouni Pousi

Poissa: Vs. Ayl Timo Lukkarinen

OI Jani Mononen

Avattiin kokous ja esiteltiin palaveriin osallistujat. Teija Kaisa Aholaakko alusti ylemmän ammattikorkeakoulun opinnäytetyöprosessin toteutumisesta Laurea Ammattikorkeakoulussa.

Yh Veronica Renvall kertoi päivystyspoliklinikan toimineen nyt vuoden ajan uusissa tiloissa ja nyt on noussut tarve kehittää toiminnan prosesseja ja myös kehittää toimintaa samalla. Eri-tyisesti potilaan hoidon tarpeen arviointi eli triage koetaan haasteelliseksi ja siihen tarvittaisiin lisämateriaalia, kuinka se saataisiin toimimaan paremmin.

Käytiin yleiskeskustelua opinnäytetyön aiheesta ja esille nousivat seuraavat tarpeet, jotka osastonlääkäri Jani Mononen oli kirjannut:

- Triagea tukeva kirjallinen/sähköinen materiaali
- Oire/tulosykohtainen kansio (keskeisimmät tulokset)
- Strukturoitu ensiarvio "rautalankamalli"/vuokaavio
- Tärkeät vaaran merkit esitiedoissa ja statuksessa kullakin tulostyöllä.
- Pehdytys- ja koulutusmateriaalia triagen toteuttamiseen
- Täydennystä ESI-triagejärjestelmään.

Esitettyjen tarpeiden pohjalta käydään opinnäytetyötä suunnittelemaan ja sovittiin, että työ-elämäohjaajina toimivat Yh Veronica Renvall ja OI Jani Mononen.

Liite 6. Hoidon kiireellisyyden ensiarvion kehittäminen Haartmanin sairaalan päivystyspoliklinikalla opinnäytetyösuunnitelma kokous

Paikka: Haartmanin sairaalan päivystyspoliklinikka

Aika: 9.12.2010 klo. 08.30 - 09.15

Läsnä: Vs. apulaisylilääkäri Timo Lukkarinen
Osastonlääkäri Jani Mononen
Apulaisosastonhoitaja Leena Koskinen
Vs. apulaisosastonhoitaja Pirjo Paavilainen
Yliopettaja Teija Kaisa Aholaakko
Sairaanhoitaja Mia Paakki

Jouni Pousi

Poissa: Yh Veronica Renvall

Oh Terttu Törrönen

- Avattiin kokous ja Jouni Pousi esitteli projektisuunnitelmaa, joka oli toimitettu osanottajille 7.12.2010.
- Opinnäytetyön tarkoituksena on kehittää hoidon kiireellisyyden ensiarvioinnin toteuttamista Haartmanin sairaalan yhteispäivystyksessä. Tavoitteena on tuottaa selkeät kirjalliset ohjeet ja koulutusmateriaalit ensiarvion toteuttamiseen pohjautuen ESI-malliin.
- Yksityiskohtaiset tavoitteet ovat projektissa
 - Tuottaa ensiarviointia tukevaa kirjallista materiaalia,
 - Oire/tulosykohtainen kansio (keskeisimmät tulokset)
 - Strukturoitu ensiarvio "rautalankamalli"/vuokaavio
 - Tärkeät vaaran merkit esitiedoissa ja statuksessa kullakin tulostyöllä.
 - Koulutus- ja perehdytysmateriaalia hoidon kiireellisyyden ensiarvioinnin toteuttamiseen
- Projektisuunnitelman aikataulu käytiin pääpiirteittäin läpi. Sovittiin, että aikatauluun tulee vielä tarkemmat päivämäärät.
- Projektin tutkimukselliset menetelmät ovat osallistuva havainnointi, mallintaminen ja benchmarking.
- Teija Kaisa muistutti, että osallistuvaa havainnointia varten tulee olla tutkimuslupa ja sovittiin, että Leena selvittää Veronican kanssa lupa-asiat.
- Osallistuvasta havainnoinnista tulee tehdä ennalta puolistrukturoitu listaus, jossa määritellään mitä havainnoidaan.

- Käytiin yleiskeskustelua opinnäytetyön aiheesta, tavoitteesta ja tarkoituksesta ja todettiin kyse olevan hoidon kiireellisyyden ensiarvion ja myös hoidon tarpeen määrittelyn kehittämistä.
- Tulossyylitausta tehdään yhteistyössä Jani Monosen ja Timo Lukkarisen kanssa ja siinä tulee huomioida, millä perusteella tulossyyt valitaan. Teija Kaisa ehdotti että listan valinnassa käytettäisiin PICO -mallia. Timo pyysi huomioimaan, että 2011 kesäkuun alusta tulee Haartmaniin tulemaan myös kirurgisia potilaita, joten tämä tulee huomioida materiaalin tuotannossa.
- Materiaali tuotetaan Word-muodossa, josta se jatkossa siirretään sähköiseen formaattiin. Keskusteltiin myös mahdollisesta check-list tyyppisestä ratkaisusta, joka tarkentuu kun tulossyylitausta saadaan tehtyä.
- Triage-hoitajan toiminnan havainnollistamisesta saatava dokumentaatio tukee myös jatkossa uusien hoitajien perehdytystä.
- Opinnäytetyön julkaiseminen
 - Keskusteltiin opinnäytetyön julkaisemisesta ja sen pohjalta tehtävästä artikkelista ja sovittiin, että tehdään artikkeli yhteen kotimaiseen ja yhteen ulkomaiseen julkaisuun.
- Kokouksen päätös
 - Päätettiin kokous ja laitettiin sopimusmuistiot allekirjoitus-kierrokselle.

Liite 7. Haartmanin sairaalan yhteispäivystyksen triagehoitajien koulutuspäivä 11.3.2011 ryhmätyö prosessikuvauksen toteuttamiseen.

Potilaan tullessa päivystykseen

Triagehoitaja

- Tervehtiminen
- Tulosityn selvittäminen
- Tarkempi haastattelu
- Henkilötietojen tarkastaminen
- Omaistietojen tarkastaminen
- Tekstien selaaminen tarvittaessa (miksi on täällä)
- Vitaali-arvot tarvittaessa
- Hoitolinjan valinta (sisätaudit, kirurgia, yleislääketiede, uudelleenohjaus)
- Triageluokitus
- ICP2-koodit
- Sisäänkirjaus + tarvittaessa lasku
- Tarvittaessa Navitas-lupalappu (Espoolaiset, Vantaa, Kauniainen)
- Tarkkailukaavakkeen teko sisätauti- ja vuodepotilaille
- Neuvottelu vuorovastaavan kanssa sijoituspaikasta
- Uudelleen ohjauksissa soitto terveysasemalle, onko aikoja
- Uudelleenohjaus kaavakkeen täyttäminen ja kopiointi
- uudelleenohjauksen kirjaaminen Pegasokseen
- Potilaan saattaminen
- Potilaan ja omaisen informointi
- Raportti huoneenhoitajalle
- Nimi poliklinikan potilastauluun
- Laboratoriopyyntöjen tallennus
- Rtg:n yhteydenpito
- Terveysneuvonta
- Aulassa olevien potilaiden informointi
- Ensiapu
- Audit-lappujen täyttttäminen.

Vastaava hoitaja

- Tutustuu potilaan esitietoihin
- Ottaa raportin sairaankuljettajilta
- Haastattelee potilasta, kliininen kuva
- Tulossyn arviointi
- Triage
- Tarkkailukaavakkeen täyttäminen
- Pegasostietojen läpikäynti
- Omaistietojen tarkistaminen
- Potilaan sijoituspaikasta päättäminen
- Potilaan informointi
- Vastaavan taulun päivitys
- Sisäänkirjaus itse tai delegointi osastonsihteereille
- Jos omaiset mukana, omaisten informointi
- Raportointi huoneen hoitajille
- Kiireellisissä tapauksissa hoidon aloitus, huonehoitajien avustaminen
- Riskitiedot
- Omaisuustiedot
- Kopiointi
- Moniammatillinen yhteistyö
- Jatkohoitopaikan selvittäminen
- Kotiutus

Huoneen hoitaja

- Raportin vastaanottaminen
- Haastattelu
- Huomiointi
- Vitaalit
- Kirjaus Clinisoftiin
- Lääkärin tiedottaminen
- Tutkimuksien tilaus
- Vaatteiden vaihto
- Kuivitus
- Omaisten informointi
- Suoniyhteys
- Nesteytys
- WC/katetri
- Mobilisointi

- Ruokailu
- Lääkitys
- Asentohoidot
- Toimenpiteissä avustaminen
- Haavanhoidot
- Viljelynäytteet
- Kopiointi
- Faksaus
- Vastaavan taulun päivitys
- Lääkärille vihjailu
- YYA muiden huoneiden kanssa
- Kuljetusten tilaus
- RTG:n ohjaus
- Laboratorioon ohjaus
- Osastosiirrot
- Puhelut
- Jatkohoitoon raportointi

Lääkäri

- Ensiarvio, → stabiili/epästabiili potilas, johtava oire/löydös
- Tilan vakauttaminen
- Esitietojen selvittäminen
- Kliininen status
- Tutkimusten määrääminen ja tulosten tulkinta
- (työ) diagnoosin tekeminen
- Alustava hoitosuunnitelma
- Hoitopaikan päättäminen
- Potilana/omaisen informointi
- Reseptit
- Hoito-ohjeet potilaalle
- Hoitajien informointi potilaan tilasta/seurannan tarpeesta/suunnitelmasta
- Sairauskertomusmerkinnät, sanelu/kirjoittaminen
- RTG-lähetteen kirjoittaminen
- Diagnoosin kirjaus (ICD10)
- Tarkkailukaavakkeen täyttäminen, (osasto-ohjeet)
- Konsultaatiot, puhelimitse/paikanpäällä
- Toimenpiteet

Laboratoriohoitajat

- Varmistaa potilaan henkilöllisyyden
- Ottavat näytteet joko potilashuoneessa tai laboratoriossa
- Huolehtivat näytteet eteenpäin
- Neuvovat näytteiden otossa ja tilaamisessa
- Ilmoittaa hälyttävistä vastauksista
- Tutkii sopivuuden verensiirroissa ja toimittavat veret
- Röntgenhoitajat
- Varmistaa potilaan henkilöllisyyden
- Kuvantaa potilaan rtg:ssä tai potilashuoneessa
- Neuvoo kuvausvalmisteluissa
- Ilmoittaa poikkeavista vastauksista

Tukipalvelut

- Osastonsihtööri
- Sisäänkirjaus
- Potilaspaperit
- Laskutus
- Tilastointi
- Tekstinkäsittely
- Vakuutuspaperit
- Puhelinliikenne

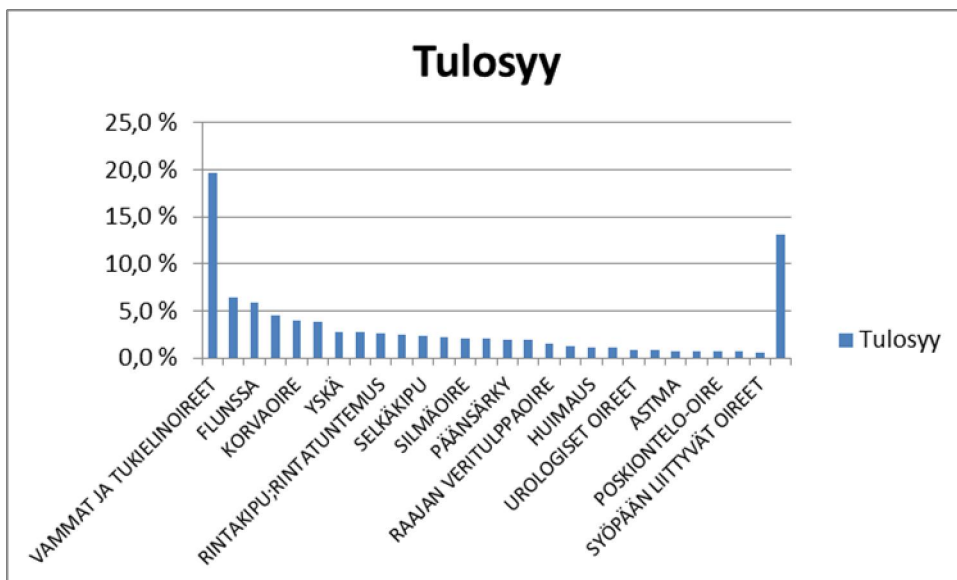
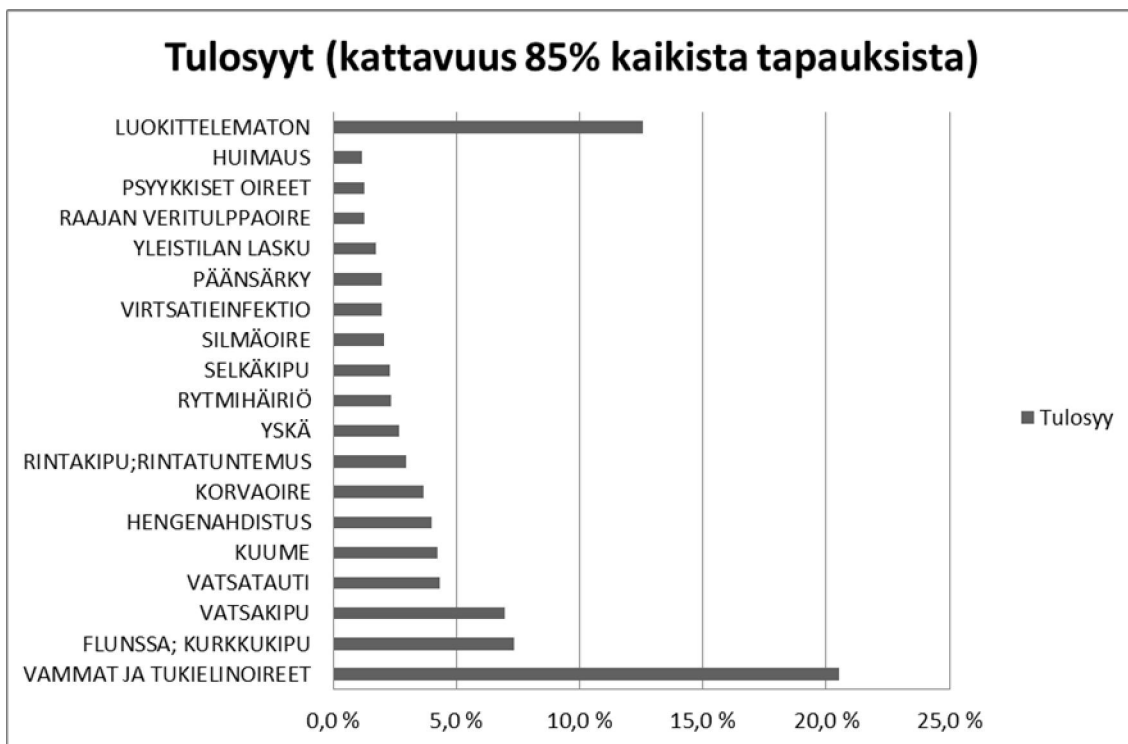
Laitoshuoltajat

- Vuoteen sijaus ja pesu
- Vaatteiden luettelointi
- Ruuan jako
- Siisteyden ja järjestyksen ylläpito
- Potilaskuljettajat
- Tutkimuksiin kuljettaminen
- Osastoille siirrot
- Vainajien näyttö
- Neuvonta
- Omaisten ja potilaiden ohjaus
- Puheluiden yhdistäminen
- Taksin tilaus
- Ohjaa osastolle
- Vastaanottavat apuvälineet

Vartija

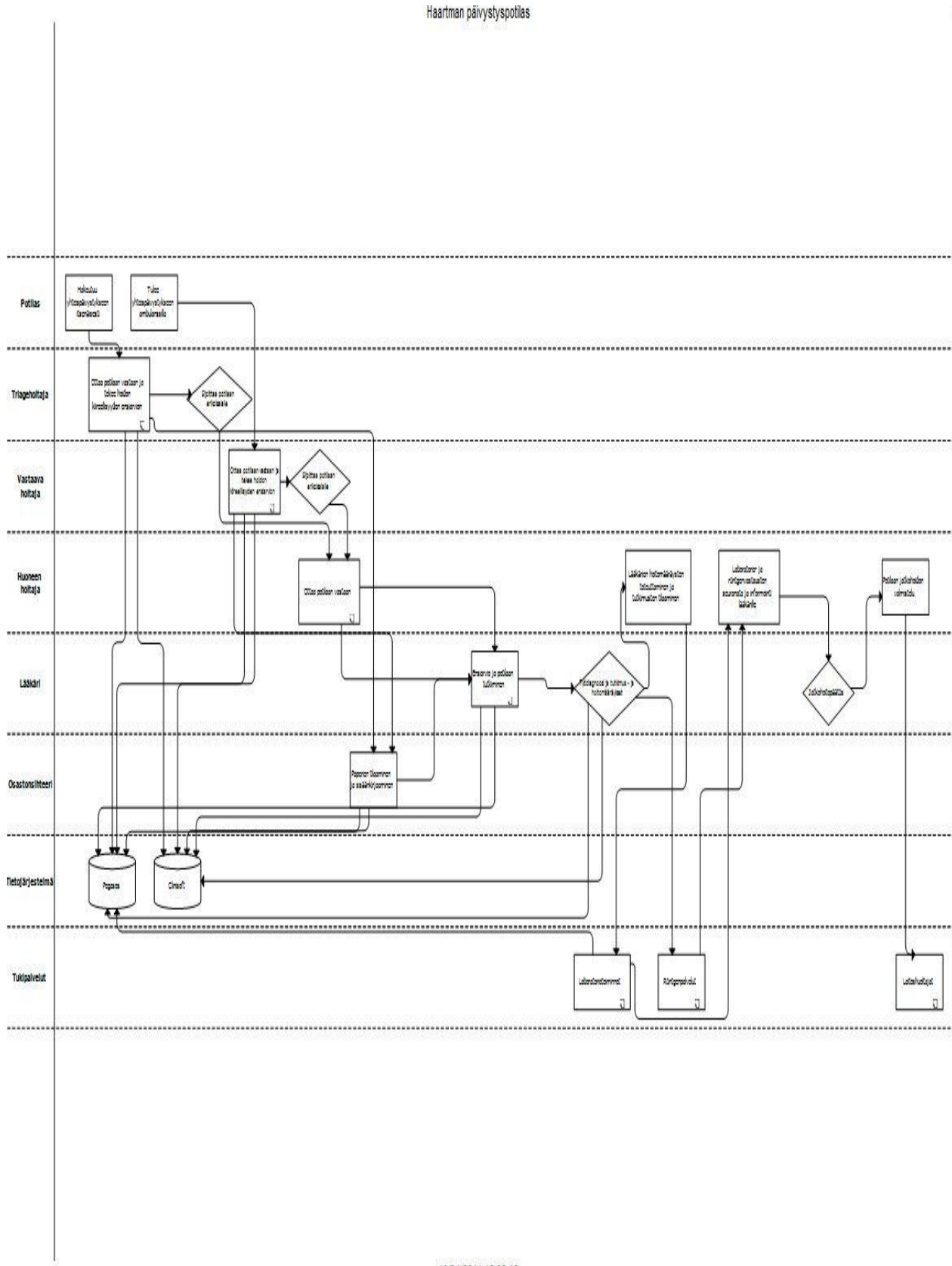
- Ylläpitää järjestystä ja turvallisuutta
- Avustaa levottomien potilaiden kanssa
- Välinehuoltaja
- Virka-aikana huolehtii välineistä

Liite 8. Hyvinkään sairaalan tulosityluettelot



Liite 9. Haartman päivystyspotilaan prosessikuvaus

Haartman päivystyspotilas



Liite 10. Koulutuspäivän ohjelma

TRIAGE HAARTMANIN PÄIVYSTYKSESSÄ
KOULUTUSPÄIVÄ TRIAGEHOITAJILLE
11.03.2011 Kokoustila Maria klo 08.00-15.30

- 08.00 Kahvi ja sämpylä
PÄIVÄN AVAUS
- 08.15 TRIAGE- KYSELYN PURKU – Timo Lukkarinen
- 09.00 POTILAAN KULKU PÄIVYSTYKSESSÄ Timo Lukkarinen
Jani Mononen
-sh-vastaanotto, yle, sis., kir. - tapauksia
- 11.30 Ruokailu
- 12.15 HAVAINTOJA JA KOKEMUKSIA TRIAGESTA – Jouni Pousi
"Triagehoitajat hoitoon pääsyn portinvartijoina"
- 14.00 Kahvi ja pulla
- 14.15 VUOROVASTAAVAN TYÖNJOHDOLLINEN ROOLI - LeenaK
- 14.45 TULEVAISUUDEN VISIOT - Terttu Törrönen ,Jani Mononen
- 15.30 Päivän lopetus

Liite 11. Haartmanin sairaalan sisäinen potilasohjaus 11.1.2011

Sairaanhoitajan vastaanotto		
Yle-päiv aukioloaikana, muuten tapauskohtaisesti		
Kurkkukipu R21 Korvakipu (kuumeeton) H01 Flunssa A03 Lievät ylähengitystieinfektiot R74 Yskä R05 Lievä allergia A92 Vatsatauti D10/D11 Katetrigongelmat U29	Nirhaumat ja haavat (ensiarvio, sekä puhdistus-, tetanus- ja liimaustarve) S18, S16 Pienet ja vanhat palovammat S14 Roska silmässä F76 tai korvassa H76 Lievät psyk. ongelmat P01 Migreeni N89 ja päänsärky N01 (, jos vain sairasloman tarve)	Epämääräinen asia A99 Tarkennettu Triage Syrjäytymisvaarassa olevien jatkohoidon järjestely Z29 Oireeton korkea RR K85 Katkolle hakeutujat P15 Sairasloma-asiat (3+2pv) Z05 Sosiaaliset ongelmat Z29

Yleislääketieteen päivystys (arki 16-22, la-su ja pyhät 8-22)	Kirurgian päivystys 24 h	Sisätautien päivystys 24h
Rintakipu (tod. näk. ei sydänperäinen) Lievät tai vanhat (pahoinpitely)vammat Itsestään kipeytynyt ylä/alaraaja Lievät nilkka- ja polvivammat (pystyy varaamaan, ei virheasentoa) Selkäkipu, lumbagot (ilman traumaa) Lievät tai pitkittyneet vatsavaivat, ummetus tms. Gynekologiset sairaudet Korvakipu (kuumeinen) Päänsärky, migreeni (lääkityksen tarve) VTI, virtsaumpi SLT epäilyt Silmäsairaudet Lievä hengenahdistus Urticaria, vyöruusu, kihti Akuutit, vakavat psyykkiset ongelmat Nenäverenvuoto Verivirtsaisuus miehellä -> Meilahti? (makrosk.)	Tuoreet traumat (alle 24h) Kipsattavat murtumat Luksaatiot ja virheasentoiset raajat Vakavat, akuutit pahoinpitelyt Isot suturoitavat haavat Alaraajaan säteilevä kova selkäkipu (tarv. vuodepaikan, hoito pitkitty) Akuutit vatsat (tarv. vuodepaikan ja sairaalaseuranta + klo 21 jälkeen vatsakipuiset) -> Meilahti? Pään ja kaulan traumat Kommootio (mikäli sairaala seur. tarve) Cystofix-irtoamiset Silmävammat, vierasesineet Akuutit ja laajat palovammat -> Töölön sairaalaa?	Rintakipu, vaikea hengenahdistus "Yleistilan lasku" ja tarkkailua, apua ja hoitoa tarvitseva huonokuntoinen vanhus Vakavat infektiot Rytmihäiriöt, mutta ei lisälyöntisyys Akuutit neurologiset oireet Äkillisesti alkanut kova päänsärky (ilman traumaa) Syvän laskimotukoksen epäily (ma-pe klo 8-15) Intoksikaatiot Vakavat allergiset reaktiot Alkoholidelirium

Ayl Timo Lukkarinen

Ol Jani Mononen