

YHTENÄISET PÄIVYSTYSHOIDON PERUSTEET

Työryhmän raportti

Julkaisija	Julkaisun päivämäärä
Sosiaali- ja terveysministeriö	
Tekijät	Julkaisun laji
Päivystyshoidon perusteiden valtakunnallisten kriteerien laatimisen ohjausryhmä	Raportti
	Toimeksiantaja
	Sosiaali- ja terveysministeriö
	HARE-numero ja toimeksiantamispäivä
	I.6.2009 STM058:00/2009

Julkaisun nimi

Yhtenäiset päivystyshoidon perusteet. Työryhmän raportti

Tiivistelmä

■ Päivystyshoito tarkoittaa äkillisen sairauden, vamman tai kroonisen sairauden vaikeutumisen edellyttämää välitöntä arviointia tai hoitoa. Päivystyshoidolle on luonteenomaista, että sitä ei voida siirtää ilman oireiden pahenemista tai vamman vaikeutumista. Palveluita on saatava kaikkina vuorokauden aikana. Se on tärkeä osa julkista, hyvää terveydenhoitoa.

Päivystystoiminnassa on tapahtunut suuria muutoksia 2000-luvulla. Päivystyksiä on keskitetty suurempiin yksiköihin, yhteispäivystysmalleja on kehitetty ja potilasohjausta on pyritty tarkastelemaan alueellisesti. Yhtenäiset toimintamallit ovat puuttuneet ja järjestelmästä on tullut sirpaleinen.

Päivystyshoidon palveluiden tulee taata korkealaatuinen, oikea-aikainen, yhdenvertainen ja vaikuttava hoito ja hoitoon pääsy. Tämä edellyttää riittävän asiantuntemuksen kohdentamista päivystykseen. Sille on varattava riittävät voimavarat.

Riittävän asiantuntemuksen ja hoidon korkealaatuisuuden varmistamiseksi päivystykseen tulee varata kokenut, osaava ja alueen olosuhteet tunteva vakituudessa palvelusuhteessa oleva henkilöstö. Riittävän osaamisen tulee kattaa myös puhelimitse tehtävä hoidon arviointi. Osaaminen edellyttää lääkäreiden ja hoitohenkilökunnan perus- sekä jatkokoulutuksessa uusia järjestelyjä. Toiminnan laatua tulee voida arvioida yhtenäisin kansallisina ja osin paikallisesti sovituin mittarein.

Lievien sairauksien ja vammojen hoito tulee järjestää kohtuullisen matkan päässä potilaan kotoa. Laajaa osaamista ja resursseja edellyttävien potilaiden hoito tulee järjestää riittävän laajan alueen työnjaon mukaisesti. Työnjaossa huomioidaan etäisyyksien, matkaan liittyvien riskien ja osaamisen kannalta paras mahdollinen tasapaino. Yhteistyö ensihoitopalveluiden, hätäkeskusten, sosiaalipäivystyksen, mielenterveys- ja päihdetyön, vammaishuollon ja virka-ajan terveyspalveluiden kanssa tulee huomioida palveluiden suunnittelussa.

Asiasanat

arviointi, hoito, sairaanhoito, suunnittelu, terveydenhoito, päivystys

Bibliografiset tiedot

Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2010:4

ISBN 978-952-00-2963-0 (PDF)

ISSN 1797-9897 (verkkojulkaisu)

ISSN-L 1236-2115

URN:ISBN:978-952-00-2963-0

<http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-2963-0>

Muut tiedot

www.stm.fi/julkaisut

Kokonaissivumäärä

102

Kieli

suomi

Luottamuksellisuus


Julkinen

Kustantaja



SOSIAALI- JA
TERVEYSMINISTERIÖ

PRESENTATIONSBLAD

Utgivare Social- och hälsovårdsministeriet	Utgivningsdatum
Författare	Typ av publikation Rapport
	Uppdragsgivare Social- och hälsovårdsministeriet
	Projektnummer och datum för tillsättandet av organet I.6.2009 STM058:00/2009
Publikationens titel Enhetliga grunder för jourvård	
Referat	
<p>■ Jourvård innebär omedelbar bedömning eller behandling som behövs vid plötslig sjukdom, skada eller en förvärrad kronisk sjukdom. Karakteristiskt för jourvården är att den inte kan uppskjutas utan att symtomen eller skadan förvärras. Tjänsterna måste vara tillgängliga dygnet runt. Detta är en viktig del av den offentliga, goda hälso- och sjukvården.</p> <p>Stora förändringar inom jourverksamheten har inträffat under 2000-talet. Jourverksamheten har koncentrerats till större enheter, modeller för samjour har utvecklats och man har strävat efter att undersöka patientstyrningen regionalt. Det har saknats enhetliga verksamhetsmodeller och systemet har blivit splittrat.</p> <p>Jourvården ska garantera tjänster av hög kvalitet och i rätt tid som är jämlika och effektiva samt tillgång till vård. Detta förutsätter att tillräcklig sakkunskap koncentreras till jourverksamheten. Tillräckliga resurser måste reserveras för verksamheten.</p> <p>För att säkerställa tillräcklig sakkunskap och vård av hög kvalitet ska man för jourverksamheten reservera fast anställd personal som är erfaren, kompetent och känner till förhållandena inom området. Tillräcklig kompetens ska även omfatta bedömning av vård per telefon. Kompetens förutsätter en ny organisering av grundutbildningen och fortbildningen av läkare och vårdpersonal. Kvaliteten i verksamheten ska också kunna utvärderas med enhetliga nationella och delvis lokalt överenskomna mätare.</p> <p>Behandling av lindriga sjukdomar och skador ska ordnas inom rimligt avstånd från patientens hem. Vård av patienter vilken kräver bred kompetens och resurser ska ordnas i enlighet med arbetsfördelningen för ett tillräckligt stort område. Vid arbetsfördelningen beaktas bästa möjliga balans när det gäller avstånd, risker som hänför sig till resan och kompetens. Vid planeringen av tjänsterna ska man beakta samarbetet mellan akutvårdstjänster, nödcentraler, socialjour, mentalvårds- och missbruksarbete, vård för personer med funktionsnedsättning och hälso- och sjukvårdstjänster under tjänstetid.</p>	
Nyckelord bedömning, vård, sjukvård, planering, hälso- och sjukvård, jourtjänstgöring	
Bibliografiska data Social- och hälsovårdsministeriets rapporter 2010:4 ISBN 978-952-00-2963-0 (PDF) ISSN 1797-9897 (online) ISSN-L 1236-2115 URN:ISBN 978-952-00-2963-0 http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-2963-0	Ovriga uppgifter www.stm.fi/svenska Sidoantal 102 Språk Finska Sekretessgrad Offentlig
	Förlag  SOCIAL- OCH HÄLSOVÅRDSMINISTERIET

DOCUMENTATION PAGE

Publisher	Date
Ministry of Social Affairs and Health, Finland	
Authors	Type of publication
	Report
	Commissioned by
	Ministry of Social Affairs and Health
	Date of appointing the organ
	1.6.2009 STM058:00/2009

Title of publication
Uniform criteria for emergency care

Summary

■ Emergency care refers to the immediate assessment or treatment required by a sudden disease, injury or aggravation of a chronic disease. It is characteristic of emergency care that it is not possible to put off starting it without worsening the patient's symptoms or aggravating the injury. These services must be available on 24-hour basis. This is an important part of the public, quality health care.

There have been major changes in the emergency care provision in the 21st century. Emergency services have been centralised in larger units, joint emergency duty models have been developed and patient guidance has been looked at on a regional basis. There have been no uniform operational models though, and the system has become fragmented.

The emergency care services must guarantee high-quality, timely, equitable and efficient treatment and access to treatment. This presupposes allocating sufficient expertise to emergency service. It has to be provided with adequate resources.

To ensure adequate expertise and high-quality care, the emergency unit must have experienced, skilled staff with permanent jobs in the unit who know the circumstances in the area or region. Adequate skills and knowledge must also cover the assessment of treatment over the phone. Acquiring and maintaining adequate skills and knowledge presupposes new arrangements in the basic and further education of physicians and care staff. It should be possible to assess the quality of the services by uniform national and partly by locally agreed indicators.

The treatment of minor diseases and injuries should be organised within a reasonable distance from the patient's home. The treatment and care of patients requiring high expertise and large-scale resources must be organised according to an appropriate division of tasks within an adequately large area. In that division of tasks the best possible balance in relation to distances, risks associated with travel, and expertise should be taken into account. Cooperation with first aid services, emergency centres, social emergency service, mental health and substance abuse work, services for persons with disabilities and health care services during office hours must be taken into account in the planning of emergency care services.

Key words

assessment, care, emergency duty, health care, medical care, planning

Bibliographic data	Other information
Reports of the Ministry of Social Affairs and Health	www.stm.fi
2010:4	Number of pages
ISBN 978-952-00-2963-0 (PDF)	102
ISSN 1797-9897 (online)	Language
ISSN-L 1236-2115	Finnish
URN:ISBN:978-952-00-2963-0	Publicity
http://urn.fi/URN:978-952-00-2963-0	Public
	Financier



MINISTRY OF
SOCIAL AFFAIRS AND HEALTH

SISÄLLYS

3	TEHTÄVÄNANTO	15
4	TAUSTAA	16
4.1	Tarve päivystyshoidon ohjeistuksen laatimiselle	16
4.2	Väestömuutosten vaikutukset	16
4.3	Päivystystä ohjaava lainsäädäntö.....	16
4.4	Kiireettömän hoidon kriteerien laadinta	17
4.5	Kiireellisen hoidon ja päivystyshoidon käsitteet	17
5	HANKKEELLE ASETETUT TAVOITTEET	18
6	HANKKEEN ORGANISAATIO JA TOTEUTUS	18
6.1	Projektiorganisaation ja ohjausryhmän työskentely	18
6.2	Muiden alueiden ja toimijoiden kuuleminen	18
7	MÄÄRITELMÄT JA TERMINOLOGIA.....	19
8	PÄIVYSTYSHOIDON TAVOITTEET	19
9	PÄIVYSTYSHOIDON PERUSTEET	20
9.1	Päivystyshoidon määritelmä	20
9.2	Hoidon tarpeen arviointi.....	21
9.3	Neuvontapalveluiden järjestäminen	22
9.4	Palveluiden käytön periaatteet.....	23
9.5	Palvelujen käytön lääketieteelliset perusteet	24
9.6	Päivystyksen käytön muut perusteet.....	25
9.7	Muualle ohjattujen potilaiden hoidon varmistaminen.....	29
9.8	Väestölle annettavan informaation periaatteet.....	29
10	OSAAMINEN	31
11	KOULUTUS	33
11.1	Sairaanhoitajien koulutus.....	33
11.2	Lääkäreiden peruskoulutus	33
11.3	Perusterveydenhuollon lisäkoulutus	34
11.4	Erikoislääkärikoulutus	34
11.5	Akuuttilääketieteen erikoisala.....	35
12	PÄIVYSTYSTOIMINNAN LAATU	35
12.1	Laadun määrittely ja seuranta	35
12.2	Johtaminen.....	36
12.3	Hoidon kohdentaminen	36
12.4	Terveysyöty	36
12.5	Potilasturvallisuus.....	37
12.6	Prosessin laatu	38
12.7	Potilaiden ja väestön tyytyväisyys.....	40
12.8	Henkilökunta.....	40
13	PÄIVYSTYKSEN JÄRJESTÄMINEN	41
13.1	Alueellisen järjestämisen periaatteet.....	41
13.2	Päivystyspoliklinikat	66
13.3	Laboratorio- ja kuvantamistutkimukset.....	68
13.4	Terveyskeskusten vuodeosastot.....	69
13.5	Päivystysosastot.....	70
13.6	Tehovalvonta ja tehohoito	70
14	KUSTANNUKSET.....	71

15	PÄIVYSTYSTEN YHTEISTYÖVERKOSTOT	72
15.1	Sosiaalipäivystys	72
15.2	Ensihoitopalvelun, päivystyspalvelun ja hätäkeskuksen yhteistyö	74
16	TIETOJÄRJESTELMÄT, TUOTTEISTUS JA KIRJAAMINEN	76
17	EHDOTUS PÄIVYSTYSTOIMINNAN SEURANTA- JA ARVIOINTIMENETELMIKSI	78
18	TOIMEENPANOSUUNNITELMA	78
19	VIITTEET	79
	LIITTEET..	81
	Liite 1: Hankkeen projektiorganisaatio	81
	Liite 2: Hyvinkään aineisto	83
	Liite 3: Päivystyshoidon lääketieteelliset perusteet	84

SOSIAALI- JA TERVEYSMINISTERIÖLLE

■ Päivystysaikana - iltaisin, öisin ja viikonloppuisin – tehtävien päätösten ja annettavan hoidon merkitys on yleisesti tiedossa. Päivystys on tärkeä osa julkista, hyvää terveydenhoitoa. Kiireellistä päivystyshoitoa tarvitsevien potilaiden hoitoon pääsy ei Suomessa kuitenkaan ole nykyisin yhdenvertaista, eikä annettu hoito ole aina korkealaatuista. Kuntien säästöpainheet ja terveyskeskuslääkärivaje ovat viime vuosien aikana ohjanneet terveyskeskuspäivystysten järjestelyjä. Päivystystoimintoja on ulkoistettu ja päivystyspotilaiden hoito on jäänyt monissa terveyskeskuksissa ja sairaaloissa kokemattomien ja tiheään vaihtuvien lääkäreiden harteille. Suomeen on perustettu yhteispäivystyksiä, joiden toiminta ja hallinto perustuvat monin paikoin edelleen erillisiin perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon hallinnollisiin ja toiminnallisiin kokonaisuuksiin, mikä vaikeuttaa potilaiden tarkoituksenmukaisimman hoidon toteuttamista.

Erikoissairaanhoidossa ei ole kyetty riittävästi sopimaan joustavasta alueellisesta yhteistyöstä ja keskinäisestä työnjaosta. Tämän seurauksena erikoissairaanhoidon ja myös siihen kuuluva päivystys on järjestetty pirstaleisesti, liian monessa yksikössä. Tämä on erittäin kallista, ja lisäksi se vaarantaa laadun ja potilasturvallisuuden. Osaavia erikoislääkäreitä ei ole riittävästi nykyiseen määrään täyden palvelun päivystäviä sairaaloita. Osaksi syynä on pienten yksiköiden vähäinen virkapohja. Tulevaisuudessa on tarpeen selvästi vähentää keskitettäviä palveluja tuottavien erikoislääkäritasoisien päivystyssairaaloiden määrää ja tiukentaa päivystävien lääkäreiden koulutusvaatimuksia hoidon laadun turvaamiseksi. Päivystyshoidon tarpeen tunnistaminen, resurssien järjestyvä käyttö ja potilaiden oikea-aikainen ja tarkoituksenmukainen hoitopaikan valinta edellyttävät yhtenäistä kansallista ohjeistusta.

Sosiaali- ja terveysministeriö käynnisti marraskuussa 2008 hankkeen valtakunnallisten päivystyshoidon yhtenäisten kriteereiden luomiseksi. Hankkeessa on laadittu päivystystoiminnalle yhtenäiset laatutavoitteet hoidon tarpeen arvioinnin, osaamisen ja toiminnan järjestämisen osalta. Hankkeessa on huomioitu lisäksi päivystyksen laajat yhteistyöverkostot ja rajapinnat muuhun terveydenhuoltoon sekä sosiaalitoimeen. Työhön on osallistunut HYKS- erityisvastuualueen projektiorganisaatio, STM:n nimeämä kansallinen ohjausryhmä ja hankkeen sisältöön on eri vaiheissa vaikuttanut suuri joukko asiantuntijoita eri puolilta Suomea.

Päivystyshoidon tarpeen tunnistamiseksi on hankkeessa laadittu yhtenäiset päivystyshoidon kriteerit seuraavin pääperiaattein:

- Päivystyshoito tarkoittaa äkillisen sairastumisen, vamman tai kroonisen sairauden vaikeutumisen edellyttämää välitöntä arviointia ja hoitoa. Päivystyshoidolle on luonteenomaista, että sitä ei voi siirtää oireiden vaikeuden vuoksi tai ilman oireiden pahentumista tai vamman vaikeutumista. Päivystyshoidon määritelmä kattaa lääketieteelliset päivystyshoidon perusteet, joiden mukaan näitä palveluita on saatava kaikkina vuorokauden aikoina.
- Päivystyspoliklinikat keskittyvät vain päivystyspotilaiden hoitoon. Muiden potilaiden hoito ja palvelut toteutetaan tarkoituksenmukaisessa muussa toimintayksikössä. Päivystyspoliklinikat eivät toimi muun toiminnan varapaikkana.
- Päivystyksellisen hoidon tarpeen arvioimiseksi ja järjestämiseksi potilaan tulee saada yhteys ympäri vuorokauden puhelimella ja hakeutumalla joko terveyskeskukseen tai päivystyspoliklinikalle
- Yhtenäisiä kriteereitä käytetään perustana laadittaessa alueellisia, paikalliset olosuhteet huomioon ottavia toimintaohjeita. Kriteereitä päivitetään ja kehitetään saadun palautteen perusteella.
- Päivystyspalveluihin hakeutuvien, mutta eri syistä muualle ohjattavien potilaiden hoito turvataan muussa palvelujärjestelmässä.

Päivystyksissä hoidetaan nopeasti vaihtuvissa tilanteissa vakavasti sairastuneita ja vammautuneita potilaita ja samaan aikaan suuria määriä lievemmin oirein tulleita potilaita. Päivystystoiminnassa tapahtuvilla virheillä on suuri merkitys potilaiden terveydelle ja terveydenhuollon kokonaiskustannuksille. Tämä asettaa potilasturvallisuudelle suuret haasteet ja edellyttää koko päivystystoiminnan ja yhteistyöverkkojen sitoutumista päivystystoiminnan ja osaamisen kehittämiseen siten, että toiminta voidaan toteuttaa turvallisesti.

- Päivystyspoliklinikoilla tulee olla potilasturvallisuussuunnitelma, joka keskittyy erityisesti lääkehoitoon, tiedonkulkuun sekä johtamisen ja vastuiden selkeyteen.
- Tietojärjestelmiin liittyviin puutteisiin tulee etsiä pikaisesti ratkaisut, koska erityisesti tiedonsiirron ongelmat korostuvat kaikissa päivystysprosessin vaiheissa ja mahdollistavat vakavien haattatapahtumien synnyn potilaiden siirtyessä toimipaikkojen välillä.

Riittävän asiantuntemuksen ja hoidon korkealaatuisuuden varmistaminen päivystystoiminnassa edellyttää muutoksia nykyiseen, tiheästi vaihtuviin lääkäreihin perustuvaan yleislääkäripäivystykseen. Päivystystyö on huomioitava kaikilla koulutustasoilla, jotta kaikki sitä tekevät hallitsevat hyvin tehtävänsä.

- Päivystystyöhön tulee varata kokenut, osaava ja alueen olosuhteet tunteva vakituksessa palvelussuhteessa oleva henkilöstö. Jatkuvasti vaihtuvan henkilöstön käyttö ei takaa riittävää laatua.
- Päivystyksen toimintaohjeet on sovittava ja varmistettava, että henkilöstöllä on tavallisimpiin tilanteisiin kirjalliset ohjeet, koska päivystyksissä toimitaan eri kokoonpanoissa eri vuoroissa. Lisäksi tulee huolehtia riittävästä perehdytyksestä sekä konsultaatiomahdollisuuksista ympäri vuorokauden.
- Riittävän osaamisen tulee kattaa myös puhelimesta tehtävä hoidon tarpeen arviointi.
- Akuuttilääketieteen erikoisala tulee perustaa, koska nykyisten kliinisten erikoisalojen lääkäreiden osaamisen lisäksi päivystykseen tulee saada päivystystyöhön erikoistuneita lääkäreitä, jotka hallitsevat päivystyksen kokonaisuuden ja yhteistyöverkostot. Päivystystoiminta on merkittävä osa terveydenhuoltoa, ja päivystystyöhön keskittymisen tulee olla mahdollinen uravaihtoehto valmistuville lääkäreille. Tämä on välttämätöntä, jotta tulevaisuudessa saadaan päivystykseen riittävästi vakituisia lääkäreitä. Päivystyksellä tulee olla käytettävissä riittävä omien lääkäreiden virkamäärä.
- Osaamisen varmistaminen edellyttää uusia järjestelyjä ja sisältöä lääkäreiden ja hoitohenkilökunnan peruskoulutuksessa, perusterveydenhuollon lisäkoulutuksessa ja erikoistumiskoulutuksessa. Esimerkkinä tästä ovat lääkäreiden peruskoulutuksen amanuensuurijärjestelmän muutokset, sairaanhoitajien akuuttihoitoerikoistumisopinnot ja osaamisen painopistealueet koulutuksen eri vaiheissa.
- Päivystystoiminnan laadulla tulee olla yhtenäiset kansallisesti ja osin paikallisesti sovitut tavoitteet ja mittarit.

Kaikkien päivystyshoitoa tarvitsevien potilaiden ei tarvitse saada hoitoa välittömästi. Tämä antaa joustoa toiminnan suunniteluun ja mahdollisuuden järjestää hoito kunkin potilasryhmän kannalta oikea-aikaisesti.

- Päivystyshoidon tarpeessa olevat potilaat hoidetaan ensisijassa terveysasemien päiväpäivystyksessä, jolleivät diagnostiikka ja hoito edellytä päivystyspoliklinikan käyttöä kiireellisyyden tai tarvittavien resurssien vuoksi.
- Yöaikana tulee hoitaa vain niitä päivystyspotilaita, joiden hoitoa ei voida potilaan oireiden vaikeuden, sairauden pahentumisen tai oireiden vaikeutumisen vuoksi siirtää seuraavaan aamuun. Tämä on tärkeää paitsi potilasturvallisuuden myös henkilöstön riittävyden ja kustannusten kannalta. Riittävän osaamisen turvaaminen edellyttää yöllisen toiminnan keskittämistä ja alueellista työnjakoa.

Päivystystoimintaan tulee varata riittävät voimavarat ja ne tulee kohdentaa oikein. Tämä edellyttää päivystystoiminnan sisällön ja päivystystasojen määrittelyä ja työnjaon periaatteista sopimista.

- Päivystystoiminnan sisältö
 - Hätätilapotilaat ja välitöntä diagnostiikkaa ja hoitoa tarvitsevat potilaat yhteistyössä ensihoitopalvelun kanssa.
 - Lievien sairauksien ja vammojen hoito kohtuullisen matkan päässä potilaan kotoa.
 - Laajaa osaamista ja resursseja edellyttävien potilaiden hoito riittävän laajan alueen (vastaten nykyistä erityisvastuualuetta) työnjaon mukaan.
- Päivystyksen toimipaikkojen tasot
 - Suuri osa päivystyspalveluista järjestetään terveyskeskusten päivystystoimintana. Sairaaloissa sijaitsevat toimipaikat jaetaan neljään tasoon (I Aluesairaalat ja pienet keskussairaalat, II Suuret ja harvaan asuttujen alueiden pienet keskussairaalat, III Yliopistosairaalat ja IV Yliopistosairaalat, valtakunnallisesti keskitettävät hoidot).
- Työnjako päivystyspalveluja järjestettäessä
 - Kunkin potilasryhmän hoidossa ensisijaisena lähtökohtana on hoidon järjestäminen potilaan lääketieteellisen diagnostiikan ja hoidon tarpeen kannalta parhaalla mahdollisella tavalla.
 - Työnjaossa huomioidaan etäisyyksien, matkaan liittyvien riskien ja osaamisen kannalta paras mahdollinen tasapaino.
 - Työnjako perustuu alueelliseen päivystysuunnitelmaan, joka laaditaan yhteistyössä ensihoitopalvelun kanssa riittävän laajalla alueellisella tasolla, mikä vastaa nykyistä erityisvastuualueen laajuutta. Suunnitelmassa huomioidaan myös sosiaalipäivystyksen osuus.
 - Muu kuin päivystystoiminta suunnitellaan siten, että tarvetta käyttää päivystystä korvaamaan virka-ajan palveluita ei synny.
 - Operatiivisten erikoisalojen päivystyksessä keskeistä on päivystysleikkaustarpeen, sen kiireellisyyden sekä tarkoituksenmukaisen hoitopaikan valinta kaikilla päivystyksen tasoilla. Tasolla I se perustuu kaikkien operatiivisten erikoisalojen yhteiseen yleiskirurgisen osaamiseen ja tasolta II alkaen profiloituen sisäelinkirurgisiin (pehmytkudoskirurgia) ja tukielinkirurgisiin (pääosin ortopedia ja traumatologia) erikoisaloihin.
 - Synnytysten keskittäminen suurempiin yksiköihin parantaa niiden toimintaedellytyksiä ja lisää potilasturvallisuutta. Sairaalassa päivystävä naistentautien ja synnytysten erikoislääkäri ja anestesioologi sekä riittävästi leikkaussalihenkilökuntaa hätäkeisarileikkauksia varten on minimivaatimus synnytystoiminnalle. Sairaaloissa, joissa hoidetaan vain riskiryhmiin kuulumattomia synnyttäjiä, voi lastenlääkärin kotipäivystys olla mahdollista.
- Päivystyspoliklinikoiden toiminta ja etäisyydet
 - Päivystystoimintaan ei sovellu nykyinen jako perusterveydenhuoltoon ja erikoissairaanhoidon. Päivystystoiminnan tulee perustua potilaiden tarvitsemaan lääketieteellisiin syihin perustuvaan palveluvalikoimaan ja mahdollisimman suoraviivaiseen hoitopolkuun.
 - Suomessa tapahtunutta kehitystä kohti yhteispäivystysjärjestelmää tulee viedä eteenpäin ja kehittää toimintaa ilman päivystyspoliklinikan sisäisiä rajoja, huomioiden myös asiakasmaksujen, kirjaamisen ja lähetekäytännön soveltuvuus yhteispäivystystoimintaan.
 - Yhteispäivystysten toiminnan tulee tapahtua yhden johdon alaisena hyödyntäen kaikkien ammattiryhmien osaamista ja uudenlaisen työnjaon mahdollisuuksia.
 - Yhteispäivystyksissä tulee olla käytettävissä kattavasti potilaiden potilasasiakirjat.
 - Päivystyksen lähipalveluita ympäri vuorokauden tuottavien toimipaikkojen tulee sijaita korkeintaan noin tunnin matkan päässä potilaan kotoa (harvaan asuilla alueilla noin 2 tunnin).

3 TEHTÄVÄNANTO

Päivystyslääketieteen yhdistys teki keväällä 2008 sosiaali- ja terveysministeriölle ehdotuksen päivystyshoidon perusteiden valtakunnallisten kriteereiden laatimiseksi. Sairaanhoidopiirien johtajaylilääkäreiden kokouksessa marraskuussa 2008 sovittiin, että HYKS-erityisvastuualue ottaa tehtäväkseen kriteereiden laatimisen. Sosiaali- ja terveysministeriö on 28.5.2009 päivätyllä asettamispäätöksellä STM058:00/2009 asettanut ohjausryhmän, jonka tavoitteena on huolehtia siitä, että laadittava kriteeristö huomioi päivystystoiminnan kokonaisuuden vähintään seuraavista päivystyshoidon tavoitteiden näkökulmista katsoen:

- Päivystyshoidon tarpeen tunnistaminen
- Päivystyspotilaiden yhdenvertainen hoitoonpääsy ja hoito
- Riittävän asiantuntemuksen kohdentaminen päivystystoimintaan
- Toiminnan korkealaatuisuuden, oikea-aikaisuuden ja vaikuttavuuden varmistaminen
- Päivystykseen varataan riittävät voimavarat ja ne kohdennetaan oikein
- Perusterveydenhuollon, erikoissairaanhoidon, ensihoitopalvelun ja sosiaalitoimen yhteistyö päivystystoiminnassa on saumattomasti järjestetty

Työssä tulee huomioida myös se, miten päivystyspalveluihin hakeutuvien, mutta eri systä muualle ohjattavien potilaiden hoidon saaminen turvataan. Työn tulee vahvistaa eri sektoreiden ja sosiaalihuollon yhteistyötä.

STM:n päätöksen mukaisesti ohjausryhmän organisointi on seuraava:

Puheenjohtaja: Jorma Lauharanta, johtava ylilääkäri, Helsingin yliopistollinen keskussairaala

Jäsenet:

- Reijo Haapiainen, Operatiivisen tulosyksikön johtaja, Helsingin yliopistollinen keskussairaala
- Matti Halinen, tulosalueen johtaja, konservatiivisten alojen tulosalue, Kuopion yliopistollinen sairaala
- Päivi Hiltunen, johtaja, Päijät-Hämeen ja Itä-Uudenmaan sosiaalialan osaamiskeskus Verso
- Tarja Holli, johtaja, Valvira
- Minna Kaila, yksikön päällikkö, Terveyden ja hyvinvoinnin laitos
- Timo Keistinen, lääkintöneuvos, sosiaali- ja terveysministeriö, 1.1.2010 alkaen
- Eeva Ketola, päätoimittaja, LT, Suomalainen Lääkäriseura Duodecim, Käypä Hoito
- Jyrki Korkeila, professori, Turun yliopisto
- Ilkka Kunnamo, terveyskeskuslääkäri, Peruspalveluliikelaitos Saarikka
- Matti Martikainen, Yhteispäivystysyksikön johtaja, Oulun yliopistollinen sairaala
- Jussi Mertsola, professori, Turun yliopisto
- Kati Myllymäki, johtava ylilääkäri, Kouvolan terveyskeskus
- Paula Pyhälä-Liljeström, ylihoitaja, Keski-Suomen sairaanhoitopiiri
- Kaisu Ruuti, osastonhoitaja, Päijät-Hämeen sosiaali- ja terveydenhuollon kuntayhtymä
- Eva Salomaa, johtajaylilääkäri, Lapin sairaanhoitopiiri
- Erna Snellman, lääkintöneuvos, sosiaali- ja terveysministeriö, 31.12.2009 asti.
- Juha Tuominen, johtajaylilääkäri, Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri, 31.12.2009 asti
- Eija Vaula, ensihoidon ja päivystyksen toimialuejohtaja, Satakunnan sairaanhoitopiiri
- Kimmo Vihtonen, ylilääkäri, Tampereen yliopistollinen sairaala
- Liisa-Maria Voipio-Pulkki, hallintoylilääkäri, Suomen Kuntaliitto, 31.12.2009 asti.
- Sihteerit Tiina Herranen
- STM nimesi Minna Kailan alkuperäisessä päätöksessä mainitun Päivi Hämäläisen tilalle.

4 TAUSTAA

4.1 Tarve päivystyshoidon ohjeistuksen laatimiselle

Päivystystoiminnassa on tapahtunut suuria muutoksia 2000-luvulla. Päivystyksiä on keskitetty suurempiin yksiköihin, yhteispäivystysmalleja on kehitetty ja potilasohjausta on pyritty tarkastelemaan alueellisesti. Erikoislääkäreiden osaamista on monin paikoin lisätty etulinjaan. Hoidon kiireellisyyden arviota on pyritty kehittämään erilaisin menetelmin ja ohjeistuksin. Lähes kaikilla alueilla on ollut käynnissä päivystykseen liittyviä rakennus- ja kehittämishankkeita.

Jo vuosikymmenten ajan on päivystysten perustehtävä Suomessa hämärtynyt. Päätöksenteko päivystykseen hakeutumisesta erilaisten oireiden ja vammojen vuoksi on maallikoille vaikeaa. Väestölle annetaan päivystyksissä palveluita myös ei-lääketieteellisiin ja ei-kiireellisiin tarpeisiin. Suomeen on kehittynyt terveydenhuollon ja sosiaalitoimen toimintamalli, joka käyttää päivystystä korvaamaan ei-kiireellisiä palveluja. Seurauksena on päivystysten ruuhkautuminen ja vaikeus saada kuntien omia, kokeneita lääkäreitä osallistumaan päivystystyöhön. Kiireellisten lääketieteellisten syiden vuoksi päivystykseen tulevien potilaiden hoito joutuu kilpailemaan päivystyksen resursseista ja potilasturvallisuuden takaaminen on nykytilanteessa vaikeaa. Kustannusten minimointi on vaikuttanut päivystysten järjestämistapaan enemmän kuin osaaminen ja laatu.

Jotta päivystyksen perustehtävä saadaan määriteltyä ja päivystystoiminta järjestettyä tarkoituksenmukaisesti, on tarpeen laatia valtakunnallisesti yhtenäiset päivystyshoidon perusteiden kriteerit. Päivystyshoidon perusteiden laatiminen vaatii käsitteiden täsmentämistä, tavoitteiden ja osaamisen määrittelyä ja yhteisesti sovittuja periaatteita tavoitteisiin pääsemiseksi. Terveydenhuollon ammattilaiset ovat ilmaisseet useaan otteeseen viime vuosien seminaareissa yhtenäisten päivystyshoidon perusteiden laatimisen tarpeen. Päivystyslääketieteen yhdistys teki aloitteen STM:lle tämän työn aloittamisesta keväällä 2008.

4.2 Väestömuutosten vaikutukset

Tilastokeskuksen ennusteen mukaan Suomen väkiluvun kasvu jatkuu myös tulevaisuudessa. Ennuste perustuu havaintoihin syntyvyyden, kuolevuuden ja muuttoliikkeen kehityksestä (Väestöennuste 2009–2060, Tilastokeskus). Vuonna 2020 väestöennuste on 5,64 miljoonaa ja vuonna 2030 5,85 miljoonaa. Suomi on maailman nopeimmin ikääntyvä maa. Pitenevä elinaika lisää vanhusväestön määrää tulevina vuosina. Yli 65-vuotiaiden osuuden väestöstä arvioidaan nousevan nykyisestä 17 prosentista 23 prosenttiin vuoteen 2020 ja 26 prosenttiin vuoteen 2030 mennessä. Väestöllinen huoltosuhde eli lasten ja eläkeikäisten määrä sataa työikäistä kohden nousee nopeasti. Väestöllinen huoltosuhde oli vuoden 2008 lopussa 50,3 ja ennusteen mukaan vuonna 2016 huoltosuhde olisi 60,4 ja nousisi 70,5 vuoteen 2026 mennessä. Vuonna 2008 erikoissairaanhoidon päivystyskäyntejä tehtiin Suomessa 0,17 käyntiä/asukas ja perusterveydenhuollon virka-ajan ulkopuolisia käyntejä 0,27 käyntiä/asukas (SOTKANet-verkkopalvelu). Tulevaisuuden väestörakenteen muutokset tulevat lisäämään päivystyspalvelujen tarvetta erityisesti vanhusväestön osalta.

Samaan aikaan työikäisten (15–64-vuotiaiden) osuus väestöstä pienenee nykyisestä 66 prosentista 60 prosenttiin vuoteen 2020 ja 58 prosenttiin vuoteen 2030 mennessä. Työikäisten määrä alkaa vähentyä jo vuonna 2010, jolloin sotien jälkeiset suuret ikäluokat alkavat siirtyä eläkeikään. Työiästä poistuu ihmisiä enemmän kuin työikään tulee ja työvoiman tarjonnan pienentyessä edessä on työvoimapula, joka tulee vaikuttamaan myös päivystyspalveluiden järjestämiseen.

4.3 Päivystystä ohjaava lainsäädäntö

Päivystyksen järjestämistä vastuussa ovat *kansanterveyslain* mukaisesti kunnat. *Kansanterveyslain* mukaan kunnan tulee järjestää kiireellinen avosairaanhoito, mukaan lukien kiireellinen suun terveydenhuolto, potilaan asuinpaikasta riippumatta (*kansanterveyslaki*, 14 §). *Erikoissairaanhoitolaisissa* todetaan, että kiireellisen sairaanhoidon tarpeessa olevalle henkilölle on

annettava hänen sairauden tilansa edellyttämä hoito välittömästi (*erikoissairaanhoitolaki, 31 §*). Lisäksi todetaan, että sairaanhoitopiirin kuntayhtymä vastaa siitä, että niin kiireellisen kuin lähetteeseen perustuvan hoidon tarpeen arviointi ja hoito järjestetään yhtenäisin lääketieteellisin tai hammaslääketieteellisin perustein.

Päivystyshoitoa ohjaava muu lainsäädäntö on hankkeessa huomioitu ja mainittu eri alakohtien käsittelyn yhteydessä.

Tulevan terveydenhuoltolain luonnoksessa ei oteta päivystyksen järjestämiseen yksityiskohtaisesti kantaa (Uusi terveydenhuoltolaki, STM 2008:28). Luonnoksessa korostetaan ensihoitopalvelun ja päivystyksen toiminnallista kokonaisuutta (51 §). Päivystyksen osalta luonnoksessa todetaan, että kiireellisen hoidon perusteista ja päivystyksen järjestämisen erikoisalakohtaisista edellytyksistä voidaan tarvittaessa säätää STM:n asetuksella (55 §).

4.4 Kiireettömän hoidon kriteerien laadinta

Kiireettömään hoitoon pääsyä on tarkennettu ja ohjattu kansanterveyslain ja erikoissairaanhoitolain muutoksilla. Samaan aikaan lainsäädäntömuutosten kanssa laadittiin vuonna 2004 suositus yhtenäisistä kiireettömän hoidon perusteista. Suosituksen laatimista varten sosiaali- ja terveysministeriö asetti johtoryhmän valmistelemaan perusteita ja varsinainen perusteiden laatiminen jaettiin seitsemälle erityisvastuualueelle. Yhtenäisten kiireettömän hoidon perusteiden päivitys on tehty vuonna 2009 (Yhtenäiset kiireettömän hoidon perusteet 2009, STM 2009:5).

Kiireettömän hoidon kriteerit ovat suosituksia ja osa terveydenhuollon ohjauskeinona Suomessa enenevästi käytettävää informaatio-ohjausta. Normiohjauksen yleistä tiukentamista ei pidetä perusteltuna terveydenhuollon ohjaamisessa (Sosiaali- ja terveydenhuollon tavoite- ja toimintaohjelma 2004–2007, STM 2003:20). Valtiontalouden tarkastusviraston toiminnantarkastuskertomus 167/2008 on arvioinut hoitotakuun tavoitteiden toteutumista ja perusteita (Hoitotakuu 2008).

4.5 Kiireellisen hoidon ja päivystyshoidon käsitteet

Tämän hankkeen tavoitteena on määritellä päivystyshoidon perusteiden valtakunnalliset kriteerit. Päivystyshoito on osa kiireellistä hoitoa, mutta nykyisessä lainsäädännössä ei ole määritelmää päivystykselle tai kiireelliselle hoidolle. Lakiteksteissä puhutaan kiireellisen hoidon järjestämisestä myös niissä yhteyksissä, joissa tarkoitetaan välittömän hoidon tarvetta. Kiireellisellä hoidolla tarkoitetaan kuitenkin myös esimerkiksi 1-30 päivän aikana annettavaa hoitoa (esim. THL:n raporteissa).

Käsitteiden selventämiseksi tässä hankkeessa kiireellinen hoito jaetaan kahteen jaksoon:

- päivystyshoito (joka on tarpeen antaa välittömästi, yleensä alle 24 tunnin sisällä)
- muu kiireellinen hoito

Tämä hanke ohjeistaa kiireellisestä hoidosta päivystyshoidon osuuden. Työryhmän ehdotus päivystyshoidon määritelmäksi ja sen perusteiksi on esitetty luvussa 9.1. Hanke ottaa kantaa päivystyshoidon ja muun kiireellisen hoidon rajapintaan, mutta muut kiireellisen hoidon perusteet eivät kuulu tämän hankkeen piiriin. Niiden osalta tarvitaan uusi STM:n käynnistämä hanke, joka jatkossa täydentää päivystyshoidon ja kiireettömän hoidon väliin jäävää aukkoa ohjeistuksessa.

5 HANKKEELLE ASETETUT TAVOITTEET

Hankkeessa laadittavalle ohjeistukselle on asetettu seuraavat, STM:n päätökseen kirjatut periaatteet.

Ohjeistus:

- Varmistaa päivystystoiminnan tavoitteiden saavuttamisen
- Varmistaa potilaille laadukkaan päivystyshoidon ja parantaa potilasturvallisuutta
- Palvelee terveydenhuollon päättäjiä, asiantuntijoita sekä väestöä
- Koskee koko terveydenhuoltoa
- Huomioi erityyppiset päivystyksen toimipaikat ja maantieteelliset eroavuudet
- Huomioi myös hätäkeskuksen, ensihoidon, puhelinneuvonnan ja sosiaalitoimen
- Sisältää ehdotuksen toimeenpanosuunnitelmaksi ja ehdotuksen päivystystoiminnan seuranta- ja arviointimenetelmiksi

STM:n mukaan työssä tulee huomioida myös se, miten päivystyspalveluihin hakeutuvi- en, mutta eri syistä muualle ohjattavien potilaiden hoidon saaminen turvataan. Työn tulee vahvistaa eri sektoreiden ja sosiaalihuollon yhteistyötä.

Suun terveydenhuoltoa ei hankkeessa ole erikseen käsitelty, mutta monet hankkeessa esitetyt periaatteet koskevat suun terveydenhuoltoa soveltuvin osin.

6 HANKKEEN ORGANISAATIO JA TOTEUTUS

6.1 Projektiorganisaation ja ohjausryhmän työskentely

Hankkeen suunnitteluvaiheessa joulukuussa 2008 perustettiin HYKS-erityisvastuualueella hanketta varten projektiorganisaatio suunnittelemaan hankkeen toteutusta, projektisuunnitelman luonnosta ja ohjausryhmän koollekutsumista. Hanketta varten kutsuttiin kansallinen ohjausryhmä, jonka puheenjohtajana toimi HYKS-sairaanhoidon alueen johtaja Jorma Lauharanta. Ohjausryhmä laati kirjeen STM:lle 6.2.2009 ohjausryhmän asettamiseksi STM:n toimesta. STM teki asettamispäätöksen 28.5.2009, nimeten ohjausryhmään lisää jäseniä alkuperäisen kokoonpanon lisäksi. Suunnitteluvaiheen ohjausryhmä kokoontui keväällä 2009 kolme kertaa ja käsittelee hankkeen tavoitteita, toteutusta ja projektisuunnitelman luonnosta. Hankkeen suunnitteluvaihe päättyi 31.5.2009.

Hankkeen toimikaudella 1.6.2009–31.1.2010 HYKS-erityisvastuualueen hanketta varten perustama projektiorganisaatio toteutti hankkeen. Projektiorganisaation koordinaatio-ryhmän tehtävänä oli ohjata paikallisesti työn toteuttamista. Projektiryhmä laati projektisuunnitelman, suunnitteli ja toteutti kokoukset ja seminaarit sekä valmisteli hankkeesta tehtävän dokumentin. Projekti toteutettiin HYKS-erityisvastuualueen virkatyönä. Projektiryhmään kutsuttiin lisäksi jäseniä ja asiantuntijoita muilta lähialueilta. Projektipäällikkönä toimi vastaava ylilääkäri Raija Malmström. HYKS-erityisvastuualueen projektiorganisaatioon kuului yli 40 jäsentä ja asiantuntijaa (liite 1).

Hankkeen toimikaudella STM:n asettama ohjausryhmä kokoontui kuusi kertaa (20.9.2009, 3.11.2009, 16.11.2009, 10.12.2009, 4.1.2010 ja 25.1.2010). Ohjausryhmän jäsenet osallistuivat merkittäväällä työpanoksella hankkeen sisällön kehittämiseen.

6.2 Muiden alueiden ja toimijoiden kuuleminen

1. Hankkeen aikana kansallinen ohjausryhmä ohjasi ja seurasi hankkeen suunnittelua ja toteutusta.
2. Projektiryhmän työskentelyyn osallistui HYKS-erityisvastuualueen ulkopuolelta lähialueiden asiantuntijoita Päijät-Hämeestä, Hämeenlinnasta ja Salosta.
3. Projektipäällikkö ja muita projektiorganisaation jäseniä kävi tutustumassa Suomen eri alueiden päivystystoimintaan (Turku, Tampere, Oulu, Hämeenlinna keväällä 2009, Salo, Rovaniemi, Kuopio syksyllä 2009).
4. Kansallinen päivystyshoidon perusteita koskeva koko päivän kutsuseminaari järjes-

tettiin 17.11.2009 Biomedicumissa Helsingissä. Tilaisuudessa oli noin 150 osanottajaa.

5. Päivystystoiminnan ja sidosryhmien asiantuntijoita sekä päivystysten työntekijöitä, palveluiden käyttäjiä ja omaisia kuultiin laajasti hankkeen aikana.

7 MÄÄRITELMÄT JA TERMINOLOGIA

Päivystys

Yleistermi, viittaa joko päivystyshoidon tarpeeseen tai palvelua (päivystyshoitoa) tuotavaan paikkaan.

Päivystyshoito

Päivystyshoito tarkoittaa äkillisen sairastumisen, vamman tai kroonisen sairauden vaikeutumisen edellyttämää välitöntä arviointia ja hoitoa. Päivystyshoidon määritelmän perustelut on esitetty luvussa 9.1.

Päivystysaika

Virka-aika on terveyskeskuksen ilmoittama aukioloaika. Päivystysaika on virka-ajan ulkopuolinen aika.

Päivystyspoliklinikka

Päivystyspalvelua tuottava paikka.

Terveysaseman päiväpäivystys

Virka-ajalla terveysasemien vastaanotto toiminnan ohessa järjestettävä päivystystoiminta.

Yhteispäivystys

Yhteispäivystys on päivystyspoliklinikka, jossa on sekä yleislääketieteen että muiden erikoisalojen lääkäreiden palveluja.

Hoidon tarpeen arvio

Hoidon tarpeen arvio sisältää arvion siitä tarvitseeko potilas päivystyshoitoa, muuta kiireellistä hoitoa, kiireetöntä hoitoa tai ei hoitoa lainkaan.

Hoidon kiireellisyyden ensiarvio

Päivystyspoliklinikalle saapuvalla potilaalle tehtävä hoidon kiireellisyyden ensiarvio. Hoidon kiireellisyyden arviosta voidaan käyttää myös termejä hoidon kiireen arvio tai hoidon kiireellisyysarvio. Aiemmin päivystyspoliklinikalla hoidon kiireellisyyden ensiarviosta on käytetty vieraskielistä termiä ”triage”.

8 PÄIVYSTYSHOIDON TAVOITTEET

Hankkeen suunnitteluvaiheessa laadittiin päivystyshoidon tavoitteet. STM:n päätöksen mukaan päivystyshoidon tulee toteutua vähintään Kuviossa 1 esitettyjen näkökulmien mukaisesti:

Päivystyshoidon tavoitteet

1. Päivystyshoidon tarpeen tunnistaminen.
2. Päivystyspotilaiden yhdenvertainen hoitoon pääsy ja hoito.
3. Riittävän asiantuntemuksen kohdentaminen päivystystoimintaan.
4. Päivystyshoito on korkealaatuista, oikea-aikaista ja vaikuttavaa.
5. Riittävien voimavarojen varaaminen päivystykseen ja niiden tarkoituksenmukainen kohdentaminen.
6. Perusterveydenhuollon, erikoissairaanhoidon, ensihoitopalvelun ja sosiaalitoimen yhteistyön kehittäminen saumattomaksi päivystystoiminnassa.

KUVIO 1

9 PÄIVYSTYSHOIDON PERUSTEET

9.1 Päivystyshoidon määritelmä

Työryhmä ehdottaa:

Päivystyshoidon määritelmäksi ehdotetaan seuraavaa:

Päivystyshoidon määritelmä

Päivystyshoito tarkoittaa äkillisen sairastumisen, vamman tai kroonisen sairauden vaikeutumisen edellyttämää välitöntä arviointia ja hoitoa.

KUVIO 2

Päivystyshoito on pääsääntöisesti alle 24 tunnin kuluessa annettavaa hoitoa. Päivystyshoidolle on luonteenomaista, että sitä ei voi siirtää ilman oireiden pahentumista tai vamman vaikeutumista. Päivystyshoidon määritelmä kattaa lääketieteelliset päivystyshoidon perusteet, joiden mukaan näitä palveluita on saatava kaikkina vuorokauden aikoina.

Muu kiireellinen hoito pyritään järjestämään virka-ajalla tai virka-ajan palveluihin liittyen iltaisin. Päivystyshoidon määritelmä ei ota kantaa siihen, annetaanko hoito nimenomaan päivystyspoliklinikalla, vai mahdollisesti terveysasemien päiväpäivystyksessä tai sairaaloiden poliklinikoilla. Työnjakoa käsitellään luvussa 13.1.5. Päivystyshoito ei sisällä terveyskeskusten ja sairaaloiden ulkopuolella annettavaa välitöntä hoitoa, josta vastaa ensihoitopalvelu.

Erikoissairaanhoidolaissa todetaan, että kiireellisen hoidon tarpeessa olevalle tulee antaa hänen sairaudentilansa edellyttämä hoito välittömästi. Sanalle välitön ei ole laissa erillistä ajallista määrittelyä, vaan välittömyys riippuu sairaudentilasta. Vastaavasti yllä olevassa päivystyshoidon määritelmässä sanalla välitön viitataan oireen, vamman tai kroonisen sairauden edellyttämään kiireellisyyteen.

9.2 Hoidon tarpeen arviointi

Kansanterveyslain 15 b §:n 1 momentissa tarkoitettu välitön yhteydensaanti arkipäivisin virka-aikana terveyskeskukseen tulee järjestää siten, että yhteyttä ottava henkilö voi valintansa mukaan soittaa puhelimella tai tulla henkilökohtaisesti terveyskeskukseen. Hoidon tarve voidaan usein arvioida jo puhelimesta. Arvion voi tehdä terveydenhuollon ammattihenkilö, joka voi olla muukin kuin lääkäri. Terveydenhuollon ammattihenkilöltä edellytetään asianmukaista koulutusta ja työkokemusta sekä sitä että terveydenhuollon toimintayksikössä on sovittu työnjaosta. Hoidon tarpeen arviointi edellyttää, että arvioivalla henkilöllä on käytettävissään arvioitavan henkilön potilasasiakirjat. Hoidon tarpeen arvioinnista tehdään merkinnät potilasasiakirjoihin samoin kuin henkilökohtaisesta terveyden- tai sairaanhoidon neuvonnasta ja palveluun ohjaamisesta. Asetuksen mukaan virka-ajan ulkopuolella tulee järjestää päivystys.

Virka-ajan ulkopuolella puhelimella tapahtuvaa yhteydenottoa ei ole tarkemmin ohjeistettu. Käytännössä virka-ajan ulkopuolinen puhelimella tapahtuva yhteydenotto terveyskeskukseen tapahtuu joko soittamalla päivystyspoliklinikkaan tai kunnan mahdollisesti järjestämään neuvontapalveluun. Neuvontapalvelu voi olla järjestetty osana päivystyspoliklinikan toimintaa tai ulkoistettuna toimintana. Yksityisillä palveluntuottajilla on laajoja alueita kattavia palveluja ja myös yhteistä neuvontapalvelua Ruotsin kanssa. Alueilla, joissa puhelinneuvontaa ei ole järjestetty, soittavat potilaat virka-ajan ulkopuolella päivystyspoliklinikoille.

Potilaan hoidon tarpeen arviointi tulee tehdä potilaslain mukaisesti hoitaen potilasta yhteisymmärryksessä hänen kanssaan ja selvittäen potilaan mielipide ennen hoidon toteuttamista (*laki potilaan asemasta ja oikeuksista*, 6 §). Varsinaisen päätöksen hoidon toteuttamisesta tekee terveydenhuollon ammattihenkilö. Päivystyksellisen hoidon tarpeen arvioinnin saatavuudesta terveydenhuollon ammattilaisen tekemänä, esim. puhelimitse päivystysaikana, ei ole tarkempia säädöksiä (9.3).

Potilas (tai omainen/muu henkilö) tekee itse päätöksen yhteydenotosta terveydenhuollon ammattihenkilöön tai hätäkeskukseen päivystyksellisen hoidon tarpeen arviointia varten. Potilaan oireiden vakavuutta ja mahdollista diagnostiikan ja hoidon tarvetta arvioivat kaikki hoitoketjuun osallistuvat alkaen potilaasta ja hänen läheisistään jatkuen niihin terveydenhuollon ammattilaisiin ja hätäkeskuspäivystäjiin, joihin potilas ottaa yhteyttä. Arviointiin saattaa osallistua hätäkeskus, puhelinneuvonta, ensihoitopalvelu, terveyskeskus tai päivystyspoliklinikka. Arviointia varten käytettävissä oleva informaatio ei ole kaikilla samanlainen. Esimerkiksi puhelinkeskusteluun perustuvassa arvioinnissa ei potilaan tilaa pystytä havainnoimaan. Käytettävissä oleva ohjeistus vaihtelee eri tasoilla, sillä vain hätäkeskuksilla on kansallisesti sovitut yhtenäiset hoidon tarpeen arvioinnin ohjeet (Terveystoimen tehtävänkäsittely- ja riskinarvio-ohje, 1.2.2008). Ensihoitopalvelu käyttää Ensihoitopasta yhtenäisenä informaation lähteenä (Silfvast ym. 2009). Yksittäisillä päivystyksillä ja puhelinneuvonnalla on vaihtelevasti omat ohjeensa, jotka saattavat olla alueellisia kuntien ohjeistuksia tai päivystysten omia. Potilaan näkemys perustuu läheisten neuvoihin, kuntien jakamaan informaatioon ja Internetissä oleviin palveluihin, kuten Terveyskirjastoon (<http://www.terveyskirjasto.fi>).

Terveydenhuollon ammattilainen muodostaa käytettävissä olevan informaation perusteella työdiagnoosivaihtoehtoja ja arvioi päivystyshoidon tarvetta ja hoidon kiireellisyyttä. Usein saattaa todennäköisimmäksi arvioitu työdiagnoosi olla sairaus, joka ei vaatisi lääkärin arviota, mutta päivystyskäynnin tarve syntyy tarpeesta poissulkea jokin mahdollinen vakavampi ja hoitoa tarvitseva sairaus tai vamma. Päivystyspotilaan tilanteen arviointi ei ole kertaluonteinen tapahtuma, vaan jatkuu koko potilaan sairauden tai vamman keston ajan.

Potilaan päivystyshoidon tarve johtuu oireesta, vammasta tai kroonisen sairauden vaikeutumisesta. Jos oireet ovat vaikeat, on selvää, että potilas tarvitsee päivystyshoitoa. Mitä vaikeampia päivystyspotilaan oireet tai löydökset ovat, sitä selkeämpi on Suomen hoitojärjestelmä ja ohjeistus. Käytettävissä olevaa ohjeistusta löytyy tällä hetkellä mm seuraavista lähteistä: Akuuttihoito-opas (Elonen ym 2008), Ensihoito-opas (Silfvast ym. 2009), Päivystyskirurgian opas (Leppäniemi ym. 2006), Lastentautien päivystyskirja (Korppi ym.

2009) ja Käypä hoito -suositukset. Jos potilaalla on vain lieviä oireita tai löydöksiä, ei ole yhtä selvää tarvitaanko potilaan hoidossa päivystyskäyntiä. Lievien oireiden osalta päivystyskäynnin tarpeellisuudesta on olemassa niukasti ohjeistusta. Tässä hankkeessa on keskiytetty ohjeistamaan erityisesti päivystyksellisen ja ei-päivystyksellisen hoidon tarpeen rajaa huomioiden potilaan kokonaistilanne ja yleistila.

Hätäkeskusten tehtävänä on vastaanottaa hätäilmoituksia ja välittää ne edelleen niille yksiköille, joille tehtävä kuuluu (*hätäkeskuslaki*). Hätäkeskukset toimivat ympäri vuorokauden ja vastaavat tältä osalta hätätilapotilaiden ohjauksesta.

Ensihoitopalvelu tekee ensiarvion heti kohdatessaan potilaan. Potilaan tullessa päivystykseen on yleensä jo enemmän taustatietoa käytettävissä hoidon kiireellisyyden ensiarviota (triage) tehtäessä. Päivystyksessä arvioidaan hoidon kiireellisyyttä ja tarvittavaa hoitopaikkaa potilaan ilmoittaman tulosityn, muiden sairauksien ja statuslöydösten perusteella. Hoidon tarvetta arvioiva sairaanhoitaja arvioi esitietojen ja havaintojen perusteella hoidon tarvetta, harkitsee mahdollisesti poissuljettavia muita sairauksia ja ohjaa potilaan hoitoon. Suomessa käytetään hoidon kiireellisyyden ensiarvion (vieraskielinen termi triage) luokitteluun pääosin ns. ABCDE- triagen (Miettola ym. 2003) paikallisia versioita ja monissa muissa maissa käytettävää ESI-triagea (Gilboy ym. 2005). Ruotsissa kehitetään ADAPT-triagea (Kjell 2009). Näistä mitään järjestelmää ei ole validoitu Suomen oloissa, eikä hankkeessa esitetä minkään yksittäisen järjestelmän käyttöönottoa. Tärkeintä on, että kaikilla päivystyspoliklinikoilla käytetään paikallisiin olosuhteisiin soveltuvaa hoidon kiireellisyyden ensiarviota, jota tarkennetaan potilaan tilaa seuraten koko päivystyskäynnin ajan. Hoidon kiireellisyyden ensiarvio koskee hoidon aloittamisen kiireellisyyttä, mutta paikallisiin toimintaohjeisiin voidaan liittää työnjakoon ja hoitoon liittyviä tarkentavia ohjeita. Neuvontapalveluiden järjestämistä käsitellään luvussa 9.3.

Työryhmä ehdottaa:

1. Alueellisiin päivystysuunnitelmiin sisällytetään paikalliset olosuhteet huomioonottavat päivystyshoidon tarpeen ja kiireellisyyden arvioinnin ohjeet tässä hankkeessa esitettyjen periaatteiden pohjalta.
2. Potilaan tulee saada yhteys terveydenhuollon ammattilaiseen hoidon tarpeen ja kiireellisyyden arviointia varten päivystystilanteissa ympäri vuorokauden puhelimitse (ensisijainen yhteydenottotapa) tai menemällä alueellisen työnjaon mukaan päivystyspoliklinikalle tai virka-aikaan lievien oireiden ja vammojen vuoksi sovitusti terveyskeskukseen. Virka-aikana ensisijainen puhelinneuvojen antaja on potilaan oma perusterveydenhuollon toimipiste, jossa henkilökunta tuntee potilaan. Hätätilanteissa potilas soittaa hätäkeskukseen.
3. Nykyistä hoidon tarpeen arviointia koskevaa lainsäädäntöä tulee täydentää ohjeistamaan tarkemmin päivystyspotilaan hoidon tarpeen ja kiireellisyyden arviointi. Lainsäädännössä tulee huomioida ympäri vuorokauden tapahtuva arvio ja yhteydenotto joko puhelimitse tai hakeutumalla päivystyksen toimipaikkaan. Hoidon tarpeen arvio sisältää arvion siitä tarvitseeko potilas päivystyshoitoa, muuta kiireellistä hoitoa, kiireetöntä hoitoa tai ei hoitoa lainkaan.
4. Päivystyshoidon tarpeessa olevan potilaan arviointia täydennetään tarkemmalla potilaan sairauden tai vamman kiireellisyyden ja tarvittavien resurssien arvioinnilla. Tätä arviota varten päivystyspoliklinikoilla ja terveysasemien päiväpäivystyksessä tulee olla paikalliset olosuhteet huomioiva hoidon kiireellisyyden ja tarvittavien resurssien ensiarviojärjestelmä. Ensiarvion jälkeen hoitosuunnitelmaa muutetaan potilaan voinnin ja tutkimustulosten mukaan koko päivystyskäynnin ajan.

9.3 Neuvontapalveluiden järjestäminen

Nykyinen tilanne

Tässä hankkeessa käytetty termi neuvontapalvelu sisältää puhelinneuvonnan. Termiä käytetään, jotta muutkin teknologian mahdollisuudet palveluiden järjestämisessä voidaan

huomioida. Neuvontapalvelu voidaan järjestää puhelimella ja täydentämällä sitä muilla sähköisillä asiointipalveluilla, kuten esimerkiksi äänivastauspuheluilla, tekstiviesteillä tai tietoturvallisilla sähköposteilla potilaan terveystalioon. Neuvontapalvelun tehtävänä on auttaa potilasta päätöksenteossa, kun potilas harkitsee tarvitsevatko oireet tai vammat lääkärin kiireellistä arviota ja mahdollisesti hakeutumista terveysasemalle tai päivystysyksikköön. Tavoitteena on antaa potilaan käyttöön terveydenhuollon ammattilaisen näkemys hoidon tarpeesta, kiireellisyydestä ja hoitopaikan valinnasta. Neuvontapalvelun henkilökunta ei tee diagnoosia, vaan antaa hoidon tarpeeseen liittyvää neuvontaa ja tarvittaessa kotihoito-ohjeita. Ilman neuvontapalvelua potilas jätetään yksin tekemään ratkaisuja ja ainoa vaihtoehto neuvon kysymiseen on mennä päivystyspoliklinikalle pitkänkin matkan päähän. Päivystyspoliklinikoiden potilasmäärien hallinnan kannalta neuvontapalvelu on välttämätöntä, jotta kiireellisille potilaille jäisi riittävästi päivystyksen voimavaroja. Neuvontapalvelu on oleellinen osa päivystyspotilaan hoitoketjua.

Ongelmat

Neuvontapalveluissa on tällä hetkellä selkeitä kehittämistarpeita. Neuvontapalvelun rooli hoidon tarpeen arvioinnissa on määrittelemätön. Neuvontapalvelu voi sisältää hoidon tarpeen arvion ja lisäksi muita toimintoja, kuten potilaan kotihoito-ohjeiden antamisen. Päivystyspotilaan neuvontapalveluita ei ole järjestetty koko väestöä ajatellen kattavasti. Annetun neuvonnan sisältöä ei ole monin paikoin koordinoitu päivystyspoliklinikan antaman neuvonnan kanssa. Yhteistyöstä hätäkeskusten kanssa ei ole sovittu. Hätäkeskusten puhe- luista on tällä hetkellä huomattava osa sellaisia, jotka kuuluisivat muun neuvontapalvelun piiriin. Päivystyspoliklinikan muun työn ohessa tehtävä puhelinneuvonta ei pysty palvelemaan luotettavasti ja kirjaamisessa on puutteita.

Työryhmä ehdottaa:

1. Neuvontapalvelu tulee järjestää siten, että siihen on kunakin ajankohtana varattu erillinen, neuvonnan antamiseen koulutettu ja riittävän työkokemuksen omaava terveydenhuollon ammattilainen, joka voi keskittyä neuvonnan antamiseen.
2. Neuvontapalvelun tulee käyttää yhteensopivia tietojärjestelmiä muun palvelutoiminnan kanssa ja kirjata yhteydenoton syy sekä annettu ohje potilaskertomukseen.
3. Terveyskeskuksen ja päivystyksen muuhun toimintaan integroitu neuvontapalvelu voi myös varata tarvittavat ajat vastaanotoille ja konsultoida tarvittaessa lääkäriä, jotta potilaan ei tarvitse varata puhelimitse vastaanottoaikaa.
4. Yhteistyötä neuvontapalvelun ja hätäkeskusten toiminnan välillä tulee kehittää. Hätäkeskuksen tulee voida yhdistää puhelu neuvontapalveluun ja toisinpäin. Häätätilapotilaan tunnistamisen tulee tapahtua samoilla periaatteilla kuin hätäkeskus-toiminnassa. Väestön ohjauksessa on tärkeää antaa ohjeet siitä, milloin tulee soittaa 112-palveluun ja milloin puhelinneuvontaan.
5. Puhelinneuvonnan laatua ja vaikuttavuutta tulee seurata yhtenäisin periaattein. Puheluiden vastaamisprosentin tulee olla 90 % (luopujien määrä alle 10 %) ja puheluiden vastausajan 5 minuuttia, joka huomioi takaisinsoittomahdollisuuden.

9.4 Palveluiden käytön periaatteet

Luvun 9.1 määritelmän mukainen päivystyspalvelujen käyttö edellyttää lääketieteellistä syytä. Lääketieteellisten syiden lisäksi päivystyspoliklinikoille hakeudutaan ja niiden palveluita käytetään monenlaisista muista, ei- lääketieteelliseen tarpeeseen perustuvista syistä. Päivystyspalvelujen piiriin hakeutumisen syynä voi myös olla lääketieteellisen ja ei-lääketieteellisen syyn yhdistelmä. Esimerkiksi lapsi saattaa lääketieteellisestä syystä tarvita lääkärin arviointia ja hoitoa ja lisäksi huoltaja tarvitsee todistuksen lapsen sairaudesta hoitovapaata varten työnantajalle. Tuolloin päivystyskäynnille on selvä peruste ja todistus tehdään käynnin yhteydessä. Jos lääkärin arviointi tai hoito päivystyspoliklinikalla ei ole tarpeen, ei päivystyskäynti ole aiheellinen vain todistuksen saamiseksi. Päivystyspalveluja suunniteltaessa on tärkeää pitää mielessä se, mitä eri tarpeita päivystykseen hakeutumisen perusteena on.

Seuraavissa luvuissa tarkastellaan erikseen päivystyspalvelujen käytön lääketieteellisiä perusteita ja muihin syihin perustuvaa päivystyspalvelujen käyttöä.

9.5 Palvelujen käytön lääketieteelliset perusteet

Päivystyspoliklinikoiden perustehtävä on tarjota päivystyshoitoa sisältäen kiireellisen tutkimuksen, hoidon ja palveluiden tarpeen selvittämisen, välittömän hoidon antamisen sekä tarpeenmukaiseen hoitoon ja palveluihin ohjaamisen. Tällöin potilaan arviointi ja hoito perustuu potilaan lakisääteiseen oikeuteen saada kiireellistä hoitoa. Kiireellisen hoidon tarpeessa olevalle henkilölle annettavasta avusta ja hoitoon ottamisesta on voimassa, mitä niistä *kansanterveyslain 14 §:n, erikoissairaanhoidolain 30 §:n ja terveydenhuollon ammattihenkilöistä annetun lain 15 §:ssä* säädetään. Terveydenhuollon ammattihenkilön tulee aina antaa kiireellisen hoidon tarpeessa olevalle apua.

Seuraavassa esitetyn ohjeistuksen tavoitteena on tuoda päivystyspotilaan hoitoketjuun osallistuville yhtenäinen näkemys siitä, milloin päivystyskäyntiä tarvitaan. Nämä lääketieteelliset perusteet ohjeistavat toimimaan niissä tilanteissa, joissa päivystyspalveluiden tarve ei ole itsestään selvä. Ohjeet helpottavat työnjaon ja potilasohjauksen toteuttamista. Kaikki potilaat, jotka tarvitsevat päivystyshoitoa, eivät lääketieteellistä syistä aina tarvitse sitä välittömästi. Monet oireet ja vammat voidaan hoitaa seuraavana aamuna tai yhden kahden päivän kuluessa. Tämä ohjeisto koskee päivystyksellisen ja ei-päivystyksellisen hoidon rajapintaa, josta on olemassa vain vähän ohjeistusta. Vakavasti sairastuneet potilaat, joilla on peruselintoimintoja välittömästi uhkaava akuutti oire, vamma tai epäily siitä, tulee tunnistaa ja tältä osin on laadittu erikseen lapsia ja aikuisia koskevat ohjeet (liite 3).

Kroonisesti sairaiden potilaiden tilan pahenemista ei ole tässä hankkeessa tarkemmin ohjeistettu eri potilasryhmien moninaisten tarpeiden vuoksi. Hoitavan lääkärin tulee antaa potilaille tapauskohtaisesti harkitut ohjeet siitä miten menetellä kroonisen sairauden vaikeutuessa. Ohjeet tulee kirjata tietojärjestelmiin.

Näiden ohjeiden tarkoitus ei ole käännäyttää tai torjua potilaita päivystyspoliklinikalta vaan tarjota ammattilaisille välineitä ohjata kysyntää tarkoituksenmukaisesti. Ohjeet auttavat myös väestön suuntaan tapahtuvassa viestinnässä ja varmistavat sen yhdenmukaisuuden. Päivystyksestä muualle ohjattujen potilaiden hoidon varmistamista käsitellään luvussa 9.7. Ohjeistuksen tarkoituksena on toimia apuna, kun potilaiden eri vuorokauden aikoina tarvittavia päivystyspalveluita suunnitellaan. Ohjeistus on laadittu päivystyspoliklinikalla työskentelevän hoidon tarpeen arviota ja päivystyksen kiireellisyyden ensiarviota tekevän sairaanhoitajan näkökulmasta ottamatta kantaa siihen hoitaako potilasta yleislääkäri vai erikoislääkäri vai mahdollisesti sairaanhoitaja. Ohjeita voidaan käyttää apuna puhelinneuvonnan paikalliset olosuhteet huomioivia toimintaohjeita laadittaessa huomioiden se, että potilasta ei voi nähdä tai tarkkailla.

Yksittäisiin oireisiin ja vammoihin perustuvat ohjeet ovat käytännön työtä helpottavia suosituksia. Päivystyspotilaalla on usein monia oireita tai päivystyshoidon tarpeeseen vaikuttavia perussairauksia, joten kiireellisyyden arvio perustuu aina kokonaisuuteen. Ohjeet esittävät periaatteet, varsinaiset toimintaohjeet tulee laatia paikallisesti. Oirekohtaisissa ohjeissa ei oteta kantaa siihen tapahtuuko hoito päivystyspoliklinikalla vai terveysasemien päiväpäivystyksessä. Tätä koskevat periaatteet on esitetty luvussa 13.1.5. Ohjeistuksessa on jaettu hoidon kiireellisyys yllä olevien tavoitteiden mukaisesti neljään luokkaan:

1. hoidetaan päivystyksenä
2. hoidetaan päivystyksenä, mutta ei yöllä
3. voidaan siirtää virka-ajan lääkärille (1 vrk)
4. voidaan siirtää virka-ajan lääkärille (2-3 vrk).

Ohjeet kattavat noin 80 % tavallisimmista päivystykseen hakeutumisen lääketieteellisistä syistä. Ohjeistukseen on valittu yleisimmät yhteispäivystysten tulossyyt. Pohja-aineistona on käytetty Hyvinkään sairaalan yhteispäivystyksen käyttöä (52 000 käyntiä vuonna 2008), liite 2. Muut päivystyksen käytön perusteet käsitellään luvussa 9.6 ja päivystyspoliklinikan hoidon kiireellisyyden ensiarviota luvussa 9.2.

Työryhmä ehdottaa:

1. Työryhmän ehdotus ohjeistukseksi koskien päivystyshoidon perusteiden lääketieteellisiä kriteereitä on esitetty liitteessä 3. Ohjeita korjataan ja kehitetään edelleen saatujen kokemusten mukaan.
2. Ohjeiden ja Käypä hoito -suositusten välistä koordinoitua kehitetään jatkossa. Ohjeita voidaan hyödyntää jatkossa Käypä hoito -suosituksia laadittaessa ja päivitetäessä.
3. Ohjeet linkitetään Duodecimin Terveysportin eri tietokantoihin ammattilaisten käyttöön ja ohjeiden päivitys suunnitellaan osana Terveysportin toimintaa. Ohjeet tulee linkittää mm. akuuttihoidon tietokantoihin, kuten Akuuttihoito-oppaaseen.

9.6 Päivystyksen käytön muut perusteet

Päivystyksen käyttö perustuu merkittävältä osalta muuhun kuin lääketieteelliseen tarpeeseen. Muita kuin lääketieteellisiä syitä on käsitelty lähtien potilaan, palveluntuottajan, viranomaisyhteistyön ja yhteiskunnan tarpeista. Yhdelle käynnille saattaa olla perusteita monesta eri näkökulmasta.

9.6.1 Potilaan ei-lääketieteelliset perusteet päivystyspoliklinikoiden käytölle

Potilaalla saattaa olla lääketieteellisten syiden lisäksi muitakin perusteita päivystyspalveluihin hakeutumiseen. Näistä syistä käsitellään seuraavassa välttämättömään huolenpitoon ja mukavuussyihin liittyvät perusteet. Muita mahdollisia päivystykseen hakeutumisen syitä ovat mm. tiedonpuute, yksinäisyys, turvattomuus, pelko ja epävarmuus vanhempana olemisessa. Näissä tilanteissa tarvitaan vähintään neuvontaa ja keskustelua, joka voidaan ja kannattaa toteuttaa ensisijaisesti puhelinvälisenä palveluna, jollei potilas ole hakeutunut jo päivystyspoliklinikalle. Sairauslomaa ja hoitovapaata koskevat asiat käsitellään yhteiskunnallisten perusteiden kohdalla (9.6.6).

Suomen perustuslain mukaan jokaisella on oikeus välttämättömään huolenpitoon (*Suomen perustuslaki, 19 §*). Päivystys on usein ainoa ympäri vuorokauden auki oleva paikka, johon voi hakeutua, jos elämän perustarpeista selviytyminen käy mahdottomaksi. Välttämätön huolenpito koskee erityisesti lapsia, vanhuksia, syrjäytyneitä henkilöitä ja päihdeongelmaisia, joiden päivystyspalveluiden käytön erityiskysymyksiä käsitellään luvussa 13. Sosiaalihuollon kanssa tehtävää yhteistyötä kuvataan luvussa 15.1.

Potilaat käyttävät päivystyksen palveluja myös mukavuussyistä korvaamaan virka-ajan palveluja. Syynä tähän voi olla se, ettei iltaisin ja viikonloppuisin ole muuta palvelua saatavilla, eikä virka-ajan palveluita ole mahdollisuutta tai halua käyttää. Päivystys saattaa olla tuttu paikka ja helppo lähestyä, päivystykseen saattaa olla helpompi matka, eikä ajanvarausta tarvitse tehdä. Potilaat perustelevat mukavuussyistä tehtävää käyntiä hyvin usein sillä, ettei aikoja päivätoiminnassa ole saatavilla.

Työryhmä ehdottaa:

Päivystyspoliklinikalle ei-lääketieteellisestä syystä hakeutuvan henkilön tulee voida keskustella päivystyksen sairaanhoitajan tai mahdollisesti käytettävissä olevan sosiaalipäivystäjän tai muun ammattihenkilön kanssa ja saada tarvittavan ohjauksen tarvitsemiensa palveluiden piiriin.

9.6.2 Palveluiden tuottaminen muulle palvelujärjestelmälle

Päivystyspoliklinikat vastaavat sovituin osin alueensa väestön päivystyshoidosta. Tämän perustehtävän lisäksi päivystyspoliklinikoiden henkilökuntaa käytetään tuottamaan päivystyspalveluja muulle palvelujärjestelmälle, koska päivystys on usein ainoa paikka, jossa on lääkäri, kuvantamispalvelut ja laboratoriotutkimukset saatavilla ympäri vuorokauden. Päivystyspoliklinikoiden lääkärit vastaavat osaltaan sijaintisairaalsensa vuodeosastopotilaiden päivystyksestä siellä, missä tämä on tarkoituksenmukaista. Lisäksi kunnat ovat saattaneet sopia, että päivystyspoliklinikka hoitaa terveyskeskusten vuodeosastojen ja vanhustenhuol-

tolaitosten päivystysasiat. Jotta päivystävä lääkäri voisi ottaa kantaa potilaan hoitoon, on hänellä oltava riittävästi tietoa potilaan sairauksista, lääkityksestä ja hoitolinjauksista. Vanhusten päivystyshoitoa on käsitelty erikseen luvussa 13.1.6.

Lääkärin on, saatuaan ilmoituksen kuolemasta, viivytyksettä suoritettava ulkonainen ruumiintarkastus kuoleman toteamiseksi ja sen syiden sekä muiden olosuhteiden selvittämiseksi (*laki kuolemansyyn selvittämisestä, 1 §*). Päivystävän lääkärin ei tarvitse lähteä illalla, yöllä tai edes viikonloppuna toteamaan potilasta kuolleeksi, jos kuolema on ollut odotettu, tiedossa olevasta sairaudesta aiheutunut, ja jos kuolemansyyn selvittämisen tiedetään voidaan tapahtua lääketieteellisenä. Riittää, kun joku terveydenhuollon ammattihenkilö, jolla on kuoleman toteamisen taito, esimerkiksi sairaanhoitaja tai lähihoitaja, toteaa kuoleman tapahtuneeksi, ilmoittaa siitä puhelimitse päivystävälle lääkärille ja selvittää voidaanko lääkärin suorittama virallinen kuoleman toteaminen ja vainajan ulkotarkastus tehdä vasta seuraavana arkipäivänä. Riittävät merkinnät tehdään potilasasiakirjoihin hoitotyön lehdelle ja lääkärin tehtävä on ilmoittaa kuolemasta omaisille mahdollisimman pian kuoleman tapahtuttua tai siten, kuin on omaisten kanssa sovittu. Jos kuolema on ollut yllättävä tai jos sitä on edeltänyt jokin merkittävä vammautuminen tai sellainen poikkeuksellinen tapahtuma, jonka voidaan ainakin epäillä vaikuttaneen kuolemaan tai jos kyseessä on itsemurha, tulee lääkärin tehdä ulkotarkastus päivystysaikana (Kuoleman toteaminen, STM 2004:5). Tuolloin vainaja tuodaan päivystykseen tarkastusta varten.

9.6.3 Poliisille annettava virka-apu

Poliisille annettavasta virka-avusta säädetään *poliisilaissa* seuraavasti: Viranomaisen on annettava poliisille kuuluvan tehtävän suorittamiseksi sellaista tarpeellista virka-apua, jonka antamiseen asianomainen viranomainen on toimivaltainen (*poliisilaki, 41§*). Päätöksen virka-avun pyytämisestä tekee päällystöön kuuluva poliisimies, jollei erikseen toisin säädetä tai asian kiireellisyys muuta vaadi.

Päihteiden käytön valvonnassa poliisi käyttää alkometrejä seulontalaitteina. Mikäli seulontalaite osoittaa, että on syytä epäillä kuljettajan syyllistyneen rattijuopumukseen, hänet viedään poliisilaitokselle tarkkuusalkometrillä tehtävään jatkotutkimukseen. Jos kuljettaja on niin humalassa tai fyysisesti vammautunut, ettei hän pysty puhaltamaan, otetaan päivystyksessä verikoe. Mikäli kuljettajassa on viitteitä huumaavien aineiden käytöstä, otetaan aina virtsa- ja verinäyte. Muiden rikosten tutkinnassa virka-apua tarvitaan esimerkiksi vammojen selittämässä. Tutkittava voi olla pahoinpitelyn uhri tai epäillyn raiskauksen uhri tai tekijäksi epäilty, liikennejuopumuksesta epäilty tai oikeuslääketieteellisen kuolemansyyn selvityksen piiriin kuuluva vainaja.

9.6.4 Päivystyspoliklinikka muun toiminnan korvaajana

Suomen terveydenhuollossa on pitkät perinteet käyttää päivystystä korvaamaan muuta palvelujärjestelmää. Paikoin koko toiminta on rakennettu sen varaan, että virka-ajan toiminnan varapaikkana on päivystys. Tämä koskee sekä erikoissairaanhoidon että perusterveydenhuollon toimintaa. Päivystyksellä ei ole ollut selkeää omaa asemaa organisaatiossa ja sinne on voinut kukin ohjata toimintaansa tavallaan jokamiehen oikeuksin. Tämä toimintakulttuuri on johtanut päivystysten ruuhkautumiseen ja siihen, että vakavasti sairaiden potilaiden hoitamiseen on jäänyt liian vähän tilaa ja henkilökuntaresursseja. Tämä on myös johtanut siihen, että päivystystä ei ole koettu houkuttelevaksi työpaikaksi.

Päivystykseen ohjataan potilaita omalääkärin aikojen puutteessa, ajanvarauspoliklinikoiden koulutuspäivien vuoksi, erikoissairaanhoidon konsultaation saamiseksi ei-päivystyksellisessä asiassa ja hyvin monista muista epätarkoituksenmukaisista syistä. Informaation puute päiväaikaisten toimintojen osalta vaikuttaa sekä julkisen että yksityisen terveydenhuollon toimijoiden tapaan ohjata potilaita päivystykseen.

Vaikeudet päästä jatkohoitoon terveystieteiden akuuttiosastoille ja hoivapaikkoihin aiheuttavat päivystysten ruuhkautumista. Potilaat joutuvat odottamaan epätarkoituksenmukaisissa tiloissa mahdollisesti pitkiäkin aikoja. Potilaiden pääsy jatkohoitopaikkaan onkin ensiarvoisen tärkeää päivystystoiminnan sujuvuuden ja potilasturvallisuuden takaamiseksi.

Monilla alueilla on selkeästi sovittu siitä, miten, minne ja milloin jatkohoitoon siirrytään, eivätkä päivystykset tuolloin toimi jatkohoitopaikkana. Kotiutushoitajatoiminnalla on saatu hyviä tuloksia jatkohoidon järjestämisessä, sillä kotiutushoitaja tuntee hyvin kuntansa palvelujärjestelmän.

Työryhmä ehdottaa:

1. Suomessa tarvitaan asennemuutosta ja alueiden terveydenhuollon, vanhuspalveluiden ja sosiaalitoimen ylimmän johdon sitoutumista siihen, että päivystyksen käyttö muun toiminnan varapaikkana loppuu.
2. Kuntien tehtävänä on huolehtia terveyskeskusten ja vanhustenhuoltopalveluiden jatkohoitopaikkojen riittävydestä ja myös viikonloppuisin pääsy jatkohoitoon tulee järjestää.
3. Jatkohoitoon pääsulle asetetaan alueellisesti yhdessä jatkohoitopaikoista päättävien kanssa tavoite-ajat, joista pidetään kiinni (12.6).
4. Jatkohoitopaikat tulee velvoittaa ottamaan potilaita tarvittaessa ylipaikoille.
5. Kuntien palveluksessa olevien kotiutushoitajien toiminnan laajentamista tulee harmita päivystyspoliklinikoille arkisin sekä suurilla paikkakunnilla myös viikonloppuisin.
6. Erikoislääkäreiden konsultaatiopalvelut tulee järjestää siten, että ei-päivystykselliset potilaat eivät tule epätarkoituksenmukaisesti konsultaatiota varten päivystykseen.

9.6.5 Puuttuvat palvelujärjestelmän osat

Päivystyshoidon ja ajanvaraushoidon väliin jää 1-3 päivän kuluessa hoidettavat, ns. subakuutit potilaat, joiden hoidon järjestelyyn ei ole kiinnitetty riittävästi huomiota Suomessa. Tämä potilasryhmä jää tällä hetkellä herkästi päivystyksen hoidettavaksi. Subakuutteja potilaita ohjataan päivystykseen, jos ajanvarauspoliklinikalla tai terveyskeskuksessa ei ole riittävästi akuuttiaikoja. Myös erikoissairaanhoidon seurannassa olevat, akuutin tai kroonisen sairauden oireiden pahenemisen tai sairauden hoitoon liittyvien sivuvaikutusten vuoksi lääkäriä tarvitsevat potilaat ohjataan usein päivystykseen. Näille potilaille saattaa olla hyödyllisempää päästä suoraan erikoislääkärille 1-3 päivän sisällä. Päivystyksessä toimivalla lääkärillä ei mahdollisesti ole riittävä osaamista hyvinkin spesifien sairauksien arviointiin ja hoitoon.

Päivystyspoliklinikan omassa toiminnassa syntyy myös lähipäivien kontrollikäyntien järjestämisen tarvetta. Jollei näille potilaille ole laadittu ajanvaraukseen perustuvaa järjestelmää, otetaan heidät kaikki kontrolliin päivystyspoliklinikalle. Vain osa potilaista hyötyy siitä, että kontrolli tehdään päivystyspoliklinikalla. Tilanne kuormittaa päivystyksen lisäksi potilasta, joka ei saa ajanvaraukseen tutkimuksiin eikä lääkärintaustaanotolle vaan tulee uudelleen jonottamaan muiden päivystyspotilaiden joukkoon. Tähän ryhmään kuuluvat mm. murtumakontrollit, alaraajojen veritulppaepäilyjen ultraäänit sekä erilaiset voinnin ja laboratoriotestien kontrollit. Kontrollit voidaan järjestää hyödyntäen päivystyksen tiloja ja henkilökuntaa hiljaisena aamuaikana, mutta toiminta ei saa haitata kiireellisten potilaiden hoitoa. Päivystyspoliklinikalla aloitettua, suonensisäistä antibioottihoitoa jatketaan usein päivystyspoliklinikalla, vaikka potilas olisi jo kotiutettu ja voisi olla muiden palveluiden piirissä.

Terveysasemat järjestävät päiväpäivystystä potilaille virka-aikaan, joko omalääkärillä tai terveysaseman yhteisenä päivystystoimintana. Osalle potilaista virka-ajan palveluiden käyttö on hankalaa esimerkiksi työn tai perhetilanteen vuoksi. Terveysasemien päiväpäivystysten jatkuminen iltaan saattaa vähentää päivystyksen käyttöä, joskin varmaa näyttöä tästä ei ole. Joka tapauksessa tiedetään, että niissä kunnissa, missä terveysasemille on helppo päästä, päivystyksen käyttö on vähäisempää.

Riittävän puhelinneuvonnan puuttuminen ohjaa potilaita epätarkoituksenmukaisesti päivystykseen. Neuvontapalveluja käsitellään luvussa 9.3.

Työryhmä ehdottaa:

1. Erikoissairaanhoidon seurannassa oleville akuutteja tai kroonisia, harvinaisempia ja vakavia sairauksia poteville tulee tehdä hoitosuunnitelma, jossa potilas saa selkeät ohjeet milloin ja miten saa yhteyden erikoissairaanhoidon poliklinikalle ja millä oireilla hakeudutaan päivystykseen.
2. 1-3 päivän sisällä lääkärin vastaanottoa tarvitsevien potilaiden hoito tulee järjestää tarkoituksenmukaisesti ajanvaraustoiminnan piirissä.
3. Terveysasemilla saatavan palvelun tilapäisiin tai jatkuvampiin puutteisiin tulee luoda päivystyksestä erillään oleva toimintamalli.
4. Terveyskeskuksen tulee järjestää iltaisin ja viikonloppuisin normaalia vastaanotto-toimintaa, jos sillä voidaan helpottaa säännönmukaista päivystyspoliklinikan ruuhkautumista.
5. Kotihoitoa, päiväsairalatoimintaa ja muuta palvelujärjestelmää tulee kehittää tukemaan myös päivystyksen toimintaa.

9.6.6 Yhteiskunnalliset päivystyksen käytön syyt

Sairauspoissaolotodistukset kuormittavat epätarkoituksenmukaisesti päivystyksiä, koska potilas tulee usein päivystykseen vain todistuksen vuoksi. Näiden potilaiden määrä päivystyksissä on todennäköisesti huomattavan suuri, sillä potilaat eivät välttämättä kerro päivystykseen tullessaan tulosyiksi sairausloman tarvetta. Jotta potilas pääsisi lääkärikäynnille ja saisi sitä kautta sairauslomatodistuksen, saattaa hän korostaa oireidensa vakavuutta, joka voi myös johtaa turhiin tutkimuksiin ja antibioottihoitoihin.

Työntekijän oikeus palkalliseen sairauspoissaoloon perustuu työsopimuslain säädöksiin ja eri alojen työ- ja virkaehtosopimuksiin. Työntekijän on pyydettäessä esitettävä työnantajalle luotettava selvitys työkyvyttömyydestään (*työsopimuslaki, 11§*). Sairausajan palkan maksamisen edellytyksenä on, että työntekijä esittää työkyvyttömyydestään työnantajan hyväksymän selvityksen, tavallisesti lääkärintodistuksen. Työnantaja voi edellyttää lääkärintodistusta kaikissa työkyvyttömyystapauksissa. Vaadittavan selvityksen ei kuitenkaan tarvitse kaikissa tapauksissa olla lääkärintodistus, vaan myös muu luotettava selvitys voi riittää (Sairauspoissaolokäytäntö työpaikan ja työterveyshuollon yhteistyönä, STM, 2007).

Kun alle 10-vuotias lapsi sairastuu äkillisesti, hänen vanhempansa voi jäädä pois töistä hoitamaan lasta tilapäiselle hoitovapaalle. Se voi kestää enintään 4 työpäivää (*työsopimuslaki*). Tuolloin työnantaja saattaa edellyttää todistusta lapsen sairaudesta.

Päivystyksestä kirjoitetaan myös tarvittaessa todistus tapaturman yhteydessä vakuutusyhtiöille. Lisäksi päivystykseen hakeudutaan muunkinlaisten, matkoihin ja harrastetoimintaan liittyvien todistusten vuoksi. Aivan uutena ilmiönä ovat vaateet lääkärintodistuksista esim. kuntosalilta tai urheilusta poissaolojen vuoksi.

Työryhmä ehdottaa:

1. Päävastuu sairauslomatodistusten ja tilapäisiä hoitovapaita koskevien todistusten laatimisesta on terveyskeskusten virka-ajan toiminnalla ja työterveyshuollolla.
2. Jos sairaus tai vamma edellyttää lääkärin arviointia tai hoitoa päivystyksessä, kirjoittaa lääkäri käynnin yhteydessä tarvittavan SVA-todistuksen ja tarvittaessa työnantajalle todistuksen lapsen sairaudesta tilapäistä hoitovapaata varten.
3. Jollei lääkärinkäynnin tarvetta ole, tehdään päivystyksestä todistuksia työnantajalle vain poikkeustapauksissa (esim. vuorotyötä tekeville viikonloppuisin) ja tuolloin todistuksen laatii päivystyksen sairaanhoitaja.
4. Päivystyspoliklinikoiden ja terveysasemien sairaanhoitajilla tulee olla yhtenäiset ohjeet sairauspoissaolojen ja hoitovapaiden arvioinnista ja pituudesta.
5. Potilasta päivystyksessä hoitanut lääkäri laatii tarvittavat todistukset tapaturmista vakuutusyhtiöille, jollei jatkohoitoa tarvita. Tällöin todistukset laaditaan jälkikäteen, ei päivystysaikaan. Jos jatkohoitoa samassa organisaatiossa tarvitaan, laatii todistuksen jatkohoidosta vastaava lääkäri.
6. Vapaa-ajan toimintaan liittyviä todistuksia ei päivystyspoliklinikalla laadita, jollei muuta syytä lääkärikäyntiin päivystyksenä ole.

9.7 Muualle ohjattujen potilaiden hoidon varmistaminen

Päivystyspoliklinikan henkilökunnan tulee osaltaan huolehtia potilaan jatkohoidon järjestämisestä riittävien toimenpitein. Päivystyksestä tai puhelinneuvonnasta saatetaan ohjata potilas virka-ajan toiminnan piiriin, tai potilas saa ohjeet omahoidon toteuttamiseen ilman tarvetta lääkärikäyntiin. On potilaita, joiden jatkohoidon varmistamiseksi tarvitaan päivystyksen tai puhelinneuvonnan varmistavia toimenpiteitä. Päivystyksen henkilökunta voi ottaa jatkohoitopaikkaan puhelimitse yhteyttä tai varata sähköisesti ajan seuraavalle päivälle. Pääkaupunkiseudulla on käytössä sähköiset yhteydenottolistat, joiden avulla päivystyspoliklinikka siirtää yhteydenottopyynnön terveyskeskuksen virka-ajan henkilökunnalle, joka ottaa sovitusti yhteyttä potilaaseen. Tämä on erityisen tärkeää lapsiperheiden, vanhusten, ulkomaalaistaustaisten, mielenterveyspotilaiden, syrjäytymisvaarassa olevien ja lähisuhdeväkivallan uhrien osalta.

Päivystyspoliklinikka kuuluu usein eri organisaatioon kuin virka-ajan toiminta ja päivystyspoliklinikoilla on usein puutteelliset tai vanhentuneet yhteystiedot virka-ajan palveluista ja ei välttämättä lainkaan tietoa palveluiden saatavuuden häiriötiloista. Kirjallisia yhteystietoja parempi on toimiva sähköinen informaatiokanava päivystysten ja virka-ajan toiminnan välillä. Teknisesti tämä voidaan ratkaista esimerkiksi yhteisten tietojen ylläpitoon tarkoitettulla Ekstranet-järjestelmällä. Varsinaisen potilastietojärjestelmän osuus käsitellään luvussa 16.

Työryhmä ehdottaa:

Jatkohoidon varmistamiseksi toimitaan vähintään seuraavien periaatteiden mukaisesti:

1. Potilaan tulee saada selkeät suulliset ja kirjalliset ohjeet siitä, miten hän seuraa oireitaan, missä tilanteessa tulee ottaa yhteyttä terveydenhuollon ammattihenkilöön ja missä jatkohoito tapahtuu.
2. Päivystyspoliklinikan henkilökunta varmistaa alueellisesti sovittavalla tavalla, että tarvittava jatkohoito toteutuu.
3. Jos välttämättömän, kiireellisen hoidon toteutuminen on kohtien 1 ja 2 varmistamisesta huolimatta epävarmaa, tulee hoito järjestää päivystyspoliklinikalla.
4. Päivystystoiminnalle luodaan toimiva informaatiokanava, josta saa sähköisesti tiedot virka-aikaisista sairaanhoitopalveluista ja niihin liittyvistä häiriötilanteista.
5. Alueellisesti seurataan säännöllisesti jatkohoidon toteutumista ja sovitussa organisaatiossa reagoidaan nopeasti ongelma-kohtiin.

9.8 Väestölle annettavan informaation periaatteet

Väestöllä tulee olla yhtenäinen ja riittävä informaatio siitä, miten tulee toimia hätätilanteissa, milloin tulee soittaa 112:een ja milloin tulee hakeutua päivystyspoliklinikalle tai virka-ajan toiminnan piiriin. Potilaat käyttävät matkustaessaan muidenkin kuin oman alueensa päivystyspalveluja ja potilaiden vapautta valita päivystyspoliklinikka lisätään, joten yhtenäisin periaattein laaditulle ja helposti saatavalle informaatiolle on tarvetta.

Päivystysten käytön perusinformaatio sisältyy kuntien tiedotteisiin ja Internet-sivuihin. Monissa kunnissa on päivystystä koskeva linkki heti palvelun aloitussivulla, joka helpottaa informaation löytymistä myös harvemmin sivuilla asioiville henkilöille. Väestölle suunnattua terveystietoa varten on Suomessa Internetissä Terveyskirjasto (<http://www.terveyskirjasto.fi>). Tavanomainen viestintä ja Terveyskirjasto eivät helposti tavoita ulkomaalaistaustaisia, joilla on erilainen kulttuuritausta ja kieliongelmiä. Infopankki-verkkopalvelu (<http://www.infopankki.fi>) antaa tietoa Suomen terveydenhuoltojärjestelmästä monilla eri kielillä ja palvelussa on myös kuntien sivuja.

Suomeen muuttaa yhä enemmän vieraskielisiä ihmisiä. Ulkomaalaistaustaisten potilaiden osalta on hoidon tarpeen arvion tekemisessä ja hoitoonohjauksessa erityisiä haasteita, etenkin maahanmuuton jälkeisinä ensimmäisinä vuosina. Seurauksena on sekä päivystyspoliklinikoiden yli- että alikäyttöä. Maahanmuuttajat ovat hyvin heterogeeninen ryhmä, jonka toimintatavat ja onnistuminen asioidensa hoitamisessa vaihtelevat lähtömaan kulttuurin ja yhteiskunnallisten olojen mukaan. Kulttuurierot, tiedot ja käsitykset terveydestä ja sairaudesta, tiedot Suomen terveyspalveluihin hakeutumisesta ja kielivaikeudet vaikeuttavat po-

tilaan omaa päätöksentekoa ja ammattilaisen mahdollisuutta ohjata potilas asianmukaiseen hoitopaikkaan. Puhelinneuvontaa ei ole pystytty järjestämään monilla eri kielillä, joten osa potilaista jää puhelinneuvonnan ulkopuolelle. Sama koskee Internet-pohjaisia palveluja, joissa esimerkiksi kuntien sivut eivät ole välttämättä käytettävissä kieliongelmiensa vuoksi.

Infopankki.fi-verkkopalvelu tukee maahanmuuttajien kotoutumista tarjoamalla tietoa suomalaisesta yhteiskunnasta ja sen palveluista 15 kielellä maahanmuuttajan näkökulmasta. Infopankin kehittymisen ja uudistumisen tekee mahdolliseksi valtion ja kuntien välillä solmittu viisivuotinen yhteistyösopimus (2009–2013). Valtion rahoittajakumppaneita ovat sisäasiainministeriö, työ- ja elinkeinoministeriö, opetusministeriö ja Kela. Lisäksi hanke hakee valtiovarainministeriön valtionavustuksia palvelun kehittämisen rahoittamiseksi. Kuntien osuudesta vastaavat jäsenkunnat. Infopankin toimintaa ohjaa ohjausryhmä, jossa ovat edustettuina rahoittajat. Hallinnollisesti Infopankki toimii Helsingin kulttuurikeskuksen alaisuudessa. Tämän palvelun laajentaminen valtakunnalliseksi ja tuottamaan laajemmin tietoa päivystyspalveluihin hakeutumisesta ja kotihoito-ohjeista olisi ensiarvoisen tärkeää.

Päivystykseen hakeutumiseen liittyvien ongelmien lisäksi ulkomaalaistaustaisilla potilailla saattaa olla vaikeuksia ymmärtää ja toteuttaa päivystyksessä annettavia jatkohoito-ohjeita ja lääkärillä vastaavasti vaikeuksia kommunikoida potilaan kanssa. Jatkohoidon turvaaminen tulee tehdä luvussa 9.6.4 esitettyjen linjausten mukaisesti. Tulkkipalveluita on vaikea järjestää äkillisissä tilanteissa, mutta tulkki tulee mahdollisuuksien mukaan saada paikalle. Lisäksi tulee kannustaa potilaiden mahdollisuutta tuoda päivystyskäynnille halutessaan mukaan omaa kulttuuria edustava, mahdollisesti kielitaitoinen yhdyseshenkilö, tosin huomioiden että informaatio saattaa tällöin muuttua myös tukihenkilön toimesta.

Työryhmä ehdottaa:

1. Kuntien tulee huolehtia siitä, että väestöllä on saatavilla riittävä tieto siitä miten toimia hätätilanteissa ja äkillisen sairastumisen tai tapaturman yhteydessä.
2. Valtakunnallisesti yhtenäiset periaatteet ja samalla lailla rakennettu paikallinen päivystystä koskeva informaatio helpottavat päivystysten tarkoituksenmukaista käyttöä. Päivystyspoliklinikoilla tulee olla omat Internet-sivut.
3. Terveyskirjastoa kehitetään edelleen palvelemaan väestöä tässä hankkeessa esitettyjen periaatteiden mukaisesti. Terveyskirjaston rakenteessa tulisi huomioida päivystyksellisten ohjeiden yhtenäinen näkyvyys.
4. Ulkomaalaistaustaisten potilaiden osalta tavanomainen väestötason viestintä ei riitä, vaan kunnissa tulee erikseen suunnitella miten alueen ulkomaalaistaustaisten päivystysasioiden viestintä toteutetaan, mahdollisesti järjestämällä päivystävä puhelintulkkauksia.
5. Suurimpien kieliryhmien käyttöön Internetiin tulee saada kansalliset yhtenäiset päivystyshoitoon hakeutumista koskevat ohjeet hyödyntäen ja laajentaen Infopankki.fi-verkkopalvelua, kehittämällä vastaavaa toimintaa Terveysportissa tai näiden kahden yhteistyönä.
6. Väestölle suunnatun informaation osalta tulee huomioida, etteivät kaikki käytä Internet-palveluja ja esim. vanhusten ohjeistus tulee sisällyttää vanhuspalvelujen palveluohjaukseen ja -oppaisiin.

10 OSAAMINEN

Nykyinen tilanne

Päivystyshoidon osaaminen on perusedellytys potilaiden korkea-laatukselle päivystyshoidolle. Seuraavassa on käsitelty nykytilan ongelmia ja toimenpide-ehdotuksia päivystyshoidon osaamisen lisäämiseksi. Luvussa 11 käsitellään erikseen koulutusta.

Sairaanhoitajat

Päivystyspoliklinikan sairaanhoitajan osaamista on kartoitettu tuoreessa väitöskirjassa, jossa tuli esille erityisiä kehittämiskohteita patofysiologian tuntemuksen, hoidontarpeen arvioinnin ja päivystyspoliklinikan tilanneosaamisen osalta (Paakkonen 2008).

Yleislääkärit

Yleislääkärit hoitavat pääosin päivystyksen lähipalveluihin (13.1.1) kuuluvia tehtäviä. Yleislääkäriin päivystystehtävissä toimivat lääketieteen opiskelijat, perusterveydenhuollon lisäkoulutuksessa olevat lääkärit ja kokeneet yleislääkärit tai yleislääketieteen erikoislääkärit. Yleislääkäreiden työnkuva ja työn vaativuus terveysasemilla ja päivystyspoliklinikalla vaihtelee suuresti riippuen mm. etäisyydestä suurempiin päivystyspoliklinikoihin. Pitkien etäisyyksien alueilla joutuu diagnosoimaan ja aloittamaan hoidon hätätilapotilaille ja vakavasti sairastuneille potilaille ennen mahdollista lähettämistä jatkohoitopaikkaan. Väestökäyttämien alueilla nämä potilaat voidaan ohjata suoraan keskitettyjen päivystyspalveluiden piiriin. Päivystysten lähipalveluissa lievin oirein sairastuneiden potilaiden diagnostiikka on vaativaa. Suuresta potilasjoukosta tulee voida tunnistaa harvinaisimmatkin vakavat sairaudet ja vammat. Oireet ovat usein lievät tai epätyypilliset, eikä potilasta ohjata tämän vuoksi suoraan erikoislääkäriin hoitoon. Lisäksi päivystyspoliklinikoilla on usein kiire ja ruuhkia.

Erikoistuvat lääkärit

Yhteispäivystysten erikoislääkäripäivystyksen lääkärit ovat pääosin erikoistumisvaiheessa olevia lääkäreitä. Osa päivystävistä lääkäreistä ei ole kouluttautumassa päivystämälleen erikoisalalle, vaan päivystys liittyy esimerkiksi perusterveydenhuollon lisäkoulutukseen tai yleislääketieteen ja muiden erikoisalojen erikoistumiskoulutukseen. Kun erikoislääkäriin tutkinto on valmis, siirrytään pääosin päivystämään takapäivystysjärjestelmässä. Siten erikoislääkäripäivystysten päivystäjät vaihtuvat tiheään. Toisaalta viime vuosina on päivystyksissä virka-aikaan ja virka-ajan ulkopuolella toimivien vakituisten lääkäreiden määrä lisääntynyt muiden erikoisalojen paitsi yleislääketieteen osalta. Mahdollisuutta kouluttautua suoraan akuuttilääketieteen erikoisalalle ei ole vielä tällä hetkellä, mikä rajoittaa olennaisesti mahdollisuutta lisätä osaamista ja päivystyksessä työskentelevien vakinaisuutta.

Takapäivystäjät

Takapäivystäjä-termi on epäselvä huolimatta siitä, että se on vakiintunut käsite terveydenhuollossa. Kunnallinen lääkäreiden virka-ehtosopimus määrittelee päivystysmuodot: työpaikkapäivystys (aktiivipäivystys tai muu työpaikkapäivystys) ja vapaamuotoinen päivystys (esim. puhelinpäivystys), käyttämättä termiä takapäivystys. Päivystysmuodot päätää kunnallinen viranomais.

Valvira käyttää ja määrittelee takapäivystysterminä lääketieteen opiskelijoiden valvontaa koskevassa ohjeistuksessa (Lääketieteen ja muiden terveydenhuollon alan opiskelijoiden oikeus toimia tilapäisesti laillistetun ammattihenkilön tehtävissä.). Ohjeessa todetaan, että jos viisi vuotta opiskellut opiskelija toimii päivystäjänä, hänellä on oltava nimetty takapäivystäjä. Takapäivystäjän pitää olla lääkärin ammattia itsenäisesti harjoittamaan oikeutettu laillistettu lääkäri, joka on aina tavoitettavissa viivytyksettä ja jonka on tarvittaessa saavuttava toimintayksikköön. Terveydenhuollon toimintayksikön toiminnasta vastaavan johtajan on määriteltävä, missä ajassa takapäivystäjän on saavuttava toimintayksikköön, jotta potilasturvallisuus kyetään ylläpitämään. Arvioinnissa on otettava huomioon mm. toimintaolosuhteet, potilasaineisto sekä opiskelijan osaaminen ja muut valmiudet. Lääketieteen opiskelija

voi, suoritettuaan hyväksytysti neljään ensimmäiseen opintovuoteen kuuluvat lääketieteen opinnot, toimia tilapäisesti lääkärin tehtävissä erikoissairaanhoidon toimintayksikössä tai terveyskeskuksen vuodeosastolla, mutta ei muutoin terveyskeskuksessa. Suoritettuna pitää olla myös sen erikoisalan opintojaksot, johon kuuluvissa tehtävissä hän aikoo toimia. Jos edellä mainituissa tehtävissä toimivalla opiskelijalla on myös niihin liittyviä päivystävän lääkärin tehtäviä, hänen on toimittava lääkärin ammattia itsenäisesti harjoittamaan oikeutetun laillistetun lääkärin välittömässä johdossa ja valvonnassa eli vanhemman kollegan rinnalla (*Valtioneuvoston asetus terveydenhuollon ammattihenkilöistä annetun asetuksen muuttamisesta*, 3§).

Sekaannusta on syntynyt yksityisen palveluntuottajan tavasta käyttää takapäivystäjä-terminiä kuvaamaan erillistä ruuhkanpurkuun ja puuttuvien päivystäjien korvaamiseen luotua järjestelmää. Tämä ns. "takapäivystäjä" ei tee yllämainittuja takapäivystäjien tehtäviä, eikä välttämättä täytä Valviran takapäivystäjälle asettamia pätevyysvaatimuksia, koska kyseessä saattaa olla lääketieteen opiskelija tai laillistusta vailla oleva lääkäri. Myös erikoissairaanhoidossa saattaa käytäntönä olla kutsua takapäivystäjäksi vapaamuotoisessa päivystyksessä olevaa päivystäjää, riippumatta hänen tehtävistään tai koulutuksestaan.

Takapäivystäjällä tulee olla riittävä taito konsultaatioiden antamiseen. Kouluttaminen yhä suppeammille erikoisaloille ja osaamisen kaventuminen on vaikeuttanut merkittävästi laadullisesti riittävän takapäivystyksen järjestämistä. Takapäivystysjärjestelyissä ja konsultaatiopalveluissa on paikoitellen toteutettu laajempia, osaamisen takaavia alueellisia ja valtakunnallisia järjestelyitä.

Työryhmä ehdottaa:

1. Päivystyspotilaita hoitavien lääkäreiden ja hoitohenkilökunnan tulee omata riittävä lääketieteellinen ja hoitotyöhön liittyvä osaaminen ja hallita päivystyksen potilastilannetta voidakseen toimia päivystyksessä. Yhteispäivystyksissä tulee työskennellä akuuttilääketieteen osaajia. Siihen asti, kunnes akuuttilääketieteen erikoisala on perustettu, päivystykseen tulee perustaa erikoislääkärin (päivystyslääketieteen erityispätevyys) virkoja.
2. Päivystystoiminta tulee suunnitella siten, että päivystykseen varataan mahdollisimman osaava ja kokenut henkilöstö. Hoidon tarpeen arviointi sekä potilaiden diagnostiikka ja hoito tulee järjestää mahdollisimman etupainotteisesti. Tämä edellyttää riittävän osaamisen oikea-aikaista sijoittamista potilaan hoidon tarpeen ensiarviointiin ja alkuvaiheen diagnostiikkaan ja hoitoon.
3. Yhteispäivystyksissä tulee osaamista käyttää optimaalisesti. Tämä edellyttää selkeää ja joustavaa paikallista työnjakoa ja mutkatonta konsultaatiomahdollisuutta hoitohenkilökunnan, yleislääkäreiden ja erikoislääkäreiden välillä.
4. Jotta lääketieteen opiskelija voi alkaa tehdä yleislääkärin päivystystyötä, tulee päivystyksen amanuensuurijakson olla suoritettuna (11.2).
5. Hoitohenkilökunnan ja lääkäreiden päivystystyöhön perehdyttämisen tulee olla järjestelmällistä. Yleislääkärin päivystystyötä aloittavan lääketieteen opiskelijan tai valmiin lääkärin tulee ensin työskennellä riittävä aika (vähintään 1-2 viikkoa) päivystyksen lähipalveluiden päivystysyksikössä ohjattuna ja vasta tämän perehdytysjakson jälkeen voi hän toimia virka-ajan ulkopuolella itsenäisemmässä työnkuvassa. Sama periaate koskee uudella erikoisalalla työskentelyä aloittavaa lääkäriä. Perehdytysjakson aikana ja tarvittaessa sen jälkeen tulee varmistaa, että päivystäjä osaa tärkeimpien päivystysongelmien hoidon ja diagnostiset ja hoitotoimenpiteet. Päivystyspoliklinikalla tulee olla dokumentoitu perehdytys suunnitelma sekä hoitajille että lääkäreille.
6. Uusien päivystyksen työntekijöiden työnkuva tulee suunnitella osaamisen mukaan. Tarvittaessa lääkäreiden tulee voida päivystää aluksi yön yli ylimääräisenä toisen päivystäjän rinnalla öisen toiminnan erityispiirteiden vuoksi.
7. Päivystyspoliklinikoilla tulee olla omaa vakituista lääkäri- ja hoitohenkilökuntaa, joka perehdyttää virka-ajalla uusia päivystäjiä. Riittävä perehdytys on välttämätöntä

ja lääkäreiden perehdyttäjän tulee olla päivystyspoliklinikan ja alueen erityispiirteisiin perehtynyt laillistettu lääkäri.

8. Takapäivystäjä-termi tulee määritellä esim. seuraavasti: Takapäivystäjän tehtävänä on vastata päivystävän toimipaikan sovitusta konsultaatioista riippumatta päivystysmuodosta. Takapäivystäjällä tulee olla kullakin erikoisalalla riittävä taito konsultaatioiden antamiseen ja hänen on tarvittaessa saavuttava toimintayksikköön. Opiskelijoiden osalta tulee noudattaa Valviran ohjetta. Pelkästään sijainti yhteispäivystyksessä saman katon alla erikoissairaanhoidon kanssa ei ole riittävä takapäivystysjärjestely, jollei yleislääkärinä toimivan opiskelijan takapäivystysjärjestelyistä ole paikallisesti niin sovittu.

II KOULUTUS

II.1 Sairaanhoidajien koulutus

Päivystyksessä työskentelevien sairaanhoidajien koulutus perustuu sairaanhoidajan opistoasteen- tai ammattikorkeakoulututkintoon. Päivystyksissä työskentelee myös ensihoitajan ammattikorkeakoulututkinnon suorittaneita sairaanhoidajia. Jatkokouluttautumista päivystyspoliklinikan työhön voi tehdä Hoitotyö päivystyspoliklinikalla -erikoistumisopinon kautta (35 opintopistettä).

Nykyinen koulutus ei anna riittäviä valmiuksia toimia päivystyspoliklinikan vaativissa tehtävissä. Esille on tullut selvä tarve lisätä sairaanhoidajan työhön uusia ulottuvuuksia ja vastuuttamista koulutuksen avulla (Paakkonen 2008). Itsenäinen työ painottuu hoidon tarpeen yhteydessä annettavaan keskusteluapuun ja hoidon ohjaukseen, erikseen sovittujen, komplisoitumattomien infektioiden ja pienten traumausten hoitoon ja tilannejohtamiseen.

Työryhmä ehdottaa:

1. Sairaanhoidajien peruskoulutukseen tulee liittyä aiempaa enemmän seuraavia kokonaisuuksia:
 - patofysiologian osaaminen
 - hoidon kiireellisyyden ensiarvio, jatkuva seuranta ja hoitoon ohjaus
 - hätätilapotilaiden tunnistaminen ja hoidon aloittaminen
 - toimiminen moniammatillisen ryhmän jäsenenä erilaisissa potilastilanteissa
 - mielenterveyspotilaiden, päihdepotilaiden ja vanhusten päivystyshoidon osaaminen
 - kriisityön ja sosiaalityön osa-alueet.
2. Työryhmä ehdottaa valtakunnallisesti yhtenäisten, työelämälähtöisten erityispatentti-ohjelmien perustamista seuraaviin kokonaisuuksiin, jotka syventävät myös kohdassa 1 mainittuja osaamisalueita:
 - Itsenäistä vastaanottoa pitävän sairaanhoidajan erityispatentti-ohjelma. Ohjelman tavoitteena on antaa valmiuksia sekä terveyskeskusten vastaanottotoimintaan että yhteispäivystysten itsenäiseen sairaanhoidajan työhön.
 - Päivystyspoliklinikan sairaanhoidajan erityispatentti-ohjelma. Ohjelman tavoitteena on antaa valmiuksia päivystyspoliklinikan hoidon tarpeen arvioon, potilaiden seurantaan ja hoitoon sekä päivystyksen potilastilanteen hallintaan.

II.2 Lääkäreiden peruskoulutus

Perusvalmiudet yleislääketieteen päivystämiseen eivät ole nykyisellään riittävät peruskoulutuksen jälkeen ja peruskoulutusta tulee kehittää vastaamaan nykymuotoisen ja kehittyvän päivystystoiminnan tarpeita.

Työryhmä ehdottaa:

1. Peruskoulutukseen tulee nykyistä enemmän sisällyttää seuraavia kokonaisuuksia:
 - Hoidon kiireellisyyden ensiarvio ja jatkuva seuranta
 - Hätätilapotilaiden tunnistaminen ja hoidon aloittaminen
 - Päivystyksen potilastyön hallinta ruuhkatilanteessa
 - Mielenterveys- ja päihdepotilaiden päivystysongelmat
 - Päivystystoimenpiteet
2. Vapaavalintaisesta amanuenssuurijaksosta yksi kuukausi muutetaan pakolliseksi päivystykseen keskittyväksi jaksoksi painottaen yleislääkäripäivystystä ja/tai sisätautien, lastentautien ja kirurgian päivystystä. Jakson tulee olla suoritettuna ennen yleislääketieteen päivystystyön aloittamista.

11.3 Perusterveydenhuollon lisäkoulutus

Valvira myöntää hakemuksesta oikeuden harjoittaa yleislääkärin ammattia itsenäisesti laillistettuna ammattihenkilönä laillistetulle lääkärille, joka on suorittanut lääkärin perusterveydenhuollon lisäkoulutuksen lääketieteellisessä tiedekunnassa.

Säädösten mukaan lääkärin tulisi perehtyä palvelun aikana useaan toiminta-alueeseen, joihin sisältyy myös päivystys. Tämä jättää tulkinnanvaraa siihen, missä määrin työhön tulee liittyä päivystyksessä työskentelyä. Päivystäminen yleislääketieteen jakson aikana ei ole tällä hetkellä järjestelmällistä, koska päivystystoiminta on pitkälti ulkoistettu ja siten eriytetty muusta toiminnasta. Lisäkoulutuksen voi tällä hetkellä suorittaa ilman, että saavuttaa riittäviä, itsenäisesti päivystyspoliklinikalla työskentelevän laillistetun yleislääkärin taitoja. Lisäksi lisäkoulutuksessa olevien lääkäreiden päivystystyön ohjaus ja seuranta on monilta osin puutteellista. Nämä viime vuosien muutokset ovat osaltaan johtaneet päivystystyön eriytymiseen muusta yleislääkärin työstä.

Työryhmä ehdottaa:

1. Päivystystyöhön perehdyttäminen ja riittävä päivystyksessä työskentely tulee ottaa huomioon perusterveydenhuollon lisäkoulutuksen jaksoa suunniteltaessa.
2. Perusterveydenhuollon lisäkoulutuksessa edellytettävän päivystystyön määrä ja laatu tulee määrittää ja toteutumista seurata palvelun hyväksymisen yhteydessä.

11.4 Erikoislääkärikoulutus

Erikoislääkärikoulutuksen uudistus on johtanut siihen, että päivystyshoidon osaaminen on muuttunut suppeammaksi ja takapäivystysten järjestäminen on vaikeutunut. Tämä on vaikeuttanut erityisesti kirurgian mutta myös konservatiivisten alojen päivystysten järjestämistä.

Työryhmä ehdottaa:

1. Yleislääketiede
 - Terveyskeskuspalveluun tulee kuulua riittävästi myös päivystyspalvelua, jotta saavutetaan riittävä akuuttilääketieteen osaaminen.
2. Konservatiiviset alat
 - Erikoislääkärikoulutuksessa tulee huomioida konservatiivisten erikoisalojen lääkäreiden riittävä osaaminen ja kyky toimia konservatiivisten alojen takapäivystäjänä myös pienillä päivystyspoliklinikoilla.
3. Operatiiviset alat
 - Perusterveydenhuollon palvelujakso tulee suorittaa erillisenä ja ennen erikoistumiskoulutuksen runkokoulutusvaiheen aloittamista.
 - Runkokoulutuksen tulee olla vähintään 3 vuoden pituinen ja pääosa siitä tulee olla muulla kuin tulevalla kirurgian erikoisalalla.
 - Runkokoulutuksen painopiste tulee olla päivystyskirurgiassa, mahdollisesti profiloituen pehmytkudos- ja ortopediapainotteisiin päivystyskirurgisiin ongelmiin.

Data 2009) laatuindikaattoreille asetetut kolme kriteeriä: indikaattorin tulee olla tärkeä, tieteellisesti hyvä ja tarkoituksenmukainen. Näistä tärkeys ja tarkoituksenmukaisuus on huomioitu kaikissa kriteereissä, mutta tieteellisesti hyvää ei ole saavutettu useimmissa kriteereissä tutkimustiedon puutteen vuoksi.

Perusedellytys laadun seurannalle ja mittaamiselle on riittävät ja ajantasaiset tiedot toiminnan määrästä ja sisällöstä. Kirjaamiseen, tuotteistamiseen sekä seuranta- ja arviointimenetelmiin liittyviä seikkoja käsitellään luvuissa 16 ja 17.

Työryhmä ehdottaa:

Vuoden 2011 aikana tulee kehittää kansallinen mittaristo päivystystoiminnan seurannan ja ohjaamisen tueksi ottaen huomioon tässä luvussa esitetyt periaatteet. Seurantaan valitaan tärkeimmät potilastytyväisyyttä, hoitoon pääsyä, hoidon sisältöä ja kestoa sekä jatkohoittoon pääsyä koskevat laatuksiteerit.

12.2 Johtaminen

Päivystystoiminnan laatu perustuu selkeälle johtamisjärjestelmälle ja johtajuudelle. Erityisenä haasteena tulevaisuudessa on selkiyttää ja vastuuttaa nykyistä hajanaista päivystystoiminnan johtajuutta sekä alueellisesti että organisaation sisällä ja yksittäisessä päivystyspis- teessä (13.2.1.).

12.3 Hoidon kohdentaminen

Päivystyshoidon tärkeä laatuavoite on, että päivystyspoliklinikoilla hoidetaan juuri ne potilaat, jotka päivystyshoitoa tarvitsevat. Eri väestöryhmillä saattaa olla joko päivystyspoli- klinikoiden ali- tai ylikäyttöä. On potilaita, jotka eivät osaa hakeutua, tai eivät pääse nykyisen päivystysjärjestelmän piiriin, vaikka hoitoa tarvitsisivatkin. Toisaalta päivystystä käytetään sellaisten potilaiden hoitoon, joiden hoito olisi parempi toteuttaa muiden palveluiden puitteissa. Kysymys on onnistuneesta väestötason viestinnästä, hyvästä yksilötason ohjeistuksesta, kuten puhelinneuvonnasta, tarpeen mukaan mitoitetuista palveluista ja potilaiden oikeasta ohjauksesta päivystysten yhteistyötahojen toimesta. Päivystyksestä muualle ohjat- tujen potilaiden hoidon toteuttamista käsitellään luvussa 9.7. Päivystykseen hakeutumattomien mutta päivystyshoidon tarpeessa olevien potilaiden seuranta edellyttäisi erityisiä tutkimusjärjestelyjä.

Työryhmä ehdottaa:

1. Päivystysten toiminnan laatua seurataan myös siltä osin kohdistuu ko hoito oikeisiin potilaisiin.
2. Niitä tietoja, joita tietojärjestelmät eivät pysty tuottamaan, tulee kerätä otantatutkimuksin. Tietojärjestelmiä tulee kehittää siten, että toiminnan seuraamiseksi tarvittavat tiedot ovat sieltä helposti saatavissa.
3. Puhelinneuvontaan tai päivystykseen yhteyttä ottaneille ja sieltä muiden palvelujen piiriin ohjatuille tulee järjestää säännöllinen seuranta määrän ja yhteydenottoesityiden osalta. Sama koskee päivystyksestä ennen lääkärillä käyntiä tai kesken tutkimuksia poistuneita potilaita.
4. Päivystyksessä hoidettujen, mutta muiden palveluiden piiriin kuuluvien potilaiden osalta tulee myös järjestää säännöllinen seuranta hyödyntäen päivystyspoliklinikan ensiarviossa tehtävää kiireellisyysluokittelua. Tästä seurannasta saadaan ajantasainen tieto virka-aikaisten palveluiden riittävydestä.

12.4 Terveysyöty

Terveystuollon tavoitteena on tuottaa terveysyötyä. Päivystyksessä tulee noudattaa ole- massa olevia Käypä hoito -suosituksia ja antaa näyttöön perustuvaa hoitoa. Tavoitteena on päästä kansainvälisesti vertailukelpoiseen hoitotuloksiin. Päivystyksen tuottamaa terveys- yötyä on vaikea mitata, koska päivystys on usein vain osa potilaan hoitokokonaisuutta.

Päivystyksen toiminnan laatua voidaan kuitenkin mitata sovittujen potilasryhmien avulla. Kyseeseen tulee sellaisten potilasryhmien hoito, joissa päivystyksen osaamisella, alueellisella työnjaolla ja päivystyspoliklinikan toimivilla prosesseilla on merkittävä osuus. Uudet ja nopeasti muuttuvat tutkimustulokset vaikuttavat terveyshyötyä koskeviin kriteereihin ja niiden valintaan.

Työryhmä ehdottaa:

Päivystyspoliklinikoilla seurataan sellaisten päivystyksen toiminnan kannalta keskeisten potilasryhmien hoidon toteutumista, joissa hoitosuosituksen noudattamisella on selvä ennusteellinen merkitys. Esimerkkinä:

- Aivohalvauspotilaiden liuotushoidon toteutuminen ja ennusteen seuranta. Näiden potilaiden hoidon osalta varhaisella hoitotoiminnalla ja nopealla hoitoprosessilla on ennusteellinen merkitys. (Hacke ym. 2004)
- Sepsispotilaan antibioottilähtökäsittelyn aloittaminen. Nopealla antibioottilähtökäsittelyllä on ennusteellinen merkitys (Kumar ym. 2006).
- Peritoniittipotilaiden leikkauksiin (sairaalasta tulosta leikkauksen alkuun). Viive huonontaa ennustetta (Pitcher ym. 1984).
- Rintakipu/rintatuntemuspotilaiden EKG:n ottamiseen ja tulkintaan kulunut aika. ST-nousuinfarktipotilaiden nopea tunnistaminen ja hoidon aloittaminen parantaa merkittävästi hoidon ennustetta ja vähentää haittatapauksia. Rintakipu/rintatuntemuspotilaan EKG tulee ottaa ja saattaa välittömästi lääkärin tulkittavaksi, tavoiteaikana alle 10 minuuttia. (National Heart Attack Alert Program Coordinating Committee, 1994)
- Päivystyksestä kotiutettujen potilaiden 28 vuorokauden kuolleisuus.

12.5 Potilasturvallisuus

Päivystyshoidossa potilasturvallisuuteen liittyvät ongelmat korostuvat muuta terveydenhuoltoa enemmän. Päivystyksissä hoidetaan nopeasti vaihtuvissa tilanteissa vakavasti sairastuneita tai vammautuneita potilaita ja usein samaan aikaan suuria määriä lievemmin oirein tulleita potilaita. Henkilökunta ja tiimien kokoonpano vaihtuu vuorosta toiseen. Suuri osa päivystävästä lääkärihenkilökunnasta on virka-aikaan muiden yksiköiden palveluksessa, eikä ole mukana päivystyksen yhteistyökokouksissa tai informaatiotilaisuuksissa. Osaamisella on erityisen korostuva merkitys päivystyksen potilasturvallisuudessa. Osaamiseen liittyy merkittävää ja jatkuvaa kouluttamistarvetta sekä lääkäri- että hoitohenkilökunnan osalta.

Päivystyksen järjestämisvastuun jakautuessa usealle taholle seuraa epäselviä tilanteita työnjaon ja vastuiden kannalta eikä kokonaisjärjestelmän toimivuuden vastuunkantajaa ole. Päivystyksen hallintomallien monimutkaisuus ja työnjaon epäselvyydet vaikeuttavat päivystyspoliklinikan toiminnan ohjaamista ja turvallisten potilasprosessien ohjeistamista ja seurantaan. Päivystyspoliklinikat toimivat osana laajaa toimintayksiköiden ja muun terveydenhuollon verkostoa ja toiminnallisia rajapintoja on runsaasti. Tämä asettaa erityisiä haasteita informaation kululle ja tietojärjestelmille.

Päivystyspoliklinikoiden potilasturvallisuuden ongelmat painottuvat erityisesti lääkähoidon, kliiniseen arvioon ja diagnostiikkaan sekä annettuun hoitoon. Näissä tapahtuvilla virheillä on suuri merkitys potilaiden terveydelle ja koko terveydenhuollon kustannuksille. Tiedonsiirron ongelmat korostuvat kaikissa päivystysprosessin vaiheissa, erityisesti potilaiden siirtyessä toimipaikkojen välillä.

Tapahtuneiden virheiden syyt liittyvät systeemivirheisiin, inhimillisiin erehdyksiin ja osaamisen puutteeseen. Systeemivirheiden estämiseksi tarvitaan selkeää johtamisjärjestelmää sekä sovittuja toimintaprosesseja kirjallisine toiminta- ja menettelyohjeineen. Riskien ennakoivaa arviointia ja hallintaa tulee päivystyksissä kehittää ja vakiinnuttaa virheiden seuranta ja niistä oppiminen osaksi toimintaa. Koulutuksella, perehdytyksellä, konsultointijärjestelmillä sekä kirjallisesti sovitulla toimintatavoilla voidaan vähentää inhimillisten erehdyksien määrää ja osaamisvajetta. Mitä tarkemmin ja toistettavammin päivystyksen prosessit on suunniteltu ja kirjattu, sitä vähemmän jää inhimillisen erehtymisen vaaraa. Erilai-

sia toimintatapoja yksilöiden välillä tulee välttää, koska ne luovat mahdollisuuden prosessiin liittyville virheille. Päivystyksessä tapahtuvaa eri toimijoiden ja työntekijöiden välistä viestintää tulee yhdenmukaistaa.

Koko tämän hankkeen peruslähtökohta on päivystyksen potilasturvallisuuden kehittäminen ja aihetta käsitellään laajalti eri luvuissa. Seuraaviin työryhmän ehdotuksiin on koottu erityisesti yksittäisen päivystyspoliklinikan toimintaan liittyviä potilasturvallisuuden kehittämiskohteita ja menetelmiä.

Työryhmä ehdottaa:

1. Päivystyspoliklinikoilla tulee olla potilasturvallisuussuunnitelma, jonka toteutumista arvioidaan vuosittain ja tehdään tarvittavat täsmennykset. Suunnitelma huomioi yhteistyöverkostot ja rajapinnat.
2. Vähintään seuraavia menetelmiä tulisi käyttää päivystyksen potilasturvallisuuden hallinnassa:
 - hoidon jatkuvuutta turvaava kirjaaminen
 - ennakoiva riskin arvio ja hallinta
 - vaaratapahtumien raportointi ja niistä oppiminen
 - lääkehoitosuunnitelman päivystyksen osuuden kehittäminen
 - tietojärjestelmien ja kirjaamisen kehittäminen
 - kirjalliset toiminta- ja menettelyohjeet
 - järjestelmällinen perehdytys ja koulutus
 - konsultaatiojärjestelmien kehittäminen
 - potilasvahinkojen seuranta ja niistä oppiminen
 - oikea henkilökunnan mitoitus, ruuhkanhallintasuunnitelmat ja osaamisen kohdentaminen etupainotteisesti.

12.6 Prosessin laatu

Päivystysprosessin tulee olla mahdollisimman suoraviivainen ja kestoaltaan tarkoituksenmukainen. Potilaat tulee ohjata suoraan oikeaan hoitopolkuun ja hoitopolkua tulee arvioida koko päivystyskäynnin ajan.

Työryhmä ehdottaa:

Työryhmä ehdottaa päivystyshoidon prosessille vähintään alla esitettyjä kansallisesti ja osin paikallisesti sovittavia tavoitteita, käytettäviä mittareita ja tavoitearvoja. Tarvittavat mittatiedot tulee siirtää tietojärjestelmiin mahdollisimman automaattisesti muun toiminnan ohessa kehittämällä tietojärjestelmiä ja hyödyntäen tulevaisuudessa esim. paikannusteknologiaa.

1. Pääsy hoidon kiireellisyyden arvioon

Tavoite:

- Hoidon kiireellisyyden ensiarvio tulee tehdä kaikille potilaille välittömästi heidän saapuessaan päivystykseen ja vakavasti sairastuneet ja hätätilapotilaat tulee ohjata heti hoitoon. Muiden potilaiden osalta tarkempi hoidon kiireellisyyden arviointi tulee tehdä ilman viiveitä.

Mittari:

- Aika päivystykseen saapumisesta hoidon kiireellisyyden arvioon.

Tavoitearvot:

- Hätätilapotilaat alle 1 minuutti
- Muut potilaat alle 5-10 minuuttia päivystyksen luonteesta riippuen.

2. Pääsy lääkärin vastaanotolle

Tavoite:

- Kaikki potilaat pääsevät lääkärille oikea-aikaisesti. Lääkärin arviointia tai hoitoa tarvitsevien potilaiden ei tarvitse odottaa vastaanottoa kohtuuttoman pitkään.

Mittari:

- Aika päivystykseen saapumisesta lääkärille kiireellisyyshmittäin.

Tavoitearvot:

- Hätätapaukset pääsevät lääkärille välittömästi (alle 1 minuutti)
- Potilaat pääsevät lääkärille hoidon tarpeen kiireellisyyden edellyttämässä ajassa.
- 80 % potilaista pääsee lääkärille yhden tunnin kuluessa ja kaikki lääkärikäyntiä tarvitsevat potilaat pääsevät lääkärille viimeistään kahden tunnin sisällä saapumisesta.

3. Kokonaishoitoaika

Tavoite:

- Päivystyspoliklinikalla tulee olla paikalliset kokonaishoidon keston tavoiteajat.

Mittari:

- Kokonaishoitoaika päivystyspoliklinikalla
- Pitkittyneiden käyntien määrä ja syyt (esim. yli 6 tuntia viipyneiden osalta)

Tavoitearvot:

- 80 %:lla potilaista läpimenoaika on korkeintaan 2 tuntia, kaikkien keskiarvo alle 4 tuntia.
- Riippuu mm. yksikössä hoidettavista potilaista, jatkohoidon sujuvuudesta, päivystysosastona toimimisesta.
- Tavoitearvojen laadinnassa voi käyttää apuna vertaisarviota samankaltaisten yksiköiden kanssa.
- Pitkittyneiden käyntien osuudelle käynneistä laaditaan paikallinen tavoitearvo huomioiden pitkittyneen käynnin aikaraja ja näiden käyntien osuus kaikista käynneistä.

4. Jatkohoitoon pääsy

Tavoite:

- Tarkoituksenmukaisimpaan jatkohoitopaikkaan tulee päästä sujuvasti ilman viiveitä.
- Siirtokuljetukset ja etäisyydet päivystyspoliklinikan ja jatkohoitopaikkojen välillä vaikuttavat jatkohoitoon pääsyn nopeuteen.

Mittari:

- Aika potilaan poistumisjärjestelyjen alkamisesta potilaan poistumiseen päivystyksestä.

Tavoitearvot:

- Alle kaksi tuntia (keskiarvo, eri yksikössä oleva jatkohoitopaikka)
- Alle 30–60 minuuttia (keskiarvo, samassa yksikössä oleva jatkohoitopaikka)

5. Päivystykseen palaavat potilaat

Tavoite:

- Päivystykseen lähipäivinä palaavien potilaiden määrän tulee olla tarkoituksenmukainen.

Mittari:

- 48–72 tunnin sisällä päivystykseen palaavien potilaiden lukumäärä/osuus potilaista erikoisaloittain

Tavoitearvot:

- Sovittava paikallisesti erikoisaloittain

6. Päivystyspoliklinikan ruuhkat

Tavoite:

- Päivystyspoliklinikan ruuhkien hallintamääritys, ajantasainen potilasmäärien seuranta ja ruuhkanpurkuohjeet.

- Päivystysten kuormitusta seurataan reaaliaikaisesti ja ruuhkatilanteiden purkuun on olemassa käytäntö, jota toteutetaan määriteltyjen kriteereiden täytyessä.

Mittari:

- Päivystyspoliklinikan potilasmäärä.

Tavoitearvot:

- Päivystyspoliklinikoittain sovitun ruuhkatilanteen ylittyminen.

7. Henkilöstön tyytyväisyys prosessin sujumiseen

Tavoite:

- Prosessin kokonaisuuden onnistuminen

Mittari:

- Henkilöstön tyytyväisyys potilaiden hoidon onnistumiseen. Otoksena esimerkiksi kahdesti vuodessa seuraavasti: Kuinka hyvin arvioit potilaan hoidon sujuneen? Anna kouluarvosana, asteikolla 4 - 10, 4=heikko, 10=kiitettävä.

Tavoitearvot:

- Vastausten keskiarvo vähintään 8, kaikki vastaukset vähintään 7.

12.7 Potilaiden ja väestön tyytyväisyys

Potilaiden tyytyväisyys päivystyksessä annettuun hoitoon riippuu odotuksista. Päivystyspotilaat toivovat ammattitaitoista hoitoa, sujuvaa päivystyksen toimintaa ja tiedonkulkua. Organisaatioissa toteutettavat potilastyytyväisyyskyselyt ovat päivystyksen osalta haasteellisia, koska tiedonkeruun ajoituksella on suuri merkitys tuloksiin. Tiedonkeruu kohdistuu vain osaan palvelunkäyttäjistä koska sairaimpien potilaiden kohdalla tiedonkeruuta ei voida tehdä. Lisäksi potilastyytyväisyyskyselyissä on päivystyspotilaat usein laitettu samaan ryhmään muiden avohoitopalveluiden kanssa eivätkä kysymykset kohdennu riittävästi nimenomaan päivystyshoitoon. Koko väestön tyytyväisyys päivystyspalveluihin riippuu mm. hoitoon pääsyn sujuvuudesta, jonotusajoista, osaamisesta ja etäisyyksistä. Väestön tyytyväisyyden seuranta koskee yksittäistä päivystyspoliklinikkaa laajempaa aluetta.

Työryhmä ehdottaa:

1. Päivystyksen potilastyytyväisyyttä ja väestön tyytyväisyyttä päivystyspalveluihin tulee seurata säännöllisesti.
2. Päivystyksen erityispiirteet ja tiedonkeruun haasteet tulee huomioida kyselyiden suunnittelussa ja päivystyskäynnit tulee eriyttää tulosten raportoinnissa muista avohoitokäynneistä.

12.8 Henkilökunta

Päivystyksen henkilökunnan osaamisen laatua ja koulutusta käsitellään luvuissa 10 ja 11. Päivystyksen henkilökunnan saatavuus on ensiarvoisen tärkeää erityisesti huomioiden tulevaisuuden väestömuutosten vaikutukset. Henkilökuntaa koskevat myös toimintayksikön yhteiset laatutavoitteet.

Työryhmä ehdottaa:

1. Päivystyspoliklinikoiden henkilökunnan vaihtuvuutta tulee seurata ja analysoida pois lähdön syyt.
2. Päivystyksen vetovoimaa työpaikkana voidaan mitata rekrytoinnin yhteydessä hakijoiden lukumäärällä.

13 PÄIVYSTYKSEN JÄRJESTÄMINEN

13.1 Alueellisen järjestämisen periaatteet

Päivystyksen ja koko terveydenhuollon järjestämistä koskevat samat periaatteet. Palveluiden tulee taata potilaiden korkealaatuinen, oikea-aikainen, yhdenvertainen ja vaikuttava hoito ja hoitoon pääsy Suomessa. Päivystystoimintaa ei ole tällä hetkellä organisoitu edistämään potilaiden saaman hoidon laatua käyttäen laatua kuvaavia tunnuslukuja vaan päähuomio on ollut hallinnollisissa rakenteissa. Päivystyspalveluiden suunnittelu on haasteellista, koska monet eri näkökulmat tulee huomioida ja näiden, mahdollisesti erisuuntaisia ratkaisuja puoltavien näkökulmien painoarvo suunnittelussa tulee määrittää. Tässä hankkeessa käsitellään yleisiä järjestämiseen liittyviä periaatteita ja lisäksi erikseen lasten, vanhusten, mielenterveyspotilaiden ja päihdepotilaiden hoitoa, jotka edellyttävät erityistä huomiota päivystyspoliklinikan ja yhteistyöverkoston toiminnan suunnittelussa. Lisäksi käsitellään raskauksiin ja synnytyksiin liittyvän ja operatiivisen päivystystoiminnan järjestämistä, ST-nousuinfarktin hoitoa sekä aivohalvauksen liuotushoitoa, koska niiden yhdenvertainen hoitoonpääsy ja hoito edellyttävät laajaa alueellista tai valtakunnallista yhteistyötä ja muutosta nykyiseen työnjakoon.

Suun terveydenhuollon järjestäminen tulee huomioida päivystyspalveluja suunniteltaessa, mutta tässä hankkeessa sitä ei ole erikseen käsitelty.

Seuraavassa työryhmä on ensin tarkastellut päivystyksen järjestämiseen liittyviä eri näkökulmia ja lopuksi näistä yhteenvetona ovat työryhmän ehdotukset.

Potilaiden hoitoon liittyvät tarpeet

Päivystyspalveluiden järjestämisen perusteena ovat potilaiden lääketieteellisen hoidon tarpeet. Jokaisen potilasryhmän hoito tulee järjestää ennusteen kannalta parhaalla järjestettävissä olevalla tavalla. Lääketieteelliseen hoitoon liittyvät tarpeet ovat painoarvoltaan ensisijaisia ja palveluiden järjestämisen perusta.

Palvelutarpeen kasvu

Väestö ikääntyy ja erityisesti vanhusten osuus väestöstä kasvaa nopeasti monilla alueilla. Tämä lisää palvelutarvetta ja erityistä osaamistarvetta vanhusten ja monisairaiden päivystyspotilaiden hoidon osalta.

Potilaan tarpeet palveluiden asiakkaana

Asiakkaan näkökulmasta hyvä päivystysjärjestelmä tuottaa korkealaatuista hoitoa ja on helposti saatavissa aina kun palvelua tarvitaan. Asiakas saattaa haluta palvelut omalla kielellään ja yli kuntarajojen myös vähemmän kiireellisissä tilanteissa. Rajallisten voimavarojen vuoksi terveydenhuollossa käytetään maantieteellistä ja ajallista työnjakoa. Asiakslähtöinen näkökulma tulee huomioida, kun määritetään lähellä tarjottavat ja ympäri vuorokauden tarjottavat palvelut. Potilaille on tärkeintä saada ammattitaitoista hoitoa, tuntee voitavansa luottaa palveluun ja tuntee olevansa osaavissa käsissä. Potilaiden kohtaamiseen ja kohteluun liittyvillä seikoilla on suuri merkitys onnistunutta päivystystoimintaa suunniteltaessa. Toiminnan tulee olla sujuvaa ja tiedonkulku ja jatkohoito-ohjeet selkeät.

Päivystyksen muu kuin lääketieteellinen käyttö

Päivystyksiä on perinteisesti käytetty monista erilaisista syistä, jotka eivät perustu päivystyksessä annettavan kiireellisen hoidon tarpeeseen. Näitä syitä on käsitelty luvussa 9.6. Jotta päivystyshoitoa tarvitseville potilaille voidaan varata riittävästi päivystyksen resursseja, tulee ei-lääketieteellisiä syitä tarkastella kriittisesti ja järjestää hoito tarkoituksenmukaisesti.

Maantieteelliset etäisyydet ja väestö

Suomi on yksi Euroopan harvaan asutuista maista. Päivystystoiminnan järjestämiselle on eri alueilla hyvin erilaiset maantieteelliset ja väestökeskittymiin perustuvat lähtökohdat.

Lapissa ja saaristossa olosuhteet edellyttävät muusta maasta poikkeavia ratkaisuja, jotta riittävät palvelut voidaan taata alueen väestölle. Päivystystoimintaa järjestettäessä on otettava huomioon lomakausien ja sesonkien ajoiksi muuttuva asukkaiden lukumäärä ja päivystyspalveluiden kysynnän muuttuminen. Metropolialueella on suuriin potilasmääriin liittyen omat haasteensa työnjaon ja potilasohjauksen suunnittelussa.

Tarvittavat resurssit

Päivystyspoliklinikan henkilökunta ja muut tarvittavat resurssit määräytyvät päivystyksessä hoidettavaksi sovittujen potilasryhmien tarpeiden mukaan. Tarvittavien resurssien valikoimaan kuuluvat henkilöstön lisäksi terveyskeskusten vuodeosastot, päivystysosasto, kuvantamis- ja laboratoriopalvelut sekä verituotteet. Lähes kaikki päivystyksen tarvitsemat resurssit ovat yhteiskäytössä sairaalan muun toiminnan kanssa. Näihin resursseihin kuuluvat myös leikkaussalitoiminta, teho-osastot ja sairaalan muu infrastruktuuri. Nykyinen sairaalaverkosto muodostaa lähtökohdan päivystystoiminnalle, mutta tarvittaessa sairaalaverkostoa, sen painopisteitä ja toiminnan sisältöä tulee sopeuttaa potilaiden tarpeisiin.

Ajallinen saavutettavuus

Päivystyshoidon kiireellisyys vaihtelee hätätapausten hoidosta potilaisiin, joiden hoito voidaan järjestää noin vuorokauden sisällä. Potilasryhmille tulee järjestää ennusteen kannalta riittävä päivystyspalvelun ajallinen saavutettavuus. Osa päivystyspalveluita tarvitsevista, etenkin lievin oirein sairastuneista voisi taudin ennusteen kannalta odottaa useita tunteja ja sillä perusteella palvelu voitaisiin järjestää etäällä. Potilaan kannalta usein tarvittavat peruspalvelut tulee kuitenkin saada riittävän läheltä. Tämä on yhteiskunnan kokonaiskustannusten kannalta myös järkevää ottaen huomioon matkakustannukset.

Matkaan liittyvät riskit

Matkaan liittyvät riskit tulee huomioida, kun suunnitellaan potilaiden hoidon keskittämistä. Vakavasti vammautuneiden tai sairastuneiden potilaiden hoidossa saatetaan tarvita kaksivaiheista hoitoa, lähellä olevassa alue/keskussairaalassa stabiloidaan potilaan tilanne ja potilas siirretään oikea-aikaisesti jatkohoitoon lopulliseen hoitopaikkaan. Ensihoitopalvelun riittävä resursointi, koulutus ja organisointi tulee huomioida matkaan liittyvien riskien hallinnassa. Päivystystoiminnan ja ensihoitopalvelun suunnittelu tulee tehdä yhtenä kokonaisuutena matkaan liittyvien riskien hallitsemiseksi. Kiireettömien potilassiirtojen tarve ja määrä lisääntyy päivystysten keskittämisen myötä, mikä tulee huomioida toiminnan resursoinnissa.

Osaaminen

Riittävän asiantuntemuksen kohdentaminen päivystyshoitoon ja yksittäisessä päivystyspoliklinikassa tarvittava osaaminen edellyttävät alueellista työnjakoa. Palveluiden järjestämisessä on kriittistä se, miten taataan osaavien lääkäreiden ja sairaanhoitajien saatavuus kaikkiin niihin päivystyspoliklinikoihin, joissa eri potilasryhmiä tulee voida hoitaa. Monien potilasryhmien hoidossa tarvitaan osaamisen kannalta riittävä potilaiden lukumäärä. Lääketieteellisen osaamisen hallinta on vaativaa ja riittävä osaamisen taso edellyttää lääkäreiden erikoistumista yhä kapeammille osaamisalueille. Toisaalta päivystyspalveluiden kannalta yleisosaamisen tulee olla riittävää. Tämä koskee etenkin monisairaiden, pitkäaikaissairaiden ja vanhusten hoitoa, mutta myös vaikeasti loukkaantuneiden monivammapotilaiden ja muiden vaikeasti sairaiden potilaiden ensiarviota ja hoitoa. Koulutuksen kehittämällä voidaan työnjaon lisäksi vaikuttaa riittävän osaamistason saavuttamiseen eri potilasryhmien hoidossa maan eri alueilla. Osaamista ja koulutusta käsitellään erikseen luvuissa 10 ja 11.

Henkilöstön saatavuus

Työvoiman saatavuus tulee vaikeutumaan seuraavien vuosikymmenten aikana, kun väestö vanhenee, vanhusten osuus väestöstä kasvaa ja huoltosuhde vaikeutuu nopeasti suurten ikäluokkien jäädessä eläkkeelle. Kaikki alueellisen ja valtakunnallisen työnjaon, teknologian

ja palveluiden järjeistämisen keinot on käytettävä, jotta voidaan ylläpitää riittävä päivystysjärjestelmä tulevaisuudessa. Toimiva päivystys edellyttää koko toimintayksikön elinvoimaisuutta ja oikein mitoitettua, osaavaa hoitohenkilökuntaa.

Päivystävässä toimintayksikössä tulee olla riittävästi lääkäreitä työnjaon mukaisia päivystysvakanseja varten ja lääkäreillä tulee olla riittävästi työtä virka-aikaan. Alueellisessa työnjaossa tulee huomioida kaiken olemassa olevan osaamisen hyödyntäminen mahdollisuuksien mukaan. Perusterveydenhuollon alueellinen lääkäripula, päivystysten raskaat työvuorot sekä päivystysten epätarkoituksenmukainen käyttö ovat johtaneet siihen, että alueen vakituiset omat lääkärit päivystävät nykyään huomattavan vähän. Päivystykseen on vuokrattu lääkäreitä yksityisiltä palveluntuottajilta ja kustannuspaineita on pyritty ratkaisemaan ulkoistamalla päivystyksiä joko osaksi tai kokonaan. On syntynyt uusi kulttuuri, jossa päivystystyö ei ole enää itsestään selvä osa jokaisen lääkärin työnkuvaa ja kokeneemmat lääkärit päivystävät aiempaa selvästi vähemmän, mikä on heikentänyt päivystystyön laatua. Näin järjestetyissä päivystyspoliklinikoissa ei ole pitkäjänteisyyttä, mikä on välttämätöntä toiminnan kehittämiseksi ja tulosten analysoimiseksi. Toisaalta Suomessa on myös erinomaisia esimerkkejä siitä, miten toiminnan järkevällä organisoinnilla on päästy tilanteeseen, jossa omat, alueen tuntevat ja kokeneemmat lääkärit päivystävät osana toimivia päivystyskokonaisuuksia.

Keinot sairaanhoitajien ja lääkäreiden saatavuuden takaamiseksi liittyvät alueelliseen ja paikalliseen työnjakoon, koulutukseen, päivystystyön kohtuulliseen määrään, riittävään palkkaukseen, urakehitykseen, yksikön korkeaan lääketieteelliseen ja hoitotyön tasoon sekä tiimityön onnistumiseen. Raskaiden, 24 tuntia kestävien päivystysvuorojen tilalle on monilla päivystyspoliklinikoilla löydetty uusia jaksottamiseen perustuvia malleja, jotka huomioivat myös palkkakysymykset.

Kuten vakituisia sairaanhoitajia, tarvitsee päivystys myös omia vakituisia lääkäreitä. Päivystystyöhön suuntaava urakehitys mahdollistuu, kun kehitetään sairaanhoitajille erityispätevyysohjelma ja lääkäreille erikoisala, akuuttilääketiede (11.5). Sairaanhoitajien ja lääkäreiden välisen työnjaon kehittäminen on avainasemassa, kun pyritään jatkossa kehittämään päivystyksen toimintaa.

Koska parhaassakin tapauksessa henkilöstön vaihtuvuus on suuri, on tärkeää, että päivystystoiminnassa on tarkasti sovitut yhteiset pelisäännöt kirjallisena. Potilasturvallisuutta ja hoidon sujuvuutta lisää se, että yhä useammat asiat hoidetaan alueellisesti ja myös koko maassa samankaltaisesti.

Henkilökunnan turvallisuus

Päivystysten henkilökunnan turvallisuus tulee huomioida työnjakoa, toimintaa ja tiloja suunniteltaessa ja turvallisuutta tulee seurata tapahtumaraporttein. Päivystyspoliklinikoilla ja terveysasemien päiväpäivystyksessä tulee olla mahdollisuus hälyttää työpari apuun, järjestää toinen poistumistie uhkatilanteiden varalta ja suuremmissa yhteispäivystyksissä tulee järjestää ympärivuorokautinen vartiointipalvelu.

Muun palvelujärjestelmän päivystäminen

Päivystyspoliklinikka huolehtii tällä hetkellä usein muiden terveydenhuoltoyksiköiden päivystämisestä toimien osana sairaalan, terveyskeskusten vuodeosastojen ja vanhustenhuoltolaitosten päivystyspalvelua. Yhteisten voimavarojen järkevä käyttö ympärivuorokautisessa toiminnassa on tärkeää. Toisaalta muiden toimintayksiköiden etäpäivystäminen ilman mahdollisuutta käydä paikan päällä on suunniteltava hyvin huolella. Esimerkiksi terveyskeskusten vuodeosastoilla hoidettavat potilaat on valittava siten, että kunkin potilasryhmän lääkärin tutkimuksen ja hoidon saavutettavuus on riittävä.

Yleinen varautumisvelvollisuus

Päivystystoiminnan suunnittelussa tulee huomioida sekä normaaliolojen erityistilanteet, että poikkeusolot. Päivystysten järjestämisellä ja etäisyyksillä on tärkeä merkitys suuronnettomuustilanteissa yhteistyössä ensihoitopalvelun kanssa. Muut mahdolliset erityistilanteet, kuten pandemiat, tulee huomioida päivystystoiminnan suunnittelussa. Alueilla sijaitsevien

teollisuuslaitosten, liikenteen ja muiden alueellisten erityispiirteiden vuoksi tietyt alueet edellyttävät korkeampaa varautumista.

Yhteistyöverkosto

Päivystysten yhteistyöverkoston saumaton toiminta on välttämätöntä. Yhteistyöverkostojen laajuuden takia on väistämättä oltava erillisiä hallinnollisia kokonaisuuksia, mutta toiminnan yhtenäisen koordinoinnin tulee sujua ilman raja-aitoja lähtökohtana potilaslähtöisyys. Virka-ajan ajanvaraustoiminta sekä perusterveydenhuollossa että erikoissairaanhoidossa, terveysasemien päiväpäivystys ja virka-ajan ulkopuolinen päivystys muodostavat kokonaisuuden, jossa viimeksi mainitun tehtäväksi tulisi jäädä vain kiireellisten potilaiden hoito. Sama koskee vanhuspalveluita, joiden osalta päivystyksen tehtävät tulee olla määritelty 13.1.6. Päivystykseen ei tule keskittää muun toiminnan voimavaroja. Ensihoitopalvelu ja päivystys muodostavat toiminnallisen kokonaisuuden, jossa kumpikin vastaa osaltaan päivystyspotilaan palveluketjusta. Ensihoitopalvelua ja hätäkeskustoimintaa käsitellään erikseen luvussa 15.2. Sosiaalipäivystystä käsitellään luvussa 15.1.

Kustannukset

Terveydenhuollon käytettävissä olevat niukat voimavarat joudutaan tulevaisuudessa jakamaan yhä tarkemmin. Kustannuspaineita tulee kohdistumaan myös päivystykseen. Päivystyksen osuus kokonaiskustannuksista on huomattava, päällekkäistä työtä ei ole varaa tehdä ja työnjako on välttämätöntä. Kustannusten kannalta on tärkeää huomioida, että päivystyksessä ensilinjassa annettava hoito ja jatkohoitopäätökset vaikuttavat olennaisesti koko palveluketjun onnistumiseen ja kustannuksiin. Pitkien etäisyyksien harvaan asutuilla alueilla kustannuspaineet ovat vielä muita alueita suuremmat. Päivystys on kallista hoidettua potilasta kohden, kun se on pitkien etäisyyksien alueilla ylläpidettävä pienestä potilasmäärästä huolimatta. Eri potilasryhmien riittävä hoito on kuitenkin taattava huolimatta suuremmista kustannuksista. Ensihoitopalvelun ja modernin teknologian hyödyntämisen lisäksi koko palveluketjun innovatiivisen kehittämisen keinot tulee ottaa käyttöön. Lapissa on myös yhteistyötä puolustusvoimien ja rajavartiolaitoksen kanssa sekä yhteistoimintaa naapurimaiden kanssa. Kustannuksia on erikseen käsitelty luvussa 14.

Yksityinen ja kolmas sektori

Yksityinen sektori vastaa merkittävästä osasta päivystyskäynnejä, jotka koskevat lievien oireiden ja vammojen hoitoa etenkin väestökeskittymien alueella. Yksityiset palveluntuottajat vastaavat laajalti yleislääkäripäivystysten ja terveyskeskusten päivystyspoliklinikoiden lääkäri työvoimasta erityisesti yöaikaan ja joillain alueilla ne vastaavat osin tai kokonaan päivystyspoliklinikoiden toiminnasta ulkoistamisen seurauksena. Lääkäreiden vaihtuvuuden vuoksi pitkäjänteinen kehitystyö on vaikeata, ellei mahdotonta. Julkinen sektori vastaa näissäkin tapauksissa potilasohjauksesta. Kolmas sektori osallistuu kriisityöhön omalta osaltaan.

Aluepolitiikka

Oman maakunnan päivystävää sairaalaa pidetään usein välttämättömänä osana alueen elinvoimaisuutta. Sairaala tuo työpaikkoja ja veronmaksajia. Väestö toivoo monialaisten päivystyspalveluiden pysymistä omalla alueella. Jos joudutaan valitsemaan, ei aluepolitiikka saa olla painoarvoltaan suurempi kuin potilaiden lääketieteellisen hoidon tarpeen, potilasturvallisuuden ja osaamisen varmistamisen kannalta parhaat järjestelyvaihtoehdot.

Työryhmän ehdottaa:

Työryhmä ehdottaa päivystystoimintaa järjestettävän seuraavien periaatteiden mukaisesti:

1. Alueellisen työnjaon ensisijainen lähtökohta on se, että kunkin potilasryhmän hoito järjestetään potilaan ennusteen kannalta parhaalla mahdollisella tavalla. Hallinnolliset tai alueelliset rajat eivät saa rajoittaa potilaiden kannalta parhaan mahdollisen hoidon järjestämistä.

2. Päivystyspalveluiden työnjako tulee suunnitella riittävän laajalla alueellisella tasolla (vastaten nykyisten erityisvastuualueiden-alueiden laajuutta). Toiminnan järjestämistä varten tulee olla riittävät resurssit ja tukipalvelut.
3. Päivystyshoito poikkeaa muusta toiminnasta siinä, että ajallisen saavutettavuuden vaatimukset sitovat ja rajaavat toiminnan järjestämisen vaihtoehtoja. Tarvittava päivystyspalveluiden verkosto rakentuu potilaiden hoidontarpeen ja ajallisen saavutettavuuden pohjalta huomioiden maantieteelliset seikat ja väestökeskittymät.
4. Työnjaossa tulee huomioida kunkin potilasryhmän hoidon osalta etäisyyden ja matkaan liittyvien riskien merkitys. Näitä tulee verrata osaamisen kannalta tarpeelliseen työnjakoon ja löytää näiden kahden seikan välinen mahdollisimman hyvä tasapaino.
5. Palveluja suunniteltaessa on etsittävä paras mahdollinen tasapaino potilaiden hoidontarpeen ja resurssien optimaalisen käytön välillä, lähtien tavoitteesta tuottaa kunkin potilasryhmän päivystyspalvelut niin hyvin kuin mahdollista.
6. Päivystyksen tulee voida keskittyä perustehtävään, päivystyspotilaiden hoitoon. Muu palvelujärjestelmä tulee suunnitella ja voimavarat jakaa tukemaan tätä tavoitetta.
7. Ajallisen saavutettavuuden näkökulman vuoksi alueellinen päivystysjärjestelmä tulisi suunnitella mahdollisuuksien mukaan ennen elektiivisen toiminnan suunnittelua.
8. Kaikki teknologian keinot on otettava innovatiivisesti käyttöön päivystyspalveluiden suunnittelussa ja toteutuksessa, jotta valtakunnalliset ja alueelliset resurssit saadaan hyödynnettyä etenkin virka-ajan ulkopuolella.

13.1.1 Päivystysjärjestelmän toiminnallinen rakenne ja sisältö

Nykyinen toiminnallinen rakenne

Päivystystoiminta on tällä hetkellä Suomessa jaettu perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon päivystystoimintaan. Terveyskeskukset järjestävät pääosin perusterveydenhuollon päivystystoiminnan joko yksin tai useamman kunnan yhteistyönä. Kunnat ovat voineet tuottaa päivystyspalvelut itse, sopia päivystyspalveluiden tuottajaksi sairaanhoitopiiriin tai ulkoistaa päivystyspoliklinikan toiminnan yksityiselle palveluntuottajalle joko osittain tai kokonaan. Erikoissairaanhoidon päivystystoiminnan järjestävät pääosin sairaanhoitopiirit, mutta myös terveyskeskusten järjestämissä päivystyksissä saattaa olla erikoissairaanhoitoa. Perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon välinen työnjako päivystystoiminnassa vaihtelee alueittain riippuen lääkäreiden koulutuksesta, alueen perinteistä ja käytettävissä olevista resursseista.

Perusterveydenhuollon päivystystoiminta on edelleen jaettu virka-ajalla ja virka-ajan ulkopuolella tapahtuvaan päivystystoimintaan lähinnä erilaisen toteuttamistavan vuoksi. Perusterveydenhuollon virka-ajan päivystys toteutetaan pääosin terveysasemien omien lääkäreiden akuuttiaikoina, terveysasemien keskitettyinä päiväpäivystyksinä tai harvemmin samassa päivystyspoliklinikassa virka-ajan ulkopuolisen toiminnan kanssa. Virka-ajan ulkopuolinen päivystys järjestetään pääosin erillisessä päivystyspoliklinikassa, joko erillisenä perusterveydenhuollon päivystyksenä tai yhdessä erikoissairaanhoidon päivystyksen kanssa. Terveysasemien akuuttitoimintaa järjestetään myös iltaisin ja viikonloppuisin. Tietyn alueen potilaiden päiväpäivystys voi olla omalla terveysasemalla, iltapäivystys useamman kunnan yhteisessä perusterveydenhuollon päivystyksessä ja yöaika keskitettynä vielä laajemman alueen yhteiseen päivystykseen. Tällainen keskittäminen vastaa myös päivystyspalveluiden määrällistä kysyntää.

Erikoissairaanhoidon päivystystoiminta on järjestetty joko yhteen alueelliseen päivystyspoliklinikkaan, joka tarjoaa kaikki palvelut lukuun ottamatta vaativimpia erityistason palveluja tai eri potilasryhmien päivystys on saatettu hajauttaa työnjaon mukaisesti eri päivystyspoliklinikoihin. Erikoissairaanhoidon päivystys toimii pääosin ympäri vuorokauden samoilla päivystyspoliklinikoilla, mutta työnjakoa eri poliklinikoiden välillä tehdään etenkin yöaikana. Aluesairaaloiden ja keskussairaaloiden välinen työnjako vaihtelee riippuen etäisyyksistä ja perinteistä ja vaativimmat erikoissairaanhoidon potilasryhmät on keskitetty yliopistosairaaloihin.

Päivystysjärjestelmän rakenne ja toiminnan sisältö

Potilas saa tarvitsemansa päivystyksen lähipalvelut ja keskitetyt palvelut etäisyyksien ja työnjaon mukaan sovitusta toimipaikasta

Toimipaikka	Sairaaloiden päivystystasot	Päivystyksen tyyppi	Toiminnan sisältö
Terveyskeskus		Terveyskeskuksen päiväpäivystys	Lähipalvelut
		Terveyskeskuksen päivystyspoliklinikka	Lähipalvelut
Aluesairaala ja pieni keskussairaala	Taso I	Yhteispäivystys	Lähipalvelut ^{*)}
Iso keskussairaala tai harvaan asutun alueen keskussairaala	Taso II	Yhteispäivystys	Lähipalvelut Keskitetyt palvelut
Yliopistosairaala	Taso III	Yhteispäivystys ja erilliset päivystyspoliklinikat	Lähipalvelut Keskitetyt palvelut
	Taso IV		Valtakunnallisesti keskitetyt palvelut

^{*)} Synnytykset pitkien etäisyyksien alueilla

KUVIO 3

Nykytilan ongelmat

Nykyinen päivystystoiminnan jako perusterveydenhuoltoon ja erikoissairaanhoidon ei vastaa potilaiden tarpeista lähtevää päivystystoiminnan rakennetta. Päivystysjärjestelmä on hyvin monimutkainen, eikä aina ole selvää kuka vastaa alueen potilasohjauksesta. Käytössä oleva jaottelu ei ole toimiva nykymuotoisessa eikä kehittyvässä päivystystoiminnassa, jossa potilaiden sairauksien ja vammojen tutkimiseen ja hoitoon tulisi voida valita kulloinkin tarvittava osaaminen ja resurssit. Suomeen on jo syntynyt päivystyspoliklinikoita, joissa nykyistä rajaa ei enää ole.

Nykytilan selkeänä puutteena on se, että päivystyspalveluiden kokonaisuuden osat suunnitellaan ja toteutetaan toisistaan erillisinä. Potilaan hoidon tarpeen arvioon osallistuvat hätäkeskustoiminta, ensihoitopalvelut, neuvontapalvelut ja päivystyspalvelut suunnitellaan eri organisaatioissa ilman yhteisesti sovittuja periaatteita. Sosiaalipäivystyksen palvelut eivät kata eri potilasryhmien palveluita riittävästi ympäri vuorokauden.

Terveyspalveluiden järjestämistä koskeva lainsäädäntö on tällä hetkellä päivystyksen työnjakoa ja järjestämisvastuuta koskien hajanainen eikä vastaa päivystystoiminnan kehittämisen tarpeita.

Työryhmä ehdottaa:

1. Tulevassa terveydenhuoltoa koskevassa lainsäädäntöuudistuksessa tulee huomioida päivystystoiminnan rakennetta, työnjakoa ja järjestämisvastuuta koskevat seikat.
2. Päivystyspotilaiden palvelukokonaisuuteen kuuluvat hätäkeskustoiminta, neuvontapalvelut, ensihoitopalvelut, päivystyspalvelut ja sosiaalipäivystys.
3. Aiempien perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon päivystysten sijaan päivystyspalvelut jaetaan kahteen, potilaiden hoidon tarpeen mukaisesti jaettuun toiminnalliseen kokonaisuuteen, jotka kuvaavat toiminnan sisältöä:
 - päivystyksen lähipalvelut
 - päivystyksen keskitetyt palvelut
 - sekä lähipalvelut että keskitetyt palvelut voivat sijaita samassa toimipaikassa
4. Päivystyksen lähipalveluiden ja keskitettyjen palveluiden järjestämisessä painopiste on erilainen (13.1.2 ja 13.1.3):
 - Lähipalveluihin valitaan ne palvelut, jotka on tarpeen tuottaa hajautettuna verkostona lähellä potilasta.
 - Keskitettyihin palveluihin valitaan ne palvelut, joissa osaamisen ja resurssien kannalta alueellinen työnjako on ensisijainen näkökulma.
5. Päivystyksen lähipalveluiden sisältö
 - Hoidon tarpeen arvio
 - Ensisijaisesti puhelimesta, tarvittaessa päivystyksen toimipaikassa
 - Lievien sairauksien ja vammojen hoito

- Lähellä potilaan kotia sijaitsevassa päivystyksessä ja terveyskeskuksen vuodeosastolla
 - Määrällisesti suurin lähipalveluiden sisältö
 - Hätätilapotilaat ja muu välittömän diagnostiikan ja hoidon tarve
 - Tarkoituksenmukaisimmassa päivystyksessä yhteistyössä ensihoitopalvelun kanssa.
6. Päivystyksen keskitettyjen palveluiden sisältö
- Sairaudet ja vammat, joiden diagnostiikka ja hoito edellyttävät keskittämistä sovituille päivystyksen tasoille, mikä sisältää synnytykset.
 - Keskitettyihin palveluihin kuuluu se osa nykyistä erikoissairaanhoidosta, joka edellyttää laajaa erikoislääkäreiden osaamista ja erityisresursseja.
 - Keskitettyjä palveluja tuottavien päivystyspoliklinikoiden toiminta tulee suunnitella huomioiden resurssien yhteiskäyttö ja riittävän osaamisen takaava työnjako.

Päivystyspalveluiden sisältö

PÄIVYSTYKSEN LÄHIPALVELUT

- **Hoidon tarpeen arvio**
 - Ensisijaisesti puhelimesta, tarvittaessa päivystyksen toimipaikassa
- **Lievien sairauksien ja vammojen hoito**
 - Lähellä potilaan kotia sijaitsevassa päivystyksessä ja terveyskeskuksen vuodeosastolla
- **Hätätilapotilaat ja muu välittömän diagnostiikan ja hoidon tarve**
 - Tarkoituksenmukaisessa päivystyksessä ensihoitopalvelun yhteistyö huomioiden

PÄIVYSTYKSEN KESKITETYT PALVELUT

- **Sairaudet ja vammat, joiden diagnostiikka ja hoito edellyttävät keskittämistä sovituille päivystyksen tasoille. Sisältää synnytykset.**
 - Tarkoituksenmukaisessa päivystyksessä huomioiden osaaminen ja matkaan liittyvät riskit
 - Työnjaosta sovitaan laajan alueen sisällä (vastaten nykyistä erä-alueita)

KUVIO 4

7. Erityishuomiota tulee kiinnittää hätätilapotilaiden ja muiden välitöntä arviointia ja hoitoa tarvitsevien potilaiden hoidon suunnitteluun yhtenäisenä alueellisenä kokonaisuutena huomioiden päivystyksen kaikkien toimipaikkojen ja ensihoitopalvelun mahdollisimman tarkoituksenmukainen käyttö.
8. Hyvin toimivan sosiaalipäivystyksen järjestäminen on välttämätöntä muun päivystystoiminnan sujuvuuden kannalta (15.1).
9. Alueellisen suunnitelman laatiminen:
- Päivystystoiminnan tarkoituksenmukaista suunnittelua, ohjausta ja koordinaatiota varten tulee laatia alueellinen päivystyssuunnitelma, joka huomioi sekä lähipalvelut että keskitetyt palvelut.
 - Suunnitelma tulee laatia riittävän suuren alueen (esim. nykyinen erityisvastuualue) puitteissa. Suunnitelmassa tulee huomioida päivystyspotilaan palveluiden kokonaisuus, alueilla laaditut poikkeusolojen suunnitelmat ja yhteistyö hätäkeskustoiminnan, ensihoitopalvelun, neuvontapalveluiden ja sosiaalitoimen kanssa.
 - Suunnitelman tavoitteena on sopia alueellisesta työnjaosta ja potilasohjauksesta erityisesti keskitettyjen palveluiden osalta huomioiden ensihoitopalvelun yhteistyö.

13.1.2 Lähipalveluiden järjestämisen periaatteet

Päivystyksen lähipalvelut sisältävät ne palvelut, joiden järjestämisessä läheltä saatavan palvelun näkökulma painottuu laajemman alueen työnjakoa enemmän.

Työryhmä ehdottaa:

1. Hätätilapotilaat ja välitöntä diagnostiikkaa ja hoitoa tarvitsevat potilaat
 - Hätätilapotilaiden ja välitöntä diagnostiikkaa ja hoitoa tarvitsevien potilaiden hoitoa koskevat samat periaatteet sekä ensihoidossa että päivystyspoliklinikoilla.
 - Ensihoitopalvelun tulevaan alueelliseen palvelutason määrittelyyn vaikuttaa päivystyspoliklinikoiden sijainti ja toimintaedellytykset.
 - Koko päivystyspalvelujärjestelmää hyödynnetään tämän potilasryhmän hoidossa.
 - Potilaan hoitopaikka valitaan hoidon tarpeen mukaisesti tapauskohtaisesti lähimpään päivystyspoliklinikkaan tai muuhun tarvittavin resurssein varustettuun päivystyspoliklinikkaan noudattaen yhteisesti sovitun potilasohjauksen mukaan.
2. Lievien sairauksien ja vammojen hoito
 - Tavallisten lievien ja vain perusresursseja edellyttävien sairauksien ja vammojen hoito tulee keskittää virka-aikaan ja mahdollisuuksien mukaan terveysasemien päiväpäivystykseen.
 - Lähipalveluiden suunnittelussa tulee kiinnittää erityistä huomiota vanhuspotilaiden läheltä saatavan hoidon saatavuuteen ja saavutettavuuteen.
 - Virka-ajan ulkopuolella palvelupisteitä voidaan harventaa ja tarjota palvelut kauempaa.
 - Yöaikana tulee voimavarat keskittää virka-aikaista toimintaa harvempiin paikkoihin, kuitenkin siten, että hoitopääsy kohtuullisella viiveellä on taattu.
 - Alueella sijaitsevien terveyskeskusten vuodeosastojen potilaiden tarvitsemat palvelut tulee huomioida.
 - Ensihoidon henkilöstö voi tehdä vieritestejä sekä hoitotoimenpiteitä (esim. pienen haavan ompelu) potilaan luona etenkin silloin, kun kuljetusmatka päivystyspoliklinikkaan on pitkä. Jatkohoito tai tarkkailu voidaan lääkärin tilannearvion perusteella usein toteuttaa terveyskeskuksen vuodeosastolla.



KUVIO 5

13.1.3 Keskitettyjen palveluiden järjestämisen periaatteet

Päivystyksen keskitettyihin palveluihin kuuluvat ne palvelut, jotka edellyttävät erikoislääkäreiden laajaa osaamista ja vaativien resurssien käyttöä (13.1.1). Erikoislääkäreiden työnjakoa suunniteltaessa on huomioitava myös alueen eri toimintayksiköiden tarvitsemat päivystykselliset konsultaatiopalvelut.

Ympäri vuorokautinen anestesiapäivystys tarvitaan operatiivisen valmiuden ylläpitämiseksi. Anestesiapäivystysten saatavuus ja kalleus on keskitettyjen palveluiden pullonkaula. Synnytystoiminta on tässä suhteessa vaativaa; ajallisen saavutettavuuden (välimatkojen) vuoksi synnytystoimintaa on ylläpidettävä useissa maakunnallisissa keskuksissa. (13.1.8) Tehovalvontaa ja/tai teho-osastotoimintaa ylläpitäviä sairaaloita tarvitaan pitkälti samoin kuin synnytyksiä hoitavia keskuksia. Seuraavaksi tihein päivystävien sairaaloiden verkko on operatiivisella III tason päivystyksellä. Kardiologian päivystys ei edellytä anestesiapäivystäjää. Tarvittavien kardiologipäivystäjien saatavuus ei riitä optimaalisen päivystysverkon luomiseen, mutta saatavuutta voidaan parantaa väestökeskittymien alueilla (13.1.12). Neurologian päivystysjärjestelyissä on vahva osuus teknologian ja valtakunnallisen yhteistyön hyödyntämisellä. Lastentautien päivystysverkkoon vaikuttaa olennaisesti synnytysten edellyttämä päivystysverkko.

13.1.4 Päivystyspoliklinikoiden etäisyys

Työryhmä ehdottaa:

1. Väestökeskittymien alueilla tulee järjestää päivystysten lähipalveluita sisältävät päivystyspoliklinikat ympäri vuorokauden korkeintaan reilun tunnin eli noin 100 km matkan päähän alueen etäisimmistä osista.
2. Harvaan asutuilla alueilla voidaan vähimmäistavoitteena pitää päivystyspoliklinikan saavutettavuutta kahden tunnin eli vajaan 200 km etäisyydellä.
3. Suunnittelussa tulee huomioida pitkien etäisyyksien asettamat vaateet ensihoitopalvelulle. Virka-ajan terveysasemien päiväpäivystystoiminta tulee järjestää lähelle väestöä omille terveysasemille tai väestökeskittymien alueella yhteispäivystykseen, jos se alueella on tarkoituksenmukaista.
4. Mahdollinen ilta- ja viikonloppuvastaanottojen järjestäminen tulee huomioida erityisesti pitkien etäisyyksien alueilla.
5. Alueella olevien terveyskeskusten vuodeosastojen lääkäripalvelut tulee huomioida ympärivuorokautista päivystyspalvelua suunniteltaessa.

13.1.5 Päivystyspoliklinikoiden ja terveysasemien päiväpäivystyksen työnjako

Päivystyspoliklinikoiden ja terveysasemien päiväpäivystyksen väliseen työnjakoon vaikuttaa diagnostiikan ja hoidon kiireellisyys, tarvittavat resurssit sekä alueellisesti sovittu palveluiden järjestämistapa.

Työryhmä ehdottaa:

1. Työnjaon tavoitteet ovat seuraavat:
 - Tavoitteena on, että päivystyshoitoa tarvitsevat potilaat saavat hoidon oikeaan aikaan ja tarkoituksenmukaisessa hoitopaikassa.
 - Ei-kiireelliset sairaudet ja oireet tutkitaan ja hoidetaan virka-ajalla terveyskeskuksessa, työterveydenhuollossa tai potilaan valinnan mukaan yksityissektorilla, jolloin hoitavalla lääkäriellä on enemmän aikaa ja mahdollisuus paneutua potilaan kokonaisuuteen.
 - Päivystyshoitoa tarvitsevat potilaat hoidetaan terveysasemilla päiväaikaisessa toiminnassa, jolleivät diagnostiikka ja hoito edellytä päivystyspoliklinikan resursseja tai kiireellisyyden vuoksi päivystyspoliklinikan käyttöä. Terveysasemien päiväpäivystys voidaan myös keskittää päivystyspoliklinikan toiminnaksi alueellisten sopimusten mukaan.
 - Tavoitteena on, että viikonloppuisin päivystyspoliklinikoilla hoidetaan vain niitä potilaita, joiden hoitoa ei voida turvallisesti siirtää tapahtuvaksi terveysasemien päiväpäivystyksessä maanantaina.
 - Tavoitteena on rajata yöaikainen päivystystoiminta vain välttämättömään hoitoon.

- Päivystyspoliklinikoilta terveysasemille siirrettävien potilasryhmien hoidon riittävä resursointi on perusedellytys uudenlaisen työnjaon toteutumiseksi.
2. Potilaiden ohjaaminen päivystyspoliklinikalle ja päiväpäivystykseen hoidon tarpeen perusteella:
- Potilaat, joiden hoito ei edellytä päivystyshoidon määritelmän mukaista päivystyshoitoa tai päivystyksen käyttöä muusta perustellusta syystä, ohjataan asianmukaiseen hoitopaikkaan oikeana ajankohtana riippumatta yhteydenottoajan kohdasta tai -tavasta.
 - Potilaat, joiden hoito edellyttää päivystyshoidon määritelmän mukaista päivystyshoitoa tai päivystyksen käyttöä muusta perustellusta syystä, jaetaan ajankohdan perusteella kahteen alaryhmään
 - Päivystyshoidon tarve virka-aikaan
 - Päivystyshoitoa tarvitsevat potilaat hoidetaan terveysasemien päivätoiminnassa, jollei hoidon tai diagnostiikan kiireellisyys ja vaatavuus edellytä päivystyspoliklinikan resursseja
 - Päivystyshoidon tarve virka-ajan ulkopuolella
 - Potilaat hoidetaan päivystyspoliklinikalla, jollei potilaan hoitoa voi kiireellisuuden vuoksi siirtää seuraavaan aamuun tai viikonlopun yli. Jos käynnin voi siirtää lääketieteellisin perustein, riippuu hoitoonohjauksesta siitä, ottaako potilas yhteyttä puhelimitse vai onko hän hakeutunut päivystyspoliklinikalle.
 - Jos potilas ottaa yhteyttä puhelimitse, voidaan hänet ohjata tulemaan aamulla päivystyspoliklinikalle tai terveysasemalle, riippuen alueellisista järjestelyistä ja potilaan diagnostiikan ja hoidon todennäköisesti tarvitsemista resursseista.
 - Jos potilas on jo saapunut päivystyspoliklinikalle, tulee tehdä tilanteesta kokonaisarvio, jossa huomioidaan potilaan oireiden ja vammojen laatu ja yleistila, potilaan matka, yhteydenoton ajankohta ja päivystyksen käytössä olevat resurssit. Kokonaisarvion tuloksena potilas joko hoidetaan tai hänet ohjataan tulemaan aamulla päivystyspoliklinikalle tai terveysaseman päiväpäivystykseen tarvittavien resurssien mukaan.

13.1.6 Vanhuspotilaat

Päivystyksen käytössä erittäin merkittävä ryhmä on vanhukset, jotka eivät pärjää kotona. Useimmiten vanhuksen kotona selviytymättömyyteen on olemassa lääketieteellinen syy, joka ei välttämättä tule esille päivystyspoliklinikan ensiarviossa. Päivystyksessä tavoitteena on nopeasti etsiä yleistilan laskun aiheuttanut akuuttia vaivaa tai vammaa, jotta päästään oikeaan hoitoon ja tuetaan potilaan toimintakyvyn säilymistä. Tavallisimmat syyt vanhusien yleistilan laskuun ovat erilaiset infektiot, kaatumisen aiheuttamat vammat ja lääkkeiden aiheuttamat haittavaikutukset. Oirekohtaisissa ongelmissa toimitaan kuten muidenkin potilaiden kohdalla.

Työryhmä ehdottaa:

1. Vanhusten päivystyshoidon kokonaisuus tulee suunnitella siten, että päivystystä käytetään vain tarkoituksenmukaisista ja välttämättömistä syistä. Suunnittelutyö tulee tehdä yhteistyössä sosiaalihuollon kanssa.
2. Jos kotona asuvalla vanhuksella on äkillinen hoivan tarve, esim. omaishoitajan sairastumisesta tai muusta ei-sairaudesta johtuvasta syystä, tulee kunnan järjestää mahdollisuus päästä suoraan hoitoyksikköön, ilman päivystyksen käyttöä. Näissä tilanteissa tulee tehdä yhteistyötä kunnan sosiaalihuollon ja/tai sosiaalipäivystyksen kanssa vanhuksen tilanteen selvittämiseksi ja tarvittavien palveluiden järjestämiseksi.
3. Jos vanhus on hoidettavana hoitolaitoksessa, tulee hoitohenkilökunnan arvioida yleistilan laskua ja konsultoida lääkäriä puhelimitse ennen päivystykseen lähettämistä, ellei kyseessä ole hätätilanne. Vanhusten hoitolaitosten henkilökunnalle tulee järjestää koulutusta.

4. Sairaalassa, terveyskeskuksen vuodeosastoilla, vanhusten huoltolaitoksissa ja kotihoidon piirissä olevilla potilailla tulee olla selkeä, kirjallinen hoitosuunnitelma, jossa otetaan kantaa myös päivystyksellisiin tilanteisiin, hoitotahtoon ja hoidon rajauksiin.
5. Suunnitelma tulee olla päivystyksen käytettävissä, koska päivystyksen toimijoiden mahdollisuus arvioida vanhuksen kokonaistilanne ja aiempi toimintakyky on rajallinen. Suunnitelmasta tulee näkyä vanhuksen toimintakyky ja potilaan käyttämä lääkitys.
6. Kaikilla vanhustenhuoltopalveluita antavilla julkisilla ja yksityisillä tahoilla tulee olla sovittuna, miten virka-ajalla ja virka-ajan ulkopuolella ei-kiireellisissä päivystystilanteissa tehdään lääkärikonsultaatio siirtämättä potilasta päivystykseen, jollei päivystyspoliklinikan muita resursseja tarvita. Ensihoitohenkilöstön koulutusta vanhuspotilaan tilan arvioon ja kohteessa tapahtuvaan hoitoon tulee lisätä.
7. Jos vanhus tuodaan yleistilan laskun vuoksi päivystykseen, hänet otetaan aina tutkittavaksi. Vanhusten yleistilan laskun syyt tulee selvittää nopeasti ja jatkohoitoon pääsyyllä tulee suunnitella sovittu käytäntö arkeen ja viikonloppuun. Vanhan ihmisen hätätilanteet hoidetaan lähtökohtaisesti aktiivisesti. Myös terminaalivaiheessa olevan vanhuksen osalta saattaa päivystyskäynti olla tarpeen esim. akuutin kivun selvittämiseksi ja hoitamiseksi.
8. Vanhusten viipymään päivystyksessä ja vanhusten olosuhteisiin ja erityistarpeisiin tulee kiinnittää huomiota huolehtien nopeasta kuntouttavan hoidon aloituksesta jo päivystyksessä.
9. Vanhuspotilasta ei voi kotiuttaa päivystyksestä ilman selkeää suunnitelmaa siitä, miten välttämätön huolenpito ja lääketieteellinen hoito toteutetaan. Usein on tarpeen pitää kotona yksin asuva vanhus yön yli päivystyksessä ja aamulla selvittää tarpeelliset tukitoimet, jotta vältetään turhat vuodeosastohoitojaksot.

13.1.7 Lapsipotilaat

Alle 16-vuotiaat lapset ja nuoret muodostavat päivystyksen tasosta riippumatta merkittävän potilasryhmän. Hyvinkään yhteispäivystyksen aineistossa lapsipotilaita oli noin 20 % (Liite 2). Lapsipotilaita hoidetaan terveyskeskuksen päivystyksissä, laajoissa yhteispäivystyksissä, erikoissairaanhoidon päivystyksissä ja vain lapsipotilaille järjestetyissä yhteispäivystyksissä. Tällä hetkellä lasten päivystys Suomessa on siis järjestetty eri tavoilla alueesta ja väestön ikäjakaumasta riippuen, usein kuitenkin muun yhteispäivystyksen yhteydessä.

Päivystyspotilaana lapsi eroaa monilta osin aikuispotilaasta. Lapsi on riippuvainen aikuisista. Esitiedot saadaan useasti vain saattajalta ja diagnostisten tutkimusten onnistumisenkin riippuu saattajasta. Kasvun ja kehityksen myötä lapsipotilaiden sairauskirjo, oireet ja hoito muuttuvat. Lapsen hoidollisia tarpeita muokkaavat vanhempien odotukset ja käsitys tilanteen vakavuudesta perustuu vanhempien, ei potilaan omaan arvioon. Saattajien mukanaolon välttämättömyys ja heidän huolensa huomiointi tekee päivystyskäynnistä erilaisen kuin aikuispotilaalla.

Lapsilla on paljon lähipalveluihin kuuluvia päivystyskäyntejä suhteessa keskitetyn tason hoitoa vaativiin käynteihin. Käyntimääriin suhteutettuna vakavia sairaustiloja on vähän, mutta alkuvaiheessa lieväoireistenkin lasten joukossa voi olla hengenvaarallisesti sairaita. Mitä pienempi lapsi, sen nopeammin oireet voivat edetä henkeä uhkaaviksi. Vakavien tautien erottaminen on lastenpäivystyksen haaste ja edellyttää kokemusta ja perehtymistä lapsipotilaiden arviointiin. Lapset vaativat päivystystapauksissa seurantaa ja tiheää uutta kliinistä arviota, mikä tulee yhteispäivystyksissä huomioida ja varata lapsipotilaiden seurantaan tarkoitettuja tiloja.

Lapsipotilaiden tautikirjo eroaa aikuispotilaista painottuen selkeästi akuutteihin infektioihin. Lapsilla päivystyskäynnin yleisin syy on jokin infektio, yleensä hengitysteiden tai suoliston virusinfektio. Virukset leviävät helposti ympäristöön ja nämä lapsipotilaat muodostavatkin näin ollen merkittävän infektoriskin päivystyksen toisille lapsille ja aikuispotilaille. Tämä tulee huomioida tilajärjestelyissä.

Alla kolmen kuukauden ikäiset lapset vaativat erityishuomiota. Oireet ja löydökset vakavassakin sairaudessa saattavat olla aluksi varsin vähäiset, mutta tilanne voi muuttua tunneissa. Näiden lasten tutkiminen ja voimien arviointi vaativat näkemystä ja kokemusta ja heillä tutkimukset tulisivat herkästi suorittaa lastenlääkäri tai kokeneen yleislääkäri toimesta.

Noin puolet lasten keskitetyistä päivystyspotilaista on alle kolmen vuoden ikäisiä. Pienten lapsipotilaiden diagnostisten tutkimusten ja hoitojen suorittaminen vaatii runsaampaa henkilöstön resursointia kuin aikuisilla sekä omaa tutkimusympäristöä ja välineistöä. Pääsääntöisesti lapsi itse ei toivo toimenpiteitä ja tutkimuksia tehtäväksi, eikä ymmärrä miksi niitä tehdään. Pelkästään verinäytteen otto voi lapsilla vaatia useamman henkilön läsnäolon.

Terveysaseman päiväpäivystyksessä tai pienellä päivystyspoliklinikalla lapsipotilaille ei tarvita erillistä henkilökuntaa. Yhteispäivystyksessä lapsipotilaat ja -perheet hyötyvät omista, heille suunnitelluista tiloista, tutkimusympäristöstä ja lastentauteihin perehtyneestä henkilöstöstä. Lastentautien sairaanhoitajan tekemän hoidon tarpeen ja kiireellisyyden arviointi on osoitettu olevan yleispäivystyksen hoitajan arviota osuvamman, minkä vuoksi suurissa lasten päivystyspisteissä tulee olla lastentautien sairaanhoitoon erikoistunut hoitohenkilöstö.

Lastentautien erikoissairaanhoidon päivystyksen järjestämisen tarvetta määräävät kolme keskeistä tekijää; synnytykset, erikoissairaanhoidon päivystyskäyntien määrä ja erikoissairaanhoidon sairaalapotilaiden erityisvaatimukset.

Työryhmä esittää:

1. Lapsipotilaat tulee huomioida kaikilla päivystyksen tasoilla järjestämällä heille ja vanhemmille päivystykseen omaa odotustilaa.
2. Lapsen hoidon tarpeen arviointi tulee suorittaa lasten sairauksiin perehtynyt sairaanhoitaja.
3. Yhteispäivystyksessä lapsipotilaille tulee järjestää omat tutkimus- ja hoitotilat, lapsipotilaan seurantamahdollisuus ja lasten sairauksiin perehtynyt henkilökunta.
4. Suurilla paikkakunnilla on mahdollista hyödyntää erikoislääkäreiden osaamista keskittämällä lasten yhteispäivystys lastenklinikan yhteyteen. Tällöin lasten sairaanhoidon perus- ja erityistason osaaminen, tilat ja hoidot voidaan toteuttaa yhtenäisellä hoitotapahtumalla lapsen ja hänen perheensä erityistilanne huomioiden.

13.1.8 Raskaana olevat potilaat ja synnytykset

Raskauden seuranta

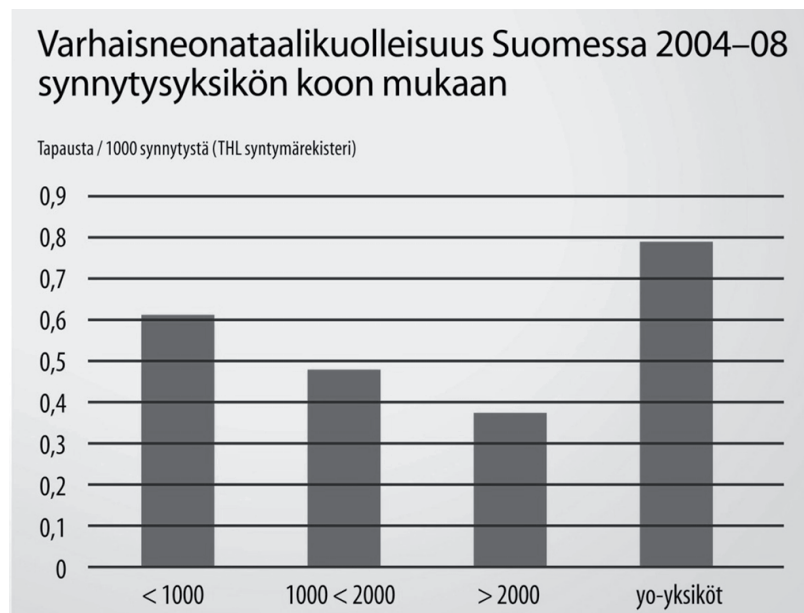
Raskauden seuranta perustuu toimivaan neuvolajärjestelmään ja neivolalla on ensisijainen vastuu raskauden seurannasta. Raskaudenaikainen päivystyshoidon tarpeen arvio tapahtuu ensi sijassa neuvolassa, terveysaseman päiväpäivystyksessä tai oireesta riippuen myös erikoissairaanhoidossa. Vaikka neivolalla on ensisijainen vastuu raskauden seurannasta, on läheinen yhteistyö erikoissairaanhoidon kanssa erittäin tärkeää ja sen täytyy toimia saumattomasti. Neuvolan ja synnytys sairaalan puhelinpalvelu on erittäin tärkeää hoidon tarpeen arvioissa ja työnjaossa.

Synnytysten hoito

Suomessa synnyttäjien riskiryhmät keskitetään jo hyvin ja kaikki synnytysyksikkömme hoitavat erikseen määriteltyihin riskiryhmiin kuulumattomia synnyttäjiä. Synnytysten hoidon kannalta sairaalan tyyppi (alue/keskussairaala) ei ole määräävä tekijä, vaan riittävä toiminnan volyymi, mikä takaa osaamisen ja vaadittavat hoidolliset resurssit. THL:n syntymärekisterin perusteella normaaleissa raskauksissa (yksisikiöiset raskaudet ja vastasyntyneen syntymäpaino yli 2500g) varhaisneonatalikuolleisuus (alle 7 vrk:n iässä) oli 2004–2008 korkein yksiköissä, joissa oli vähemmän kuin 1000 synnytystä/v verrattuna yksiköihin, joissa hoidetaan 1000–2000 synnytystä/v tai yli 2000 synnytystä/v (kuvio 6). Yliopistoklinikoihin on keskitetty yleensä hyvin komplisoidut raskaudet kuten sikiön vaikeat synnynnäiset rakennepoikkeavuudet, mikä selittää yksiköiden korkeamman varhaisneonatalikuolleisuuden (Syntymärekisteri, THL).

Valvira on kannanotossaan koskien keskussairaaloiden synnytysyksiköitä todennut, että turvallinen synnytysten hoito edellyttää mahdollisuutta välittömään keisarileikkaukseen kaikkina vuorokauden aikoina mikä tarkoittaa synnytyslääkärin, anestesiologin ja leikkaustiimin sairaalapäivystäystä. Toisaalta Suomessa ei ole lainsäädännöllistä pohjaa erotella hoidon tasoa sairaalatyypeittäin vaan ainoastaan käytävissä olevien resurssien puitteissa ja silläkin perusteella hyvin rajallisesti. Yksiköissä, joissa on synnytyslääkärin sairaalapäivystys, on varhaisneonataalikuolleisuus alhaisempi kuin yksiköissä, joissa päivystävä lääkäri on kotona (kuvio 7). Lastenlääkärin saatavuus on myös oleellista. Vastasyntyneen elvytyksen Käypä hoito -suositus sisältää samat perusedellytykset (Vastasyntyneen elvytys: Käypä hoito -suositus, 2008).

Synnytysten ja naistentautien erikoisalan päivystysajan aikaisesta työstä valtaosa liittyy raskauteen tai synnytykseen. Harvat gynekologiset päivystysongelmat eivät nekään yleensä vaadi toimenpiteitä ennen seuraavaa aamua. Synnytysten ja naistentautien erikoisalan kanalta päivystysrakenteita määrää siis synnytystoiminta. Alle 1000 synnytysten yksiköissä virka-aikaiseen obstetriseen toimintaan riittää 2-3 erikoislääkärinä, mikä edellyttää ulkopuolisia päivystäjiä tällaisissa yksiköissä tai vaihtoehtoisesti päiväaikaisen toiminnan suhteen yliresursoitua erikoislääkärivirkapohjaa. Optimaalinen synnytysten määrä synnytysairaallalle on yli 2000 synnytystä vuodessa, jolloin toimintavolyymit ovat riittävän suuret. Tällöin päivystykseen vaadittava henkilömäärä toteutuu ilman ostopalvelua (Sairaaloiden tuottavuuden kehitys 2003-2007).



KUVIO 6

Riskiryhmiin kuuluvien synnyttäjien ja erityishoitoa vaativien lapsipotilaiden hoito

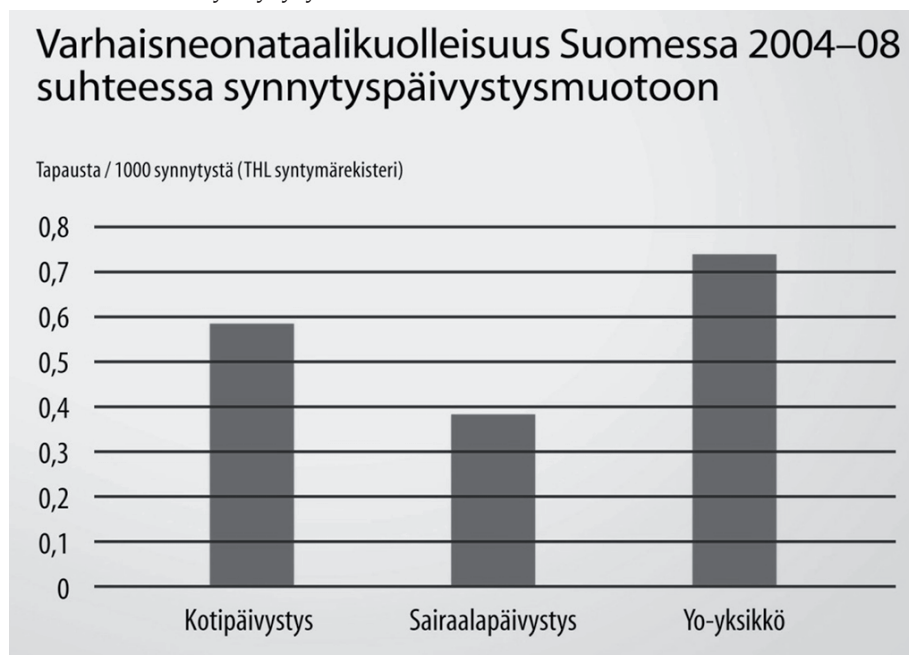
Riskiryhmiin kuuluvien synnyttäjien ja erityishoitoa vaativien lapsipotilaiden hoito kuuluu vaativalle erityistasolle. Riskiryhmän muodostavat mm. potilaat, jotka ovat vaarassa synnyttää ennenaikaisesti joko spontaanisti tai lääketieteellisin perustein. Näissä raskauksissa vastasyntynyt vaatii erityistason pediatria seuranta ja hoitoa. Ns. pienten keskosten hoidosta on näyttöä, että alle 1500 g painavien tai alle 32. raskausviikolla syntyneiden lasten ennuste on parempi, jos synnytykset keskitetään yksiköihin, joissa on vastasyntyneiden teho-osasto ja ympärivuorokautinen erityisosaaminen vastasyntyneiden hoitoon (neonatologi). Lääketieteellisistä syistä uhkaavassa ennenaikaisessa synnytyksessä lapsen synnytysajan kohdan arvioiminen ja suunnittelu on ratkaisevaa lapsen ennusteen kannalta. Vaikeiden ja harvinaisten raskauskomplikaatioiden hoito tai äidin vakava perussairaus vaatii usein myös erityisosaamista (perinatologi) äidin hoidossa. Erityisosaamista voidaan tarvita myös silloin kun sikiöllä on todettu välitöntä erityishoitoa vaativa epämuodostuma. Vaativimmat ongelmat erityistasolla ovat usein etukäteen diagnosoituja, jolloin synnytysajankohta voidaan suunnitella. Näin ollen erityistasolla hoidon ajallinen saavutettavuus voi olla pidempi (3-4 tuntia) verrattuna perustasoon. Keskittäminen parantaa oleellisesti hoidon tasoa.

Valtakunnallisesti keskitettävät hoidot

Valtakunnallisella tasolla on tarpeen keskittää harvinaisten sairauksien ja raskauskomplikaatioiden hoitoa yliopistosairaalaverkoston sisälläkin. Myös lastentautien osalta harvinaisten sairauksien keskittäminen on perusteltua pienten potilasvolyymien ja tarvittavan erityisosaamisen vuoksi

Hoidon saavutettavuuden turvaaminen

Tällä hetkellä on synnytyssairaalan saavutettavuus pääosin 1-2 tuntia. Synnytysten keskittäminen suurempiin yksiköihin aiheuttaa matkan pidentymistä osalla synnyttäjäistä. Suurimmassa osassa tapauksista, jopa yli puolessa, synnytysten ongelmat ovat ennalta arvaamattomia: alkuvaiheessa normaali synnytys muuttuu synnytyksen kuluessa poikkeavaksi ja johtaa komplikaatioihin. On tärkeämpää, että synnytysyksikössä on hyvät valmiudet ja osaamistaso hoitaa komplisoitunutta synnytystä, kuin että synnyttävällä äidillä on lyhyt välimatka kotoa synnytysyksikköön.



KUVIO 7

Saavutettavuus 1-2 tunnissa ei toteudu haja-asutusalueilla, erityisesti Lapissa ja Kainuussa. Tällöin ensihoidon rooli kuljetuksessa on oleellinen. Järkevä sairaankuljetusyksiköiden sijoittaminen takaa parhaiten nopean ensihoidon vasteen myös synnyttäjiä ajatellen. Riski matkasynnytyksiin lisääntyy, jos matka synnytyssairaalaan pitenee yli 2 tunnin. Pieni, alle 1000 vuosittaisen synnytyksen yksikkö, voi olla maantieteellisesti välttämätön.

Nopea synnytys on harvoin lääketieteellinen riski. Potilashotellit voivat auttaa matkasynnytysten vähentämisessä. Pidempien etäisyyksien alueella myös sairaankuljetuksen varustelutasossa matkasynnytykseen varautumista tulee huomioida. Aivan pohjoisimmassa Lapissa voidaan tarvita valtakunnan rajan ylittävää yhteistyötä. Saaristossa ja muilla vaikeakulkuisilla alueilla helikopteriin tukeutumista voidaan kehittää.

Kuvio 8 on kuvattu raskausajan ja synnytysten päivystyspalvelut ja eri toimipaikkojen toiminnan sisältö.

Raskausajan ja synnytysten päivystyspalvelut

Toimipaikka	Sairaaloiden päivystystasot	Palveluiden sisältö	
		Keskitetetyt palvelut	Lähipalvelut
Terveyskeskuksen päiväpäivystys, neuvola ja päivystys-poliklinikat		-	Raskauteen liittyvä hoidon tarpeen arvio ja lievien sairauksien hoito
Aluesairaala ja pieni keskussairaala	Taso I	Synnytykset pitkien etäisyyksien alueilla	Kuten yllä
Iso keskussairaala tai harvaan asutun alueen pieni keskussairaala	Taso II	Synnytykset	Kuten yllä
Yliopistosairaala	Taso III	Synnytykset Vaativan erityistason synnytykset	Kuten yllä
	Taso IV Valtakunnallisesti keskitettävät	Valtakunnallisesti keskitettävät vaativan erityistason synnytykset	-

Kuvio 8

Kustannukset

Potilasvahingoista synnytysvahingot ovat kalleimpia. THL:n selvityksessä naistentautien ja synnytysten hoidon ikä- ja sukupuolivakioidut kustannukset olivat asukasta kohden keskimääräistä korkeammat pienissä (<1000 synnytystä/v) sairaanhoitopiireissä. Sen sijaan alle keskiarvokustannusten päässeistä sairaanhoitopiireistä kaikki olivat yli 1000 synnytystä vuodessa hoitavia.

Työryhmä ehdottaa:

1. Riskiryhmiin kuulumattomat synnytykset tulee keskittää vähintään 1000 vuosittaisen synnytyksen yksiköihin. Pienten keskosten hoito (<1500g tai < 32 raskausviikkoa) keskitetään yliopistosairaaloihin.
2. Alle 1000 vuosittaisen synnytyksen yksikkö voi olla maantieteellisesti välttämätön. Tällöin toiminnan tason ylläpito täytyy turvata paikallisin erillisjärjestelyin, mikä vaatii päivystävän henkilökunnan lisäresursointia.
3. Sairaalassa päivystävä naistentautien- ja synnytysten erikoislääkäri ja anestesioologi sekä riittävästi leikkaussalihenkilökuntaa hätäkeisarileikkausvalmiutta varten on minimivaatimus synnytystoiminnalle.
4. Sairaaloissa joissa hoidetaan vain riskiryhmiin kuulumattomia synnyttäjiä, voi lastenlääkäripäivystyksen järjestää vapaamuotoisena. Jos hoidetaan riskiryhmiä, tulee lastenlääkärin olla sairaalapäivystyksessä.
5. Synnytyssairaalassa on oltava jatkuva valmius yksinkertaisiin laboratoriomäärityksiin (perusverinäytteet, verensiirron sopivuustestaus).
6. Vaativan erityistason päivystys tulee jatkossakin hoitaa yliopistosairaaloissa, joissa voidaan taata sekä peri- että neonatologinen hoito ympäri vuorokauden.
7. Käytännössä toimivan naistentautien- ja synnytysyksikön ja pediatrian yksikön erikoislääkärimäärä on minimissään 7-8 loma- ja päivystysjärjestelyt huomioiden. Päivystys voidaan hoitaa ilman ostopalvelua, mikä hillitsee kustannusten kasvua. Monipuolinen työ ja kohtuullinen päivystyskuormitus parantavat ammattitaitoisen erikoislääkärityövoiman hakeutumista yksiköihin.
8. Riittävän suuri volyymi takaa tasapainoisen pediatrian sekä naistentautien- ja synnytysyksiköiden toiminnan myös erikoislääkäriskoulutusta ajatellen. Keskittämällä hoitoa luodaan hoidon kehittämiseksi ja tutkimukselle parhaimmat edellytykset.

9. Riittävän suuri volyymi antaa paremmat mahdollisuudet ylläpitää ja kehittää koko henkilökunnan osaamista hätä- ja erityistilanteissa. Jos synnytystoimintaa joudutaan edelleen ylläpitämään pienissä harvaan asuttujen alueiden yksiköissä, tulisi pyrkiä luomaan jatkokoulutusmahdollisuuksia suuremmissa yksiköissä ammatillisen osaamisen varmistamiseksi.

13.1.9 Mielenterveyspotilaat

Mielenterveyspotilaiden hoidon keskeisimmät haasteet liittyvät mielenterveyden häiriöiden tunnistamisen ja hoidon tehostamiseen, päihdeongelmista kärsivien ja vanhenevan väestön psykiatristen ongelmien tunnistamiseen ja hoidon kehittämiseen sekä hoitojärjestelmän toimivuuden ja hoidon laadun parantamiseen. Hoidon laadun kehittäminen edellyttää saumattomia hoitoketjuja ja palveluverkostoa. Riittävä osaaminen hoidon porrastuksen eri tasoilla edistää hoidon asianmukaista kohdentumista.

Mielenterveyspotilaat ovat suuri haaste päivystyksille. Ongelmat ovat monitahoisia, kerroksellisia ja päivystyksissä usein esiintyviä. Samoilla potilailla saattaa olla mielenterveysongelmia, päihdeongelmia, somaattisia oireita tai vammoja, mahdollisesti muuta välittömän huolenpidon tarvetta - asunnottomuudesta tai rahan puutteesta ja muista sosiaalisista syistä johtuvaa - tai akuutteja ihmissuhdeongelmia ilman varsinaista psyykkistä sairastamista. Karkeasti arvioiden on mielenterveydenhäiriö todettavissa ainakin kolmanneksella kaikista päivystyspotilaista, mikä sinänsä ei aiheuta erityisongelmia. Erityisongelma syntyy psykoottisuudesta, itsetuhoisuudesta tai kyvyttömyydestä huolehtia itsestä, etenkin kun joudutaan toimimaan vastoin potilaan tahtoa.

Mielenterveyspalvelujen hoitojärjestelmä on valtakunnallisesti katsoen pirstaleinen, palvelut on organisoitu paljonkin toisistaan poikkeavilla tavoilla eri paikkakunnilla. Perustasolla annettavien erityispalvelujen määrä ja kohdennus vaihtelevat suuresti. Psykiatrinen erikoissairaanhoito saattaa olla kunnan oman terveyskeskuksen tuottamaa tai sairaanhoidopiirin järjestämää. Ohjausjärjestelmät vaihtelevat vastaavasti. Ongelmana monin paikoin on sekä virka-aikaisen että päivystysaikaisen palveluverkon riittämättömyys, minkä lisäksi hoitopoluista on sovittu puutteellisesti eikä olemassa olevista palveluista ole välttämättä ajantasaista tietoa. Päivystyksen ja sosiaalipäivystyksen yhteistyö on paikoin vähäistä ja saattaa rajoittua pelkkiin lastensuojeluasioihin. Edellä mainituista syistä saumattoman hoitokokonaisuuden luominen on erityisen haastavaa lisäten päivystyksen epätarkoituksenmukaista käyttöä.

Mielenterveyspotilaita koskevista määräyksistä *mielenterveyslaki* säätää pitkälti ja hyvinkin yksityiskohtaisesti tahdosta riippumattomaan hoitoon ottamisen ehdoista ja hoidon toteutuksesta. Terveyskeskuksen johtavalle lääkärille on delegoitu velvollisuus ryhtyä toimenpiteisiin mielisairaaksi epäillyn toimittamiseksi hoidon tarpeen arvioon ja tarvittaessa hoitoon vuorokauden ajasta riippumatta. Nykyään tämä saattaa ohjata psykoosipotilaita liiaksikin psykiatriseen sairaalahoitoon tilanteissa, joissa päivystävien yksiköiden käytössä ei ole ympäri vuorokauden psykiatrisen erikoissairaanhoidon konsultaatio- tai muita avohoitopalveluja. Näiden rakentuminen on avainasemassa psykiatrisen päivystystoiminnan kehittämisessä. Nykyinen psykiatrinen päivystyshoito mielletään tarpeettoman usein sairaalassa annettavaksi hoidoksi, vaikka avohoidossa intensiivisesti toteutettu hoito saattaa olla useimmiten ainakin yhtä hyvää kuin perinteinen sairaalahoito, mutta potilaat ovat tyytyväisempiä ja hoitomyöntyvyys yleensä parempaa. Intensiivisellä avohoidolla voidaan vähentää sairaalahoidon tarvetta, mutta ei kokonaan sitä korvata.

Päivystyksenä toteutettavan psykiatrisen erikoissairaanhoidon tasoisen arvioinnin tarpeessa ovat joka tapauksessa vakavassa itsemurhavaarassa olevat ja vaikeasti masentuneet potilaat, ensipsykoottiset ja päihdepsykoottiset potilaat (deliriumpotilaat kuuluvat somaattiseen tehohoitoon).

Psykiatrisen potilaan hoito on pitkäaikainen prosessi, jonka yksi keskeinen onnistumisen kriteeri on jatkuvuus. Avohoidon ja sairaalahoidon toteuttaminen joustavasti ja toisiaan täydentävästi potilaan hoidon tarpeita parhaalla tavalla palvelevasti edellyttää sitä, etteivät hoitoa toteuttavat tahot ole hallinnollisesti ja maantieteellisesti etäällä toisistaan. Tämä ra-

joittaa sitä, missä määrin psykiatrissa sairaaloissa annettavaa päivystyshoitoa voi keskittää. Asutustaajamien ulkopuolella on välittömän sairaalahoidon tarvetta voitu rajata mm. terveyskeskusten seurantapaikoilla tai muilla järjestelyillä.

Mielenterveyspotilaiden hoidon kehittämisessä myös päivystysaikaisen henkilökunnan osaaminen on turvattava. Perusterveydenhuollon näkökulma kansanterveydellisesti merkittävien mielenterveyden häiriöiden hoidossa tulee ottaa huomioon perusopetuksessa. Lääkärien koulutuksessa yleislääketieteen, työterveyshuollon ja psykiatrian opetusta tulee integroida yhteisesti toteutettavan opetuksen avulla. Lääketieteen opiskelijoiden tulisi voida kohdata perusterveydenhuollon mielenterveyspotilaita jo perusopintojensa yhteydessä. Mielenterveysalan koulutusta on ollut sängen vähän tarjolla osana sairaanhoitaja- tai lähihoitajakoulutusta. Tätä osaamisvajetta tulisi paikata täydennyskoulutuksella ja lisätä perusopetuksessa psykiatrian ja päihdehuollon osuutta.

Sosiaali- ja terveysministeriön asettama Mieli 2009 -työryhmä esittelee tuoreessa mietinnössään (Mielenterveys- ja päihdesuunnitelma. STM 2009:3) kansallisen mielenterveys- ja päihdesuunnitelman vuoteen 2015. Sen sisältämät linjaukset ja ehdotukset ovat merkittäviä myös päivystystoiminnan järjestämisen kannalta. Palvelujärjestelmän kehittämisessä erityinen painotus on matalan kynnyksen yhden oven periaate, joka pyrkii takaamaan yhtenäisen hoitoon pääsyn akuuteissa mielenterveys-, päihde- ja sosiaalisissa ongelmissa.

Työryhmä ehdottaa:

1. Mielenterveyspotilaiden hoitoa varten päivystyksen käytössä on oltava kaikki ajankohtainen tieto sähköisessä muodossa niin perusterveydenhuollosta, sosiaalitoimesta kuin erityispalveluista (sisältää psykiatrisen erikoissairaanhoidon ja päihdehuollon erityisyksiköt). Saumaton yhteistyö näiden tahojen välillä sekä riittävä osaaminen kultakin on varmistettava päivystysjärjestelyissä.
2. Välittömän arvion tarpeessa olevat mielenterveyspotilaiden kriisitilanteet päivystyksessä ovat seuraavat: vakavassa itsemurhavaarassa olevat ja vaikeasti masentuneet potilaat, ensipsykoottiset ja päihdepsykoottiset potilaat sekä päihdeongelman takia itsestään huolehtimaan kykenemättömät päivystykseen hakeutuneet / tuodut potilaat.
3. Päivystyspoliklinikoiden käytössä tulee olla psykiatriset konsultaatiopalvelut.
4. Hyvään päivystystilanteen arviointiin liittyy lyhyt arvio mielenterveys- ja/tai päihdetilanteesta. Pääasiallisen ongelman ollessa somaattinen oleellisinta on arvioida, onko potilas hoitohetkellä päihtynyt vai ei (tarvittaessa alkometri) ja onko hän todellisuudentajuinen, mikä selviää keskustelussa. Apuna voi käyttää strukturoituja kyselyjä (esim. Audit-kyselyn kolme ensimmäistä kysymystä).

13.1.10 Päihdepotilaat

Päihtymys on hyvin tavallinen ilmiö päivystystilanteissa, sillä suuri osa niin somaattisesti oireilevista, vammapotilaista kuin mielenterveyspotilaistakin on päivystykseen hakeutuneeseen humalassa. Tämä kuormittaa merkittävästi päivystystoimintaa ja lisää haasteita henkilökunnan osaamiselle ja turvallisuudelle.

Sosiaali- ja terveysministeriö on laatinut ohjeet päihtyneen potilaan akuuttihoidosta (Päihtyneen henkilön akuuttihoito, STM 2006:65), joiden mukaan päihtymys ei saa estää henkilön akuuttihoitoon tarpeen arviointia ja hoidon järjestämistä, ei myöskään saamasta asianmukaista palvelua ja kohtelua. Terveystarpeiden huollon päivystykseen hakeutuneen tai sinne tuodun päihtyneen henkilön hoidon tarve on arvioitava terveydenhuollossa. Poliisi voidaan kutsua vain erityistilanteissa ja ennen mahdollista säilöönottoa on hoidon tarve aina ensin arvioitava. Tarvittaessa on konsultoitava psykiatrissa erikoissairaanhoidon tai otettava yhteys sosiaaliviranomaisiin, etenkin lastensuojeluasioissa. Terveystarpeiden huolto voi potilaan suostumuksella ilmoittaa mielenterveys- ja päihdepotilaista sosiaaliviranomaisille myös muun sosiaalihuollon tarpeen arviota varten. Katkaisuhoidon tai psykiatrisen sairaalan ei voi edellyttää henkilön olevan selvä ennen hoidon aloittamista.

Terveystarpeiden huollon päivystyspoliklinikoille tulee usein päihtyneitä, joiden vahva päihtymystila saattaa edellyttää terveydenhuollon ammattihenkilön seuranta, mutta ei edellytä

terveydenhuollon päivystyspoliklinikalla tapahtuvaa hoitoa. Päihtyneiden seuranta kuormittaa kiireisiä päivystyksiä ja päihtyneet ovat usein häiriöksi päivystyksissä, joissa hoidetaan paljon lapsia ja vanhuksia. Potilaita, joiden voimakas päihtymys aiheuttaa terveydentilan seurannan tarpeen ilman muita sairauden tai vamman oireita, tulisi hoitaa päivystysten sijaan ns. selviämisasemilla. Selviämisasema on terveydenhuollon laitteilla ja osaamisella varustettu yksikkö, jossa päihtyneen terveydentilaa tutkitaan ja arvioidaan säännöllisesti sekä reagoidaan akuutteihin terveysongelmiin.

Sosiaali- ja terveysministeriön asettama Mieli 2009 -työryhmä esittää mietinnössään merkittäviä linjauksia päihdehoidon kehittämiseksi, mm. yhdistettyjen mielenterveyshäiriöiden ja päihdehoidon avohoitoyksiköiden perustamista (Mielenterveys- ja päihdesuunnitelma, STM 2009:3)

Työryhmä ehdottaa:

1. Päihdepotilaiden seuranta ja hoito päivystyksessä on järjestettävä asianmukaisesti, tarvittaessa omissa tiloissaan.
2. Selviämisasemia tulee perustaa paikkakunnille, joissa toimii isoja yhteispäivystyksiä. Selviämisasematoiminnasta vastaa terveystyöntekijä, joka toimii yhteistyössä sosiaaliviranomaisten ja poliisin kanssa. Päihdepotilaille tulee olla nykyistä enemmän päivystysluonteisia jatkohoitopaikkoja.

13.1.11 Operatiivisten erikoisalojen potilaat

Tausta

Operatiivisten erikoisalojen päivystys kattaa kaikki ne erikoisalot, joiden toiminnan piiriin kuuluu päivystyksenä tehtäviä kirurgisia toimenpiteitä. Varsinaisten kirurgisten erikoisalojen lisäksi tässä luvussa käsitellään soveltuvin osin myös silmätautien, korva-, nenä- ja kurkkutautien, neurokirurgian sekä gynekologian ja obstetriikan (synnytykset luvussa 13.1.8) päivystysjärjestelyjä silloin, kun niiden järjestämiseen liittyy yhteisiä resurssitarpeita (esim. anestesia- ja takapäivystyspalvelut).

Operatiivisten alojen päivystystoiminnalla tarkoitetaan ulkoisen trauman, akuutin sairautsprosessin tai toimenpiteen jälkeisen komplikaation elimistölle aiheuttaman anatomisen ja fysiologisen häiriötilan kiireellistä arviointia ja/tai hoitoa. Vaikka päivystysleikkaus on keskeinen interventio, tarvitaan vaikeimmin sairaiden tai loukkaantuneiden potilaiden hoidossa myös vaativaa diagnostiikkaa, toimenpideradiologiaa tai endoskopiaa sekä tehohoitoa. Nämä edellyttävät merkittäviä, ympäri vuorokauden saatavissa olevia palveluita, joiden saatavuuden turvaaminen vaatii kirurgisia, anestesiologisia ja radiologisia resursseja.

Operatiivisten alojen päivystystoiminnan piiriin kuuluu myös merkittävä joukko potilaita, joiden oire tai vamma edellyttää leikkaavan lääkärin arviota ja päätöksentekokykyä, vaikka itse hoito on usein oireenmukaista eikä edellytä kiireellistä leikkausta. Kaikkien näiden potilaiden hoidon keskittäminen muutamaankin yksikköön ei ole tarkoituksenmukaista paitsi suurten keskusten ruuhkautumisen estämiseksi, myös pitkien siirtoetäisyyksien välttämiseksi ja pienempien yksiköiden suunnitellun päiväaikaisen leikkaustoiminnan turvaamiseksi. Tämä edellyttää päivystyksenä hoidettavien kirurgisten ongelmien tunnistamisen ja päivystyksenä tehtävien pienkirurgisten toimenpiteiden hallitsemisen lisäämistä lääketieteen perusopetuksessa. Erikoislääkärikoulutuksessa tämä edellyttää oman erikoisalan osaamisen lisäksi myös muiden erikoisalojen kirurgisten periaatteiden tuntemista.

Vaikka vaikeasti sairaan tai loukkaantuneen potilaan hoidon viivästyminen huonontaa ennustetta – usein on kyse muutamasta tunnista, joskus jopa lyhyemmästäkin ajasta – kaikkien potilaiden kohdalla taudin tai vamman edellyttämä päivystysleikkausta ei tarvitse tehdä yöaikaan, vaan sitä voidaan turvallisesti siirtää 12–24 tuntia ja tehtäväksi virka-aikana. On arvioitu, että alle 20 % päivystysleikkauksista tulee tehdä mahdollisimman pian myös yöaikaan.

Julkisen sektorin operatiivisten erikoisalojen päivystysjärjestelmän ja suuronnettomuusvalmiuden ylläpito edellyttävät riittävää päivystystyöhön osallistuvaa lääkärimäärää. Tämä

mahdollistaa myös elektiivisen leikkaustoiminnan kattavan ja häiriöttömän tarjonnan julkisella sektorilla. Harkitsematon elektiivisen toiminnan ulkoistaminen johtaa vääjäämättä julkisen sektorin ylläpitämän operatiivisten erikoisalojen päivystystoiminnan merkittävään vaarantumiseen maassamme.

Järjestämiseen liittyvät näkökulmat

Päivystystoiminta on merkittävä osa erikoissairaanhoidon operatiivista toimintaa. Joissakin sairaaloissa päivystysleikkausten ja hoitajaksojen osuus on elektiivistä toimintaa suurempi. Operatiivisen päivystyksen valtakunnallista palvelujärjestelmää suunniteltaessa on tarkoituksenmukaista, että siinä huomioidaan ainakin seuraavat seikat:

- Työnjaosta ja keskittämisestä muualla maailmassa saadut kokemukset
- Suomen alueelliset ja ilmastolliset erityispiirteet
- Operatiivisten erikoisalojen erikoissairaanhoidon perinteet Suomessa
- Erikoissairaanhoidon nykyinen työnjako ja olemassa olevat järjestelyt
- Kirurgisten alojen erikoislääkäriskoulutuksen aiheuttamat rajoitukset erityisesti päivystysaikaisessa toiminnassa
- Trauma- ja muun päivystyskirurgian luonnolliset synergistiset piirteet
- Traumakirurgian ja tiettyjen vaativien elektiivisten toimenpiteiden ja niiden kehityksen synergistiset piirteet
- Integrointi muiden erikoisalojen työnjakojärjestelyihin, etenkin anestesiologiassa ja obstetriikassa

Traumasysteemi operatiivisten erikoisalojen päivystyksen järjestämisen mallina

Traumasysteemillä tarkoitetaan tietyn maantieteellisen ja hallinnollisen alueen sisällä toteutettua traumapotilaiden hoidon alueellista työnjakoa vammojen vaikeusasteen ja niiden hoidon edellyttämien resurssien mukaisesti. Eksklusiivisessä traumasysteemissä vain vaikeasti loukkaantuneiden potilaiden hoito on keskitetty erityisiin traumakeskuksiin, joissa on kaikki näiden potilaiden hoitoon tarvittavat resurssit ja erikoisalamiehitys vuorokauden ympäri. Inklusiivisessä traumasysteemissä myös lievästi loukkaantuneiden potilaiden hoito on järjestetty alueellisen koordinaation ja työnjaon pohjalta tarkoituksenmukaisesti. Jotta alueellinen koordinaatio ja työnjako tuottavat merkittävää terveyshyötyä (estettävissä olevien traumakuolemien määrällä mitattuna), se edellyttää riittävän suurta väestöpohjaa, jonka suuruudeksi on arvioitu noin 1 miljoona asukasta. Yhdysvalloista saatujen kokemusten pohjalta on voitu kiistattomasti osoittaa, että keskittämällä vaikeasti loukkaantuneiden potilaiden hoito tietyn alueen sisällä yksiköihin, joissa on alan paras asiantuntemus, sekä kokonaisuukolleisuus että estettävissä oleva kuolleisuus vähenevät merkittävästi (15–20 %). Toisaalta on myös osoitettu, että ns. over-triage eli lievästi loukkaantuneiden suuremman joukon ohjaaminen traumakeskuksiin ylikuormittaa traumakeskuksia siinä määrin, että niiden ydintoiminta eli vaikeasti loukkaantuneiden potilaiden hoito kärsii. Tämän johdosta vaikeasti loukkaantuneiden potilaiden kuolleisuus kasvaa ja osa traumakeskuksen tuomasta eloonjäämishyödystä häviää, vaikka lievästi loukkaantuneet potilaat voitaisiin hoitaa pienemmissä keskuksissa yhtä hyvin tuloksin.

Kirurgian erikoisalojen erikoislääkäriskoulutuksen uudistuksen seuraukset

Vaikka vuoden 1999 asetus erikoislääkäriskoulutuksesta määrittelee yleiskirurgian yhdeksi kirurgian erikoisaloista, ovat sen rooli ja tehtäväkenttä jääneet selkiytymättä, mistä on seurannut myös koulutuksen hajanaisuus. Toisaalta erikoislääkäriskoulutuksen pirstoutuneisuus johtaa vääjäämättä erikoisalakohտaisen kirurgian erikoissairaanhoidopalveluiden keskittämisen yksiköihin, joissa on riittävän suuri määrä tietyn erikoisalan erikoislääkäreitä. Samanaikaisesti erikoislääkärikohtainen osaaminen on edelleen kohdentunut pienempiin osa-alueisiin erikoisalojen sisällä.

Pienempien sairaaloiden elektiivisestä toiminnasta voidaan edelleen osa järjestää parhaiten laaja-alaisesti koulutetun erikoislääkärityövoiman avulla, jolloin yleiskirurginen osaaminen on tärkeitä. Lisäksi voidaan hyödyntää erilaisia kirurgian alojen erityispätevyyksiä,

jolloin sairaalat voivat räätälöidä tarvitsemansa erikoislääkärityövoiman alueellisten tarpeidensa mukaisesti. Päivystyskirurgiassa voidaan etenkin pienemmällä kirurgian erikoisaloilla hyödyntää ns. alueellista takapäivystysmallia, missä tietyn alueen ja erikoisalan erikoislääkärit päivystävät koko aluetta takapäivystäjinä, ei ainoastaan omaa sairaalaansa. Tämä edellyttää etäisyyksien pysymistä kohtuullisina ja lienee toteutettavissa vain eteläisen Suomen alueella.

Päivystyskirurgian pääosat

Päivystyskirurgia jakaantuu kahteen merkittävään osaan: akuutin tautiprosessin tai ulkoisen trauman aiheuttamaan akuuttiin kirurgiseen ongelmaan. Perinteisesti ortopedian ja traumatologian vastuulla olevat ulkoisen trauman vuoksi hoitoon hakeutuneet traumapotilaat jakaantuvat vaikeusasteen mukaisesti hyvin laajalla kirjolla pienistä haavoista ja ruhjeista yksinkertaisten murtumien kautta vaikeasti loukkaantuneisiin monivammapotilaisiin. Vaikka tuki- ja liikuntaelinten vammat muodostavat valtaosan traumapotilasvolyymistä, merkittävimmät välittömästi henkeä uhkaavat ja eniten komplikaatioita aiheuttavat vammat muodostuvat sisäelinten ja aivojen vammoista. Ortopedian ja traumatologian nykymuotoinen erikoislääkärikoulutus antaa vähemmän valmiuksia näiden potilaiden kokonaisvaltaiseen hoitoon kuin aiempi, pitempi yleiskirurgipohjainen koulutus, ja yhä useammin joudutaan turvautumaan muiden kirurgian erikoisalojen edustajiin jo hoidon alkuvaiheessa. Toisaalta tautien aiheuttamista kirurgisista päivystysongelmista merkittävä osa on gastro- ja/tai yleiskirurgian alaan kuuluvia, kuten akuutti vatsakipu. Myös verisuonikirurgiset ja urologiset päivystysongelmat lisääntyvät väestön ikääntymisen myötä. Oli kyse taudin tai vamman aiheuttamasta akuutista kirurgisesta hätätilanteesta, on niiden patofysiologiassa, diagnostiikassa ja alkuvaiheen (ensimmäiset 24 tuntia) hoidossa niin paljon yhteneväisyyksiä, että on perusteltua hoitaa molempien potilasryhmien vaativimmat tapaukset sellaisessa yksikössä, jossa voidaan turvata kaikkien kirurgian erikoisalojen edustajien saatavuus, vaativat diagnostiset palvelut, interventionaaliset radiologiset ja endoskooppiset toimenpiteet sekä tehohoito vuorokauden ympäri. Lievemmin loukkaantuneiden ja sairastuneiden hoito voidaan toteuttaa pienemmissä yksiköissä, joissa yleiskirurginen osaaminen edesauttaa päivystysjärjestelyjen toteuttamista työaikalainsäädännön vaatimusten mukaisesti ilman, että potilaiden saaman hoidon taso olisi uhattuna.

Yleisimmin Suomen keskussairaaloissa käytössä oleva kirurgian takapäivystysmalli jakaa kirurgian ns. pehmytosakirurgiseen (pääosin gastroenterologinen kirurgia, myös verisuoni- ja thoraxkirurgia sekä urologia) ja ns. ”kovan puolen” päivystykseen (ensisijaisesti ortopedia ja traumatologia). Tämä malli oli vuonna 2009 käytössä 8 keskussairaalassa, lisäksi kolmessa se oli käytössä vain viikonloppuisin (Kokkola, Kotka, Mikkeli). Jakamaton kirurginen takapäivystys oli käytössä 4 keskussairaalassa (Kajaani, Kemi, Pori, Savonlinna)

Suunnittelun lähtökohdat

Ensisijaista on potilaslähtöisyys, johon kuuluvat viiveetön hoito ja tarkoituksenmukainen hoitopaikka, jolloin potilaan akuutti sairaus tai vamma määrittää resurssitarpeen. Perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon integraation myötä rajapinnat madaltuvat ja resurssien yhteiskäyttö tehostuu. Keskeistä on erityisvastuualueen määrittäminen, alueellisesti sovittu työnjako, jolloin resurssit voidaan kohdentaa tarkoituksenmukaisesti. Lisäksi huomioidaan hoidon vaikuttavuus ja prosessien sujuvuus, joiden myötä laatu paranee ja järjestelmä on kustannustehokas.

Työnjako

Operatiivisten alojen potilaita hoidetaan terveysasemien päiväpäivystyksessä ja yhteispäivystyksissä, jotka sijaitsevat alue-, keskus- ja yliopistosairaalan yhteydessä. Lisäksi potilaita hoidetaan haja-asutusalueilla terveyskeskusten omissa päivystyspoliklinikoissa ja erikoissairaanhoidon erillisissä päivystyspoliklinikoissa (pääkaupunkiseudulla). Yleislääkärin ja kirurgin välisessä työnjaossa yleislääkärin tehtäviin kuuluu yleislääkäritasoisten kirurgisten ongelmien tunnistaminen ja hoito. Haja-asutusalueilla painopisteinä ovat kiireelli-

syyden tunnistaminen, ensihoito ja kuljetuskuntoon saattaminen. Yleislääkärin toimesta voidaan hoitaa definitiivisesti esimerkiksi pientraumatologiset potilaat, pienkirurgista toimenpidettä tarvitsevat tai vatsakipupotilaat, joiden hoito edellyttää vuodeosastotukea ja esim. laskimonsisäistä antibiootti- ja nestehoitoa, mutta jotka eivät tarvitse leikkaushoitoa. Pienkirurgisista toimenpiteistä soveltuvat tällaisiksi mm. pienten murtumien (kuten varttinäluun tyyppimurtuman) hoito, haavojen ompelu, nivelten ja limapussien punktiot ja -injektiot, ihopaiseen puhkaisu, kurkkupaiseen tyhjennys neulalla, trombosoituneen peräpukaman tyhjennys, perkutaanisen virtsarakkokatetrin asetus sekä nesteen tyhjennys rinta- tai vatsaontelosta. Toimenpidekirjo määräytyy lääkärin kokemuksen, päivystyspisteen varustetason ja kuljetusmatkan perusteella. Olennaista on myös saumaton ja tarkoituksenmukainen konsultaatiotoiminta.

Operatiivisten erikoisalojen päivystyksen tasot

Operatiivisten erikoisalojen päivystyksen tasot on jaettu sairaalaverkoston ja työnjaon mukaisesti neljään tasoon. Nykyisin kaikilla tasoilla sijaitsee yhteispäivystyksiä, joissa toimii sekä yleislääketieteen että muiden erikoisalojen lääkäreitä.

Perustaso

Perustason operatiivisten alojen päivystystoiminta toteutetaan osassa nykyisistä aluesairaaloista ja pienissä keskussairaaloissa. Painopisteinä ovat virka-aikainen (ja mahdollisesti iltai- aikaan ulottuva) päivystyskirurgia sairaalassa olevan erikoisalatarjonnan mukaisesti. Valtaosa päivystysleikkauksista kuuluu suurten kirurgisten erikoisalojen eli ortopedian ja traumatologian sekä gastroenterologisen kirurgian piiriin. Sairaalassa ei tehdä yöaikaisia päivystysleikkauksia. Sairaalassa päivystää läpi yön yksi kirurgian alan päivystäjä (erikoisalasta riippumatta), joka vastaa sairaalan sisäisten sekä sairaalaan yöllä tulevien päivystyspotilaiden hoidontarpeen arvioinnista. Mikäli kiireellistä leikkausta tarvitaan, potilas ohjataan asianmukaiseen suurempaan sairaalaan arityisvastuualueen sisäisen työnjakosopimuksen mukaisesti. Ne potilaat, joiden päivystysleikkaustarve ei ole kiireellinen, leikataan erikoisalatarjonnan puitteissa perustason sairaalassa seuraavana päivänä. Päivystäjän tulee olla jonkin kirurgian alan erikoislääkäri tai kirurgian runkokoulutusvaiheen läpikäynyt erikoistuva lääkäri. Muussa tapauksessa takapäivystäjäksi (vapaamuotoinen päivystys) tulee nimetä kirurgian alan erikoislääkäri.

Erytystaso

Erytystason operatiivisten erikoisalojen päivystys toteutetaan suurissa ja harvaan asuttujen alueiden keskussairaaloissa. Niissä ovat edustettuina pääosa operatiivisista erikoisaloista, ainakin ortopedia ja traumatologia, gastroenterologinen kirurgia, ja gynekologia. Tavoitteena on hoitaa erityisvastuualueella sopimuksen mukaan pääosa definitiivisistä päivystysleikkauksista. Lisäksi hyödynnetään erityisvastuualueen sisäisen koordinaation puitteissa alueelliset osaamis- ja erikoisalakeskittymät.

Erytystason operatiivisen päivystystoiminnan edellytyksenä on tehokas virka- ja iltai- aikainen päivystysleikkaustoiminta sekä mahdollisuus kiireelliseen yöaikaiseen leikkaus- toimintaan, joka edellyttää ympärivuorokautista anestesiapäivystystä. Lisäksi edellytetään ympärivuorokautista synnytystoimintakapasiteettia sekä tehohoitovalmiutta. Sairaalassa päivystää ympäri vuorokauden kirurgi ja hänellä on tukenaan sisäelinkirurgian (gastroenterologinen kirurgia, urologia, verisuonikirurgia jne.), sekä tukielinkirurgian (pääosin ortopedia ja traumatologia) takapäivystäjät. Sairaalan erikoisalaedustuksen mukaisesti voidaan sairaalakohtaisesti sopia, että kirurgietupäivystäjä tutkii ja hoitaa myös päivystyspoliklinikalle tulevat gynekologian, silmätautien ja korva-, nenä- ja kurkkutautien alojen potilaat asianomaisten erikoisalojen saman sairaalan tai yliopistosairaalan takapäivystäjien konsultaatiotuella.

Operatiiviset päivystyspalvelut

Toimipaikka	Sairaaloiden päivystystasot	Palveluiden sisältö	
		Keskityt palvelut	Lähipalvelut
Terveyskeskuksen päiväpäivystys ja päivystyspoliklinikat		-	Työnjaon mukaan, esim. hoidon tarpeen arvio, kuljetuskuntoon saattaminen, konservatiivisesti hoidettavat vatsapotilaat, pientraumat, pienkirurgiset toimenpiteet
Aluesairaala ja pieni keskussairaala	Taso I	Sovitut päivystysleikkaukset virka- ja ilta-aikaan	Kuten yllä
Iso keskussairaala tai harvaan asutun alueen pieni keskussairaala	Taso II	Pääosa päivystysleikkauksista Ympäri vuorokauden	Kuten yllä
Yliopistosairaala	Taso III	Kaikkien operatiivisten erikoisalojen leikkausvalmius ympäri vuorokauden	Kuten yllä
	Taso IV Valtakunnallisesti keskitettävät	Replantaatiokirurgia, vaikeat palovammat, elinsiirrot, lasten sydänkirurgia	-

KUVIO 9

Vaativa erityistaso

Vaativan erityistason operatiivisten erikoisalojen päivystys toteutetaan erityisvastuualueen sisäisen työnjakosopimuksen mukaisesti yliopistosairaaloissa, joiden päivystyksessä ovat edustettuina seuraavat operatiivisten alojen erikoisalat: ortopedia ja traumatologia, gastroenterologinen kirurgia, urologia, verisuonikirurgia, sydän- ja thorax-kirurgia, plastiikkakirurgia, käsikirurgia, lastenkirurgia, neurokirurgia, suu- ja leukakirurgia, silmätaudit, korva-, nenä- ja kurkkutaudit, sekä gynekologia ja obstetriikka. Yliopistosairaalan päivystysvalmius edellyttää kaikkien operatiivisten erikoisalojen ympärivuorokautista valmiutta, josta osa voidaan toteuttaa takapäivystyksenä. Joillakin erikoisaloilla voidaan myös hyödyntää alueellista takapäivystysmallia edellyttäen, että etäisyydet eivät kasva liian suuriksi. Myös telekonsultaatiomahdollisuudet tulee hyödyntää.

Yliopistosairaaloilla on oman erityisvastuualueensa päivystystoiminnan koordinaatiovastuu. Tietyt vaativaa kirurgista tai tehohoitoa edellyttävät potilaat kuten esimerkiksi vaikeasti loukkaantuneet monivammapotilaat, tai aivojen tai selkärangan vammojen vuoksi kiireellistä leikkausta vaativat potilaat pyritään ohjaamaan erityisvastuualueen sisällä suoraan lopulliseen hoitopaikkaan. Joissakin tapauksissa voidaan pitkien siirtoetäisyyksien vuoksi tehdä tilapäisesti hengen säilyttävä (ns. damage control) leikkaus alemmalla tasolla ennen potilaan siirtämistä yliopistosairaalaan. Myös harvinaisten sairauksien ja vammojen definitiivinen hoito keskitetään yliopistosairaalaan. Yliopistosairaaloille kuuluu myös oman erityisvastuualueensa suuronnettomuusvalmiuden johto- ja koordinaatiovastuu.

Valtakunnallinen taso

Tietyt potilasryhmät, kuten vaikeat palovammat, raajan irtoamat tai murskavammat, yli-painehappihoitoa tarvitsevat, laaja-alaiset kudostuhoa aiheuttavat bakteeri-infektiot ja muu vaativa erityiskirurgia, voidaan osaamis- ja laiteressurssien sekä potilasvolyymin perusteella jakaa valtakunnallisesti vain muutama yliopistosairaalaan.

Elinsiirtokirurgiaan ja lasten sydänkirurgiaan liittyvät päivystysvalmiudet keskitetään HYKS:aan. HYKS:lla on myös valtakunnallisen tason suuronnettomuustilanteiden johto- ja koordinaatiovastuu.

Työryhmä ehdottaa:

Työryhmä ehdottaa operatiivisten erikoisalojen päivystyksen jakamista neljään tasoon. Lisäksi potilaita hoidetaan terveyskeskusten päivystystoiminnassa alla olevan mukaisesti. Erityisvastuualueen sisällä toteutetaan alueen yliopistosairaalan koordinoimaa, hoitoresurs-

sit, alueelliset erityispiirteet ja etäisyydet huomioivaa työnjakoa. Hyvin toimivat päivystyshoitokokonaisuudet säilytetään ja niitä kehitetään.

Terveyskeskusten päivystystoiminta

- Erikoislääkärikonsultaatiomahdollisuus ainakin puhelimitse
- Haja-asutusalueilla terveyskeskuksen päivystyspoliklinikka, asutuskeskuksissa sairaaloiden yhteydessä toimiva yhteispäivystys (yleislääketiede)
- Painopisteinä diagnostiikka (ml. laboratorio ja röntgen ainakin yhteispäivystyksissä), kiireellisyden tunnistaminen, ensihoito, kuljetuskuntoon saattaminen
- Definiitiivinen hoito (esim. pientraumatologia ja pienkirurgiset toimenpiteet), oireenmukainen konservatiivinen hoito, vuodeosastotuki

1. Perustaso

- Virka- ja ilta-aikainen päivystysleikkausmahdollisuus sairaalan erikoisalatärjonnän puitteissa, painopisteinä suuret kirurgiset erikoisalat (ortopedia ja traumatologia, gastroenterologinen kirurgia), ei yöaikaista leikkaustoimintaa
- Sairaalassa ympäri vuorokauden kirurgipäivystäjä (kirurgian yhteisen runkokoulutuksen piirissä oleva kirurgian erikoisala), joka suorittaa hoidon kiireellisyden arvion ja ohjaa tarvittaessa kiireellistä leikkaushoitoa vaativan potilaan eteenpäin tai ohjelmoi päivystysleikkauksen seuraavalle aamulle
- Erityisvastuualueen koordinoimana sovittu osa definiitiivisestä kirurgisesta hoidosta

2. Erityistaso

- Suuret ja harvaan asuttujen alueiden keskussairaalat
- Ympäri vuorokautinen, anestesia-, synnytys- (gynekologia-) ja tehohoitovalmius
- Tehokas virka- ja ilta-aikainen päivystystoiminta sekä mahdollisuus kiireelliseen yöaikaiseen leikkaustoimintaan
- Ympäri vuorokautinen sairaalassa oleva kirurgipäivystys ja jaettu kirurginen takapäivystys: tukieliinkirurgia (pääosin ortopedia ja traumatologia) sekä sisäelinkirurgia (gastroenterologinen kirurgia, urologia, verisuonikirurgia ym. sairaalan erikoisalaedustuksen mukaisesti)
- Muiden operatiivisten erikoisalojen (silmätaudit, korva-, nenä- ja kurkkutaudit, gynekologia ja obstetriikka) takapäivystys sairaalan erikoisalaedustuksen ja erityisvastuualueen työnjaon mukaisesti
- Erityisvastuualueen koordinoimana pääosa definiitiivisestä kirurgisesta hoidosta

3. Vaativa erityistaso

- Kaikki yliopistosairaalat, joilla oman erityisvastuualueensa, päivystyksen koordinaatiovastuu
- Jaettu ympäri vuorokautinen kirurgian alojen sairaalapäivystys: tukieliinkirurgia ja sisäelinkirurgia
- Muiden erikoisalojen (esim. verisuonikirurgia, sydän- ja thorax-kirurgia, lastenkirurgia, neurokirurgia, obstetriikka) sairaalapäivystyksen tarve arvioidaan kussakin sairaalassa erikseen, kaikki operatiiviset erikoisalat ovat vähintään takapäivystysvalmiudessa
- Ympäri vuorokautinen vaativa diagnostinen (mukaan lukien vaativat radiologiset tutkimukset, kuten angiografia ja magneettikuvaus), toimenpideradiologinen (angioembolisaatio, ultraääni ohjatut punktiot ja kanavoinnit) sekä endoskooppinen (vuotogastroskopia) valmius
- Ympäri vuorokautinen vaativan tehohoidon valmius
- Harvinaisten järeikeidensairauksien ja vammojen definiitiivinen hoito
- Oman erityisvastuualueen suuronnettomuusvalmiuden johto- ja koordinaatiovastuu

4. Valtakunnallinen taso

- Tiettyjen potilasryhmien, kuten vaikeiden palovammojen, raajan irtoamis- tai murskavammojen, ylipainehappihoitoa tarvitsevien laaja-alaisten kudostuhoa

- aiheuttavien bakteeri-infektioiden, sekä muiden vaativaa erityiskirurgiaa tarvitsevien potilaiden hoito voidaan osaamis- ja laiteresurssien sekä potilasvolyymien perusteella jakaa valtakunnallisesti vain muutamaan yliopistosairaalaan
- Elinsiirtokirurgiaan ja lasten sydänkirurgiaan liittyvät päivystysvalmiudet keskitetään HYKS:aan
 - HYKS:illa on valtakunnallisen tason suuronnettomuustilanteiden johto- ja koordinaatiovastuu.

13.1.12 ST-nousuinfarktipotilaat

Taustaa

ST-nousuinfarkti (STEMI) on edelleen merkittävä sairaus ja suuri kuolleisuuden aiheuttaja Suomessa huolimatta ikävakioidun sydänkuolleisuuden vähenemisestä viime vuosikymmeninä. Väestön keski-ikä nousun myötä ei näiden sairaustapausten ja niiden aiheuttamien kuolemantapausten määrä ole vähentynyt vastaavasti yhtä paljon. Eri tilastojen mukaan Suomessa on arvioitu olevan vuosittain jopa 10 000 ST-nousuinfarktia. Noin kolmasosa potilaista kuolee välittömästi ehtimättä hälyttämään apua, minkä vuoksi hoitoon tulee vuosittain 6000–7000 potilasta.

Primaarin pallolaajennuksen (PCI) rooli ja suositukset

Euroopan kardiologisen seuran (ESC) ohjeiston mukaan ST-nousuinfarktin suositeltavin hoito on kokeneen kardiologin tekemä primaaripallolaajennus (PCI), jos suonon avaamiseen katsotaan kuljetukset ja muut aikaa vievät järjestelyt yhteen laskien kuluvan enintään 2 tuntia potilaan saapumisesta ensimmäiseen sydäninfarkteja hoitavaan yksikköön (Van de Werf jne. 2008). Ambulanssikuljetuksena 2 tunnin raja vastanee noin 150 km:n etäisyyttä. Mikäli rintakivun alkamisesta on lyhyt aika (alle 2 tuntia), aikaa ensimmäisestä kontaktista pallolaajennukseen saisi kulua enintään 1,5 tuntia (n. 100 km). Mikäli viive olisi näitä aikarajoja pitempi, suonta avaavana hoitona tulisi aloittaa liuotushoito mahdollisimman pian, mieluiten jo sairaalan ulkopuolella. Primaari pallolaajennus on suositeltavin hoito, jos liuotushoito on vasta-aiheinen tai kyseessä on hyvin suuren riskin STEMI kuten kardiogeeninen sokki. Suonta avaava hoito (liuotus tai pallolaajennus) tulisi aina toteuttaa mahdollisimman nopeasti. Jos sydänlihaksen iskemia jatkuu, voi primaarista pallolaajennuksesta olla hyötyä vielä 12–24 tuntia kivun alusta.

Liuotushoito

Hyytymän lääkkeellinen liuotus (laskimonsisäinen fibrinolyysi l. trombolyyysi l. liuotushoito) on toteutettavissa sisätautipäivystyksissä sekä maantieteellisten syiden takia etäisissä terveyskeskuspäivystyksissä. Hoidon vasta-aiheet ovat vakiintuneet ja vasta-aiheiden esiintyminen on lisäindikaatio primaari-PCI:lle. Hoidon hyöty vähenee oleellisesti 6 tunnin jälkeen kivun alusta ja häviää 12 tunnin jälkeen.

Myös sairaalan ulkopuolinen ensihoito voi aloittaa liuotushoidon konsultoituaan EKG-muutoksista vastuulääkäriään. Toimiva ensihoito nopeuttaa liuotushoidon toteuttamista merkittävästi.

Rescuepallolaajennus

Liuotushoito ei avaa infarktisuonta noin 30 %:ssa tapauksista. Tämä tulee tunnistaa viimeistään 90 minuutin kuluessa hoidon alusta ja pyrkiä ns. rescuepallolaajennukseen mahdollisimman nopeasti. Jos uhkaamassa on kliinisesti tai EKG:n perusteella suuri infarktivaurio, potilaat kuljetetaan suoraan päivystävään invasiiviseen keskukseen mahdollista rescue-PCI:tä varten. Jos riski arvioidaan pieneksi trombolyysihoidon jälkeen, angiografia ja jatkohoito voidaan käytännössä tehdä seuraavana päivänä potilaan omassa sairaalassa (suositusten mukaan viimeistään 12 tunnin kuluttua rintakivun alusta).

Pallolaajennushoidon nykytilanne

Pallolaajennuksia tehdään sekä elektiivisesti että kiireellisinä toimenpiteinä (48 tunnin sisällä) ei-ST-nousuinfarktin ja epästabiliin angina pectoriksen hoidossa virka-ajan puitteissa käytännössä kaikissa sairaaloissa, joissa sepelvaltimoiden varjoainekuvauksia tehdään. Kaikissa pallolaajennuksia suorittavissa sairaaloissa on mahdollisuus tehdä primaari-PCI ST-nousuinfarktin hoidoksi virka-aikana. Useissa keskuksissa se on ensisijainen tavoite kaikilla potilailla virka-aikana. Toisissa keskuksessa trombolyyysi ja tarvittaessa tehtävä rescuepallolaajennus on käypä hoitovaihtoehto, jos kivun alusta on lyhyt aika (<2-3t) eikä potilas ole verenkiertosokissa eikä liuotukselle ole vasta-aihetta. Ympäri vuorokautinen PCI-valmius on tällä hetkellä vain Helsingissä ja Tampereella. Lisäksi osa keskuksista tekee kardiologipäivystystä ilta-aikaan sekä rajatusti viikonloppuisin. Tämä palvelee lähinnä kiireellisiä potilaita, joskin voi tarjota mahdollisuuden myös primaari-PCI:hin. Osassa keskuksista turvaututaan hätätyöhön satunnaisesti, kun se on mahdollista. Osa-aikaisuus tai hätätyöt eivät takaa ST-nousuinfarktin suositusten mukaisen hoidon vaatimaa päivystysvalmiutta.

Primaari-PCI päivystystoiminnan vaatimukset

Kattava primaari-PCI-valmius edellyttää päivittäistä ympärivuorokautista päivystystä, jollainen on nykyisin vain Helsingissä ja Tampereella. Riittävä primaarin pallolaajennuksen suoritusvolyymi on edellytys turvalliselle ja laadukkaalle päivystystoiminnalle. Primaari-PCI:tä tekevässä keskuksessa pitäisikin suorittaa yli sata sydäninfarktin pallolaajennusta vuosittain ja 35–40 primaari-PCI:tä/päivystävä tiimi vuodessa. Päivystyksen järjestäminen edellyttää vähintään 7-8:aa invasiivista kardiologia. Tiimiin kuuluu kardiologin lisäksi yleensä kolme sairaanhoitajaa. Päivystys voidaan toteuttaa kotipäivystyksenä.

Työryhmä ehdottaa:

1. Ympäri vuorokautinen primaaripallolaajennuksen päivystystoiminta järjestetään viidessä keskuksessa (yliopistosairaalat). Huomattavassa osassa suomalaisia päivystyspoliklinikoita liuotushoito on kuljetusviiveiden takia edelleen ensisijainen vaihtoehto.
2. Rescuepallolaajennus-valmiuden mahdollistamiseksi hoitoketjut tulee järjestää siten, että mahdollisimman monet ST-nousuinfarktipotilaat kuljetetaan heti liuotushoidon alettua suoraan pallolaajennuksia tekevään yksikköön, eli päiväaikana omaan vastuusairaalaan ja päivystysaikana ympärivuorokautiseen kardiologipäivystykseen.
3. PCI-päivystysten työnjako tulee suunnitella ja toteuttaa perustuen matka-aikoihin kustakin kunnasta lähimpään päivystävään keskukseseen. Tarpeen mukaan sairaanhoitopiiri- ja erityisvastuualuerajat tulee voida ylittää. Ambulanssitoiminnan logistiikka on järjestettävä viiveettömäksi ja pitkien etäisyyksien alueilla tulee harkita helikopterikuljetuksia.
4. Tulevaisuudessa päivystäviä yksiköitä voidaan mahdollisesti lisätä ja alueellista yhdenmukaisuutta parantaa edellyttäen, että yksiköiden koko on riittävän suuri takamaan päivystyksen laadun ja kapasiteetin. Sen vuoksi keskittäminen yliopistosairaaloiden lisäksi valikoituihin keskussairaaloihin olisi järkevää.

13.1.13 Aivohalvauspotilaat (liuotushoito)

Aivoverenkiertohäiriöt ovat kolmanneksi yleisin kuoleman ja yleisin invaliditeetin aiheuttaja, johon kuluu noin 4-6 % terveydenhuollon voimavaroista. Aivoinfarktiin sairastuu yli 12 000 suomalaista vuosittain. Aivoinfarktin hoidossa 4,5 tunnin (aiemmin aikaraja oli 3 tuntia) sisällä oireiden alkamisesta annettu liuotushoito (TPA, tissue plasminogen activator) parantaa potilaan ennustetta, vähentää pitkäaikaisen laitoshoidon tarvetta sekä lyhentää sairaalahoitajakson pituutta. Tätä tehokasta hoitoa saa Suomessa tällä hetkellä vain noin 5 % kaikista aivoinfarktipotilaista.

Liuotushoidon toteuttaminen edellyttää aivojen tietokonetomografiaa, verinäytteitä ja potilaan arvioinnin tulee suorittaa liuotushoitoon perehtynyt neurologi. Huolimatta siitä, että Suomi on aivoinfarktin hoidossa maailman johtava maa, on suurten kaupunkien ulko-

puolella liuotushoidon järjestäminen osoittautunut hyvin vaikeaksi, ellei peräti mahdottomaksi. Tämä johtuu koulutetun neurologityövoiman rajallisesta saatavuudesta. Tällä hetkellä neurologietupäivystystä on Suomessa vain yliopistosairaaloissa.

Aivoinfarktin liuotushoito voidaan toteuttaa myös siten, että neurologin osuus hoidossa toteutetaan Internet-pohjaisen reaaliaikaisen kuva- ja ääniyhteyden avulla. Tästä on jo erinomaiset käytännön kokemukset HYKS:ssa toteutetussa hankkeessa, jossa Meilahden sairaalan päivystyspoliklinikan liuotushoidon asiantuntijalääkäri antaa etäkonsultaatioapua Etelä-Karjalan, Kymenlaakson, Lapin ja Länsi-Pohjan keskussairaaloiden sekä Kuusankosken aluesairaalan etupäivystäjille ja arvioi potilaan soveltuvuutta liuotushoitoon (Tatlisumat et al. 2009). Koko konsultaatiotilanne kestää keskimäärin 20 minuuttia. Tähän mennessä on järjestelmän avulla hoidettu noin 100 potilasta, ja noin 15 potilasta on saatu kotiin pitkäaikaishoidon sijaan. Hyvällä organisaatiolla ja kattavalla verkostolla tämä tavoite voidaan saavuttaa koko Suomessa. Jos tulevaisuudessa liuotushoidolla hoidetaan vuosittain noin 300 aivoinfarktipotilasta, estetään noin 45 potilaan pysyvä laitoshoitoon joutuminen, joka säästää noin 5 miljoonaa €/vuosi. Etäkonsultaatiojärjestelmän avulla pystytään takaamaan hoidon saatavuus myös sille Suomen väestölle, jolla ei ole mahdollisuutta 4,5 tunnin aikarajan puitteissa saapua sairaalaan, jossa on neurologietupäivystys. Seuraavat haasteet ovat laajentaa verkosto valtakunnalliseksi ja saada se ympäri vuorokauden toimivaksi. Tämä saattaisi kaikki Suomen kansalaiset tasavertaiseen asemaan aivohalvauksen hoidon suhteen riippumatta asuinpaikasta. Joka kuudes suomalainen tulee sairastumaan aivohalvaukseen, joten yhdenvertaisuus hoitoon pääsyssä on erityisen tärkeää näin yleisten ja vammauttavien sairauksien osalta. Jos valtakunnallinen ympäri vuorokauden toimiva järjestelmä tehdään yhden keskuksen kautta, pystytään se ylläpitämään noin 700 000 €:n vuosibudjetilla.

Työryhmä ehdottaa:

1. Työryhmä ehdottaa aivohalvauksen liuotushoidon järjestämistä siten, että hoidon saatavuus laajenee koko maahan.
2. Etäkonsultaatio toiminta aivohalvausten liuotushoidon toteuttamiseksi voidaan järjestää joko yhden valtakunnallisen tai useamman yliopistosairaalan keskuksen toimesta.
3. Jos toiminta järjestetään valtakunnallisena, voivat useiden paikkakuntien neurologit osallistua takapäivystysrinkiin, sillä tähän on tekniset edellytykset olemassa.
4. Tulevaisuudessa telestroke voidaan laajentaa kattamaan muutakin neurologian takapäivystystoimintaa (ns. teleneurologia) yliopistosairaaloiden ulkopuolella.

13.2 Päivystyspoliklinikat

13.2.1 Päivystyspoliklinikoiden hallinto

Nykytilanne

Yksittäisten päivystyspoliklinikoiden toiminta ja hallinnollinen malli vaihtelee suuresti. Perusterveydenhuollon päivystystoiminta sijaitsee yhä useammin saman katon alla erikoissairaanhoidon päivystystoiminnan kanssa. Tuolloin saattaa perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon päivystystoiminta olla aivan erillistä käyttäen vain joitain yhteisiä tukipalveluresursseja tai toiminnassa saattaa olla pitkälle kehitetty aito yhteispäivystys, joka on yhtenäinen hallinnollinen ja toiminnallinen kokonaisuus ilman perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon raja-aitaa. Perusterveydenhuollon päivystyspoliklinikan toiminta on saatettu ulkoistaa osaksi tai kokonaan yksityiselle palveluntuottajalle. Ensihoitopalvelu saattaa kuulua toimintayksikössä joko päivystyspoliklinikan kanssa samaan tai erilliseen organisaatioon.

Tällä hetkellä termiä yhteispäivystys käytetään kuvaamaan joko useamman kunnan yhteistä perusterveydenhuollon päivystyspoliklinikkaa tai saman katon alla olevaa perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon päivystystä riippumatta siitä, ovatko hallinto ja resurssit yhteiset tai erilliset.

Nykytilan ongelmat

Päivystysten hallintomallit saattavat olla hyvin monimutkaisia eivätkä vastuut ja työnjako ole aina selkeät. Osin tai kokonaan ulkoistetussa päivystyksessä saattaa syntyä epäselvyyksiä tilaajan ja tuottajan roolista käytännön potilasvirtojen ohjauksessa. Potilasohjauksesta ja työnjaosta sopimassa saattaa olla neljä eri tahoja: erikoissairaanhoidon, perusterveydenhuollon, ensihoitopalvelun ja yksityisen palveluntuottajan edustajat ilman selkeää käsitystä kunkin toimijan vastuusta erilaisten käsiteltävien asioiden osalta.

Sairaalan ulkopuolella potilaan hoidon aloittava ensihoitopalvelu ja sairaalan sisällä hoitoa jatkava päivystyspalvelu eivät muodosta yhtenäistä kokonaisuutta, vaan saattavat toimia organisaatioissa erillään.

Työryhmä ehdottaa:

1. Yksittäiset päivystyspoliklinikat sisältävät joko lähipalveluja, keskitettyjä palveluja tai molempia.
2. Päivystyspoliklinikan tulee muodostaa yhden johdon alla toimiva yhtenäinen kokonaisuus, riippumatta siitä mitä lähipalveluita tai keskitettyjä palveluita toiminta sisältää.
3. Ensihoitopalvelu ja päivystyspalvelu tulee organisaatiossa suunnitella yhtenäisenä kokonaisuutena.
4. Päivystyspoliklinikan tulee olla sijaintipaikkansa muun toimintayksikön integroitu osa, joka käyttää yhteisiä resursseja.

13.2.2 Päivystyspoliklinikoiden toiminta ja työnjako

Nykytilanne

Tällä hetkellä perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon välinen työnjako yhteispäivystyksissä perustuu alueiden ja päivystyspoliklinikoiden perinteisiin, lääkäreiden koulutukseen ja joidenkin resurssien perinteiseen rajaamiseen vain erikoissairaanhoidon käyttöön. Vähitellen on eri alueilla alkanut muodostua myös uudentyyppisiä, enemmän potilaiden tarpeista lähtöisin olevia työnjaon periaatteita. Vastaavasti päivystyspoliklinikoiden sairaanhoitajan perinteinen työnkuva on muuttunut ja työnkuvaa on lähdetty kehittämään paikallisesti.

Nykytilanteen ongelmat

Yhteispäivystyksissä saattaa toimia kaksi aivan erillistä päivystystä, eikä lääkäreiden ja hoitajien osaamista ja voimavaroja voida käyttää joustavasti tilanteen mukaan. Sairaanhoidajien työnkuvan kehittäminen on vasta alussa eikä siitä ole yhtenäisiä periaatteita. Potilaiden hoitopolku saattaa olla monimutkainen ja sisältää päällekkäisyyksiä. Lasten, vanhusten ja päihde- ja mielenterveyspotilaiden osalta päivystyksen järjestelyihin ei ole kiinnitetty tarpeeksi huomiota.

Yhteispäivystysten rinnakkain toimivissa erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon päivystyksissä menee läheteellä tuleva potilas pääsääntöisesti aina erikoissairaanhoidon lääkäriille, vaikka lähetteen kirjoittamisen syynä ei olisi erikoislääkärin vaan esimerkiksi kontrolliverikokeen tai röntgentutkimuksen tarve tai tilanteen seuranta terveysaseman päivypäivystyksen aukioloajan loppumisen jälkeen.

Työryhmä ehdottaa:

1. Yhteispäivystyksessä hoidettavien potilaiden hoitoon käytetään yhteispäivystyksen resursseja optimaalisesti ilman raja-aitoja.
2. Suurissa yhteispäivystyksissä tulee toimia akuuttilääketieteen erikoislääkäreitä ja akuuttilääketieteen koulutuksessa olevia lääkäreitä (erikoisalan perustamisen jälkeen). Yhteispäivystyksissä toimii lisäksi yleislääkäreitä/yleislääketieteen erikoislääkäreitä ja hoidettavien potilasryhmien mukaisesti muita lääkäreitä, esim. sisätautien,

kirurgian, geriatrian ja lastentautien erikoislääkärit. Pääkaupunkiseudun laajan päivystysverkoston työnjaon vaikutukset yhteispäivystysten erikoisaloihin tulee tarkastella erikseen.

3. Yleislääketieteen ja muiden erikoisalojen lääkäreiden välisen työnjaon ei tule pitäytyä aiemmissa perinteissä, vaan työnjaon tulee lähteä potilaiden tarpeesta ja mahdollisimman suoraviivaisesta hoitopolusta. Kullakin päivystyspoliklinikalla tulee olla yksi ja yhtenäinen hoidon tarpeen ja kiireellisyyden arviointikriteeristö.
4. Lievät vammat ja hyväkuntoiset lieväoireiset potilaat hoitaa pääosin yleislääkäri yhdessä päivystyksen sairaanhoitajan kanssa.
5. Selvästi erikoislääkäreiden osaamista edellyttävistä potilasryhmistä vastaa erikoislääkäri ja nämä potilaat ohjataan suoraan erikoislääkäreiden hoitoon.
6. Lääkäreiden työnjako tehdään paikallisesti ottaen huomioon voimavarojen optimaalinen käyttö ruuhka-aikoina ja yöaikaan.
7. Lasten, vanhusten, mielenterveyspotilaiden ja päihdepotilaiden hoito tulee suunnitella luvussa 13 esitettyjen periaatteiden mukaisesti.
8. Lääkäreiden ja sairaanhoitajien välisessä työnjaossa tulee huomioida kunkin toimijan tehtävät hoidon tarpeen arvioinnissa, päivystyksen potilastilanteen hallinnassa ja potilaiden hoidossa. Osana päivystyksen tiimiä sairaanhoitajalla tulee olla tärkeä ja kasvava rooli päivystyksen potilastilanteen arvioissa ja seurannassa.
9. Sairaanhoitajien työnkuvaa ja työnjakoa tulee tarkastella uudella tavalla vahvistaen päivystyksissä tapahtuvaa hoitotyötä. Sairaanhoitajan työnkuvaa tulee kehittää korostaen sekä itsenäisten vastaanottojen järjestämistä että työskentelyä osana päivystyksen tiimiä.
10. Sairaanhoitajien työnkuvaan kuuluu hoidon tarpeen arvioinnin yhteydessä tehtävä hoitoon ohjaus ja kotihoito-ohjeiden antaminen niille potilaille, jotka eivät tarvitse päivystyksen lääkärin vastaanottoa. Uudentyyppiset tehtävät koskevat esimerkiksi laboratoriotutkimusten tai sovittujen radiologisten tutkimusten tilaamista lääkärin vahvistamien pysyväisohjeiden mukaan, pienten haavojen ompelua ja aiempaa laajempaa keskusteluavun antamista.
11. Yhteispäivystykseen lähetteellä tulevan potilaan tarvitsemat palvelut tulee voida valita tarkoituksenmukaisesti ilman että lähetteellä tuleva potilas automaattisesti kuuluisi erikoissairaanhoidon lääkärille. Vastaavasti yhtenäinen asiakasmaksu ja kirjaaminen tulee huomioida.
12. Päivystyspoliklinikalle on suunniteltava järjestelmä ruuhkatilanteiden varalta, jolloin sinne saadaan lisää sairaanhoitaja- ja lääkäriävoimaa.

13.3 Laboratorio- ja kuvantamistutkimukset

Nykytilanne

Nykyiselle perusterveydenhuollon päivystykselle on monin paikoin annettu käyttöön rajoitettu kuvantamis- ja laboratoriotutkimusten tutkimusvalikko. Tavoitteena on ollut hillitä kustannuksia ja resurssien käyttöä. Tämä käytäntö on saattanut ohjata potilaiden hoitoa osin epätarkoituksenmukaisesti. Esimerkiksi epäiltäessä syvää laskimoveritulppaa on hoitopolussa paikoin mukana sekä erikoissairaanhoito että perusterveydenhuolto vain siksi, että ultraäänitutkimus on rajattu vain erikoissairaanhoidon tutkimukseksi.

Potilasohjauksessa ja työnjaossa ei ole kiinnitetty riittävästi huomiota siihen, että terveysasemien päiväpäivystyksessä hoidettavien potilaiden tutkimusten vastauksien tulee olla riittävän nopeasti saatavilla.

Heti kun uutta teknologiaa soveltavat, etäkalibroittavat analysaattorit tulevat käyttöön, tutkimusten tekeminen yksinkertaistuu ja tutkimusvalikoimaa voidaan laajentaa jopa 40 tutkimukseen. Päivystystyön kannalta tärkeimpiä uusia vieritutkimuksia olisivat esimerkiksi perushematologia, kreatiniini, Alat, Afos, Na, K, ja monet infektioautien aiheuttajat. Ehdotukset on laadittu tämänhetkisen tietämyksen mukaisesti, ja niitä tulee päivittää sitä mukaa kuin uutta tutkimustietoa saadaan.

Työryhmä ehdottaa:

1. Yhteispäivystyksissä tulee olla käytettävissä ympäri vuorokauden potilaiden diagnostiikkaan ja hoitoon tarvittava riittävä tutkimusvalikko sekä kuvantamis- että laboratoriotutkimuksia.
2. Kaikissa päivystyspotilaita hoitavissa toimipaikoissa (myös perusterveydenhuollon päiväaikaisilla vastaanotoilla sivutoimipisteissä) tulee olla seuraavat tutkimusvalmiudet: EKG-monitori/defibrillaattori, EKG, pulssioksimetri, PEF-mittari, CRP, veren sokeri, troponiini T tai I, hemoglobiini, virtsan liuskatestit ja bakteeriviljely, streptokokkiantigeenitesti ja/tai streptokokkiviljely nielusta ja bakteeriviljely punktionesteistä tai eritteistä.
3. Perusterveydenhuollon suurissa toimipisteissä, joissa tutkitaan ja hoidetaan huonokuntoisia potilaita, tehdään pienkirurgisia toimenpiteitä ja hoidetaan potilaita vuodeosastolla, tulee edellisten lisäksi olla seuraavat tutkimusvalmiudet: kaikututkimuslaite, dopplerlaite alaraajapulssien tutkimiseen, veriviljely ja punktionesteiden bakteeriviljely (veriviljelypullo), mahdollisuus ottaa verinäytteitä sekä PCR-näytteitä muualla analysoitavaksi. Vieritestivalikoimaa voi laajentaa hoidettavien potilasryhmien mukaan (esimerkiksi D-dimeeri, virtsan tryptosinogeeni-2 ja BNP).
4. Radiologin tulee olla ympäri vuorokauden käytettävissä niissä yhteispäivystyksissä, joissa hoidettavat potilasryhmät edellyttävät radiologin paikan päällä tekemää diagnostiikkaa tai hoitoa.
5. Päivystävien lääkäreiden käytössä tulee ympäri vuorokauden olla alueellisesti järjestetyt, keskitetyt radiologiset konsultaatiomahdollisuudet.
6. Käytettävissä olevia tutkimuksia ei tule erotella erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon välillä aiempien työnjaon perinteiden mukaan. Tutkimuksia tulee voida käyttää joustavasti kunkin potilasryhmän tarvitseman diagnostiikan ja hoidon mukaan.
7. Tutkimukset tulee valita potilaan diagnostiikan ja hoidon tarpeen mukaan riippumatta kustannusten kohdentumisesta esimerkiksi yksityisen ja julkisen palveluntuottajan välillä ja ilman potilaan epätarkoituksenmukaista siirtämistä toisen lääkärin hoitoon kustannusten vuoksi.
8. Kustannuksia ja tutkimusten oikeaa käyttöä voidaan ohjata sopimalla kirjallisesti kullekin potilasryhmälle tarvittavat radiologiset tutkimukset ja tarvittaessa radiologin tai muun erikoislääkärin konsultointi rajatapauksissa.
9. Päivystyspoliklinikoilla tulee olla työnjaon edellyttämät resurssit.

13.4 Terveyskeskusten vuodeosastot

Terveyskeskusten vuodeosastot ovat kiinteä osa päivystyspalveluiden kokonaisuutta. Vuodeosastot ottavat potilaat päivystyspoliklinikoilta jatkohoitoon ja pitkien etäisyyksien alueilla myös suoraan kotoa. Vanhusten hoidossa tulee huomiota kiinnittää siihen, että vanhukset voivat tarvittaessa päästä suoraan vuodeosastolle, jollei päivystyspoliklinikalla otettavia tutkimuksia tarvita kiireellisenä. Vanhusten päivystyshoitoa käsitellään erikseen luvussa 13.1.6.

Työryhmä ehdottaa:

1. Terveyskeskusten vuodeosastojen päivystysaikainen lääkäripäivystys tulee suunnitella osana alueen lähipalveluiden kokonaisuutta.
2. Terveyskeskusten vuodeosastoilla hoidettavat potilaat on valittava siten, että kunkin potilaan tarvitseman lääkärin tutkimuksen ja hoidon sekä laboratorio- ja kuvantamispalveluiden saatavuus on riittävä.
3. Terveyskeskusten akuuttiosastojen kapasiteetti tulee olla riittävä niin, että erilaisien palvelujen piirissä olevien potilaiden (vanhainkodit, palvelutalot, kotisairaala) akuutit ongelmat voidaan hoitaa potilaan tilanteen salliessa terveystieteiden vuodeosastolla.

13.5 Päivystysosastot

Yhteispäivystysten palvelukokonaisuuteen kuuluu kiinteästi päivystysosastotoiminta. Päivystysosastolla tarkkaillaan potilasta, tehdään tarvittavat tutkimukset ja hoito sekä arvioidaan jatkohoidon tarvetta. Monissa päivystyksissä saatetaan päivystyspoliklinikalla tehdä päivystysosaston luonteista toimintaa. Päivystysosastojen toiminta ja järjestelyt vaihtelevat eri alueilla.

Työryhmä ehdottaa:

1. Yhteispäivystyksen yhteyteen on tarkoituksenmukaista sijoittaa sen toimintaan integroitu päivystysosasto.
2. Päivystysosastolla tulee olla selkeä tehtäväkuva, tavoiteajat ja riittävät tutkimus- ja hoitomahdollisuudet.
3. Päivystysosastolla tulee olla eri erikoisalojen osaaminen hoidettavien potilasryhmien mukaisesti kaikkina viikonpäivinä.

13.6 Tehoalvonta ja tehohoito

Tehovalvonnalla ja tehohoidolla tarkoitetaan elintoimintojen tarkkailua ja hoitoa äkillisesti kriittisesti sairastuneella tai vammautuneella potilaalla. Lisäksi tehohoidossa korostuu vaativa ympärivuorokautinen diagnostiikka- ja toimenpidevalmius. Tehohoitoa ja tehoalvontaa tarvitsevia potilaita kohdataan kaikissa päivystystoimintaa ja/tai korkean riskin operatiivista toimintaa harjoittavissa yksiköissä. Näitä potilaita on vain hyvin pieni osa päivystyspoliklinikoiden potilaista, mutta näiden potilaiden tunnistaminen ja hoidon aloittaminen on keskeinen ja tärkeä osa päivystystoimintaa. Vakavasti sairaan potilaan hoidossa monet sovellettavat lääketieteen menetelmät (hengitysvajauksen non-invasiiviset ja invasiiviset hoidot, verenkierron tukilääkitys, nesteresuskitaatio jne.) ovat sinänsä samoja ensihoidossa, päivystyspoliklinikoilla, tehovalvonnassa sekä tehohoidossa. Keskeinen ero on hoitojen toteuttamisen aikajänne ja käytettävissä olevat resurssit sekä olosuhteet. Ensihoidossa ja päivystyspoliklinikoilla hoitojen aloittaminen tulee olla mahdollista, mutta suuri resurssien tarve vaatii jatkohoidon järjestämistä näihin hoitoihin tarkoituksenmukaisesti varustetussa yksikössä. Tehoalvontayksiköissä, varsinaisesta tehohoidosta poiketen, on henkilöstöresurssi tehohoitoa kevyempi mahdollista mm. yksinkertaisten invasiivisten verenkierron valvontamenetelmien käytön sekä hengitysvajauksen hoidon non-invasiivisin menetelmin ja vain rajoitetusti invasiivisin menetelmin (äkillinen hengitysvajaus; KH-suositus). Teho-osastoilla toteutetaan teknisesti vaativampia ja erityisesti suurempia henkilöstöresursseja vaativia tehohoidon menetelmiä kuten invasiivista verenkierron monitorointia, invasiivista hengityslaittehoitoa, verenkierron mekaanisia apuhoitoja, terapeuttista hypotermiahoitoa ja munuaiskorvaushoitoja.

Tehohoidon keskittämisen hyödyistä on tutkimusnäyttöä kohtalaisesti (Glance ym. 2006). Esimerkiksi hengitysvajauksen ja sepsiksen hoidon lopputulos paranee hoitojaksojen määrän kasvaessa (Kahn ym. 2006). Kriittisenä alarajana on pidettävä kansainvälisissä tutkimuksissa todettua 500 tehohoitojaksoa/vuosi (hoitojaksot, jossa on tarvittu invasiivista hengityslaittehoitoa). Tällä hetkellä suomalaisissa yksiköissä tämä toteutuu vain suurimmissa keskussairaaloissa ja useimpien yliopistosairaaloiden teho-osastoilla. Käytännössä teho-osaston tulee olla vähintään 10–12- paikkainen, jotta kuvatut volyymitavoitteet saavutetaan. Tehoalvontaosastojen hoitojaksojen määrän vaikutuksista hoidon tuloksiin ei ole tutkimustietoa. Osaston koon vaikutus resurssien järkevään käyttöön on sen sijaan ilmeinen myös tehovalvonnassa. Paikkaluvultaan alle kuuden paikan osastot eivät mahdollista henkilöstöresurssin tarkoituksenmukaista käyttöä.

Työryhmä ehdottaa:

1. Tehoalvontatasoista toimintaa on tarkoituksenmukaista järjestää suuremmissa keskitettyjä päivystyspalveluita antavissa sairaaloissa, joissa yli kuuden tehoalvontapaikan osastojen muodostaminen on toimintavolyymien puolesta mahdollista.
2. Tehoalvontayksiköstä vastaa tai on välittömästi saatavilla lääkäri, joka on perehty-

nyt tehovalvontatasoisten menetelmien käyttöön. Käytännössä tämä lääkäri on sairaalapäivystyksessä oleva anestesia­lääkäri.

3. Tehohoitotasosta hoitoa antava yksikkö tulee olla niissä sairaaloissa, joissa toteutetaan ympäri vuorokauden päivystyskirurgiaa ja hoidetaan keskitetysti konservatiivisten erikoisalojen päivystyspotilaita. Yliopistosairaaloiden ja suurimpien keskussairaaloiden toiminta ja resurssit edellyttävät ja mahdollistavat tehohoitotason yksikön muodostamisen, jolloin paikkaluvun tulee olla vähintään 10.
4. Varsinaiset tehohoitotasoiset osastot vaativat erityisesti tehohoitoon perehtyneiden lääkäreiden ympärivuorokautisen päivystyksen. Tehohoitoon perehtyneisyydellä tarkoitetaan tehohoidon lisäkoulutusohjelmaa ja toimimista päätoimisena tehohoitolääkärinä.

14 KUSTANNUKSET

Tavoitteena on tuottaa käytettävissä olevilla voimavaroilla mahdollisimman suuri terveyshyöty. Päivystystoiminnassa saavutetun terveyshyödyn ja elämänlaadun kustannuksia on vaikea mitata, koska päivystys on osa monimutkaista kokonaisuutta. Yksittäisten potilasryhmien kohdalla päivystyksen rooli saattaa olla merkittävä ja tuolloin kustannusvaikutavuutta on mahdollista tutkia. Seuranta kohdistuu päivystyksen osalta usein vain tehtyjen käyntien ja toimintayksikön kustannuksiin. On huomattava, että valmiuden ylläpito edellyttää resursseja, jotka eivät riipu käyntimääristä.

Päivystystoiminta käyttää merkittävän osuuden terveydenhuollon voimavaroista. Kustannuksia arvioitaessa on huomattava, että jos tavoitteeksi asetetaan yksittäisen päivystyspoliklinikan kustannusten alentaminen, saattaa tapahtua osaoptimointia ja kustannusten siirtymistä muille toimintayksiköille. Yksittäisten päivystyskäyntien kustannusten kehitystrendiä päivystyspoliklinikalla voidaan seurata ja tuolloin voidaan huomioda toiminnassa tapahtuneet muutokset. Eri päivystysyksiköiden käyntihintojen vertailussa on huomioitava päivystyskäyntien sisältö ja hoidettavien potilaiden sairaudet. Samankaltaisten päivystysyksiköiden vertaisarviointi antaa mahdollisuuden ongelmakohtien tarkempaan pohdintaan.

Päivystystoiminnan järjestämisen eri vaihtoehtojen kustannusvertailu on välttämätöntä, koska järjestämistapoja on monia. Jotta kahden järjestämistavan kustannuksia voidaan verrata toisiinsa, tulee toiminnan sisällön olla yhteismitallista. Jos samanaikaisesti muutetaan sekä palvelun järjestämistapaa että potilasohjausta, ei palvelun järjestämisen kustannuksia voi suoraan verrata aiempaan tilanteeseen. Heijastusvaikutukset muun toiminnan kustannuksiin jäävät tällöin arvioimatta. Sama koskee tilannetta, jossa palvelun järjestämistavan muutoksen yhteydessä muuttuu tavoiteltu tai saavutettu osaamistaso tai muu resurssien käyttö. Heijastusvaikutukset saavutettuun terveyshyötyyn ja sen kustannuksiin jäävät tällöin pois vertailusta. Myös investointien, infrastruktuurin ylläpidon, riskien hallinnan ja kokonaisuiminnan kehittämisen kustannukset tulee huomioda. Tilanteessa, jossa alueella on siirretty kokonaisvastuu joidenkin yksiköiden kaikkien terveyspalveluiden järjestämisestä toiselle toimijalle, on mahdollista verrata myös terveyshyötyä ja sen kustannuksia alueen muihin yksiköihin.

Kokemattomat lääkärit kiireisissä päivystyspoliklinikoissa eivät ehdi perehtymään riittävästi potilaisiin ja ottavat vuodeosastoille varmuuden vuoksi potilaita, jotka eivät tästä hoidosta hyödy. Tällaiset hoitajaksot ovat kalliita ja potilas saisi tarkoituksenmukaisemmassa hoitopaikassa paremmin häntä hyödyttävää hoitoa. Päivystykseen tulee varata riittävät voimavarat, mm. erikoislääkärikokemusta etulinjaan, jotta järjestelmän kokonaiskustannukset pystytään hallitsemaan. Jos kustannuspaineissa tehdään ratkaisuja, jotka ohentavat päivystystyön osaamista ja heikentävät päivystysten resursointia, on sillä heikentävä vaikutus koko palvelujärjestelmään ja potilaiden hoitoon. Päivystyspalveluiden ulkoistamisella on haettu lääkäreiden saatavuuden lisäksi kustannussäästöjä. Ulkoistamisessa tulee välttää kustannusten ja potilaiden hoidon osalta mahdollisesti syntyviä osaoptimointitilanteita ja yleislääkäripäivystyksen eriytymistä muusta toiminnasta ja kehittämistyöstä.

Päivystystoiminnasta aiheutuvia kustannuksia tulee tarkastella kokonaisuutena, koska hyvin toimiva yhteispäivystys alentaa päivystyksen kuluja mm. siten, että uusintakäynnit vähenevät ja potilaalle tehdään heti ensimmäisellä käynnillä tarpeelliset valikoidut tutkimukset. Kustannuslaskennassa tulee huomioida myös muut kuin päivystyspoliklinikkatoiminnan kustannukset, esim. paljonko potilaita otetaan vuodeosastoille.

Ympäri vuorokautinen päivystys on kallista. Yöllinen toiminta tulee rajata vain välttämättömään ja muutoin terveydenhuollon palvelut keskitetään virka-aikaan. Muun palvelujärjestelmän, kuten sosiaalipäivystyksen ja virka-ajan palveluiden, toimivuus on päivystyksen ja kokonaiskustannusten kannalta ensiarvoisen tärkeää. Yhteiskunnalle tulevat matkakustannukset tulee huomioida päivystystoiminnan kokonaiskustannuksia arvioitaessa.

Työryhmä ehdottaa:

1. Kustannusten nousun hillitsemiseksi työryhmä ehdottaa toteutettavaksi tässä hankkeessa ehdotettuja päivystystoiminnan rationalisointia tavoittelevia toimenpiteitä, erityisesti yöajan operatiivisen toiminnan keskittämistä.
2. Kustannusten kannalta erityisen merkittäviä kehityskohteita ovat päivystyspoliklinikoiden tarkoituksenmukainen käyttö, alueellinen ja valtakunnallinen työnjako ja uudet teknologian menetelmät, jotka mahdollistavat ympärivuorokautisen osaamisen laaja-alaisen yhteiskäytön.
3. Päivystystoiminnan ja erityisesti osaamisen riittävä resursointi mahdollistaa potilaille korkea-laatuista ja tarkoituksenmukaisen hoidon, koska päivystyksissä tehtävät päätökset vaikuttavat merkittävästi koko hoitajakson tuloksiin ja kustannuksiin.
4. Päivystyshoidon järjestämistavan kustannuksia vertailtaessa tulee huomioida laadun, potilasohjauksen ja muiden samanaikaisten muutosten vaikutukset terveyshyötyyn ja kustannuksiin.

15 PÄIVYSTYSTEN YHTEISTYÖVERKOSTOT

Päivystysten yhteistyöverkostot ovat laajat ja kattavat terveydenhuollon ja sosiaalitoimen koko kentän ja lisäksi yhteistyön eri viranomaistahojen ja yksityissektorin kanssa. Tässä luvussa tarkastellaan erikseen sosiaalipäivystyksen ja päivystyspalveluiden yhteistyötä sekä ensihoitopalvelun, päivystyspalvelun ja hätäkeskuksen yhteistyötä.

15.1 Sosiaalipäivystys

Sosiaalipäivystys on välttämättömien ja kiireellisten sosiaalipalvelujen järjestämistä siten, että välitön apu voidaan antaa erilaisissa sosiaalisissa hätä- ja kriisitilanteissa vuorokauden ajasta riippumatta. Sosiaalipäivystys tulisi järjestää laajana, suuren alueenväestöä palvelevana. Sosiaalipäivystys on osa sosiaalipalvelujen kokonaisuutta ja sosiaalipalvelujen järjestäminen on kunnille kuuluva tehtävä (Kiireellinen sosiaalipalvelu, STM 2005: 8). Kunnat ovat olleet vuoden 2007 alusta velvollisia järjestämään ympärivuorokautisen kiireellisen sosiaalipalvelun. Käytännössä tämä tavoite on tällä hetkellä saavutettu valtakunnallisesti, mutta toimintamallit ovat vielä hajanaisia. Keskeisimmät sosiaalipäivystyksen toimintaa ohjaavat säännökset ovat perustuslaissa, sosiaalihuoltolaissa, toimeentulotukilaissa ja lastensuojelulaissa. *Sosiaalihuoltolain 40 §:n* mukaan kiireellisissä tapauksissa sosiaalipalvelujen tarve on arvioitava viipymättä.

Virka-ajalla sosiaalipalvelujen tarpeessa olevat potilaat voidaan ohjata virka-aikaisten palveluiden piiriin. Sosiaalityön kiireellisiä palveluja tarvitaan kuitenkin myös iltaisin ja viikonloppuisin. Sosiaalipäivystys mahdollistaa asiakkaiden palvelun ympärivuorokautisesti. Sosiaalipäivystyksen palveluiden piiriin ohjataan asiakkaita myös mm. hätäkeskuksen ja poliisin toimesta. Kiireellisen avun tarpeessa voi olla esim. hoivaa vaille jäänyt lapsi, vanhus, jonka tilanne äkillisesti muuttuu, tai päihteiden käytön vuoksi nopeasti hoitoa tarvitseva. Iltaisin ja viikonloppuisin työ painottuu perheiden lastensuojelutilanteisiin, nuorten krii-

sitilanteiden hoitamiseen sekä perheväkivaltatilanteisiin. Erilaiset onnettomuudet ja muut vaaratilanteet synnyttävät sosiaalisen avun tarvetta vuorokauden aikaan katsomatta. Tällaisia tilanteita ovat esimerkiksi tulipalot, liikenneonnettomuudet, äkilliset läheisen kuolemat, katoamiset ja rikoksen uhriksi joutumiset. Sosiaalipäivystys käyttää työssään myös terveydenhuollon päivystyspoliklinikoita mm. tilanteissa, joissa henkilö on joutunut fyysisen väkivallan tai seksuaalisen hyväksikäytön uhriksi, sosiaalipäivystyksessä on syntynyt akuutti huoli henkilön mielenterveydestä tai lapsen terveydentilaa tulee kiireellisesti selvittää vakavan hoidon laiminlyönnin seurauksena.

Sosiaalipäivystys toimii virka-aikaan suurissa kunnissa yleensä jossakin kunnan sosiaalitoimen toimipisteessä. Ilta-, yö- ja viikonloppupäivystys on usein järjestetty usean kunnan yhteisenä toimintana. Käytössä on monia tapoja järjestää sosiaalipäivystys. Malleissa on pyritty ja jouduttu huomioimaan paikalliset olosuhteet ja resurssit. Sosiaalipäivystys voi toimia myös yhteispäivystyksen yhteydessä. Kaikissa malleissa ei esim. asiakkaalla ole mahdollisuutta hakeutua sosiaalipäivystykseen omatoimisesti, vaan yhteyden saa ainoastaan toisen viranomaisen välityksellä, esim. soittamalla hätäkeskukseen. Sosiaali- ja terveysministeriö ohjaa kuntia sosiaalipäivystysjärjestelmän järjestämisessä ja kehittämisessä sekä sosiaalitoimen valmiussuunnittelussa.

Psykososiaalinen tuki ja palvelut ovat yläkäsite, joka sisältää kriisityön, henkisen huollon, sosiaalityön ja -palvelut sekä psyykkisen tilan arvion. Psykososiaalinen tuki ja palvelut ovat osa julkisen sektorin järjestämisvastuun piiriin kuuluvaa lakisääteistä toimintaa. Psykososiaalisen tuen tavoitteena on ehkäistä ja lievittää traumaattisen tapahtuman psyykkisiä ja sosiaalisia seurauksia. Valmisteilla olevassa terveydenhuoltolaissa tullaan selkiyttämään psykososiaalisen tuen ja palvelujen asemaa. Lain mukaan terveydenhuolto tarvittaessa huolehtii potilaan, hänen läheisensä tai muun tapahtumaan osallisen ohjaamisesta ja yhdistämisestä psykososiaaliseen tukeen ja palveluihin. Osaamisen kannalta luontaisia vastuutahojia ja palveluita järjestettäessä ovat kunnan mielenterveystyö ja sosiaalihuolto.

Terveydenhuollon ja sosiaalitoimen yhteistyön tulee päivystystoiminnassa olla saumaton, jotta päivystyspalveluihin hakeutuville turvataan heidän tarvitsemansa muut palvelut. Toimiva yhteistyö laajentaa päivystyksen käytössä olevaa asiantuntijuutta sekä parantaa toiminnan laatua, oikea-aikaisuutta ja vaikuttavuutta.

Terveydenhuollon ammattihenkilön on viipymättä ilmoitettava salassapitosäännösten estämättä kunnan sosiaalihuollosta vastaavalle toimielimelle, jos hän tehtävässään on saanut tietää lapsesta, jonka hoidon ja huolenpidon tarve, kehitystä vaarantavat olosuhteet tai oma käyttäytyminen edellyttää lastensuojelun tarpeen selvittämistä. Kyseeseen tuleva lapsen oma käyttäytyminen voi liittyä esim. päihteiden käyttöön, myrkytykseen, itsensä vahingoittamiseen tai muihin kohdistuvaan väkivaltaisuuteen. Epäily huoltajan rajoittuneesta kyvystä hoitaa lasta voi syntyä esim. huoltajan päihtymyksestä tai sairastumisesta (sekä somaattinen että psyykinen) tai esille tulevista puutteista lapsen perustarpeiden hoidossa (likaisuus, vaatetus). Perheessä esiintyvä väkivalta on lapsen kehitystä vaarantava olosuhde, vaikka väkivalta ei kohdistuisi lapseen. Ilmoitusvelvollisuuden synnyttää myös epäily lapseen kohdistuneesta rikoksesta. Lapsen pahoinpitelyn tai seksuaalisen hyväksikäytön epäilystä tulee välittömästi olla yhteydessä lastensuojeluviranomaiseen, joka tekee siitä välittömästi ilmoituksen poliisille. Tällä mahdollistetaan esitutkinnan aloittaminen. Lapsella tarkoitetaan laissa alle 18-vuotiasta. Ilmoittajan tulee antaa kaikki asiaan liittyvä olennainen tieto ja suositeltavaa on, että lastensuojeluilmoituksen tekemisestä ja sen sisällöstä informoidaan lasten huoltajia. Jos ilmoitusvelvollisuus laiminlyödään, kyseessä voi olla virkavelvollisuuden laiminlyönti. Ilmoitusvelvolliset eivät voi tehdä lastensuojeluilmoitusta anonyymisti.

Käytännössä virka-ajan ulkopuolella sosiaalipäivystys on se taho, joka ottaa vastaan lastensuojeluilmoitukset ja arvioi kiireellisten toimenpiteiden tarpeen ja päättää esim. lapsen kiireellisestä sijoittamisesta (*lastensuojelulaki*, 38§). Sosiaalipäivystystä voi myös konsultoida kaikissa lastensuojeluun liittyvissä kysymyksissä. Sosiaalipäivystystä käsitellään luvussa 15.1.

Lastensuojelulain 15§:ssä on säädetty terveydenhuollon erityisistä velvollisuuksista. Pykälän mukaan terveyskeskuksen ja sairaanhoitopiirin on annettava lapsi- ja perhekohtaisessa

lastensuojelussa asiantuntija-apua ja tarvittaessa järjestettävä lapsen tutkimus sekä hoito- ja terapiapalveluja lapselle. Lasten tarvitsemat seksuaalisen hyväksikäytön tai pahoinpitelyn epäilyn selvittämiseen liittyvät palvelut on järjestettävä kiireellisinä.

Lastensuojelulakiin on tulossa vuoden 2010 aikana myös terveydenhuoltoon vaikuttavia muutoksia (Hallituksen esitys Eduskunnalle laeiksi lastensuojelulain, vankeuslain 4 ja 20 luvun sekä tutkintavankeuslain 2 luvun 5 §:n muuttamisesta). Laissa tullaan säätämään mm. ennakollisesta lastensuojeluilmoituksesta. Pykälä velvoittaa ilmoitusvelvollisia henkilöitä tekemään ennakollisen lastensuojeluilmoituksen, jos on perusteltua syytä epäillä, että syntyvä lapsi tulee tarvitsemaan lastensuojelun tukitoimia välittömästi syntymänsä jälkeen. Käytännössä ilmoitusvelvollisuus koskisi tilanteita, joissa ilmoittajalla on varmaa tietoa esimerkiksi lapsen äidin päihdeongelmasta, vakavasta mielenterveyden häiriöstä tai vapausraugaistuksesta. Myös perheväkivalta voi olla ennakollisen lastensuojeluilmoituksen tekemisen peruste.

Työryhmä ehdottaa:

1. Alueellisen sosiaalipäivystyksen ja päivystyspalveluiden yhteistyö on erityisen tärkeää vanhusten, mielenterveytyön, päihdehuollon sekä lasten ja nuorten osalta.
2. Kattavan sosiaalipäivystyksen järjestäminen on välttämätöntä, jotta turvataan kiireellinen sosiaalihuollollinen apu ympäri vuorokauden ja päivystyspoliklinikalla oleville potilaille saadaan järjestettyä ohjaus muihin heidän tarvitsemiinsa palveluihin.
3. Päivystysten ja sosiaalipäivystysten tulee sopia yhteistyökäytännöistä paikalliset olosuhteet huomioiden kattaen koko väestöä koskevat sosiaaliset hätätilanteet.
4. Päivystysten henkilökunnan osaamista sosiaalisen hädän tunnistamisessa tulee vahvistaa koulutuksella.
5. Päivystysten tulee huolehtia siitä, että traumaattisten tilanteiden uhreille ja heidän läheisilleen järjestyy heidän tarvitsemansa psykososiaalinen tuki ja palvelut. Myös näistä yhteistyökäytännöistä tulee sopia paikallisesti.
6. Lastensuojelun tarpeen tunnistamisesta ja terveydenhuoltoon koskevista velvollisuuksista tulee laatia selkeä ohjeistus ja seurantasuunnitelma, joka huomioi riittävän henkilökunnan koulutuksen. Tämä koskee sekä hoidon tarpeen arviointia tekeviä että varsinaista hoitoa antavia hoitajia ja lääkäreitä.
7. Sosiaalihuollon ja terveydenhuollon välille tulee rakentaa toimivia konsultaatiokäytäntöjä palvelemaan päivystyksellisiä tilanteita.
8. Lastensuojeluilmoituksen tekemisen käytännöistä on sovittava paikallisesti sosiaalitoimen ja terveydenhuollon päivystyspoliklinikan kanssa.
9. Suuremmissa yhteispäivystyksissä tulisi olla ainakin viikonloppuisin ja iltaisin sosiaalitoimen osaja, joka tekee hoidon tarpeen arvion sosiaalityön näkökulmasta sitä tarvittaville potilasryhmille. Tämä mahdollistaa ongelmiin puuttumisen jo nykyistä varhaisemmassa vaiheessa.

15.2 Ensihoitopalvelun, päivystyspalvelun ja hätäkeskuksen yhteistyö

Nykyisten säädösten mukaan sairaankuljetuksen järjestäminen on kunnan tehtävä. Sairaanhoidopiirit vastaavat kuntien ohella osaltaan sairaankuljetuksen ja ensihoitopalvelun ohjauksesta, mutta järjestelmä on Suomessa hyvin vaihtelevasti organisoitu. Ensihoitopalvelua järjestetään sekä terveydenhuollon omana toimintana, kilpailutuksen perusteella ulkoistettuna että pelastustoimen tehtäväksi annettuna ilman kilpailutusta.

Apulaisoikeuskansleri on kiinnittänyt erityistä huomiota ensihoitojärjestelmän nykytilaan todeten sen sisältävän jopa vakavia ongelmia ja systeemipuutteita (Sairaankuljetuksen ja ensihoidon järjestäminen, apulaisoikeuskansleri Jaakko Jonkan päätös 2007). Esityksessä uudeksi terveydenhuoltolaiksi ensihoitopalvelu määritellään selkeästi osaksi terveydenhuoltoa ja vastuu sen järjestämisestä ehdotetaan siirrettäväksi kuntia tai kuntayhtymiä laajemmille terveys- tai sairaanhoidopiireille kiinteämmäksi osaksi terveydenhuollon muita päivystyspalveluita.

Ensihoidossa valtaosa potilaista on ns. perustason potilaita, joiden peruselintoiminnot eivät vaadi merkittäviä tukitoimia. Noin 10 % potilaista kuuluu ryhmään, jossa sairaus tai vamma edellyttää lääkäritasoisia ensihoitoa, ja jatkohoidon toteuttaminen vaativan erikoissairaanhoidon resursseja. Näiden potilaiden ensihoitoon tulee osallistua ensihoitolääkäri- ja ensihoitaja-AMK-tasoiset terveydenhuollon ammattihenkilöt.

Ensihoitoon osallistuvien yksiköiden hälyttämisen suorittaa hätäkeskus. Hälyttäminen perustuu hätäkeskuspäivystäjän puhelimitse suorittamaan riskiarvioon, jonka mukaan paikalle hälytetään terveydenhuoltoviranomaisten ennalta määritetyn ohjeiston mukainen vaste. Hätäkeskuslain mukaan kukin hätäkeskustoimintaan osallistuva viranomaisen ohjaa hätäkeskuksia omaa toimialaansa koskevissa asioissa. Ensihoitopalvelun osalta tämä terveysviranomaisen on ensihoidon vastuulääkäri, joka vastaa hätäkeskusten ohjeistuksesta ja sen kautta ensihoitopalvelun yksiköiden käytöstä alueella. Hätäkeskus toimii tässä auttamisketjun viestikeskuksena eikä toimintaa ohjaavana yksikkönä.

Ensihoitopalvelun hallinta- ja johtamisjärjestelmässä on toistaiseksi vielä suuria puutteita. Sen mahdollista liittämistä osaksi alueellisia yhteispäivystyksiä myös hallinnollisesti on selvitetty ja jo toteutettu joillakin alueilla.

Työryhmä ehdottaa:

1. Ensihoitopalvelun rakenteellinen ja toiminnallinen suunnittelu tulee koordinoita alueellisesti tiiviissä yhteistyössä sekä lähi- että keskitetyistä palveluista vastaavien yhteistyötahojen kanssa. Ensihoitopalvelu tulee suunnitella kiinteäksi osaksi terveydenhuollon päivystyspalveluja mm. seuraavin perustein:
 - Potilaan hoitoketjun tulee toimia yhtenäisenä alkaen sairastumis- tai loukkaantumispäivästä, josta hoito jatkuu saumattomasti sairaalaan tai muuhun jatkohoitoon.
 - Päivystyksen toimipaikkojen harventuessa ja keskittyessä alueellisiin yhteispäivystyksiin tulee ensihoitopalvelun kehittämiseen kiinnittää erityistä huomiota. Etenkin harvaan asutuilla alueilla, joissa matkat hoitolaitoksiin ja päivystyspoliklinikoille ovat pitkiä, korostuu ensihoitopalvelun rakenteen ja sijoittelun tärkeys kansalaisten perusturvan ja alueellisen tasa-arvon turvaamiseksi.
 - Koko palveluketjua koskevan ohjeistuksen, valvonnan ja ohjauksen tulee olla yhtenäistä. Potilaiden hoitoonohjaukseen laaditaan yhteistyössä päivystyksen, eri erikoisalojen ja ensihoidon kanssa.
2. Jos ensihoitopalvelu ja päivystyspoliklinikan toiminta kuuluvat hallinnollisesti samaan toimintayksikköön, olisi todennäköisesti mahdollista saavuttaa toimintaympäristöstä riippuen synergiaetuja, kuten henkilöstön käyttöä joustavasti joko päivystyspoliklinikalla tai ensihoidossa.
3. Hätäkeskuksen roolia yhteistyökumppanina tulee edelleen selkeyttää.
4. Ensihoitopalvelun määrän, rakenteen ja laadun tulee olla selkeästi terveysviranomaisen määrittelemää ja valvomaa.
 - Tätä tukee myös terveydenhuoltolakiesitys, jonka mukaan ensihoitopalvelun sisältö määritellään alueellisessa palvelutasokuvauksessa. Palvelutasokuvaus on dokumentti niistä tavoitteista, jotka alueella asetetaan määräajoin terveysviranomaisten toimesta ja se laaditaan esim. sairaanhoito- tai terveyspiirin valtuustokausittain. Näitä ovat mm. potilaiden tavoittamisajat eri kiireellisyysluokan tehtävissä, ensihoitoon osallistuvan henkilöstön koulutustaso ja ensihoidon tarjoamat palvelut. Palvelutasokuvauksen perusteella järjestämisestä vastaava terveysviranomaisen määrittää edelleen toimeksiannon palvelun tuottajille. Palvelutasopäätöksiä lisäksi hätätilapotilaiden hoitopaikkaan vaikuttaa päivystyspoliklinikoiden taso ja tiheys.
5. Ensihoitopalvelun toimenkuvaa voidaan tulevaisuudessa kehittää vastaamaan muita alueellisia tarpeita perinteisten tehtävien lisäksi etenkin haja-asutusalueilla. Toimintaan liittyvää korvausjärjestelmää tulee kehittää tarpeita vastaavaksi.
 - Toimenkuvaa voidaan etenkin haja-asutusalueilla laajentaa esimerkiksi pientoi-

menpiteiden osalta (mm. pinnallisten haavojen ompelu) tai kehittämällä muuta yhteistyötä muiden päivystävien yksiköiden kanssa. Vanhustenhuollon (kotisairaaloiminta), avosairaaloiminnan (esim. kotona toteutettava i.v. antibiootti) ja päihdehuollon (selviämisasemat) suunnitteleminen yhdessä päivystys- ja ensihoitopalvelun kanssa ovat keskeisiä painopistealueita. Nämä alueelliset kehittämislinjaukset eivät saa kuitenkaan heikentää ensihoitopalvelun perustehtävää ja ne on huomioitava jo henkilöstön rekrytointivaiheessa ja toiminnan resursoinnissa.

16 TIETOJÄRJESTELMÄT, TUOTTEISTUS JA KIRJAAMINEN

Päivystysten tietojärjestelmien käytettävyyteen liittyvät ongelmat ja tietojärjestelmien hajanaisuus vaikeuttaa olennaisesti päivystysten toimintaa ja on riski potilasturvallisuuden kannalta. Tietojärjestelmien kehittämistyössä tulee ottaa päivystyksen tarpeet ja ohjelmien käytettävyys huomioon. Päivystyksissä ei eri toimijoilla ole käytettävissä omia päätteitä ja toistuva kirjautuminen eri järjestelmiin erilaisin tunnuksin vie aikaa potilastyöltä. Tavoitteena on kertakirjautuminen kaikkiin järjestelmiin, jotka sen jälkeen ovat koko ajan käytettävissä. Tietojärjestelmien selausominaisuuksia tulee kehittää päivystyksen työn nopeuttamiseksi. Kaikki keskeiset hoitotiedot tulee näyttää tiivistelmänä yhdellä ruudulla. Tiedot tulee pystyä kirjaamaan helposti ja nopeasti (ei useiden näkymien kautta). Tutkimustulokset tulee saada käyttöön heti kun ne ovat valmistuneet. Päivystyspoliklinikalla tulee olla yksi potilastietojärjestelmä ja yksi potilashallintajärjestelmä.

Tietojärjestelmien, kirjaamisen ja tuotteistuksen osalta on Suomessa meneillään laajoja koko terveydenhuoltoa koskevia kehittämishankkeita. Näissä hankkeissa tulee huomioida päivystyksen erityispiirteet. Erityisesti hankkeet jotka painottuvat vain perusterveydenhuollon tai erikoissairaanhoidon puolelle jättävät päivystyksen herkästi väliinputoajaksi, koska päivystyksessä tarvitaan molempien palvelujen ominaisuuksia, mutta ei kahta järjestelmää.

Kansallisen potilastietoarkiston (KanTa) toteutuessa tulee huolehtia siitä, että sekä ensihoidon että päivystyspoliklinikan henkilökunta saavat ympäri vuorokauden käyttöönsä keskeiset potilastiedot, erityisesti potilaan diagnoosilistan, lääkityslistan, ns. riskitiedot sekä laboratoriotutkimusten viimeisimmät tulokset. Näiden tietojen ajantasaisuus ja saatavillaolo tulee varmistaa niissä perusjärjestelmissä, joiden avulla tietoja ylläpidetään. Tietojärjestelmäkatkojen minimoimiseksi tulee olla riittävät varajärjestelmät.

Jos päivystyksessä on käytössä erillistietojärjestelmä, tulee em. keskeisten potilastietojen siirtyä siihen automaattisesti, ja erillistietojärjestelmään kirjattujen tietojen tulee siirtyä peruspotilastietojärjestelmään tai suoraan KanTa-arkistoon. Poikkeuksena tästä ovat valvontalaitteiden tuottamat tiheästi kertyvät mittaustulokset, jotka voidaan pääosin tallentaa erillisjärjestelmään silloin, kun niillä ei ole myöhempää käyttöä päivystysyksikössä annetun hoidon jälkeen. Valvontalaitteiden seurantatietojen tulee tallentua suoraan tietojärjestelmään, ilman manuaalista kirjaamista. Tarvittaessa käyttäjä voi ohittaa/jättää pois tarpeettomat/virheelliset mittaustulokset.

Päätöksenteon tuki ja siihen liittyvät ominaisuudet tulevat muuttamaan olennaisesti päivystyksessä toimivien ammattilaisten työnkuvaa tulevaisuudessa. Päätöksenteon tukeen ja päivystystoiminnan seuraamiseen liittyen suuri puute nykyisessä kirjaamisessa on se, ettei potilaan tulosityyttä päivystykseen (jota potilaskertomuksen ydintietomäärittelyssä vastaa termi hoidon syy) nykyisin kirjata muualle kuin tietojärjestelmän vapaaseen kenttään. Diagnoosi (käyntisyys) saattaa kuvata tulosityyttä, mutta kirjaaminen menee tältä osin ristiin ja käytäntö ei ole yhtenäinen. Tulosityyn strukturoitu kirjaaminen antaa mahdollisuuden automaattisen päätöksenteon tuen kehittämiseksi. Tavoitteena on, että tulosityyn kirjaamisella yhdistettynä potilaasta aiemmin kirjattuihin ja päivystyspoliklinikalla kertyviin tietoihin saisi näkyville todennäköisimmät diagnoosivaihtoehdot ja poissuljettavat harvinaisemmat mutta vakavat sairaudet sekä tarvittavat tutkimus- ja hoitoprotokollat.

Työryhmä ehdottaa:

1. Päivystyksen erityistarpeet tulee huomioida terveydenhuollon tietotekniikan kehittämistyössä, mm. nopean kirjaamisalustan saamisessa pikaisesti päivystysten käyttöön.
2. Ensihoidon tietojärjestelmät tulee olla integroitavissa päivystyksen järjestelmiin siten, että ensihoidossa kerätty tieto siirtyy sujuvasti päivystyksen järjestelmään.
3. Potilaiden hoitopolku ja sen aikapisteet tulee saada kirjatuksi mahdollisimman automaattisesti käyttäen soveltuvia teknologiaratkaisuja. Erilliskirjausten määrän tulee olla minimaalinen. Toiminnan seurannan ja ohjauksen vaatima tieto tulee saada tietojärjestelmistä automaattisesti.
4. Päivystyksen tietojärjestelmään tulee kirjata oleellisena osana ne tiedot, joita käytetään tämän toiminnan laatumittareina.
5. Tietojärjestelmien kehitystyössä tulee kiinnittää huomiota oikeita hoitopäätöksiä tukeviin ja virhemahdollisuuksia rajaaviin ominaisuuksiin.
6. Päivystyskäyntien kirjaamisen pääperiaatteiden tulee olla samat riippumatta siitä tehdäänkö käynti puhelinneuvonnassa, terveysaseman päiväpäivystyksessä vai päivystyspoliklinikalla ja tehdäänkö käynti yleislääketieteen tai muiden erikoisalojen lääkärin tai hoitajan vastaanotolla. AvoHILMO:n kehittämissä tulee eri näkökulmat huomioida.
7. Päivystyksessä tulee erikseen kirjata tulosy eli minkä oireen vuoksi potilas tulee päivystykseen ja lopullinen käynnin syy / diagnoosi. Tulossyyn kirjaaminen mahdollisimman varhain mahdollistaa hoidon kiireellisyyden arvioinnin ja sekä tutkimuksia että hoitoa tukevien sovellusten käytön. Tulossyyn on ammattilaisen tulkinta potilaan tulossyystä. Jatkossa tulee sopia, korvataanko termi tulossy termillä hoidon syy.
8. Hoidon tarpeen arvioinnissa kirjattava tulossy nimetään käyttäen valvottua sanastoa, joka on liitetty ICPC-2-koodistoon ja ICD-10-koodistoon. Tietojärjestelmään kirjautuu automaattisesti molemmat koodit. Tulossyyn on ammattihenkilön arvio, joka sisältää potilaan ilmoittaman syyn. Kirjaamisen tekee päivystyksen sairaanhoitaja, joka tekee hoidontarpeen arvion. Tulossyyn ilmoittaminen avaa uuden sairausepisodin, johon myöhemmin kirjattava käynnin syy -diagnoosi liitetään. Tulossykoodit linkitetään päivystyshoidon kriteereihin, hoitosuosituksiin ja päätöksentekityökaluihin.
9. Jos potilaan tulossyynä on aiemmin diagnosoidun sairauden jatkuminen tai paheneminen (päivystysluontoinen uusintakäynti), ja diagnoosi on jo kirjattuna potilaan diagnoosilistalle, tulee tietojärjestelmän sallia tämän diagnoosin kirjaaminen tulossyiksi aiemmin alkaneen episodin sisällä.
10. Käynnin aikana tai lopussa kirjataan käyntidiagnoosi, johon tietojärjestelmä liittyy ICPC-2- ja ICD-10 -koodit, sekä toimenpidetikoodit
11. Samasta syystä tapahtuvat uusintakäynnit tulee saada erikseen esille. Tämä onnistuu, kun käytössä on diagnoosilista, jossa samana pysyvä episodikoodi ylläpitää jatkuvuutta, vaikka diagnoosikoodi tarkentuu tai vaihtuu.
12. Päivystyskäyntien tulee erottua muista avohoidon käynneistä tilastoinnissa ainakin silloin, kun päivystyspotilaat ohjataan hoitoon erillisen päivystysajanvarauksen kautta tai erilliselle päivystyspoliklinikalle sekä virka-ajan ulkopuolella tapahtuvassa päivystyksessä.

17 EHDOTUS PÄIVYSTYSTOIMINNAN SEURANTA- JA ARVIOINTIMENETELMIKSI

Kaikkien päivystystoimintaa suunnittelevien ja sitä johtavien tahojen tulee saada riittävästi tietoa päivystystoiminnasta ja sen tuloksista. Vastaavasti kuin muussakin terveydenhuollossa perustuu seuranta hoitopolun ja hoitokokonaisuuden yhtenäiseen kirjaamiseen tietojärjestelmiin. Päivystys on integroitu osa monimutkaista terveydenhuollon kokonaisuutta ja toimintaa arvioitaessa tulee huomioida käytetyn tiedon oikeellisuus ja vertailtavuus. Tällä hetkellä päivystystoiminnan seuranta perustuu kansallisesti HILMO-tietokantaan, jonka kehitystyössä tulee huomioida päivystyksen erityispiirteet ja kirjaaminen.

Työryhmä ehdottaa:

1. Päivystystoimintaa tulee seurata jo tällä hetkellä muodostuvien tietokantojen (esim. HILMO) avulla ja päivystyksen erityispiirteet ja kirjaaminen tulee huomioida tietokantojen kehitystyössä (16).
2. Tulevaisuudessa päivystystoimintaa seurataan osana potilaan hoitokokonaisuuden seurantaa ja arviointia. Hoitokokonaisuus käsittää myös puhelimesta annettavan neuvonnan ja päivystykseen tulon tai yhteydenoton syyn. Avain toiminnan analysointiin on sairausepisodin seuranta läpi kaikkien hoitoa antavien yksiköiden ja hoidon vaiheiden niin, että diagnoosin vaihtuminen tai tarkentuminen ei katkaise episodiat.
3. Hoidon kiireellisyyden arvion ja hoidon toteutuksen onnistuminen tulee potilaskohdittain arvioida jälkikäteen, kun lopullinen diagnoosi on tiedossa.
4. Päivystysten potilasturvallisuutta tulee seurata ja arvioida järjestelmällisesti luvun 12.5 periaatteiden mukaisesti.
5. Eri alueiden ja päivystyspoliklinikoiden vertaisarviointia tulee Suomessa kehittää. Vertaisarviointiin perustuvilla menetelmillä on mahdollisuus huomioida toiminnan erilainen sisältö.
6. Kansainvälistä vertailua tulee kehittää hyödyntäen jo nyt muodostuvia tietokantoja.

18 TOIMEENPANOSUUNNITELMA

Työryhmä ehdottaa:

1. STM toteuttaa hankkeen virallisen kuulemiskierroksen.
2. Päivystyshoidon perusteiden arviointi ja ylläpitotyö vastuutetaan STM:n toimesta.
3. Alueelliset päivystyssuunnitelmat laaditaan vuoden 2011 aikana noudattaen hankkeessa esitetyt periaatteita ottaen huomioon erityisvastuualueiden työnjako sekä alueellinen yhteistyö sosiaalihuollon ja sosiaalipäivystyksen kanssa.
4. Toimet akuuttilääketieteen erikoisalana perustamiseksi ja lääkäreiden ja sairaanhoitajien koulutuksen kehittämiseksi tulee käynnistää ministeriöiden toimesta.
5. Päivystystoiminnan seurannan ja ohjaamisen tueksi kehitetään vuoden 2011 aikana kansallinen mittaristo ottaen huomioon hankkeessa esitetyt periaatteet. Seurantaan valitaan tärkeimmät hoitoon pääsyä, hoidon sisältöä ja kestoja sekä jatkohoitoon pääsyä koskevat laatuksiteerit. Laadun varmistamiseksi edellytetään päivystyspoliklinikoilta potilasturvallisuussuunnitelman laadintaa ja säännöllistä potilastytyväisyyden seurantaa.
6. Päivystyshoidon lääketieteellisiä perusteita koskeva ohjeisto
 - Ohjeet linkitetään Duodecimin Terveysportin eri tietokantoihin ammattilaisten käyttöön ja ohjeiden päivitys suunnitellaan osana Terveysportin toimintaa vuoden 2011 aikana.
 - Alueellisesti päivystyspoliklinikoiden käyttöön tulee laatia paikalliset olot ja etäisyydet huomioiva hoitoa ja hoitopaikan valintaa koskeva ohjeistus.
 - Väestölle suunnattua informaatiota kehitetään nyt laadittu ohjeistus huomioiden osana Duodecimin Terveyskirjaston ja mahdollisesti osana maahanmuuttajille suunnatun Infopankin toimintaa.

19 VIITTEET

- Aikuisten vaikean sepsiksen hoito. Käypä hoito- suositus. Suomalaisen Lääkäriseura Duodecimin ja Suomen Anestesiologiyhdistys ry:n asettama työryhmä. Helsinki. Suomalainen Lääkäriseura Duodecim, 2009 (viitattu 31.1.2010). Saatavilla Internetistä <http://www.kaypahoito.fi>, 2009
- Edistämme potilasturvallisuutta yhdessä. STM:n julkaisuja 2009:3
- Elonen E, Mäkijärvi M, Vuoristo M (toim.). Akuuttihoito-opas. Kustannus Oy Duodecim 2008
- Emergency Department. Rapid identification and treatment of patients with acute myocardial infarction. National Heart Attack Alert Program Coordinating Committee, 60 Minutes to Treatment Working Group. *Ann Emerg Med*; 23:311- 29, 1994
- European curriculum for emergency medicine. EuSEM Task Force on Curriculum. The Council and Federation National Societies of the European Society for Emergency Medicine and the UEMS Multidisciplinary Joint Committee of Emergency Medicine. 2009
- Gilboy N, Tanabe P, Travers DA et al. Emergency Severity Index, Version 4: Implementation Handbook. AHRQ Publication No. 05-0046-2. Rockville, MD. Agency for Healthcare Research and Quality. May 2005
- Glance LG, Li Y, Osler TM. et al. Impact of patient volume on the mortality rate of adult intensive care unit patients. *Crit Care Med*. 34(7):1925-34, 2006
- Hacke W, Donnan G, Reschi C et al. Association of outcome with early stroke treatment: pooled analysis of ATLANTIS, ECASS, and NINDSrt-PA stroke trials. *Lancet*; 768-74, 2004
- Hoitotakuu. Valtiontalouden tarkastusviraston toiminnantarkastuskertomukset 167/2008 Infopankki-verkkopalvelu. <http://www.infopankki.fi>
- Kahn JM, Goss CH, Heagerty PJ. et al. Hospital volume and the outcomes of mechanical ventilation. *N Engl J of Med*. 355(1):41-50, 2006
- Kiireellinen sosiaalipalvelu. Sosiaalipäivystyksen järjestäminen. STM: 2005
- Kjell P. Prehospital triage and patient logistics within ambulance care. <http://www.ortivus.com>. 2009
- Korppi M, Kröger L, Rantala H (toim.). Kustannus Oy Duodecim, 2009
- Kumar A; Roberts D, Wood KE Y et al. Duration of hypotension before initiation of effective antimicrobial therapy is the critical determinant of survival in human septic shock. *Crit Care Med*; 34:1589-6, 2006
- Kuoleman toteaminen, STM:n opas 2004:5
- Käypä hoito -suositukset. Suomalainen Lääkäriseura Duodecim. <http://www.kaypahoito.fi>
- Leppäniemi A, Ala-Opas M, Haapiainen R, Kemppainen E, Lepäntalo M, Pettilä V, Sipponen J (toim.) . Päivystyskirurgian opas. Kustannus Oy Duodecim, 2006
- Lääketieteen ja muiden terveydenhuollon alan opiskelijoiden oikeus toimia tilapäisesti laillistetun ammattihenkilön tehtävissä. <http://www.valvira.fi/luvut/ammattioikeudet/opiskelijat>. Viitattu 31.1.2010.
- Mielenterveys- ja päihdesuunnitelma. Mieli 2009 -työryhmän ehdotukset mielenterveys- ja päihdetyön kehittämiseksi vuoteen 2015. STM:n selvityksiä 2009:3.
- Miettola J, Halinen M, Lipponen P ym. Kuopion yhteispäivystyksen toimivuus ja odotusajat kiireellisyyssluokittain. *SLL*;3: 305-308, 2003
- OECD Health Data 2009. Health Care Quality Indicators. Organisation for Economic co-operation and Development. <http://www.oecd.org>
- Paakkonen H. The contemporary and future clinical skills of emergency department nurses. Experts' perceptions using delphi- technique. Kuopion yliopiston julkaisuja. E. Yhteiskuntatieteet 163, 2008
- Pitcher WD, Musher DM. Critical importance of early diagnosis and treatment of intra-abdominal infection. *Arch Surg*; 117: 328-333, 1982
- Päihtyneen henkilön akuuttihoito. STM:n selvityksiä. 2006:65
- Sairaaloiden tuottavuuden kehitys 2003–2007; http://stake.fi/tilastotiedotteet/2009/Tr13_0.9.pdf.

Sairaankuljetuksen ja ensihoitojärjestelmän kehittäminen. Apulaisoikeuskansleri Jaakko Jonkan päätös sosiaali- ja terveysministeriölle 15.1.2007. dnro 1/50/07

Sairauspoissaolokäytäntö työpaikan ja työterveyshuollon yhteistyönä. STM:n julkaisuja 2007.

Silfvast T, Castren M, Kurola J, Lund V, Martikainen M (toim.). Ensihoito-opas. Kustannus Oy Duodecim, 2009

Sosiaali- ja terveydenhuollon tavoite- ja toimintaohjelma 2004–2007. STM:n julkaisuja 2003:20

SOTKANet-verkkopalvelu. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. <http://www.sotkanet.fi>

Syntymärekisteri. <http://www.thl.fi>

Tatlisumak T, Soinila S, Kaste M. Telestroke networking offers multiple benefits beyond thrombolysis. *Cerebrovasc Dis*; 27 (suppl 4): 21-27, 2009

Terveyskirjasto. Kustannus Oy Duodecim. <http://www.terveyskirjasto.fi>

Terveystoimen tehtävänkäsittely- ja riskinarvio-ohje. Häätäkeskuslaitos. (versio 3,1/1.2.2008)

Uusi terveydenhuoltolaki. Terveydenhuoltolakityöryhmän muistio. STM:n selvityksiä 2008:28

Van de Werf F, Bax J, Betriu A et al. Management of acute myocardial infarction in patient presenting with persistent ST-segment elevation. *Eur Heart J*; 29: 2909-2945, 2008

Vastasyntyneen elvytys. Käypä hoito- suositus. Suomalaisen Lääkäriseura Duodecimin ja Suomen Perinatologisen Seuran Suomen Neonatologit -alajaoksen asettama työryhmä. Helsinki. Suomalainen Lääkäriseura Duodecim, 2008 (viitattu 31.1.2010). Saatavilla Internetistä <http://www.kaypahoito.fi>

Väestöennuste 2009-2060. Tilastokeskus <http://www.tilastokeskus.fi>

Yhtenäiset kiireettömän hoidon perusteet 2009. STM:n selvityksiä 2009:5

Liite I: Hankkeen projektiorganisaatio

Koordinaatioryhmän tehtävät ja jäsenet

Tehtävät

HYKS- erityisvastuualueen koordinaatioryhmän tehtävänä oli ohjata paikallisesti työn toteuttamista.

Puheenjohtaja

Koordinaatioryhmän puheenjohtajana toimii Jorma Lauharanta.

Jäsenet

Reijo Haapiainen, tulosyksikön johtaja, HYKS

Ermo Haavisto, johtajaylilääkäri, Kymenlaakson sairaanhoitopiiri

Veli-Pekka Harjola, ylilääkäri, HYKS

Tuula Heinänen, terveystalvelujen johtaja, Espoon kaupunki

Eero Hirvensalo, vastaava ylilääkäri, HYKS

Jukka Häivä, ylilääkäri, HYKS

Jorma Lauharanta, sairaanhoitoalueen johtaja, HYKS

Ari Leppäniemi, ylilääkäri, HYKS

Raija Malmström, vastaava ylilääkäri, HYKS

Eija Mustonen, osastonhoitaja, HYKS

Markku S. Nieminen, tulosyksikön johtaja, HYKS

Eero Rahiala, osastonlääkäri, HYKS

Jari Sjöberg, ylilääkäri, HYKS

Turgut Tatlisumak, osastonylilääkäri, HYKS

Juha Tuominen, tulosyksikön johtaja, HYKS

Veli-Matti, Ulander va. osastonylilääkäri

Juha Valli, ylilääkäri, Hyvinkään sairaanhoitoalue

Tero Varpula, osastonylilääkäri, HYKS

Koordinaatioryhmän sihteerinä toimii Tiina Herranen. Osa koordinaatioryhmän jäsenistä tuli mukaan työskentelyyn hankkeen eri vaiheissa.

Projektiryhmän tehtävät ja jäsenet

Tehtävät

HYKS- erityisvastuualueen projektiryhmä laati projektisuunnitelman, suunnitteli ja toteutti kokoukset ja seminaarit sekä valmisteli hankkeesta tehtävän dokumentin. Projektiryhmän jäsenet ja asiantuntijat osallistuivat projektiryhmän työskentelyyn ja keskusteluun hankkeen eri vaiheissa.

Puheenjohtajat

Projektiryhmän puheenjohtajana toimi hankkeen projektipäällikkö Raija Malmström. Varapuheenjohtajina toimi Tuula Heinänen vastaten perusterveydenhuollon osuuden huomioimisesta ja Juha Valli vastaten ensihoitopalvelun osuuden huomioimisesta.

Jäsenet

Veli-Pekka Harjola, ylilääkäri, HYKS

Tuula Heinänen, terveystalvelujen johtaja, Espoon kaupunki

Jukka Häivä, ylilääkäri, HYKS

Jaana Juutilainen-Saari, viestintäpäällikkö, Helsingin kaupunki

Petteri Jyrkinen, johtava ylilääkäri, Päijät-Hämeen keskussairaala

Johanna Kaartinen, osastonylilääkäri, HYKS

Tero Laine, erikoislääkäri, HYKS
Ari Leppäniemi, ylilääkäri, HYKS
Timo Lukkarinen, apulaisylilääkäri, Helsingin kaupunki
Raija Malmström, vastaava ylilääkäri, HYKS
Tomi Malmström, tutkija, BIT Research Centre, Aalto-yliopisto
Eila Manninen-Kauppinen, osastoryhmän päällikkö, HYKS
Juho Mattila, kehittämisspällikkö, HYKS
Paula Pihlaja, terveyskeskuslääkäri, Helsingin kaupunki
Eero Rahiala, erikoislääkäri, HYKS
Veli-Pekka Rautava, ylilääkäri, Kanta-Hämeen keskussairaala
Eeva-Maria Rikkilä-Kettunen, ylihoitaja, Helsingin kaupunki
Sara Sarjakoski-Peltola, johtava lääkäri, Salon terveyskeskus
Tove Sundman, sosiaali- ja kriisipäivystyksen johtaja, Vantaan kaupunki
Veli-Matti Ulander, va. osastonylilääkäri
Juha Valli, ylilääkäri, Hyvinkään sairaala
Marianne Winberg, Helsingin A-klinikan johtaja, Helsingin kaupunki

Asiantuntijat

Marian Ahlskog-Karhu, apulaisylilääkäri, Porvoon sairaala
Lea Annanmäki, ylilääkäri, Vantaan kaupunki
Karin Blomgren, osastonlääkäri, HYKS,
Nina Forss, osastonlääkäri, HYKS,
Leena Halme, osastonlääkäri, HYKS
Kari Harno, ylilääkäri, HYKS
Markku Kupari, ylilääkäri, HYKS
Antero Lassila, toiminta-aluejohtaja, Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiiri
Riitta Meretoja, hoitotyön asiantuntija, HYKS
Jarkko Pajarinen, ylilääkäri, HYKS
Jaana Rautiainen, sairaanhoitaja, HYKS
Tom Silfvast, ylilääkäri, HYKS
Ilkka Tierala, osastonlääkäri, HYKS
Jussi Tikkanen, erikoistuva lääkäri, HYKS
Marita Uusitalo, ylilääkäri, HYKS
Sirpa Vanhasasi-Huida, osastoryhmäpäällikkö, HYKS
Jaana Viljanen, sairaanhoitaja, HYKS

Projektiryhmän sihteerinä toimi Katja Rautiala.

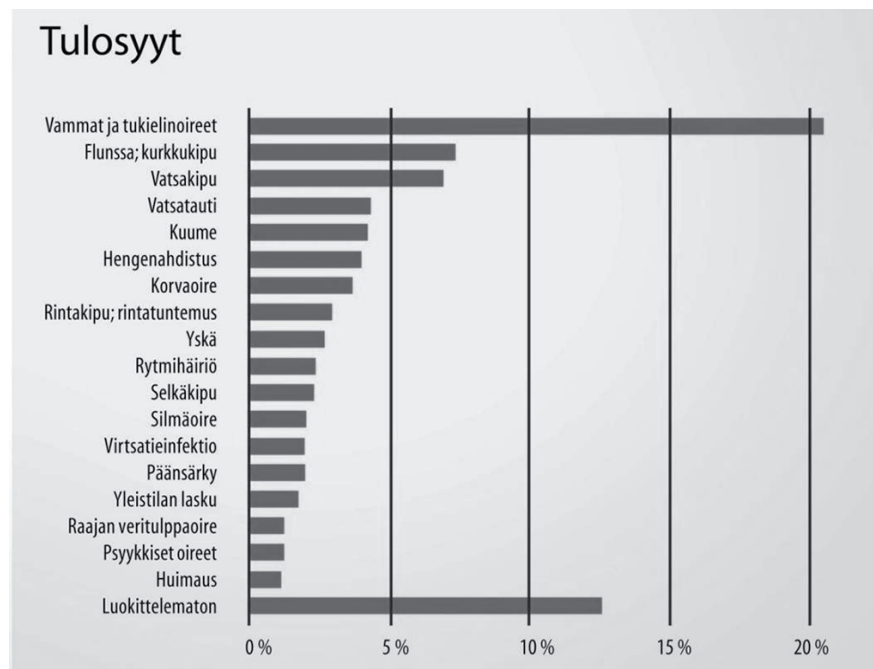
Liite 2: Hyvinkään aineisto

Hankkeessa käytettiin pohja-aineistona Hyvinkään sairaalan yhteispäivystyksen vuoden 2008 päivystyskäyntejä (52 000). Hyvinkään yhteispäivystys vastaa alueen väestön (185 000 asukasta) perusterveydenhuollon päivystyksestä virka-ajan ulkopuolella ja erikoissairaanhoidon päivystyksestä ympäri vuorokauden. Päivystys hoitaa myös osan Hyvinkään kaupungin virka-ajan perusterveydenhuollon akuuttikäynneistä. Alueen potilasohjauksen mukaan osa vakavasti sairastuneista potilaista ohjataan HYKS:in erikoisalojen päivystyksiin. Nämä potilaat eivät ole aineistossa mukana.

Potilaiden tulossyyn kirjataan Hyvinkäällä tietojärjestelmän kenttään vapaana tekstinä. Tulossyyn on ammattilaisen arvio ja perustuu potilaan ilmoittamaan tulossyyn. Lähetepotilaiden tulossyyn kirjaa lähetteen perusteella sihteeri.

Aineisto käsiteltiin siten, että tulossyynkentästä poimittiin kullekin potilaalle yksi tulossyyn vapaasta tekstistä. Tulossyynä saattaa yhdellä potilaalla olla useita, mutta poimintajärjestyksessä pyrittiin siihen, että kiireellisintä hoitoa edellyttävä tulossyyn tulee poimittua. Ensimmäisenä poimittiin hengenahdistus, rintakipu ja vatsakipu, mainitussa järjestyksessä. Tulossyynistä koostui noin 70 tulossyyn listaa. Aineistosta noin 5000 käyntiä jää listan ulkopuolelle, koska tulossyynkentä sisälsi hyvin yksittäisiä oireita tai oli tyhjä. Aineiston luonteesta johtuen tulossyynistä saa vain yleisluontoisen käsityksen yhteispäivystykseen hakeutumisen syistä ja aineistoa tulee pitää vain viitteellisenä.

Liitteen 3 ohjeistuksessa aineistoa hyödynnettiin, kun valittiin yleisimpiä oireita, vammoja ja vammamekanismeja ohjeistuksen kohteeksi. Aineistoon ei rajauduttu, vaan ohjeistus laadittiin huomioiden mahdollisimman tarkoituksenmukaisesti käytännön työssä eniten ohjeistusta vaativia hoidon kiireellisyyden arvion tilanteita. Noin 80 % tulossyynistä on mukana ohjeistuksissa.



LIITTEEN 2 KUVIO 1: Yleisimmät päivystyksen tulossyyn Hyvinkään sairaalan yhteispäivystyksessä vuonna 2008

1 Ohjeiden käytössä huomioitava

Seuraavassa esitetyn ohjeistuksen tavoitteena on tuoda päivystyspotilaan hoitoketjuun osallistuville yhtenäinen näkemys siitä, milloin päivystyskäyntiä lääketieteellisin perustein tarvitaan. Perusteet on laadittu ohjeistamaan niitä tilanteita, joissa päivystyspalveluiden tarve ei ole itsestään selvä. Ohjeistuksen tarkoituksena on toimia apuna, kun potilaiden päivystyspalveluita ja virka-ajan palveluita suunnitellaan. Kaikki potilaat, jotka tarvitsevat päivystyskäyntiä, eivät lääketieteellisinkään syin aina tarvitse sitä välittömästi. On potilaita, joiden oireen tai vamman hoito voi tapahtua seuraavana aamuna tai yhden- kahden päivän kuluttua. Hoidon tarpeen arviointi on tehtävä yhteisymmärryksessä potilaan ja omaisten kanssa. Ohjeiden tarkoitus ei ole käännättä tai torjua potilaita vaan helpottaa potilasohjauksen toteuttamista. Päivystyksestä muualle ohjattujen potilaiden hoidon varmistaminen tulee huomioida. Suun terveydenhuollon osalta ohjeistusta on laadittu ainoastaan kasvojen vammoja koskevaan kohtaan.

1.1 *Hätätilapotilaat ja muut selvästi päivystyshoidon piirissä olevat potilaat*

Ohjeisto on laadittu ohjeistamaan päivystyksellisen ja ei-päivystyksellisen hoidon rajapintaa. Tästä syystä useita, selvästi päivystyshoidon piirissä olevia oireita tai vammoja ei ohjeistuksessa ole käsitelty. Tähän ryhmään kuuluu vakavasti sairastuneet potilaat, joilla on henkeä tai elintoimintoja välittömästi uhkaava akuutti oire, vamma tai epäily siitä. Viimeksi mainittujen potilaiden tunnistamiseksi on laadittu ohjeet sekä lasten että aikuisten osalta ohjeiden alkuun.

1.2 *Kroonisesti sairaat potilaat*

Kroonisesti sairaiden potilaiden tilan äkillistä pienenemistä ei ole tässä ohjeessa tarkemmin ohjeistettu eri potilasryhmien moninaisten tarpeiden vuoksi. Hoitavan lääkärin tulee antaa potilaille tapauskohtaisesti harkitut ohjeet siitä miten menetellä kroonisen sairauden akuutisoituessa.

1.3 *Ohjeiden käytön periaatteet*

Päivystyksellinen arviointi ja hoito ovat tarpeen aina, jos on epäiltävissä, että potilaan oireet tai vamma vaikeutuu ilman päivystyksen henkilökunnan tekemää arviointia ja hoitoa. Poikkeuksena ovat tilanteet, joissa potilaalle on hoitavan lääkärin toimesta tehty hoitosuunnitelma, jonka mukaan päivystyshoito ei ole indisoitu kyseisessä tilanteessa. Erityistä huomiota tulee kiinnittää lastensuojelun, vanhustenhoidon, päihde- ja mielenterveyspotilaiden ja ulkomaalaistaustaisten potilaiden erityiskysymysten huomioimiseen.

Yksittäisiin oireisiin ja vammoihin perustuvat ohjeet ovat käytännön työtä helpottavia suosituksia. Päivystyspotilaalla on usein monia oireita tai päivystyshoidon tarpeeseen vaikuttavia perussairauksia, joten kiireellisyyden arvio perustuu kokonaisuuteen. Ohjeet esittävät periaatteet, varsinaiset toimintaohjeet tulee laatia paikallisesti. Paikalliset toimintaohjeet huomioivat tässä liitteessä esitetyt periaatteet ja paikalliset olosuhteet, kuten etäisyydet ja palveluiden saatavuuden. Toimintaohjeissa voi olla mukana hoitopaikan valintaa, mahdollisia tutkimuksia ja hoitoa koskevia ohjeita. Ohjeita voidaan käyttää pohjana puhelinneuvonnalle laadittaville toimintaohjeille huomioiden se, että puhelinneuvontaa antavalla ei ole mahdollisuutta nähdä tai tarkkailla potilasta.

Liitteen ohjeet on tarkoitus viedä Terveysporttiin, jossa ne voidaan täydentää tarvittavilla viittauksilla.

2 Lasten ohjeet

Lapsilla oireiden taustalla olevan vakavan sairauden tai vamman selvittäminen ja päivystyshoidon tarpeen arviointi on vaikeampaa kuin aikuisilla. Lapsen terveydentilan arvio perustuu usein vanhemman, ei potilaan omaan käsitykseen. Usein lopullinen päätös hoidon

tarpeesta vaatii lasten sairauksiin perehtyneen henkilön arviointia. Puhelimitse tehtävää lapsen hoidon tarpeen arvio tulee aina perustua tätä varten saatuun koulutukseen ja perehdytykseen. Yksittäisten, yksityiskohtaisten ohjeiden käyttö voi lasten kohdalla johtaa harhaan, koska tilanne vaatii laaja-alaisempaa näkemystä kuin aikuisten kohdalla. Päivystysohjeissa ja arvioinnissa tärkeintä on potentiaalisesti vaarallisten tautien varhainen toteaminen ja nopea hoitoon pääsy.

2.1 Hätätilapotilaan tunnistaminen

Hätätilapotilaan tunnistaminen joko puhelinneuvonnan yhteydessä tai heti potilaan tullessa päivystyspoliklinikalle tulee tapahtua nopeasti. Hätätilaan viittaavia oireita ovat mm. voimakas hengitysvaikeus, ihon kalpeus, harmaus tai kylmänhikisyys, tajunnan häiriö, voimakas kipu tai huonovointisuus.

Päivystykseen saapuvan potilaan hoidontarpeen arviointi alkaa kaikkien potilaiden osalta välittömästi ensimmäisten minuuttien aikana tehtävällä alkuarviolla. Tarkoituksena on havaita nopeasti hätätilassa olevat lapset ja kiireellistä tutkimusta ja hoitoa tarvitsevat muut potilaat. Vastaanotossa tulisi myös olla esillä ohjetaulu, jossa kerrotaan missä tilanteissa lapsen kanssa ei tule jäädä ruuhkassakaan jonoon, vaan lapsi viedään suoraan hoitajan luo. Varsinainen tarkempi hoidon tarpeen arviointi tulee tehdä kaikille potilaille vähintään 5-10 minuutin kuluessa päivystykseen saapumisesta. Haastattelun lisäksi tehdään nopea pika-arvio sekä silmämääräisesti että esim. pulssioksimetrin ja verensokerin pikamittauksen avulla.

Puhelinneuvonnassa tulee pyrkiä tunnistamaan tietyt avainsanat tai – oireet, jotka viittaavat hätätilanteeseen. Esimerkki peruselintoimintojen häiriöistä on kuvattu kuviossa 1. Tällöin soittajaa tulee kehottaa soittamaan heti hätänumeroon (112) ensihoitopalvelun saamiseksi viivettä paikalle. Tällöin omin avuin sairaalaan tuloa pyritään pääsääntöisesti välttämään.

Puhelimitse tehty arviointi ja hätätilan tunnistaminen lapsilla (peruselintoimintojen häiriö)		
Hätätila	Oire (avainsana) tai potilaan käyttämä termi	Lisätoimet ja kysymykset
Elottomuus	Potilas ei ole hereillä eikä hengitä normaalisti	►112
Tajuttomuus	Ei puhu eikä seuraa ympäristöä Ilmavirtaus tuntuu	►112
Hengitysvaikeus	Vanhemman mielestä lapsen on vaikea hengittää tai lapsi valittaa itse	Onko hengitys työlään näköistä? On ►herkästi 112 Jaksaako puhua? Ei ►herkästi 112 Onko hengitys ähkiävää? On ►herkästi 112 Vinkuuko hengitys? Kyllä ►herkästi 112 Onko lapsi huonon värinen? Kyllä ►herkästi 112
	Ei ole hereillä ja hengittää vaikeasti	►112
Peruselintoiminnan äkillinen häiriö	Iho selkeästi kylmänhikinen, lapsi voimaton, voipunut Ei ole herätettävissä	►112
Äkisti huonontunut yleistila	Yleistila heikentynyt, korkea kuume (sepsisepäily)	Seuraako ympäristöä? Ei ►112 Ottaako kontaktia? Ei ►112 Leikkiikö, syökö, juoko? Ei ►herkästi 112 Onko iho kylmänhikinen? On ►herkästi 112

LIITTEEN 3 KUVIO 1

Jos lapsi on yleistilaltaan vanhempien mielestä selkeästi sairas, on syytä hakeutua lääkärin tutkittavaksi. Lapsen kipu, joka ei lääkityksellä helpota, on myös aihe päivystyskäynnille. Puhelinneuvontaan perustuva arvio on vaikeaa ja neuvontaa saa antaa vain kokenut terveydenhuollon ammattilainen.

Pienen lapsen (≤ 3kk) oireiden arviointi on puhelimesta erittäin vaikeaa ja nämä potilaat tulisikin hoitaa herkästi päivystyksessä heti jos heillä epäillä hengitysvaikeutta, yleistilan laskua, korkeaa kuumetta tai syömisingelmia.

Lapsella on epäiltävä vakavaa tautia ja yleistilan laskua, kun

- itkun laatu on heikko, kimeä, valittava tai lohduton
- lapsella on selvästi vaikea hengittää
- lapsi ei reagoi vanhempien käsittelyyn tai itkee jatkuvasti ja on käsittelyarka
- lapsi on vaikeasti heräteltävissä, veltto, vaipuu heti uneen, on sekava tai käyttökseen poikkeava
- ihon väri on harmaa, kalpea, kirjava tai sinertävä (=syanoottinen)
- silmät ovat kuopalla, limakalvot ovat kuivat, virtsaa ei erity (= lapsi on kuivunut)
- lapsi ei seuraa ympäristön tapahtumia, ei hymyile, lapsi on tuskainen tai ilmeetön

Näitä samoja tekijöitä arvioidaan kliinisessä tutkimuksessa ja hoidon tarpeen arvioissa (vireystila, hengitys, verenkierto, kipu).

2.2 Lasten oireisiin ja vammamekanismeihin perustuvat ohjeet

Yksittäisen päivystyspotilaan hoidon tarpeen arvioinnissa tulee huomioida potilaan kaikki oireet, yleistila ja muut sairaudet. Lapsi on otettava kiireelliseen päivystyshoitoon aina kun kokonaistilanne sitä edellyttää tai jos tilanne on epäselvä. Lapsi ei usein itse kykene kertomaan oireistaan ja lapsen kivuliaisuuden syy ei ole selvitettävissä ilman kliinistä tutkimusta. Lapsi otetaan päivystyksenä hoitoon mikäli herää epäily kaltoinkohtelun uhasta.

Lasten ohjeet on esitetty seuraavan aakkosellisen luettelon mukaan:

- Hengenahdistus/hengitysvaikeus
- Kolaripotilas tai pudonnut
- Korvakipu
- Kouristus
- Kurkkukipu
- Lasten infektiot
- Oksentelu
- Punainen silmä tai roskantunne silmässä
- Pään loukannut
- Päänsärky
- Raajan vammat
- Raajaoire (ei tapaturmaa)
- Ripuli
- Vatsakipu
- Vierasesine
- Virtsaamisongelma

Hengenahdistus/hengitysvaikeus (lapset)

Hoidetaan päivystyksenä

- jos vanhemman mielestä lapsella on hengitysvaikeus
- hengitysteiden vierasesine-epäily
- sydänlapsen lieväkin hengitysvaikeus
- äkillisesti lääkitykseen tai ruoka-aineen nauttimiseen liittyvä hengitysvaikeus
- astmaatikon hengitysvaikeus ei helpota toistetulla oirelääkityksellä

Kolaripotilas tai pudonnut (lapset)

Hoidetaan päivystyksenä

- aina, kun oireita tai löydöksiä
- aina, kun on pudonnut vähintään 3 metristä tai ajoneuvon nopeus on törmäyksessä tai äkkipysähdyksessä ollut vähintään 60 km/h, vaikka olisi oireeton
- pudonnut imeväinen

Hoidetaan päivystyksenä, mutta ei yöllä

- aikaisempi (<1 vko) kolari, jonka jälkeen lievä tutkimaton ja diagnosoimaton niska/hartia särky

Korvakipu (lapset)

Hoidetaan päivystyksenä

- korvakipu, johon liittyy vakavan taudin oireita, kuten yleistilan lasku, kierto-
huimaus,
- ”akuutti hörökorva” tai äkillinen kasvohalvaus
- korvakipu, joka jatkuu kipulääkkeestä huolimatta
- Hoidetaan päivystyksenä, mutta ei yöllä
- spontaani tärykalvon puhkeaminen tai sen epäily, yleistila hyvä
- korvatulehdusepäily ilman korvakipua

Kouristus (lapset)

Hoidetaan päivystyksenä

- kohtaaminen menossa
- kohtaamisen jälkeen alentunut tajunnan taso
- etiologia avoin
- toistuvat kohtaukset
- lapsen ensimmäinen kouristus kuumeen yhteydessä
- epätyypillinen tai pitkittynyt kuume kouristus
- tajunnan tason muutos, epäily kohtausoireesta

Ei aihetta päivystyskäyntiin

- tiedossa olevan epilepsian tyypillinen kohtausoire

Kurkkukipu (lapset)

Hoidetaan päivystyksenä

- voimakas nielemisvaikeus tai leukalukko
- hengenahdistus tai hengitysvaikeus
- korkea kuume ja alentunut yleistila

Hoidetaan päivystyksenä, mutta ei yöllä

- yleistila hyvä, ei hengitysvaikeutta ja pystyy nielemään

Infektiot (lapset)

Lapsilla on paljon kuumeisia infektioita ja tällöin lapsen yleisvointi ja kivuliaisuus ratkai-
sevat päivystyskäynnin tarpeen

Hoidetaan päivystyksenä

- lapsi nukahtelee, vaipuu uneen eikä ole herätettävissä
- lapsi ei seuraa ympäristöä, on ilmeetön eikä hymyile
- hengitys on tihentynyt, työstä tai pinnallista tai ähkyvää
- lapsi on käsittelyarka eli parahtaa itkuun vanhemman käsittelyssä
- lapsi itkee jatkuvasti tai itkuäänä muuttuu heikoksi, kimeäksi tai valittavaksi
- iholla todetaan verenpurkaumia
- kuumeinen lapsi on alle kolmen kuukauden ikäinen
- kuume on toistuvasti yli 40 °C
- kuume > 40, 5 °C
- kuume on jatkunut yli viisi vrk
- kuumeinen lapsi on kivulias kuumelääkityksestä huolimatta
- lapsi on kouristanut tai epäillään kohtausoiretta
- lapsi oksentaa tai ripuloi toistuvasti 1–2 tunnin välein
- lapsi kieltäytyy kävelemästä tai on erityisen voipunut
- kuumeisella lapsella on puolustuskykyyn vaikuttava sairaus tai lääkitys

Oksentelu (lapset)

Hoidetaan päivystyksenä

- verioksentelu
- oksentelu ja yleistilan lasku

- oksentelu ja vaikea perussairaus
- oksentelu ja kuivuma (-epäily)
- oksentelu ja vatsakipu, joka ei helpota
- diabetes ja toistuva oksentelu
- oksentava imeväinen < 3 kk (erotettava pulauttelusta)
- invaginaation epäily

Punainen silmä tai roskantunne silmässä (lapset)

Hoidetaan päivystyksenä

- silmässä akuutti roskantunne
- epäily silmässä olevasta vierasesineestä
- epäily orbitaselluliitista (turvotus, punoitus, kuume)
- silmäkipu

Hoidetaan päivystyksenä, mutta ei yöllä

- punoitus ja allergiset oireet (kutina ja vetistys)
- lievä epäily sarveiskalvon tai sidekalvon vierasesineestä

Pään loukannut (lapset)

Hoidetaan päivystyksenä

- tajuttomuus (myös ohimennyt)
- neurologinen oire (esim. muistin menetys)
- pahoinvointi tai oksentelu
- poikkeava väsymys
- korkeaenerginen trauma
- pudonnut imeväinen

Hoidetaan päivystyksenä, mutta ei yöllä

- loukannut pään muutama vrk sitten, edelleen päänsärkyä tai pahoinvoinnin tunnetta
- muutama vrk loukkaantumisesta poikkeavaa väsymystä, mutta yleisvointi on hyvä

Päänsärky (lapset)

Hoidetaan päivystyksenä

- yhtäkkiäinen kova päänsärky
- päänsärkyyn liittyy neurologisia puutosoireita, yleistilan laskua tai tajunnan häiriöitä
- päänsärky ja tiedossa edeltävä korkeaenerginen vamma
- päänsärky ja niskajäykkyys
- päänsärky ja korkea kuume
- ponnistamisen yhteydessä alkanut päänsärky
- Hoidetaan päivystyksenä, mutta ei yöllä
- toistuvat unesta herättävät aamuyöpäänsäryt ilman muuta oiretta

Raajan vammat (lapset)

Hoidetaan päivystyksenä

- virheasennossa oleva nivel tai raajan osa
- avomurtuma tai huomattava ihovaurio
- hermo- tai verenkierto-ongelmaan sopivat oireet
- kova raajakipu
- lukkopolvi lapsella
- ommeltavat haavat

Hoidetaan päivystyksenä, mutta ei yöllä

- tapaturman aiheuttama raajan lievä kipu, jossa em. kriteerit eivät täyty
- tapaturman jälkeen lapsi ei heti käytä raajaa tai ontuu uutena oireena

Raajaoire (ei tapaturmaa) (lapset)

Lapsen raajakipu voi johtua myös huomaamatta jääneestä vammasta

Hoidetaan päivystyksenä

- äkillisesti alkanut kipu ja kylmä, voimaton tai tunnoton raaja
- raajan/nivelen selvät tulehdusoireet (kipu, punoitus, kuumotus)
- kova kipu
- akuutisti alkanut toispuoleinen turvotus
- raajaan säteilevä kipu
- raajakipu ja korkea kuume

Hoidetaan päivystyksenä, mutta ei yöllä

- turvotus ilman infektio-oireita; liike, lämpö, tunto kunnossa
- lapsi ei käytä raajaa tai ontuu uutena oireena
- lasten kuumeettomat niveltulehduksen epäilyt

Ripuli (lapset)

Hoidetaan päivystyksenä

- septinen taudinkuva
- rajuoireinen ripuli ja yleistilan lasku tai kuivuma (-epäily)
- diabetes ja voimakasoireinen ripuli
- ripuli ja vatsakipu, joka ei helpota
- veriripuli

Hoidetaan päivystyksenä, mutta ei yöllä

- toistuva ripuli ilman merkkejä kuivumasta
- tulehduksellisen suolitaudin vaikeutuminen

Vatsakipu (lapset)

Hoidetaan päivystyksenä

- appendisiitti tai peritoniittiepäily
- kova vatsakipu
- tapaturman jälkeinen vatsakipu
- vatsakipu, johon liittyy raju ripuli tai oksentelu

Hoidetaan päivystyksenä, mutta ei yöllä

- lievät vatsakipuun liittyvät virtsatieoireet ilman kuumetta
- pitkäaikaispotilaan ummetus/suolentoiminta vaikeus

Vierasesine-epäily (lapset)

Hoidetaan päivystyksenä

- hengitysteissä
- ruokatorvessa
- multippelit magneetit
- pariston niellyt

Hoidetaan päivystyksenä, mutta ei yöllä

- rektum, jos ei kipua
- vagina, jos ei kipua

Virtsamisongelma (lapset)

Hoidetaan päivystyksenä

- virtsaumpi
- kuumeileva virtsatieinfektio-oireinen (=pyelonefriitti)
- makroskooppinen hematuria ja yleisoireet
- polyuria ja yleistilan lasku
- diabetesepäily

Hoidetaan päivystyksenä, mutta ei yöllä

- lasten makroskooppinen hematuria ilman traumaa tai yleisoireita

3 Aikuiset

3.1 Hätätilapotilaan tunnistaminen

Päivystyksen hoidontarpeen ja kiireellisuuden arviointi alkaa kaikkien potilaiden osalta välittömästi sisääntulon jälkeen ensimmäisten minuuttien aikana tehtävällä alkuarviolla, jonka tarkoitus on havaita potilaiden joukosta hätätilapotilaat ja kiireellistä tutkimusta ja hoitoa tarvitsevat muut potilaat. Tämä koskee sekä sairaankuljetuksen tuomia paaripotilaita että käveleviä, itse päivystykseen saapuvia potilaita. Kävelen tulleille tulee lisäksi olla esillä ohjetaulu, jossa kerrotaan missä tilanteissa heidän ei tule jäädä hoidon tarpeen arvion jonoon, vaan voivat mennä suoraan hoitajan luo. Varsinainen tarkempi hoidon tarpeen arviointi tulee tehdä kaikille potilaille vähintään 5-10 minuutin sisällä päivystykseen saapumisesta.

Hätätilapotilaan tunnistaminen joko puhelinneuvonnan yhteydessä tai heti potilaan tullessa päivystyspoliklinikalle tulee tapahtua mahdollisimman nopeasti. Hätätilaan viittaavia oireita ovat mm. ihon kalpeus, harmaus tai kylmänhikisyys, tajunnan häiriö tai kipu tai huonovointisuus esim. rytmihäiriön yhteydessä.

Puhelimitse tapahtuva arviointi saattaa olla vaikeaa joko potilaan tai soittajan hätäntymisen takia. Osa soittajista vähättelee oireita tai toisaalta oireiden liioittelua voi tapahtua. Tärkeä on pyytää potilasta itseään puhelimeen, mikäli se on mahdollista. Puhelun avulla tulee pyrkiä tunnistamaan tietyt avainsanat tai – oireet, jotka viittaavat hätätilanteeseen. Esimerkki peruselintoimintojen häiriöistä on kuvattu kuviossa 2. Tällöin soittajaa tulee kehottaa soittamaan heti hätänumeroon (112) ensihoitopalvelun saamiseksi viivettä paikalle. Omin avuin sairaalaan tuloa pyritään pääsääntöisesti välttämään.

Hätätila	Oire (avainsana) tai potilaan käyttämä termi	Lisätoimet ja kysymykset
Elottomuus	Potilas ei ole hereillä eikä hengitä normaalisti	▶112
Tajuttomuus	Ei puhu eikä seuraa ympäristöä Ilmavirtaus tuntuu	▶112
Hengitysvaikeus	Potilas itse valittaa hengitysvaikeutta ja on hereillä Ei hereillä	Arvioi hengitysvaikeuden taso kuuntelemalla TAI kuinka monta sanaa potilas pystyy puhumaan kerrallaan herkästi ▶112 ▶112
Rintakipu	Potilas itse valittaa rintakehän alueella olevaa kipua ja on hereillä Valitti rintakipua ja meni tajuttomaksi tai kipu sietämätön, potilas hikinen, voimaton	Harmaankalpea kasvoiltaan ja kylmänhikinen. Aiemmin terve yli 40-vuotias ylävatsakipuinen, pahoinvoiva ja oksenteleva (=alaseinäinfarkti). Jos nitrot käytössä eikä auta. Jos jokin edellä kuvattu lisätieto ▶112 ▶112
Peruselintoiminnan äkillinen häiriö Esim. äkisti huonontunut yleistila tai rytmihäiriötunteukset	Iho selkeästi kylmänhikinen, voimaton, voipunut Rytmihäiriötuntemus, yleistila heikentynyt, korkea kuume (sepsisepäily!)	▶112 Miten oireilee • hakkaa nopeasti, muljahtelee, huono olo, täysin voimaton • Mitä potilas tekee – seisoo, istuu, makaa ja ei jaksa nousta ylös • Ihon lämpö, hikisyys • Onko aiemmin ollut vastaavaa – mistä silloin kysymys, mitä tehtiin herkästi ▶112
Aivohalvaus	Puheen puuroutuminen tai puhekyvyn menetys, toispuoleinen halvaus käsissä tai kasvoissa	▶112

LIITTEEN 3 KUVIO 2

Sairaalaan tulleelta potilaalta tulee haastattelun lisäksi tehdä nopea pika-arvio sekä silmämääräisesti että esim. pulssioksimetrin ja verensokerin pikamittauksen avulla. Rintakipuiselta, kylmänhikiseltä tai hengitysvaikeutta valittavalta tulee lisäksi ottaa ekg ja muut vitaaliparametrit (RR, syke, hengitystaajuus) viiveettä. Ruuhkatilanteissakaan jonottamista hoidon tarpeen arviointia varten ei hätätilapotilaan kohdalla tule sallia.

3.2 Oireisiin ja vammamekanismeihin perustuvat ohjeet

Yksittäisen päivystyspotilaan hoidon tarpeen arvioinnissa tulee huomioida potilaan kaikki oireet, yleistila ja muut sairaudet. Potilas on otettava kiireelliseen päivystyshoitoon aina kun kokonaistilanne sitä edellyttää tai jos tilanne on epäselvä.

- Alavatsakipu
- Haavat
- Hengenahdistus
- Huimaus
- Ikteerinen potilas
- Kasvovamma
- Kolaripotilas tai pudonnut
- Korvakipu
- Kouristus
- Kurkkukipu
- Kuume
- Niska/hartiakipu
- Näköhäiriöt (huonontunut näkö, näkökenttäpuutokset, kaksoiskuvat)
- Närästys
- Oksentelu
- Patti
- Poskiontelo-oire
- Punainen silmä tai roskantunne silmässä
- Pään loukannut
- Päänsärky
- Raajan vammat
- Raajaoire (ei tapaturmaa)
- Raskaana olevan vatsakipu ja emätinverenvuoto
- Rintakehän/kyljen vammat
- Rintakipu - rintatuntemus
- Ripuli
- Rytmihäiriö
- Selkäkipu
- Silmäkipu
- Silmän rähmiminen
- Tajunnan häiriö
- Vaikea psyykkinen ahdistus
- Vierasesine
- Virtsaamisongelma
- Ylävatsakipu
- Yskä

Alavatsakipu (aikuiset)

Hoidetaan päivystyksenä

- peritoniittiepäily (kuume ja kova kipu)
- kova kipulääkitystä vaativa kipu
- tapaturman jälkeinen kipu
- kova kipu, johon liittyy raju ripuli tai oksentelu
- vatsakipu ja kuume

Voi siirtää virka-ajan lääkärille (1 vrk)

- virtsatieoireinen kipu ilman kuumetta
- pitkäaikaispotilaan ummetus/suolentoiminta vaikeus

Voi siirtää virka-ajan lääkärille (2-3vrk)

- pitkittyneet alavatsakivut

Haavat (aikuiset)

Hoidetaan päivystyksenä

- tuore tapaturmainen haava
- auennut vuotava/tulehtunut leikkaushaava

- tulehtunut haava ja yleisoireet
- puremahaava
- silmäluomen haava
- veritapaturma, jos epäily HIV- tai B-hepatiitti-altistuksesta

Hoidetaan päivystyksenä, mutta ei yöllä

- akuutisti tulehtunut krooninen haava
- auennut leikkaushaava (ei vuotava/tulehtunut) tai yltynyt haavakipu

Voi siirtää virka-ajan lääkärille (1 vrk)

- tetanus-tehoste haavan jälkeen (ei tarvita haavahoitoa)

Voi siirtää virka-ajan lääkärille (2-3vrk)

- ei infektoitunut krooninen haava
- raapimisjäljet

Hengenahdistus (aikuiset)

Hoidetaan päivystyksenä

- ei pysty puhumaan lauseita
- lieväkin hengenahdistus, jos potilaalla on rintakipu, närästysoire, käden puuttuminen, laskimotukosepäily, nielemisvaikeus
- hengenahdistus ja tiedossa laskimotukokselle altistava tekijä esim. pitkä lento-matka, jalka kipsissä, syöpä, muu pitkä immobilisaatio tai todettu hyytymishäiriö tai sairastanut aiemmin laskimotukoksen
- hengityksen vinkuminen
- lisääntynyt lepo hengitystaaajuus
- hengenahdistus ja tiedossa merkittävä perussairaus
- kuume ja hengenahdistus

Voi siirtää virka-ajan lääkärille (1 vrk)

- yleistila hyvä, hengitystieinfektio-oireet, ei perussairauksia ja lievä hengenahdistus = jaksaa puhua lauseita
- Voi siirtää virka-ajan lääkärille (2-3vrk)
- astmadiagnoosi tiedossa; yleistila hyvä ja lääkkeet kotona olemassa. Lievä hengenahdistus, pystyy puhumaan pitkiä lauseita
- nuori, ei perussairauksia ja aikaisemmin hyperventilaatiokohtauksia ja nyt samanlainen tilanne

Huimaus (aikuiset)

Hoidetaan päivystyksenä

- äkillisesti alkanut huimaus, johon liittyy kuulon lasku tai siihen liittyy toispuol-
ioireita, puheen epäselvyyttä, nielemishäiriöitä tai kaataa johonkin suuntaan
- äkillisesti alkanutta huimausta on edeltänyt päänsärky, johon liittyy oksentelua
- huimaus, johon liittyy yleistilan lasku, jalat ei kannata tai kuume >38,5
- huimaus, johon liittyy sekavuus
- huimaus, johon liittyy ponnistuksen provosoima päänsärky
- huimaus, johon liittyy rintakipu tai rytmihäiriötuntemus, tajunnan häiriö

Voi siirtää virka-ajan lääkärille (2-3vrk)

- pitkäkestoinen huimaus, luonteeltaan keinuttava, kierto huimaus, johon ei liity
niskan traumaa tai siihen ei liity voimakasta niskakipua tai kuulon laskua
- asentoon liittyvä pitkäkestoinen huimaus
- yleistila hyvä ja huimaus, johon liittyy hitaasti alentunut kuulo eikä muuten
neurologisia oireita

Ikteerinen potilas (aikuiset)

Hoidetaan päivystyksenä

- septinen taudinkuva (vatsakipu, kuume, yleistilan lasku)
- vatsakipu
- kuume

Hoidetaan päivystyksenä, mutta ei yöllä

- akuutti kivuton ikterus ja yleistila hyvä

Voi siirtää virka-ajan lääkärille (1 vrk)

- syy tiedossa
- krooninen sairaus

Kasvovamma (aikuiset)

katso myös haavat

Hoidetaan päivystyksenä

- murtumaepäily
- hammas irti ja ”tallessa”
- kasvovamma ja näkö huonontunut

Hoidetaan päivystyksenä, mutta ei yöllä

- hammas heiluu, on paikallaan

Voi siirtää virka-ajan lääkärille (2-3vrk)

- vanha (2-5 vrk) vamma johon liittyy murtumaepäily

Kolaripotilas tai pudonnut (aikuiset)

Hoidetaan päivystyksenä

- aina, kun oireita tai löydöksiä
- aina, kun on pudonnut vähintään 3 metristä tai ajoneuvon nopeus on törmäyksessä tai äkkipysähdyksessä ollut vähintään 60 km/h, vaikka olisi oireeton
- jos epäily sairauskohtauksesta onnettomuuden aiheuttajana riippumatta syntyneistä vammoista tai oireista

Hoidetaan päivystyksenä, mutta ei yöllä

- aikaisempi (<1 vko) kolari, jonka jälkeen lievä tutkimaton ja diagnosoimaton niska/hartia särky

Voi siirtää virka-ajan lääkärille (2-3vrk)

- tutkittu kolaripotilas, lievä vamma (ei vaadi hoitoa), vaiva jatkuu

Korvakipu (aikuiset)

Hoidetaan päivystyksenä

- korvakipu, johon liittyy joko yleistilan lasku tai voimakas kiertoahuimaus tai ”akuutti hörökorva”, ulkokorvan turvotus tai äkillinen kasvohalvaus

Hoidetaan päivystyksenä, mutta ei yöllä

- voimakas korvakipu, johon kipulääke auttaa vain osittain
- spontaani tärykalvon puhkeaminen tai sen epäily, yleistila hyvä

Voi siirtää virka-ajan lääkärille (1 vrk)

- yleistila hyvä, oireenmukainen lääke auttaa
- vuotava putkikorva, yleistila hyvä

Voi siirtää virka-ajan lääkärille (2-3vrk)

- lievä, ajoittainen kipu ilman muita oireita tai lievän ylähengitystietulehduksen yhteydessä

Kouristus (aikuiset)

Hoidetaan päivystyksenä

- kohtaaminen menossa
- ensimmäinen kohtaaminen tai kohtauksen epäily
- kohtauksen jälkeen alentunut tajunnan taso
- etiologia avoin
- toistuvat kohtaukset

Voi siirtää virka-ajan lääkärille (1 vrk)

- epilepsiapotilas, joka on saanut kohtauksen ja siihen liittyy ajokorttiasia/ajokykiasia

Voi siirtää virka-ajan lääkärille (2-3vrk)

- tiedossa oleva epilepsia ja kohtaus mennyt ohi ja vointi hyvä kohtauksen jälkeen, lääkityksen tarkistamisen tarve

Kurkkukipu (aikuiset)

Hoidetaan päivystyksenä

- vaikeus niellä nesteitä ja sylkeä
- leukalukko
- hengenahdistus tai hengitysvaikeus
- oireet pahenevat selällään maatesa
- heikentynyt yleistila
- ulospäin näkyvä turvotus tai punoitus kasvojen tai kaulan alueella

Hoidetaan päivystyksenä, mutta ei yöllä

- toispuoleinen kurkkukipu

Voi siirtää virka-ajan lääkärille (1 vrk)

- kuume yli 38, mutta yleistila hyvä

Voi siirtää virka-ajan lääkärille (2-3vrk)

- hengitystieinfektioon liittyvä kurkkukipu ja yleistila hyvä, ei leukalukkoa eikä nielemisvaikeutta

Kuume (aikuiset)

Hoidetaan päivystyksenä

- niskajäykkyys ja/tai petekkiat
- kova vatsakipu
- selkeä yleistilan lasku
- virtsatieoireet
- epäily erysipelaksesta tai muusta pehmytkudosinfektiosta
- kuumeeseen liittyen epäily peruselintoimintojen häiriöstä (syke korkea, verenpaine matala, hengitystiheys suurentunut)
- puolustuskykyyn vaikuttava yleissairaus tai lääkitys (potentiaali neutropenia)
- matkailu malaria-alueella

Hoidetaan päivystyksenä, mutta ei yöllä

- kuume yli 38,5ei selvää ylähengitystieinfektio-oireistoa (eikä yo oireita)
- 3 vrk kuume yli 38 astetta

Voi siirtää virka-ajan lääkärille (2-3vrk)

- pitkittynyt ”lämpöily”, yleistila hyvä
- ylähengitystieinfektioon liittyvä kuume < 3vrk ja yleistila hyvä

Niska/hartiakipu (aikuiset)

Hoidetaan päivystyksenä

- niskajäykkyys ja kuume
- edeltävä tapaturma
- epäily hermo- tai verisuonitapahtumasta
- äkillinen kova niskakipu

Hoidetaan päivystyksenä, mutta ei yöllä

- yläraajaan säteilevä kova kipu ja/tai lievä puutumisen

Voi siirtää virka-ajan lääkärille (1 vrk)

- toimintakykyä alentava paikallinen kipu

Voi siirtää virka-ajan lääkärille (2-3vrk)

- vanhan niskavaivan paheneminen
- fysioterapian tarve

Näköhäiriöt (huonontunut näkö, näkökenttäpuutokset, kaksoiskuvat) (aikuiset)

Hoidetaan päivystyksenä

- äkillisesti huonontunut näkö

- lyhytaikainen (<15 min) ohimennyt näköhäiriö, mikäli ei liity todettuun migreeniin
- akuutisti alkanut näkökenttäpuutos
- akuutit kaksoiskuvat
- äkillisesti laajentunut mustuainen
- < 2 vk sitten leikattu silmä ja näön huonontuminen

Hoidetaan päivystyksenä, mutta ei yöllä

- silmä salamoit

Voi siirtää virka-ajan lääkärille (2-3vrk)

- näkö huonontunut vähitellen viikkojen aikana

Närästys (aikuiset)

Hoidetaan päivystyksenä

- jos potilas hakeutuu päivystykseen närästys vuoksi, tulee poissulkea sydänperäisen syyn mahdollisuus
- jos potilas soittaa puhelinneuvontaan tai päivystykseen ja on käyttänyt asianmukaista lääkitystä (happosalpaajalääkitys) tai on sepelvaltimoperäiseen rintakipuun viittaavia yleisöireita tai sepelvaltimokohtaukselle altistavia riskitekijöitä, tulee potilas ohjata päivystykseen

Voi siirtää virka-ajan lääkärille (2-3vrk)

- tyypillinen refluksitauti eli hapanta mahansisältöä nousee suuhun, oireet pahenevat ruokailun jälkeen tai makuuasennossa/eteenpäin kumartuessa oireita

Oksentelu (aikuiset)

Hoidetaan päivystyksenä

- verioksentelu (myös mustat kahvinsumppimaiset oksennukset)
- septinen/peritoniitti = sairas potilas (vatsakipu, kuume ja yleistilan lasku)
- oksentelu ja yleistilan lasku
- oksentelu ja kuivuman epäily
- insuliinihoitoinen diabetes ja oksentelu ja yleistilan lasku
- akuutti ileus-epäily (vatsakipu, vatsan turvotus, oksentelu)

Voi siirtää virka-ajan lääkärille (1 vrk)

- oksennuksessa veriviiruja ja yleistila hyvä

Voi siirtää virka-ajan lääkärille (2-3vrk)

- pitkittynyt pahoinvointi ja oksentelu

Patti (aikuiset)

Hoidetaan päivystyksenä

- kuumottava, punoittava kipeä patti, pää ei käänny
- patti + hengitysvaikeus

Hoidetaan päivystyksenä, mutta ei yöllä

- muut oireiset paiseet
- nopeasti ilmaantuneet kasvavat patit kaulalla ja soliskuopassa

Voi siirtää virka-ajan lääkärille (1 vrk)

- pienet lievöireiset paiseet

Voi siirtää virka-ajan lääkärille (2-3vrk)

- suurentuneet imusolmukkeet
- kivuttomat patit muualla

Poskiontelo-oire (aikuiset)

Hoidetaan päivystyksenä

- ylähengitysinfektio, johon liittyy ulospäin nähtävä turvotus kasvoilla tai yleistilan lasku

Hoidetaan päivystyksenä, mutta ei yöllä

- ylähengitystieinfektio, johon liittyy voimakas kasvokipu, johon särkylääke ei auta

Voi siirtää virka-ajan lääkärille (1 vrk)

- aikaisempia otsaontelotulehduksia ja nyt samankaltaiset oireet ilman yleistilan laskua

Voi siirtää virka-ajan lääkärille (2-3vrk)

- ylähengitystieinfektio poskiontelo-oirein >7 vrk, ei korkea kuumetta
- märkäinen nuha tai märkäisiä ysköksiä

Punainen silmä tai roskantunne silmässä (aikuiset)

katso myös silmäkipu

Hoidetaan päivystyksenä

- silmässä akuutti voimakas roskantunne
- epäily silmän sisällä olevasta vierasesineestä (esim. lyönyt metallilla metalli ja jotain lensi silmään)
- silmässä punoitus, särky ja/tai pahoinvointi

Hoidetaan päivystyksenä, mutta ei yöllä

- epäily sarveiskalvon vierasesineestä
- epäily sidekalvon vierasesineestä

Voi siirtää virka-ajan lääkärille (1 vrk)

- silmässä lievä akuutisti alkanut roskantunne
- punoitus ja allergiset oireet (kutina ja vetistys)

Voi siirtää virka-ajan lääkärille (2-3vrk)

- pitkään jatkunut silmien punoitus, vetistys, kirvely ja kutina (kuivasilmäisyys-oire)
- sidekalvon verenpurkauma (sugillaatio), ei muita oireita eikä edeltävästi vammaa

Pään loukannut (aikuiset)

Hoidetaan päivystyksenä

- tajuttomuus (myös ohimennyt)
- neurologinen oire (sis.muistin menetyksen)
- pahoinvointi
- poikkeava väsymys
- ei kotiseurantamahdollisuutta

Hoidetaan päivystyksenä, mutta ei yöllä

- loukannut pään muutama vrk sitten, edelleen päänsärkyä tai pahoinvoinnin tunnetta
- Voi siirtää virka-ajan lääkärille (2-3vrk)
- trauman jälkeen pitkäkestoinen (>2 viikkoa) päänsärky ilman oksentelua

Päänsärky (aikuiset)

Päänsärky ja vamma katso pään loukannut

Hoidetaan päivystyksenä

- yhtäkkiäinen kovatai ponnistamisen yhteydessä alkanut päänsärky
- päänsärkyyn liittyy neurologisia puutosoireita, yleistilan laskua tai tajunnan häiriöitä
- päänsärky ja niskajäykkyys
- päänsärky ja heikentynyt yleistila

Voi siirtää virka-ajan lääkärille (1 vrk)

- yleistila hyvä ja pitkäkestoinen päänsärky, joka on muutamassa päivässä pahentunut
- ei liity ponnisteluun
- ei liity oksentelua
- potilaalla on hengitystietulehdusoireet, hyvä yleistila, ei oksentelua

Voi siirtää virka-ajan lääkärille (2-3vrk)

- yleiskunto hyvä ja yli 2 viikkoa jatkunut päänsärky, ei liity pahoinvointia, oksentelua, ei liity ponnisteleamiseen
- ohimennyt kohtauksellinen päänsärky, kesto alle vrk ja kohtauksen jälkeen voimti normaali, eikä esiinny näköhäiriöitä, toispuoleista puutumista tai heikkoutta, tai on migreenidiagnoosi tai aiemmin ollut samanlaisia kohtauksia
- krooninen päänsärky ilman muita yleisoireita ja fokaalisia oireita kuten huimaus, näköoire, toispuolinen oire, puutuminen

Raajan vammat (aikuiset)

Korkeaenerginen tapaturma katso ”kolaripotilas ja pudonnut”

Hoidetaan päivystyksenä

- virheasennossa oleva nivel tai raajan osa
- avomurtumaepäily tai huomattava ihovaurio
- hermo- tai verenkierto-ongelmaan sopivat oireet
- ei pysty varaamaan alaraajaan tai ei pysty käyttämään yläraajaa
- sietämätön kipu
- tapaturman jälkeen kivulias lonkka, vaikka ei raajan virheasentoa

Hoidetaan päivystyksenä, mutta ei yöllä

- lakkopolvi
- tapaturman aiheuttama raajan kipu, jossa em. kriteerit eivät täyty

Voi siirtää virka-ajan lääkärille (1 vrk)

- polvi- tai nilkkavamma, mutta voi varata eikä virheasentoa, ei epäilyä hermo-/verisuonivauriosta tai ihovauriota
- yläraajan vamma jonka jälkeen raajaa pystyy käyttämään lähes normaalisti

Voi siirtää virka-ajan lääkärille (2-3vrk)

- usean päivän vanha vamma

Raajaoire (ei tapaturmaa) (aikuiset)

Hoidetaan päivystyksenä

- äkillisesti alkanut kipu ja kylmä, voimaton tai tunnoton raaja
- äkillisesti alkanut voimattomuus tai tunnottomuus raajassa/raajoissa
- raajan/nivelen huomattavat ja laajat tulehdusoireet (kipu, punoitus, kuumotus)
- raajakipu yhdessä rintakivun tai hengenahdistuksen kanssa
- leikkauksen jälkeinen sietämätön kipu, joka ei ole hallinnassa
- raajaan säteilevä sietämätön kipu katso myös selkäkipu

Hoidetaan päivystyksenä, mutta ei yöllä

- toispuoleinen turvotus ilman infektio-oireita (epäily laskimotukoksesta); liike, lämpö, tunto kunnossa
- Voi siirtää virka-ajan lääkärille (1 vrk)
- iskiasoire ilman halvausta, raajaan säteilevä kipu joka siedettävissä
- uusi säärihaava (jos muuten oireeton)
- aamulla havaittu ranteen ojennusheikkous (radialispareesi)

Voi siirtää virka-ajan lääkärille (2-3vrk)

- krooniset kivut
- raajan/nivelen rasiuskivut
- alaraajojen molemmin puoleinen turvotus, jos ei hengenahdistusta eikä rintakipua
- ajoittain toistuva tai krooninen toispuoleinen turvotus
- yläraajojen molemmin puoleinen lievä puutumisoire ilman muita oireita (niskahartiaperäinen oire)

Raskaana olevan vatsakipu ja emätinverenvuoto (aikuiset)

katso myös alavatsakipu ja ylävatsakipu, joiden ohjeet koskevat myös raskaana olevia

Hoidetaan päivystyksenä

- alkuraskauden (< 12 raskausviikkoa) verenvuoto ja kova kipu
- 22 raskausviikon jälkeen emätinverenvuoto ja vatsakipu/kuume
- 22 raskausviikon jälkeen runsas emätinverenvuoto

Hoidetaan päivystyksenä, mutta ei yöllä

- Raskausviikoilla > 22 niukka emätinverenvuoto ilman muita oireita

Voi siirtää virka-ajan lääkärille (1 vrk)

- raskausviikoilla 12–22 emätinverenvuoto ilman muita oireita
- raskausviikon 22 jälkeen lievä vatsakipu (ei vaadi kipulääkitystä) eikä emätinverenvuotoa

Voi siirtää virka-ajan lääkärille (2-3vrk)

- kivuton alkuraskauden verenvuoto
- runsas kuukautisvuoto ei-raskaana olevalla
- raskaana < 23 viikkoa ja vatsakipu, joka ei vaadi kipulääkitystä

Rintakehän/kyljen vammat (aikuiset)

Korkeaenerginen tapaturma katso myös kolaripotilas ja pudonnut

- Hoidetaan päivystyksenä
- hengitysvaikeus
- hengenahdistus
- tylpän tapaturman jälkeinen kipu rinnassa/kyljessä
- terävä/lävistävä rintakehän vamma

Voi siirtää virka-ajan lääkärille (2-3vrk)

- matalaenerginen vamma ja vammasta >3 vrk aikaa, kipu ainoa oire

Rintakipu – Rintatuntemus (aikuiset)

Hoidetaan päivystyksenä

- rintakipu/rintatuntemus akuuttina uutena oireena (potilaat kuvaavat usein oiretta puristuksena, kipuna, närästyksenä, ahtaana tunteena rinnassa)

Voi siirtää virka-ajan lääkärille (2-3vrk)

- kun potilaan yleisvointi on normaali ja ”2 viikkoa jatkunut palpoitava kipu”
- ohimennyt rasitusrintakipu potilaalla, jolla sepelvaltimotautidiagnoosi

Ripuli (aikuiset)

Hoidetaan päivystyksenä

- rajuoireinen veriripuli
- septinen taudinkuva (vatsakipu, kuume ja yleistilan lasku)
- rajuoireinen ripuli ja yleistilan lasku

Hoidetaan päivystyksenä, mutta ei yöllä

- rajuoireinen ripuli ilman merkkejä kuivumasta

Voi siirtää virka-ajan lääkärille (1 vrk)

- tulehduksellisen suolitaudin paheneminen

Voi siirtää virka-ajan lääkärille (2-3vrk)

- tulehduksellisen suolitaudin paheneminen, jos ei yleistilan laskua ja potilaalla olemassa kotona lääkitys pahenemisjaksoihin
- pitkittynyt invalidisoiva ripuli
- pitkittynyt ripuli ja laihtuminen

Rytmihäiriö (aikuiset)

Hoidetaan päivystyksenä

- pääsääntöisesti kaikki

Voi siirtää virka-ajan lääkärille (2-3vrk)

- nuoren ihmisen muljahtelutuntemus ilman yleisoireita
- jo aiemmin tutkittu rytmihäiriötuntemus joka on todettu viattomaksi

Selkäkipu (aikuiset)

Hoidetaan päivystyksenä

- ratsupaikkaoireyhtymä (virtsaumpi ja ulosteenpidätyskyvyn vaikeus, ratsupaikka-anestesia)
- osittainen tai täydellinen alaraajojen halvaus tai neliraajahalvaus
- sietämätön äkillinen tai paheneva selkäkipu
- sietämätön raajaan säteilevä kipu
- tapaturman jälkeinen selkäkipu
- kuume ja selkäkipu

Hoidetaan päivystyksenä, mutta ei yöllä

- tuore (<1 vko) peroneuspareesi
- voimakasoireinen kipu ilman muita oireita eikä potilaalla riittävää kipulääkitystä käytössä

Voi siirtää virka-ajan lääkärille (1 vrk)

- lumbago (paikallinen selkäkipu ilman hermojuurioiretta)

Voi siirtää virka-ajan lääkärille (2-3vrk)

- krooninen kipu ilman uusia ratsupaikkaoireyhtymään viittaavia oireita tai raajojen halvausoireita
- diagnosoidun selkävaivan kivun paheneminen

Silmäkipu (aikuiset)

Hoidetaan päivystyksenä

- voimakas kipu
- silmäkipuun liittyy pahoinvointi
- sarveiskalvolla näkyy muutos
- ei pysty avaamaan silmää
- kipu ja näkö huonontunut

Hoidetaan päivystyksenä, mutta ei yöllä

- lievempi akuutti silmäkipu

Voi siirtää virka-ajan lääkärille (2-3vrk)

- krooninen silmäkipu
- silmien kuivuminen (punoitus, roskan tunne, vetistys)

Silmän räghmiminen (aikuiset)

Hoidetaan päivystyksenä

- silmän räghmimiseen liittyy muita oireita (huonontunut näkö, voimakas luomiturvotus, korkea kuume, ihon punoitus) silmän puhdistamisen jälkeen

Voi siirtää virka-ajan lääkärille (1 vrk)

- Silmä räghmii, ei muita oireita

Tajunnan häiriö (aikuiset)

Hoidetaan päivystyksenä

- mikä tahansa tajunnan häiriö, joka ei ole mennyt ohi
- ohimennyt tajunnan häiriö

Hoidetaan päivystyksenä, mutta ei yöllä

- ohimennyt muistihäiriö ilman muita oireita
- ohimennyt tajunnanhäiriö, nyt oireeton

Voi siirtää virka-ajan lääkärille (1 vrk)

Voi siirtää virka-ajan lääkärille (2-3vrk)

- potilaalla kollapsitaipumus, joka tutkittu aikaisemmin ja todettu viattomaksi
- Vaikea psyykinen ahdistus (aikuiset)

Hoidetaan päivystyksenä

- Harhaisuus ja muut psykoosioireet
 - kysy kuuluuko ääniä/näköharhoja
 - kysy outoja aistikokemuksia (näkö, kuulo, haju, tunto, maku)
 - kiinnitä huomio outoihin ajatuksiin/harhaluuloihin
 - vauhdikkuus/pysähtyneisyys
 - aggressiivisuus
 - pelokkuus
 - unettomuus
- Itsemurha-ajatukset, itsemurhayritys (ahdistus niin vaikea-asteista ettei voi odottaa verkostonkaan tuella aamuun)
 - kysy suoraan itsemurha-ajatuksista ja – yrityksistä
- Vaikeat päihteen vieroitusoireet
 - levottomuus
 - vapina
 - unettomuus
 - harhaisuus

Hoidetaan päivystyksenä, mutta ei yöllä

- yllämainitut ryhmät 1 ja 2 voivat verkoston avulla odottaa aamuun

Voi siirtää virka-ajan lääkärille (1 vrk)

- ahdistunut hoidossa oleva psykoosipotilas (potilaalla dg ja hoitosuhde jo olemassa)

Voi siirtää virka-ajan lääkärille (2-3vrk)

- ei psykoottiset ahdistuspotilaat, on yhteistyökykyinen ja ymmärtää annetut ohjeet hoitoon hakeutumisesta

Vierasesine (aikuiset)

Hoidetaan päivystyksenä

- hengitystie
- ruokatorvi
- sietämättömät kivut
- niellyt useamman magneetin
- niellyt pariston

Hoidetaan päivystyksenä, mutta ei yöllä

- rektum
- vagina
- virtsarakko

Virtsamisongelma (aikuiset)

Hoidetaan päivystyksenä

- virtsaumpi (katetriongelma virtsa ei kulje)
- kuumeileva virtsatieinfektio-oireinen (= pyelonefriitti)

Hoidetaan päivystyksenä, mutta ei yöllä

- raskaana olevien, diabeetikoiden, munuaissairaiden ja miesten ei-kuumeinen virtsatieinfektio
- muut virtsakatetriongelmat

Voi siirtää virka-ajan lääkärille (1 vrk)

- terveiden naisten oireinen virtsatieinfektio ilman kuumetta

Voi siirtää virka-ajan lääkärille (2-3vrk)

- aikuisten oireeton verivirtsaisuus

Ylävatsakipu (aikuiset)

Hoidetaan päivystyksenä

- peritoniitti (= vatsakalvon tulehdus)/septinen (vatsakipu, kuume ja yleistilan lasku)

- kova ylävatskipu (tarvitsee kipulääkitystä)
- kuumeinen ylävatskipu
- tapaturman jälkeinen kipu
- ylävatskipu ja epäily sydäntapahtumasta
- ylävatskipu ja epäily revenneestä vatsa-aortan aneurysmasta (repivä vatsa/selkäkipu tai pulsoiva ylävatsan resistenssi tai tiedossa oleva aneurysma)

Voi siirtää virka-ajan lääkärille (1 vrk)

- lievä ylävatskipu katso rintatuntemus ja närästys

Voi siirtää virka-ajan lääkärille (2-3vrk)

- pitkittynyt ylävatskipu

Yskä (aikuiset)

Hoidetaan päivystyksenä

- katso hengenahdistus
- voimakas äkillisesti alkanut yskä ja epäily vierasesineestä
- selkeä yleistilan lasku
- yskii verta

Hoidetaan päivystyksenä, mutta ei yöllä

- COPD-potilaalla yskä, kuume ja märkäiset yskökset
- yskä ja kuume yli 3vrk
- verta ysköksissä (aikuiset)

Voi siirtää virka-ajan lääkärille (2-3vrk)

- märkäiset yskökset, hyvä yleistila, ei korkea kuumetta
- pitkittyneet yskäoireet (viikkoja)

- 2010:
- 1 Terhi Laine. Lähisuhde- ja perheväkivallan uhreille tarjottavat turvakotipalvelut. (Vain verkossa)
ISBN 978-952-00-2957-9 (PDF)
 - 2 Sosiaali- ja terveysministeriön toimintasuunnitelma vuodelle 2010. (Vain verkossa)
ISBN 978-952-00-2958-6 (PDF)
 - 3 Valtakunnallinen työpankkikokeilu. Raportti työpankkien toiminnasta ja ehdotukset toimintamallin kehittämiseksi. (Vain verkossa)
ISBN 978-952-00-2962-3 (PDF)
 - 4 Yhtenäiset päivistyshoidon perusteet. (Vain verkossa)
ISBN 978-952-00-2963-0 (PDF)