



# Hoidon tarpeen arvioinnin ohjeet Virtain terveyskeskukselle

Monika Koskinen

Opinnäytetyö

Huhtikuu 2011

Hoitotyön koulutusohjelma

Hoitotyön suuntautumisvaihtoehto

Tampereen ammattikorkeakoulu

TAMPEREEN AMMATTIKORKEAKOULU

Tampere University of Applied Sciences

TIIVISTELMÄ  
Tampereen ammattikorkeakoulu  
Hoitotyön koulutusohjelma  
Hoitotyön suuntautumisvaihtoehto

KOSKINEN, MONIKA:  
Hoidon tarpeen arvioinnin ohjeet Virtain terveyskeskukselle

Opinnäytetyö 35 s., liitteet 74 s.  
Huhtikuu 2011

---

Tarkoituksena oli selvittää mitä tarkoittaa hoidon tarpeen arviointi, mitä hyötyä on hoidon tarpeen arvioinnin ohjeista, millaisia toimintamalleja on jo olemassa ja laatia sopivat ohjeet Virtain terveyskeskuksen poliklinikan hoitajille avuksi hoidon tarpeen arviointiin. Opinnäytetyö toteutettiin toiminnallisena opinnäytetyönä. Hoidon tarpeen arvioinnin ohjeiden pohjana käytettiin Kangasalan ohjeita mutta täydennettiin myös HUS:n, Jämsän ja Länsi-Pohjan keskussairaalan ohjeilla sekä Sosiaali- ja terveysministeriön Yhtenäisillä päivystyshoidon perusteilla.

Hoitajat ovat kaivanneet kirjallista materiaalia työnsä tueksi ja tuloksena syntyi 74-sivuinen Hoidon tarpeen arvioinnin ohjeet -kansio hoitajien käyttöön Virtain terveyskeskuksen poliklinikalle. Ohjeet laitettiin myös sähköiseen muotoon. Potilasryhmittely tapahtui ABCD - ryhmiin. A - ryhmän hoito aloitetaan välittömästi, B - ryhmän saman päivän aikana, C - ryhmän viikon sisällä eli varataan lääkärin virka-ajalle vastaanottoaika viikon sisälle ja D - ryhmän hoito aloitetaan lääkärin ajanvarauksella.

Jatkossa olisi hyvä, jos selvitettäisiin kuinka ohjeet toimivat käytännössä ja toteutuuko hoidon saatavuus ohjeiden mukaan.

---

Asiasanat: hoidon tarpeen arviointi, päivystys, ABCDE luokittelumalli, triage

## ABSTRACT

Tampereen ammattikorkeakoulu  
Tampere University of Applied Sciences  
Degree Programme in Health Care  
Nursing

KOSKINEN, MONIKA:

Criteria for Assessing a Patient's Need for Care – Instructions to Virrat Health Centre

Bachelor's thesis 35 pages, appendices 74 pages  
April 2011

---

The objective of this thesis was to explain what the purpose of assessing a patient's need for care is, what the benefit of assessment instructions is and what kind of policies already exist, and then to compile the instructions to Virrat Health Centre. The method of this thesis was functional. The instructions were primarily built by using the models of Kangasala Health Centre and Jokilaakso Regional Hospital, but also completed with the instructions of Hospital District of Helsinki and Uusimaa and Länsi-Pohja Central Hospital as well as the instructions given by Ministry of Social Affairs and Health.

Nurses need material that supports their work in prioritizing patients at Virrat Health Centre and this thesis resulted in creating instructions for assessing the need for care. The instructions are also found in the electronic form. The patients are categorized in ABCD categories. Category A means that the treatment starts immediately, in category B it starts in the same day and in category C within a week, while the process in category D starts by making an appointment to a doctor.

In the future it would be a good idea to figure out how the instructions work in practice and if the accessibility of care is implemented.

---

Keywords: assessing the need for care, emergency, triage

## SISÄLTÖ

1 JOHDANTO .....	5
2 TAVOITE, TARKOITUS JA TEHTÄVÄT .....	7
3 TEOREETTINEN LÄHTÖKOHTA.....	8
3.1 Hoidon tarpeen arviointi .....	8
3.2 Päivystyshoito .....	8
3.3 Kiireellinen hoito .....	9
3.4 Päivystyspoliklinikka .....	9
3.5 Päivystyspotilas.....	10
3.6 Henkilökunnan ammattitaito.....	11
3.7 Virtain terveyskeskus, poliklinikka .....	13
4 HOIDON TARPEEN ARVIOINTI .....	15
4.1 Työnjako ja tehtävänsiirrot .....	15
4.2 Yhtenäiset päivystyshoidon perusteet .....	17
4.3 Lainsäädäntö.....	18
4.4 Hoidon tarpeen arvioinnin prosessi .....	19
4.5 Potilasryhmittely .....	20
4.6 Hoidon tarpeen arviointi puhelimitse .....	24
4.7 Kirjaaminen .....	26
4.8 Hoitoilmoitus - rekisteri .....	26
5 OPINNÄYTETYÖN TOTEUTUS.....	28
5.1 Toiminnallinen opinnäytetyö.....	28
5.2 Kirjallisuuden valinta .....	28
5.3 Tuotoksen toteuttaminen .....	29
5.4 Opinnäytetyön luotettavuus ja eettisyys .....	31
6 POHDINTA .....	32
LÄHTEET .....	34

## 1 JOHDANTO

Hoidon tarpeen arviointi on uusi sairaanhoitajille ja terveydenhoitajille siirretty tehtävä (Syväoja, Äijälä 2009, 153). Arviota on tehty terveydenhuollossa aina, joko tiedostetusti tai tiedostamatta. Kun käsite hoidon tarpeen arvioinnista tuli osaksi lakitekstiä vuonna 2005, sai se myös kokonaan uuden painoarvon (Syväoja, Äijälä 2009, 9).

Hoidon tarpeen arvioinnin prosessissa kuuluu selvittää miksi asiakas ottaa yhteyttä, esitiedot, tämän hetkinen tilanne, kiireellisyys sekä oikea hoitotaso ja edellä mainitut asiat tulee dokumentoida asianmukaisesti, selkeästi ja tarkasti. (Syväoja P. 2010. Hoidon tarpeen arviointi. Koulutus 10.10.2010. Virtain terveyskeskus.)

Hoidon tarpeen arviointiin voidaan käyttää erilaisia potilaan elintoimintojen systemaattiseen arviointiin perustuvia luokitusjärjestelmiä, esimerkiksi ABCDE - luokitusta. Ryhmittelyn tarkoitus on seuloa välittömästi tutkittavat ja hoidettavat potilaat niistä potilaista, jotka pystyvät odottamaan hieman pidempäänkin. Tällaista luokittelua tehdäänkin tavalla tai toisella päivystyshoitoa tarjoavissa hoitopaikoissa, mutta yhtenäisiä kriteerejä ei ole vielä olemassa. Arviointikriteerit ovat toimipaikkakohtaisia. (Castrén, Aalto, Rantala, Sopanen, Westergård, 2009, 68). Sosiaali- ja terveysministeriön laatimat Yhtenäiset päivystyshoidon perusteet on tarkoitettu avuksi, kun laaditaan alueellisia, paikalliset olosuhteet huomioon ottavia toimintaohjeita. (STM 2009, 11).

Uusi kansanterveyslaki tuli voimaan maaliskuun ensimmäisenä päivänä 2005 ja siinä määritellään, että terveydenhuollon ammattihenkilön tulee tehdä hoidon tarpeen arviointi viimeistään kolmantena päivänä siitä, kun asiakas ottaa yhteyden terveyskeskukseen, ellei hoidon tarpeen arvioita ole voitu tehdä ensikontaktin yhteydessä. (Syväoja, Äijälä 2009, 9).

Opinnäytetyön aihetta selvittäessä otin yhteyttä Virtain terveyskeskuksen hoitotyönjohtajaan ja tiedustelin löytyisikö heiltä sopivaa aihetta. Henkilökunta kaipasi materiaalia hoidon tarpeen arviointiin ja päätin lähteä laatimaan heille

kirjallista materiaalia arvioinnin tueksi. Käytän ohjeista nimitystä Hoidon tarpeen arvioinnin ohjeet, koska se on Virtain terveyskeskuksen toive. Hoidon tarpeen arvioinnin ohjeista käytetään myös nimitystä triage-ohjeet. Ohjeet laadittiin paperimuotoon kansioksi sekä sähköiseen muotoon.

Hoidon tarpeen arviointia tehdään sekä perus- että erikoissairaanhoidossa ja tässä opinnäytetyössä tarkastellaan perusterveydenhuollossa tapahtuvaa hoidon tarpeen arviointia.

Tietoa hoidon tarpeen arvioinnista sain kirjallisuudesta, lehtiartikkeleista, julkaisuista sekä muiden terveyskeskusten ja sairaaloiden hoidon tarpeen arvioinnin ohjeista.

## 2 TAVOITE, TARKOITUS JA TEHTÄVÄT

Tämän opinnäytetyön tavoitteena on tuottaa hoidon tarpeen arvioinnin ohjeet Virtain terveyskeskukselle.

Opinnäytetyön tarkoituksena on laatia toimivat ohjeet suhteutettuna Virtain terveyskeskuksen tarpeisiin ja resursseihin.

Opinnäytetyöni tehtävinä oli selvittää:

- 1) Mitä tarkoitetaan hoidon tarpeen arvioinnilla?
- 2) Mitä hyötyä hoidon tarpeen arvioinnin ohjeista on?
- 3) Millaisia erilaisia vaihtoehtoja ohjeista jo on käytössä muualla?
- 4) Mikä on Virtain terveyskeskukselle sopivin malli ja miten toteutan sen?

### 3 TEOREETTINEN LÄHTÖKOHTA

Tämän opinnäytetyön keskeisiä käsitteitä ovat hoidon tarpeen arviointi, päivystyshoito, kiireellinen hoito, päivystyspoliklinikka, päivystyspotilas ja hoidon tarpeen arviointia tekevän ammattitaito.

Hoidon tarpeen arviointia tehdään sekä perusterveydenhuollossa että erikoissairaanhoidossa, ja olen rajannut opinnäytetyöni tarkastelemaan perusterveydenhuollossa tapahtuvaa hoidon tarpeen arviointia, koska teen ohjeet terveyskeskukselle.

#### 3.1 Hoidon tarpeen arviointi

Hoidon tarpeen arviointi on uusi sairaanhoitajille ja terveydenhoitajille siirretty tehtävä (Syväoja, Äijälä 2009, 153). Hoidon tarpeen arviointi on yleiskäsite, jota käytetään siitä vuorovaikutustapahtumasta, jossa hoitotyöntekijä arvioi potilaan tarvitseman hoidon kiireellisyyttä haastattelun ja oirekyselyn perusteella. (Castrén ym. 2009, 64). Arviota on tehty terveydenhuollossa aina, joko tiedostetusti tai tiedostamatta. Kun käsite hoidon tarpeen arvioinnista tuli osaksi lakitekstiä vuonna 2005, sai se myös kokonaan uuden painoarvon. (Syväoja, Äijälä 2009, 9).

#### 3.2 Päivystyshoito

Päivystyshoidolla tarkoitetaan äkillisen sairauden, vamman tai kroonisen sairauden vaikeutumisen edellyttämää välitöntä arviointia tai hoitoa. Päivystyshoidolle on ominaista se, että sitä ei voi siirtää, koska tästä seuraisi oireiden paheneminen tai vamman vaikeutuminen. Päivystyshoidon palveluja on saatava kaikkina vuorokauden aikoina ja se on tärkeä osa julkista ja hyvää terveydenhoitoa. (Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2010:4, 3). Koska päivystyshoitoa tarvitsevien potilaiden ei tarvitse saada hoitoa välittömästi, antaa tämä joustoa



toiminnan suunnitteluun ja mahdollisuuksiin järjestää hoito kunkin potilasryhmän kannalta oikea-aikaisesti. (Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2010:4, 12).

### 3.3 Kiireellinen hoito

Nykyisessä lainsäädännössä ei ole määritelmää päivystykselle tai kiireelliselle hoidolle. Päivystyshoito on osa kiireellistä hoitoa, mutta esimerkiksi Terveyden- ja hyvinvoinninlaitoksen raporteissa kiireellistä hoitoa on myös esim. 1- 30 päivän aikana annettava hoito. (Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2010:4, 17).

### 3.4 Päivystyspoliklinikka

Päivystyspoliklinikalle hakeudutaan hoitoon silloin, kun ihminen sairastuu äkillisesti tai joutuu tapaturmaan (Koponen, Sillanpää 2005, 23). Päivystyspoliklinikalla työskentelyn erityispiirteitä ovat ennakoimattomuus, nopeasti muuttuvat tilanteet, urakkatahtinen työ sekä tiimityöskentely (Castrén ym. 2009, 63). Hoidettavana voi olla vaikeasti loukkaantunut tai sairas potilas, joka tarvitsee välittömiä peruselintoimintoja tukevia hoitotoimenpiteitä, tai potilas, joka on lähetetty muuttuneen terveydentilan takia tutkittavaksi, mutta jolla ei ole kiireellistä avun tarvetta (Castrén ym. 2009, 63).

Perusterveydenhuollon päivystyspoliklinikalla hoidetaan yleisiä ja tavanomaisia sairauksia ja pientraumoja, joissa vaaditaan yleislääketieteen osaamista. Erikoissairaanhoidon päivystyksessä potilaiden hoito ja tutkimukset vaativat laajempaa sekä eri erikoisalojen lääketieteen osaamista. (Castrén ym. 2009, 61).

Päivystyspoliklinikalle hakeutuneiden joukosta seulotaan ne, jotka ovat kiireellisen hoidon tarpeessa ja näille potilaille tehdään sellaisia hoidon kannalta kiireellisiä lääketieteellisiä tutkimuksia ja hoitotoimenpiteitä, joita ei voida siirtää. Toiminnan ensisijainen tavoite on potilaiden nopea diagnosointi ja sen jälkeen tavoitteena on potilaan pääsy jatkohoitoon. (Castrén ym. 2009, 60).

Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksessä määritellään päivystyspoliklinikka lyhyesti, että se on paikka, joka tuottaa päivystyspalvelua (Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2010:4, 19).

Myös hoitoympäristö on osa palvelua, ja ympäristön viihtyvyys vaikuttaa potilaan hyvään oloon ja odotusajan sietämiseen. Päivystyspoliklinikalla tulisi olla rauhallinen paikka, missä potilas ja omaiset voisivat keskustella hoidonantajien kanssa, sekä paikka, mistä omaiset voisivat hankkia itselleen ruokaa ja juomaa sekä pitää yhteyttä muihin perheenjäseniin. (Koponen, Sillanpää 2005, 30).

Asiakaskeskeisyys päivystyspoliklinikalla tarkoittaa sitä, että potilas ja hänen läheisensä ovat keskeisessä asemassa, ja jossa potilas nähdään arvokkaana, yksilöllisenä ja oman elämänsä asiantuntijana. Kaikki päivystyspoliklinikan työ tulisi organisoida siten, että tavoite palvelee potilasta. Laatua tulisi arvioida asiakaskyselyillä ja tulosten pohjalta tulisi kehittää moniammatillista hoitotyötä. (Koponen, Sillanpää 2005, 29).

### 3.5 Päivystyspotilas

Jokainen hoitosuhde on erilainen ja yksilöllinen, koska potilaan hoitoon hakeutumisen syy voi olla esimerkiksi somaattinen, psyykinen tai sosiaalinen, potilaan ikäjakauma on aina erilainen, samoin potilaan sosiokulttuuriset taustatekijät (Castrén ym. 2009, 63).

Päivystyspoliklinikalle joutuminen merkitsee usein potilaalle ja hänen läheisilleen kriisiä, koska tilanteeseen ei ole voinut valmistautua ennalta. Potilaiden kokemukset ovat aina yksilöllisiä ja potilas on päivystyspoliklinikalla usein sokkivaiheessa. Tietoisuus todellisuudesta muuttuu, tunteet painetaan taka-alalle, potilas voi toimia epätarkoituksenmukaisella tavalla, on epätodellinen tunne, kokemus ajasta muuttuu. (Koponen, Sillanpää 2005, 23).

Potilaan kokemukset saamastaan hoidosta ja kohtelusta ovat merkittäviä. Hoitotyöntekijöiden käyttäytyminen potilaisiin ja omaisiin antaa usein

ennakkokäsityksen siitä, millaiseen terveyskeskukseen tai sairaalaan potilas on hakeutunut tai tahtomattaan joutunut. Suhtautuminen muihin potilaisiin sekä kommunikointi potilaiden ja omaisten välillä luovat mielikuvia hoidosta ja koko sairaalayhteisöstä. (Koponen, Sillanpää 2005, 23-24).

### 3.6 Henkilökunnan ammattitaito

Terveystieteiden asiakkaat edellyttävät hoitajilta empaattisuutta, potilaan kivun, tuskan ja kärsimyksen vastaanottamista ja sietämistä. Heiltä vaaditaan herkkyyttä ymmärtää potilaan kokemus sairastumisesta. Hoitajan avoimuus ja vastuullisuus auttavat toimimaan hyvässä hoitosuhteessa ja tuottamaan hyvää oloa. (Koponen, Sillanpää 2005, 28).

Hoidon tarpeen arvioimiseksi on pystyttävä tekemään nopeita päätöksiä, on osattava asettaa ongelmat tärkeysjärjestykseen ja tehtävä jatkuvaa tarkkailua ja arviointia. Tämä edellyttää hoitohenkilöstöltä laaja-alaista tietoperustaa hoitotieteestä, lääketieteestä ja muilta tieteenaloilta (Koponen, Sillanpää 2005, 29).

Kehittyminen hoitotyössä edellyttää vuosien työkokemusta päivystyspoliklinikalla sekä siellä hankittuja lukuisia kokemuksia samankaltaisista tilanteista (Koponen, Sillanpää 2005, 29). Pitkä työkokemus päivystyspoliklinikalla edistää myös hoidolle olennaisten ongelmien ratkaisukykyä (Castrén ym. 2009, 63).

Työskentely moniammatillisessa työryhmässä vaatii hoitajilta hyvää yhteistyökykyä, joustavuutta sekä kollegan asiantuntemuksen arvostusta (Castrén ym. 2009, 63).

Hoitajan työhön liittyy myös potilaiden kuolema. Useasti kuolema kohdataankin äkisti ja ennalta arvaamattomasti, jolloin omaisista huolehtiminen nousee hoidon keskeiseksi tarpeeksi. Tällöin hoitajalta vaaditaan arvoperusteista hoitotyön osaamista ja laaja-alaisia vuorovaikutustaitoja. (Castrén ym. 2009, 63).

Hoitajalla, joka tekee hoidon tarpeen arviointia, tulee olla seuraavanlaisia ominaisuuksia ja taitoja:

- Vuorovaikutustaidot (puhelimessa äänen käyttö, netissä kirjoittamistaito, kuvayhteydessä ja kasvokkain olemisessä sanaton viestintä)
- Ongelmanratkaisutaidot (kysymysten asettelu, analyysi ja perustelemisentalo)
- Päätöksentekotaito (rohkeus tehdä itsenäisiä päätöksiä, uskallusta jakaa rajallisia terveydenhuollon resursseja esim. lääkärinaikoja)
- Eettinen osaaminen (taito priorisoida eettisesti oikein ja lajitella hoitoa tarvitsevat tärkeys- ja kiireellisyysjärjestykseen)
- Yhteistyötaidot (taito suhteuttaa oma toiminta koko hoitoprosessin tai hoitoketjun toimintaan)
- Yhteiskunnallinen osaaminen (taito hahmottaa yhteiskunnallista kehitystä ja sen merkitystä hoidon tarpeen arvioinnille)
- Kehittämisosaaaminen (taito soveltaa tutkittua tietoa asiakkaan ja potilaan tilanteeseen). (Syväoja, Äijälä 2009, 153-154)

Koska päivystyspoliklinikalla voi olla monista eri vaivoista kärsiviä potilaita yhtä aikaa, esimerkiksi vatsakipuisia, rintakipuisia, ja alkoholin vaikutuksen alaisia, vaaditaan hoitohenkilökunnalta jatkuvaa, systemaattista potilaan tilan seurantaa ja arviointikykyä. Yksittäisen työntekijän osaamisen tueksi tulisi työyhteisöissä sopia yhteiset toimintamallit hoidon kiireellisyyden arviointiin sekä huonokuntoisen potilaan hoitoon. (Koponen, Sillanpää 2005, 29).

Lainsäädännössä todetaan, että hoidon tarpeen arviointia tekevällä ammattihenkilöllä tulee olla riittävä työkokemus. Sitä kuinka pitkä työkokemuksen tulee olla, ei määritellä. Oletettavaa kuitenkin on, että mitä pidempi koulutus ja työkokemus ammattihenkilöllä on, niin sen osuvampaa on arviointi ja potilaan ohjaus oikealle hoidon portaalle oikea-aikaisesti. (Syväoja, Äijälä 2009, 30).

Sosiaali- ja terveysministeriö asettaa KASTE -ohjelmassa yhdeksi tavoitteeksi sen, että koulujen ja työelämän välille luodaan yhteys niin, että henkilökuntaa pystytään kouluttamaan sille tasolle, minkä sen hetkinen käytäntö työssä vaatii. (Sosiaali- ja terveysministeriö, 2009, KASTE, 36).

Sairaanhoitajaliitto vaatii sairaanhoitajille räätälöityä täydennyskoulutusta, jolla varmistetaan henkilökunnan osaaminen ja hoitotakuun toteutuminen. (Grönvall U, 2005, Sairaanhoitaja-lehti 4/2005).

Suomessa ei ole tehty tutkimuksia hoitajien kokemuksista hoidon tarpeen arvioijina, mutta vuonna 2008 Jari Aalto ja Lauri Leino tekivät opinnäytetyön hoitajien kokemuksista triagen käytöstä Peijaksen sairaalan yhteispäivystyksessä. Työssä tuli ilmi, että hoitajat pitivät pääasiassa triage-järjestelmää toimivana työkaluna. Yhtenä negatiivisena asiana hoitajat pitivät juuri koulutuksen puutetta, ja tässä olisikin kehittämisen varaa. (Aalto J & Leino L, 2008, Triage hoitajien kokemana yhteispäivystyksessä, 44).

Miia Aurivuo ja Riia Lustberg ovat tehneet opinnäytetyön ”Triage-hoitajien koulutus ja osaaminen esimiesten kokemana”, ja tässäkin työssä tuli ilmi koulutuksen puutteellisuus. Sairaanhoitajatutkinto antaa perusvalmiudet sairaanhoitajan työskentelyyn, mutta triage-hoitajana toimiminen vaatisi lisäkoulutusta sekä vuosien työkokemusta. (Aurivuo & Lustberg, 2010, Triage-hoitajien koulutus ja osaaminen esimiesten kokemana, 20).

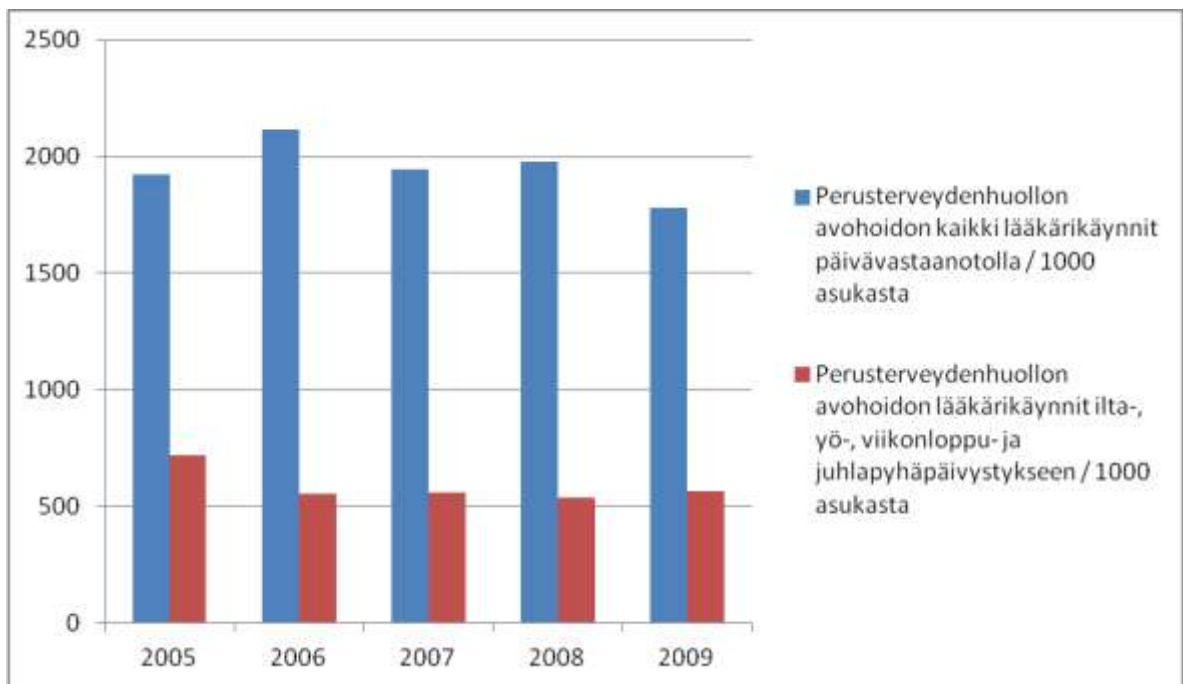
### 3.7 Virtain terveystakeskus, poliklinikka

Virtain terveystakeskuksessa esimiehenä toimii vastaava lääkäri. Lisäksi on viisi lääkärin virkaa sekä yksi määräaikaaisesti täytettävä eurolääkärin virka. Täytettynä on vastaavan lääkärin virka ja kaksi lääkärin virkaa, joista toinen 60 %:sti sekä yksi määräaikainen lääkärin sijainen. Hoitohenkilökuntaa poliklinikalla on hoitotyönjohtaja, neljä sairaanhoitajaa, kolme perushoitajaa ja kolme terveystakeskusavustajaa. Laboratoriossa työskentelee kaksi laboratoriohoitajaa sekä yksi perushoitaja. Röntgenissä toimii kaksi röntgenhoitajaa. (virrat.fi)

Näin poliklinikan tehtävää kuvataan Virtain kaupungin kotisivuilla: ” *Poliklinikan perustehtävänä on kunnan asukkaiden ja paikkakunnalla tilapäisesti opiskelun takia pidempään oleskelevien sairaanhoito, johon luetaan lääkärin suorittama*

tutkimus ja hänen antamansa tai valvomansa hoito ja lääkinällinen kuntoutus sekä ensiavun antaminen. Kiireellisissä sairaustapauksissa potilaalle annetaan aika päivystysvastaanotolle vuorokauden sisällä hoitajan tekemän hoidon tarpeen arvioinnin jälkeen. Päivystys aikoja annetaan arkisin klo 8 – 20, lauantaisin 9 – 13 ja sunnuntaisin klo 10 – 13 väliseksi ajaksi. Päivystyksessä hoidetaan myös kiireellistä hoitoa tarvitsevat ulkopaikkakuntalaiset ja ulkomaalaispotilaat.” (virrat.fi)

Perusterveydenhuollon avohoidon lääkärikäynnit päivävastaanotolla sekä ilta-, yö-, viikonloppu- ja juhlapäivystykseen on koottuna taulukkoon 1. (THL, SOTKANet.fi).



Kaavio 1. Avohoidon lääkärikäynnit Virroilla. (THL, SOTKANet.fi).

#### 4.1 Työnjako ja tehtävänsiirrot

Vuoden 2005 Hoidon saatavuus - lainsäädäntö toi uuden merkittävän tehtävänsiirron lääkäreiltä muille terveydenhuollon ammattilaisille eli hoidon tarpeen arvioinnin. Tehtävänsiirtoja hoitajille perustellaan lääkärivajeen, kustannustehokkuuden, työn sujuvuuden ja palveluiden saatavuuden näkökulmasta. (Syväoja, Äijälä 2009, 45).

Tehtävänsiirrot ovat tuoneet mm. seuraavia hyötyjä: hoitoon pääsy on parantunut, toiminta on tehostunut, lääkäripäivystyksen käyttö on vähentynyt. Terveyskeskuslääkärinvastaanoton korvaaminen tietyissä tilanteissa hoitajanvastaanotolla on lisännyt potilas-tyytyväisyyttä. (Syväoja, Äijälä 2009, 45).

Vuonna 2002 käynnistettiin Kansallinen projekti terveydenhuollon tulevaisuuden turvaamiseksi. Tässä projektissa yhdessä osahankkeessa kehitettiin terveydenhuollon eri henkilöstöryhmien keskinäistä työnjakoa, jonka yhtenä tavoitteena oli hoitoon pääsyn ja henkilöstön saatavuuden turvaaminen sekä toimintatapojen uudistaminen. (Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2005:21, 3). Tavoitteina oli mm. tuottaa tietoa työnjaon ja terveysalan koulutuksen kehittämiseen sekä antaa esimerkkejä työnjaon uudistamiseen perustuvista hyvistä käytännöistä. (Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2005:21, 18). Vuosina 2003 ja 2004 osahankkeessa oli mukana 30 työnjakopilottia. (Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2005:21, 3). Kyseisessä projektissa työnjaolla tarkoitettiin yhteisön toiminnan kehittämistä niin, että tehtävät järjestetään tarkoituksenmukaisella tavalla hoidon kokonaisuuden ja eri ammattiryhmien välisen yhteistyön ja työnjaon näkökulmasta. Työnjakoa voidaan toteuttaa tehtäviä syventämällä, laajentamalla, delegoimalla tai luomalla uusia tehtäviä. (Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2005:21, 12).

Työnjaon kehittäminen ja hoitajien tehtävänkuvan laajentaminen on selvitysten ja tutkimusten mukaan yleistä kotimaisessa terveydenhuollossa. Hoitajille on siirretty lääkäreiden tehtäviä kuten hoidon tarpeen arviointi, laskimokanyylin asettaminen, verensiirrot ja suonien sisäisen lääkityksen aloittaminen. (Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2005:21, 13). Kyseisessä projektissa eniten eri tehtäviä siirrettiin lääkäreiltä sairaanhoitajille ja terveydenhoitajille, ja eniten työnjaon kehittäminen liittyi hoitajavastaanottoon perusterveydenhuollossa. Sairaanhoitajien laajennetut tehtävänkuvat liittyivät mm. hoidon tarpeen arviointiin, itsehoidon ohjaukseen, hoitoon ohjaamiseen puhelinneuvonnassa ja äkillisten terveysongelmien hoidon tarpeen arviointiin ja hoitoon. (Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2005:21, 31-32).

Hankkeen tuloksena tuli ilmi muun muassa, että työnjaon uudistamista varten tarvitaan valtakunnalliset linjaukset mm. puhelinneuvonnan yhtenäisten käytäntöjen ja laatukriteeristön määrittämiseen sekä ohjeistukseen tai triageprotokollan laatimiseen. (Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2005:21, 47) Myös koulutuksen kehittämiseen tuli ehdotuksia mm. hoitajien peruskoulutuksen kehittämiseen laajennettujen tehtäväkuvien pohjalta. (Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2005:21, 49).

Lait antavat raamit kaikelle toiminnalle terveydenhuollossa, ja työntekijöiden on noudatettava lakia. Laissa sanotaan, että terveydenhuollon ammattihenkilöt voivat toimia toistensa tehtävissä koulutuksensa, kokemuksensa ja ammattitaitonsa mukaisesti silloin, kun se on perusteltua. Mutta silloin, kun ammattihenkilön koulutus tai ammattitaito ei riitä tai joissa hänen toimintamahdollisuutensa ovat rajoitetut, täytyy ammattihenkilön pidättäytyä tekemästä sellaisia tehtäviä. (Syväoja, Äijälä 2009, 46).

Kun tarkastellaan tehtyjä tehtävänsiirtoja ja verrataan niitä lainsäädäntöön, on selvää, että lainsäädäntöä tulisi uudistaa, jotta vallitsevat käytännöt voitaisiin virallistaa. Tuleva esitys uudeksi terveydenhuoltolaiksi osaltaan selventääkin lääkärin ja muun terveydenhuollon ammattihenkilöstön välistä työnjakoa. (Syväoja, Äijälä 2009, 51).



Tehtäväsiirtoja vastaanottava henkilökunta tulisi kouluttaa hyvin uusiin tehtäviin. Tutkimusten mukaan näin ei kuitenkaan ole joka paikassa. Tutkimuksissa on käynyt ilmi, että sairaanhoitajan vastaanottoa pitävät hoitajat tarvitsivat lisäkoulutusta etenkin lasten ja nuorten, mielenterveyspotilaiden, gynekologisten potilaiden ja ihopotilaiden hoitotyössä. Hoidon tarpeen ja kiireellisyyden arviointia pidettiin tärkeänä työnkuvan osa-alueena vastaanottohoitajan työssä itsenäisen päätöksenteon ja potilaanhoidon suunnittelun ohella. (Syväoja, Äijälä 2009, 53).

#### 4.2 Yhtenäiset päivystyshoidon perusteet

Päivystystoiminta on kokenut suuria muutoksia 2000-luvulla. Hoidon tarpeen arviointia on pyritty kehittämään erilaisin menetelmin ja ohjeistuksin. Päivystyksen perustehtävä on hämärtynyt vuosikymmenissä ja ihmiset hakeutuvatkin päivystyksiin erilaisten oireiden ja vammojen vuoksi. Päivestyksissä annetaan palveluja myös ei-lääketieteellisiin ja ei-kiireellisiin tarpeisiin, ja tästä on seurauksena päivystysten ruuhkautuminen ja vaikeuksia saada omia, kokeneita lääkäreitä osallistumaan päivystyksiin. (Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2010:4,16).

Marraskuussa 2008 sosiaali- ja terveysministeriö käynnisti hankkeen päivystyshoitoon yhtenäisten kriteerien luomiseksi eli tarkoituksena oli laatia yhtenäiset laatutavoitteet hoidon tarpeen arvioinnin, osaamisen ja toiminnan järjestämisen osalta. (Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2010:4, 11). Hankkeen tavoitteena oli, että tulevaisuudessa päivystyspotilaat saavat turvallista ja asiantuntevaa päivystyshoitoa oikeassa paikassa ja oikeaan aikaan ja toiminnan tuloksia seurataan sekä paikallisesti että valtakunnallisesti. (Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2010:4, 14).

### 4.3 Lainsäädäntö

Hoidon tarpeen arvioinnin taustalla on lainsäädäntö, joka hoidon tarpeen arvioijan on hyvä tuntea läpikotaisin (Syväoja, Äijälä 2009, 9). Nämä lait ovat kansanterveyslaki, erikoissairaanhoidolaki, laki potilaan asemasta ja oikeuksista, laki sosiaali- ja terveydenhuollon asiakasmaksuista, mielenterveyslaki, laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä, uusi terveydenhuoltolaki ja Suomen perustuslaki. Näiden lisäksi on useita säädettyjä asetuksia. (Syväoja, Äijälä 2008, 9) 1.3.2005 astui voimaan muutokset, jotka tehtiin kansanterveyslakiin ja erikoissairaanhoidonlakiin hoidon saatavuuden turvaamiseksi, ja näillä uusilla säädöksillä tulee olemaan suuria vaikutuksia siinä, miten perusterveydenhuollossa järjestetään päivystys (Koponen, Sillanpää 2005, 19).

Maaliskuun ensimmäisenä päivänä 2005 tuli voimaan uusi kansanterveyslaki ja siinä oli mm. seuraava uusi pykälä 15 b §: *”Terveyskeskuksen tulee järjestää toimintansa niin, että potilas voi saada arkipäivisin virka-aikana välittömästi yhteyden terveyskeskukseen. Terveydenhuollon ammattihenkilön tulee tehdä hoidon tarpeen arviointi viimeistään kolmantena arkipäivänä siitä, kun potilas otti yhteyden terveyskeskukseen, jollei arvioita ole voitu tehdä ensimmäisen yhteydenoton aikana.”*

Lakiin potilaan asemasta ja oikeuksista tehtiin muutoksia pykälään 4: *”Potilaalle on ilmoitettava hoitoon pääsyn ajankohta. Jos ilmoitettu ajankohta muuttuu, on uusi ajankohta ja muutoksen syy ilmoitettava potilaalle välittömästi”*. Kokonaan uutena tuli pykälä 4a: *”Terveyden- ja sairaanhoitoa toteutettaessa on tarvittaessa laadittava tutkimusta, hoitoa, lääkinnällistä kuntoutusta koskeva tai muu vastaava suunnitelma. Suunnitelmasta tulee ilmetä potilaan hoidon järjestäminen ja toteuttamisaikataulu. Suunnitelma on laadittava yhteisymmärryksessä potilaan, hänen omaisensa tai läheisensä taikka hänen laillisen edustajansa kanssa”*.

Hoidon tarpeen arviointia tehtäessä on syytä myös muistaa kuudes pykälä laista potilaan asemasta ja oikeuksista: *”Potilaan hoidon tarpeen arviointi tulee tehdä potilaslain mukaisesti hoitaen potilasta yhteisymmärryksessä hänen kanssaan ja selvittäen potilaan mielipide ennen hoidon toteuttamista”*.

Lakimuutosten tavoitteena on ollut yhdenvertaistaa hoitoon pääsyä sekä turvata tarpeeseen perustuvaa hoidon saatavuutta (Syväoja, Äijälä 2009, 9).

#### 4.4 Hoidon tarpeen arvioinnin prosessi

Koko terveydenhuoltojärjestelmän toimivuuden kannalta hoidon tarpeen arvioinnin onnistumisella on sekä suoria että välillisiä vaikutuksia terveydenhuoltojärjestelmän kokonaiskustannuksiin, hoitoprosessien sujuvuuteen, henkilöstön työpanoksen oikeaan kohdentumiseen ja ennen kaikkea yksittäisen potilaan hoidon onnistumisen sekä hänen läheistensä kokemuksiin hoidon laadusta. (Syväoja, Äijälä 2009, 7).

Hoidon tarpeen arvioinnissa on neljä kulmakiveä:

- Pysyvyys: päivystävien lääkäreiden sekä hoidon tarpeen arviointia tekevien hoitajien tulisi kuulua vakituiseseen henkilökuntaan
- Hoidon tarpeen ja kiireellisyyden arviointia tekevät hoitajat: arviointi vaatii kokeneita, ammattitaitoisia päätöksentekotaitoisia hoitajia
- Tiedonkulku: tiedon potilaan kiireellisyysluokasta on kuljettava aukottomasti
- Informointi potilaille: potilaille on kerrottava luokittelun periaatteista (Vehmanen M., Suomen Lääkärilehti 37/2010 vsk 65, 2915).

Kun potilas otetaan vastaan päivystyspoliklinikalla, siinä selvitetään aina potilaan hoitoon hakeutumisen syy ja hoidon tarve sekä arvioidaan hoidon ja tutkimusten kiireellisyys (Castrén ym. 2009, 69).

Hoidon tarpeen arvioinnin prosessi etenee seuraavasti:

- Selvitetään, miksi asiakas ottaa yhteyttä
- Selvitetään anamneesi eli esitiedot (perussairaudet, säännöllinen ja tilapäinen lääkitys, muut hoidot)
- Selvitetään status eli tämän hetkinen tilanne. ( Millaisia oireita? Milloin ovat alkaneet? Millaisia oireet ovat juuri nyt? Missä tilanteissa oireet ilmenevät? Onko ollut aikaisemmin samanlaisia oireita? Miten oireita on hoidettu?)

- Dokumentoidaan eli kirjataan tiedot asianmukaisesti, selkeästi ja tarkasti (Syväoja P. 2010).

#### 4.5 Potilasryhmittely

Hoidon tarpeen arviointiin liittyy myös sanaa triage. Sana triage on johdettu ranskankielisestä sanasta trier, joka tarkoittaa valita, valikoida. (Syväoja, Äijälä 2009, 95). Triage-luokittelu kehitettiin alun perin suuronnettomuuksia ja sotaoloja varten. Maailmalla triage on ollut käytössä päivystyksissä jo pitkään esimerkiksi Kanadassa ja Britanniassa. (Vehmanen M., Suomen Lääkärilehti 37/2010 vsk 65, 2915).

Vuonna 1994 ryhmä lääkäreitä ja sairaanhoitajia alkoi kehittää Iso-Britanniassa triagesysteemiä ja selventää potilasryhmittelyä ensiavussa. Aikaisemmin potilasryhmittely perustui niin sanotusti vaistonvaraisuuteen, ei niinkään johonkin perusteltuun ja järjestelmälliseen menetelmään. (Macway-Jones K., Marsden J.& Windle J., 2008, 1). Ryhmä kehitti triageen kategoriat ja niihin värit, numerot ja nimet ja antoi kategorioille maksimi ajan, jolloin ensikontakti hoitajaan tai lääkäriin piti tapahtua. (Macway-Jones ym. 2008, 2). Viisiportainen triagemalli on vakiinnuttanut asemansa maailmalla ja siitä käytetään nimeä Manchester Triage System (MTS). (Tekijän suomentama.) (Macway-Jones k. ym, 2008, 2).

Taulukko 1. Manchester Triage System - malli. (Tekijän suomentama). (Macway-Jones ym. 2008, 2)

<b>Numero</b>	<b>Nimi</b>	<b>Väri</b>	<b>Max aika(minuutit)</b>
1	Välittömästi	Punainen	0
2	Erittäin kiireellinen	Oranssi	10
3	Kiireellinen	Keltainen	60
4	Tavallinen	Vihreä	120
5	Ei kiireellinen	Sininen	240

Ruotsissa otettiin 2000-luvun alussa käyttöön edellä mainittu MTS - malli. Pian kuitenkin ruotsalaiset alkoivat kehittää omia ryhmittelymalleja ja tuloksena syntyi

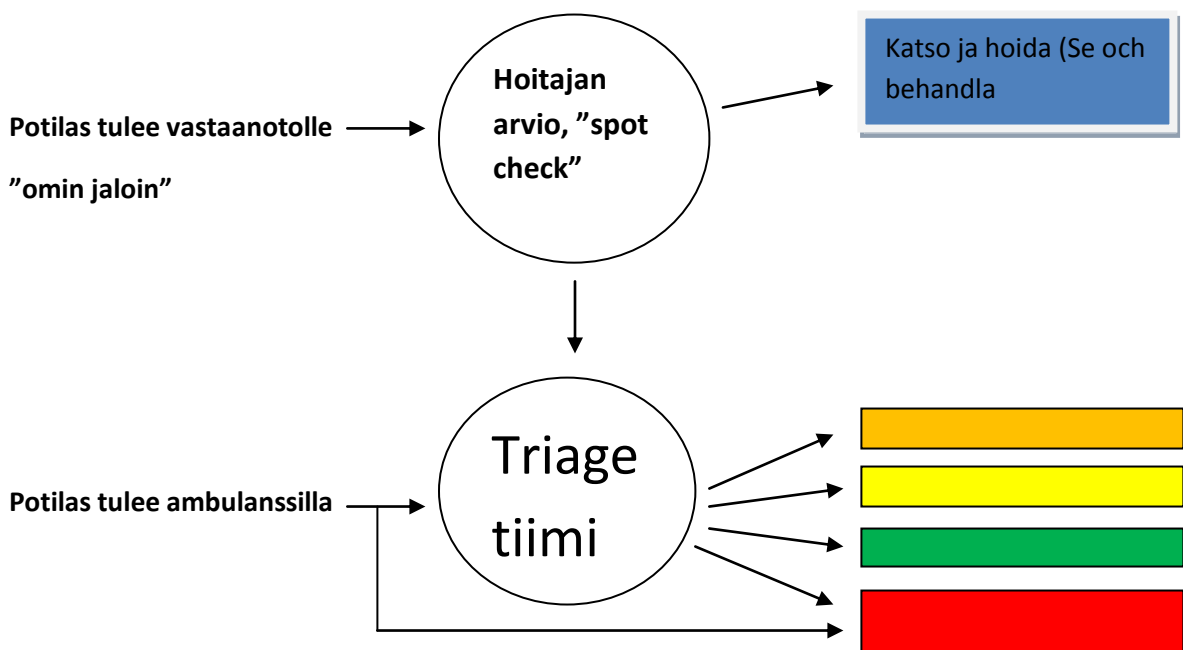
Ruotsin kaksi omaa mallia METTS ja ADAPT. METTS - mallissa potilas, joka tulee ensiapuun ”omin jaloin”, menee ensiarvioon hoitajalle (”spot check”). Jos hoitaja arvioi potilaan kuuluvan ns. siniseen ryhmään eli ei kiireelliseen ryhmään, on prosessin seuraava vaihe ”Se och behandla” eli vapaasti suomennuttuna ”Katso ja hoida”. Muut potilaat menevät triagetiimin syventävään arvioon, joka etenee kolmiportaisesti:

1. Vitaalielintoiminnot ABCDE - menetelmän mukaan

2. Oirekuvaus

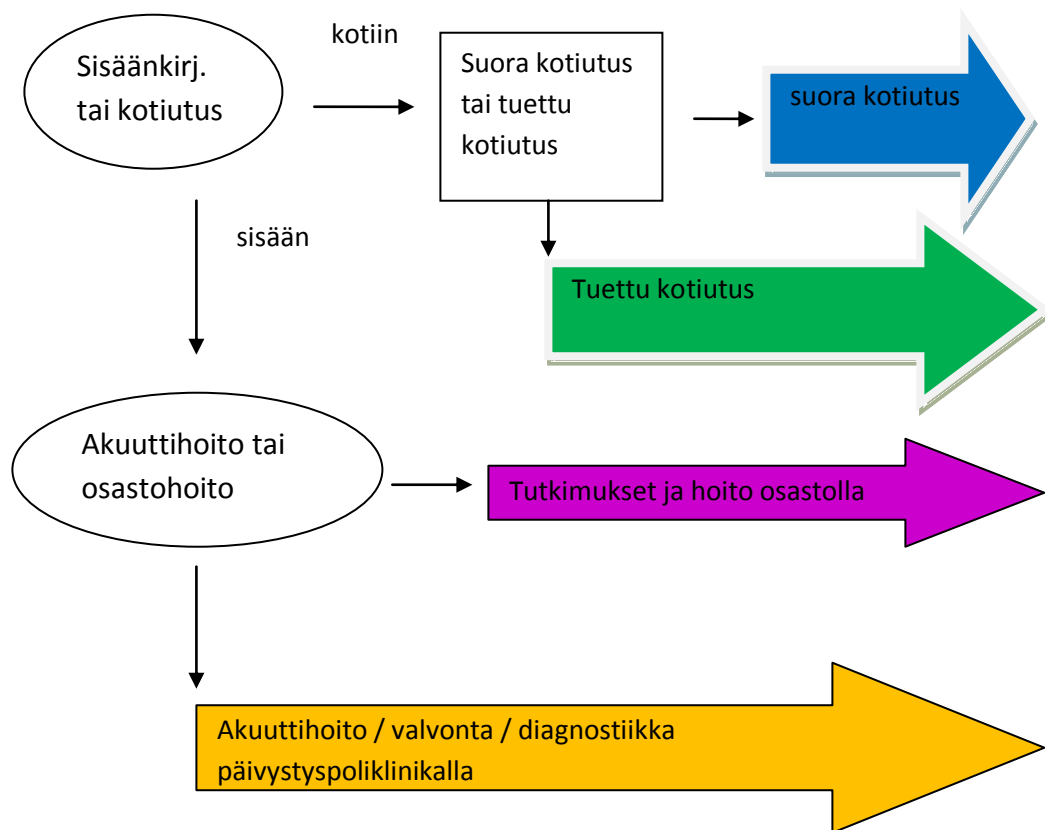
3. Jatkotoimenpiteet, jotka ratkaisevat mahdollisen monitoroinnin ja näytteenotot

Triagetiimi arvioi potilaan kiireellisyysluokan, joka on väriltään punainen, oranssi, keltainen tai vihreä, ja hoidon kiireellisyys muodostuu sen mukaan. Jos potilas tulee vastaanotolle ambulanssilla, menee hän suoraan triagetiimin arvioon tai arvio on tehty jo ambulanssissa punaiseen ryhmään eli hoito alkaa välittömästi (kuvio 1). (SBU, Triage och flödesprocesser på akutmottagningen, 2010, 50-51).



Kuvio 1. Prosessi METTS – mallin mukaan. Triagen viisi eri vaihetta. (SBU, Triage och flödesprocesser på akutmottagningen, 2010, 51, muokattu).

ADAPT – malli on mukautettu ja kehitelty METTS:stä ja ADAPT:ssa on uudistettu työskentelytapoja. Pääpaino on kuitenkin samassa kolmiportaisessa järjestelmässä kuin METTS:ssä eli vitaalielintoiminnot, oirekuvaus ja jatkotoimenpiteet. ADAPT – mallissa on samat luokitukset kuin METTS:ssä (punainen, oranssi, vihreä, sininen ja keltainen), mutta siinä määritellään myös violetti ryhmä. Violettiin ryhmään kuuluva potilas voidaan sijoittaa suoraan erikoissairaanhoidon (kuvio 2). Esimerkkejä violettiin ryhmään kuuluvista potilaista ovat AVH-potilaat, varmat infektiopotilaat, sydänoireiset potilaat sekä lonkkamurtumapotilaat. (SBU, Triage och flödesprocesser på akutmottagningen, 2010, 51 – 52).



Kuvio 2. ADAPT – malli (SBU, Triage och flödesprocesser på akutmottagningen, 2010, 52, muokattu.)

Tiimityöskentely on molemmissa malleissa tärkeä periaate. Tiimit muodostuvat hieman eri kokoonpanoista, esimerkiksi vastaanotossa tiimi muodostuu

sairaanhoitajasta, perushoitajasta, lääkäristä ja sihteeristä ja kotiutusryhmä muodostuu sairaanhoitajasta, perushoitajasta ja joissain tapauksissa myös lääkäreistä. (SBU, Triage och flödesprocesser på akutmottagningen, 2010, 53).

Suomessa kehittynein malli lienee ns. ABCDE - malli (Syväoja, Äijälä 2009, 95). ABCDE - triagemallissa potilaat ryhmitellään viiteen eri kiireellisyysluokkaan (taulukko 1). (Syväoja, Äijälä 2009, 98).

Taulukko 2. ABCDE – triage. (Syväoja, Äijälä 2009, 95).

A	Kriittisesti sairaat tai muista syistä suoraan erikoissairaanhoidon kuuluvat
B	Kuuluvat yleensä suoraan erikoissairaanhoidon, terveyskeskuspäivystyksessä pyritään saamaan lääkärin arvion 10 min sisällä
C	Potilas kuuluu terveyskeskuspäivystykseen, tavoite lääkärin arvion 1 tunnin sisällä
D	Potilas kuuluu terveyskeskuspäivystykseen, lääkärin arvion 2 tunnin sisällä
E	Eivät kuulu päivystykseen. Saavat kuitenkin palveluneuvontaa ja ohjausta sairautensa hoidossa.

Sosiaali- ja terveysministeriö valmisteli Yhtenäiset päivystyshoidon periaatteet ja tämä ohjeisto on laadittu ohjeistamaan päivystyksellisen ja ei-päivystyksellisen hoidon rajapintaa. Ohjeistossa ei ole käytetty kirjaimia ABCDE vaan käytetään termejä *Hoidetaan päivystyksenä, hoidetaan päivystyksenä mutta ei yöllä, voi siirtää virka-ajan lääkärille (1vrk)* sekä *voi siirtää virka-ajan lääkärille (2-3 vrk)*. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2009, Yhtenäiset päivystyshoidon perusteet, Työryhmän raportti).

Potilaita on myös tiedotettava triagen periaatteista asianmukaisesti. Usein D- ja E-luokkien potilaille aiheutuu ihmetystä siitä, miksi myöhemmin saapuneet pääsevätkin aikaisemmin vastaanotolle. (Vehmanen M., Suomen Lääkärilehti 37/2010 vsk 65, 2915).

Kansainvälisesti katsottuna triage on saapunut Suomeen melko myöhään. Potilasvirrat ovat kasvaneet ja sen myötä triagesta on tullut arkipäivää myös Suomessa. (Vehmanen M., Suomen Lääkärilehti 37/2010 vsk 65, 2914 - 2916).

ABCDE – triagen vaikutusta on tutkittu mm. Vantaan Peijaksen yhteispäivystyksessä (Kantonen J. ym. Suomen lääkärilehti 9/2007 vsk 62, 897 - 901) sekä Kuopion yliopistollisessa sairaalassa (Halinen ym. Suomen lääkärilehti 2/2003 vsk 58, 305-308). Peijaksessa siirryttiin yhteispäivystyksessä ABCDE - triagen käyttöön vuonna 2004. Tutkimuksessa selvisi muun muassa, että perusterveydenhuollon päivystyksessä potilasmäärät vähenivät 340 käynnillä kuukaudessa, mutta erikoissairaanhoidon päivystyskäynnit lisääntyivät triagen myötä noin 125 käynnillä kuukaudessa. (Korkeila K., Suomen Lääkärilehti 35/2010 vsk 65, 2758). Kuopiossa tutkittiin odotusaikaa suhteessa kiireellisyysluokitteluun (Halinen ym. Suomen lääkärilehti 2/2003 vsk 58, 306).

#### 4.6 Hoidon tarpeen arviointi puhelimitse

Puhelinta on käytetty apuvälineenä terveydenhuollossa siitä lähtien, kun puhelin keksittiin eli vuodesta 1876. Perinteisesti puhelinneuvontaa on annettu muun työn ohessa tai on pidetty päivittäin ns. puhelintunti. (Syväoja, Äijälä 2009, 127). Lisääntyneeseen palvelujen kysyntään on vastattu juuri puhelinneuvonnalla. Hoitoon pääsyn turvaamiseksi tehtyjen lakimuutosten vuoksi on puhelinpalvelutoiminnan merkitys kasvanut. (Syväoja, Äijälä 2009, 127). On pystytty vähentämään tarpeettomia vastaanottokäyntejä juuri sen vuoksi, että osa potilaiden asiointitarpeista on voitu hoitaa puhelimitse. (Syväoja, Äijälä 2009, 45).

Yleinen ongelma on yhteydensaannin vaikeus terveyskeskukseen. Tähän on ratkaisuksi kehitetty puhelinpalvelutoiminnan ulkoistaminen. (Syväoja, Äijälä 2009, 127). Tosin Lääkäriliiton terveystieteiden asiantuntija Mikko Nenonen arvioi Suomen Lääkärilehdessä, että ulkoistettua puhelinneuvontaa ei voida pitää ensikontaktina terveyskeskukseen. Nenonen sanoo myös, että kovassa paineessa ja resurssipulassa saatetaan ottaa liian suuria riskejä arvioidessa potilaan



terveydentilaa puhelimitse. (Vierula H., Suomen Lääkärilehti 47/2009 vsk 64, 4015).

Monissa kunnissa puhelimeen vastaajalle on tullut portinvartijan rooli eli puhelimeen vastaaja on vastuussa siitä, että vain tietty määrä potilaista pääsee vastaanotolle (Vierula H., Suomen Lääkärilehti 47/2009 vsk 64, 4015).

Puhelimitse tehtävä hoidon tarpeen arviointi tulee erottaa yleisistä neuvontapalveluista. Neuvonta voi olla joko yleistä tai yksilöllistä terveyden- ja sairaanhoidon neuvontaa. Siinä vaiheessa, kun otetaan kantaa henkilön terveydentilaan tai annetaan hänelle yksilöllisiä hoito-ohjeita, yleinen puhelinpalveluneuvonta muuttuu yksilölliseksi neuvonnaksi. Tällöin neuvoja antavan henkilön on oltava terveydenhuollon ammattihenkilö ja hänen on myös tehtävä potilaslain mukaiset potilasasiakirjamerkinnot. (Syväoja, Äijälä 2009, 19).

Puhelimessa tapahtuva toiminta on parhaimmillaan silloin, kun asiakkaalle voidaan saman puhelun aikana antaa yleistä terveysneuvontaa sekä hoitaa hoidon tarpeen arviointiin perustuva ajanvaraus. (Syväoja, Äijälä 2009, 19).

Myös puhelinpalveluna annettavasta neuvonnasta tai palveluun ohjauksesta on tehtävä merkinnät potilasasiakirjoihin. (Syväoja, Äijälä 2009, 14).

Aivan uudenlaisia haasteita puhelimessa tapahtuvaan hoidon tarpeen arviointiin tuovat epidemiat kuten A(H1N1). Potilaita on enemmän, vakavasti sairastuneiden osuus on suurempi ja vakavasti sairastuneet tulevat yllättävistä ihmisryhmistä. Tällaisissa tapauksissa korostuvat hoidon tarpeen arvioinnin hyvät ohjeistukset sekä arvioijan kokemus ja ammattitaito. (Vierula H., Suomen Lääkärilehti 47/2009 vsk 64, 4016).

Peijaksessa toteutetun tutkimuksen perusteella voitiin todeta, että potilaiden ohjaus puhelimitse ja heidän hoidon tarpeensa kiireellisyyden arviointi olivat keinoja, joilla pystyttiin vähentämään päivystyskäyntien määrää. Tutkimuksessa korostuivat yhteiset hoidon tarpeen arvioinnin määrittelyn kriteerit sekä yhtenevä ohjaus. (Kanttonen J. ym. Suomen Lääkärilehti 9/2007 vsk 62, 897).

#### 4.7 Kirjaaminen

Kirjaaminen kuuluu tärkeänä osana hoidon tarpeen arviointiin. Hoidon tarpeen arvioinnin kirjaamiseen pätevät samat yleiset periaatteet kuin muuhunkin kirjaamiseen mutta hoidon tarpeen arviointi edellyttää myös omia potilasasiakirjamerkintöjä, esimerkiksi yhteydenoton ajankohta minuutin tarkkuudella. On tärkeää, että potilaskertomukseen tehdään merkintä jokaisesta avohoito- ja kotihoitokäynnistä, toimenpiteestä, osastohoitojaksosta, lääkemääräyksestä, hoidon kannalta merkittävästä puhelinyhteydestä ja muusta konsultaatiosta jne. (Syväoja, Äijälä 2009, 74)

Kirjaamisessa korostuvat erityisesti hoidon jatkuvuus ja hoitoon pääsyn seuranta. Koska lain mukaan potilaalla on oikeus terveydenhuollon ammattilaisen tekemään hoidon tarpeen arviointiin, syntyy kirjaamisen kautta tietoa siitä, miten hänen hoitoon pääsytään on toteutunut. (Syväoja, Äijälä 2009, 7).

#### 4.8 Hoitoilmoitus - rekisteri

Terveyden- ja hyvinvoinninlaitos ylläpitää terveydenhuollon hoitoilmoitusrekisteriä, josta käytetään lyhennystä HILMO. Rekisterin käyttötarkoituksena on kerätä tietoa terveyskeskusten, sairaaloiden ja muiden sairaansijojen omistavien laitosten toiminnasta ja niissä hoidossa olleista asiakkaista sekä kotisairaanhoidon asiakkaista tilastointia, tutkimusta ja suunnittelua varten. (thl.fi).

Rekisterin pitäminen perustuu seuraaviin lakeihin ja asetuksiin: Laki terveydenhuollon valtakunnallisista henkilörekistereistä (556/89) 3 §, Asetus terveydenhuollon valtakunnallisista henkilörekistereistä (774/89) 1 ja 2 §, siten kuin ne ovat 30.12.1993/1671 muutetussa asetuksessa. Laki Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksesta (668/2008) 2 §, Erikoissairaanhoidolain (1062/89) 5 §:n 3 momentti, kansanterveyslain (66/72) 4. §, mielenterveyslaki (1116/90). (thl.fi).

Hoitoilmoitusjärjestelmää laajennetaan 2011 lähtien siten, että perusterveydenhuollon avohoidosta aletaan kerätä yksilötason tietoja rekisteriin. Avohilmoon kerätään palvelutapahtuman perustiedot, joita ovat muun muassa asiakkaan henkilötunnus ja kotikunta. Yhteydenotosta ja hoidon tarpeen arvioinnista kerätään tiedot, joiden perusteella voidaan määritellä hoitotakuun piiriin kuuluvien potilaiden osalta aikaviiveitä palvelutapahtuman etenemisessä, eli järjestelmään tulee määritellä ajankohta, milloin asiakas otti yhteyttä saadakseen palvelua, määritelmä hoidon kiireellisyydestä eli aika, jonka kuluessa asiakkaan hoito on aloitettava, käynnin luonne, ensikäynti sekä hoidon tarpeen arvioinnin tulos. (Forsström ym., 2010, 3, 8, 15-20).

Opinnäytetyön aiheen valinnassa on tärkeää se, että aihe motivoi tekijää. Opinnäytetyössä tulisi pystyä syventämään omaa asiantuntemusta aiheesta. Aiheen on oltava myös ajankohtainen tai tulevaisuuteen luotaava. (Vilkkä & Airaksinen 2003, 23). Ammattikorkeakoulussa opiskelijalle annetaan valmiudet toimia valmistuttuaan alansa asiantuntijatehtävissä sekä alaan liittyvät kehittämisen ja tutkimuksen perusteet (Vilkkä & Airaksinen 2003, 10).

Opinnäytetyön tulisi olla työelämälähtöinen ja käytännönläheinen, toteutettu tutkimuksellisella asenteella sekä osoittaa riittävällä tasolla alan tietojen ja taitojen hallintaa (Vilkkä & Airaksinen 2003, 10). Opinnäytetyöprosessi voi myös suunnata ammatillista kasvua, urasuunnittelua ja työllistymistä (Vilkkä & Airaksinen 2003, 17).

### 5.1 Toiminnallinen opinnäytetyö

Tämä opinnäytetyö toteutetaan toiminnallisena opinnäytetyönä. Toiminnallinen opinnäytetyö tarkoittaa työtä, jossa tehdään jokin ohje, ohjeistus tai opastus ammatilliseen käyttöön ja se liittyy käytännön työhön. Työn tuotos voi olla esimerkiksi kirja, video, opas, tapahtuma. (Vilkkä & Airaksinen 2003, 9 – 10). Tämän opinnäytetyön tuotoksena syntyi Hoidon tarpeen arvioinnin – kansio, joka laitettiin myös sähköiseen muotoon hoitajien tietokoneille poliklinikalle.

### 5.2 Kirjallisuuden valinta

Aluksi aineistoa kerätään, sen jälkeen käsitellään, täydennetään, tarkistetaan, karsitaan ja järjestellään tarpeen mukaan. Lopuksi hiotaan ja viimeistellään tekstiä.

(Vilkkä & Airaksinen 2003, 68). Tämän opinnäytetyön aineisto on kerätty kirjallisuuden, lehtiartikkeleiden, Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisujen, valmiiden opinnäytetöiden ja muiden terveyskeskusten ja sairaaloiden hoidon tarpeen arvioinnin ohjeiden pohjalta.

### 5.3 Tuotoksen toteuttaminen

On suositeltavaa, että löytää toiminnalliselle opinnäytetyölleen toimeksiantajan ja näin ollen opinnäytetyön avulla voi näyttää osaamistaan ja herättää työnantajan kiinnostuksen ja mahdollisesti jopa työllistyä. Toimeksiannetun opinnäytetyön avulla voi luoda myös suhteita ja tekijä pääsee syventämään omia taitojaan työelämän kehittämisessä sekä harjoittamaan omaa luovuuttaan ja kekseliäisyyttään. (Vilkkä & Airaksinen 2003, 16).

Toiminnallisiin opinnäytetöihin kuuluu raportin lisäksi usein kirjallinen tuotos. Tuotoksen tekstiltä vaaditaan toisenlaisia ominaisuuksia kuin opinnäytetyöraportilta. (Vilkkä & Airaksinen 2003, 65).

Tämän opinnäytetyön toimeksiantaja on Virtain terveyskeskus, ja opinnäytetyö toteutettiin yhteistyössä Virtain terveyskeskuksen hoitotyön johtajan, vastaavan lääkärin ja hoitajien kanssa. Hoitajista yksi oli nimetty yhteyshenkilöksi minulle tähän tehtävään.

Prosessi lähti liikkeelle, kun pidimme työelämäpalaverin Virtain terveyskeskuksessa. Paikalla olivat vastaava lääkäri, hoitotyönjohtaja, kaksi sairaanhoitajaa ja minä. Tässä palaverissa sovimme siitä, että alan valmistella hoidon tarpeen arvioinnin ohjeita.

Aluksi laadin kokoelman HUS:n, Jämsän, Kangasalan ja Länsi-Pohjan keskussairaalan ohjeista. Kokoelmassa oli kaikkien ohjeet vierekkäin ja näin ollen vertailu oli mahdollista. Jämsän ohjeet perustuivat paljolti HUS:n ohjeisiin, joten näissä oli paljon yhteneväisyyttä. HUS:n, Jämsän, Kangasalan ja Länsi-Pohjan keskussairaalan ohjeissa potilaat oli ryhmitelty luokkiin A, B, C, D ja E.

Ajanmääritys oli kuitenkin eniten poikkeava Kangasalan ohjeissa. Kun muiden ohjeissa ryhmä C:n potilaat tulisi hoitaa 60 minuutin sisään, niin Kangasalan ohjeissa ryhmä C hoidetaan saman päivän aikana. Samoin ryhmä D:n kiireellisyydessä oli eroavaisuuksia. Kun muiden ohjeissa ryhmä D:n potilaat hoidetaan kahden tunnin sisällä, niin Kangasalan ohjeissa potilaat ohjataan lääkärin arvioon 1 - 3:n päivän sisällä. Tässä on kuitenkin syytä muistaa se, että esimerkiksi HUS:n ohjeita käytetään sairaalassa, jossa potilasvirrat ovat paljon suuremmat kuin esimerkiksi Kangasalan ja Virtain terveyskeskuksissa. HUS:n alueella on perusteltua ryhmitellä kiireellisyys minuuttien mukaan. Ryhmä E oli kaikilla sama eli siihen ryhmään kuuluvat eivät olleet päivystykseen kuuluvia potilaita. Kokoelmasta tuli 76 - sivuinen.

Tein viimeisen harjoitteluni Virtain terveyskeskuksen poliklinikalla 7.2 – 20.3 2011 välisenä aikana, ja tekemäni kokoelma oli tänä aikana hoitajien nähtävillä poliklinikalla. Olin tulostanut kokoelman ja laittanut sen kansioon. Olin ohjeistanut kansion päälle, että hoitajat tutustuisivat kansioon, tekisivät merkintöjä ja kommentoisivat, mikä on hyvää/huonoa ja mihin haluaisivat mahdollisesti tarkennusta.

Ongelmaksi koitui ajanpuute. Hoitajat eivät ehtineet tutustua kansioon haluamallaan tavalla. Kokoelmaan ei juurikaan tullut merkintöjä tai kommentteja. Keskustelua kokoelmasta kyllä kävimme ja muutama hoitaja oli käyttänyt kansiota apunakin tehdessään hoidon tarpeen arviointia puhelimesta.

Tämän jälkeen piti päättää, mitkä ohjeet kokoelmasta olisivat pohjana tälle työlle. Virtain terveyskeskuksesta oli toiveena se, että käyttäisin Kangasalan ohjeita, koska Kangasalan terveyskeskus on paremmin verrattavissa Virtain terveyskeskukseen, ja Virroilla hoitotyönjohtaja ja hoitajat olivat tutustuneet jo aiemmin Kangasalan ohjeisiin ja pitivät niitä hyvinä. Myös itse totesin ne hyväksi, koska niissä oli paljon monipuolisemmin tuotu oireita ja toimenpiteitä esille kuin muissa. Täydensin niitä HUS:n, Jämsän ja Länsi-Pohjan keskussairaalan ohjeilla niiltä osin, mitä Kangasalan ohjeista puuttui. Lasten hoidon tarpeen arvioinnin ohjeet tein Sosiaali- ja terveysministeriön laatiman Yhtenäisen päivystyshoidon perusteet - raportin pohjalta.

Virtain terveyskeskuksen Hoidon tarpeen arvioinnin ohjeisiin potilaat haluttiin jakaa neljään ryhmään, A, B, C ja D. A - ryhmä hoidetaan välittömästi, B - ryhmä saman päivän aikana, C - ryhmä ohjataan lääkärin arvioon viikon sisällä ja D - ryhmä ei kuulu päivystykseen vaan hoito aloitetaan lääkärin ajanvarauksella.

Oirekuvaukset laitoin ranskalaisilla viivoilla ja lihavoin avainsanoja. Näin ne olisivat helpommin huomattavissa. Pyrin siihen, että ohjeet olisivat yleisilmeeltään selkeät ja helposti luettavat.

Tämän jälkeen tulostin paperit, aakkostin ne kansioon ja vein jälleen poliklinikalle hoitajien arvioon. Laitoin myös vastaavalle lääkärille oman kansion arvioon. Kansioden päälle tein ohjeistuksen siitä, että kansioon voi tehdä merkintöjä ja kommentoida, ja tein muutokset sitten merkintöjen pohjalta.

Tuotoksena laadin henkilökunnalle ohjeiston, jota he voisivat käyttää jokapäiväisessä työssään poliklinikalla arvioidessaan potilaan hoidon tarvetta ja kiireellisyyttä (liite 1). Ohjeistus laadittiin sekä paperi- että sähköiseen muotoon.

Ammattikorkeakouluilla on yhteinen opinnäytetöiden verkkokirjasto, Theseus. Tämän opinnäytetyön teoriaosa julkaistaan Theseus – verkkokirjastossa, mutta Hoidon tarpeen arvioinnin ohjeistusta ei julkaista, koska ohjeet on laadittu yksinomaan Virtain terveyskeskukselle.

#### 5.4 Opinnäytetyön luotettavuus ja eettisyys

Olen käyttänyt opinnäytetyössäni luotettavia asiantuntijoiden laatimia kirjoja, julkaisuja sekä artikkeleita. Hoidon tarpeen arvioinnin ohjeet ovat olleet käytössä muissa kunnissa ja näin ollen siis käytännössä kokeiltu. Sosiaali- ja terveysministeriön Yhtenäiset päivystyshoidon perusteet on laadittu avuksi yhtenäistämään ohjeita sekä yhdenvertaistamaan potilaiden hoidon saatavuutta sekä hoitoon pääsyä.

Opinnäytetyönä tekemäni Hoidon tarpeen arvioinnin ohjeet on tarkastanut Virtain terveyskeskuksen vastaava lääkäri.

## 6 POHDINTA

Hoidon tarpeen arviointi on tehtävän siirto lääkäreiltä sairaanhoitajille. Se on toteutettu ns. hoitotakuulain valmistumisen jälkeen. Hoidon tarpeen arvioinnilla tarkoitetaan sitä vuorovaikutustapahtumaa, joka käydään hoitajan ja asiakkaan välillä silloin, kun asiakas ottaa yhteyden esim. terveyskeskukseen joko tulemalla paikalle tai soittamalla puhelimella. Hoitaja arvioi asiakkaan hoidon tarpeen ja kiireellisyyden asiakkaan kertomien oireiden perusteella. Puhelimessa tapahtuva hoidon tarpeen arviointi asettaa omat haasteensa, koska hoitaja ei näe asiakasta. Jos asiakas on tullut itse terveyskeskukseen, on hoitajan mahdollista tehdä havaintoja vielä esimerkiksi silmämääräisestikin.

Opinnäytetyötä tehdessäni on hyvin käynyt ilmi se, että hoidon tarpeen arvioinnin ohjeita tarvitaan. Hoitajat haluavat materiaalia, johon tukeutua. Hoidon tarpeen arvioinnin ohjeet eivät vielä kuulu joka terveyskeskuksen toimintaan, mutta käsitykseni on, että enenevässä määrin tähän ollaan menossa. Sosiaali- ja terveysministeriön Yhtenäiset päivystyshoidon perusteet olisi mielestäni oiva työkalu yksiköihin, joissa tehdään hoidon tarpeen arviointia. Se yhtenäistäisi kriteeristöä ja hoidon saatavuutta. Olisikin mielestäni hyvä, jos kunnille tulisi siitä suositus, että hoidon tarpeen arvioinnin ohjeiden tulisi olla käytössä. Puhelimessa tapahtuva arviointi on joka päivä tapahtuvaa toimintaa, ja on hyvä, jos siihen on käytettävissä materiaali, jossa on avainsanoja ja oireiden kuvauksia joita hoitajat voivat puhelimessa kysyä.

Potilasryhmittelystä on hyötyä. Se kohdentaa oikean hoidon, oikealle potilaalle, oikeassa ajassa. Vältetään turhalta odottelulta ja vältetään siltä, että potilaat, jotka eivät kuulu päivystykseen, eivät enää ruuhkauta päivystyspoliklinikkaa. Tosin ryhmittelyssä saattaa aiheuttaa ihmetystä se, että myöhemmin tullut potilas pääseekin vastaanotolle aikaisemmin. Tässä täytyisikin taata informaation kulku potilaille ja kertoa potilasryhmittelystä.

Virtain terveyskeskuksen ohjeissa potilaat haluttiin jakaa neljään ryhmään, A, B, C ja D. A - ryhmä hoidetaan välittömästi, B - ryhmä saman päivän aikana, C - ryhmä



ohjataan lääkärin arvioon viikon sisällä ja D - ryhmä ei kuulu päivystykseen vaan hoito aloitetaan lääkärin ajanvarauksella. Se, kuinka ryhmät B ja C tulevat lääkäripulan vuoksi toteutumaan, jää nähtäväksi. Lääkärin vastaanottoaikoja jaetaan Virroilla noin kerran kuukaudessa, ja ajat varataan hyvin tehokkaasti ja nopeasti. Näin ollen potilas, joka täyttäisi ryhmäluokituksessa kohdan C kriteerit ja ohjeiden mukaan voisi tulla lääkärin vastaanotolle viikon sisällä, joudutaankin ohjaamaan päivystävälle lääkärille juuri sen vuoksi, että vastaanottoaikaa virka-ajalle viikon sisällä ei ole antaa.

Ohjeita laatiessa on otettava huomioon ohjeiden käytännöllisyys. On käytettävä lyhyitä, ytimekkäitä sanoja ja korostettava niitä lihavoinnilla. Puhelimessa ei ole aikaa alkaa lukea pitkiä lauseita, joten ns. avainsanojen on oltava esillä kätevästi ja mielellään yhdellä sivulla. Puhelimessa tehtävään arviointiin on kätevämpää käyttää sähköistä versiota.

On kuitenkin haastavaa laatia ohjeista kaiken kattavia. Käytäntö tuo esille mahdolliset puutteet ohjeissa. On osattava tehdä ns. täsmäkysymyksiä, esimerkiksi, jos potilas valittaa päänsärkyä, on osattava kysyä tarkentavia kysymyksiä kuten liittyykö päänsärkyyn niskajäykkyyttä, sekavuutta tai kuumetta. Jokainen potilas on oma yksilönsä, joten hoitajalta niin sanotun maalaisjärjen käyttö on myös suotavaa. Joskus on luotettava intuitioon eikä uskoa sokeasti ohjeita.

Arvioinnin tekee haastavaksi myös se, kuinka potilas osaa kuvailla oireitaan. Oireita saatetaan liioitella tai vastaavasti vähätellä. Kivun kokeminen on yksilöllistä ja henkilökohtaista. Olisikin suotavaa, että yksiköissä olisi kivun arvioimiseen yhtenäinen käytäntö, esimerkiksi VAS - kipumittari.

Olisi mielenkiintoista nähdä jatkossa, kuinka ohjeet toimivat käytännössä ja onko niistä todellista apua potilasryhmittelyssä, toteutuuko hoidon saatavuus. Selvittelyä voisi tehdä myös sekä hoitajien että potilaiden näkökulmasta. Ovatko hoitajat saaneet ohjeista toimivan työkalun jokapäiväiseen työhönsä, ja mitä potilaat ajattelevat potilasryhmittelystä. Jatkossa näitä kysymyksiä voisikin selvittää esimerkiksi opinnäytetyönä.

## LÄHTEET

- Aalto, J. & Leino L. 2008. Triage hoitajien kokemana yhteispäivystyksessä. Hoitotyön koulutusohjelma. Sairaanhoidaja. Helsinki. Stadia. Opinnäytetyö.
- Airaksinen, T. & Vilka, H. 2003. Toiminnallinen opinnäytetyö. Helsinki: Tammi.
- Aurivuo, M. & Lustberg, R. 2010. Triage-hoitajien koulutus ja osaaminen esimiesten kokemana. Hoitotyön koulutusohjelma. Sairaanhoidaja. Kymenlaakson ammattikorkeakoulu. Opinnäytetyö.
- Catrén, M., Aalto, S., Rantala, E., Sopanen, P. & Westergård, A. 2009. Ensihoidosta päivystyspoliklinikalle. Helsinki: WSOY. Oppimateriaalit.
- Forsström J., Saukkonen S-M & Tuomola P. 2010. AvoHILMO. Perusterveydenhuollon avohoidon ilmoitus 2011. Määrittelyt ja ohjeistus. THL – Luokitukset, termistöt ja tilasto-ohjeet 3/2010.
- Granfelt T., Harjola V-P., Holmlund L., Koskinen A., Mattila J., Mustonen E., Paloheimo M & Pohjola-Sintonen S. Päivystysprosessin tarkastelu tuo apua päivystyspoliklinikan ruuhkiin. Suomen lääkärilehti 6/2008 vsk 63.
- Grönvall U. 2005. Hoitotakuu ei toteudu itsestään, Mitä sairaanhoitajat tekevät ja voisivat tehdä?. Sairaanhoidajalehti. 4/2005.
- Halinen M., Hietakorpi S., Kaukonen M., Kumpusalo E., Lipponen P & Miettola J. Kuopion yhteispäivystystutkimus. Yleislääkäripäivystyksen toimivuus ja odotusajat kiireellisyysluokittain. Suomen Lääkärilehti 2/2003 vsk 58. 305 – 308.
- Kanttonen J., Kauppila T. & Kockberg I. Päivystyksen organisaatiomuutokset vähensivät lääkäriissäkäyntejä. Kokeilu Vantaan terveyskeskuspäivystyksessä. Suomen lääkärilehti 9/2007 vsk 62. 897 – 901.
- Kansanterveyslaki 28.1.1972/66.<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1972/19720066>
- KASTE-ohjelman toimeenpanosuunnitelma vuosille 2008-2011. Helsinki 2009. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2009:9
- Koponen L. & Sillanpää K. (toim.) 2005. Potilaan hoito päivystyksessä. Jyväskylä: Tammi.
- Korkeila K., Lääketieteen maailmasta. ABCDE-triage vaikuttaa päivystyskäyntien määrään. Suomen Lääkärilehti 35/2010 vsk 65. 2758.
- Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 17.8.1992/785.[www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1992/19920785](http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1992/19920785)
- Macway-Jones K., Marsden J. & Windle J. (toim.) Emergency triage. Manchester Triage group. Second edition. 2008.

SBU. Statens beredning för medicinsk utvärdering. Triage och flödesprocesser på akutmottagning. En systematisk litteraturoversikt. 2010.

Syväoja, P. & Äijälä, O. 2009. Hoidon tarpeen arviointi. Helsinki: Tammi.

Syväoja P. 2010. Hoidon tarpeen arviointi. Koulutus. 10.10.2010 Virtain terveyskeskus.

Terveyden- ja hyvinvoinninlaitos. Terveydenhuollon hoitoilmoitusrekisterin rekisteriseloste. Luettu 29.1.2011. Päivitetty 7.1.2010. Terveydenhuollon hoitoilmoitusrekisterin rekisteriseloste. <http://www.stakes.fi/FI/tilastot/tausta/Rekisteriselosteet/terveydenhuollonhoitoilmoitukset.htm>

THL, Tilasto- ja indikaattoripankki SOTKANet 2005-2011. <http://uusi.sotkanet.fi>.

Vehmanen M. Päivystykset siirtyvät triage-aikaan. Suomen Lääkärilehti 37/2010 vsk 65. 2914 – 2916.

Vierula H. Hoidon tarpeen arviointi. Terveydenhuollon portinvartijat. Suomen Lääkärilehti 47/2009 vsk 64. 4015 – 4016.

Virtain kaupunki. Poliklinikka. Päivitetty 29.4.2006. Luettu 7.9.2010, 23.10.2010 <http://www.virrat.fi/77/>

Virtain kaupunki. Ilmoitukset. Terveyskeskus tiedottaa. Päivitetty 12.4.2010. Luettu 1.4.2011. <http://www.virrat.fi/2283/>

Yhteistyö ja työnjako hoitoon pääsyn turvaamisessa. 2005. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2005:21. Selvitys Kansallisen terveystietokeskuksen työnjakopiloteista.

Yhtenäiset päivystyshoidon perusteet. 2010. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2010:4. Sosiaali- ja terveysministeriö. Työryhmän raportti.