

”Ei oo helppoa, se on yksi vaativimmista tehtävistä.”

**Triage-toiminnan kehittäminen
Jämsän päivystyspoliklinikalla.**

Taru Rajala

Opinnäytetyö

Toukokuu 2016

Sosiaali- terveys- ja liikunta-ala

Kliinisen asiantuntijan koulutusohjelma, ylempi AMK



Tekijä(t) Rajala, Taru	Julkaisun laji Opinnäytetyö, Yamk	Päivämäärä 09.05.2016
	Sivumäärä 67	Julkaisun kieli Suomi
		Verkojulkaisulupa myönnetty:
Työn nimi "Ei oo helppoo, se on yksi vaativimmista tehtävistä." Triage-toiminnan kehittäminen Jämsän päivystyspoliklinikalla		
Tutkinto-ohjelma Kliinisen asiantuntijan koulutusohjelma, ylempi AMK		
Työn ohjaaja(t) Hannele Tyrväinen, Pirjo Tiikkainen		
Toimeksiantaja(t) Jokilaakson terveys, Oy		
Tiivistelmä <p>Opinnäytetyön tarkoituksena oli kehittää hoidon kiireellisyyden ensiarviotoimintaa Jämsän päivystyspoliklinikalla. Tarkoituksena oli myös kehittää yhteisiä toimintaohjeita käytössä olevan ABCDE–trriage-luokittelun tekemiseen. Tavoitteena oli lisätä triage-luokittelun yhdenmukaisuutta ja oikeellisuutta sekä parantaa potilasturvallisuutta. Lisäksi tavoitteena oli kehittää henkilökunnan osaamista luokittelun tekemisessä koulutuksen ja yhteistoiminnallisen oppimisen avulla. Opinnäytetyön lähestymistapana oli tutkiva kehittäminen, ja se toteutettiin Jämsän päivystyspoliklinikalla vuoden 2015 aikana. Kehittämistyössä hyödynnettiin ekspansiivisen oppimisen syklimallia. Kehittämistyö koostui alkutilanteen kartoituksena käytetystä case-testistä ja kehittämisiltapäivästä. Case-testin avulla kartoitettiin triage-luokittelun haasteita ja saatiin tietoa siitä, minkälaisen potilastapausten arvioiminen on hankalaa. Toiminnallinen osuus toteutettiin kehittämisiltapäivässä. Tilaisuuden aluksi oli opinnäytetyöntekijän luento, jonka jälkeen henkilökunta pohti learning cafe -menetelmän avulla triage-luokittelun haasteita ja kehitti yhteisiä toimintatapoja triage-luokitteluun.</p> <p>Analysoitavana aineistona olivat case-testien tulokset ja learning cafessa tuotettu tieto. Määrällinen aineisto syntyi case-testin tuloksista ja se analysoitiin Excel-taulukko-ohjelman avulla. Laadullinen aineisto analysoitiin aineistolähtöisellä sisällönanalyysillä. Tulosten perusteella triage-luokittelun haasteiden koettiin liittyvän olosuhteisiin, käytössä olevaan triage-ohjeistukseen sekä osaamiseen ja ammattitaitoon. Olosuhteisiin liittyviä haasteita olivat kiire, päivystyspoliklinikan ruuhkautuminen sekä käytännön järjestelyt. Käytössä olevasta ohjeistuksesta toivottiin yksinkertaisempaa pikaversiota. Triage-toiminta koettiin yhdeksi haastavimmista tehtävistä päivystyspoliklinikalla. Potilastapauksista hankalimmin arvioitavia olivat harvemmin esiintyvien triage-luokkien A- ja B-potilaat. Tulosten perusteella kehitettiin uusia toimintatapoja luokittelun helpottamiseksi.</p>		
Avainsanat (asiasanat) Ekspansiivinen oppiminen, hoidon tarpeen arviointi, triage, tutkiva kehittäminen, päivystyshoito		
Muut tiedot		



Author(s) Rajala, Taru	Type of publication Master's thesis	Date 09.05.2016
		Language of publication: Finnish
	Number of pages 67	Permission for web publication:
Title of publication "That isn't easy. It's one of the most difficult things to do." Developing Triage operations at Jämsä's Emergency Unit.		
Degree programme Master's Degree Programme in Advanced Nursing Practice		
Tutor(s) Hannele Tyrväinen, Pirjo Tiikkainen		
Assigned by Jokilaakso Healthcare Ltd		
Abstract <p>The purpose of the thesis was to develop the first assessment process of care urgency for the Accident and Emergency Department of Jämsä. Another purpose was to develop the joint guidelines for the currently used ABCDE – triage classification. The aim was to increase the consistency and correctness of the classification and to improve patient safety. Another goal was to improve the personnel's competence in the classification by means of education and co-operative learning.</p> <p>The approach in the thesis was that of exploratory development, and it was implemented in the Accident and Emergency Department of Jämsä during 2015. The development work utilized the cycle-model of expansive learning. The development work consisted of two parts: a case test used for the assessment of the initial state of the department and a development event on one afternoon. The purpose of the case test was to elicit challenges in the triage-classification and to collect information about patient-cases that were difficult to assess. The functional part of the work was implemented in the development event. The event started with a lecture by the author of the thesis, and it was followed by a learning café session focusing on the challenges of the triage-classification and on developing joint methods for the triage-classification.</p> <p>The data for the analysis came from the results of the case-tests and the information produced in the learning café. The quantitative data was based on the results of the case-tests, and it was analysed by using the Excel spreadsheet application. The qualitative data was analysed by using data-based content analysis. Based on the results, the challenges in the triage-classification were seen to be related to the circumstances, the current triage instructions as well as to competence and professional skills. The challenges in the circumstances were rush, the overcrowded department and practical arrangements. The respondents also hoped for a simplified quick-version of the current instructions. The triage operations were deemed to be among the most challenging tasks in the Accident and Emergency Department. The most difficult patient-cases to assess were the rarest ones in the triage-classes, namely, the A and B patients. Based on the results, new policies were developed in order to ease the classification.</p>		
Keywords/tags (subjects) expansive learning, need of care assessment, triage, exploratory development, emergency care		
Miscellaneous		

Sisällys

1	Johdanto.....	2
2	Hoidon kiireellisyyden arviointi.....	3
2.1	Hoidon tarpeen arviointi	3
2.2	Päivystyshoito ja hoidon kiireellisyyden ensiarviotoiminta	5
2.3	Triage-hoitajan osaamisvaatimukset.....	6
2.4	Triage-toiminnan merkitys potilasturvallisuudelle	10
3	Kehittämistyön tarkoitus ja tavoitteet	11
4	Kehittämistyön toteutus	12
4.1	Kehittämisprosessi ja menetelmät	16
4.2	Kehittämisiltapäivän toteutus	20
4.3	Kehittämisaineiston analysointi	22
5	Kehittämistyön tulokset	23
5.1	Case-testin tulokset	23
5.2	Learning cafe-tilaisuuden tulokset	43
5.3	Triage-luokittelun toimintatapojen kehittäminen	46
6	Pohdinta	48
6.1	Tulosten tarkastelu	48
6.2	Eettisyys ja luotettavuus.....	50
6.3	Kehittämisprosessin arviointi	52
6.4	Johtopäätökset ja jatkokehittämisideat	53
	Lähteet.....	55
	LIITTEET	61
	Liite 1 Case-testi	61
	Liite 2 Kutsukirje	67

KUVIOT

Kuvio 1. Sairaanhoidajan osaamisvaatimukset.....	7
Kuvio 2. Päivystyspoliklinikalla aloittavan sairaanhoidajan tiedontarve	8
Kuvio 3. ABCDE-triageluokitus Jämsän päivystyspoliklinikalla.....	15
Kuvio 4. Ekspansiivinen oppimissykli.	17
Kuvio 5. Case 1 vastausjakauma lukumäärinä	24
Kuvio 6. Case 2 vastausjakauma lukumäärinä	25
Kuvio 7. Case 3 vastausjakauma lukumäärinä	26
Kuvio 8. Case 4 vastausjakauma lukumäärinä	27
Kuvio 9. Case 5 vastausjakauma lukumäärinä	28
Kuvio 10. Case 6 vastausjakauma lukumäärinä	29
Kuvio 11. Case 7 vastausjakauma lukumäärinä	30
Kuvio 12. Case 8 vastausjakauma lukumäärinä	31
Kuvio 14. Case 10 vastausjakauma lukumäärinä	33
Kuvio 15. Case 11 vastausjakauma lukumäärinä	34
Kuvio 16. Case 12 vastausjakauma lukumäärinä	35
Kuvio 17. Case 13 vastausjakauma lukumäärinä	36
Kuvio 18. Case 14 vastausjakauma lukumäärinä	37
Kuvio 19. Case 15 vastausjakauma lukumäärinä	38
Kuvio 20. Case 16 vastausjakauma lukumäärinä	39
Kuvio 21. Case 17 vastausjakauma lukumäärinä	40
Kuvio 22. Case 18 vastausjakauma lukumäärinä	41
Kuvio 23. Case 19 vastausjakauma lukumäärinä	42
Kuvio 24. Case 20 vastausjakauma lukumäärinä	43
Kuvio 25. Triage-luokittelun uudet toimintatavat.	47

1 Johdanto

Päivystyspisteen toiminnalle ja sitä kautta potilasturvallisuudelle on tärkeää, että päivystyksessä hoidetaan vain sinne kuuluvat potilaat. Paikoitellen Suomeen on kehittynyt malli, jossa päivystys korvaa muita ei-kiireellisiä palveluita tai toimii niin sanottuna ylivuotopaikkana. Tämä aiheuttaa päivystyksen ruuhkautumisen ja vaarantaa kiireellistä hoitoa tarvitsevien hoitoon pääsyn ja potilasturvallisuuden. (Keistinen & Jouttimäki 2013, 2.) Päivystyksen ruuhkautumisen on todettu heikentävän hoidon laatua, vaikuttavan ennusteeseen heikentävästi ja lisäävän potilaskuolleisuutta (Richardson 2006, 213; Malmström, Torkki, Valli & Malmström 2012).

Sosiaali- ja terveysministeriö asettama työryhmä julkaisi vuonna 2010 Yhtenäiset perusteet päivystyshoidolle -raportin, joka sisältää ohjeistuksia päivystyshoidon järjestämiseen ja hoidon tarpeen arviointiin. Yksi työryhmän asettamista tavoitteista on, että päivystyspoliklinikat keskittyvät vain päivystyspotilaiden hoitoon ja ei-päivystykselliset potilaat hoidetaan muissa toimipisteissä, jotta kiireellisesti apua tarvitsevat potilaat saavat tarvitsevansa avun. Hoidon kiireellisyyden ensiarvioinnin tarkoituksena on luokitella hoitoon hakeutuvat potilaat kiireellisyyden perusteella. Sillä pyritään lisäämään potilasturvallisuutta ja takaamaan kaikille potilailla heidän tarvitsemansa hoito oikeaan aikaan. Onnistunut ensiarviointi on oleellinen osa potilasturvallisuutta (Yhtenäiset päivystyshoidon perusteet 2010.)

Päivystykset ovat kokeneet suuria mullistuksia 2000-luvulla, viimeisimpänä vuoden 2015 alussa voimaan tullut päivystysasetus, jonka tarkoituksena oli taata yhtenäiset ja tasalaatuiset palvelut koko maahan (A 23.9.2014). Pienten päivystysten lopettaminen ja päivystystoiminnan keskittäminen suuriin päivystyspisteisiin tuo mukanaan

omat haasteensa. Välimatkat pitenevät ja väestöpohjat laajenevat. Suurten potilasmäärien hallinta edellyttää hoidon ensiarviotoiminnan kehittämistä, jotta päivystyspiste voi suoriutua sille tarkoitettutusta tehtävästä.

Opinnäytetyön tarkoituksena oli kehittää hoidon kiireellisyyden ensiarviotoimintaa Jämsän päivystyspoliklinikalla. Jämsän päivystyspoliklinikalla on otettu nykyinen ohjeistus käyttöön vuonna 2009. Lisäksi tarkoituksena on kehittää yhteisiä toimintaohjeita käytössä olevan ABCDE – triage-luokittelun tekemiseen.

Opinnäytetyön tavoitteena oli lisätä triage-luokittelun yhdenmukaisuutta ja oikeellisuutta sekä parantaa potilasturvallisuutta. Tavoitteena oli myös kehittää henkilökunnan osaamista triage-luokittelun tekemisessä.

2 Hoidon kiireellisyyden arviointi

2.1 Hoidon tarpeen arviointi

Hoidon tarpeen arvioinnilla tarkoitetaan potilaan terveydentilan ja toimintakyvyn selvittämistä tarpeellisin osin. Sen tarkoituksena ei ole varsinainen taudinmääritys, vaan potilaan tilan ja hoidon tarpeen arviointi (L 30.12.2010/1326 51 §). Hoidon tarpeen arviointi on keskeinen osa potilaan hoitoa. Sen tarkoituksena on selvittää, tarvitseeko potilas välitöntä päivystyshoitoa tai muuta kiireellistä hoitoa, onko hoidon tarve kiireetön, vai tarvitaanko ollenkaan toimenpiteitä. Arvioinnissa selvitetään yhteydenoton syy, sairauden oireet ja niiden vaikeusaste sekä kiireellisyys potilaan kertoman ja lähetteen perusteella. (A 25.11.2004/1019.) Hoidon tarpeen arviointi voidaan toteuttaa myös puhelimitse (Syväoja & Äijälä 2009, 13–14). Potilaalla ei ole subjektiiv-

vista oikeutta saada mitä tahansa haluamaansa hoitoa, vaan hoito perustuu terveydenhuollon ammattihenkilön arviointiin. Hoidon tarpeen arviointi tulee tehdä yhteisymmärryksessä potilaan kanssa ja hänen mielipiteensä tulee selvittää ennen hoidosta päättämistä (L 17.8.1992/ 785). Päätöksen hoidon tarpeesta tekee kuitenkin terveydenhuollon ammattilainen (Lindfors-Niilola, Riihelä & Kastinen 2013, 10). Terveydenhuoltolaki velvoittaa arvioimaan potilaan hoidon tarpeen kolmen päivän kuluessa siitä, kun hän ottaa yhteyttä terveyskeskukseen, mikäli hoidon tarpeen arviointia ei ole voitu tehdä ensimmäisen yhteydenoton aikana. Arvioinnin perusteella kunnan on järjestettävä tarpeellinen hoito kohtuullisessa ajassa. (L 30.12.2010/1326 51 §.) Hoidon tarpeen arviointi tuli osaksi lakitekstiä vuonna 2005. Samalla tehtiin lakimuutoksia sekä säädettiin hoidon järjestämisen enimmäisajoista. Lakimuutosten tavoitteena oli turvata yhtäläinen oikeus hoitoon pääsyyn asuinpaikasta riippumatta. Vuonna 2010 Sosiaali- ja terveysministeriö julkaisi ohjeistuksen yhtenäisistä kiireettömän hoidon perusteista. Ohjeistuksen on tarkoitus toimia lääkärin apuvälineenä heidän päättäessään potilaan hoidosta. (Yhtenäiset kiireettömän hoidon perusteet 2010.)

Hoidon tarpeen arvioijan tulee olla terveydenhuollon ammattihenkilö ja hänellä tulee olla tehtävään riittävä koulutus, kokemus ja ammattitaito. Terveydenhuollon ammattihenkilö tekee hoidon tarpeen arviointia omalla ammattivastuullaan. Hoitajan arvioidessa, arvioinnin tulee kuitenkin perustua vastaavan lääkärin antamaan ohjeistukseen, jolloin vastaavalla lääkärillä on vastuu toiminnasta. (HE 17.9.2004/ 77 vp.) Terveydenhuollon ammattihenkilöllä tarkoitetaan koulutettua henkilöä, jonka ammatinharjoittamisoikeudesta säädetään laissa. Terveydenhuollon ammattilaisten toimintaa ja ammatinharjoittamista säätelee lisäksi asetus terveydenhuollon ammattihenkilöistä. Lain tavoitteena on edistää potilasturvallisuutta ja parantaa palvelun laatua. Lain mukaan terveydenhuollon ammattihenkilöllä tulee olla asianmukainen koulutus, muu ammatillinen pätevyys sekä muut ammatitoiminnan edellyttämät valmiudet. (A 28.6.1994/564, L 28.6.1994/559.)

2.2 Päivystyshoito ja hoidon kiireellisyyden ensiarviotoiminta

Päivystyshoito tarkoittaa pääsääntöisesti alle 24 tunnin sisällä annettavaa hoitoa, jota ei voi siirtää ilman sairauden tai vamman pahenemista. Sosiaali- ja terveysministeriö aloitti vuonna 2008 hankkeen, jonka tarkoituksen oli luoda valtakunnallisesti yhtenäiset päivystyshoidon perusteet. Työryhmä määrittelee raportissaan päivystyshoidon seuraavasti: ”Päivystyshoito tarkoittaa äkillisen sairastumisen, vamman tai kroonisen sairauden vaikeutumisen edellyttämää välitöntä arviointia ja hoitoa.” (Yhtenäiset päivystyshoidon kriteerit 2010.)

Hoidon kiireellisyyden ensiarvioinnilla eli triage-toiminnalla tarkoitetaan toimintaa, jossa potilaan hoidon tarpeen kiireellisyys arvioidaan hänen saapuessaan päivystyspoliklinikalle. Sana triage tulee ranskankielestä ja tarkoittaa lajittelua. Suomessa triage on vakiintunut lääketieteen sanastoon ja sillä tarkoitetaan useimmiten potilaiden lajittelua tai luokittelua kiireellisyyden mukaan. Termillä triage on kuitenkin myös muita merkityksiä, sillä saatetaan tarkoittaa myös päivystyksen työnjakoa tai potilaan ohjaamista muuhun hoitoon. (Löytty 2009.) Tässä opinnäytetyössä triagella tarkoitetaan potilaiden kiireellisyysluokittelua.

Kiireellisyyden arvioinnin avuksi on kehitetty erilaisia luokittelujärjestelmiä. Suomessa yleisimmin käytössä olevat järjestelmät ovat ABCDE- ja ESI-triagejärjestelmä. Kumpikin on viisiportainen järjestelmä, jossa potilaat luokitellaan hoidon alkamisen aikatavoitteen mukaan. ABCDE-luokituksessa taso A kuvaa hätätilapotilasta, taso B kriittisesti sairasta potilasta, jonka hoito on aloitettava lähes välittömästi. Taso C kuvaa päivystyksellistä hoitoa vaativaa potilasta ja taso D kiireetöntä, mutta kuitenkin päivystyksellistä hoitoa vaativaa potilasta. Luokan E potilaalla ei ole päivystyksellistä hoidon tarvetta. ABCDE-luokituksesta ei ole olemassa varsinaista yhtenäistä ohjeis-

tusta, vaan päivystysyksiköt ovat muokanneet ohjeita omiin tarpeisiinsa sopiviksi. Esimerkiksi hoidonaloituksen tavoiteaika voi vaihdella toimipaikoittain. (Kantonen 2014, 28–29.)

ESI-triagejärjestelmä on tullut Suomeen Yhdysvalloista, ja se on käytössä monissa Euroopan maissa. ESI-luokituksessa potilaat jaetaan kiireellisyysryhmiin 1-5. Potilaiden kiireellisyysjärjestys perustuu potilaan vointiin (Gilboy, Tanabe, Travers, & Rosenau 2012, 1). Kiireellisuuden lisäksi ESI-mallissa arvioidaan resurssien, eli potilaan tarvitsemien tutkimusten, hoitojen ja konsultaatioiden määrä, joita potilas tulee tarvitsemaan päivystyspoliklinikalla ollessaan. Tarvittavien resurssien määrä saattaa nostaa potilasta kiireellisyysluokassa ylöspäin. (Vance & Sprivulis 2005, 382.) Luokan yksi potilas tulee hoitaa välittömästi, luokan kaksi potilaan hoito on aloitettava lähes välittömästi. Luokkiin kolme, neljä ja viisi potilaat jakautuvat vitaalielintoimintojen ja tarvittavien resurssien mukaan. Luokkiin neljä ja viisi kuuluvat potilaat voidaan tilanteen mukaan ohjata hoitoon muualle kuin päivystyspisteeseen. (Gilboy ym. 2012, 13–16.)

Suomessa ei ole tutkittu minkään triage-mallin soveltuvuutta tai paremmuutta suhteessa toisiin. ABCDE-mallin luotettavuudesta, turvallisuudesta tai toistettavuudesta ei ole julkaistu tutkimuksia (Malmström, Kiura, Malström, Torkki, & Mäkelä 2012, 699–700). Ruotsissa tehdyssä tutkimuksessa todettiin, että eri triage-malleista löytyy liian vähän tutkittua tietoa, jotta niiden paremmuutta voitaisiin vertailla (Ruotsin valtion lääketieteellisten menetelmien arviointiyksikkö SBU 2010).

2.3 Triage-hoitajan osaamisvaatimukset

Triage-hoitajan yleinen pohjakoulutusvaatimus on sairaanhoitajan tutkinto. Päivystysasetuksessa määritellään, että hoidon tarpeen arvioinnin tekee joko päivystyksestä vastaava lääkäri tai hänen antamiensa ohjeiden mukaan muu terveydenhuollon

laillistettu ammattihenkilö (A 23.9.2014/782). Sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontaviraston (Valvira) mukaan ympärivuorokautista hoitoa tarjoavassa päivystyspisteessä hoidon tarpeen arvioijan tulee olla laillistettu terveydenhuollon ammattihenkilö, mutta tavanomaisessa lääkärinvastaanotto toiminnassa hoidon tarvetta voi arvioida muukin terveydenhuollon ammattihenkilöstö. Triage-hoitajille ei ole valtakunnallisesti asetettu yhtenäisiä osaamisvaatimuksia, vaan jokainen päivystyspiste määrittelee itse osaamis- ja työkokemusvaatimuksensa. Suomessa ei myöskään ole yhtenäistä täydennyskoulutusmallia triage-hoitajille. (Paakkonen 2008.) Päivystyspoliklinikalla työskentelevän sairaanhoitajan osaamisvaatimukset perustuvat yleisiin sairaanhoitajan osaamisvaatimuksiin. Sairaanhoitajan keskeiset osaamisalueet on uudistettu vuonna 2015 ja ne on kuvattu kuviossa 1 (Erikson, Korhonen, Merasto & Moision 2015, 35).



Kuvio 1. Sairaanhoitajan osaamisvaatimukset (Erikson ym. 2015)

Nummelin (2009) tutki pro gradu -työssään päivystyspoliklinikalla aloittavan sairaanhoitajan tiedon tarvetta. Sairaanhoitajan tiedontarve jakautui kuuteen pääluokkaan (kuvio 2).



Kuvio 2. Päivystyspoliklinikalla aloittavan sairaanhoitajan tiedontarve (Nummelin 2009).

Sosiaali- ja terveysministeriön (STM) ohjeistuksessa määritellään, että päivystyspoliklinikalla työskentelevällä hoitohenkilökunnalla tulee olla riittävä lääketieteellinen ja hoitotyön osaaminen ja lisäksi heidän tulee hallita päivystyksen potilastilannetta voidakseen työskennellä päivystyspoliklinikalla (Yhtenäiset päivystyshoidon kriteerit 2010, 32). Laajan teoreettisen tiedon ja kliinisten taitojen lisäksi potilaan hoidon tarpeen arviointiin tarvitaan kokemusta tunnistaa potilaan tarvitsema hoito sekä kykyä tehdä nopeita ratkaisuja. Lisäksi triage-hoitajalta vaaditaan oman päivystysalueensa terveys- ja sosiaalipalvelujen, lakien, asetusten sekä suuronnettomuus- ja turvallisuusohjeiden tuntemusta. (Pakasto 2013, 26.)

Keskeinen osaamisalue triage-toiminnassa on hoitotyön päätöksentekotaito (Puhtimäki 2007). Hoitotyön päätöksenteko on prosessi, joka etenee esitietojen keräämisestä tiedon tulkintaan ja hoitolinjan valitsemiseen. Päätöksen teko perustuu potilaan terveyttä, sairautta ja niiden hoitamista koskevaan tietoon. Päätöksenteon taustalla ovat sekä hoitajan käyttämä tietoperusta että hänen ajatteluprosessinsa. Tilanteet päätöksenteossa ovat usein epäselviä ja edellyttävät tulkintaa. Kyky ennakoita potilastilanteita kasvaa työkokemuksen myötä ja kokeneet sairaanhoitajat kykenevät päätöksenteossa käyttämään kokemukseen perustuvaa tietoa vastavalmistuneita enemmän. (Lauri 2007; Nummelin 2009.)

Työkokemuksen vaikutuksesta hoidon kiireellisyyden arviointiin on tutkimuksissa saatu osittain ristiriitaista tietoa. Tutkimuksissa on todettu, että kiireellisyysluokitte-
lua tekevällä hoitajalla tulisi olla vähintään vuoden työkokemus päivystyspoliklinikalla työskentelemisestä ja triage-luokituksen tekeminen nopeutuu ja tehostuu pitkään päivystyspoliklinikalla työskennelleillä hoitajilla. Toisaalta tutkimusten mukaan työkokemuksen pituudella tai triage-hoitajana toimisen määrällä ei pääsääntöisesti ole merkitsevää vaikutusta hoidon kiireellisyyden arvioinnin tarkkuuteen tai oikeellisu-

teen. Hoitajan tiedoilla ja kliinisellä osaamisella on kuitenkin todettu olevan vaikutusta triage-luokittelun oikeellisuuteen. (Cone & Murray 2002; Göransson, Ehrenberg, Marklund & Ehnfors 2006, 88; Considine & Thomas 2007, 725;).

2.4 Triage-toiminnan merkitys potilasturvallisuudelle

Lain mukaan potilaalla on oikeus hyvään, turvalliseen ja laadukkaaseen hoitoon (L 30.12.2010/ 1326, L 17.8./1992/785). Potilasturvallisuudella tarkoitetaan niitä toimia ja periaatteita, jotka varmistavat hoidon turvallisuuden. Potilasturvallisuuden lähtökohtana on, että potilas saa tarvitsemansa ja oikean hoidon oikeaan aikaan ja siitä aiheutuu mahdollisimman vähän haittaa. (Laatu ja potilasturvallisuus ensihoidossa ja päivystyksessä suunnittelusta toteutukseen ja arviointiin 2014.)

Triage-toiminnan tarkoituksena on poimia joukosta ne potilaat, jotka eivät voi odottaa hoitoon pääsyä. Nopea ja oikea hoidon kiireellisyyden arviointi on edellytys potilasturvallisuudelle. Potilaan kiireellisyyden arvioiminen todellista kiireellisemmiksi aiheuttaa ruuhkautumista päivystyspisteessä, koska päivystyspisteeseen otetaan myös potilaita, jotka voitaisiin hoitaa muissakin toimipisteissä virka-aikana. Toisaalta kiireellisyysluokan arvioiminen alaspäin aiheuttaa hoidon viivästymisen ja riskin potilaan tilan huonontumisesta odotusaikana. (Gilboy ym. 2012, 1.)

Päivystyksen ruuhkautumisen on todettu olevan riski potilasturvallisuudelle. Systemaattinen triage-toiminta on tehokas keino hallita päivystyspisteen ruuhkaa. (Harding, Taylor & Leggat 2011, 371). Kantonen (2014) tutki väitöskirjassaan ABCDE-luokituksen vaikutuksia potilasvirtoihin päivystyksessä. Tutkimuksessa todettiin, että kiireellisyysluokituksen käyttö nopeuttaa lääkärille pääsyä. Kiireettömien potilaiden ohjaaminen muualle hoitoon vähensi ruuhkautumista selvästi. Toisaalta tutkimuksessa todettiin, että kiireettömien potilaiden käännättämistä päivystyksestä lääkäriä tapaa-

matta on tutkittu melko vähän. Ruotsin SBU:n tekemän yhteenvedon mukaan kiireetömäksi arvioitujen potilaiden riski kuolla lyhyen ajan kuluessa arviosta on pieni. (Kantonen 2014, 44.)

Hoitajien tekemästä triage-arvioinnin turvallisuudesta on viime aikoina käyty keskustelua. Tapa on käytössä lähes kaikissa Suomen päivystysyksiköissä. Vertailevissa tutkimuksissa on todettu, että lääkärit ja hoitajat suoriutuvat hoidon tarpeen arvioinnista yhtä hyvin. (Laurant, Reeves, Hermens, Brasspenning, Grol & Sibbald 2005; Kantonen 2014.) Toisaalta kiireellisyysluokan arvioinnissa hoitajilla on todettu olevan virheitä, yliarvioiminen on yleisempää kuin aliarvioiminen. Samoin hoitajien tekemien arviointien yhdenmukaisuuksissa oli puutteita. (Göransson, Ehrenberg, Marklund & Ehnfors 2005, 434–436; Siippainen 2013, 17.) Henrikssonin (2015) mukaan potilasturvallisuudelle aiheutuu riski, koska hoitajien tekemään triage-toimintaan, ei ole riittävän selkeitä ohjeita ja luokittelu on liian kirjavaa. Henriksson pitää kuitenkin hoitajien tekemää triage-luokitusta välttämättömänä. Potilasturvallisuudelle on ensiarvoisen tärkeää, että triage-luokitusta tekevällä hoitajalla on tehtävään riittävä koulutus, selkeät ohjeet ja mahdollisuus konsultoida lääkäriä. Valvira on käynnistänyt hankkeen, jonka tarkoituksena on luoda valtakunnalliset ohjeistukset hoitajien tekemään triageen. (Henrikson 2015.) Myös STM korostaa ohjeistuksessaan hoidon kiireellisyyden arviointia tekevän hoitajan ammattitaitoa ja kokemusta (Yhtenäiset päivystyshoidon kriteerit 2010).

3 Kehittämistyön tarkoitus ja tavoitteet

Opinnäytetyön tarkoituksena oli kehittää hoidon kiireellisyyden ensiarviotoimintaa Jämsän päivystyspoliklinikalla. Lisäksi tarkoituksena oli kehittää yhteisiä toimintaohjeita käytössä olevan ABCDE – triage-luokittelun tekemiseen.

Opinnäytetyön tavoitteena oli lisätä triage-luokittelun yhdenmukaisuutta ja oikeellisuutta sekä parantaa potilasturvallisuutta. Lisäksi tavoitteena oli kehittää henkilökunnan osaamista triage-luokittelun tekemisessä.

Kehittämistehtävät:

1. Kuvata ABCDE-triage-luokittelun haasteita Jämsän päivystyspoliklinikalla hoitohenkilökunnan näkökulmasta.
2. Kehittää hoitohenkilökunnan kanssa yhteisiä toimintaohjeita triage-luokittelun tekemiseen Jämsän päivystyspoliklinikalla.
3. Kehittää Jämsän päivystyspoliklinikan hoitohenkilökunnan osaamista triage-luokittelun tekemisessä koulutuksen ja yhteistoiminnallisen oppimisen avulla.

4 Kehittämistyön toteutus

Nykypäivän työelämää leimaa nopea muuttuminen ja muutos edellyttävät jatkuvaa kehittymistä. Tämän kehittämistyön lähestymistapana on tutkiva kehittäminen. Tutkiva kehittäminen tähtää käytännöstä nousseiden ongelmien ratkaisemiseen tai uusien käytäntöjen luomiseen. Kehittämisen tueksi kerätään systemaattisesti tietoa sekä käytännöstä että teoriasta. Tutkiva kehittäminen eroaa tieteellisestä tutkimuksesta lähinnä päämääränsä johdosta, sillä siinä ei niinkään ole tarkoitus tuottaa uutta tietoa jostakin ilmiöstä, vaan tuotetun tiedon avulla kehittää uusia toimintatapoja tai parannuksia nykyisiin käytäntöihin. Huolimatta tavoitteesta tuottaa ratkaisuja käytännön ongelmiin, tutkivalla kehittämisellä voidaan pyrkiä myös uuden tiedon tuotta-

miseen käytännöstä. Tutkimuksellisuus ilmenee kehittämistoiminnassa erityisesti systemaattisuutena tiedon keräämisessä sekä toiminnan analyttisyytenä ja kriittisyytenä. (Ojasalo, Moilanen & Ritalahti 2014, 19–20, 22.)

4.1 Kehittämistyöympäristö

Kehittämistyön toteutuspaikka oli Jämsän päivystyspoliklinikka Jokilaakson sairaalassa. Jämsässä on yhteispäivystys, joka on auki ympäri vuorokauden, vuoden jokaisena päivänä. Vuodessa potilaskäyntejä on noin 14 000. Päivystysalueen väestöpohjaan kuuluu Jämsän lisäksi sopimuskuntana Kuhmoinen, ja lisäksi juupajokelaiset voivat halutessaan käyttää Jämsän päivystyksen palveluita. Jämsän asukasluku vuoden 2014 lopussa oli 21 864 (Jämsä tilastotietoa). Kuhmoisten asukasluku vuoden 2014 lopussa oli 2373 (Väestörekisterikeskus). Omat haasteensa päivystystoiminnalle tuovat maantieteellinen sijainti ja alueen erityispiirteet. Perustason erikoissairaanhoito järjestetään Jokilaakson sairaalassa ja erityistason erikoissairaanhoito Tampereen yliopistollisessa sairaalassa, jonne Jämsästä matkaa on noin 90 kilometriä. Jämsässä sijaitsee laskettelukeskus Himos, joka tuo talvisaikaan runsaasti matkailijoita Jämsään. Kesäisin Himoksella järjestetään erilaisia tapahtumia lähes joka viikonloppu ja esimerkiksi juhannuksena järjestettävä Himosfestivaali on kerännyt vuosittain yli 40 000 kävijää (Himosjuhannus). Kuhmoinen taas on tunnettu mökkikuntana ja sen asukasluku jopa kolminkertaistuu kesäkuukausiksi (Harmaantuva Kuhmoinen 2007).

Jämsän päivystyspoliklinikalla työskentelee vuorossa yksi lääkäri ja kaksi hoitajaa, joista vähintään toinen on sairaanhoitaja. Arkisin virka-aikaan paikalla on myös sihteerit. Laitoshuoltajat työskentelevät aamu- ja iltavuorossa joka päivä. Päivisin on lisäksi päivystävä sairaanhoitaja, joka pitää vastaanottoa ja hoitaa pääasiassa päivystyksellisiä hoitajavastaanoton potilaita ja tarvittaessa konsultoi lääkäriä potilaan hoidossa. Mahdollisuuksien mukaan päivystyksen hoitajatkin pitävät hoitajavastaanot-

toa ja hoitavat potilaita, jotka eivät välttämättä tarvitse lääkärin vastaanottoa. Laboratoriopalvelut ovat joka päivä kello 7-14.30. Käytössä on useita vieritestejä, joita hoitajat tekevät laboratorion ollessa suljettuna. Röntgen palvelee arkisin kello 8-16 ja viikonloppuisin kello 9-15. Röntgenkuvien lisäksi arkisin on saatavilla erilaisia varjoaine- ja ultraäänitutkimuksia, sekä CT-kuvauksia. Viikonloppuisinkin voidaan tarvittaessa tehdä CT-kuvauksia, jolloin kuvan tulkinta tapahtuu tarvittaessa etäkonsultaationa Tampereen yliopistollisesta keskussairaalaista.

Päivystyspoliklinikalta jatkohoitoa tarvitsevat potilaat lähtevät joko erikoissairaanhoidon TAYSiin tai Jokilaakson sairaalan vuodeosastoille. Jokilaakson sairaalassa on kirurgian osasto ja kaksi perusterveydenhuollon vuodeosastoa. Leikkaustoimintaa on arkisin virka-aikana.

Triage-toiminta Jämsän päivystyksessä

Jämsässä otettiin vuonna 2007 käyttöön Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirin päivystyshankkeen tuottama ABCDE-luokittelu. Vuonna 2009 kiireellisyyden arvioinnin ohjeistus uudistettiin opinnäytetyönä (Ahola 2009). Edelleen käytössä on 5-portainen ABCDE-luokittelu (ks. kuvio 2.), jossa A tarkoittaa välittömästi hoitoa tarvitsevia potilaita, joilla on henkeä uhkaava sairaus tai vamma. Triage-luokkaan B kuuluvat potilaat, joilla on jokin akuutti yleistilaa uhkaava oire, hoidon aloitus tulee tehdä 10-30 minuutin kuluessa. Luokan C potilailla on päivystyksellistä hoitoa vaativa sairaus tai vamma ja hoidonaloituksen tavoiteaika on alle 60 minuuttia. Triage-luokan D potilaat ovat hyväkuntoisia, ja heillä on kiireetön, mutta kuitenkin päivystyksellinen hoidon tarve, E-luokka vastaavasti kuvaa potilaita, joilla ei ole päivystyksellistä hoidon tarvetta. E-luokkaan kuuluvat potilaat ohjataan mahdollisuuksien mukaan muualle, kuten lääkärin tai hoitajan vastaanotolle virka-aikana. (Ahola 2009.)

Erillistä triage-hoitajaa ei ole, vaan alustavan hoidon kiireellisyyden arvioinnin suorittaa virka-aikana sihteeri, joka on koulutukseltaan perushoitaja. Sairaanhoitaja tarkentaa triage-luokitusta tarpeen mukaan. Muuna aikana hoidon kiireellisyyden arvioinnin tekee toinen vuorossa olevista hoitajista. Kiireellisyysluokkaa vastaava kirjain kirjataan muistiin potilaan ilmoittautumisen yhteydessä ja se myös tilastoidaan. Ensimmäinen arvio hoidon kiireellisyydestä tehdään potilaan ilmoittautuessa haastattelun ja näköhavaintojen perusteella, mutta arvioita muutetaan tarvittaessa tarkempien tutkimuksien jälkeen. Arviointiin on olemassa kirjallinen ohje, joka perustuu suurelta osin alustaviin diagnooseihin tai oireisiin, ja sitä täydentävät mittaukset kuten happihappisaturaatio, verenpaine, kuume ja hengitystaajuus.

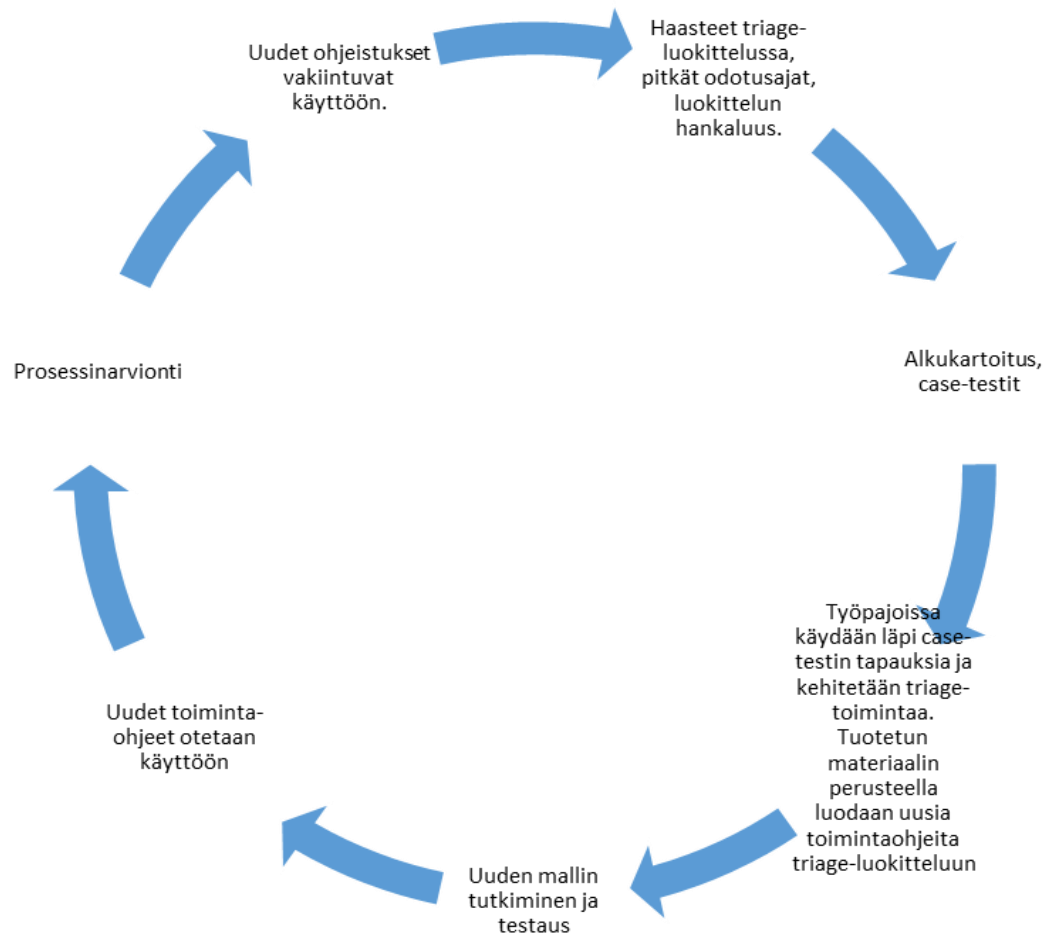
A	<ul style="list-style-type: none"> • Välitön hoidon aloitus. • mm. elvytys, kova rinta- tai vatsakipu, aivoinfarkti.
B	<ul style="list-style-type: none"> • Lähes välitön hoidon aloitus, tavoiteaika 10-30min. • mm. kohtalainen hengenahdistus, kova verenvuoto.
C	<ul style="list-style-type: none"> • Päivystyksellistä hoitoa vaativat vammat ja sairaudet. • Hoidon aloituksen tavoiteaika noin 60 minuuttia. • mm. murtumat, korkea kuume, verenvuoto, kivulias vatsa.
D	<ul style="list-style-type: none"> • Kiireettömät päivystyksellistä hoitoa vaativat sairaudet ja vammat. • Hoidon aloituksen tavoiteaika 2 tuntia. • mm. selkäkipu, vatsakipu, murtumaepäilyt.
E	<ul style="list-style-type: none"> • Ei tarvetta päivystykselliselle hoidolle. • mm. poskiontelotulehdus, virtsatietulehdus, sairasloma-asiat. • Ei ohjeellista hoidonaloituksen aikaa.

Kuvio 3. ABCDE-triageluokitus Jämsän päivystyspoliklinikalla (Ahola 2009).

4.2 Kehittämispöessi ja menetelmät

Kehittämistyössä käytettiin metodologisena ohjenuorana ekspansiivisen oppimisen syklimallia, jonka mukaisesti kehittämispöessi eteni. Perinteisesti oppimiskäsitykset ovat rakentuneet kokemuksen käsitteeseen ja ajatukseen, että tieto on valmiina ole-massa. Kokemusoppimisen malleissa oppiminen ymmärretään kokemuksen karttumi-sena. Koska tutkimuksellinen kehittäminen kohdistuu kokonaisen toimintajärjestel-män ja työtehtävien muutoksiin ja niiden hallitsemiseen, ei valmiin tiedon ja koke-muksen omaksuminen riitä työn laadullisen muutoksen ymmärtämiseen. Tarvitaan oppimista, joka luo uutta toimintaa. Ekspansiivisessa oppimisessa organisaatiot ym-märretään toimintajärjestelmiksi ja oppiminen on niissä ilmenevien ristiriitojen käsit-telyä. Keskeistä on ajatus siitä, että oppimisprosessin kohde ei ole kiinteä, vaan se muuttuu tai laajenee oppimisprosessin kuluessa. (Engeström 2004, 13, 59–63.)

Ekspansiivinen oppiminen etenee sykleittäin. Ekspansiivisen oppimisen syklimalli on käsitteellinen kehys, joka auttaa muutosprosessin vaiheen hahmottamisessa. Sykli ja-kautuu seitsemään vaiheeseen (ks. kuvio 3). Kehittämispöessin aikana kaikkia vai-heita ei välttämättä käydä läpi. (Engeström 2002, 129.) Opinnäytetyö kohdistui pro-cessin kolmeen ensimmäiseen sykliin, nykyisen toimintakäytännön tunnistamiseen ja kartoitukseen sekä uusien toimintaohjeiden kehittämiseen. Kehittämistyön menetel-minä toimivat case-testi, luento ja learning cafe.



Kuvio 4. Ekspansiivinen oppimissykli (Engeström 2004, 61).

Ensimmäisen vaiheena on vallitsevan käytännön kyseenalaistaminen. Kehittämistyön idea syntyi tarpeesta kehittää triage-toimintaa Jämsän ensiavussa. Muuttuneet ohjeistukset ja asetukset asettavat haasteita triage-toiminnalle. Lisäksi ongelmana on koettu päivystyksen ruuhkautuminen ja pitkittyneet odotusajat sekä niiden vaikutus potilasturvallisuuteen. (Ks. Engeström 2004, 60–61.)

Toisessa vaiheessa keskeistä on vallitsevan käytännön kartoittaminen ja analyysi (Engeström 2004, 60–61). Tämän kehittämisvaiheen tarkoituksena oli kartoittaa ABCDE-triageluokittelun haasteita Jämsän päivystyspoliklinikalla. Menetelmänä toimi **case-**

testi, jossa henkilökunta arvioi nimettömänä 20 kuvitteellisen potilastapaukseen kii-reellisyydsluokitusta. Opinnäytetyöntekijä laati case-testin siten, että siihen lukeutui mahdollisimman kirjava joukko potilastapauksia kaikista triage-luokista. Testi oli strukturoitu ja vastausvaihtoehtoina olivat vain triage-luokat A-E. Case-testin oikeat vastaukset perusteluineen opinnäytetyöntekijä laati Jämsän päivystyspoliklinikalla käytössä olevan triage-ohjeistuksen perusteella. Testi oli tarkoitettu esitettäväksi kahdella hoitajalla, jotka tekevät sijaisuuksia Jämsän päivystyksessä. Lopulta testi päätettiin kuitenkin esitettäväksi yhdellä lääkäriä, koska hoitajat olivat ilmoittautuneet kehityspäivään ja osallistuivat siis varsinaiseen testiin. Esitettävyyden perusteella testiä ei tarvinnut muuttaa. Testin tekemiselle piti suunnitelman mukaan laittaa aikaraja, mutta siitä luovuttiin käytännön toteutuksen hankaluuden vuoksi. Case-testin tulokset analysoitiin ja niiden perusteella suunniteltiin henkilökunnalle koulutus.

Kolmannessa vaiheessa uusi ratkaisu mallinnetaan. Suunnittelu voi koskea jotakin toiminnan osa-aluetta tai toimintaa kokonaisuudessaan. Tämän kehittämissaiheen tarkoituksena oli laatia yhteisiä toimintaohjeita triage-luokitteluun ja kehittää hoito-henkilökunnan osaamista triage-luokittelun tekemisessä. Henkilökunnalle järjestettiin kehittämissaihe, jossa **learning cafe**-pöytäryhmissä käytiin läpi case-testien tulokset ja niiden pohjalta kehitettiin uusia toimintatapoja triage-luokitteluun. Kehittämissaihepäivän kulku on kuvattu luvussa 4.2. Tilaisuudessa järjestettiin myös **luento**. Kehittämissaihepäivään oli kutsuttu sairaalan ylilääkäri, päivystyksen vastuulääkäriä toimiva apulaisylilääkäri, osastonhoitaja ja sihteeri sekä päivystyksen kaikki hoitajat, joihin lukeutui 7 sairaanhoitajaa ja 4 lähihoitajaa. Laitoshuoltajat oli rajattu kutsuttujen ulkopuolelle, koska he eivät osallistu hoitotyöhön. Työpajoissa tuotettu materiaali analysoitiin ja tulosten perusteella luotiin uusia toimintaohjeita triage-luokitteluun. Toimintaohjeet istutetaan käytäntöön. (Ks. Engeström 2004, 60–61.)

Kehittämissaihe toteutettiin learning cafe-menetelmällä. Learning cafe eli oppimiskahvila on yhteistoimintamenetelmä, jonka tarkoituksena on ideoida tai oppia uutta.

Ryhmän minimikoko on noin 12 henkilöä ja osallistujat jaetaan 3-4 hengen pienryhmiin. Jokaisessa pöydässä on valmiiksi yksi puheenjohtajana toimiva henkilö. Puheenjohtaja kirjaa ylös ryhmän ajatukset. Ennalta sovitun ajan kuluttua ryhmä vaihtaa pöytää ja kirjuri kertoo seuraavalle ryhmälle lyhyesti pääkohdat siitä, mihin edellinen ryhmä on keskustelussaan jäänyt. Papereihin kirjoitetaan vapaasti mieleen tulevia ideoita ja ajatuksia ja tavoitteena on, että jokainen ryhmän jäsen tuo ainakin yhden ajatuksen esiin. Jokainen ryhmä kiertää kaikki pöydät. Lopuksi puheenjohtajat esittelevät ideat muille. (Learning cafe eli oppimiskahvila 2012; Learning cafe ja World cafe 2012.) Työpajoissa tuotettu materiaali analysoitiin ja tulosten perusteella luotiin uusia toimintaohjeita triage-luokitteluun. Toimintaohjeet istutetaan käyttöön.

Neljäntenä vaiheena on uuden mallin tutkiminen ja testaus. Kehitystyön tuloksena syntyneet toimintatavat pilotoidaan ja niiden toimivuutta testataan. **Viidennessä vaiheessa** uusi toimintamalli otetaan käytäntöön. (Engeström 2004, 60–61.)

Kuudentena vaiheena on prosessinarviointi. Arviointi on perinteisesti kehitysprojekteissa kuvattu yhdeksi vaiheeksi ennen kehittämistyön lopetusta, tällöin arviointi kohdistuu lähinnä projektin lopputulokseen. Nykyään puhutaan myös prosessiarvioinnista, jossa arviointi kohdistuu toimintaan, jolla tuloksia tuotetaan, eli kehitysprosessiin. Opinnäytetyössä arviointia on suoritettu koko prosessin ajan. Viimeisenä eli **seitsemäntenä vaiheena** on uuden toimintamallin käytön vakiinnuttaminen. (Engeström 2004, 60–61; Järvelä-Seppänen 2004,3.)

4.3 Kehittämispäivän toteutus

Kehittämispäivä järjestettiin Jämsän päivystyspoliklinikan tiloissa 13.11.2015. Kehittämispäivään osallistui ensiavun koko henkilökunta, lisäksi paikalla oli ylilääkäri, apulaisylilääkäri ja kaksi ensiavussa satunnaisesti sijaisena toimivaa hoitajaa. Osallistujista 8 oli sairaanhoitajia ja 6 lähihoitajia. Tilaisuuden kutsukirjeessä (liite 2) oli pyydetty osallistujia kertaamaan käytössä oleva triage-ohjeistus ennen tilaisuutta. Kutsukirje oli etukäteen nähtävillä henkilökunnan kahvihuoneessa. Tilaisuuden aluksi opinnäytetyöntekijä toivotti osallistujat tervetulleiksi, sekä kertoi tilaisuuden etenemisestä, tarkoituksesta ja tavoitteista. Ensimmäisenä ohjelmassa oli opinnäytetyöntekijän luento, joka käsitteli keskeisiä käsitteitä, triage-toimintaa määritteleviä lakeja, asetuksia ja ohjeistuksia sekä triage-toiminnan merkitystä potilasturvallisuudella. Luennon tarkoituksena oli myös toimia johdatteluna ryhmätyöskentelylle.

Luennon jälkeen opinnäytetyöntekijä esitteli ryhmätöissä käytettävän learning cafe-menetelmän ja ohjeisti tilaisuuden toteutuksen. Ajan säästämiseksi sekä ryhmien tasapuolisen kokoonpanon varmistamiseksi opinnäytetyöntekijä oli jakanut osallistujat etukäteen 4-5 hengen ryhmiin. Puheenjohtajina pöydissä toimivat ylilääkäri, osastonhoitaja sekä yksi sairaanhoitajista. Puheenjohtajille oli etukäteen toimitettu ryhmässä käsiteltävä materiaali.

Triage-luokat oli jaettu siten, että yhdessä pöydässä käsiteltiin triage-luokkien A ja B potilastapauksia. Yhdessä pöydässä triage-luokka C:n potilastapauksia ja yhdessä triage-luokkien D ja E potilastapauksia. A ja B triage-luokat haluttiin erottaa omaksi kokonaisuudekseen, koska niihin kuuluvat potilaat ovat hätätilapotilaita ja selvästi muita potilaita kiireellisempiä. Triage-luokka C asettuu kiireellisten ja kiireettömien potilaiden välimaastoon ja siksi se haluttiin käsitellä kokonaan omana luokkana. Triage-luokat D ja E käsiteltiin yhdessä, koska molemmat ovat kiireettömiä triage-

luokkia. Sen arvioiminen, tarvitseeko potilas kiireetöntä päivystyshoitoa vai tarvitseeko hän ollenkaan päivystyshoitoa, on käytännössä usein hankalaa.

Alun perin oli tarkoituksena, että tilaisuudessa olisi käsitelty case-testin vastaukset kokonaan, mutta opinnäytetyön tekijä luopui siitä rajallisen ajan vuoksi. Kuhunkin pöytään opinnäytetyöntekijä valitsi case-testistä neljä potilastapausta kyseisistä triage-luokista sen perusteella, missä vääriä vastauksia oli eniten tai vastauksissa esiintyi eniten hajontaa. Pöydissä, joissa käsiteltiin kahden triage-luokan potilastapauksia, tapaukset oli jaettu siten, että kummastakin triage-luokasta oli kaksi potilastapausta. Ensimmäisessä pöydässä käsiteltiin case-testin kohdat 1, 2, 3, ja 4. Toisessa pöydässä käsiteltiin case-testin kohdat 16, 17, 19 ja 20. Kolmannessa pöydässä käsiteltiin case-testin kohdat 6, 9, 11 ja 12.

Tilaisuus eteni siten, että aluksi puheenjohtajan johdolla ryhmä mietti uudelleen case-testien potilastapausten oikeaa triage-luokkaa. Sen jälkeen puheenjohtaja esitteli oikeat vastaukset perusteluineen, sekä case-testistä tulleen vastausjakauman, jonka jälkeen ryhmä pohti yhdessä triage-luokan arvioimista. Opinnäytetyöntekijä oli laatinut pohdinnalle muutamia apukysymyksiä, kuten miltä potilastapausten arvioiminen tuntui, mikä oli haasteellista, mikä helpottaisi arviointia ja pitäisikö käytössä olevaa ohjeistusta jotenkin muuttaa tai tarkentaa. Aikaa oli käytettävissä 30 minuuttia kussakin pöydässä. Puheenjohtajat kirjasivat ryhmän ajatuksen fläppipaperille. Kaikki ryhmät kiersivät kaikki pöydät, ja koko tilaisuuden päätteeksi puheenjohtajat esittelivät lyhyen yhteenvedon kaikkien ryhmien esiinnousseista ajatuksista ja ideoista. Tilaisuudesta ei koottu kirjallista palautetta, mutta lopuksi keskusteltiin siitä, miltä learning cafe oli menetelmänä tuntunut ja mitä ajatuksia kehittämispäivästä heräsi. Osallistujat kokivat päivän positiivisena ja hyödyllisenä ja ryhmätöiden tekeminen koettiin hyvänä menetelmänä oppia ja ideoita. Erityisesti ryhmien pieni koko koettiin hyvänä asiana.

4.4 Kehittämisaineiston analysointi

Tutkimuksellisessa kehittämistoiminnassa on oleellista, että tutkimusmenetelmien valinta, aineiston kerääminen, analysointi ja esittäminen toteutetaan siten, että saadaan vastaus siihen käytännön ongelmaan, johon vastausta lähdettiin hakemaan (Heikkilä, Jokela & Nurminen 2008, 109.)

Tämän kehittämisprojektin laadullinen aineisto syntyi learning cafe-pöytäryhmissä tuotetusta materiaalista. Materiaali analysoitiin aineistolähtöisellä analyysillä. Laadullisen aineiston analyysillä pyritään tuomaan selkeyttä aineistoon ja tiivistämään se kadottamatta informaatiota. Laadullista aineistoa käsitellään kokonaisuutena. Aineisto hajotetaan osiin, käsitteellistetään ja kootaan uudestaan loogiseksi kokonaisuudeksi. Aineistolähtöisessä sisällönanalyysissä teoria pyritään luomaan aineiston perusteella. Aineistolähtöisessä sisällönanalyysissä pyritään käsitteellistämään alkuperäistä aineistoa ja tuloksena esitetään malli tai käsitejärjestelmä ja kuvataan luokittelujen pohjalta muodostuneet käsitteet ja niiden sisällöt. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 112–113.)

Sisällönanalyysi aloitettiin kirjoittamalla kerätty aineisto puhtaaksi ja kokoamalla se yhdeksi dokumentiksi. Tämän jälkeen aineisto pelkistettiin eli redusoitiin siten, että kehittämistyön kannalta epäoleellinen aineisto poistettiin. Lopuksi pelkistetyt ilmaukset käsitteellistettiin ja luokiteltiin kokonaisuuksiksi. Kokonaisuudet jaettiin yläluokkiin, jotka nousivat esiin aineistoa analysoitaessa. Työpajoissa tuotettua materiaalia käytettiin uusien toimintatapojen kehittämiseen.

Määrällinen aineisto syntyi alkukartoituksena käytettävien case-testien tuloksista. Aineisto analysoitiin Excel-taulukko-ohjelmalla. Kunkin case-kohdan vastausjakauma

taulukoiittiin triage-luokittain lukumäärinä. Lisäksi laskettiin oikeiden vastausten keskiarvot triage-luokittain. Tulokset havainnollistetaan kuvioina luvussa 5.1.

5 Kehittämistyön tulokset

5.1 Case-testin tulokset

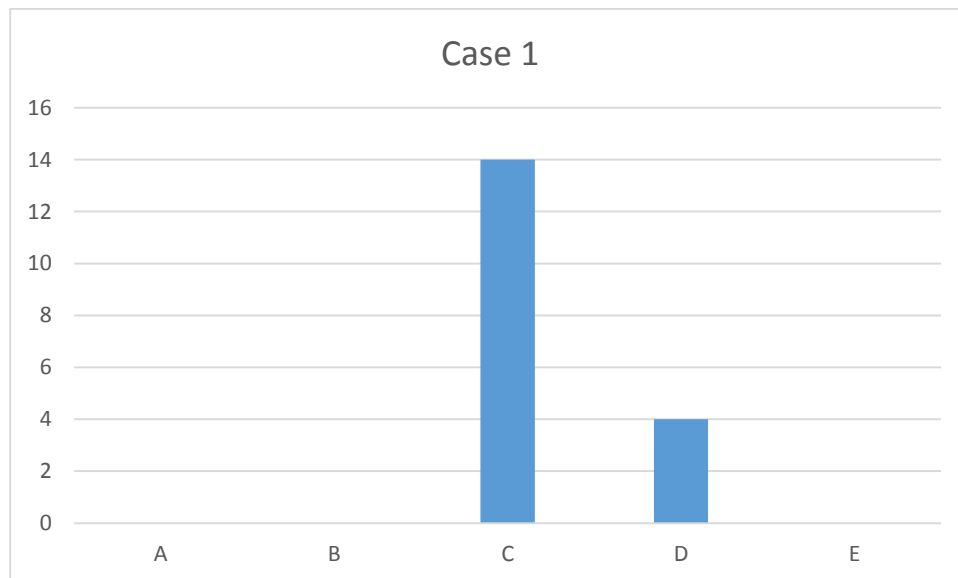
Alkutilanteen kartoituksena toimi case-testi (liite 1), jossa henkilökunta arvioi kuviteltujen potilastapausten triage-luokkia. Case-testi toteutettiin elo-syyskuussa Jämsän ensiavussa. Kysymyslomake jaettiin kaikille ensiavun hoitajille, yhteensä 13. Ylimääräisiä kyselylomakkeita jätettiin sijaisena toimivia hoitajia varten ensiapuun 5. Lisäksi päivystävälle lääkäreille jätettiin 10 kyselylomaketta. Lomakkeita palautui yhteensä 18: hoitohenkilökunnalta 13, lääkäreiltä 4 ja lisäksi yksi, jossa ammattiryhmää ei ollut mainittu. Vastaukset käsiteltiin yhtenä ryhmänä, koska lääkäreiltä vastauksia tuli vähän suhteessa hoitajiin, eivätkä vastaukset eronneet merkittävästi toisistaan.

Case-testin tarkoituksena oli kartoittaa triage-luokittelun haasteita sekä tuottaa tietoa siitä, minkälaisien potilastapausten arvioiminen on hankalaa. Kaikista potilastapauksista oikein arvioitiin 39 % käytössä olevan triage-ohjeistuksen mukaan. Aliarvioiminen oli yleisempää kuin yliarvioiminen. Laskemalla kunkin triage-luokan oikeiden vastausten keskiarvot selviää, että parhaiten vastaajat tunnistivat luokan D tapauksia, joista oikein arvioitiin 64 %. Luokan E potilastapauksista arvioitiin oikein 51 %. Luokan C tapauksista oikein arviointiin 40 %. Triage-luokat A ja B tunnistettiin huonoinen. Luokkien A ja B potilastapauksista arvioitiin oikein kummastakin 21 %.

Case nro 1: *Ambulanssi tuo ensiapuun 65-vuotiaan naisen, jolla on ollut parina päivänä satunnaisesti hieman huimausta ja pahoinvointia. Nyt vointi on huonontunut.*

Huimaus on pahentunut niin, ettei hän pysty olemaan jalkeilla ja hän on oksentanutkin useasti. Hän ei pystynyt itse ajamaan autoa, joten soitti ambulanssin. Ambulanssissa ei ole havaittu puolieroja ja ensihoitokertomuksessa on merkintä, jossa todetaan karkean neurologisen statuksen olevan OK. Vitaaliarvot 195/ 99 p. 70 SpO2 96 %.

Oikea vastaus on triage-luokka B. Huimaus ja pahoinvointi voivat liittyä sisäkorva-peräiseen huimaukseen, mutta tilan äkillinen huonontuminen ja korkea verenpaine saattavat viitata aivorunkoinfarktiin. Aivorunkoinfarktin oirekuva voi olla epätyypillinen ja siksi hankalammin tunnistettava. Oikeaksi triage-luokaksi arvioi 14 vastaajaa C ja 4 vastaajaa D (kuvio 4).

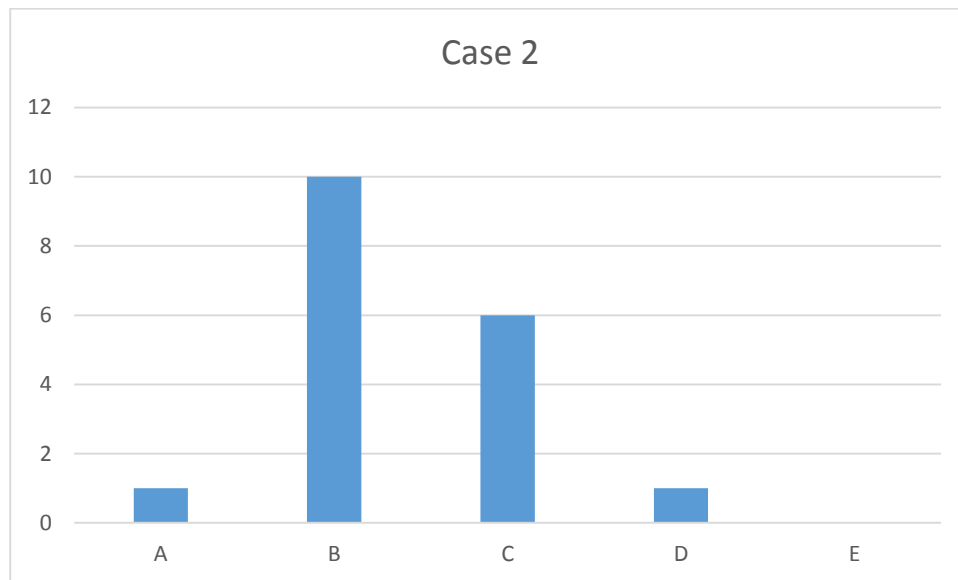


Kuvio 5. Case 1 vastausjakauma lukumäärinä.

Case nro 2: Ambulanssi tuo ensiapuun 25-vuotiaan miehen kovan selkään säteilevän rintakivun vuoksi. Mies on tullessaan kivulias, kalpea ja kylmänhikinen, matkalla hän

on oksentanut runsaasti. Hänellä on todettu palleatyrä, johon on käytössä hapones-
tolääkitys. Hän on eilen ollut juhlimassa, ja nyt puhaltaa 0,4 promillea. Ambulanssissa
otettu sydänfilmi on normaali. Vitaaliarvot RR 205/105 p.85 SpO2 98 %.

Oikea vastaus on triage-luokka A. Potilaalla on äkillinen kova kipu rinnalla, joka sä-
teilee selkään. Potilaalla on diagnosoitu palleatyrä, mutta se ei selitä vaikeita oireita,
ja vaikka potilas ei kuulu tyypilliseen sydän- ja verisuonitautien riskiryhmään, voi ky-
seessä olla mm. aortan dissekaatio. Oikeaksi triage-luokaksi arvioi yksi vastaaja A, 10
vastaajaa B, kuusi vastaajaa C ja yksi vastaaja D (kuvio 5).

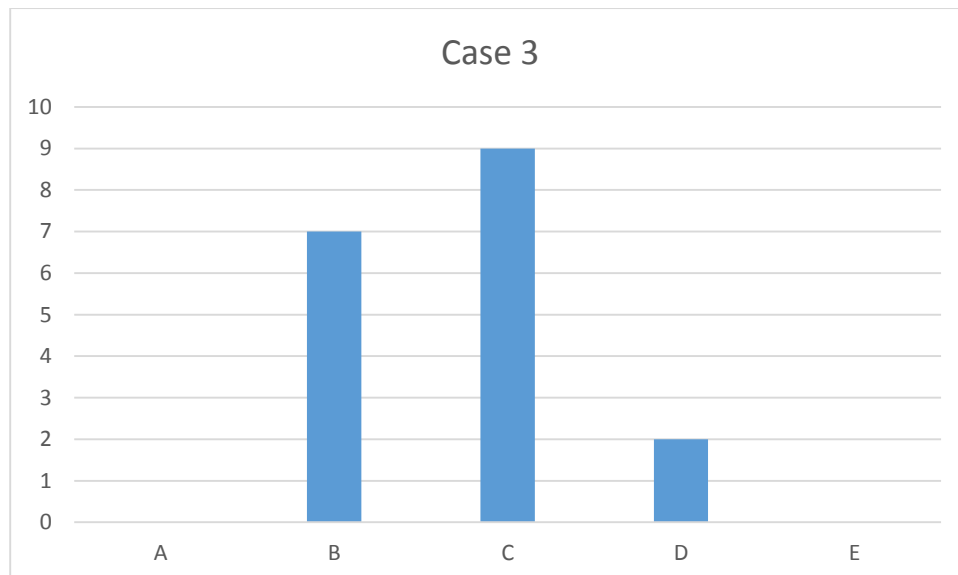


Kuvio 6. Case 2 vastausjakauma lukumäärinä.

Case nro 3: Ensiapuun tulee 30-vuotias nainen, joka valittaa kovaan ääneen pääki-
pua. Potilaskertomuksesta löydät merkinnän migreenistä ja lukuisista käynneistä en-

siavussa hakemassa lääkkeitä, kun tavalliset kohtauslääkkeet eivät ole auttaneet. Potilas ilmoittaa kivun alkaneen äkisti ja yltyneen niin, että nyt se on sietämätöntä, VAS 10/10.

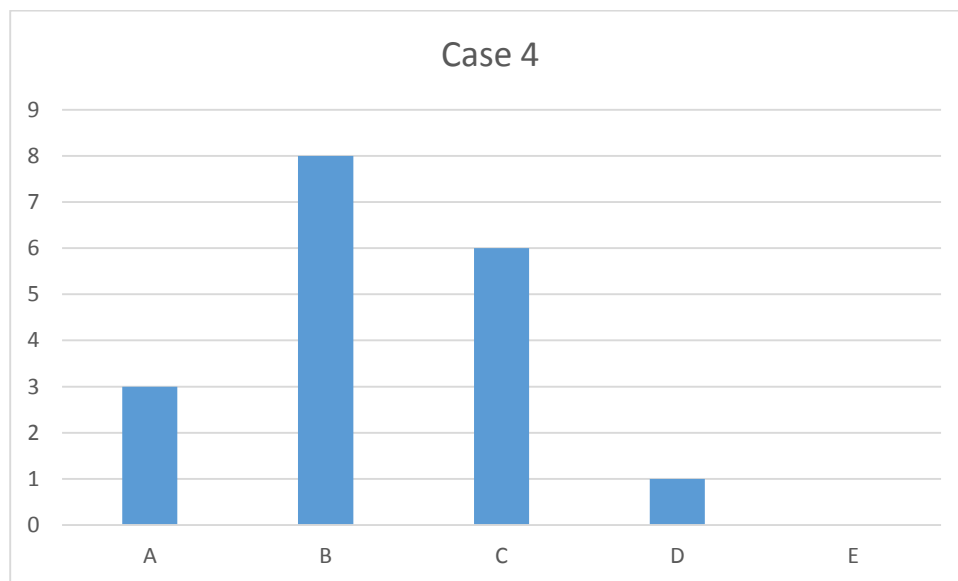
Oikea vastaus on triage-luokka B. Potilaalla on diagnosoitu migreeni, mutta äkillisesti alkanut kova pääkipu voi viitata myös lukinkalvonalaiseen verenvuotoon. Oikeaksi triage-luokaksi vastaajista seitsemän oli arvioinut B, yhdeksän vastaajaa C ja kaksi vastaajaa D (kuvio 6).



Kuvio 7. Case 3 vastausjakauma lukumäärinä.

Case nro 4: Ensiapuun ilmoittautuu 50-vuotias mies, tulosityksi hän ilmoittaa hengenhädistyksen. Potilas on hieman kalpea ja puhuu yksittäisiä sanoja. Kipuja ei kuulemma ole. Potilaspapereissa on merkintä keuhkohtaumataudista, mutta siihen ei ole säännöllistä lääkitystä. Vitaaliarvot RR 170/90 p.110 hengitysfrekvenssi.30, SpO2 83 %.

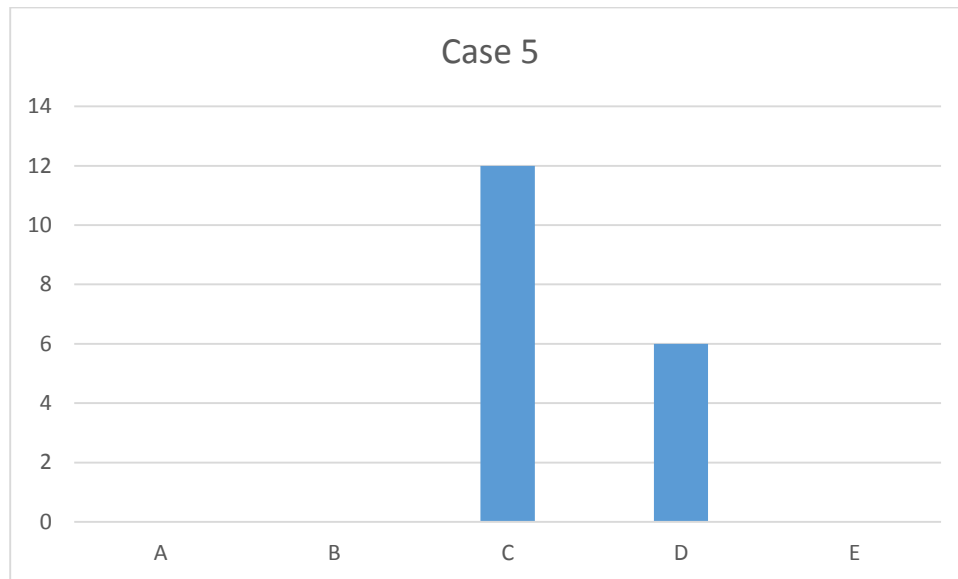
Oikea vastaus on triage-luokka A. Potilaan happisaturaatioarvo on alle 85 %, joka kertoo vakavista ongelmista hapetuksessa. Potilaan papereista löytyi merkintä todetusta keuhkohtaumataudista, mutta koska siihen ei ole käytössä säännöllistä lääkitystä voi taudin olettaa olevan lieväasteinen. Oikeaksi triage-luokaksi 3 vastaajaa arvioi A, 8 vastaajaa B, 6 vastaajaa C ja 1 vastaaja D (kuvio 7)



Kuvio 8. Case 4 vastausjakauma lukumäärinä.

Case nro 5: *Ensiapuun saapuu nuori nainen, joka valittelee silmien kutinaa ja punoitusta. Näkö on normaali, eikä silmissä ole kipua. Oireet ovat alkaneet muutama päivä sitten. Huomenna olisi matkalle lähtö ja hän haluaisi, että silmät tarkistetaan mahdollisen lääkitystarpeen varalta.*

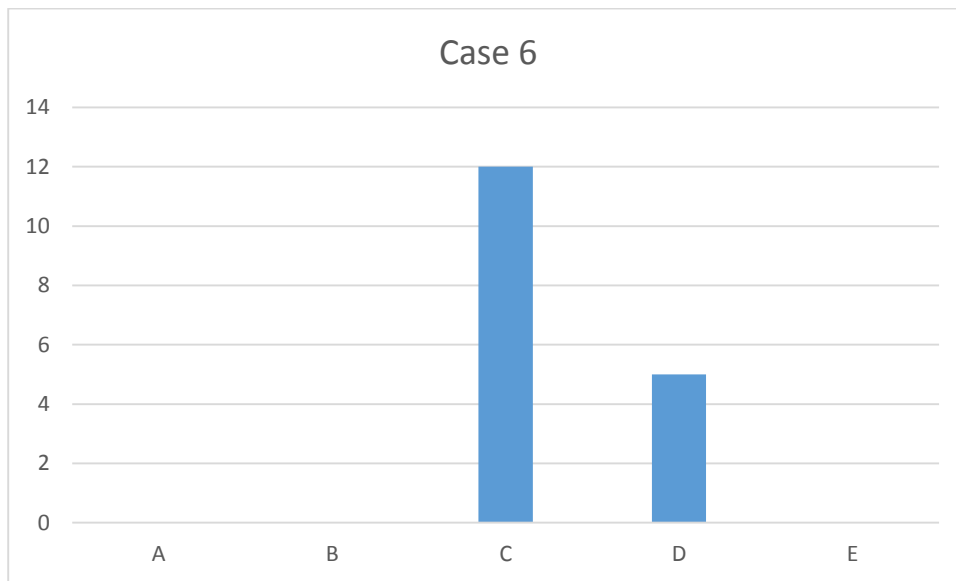
Oikea vastaus on triage-luokka E. Silmien kutina ja punoitus ovat alkaneet jo päiviä sitten, niihin ei liity kipua tai muita oireita, jotka saattaisivat viitata vakavampaan taudinkuvaan. Matkalle lähtö ei itsessään edellytä päivystyksellistä hoitoa. Oikeaksi triage-luokaksi arvioi kuusi vastaajaa C ja 12 vastaajaa D (kuvio 8).



Kuvio 9. Case 5 vastausjakauma lukumäärinä.

Case nro 6: Nuori mies valittelee ilmoittautuessaan viikon jatkunutta poskiontelovai-
vaa ja kertoo tarvitsevänsä sairauslomaa, koska ei jaksa mennä töihin, kun tänään on
noussut kuume.

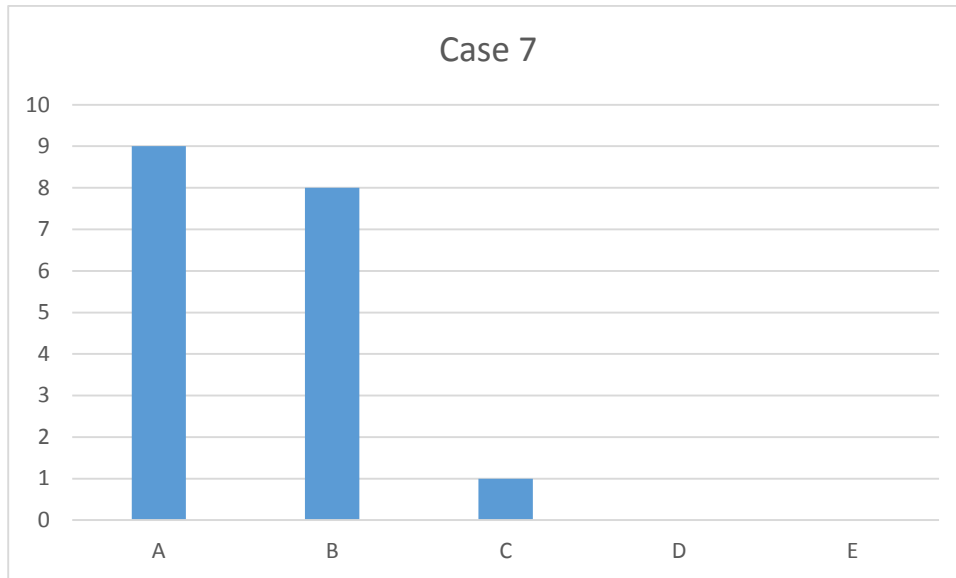
Oikea vastaus on triage-luokka D. Potilas kertoo tullessaan hakemaan sairauslomaa,
mutta samalla käy ilmi, että poskiontelovai-
vaa on jatkunut yli viisi vuorokautta ja nyt
on noussut kuume. Kuumeinen poskiontelotulehdus vaatii päivystyksellistä arviota.
Oikeaksi triage-luokaksi arvioi 12 vastaajaa C ja viisi vastaajaa D. Yhdessä kyselylo-
makkeessa kohta oli tyhjä (kuvio 9).



Kuvio 10. Case 6 vastausjakauma lukumäärinä.

Case nro 7: Ambulanssi tuo ensiapuun keski-ikäisen miehen. Miehellä on kesken työpäivän alkanut kova vatsakipu, kipu tuntuu vatsalla kauttaaltaan, hän ei ole oksennellut eikä ripuloinut. VAS 10/10. Vitaaliarvot RR 86/70 p. 120 SpO2 98 %, lämpö 37.

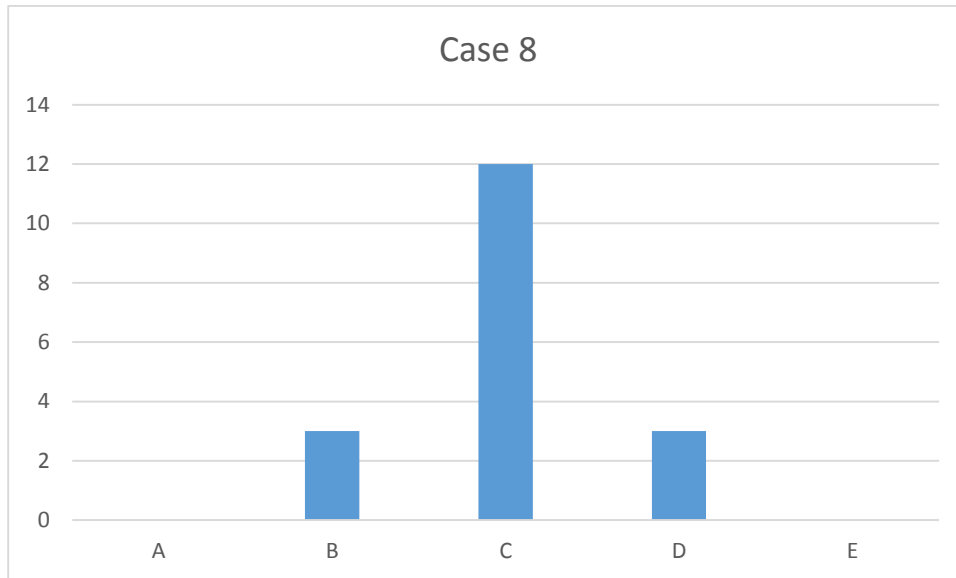
Oikea vastaus on triage-luokka A. Potilaalla on kova vatsakipu ja shokin oireina matala verenpaine ja korkea pulssi. Shokkinen akuuttivatsakipu vaatii välittömän hoidon aloituksen. Oikeaksi triage-luokaksi arvioi yhdeksän vastaajaa A, kahdeksan vastaajaa B ja yksi vastaaja C (kuvio 10).



Kuvio 11. Case 7 vastausjakauma lukumäärinä.

Case nro 8: Ensiapuun saapuu hätäantynyt nuori nainen. Hän kertoo olevansa erittäin allerginen ampiaisille ja nyt 2 ampiaista oli pistänyt häntä tunti sitten. Hän oli heti tuntenut kurkussa turvotusta ja pistänyt mukanaan olleen EpiPen-injektion. Vointi on nyt hyvä. Iholla ei näy urtikariaa ja nielu tuntuu normaalilta. RR 120/60 p. 90 ja SpO2 98 %

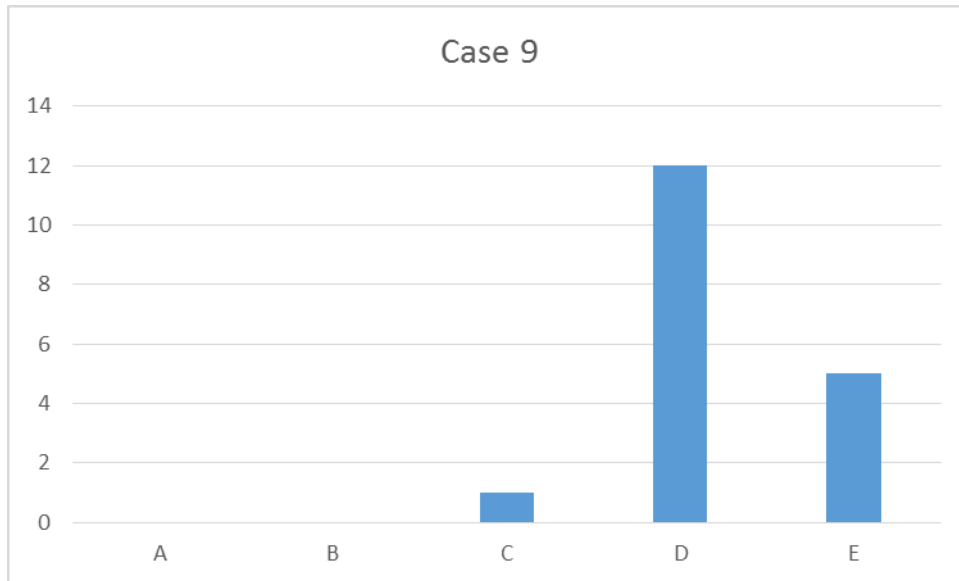
Oikea vastaus on triage-luokka B. Potilaalla on ollut anafylaktinen reaktio ja vaikka hän on jo ottanut adrenaliinia, riski on edelleen suuri. Oikeaksi triage-luokaksi arvioi kolme vastaajaa B, 12 vastaajaa C ja kolme vastaajaa D (kuvio 11).



Kuvio 12. Case 8 vastausjakauma lukumäärinä.

Case nro 9: *Ensiapuun saapuu iäkäs rouva, joka on kovin huolissaan. Hän on koko päivän mittailut korkeita verenpainearvoja ja ylimmillään verenpaine on ollut jopa 180/100. Verenpainelääkitystä on juuri vähennetty ja hän epäilee sen olleen virhe. Hän lisää, että muuten vointi on ollut ihan hyvä.*

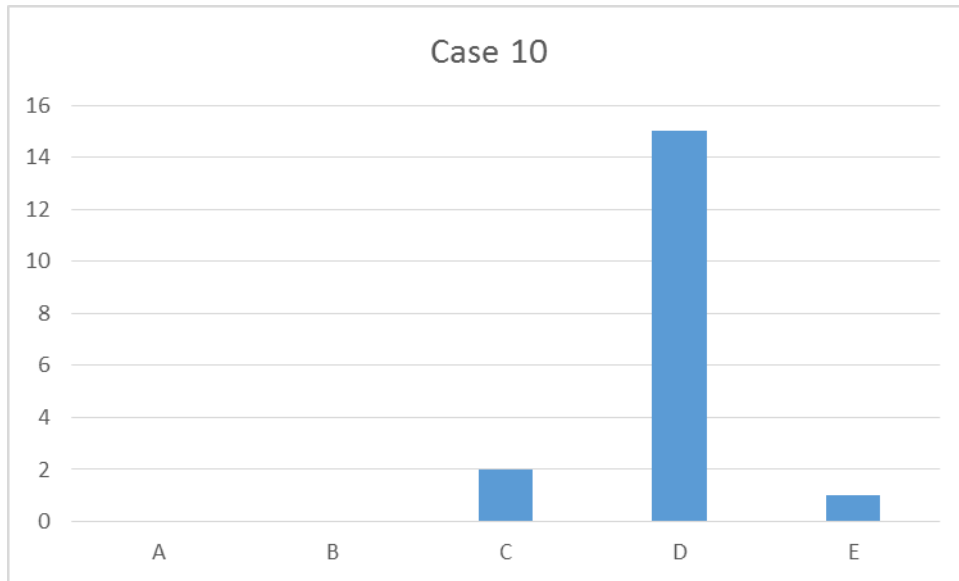
Oikea vastaus on triage-luokka E. Potilaan kertomuksesta käy ilmi, että hänen vointinsa on hyvä ja lääkitystä on hiljattain muutettu. Verenpainetaudin hoito ja seuranta eivät vaadi päivystyksellistä hoitoa. Oikeaksi triage-luokaksi arvioi yksi vastaaja C, 12 vastaajaa D ja viisi vastaajaa E (kuvio 12).



Kuvio 13. Case 9 vastausjakauma lukumäärinä.

Case nro 10: Kolmekymppinen mies saapuu ensiapuun ja valittaa kovaa korvakipua. Hän kertoo ottaneensa jo maksimiannoksen Buranaa ja Panadolia, mutta kipua on edelleen, kuumetta ei ole.

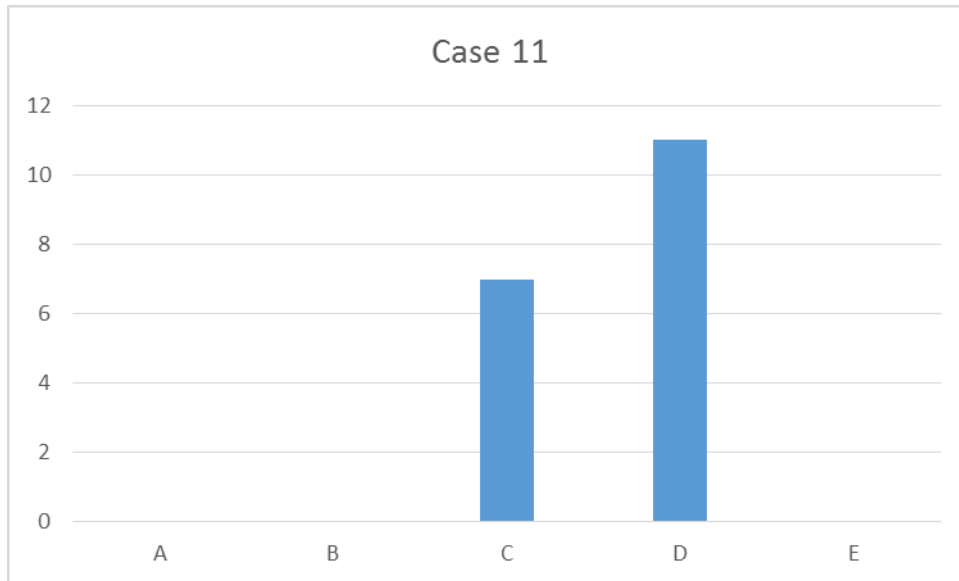
Oikea vastaus on triage-luokka D. Korvakipu, johon ei särkylääke auta, on päivystyksellisesti hoidettava vaiva. Oikeaksi triage-luokaksi arvioi kaksi vastaajaa C, 15 vastaajaa D ja yksi vastaaja E (kuvio 13).



Kuvio 13. Case 10 vastausjakauma lukumäärinä.

Case nro 11: Vaimo tuo miehensä ensiapuun, mies on saanut kesämökin laituria korjattaessa sääreensä haavan. Vuoto on jo tyrehtynyt, mutta epäilevät haavan vaativan ompelamista.

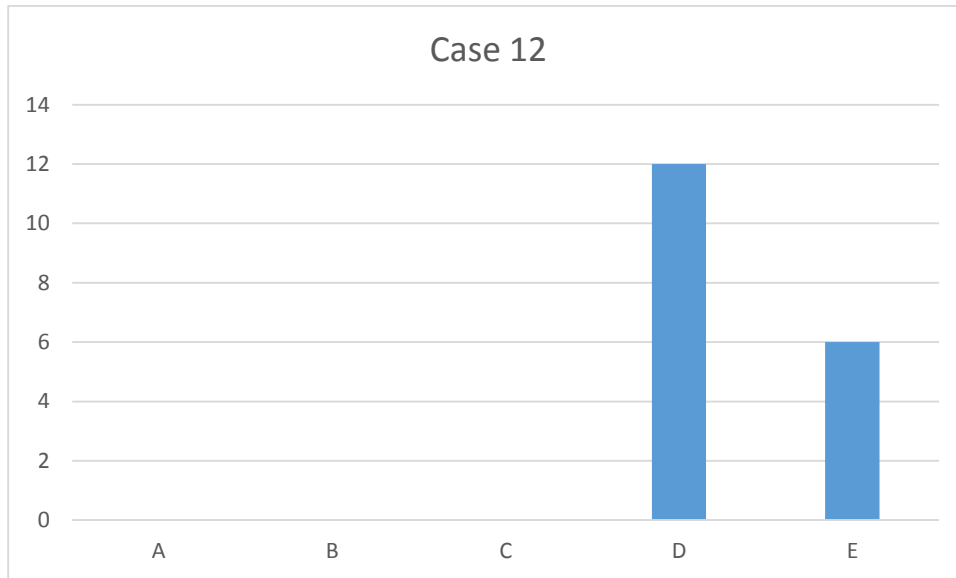
Oikea vastaus on triage-luokka D. Haava ei vuoda enää, mutta vaatii ompelua. Oikeaksi triage-luokaksi arvioi seitsemän vastaajaa C ja 11 vastaajaa D (kuvio 14).



Kuvio 14. Case 11 vastausjakauma lukumäärinä.

Case nro 12: Ensiavun luukulle saapuu keski-ikäinen mies kävellen kumarassa. Hän kertoo, että selässä on jo pidempään ollut vaivaa ja nyt tuntuu, etteivät ilman reseptiä saatavat kipulääkkeet enää auta. Virtsaamisessa tai ulostamisessa ei ole ongelmia.

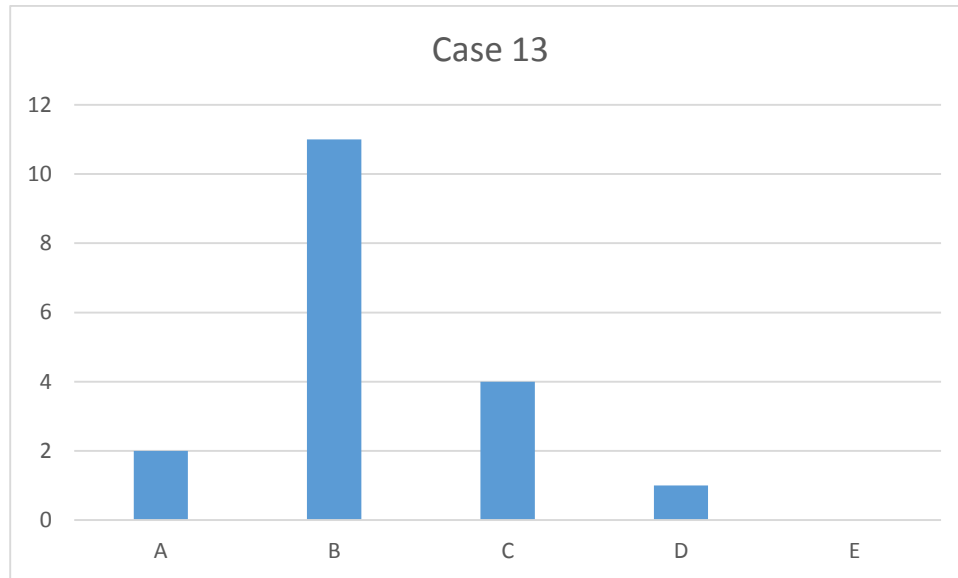
Oikea vastaus on triage-luokka E. Selkäkipu on jatkunut pitkään. Potilas pystyy kävelemään, eikä vaivaan liity uloste- tai virtsaamishäiriöitä, jotka antaisivat aihetta epäillä vakavampaa taudinkuvaa. Oikeaksi triage-luokaksi arvioi 12 vastaajaa D ja kuusi vastaajaa E (kuvio 15).



Kuvio 15. Case 12 vastausjakauma lukumäärinä.

Case nro 13: Ambulanssi tuo ensiapuun 70-vuotiaan miehen. Vaimon mielestä mies oli vaikuttanut sekavalta ja hän soitti ambulanssin. Mies on perusterve ja nyt on ollut kuumetta pari päivää. Ambulanssissa mitatut vitaaliarvot ovat RR 75/40 p. 95 SpO2 93 % ja lämpö 39,9.

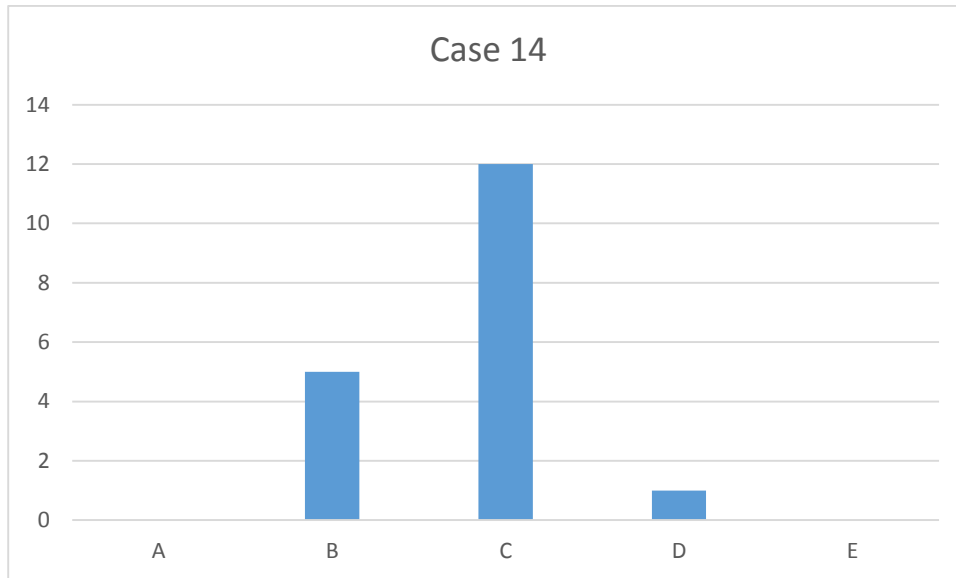
Oikea vastaus on triage-luokka A. Potilaan vitaaliarvot, matala verenpaine ja korkea kuume antavat aiheutta epäillä septistä shokkia, joka vaatii välitöntä hoitoa. Oikeaksi triage-luokaksi arvioi kaksi vastaajaa A, 11 vastaajaa B, neljä vastaajaa C ja yksi vastaaja D (kuvio 16).



Kuvio 16. Case 13 vastausjakauma lukumäärinä.

Case nro 14: Ensiapuun saapuu 40-vuotias mies. Hän kertoo olleensa harventamassa metsää mökillä ja saaneensa raivaussahasta haavan vasempaan käteensä. Haava on sidottu, mutta hän kertoo, että vasen etu- ja keskisormi eivät liiku ollenkaan.

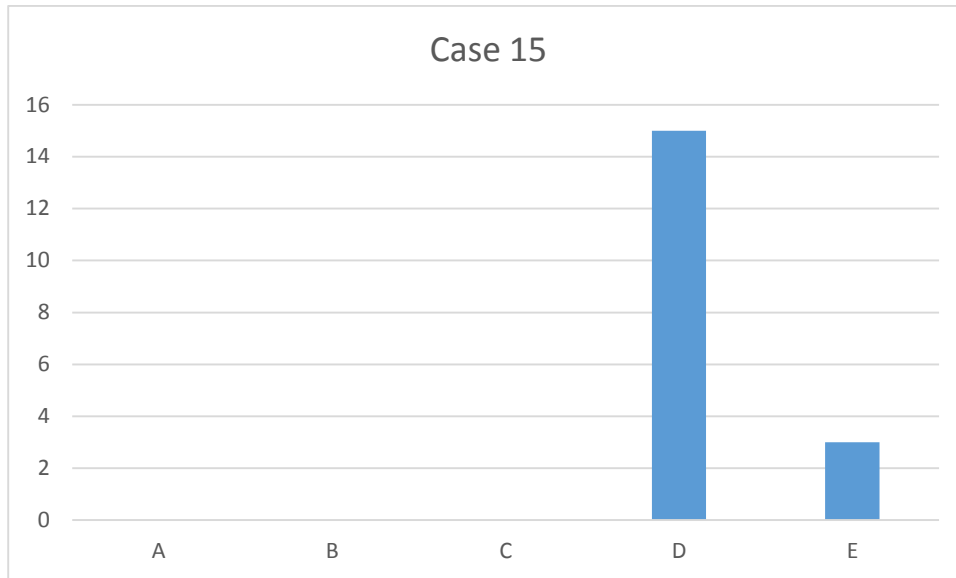
Oikea vastaus on triage-luokka B. Sormien liikkumattomuus viittaa jännevammaan, joka vaatii nopean arvioinnin ja hoidonaloituksen. Oikeaksi triage-luokaksi arvioi viisi vastaajaa B, 12 vastaajaa C ja yksi vastaaja D (kuvio 17).



Kuvio 17. Case 14 vastausjakauma lukumäärinä.

Case nro 15: Nuori nainen tulee ensiapuun virtsavaivojen vuoksi. Hän kertoo, että työtilanteensa takia ei pääse päiväsaikaan vastaanotolle, mutta virtsaaminen kirvelee kovasti ja vessassa pitää käydä jatkuvasti. Kuumetta ei ole ja muutenkin yleisvointi on hyvä. Naisella on perussairautena ykköstyypin diabetes.

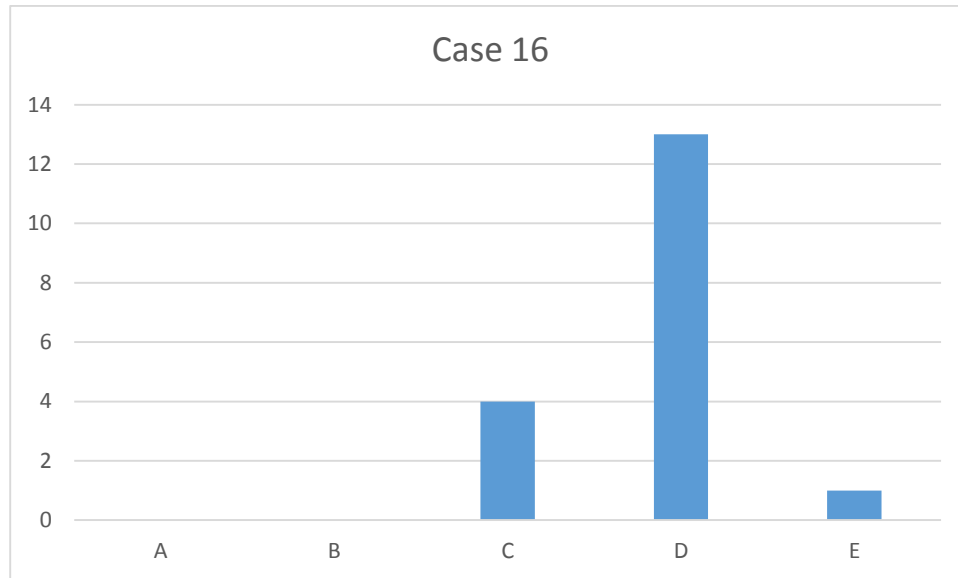
Oikea vastaus on triage-luokka D. Potilas on hyväkuntoinen, eivätkä oireet ole kovin voimakkaat, mutta hänellä on komplisoituneen virtsatietulehduksen riskiä nostava diabetes. Oikeaksi triage-luokaksi arvioi 15 vastaajaa D ja kolme vastaajaa E (kuvio 18).



Kuvio 18. Case 15 vastausjakauma lukumäärinä.

Case nro 16: Vanhemmat tuovat ensiapuun 25-vuotiaan tyttärensä. He ovat kovasti huolissaan, koska tyttärellä on jo pidempään ollut masennusta. Hän on käynyt mielenterveystoimistossa juttelemassa ja lääkityskin on käytössä, mutta siitä ei ole ollut apua. Nyt tytär on sanonut miettivänsä usein itsemurhaa. Vanhemmat ovat sitä mieltä, että apua on nyt saatava.

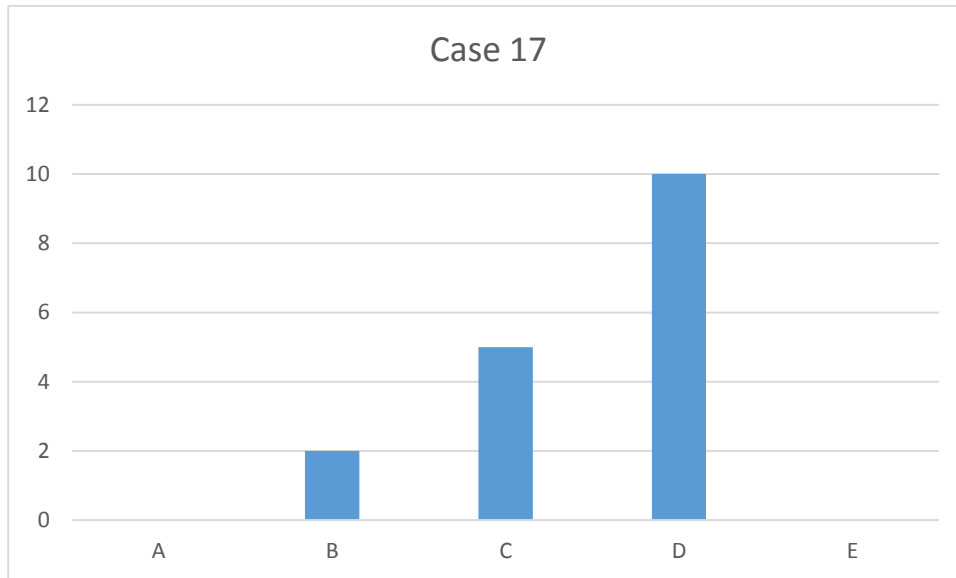
Oikea vastaus on triage-luokka C. Potilaalla on ollut masennusta pidempään ja hoitokontakti olemassa, mutta itsetuhoiset ajatukset ovat selkeä riski. Oikeaksi triage-luokaksi arvioi neljä vastaajaa C, 13 vastajaa D ja yksi vastaaja E (kuvio 19).



Kuvio 19. Case 16 vastausjakauma lukumäärinä.

Case nro 17: Ambulanssi tuo palvelukodista 80-vuotiaan naisen. Palvelukodin henkilökunnan mukaan potilaan vointi on huonontunut parin päivän aikana ja nyt tänään hän on ollut sekava. Potilaalla on paljon perussairauksia, mutta ei muistisairautta. Ambulanssissa mitatut vitaalit ovat RR 170/90 p. 120 SpO2 91 %, lämpö 37,0

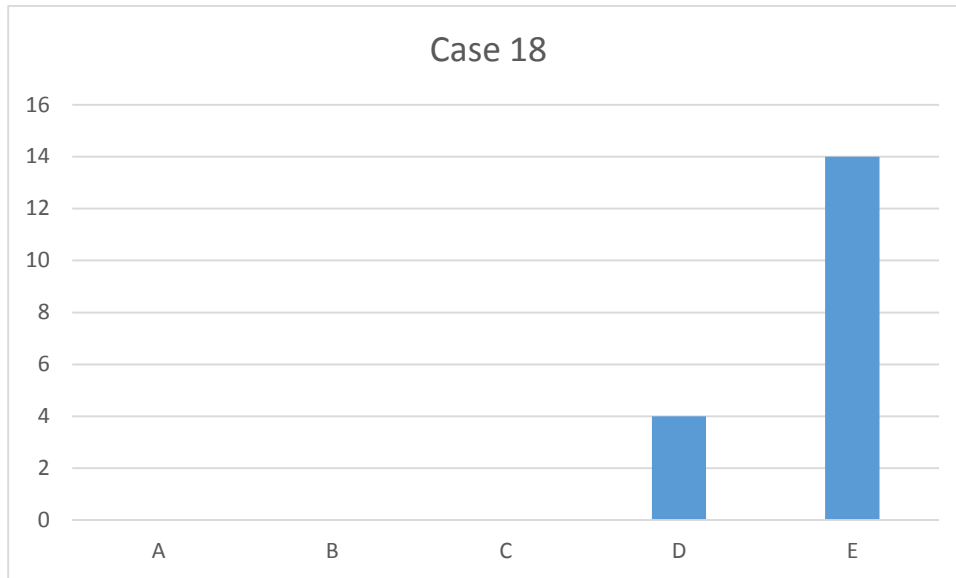
Oikea vastaus on triage-luokka C. Potilaan yleistila on laskenut ja sekavuus ilmaantunut äkillisesti. Vitaaliarvoissa pulssi on kohonnut ja happisaturaatio laskenut. Oikeaksi triage-luokaksi arvioi kaksi vastaajaa B, viisi vastaajaa C ja 10 vastaajaa D (Kuvio 20).



Kuvio 20. Case 17 vastausjakauma lukumäärinä.

Case nro 18: Ensiapuun saapuu nuori nainen, joka valittelee huonoa oloa, flunssa on vaivannut jo monta päivää ja nyt hän haluaa lääkärintarkastukseen. Kuumetta on ollut ad 37,5 muutamana päivänä.

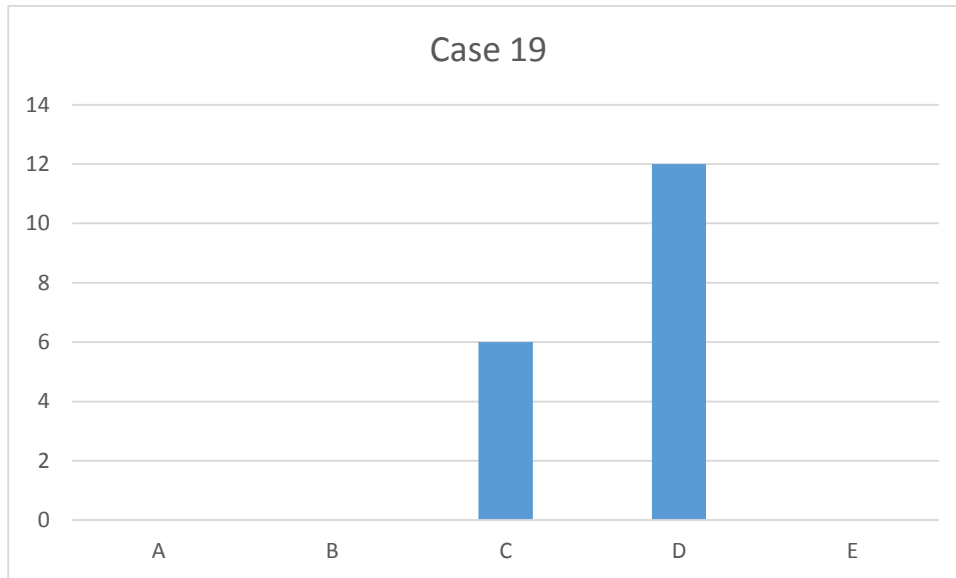
Oikea vastaus on triage-luokka E. Yleistila on hyvä ja kuume ei ole korkea, tila ei edellytä päivystyksellistä hoitoa. Oikeaksi triage-luokaksi arvioi neljä vastajaa D ja 14 vastaajaa E (kuvio 21).



Kuvio 21. Case 18 vastausjakauma lukumäärinä.

Case nro 19: Ensiapuun tulee 40-vuotias nainen, hän kertoo, että muutaman päivän ollut kuumetta ad 39 ja nyt tänään vointi huonontunut entisestään. Kuume ei tahdo laskea kuumelääkkeellä ja nyt tuntuu, ettei jaksakaan olla jalkeilla. Vitaaliarvot RR 130/90 p. 88 SpO2 98 %, lämpö 38,9.

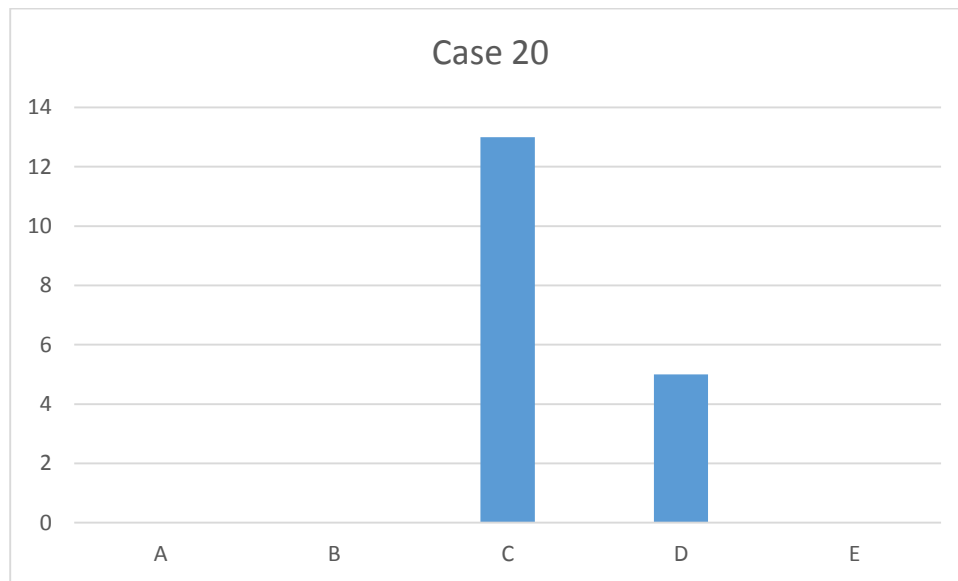
Oikea vastaus on triage-luokka C. Potilaan tilassa on viitteitä siitä, että kyseessä on hoitoa vaativa sairaus, koska kuume on korkea, eikä laske toivotusti lääkkeitäkään. Oikeaksi triage-luokaksi arvioi kuusi vastaajaa C ja 12 vastaajaa D (kuvio 22).



Kuvio 22. Case 19 vastausjakauma lukumäärinä.

Case nro 20: Paaritaksi tuo ensiapuun palvelukodissa asuvan 85-vuotiaan naisen, jolla on pahentunutta hengenahdistusta. Potilaalla on perussairautena sydämen vajaatoiminta, ja hän on juuri kotiutunut vuodeosastolta, jossa oli hoidossa hengenahdistuksen vuoksi. Nyt kuulemma vointi ei ole parantunut, vaan hengenahdistus pahenee päivä päivältä. Palvelukodissa on mittailtu happisaturaatioarvoa, joka on ollut 90–92 %. Potilas puhuu lyhyitä lauseita, hengitysfrekvenssi on 18.

Oikea vastaus on triage-luokka on C. Potilaalla on viitteitä sydämen vajaatoiminnan pahenemisesta. Happisaturaatioarvo on hieman laskenut, hengitystaajuus noussut ja puhuessaan potilas hengästyy. Oikeaksi triage-luokaksi arvioi 13 vastaajaa C ja viisi vastaajaa D (kuvio 23).



Kuvio 23. Case 20 vastausjakauma lukumäärinä.

5.2 Learning cafe -tilaisuuden tulokset

Kehittämistyön yhtenä tehtävänä oli kuvata triage-luokittelun haasteita hoitohenkilökunnan näkökulmasta. Learning cafessa syntynyttä aineistoa analysoitaessa esiin nousseet haasteet triage-luokittelussa jaettiin kolmeen yläryhmään: olosuhteisiin liittyvät haasteet, ammattitaitoon ja osaamiseen liittyvät haasteet sekä käytössä olevaan ohjeistukseen liittyvät haasteet.

Olosuhteisiin liittyviin haasteisiin hoitohenkilökunta nimesi kiireen. Päivystyspoliklinikan ruuhkautuessa tiedossa oleva jonotilanne ja kiire saattavat vaikuttaa tehtävään triage-luokitukseen. Koettiin, että kiireessä ei välttämättä ehdi tehdä perusteellista selvitystä siitä, mihin triage-luokkaan potilas kuuluisi sijoittaa. Jämsän päivystyspoliklinikalla ei ole erillistä triage-hoitajaa, vaan hoitohenkilökunta vastaa sekä tarkkailu- potilaista, että triage-toiminnasta. Vitaaliarvojen mittaukset, kuten verenpaine,

pulssi, happisaturaatioarvo, saattavat viivästyä, jos hoitohenkilökunnalla on hoidettavanaan paljon tarkkailupotilaita samalla. Vitaaliarvojen mittauksia ei tehdä rutiininomaisesti kaikille potilaille, vaan edellä mainitut arvot mitataan lähinnä tarkkailuun otettavilta potilailta. Käytössä oleva triage-ohjeistus perustuu osittain vitaaliarvojen mittauksiin. Hoitohenkilökunnan kokemuksen mukaan kiireessä vitaaliarvojen mitaukset saattavat jäädä tekemättä kokonaan, etenkin potilailta, jotka odottavat vuoroaan odotusaulassa. Toisaalta vitaaliarvojen mittauksien kannalta koettiin hankalana myös nykyinen työtila, jossa triage-arviointia tehdään. Ilmoittautumistilan välittömässä yhteydessä ei välttämättä ole vapaata huonetta, jossa voisi keskittyä potilaan tutkimiseen. Hoitohenkilökunta nimesi haasteeksi myös paineen alaisena työskentelemisen. Paine saattaa liittyä ruuhkaan ja kiireeseen, aiheutua esimerkiksi potilaan tai omaisen odotuksista jonotusajan tai hoidon aloituksen suhteen.

”Jos on hirvee ruuhka, ei ehdi keskittyä, silloin tulee laitettua vaan äkkiä se sopivin.”

”Sekin vaikuttaa jos tietää, että jonotusaika on jo ainakin 4 tuntia.”

”Jos on kova kiire hoitamaan petipotilaita, ei välttämättä ehdi sitä triage-luokkaa selvittää heti.”

”Tarttis olla ihan erillinen triage-hoitaja, joka vois keskittyä vaan siihen.”

Triage-luokittelu on hoidon tarpeen ensiarviointia ja sitä joudutaan joskus tekemään puutteellisilla esitiedoilla. Omat haasteensa luokitteluun tuovat myös väärät esitiedot. Potilas tai omaiset eivät välttämättä osaa tai halua kertoa kaikkea hoidon aloituksen kannalta oleellista tietoa ja joskus potilas salaa tai vähättelee oireitaan. Esitiedot saattavat olla väärin tai puutteellisia, vaikka ne olisivat peräisin hoitohenkilökunnaltakin, esimerkiksi kotihoidon tai tehostetun palveluasumisen yksiköistä saapuvilla potilailla ei aina ole mukanaan riittäviä taustatietoja. Kiireessä ei välttämättä

myöskään ehdi tarkistaa kaikkien tietojen paikkaansa pitävyyttä. Haasteena koettiin kovin tutut potilaat, joiden tausta ja aiemmat oireet saattavat vaikuttaa myös myöhempään hoidon tarpeen arviointiin.

Käytössä olevaan ohjeistukseen liittyviksi haasteiksi koettiin lähinnä se, että ohje on liian pitkä ja monimutkainen, jotta sitä pysyisi käyttämään joustavasti triage-luokittelua helpottavana työkaluna. Ohjeistuksesta toivottiin yksinkertaisempaa ja selkeämpää ”pikaohjetta”. Aineistossa nousi esiin myös yksittäinen ajatus koko triage-luokittelujärjestelmän vaihtamisesta ESI-järjestelmään.

”Se on liian pitkä se ohje, ei sitä ehi selata.”

Ammattitaito ja osaaminen sekä niihin liittyvät haasteet nousivat learning cafe-aineistosta vahvasti esille. Koulutusta aiheesta toivottiin lisää. Triage-toiminta koettiin yhtenä vaativimmista tehtävistä päivystyspoliklinikalla. Uusien työntekijöiden ja sijaisten perehdyttäminen triage-luokituksen tekemiseen herätti keskustelua. Perehdytys koettiin tärkeänä ja osaamisen lisäksi koettiin, että triage-luokittelua suorittavilla hoitajilla tulisi olla jonkin verran työkokemusta Jämsän päivystyspoliklinikalla. Triage-luokittelun haasteena koettiin mm. oleellisen tiedon poimiminen esitiedoista ja oleellisen tiedon erottaminen epäoleellisesta. Toisaalta rutinoitumisella ja työskentelytaavoilla koettiin olevan merkitystä arviointiin, rutinoituessa triage-luokan arviointi saattaa tulla vanhasta tottumuksesta. Yliarviointia perusteltiin myös uskalluksen puutteella. Epävarmuus omasta osaamisesta ja oman selustan turvaaminen saavat arvioimaan triage-luokan yhtä luokkaa ylemmäksi kuin olisi tarpeen. Osa hoitohenkilökunnasta koki erityisen haasteellisenä E-luokan potilaat ja näiden ohjaamisen päivä vastaanotolle, tai muuhun tarkoituksen mukaiseen hoitopaikkaan, se koettiin poiskäännyttämisenä.

”Ei oo helppoo, se on yksi vaativimmista tehtävistä.”

”D/E:n välinen rajanveto, uskaltaako laittaa E:N?”

”Sitä tarttuu tekstistä johonkin sanaan.”

5.3 Triage-luokittelun toimintatapojen kehittäminen

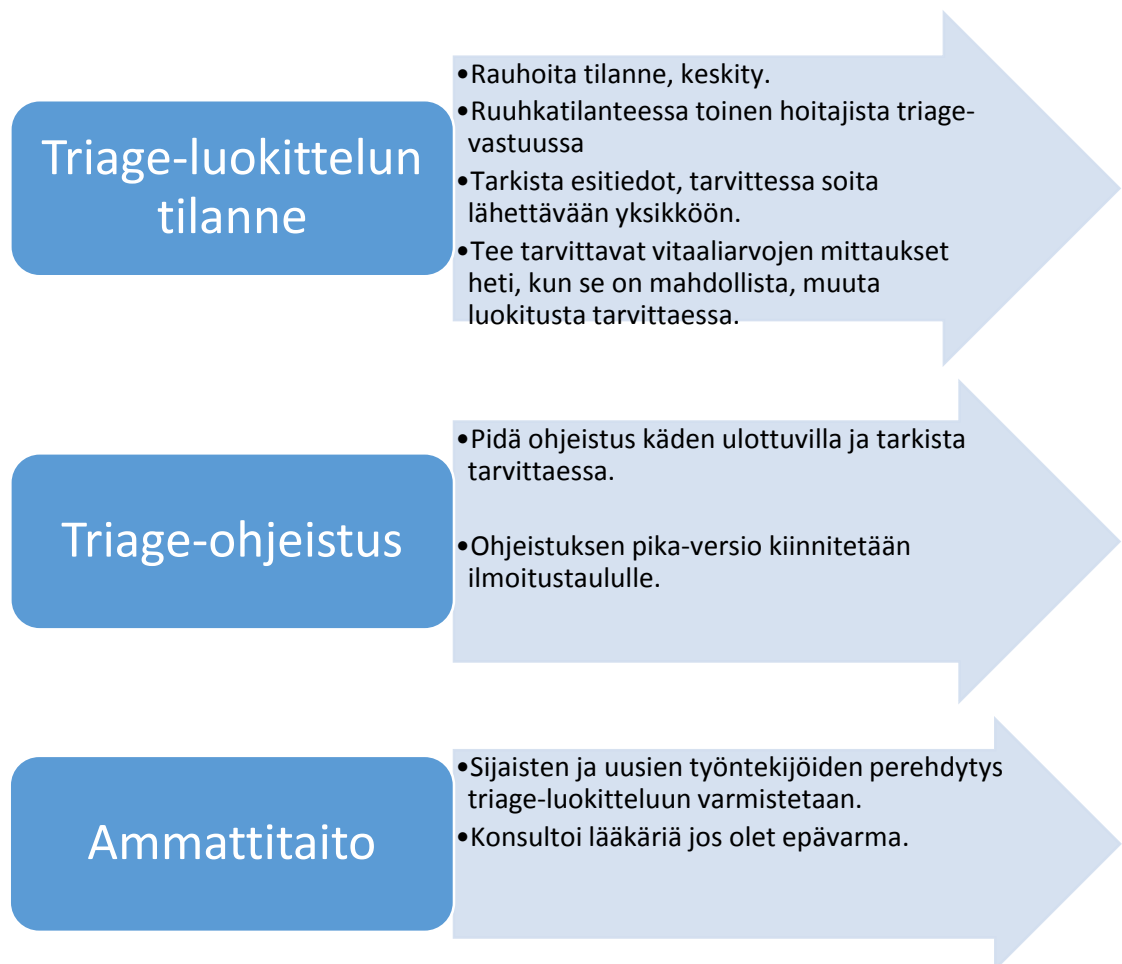
Kehittämistyön tarkoituksena oli kehittää hoidon kiireellisyyden ensiarviotoimintaa Jämsän päivystyspoliklinikalla sekä luoda uusia toimintatapoja triage-luokitteluun. Learning cafe-pöytäryhmissä henkilökunta pohti myös sitä, miten triage-luokittelun tekemistä voitaisiin helpottaa uusien toimintatapojen avulla. Uusien toimintatapojen (kuvio 24) muodostamiseen käytettiin lisäksi henkilökunnan ajatuksia triage-luokittelun haasteista.

Kehittämistyön alkutilanteen kartoituksena toimi case-testi. Case-testin vastauksista kävi ilmi, että parhaiten henkilökunta tunnisti triage-luokan D potilaita. Eniten vaikeuksia tunnistamisessa oli triage-luokkien A ja B potilaiden kohdalla. Learning cafe-tilaisuudessa henkilökunta pohti tapauksia uudelleen ja keskustelua käytiin siitä, mikä arvioinnissa oli tuntunut haastavalta. Käytössä olevaa triage-ohjeistusta ei välttämättä noudatettu luokan A ja B potilaiden osalta. Ohjeistus perustuu osittain vitaaliarvojen mittauksiin, vitaaliarvoja ei kuitenkaan mitata rutiininomaisesti kaikilta potilailta. Learning cafe-tilaisuudessa esitettiin ajatus, että vitaaliarvojen mittauksien tekemistä tulisi lisätä ja tarvittaessa triage-luokkaa muuttaa niiden perusteella. Vitaaliarvojen mittaaminen ja triage-luokan arvioiminen niiden perusteella käytössä olevan ohjeistuksen mukaan lisää triage-luokittelun yhdenmukaisuutta.

Yhdeksi suurimmista haasteista henkilökunta nimesi kiireen ruuhkatilanteessa, jolloin triage-luokittelun tekoon on vaikea keskittyä, erillistä triage-hoitajaakin toivottiin. Triage-luokittelun oikeellisuuden varmistamiseksi tilanteeseen pitää keskittyä. Erilli-

sen triage-hoitajan nimeäminen ei välttämättä onnistu, mutta ruuhkatilanteessa hoitajat voivat sopia keskenään, että toisella heistä on triage-vastuu ja hän voi keskittyä vastaanottamaan potilaita. Ohjeistuksesta toivottiin selkeämpää ja lyhempää pika-versiota. Triage-ohjeistuksesta on olemassa yksinkertaisempi versio, jonka kiinnittäminen esimerkiksi ilmoitustaululle työtilan viereen helpottaisi ohjeen noudattamista.

Triage-luokittelu koettiin yhtenä haastavimmista tehtävistä päivystyspoliklinikalla. Uusien työntekijöiden perehdytys triage-luokitteluun kuuluu perehdytysohjelmaan mutta sen sisältö saattaa vaihdella. Perehdytyksen toteutunut sisältö ja työntekijän osaaminen tulisi varmentaa ennen triage-luokittelun aloittamista.



Kuvio 24. Triage-luokittelun uudet toimintatavat.

6 Pohdinta

Opinnäytetyön tarkoituksena oli kehittää triage-toimintaa Jämsän päivystyspoliklinikalla. Tarkoituksena oli myös kehittää yhteisiä toimintaohjeita triage-luokitteluun. Opinnäytetyön tavoitteena oli lisätä triage-luokittelun oikeellisuutta ja yhdenmukaisuutta sekä parantaa potilasturvallisuutta. Lisäksi tarkoituksena oli kehittää henkilökunnan osaamista triage-luokittelun tekemisessä. Opinnäytetyö toteutettiin kehittämistyönä, johon osallistettiin mukaan päivystyspoliklinikan henkilökunta. Kehittämistyön idea syntyi Jämsän päivystyspoliklinikalla tarpeesta kehittää triage-luokittelua.

6.1 Tulosten tarkastelu

Kehittämistyön alkutilanteen kartoituksena toimi case-testi, jossa henkilökunta arvioi 20 kuvitteellisen potilastapauksen oikeaa triage-luokkaa. Case-testin tarkoituksena oli kartoittaa triage-luokittelun haasteita sekä tuottaa tietoa siitä, minkälaisen potilastapausten arvioiminen on hankalaa. Parhaiten vastaajat tunnistivat triage-luokkaan D kuuluvia potilastapauksia. Triage-luokkien A ja B potilaat tunnistettiin kaikkein huonoimmin. Triage-luokkiin A ja B potilaat ovat hätätilapotilaita, joita on päivystyspotilaista vain pieni osa. Case-testin vastauksia tulkittaessa on otettava huomioon arviointitilanteen erikoisuus, kun arviointia tehdään paperilla ilman suoraa kontaktia potilaaseen. Tulokset eivät ole suoraan verrannollisia käytännössä tapahtuvaan triage-luokitteluun. Tuloksista voi kuitenkin vetää johtopäätöksen, että harvemmin esiintyvien triage-luokkiin kuuluvien potilaiden tunnistaminen on haastavaa. Toisaalta korkean riskin potilaat ovat juuri niitä potilaita, jotka pitäisi kyetä erottamaan potilasjoukosta. Luokittelussa oli myös runsaasti hajontaa. Tulos on yhteneväinen aiemman tutkimusnäytön kanssa. Hoitajien tekemän triage-luokittelun on todettu olevan epäyhtenäistä (Göransson ym. 2005). Triage-luokittelun epäyhtenäisyys saattaa vaikuttaa potilasturvallisuuteen ja asettaa potilaat keskenään epätasa-arvoiseen

asemaan (Siippainen 2013). Jämsän päivystyspoliklinikalla käytössä oleva triage-ohjeistus perustuu osittain vitaaliarvojen mittauksiin. Osassa case-testin potilastapauksia oli kuvattu myös vitaaliarvoja, niiden vaikutusta triage-luokan arviointiin ei kuitenkaan tunnustettu kovinkaan laajasti.

Kehittämistyön toinen osa toteutettiin kehittämispäivässä. Kehittämispäivän ohjelmana oli opinnäytetyöntekijän luento ja learning cafe-tilaisuus, jossa henkilökunta pohti triage-luokittelun haasteita sekä kehitti uusia toimintatapoja triage-luokitteluun. Learning cafessa tuotetun aineiston perusteella triage-luokittelun haasteet voidaan jakaa kolmeen ryhmään: olosuhteisiin liittyvät haasteet, käytössä olevaan ohjeistukseen liittyvät haasteet ja osaamiseen ja ammattitaitoon liittyvät haasteet. Yhdeksi suurimmista haasteista osallistujat nimesivät kiireen. Koettiin, että päivystyspoliklinikan ruuhkautuessa potilaita vastaanottava hoitaja toimii kiireessä ja paineenalaisena, eikä välttämättä ehdi keskittyä triage-luokittelun tekemiseen. Ympäristötekijöillä on todettu olevan vaikutusta päätöksentekoon triage-luokittelua tehtäessä. Andersson, Omberg ja Svedlund (2006) totesivat tutkimuksessaan, että stressi ja ympäristön häiriötekijät vaikuttivat hoidon kiireellisyyden arviointiin, myös Lindfors-Niilola (2014) totesi pro gradu-tutkielmassaan työrauhan olevan tärkeää hoidon tarpeen arvioinnin onnistumisen kannalta. Lindfors-Niilolan mukaan hoidon tarpeen arviointia ei tulisi keskeyttää ilman pätevää syytä. Uusia toimintatapoja kehitettäessä kiinnitettiin huomiota myös työrauhaan ja ympäristötekijöihin ja pyrittiin minimoimaan niistä aiheutuvaa häiriötä.

Käytössä olevaa triage-ohjeistusta säilytetään toimistossa, mutta se ei ole kovin aktiivisessa käytössä. Ohjeistuksesta toivottiin selkeämpää ja yksinkertaisempaa, jotta sitä voisi käyttää sujuvasti luokittelun apuna. Triage-toiminta kokonaisuudessaan nähtiin vaativana toimintana, johon liittyy paljon osaamistarpeita. Osallistujat mainitsivat haasteena myös osaamisen puutteeseen liittyvän uskalluksen, koettiin, että hel-

posti haluaa varmistaa tilanteen ja arvioida kiireellisyyden yhtä triage-luokkaa ylempäs. Näkemys on ristiriidassa case-testin tulosten kanssa, tulosten perusteella aliarvioiminen oli yliarvioimista yleisempää. Tutkimuksissa on aiemmin todettu hoitajilla olevan taipumusta pikemminkin yliarviointiin triage-luokittelua tehtäessä (Göransson ym., 434–436; Siippainen 2013). Koulutusta triage-luokitteluun toivottiin lisää. Triage-luokittelua tekevän hoitajan rooli on merkittävä koko päivystyspisteen toiminnan kannalta (Gilboy ym. 2012, 1). Triage-hoitajille ei ole olemassa yhtenäistä täydennyskoulutusmallia, mutta sekä Valvira että STM ovat ohjeistuksissaan korostaneet triage-luokittelua tekevän hoitajan ammattitaitoa ja koulutusta (Paakkonen 2008; Yhtenäiset päivystyshoidon perusteet 2010, 32; Henrikson 2015). Uusien työntekijöiden ja sijaisten perehdyttäminen helpottuisi ja osaamisesta olisi helpompi varmistua, mikäli päivystyspoliklinikalla kehitettäisiin yhtenäinen malli triage-luokittelua koskevaan perehdyttämiseen.

6.2 Eettisyys ja luotettavuus

Tutkimuksen luotettavuuden arviointi on keskeinen osa tieteellistä tutkimustoimintaa. Laadullisessa tutkimuksessa tärkeitä käsitteitä ovat tutkimuksen validius eli kyky mitata aiottua ilmiötä sekä reliaabelius eli tutkimuksen toistettavuus. Luotettavuuden arviointi kohdistuu koko tutkimusprosessiin. (Hirsjärvi ym. 2009, 231.) Tutkimuksellisessa kehittämistoiminnassa luotettavuutta voidaan arvioida myös tuotetun tiedon käyttökelpoisuuden näkökulmasta (Toikko & Rantanen 2009, 151).

Kehittämistyön kohdistuessa omaan työympäristöön tutkimuksen luotettavuutta arvioitaessa on pohdittava, kuinka hyvin opinnäytetyöntekijä on onnistunut säilyttämään puolueettomuutensa ja raportoimaan osallistujien tuottaman tiedon sellaisenaan vaikuttamatta itse sen sisältöön. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 135–136.) Aineisto pyrittiin analysoimaan ja raportoimaan sellaisenaan. Litteroinnissa ja analysoinnissa pyrittiin välttämään ennakkokäsityksiä ja tulkintavirheitä.

Eettisyys on tärkeä lähtökohta kaikessa tutkimustoiminnassa. Tieteellisen tutkimuksen eettiset periaatteet on otettava huomioon myös tutkimuksellisessa kehittämistoiminnassa. Tässä työssä on noudatettu Tutkimuseettisen neuvottelukunnan laatimia periaatteita Hyvät tieteelliset käytännöt. Tutkimuseettinen neuvottelukunta on laatinut periaatteet hyvälle tieteelliselle toiminnalle. Ohjeistus määrittelee yleisiksi edellytyksiksi eettisesti kestävään tutkimuksen tekoon tarkkuuden, huolellisuuden ja rehellisyyden. (Hyvät tieteelliset käytännöt.) Tutkimuseettisiin periaatteisiin kuuluu tutkimukseen osallistumisen vapaaehtoisuus. Kehittämistoiminnassa pohdittavaksi tulee kysymys siitä, miten toteuttaa vapaaehtoisuuden periaatetta, kun toisaalta työyhteisössä oletetaan kaikkien osallistuvan toiminnan kehittämiseen (Ojasalo ym. 2014, 49). Tutkimukseen osallistumisen tulee kuitenkin olla vapaaehtoista myös kehittämistoiminnassa. Osallistujille tiedotettiin vapaaehtoisuudesta ennen case-testin toteuttamista ja learning cafe-tilaisuutta.

Vapaaehtoisuuden lisäksi tärkeä tutkimuseettinen periaate on yksityisyyden suoja (Latvala & Vanhanen-Nuutinen 2003, 39). Learning cafe-menetelmä on yhteistoiminnallinen menetelmä, jonka tarkoituksena on yhteisöllinen vuorovaikutus. Opinnäytetyölle haettiin lupa hoitotyön johtajalta. Case-testi toteutettiin nimettömänä, pienen osallistujajoukon vuoksi testissä ei kerätty myöskään taustatietoja ammattiryhmää lukuun ottamatta, jotta vastaajat pysyvät tunnistamattomina. Case-testin potilaspaukset olivat täysin kuvitteellisia, joten lupaa potilastietojen keruuseen ei tarvittu. Rehellisyys ja avoimuus ovat edellytyksiä eettiselle tutkimustoiminnalle (Ojasalo ym. 2014, 48). Osallistujille kerrottiin kehitysprojektin tarkoitus, sekä se, mitä tietoja kerättiin ja mihin niitä käytettiin. Learning cafe-tilaisuudesta kerätty aineisto säilytetään lukitussa tilassa, kunnes se hävitetään polttamalla.

6.3 Kehittämispöcessin arviointi

Kehittämistyössä arviointi kohdistui koko kehittämispöcessiin, ja sitä suoritettiin koko pöcessin ajan. Työn idea syntyi käytännön työelämässä havaitusta tarpeesta kehittää triage-luokittelua. Kehittämistyön suunnitelma laadittiin keväällä 2015. Kehittämispöcessi eteni suunnitellusti. Alkutilanteen kartoitus onnistui suunnitellusti ja kyselylle asetetut tavoitteet saavutettiin. Kehittämistyön varsinainen toiminnallinen osuus toteutettiin kehittämispöcessipäivässä. Kehittämispöcessin tarkoituksena oli osallistuttaa henkilökunta kehittämispöcessiin. Uusia toimintatapoja kehitettäessä on tärkeää, että hoitotyön ammattilaiset pääsevät osallistumaan kehittämistyöhön. Uudet toimintatavat juurtuvat käytännöksi helpommin, jos henkilökunta kokee tulleensa kuulluksi. Vaikutusmahdollisuudet myös lisäävät innostuneisuutta ja positiivista suhtautumista työhön. (Kettunen & Kivinen 2012, 41–42.) Learning cafe sopi menetelmänä kehittämistyöhön ja kokemukset menetelmän käytöstä olivat positiivisia. Kehittämistyön tavoitteena oli lisätä triage-luokittelun oikeellisuutta ja yhdenmukaisuutta sekä parantaa potilasturvallisuutta. Lisäksi tavoitteena oli kehittää hoitohenkilökunnan osaamista triage-luokittelussa yhteistoiminnallisen oppimisen avulla. Kehittämispöcessipäivässä saadun suullisen palautteen perusteella osallistujat kokivat osaamisensa parantuneen ja ymmärryksen triage-toiminnan merkityksestä lisääntyneen. Kehittämistyön pohjana käytettiin Engeströmin ekspansiivisen oppimisen syklimallia. Triage-luokittelun kehittämisen on tarkoitus jatkua Jämsän päivystyspoliklinikalla opinnäytetyön tekemisen jälkeenkin.

6.4 Johtopäätökset ja jatkokehittämissideat

Johtopäätökset

1. Kehittämistyön voidaan todeta lisänneen avointa keskustelua triage-luokittelusta ja sen haasteista. Suullisesti saadun palautteen perusteella henkilökunta koki myös osaamisensa lisääntyneen.
2. Tuloksista käy ilmi, että triage-luokittelun suurimmat haasteet liittyvät olosuhteisiin, käytössä olevaan ohjeistukseen ja osaamiseen ja ammattitaitoon. Kehitetyillä toimintaohjeilla pyritään vastamaan näihin haasteisiin.
3. Uusien toimintatapojen käyttöönoton voidaan olettaa helpottavan triage-luokittelua ja koko kehittämisprosessin parantaneen triage-luokittelun yhdenmukaisuutta ja oikeellisuutta henkilökunnan osaamisen lisääntymisen myötä.
4. Kehittämistyön tulosten pohjalta voidaan todeta, että triage-luokittelu on toimintaa, joka vaatii sen toteuttajalta ammattitaitoa ja osaamista. Osaamisen ylläpitäminen vaatii säännöllistä kouluttautumista.

Jatkossa olisi mielenkiintoista ja hyödyllistä tutkia sitä, miten kehitetyt toimintamallit ovat otettu käyttöön ja miten kehittämissyö on vaikuttanut triage-toimintaan. Case-testin heikkoutena oli potilastapausten arviointi paperilla. Todellisten potilaiden toteutuneiden triage-luokittelujen tutkiminen antaisi paremman kuvan triage-toiminnan yhdenmukaisuudesta ja oikeellisuudesta. Jämsän päivystyspoliklinikalla on aiemminkin käyty keskustelua triage-järjestelmän vaihtamisesta ESI-luokitusjärjestelmään. Suomessa ei ole tutkittu minkään mallin paremmuutta suhteessa toiseen, eikä minkään triage-järjestelmän käytöstä ole valtakunnallista suositusta, vaan jokainen päi-

vystyspiste määrittelee itse toimintaansa sopivimman luokittelu-järjestelmän. Käytössä olevaa triage-ohjeistusta voisi kuitenkin kehittää yksinkertaisempaan suuntaan käytön helpottamiseksi.

Lähteet

A 28.6.1994/564. Asetus terveydenhuollon ammattihenkilöistä. Valtion säädöstietopankki Finlex. Viitattu 3.4.2015. <http://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/1994/19940564>, alkuperäinen lainsäädäntö.

A 25.11.2004/1019. Valtioneuvoston asetus hoitoon pääsyn toteuttamisesta ja alueellisesta yhteistyöstä. Valtion säädöstietopankki Finlex. Viitattu 3.4.2015. <http://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2004/20041019>, alkuperäinen lainsäädäntö.

A 23.9.2014/782. Sosiaali- ja terveysministeriön asetus kiireellisen hoidon perusteista ja päivystyksen erikoisalakohtaisista edellytyksistä. 23.9.2014. Viitattu 4.3.2015. http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=9817041&name=DLFE-31557.pdf.

Andersson, A-K. Omberg, M.& Svedlund, M. 2006. Triage in the emergency department- a qualitative study of the factors which nurses consider when making decisions. British Association of Critical Care 3 (11).

Ahola, L., 2009. Hoidon tarpeen kiireellisyyden arviointi-toimintamalli Jämsän päivystyspoliklinikalla. Opinnäytetyö. Pirkanmaan ammattikorkeakoulu. Hoitotyönkoulutusohjelma. Viitattu 3.3.2015 http://theseus.fi/bitstream/handle/10024/6522/AHOLA_LOTTA.pdf?sequence=1.

Cone, K & Murray R. 2002. Characteristics, insights, decision making and preparation of ED triage nurses. Journal of Emergency Nursing, 28, 5, 401 - 406.

Considine, J. & Thomas, S. 2007. Do knowledge and experience have specific roles in triage decision-making. Academic emergency medicine 14. Viitattu 1.6. 2015. http://www.researchgate.net/profile/Shane_Thomas/publication/229531582_Do_Knowledge_and_Experience_Have_Specific_Roles_in_Triage_Decisionmaking/links/543a13cc0cf24a6ddb95e342.pdf.

Engeström, Y. 2002. Kehittävä työntutkimus. Perusteita, tuloksia ja haasteita. Hallinnon kehittämiskeskus. Edita Publishing Oy: Helsinki.

Engeström, Y. 2004. Ekspansiivinen oppiminen ja yhteiskehittely työssä. Tampere: Vastapaino.

Erikson, E. Korhonen, T. Merasto, M. & Moisio, E-L. 2015. Sairaanhoidajan ammatillinen osaaminen. Sairaanhoidajakoulutuksen tulevaisuus-hanke. Porvoo: Bookwell Oy.

Gilboy, N., Tanabe, P., Travers, D., A. & Rosenau, A. 2012. Emergency Severity Index (ESI), Version 4: Implementation Handbook, 2012 Edition. Rockville, MD: AHRQ Publication. Viitattu 25.3.2015. <http://www.ahrq.gov/professionals/systems/hospital/esi/esihandbk.pdf>.

Göransson, K., Ehrenberg, A., Marklund, B. & Ehnfors, M. 2005. Accuracy and concordance of nurses in emergency department triage. *Scandinavian Journal Caring Sciences* 19(4), 432-438. Viitattu 27.3.2015. <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1471-6712.2005.00372.x/abstract>.

Göransson, K., Ehrenberg, A., Marklund, B. & Ehnfors, M. 2006. Emergency department triage: Is there a link between nurses' personal characteristics and accuracy in triage decisions? *Accident and emergency Nursing* 14. Viitattu 1.6. 2015. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16540319>.

Harding, K. E., Taylor, N. F. & Leggat S. G. 2011. Do triage systems in healthcare improve patient flow? A systematic review of the literature. *Australian Health Review* 35 (3), 371- 383. Viitattu 31.3.2015. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmedhealth/PMH0033097/>.

Harmaantuva Kuhmoinen. 2007. Uutiset, Global Finland, kehityskysymykset ja globaalikasvatus. Viitattu 3.3.2015. <http://global.finland.fi/public/?contentid=92626&contentlan=1&culture=fi-FI>.

HE 17.9.2004/77 vp. Hallituksen esitys Eduskunnalle laeiksi kansanterveyslain ja erikoissairaanhoidon lain sekä eräiden muiden lakien muuttamisesta. Viitattu 3.4.2015. <http://www.eduskunta.fi/valtiopaivaasiat/he+77/2004>.

Heikkilä, A., Jokela, P. & Nurminen, T. 2008. Tutkiva kehittäminen. Avaimia tutkimus ja kehittämishankkeisiin terveysalalla. Helsinki: WSOY.

Henrikson, M. 2015. Hoitajavetoinen hoidon tarpeen arviointi on liian kirjavaa. Artikkel. *Mediuutiset*. Viitattu 4.4.2015 <http://www.medi uutiset.fi/uutisarkisto/hoitajavetoinen+hoidontarpeen+arviointi+on+liian+kirjavaa/a1032787?service=mobile>.

Himosjuhannus. 2015. Viitattu 5.3.2015. <http://www.himosjuhannus.fi/fi/historiaa/>.

Hyvät tieteelliset käytännöt. Tutkimuseettinen neuvottelukunta. Viitattu 4.4.2015 <http://www.tenk.fi/fi/htk-ohje/hyva-tieteellinen-kaytanto>.

Jämsän kaupunki. Tilastotietoa. Viitattu 3.3.2015. <http://www.jamsa.fi/fi/tilastotietoa>. Väestörekisterikeskus.

Järvelä-Seppänen, R. 2004. Prosessinarviointi kehittämissuunnitelmissa, e=1 opas käytäntöihin. Stakes. Viitattu 8.3.2015. https://www.julkari.fi/handle/10024/75862/Arviointiraportteja4_04.pdf?sequence=1.

Kanttonen, J. 2014. Terveyskeskuspäivystyksen ABCDE-triagen ja kehittämistoimenpiteiden vaikutukset potilasvirtoihin. Väitöskirja. Tampereen yliopisto, lääketieteen yksikkö. Viitattu 26.3.2015. <http://tampub.uta.fi/bitstream/handle/10024/96219/978-951-44-9609-7.pdf?sequence=1>.

Keistinen, T. & Jouttimäki, R-M. 2013. Sosiaali- ja terveysministeriön asetus kiireellisen hoidon perusteista ja päivystyksen erikoisalakohtaisista edellytyksistä. Muistio. STM. viitattu 25.3.2015. http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=6556944&name=DLFE-27323.pdf.

Kettunen, T. Kivinen, T. 2012. Osallisuus hoitotyön kehittämisen suunnannäyttäjänä. Tutkiva hoitotyö 10, 4, 40–42.

L 17.8. 1992/785/6 § . Laki potilaan asemasta ja oikeuksista. Valtion säädöstietopankki Finlex. Viitattu 4.4. 2015. <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1992/19920785>, ajantasainen lainsäädäntö.

L 30.12.2010/1326/ 51 §. Terveystieteiden laki. Valtion säädöstietopankki Finlex. Viitattu 3.4.2015. <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2010/20101326>, ajantasainen lainsäädäntö.

L 28.6.1994/559. Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä. Valtion säädöstietopankki Finlex. Viitattu 3.4.2015. <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1994/19940559>, ajantasainen lainsäädäntö.

Laatu ja potilasturvallisuus ensihoidossa ja päivystyksessä suunnittelusta toteutukseen ja arviointiin. 2014. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja. Helsinki: STM.

Latvala, E. & Vanhanen-Nuutinen, L. 2003. Laadullisen hoitotieteellisen tutkimuksen perusprosessi: Sisällönanalyysi. Teoksessa Laadulliset tutkimusmenetelmät hoitotieteessä. Toim. S. Janhonen & M. Nikkonen. Juva: WS Bookwell Oy.

Lauri S. 2007. Päätöksenteko hoitotyön arjessa. Premissi 2 (5), 21–23.

Laurant M, Reeves D, Hermens R, Braspenning J, Grol. R & Sibbald, B. 2005. Substitution of doctors by nurses in primary care. Cochrane Database Systematic Review Apr 18:CD001271.

Learning café eli oppimiskahvila. 2014. Innokylä. Viitattu 3.3.2015.
<https://www.innokyla.fi/web/malli109421>.

Learning café ja World cafe. 2014. Verkostojohtamisen opas. Yhdessä tekemisen ja osallistamisen menetelmiä. Viitattu 3.3.2015. http://verkostojohtaminen.fi/?page_id=139.

Lindfors-Niilola, A. 2014. Kiireettömän hoidon tarpeessa olevan potilaan ohjaus päivystyspoliklinikalla: triage-hoitajien haastattelut. Itä-Suomen yliopisto. Hoitotieteenlaitos. Pro gradu-työ. Viitattu 14.3.2016. http://epublications.uef.fi/pub/urn_nbn_fi_uef-20141197/urn_nbn_fi_uef-20141197.pdf

Lindfors-Niilola, A., Riihelä, K. & Kaskinen, R. 2013/26 Ensihoidon triage-ohjeistukset ja palvelutasopäätökset. Etelä-Suomen aluehallintoviraston julkaisuja. Hämeenlinna: Suomen yliopistopaino.

Löytty, P. 2009. Acuta ja triage. 19.8.2009. Kotus-blogi. Kotimaisten kielten keskus. Viitattu 25.3.2015. http://www.kotus.fi/?5426_m=5596&s=3242.

Malmström, R. Kiura, E., Malström, T., Torkki, P. & Mäkelä, M. 2012. Päivystyspotilaiden kiireellisyysluokittelut Suomessa erilaiset kuin Ruotsissa. Suomen Lääkärilehti 67 (9), 699-703.

Malmström, T., Torkki, P., Valli J. & Malmström, R. 2012 Yhteispäivystyksen työnjako – Hyvinkään päivystyksen potilasvirta-analyysi. Suomalainen Lääkärilehti. 67:345–351.

Nummelin, M. 2009. Päivystyspoliklinikalla aloittavan sairaanhoitajan tiedon tarve. Turun yliopisto. Hoitotieteen laitos. Pro gradu -työ. Viitattu 15.5.2015.
<https://www.doria.fi/bitstream/handle/10024/52481/hoitotiedegradu2009nummelin.pdf?sequence=4>.

Ojasalo, K. Moilanen, T. & Ritalahti, J. 2014. Kehittämistyön menetelmät. Uudenlaista osaamista liiketoimintaan. 3.uud.p. Helsinki: Sanoma pro.

Paakkonen, H. 2008. The Contemporary and Future Clinical Skills of Emergency Department Nurses. Experts' Perceptions Using Delphi-Technique. Väitöskirja. Kuopion yliopisto. Yhteiskuntatieteellinen tiedekunta. Viitattu 30.5.2015. http://epublications.uef.fi/pub/urn_isbn_978-951-27-1073-7/urn_isbn_978-951-27-1073-7.pdf.

Pakasto, T. 2013. Triagehoitajien toiminta Kymenlaakson keskussairaalan ensiapupoliklinikalla. Opinnäytetyö. Kymenlaakson ammattikorkeakoulu. Ensihoidon koulutusohjelma. Viitattu 1.6.2015. https://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/61113/teemu_pakasto.pdf?sequence=1.

Puhtimäki, K. 2007. Sairaanhoidajan tarvitsema hoitotyön ammatillinen osaaminen päivystyspoliklinikalla. Turun yliopisto. Pro gradu. Hoitotieteen laitos. Viitattu 1.6.2015. http://www.utu.fi/fi/yksikot/med/yksikot/hoitotiede/julkaisut/Documents/abstraktit_2007/puhtimaki.p.

Richardson, DB. 2006. Increase in patient mortality at 10 days associated with emergencydepartment overcrowding. *Med J Aust* 184(5):213–216. Viitattu 26.3.2015. <https://www.mja.com.au/journal/2006/184/5/increase-patient-mortality-10-days-associated-emergency-department-overcrowding>.

SBU.2010. Triage och flödesprocesser på akutmottagningen. En systematisk litteraturoversikt. Statens beredning för medicinsk utvärdering. SBU-rapport nr 197, Stockholm. Viitattu 25.3.2015. http://www.sbu.se/upload/Publikationer/Content0/1/Triage_fulltext.pdf.

Siippainen H., 2013. Kuka ensin? Hoidon kiireellisyyden ensiarvio -toiminnan kehittäminen Tays ensiapu Acutassa. Opinnäytetyö. Tampereen ammattikorkeakoulu. Kliinisen asiantuntijan koulutusohjelma Yamk. Viitattu 3.3.2015 https://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/68063/Siippainen_Henna.pdf?sequence=1.

Sosiaali- ja terveydenhuollon valvonnan havainnot: puolivuotisraportti. 2015. Valvira Viitattu 14.3. 2016. https://www.valvira.fi/documents/14444/1006217/Valviran_sote_valvontahavainnot_puolivuotisraportti_26102015.pdf/69b58a1b-7e73-4641-b60a-dfc91dc85c96.

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

Tuomi, J.& Sarajärvi, A. 2009.Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. 5. painos. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.

Vance, J. & Sprivulis, P. 2005. Triage nurses validly and reliably estimate emergency department patient complexity. *Emergency Medicine Australasia*. Vol 17, 382-386. <http://www.readcube.com/articles/10.1111%2Fj.1742-6723.2005.00761>. Viitattu 16.5. 2015.

Väestötietojärjestelmä. Viitattu 3.3.2015 <http://vrk.fi/default.aspx?docid=8698&site=3&id=0>.

Yhtenäiset kiireettömän hoidon perusteet. 2010. Työryhmän raportti. Helsinki: STM. Viitattu 3.4.2015. http://www.stm.fi/julkaisut/nayta/-/_julkaisu/1396269.

Yhtenäiset päivystyshoidon kriteerit. 2010. Työryhmän raportti. Helsinki: STM. Viitattu 4.3.2015 http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=1082856&name=DLFE-11049.pdf.

LIITTEET

Liite 1 Case-testi

Taru Rajala

31.8.2015

SAATEKIRJE

Opiskelen ylempää ammattikorkeakoulututkintoa Jyväskylän ammattikorkeakoulussa ja teen opintoihin sisältyvää opinnäytetyötä, jonka tarkoituksena on kehittää triage-luokittelua Jämsän ensiavussa.

Oheisessa case-testissä on kuvitteellisia potilastapauksia ja tarkoituksena on arvioida tapausten oikea triage-luokka A-E, käytössä olevan triage-ohjeistuksen mukaan. Case-testi on osa opinnäytetyötäni ja sen tarkoituksena on kartoittaa triage-luokittelun ongelmakohtia. Case-testin tuloksista laaditaan yhteenveto, joka esitellään henkilökunnalle koulutuspäivänä. Tulosten perusteella on tarkoitus luoda yhteisiä toimintaohjeita ja – malleja triage-luokittelun helpottamiseksi.

Kyselyyn osallistuminen on vapaaehtoista, mutta toivon runsasta osanottoa. Vastaaminen tapahtuu nimettömänä, eikä vastaajien taustatietoja kerätä anonymiteetin varmistamiseksi. Kyselyllä ei pyritä selvittämään vastaajien osaamista tai triage-luokittelun oikeellisuutta, vaan kehittämään ohjeistusta toimivammaksi.

Vastaaminen vie muutaman minuutin. Tarkoituksena on saada tulokset vastaamaan mahdollisimman tarkasti oikeaa työtilannetta, joten älä käytä apunasi kirjallista ohjetta triage-luokittelusta. Pyri myös arvioimaan luokka mahdollisimman realistisesti. Lomakkeen voit palauttaa kahvihuoneessa olevaan sinetöityyn laatikkoon. Tarvittaessa annan mielelläni lisätietoja.

Kiitos osallistumisesta!

- 1. CASE:** Ambulanssi tuo ensiapuun 65-vuotiaan naisen, jolla on ollut parina päivänä satunnaisesti hieman huimausta ja pahoinvointia. Nyt vointi on huonontunut. Huimaus on pahentunut niin, ettei hän pysty ole-

maan jalkeilla ja hän on oksentanutkin useasti. Hän ei pystynyt itse ajamaan autoa, joten soitti ambulanssin. Ambulanssissa ei ole havaittu puolieroja ja ensihoitokertomuksessa on merkintä, jossa todetaan korkean neurologisen statuksen olevan OK. Vitaaliarvot 195/ 99 p. 70 SpO2 96 %.

2. **CASE:** Ambulanssi tuo ensiapuun 25-vuotiaan miehen kovan selkään säteilevän rintakivun vuoksi. Mies on tullessaan kivulias, kalpea ja kylmänhikinen, matkalla hän on oksentanut runsaasti. Hänellä on todettu palleatyrä, johon on käytössä haponestolääkitys. Hän on eilen ollut juhlimassa, ja nyt puhaltaa 0,4 promillea. Ambulanssissa otettu sydänfilmi on normaali. Vitaaliarvot RR 205/105 p.85 SpO2 98 %.
-

3. **CASE:** Ensiapuun tulee 30-vuotias nainen, joka valittaa kovaan ääneen pääkipua. Potilaskertomuksesta löydät merkinnän migreenistä ja lukuisista käynneistä ensiavussa hakemassa lääkkeitä, kun tavalliset kohtauslääkkeet eivät ole auttaneet. Potilas ilmoittaa kivun alkaneen äkisti ja yltyneen niin, että nyt se on sietämätöntä, VAS 10/10.
-

4. **CASE:** Ensiapuun ilmoittautuu 50-vuotias mies, tulosityksi hän ilmoittaa hengenahdistuksen. Potilas on hieman kalpea ja puhuu yksittäisiä sanoja. Kipuja ei kuulemma ole. Potilaspapereissa on merkintä :stä, mutta siihen ei ole säännöllistä lääkitystä. Vitaaliarvot RR 170/90 p.110 hengitysfrekvenssi.30, SpO2 83 %.
-

5. **CASE:** Ensiapuun saapuu nuori nainen, joka valittelee silmien kutinaa ja punoitusta. Näkö on normaali, eikä silmissä ole kipua. Oireet ovat alkaneet muutama päivä sitten. Huomenna olisi matkalle lähtö ja hän haluaisi, että silmät tarkistetaan mahdollisen lääkitystarpeen varalta.
-

6. **CASE:** Nuori mies valittelee ilmoittautuessaan viikon jatkunutta poski-ontelovaivaa ja kertoo tarvitsevansa sairauslomaa, koska ei jaksa mennä töihin, kun tänään on noussut kuume.
-

7. **CASE:** Ambulanssi tuo ensiapuun keski-ikäisen miehen. Miehellä on kesken työpäivän alkanut kova vatsakipu, kipu tuntuu vatsalla kauttaaltaan, hän ei ole oksennellut eikä ripuloinut. VAS 10/10. Vitaaliarvot RR 86/70 p. 120 SpO2 98 %, lämpö 37.
-

8. **CASE:** Ensiapuun saapuu hätäantynyt nuori nainen. Hän kertoo olevansa erittäin allerginen ampieisille ja nyt 2 ampiaista oli pistänyt häntä tunti sitten. Hän oli heti tuntenut kurkussa turvotusta ja pistänyt mukanaan olleen EpiPen-injektion. Vointi on nyt hyvä. Iholla ei näy urtikariaa ja nielu tuntuu normaalilta. RR 120/60 p. 90 ja SpO2 98 %
-

9. **CASE:** Ensiapuun saapuu iäkäs rouva, joka on kovin huolissaan. Hän on koko päivän mittailut korkeita verensuonepaineita ja ylimmillään verensuonepaine on ollut jopa 180/100. Verensuonepainelääkitystä on juuri vähennetty ja hän epäilee sen olleen virhe. Hän lisää, että muuten vointi on ollut ihan hyvä.
-

10. CASE: 30-kymppinen mies saapuu ensiapuun ja valittaa kovaa korvakipua. Kertoo ottaneensa jo maksimiannoksen Buranaa ja Panadolia, mutta kipua on edelleen, kuumetta ei ole.

11. CASE: Vaimo tuo miehensä ensiapuun, mies on saanut kesämökin laituria korjatessaan sääreensä haavan. Vuoto on jo tyrehtynyt, mutta he epäilevät haavan vaativan ompelemista.

12. CASE: Ensiavun luukulle saapuu keski-ikäinen mies kävellen kumarassa. Hän kertoo, että selässä on jo pidempään ollut vaivaa ja nyt tuntuu, etteivät ilman reseptiä saatavat kipulääkkeet enää auta. Virtsaamisessa tai ulostamisessa ei ole ongelmaa.

13. CASE: Ambulanssi tuo ensiapuun 70-vuotiaan miehen. Vaimon mielestä mies oli vaikuttanut sekavalta ja hän soitti ambulanssin. Mies on perusterve ja nyt hänellä on ollut kuumetta pari päivää. Ambulanssissa mitatut vitaalit ovat RR 75/40 p. 95 SpO2 93 % ja lämpö 39,9.

14. CASE: Ensiapuun saapuu 40-vuotias mies. Hän kertoo olleensa harventamassa metsää mökillä ja saaneensa raivaussahasta haavan vasempaan käteensä. Haava on sidottu, mutta hän kertoo, että vasen etu- ja keskisormi eivät liiku ollenkaan.

15. CASE: Nuori nainen tulee ensiapuun virtsavaivojen vuoksi. Hän kertoo, että työtilanteensa takia ei pääse päiväsaikaan vastaanotolle, mutta

virtsaaminen kirvelee kovasti ja vessassa pitää käydä jatkuvasti. Kuumetta ei ole ja muutenkin yleisvointi on hyvä. Naisella on perussairautena ykköstyypin diabetes.

16. CASE: Vanhemmat tuovat ensiapuun 25-vuotiaan tyttärensä. He ovat kovasti huolissaan, koska tyttärellä on jo pidempään ollut masennusta. Hän on käynyt mielenterveystoimistossa juttelemassa ja lääkitys on käytössä, mutta siitä ei ole ollut apua. Nyt tytär on sanonut miettivänsä usein itsemurhaa. Vanhemmat ovat sitä mieltä, että apua on nyt saatava.

17. CASE: Ambulanssi tuo palvelukodista 80-vuotiaan naisen. Palvelukodin henkilökunnan mukaan potilaan vointi on huonontunut parin päivän aikana ja nyt tänään hän on ollut sekava. Potilaalla on paljon perussairauksia, mutta ei muistisairautta. Ambulanssissa mitatut vitaalit ovat RR 170/90 p. 120 SpO2 91 %, lämpö 37,0

18. CASE: Ensiapuun saapuu nuori nainen, joka valittelee huonoa oloa, flunssa on vaivannut jo monta päivää ja nyt hän haluaa lääkärintarkastukseen. Kuumetta on ollut ad 37,5 muutamana päivänä.

19. CASE: Ensiapuun tulee 40-vuotias nainen, hän kertoo että muutaman päivän ollut kuumetta ad 39 ja nyt tänään vointi huonontunut entisestään. Kuume ei tahdo laskea kuumelääkkeellä ja nyt tuntuu, ettei jaksakaan olla jalkeilla. Vitaaliarvot RR 130/90 p. 88 SpO2 98 %, lämpö 38,9.

20. CASE: Paaritaksi tuo ensiapuun palvelukodissa asuvan 85-vuotiaan naisen, jolla on pahentunutta hengenahdistusta. Potilaalla on perussairautena sydämen vajaatoiminta ja hän on juuri kotiutunut vuodeosastolta, jossa oli hoidossa hengenahdistuksen vuoksi. Nyt kuulemma vointi ei ole parantunut, vaan hengenahdistus pahenee päivä päivältä. Palvelukodissa on mitailtu happisaturaatioarvoa joka on 90–92 %. Potilas puhuu lyhyitä lauseita, hengitysfrekvenssi on 18.

Liite 2 Kutsukirje

TERVETULOJA!

Kehittämisisiltapäivään 13.11. klo 12-16.

Päivän aiheena on triage-toiminta ja sen haasteet. Ohjelmassa on koulutusta ja ryhmätyöskentelyä. Tarkoituksena on hyvässä hengessä ja rennolla otteella pohtia, miten triage-toimintaa voisi kehittää.

Valmistaudu tilaisuuteen kertaamalla käytössä oleva triage-ohjeistus.