

Annemari Turpeinen, Kari Suutari & Amanda af Hällström

**ESI-TRIAGE OULUN SEUDUN YHTEISPÄIVYSTYKSESSÄ TRIAGEHOITAJIEN  
KOKEMANA**

Haastattelututkimus

# **ESI-TRIAGE OULUN SEUDUN YHTEISPÄIVYSTYKSESSÄ TRIAGEHOITAJIEN KOKEMANA**

Haastattelututkimus

Annemari Turpeinen, Kari Suutari &  
Amanda af Hällström  
Opinnäytetyö  
Syksy 2020  
Ensihoitaja AMK  
Oulun ammattikorkeakoulu

## TIIVISTELMÄ

Oulun ammattikorkeakoulu  
Ensihoidon tutkinto-ohjelma, Ensihoitaja AMK

---

Tekijä(t): Annemari Turpeinen, Kari Suutari & Amanda af Hällström  
Opinnäytetyön nimi: ESI-triage Oulun seudun yhteispäivystyksessä triagehoitajien kokemana  
Työn ohjaaja(t): Anna-Maria Ojala & Minna Vanhanen  
Työn valmistumislukukausi ja -vuosi: Syksy 2020 Sivumäärä: esim. 40 + 3 liitettä

---

Tutkimuksen tarkoituksena on kuvailla Oulun seudun yhteispäivystyksen triagehoitajien käyttökokemuksia päivystyksen uudesta triagejärjestelmästä, ESI-triagesta, sekä järjestelmän toimivuudesta. Samalla kartoitetaan ESI-triagen mahdollisia ongelmakohtia ja kehittämistarpeita. ESI-triage jakaa potilaat kiireellisyysjärjestykseen, jolloin sitä hyödyntämällä kiireelliset välitöntä hoitoa vaativat erottuvat selkeästi potilasmassasta.

Opinnäytetyö toteutettiin laadullisena tutkimuksena. Aineistonkeruumenetelmänä käytettiin teema-haastattelua. Haastattelukysymykset johdettiin teemoista, jotka muodostettiin käsiteltävästä aiheesta. Haastattelut toteutettiin yksilöhaastatteluina OSY:n tiloissa aikavälillä 7.9.2020-20.10.2020. Haastattelut nauhoitettiin ja litteroitiin mahdollisimman sanatarkasti. Saatu aineisto luokiteltiin teemojensa mukaan tutkimusongelmien- ja kysymysten mukaisesti yläluokkiin ja siitä edelleen alaluokiksi.

Tutkimuksen tulosten perusteella triagehoitajat kokevat ESI-triagen olevan hyvä työkalu potilasluokittelussa. ESI-triagen käsikirja keräsi kiitosta ja usea haastateltava kertoi turvautuvansa käsikirjaan päivittäin työssään. Negatiiviset kokemukset kohdistuivat pääasiassa perehdytyksien ja koulutuksien puutteeseen, sekä ESI-triagen noudattamisen vaihtelevuuteen triagehoitajien välillä.

Opinnäytetyön perusteella esitetään Oulun seudun yhteispäivystykselle triagehoitajien perehdytyksen ja koulutuksen lisäämistä sekä yhtenäistämistä. Perehdytyksen lisäksi triagehoitajille voidaan suunnitella kertauskoulutuksia, joita järjestetään säännöllisin väliajoin. Perehdytystä ja koulutusta parantamalla voidaan vähentää eroja ESI-triagen noudattamisessa triagehoitajien välillä. Ongelmakohtien ratkaiseminen parantaa yhteispäivystyksen triage-toimintaa, mikä johtaa potilasturvallisuuden sekä -tyytyväisyyden paranemiseen hoidon tarpeen kiireellisyyden arvioinnin kehittyessä tarkemmaksi ja sujuvammaksi.

---

Asiasanat: triage, triagehoitaja, ESI-triage, kiireellisyysluokitus, potilasluokittelu

## ABSTRACT

Oulu University of Applied Sciences  
Degree programme in Emergency Nursing

---

Authors: Annemari Turpeinen, Kari Suutari & Amanda af Hällström

Title of thesis: ESI triage in Oulu University Hospital Emergency Department experienced by triage nurses

Supervisors: Anna-Maria Ojala, Kaisa Koivisto

Term and year when the thesis was submitted: Winter 2020

Number of pages: 40 + 3

---

Emergency Severity Index, also known as ESI triage, is a tool used in the process of sorting patients to determine the urgency of their care. The goal of triage is to recognize the patients who need urgent care from those who can wait without the risk of their condition worsening. Successful triage helps in managing the limited resources in the urgent care.

The purpose of this study was to describe the user experiences of triage nurses regarding the use of the Emergency Severity Index in Oulu University Hospital Emergency department and to assess the system for additional issues.

The data presented in this study was collected through recorded semi-structured one-on-one interviews which were held in the Oulu University Hospital. The data was categorized according to recurring themes in the interviews, such as positive and negative qualities of the ESI triage system. The sample size of this study consisted of 5 triage nurses.

The results of the study indicate that the interviewed triage nurses thought that the ESI triage is an effective tool for patient classification. They also had positive feedback regarding the ESI Triage handbook. Negative experiences with the ESI triage were mostly related to external factors, such as differences in training on the usage of the ESI triage and the differences in nurses' individual commitment to the ESI triage algorithm, rather than the ESI triage system itself.

Based on the results of this study, the Oulu University Hospital Emergency Department can improve the ESI triage by improving training for triage nurses regarding the use of the ESI triage. The training should be made as uniform as possible for all nurses who receive it. Additionally, refresher courses of the ESI triage held at set intervals could be introduced. By making the training the triage nurses receive as consistent as possible and adding refresher courses, it is possible to reduce the individual differences in the commitment to the ESI triage system that stem from differences in the training or the lack thereof.

---

Keywords: triage, triage nurse, ESI triage, Emergency Severity Index, patient acuity system

# SISÄLLYS

1	JOHDANTO .....	6
2	TRIAGE PÄIVYSTYKSESSÄ.....	7
	2.1 Oulun seudun yhteispäivystys.....	7
	2.2 Triage .....	8
	2.3 Triage Oulun seudun yhteispäivystyksessä .....	11
3	OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS, TAVOITTEET JA TEHTÄVÄT .....	13
4	OPINNÄYTETYÖN TOTEUTUS.....	14
	4.1 Laadullinen tutkimus.....	14
	4.2 Tutkimukseen osallistuvien valinta.....	15
	4.3 Teemahaastattelu aineistonkeruumenetelmänä .....	16
	4.4 Aineiston sisällön analyysi.....	18
5	TULOKSET .....	21
	5.1 Positiiviset kokemukset .....	21
	5.2 Negatiiviset kokemukset.....	22
	5.3 Muutostarpeet.....	27
	5.4 Triagehoitajan tärkeimmät ominaisuudet.....	29
6	POHDINTA .....	31
	6.1 Tekoprosessi.....	31
	6.2 Luotettavuus ja eettisyys .....	32
	6.3 Johtopäätökset ja tulosten tarkastelu .....	33
	6.4 Jatkotutkimusehdotukset.....	37
	LÄHTEET.....	38
	LIITTEET .....	41

# 1 JOHDANTO

ESI-triage on Yhdysvalloissa vuonna 1998 kehitetty triagemalli, jota käytetään potilasluokittelussa. Luokittelun perustana on tunnistaa hätätilapotilaat sekä riskipotilaat, huomioiden myös potilaan hoitamiseen tarvittavat resurssit. Oulun seudun yhteispäivystyksessä ESI-triage on otettu käyttöön vuonna 2018, ja sitä käytetään sekä ensihoidon tuomien potilaiden että päivystykseen itsenäisesti saapuvien potilaiden hoidon tarpeen arviointiin. ESI-triagen tekevät siihen koulutetut triagehoitajat. (Kallankari 2016, viitattu 5.1.2019) Tämä opinnäytetyö käsittelee triagehoitajien käyttäjäkokemuksia ESI-triagesta ensihoidon tuomien potilaiden hoidon tarpeen arvioinnissa, johon viitataan opinnäytetyössä termillä ensihoitotriage sen erottamiseksi päivystykseen itsenäisesti saapuvien potilaiden triagesta.

Koska ESI-triage on Oulun seudun yhteispäivystyksessä suhteellisen uusi toimintamalli, ei sen toimivuutta yhteispäivystyksen ensihoitotriagessa ole vielä tutkittu. Tutkimus on tarpeen, jotta uuden toimintamallin mahdollisiin ongelmakohtiin voidaan puuttua varhaisessa vaiheessa. Muualla Suomessa hoidon tarpeen kiireellisyyden arviointia sen käyttäjien näkökulmasta on tutkittu aiemmin Peijaksen ja Kymenlaakson sairaaloissa opinnäytetyön aiheena (Aalto & Leino 2008, viitattu 5.1.2019).

Opinnäytetyön tarkoituksena on kuvata, millaisena uusi triagemalli on koettu, sekä kartoittaa sen mahdollisia ongelmakohtia ja kehittämistarpeita. Tuloksia voidaan käyttää ensihoitotriagen toiminnan parantamiseen Oulun seudun yhteispäivystyksessä, mikä johtaa potilasturvallisuuden ja -tyytyväisyyden paranemiseen. Tulosten saavuttamiseksi asetetut tutkimustehtävät ovat triagehoitajan työkuvaan perehtyminen, käyttäjäkokemusten kerääminen ESI-triagesta ja kehistystarpeiden selvittäminen.

Opinnäytetyö on toteutettu tutkimusluontoisesti ja sitä varten kerätty aineisto on saatu haastattelemalla Oulun seudun yhteispäivystyksen triagehoitajia puolistrukturoidulla haastattelumenetelmällä.

## 2 TRIAGE PÄIVYSTYKSESSÄ

### 2.1 Oulun seudun yhteispäivystys

Oulun seudun yhteispäivystys sijaitsee Oulun yliopistollisessa sairaalassa ja ottaa vastaan potilaita ympärivuorokautisesti tarjoten perusterveyshuollon ja erikoissairaanhoidon palvelutason hoitoa (Pohjois-pohjanmaan sairaanhoitopiiri 2020, viitattu 12.1.2020). Suomi on jaettu 20:een sairaanhoitopiiriin, jotka muodostavat edelleen erityisvastuualueet eli erva-alueet yliopistollisten sairaaloiden mukaan. Oulun yliopistollinen sairaala muodostaa viidestä erva-alueesta maantieteellisesti laajimman alueen, joilta vastaanottaa potilaita: OYS erva –alueeseen kuuluu Pohjois-Pohjanmaan, Kainuun, Keski-Pohjanmaan, Länsi-Pohjan ja Lapin sairaanhoitopiiri. (Kuntaliitto.fi 2020, viitattu 7.12.2020.)

Oulun yliopistollisessa sairaalassa yhteispäivystyksessä toimii sekä perusterveydenhuollon että erikoissairaanhoidon laajan palvelutason päivystys. Päivystyshoito on hoitoa, jonka on oltava saatavilla vuorokauden ympäri ja hoitoon tulee pääsääntöisesti päästä alle 24 tunnin kuluessa. Päivystyshoito kattaa kaikki hoidot päivystys- ja sairaaloiden poliklinikat, sekä terveysasemien päiväpäivystykset. Yleisesti ottaen päivystyksessä hoidetaan potilaita, joiden hoitoa ei voi siirtää aiheuttamatta oireiden pahenemista tai vamman vaikeutumista. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2010, viitattu 17.11.2019.)

Potilaita saapuu itse kävelevien potilaiden ovesta, josta heidät ohjataan triagehoitajalle, joka suorittaa potilaiden luokituksen. Ensihoidon tuomille potilaille on erillinen ovi, mutta eteneminen tapahtuu samalla tavalla kuin kävelevien kohdalla: triagehoitaja luokittelee jokaisen ensihoidon tuoman potilaan ja asettelee kiireellisyysjärjestykseen, sekä ohjaa joko perusterveyden- tai erikoissairaanhoidon puolelle. Mikäli potilasluokittelun perusteella potilaan terveysongelma ei vaadi välitöntä hoitoa ja pystyy odottamaan hoitoon pääsyä, hän saa puhelimen kautta terveysneuvontaa ja tarvittaessa ohjataan oman terveyskeskuksensa palvelun piiriin. (PPSHP 2020, viitattu 7.12.2020.)

## 2.2 Triage

Triage-termi tulee ranskan sanasta "trier", joka tarkoittaa lajittelua, järjestämistä, erottelua ja valikoimista. Käytännössä triage tarkoittaa potilasryhmittelyä tai -luokittelua (Syväoja & Äijälä 2009, 94) tai potilaan hoidon tarpeen ja -kiireellisyyden arviota. (Kuisma, Holmström, Nurmi, Porthan & Taskinen 2018, 102). Triage kehitettiin alun perin sodassa rajallisten hoitoresurssien tehokkaaseen jakamiseen haavoittuneille sotilaille (Iserson & Moskop 2007, 282-287). Triage-toimintamallin kehitys päivystyspoliklinikoiden käyttöön alkoi Yhdysvalloissa 1960-luvulla. Kun päivystyksen potilasmäärät kasvoivat, oli luotava kriteerit sille, ketkä potilaista vaativat välitöntä hoitoa, ja ketkä pystyvät odottamaan. Suomessa triage-toimintaa on alettu systemaattisesti toteuttamaan vasta 2000-luvulla. (Kuisma ym. 2018, 103).

Triagen ensisijainen tarkoitus on tunnistaa potilaat, jotka tarvitsevat välitöntä hoitoa, sekä potilaat, joiden kliininen tila ja hoidon ennuste voivat heiketä odottamisen vuoksi. (Kuisma ym. 2018, 103). Triagen idea ei ole se, että joitakin potilaita ja heidän oireitaan pidettäisiin vähempiarvoisina kuin toisia, vaan se, että jokainen potilas saisi oikeaa hoitoa oikeaan aikaan. Kaikki hoitoa tarvitsevat pyritään hoitamaan tietyn aikavälin sisällä. Mikäli päivystyspoliklinikka on yhteispäivystys, jossa toimii sekä yleislääkäripäivystys että erikoissairaanhoitotasoinen erikoislääkäripäivystys, on triagen tehtävänä myös tunnistaa erikoissairaanhoitoa tarvitsevat potilaat. (Syväoja & Äijälä 2009, 95).

Triagen perusteella potilaat ohjataan hoituhuoneisiin heidän tarvitsemansa hoidon ja valvonnan mukaan, huomioiden myös sen, pystyvätkö he istumaan vai tarvitsevatko he vuodelepoa. Triagen avulla pystytään myös seulomaan potilaat, jotka eivät tarvitse kiireellistä päivystyshoitoa. Kiireetöntä hoitoa tarvitsevat potilaat voidaan ohjata päivystyksestä omalle terveysasemalle. Mikäli potilas ei tarvitse lainkaan hoitoa, hänet voidaan lähettää kotiin, tarvittaessa kotihoito-ohjeiden kanssa. (Kuisma ym. 2018, 102-103). Onnistunut triage vähentää täten päivystyksen kuormitusta ja vapauttaa resursseja sekä tiloja niitä enemmän tarvitseville potilaille. (Syväoja & Äijälä 2009, 94).

Päivystyspoliklinikalla potilasta vastaanottamassa ja potilasluokittelua tekemässä on tehtävänsä koulutettu tai perehdytetty sairaanhoitaja eli triagehoitaja. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2010, viitattu 17.11.2019.) Triagehoitajan tehtävänä on selvittää potilaan tulosyy ja kliininen tila, sekä varmistaa potilaan henkilöllisyys, mikäli se on mahdollista. Tilanarvio triagessa on yleensä nopea ensiarvio, jota voidaan täydentää mittaamalla potilaan happisaturaatio, verenpaine ja lämpö. Lisäksi huomioidaan potilaan oireet ja löydökset sekä muut esitiedot, kuten perussairaudet ja lääkitys.



Vammapotilaalta selvitetään myös vammamekanismi, -energia ja -löydökset. (Kuisma ym. 2018, 102.)

Ensihoitohenkilökunnan päivystyspoliklinikalle tuoman potilaan triage on lähtötilanteeltaan erilainen päivystykseen omatoimisesti saapuneen potilaan triagesta, sillä ensihoidon tuomalle potilaalle on jo tehty täsmennetty tilanarvio ensihoitohenkilökunnan toimesta. Ensihoito voi jättää potilaan kuljettamatta, mikäli heidän toteuttamansa tilanarvion mukaan potilaalla ei ole tarvetta päivystykselliselle hoidolle. (Kuisma ym. 2018, 60-61, 102.) Mikäli ensihoito kuljettaa potilaan, voidaan lähtökohtaisesti olettaa, että potilas tarvitsee päivystyksellistä sairaalahoitoa.

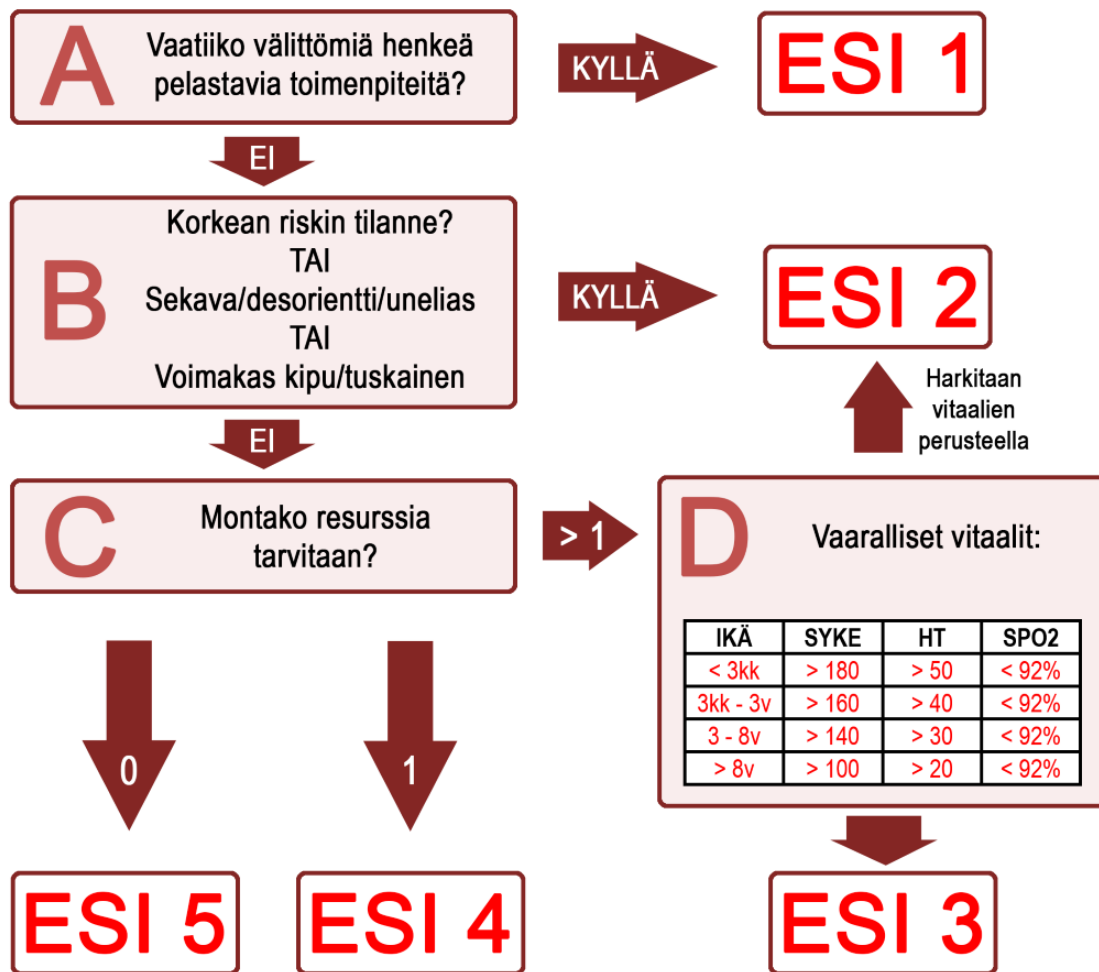
Lähtötilanteen lisäksi ensihoidon tuomasta potilaasta voi olla sähköinen ensihoitokertomus, johon triagehoitaja pystyy perehtymään jo ennen potilaan saapumista päivystyspoliklinikalle. Triagehoitajalla voi tällöin hyödyntää omassa arviossaan tarkempaa tietoa potilaasta, kuten sydänfilmiä. Ensihoidon antama hoito on voinut myös vaikuttaa potilaan tilaan siten, ettei hänellä päivystyspoliklinikalle saapuessa ole peruselintoiminnan häiriötä. Ensihoitotriagessa triagehoitajan onkin tärkeää huomioida myös potilaan lähtötilanne. (Kuisma ym. 2018, 102.)

Emergency Severity Index eli ESI-triage on yksi triagemalleista, joka on laajalti käytössä ympäri maailmaa. Se koostuu viisiportaisesta luokittelusta, jossa huomioidaan kliinisen tilan ja oireiden lisäksi hoitamiseen tarvittavia resursseja. Resursseilla tarkoitetaan muun muassa erilaisia toimenpiteitä, laboratoriotutkimuksia, kuvantamismenetelmiä, suonensisäistä lääke- ja nestehoitoa, erikoislääkärien konsultaatiota jne. (Kuisma ym. 2018, 103-104.) ESI-triagessa jaotellaan potilaat viiteen eri kiireellisyysryhmään seuraavien kysymysten perusteella:

1. Tarvitseeko potilas välittömiä peruselintoimintoja ylläpitäviä toimenpiteitä?
2. Onko korkean riskin tilanne? Tajunnan tason laskua? Kovia kipuja?
3. Montako resurssia potilaan hoito vaatii: usean, yhden vai ei ollenkaan?
4. Onko potilaan peruselintoiminnassa häiriötä?

(Eitel, D. R., Travers, D.A., Rosenau A.M., Gilboy, N.& Wuerz, R.C. 2003, viitattu 7.12.2020.)

KUVIO 1 ESI-triage



Ensimmäiseen ryhmään eli ESI 1 -ryhmään kuuluvat hätätilapotilaat: vakavan peruselintoiminnan häiriön vuoksi hoito tulee aloittaa välittömästi, ja he tarvitsevat välittömiä peruselintoimintaa ylläpitäviä hoitotoimenpiteitä. Tällaisia potilaita ovat esimerkiksi vakava hengitysvajaus, jonka vuoksi potilas tarvitsee noninvasiivista ventilaatiota hengityksensä tukemiseksi tai potilaan hengitystiet on turvattu intubaatiolla. (Kuisma ym. 2018, 103-104)

ESI 2 -ryhmän potilaat ovat riskipotilaita eli heillä on suuri riski tilan heikkenemiselle tai vamman pahenemiselle, mutta eivät ensimmäisestä ryhmästä poiketen tarvitse välittömiä peruselintoimintoja ylläpitäviä toimenpiteitä. ESI 2 -ryhmään kuuluvat myös potilaat, joilla on poikkeavia löydöksiä peruselintoiminnoissa, esimerkiksi hengitystaajuus yli 20/min, potilas kokee tarpeettoman kovaa kipua tai uutena oireena ilmenee sekavuutta tai voimakasta ahdistuneisuutta. (Kuisma ym. 2018, 103-104)

ESI 3 -ryhmän potilailla ei ole peruselintoiminnanhäiriöitä, eikä odottaminen tule pahentamaan oireita tai vammaa, mutta tarvitsevat päivystyksessä useita toimenpiteitä. ESI 4 ja 5 -ryhmien potilaat tarvitsevat 0-1 resurssia ja heidät voidaan hoitaa nopean hoidon linjan menetelmällä (FAST TRACK) tai osa voidaan ohjata esimerkiksi perusterveyden huollon päivystykseen. (Kuisma ym. 2018, 103-104)

ESI-triage on Suomessa uusi potilasluokittelumenetelmä, sillä ensimmäisenä Suomessa Tampereen yliopistollinen sairaala on ottanut sen käyttöön vuonna 2007. Tämän vuoksi Suomessa tuotettuja tutkimuksia aiheesta on vähän. USA:ssa ja Kanadassa on tutkittu laajasti ESI-triagen luotettavuutta ja oikeellisuutta, sekä verrattu muihin potilasluokittelualgoritmeihin todeten tuhansia potilaita sisältävien tutkimusten perusteella ESI-triagen ennustaa tehokkaasti sairaalahoitoon päättämisen, päivystyksessä odotteluajan ja kuolleisuuden. (Gilboy, N., Tanabe, P., Travers, D.A., Rosenau, A.M. & Eitel, D.R. 2005, viitattu 7.12.2020.)

USA:ssa tuotetussa tutkimuksessa tutkittiin ESI-triagen luotettavuutta ja tutkimuksen tulosten mukaan kokemukset olivat positiivisia: triagehoitajat kokivat ESI-triagen helpommaksi ja hyödyllisemmäksi työkaluksi kuin aiemmin käytössä olleet algoritmit. Verrattuna aiempaan kolmiportaiseen potilasluokitteluvälineeseen, ESI-triage on tutkitusti luotettavampi: kolmen portaan mallissa tutkimukseen osallistuneet triagehoitajat luokittelivat saman potilaan kaksi kertaa ja hyvin harvoin luokittelutulos oli sama. ESI-triagea tutkiessa todettiin lääkäreiden ja triagehoitajien luokitelleen 80 % potilastapauksista samaan ESI-luokkaan kuuluviksi. (Wuerz, R., Milne, L., Eitel, D., Travers, D. & Gilboy, N. 2000, viitattu 7.12.2020.) ESI-triagen toiminallisia heikkouksia ei tutkimuksen mukaan sairaaloista ilmoitettu, mutta heikkouksiin liitetään esimerkiksi ESI-triagen tekemiseen kulunut pidentynyt aika, sekä luokittelun toteuttajien hämmennys ESI-luokkien eroista. Näihin pystytään kuitenkin vaikuttamaan henkilöstön koulutuksella. (Eitel, D. R., Travers, D.A., Rosenau A.M., Gilboy, N. & Wuerz, R.C. 2003, viitattu 7.12.2020.)

### **2.3 Triage Oulun seudun yhteispäivystyksessä**

Tällä hetkellä Oulun seudun yhteispäivystyksessä on käytössä ESI-triage, joka otettiin käyttöön 1.1.2018. ESI-triagen yhteydessä käyttöön otettiin uusi triagehuone, jossa potilaan hoidon tarpeen arvioiva triagehoitaja ja potilaan sisälle kirjaava sihteeri työskentelevät rinnakkain. Triagehoitajat valittiin henkilökohtaisen halukkuuden ja soveltuvuuden perusteella. Vaatimuksena oli lisäksi

vähintään kolmen vuoden työkokemus ensihoidosta tai päivystyksestä. (Kallankari 2016, viitattu 19.11.2019). Omatoimisesti päivystykseen saapuville potilaille ja ensihoidon tuomille potilaille on Oulun seudun yhteispäivystyksessä erilliset sisäänkäynnit. Työvuorossa on yksi triagehoitaja omatoimisesti saapuville potilaille, ja yksi triagehoitaja ensihoidon tuomille potilaille. Tavoitteena on, että työvuorossa kaikki samalla tavalla saapuvat potilaat kulkevat saman triagehoitajan kautta, jotta voidaan varmistaa hoidon tarpeen ja kiireellisyyden arvion tasalaatuisuus. (Kallankari 2016, viitattu 19.11.2019).

### 3 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS, TAVOITTEET JA TEHTÄVÄT

Tutkimuksen tarkoituksena on kuvailla Oulun seudun yhteispäivystyksen triagehoitajien käyttökemuksia päivystyksen uudesta triagejärjestelmästä, ESI-triagesta, sekä järjestelmän toimivuudesta. Samalla kartoitetaan ESI-triagen mahdollisia ongelmakohtia ja kehittämistarpeita.

Opinnäytetyö tuottaa toimeksiantajalle tietoa siitä, onko ensihoitotriagen uudistus Oulun seudun yhteispäivystyksessä ollut hyödyllinen, sekä osoittaa sen mahdolliset käytännön kehittämistarpeet. Kun kehittämistarpeet on kartoitettu, voidaan niitä alkaa työstämään. Ongelmakohtien ratkaiseminen parantaa yhteispäivystyksen triage toimintaa, mikä johtaa potilasturvallisuuden sekä -tyytyväisyyden paranemiseen hoidon tarpeen kiireellisyyden arvioinnin kehittyessä tarkemmaksi ja sujuvammaksi. Onnistunut kiireellisyysluokittelu takaa, että hoito saadaan ensin sitä kiireellisimminkin tarvitseville. Työssä kerättyä tietoa voidaan hyödyntää jatkossa yhteispäivystyksen triagehoitajien koulutuksessa sairaalan sisällä. Koulutuksessa voidaan jatkossa huomioida tutkimuksessa huomatu kehittämistarpeet, mikä edesauttaa niiden ratkaisemista.

Tutkimustehtävänäimme on vastata kysymyksiin:

1. Millainen on triagehoitajan työnkuva?
2. Millaisena Oulun seudun yhteispäivystyksen uusi ensihoitotriagemalli on koettu?
3. Mitä kehitettävää nykyisessä ensihoitotriagemallissa on?

Triagehoitajan rooli on ensihoitotriageissa keskeinen, ja sen osalta kartoitetaan triagehoitajien koulutus sekä vastuutehtävät päivystyksessä. Kokemukset Oulun seudun yhteispäivystyksen uudesta ensihoitotriagemallista antavat kuvan siitä, nähdäänkö uusi malli hyödyllisenä ja toimivana. Kehitystarpeiden kartoittamisella haetaan uuden mallin mahdollisia ongelmakohtia, esimerkiksi hoidon tarpeen arvioinnin haasteita tai aikapaineita.

## 4 OPINNÄYTETYÖN TOTEUTUS

### 4.1 Laadullinen tutkimus

Tutkimus on kvalitatiivinen eli laadullinen. Opinnäytetyön tilaajana toimii Oulun yliopistollisen sairaala ja yhteyshenkilönämme yhteispäivystyksen ja tarkkailuosaston osastonhoitaja Eija Marin-Pekkala. Laadullisen eli kvalitatiivisen tutkimuksen tarkka määrittelyminen on vaikeaa, sillä ei ole vain yhtä tapaa tutkia: nimestään huolimatta laadullinen tutkimus ei ole aina täysin aineistolähtöistä, vaan voi muistuttaa teorialähtöistä tutkimustyyliä, määrällistä eli kvantitatiivista tutkimusta. (Saaranen-Kauppinen & Puusniekka 2006, viitattu 8.1.2020.) Laadullisessa tutkimuksessa pyritään ymmärtämään tutkittavan kohteen laatua, ominaisuuksia ja merkityksiä (Jyväskylän yliopisto 2015, viitattu 8.1.2020). Laadullinen tutkimus antaakin mahdollisuuden saada tutkittavasta ilmiöstä syvällinen näkemys. Tutkittava ilmiö on tarkoitus kuvata, ymmärtää ja tulkita. (Kananen 2014, 17–18.)

Laadullisessa tutkimuksessa tutkijalla ei yleensä ole tutkimuksen aiheesta ennako-oletuksia, eikä tutkimuksen tarkoitus ole testata jotakin tiettyä teoriaa tai sen toimivuutta. (Saaranen-Kauppinen & Puusniekka 2006, viitattu 8.1.2020.) Tutkimuksen tarkoitus on luoda uusia hypoteeseja esimerkiksi myöhempää määrällistä eli kvantitatiivista tutkimusta varten. (Eskola & Suoranta 1998, 19–20.) Laadulliselle tutkimukselle tyypillisiä aineistonkeruumenetelmiä ovat mm. haastattelut, elämänkerat ja havainnointi. Otanta on usein harkinnanvaraista tai teoreettista ja aineistokoot ovat suhteellisen pieniä. (Saaranen-Kauppinen & Puusniekka 2006, viitattu 8.1.2020.) Tutkimus tehdään ilmiön luonnollisessa ympäristössä, oikeassa kontekstissaan (Kananen 2014, 18–19).

Laadullinen tutkimus määräytyi opinnäytetyön tutkimusmuodoksi, sillä tutkimuksemme tarkoituksena on kuvailla triagehoitajien kokemuksia, joiden pohjalta muodostamme tutkimusongelmiin pohjautuen päätelmiä ja johtopäätökset. Kokemukset ovat subjektiivisia ja vaihtelevat eri ihmisten välillä. (Kylmä, J., Vehviläinen-Julkunen, K. & Lähdevirta, J. 2003, viitattu 7.12.2020.) OYS:ssa ei ole aiemmin tehty ESI-triageen liittyvää tutkimusta, joten tutkimusprosessi on hyvin aineistolähtöistä eli induktiivista, mikä liitetään usein laadulliseen tutkimukseen. (Saaranen-Kauppinen & Puusniekka 2006, viitattu 7.12.2020.)

## 4.2 Tutkimukseen osallistuvien valinta

Laadullisen tutkimuksen aineiston ja haastateltavien valintaan vaikuttaa tutkimuksen näkökulma eli halutaanko aineistoon tutkimukseen tutkittavien omia kokemuksia vai aineistoa, josta on olemassa eriäviä mielipiteitä. Laadulliselle tutkimukselle tyypillistä on siis harkinnanvaraisuus ja tarkoituksenmukaisuus. Harkinnanvaraisuus tarkoittaa sitä, että tutkittavat valitaan tutkijan asettamien kriteerien mukaan, esimerkiksi työkokemuksen perusteella. Tarkoituksenmukaisuudella tarkoitetaan, että millaista aineistoa on mahdollista saada ja miltä aineisto vaikuttaa analyysin kannalta. (Saaranen-Kauppinen & Puusniekka 2006, viitattu 9.1.2020.)

Opinnäytetyössämme halusimme kerätä triagehoitajien omakohtaisia kokemuksia ESI-triagen käytöstä työkaluna potilasluokittelussa. Oleellista oli siis valita haastateltavaksi mahdollisimman kokeneita triagehoitajia, jotka ovat käyttäneet ESI-triagea työkaluna jo jonkin aikaa. Oulun yliopistollisen sairaalan päivystyksessä työskentelee noin 40 triagehoitajaa. Kvalitatiivisessa tutkimuksessa ei ole tarkkoja säädöksiä haastateltavien lukumäärien riittävydestä. Aineiston määrän ei välttämättä tarvitse olla laaja, vaan jopa yksi haastattelu voi tilannekohtaisesti riittää. Tutkimukseemme halusimme kuitenkin kerätä useampien henkilöiden näkökulmia. Ottaen huomioon rajalliset resurssimme etenkin ajan suhteen, ei kaikkien Oulun yliopistollisen sairaalan päivystyksessä työskentelevien triagehoitajan haastattelu olisi ollut kuitenkaan mahdollista. Yhden haastattelutunnin purkaminen voi viedä 6–12 tuntia litteroinnin tarkkuudesta riippuen.

Sen vuoksi päätimme rajata määrän vähintään kahdeksaan triagehoitajaan, joka olisi 20 % kaikista Oulun yliopistollisen sairaalan päivystyksessä työskentelevistä triagehoitajista. Mikäli yksi haastattelu kestää tunnin, vaatisi kaiken litteroinnin tekeminen 48–96 tuntia, mikä olisi sovitettavissa aikataulumme. (Saaranen-Kauppinen & Puusniekka 2006, viitattu 6.2.2020.) Kuitenkin Opinnäytetyön ja haastattelujen ajankohta osoittautuivat haastavaksi vallitsevan COVID-19 –tilanteen vuoksi, mikä oli osaltaan vaikuttamassa opinnäytetyön aikataulujen venymiseen ja haastateltavien lukumäärään. Haastatteluja toteutui lopulta viisi.

Osastonhoitaja toimi yhteyshenkilönä opinnäytetyöntekijän ja triagehoitajien välillä. Hänen välityksellään tapahtui ensimmäinen yhteydenotto triagehoitajiin esittelykirjeen muodossa, jossa ilmeni opinnäytetyön tarkoitus ja toteutus. Esittelykirjeen lopussa tutkimukseen osallistuvat pystyivät antamaan tietoisesti suostumuksen tutkimukseen osallistumiseen. Tämän jälkeen yhteydenpito tapahtui suoraan haastateltavan kanssa sopivan haastattelu-aikataulun sopimiseksi.

### 4.3 Teemahaastattelu aineistonkeruumenetelmänä

Haastattelu on yksi suosituimpia tiedonkeruumuotoja, jota käytetään tutkimusaineiston saamiseksi. Haastattelutyylejä on useita ja tutkimuksen luonne vaikuttaa haastattelutyylin valintaan. Puolistrukturoitu haastattelu on vapaampi kuin strukturoitu, jossa keskustelu on rajattu tarkalla aihepiirillä vastausvaihtoehtoinen, mutta avointa haastattelua rajoitetumpi, jossa aiheita ei ole rajattu ja tavoitteena on luoda vapaata keskustelua haastateltavan ja haastattelijan välille. (Saaranen-Kauppinen & Puusniekka 2006, viitattu 9.1.2020.) Kaikilta haastateltavilta kysytään samat kysymykset samassa järjestyksessä, mutta vastausvaihtoehtoja ei ole rajattu. Teemahaastattelu on sovellus puolistrukturoidusta haastattelumenetelmästä, jonka tarkoituksena on jakaa haastatteluaiheet eri teemoihin: haastattelussa on tietyt aihepiirit, jotka perustuvat teoreettiseen analyysiin, mutta ovat silti avoimia kysymyksiä. (Hirsjärvi & Hurme 1980, 49–51.) Haastattelussa ei ole siis tarkkoja ja yksityiskohtaisia kysymyksiä, vaan haastattelijä muodostaa kysymykset teemojen perusteella. Kysymykset ovat kaikille samat, mutta esimerkiksi kysymysten järjestyksellä ei ole väliä: haastattelun on tarkoitus toimia keskustelunomaisesti ja antaa haastateltaville tilaa puhua omin sanoin. (Eskola & Vastamäki, 1998. 27–29.) Teema-alueet sallivat aiheeseen syventymisen ja jatkamisen itse konkreettisia kysymyksiä pidemmälle. Teemahaastattelulle tyypillisesti haastateltavien lukumäärä on muihin haastattelutyyppeihin verrattuna pieni ja vaatii haastattelijalta suurta panostusta aiheeseen perehtymiseen, jotta aiheeseen syventyminen luonnistuisi. (Hirsjärvi & Hurme 1980. 52, 56.)

Haastattelun tavoitteena on saada aikaan keskustelua haastateltavan ja haastattelijan välille. Tämä onnistuu, mikäli molemmat ymmärtävät hoitoalalla käytettävää sanastoa, sekä tietämys aiheesta on riittävää. Näin vältetään haastattelun kielelliset ongelmat, eikä synny väärinymmärtämistä. (Hirsjärvi & Hurme 1980, 62). Tavoitteena on tehdä haastattelutilanteesta keskustelunomainen rennolla ilmapiirillä, mutta teemojen avulla ohjata keskustelu haluamaamme suuntaan (Saaranen-Kauppinen & Puusniekka 2006, viitattu 5.9.2019).

Aineisto kerättiin haastatteleamalla triagehoitajia heidän työnkuvastaan, triagehoitajien tärkeimmistä ominaisuuksista, saamastaan koulutuksesta tai perehdytyksestä, ESI-triagen käyttökokemuksista, sekä sen käytännöllisistä ja kehitettävistä puolista. Koska opinnäytetyön tarkoitus on kerätä triagehoitajien kokemuksia koskien ESI-triagen käyttöä, strukturoitu haastattelumetodi sulkeutui pois. Liiallisen tarkkoilla kysymyksillä ja valmiilla vastausvaihtoehdoilla ei olisi välttämättä olisi saatu riittävän laajoja vastauksia. Täytettävä vastauslomake olisi karsinnut paljon vastaajia pois, sillä kyselyt lähetettäisiin triagehoitajien työ sähköpostiin, jolloin heillä on rajallisesti aikaa ja jaksamista



vastausten laatimiseen. Jotta ajallisesti vastausaika olisi riittävän lyhyt ja miellyttävä vastata, olisi vastauslomakkeet vaatineet enimmäkseen kyllä/ei-kysymyksiä tai valmiit vastausvaihtoehdot. Kokemuksista puhuttaessa tällaiset kysymykset olisivat olleet liian johdattelevia, eikä olisi saatu riittävästi perusteluja tai konkreettisia esimerkkejä, joiden mukaan kokemukset ovat muodostuneet. Haastattelussa tarkoitus oli lisäksi ottaa opiksi Helsingissä tehdystä opinnäytetyöstä (Aalto & Leino 2008, viitattu 1.6.2019), jossa tekijät olivat käyttäneet avointa haastattelua ja kokeneet, etteivät haastattelutyypin vuoksi olleet saaneet riittävästi vastauksia kysymyksiinsä. Teemahaastattelussa kysymykset ovat kaikille samat ja riittävän avoimet, jotta avoin keskustelu olisi mahdollista rajaten kuitenkin aihepiiriä, jolloin kysymyksiin saadaan suoria vastauksia.

Haastattelua varten teimme haastattelurungon (Liite 1). Jokaisessa haastattelussa paikan päällä toimi vähintään yksi haastattelija. Koronatilanteen ja sairastumisien vuoksi haastattelijan tukena toiminut kirjaaja oli yhdessä haastattelussa mukana paikan päällä ja muut haastattelut tapahtuivat etäyhteydellä. Teemojen määrittämiseksi kuvasimme opinnäytetyön peruskäsitteitä, joita ovat muun muassa triagehoitaja, koulutus, ESI-triage, kokemukset, jotka voidaan jakaa positiivisiin ja negatiivisiin, sekä kehittämistarpeet (Hirsjärvi & Hurme 1980, 55). Triagehoitajien haastattelua varten järjestimme osastonhoitajan avustuksella yksityiset tilat yhteispäivystyksen tiloista. Tavoitteena oli, että haastatteluun osallistuminen ei häiritsisi haastatteluun osallistuvien työskentelyä huomattavasti, ja että saapuminen haastatteluun olisi mahdollisimman helppoa. Haastattelut tehtiin triagehoitajien työajalla.

Tyypillisesti teemahaastattelussa aineiston määrä on runsas, mikä haastaa tutkijoita aineiston analysoimisessa (Hirsjärvi & Hurme 1980, 123). Haastattelut nauhoitettiin, ja sen jälkeen litteroitiin, eli muutetaan kirjalliseen muotoon mahdollisimman sanatarkasti. Litterointi voidaan tehdä eri tarkkuudella ja eri tasoilla. Tarkimmillaan litteroinnissa huomioidaan äänenpainot, tauot ja eleet, sekä pienimmätkin äännähdykset. Useimmiten litterointiin riittää karkeampi taso, jossa kirjataan sanoman ydinsisältö. Teemahaastattelussa tiivistäminen tapahtuu vasta analyysivaiheessa. (Kananen 2014, 101–102.) Tässä tutkimuksessa käytämme peruslitterointia. Peruslitterointia käytetään pääsääntöisesti silloin, kun analysoidaan puheen asiasisältöä. Peruslitteroinnissa puhe litteroidaan sanatarkasti, mutta pois jätetään täytesanat, äännähdykset, kesken jääneet sanat, toistot ja selvästi aiheeseen liittymättömät puheet. (Tietoarkisto 2020, viitattu 29.10.2020.)

#### 4.4 Aineiston sisällön analyysi

Sisällön analyysillä tarkoitetaan kerätyn aineiston läpikäyntiä ja luokittelua esimerkiksi teemojen perusteella. Aineisto käydään huolellisesti läpi ja sitä tarkastellaan muodostettujen tutkimustehtävien pohjalta. (Saaranen-Kauppinen & Puusniekka, 2006, viitattu 12.1.2020.) Kvalitatiivisen analyysin kulkua kuvataan spiraalin muotoiseksi eli aineiston analyysi tapahtuu kvalitatiivisessa tutkimuksessa jo aineiston keräämisen aikana. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 1997, 223–224.)

Kvalitatiiviselle tutkimukselle on tyypillistä induktiivisen eli aineistolähtöisen tutkimusotteen käyttäminen. Tavoitteena on tarkastella kerättyä aineistoa yksityiskohtaisesti ja monitahoisesti ilman ennako-oletuksia. Laadulliselle tutkimukselle tavallisimpia analyysimenetelmiä ovat mm. teemoittelu, tyypittely, sisällönerittely ja keskusteluanalyysi. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 1997, 164.)

Kerätty aineisto litteroitiin eli kirjattiin mahdollisimman tarkasti, minkä jälkeen se luokiteltiin haastattelukysymysten muodostamien teemojen perusteella. Luokittelussa aineistossa esiintyvät samaa tarkoittavat tai yhteisen elementin jakavat asiat yhdistettiin toisiinsa eri tasoihin luokkiin. Luokat muodostettiin induktiivisesti, eli haastattelussa esiin nousseiden ilmaisujen perusteella. Luokkia muodostaessa huomioitiin myös tutkimusongelma ja tutkimuskysymykset. (Kananen 2014, 103–107, 113.) Käytännössä litteroidusta aineistoista poimittiin erikseen suoralainauksia, jotka pelkistettiin niiden keskeiseen sanomaan. Toistuvasti esiin noussevat keskeiset aiheet ryhmiteltiin, ja niistä muodostettiin alaluokat. Toistuvasti esiin nousseita aiheita alaluokkatasolla olivat esimerkiksi ESI-triagen luotettavuus työkaluna ja koulutuksen puute ESI-triagen käytössä.

Ensimmäisen luokittelun jälkeen saatujen alaluokkien väliltä etsittiin yhdistäviä tekijöitä, joiden avulla alaluokat kerättiin sopiviin yläluokkiin (Kananen 2014, 103–107, 113). Alakategoriat, jotka kuvasivat triagehoitajien mielipiteitä ESI-triagen hyvistä puolista yhdistettiin yläluokaksi ”positiiviset kokemukset” ja vastaavasti alakategoriat, jotka kuvasivat ESI-triagen huonoja puolia yhdistettiin yläluokaksi ”negatiiviset kokemukset”. Koska useat alaluokat pystyttiin rinnastamaan myös negatiivisiin kokemuksiin, päätös siitä, kuuluuko alakategoria ”negatiiviset kokemukset” yläluokkaan tehtiin sen perusteella, kuinka negatiivissävytteisiä alakategoriaan liitetyt ilmaukset olivat. Alakategorioista poimittiin erilleen myös ulkoiset ESI-triageen vaikuttavat tekijät omaksi yläluokakseen, ja puhtaasti vain ESI-triage-järjestelmään liittyviin huomioihin tehtiin oma yläluokka ”ESI-triagejärjestelmän kehitystarpeet”. Triagehoitajien taitoihin liittyvät alaluokat yhdistettiin yläluokaksi ”triagehoitajan konkreettiset taidot” ja triagehoitajan persoonaan liittyvät alaluokat yhdistettiin yläluokaksi

”triagehoitajan persoonallisuus”. Konkreettisiin taitoihin laskettiin alaluokat, jotka nähtiin sellaisina, joita voi kehittää esimerkiksi koulutuksella. Persoonallisuuteen nähtiin kuuluvan alaluokat, jotka ovat muuttumattomampia ja enemmän sidoksissa siihen, millainen triagehoitaja on ihmisenä.

Yläluokat yhdistettiin edelleen saman periaatteen mukaan pääluokiksi (Kananen 2014, 103–107, 113). Yläluokista positiiviset kokemukset, negatiiviset kokemukset, muutostarpeet ja triagehoitajan tärkeimmät ominaisuudet päädyttiin muodostamaan vahvasti tutkimuskysymyksiin nojautuen kolme pääluokkaa: käyttäjäkokemukset, muutostarpeet ja triagehoitajan tärkeimmät ominaisuudet. Yläluokat positiiviset ja negatiiviset käyttäjäkokemukset yhdistettiin pääluokkaan käyttäjäkokemukset. ”ESI-triageen vaikuttavat ulkoiset tekijät” ja ”ESI-triagejärjestelmän kehitystarpeet” yhdistettiin pääluokaksi ”muutostarpeet”, koska ne nähtiin yläluokkina, joihin muutokset voidaan keskittää. Viimeinen pääluokka ”triagehoitajan tärkeimmät ominaisuudet” muodostettiin tutkimustehtäviä muokailleen yläluokista ”triagehoitajan konkreettiset taidot” ja ”triagehoitajan persoonallisuus”.

Pääluokat, yläluokat ja alaluokat on esitelty taulukossa 1 ja esimerkki aineiston ryhmittelystä on esitetty liitteissä (Liite 3).

TAULUKKO 1 Pääluokat, yläluokat ja alaluokat

<b>Pääluokat</b>	<b>Yläluokka</b>	<b>Alaluokka</b>
Käyttäjäkokemukset	Positiiviset kokemukset	<i>Luotettavuus</i>
		<i>Objektiivisuus</i>
		<i>ESI-triage-käsikirja</i>
		<i>Tuen saaminen</i>
	Negatiiviset kokemukset	<i>Perehdytyksen ja koulutuksen puutteet</i>
		<i>ESI-triage-käsikirjan ja päivystyksen ohjeiden ristiriitaisuus</i>
		<i>Erikoistapaukset ja ”väliinpu-toaja”-potilaat</i>
		<i>ESI-triageen sitoutumattomuus</i>
		<i>Tunnelinäkö</i>

		<i>ESI-luokituksen päivityksen puute</i>
		<i>Palautteen saamisen vähyys</i>
		<i>Resurssipainotteisuus</i>
Muutostarpeet	ESI-triage-järjestelmän kehitystarpeet	<i>ESI-luokkien väliset tarkennukset</i>
	Ulkoiset ESI-triageen vaikuttavat tekijät	<i>Koulutuksien ja perehdytyksen lisääminen</i>
		<i>Triagen ulkoistaminen ensihoidolle</i>
Triagehoitajan tärkeimmät ominaisuudet	Triagehoitajan konkreettiset taidot	<i>Työkokemus</i>
		<i>Triagekäsikirjan käyttötaito</i>
	Triagehoitajan persoonallisuus	<i>Sosiaaliset taidot</i>

## 5 TULOKSET

Haastatteluiden vastaukset jaettiin yläluokkiin, jotka koostuivat myönteisistä kokemuksista, negatiivisista kokemuksista, muutostarpeista ja triagehoitajan tärkeimmistä ominaisuuksista. Edelleen positiiviset ja negatiiviset kokemukset jaoteltiin alaluokkiin vastausten aihealueiden perusteella.

### 5.1 Positiiviset kokemukset

Positiivisten kokemusten alaluokiksi muodostuivat haastateltavien vastausten perusteella ESI-triagen luotettavuus ja tarkkuus, objektiivisuus ja selkeys, ESI-triage-käsikirja ja tuen saaminen triagea tehdessä. ESI-triage potilasluokittelumallina koettiin pääasiassa hyväksi työkaluksi potilasluokittelussa. ESI-triagea kuvailtiin tarkempana ja luotettavampana verrattuna aiemmin käytössä olleeseen ABCDE-triagemenetelmään. ESI-triagessa määritellään tarkasti mihin ESI-luokkaan potilas oireidensa, vitaaliensa ja tarvitsemiensa resurssien perusteella kuuluu. Haastateltavat kokivat tämän nopeuttavan potilaiden luokittelua ja helpottavan riskipotilaiden erottamista potilasmassasta, sekä antavan oikean suunnan triagen tekemiseen.

*”Minun mielestä tämä (ESI-triage) on paljon herkempi ja paljon selkeämmin pystytään poimimaan ne riskipotilaat sieltä massasta.”*

*”Se ABCDE-triagemalli oli minun mielestä enemmän tulkinnan varainen. ESI-triage on enemmänkin luotettavampi. Se niiden havaintojen, löydösten ja oireiden perusteella luokittelee potilaan suoraan johonkin ESI-luokkaan. - - Se ei jätä arpomisen varaa hirveesti, jos tulee selkeästi potilas, jolla on sepelvaltiomotauti ja rintakipu, niin se ohjaa sen potilaan suoraan, että se on riskioireinen ja ohjaa sen vaikka ESI-2-luokkaan.”*

Haastateltavat kuvasivat yhdeksi ESI-triagen hyväksi puoleksi sen objektiivisuutta tukevan rakenteen. ESI-triage määrittelee selkeästi tietyt kriteerit, joiden mukaan potilaan hoidon kiireellisyys arvioidaan ja luokitellaan sopivaan ESI-luokkaan, mikä vähentää subjektiivisten tulkintojen vaikutusta potilasluokitteluun.

*”Tämä antaa paljon vähemmän tulkinnan mahdollisuuksia, kun mitä se ABCDE-malli. - - ABCDE-malli enemmän perustu hoitajan tunteella tai järjellä työskentelemiseen. Tässä ESI-triagessa tunne annetaan laittaa sivuun ja järjellä tehdään luokitus.”*

*“Ei ole subjektiivisuutta, että se on silleen objektiivinen, kun meillä on se triage-käsikirja, niin se antaa selkeät ohjeet. ESI-triagessa on tietyt vitaalit mitä seurataan, minkä mukaan se ESI-luokitus muuttuu tai sitten on ne riskioireet, mihin se ESI-luokitus perustuu. Se on selkeä ja yksinkertainen.”*

Triagehoitajilla on käytössään ESI-triage-käsikirja, jota haastattelujen perusteella hyödynnetään päivittäin potilasluokittelussa ja johon turvaututaan haastavammissa luokittelutilanteissa. Triage-käsikirjassa on triagehoitajien mukaan selkeät ohjeistukset, miten potilas luokitellaan vitaalien, riskioireiden ja tarvitsemiensa resurssien perusteella, mikä koettiin helpottavana ominaisuutena jättäen tulkinnan mahdollisuudet vähemmälle ja täten lisäävän potilasturvallisuutta potilasluokittelussa.

*“Triagekäsikirja mikä on tullut sen myötä, että tavallaan pystyy paljon saamaan itselleen siitä sellaisen oman ”raamatun” siihen viereen, minkä mukaan pystyy mennä. - - Se triage-käsikirja on sinun tuki ja turva. Katsotaan ensiksi sieltä, ja kysytään vasta sitten.”*

Sairaalan sisäinen työskentely koettiin positiivisena, koska ympärillä on useita lääkäreitä ja sairaanhoitajia, joilta saa tarvittaessa tukea potilasluokittelussa. Ensihoitotriagessa työskentelee kaksi hoitajaa, mikä mahdollistaa tietotaidon vaihdon ja keskustelun sekä potilaan ESI-luokituksesta, että potilaan sijoituksesta esimerkiksi perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon välillä.

*“Kyllä saan (tukea), se on sitten taas ison yksikön hyviä puolia. Täällähän on aina hirveesti lääkäreitä ja muita paikalla, jota voi konsultoida. Muita työkavereita. Tukea saa aina, jos haluaa.”*

## **5.2 Negatiiviset kokemukset**

Negatiivisten kokemusten alakategorioiksi muodostui perehdytyksen ja koulutuksen vaihtelevuus, ESI-käsikirjan ja päivityksen omien ohjeiden ristiriitaisuus, erikoistapaukset ja ”väliinputoaja”-potilaat, ESI-triageen sitoutumattomuus, tunnelinäkö ESI-triagen käytössä, ESI-luokituksen päivityksen puute, palautteen saamisen vähyys ja ESI-triagen tekeminen resurssipainotteisesti.

Triagehoitajat ovat saaneet ESI-triageen liittyviä koulutuksia vaihtelevissa määrin. Osa triagehoitajista ovat käyneet kahden tunnin koulutuksen, toiset neljän tunnin, osa ei ole käynyt koulutuksissa lainkaan. Koulutuksen sijaan annettiin käytännön perehdytys, jossa työvuorossa ollut kokeneempi triagehoitaja ohjeisti tarpeen mukaan eli oppiminen tapahtui työn ohessa. Näkemuserot

koulutuksien tarpeellisuudesta vaihtelivat vastauksissa, mutta pääasiassa haastateltavat kokivat, ettei triagehoitajille järjestetä riittävästi koulutusta.

*”- - perehdytystä pitäisi lisätä ESI-triageen reilusti, kun meillähän on hoitajia mennyt triageen niin, että ne ei ole käynyt minkäänlaista ESI-koulutusta - - Kyllä sitä pitää avata tarkemmin, koko ESI-triagejärjestelmää, ennen kuin alkaa sitä tekemään.”*

Ne, jotka olivat saaneet ESI-triagekoulutuksen, pääasiassa ilmaisivat olleensa tyytyväisiä sen sisältöön. Potilas-case harjoitukset koettiin erittäin hyväksi, mutta niitä oli päässyt tekemään vain osa haastatelluista triagehoitajista. Ne, jotka eivät olleet potilas-case harjoituksia päässeet tekemään, olisivat kokeneet ne tarpeelliseksi lisäksi koulutusta. Sisällön lisäksi mielipiteitä annettiin koulutuksen kestosta, jonka osa koki nykyisellä 2–4 tunnilla liian lyhyeksi.

*”Muuttaisin sen, että ennen kun menet triageen, niin sinulle pidetään ihan kunnollinen perehdytys, että mikä on ESI-triage ja sitten sitä harjoiteltaisiin vaikka potilascasejen kautta, että miten sinä luokittelet tämän potilaan ESI-triagen mukaan ja siitä annettaisiin palautetta ja saisit edes yhden u-päivän käyttää siihen perehtymiseen.”*

Alkuperäisen ESI-triage-käsikirjan lisäksi OSY:ssä on käytössä yksikön oma ESI-triage-opas, joka on tarkoitettu helpottamaan ESI-triagen tekoa. Osa triagehoitajista nosti esiin huomanneensa eroavaisuuksia ja jopa ristiriitaisuuksia alkuperäisen käsikirjan ja oppaan välillä, mikä aiheuttaa hämmennystä ja lisää tulkinnanvaraisuutta, jota ESI-triagella muuten pystyttäisiin vähentämään. Ristiriidat koettiin triagen toteuttamista vaikeuttavana tekijänä. Triagehoitajat kokivat, että perehdytystä myös alkuperäiseen ESI-triage-käsikirjaan tulisi lisätä.

*”Monessakin kohdassa (päivystyksen ESI-triage-oppassa) potilaan ESI-triage on suoraan ESI-2, jos sen VAS on yli sanotaanko 7. Ja se VAS on niin subjektiivinen kokemus. Kun joku mulle sitä sano, että jos luet ESI-käsikirjaa, että mitä se VAS siellä oikeasti tarkoittaa niin se antaa ihan eri kuvan, ku mitä sulle perehdytetään tästä asiasta. Vähän niinku tuoda sitä ihan alkuperäistä ESI-käsikirjaa tutummaksi meille, ettei vaa sanota, että toimikaa näin.”*

*”Huonoja puolia on se, kun ollaan siitä alkuperäisestä ESI-luokituksesta lähdetty helpottamaan tätä meidän työtä, että on kirjoitettu se oma triage-käsikirja, niin siinä voi olla ehkä sellaista tulkinnan varaisuutta enemmän, että se ei ole se ihan alkuperäinen muoto.”*

ESI-triage-algoritmi itsessään koettiin työkaluna potilasluokittelussa pääasiassa toimivaksi, mutta muutamia heikkouksia nousi vastauksissa esille. ESI-triage-algoritmin koettiin suoriutuvan

heikommin potilaista, joilla ei ole selkeää johtavaa oiretta ja potilaista, joiden oirekuva saattaa johtua harvinaisemmasta syystä.

Selkeän johtavan oireen puuttuminen yhdistettiin niin sanottuihin ”väliinpuotoaja” potilaisiin, joiden ESI-luokitus saattoi riippua siitä, mikä potilaan mahdollisesti moninaisista oireista valittiin johtavaksi oireeksi. Johtavan oireen perusteella triagehoitaja valitsee ESI-triage-käsikirjasta ohjeen, jonka perusteella ESI-luokitus tehdään. Eri ohjeet saattavat taten antaa samalle potilaalle eri kiireellisyysluokitukset, jolloin triagehoitajan vastuulle jää tehdä päätös vaihtoehtojen välillä ja valita ”oikea” johtava oire, mikä johtaa tulkinvaraisuuteen triagea tehdessä.

*”Sitten on taas aina niitä väliin puotoajia, ja siinä on vähän sellaista sekavuutta, esim. päihtymys ja pään vamma, niin toisen ohjeen mukaan se olisi ESI-2 ja toisen ESI-4. Joissain määrin on lievästi tulkinnan varainen.”*

Myös harvinaisemmissa potilastapauksissa oikean johtavan oireen valitseminen ESI-triagea varten koettiin haastavaksi.

*”- - se on sellaisissa todella erikoisissa tapauksissa, että potilaalla on vaikka joku sydänapumpu ja se tulee jonku oireen vuoksi, ja se sydänapumpu vaikka reistailee, kun potilas on kuivunut. Niin kumpaa sinä lähet siinä hoitaa, sitä sydän puolen asiaa vai sitä primaarisyytä siinä.”*

Triagehoitajat kokivat kuitenkin, että pääasiallisen oireen valitseminen on triagehoitajan vastuulla, eikä niinkään ESI-triage-algoritmin tehtävä. Triagehoitajan kokemuksen tärkeyttä korostettiin, koska sen koettiin ohjaavan triagen tekemistä epäselvissä tilanteissa, joissa ESI-triage-käsikirja ei pysty antamaan yhtä selkeää vastausta.

ESI-triagen riittämättömyys yhdistettiin usein triagen käyttäjään, ei niinkään itse ESI-triage algoritmiin. Eri triagehoitajien koettiin noudattavan ESI-triagea erilaisissa määrin. Osa koki, että potilasluokitusta tehdään edelleen kokemukseen ja vaistoon perustuen, ja ESI-triage tai ESI-triage-käsikirjan käyttö sivuutetaan joko täysin tai osittain. Vaikka triagehoitajan kokemus nähtiin tärkeänä ominaisuutena, ESI-triagen huomiotta jättämiseen suhtauduttiin kielteisesti, koska sen nähtiin laskevan potilasluokittelun objektiivisuutta.

*”Käyttäjakohtaisia ongelmia. Tosi paljon ihmisestä kiinni. Jotkut eivät käytä koko triagekäsikirjaa, tai ESI-triagea, vaan tekee omalla tyyllillä. Riippuu persoonasta. Kirjataan potilas sisään, ja se on siinä.”*



*" - vieläkin on sitä, että se luokitus muuttuu tunteen mukaan, en tarkoita sitä hoitajan koltamatta aistia, vaan sitä, että tämä (potilas) itkee tai hysterisoi tätä oiretta, niin tämä on niinku kiireellisempi."*

Myös ESI-triagen tekemistä puutteellisesti tai väärin kritisoitiin, jolloin triagen riittämättömyys yhdistettiin suoraan sen toteuttajaan, ei itse ESI-triage-algoritmiin.

*" Totta kai sitä riittämättömyyttä voi tulla siitä, että miten se tehdään se triage. Totta kai sä voit tehdä sen huonosti, jolloin se jää riittämättömäksi. Silloin se ei ole ollut järjestelmän vika, vaan sun oma ratkaisu tehdä sen riittämättömästi."*

Potilaista eroteltiin omaksi ryhmäkseen mielenterveyspotilaat, joiden asema ja kohtelu muihin potilaisiin verrattuna herätti keskustelua. Etenkin lääkäreiden osalta toimintaa kritisoitiin. Vaikka mielenterveyspotilaille annettaisiin ESI-triagessa kiireellinen potilasluokitus, saattavat he joutua odottamaan pitkään, ennen kuin tapaavat esimerkiksi lääkärin. Näissä tapauksissa ESI-triage-algoritmin antama kiireellisyysluokitus siis sivuutetaan, vaikka se olisi alun perin voitu tehdä oikein ja ESI-triage-käsikirjan mukaisesti.

*"Mä huomaan lääkäreistä, että esim. mt-potilas (mielenterveyspotilas), joka on osoittanut olevansa itsetuhoinen, ne on 2-luokan potilaita ja meillä on ohjeistus, että ESI-2 potilas katsotaan välittömästi eli mahdollisimman pian, niin meillähän saattaa olla tuolla mt-potilas useita tunteja odottaa, että lääkäri ei tee mitään. Ei ne välitä siitä luokituksesta yhtään, tai minulla on sellainen kuva. Niille se on vain numero."*

Vaikka ESI-triage-käsikirja koettiin hyväksi resurssiksi, osa triagehoitajista näki ongelmana myös käsikirjan liian kirjaimellisen noudattamisen, mikä johtaa niin sanotun "maalaisjärjen" unohtumiseen potilaan hoidon kiireellisyyden arvioinnissa. Triagehoitajalta odotettiin kykyä myös soveltaa ESI-triagen käyttöä ja kykyä pitää "omat hoksottimet mukana" potilasluokittelussa. Kyky soveltaa ESI-triagea yhdistettiin myös kykyyn purkaa ruuhkatilanteita, jolloin on tarpeen pystyä määrittelemään, kuka potilas tarvitsee tarkempaa kiireellisyyden arviointia, ja kenet voi luokitella vähemmällä tutkimisella.

*"Varmaan myös samalla tavalla, että sen laajuus voi sekoittaa omaa työtä siinä triagen tekemisessä. Siitä puuttuu välillä sellaiset maalaisjärjen rippeet. Jotkut lukevat sitä (ESI-triage-käsikirjaa) kuin raamattua, ja jos ei käytä maalaisjärkeä niin voi tulla sellaisia tilanteita. Pitää pystyä vähän soveltamaan itsekin."*

*”Minun mielestä osa sitä triagea on se, että joskus se on lyhyempi ja joskus pitempi se kohtaaminen. Jos on sellainen olo, että nyt tässä tarvitaan vähän enempi tätä selvitystyötä. - - Se auttaa ruuhkatilanteissa tavallaan, että pystyy vähän oikomaan jossain asioissa.”*

Käytännön esimerkkinä ESI-triagen soveltamisesta nostettiin esiin korkeanergisessä kolarissa ollut potilas, joka tulee kävellen triageen. ESI-triagen ohjeita noudattaen potilas ohjataan erikoissairaanhoidon kirurgian tiimiin vain, jos hänen hengitysfrekvenssinsä on jo koholla. ESI-ohjeistusta noudattaen saattaisi päätyä tilanteeseen, jossa potilaan tila yllättäen romahtaakin perusterveydenhoidossa, mikä olisi erikoissairaanhoidossa voitu ennakoida ja välttää. Vastaavassa tilanteessa triagehoitaja tarvitsee taitoa ennakoida, mihin suuntaan potilaan tila saattaa olla kehittymässä, ja tehdä päätös potilaan sijoituksesta perusterveydenhoitoon tai erikoissairaanhoidon sen perusteella.

ESI-luokituksen päivittämistä ei vastausten perusteella huomioida riittävästi, vaikka triageluokituksen pitäisi muuttua potilaan voinnin ja tutkimusten löydösten perusteella. Useimmiten potilaan tilan huononeminen huomataan ja siihen reagoidaan, mutta korkeamman ESI-luokan potilaita ei hoidon tarpeen vähetessä välttämättä siirretä alemman riskin luokkiin. Käytännössä ESI-luokituksen päivittämättä jättäminen vääristää potilaan hoidon tarvetta, mikä saattaa pahimmillaan viedä resursseja toiselta potilaalta, joka niitä tarvitsisi.

*”Jonkun verran se onneksi se ESI muuttuu sieltä kevyemmästä ylöspäin. Mutta ylhäältä se ei yleensä tuu alaspäin, jos hoidon tarve vähenee niin se ei muutu. Ne on meidän karikoita täällä, mihin ei ole puututtu.”*

*” - - hyvin harva muuttaa sitä ESI-luokitusta. Että, jos tulee ESI-1 potilas ja se saadaan hyvin nopeasti stabiloitua, niin sitä ei muuteta ESI-3 potilaaksi ollenkaan. Se jää 'makamaan' ESI-1 tai ESI-2 se luokitus siellä, ja silloinhan se vääristää sitä triage-luokitusta, että se harvoin elää alaspäin.”*

Triagehoitajat haluaisivat saada enemmän palautetta niin onnistuneista kuin epäonnistuneistakin luokitteluista. Tällä hetkellä palautetta koettiin tulevan vain vähän, ja useimmiten kollegoilta, ei niinkään esimiehiltä tai lääkäreiltä, joilta palautetta olisi toivottu tulevan enemmän. Palautteen saamisen nähtiin tukevan triagehoitajan tietotaitojen ja ymmärryksen kehittymistä, minkä vuoksi sen puute koettiin negatiivisena. Osa hoitajista kertoi itse hakevansa palautetta erityisesti tapauksissa, joissa potilaalla on ollut riskioire, saadakseen selville vastasiko heidän tekemänsä triageluokittelu potilaan todellista tilannetta.

*”Yleensä ei saa minkäänlaista palautetta. Se vähän onkin tämmösen ison yksikön ongelma. Joskus tuntuu, että on ihan sama miten sä teet triagen tai miten teet minkä tahansa työn, niin mitään palautettahan siitä ei tuu mistään.”*

ESI-triage huomoi potilaan hoidon tarpeen ja kiireellisuuden arvioinnissa kliinisten löydösten lisäksi myös potilaan mahdollisesti tarvitsemat toimenpiteet päivystyksellisen hoidon aikana. Esimerkiksi valinta ESI-3, ESI-4 ja ESI-5 luokkien välillä tehdään sen perusteella, montako resurssia potilaan nähdään tarvitsevan. Triagehoitajat kokivat triagen vahvan sitomisen resursseihin haittaavan potilaan todellisen hoidon tarpeen arviota, koska resurssipainotteinen ajattelumalli saattaa ohjata tulkintaa potilaan kliinisestä kuvasta triagehoitajan pyrkiessä säästämään potilaan hoidon kustannuksissa. Esimerkiksi ESI-3:n ja ESI-4:n välisenä erona on, että ESI-3-luokituksen potilas tarvitsee enemmän kuin yhden resurssin, kun taas ESI-4-luokituksen potilaalle riittää yksi. Triagehoitajilla oli kokemus, että potilas laitetaan mieluummin ESI-4-luokkaan ESI-3:n sijaan, mikäli koetaan, että potilas saattaisi tarvita useamman resurssin, mutta voi pärjätä vain yhdellä resurssilla. Resurssipainotteinen ajattelu ohjaa täten mieluummin aliarvioimaan potilaan hoidon tarpeen, kuin yliarvioimaan, mikä voi johtaa potilasturvallisuuden heikkenemiseen ottamalla potilaan hoidosta pois resursseja, joita hän olisikin todellisuudessa tarvinnut.

*”Ehkä ajatellaan liikaa resurssien käyttöä - - On huono että ajatellaan raha edellä, mikä on luokitus. Se pitäisi olla eri se laskutus, se resurssien käyttö ja potilaan kiireellisyys. Se pitäisi erottaa toisistaan.”*

*”Se vähän sotkee siinä, kun se ESI-luokitus meillä perustuu siihen potilaan laskutukseen, mikä on virheellinen, sehän ei saisi olla niin, että mitä resursseja on käytetty potilaan hoitoon, niin se vaikuttaa siihen potilaan hintaluokkaan, ja se on tässä koko tämän ESI-triagen läsnäolon aikana vääristynyt. Sitä on mietitty, että mitä toimenpiteitä on jo tehty.”*

### **5.3 Muutostarpeet**

Haastatteluiden perusteella triagehoitajien kokemat muutostarpeet jaettiin alaluokkiin. Alaluokiksi muodostuivat ESI-luokkien väliset tarkennukset, koulutuksen ja perehdytyksen lisääminen, sekä triagen ulkoistaminen ensihoidolle.

ESI-2 ja ESI-3, sekä ESI-3 ja ESI-4 – luokkien välille kaivattiin selvennystä. ESI-2 ja ESI-3 – luokkien välillä koettiin olevan tulkinnanvaraisuutta sen perusteella, päättääkö triagehoitaja reagoida yksittäiseen poikkeavaan löydökseen peruselintoiminnoissa vai ei. Koettiin, ettei ESI-triage-käsikirja tällä hetkellä anna riittävän selkeää ohjeistusta siihen, milloin potilaan nostamista ESI-3:sta

ESI-2:een pitäisi harkita peruselintoimintojen perusteella. ESI-4:n ja ESI-3:n välistä rajanvetoa vain yhden resurssin perusteella pidettiin liian jyrkkänä. Käytännön esimerkkinä nostettiin esiin potilas, joka tarvitsisi kaksi resurssia, mutta joka voitaisiin muuten hoitaa niin sanotun nopean linjan potilaina. Kahden resurssin tarpeen vuoksi potilaan ESI-triage luokituksen on oltava ESI-3, vaikka nopean linjan potilaana hän muuten soveltuisi ESI-4 – luokkaan. ESI-3 – luokassa potilaan hoitoajan nähtiin pitkittyvän tarpeettomasti. Tarpeettomasti pidentynyt hoitoaika voi aiheuttaa potilaalle tyytymättömyyttä hoitoon, sekä vaikeuttaa päivystyksen ruuhkatilanteiden purkamista.

*”ESI-1 – ESI-5 välimaastoon tarvitsisi 2 resurssin taktiikan. ESI-3 ja ESI-4 väliin tai ESI-2 ja ESI-3 väliin. Joka olisi huomioitava potilas, ja tarvitsee resurssia enemmän, kun yhden. - - ESI-3 on jotenkin hankala, se on aina, että tämä vaatii huomiota ja se jää vaan makamaan tähän.”*

Haastateltavat kuvasivat vastauksissaan toiveita ESI-triage-koulutuksen lisäämisestä, sekä yhdenlinjaistamisesta. Koulutuksessa, jota haastateltavat triagehoitajat olivat saaneet, oli huomattavia eroja, minkä koettiin heikentävän triagehoitajien taitoa sekä ymmärrystä ESI-triagesta, mikä puolestaan heikentää potilasluokittelun laatua. Erilaiset koulutus pohjat yhdistettiin myös negatiivisesti koettuun ESI-triageen sitoutumattomuuteen. Koulutuksen lisääminen nähtiin mahdollisena ratkaisuna siihen, että ESI-triagen käyttäjäkohtaiset eroavaisuudet vähenisivät. Triagehoitajien lisäksi myös muiden päivystyksessä työskentelevien hoitajien toivottiin saavan edes kevyt perehdytys ESI-triageen, jotta voitaisiin varmistua, että myös hoitotiimissä ymmärretään potilaalle annettun ESI-luokituksen merkitys. ESI-luokituksen väärinymmärtäminen hoitotiimissä vaarantaa potilasturvallisuuden.

*”Jos ESI-luokittelija on tehnyt oikean luokituksen, niin ymmärtääkö siellä kouluttamaton ihminen siellä hoitopuolella, että mitä tämä ihminen vaatii, että onko tämä riskipotilas vai ei. Ja miksi se on riskipotilas? Koulutusta on aivan liian vähän edelleenkin. Onko se aliarvostettua vai esimiesten tietämättömyyttä miten iso ja tärkeä työkalu se on potilasturvallisuuden näkökulmasta.”*

*”Kyllä siinä vähän on sellaista. Ja siellä on triagehoitajiaakin, jotka ei ole saanut kunnon koulutusta. Pistetty kevyin perustein tekemään sitä triagea, mutta eihän se niin voi olla, että triagehoitaja olisi ainoa, joka ymmärtää. Ja se kenen pitäisi tulkita sitä, niin ei ymmärrä siitä mitään.”*

Perehdytyksessä toivottiin myös huomioitavan alkuperäistä triagekäsikirjaa enemmän ja muutettavan myös osaa perehdytyksessä annetusta ohjeistuksista alkuperäisen triagekäsikirjan ohjeiden mukaisiksi. Käytännön esimerkissä nostettiin esille VAS.

*”Ehkä mä toivoisin siihen perehdytyksen osalta, kun mehän tehdään niinku meille sanotaan, esim. jos me kaikki saadaan tutustua vaikka ihan esi-käsikirjaan, että miten siellä on avattu näitä asioita. Monessakin kohassa potilaan ESI-triage on suoraan ESI-2, jos sen VAS on yli sanotaanko 7. Ja se VAS on niin subjektiivinen kokemus. -- jos luet ESI-käsikirjaa, että mitä se VAS siellä oikeasti tarkoittaa niin se antaa ihan eri kuvan, ku mitä sulle perehdytetään tästä asiasta.”*

Haastatteluissa nousi esiin näkökulma triagen ulkoistamisesta kokonaan ensihoidolle ensihoidon tuomien potilaiden kohdalla. Kun ensihoito, triagehoitaja ja myöhemmin vielä potilaan vastaanottavan tiimin hoitaja kaikki tekevät oman triagensa, tulee potilaalle välillä tehtyä triage moneen kertaan hyvinkin lyhyen ajan sisään, mikä tuntuu tarpeettomalta ja pahimmillaan potilaalle arvokkaan ajan tuhlaamiselta. Toisaalta tiedostettiin, että triagen tekeminen toistuvasti on osa potilaan voinnin seuranta ja sen muutosten kartoittamista.

*”Tuntuu, että se triage tehdään ambulanssissa tuossa 2min sitten, ja se sama triage tehdään tuossa ovella uudestaan. Onko se tarpeellista? - - Ja sitten tiimin hoitaja, joka alkaa taas kysymään niitä samoja kysymyksiä. Sehän on, että varmistetaan ja kerrataan. Joskus se tuntuu päällekkäiseltä.”*

#### **5.4 Triagehoitajan tärkeimmät ominaisuudet**

Triagehoitajien kuvaamat tärkeimmät ominaisuudet jaoteltiin alaotsikoihin työkokemus, triagekäsikirjan käyttötaito ja sosiaaliset taidot. Triagehoitajien tärkeimmistä ominaisuuksista puhuttaessa haastateltavat korostivat kokemuksen merkitystä. Kokemus ja kaikkiin erikoisaloihin perehtyminen tuo heidän mukaansa triagehoitajalle kliinistä silmää ja vaistoa, jotta kiireelliset potilaat tunnistettaisiin nopeasti potilasmassan joukosta

*”Triagehoitajalla pitää minun mielestä olla jonkun verran työkokemusta, sellaista tuntumaa asioihin. Mitä enemmän sitä on, niin se helpottaa sitä työtä. Jos sinulla on hyvin vähän kokemusta, niin totta kai sinulla voi olla tietyt kysymyspatteristot valmiina ja tietyt tavat, miten toimia. Mutta jos siitä puuttuu se kokemus, niin ainakin kuvittelisin, että se työ on itsellekin jollain tavalla raskaampaa. “*

Haastatteluissa nousi esiin näkökulma, että triagehoitajan tulisi olla enemmän järjellä ajatteleva kuin tunteella toimiva. Hänen tulisi sietää epävarmuutta ja tarvittaessa kyettävä konsultoimaan lääkäreitä.

Triagekäsikirja koettiin tärkeäksi luokittelussa ja useimmat kertoivat hyödyntävänsä sitä päivittäin työssään. Tämän vuoksi triagekirjan käytön osaamista korostettiin. Ohjeistuksia tulisi haastattelun vastausten perusteella myös kyettävä soveltamaan tarvittaessa, eikä ohjeita tulisi joka tilanteessa seurata kirjaimellisesti. Triagehoitajan kohtaamat potilaat ovat jokainen yksilöitä omalla tarinallaan ja taustallaan, eikä heitä välttämättä pysty aina luokittelemaan tiukasti ESI-triagen mukaan. Erityisesti ruuhkatilanteiden purussa koettiin soveltamistaitojen olevan välttämättömiä. Soveltamisella tarkoitettiin sitä, ettei jokaiseen potilaaseen tarvitsisi käyttää saman pituista aikaa tai haastattelu-kaavaa.

*“Minun mielestä osa sitä triagea on se, että joskus se on lyhyempi ja joskus pitempi se kohtaaminen. Jos on sellainen olo, että nyt tässä tarvitaan vähän enemmän tätä selvitystyötä.*

*Se auttaa ruuhkatilanteissa tavallaan, että pystyy vähän oikomaan joissain asioissa. - - Minä olen sitä mieltä, että tämmöisessä yksikössä täytyy olla luova ja joustaa, molempiin suuntiin.”*

Triagehoitaja kohtaa useita potilaita työpäivänsä aikana, joten haastattelussa nousi esiin potilaiden ystävällinen kohtaaminen ja sosiaaliset taidot. Erilaisten ihmisten kanssa toimeen tuleminen koettiin tärkeäksi triagehoitajan ominaisuudeksi konfliktitilanteiden ehkäisemiseksi.

## 6 POHDINTA

Laadullisen tutkimuksemme tavoitteena oli selvittää Oulun seudun yliopistollisen sairaalan vuonna 2018 käyttöön otettua ensihoitotriagea. Tutkimusmetodina käytimme teemahaastattelua eli sovelusta puolistrukturoidusta haastattelumenetelmästä. Haastattelimme triagehoitajia heidän kokemuksistaan ensihoitotriagen käytöstä. Työmme tuloksia voidaan käyttää tulevaisuudessa yhteispäivystyksessä ensihoitotriagen toiminnan parantamiseen.

### 6.1 Tekoprosessi

Opinnäytetyön alkuperäinen valmistumisajankohta suunniteltiin keväälle 2020. Maailmanlaajuinen pandemia COVID-19 muutti kuitenkin tilanteen, koska sen myötä haastatteluiden suorittaminen kasvokkain kävi mahdottomaksi maaliskuun 2020 jälkeen, minkä vuoksi koko opinnäytetyön projektin eteneminen pysähtyi. Vaikka haastattelut olisi teoriassa voitu toteuttaa etäyhteyksillä, päättimme, ettemme halunneet lisätä rasitteita OSYP:en päädyssä rajuimman korona-aallon aikana. Haastattelujen pitäminen siirrettiin syksylle 2020, jolloin koronan ensimmäinen aalto oli ohitse. Koronaviruksen mukana tuomia haasteita oli myös yhteyshenkilön vaihtuminen, ja siitä seurannut ylimääräinen selvittelytyö ja epävarmuus opinnäytetyön tulevaisuudesta.

Haastattelut sujuivat pääpiirteittäin suunnitelmien mukaan ja haastattelutulokset olivat niukkaan haastattelumäärään nähden monipuolisia. Haastatteluiden onnistumisiin vaikuttivat perusteelliset pohjatyöt ja tarkat suunnitelmat, sekä ennalta määrätyt vastualueet opinnäytetyöryhmän jäsenten kesken. Haastattelussa näkyi haastateltavien kokemattomuus ja ensikertalaisuus, joka tuli ilmi ensimmäisissä haastatteluissa haastattelutilanteiden jäykkyytenä tai nopealla etenemisellä. Tavoitteenamme oli luoda rento haastattelutilanne, mutta ymmärrettävää lienee se, että haastateltavat ja haastattelijat olivat ennestään tuntemattomia toisilleen. Kokonaisuudessaan haastattelut paranivat kerta kerran jälkeen, kun haastateltavat olivat saaneet jo kokemusta edellisistä haastatteluista. Haasteena oli vastaajan pitkät ja pohdiskelevat vastaukset, tai toisaalta liian lyhyet ja niukat vastaukset. Haastattelurungosta poiketen, mutta haastattelutilanteen toivotun etenemisen saavuttamiseksi, jouduttiin tarkentamaan kysymyksiä yksityiskohtaisemmaksi, jolloin myös vastaaja antoi laajemman tai tarkemman vastauksen kysymykseen. Tarkennetut kysymykset eivät kuitenkaan olleet liian johdattelevia, vaan niillä pyrittiin helpottamaan vastaajan työtä. Haastattelut äänitettiin

ällylaitteella ja äänitteen toimivuus tarkistettiin ennen haastattelun alkamista. Yhdessä haastattelussa digitaalista ääninauhoitusta ei saatu toimimaan, minkä vuoksi kyseisessä haastattelussa turvaututtiin kirjaamaan haastattelu käsin. Lopuissa haastatteluissa digitaalinen ääninauhitus toimi toivotusti. Haastattelujen jälkeen nauhoitukset litteroitiin suunnitellusti.

Opinnäytetyön tekeminen oli kokonaisuudessaan ammatillista kasvua ja kehitystä tukevaa. Monipuolinen ja vaativa tiedonhankinta, yhteistyötoiminta ja tieteellisen tekstin kirjoittaminen haastoivat meitä opinnäytetyön tekijöitä. Tutkimuksellisen opinnäytetyön prosessi mahdollisti meille teorian tiedon kasvua, lähdekriittisyyttä, monipuolista osaamista hoitotieteiden tutkimuksissa ja yhteistyötaitoja. Prosessin aikana olemme saaneet syvällistä tietoa ensihoitotriagesta tutkiessamme monipuolista lähdemateriaalia. Ensihoitotriagen perusteellinen ymmärtäminen auttaa meitä tulevaisuuden ammatissa ensihoitajina. Tuntemalla ensihoitotriagen periaatteet pystymme antamaan esimerkiksi parempia ennakoilmoituksia päivystykseen tuotavista potilaista. Haastateltavien triagehoitajien jakamat kokemukset olivat ainutlaatuinen tilaisuus oppia lisää tärkeästä tulevaisuuden yhteistyökumppanista, sekä lisätä ymmärrystä siitä, millaista he toivovat yhteistyön ensihoidon kanssa olevan.

## **6.2 Luotettavuus ja eettisyys**

Opinnäytetyössämme lähdemateriaalit valittiin ja arvioitiin tarkasti luotettavuuden sekä uskottavuuden mahdollistamiseksi. Kvalitatiivisen tutkimustyön metodina anonymisti suoritettu haastattelu vaatii tarkkoja kriteereitä eettisyyden ja luotettavuuden saavuttamiseksi. Tunnistettavuuden minimoimiseksi eli anonymiteetin säilyttämisen varmistamiseksi haastatteluiden tulosten tarkastelussa käytetään yleiskieltä. Kaikki haastatteluiden äänitallenteet ovat vain ainoastaan opinnäytetyöryhmän käytettävissä ja ne hävitetään asianmukaisesti sekä välittömästi, kun opinnäytetyö on valmis. Opinnäytetyössämme on poistettu pienetkin merkit, mitkä voisivat vaarantaa haastateltavan anonymiteettiä; haastateltavien pienen määrän vuoksi vastauksia ei ole eritelty määrien mukaan (esimerkiksi ilmaisulla ”yhden hoitajan mukaan”), jotta vastausta tai vastauksia ei pysty yhdistämään haastateltuihin.

Kvalitatiivisen tutkimuksen luotettavuuden arvioinnin kriteerit ovat uskottavuus, vahvistettavuus, siirrettävyys ja riippuvuus. Luotettavuuden arvioinnin kriteerit ovat käytössä kvalitatiivisissa tutkimusraporteissa arvioinnin perustana. Uskottavuuteen liittyy vahvasti se, että tutkimuksen lukija



ymmärtää tulosten selkeän kuvaamisen ansiosta, millä tavoin analyysi on tehty. Tulosten selkeä kuvaaminen mahdollistaa myös sen, että lukija ymmärtää tutkimuksen rajoitukset ja hyvät puolet. Työssämme luotettavuuden lisäämiseen vaikuttaa se, että tekijöitä on useampi kuin yksi henkilö. Useampi tekijä mahdollistaa inhimillisten virheiden tai tulkintojen yksipuolisuuden minimoimisen. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 159.)

Tutkimusetiikan voi jakaa karkeasti kahtia, sisäiseen ja ulkoiseen tieteeseen. Sisäistä tieteellistä etiikkaa käsitellessä, tarkoitetaan tietyn tieteenalan totuudellisuuteen ja luotettavuuteen liittyviä asioita. Perusvaatimuksena pidetään sitä, että tutkimusaineistoa ei keksitä tyhjästä tai väärennetä. Ulkoiseen tieteelliseen etiikkaan liittyy alan ulkopuoliset seikat, ja miten ne vaikuttavat tutkimusaiheen valintaan ja tutkimusmetodeihin. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 173.)

Tutkimuseettinen neuvottelulautakunta kirjoittaa seuraavasti: ”Tieteellinen tutkimus voi olla eettisesti hyväksyttävää ja luotettavaa ja sen tulokset uskottavia vain, jos tutkimus on suoritettu hyvän tieteellisen käytännön edellyttämällä tavalla. Hyvää tieteellistä käytäntöä koskevien ohjeiden soveltaminen on tutkijayhteisön itsesääntelyä, jolle lainsäädäntö määrittelee rajat. Hyvä tieteellinen käytäntö on myös osa tutkimusorganisaatioiden laatujärjestelmää.” Tutkimuseettinen lautakunta on määrittellyt hyvän tieteellisen käytännön lähtökohdiksi yhdeksän keskeistä asiaa. Opinnäytetyömme eettisyys varmistettiin noudattamalla näitä kriteereitä. Yhdeksän lähtökohtaa liittyy opinnäytetyöhömmme vahvasti. Tietosuojan huomioiminen sekä projektin lähteinä käytettyjen muiden tutkijoiden töiden kunnioittaminen asianmukaisilla viittauksilla ja lähdemerkinnöillä ovat meille eettisesti tarkasteltuna tärkeitä asioita. Lisäksi tärkeitä huomioita työmme eettisyyden kannalta on ollut tarvittavien tutkimuslupien saaminen, rehellisyys, huolellisuus ja tutkimukseen liittyvien osapuolten vastuut ja velvoitteet ennen tutkimuksen aloittamista. (Tutkimuseettinen neuvottelulautakunta 2012, viitattu 4.1.2020.)

### **6.3 Johtopäätökset ja tulosten tarkastelu**

Tutkimuksen tavoitteena oli saada monipuolista tietoa Oulun seudun yhteispäivystyksessä käytetävästä ESI-triagesta. Tutkimustehtävien tarkoitus oli vastata seuraaviin kysymyksiin: Millainen on triagehoitajan työnkuva? Millaisena Oulun seudun yhteispäivystyksen uusi ensihoitotriagemalli on koettu? Mitä kehitettävää nykyisessä ensihoitotriagemallissa on? Ensimmäinen tutkimustehtävän tavoite oli saada vastaus kysymykseen: Millainen on triagehoitajan työnkuva? Haastatteluihin

muokkasimme kysymyksen haastattelutilanteeseen sopivammaksi: Millainen on hyvä triagehoitaja? Kun jälkikäteen tarkastelimme vastauksia, huomasimme, ettei haastattelukysymyksemme ollut riittävän täsmällinen tutkimustehtäväämme nähden. Emme saaneet vastauksia triagehoitajan työnkuvasta tai tehtävistä, vaan ominaisuuksista, joita hyvällä triagehoitajalla koetaan olevan. Parempi haastattelukysymys tutkimustehtävää varten olisi voinut olla esimerkiksi: Mitä tehtäviä sinulle triagehoitajana kuuluu? Saimme kuitenkin käyttämällämme kysymyksellä luultavasti monipuolisempia vastauksia, kuin mitä olisimme saaneet triagehoitajan työnkuvasta koskevasta kysymyksestä. Triagehoitajan työnkuva on määritelty vakioksi ja luultavasti kaikki haastateltavat olisivat vastanneet kysymykseen pääpiirteittäin samalla tavalla. Koimme, että hyvän triagehoitajan ominaisuuksien kartoittaminen on tuottanut hyödyllistä ja arvokasta tietoa, vaikka alkuperäisen tutkimustehtävän toteutus jäikin hieman vajaaksi. Keräämäämme tietoa hyvän triagehoitajan ominaisuuksista voidaan jatkossa käyttää sekä valitessa uusia triagehoitajia että osana heidän koulutustaan. Tieto triagehoitajan työnkuvasta ei välttämättä olisi tuottanut yhtä arvokasta uutta tietoa.

Ensimmäiseen tutkimuskysymykseen liittyvissä tuloksissa tärkeimmiksi triagehoitajan ominaisuuksista nousi kolme asiaa: työkokemus, sosiaaliset taidot ja triagekäsikirjan käyttötaito. Triagehoitajana työskentelyyn ei vaadita erilaisia ominaisuuksia, vaan potilasluokittelua on tekemässä tehtävälle perehdytetty tai koulutettu sairaanhoitaja eli triagehoitaja. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2010, viitattu 17.11.2019.) Tutkimusten tulosten ja teorian tiedon perusteella voimme siis päätellä, että hyvän triagehoitajan ominaisuuksia ovat koulutuksen tai perehdytyksen, sekä sairaanhoitajan tutkimuksen lisäksi myös henkilön persoonakohtaiset ominaisuudet. Myös Aalto ja Leino (2008) tutkimuksen tuloksissa kirjoittavat, että tärkein triagehoitajan ominaisuus on riittävä työkokemus. Heidän tutkimuksensa tuloksissa selviää myös toisena tärkeänä triagehoitajan ominaisuutena vuorovaikutustaidot. Meidän tutkimuksessamme haastateltavat mainitsevat sosiaaliset taidot tärkeäksi ominaisuudeksi, vuorovaikutustaito kuuluu tähän samaan kategoriaan. Sosiaaliset taidot on myös meidän mielestämme yksi tärkeimmistä hoitoalalla työskentelevien hoitajien ominaisuuksista. Näkemyksemme mukaan sosiaalisella älykkyydellä voidaan rakentaa potilaaseen nopeastikin luottamuksellinen suhde. Tutkimustulosten perusteella voidaan todeta, että työkokemus antaa lisää valmiuksia olla hyvä triagehoitaja. Näkemyksemme mukaan pidemmällä työkokemuksella varustettu hoitaja on nähnyt laajemmin eri erikoisalojen potilaita. Voidaan olettaa, että työkokemus helpottaa käytännön ja teorian yhdistämistä sekä työssä soveltamista. Johtopäätöksenä voidaan siis todeta, että ei riitä, jos triagehoitaja osaa mitata potilaalta erilaisia mittauksia, vaan hänen täytyy myös tietää mitä niiden tulokset kertovat ja tarvittaessa soveltaa niitä. Tutkimustulosten perusteella triagekäsikirjan käyttötaidot ovat tärkeässä osassa triagehoitajana työskentelyä ja vastaajat kokivat

osittain ristiriitaisiakin kokemuksia sen käytöstä. Osa vastaajista oli sitä mieltä, että OSYP:n omassa triagekäsikirjassa ja virallisessa, alkuperäisessä triagen käsikirjassa oli ristiriitaisuuksia. Vastaajien mielestä ristiriitaisuudet lisäävät tulkinnanvaraisuutta ja aiheuttavat hämmennystä triagea tehdessä. Myös osa vastaajista koki tärkeänä asiana alkuperäiseen ESI-triage-käsikirjaan perehdyttämistä. Voidaan tulla siihen johtopäätökseen, että olisi hyvä olla käytössä vain yksi triage-käsikirja ja siihen asianmukainen käyttökoulutus. Oulun seudun yhteispäivystyksessä triagehoitajat valittiin henkilökohtaisen halukkuuden ja soveltuvuuden perusteella. Vaatimuksena oli lisäksi vähintään kolmen vuoden työkokemus ensihoidosta tai päivystyksestä (Kallankari 2016, viitattu 19.11.2019). Tutkimuksen tulosten pohjalta voidaan siis sanoa, että OSYP:ssa triagehoitajan valintaperusteisiin olisi hyvä lisätä erillisen kattavan koulutuksen käyminen ennen työtehtävään astumista. Osa haastateltavista olivat saaneet perehdytyksen ainoastaan työn ohessa, toisen triagehoitajan toimesta. Tulosten pohjalta voidaan sanoa, että triagehoitajana työskentelyn vaatimuksena, olisi hyvä olla monipuolinen ja laaja koulutus sekä mahdollisesti jonkinlaiset soveltuvuustestit.

Toisen tutkimuskysymyksen avulla haluttiin saada vastaus kysymykseen: Millaisena Oulun seudun yhteispäivystyksen uusi ensihoitotriagemalli on koettu? Haastateltavat ovat kokeneet vuonna 2018 käyttöön otetun ESI-triagen pääsääntöisesti hyvänä asiana. Osa haastateltavista kokivat, että uuteen triagemalliin on helppo luottaa ja tukeutua. Myös rakentavaa palautetta ja muutostarpeita tuli ilmi. Tutkimustulosten mukaan positiivisina asioina koettiin ESI-triagen luotettavuus ja tarkkuus sekä objektiivisuus ja selkeys. Muita positiivisia kokemuksia olivat ESI-triage-käsikirja triagen tekemisen tukena selkeä tuen saaminen muilta hoitajilta ja lääkäreiltä. Teoriatietoon pohjautuen ja haastattelutulosten perusteella voidaan tulkita, että objektiivinen ajattelu on hyödyksi triagea tehdessä. Silloin ei omat henkilökohtaiset mielipiteet tai ennakkoluulot mitään potilasryhmää kohtaan pääse näyttäytymään triagea tehdessä. USA:ssa tuotetun Wuerzin ym. tutkimuksen tulokset tukevat myös Suomessa saatuja ESI-triagen käyttäjäkokemuksia. Siinä tutkimustulokset puhuvat ESI-triagen luotettavuuden puolesta. Lääkärit ja hoitajat luokittelivat 80 % potilaista samaan ESI-luokkaan, mikä lisää sen luotettavuutta. USA:ssa tehdyn tutkimuksen tulosten mukaan kokemukset olivat positiivisia: triagehoitajat kokivat ESI-triagen helpommaksi ja hyödyllisemmäksi työkaluksi kuin aiemmin käytössä olleet algoritmit. Oulun seudun yhteispäivystyksessä suoritetun tutkimuksen tuloksissa selviää, että kaiken kaikkiaan haastateltavat kokivat ESI-triagen hyväksi järjestelmäksi. Ongelmiksi koettiin perehdytyksen ja koulutuksen puute sekä käyttäjien asenteet. Myös triagen erikoistapaukset ja "väliinputoaja"-potilaat koettiin haastaviksi. Teoriatietoon ja tutkimustuloksiin tukeutuen voidaan olettaa, että lisäämällä kattavampaa koulutusta ESI-triagen

käyttöön, saadaan ammattitaitoisempia ja itsevarmempia triagehoitajia. Koulutuksessa olisi hyvä keskittyä myös triagen erikoistilanteisiin, harvinaisempiin potilastapauksiin, sekä saada selkeä linjaus niin sanotuille ”väliinputoaja”-potilaille.

Kolmannella tutkimuskysymyksellä etsittiin vastausta kysymykseen: Mitä kehitettävää nykyisessä ensihoitotriagemallissa on? Kehitystarpeiksi nousivat tarkennukset ESI-luokitusten välillä, perehdytyksen ja koulutuksen lisääminen sekä triagen mahdollinen ulkoistamiseen ensihoidolle. Näistä suurimmaksi kehittämistarpeeksi nousi perehdytys, johon moni haastateltava ilmaisi tyytymättömyyttä. Haastateltavat olivat sitä mieltä, että koulutus tai perehdytys oli liian niukka tai sitä ei ollut juuri ollenkaan ennen triagehoitajana työskentelyn aloittamista. Perehdytyksellä on suuri merkitys työntekijän työpaikkaan sopeutumisessa. Tätä tukee työturvallisuuskeskus (2016) sivuillaan, jossa kerrotaan hyvällä perehdytyksellä olevan parhaimmillaan potilasturvallisuutta lisäävä ja hoitovirheitä ehkäisevä vaikutus. Myös Pinola M. artikkelissaan tukee ajatusta hyvästä ja tasalaatuisesta perehdytyksestä sekä koulutuksesta. Lisäämällä ESI-triageen liittyviä koulutuksia ja perehdytystä voidaan vaikuttaa myös potilasluokitteluvälineen käyttäjäkohtaisiin epätasalaatuisuuksiin, sekä lisätä osaamista triagen soveltavasta käytöstä. Saman suuntaisia tutkimustuloksia on raportoinut myös Aalto ja Leino (2008) tutkimuksessaan, jossa tutkivat Peijaksen sairaalan yhteispäivystyksessä hoitajien kokemuksia triagen käytöstä. Heidän työnsä tutkimustuloksissa nousi myös suurimpana kehityskohteena koulutuksen lisääminen. Tutkimustulosten perusteella voidaan todeta, että perehdytys ja koulutus ovat tärkeässä roolissa triagehoitajana työskennellessä. Osa triagehoitajista kaipasi selkeyttä kahden ESI-luokan välille. Epävarmuutta tulkinnassa aiheutti se, että reagoiko triagehoitaja potilaan yhteen poikkeavaan löydökseen huolimatta siitä, onko potilaan oirekuva ja taustat muutoin tyypillisiä tiettyyn ESI-luokkaan kuuluvia. Tästä voidaan päätellä, että koulutuksessa olisi myöskin hyvä ottaa huomioon ESI-luokkien selkeämmät kriteerit ja varasuunnitelma vaikeiden tilanteiden varalle. Tutkimuksen tuloksissa esille nousi ajatus triagen ulkoistaminen ensihoidolle. Ensihoito tekee muutamaa minuuttia ennen potilaan luovuttamista oman triagensa ja triagehoitaja tekee samankaltaisen arvion pian uudestaan. Potilaan vastaanottava tiimi tekee saman tyyllisen arvion, joten tuloksissa pohdittiin sellaisen olevan turhaa toistoa. Näkemyksemme mukaan kriittisesti sairaan potilaan tila voi muuttua jopa minuuteissakin, joten toistuvan tilanarvion tekeminen on perusteltua. Poikkeavaan löydökseen pystytään puuttumaan välittömästi ja useitakin minuutteja aikaa voidaan voittaa potilaan hyväksi. Haastatteluiden tuloksissa ymmärrettiin kyllä tämänkin puoli asiasta, mutta sitä ajatusta haluttiin nostaa esille. Haastattelutuloksiin perustuen voidaan mainita, että kehitysideana triagen ulkoistaminen ensihoidolle on varteenotettava.

Haastateltavien määrä jäi pieneksi, vain viiteen triagehoitajaan alkuperäisen suunnitellun kahdeksan haastateltavan tilalle. Haastateltavien pieni määrä vähentää tulosten yleistettävyyttä. Kuitenkaan kvalitatiivisessa tutkimuksessa ei ole määritelty tarkkoja säädöksiä haastateltavien lukumäärien riittävydestä. Aineiston määrän ei välttämättä tarvitse olla laaja, vaan jopa yksi haastattelu voi tilannekohtaisesti riittää (Saaranen-Kauppinen, A. & Puusniekka, A. 2006, viitattu 9.11.2020). Tutkimuksemme halusimme kuitenkin haastatella useampia triagehoitajia saadaksemme kerättyä näkökulmia eri mittaisen työkokemuksen ja ESI-triage-käyttökokemuksen omaavilta hoitajilta, ja näin lisättyä tutkimuksen luotettavuutta. Vaikka haastateltavien määrä on pieni, samankaltaiset vastaukset työkokemuksen ja ESI-triage-käyttökokemuksen pituudesta huolimatta viittaavat siihen, ettei kumpikaan tekijä huomattavasti muuta sitä, miten ensihoitotriage koetaan triagehoitajan näkökulmasta.

#### **6.4 Jatkotutkimusehdotukset**

Tutkimuksemme on ensimmäinen ESI-triagea käsittelevä tutkimus Oulussa ja yksi harvoista Suomessa toteutetuista tutkimuksista. Jatkotutkimustarpeita siis on vertailupohjan saamiseksi. Mielenkiintoisia vertailuaiheita olisivat esimerkiksi havainnot ESI-triagen – tai muiden triage-protokollien – puutteista ja vahvuuksista. Puutteita ja vahvuuksia vertailemalla voisi olla mahdollista tulevaisuudessa muodostaa jopa kokonaan uusi triageprotokolla, johon kerätty aiemmin tutkittujen triageprotokollien vahvuudet, joilla on mahdollisesti vastaavasti paikattu niiden puutteet.

Tulevaisuudessa uusi opinnäytetyö voisi keskittyä ESI-triage-koulutuspaketin suunnittelemiseen Oulun seudun yhteispäivystykselle, minkä avulla voitaisiin paikata tässä opinnäytetyössä esiin nousseita puutteita triagehoitajien koulutuksessa. Samantyyppinen, mutta osin kevennetty koulutus voitaisiin suunnitella muulle henkilökunnalle, joka ei itse tee ESI-triagea, mutta jonka on tärkeää ymmärtää ESI-luokituksen merkitys. Lisätyn koulutuksen vaikutusta triagehoitajien mielipiteisiin koulutuksen riittävydestä voitaisiin myös jatkossa tutkia, jotta voitaisiin kartoittaa, onko tässä työssä havaittu puute saatu korjattua.

## LÄHTEET

Aalto, J. & Leino, L. 2008. Opinnäytetyö, Triage hoitajien kokemana yhteispäivystyksessä. Viitattu 10.12.2020. <http://www.doria.fi/bitstream/handle/10024/37442/stadia-1208769828-0.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Alanen, P., Jormakka, J., Kosonen, A. & Saikko, S. 2016. Oireista työdiagnoosiin. Helsinki: Sanoma Pro Oy

Eitel, D. R., Travers, D.A., Rosenau A.M., Gilboy, N. & Wuerz, R.C. 2003. The emergency severity index triage algorithm version 2 is reliable and valid. Viitattu 7.12.2020. [https://onlinelibrary.wiley.com/doi/pdf/10.1197/S1069-6563\(03\)00350-6](https://onlinelibrary.wiley.com/doi/pdf/10.1197/S1069-6563(03)00350-6)

Eskola, Jari & Suoranta, Juha 1998. Johdatus laadulliseen tutkimukseen. Tampere: Vastapaino.

Eskola, J., Vastamäki, J., Raine, V. & Aaltola, J. 2015. Ikkunoita tutkimusmetodeihin 1. Metodien valinta ja aineistonkeruu: virikkeitä aloittelevalle tutkijalle. Juva: PS-Kustannus.

Gilboy, N., Tanabe, P., Travers, D.A., Rosenau, A.M. & Eitel, D.R. 2005. Emergency severity index, version 4: implementation handbook. Viitattu 7.12.2020. [https://www.sgnor.ch/fileadmin/user\\_upload/Dokumente/Downloads/Esi\\_Handbook.pdf](https://www.sgnor.ch/fileadmin/user_upload/Dokumente/Downloads/Esi_Handbook.pdf)

Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 1997. Tutki ja kirjoita. Porvoo: Tammi.

Hirsjärvi, S. & Hurme, H. 1980. Teemahaastattelu. Tampere: Tammer-Paino Oy. Oy Gaudemus Ab.

Iserson, K. & Moskop, J. 2007. Triage in Medicine, Part I: Concept, History, and Types. Annuals of Emergency Medicine, Volume 49, Issue 3.

Jyväskylän yliopisto 2015. Laadullinen tutkimus. Viitattu 8.1.2020. <https://koppa.jyu.fi/avoimet/hum/menetelmapolkuja/menetelmapolku/tutkimusstrategiat/laadullinen-tutkimus>

Kallankari, S. ESI Triage päivystyksessä –koulutusmateriaali 2016. Viitattu 5.1.2019.  
<https://docplayer.fi/33658715-Esi-triage-paivystyksessa.html>

Kananen, J. 2014. Laadullinen tutkimus opinnäytetyönä. Tampere: Suomen Yliopistopaino Oy – Juvenes Print.

Kankkunen P. & Vehviläinen-Julkunen K. 2009. Tutkimus hoitotieteessä. Helsinki: WSOYpro OY.

Kuisma, M., Holmström, P., Nurmi, J., Porthan, K. & Taskinen, T. 2018. Ensihoito. Helsinki: Sanoma Pro Oy.

Kuntaliitto.fi 2020. Erikoissairaanhoito. Viitattu 7.12.2020. <https://www.kuntaliitto.fi/sosiaali-ja-terveysasiat/terveydenhuolto/erikoissairaanhoito>

Kylmä, J., Vehviläinen-Julkunen, K. & Lähdevirta, J. 2003. Laadullinen terveystutkimus; mitä, miten ja miksi? Viitattu 7.12.2020. <https://www.duodecimlehti.fi/duo93495>

Näpärä, L. 2017. Haastattelun lajityypit. Viitattu 9.1.2020. <https://www.spoken.fi/2180/>.

Pinola, M. 2020. Hyvä perehdytys voi lisätä hoitoalan vetovoimaa - "Parasta olisi, jos uusi työntekijä voisi kulkea konkarin mukana". Viitattu 9.10.2020. <https://yle.fi/uutiset/3-11141482>

PPSHP.fi 2020. Akuutin kivun hoito. Viitattu 9.11.2020. <https://www.ppsHP.fi/Toimipaikat/Leikkaus-ja-anestesia/Akuutin-kivun-hoito/Pages/default.aspx>

PPSHP.fi 2019. Kiireellisyysluokitus. Viitattu 17.11.2019. <https://www.ppsHP.fi/Ensihoito-ja-paivystys/Paivystys/Paivystykseen-saapuminen/Kiireellisyysluokitus/Pages/default.aspx>.

PPSHP.fi 2020. Päivystykseen saapuminen. Viitattu 7.12.2020.

<https://www.ppsHP.fi/Ensihoito-ja-paivystys/Paivystys/Paivystykseen-saapuminen/Pages/default.aspx>

Saaranen-Kauppinen, A. & Puusniekka, A. 2006. KvaliMOTV - Menetelmäopetuksen tietovaranto. Aineiston määrä ja tutkittavat. Viitattu 18.11.2019.

Saaranen-Kauppinen, A.&Puusniekka, A. 2006. KvaliMOTV – Menetelmäopetuksen tietovaranto. Hypoteesittomuus. Viitattu 8.1.2020. [https://www.fsd.uta.fi/menetelmaopetus/kvali/L2\\_3\\_2\\_1.html](https://www.fsd.uta.fi/menetelmaopetus/kvali/L2_3_2_1.html).

Saaranen-Kauppinen, A. & Puusniekka, A. 2006. KvaliMOTV - Menetelmäopetuksen tietovaranto. Teemahaastattelu. Viitattu 5.9.2019. [https://www.fsd.uta.fi/menetelmaopetus/kvali/L6\\_3\\_2.html](https://www.fsd.uta.fi/menetelmaopetus/kvali/L6_3_2.html).

Saaristo, T. 2015. Mitä sosiaalinen vuorovaikutus on? Viitattu 9.11.2020. <https://docplayer.fi/6592-1-1-mita-sosiaalinen-vuorovaikutus-on-yleista.html>

Sosiaali- ja terveysministeriö 2010. Yhtenäiset päivystyshoidon perusteet. Työryhmän raportti. Viitattu 17.11.2019. <http://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/72305/URN%3aNBN%3afi-fe201504226598.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Syvöja, P. & Äijälä, O. 2009. Hoidon tarpeen arviointi. Helsinki: Sanoma Pro Oy.

Tieteen termipankki 2017. Objektivisuus. Viitattu 9.11.2020. <https://tieteentermipankki.fi/wiki/Filosofia:objektivisuus>.

Tietoarkisto 2020. Kvalitatiivisen datan käsittely. Viitattu 29.10.2020. <https://www.fsd.tuni.fi/fi/palvelut/aineistonhallinta/kvalitatiivisen-datan-kasittely/>.

Tutkimuseettinen neuvottelulautakunta 2012. Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausepäilyjen käsitteleminen Suomessa. Viitattu 4.11.2020. [https://www.tenk.fi/sites/tenk.fi/files/HTK\\_ohje\\_2012.pdf](https://www.tenk.fi/sites/tenk.fi/files/HTK_ohje_2012.pdf).

Työturvallisuuskeskus 2016. Työntekijän perehdyttäminen ja opastus. Viitattu 9.10.2020. [https://ttk.fi/tyoturvallisuus\\_ja\\_tyosuojelu/tyosuojelu\\_tyopaikalla/vastuut\\_ja\\_velvoitteet/tyohon\\_perehdyttaminen\\_ja\\_tyonopastus](https://ttk.fi/tyoturvallisuus_ja_tyosuojelu/tyosuojelu_tyopaikalla/vastuut_ja_velvoitteet/tyohon_perehdyttaminen_ja_tyonopastus)

Wuerz, R., Milne, L., Eitel, D., Travers, D. & Gilboy, N. 2000. Reliability and validity of a new five-level triage instrument. Viitattu 7.12.2020. <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1111/j.1553-2712.2000.tb01066.x>



1. Milloin aloitit triagehoitajana?
  - 1.1. Millaisen koulutuksen/perehdytyksen olet saanut?
  - 1.2. Mitä muuttaisit perehdytyksessä? Lisäisitkö tai poistaisitko jotain?
2. Millainen on hyvä triagehoitaja?
3. Mitä triagemalleja olet käyttänyt?
  - 3.1. (Jos käyttänyt muita triagemalleja) Mikä on mielestäsi suurin ero ESI-triagen ja muiden triagemallien välillä?
4. Miten pitkään olet käyttänyt ESI-triagea?
  - 4.1. Millaisia kokemuksia sinulla on ESI-triagen käytöstä? (positiivisia/negatiivisia)
  - 4.2. Millaisissa tilanteissa olet kokenut ESI-triagen riittämättömäksi?
5. Mitä muutoksia tekisit potilasluokitteluun?

Hyvä sairaanhoitaja!

Olemme kolme viimeisen vuoden ensihoitajaopiskelijaa ja teemme opinnäytetyötä "Ensihoitotriage Oulun seudun yhteispäivystyksessä, käyttäjien kokemuksia" yhteistyössä Oulun seudun yhteispäivystyksen kanssa. Tutkimuksen tarkoituksena on kuvailla Oulun seudun yhteispäivystyksen triagehoitajien käyttökokemuksia ESI-triagesta.

Teemme tutkimuksellista opinnäytetyötä, jossa tutkimus perustuu triagehoitajien haastatteluiden tuloksiin.

Keräämme tutkimustietoa teemahaastatteluiden avulla. Teemahaastattelussa aihepiiri on jaettu tiettyihin teemoihin, joiden mukaan muodostamme haastattelukysymykset. Tavoitteenamme on saada aikaan avointa keskustelua rennolla ilmapiirillä. Haastattelut järjestetään OYS:n tiloissa työpäivän aikana ja aikaa varattuna noin 30 min.

Haastateltavat pysyvät täysin anonyymeina työssämme ja vastaukset käsitellään luottamuksellisesti. Tutkimusaineisto kerätään ainoastaan tätä opinnäytetyötä varten ja hävitetään välittömästi tutkimuksen valmistuttua.

Haastattelut äänitetään haastattelutilanteiden sujumuuden vuoksi.

Lämpimät kiitokset osallistumisesta!

Ystävällisesti,

*Opinnäytetyöryhmä:*

*Amanda af Hällström, o6kuam00@students.oamk.fi, p. 040 517 5786*

*Kari Suutari, o6suka00@students.oamk.fi, p.041 506 9209*

*Annemari Turpeinen, o6tuan03@students.oamk.fi, p.040 415 8601*

TAULUKKO 2 Esimerkki aineiston pelkistämisestä ja ryhmittelystä

Esimerkkejä haastatteluiden aineistosta	Pelkistetty ilmaus	Alaluokka	Yläluokka	Pääluokka
<i>"Kyllä se kaiken kaikkiaan potilaan kannalta on hyvä asia. Se ensiarvio tapahtuu väkisinkin nopeemmin, kun niin sanotulla vanhalla systeemillä. Pystytään sellaiset riskipotilaat toivottavasti paremmin poimimaan sieltä potilasmassasta. Se korostuu siinä mitä enemmän on potilaita, että sieltä pitäisi pompata kiireellisemmät potilaat esiin, siitähän se edesauttaa tommonen tiettenkin."</i>	Nopeus Sujuvuus Riskipotilaiden löytäminen	Luotettavuus	Positiiviset kokemukset	Käyttäjäkokemukset
<i>" Tämä antaa paljon vähemmän tulkinnan mahdollisuuksia, kun mitä se ABCDE-malli. Kyllä minä pidän tätä ESI-triagen mallia paljon järkevämpänä tässä meidän työssä. - - ABCDE-malli enemmän perustu hoitajan tunteella tai järjellä työskentelemiseen. Tässä ESI-triagessa tunne annetaan laittaa sivuun ja järjellä tehdään luokitus."</i>	Ei tulkinnanvaraisuutta Tunnetekijän vähentäminen Järjen käyttö	Objektiivisuus		

<p><i>"Kyllä saan (tukea), se on sitten taas ison yksikön hyviä puolia. Täällähän on aina hirveesti lääkäreitä ja muita paikalla, jota voi konsultoida. Muita työkavereita. Tukea saa aina, jos haluaa."</i></p>	<p>Moniammatillinen tiimi Konsultaation mahdollisuus Työkavereiden läsnäolo</p>	<p>Tuen saaminen</p>		
--	---	----------------------	--	--