

Helinä Koski, Sara Kukkonen, Eve-Lotte Määttä

Asiakkaan hoidon tarpeen ja kiireellisyyden arviointi puhelimesta

Metropolia Ammattikorkeakoulu

Sairaanhoidajan AMK

Hoitotyön koulutusohjelma

Opinnäytetyö

24.4.2014

Tekijät Otsikko Sivumäärä Aika	Eve-Lotte Määttä, Helinä Koski ja Sara Kukkonen Asiakkaan hoidon tarpeen ja kiireellisyyden arviointi puhelimesta 30 sivua + 3 liitettä 24.4.2014
Tutkinto	Sairaanhoitaja AMK
Koulutusohjelma	Hoitotyön koulutusohjelma
Suuntautumisvaihtoehto	Hoitotyön suuntautumisvaihtoehto
Ohjaajat	FT, TtM, Sh Marja Salmela TtT, yliopettaja Anneli Sarajärvi
<p>Opinnäytetyömme tarkoitus oli selvittää, millaisia menetelmiä hoidon tarpeen ja kiireellisyyden arvioinnissa käytetään terveysaseman sairaanhoitajan vastaanotolla puhelimesta ja millaisia ongelmakohtia siinä mahdollisesti on. Tavoitteenamme on kehittää yhteistyöterveysasemalla tapahtuvaa hoidon tarpeen ja kiireellisyyden arviointia puhelimesta opinnäytetyömme tulosten perusteella.</p> <p>Toteutimme opinnäytetyön kehittämistyönä. Opinnäytetyöhömmme kuului kolme tiedonhaun vaihetta, jotka käsittivät teoreettisen tiedonhaun kirjallisuuskatsauksen menetelmää soveltaen, asiantuntijakonsultaation sekä tarkennetun tiedonhaun vaiheen.</p> <p>Hoidon tarpeen ja kiireellisyyden arviota puhelimesta tehdään usein eri menetelmin ja sen toteuttaminen on haastavaa puuttuvan näköyhteyden vuoksi. Hoidon tarpeen ja kiireellisyyden arviointiin yhteydessä olevia tekijöitä ovat hoitajan ja potilaan ominaisuudet, kulttuurierot ja kielitaito sekä ympäristö. Sairaanhoitajan koulutuksella ja työkokemuksella on suuri merkitys hoidon tarpeen ja kiireellisyyden arvioinnissa. Hoidon tarpeen ja kiireellisyyden arvioinnille on tehty monenlaisia ohjeistuksia, joissa luokittelu perustuu erilaisiin priorisointeihin. Yhtenäinen tavoite ohjeistuksille on potilaan oikeanlainen hoito oikeaan aikaan. Hoidon tarpeen ja kiireellisyyden arviota puhelimesta tekevien sairaanhoitajien koulutukseen on syytä panostaa erilaisin menetelmin.</p> <p>Puhelimitse tehtävän hoidon tarpeen ja kiireellisyyden arvioinnin ohjeistuksiin voidaan soveltaa päivityksissä käytettäviä triage-luokituksia. Suomessa puhelimitse tehtävää hoidon tarpeen ja kiireellisyyden arviointia on tutkittu vähän. Lisätutkimuksista voisi olla hyötyä hoidon tarpeen ja kiireellisyyden arvioinnin kehittämisessä ja laadun parantamisessa. Tietotekniikan hyödyntäminen voi helpottaa sähköisessä muodossa olevien ohjeistusten käyttöä.</p>	
Avainsanat	hoidon tarpeen arviointi, puhelin, terveyskeskus, triage, kiireellisyys

Authors Title Number of Pages Date	Eve-Lotte Määttä, Helinä Koski, Sara Kukkonen The Assessment and Needs for Care and Treatment on the Phone: How Urgent Is the Patient Case? 30 pages + 3 appendices 24 April 2014
Degree	Bachelor of Health Care
Degree Programme	Nursing and Health Care
Specialisation option	Nursing
Instructors	Marja Salmela, PhD, MNSc, RN Anneli Sarajärvi, PhD, Principal Lecturer
<p>The purpose of our study was to find out: (1) what kind of methods are used in assessment of needs for care and urgency at a health care center reception, with a nurse interacting with the client on the telephone and (2) what kind of problematics the process may include and (3) develop the process in practice.</p> <p>Our study was made by using development method. Data for the study was collected in three phases: theoretical information retrieval applying literature review method, specialist consultation and an advanced information retrieval phase.</p> <p>Assessment of client's needs for care and urgency is done by numerous methods and it is challenging due to missing visual contact. The following factors, for example, are connected to the assessment process: personal traits of nurse and patient, cultural differences, language skills and working environment. Nurse education and work experience plays a big role in assessment of need of care and urgency. There are several instructions generated for assessment of needs for care with a different prioritization of classification. A common goal for the instructions is the right treatment at the right time.</p> <p>The results showed the importance of emphasizing the education with various methods, because it has a significant role with nurses practicing assessment. The emergency department triage ratings can be used to apply instructions of need of care assessment on the phone. In Finland, only few researches have been done related to the assessment of need of care and urgency on the phone. Further studies may be useful in development and quality improvement regarding assessment and need of care and treatment on the phone. Use of information technology can facilitate use of digital instructions.</p>	
Keywords	need of care assessment, telephone, health care center, triage, urgent, treatment

Sisällys

1	Johdanto	1
2	Opinnäytetyön tarkoitus ja tavoite	2
3	Kehittämistyö	2
3.1	Tiedonhaku	4
3.1.1	Teoreettinen tieto	5
3.1.2	Asiantuntijakonsultaatio	6
4	Opinnäytetyön tietoperusta	6
4.1	Hoidon tarpeen arviointi puhelimessa	6
4.2	Puhelinneuvonta	7
4.3	Ohjeistusten käyttö hoidon tarpeen ja kiireellisyyden arvioinnissa	8
4.4	Triage hoidon tarpeen ja kiireellisyyden arvioinnin apuna	10
4.4.1	ABCDE-triage	10
4.4.2	ESI-triage	12
4.4.3	Puhelin-triagen turvallisuus ja luotettavuus	13
4.4.4	Päivystyksyksiköissä käytettävän triagen soveltaminen terveyskeskukseen	14
4.5	Perusterveydenhuollon ongelmat heijastuvat päivystykseen	15
4.6	Hoidon tarpeen ja kiireellisyyden arviointi puhelimessa ja siihen yhteydessä olevat tekijät	16
4.6.1	Hoitajan ja potilaan ominaisuudet	16
4.6.2	Luottamus	17
4.6.3	Koulutus	17
4.6.4	Kielitaito ja kulttuurierot	19
4.6.5	Kiire	19
4.6.6	Työympäristö	20
5	Kehittämistyön tulos	20
6	Pohdinta	25
6.1	Johtopäätökset	25
6.2	Eettisyys ja luotettavuus	26
	Lähteet	28

Liitteet

Liite 1. Asiantuntijakonsultaation teemat

Liite 2. Saatekirje

Liite 3. Suostumus tutkimukseen osallistumisesta

1 Johdanto

Valitsimme opinnäytetyömme aiheeksi asiakkaan hoidon tarpeen ja kiireellisyyden arvioinnin, joka tehdään puhelimitse terveysasemalla sairaanhoitajan vastaanotolla. Opinnäytetyö kuuluu Osaamisen ennakointi -hankkeeseen ja teimme sen kehitystyönä yhteistyöterveysasemalle. Valitsimme kyseisen aiheen, sillä aihe on ajankohtainen ja uskomme sen kehittämistä olevan todellista hyötyä hoitotyön laadun parantamisessa.

Kehitystyömme tarkoituksena oli selvittää, millaisia menetelmiä hoidon tarpeen ja kiireellisyyden arvioinnissa puhelimitse käytetään sairaanhoitajan vastaanotolla ja millaisia ongelmakohtia siinä mahdollisesti on. Tavoitteenamme on kehittää yhteistyöterveysasemalla tapahtuvaa hoidon tarpeen ja kiireellisyyden arviointia keräämämme opinnäytetyön tulosten perusteella. Lääkäriliiton tekemässä kyselyssä nousi palautteissa esiin se, miten väärin hoidon tarpeen arvioiden takia potilaat ovat päässeet tarpeettoman myöhään lääkärin vastaanotolle. (Vierula 2012: 1224.) Tavoitteenamme onkin, että asiakas saa mahdollisimman nopeasti oikeanlaista hoitoa eikä väärää hoidon tarpeen arviota tehtäisi. Kuten Lääkäriliiton politiikkatoimialan johtaja Heikki Pärnänen arvioi, virheitä sattuisi vähemmän ja niistä olisi helpompi oppia, jos ohjeistusta päivitetäisiin riittävän usein. (Vierula 2012: 1223.)

Lääkäriliiton tekemästä terveyskeskuskyselystä selvisi, että suurimmassa osassa terveyskeskuksista on ohjeistus hoidon tarpeen arviointia varten, mutta sitä ei päivitetä säännöllisesti. Suomessa ei ole myöskään tarjolla koulutuksia nimenomaan puhelimesta tapahtuvaan hoidon tarpeen arviointiin. (Vierula 2012: 1223–1224.) Siksi uskomme, että puhelimitse tapahtuvaa hoidon tarpeen ja kiireellisyyden arviointia on tarpeen kehittää ja pyrimme omalla opinnäytetyöllämme antamaan terveysasemille kehittämisideoita ohjeistusten tekemiseksi ja päivittämiseksi.

Puhelimesta potilaan hoidon tarpeen arviointi on hankalaa muun muassa siksi, että hoitaja ei voi hyödyntää arviota tehdessään näköhavaintoja ja sanatonta viestintää (Huibers – Keizer – Giesen – Grol – Wensing 2012: 547). Selvitimme opinnäytetyössämme asioita, jotka voivat heikentää tai parantaa puhelimitse tehtävää hoidon tarpeen arviointia. Hoitajan henkilökohtaisten ominaisuuksien lisäksi myös työympäristöllä on suuri merkitys. Muun muassa taustamelu voi heikentää työskentelyn tehokkuutta (Smith 2001).

2 Opinnäytetyön tarkoitus ja tavoite

Kehitystyömme tarkoituksena oli selvittää, millaisia menetelmiä hoidon tarpeen ja kiireellisuuden arvioinnissa käytetään terveysaseman sairaanhoitajan vastaanotolla puhelimesta ja millaisia ongelmakohtia siinä on.

Tavoitteenamme on, että yhteistyöterveysaseman sairaanhoitajat voivat opinnäytetyömme tulosten perusteella kehittää omaa toimintaansa puhelimitse tapahtuvan hoidon tarpeen ja kiireellisuuden arvioinnissa. Tavoitteenamme on myös kehittää sairaanhoitajien hoidon tarpeen ja kiireellisuuden arviointia puhelimesta, yhtenäistää hoitohenkilökunnan toimintaa ja lisätä asiakkaiden tasa-arvoista hoidon tarpeen ja kiireellisuuden arviointia. Opinnäytetyömme tavoitteena on lisäksi vähentää vääriä hoidon tarpeen ja kiireellisuuden arvioita ja näin ollen vääriä jatkohoitotoimia. On tutkittu, että toimimaton puhelinohjaus ja hoidon tarpeen ja kiireellisuuden arviointi lisää helposti päivystyskäyntien määrää ja hidastaa lääkärille pääsyä (Kantonen – Kauppila – Kockberg 2007: 897).

Opinnäytetyössämme haemme vastausta seuraaviin tutkimuskysymyksiin:

1. Miten hoidon tarpeen ja kiireellisuuden arviointia toteutetaan puhelimitse?
2. Mitä haasteita hoidon tarpeen ja kiireellisuuden arvioinnissa puhelimitse on?
3. Miten hoidon tarpeen ja kiireellisuuden arviointia puhelimitse voi kehittää?

3 Kehittämistyö

Kehittämistyö tarkoittaa uusien tai jo olemassa olevien aineiden, tuotteiden, menetelmien tai järjestelmien kehittämistä aiempaa paremmiksi. Tutkiva kehittäminen voidaan lukea toimintatavaksi, jossa tutkimuksella, tutkimustiedolla tai tiedon tavoittelulla kehittämisen lomassa on merkittävä rooli (Heikkilä – Jokinen – Nurmela 2008: 21–23). Ammatilliselta saatu kokemus- ja hiljainen tieto antavat tukea tutkivalle kehittämiselle (Heikkilä – Jokinen – Nurmela 2008: 25–26).

Opinnäytetyön, kuten myös kehittämistutkimuksen tekeminen alkaa alan kirjallisuuteen ja tutkittavaan ilmiöön perehtymisellä. Jokaiseen tieteelliseen opinnäytetyöhön kuuluu kirjallisuuskatsaus. Kirjallisuuteen perehtyminen auttaa ymmärtämään ilmiötä ja siihen liittyviä ongelmia. Samalla osoitetaan perehtyneisyyttä aiheeseen, jonka mittareina ovat

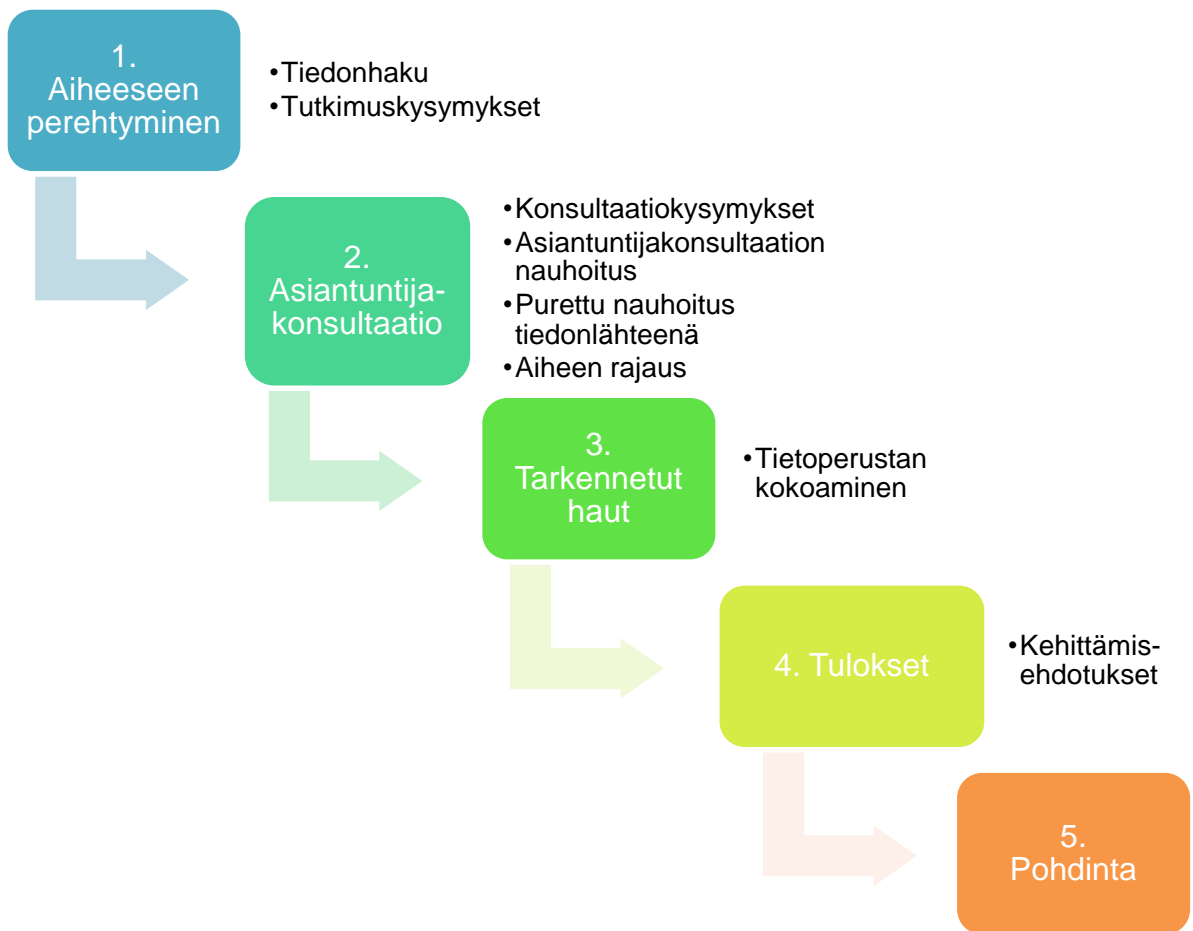
lähdekirjallisuuden laajuus ja osuvuus (Kananen 2012: 47, 88, 91). Kehittämistyö alkaa kehittämistarpeen ideoimisella ja etenee kehittämishankkeen suunnitteluun, toteutukseen, tulosten kokoamiseen, tulosten arviointiin kirjallisuuskatsaukseen peilaten sekä lopuksi hankkeen raportointiin (Heikkilä – Jokinen – Nurmela 2008: 25–26).

Toteutimme opinnäytetyömme kehittämistyönä, sillä haluamme kehittää nykyisiä hoidon tarpeen ja kiireellisyyden arvioinnin ohjeistuksia. Teimme opinnäytetyömme prosessista kuvion havainnollistamaan työmme etenemistä (kuvio 1). Opinnäytetyömme prosessi alkoi aiheeseen perehtymisellä. Haimme teoreettista tietoa, jonka pohjalta muodostimme tutkimuskysymykset sekä alustavan tarkoituksen ja tavoitteet opinnäytetyöllemme.

Käytyämme tutkimuslupahakemusprosessin läpi ja saatuamme luvan asiantuntijakonsultaation tekemiseen, lähetimme tutkimuskysymyksemme yhteistyöterveysaseman hoidon tarpeen ja kiireellisyyden arvioinnin asiantuntijalle. Nauhoitimme asiantuntijakonsultaation sanelukoneelle. Asiantuntijakonsultaatiokeskustelua ohjasivat tutkimuskysymykset, joita käytimme konsultaatiokysymyksinä. Purimme nauhoituksen tekstimuotoon voidaksemme hyödyntää sitä opinnäytetyön tiedonlähteenä.

Asiantuntijakonsultaation myötä pystyimme rajaamaan opinnäytetyömme tarkoituksen ja tavoitteet vastaamaan enemmän yhteistyöorganisaation tarpeita. Rajauksen yhteydessä opinnäytetyö muokkaantui enemmän työelämälähtöiseksi. Teimme tarkennettuja hakuja tukemaan asiantuntijakonsultaatiosta saamaamme tietoa, jonka jälkeen opinnäytetyön tietoperustan kokoaminen oli mahdollista. Kattavan tietoperustan myötä muodostimme opinnäytetyömme tulokset, johtopäätökset sekä kehittämissuositukset yhteistyöterveysasemallemme.

Eettisyys- ja luotettavuuskysymykset ohjasivat toimintaamme koko prosessin ajan. Opinnäytetyön viimeinen kappale sisältää pohdintaosuuden, joka sisältää eettisyyden ja luotettavuuden tarkastelua koko opinnäytetyöprosessin ajalta.



Kuvio 1. Opinnäytetyön rakenne.

3.1 Tiedonhaku

Tiedonhaku oli kolmivaiheinen. Aluksi teimme kirjallisuuskatsauksen menetelmää käyttäen teoreettista tiedonhakua hoidon tarpeen ja kiireellisyyden arvioinnista. Aiheeseen perehtymisen jälkeen toteutimme asiantuntijakonsultaation. Konsultaatiosta saatu tieto auttoi meitä opinnäytetyön tarkoituksen ja tavoitteiden rajaamisessa enemmän kohdeorganisaation tarpeisiin sopivaksi. Aiheen tarkempi rajaus johdatti meidät kolmanteen tiedonhaun vaiheeseen, tarkennettujen hakujen tekemiseen.

3.1.1 Teoreettinen tieto

Tiedonhaun toteutimme käyttämällä luotettavia hakukoneita sekä manuaalista hakua. Rajasimme hakutuloksia mahdollisuuksien mukaan alle viiden vuoden takaiseen tietoon sekä valitsemalla opinnäytetyön aiheeseen liittyviä hakusanoja. Hakuprosessin aikana kokeilimme hakusanoille erilaisia luokituksia, kuten otsikkoa, asiasanaa tai tiivistelmää. Hakusanoilla löytyvää tietoa voitiin rajata relevantiksi myös pois sulkemalla tiettyjä hakusanoja "NOT"-toimintoa käyttämällä (taulukko 1). Hakutulosten osumista poistimme kaksoiskappaleet sekä tekstit, jotka eivät otsikon, tiivistelmän tai tekstisisällön perusteella vastanneet opinnäytetyön aihetta. Lähteiksi valikoitumisen ehtona oli, että tekstit olivat saatavissa. Alla olevassa taulukossa on kuvattuna pelkistetysti hakukoneissa tehty teoreettisen tiedonhaun prosessi, joka sisältää sekä opinnäytetyön aiheeseen perehtymiseen tähtäävät haut että myöhemmin tehdyt, tarkennetut haut rajatummista aihealueista.

Hakukone/ hakusanat	Osumia yhteensä	Otsikon perusteella va- likoitui	Abstractin/ saatavuuden perusteella valikoitui	Lähteiksi valikoitui
Medic terveyskesku* AND puhelin OR triage	59	10	4	4
PubMed telephone tri- age AND health care	35	11	5	5
Cochrane Library phone health center	3	0	0	0
trriage health center'	31	8	2	0
CINAHL (EBSCO) trriage AND tel- ephone AND	17	13	5	4

telenursing NOT oncologic				
---------------------------------	--	--	--	--

Taulukko 1. Tiedonhaun tuloksia hakukoneista.

Teoreettista tietoa haimme myös manuaalisella haulla, johon sisältyvät opukset, kirjat, lehdet sekä muut julkaisut luotettavista lähteistä. Kriittisyys ohjasi manuaalisen haun kautta tehtyä lähteiden valintaa. Teoreettisen tiedonhaun tulokset on kuvattu kappalessa neljä.

3.1.2 Asiantuntijakonsultaatio

Asiantuntijakonsultaatio toteutettiin yhteistyöterveysaseman hoidon tarpeen ja kiireellisuuden asiantuntijan kanssa. Työelämälähtöinen asiantuntijatieto on luotettavaa ja vastaa yhteistyöorganisaation tarpeisiin. Opinnäytetyön tavoitteet ja tarkoitus suunniteltiin siten, että opinnäytetyön tulokset hyödyttäisivät mahdollisimman paljon yhteistyöterveysaseman puhelimessa tapahtuvaa hoidon tarpeen ja kiireellisuuden arviota tekeviä sairaanhoitajia ja terveysaseman potilaita. Asiantuntijakonsultaatiosta saadulla tiedolla on suuri painoarvo opinnäytetyön hyödynnettävyyden takia.

Asiantuntijakonsultaatiosta saatu tieto tuki aiemmin keräämäämme tietoa hoidon tarpeen ja kiireellisuuden arvioinnista. Täsmällisempi tieto ohjasi tekemään tarkennettua tiedonhakua kyseisen terveysaseman haasteiden ja ongelmakohtien pohjalta. Tarkennettua tiedonhakua toteutettiin hakukoneita käyttämällä sekä hyödyntämällä manuaalista hakua.

4 Opinnäytetyön tietoperusta

Opinnäytetyön tietoperustassa yhdistyvät sekä teoreettinen että asiantuntijakonsultaatiosta saatu tieto. Tekstejä erottelevat lähdeviitteet tekstin alkuperän mukaan.

4.1 Hoidon tarpeen arviointi puhelimessa

Hoidon tarpeen arvioinnilla tarkoitetaan varsinkin perusterveydenhuollossa vuorovaikutustapahtumaa, jossa hoitotyön ammattilainen tekee arvion potilaan hoidon tarpeesta ja kiireellisyydestä. Arviointi tapahtuu haastattelemalla ja oirekyselyn perusteella. Samasta asiasta käytetään erikoissairaanhoidossa yleisesti termiä ”triage”. Kiireellisyyden arvio voi olla välitön, päivystyksellinen tai ajanvarauksellinen. (Castrén – Aalto – Rantala – Sapanen – Westergård 2009: 64.)

Ulkomaisia tutkimuksia sekä lääkäreiden että hoitajien antaman puhelinneuvonnan järjestämisestä, vaikuttavuudesta ja asiakastytyvyydestä on paljon. Suomessa puhelinneuvonnasta, hoidon tarpeen arviosta ja tehtäväsiirroista on tehty monia ammattikorkeakoulutasoisia opinnäytetöitä. (Syväoja – Äijälä 2009: 134.) Puhelimessa tapahtuvaa hoitotyötä harjoitetaan kansainvälisesti erilaisissa puitteissa, ja tutkimukset ovat osoittaneet sen tehokkaaksi palveluksi. Vaikka tutkimukset ovat tunnistaneet tärkeitä muuttujia, jotka vaikuttavat puhelinhoitotyöhön käytännössä, puhelinneuvonnan hoitoprosessia kokonaisuudessaan ei ole kuvattu. (Greenberg 2009: 2621.)

4.2 Puhelinneuvonta

Potilaskäynteihin liittyy usein puhelimitse annettavia jatko- ja itsehoito-ohjeita, laboratoriokokeiden vastauksia sekä hoidon kiireellisyyden neuvontaa. Neuvonnan kautta potilas saa arvion terveydentilastaan, palveluntarpeestaan ja ohjauksen tulla tarvittaessa vastaanotolle. Lisäksi hänelle turvataan kontakti terveyskeskukseen. Potilaan tarpeettomien terveyskeskuskäyntien vähentämiseksi tarvitaan tehokasta puhelinneuvontaa. (Pellikka 2012b.)

Puhelinneuvonnasta on tulossa merkittävä reitti hoidontarpeen arviointiin. Tämä käsittää niin kiireettömän kuin kiireellisenkin hoidon tarpeen arvion. Toimivalla puhelinneuvonnalla lisätään terveyspalveluiden saatavuutta ja nopeutetaan asiakaspalvelua. Puhelinneuvonnalla saadaan asiakas ohjattua tarkoituksenmukaiseen hoitopaikkaan oikeaan aikaan tai hänelle annetaan tarvittavat kotihoito-ohjeet. Puhelimitse annettu hoito-ohje on juridisesti ja hoidollisesti yhtä pätevä kuin vastaanotolta saatu ohjeistus. (Castrén – Aalto – Rantala – Sapanen – Westergård 2009: 64–66.)

Yhteistyöterveysasemalla ei ole varsinaista puhelinneuvontalinjaa, mutta potilaan soittaessa sairaanhoitajan vastaanotolle hänen on mahdollista saada kotihoito-ohjeita ja

neuvontaa. Yhteistyöterveysasemalle tulee jonkin verran puheluita potilailta, joita on valtakunnallisesta puhelinneuvonnasta ohjeistettu soittamaan potilaan omalle terveysasemalle. (Asiantuntijakonsultaatio.)

4.3 Ohjeistusten käyttö hoidon tarpeen ja kiireellisuuden arvioinnissa

Terveydenhuoltolain 1326/2010 § 51 mukaan potilaalle pitää mahdollistaa välitön yhteydenotto terveyskeskukseen tai muuhun terveydenhuollon toimintayksikköön arkipäivisin virka-aikana. Potilaan on päästävä hoidon tarpeen arvioon viimeistään kolmen arkipäivän kuluessa siitä, kun potilas on ottanut yhteyttä terveyskeskukseen, mikäli arviota ei ole voitu tehdä heti ensimmäisen yhteydenoton aikana. Tällöin hänelle tulee antaa jatko-ohjeet ja kirjata tämä sekä yhteydenotto potilastietoihin. Hoidon tarpeen arvion edellyttävistä jatkotoimenpiteistä tulee informoida potilasta. Hoidon tarpeen arvio voidaan tehdä joko vastaanottokäynnin yhteydessä tai puhelinpalveluna (Pellikka 2012a).

Sairaanhoitajille on tehty omat ohjeistukset hoidon tarpeen arvioinnista, jotka perustuvat Kansanterveyslain 15 §:ään ja STM:n asetukseen 298/2009. Esimerkiksi hoidon tarpeen arvioinnissa tulisi selvittää yhteydenoton syy, sairauden vaikeusaste, oireet sekä kiireellisyys yhteydenottajan kertomien esitietojen ja lähetteen perusteella. (Pellikka 2012a.)

Pellikan (2012a) mukaan hoidon tarpeen ja kiireellisuuden arviota tehtäessä potilaalta on kysyttävä sekä yleisiä että tarkoin rajattuja kohdennettuja kysymyksiä. Potilaalle esitetään yleisiä kysymyksiä, kuten

- Mikä vaiva on?
- Onko vaiva esiintynyt aiemmin...?
- Koska vaiva on alkanut...?
- Miten olette hoitaneet sairauttanne...?
- Miltä haava näyttää?
- Millainen kipu Teillä on?

Tarkoin rajattuja kysymyksiä Pellikan (2012a) mukaan ovat esimerkiksi seuraavat kysymykset:

- Ulostatteko 5-6 kertaa löysää ulostetta...?
- Tarkoitatteko kädellänne olkavartta, käsivartta, ranteen aluetta vai...?
- Tarkoitatteko, että pullistuma on appelsiinin kokoinen, kanamunan kokoinen, herneen kokoinen...?

Potilaan palvelutapahtuma on kirjattava potilaskertomukseen (Pellikka 2012a). Kirjaaminen on erittäin tärkeää sekä potilaan, että hoitajan oikeusturvan kannalta (Asiantuntijakonsultaatio). Kirjattavia asioita ovat tulosyy, esitiedot, havainnot, tutkimustulokset, nykytila, ongelmat, terveysriski tai taudinmääritys, johtopäätökset, suunnittelu, toteutus ja seuranta, sairauden kulku ja loppulausunto (Pellikka 2012a).

Yhteistyöterveysaseman puhelinvastaanotolla työskentelevän ja hoidon tarpeen ja kiireellisyyden arviota tekevän sairaanhoitajan tueksi on tehty yleisimmistä terveyskeskuspotilaiden sairauksista ja vaivoista kirjalliset ohjeistukset. Kirjallisia ohjeita on laadittu oirekohtaisesti poskiontelontulehduksesta, akuutista vatsataudista, korvakivusta, kurkkukivusta, lapsen kuumeesta, virtsatieinfektiosta ja ylähengitystietulehduksesta. Ohjeissa luetellaan oireet ja tarkentavia kysymyksiä, joiden mukaan hoitaja voi selvittää potilaan tilannetta sekä kirjata potilastietoihin tärkeimpiä tietoja. Ongelmasta riippuen ohjeissa esitellään toimintaohjeet, kuten tarve akuutille sairaanhoitajan vastaanotolle, kotihoito-ohjeita potilaalle ja muuta huomioitavaa. (Asiantuntijakonsultaatio.)

Nämä tietokoneella olevat oirekohtaiset ohjeistukset tiettyihin sairauksiin on koettu yhteistyöterveysasemalla toimiviksi. Terveysaseman puhelinvastaanotolla yksityiskohtaisemmat ohjekirjat toimivat huonosti, koska hoitajan täytyy esittää nopeasti oikeat kysymykset ja ohjata potilas oikeaan paikkaan. Ohjeet eivät anna suoraan vastausta tarvittaviin toimintoihin ja ne toimivat vain tukena sairaanhoitajan työssä. Koska kirjallisia ohjeistuksia on vain yleisimpiin potilaiden ongelmiin, vaaditaan terveysasemalla työskentelevältä sairaanhoitajalta paljon kokemusta ja sen tuomaa intuitiota. (Asiantuntijakonsultaatio.)

Hoitaja tekee arvioinnin seuraamalla ohjeistuksia ja hyödyntämällä omaa osaamistaan ja kokemustaan, minkä jälkeen hän ohjaa asiakkaan oikealle hoidon portaalle (Syväoja – Äijälä 2009: 25–26). Hoitajan on mietittävä, tarvitseeko potilas lääkärin vastaanottoajan, sairaanhoitajan vastaanottoajan vai selviääkö hän kotona puhelimesta annettavien kotihoito-ohjeiden turvin (Asiantuntijakonsultaatio).

Hoitoon ohjauksessa ja hoitopäätöstä tehdessä ei pelkkä suositusten noudattaminen riitä, vaan lisäksi tulee ottaa huomioon potilaan yksilöllinen elämäntilanne, tarve hoidolle ja potilaan näkemys asiasta. Potilas ei ole kuitenkaan oikeutettu saamaan kaikkea haluamaansa hoitoa, mutta hänellä on oikeus saada terveydenhuollon ammattilaisen arvio

hoidon tarpeesta. (Syväoja – Äijälä 2009: 23.) Potilasta on neuvottava yksilöllisesti terveytensä tai sairautensa hoitoon ensimmäisen puhelin- tai muun kontaktin yhteydessä (Pellikka2012a).

4.4 Triage hoidon tarpeen ja kiireellisyyden arvioinnin apuna

Yhteistyöterveysasemalla on haasteena erottaa kiireelliset potilaat vähemmän kiireellisistä potilaista osaamalla esittää heille oikeat kysymykset. Ongelmana on, että virkaajan terveyskeskuspäivystyksessä on potilaita, jotka eivät tarvitse hoitoa samana päivänä, mutta heidät on kuitenkin otettava vastaanotolle kahden viikon sisällä. Tällöin näille potilaille ei löydy 1-3 tai 1-7 vuorokauden akuuttia vastaanottoaikaa ja heidät joudutaan sijoittamaan päivystysjonoon. Suurin haaste on erottaa päivystyspotilaista hoidon tarpeen ja kiireellisyyden arviolla ne potilaat, jotka pitäisi katsoa kahden tunnin sisään. (Asiantuntijakonsultaatio.)

Yleisimmät käytössä olevat kiireellisyysluokittelut ovat viisiportaisia. Potilaat jaetaan luokkiin sen ajan mukaan, jolloin heidän tulisi viimeistään päästä tutkimuksiin ja hoitoon. Luokittelut poikkeavat toisistaan merkittävästi sen mukaan, mitä arvioinnissa huomioidaan ja miten työskentelyssä edetään. (Malmström – Kiura - Malmström – Torkki – Mäkelä 2012: 67.) Vain hätäkeskuksilla on kansallisesti sovitut yhtenäiset tehtäväkäsittely- ja riskinarvio-ohjeet (Lindfors-Niilola – Riihelä – Kaskinen 2013: 11).

Triage-luokittelua voidaan hyödyntää muun muassa oirekohtaisessa hoidon tarpeen ja kiireellisyyden arvioinnin prosessissa. Potilasta haastateltaessa voidaan käyttää ohjeistuksia, jotka etenevät vaihe vaiheelta kiireellisimmistä kysymyksistä vähemmän kiireellisiin. Esimerkiksi ensimmäisessä kohdassa hoitaja kysyy potilaalta oireeseen liittyvistä seikoista, jotka vaativat välitöntä hoitoa. Mikäli niitä ei ole, hoitaja siirtyy seuraavaan kohtaan. (Briggs 2012.)

4.4.1 ABCDE-triage

Triagea käytetään apuna kaikissa päivystyshoitoa tarjoavissa paikoissa, tavalla tai toisella. Hoidon tarpeen arvioinnin apuna käytetään erilaisia kiireellisyysluokitteluja, joista yksi on ABCDE-triage. Päivystyksen kiireellisyysryhmittelyssä A-ryhmä käsittää kriitti-

sesti sairaat tai muista syistä suoraan erikoissairaanhoidon ohjautuvat potilaat. B-ryhmän potilaille tulisi järjestää terveyskeskuslääkärin arvio 10 minuutin sisällä tai puhelinkonsultaation perusteella ohjata heidät suoraan erikoissairaanhoidon. C- ja D-ryhmiin kuuluvista ensin mainitut pyritään saamaan terveyskeskuspäivystäjän hoitoon yhdessä ja jälkimmäiset kahdessa tunnissa. E-ryhmäläiset eivät täytä päivystyspotilaan kriteereitä eivätkä he tarvitse kiireellistä ensiapuluonteista hoitoa. He voivat jäädä päivystykseen odottamaan, että varsinaisten päivystyspotilaat on hoidettu, minkä jälkeen tulee heidän vuoronsa. Lääkəriä konsultoidaan tarvittaessa ryhmittelyä tehtäessä. (Kantonen ym. 2007.)

Triagen avulla päivystys voidaan keskittää kiireellisen avun tarpeessa oleviin. Sen avulla voidaan määrittää, minkälaisia potilaita hoidetaan eri vuorokaudenaikoina: esimerkiksi öisin voidaan keskittyä vain ABC-ryhmän potilaiden hoitoon. (Kantonen 2007.)

Triagesta on tehty ulkomailla paljon tutkimuksia ja tutkimustulokset ovat olleet pääosin triagen kannalla, mutta myös jossain määrin sitä vastaan. Peijaksessa ABCDE-triagen käyttöönotto toi hyviä kokemuksia ja kirjallinen ryhmittelyohje otettiin vakituiseen käyttöön vuonna 2004. ABCDE-triagen ja terveysneuvontapuhelimen käyttöön oton uskotaankin olevan todennäköinen syy siihen, että kahden vuoden aikana päivystyksessä kävijöiden määrä laski jonkin verran (Kantonen ym. 2007).

A - Heti	<ul style="list-style-type: none"> • Kriittisesti sairaat • Suoraan erikoissairaanhoidon
B - 10 min sisällä	<ul style="list-style-type: none"> • Terveyskeskuslääkärin arvio • Puhelinkonsultaation perusteella suoraan erikoissairaanhoidon
C - 1 tunnin sisällä	<ul style="list-style-type: none"> • Terveyskeskuslääkärin vastaanotolle
D - 2 tunnin sisällä	<ul style="list-style-type: none"> • Terveyskeskuslääkärin vastaanotolle
E - Ei päivystyspotilas	<ul style="list-style-type: none"> • Ei ensiapuluonteista hoitoa • Kotihoito-ohjeita

Kuvio 2. Esimerkki ABDCE-triageluokittelusta.

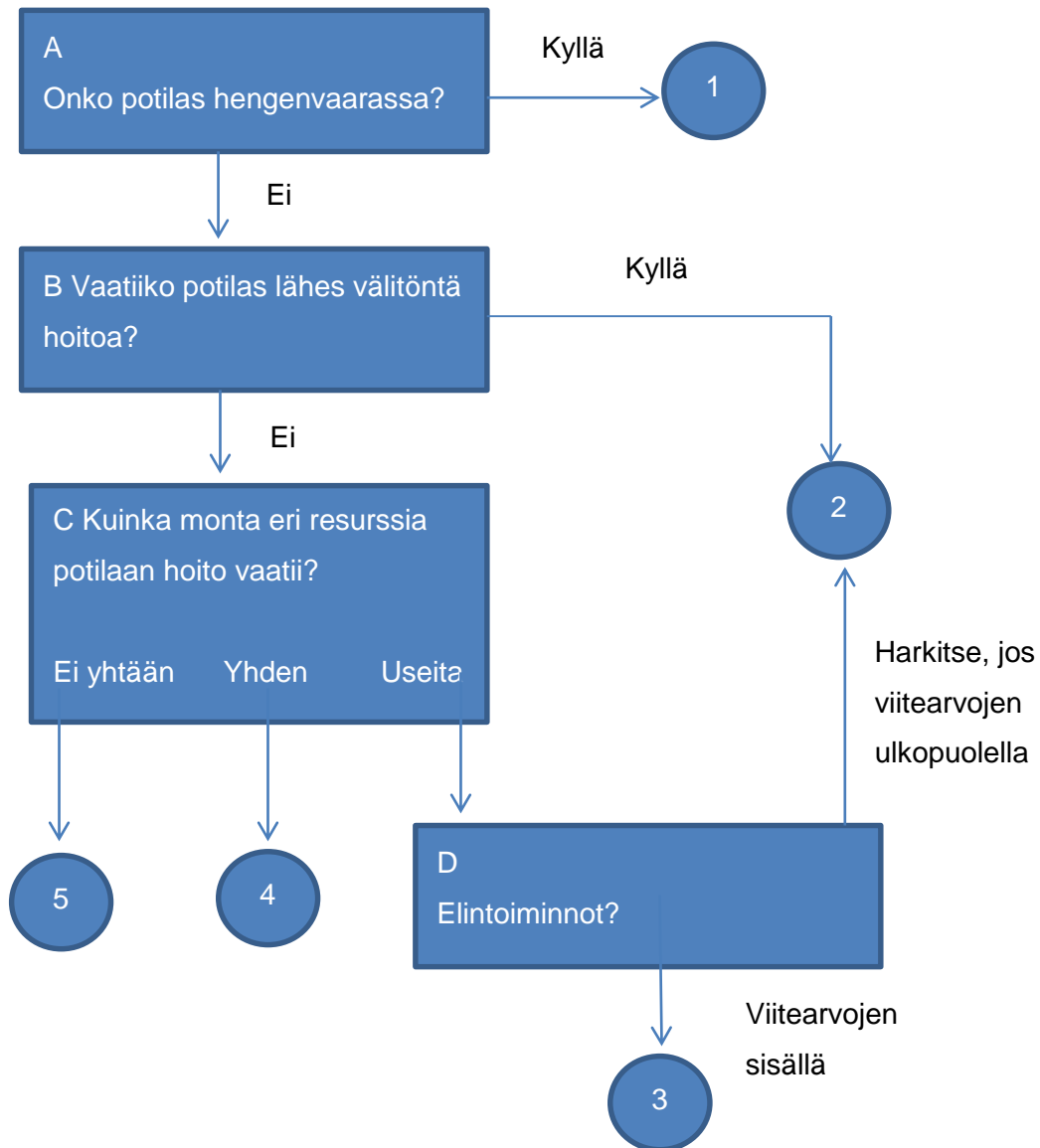
4.4.2 ESI-triage

Viisiportainen ESI-luokittelu (Emergency Severity Index) on yksi hoidon tarpeen ja kiireellisyyden arvioinnin luokittelumenetelmistä. Luokittelu perustuu potilaan kiireellisyyteen eli sairauden vakavuuteen ja resurssien määrän arvioon. (Malmström ym. 2012: 67.) Malmströmin ym. (2012: 67) tekemän selvityksen mukaan vuonna 2012 Suomessa kolme yksikköä käytti ESI-luokitusta ja muutamat päivystysyksiköt olivat siirtymässä luokitukseen. Luokitusta käytetään myös muissa Euroopan maissa sekä Yhdysvalloissa (Malmström ym. 2012: 67).

ESI-triagessa potilaat voidaan asettaa viiteen kiireellisyysluokkaan neljän päätöksenteon vaiheen avulla. Kiireellisyysluokat ovat: välitön, kehkeytyvä (1-14 minuuttia), kiireellinen (15 - 60 minuuttia), melko kiireellinen (1-2 tuntia), ja ei-kiireellinen (2-24 tuntia). (Gilboy – Tanabe – Travers – Rosenau 2012: 7.) Gilboyn ym. (2012) mukaan kiireellisyysluokkiin johtavan päätöksenteon apuna käytetään seuraavia kysymyksiä:

- A. Onko potilas välittömässä hengenvaarassa?
- B. Vaatiiko potilas lähes välitöntä hoitoa vai voiko potilas odottaa?
- C. Mitä resursseja potilas tulee tarvitsemaan?
- D. Mitkä ovat potilaan elintoiminnot?

ESI-triagessa oirekohtaiset arviot käsitellään ensin ja ne perustuvat potilaan vitaalielin toimintojen vakauteen, välitöntä henkeä uhkaavan tai elimellisen vaaran todennäköisyyteen, tai korkean riskin esiintyvyyteen (Gilboy – Tanabe – Travers – Rosenau 2012: 2). Jos potilas ei täytä korkean oirekohtaisen tason kriteerejä (ESI- tasot 1 tai 2), triage-sairaanhoitaja arvioi odotetun resurssitarpeen määrittäen, mille tasolle potilas kuuluu (ESI- tasot 3,4 ja 5). Sairaanhoitajan arviot resurssien tarpeesta perustuvat aikaisempiin kokemuksiin potilaista, joilla esiintyy samanlaisia vammoja tai vaivoja. Hoitaja arvioi tarvittavan hoidon ja tutkimukset potilaalle, mikä määrittää resurssitarpeen. (Gilboy – Tanabe – Travers – Rosenau 2012: 7.)



Kuvio 3. Esi-triagen päätöksentekovaiheet. (Gilboy – Tanabe – Travers – Rosenau 2012: 7. Muokattu.)

4.4.3 Puhelin-triagen turvallisuus ja luotettavuus

Puhelin-triagen turvallisuutta koskevasta kirjallisuuskatsauksesta selvisi, että 13 havaintotutkimuksesta lasketun keskiarvon mukaan puhelin-triagen käyttö oli turvallista 97 %:ssa kaikista potilastapauksista ja 89 %:ssa korkean kiireellisyyden potilaista (Huibers - Smits – Renaud – Giesen – Wensing 2011: 198). Tieteellistä tutkimustietoa erilaisten

triage-menetelmien vertailusta keskenään on vähän, joten tieteellinen näyttö eri kiireellisyysluokitusten luotettavuudesta ja turvallisuudesta nähdään toistaiseksi vajavaisena (Malmström – Kiura – Malmström – Torkki - Mäkelä 2012).

Parantamisen varaa puhelin-triagen käytössä on niiden potilaiden kohdalla, joiden senhetkiset oireet ovat korkea riski terveydelle. Korkean riskin potilaiden esiintyvyys on niin vähäistä suhteessa muihin potilastapauksiin, että niiden tunnistaminen puhelimitse on haaste jokapäiväisessä terveydenhuollossa. (Huibers - Smits – Renaud – Giesen – Wensing 2011: 198.) Hoidon tarpeen ja kiireellisyyden arvion tekemistä puhelimesta hankaloittaa se, ettei potilasta voida nähdä. Tällöin esimerkiksi haavan tai ihottuman arviointi on haasteellista, ja sairaanhoitajan on kutsuttava potilas vastaanotolle. (Asiantuntijakonsultaatio.) Myös Koehne (2012:15) painottaa artikkelissaan, että potilas on aina kutsuttava vastaanotolle nähtäväksi, jos hänen hoidon tarvettaan ei pysty arvioimaan puhelimitse.

Alankomaissa tehdyssä tutkimuksessa kävi ilmi, että hoidon tarpeen kiireellisyysarvioita tehtiin yhtä lailla osuvasti kuin aliarvioidusti huolimatta siitä, kysyikö triage-hoitaja puhelimesta potilaalta kaikki suositellut kysymykset vai niistä vain osan. Hoitajien on tärkeintä saada potilaan hoidon tarpeen arvio tehdyksi. (Huibers – Giesen – Smits – Mokkink – Grol – Wensing 2012: 550.)

4.4.4 Päivystyksyksiköissä käytettävän triagen soveltaminen terveystieteeseen

Terveystieteille yleisesti sopivaa triage-luokittelua hoidon tarpeen ja kiireellisyyden arvioinnille ei ole vielä kehitetty (Asiantuntijakonsultaatio), mutta sen käytön mahdollisuus terveystietokeskuspäivystyksissä nähtiin vuoden 2007 Päivystys-hankkeessa, jossa laadittiin triagen tyyppinen ohjeistus terveystietokeskuspäivystyksen henkilökunnalle (Kantonen). Ohjeistus sisältää toimintaohjeen, tietojärjestelmän merkintäohjeen sekä taulukkomuotoisen ABCDE-ryhmittelyn ohjeen triage-luokitteluun (Kantonen).

Myös yhteistyöterveysasemalla triage-luokittelun tyyppisestä jaottelusta uskotaan olevan hyötyä: Tällä hetkellä päivystyspotilaat hoidetaan tulojärjestyksessä. Virka-ajan terveystietokeskuspäivystyksen potilaiden hoidon kiireellisyyden arvioinnissa triage-luokittelun tyyppinen jaottelu voisi helpottaa saman päivän aikana hoidettavien potilaiden tasa-arvoisen hoitojärjestyksen laatimisessa. (Asiantuntijakonsultaatio.)

Päivystyksissä käytetään hoidon tarpeen ja kiireellisyyden arviointiin erilaisia triagen versioita (Lindfors-Niilola – Riihelä – Kaskinen 2013: 48), jotka eivät kuitenkaan palvele sellaisenaan terveysasemia, koska terveysasemilla on tärkeää erotella potilaista kahden tunnin sisään, 1-3 vuorokauden ja 1-7 vuorokauden sisään hoitoa tarvitsevat (Asiantuntijakonsultaatio).

Vaikka terveyskeskuksilla on omat ohjeistuksensa hoidon tarpeen ja kiireellisyyden arviointiin, Etelä-Suomen alueen sairaanhoitopiireistä vain Kymenlaakson keskussairaala löytyy erillinen ohjeistus puhelimesa tapahtuvaan hoidon kiireellisyyden arviointiin. Hoidon tarpeen ja kiireellisyyden arvioinnin ohjeistuksista eniten toisistaan eroavat oirekohtaiset kiireellisyysluokitukset. (Lindfors-Niilola – Riihelä – Kaskinen 2013: 48.)

Terveysaseman potilaiden kiireellisyyttä voidaan luokitella päivystyksessä käytettävän ABCDE-triagen tyyppisesti siten, että terveysaseman potilaat kuuluvat pääsääntöisesti C-, D- ja E-luokkiin. Triage-luokituksen A- ja B-ryhmän potilaista harva soittaa terveyskeskukseen. Suurin osa näistä ihmisistä osaa hätätilanteessa soittaa hätäkeskukseen tai hakeutua päivystykseen. (Asiantuntijakonsultaatio.)

Yhteistyöterveysasemalla hoidon tarpeen ja kiireellisyyden arviointia tekevät vaihtelevasti kaikki terveysaseman sairaanhoitajat. Terveysasemalla toimii yhteensä neljä tiimiä, joissa kussakin työskentelee viidestä kuuteen sairaanhoitajaa. Työntekijät sopivat yhdessä siitä, kuka vastaa puhelimeen ja ketkä pitävät akuuttivastaanottoa. Jokaisella hoitajalla on oma työhuone, joissa he toteuttavat hoidon tarpeen ja kiireellisyyden arviointia. (Asiantuntijakonsultaatio.)

Yhteistyöterveysasemalla toimii työryhmä, jonka tarkoituksena on kehittää hoidon tarpeen ja kiireellisyyden arviointia. Yhtenä tavoitteena on toteuttaa terveysasemalla toimivaan kiireellisyyden arviointiin paremmin soveltuva triage-luokittelu sekä sen mukainen ohjeistus. (Asiantuntijakonsultaatio.)

4.5 Perusterveydenhuollon ongelmat heijastuvat päivystykseen

Perusterveydenhuollon kehittäminen ei ole edennyt toivotulla tavalla, mikä aiheuttaa ongelmia myös päivystykseen. Kiireettömät potilaat päivystyksessä hidastavat kriittisessä tilassa olevien potilaiden hoitoon pääsyä (Seppänen 2013.)

Kiireettömän hoidon perusteluiden tavoitteena on hoidon tasa-arvoisuus ja terveystalouden mahdollisimman kustannustehokas tuottaminen. Hyvällä arvioinnilla voidaan ehkäistä turhat päivystys- sekä hoitaja- ja lääkäri vastaanottokäynnit. Vaikutukset näkyvät miltei välittömästi, kun vastaanotoille ja päivystykseen ohjautuvat vain todella avun tarpeessa olevat potilaat. (Syväoja – Äijälä 2009: 23, 25–26.)

Päivystyshoidolla tarkoitetaan useimmiten alle vuorokauden kuluessa annettavaa hoitoa (Lindfors-Niilola – Riihelä – Kaskinen 2013: 9). Terveyskeskuspotilaat pääsääntöisesti voidaan hoitaa seuraavana päivänä (Asiantuntijakonsultaatio). Onnistunut terveyskeskuksen potilaan hoidon tarpeen ja kiireellisyyden arviointi on tärkeää virka-ajan ulkopuolella toimivan päivystyksen kannalta, koska päivystykseen hakeutuu potilaita, jotka eivät ole päässeet lääkärille virka-aikaan esimerkiksi päivätyön vuoksi (Seppänen 2013).

Päivystyksessä hoidetaan myös terveyskeskuksen palvelun piiriin kuuluvia kiireettömiä potilaita, jotka eivät tarvitse päivystysluonteista hoitoa. Nämä tilanteet nähdään päivystyksessä vaikeina, sillä kiireettömille potilaille ei ole varsinaista paikkaa, jonne heidät voisi ohjata. (Seppänen 2013.) Myös terveyskeskuksen virka-ajan päivystysjonoon joudutaan laittamaan sellaisia potilaita, jotka eivät tarvitsisi hoitoa saman päivän aikana, koska kiireettömiä lääkäriajoja on vaikeasti saatavilla. (Asiantuntijakonsultaatio.)

4.6 Hoidon tarpeen ja kiireellisyyden arviointi puhelimesta ja siihen yhteydessä olevat tekijät

4.6.1 Hoitajan ja potilaan ominaisuudet

Hoidon tarpeen arviointi edellyttää sairaanhoitajalta tehtävään sopivia ominaisuuksia, kuten rauhallista, napakkaa ja ystävällistä työtettä sekä pitkää kokemusta hoitotyöstä. Potilaan ongelmia tulee käsitellä ammattitaitoisesti ja asianmukaisesti. (Pellikka 2012a.) Onnistuneella vuorovaikutuksella on suuri merkitys siinä, miten osuva hoidon tarpeen arvio tehdään. Hoidon tarpeen arvio on osuvaa, kun arvioitsija tekee oikean ratkaisun eikä yli- tai aliarvioi potilaan hoidon kiireellisyyttä, ja potilas ohjataan tarkoituksenmukaiseen hoitoon. Tieto, jota tarvitaan päätöksentekoon, on valtaosin saatava vuorovaikutteisessa haastattelussa ja kuuntelemalla potilasta. Hoitajan tulee luottaa potilaan kertomaan ja ohjattava tilannetta eteenpäin sen mukaisesti. Luottamus on hyvin oleellinen osa arviointityötä. (Syväoja – Äijälä 2009: 56.) Hoitaja voi lämmöllään, aitoudellaan ja

viehättävyydellään saada potilaan luottamuksen, vaikka potilas ei koskaan näkisi hoitajaa (More attributes of an excellent telephone triage nurse 2012: 6).

Puhelin ei tarjoa näköinformaatiota, jota käytetään täydennyksenä keskustelulle kasvokkaisessa keskustelussa, joten kuuntelutaitojen pitää olla hieman enemmän virittäytyneet soittajan äänensävyyn, taukoihin keskustelussa, siihen mitä sanotaan tai jätetään sanomatta sekä siihen, mitä sanotaan epäsuorasti. Kysymysten muotoilussa kannattaa käyttää huolellista harkintaa. On tärkeää puhua selkeästi ja johdonmukaisesti ja täsmentää asioita säännöllisin väliajoin. (Purc-Stephenson – Trasher 2011:140–141; Sully – Dallas 2010: 129.) Puhelintyötä tekevät sairaanhoitajat pitävät tärkeänä terveydentilan arvioinnissa myös soittajan yleisiä keskustelutaitoja ja hengitysäniä. Puhelimesta kuuluvat taustääänet auttavat heitä määrittelemään asiayhteyden ja soittajan väitteen vakavuuden. (Purc-Stephenson – Trasher 2010: 488.)

4.6.2 Luottamus

Puhelimesta tehtävän hoidon tarpeen ja kiireellisyyden arvioinnin yhtenä suurena haasteena on koettu soittajan luotettavuus tiedonantajana (Purc-Stephenson – Trasher 2010: 489; Vierula 2009: 4015). Päätöksentekoa puhelimesta voi olla vaikeuttamassa puuttuva näkökontakti. Potilas voi antaa oireistaan vääränlaista informaatiota esimerkiksi liioittelun tai vähättelyn muodossa joko tarkoituksella tai tahattomasti. (Asiantuntijakonsultaatio; Castrén – Aalto – Rantala – Sopanen – Westergård 2009: 65; Purc-Stephenson – Trasher 2010: 489; Vierula 2009: 4015.)

Paljon terveystalvueluita käyttävät ihmiset tietävät, millä keinoin hoitoon pääsee mahdollisimman nopeasti. Nämä ihmiset osaavat esittää asiansa tarvittaessa virheellisesti tai muulla tavoin siten, että he saavat vastaanottoajan nopeammin. Joskus he tulevat suoraan päivystysvastaanotolle. Vastaanotolla potilaat voivat esittää asian eri tavalla kuin puhelimesta. Potilaan vaiva on kuitenkin tulkittava niin, kuin hän sen esittää. Ei ole olemassa tarkentavaa kysymystä selvittämään puhuuko potilas totta vai ei. Tapahtumia, jossa potilas esittää asiansa virheellisesti, on paljon. (Asiantuntijakonsultaatio.)

4.6.3 Koulutus

Koulutukselle hoidon tarpeen ja kiireellisyyden arvioinnista on selkeä tarve (Asiantuntijakonsultaatio). Suomessa ei ole tarjolla koulutuksia nimenomaan puhelimesta tapahtuvaan hoidon tarpeen arviointiin (Vierula 2012: 1223–1224). Ongelmaksi voi muodostua, että kaikilla hoitajilla ei ole sama koulutus- ja tietopohja ja heidän kommunikointi- ja arviointitaitonsa eivät ole samalla viivalla. Koko hoidon tarpeen arviointi perustuu puhelinkeskustelun pohjalta tehtäviin johtopäätöksiin ja huomiotta jääneet yksityiskohdat potilaan voinnissa voivat olla haitallisia potilaalle. (Briggs 2012: 1.)

Hoidon tarpeen arvioinnin edellytyksenä on, että terveydenhuollon ammattihenkilöllä on työkokemusta asianmukaisen koulutuksen lisänä, yhteys hoitoa antavaan toimintayksikköön ja käytettävissään potilasasiakirjat. (Valtioneuvoston asetus hoitoon pääsyn toteuttamisesta ja alueellisesta yhteistyöstä 1019/2004 § 2.) Lainsäädäntö ei kuitenkaan tarkemmin määritä, miten pitkä työkokemus terveydenhuollon ammattihenkilöllä on oltava voidakseen tehdä hoidon tarpeen arviointia. Asetuksen mukaan työkokemuksen tulee olla riittävä. (Syväoja – Äijälä 2009: 30.)

Myös yhteistyöterveysasemalla hoitohenkilökunnan vähäinen kokemus on koettu haasteena. Siellä työskentelee uusia, nuoria sekä vastavalmistuneita hoitajia, joilla ei ole vielä pitkää työkokemusta, varsinkaan terveysasematyöskentelystä (Asiantuntijakonsultaatio). Sairaanhoidajakoulutus ei anna riittävästi valmiuksia hoidon tarpeen ja kiireellisyyden arviointiin (Yhtenäiset päivystyshoidon perusteet 2010: 33). Terveysasemalla työskentely vaatii itsenäisempää työtettä kuin sairaalassa. Teoriatiedon yhdistäminen käytäntöön ilman aikaisempaa kokemusta kyseisestä asiasta on haasteellista. Terveysasemalla potilaita on kaikista ikäryhmistä, lapsista iäkkäisiin, jonka vuoksi hoitajien tulee hallita paljon tietoa eri sairauksista sekä eri ikäryhmien hoitotyöstä. (Asiantuntijakonsultaatio.)

Uusia työntekijöitä pyritään tukemaan kaksi viikkoa kestäväällä perehdytyksellä. Perehdytyksen lisäksi terveysasemalla toimii kokeneempi tutor-hoitaja, jolle voi tarvittaessa soittaa ja kysyä neuvoa. Täten mahdollistetaan työrauha muille vastaanottotyötä tekeville hoitajille ja havaitaan paremmin uuden työntekijän kehittymistarpeita. (Asiantuntijakonsultaatio.)

Sairaanhoidajien työpaikkakoulutusta kehittäneeseen RAMPE-hankkeeseen osallistuneet sairaanhoidajat pitivät hyvinä koulutusmenetelminä mm. työssä oppimista, tiimikoulutuksia ja simulaatioita (Ruoranen ym. 2012: 46). Montalton – Dayn (2009: 7) mukaan

simulaatiopotilaiden puhelinsoitot saattavat olla hyödyllisempiä puhelimitse tehtävän hoidon tarpeen ja kiireellisyyden arvioinnin laadun kehittämistarkoituksessa kuin tavanomaiset menetelmät, joissa tarkistetaan satunnaisia puheluiden nauhoituksia oikeiden potilaiden palvelurekisteristä.

4.6.4 Kielitaito ja kulttuurierot

Yksi haaste hoidon tarpeen ja kiireellisyyden arvioinnissa on kielitaito. Potilaista valtaosan kanssa pärjätään englannin kielellä. Haaste syntyy, kun potilas ei puhu mitään yleisesti tunnettua kieltä. Etenkin puhelimesta tehtävässä hoidon tarpeen ja kiireellisyyden arvioinnissa yhteisen kielen puuttuminen on haastavaa, koska muut aistitoiminnot, kuten potilaan näkeminen, eivät ole mahdollisia. (Asiantuntijakonsultaatio.)

Etelä-Afrikassa ja muissa monikulttuurisissa yhteisöissä on koettu hankalaksi myös se, jos hoitaja ja potilas ovat eri kulttuureista (Kumar – Snooks 2011: 125). Maahanmuuttajan kanssa kommunikoiminen kielivaikeuksien ja kulttuurierojen vuoksi on haastavaa (Purc-Stephenson – Trasher 2010: 489). Hoitajan tulee kunnioittaa potilaan kulttuurisia perinteitä koko ajan, vaikka se lisäisikin ongelmia kommunikaatiossa ja vaikka heillä olisivat erilaiset normit esimerkiksi sukupuoleen liittyvistä asioista yhteisössä. Eettiseksi ongelmaksi voi nousta myös se, jos hoitajan intuitio, kokemus ja tieto saavat hänet tuntemaan, että ohjeistuksen noudattamisen sijaan jokin muu toimintatapa olisi paljon tarkoituksenmukaisempaa. (Kumar – Snooks 2011: 125.)

4.6.5 Kiire

Kuten hoitotyössä yleensä, myös hoidon tarpeen arvioinnissa kiireellä on vaikutusta päätöksentekokykyyn. Kiireessä potilaan haastattelu voi olla pinnallista ja vajaata, ja hoitajan stressi voi vaikuttaa vahingollisesti arviointikykyyn. Hoitaja voi olla liian malttamaton päättäessään hoidon kiireellisyydestä ja tasosta. Hoitaja saattaa myös rutinoitua työhönsä kiireen ja väsymyksen takia. Hyvä rutiini auttaa hoitajaa selvittämään potilaan oireita tehokkaasti, mutta rutiini voi aiheuttaa harmia silloin, kun hoitaja ei huomioi potilaan yksilöllisiä oireita eikä jaksaa selvittää kokonaisvaltaista tilannetta. (Syväoja - Äijälä 2009: 62–63.)

Yhteistyöterveysasemalla koetaan kiire yhdeksi haasteeksi hoidon tarpeen ja kiireellisuuden arvioinnissa puhelimitse (Asiantuntijakonsultaatio). Käsite kiire on suhteellinen. Jokainen kokee kiireen eri tavalla. Potilaiden kiire on usein erilaista kuin hoitohenkilökunnan. (Asiantuntijakonsultaatio; Saarelma 2003: 101.) Valtaosa terveyskeskuspotilaista voidaan pyytää tulemaan vastaanotolle vasta seuraavana päivänä. Potilaita ja puheluita tulee paljon, etenkin aamun ajanvarauksen ja päivällä olevan tiimipuhelinajan aikaan, mikä luo henkilökunnalle kiireen tunnun. (Asiantuntijakonsultaatio.) Hoidon tarpeen arvio täytyy tehdä nopeasti, jotta potilasjonot saadaan liikkumaan tiettyyn aikaan mennessä. Tämä luo henkilökunnalle paineita. (Asiantuntijakonsultaatio; Saarelma 2003: 100.)

Hoitajan olisi tärkeää tiedostaa kiireen vaikutus omaan toimintaansa. Kiire saattaa tehdä hoitajan väsyneeksi ja ärtyneeksi, mikä saattaa epähuomiossa kuulua äänestä tai käytetyistä sanoista. Olisi tärkeää kehittää puhelimenkäyttötaitoja; kohteliaita ja tehokkaita tapoja toimia sekä luoda tarkoituksenmukainen ammatillinen suhde soittajaan. (Sully - Dallas 2010: 128–129.)

4.6.6 Työympäristö

Hoidon tarpeen ja kiireellisuuden arviointia puhelimesta voidaan parantaa mahdollistamalla hiljainen työympäristö. Työskentely taustameluisassa avoimessa tilassa aiheuttaa negatiivisia terveysvaikutuksia, heikentää työmotivaatiota ja keskittymistä työhön. (Smith 2001.)

Aikaisemmin yhteistyöterveysasemalla puhelimesta työskentelyn haasteena olivat kolmen hengen solutoimistot, joissa puhelintyöskentelyä häiritsi taustamelu. Tilanne on korjattu siten, että hoitajat työskentelevät omissa huoneissaan. Nykyään haasteena on, että hoidon tarpeen ja kiireellisuuden arviointia tehdään yksin. Yhteiset työtilat mahdollistivat toisen työntekijän tuen. (Asiantuntijakonsultaatio.)

5 Kehittämistyön tulos

Hoidon tarpeen ja kiireellisuuden arviointia puhelimesta toteutetaan hyödyntämällä erilaisia ohjeistuksia sairaanhoitajan omien kokemusten ja osaamisen tukena (Syväoja –

Äijälä 2009: 25–26). Lait ja asetukset ovat perusteena hoidon tarpeen ja kiireellisyyden arvioinnin toimintamalleille (Pellikka 2012a).

Potilaan yksilöllinen elämäntilanne, oireet sekä näkemys tilanteesta tulee ottaa huomioon tehdessä arviota potilaan tarvitsemasta hoidosta (Syväoja – Äijälä 2009: 23). Oleellista on osata ratkaista, tarvitseeko potilas lääkärin tai sairaanhoitajan vastaanottoajan vai pärjääkö hän kotihoito-ohjeilla. On tärkeää kirjata hoidon tarpeen ja kiireellisyyden arvioinnin yhteydessä kaikki tarvittavat tiedot potilasasiakirjoihin. (Asiantuntijakonsultaatio; Pellikka 2012a).

Työkokemus ja sen tuoma intuitio ovat avainasemassa sairaanhoitajan tehdessä hoidon tarpeen ja kiireellisyyden arviointia puhelimesta (Asiantuntijakonsultaatio; Syväoja – Äijälä 2009: 25–26), sillä päätökset tulee tehdä nopeasti, ja käytössä olevat ohjeistukset ovat vain suuntaa-antavia. Ohjeistusten täytyy olla paikkakohtaisia, mutta ei liian laajoja ja yksityiskohtaisia. Yhteistyöterveysaseman tietokoneella olevat oirekohtaiset ohjeistukset koettiin toimiviksi, mutta ne eivät sisällä virka-ajan päivystyspotilaiden jaottelua eri kiireellisyysryhmiin. (Asiantuntijakonsultaatio.)

Kiireellisyysryhmiin jaottelun lisäksi yhteistyöterveysasemalla puhelimitse tehtävän hoidon tarpeen ja kiireellisyyden arvioinnin haasteina koetaan hoitajien vähäinen työkokemus, näkökontaktin puute, kielitaito sekä toisinaan vastaanottoaikojen riittämättömyys (Asiantuntijakonsultaatio). Suomessa hoidon tarpeen ja kiireellisyyden arviointia puhelimesta on tutkittu vähän (Syväoja – Äijälä 2009: 134) ja erillisiä ohjeistuksia erityisesti puhelimeen ei juurikaan ole (Lindfors-Niilola – Riihelä – Kaskinen 2013: 48).

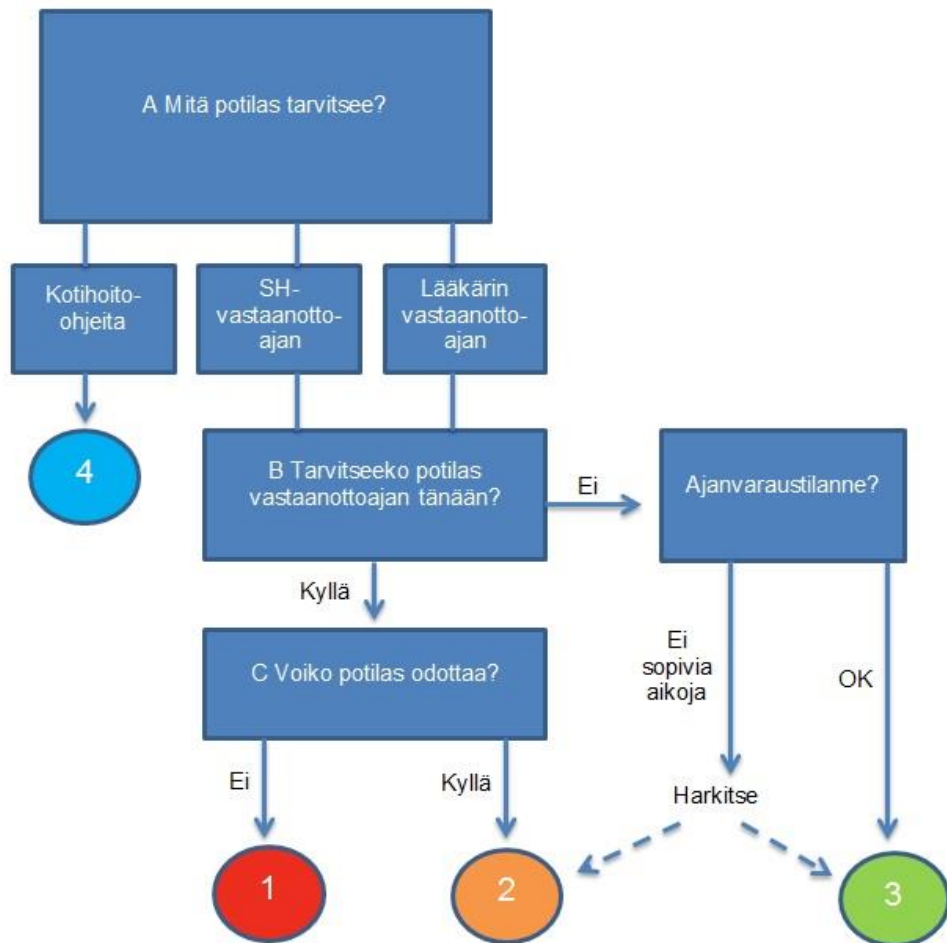
Päivestyksissä käytetään hoidon tarpeen ja kiireellisyyden arviointiin erilaisia triagen versioita ja terveyskeskuksilla on omat ohjeistuksensa hoidon tarpeen ja kiireellisyyden arviointiin. Hoidon tarpeen ja kiireellisyyden arvioinnin ohjeistuksista eniten toisistaan eroavat oirekohtaiset kiireellisyysluokitukset. (Lindfors-Niilola – Riihelä – Kaskinen 2013: 48.)

Päivestyksissä yleisesti käytössä olevat triage-kiireellisyysluokittelut eivät vastaa sellaisenaan terveysaseman tarpeisiin (Asiantuntijakonsultaatio), vaikka puhelin-triage on todettu turvalliseksi ja luotettavaksi useissa tutkimuksissa (Huibers - Smits – Renaud – Giesen – Wensing 2011: 198). Terveysasemalle erikseen räätälöity triage-luokittelu voi helpottaa saman päivän aikana hoidettavien potilaiden tasa-arvoiseen hoitojärjestykseen jaottelua (Asiantuntijakonsultaatio).

Terveysaseman potilaiden kiireellisyyttä voidaan luokitella päivystyksessä käytettävän ABCDE-triagen tyyppisesti siten, että terveysaseman potilaat kuuluvat pääsääntöisesti C-, D- ja E-luokkiin. Päivystyksessä käytettävä triage-malli ei kuitenkaan palvele terveysasemaa, koska terveysasemalla on tärkeää erotella potilaat, jotka tarvitsevat hoitoa kahden tunnin sisään, 1-3 vuorokauden ja 1-7 vuorokauden sisään. Tällä hetkellä hoitopääsyn järjestystä samassa kiireellisyysluokassa määrittää tulojärjestys. (Asiantuntijakonsultaatio.)

Kuviossa 4 on esitetty yhteistyöterveysaseman tarpeisiin Asiantuntijakonsultaation sekä Gilboyn – Tanaben – Traversin – Rosenaun (2012: 7) mukaan sovellettu ESI-triage -kaavio, jossa potilaat on jaettu kiireellisyysluokkiin 1.-4.:

1. Tulee hoitaa saman päivän aikana mahdollisimman pian
2. Tulee hoitaa saman päivänä aikana, mutta jotka voi odottaa
3. Tarvitsee kiireettömän vastaanottoajan
4. Tarvitsee vain kotihoito-ohjeita ja neuvontaa



Kuvio 4. Sovellus ESI-triagesta terveyskeskuksen sairaanhoitajan puhelinvastaanotolle.

Kuviossa 5 on kuvattu Kantosen terveyskeskuspäivystyksiin tehdystä ABCDE-triagemal-
listä muokattu versio, jota on täydennetty Borshagovskin ym. (2013) puhelimitse tehtä-
vän hoidon tarpeen ja kiireellisyyden arvioinnin ohjeistuksen sisällöllä, siltä osin kuin ne
erosivat toisistaan.

<p>A-RYHMÄ</p> <p>Suoraan erikoissairaanhoidon siirtyvät Ei hoideta terveyskeskuksessa → ohjaa erikoissairaanhoidon / 112</p>	<p>Sydänperäiset ongelmat: Selkeästi iskeeminen rintakipu tai perusteltu epäily sille. Muu kova ja intensiivinen äkillinen rintakipu. Alle 2 vuorokautta kestänyt eteisvärinä.</p>	<p>Selkeästi shokkioireiset. Oireinen bradykardia esim. kollapsiin liittyneenä.</p> <p>Hengitysvaikeus: Selkeä hengitysvaikeus, ei jaksa puhua lauseita.</p>	<p>Neurologia, psyk. ym.: Kallovamman ja siitä johtunut tajuttomuus. Tajuttomat. Selkeät akuutit aivoperäiset oireet (halvaus ja aivoinfarkti / aivoverenvuotoepäilyt). Epileptiset sarkohtaukset. Status epilepticus</p>	<p>Traumat ja muut vakavat vammat: Rintakehän tai vatsaontelon läpäisevä vamma. Suuret ja henkeä uhkaavat verenvuodot.</p>
<p>B-RYHMÄ</p> <p>Ei hoideta terveyskeskuksessa kuin äärimmäisissä poikkeus-tapauksissa → ohjaa erikoissairaanhoidon / 112</p>	<p>Sydänperäiset ongelmat: Takykardiset oireilevat potilaat</p> <p>Neurologia, psyk. ym.: Delirium. Raajojen äkillinen heikkous ja/tai puutuminen.</p>	<p>Erittäin kiireellinen, välitön M1 –arvio (sekava, levoton, poliisi/kriisikeskus saattamassa).</p> <p>Traumat ja muut vakavat vammat: Runsas verioksentelu. Cauda equina -oireyhtymä.</p>	<p>Traumaan liittyvä verivirtsaisuus. Epäily janteen tai verisuonen poikkileikkaantumista. Vakava palovamma. Monivammapotilaat. Leikkausten jälkeiset ko. vaurioon liittyvät komplikaatiot</p>	<p>kotitumista seuraavien viikkojen aikana. Lonkkamurtma-epäilyt ja avomurtumapotilaat. Tuore keltaisuus. Selvä ja kivulias akuutti vatsa.</p>
<p>C-RYHMÄ</p> <p>Pyritään saamaan lääkäriin arvioon tunnissa</p>	<p>Sydänperäiset ongelmat: Ohimenevä rasisrintakipu potilailla, jolla sepelvaltimo-diagnosi. Neurologia, psyk. ym.: Äkillinen päänsärky ja äkillinen niskasärky. Psykoottiset, M1-arviot ja suuicidaaliset.</p>	<p>Hengitysvaikeus: Hengenahdistus, astman pahenemiset. Traumat ja muut vammat: Selvästi kivuliaat potilaat. Lievät vammat, traumat, vuotavat haavat, kivuliaat murtumat. Myrkytys epäilyt. Virtsauampi. Lievät akuutit vatsat.</p>	<p>Akuutit horeaktiot ja turvotukset. Nopeasti ilmaantunut yleistilan lasku. Särkevä silmä. Nenäverenvuoto ja muut näkyvät lievät vuodot. Hematuria ilman traumaa. Oikeuslääketieteelliset tarkastukset ja konsultaatiot pahoinpitelyiden,</p>	<p>raiskausten, humalatilatutkimusten, vainajien ulkotarkastuksen ja poliisin virka-apu pyyntöjen yhteydessä. Infektiohälytys. Gynekologiset kivuliaat potilaat.</p>
<p>D-RYHMÄ</p> <p>Pyritään saamaan lääkäriin arvioon 2 tunnissa</p>	<p>Murtumaepäilyt. Säteilöoireinen selkä- ja niskakipu. Korkeat ja epäselvät kuumeet. Näkyvät tulehdukset.</p>	<p>Tapahtuneen kouristuksen selvittäminen. Silmävaurio ilman kipua. Raajatrombepäilyt. Nivel- tulehdukset.</p>	<p>Pienet palovammat. Selkeästi vieroitusoireiset. Korvakipu, joilla riittävä särkylääkitys ei auta.</p>	<p>Pitkäkestoinen päänsärky, jossa yleistila hyvä</p>
<p>E-RYHMÄ</p> <p>eivät tarvitse välitöntä ja kiireellistä sairauden hoitoa, ohjataan pääsääntöisesti kotihoitoon tai varataan kiireetön aika omalle terveysasemalle</p>	<p>Flunssa, nuha, yskä, poskiontelotulehdus- epäilyt ja kurkkukipu (kurkkupaiseen mahdollisuus tarkistettava). Vanhusten kotikuntoutuksen ja asuinpaikan selvittäminen. Sairauslomatodistukset, jollei sairaus vaadi lääkärin hoitoa. Sairauslomien jatkot ja työkyvyn arviot. Kaikki lausunnot. Ei saa aikaa omalle terveysasemalle asiassa,</p>	<p>joka ei vaadi ensiapuluonteista arviota. Terveystieteen ottamien/ otattamien laboratorio- ja röntgen- vastausten tulkinta ilman päivystyksellisyttä. Reseptien uusinnat. Pitkäaikaiset, pysyvät ja krooniset oireet ja sairaudet, joissa EI OLE tapahtunut äkillistä käännettä huonompaan.</p>	<p>Psykiatrista konsultaatiota haluavat ilman psykoosioireita ja ilman syvää masennusta ja ilman äkillistä mielenterveyden järkkymistä. Näppylöiden, luomien ja "pattien" näytöt. Vanhojen traumojen näytöt vailla selvää ensiapuluonteista toiminnanvaja- vuutta. Tuki- ja liikuntaelämistön särty</p>	<p>ja kolotukset ilman traumaa hyväkuntoisilla (esim. niskahartiajo motukset, selkä- ja kytkivut pääsääntöisesti). Väsyneisyys. Paha olla. Hyväkuntoinen ripulipotilas. Pitkäaikainen hui- maus ja päänsärky. Ihottumat pääosin.</p>

Kuvio 5. Esimerkki triage-luokittelusta. Sovellettu puhelimeen sopivaksi. (Borshagovski ym. 2013; Kantonen.)

Koulutukselle hoidon tarpeen ja kiireellisyyden arvioinnissa on selkeä tarve (Asiantuntijakonsultaatio). Suomessa ei ole tarjolla koulutuksia nimenomaan puhelimesta tapahtuvaan hoidon tarpeen arviointiin (Vierula 2012: 1223–1224). Ongelmaksi voi muodostua, että kaikilla hoitajilla ei ole sama koulutus- ja tietopohja ja heidän kommunikointi- ja arviointitaitonsa eivät ole samalla viivalla. (Briggs 2012: 1.) Hyödyllisiksi koulutusmenetelmiksi puhelimitse tehtävän hoidon tarpeen ja kiireellisyyden arvioinnin laadun kehittämistarkoituksessa on koettu simulaatiot (Montalto – Dayn 2009: 7; Ruoranen ym. 2012: 46) sekä työssä oppiminen ja tiimikoulutukset (Ruoranen ym. 2012: 46).

6 Pohdinta

6.1 Johtopäätökset

Yhteistyöterveysasemalla tehtävän asiakkaan hoidon tarpeen ja kiireellisyyden arviointia puhelimitse voidaan kehittää panostamalla lisäkoulutukseen ja hyödyntämällä erilaisia koulutusmenetelmiä kuten simulaatiopotilaiden puhelinoitoja. Koulutuksia voisi järjestää koulutusiltapäivien muodossa ja käyttää koulutusmateriaalina aikaisempien päivien potilasesimerkkitapauksia.

Laajat yksityiskohtaiset ohjeistukset eivät toimi nopean hoidon tarpeen arvioinnin yhteydessä, mutta niitä voi hyödyntää koulutus- ja perehdytystilanteissa, joissa sairaanhoitajalla ei ole pitkää työkokemusta. Laajojen ohjeistusten ollessa sähköisessä muodossa, voidaan tietokoneen etsi-toiminnolla löytää hakusanojen avulla nopeammin oire, vaiva tai sairaus, josta halutaan lisätietoa.

Lisätutkimuksista voisi olla hyötyä hoidon tarpeen ja kiireellisyyden arvioinnin kehittämässä ja laadun parantamisessa, sillä tutkimuksia puhelimitse tehtävän hoidon tarpeen ja kiireellisyyden arvioinnista suomalaisella terveysasemalla ei ole tehty.

Terveyskeskuspäivystykseen sopiva triagen tyyppinen kiireellisyysluokittelu ja ohjeistus voisi olla hyödyksi yhteistyöterveysaseman lisäksi muillakin terveysasemilla, joissa tehdään hoidon tarpeen ja kiireellisyyden arviota puhelimitse.

6.2 Eettisyys ja luotettavuus

Heikkilän – Jokisen – Nurmelan (2008: 44) mukaan kehittämistoiminnassa on tärkeää olla kriittinen lähteiden luotettavuudelle ja eettisyydelle, joten käytimme opinnäytetyötä tehdessämme mahdollisimman luotettavia lähteitä hakemalla tietoa tieteellisen tutkimustiedon hakukoneista. Erilaiset näkökulmat vahvistavat tutkimuksen reliabiliteettia (Kankunen – Vehviläinen-Julkunen 2013: 75–78), joten uskomme kehitystyön tekemisen yhdessä kolmen opiskelijan voimin lisänneen työmme luotettavuutta.

Opinnäytetyömme aineistoksi etsimme tieteellisesti tutkittua, näyttöön perustuvaa, tietoa kirjallisuuskatsauksen menetelmää soveltaen. Lisäksi toteutimme asiantuntijakonsultaation, joka tapahtui yhteistyöterveysasemalla haastatteleamalla yhteyshenkilönämme toimivaa hoidon tarpeen ja kiireellisyyden arvioinnin asiantuntijaa. Työmme luotettavuutta lisätäksemme nauhoitimme asiantuntijakonsultaation koulusta lainaamallemme nauhurille koulumme ohjeistusten mukaisesti. Kirjoitimme nauhoituksen tekstimuotoon ja hävitimme äänitteen. Arvioimme asiantuntijalta saamamme tiedon painoarvon, luotettavuuden ja käytettävyyden huolellisesti ja kriittisesti.

Ennen kontaktia yhteistyöterveysasemalle haimme tutkimuslupaa kaupungilta, jossa kohdeorganisaatiomme sijaitsee. Työmme kohdeorganisaatio on osa julkista terveydenhoitoa ja työmme vaikuttanee siten laajasti yhteiskunnalliselta tasolta terveyskeskuksen potilaisiin ja asiakkaisiin saakka. Ojansalon – Moilasen – Ritalahden (2009: 48–50) neuvon mukaisesti varmistimmekin, että toimimme koko opinnäytetyöprosessin ajan rehellisesti, tarkasti ja huolellisesti: Olimme tietoisia siitä, miten omat arvot ja asenteet saattavat vaikuttaa tosiasioiden tulkintaan, asioiden yleistämiseen ja vähättelyyn sekä kriittisyyteen lähdemateriaaleja valittaessa. Emme toimineet vastoin kohdeorganisaation eettisiä ohjeita ja käytäntöjä.

Ojansalo – Moilanen – Ritalahti (2009: 48–50) muistuttavat siitä, miten kehittämistyön tulisi vastata suoraan kohdeorganisaation tarpeisiin. Kohdeorganisaation tarpeiden huomioiminen näkyi opinnäytetyöprosessissamme alkuperäisten suunnitelmien muutoksina: Muokkasimme työtämme jatkuvasti kohdeorganisaation tarpeiden mukaisesti. Koko opinnäytetyöprosessin aikana pidimme mielessämme työelämälähtöisen otteen. Sairaanhoitajan eettisten ohjeiden (1996) mukaisesti pyrimme tieteellisyyden edistämiseen, kehittämään itse hoitotyön asiantuntijoina sekä kehittämään uutta. Koimme myös

hoitotyön etiikan opintojen tukeneen eettistä päätöksentekoamme työelämälähtöisessä kehittämishakkeessamme.

Opinnäytetyön tuloksia kootessamme huomioimme, että tulosten tulee olla niin ikää rehellisesti ja tarkasti tehtyjä ja niissä tulee näkyä objektiivinen tutkimusote, kuten Kankunen – Vehviläinen – Julkunen (2013: 225) ohjeistavat. Uskomme tehneemme järkeviä ja kypsiä arviointeja keräämämme aineiston käsittelyssä. Tulokset raportoimme salassapitovelvollisuutta kunnioittaen ja potilaslakeja noudattaen (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 1992/785). Emme vääristelleet tuloksia ja hyödynsimme koulun tarjoamaa Turnit-ohjelmaa välttääksemme vahingossakaan plagioimasta muiden tekstejä. ”Sopimus opintoihin liittyvästä projektista” -lomakkeella selvitimme työmme tulosten omistusoikeudet.

Lähteet

Asiantuntijakonsultaatio 25.2.2014. Hoidon tarpeen ja kiireellisyyden arvioinnin asiantuntija. Yhteistyöterveysasema.

Borshagovski, Helena – Lempiäinen, Sirpa – Veräjänkorva, Jyri – Taskinen, Liisa – Nortamaa, Timo – Hannula, Annika 2013. Päivystyshoidon kriteerit Etelä-Kymenlaakossa. Ohjeistus hoidon tarpeen arviointiin puhelimesta.

Briggs, Julie K. 2012. Telephone triage protocols for nurses. Philadelphia: Lippincott William & Wilkins.

Castrén, Maaret – Aalto, Sakari – Rantala, Elina – Sapanen, Pertti – Westergård, Airi 2008. Ensihoidosta päivystyspoliklinikalle. Helsinki: WSOY Oppimateriaalit Oy.

Gilboy, Nicki – Tanabe, Paula – Travers, Debbie – Rosenau, Alexander M. 2012. Emergency Severity Index (ESI): A Triage Tool for Emergency Department Care. Implementation Handbook. AHRQ. Verkkodokumentti. <<http://www.ahrq.gov/professionals/systems/hospital/esi/esihandbk.pdf>>. Luettu 09.04.2014.

Greenberg, Mary 2009. A comprehensive model of the process of telephone nursing. *Journal of Advanced Nursing* 65. 2621–2929.

Heikkilä, Asta – Jokinen, Pirkko – Nurmela, Tiina 2008. Tutkiva kehittäminen. Helsinki: WSOY.

Huibers, L. – Giesen, P. – Smits, M. – Mokkink, H. – Grol, R. – Wensing, M. 2012. Nurse telephone triage in Dutch out-of-hours primary care: the relation between history taking and urgency estimation. Verkkodokumentti. <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22008589>>. Luettu 14.4.2014.

Huibers, Linda – Keizer, E – Giesen, P – Grol, R – Wensing, M. 2012. Nurse telephone triage: good quality associated with appropriate decisions. *Family Practice* 29. 547–552.

Huibers, L. – Smits, M. – Renaud, V. – Giesen, P. – Wensing, M. 2011. Safety of telephone triage in out-of-hours care: a systematic review 29. 189–209. Verkkodokumentti. <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22126218>>. Luettu 11.11.2013.

Kananen, Jorma 2012. Kehittämistutkimus opinnäytetyönä: Kehittämistutkimuksen kirjoittamisen käytännön opas. Tampereen Yliopistopaino Oy – Juvenes Print.

Kankkunen, Päivi – Vehviläinen-Julkunen, Katri 2013. Tutkimus hoitotieteessä. Helsinki: SanomaPRO Oy.

Kantonen, Jarmo – Kauppila, Timo – Kockberg, Irma 2007. Päivystyksen organisatiomuutokset vähensivät lääkäri- ja sairaanhoitajien määrää. *Suomen lääkärilehti* 9. 897–901.

Kantonen, Jarmo 2007. Yhteispäivystyksen kiireellisyysryhmittely. Lääketieteellinen Aikakauskirja Duodecim. Verkkodokumentti. <http://www.terveysportti.fi.ezproxy.metropolia.fi/dtk/ltk/koti?p_artikkeli=duo96605&p_haku=triage>. Luettu 11.11.2013.

Kantonen, Jarmo. Triagen perusteet. Triage-koulutus. Päivystys-hanke. Verkkodokumentti. <https://www.google.fi/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=11&cad=rja&ved=0CC0QFjAAOAO&url=http%3A%2F%2Fwww.ksshp.fi%2Fpublic%2Fdownload.aspx%3FID%3D14561%26GUID%3D%257BAB6E38E9-68FB-41B6-829D-2F400FB4332F%257D&ei=wc4NU6zeM4jN7AaKioDIDw&usg=AFQjCNF0aejoZt2mE_COqkYpxgG7R47Ssw&bvm=bv.61965928,d.ZGU>. Luettu 2.4.2014.

Koehne, Kathryn 2012. Attributes of an Excellent Telephone Triage Nurse. AAACN Viewpoint. 14–15.

Kumar, Sajeesh – Snooks, Helen 2011. Telenursing. London: Springer.

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista. 17.8.1992/785.

Lindfors- Niilola, Anne – Riihelä, Kirsti – Kaskinen, Raija 2013. Ensihoidon palvelupäätökset ja triage-ohjeistukset. Etelä-Suomen aluehallintoviraston julkaisuja 26. Verkkodokumentti. <<http://www.avi.fi/documents/10191/149165/Ensihoidon+palvelutasop%C3%A4%C3%A4t%C3%B6kset+ja+triage-ohjeistukset,%20Etel%C3%A4-Suomen+alueen+sairaanhoitopiirit/7629218f-9f59-4ed4-9331-5d762d9309be>>. Luettu 2.4.2014.

Malmström, Raija – Kiura, Eva – Malmström, Tomi – Torkki, Paulus – Mäkelä, Marjukka 2012. Päivystyspotilaiden kiireellisyysluokittelut Suomessa erilaiset kuin ruotsissa. Suomen Lääkärilehti 9. 699–703. Verkkodokumentti. <http://www.terveysportti.fi.ezproxy.metropolia.fi/dtk/ltk/avaap_artikkeli=sll37210&p_haku=triage%20ruotsi>. Luettu 11.11.2013.

Montalto, Michael - Day, Susan E. 2009. Testing the safety of after-hours telephone triage: Patient simulations with validated scenarios. Australasian Emergency Nursing Journal 13. 7–16.

More attributes of an excellent telephone triage nurse 2012. AAACN Viewpoint 34. 6–7.

Ojansalo, Katri – Moilanen, Teemu – Ritalahti, Jarmo 2009. Kehittämistyön menetelmät. Helsinki: WSOYpro Oy.

Pellikka, Minna 2012a. Hoidon tarpeen arviointi. Verkkodokumentti. <http://www.terveysportti.fi/dtk/shk/koti?p_haku=hoidon%20arviointi>. Luettu 26.2.2014.

Pellikka, Minna 2012b. Puhelinneuvonta. Verkkodokumentti. <http://www.terveysportti.fi.ezproxy.metropolia.fi/dtk/shk/koti?p_artikkeli=shk04420&p_haku=hoidon%20tarpeen%20arviointi>. Luettu 1.4.2014.

Purc-Stephenson, Rebecca J. – Thrasher, Christine 2011: Patient compliance with telephone triage recommendations: A meta-analytic review. *Patient Education and Counseling* 2.135– 142.

Purc-Stephenson, Rebecca J. – Thrasher, Christine 2010: Nurses' experiences with telephone triage and advice: a meta-ethnography. *Journal of Advanced Nursing* 3. 482–494.

Ruoranen, Minna – Koikkalainen, Päivi – Ahonen, Tiina – Salminen, Sari – Hämäläinen, Vuokko – Lämsä, Tuulikki – Muranen, Arja – Hänninen, Jouko – Kettunen, Tarja 2013. Rautaiset ammattilaiset terveyshyödyn tuottajina: Lääkäreiden ja hoitajien työn ja osaamisen kehittäminen. RAMPE-hankkeen loppuraportti. Jyväskylä: Keski-Suomen sairaanhoitopiiri.

Saarelma, Osmo (toim.) 2003. Työtulvan hallinta terveysasemalla. Raportti terveysseamityön kehittämishankkeesta. Raportteja 271. Helsinki: Gummerus.

Sairaanhoitajan eettiset ohjeet. Hyväksytty Sairaanhoitajaliiton liittokokouksessa 28.9.1996. Verkkodokumentti. <http://www.sairaanhoitajaliitto.fi/sairaanhoitajan_tyo_ja_hoitotyon/sairaanhoitajan_tyo/sairaanhoitajan_eettiset_ohjeet/>. Luettu 12.11.2013.

Seppänen, Anne 2013. Päivystys kuormittuu kiireettömän hoidon hakijoista. Verkkodokumentti. <http://www.laakarilehti.fi/uutinen.html?opcode=show/news_id=13403/type=1>. Luettu 2.4.2014.

Smith, Sarah 2001. Sounding off at work. *Psychology Today*. 2. 12.

Sully, Philippa – Dallas, Joan 2010. Essential communication skills for nursing & midwifery. Edinburg: Elsevier.

Syvöja, Pirjo – Äijälä, Outi 2009. Hoidon tarpeen arviointi. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.

Terveystuolilaki 30.12.2010/1326.

Valtioneuvoston asetus hoitoonpääsyn toteuttamisesta ja alueellisesta yhteistyöstä 1019/2004. Annettu Helsingissä 25. marraskuuta 2004.

Vierula, Hertta 2012. Kuka pääsee vastaanotolle? *Suomen Lääkärilehti* 16. 1222–1224.

Vierula, Hertta 2009. Terveystuollon portinvartijat. *Suomen Lääkärilehti* 47. 4014–4016.

Yhtenäiset päivystyshoidon perusteet 2010. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä. Työryhmän raportti. Helsinki: STM.

07.02.2014

Asiantuntijakonsultaation teemat

Opinnäytetyömme aiheena on asiakkaan hoidon tarpeen ja kiireellisyyden arviointi puhelimesta terveysaseman sairaanhoitajan vastaanotolla. Olemme laatineet seuraavanlaiset tutkimuskysymykset ohjaamaan asiantuntijakonsultatiomme keskustelua:

1. Miten hoidon tarpeen ja kiireellisyyden arviointia toteutetaan puhelimitse?
2. Mitä haasteita hoidon tarpeen ja kiireellisyyden arvioinnissa puhelimitse on?
3. Miten hoidon tarpeen ja kiireellisyyden arviointia puhelimitse voi kehittää?

Saatekirje

Hyvä tiedonantaja

Opiskelemme sairaanhoitajaksi Metropolia Ammattikorkeakoulussa. Opintoihimme kuuluu opinnäytetyö, jonka aiheena on Asiakkaan hoidon tarpeen ja kiireellisyyden arviointi puhelimitse. Opinnäytetyö tehdään yhteistyössä _____ kaupungin terveysaseman kanssa ja sen tarkoituksena on selvittää millaisia menetelmiä terveysaseman sairaanhoitajan vastaanotolla käytetään hoidon tarpeen ja kiireellisyyden arviointiin puhelimitse ja millaisia ongelmakohtia niissä mahdollisesti on. Opinnäytetyömme tuloksia käytetään puhelimitse tehtävän hoidon tarpeen ja kiireellisyyden arvioinnin kehittämistyössä.

Opinnäytetyö toteutetaan kehittämistyön menetelmällä. Opinnäytetyön aineisto kerätään konsultoimalla hoitotyön asiantuntijaa. Asiantuntijakonsultaatiossa haetaan vastausta seuraaviin kysymyksiin:

1. Miten hoidon tarpeen ja kiireellisyyden arviointia toteutetaan puhelimitse?
2. Mitä haasteita hoidon tarpeen ja kiireellisyyden arvioinnissa puhelimitse on?
3. Miten hoidon tarpeen ja kiireellisyyden arviointia puhelimitse voi kehittää?

Konsultaatio toteutetaan (viikolla 9) _____ terveysasemalla. Konsultaatio nauhoitetaan. Asiantuntijakonsultaatioon osallistuminen on täysin vapaaehtoista, mutta toivomme, että pystytte osallistumaan siihen ja näin kehittämään asiakkaan hoidon tarpeen ja kiireellisyyden arviointia puhelimitse terveysaseman sairaanhoitajan vastaanotolla. Teiltä saatuja tietoja käsitellään ehdottoman luottamuksellisesti eikä henkilöllisyyttänne paljasteta missään vaiheessa. Konsultoinnin tulokset julkaistaan opinnäytetyössä sekä yhteistyöorganisaatiossa hankkeessa sovitulla tavalla. Lisätietoja opinnäytetyöstä ja asiantuntijakonsultaatioista antavat mielellään opinnäytetyötä ohjaava opettaja, FT, TtM Marja Salmela, Metropolia Ammattikorkeakoulusta sekä opinnäytetyön tekijät.

Sairaanhoitajaopiskelija

07.02.2014

Suostumus tutkimukseen osallistumisesta

Asiantuntijakonsultaatio:

Olen saanut sekä suullista että kirjallista tietoa tutkimuksesta, joka koskee Asiakkaan hoidon tarpeen ja kiireellisyyden arviointia puhelimesta. Olen myös saanut mahdollisuuden pyytää lisätietoja tutkimuksesta opinnäytetyön ohjaaja Marja Salmelalta.

Ymmärrän että asiantuntijakonsultaatioon osallistuminen on täysin vapaaehtoista ja että minulla on oikeus kieltäytyä siitä milloin tahansa syytä ilmoittamatta. Ymmärrän myös, että konsultaatiossa esille tulleita tietoja käsitellään luottamuksellisesti.

Suostun 1) osallistumaan asiantuntijakonsultaatioon, 2) konsultaation tallentamiseen sanelukoneelle sekä 3) konsultaation tulosten raportoimiseen Ammattikorkeakoulun opiskelijan opinnäytetyössä ja Osaamisen ennakointi -hankkeessa.

Paikka ja aika:

_____ 07.02.2014

Suostun osallistumaan asiantuntijakonsultaatioon:_____
Allekirjoitus

Nimen selvennös

Suostumuksen vastaanottaja:_____
Haastattelijan allekirjoitus