

Maanselkä Marjo & Rautapuro Anette

**TRIAGE-HOITAJAN AMMATILLINEN OSAAMINEN
KESKI-POHJANMAAN KESKUSSAIRAALAN YHTEIS-
PÄIVYSTYKSESSÄ**



**Opinnäytetyö
CENTRIA AMMATTIKORKEAKOULU
Kokkola-Pietarsaaren yksikkö
Hoitotyön koulutusohjelma
Maaliskuu 2013**

TIIVISTELMÄ OPINNÄYTETYÖSTÄ

Yksikkö Kokkola - Pietarsaaren yksikkö	Aika Helmikuu 2013	Tekijä/ tekijät Marjo Maanselkä Anette Rautapuro
Koulutusohjelma Hoitotyön koulutusohjelma		
Työn nimi Triage-hoitajien ammatillinen osaaminen Keski-Pohjanmaan keskussairaalan yhteispäivystyksessä		
Työn ohjaaja Lehtori, TtM Teija Honkonen	Sivumäärä 54+6	
Työn tarkastaja Yliopettaja, TtT Annukka Kukkola		
<p>Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli kuvata Keski-Pohjanmaan Keskussairaalan triage-hoitajina toimivien sairaanhoitajien ammatillista osaamista. Opinnäytetyön tavoitteena oli tutkia, millaista ammatillista osaamista triage-hoitajilla oli sekä millaisia haasteita ja ongelmia he kokivat toimiessaan triage-hoitajina. Tavoitteena oli myös saada ehdotuksia triage-hoitajien ammatillisen osaamisen kehittämiseen.</p> <p>Opinnäytetyö oli laadullinen tutkimus. Tutkimusmateriaali kerättiin kyselylomakkeiden avulla. Kyselylomake sisälsi viisi avointa kysymystä. Kyselylomakkeita jaettiin 28 kappaletta. Vastausprosentti oli 46 % (N=13). Aineisto analysoitiin induktiivisella sisällön analyysillä.</p> <p>Triage-hoitajien tärkeimpiä ammatillisen osaamiseen vaikuttavia tekijöitä olivat pitkä ja laaja-alainen työkokemus, hyvä kliininen silmä, kriittisesti sairaan potilaan tunnistaminen ja peruselintoimintojen tunteminen. Perustiedot ja taidot olivat hyvä pohja ammatilliselle osaamiselle. Myös vuorovaikutustaitojen katsottiin kuuluvan ammatilliseen osaamiseen. Triage-hoitajan työtä haluttiin kehittää yhtenevien ohjeistusten avulla. Lisäkoulutusta haluttiin puhelinneuvontaan ja triage-hoitajien ammatilliseen osaamiseen kokonaisuudessaan. Tämän opinnäytetyön avulla haluttiin tuoda esille triage-hoitajien ammatillinen osaaminen ja triage-hoitajan toimenkuvaan liittyvät kehittämistarpeet.</p>		

Avainsanat

ammatillinen osaaminen, hoidontarpeen arviointi, päivystyspotilas, triage

TIIVISTELMÄ
ABSTRACT

SISÄLLYS

1 JOHDANTO	1
2 SAIRAANHOITAJAN AMMATILLINEN OSAAMINEN	3
2.1 Sairaanhoidajan tutkinto ja ammattikorkeakoulutus	3
2.2 Sairaanhoidajan ammatillisen osaamisen edellytykset	4
2.3 Sairaanhoidaja hoitotyön asiantuntijana	5
2.4 Sairaanhoidajan ja potilaan välinen vuorovaikutus	6
3 PÄIVYSTYSPOTILAS	8
3.1 Potilaan oikeus päivystykseen	8
3.2 Päivystyksen tarkoitus	9
3.3 Potilaiden odotukset päivystykseltä	11
4 HOIDON TARPEEN ARVIOINTI	12
4.1 Hoidon tarpeen arvioinnin määritelmä	12
4.2 Hoidon tarpeen arvioinnin sisältö	13
4.3 Puhelinneuvonta	14
4.4 Kirjaaminen hoitotyössä	17
4.5 Potilaan ohjaaminen	18
4.6 Ohjaukseen vaikuttavat tekijät	19
5 TRIAGE	21
5.1 Triage-luokitus	21
5.2 Triage-hoitaja	22
5.3 Triage päivystyksessä	23
5.4 Peruselintoimintojen tutkiminen ja tunnistaminen	24
5.5 Kriittisesti sairas potilas	25
5.6 ABCDE-kiireellisyysluokitus	26
6 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS, TAVOITTEET JA TUTKIMUSKYSYMYKSET ..	28
7 LAADULLINEN TUTKIMUSMENETELMÄ	29

7.1 Laadullinen tutkimusote.....	29
7.2 Aineiston kerääminen	30
7.3 Sisällön analyysi.....	31
8 LAADULLISEN TUTKIMUKSEN LUOTETTAVUUS JA EETTISYYS	32
8.1 Laadullisen tutkimuksen luotettavuus	32
8.2 Tutkimuksen eettisyys	33
9 TUTKIMUSTULOKSET	35
9.1 Kohderyhmä.....	35
9.2 Triage-hoitajalta vaadittava ammatillinen osaaminen.....	35
9.3 Triage-hoitajien kokemus omasta osaamisesta	36
9.4 Triage-hoitajan työn haasteet.....	39
9.5 Triage-hoitajien kokemat ongelmat ja puutteet	42
9.6 Triage-hoitajien ammatillisen osaamisen kehittäminen	45
10 POHDINTA	48
10.1 Tutkimustulosten tarkastelu	48
10.2 Opinnäytetyön prosessi	50
LÄHTEET	52

LIITTEET

TAULUKOT

TAULUKKO 1. Hoidon tarpeen arviointi

TAULUKKO 2. Kriittisesti sairaan potilaan oireita

TAULUKKO 3. Kriittisesti sairas potilas - kriteerit Keski-Pohjanmaan keskussaira-
raan yhteispäivystyksessä

TAULUKKO 4. A- ja B- kiireellisyysluokan esimerkkioireita erikoisalakohtaisesti

TAULUKKO 5. CDE- kiireellisyysluokka esimerkkejä

KUVIOT

KUVIO 1. Triage-hoitajan ammatillinen osaaminen

KUVIO 2. Triage-hoitajan kokemus omasta osaamisesta

KUVIO 3. Triage-hoitajan kokemat puutteet omassa osaamisessa

KUVIO 4. Triage-hoitajan kokemat työn asiakaslähtöiset haasteet

KUVIO 5. Triage-hoitajan työn haasteet

KUVIO 6. Triage-hoitajan työn ongelmat ja puutteet

KUVIO 7. Triage-hoitajan työn kehittämisideat

1 JOHDANTO

Uusi terveydenhuoltolaki astui voimaan 1.5.2011. Lain tarkoituksena on edistää ja ylläpitää väestön terveyttä, hyvinvointia, työ- ja toimintakykyä sekä sosiaalista turvallisuutta. Lain tarkoituksena on myös kaventaa väestöryhmien välisiä terveyseroja ja toteuttaa väestön tarvitsemien palvelujen yhdenvertaisuutta, saatavuutta, laatua ja potilasturvallisuutta sekä vahvistaa asiakaskeskeisyyttä. Tarkoituksena on myös vahvistaa terveydenhuollon toimintaedellytyksiä sekä parantaa terveydenhuollon ja muiden toimijoiden välistä yhteistyötä terveyden ja hyvinvoinnin edistämässä sosiaali- ja terveydenhuollon järjestelmässä.

Päivystystoiminnassa on tapahtunut suuria muutoksia 2000-luvulla. Päivystystoimintaa on keskitetty suurempiin yksiköihin ja erilaisia yhteispäivystysmalleja on kehitetty ympäri Suomea. Yhteispäivystyksellä tarkoitetaan päivystysvastaanottoa, jossa hoidetaan sekä perusterveydenhuollon että erikoissairaanhoidon päivystyspotilaita. Kokkolassa yhteispäivystys aloitti toimintansa vuonna 2008, jolloin perusterveydenhuollon päivystystoiminta siirtyi sairaanhoitopiiriin ylläpitämäksi. Yhteispäivystyksessä toimii erikoissairaanhoidon päivystys ympäri vuorokauden ja perusterveydenhuollon päivystys virka-ajan ulkopuolella sekä viikonloppuisin.

Suomessa on ollut ongelmana päivystyksen perustehtävän hämärtyminen. Tämän vuoksi sosiaali- ja terveysministeriö laati yhdessä Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen kanssa yhtenäiset päivystyshoidon perusteet – kriteerit, helpottamaan päivystystoimintaa ja hoidontarpeen arviointia. Hoidontarpeen arvioinnilla tarkoitetaan terveydenhuollon ammattilaisen tekemää arviota potilaan hoitoon pääsystä ja sen kiiireellisyydestä. Yhteispäivystykseen ilman lähetettä tulevien potilaiden hoidontarpeen arviointia ja triage-luokitusta tekevät triage-hoitaja sekä puhelinneuvonnassa työskentelevä sairaanhoitaja. Molemmat toimivat yhteisillä ohjeilla, jotka perustuvat

yhtenäisiin päivystyshoidon kriteereihin sekä yhteispäivystyksen ylilääkärin ja ensihoidon vastuulääkärin tekemiin ohjeisiin.

Triage-hoitajalla tarkoitetaan potilaita vastaanottavaa hoitajaa, joka tekee potilaan hoidontarpeen arvioinnin ja kiireellisyyden määrittelyn. Tämä edellyttää triage-hoitajalta asianmukaista koulutusta ja työkokemusta tehtävään. Näiden lisäksi triage-hoitajalta vaaditaan vahvaa teoreettista osaamista ja hyvää asiakaspalvelutaitoa. Tutkimusten mukaan työkokemuksen merkitys korostuu triage-hoitajan ammatillisessa osaamisessa ja on asiantuntijuuden edellytys. Triage-hoitajana voi toimia sairaanhoitaja, lähi- tai perushoitaja sekä lääkintävahtimestari. Tässä opinnäytetyössä triage-hoitajalla tarkoitetaan sairaanhoitajaa.

Triage-luokittelulla tarkoitetaan päivystyspotilaiden jaottelua eri ryhmiin lääketieteellisin perustein hoidon kiireellisyyden mukaan. A-ryhmään kuuluvat potilaat ovat välittömässä erikoissairaanhoidon tarpeessa. E-ryhmään kuuluvat potilaat eivät tarvitse päivystyksellistä hoitoa, ja heidät voidaan ohjata hakeutumaan omaan terveyskeskukseen virka-aikana. Selkeä triage-ohjeistus sekä hoidon tarpeen arviointi mahdollistaa kriittisen ja tasapuolisen arvioinnin päivystyshoidon tarpeellisuudesta.

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on selvittää triage-hoitajien ammatillista osaamista ja työn mukanaan tuomia haasteita ja ongelmia. Tarkoituksena on myös selvittää triage-hoitajien ammatillisen osaamisen lisäksi triage-hoitajien työhön liittyvät kehittämistarpeet Keski-Pohjanmaan keskussairaalan yhteispäivystyksessä. Tavoitteena on, että opinnäytetyöstämme saatavaa tietoa voidaan hyödyntää esimerkiksi yhteispäivystyksen koulutuspäivien järjestämisessä sekä triage-hoitajan toimenkuvan kehittämisessä ja ammatillisen osaamisen lisäämisessä. Kiinnostuksemme aiheita kohtaan tuli työelämästä.

2 SAIRAANHOITAJAN AMMATILLINEN OSAAMINEN

Sairaanhoitajan koulutus pohjautuu EU:n direktiiveihin ja on pituudeltaan 210 opintopistettä. Koulutus kestää 3,5 vuotta. Sairaanhoitajan ammatillinen osaaminen perustuu laaja-alaiseen, monitieteelliseen osaamiseen sekä hyviin vuorovaikutustaitoihin. Sairaanhoitajalta vaaditaan vahvaa ammatillista ja eettistä päätöksentekokykyä. Työelämä vaatii vahvan teoreettisen ja taidollisen perusosaamisen, mikä tulee olla koulutuksen lähtökohtana. (Valtioneuvoston asetus ammattikorkeakouluista 2003, § 3; Opetusministeriön työryhmämuistioita ja selvityksiä 2006:24, 15, 63.)

2.1 Sairaanhoitajan tutkinto ja ammattikorkeakoulutus

Kyrönlahden (2005, 42) tutkimuksen mukaan ammattikorkeakoulututkinnolla on tarkoitus taata opiskelijalle laaja-alaiset perustiedot ja taidot, sekä antaa valmiudet toimia alan kehittämiseksi. Sairaanhoitajan tutkinto on ammattikorkeakoulun järjestämä sosiaali- ja terveystieteiden perustutkinto. (Valtioneuvoston asetus ammattikorkeakouluista 2003, § 3.)

Perusopinnojen tarkoituksena on taata opiskelijalle laaja-alainen yleiskuva sairaanhoitajan työstä, tehtäväalueesta ja sen merkityksestä yhteiskunnassa, työelämässä sekä kansainvälisesti. Ammattiopinnojen tavoitteena on perehdyttää opiskelija tulevaan ammattiin ja sen tehtäväalueeseen, keskeisiin ongelma-kokonaisuuksiin ja tieteellisiin haasteisiin niin, että hän sairaanhoitajana selviää tulevasta haasteesta asiantuntijana ja työyhteisön jäsenenä. (Valtioneuvoston asetus ammattikorkeakouluista 2003, § 7.)

Paloposki, Miettinen, Eskola, Paavilainen, Heikkilä & Tarkka (2003) ovat tutkineet ammattikorkeakoulusta valmistuneiden sairaanhoitajien omaa arviota teoreettisesta ja käytännön osaamisesta. Tutkimuksessa nousi esille se, että teoreettinen osaaminen on heikkoa. Käytännön osaaminen sen sijaan on hyvää. Ammattikorkeakoulun tavoitteiden mukaan teoriatieto on pohjana käytännön osaamiselle. Lisäksi tutkimuksesta nousi esille työkokemuksen merkitys ammatillisessa osaamisessa. Koulutus antaa pohjan itsensä kehittämiseksi, mutta vasta työkokemuksen myötä kehittyi oman alan asiantuntijaksi. (Paloposki ym. 2003, 161–163.)

Paakkonen (2008) on tutkinut päivystyspoliklinikalla työskentelevien sairaanhoitajien ammatillista osaamista ja kliinisiä taitoja. Hänen tutkimuksestaan kävi ilmi, että sairaanhoitajien teoreettista osaamista tulisi vahvistaa, samoin kuin sairaanhoitajien taitoa reagoida potilaasta tehtyihin havaintoihin. Tutkimuksesta nousi myös esiin sairaanhoitajien koulutustarve akuuttihoitotyössä työskenteleville, sillä nykyinen sairaanhoitajatutkinto viittaa yleissairaanhoitajan toimenkuvaan. Paakkosen mielestä olisi tarvetta perustaa virallinen akuuttihoitotyön koulutusohjelma ammattikorkeakoulun jatkotutkintona.

2.2 Sairaanhoitajan ammatillisen osaamisen edellytykset

Hildénin (1997, 97–105) tutkimuksesta käy ilmi, että sairaanhoitajilta odotetaan laaja-alaista perustietoa ja tämän lisäksi oman erikoisalan vahvaa teoreettista osaamista. Lisäksi sairaanhoitajilta odotetaan asiakaspalvelutaitoa, yhteistyökykyä, paineensietokykyä, vahvaa psyykettä, sitoutumista omaan työhönsä sekä kokemusta. Hildénin mukaan kokemus on osa pätevyyttä ja asiantuntijuuden edellytys. Erikoisalan tietoa täytyy osata soveltaa käytäntöön.

Hoitotyön päätöksenteon toteuttaa sairaanhoitaja hoitotyön asiantuntijana, näyttöön perustuvan tiedon pohjalta käyttäen hoitosuosituksia yhteistyössä muun hoitoon osallistuvan henkilökunnan kanssa. Päätöksenteko edellyttää ongelmanratkaisutaitoa ja kriittistä ajattelua. Päätökset tulee tehdä asiakaslähtöisesti, tavoitteellisesti ja vuorovaikutuksessa potilaan kanssa. Sairanhoitaja vastaa hoitotyön tarpeen määrittämisestä, suunnittelee ja toteuttaa hoitotyötä, sekä arvioi sitä. Hoitotyön suunnitelma tulee olla kirjattuna asianmukaisesti potilasasiakirjoihin. (Opetusministeriö 2006.)

Sairanhoitajalla tulee olla vahva teoretien pohja ja ajantasainen hoitotieteellinen tietoperusta. Hoitotyössä tarvitaan myös vahvaa anatomian, fysiologian, patofysiologian osaamista ja lääketieteellisten erikoisalojen tuntemista sekä farmakologista ja ravitsemustieteellistä asiantuntemusta. Nämä ovat pohja sairaanhoitajan hyvälle kliiniselle hoitotyön osaamiselle. Kliininen osaaminen vaatii peruselintointojen ymmärtämistä, erilaisten hoitotoimenpiteiden suorittamista sekä lääkeshoidon osaamista. Sairanhoitajan työhön kuuluvat potilaan kivun ja kärsimyksen lieventäminen erilaisin hoitotyön keinoin. Sairanhoitajan tulee myös pystyä tarvittaessa antamaan hätäensiapua ja peruselvytystä sekä osallistumaan hoitoelvytykseen. Sairanhoitajan tulee hallita erilaisten hoitovälineiden turvallinen ja ergonominen käyttö sekä hallita potilasturvallisuus. Kliiniseen osaamiseen sisältyy tämän lisäksi myös kokonaishoidon tarpeen arviointi. (Opetusministeriö 2006.)

2.3 Sairanhoitaja hoitotyön asiantuntijana

Sairanhoitaja toimii hoitotyön asiantuntijana tukemalla yksilöitä, perheitä ja yhteisöjä. Toimintaympäristönä on perusterveydenhuolto, erikoissairaanhoito, sosiaalihuolto sekä kolmas sektori. Sairanhoitajan vastuualueeseen kuuluvat terveyden edistäminen, ylläpitäminen, sairauksien ehkäiseminen, parantaminen sekä

kuntouttaminen eri elämänvaiheissa ja elämäntilanteissa. Sairaanhoidajan työ on moniammatillista. Ammatillisen toiminnan lähtökohtana ovat kulloinkin voimassa oleva lainsäädäntö ja Suomen terveystieteelliset linjaukset. (Opetusministeriö 2006.)

Sairaanhoidajan työ perustuu näyttöön perustuvan hoitotyön menetelmiin, ammatilliseen asiantuntemukseen ja voimassa oleviin hoitosuosituksiin ja tutkimustietoon. Sairaanhoidaja huomioi myös potilaan tarpeet ja kokemukset. Sairaanhoidajan ammatissa työskenteleminen vaatii vahvaa ammatillista ja eettistä päätöksentekokykyä. (Opetusministeriö 2006.)

2.4 Sairaanhoidajan ja potilaan välinen vuorovaikutus

Onnistuneella vuorovaikutuksella on keskeinen merkitys potilas-hoitaja-suhteen luomisessa. Hyvin alkanut hoitajan ja potilaan välinen vuorovaikutussuhde auttaa pääsemään yhteisymmärrykseen esimerkiksi hoidontarpeen arviointia tehdessä. Vuorovaikutuksessa ensimmäiset sekunnit ovat tärkeitä, sillä potilas muodostaa käsityksen hoitajasta ja palvelusta. Tervehtiminen, ilmeet, eleet, äänensävy sekä ilmapiiri ovat tärkeitä ensivaikutelman luoja. Luottamuksellisuus ja sen syntyminen on olennainen asia vuorovaikutuksessa. (Syväoja & Äijälä 2009, 56.)

Pitkät jonotusajat puhelimesta tai vastaanottotiloissa ennen triage-hoitajan vastaanotolle pääsyä voi hankaloittaa hoitajan ja potilaan välistä vuorovaikutusta. Triage-hoitaja joutuu usein työssään erilaisten tunnepurkauksien kohteeksi, myös uhkailua esiintyy. Potilaan aggressiivisuutta saattaa aiheuttaa esimerkiksi se, että joku muu arvioi hänen hoitoon pääsyään, eikä hän voi siitä itse päättää. Hoitajan tulee kuitenkin hyväksyä potilaan kiihtymys, sillä usein se johtuu potilaan omasta tilanteesta tai asiasta, ei hoitajasta. Hoitajan ei tule mennä mukaan potilaan tunne-

tilaan, vaan pysyä päättäväisenä ja johdonmukaisena oman päätöksensä takana. Hankalistakin tilanteista tulisi potilaalle jäädä ammatillinen ja positiivinen tunne. (Syväoja & Äijälä 2009, 56–59.)

3 PÄIVYSTYSPOTILAS

Terveydenhuoltolain mukaan jokaiselle on annettava asuinpaikasta riippumatta päivystyksellistä hoitoa äkillisen sairastumisen tai vammautumisen vuoksi. Päivystyksen tehtävänä on potilaan henkeä ja terveyttä uhkaavan sairauden, vamman tai oireiden hoito.

3.1 Potilaan oikeus päivystykseen

Jokaisella Suomessa pysyvästi asuvalla henkilöllä on oikeus lain mukaan terveydentilansa edellyttämään terveyden- ja sairauden hoitoon niiden voimavarojen rajoissa, jotka ovat kulloinkin terveydenhuollon käytettävissä. Potilas on oikeutettu laadultaan hyvään terveyden- ja sairauden hoitoon. Potilaan hoito on järjestettävä niin, että hänen ihmisarvoaan ei loukata. Potilasta on kohdeltava niin, että hänen vakaumustaan ja yksityisyyttään kunnioitetaan. Potilaan hoidossa otetaan huomioon mahdollisuuksien mukana hänen kulttuuri, äidinkieli ja yksilölliset tarpeet. (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 1992, § 3.)

Kiireellinen sairaanhoito, mukaan lukien kiireellinen suun terveydenhuolto, mielenterveyshoito, päihdehoito ja psykososiaalinen tuki, on annettava potilaalle asuinpaikasta riippumatta. Kiireellisellä hoidolla tarkoitetaan äkillistä sairastumista, vammautumista tai pitkäaikaissairauden vaikeutumisen tai toimintakyvyn alenemisen edellyttämää välitöntä hoitoa tai arviota, jota ei voida siirtää ilman, että sairaus pahenee tai vamma vaikeutuu. Kiireellistä hoidon antamista varten kunnan tai sairaanhoitopiirin kuntayhtymän on järjestettävä ympärivuorokautinen päivystys. (Terveydenhuoltolaki 2010, § 50.) Kiireellisellä hoidolla tarkoitetaan sellaista hoitoa, jota ei voida siirtää myöhemmäksi vaarantamatta potilaan tervey-

dentilaa. Kunnan tai sairaanhoitopiirin kuntayhtymän tehtävä on järjestää ympärivuorokautinen päivystys. Päivystysyksiköissä on oltava riittävät voimavarat ja osaaminen, jotta hoidon laatu ja potilasturvallisuus toteutuvat. (Terveystieteiden tutkimuskeskus 2010 § 50; Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2010:4.)

Kiireetön hoito on osa hoidon tarpeen arviointia. Hoitoon pääsy vaihtelee suuresti maan laajuisesti. Tästä johtuen vuonna 2004 käynnistettiin hanke kiireettömän hoidon perusteista. Se sisältää 193 sairautta ja tutkimusta sekä aikaviiveet, missä ajassa hoidon on tapahduttava. Kiireettömän hoidon perusteet ovat suosituksia, joiden tavoitteena on hoidon tasa-arvoisuus ja terveyspalveluiden mahdollisimman kustannustehokas käyttö. Kiireettömään hoitoon ohjauksessa tulee ottaa huomioon potilaan yksilöllinen elämäntilanne, potilaan oma mielipide asiasta ja hoidon tarve. (Syväoja & Äijälä 2009, 23; Sosiaali- ja terveysministeriö 2010.)

Päivystyshoito on osa kiireellistä hoitoa. Nykyisessä lainsäädännössä ei kuitenkaan ole määritystä päivystykselle tai kiireelliselle hoidolle. Kiireellinen hoito voidaan näin ollen jakaa kahteen eri määrittelyyn. Päivystyshoidolla tarkoitetaan hoitoa, joka tulee antaa välittömästi ja yleensä alle 24 tunnissa. Muu kiireellinen hoito voidaan määrittellä 1–30 päivän sisällä tapahtuvaksi hoidoksi. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2010.)

3.2 Päivystyksen tarkoitus

Päivystyspoliklinikalle hakeudutaan yleensä yllättäen, sairauden tai vamman seurauksena. Päivystyksellisellä hoidolla tarkoitetaan potilaiden hoitoa kiireellisissä ja henkeä uhkaavissa tapauksissa. Tällaisia tapauksia voivat olla esimerkiksi rintakipu, hengenahdistus, äkillinen voimakas vatsakipu, tajuttomuus, liikenneonnettomuus tai tapaturma. Suurin osa sairaalaan otetuista potilaista kulkee päivys-

tyksen kautta. Potilasmääriä voidaan hallita oikein tehdyllä hoidon tarpeen arvioinnilla, missä määritellään potilaan kiireellisyys triagen avulla. Päivystys on yhteiskunnan turvaverkko, johon kaikilla on oikeus tukeutua tarvittaessa. Päivystyspoliklinikalla kohdataan koko elämän kirjo, ikään tai kulttuuriin katsomatta. (Sopanen 2009, 60; Voipio-Pulkki 2005, 19, 21; Sillanpää 2009, 40.)

Tilanteet päivystyspoliklinikalla voivat muuttua nopeasti. Potilaita hoidetaan moniammatillisesti useiden eri ammattiryhmien kesken. Hoitosuhteet jäävät lyhyeksi. Hoidettavat potilaat voivat olla kriittisesti sairaita monivammapotilaita tai sitten he ovat tulleet terveyskeskuksesta lähetteen kanssa jatkotutkimuksiin, eivätkä he näin ollen ole kiireellisen avun tarpeessa. Päivystyspoliklinikat ruuhkautuvat helposti. Tämä vaatii potilaalta ja hoitohenkilökunnalta joustamista. Kaikkien tavoitteena on kuitenkin potilaan etu, ja kiireellisyysjärjestyksessä kaikki tulevat saamaan tarvitsemansa avun. (Sopanen 2009, 63.)

Potilaan hakeutuessa päivystykseen hoitajan tärkein tehtävä on tehdä hoidon tarpeen arviointia siitä, ketkä kuuluvat päivystykseen ja mitkä potilasryhmät voivat hakeutua hoitoon ajanvarauksella terveyskeskukseen. Tämän tarkoituksena on tehostaa päivystyksen toimintaa. Päivystyspoliklinikan tehtävänä on tarjota potilaalle sellaiset hoitotoimenpiteet ja tutkimukset, mitkä ovat hoidon kannalta kiireellisiä ja mitä ei voida siirtää myöhemmäksi. Päivystyspoliklinikalla annettava hoito on osa palvelukokonaisuutta. Päivystyksen perustehtävä on potilaan henkeä ja terveyttä uhkaavan sairauden, vamman tai oireen hoito. (Sopanen 2009, 60; Voipio-Pulkki 2005, 21.)

3.3 Potilaiden odotukset päivystykseltä

Potilaiden odotukset ovat korkealla päivystyksestä saamansa avun ja tuen suhteen. Potilaat odottavat saavansa sairauden vaatimaa hoitoa ja tutkimuksia, lievitystä kipuun ja kärsimykseen sekä lohtua yllättävän tilanteen kohdatessa. Potilailta ja heidän omaisillaan on oikeus arvokkaaseen ja ihmisyyttä kunnioittavaan kohteluun. Päivystyksessä hoidon tulisi tapahtua voimavaralähtöisesti. Potilaat ovat oikeutettuja saamaan apua asioissa, joita he eivät itse pysty tekemään. Lisäksi potilaat odottavat turvallisuuden tunteen vahvistamista, voimavarojen löytämistä yllättävästä tilanteesta selviytymiseen ja sitä, että he pystyvät itse vaikuttamaan omaan hoitoonsa. (Koponen & Sillanpää 2005, 24.)

Turvallisuuden tunteen luominen on yksi tärkeimmistä hoitajan tehtävistä hoitotyön ohella. Tätä voidaan vahvistaa tarkoituksen mukaisella ja selkeällä käytöksellä. Tällainen toiminta edesauttaa potilaiden kuvaa siitä, että hoitajat ovat ammattitaitoisia ja tietävät, miten toimivat potilaiden parhaaksi halliten koko päivystyksen hetkisen tilanteen. (Koponen & Sillanpää 2005, 24.)

Potilaiden omat mielipiteet, toivomukset ja mahdollinen hoitotahto tulee huomioida hoitoa annettaessa ja jatkohoitoa suunniteltaessa. Potilaiden oma tahto voi olla hyvinkin poikkeava hoitohenkilökunnan näkemyksestä tilanteesta. Potilailla on oikeus tehdä itse valintoja ja päätöksiä koskien omaa hoitoansa. Tämä edellyttää kuitenkin ajantasaista ja riittävää tietoa potilaan sen hetkisestä tilanteesta. Tieto tulee esittää potilaalle niin, että hän sen ymmärtää ja ettei väärinkäsityksiä pääsisi tapahtumaan. Hoitajan tulee antaa potilaalle riittävästi ohjausta ja opastusta, jotta sairauden tai vamman kotihoito onnistuisi turvallisesti. Lääkehoidon ja jatkohoidon ohjaamiselle tulee varata riittävästi aikaa. Potilaalle tulee antaa riittävät kotiutusohjeet ja ohjeet siitä, miten toimitaan, jos kaikki ei mene niin kuin on ollut tarkoitus. (Koponen & Sillanpää 2005, 24–25.)

4 HOIDON TARPEEN ARVIOINTI

Hoidon tarpeen arviointi on ensimmäinen vaihe potilaan hoitoprosessissa. Hoidon tarpeen arviointia voivat tehdä kaikki terveydenhuollon ammattilaiset, joilla on asianmukainen koulutus. Potilaan hoitoon pääsy edellyttää aina hoidon tarpeen arviointia. Jokaisella potilaalla on oikeus hoidon tarpeen arviointiin, vaikka se ei johtaisikaan potilaan hoitoon. (Syväoja & Äijälä 2009, 9.)

4.1 Hoidon tarpeen arvioinnin määritelmä

Hoidon tarpeen arvioinnilla tarkoitetaan terveydenhuollon ammattilaisen tekemää arviota potilaan hoitoon pääsystä ja sen kiireellisyydestä. (Syväoja & Äijälä 2009, 9.) Hoidon tarpeen arviointi edellyttää, että terveydenhuollon ammattihenkilöllä on asianmukainen koulutus, työkokemus ja yhteys hoitoa antavaan toimintayksikköön sekä käytettävissään potilasasiakirjat. (Valtioneuvoston asetus hoitoon pääsyn toteutumisesta ja alueellisesta yhteistyöstä 2005, § 2.)

Lain mukaan terveydenhuollon ammattilaisen tulee tehdä hoidon tarpeen arviointi viimeistään kolmantena arkipäivänä siitä, kun potilas ottaa yhteyttä terveyskeskukseen, jollei arviota ole voitu tehdä ensimmäisen yhteydenoton aikana. Erikoissairaanhoidon hoidon tarpeen arviointi on aloitettava kolmen viikon kuluttua siitä, kun lähete on saapunut toimintayksikköön. Hoidon tarpeen arvioinnin yhteydessä tarpeelliseksi todettu hoito tulee järjestää kolmen kuukauden kuluessa siitä, kun hoidon tarve on arvioitu. Arvioinnissa tulee huomioida potilaan terveydentila ja sairauden kehittyminen. Kolmen kuukauden enimmäisaika voidaan ylittää suun terveydenhuollossa tai erikoissairaanhoidossa enintään kolmella kuukaudella, jos siihen ei ole lääketieteellisesti estettä eikä potilaan terveydentila vaarannu.

Kiireelliseen hoitoon on päästävä välittömästi. (Syväoja & Äijälä 2009, 9-10. Terveydenhuoltolaki 2010, § 51.)

4.2 Hoidon tarpeen arvioinnin sisältö

Hoidon tarpeen arvioinnissa (TAULUKKO 1) selvitetään yhteydenoton syy, potilaan esitiedot, tämän hetkinen tilanne ja yleisvointi sekä kiireellisyys yhteydenottajan kertoman esitetietojen tai lähetteen perusteella.

TAULUKKO 1. Hoidon tarpeen arviointi

Hoidon tarpeen arviointi	
Yhteydenoton syy	Miksi potilas ottaa yhteyttä? Oireet, Vammat?
Esitiedot, anamneesi	Perussairaudet ja mahdollinen lääkehoito
Tilanne eli status	Oireiden alku, vamman laatu, tämän hetkinen tilanne, ovatko oireet helpottaneet, pahentuneet, onko aiemmin ollut vastaavaa?
Yleisvointi	Huomioidaan erityisesti lapsi- ja vanhuspotilailla: ravitsemus, erittäminen, fyysisen- ja henkisen tilan muutokset

(Syväoja & Äijälä 2009, 55–56.)

Erilaisia potilaiden elintoimintojen systemaattiseen arviointiin perustuvia luokitusjärjestelmiä voidaan käyttää myös päivystyspotilaiden hoidon kiireellisyyden / potilaan tilan vakavuuden sekä hoitoisuuden arvioinnissa. (Koponen & Sillanpää 2005, 71.) Keski-Pohjanmaan keskussairaalan yhteispäivystyksessä käytetään potilasluokitteluun ja hoidontarpeen arviointiin sosiaali- ja terveysministeriön laatimia Yhtenäiset päivystyshoidon perusteet- kriteereitä sekä yhteispäivystyksen ylilääkärin ja ensihoidon vastuulääkärin laatimaa ohjeistusta.

Potilaan oikean hoitopaikan valintaan vaikuttavat potilaan elintoimintojen tila ja se, tarvitseeko potilas välitöntä ja tehostettua hoitoa ja valvontaa vai onko potilas

yleisvoinniltaan sen kuntoinen, että voi istua ja odottaa. (Koponen & Sillanpää 2005, 71.)

4.3 Puhelinneuvonta

Terveydenhuollon palvelujen lisääntyneeseen kysyntään on pyritty vastaamaan puhelinneuvonnan avulla. Terveydenhuollon puhelinneuvonta voi olla yleistä neuvontaa tai henkilökohtaista terveyden- ja sairaanhoidon neuvontaa sekä palveluun ohjaamista. (Syväoja & Äijälä 2009, 127.)

Potilaalla on oikeus saada hoidon tarpeen arviointi kiireettömässä hoidossa kolmen päivän sisällä yhteydenotosta terveystieteiden keskukseseen. Käytännössä tämä tapahtuu puhelinneuvonnan avulla. Puhelinneuvonnan avulla tapahtuu suurin osa kiireellisestä ja kiireettömästä ajanvarauksesta. Puhelimessa tehtävää hoidontarpeen arviointia helpottavat potilaan sähköiset potilasasiakirjat. Puhelinneuvonnasta on tulossa merkittävä tekijä hoidon tarpeen arvioimisessa. Tehokas puhelinneuvontapalvelu helpottaa palveluiden saatavuutta ja nopeuttaa asiakaspalvelua. (Sopanen 2009, 64.)

Yleinen puhelinneuvonta ei vaadi potilaan tunnistamista eikä potilasasiakirjamerkintöjä. Yksilöllisestä, puhelimessa annetusta terveydentilaan tai sairauteen liittyvästä ohjauksesta on tehtävä potilasasiakirjamerkinnät. Tällöin soittaja tulee tunnistaa luotettavasti. Soittajalta kysytään henkilö- ja osoitetiedot, viimeisin lääkärisäkäynti tai jokin muu asia, millä voidaan varmistaa soittajan henkilöllisyys. Täysin varmaa tunnistamista voi olla vaikea tehdä puhelimessa. Jos soittajan henkilöllisyydestä ei päästä varmuuteen luotettavasti, tällöin ei voida antaa arkaluontoisia tietoja vaan potilas ohjataan henkilökohtaisesti ottamaan yhteyttä. Raja yksilöllisen ja yleisen puhelinneuvonnan välillä ei ole aina selkeä. Potilaalle tulee kertoa

tunnistamisen tarkoitus, eli asiakkaan tietosuoja ja oikeusturva. (Syväoja & Äijälä 2009, 127–130.)

Puhelimen välityksellä voidaan antaa hoito-ohjeita tartuntatautien (ripuli, oksennustauti, influenssa), flunssan, pienten haavojen ja aikuisten pinnallisten pienten palovammojen, nyrjähdysten, venähdysten ja kuumeen sekä hyönteisten pistojen kotihoitoon. Potilaalle annetaan hoito-ohjeiden lisäksi ohjeistusta siitä, milloin tulee hakeutua päivystykseen, jos oireet pahenevat tai muuttuvat. Lisäksi puhelimessa voidaan antaa lääkehoidon ohjausta. Puhelinneuvonnassa toimivalla työntekijällä tulee olla mahdollisuus välittömään lääkärin konsultaatioon tarvittaessa. Puhelinneuvonnan työntekijä tekee myös puhelimen välityksellä triagea ja ohjaa potilaan tarvittaessa tilanteen vaatimaan hoitopaikkaan. (Pylkkänen 2005, 106.)

Puhelinneuvonnan on todettu olevan kustannustehokasta toimintaa, mikä myös helpottaa päivystyspisteiden työmäärää, kun hoidon tarpeen arviointi on tehty puhelimitse. Henkilökunnalta vaaditaan asiakaspalvelutaitoa ja runsaasti tietoa eri palveluista. Tarkoituksena on tehdä hoidon tarpeen arviointia, arvioida potilaan tilanne ja ohjata potilas tarvittavaan hoitopaikkaan tai antaa kotihoito-ohjeet. Puhelinneuvojan tulee tehdä arvio ilman näköyhteyttä, luottaen omiin kommunikointikykyihin. Tarvitaan vahva ammattitaito, jotta pystytään saamaan selville potilaan todellinen avuntarve. Joskus potilaat aliarvioivat tai liioittelevat omat oireensa ja vaivansa. (Syväoja & Äijälä 2009, 132.)

Tarkiainen, Kaakinen, Kyngäs, Kääriäinen (2012) ovat tutkineet puhelinneuvonnan laatua päivystyksyksikössä. Tulosten mukaan 35 % arvioi tietonsa hyviksi puhelinneuvontaan liittyen. Parhaiten tietoa oli sairauksista ja niiden vaaratekijöistä. Heikointa osaaminen oli sosiaalipalveluissa ja vertaistukiryhmien osalta. Työkokemuksella oli suuri merkitys osaamisen kannalta. Viisi vuotta tai sen alle työskennelleet pitivät kaikki puhelinneuvontaan liittyvää osaamista hyvänä, kun taas

yli viisi vuotta työskennelleistä vain 10 % piti tietojaan hyvänä. Hoidon kiireellisuuden arvioimista osattiin parhaiten, kun taas hoitovaihtoehtojen arviointitaidot olivat heikot. Puhelinneuvonnan sairaanhoitajat tiedostivat oman ammatillisen vastuunsa ja potilaan vastuullisuuden hyvin. Työkokemuksella oli merkittävä osuus puhelinneuvonnassa. Viisi vuotta tai vähemmän aikaa työskennelleet arvioivat lähtökohdat paremmiksi kuin yli 15 vuotta työskennelleet sairaanhoitajat. Vastaajista 86 % oli saanut erikoistumiskoulutuksen päivystystyöhön, ja arvioivat puhelinneuvonnan lähtökohtien tunnistamisen huonoksi. Puhelinneuvonnan resursseja pidettiin tutkimuksen mukaan huonoina. Parannettavaa koettiin olevan sairaanhoitajien mahdollisuudessa kouluttaa ja kehittää itseään. Vuorovaikutustaitojen ja asiakkaan yksilöllisyyden huomioiminen koettiin hyväksi. (Tarkiainen, Kaakinen, Kyngäs & Kääriäinen 2012, 99–106.)

Tutkimuksen mukaan koulutuksella oli vaikutusta sairaanhoitajan tekemään puhelinneuvontaan. Koulutusta saaneet arvioivat tietonsa ja taitonsa hyväksi ja näin ollen puhelinneuvonnan laatu oli hyvää. Kävi myös ilmi, että puhelinneuvonnassa tarvitaan hyvät vuorovaikutus- ja asiakaspalvelutaidot, koska hoitaja ei voi nähdä potilasta, jolloin nämä taidot korostuvat. Ongelmaksi nousivat puhelinneuvonnassa resurssit, hoitohenkilökunnan mitoitus, tilat ja välineistön käyttö. Koulutuksella ja teknisten taitojen osaamisella on suuri merkitys puhelinneuvonnan laadussa päivystysyksikössä. Viisi vuotta tai alle työskennelleet sairaanhoitajat arvioivat kykynsä puhelinneuvonnassa paremmaksi kuin pitkään työskennelleet. Tämä voi johtua siitä, että heillä on tuoreempi tieto tai sitten siitä, että kokeneet sairaanhoitajat ovat kriittisempiä oman osaamisen suhteen. Lopputuloksena on kuitenkin se, että riittävää koulutusta puhelinneuvontaan tarvitaan, sillä työkokemuksen pituudesta riippumatta lähes joka osa-alueelle kaivataan koulutuksen tuomaa varmuutta lisää. (Tarkiainen ym. 2012, 108–112.)

4.4 Kirjaaminen hoitotyössä

Potilaan hoitoon osallistuvat terveydenhuollon ammattilaiset saavat tehdä merkintöjä potilasasiakirjoihin siltä osin, kuin he osallistuvat potilaan hoitoon. Potilaan hoitoon liittyvä tieto kirjataan hoitokertomukseen, joka muodostaa osan potilasasiakirjojen kokonaisuudesta. Hoidon tarpeen arvioinnista ja arvion tehneen terveydenhuollon ammattihenkilön antamista hoito-ohjeista tai toimenpideehdotuksista tehdään merkinnät potilasasiakirjoihin. Myös puhelinpalveluna annettavasta henkilökohtaisesta terveyden ja sairaanhoidon neuvonnasta tai palveluun ohjauksesta tehdään merkinnät potilasasiakirjoihin. (Kotisaari & Kukkola 2012, 116; Valtioneuvoston asetus hoitoon pääsyn toteutumisesta ja alueellisesta yhteistyöstä 2005, § 3.)

Terveydenhuollon toimintayksiköllä ei ole yleistä oikeutta käsitellä potilastietoja. Potilaan tietoja saavat käsitellä vain potilaan hoitoon ja tutkimukseen osallistuvat henkilöt, ja hekin vain siinä laajuudessa, kuin heidän tehtävänsä ja vastuunsa sitä edellyttävät. Muut hoitohenkilökuntaan kuuluvat ovat potilaan tietoihin nähden sivullisia. (Kotisaari & Kukkola 2012, 117.)

Terveydenhuollon ammattihenkilön tulee pyrkiä tunnistamaan potilas tai muu henkilö, joka ottaa yhteyttä potilaan puolesta. Potilaan ja yhteydenottajan tunnistamisesta tehdään merkintä potilaspapereihin. (Valtioneuvoston asetus hoitoon pääsyn toteutumisesta ja alueellisesta yhteistyöstä 2005, § 3.)

Potilasasiakirjamerkinnät on tehtävä huolellisesti potilasturvallisuuden, potilaan tiedonsaantioikeuden ja terveydenhuollon ammattihenkilöstön oikeusturvan takia. Merkintöjen tärkeys korostuu myös, kun käsitellään muistutuksia, kanteluita tai palautteita. Potilasasiakirjamerkinnät toimivat myös ammattihenkilöiden väli-

sessä viestinnässä sekä viestinnässä muihin hoitolaitoksiin tai organisaatioihin. (Kotisaari & Kukkola 2012, 116 - 117.)

4.5 Potilaan ohjaaminen

Ohjaus määritellään potilaan ja hoitajan väliseksi aktiiviseksi ja tavoitteelliseksi toiminnaksi. Ohjaus rakentuu yleensä niille asioille jotka potilas nostaa esiin ja jotka ovat tärkeitä asioita hänen terveydelleen, sairaudelleen tai hyvinvoinnille. Hoitajan tehtävänä on tunnistaa ja arvioida potilaan tarve ohjaukseen yhteistyössä potilaan kanssa. Tavoitteena on, että hoitaja ja potilas ymmärtävät samalla tavalla keskustelun sisällön ja pääsevät asiassa yhteisymmärrykseen. Ohjaus tulee antaa potilaalle sekä suullisesti että kirjallisesti. On tärkeä varmistaa, että potilas ymmärtää asian oikein. Lain mukaan potilaalla on oikeus saada ohjausta ja terveydenhuollon ammattihenkilöllä on velvollisuus sitä antaa. Laadukkaalla ohjauksella on terveyttä edistävä vaikutus. (Kyngäs, Kääriäinen, Poskiparta, Johansson, Hirvonen & Renfors 2007, 25–26, 38, 145; Laki potilaan asemasta ja oikeudesta 1992 § 5; Opetusministeriö 2006.)

Potilaiden erilaisuus asettaa suuria haasteita hoitajalle. Jokaisella potilaalla on erilaiset tietoon ja tukeen liittyvät tarpeet. Lapsen ohjaaminen on erilaista kuin ikään-tyneen potilaan, samoin hyvin itsestään huolehtivan potilaan ohjaaminen eroaa päihdeongelmaisen tai mielenterveysongelmaisen ohjauksesta. (Kyngäs ym. 2007, 26.)

Salminen-Tuomaalan, Kaappolan, Kurikan, Leikkolan, Vannisen & Paavilaisen (2010, 21, 25–26) mukaan onnistunut ohjaus lisää potilastyytyväisyyttä ja hoitoon sitoutumista. Lisäksi se edistää potilaan osallistumismahdollisuuksia omaan hoitoonsa ja siihen koskevaan päätöksentekoon. Heidän tutkimuksestaan kävi ilmi,

että potilaat olivat tyytyväisiä saamaansa ohjaukseen ja potilaiden oma mielipide otettiin huomioon. Ikääntyvät tarvitsevat kuitenkin enemmän aikaa ohjaukseen ja ohjauksen sisällön tulee olla yksityiskohtaisempi ja tarkempi iäkkäiden potilaiden kohdalla.

4.6 Ohjaukseen vaikuttavat tekijät

Ohjaamisessa hoitajan tulee huomioida potilaan fyysiset tekijät, kuten ikä, sukupuoli, terveyden tai sairauden tila. Lapsen ohjauksessa huomioidaan lapsen ikä ja kehitys. Lapsella on yleensä vanhempi tai huoltaja mukana. Nuoren potilaan kohdalla hoitajan tulee huomioida, haluaako nuori vanhemman tai huoltajan ohjaustilanteeseen mukaan. Vastuu lapsen ja nuoren asioista on kuitenkin vanhemmalla tai huoltajalla. Ikääntyneen ohjaamisessa on myös omat haasteensa. Ikääntyneellä potilaalla saattaa olla fyysisiä rajoitteita, esimerkiksi huono kuulo, näkö tai muistiongelman, joka rajoittaa ohjaamista. Jos potilas ei kykene ottamaan ohjausta vastaan tai kantamaan vastuuta omasta terveydestä tai hoidosta, hoitajan tulee antaa ohjausta omaiselle tai huoltajalle potilaan suostumuksella. (Kyngäs ym. 2007, 29, 36.)

Ohjauksessa huomioitavia psyykkisiä tekijöitä ovat motivaatio, terveystuskokset, käsitys omasta terveydestä, odotukset, tarpeet ja aikaisemmat kokemukset. Hoitajan omalla motivaatiolla ja asennoitumisella on merkitystä ohjaamiseen. Potilaan omat aikaisemmat kokemukset vaikuttaa siihen, miten hän suhtautuu ohjaamiseen. Potilaan aikaisemmat kokemukset tai uskomukset esimerkiksi sairauden hoidosta tai lääkityksestä saattavat vaikuttaa ohjaukseen negatiivisesti, eikä potilas sisäistä saamaansa ohjausta ja neuvontaa. Potilaat toivovat hoitajalta aloitteellisuutta ja herkkyyttä ohjeiden ja tiedon saantiin, koska tiedon puute vaikeuttaa potilaan omaa päätöksentekokykyä. (Kyngäs ym. 2007, 31–33.)

Hoitajan tulee huomioida potilaan sosiaaliset taustatekijät, kuten elämäntapa, arvot, yksilöllisyys ja itsemääräämisoikeus. Potilalla voi olla uskontoon tai kulttuuriin liittyviä asioita, jotka hoitajan tulee ottaa huomioon ohjauksessa. Ympäristötekijöillä on joko heikentävä tai tukeva vaikutus ohjaukseen. Tilan, jossa ohjausta annetaan, tulee olla siisti, viihtyisä, rauhallinen ja kiireetön. Hoitajan tulee saada antaa potilasohjaus häiriöttä ja keskeytyksettä. Ohjausta hankaloittaa kiire ja siitä johtuva ajankäytön vähyys. Kiire vaikuttaa ohjauksen laatuun. (Kynäs ym. 2007, 36–37.)

5 TRIAGE

Triage-luokitusta käytetään päivystyksessä potilaiden kiireellisyyden luokitteluun. Luokittelun avulla erotetaan muun muassa erikoissairaanhoidon tarvitsevat potilaat perusterveydenhuollon potilaista. Päivystyksessä triage-hoitaja toimii potilaan vastaanottavana hoitajana ja tekee potilaan hoidontarpeen arvioinnin sekä kiireellisyydenluokituksen.

5.1 Triage-luokitus

Triage-sana tulee lähteiden mukaan ranskan kielestä ja tarkoittaa erottelua, lajittelua, järjestämistä ja valikoimista. Alun perin triage-luokitus otettiin käyttöön monipotilastilanteissa, kuten sodissa ja suuronnettomuuksissa. Tarkoituksena on saada hoidettua mahdollisimman nopeasti eniten hoidosta hyötyvät potilaat. Luokittelun tavoitteena on myös välittömän ensihoidon tarpeen sekä irrotus- ja kuljetusjärjestyksen määrittäminen potilaille. Potilasluokittelussa käytetään värikoodeja punainen, keltainen, vihreä, violetti ja musta. (Syväoja & Äijälä 2009, 94; Martikainen 2009, 356; Castren & Martikainen 2006, 63.)

Potilasluokittelussa punaiseen luokkaan (luokka I) kuuluvan potilaan tila on kriittinen. Potilaan hengitys ja verenkierto on välittömästi uhattuina. Punaiseen luokkaan kuuluu esimerkiksi hypovoleeminen shokki, tajuton (GCS < 9), ilmatie-este, lävistävä rintakehä- tai vatsavamma, massiivinen ulkoinen verenvuoto tai suuret avomurtumat. Punaisen luokkaan kuuluvat potilaat ovat ensisijaisesti kuljetettavia. (Martikainen 2009, 356.)

Keltaiseen potilasluokkaan (luokka II) kuuluvan potilaan tila on vakaa tai vakautettavissa ensihoidolla. Tila saattaa mahdollisesti uhata potilaan henkeä myöhemmin. Keltaiseen potilasluokkaan kuuluvalla voi olla esimerkiksi lantion murtuma, tylppä vatsa- tai virtsaelin vamma, tajuttomuus (GCS 9–13), alle 20 %:n palovammat tai suurten luiden murtumat. (Martikainen 2009, 356.)

Vihreään luokkaan (luokka III) kuuluvien potilaiden tila on vakaa. Ensihoidon jälkeen potilaan vamma ei uhkaa hänen henkeään lähitunteina. Vihreään luokkaan luokitellaan pääsääntöisesti lähes kaikki kävelevät potilaat. Vihreään luokkaan kuuluvat vammat ovat lievät palovammat, korva- tai silmävammat, lievät kasvovammat, yksinkertaiset ruhjeet tai murtumat, lievät kallovammat (GCS 14–15), selkäydinvammat sekä raaja- tai selkärankamurtumat. (Martikainen 2009, 356.)

Violettiin luokkaan (ryhmä IV) luokitellaan kuolevat potilaat, joilla on vaikea aivoruhjevamma, kallovamma, jossa kallon luussa on aukko, yli 75 %:n palovammat sekä muut potilaat, joiden ennuste on huono. Musta luokkaan (ryhmä V) kuuluvat kuolleet potilaat. (Martikainen 2009, 356.)

5.2 Triage-hoitaja

Triage-hoitaja toimii potilaita vastaanottavana hoitajana ja tekee hoidon tarpeen arvioinnin. Hoidon tarpeen arviointia voi tehdä sairaanhoitaja, lähihoitaja tai perushoitaja, jolla on riittävä työkokemus. Triage-hoitajalta vaaditaan riittävää koulutusta ja työkokemusta, jotta hoidon tarpeen arviointi olisi osuvaa ja potilaat sijoitettaisiin oikein. Triage-hoitajan toiminta ja päätöksenteko vaikuttavat koko hoitoprosessin onnistumiseen. Triage-hoitajan roolissa korostuvat ammattitaidon lisäksi hyvät vuorovaikutustaidot. Palvelun tulee olla asiakaslähtöistä, ystävällistä

ja kohteliasta potilasta ja hänen omaisiaan kohtaan. (Syväoja & Äijälä 2009, 30–34; Kuisma, Holmström, & Porthan. 2009, 41.)

Conen & Murrayn (2002) tutkimuksen mukaan triage-hoitajalle ominaisia luonteenpiirteitä ovat joustavuus, vakuuttavuus, kärsivällisyys, myötätunto ja kuuntelutaito. Tutkimuksesta käy ilmi, että triage-hoitajan priorisointikyky, monipuolinen ja laaja-alainen työkokemus, kriittinen ajattelutapa ja päätöksentekokyky ovat ominaisuuksia, jotka helpottavat triage-hoitajan työtä. Lopulta kuitenkin triage-hoitajan tärkein tekijä ammatillisessa osaamisessa on kokemus. Kokemuksen lisäksi intuitio, luottamus itseensä, itsevarmuus ja usko siihen, mitä näkee, tukevat päätöksenteossa. (Cone & Murray 2002, 403–404.)

5.3 Triage päivystyksessä

Triage-luokitusta käytetään myös päivystyspotilaiden ryhmittelyssä. Triagen avulla saadaan eroteltua päivystyspotilaat niistä potilaista, jotka eivät kuulu päivystykseen ja joiden hoito voi odottaa. Triage-luokittelussa on olennaista se, että hoitoa tarvitsevat ja hoitoon pyrkivät potilaat jaotellaan eri ryhmiin lääketieteellisin perustein hoidon kiireellisyyden mukaan. Yhteispäivystyksessä triage-luokittelu erottaa yleislääketieteen päivystykseen ja erikoissairaanhoidon kuuluvat potilaat. Triagen merkitys päivystyksen näkökulmasta on kiireellisen hoidon tarpeessa olevan potilaan saaminen välittömään hoitoon. (Syväoja & Äijälä 2009, 94–95.) Kiireellisen hoidon turvaaminen on hoitoa tarvitsevan potilaan selviytymisen kannalta keskeinen tekijä. (Sillanpää 2008, 42.)

Triage-malleja on useita erilaisia. Suomessa on käytössä useimmiten niin sanottu ABCDE-malli. Triage-mallit perustuvat lääketieteelliselle tiedolle, mutta voivat kertoa myös käytettävissä olevista sairaalan tai terveyskeskuksen resursseista,

esimerkiksi mahdollisuudesta hoitaa jotain tiettyä vammaa tai sairautta. (Syväoja & Äijälä 2009, 95.) Keski-Pohjanmaan keskussairaalan yhteispäivystyksessä on oma triage-ohjeistus, jonka on tehnyt Keski-Pohjanmaan keskussairaalan ensihoidon vastuulääkäri. Ohje pohjautuu sosiaali- ja terveysministeriön julkaisemaan Yhtenäiset päivystyshoidon perusteet- raporttiin. Potilaat jaotellaan yhteispäivystyksessä ABCDE-kiireellisyysryhmään. A-ryhmään kuuluvat potilaat, jotka ovat välittömässä erikoissairaanhoidon tarpeessa. E-ryhmään kuuluvat potilaat, jotka eivät tarvitse välitöntä hoitoa, ja heidät voidaan ohjata omaan terveyskeskukseen virka-aikana. (Hannula 2011.)

5.4 Peruselintoimintojen tutkiminen ja tunnistaminen

Ihmisen peruselintoimintoihin määritellään yleisesti kuuluvaksi hengitys, verenkierto ja tajunta. Peruselintoimintojen tila ja niitä turvaavat hoitotoimenpiteet tulee suorittaa välittömästi, sillä ne ovat ratkaisevat tekijät potilaan jatkohoidon ja selviytymisen kannalta. Ensiarvio tulee tehdä muutaman kymmenen sekunnin aikana ilman apuvälineitä luottaen hoitajan omiin aisteihin. Tämän tavoitteena on hätätilan nopea havaitseminen, korkeariskisen oireen välitön tunnistaminen sekä uhattuina olevien peruselintoimintojen turvaaminen. Päivystyspoliklinikalla ensiarvion tekee triage-hoitaja. (Saikko 2007, 76.)

Päivystyspoliklinikalle saapuvasta potilaasta saa paljon informaatiota pelkällä katseella, esimerkiksi onko potilas kävelevä ja pystyykö hän itse liikkumaan tai puhumaan. Tällöin potilaalla harvoin on välitöntä hengenvaaraa, toisin kuin jos potilas on tajuton ja hengittää huonosti. Kaikissa potilastapauksissa peruselintoiminnot tulee tutkia järjestelmällisesti. (Saikko 2007, 76.)

5.5 Kriittisesti sairas potilas

Kriittisesti sairaalla potilaalla (TAULUKKO 2) tarkoitetaan hätätilapotilasta, jolla on henkeä uhkaava tajunnan, verenkierron tai hengityksen häiriö tai riskioire. Sairaanhoidajan tulee tunnistaa kriittisesti sairas potilas, ja peruselintoimintojen turvaaminen on aloitettava välittömästi sen jälkeen, kun häiriö on havaittu. Hoito toteutetaan moniammatillisena tiimityöskentelynä ennalta määriteltyjen hoitopolkujen mukaan. (Martikainen & Ala-Kokko 2011, 8.)

TAULUKKO 2. Kriittisesti sairaan potilaan oireita

Kriittisesti sairaan potilaan oireita

- Elottomuus
- Äkillinen tajuttomuus, ohi mennyt äkillinen tajuttomuus
- Tajunnantason heikentyminen
- Voimakas rintakipu
- Hengitysvaikeus
- Kouristelu
- Neurologiset löydökset
- Korkea kuume ja hengitysvaikeus
- Erittäin voimakas kipu, joka ei reagoi hoitoon
- Äkillinen selittämätön sekavuus tai levottomuus
- Korkea kuume ja sekavuus
- Ääreisosien kylmyys, hikinen iho, jonka lisäksi matala verenpaine, sekavuus tai sahaava kuume

(Martikainen & Ala-Kokko 2011, 9.)

Keski-Pohjanmaan keskussairaalan yhteispäivystykseen laaditun triage-ohjeen mukaan (TAULUKKO 3) kriteereistä tulee täyttyä kolme tai enemmän, jotta potilas luokitellaan kriittisesti sairaaksi. (Hannula 2011.)

TAULUKKO 3. Kriittisesti sairas potilas- kriteerit Keski-Pohjanmaan keskussairaahan yhteispäivystyksessä

Kriittisesti sairas potilas- kriteerit Keski-Pohjanmaan keskussairaahan yhteispäivystyksessä

- Hengitystaajuus > 30 tai < 10
- Systolinen verenpaine alle 90 mmHg
- Syketaajuus > 110/min
- GCS < 12 ja potilas ei ole täysin orientoitunut
- SpO₂ < 90 % lisähapella
- Virtsamäärä < 100 ml edeltävän 4 h aikana
- Potilas ei ole täysin orientoitunut ja HT > 35 tai p > 140
- Pitkittänyt kouristuskohtaus tai useita peräkkäisiä kohtauksia
- Muu akuutti vakava elintoimintojen häiriö
- Delirium, johon liittyy elintoimintojen häiriö

(Hannula 2011.)

5.6 ABCDE-kiireellisyysluokitus

Keski-Pohjanmaan keskussairaalan yhteispäivystyksen triage-ohjeistuksessa on luokiteltuna erikoisaloittain potilaat, oireet ja kiireellisyys luokitus. Ohjeistuksen ovat hyväksyneet erikoisalojen ylilääkärit (TAULUKKO 4). A-kiireellisyysryhmään kuuluvat potilaat, joiden hoito aloitetaan välittömästi erikoissairaanhoidossa. B-kiireellisyys ryhmään kuuluvien potilaiden hoito aloitetaan erikoissairaanhoidossa. (Hannula 2011.)

TAULUKKO 4. A ja B kiireellisyys- luokan esimerkki oireita erikoisalakohtaisesti

A ja B kiireellisyys- luokan esimerkki oireita erikoisalakohtaisesti	
Sisätautiset potilaat	Sydäninfarkti Akuutti hengitysvajaus tai hengenahdistus Vakava sokeritasapainon häiriöt
Kirurgiset potilaat	Ruuansulatuskanavan vuotoepäily Avo- tai lonkkamurtuma Selkäkipu, johon liittyy halvausoireita
Neurologiset potilaat	Aivoverenkiertohäiriö Status epilepticus Meningiitti tai enkefaliitti
Korva-, nenä- ja kurkkutautien potilaat	Kasvojen alueen murtumat Leikkauksen jälkeinen verenvuoto Hengitystä vaikeuttava vierasesine
Lapsipotilaat	Kuume alle 3 kk:n ikäisellä lapsella Diabetesepäily Leukemiaepäily

(Hannula 2011).

C-kiireellisyysryhmään kuuluvien potilaiden ensisijainen hoidon aloitus tapahtuu perusterveydenhuollossa. D-kiireellisyysryhmän potilaiden hoidon aloitus tapahtuu perusterveydenhuollossa. E-kiireellisyysluokkaan kuuluvat potilaat eivät ole päivystyspotilaita. (TAULUKKO 5.) Potilaat ohjataan pääsääntöisesti omaan terveyskeskukseen virka-aikana tai kotiin kotihoito-ohjeiden kanssa. (Hannula 2011.)

TAULUKKO 5. CDE-kiireellisyysluokkaesimerkkejä

TAULUKKO 5. CDE-kiireellisyysluokkaesimerkkejä	
C-luokka	Lievä rintatuntemus tai rintakipu ilman EKG- muutoksia M1-arvio Kivuliaat murtumat
D- luokka	Hyvänlaatuiset rytmihäiriöt Pienet palovammat Epileptikot kouristuskohtauksen jälkeen
E-luokka	Verenpaineen mittaus Vanhojen traumojen näyttö Reseptien uusinnat

(Hannula 2011.)

6 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS, TAVOITTEET JA TUTKIMUSKYSYMYKSET

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on selvittää triage-hoitajien ammatillista osaamista ja työtehtävän tuomia haasteita ja ongelmakohtia. Tarkoituksena on selvittää triage-hoitajien ammatilliseen osaamiseen liittyvät kehittämistarpeet Keski-Pohjanmaan keskussairaalan yhteispäivystyksessä. Tavoitteena on, että opinnäytetyöstämme saatavaa tietoa voidaan hyödyntää esimerkiksi yhteispäivystyksen koulutuspäivien järjestämisessä ja triage-hoitajan ammatillisen osaamisen kehittämisessä.

Tutkimuskysymyksiä ovat:

1. Millaista ammatillista osaamista triage-hoitajalta vaaditaan?
2. Millaisia haasteita sairaanhoitaja kokee toimiessaan triage-hoitajana?
3. Miten triage-hoitajan ammatillista osaamista voidaan kehittää?

7 LAADULLINEN TUTKIMUSMENETELMÄ

Laadullisen eli kvalitatiivisen tutkimusmenetelmän avulla voidaan saada yksilöllistä tutkimustietoa tutkittavasta aiheesta. Tutkimuksessa korostuu tulosten ainutlaatuisuus ja kokonaisvaltaisuus. Laadullisen tutkimuksen käyttö korostuu hoitotyön ja hoitotieteen tutkimuksissa.

7.1 Laadullinen tutkimusote

Laadullista eli kvalitatiivista tutkimusta on käytetty hoitotieteessä jo 1800-luvun lopusta alkaen. Se on vakiintunut ihmistieteisiin erityisesti 1980-luvulla, jolloin sen katsottiin olevan eräänlainen vastakohta kvantitatiiviselle tutkimukselle. Laadullinen tutkimus liittyy uskomuksiin, asenteisiin ja käyttäytymisen muutoksiin. Tutkimusmenetelmä sopii käytettäväksi, kun halutaan saada uutta näkökulmaa tutkittavaan asiaan. Laadullisessa tutkimuksessa tulisi korostua ihmisten kokemusten, tulkintojen, käsitysten ja motivaation tutkiminen sekä ihmisen näkemysten kuvaaminen. Tutkimusmenetelmän valintaan vaikuttaa tutkittava asia ja se, mikä on tutkimuksen tarkoitus ja tavoite. Laadullista tutkimusta ohjaavat kysymykset siitä, millaista tutkimustietoa halutaan saada selville. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 49–50.)

Laadullisen tutkimuksen pääpiirteet ovat subjektiivisuus, strukturoimattomuus, rikkaus, syvyys, kokonaisvaltaisuus ja tulosten ainutlaatuisuus. Käytettävyys korostuu tutkittaessa hoitotyötä ja -tiedettä. Hoitotyössä tarvitaan eri tavoin tuotettua tietoa erilaisista kokemuksista ja niiden merkityksestä hoitotyöhön. (Kankkunen ym. 2009, 56–57.)

Kylmän, Pelkosen ja Hakulisen (2004, 250–255) tutkimuksen mukaan laadullisen ja näyttöön perustuvan toiminnan kehittäminen on ajankohtaista hoitotyössä. Tutkimuksessa kuvataan laadullisen tutkimuksen tuottamaa näyttöä ja tulosten hyödyntämistä hoitotyössä. Se edellyttää laaja-alaista tietoa terveydestä, sairauksista ja niiden hoitamisesta. Laadullisen tutkimuksen avulla voidaan tuottaa yksilöllistä ja subjektiivista tutkimustietoa näyttöön perustuvan toiminnan pohjalle ja sitä voidaan hyödyntää ongelmalähtöisesti.

Laadullisella tutkimusmenetelmällä saadaan yksilöllistä ja yleistettävää tietoa hoitotyöstä. Laadullisen tutkimuksen avulla voidaan kehittää, mutta myös vahvistaa jo olemassa olevaa tietoa. Laadullinen tutkimusmenetelmä asettaa myös haasteita tutkijoille. Tästä johtuen laadullista tutkimusta tulisi hyödyntää itsenäisenä tutkimuksena. Tutkimuksen hyödyntämisen kannalta on tärkeää, että tutkimustietoa tuotetaan kuvailevien, selittävien ja arvioivien tutkimusotteiden avulla. (Kylmä ym. 2004, 250–255.)

7.2 Aineiston kerääminen

Laadulliseen tutkimukseen aineiston kerääminen tapahtuu yleisimmin haastattelun, kyselyn, havainnoinnin ja erilaisten dokumenttien avulla. Näitä aineistonkeruumenetelmiä voidaan käyttää yksittäin tai yhdistäen. Haastattelu ja kysely toimivat parhaiten aineiston keräämisessä silloin, kun halutaan tietää, mitä ihminen ajattelee tai miksi hän toimii tietyllä tavalla. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 71–72.)

Tutkimusaineiston keräsimme itse laatimallamme avoimella, esitestatulla kyselylomakkeella. Sen tarkoituksena on kartoittaa triage-hoitajana toimivien sairaanhoitajien ammatillista osaamista ja triage-hoitajan työn kehittämistä Keski-

Pohjanmaan keskussairaalan yhteispäivystyksessä. Kyselylomakkeita jaoimme 28 kappaletta.

Tutkimusaineiston keräsimme avoimien kysymyksien avulla. Kyselylomakkeet jaettiin kaikille sairaanhoitajille, jotka toimivat triage-hoitajana. Päädyimme käyttämään kyselylomaketta haastattelun sijaan, jotta tutkittavat toisivat avoimemmin ja rohkeammin esille oman mielipiteensä tutkittavasta ilmiöstä. Tällä pyrimme siihen, että tutkimuksesta saadaan syvällisempää ja luotettavampaa tietoa. Tutkimusaineisto kerättiin 16.5.–30.5.2012 aikana. Tutkimuskyselyt (LIITE 5) jaettiin vastaajille suljetussa kuoressa saatekirjeen (LIITE 4) kanssa. Kyselylomakkeet palautettiin suljetussa kirjekuoressa palautuslaatikkoon. Alhaisen vastausprosentin vuoksi annoimme tutkittaville lisää aikaa kaksi viikkoa. Tästä ilmoitimme kaikille tutkimukseen osallistuville vastaajille sähköpostin välityksellä.

7.3 Sisällönanalyysi

Saadun tutkimusmateriaalin käsittelemme aineistolähtöisesti induktiivisen sisällönanalyysin avulla. Sisällönanalyysin avulla kuvaamme aineistolähtöisesti saatua tutkimusmateriaalia ja pohdimme saatuja vastauksia. Sisällönanalyysin avulla voidaan tehdä monenlaista tutkimusta, sillä se on perusanalyysimenetelmä laadullisessa tutkimuksessa. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 91, 95.)

Aineistolähtöisessä analyysissä tutkimusaineistolla luodaan teoreettinen kokonaisuus. Analyysi tehdään ennalta valittujen tutkimustavoitteen ja -tarkoituksen pohjalta. Aikaisemmat havainnot, tiedot tai teoriat eivät saa vaikuttaa analyysin tekemiseen, sillä sen tulee perustua aineistoon ja sen antamaan tietoon. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 108–111.)

8 LAADULLISEN TUTKIMUKSEN LUOTETTAVUUS JA EETTISYYS

Laadullista tutkimusta tehdessä tutkimustulokset tulee esittää niin, että lukijalle selviää, miten sisällön analyysi on tehty. Tutkimustulosten raportoinnissa voidaan käyttää suoria lainauksia tutkimusmateriaalista, näin tuodaan lukijalle varmistus tutkimuksen luotettavuudesta. Tutkijalla on eettinen vastuu siitä, että tutkimukseen osallistuneita henkilöitä ei voida tunnistaa eikä tutkimusmateriaali pääse ulkopuolisten käsiin.

8.1 Laadullisen tutkimuksen luotettavuus

Laadullisen tutkimuksen luotettavuuden kriteereinä ovat uskottavuus, siirrettävyys, riippuvuus ja vahvistettavuus. Laadullisen tutkimuksen tekijä voi sokeutua omalle tutkimukselle, jolloin luotettavuus voi kärsiä. Tutkimuksen luotettavuutta tulee tarkastella edellisten kriteerien lisäksi myös totuusarvon, soveltavuuden, kiinteyden ja neutraaliuden näkökulmasta. Laadullista tutkimusta tehtäessä on varottava, ettei sokeudu omalle työlleen. Tällä tarkoitetaan sitä, että tutkija on yhä vakuuttuneempi johtopäätösten oikeellisuudesta ja työ vastaa todellisuutta, vaikka näin ei välttämättä ole. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 159.)

Uskottavuudelta edellytetään, että tutkimustulokset on esitetty selkeästi niin, että lukija ymmärtää, miten analyysi on tehty ja mitkä ovat olleet tutkimuksen vahvuudet ja rajoitukset. Tutkimuksen uskottavuutta voidaan kuvata myös tutkijan kuvaamilla luokituksilla ja kategorioilla ja sillä, miten ne kattavat aineiston. Aineiston ja tulosten kuvaus on tärkeä luotettavuuskysymys. Tutkijan on kuvattava sisällön analyysia mahdollisimman tarkasti. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 160.)

Siirrettävyys voidaan varmistaa huolellisesti kuvattujen tutkimuskontekstien avulla, osallistujien valinnan ja taustojen kuvaamisella, mutta myös aineiston keruun ja analyysin tarkastelulla. Tämä tulee tehdä sen vuoksi, jos joku toinen tutkija haluaa seurata tutkimusprosessin kulkua. Tutkimustulosten raportoinnissa voidaan käyttää suoria lainauksia tutkimusmateriaalista. Näin varmistetaan lukijalle tutkimuksen luotettavuus. Tutkimuskohtaisesti tulee miettiä, kuinka paljon ja miten pitkiä suoria lainauksia on hyvä käyttää. Suoria lainauksia käytettäessä tulee muistaa se, ettei vastaaja saa olla tunnistettavissa. Suorat lainaukset voidaan kääntää yleiskielelle, näin ollen esimerkiksi murre sanat eivät paljasta lähdettä ja tutkimuksen eettisyys säilyy. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 160–161.)

8.2 Tutkimuksen eettisyys

Tutkijalla on eettinen vastuu siitä, että tutkimuskohteet pysyvät nimettöminä eikä heitä voida tutkimuksesta tunnistaa ja että tutkimus on eettisesti hyväksyttävä. Tutkimuksen eettisyyden tulee olla koko tutkimusprosessin ydin. Tutkijan on oltava aidosti kiinnostunut asiasta ja paneuduttava tähän huolellisesti. Välitettävän informaation tulee olla rehellistä, eikä tutkija saa missään vaiheessa harrastaa vilppiä. On muistettava, että tutkittavan hyvinvointi on tärkeämpää kuin tieteen etu. Tutkijan on varmistettava, että tutkittava on mukana vapaaehtoisesti, ja kaikkien tutkimuskohteiden tulee olla keskenään samanarvoisia. Tutkimustyön tulee olla oikeudenmukaista ja saatu materiaali tulee pitää vain tekijöiden saatavilla. Tutkijalla on vastuu siitä, että tutkimustuloksia käytetään eettisten vaatimusten mukaan. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 172–180.)

Opinnäytetyöhön saimme idean työelämästä. Työskentelemme molemmat akuut-tihoitotyössä ja olemme päivittäin tekemisissä hoidon tarpeen arvioinnin ja triage-

luokituksen kanssa. Tästä idea tutkia yhteispäivystyksen triage-hoitajien ammatillista osaamista.

Hyväksytyn opinnäytetyösuunnitelman jälkeen lähetimme tutkimuslupa anomuksen (LIITE 1) Keski-Pohjanmaan keskussairaalan hallintoylihoitajalle. Tutkimusluvan saatuaamme teimme yhteistyösopimuksen yhteispäivystyksen osastonhoitajan kanssa (LIITE 3).

Esitestatut kyselylomakkeet jaoimme kaikille tutkimukseen osallistuville sairaanhoitajille henkilökohtaisesti suljetussa kirjekuoressa. Kirjekuori sisälsi saatekirjeen ja vastauskuoren, jotka palautettiin yhteispäivystyksen kahvihuoneessa olevaan vastauslaatikkoon. Vastaukset saatuaamme kirjoitimme ne puhtaaksi koneella, jotta vastauksia analysoidessa ei tunnisteta vastaajia käsialasta. Tutkittavilla ei ollut etukäteen tietoa tutkimusaiheesta, näin ollen välttyttiin ennakkoasenteelta tutkimusta kohtaan. Täytetyt kyselylomakkeet eivät joutuneet missään tutkimuksen vaiheessa ulkopuolisten saataville. Tutkimusmateriaali hävitettiin tutkimuksen valmistuttua.

9 TUTKIMUSTULOKSET

Tutkimustuloksissa käsittelemme yhteispäivystyksessä triage-hoitajina toimivien sairaanhoitajien ammatillista osaamista ja työn tuomia haasteita, ongelmia ja puutteita. Tutkimustuloksissa esitellään myös triage-hoitajan toimenkuvaan liittyvät kehittämistarpeet. Tutkimustulokset analysoimme induktiivisesti sisällönanalyysin avulla (LIITE 6).

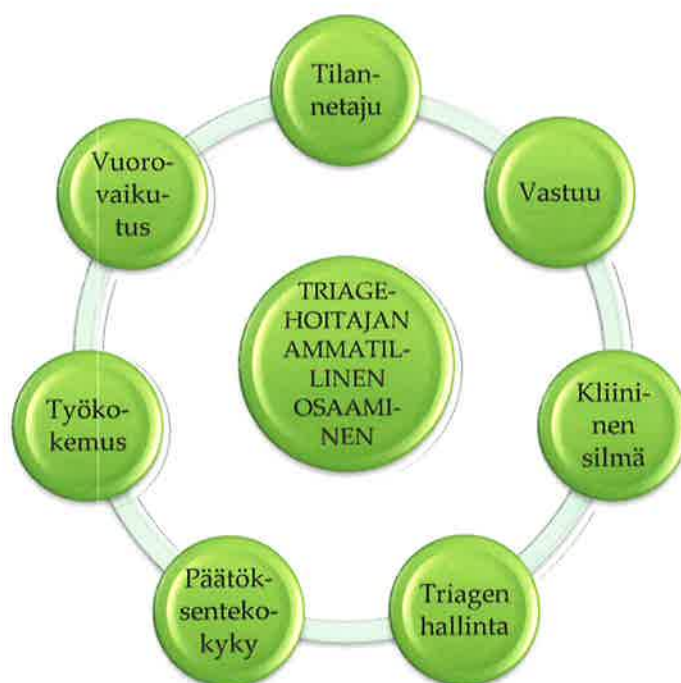
9.1 Kohderyhmä

Jaoin kyselylomakkeet kaikille Keski-Pohjanmaan keskussairaalan yhteispäivystyksen sairaanhoitajille, jotka toimivat triage-hoitajina. Kyselylomakkeita lähetimme 28 kappaletta ja vastauksia saimme takaisin 13 kappaletta (N=13), jolloin vastausprosentti on 46 %. Otimme huomioon kaikki vastaukset tutkimustuloksia analysoidessamme. Vastaaajista 2/3 oli naisia ja 1/3 oli miehiä. Naisten työkokemus sairaanhoitajana oli 3–33 vuotta. Naisten työkokemus triage-hoitajana oli 1–8 vuotta. Miesten työkokemus sairaanhoitajina oli 10–38 vuotta ja näistä triage-hoitajina 6–7 vuotta. Keski-Pohjanmaan keskussairaalan yhteispäivystyksessä triage-hoitajina toimivat myös lääkintävahtimestarit, perushoitajat ja lähihoitajat. Tähän tutkimukseen osallistuivat vain sairaanhoitajat.

9.2 Triage-hoitajalta vaadittava ammatillinen osaaminen

Vastauksista päällimmäisiksi asioiksi nousivat hoitajan laaja-alainen työkokemus, vuorovaikutustaidot, hoitajan vastuullisuus sekä triage-osaaminen. Nämä asiat nousivat esille lähes kaikista kyselyyn osallistuneiden vastauksista (KUVIO 1).

Tutkimuksemme mukaan triage-hoitajan ammatillinen osaaminen vaatii hyvää kliinistä silmää eli kykyä nähdä ja arvioida potilaan kokonaistilanne saamiensa esitietojen perusteella potilasta tai omaista haastatteleamalla ja havainnoimalla. Tutkimuksen mukaan triage-hoitajan ammatilliseen osaamiseen kuuluu peruselintoimintojen tunteminen ja kriittisesti sairaan potilaan tunnistaminen sekä triage-osaaminen ja sen hallinta. Lisäksi ammatilliseen osaamiseen kuuluu hyvä tilannetaju, laaja-alainen työkokemus, kyky tehdä itsenäisiä päätöksiä sekä hyvät vuorovaikutustaidot. Vuorovaikutustaidoilla tarkoitetaan tutkittavien mukaan hyvää asiakaspalvelutaitoa, rauhallisuutta sekä kykyä kuunnella potilasta ja hänen omaisiansaan.



KUVIO 1. Triage-hoitajan ammatillinen osaaminen

9.3 Triage-hoitajien kokemus omasta osaamisesta

Tutkimuksesta nousi esille positiivisina asioina (KUVIO 2) triage-hoitajina toimivien sairaanhoitajien pitkä ja laaja-alainen työkokemus. Tutkittavat kokivat, että monipuolisesta ja laaja-alaisesta työkokemuksesta perusterveydenhuollosta sekä

erikoissairaanhoidosta on hyötyä triage-hoitajana työskennellessä. Lisäksi pitkä työkokemus päivystystyöstä helpottaa triage-hoitajana toimista.

Tutkittavien mielestä heillä on myös hyvä kliininen silmä ja kykyä tehdä itsenäisiä päätöksiä. Tutkittavat kokivat myös olevansa inhimillisiä, yhteistyökykyisiä sekä asiakaslähtöisiä. Tutkittavat kokivat toimivansa vastuullisesti moniammatillisen työryhmän jäsenenä. 2/3 tutkittavista koki, että heillä on riittävästi osaamista ja kokemusta toimia triage-hoitajana perustuen pitkään, laaja-alaiseen ja monipuoliseen työkokemukseen.

Pitkä kokemus sekä yleislääketieteen että erikoissairaanhoidon puolelta

Omalla kohdallani useamman työympäristön/työyksikön tuoma tieto helpottaa



KUVIO 2. Triage-hoitajan kokemus omasta osaamisesta

Tutkittavista osa koki epävarmuutta, tiedon puutetta sekä toiminnallista osaamattomuutta (KUVIO 3). Epävarmuus näkyi esimerkiksi tiedoissa ja taidoissa ohjata

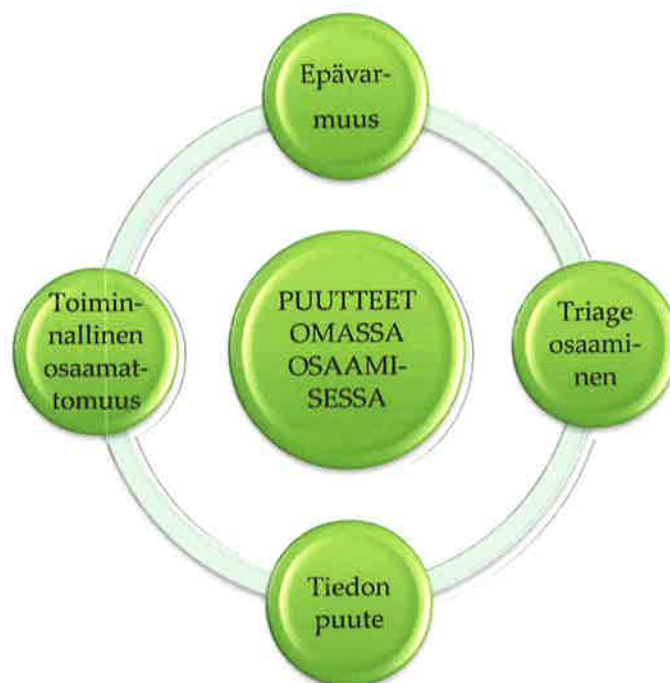
muualle ne potilaat, jotka eivät kuulu yhteispäivystykseen. Epävarmuutta lisäsi osalla tutkittavista se, että he eivät ole saaneet perehdytystä eivätkä koulutusta juuri lainkaan triage-hoitajan työhön. Osa tutkittavista koki, että heillä ei ole tarpeeksi tietoa erilaisista sairauksista ja niiden oireista. Epävarmuutta koettiin myös taidoissa haastatella potilasta niin, että saadaan tarvittava tieto lyhyessä ajassa. Vastauksista nousi esille se, että omaa osaamista tulee päivittää säännöllisesti erilaisten koulutusten avulla. Toiminnallista osaamattomuutta koettiin tilanteissa, joita tapahtuu harvoin, esimerkiksi suuronnettomuustilanteissa toiminen ja ennakoilmoituksen vastaanottaminen.

Osaaminen vaatii jatkuvaa päivittämistä ja kouluttautumista

Tarvitsen lisätietoa sairauksista

Onko tarpeeksi tietoa, osaanko esittää oikeita kysymyksiä, lyhyessä ajassa pitäisi selvittää paljon asioita

Koen vaikeaksi "käännyttää" pois potilasehdokkaita, eli ei päivystystapauksia, se on puute omassa osaamisessa

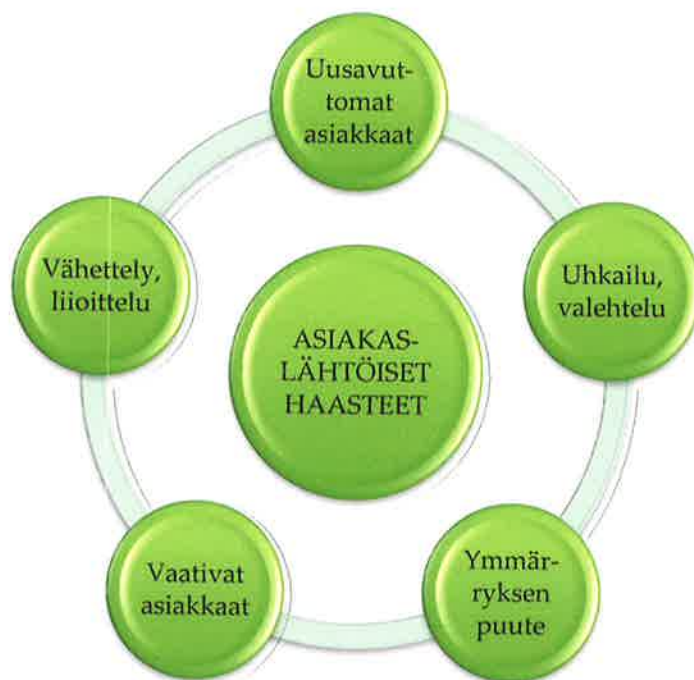


KUVIO 3. Triage-hoitajan kokemat puutteet omassa osaamisessa

9.4 Triage-hoitajan työn haasteet

Yli puolet tutkittavista nosti esille vastauksissaan asiakaslähtöiset haasteet (KUVIO 4). Haasteellisina asiakkaina pidettiin uusavuttomia ihmisiä ja perheitä. Haastetta triage-hoitajan työhön toivat myös vaativat asiakkaat. Osa koki, että asiakkaat jopa uhkailevat ja valehtelevat. Persoonalliset ja epämiellyttävät asiakkaat koettiin myös haasteena. Nämä asiat eivät kuitenkaan vaikuttaneet vastaajien mukaan triage-hoitajien päätöksentekoon hoidon tarpeen arvioinnissa. Tutkittavien mukaan myös oireitaan tai sairauttaan vähättelevät ja liioittelevat asiakkaat olivat haasteellisia. Tutkimuksessa kävi ilmi, että asiakkaissa oli myös niitä, jotka eivät ymmärtäneet päivystyksen tarkoitusta eivätkä triage-luokittelua.

Ei saa antaa epämiellyttävyyden vaikuttaa päätöksiin



KUVIO 4. Triage-hoitajan kokemat työn asiakaslähtöiset haasteet

Kolmasosa vastaajista nosti esille lääkärlähtöiset haasteet (KUVIO 5). Haasteellisuutta triage-hoitajan työhön toi jatkuvasti vaihtuvat lääkärit. Triage-hoitajalla ei ole aina tietoa siitä, minkälainen toimintatapa, osaaminen tai nopeus lääkäriellä on potilaiden tutkimisessa. Tutkimuksessa tuli myös esille se, että kaikki lääkärit eivät ole selvillä triage-luokittelusta. Osalla lääkäreistä on oma tai poikkeava mielipide kriteereistä. Sen vuoksi osa triage-hoitajista koki saavansa negatiivista palautetta lääkäreiltä sekä koki olevansa epämiellyttävässä tilanteessa.

Pitää kierrättää ylen kautta ettei tuu huutoo...

Riippuu lääkäreistä minne laittaa vaikka ei sais...

Joskus koen olevani puun ja kuoren välissä...

Kolmasosa tutkittavista koki kiireen ja ajankäytön (KUVIO 5) haasteeksi triage-hoitajan työssä. Kiiretilanteet ovat usein hoitajasta riippumattomia syitä. Tutkittavat kokivat, että aika, jonka pystyy käyttämään potilaan haastatteluun, on liian

lyhyt. Lyhyen haastattelun perusteella on haastavaa tehdä triage-arvio. Kiiretilanteessa tutkittavat kokivat, että on haasteellista kirjata potilaan tiedot kattavasti ja kyetä tekemään päätöksiä riittävän nopeasti. Puhelinneuvonnan apuna oleminen koettiin myös haasteena ja omaa työtä häiritsevänä tekijänä.

Haasteellista on myös ns. kiiretilanteet, joissa ajankäyttö on ylellisyyttä...

Triage-hoitajan vastuullisuus (KUVIO 5) koettiin haasteena yli puolella vastaajista. Vastuu yhdistettiin sekä puhelinneuvontaan että ilmoittautumistilassa tehtävään potilaan hoidontarpeen arviointiin ja triage-luokitteluun. Puhelinneuvonnassa koettiin haasteena se, että potilasta ei nähdä, vaan arviointi potilaan tilasta ja hoidon tarpeesta pitäisi kyetä tekemään puhelimesta tapahtuvan haastattelun perusteella. Sen vuoksi puhelimesta tapahtuva potilaan tilan arviointi koettiin haasteellisemmaksi kuin ilmoittautumistilassa tapahtuva arviointi. Tutkittavat kokivat olevansa vastuussa siitä, jos jättävät puhelimesta tapahtuvan hoidon tarpeen arvioinnin perusteella esimerkiksi vakavasti sairaan henkilön kotihoitoon. Haasteellisuutta triage-hoitajan työhön toi osan mukaan se, että potilaan hoidon tarve arvioidaan ilmoittautumisen yhteydessä pelkän kliinisen kuvan perusteella. Haasteeksi koettiin myös se, milloin triage-hoitaja voi ohjata asiakkaan kotihoitoon tai toiseen hoitopaikkaan.

Pelko perseessä, että jonain päivänä tulee se totaali virhearviointi ja jostain tapahtuu...

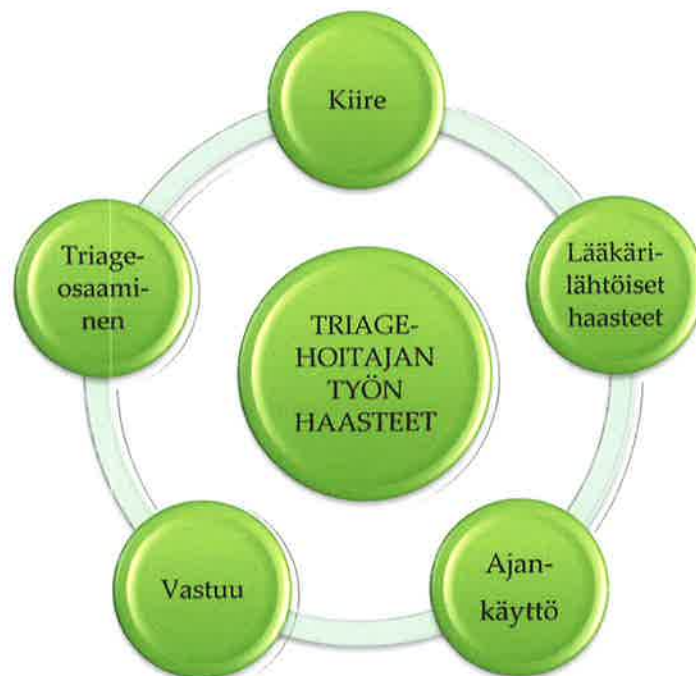
Tunnistaa sudenkuopat...

Suurin osa triage-hoitajan työn haasteista koski triage-luokittelua ja triage-ohjeistusta (KUVIO 5). E-ryhmän potilaat eli ne, jotka eivät kuulu päivystykseen, koettiin yleisesti haastaviksi. E-ryhmään kuuluvat potilaat tulee osata ohjata arke-

na omalle alueelle, työterveyteen tai opiskelijaterveydenhuoltoon. Haasteena koettiin, että kaikki hoitajat eivät noudata triage-ohjetta ja sen vuoksi joidenkin asiakkaiden ohjaaminen muualle saattaa olla ongelmallista, koska he ovat päässeet aikaisemmin päivystykseen.

E-ryhmän potilaat haastavin, eivät kuulu päivystykseen. Tietyt lieventävät asianhaarat (esim. reissuun lähtö)

Kaikki eivät noudata triagea -> epäselvyyksiä potilaan kanssa, haastavaa saada asia potilaan ymmärrykseen.



KUVIO 5. Triage-hoitajan työn haasteet

9.5 Triage-hoitajien kokemat ongelmat ja puutteet

Vastauksissa ongelmat ja puutteet koettiin myös työn haasteina. Tämä kävi ilmi, kun analysoimme triage-hoitajan työn haasteita, ongelmia ja puutteita. Vastauksista nousi esille samankaltaisia asioita. Triage-hoitajana toimivat sairaanhoitajat ko-

kivat ongelmina ja puutteina kiireen, vuorovaikutustaidot, triage-osaamisen ja vastuullisuuden (KUVIO 6).

Kiire nousi selkeästi esille tutkimuksessa. Potilasruuhkat ja vähäinen ajankäyttömahdollisuus potilastyötä kohtaan kuormittavat yhteispäivystyksen henkilökuntaa. Kiiretilanteessa triage-hoitajat kokivat, että potilastietojen kirjaamiseen menee liikaa aikaa. Potilastietojen kirjaamisen yhteydessä triage-hoitaja tekee myös laskutuksia ja tilastointia. Näiden koettiin vievän liikaa aikaa itse potilastyöstä. Triage-hoitajan kiirettä lisää myös puhelinneuvontaan osallistuminen.

Kirjaaminen vie joskus liikaa aikaa ja niiden laskutus/lopettaminen

Ongelmana koettiin myös ajoittaiset tietoteknilliset ongelmat ja jatkuvasti muuttuvat ohjelmat. Sairaanhoidopiirin alueella on käytössä eri potilastietojärjestelmiä. Tämä tuo mukanaan omat haasteet hoitotyöhön, kun potilaan tietoja ei nähdä.

Triage-hoitajien työtila koettiin rauhattomana, koska puhelinneuvoja työskentelee samassa tilassa. Potilaan tarkempaa tutkimista on vaikea toteuttaa, koska triage-hoitajan työtilasta on suora näköyhteys potilaiden odotustilaan. Tietosuoja ja intimitetti kärsivät.

Akuuttihoitajan työtilassa puhelimessa triagea tekevä hoitaja puhuu samaan aikaan -> melu, joskus vaikea keskittyä olennaiseen ja päinvastoin

Ikkunat potilastilaan, riisumista varten tilat huonot

Triage-hoitajat kokivat ongelmana ja puutteena riittämättömän koulutuksen triageen liittyen, myös tiedollista puutetta koettiin olevan. Osa vastaajista koki, että potilaita otetaan väärin perustein päivystykseen. Tämä koski lähinnä E-ryhmän potilaita, siis niitä, jotka eivät ole päivystyspotilaita. Ongelmana koettiin, että tria-

ge-ohjetta ei noudateta. Ongelmana on myös se, että potilaat eivät ymmärrä päivystyksen merkitystä eivätkä triage-ohjeistusta ja luokittelua.

Tiedollinen: hyvin paljon asioita tulee kysyä ja varmistaa. Lääkitys ja sairaushistoria vaikuttavat aina, mutta tunnenko niitä riittävästi

Ongelmana koettiin vuorovaikutukseen ja ohjaamiseen liittyvät asiat. Triagehoitajan vuorovaikutustaidot ovat koetuksella, kun yritetään saada asiakkaat/potilaat ymmärtämään päivystyksen kaksiportaisuus.

Taito asiallisesti ja kauniisti osata ohjata ei päivystyspotilas oikeaan hoitopaikkaan

Pitää osata selittää niin, että potilas ymmärtää, miksei joka flunssan takia pääse lääkäriin

Ongelmana tutkittavat kokivat liioittelevat, valehtelevat ja jopa uhkailevat asiakkaat. Lisäksi esiintyi asiakkaiden/potilaiden epäasiallista käyttäytymistä hoitajia kohtaan. Ongelmana on myös ajoittain esiintyvä epäasiallinen palaute lääkäreiden taholta. Ongelmaksi koettiin lisäksi se, että kaikki lääkärit eivät ole selvillä triage-ohjeista ja triage-hoitaja on se henkilö, joka ohjaa ilman lähetettä tulleen potilaan joko perusterveydenhuoltoon tai erikoissairaanhoidon tekemänsä hoidon tarpeen arvioinnin ja triagen perusteella. Potilas ohjautuu usein tämän vuoksi väärään hoitopaikkaan.

Triage- hoitajalla ei täydellisiä valtuuksia, lääkärit sekaantuvat triageen

Vastaajat nostivat esille tutkimuksessa vastuullisuuden, joka on myös ongelma ja puute työskenneltäessä triage-hoitajana. Triage-hoitajat kokivat, että vastuu ko-

rostuu erityisesti puhelinneuvonnassa, jossa potilaan hoidon tarpeen arviointi tehdään ja triage-luokittelu tapahtuu pelkän haastattelun perusteella. Tiedon vähyys ja kokemuksen puute nousi muutamassa vastauksessa esille. Vastaajissa oli myös niitä, jotka eivät kokeneet mitään puutetta tai ongelmaa omassa osaamisessa.



KUVIO 6. Triage-hoitajan työn ongelmat ja puutteet

9.6 Triage-hoitajien ammatillisen osaamisen kehittäminen

Tutkimukseen osallistuneet triage-hoitajat toivat esille ammatillisen osaamisen kehittämiseksi ja lisäämiseksi seuraavanlaisia asioita (KUVIO 7).

Puhelinneuvontaan toivottiin lisää koulutusta ja yhtenäistä käytäntöä hoidon tarpeen arviointiin ja potilasohjaukseen. Lisäksi nousi esille tarve, miten toimia puhelinneuvonnassa, kun asiakkaana on vaativa henkilö. Toiveena on myös yhdenmu-

kaiset, ennalta laaditut ja suuntaa antavat kysymykset, jotka pitää vähintään selvittää tietyiltä sairaus- tai oireryhmiltä sekä puhelimesta että ilmoittautumisen yhteydessä.

Yleisimmistä sairauksista voisi kehittää suuntaa antavan kyselysablun, jotta myös kokemattomimmille hoitajille tulisi selväksi, mitkä asiat pitää selvittää, kun tehdään päätöstä potilaan hoitoon ohjauksesta.

Valmiit kysymykset tietyille sairausryhmille.

Kuinka otat haltuun puhelun, kun langan päässä on "hankala" henkilö?

Tutkittavat toivoivat, että osastokokouksissa ja koulutuksissa käytäisiin läpi "ongelma-keissejä" oppimis- ja kehittämistarkoituksessa. Koulutustarpeena koettiin olevan haasteellisten potilaiden kohtaaminen sekä uhkaavissa tilanteissa toimiminen.

Ammatillista osaamista voidaan kehittää käsittelemällä ongelma-keissejä

Vuorovaikutustaitoja koulutuksena tai harjoituksina

Osa vastaajista toivoi, että triage-ohjeistusta selkiytettäisiin. Lähes kaikki vastaajista toivoivat lisäkoulutusta ja triage-ohjeistuksen kertaamista. Triage-hoitajan tekemään päätökseen potilaan päivystysvastaanotolle ottamisesta toivottiin tukea lääkäreiltä ja muilta hoitajilta. Triage-hoitajat toivoivat lääkäreiltä luottamusta omaan osaamiseensa ja ammattitaitoonsa. Tutkimuksesta nousi selkeästi esille se, että triage-hoitajilla on hyvä kokemuksen tuoma ammatillinen osaaminen ja kliininen silmä.

Kunnon tuki lääkäreiltä ja ylemmältä taholta -> ei saisi tulla urputtamaan luukulle...

Kaikki alkaisivat noudattaa triage-ohjeistusta

Potilaan hoidon tarve tulee arvioida ainoastaan kliinisen kuvan perusteella, koska triage-hoitaja ei tee meillä mitään tutkimuksia tai mittauksia

Lisäksi toivottiin, että voitaisiin tutustua muiden päivystysten triage-hoitajien työhön ja toimenkuvaan.



KUVIO 7. Triage-hoitajan työn kehittämisideat

10 POHDINTA

10.1 Tutkimustulosten tarkastelu

Opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää triage-hoitajilta vaadittavaa ammatillista osaamista Keski-Pohjanmaan keskussairaalan yhteispäivystyksessä. Tämän työn tarkoituksena oli selvittää, millaisia haasteita sairaanhoitaja kokee toimiessaan triage-hoitajana sekä miten ammatillista osaamista voidaan kehittää.

Ensimmäisenä tutkimuskysymyksenä oli, millaista ammatillista osaamista triage-hoitajalta vaaditaan. Aikaisempien tutkimusten sekä tästä tutkimuksesta saamiemme tulosten mukaan triage-hoitajalta vaadittavaan ammatilliseen osaamiseen kuulu pitkä ja laaja-alainen työkokemus. Göranssonin, Ehrenbergin, Marklundin & Ehnforsin (2006) tutkimuksen mukaan sillä, onko triage-hoitajalla yli vai alle 5 vuotta kliinistä hoitotyön kokemusta, ei ole merkittävää yhteyttä triagen osuvuuden ja päätöksentekokyvyn kanssa. (Göransson ym. 2006, 85.)

Tämän tutkimuksen tuloksista nousi esille se, että ammatillista osaamista vaaditaan ja sitä myös vastaajilta löytyy. Pitkän työkokemuksen katsottiin olevan hyvä pohja triage-hoitajana toimiessa. Laaja-alaisesta työhistoriasta ja työkokemuksesta katsottiin myös olevan etua triage-hoitajana toimiessa. Paloposken ym. (2003) tutkimuksesta sekä tästä tutkimuksesta käy ilmi se, että vastavalmistunut sairaanhoitaja ei ole valmis toimimaan triage-hoitajana.

Toisena tutkimuskysymyksenä oli, mitä haasteita sairaanhoitaja kokee toimiessaan triage-hoitajana. Päälimmäisenä asiana nousivat esille asiakaslähtöiset haasteet, lääkilähtöiset haasteet, kiire, vastuullisuus sekä triage. Asiakaslähtöisinä haasteina vastaajat kokivat valehtelevat, uhkailevat ja liioittelevat asiakkaat. Vastaajat

kokivat, että osa asiakkaista liioittelee ja osa vähättelee omia oireitaan. Vaativat ja uusavuttomat ihmiset toivat oman haasteensa triage-hoitajan työhön. Lääkärilähtöisinä haasteina koettiin se, että kaikki lääkärit eivät ymmärrä triagen tarkoitusta sekä puuttuvat hoitajan tekemään hoidon tarpeen arviointiin. Ajoittain hoitaja koki, että lääkärit määräävät potilaiden hoitopolun näkemättä potilasta. Lisäksi jatkuvasti vaihtuvat lääkärit koettiin haasteena päivystystyössä.

Kiire koettiin yhteispäivystyksessä isoksi ongelmaksi. Potilaiden haastatteluun ja hoidon tarpeen arviointiin ei ole riittävästi aikaa. Kirjaaminen vie paljon aikaa varsinaiselta potilastyöltä. Triage-hoitajat kokivat, että puhelinneuvonta vie ison osan aikaa varsinaisesta triage-hoitajan tehtävästä.

Triage-hoitajan työn vastuullisuus koettiin haastavana tekijänä. Triage-hoitaja joutuu tekemään paljon itsenäisiä päätöksiä koskien potilaan hoidon tarpeen arviointia ja triage-luokittelua. Tässä nousee esille vahvana hoitajan vuorovaikutus-, haastattelu- sekä ohjaustaidot. Puhelimessa tehtävä hoidon tarpeen arviointi ja triage-luokitus koettiin haastavana, koska potilasta ei fyysisesti nähdä.

Triage-osaamisessa koettiin haasteelliseksi pienten erikoisalojen osaaminen. Koettiin, että kaikki hoitajat eivät noudata triage-ohjeistusta. Lisäksi triage-luokittelussa mietitytti potilaiden sijoittaminen perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon välillä. A- ja B-ryhmän potilaiden triage-luokittelu koettiin selvästi helpommaksi ja selkeämmäksi kuin C- ja D-ryhmään kuuluvien potilaiden.

Viimeisenä tutkimuskysymyksenä oli, miten triage-hoitajan työtä voitaisiin kehittää. Siinä päällimmäisenä nousi esille koulutuksen tarve. Tätä tukee myös Paakkosen (2008) tutkimus, jonka mukaan olisi tarvetta perustaa virallinen akuuttihoitotyön koulutusohjelma. Lisäkoulusta toivottiin puhelinneuvontaan sekä triage-ohjeistuksen kertaamiseen. Tutkittavat toivoivat, että ”ongelmakeissejä” käytäisiin

säännöllisesti läpi oppimis- ja kehittämistarkoituksessa. Triage-hoitajan päätöksentekokykyyn, luottamukseen ja ammattitaitoon toivottiin tukea koko työyhteisöltä. Kaikkien hoidon tarpeen arviointia tekevien triage-hoitajien toivottiin noudattavan yhteisiä ohjeita.

10.2 Opinnäytetyön prosessi

Idea opinnäytetyön tekemiseen tuli työelämästä. Seurasimme sivusta triage-hoitajan työskentelyä Keski-Pohjanmaan keskussairaalan yhteispäivystyksessä ja mietimme, millaista ammatillista osaamista siinä vaaditaan. Tästä saimme idean lähteä tutkimaan asiaa tarkemmin. Tiedustelimme tutkimuksen mahdollisuutta yhteispäivystyksen osastonhoitajalta, joka antoi vapaat kädet tutkimuksen aiheen valintaan. Aikaisemmin triage-hoitajan ammatillista osaamista yhteispäivystyksessä ei ole tutkittu. Aihe oli mielestämme mielenkiintoinen ja ajankohtainen. Jatkuvasti muuttuvat lääkäritilanteet terveyskeskuksessa ja maakunnissa vaikuttavat myös yhteispäivystykseen kuormittavuuteen ja sen myötä triage-hoitajan työhön.

Aiheen opinnäytetyöllemme valitsimme syksyllä 2012. Tämän jälkeen aloimme etsiä aiheeseen liittyvää kirjallisuutta ja aikaisempia tutkimuksia. Käytimme triagea ja hoidon tarpeen arviointia hakusanoina, kun etsimme lähdemateriaalia.

Näiden asioiden pohjalta teimme opinnäytetyön suunnitelman, jonka Keski-Pohjanmaan keskussairaalan hallintoylihoitaja hyväksyi 24.4.2012. Tämän jälkeen aloimme työstää kyselylomaketta. Kyselylomakkeen kysymysten asettelua muokattiin hieman esitestauksen jälkeen. Esitestatut kyselylomakkeet jaettiin vastaajille.

Lisämateriaalia tietoperustaan hankimme tutkimuksen vastausten pohjalta nousseista asioista alan ammattikirjallisuudesta sekä hoitotyön johtavista ammattileh-

distä. Lisäksi käytimme kirjaston tietokantoja apunamme. Lähdemateriaalia oli paljon saavilla. Pyrimme käyttämään mahdollisimman tuoreita tutkimuksia ja uusimpia alan kirjoja.

Tutkimuksen vastausprosentti 46 % oli odotettua alhaisempi (N=13). Tähän saattoi vaikuttaa tutkimuksen ajankohta toukokuussa 2012. Tästä huolimatta saamamme tulokset olivat kattavia ja monipuolisia. Saimme jokaiseen tutkimuskysymykseen vastaukset. Vastaajat ymmärsivät osittain tutkimuskysymyksissä esiintyvät ongelmat ja haasteet samaksi asiaksi, vaikka ne esiintyivät erillisinä kysymyksinä. Näihin kahteen kysymyksiin saimme samankaltaisia vastauksia, jotka huomioimme analysoidessamme vastauksia.

Teoriatietoa aiheesta olisi voinut kirjoittaa loputtomiin. Aluksi tuntui, että aiheesta tulee liian laaja. Teoriaosuudessa on nostettu vain tutkimuksen vastauksista nousseet asiat esille.

Opinnäytetyötä on tehty pääasiassa yhdessä. Tämä on ollut ajoittain vaikeaa, koska aikataulujen yhteensovittaminen on ollut haasteellista. Loppujen lopuksi olemme tyytyväisiä siihen, mitä olemme saaneet aikaan. Aikataulussa olemme pysyneet koko prosessin ajan.

Jatkotutkimusaiheena olisi triage-hoitajan ammatillisen osaamisen kehittyminen Keski-Pohjanmaan keskussairaalan yhteispäivystyksessä. Tätä tutkittaessa tutkimuskysymyksissä tulisi keskittyä nimenomaan ammatillisen osaamisen kehittämiseen. Uudessa tutkimuksessa olisi hyvä saada esille tässä tutkimuksessa esitettyjen kehittämistarpeiden toteutuminen ja niiden tuomat muutokset triagehoitajan ammatillisessa osaamisessa.

LÄHTEET

- Castren, M. & Martikainen, M. 2006. Ensihoito ja potilaiden kuljetus. Teoksessa M., Castren, S., Ekman, M., Martikainen, T., Sahi & J., Söder. (toim.) Suuronnettomuusopas. Jyväskylä: Duodecim.
- Cone, K. & Murray, R. 2002. Characteristics, Insight, Decision Making, and Preparation of ED Triage Nurses. *Journal of emergency nursing* 28 (5), 403-404.
- Göransson, K.E., Ehrenberg, A., Marklund, B. & Ehnfors, M. Emergency department triage: Is there a link between nurses' personal characteristics and accuracy in triage decisions? *Accident and Emergency Nursing* 2006/14, 85.
- Hannula, R. 2011. Triage- ohje. Keski-Pohjanmaan Keskussairaalan yhteispäivystys.
- Hildén, R. 1999. Sairaanhoidajan ammatillinen pätevyys ja ammatilliseen pätevyyteen vaikuttavat tekijät. Akateeminen väitöskirja. Tampereen yliopisto. Ammattikasvatuksen tutkimuskeskus.
- Kankkunen, P. & Vehviläinen-Julkunen, K. 2009. Tutkimus hoitotieteessä. Helsinki: WSOY.
- Koponen, L. & Sillanpää, K. (toim.) 2005. Potilaan hoito päivystyksessä. Jyväskylä: Tammi.
- Kotisaari, M-L.& Kukkola, S. 2012. Potilaan oikeudet hoitotyössä. Fioca Oy: Porvoo.
- Kuisma, M., Holmström, P. & Porthan, K. 2009. Ensihoito. 1.-2. painos. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.
- Kylmä, J., Pelkonen, M. & Hakulinen, T. 2004. Laadullinen tutkimus ja näyttöön perustuva hoitotyö. *Hoitotiede* vol. 16 nro 6. 250-256.
- Kyngäs, H., Kääriäinen, M., Poskiparta, M., Johansson, K., Hirvonen, E. & Renfors, T. 2007. Ohjaaminen hoitotyössä. Helsinki: WSOY.
- Kyrönlahti, E. 2005. Työterveyshuollossa työskentelevän terveydenhoitajan ammatillinen osaaminen. Itsesäätelyvalmiuksien kehittäminen ammattikorkeakoulussa. Akateeminen väitöskirja. Tampereen yliopiston kasvatustieteiden tiedekunta.
- Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 17.8.1992/785. § 3, § 5.

Saatavissa: <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1992/19920785>. Luettu 17.8.2012.

Martikainen, M. 2009. Ensihoitojärjestelmä. Teoksessa T. Silfast, M. Castren, J. Kurola, V. Lund, & M. Martikainen. (toim.) Ensihoito-opas. Helsinki: Duodecim, 352-368.

Martikainen, M. & Ala-Kokko, T. 2011. Kriittisesti sairaan potilaan tunnistaminen ja hoitoperiaatteet. Teoksessa M. Mäkijärvi, V-P. Harjola, H. Päivä, J. Valli & E. Vaula. Akuuttihoito-opas. 15. painos. Porvoo: Duodecim. 8-9

Opetusministeriö 2006. Ammattikorkeakoulusta terveydenhuoltoon. Koulutuksesta valmistuvien ammatillinen osaaminen, keskeiset opinnot ja vähimmäisopinnot. Opetusministeriön työryhmämuistioita ja selvityksiä 2006:4. Www-dokumentti. Saatavissa:

<http://www.minedu.fi/opencms/opencms/handle404?exporturi=/export/sites/default/OPM/julkaisut/2006/liitteet/tr24.pdf/>. Luettu 17.8.2012.

Paloposki, S., Miettinen, M., Eskola, N., Paavilainen, E., Heikkilä, J. & Tarkka, M-T. 2003. Ammattikorkeakoulusta valmistuneiden sairaanhoitajien arvio teoreettisesta ja käytännöllisestä osaamisesta. *Hoitotiede* Vol. 15. 2003,155–165.

Paakkonen, H. 2008. Päivystyspoliklinikka sairaanhoitajien kliiniset taidot nyt ja tulevaisuudessa. Asiantuntijoiden näkemykset Delfoi-tekniikalla. Väitöskirja. Kuopion yliopisto. Yhteiskuntatieteet.

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

Salminen-Tuomaala, M., Kaappola, A., Kurikka, S., Leikkola, P., Vanninen, J. & Paavilainen, E. 2010. Potilaiden käsityksiä ohjauksesta ja kirjallisten ohjeiden käytöstä päivystyspoliklinikalla. *Tutkiva hoitotyö* vol. 8 (4). 2010. 21–28.

Saikko, S. 2007. Potilan peruselintoimintojen tutkiminen ja turvaaminen. Teoksessa L. Koponen. & K. Sillanpää. (toim.) Potilaan hoito päivystyksessä. Jyväskylä: Tammi

Sillanpää, K. 2008. Potilaaksi päivystyspoliklinikalle. Teoksessa M. Kuisma, P. Holmström. & K. Porthan. (toim.) Ensihoito. Jyväskylä: Tammi. 40-45.

Sopanen, P. 2009. Potilaan hoito päivystyspoliklinikassa. Teoksessa M. Castrén, S. Aalto, E. Rantala, P. Sopanen & A. Westergård. 2009. Ensihoidosta päivystyspoliklinikalle. Helsinki: WSOY. 60-64.

Sosiaali- ja terveysministeriön 2010:4. Yhtenäiset päivystyshoidon perusteet. Työryhmän raportti. www-dokumentti. Saatavilla:

http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=1082856&name=DLFE-11049.pdf. Luettu 12.6.2012.

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

Tarkiainen, K., Kaakinen, P., Kyngäs, H. & Kääriäinen, M. 2012. Kvasikokeellinen tutkimus puhelinneuvonnan laadusta päivystysyksikössä. *Hoitotiede* 2012, 24 (2). 98-113.

Terveydenhuoltolaki 2010/1326. Saatavissa:

<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2010/20101326>. Luettu 18.6.2012.

Tuomi, J & Sarajärvi, A. 2009. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Jyväskylä. Tammi.

Valtioneuvoston asetus ammattikorkeakouluista. Asetus 352/2003. Www-dokumentti. Saatavissa: <http://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2003/20030352>. Luettu 16.8.2012.

Valtioneuvoston asetus hoitoon pääsyn toteutumisesta ja alueellisesta yhteistyöstä 2005. Saatavilla: <http://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2004/20041019>. Luettu 15.8.2012.

Voipio-Pulkki, L-M. 2005. Oikeus kiireelliseen hoitoon päivystyksen järjestämisen lähtökohtana. Teoksessa L. Koponen. & K. Sillanpää. 2005. (toim.) Potilaan hoito päivystyksessä. Jyväskylä: Tammi, 19, 21.

kiuru

Keski-Pohjanmaan erikoissairaanhoidon
ja peruspalvelukuntayhtymä
Mellersta Österbottens samkommun för
specialsjukvård och grundservice

KESKI-POHJANMAAN SAIRAANHOITOPIIRI TUTKIMUSLUPA-ANOMUS

Hakijan nimi Anette Rautapuro

Osoite Vanamopolku 4
67400 KOKKOLA

Puhelin
040-7513931

Hakijan nimi Marjo Haanselkä

Osoite Eeronkuja 5
69950 PERHO

Puhelin
044-2575244

Tutkimuksen ohjaajan nimi ja yhteystiedot

Honkonen Teija puh: 040 5613000

Tutkimuksen nimi

TRIAGE-HOITAJAN AMMATILLINEN OSAAMINEN KESKI-POHJANMAAN
KEKUSSAIRAALAN YHTEISPÄIVYTYKSESSÄ

Tutkimuksen tarkoitus

selittää triage-hoitajien ammatillista osaamista ja työntekijän tuomia haasteita ja ongelmakohtia. Lisäksi on tarkoitus selittää triage-hoitajien ammatilliseen osaamiseen liittyvät kehittämistarpeet.

Tutkimuksen tavoitteet

tutkimuksesta saatavan tiedon hyödyntäminen esimerkiksi yhteispäivystyksen koulutusvälineen järjestämisessä ja triage-hoitajan ammatillisen osaamisen kehittämisessä.

Tutkimustehtävät

1. Millaista ammatillista osaamista triage-hoitajalta vaaditaan?
2. Millaisia haasteita sairaanhoitaja kokee toimissaan triage-hoitajana?
3. Miten triage-hoitajan ammatillista osaamista voidaan kehittää?

Aineistonkeruu ja analyysi

Tutkimusmateriaali kerätään avoimien kyselylomakkeiden avulla yhteispäivystyksen sairaanhoitajilta.
Analyysi tapahtuu induktiivisen sisällön analyysin avulla.

Paikka KOKKOLASSA **Päiväys** 20.4.2012

Anette Rautapuro

Hakijan allekirjoitus:

Marjo Haanselkä

Hakijan allekirjoitus



Keski-Pohjanmaan erikoissairaanhoito-
ja peruspalvelukuntayhtymä
Mellersta Österbottens samkommun för
specialsjukvård och grundservice

Liitteet

- 1) Tutkimussuunnitelma
- 2) Kysely/haastattelulomake
- 3) Tiedote tutkimukseen osallistujalle
- 4) Tutkimukseen osallistuvan suostumuslomake (mikäli tutkimukseen osallistuu potilaita)

LUVAN MYÖNTÄMINEN**Päiväys** _____**Lupa myönnetty** **Lupaa ei myönnetty** **Perustelut**

KESKI-POHJANMAAN ERIKOISSAIRAANHOITO- JA
PERUSPALVELUKUNTAYHTYMÄ

Johtajaylilääkäri

Tiedoksi:

KESKI-POHJANMAAN ERIKOISSAIRAANHOITO- JA VIRANHALTIJAPAAOTOS
PERUSPALVELUKUNTAYHTYMÄ

Tutkimuslupapäätös
Hallintoylihoitaja

24.04.2012

6 §

ASIA

Rautapuro Anette, Maanselkä Marjo; CENTRIA
AMMATTIKORKEAKOULU, Triage-hoitajan ammatillinen
osaaminen Keski-pohjanmaan keskussairaalan
yhteispäivystyksessä. 24.4.2012.

PÄÄTÖS

Tutkimuslupa-anomus hyväksytään.

ESITYKSEN TEKIJÄ

PÄÄTÖKSEN TEKIJÄ


Pirjo-Liisa Hautala-Jylhä
Hallintoylihoitaja

SOPIMUS

Sairaanhoitajaopiskelijat Marjo Maanselkä ja Anette Rautapuro Centria Ammattikorkeakoulu hyvinvoinnin ja kulttuurin yksiköstä suorittavat opinnäytetyöhönsä liittyvän tutkimuksen 16.5.- 30. 5. 2012 välisenä aikana Keski-Pohjanmaan Keskussairaalan Yhteispäivystyksessä. Tutkimus suoritetaan kyselykaavakkeilla, jotka tutkimuksen tekijät jakavat triage- hoitajina toimiville sairaanhoitajille henkilökohtaisesti.

Kustannukset: tutkijat huolehtivat itse kustannuksista

Opinnäytetyön julkaiseminen: tutkimuksen julkaisusta seminaarin lisäksi sovitaan tutkimuksen valmistuttua.

Valmiin työn esittäminen tutkittavassa yksikössä: sovitaan Yhteispäivystyksen osastonhoitajan kanssa tutkimuksen valmistuttua.

KOKKOLASSA 14.5.2012



Jukka Aro

osastonhoitaja



Marjo Maanselkä



Anette Rautapuro

Hyvä yhteispäivystyksen sairaanhoitaja!

Olemme kaksi sairaanhoitajaopiskelijaa Centria Ammattikorkeakoulusta, hyvinvoinnin ja kulttuurin yksiköstä. Teemme opinnäytettyötä, jonka tarkoituksena on selvittää yhteispäivystyksen triage- hoitajien ammatillista osaamista ja työtöhtävän tuomia haasteita ja ongelmakohtia. Tarkoituksena on selvittää triage- hoitajien ammatilliseen osaamiseen liittyvät kehittämistarpeet Keski-Pohjanmaan keskussairaalan Yhteispäivystyksessä. Tavoitteena on, että opinnäytettyöstämme saatavaa tietoa voidaan hyödyntää esimerkiksi yhteispäivystyksen koulutuspäivien järjestämisessä ja triage- hoitajan ammatillisen osaamisen kehittämisessä.

Toivomme, että osallistutte tutkimukseen vastaamalla ohessa olevaan kyselylomakkeeseen. Teillä on vastausaikaa kaksi viikkoa saatuanne kyselylomakkeen. Kyselylomakkeet palautetaan nimettöminä suljetussa kirjekuoressa niille osoitettuun laatikkoon. Mikäli tarvitsitte lisätietoa tutkimukseen liittyen, vastaamme mielellämme kysymyksiinne.

Kiitos tutkimukseen osallistumisestasi!

Ystävällisin terveisin sairaanhoitajaopiskelija

Marjo Maanselkä

Anette Rautapuro

Marjo Maanselkä
marjo.maanselka@cou.fi
 044-2575244

Anette Rautapuro
anette.rautapuro@cou.fi
 040-7513931

KYSELYLOMAKE TRIAGE- HOITAJANA TOIMIVALLE SAIRAANHOITAJALLE

Taustatiedot:

Sukupuoli: Nainen _____ Mies _____

Työkokemuksesi sairaanhoitajana: _____

Työkokemuksesi triage- hoitajana: _____

1 a. Millaista ammatillista osaamista triage- hoitajalta vaaditaan?

1 b. Millaista osaamista koet itselläsi olevan triage- hoitajana?

2. Mitä haasteita koet toimiessasi triage- hoitajana?

3. Millaisia ongelmia/puutteita koet työskennellessäsi triage- hoitajana?

4. Miten mielestäsi ammatillista osaamista voitaisiin kehittää/lisätä? Anna konkreettisia esimerkkejä.

Esimerkki sisällön analyysista

Alkuperäinen ilmaus	Alakategoria	Yläkategoria
<p><i>Pienten erikoisalojen triage on haasteellista pienen volyymin vuoksi, ei synny rutiinia</i></p> <p><i>C ryhmän potilaat, kuuluvatko ESH vai yle</i></p> <p><i>A ja B ryhmän potilaiden hoitopolku ja triage tutumpaa ja tietyllä lailla helpompaa</i></p> <p><i>E-ryhmän potilaat haastavin, koska eivät kuulu päivystykseen</i></p> <p><i>Tunnistaa sudenkuopat</i></p> <p><i>Vastuullisuuden -> ei jätä kotiin esim. vakavasti sairasta</i></p> <p><i>Milloin voin ohjata potilaan takasin kotiin tai toiseen hoitopaikkaan</i></p> <p><i>Onko tarpeeksi tietoa, osaanko esittää oikeita kysymyksiä</i></p> <p><i>On opittava tekemään itsenäisiä päätöksiä</i></p>	<p>Pienet erikoisalalat</p> <p>Päivystyshoidon kriteerit</p> <p>Triage osaaminen</p> <p>Hoitajan vastuun ja rajojen tunnistaminen</p> <p>Tarvittava tieto</p>	<p>TRIAGE</p> <p>VASTUU</p>