

Opinnäytetyö (AMK)

Terveysala

Terveystenhoitaja (AMK)

2016

Noora Koskinen & Lotta Salo

LAPSIPERHEIDEN KOKEMUKSET PÄIVYSTYKSESTÄ JA TRIAGE- TOIMINNASTA

Noora Koskinen & Lotta Salo

LAPSIPERHEIDEN KOKEMUKSET PÄIVYSTYKSESTÄ JA TRIAGE-TOIMINNASTA

Opinnäytetyön tarkoituksena oli kuvata kansainvälisesti käytössä olevia triage-luokituksia sekä muita hoidon tarpeen arvioinnin työkaluja. Turun yliopistollisen keskussairaalan Lastenklinikan pyynnöstä selvitettiin lapsiperheiden kokemuksia päivystyksestä ja triage-toiminnasta. Lasten ja nuorten päivystyshoidon siirtyessä vuonna 2020 uuteen T3-sairaalaan, oli opinnäytetyön tavoitteena aiempiin tutkimuksiin ja teorian tietoon nojautuen luoda kattava synteesi Lastenlinikalle lapsipotilaan hoidon tarpeen arvioinnissa käytettävistä triage-luokituksista sekä perheiden kokemuksista päivystyksestä. Opinnäytetyön tutkimusongelmissa perehdyttiin lapsipotilaan hoidossa käytettäviin triage-luokituksiin, niiden toimivuuteen käytännössä sekä lapsiperheiden kokemuksiin päivystyskäynneistä.

Hoidon tarpeen arvioinnissa kartoitetaan potilaan terveydellistä tilaa ja toimintakykyä anamneesin, vitaleilintoimintojen sekä nykystatuksen perusteella (Valvira 2014). Hoidon tarpeen arvioinnin työkaluna käytettävä triage-luokitus tarkoittaa potilaiden kiireellisyysluokittelua. Yleisimmät käytössä olevat kiireellisyysluokitukset ovat viisiportaisia ja sisältävät aikataavoitteet. Luokitteluja on erilaisia ja ne poikkeavat sisällöltään esimerkiksi arvioinnin tai työskentelyn etenemisen kannalta. (Malmström ym. 2012.)

Opinnäytetyö toteutettiin kirjallisuuskatsauksena. Materiaalina tässä työssä on käytetty kirjallisuutta, internet-sivustoja sekä tutkimusartikkeleita.

Opinnäytetyön tuloksissa käsitellään lapsipotilaan hoidossa käytettäviä triage-luokituksia sekä niiden pätevyyttä ja luotettavuutta lastenhoitotyössä. Tulosten perusteella voidaan sanoa, ettei ole olemassa yhtä ja oikeaa lasten triage-luokitusta. Jokaisen päivystyshoitoa toteuttavan yksikön tulee siis soveltaa valitsemansa lapsipotilaan hoitoon soveltuvaa triage-luokitusta omiin toimintatapoihinsa sopivaksi. Tutkimustuloksista voidaan myös tulkita, että lapsiperheet ovat suurimmaksi osaksi tyytyväisiä päivystystoimintaan. Kuitenkin odotusajat, virikkeiden vähyys sekä tiedonpuute heikensivät kokonaistyytyväisyyttä.

ASIASANAT:

Päivystys, triage, hoidon tarpeen arviointi, kokemukset, lapsipotilas, lapsiperhe

Noora Koskinen & Lotta Salo

EXPERIENCES OF FAMILIES WITH CHILDREN ABOUT THEIR ER-VISITS AND TRIAGE- CLASSIFICATIONS

The purpose of this Bachelor's thesis was to describe globally used triage-classifications and other tools that are used in evaluation of the need for treatment. By request of Turku University Hospital the purpose was also to clarify the experiences of families with children about their emergency room (ER)-visits and triage-classifications. As children's emergency care is moving to the new T3-hospital in 2020, the aim of this thesis was to create a synthesis from literature and previous studies to the children's clinic. The research problems in this thesis were based on triage-classifications that are used in child patient's treatment, functionality of the classifications and the experiences of families with children about their ER-visits.

The evaluation of the need for treatment is based on patient's present state of health, performance, anamnesis and vital signs (Valvira 2014). Term "triage" means urgency classification and the mostly used triage-classifications are five level classifications which include time goals (Malmström ym. 2012).

This thesis was based on literature and recent studies. Internet sites, literature, articles and studies were used to create the basis in this thesis.

This thesis includes triage-classifications that are used to child patients and reliability and validity of the classifications. According to the findings, there isn't only one good children's triage-classification. Every emergency room should adapt the chosen classification based on the needs of that emergency room. According to the findings about experiences of families, families with children are mostly satisfied to their ER-visits. However, the waiting times and the lack of information lowered the overall satisfaction. In addition, the children were bored during their ER-visits and they would like to play with some toys or watch programs for children.

KEYWORDS:

Emergency duty, triage, evaluation of the need for treatment, experiences, child patient, family with children

SISÄLTÖ

KÄYTETYT LYHENTEET	7
1 JOHDANTO	8
2 LAPSIPOTILAS PÄIVYSTYKSESSÄ	9
2.1 Päivystyksen määritelmä	9
2.2 Päivystystä säätelevät lait ja asetukset	9
2.3 Lapsen hoitotyön erityispiirteet päivystyksessä	10
2.4 Perhekeskeisyys lastenhoitotyössä	12
2.5 Lapsipotilaan tilan arviointi ja tutkiminen	12
2.6 Lääkärille tai sairaanhoitajalle ajanvarauksella vai suoraan päivystykseen?	15
2.7 Lapsipotilaiden yleisimmät diagnoosit päivystyksessä	15
3 TRIAGE-LUOKITUS HOIDON TARPEEN ARVIOINNIN TYÖKALUNA	18
3.1 Hoidon tarpeen arviointi	18
3.2 Triage-luokitus hoidon tarpeen arvioinnissa	19
3.3 ABCDE-luokitus	20
3.4 Canadian Triage and Acuity Scale	21
3.5 Australasian Triage Scale	23
3.6 Emergency Severity Index	23
3.7 Manchester Triage System	26
3.8 Medical Emergency Triage and Treatment System	27
3.9 Adaptivt Processtriage	27
4 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS JA TUTKIMUSONGELMAT	29
5 OPINNÄYTETYÖN TOTEUTUS	30
5.1 Kirjallisuuskatsaus	30
5.2 Tiedonhaku, tutkimusmateriaalin valinta sekä aineiston analyysi	31
6 OPINNÄYTETYÖN TULOKSET	33
6.1 Lasten triage-luokitukset	33
6.1.1 Lasten triage-luokitusten luotettavuus ja pätevyys	34
6.1.2 Lastenklinikan ABCDE-luokitus ja Jorvin sairaalan ESI-luokitus	36
6.1.3 Vaasan keskussairaalan lasten päivystyksen triage-luokitus	39

6.1.4 Sairaanhoidajien kokemuksia hoidon tarpeen arvioinnista	40
6.2 Perheiden kokemukset päivystyskäynneistä	43
7 POHDINTA	51
7.1 Eettisyys	51
7.2 Luotettavuus	52
7.3 Tutkimustulosten tarkastelu	53
8 JOHTOPÄÄTÖKSET	56
LÄHTEET	58

LIITTEET

Liite 1. Tutkimuslupahakemus

KAAVIOT

Kaavio 1. HUS Lastenklinikan erikoissairaanhoidon kymmenen yleisintä diagnoosia vuonna 2015 (Knaapi).	16
Kaavio 2. HUS Lastenklinikan terveyskeskuspäivystyksen kymmenen yleisintä diagnoosia vuonna 2015 (Knaapi).	17
Kaavio 3. ESI-kiireellisyysluokituksen kaavio.	24
Kaavio 4. MTS-luokituksen kaavio, esimerkkinä hengitysoireisen potilaan hoitokaavio.	26
Kaavio 5. Jorvin lasten päivystyksen ESI-triage-luokitus.	38

KUVAT

Kuva 1. Pediatric Assessment Triangle.	37
--	----

TAULUKOT

Taulukko 1. CTAS-luokitus.	22
Taulukko 2. ATS-luokitus.	23
Taulukko 3. ABCDE-tarkistuslista, esimerkkinä kuumeinen lapsi.	37
Taulukko 4. Vaasan keskussairaalan oiretaulukko, esimerkkinä korva-, nenä- ja kurkkupotilas.	39
Taulukko 5. Tutkimustulostaulukko lasten triage-luokituksista.	41
Taulukko 6. Tutkimustulostaulukko lapsiperheiden kokemuksista päivystyskäynneiltä.	48

KÄYTETYT LYHENTEET

Lyhenne	Lyhenteen selitys
ADAPT	Adaptivt Processtriage
ATS	Australasian Triage Scale
CTAS	Canadian Triage and Acuity Scale
EKG	elektrokardiografia
ER	emergency room
ESI	Emergency Severity Index
HUS	Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri
KSSH	Keski-Suomen sairaanhoitopiiri
METTS	Medical Emergency Triage and Treatment System
MTS	Manchester Triage System
PaedCTAS	Paediatric Canadian Triage and Acuity Scale
PAT	Pediatric Assessment Triangle
PKSSK	Pohjois-Karjalan sairaanhoito- ja sosiaalipalvelujen kuntayhtymä
RS-virus	respiratory syncytial virus
SBU	Statens beredning för medicinsk utvärdering
STM	Sosiaali- ja terveystieteiden ministeriö
TAYS	Tampereen yliopistollinen keskussairaala
THL	Terveystieteiden tutkimuskeskus
TYKS	Turun yliopistollinen keskussairaala
VSSH	Varsinais-Suomen sairaanhoitopiiri

1 JOHDANTO

Vuonna 2014 hyväksyttiin hankesuunnitelma, jonka mukaan Turun yliopistollisen keskussairaalan uusi T3-sairaala tulee korvaamaan huonokuntoisen U-sairaalan. T3-sairaalan siirtyvät muun muassa naistentaudit, synnytykset sekä lasten ja nuorten sairauksien hoito. (VSSHP 2014.) Näin ollen lasten ja nuorten erityispiirteet sekä perhekeskeisyys huomioidaan uuden sairaalan suunnittelussa (VSSHP 2015). Uuden sairaalan on tarkoitus taata nykyistä terveellisempi, turvallisempi ja toimivampi ympäristö sekä potilaille että henkilökunnalle. Periaatteena on, että sairaalakäynnin tulee olla lapselle ja nuorelle turvallinen, positiivisesti elämyksellinen sekä parantava kokemus. (VSSHP 2015.) Sairaalan on tarkoitus valmistua vuonna 2019 (VSSHP 2014).

Virka-aikana kuntien perusterveydenhuollon päivystykset huolehtivat lapsipotilaiden päivystyshoidosta, ja lastentautien tulevassa yhteispäivystyksessä hoidetaan Turun seudulla asuvien alle 16-vuotiaiden lasten päivystystoiminta virka-ajan ulkopuolella. Uudessa sairaalassa tulee toimimaan samassa pisteessä sekä perusterveydenhuollon että erikoissairaanhoidon päivystys. Erikoissairaanhoidon päivystyksessä hoidetaan lähetteellä tulevat lapsipotilaat, jotka tarvitsevat erikoislääkärin arvioita ja hoitoa. Lasten yhteispäivystyksen arvioitu kävijämäärä on 16 000 lasta/vuosi eli 45 lasta/vuorokausi ja näistä noin puolet hoidetaan kello 16–24. Päivystyksen sujuvuuden edellytys on triagekiireellisyysluokitus, jossa potilaat jaetaan perusterveydenhuollon tason päivystykseen (>90%) ja erikoissairaanhoidon päivystykseen (<10%). Jatkotutkimuksia tai seurantaa tarvitsevat lapset siirtyvät eri-ikäisten lasten tarpeisiin sopivaan odotusaulaan, valvontapaikalle tai suoraan vuodeosastolle. (VSSHP 2015.)

Tämän opinnäytetyön lopullinen aihe vahvistui TYKS:n Lastenklinikan osastonhoitajan kanssa käydyssä tapaamisessa tammikuussa 2016. Lasten ja nuorten sairauksien hoidon siirtyessä T3-sairaalaan vuonna 2020, myös lasten ja nuorten päivystys siirtyy Lastenklinikan vastuulle. Tästä syystä Lastenklinikan henkilökunta haluaisi lisää tietoa lasten päivystyksen triage-toiminnasta sekä perheiden kokemuksista päivystyksessä. Opinnäytetyö toteutetaan kevään 2016 aikana kirjallisuuskatsauksena ja keskeisistä tuloksista kootaan raportti, joka esitetään Lastenlinikalle osastotunnilla toukokuussa 2016.

2 LAPSIPOTILAS PÄIVYSTYKSESSÄ

2.1 Päivystyksen määritelmä

Päivystyshoidolla tarkoitetaan äkillisen sairastumisen, vamman, pitkäaikaissairauden vaikeutumisen tai toimintakyvyn alenemisen vaatimaa välitöntä arviota ja hoitoa, jota tulee pääsääntöisesti saada alle 24 tunnin kuluessa. Mikäli potilaan tarvitsemaa arviota ja hoitoa siirrettäisiin myöhemmäksi, saattaisi se aiheuttaa sairauden tai vamman pahenemisen. Kiireellistä hoitoa on tarjottava potilaille kaikkina vuorokauden aikoina, mutta yöaikaan hoidetaan vain sellaiset potilaat, joiden hoitoa ei voida siirtää seuraavaan aamuun (Lääkäriliitto 2015). Hoidon on oltava korkealaatuista, oikein ajoitettua sekä yhdenvertaista. Päivystyksen tehtävänä on tarjota hoitoa, joka sisältää hoidon tarpeen kartoittamisen, mahdolliset tutkimukset sekä tarpeenmukaiseen hoitoon ja palveluun ohjaamisen. (Koskela 2014a.)

Suomessa terveydenhuollon päivystystoiminnan järjestäminen on perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon vastuulla. Perusterveydenhuollon päivystyksestä vastaavat terveyskeskukset joko yksin tai yhteispäivystyksenä useamman kunnan kanssa. Sairaanhoidopiirit taas järjestävät erikoissairaanhoidollisen päivystystoiminnan, mutta osa terveyskeskuksista tarjoaa perusterveydenhuollon lisäksi erikoissairaanhoidoa. Vaativat erityistason palvelut keskitetään yliopistollisiin sairaaloihin, sillä erikoissairaanhoidon toiminnan edellytyksenä ovat erilaiset tukipalvelut sekä erikoislääkäreiden asiantuntemus, kuten esimerkiksi kuvantaminen ja laboratoriopalvelut. (Koskela 2014a.)

2.2 Päivystystä säätelevät lait ja asetukset

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista takaa potilaalle oikeuden hyvään terveyden- ja sairaanhoitoon sekä siihen liittyvään kohteluun. Jokaisella on oikeus hänen terveydentilansa edellyttämään hoitoon ilman syrjintää. Hänellä on myös oikeus laadukkaaseen hoitoon hänen ihmisarvoaan, vakaumustaan tai yksityisyyttään loukkaamatta. Laissa säädetään myös alaikäisen potilaan asemasta. Alaikäisen potilaan mielipide tulee ottaa huomioon ja häntä tulee hoitaa yhteisymmärryksessä silloin, kun hänen ikänsä ja kehitystasonsa sen mahdollistavat. Mikäli alaikäinen ei kykene tekemään hoitoonsa liittyviä

päätöksiä, tulee ne tehdä yhteisymmärryksessä hänen huoltajansa tai muun laillisen edustajan kanssa. (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 1992/785.)

Terveystieteidenhuoltolain mukaan sairaanhoitopiiriin kuntayhtymä vastaa erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon palvelujen yhteensovittamisesta. Perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon tulee muodostaa toiminnallinen kokonaisuus, jossa on huomiotava erikoissairaanhoidon palvelujen tarjoaminen tarkoituksenmukaisesti joko perusterveydenhuollon yhteydessä tai erikoissairaanhoidon yksikössä. Sairaanhoitopiiriin kuntayhtymä vastaa myös kiireellisen ja lähetteeseen perustuvan hoidon tarpeen arvioinnin saamisesta, ja arvioinnin jälkeen potilaan hoito tulee järjestää yhtenäisin lääketieteellisin perustein. (Terveystieteidenhuoltolaki 1326/2010.)

Sosiaali- ja terveysministeriö on tehnyt kiireellisen hoidon perusteista ja päivystyksen erikoisalakohtaisista edellytyksistä asetuksen, jossa kunnan tai kuntayhtymän on huolehdittava akuutin hoidon saatavuudesta ympärivuorokautisesti. Asetuksen mukaan potilas on ohjattava käyttämään virka-aikana terveyskeskuspalveluja tai muiden hoitoyksiköiden palveluita, mikäli potilaan terveydentila sallii sen lääketieteellisin perustein. (Sosiaali- ja terveysministeriön asetus kiireellisen hoidon perusteista ja päivystyksen erikoisalakohtaisista edellytyksistä 782/2014.)

2.3 Lapsen hoitotyön erityispiirteet päivystyksessä

Lapset muodostavat päivystyksellisessä hoidossa erityisryhmän, sillä vain alle 10 % kaikista hoidettavista tapauksista on lapsia. Lasten fysiologiset, anatomiset, psykologiset ja farmakologiset ominaisuudet eroavat aikuisista, mikä asettaa hoidolle erityisiä haasteita. (Jalkanen 2008, 464–465.) Toisin kuin aikuisilla, esitiedot saadaan yleensä mukana olevalta saattajalta, ja hoidolliset tarpeet perustuvat usein vanhempien arvioon lapsen oman arvion sijasta. Päivystyskäynnin erilaisuus korostuu myös vanhempien mukanaolon välttämättömyydessä sekä vanhempien huolien huomioonottamisessa. (Koskela 2014a.)

Äkillisesti hoitoa tarvitsevien potilaiden erottaminen lasten päivystyksessä on haasteellista, ja henkilökunnalta vaaditaan kokemusta lapsipotilaiden arvioinnista ja hoidosta. Yleisesti ottaen lasten päivystystapauksissa seuranta ja kliinisen arvion uusiminen on tärkeää, sillä mitä pienempi lapsi on kyseessä, sitä nopeammin oireet voivat edetä jopa henkeä uhkaavaksi. Erityisesti alle kolmen kuukauden ikäisillä lapsilla vähäisiltä

vaikuttavat oireet saattavat vakavoitua jo muutamissa tunneissa. Noin puolet alaikäisistä päivystyspotilaista on alle kolmen kuukauden ikäisiä. (Koskela 2014a.)

Lasten hoitotyön periaatteisiin kuuluvat perhekeskeisyys, kasvun ja kehityksen turvaaminen, omatoimisuus, turvallisuus, jatkuvuus sekä yksilöllisyys ja nämä kaikki tulee ottaa huomioon myös päivystystilanteissa hyvän hoidon takaamiseksi. Hoidon avulla pyritään turvaamaan lapsen kasvu ja kehitys, ja samalla kunnioitetaan lapsen omatoimisuutta eli lapselle annetaan tämän ikätaso huomioiden vastuuta sairauden hoitamisesta. Koko perheen tulee tuntea olonsa turvalliseksi sairaalassa ja tähän vaikuttaa kokemus siitä, että hoitohenkilökunta on asiantuntevaa, tilat ovat turvalliset sekä viihtyisät ja käytettävät laitteet ovat lapsille sopivia. Päivystyskäynti on yleensä lyhyt, joten jatkuvuuden turvaamiseksi on tärkeää antaa kirjalliset hoito-ohjeet, jatkohoitopaikan yhteystiedot sekä ohjata vanhempia huolellisesti lapsen hoidossa. (Knaapi & Mäenpää 2005, 362–363.)

Lapsipotilaiden yksilöllisyys on otettava huomioon lapsen kohtaamisessa, sillä lapsen ikätaso luonnollisesti vaikuttaa hoitajan lähestymistapaan (Jalkanen 2008, 465). Jotta yksilöllisyys voidaan huomioida, tulee hoitohenkilökunnan tuntea lapsen ikään kuuluva normaali kehitys. Yksilölliseen hoitoon kuuluu lapsen kuuleminen, tämän mielipiteiden huomioonottaminen ja aliarvioimisen välttäminen. Kun lapselle kerrotaan hoitotoimenpiteistä, tulee käyttää sellaista terminologiaa, että lapsi varmasti ymmärtää kaiken. Oikein ymmärtämisen voi varmistaa kysymysten avulla. (Knaapi & Mäenpää 2005, 362.) Yksilöllisen kohtaamisen haasteet korostuvat esimerkiksi murrosikäisten nuorten kanssa. Toisaalta murrosikäisen yksityisyyttä ja omaa tahtoa tulee kunnioittaa, mutta toisaalta hän on vielä alaikäinen ja vanhemmat kaipaavat tietoa hänen tilastaan (Alaspää & Holmström 2008, 90).

Lapsipotilaan kohtaamiseen on varattava tarpeeksi aikaa, sillä lapsen ja perheen on saatava tutustua ja valmistautua tulevaan toimenpiteeseen rauhassa, mikäli se lapsen tilan kannalta on mahdollista. Itse toimenpiteen tekemistä ei viivytellä, vaan se tehdään nopeasti ja huolellisesti. Apuna lapsen kohtaamisessa kannattaa käyttää leikkiä, sillä leikin avulla lapsen huomio saadaan kiinnitettyä pois pelottavasta ympäristöstä ja mahdollisesti myös kivusta. Samalla voidaan saada tietoa lapsen sairauden vakavuudesta, ja lapsi voi kertoa tuntemuksistaan leikin lomassa. (Knaapi & Mäenpää 2005, 363.)

2.4 Perhekeskeisyys lastenhoitotyössä

Perhekeskeisellä hoidolla tarkoitetaan hoitoa, jossa hoidettavan potilaan rinnalla huomioidaan myös hänen perheensä. Perhekeskeiseen hoitoon kuuluu koko perheen kunnioittava kohtelu, avoin kohtaaminen, perheen ohjaus ja tukeminen. Hoito siis suunnitellaan ja toteutetaan yhteistyössä lapsen perheen kanssa. (Paavilainen 2011.)

Olenius selvitti opinnäytetyössään perhekeskeisyyden perusteita lastenhoitotyössä. Oleniuksen tekemän opinnäytetyön mukaan vanhemmat luovat yksilölliset tapansa toteuttaa rooliaan sairaalassa. Vanhempien saadessa kannustusta ja positiivista palautetta uusien asioiden opettelussa, kokivat he tyytyväisyyttä itseensä sekä tilanteeseensa. Näiden asioiden vuoksi vanhemmat pystyivät tukemaan lastaan paremmin. Vanhempien myönteinen asenne ja hyvä vuorovaikutus henkilökunnan kanssa edistivät kokonaisvaltaisesti hoidon sujumista. (Olenius 2011.)

2.5 Lapsipotilaan tilan arviointi ja tutkiminen

Lapsen tilaa arvioitaessa tulee huomioida lapsen yksilöllisyys, normaali kasvu ja kehitys, muutokset käyttäytymisessä sekä vanhemmilta saadut tiedot (Rogers 1998, 43). Sairas imeväisikäinen reagoi kokonaisvaltaisesti ja on levoton, kun taas kouluikäiset osaavat itse kuvailla oireitaan, varsinkin jos heille annetaan erilaisia vaihtoehtoja kuvailun avuksi. Nuoret kykenevät jo kertomaan tarkempia tietoja taustoistaan ja vanhempien rooli on vain antaa tarkentavia tietoja tarvittaessa. (Knaapi & Mäenpää 2005, 364; Benjamin 1998, 72.)

Nopea yleiskuvan luominen sairaasta lapsesta on tärkeää. Vakavasti sairastunut lapsi on usein hiljainen, väsähtänyt ja jopa veltto, kun taas normaalisti leikkivällä ja tutkimuksia vastustelevalle lapsella harvoin on välitöntä hätää. Neuvolakortista löytyviä tietoja, muun muassa lapsen kehitykseen, kasvuun, sairauksiin ja rokotuksiin liittyen, kannattaa hyödyntää diagnoosin tekemisessä. (Alaspää & Holmström 2008, 89–91.)

Lapsen tilaa arvioitaessa on otettava huomioon monia asioita. Lapsen ravitsemustila ja sen muutokset vaihtelevat iän mukaan. Vauvoilla pääasiallinen ravinnonlähde on äidinmaito, nuorilla sen sijaan on huomioitava syömishäiriön mahdollisuus. Ruoka-aineallergiat ovat mahdollisia ja allergiset lapset saattavat olla erityisen herkkiä myös lääkeaineille. Pitkäaikaissairaiden lasten, kuten esimerkiksi syöpäpotilaiden, sydänsai-

raiden ja diabeetikoiden kanssa tulee olla erityisen tarkka riittävän nesteytyksen ja ravinnon saannin suhteen. (Knaapi & Mäenpää 2005, 365–369.)

Imeväisikäinen lapsi on vielä nenähengittäjä, eli lapsi ei osaa vaihtaa hengitystä suun kautta tapahtuvaksi, vaikka sieraimet olisivat tukossa. Muutenkin lapsen normaali hengitystiheys on korkeampi kuin aikuisilla. Lasten kohdalla tulee muistaa tavallisimmat hengitysoireiden aiheuttajat: RSV (respiratory syncytial virus), laryngiitti sekä vierasesi-
ne hengitysteissä. Lapsipotilaan verenkierron seuranta tapahtuu monitoroinnin avulla, ja verenpaineen romahtaminen on usein merkinä pitkälle edenneestä vuotoshokista. Vuodon määrä suhteutetaan lapsen kokoon, sillä kokonaisverimäärä on riippuvainen lapsen koosta. Usein lapsi on huonovointinen, jos hänellä on matala pulssi. Lapsipoti-
laan tajuttomuuden taustalla taas on yleensä riittämätön verenkierto tai puute hapen-
saannissa. Tajutonta potilasta seurataan taukoamatta Glasgow’n kooma-asteikkoa apuna käyttäen ja potilasta herätellään säännöllisesti. Päävamman arvioinnissa tulee muistaa, että lapsen pää on suurempi suhteessa vartaloon, pään luut ovat ohuempia ja lapsen aivosolut ovat herkkiä vaurioitumaan. (Knaapi & Mäenpää 2005, 365–369.)

Vaikka lapsi ei osaa ilmaista kipua aikuisten tavoin, se ei tarkoita, ettei lapsi tuntisi ki-
pua. Usein kivun kokeminen on kokonaisvaltaista ja siihen saattaa sekoittua todellisen
kivun lisäksi pelkoa ja harmia. Vastasyntyneen kipu ilmenee käyttäytymisen muutokse-
na ja hiljaisena ääntelynä. Pienen lapsen kipuitku on kimeää ja jännittynyttä. Myös vai-
keneminen ja paikallaan olo voivat olla merkkejä kivusta, sillä lapsi ei välttämättä jaksa
tai uskalla liikkua. Kouluikäinen osaa jo jonkin verran paikallistaa mistä päin kipu tulee.
Kivunarvioinnissa seurataan lapsen kasvojen ilmeitä, ääntelyä, muutoksia käyttäytymi-
sessä, pulssia, verenpainetta sekä ihon väriä. Lisätietoa kivusta saadaan haastattele-
malla lasta ja tämän vanhempia. Apuna kivun selvittämisessä suositellaan käyttämään
kipumittareita, joista yleisimmin lapsilla ovat käytössä kasvoasteikkomittari tai kipukiila.
Kipulääkkeet annetaan mieluummin suun tai peräsuolen kautta kuin injektiona, sillä
pistäminen lisää lapsen kipua ja pelkoa. Ei-lääkinnälliset kivunlievitysmenetelmät, eli
rauhottelu, silittäminen, hieronta, huomion kiinnittäminen muualle ja sokeriliuoksen
käyttö, tulee myös muistaa lasten kivunhoidossa. (Knaapi & Mäenpää 2005, 365–369.)

Päivystyksessä lähes poikkeuksetta jokaiselta lapsipotilaalta mitataan lämpö. Nykyään
käytössä on usein korvakuumemittari, mutta lämpö voidaan mitata myös peräsuolesta,
etenkin imeväisikäisiltä. Alle kolmen kuukauden ikäisillä kuume tarkoittaa aina sitä, että
lapsen tila vaatii lääkärin arvion. Pienillä lapsilla esiintyy herkästi kouristuksia kuumeen

nousun yhteydessä, jolloin lapsi pitää viilentää tehokkaasti. Pitkittynyt kuumekeuhkustauti vaatii keuhkokuumeen. (Knaapi & Mäenpää 2005, 369–371.)

Painon punnitseminen kuuluu myös rutiinitutkimuksiin. Painoa tarvitaan silloin, kun lapsille määrätään lääkkeitä. Muita käytettäviä toimenpiteitä lapsen tilan arvioinnissa ovat korvien katsominen, virtsanäytteen ja verikokeiden ottaminen. Virtsanäyte voidaan ottaa joko pissapussinäytteenä, laskettuna virtsanäytteenä tai rakkopunktiona. Verinäytteen otossa pistopaikka pyritään aina puuduttamaan ennen näytteen ottoa, mikäli on aikaa odottaa puudutteen vaikuttamista. Lapsesta saadut tutkimuslöydökset tulee aina suhteuttaa ikävakioituihin normaaliarvoihin. Lasten neste- ja lääkehoitoa toteutettaessa tulee olla erityisen tarkka ja huolellinen. (Knaapi & Mäenpää 2005, 369–371; Alaspää & Holmström 2008, 89–91.)

Kun hoitajat toimivat rauhallisesti ja määrätietoisesti, se rauhoittaa sekä lasta että vanhempia. Lapselle kannattaa mahdollisuuksien mukaan selittää etukäteen tulevista tutkimuksista luottamuksen ylläpitämiseksi, eikä hänelle saa valehdella. Lapsipotilaat eivät aina suostu yhteistyöhön hoitajan tai lääkärin kanssa, joten tarvittavien tutkimusten määrä kannattaakin pitää mahdollisimman vähäisenä. (Alaspää & Holmström 2008, 89–91.) Lapset pelkäävät eniten invasiivisia toimenpiteitä, joten ne kannattaa jättää tutkimuksessa viimeiseksi. Tutkimuksen suorittamisen jälkeen lapselle voi antaa palkinnon siitä, että hän on kestänyt tutkimuksen. (Benjamin 1998, 72.)

Lapsen päivystyskäyntiin liittyy aina vanhempien huoli ja heidän reaktionsa, jotka voivat vaihdella hysteriasta välinpitämättömyyteen. Jos lapsi aistii vanhempansa hädän, tämä saattaa vaikeuttaa hänen oireitaan entisestään. Lisäksi lapset ahdistuvat vieraiden ihmisten läsnäolosta sekä kosketuksista, ja pelko vanhemmista eroon joutumisesta lisää lapsen tuskaa. Näistä syistä lasta ei saisi erottaa vanhemmistaan missään tutkimuksen vaiheessa, ja paras paikka lapselle onkin oman vanhemman syli. Lasta voi helpottaa, jos vanhempi osallistuu tutkimuksen suorittamiseen, esimerkiksi pitämällä stetoskooppi paikoillaan auskultaation aikana. Näin myös vanhemmat kokevat olevansa osallisia lapsensa hoidossa. (Benjamin 1998, 72–73; Alaspää & Holmström 2008, 89–91.)

Vanhempien osallistuminen tutkimukseen tai toimenpiteeseen katsotaan kuitenkin tilannekohtaisesti. Vanhemmilla on mahdollisuus olla mukana, mutta heillä on myös oikeus olla olematta paikalla. Esimerkiksi lapsen itkun katsominen saattaa tuntua vanhemmista pahalta, jolloin vanhempien pelko ja avuttomuus voivat heijastua lapseen ja siten vaikeuttaa tutkimuksen tekemistä. Useimmiten vanhemmat kuitenkin haluavat olla

läsnä toimenpiteissä tukemassa ja rauhoittamassa lasta. Nuoret tosin saattavat haluta olla yksin tutkimustilanteissa, etenkin jos tilanne vaatii riisuutumista. (Knaapi & Mäenpää 2005, 363.)

2.6 Lääkärille tai sairaanhoitajalle ajanvarauksella vai suoraan päivystykseen?

On suositeltavaa tuoda lapsi oman terveysaseman lääkärin tai sairaanhoitajan vastaanotolle, mikäli hänellä on kuumeen lisäksi korvasärkyä, virtsavaivoja, päänsärkyä tai vatsakipuja tai hän on sairaan oloinen, väsynyt tai sekava. Jos kuumeiselle lapselle ilmaantuu mustelmia, hän alkaa ontua tai nivel turpoaa, on myös syytä tulla lääkäriin. Alle kolmen kuukauden ikäisen lapsen kohdalla on lääkärin puoleen käännyttävä herkemmin, muun muassa jos lapsi ei syö tai käytös poikkeaa selkeästi normaalista. (Terveystalo 2014.)

Päivystyshoitoa vaativia tilanteita taas ovat esimerkiksi lapsen hengitysvaikeudet, kouristuskohhtaukset, puremat, sähköiskut, akuutit sisätauti-ongelmat sekä tapaturmat. Pienillä lapsilla myös ripuli-oksenustauti, ja alle kolmen kuukauden ikäisellä lapsella kuume on syy päivystyskäynnille. Henkeä uhkaavissa tilanteissa, kuten lapsen ollessa tajuton tai hengittämätön, lapsi tuodaan päivystykseen yleensä ambulanssilla. (TAYS 2015.) Päivystyksessä toteutetaan myös puhelinneuvontaa, joten mikäli perhe kokee epävarmuutta oikean hoitopaikan valinnassa, voi puhelinneuvontaa antava hoitaja ohjata perheen oikean hoidon piiriin (KSSH 2015a).

2.7 Lapsipotilaiden yleisimmät diagnoosit päivystyksessä

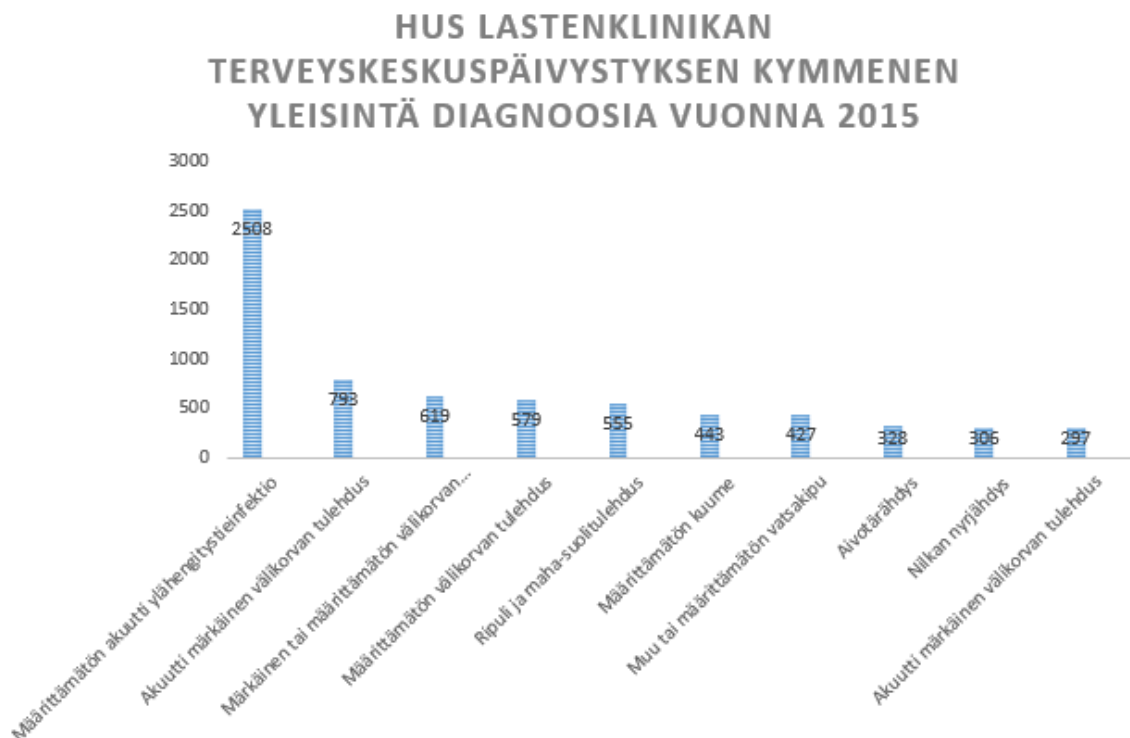
Lapsilla selkeästi suurimman sairausryhmän muodostavat erilaiset infektiot, ja yleisin infektio onkin virusperäinen ylähengitystietulehdus. Pieni lapsi saattaa sairastaa ylähengitystietulehduksia useita kertoja vuodessa, ja jälkitautina nuhan seurauksena saat-
taa ilmetä välikorvantulehdus, joka myös löytyy lasten yleisimpien diagnoosien joukosta. (Jalanko 2009a.) Yleisimmin alle kolmevuotiailla lapsilla diagnosoitu obstruktiivinen bronkiitti eli ahtauttava keuhkoputkentulehdus on oireiltaan yksilöllinen, mutta pahimmillaan saattaa aiheuttaa lapselle astmakohtauksen kaltaisia uloshengitysvaikeuksia sekä kovaa yskää (HUS 2015). Obstruktiivinen bronkiitti ja RS-viruksen aiheuttama bronkioliitti eli pienten keuhkoputkien tulehdus ovat myös lapsipotilaiden yleisiä vaivoja

(Jalanko 2009b; THL 2013). Muita hengityselimistön tauteja ovat laryngiitti eli kurkunpääntulehdus ja pneumonia eli keuhkokuume (Puhakka 2015).

Hengitystietulehdusten lisäksi maha-suolitaudit, pyelonefriitti eli munuaistason virtsatieinfektio, määrittämätön virusinfektio ja kuume ovat yleisimmin diagnosoituja tauteja päivystyksessä. (Puhakka 2015.) Lapsilla tapaturmat ovat yleensä kolhuja tai naarmuja, mutta myös liikennetapaturmia, palovammoja, myrkytyksiä ja sähköiskuja tapahtuu (Jalanko 2009a). Tapaturmista yleisimpiä ovat aivotärähdykset, erilaiset murtumat, raajakivut ja nyrjähdykset (HUS 2015). HUS:n Lastenklinikan erikoissairaanhoidon yleisimmät diagnoosit on kuvattu kaaviossa 1, ja terveyskeskuspäivystyksen yleisimmät diagnoosit löytyvät kaaviosta 2.



Kaavio 1. HUS Lastenklinikan erikoissairaanhoidon kymmenen yleisintä diagnoosia vuonna 2015.



Kaavio 2. HUS Lastenklinikan terveystieteiskeskuspäivystyksen kymmenen yleisintä diagnoosia vuonna 2015.

Muita päivystysongelmia voivat olla muun muassa koliikki, imeväisikäisen uniongelmat, ihottumat, päänsärky, ontuminen, nivelkivut, jonkinlainen hengitysvaikeus tai kohtausoireet. Myös erilaiset vatsan toiminnan ongelmat ja kivesongelmat, kuten akuutti kiveskipu, voivat olla päivystyskäynnin syynä. (Pauniahho 2015.)

Janhunen kartoitti pro gradu -tutkielmassaan Jorvin sairaalan päivystyksen lapsipotilaiden yleisimpiä tulosityitä sairaanhoitajien kokemana. Tulokset ovat yhtenäiset muiden tilastojen kanssa, sillä sairaanhoitajat (n=15) nimesivät lapsipotilaiden yleisimmiksi tulosityiksi kuumeen, hengitysvaikeudet sekä ylähengitystieinfektiosta aiheutuvat oireet. Sairaanhoitajien mukaan muita tavallisia tulosityitä olivat muun muassa erilaiset traumat ja murtumat, korvavaivat sekä vatsa- ja suolistoinfektion oireet. (Janhunen 2014.)

3 TRIAGE-LUOKITUS HOIDON TARPEEN ARVIOINNIN TYÖKALUNA

3.1 Hoidon tarpeen arviointi

Hoidon tarpeen arvioinnissa kartoitetaan potilaan terveydellistä tilaa ja toimintakykyä esitietojen eli anamneesin, vitaalielintoimintojen sekä nykystatuksen perusteella. Hoidon tarpeen arviointia suoritetaan sekä puhelimen välityksellä että vastaanotolla ja sen suorittaa aina terveydenhuollon ammattihenkilö. Hoidon tarpeen arviointi määrittää potilaan tilan vaatiman hoitoon pääsyn aikatavoitteen. Jotta terveydenhuollon ammattihenkilö voi tehdä hoidon tarpeen arviointia, vaaditaan häneltä riittävää koulusta, kokemusta ja ammattitaitoa. Johtavalla tai vastaavalla lääkäriellä on aina vastuu toiminnasta, sillä sairaanhoitajan tekemä arvio perustuu lääkärien antamiin ohjeistuksiin. Hoidon tarpeen arviointi tarkoittaa siis eri asiaa kuin varsinainen diagnoosin tekeminen. (Valvira 2014.)

Hoidon tarpeen arvioinnin prosessi alkaa siitä, kun potilas ottaa yhteyttä päivystykseen puhelimitse tai saapuu päivystykseen. Sairaanhoitaja kyselee potilaalta esitiedot tämän hetkiseen tilanteeseen liittyen, mahdolliset perussairaudet sekä lääkitykset. Potilaalta selvitetään muun muassa oireiden alkamisajankohta, niiden kesto, ilmenemismuoto sekä onko vastaavanlaisia oireita esiintynyt aikaisemmin. Potilaan kertomat tiedot kirjataan tarkasti ja selkeästi potilastietojärjestelmään. (Koskela 2014b.)

Suomessa hoidon tarpeen arvioinnissa käytetään apuna usein ABCDE-triage-luokitusta, sen paikallisesti sovellettua versiota tai kansainvälisestikin käytössä olevaa ESI (Emergency Severity Index)-luokitusta. Suomessa ei ole validoitu yhtä ainoaa järjestelmää, joten tärkeintä on, että päivystyspoliklinikoilla käytetään juuri tämän päivystyspisteen tarpeita vastaavaa hoidon kiireellisyyden luokitusjärjestelmää. (STM 2010.)

3.2 Triage-luokitus hoidon tarpeen arvioinnissa

Termi ”triage” juontaa juurensa ranskan kielestä Napoleonin ajalta, jolloin sotakirurgiassa käytettiin potilaiden kiireellisyysluokittelusta triage-sanaa. Nykyään termi on yleistynyt ja sitä käytetään sairaaloiden päivystystoiminnassa, katastrofilääketieteessä sekä ensihoitopalveluissa kuvaamaan potilaan kiireellisyysluokittelua. Ajasta ja paikasta riippumaton kiireellisyysarvio ja sen tueksi laaditut luokittelujärjestelmät ovat käytössä useissa eri päivystyspisteissä maailmanlaajuisesti. (Malmström ym. 2012.)

Yksi kiireellisyysluokituksen käyttöönoton syistä Suomessa on ollut tarve erotella päivystyspotilaiden joukosta kiireettömät potilaat, jotka oirekuvansa ja terveydentilansa vuoksi voidaan hoitaa virka-aikana. Sosiaali- ja terveysministeriön luomat yhtenäiset päivystyshoidon perusteet tuovat esille ne kriteerit, joilla helpotetaan päivystyspotilaan määrittelyä ja nämä kriteerit ovat yhtenäiset koko Suomessa. Myös terveydenhuoltolaki korostaa potilaan valinnanvapautta, joten tämän vuoksi sekä väestöllä että terveydenhuollon ammattilaisilla pitää olla yhtenäinen käsitys siitä, milloin on syytä tulla päivystykseen, jotta turhilta käynneiltä välttyttäisiin. (Malmström ym. 2012.)

Yleisimmin käytössä olevat kiireellisyysluokittelut ovat viisiportaisia. Useimmat luokittelut jakavat saapuvat potilaat luokkiin aikatavoitteiden mukaisesti. Aikataavoite määrittää ajan, johon mennessä potilaan tulee viimeistään päästä lääkärin nähtäväksi, tutkimuksiin ja hoitoon. Luokittelut ovat sisällöiltään erilaisia ja poikkeavat toisistaan muun muassa arvioinnin ja työskentelyn etenemisen kannalta. Osassa potilas saa kertaluontoista arviointia päivystyskäynnin alussa, ja osassa taas jatkuvaa arviointia koko käynnin ajan. (Malmström ym. 2012.)

Potilaiden saapumisjärjestyksellä ei siis ole merkitystä, vaan potilaat hoidetaan heidän oirekuvansa vaatimassa kiireellisyysjärjestyksessä. Esimerkiksi huonokuntoiset vanhukset ja lapsipotilaat hoidetaan ennen potilaita, joilla on lievempiä vammoja tai oireita (KSSHP 2015b). Potilaan oireiden perusteella tehtävän kiireellisyysluokan määrittäminen tulee tapahtua muutamassa minuutissa. Kiireellisyysluokan määrittäminen perustuu ensisijaisesti peruselintoimintoihin, mahdollisiin hengitysoireisiin, happisaturaatioon, verenkierron tilaan sekä tajunnan tasoon. (Lindfors-Niilola ym. 2013.)

Yhteispäivystysten lisääntymisen myötä triage-luokitusten käyttö on lisääntynyt ympäri Suomea. Potilasmäärien ja jonojen kasvaessa triagen käyttöönotto tapahtuu kuin itsestään helpottamaan henkilökunnan työtä. Turussa varsinainen triage-työskentely otettiin

käyttöön vuonna 2013, kun uusi TYKS:n yhteispäivystys valmistui, ja uudet tilat mahdollistivat yhtenäisen triagen käytön. Sitä ennen sairaanhoitajat joutuivat luokittelemaan potilaat sisääntuloaulassa, jolloin potilaiden intymiteettisuoja ei toteutunut ja luokittelu oli hoitajasta riippuvaista. (Vehmanen 2010.) Keväällä 2015 Suomessa 20:llä eri päivystyspoliklinikalla (16 sairaanhoitopiiriä, kolme HUS:n sairaanhoitoaluetta ja yksi kunta) oli pääasiassa käytössä ABCDE-luokitus potilaiden kiireellisyysarviointiin. Päivystyspoliklinikoista 13 käytti kyseistä luokitusta, kolmella oli käytössä ESI-luokitus ja loppuilla oli jokin muu, esimerkiksi ”hätä – kiire – päivystys – ei päivystys”-luokitus. Lisäksi käytössä on erikoisalakohtaisia ohjeita yleisten ohjeistuksien liitteenä. (Koivuranta-Vaara 2015.) Myös keväällä 2011 on kartoitettu kiireellisyysluokitusten käyttöä suomalaisissa erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon päivystyspoliklinikoilla. Kyselyyn vastasi yhteensä 50 yksikköä, joista 36:ssa (kaikissa erikoissairaanhoidon päivystyksissä, noin 1/3 perusterveydenhuollon päivystyksistä sekä noin 80 % yhteispäivystyksistä) oli silloin käytössä jokin triage-luokitus. 34 vastanneista käytti triage-luokituksenaan ABCDE-luokitusta tai sen yksikkökohtaista sovellusta. (Malmström ym. 2012.)

3.3 ABCDE-luokitus

Vaikka ABCDE-luokitus on yleisin Suomessa käytettävä luokitusjärjestelmä, siitä ei ole olemassa yhtenäisiä ohjeita, vaan moni on kehittänyt luokituksesta omiin tarpeisiinsa sopivan version. Luokituksesta on vain vähän tutkittua tietoa eikä esimerkiksi sen turvallisuudesta, luotettavuudesta tai toistettavuudesta ole julkaistu yhtäkään tutkimusta. (Malmström ym. 2012.) ABCDE-luokituksen sisältämät aikatavoitteet siis vaihtelevat sairaanhoitopiireittäin. Esimerkiksi Jorvin sairaalassa, Keski-Suomen sairaanhoitopiirissä ja Pohjois-Karjalan sairaanhoito- ja sosiaalipalvelujen kuntayhtymässä on käytössä samanlainen ABCDE-luokitus. Sen sijaan esimerkiksi Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirin käyttämän ABCDE-luokituksen aikatavoitteet poikkeavat edellä mainituista.

Jorvin sairaalan ABCDE-luokituksen mukaan A-luokkaan kuuluvat potilaat tarvitsevat hoitoa välittömästi eli kyseessä on hätätilanne, ja potilas on hengenvaarassa. B-luokan potilaat ovat kriittisessä tilassa, ja hoito tulee aloittaa 10 minuutin kuluessa potilaan saapumisesta. A- ja B-luokkiin kuuluvat esimerkiksi vakavat myrkytykset, tajuttomat potilaat, kovasta rintakivusta tai tuoreista halvausoireista kärsivät, kriittiset traumat sekä vakavasti sairastuneet lapset. Potilaille avataan aina suoni yhteys, aloitetaan nestey-

tys ja heidän vitaalielintoimintojaan tarkkaillaan jatkuvasti monitorilla. (Lindfors-Niilola ym. 2013; PKSSK 2016.)

C-luokkaan luokitellaan kiireellistä hoitoa vaativat potilaat, joiden henki saattaa olla uhattuna. Heidän tulee päästä hoitoon 60 minuutin sisällä. D-luokka määritellään puoli-kiireelliseksi eli potilailla on mahdollisesti terveyttä uhkaava tila ja heidän hoidon aikatavoitteensa on 120 minuuttia. Näihin luokkiin kuuluvilla potilailla esiintyy muun muassa rintakipua ilman EKG-muutoksia, huimausta tai hengenahdistusta, mutta he ovat muuten hyväkuntoisia. Lisäksi esimerkiksi yleistilaltaan vakaat murtumapotilaat ja vatsakipupotilaat luokitellaan C- tai D-luokkaan. C-luokan potilaiden tilaa seurataan toistuvasti ja D-luokan potilaiden tila tulee kontrolloida uudelleen, mikäli hoitoon pääsy ylittää tavoiteajan. (Lindfors-Niilola ym. 2013; PKSSK 2016.)

E-luokan potilaat eivät tarvitse päivystyksellistä hoitoa. Päivystyksen sijaan heidät ohjataan päivystävälle sairaanhoitajalle, joka arvioi tarvitseeko potilas muita terveydenhuollon palveluita. Päivystävä sairaanhoitaja voi tarvittaessa konsultoida yleislääkäriä tehdessään potilasta koskevaa arviota. E-luokkaan kuuluvilla potilailla voi olla esimerkiksi kroonisia kipuja tai he saattavat tarvita reseptin uusimista tai terveydentilan tarkastusta. (Lindfors-Niilola ym. 2013; PKSSK 2016.)

Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirin alueella ABCDE-luokitus taas toimii siten, että A-ryhmässä hoidon aloitus tapahtuu välittömästi, B-ryhmässä 10 minuutin sisällä, C-ryhmässä 30 minuutin sisällä, D-ryhmässä 60 minuutin sisällä ja E-ryhmässä 120 minuutin sisällä. Käytössä ovat myös värikoodit, jotka helpottavat ryhmien erottamista toisistaan. (Suomen Anestesiahoitajat ry 2011.)

3.4 Canadian Triage and Acuity Scale

Viisiportaisen Canadian Triage and Acuity Scale (CTAS) –luokituksen tarkoituksena on määritellä potilaiden oireiden perusteella heille oikein ajoitettu hoito sekä antaa henkilökunnalle mahdollisuus potilaiden kiireellisyystason ja hoidon tarpeen arviointiin. Luokitusjärjestelmä perustuu myöhemmin käsiteltävään Australasian Triage Scaleen. Kolme tärkeää käsitettä, joita on käytetty asteikon suunnittelussa, ovat hyöty, asiaankuuluvuus sekä pätevyys. CTAS-luokituksesta on olemassa ohjeistukset sekä aikuisten että lasten kiireellisyysluokitteluun. (Beveridge ym. 2016; Gilboy 2013, 64.)

Triage-hoitaja tekee ensimmäisen arvion potilaasta vitaalielintoimintojen, tajunnan tason, kivun voimakkuuden sekä vammamekanismin perusteella. Tämän jälkeen sairaus tai vaiva, jonka takia potilas on ensisijaisesti tullut päivystykseen, arvioidaan tarkemmin. Potilaat luokitellaan hoidon tarpeen mukaan tasoille 1-5, ja jokaiselle tasolle on olemassa oma värikoodi (taulukko 1). Tason 1 potilaat tarvitsevat välitöntä hoitoa, sillä heillä voi olla esimerkiksi sydämenpysähdys tai vakavia hengitysvaikeuksia. Tasossa 2 potilaan on päästävä lääkärin luo 15 minuutin sisällä, ja hänellä saattaa olla esimerkiksi kova päänsärky ja sen lisäksi korkea verenpaine. Tasoon 3 luokitellaan potilaat, jotka tarvitsevat hoitoa 30 minuutin sisällä ja esimerkkeinä ovat raajamurtumat tai vatsakipu. Tasossa 4 hoitoa on saatava 60 minuutin sisällä, ja tasossa 5 puolestaan 120 minuutin sisällä. Näiden tasojen potilailla on esimerkiksi nielemisvaikeuksia ilman hengitysvaikeuksia, selkäkipuja tai oksentamista tai ripulia ilman kipuja ja kuivumisen merkkejä. (Gilboy 2013, 64; Beveridge ym. 2016.)

Taulukko 1. CTAS-luokitus.

Taso	Nimi	Värikoodi	Aikatavoite
1	elvytys	sininen	välittömästi
2	hätä	punainen	15 minuuttia
3	kiireellinen	keltainen	30 minuuttia
4	vähemmän kiireellinen	vihreä	60 minuuttia
5	ei-kiireellinen	valkoinen	120 minuuttia

CTAS-luokituksen aikatavoitteet eivät ole vakiintuneita sääntöjä, vaan ihanteellisia tavoitteita. Aikatavoitteet ovat määritelty potilaslähtöisesti sekä siten, että oikea-aikainen interventio parantaisi hoidon lopputulosta. (Beveridge ym. 2016.) CTAS-luokituksen luotettavuutta ja validiteettia on tutkittu paljon. Vuonna 2015 julkaistun meta-analyysin mukaan CTAS-luokitus on luotettava sen kaikilla osa-alueilla, mutta tutkijoiden mielestä se kaipaisi hieman kehitystä saavuttaakseen täydellisen validiteetin (Heydari ym. 2015).

3.5 Australasian Triage Scale

Australasian Triage Scale (ATS) on alun perin hyväksytty sairaaloiden käyttöön Australiassa vuonna 1993. Luokitus sisältää aikatavoitteet, joiden sisällä potilaan tulee kuulla lääkärin arvio. Tämä aikatavoite on pisin mahdollinen aika, jonka potilas voi odottaa ennen hoitoon pääsyä. Triage-hoitaja tekee arvionsa vastaamalla toteamukseen ”Tämä potilas ei voi odottaa lääketieteellistä arviota ja hoitoa pidempään kuin...” ja tarvittaessa mittaa potilaasta vitaalielintoiminnot. Jokaiselle tasolle on asetettu niin sanottu suorituskyvyn raja-arvo, joka määrittyy hoitoaikojen seurannan ja mittauksien jälkeen. Suorituskyvyn raja-arvo kuvastaa prosentuaalisesti aikaa, jonka sisällä päivystyksen henkilökunnan tulee noudattaa luokitusjärjestelmän aikatavoitteita. (Gilboy 2013, 64.) Myös Australasian Triage Scale on viisiportainen ja sisältää tasot 1-5. Tasojen 1-5 sisältö havainnollistetaan taulukossa 2.

Taulukko 2. ATS-luokitus.

Taso	Nimi	Aikatavoite	Suorituskyvyn raja-arvo (%)
1	välittömästi henkeä uhkaava	välittömästi	100
2	henkeä uhkaava	10 minuuttia	80
3	mahdollisesti henkeä uhkaava	30 minuuttia	75
4	mahdollisesti vakava	60 minuuttia	70
5	vähemmän kiireellinen	120 minuuttia	70

Tutkimusten mukaan ATS-luokitus on luotettava sekä validi ja sitä voidaan käyttää myös lapsipotilaiden kiireellisyysarvioita tehdessä (Australasian College for Emergency Medicine 2013).

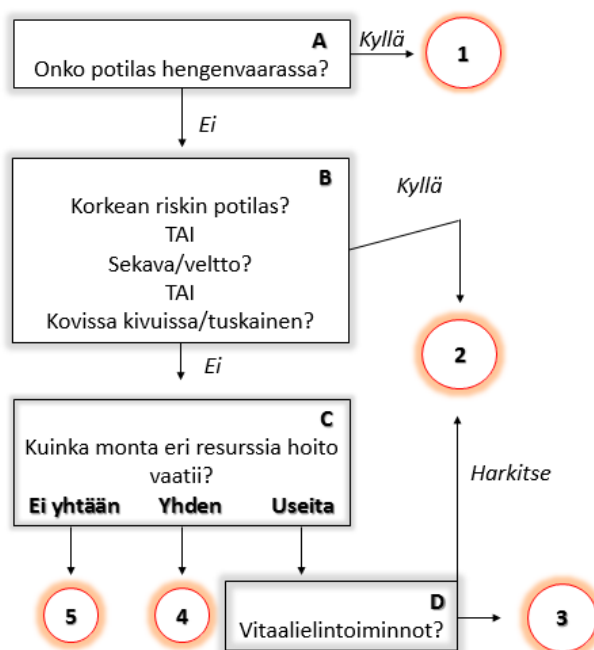
3.6 Emergency Severity Index

Emergency Severity Index (ESI) on viisitasoinen kiireellisyysluokitus, jossa potilaat jaetaan viiteen ryhmään kiireellisyyden ja heidän tarvitsemiensa resurssien perusteella. Resursseihin kuuluvat esimerkiksi laboratoriokokeet, pienet toimenpiteet, kuvantamiset, laskimon sisäinen nesteytys ja lääkehoito tai erikoislääkärin konsultaatio. Perustana ESI-kiireellisyysluokitukselle on saada oikealle potilaalle oikeat resurssit, oikeassa

paikassa ja oikeaan aikaan. Ero muihin kiireellisyysluokituksiin on selkeä, sillä ESI-luokitus ei määritä muiden luokitusten tavoin aikaa, jolloin potilaan tulisi viimeistään päästä lääkärin nähtäväksi. (Agency for Healthcare Research and Quality 2014.) Myös tämä luokitus soveltuu käytettäväksi lapsipotilaiden kiireellisyysarvioita tehdessä (Gilboy ym. 2012).

ESI on helppokäyttöinen, sillä ohjeistuksena on selkeä kaavio, joka askel askeleelta ohjaa käyttäjäänsä etenemään oikeassa järjestyksessä (kaavio 3). Yksinkertaiset kysymykset ohjeistavat triage-hoitajaa etenemään kyllä/ei -vastauksen perusteella. Apuna luokittelussa voidaan käyttää esimerkiksi tajunnantason asteikkoa, jossa potilaan tajunnantaso kartoitetaan muun muassa orientoitumisen, reaktioiden, puheen ja kipuvasteen avulla. (Agency for Healthcare Research and Quality 2014.) Sairaanhoidajan päätöksentekoa ohjaavat seuraavat neljä avainkysymystä:

- A. Onko potilas hengenvaarassa?
- B. Onko potilas korkean riskin potilas? Tai sekava/veltto? Tai kovissa kivuissa/tuskainen?
- C. Kuinka monta resurssia potilaan hoito vaatii?
- D. Mitkä ovat potilaan vitaaliarvot?



Kaavio 3. ESI-kiireellisyysluokituksen kaavio.

A. Onko potilas hengenvaarassa?

Ensimmäisessä vaiheessa triage-sairaanhoitaja arvioi, onko potilas hengenvaarassa sen hetkisen statuksen perusteella. Mikäli potilas on hengenvaarassa, luokitellaan hänet automaattisesti ESI-tasolle 1 ja hänen hoitonsa aloitetaan välittömästi. Henkeä uhkaavia tilanteita ovat muun muassa sydänpysähdys, rintakipu tai epänormaalit sydänoireet, hengityslama ja kriittiset traumat. Jos potilas ei ole hengenvaarassa, jatkaa triage-hoitaja seuraavaan kysymykseen. (Gilboy ym. 2012.)

B. Onko potilas korkean riskin potilas? Tai sekava/veltto? Tai kovissa kivuisa/tuskainen?

Mikäli potilas tarvitsee hoitoa lähes välittömästi ja kuuluu korkean riskin potilasryhmään, kuuluu hän ESI-tasolle 2. Tälle tasolle kuuluvat muun muassa sekavat, uneliaat tai veltot potilaat, joiden yleistila vaatii tutkimuksia lähes välittömästi. Myös rintakipuiset potilaat, joiden tila on vakaa kuuluvat tälle tasolle. Jos potilas ei täytä ylläolevia kriteereitä, siirtyy triage-hoitaja seuraavaan luokitusta määrittelevään kysymykseen. (Gilboy ym. 2012.)

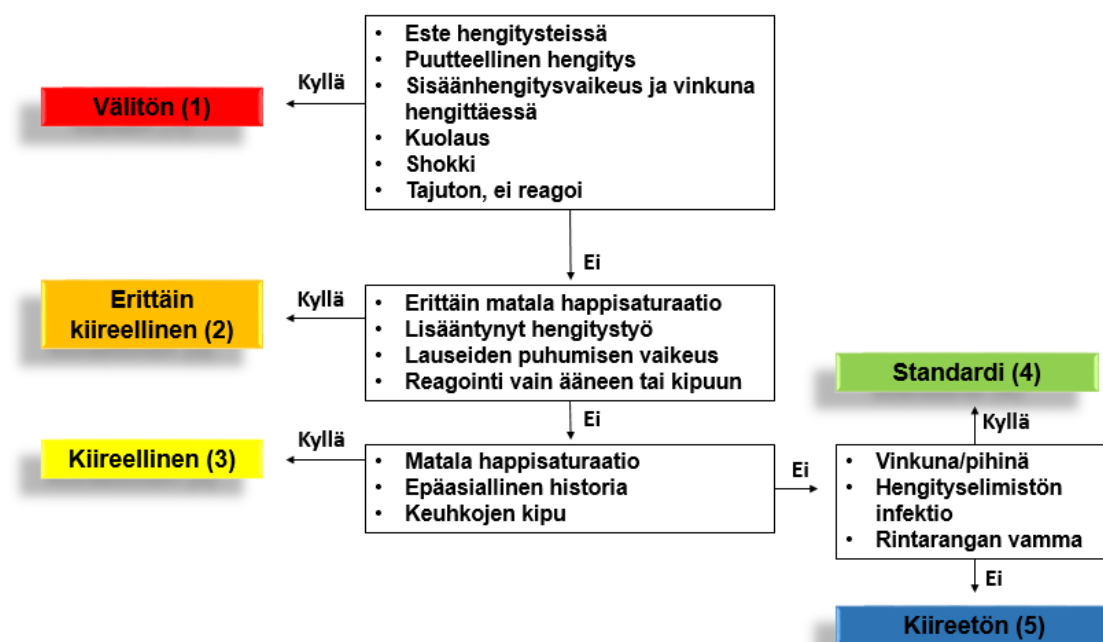
C. Kuinka monta resurssia potilaan hoito vaatii?

Kun potilaan tila ei edellytä hoitoa välittömästi, tulee triage-hoitajan määrittää potilaan tarvitsemat resurssit. Mikäli potilas tarvitsee useita resursseja, kuuluu hän ESI-tasolle 3. Ennen lopullisen päätöksentekoa, tason 3 potilaiden vitaalielintoiminnot mitataan, ja mikäli arvoista ilmenee jotakin hälyttävää, voidaan potilas nostaa tasolle 2 korkean riskin potilaana. Vitaalielintoimintojen arviointia helpottaa korkean riskin vitaaliarvotaulukko, joka määrittää sykkeen, hengitysfrekvenssin ja happisaturationin perusteella korkean riskin potilaat ikäkategorioidusti. Potilas, joka vaatii yhden resurssin, kuuluu ESI-tasolle 4 ja mikäli resursseja ei tarvita hoitoon lainkaan, kuuluu potilas ESI-tasolle 5. (Gilboy ym. 2012.)

Tutkimuksen mukaan aikuisten ESI-luokitus on osoittanut hyväksyttävän tason luotettavuudessa kaikilla osa-alueilla, mutta luokitukset vaativat lisää kehittelyä, jotta voitaisiin saavuttaa täysi yhtenäisyys (Hasanzadeh ym. 2015).

3.7 Manchester Triage System

Manchester Triage System (MTS) on englantilaisten ensihoitajien ja lääkärin kehittämä kaavio-pohjainen kiireellisyysluokitus. Luokitus on käytössä Iso-Britanniassa, Australiassa, Brasiliassa sekä ympäri Eurooppaa. MTS eroaa ATS- ja CTAS-luokituksesta huomattavasti, sillä triage-hoitajan päätöstä ohjaa luokitusta tehdessä 52 erilaisille oireille tehtyä kaaviota (kaavio 4). Kaaviot ohjeistavat käyttäjänsä valitsemaan oikean kiireellisyysluokan muun muassa potilaan kipujen, tajunnantason, verenpuodon, kehon lämpötilan ja oireiden keston mukaan. (Australian Government 2009.) Luokitusta tehdessä edetään niin sanotusti poissulkutekniikalla. Tämä tarkoittaa sitä, että triage-hoitajan tehdessä arviota hän sulkee pois kyllä/ei -tekniikalla luokat, johon potilas ei kuulu oireidensa mukaan. Järjestelmä on siis hieman ESI-luokituksen kaltainen.



Kaavio 4. MTS-luokituksen kaavio, esimerkkinä hengitysoireisen potilaan hoitokaavio.

Jokaisella kiireellisyysluokalla on oma nimensä, numeronsa ja värikoodinsa, jotka yhdessä tarkentavat ajan, jolloin potilaan on viimeistään päästävä lääkärin nähtäväksi. Luokitus on viisiluokkainen ja sen hoitoajat vaihtelevat 0-240 minuutin välillä. (Mackway-Jones 2016.) MTS-luokituksen luotettavuutta ei ole arvioitu Suomessa, mutta Emergency Medical Journal on tehnyt tutkimuksen MTS-luokituksen käytöstä Australi-

assa, ja siitä voidaan päätellä, että MTS-luokitus on luotettava tapa arvioida potilaiden kiireellisyyttä (Grouse ym. 2009).

3.8 Medical Emergency Triage and Treatment System

1990-luvulla Ruotsin sairaaloissa aloitettiin kehittämään omia triage-järjestelmiä potilaiden kiireellisyysluokitteluun, ja vuonna 2005 käyttöön otettu Medical Emergency Triage and Treatment System (METTS) on toinen Ruotsissa yleisesti käytössä olevista järjestelmistä. Luokituksessa on aikatavoitteiden lisäksi ohjeistukset siihen, mikä tiimi tulee hoitamaan potilaan ja missä hoito tapahtuu. Potilaan hoitopolku sisältää ennalta sovitut tutkimukset ja tarkkailun tason. Luokitusta on kehitetty eteenpäin traumojen hoitoon, ensihoitoon, psykiatriaan ja pediatriaan sopivaksi. (SBU 2010; Finohta 2011.)

Vastaanottava sairaanhoitaja tekee ensimmäisen nopean arvion potilaasta. Osa potilaista ohjataan sinisellä värikoodilla merkittyyn ”fast track”:iin, jolla tarkoitetaan ”ohituskaistaa”, jossa voidaan hoitaa yksinkertaisia vaivoja ja vammoja. Ohituskaistan tarkoituksena on lyhentää odotusaikaa lääkärin vastaanotolle, ja siten kokonaisaikaa, jonka potilas viettää päivystyksessä. (SBU 2010; Finohta 2011.)

Loput potilaat luokitellaan kiireellisuuden mukaan neljään värikoodattuun ryhmään (punainen, oranssi, keltainen, vihreä) kolmen kriteerin perusteella: vitaaliarvot ABCDE-menetelmällä, tulosyy ja oireet sekä toimenpideprosessi, joka määrittelee mahdollisen tarpeen esimerkiksi monitorointiin tai laboratoriokokeisiin. Potilaat hoidetaan triage-luokitusten määrittelemien käytänteiden mukaisesti. METTS-luokitusjärjestelmä on arvioitu tieteellisen näytön osalta puuttuvaksi. (SBU 2010; Finohta 2011.)

3.9 Adaptivt Processtriage

Adaptivt processtriage (ADAPT) on kehitetty METTS-luokitusjärjestelmän pohjalta, ja Ruotsissa sairaaloiden päivystyspoliklinikoilla käytetään myös kyseistä järjestelmää. Potilaiden kiireellisyysluokittelu perustuu METTS-luokittelun tavoin potilaan vitaaliarvoihin, anamneesiin ja hoitoprosessiin. Lisäksi viiden eri triage-luokan värikoodit ovat samat kuin METTS-luokituksessa. Näiden luokkien lisäksi ADAPT sisältää liilan luokan, jossa potilaat voidaan siirtää suoraan potilaan tarvitsemaan erikoisyksikköön. Esimerkkeinä tällaisista potilaista ovat muun muassa aivohalvauspotilaat, sydänpotilaat sekä

potilaat, joilla on lonkkamurtuma. Anamneesien perusteella on luotu 74 erilaista mahdollista tulosyytä ja niiden kiireellisyysarviot, jotka puolestaan perustuvat hoitajan esittämiin kysymiin kysymyksiin ja potilaan vastauksiin. (SBU 2010; Finohta 2011.)

METTS ja ADAPT molemmat perustuvat tiimityöskentelyyn aina kun se on mahdollista. ADAPT-luokittelussa sairaanhoitaja tekee ensimmäisen nopean arvion potilaasta ja sen jälkeen tiimi, johon kuuluu sairaanhoitaja, lähihoitaja, osastonsihtööri sekä tarvittaessa lääkäri, arvioi potilaan tilan uudestaan. Näin toteutettu tiimitriage vähentää sellaisten potilaiden määrää, jotka poistuisivat päivystyksestä ennen kuin heidän tilansa on ehditty arvioida ja lyhentää päivystyksessäolon kokonaisaikaa. Myös ADAPT-luokitusjärjestelmästä puuttuu tieteellinen näyttö toistettavuuden ja luotettavuuden suhteen. (Finohta 2011; SBU 2010.)

4 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS JA TUTKIMUSONGELMAT

Opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää kattavasti triage-luokituksen käyttöä päivystyksessä osana lapsipotilaan hoidon tarpeen arviointia sekä kuvata lapsiperheiden kokemuksia päivystyskäynneistä ja triage-toiminnasta. Tavoitteena oli keksiä uusia kehitysideoita lasten päivystys- ja triage-toiminnalle, ja koota keskeisistä tuloksista raportti, jota voidaan hyödyntää tulevaisuudessa sekä käytännön työssä ja koulutuksissa että tulevilla opinnäytetöissä.

Opinnäytetyön tutkimusongelmat olivat:

- 1a) Miten triage-luokitusta voidaan käyttää lapsipotilaan hoidossa?
- 1b) Miten triage-luokitus toimii käytännössä?
- 2) Miten lapsiperheet kokevat päivystyskäynnit ja triage-toiminnan?

5 OPINNÄYTETYÖN TOTEUTUS

5.1 Kirjallisuuskatsaus

Opinnäytetyö toteutettiin kirjallisuuskatsauksena TYKS:n Lastenklinikan toiveita noudattaen. Kirjallisuuskatsaus sisältää koottua tietoa aihepiiriin sopivaksi rajatulta alueelta ja se pyritään toteuttamaan mahdollisimman systemaattisesti. Katsauksen tavoitteena oli vastata opinnäytetyön tekijöiden määrittämiin kysymyksiin eli tutkimusongelmiin. Katsaukseen koottiin valitun aihealueen jo aiemmin tehtyjä tutkimuksia, joiden avulla saatiin selvä kuva, miten kattavasti tutkimustietoa aiheesta on jo olemassa ja miten tutkimukset on toteutettu sekä sisällöllisesti että menetelmällisesti. Systemaattinen kirjallisuuskatsaus kohdistuu tiettyinä aikoina tehtyihin aiempiin tutkimuksiin ja eroaa muista kirjallisuuskatsauksista merkittävästi sen tarkan tutkimusten valinta-, analysointi- ja syntetisointiprosessin vuoksi. Kirjallisuuskatsauksessa synteisillä tarkoitetaan useamman tutkimuksen yhdistämistä uudeksi tutkimukseksi tutkimusongelmien mukaisesti. (Johansson ym. 2007, 4.)

Kirjallisuuskatsaukseen sisältyy teoreettinen viitekehys, jonka tarkoituksena oli luoda teoreettinen pohja tutkimukselle sekä selventää tutkimuksessa käytettyjä käsitteitä. Käsitteiden ja erilaisten määritelmien avulla lukijan on helpompi jäsentää lukemaansa tekstiä. Hoitotieteellisissä kirjallisuuskatsauksissa käyttöarvoa lisää löydettyjen tulosten systemaattisuus ja arviointi. (Willberg 2009.)

Systemaattisen kirjallisuuskatsauksen vaiheet ovat selkeät ja koostuvat Finkin mallin seitsemästä vaiheesta. Ensimmäisessä vaiheessa tutkijat asettavat työnsä tutkimusongelmat. Tutkimusongelmat muodostuvat muuttamalla tutkimuksen kohteet tutkittavaan muotoon eli kysymyksiksi. Seuraavassa vaiheessa tutkijat valitsevat käytettävät tietokannat ja kirjallisuuden, jonka jälkeen rajataan käytettävät hakutermit. Hakutermejä rajaamalla varmistetaan suoraan tutkimuskysymykseen vastaaminen. Kolmen ensimmäisen vaiheen jälkeen tutkijat aloittavat hakutuloksien seulonnan. Seulontavaiheen alussa tutkijat päättävät esimerkiksi käytettävät kielet ja vuosirajat. Seulontavaiheeseen kuuluu myös valittujen tutkimusten tieteellisen laadun tarkastelu, jonka tarkoituksena on valita tutkimukseen vain laadukkaita tutkimusongelmaan vastaavaa materiaalia. Kirjallisuuteen pohjautuvassa tutkimuksessa materiaalin tulee olla kattavaa, ja tutkimusten valinnassa tulee käyttää tarkkaa lähdekritiikkiä katsauksen luotettavuuden takaamiseksi.

si. Kuudes vaihe on itse katsauksen tekeminen. Katsaus kootaan standardoituun muotoon, jotta aikaansaannos olisi johdonmukainen, pätevä ja luotettava. Katsauksen viimeinen vaihe on tulosten syntetisointi. Synteesiin kuuluu tämän hetkisen tiedon raportointi ja löydösten kuvaaminen kuvailevasti tekstin ja esimerkiksi taulukoiden avulla. Synteesiä tehdessä kartoitetaan myös tutkimuksen laatua, luotettavuutta ja tutkimusongelmaan vastaamista. (Salminen 2011.)

Opinnäytetyöhön valittu aihe valikoitui TYKS:n Lastenklinikan tarpeiden mukaisesti. Koska opinnäytetyö tehtiin heille toimeksiantona, piti tutkimusta varten hankkia tutkimusluvut Turun kliiniseltä tutkimuskeskukselta (liite 1). Kirjallisuuskatsaus aloitettiin tutustumalla Lastenklinikan tämän hetkiseen tilanteeseen, jonka jälkeen oli selkeämpi hahmottaa, miten katsausta lähdetään rajaamaan. Näin ollen teoreettisen viitekehyksen pääaiheet olivat selvät. Pääaiheiden valinnan jälkeen oli lähdemateriaalin rajaus selkeää, keskeiset käsitteet alkoivat muodostua ja näkökulma aiheen lähestymiseen oli päätetty.

Pääaiheiden muodostuttua oli helppo luoda tutkimusongelmat Lastenklinikan toiveiden sekä lähdemateriaalin perusteella. Opinnäytetyön suunnitelmassa tuotiin esille opinnäytetyön toteutustapa, aikataulusuunnitelmat, tavoitteet sekä eettisyyteen ja luotettavuuteen vaikuttavat asiat. Opinnäytetyötä tehdessä hyödynnettiin ohjaavan opettajan kanssa käytyjä ohjauksia, joissa käytiin läpi opinnäytetyön edistymistä ja tarkennettiin epäselviä kohtia. Ohjaavan opettajan lisäksi Lastenklinikan osastonhoitaja oli mukana opinnäytetyön sisällön tarkentamisessa opinnäytetyöprosessin aikana.

5.2 Tiedonhaku, tutkimusmateriaalin valinta sekä aineiston analyysi

Tutkimusmateriaalia aloitettiin kokoamaan aiemmin sovittujen keskeisten käsitteiden perusteella. Materiaalia kerättiin pääosin internet-sivustoilta, mutta myös aihepiiriin kuuluvaa kirjallisuutta käytettiin teoreettisen viitekehyksen lähdemateriaalina. Internet-sivustojen lähteet koostuivat sekä suomen- että englanninkielisistä lähteistä. Hakusanat muodostuivat seuraavista aihepiireistä: päivystystoiminta, lapsipotilas päivystyksessä, lapsen hoitotyön erityispiirteet, perhekeskeisyys, erilaiset lastentaudit sekä triage-luokitukset. Englanninkielisiä hakusanoja olivat muun muassa *pediatric/paediatric triage* ja *children's experiences in emergency room/ER/emergency department*. Työhön valittiin kansainvälisiä lähteitä useista eri maista, joissa triage-luokituksen käyttö on edistyneempää kuin Suomessa. Muuta kuin omaa äidinkieltä

luettaessa, on oltava erityisen varovainen, jotta tekstin sisältö on oikein ymmärrettyä. Kansainvälisiä lähteitä käytettäessä tulee myös ottaa huomioon niiden soveltuvuus Suomessa tehtävään hoitotyöhön. Lähdemateriaalin haussa apuna käytettiin eri tietokantoja, kuten Medic, Cinahl, PubMed, Terveysportti ja Finna. Lähteitä löydettiin teoreettiseen viitekehykseen helposti, kun taas tutkimusosan tutkimusten löytäminen oli haastavampaa.

Kuten jo aikaisemmin todettu, tulee lähdemateriaalia arvioida kriittisesti. Tutkimus- ja lähdemateriaalia valittaessa, tulee niiden alkuperään, luotettavuuteen ja pätevyyteen kiinnittää erityistä huomiota. Luotettavuuden takaamiseksi on pyrittävä käyttämään mahdollisimman ajankohtaista ja tuoretta tietoa. Lähdemateriaalin ollessa rajallista, oli opinnäytetyössä käytettävä myös vanhempia lähteitä kattavan lopputuloksen saamiseksi. Opinnäytetyön materiaalia arvioitiin sen pätevyyden, alkuperän ja ymmärrettävyyden perusteella. Pääosin lähteiden ikä rajattiin kymmeneen vuoteen, lukuun ottamatta muutamia vanhempia lähteitä, joiden sisältö kohdistui suoraan opinnäytetyön aiheeseen. Hakukriteerinä oli myös löytää maksuttomia lähteitä, joista oli koko teksti saatavilla. Aiheeseen kuuluvat aineistot valittiin otsikon, tiivistelmän ja kokotekstin perusteella. Myöhemmin tutkimuksessa käytetty aineisto analysoitiin lukemalla tutkimukset, alleviivaamalla tärkeät kohdat eri väreillä ja luokittelemalla ne eri kategorioihin, kuten esimerkiksi negatiiviset ja positiiviset kokemukset. Tulokset kerrottiin omassa osiossaan ja koottiin tutkimustulostaulukkoon (taulukko 5 & taulukko 6). Tutkimustulosten pohjalta tehtiin Lastenlinikalle raportti, joka esitellään toukokuussa Lastenklinikan osastotunnilla ja raportti jätetään osastolle luettavaksi. (Hirsjärvi ym. 2007, 109–110.)

6 OPINNÄYTETYÖN TULOKSET

6.1 Lasten triage-luokitukset

Opinnäytetyön ensimmäisessä tulososassa käsitellään triage-luokituksista ABCDE-luokitus, CTAS-luokituksesta johdettu paedCTAS-luokitus ja ESI-luokitus, joita voidaan käyttää apuna lasten hoidon tarpeen arvioinnissa. Tutkimuksissa mainitaan myös MTS-luokitus, ATS-luokitus sekä Pediatric Assessment Triangle, joka tukee triage-luokitusten käyttöä.

Suurin osa lasten hoitotyössä käytettävistä triage-luokituksista on mukautettu aikuisille kehitetyistä triage-luokituksista. Jotta triagen käyttö olisi tehokasta, tulee sen olla suunnattu juuri tiettyyn potilasryhmään, joten lasten hoidon tarvetta ei voida arvioida aikuisten luokitusten mukaan. Muun muassa Australiassa, Kanadassa ja Yhdysvalloissa on kehitetty lapsille sopiva triage-luokitus ja vuodesta 2006 lähtien työryhmä aloitti **kehittämään omaa työkalua lasten hoidon tarpeen arviontiin** myös Englantiin. Työryhmä halusi kehittää triage-luokituksen, joka vastaisi päivystyspoliklinikoiden tarvetta ja jota voitaisiin käyttää kansallisestikin. (Holt 2009.)

Työryhmän jäsenet alkoivat työstämään lasten triage-työkalua, joka sisältäisi kaaviot erilaisille oireille. Lastenlääkäri ja muu erikoistunut henkilökunta arvioi kaaviot, ja näin syntyi 14 eri kaaviota, muun muassa vatsakivuista kärsiville lapsille, kuumeelle ja ihotumille. Jokainen kaavio johtaa neljäasteikkoiseen taulukkoon, josta katsotaan esimerkiksi vitaalielintoiminnot, oireiden tunnistaminen ja kivun arviointi. Taulukon mukaan potilaat jaetaan kiireellisyysluokkiin eri värikoodien avulla. Luokkien odotusajat ovat MTS-luokituksen mukaiset, mutta pisin odotusaika lapsipotilaiden kohdalla on 90 minuuttia. (Holt 2009.)

Kun kaaviot olivat valmiit, henkilökunnalle aloitettiin pitämään koulutuksia luokituksen käyttöönotosta. Luokituksen toimivuutta ja käyttöä käytännön työssä arviointiin pienellä pilottikokeella kesällä 2008, ja henkilökunta kertoi käyttävänsä mielellään lapsille suunnattua triage-luokitusta, mutta he korostivat, että kivun arvioimista tulisi tarkentaa. Kaiken kaikkiaan luokitus näytti toimivan hyvin, mutta sen kehittäminen ja käyttöönotto kesti paljon pidempään mitä oli suunniteltu. Luokituksen pätevyyttä ei voitu heti tutkia, joten tutkimukset sen parissa jatkuvat. (Holt 2009.)

Aikuisten kiireellisyysluokituksena toimiva CTAS sai vuonna 2001 oman lasten kiireellisyysluokitteluun soveltuvan version, **paediatric Canadian Triage and Acuity Scale**-luokituksen (paedCTAS). Kyseisessä versiossa esitettiin yleisimpiä lapsipotilaiden diagnooseja, niiden hoitopolkuja sekä lapsipotilaan vitaaliparametreja. Aikuisten luokituksen tavoin myös lasten luokitus pitää sisällään triage-luokkien värikoodit kiireellisimmästä kiireettömimpään. Luokituksen värikoodit ovat sininen, punainen, keltainen, vihreä ja valkoinen. Värikoodit havainnollistavat luokittelua muiden luokitusten tavoin potilaan kiireellisyysluokan kiireellisimmästä kiireettömimpään. PaedCTAS-luokituksen aikatavoitteet ovat myös samat kuin aikuisten CTAS-luokituksessa. Apuna nopeassa lapsen ensiarviossa voidaan käyttää Paediatric Assessment Trianglea (PAT), joka auttaa triage-hoitajaa valitsemaan oikean kiireellisyysluokan. (Gravel ym. 2008.)

PaedCTAS-luokitus sisältää myös ikään suhteutetut vitaaliparametritaulukot, jotka kertovat vitaalielintoimintojen raja-arvoja eri kiireellisyysluokille. Raja-arvoja on luotu muun muassa hengitystiheydelle, happisaturaatiolle, sydämen sykkeelle, tajunnantasolle ja lapsen ihonvärille, josta voidaan huomata mahdollinen verenkierron heikkous. Myös ruumiinlämmölle, kivulle, vammamekanismille sekä verensokerille on luotu omat vitaaliparametrit, joiden avulla potilas voidaan luokitella oikeaan kiireellisyysluokkaan mahdollisimman nopeasti. Koska lapsipotilaan tila voi heiketä hetkessä, paedCTAS-luokitus ohjeistaa epäröivää triage-hoitajaa valitsemaan triage-luokan mieluummin liian korkeaksi kuin matalaksi. (Gravel ym. 2008.)

6.1.1 Lasten triage-luokitusten luotettavuus ja pätevyys

Erilaisten lasten triage-luokitusten luotettavuutta ja pätevyyttä on tutkittu paljon. Vuonna 2009 tehtiin kirjallisuuskatsaus, jossa kartoitettiin aikaisempien tutkimusten avulla lasten CTAS-luokituksen, ESI-luokituksen, ATS-luokituksen sekä MTS-luokituksen pätevyyttä ja luotettavuutta. Kirjallisuuskatsaukseen valitut tutkimukset oli tehty Australiassa, Kanadassa, Yhdysvalloissa ja Alankomaissa. Valituissa tutkimuksissa käytettiin tutkimusmetodeina muun muassa samanaikaisia triage-luokituksia, kirjoitettuja potilascaseja sekä tulevia ja takautuvia tutkimuksia. (van Veen & Moll 2009.)

Osa MTS-luokituksen kaavioista sopii lapsipotilaille käytettäväksi, kuten esimerkiksi ”itkevä lapsi”, ”lapsen vatsakipu” ja ”ärtyisä lapsi”. ESI-luokituksen myöhemmissä versioissa on lisätty kaavio esimerkiksi kuumeiselle lapselle, ja CTAS-luokituksesta taas on tehty kokonaan erillinen lasten versio (paedCTAS). ATS-luokituksesta löytyy kolme

suoraan lapsiin kohdistuvaa kriteeriä: shokissa olevat lapset luokitellaan 1-luokkaan ja stabiilit vastasyntyneet sekä riskipotilaat 3-luokkaan. (van Veen & Moll 2009.)

Kirjallisuuskatsauksen tutkimustulosten mukaan ESI-luokituksen luotettavuus lasten triagea oli samanaikaisissa triageissa kohtalainen ja potilascaseissa hyvä, ja paedCTAS oli kohtalaisesti johdonmukainen samanaikaisissa triageissa. Molempien luokitusten kiireellisyysluokat olivat yhteydessä päivystyskäynnin pituuteen sekä eri resurssien käyttöön. ATS-luokituksen luotettavuudesta on tehty vähän tutkimuksia, joten sen pätevyyden sekä luotettavuuden arviointi on haastavaa. Tässä katsauksessa ATS-luokitus arvoitiin luotettavuudeltaan huonoksi. MTS-luokituksen luotettavuus vaihteli hyvän ja erinomaisen välillä. MTS- ja paedCTAS-luokitukset ovat päteviä työkaluja lasten päivystyspoliklinikoilla. Lisätutkimuksia kuitenkin tarvitaan, jotta voitaisiin arvioida onko yksi triage-luokitus muita parempi. (van Veen & Moll 2009.)

PaedCTAS-luokituksen validiteettia eli pätevyyttä on tutkittu vuonna 2009 useamman tutkijan voimin. Tutkimustuloksia kerättiin vuoden ajan lasten päivystyksen triage-tietokannasta, joka toimii tietokoneistettuna versiona PaedCTAS:sta. Triage-tietokanta antaa oman arvionsa potilaan triage-luokituksesta sairaanhoitajan antamien tietojen avulla. Tutkimustuloksissa todetaan tietokoneistetun PaedCTAS:n luomien triage-luokitusten olevan päteviä, ja näin ollen PaedCTAS:n soveltuvan lasten triage-luokitukseksi päivystyksessä. (Arsenault ym. 2009.)

Lapsipotilaan ESI-luokituksen luotettavuutta on tutkittu Society of Academic Emergency Medicine julkaisussa vuonna 2009. Tutkimuksessa lapsipotilaille luotu ESI-luokitus arvioidaan luotettavuudeltaan kohtalaiseksi. Lisäksi tutkimuksessa havaittiin useissa alueissa hoitajien vaikeutta valita johdonmukaisesti oikeaa triage-luokitusta. Sairaanhoitajilla oli eniten vaikeuksia valita ESI-luokka 1-2 sekä 4-5 välillä. (Aqans ym. 2009.)

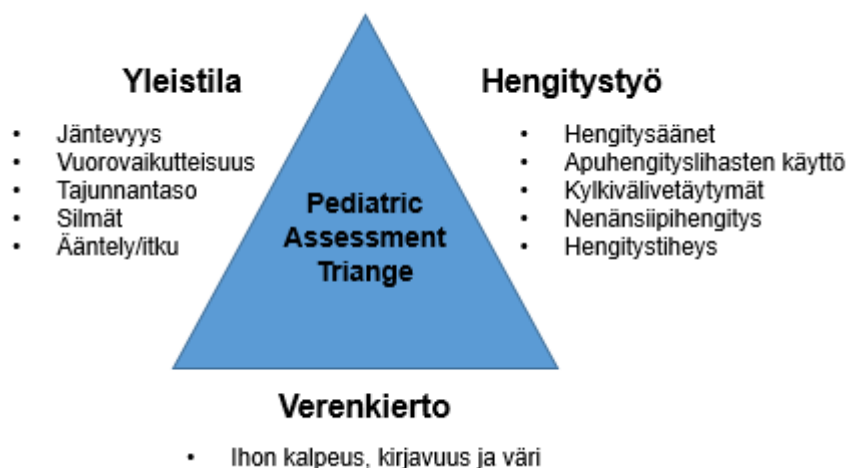
Pediatric Assessment Trianglen luotettavuutta ja tarkkuutta on arvioitu sairaanhoitajien käytössä. Tutkimustuloksissa todetaan, että PAT-työkalua käyttäessä pystytään helposti ja luotettavasti tunnistamaan korkean riskin lapsipotilaat ja määrittämään heidän kiireellisyysluokituksensa. Sen on todettu myös ennustavan lapsen kliinisen statuksen myöhemmässä arviossa. (Enriquez ym. 2013.)

6.1.2 Lastenklinikan ABCDE-luokitus ja Jorvin sairaalan ESI-luokitus

Tällä hetkellä **HUS:n Lastenlinikalla on käytössä lasten hoidon tarpeen arviointiin ABCDE-luokitus**. Lastenklinikan osastonhoitajan Kirsti Knaapin (2016) mukaan lasten kiireellisyysluokituksessa on eri ryhmille aikatavoitteet ja värikoodit, kuten aikuisen ABCDE-luokituksessakin. Lastenlinikalla toimii saman katon alla sekä terveyskeskus- että erikoissairaanhoidon päivystys. Terveyskeskuspäivystyksessä hoidettujen potilaiden määrä on suurempi, sillä yhden illan aikana (klo 16–22) potilaita saattaa olla noin 50, kun taas erikoissairaanhoidon päivystyksessä potilasmäärä on koko vuorokauden aikana noin 70–80 potilasta. Päivystyksessä hoidetaan eniten ABCDE-luokituksen mukaan C- ja D-luokan potilaita, ja suurin potilasryhmä on alle 1-vuotiaat.

Triagen tehtävänä päivystyksessä on jonon hallinta, jonka vuoksi potilaiden tulee päästä triage-hoitajan arvioitavaksi nopeasti. Näin vältetään siltä, että odotushuoneessa erittäin sairaat ja nopeasti hoitoa vaativat potilaat joutuisivat odottamaan vuoroaan liian kauan. Triagen avulla siis parannetaan potilasturvallisuutta. Triagen käytöstä löytyy kuitenkin kehitettävää, sillä laatu ei ole aina samanlaista, vaan potilaiden arviointi on hoitajasidonnaista. Lastenklinikan päivystyksessä asioivat perheet ovat pääosin tyytyväisiä päivystyksen toimintaan, ja kokemus on usein positiivinen, mikäli kaikki toimii hyvin ja perhe saa apua nopeasti. Tyytyväisyyttä ainoastaan triagen käyttöön on hankala arvioida, sillä perheiden tyytyväisyyteen vaikuttaa kokemus koko päivystyskäynnin onnistumisesta.

Jorvin sairaalan hoidon tarpeen arvioinnin ohjeistus luotiin yhteistyössä päivystyspoliklinikan sairaanhoitajien sekä lääkäreiden kanssa vuosina 2012–2013. Jorvin sairaalan lasten päivystyksessä käytössä oleva ESI-luokitus on otettu käyttöön niin sanotusti pilottina, jonka tarkoitus on kartoittaa sen toimivuutta lasten päivystyshoidossa. (Jorvi 2016a.) Knaapin mukaan eroavaisuutena ABCDE-luokitukseen tässä on se, että C-D/3-4-luokat erotetaan paremmin toisistaan, ja triage-hoitajan ottamien vitaalielin toimintojen perusteella on helpompi erottaa myös B-C/2-3-luokat toisistaan. Kevään 2016 aikana myös Lastenklinikan henkilökuntaa aloitetaan kouluttamaan ESI-luokituksen käyttöönottoa varten, ja näin ollen ESI-luokitus otetaan todennäköisesti käyttöön myös uudessa rakenteilla olevassa lastensairaalassa Helsingissä. ESI-luokitus on muovattu sairaalan omien tarpeiden mukaisesti, ja luokittelua helpottamaan on myös lisätty Pediatric Assessment Triangle (PAT) (kuva 1), joka kartoittaa lapsipotilaan hengitystyötä, yleistilaa ja verenkiertoa. (Jorvi 2016b.)



Kuva 1. Pediatric Assessment Triangle.

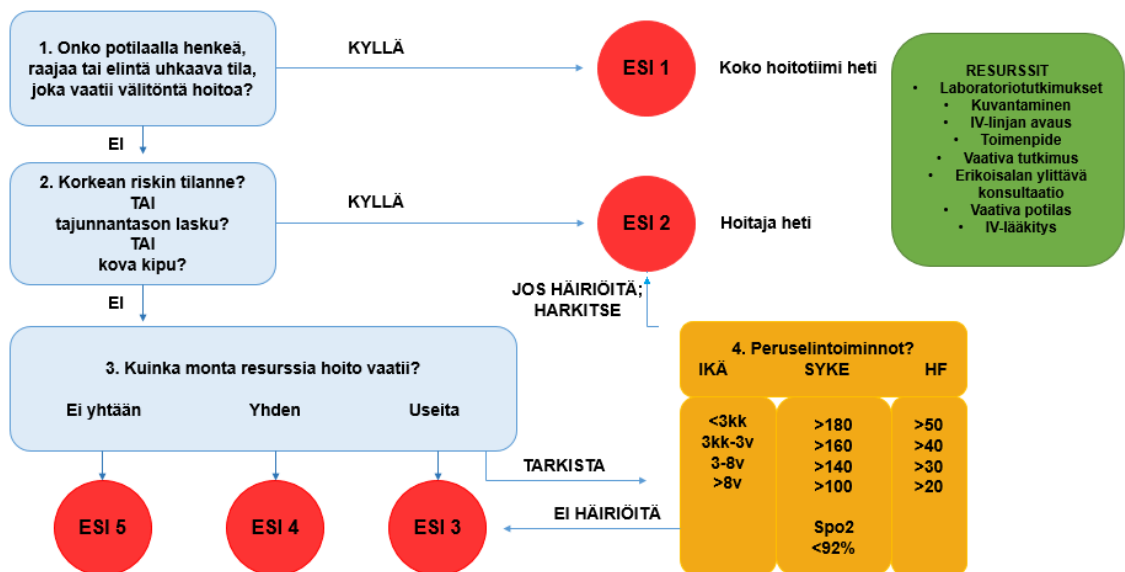
Lapsen saapuessa Jorvin sairaalan päivystykseen triage-hoitaja haastattelee sekä lapsen että hänen vanhempansa, arvioi lapsen voinnin ja tarvittaessa mittaa tämän vitaelielintoimintoja. Tarvittaessa triage-hoitaja tarkistaa myös lapsen sairaskertomushistorian. Arvioinnissa ja ESI-luokkaa määriteltäessä triage-hoitajalla on apuvälineinään PA-työkalu ja ABCDE-tarkistuslista (taulukko 3). Jorvin sairaala on tarkistuslistoissaan määritellyt myös lapsipotilaan hoitopolun ja ketä lapsen hoitoon osallistuu. Tarkistuslistoissa on esimerkiksi omat taulukkonsa kuumeiselle, sydänoireiselle, kouristavalle, ripuloivalle ja vatsakipuiselle lapselle. (Jorvi 2016a; Jorvi 2016b.)

Taulukko 3. ABCDE-tarkistuslista, esimerkkinä kuumeinen lapsi.

Triage-luokka	Oireet	Hoitolinja
A	Tajunnan taso matala, septinen shokki TAI Kuumeinen lapsi, joka kouristaa	Pediatric, tilan vakiinnuttaminen Lastenlinikalle siirtoa varten
B	Alle 3kk, lämpö yli 38.5, nariseva Petekkiat, niskajäykkyys, käsittelyarkuus, yleistila velto, korkeat tulehdusarvot, esim. B-leuk > 30	Pediatric
C	Kuumelääkkeellä huono teho Yleisvointi hieman alentunut	Pediatric/yleislääketiede

	Kohtalaisen kivulias lapsi	
D	Yleistila on pysynyt kohtuullisen hyvänä, syö ja juo normaalisti Kuume laskee lääkkeillä, pientä kipua/epämiellyttävää oloa Trooppisista maista tulleet kuumeilijat, vointi hyvä	Lähetteellä pediatria/yleislääketiede
E	Yleistila hyvä Kuume laskee hyvin lääkkeellä 1-2vrk kuumeilleet voivat hakeutua viimeistään seuraavana päivänä omaan terveyskeskukseen	Yleislääketiede/sairaanhoitaja

Kuten aikuisillakin, ESI-luokat jakavat lapsipotilaat kiireellisyyden ja vaadittujen resursien mukaan. Jorvin sairaala on määrittänyt ESI-luokitusten erikoisalajaot, joissa pääsääntöisesti ESI-luokat 1-3 hoidetaan erikoissairaanhoidossa, ja luokat 4-5 yleislääketieteen erikoisalalla. Joissain tapauksissa on kuitenkin perusteltua hoitaa ESI-luokan 3 potilas yleislääketieteen erikoisalalla. Mikäli potilas saapuu lähetteellä, hoidetaan hänet erikoissairaanhoidossa ESI-luokasta riippumatta. Lasten ESI-triage-kaavio (kaavio 5) on hieman yksityiskohtaisempi kuin aikuisten, sillä siinä otetaan tarkemmin huomioon lapsipotilaan vitaaliarvot ja tarvittava hoitohenkilökunta. (Jorvi 2016a; Jorvi 2016b.)



Kaavio 5. Jorvin lasten päivystyksen ESI-triage-luokitus.

6.1.3 Vaasan keskussairaalan lasten päivystyksen triage-luokitus

Vaasan keskussairaalassa on lapsipotilaiden hoidon tarpeen arviointiin luotu oma triage-luokitus vuoden 2014 lopulla. Uuden, lastenlääkärien luoman luokituksen myötä hoidon kiireellisyyden arviointi nopeutui, potilasturvallisuus parantui ja sairaanhoitajien työ helpottui. Triage-luokitus antaa entistä paremmat työkalut sairaanhoitajan arvion tekoon sekä ehkäisee potilaiden kiireellisyyden aliarvioimista. (Hankonen 2015.)

Lasten triage perustuu ikäryhmittäisiin vitaaliarvotaulukoihin, joita on tehty kaikenikäisille sopiviksi. Luokitus on kaksiosainen, ja ensimmäisestä vaiheesta vastaa vastaanotto-luukulla työskentelevä triage-hoitaja. Hän tekee pintapuolisen arvion lapsesta ja arvioi kiireellisyysluokan mieluummin liian korkeaksi kuin matalaksi. Tarkemman arvion tekee lasten sairaanhoitaja ja tämä tapahtuu rauhallisemmassa tilassa. Sairaanhoitaja mittaa samalla lapselta nopeasti mitattavissa olevat arvot. Lastenlääkärit ovat myös listanneet erilaisia vammoja ja oireita, joita sairaanhoitaja voi käyttää apuna kiireellisyysarvion teossa. Vitaaliarvot on kerätty, yhdistetty ja sovellettu niin kansainvälisten, valtakunnallisten kuin paikallistenkin päivystysoppaiden pohjalta. (Hankonen 2015.)

Vaasan keskussairaala (2016) saatujen tietojen mukaan vitaaliarvotaulukot on luotu seuraaville ikäryhmille: 0-3 kuukautta, 3-12 kuukautta, 1-3 vuotta, 3-6 vuotta, 6-12 vuotta ja 12-16 vuotta. Taulukot sisältävät eri vitaaliarvojen viitearvot ja näitä vitaaliarvoja ovat saturaatio lisähapella tai ilman, hengitystaajuus, verenpaine, pulssi, tajunnan taso sekä lämpö. Lisäksi A-luokkaa epäiltäessä huomioidaan hengitystiet eli onko lapsella sisäänhengitysvaikeuksia tai hengitystie tukossa. Erilaisten oireiden perusteella tehdyt taulukot (taulukko 4) ovat muun muassa hengitysvaikeuksista kärsiville, neurologisille oireille, infektiolle, korva-, kurkku- ja nenäoireille, traumaalle ja vatsakivulle.

Taulukko 4. Vaasan keskussairaalan oiretaulukko, esimerkkinä korva-, nenä- ja kurkkupotilas.

Korva-, nenä- ja kurkkupotilas	A	B	C	D	E
Epiglottiepäily ja vaikea hengenhadistus	Kyllä				
Kurkkukipu ja erityisen sairas korkeakuumeinen lapsi (epäily nielu-		Kyllä			

paiseesta)					
Kuumeinen ja kivulias korvakipu- potilas, jonka yleistila alentunut			Kyllä		
Akuutti tai pitkittynyt korvakipu (kipulääkityksestä huolimatta)				Kyllä	
Kurkkukivun lisäksi korkea epäsel- vä kuume, yli 5vrk jatkunut poski- ontelon oire/kipu, jossa mukana selvä kuume				Kyllä	
Pääsääntöisesti ilman korkea kuumetta ja merkkejä kurkun pai- seesta					Kyllä
Korvakipu					Kyllä

Sairaanhoitajan tekemän arvion ja mittausten perusteella lapsipotilaat jaetaan viisipor-
taisen ABCDE-luokituksen mukaan kuten aikuispotilaatkin. Vaasassa luokituksen mu-
kaan A-luokka kuuluu erikoissairaanhoitoon, ja D-luokka perusterveydenhuoltoon. B- ja
C-luokan potilaita voidaan hoitaa molemmissa, ja E-luokka taas ei kuulu päivystyshoi-
don piiriin, mutta heidät voidaan kuitenkin ohjata sairaanhoitajan vastaanotolle. (Han-
konen 2015.)

6.1.4 Sairaanhoitajien kokemuksia hoidon tarpeen arvioinnista

Janhunen on pro gradu -tutkielmassaan kartoittanut **sairaanhoitajien kokemuksia lasten hoidon tarpeen arvioinnista** päivystyspoliklinikalla. Tutkimuksessa sairaanhoi-
tajat ja tutkimushoitaja kuvasivat kokemustaan arvioinnista kymmenen senttimetrin
mittaisella VAS-asteikolla. Asteikolla nolla tarkoitti helpointa mahdollista arviointia, kun
taas kymmenen tarkoitti vaikeinta kuviteltavissa olevaa arviointia. Keskiarvoltaan sai-
raanhoitajat (n=15) arvioivat hoidon tarpeen arvioinnin kokemuksen 1,51 ja tutkimus-
hoitaja (n=1) 2,05. Työkokemuksella koettiin olevan kohtalaisesti merkitsevä yhteys
kokemukseen arvioinnin teosta, joten voidaan tulkita, että työkokemuksen lisääntyessä
kokemus arvioinnin teosta helpottuu. Arviointikokemuksiin oli yhteydessä lapsipotilaan
kiireellisyysluokitus siten, että arvioidun kiireellisyysluokituksen muuttuessa vähemmän
kiireelliseksi, kokemus arvioinnista helpottuu. (Janhunen 2014.)

Taulukko 5. Tutkimustulostaulukko lasten triage-luokituksista.

Tekijät, maa & vuosi	Tutkimuksen tarkoitus	Tutkimustulokset
Holt Englanti 2009	kuvata triage-luokituksen kehitysprosessia	- henkilökunta kertoi käyttävänsä lapsille suunnattua triage-luokitusta mielellään - kivun arvioimista tulisi tarkentaa - triage-luokituksen kehittäminen ja käyttöönotto kesti kauemmin kuin oli suunniteltu
Gravel, Jarvis, LeBlanc, Warren & CTAS National Working Group Englanti 2008	kuvata lapsille sopivaa paedCTAS-luokitusta	- paedCTAS sisältää aikataavoitteet ja värikoodit eri luokille kuten aikuisten CTAS-luokituskin - sisältää myös eri-ikäisille soveltuvia vitaliparametritaulukoita - triage-luokka valitaan mieluummin liian korkeaksi kuin matalaksi
van Veen & A Moll Alankomaat 2009	tarkastella eri triage-luokitusten luotettavuutta ja pätevyyttä lastenhoitotyössä	- ESI-luokituksen luotettavuus oli kohtalainen-hyvä - ATS-luokituksen luotettavuus oli huono - MTS-luokitus on pätevä - paedCTAS-luokitus on pätevä - näiden tutkimusten perusteella ei voida sanoa, onko yksi luokitus parempi kuin muut

Arsenault, Gravel & Manzano 2009	tutkia paedCTAS-luokituksen pätevyyttä	- paedCTAS on pätevä työkalu lasten päivystyksessä
Aqans, Katznelson, Travers & Waller Yhdysvallat 2009	tutkia ESI-luokituksen luotettavuutta lapsipotilailla	- luotettavuus arvioitiin kohdallaiseksi - sairaanhoitajilla on vaikeuksia valita johdonmukaisesti oikea triage-luokka
Enriquez, Gausche-Hill, Horeczko, Lewis & McGarth Yhdysvallat 2013	tutkia Pediatric Assessment Trianglen luotettavuutta	- PAT-työkalun avulla pystytään helposti ja luotettavasti määrittämään lapsipotilaan kiireellisyysluokka
Knaapi/HUS Lastenkliniikka Suomi 2016		- tällä hetkellä käytössä lasten ABCDE-luokitus, jossa aikatavoitteet ja värikoodit eri luokille - triagen tehtävänä päivystyksessä jonon hallinta ja potilasturvallisuuden takaaminen - Lastenkliniikalla asioivat perheet pääasiassa tyytyväisiä päivystyksen toimintaan
Jorvin sairaala Suomi 2016		- käytössä lapsille soveltuva ESI-luokitus - apuvälineinä käytetään PAT-työkalua ja ABCDE-tarkistuslistaa

		- potilaiden luokittelussa huomioidaan heidän tarvitsemat resurssit
Vaasan keskussairaala Suomi 2015		- kaksiosainen triage-luokitus perustuu ikäryhmittäisiin vitaaliarvotaulukoihin - sairaanhoitajan arvion mukaan potilaat jaetaan ABCDE-luokituksen mukaisesti
Janhunen Suomi 2014	kartoittaa sairaanhoitajien kokemuksia hoidon tarpeen arvioinnista	- hoidon tarpeen arvioinnin koettiin olevan helppoa - työkokemuksella oli kohtalaisen merkittävä yhteys arvioinnin tekoon siten, että työkokemuksen lisääntyessä arviointi helpottuu

6.2 Perheiden kokemukset päivystyskäynneistä

Lapsiperheiden **tyytyväisyyttä** lastentautien päivystyksessä selvitettiin Pirkanmaan sairaanhoitopiirissä tehdyillä kyselyillä vuosina 2011–2014, ja tulokset julkaistiin Lääkärilehdessä vuonna 2015. Tutkimusmenetelminä toimivat spontaanit palautteet, ”Happy or Not”-laite, aikuispotilaille kehitetty laatumittarikysely sekä vanhemmille ja lapsille suunnattu asiakastyytyväisyyskysely. Spontaania palautetta antoi 104 asiakasta, ”Happy or Not”-laitetta käytti noin kuukauden aikana 166 asiakasta, laatumittarikyselyyn vastasi 81 perhettä ja asiakastyytyväisyyskysely lähetettiin 200 perheelle, josta kyselyyn vastasi 107 perhettä. (Helminen ym. 2015.)

Kokonaistyytyväisyys oli tutkimuksen mukaan hyvä, sillä suurin osa osallistuneista perheistä oli tyytyväisiä henkilökunnan antamaan palveluun sekä saamaansa kohteluun.

Tyytyväisyys kuitenkin vaihteli päivittäin. Kiitettävä palaute kohdistui eniten hoitohenkilökunnan toimintaan. Sairaanhoidajat ja lääkärit koettiin ystävällisiksi ja asiantunteviksi. Negatiivista palautetta annettiin pitkistä odotusajoista ja käynnin keston arvioista. Osa asiakastytyytyväisyyskyselyyn vastanneista vanhemmista (23–27%) oli tyytymättömiä informaation saamiseen ja sen ymmärrettävyyteen sekä mahdollisuudesta osallistua lapsen hoitoon. 31% lapsista taas kaipasi enemmän informaatiota hoidostaan ja 44% koki sairaalan pelottavaksi paikaksi. Yksittäisiä vastauksissa ilmenneitä negatiivisia huomioita olivat muun muassa lääkärin välinen keskustelu hoitolinjoista perheen ollessa tilanteessa läsnä, erikoislääkärin puuttuminen päivystysvastaanotolta sekä lääkärin vaihtuminen kesken hoidon. Vanhemmat kaipasivat myös muun muassa lisää virikkeitä vauvoille ja lapsille, iloisempaa väritystä, erillistä imetystilaa sekä omaa rauhaa sairaille lapsille. (Helminen ym. 2015.)

Kujala, Markkanen ja Pennanen tutkivat opinnäytetyössään vuonna 2010 lapsiperheiden kokemuksia heidän saamastaan **sosiaalisesta tuesta** päivystyspoliklinikan sairaanhoidajilta. Tutkimuksessa käytettiin apuna kyselylomaketta, joka esiteltiin ennen tutkimusta lapsiperheillä, jotta lomake olisi mahdollisimman selkeä ja helposti ymmärrettävä. Kyselylomakkeessa vastausvaihtoehtoina väittämiin käytettiin asteikkoa 1-5, jolla kartoitettiin olivatko perheet samaa vai eri mieltä väittämien kanssa. Vastatessaan 5, oli perhe täysin samaa mieltä väitteen kanssa, kun taas vastatessaan 1 perhe oli täysin eri mieltä. Kyselylomakkeita jätettiin päivystyksen tiloihin, jotta tutkijan kohtaaminen ei vaikuttaisi vastauksien luotettavuuteen. Kyselylomakkeita jaettiin 50 kappaletta, ja tutkimukseen osallistui 25 perhettä, jossa hoidossa ollut lapsi oli 0-15-vuotias. (Kujala ym. 2010.)

Lapsiperheet kokivat sairaanhoidajien osaavan vastata asiantuntevasti lähes kaikkiin esitettyihin kysymyksiin (92%), ja suurin osa perheistä (72%) koki tulleen ohjatuksi tarpeidensa mukaisesti. Enemmistö (80%) oli sitä mieltä, että perheen mielipide otettiin huomioon lasta koskevassa päätöksenteossa. Yli puolet (60%) vastanneista eivät olleet saaneet kirjallista materiaalia lapsen hoitoon liittyen. Yleisesti ottaen lapsiperheet kokivat saavansa sairaanhoidajilta erinomaista tiedollista tukea (ka 4.06). Valtaosa (84%) vastaajista koki sairaanhoidajan osoittaneen aitoa mielenkiintoa perhettä kohtaan, ja lähes kaikki (92%) kokivat sairaanhoidajan olevan helposti lähestyttävissä. Yli puolet (56%) koki sairaanhoidajan helpottaneen perheen huolta lapsesta, kaksi (8%) perheistä ei ollut samaa mieltä. Myös emotionaalista tukea saatiin sairaanhoidajalta kiitettävästi (ka 4.5). Konkreettisen tuen väittämistä iso osa (72%) perheistä koki, että

sairaanhoidajalla oli aikaa vastata mieltä askarruttaviin asioihin. Ainoastaan kahden perheen (8%) mielestä sairaanhoitaja ei pyrkinyt tuomaan perheelle rauhallista ympäristöä olosuhteet huomioon ottaen. Konkreettinen tuki arvioitiin hyväksi, sillä keskiarvoltaan vastaukset olivat 4.23. Avoimien kysymysten osiossa perheet toivat esille toiveet ilta- ja yöaikaisesta lepomahdollisuudesta sekä ruokailusta. Sairaille lapsille toivottiin tilaa, jossa voisi odotusaikana nukkua. Kiire ja odotusajat vaikuttivat negatiivisesti lapsiperheiden kokemuksiin päivystyksessä. (Kujala ym. 2010.)

Lehtinen ja Ravi kartoittivat opinnäytetyössään **leikki-ikäisten potilaiden huomiomista** sekä sitä, miten hoitavan henkilön ja lapsen välinen vuorovaikutus ilmenee päivystystapaamistilalla. Tutkimuksen vastaukset kerättiin kvalitatiivisella kyselylomakkeella, joka jaettiin 55 perheelle. Lopulta kymmenen leikki-ikäisen lapsen vanhempaa osallistui tutkimukseen. Lapset olivat iältään 1-6-vuotiaita, ja kaikki kävivät päivystyksessä lääkärin vastaanotolla. (Lehtinen & Ravi 2009.)

Suurimmalla osalla perheistä päivystyskäynti oli myönteinen kokemus. Ensikontakti koettiin tärkeäksi tekijäksi päivystyksessä, ja suurin osa olikin sitä mieltä, että ensikontakti oli positiivinen ja ystävällinen. Kuitenkin osa kertoi, että ensikontakti oli kiireinen ja jännittänyt eikä hoitajalla ollut aikaa lapselle. Vanhemmat kokivat, että lapsi huomioitiin esittämällä tälle kysymyksiä ja keskustelemalla ja lapsen ymmärrystaso otettiin huomioon. He kokivat myös, että hoitajat ja lääkärit huomioivat lapsen pelot ja ahdistuksen rauhallisella työotteella ja mukavalla olemuksella sekä kiinnittämällä lapsen huomion mukaviin asioihin ja rohkaisemalla. Toisaalta taas osa vanhemmista oli sitä mieltä, ettei pelkoja otettu lainkaan huomioon, mutta he eivät myöskään kertoneet, että heidän lapsensa olisivat pelänneet sairaalaympäristössä. Pääosin vanhemmat kokivat vuorovaikutuksen lapsensa ja hoitohenkilökunnan välillä hyväksi. Joissain tapauksissa kiireinen työtapa koettiin huonoksi, sillä silloin ei jäänyt aikaa vuorovaikutukselle ja keskustelulle. (Lehtinen & Ravi 2009.)

Kivunhoito oli vanhempien mukaan vaihtelevaa, ja suurin osa totesikin, ettei heidän lapsellaan ollut tarvetta kivunhoitoon. Positiivista oli se, että lapselta kysyttiin kivusta ja heille kerrottiin, mikäli toimenpide tekee kipeää. Kipu otettiin myös huomioon varsinaisen käynnin jälkeen antamalla jatkohoito-ohjeita. Pääasiassa vanhemmat olivat tyytyväisiä saamiinsa suullisiin ohjauksiin ja kirjallisiin jatkohoito-ohjeisiin, ja osa kertoi, että myös lapselle annettiin omat ohjeistukset lapsen ymmärrystaso huomioiden. (Lehtinen & Ravi 2009.)

Osaa lapsista pelotti rauhaton ympäristö ja humalassa olevat ihmiset. Suurin osa vastanneista oli sitä mieltä, että odottaminen kesti liian kauan ja odottaminen oli ikävää sairaan lapsen kanssa. Päivystyspoliklinikan tiloihin olisi kaivattu enemmän virikkeitä sekä terveellisiä välipaloja. Vanhempien vastauksista ilmeni myös toive, että lapselle olisi mahdollista saada aika soittamalla, jolloin ei tarvitsisi odottaa. (Lehtinen & Ravi 2009.)

Heinosen ja Juutilaisen tutkimuksessa koottiin kokemuksia lasten vanhempien **yhteistyösuhteesta** sairaanhoitajien kanssa päivystyspoliklinikalla asioidessaan. Tutkimus toteutettiin kahdessa Etelä-Suomen kaupunginsairaalassa, ja vastaukset kerättiin strukturoidulla kyselylomakkeella. Kyselylomakkeita toimitettiin 70 kappaletta päivystyspoliklinikoille, ja vastauksia tuli 33, joista 29 otettiin mukaan tutkimukseen. Kysely koostui 4-portaisista mielipideväittämistä sekä avoimista kysymyksistä. Vastaaajista suurin osa oli äitejä, ja lasten iät vaihtelivat 0-15 vuoden välillä. (Heinonen & Juutilainen 2006.)

Yli puolet vastaaajista (59%) oli sitä mieltä, että hoitaja antoi ystävällisen ja aidon vaikutelman kohdatessaan heidät. Lisäksi vanhemmat kokivat, että hoitaja kunnioitti heidän perhettään ja oli kiinnostunut lapsista. Suurin osa vastaaajista koki, että hoitaja oli kuunnellut heidän huoliaan ja keskustellut heidän kanssa. Kuitenkin 14% oli sitä mieltä, ettei hoitaja keskustellut heidän kanssaan lainkaan. Noin puolet sai luotettavan kuvan hoitajasta. Vain 45% vanhemmista oli täysin samaa mieltä siitä, että he olivat tasavertaisia hoitajan kanssa. Kohdatuksi tulemisen avoimissa kysymyksissä ilmeni suurimmaksi osaksi positiivisia kokemuksia, mutta negatiivista palautetta annettiin kiireestä ja odotusajasta. (Heinonen & Juutilainen 2006.)

Suurimman osan mielestä tiedonsaanti tutkimuksista ja toimenpiteistä oli riittävää, mutta vanhemmat kokivat, että heidän piti itse kysellä asiasta. Tutkimuksen tulosten mukaan puutteita oli hoitajan antaman tiedon selkeydessä ja ymmärrettävyydessä. Vanhemmat olisivat kaivanneet myös lisää tietoa odottamisen syistä ja kestosta. 79% vanhemmista sai osallistua lapsensa hoitoon ja 72% vanhemmista koki, että heidän mielipiteensä huomioitiin lapsen hoitoa koskevassa päätöksenteossa. Vanhemmat myös pitivät itseään tärkeinä tiedonantajina ja lähes kaikki saivat olla läsnä lapsen tutkimustilanteissa. (Heinonen & Juutilainen 2006.)

Blommendahl tutki keväällä 2014 **kivunhoitoa** päivystysvastaanotolla lapsipotilaan näkökulmasta. Ennen tutkimukseen osallistumista kymmenen lapsen vanhemmalta

kerättiin kirjallinen suostumus tutkimukseen osallistumisesta, ja ennen haastattelua lapset antoivat vielä oman suullisen suostumuksensa. Haastateltavilla kipua kokevilla lapsilla (n=10) tulosyys lukeutui päivystyshoidon yleisimpien diagnoosien joukkoon. Iältään lapset olivat 5-10 vuotiaita. (Blommendahl 2014.)

Haastattelujen perusteella lapset kokivat päivystyskäynnit onnistuneiksi, mutta he kaipaivat mielekästä tekemistä odottaessaan. Mielekästä tekemistä lasten mielestä olisi ollut muun muassa lastenohjelmien katsominen, kirjojen lukeminen tai kuuntelu ja piirtäminen. Teoreettisentiedon ja tutkimustulosten perusteella voidaan tulkita, että kivunhoito on laadukasta, mutta osittain puutteellista. Kerätyn tiedon mukaan lapsia lääkittiin kysymättä kivuista, kipulääkkeen vaikuttavuutta ei varmistettu lääkkeen antamisen jälkeen sekä lääkkeitömien kivunlievityskeinojen käyttö koettiin erittäin vähäiseksi. Lapset olivat kuitenkin pääosin tyytyväisiä kivunhoitoon ja kokivat tärkeäksi tietää, miten kipulääke auttaa koettuun kipuun. Lasten mielestä tärkein kehittämiskohde oli virikkeiden lisääminen, jottei odotusaika tuntuisi niin pitkältä. (Blommendahl 2014.)

Emergency Medicine Australasia julkaisi vuonna 2014 tehdyn tutkimuksen vanhempien kokemasta tyytyväisyydestä pediatriseen hoitoon, **Australasian Triage System-luokitukseen ja odotusaikoihin**. Tutkimuksessa käytettiin strukturoitua kyselylomaketta, joka annettiin vanhemmalle tai huoltajalle lapsen tullessa Sandringhamin sairaalan päivystykseen Melbournissa. Kyselylomakkeessa kartoitettiin vanhempien mielipiteitä odotusajoista, päivystyksen tiloista, hoitohenkilökunnan pätevyydestä ja yhteystyötaidoista, sekä yleisesti tyytyväisyyttä päivystyskäynnistä. Lomakkeessa vastausvaihtoehdot esitettiin Likert-asteikon muodossa. Tutkimukseen kuuluvien kyselylomakkeiden jako alkoi lokakuussa vuonna 2011 ja päättyi vuoden 2012 helmikuussa, jonka jälkeen palautettuja ja kauttaaltaan täytettyjä kyselylomakkeita kerääntyi 133. (Breen ym. 2014.)

Vastaukset olivat yleispositiivisia, ja pääosin vanhemmat kokivat odotusajat maltillisiksi sekä triage-luokitusten mukaisiksi. Potilaat, joiden triage-luokitus oli vähemmän kiireellinen, olivat tyytymättömämpiä odotusaikoihin kuin kiireelliseksi tai kiireettömäksi luokitellut potilaat. Tutkimuksen johtopäätöksistä kävi ilmi, ettei odotusaika tai pitkittynyt hoidon saaminen välttämättä vaikuta negatiivisesti yleiseen tyytyväisyyteen potilaan hoidosta. Hoitoon tyytyväisyyden avaintekijät ovat tutkimuksen mukaan laadukas informaatio, hyvät käytöstavat sekä vanhempien huolien kuunteleminen ja kunnioituksen osoittaminen. Artikkelissa kuvataan potilaiden palautteen hyödyllisyyttä. Palautteet an-

tavat mahdollisuuden tulkita eri ihmisten näkemyksiä ja niiden avulla työympäristöä ja potilastyytyväisyyttä voidaan parantaa. (Breen ym. 2014.)

Taulukko 6. Tutkimustulostaulukko lapsiperheiden kokemuksista päivystyskäynneiltä.

Tekijä, maa & vuosi	Tutkimuksen tarkoitus	Asetelma & mittari	Tutkimustulokset
Helminen, Inki, Järvinen & Virkki Suomi 2011–2014	selvittää perheiden tyytyväisyyttä lasten tautien päivystyksessä	spontaanit palautteet n=104 ”Happy or not”-laite n=166 laatumittarikysely n=81 asiakastytyväisyyskysely n=107	- kokonaistyytyväisyys päivystyskäyn-teihin hyvä - kiitettävää palautet-ta hoitohenkilökun-nan toiminnasta - negatiivista pa-lautetta pitkistä odo-tusajoista ja käynnin keston arvioista
Kujala, Mark-kanen & Pen-nanen Suomi 2010	selvittää lapsiperhei-den kokemuksia sairaa-nhoitajilta saadusta sosiaalisesta tuesta päivystyspo-liklinikalla	strukturoitu kysely-lomake n=25	- perheet kokivat saaneensa erin-omaista tiedollista tukea sairaanhoitajil-ta - emotionaalista tu-kea saatiin kiitettä-västi - myös konkreettinen tuki arvioitiin hyväksi
Lehtinen & Ra-vi Suomi 2009	selvittää miten leikki-ikäisiä huomioidaan ja kuinka hoitavan henki-lön ja lapsen välinen vuorovaikutus ilmenee päivystysvastaanotolla	kvalitatiivinen kyse-lylomake n=10	- ensikontakti hoita-jien kanssa koettiin hyväksi - lapsi otettiin huo-mioon - lapsen ja hoitavan henkilön välinen vuo-

			rovaikutus koettiin hyväksi - perheet kokivat, että odottaminen kesti liian kauan ja virikkeitä olisi kaivattu lisää
Heinonen & Juutilainen Suomi 2006	selvittää lasten vanhempien kokemuksia yhteistyösuhteesta hoitajien kanssa päivystyspoliklinikalla asioidessaan	strukturoidu kyselylomake n=29	- hoitaja kunnioitti perhettä sekä oli ystävällinen ja aito - tiedon saantiin liittyi eniten puutteita - vanhemmat saivat osallistua lastensa hoitoon sekä hoitoa koskevaan päätöksentekoon
Blommendahl Suomi 2014	selvittää, kuinka 5-10-vuotiaat lapset kokevat oman kipunsa ja sen hoidon päivystysvastaanotolla sekä minkälainen kokemus päivystyksessä käynti on lapsille	haastattelu n=10	- lapset kokivat päivystyskäynnit pääasiassa onnistuneiksi ja olivat tyytyväisiä kivunhoitoon - lapsilta tulisi kysyä enemmän kivusta - lapset kaipasivat mielekästä tekemistä odotusaikoihin
Fitzpatrick, Breen, Taylor, Paul, Grosvenor, Heggie & Ma-	selvittää vanhempien ja huoltajien näkemyksiä lasten päivystyshoidosta sekä tyytyväisyyttä hoidosta,	strukturoidu kyselylomake n=133	- pääasiassa vanhemmat kokivat odotusajat kohtuullisiksi ja triage-luokituksen mukaisiksi

har Australia 2014	odotusajoista ja triage-luokittelusta päivystyspoliklinikalla		- potilaat, jotka luokiteltiin triagessa vähemmän kiireelliseksi, olivat tyytymättömiä odotusaikoihin - odotusaika tai pitkittynyt hoitoon pääsy ei aina vaikuta negatiivisesti yleiseen tyytyväisyyteen hoidosta
--------------------------	---	--	--

7 POHDINTA

7.1 Eettisyys

Etiikka perustuu oikean ja väärän sekä hyvän ja pahan pohdintaan. Tutkimuksen teossa tiedon hankintaan, itse tutkimuksen tekoon ja sen julkistamiseen liittyy monia eettisiä kysymyksiä. Eettisesti hyvä tutkimus on tehty hyvää tieteellistä käytäntöä noudattaen. Tutkimusta tehdessä noudatetaan rehellisyyttä, huolellisuutta ja tarkkuutta koko tutkimusprosessin ajan. Muiden tutkijoiden työt ja saavutukset otetaan kunnioittavalla ja asianmukaisella tavalla huomioon, esimerkiksi laittamalla lähdeviitteet huolellisesti oikein. Tutkimus suunniteltiin, toteutettiin ja raportoitin yksityiskohtaisesti. Tutkimusten tulosten julkaisussa oltiin avoimia eikä tuloksia sepitetä tai kaunistella. Tutkimustuloksia ei myöskään yleistetty kritiikittömästi. (Hirsjärvi ym. 2007, 23–25.)

Hyvään tutkimuskäytäntöön sisältyy myös epärehellisuuden välttäminen ja siihen liittyy olennaisesti plagioinnin välttäminen. Plagioinnilla tarkoitetaan luvaton lainaamista, jolloin jonkun toisen kirjoittamaa tekstiä esitetään omana. Internet-lähteiden käytön lisääntyminen tarjoaa mahdollisuuden aineiston lainaamiseen, jolloin plagiointi on tullut helpommaksi. Myöskään itseään ei saa plagioida eli tutkimustuloksia raportoidessa ei saa harhaanjohtaa muuttamalla pientäkään osaa tutkimuksesta. (Hirsjärvi ym. 2007, 25.) Varsinkin internet-lähteitä käytettäessä tulee tutkijan olla erityisen huolellinen ja kriittinen lähdemateriaalia valittaessa.

Opinnäytetyötä tehdessä esimerkiksi tutkimuksen aihe sekä toteutukseen käytettävät menetelmät vaikuttavat tutkimuksen eettisiin kysymyksiin, jotka tutkijan tulee huomioida. Jo tutkimuksen aiheen valinta on eettinen kysymys ja tämän opinnäytetyöhön valittu aihe on valittu siten, ettei se loukkaa ketään tai ole kyseenalainen (Hirsjärvi ym. 2011, 24). Koska kyseessä ei ole ihmistieteen tutkimus eikä tutkimuksessa ole käytetty esimerkiksi haastatteluja tai havainnointia, eettisyyden arviointi perustuu lähinnä opinnäytetyön sisältöön. Opinnäytetyö on myös toteutettu ilman rahoituslähteitä, joten määrärahojen eettistä käyttöä ei ole syytä tarkastella. Pohdittaessa tämän opinnäytetyön eettisyyttä voidaan todeta, että opinnäytetyö on toteutettu hyvän tieteellisen käytännön mukaisesti. Opinnäytetyön tulokset ovat tarkkoja eikä niitä ole vääristelty. Lähdeviitteet tekstissä on merkitty huolellisesti asianmukaisella tavalla. Tutkimusetiikkaan liittyy

myös tarvittavien tutkimuslupien hankkiminen, jotka tässä opinnäytetyössä hankittiin TYKS:n pyynnöstä Turun kliiniseltä tutkimuskeskukseksi.

7.2 Luotettavuus

Tutkimuksen reliabiliteetilla eli luotettavuudella on useita kulmakiviä, jotka perustuvat johdonmukaisuuteen, täsmällisyyteen ja tarkkuuteen. Luotettavuuteen vaikuttavat tutkimuksen teoreettiset lähtökohdat, tutkimusongelmat, aineiston keruu ja sen analysointi, tutkimuksessa käytetyt keskeiset käsitteet, tulokset sekä johtopäätökset. (Kajaanin ammattikorkeakoulu 2016.) Tutkimuksessa käytetyt menetelmät raportoitiin tarkasti, jotta lukija voi arvioida tutkimuksen asianmukaisuutta ja luotettavuutta, ja siten mahdollistetaan myös uusintatutkimuksen tekeminen (Hirsjärvi ym. 2007, 255). Mikäli tutkimus suoritetaan ja tulokset raportoidaan huonosti ja huolimattomasti, heikentää se tutkimuksen luotettavuutta ja voi jopa mitätöidä koko tutkimuksen (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2012.)

Opinnäytetyön nimi vaihdettiin päivystyspainotteiseksi, jotta se ei harhaanjohtaisi lukijoita, sillä vähäiset kokemukset triage-toiminnasta olisivat saattaneet vaikuttaa otsikon ja sisällön väliseen täsmällisyyteen. Lopulliset tutkimusongelmat muodostettiin aineiston keruun aloituksen jälkeen, jotta aineisto vastaisi tutkimusongelmia. Tutkimusongelmat kuitenkin määrittäytyivät jo ennen tutkimuslupan saantia. Lähdemateriaalia valittaessa noudatettiin ulkoista ja sisäistä lähdekritiikkiä, jonka avulla lähteestä arvioitiin kirjoittajan tunnettavuutta, lähteen ikää, uskottavuutta sekä alkuperää. Myös lähteen sisältöä ja sen luotettavuutta arvioitiin materiaalia valittaessa. Vieraskielisten lähteiden käytössä huomioitiin, että teksti oli ymmärrettävää sekä virheiden välttämiseksi materiaalin luki molemmat opinnäytetyön tekijöistä. Myös vieraskieliset haastavat sanat tarkastettiin useasta eri lähteestä. Lähteitä opinnäytetyöhön kerättiin kansainvälisesti, mutta esimerkiksi huomattavasti Suomen terveydenhuoltojärjestelmästä poikkeavat maat rajattiin opinnäytetyöstä pois suurien kulttuuristen erojen vuoksi.

Koska opinnäytetyön päätarkoituksena oli esitellä erilaisia lasten triage-luokituksia, valittiin tutkimustuloksiin yksittäisiä tutkimuksia. Lisäksi opinnäytetyölle oli rajattu määrä aikaa, joten eri luokituksiin liittyviä tutkimuksia ei lähdetty etsimään enempää synteetin luomiseksi. Lasten triage-luokituksista löytyvän varsinaisen tutkimustiedon vähyydestä johtuen, tutkimusosassa on käytetty myös muunlaista lähdemateriaalia, kuten esimerkiksi asiantuntijoiden kanssa käytyjä keskusteluja ja heiltä saatuja materiaaleja. Kirjalli-

suutta ja luotettavien internet-sivustojen sisältöä lasten kiireellisyysluokittelusta päädyttiin käyttämään tulososassa tutkimustiedon tukena opinnäytetyön rakenteen selkeyttämiseksi, sillä tärkeimmäksi tavoitteeksi koettiin luoda kattava yleiskuva lasten hoidon tarpeen arvioinnissa käytettävistä luokituksista.

Opinnäytetyössä tutkimustulokset on pyritty tuomaan rehellisesti esille, ja tuloksia selkeyttämään luotiin tutkimustulostaulukot jokaisesta tutkimusalueesta. Opinnäytetyön luotettavuutta parantaa se, että opinnäytetyön tekijöitä on kaksi. Tuloksia voidaan pitää reliaabeleina, sillä molemmat tekijät päätyivät samaan tulokseen tutkimuksia analysoitaessa (Hirsjärvi ym. 2007, 226).

7.3 Tutkimustulosten tarkastelu

Opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää kattavasti triage-luokituksen käyttöä päivystyksessä osana lapsipotilaan hoidon tarpeen arviointia sekä kuvata lapsiperheiden kokemuksia päivystyskäynneistä ja triage-toiminnasta. Tavoitteena oli keksiä uusia kehitysideoita lasten päivystys- ja triage-toiminnalle, ja koota keskeisistä tuloksista raportti, jota voidaan hyödyntää tulevaisuudessa sekä käytännön työssä ja koulutuksissa että tulevaisuissa opinnäytetöissä.

Opinnäytetyön tulosten mukaan lasten päivystyspoliklinikoilla on käytössä aikuisten triage-luokituksista muokattuja kiireellisyysluokituksia sekä ainoastaan lapsipotilaille kehitettyjä hoidon tarpeen arvioinnin työkaluja. Jotta triagen käyttö olisi tehokasta, tulee sen olla suunnattu juuri tiettyyn potilasryhmään. Aikuisten kiireellisyysluokituksista sovellettuja lasten kiireellisyysluokituksia ovat muun muassa MTS ja ATS. Aikuisten ESI-luokitukseen on jälkeinpäin lisätty lapsipotilaan hoitoon soveltuvia kaavioita, kun taas CTAS-luokituksesta on luotu oma lapsipotilaan kiireellisyysluokitus paedCTAS.

Kirjallisuuskatsauksen mukaan tarvittaisiin lisätutkimuksia, jotta voitaisiin arvioida onko jokin triage-luokitus parempi kuin toiset. Tutkimuksien mukaan paedCTAS on pätevä työkalu hoidon tarpeen arviointiin lasten päivystyspoliklinikoilla. ESI-luokituksen luotettavuus on arvioitu kohtalaiseksi, sillä sairaanhoitajilla oli vaikeutta valita johdonmukaisesti potilaalle oikea triage-luokka. Triage-luokitusten tukena voidaan käyttää Pediatric Assessment Trianglea (PAT), jonka avulla pystytään luotettavasti ja helposti määrittämään lapsipotilaalle oikea kiireellisyysluokka. Suomessa käytössä olevien lasten triage-luokitusten luotettavuudesta ja pätevyydestä ei löytynyt tutkimustietoa.

Lasten päivystyksessä triagen tehtävänä on hallita jonoa sekä parantaa potilasturvallisuutta siten, että ensimmäinen arvio potilaasta tehdään nopeasti, jolloin kiireellistä hoitoa vaativat potilaat eivät joudu odottamaan liian kauan. HUS:n Lastenlinikalla on tällä hetkellä käytössä lapsille sopiva ABCDE-luokitus, mutta kevään 2016 aikana Lastenlinikan päivystyksessä siirrytään Jorvin sairaalassa jo käytössä olevaan ESI-luokitukseen. Lastenlinikan osastonhoitajan mukaan päivystyksessä käyvät perheet ovat pääasiassa tyytyväisiä päivystyksen toimintaan. Perheen kokemus on usein positiivinen, mikäli kaikki sujuu odotusten mukaisesti ja perhe saa apua nopeasti. Vaasan keskussairaalassa puolestaan lapsipotilaiden kiireellisyysluokitteluun on luotu oma triage-luokitus, joka perustuu triage-hoitajan nopeaan ensimmäiseen arvioon, sairaanhoitajan tarkempaan arvioon sekä vitaalielintoimintojen mittauksiin. Apuna käytetään ikäryhmittäisiä vitaaliarvotaulukoita ja lastenlääkärien listaamia ohjeistuksia eri vammoista ja oireista.

Lapsiperheiden päivystyskokemuksia tutkittaessa vastaukset olivat samansuuntaisia sekä pääasiassa positiivisia. Perheet olivat tyytyväisiä päivystyskäynnin kokonaisuuteen, ja useissa tutkimuksissa hoitohenkilökunta sai kiitettävää palautetta toiminnasta. Perheet kokivat, että sairaanhoitajat tukivat heitä tarpeeksi emotionaalisesti ja konkreettisesti ja he saivat sairaanhoitajilta tarpeeksi tietoa. Tutkimustuloksissa korostui ensikontaktin tärkeys perheelle ja usein ensikontakti koettiin hyväksi. Lapset otettiin hyvin huomioon, ja kokonaisuudessaan vuorovaikutussuhde perheen ja hoitohenkilökunnan välillä koettiin ystävälliseksi. Sairaanhoitajat kunnioittivat perheitä ja osoittivat välittävänsä perheestä aidosti. Vanhemmat kertoivat olevansa tyytyväisiä siihen, että saivat osallistua lapsensa hoitoon ja sitä koskevaan päätöksentekoon. Odotusajat koettiin triage-luokitusten mukaisiksi eikä pitkä odotusaika automaattisesti kerro huonosta päivystyskokemuksesta. Myös lapset arvioivat päivystyskäynnit onnistuneiksi ja he olivat tyytyväisiä saamansa kivunhoitoon.

Perheiden vastauksista ilmeni myös haasteita, ja lähes jokaisessa tutkimuksessa vanhemmat kertoivat pitkän odotusajan ja huonon arvioin käynnin kestosta heikentävän kokonaistyytyväisyyttä. Puutteita kerrottiin ajoittain olevan myös tiedonsaannissa sekä sen ymmärrettävyydessä. Sekä vanhemmat että lapset kaipaivat lisää virikkeitä ja mielekästä tekemistä päivystyslinikan tiloihin. Myös rauhallisempaa odotustilaa ja esimerkiksi ilta-/yöaikaista lepomahdollisuutta olisi kaivattu.

Opinnäytetyön tutkimustuloksia tarkasteltaessa tulee ottaa huomioon, ettei tutkimustuloksia voida yleistää. Jotta voitaisiin todeta jonkin triage-luokituksen olevan maailmanlaajuisesti luotettava, tarvittaisiin siihen useamman tutkimuksen syntetisointia. Lisäksi tulee huomioida maiden väliset kulttuurierot. Esimerkiksi Kanadassa toimivaksi todettu triage-luokitus ei automaattisesti toimi samalla tavalla suomalaisella päivystyspoliklinikalla. Triage-luokitusten yleistettävyyteen vaikuttavat myös eri päivystyspoliklinikoiden omat toimintatavat ja miten luokitusta on sovellettu omiin tarpeisiin.

Muitakin kulttuurieroja huomattiin tutkimustuloksia pohdittaessa. Suomessa tehdyissä tutkimuksissa korostui pitkän odotusajan negatiivinen vaikutus kokonaistyytyväisyyteen, kun taas australialaisessa tutkimuksessa odotusajat koettiin maltillisiksi. Syynä tähän ristiriitaan on todennäköisesti kulttuurilliset seikat. Yleisesti ottaen suomalaiset ovat tyytyväisiä, kun tarvittava hoito saadaan nopeasti. Muualla maailmassa odottamisesta ei koeta niin negatiiviseksi tekijäksi kuin Suomessa, vaan tärkeintä on hoitoon pääsy vaikkakin joutuisi odottamaan kauemmin.

Lasten hoidon tarpeen arvioinnissa apuna voidaan käyttää erilaisia vitaaliarvotaulukointia. Vitaaliarvotaulukot ovat hyödyllisiä, sillä lasten vitaaliarvot poikkeavat aikuisten arvoista huomattavasti, ja erot eri ikäryhmien välillä ovat suuria. Kuitenkaan taulukoihin ei tule luottaa liikaa, sillä pienikin muutos terveydentilassa saattaa vaikuttaa vitaaliarvoihin virheellisesti. Esimerkiksi kuume nostaa lapsen sykkeen helposti korkeaksi, ja näin ollen lapsi luokitellaan aiheetta liian korkealle kiireellisyysluokituksessa. Tämän vuoksi triage-luokitusta suorittavan hoitajan tulee olla kokenut, jotta hän osaa hahmottaa potilaan kokonaiskuvan, eikä anna yksistään vitaaliarvotaulukolle liian suurta painoarvoa.

Opinnäytetyössä korostuu selvästi perhekeskeisyyden merkitys lapsen hoitotyössä, joka terveydenhuollon ammattilaisten tulee ottaa huomioon työskennellessään lasten kanssa. Useista tutkimuksista voidaan päätellä, että lapsipotilaiden kanssa työskentelevillä hoitajilla tulisi olla kyky luoda potilaalle sekä hänen perheelleen turvallinen ympäristö, jossa perheellä on mahdollisuus saada luottamuksellista tukea, ymmärrystä ja riittävästi tietoa lapsen hoitoprosessista. Perheille tulee myös antaa mahdollisuus osallistua lapsen hoitoon ja hoitoa koskevaan päätöksentekoon. Tutkimustuloksista käy ilmi, että useimmissa tapauksissa hoito tapahtuu yllä mainittujen toiveiden mukaisesti.

8 JOHTOPÄÄTÖKSET

1. Opinnäytetyön perusteella voidaan todeta, että triage-luokitusten käyttö on perusteltua lapsipotilaiden päivystyshoidossa. Lapsia ei voida kohdata pieninä aikuisina, joten heidän hoitotyössään tulee käyttää juuri lapsipotilaille soveltuvia triage-luokituksia.
2. Nykyisten tutkimusten mukaan ei voida sanoa, että yksi triage-luokitus olisi selvästi muita parempi, mutta joidenkin luokitusten luotettavuudesta ja pätevyydestä on enemmän tutkimustietoa kuin toisista. Näin ollen suositeltavaa olisi tutkittujen ja luotettavaksi todettujen luokitusten käyttö, kuten esimerkiksi ESI-luokitus, ja niiden soveltaminen päivystyspoliklinikoiden omia tarpeita vastaavaksi.
3. Lapsiperheiden kokemuksia tutkittaessa huomattiin, että perheet ovat pääasiassa tyytyväisiä päivystyspoliklinikoiden toimintaan. Eniten positiivista palautetta annettiin henkilökunnan toiminnasta ja heidän ystävällisyydestään sekä aidosta kiinnostuksesta perhettä kohtaan. Tästä voidaan päätellä, että yleisesti ottaen henkilökunta toimii potilaiden toiveiden mukaisesti ja siten mahdollistaa positiivisen kokemuksen päivystyskäynnistä.
4. Negatiivisia kokemuksia olivat pitkät odotusajat sekä virikkeiden vähyys päivystysten tiloissa. Päivystyspoliklinikoiden puutteet ovat pääosin riippuvaisia ulkoisista tekijöistä eivätkä johdu varsinaisesti henkilökunnasta. Voidaan kuvitella, että pitkät odotusajat ovat seurausta henkilökunnan resurssien vähyydestä. Puutteita koettiin myös hoitohenkilökunnan antamassa informaatioissa, joka voi aiheutua esimerkiksi kiireestä ja tehokkuuteen pyrkimisestä. Kokonaistyytyväisyyttä olisi helppo parantaa pienillä muutoksilla, kuten sisustamalla päivystyksen tilat lapsille mieluiseksi esimerkiksi värien avulla ja hankkimalla erilaisia virikkeitä odotustiloihin.
5. Opinnäytetyötä tehdessä esille nousi puute tutkimuksista, joissa kartoitetaan Suomessa sovellettavien triage-luokitusten luotettavuutta ja pätevyyttä. Koska potilaiden tyytyväisyyttä pelkästään triage-luokituksiin on hankala tutkia, voitaisiin uudessa sairaalassa myöhemmin toteuttaa erilaisia asiakastyytyväisyyskyselyitä, joiden pohjalta toimintaa voitaisiin kehittää. Nämä asiat voidaan siis nimetä jatkotutkimusaiheiksi.

6. Tätä opinnäytetyötä voidaan hyödyntää esimerkiksi käytännön työssä, koulutuksissa, opiskelijan oppimisen tukena sekä tulevissa opinnäytetöissä.

LÄHTEET

- Agency for Healthcare Research and Quality. 2014. Emergency Severity Index (ESI): A Triage Tool for Emergency Department. Chapter 2. Viitattu 22.2.2016. <http://www.ahrq.gov/professionals/systems/hospital/esi/esi2.html>
- Alaspää, A. & Holmström, P. 2008. Potilaan tutkiminen. Teoksessa: Kuisma, M.; Homström, P. & Porthan, K. Ensiohoito. Helsinki: Tammi.
- Aqans, R.; Katznelson, J.; Travers, D. & Waller, A. 2009. Reliability and validity of the emergency severity index for pediatric triage. Society for Academic Emergency Medicine. Viitattu 18.4.2016. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19845551>
- Arsenault, M.; Gravel, J. & Manzano, S. 2009. Validity of the Canadian Paediatric Triage and Acuity Scale in a tertiary care hospital. Viitattu 3.5.2016. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19166636>
- Australasian College for Emergency Medicine. 2013. Guidelines on The Implementation of the Australasian Triage Scale in Emergency Department. Version No 3. Viitattu 27.2.2016. <https://www.acem.org.au/getattachment/d19d5ad3-e1f4-4e4f-bf83-7e09cae27d76/G24-Implementation-of-the-Australasian-Triage-Scale.aspx>
- Australian Government. Department of Health and Ageing. 2009. Emergency Triage Education Kit. Viitattu 27.2.2016. [https://www.health.gov.au/internet/main/publishing.nsf/Content/387970CE723E2BD8CA257BF0001DC49F/\\$File/Triage%20Education%20Kit.pdf](https://www.health.gov.au/internet/main/publishing.nsf/Content/387970CE723E2BD8CA257BF0001DC49F/$File/Triage%20Education%20Kit.pdf)
- Benjamin, V. 1998. Pediatric History and Physical Examination. Teoksessa: Soud, T. & Rogers, J. Manual of Pediatric Emergency Nursing. Mosby.
- Beveridge, R.; Clarke, B.; Janes, L.; Savage, N.; Thompson, J.; Dodd, G.; Murray, M.; Nijssen-Jordan, C.; Warren, D. & Vadeboncoeur, A. 2016. Implementation Guidelines. Viitattu 19.2.2016. <http://www.caep.ca/resources/ctas/implementation-guidelines#introduction-and-background>
- Blommendahl, E. 2014. Kivunhoito päivistysvastaanotolla lapsen näkökulmasta. Opinnäytetyö. Viitattu 10.4.2016. https://theseus32-kk.lib.helsinki.fi/bitstream/handle/10024/73586/Blommendahl_Erja.pdf?sequence=1
- Breen, D.; Fitzpatrick, N.; Grosvenor, R.; Heggie, K.; Mahar, P.; Paul, E. & Taylor, J. 2014. Parental Satisfaction with paediatric care, triage and waiting times. Emergency Medicine Australasia. Viitattu 10.4.2016. <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/1742-6723.12202/abstract>
- Gilboy, N.; Tanabe, P.; Travers, D. & Rosenau, A. 2012. Emergency Severity Index (ESI). Implementation handbook. Viitattu 10.5.2016. <http://www.ahrq.gov/sites/default/files/wysiwyg/professionals/systems/hospital/esi/esihandbk.pdf>
- Grouse, A.; Bishop, R. & Bannon, A. 2009. The Manchester Triage System provides good reliability in an Australian emergency department. Emergency Medicine Journal. Viitattu 26.3.2016. <http://emj.bmj.com/content/26/7/484.long>
- Enriquez, B.; Gausche-Hill, M.; Horeczko, T.; Lewis, R. & McGarth, N. 2013. The Pediatric Assessment Triangle: Accuracy of Its Application by Nurses in the Triage of Children. Journal of Emergency Nursing. Viitattu 18.4.2016. <http://www.sciencedirect.com.ezproxy.turkuamk.fi/science/article/pii/S0099176712000049?via%3Dihub>

Finohta. 2011. Potilaiden kiireellisyden luokittelu ja hoitoprosessit päivystyspoliklinikalla. Arviointiseloste.

http://www.thl.fi/attachments/Meka/julkaisut/ohtanen/AS_2011_1_Potilaiden%20kiireellisyden%20luokittelu.pdf

Gilboy, N.; Rosenau, A.; Tanabe, P. & Travers, D. 2012. Emergency Severity Index (ESI). A Triage Tool for Emergency Department. Version 4. Implementation Handbook. Viitattu 22.2.2016.

<http://www.ahrq.gov/sites/default/files/wysiwyg/professionals/systems/hospital/esi/esihandbk.pdf>

Gilboy, N. 2013. Sheehy's Manual of Emergency Care. 7. painos.

Gravel, J.; Jarvis, A.; LeBlanc, L.; Warren, D. & CTAS National Working Group. 2008. Revisions to the Canadian Triage and Acuity Scale Paediatric Guidelines (PaedCTAS). Viitattu 20.4.2016.

http://journals.cambridge.org/download.php?file=%2FCEM%2FCEM10_03%2FS1481803500010149a.pdf&code=62665b45f0325ad23a840b894cced959

Hankonen, R. 2015. Oikea hoito oikeaan aikaan. Tehy-lehti 4/2015.

Hasanzadeh, F.; Heydari, A.; Mazlom, R. & Mirhaqni, A. 2015. Reliability of the Emergency Severity Index: Meta-analysis. Viitattu 18.4.2016.

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25685389>

Heinonen, L. & Juutilainen, E. 2006. Lapsipotilaiden vanhempien kokemuksia yhteistyösuhteesta päivystyspoliklinikalla. Opinnäytetyö. Viitattu 10.4.2016.

<https://theseus32-kk.lib.helsinki.fi/bitstream/handle/10024/11112/2008-04-10-07.pdf?sequence=1>

Helminen, M.; Inki, M.; Järvinen, M. & Virkki, M. 2015. Lastentautien päivystyksen asiakkaat arvostavat tietoa ja mahdollisuutta osallistua hoitoon. Lääkärilehti 20/2015. Viitattu 10.4.2016.

<http://www.laakarilehti.fi.ezproxy.turkuamk.fi/tieteessa/terveydenhuoltoartikkelit/lastentautien-paivystyksen-asiakkaat-arvostavat-tietoa-ja-mahdollisuutta-osallistua-hoitoon/#table-1>

Heydari, A.; Ebrahimi, M.; Mazlom, R. & Mirhaghi, A. 2015. The reliability of the Canadian triage and acuity scale: Meta-analysis. North American Journal of Medical Sciences. Viitattu 27.2.2016.

<http://www.najms.org/article.asp?issn=1947-2714;year=2015;volume=7;issue=7;spage=299;epage=305;aulast=Mirhaghi>

Hirsjärvi, S.; Remes, P. & Sajavaara, P. 2007. Tutki ja kirjoita. 13., osin uudistettu painos. Helsinki: Tammi.

Holt, K. 2009. Developing a triage tool for paediatric care. Emergency nurse. Viitattu 16.4.2016.

<http://web.a.ebscohost.com.ezproxy.turkuamk.fi/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=9638c25a-db15-46aa-ac69-cb818d5e1f64%40sessionmgr4003&vid=1&hid=4104>

HUS. 2015. Ahtauttava keuhkoputken tulehdus (Obstruktiivinen bronkiitti). Viitattu 13.2.2016.

<http://www.hus.fi/sairaanhoito/lasten-sairaanhoito/kun-lapsi-sairastuu/ahtauttava-keuhkoputken-tulehdus/Sivut/default.aspx>

Jalanko, H. 2009a. Mitä lapset sairastavat? Lääkärikirja Duodecim. Terveyskirjasto. Viitattu 13.2.2016. http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=skl00002

Jalanko, H. 2009b. Keuhkoputkitulehdus. Lääkärikirja Duodecim. Terveyskirjasto. Viitattu 13.2.2016. http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=skl00018

Jalanko, H. 2014. Kurkunpääntulehdus (laryngiitti) lapsella. Lääkärikirja Duodecim. Terveyskirjasto. Viitattu 13.2.2016. http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00286

Jalkanen, L. 2008. Lapsi ensihoidossa. Teoksessa: Kuisma, M.; Homström, P. & Porthan, K. Ensihoito. Helsinki: Tammi.

- Janhunen, K. 2014. Lasten hoidon tarpeen arviointi päivystyspoliklinikalla sairaanhoitajien kokemana. Pro gradu-tutkielma. Viitattu 25.2.2016. http://epublications.uef.fi/pub/urn_nbn_fi_uef-20140571/urn_nbn_fi_uef-20140571.pdf
- Johansson, K.; Axelin, A.; Stolt, M. & Ääri, R-L. 2007. Systemaattinen kirjallisuuskatsaus ja sen tekeminen. Turun Yliopisto. Hoitotieteen laitoksen julkaisuja.
- Jorvi. 2016a. Hoidon tarpeen arvioinnin ohjeistus. HUS.
- Jorvi. 2016b. Jorvin lasten päivystyksen ESI-triage. HUS.
- Knaapi, K. & Mäenpää, I. 2005. Lapsi ja nuori päivystyspotilaana. Teoksessa: Koponen, L. & Sillanpää, K. Potilaan hoito päivystyksessä. Helsinki: Tammi.
- Koivuranta-Vaara, P. 2015. Kiireellisen hoidon kriteerit valmistelussa. Power point-esitys. Selviytystyön eteneminen. HYL. Kuntaliitto. Viitattu 24.2.2016.
- Koskela, A. 2014a. Sosiaali- ja terveysministeriön asetus kiireellisen hoidon perusteista ja päivystyksen erikoisalakohtaisista edellytyksistä. Muistio. Viitattu 25.1.2016. <http://stm.fi/documents/1271139/1365218/Sosiaali-+ja+terveysministeri%C3%B6n+asetus+kiireellisen+hoidon+perusteista+ja+p%C3%A4ivystykse+n+erikoisalakohtaisista+edellytyksist%C3%A4.pdf/3b00f921-0e30-4636-bb06-907e923a4221>
- Koskela, R. 2014b. Hoidon tarpeen arviointi. Ammatilliset opintopäivät 13.3.-14.3.14. Viitattu 18.2.2016. http://www.superliitto.fi/site/assets/files/8967/hoidon_tarpeen_arviointi.pdf
- KSSHP. 2015a. Milloin hakeutua päivystyshoitoon? Viitattu 13.2.2016 http://www.ksshp.fi/fi-FI/Potilaalle/Paivystys/Milloin_hakeutua_paivystyshoitoon%2843752%29
- KSSHP. 2015b. Hoidontarpeen arviointi ja triage-luokitus. Viitattu 18.2.2016. http://www.ksshp.fi/fi-FI/Potilaalle/Paivystys/Hoidontarpeen_arviointi_ja_triageluokitu%2844050%29
- Kujala, R.; Markkanen, S. & Pennanen, L. 2010. Lapsiperheiden kokemus saamastaan sosiaalisesta tuesta päivystyspoliklinikan sairaanhoitajilta. Opinnäytetyö. Viitattu 10.4.2016. http://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/7490/Kujala_Riikka.pdf?sequence=1
- Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 17.8.1992/785.
- Lehtinen, K. & Ravi, M. 2009. Lapsipotilaan huomioiminen päivystysvastaanotolla. Opinnäytetyö. Viitattu 10.4.2016. https://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/5879/Lehtinen_Lahti_2009.pdf?sequence=1
- Lindfors-Niilola, A.; Riihelä, K. & Kaskinen, R. 2013. Ensihoidon palvelutasopäätökset ja triage-ohjeistukset. Etelä-Suomen alueen sairaanhoitopiirit. 26/2013 Etelä-Suomen aluehallintoviraston julkaisuja. Viitattu 18.2.2016. <http://docplayer.fi/109400-Ensihoidon-palvelutasopaatokset-ja-triage-ohjeistukset.html>
- Lääkärikirja Duodecim. Terveyskirjasto. Pyelonefriitti. Viitattu 13.2.2016. http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=ltt02822
- Lääkäriliitto. 2015. Lääkäriliiton päivystyssuositus. Viitattu 25.1.2016. https://www.laakariliitto.fi/site/assets/files/19913/p_ivystyssuositus_150512.pdf
- Malmström, R.; Kiura, E.; Malmström, T.; Torkki P. & Mäkelä, M. 2012. Päivystyspotilaiden kiireellisyysluokittelut erilaiset Suomessa kuin Ruotsissa. Tieteessä – terveydenhuoltoartikkeli. Lääkärilehti 9/2012.
- Mackway-Jones, K. 2016. Manchester Triage System: why, how and where? Manchester Royal Infirmary. Viitattu 27.2.2016. <http://possibility.no/legevaktkonferansen2011/legevakt2011/wp->

Tutkimuseettinen neuvottelukunta. 2012. Hyvän tieteellisen käytännön loukkaukset. Viitattu 28.4.2016. <http://www.tenk.fi/fi/htk-ohje/htk-loukkaukset>

Van Veen, M. & Moll, H. 2009. Reliability and validity of triage systems in paediatric emergency care. Scandinavian Journal of Trauma, Resuscitation and Emergency Medicine. BioMed Central. Viitattu 16.4.2016. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2747834/pdf/1757-7241-17-38.pdf>

Vehmanen, M. 2010. Päivystykset siirtyvät triage-aikaan. Lääkärilehti 37/2010. Viitattu 24.2.2016 <http://www.laakarilehti.fi.ezproxy.turkuamk.fi/ajassa/ajankohtaista/paivystykset-siirtyvat-triage-aikaan/>

VSSHP. 2014. Sairaanhoitopiirin valtuusto hyväksyi T3-hankesuunnitelman. Viitattu 20.4.2016. <http://www.vsshp.fi/fi/sairaanhoitopiiri/media-tiedotteet-viestinta/tiedotteet/Sivut/sairaanhoitopiirin-valtuusto-hyvaksyi-T3-hankesuunnitelman.aspx>

VSSHP. 2015. T3-hanke. Toiminnallinen suunnitelma. Viitattu 20.4.2016. <http://santra.vsshp.fi/lisaa/T3-hanke/Documents/T3%20toiminnallinen%20suunnitelma%2020150630%20v07.pdf>

Willberg, E. 2009. Teoreettisen viitekehyksen rakentaminen. Pro seminaari ja kandidaatin opin-
näytetyö. Viitattu 28.3.2016. <https://www.jyu.fi/edu/laitokset/eri/opiskelu/opiskelu-info/prosem/viitekehys>

VARSINAIS-SUOMEN SAIRAANHOITOPIIRI

TUTKIMUSLUPAHAKEMUS

1 / 3

Tällä lomakkeella haetaan sairaanhoitopiirin tutkimuslupaa. Jos kyseessä on rekisteritutkimus tai aikaisemmin kerättyistä näytteistä tehtävä tutkimus käytetään lomaketta YHT 52a.

TurkuCRC täyttää

Lupapäätösnumero T08/003/16	Lupa myönnetty ajalle 2016	Tutkimuksen projektnumero
---------------------------------------	--------------------------------------	---------------------------

1. Tutkimusnumero

T54/2016

(Esim. T1/2015)

☒ Uusi tutkimus☐ Muutos vanhaan tutkimuslupaan. Mitä muutos koskee?

2. Tutkimuksen nimi

Lapsiperheiden kokemukset päivystyksestä ja triage-toiminnasta

Tutkimuksen lyhennekoodi (pakollinen tieto)

☐ Tutkijalähtöinen tutkimus☒ Toimeksiantajalähtöinen tutkimus, toimeksiantaja**VSSH, Tyks, Lastenkliniikka**

3. VSSH:n vastuullinen tutkija

(Nimi, toimialue, sähköposti, puhelinnumero)

Maika Kummel**maika.kummel@turkuamk.fi****+358 40 3550 494**

Yhteyshenkilö

(Nimi, sähköposti, puhelinnumero)

Sirkku Beucht**sirkku.beucht@tyks.fi**

4. Tutkimuksen alkajavaihe vuosina (lupa myönnetään pääsääntöisesti enintään viideksi vuodeksi)

2016 - 2016

5a. Tutkittavien arvioitu lukumäärä VSSH:ssä

0

5b. Normaalihoitoon kuulumattomien tutkimuskäyntien lukumäärä/tutkittava

0

6. Sisäiset ostopalvelut

☐ Tykslab☐ Varsinais-Suomen kuvantamiskeskus☐ Patologia☐ VS lääkahuolto☐ Kliininen neurofysiologia☐ Tyks mikrobiologia ja genetiikka☐ Kliininen fysiologia☐ PET-keskus☐ Kliininen tietopalvelu☐ muu, mikä

VARSINAIS-SUOMEN SAIRAANHOITOPIIRI

TUTKIMUSLUPAHAKEMUS

2/3

7. Kustannukset ☐ Kustannukset katetaan jo olemassa olevalla projektinumerolla _____ (esim. 17065 tai 13705). ☐ Tutkimukselle perustetaan uusi projektinumero. ☒ Ei tutkimuksesta aiheutuvia kustannuksia, jotka laskutettaisiin VSSHP:n projektinumeron kautta.	
8. Lyhyt selvitys toimialueen resurssien käytöstä (harvittaessa liitteenä) ☐ Käytetään VSSHP:n tiloja tai laitteita. Mitä ja kenen kanssa asiasta on sovittu? ☒ Tarvitaan tutkimukseen kutsuttavien henkilöiden (esim. sihteerien) työpanosta. ☐ Käytetään VSSHP:n muita resursseja. Lisää selvitys kaikista vaikutuksista kohdista. Käynnistyspalaveri lastenkliniikan osastenhoitajan kanssa ja opinnäytetyön valmistumista yllähoitajalta pyydetään toimeksiantajan lausuntoa.	
9. Muut tutkimukseen osallistuvat tutkijat (Nimi, toimialue) —	
10. Opinnäytetyön tai väitöskirjan suorittaja (Nimi, sähköpostiosoite, puhelinnumero) Lotta Salo, lotta.e.salo@edu.turkuamk.fi, 0405550928 Noora Koskinen, noora.koskinen@edu.turkuamk.fi, 0400299841 Ohjaajat Maija Kummel	
11. Tutkimuksen/ opinnäytetyön ala ☐ lääketiede, erikoisala: ☐ hammaslääketiede ☒ hoitotiederahoitus, valitse painopistealue ☒ olen ollut yhteydessä yksiköihin, jossa alon opinnäytetyön suorittaa ☐ muu, mikä ym. Wiireka Kauppi on tietoinen opinnäytetyöstä ja on allekirjoittanut toimeksiantosopimuksen	
12. Onko tutkimus rekisteröity julkiseen tutkimusrekisteriin (ClinicalTrials.gov)? ☐ Kyllä, NCT-numero _____ ☒ Ei, miksi? ☒ kyseessä ei ole interventiotutkimus ☐ muu syy, mikä	
LIITTEET ☐ kustannuserittely (valmis excel-pohja tai vapaamuotoinen) ☒ tutkimussuunnitelma tai sen yhteenveto ☐ sisäiset ostopalvelusopimukset ☐ tutkimussopimus ja/tai muu rahoituspäätös ☐ eettisen toimikunnan puoltava lausunto ☐ Fimeen käsitelyilmoitus	☐ Välikäsi lupa ☐ THL:n lupa ☐ Muu viranomainen, mikä ☐ tieteellisen tutkimuksen rekisteröintilö

VARSINAIS-SUOMEN SAIRAANHOITOPIIRI

TUTKIMUSLUPAHAKEMUS

3 / 3

Vastuullisen tutkijan allekirjoitus

Allekirjoituksellani sitoudun noudattamaan VSSHP:n terveystieteellisen tutkimuksen ohjeistoa (www.turkucrc.fi) sekä hyvää tutkimustapaa ja tieteellistä käytäntöä. Mahdolliset epäilyt hyvän tieteellisen käytännön loukkaamisesta käsitellään noudattaen Tutkimuseettisen neuvottelukunnan ohjetta "Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausepäilyjen käsitteleminen Suomessa (www.tenk.fi)".

Päiväys: *Turussa 18.2.2016*
 Allekirjoitus: *Maika Kummel*
 Nimenselvennys: *MAIKA KUMMEL*
 Virka/toimi: *LEHTORI*

Lomake toimitetaan liitteineen TurkuCRC:hen (rakennus 9, 2 kerros)

TurkuCRC toimittaa lomakkeen puolettavaksi ja hyväksyttäväksi. Saatte lupapäätöksen sähköpostinne.

Toimialueen, palvelualueen, tulosalueen tai liikelaitoksen TUTKIMUKSEN JA OPETUKSEN VASTUUHENKILÖN PUOLTO

Päätösnumero:
 Päiväys: *25.2.2016*
 Allekirjoitus: *[Signature]*
 Nimenselvennys: *E. Isoaho*

[Signature]
 TURKUN SAIRAANHOITOPIIRI
 TURKUCRC
 TURKUN SAIRAANHOITOPIIRI

**Toimialueen, palvelualueen, tulosalueen tai liikelaitoksen johtajan päätös
tai johtajayliääkärin päätös, VSSHP:n tutkimuslupa**

Päätösnumero:
 Päiväys: *1.2.2016*
 Allekirjoitus: *[Signature]*
 Nimenselvennys: *Jussi Mertsola*
Jussi Mertsola
 yliääkäri, professori
 toimialuejohtaja
 TYKS/Lahti ja noorten klinikka

Jakelu:

- ☒ vastuullinen tutkija
- ☒ tutkimuksen puoltanut tutkimuksen ja opetuksen vastuuhenkilö
- ☐ tarjouksen antaneet palveluyksiköt
- ☐ taloushallinnon palvelukeskus
- ☒ yhteysthenkilö *Sirkka Bouché*