



**SAIRAANHOITAJAVASTAANOTTO
YHTEISPÄIVYSTYKSESSÄ**
Toimintamalliehdotus Keski-Suomen
sairaanhoitopiirin NOVA-hankkeeseen

**Mikko Kangasmetsä
Jori Manninen**

05/2007



**JYVÄSKYLÄN
AMMATTIKORKEAKOULU**

Sosiaali- ja terveysala

JYVÄSKYLÄN
AMMATTIKORKEAKOULU

KUVAILULEHTI
Päivämäärä
6.6.2007

Tekijä(t) Mikko Kangasmetsä Jori Manninen	Julkaisun laji Opinnäytetyö	
	Sivumäärä 53	Julkaisun kieli Suomi
	Luottamuksellisuus Salainen _____ saakka	
Työn nimi Sairaanhoitajavastaanotto yhteispäivystyksessä. Toimintamalliehdotus Keski-Suomen sairaanhoitopiiriin NOVA-hankkeeseen.		
Koulutusohjelma Hoitotyön koulutusohjelma		
Työn ohjaaja(t) Lea Leiwo ja Sirpa Tuomi		
Toimeksiantaja(t)		
<p>Tiivistelmä</p> <p>Opinnäytteen tarkoituksena oli tarkastella sairaanhoitajavastaanottomallin soveltuvuutta yhteispäivystykseen ennen kaikkea lääkäriltä sairaanhoitajalle siirrettävien tehtävien osalta. Tavoitteena oli laatia esiselvitystyö, joka voisi toimia suunnittelun tukena Keski-Suomen sairaanhoitopiiriin NOVA –hankkeessa. Kerätyn aineiston pohjalta laadittiin kaksi potilastapausta, joiden hoidon kulku yhteispäivystyksessä prosessoitiin kaaviomuotoon.</p> <p>Sairaanhoitajan ja lääkärin välisiä tehtävänsiirtoja on toteutettu runsaasti ennen kaikkea perusterveydenhuollon vastaanotoilla mutta yhdenmukaiset, valtakunnalliset säännöt ja ohjeistukset ovat puuttuneet. Erikoissairaanhoidon osalta vastaanottotoiminta on edelleen hyvin lääkäriveroista, tehtävänsiirtoja on toteutettu melko vähän ja sairaanhoitaja on ollut lähinnä avustavassa roolissa.</p> <p>Kerätyn aineiston pohjalta todettiin, että terveydenhuollon toimintaa ohjaavat lait ja säädökset tulee saada ajan tasalle, vaatimus- ja vastuukysymykset tulee määritellä selkeästi. Tältä pohjalta voidaan suunnitella yhdenmukaiset ohjeistukset ja toimintamallit sekä pätevyysvaatimukset, joiden perusteella voidaan suunnitella riittävä koulutus.</p> <p>Tulevaisuudessa sairaanhoitaja voi päivystysvastaanotolla toimia potilaan ensikontaktina arvioiden hoidon kiireellisyyden joko puhelimesta tai henkilökohtaisen kontaktin kautta. Hän voi vastaanottaa potilaan, määrätä tarvittavat tutkimukset ja ohjata soveltuvat potilasryhmät hoitajavastaanotolle. Siellä hän voi tehdä tarvittavat hoitotoimenpiteet, määrätä sopivan lääkityksen ja ohjelmoida tarvittavan jatkohoidon ja seurannan. Edellytyksenä on lääkärinkonsultoinnin mahdollisuus prosessin kaikissa vaiheissa.</p> <p>Tutkimusten ja selvitysten mukaan sairaanhoitajien toteuttama vastaanottotoiminta on sekä laadukasta että potilaiden hyväksymää. Se vapauttaa lääkäriresursseja vaativampaan potilastyöhön ja on näin ollen myös kustannustehokasta.</p>		
Avainsanat (asiasanat) Yhteispäivystys, sairaanhoitajavastaanotto, tehtävänsiirrot		
Muut tiedot		

JYVÄSKYLÄ UNIVERSITY
OF APPLIED SCIENCES

DESCRIPTION

Date

_25.5.2007_____

Author(s) Mikko Kangasmetsä & Jori Manninen	Type of Publication Bachelor's Thesis	
	Pages 53	Language Finnish
	Confidential <input type="checkbox"/> Until_____	
Title The nurses' reception of patients in common emergency duty. Proposal for operations model in NOVA-project of Central Finland health care district.		
Degree Programme Nursing		
Tutor(s) Lea Leiwo & Sirpa Tuomi		
Assigned by		
Abstract The purpose of this study was to examine how the model of nurses' reception of patients is suited for the common emergency duty above all in transfer of duties from doctors to nurses. The objective was to draw up a preliminary study, which could help planning in NOVA-project of Central Finland health care district. From the basis of the collected material was drawn up two cases, which procedure of treatment in common emergency duty was processed to form of figures. There has been a lot of transfer of duties between the doctors and nurses above all in the receptions of public health service, but harmonized, nation-wide rules and regulations have been lacking. Concerning the special health service the reception is mostly conducted by doctors, transfer of duties has been carried out quite few and nurses have mostly been in assisting role. From the basis of the collected material was found out that the rules and regulations, which direct the actions of health care, should bring up to date and questions concerning demands and responsibilities should define to become clearer. Directions, operations models and qualifications required could be planned from the basis of the collected material. On grounds of them, adequate training could be planned. In the future nurse in emergency duty could be the first contact for patient by estimating the urgency of the treatment either in telephone or by personal contact. She/he could receive a patient, order examinations needed and direct suitable groups of patients to nurse's reception. In the nurses' reception of patients she/he could do necessary medical treatment, assign suitable medication and organize extension care and follow-up needed. Preconditions would be the possibility to consultation of the doctor in every stage of the process The research and settlements show that the reception work, which is done by nurses is both of a high quality and well accepted by patients. It releases the resources of doctors to more demanding work with patients and is such being the case also effective in costs.		
Keywords Common emergency duty, Nurses' reception of patients, transfer of duties		
Miscellaneous		

SISÄLTÖ

TAULUKOT.....	2
2 OPINNÄYTETYÖN TAUSTA JA TARKOITUS.....	4
3 YHTEISPÄIVYSTYS.....	6
3.1 Triage.....	8
3.2 Yhteispäivystystutkimuksia.....	10
4 KESKI-SUOMEN SAIRAANHOITOPIIRIN TERVEYSKESKUSTEN YHTEINEN YÖPÄIVYSTYS.....	12
4.1 Toimintaluvut.....	12
TAULUKKO 2: Keski-Suomen sairaanhoitopiiri, terveyskeskusyöpäivystyskäynnit	13
4.2 Nykyinen toimintamalli.....	14
4.3 NOVA -yhteispäivystysprosessi.....	16
5 TYÖNJAKO TERVEYDENHUOLLOSSA.....	17
5.1 Tehtävänsiirtoja ohjaavat lait.....	17
5.2 Lääkärin ja sairaanhoitajan väliset tehtävänsiirrot	19
5.3 Sairaanhoitajien koulutus tehtävänsiirroissa.....	21
5.3 Tuloksia tehtävänsiirtojen onnistumisesta.....	23
5.4 Tehtävänsiirrot muissa maissa.....	25
5.5 Tehtävänsiirrot tulevaisuudessa.....	26
6 SAIRAANHOITAJAVASTAANOTTOTOIMINTA SUOMESSA.....	28
6.1 Sairaanhoitajavastaanotto.....	29
6.2 Esimerkkejä sairaanhoitajan tehtäväkuvista ensihoitoyksiköissä.....	31
7 SAIRAANHOITAJAVASTAANOTON TOIMINTAMALLIN KUVAUS.....	32
KUVIO 2. Nelikenttä sairaanhoitajan vastaanottotoiminnan käynnistämiseen vaikuttavista tekijöistä.....	34
7.1 Haavapotilaan kulku yhteispäivystyksessä.....	36
KUVIO 3. Haavapotilaan kulku yhteispäivystyksessä.....	36
7.2 Päihdepotilaan kulku yhteispäivystyksessä	37
Haastattelu (kannustava, avoin ilmapiiri).....	37
Jatkohoidon arvio & hoitoonohjaus (jatkohoitopaikka, kirjallinen ohjausmateriaali).....	37
Tarkkailu.....	37
8 POHDINTA.....	38
LÄHTEET.....	42
LIITTEET.....	45
Liite 1. Tehtäväkuvien laajennuksia perusterveydenhuollossa.....	45
Liite 2. Tehtäväkuvien laajennuksia erikoissairaanhoidossa.....	46
Liite 3. Terveyskeskusten yhteiseen yöpäivystykseen kuuluvat terveyskeskukset:..	47
Liite 4. Päihdepotilaan hoito.....	48
Turvallisuus.....	48
Akuutti tilanne	49
KUVIO 5. Muistilista päihdepotilaan tutkimukseen.....	49
Yliannostustilanteet	50
Vieroitusoireet	50
Päihteiden käyttäjien persoona	51
Hoitosuhteen luominen	51
KUVIO 6. Lyhytneuvonta.....	52
KUVIO 7. AUDIT –kyselylomake.....	53

TAULUKOT

TAULUKKO 1: KYS:n hoidon kiireellisyyssarviointiohje aulahoitajalle.....	9
TAULUKKO 2:	
Keski-Suomen sairaanhoitopiiri, terveyskeskusoöpäivystyskäynnit.....	13

KUVIOT

KUVIO 1. NOVA –yhteispäivystys, pääprosessi.....	16
KUVIO 2. Nelikenttä sairaanhoitajan vastaanottotoiminnan käynnistämiseen vaikuttavista tekijöistä.....	34
KUVIO 3. Haavapotilaan kulku yhteispäivystyksessä.....	36
KUVIO 4. Päihdepotilaan kulku yhteispäivystyksessä.....	37
KUVIO 5. Muistilista päihdepotilaan tutkimukseen.....	49
KUVIO 6. Lyhytneuvonta.....	52
KUVIO 7. AUDIT –kyselylomake.....	53

1 JOHDANTO

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on tuoda esille sellaisia sairaanhoitajan ja lääkärin välisiä tehtävänsiirtoja ja niihin liittyviä toimintamalleja, joita voitaisiin hyödyntää Keski-Suomen sairaanhoitopiirin yhteispäivystyksen NOVA -hankkeessa. NOVA -hankkeen tavoitteena on päivystyspalvelujen tehostaminen hyödyntäen teollisuudessa testattuja tuotantomalleja. Pyrkimyksenä on, että ainakin 80 % potilaista voisi siirtyä päivystyspoliklinikalta eteenpäin viimeistään kahden tunnin kuluessa poliklinikalle saapumisestaan. (Nova 2006.)

Opinnäytetyö toimii esiselvityksenä hankkeelle, jossa tehtävänsiirtojen avulla pyritään saamaan päivystyspotilaan hoitoa sujuvammaksi. Tehtävänsiirtojen osalta tarkastellaan erityisesti hoitajavastaanottoa, jonka soveltuvuutta yhteispäivystyspotilaan hoitoprosessiin tarkastellaan. Hoitajavastaanottomallia on hahmoteltu tutkimalla terveydenhuollon kansallisissa pilottihankkeissa esiteltyjä, jo olemassa olevia toimintamalleja sekä perehtymällä muissa maissa hyviksi havaittuihin käytäntöihin. Lisäksi on tarkasteltu Keski-Suomen sairaanhoitopiirin terveyskeskuksen yöpäivystyksen nykyisiä toimintaprosesseja. Näitä tietoja yhdistämällä ja havainnointia hyödyntämällä on pyritty löytämään kokonaisuus, jota voitaisiin soveltaa NOVA -toiminnan suunnittelussa.

NOVA -hankkeen tehtävänä on selvittää millä keinoilla potilaiden hoitoa saataisiin joustavammaksi. Yhtenä osana on hoitajien ja lääkäreiden työnjaon tarkastelu ja arviointi, keskeisenä asiana on sopia lääkäriltä hoitajille siirrettävistä tehtävistä. Tehtävänsiirroista on raportoitu myönteisiä kokemuksia sekä kansallisissa piloteissa että kansainvälisissä selvityksissä. Sairaanhoitajan vastaanottotoimintamallia voitaisiin hyödyntää vuoden 2008 alussa alkavan Keski-Suomen sairaanhoitopiirin yhteispäivystyksen toiminnan suunnittelussa. (Nova 2006.)

2 OPINNÄYTETYÖN TAUSTA JA TARKOITUS

Tätä opinnäytetyötä voidaan kutsua toiminnalliseksi opinnäytetyöksi. Sen tavoitteena on kehittää uudenlainen toimintamalli päivystyspotilaan hoitoprosessiin. Tarkoituksena on jäsentää ja selkiyttää lääkärin ja sairaanhoitajan välisiin tehtävänsiirtoihin ja työnjakoon liittyviä kysymyksiä ja toimia samalla NOVA -hankkeeseen liittyvänä esiselvityksenä.

Toiminnallinen opinnäytetyö on vaihtoehto tutkimukselliselle opinnäytetyölle ammattikorkeakoulussa. Se tavoittelee ammatillisessa ympäristössä käytännön toiminnan ohjeistamista tai toiminnan järjeistämistä. Se on osoitus opiskelijan asiantuntijuudesta ja kyvystä suorittaa kehittämis- sekä tutkimustyötä omalla asiantuntijuusalueellaan. Toiminnallinen opinnäytetyö voi olla ammatilliseen toimintaan suunnattu ohje tai ohjeistus, se voi olla myös jokin tapahtuma tai vastaava. Keskeistä on, että opinnäytetyössä yhdistyvät käytännön toteutus ja sen raportointi tutkimusviestinnän keinoin. (Vilka & Airaksinen 2004, 9.)

Mallilla tarkoitetaan epätäydellistä ja yksinkertaistettua kuvausta jostakin kohteesta tai järjestelmästä. Tässä työssä toimintamallilla tarkoitetaan vakiintunutta toimintatapaa tai käytäntöä.

Tässä opinnäytetyössä toimintamallia on kehitetty pilottiprojektien toimintaa kuvaavien raporttien sisältöä analysoimalla, etsien niistä hyviksi todettuja toimintamalleja, mahdollisia epäkohtia ja kehittämistarpeita sekä liittämällä tähän omakohtaista havainnointia.

Yhtenä metodina käytettiin havainnointia, toinen opinnäytetyön tekijöistä työskentelee päivystysalueella, jossa lääkärin ja sairaanhoitajan välisen yhteistyön havainnointi on mahdollista. Havainnointia tässä yhteydessä voidaan kutsua osallistuvaksi havainnoinniksi. Hirsjärvi, Remes ja Sajavaara toteavat teoksessaan Tutki ja kirjoita, että havainnoinnin avulla saadaan välitöntä ja suoraa tietoa yksilöiden, ryhmien ja organisaatioiden

toiminnasta. Osallistuvassa havainnoinnissa on tyypillistä että tutkija osallistuu organisaation ehdoilla sen toimintaan. (Hirsjärvi, Remes ja Sajavaara 2003, 199-204.)

Tässä työssä tarkastellaan aluksi tutkimuksia yhteispäivystystoiminnasta sekä esitellään Keski-Suomen sairaanhoitopiirin terveyskeskusten yöpäivystyksen toimintaa. Seuraavassa vaiheessa esitellään terveydenhuollon työnjaon, lainsäädännön sekä koulutuksen ajankohtaisia kysymyksiä sekä sairaanhoitajan vastaanottotoiminnasta saatuja kokemuksia. Työn loppuosassa hahmotellaan esimerkkipotilastapausten avulla sairaanhoitajan vastaanottotoimintamallia. Pohdintaosioon on pyritty kokoamaan ne havainnot, jotka kirjoittajien mielestä tulisi ottaa huomioon suunniteltaessa tehtävien uudelleenjärjestelyjä.

Opinnäytetyössä käytettäviä käsitteitä:

Yhteispäivystys: Terveystoiminnan päivystyspiste, jossa perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon päivystykset toimivat fyysisesti samoissa tiloissa ja jossa on yhteistä henkilökuntaa (Pitkälä 2006, 41.)

Työnjako: Henkilöstöryhmien keskinäinen työnjako, joka on taitojen, osaamisen, työntekijöiden ja tehtäväkuvien yhdistämistä tietyissä toiminnoissa (Hukkanen & Vallimies-Patomäki 2005, 12.)

Tehtävänsiirrot: Eri ammattiryhmien välillä tapahtuvaa työn uudelleen organisointia, esimerkiksi lääkäriltä sairaanhoitajalle siirtyvä lääkehoidon toteuttaminen (Markkanen 2002,2.)

Triage: Ennen hoidon aloitusta potilaalle tehtävä hoidon kiireellisyyden ja tarpeen arvio. Käytetään myös nimityksiä ABCDE-triage sekä HTA, hoidon tarpeellisuuden arviointi. (Kantonen, Kauppila & Kockberg 2007, 898.)

Sairaanhoitajavastaanotto: Hoitajan suorittamaa vastaanottotyötä, joka voi sisältää hoidon tarpeen arviointia, hoitotoimintaa sekä puhelinneuvontaa (Hukkanen & Vallimies-Patomäki 2005, 3.)

3 YHTEISPÄIVYSTYS

Terveydenhuollossa ja erityisesti päivystystoiminnassa on menossa vahva toimintojen keskittämisen kausi, joka näkyy erityisesti perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon päivystystoiminnan laajenevana yhteistyönä. Maahamme on syntynyt suuria väestömääriä palvelevia yhteispäivystyksiä, joissa perusterveydenhuollon sekä erikoissairaanhoidon päivystys on keskitetty samaan yksikköön.

Pitkälä määrittelee pro gradu- työssään yhteispäivystyskäsitteen toiminnaksi, jossa erikoissairaanhoidon päivystys ja perusterveydenhuollon päivystys toimivat fyysisesti yhdessä. Yhteispäivystyksessä on yhteinen hoitohenkilökunta ja siellä työskentelee samanaikaisesti sekä perusterveydenhuollon että erikoissairaanhoidon lääkäreitä. Päivystyksessä on käytössä molempien omat sairaskertomukset ja asiakkailta voidaan periä asetusten mukaista yhteispäivystysmaksua. Yhteispäivystyksessä hoidon tarpeen arvioinnin perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon välillä tekee terveydenhuollon ammattilainen. (Pitkälä 2006, 41–42.)

Pitkälän mukaan yhteispäivystystoiminnan syntymistä voidaan tarkastella *seutuistumisen, keskittämisen ja yhteistyön* näkökulmista.

Seutuistumisella tarkoitetaan toimintojen ja vuorovaikutuksen lisääntymistä eri toimijoiden sekä toimialojen välillä tietyn seutukunnan alueella. Tästä esimerkkinä voidaan pitää kuntien lisääntyvää tarvetta tuottaa peruspalveluja koko seutukunnan alueelle.

Keskittäminen terveydenhuollossa tarkoittaa tiettyjen palvelujen yhteen kokoamista. Esimerkkinä voidaan pitää yhteispäivystyksiä, joissa alueen kunnat keskittävät kalliin ja paljon resursseja vaativan päivystysaikaisen hoidon yhteen pisteeseen.

Kolmas tapa määritellä yhteispäivystyskäsitettä on yhteistyö. Sen tarkoituksena on madaltaa erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon välisiä raja-aitoja ja kehittää potilaan hoitoa vaikuttavammaksi ja joustavammaksi. (Pitkälä 2006, 4-7.)

Yhteispäivystyksillä on pyritty parantamaan palvelujen laatua ja tehokkuutta. Merkittävänä tekijänä toiminnan keskittämishalukkuudelle on ollut myös taloudellinen näkökulma sekä viime vuosina lisääntynyt lääkäri työvoiman vaikea saatavuus. Osaltaan yhteispäivystysten syntymistä on vauhdittanut lääkäreiden innottomuus tehdä yöaikaista päivystystä pienissä yksiköissä. Päivystysten keskittyessä yhä suurempiin yksiköihin olisi tärkeää, että myös kokeneet perusterveydenhuollon lääkärit päivystäisivät yhteispäivystyksissä.

Mäntymaa arvioi, että yhteispäivystysten avulla on saavutettu kustannussäästöjä muun muassa hoitohenkilökuntaa yhdistämällä. Tärkeää olisi pohtia myös olisiko hoitajien erikoistuttava perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon tehtäviin. (Mäntymaa 2003, 17–21.)

Päivystystoiminnan järjestäminen on kallista sekä runsaasti resursseja vaativaa toimintaa. Yhteispäivystyksiä on pidetty ratkaisuna tähän haasteeseen ja ne ovatkin yleistyneet maassamme nopeaa vauhtia. Varsinkin virka-ajan ulkopuolella tapahtuva päivystystoiminta keskittyy sairaaloiden yhteyteen yhä suurempiin yksiköihin. Toiminnan keskittämällä saavutetaan huomattavia etuja, samalla kuitenkin potilasmäärien kasvu asettaa haasteita. Siksi työn organisointia ja uudenlaisia toimintamalleja tulee kehittää, jotta toiminnasta saadaan sujuvaa ja riittävän laadukasta.

Toiminnan keskittyessä ja potilasmäärien kasvaessa on erityisen tärkeää pohtia ja kehittää toimintamalleja, joiden turvin pystytään hallitsemaan suurten potilasmäärien mukanaan tuoma kasvanut työmäärä. Toimintaprosessien kehittämällä saadaan toiminta sujuvammaksi ja hoitokäytännöt yhteneviksi. Yhtenä keinona on hoitohenkilökunnan taitojen ja osaamisen parempi hyödyntäminen, jolloin parantuisi

terveyspalvelujen saatavuus sekä työvoiman riittävyys. Usein erilaisista toimintakulttuureista tulevien toimintojen yhteensovittaminen ei aina suju ongelmitta, vaan se vaatii vuosia kestävästä kehittämistyönä.

3.1 Triage

ABCDE- *triagella* tarkoitetaan päivystyspoliklinikalla tai yhteispäivystyksessä suoritettavaa potilaan hoidon kiireellisyyden arviointia. Tätä luokittelua tehdään kaikissa päivystyksissä tavalla tai toisella. Suomessa ei ole käytössä yhtenäistä hoidon kiireellisyyden arviointiin käytettävää ohjeistusta, vaan useimmat päivystysyksiköt tekevät sen omien ohjeistuksiansa avulla tai ilman niitä. (Kantonen ym. 2007, 898.)

Yhteispäivystysten yhteydessä on käytetty myös ilmaisua hoidon tarpeellisuuden arviointi (HTA), jossa hoidon kiireellisyyden lisäksi voidaan ennalta sovittujen kriteerien mukaan arvioida vaatiiko potilaan ongelma päivystysluonteista hoitoa. Tämä mahdollistaa potilaan ohjaamisen tarkoituksenmukaisimpaan hoitopisteeseen, esim. seuraavana päivänä omalääkärin vastaanotolle. Triagen pyrkimyksenä on taata kriittisesti tai pikaista hoitoa vaativien potilaiden hoidon välitön toteutuminen sekä jaotella potilaat heidän lääketieteellisen ongelman mukaisesti hoitoryhmiin. Yleisimmin päivystyksissä on käytössä ns. ABCDE -luokittelu.

Kuopion yhteispäivystyksessä potilaan vastaanottava hoitaja, niin sanottu aulahoitaja, arvioi potilaan hoidon kiireellisyyden ilmoittautumisen yhteydessä. Luokittelussa käytetään viisiportaista hoidon kiireellisyysarviointiohjetta.

TAULUKKO 1: KYS:n hoidon kiireellisyysarviointiohje aulahoitajalle

- Kiireellisyysluokka A** Hoito aloitettava välittömästi, jolloin potilas hoidetaan aina erikoissairaanhoidossa.
- Kiireellisyysluokka B** Hoito aloitettava hyvin kiireellisesti, 10 min kuluessa potilaan saapumisesta. Valtaosa näistä potilaista kuuluu erikoissairaanhoitoon.
- Kiireellisyysluokka C** Hoito aloitettava kiireellisesti, tunnin kuluessa potilaan ilmoittautumisesta.
- Kiireellisyysluokka D** Hoito aloitettava kahden tunnin kuluessa potilaan saapumisesta.
- Kiireellisyysluokka E** Kysymyksessä ei ole sairauden suhteen päivystystapaus.

(Miettola, Halinen, Lipponen, Hietakorpi, Kaukonen & Kumpusalo 2003a, 305–308.)

Useissa yhteispäivystyksissä on kehitetty tai on kehitteillä triage-luokittelu, myös valtakunnallisia yhtenäisiä ohjeita voidaan odottaa muutaman vuoden sisällä. Onnistunut hoidon kiireellisyyden arviointi on erityisen tärkeää suurissa ja ruuhkaisissa yhteispäivystyksissä. Se takaa turvallisen ja laadukkaan hoidon kaikille potilaille ja samalla se mahdollistaa oikeanlaisen hoidon porrastuksen perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon välillä.

Yleensä triagen suorittaa ns. aulahoitaja, joka käyttää apunaan ennalta sovittua kriteeristöä, hän voi myös tarvittaessa konsultoida päivystyksen

lääkäreitä. Triagen suorittaminen on haastava ja vankkaa ammatillista osaamista vaativa tehtävä ja usein se joudutaan suorittamaan paineenalaisessa tilanteessa. Keski-Suomen sairaanhoitopiirin NOVA-hankkeessa triageryhmään on tarkoitus tulevaisuudessa liittää myös lääkäri, jolloin hoidon ja tutkimusten aloitus voisivat huomattavasti nopeutua.

3.2 Yhteispäivystystutkimuksia

Yhteispäivystystoiminta on melko uutta eikä näin ollen toimintaa ole vielä paljoa tutkittu. Pääosa tehdyistä tutkimuksista on kohdistunut Oulun ja Kuopion yhteispäivystyksiin, joissa toiminnalla on myös pisin historia.

Suomen lääkirilehdessä julkaistussa tutkimuksessa (Miettola ym. 2003a, 305–308) selvitettiin laajasti Kuopion yliopistollisen sairaalan (KYS) yhteispäivystyksen toimintaa. KYS:ssä käynnistyi vuonna 2002 Kuopion terveyskeskuksen ja yliopistosairaalan yhteispäivystys. Se palvelee ympärivuorokautisena noin 90 000 asukkaan väestöpohjaa ja yöaikana (klo 22–08) 130 000 asukkaan väestöä Kuopion ympäristökunnissa. Yhteispäivystystutkimuksessa asiakkaat arvioivat päivystyspoliklinikan palvelujen toimivuutta sekä laatua. Päivystävät lääkärit arvioivat potilaskäyntien kiireellisyyttä, tarpeellisuutta ja tulosityitä. Hoitajat ja lääkärit määrittelivät kunkin potilaan hoidon kiireellisyyttä. Potilaan odotusajan keskiarvoksi tuli 1,9 tuntia. Neljäsosa asiakkaista pääsi vastaanotolle 30 minuutin sisällä ja puolet puolentoista tunnin aikana. Neljäsosa potilaista joutui odottamaan enemmän kuin 2,5 tuntia. Lääkärin arvion mukaan 23 % kävijöistä ei olisi tarvinnut kiireellistä lääkärin apua, vaan he olisivat voineet hakeutua lääkärin vastaanotolle yli vuorokauden kuluttua. Hoitajan tekemän triagen mukaan yli puolet (51,3 %) potilaista kuului ryhmään C, joiden hoito tulisi aloittaa tunnin sisällä. Hoitajat eivät olleet tutkimuksessa laittaneet ketään ryhmään E eli ei päivystystapaus sairauden suhteen. (Miettola ym. 2003a, 305–308.)

Yli puolet päivystyskäynneistä kuului tuki- ja liikuntaelinten, hengityselinten sekä yleisten ja epäspesifisten vaivojen ryhmään. Tähän ryhmään kuuluivat erilaiset vammat, joista suurin osa oli erilaisia ruhjeita ja venähdyksiä, haavojen osuus vammoista oli lähes kolmannes. (Miettola ym. 2003b, 415–418.)

Lääkäreiden arvion mukaan jopa 14 % käynneistä arvioitiin aiheettomiksi ja vähintäänkin seuraavaan päivään olisi voinut odottaa 23 % asiakkaista. Päivystävän lääkärin apua ei lääkärin arvioimana olisi tarvittu 10 %:ssa tapaturmista ja 13 % äkillisissä sairastapauksissa. Hoitajat eivät erikseen arvioineet hoidon tarpeellisuutta, mutta tutkimusjakson aikana ketään ei sijoitettu kiireellisyysluokkaan E, eli ei päivystystapaus. (Miettola ym. 2003c, 539–541.)

Asiakastyytyväisyyttä mitattaessa esille nousi tyytymättömyys palvelujen organisointiin, erityisesti pitkät odotusajat koettiin negatiivisena, mutta varsin tyytyväisiä oltiin henkilökunnan toimintaan. Tutkijoiden mukaan yhteispäivystyksissä kannattaa panostaa toiminnan kehittämisen lisäksi terveydenhuollon palvelujärjestelmän ja hoidon porrastuksen ideologian asianmukaiseen tiedottamiseen alueen asukkaille. (Miettola ym. 2003d, 3108–3110.)

Kantonen ym. (2007) on tutkimuksessaan selvittänyt Vantaan terveyskeskuspäivystyksen potilaiden hoidontarpeen kiireellisyysryhmittelyn eli ABCDE -triagen ja terveysneuvontapuhelimen vaikutusta päivystysvastaanoton kuormittumiseen. Ajoittain ruuhka-aikoina viikonloppuisin ja juhlapyhinä Vantaan yhteispäivystyksessä kävijöiden määrä voi nousta niin suureksi, että henkilökunnalla on vaikeuksia erottaa varsinaiset päivystyshoitoa vaativat potilaat muista. Tutkimusten perusteella yhteispäivystyksissä voidaan potilaiden määrään vaikuttaa potilaiden ohjauksella puhelimesta ja selkeästi ohjeistetulla hoidon kiireellisyysarviolla. Näin voidaan erottaa potilasryhmä, joka ei tarvitse välitöntä ensiapuluonteista hoitoa.

Kantosen ym. (2007) mukaan puhelinohjauksen ja selkeän kiireellisyysarvion tiivistykseen avulla on pystytty vähentämään päivystyskäyntien määrää ja nopeuttamaan lääkärille pääsyä. Keskeistä on sopia yhteiset alueelliset hoidontarpeen määrittelyn kriteerit sekä yhtenevä ohjaus päivystyksen käytöstä sekä tiedottaa näistä aktiivisesti väestölle. Vantaan päivystyksen ongelmien ratkaisemiseksi on otettu käyttöön hoidontarpeen kiireellisyysryhmittely sekä siirretty osa lääkäripäivystäjien töistä sairaanhoitajille, muun muassa sairausoireiden arvio ja sairaustodistusten kirjoittaminen. (Kantonen ym. 2007, 897–901.)

4 KESKI-SUOMEN SAIRAANHOITOPAIIRIN TERVEYSKESKUSTEN YHTEINEN YÖPÄIVYSTYS

Keski-Suomen sairaanhoitopiirissä on toiminut vuodesta 2002 Keski-Suomen kuntien yhteinen terveyskeskusten yöpäivystys, joka vastaa valtaosasta kuntien yönaikaisesta perusterveydenhuollon päivystystarpeesta. Yöaikaista päivystystoimintaa on tällä hetkellä Keskussairaalan lisäksi ainoastaan Jämsän aluesairaalassa ja Saarijärven-Karstulan seudun terveydenhuollon kuntayhtymässä. Keski-Suomen sairaanhoitopiirissä on siis kokemusta yöaikaisesta yhteispäivystyksestä ja uusien tilaratkaisujen myötä ympärivuorokautinen yhteispäivystys käynnistyy vuoden 2008 alusta. Terveyskeskusten yhteiseen yöpäivystykseen tällä hetkellä kuuluvat ja ulkopuoliset terveyskeskukset selviävät liitteessä 3.

4.1 Toimintaluvut

Terveyskeskusten yhteinen yöpäivystys aloitti toimintansa Keski-Suomen keskussairaalassa marraskuussa 2002. Toimintaan liittyivät mukaan lähes kaikki Keski-Suomen kunnat, Jämsän ja Saarijärven seutuja lukuun ottamatta. Sairaanhoitopiirin väestöpohja on n. 268 000 ja yhteiseen yöpäivystyksen piiriin kuuluu nyt noin 220 000 ihmistä. Pisimmillään

etäisyys lääkärin vastaanotolle on Pihtiputaalta, josta matkaa voi kertyä lähes 200 km suuntaansa. Kävijämäärät ovat vakiintuneet vuotuisen 7500 kävijään.

<u>Kävijämäärät yhteensä 2006</u>	<u>7479</u>
keskimäärin	20,5 käyntiä /yö
TK 1= lääkärikäynti,	4711 asiakasta (63,0 %)
TK 2= lääkäri + röntgen ja/tai labra	2768 asiakasta (37,0 %)
<u>Jatkohoito</u>	
koti	5476 (73,2 %)
erikoissairaanhoido	1463 (19,6 %)
terveyskeskus	541 (7,2 %)

TAULUKKO 2: Keski-Suomen sairaanhoitopiiri,
terveyskeskusyöpäivystyskäynnit

Keski-Suomen keskussairaalan päivystyspoliklinikalla toteutettiin kahden viikon mittainen havainnointijakso elokuussa 2004. Sen tavoitteena oli saada tietoa päivystyspoliklinikan tilanteesta ja toiminnasta, tutkimus oli osa NOVA -hanketta. Tutkimusaineisto kerättiin sekä erikoissairaanhoidon päivystyksestä, että terveyskeskuksen yöpäivystyksestä. (Neittaanmäki 2005, 5.)

Tutkimusjakson aikana terveyskeskusten yöpäivystyksessä kävi 268 potilasta, joista lähes 58 % oli miehiä. Ikäjakaumasta 20–40-vuotiaat olivat eniten edustettuna yli 30 % osuudella, alle 10-vuotiaita lapsia oli noin 8 % ja yli 60-vuotiaita noin 15 %. Potilaista 56 % saapui omalla kyydillä ja ambulanssilla noin 27 %. Suorituskyvyltään n. 70 % potilaista oli omatoimisia. Tulo-oireista huomioitiin vain tärkein oire. Yksittäisistä

oireista vatsakipu (16 %), haavat ja jännevammat (10 %) sekä rintakipu (6,7 %) olivat yleisimmät. Terveyskeskuksen yöpäivystyksen potilaiden kokonaisajaksi muodostui 104 minuuttia (1h 44 min). Potilas kohtasi hoitajan 9 minuutin kuluttua päivystykseen saapumisesta ja ensimmäinen lääkärikontakti oli 37 minuutin kuluttua. Terveyskeskuksen yöpäivystyksestä potilas pääsi lähtemään lähes 2 tuntia aikaisemmin kuin erikoissairaanhoidon päivystyksestä. (Neittaanmäki 2007, 173–183.)

Nuoret 20–40 -vuotiaat muodostavat suuren joukon, myös miesten prosentuaalinen osuus on verrattain suuri. Lasten ja vanhusten osuus tutkimusjoukosta on varsin pieni. Tutkimustulokset ja käytännön kokemus kertovat, että merkittävä osa yöpäivystyksen potilaista etenkin viikonloppuina ja juhlapyhinä on nuoria miehiä, jotka päihtymyksen seurauksena ovat vailla haavanhoitoa.

Tässä ryhmässä on runsaasti asiakkaita, jotka pystyttäisiin hoitamaan sairaanhoitajan vastaanotolla ja näin voitaisiin lääkärin työpanosta kohdentaa muista syistä päivystykseen tulevien potilaiden hoitamiseen.

4.2 Nykyinen toimintamalli

Keskimäärin kävijöitä terveyskeskusten yhteisessä yöpäivystyksessä on noin 20 potilasta/ yö. Ruuhkaisina juhlapyhinä kävijämäärä voi nousta jopa yli 50 potilaaseen. Hoitajien työpanos tuotetaan sairaanhoitopiirin toimesta ja päivystävät lääkärit ovat jäsenkuntien kokeneita terveyskeskuslääkäreitä. Terveyskeskusten yhteinen yöpäivystys toimii jokaisena päivänä klo 22–08 välisenä aikana. Jyväskylän ja Äänekosken alueen potilaat ohjautuvat klo 23 jälkeen yhteispäivystykseen.

Päivystysvuorossa on kaksi sairaanhoitajaa sekä lääkäri. Yöpäivystyksessä toimivat sairaanhoitajat työskentelevät sekä perusterveydenhuollon että erikoissairaanhoidon puolella, joten heillä on vahva ammatillinen osaaminen myös vaativien päivystyspotilaiden hoidosta. Yöpäivystyksessä on käytössä sairaalan tukipalveluista laboratorio, röntgentutkimuspalvelut, vartiointi ja laitoshuoltajien palvelut. Hoitajien ja lääkäreiden

käytettävissä on potilaiden perusterveydenhuollon sähköiset sairaskertomukset Effica ja Mediatri, jonne myös kaikki käyntitiedot kirjataan.

Yhteispäivystyksen toimiessa yöaikana erikoissairaanhoidon vastuuhuoltaja arvioi potilaan oikean hoitopaikan ja kiireellisyyden. Tarvittaessa hän voi konsultoida joko yhteispäivystyksen päivystäjää tai tarvittavan erikoisalan päivystäjää. Yhteispäivystystoiminnan alkaessa on laadittu suuntaa antava ohjeistus, minkä mukaan vastuuhuoltaja voi arvionsa suorittaa.

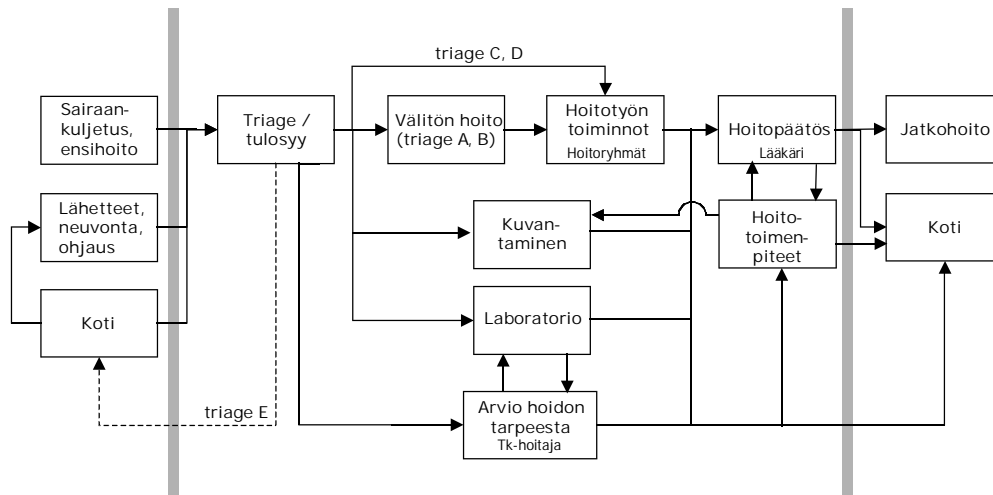
Hyväksi arkipäivän käytännöksi on muodostunut suullisen konsultaation mahdollisuus perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon lääkäreiden välillä. Tällöin perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon henkilökunta arvioi yhdessä potilaan hoidon tarvetta ja kiireellisyyttä. Esimerkiksi kirurgisen potilaan kohdalla voidaan hoitolinjaa suunnitella tarkastelemalla samalla potilaan röntgenkuvia. Tästä toiminnasta ei vielä ole tehty mitään virallista ohjeistusta. Yhteispäivystyksen joustavaan toimintaan on myös vaikuttanut alueen terveystieteiden vuodeosastojen sitoutuminen yöpäivystyksestä tarjottujen potilaiden vastaanottamiseen.

Varsinaista sairaanhoitajan vastaanottoa ei nykyisessä toimintamallissa ole, mutta käytännöksi on muodostunut hoidon kiireellisyyden arvion lisäksi pienten vammojen arviointi ja hoitaminen, humalatilatutkimusten näytteiden otto sekä eräiden särkypotilaiden lääkitys reseptivapailla särkylääkkeillä.

NOVA -rakennushankkeen valmistuessa lopullisesti vuoden 2007 lopulla, siirtyy sinne myös Jyväskylän kaupungin keskitetty terveystieteidenkeskuspäivystys. Silloin käynnistyy ympärivuorokautinen yhteispäivystys, jossa samoissa fyysisissä tiloissa sijaitsevat sekä perusterveydenhuollon että erikoissairaanhoidon päivystykset. Yhteispäivystyksen potilasmääräksi on arvioitu vuodessa jopa 62 000 potilasta. (Teittinen 2007.)

Seututerveyskeskuksen suunnittelu on parhaillaan käynnissä ja sen myötä paineet ilta- ja viikonloppupäivystyksen laajentamiseen tulevat koskemaan myös Jyväskylän ympäristökuntia.

4.3 NOVA -yhteispäivystysprosessi



KUVIO 1. NOVA –yhteispäivystys, pääprosessi.

Prosessikaaviossa (kuviokuva 2) on kuvattu Keski-Suomen sairaanhoitopiirin tulevan NOVA -toimintamallin mukainen potilaan kulku yhteispäivystyksessä. Potilaat ohjautuvat ilmoittautumisen jälkeen triage-ryhmään, joka luokittelee potilaat ABCDE -luokittelun mukaisesti. Välitöntä hoitoa vaativat A- ja B-ryhmän potilaat ohjataan yleensä suoraan toimenpidehuoneeseen (shokkihuone), jossa hoito voidaan välittömästi toteuttaa. Muut potilaat jakautuvat oman erikoisalansa mukaisiin hoitoryhmiin, joita ovat konservatiivinen ryhmä, operatiivinen ryhmä sekä terveyskeskusryhmä. E-ryhmän potilaat, joilla ei ole päivystysluonteista ongelmaa, ohjautuvat kotiin ohjauksen ja neuvonnan jälkeen tai vaihtoehtoisesti terveyskeskussairaanhoitajan arvioon.

Terveyskeskushoitaja suorittaa vielä arvion hoidon tarpeesta. Sairaanhoitajalla on mahdollisuus määrätä laboratoriotutkimuksia, suorittaa joitakin hoitotoimenpiteitä ja näiden jälkeen itsenäisesti kotiuttaa

potilas. Tarvittaessa hän voi aina ohjata potilaan lääkärin vastaanotolle tai konsultoida häntä. (Nova 2006.)

Toimintamalli tähtää päivystyspotilaan sujuvampaan hoitamiseen, samalla se myös tarjoaa mahdollisuuden eri ammattiryhmien osaamisen parempaan hyödyntämiseen. Myös potilaiden asianmukainen ohjaus ja neuvonta mahdollistuvat tilanteissa, joissa ei ole tarvetta päivystysluontoiselle hoidolle.

5 TYÖNJAKO TERVEYDENHUOLLOSSA

”Muualla terveydenhuollon reviirit eivät ole yhtä tiukkoja. Kun vierailin vuonna 2002 peruspalveluministerinä Britanniassa, meille kerrottiin käsikirurgiksi erikoistuneesta hoitajasta. Uskaltaisin kyllä antaa sormeni hänen operoitavakseen, mutta unilääkereseptiä en menisi häneltä pyytämään - eikä hän saisi sellaista kirjoittaakaan.” (Soininvaara 2007, 21.)

5.1 Tehtävänsiirtoja ohjaavat lait

Tehtävänsiirtojen ja uusien toimintamallien suunnittelua ohjaavat ennen kaikkea lait ja säädökset. Sairaanhoidajan rooli päivystystyössä on ollut usein avustava suhteessa lääkäriin. Toisaalta kokeneille päivystyksen hoitajille on siirtynyt useita lääkärin tehtäviä. Tehtävänsiirroista ei yleensä ole tehty erillistä sopimusta, tavoitteena on ollut lähinnä sujuvan toiminnan varmistaminen. Laissa selkeästi määritellyillä tehtävänsiirroilla ja toimenkuvan laajentamisella sekä hoitovastuun jakamisella pyritään määrittelemään sairaanhoidajan toiminta lääkärin rinnalla potilaan hoidossa. Se myös mahdollistaa sairaanhoidajan itsenäisen toiminnan ennalta sovittujen tiettyjen potilasryhmien hoitamisessa.

Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä (559/1994) sanoo, että terveydenhuollon ammattihenkilöt voivat toimia toistensa tehtävissä

koulutuksensa, kokemuksensa ja ammattitaitonsa mukaisesti silloin, kun se on perusteltua työjärjestyksen ja terveystalouden tuottamisen kannalta. Ammattihenkilö, jolla on ylempi koulutus voi suorittaa alemman koulutuksen saaneen tehtäviä. Ammattihenkilön täytyy pidättäytyä sellaisten tehtävien suorittamisesta, joihin hänen koulutuksensa tai ammattitaitonsa ei riitä tai joissa hänen toimintamahdollisuutensa ovat rajoitetut. Laissa määrätään, että lääkäri tutkii potilaan, tekee taudinmäärityksen ja määrää siihen liittyvän hoidon. Myös lääkehoidon määrääminen kuuluu lääkärin tehtäviin. (STM 2002.)

Erikoissairaanhoitolain (1062/89) mukaan potilaan lähetteen kirjoittaa lääkäri, myös hoidon aloittamisesta ja lopettamisesta päättää lääkäri. Vastuu potilaan hoidosta on viimekädessä aina lääkärillä.

Lohiniva – Kerkelän mukaan terveydenhuoltohenkilökuntaan kuuluvalla on hoitotapahtumasta valvontavastuu. Lääkärin vastuu hoidosta on kuitenkin lain mukaan suurempi ja asema hoidossa keskeisempi kuin terveydenhuoltohenkilökuntaan kuuluvalla. (Vuorinen 2005, 8.)

Hoitoon pääsyä ja hoidon tarpeen arviointia koskevat uudet säännökset tulivat voimaan 1.3.2005 (Laki kansanterveyslain muuttamisesta 855/2004, Laki erikoissairaanhoitolain muuttamisesta 856/2004, Laki potilaan asemasta ja oikeuksista annetun lain muuttamisesta 857/2004, valtioneuvoston asetus 1019/2004). Hoidon tarpeen arviointi tulee tehdä viimeistään kolmantena arkipäivänä potilaan yhteydenotosta terveyskeskukseen. Hoidon tarpeen arvioimisen tekee terveydenhuollon ammattihenkilö, jolla on asianmukainen koulutus, kokemus sekä yhteys hoitoa antavaan laitokseen tai yksikköön. Käytettävissä täytyy olla potilasasiakirjat. Hoidon tarpeen arviointi voidaan tehdä vastaanottokäynnin yhteydessä tai puhelinpalveluna perustuen potilaan antamiin esitietoihin. Potilasasiakirjoihin tehdään asianmukaiset merkinnät hoito- ohjeesta ja toimenpide- ehdotuksesta, tämä koskee myös puhelinneuvontaa. Erikoissairaanhoidossa hoidon tarpeen arviointi on aloitettava kolmen viikon kuluessa lähetteen saapumisesta. (Hukkanen & Vallimies-Patomäki 2005, 14-15.)

Päivystystyössä potilaan hoidon tarpeen arvioinnissa on kyse sen hetkisen terveysongelman määrittämisestä ja hoidon kiireellisyyden arvioinnista. Ajoittain potilaan ja henkilökunnan näkemykset eivät kohtaa ja saattaa syntyä ikäviä ristiriitoja. Maastamme puuttuvat yhtenäiset hoidon tarpeen arviointiluokittelut. Niiden olemassaolo selkiyttäisi sekä potilaan että henkilökunnan toimintaa. Monet päivystyshankkeet, kuten Nova ja pääkaupunkiseudun päivystyshanke pyrkivät luomaan yhteneväisen toimintamallin hoidon tarpeen arvioinnille.

Olemassa olevan lainsäädännön perusteella sairaanhoitajan tehtäväkuvia voitaisiin laajentaa melko runsaasti nykyisestä käytännöstä. Uusia tehtäviä on monessa paikassa jo siirrettykin, kyse on lähinnä vallitsevien käytäntöjen virallistamisesta. Laajempien tehtävänsiirtojen mahdollistamiseksi tarvitaan kuitenkin lainsäädännöllisiä toimenpiteitä. STM:n (2005) selvityksen mukaan varsinaisia lainsäädännön muutoksia tarvittaisiin sairaanhoitajan tekemän hoidon tarpeen arviointiin ja diagnoosin tekemiseen, hoidosta päättämiseen ja jatkohoitoon lähettämiseen. Tällöin sairaanhoitajan tulisi voida määrätä laboratorio- ja röntgentutkimuksia. Lakimuutosta edellyttäisivät myös sairaanhoitajan rajattu lääkkeenmääräämisoikeus sekä oikeus kirjoittaa joitakin todistuksia ja lausuntoja. (Hukkanen & Vallimies-Patomäki 2005, 48.)

Sairaanhoitajavastaanottotoimintamallissa toiminnan tulisi perustua sekä valtakunnallisiin lainsäädännöllä vahvistettuihin yhtenäisiin käytäntöihin että paikallisiin yhdessä sovittuihin ja kirjallisesti vahvistettuihin hoitomalleihin. Näin pystyttäisiin tuottamaan laadukkaita palveluja ja turvaamaan sekä potilaiden, että henkilökunnan oikeudellinen asema.

5.2 Lääkärin ja sairaanhoitajan väliset tehtävänsiirrot

Sairaanhoitajaliiton mukaan vuonna 2005 sairaanhoitajat olivat terveydenhuollossa suurin yksittäinen työntekijäryhmä. Stakesin tilastoissa lokakuussa 2003 julkisen terveydenhuollon palveluksessa oli 31 800 sairaanhoitajaa, joista perusterveydenhuollossa työskenteli 8 400,

erikoissairaanhoidossa 20 900 ja sosiaalihuollossa 2 500. Lääkäriliiton tilaston mukaan Suomessa oli laillistettuja, työikäisiä lääkäreitä 17 946 tammikuussa 2005. (Vuorinen 2005, 7.)

Lääkäreiden tehtäviä on siirretty muulle laillistetulle hoitohenkilöstölle 75 %:ssa kaikista hoitoa antavista organisaatioista (Markkanen 2002, 16-17).

Suomessa sairaanhoitajien tehtäväkuvia on laajennettu eniten perusterveydenhuollossa. Keskeisimpinä laajennusalueina ovat olleet sairaanhoitajan ja terveydenhoitajan vastaanotto toiminta ajanvarausvastaanotolla ja päivystyksessä sekä omalääkäri- omahoitaja-työparityöskentely. (Vuorinen 2005, 17.)

Sairaanhoitajan erityisvastaanottoja pitkäaikaissairaille potilasryhmille on 91 %:ssa terveyskeskuksista (Hukkanen & Vallimies-Patomäki 2005, 13) Vuosien 2000-2004 välillä on lääkäreiden tehtäviä siirretty hoitajille 77 %:ssa terveyskeskuksista. Uudet tehtävät veivät ajallisesti vähintään 10 % vastaanottavan ryhmän työajasta. Varsinaista sairaanhoitoa oli lääkäriltä sairaanhoitajille siirretty 63 %:ssa ja ehkäisevää työtä 47 %:ssa terveyskeskuksista. (Rimpelä 2004, 16.)

Erikoissairaanhoidossa laajentamista on tehty poliklinikoilla, toimenpideyksiköissä, sydänvalvontayksiköissä ja tehohoidossa. (Ks. liitteet 1 ja 2). (Hukkanen & Vallimies-Patomäki 2005, 32 ja 34.)

Sairaanhoitajille on siirretty muun muassa seuraavia tehtäviä:

- laskimonsisäisen lääkityksen toteuttaminen annettujen ohjeiden mukaisesti
- laskimonsisäisten varjoainetutkimusten toteutukseen liittyvät tehtävät
- päivystyspotilaan hoidon tarpeen arviointia, siirto toteutettu yleisimmin terveyskeskuksissa ja aluesairaaloissa
- hoidon tarpeen arviointia, sisältäen muun muassa hoidon kiireellisyyden arviointia, tutkimista, hoidon ohjausta ja läheteiden kirjoittamista toiseen hoitoyksikköön
- erikoissairaanhoidossa painottuivat psykiatristen potilaiden hoidon

- tarpeen määrittelystä vastuun ottaminen ja dialyysihoitojen toteuttaminen
 - potilaiden kotiuttaminen lääkärin päätöksellä oli yleistä kaikissa organisaatioissa
 - poissaolotodistusten kirjoittaminen melko yleisesti (39 %)
 - pienten vammojen ensiapuluontoinen hoitaminen, yleisintä terveyskeskuksissa
 - defibrillointi
 - antikoagulanttihoitojen seuranta ja toteutus
 - jälkiehkäisy
 - ekg:n tulkinta päivystysaikana, verikokeet (humalatila, dna, isyystutkimus, arteria- astrup)
 - röntgen- ja laboratoriotutkimusten määrääminen
 - rokotusluvut
 - erilaiset ultraäänitutkimukset
- Osa vastaajista kertoi, että tehtäviä ei ole varsinaisesti siirretty, vaan ne ovat aina kuuluneet toimenkuvaan. (Markkanen 2002, 22-26.)

5.3 Sairaanhoitajien koulutus tehtävänsiirroissa

”Työssä oppimiseen liittyvällä täsmällisellä lisäkoulutuksella hoitajille voitaisiin antaa nyt vain lääkäreille määrättyjä tehtäviä” (Soininvaara 2007, 21.)

International Council of Nurses, ICN, järjestöön kuuluva Nurse Practitioner/Advanced Practise Nursing –verkoston tutkimusryhmä on selvittänyt 120 jäsenmaansa tehtäväkuvien laajennusta ja siihen liittyvää koulutusta. Vastauksia saatiin 40:stä maasta. Niistä 30 maassa oli asianmukainen koulutusohjelma, 26:ssa koulutus johti tutkintoon. Laajennettuun tehtäväkuvaan liittyviä ammattinimikkeitä oli käytössä 15 maassa. Nimikkeitä ovat esimerkiksi nurse practitioner (NP), clinical specialist ja nurse specialist. ICN:n suosituksen mukaan laajennettujen tehtäväkuvien mukainen koulutus tulisi olla maasteritasoista Yhdysvalloissa NP-koulutus aloitettiin vuonna 1965. Vuoteen 1989

mennessä koulutusohjelmista 90 prosenttia oli maisteritasoisia. Erikoistumisaloja on useita, akuuttihoito yhtenä. (Vallimies-Patomäki, Lindström & Perälä 2002, 6.)

Sairaanhoitajan laajennetut tehtäväkuvat edellyttävät valtakunnallisesti yhtenäistä koulutusta, joka tulisi järjestää yhteistyössä ammattikorkeakoulujen ja yliopistojen kesken (STM 2005; Vuorinen 2005, 9).

Ammattikorkeakoulututkinnon katsotaan antavan riittävän pohjan tehtävien siirrolle Rynäsén ym. sekä Leiwon selvityksissä, tosin joiltain osin tarvittaisiin lisäkoulutusta. Esteenä tehtävien siirrolle tutkijoiden mielestä on lääkäreiden puutteellinen tieto hoitajien koulutuksen antamasta pätevydestä eri toimenpiteiden suorittamiseen. (Vuorinen 2005, 23.)

Markkanen on selvittänyt TEHY:n toimesta tehtävänsiirtoja Suomessa. Selvityksen mukaan tehtäväsiirron mukaista henkilökohtaista koulutusta on järjestetty 70 %:ssa ja osaaminen on varmistettu näytöllä 51 %:ssa. (Markkanen 2002, 33-35.)

Tällä hetkellä osaamisen ja taitojen ylläpitäminen on yleisesti ammatinharjoittajan omalla vastuulla, organisaation toimesta tapahtuvaa systemaattista valvontaa on vähän (Markkanen 2002, 36).

Ruotsissa sairaanhoitajan rajoitettuun lääkkeenmääräämiseen oikeuttava koulutus on 20 opintoviikon laajuinen sisältäen farmakologian ja tautiopin kurseja. Erikoissairaanhoitajan ja terveydenhoitajan vastaavan koulutuksen laajuus on 10 opintoviikkoa. (Jokela 2006, 9.)

Myös koulutuksen suhteen toivotaan selkeitä, valtakunnallisia yhdenmukaisia linjauksia. STM:n selvityksessä Työnjakopiloteista esitettiin hoitajien peruskoulutuksen kehittämistä laajennettujen tehtävänkuvien vaatimusten mukaisesti. (Hukkanen & Vallimies-Patomäki 2005, 49.)

Koulutusta ei ole tarkoituksenmukaista kehittää ennen asioiden valtakunnallista valmistelua. Pohjaksi tarvitaan selkeät linjanvedot uusien toimintamallien sekä lainsäädännön muutosten osalta. Uudistuneiden tehtäväkuvien laajuuden pohjalta voidaan määrittää pitääkö koulutusta laajentaa jo peruskoulutukseen vai riittääkö rajattu lisäkoulutus erikoistumisopintojen tai jatkokoulutusohjelmien muodossa. Samalla voidaan pohtia alueellisten erityispiirteiden asettamia vaatimuksia. (Leiwo, Papp & Heikkilä 2002a, 9.)

STM:n Työnjakopiloteissa ehdotettiin perustutkinnon muuttamista käytännön työtä ja itsenäistä vastaanottoa tukevaan suuntaan. Lisäkoulutukselta toivottiin työelämälähtöisyyttä ja yhtenäisyyttä eri ammattiryhmien kesken siten, että täydennyskoulutus olisi yhteistä hoitajille ja lääkäreille (Hukkanen & Vallimies-Patomäki 2005, 50.)

Monissa työnjakopiloteissa oli räätälöity koulutuspaketti työyksikköjen omia tarpeita ajatellen, niissä tehtiin yhteistyötä ammattikorkeakoulujen tai yliopiston kanssa. Lisäksi koulutukseen oli lisätty vieriovetusta toimenpiteiden harjoittelua varten sekä alueellisten asiantuntijoiden luentoja paikallisten hoitosuositusten soveltamiseen.

Jyväskylän ammattikorkeakoulussa on mahdollista suorittaa 30 opintopisteen laajuinen erikoistumisopinto laajavastuisen hoitotyön koulutusohjelmassa. Se tähtää itsenäiseen ja vastuulliseen hoitotyön asiantuntijuuteen perusterveydenhuollossa ja on yksi vastaus kasvavalle koulutustarpeelle. (Jypoly 2006.)

5.3 Tuloksia tehtävänsiirtojen onnistumisesta

OECD:n raportissa tehtäväsiirtojen onnistumista kuvaa se, että potilaat olivat yleensä vähintään yhtä tyytyväisiä hoitajavastaanottoon kuin lääkäri vastaanottoon. Raportissa on selvitetty 16 maan tilannetta tehtäväsiirroista. (Hukkanen & Vallimies-Patomäki 2005, 13-14.)

Kansallisen terveyshankkeen työnjakopiloteissa saatiin hoitajavastaanotoista pääosin myönteisiä tuloksia. Perusterveydenhuollossa hoitajavastaanotot kattoivat parhaimmillaan lähes 60 % lääkärin ja hoitajan yhteenlasketuista vastaanottokäynneistä. Sairaanhoitajan päivystysvastaanotto kattoi jopa 28 % kaikista päivystyskäynneistä. Hoitajavastaanottojen ansiosta lääkäripäivystyksen käynnit vähenivät 5 - 15 % ja hoitajien puhelinpäivystyksen ja –neuvonnan ansiosta 18 – 25 % kuukaudessa. Potilasvahinkoja ei ilmoitettu yhtään. (Hukkanen & Vallimies-Patomäki 2005, 3-4.)

Vastaanotoilla toimivien, lisäkoulutuksen saaneiden sairaanhoitajien toiminta on laadukasta ja potilaiden hyväksymää. Se ennen kaikkea tukee potilaan itsehoitoa, joka edesauttaa hoitoon sitoutumista ja vastuun ottamista omasta terveydestään. (Vuorinen 2005, 18.)

Vallimies-Patomäen ja Lindströmin (STM, Julkaisematon lähde 2001) systemoidun kirjallisuuskatsauksen mukaan sairaanhoitajat pystyivät vastaamaan satunnaisesti heidän vastaanotolleen ohjattujen potilaiden hoidosta 80-95 prosentissa, edelleen lääkärille he lähettivät 5-20 % potilaista. Katsaus koostuu 12:sta satunnaistetusta tutkimuksesta Iso-Britanniassa, USA:ssa, Australiassa ja Kanadassa. Tutkimuksista kuusi koski sairaanhoitajien tehtäväkuvien laajentamista perusterveydenhuollossa ja viisi erikoissairanhoidossa. Niissä arvioitiin ammattiryhmien toiminnan ja hoitamisen eroja ja yhtäläisyyksiä. Tuloksia kartoitettiin potilaan terveydentilan muutosten, hoitotoimenpiteiden, tutkimusten, lääkemääräysten, jatkohoidon järjestämisen sekä kustannusten avulla. (Markkanen 2002, 13.)

Pitkäaikaissairaat ja terveydentilan seuranta tarvitsevat kokevat hyötyvänsä pelkästä hoitajavastaanotosta yhtä paljon kuin yhdistetystä hoitaja-lääkärivastaanotosta (Säilä ym. 2006, 26).

Härkösen, Suomisen, Kankkusen, Renholmin & Kärkkäisen tutkimuksessa kansalaisista puolet suhtautui myönteisesti

tehtävänsiirtoihin, 14 % tutkituista vastusti niitä (Härkönen, Suominen, Kankkunen, Renholm & Kärkkäinen 2007, 7).

5.4 Tehtävänsiirrot muissa maissa

Kansainvälisesti sairaanhoitajien tehtäväkuvia on yleisimmin laajennettu konsultaatioapuun muille terveydenhuollon ammattilaisille ja potilaan hoidon ensimmäisenä arvioijana (Ahonen 2005, 18).

Perusterveydenhuollon puolella Ruotsissa on kehitetty hoitajien vastaanotto toimintaa, Norjassa hoidon tarpeen arviointia puhelinpäivystyksessä ja Islannissa hoitajan suorittamaa saattohoitoa potilaan kotona. Tanskassa sairaanhoitajan laajennetut tehtäväkuvat liittyivät sairaus- ja seurantavastaanottoihin, jatkohoitoon sekä puhelinpalveluun. Erikoissairanhoidossa Norjassa ja Ruotsissa työnjakoa on kehitetty sydämen vajaatoimintapotilaiden hoidossa ja seurannassa sekä Tanskassa ensiavun traumatiimissä. Tehtäväkuvaa oli laajennettu vastasyntyneiden tehohoidossa, sydänvalvontayksikössä, lastentautien perioperatiivisella päivävastaanotolla sekä vammojen ja haavojen hoidossa päivystyksessä. (Hukkanen & Vallimies-Patomäki 2005, 13-14.)

Ruotsissa sairaanhoitajille voidaan myöntää rajoitettu lääkkeenmääräämisoikeus. Listalla on 30 indikaattoria ja noin 130 lääkettä, muun muassa antibiootteja, särkylääkkeitä, vitamiinivalmisteita ja diabeteksen hoitoon käytettäviä tuotteita. (Jokela 2006, 9.)

USA:ssa aloitettiin 1970-luvulla asiantuntijasairanhoitaja ns. Nurse Practitioner –toiminta. Kansainvälinen sairaanhoitajaliitto (ICN) määrittelee Nurse Practitioner –käsitteen siten, että kyseessä on rekisteröity sairaanhoitaja, jolla on vaadittava erityisosaaminen, kyky monimutkaiseen ja vaativaan päätöksentekoon ja kliininen pätevyys laajennetulle työnkuvalle. Heillä on oikeus diagnosoida ja hoitaa sekä akuutteja että kroonisia sairauksia joko itsenäisesti tai lääkärin

ohjauksessa. (Hopia, Raappana, Perttunen, Tiikkainen & Liimatainen 2006, 14.)

Isossa-Britanniassa NP:lle on siirretty muun muassa sellaisia yleislääkärin tehtäviä, joissa ei tarvita lääketieteellisiä hoitotoimenpiteitä. Australiassa NP:n toiminta-alueena ovat lähinnä maaseutu ja syrjäiset alueet, jossa ei ole lääkäripalveluja. Yhteistä jokaisen maan toiminnalle on muun muassa oikeus määrätä lääkkeitä ja diagnostisia tutkimuksia. (Vallimies-Patomäki ym. 2002, 6.)

Isossa-Britanniassa ja USA:ssa perinteisen lääkäri-hoitaja vastaanoton lisäksi toimii hoitajavetoinen vastaanottomalli, jossa tarvittavat lääkäripalvelut ostetaan (Härkönen, ym 2007, 5).

OECD:n raportin mukaan 16 maasta 11:ssä oli käytössä tai kehitteillä hoitajien laajennettuja tehtäväkuvia ja kahdeksassa maassa hoitajilla oli rajattu lääkkeenmääräämisoikeus (Hukkanen & Vallimies-Patomäki 2005, 13-14).

5.5 Tehtävänsiirrot tulevaisuudessa

Sosiaali- ja terveysministeriön mukaan sairaanhoitajien tehtäväkuvien laajentaminen on keskeinen keino parantaa terveyspalveluiden saatavuutta ja turvata työvoiman riittävyys ottaen samalla huomioon terveyspalveluiden laadun ja potilasturvallisuuden vaatimukset (Vuorinen 2005, 17).

Tehtävien ja vastuiden siirtoa puoltaa kiristynvä taloudellinen tilanne ja henkilöstöpula, lisäksi henkilökunnan ammattitaito tulee tarkoituksenmukaisempaan käyttöön (Leiwo ym. 2002a, 932).

Tulevaisuuden haasteena meillä Suomessa on Nurse Practitioner- tasoisen hoitotyön ja sen edellyttämän osaamisen tunnustaminen (Hopia, ym. 2006, 14).

Tavoitteena monessa maassa on sairaanhoitajien toimenkuvien kehittämisen avulla täydentää ja osittain korvatakin lääkäreiden tuottamia terveyspalveluita (Vallimies-Patomäki ym. 2002, 6).

Tyypin 2 diabeteksen, astman ja sydämen vajaatoiminnan hoidossa pääpaino on ohjauksella ja neuvonnalla. Hoitohenkilökunnalle voitaisiin siirtää näiden potilaiden kontrollikäynnit, niihin liittyvä laboratorio- ym. tutkimusten määrääminen ja lääkkeiden uusiminen. Vähäriskisten potilaiden hoidon vastuuta ensi- ja tehohoidossa sekä anestesiatyössä voitaisiin siirtää kuten myös päihde- ja mielenterveysongelmaisten hoidossa ja syöpäpotilaiden kontrollikäynneissä. Hoitajille voitaisiin myöntää oikeus määrätä lääkkeitä joihinkin infektioihin, kuten angiinaan, sinuiittiin, virtsatieinfektioihin ja joihinkin silmätulehduksiin. Verenhennuslääkitystä saavan potilaan jatkohoito voitaisiin siirtää, samoin lääkemääräysten antaminen influenssarokotteesta. Ehkäisyn ja jälkiehkäisyn hoito voitaisiin siirtää terveydenhoitajille ja kätilöille. Kivunhoitoa voitaisiin siirtää nykyistä enemmän hoitotyön vastuulle. (Leivo ym. 2002a, 932 – 933.)

Oleellinen tavoite tehtävien siirrossa on korkeatasoisen hoidon turvaaminen. Tehokkaana työkaluna on eri ammattiryhmien ja yksilöiden osaamisen tehokas hyödyntäminen. Eri ammattiryhmien ja yksilöiden välisen yhteistyön toimivuus on ensisijaisen tärkeää, on katsottu, että asiantuntijoiden verkottuminen on keskeinen piirre tulevaisuudessa. Selvitysten mukaan tehtävien siirrot eri ammattiryhmien välillä ovat yleisiä ja laajasti toteutettuja etenkin perusterveydenhuollossa. Työnjaon kehittäminen on liittynyt yleisimmin hoitajavastaanottotyöhön. Se on sisältänyt muun muassa hoidon tarpeen arviointia, puhelinneuvontaa ja hoitoon ohjausta sekä pitkäaikaissairaiden seuranta. Hoitoa antavissa organisaatioissa lääkärin tehtäviä on hoitajille siirretty noin 75 %:ssa ja ajallisesti siirretyt tehtävät ovat vieneet noin 10 % työajasta. Selvitykset tehtävien siirtojen onnistumisesta ovat pääsääntöisesti hyvin myönteisiä sekä väestön että kohteena olevien ammattihenkilöiden osalta. Laajennetuissa sairaanhoitajan vastaanotoissa väestö arvostaa ennen

kaikkea nopeampaa hoitoon pääsyä ja kiireetöntä, keskustelempaa työtettä, etenkin alempien sosiaaliryhmien asiakkaat kokevat saavansa parempaa hoitoa ja kohtelua.

Sairaanhoitajan vastaanottoiminnan käynnistäminen myös suurissa ja ruuhkaisissa yhteispäivystyksissä olisi tärkeää toiminnan joustavuuden sekä eri ammattiryhmien osaamisen järkevän hyödyntämisen kannalta. Hyvin organisoitujen sairaanhoitajavastaanottojen avulla voitaisiin lääkärin työpanosta kohdentaa erityisesti päivystyksellistä hoitoa vaativiin potilaisiin.

Suurena ongelmana tällä hetkellä koetaan toiminnan epämääräisyys. STM:n Työnjakopilottien selvityksessä esitettiin yhtenäisiä toimintatapojen ja ohjeistusten määrityksiä. Laajennettujen tehtäväkuvien yhtenäiset pätevyysvaatimukset, toimivaltuudet ja vastuut tulisi sopia, samoin puhelinneuvonnan yhtenäinen ohjeistus ja triage -protokolla sekä kirjaaminen. (Hukkanen & Vallimies-Patomäki 2005, 47.)

Tehtävien ja vastuiden uudistaminen edellyttävät linjauksien selkeyttä ja yhtenäistä, valtakunnallisen tason valmistelua (Leiwo ym. 2002b, 9).

Työnjakopiloteista saatujen myönteisten kokemusten perusteella voidaan valtakunnallista ohjeistusta odottaa lähitulevaisuudessa. Viime aikoina on päivystyspotilaiden hoitoon liittyen alkanut useita projekteja, joiden tavoitteena on kehittää ja yhtenäistää hoitoprosesseja, esimerkkeinä NOVA -hanke ja HUS -päivystyshanke. Näissä hankkeissa on pohdittu myös tehtävänsiirtoja ja erityisesti sairaanhoitajan osuutta hoidon tarpeen arvioinnissa.

6 SAIRAANHOITAJAVASTAANOTTOTOIMINTA SUOMESSA

Sairaanhoitajavastaanottotoiminta on maassamme eniten laajentunut perusterveydenhuollon vastaanotoissa ja erikoissairaanhoidossa ajanvarauspoliklinikoilla. Päivystyspoliklinikoilla ei perinteistä sairaanhoitajan vastaanottotoimintaa ole yleisesti käytössä. Potilaan ensimmäisenä tapaavan sairaanhoitajan toiminta on kohdentunut hoidon tarpeellisuuden ja kiireellisyyden arviointiin sekä potilaan ohjaamiseen oikeaan hoitoryhmään.

6.1 Sairaanhoitajavastaanotto

”Vuosia sitten parivuotias poikani sai hengitysvaikeuksia ja tuntui tukehtuvan. Aurorassa lastensairaalan vastaanottovirkailija kertoi, että kyse on valeskuristustaudista. Lääkäri antaa siihen adrenaliinia, olkaa huoletta. Pitkältä tuntuneen odottelun jälkeen pääsimme lääkärin puheille. Tämä totesi taudin valeskuristustaudiksi ja antoi adrenaliinipistoksen.”(Soininvaara 2007, 21.)

Hukkasen ja Vallimies-Patomäen mukaan hoitajavastaanotto- käsite kuvaa hoitajan suorittamaa vastaanottotyötä. Äkillisessä terveysongelmassa se voi sisältää muun muassa hoidon tarpeen arviointia, tarkoituksenmukaiseen hoitoon ohjausta, hoitotoimintaa sekä puhelinneuvontaa. Pitkäaikaissairaiden kohdalla se voi olla esimerkiksi seurantaa. (Hukkanen, Vallimies-Patomäki 2005, 3.)

Säilän ym. tutkimuksessa hoitajavastaanotolla tarkoitetaan kaikkia niitä vastaanottoja, joilla potilas tapaa hoitohenkilökunnan edustajan, mutta ei lääkäriä (Säilä ym. 2006, 23).

Ahosen mukaan hoitajien suorittama vastaanottotoiminta on ollut melko vähäistä ja kohdentunut perusterveydenhuollossa lähinnä tiettyihin

erikoisaloihin, kuten diabetes- ja verenpainepotilaisiin. Yhtenä toiminnan muotona on lääkärin ja hoitajan muodostama työpari, jossa tavoitteena on potilaan kokonaisvaltainen hoitaminen. Hoitajan osuus perustuu yksilövastuun hoitotyön periaatteisiin. (Ahonen 2005, 6.)

Hoitajavastaanottoja on usealla Tampereen Yliopistollisen sairaalan poliklinikalla. Useimmilla poliklinikoilla hoitajavastaanotot painottuvat neuvontaan ja ohjaukseen, tutkimusvastaanotoilla hoitajat suorittavat potilaan hoitoon liittyviä, lääkärin suunnittelempia tutkimuksia. (Säilä ym. 2006, 23.)

Sairaanhoitajan olisi mahdollista toimia ensimmäisenä hoidon tarpeen arvioijana suurimmalle osalle vastaanotoille tulevista potilaista. Potilas voisi halutessaan päästä lääkärille, sairaanhoitaja voisi konsultoida lääkäriä tai potilas voisi ohjautua muuhun jatkohoitoon. Samalla asiakkaat saisivat valita eri vaihtoehtoista, jolloin hoitoon pääsy nopeutuisi. (Ahonen 2005, 19.)

Hoitajavastaanottojen ansiosta henkilöstöresurssit saadaan tehokkaampaan käyttöön ja hoidon saatavuus paranee, koska lääkäri vastaanottojen kuormitus vähenee (Säilä ym. 2006, 26).

Erittäin myönteisiä kokemuksia päivystävän sairaanhoitajan uudistetusta toimintamallista on saatu Ylivieskan seutukunnan alueella toteutetusta Hola, hoitajien toimenkuvien laajentaminen, -projektista. Hola -projektin tavoitteena oli perusterveydenhuollon palvelujen toimivuuden ja saatavuuden parantaminen. Projektissa pyrittiin uudistamaan ja kehittämään sairaanhoitajien ja lääkäreiden välistä työnjakoa, virallistamalla ja tunnistamalla jo aikaisemmin siirtyneet tehtävä- ja hoitovastuut. Tarkoituksena oli myös luoda tehtävänsiirrot mahdollistava koulutusohjelma ja nostaa esille mahdolliset lainmuutostarpeet. Projektin myötä luotiin uudenlainen päivystävän sairaanhoitajan toimintamalli, jossa tehtävänsiirtoina osa perinteisesti lääkärille kuuluvista tehtävistä siirrettiin sairaanhoitajille koulutuksen ja vieriovetuksen avulla. (Rajala 2005, 10 ja 20.)

Esimerkkinä kansallisista hankkeista on terveystieteen koottu vastaanottavan sairaanhoitajan ohjeistus, jota voidaan käyttää apuna potilaan hoidon tarpeen arvioinnissa ja hoitamisessa niin päivystyksessä kuin puhelinneuvonnassakin.

6.2 Esimerkkejä sairaanhoitajan tehtäväkuvista ensihoitoyksiköissä

Satakunnan keskussairaalan päivystyspoliklinikalla vastaanottava sairaanhoitaja haastattelee tulevat potilaat, tekee ensiarvion heidän voinnistaan, informoi hoitotyöryhmää ja on potilaan apuna hänen odottaessaan lääkärille pääsyä (Satakunnan sairaanhoitopiiri 2005).

Vaasan keskussairaalassa potilaan tullessa ensiapuun hänet ottaa vastaan sairaanhoitaja tai osastonsihtööri. Vastaanottava sairaanhoitaja arvioi hoidon kiireellisyyden ja sijoittaa potilaan sairauden tai vamman vaatiman hoidon mukaisesti oikeaan hoitoryhmään. Tavoitteena on, että jokaisella potilaalla on oma hoitaja. (Vaasan keskussairaala 2005.)

Kanta-Hämeen keskussairaalassa vastaanottava sairaanhoitaja arvioi kuuluuko potilas perusterveydenhuollon vai erikoissairaanhoidon hoidettavaksi ja tekee alustavan arvion hoidon tarpeen kiireellisyydestä terveyskeskusten ja erikoissairaanhoidon sopiman luokituksen mukaisesti. Potilaat, joiden hoito voi terveyden vaarantumatta odottaa seuraavaan arkipäivään, ohjataan ottamaan yhteyttä omaan terveyskeskukseen. (Heinonen 2007, 4.)

Sairanhoitaja tekee kiireellisyysarviointia uusien potilaiden hakeutuessa vastaanotolle ja ohjaa monesti jo tutkimuksiin ennen lääkärillä käyntiä neuvoteltuaan lääkärin kanssa (Kuusamo 2006).

Yhteispäivestyksissä ei ole ollut useinkaan mahdollista resursoida erillistä sairaanhoitajavastaanottoa. Aulahoitaja voisi hoidon tarpeen arvioinnin yhteydessä ohjata osan potilaista sairaanhoitajan vastaanotolle

päivystyksen tilanteesta riippuen. Ruuhkatilanteissa tämä ei kuitenkaan ole useinkaan mahdollista ja potilaita joudutaan ohjaamaan lääkärin vastaanotolle tai omille terveysasemille seuraavaksi päiväksi.

7 SAIRAAHOITAJAVASTAANOTON TOIMINTAMALLIN KUVAUS

Tämän työn yhtenä tarkoituksena on käynnistää lääkärin ja sairaanhoitajan välisen työnjaon kehittäminen NOVA -hankkeen tavoitteiden mukaisesti. Tarkoituksena ei ole luoda valmista toimintamallia, vaan olla suunnittelun ja kehittämisen työkaluna, kun tehtävänsiirtoja tarkastellaan yhteispäivystyksen toiminnan käynnistyessä vuoden 2008 alussa.

Sairaanhoitajan vastaanottotoiminta on laajentunut myös päivystystyössä maassamme ripeästi ja erityisesti perusterveydenhuollon vastaanotoilla se on nykyään jokapäiväistä toimintaa. Kokemukset tehtävien uudeltaisesta järjestelystä ovat pääosin myönteisiä. Paikallisesti kokemusta on kertynyt Jyväskylän kaupungin Tuuma-hankkeen ja Palokan terveydenhuollon kuntayhtymän sairaanhoitajavastaanottotoiminnan myötä.

Hola -projektissa saatujen kokemusten mukaan työnjakoa uudistettaessa muutoksista on sovittava työyhteisössä yhteisesti. Toimenkuvan laajentamiseen osallistuvilla hoitajilla on oltava kiinnostusta ja motivaatiota uudeltaisiin tehtäviin ja lääkäreiltä on saatava tukea sekä tarvittaessa vieriovetusta toimenpiteiden opettelemisessa. Työyhteisössä on keskusteltava ja sovittava yhteisistä hoitolinjoista ja kaikkien tulee myös sitoutua niihin. Tehtävänsiirtojen myötä on sovittava myös työn vaatavuutta vastaavasta palkasta sekä huolehdittava riittävästä koulutuksesta ja ammattitaidosta. (Rajala 2005, 17.)

Useissa pilottiprojekteissa sairaanhoitajavastaanottotoimintaa on ryhdytty kehittämään lääkäri työvoiman vaikean saatavuuden takia, palvelujen saatavuus on pyritty turvaamaan näin.

Yhteispäivystyksissä ei yleensä ongelmana koeta lääkäri työvoiman saatavuutta, vaan ongelmana on ollut ennemminkin päivystystyöhön erikoistuneiden lääkäreiden puuttuminen ja päivystäjien suuri alati vaihtuva joukko (Teittinen 2007, 40-41).

Tulevaisuuden haasteena yhteispäivystyksessä on suurten potilasmäärien mukanaan tuoma työpaine. Kasvava vanhusten määrä sekä päihteiden aiheuttamat haitat tulevat todennäköisesti ruuhkauttamaan päivystykset. Ilman asianmukaista hoidon tarpeen ja kiireellisyyden arviointia on vaikeaa erottaa välitöntä hoitoa vaativat potilaat muista lievemmin sairaista potilaista.

Keski-Suomen sairaanhoitopiirissä käynnistyvän yhteispäivystyksen uusia NOVA -toimintamalleja on kehitetty ja suunniteltu laajamittaisessa yhteistyöhankkeessa eri toimijoiden kanssa. Teoreettisten toimintaprosessien siirtäminen käytännön toiminnaksi on kuitenkin prosessin haasteellisin vaihe. Toiminnan alkaessa uusissa tiloissa, osin uuden henkilökunnan toimesta on mahdollista käynnistää myös täysin uudenlaisia toimintamalleja.

Sairaanhoitajan vastaanottotoiminta tulisi kohdentumaan tiettyihin ennalta sovittuihin potilasryhmiin, esimerkiksi ylähengitystietulehdusten ja pienten tapaturmien hoitoon. Näidenkin potilaiden osuus yhteispäivystyksen kokonaiskävijämäärästä on vuositasolla huomattava, joten toimintamallin muutoksella olisi merkittävä vaikutus yhteispäivystyksen työnjakoon ja toiminnan sujuvuuteen.

Sairaanhoitajan vastaanoton voisi organisoida osaksi triage -ryhmää, jolloin terveyskeskuspotilaiden hoidosta vastuussa oleva hoitaja olisi arvioimassa potilaita jo ilmoittautumisvaiheessa. Hoidon kiireellisyyden ja -tarpeen arvion jälkeen osa D/E -ryhmän potilaista ohjautuisi hänen vastaanotolleen. Tässä mallissa luotettavuutta ja potilasturvallisuutta lisäisi, jos triage -ryhmässä toimisi myös lääkäri, näin saataisiin alustavaan hoitoarvioon myös lääketieteellinen näkökulma. Toiminnan käynnistäminen ei myöskään vaatisi suuria henkilöstöresursointia ja

terveyskeskushoitajan työpanosta pystyttäisiin hyödyntämään myös kiireellisempää hoitoa vaativien potilaiden hoitoon. (Ks. kuvio 1) Kuviossa 2 on esitetty kirjoittajien näkemyksiä nelikenttäanalyysin keinoin tekijöistä, jotka vaikuttavat uudenlaisen sairaanhoitajan vastaanottotoimintamallin käynnistymiseen.

<u>Vahvuudet</u>	<u>Heikkoudet</u>
<ul style="list-style-type: none"> • Ammattitaito ja osaaminen paremmin käyttöön. • Potilastyytyväisyys, parempi palvelu. • Päivystystoiminnan sujuvuus. Oikeat potilaat oikeassa paikassa. • Tasaa ruuhkia ja jakaa työpainetta. Tiimityöskentely. 	<ul style="list-style-type: none"> • Ammattiryhmien välinen eriarvoisuus. • Sitoo resursseja: koulutus, perehdytys. • Hyvä palvelu lisää kysyntää. • Syö vähäiset hoitajaresurssit muusta vahvuudesta pois.
<u>Mahdollisuudet</u>	<u>Uhat</u>
<ul style="list-style-type: none"> • Vastuullisuus työstä ja ammattitaito lisääntyvät. • Ammattiryhmien välinen yhteistyö tiivistyy. • Koulutusta ja perehtymistä uusiin tehtäviin. • Kannetaan vastuuta koko prosessista. • Kannustava palkkaus. 	<ul style="list-style-type: none"> • Huonosti valmisteltu hallinnollinen päätös, ilman riittävää koulutusta ja asioista sopimista. • Uudistusähky, ei herätä kiinnostusta. • Potilaiden ennakkoluulot uudistuksille. • Suunnitelmat jäävät paperille.

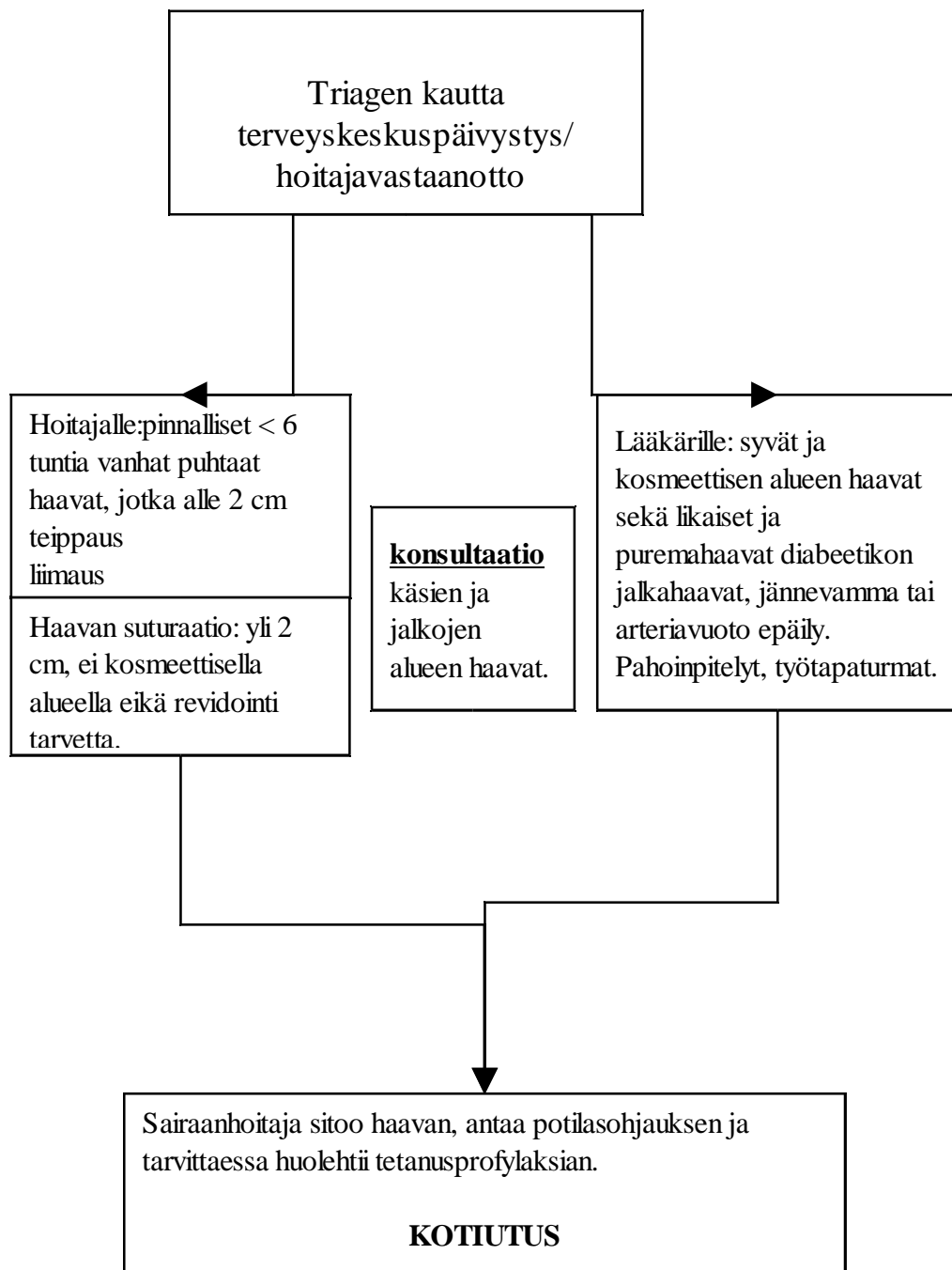
KUVIO 2. Nelikenttä sairaanhoitajan vastaanottotoiminnan käynnistämiseen vaikuttavista tekijöistä.

seuraavien potilasryhmien hoitovastuun siirtämisestä lääkäriltä sairaanhoitajille on saatu myönteisiä kokemuksia perusterveydenhuollon tehtävänsiirtohankkeissa. Nämä voisivat olla myös hyvä lähtökohta suunniteltaessa mahdollisia tehtävänsiirtoja ja siihen liittyvää koulutusta Keski-Suomen sairaanhoitopiirin yhteispäivystyksessä.

- Ylähengitystietulehdukset tarvittavineen pikatesteineen ja laboratoriotutkimuksineen
- Pienten tapaturmien hoito
- Venähdysvammojen arviointi ja hoito
- Silmävammoista side- ja sarveiskalvonrikat, hitsarinsilmä ja lumisokeus, ei kuitenkaan työtapaturmat
- Aikuisten komplisoitumattomien alempien virtsateiden tulehdusten tutkimus ja hoito
- Virtsaumpipotilaan kertakatetrointi ja ohjaus
- Tukkeutuneen Cystofix -katetrin huuhtelu ja tarvittaessa uusiminen vaihtovaijerin avulla
- Pähdepotilaan ohjaus
- Sairauslomatodistusten kirjoittaminen (1-5 vrk)

Seuraavassa luvussa olemme esittäneet vuokaavion keinoin kahden potilasryhmän hoitoprosessiin liittyvät vaiheet, sairaanhoitajan vastaanotolla. Potilasryhmiksi valittiin haava- ja pähdepotilaat erityisesti niiden suuren volyymin vuoksi. Lisäksi pähdepotilaan kohdalla olennaisena funktiona on vuorovaikutuksen onnistuminen sekä ohjauksellinen ja elämäntapaneuvontaa sisältävä työote, seikat joita voidaan pitää hoitotyön keskeisinä osaamisalueina.

7.1 Haavapotilaan kulku yhteispäivystyksessä

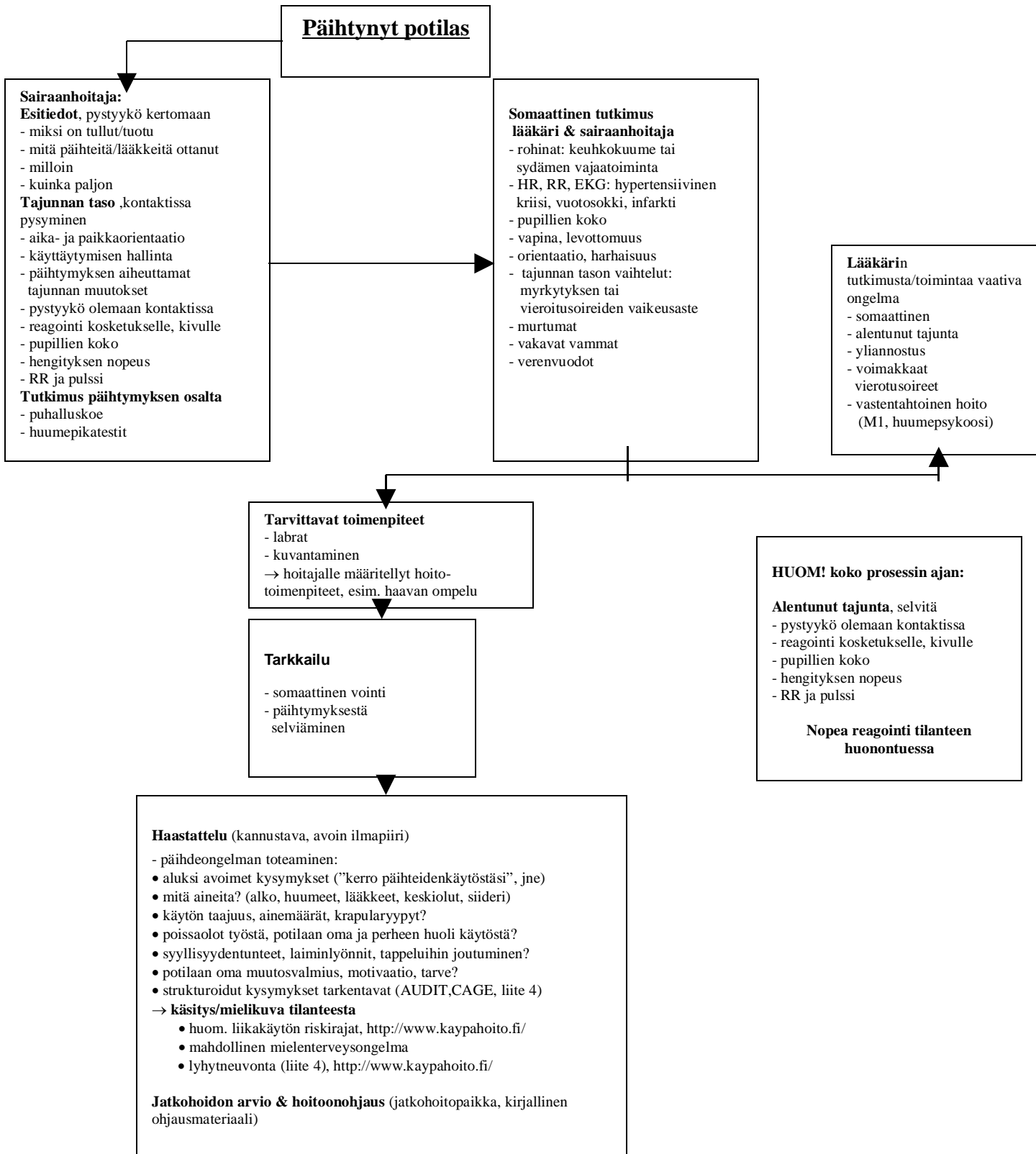


KUVIO 3. Haavapotilaan kulku yhteispäivystyksessä.

Prosessikuvauksessa tarkastellaan pääpiirteittäin kuinka pienten tapaturmien ja haavojen hoidon osalta voitaisiin toimia uudessa Nova-prosessissa. Triage -ryhmän arvion jälkeen osa potilaista ohjautuu sairaanhoitajan vastaanotolle, jossa hoidon tarpeen arvioinnin ja

tarvittavan konsultoinnin jälkeen tehtävänsiirtoihin koulutettu sairaanhoitaja voi suorittaa itsenäisesti potilaan hoitamisen ja siihen liittyvän ohjauksen ja kotiutuksen.

7.2 Päihdepotilaan kulku yhteispäivystyksessä



KUVIO 4. Päihdepotilaan kulku yhteispäivystyksessä.

Päihdepotilaan hoito päivystysvastaanotolla koetaan usein hankalana ja turhauttavana. Päihdepotilaat tulevat päivystykseen yleensä tapaturman, yliannostuksen, vieroitusoireiden tai itsemurhayrityksen seurauksena. Somaattinen apu osataan antaa mutta päihdeiden käyttöön puuttuminen, riippuvuusongelmien hoito koetaan vaikeana. Suuren potilasmäärän takia päivystysvastaanotto on kuitenkin avainasemassa päihdeongelmiin tarttumisessa, lisäksi suurin osa potilaista suhtautuu myönteisesti päihdeasioista kysymiseen. Liitteenä (Ks. liite 4) on tiivistelmä päihdepotilaan hoidossa huomioitavista seikoista.

8 POHDINTA

Tässä työssä olemme tarkastelleet sairaanhoitajavastaanottomallin soveltuvuutta päivystyspotilaan ja erityisesti yhteispäivystyksessä tapahtuvan potilaan hoitoprosessiin. Tehtävänsiirrot ja varsinkin sairaanhoitajavastaanottotoiminta on yleistynyt toimintamalli maassamme perusterveydenhuollon puolella. Toimintaa on perusteltu hoidon saatavuuden turvaamisella ja terveydenhuollon ammattiryhmien osaamisen järkevällä hyödyntämisellä. Toiminnasta raportoidut tulokset ovat olleet myönteisiä ja kannustaneet vakinaistamaan uudenlaiset työtavat. Varsinaista tutkittua tietoa tehtävänsiirroista terveydenhuollossa on kuitenkin vielä varsin vähän saatavilla.

Yhteispäivystyksiä voidaan pitää uutena 2000-luvun ilmiönä, toiminta on kuitenkin jatkuvasti laajenemassa päivystyspisteiden keskittyessä yhä harvempiin yksiköihin. Sairaanhoitajan vastaanottotoiminnasta osana yhteispäivystyksen prosessia ei löytynyt raportoitua tietoa. Voidaan kuitenkin olettaa että osa yhteispäivystyksen potilaista hoidetaan pelkästään sairaanhoitajan vastaanottotoiminnan kautta.

Terveydenhuoltoa säätelevät lait ja asetukset antavat mahdollisuuksia tehtäviensäirroille lääkäriltä hoitajille. Lain henki on kuitenkin sellainen, että ammattihenkilön tulee pidättäytyä sellaisten tehtävien suorittamisesta

joihin hänen koulutuksensa tai ammattitaitonsa eivät riitä tai hänen toimintamahdollisuutensa ovat rajoitetut. Odotettavissa on, että tehtävänsiirtojen yleistyessä myös lainsäädäntöä tullaan muokkaamaan toimintaa paremmin tukevaksi ja esimerkiksi sairaanhoitajien rajoitettu lääkkeenmääräämisoikeus tulee olemaan tulevaisuudessa mahdollista.

Sairaanhoitajien koulutuksen kehittäminen tehtävänsiirtojen osalta kaipaa valtakunnallisia suosituksia ja ohjeistuksia. Tehtävänsiirtoja ei pystytä toteuttamaan ilman siihen erikseen räätälöityä lisäkoulutusta ja vieriovetusta, keskeisenä näkökulmana tulisi olla työelämälähtöisyys. Nopeatempoisessa päivystystyössä tulisi olla selkeät ja yhtenäiset, koko henkilöstön yhdessä rakentamat ja kirjaamat toimintatavat, joiden tulisi myös toteutua ympäri vuorokauden. Koulutuksen avulla voidaan vastata osaltaan myös tähän tarpeeseen.

Keski-Suomen sairaanhoitopiirissä aloittaa vuoden 2008 alussa alueellinen yhteispäivystys, joka tulee vastaamaan erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon ensiapuluonteisesta toiminnasta ympäri vuorokauden. Samalla yhdistetään kahden eri organisaation henkilöstöä sekä toimintatapoja. Ennen toiminnan varsinaista käynnistämistä organisaation tulee pohtia ja hioa toimintamalleja. Yhtenä toimintamalliajatuksena on sairaanhoitajan vastaanottotoiminnan käynnistäminen, jonka avulla pystytään kohdentamaan henkilöstön ammatillista osaamista paremmin ja pitämään toiminta sujuvana. Sairaanhoitajan työ tulee näin kehittymään asiantuntijuuden suuntaan. Toiminnan kehittämisen lähtökohtana tulee olla laadukas, joustava sekä asiakaslähtöinen hoito päivystyspotilaille.

Toiminnan käynnistämisen edellytykset:

- Yhteiset kirjatut ohjeistukset hoitokäytännöistä ja tehtävänsiirroista, joihin henkilökunta myös sitoutuu.
- Räätälöity koulutus tehtävänsiirroista ja hoitokäytännöistä, johon sisältyy lääkäreiden antama vieriovetus.
- Lääkärikonsultaatiokäytännöistä sopiminen.
- Sairaanhoitajilla, jotka sitoutuvat tehtävänsiirtoihin tulee olla

kiinnostusta ja motivaatiota uudensuuntaisiin tehtäviin ja lääkäreiden tulee tukea toimintaa.

- Koulutus ja ammatillinen osaaminen tulee varmistaa.
- Toimintaan sitoutuville tulee maksaa työn vaativuuden mukaista palkkaa.

Opinnäytetyössä olemme tarkastelleet haavapotilaan ja päihdepotilaan esimerkkien kautta kuinka sairaanhoitajan vastaanotolla toiminta on mahdollista järjestää. Esimerkkimallit ovat suuntaa antavia ja keskeistä on toimintamallien hiominen työyhteisön sisäisenä koulutuksena.

Tehtävänsiirtojen toteutuksen esteeksi saattavat muodostua perinteiset, ammattiryhmien väliset tiukat tehtävänrajaukset sekä kielteiset asenteet uusille tehtäville. Jos toimintaa ei suunnitella riittävän huolella, ongelmaksi voivat nousta epäselvät vastuukysymykset. Myös päivystyspalvelujen väärinkäyttöä voi ilmetä, jos tavoitteena on vastata kaikkeen väestöltä tulevaan tarpeen kysyntään.

Opinnäytetyön tekemisessä olemme törmänneet suureen, sirpaleiseen tietomäärään, josta kokonaisuuksien hahmottaminen on ollut vaikeaa. Paremmat kokonaiskäsityksen tehtävänsiirroista olisi saanut tutustumalla pilottihankkeisiin käytännössä. Työn tulosten jatkotyöstäminen vaatii aktiivisuutta yhteispäivystyksen henkilökunnalta ja avainasemassa siinä ovat esimiehet. Uuden henkilökunnan perehdyttäminen ja uusien toimintamallien työstäminen voidaan hyvin nivoa yhteen ennen yhteispäivystyksen käynnistämistä.

Yhtenä vaihtoehtona on kehittää alueellista yhteistyötä, jolloin voidaan linjata tehtävänsiirtoihin ja hoidon tarpeellisuuden arviointiin liittyviä kysymyksiä ja räätälöidä tarvittavaa koulutusta. Alueella on vireillä seututerveyskeskushanke, joka mahdollisesti entisestään tulee tiivistämään päivystysyhteistyötä ja näin ollen myös tarve yhteneville alueellisille toimintamalleille lisääntyy. Jatkossa yhteistyö vastaavien yhteispäivystysyksiköiden kanssa on järkevää. Yhtenäisten

toimintamallien työstäminen valtakunnan tasolla tuo varmasti selkeyttä moneen päivystyspotilaan hoitamiseen liittyvään ongelmaan.

Tässä työssä on ollut haasteellista kerätä tietoa aihealueesta, joka koskettaa juuri sitä ammatillista osaamisaluetta missä toinen tekijöistä päivittäin työskentelee. Työn puutteena voidaan pitää ohjausryhmän puuttumista. Sen avulla projektin käytännön kehittäminen olisi saanut laajemman näkemyksen. Ajankäyttö opiskelun, työnteon ja kehittämisprojektien välillä on usein hyvin vaikeaa ja haasteellista. Toisaalta tämän työn pohjalta voidaan käynnistää varsinainen kehittämisprojekti, joka luo uudenlaiset toimintamallit käytännön työelämään ja suunnittelee siihen liittyvän koulutuksen..

LÄHTEET

- Ahonen, M-L. 2005. Omahoitaja terveystieteiden vastanottotoiminnassa. Kuopio; Kuopion yliopisto. Pro gradu –tutkielma.
- Heinonen, P. 2007. Ilta- ja viikonloppupäivystys loppuu 1.4.2007 terveystieteiden Janakkalan kunnan tiedotuslehden verkkosivut. Viitattu 20.4.2007. <http://www.janakkala.fi/fp-web/tiedotuslehti%201-07.pdf>
- Hirsijärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2003. Tutki ja kirjoita 6-9 painos. Helsinki: Tammi
- Hopia, H., Raappana, M., Perttunen, J., Tiikkainen, P. & Liimatainen, L. 2006. Laajavastuinen hoitotyö asiantuntijasairaanhoitajan haasteena. Sairaanhoitaja 8. Vol 79, 14.
- Hukkanen, E. & Vallimies-Patomäki, M. 2005. Yhteistyö ja työnjako hoitoon pääsyn turvaamisessa. Selvitys Kansallisen terveystieteiden työnjakopiloteista. Helsinki. Sosiaali- ja terveystieteiden ministeriön selvityksiä. Viitattu 15.3.2007. <http://www.stm.fi/Resource.phx/publishing/store/2005/10/pr1129788573664/passthru.pdf>
- Härkönen, E., Suominen, T., Kankkunen, P., Renholm, M. & Kärkkäinen, O. 2007. Hoitajavastaanotot erikoissairaanhoidon polikliinisessä hoitotyössä -potilaiden kuvaus tyytyväisyydestä. Tutkiva Hoitotyö, Vol.5 (1), 5-7.
- ICN. Nurse Practitioner/Advanced Practice Network. 2005. Scope of Practice, Standards and Competencies of the Advanced Practice Nurse Final Revision January 2005. Viitattu 20.4.2007. <http://icn-apnetwork.org/>
- Jokela, K. 2006. Sairaanhoitajien oikeus kirjoittaa lääkemääräyksiä. Kokemuksia Ruotsista. Sairaanhoitaja 5, VOL 79, 9.
- Kanttonen, J, Kauppila, T. & Kockberg, I. 2007. Päivystyksen organisaatiomuutokset vähensivät lääkäri- ja sairaanhoitajien määrää. Suomen Lääkärilehti 9 (62), 897–901.
- Kuusamo 2006. Viitattu 29.4.2007. <http://www.kuusamo.fi/Resource.phx/sivut/sivut-kuusamo/terveys/sh-vastaanotto/vastaanottava.htm>
- Käypä hoito 2005. Alkoholiongelmaisen hoito. Suomalainen Lääkäriseura Duodecim. 24.3.2005. Viitattu 22.4.2007. http://www.kaypahoito.fi/kh/kh_julkaisu.NaytaArtikkeli?p_artikkeli=hoi50028
- Laine, P. 2002. Päihdepotilas terveystieteiden päivystyksessä. Duodecim 118(3), 312-316.
- Leiwo, L., Papp, I. & Heikkilä, J. 2002a. Terveystieteiden johtajien ja esimiesten näkemyksiä tehtävien siirtämisestä lääkäreiltä hoitajille. Suomen Lääkärilehti 8, 932-933.

- Leiwo, L., Papp, I. & Heikkilä, J. 2002b. Vastuiden ja tehtävien siirto. Sairaanhoidaja 6-7, Vol 75, 9.
- Markkanen, K. 2002. Tehtäväsiirrot terveydenhuollossa. Sarja B: Selvityksiä 1. TEHY.
- Miettola, J., Halinen, M., Lipponen, P., Hietakorpi, S., Kaukonen, M. & Kumpusalo, E. 2003a. Kuopion yhteispäivystystutkimus. Yleislääkäripäivystyksen toimivuus ja odotusajat kiireellisyysluokittain. Suomen lääkärilehti 3 (58), 305–308.
- Miettola, J., Halinen, M., Lipponen, P., Hietakorpi, S., Kaukonen, M. & Kumpusalo, E. 2003b. Kuopion yhteispäivystystutkimus. Kuopion yhteispäivystyksen yleislääkäripäivystyksen käyntisytyt ja konsultaatiot. Suomen lääkärilehti 4 (58), 415–418.
- Miettola, J., Halinen, M., Lipponen, P., Hietakorpi, S., Kaukonen, M. & Kumpusalo, E. 2003c. Kuopion yhteispäivystystutkimus. Onko yhteispäivystyksessä turhia käyntejä. Suomen lääkärilehti 5 (58), 539-541.
- Miettola, J., Halinen, M., Lipponen, P., Hietakorpi, S., Kaukonen, M. & Kumpusalo, E. 2003d. Kuopion yhteispäivystystutkimus. Asiakastytyväisyys. Suomen lääkärilehti 30-32(58), 3108-3110.
- Mäntymaa, M. 2003. Yhteistoiminta päivystyksen järjestämisessä. Kunnallislääkäri 3/2003, 18 vsk, 17–20.
- Neittaanmäki, R. 2005. Keski-Suomen keskussairaalan päivystyspoliklinikan toiminnan tilastollinen analyysi NOVA-hanke. Raportti. Arora Center/Jyväskylän yliopisto.
- NOVA. Nopean vasteen toiminta päivystystyössä 2006. Viitattu 5.5.2007. Keski-Suomen sairaanhoitopiiri. <http://nova.ksshp.fi/>
- NOVA -yhteispäivystysprosessi 2007. DI Marko Helenius. Lahden teknillinen korkeakoulu. Julkaisematon lähde.
- Pitkälä, K. 2006. Perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon päivystisyhteistyö. Pro gradu-tutkielma. Kuopion yliopisto Terveystieteiden ja – talouden laitos.
- Rajala, R-K. 2005. Hoidajien toimenkuvan laajentaminen. Loppuraportti. Vieskan terveydenhuollon kuntayhtymä.
- Rimpelä, M. 2004. Lääkäreiltä on siirtynyt hoitajille runsaasti tehtäviä. Dialogi 3, 16.
- Satakunnan sairaanhoitopiiri 2005. Viitattu 29.4.2007. http://www.satshp.fi/portal/page?_pageid=117,69729,117_69748&_dad=wportal&_sc_hema=WPORTAL&p_calledfrom=1
- Seppä, K., Aalto, M., Pekuri, P., Antila, S., Lahtinen, T. & Alaja R. 2001. Pähdepotilaat päivystyspoliklinikalla – ongelmasta toimintamallin kehittämiseen. Lääkärilehti 56(20), 2249-2253.

Soininvaara, O. 2007. Hoitajille rajatut lääkärioikeudet. Tehy 2, 21.

Sosiaali- ja terveysministeriö 2006. Päihtyneen henkilön akuuttihoito - sosiaali- ja terveysministeriön ohjeet. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2006:65. Viitattu 25.4.2007.

<http://www.stm.fi/Resource.phx/publishing/store/2006/11/aa1164721227855/passthru.pdf>

Säilä, T., Mattila, E., Kaunonen, M. & Aalto, P. 2006. Polikliinisen hoidon kehittäminen. Tampere; Pirkanmaan sairaanhoitopiirin julkaisuja 7. Viitattu 20.3.2007.

http://www.pshp.fi/tuty/julkaisu/2006/2006_7.pdf

Säilä, T. 2005. Polikliinisen hoidon toimintamallit- tutkimus erikoissairaanhoidon aikuispotilaiden somaattisilla ajanvarauspoliklinikoilla. Tampere; Tampereen yliopisto. Pro gradu- tutkielma.

Teittinen, J. 2007. Päivystyslääketieteestä laatua päivystykseen. Sairaalalehti 1, 40-41.

Vaasan keskussairaala. Viitattu 22.4.2007.

<http://www.vshp.fi/www/fin/vks/toimenpideyksikot/paivystyspkl.asp?leftnaviID=46>

Vallimies-Patomäki, M., Lindström, E. & Perälä, M-L. 2002. Sairaanhoitajan tehtäväkuvan laajentaminen. Terveyspalvelujärjestelmän uudistamiseen ja kansainvälisiin käytäntöihin perustuvia ehdotuksia. Sairaanhoitaja 8, Vol 75, 6.

Vilka, H. & Airaksinen, T. 2004. Toiminnallinen opinnäytetyö. 1-2 painos. Tammi.

Vuorinen T. 2005. Lääkärien kuvaus tehtävien siirrosta lääkäreiltä sairaanhoitajille erikoissairaanhoidossa. Kuopio; Kuopion yliopisto. Pro gradu –tutkielma.

LIITTEET

Liite 1. Tehtäväkuvien laajennuksia perusterveydenhuollossa

Kansallisen terveyshankkeen työnjakopilotit. Tehtäväkuvien laajennuksia perusterveydenhuollossa:

- puhelinneuvonta: hoidon tarpeen arviointi, itsehoidon ohjaus ja hoitoon ohjaaminen
- äkillisten terveysongelmien hoidon tarpeen arviointi ja hoito työparina lääkärin kanssa
- sydänpotilaiden seuranta ja ohjaus
- pitkäaikaissairaiden seuranta ja ohjaus
- ehkäisevä vanhustyö ja ehkäisevät kotikäynnit osana ikäneuvolatoimintaa
- perhelähtöinen hoitotyö
- alkuraskauden UÄ-tutkimus, uhkaavan ennenaikaisen synnytyksen arviointi ja synnytyksen jälkitarkastus äitiysneuvolassa
- kierukan laitto perhesuunnitteluneuvolassa
- lääkintölaillisten todistusten ja lausuntojen antaminen
- sairaanhoitajan lähete kotisairaalan potilaaksi
- tehostettu kotisairaanhoidon potilaan varhaiseksi vastaanottamiseksi
- vastaanoton ja kotipalvelun yhteinen aluevastuu
- hoidon tarpeen arvioiminen
- ensihoito
- sairaanhoidolliset tehtävät
- kontrollikäynnin automatisointi

(Hukkanen, Vallimies-Patomäki 2005, 32)

Liite 2. Tehtäväkuvien laajennuksia erikoissairaanhoidossa

Kansallisen terveyshankkeen työnjakopilotit. Tehtäväkuvien laajennuksia erikoissairaanhoidossa:

- ihomuutosten kirurginen poisto ja jatkoseuranta
- ultraäänitutkimukset
- normaalisynnyttäjän ja sektiotilaan kotiutus
- synnytyspelkopoliklinikka
- potilaan tutkiminen ja ohjaus: Lantiopohja-, iho-, rintasyöpä-, silmä-, edoproteesi-, avanne-, astma-, allergia-, diabetes-, tahdistin-, MS-, dementia-, epilepsia-, krooniset kipu-, dystonia-, parkinson- ja aivoverenkiertohäiriöpotilaat sekä verisuonikirurgiset potilaat
- sairaanhoitajan vastaanotto lasten poliklinikalla, astma ja allergiapotilaat
- intubointi tarvittaessa, iv –kanylointi ja iv- nestehoidon aloittaminen
- avustaminen vaativissa leikkauksissa
- päiväkirurgisen leikkaukelpoisuuden arvioiminen, leikkaukseen kutsuminen, leikkauslistan suunnittelu, laboratoriotutkimusten tarpeen arvioiminen ja määrääminen, leikkausvalmistelut, kotiuttamiskelpoisuuden arvioiminen ja ohjaus
- suunnitteleman sähköinen rytminsiirto tajuttomalle kammiovärinäpotilaalle, tarvearvio, toteutus, elvytyksen aloittaminen
- keuhkoödeeman toteaminen ja hoidon aloitus
- kivunhoidon toteutus
- laboratoriotutkimustulosten tarkistaminen ja jatkotilaus:
- näytteenotto arteria- tai subclaviakanyylista
- tarvittavat elektrolyyttisäykset
- thorax –röntgenpyyntö tietyissä tilanteissa
- potilaan lupa liikkua ja ruokailla akuutissa vaiheessa
- pulmonaarikatetrasta tehtävät mittaukset
- noninvasiivinen sydäntahdistin, tarvearvio, aloitus ja toteutus
- hiljattain kotiutetun potilaan puhelinneuvonta
- potilaalle ja omaisille tiedottaminen potilaan tilasta, hoidosta ja hoitopäätöksistä
- kajoavissa sydäntutkimuksissa avustaminen, potilaan seuranta ja ohjaus

(Hukkanen, Vallimies-Patomäki 2005, 34)

Liite 3. Terveyskeskusten yhteiseen yöpäivystykseen kuuluvat terveyskeskukset:

- **Hankasalmen terveyskeskus**
- **Joutsan seudun terveydenhuollon kuntayhtymä** (Joutsa, Leivonmäki, Luhanka)
- **Jyväskylän kaupungin terveyskeskus**
- **Keuruun-Multian terveydenhuollon kuntayhtymä** (Keuruu, Multia)
- **Kinnulan terveyskeskus**
- **Konneveden terveyskeskus**
- **Korpilahden-Muuramen terveydenhuollon kuntayhtymä** (Korpilahti, Muurame)
- **Laukaan terveyskeskus**
- **Palokan terveydenhuollon kuntayhtymä** (Jyväskylän maalaiskunta, Petäjävesi, Toivakka, Urainen)
- **Pihtiputaan terveyskeskus**
- **Viitasaaren kaupungin terveyskeskus**
- **Äänekosken terveyskeskus** (Äänekoski, myös ent. Sumiainen ja ent. Suolahti)

Terveyskeskusten yhteiseen yöpäivystykseen eivät kuulu seuraavat terveyskeskukset:

- **Jämsän seudun terveydenhuollon kuntayhtymä** (Jämsä, Jämsänkoski, Kuhmoinen)
- **Saarijärven-Karstulan seudun terveydenhuollon kuntayhtymä** (Kannonkoski, Karstula, Kivijärvi, Kyyjärvi, Pylkönmäki, Saarijärvi)

<http://www.ksshp.fi/>

Liite 4. Päihdepotilaan hoito

Alkoholin suurkuluttajia terveydenhuollon naispotilaista on noin 10 % ja miespotilaista lähes 20 %. Alkoholi on näkyvä ongelma myös sairaaloiden päivystyspoliklinikoilla, ensiapu tavoittaa lukumääräisesti suuren joukon päihdepotilaita. Eräässä otannassa suurkuluttajia oli 27 % kaikista ensiapuun tulleista aikuispotilaista. Huumeita oli joskus kokeillut 8,3 %. Potilaista 74 % suhtautui myönteisesti tai erittäin myönteisesti päihdeasioista kysymiseen. Neutraalisti vastasi suhtautuvansa 20 %. Sopiva ohjanta kriisihetkellä voi viedä päihdetoipumista eteenpäin ja tukea hoitoon kiinnittymistä. (Seppä, Aalto, Pekuri, Antila, Lahtinen & Alaja 2001, 2249-2253).

Päihdepotilaiden hoito päivystysvastaanotolla koetaan usein hankalana. Ongelmien moninaisuus, mahdolliset häiriöt henkilön persoonallisuudessa ja regressio ilmenevät epäasiallisena käytöksenä ja pelkästään välttämättömän ensiavun antaminen voi olla vaikeaa ja turhauttavaa. Potilaan huolellinen perustutkimus on kuitenkin aina tarpeen, koska päihdeiden käyttö saattaa peittää alleen muita vakavia oireita. Päihdepotilaat eivät yleensä ole turhaan vastaanotolla, sillä heillä on usein psyykkisiä häiriöitä, fyysisiä vammoja ja sairauksia. Päihdeongelma voi olla myöskin ensisijainen hätätilanne vierotusoireiden tai yliannoksen vuoksi. Potilaan persoonallisuuteen liittyvä hätäisyys pystytään erottamaan henkeä uhkaavasta hätätilanteesta vasta tutkimuksen perusteella. Tutkimuksella ja sen tulosten rauhallisella ääneen toteamisella voidaan rauhoittaa potilasta ja vakuuttaa, että asiat ovat etenemässä. Päihtyneelle on annettava välittömästi tarvittava ensiapu viivytyksettä sekä arvioitava muun päivystyksellisen hoidon tarve, laatu ja kiireellisyys.

Turvallisuus

- suurin osa päihdepotilaista on rauhallisia ja yhteistyökykyisiä.
- huumeiden käyttäjät elävät usein ympäristössä, jossa väkivalta on yleistä ja puolustautumiselle on usein tarvetta
- väkivaltaan valmistautuva asenne saattaa ruokkia väkivaltaista käytöstä, heille on kehittynyt herkkyyttä aistia lähimmäisissä uhkaavia eleitä ja vastata niihin väkivallalla
- amfetamiinit muuttavat pitkään jatkuneen käytön yhteydessä käyttäjänsä paranoidiseksi ja arvaamattomaksi, he ovat usein myös aseistautuneita
- riittävästi henkilökuntaa
- pakenemisreitti, ei yksinäiseen tutkimushuoneeseen
- potilas voidaan tutkia alustavasti käytävällä, missä apu on lähellä
- vartija, poliisi

Akuutti tilanne

Hengitystaajuus ja -äännet	Rohinat: keuhkokuume sydämen vajaatoiminta aspiroinut potilas kuuluu aina keskussairaalaan
Sydän ja verenkierto	Syketaajuus Verenpaine EKG: hypertensiivinen kriisi, vuotosokki, infarkti
Muut merkit	Pupillien koko (lähes varma merkki opiaattimyrkytyksestä ovat pienet pupillit) Vapina Levottomuus Orientaatio Tajunnan tason vaihtelut: myrkytyksen tai vieroitusoireiden vaikeusaste Harhaisuus
Kallo ja luusto	Murtumien merkit ja muut vakavat vammat Verenvuodot

KUVIO 5. Muistilista päihdepotilaan tutkimukseen.

Jos tarvitaan erikoislääkärin konsultaatiota, on tutkimuslöydökset kuvattava huolellisesti, sillä tilanne saattaa muuttua ratkaisevasti ja nopeasti. (Laine 2002, 312-316.)

Päihtymyksen tila arvioidaan jatkotoimenpiteiden määrittämiseksi:

- Pystyykö potilas kertomaan, miksi hän on tullut tai tuotu päivystykseen, kysytään
 - a) mitä päihteitä ja lääkkeitä on ottanut
 - b) koska ja kuinka paljon.
 - Selvitetään kontaktissa pysymisen taso ja luotettavuus, kuten
 - a) ajan ja paikan taju
 - b) käyttäytymisen hallinnan taso
 - c) havainnot päihtymyksen aiheuttamista tajunnan muutoksista.
 - Jos potilas ei pysty puhumaan, määritetään alentuneen tajunnan tason syvyys tarkastamalla:
 - a) pystyykö olemaan kontaktissa
 - b) reagointi kosketukselle ja kivulle
 - c) pupillien koko
 - d) hengityksen nopeus
 - e) pulssi ja verenpaine.
- (STM 2006, 14.)

- puhalluskoe (Alkometri) päihtymystilan arvioimiseksi
- huumeepikatestit tarvittaessa

Jos potilaan tajunnan taso alenee selvästi tai potilas tulee hyvin levottomaksi tulee määrittää

- elintoimintoja ylläpitävän hoidon tarve
- laatu
- kiireellisyys.

Tämän perusteella

- päätetään potilaan voimien seurannasta ja hoidosta sekä mahdollisesta uudesta päivystyskonsultaatiosta, jos tila muuttuu välitöntä hoitoa vaativaksi,
- laaditaan päivystyslähete somaattiseen tai psykiatriseen sairaalahoitoon tai
- laaditaan päivystyslähete päihdehoitoon (katkaisu- ja/tai vieroitushoidon toteuttaminen esimerkiksi terveyskeskuksen vuodeosastolla tai päihdehuollon päivystävässä erikoisyksikössä) (STM 2006, 14.)

Yliannostustilanteet

Hoito täytyy usein aloittaa ilman testitulosta, sillä virtsasta tehtävät huumetestit antavat tiedon käytetyistä aineista hitaasti ja epävarmasti.

- hengityksen tukeminen kylkiasennolla tai puhalluselvytyksellä
- huonosti hengittävän ja syanoottisen potilaan hengityksen tukeminen maskilla, tarvittaessa avoin ilmatie nieluputkella
- laskimokanyyli + Ringerin liuos, amfetamiinijohdosten käyttäjät ovat voineet kuivua stereotyyppisiä liikkeitä pitkään toistaessaan
- hengityksen pysähtymisen vaara: opiaattien, bentsodiatsepiinien, kaasujen, liuottimien ja gammahydroksibutyraatin käyttäjillä
- useimmille huumeille ei ole vasta-aineita, joten hoito on oireita parantavaa ja peruselintoimintoja ylläpitävää
- vakavassa myrkytyksessä saattaa esiintyä vaikeita sydänoireita, hypertermiaa ja kouristelua, EKG
- tajuton potilas tarvitsee valvontaa ja monipuolista hoitoa, usein erikoisyksikössä
- jos potilas herää päivystyksessä, useimmiten riittää muutaman tunnin polikliininen seuranta

Vieroitusoireet

- vaikeimmat ja hengenvaarallisimmat vieroitusoireet aiheutuvat alkoholista (delirium tremens): hoito diatsepaamikyllästys
- rauhoittavien lääkkeiden vieroitusoireissa epileptiset kohtaukset mahdollisia: pieni kerta-annos diatsepaamia ja potilaan ohjaus päihdehuollon tai terveyskeskuksen päivävastaanotolle kunnollista hoito- ja vieroitussuunnitelmaa varten
- kaoottinen useiden aineiden sekakäyttö vaatii useimmiten laitoshoidoa

Päihteiden käyttäjien persoona

- päihteiden käyttöön liittyy runsaasti persoonallisuushäiriöitä, yleisimmät epäsosiaalinen ja epävakaa persoonallisuus, usein primitiivisiä, tiedostamattomia defenssimekanismeja
 - projektio eli taipumus ulkoistaa toimintansa syyt muihin ihmisiin, ongelmat eivät johdu hänestä itsestään
 - kieltäminen: välttämättä ei tunnontuskia tuhoisastakaan käytöksestä
 - projektiivinen ja introjektiivinen identifikaatio: imartelun ym. avulla saa hoitavan henkilön tuntemaan itsensä ainoaksi joka voi auttaa, voi johtaa harkitsemattomiin hoitolinjoihin esim. lääkitysten suhteen

Hoitosuhteen luominen

- käyttäjät ovat tottuneet etsimään välitöntä, nopeaa mielihyvää
 - hoitavan henkilön tulee edustaa psyykkisesti kypsempää hoitolinjaa (pitkäaikaista elämänlaadun paranemista)
 - luottamuksellinen potilas-hoitajasuhde voi näillä potilailla olla elämän ensimmäinen luottamuksellinen ihmissuhde
 - jokaisesta potilaasta olisi löydettävä jokin positiivinen piirre jonka varaan hoitosuhde on mahdollista rakentaa
 - useimpien päihteidenkäyttäjien elämänkohtalot ovat hyvin värikkäitä, potilaista kiinnostuminen on helppoa, jos luottamus on mahdollista
 - varsinkin pitkään päihteitä käyttäneet ovat huomanneet aineiden haitat, ja heissä on herännyt halu tasapainoiseen elämään
 - sopiva ohjanta kriisihetkellä voi viedä päihdetoipumista eteenpäin ja tukea hoitoon kiinnittymistä
- (Laine 2002, 312-316.)

CAGE- kysymykset:

Oletko ajatellut, että Sinun pitäisi vähentää juomistasi?
 Onko juomistasi moitittu?
 Oletko tuntenut syyllisyyttä juomisesi tähden?
 Oletko ottanut krapularyyppyjä?

LYHYTNEUVONTA:**Taulukko 3.** Lyhytneuvonnan sisältö; RAAMIT (FRAMES).**Lyhytneuvonnan sisältö**

Rohkeus (self efficacy)	Potilaaseen valetaan rohkeutta ja uskoa onnistumiseen
Alkoholitietous (feedback)	Annetaan palautetta ja tietoa alkoholiasioista suhteutettuna potilaan vaivoihin ja löydöksiin
Apu (advice)	Avustetaan päätöksessä vähentää tai lopettaa juominen
Myötätunto (empathy)	Lämmin, refleктоiva, empaattinen ja ymmärtävä suhtautuminen
Itsemääräämisvastuu (responsibility)	Potilaan on itse päätettävä vähentää juomista
Toimintaohjeet (menu)	Luodaan vaihtoehtoisia strategioita juomisen vähentämiseksi

KUVIO 6. Lyhytneuvonta.

(Käypä hoito 2005)

AUDIT-kysely:

AUDIT-KYSELY (Alcohol Use Disorders Identification Test)		Pistemäärä: _____	
Vastaajan sukupuoli: mies / nainen		Vastaajan ikä: _____ vuotta	
Rengasta ja laske yhteen kunkin vaihtoehdon edessä olevat pistemäärät.			
1.	Kuinka usein juot olutta, viiniä tai muita alkoholijuomia?	6.	Kuinka usein viime vuoden aikana runsaan juomisen jälkeen tarvitsit aamulla olutta tai muuta alkoholia päästäksesi paremmin liikkeelle?
0	Ei koskaan	0	Ei koskaan
1	Noin kerran kuussa tai harvemmin	1	Harvemmin kuin kerran kuussa
2	2–4 kertaa kuussa	2	Kerran kuussa
3	2–3 kertaa viikossa	3	Kerran viikossa
4	4 kertaa viikossa tai useammin	4	Päivittäin tai lähes päivittäin
2.	Kuinka monta annosta* alkoholia yleensä olet ottanut niinä päivinä, jolloin käytät alkoholia?	7.	Kuinka usein viime vuoden aikana tunsit syyllisyyttä tai katumusta juomisen jälkeen?
0	1–2 annosta	0	Ei koskaan
1	3–4 annosta	1	Harvemmin kuin kerran kuussa
2	5–6 annosta	2	Kerran kuussa
3	7–9 annosta	3	Kerran viikossa
4	10 tai enemmän	4	Päivittäin tai lähes päivittäin
3.	Kuinka usein olet juonut kerralla kuusi tai useampia annoksia?	8.	Kuinka usein viime vuoden aikana sinulle kävi niin, että et juomisen vuoksi pystynyt muistamaan edellisen illan tapahtumia?
0	Ei koskaan	0	Ei koskaan
1	Harvemmin kuin kerran kuussa	1	Harvemmin kuin kerran kuussa
2	Kerran kuussa	2	Kerran kuussa
3	Kerran viikossa	3	Kerran viikossa
4	Päivittäin tai lähes päivittäin	4	Päivittäin tai lähes päivittäin
4.	Kuinka usein viime vuoden aikana sinulle kävi niin, että et pystynyt lopettamaan alkoholinkäyttöä, kun aloit ottaa?	9.	Oletko itse tai onko joku muu satuttanut tai loukannut itseään sinun alkoholinkäyttösi seurauksena?
0	Ei koskaan	0	Ei
1	Harvemmin kuin kerran kuussa	2	On, muttei viimeisen vuoden aikana
2	Kerran kuussa	4	Kyllä, viimeisen vuoden aikana
3	Kerran viikossa		
4	Päivittäin tai lähes päivittäin		
5.	Kuinka usein viime vuoden aikana et ole juomisen vuoksi saanut tehtyä jotain, mikä tavallisesti kuuluu tehtäviisi?	10.	Onko läheisesi tai ystäväsi, lääkäri tai joku muu ollut huolissaan alkoholinkäytöstäsi tai ehdottanut, että vähentäisit juomista?
0	Ei koskaan	0	Ei
1	Harvemmin kuin kerran kuussa	2	On, muttei viimeisen vuoden aikana
2	Kerran kuussa	4	Kyllä, viimeisen vuoden aikana
3	Kerran viikossa		
4	Päivittäin tai lähes päivittäin		
* Yksi annos (= 12 g) on pullo keskiolutta tai slideriä; lasi mietoa viiniä; pieni lasi väkevää viiniä; ravintola-annos väkeviä.			



Kustannus Oy Duodecim
Lääkärin tietokannat

KUVIO 7. AUDIT –kyselylomake.

(Käypä hoito 2005)

Päihdepotilaan hoito-ohjeet:

<http://www.kaypahoito.fi/>

Tietoja päihteistä, testeistä, keskustelua, itsehoitoa, neuvontaa:

<http://www.paihdelinkki.fi/>