



# Psykiatrinen kiireellisyysluokitus päivystyshoitotyössä: Kuvaileva kirjallisuuskatsaus

Ihalmo, Samuli

2020 Laurea



Laurea-ammattikorkeakoulu

**Psykiatrinen kiireellisyysluokitus päivystys-  
hoitotyössä: Kuvaileva kirjallisuuskatsaus**

Ihalmo, Samuli  
Sairaanhoidajakoulutus  
Opinnäytetyö  
Helmikuu, 2020

Ihalmo, Samuli

### Psykiatrinen kiireellisyysluokitus päivystyshoitotyössä: Kuvaileva kirjallisuuskatsaus

Vuosi 2020 Sivumäärä 54

---

Tämän opinnäytetyön tarkoitus oli kuvata erilaisten psykiatristen triage luokitusten käyttöä päivystyshoitotyössä. Opinnäytetyön tavoite oli tuottaa tietoa psykiatristen triage luokitusten käyttökokemuksista ja käytöstä hoitajien päätöksenteossa, sekä toimia tietopohjana psykiatristen triage luokituksen laatimiseksi Haartmanin sairaalan yhteispäivystyksessä. Tutkimus tarkastelee sitä, miten psykiatristen triage luokitusten käyttö ohjaa hoitajien päätöksentekoa ja minkälaisia kokemuksia psykiatristen triage luokitusten käytöstä on saatu.

Triageen liittyvä tutkimustyö on Suomessa vähäistä ja on olemassa tarve kehittää yhtenäisiä näyttöön perustuvia triage linjauksia valtakunnallisesti. Tarve on ajankohtainen etenkin nyt, kun päivystykset käyvät läpi isoja muutoksia sote-uudistuksen myötä. Kehittämistyön mallina voitaisiin käyttää ulkomailla kehitettyjä ja tutkittuja psykiatrisia kiireellisyysluokitus malleja. Australia ja Iso-Britannia ovat pitkään olleet psykiatristen kiireellisyysluokitusten kehittämistyön edelläkävijöitä.

Opinnäytetyö toteutettiin kuvailevana kirjallisuuskatsauksena. Tiedonhaku suoritettiin käyttäen 5 tietokantaa, jotka ovat CINAHL, PubMed, ProQuest, PsycARTICLES ja Medic. Kirjallisuuskatsaukseen valittiin 9 englanninkielistä tutkimusta, jotka oli julkaistu vuosien 2004 ja 2019 välillä. Aineiston analysointimenetelmänä käytettiin induktiivista sisällönanalyysiä.

Psykiatriset kiireellisyysluokitukset ohjaavat hoitajien päätöksentekoa lisäämällä hoitajan ammattitaitoa ja objektiivista päätöksentekoa, tukemalla subjektiivisen kiireellisyysarvion tekemistä ja hoitoprosessia, sekä auttamalla hallitsemaan työyhteisön sosiaalisia odotuksia ja kiireellisyysarvion tekemiseen liittyviä riskejä. Psykiatristen kiireellisyysluokitusten käyttökokeuksia oli tutkittu liittyen niiden luotettavuuteen, käytettävyyteen, organisaatiossa koettuihin muutoksiin, potilaiden ja päivystyksen henkilökunnan kokemuksiin, sekä triage luokitte-  
lun ja erilaisten tekijöiden välisiin yhteyksiin.

Psykiatriset kiireellisyysluokitukset ovat tuoneet huomattavia edistysaskelia psykiatristen päivystyspotilaiden arvioinnissa ja hoidossa. Suomalaisen kehittämistyön pohjaksi nykyisten viisi- ja kolmiportaisten kiireellisyysluokitusten käytöstä ja luotettavuudesta tarvitaan lisää tutkimuksia.

Asiasanat: triage, päivystyshoitotyö, psykiatrinen kiireellisyysluokitus, mielenterveys

Ihalmo, Samuli

**Psychiatric triage scale in emergency nursing: A descriptive literature review**

Year	2020	Pages	54
------	------	-------	----

---

The purpose of this thesis was to describe the use of different psychiatric triage scales in emergency nursing. The aim of the thesis was to produce information of the user experiences with psychiatric triage scales and their use in nurses' decision-making and to function as a knowledge base in developing a psychiatric triage scale at Haartman Hospital's coordinated emergency room. The study discussed how the use of psychiatric triage scales directs nurses' decision-making and what kind of experiences have been obtained of the use of psychiatric triage scales.

There has been little research done in Finland related to triage and there is a need to develop consistent evidence-based triage guidelines nationwide. The need is topical especially now when the emergency units are undergoing great changes along with the social welfare and health care reform. Psychiatric triage scale models developed and studied abroad could be used as an example in the development. Australia and the UK have long been the predecessors in the development of psychiatric triage scales.

The thesis was carried out as a descriptive literature review. The data search was done using 5 databases, which were CINAHL, PubMed, ProQuest, PsycARTICLES and Medic. The data consisted of nine research articles in English published between 2004 and 2019 and it was analysed using the method of inductive content analysis.

Psychiatric triage scales direct nurses' decision-making by increasing their professional skills and objective decision-making, by supporting doing subjective triage and the care process and by helping to manage the social expectations of the work community and the risks involved in doing triage. Research about the user experiences with psychiatric triage scales related to their reliability and usability, the changes experienced on the organization level, the patients' and emergency room personnel's experiences and connections between triage categorization and different factors.

Psychiatric triage scales have brought considerable steps of progress in the evaluation and care of psychiatric emergency patients. More research is needed about the use and reliability of the current five and three level triage scales as a base for the Finnish development work.

Keywords: triage, emergency nursing, psychiatric triage scale, mental health

## Sisällys

1	Johdanto .....	6
2	Psykiatrinen päivystystoiminta Suomessa .....	7
3	Yleisimmät psykiatriset syyt päivystykseen hakeutumiselle .....	8
4	Psykiatrinen triage .....	12
4.1	Käytössä olevia psykiatrisia kiireellisyysluokituksia ulkomailla .....	13
4.2	Haartmanin yhteispäivystyksen psykiatrinen triage luokitus .....	16
5	Tarkoitus, tavoitteet ja tutkimuskysymykset .....	17
6	Kuvaileva kirjallisuuskatsaus tutkimusmenetelmä .....	18
6.1	Aineiston haku ja valinta .....	18
6.2	Aineiston analysointimenetelmä .....	21
7	Triage päätöksenteko .....	22
8	Kokemukset triage luokitusten käytöstä .....	24
9	Pohdinta .....	28
9.1	Eettisyys .....	28
9.2	Luotettavuus .....	29
9.3	Kehittämissuhteet ja jatkotutkimusaiheet .....	30

## 1 Johdanto

Suomessa on ollut pitkään valloillaan tapa, että sairaanhoitopiirit ovat laatineet ja päättäneet itse minkälaisia kiireellisyysluokituksia ne käyttävät päivystyspoliklinikoillaan. Minkäänlaista yhtenäistä linjausta eri erikoisalojen kesken ei ole olemassa niin somatiikassa kuin psykiatrisakaan. Tästä huolimatta Suomessa ei ole tutkittu lähestulkoon ollenkaan miten nykyiset paikakokohtaiset triage luokitukset suoriutuvat päivystykseen kohdistuvista paineista ja suurista potilasmääristä. (Seppänen 2013.) Tiedon aukko aihepiirin ympärillä on valtava. Terveydenhoitoalan ja julkisen terveydenhuollon toiminnan laadun ja tehokkuuden kannalta on olennaista, että käytössä olevat käytännöt ja järjestelmät perustuvat näyttöön perustuvaan tietoon. ”Kuka vastaa triagen epäonnistumisesta?”, kysyttiin potilaan lääkärilehdessä hiljattain liittyen kuolemantapauksista johtuviin kanteluihin (Pihlava 2018). On terveydenhoitoalan työnantajien tehtävä varmistaa, että triage hoitajilla on mahdollisimman hyvät työkalut suorittaa vaativaa tehtäväänsä tavalla, joka takaa potilasturvallisuuden ja hyvän hoidon päivystyspotilaille.

Ulkomailla aiheeseen liittyvää tutkimusta on olemassa jonkin verran, mutta tutkittavat näkökulmat ja tiedon sovellettavuus ovat rajallisia. Kiireellisyysluokitusten erilaisuuden, sekä etnisten, maantieteellisten ja kulttuurillisten erojen vuoksi tulokset ovat parhaimmillaankin vain suuntaa antavia. Esimerkiksi Australiassa ja Iso-Britanniassa saadut tulokset ovat kuitenkin lupaavia psykiatristen kiireellisyysluokitusten kehittämisen mahdollisuuksista.

Tämä opinnäytetyö pyrkii tuomaan selkeyttä ja ymmärrystä psykiatristen kiireellisyysluokitusten käytöstä päivystysympäristöissä kuvaamalla ajankohtaista tutkimustietoa kirjallisuuskatsauksen muodossa. Sen tavoite on tuottaa tietoa psykiatristen triage luokitusten käyttökokeuksista ja käytöstä hoitajien päätöksenteossa, sekä toimia tietopohjana psykiatrisen triage luokituksen laatimiseksi Haartmanin sairaalan yhteispäivystyksessä.

## 2 Psykiatrinen päivystystoiminta Suomessa

Sote-uudistus on viime vuosina muokannut käytännön ja lainsäädännön osalta sitä, miten psykiatriset päivystyspalvelut tulisi Suomessa järjestää. Aiemmin psykiatriset päivystykset ovat voineet toimia erillisinä erikoissairaanhoidon päivystyksinä, mutta viime vuosina voimaan tulleiden lakimuutosten myötä siihen on tullut muutos.

Päivystykseen ja kiireelliseen hoitoon liittyvissä asetuksissa vaaditaan nyt, että psykiatrisen erikoisalalan päivystyksen yhteydessä on mahdollista hyödyntää somaattisten erikoisalojen asiantuntemusta ja resursseja. Käytännössä se tarkoittaa sitä, että tärkeimmät erikoissairaanhoidon alueet integroidaan samaan paikkaan ympärivuorokautiseksi yhteispäivystykseksi. (Lönnqvist, Moring & Vuorilehto 2017.)

Päivystyksellisiä psykiatrisia palveluita voidaan järjestää nykyasetusten mukaan ympärivuorokautisissa perusterveydenhuollon päivystysyksiköissä, ympärivuorokautisissa yhteispäivystysyksiköissä ja laajoissa ympärivuorokautisen päivystyksen yksiköissä (A583/2017). Yhteispäivystyksellä tarkoitetaan sitä, että perusterveydenhuolto ja erikoissairaanhoidon toimivat samoissa tiloissa ja samoilla resursseilla. 12 nimetylle sairaanhoitopiirille on annettu vastuu kaikista vaativimman psykiatrisen päivystystoiminnan järjestämisestä laajojen ympärivuorokautisten päivystysyksikköjen muodossa. (Lönnqvist, Moring & Vuorilehto 2017.) Laajasta ympärivuorokautisesta päivystys yksiköstä tulee psykiatrian erikoisalalan lisäksi löytyä akuuttilääketieteen, anestesiologian, tehohoidon, gastroenterologisen kirurgian, kardiologian, lastentautien, nautentautien ja synnytysten, neurologian, ortopedian ja traumatologian, radiologian, sisätautien ja yleislääketieteen erikoisalojen päivystykselliset edellytykset (A583/2017). Laajoja ympärivuorokautisia päivystysyksiköitä sijaitsee viidessä yliopistollisessa sairaalassa Helsingissä, Turussa, Tampereella, Kuopiossa ja Oulussa, sekä seitsemässä keskussairaalassa Lahdessa, Lappeenrannassa, Porissa, Seinäjoella, Jyväskylässä, Joensuussa ja Rovaniemellä (Päivystyksen ja erikoissairaanhoidon rakenneuudistus).

Muiden sairaanhoitopiirien täytyy järjestää psykiatrinen päivystys ympärivuorokautisena yhteispäivystyksenä alueen keskussairaalan yhteyteen (A583/2017). Niistä löytyy perusterveydenhuollon lisäksi myös muiden keskeisimpien erikoisalojen päivystys. Nämä keskussairaalat sijaitsevat Kotkassa, Mikkelissä, Savonlinnassa, Hämeenlinnassa, Vaasassa, Kokkolassa, Kajaanissa ja Kemissä. (Päivystyksen ja erikoissairaanhoidon rakenneuudistus.)

Psykiatrian päivystyksessä on oltava paikalla erikoislääkäri tai psykiatriaan perehtynyt lääkäri, joka voi konsultoida psykiatrian erikoislääkäriä. Hoidon, arvioinnin ja seurannan tulisi ensisijaisesti perustua palveluihin, jotka voidaan toteuttaa avohoidossa ja vapaaehtoisesti. Sujuva yhteistyö päivystyspoliklinikoiden ja psykiatristen sairaaloiden vastaanotto-osastojen välillä on tärkeää, erityisesti jos joudutaan toteuttamaan tahdosta riippumatonta hoitoa. (Lönnqvist, Moring & Vuorilehto 2017.) Hoitohenkilökunnalla tulee olla riittävä tuntemus ja osaaminen

kohdata ja hoitaa psyykkisiä sairauksia, sekä toimia moniammatillisessa työympäristössä. Sairaanhoidopiirin pitää sopia erikseen keskenään siitä, miten lasten ja nuorten psykiatrinen päivystys järjestetään kattavalla tavalla (A583/2017).

Opinnäytetyön hankeympäristössä tapahtui Helsingin kaupungin ja HUS sairaanhoidopiirin päivystysintegraatio, jossa psykiatrinen päivystys Haartmanin ja Malmin sairaaloissa siirtyi HUS:in alaisuuteen vuoden 2018 lopussa (Harjola & Lämsä 2018). Haartmanin päivystyspoliklinikka toimii terveyskeskuksen ja erikoissairaanhoidon yhteispäivystyksenä yli 16-vuotiaille potilaille henkilökohtaisen terveysaseman ollessa kiinni. Erikoissairaanhoidon päivystyksessä sijaitsee psykiatrian, sisätautien ja kirurgian erikoisalojen ympärivuorokautinen päivystys. (Haartmanin päivystys.)

### 3 Yleisimmät psykiatriset syyt päivystykseen hakeutumiselle

#### Ahdistuneisuushäiriö

Ahdistus on tunteena normaali sopeutumiseen ja käyttäytymisen ohjaamiseen liittyvä tunne, joka voi varoittaa hyvinvointiamme uhkaavista tekijöistä. Kun siitä tulee pitkäaikaista ja joka-päiväistä elämää haittaavaa, voidaan puhua ahdistuneisuushäiriöstä. Ahdistuneisuutta tavaataan yleisesti muiden mielenterveydenhäiriöiden yhteydessä, kuten masennuksen ja psykoosin kanssa. Sen oirekuvaan kuuluu korostuneet huolet ja pelot, sekä kirjavat somaattiset oireet, joita ovat mm. vapina, raajojen puutuminen, hikoilu, jännittyneisyys, päänsärky, huimaus ja pahoinvointi. (Pulkkinen & Vesanen 2017.) Ahdistuneisuushäiriöihin kuuluvat paniikkihäiriö, julkisten paikkojen pelko, sosiaalinen pelko, määräkohteiset pelot ja yleistynyt ahdistuneisuushäiriö. Ahdistuneisuushäiriöt ovat yleisimpiä mielenterveydenhäiriöitä Suomessa. (Iso-metsä 2017.) Ahdistuneisuushäiriön jatkohoidon tarve ei yleensä ole kiireellinen päivystystilanteessa (Sippula & Haapala 2015).

Ahdistuneisuushäiriöitä voidaan seuloa seulontakyselyillä, kuten Beckin ahdistuneisuusasteikolla (BAI) tai Overall Anxiety Severity and Impairment Scale:lla (OASIS). Terveys 2000 tutkimuksen aikuisaineiston mukaan viimeisen 12 kuukauden aikana ahdistuneisuushäiriöistä oli kärsinyt 4,8% naisista ja 3,7% miehistä. Vuonna 2011 tehdyssä tutkimuksessa selvisi, että ahdistuneisuushäiriön diagnoosin saaneista alle 30-vuotiaista vain 41% oli saanut asianmukaista minimikriteerit täyttävää hoitoa. (Suvisaari, Joukamaa & Lönnqvist 2017.)

#### Kaksisuuntainen mielialahäiriö

Kaksisuuntainen mielialahäiriö voi olla joko tyyppiä I tai II. Tyyppin I häiriöön kuuluu masennus, maanisasia ja sekamuotoisia jaksoja ja tyyppin II häiriöön masennus- ja hypomaanisia jaksoja. Sairaudenkulkuun kuuluu, että masennusjaksot ovat vallitsevampia ja muuten oireettomat,

masennus- ja maaniset jaksot vuorottelevat toistuvasti. (Pulkkinen & Vesanen 2017.) Maniaan kuuluu, että henkilöllä on vähintään viikon ajan poikkeavan kohonnut mieliala, aktiivisuus, puheliaisuus, ajatuksen riento ja itsetunto. Tämä voi aiheuttaa esimerkiksi sopimatonta käytöstä, riskialtista käyttäytymistä ja rahankäyttöä. Hypomania muistuttaa paljon maniaa, mutta on sitä lievempi jakso. Hypomaniaa kuvaa mm. korostunut innostuminen, ärtyneisyys, lyhytjännittyneisyys, keskittymisvaikeudet ja unettomuus. (Huttunen 2018.)

Kaksisuuntaista mielialahäiriötä sairastavat eivät usein hakeudu hoitoon omasta aloitteesta maanisuteen liittyvän sairaudentunnottomuuden vuoksi, vaan hoidon piiriin tullaan esim. läheisten aloitteesta ja tahdosta riippumatta. Oma-aloitteinen hoitoon hakeutuminen on yleisempää masennusjaksojen aikana. Kaksisuuntaisen mielialahäiriön tunnistamisessa voidaan perusterveydenhuollossa käyttää apuna Mood Disorder Questionnaire (MDQ) -seulaa. Siitä positiivisen tuloksen saaneista 40 %:lle tehdään myöhemmän arvion perusteella kaksisuuntainen mielialahäiriödiagnosi. Häiriön esiintyvyyttä Suomessa ei tunneta tarkasti, mutta Terveys 2000 tutkimuksen mukaan tyyppin I elinaikaisesiintyvyys on 0,24%. (Kaksisuuntainen mielialahäiriö: Käypä hoito -suositus 2013.)

#### Epävakaa persoonallisuushäiriö

Epävakaa persoonallisuushäiriö on vaikeahoitoinen ja terveydenhuoltoa laajasti kuormittava persoonallisuushäiriö. Siihen kuuluu tunteiden epävakaus, impulsiivinen käytös ja voimakas ahdistus, jota pyritään helpottamaan usein itsetuhoisilla keinoilla. Oirekuvaan sopii myös mielialan vaihtelevuus, epävakaat ihmissuhteet, vihan säätelyn vaikeus, hylätyksi tulemisen pelko, identiteetin epävakaus, tyhjyyden tunne, impulsiivinen käytös, itsetuhoisen käytös ja epäluuloiset ajatukset. (Koivisto & Korkeila 2016.)

Hoidossa suositetaan avohoitoa ja lyhyitä hoitjaksoja ja sairaalahoitoa vaativan tilanteen tunnistaminen päivystystilanteessa on vaikeaa, koska siihen yleensä tarvitaan pitkäjaksoisempaa arviointia. Hoidon tarpeen arviointia voivat helpottaa huolellinen tiedonkeruu potilaan aiemmista hoitotiedoista ja tämän läheisten haastattelu. Epävakaan persoonallisuushäiriön esiintyvyys väestöstä on noin 1-2% ja joidenkin tutkimusten mukaan jonkin persoonallisuushäiriön takia hoitoon tulevista potilaista 30-60% kärsii siitä. (Marttunen, Eronen & Henriksson 2017.)

#### Psykoosit

Akuutti psykoosi on usein päivystyksellisen tilanteen aiheuttava syy. Psykoosilla yleensä tarkoitetaan skitsofreniaa, mutta se voi myös tarkoittaa skitsofreenistyyppistä, skitsoaffektiivista tai harhaluuloisuushäiriötä, väliaikaista tai lyhytaikaista psykoottista häiriötä, synnytyksenjälkeistä psykoosia, päihdepsykoosia tai elimellisestä syystä johtuvaa psykoosia. (Suvisaari & Lönnqvist 2017.) Psykoosiin voi kuulua todellisuudentajun heikentyminen, harha-aistimukset

esim. puheen kuulemisena ja harhojen näkemisenä, outo puhe tai käyttäytyminen ja harhaluuloisuus (Huttunen 2018). Jos sairaanhoitaja havaitsee päivystystilanteessa psykoottisia oireita, tai hänellä herää psykoosiepäily, niin potilas tulee ohjata erikoissairaanhoidon piiriin (Sippola & Haapala 2015).

Akuutissa psykoosissa vaaditaan nopeaa ja tarvittaessa tahdonvastaista hoitoa, sekä ripeää arviointia psykoottisuuden voimakkuuden ja aiheuttajan ja hoidon tarpeen määrittämiseksi. Päivystyksessä tulisi tehdä tarkka anamneesi haastatteleamalla potilasta ja omaisia, selvittää peruslaboratorioarvot ja ottaa tarvittaessa huume- tai lääkeseula, tai pään kuvaus mahdollisten psykoosin aiheuttajien poissulkemiseksi. Arvioinnissa tulisi myös huomioida muut psykiatriset samanaikaissairaudet, joihin voi liittyä psykoottista oireilua, kuten vakava masennus ja kakisuuntaisen mielialahäiriön maniavaihe. (Pulkinen & Vesanen 2017; Skitsofrenia: Käypä hoito -suositus 2015.)

Jos epäillään, että psykoottinen henkilö täyttää pakkohoidon kriteerit, lääkäri tekee päivystyksessä M1 tarkkailulähetteen, jotta psykoosioireita ja hoidon tarvetta voidaan arvioida pidempään. Mielenterveyslain mukaan pakkohoidon kriteerit täyttyvät aikuisella, jos lääkäri toteaa henkilön mielisairaaksi, hoitoon toimittamatta jättäminen pahentaisi olennaisesti hänen mielisairauttaan tai vakavasti vaarantaisi hänen itsensä tai muiden terveyden tai turvallisuuden ja muut mielenterveyspalvelut eivät sovellu tai ovat riittämättömiä. (Pulkinen & Vesanen 2017.) Psykoosien elämänaikainen esiintyvyys Suomessa on yli 3% ja yleisintä psykoosisairautta, skitsofreniaa sairastaa koko väestöstä 0,5-1,5%. Skitsofreniaa sairastavista 13% saa sairaalahoitoa vuoden aikana. (Suvisaari, Joukamaa & Lönnqvist 2017; Skitsofrenia: Käypä hoito -suositus 2015.)

## Masennus

Masennus on mielenterveyden häiriöistä keskeisin sairaus kansanterveyden ja terveydenhuollon taloudellisten kustannusten takia (Isometsä 2017). Sitä tavataan ihmisillä elämän muutostiloihin ja menetyksiin liittyen. Sen oirekuva on monimuotoinen, mikä tekee tunnistamisesta osaltaan vaikeaa. Oirekuva luonnehtii mm. toimintakyvyn lasku, masentunut mieliala, vähentynyt mielihyvä, kiinnostus tai elämänilo, väsyneisyys ja uupumus, arvottomuuden tai syyllisyyden tunteet, unen ja ruokahalun häiriintyminen, ahdistuneisuus ja itsetuhoiset ajatukset tai käyttäytyminen. (Pulkinen & Vesanen 2017.) Muita mainittavia masennustiloja ovat psykoottinen masennus, melankolinen depressio, epätyypillinen masennus, synnytyksenjälkeinen masennus, vuodenajasta riippuvainen masennus ja krooninen masennus (Isometsä 2017). Lievässä masennuksessa psykiatrinen sairaanhoitaja voi varata potilaalle ajan itselleen tai lääkärille 1-2 viikon päähän tarkempaa arviota varten, mutta toistuvasti tai vaikea-asteisesti masentuneet potilaat on syytä ohjata lääkärille heti erikoissairaanhoidon lähetettä varten (Sippola & Haapala 2015).

Eri ahdistuneisuushäiriöt ovat yleisiä samanaikaishäiriöitä masennuspotilailla ja niitä todetaan n. 50% tapauksista masennuksen yhteydessä. Masennus on keskeisin itsemurhan riskitekijä, mikä korostaa varhaisen tunnistamisen ja diagnoosin tärkeyttä itsemurhavaaran ehkäisemiseksi. Masennuksen tunnistamiseen ja arviointiin perusterveydenhuollossa on olemassa monia arviointiasteikkoja ja seulontalomakkeita. Näistä esimerkkeinä PHQ-9 kysely, Beckin depressiokysely (BDI) ja suomalainen DEPS-seula. Masennuksen vuosiesiintyvyys väestössä on 5%, perusterveydenhuollon potilaista siitä tiedetään kärsivän 10% ja psykiatrisessa erikoissairaanhoidossa se käsittää n. 50% potilaista. (Depressio: Käypä hoito -suositus 2016.)

#### Itsetuhoisuus ja itsemurhayritys

Itsetuhoisuus, tai itsemurhayritys on todennäköinen akuutti syy päivystykseen hakeutumiselle. Itsetuhokäyttäytymiselle on monia syitä ja vaikuttavia tekijöitä, mutta useimmiten siihen liittyy myös mielenterveysongelmia. Näitä ovat erityisesti masennus ja muut mielialahäiriöt, päihdeongelmat ja psykoosi. (Lönngqvist, Henriksson, Isometsä & Marttunen 2017.) Muita itsemurhavaaran riskitekijöitä ovat psyykkiset ongelmat, kuten toivottomuuden, avuttomuuden tai häpeän tunne, somaattisten vaivojen aiheuttamat kivut, vaikeat elinolot, elämän tarkoituksettomuuden kokeminen, äkilliset kriisit elämässä, vetäytyminen ja vähäiset tukiverkostot (Pulkkinen & Vesanen 2017). Itsetuhoisuus voi olla epäsuoraa ilman tietoista päämäärää tai suoraa itsemurha-ajatuksina, itsemurhina tai sen yrityksinä ilmenevää. Ero vakavuudessa pelkkien ajatusten ja yrityksen välillä on valtaisa. Ohimenevät itsemurha ajatukset ovat melko yleisiä ihmisillä, mutta itsemurhasuunnitelmiin ja aikeisiin tulisi aina suhtautua vakavasti. (Lönngqvist, Henriksson, Isometsä & Marttunen 2017.) Sairaanhoidajan tulisi aina ohjata itsemurhaa yrittänyt tai itsemurha-alttiudessa oleva lääkärille erikoissairaanhoidon lähetettäväksi varten (Sippola & Haapala 2015).

Itsemurhayritysten kohdalla tulisi tehdä arvio M1 pakkohoitolähetteen tarpeesta esim. silloin, jos potilas ei suostu vapaaehtoiseen hoitoon, mutta on välittömässä itsemurhavaarassa. Lääkärin ja muun hoitohenkilökunnan täytyy arvioida itsemurhaa yrittänyttä pyrkien selvittämään mm. yrityksen syitä ja tavoitteita, miten vakava pyrkimys kuolla oli tai oliko teko impulsiivinen, aikooko henkilö yrittää uudestaan, mitkä ongelmat vaikuttivat itsemurhan yrittämiseen, miten mahdollinen mielenterveyden häiriö vaikutti yritykseen ja minkälaista apua ja hoitoa henkilö on valmis ottamaan vastaan. Kliinisen arvioinnin tukena voidaan käyttää Columbia Suicide Severity Rating Scale (C-SSRS) mittaria itsemurhavaaran määrittämiseksi. (Lönngqvist, Henriksson, Isometsä & Marttunen 2017; Pulkkinen & Vesanen 2017.) Tutkimusten mukaan itsetuhoisuus käyttäytyminen on yleisintä nuorilla aikuisilla ja itsemurha-ajatuksia esiintyy heistä jopa 30%. Itsemurhayritysten elinaikainen esiintyvyys nuorilla aikuisilla on 6-7%. (Lönngqvist, Henriksson, Isometsä & Marttunen 2017.)

#### 4 Psykiatrinen triage

Triage terminä tulee alun perin ranskan kielen sanasta ”trier”, joka tarkoittaa luokittelua. Terveystieteiden ja päivystyshoitotyössä sillä tarkoitetaan hoidon tarpeen ja kiireellisyyden arviointia. Kiireellisyysluokittelua tarvitaan, koska hoitoa ei yleensä voida antaa kaikille sitä tarvitseville samanaikaisesti. ABCDE-triage on yleisin Suomessa käytössä oleva kiireellisyysluokittelu päivystysyksiköissä. A-luokitus tarkoittaa, että tarvitaan välitöntä hoitoa, B-luokituksessa hoito tulee aloittaa kymmenen minuutin kuluessa, C-luokituksessa hoito tulee aloittaa tunnin kuluessa, D-luokituksessa hoito tulee aloittaa kahden tunnin kuluessa ja E-luokitus tarkoittaa, ettei päivystyksellistä hoitoa tarvita. Tätä luokittelua sovelletaan eri sairaanhoitopiireissä, niiden omien tarpeiden mukaan. (Kanttonen 2014.) Sairaanhoitopiirien kiireellisyysluokitteluissa on usein erilliset ohjeet ja kriteerit eri erikoisaloja, kuten psykiatria varten. Psykiatristen päivystystilanteiden ohjeistus saattaa kuitenkin olla hyvin suppea tai puuttua kokonaan yksikkökohtaisista ABCDE-kiireellisyysluokitteluista (Lindfors-Niilola, Riihelä & Kaskinen 2013). Yhtenäistä psykiatrista triage luokitusta ei siis tällä hetkellä ole käytössä Suomessa ja triagen tueksi on tarve valtakunnallisille arviointityökaluille ja linjauksille, joiden kehittämisessä voitaisiin käyttää ulkomaalaisia malleja (Wahlbeck ym. 2018).

Mielenterveyspotilaan psykiatrisen kiireellisyysarvion päivystysyksikössä tekee triage-hoitajana toimiva terveydenalan ammattihenkilö. Yhteispäivystys yksikössä on voitu järjestää erilliset tilat psykiatriselle päivystykselle. Näin on tehty esimerkiksi Haartmanin ja Malmin sairaaloiden yhteispäivystyksissä. Kotimaisissa selvityksissä sairaanhoitajilla on todettu osaamisvajaita psykiatrisen potilaan hoidon kiireellisyysarvion tekemisessä ja psykiatristen sairaanhoitajien käytöstä päivystyspoliklinikoilla on saatu havaintoja lyhyemmistä odotusajoista ja paremmasta jatkohoidon ohjauksesta. (Wahlbeck ym. 2018.) Haartmanin ja Malmin yhteispäivystyksissä psykiatrinen sairaanhoitaja tekee kaikista potilaista vielä syventävän alkuarvion haastattelulla ja arvioi, tulisiko potilaan tavata lääkäriä. Usein riittää, että sairaanhoitaja konsultoi lääkäriä lääkitykseen ja jatkohoitoon liittyen ja kirjaa ohjeet potilasasiakirjoihin. (HUS 2019a.)

Lähtökohtaisesti psykiatrinen kiireellisyysarvio tehdään kasvokkain kliinisenä haastatteluna, jonka tarkoituksena on selvittää, miksi potilas on hakeutunut tai tuotu päivystykseen. Haastattelussa on tärkeää kerätä diagnoosin kannalta hyödyllistä tietoa potilaalta itseltään ja tämän mahdollisesti saattaneilta läheisiltä potilaan taustoista, hoitoon hakeutumisen syistä, voimakkaimmista sen hetkisistä oireista ja muista oleellisista potilaan akuuttiin vointiin vaikuttavista tekijöistä. Haastattelun apuna voidaan käyttää avoimia kysymyksiä sairaanhoitajan kohdentamista asioista ja psykiatrisia oireita ja sairauksia kartoittavia arviointiasteikkoja. Kliininen tutkimus tehdään havainnoinnin ja strukturoitujen kysymysten kautta, kiinnittämällä huomiota erityisesti potilaan orientaatioon, tajunnan tasoon, kognitiivisiin kykyihin, motoriik-

kaan ja eleisiin, mielialaan, puheeseen, sairautentuntoon ja mahdolliseen päihteidenkäyttöön. (Lönngqvist 2017.) Sairaanhoitajan pitää päivystysvastaanotolla kyetä tunnistamaan akuutit kiireellistä hoitoa vaativat psykiatriset sairaudet. Jos potilaalla on somaattista oireilua, niin se tulisi tutkia ensin ja vasta sen jälkeen selvittää psyykkisiä oireita tarkemmin. Somaattiset sairaudet ja tilat voivat olla mielenterveydellisten sairauksien syynä tai seurauksena ja siksi ne tulisi aluksi selvittää hyvin. Tähän kuuluu esimerkiksi lähetteen tekeminen laboratoriotutkimuksiin, jos niitä ei ole jo otettu lähiaikoina. Näillä pyritään selvittämään mm. perusverenkuva, kilpirauhasen toimintaa, sokeritasapainoa ja huumeiden käyttöä, jotka voivat vaikuttaa eri mielenterveyden häiriöiden syntyyn. Potilaalta tulee myös selvittää, onko tällä lääkitystä, joka on jäänyt ottamatta ja mitä aiempia mielenterveysongelmia tai hoitokontakteja hänellä on ollut. Psykiatrissa arviota tekeväille sairaanhoitajalle tulisi myös olla selvä, ketä hän voi konsultoida ja minne potilas tulisi ohjata jatkohoidon piiriin. (Sippula & Haapala 2015.)

Kun potilas lähtee päivystyksestä, hänellä täytyy aina olla jatkohoitosuunnitelma. Jatkohoito järjestyy joko psykiatrian poliklinikalla, psykiatrisessa sairaalahoidossa, omalla terveysasemalla, päihdepoliklinikalla, vieroitushoito-osastolla, kolmannen sektorin palvelussa tai kotona. Tarpeen sairaalahoidosta tai lähetteestä psykiatrian poliklinikalle arvioi aina lääkäri. Terveysasemat voivat hoitaa lieviä tai keskivaikeita masennuspotilaita, ahdistuneisuushäiriöitä ja tilapäisiä unettomuuksia ja elämänkriisejä. Jos potilas on vahvasti päihtynyt alkoholista ja se estää luotettavan psykiatrisen arvion tekemisen, potilas voidaan ohjata selviämishoitoasemalle, jossa voidaan odottaa promillien laskua. (HUS 2019a.)

#### 4.1 Käytössä olevia psykiatrisia kiireellisyysluokituksia ulkomailla

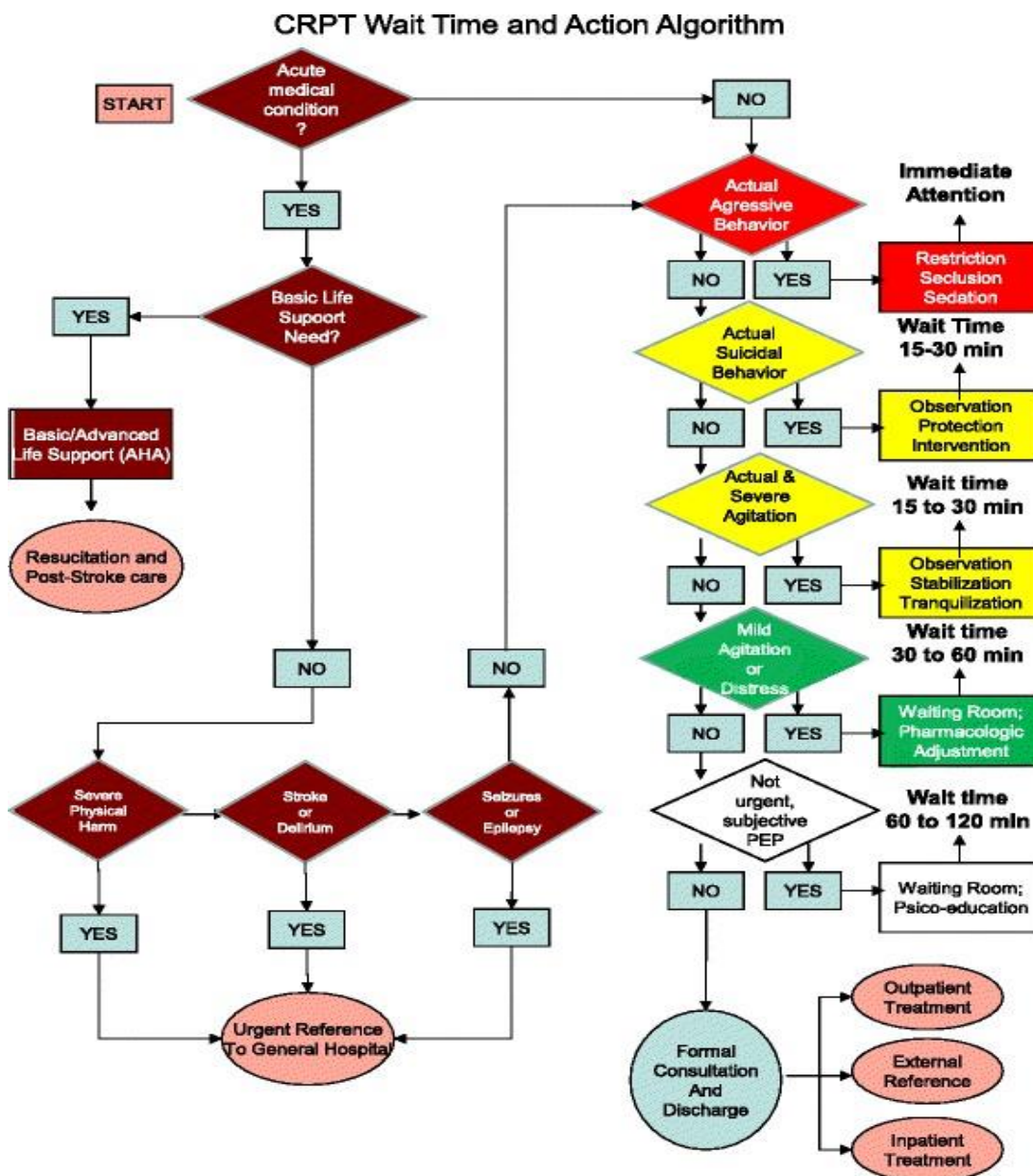
Yksi neljästä yleisesti Australiassa käytettävistä psykiatrisista triage luokituksista on osaksi ATS (Australasian Triage Scale) kuuluva MHTT (Mental Health Triage Tool) (Liite 1). Sen mielenterveysongelmien kuvaajat on kehittänyt alun perin ACEM (Australian College of Emergency Medicine) samoihin aikoihin, kun muut yksittäiset psykiatriset triage luokitukset kehitettiin Australiassa 2000-luvun aikana. (Broadbent 2008.) Australialaisen kiireellisyysluokituksen MHTT:iin kuuluu viisi kiireellisyysluokkaa: 1. välitön hoidon aloitus, 2. hätä, jolloin hoito aloitetaan 10 min kuluessa, 3. kiireinen, jolloin hoito aloitetaan 30 min kuluessa, 4. puolikiireinen, joka tarkoittaa hoidon aloitusta 60 min kuluessa ja 5. Ei kiireinen tapaus, jolloin hoito aloitetaan 120 min kuluessa. Lisäksi kiireellisyysluokituksessa kuvaillaan kattavasti päivystykseen tulon syitä, havaintoja ja raportoituja tekijöitä potilaasta sekä yleisiä toimintaohjeita, jotka voivat hieman vaihdella paikkakohtaisesti. (Department of Health 2013.) Se on tarkoitettu triage hoitajien käytettäväksi sairaaloiden päivystysyksiköissä (Victorian Government Department of Health 2010).

Toinen edellisen vuosikymmenen aikana Australiassa kehitetyistä psykiatrisista triage luokituksista on Victorian osavaltiossa käytössä oleva VEDMHTT eli Victorian Emergency Department Mental Health Triage Tool (Liite 2) (Broadbent 2008). Se on NICS (the National Institute of Clinical Studies) vuonna 2005-2006 kehittämä työkalu, jolla pyrittiin parantamaan mielenterveyspotilaiden triage prosessia (Huckson 2008). Se on suunniteltu käytettäväksi lähiyhteisön mielenterveyspalveluissa kasvotusten tai puhelimitse ihmisten ohjaamiseksi oikean avun piiriin ja sopii käytettäväksi lasten, nuorten, aikuisten ja iäkkäiden arviointiin. Tässä triage luokituksessa kiireellisyysluokat ovat kuvattuna 7 luokalla kirjaimin A-G, jossa A on kiireisin ja G vähiten kiireinen luokka. (Victorian Government Department of Health 2010.)

UK MHTS (United Kingdom Mental Health Triage Scale) on Isossa-Britanniassa australialaisen VEDMHTT pohjalta kehitetty psykiatrisen triage luokitus (Liite 3), johon sisällytettiin osia jo olemassa olevasta Welsh Old Age Psychiatry Referral Algorithm työkalusta (Sands ym. 2016). Se kehitettiin vuonna 2015 etulinjan mielenterveyspalveluiden parantamiseksi Bradfordissa, West Yorkshirissa ja Bridgendissa Walesissa. Tutkimuksissa UK MHTS:n havaittiin olevan luotettava triage luokitus toistettavissa testeissä käyttäjästä riippumatta. (UK Mental Health Triage Scale.) UK MHTS:n triage koodit menevät australialaisen mallin mukaan kirjaimin A-G, jossa A on kiireisin ja G vähiten kiireinen, joskin käytetyt aikarajat hoidon aloittamiseksi eroavat jossain määrin (Sands ym. 2016; Victorian Government Department of Health 2010).

Meksikossa kehitettiin ja testattiin vuosina 2008 ja 2009 odotusaikaa ja toimenpiteiden tarvetta arvioivaa CRPT (Color-Risk Psychiatric Triage) algoritmia (Kuva 1). Se poikkeaa muista tässä yhteydessä esitellyistä taulukkomaisista psykiatrisista triage luokituksista sillä, että se pyrkii helpottamaan triagen päätöksentekoprosessia ”kyllä” ja ”ei” vaihtoehdoilla, joihin vastaamalla arviota tekevä henkilö osaa valita oikeat toimenpiteet riskiin suhteutettuna. Algoritmi kehitettiin alun perin espanjan kielellä ja sen tarkoitus oli helpottaa nopeaa ja lyhyttä arvion tekemistä kiireellisissä psykiatrisissa tilanteissa. Arvion tulisi algoritmia käyttäessä kestää muutamasta sekunnista kolmeen minuuttiin. Suurimman mahdollisen odotusajan mukaan odotusajat hoidon aloittamiseksi menevät värin mukaan seuraavasti: ruskea ja punainen välittömästi, keltainen 30 min, vihreä 60 min ja valkoinen 120 min. (Molina-López ym. 2016.)

Kuva 1: Color-Risk Psychiatric Triage algoritmi (Molina-López ym. 2016)



Australialaisten triage luokitusten inspiroimana mielenterveyspalveluiden asiantuntijoista koostuva lautakunta Tanskassa kehitti vuonna 2011 oman psykiatrisen triage luokituksensa (Taulukko 1) psykiatristen päivystys yksiköiden käyttöön. Vuoteen 2015 mennessä kyseinen luokitus oli otettu laajasti käyttöön koko Tanskan alueella. Tanskalaisessa psykiatrisessa triage luokituksessa on 5 kategoriaa, joista jokaisella on oma värikoodi ja aikamäärä, johon mennessä hoito tulisi aloittaa. Aikamäärät menevät seuraavasti: punainen välittömästi, oranssi 15 min, keltainen 60 min, vihreä 180 min ja sininen 240 min. Akuutit tilat on värikoodissa määritetty lyhyesti, eivätkä ne kerro enempää mahdollisista toimenpiteistä. Se on tarkoitettu kokeneen ja käyttöön koulutetun psykiatrisen sairaanhoitajan arviointivälineeksi. (Sæbye, Høegh & Knop 2017.)

Taulukko 1: Tanskalainen psykiatrinen triage luokitus (Sæbye, Høegh &amp; Knop 2017)

Category red:	Obvious death risk (to self or others) or violent/ severely threatening behavior or severe acute medical condition or acute delirious states. Time to first contact with resident on call: immediately.
Category orange:	Probable death risk (to self or others) or severe behavioral disturbance such as agitation and aggression. Maximal time to first contact with resident on call: 15 min.
Category yellow:	Anger (to self or others) or moderate behavioral disturbance or psychotic symptoms or acute crisis reaction. Maximal time to first contact with resident on call: 60 min.
Category green:	Mild to moderate distress or no immediate threat of life or patient known in the PEUs or no acute medical symptoms. Maximal time to first contact with resident on call: 180 min.
Category blue:	No acute behavioral disturbance or a social crisis without psychiatric symptoms or no acute medical symptoms. Maximal time to first contact with resident on call: 240 min.

#### 4.2 Haartmanin yhteispäivystyksen psykiatrinen triage luokitus

Haartmanin päivystys otti syyskuussa 2018 käyttöön uuden kolmiportaisen hoidontarpeen arviointiohjelman ”HTA5”, psykiatrian ja muiden erikoisalojen osalta. Tämä tehtiin ennakoiden Haartmanin päivystyksen siirtymistä osaksi HUS:ia vuoden 2019 alussa. Kolmiportaiseen triage luokitukseen siirryttiin johtajaylilääkärin toimeksiannosta, jotta HUS:ssa olisi käytössä yhteinen triage malli. Nykyisen psykiatrisen triage luokituksen on luonut työryhmä, johon kuului mm. ylihoitaja, osastonhoitaja, apulaisosastonhoitaja, vuorovastaavina ja triage-hoitajina toimivia sairaanhoitajia ja psykiatrisia sairaanhoitajia. Psykiatrinen triage luokitus (Taulukko 2) löytyy yhteispäivystyksestä fyysisen kortin muodossa, sekä henkilökunnan sisäisestä intrasta. Kiireellisyysluokat luokituksessa ovat hätä, kiire ja muu, joiden mukaan määritellään kiireellisyysjärjestys psykiatrisen sairaanhoitajan toteuttamaan hoidontarpeen arvioon. Jokaista kiireellisyysluokkaa kuvaillaan lyhyesti oireiden perusteella ja ohjeistetaan täsmennyksillä tarvittavista toimenpiteistä. (HUS 2019a & HUS 2019b.)

Taulukko 2: Haartmanin yhteispäivystyksen psykiatrinen triage luokitus (HUS 2018)

Mielenterveys Erikoisala psykiatria, yle		Päivitetty 8/2018	
Triage	Oire	Täsmennys	Hoitopaikka
Hätä	Itsemurhayritys	Psykiatri paikalle	Seuranta
	Levoton, äänekäs, poliisi saattamassa		Seuranta
	Uhkaava, aggressiivinen potilas, rajoittamisen tarve	Psykiatri paikalle, varti-joille informaatio	Seuranta
Kiire	Aikomus itsemurhaan		
	Poikkeuksellinen puhe tai käytös, hoitajan huoli herää		
	Vaikea paniikkikohtaus	Huom. mittaa HF, SpO <sub>2</sub>	
Muu	Mielenterveysongelma, rauhallinen käytös		
	Itsetuhoinen ajatus, ei suunnitelmalla / ei aikomusta toteuttaa ajatusta		
SH	Sisäinen hoidonohjaus		
HUOM	Arvioi lastensuojeluilmoituksen tarve, jos on kyse alaikäisistä ja alaikäisten huoltajista.		

## 5 Tarkoitus, tavoitteet ja tutkimuskysymykset

Tämän opinnäytetyön tarkoitus on kuvata erilaisten psykiatristen triage luokitusten käyttöä päivystyshoitotyössä.

Opinnäytetyön tavoite on tuottaa tietoa psykiatristen triage luokitusten käyttökokemuksista ja käytöstä hoitajien päätöksenteossa, sekä toimia tietopohjana psykiatrisen triage luokituksen laatimiseksi Haartmanin sairaalan yhteispäivystyksessä.

Kirjallisuuskatsaukseen on valittu tutkimuskysymyksiksi:

1. Miten psykiatristen triage luokitusten käyttö ohjaa hoitajien päätöksentekoa?
2. Minkälaisia kokemuksia psykiatristen triage luokitusten käytöstä on saatu?

## 6 Kuvaileva kirjallisuuskatsaus tutkimusmenetelmä

Kirjallisuuskatsaus sopii tämän opinnäytetyön tutkimusmenetelmäksi, sillä opinnäytetyön tavoite on tuottaa tietoa ja toimia näyttöön perustuvana tietopohjana terveydenhuollossa tapahtuvan toiminnan kehittämiseksi. Kirjallisuuskatsauksen tarkoitus tutkimusmenetelmänä on mm. kehittää teoreettista ymmärrystä ja tunnistaa ristiriitoja tai ongelmia kohdeilmioon liittyen ja sen avulla voidaan luoda kokonaiskuva halutusta aihealueesta. (Suhonen, Axelin & Stolt 2016, 7.) Tämä opinnäytetyö on kuvaileva kirjallisuuskatsaus, sillä sen tarkoituksena on kuvata psykiatristen triage luokitusten käyttöä aikaisemman tutkimustyön avulla (Kangasniemi ym. 2013). Kuvaileva tai narratiivinen kirjallisuuskatsaus pyrkii kuvaamaan edeltävää tutkimusta rajatusta aiheesta ja tutkimuskysymysten asettelu on yleensä laaja. Tarkastellut tutkimukset ovat tyypillisesti vertaisarvioituja tutkimuksia. Narratiivisen kirjallisuuskatsauksen prosessiin sisältyy aineiston hakeminen, sekä aineiston analyysi ja synteesi, joka yleensä tehdään taulukoidussa muodossa. (Suhonen, Axelin & Stolt 2016, 9.)

### 6.1 Aineiston haku ja valinta

Tiedonhaku suoritettiin käyttäen 5 eri tietokantaa, jotka ovat CINAHL, PubMed, ProQuest, PsycARTICLES ja Medic. Tiedonhaussa käytetyt hakusanat englanninkielisissä tietokannoissa ovat triage OR risk assessment\* OR triage scale OR risk rating OR risk scale AND psychiatric OR mental health AND emergenc\* OR emergency room OR emergency department. Suomenkielisinä hakusanoina käytetään triage\* TAI kiireellisyysluokit\* JA psykiatri\* TAI mielenterv\* JA päi-vyisty\*. Tiedonhakuprosessi, käytetyt hakusanat ja rajaukset tallennettiin tiedonhaun taulukoon (Liite 4).

Ensimmäinen haku suoritettiin CINAHL tietokannassa käyttämällä hakusanoina triage AND mental health AND emergenc\*. Hakua rajattiin vertaisarvioituihin tutkimuksiin, jotka ovat julkaistu vuosien 2004 ja 2019 välisenä aikana. Hakua rajattiin myös julkaisutyyppin ja pääotsikon aiheiden mukaan. Näillä hakusanoilla ja rajauksilla saatiin 97 hakutulosta. Hakutuloksista valittiin ensin otsikon tai tiivistelmän perusteella tutkimuskysymyksiin ja sisäänotto- ja poissulkukriteereihin sopivat tutkimukset, joita oli 18 kappaletta. Näistä tarkistettiin koko tekstin saatavuus ja hyväksyttiin koko tekstiin perehtymisen jälkeen 5 tutkimusta.

Seuraava haku suoritettiin PubMed tietokannassa käyttämällä hakusanoina triage AND "mental health" AND emergency. Hakua rajattiin julkaisuaikajankohdaltaan 2004 ja 2019 väliselle ajalle. Haulta saatiin 213 hakutulosta. Tutkimusten sopivuus sisään- ja poissulkukriteereihin käytiin läpi manuaalisesti ensin otsikon tai tiivistelmän perusteella. Tällä perusteella valikoitui 26 tutkimusta. Tästä joukosta poistettiin jo aiemmin hyväksytyt tutkimukset ja tarkistettiin kokotekstin saatavuus ja sopivuus katsaukseen, sekä että tutkimus oli vertaisarvioitu. Hyväksytyiksi tulivat 4 tutkimusta.

Kolmas haku tehtiin ProQuest tietokannassa käyttäen hakusanoina triage AND "mental health" AND emergenc\* NOT telephone NOT child\* NOT computer. Hakua rajattiin lisäksi niihin tuloksiin, jotka olivat julkaistu 2004-2019 välisenä aikana, jotka ovat vertaisarvioituja ja eri julkaisu-tyyppien ja aiheiden mukaan, jotka näkyvät tiedonhaun taulukossa. Haullla saatiin 500 hakutulosta. Näistä otsikon tai abstraktin perusteella valittiin 16 tutkimusta. Tuloksista suljettiin pois tutkimukset, jotka olivat jo tulleet valituiksi aiemmissa hauissa ja koko tekstin perusteella hyväksyttiin 1 sopiva tutkimus.

Neljäs haku suoritettiin PsycARTICLES tietokannassa. Hakusanoina käytettiin triage OR triage scale OR risk assessment OR risk scale OR risk rating AND "mental health" OR psychiatry AND emergenc\* ja hakua rajattiin edellisten hakujen tapaan ajankohdan mukaan vertaisarvioituihin tutkimuksiin. Hakutuloksia oli 47, joista yksikään ei sopinut sisäänotto- tai poissulkukriteereihin otsikon tai abstraktin perusteella.

Viides haku suoritettiin Medic tietokannassa, joka koostuu lähinnä suomenkielisestä aineistosta. Alustavien hakujen perusteella tiedettiin, että aihetta on tutkittu suomeksi hyvin vähän, jonka vuoksi hakutermitkin jätettiin mahdollisimman avoimiksi. Hakusanoina käytettiin psykiatr\* AND päivyst\*, jolla saatiin vain 26 hakutulosta. Näistä otsikon perusteella valittiin 1 pro gradu. Koko tekstin perusteella hyväksyttiin 0 tutkimusta.

Julkaisuaikajankohdaltaan tutkimuksia haettiin viimeisen 15 vuoden ajalta, sillä alustavien hakujen perusteella tiedettiin, ettei aihetta ole tutkittu paljon. Sen takia päätettiin, että myös hieman tavallista vanhemmat tutkimukset voivat olla katsauksen aiheen kannalta hyödyllisiä.

Katsaukseen ei valittu tutkimuksia, jotka keskittyvät johonkin tiettyyn ikäryhmään, kuten lapsiin tai vanhuksiin sen takia, että Haartmanin päivystyspoliklinikka ei myöskään ole erikoistunut mihinkään ikäryhmään, paitsi että siellä ei hoideta alle 16-vuotiaita. Tiettyyn ikäryhmään sidotut tutkimukset voisivat antaa sellaista tietoa, joka ei ole hyödyllisesti sovellettavissa laajempaa ikäryhmää palvelevaan päivystystoimintaan. Puhelimitse tehtävän kiireellisyysarvion tekeminen poikkeaa menetelmänä oleellisella tavalla triage hoitajien kasvojen tekemästä arviosta, jonka vuoksi sitä ei ole otettu tähän katsaukseen mukaan. Kaikki sisäänotto- ja poissulkukriteerit näkyvät alla olevassa taulukossa (Taulukko 3).

Taulukko 3: Sisäänotto- ja poissulkukriteerit

Sisäänottokriteerit	Poissulkukriteerit
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Julkaisukielenä suomi tai englanti</li> <li>- Julkaisuvuosi 2004-2019</li> <li>- Kokoteksti saatavilla</li> <li>- Aineisto vastaa tutkimuskysymyksiin</li> <li>- Aineisto käsittelee psykiatrisen triage luokituksen käyttöä päivystysympäristössä</li> <li>- Julkaisutyypinä väitöskirja, pro gradu tai tutkimusartikkeli</li> <li>- Aineisto on vertaisarvioitu</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Julkaisukieli on muu, kuin suomi tai englanti</li> <li>- Julkaisuvuosi ennen 2004</li> <li>- Ei kokotekstiä saatavilla</li> <li>- Aineisto ei vastaa tutkimuskysymyksiin</li> <li>- Aineisto ei käsittele psykiatrisen triage luokituksen käyttöä päivystysympäristössä</li> <li>- Jokin muu julkaisutyyppi, kuin väitöskirja, pro gradu tai tutkimusartikkeli</li> <li>- Puhelimella tehtävään triageen keskittyvä aineisto</li> <li>- Tietokoneohjelman suorittamaan triageen keskittyvä aineisto</li> <li>- Tiettyyn ikäryhmään keskittyvä aineisto (esim. lapset tai vanhukset)</li> <li>- Yksittäistä sairautta tai tilaa käsittelevä aineisto</li> <li>- Aineisto ei ole vertaisarvioitu</li> </ul>

Aineiston haun hakukriteereiden perusteella hyväksyttiin yhteensä 10 tutkimusta (Liite 5), 5 eri tietokannasta. Tutkimukset ovat kaikki englanninkielisiä ja ne on julkaistu vuosien 2004-2017 välillä. Tutkimukset ovat peräisin Yhdysvalloista, Kanadasta, Iso-Britanniasta, Australiasta ja Tanskasta, mutta selkeä enemmistö niistä oli toteutettu Kanadassa, Iso-Britanniassa tai Australiassa. Näistä 1 oli laadullinen tutkimus, 7 oli määrällisiä tutkimuksia ja 2 oli kirjallisuuskatsauksia. Näistä valittiin analysoitavaksi 9 parhaiten sopivaa tutkimusta katsauksen tar-

koitusta ja tavoitteita ajatellen. Valitsematta jäi 1 määrällinen tutkimus, joka oli vertailututkimus. Katsaukseen valitut tutkimukset näkyvät tutkimustaulukossa (Liite 6), johon on avattu niiden tarkoitus, aineisto, menetelmät ja keskeiset tulokset.

## 6.2 Aineiston analysointimenetelmä

Aineiston analysointimenetelmänä käytettiin induktiivista sisällönanalyysiä. Sisällönanalyysi tarkoittaa aineiston systemaattista analysointia, jossa kuvaillaan ilmiötä muodostamalla kategorioita ja käsitteitä abstrahoinnin kautta. Sisällönanalyysi menetelmänä sopii hyvin käytettäväksi kuvailevassa tutkimuksessa. Aineisto analysoidaan induktiivisesti, eli aineistolähtöisesti. (Kynäs ym. 2011.) Induktiivinen luokittelu tapa sopii tähän katsaukseen siksi, että aikaisempaa tutkimustietoa ilmiöstä on vähän ja teoriapohjasta on vaikea muodostaa etukäteen selkeää yhtenäistä kuvaa.

Aineistoa alettiin analysoida ensin käymällä läpi ja keräämällä valituista tutkimuksista ne alkuperäiset ilmaisut, jotka vastasivat tutkimuskysymyksiin. Analyysiyksikkönä käytettiin ajatuskokonaisuuksia. Alkuperäisilmaisut kirjattiin ylös taulukkoon alkuperäisellä kielellä englanniksi, jonka jälkeen niistä tehtiin pelkistettyjä ilmaisuja suomenkielellä. Alkuperäisilmaisut pelkistettiin suoraan englannin kielestä, jotta alkuperäisen ilmaisun viesti säilyisi ilman turhia välivaiheita ja aineiston analysointi olisi mahdollisimman selkeää. Ensin kerättiin sellaiset ilmaisut, jotka vastasivat ensimmäiseen tutkimuskysymykseen triage päätöksenteosta. Ne ilmaisut, jotka eivät vastanneet ensimmäiseen, mutta vastasivat toiseen tutkimuskysymykseen kokemuksista triage luokitusten käytössä, kirjattiin ylös omaan taulukkoonsa. Tällä vältyttiin päällekkäisyyksiltä siinä, että ensimmäisen tutkimuskysymyksen voidaan nähdä kuuluvan osaksi toisessa tutkimuskysymyksessä tarkoitettuja ”kokemuksia”.

Toisessa vaiheessa valmiit pelkistetyt ilmaisut luokiteltiin abstrahoimalla alaluokkiin etsimällä niistä samankaltaisuuksia ja eroavaisuuksia. Ilmaisujen sijoittaminen sopiviin alaluokkiin tehtiin järjestelmällisesti ja sijoitetut ilmaukset ja nimetyt alaluokat käytiin läpi ajatuksen kanssa, niitä tarvittaessa muokaten. Pelkistettyihin ilmaisiin kirjattiin näkyviin, mitä triage luokitusta niissä on käytetty, tulosten avaamisen ja analysoinnin helpottamiseksi. Alaluokat ryhmiteltiin saman prosessin mukaisesti laajempiin yläluokkiin ja yläluokat niin edelleen pääluokkiin. Pelkistykset ja luokat kirjattiin omaan taulukkoonsa, josta liitettiin ote tähän opinnäytetyöhön (Taulukko 4). Ensimmäiseen tutkimuskysymykseen muodostui 17 alaluokkaa, 11 yläluokkaa ja 6 pääluokkaa. Toiseen tutkimuskysymykseen saatiin 40 alaluokkaa, 23 yläluokkaa ja 6 pääluokkaa.

Taulukko 4: Ote sisällönanalyysistä

Pelkistykset	Alaluokat	Yläluokat	Pääloukat
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Triage koodien hajonta osoitus henkilökunnan lisääntyneestä herkkyydestä arvioida ja kategorisoida psykiatrisia potilaita.</li> </ul>	Lisäävät herkkyyttä arvioida kiireellisyyttä	Kiireellisyyden arvioinnin parantaminen	Hoitajan ammattitaidon lisääminen
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Henkilökunta oli itsevarmempi psykiatristen potilaiden hoitamisessa ja kiireellisyysarvion tekemisessä psykiatrisen triage luokituksen avulla.</li> <li>• Hoitajien itsevarmuus oli aiemmin vähäinen - keskitasoa 70%:lla, mutta psykiatrisen triage luokituksen käyttöönoton jälkeen keskitasoa - erittäin luottavainen 96,2%:lla.</li> </ul>	Lisäävät itsevarmuutta arvioida kiireellisyyttä		
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Kaikkia potilaita ei leimattu samaan joukkoon psykiatrisen triage luokituksen käyttöönoton jälkeen.</li> </ul>	Vähentävät potilaiden leimaamista	Ennakkoluulojen väheneminen	

## 7 Triage päätöksenteko

Siihen, kuinka psykiatriset triage luokitukset ohjaavat hoitajien päätöksentekoa, vastasi tutkista aineistosta 6 pääluokkaa. Nämä ovat hoitajan ammattitaidon lisääminen, objektiivisen päätöksenteon lisääminen, subjektiivisen kiireellisyysarvion tukeminen, hoitoprosessin kokonaisvaltainen tukeminen, sosiaalisten odotusten hallitseminen ja riskien hallitseminen. Jokainen kokonaisuus kuvailee jollain tapaa sitä, miten psykiatriset triage luokitukset ohjaavat sitä, mitä hoitajat päättävät ja minkä takia.

### Hoitajan ammattitaidon lisääminen

Tutkimusten mukaan, psykiatristen triage luokitusten käyttöönoton jälkeen on havaittu muutoksia hoitohenkilökunnan kyvyssä arvioida psykiatristen potilaiden kiireellisyyttä. Psykiatriset triage luokitukset ovat lisänneet henkilökunnan herkkyyttä ja itsevarmuutta arvioida kiireellisyyttä. Myös itsevarmuus psykiatristen potilaiden hoitamiseen on kasvanut. Yhden tutkimuksen mukaan 70% hoitajista itsevarmuus hoitaa ja arvioida psykiatrisia potilaita oli vähäinen tai keskitasoa, mutta psykiatrisen triage luokituksen käyttöönoton jälkeen se oli keskitasoa tai erittäin luottavainen 96,2% hoitajista. Tutkimukset myös havaitsivat, että päivystyksen hoitajat eivät enää leimanneet kaikkia psykiatrisia potilaita samaan joukkoon psykiatrisen triage luokituksen käyttöönoton jälkeen. Psykiatristen triage luokitusten voidaan siis ajatella vähentäneen hoitajien ennakkoluuloja psykiatrisia potilaita kohtaan. (Broadbent, Jarman & Berk 2004.)

### Objektiivisen päätöksenteon lisääminen

Vaikka subjektiivisuutta triage päätöksenteossa ei nähdä sopimattomana asiana, triage luokituksilla ja linjauksilla pyritään lisäämään hoitajien päätöksenteon objektiivisuutta ja kannustamaan käyttämään subjektiivista päätöksentekoa harkitusti ja ennakkoluulottomasti. Triage päätöksenteko perustuu sekä objektiivisiin, että verbaalisiin ja non-verbaalisiin subjektiivisiin vihjeisiin. Tutkimusten mukaan hoitajat ovatkin myöntäneet seuraavansa triage linjauksia vain yleispiirteisesti. (Brown & Clarke 2014.) Joidenkin hoitajien mukaan triage luokittelun johdonmukaisuus on lisääntynyt triage luokitusten ansiosta (Broadbent, Jarman & Berk 2004).

### Subjektiivisen kiireellisyysarvion tukeminen

Objektiivisen päätöksenteon lisäksi tutkimuksista nousi omaksi osa-alueekseen se, kuinka psykiatriset triage luokitukset tukevat subjektiivisen kiireellisyysarvion tekemistä. Jotkin elektroniset triage luokitukset, kuten CTAS (Canadian Triage and Acuity Scale), mahdollistavat käyttäjän oman harkinnan antamalla tilaisuuden muuttaa saatua pistemäärää tai triage luokitusta lopussa, jos kiireellisyysarvion suorittaja on siitä eri mieltä (Brown & Clarke 2014). Yhdessä tutkimuksessa seurattiin osallistuneiden hoitajien ajatusprosessia päätöksenteon aikana ja pyrittiin selvittämään, millä perusteella he luokittelevat potilaat. Tutkimuksessa selvisi, että monet hoitajista käyttivät elektronista triage luokitusta validoimaan omaa intuitiivista arviotaan manipuloimalla ja korjailemalla pistemääriä jälkikäteen. Myös ilmoitettua tulosyötä muokattiin hoitajan kliinisen arvion tai kokemuksen perusteella, jotta potilaalle saatiin haluttu pistemäärä. CTAS luokituksen kuvaajien perusteella tuottamat pistemäärät olivat vain karkea väline, kun hoitajat käyttivät intuitiotaan ja totuttuja toimintatapoja. (Clarke, Boyce-Gaudreau, Sanderson & Baker 2015.)

### Hoitoprosessin kokonaisvaltainen tukeminen

Englannissa kehitettyä RAM (Risk Assessment Matrix) taulukkoa tarkastellut tutkimus kuvaili psykiatrisen triage luokituksen helpottaneen tai hyödyttäneen hoitoprosessia kokonaisvaltaisesti. Huomattava osa tutkimukseen osallistuneista koki, että RAM oli hyödyllinen triage päätöksenteossa, sekä hoidon toteuttamisessa ja suunnittelussa. Tutkimukseen osallistuneista 70% koki, että RAM auttoi päättämään yli puolessa tapauksista, tulisiko potilaat ohjata mielenterveystiimiin vai ei. (Patel, Harrison & Bruce-Jones 2009.)

### Sosiaalisten odotusten hallitseminen

Yhdessä tutkimuksista havaittiin, että osallistujat kokivat painetta tuottaa psykiatrisella triage luokituksella sellaisia pistemääriä tai kiireellisyysluokkia, jotka muu hoitohenkilökunta hyväksyy. Triage hoitajat kokivat hoitoa antavan henkilökunnan joko painostavan tuottamaan hyväksyttävän pistemäärän tai pelkäsivät sitä, mitä muu henkilökunta sanoisi, jos hoitaja luokittelee potilaan heidän mielestään liian kiireellisenä. (Clarke, Boyce-Gaudreau, Sanderson & Baker 2015.)

### Riskien hallitseminen

Riskien hallitseminen psykiatristen triage luokitusten avulla ohjaa myös osaltaan hoitajien päätöksentekoa. Triage luokittelulla pyrittiin tutkimusaineiston mukaan ohjaamaan riskin hallintaa, vähentämään riskejä ja arvioimaan riskin määrää. Riskin hallinnan ohjaamiseen liittyi läheisesti hoitopaikan ja poliisin välinen yhteistyö. Triage hoitajat luokittelivat potilaiden kiireellisyyden sen perusteella, pystyikö poliisi jäädä odottamaan potilaan kanssa, kunnes lääkäri tapaa tämän, vai ei. Jos hoitajat halusivat antaa poliisin lähteä, potilaalle annettiin korkeampi kiireellisyysluokka. (Clarke, Boyce-Gaudreau, Sanderson & Baker 2015.) Aineistosta kävi myös ilmi, että potilaita luokitellaan kiireellisemmäksi kuin on tarpeen vähemmän kokeneiden hoitajien toimesta, koska sen ajatellaan olevan turvallisempi käytäntö. Myös osa kokeneista hoitajista myöntää tekevnsä niin. Osa päivityksistä myöntää epävirallisesti jopa luokittelevansa kaikki sellaiset potilaat hätätapauksiksi, joilla on itsemurha-ajatuksia, jotta vältyttäisiin laillisilta vastuukysymyksiltä, jos potilas lähtee ennen arviota. (Brown & Clarke 2014.) Ajoittain triage luokittelua motivoi halu estää potilaita lähtemästä ennen arviota (Clarke, Boyce-Gaudreau, Sanderson & Baker 2015).

## 8 Kokemukset triage luokitusten käytöstä

Psykiatristen triage luokitusten käyttökokemusten näkökulmasta tutkimuksista nousi 6 pääluokkaa, jotka olivat triage luokitusten luotettavuus, triage luokitusten käytettävyys, organisaation muutokset, potilaskokemukset, henkilökunnan kokemukset ja triage luokittelun ja

tekijöiden väliset yhteydet. Näistä määrältään eniten tutkittua tietoa löytyi liittyen triage luokitusten luotettavuuteen.

#### Triage luokitusten luotettavuus

Psykiatristen triage luokitusten luotettavuutta on tutkittu vastaajien välisen reliabiliteetin, eli toistettavuuden, tarkkuuden, johdonmukaisuuden, toimivuuden, validiteetin, eli pätevyyden ja moniammatillisuuden näkökulmista. Tutkimukset, joissa on pyritty selvittämään vastaajien välistä reliabiliteettia, ovat antaneet erilaisia tuloksia riippuen tutkimuksessa käytetystä triage luokituksesta. CTAS käytössä on tutkimusten mukaan ollut laajaa vaihtelua triage kategorioiden välillä ja reliabiliteetti on ollut parhaimmillaankin tyydyttävällä tasolla vastaajien korkeasta itseluottamuksesta ja valmistautumisesta huolimatta (Brown, Clarke & Spence 2015). Brittiläinen UK MHTS (United Kingdom Mental Health Triage Scale) luokitus puolestaan on osoittanut korkeaa reliabiliteettia (Sands ym. 2016).

Kiireellisyysarvion on todettu olevan tarkimmillaan korkeimman ja matalimman kiireellisyysluokituksen kohdalla (Brown, Clarke & Spence 2015; Patel, Harrison & Bruce-Jones 2009). CTAS luokituksessa tarjottujen kuvaajien käyttäminen sai aikaan tarkemman triagen. Kyseisessä tutkimuksessa 60% potilaat oikein luokitelleista hoitajista käytti toissijaisia kuvaajia osan ajasta tai koko ajan. (Brown, Clarke & Spence 2015.) Kahdessa CTAS luokitusta käyttäneessä tutkimuksessa subjektiivisuuden huomattiin heikentävän triagen tarkkuutta. Hoitajat, jotka korjasivat tai vaihtoivat kiireellisyysluokkaa intuiutionsa perusteella, arvioivat potilaan kiireellisyysluokan harvemmin oikein. Intuitiivinen päätöksenteko triagessa voi altistaa kognitiiviselle puolueellisuudelle ja sitä myöten vaarantaa potilaan hoidon. (Brown, Clarke & Spence 2015; Clarke, Boyce-Gaudreau, Sanderson & Baker 2015.)

Tutkimukset puhuvat sekä triage luokitusten johdonmukaisuuden puolesta, sekä vastaan. RAM:n on koettu rohkaisevan johdonmukaisempaa lähestymistä psykiatristen päivystyspotilaiden hoidossa (Hart, Colley & Harrison 2005). CTAS on puolestaan saanut kritiikkiä siitä, että sen kuvaajat ovat riittämättömiä eivätkä johdonmukaisesti auta tunnistamaan psykiatrisia sairauksia ja tiloja. Hoitajien on myös ollut vaikea määritellä kiireellisyysluokkien välisiä eroja toisistaan. (Brown, Clarke & Spence 2015; Clarke, Boyce-Gaudreau, Sanderson & Baker 2015.)

USA:ssa käytössä olevia kolmiportaisia triage luokituksia on arvosteltu puutteellisesti validoitujen kliinisten tulosten ja luotettavuuden takia. Taiwanin nelitasoinen TTS (Taiwan Triage Scales) luokitus on osoittautunut viisitasoisia huonommaksi ennustamaan kiireellisyyttä ja resurssien käyttöä. Viisitasoisten triage luokitusten, kuten ATS (Australasian Triage Scale), MTS (Manchester Triage System) ja CTAS onkin nähty osoittavan parempaa validiteettia ja luotettavuutta. (Brown & Clarke 2014.) VEDMHTT (Victorian Emergency Department Mental Health Triage Tool) on myös osoittanut rakenteellista validiteettia sen kuvaajien osalta (Sands

ym. 2014). RAM:iin liittyvässä tutkimuksessa validiteetin puolesta puhuu se, että kiireelliseksi arvioidut potilaat myös ohjattiin suuremmalla todennäköisyydellä psykiatriin sairaalaysiköihin ja tehostetun kotihoidon piiriin, kuin kiireettömäksi arvioidut (Patel, Harrison & Bruce-Jones 2009). Siitäkin on näyttöä, että triage luokitukset eivät arvioi potilaiden kiireellisyyttä pätevästi. Yhdessä Kanadalaisessa sairaalassa tehdyssä tutkimuksessa saatiin selville, että 50% ei kiireellisiksi arvioiduista potilaista tarvitsi sairaalahoitoa. (Brown & Clarke 2014.)

UK MHTS ja RAM ovat molemmat tutkimuksissa osoittaneet, että eri taustoista olevat psykiatriaan erikoistumattomat terveysalan ammattilaiset voivat käyttää niitä tehokkaasti ja luotettavasti potilaiden kiireellisyyden arvioimisessa (Sands ym. 2016; Patel, Harrison & Bruce-Jones 2009).

#### Triage luokitusten käytettävyys

Elektronisen tietokoneella käytettävän CTAS luokituksen on tutkimuksissa havaittu olevan käyttäjäystävällinen aloittelijoille ja laajasti hoitohenkilökunnan hyväksymä, eikä se ole lisännyt kiireellisyysarvion toteuttamiseen vaadittua aikaa (Brown & Clarke 2014). Tutkimuksissa on saatu kokemuksia siitä, että triage luokituksen käytön esteeksi arvioinnissa voi muodostua potilaan vajaavainen tajunnantaso tai äärimmäinen levottomuus (Patel, Harrison & Bruce-Jones 2009).

#### Organisaatiotason muutokset

Psykiatristen triage luokitusten käyttöönottoaminen on saanut aikaan muutoksia sairaaloissa ja niiden henkilökunnan toiminnassa. Suuressa osassa tutkimuksista henkilökunta arvioi potilaat aiempaa kiireellisempänä triage luokituksen käyttöönoton jälkeen (Broadbent, Jarman & Berk 2004). Triage luokitukset ovat lyhentäneet odotusaikoja merkittävästi ja auttaneet noudattamaan kiireellisyysluokissa asetettuja tavoiteaikoja. Lisäksi enemmän potilaita saadaan hoidettua heidän ensimmäisellä päivystyskäynnillään ja päivystyksestä ennen arviointia lähteneiden potilaiden määrä on vähentynyt. (Broadbent, Jarman & Berk 2004; Hart, Colley & Harrison 2005; Sæbye, Høegh & Knop 2017.) Parannuksia on nähty hoidon ohjauksessa ja päivystysyksiköiden työskentelytavoissa. Yhdessä tutkimuksista esitetään, että päivystyksestä nopeasti jatkohoitoon ohjattujen määrä oli kaksinkertaistunut (Hart, Colley & Harrison 2005). Parannuksia on myös havaittu henkilöstön kyvyssä priorisoida ja järjestää työtaakkaa, sekä yhteistyössä ja organisaation sisäisessä kommunikaatiossa päivystyksen ja psykiatristen triagen välillä (Broadbent, Jarman & Berk 2004).

## Potilaskokemukset

Potilaskokemuksista ei löytynyt kovin paljon tutkittua tietoa triage luokitusten käyttöön liittyen. Yhdessä tutkimuksessa psykiatrisen triage luokituksen oli koettu parantaneen potilastytyväisyyttä, kun taas toisessa potilaat ja heidän omaisensa olivat kokeneet vähättelyä tai aliarviointia triagessa. Kokemukset vähättelystä saavat jonkin verran tukea aiemmin tässä katsauksessa esitetystä tutkimustiedosta, jonka mukaan puolet kiireettömiksi arvioituista potilaista tarvitsivat sairaalahoitoa. (Broadbent, Jarman & Berk 2004; Brown & Clarke 2014.)

## Henkilökunnan kokemukset

Kuten aiemmin on jo mainittu, tutkimuksista on selvinnyt, että psykiatristen triage luokitusten käyttöönotto on lisännyt henkilökunnan luottamusta toimia psykiatristen potilaiden kanssa (Broadbent, Jarman & Berk 2004). Yhdessä katsauksen tutkimuksista 91% henkilökunnasta myös koki triage luokituksen käytön auttavan arvioimaan potilaan kiireellisyyttä yli puolet ajasta (Patel, Harrison & Bruce-Jones 2009). Triage linjauksien on koettu olevan huonosti saatavilla paperilla tai vaikea muistaa kiireessä, jonka vuoksi elektronisten triage luokitusten nähdäänkin potentiaalisesti tukevan hoitajan muistia ja siten parantavan prosessin luotettavuutta (Brown & Clarke 2014).

## Triage luokittelun ja tekijöiden väliset yhteydet

Triage luokittelulla on tutkimuksissa havaittu olevan yhteys tulostavan, tulotavan, diagnoosin ja hoidon ohjauksen kanssa. Saapumisajankohdan ja triage luokittelun välillä ei havaittu olevan yhteyttä. Tanskassa tehdyissä tutkimuksissa havaittiin, että 85% tahdonvastaisista tai poliisin saattamista potilaista luokiteltiin hätätapauksiksi. Samalla yli puolet huumeiden tai alkoholin käyttäjistä luokiteltiin kiireettömiksi. Itse tulleista potilaista 67% luokiteltiin kiireettömiksi ja vain 8% korkeimpaan kiireellisyysluokkaan. Korkeimmassa kiireellisyysluokassa yli puolet saapui joko poliisin tai ambulanssin tuomana. Diagnoosina skitsofrenian todettiin olevan yleisin kiireellisissä triage luokissa. Päihteiden väärinkäyttö oli suurin yksittäinen syy kiireettömässä triage luokassa 34%:lla. Vähiten kiireellisessä luokassa 29% johtui neuroottisista ja stressihäiriöryhmistä. Korkeimpaan kiireellisyysluokkaan luokitelluista 58% ohjattiin vapaaehtoiseen ja 42% tahdonvastaiseen sairaalahoitoon. Vähiten kiireelliseksi luokiteltuja potilaita ohjattiin harvoin sairaalahoitoon ja samasta ryhmästä 37% lähti ennen lääkärin arviota. (Sæbye, Høegh & Knop 2017; Patel, Harrison & Bruce-Jones 2009.)

Toisessa australialaisessa tutkimuksessa todettiin, että potilaat, joiden tulostavina oli itsemurha-ajatukset tai aiheet, tai psykoottiset oireet, luokiteltiin neljä kertaa todennäköisemmin korkeaan kiireellisyysluokkaan. Taustalla oleva itsemurhayritys tai itsensä vahingoittaminen lisäsi myös todennäköisyyttä 3,7 kertaiseksi. Poliisin mukana tulleet luokiteltiin 2,6 kertaa todennäköisemmin korkeaan kiireellisyysluokkaan. (Sands ym. 2014).

## 9 Pohdinta

Tämän kirjallisuuskatsauksen perusteella on olemassa paljon näyttöä siitä, että psykiatriset kiireellisyysluokitukset ovat tuoneet edistysaskelia psykiatristen päivystyspotilaiden arvioinnissa ja hoidossa. Tutkimukset osoittavat, että psykiatriset triage luokitukset eri puolilla maailmaa tukevat hoitohenkilökunnan osaamista ja takaavat monelta osin paremman hoidon edellytykset. Hoitajien itsevarmuus ja kyky arvioida psykiatrisia potilaita oikein on kasvanut niiden myötä. Psykiatriset potilaat joutuvat pääsääntöisesti odottamaan vähemmän ja pääsevät helpommin hoidon piiriin. Siitä huolimatta yksittäiset todisteet psykiatristen potilaiden kiireellisyyden aliarvioinnista ovat huolestuttavia. Psykiatrisissa kiireellisyysluokituksissa onkin tutkimusten mukaan eroja luotettavuuden osalta. Parhaimmillaan kiireellisyysluokitukset tuovat potilaiden arviointiin johdonmukaisuutta ja toimivat hyödyllisinä työkaluina triage hoitajille, mutta ne voivat myös aiheuttaa hämmennystä epäjohdonmukaisuutensa tai riittämättömien kuvaajiensa takia.

Subjektiiivisella päätöksenteolla vaikuttaa olevan oleellinen osa psykiatristen potilaiden kiireellisyyden arvioinnissa, mutta se saattaa vaarantaa potilaan hoidon, jos sitä ei käytetä harkiten. Tasapainon subjektiivisen ja objektiivisen triage päätöksenteon välillä tulisi ohjata päivystyksessä työskenteleviä hoitajia. Mielenkiintoa herätti tutkimuksista odottamattomasti noussut tieto siitä, että hoitajat jossain määrin ohjautuvat päivystyksen muun henkilöstön aiheuttamista sosiaalisista paineista ja että osa päivystyksistä myöntää luokittelevansa itsemurha-ajatuksia omaavat potilaat aina hätätapauksiksi laillisten vastuukysymysten pelossa tai siksi, että se koetaan turvallisempaan käytäntöön. Ehkä näistä jälkimmäisestä kuvautuu se, miten vaikeaa todellista itsemurhan vaaraa on arvioida nopeasti päivystysolosuhteissa.

Vaikka Suomessa sairaanhoitopiirit tällä hetkellä soveltavat erikoisalakohtaisia triage luokituksia omien tarpeidensa mukaan (Kantonen 2014) ja yhtenäistä psykiatrista triage asteikkoa ei ole käytössä (Wahlbeck ym. 2018), antaa tämä kirjallisuuskatsaus viitteitä siitä, että yhtenäiset triage linjaukset psykiatristen päivystyspotilaiden arvioinnissa ja hoidossa toisivat todennäköisesti parannuksia päivystystoimintaan. Tällä hetkellä sairaanhoitopiirien psykiatristen triage luokitusten ohjeistukset saattavat olla suppeita tai puuttua kokonaan (Lindfors-Niilola, Riihelä & Kaskinen 2013), mutta käyttämällä riittäviä psykiatristen tilojen kuvaajia, voidaan mahdollistaa aiempaa tarkempi ja johdonmukaisempi triage psykiatrisille päivystyspotilaille.

### 9.1 Eettisyys

Kirjallisuuskatsauksen tekemiseen HUS:ssa ei vaadittu tutkimuslupaa. Katsauksessa pyrittiin noudattamaan hyvän tieteellisen käytännön (HTK) periaatteita. Tiedeyhteisön tunnustamia toimintatapoja ovat rehellisyys, yleinen huolellisuus ja tarkkuus tutkimuksen tekemisessä, tal-

lentamisessa ja tulosten arvioinnissa (TENK). Tämä katsaus on suunniteltu ja toteutettu noudattamalla rehellisyyttä ja huolellisuutta ja käytetyt tiedonhankinta-, tutkimus- ja arviointimenetelmät vastaavat tieteellisen tutkimuksen kriteerejä. Katsauksen ja sen tulosten julkaisemisessa noudatettiin hyvän tieteellisen käytännön edellyttämää avointa ja vastuullista tiedeviestintää. Hyvä tieteellinen käytäntö myös edellyttää, että tutkijat ottavat muiden tutkijoiden tekemän työn huomioon asianmukaisella tavalla (TENK). Tässä katsauksessa muiden tutkijoiden tekemää työtä on kunnioitettu ja huomioitu käyttämällä asianmukaisia viittauksia ja olemalla muuttamatta tutkimustulosten arvoa tai merkitystä. Rahoituslähteet ja sidonnaisuudet tulisi ilmoittaa tutkimukseen osallistuville ja raportoida kun tulokset julkaistaan (TENK), mutta tällä katsauksella ei ole rahoittajia tai sidonnaisuuksia.

## 9.2 Luotettavuus

Tutkimuksen luotettavuutta arvioidaan perinteisesti reliabiliteetin ja validiteetin käsitteiden avulla. Reliabiliteetilla tarkoitetaan tutkimuksen toistettavuutta ja validiteetilla pätevyyttä tai uskottavuutta. (Saaranen-Kauppinen & Puusniekka 2006.) Tämän katsauksen tiedonhaku ja aineiston analyysi tallennettiin ja kuvattiin tiedonhaun taulukossa (Liite 4) siten, että se puoltaa sen reliabiliteettia. Validiteettia lisää tutkimuskysymysten ja menetelmien huolellinen suunnittelu ja valittujen menetelmien ja aiheen rajausten perustelu, sekä opinnäytetyön tekijän pyrkimys huolellisuuteen ja itsereflektioon tutkimusprosessin aikana. Kuvailevassa kirjallisuuskatsauksessa luotettavuutta lisää sisällölliseen valintaan perustuva tiedonhaku (Kangasniemi ym. 2013). Tähän katsaukseen valitut tutkimukset käytiin läpi refleктоimalla jatkuvasti sitä, vastaavatko ne asetettuihin tutkimuskysymyksiin. Kangasniemi (2013) toteaa, että luotettavuuden kannalta on tärkeää, että tutkimuskysymykset ovat perusteltuja ja esitelty selkeästi. Tähän katsaukseen valitut tutkimuskysymykset ovat muotoiltu harkitulla, mutta selkeällä tavalla vastaamaan asetettuja tavoitteita ja tutkimuksen tarkoitusta.

Katsauksen luotettavuuteen vaikuttaa opinnäytetyön tekijän kokemattomuus tutkimusmenetelmistä ja opinnäytetyön tekeminen yksin. Katsauksessa käytettävien tutkimusten kieli oli pääasiassa englanti, mikä ei ole tekijän äidinkieli ja voi aiheuttaa tulkintaa tai käännösvirheitä. Opinnäytetyön tekijä tapasi informaatikon ennen tiedonhakua, joka totesi käytettyjen englanninkielisten hakusanojen olevan sopivia ja antoi yleisesti neuvoja siitä, kuinka tiedonhaku tehdään oikein. Katsauksen luotettavuutta lisää tiivis ohjaus tutkimustyöhön perehtyneiltä ohjaajilta, jonka palaute on pyritty ottamaan parhaalla tavalla huomioon tutkimuksen eri vaiheissa.

Alussa on tavallista, että tiedonhaku painottuu ajankohtaiseen aineistoon, mutta myöhemmin aineiston relevanttius saa suuremman painoarvon (Kangasniemi ym. 2013). Tämän takia osa tämän katsauksen aineistosta oli vanhempaa, koska katsottiin, että aineiston käyttökelpoisuus ja sisällöllinen relevanttius oli tärkeämpää, kuin että osa valitusta aineistosta ei mahdollisesti

ollut kaikin osin ajankohtaista. Katsauksessa ei ole erillistä laadun arviointia valittujen tutkimuksien osalta, mikä saattaa heikentää luotettavuutta. Induktiiviseen sisällönanalyysiin liittyy tekijän subjektiivinen päättely, mikä voi aiheuttaa tulkintaa ja luonnollisesti myös heikentää tulosten luotettavuutta (Kangasniemi ym 2013). Kaksi katsauksessa analysoitua tutkimusta, oli kirjallisuuskatsauksia, jotka analysoitiin sellaisenaan. Tämä mahdollistaa sen, että myös niissä kuuluu tutkijan omaa tulkintaa muiden tutkimusten tuloksista ja se voi heikentää luotettavuutta jonkin verran.

### 9.3 Kehittämisehdotukset ja jatkotutkimusaiheet

Jos Haartmanin päivystyspoliklinikan ja HUS:in psykiatrissa triage luokitusta tarkastellaan tämän kirjallisuuskatsauksen valossa, voitaisiin argumentoida, että tutkimukset puoltavat viisiportaisia kiireellisyysluokituksia, validiteetin ja luotettavuuden kannalta, kolmiportaisia luokituksia paremmin (Brown & Clarke 2014). HUS:in psykiatrisen triage luokituksista löytyvät kuvaajat ovat myös muihin vertailtaviin luokituksiin nähden niukkoja ja vähäisiä, mikä voi aiheuttaa triage hoitajissa hämmennystä ja tehdä kiireellisyyden arvioinnista epä johdonmukaista. Lisäämällä psykiatrisia tiloja kuvaavia kuvaajia voitaisiin kiireellisyysarviosta tehdä johdonmukaisempaa ja tarkempaa (Brown, Clarke & Spence 2015) ja taata paremmin yhdenvertaisen päivystyshoidon mahdollisuudet psykiatrisille potilaille. Tällaisia kuvaajia kehittämään voitaisiin asettaa työryhmä ja kuvaajien tarkkuutta voitaisiin testata tutkimalla vastaajien välistä toistettavuutta triage hoitajien kesken.

Kehittämisen mahdollisuudet olisivat myös olemassa tietokoneohjelmalla suoritettavan triage luokituksen suunnittelemisessa. Kanadassa käytettävä CTAS on esimerkkinä eTriage:n hyödyistä ja toimivuudesta. eTriage ei tutkimusten mukaan lisäisi arviointiin vaadittavaa aikaa ja triage hoitajien ei tarvitsisi olla oman muistin varassa arvioidessaan kiireellisyyttä (Brown & Clarke 2014). Triage linjaukset olisivat myös helpommin triage hoitajien saatavilla arviointitilanteessa.

Psykiatristen kiireellisyysluokitusten toimivuudesta tai luotettavuudesta Suomessa ei ole tutkittua tietoa, jonka vuoksi tämäkin kirjallisuuskatsaus oli täysin ulkomailla tehtyjen tutkimusten varassa. Australiassa nähtiin jo kauan sitten tarve tutkia ja kehittää psykiatristen potilaiden hoitoa ja muu maailma on seurannut hitaasti perässä. Aiheesta on vain vähän tutkimuksia, joista vielä pienempi osa on laadullisia tutkimuksia. Tarvitaan määrällisiä ja laadullisia tutkimuksia siitä, ovatko Suomessa käytössä olevat viisi- ja kolmiportaiset triage luokitukset luotettavia ja päteviä psykiatristen potilaiden arvioimiseen ja korrelaatiotutkimuksia siitä, miten ne ohjaavat triage hoitajien toimintaa ja potilaiden jatkohoitoon ohjaamista. Triage luokitusten käytön kuvailun kannalta olisi ollut parempi, jos käytettävissä olisi ollut useampi laadullinen tutkimus aiheesta.

Mielenterveysongelmat ovat tunnetusti Suomessa merkittävä ongelma ja hoidon piiriin pääsyä on kritisoitu vaikeaksi ja palveluita riittämättömäksi. Syitä tutkia hoitoon hakeutumista ja hoitopolun ensiaskelia päivystyksessä on siis enemmän kuin riittävästi. Se, kuinka hoitajat arvioivat potilaan päivystyksessä ja ohjaavat tämän eteenpäin, antaa suunnan koko hoitopolulle ja vaikuttaa paljolti hoidon lopputulemaan.

## Lähteet

## Painetut

Suhonen, R., Axelin, A. & Stolt, M. 2016. Kirjallisuuskatsaus hoitotieteessä. 2. korjattu painos. Turku: Juvenes Print.

## Sähköiset

Broadbent, M. 2008. Policy direction for mental health triage. Australian Nursing Journal. Viitattu 22.4.2019. <https://search-proquest-com.nelli.laurea.fi/central/docview/236610856/fulltext/1C6BBD789E634A2APQ/3?accountid=12003>

Broadbent, M., Jarman, H. & Berk, M. 2004. Emergency department mental health triage scales improve outcomes. Viitattu 22.2.2020. <http://search.ebscohost.com.nelli.laurea.fi/login.aspx?direct=true&db=c8h&AN=106682307&site=ehost-live>

Brown, A-M. & Clarke, DE. 2014. Reducing uncertainty in triaging mental health presentations: Examining triage decision-making. Viitattu 22.2.2020. <https://doi-org.nelli.laurea.fi/10.1016/j.ienj.2013.01.005>

Brown, AM., Clarke, DE. & Spence, J. 2015. Canadian Triage and Acuity Scale: testing the mental health categories. Viitattu 22.2.2020. <https://doi.org/10.2147/OAEM.S74646>

Clarke, DE., Boyce-Gaudreau, K., Sanderson, A. & Baker, JA. 2015. ED Triage Decision-Making With Mental Health Presentations: A “Think Aloud” Study. Viitattu 22.2.2020. <https://doi-org.nelli.laurea.fi/10.1016/j.jen.2015.04.016>

Depressio. Käypä hoito -suositus. Suomalainen Lääkäriseura Duodecim. Viitattu 16.4.2019. <http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/suositus?id=hoi50023#R14>

Haartmanin päivystys. Terveyskylä. Viitattu 12.4.2019. <https://www.terveyskyla.fi/paivystystalo/palvelut/hus/hus-p%C3%A4ivystykset/yhteisp%C3%A4ivystykset/haartmanin-p%C3%A4ivystys>

Harjola, V. & Lämsä, T. 2018. HYKS-Helsinki päivystystoimintojen integraatio -loppuraportti. Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri. Viitattu 12.4.2019. <https://dev.hel.fi/paatokset/media/att/34/34710652f5a62daf08ea98aaea75f63b7acf9454.pdf>

Hart, C., Colley, R. & Harrison, A. 2005. USING A RISK ASSESSMENT MATRIX WITH MENTAL HEALTH PATIENTS IN EMERGENCY DEPARTMENTS. Viitattu 22.2.2020. <https://search-proquest-com.nelli.laurea.fi/docview/218287682?accountid=12003>

- Huckson, S. 2008. Implementation of the Victorian Emergency Department Mental Health Triage Tool. Viitattu 23.4.2019. <https://doi.org/10.1016/j.aenj.2008.02.007>
- Huttunen, M. 2018. Kaksisuuntainen mielialahäiriö. Lääkärikirja Duodecim. Viitattu 2.4.2019. [https://www.terveyskirjasto.fi/kotisivut/tk.koti?p\\_artikkeli=dlk00378](https://www.terveyskirjasto.fi/kotisivut/tk.koti?p_artikkeli=dlk00378)
- Huttunen, M. 2018. Psykoosi (mielisairaus). Lääkärikirja Duodecim. Viitattu 4.4. 2019. [https://www.terveyskirjasto.fi/kotisivut/tk.koti?p\\_artikkeli=dlk00411&p\\_hakusana=psykoosi](https://www.terveyskirjasto.fi/kotisivut/tk.koti?p_artikkeli=dlk00411&p_hakusana=psykoosi)
- Hyvä tieteellinen käytäntö. Tutkimuseettinen Neuvottelukunta. Viitattu 1.5.2019. <https://www.tenk.fi/fi/hyva-tieteellinen-kaytanto>
- Isometsä, E. 2017. Depressiiviset häiriöt. Psykiatria. Viitattu 16.4.2019. <https://www.oppiportti.fi/op/pkr00700/do>
- Isometsä, E. 2017. Masennustilan ja toistuvan masennuksen diagnoosi. Psykiatria. Viitattu 16.4.2019. <https://www.oppiportti.fi/op/pkr00702/do>
- Isometsä, E. 2017. Mitä ahdistuneisuus on? Psykiatria. Viitattu 29.3.2019. <https://www.oppiportti.fi/op/pkr00801/do>
- Kaksisuuntainen mielialahäiriö. 2013. Käypä hoito -suositus. Suomalainen Lääkäriseura Duodecim. Viitattu 2.4.2019. [http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suositukset/suositus?id=hoi50076#s6\\_1](http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suositukset/suositus?id=hoi50076#s6_1)
- Kangasniemi, M., Utriainen, K., Ahonen, S.-M., Pietilä, A.-M. & Jääskeläinen, P. 2013. Kuvailtava kirjallisuuskatsaus: eteneminen tutkimuskysymyksestä jäsenettyyn tietoon. Viitattu 4.5.2019. <https://search-proquest-com.nelli.laurea.fi/docview/1469873650?accountid=12003>
- Kantonen, J. 2014. Terveyskeskuspäivystyksen ABCDE- triagen ja kehittämistoimenpiteiden vaikutukset potilasvirtoihin. Tampereen yliopisto, Lääketiede. Väitöskirja. Viitattu 23.3.2019. <http://tampub.uta.fi/bitstream/handle/10024/96219/978-951-44-9609-7.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Koivisto, M. & Korkeila, J. 2016. Epävakaa persoonallisuushäiriö. Lääkärikirja Duodecim. Viitattu 2.4.2019. [https://www.terveyskirjasto.fi/kotisivut/tk.koti?p\\_artikkeli=dlk00994&p\\_hakusana=ep%C3%A4vakaa%20persoonallisuus](https://www.terveyskirjasto.fi/kotisivut/tk.koti?p_artikkeli=dlk00994&p_hakusana=ep%C3%A4vakaa%20persoonallisuus)
- Kyngäs, H., Elo, S., Pölkki, T., Kääriäinen, M. & Kanste, O. 2011. Sisällönanalyysi suomalaisessa hoitotieteellisessä tutkimuksessa. Hoitotiede. Viitattu 4.5.2019. [https://www.researchgate.net/publication/261723764\\_Sisallanalyysi\\_suomalaisessa\\_hoitotieteellisessa\\_tutkimuksessa](https://www.researchgate.net/publication/261723764_Sisallanalyysi_suomalaisessa_hoitotieteellisessa_tutkimuksessa)

Lindfors-Niilola, A., Riihelä, K. & Kaskinen, R. 2013. Ensihoidon palvelutasopäätökset ja triage-ohjeistukset. Etelä-Suomen aluehallintovirasto. Viitattu 23.3.2019.

<https://www.avi.fi/documents/10191/149165/Ensihoidon+palvelutasop%C3%A4%C3%A4t%C3%B6kset+ja+trriage-ohjeistukset,%20Etel%C3%A4-Suomen+alueen+sairaanhoidopiirit/7629218f-9f59-4ed4-9331-5d762d9309be>

Lönnqvist, J. 2017. Kliininen haastattelu. Psykiatria. Viitattu 23.3.2019. <https://www.oppiportti.fi/op/pkr00202/do>

Lönnqvist, J., Henriksson M., Isometsä, E. & Marttunen, M. 2017. Itsetuhoinen käyttäytyminen. Psykiatria. Viitattu 21.4.2019. <https://www.oppiportti.fi/op/pkr02001/do>

Lönnqvist, J., Henriksson M., Isometsä, E. & Marttunen, M. 2017. Itsemurhaa yrittäneen arviointi. Psykiatria. Viitattu 21.4.2019. <https://www.oppiportti.fi/op/pkr02005/do>

Lönnqvist, J., Henriksson M., Isometsä, E. & Marttunen, M. 2017. Itsetuhokäyttäytymisen epidemiologia. Psykiatria. Viitattu 21.4.2019. <https://www.oppiportti.fi/op/pkr02002/do>

Lönnqvist, J., Moring, J. & Vuorilehto, M. 2017. Psykiatria yhdyntävässä sosiaali- ja terveyspalvelujärjestelmässä. Psykiatria. Viitattu 6.3.2019. <https://www.oppiportti.fi/op/pkr02805/do>

Marttunen, M., Eronen, M. & Henriksson, M. 2017. Tunne-elämältään epävakaa persoonallisuus. Psykiatria. Viitattu 2.4.2019. <https://www.oppiportti.fi/op/pkr01710/do>

Mental health triage tool. 2013. Australian Government. Department of Health. Viitattu 22.4.2019. <http://www.health.gov.au/internet/publications/publishing.nsf/Content/triageqrg~trriageqrg-mh>

Molina-López, A., Cruz-Islas, J., Palma-Cortés, M., Guizar-Sánchez, D., Garfias-Rau, C., Ontiveros-Urbe, M. & Fresán-Orellana, A. 2016. Validity and reliability of a novel Color-Risk Psychiatric Triage in a psychiatric emergency department. Viitattu 29.4.2019. <https://bmc-psychiatry.biomedcentral.com/track/pdf/10.1186/s12888-016-0727-7>

Päivystyksen ja erikoissairaanhoidon rakenneuudistus. Maakunta- ja sote-uudistus. Viitattu 6.3.2019. <https://alueuudistus.fi/erikoissairaanhoido-ja-paivystys>

Patel, AS., Harrison, A. & Bruce-Jones, W. 2009. Evaluation of the risk assessment matrix: A mental health triage tool. Viitattu 22.2.2020. <http://dx.doi.org.nelli.laura.fi/10.1136/emj.2007.058388>

- Pihlava, M. 2018. Päivystyksen triage vaatii kokemusta. Potilaan lääkirilehti. Viitattu 17.1.2020. <https://www.potilaanlaakarilehti.fi/uutiset/paivystyksen-triage-vaatii-koke-musta/>
- Pulkkinen, S. & Vesanen, P. 2017. Ahdistuneisuushäiriö. Sairaanhoidajan käsikirja. Viitattu 29.3.2019. <https://www.terveysportti.fi/dtk/shk/koti>
- Pulkkinen, S. & Vesanen, P. 2017. Itsemurhaa yrittäneen potilaan hoito. Sairaanhoidajan käsikirja. Viitattu 21.4.2019. <https://www.terveysportti.fi/dtk/shk/koti>
- Pulkkinen, S. & Vesanen, P. 2017. Itsemurhavaarassa olevan potilaan tunnistaminen. Sairaanhoidajan käsikirja. Viitattu 21.4.2019. <https://www.terveysportti.fi/dtk/shk/koti>
- Pulkkinen, S. & Vesanen, P. 2017. Kaksisuuntainen mielialahäiriö. Sairaanhoidajan käsikirja. Viitattu 2.4.2019. <https://www.terveysportti.fi/dtk/shk/koti>
- Pulkkinen, S. & Vesanen, P. 2017. Masentuneen potilaan hoito. Sairaanhoidajan käsikirja. Viitattu 16.4.2019. <https://www.terveysportti.fi/dtk/shk/koti>
- Pulkkinen, S. & Vesanen, P. 2017. Tahdonvastainen psykiatrinen hoito. Sairaanhoidajan käsikirja. Viitattu 4.4.2019. <https://www.terveysportti.fi/dtk/shk/koti>
- Pulkkinen, S. & Vesanen, P. 2017. Psykoottisen potilaan hoito. Sairaanhoidajan käsikirja. Viitattu 4.4.2019. <https://www.terveysportti.fi/dtk/shk/koti>
- Saaranen-Kauppinen, A. & Puusniekka, A. 2006. KvaliMOTV - Menetelmäopetuksen tietovaranto - verkkojulkaisu. Tampere: Yhteiskuntatieteellinen tietoarkisto. Viitattu 8.1.2020. [https://www.fsd.uta.fi/menetelmaopetus/kvali/L3\\_3.html](https://www.fsd.uta.fi/menetelmaopetus/kvali/L3_3.html)
- Sæbye, D. Høegh, EB. & Knop, J. 2017. Triage in psychiatric emergency services in Copenhagen: results from a descriptive 1-year evaluation study. Viitattu 22.2.2020. <https://doi.org/10.1080/08039488.2017.1348540>
- Sands, N. & Elsom, E. UK Mental Health Triage Scale. Viitattu 24.4.2019. <https://ukmentalhealthtragescale.org/>
- Sands, N., Elsom, S., Berk, M., Hosking, J., Prematunga, R. & Gerdtz, M. 2014. Investigating the predictive validity of an emergency department mental health triage tool. Viitattu 22.2.2020. <https://doi-org.nelli.laurea.fi/10.1111/nhs.12095>
- Sands, N., Elsom, S., Colgate, R., Haylor, H. & Prematunga, R. 2016. Development and inter-rater reliability of the UK Mental Health Triage Scale. Viitattu 22.2.2020. <https://doi-org.nelli.laurea.fi/10.1111/inm.12197>

Seppänen, A. 2013. Päivystys kuormittuu kiireettömän hoidon hakijoista. Lääkärilehti. Viitattu 17.1.2020. <https://www.laakarilehti.fi/ajassa/ajankohtaista/paivystys-kuormittuu-kiireettoman-hoidon-hakijoista/>

Sippula, P. & Haapala, A. 2015. Psykiatrinen potilas hoitajan vastaanotolla ja päivystysvastaanotolla. Sairaanhoidajan vastaanoton ohjeet. Viitattu 6.6.2019. <https://www.terveysportti.fi/dtk/shk/koti>

Skitsofrenia. 2015. Käypä hoito -suositus. Suomalainen Lääkäriseura Duodecim. Viitattu 4.4.2019. <http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/suositus?id=hoi35050#s10>

Statewide mental health triage scale guidelines. 2010. Victorian Government Department of Health. Viitattu 23.4.2019. <https://www2.health.vic.gov.au/Api/downloadmedia/%7BBBF15BBBA-1F99-47F2-BB02-0C3D21DEC9A7%7D>

Suvisaari, J. & Lönnqvist, J. 2017. Muut psykoosit. Psykiatria. Viitattu 4.4.2019. <https://www.oppiportti.fi/op/pkr00512/do>

Suvisaari, J., Joukamaa, M. & Lönnqvist J. 2017. Mielenterveyden häiriöiden esiintyvyys Suomessa. Psykiatria. Viitattu 29.3.2019. <https://www.oppiportti.fi/op/pkr02603/do>

Valtioneuvoston asetus kiireellisen hoidon perusteista ja päivystyksen erikoisalakohteisista edellytyksistä. Finlex. 583/2017. Viitattu 6.3.2019. <https://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2017/20170583>

Wahlbeck, K., Hietala, O., Kuosmanen, L., McDaid, D., Mikkonen, J., Parkkonen, J., Reini, K., Salovuori, S. & Tourunen, J. 2018. Toimivat mielenterveys- ja päihdepalvelut. Valtioneuvoston kanslia. Viitattu 7.5.2018. [http://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/160554/89-2017-YhdessaMielin\\_valmis.pdf?sequence=1&isAllowed=y](http://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/160554/89-2017-YhdessaMielin_valmis.pdf?sequence=1&isAllowed=y)

Julkaisemattomat

Haartmanin sairaalan yhteispäivystys. 2019. Sisäinen intra. HUS. Helsinki.

Malmin päivystyspoliklinikka. 2019. Perehdytyskansio. HUS. Helsinki.

## Kuvat

Kuva 1: Color-Risk Psychiatric Triage algoritmi (Molina-López ym. 2016) .....	15
---	----

## Taulukot

Taulukko 1: Tanskalainen psykiatrisen triage luokitus (Sæbye, Høegh & Knop 2017).....	16
Taulukko 2: Haartmanin yhteispäivystyksen psykiatrisen triage luokitus (HUS 2018) .....	17
Taulukko 3: Sisäänotto- ja poissulkukriteerit .....	20
Taulukko 4: Ote sisällönanalysistä.....	22

## Liitteet

Liite 1: ATS Mental health triage tool (Department of Health 2013) .....	39
Liite 2: Victorian Emergency Department Mental Health Triage Tool (Victorian Government Department of Health 2010) .....	42
Liite 3: UK Mental Health Triage Scale (Sands ym. 2016).....	45
Liite 4: Tiedonhaun taulukko .....	46
Liite 5: Hyväksytyt tutkimukset .....	48
Liite 6: Tutkimustaulukko .....	50

Liite 1: ATS Mental health triage tool (Department of Health 2013)

Triage code - Treatment acuity	Description	Typical presentation	General management principles
1 - Immediate	<p><b>Definite danger to life (self or others)</b></p> <p><b>Australasian Triage Scale states:</b> Severe behavioural disorder with immediate threat of dangerous violence</p>	<p><b>Observed</b> Violent behaviour Possession of weapon Self-destruction in ED Extreme agitation or restlessness Bizarre/ disorientated behaviour</p> <p><b>Reported</b> Verbal commands to do harm to self or others, that the person is unable to resist (command hallucinations) Recent violent behaviour</p>	<p><b>Supervision</b> Continuous visual surveillance 1:1 ratio (see definition below)</p> <p><b>Action</b> Alert ED medical staff immediately Alert mental health triage or equivalent Provide safe environment for patient and others Ensure adequate personnel to provide restraint/ detention based on industry standards</p> <p><b>Consider</b> Calling security +/- police if staff or patient safety compromised. May require several staff to contain patient 1:1 observation Intoxication by drugs and alcohol may cause an escalation in behaviour that requires management</p>
2 - Emergency Within 10 minutes	<p><b>Probably risk of danger to self or others</b> AND/OR</p> <p><b>Client is physically restrained in emergency department</b> AND/OR</p> <p><b>Severe behavioural disturbance</b></p> <p><b>Australian Triage Scale<sup>1</sup> states:</b> Violent or aggressive (if): Immediate threat to self or others</p>	<p><b>Observed</b> Extreme agitation/ restlessness Physically/ verbally aggressive Confused/ unable to cooperate Hallucinations/ delusions/ paranoia Requires restraint/ containment High risk of absconding and not waiting for treatment</p> <p><b>Reported</b> Attempt at self-harm/ threat of self-harm Threat of harm to others Unable to wait safely</p>	<p><b>Supervision</b> Continuous visual surveillance (see definition below)</p> <p><b>Action</b> Alert ED medical staff immediately Alert mental health triage Provide safe environment for patient and others Ensure adequate personnel to provide restraint/ detention Prompt assessment for patient recommended under Section 9 or apprehended under Section 10 of <i>Mental Health Act</i></p> <p><b>Consider</b> If defusing techniques ineffective, re-triage to category 1 (see below)</p>

	Requires or has required restraint Severe agitation or aggression		Security in attendance until patient sedated if necessary Intoxication by drugs and alcohol may cause an escalation in behaviour that requires management
<b>3 - Urgent</b> Within 30 minutes	<p><b>Possible danger to self or others</b> Moderate behaviour disturbance Severe distress</p> <p><b>Australian Triage Scale states:</b> Very distressed, risk of self-harm Acutely psychotic or thought-disordered Situational crisis, deliberate self-harm Agitated/ withdrawn</p>	<p><b>Observed</b> Agitation/ restlessness Intrusive behaviour Confused Ambivalence about treatment Not likely to wait for treatment</p> <p><b>Reported</b> Suicidal ideation Situational crisis Unable to wait safely</p> <p><b>Presence of psychotic symptoms</b> Hallucinations Delusions Paranoid ideas Thought disordered Bizarre/agitated behaviour</p> <p><b>Presence of mood disturbance</b> Severe symptoms of depression Withdrawn/ uncommunicative and/ or anxiety Elevated or irritable mood</p>	<p><b>Supervision</b> Close observation (see definition below) Do not leave patient in waiting room without support person</p> <p><b>Action</b> Alert mental health triage Ensure safe environment for patient and others</p> <p><b>Consider</b> Re-triage if evidence of increasing behavioural disturbance i.e. - Restlessness - Intrusiveness - Agitation - Aggressiveness - Increasing distress Inform security that patient is in department Intoxication by drugs and alcohol may cause an escalation in behaviour that requires management</p>
<b>4 - Semi-urgent</b> Within 60 minutes	<p><b>Moderate distress</b></p> <p><b>Australian Triage Scale states:</b> Semi-urgent mental health problem Under observation and/ or no immediate risk to self or others</p>	<p><b>Observed</b> No agitation/ restlessness Irritable without aggression Cooperative Gives coherent history</p> <p><b>Reported</b> Pre-existing mental health disorder Symptoms of anxiety of depression without suicidal ideation Willing to wait</p>	<p><b>Supervision</b> Intermittent observation (see definition below)</p> <p><b>Action</b> Discuss with mental health triage nurse</p> <p><b>Consider</b> Re-triage if evidence of increasing behavioural disturbance i.e. - Restlessness - Intrusiveness - Agitation</p>

			<ul style="list-style-type: none"> <li>- Aggressiveness</li> <li>- Increasing distress</li> </ul> <p>Intoxication by drugs and alcohol may cause an escalation in behaviour that requires management</p>
<p><b>5 - Non-urgent</b> Within 120 minutes</p>	<p><b>No danger to self or others</b> No acute distress No behavioural disturbance</p> <p><b>Australasian Triage Scale<sup>1</sup> states:</b> Known patient with chronic symptoms Social crisis, clinically well patient</p>	<p><b>Observed</b> Cooperative Communicative and able to engage in developing management plan Able to discuss concerns Compliant with instructions</p> <p><b>Reported</b> Known patient with chronic psychotic symptoms Pre-existing non-acute mental health disorder Known patient with chronic unexplained somatic symptoms Request for medication Minor adverse effect of medication Financial, social, accommodation or relationship problems</p>	<p><b>Supervision</b> General observation (see definition below)</p> <p><b>Action</b> Discuss with mental health triage Refer to treating team if case-managed</p>

Liite 2: Victorian Emergency Department Mental Health Triage Tool (Victorian Government Department of Health 2010)

Code/description	Response type/ time to face-to-face contact	Typical presentations	Mental health service action/ response	Additional actions to be considered
<p><b>A</b></p> <p>Current actions endangering self or others</p>	<p><b>Emergency services response</b></p> <p><b>IMMEDIATE REFERRAL</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Overdose</li> <li>• Other medical emergency</li> <li>• Siege</li> <li>• Suicide attempt/serious self-harm in progress</li> <li>• Violence/threats of violence and possession of weapon</li> </ul>	<p><b>Triage clinician to notify ambulance, police and/or fire brigade</b></p>	<p>Keeping caller on line until emergency services arrive</p> <p>CATT notification/attendance</p> <p>Notification of other relevant services (e.g. child protection)</p>
<p><b>B</b></p> <p>Very high risk of imminent harm to self or others</p>	<p><b>Very urgent mental health response</b></p> <p><b>WITHIN 2 HOURS</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Acute suicidal ideation or risk of harm to others with clear plan and means and/or history of self-harm or aggression</li> <li>• Very high risk behaviour associated with perceptual/thought disturbance, delirium, dementia, or impaired impulse control</li> <li>• Urgent assessment requested by Police under Section 10 of Mental Health Act</li> </ul>	<p><b>CATT or equivalent face-to-face assessment</b></p> <p><b>AND/OR</b></p> <p><b>Triage clinician advice to attend a hospital emergency department (where CATT cannot attend in timeframe or where the person requires ED assessment/treatment)</b></p>	<p>Providing or arranging support for consumer and/or carer while awaiting face-to-face MHS response (e.g. telephone support/therapy; alternative provider response)</p> <p>Telephone secondary consultation to other service provider while awaiting face-to-face MHS response</p> <p>Advise caller to ring back if the situation changes</p> <p>Arrange parental/carer supervision for a child/adolescent, where appropriate</p>
<p><b>C</b></p> <p>High risk of harm to self or others and/or high distress, especially in</p>	<p><b>Urgent mental health response</b></p> <p><b>WITHIN 8 HOURS</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Suicidal ideation with no plan and/or history of suicidal ideation</li> <li>• Rapidly increasing symptoms of psychosis and/or severe mood disorder</li> </ul>	<p><b>CATT, continuing care or equivalent (e.g. CAMHS urgent response) face-</b></p>	<p>As above</p> <p>Obtaining corroborating/additional information from relevant others</p>

absence of capable supports		<ul style="list-style-type: none"> <li>• High risk behaviour associated with perceptual/thought disturbance, delirium, dementia, or impaired impulse control</li> <li>• Unable to care for self or dependants or perform activities of daily living</li> <li>• Known consumer requiring urgent intervention to prevent or contain relapse</li> </ul>	<b>toface assessment within 8 HOURS</b>  <b>AND</b>  <b>CATT, continuing care or equivalent telephone follow-up within ONE HOUR of triage contact</b>	
<b>D</b>  Moderate risk of harm and/or significant distress	<b>Semi-urgent mental health response</b>  <b>WITHIN 72 HOURS</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Significant client/carer distress associated with serious mental illness (including mood/anxiety disorder) but not suicidal</li> <li>• Early symptoms of psychosis</li> <li>• Requires priority face-to-face assessment in order to clarify diagnostic status</li> <li>• Known consumer requiring priority treatment or review</li> </ul>	<b>CATT, continuing care or equivalent (e.g. CAMHS case manager) face-to-face assessment</b>	As above
<b>E</b>  Low risk of harm in short term or moderate risk with high support/stabilising factors	<b>Non-urgent mental health response</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Requires specialist mental health assessment but is stable and at low risk of harm in waiting period</li> <li>• Other service providers able to manage the person until MHS appointment (with or without MHS phone support)</li> <li>• Known consumer requiring non-urgent review, treatment or follow-up</li> </ul>	<b>Continuing care or equivalent (e.g. CAMHS case manager) face-toface assessment</b>	As above
<b>F</b>  Referral: not requiring face-	<b>Referral or advice to contact alternative</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Other services (e.g. GPs, private mental health practitioners, ACAS) more appropriate to person's current needs</li> </ul>	<b>Triage clinician to provide formal or informal referral to an</b>	Facilitating appointment with alternative provider (subject to consent/privacy requirements), especially

to-face response from MHS in this instance	<b>service provider</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Symptoms of mild to moderate depressive, anxiety, adjustment, behavioural and/or developmental disorder</li> <li>• Early cognitive changes in an older person</li> </ul>	<b>alternative service provider or advice to attend a particular type of service provider</b>	if alternative intervention is time-critical
<p><b>G</b></p> <p>Advice or information only/ Service provider consultation/ MHS requires more information</p>	<p><b>Advice or information only</b></p> <p><b>OR</b></p> <p><b>More information needed</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Consumer/carer requiring advice or opportunity to talk</li> <li>• Service provider requiring telephone consultation/advice</li> <li>• Issue not requiring mental health or other services</li> <li>• Mental health service awaiting possible further contact</li> <li>• More information (incl discussion with an MHS team) is needed to determine whether MHS intervention is required</li> </ul>	<p><b>Triage clinician to provide consultation, advice and/or brief counselling if required</b></p> <p><b>AND/OR</b></p> <p><b>Mental health service to collect further information over telephone</b></p>	Making follow-up telephone contact as a courtesy

Liite 3: UK Mental Health Triage Scale (Sands ym. 2016)

UK Mental Health Triage Scale				
Triage Code /description	Response type/ time to face-to-face contact	Typical presentations	Mental health service action/response	Additional actions to be considered
<b>A</b> Emergency	<b>IMMEDIATE REFERRAL</b> Emergency service response	Current actions endangering self or others Overdose / suicide attempt / violent aggression Possession of a weapon	<b>Triage clinician to notify ambulance, police and/or fire service</b>	Keeping caller on line until emergency services arrive / inform others  Telephone Support.
<b>B</b> Very high risk of imminent harm to self or to others	<b>WITHIN 4 HOURS</b> Very urgent mental health response	Acute suicidal ideation or risk of harm to others with clear plan or means Ongoing history of self harm or aggression with intent Very high risk behaviour associated with perceptual or thought disturbance, delirium, dementia, or impaired impulse control Urgent assessment under Mental Health Act  Initial service response to A & E and 'front of hospital' ward areas	<b>Crisis Team/Liaison/ face-to-face assessment AND/OR Triage clinician advice to attend a hospital A&amp;E department</b> (where the person requires medical assessment/ treatment)	Recruit additional support and collate relevant information  Telephone Support.  Point of contact if situation changes
<b>C</b> High risk of harm to self or others and/or high distress, especially in absence of capable supports	<b>WITHIN 24 HOURS</b> Urgent mental health response	Suicidal ideation with no plan or ongoing history of suicidal ideas with possible intent Rapidly increasing symptoms of psychosis and / or severe mood disorder High risk behaviour associated with perceptual or thought disturbance, delirium, dementia, or impaired impulse control  Overt / unprovoked aggression in care home or hospital ward setting Wandering at night (community) Vulnerable isolation or abuse	<b>Crisis Team/Liaison/ Community Mental Health Team (CMHT) face-to-face assessment</b>	Contact same day with a view to following day review in some cases  Obtain and collate additional relevant information  Point of contact if situation changes  Telephone support and advice to manage wait period
<b>D</b> Moderate risk of harm and/or significant distress	<b>WITHIN 72 HOURS</b> Semi-urgent mental health response	Significant patient / carer distress associated with severe mental illness (but not suicidal) Absent insight /early symptoms of psychosis Resistive aggression / obstructed care delivery Wandering (hospital) or during the day (community) Isolation / failing carer or known situation requiring priority intervention or assessment	<b>Liaison/CMHT face-to-face assessment</b>	Telephone support and advice  Secondary consultation to manage wait period  Point of contact if situation changes
<b>E</b> Low risk of harm in short term or moderate risk with good support/ stabilising factors	<b>WITHIN 4 WEEKS</b> Non-urgent mental health response	Requires specialist mental health assessment but is stable and at low risk of harm during waiting period Other services able to manage the person until mental health service assessment (+/- telephone advice) Known service user requiring non-urgent review adjustment of treatment or follow-up Referral for diagnosis (see below) Requests for capacity assessment, service access for dementia or service review / carer support	<b>Out-patient clinic or CMHT face-to-face assessment</b>	Telephone support and advice  Secondary consultation to manage wait period  Point of contact if situation changes
<b>F</b> Referral not requiring face-to-face response from mental health	Referral or advice to contact alternative provider	Other services (outside mental health) more appropriate to current situation or need	<b>Triage clinician to provide advice, support Advice to contact other provider and/or phone referral to alternative service provider</b> (with or without formal written referral)	Assist and/or facilitate transfer to alternative service provider  Telephone support and advice
<b>G</b> Advice, consultation, information	Advice or information only OR More information needed	Patient or carer requiring advice or information Service provider providing information (collateral) Initial notification pending further information or detail	<b>Triage clinician to provide advice, support, and/or collect further information</b>	Consider courtesy follow up telephone contact  Telephone support and advice

Liite 4: Tiedonhaun taulukko

Tietokanta	Hakusanat	Rajaukset	Tulokset	Hyväksytty otsikon tai tiivistelmän perusteella	Hyväksytty kokotekstin perusteella
CINAHL	triage AND mental health AND emergenc*	Julkaistu: 2004-2019; Julkaisutyypinä: Academic Journals, Dissertations; Vertaisarvioitu; Subject Major Heading: emergency service, triage, mental disorders, emergency nursing, emergency care, psychiatric emergencies, mental health services, psychiatric patients, emergency medical services, mental health, "emergency services, psychiatric", nursing assessment, risk assessment, psychiatric care, psychiatric nursing, patient assessment, referral and consultation, clinical assessment tools, decision making clinical, emergency patients, patient admission	97	18	5
PubMed	triage AND "mental health" AND emergency	Julkaistu: 2004-2019	213	26	4
ProQuest	triage AND "mental health" AND emergenc*	Julkaistu: 2004-2019; Koko teksti saatavilla; Vertaisarvioitu; Julkaisutyyppi: Schol-	500	16	1

	NOT tele- phone NOT child* NOT computer	arly Journals; Dokumentti- tyyppi: Article, Review, Evi- dence Based Healthcare, Lit- erature Review; Aihe: mental health, mental health care, decision making, psychiatry, triage, risk assessment; Kieli: Englanti			
PsycAR- TICLES	(triage OR triage scale OR risk as- sessment OR risk scale OR risk rat- ing) AND ("mental health" OR psychiatry) AND emer- genc*	Julkaistu: 2004-2019; Ver- taisarvioitu; Poissuljettu: Book reviews	47	0	0
Medic	psykiatr* AND päivyst*	Julkaistu: 2004-2019; Asia- sanojen synonyymit käytössä	26	1	0

## Liite 5: Hyväksytyt tutkimukset

	Tutkija(t), vuosi	Nimi	Lehti/Julkaisija	Maa
1	Downey, La Vonne A. Zun, L S. & Burke, T. 2015.	Comparison of Canadian triage acuity scale to Australian Emergency Mental Health Scale triage system for psychiatric patients.	International Emergency Nursing 23, 138-143.	USA
2	Broadbent, M. Jarman, H. & Berk, M. 2004.	Emergency department mental health triage scales improve outcomes.	Journal of Evaluation in Clinical Practice 10, 57-62.	Australia
3	Patel, AS. Harrison, A. & Bruce-Jones, W. 2009.	Evaluation of the risk assessment matrix: a mental health triage tool.	Emergency Medicine Journal 26, 11-14.	UK
4	Sands, N. Elsom, S. Berk, M. Hosking, J. Prematunga, R. & Gerdtz, M. 2014.	Investigating the predictive validity of an emergency department mental health triage tool.	Nursing & Health Sciences 16, 11-18.	Australia
5	Brown, A-M. & Clarke, DE. 2014.	Reducing uncertainty in triaging mental health presentations: Examining triage decision-making.	International Emergency Nursing 22, 47-51.	Kanada
6	Sæbye, D. Høegh, EB. & Knop, J. 2017.	Triage in psychiatric emergency services in Copenhagen: results from a descriptive 1-year evaluation study.	Nordic Journal of Psychiatry 71, 536-542.	Tanska
7	Sands, N. Elsom, S. Colgate, R. Haylor, H. & Prematunga, R. 2016.	Development and inter-rater reliability of the UK Mental Health Triage Scale.	International Journal of Mental Health Nursing. 25, 330-336.	Australia & UK

- |    |   |  |   |             |
|----|---|--|---|-------------|
| 8  | Clarke, DE. Boyce-Gaudreau, K. Sanderson, A. & Baker, JA. 2015. | ED Triage Decision-Making With Mental Health Presentations: A "Think Aloud" Study.   | Journal of Emergency Nursing 41, 496-502. | Kanada & UK |
| 9  | Brown, AM. Clarke, DE. & Spence, J. 2015.                       | Canadian Triage and Acuity Scale: testing the mental health categories.              | Open Access Emergency Medicine 7, 79-84.  | Kanada      |
| 10 | Hart, C. Colley, R. & Harrison, A. 2005.                        | USING A RISK ASSESSMENT MATRIX WITH MENTAL HEALTH PATIENTS IN EMERGENCY DEPARTMENTS. | Emergency Nurse 12, 21-28.                | UK          |
-

Liite 6: Tutkimustaulukko

Tutkimus	Tarkoitus	Aineisto & menetelmät	Keskeiset tulokset
Evaluation of the risk assessment matrix: a mental health triage tool	Arvioida kuinka tehokas, vuonna 2004 kehitetty, "Risk Assessment Matrix" (RAM) työkalu on tunnistamaan psykiatrisia riskitekijöitä ja määrittämään kiireellisen psykiatrisen intervention tarvetta.	Päivystyksen henkilökunnan tekemän alkuarvion ja potilaan lopullisen hoitopaikan väliltä etsittiin yhteyksiä khiin neliötestin avulla ja henkilökuntaa pyydettiin täyttämään kyselylomake RAM:n käytettävyydestä. Kyselylomakkeen tuloksien sisällöllistä validiteettia arvioitiin soveltamalla CVR (Content Validity Ratio) suhdannetta. Aineisto koostui tutkimuksen aikana psykiatrisista syistä päivystyksessä käyneistä potilaista (N=202), joista RAM oli tehty 109 potilaalle. Kyselyyn työkalun käytettävyydestä vastasi 6 sairaanhoitajaa ja 17 lääkäriä.	Tutkimuksen mukaan potilaat, jotka päivystyksen henkilökunta arvioi keskittämisen tai korkean riskin potilaiksi, päätyivät paljon todennäköisemmin sairaalahoitoon tai muiden mielenterveyspalveluiden piiriin hoitoa tai arviota varten. Kyselyyn vastanneista merkittävä määrä koki RAM työkalun hyödylliseksi kiireellisyysarvion ja hoitopäätösten tekemisessä.
Triage in psychiatric emergency services in Copenhagen: results from a descriptive 1-year evaluation study.	Määrittää päivystyspotilaita luonnehtivat piirteet uuden, vuonna 2011 käytöön otetun triage mallin kriteerien mukaan ja tarkistaa ovatko ne suosituksen mukaiset.	Kolmesta psykiatrisesta hätäkeskuksesta otettiin 10% satunnaisotanta niissä käyneistä potilaiden tiedoista 36 päivän aikana. Potilaskäynneistä (N=1126) läpäisi kriteerit 929, jotka otettiin tutkimuksen alle. Yhteyksiä etsittiin eri tekijöiden väliltä määrällisen tutkimuksen keinoin (khiin neliö-testi, Kruskal-Wallis testi & BLR).	Triage luokkien ja kliinisten parametrien väliltä löydettiin merkittäviä yhteyksiä. Tulokset osoittavat, että uuden triage mallin käyttöönotto on helpottanut kiireellisyyden luokittelua, vähentänyt odotusaikoja ja optimoinut kliinisiä päätöksiä.

<p>ED Triage Decision-Making With Mental Health Presentations: A "Think Aloud" Study.</p>	<p>Tutkia, miten triage hoitajat tekevät kliinisiä päätöksiä psykiatristen potilaiden suhteen päivystyksessä.</p>	<p>Menetelmänä käytettiin laadullisen tutkimuksen "ajatele ääneen" menetelmää, jossa sairaanhoitajia pyydettiin kuvaamaan ajatteluprosessiaan ääneen, joka tallennettiin nauhurilla. Sairanhoitajat arvioivat jokainen 5 asiantuntijapaneelin kehittämää, oikeisiin tilanteisiin perustuvaa psykiatrista päivystystilannetta paperilta. Vastauksia verrattiin asiantuntijapaneelin ja muiden sairaanhoitajien vastauksiin. Arviointiin käytettiin apuna CTAS (Canadian Triage and Acuity Scale) tietokoneohjelmaa, joka laskee kiireellisyysluokituksen hoitajan vastausten perusteella. Tutkimukseen otettiin sairaanhoitajia (N=11), jotka täyttivät ennalta asetetut laadulliset kriteerit.</p>	<p>Sairanhoitajien vastausten välinen reliabiliteetti oli 0,7, eli hyväksyttävällä tasolla. Yksimielisyys asiantuntijapaneelin kanssa vaihteli 40-80% välillä ja korkeimmillaan se oli korkeammassa kiireellisyysluokissa. Analyysistä löytyi useita teemoja, joiden perusteella triage hoitajat tekevät kliinisiä päätöksiä. Niitä olivat "pisteiden hallinta", "päivystysympäristön hallinta", "epävarmuuden hallinta" ja "oman epämukavuuden hallinta".</p>
<p>Emergency department mental health triage scales improve outcomes.</p>	<p>Tarkastella tarvetta linjauksille psykiatrisen triagen toteuttamiseksi ja esitellä päivystystyöhön tarkoitettuja psykiatrisia triage luokituksia.</p>	<p>Kirjallisuuskatsaus.</p>	<p>Tutkimukset osoittavat, että psykiatriset triage luokitukset ovat johtaneet parannuksiin henkilökunnan itseluottamuksessa ja asenteissa psykiatrisia potilaita kohtaan, mikä on parantanut lopputulemia potilaille.</p>
<p>Development and interrater reliability of the UK</p>	<p>Kehittää luotettava psykiatrisen triage luokitus ja selvittää, mikä on vastaajien</p>	<p>Triage luokitukset validiteettia ja reliabiliteettia testattiin ensin alustavasti asiantuntijapaneelin (N=14) avulla, joka</p>	<p>Asiantuntijapaneelin täyttämän kyselylomakkeen vastausten</p>

Mental Health Triage Scale.	vastausten välinen reliabiliteetti UK MHTS:n (UK Mental Health Triage Scale) käytössä.	täytti 41 kohdan kyselylomakkeen. Lomake koostui 12 henkilötietokohdasta, 28 psykiatrisesta triage skenaariosta ja yhdestä laadullisesta kysymyksestä. Tästä lomakkeesta valittiin 21 kohtaa, jotka täyttivät reliabiliteetti kriteerit ja se annettiin triagen parissa työskenteleville psykiatrian ammattilaisille (N=66) täytettäväksi. Näistä toisen vaiheen osallistujista 39 oli sairaanhoitajia. Ennen lomakkeen täyttämistä osallistujat kävivät läpi 2 tunnin koulutuksen UK MHTS:n käytöstä.	keskimääräinen toistettavuus ICC:llä (intra-class correlation coefficient) mitattuna oli 0,991. Psykiatrisen triagen ammattilaisten täyttämän kyselylomakkeen vastausten keskimääräinen toistettavuus ICC:llä mitattuna oli 0,997. Molemmat ryhmät osoittivat merkittävää vastaajien vastausten välistä reliabiliteettia.
Investigating the predictive validity of an emergency department mental health triage tool.	Tutkia VEDMHTT:n (Victorian Emergency Department Mental Health Triage Tool) kliinisten kuvaajien enustavaa validiteettia, eli enustavatko ne kiireellisyysluokituksen odotettuun psykiatriseen triage kategoriaan.	Aineisto koostui kaikista mielenterveydellisistä syistä 12 kuukauden aikana päivystyksessä käyneistä potilaista (N=1718). Tutkimusmenetelmänä käytettiin naturalistista ja retrospektiivista menetelmää. Aineisto analysoitiin käyttämällä mm. Brantin ja khiin neliö testiä SPSS ohjelmalla.	Tutkimus osoittaa, että triage hoitajat kykenevät tarkasti tunnistamaan psykiatristen tilojen kiireellisyyden määriteltyjä kliinisiä kriteereitä käyttäen. Määrällisen tutkimuksen menetelmin havaitut yhteydet osoittavat, että VEDMHTT:n psykiatriset kuvaajat ovat rakeenteeltaan validiteetteja.
Canadian Triage and Acuity Scale: testing the mental health categories.	Testata CTAS:n (Canadian Triage and Acuity Scale) vastaajien vastaus-	Tutkimukseen valittiin triage hoitajia (N=18) kolmesta eriyksiköstä, jotka määrittivät psykiatristen potilaiden kiireellisuuden 20 eri skenaariossa.	Yhteenvedo triage hoitajien vastauksien välillä osoitti vain lievää yhdenmukaisuutta (0.312) Fleiss Kappa:n

	<p>ten välistä reliabiliteettiä ja tarkkuutta siten, että triage hoitajat määrittävät psykiatristen potilasskenaarioiden kiireellisyyden. Samalla pyrittiin kartoittamaan triage kokemuksen, valmistautumisen ja psykiatristen potilaiden kanssa työskentelyyn liittyvän mukavuudenasteen vaikutusta kiireellisyysluokituksen tarkkuuteen.</p>	<p>Skenaariot perustuivat oikeisiin triage tilanteisiin ja ne arvioi ja valitsi asiantuntijapaneeli 38 skenaariosta. Tulokset analysoitiin käyttäen Fleiss Kappa statistiikkaa ja KCC:tä (Kendall's coefficient of concordance).</p>	<p>perusteella. KCC:n mukaan vastaajien vastauksen välinen yhdenmukaisuus oli kohtuullinen (0.680). Koulutuksen, itsevarmuuden ja mukavuusasteen vaikutus luotettavuuteen ja kiireellisyysluokituksen tarkkuuteen jää edelleen epäselväksi tutkimuksen tulosten valossa.</p>
<p>USING A RISK ASSESSMENT MATRIX WITH MENTAL HEALTH PATIENTS IN EMERGENCY DEPARTMENTS.</p>	<p>Kuvata projektia, jossa kaksi akuuttia sairaalaa kehitti psykiatrisen riskin arvioinnin viitekehysten RAM:n (Risk Assessment Matrix).</p>	<p>Kehittämisryhmä pilotoi RAM viitekehystä yhteistyösairaloissa ja kehitti sitä saadun palautteen mukaan helpommin käytettävämpään muotoon.</p>	<p>Alustavat tulokset lupaavia. RAM on rohkaisut yhdenmukaisempaa tapaa hoitaa psykiatrisia potilaita päivystyksessä. Odotusajat ovat lyhentyneet, potilaiden ohjaus mielenterveyspalveluiden pariin on kaksinkertaistunut ja niiden potilaiden määrä, jotka eivät odottaneet hoidonarvota, on vähentynyt RAM:n käyttöönoton jälkeen.</p>
<p>Reducing uncertainty in triaging mental health</p>	<p>Käydä läpi viimeaikaista tutkimustietoa</p>	<p>Kirjallisuuskatsaus.</p>	<p>Triage hoitajien ajatukset, tunteet ja muut te</p>

<p>presentations: Examining triage decision-making.</p>	<p>triage työkalujen tehokkuudesta psykiatristen häiriöiden suhteen, esittää teoreettinen viitekehys, joka voi ohjata tutkimusta ymmärtämään, miten triage hoitajat lähestyvät päätöksentekoa ja soveltaa sitä viitekehystä psykiatriseen triageen liittyvän tutkimuksen ajatteluun.</p>		<p>kijät, kuten tiedonpuute, itseluottamus, aiemmat kokemukset, ennako-olettamukset ja moraaliset tekijät tulisi huomioida kun, tutkitaan mikä osa päätöksenteosta perustuu subjektiiviseen tai objektiiviseen tietoon.</p>
---	--	--	---