

Ida Ala-Ojala

LASTEN UUSINTAKÄYNNIT ACUTASSA

Ensiapu Acutaan tehdyt lasten uusintakäynnit 48 tunnin sisällä

TIIVISTELMÄ

Ida Ala-Ojala: Lasten uusintakäynnit Acutassa

Syventävä opinnäytetyö

Ohjaajat: Dos, lastenkirurgian EL Satu-Liisa Pauniaho ja LT, ortopedian EL Sally Järvelä

Tampereen yliopisto

Lääketieteen lisensiaatin tutkinto-ohjelma

Maaliskuu 2020

Ensiapu Acutaan saapuu vuosittain n. 100 000 potilasta, joista osa palaa 48 tunnin sisällä. Nämä uusintakäynnit ruuhkauttavat päivystystä, aiheuttavat ylimääräisiä kustannuksia terveydenhuoltojärjestelmälle sekä kuormittavat potilasta itseään. Tässä tutkimuksessa keskityttiin päivystyksessä käyviin 0-16 vuotiaisiin lapsiin. Tarkoituksena oli tutkia, minkälaisilla tulosityillä palaavat potilaat tulevat ensimmäisen kerran, ja minkä vuoksi he palaavat. Tutkimuksessa tarkasteltiin myös käyntien seurauksia ja sitä, ovatko potilaat saaneet tarpeeksi ohjeistusta hoitavalta lääkäriltä. Aineisto kerättiin tarkastelemalla kaikkien vuoden 2017 aikana Acutaan 48 tunnin sisällä palanneiden lapsipotilaiden käyntitekstejä.

Tuloksissa tulee aiempiin tutkimuksiin sopien esiin, että potilaat palaavat suurimmaksi osaksi oireiden jatkumisen tai pahenemisen vuoksi. Koska tutkimusaineistossa tarkastellaan lapsia, yleisimmät tulosyyt olivat infektoita, tapaturmia ja vatsaongelmia. Palaavat potilaat ovat saaneet lääkäriltä hyvät ohjeet eikä paluun syynä useinkaan ollut näiden puute. Monikäyntipotilaita (5 tai useampia käyntejä vuodessa) lapsista oli tässä aineistossa 10 %, eikä heillä ollut muusta potilasaineistosta erottuvia piirteitä. Aineisto on liian pieni siihen, että voitaisiin tehdä yleistettäviä päätelmiä. Acutan toiminnan osalta tutkimuksesta saa kuvan siitä, mitä syitä lapsipotilailla oli palata 48 tunnin sisällä.

Avainsanat: uusintakäynti, lapset, ensiapu, monikäyntipotilas

Tämän julkaisun alkuperäisyys on tarkastettu Turnitin OriginalityCheck –ohjelmalla.

SISÄLLYS

1	TAUSTAT JA TARKOITUS	1
2	KIRJALLISUUSKATSAUS	2
	2.1 Päivystyspotilas ja päivystyksen järjestäminen	2
	2.2 Päivystyksen ruuhkautuneisuus	3
	2.3 Päivystyksen laatumittarit.....	4
	2.4 Päivystyksen uusintakäynnit	5
	2.5 Monikäyntipotilaat.....	5
	2.6 Aiemmat toimenpiteet.....	6
3	AINEISTO JA MENETELMÄT	7
4	TULOKSET.....	8
5	POHDINTA.....	14
	5.1 Yleinen pohdinta	14
	5.2 Tutkimuksen vahvuudet ja heikkoudet.....	16
	5.3 Yhteenveto	16
6	LÄHTEET	16

1 TAUSTAT JA TARKOITUS

Ensiapu Acutaan saapuu vuosittain n. 100 000 potilasta, joista osa palaa päivystykseen 48 tunnin sisällä. Nopea palaaminen sairaalaan kuluttaa terveydenhuollon resursseja, mutta myös palaavan potilaan voimavaroja, sillä usein palaamisen syynä on oireiden jatkuminen, paheneminen tai epätietoisuus toimintatavoista. Näiden potilaiden osalta ei välttämättä ole saatu asetettua diagnoosia ensimmäisellä käynnillä, ja osan tilannetta on suunnitellusti jääty seuraamaan. Lisäksi osa 48 tunnin sisällä palanneista potilaista on niin kutsuttuja monikäyntipotilaita, eli ihmisiä, jotka käyttävät päivystyspalveluja tavallista runsaammin (yli 5 kertaa vuodessa). Aiemmissa julkaisuissa on raportoitu, että 1 - 5 % väestöstä vastaa 12 - 18 % ensiapukäynneistä vuositason (1). Tutkimuksia on tehty siitä, miten päivystykseen palaaviin tapauksiin voidaan puuttua esimerkiksi palveluohjauksen ja yksilöllisten hoitosuunnitelmien avulla sekä tiedon jakamisella eri terveydenhuoltoalan toimijoiden välillä. Tuloksena saadut säästöt ovat olleet maltillisia, mutta puuttumisella on saatu jonkin verran siirrettyä kuormaa pois päivystykseltä. (1) Suomessa tarkoituksenmukaista olisi, että ns. kiireellistä (1-5 vuorokauden sisällä) hoitoa tarvitsevat potilaat voitaisiin hoitaa perusterveydenhuollossa ilman, että nämä potilaat kuormittavat päivystystä.

Aikaisemmissa tutkimuksissa on löydetty riskitekijöitä nopealle palaamiselle sairaalaan. Tällaisia tekijöitä ovat muun muassa yli 65 vuoden ikä, mielenterveyden häiriöt, korkea triage-luokitus sekä oireperäisen diagnoosin saaminen. (2,3) Ikäihmisen nestehukka ja aliravitsemus voivat myös olla riskitekijöitä, joita voi olla vaikea tunnistaa (4). Toisaalta, jopa 20% uusintakäynneistä johtuu tutkimuksien mukaan lääkäristä ja 7,5 % sairaalan toimintatavoista (5).

Riskiryhmään kuuluvien potilaiden tunnistaminen jo ensimmäisellä vierailukerralla sekä Acutan toimintatapojen korjaamisella voitaisiin tehostaa päivystystoimintaa, säästää varoja sekä mahdollisesti vähentää myös yksilöön kohdistuvaa, jatkuvien uusintakäyntien aiheuttamaa kuormitusta.

Tutkimuksen tarkoitus on selvittää, onko Acutan toimintatavoissa jotain, mikä aiheuttaa sen, että osa potilaista palaa 48 tunnin sisällä takaisin kotiin lähettämistä. Tässä tutkimuksessa keskitytään tarkkailemaan tätä erityisesti lapsipotilaiden osalta. Lisäksi tarkoituksena on arvioida, onko löydettävissä potilasryhmiä tai riskitekijöitä, joita paremmin huomioimalla (esim. ohjeistaminen) voidaan

välttää uusintakäynti. Acutassa käytetty 48 tunnin mittari vastaa yleisesti kirjallisuudessa käytettyä 72 tunnin mittaria.

2 KIRJALLISUUSKATSAUS

2.1 Päivystyspotilas ja päivystyksen järjestäminen

Päivystyspotilas on henkilö, jolla on äkillisesti alkanut oire, joka vaatii päivystyksellisen lääkärin arvioon ja tarvittaessa hoidon. Päivystyspotilas voi olla hätätilapotilas, jolla on esimerkiksi sydänpysähdys, tajuttomuus tai joka kouristaa. Kiireellisellä päivystyspotilaalla voi olla esimerkiksi kova päänsärky, joka on alkanut äkisti, kova vatsakipu tai halvausoire. Kiireettömät, päivystyskäyntiä vaativat tilanteet sen sijaan voivat olla esimerkiksi korvatulehduksia, selkäkipuja tai nyrjähdyksiä ja näitä tulisi lähtökohtaisesti ja ainakin virka-aikaan hoitaa terveyskeskuksessa kiireajoilla. (6) He kuitenkin usein hakeutuvat tästä huolimatta päivystysajan vastaanotolle esimerkiksi yhteispäivystyksiin virkaajan perusterveydenhuollon vastaanottojen saatavuusongelmien takia. Päivystyspisteitä on alettu keskittää vuonna 1993, ja pikkuhiljaa terveyskeskuspäivystyksiä on lakkautettu ja toimintaa siirretty yhteispäivystyksiin. Joissain yhteispäivystyksissä erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon päivystävät rinta rinnan erillisinä yksiköinä, mutta erityisesti yöaikaista päivystystä harva terveyskeskus järjestää enää itsenäisesti. (7)

Perusterveydenhuollon päivystyksen järjestää päivystysajalla perusterveydenhuollon yksikkö tarkoituksenaan hoitaa edellä mainittujen kaltaisia, kiireettömiä mutta päivystyksellistä arviota kaipaavia potilaita. Yhteispäivystyksellä sen sijaan tarkoitetaan joko useamman kunnan jakamaa perusterveydenhuollon päivystyspoliikklinikkaa tai samoissa tiloissa olevaa perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon päivystystä. Resurssien ja hallinnon jakautumiseen näiden välillä määritelmä ei ota kantaa. Niin sanotut aidot yhteispäivystykset ovat kuitenkin lisääntymässä, mikä tarkoittaa sitä, että hallinnon ja resurssien välistä rajaa ei ole. Suurimmassa osassa yhteispäivystyksistä hoidetaan perusterveydenhuollon potilaiden lisäksi ainakin naisten- ja lastentauteja, sisätauteja sekä kirurgisia potilaita. Muut erikoisalajat, esimerkiksi neurologia saattaa olla keskitetty suurempiin sairaaloihin, tai hoito on järjestetty esimerkiksi siten että takapäivystäjä tulee tarvittaessa paikalle. (7)

Tampereen yliopistollisen sairaalan päivystysyksikkö Acuta on yksi maan suurimmista yhteispäivystyksistä, josta järjestysvastuussa on Pirkanmaan sairaanhoitopiiri. Acutan toiminta on alkanut vuonna 2009. Vuonna 2017 Acutassa hoidettiin kaikki lapset, jotka tulivat päivystykseen ilman lähetettä. Lisäksi lähetteen kanssa tulevista lapsista hoidettiin psykiatriset potilaat, sekä vatsakipuiset ja tapaturman vuoksi tulevat. Muut lähetteen kanssa saapuvat lapset ohjautuivat lastenpäivystykseen. Osa korvakipuisista lapsipotilaista ohjautui Acutan sijaan korvapäivystykseen päiväaikaan. (8)

2.2 Päivystyksen ruuhkautuneisuus

Päivystys on Suomessa ollut pitkään ruuhkautuneessa tilassa erilaisten syiden vuoksi (9–11). Yksi näistä syistä ovat potilaat, jotka ovat kerran jo käyneet päivystyksessä, mutta palaavat takaisin 48 tai 72 tunnin sisällä. Acutassa päivystyskäynneistä n. 15 % on uusintakäynnejä (8). Toinen kuormittava tekijä ovat monikäyntipotilaat, eli ihmiset, jotka käyttävät päivystyksen palveluita useampia kertoja vuodessa. Päivystysyksikön potilaskuorma pidentää potilaiden odotusaikaa ja vaikuttaa potilasturvallisuuteen (12–14). Lisäksi tulee huomioida, että yhteispäivystysten päivystyskäynnit maksavat yhteiskunnalle huomattavasti enemmän kuin esimerkiksi terveyskeskuskäynnit, sillä kalliimpia tutkimuksia on enemmän käytettävissä ja erikoissairaanhoito osallistuu hoitoon matalammalla kynnyksellä.

Esimerkkinä potilasturvallisuuden vaarantumisesta on huomattu, että päivystyksen kuormittuneisuus lisää sairaalaan sisään otettujen potilaiden kuolleisuutta (15). Tämä pätee myös lapsipotilaisiin (16). Pitkät potilaiden odotusajat voivat johtaa lisäksi siihen, että osa potilaista lähtee pois paikalta ilman, että on edes tavannut lääkäriä (14). Tämä luonnollisesti saattaa johtaa vakavampiin seurauksiin, sillä ilman lääkärin tai sairaanhoitajan arviota voi olla vaikea tehdä johtopäätöksiä hoidon tarpeen kiireellisyydestä. Tutkimuksissa on huomattu myös, että päivystyksen ruuhkautuminen vähentää todennäköisyyttä sille, että lapsipotilas otetaan sisään sairaalaan ensimmäisellä käynnillä (17). Sairaalan sisäänottokriteereihin kuuluu mm. potilaan sairauden vaikeusasteen arviointi ja mahdollisen avohoitokontaktin riittävyys. Vaikeasti sairaiden potilaiden kohdalla sisäänottopäätös on helppo. Päivystyksen ruuhkautuminen vaikuttaa kuitenkin sisäänottoon erityisesti lievemmin oireilevien, mutta silti mahdollisesti seurantaa vaativien potilaiden kohdalla. Tulos päivystyksen ruuhkautumisen aiheuttamista vähemmistä sisäänkirjausmääristä pysyi samana, vaikka tutkimuksessa otettiin huomioon osastojen ruuhkautumistilanne. Tutkimuksessa huomattiin myös, että

päivystyksen ruuhkautuneisuus vähensi 48 tunnin sisällä palaavien potilaiden määrää. Tämän arvioitiin johtuvan mm. siitä, että kokemus ruuhkautuneesta päivystyksestä on potilaille epämieluisa ja he siksi hakeutuisivat helpommin esimerkiksi perusterveydenhuollon piiriin. (17) Päivystykseen palaavien potilaiden väheneminen on hyvä asia, jos he ovat saaneet kunnollisen ohjeistuksen, mutta potilaan voinnin seurannan kannalta suunniteltu ja ohjeistettu päivystykseen palaaminen voi olla myös tarkoituksenmukaista.

Hoito voi viivästyä muillakin tavoilla päivystyksen ruuhkaisuuden vuoksi. Lasten osalta erityistä riskiryhmää ovat kuumeiset vastasyntyneet, joiden hoidon nopea aloittaminen on paranemisen kannalta tärkeää. Kuitenkin on huomattu, että päivystyksen ruuhkautumisen vuoksi kuumeisten vastasyntyneiden antibioottihoito alkaa myöhemmin kuin silloin jos päivystys ei ole ruuhkautunut, vaikka potilaan olisi tunnistettu kuuluvan riskiryhmään. (18) Lisäksi tapaturman vuoksi päivystykseen tulleiden lasten kivunhoito usein viivästyy päivystysruuhkan vuoksi (19). Tapaturmat ovat lapsille hyvin yleinen syy hakeutua hoitoon, ja kivun lievityksen puuttuminen aiheuttaa helposti turhaa inhimillistä kärsimystä lapselle sekä tyytymättömyyttä hoidon laatuun vanhempien keskuudessa.

2.3 Päivystyksen laatumittarit

Päivystyksen laatua on tärkeää seurata, jotta sen osatekijät kuten lääketieteellinen asianmukaisuus, potilasturvallisuus, vaikuttavuus, saatavuus ja kustannustehokkuus toteutuvat mahdollisimman hyvin (20). Potilaalla on oikeus laadultaan hyvään ja turvalliseen hoitoon. Lisäksi terveydenhuoltolaki sanoo, että toiminnan tulee perustua näyttöön ja noudattaa hyviä hoito- ja toimintakäytäntöjä (21).

Laatua on haastavaa arvioida, mutta siihen on kuitenkin kehitetty erilaisia mittareita. Mittarit voidaan jakaa rakennemittareihin, prosessimittareihin ja lopputulosmittareihin. Rakennemittareina voidaan käyttää mm. sitä, onko kirjallinen laadunhallintasuunnitelma olemassa vai ei, tai onko päivystyksyksikössä käytössä ruuhkanpurkujärjestelmä. Lopputulosmittarina voi toimia mm. päivystyksessä kuolleiden prosenttiosuus. Prosessimittareista esimerkkinä toimii päivystykseen palaavien potilaiden osuus 48 tunnin sisällä. Erityisesti prosessimittarit ovat herkkiä erottamaan potilaan hoidon laatua. (21)

2.4 Päivystyksen uusintakäynnit

Päivystyksen toiminnan laatumittareina on käytetty viime vuosikymmenten aikana mm. 2-3 vuorokauden sisällä tapahtuvia uusintakäyntejä. Acutassa mittariksi on valittu 48 tuntia. Palaaviin potilaisiin on yhdistetty erilaisia piirteitä. Heidän on mm. todettu olevan muita useammin monisairaita ja kivuliaita (22,23). Erityisesti lapsipotilaiden kohdalla päivystykseen palaamisen riskitekijöitä ovat mm. akuutit infektiosairaudet (24). Lapsipotilaat, jotka palaavat päivystykseen ovat usein joko hyvin nuoria (alle 1 v) tai sitten hieman vanhempia (13-18 v) (25).

Suurin osa syistä, joiden vuoksi lapsi palaa päivystykseen vaikuttaa liittyvän taudinkuvan pahenemiseen (26). Palaavat lapset jäävät herkemmin sairaalaan kuin ne lapset, jotka selviävät yhdellä päivystyskerralla (24–26). Ikä ei kuitenkaan näyttäisi vaikuttavan siihen, otetaanko lapsi sisään vai ei (26).

Päivystykseen palaavien potilaiden määrä ei välttämättä lopulta korreloi kovin hyvin päivystyspisteiden hoidon laadun kanssa (27,28). Potilaat jotka palaavat eivät yleensä palaa sen vuoksi että lääkäri ei olisi päässyt diagnoosiin tai että potilas ei itse olisi tyytyväinen lääkärin antamaan hoitoon, vaan paluusyynä liittyvät enemmän potilaaseen itseensä tai sairauteen (29,30).

2.5 Monikäyntipotilaat

Osa potilaista käyttää päivystystä huomattavasti enemmän kuin muut. Niin kutsutuiksi monikäyntipotilaiksi on tässä Acutasta tehdyssä tutkimuksessa määritelty potilaat, jotka käyvät päivystyksessä 5 kertaa tai useammin vuoden sisällä. Monikäyntipotilaiden käyttämien päivystyskäyntien osuus kaikista päivystyskäynneistä vaihtelee paljon eri lähteissä, sillä virallista määritelmää kyseiseen ryhmään kuulumiseksi ei ole olemassa. Näyttäisi kuitenkin, että osuus on kaikki määritelmät mukaan lukien noin 1-31% kaikista käynneistä (31). Pahimmillaan kyse on siis paljon päivystystä kuormittavasta ryhmästä ihmisiä.

Monikäyntipotilaat eivät ole yhtenäinen ryhmä. He ovat keskiarvopotilasta hieman vanhempia, ja heillä on usein jokin krooninen sairaus. Mielenterveysongelmia on hieman useammin kuin muilla

potilailla, mutta suurin osa päivystyskäynneistä monikäyntipotilaiden osalta kuitenkin liittyy enemmän somaattisen pitkäaikaissairauden ongelmiin. Näitä tekijöitä lukuun ottamatta monikäyntipotilaat ovat kuitenkin hyvin heterogeeninen porukka ja tutkimukset, jotka määrittelevät ryhmän tarkemmin vaihtelevat paljon jopa saman maan sisällä. (31) Pelkkien lasten kohdalla monikäyttäjätutkimuksia ei juurikaan ole tehty.

Sosiaaliset syyt ja esimerkiksi perusterveydenhuollon riittämättömyys tai huono saatavuus ovat mahdollisia toistuvien päivystyskäyntien syitä. Tutkimukset viittaavat tähän erityisesti USA:ssa, sillä heillä on vakuutusperustainen terveydenhuolto, jossa varallisuudella ja sosiaalisella statuksella on merkitystä. Esimerkkinä voidaan mainita lasten murtumat, joissa ortopediseen hoitoon pääsy riippuu vahvasti vakuutuksen laadusta, ja sen vuoksi tämä ryhmä käyttää paljon päivystystä. (32) Euroopassa tehdyssä tutkimuksessa on huomattu, että ihmiset valitsevat tulla päivystykseen perusterveydenhuollon sijaan osittain sen paremman saatavuuden vuoksi, mutta myös koska kokevat, että ensiapupisteen hoitomahdollisuudet ovat laajemmat kuin mitä perusterveydenhuollolla tai muulla hoitotaholla on tarjota. Myös se, että erillistä ajanvarausta ei tarvita näyttäisi vaikuttavan ihmisten halun päätyä mieluummin päivystykseen. (33) Kuitenkin joissain Euroopan maissa, mm. Tanskassa potilaat eivät pääse päivystykseen ilman lähetettä. He soittavat keskitettyyn perusterveydenhuollon numeroon, josta vastaa terveydenhuollon ammattilainen. Puhelimessa potilaat voidaan ohjata lähimpään perusterveydenhuollon vastaanottopisteeseen joko heti tai seuraavana arkipäivänä. Tämä on vähentänyt käyntejä päivystyksessä. Muissakin Euroopan maissa, kuten Saksassa, Ranskassa ja Alankomaissa tämän kaltainen perusterveydenhuollon puhelinpalvelu on lisääntymässä. Lisäksi näissä maissa on lisätty erilaisia perusterveydenhuollon palveluja, kuten keskitettyjä pientrauma-päivystyksiä tai kotikäyntipalveluita. (34)

2.6 Aiemmat toimenpiteet

Monikäyntipotilaiden ja päivystyksen kuormituksen vähentämiseksi on kokeiltu erilaisia toimenpiteitä. Yleisin näistä on palveluohjaus. Muita tapoja puuttua ovat esimerkiksi yksilöidyt hoitosuunnitelmat sekä tiedonjako. Tiedonjaolla tarkoitetaan joko palveluista tiedottamista potilaille tai sitten esimerkiksi parempaa potilastietojen jakamista perusterveydenhuollon, päivystyksen ja erikoissairaanhoidon välillä.

Palveluohjauksella on muutamissa tutkimuksissa saatu vähennettyä monikäyntipotilaiden päivystyskäyntejä jopa yli 4 kpl vuodessa, mutta näissä tutkimuksissa populaatio on ollut valikoitunut ja toisaalta kooltaan hyvin pieni (1). Päivystyspoliklinikan kulut vähenevät palveluohjauksen myötä jonkin verran (35). Ohjauksen on huomattu olevan kuitenkin melko kallista ja lopulta kokonaisuudessaan taloudellinen säästö saattaa jäädä melko pieneksi verrattuna siihen, mitä ylimääräiset päivystyskäynnit maksavat. Tutkimuksissa ei kuitenkaan välttämättä ole ilmoitettu kaikkia kustannuksia oikein, jolloin tätä saattaa olla vaikea arvioida. (1) Näissä tutkimuksissa ei kovinkaan paljon oteta kantaa usein päivystystä kuormittavan potilaan kokemaan taakkaan käynneistä eikä siihen, vähenekö taakka ja inhimillinen kärsimys palveluohjauksen myötä. Myöskään positiivista vaikutusta yksilön terveyteen ei ole kyetty vahvistamaan (35).

Yksilöityjen hoitosuunnitelmien sekä tiedonjaon kohdalla tutkimusta on tehty niin pienellä määrällä ihmisiä, että on vaikeaa vetää johtopäätöksiä asian suhteen. Vaikuttaisi näin ollen siltä, että joko palveluohjaus tai monikanavainen puuttuminen monikäyntipotilaiden kohdalla saattaisi tuoda parhaan lopputuloksen ainakin, jos haetut lopputulokset ovat päivystyskäyntien harventaminen ja päivystyksen kulujen vähentäminen. (1,35)

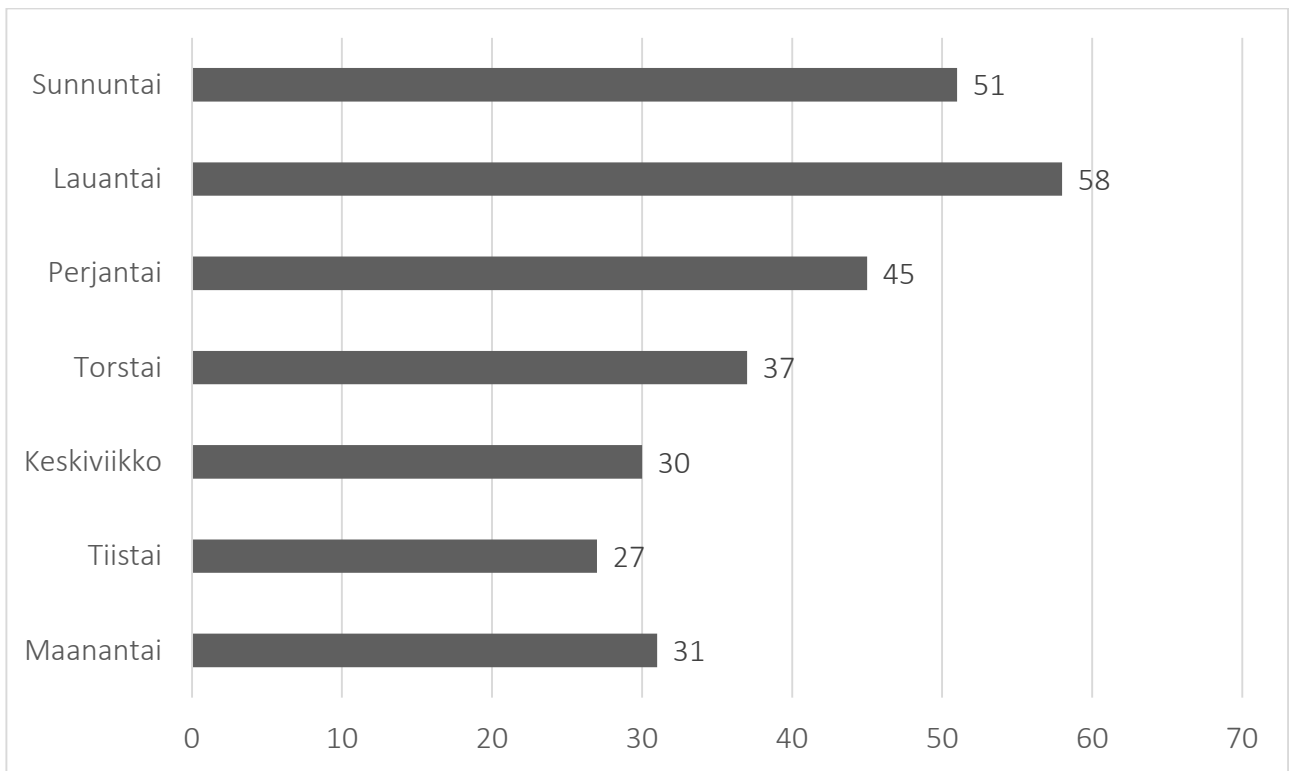
3 AINEISTO JA MENETELMÄT

Tämän tutkimuksen aineisto kerättiin vuosien 2018 ja 2019 aikana Acutan potilasaineistosta valitsemalla alkuperäiseen listaan automaattisesti kaikki 16-vuotiaat ja sitä nuoremmat, joilla oli vähintään kaksi kirjausta 48 tunnin sisällä toisistaan päivystyslehdellä vuonna 2017. Käytössä ollut potilasjärjestelmä oli Uranus. Listasta katsottiin jokaisen potilaan tiedot yksitellen. Alkuperäisessä listauksessa oli peräkkäin aina ensimmäinen ja toinen käynti. Jos potilaalla oli useampia käyntejä alle 48 tunnin välein, kirjaukset näistä olivat erillisillä riveillä. Peräkkäisiä kirjaustapahtumia alkuperäisessä listassa oli 445 kpl. Aineistoon ei otettu mukaan potilaita, joilla toinen kirjaus oli puhelusta, eli potilaita, jotka eivät olleet käyneet fyysisesti kahta kertaa päivystyksessä. Kun nämä jätettiin pois aineistosta, jäljelle jäi 279 uusintakäyntiä.

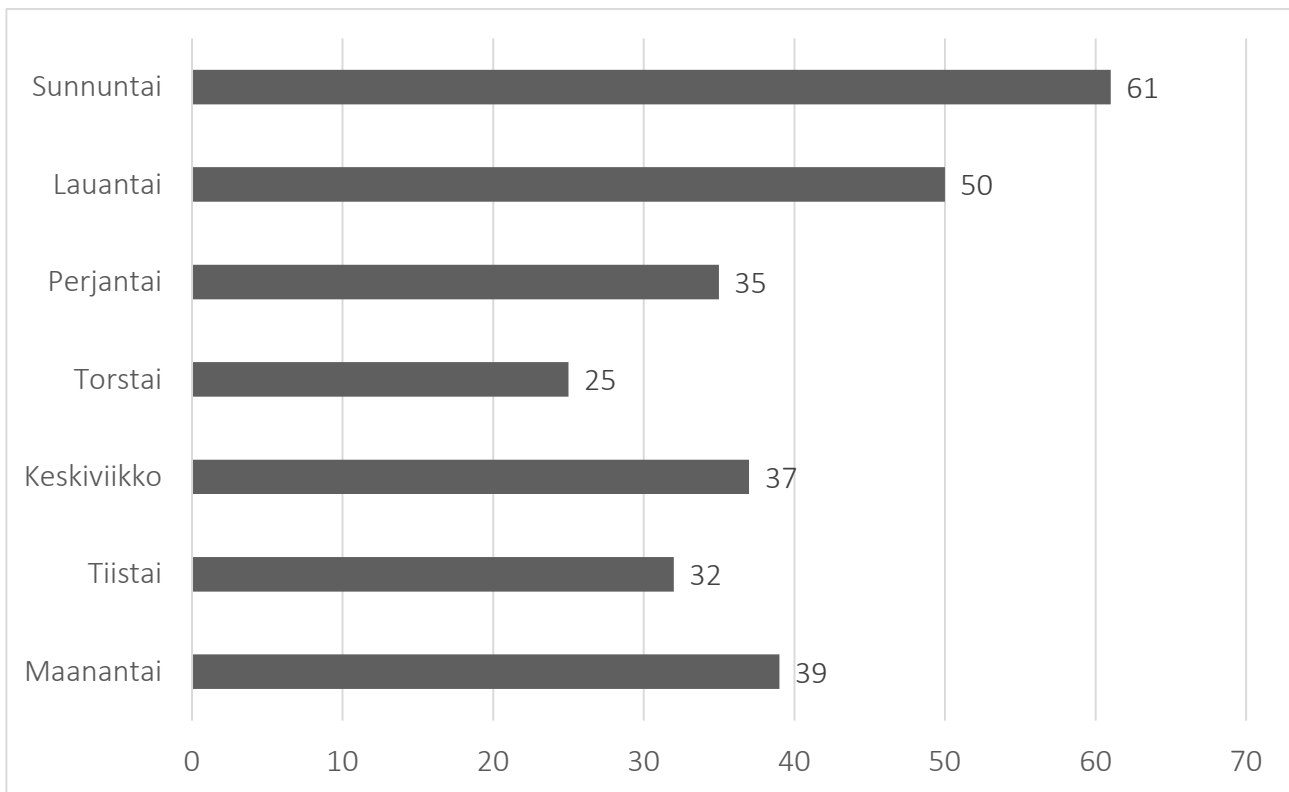
Potilaista kerättiin Microsoft Excel -taulukkoon seuraavat tiedot: ikä, sukupuoli, ensimmäisen käynnin päivämäärä, tulosyy sekä seuraus (esimerkiksi jääkö osastolle/saako poliklinikkalähetteen), toisen käynnin päivämäärä, tulosyy sekä mahdollinen jatkohoito. Lisäksi kerättiin tieto, oliko potilaan äidinkieli jokin muu kuin suomi ja oliko vähintään toinen potilaan käynneistä hoitajan käynti ilman lääkärin tapaamista. Teksteistä arvioitiin vaikutelma siitä, oliko potilas ensimmäisellä käynnillä saanut riittävän hyvät jatkohoito-ohjeet. Jos potilaalla oli vuoden sisällä 5 tai useampia päivystyskäynnejä, niin potilas kirjattiin monikäyntipotilaaksi.

4 TULOKSET

Lopullisessa aineistossa oli yhteensä 279 uusintakäyntiä. Poikia aineistossa oli 55 %. Alle kouluikäiset (0-6-vuotiaat) olivat suurin ryhmä, joka kattoi aineistosta 52 %. Ala-asteikäisiä (7-12-vuotiaat) oli 25 %, yläasteikäisiä (13-15-vuotiaat) oli 17 % ja 16-vuotiaita oli 6 % aineistosta. Äidinkielenään jotain muuta kuin suomea puhuvia aineistossa oli 14 %. Ensimmäisen käynnin viikontäydäjakuma on esitetty kuvassa 1 ja uusintakäynnin viikontäydäjakuma kuvassa 2.

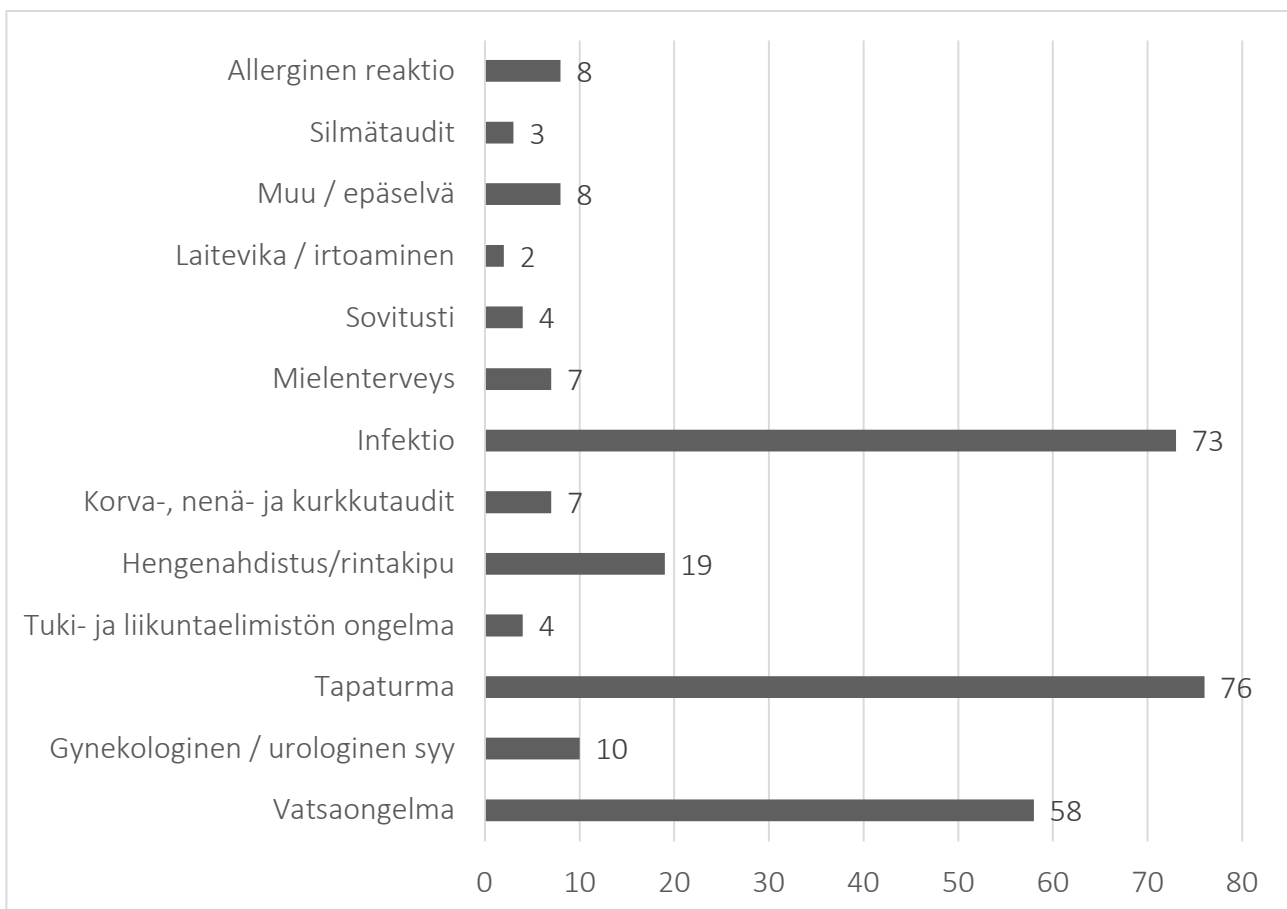


Kuva 1. Ensimmäisen käynnin viikonpäivä.



Kuva 2. Uusintakäynnin viikonpäivä.

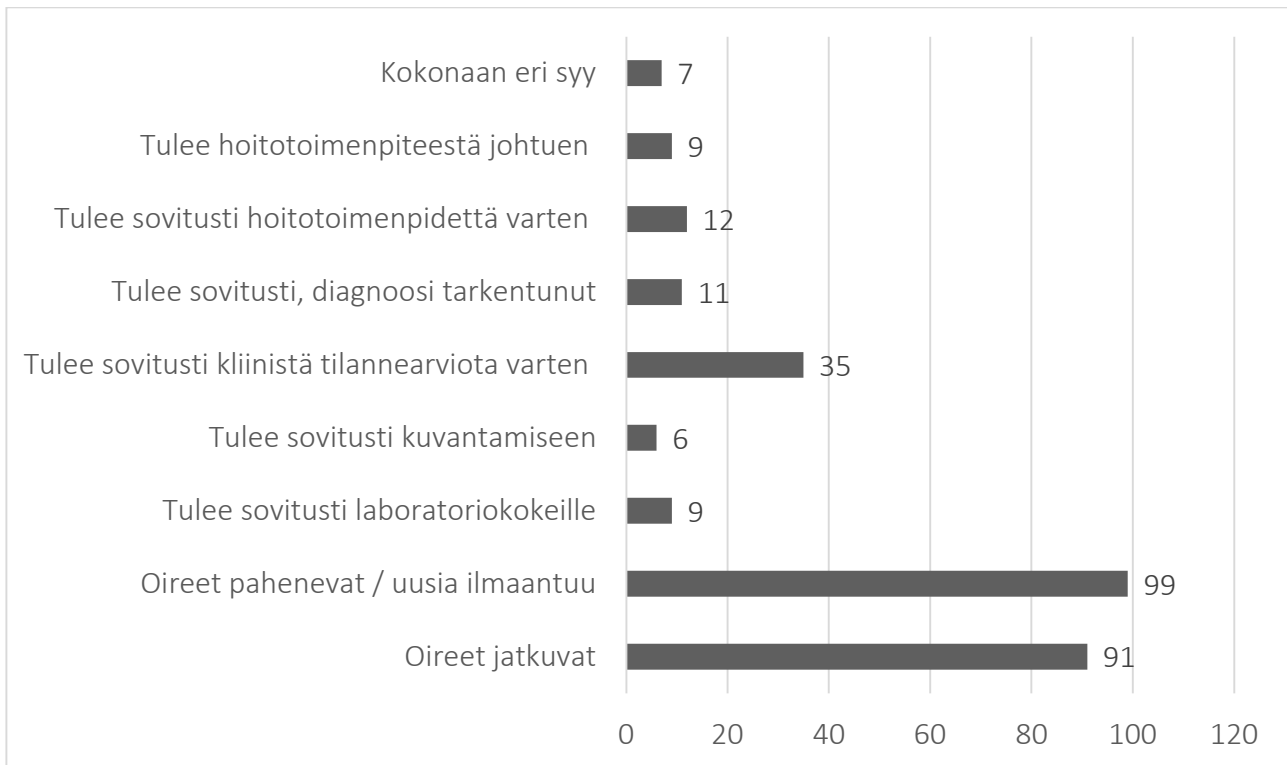
Aineistosta erottui selvästi kolme yleisintä tulosyytä ensimmäiselle päivystyskäynnille, jotka olivat infektiot, tapaturmat ja vatsaongelmat. Näistä yleisin tulosyy oli tapaturma. Ensimmäisen käynnin tulokset on esitetty kuvassa 3. Käynnin jatkoseurannaksi oli suunniteltu seuraavia: kontrolli terveyskeskuksen vastaanotolla, jatkohoito terveyskeskuksen vuodeosastolla, erikoissairaanhoidon poliklinikallähete tai erikoissairaanhoidon osastohoito. Ensimmäisellä käynnillä 81 % kotiutui ilman jatko- hoitoa. Terveyskeskukseen kontrolliin määrättiin 46 %, lähetteen erikoissairaanhoidon polille sai 37 % ja erikoissairaanhoidon vuodeosastolle päätyi 17 % jatkoseurantaan ohjatuista.



Kuva 3. Ensimmäisen käynnin tulokset.

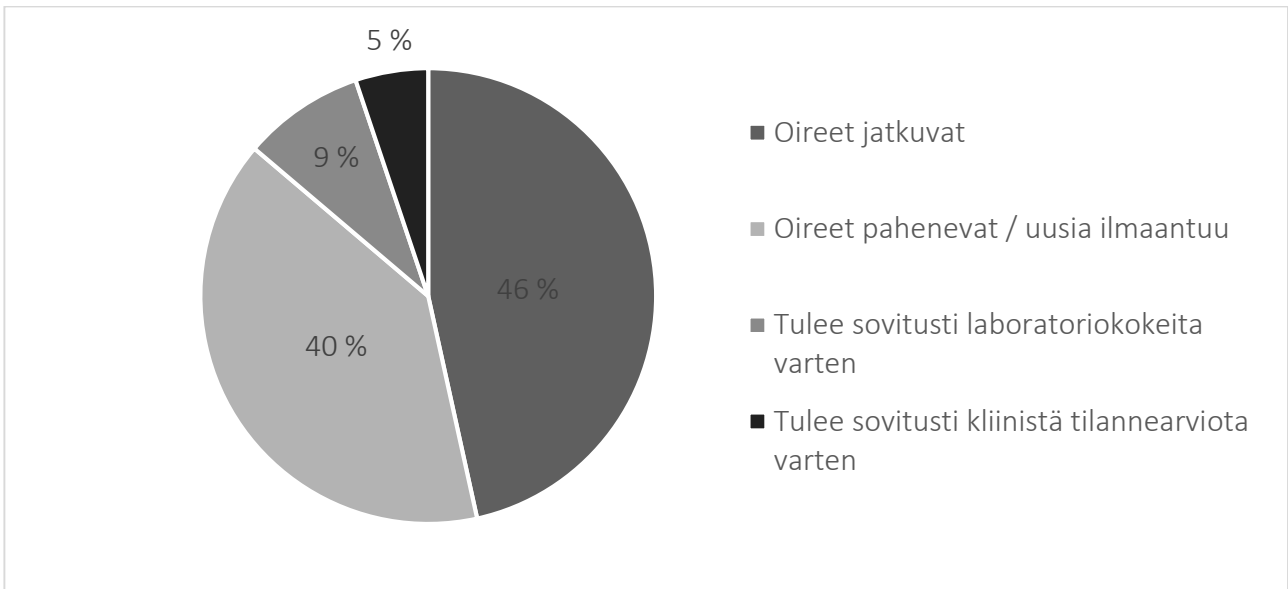
Uusintäkäynnin tulosten yleisimmät olivat oireiden jatkuminen tai oireiden paheneminen. Oireet jatkuivat 33 %:lla palanneista, ja oireet pahenivat tai uusia ilmaantui 35 %:lla palanneista. Osa potilaista palasi myös sovitusti erinäisten syiden vuoksi, esimerkiksi kliinistä tilannearviota varten. Uusintäkäynneistä 26 % oli suunniteltuja. Tarkempi jakauma toisen käynnin tulosten löytyy kuvasta 4. Jatkohoitoa toisesta käynnistä aiheutui 47 %:lle. Jatkohoitoa saaneista 26 % ohjattiin

terveyskeskuksen vastaanotolle kontrolliin, 1 % lähetettiin terveyskeskuksen vuodeosastolle, 31 % sai lähetteen erikoissairaanhoidon poliklinikalle ja 42 % otettiin erikoissairaanhoidon vuodeosastolle.

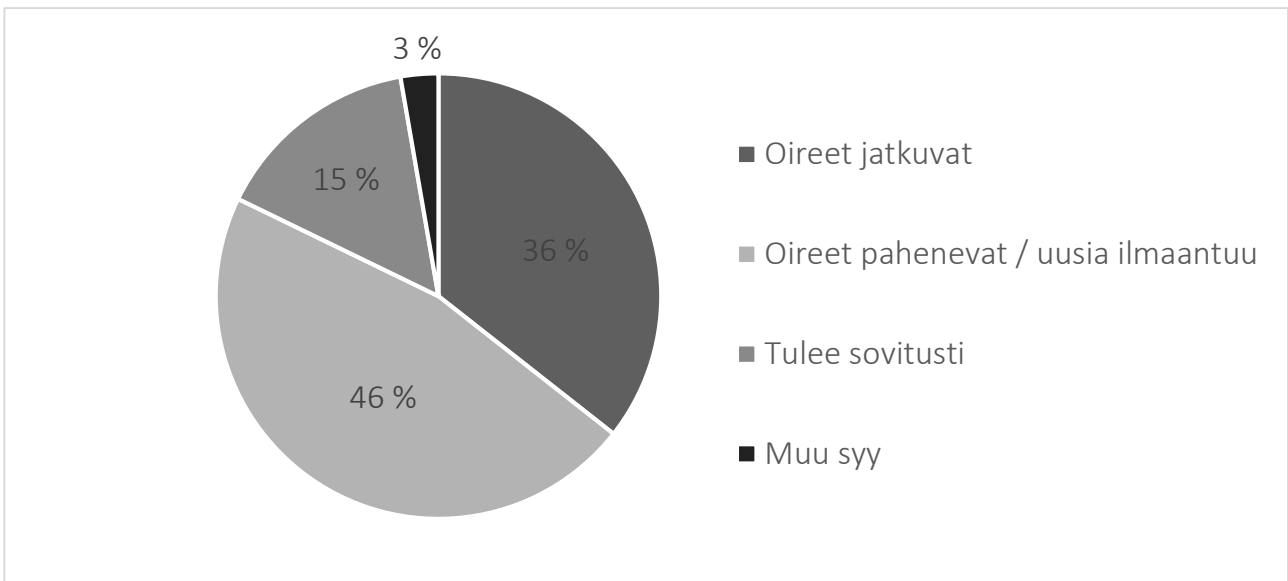


Kuva 4. Toisen käynnin tulossyyt.

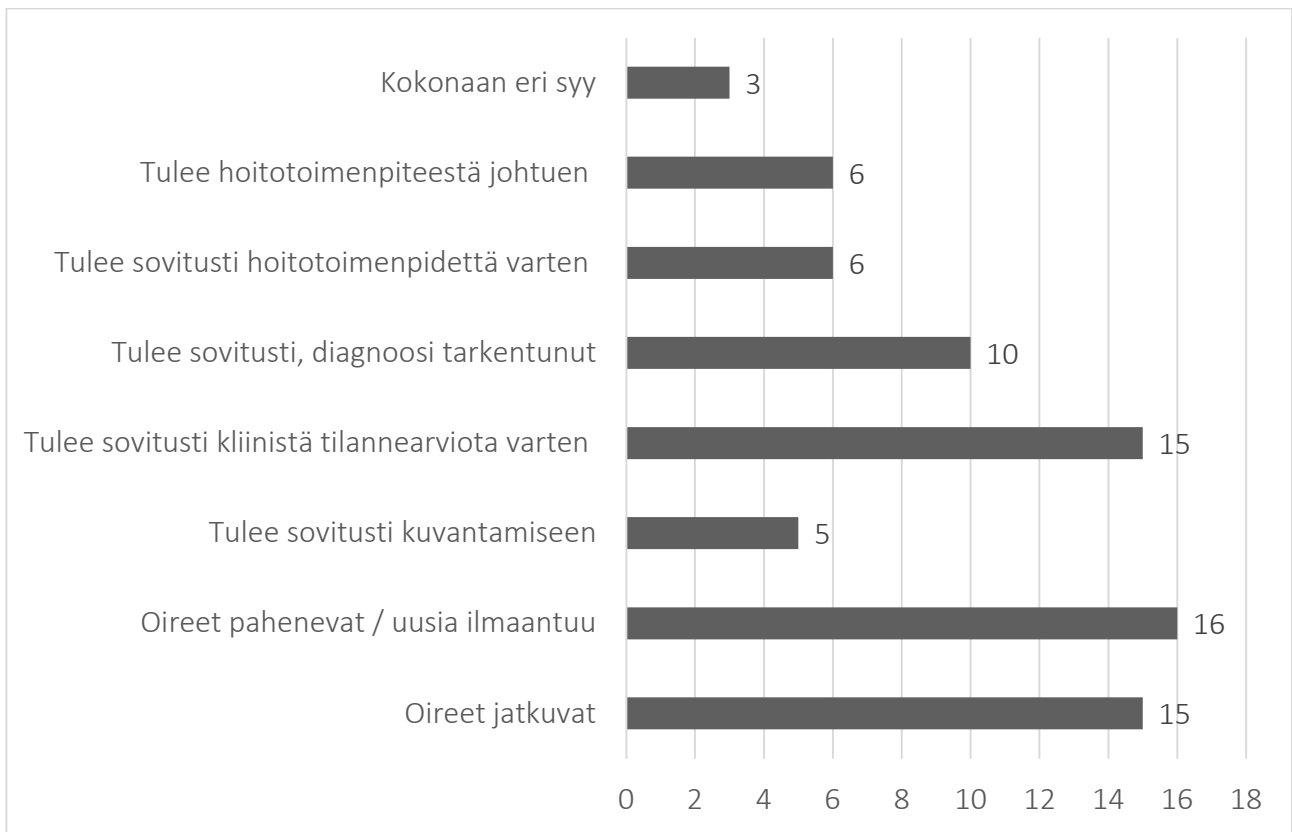
Kolmesta yleisimmästä ensimmäisen käynnin tulossyytä infektiopotilailla ja vatsaongelmaisilla oli toisena tulossyynä yleisimmin oireiden jatkuminen tai oireiden paheneminen ja uusien oireiden ilmaantuminen. Tarkempi jakauma näkyy kuvista 5 ja 6. Sen sijaan tapaturmissa paluusyynä olivat moninaisempia, mm. sovitusti kuvantamiseen tuleminen tai sovitusti takaisin tuleminen, kun diagnoosi on tarkentunut esimerkiksi radiologin lausunnon myötä murtumatapauksissa. Tarkempi jakauma kuvassa 7.



Kuva 5. Vatsaongelmaisten potilaiden paluusyynä.

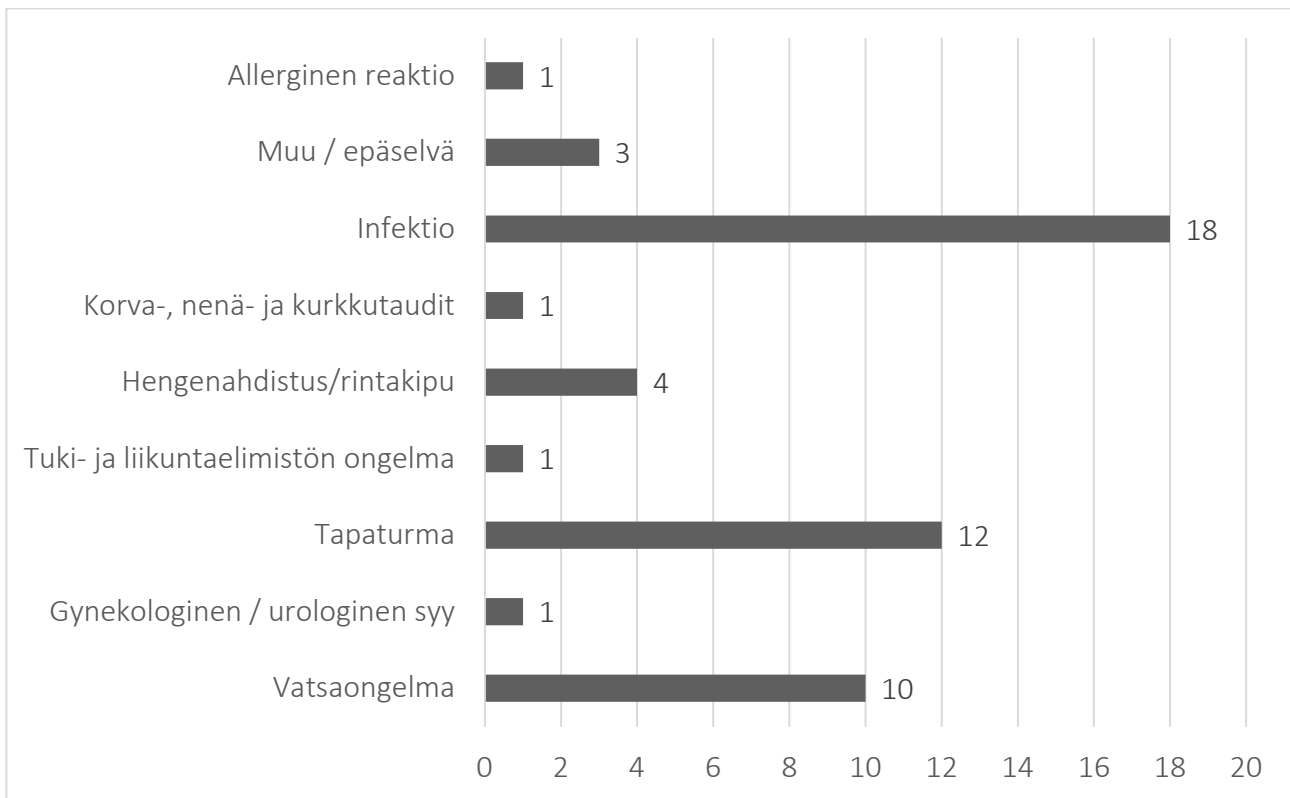


Kuva 6. Infektiopotilaiden paluusyynä.



Kuva 7. Tapaturmapotilaiden paluussyt.

Monikäyntipotilaita, eli potilaita, jotka kävivät päivystyksessä yli 5 kertaa vuodessa, oli aineistossa 10 %. Heillä yleisimmät tulosyyt ensimmäisellä kerralla olivat samoja kuin koko aineistossa eli infektio, tapaturma ja vatsaongelma. Tarkempi erittely kuvassa 8. Toisen käynnin tulosyy oli 57 %:lla oireiden jatkuminen, 36 %:lla oireiden paheneminen, 4 % tuli sovitusti hoitotoimenpiteestä johtuen ja 3 % tuli sovitusti kliinistä tilannearviota varten. Monikäyntipotilaista 86 % puhui äidinkielenään suomea ja 14 % (n = 4) jotain muuta kieltä.



Kuva 8. Ensimmäisen käynnin tulosityt monikäyntipotilailla.

Tästä aineistosta 70 % kaikista potilaista tapasi lääkärin molemmilla käynneillä, ja 30 %:lla vähintään toinen käynti oli sairaanhoitajan vastaanotto. Potilaan arvioitiin saaneen riittävät jatkohoito-ohjeet 82 %:ssa tapauksista.

5 POHDINTA

5.1 Yleinen pohdinta

Aiempiin tutkimuksiin sopien tässä tutkimuksessa todettiin, että infektiosairaudet olivat yksi yleisimmistä syistä, miksi lapsipotilaat palasivat päivystykseen. Tämä voi johtua siitä, että infektiopotilaiden vointi saattaa lyhyessäkin ajassa vaihdella melko paljon ja huonontua nopeasti. Myös tapaturmat ja vatsaoireet olivat tavallisimpia tulosityitä, mikä sopii kliiniseen kokemukseen yleisistä

lapsipotilaiden päivystysongelmista. Tältä osin tutkimuksen tulos ei siis ole yllättävä. Taudinkuvan paheneminen oli yleisin syy palata päivystykseen, mikä myös tukee aikaisempia selvityksiä.

Tutkimus on samassa linjassa aikaisempien julkaisujen kanssa myös siinä suhteessa, että palaavat potilaat päätyivät ensikertalaisia helpommin sairaalaan. Ylipäätään suunniteltu jatkohoito kuten poliklinikkalähetteet erikoissairaanhoidon sekä terveyskeskuksen vastaanotolle määrääminen olivat selvästi yleisempiä toisella (43 %) kuin ensimmäisellä käyntikerralla (19 %). Jatkohoidon osalta ei myöskään yllättänyt se, että lapsipotilaat harvoin päätyivät terveyskeskuksen vuodeosastolle, heillä kun usein on kotona yksi tai useampi vanhempi, joka pystyy heidän vointiaan tarkkailemaan ja pitämään huolta perustarpeista. Jos alaikäinen tarvitsee sairaalaseurantaa, se järjestetään erikoissairaanhoidon vuodeosastolla. On todennäköistä, että suurin osa potilaista palaa päivystykseen perustellusta syystä ja joutuu siksi sairaalaan, mutta riski osastoseurantaan ”varmuuden vuoksi” lienee tavallisempaa uusintakäynnin jälkeen, mikä lisää erikoissairaanhoidon kuormitusta.

Acutassa vaikutti tämän tutkimuksen perusteella olevan melko vähän 0-16-vuotiaita monikäyntipotilaita. Toki aikaisempienkin tutkimuksien mukaan monikäyntipotilaat ovat usein monisairaita ja kivuliaita, mikä on tavallisempaa vanhemmassa väestössä. Monikäyntipotilaita ei pystytty erottamaan muusta potilasmateriaalista tulosten perusteella, sillä yleiset tulokset olivat yleisiä myös monikäyntipotilaiden kohdalla. Monikäyntipotilaat eivät myöskään selittyneet kielimuurilla, sillä ei-suomenkielisten prosenttiosuus oli sama koko aineistossa ja rajatussa monikäyntipotilaiden joukossa.

Potilaat saivat Acutassa varsin hyvät jatkohoito-ohjeet eikä tämän tutkimuksen perusteella voida sanoa, että puutteellisesta jatkosuunnitelmasta ja ohjauksesta olisi aiheutunut merkittävää määrää uusintakäyntejä. Toki ottaen huomioon yleisimmän paluusyyn eli oireiden jatkumisen, voidaan ajatella, että niiden potilaiden prosenttiosuutta, jotka eivät ole saaneet tarpeeksi neuvontaa voitaisiin vielä pienentää sillä, että kiinnitettäisiin huomiota erityisesti siihen, että kerrotaan kuinka kauan oireet saattavat jatkua ilman että se on huolestuttavaa. Pelkkä maininta siitä, että oireiden jatkuessa tulee hakeutua arvioon, johtanee joskus liian aikaiseen paluuseen ja sitä kautta turhaan päivystyskäyntiin.

5.2 Tutkimuksen vahvuudet ja heikkoudet

Yksi tutkimuksen vahvuuksista on se, että aineisto on kerätty kokonaisuudessaan yhden vuoden ajalta. Aineistosta ei myöskään alkuvaiheessa suljettu mitään tiettyä potilasryhmää pois, joten otos on kattava. Aineisto on käyty läpi yhden kerääjän toimesta, joten laatu on kauttaaltaan yhtenevä.

Heikkouksia tutkimuksessa on melko vähäinen potilasmäärä. Jos tuloksia haluttaisiin yleistää tai tehdä esimerkiksi tilastollisia analyysyjä aiheesta, tulisi aineiston olla suurempi. Toinen selkeä heikkous tutkimuksessa on se, että ohjeistuksen riittävyyden arviointi on tehty subjektiivisesti, eli eri tutkija olisi saattanut päätellä ohjeistuksen riittämättömyyden harvemman tai useamman potilaan kohdalla. Arvioimista helpottaisi, se että potilaille annettaisiin kirjalliset jatkohoito-ohjeet. Tällöin pystytään myös paremmin varmistamaan se, että potilas muistaa hänelle tehdyn suunnitelman.

5.3 Yhteenveto

Tässä tutkimuksessa todettiin, että 0-16-vuotiaista lapsista suurin osa tulee Acutan päivystykseen vatsaongelman, tapaturman tai infektion vuoksi. Uusintakäyntien syy on yleensä oireen paheneminen tai jatkuminen, tai se, että uusia oireita ilmaantuu. Monikäyntipotilaita aineistossa oli 10 %, eivätkä heidän tulositynsä eronneet muusta potilasmassasta kummallakaan käyntikerralla. Potilaista 82 % oli saanut riittävän jatkohoito-ohjeistuksen. Tätä raporttia voitaisiin hyödyntää esimerkiksi suurten yhteispäivystysten välisessä vertailussa ja laadunvalvonnassa. Tutkimuksesta voi olla apua myös Acutan oman toiminnan kehittämisessä.

6 LÄHTEET

1. Soril L, Leggett L, Lorenzetti D, Noseworthy T, Clement F. Reducing Frequent Visits to the Emergency Department: A Systematic Review of Interventions. Plos One. 2015 Apr;10(4):e0123660.

2. Martin-Gill C, Reiser RC. Risk factors for 72-hour admission to the ED. *Am J Emerg Med.* 2004 Oct;22(6):448–53.
3. Hu K, Lu Y, Lin H, Guo H, Foo N. Unscheduled Return Visits With and Without Admission Post Emergency Department Discharge. *J Emerg Med.* 2012 Dec;43(6):1110–8.
4. Gordon J, An L, Hayward R, Williams B. Initial Emergency Department Diagnosis and Return Visits: Risk Versus Perception. *Ann Emerg Med.* 1998 Nov;32(5):569–73.
5. Hocagil A, Bildik F, Kilicaslan I, Hocagil H, Karabulut H, Keles A, et al. Evaluating Unscheduled Readmission to Emergency Department in the Early Period. *Balk Med J.* 2016 Feb;33(1):72–9.
6. Olenko päivystyspotilas? [Internet]. Tampereen yliopistollinen sairaala. [cited 2020 Jan 21]. Available from: https://www.tays.fi/fi-FI/Paivystys/Olenko_paivystyspotilas
7. Reissell E, Kokko S, Milen A, Pekurinen M, Pitkänen N, Blomgren S, et al. Sosiaali- ja terveydenhuollon päivystys Suomessa 2011. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos; 2012. Report No.: 30.
8. Pauniahho S-L. Suullinen tiedonanto. 2020.
9. Pakkala E. Puolikiireelliset potilaat kuormittavat päivystyksiä [Internet]. Medi uutiset. [cited 2020 Jan 21]. Available from: <https://www.medi uutiset.fi/uutiset/puolikiireelliset-potilaat-kuormittavat-paivystyksiä/4aa3709a-c844-37a9-8b0d-f16faf6ab707>
10. Suorsa J, Vironen P. Sairaalapäivystykset ruuhkautuvat ajoittain pahastikin “turhista potilaista” – riski jo potilasturvallisuudelle [Internet]. Yle Uutiset. [cited 2020 Jan 21]. Available from: <https://yle.fi/uutiset/3-10893944>
11. Vierula H, Keränen T. Näin Suomessa päivystetään [Internet]. Lääkärilehti.fi. [cited 2020 Jan 21]. Available from: <https://www-laakarilehti-fi.libproxy.tuni.fi/ajassa/ajankohtaista/nain-suomessa-paivystetaan/?public=981f93eaf8f0806e756ca74eac3d2e05>
12. Guttman A, Schull M, Vermeulen M, Stukel T. Association between waiting times and short term mortality and hospital admission after departure from emergency department: population based cohort study from Ontario, Canada. *BMJ.* 2011 Jun;342(jun01 1):d2983–d2983.
13. Chan M, Meckler G, Doan Q. Paediatric emergency department overcrowding and adverse patient outcomes. *Paediatr Child Health.* 2017 Oct;22(7):377–81.
14. Tothy A, Staley S, Dean E, Johnson S, Johnson D. Pediatric Left-Without-Being-Seen Patients: What Happens to Them After They Leave the Pediatric Emergency Department? *Pediatr Emerg Care.* 2013 Nov;29(11):1194–6.
15. McCusker J, Vadeboncoeur A, Lévesque J-F, Ciampi A, Belzile E. Increases in Emergency Department Occupancy Are Associated With Adverse 30-day Outcomes. *Acad Emerg Med.* 2014 Oct;21(10):1092–100.
16. Cha W, Shin S, Cho J, Song K, Singer A, Kwak Y. The Association Between Crowding and Mortality in Admitted Pediatric Patients From Mixed Adult-Pediatric Emergency Departments in Korea: *Pediatr Emerg Care.* 2011 Dec;27(12):1136–41.

17. Michelson K, Monuteaux M, Stack A, Bachur R. Pediatric Emergency Department Crowding Is Associated With a Lower Likelihood of Hospital Admission: Crowding and Admission Probability in the Pediatric ED. *Acad Emerg Med*. 2012 Jul;19(7):816–20.
18. Kennebeck S, Timm N, Kurowski E, Byczkowski T, Reeves S. The Association of Emergency Department Crowding and Time to Antibiotics in Febrile Neonates: ED Crowding and Timeliness of Care For Febrile Neonates. *Acad Emerg Med*. 2011 Dec;18(12):1380–5.
19. Sills M, Fairclough D, Ranade D, Mitchell M, Kahn M. Emergency Department Crowding Is Associated with Decreased Quality of Analgesia Delivery for Children with Pain Related to Acute, Isolated, Long-bone Fractures: ED Crowding and Quality of Fracture Analgesia for Children. *Acad Emerg Med*. 2011 Dec;18(12):1330–8.
20. Terveidenhuollon laatuopas. Suomen kuntaliitto; 2019.
21. Laatu ja potilasturvallisuus ensihoidossa ja päivystyksessä suunnittelusta toteutukseen ja arviointiin. Sosiaali- ja terveysministeriö; 2014.
22. White D, Kaplan L, Eddy L. Characteristics of Patients Who Return to the Emergency Department Within 72 Hours in One Community Hospital: *Adv Emerg Nurs J*. 2011 Dec;33(4):344–53.
23. Ross M, Hemphill R, Abramson J, Schwab K, Clark C. The Recidivism Characteristics of an Emergency Department Observation Unit. *Ann Emerg Med*. 2010 Jul;56(1):34–41.
24. Akenroye A, Thurm C, Neuman M, Alpern E, Srivastava G, Spencer S, et al. Prevalence and predictors of return visits to pediatric emergency departments: Return Visits to Pediatric EDs. *J Hosp Med*. 2014 Dec;9(12):779–87.
25. Cho C, Shapiro D, Cabana M, Maselli J, Hersh A. A National Depiction of Children With Return Visits to the Emergency Department Within 72 Hours. *Pediatr Emerg Care*. 2012;28(7):5.
26. Goldman R, Kapoor A, Mehta S. Children Admitted to the Hospital After Returning to the Emergency Department Within 72 Hours. *Pediatr Emerg Care*. 2011 Sep;27(9):808–11.
27. Shy B, Shapiro J, Shearer P, Genes N, Clesca C, Strayer R, et al. A conceptual framework for improved analyses of 72-hour return cases. *Am J Emerg Med*. 2015 Jan;33(1):104–7.
28. Abualenain J, Frohna W, Smith M, Pipkin M, Webb C, Milzman D, et al. The Prevalence of Quality Issues and Adverse Outcomes among 72-Hour Return Admissions in the Emergency Department. *J Emerg Med*. 2013 Aug;45(2):281–8.
29. Pham J, Kirsch T, Hill P, DeRuggerio K, Hoffmann B. Seventy-two-hour Returns May Not be a Good Indicator of Safety in the Emergency Department: A National Study. *Acad Emerg Med*. 2011 Apr;18(4):390–7.
30. Ali A, Place R, Howell J, Malubay S. Early Pediatric Emergency Department Return Visits: A Prospective Patient-Centric Assessment. *Clin Pediatr (Phila)*. 2012 Jul;51(7):651–8.
31. van Tiel S, Rood P, Bertoli-Avella A, Erasmus V, Haagsma J, van Beeck E, et al. Systematic review of frequent users of emergency departments in non-US hospitals: state of the art. *Eur J Emerg Med*. 2015 Oct;22(5):306–15.

32. Dy C, Lyman S, Do H, Fabricant P, Marx R, Green D. Socioeconomic Factors Are Associated With Frequency of Repeat Emergency Department Visits for Pediatric Closed Fractures: *J Pediatr Orthop*. 2014 Aug;34(5):548–51.
33. Durand A-C, Palazzolo S, Tanti-Hardouin N, Gerbeaux P, Sambuc R, Gentile S. Nonurgent patients in emergency departments: rational or irresponsible consumers? Perceptions of professionals and patients. *BMC Res Notes*. 2012 Dec;5(1):525.
34. Baier N, Geissler A, Bech M, Bernstein D, Cowling T, Jackson T, et al. Emergency and urgent care systems in Australia, Denmark, England, France, Germany and the Netherlands – Analyzing organization, payment and reforms. *Health Policy*. 2019 Jan;123(1):1–10.
35. Althaus F, Paroz S, Hugli O, Ghali W, Daeppen J, Peytremann-Bridevaux I, et al. Effectiveness of Interventions Targeting Frequent Users of Emergency Departments: A Systematic Review. *Ann Emerg Med*. 2011 Jul;58(1):41-52.e42.