

Opinnäytetyö (YAMK)
Terveiden edistäminen
YTEEDK14
2017

Tanja Gröhn

**KLIININEN TUTKIMINEN JA
LÄÄKKEENMÄÄRÄÄMINEN
LAAJAVASTUISELLA
SAIRAAHOITAJAVASTAANOTOLLA**

– Työkalun kehittäminen vastaanottotyön tueksi

Tanja Gröhn

KLIININEN TUTKIMINEN JA LÄÄKKEEN MÄÄRÄÄMINEN LAAJAVASTUISELLA SAIRAANHOITAJAVASTAANOTOLLA

- Työkalun kehittäminen vastaanottotyön tueksi

Vuonna 2010 Suomessa voimaan tullut laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä antoi sairaanhoitajille mahdollisuuden määrätä ja uusia lääkkeitä itsenäisesti. Laajavastuinen sairaanhoitaja, jolla on rajattu oikeus määrätä lääkkeitä, edustaa sairaanhoitajien uudenlaista tehtäväkuvaa.

Sairaanhoitajat, joilla on rajattu lääkkeenmääräämisoikeus tutkivat potilaat itsenäisesti ja määräävät tarvittaessa potilaalle lääkkeen. Lääkkeenmääräys perustuu hoidon tarpeen arviointiin. Työkaluja kliinisten tutkimusten tekemisen tueksi on suomeksi vain vähän ja itsenäisesti määrättävien sekä uusittavien lääkkeiden luettelo sosiaali- ja terveysministeriön lääkkeenmääräämisasetuksessa on vastaanottotilanteessa vaikeakäyttöinen (1088/2010.)

Opinnäytetyön tavoitteena on edistää sairaanhoitajan toteuttaman kliinisen tutkimuksen ja hoidon tarpeen arvioinnin systemaattisuutta, kehittää lääkehoidon turvallisuutta ja tarkoituksenmukaisuutta lääkkeitä määräävän sairaanhoitajan vastaanotolla. Opinnäytetyön tarkoituksena oli laatia työkalu (potilaskortit) potilaan tutkimiseen osana hoidon tarpeen arviointia ja lääkkeen määräämiseen. Laaditun työkalun tarkoituksena on edistää sairaanhoitajan järjestelmällistä työskentelyä omalla vastaanotollaan. Työkalun sisältö perustui sairaanhoitajan lääkkeenmääräämiskoulutuksen opetussuunnitelmaan, valtakunnallisen asetukseen lääkkeen määräämisestä (1088/2010) sekä kansalliseen ja kansainväliseen kirjallisuuteen. Opinnäytetyön tutkimuksellisen osuuden tarkoituksena oli arvioida käytettävyyttä asiantuntijajaneelia (n=5) hyväksikäyttäen delfoi- tekniikalla. Lopuksi kolme lääkemääräämisoikeuden omaavaa sairaanhoitajaa pilotoi työkalun vastaanotollaan.

Opinnäytetyön tuotoksena syntyi materiaali tarkistuslistamaiseen työkaluun joka sisältää potilaan kliinisen tutkimisen osion sekä lääkkeitä määräävän sairaanhoitajan lääkitysosiot. Työkalu arvioitiin hyödylliseksi ja käyttökelpoiseksi. Työkalua voivat hyödyntää myös muut itsenäistä vastaanottoa pitävät sairaanhoitajat. Tulevaisuuden jatkokehityksen haasteena on työkalun jatkokehittäminen sähköiseen muotoon, esimerkiksi mobiiliversio. Lisää tutkimusta tarvitaan jatkossa työkalun käytettävyydestä erilaisilla sairaanhoitajan vastaanotoilla.

ASIASANAT:

Sairaanhoitaja, sairaanhoitajan lääkkeenmääräämisoikeus, lääkkeenmääräys, kliininen tutkiminen, Delfoi tekniikka

MASTER'S THESIS | ABSTRACT

TURKU UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

Health and Well-being | Health Promotion

2017 | 44 pages + 20 pages of appendices

Tanja Gröhn

PHYSICAL ASSESSMENT AND NURSE PRESCRIBING IN ADVANCED NURSING PRACTICE

- developing a tool for nurse practitioner's appointment

In Finland, the legislation changes came into force in year 2010 regarding allied health care professionals prescribing. The changes gave the authority for registered nurses to independently prescribe and renew medicine prescription after supplementary education. Nursing with expanded responsibilities, including the limited prescriptive authority, represents a new scope of work for nurses.

Nurse prescribers examine patients independently and prescribe medicines if necessary. There are limited number of information sources for nurses on clinical assessment in Finnish. The feasibility of the appendix in the law by Ministry of Social Affairs and Health Prescription Statute Catalogue of Prescribable and Renewable Drugs, is not ideal for supporting prescribing in the nurse prescriber's appointment.

The goal of this thesis is to advance systematic physical assessment and evaluation of treatment (triage) as conducted by a registered nurse, and develop the safety and rational use of medicines executed by a nurse prescriber. The purpose of the thesis was to develop a tool (patient cards) for physical assessment as part of health examination required for patient care and prescription of medicines. The tool was developed to advance the systematic manner of the examination conducted by the registered nurses in their own appointments. The tool is based on the curriculum of nurse prescriber education, national guidelines and regulations, and previous national and international literature. An expert panel (n=5) was utilised to evaluate the feasibility of the tool. Finally, three prescription nurses piloted the tool in their independent appointments.

The outcome of the thesis is a material similar to checklist tools used in health care. It includes a section for physical assessment of a patient, as well as a medication prescription section for nurses with prescriptive authority.

Expert panelist and nurse prescribers piloting the tool perceived it as useful and functional. The tool can be utilised also by other nurses examining patients independently. A challenge for future development is to convert this tool into an electronic version. Further studies are necessary in the future to evaluate the feasibility of this tool in different nurse appointment settings.

KEYWORDS:

Registered nurse, nurse prescribing, prescription, physical assessment, Delphi method

SISÄLTÖ

1 JOHDANTO	6
2 KEHITTÄMISPROJEKTI	7
2.1 Kohdeorganisaatio	7
2.2 Kehittämiprojektin lähtökohdat	8
2.3 Kehittämiprojektin eteneminen	8
3 SAIRAAHOITAJAN LÄÄKKEENMÄÄRÄÄMISOIKEUS	11
3.1 Tehtävänkuvan laajennuksen lähtökohdat ja edellytykset	11
3.1.1 Sairaanhoidajan lääkkeenmääräämiseen liittyvä lainsäädäntö Suomessa	16
3.1.2 Sairaanhoidajan lääkkeenmääräämiskoulutus Suomessa	17
3.2 Sairaanhoidajan laajentuneen tehtävänkuvan perusta	19
3.2.1 Turvallinen lääkehoito	20
3.2.2 Kliininen tutkiminen	21
4 KEHITTÄMISPROJEKTIN TOTEUTUS	23
4.1 Kehittämiprojektin tavoite, tarkoitus ja tutkimuskysymykset	23
4.2 Tutkimusmenetelmä ja aineiston keruu	24
4.2.1 Tutkimusmenetelmä	24
4.2.2 Tutkimusaineiston keruu	24
4.2.3 Asiantuntijapaneeli	25
4.3 Aineiston analyysi	25
5 TUTKIMUKSELLISEN OSION TULOKSET	27
5.1 Asiantuntijapaneelin arviot: kliininen tutkiminen	27
5.1.1 Tärkeys	27
5.1.2 Potilaskorttien käyttökelpoisuus	28
5.1.3 Selkeys	28
5.1.4 Muutosehdotukset ja kommentit	29
5.2 Asiantuntijapaneelit arviot: lääkkeenmääräämisosio	30
5.2.1 Tärkeys	30
5.2.2 Käyttökelpoisuus	31
5.2.3 Selkeys	31
5.2.4 Muutosehdotukset ja kommentit	32

5.3 Työkalun pilotointi	33
5.4 Projektin tulos	34
6 POHDINTA	36
6.1 Tulosten pohdinta	36
6.2 Eettisyys ja luotettavuus	37
6.3 Johtopäätökset ja jatkokehittämishaasteet	38
7 KEHITTÄMISPROJEKTIN ARVIOINTI	39
LÄHTEET	41
LIITTEET	
Liite 1. Tutkimustiedote	
Liite 2. Saatekirje	
Liite 3. Potilaskorttien arviointilomake	
Liite 4. Potilaskortit, kliininen tutkiminen	
Liite 5. Potilaskortit, SHLM- osio	
KUVIOT	
Kuvio 1. Projektin eteneminen (Mukaillen, Silfverberg 2005,5).	10
Kuvio 2. Sairaanhoidajan lääkkeenmääräämisoikeuden käyttöönoton aikajana. (Mukaillen, Kroetzen, ym. 2012, 1002-1012).	16
Kuvio 3. Asiantuntijapaneelin arviot tärkeydestä kliinisen tutkimisen osa-alueissa.	27
Kuvio 4. Asiantuntijapaneelin arviot käyttökelpoisuudesta kliinisen tutkimisen osa-alueissa.	28
Kuvio 5. Asiantuntijapaneelin arviot selkeydestä kliinisen tutkimisen osa-alueissa.	29
Kuvio 6. Asiantuntijapaneelin arviot tärkeydestä SHLM- osa-alueissa.	30
Kuvio 7. Asiantuntijapaneelin arviot käyttökelpoisuudesta SHLM- osa-alueissa.	31
Kuvio 8. Asiantuntijapaneelin arviot selkeydestä SHLM- osa-alueissa.	32
TAULUKOT	
Taulukko 1. Yhteenvetoa kansainvälisistä tutkimustuloksista sairaanhoidajan, organisaation ja potilaan näkökulmista.	13
Taulukko 2. Sairaanhoidajien laajennetun tehtäväkuvan taustalla olevat tarpeet, oikeudet ja koulutus Euroopassa.	19
Taulukko 3. Työkalun sisältämät potilaskortit	34

1 JOHDANTO

Sosiaali- ja terveystalvaeluiden integraatio ja valinnanvapauden lisääminen muuttavat palvelutuotantoa ja työnjakoa, jolloin sairaanhoitajan rooli on keskeinen uusia palveluja kehitettäessä. Sairaanhoitajan uudenlainen työnkuva on erityisen tärkeässä asemassa vastattaessa väestön terveyteen ja sairauksien hoidon tarpeisiin. Sairaanhoitajan lääkkeenmääräämiskoulutuksen käytyään, sairaanhoitaja voi anoa lääkkeenmääräisoikeutta Valviralta. (Kotila, Axelin, Fagersröm, Flinkman, Heikkinen, Jokiniemi, Korhonen, Meretoja, & Suutarla 2016, 5.)

Suomessa voimaan tullut laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä vuonna 2010 antoi sairaanhoitajille mahdollisuuden määrätä ja uusia lääkkeitä itsenäisesti. Koulutuksesta on valmistunut 327 sairaanhoitajaa vuoden 2016 loppuun mennessä. Keväällä 2017 on valmistunut 39 sairaanhoitajaa. Kansainvälisesti sairaanhoitajan lääkkeenmääräys on ollut käytössä jo pidempään ja joissakin maissa laajempaa kuin Suomessa.

Lääkkeitä määrävällä sairaanhoitajalla on mahdollisuus käyttää sähköisiä tietokantoja apuna potilaan tutkimiseen ja hoitoon. Rajatun lääkkeenmääräämisen piirissä olevat lääkkeet, tautitilat ja lääkkeenmääräämisen rajaukset on määritelty sosiaali- ja terveysministeriön asetuksessa 1088/2010 lääkkeenmäärääminen taulukkomaisena listauksena. Taulukot löytyvät liitteenä asetuksen perässä ja ovat sisällöltään suppeat eikä kovin informatiivisia. Muita selventäviä, ohjaavia tai helposti hyödynnettäviä lääkelistauksia sairaanhoitajan työn tueksi ei ole Suomessa julkaistu.

Kehittämiprojektina toteutetun opinnäytetyön tavoitteena on edistää sairaanhoitajan toteuttaman kliinisen tutkimuksen ja hoidon tarpeen arvioinnin systemaattisuutta, kehittää lääkehoidon turvallisuutta ja tarkoituksenmukaisuutta lääkkeitä määrävän sairaanhoitajan vastaanotolla. Kehittämiprojektin toimeksiantajana on Sairaanhoitajaliitto. Opinnäytetyön tarkoituksena on laatia työkalu (potilaskortit) potilaan tutkimiseen osana hoidon tarpeen arviointia ja lääkkeen määräämistä. Kliinisen tutkimisen osio perustuu keskeisimpiin sairaanhoitajan lääkkeenmääräämisen lisäkoulutuksen opetussuunnitelmassa kuvattuihin kliinisen tutkimisen alueisiin ja lääkkeenmääräämisen osio STM:n asetukseen. Opinnäytetyön tutkimuksellisen osuuden tarkoituksena oli arvioida käytettävyyttä asiantuntijapaneelia (n=5) hyväksi käyttäen delfoi- menetelmää. Lopuksi kolme lääkemääräisoikeuden omaavaa sairaanhoitajaa pilotoi työkalun vastaanotollaan.

2 KEHITTÄMISPROJEKTI

2.1 Kohdeorganisaatio

Sairaanhoitajaliitto ry kohdeorganisaationa on konsernin emoyhtiö, joka tukee alueyhdistysten ja liiton liitännäisjäsenten toimintaa sekä koordinoi monipuolista asiantuntijatyötä. Konserniin kuuluvat Sairaanhoitajaliiton omistama koulutus- ja kustannusyhtiö Fioca Oy ja itsenäinen Hoitotyön tutkimussäätiö Hotus.

Liiton organisaation muodostavat Sairaanhoitajaliiton 16 alueyhdistystä jäsenineen, valtuusto sekä hallitus. Kansainvälinen toiminta katsotaan osaksi organisaatiota, sillä liitto toimii kansainvälisten järjestöjen jäsenenä kansainvälisissä yhteisöissä.

Liiton ylintä päätösvaltaa käyttää kahdesti vuodessa kokoontuva valtuusto, johon liiton alueyhdistykset valitsevat edustajansa jäsenmäärän mukaan. Valtuuston päätökset toteuttaa hallitus, jolla on apunaan liiton toimisto.

Sairaanhoitajaliiton tarkoituksena on yhdistää sairaanhoitajat huolehtimaan hyvästä, osaavasta ja asiantuntevasta ammatistaan sekä korkeatasoisesta hoitotyöstä ja hyvinvoinnista työpaikoilla. Tulevaisuuden tavoitteena on yhdistää sairaanhoitajat ammattikuntana. Sairaanhoitajat osaavat, välittävät ja vaikuttavat. Liiton arvoja ovat luottamus, jäsenlähtöisyys, asiantuntijuus, ammatillisuus ja eettisyys.

Sairaanhoitajaliitto toimii aktiivisesti erilaisissa pohjoismaisissa, eurooppalaisissa ja globaaleissa verkostoissa. Kansainvälinen toimintaympäristö vaikuttaa vahvasti myös suomalaiseen terveydenhuoltoon ja hoitotyöhön. Erityisesti EU-maiden terveystalitiikat ja terveydenhuoltojärjestelmät ovat jatkuvasti enemmän sidoksissa toisiinsa. Sairaanhoitajaliitolla on ollut merkittävä merkitys rajatun lääkkeenmääräämisoikeuden juurruttamisessa myös Suomeen. Liitto tekee tiivistä yhteistyötä kansainvälisten järjestöjen kanssa, kuten International Council of Nurses, (ICN); European Federation of Nurses Associations, (EFN); Sykepleiernes Samarbeid i Norden, (SSN); The European Nursing Students Association, (ENSA).

2.2 Kehittämiprojektin lähtökohdat

Suomessa koulutusta on järjestetty vasta vuodesta 2011, mutta kansainvälisesti sairaanhoitajan laajennettu tehtävänkuva lääkehoidossa on muodostunut jo osaksi terveydenhuoltojärjestelmää monissa maissa. Lääkkeenmääräämisopinnot suorittaneita sairaanhoitajia toimii Suomessa erilaisissa terveydenhuollon toimintaympäristöissä ja tehtävissä, kuten perusterveydenhuollossa, päivystyksessä ja neuvoloissa. Syksyllä 2015 Valviralta lääkkeen määräämiseen tarvittavan yksilöintitunnuksen oli saanut 216 sairaanhoitajaa. Keväällä 2017 myönnettyjä yksilöintitunnuksia on 366. (Sosiaali- ja terveysministeriö [STM] 2015, 9; Sulosaari, henkilökohtainen tiedonanto 27.3.2017.) Määrällisistä tavoitteista lääkkeitä määräävien sairaanhoitajien lukumäärässä ollaan jäljessä (Heikkilä, Niemelä & Eskola 2013, 64-65; STM 2015, 7).

Suomessa terveydenhuoltorakenteita muuttanut koulutus ja toimintamalli ovat vielä nuoria ja hakevat toiminnallaan paikkaansa terveydenhuoltojärjestelmässä. Läkkeitä määräävän sairaanhoitajan tehtävänkuva vaihtelee työpisteestä riippuen eikä yhtenäistä maanlaajuista linjaa tehtävänkuvasta ole sovittu. Tehtävänkuvauksen määrittely ja suositus sen toteuttamisesta selkeyttäisi toimintaa ja parantaisi vaikuttavuutta koko Suomessa. (Vesterinen 2013, 7-8; STM 2015, 15-17.)

Tutkimuksia on Suomessa tehty vielä vähän sairaanhoitajien uuden tehtävänkuvan käyttöönotosta tai niiden yhteydestä sairaanhoitajan ammatti-identiteettiin ja rooliin. Kansainvälisesti lääkkeenmääräämiskoulutus ja oikeus ovat olleet käytössä jo monissa maissa pitkään. Kansainvälisiä tutkimuksia sairaanhoitajan lääkkeenmääräämisestä on tehty paljon. (Vesterinen 2013, 7-8; Kroezen, Francke, Groenewegen & Dijk 2012, 1002-1012.)

2.3 Kehittämiprojektin eteneminen

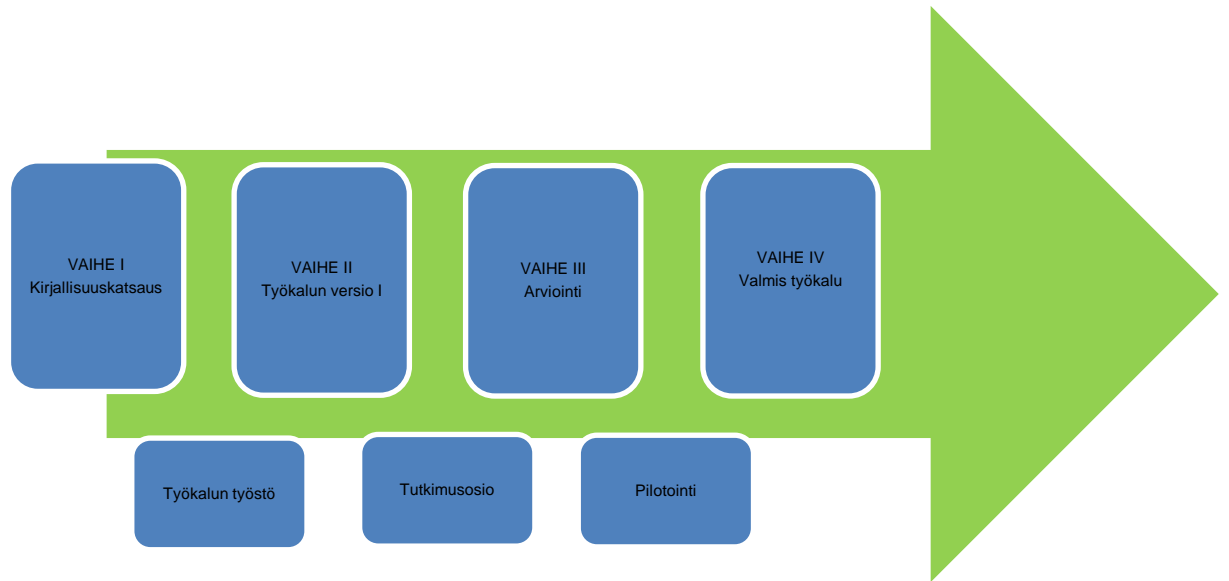
Kehittämiprojektin tavoitteena on edistää sairaanhoitajan toteuttaman kliinisen tutkimuksen ja hoidon tarpeen arvioinnin systemaattisuutta sekä kehittää lääkehoidon turvallisuutta ja tarkoituksenmukaisuutta lääkkeitä määräävän sairaanhoitajan vastaanotolla. Tarkoituksena on laatia työkalu (potilaskortit) potilaan tutkimiseen osana hoidon tarpeen arviointia ja lääkkeen määräämistä hyödyntäen asiantuntijapaneelia. Laadittavan työkalun tarkoituksena on tukea sairaanhoitajan järjestelmällistä työskentelyä

omalla vastaanotollaan. Työkalun sisältö perustuu sairaanhoitajan lääkkeenmääräämiskoulutuksen opetussuunnitelmaan, valtakunnallisen asetukseen lääkkeen määräämisestä sekä kansalliseen ja kansainväliseen kirjallisuuteen. (Käypä hoito- suositukset; STM 1089/2010; Saha, Salonen & Sane 2011; Bickley & Szilagy 2013.)

Esiselvitysvaiheessa toteutettiin narratiivinen kirjallisuuskatsaus aikaisemman tiedon kokoamiseksi. Sairaanhoitajaliitto sitoutui opinnäytetyössä toteutettavan kehittämissuunnitelman toimeksiantajaksi. Projekti käynnistettiin ja luotiin projekti ja ohjausryhmä. Ohjausryhmään kuului Sairaanhoitajaliitto, Turun ammattikorkeakoulun edustajana opettajatuturi, työelämän edustajana farmaseutti sekä lääkkeenmääräämisen erikoispatenttijaoston (LäMä) edustajana jaoston puheenjohtaja. Ohjausryhmä toimi asiantuntijana sekä arvioi projektin edistymistä ja tuloksia. Projektiryhmässä toimi lääkäri, kolme lääkkeitä määrääviä sairaanhoitajaa (myöhemmin SHLM-hoitaja) sekä datanomi.

Laadittujen potilaskorttien sisältö perustui koulutuksen opetussuunnitelmaan, valtakunnallisen asetuksen sekä kansalliseen ja kansainväliseen kirjallisuuteen. Potilaskortit jaettiin kahteen osaan, kliininen tutkiminen sekä sairaanhoitajan lääkkeenmääräämisen piiriin kuuluvat lääkkeet. Projektiryhmä osallistui sisällön laadintaan ja hyväksyi kortit.

Projektin tutkimuksellisessa osassa käytettiin asiantuntijapaneelia (n=5), joka koostui ammattiliitto Tehyn alaisuudessa toimivan lääkkeenmääräämisen erikoispatenttijaoston (LäMä) sairaanhoitajajäsenistä, jotka työelämässä määräävät lääkkeitä sekä ammattikorkeakoulun opettajasta. Maantieteellinen edustavuus ja taustatiedot otettiin huomioon. Taustatiedoista oleellisin oli käytännöntyö lääkkeenmääräämisen piirissä. Asiantuntijapaneelin jäsenet antoivat arvionsa työkalun käytettävyydestä, selkeydestä ja tärkeydestä sekä muista kommentteista. Tuloksista tehtiin yhteenveto sekä tarvittavat muutokset. Raportointivaiheessa tuotos viimeisteltiin ja pilotoitiin koeryhmässä (n=3), jonka jälkeen ne otettiin käyttöön ja arvioitiin. Kuviossa 1 on esitetty projektin eteneminen. Projektista ja sen etenemisestä raportoitiin toimeksiantajaorganisaatiolle. Valmis tuotos luovutettiin toimeksiantajalle.



Kuvio 1. Projektin eteneminen (Mukaillen, Silfverberg 2005,5).

3 SAIRAANHOITAJAN LÄÄKKEENMÄÄRÄÄMISOIKEUS

3.1 Tehtävänkuvan laajennuksen lähtökohdat ja edellytykset

Lääkkeitä määrävien sairaanhoitajien koulutusta suunniteltiin ensin yhdeksi ratkaisuksi pitkään vaivanneelle lääkärivajeelle, joka erityisesti oli ongelmana haja-asutusalueilla Suomessa. Lääkäreiden työajan vapauttaminen vaativampiin työtehtäviin nähtiin myös työnjakomallina, joka helpottaa ja sujuvoittaa ruuhkautuvia terveyskeskuksia sekä päivityksiä. (Vesterinen 2013, 12-14; Juusola 2013.) Sosiaali- ja terveysalan tulevan uudistuksen myötä sairaanhoitajien rooli tulee korostumaan asiantuntijana ja itsenäisenä palvelunantajana. Sairaanhoitajan lääkkeenmääräämisoikeus on osa laajavastuista hoitotyötä ja ammattipätevyyden vaatimuksien mukainen. (Kotila ym. 2016, 19-21.)

Lääkkeenmääräyksen uusiminen itsenäisesti on jatkumo jo pitkään toiminnassa olleelle itsenäiselle sairaanhoitajavastaanotolle. Esimerkiksi astma ja diabeteshoitajille laajennettu tehtäväkuva on antanut vapaammat kädet potilaan kokonaisvaltaiseen hoitoon. Tarvittavien reseptien uusiminen ilman lääkärin konsultaatiota vahvistaa hoitosuhdetta ja kehittää omahoitajasuhteen syntymistä. (Vesterinen 2013, 12-14.)

Opiskelija- ja perhesuunnitteluneuvoloissa lääkkeitä määrävän sairaanhoitajan, terveydenhoitajan tai kättilön työnkuva on myös saanut uuden roolin. Oikeus määrätä lääkkeitä on antanut esimerkiksi kättilöille jälkitarkastuksen yhteydessä mahdollisuuden aloittaa ehkäisyvalmisteet itsenäisesti. (Heikkilä ym. 2013, 63 – 64.)

Työnjaollisesti lääkkeitä määrävät hoitajat helpottavat potilaiden hoitoon pääsyä, antavat laadukasta hoitoa ja terveysneuvontaa. Potilaan saama hoito on tehokasta ja laadukasta. Hoidon jatkuvuus ja sitoutuminen on varmempaa sekä toiminta kustannus-tehokasta. (Skoda & Clement 2000, 1042-1043; Bonsall & Cheater 2007, 1099; Shum, Humphreys, Wheeler, Cochrane, Van Ruth, Mistiaen & Francke 2008, 9; Vesterinen 2013, 25-30; Weeks, Maclure, George & Stewart 2016, 29.)

Suomessa sairaanhoitajan tehtävänkuvan laajentuminen rajattuun lääkkeenmääräämiseen on vielä uusi toimintamalli terveydenhuollon organisaatioille. Koulutettuja ja sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontaviraston (Valvira) luvat saaneita hoitajia on vuonna

2017 maaliskuussa 366. Uuden tehtävänkuvan käyttöönotto on ollut vaihtelevaa eikä selkeää toimintasuunnitelmaa maanlaajuisesti ole tehty. Lääkkeitä määräävät hoitajat ovat sijoittuneet lähelle suuria yliopistokaupunkeja, vaikka suurin tarve olisi Pohjois-Suomessa sekä harvaan asutuilla haja-asutusalueilla. Suomalaisia tutkimuksia koskien sairaanhoitajien rajattua lääkkeenmääräämistä on vasta vähän. (Heikkinen, henkilökohtainen tiedonanto 2014; Sosiaali- ja terveysministeriö 2015, 7.) Sairaanhoitajan lääkkeenmääräämisoikeuden vaikutuksia potilastyöhön ja turvallisuuteen on pidetty tärkeinä seurantakohteina (Mäntyranta, Nenonen & Koski 2011, 38778-3781).

Vesterisen (2013) tutkimus tehtiin rajatun lääkkeenmääräämisoikeuden saaneiden hoitajien työtehtävistä, työnjaosta lääkäreiden ja muun henkilökunnan välillä sekä työnkuvan vaikutuksista kustannustehokkuuteen. Tutkimus tehtiin laadullisena tapaustutkimuksena, johon osallistui oikeuden saaneita hoitajia ja heidän esimiehiään. Tutkimuksen mukaan edistäviksi tekijöiksi uuteen tehtävänkuvaan oli sairaanhoitajan mahdollisuus hoitaa potilaitaan itsenäisemmin, edistääkseen omaa uraansa ja osaamistaan sekä saadaksesen parempaa palkkaa. Estäviksi tekijöiksi raportoitiin koulutuksen kalteus ja puutteet työnjakomallissa.

Sosiaali- ja terveysministeriö (2016) julkaisi laajan arvioinnin sairaanhoitajan lääkkeenmääräämisen toteutumisesta Suomessa. Ministeriö asetti asiantuntijaryhmän, joka selvitti uuden tehtävänkuvan ja lisäkoulutuksen toteutumista sekä arvioi kehittämistarpeita. Vuonna 2014 kerätty aineisto koostui tilastotiedoista, kyselytutkimuksesta, lääkemääräysten auditoinneista, työaikaseurannasta sekä erilaisista selvityksistä ja kuulemistilaisuuksista. Selvityksen yhteydessä toteutettiin lääkemääräysten auditointi, jossa todettiin sairaanhoitajien päätyneen asianmukaiseen hoitosuunnitelmaan sekä diagnoosiin. Alahuhta ja Niemelä (2013) päätyivät samaan lopputulokseen tutkiessaan SHLM- opiskelijoiden menestymistä kliinisissä potilaskokeissa.

Kyselyyn osallistuivat lääkkeitä määräävät sairaanhoitajat (n=85), lääkärit (n=45) ja organisaatioiden johto (n=33). Tutkimuksesta kävi ilmi että työnkuvan käyttöönoton estävinä tekijöinä koettiin joissain määrin lääkäreiden kielteiset asenteet ja muiden kollegojen kateus esimerkiksi palkkausta kohtaan. Johdon ja lähiesimiesten suhtautuminen työnkuvaan oli positiivista. Sosiaali- ja terveysministeriön asettaman tutkimusryhmän ehdotusten mukaisesti eduskunnan päätettäväksi asetetaan määrättävien lääkkeiden listan laajennus, koulutukseen ja käytännön muutoksiin liittyvät parannusehdotukset sekä työnkuvan käyttöönottoon ja tukemiseen liittyvät ehdotukset. Päätöstä ke-

väällä 2017 ei ole vielä eduskunnassa tehty. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2015, 2,7,9-12, 20-22,91-99,105-130.)

Uusi työkuva on kansainvälisten tutkimusten perusteella muun muassa laajentanut sairaanhoitajan osaamisaluetta ja tuonut itsevarmuutta. Sairaanhoitajat ovat kokeneet työn positiiviseksi ja potilaat ovat saaneet kokonaisvaltaisempaa hoitoa. Sairaanhoitajan lääkkeenmääräämisen on todettu kansainvälisesti olevan lääkäreihin verrattuna tasavertaista ja vaikutukset potilaan hoitoon yhdenmukaisia tai jopa parempia. Taulukossa 1 on koottu kansainvälisten tutkimuksien tuloksia tehtävänkuvaaan liittyen sairaanhoitajan, organisaation ja potilaan näkökulmista.

Taulukko 1. Yhteenvetoa kansainvälisistä tutkimustuloksista sairaanhoitajan, organisaation ja potilaan näkökulmista. (Bradley, Campbell & Nolan 2004, 442-447; 2007, 122-125; While & Biggs 2004, 566; Courtenay, Carey & Burke 2006, 1096-1099; Lockwood & Fealy 2008, 815-818; Gielen, Dekker, Francke, Mistiaen & Kroezen 2014, 1059; Kroezen 2014, 2254-2255; Creedon, Byrne, Kennedy & McCarthy 2015, 883-885; Weeks, Maclure, George & Stewart 2016, 17-22, 29).

SAIRAAHOITAJAN NÄKÖKULMA	ORGANISAATION NÄKÖKULMA	POTILAAN NÄKÖKULMA
Itsenäinen toiminta hoitotyössä lisääntynyt	Osaamisen edistäminen ja hyödyntäminen lisääntynyt	Hoito kokonaisvaltaisempaa
Ammatillinen kehittyminen / urakehitys	Lääkäreiden aikaa vapautuu vaativampien potilaiden hoitoon	Hoitoon pääsy nopeutunut ja helpottunut
Ammatillinen itsevarmuus kehittänyt	Hoidon jatkuvuus ja joustavuus lisääntyy	Tyytyväisyys hoitoon lisääntynyt
Työtyytyväisyyden lisääntyminen	Hoidon saatavuuden parantuminen	Lääkehoitoon sitoutuminen parantunut
Kokonaisvaltaisempi ja joustavampi hoitotyö	Potentiaaliset positiiviset kustannusvaikutukset	Laadukas potilasohjaus lisääntynyt
Rahallinen korvaus	Koulutus kallis	
Puutteita työnjakomallissa		
Työnjohdon tuen puute		
Riittämätön korvaus kasvaneesta vastuusta		
Muun hoitohenkilökunnan vastustus		
Uskalluksen puute ja osaaminen		
Riittämätön tehtävänkuvan implementointi ja sen tuki		

Laajentuneen tehtävänkuvan käyttöönottoa ovat edistäneet myönteiset kokemukset sairaanhoitajan laajentuneesta tehtävänkuvasta. Sairaanhoitajat arvioivat Bradley, Cambell ja Nolanin (2004, 442-447; 2007, 122-125) tutkimuksissa työnsä olevan aikaisempaa laaja-alaisempaa ja uusi tehtäväkuva antoi mahdollisuudet potilaiden kokonaisvaltaiseen hoitoon. Sairaanhoitajien kokonaisvaltainen potilaan hoito vapautti lääkärin vaativimpien potilaiden hoitoon ja helpotti potilaan hoitoon pääsyä. Estävinä tekijöinä sairaanhoitajat kokivat työnjohdon tuen puutteen ja uuden työnkuvan riittämättömän implementoinnin. Bradley ja Nolanin (2007, 125-127) julkaistussa tutkimuksessa korostettiin sairaanhoitajan kompetenssia asiantuntijana, jonka työnkuvaa tulisi kaikin tavoin saada integroitua terveydenhuoltojärjestelmiin.

Myös Courtenay, Carey ja Burken (2006, 739-747) tutkimuksessa tehtävänkuvan toteutumista estäviksi tekijöiksi kuvattiin työnjohdon ja toiminnan suunnitelmallisuuden puute, koska uuden tehtävänkuvan implementointi oli vastaajien mielestä jäänyt kesken-eräiseksi. Sairaanhoitajat kokivat luottamuksen puutetta työnjohdolta ja muun hoitohenkilöstön vastustusta työnkuvan käyttöönotossa. Palkkaus ja budjetointi olivat mainittu myös estäviksi tekijöiksi (n= 868). Suurin osa vastanneista (89 %) vastaajista kuitenkin tunsu varmuutta työhönsä sekä lääkkeiden määräämiseen kuten oli myös myös Courtenay, Carey ja Burken (2007, 1093-1101) tutkimuksessa, johon osallistui 1187 lääkettä määrävää sairaanhoitajaa. Tutkimus arvioitiin miten lääkkeitä määrävät sairaanhoitajat olivat sisäistäneet uuden roolinsa ja työnkuvan sekä miten itsevarmuus oli kehittynyt opiskelijoiden ja kollegojen kouluttamisessa. Tulosten perusteella SHLM-sairaanhoitajat ovat kokeneita ja korkeasti koulutettuja sekä omaksuneet hyvin uuden roolinsa. Lisäksi suurin osa (74%) koki itsensä itsevarmaksi toimiessaan mentorina muille.

Irlannissa sairaanhoitajan työnkuvan muuttuminen ja laajentuminen on Lockwood ja Fealyn (2008, 815-818) mukaan ymmärretty hyvin ja sairaanhoitajat (n=283) itse ovat olleet positiivisia työnkuvan laajenemisen suhteen. Lääkkeenmääräysoikeus koettiin mahdollisuutena holistisempaan hoitoon potilastyössä. Negatiivisina asioina koettiin oikeustoimellisten asioiden pelko.

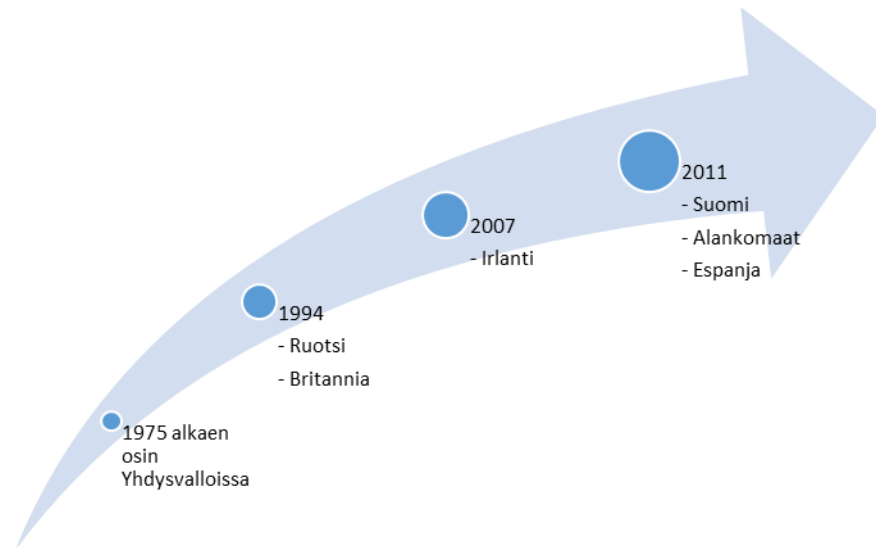
Sairaanhoitajien lääkkeenmääräystä on kehitetty Irlannissa jatkuvasti. Irlannissa on laajennettu sairaanhoitajien itsenäisesti määrättävien lääkkeiden listaa joka nykyään vastaa lähes lääkäreiden oikeuksia. McBrienin (2015, 524-528) tutkimuksessa on arvi-

oitu kasvaneiden oikeuksien vaikutuksia sairaanhoitajien henkilökohtaisiin ja ammatillisiin haasteisiin. Laajentuneet oikeudet madaltavat ammatillisia raja-aitoja ja niiden vaikutukset työympäristöön ja tiimityöhön, ovat haaste roolin kehittymiselle ja työnkuvan implementoinnille.

Alankomaissa todettiin ennen laajennetun tehtävänkuvan käyttöönottoa sairaanhoitajien määränneen lääkkeitä jo vuosia luvottomasti. Sairaanhoitajat ovat tutkineet potilaat ja kirjoittanut reseptin valmiiksi, jonka jälkeen lääkäri on allekirjoittanut reseptin ilman että näkee potilasta. Vastuukysymykset ja laki eivät näin ole kohdanneet toimintatavassa. Luvallinen sairaanhoitajan lääkkeenmääräämisoikeus nähtiin tarpeelliseksi toiminnan laillistamiseksi molemmille ammattiryhmille. (Kroezen 2011, 12-14; 2012, 1004-1006; 2014, 2254-2558.)

Alankomaissa sairaanhoitajan lääkkeenmääräämisoikeutta harkittiin pitkään. Kroezen, de Veer, Francke, Groenewegen ja van Dijk (2014) tutkivat vuosina 2006 ja 2012, miten asenteet uutta työnkuvaa kohtaan muuttuvat, vaikka lääkkeenmääräystä ei ollut vielä käytössä. Lääkkeenmääräämisen koulutus oli kuitenkin käytännössä toiminnassa rajattuna erikoisaloihin ja potilasryhmiin. Vuonna 2012 tutkimuksesta kävi ilmi, ettei asenteissa ollut vuosien välissä tapahtunut muutosta. Tutkimukseen osallistui vuonna 2006 386 sairaanhoitajaa ja 644 hoitajaa. Vastanneet kokivat, etteivät he olleet riittävän päteviä lääkkeenmääräämiseen ja tiedolliset taidot eivät olleet riittäviä. Tehtävänkuvan toteuttamista estäviksi tekijöiksi koettiin uskalluksen puute ja osaaminen. Myös työnantajan tuki koettiin puutteelliseksi. Kroezenin tutkimuksessa todettiin vuonna 2014 sairaanhoitajien ja lääkäreiden asenteiden muuttuneen neutraalista kohtalaisen positiiviseen suuntaan. Molemmat ammattiryhmät olivat samaa mieltä siitä, että sairaanhoitajan oikeus määrätä lääkkeitä hyödyttää potilasta, sairaanhoitajia ja lääkäreitä. Uuden työnkuvan implementointiin tämä asenteen muutos on oleellinen. Työnjohdon tuen puute on riski työroolin kehitykselle. (Kroezen 2014, 2254-2255.)

Vuonna 2014 tehdyn kansainvälisen tutkimuksen mukaan lääkkeenmääräämisoikeus oli käytössä Australiassa, Espanjassa, Kanadassa, Koreassa, Ruotsissa, Uudessa Seelannissa, Englannissa, Etelä-Afrikassa, Irlannissa, Hollannissa ja Yhdysvalloissa (Kroezen 2014, 82-90).



Kuvio 2. Sairaanhoidajan lääkkeenmääräämisoikeuden käyttöönoton aikajana. (Mukailen, Kroetzen, ym. 2012, 1002-1012).

3.1.1 Sairaanhoidajan lääkkeenmääräämiseen liittyvä lainsäädäntö Suomessa

Vuonna 1972 säädettiin kansanterveyslaki, jonka tavoitteena oli tuoda korkea-tasoiset ja kattavat terveydenhuoltopalvelut kansalaisille. Lain velvoittamana Suomeen alettiin muodostamaan terveyskeskusjärjestelmää. 2000-luvulla järjestelmä elää edelleen. Vuosien saatossa ongelmat ovat muuttuneet sekä osin pysyneet samoina. Terveydenhuolto elää edelleen murrosvaihetta ja vaatii jatkuvaa uudistumista.

Kunnat ovat veloitettuja tuottamaan terveystalvuuja joko itse tai yhdessä muiden kuntien tai kuntayhtymien kanssa. Kunnalliseen järjestelmään sisältyy kiireellinen sekä kiireetön perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon palveluiden järjestäminen kaikille kunnan asukkaille (STM 2000:15). Terveydenhuollon palvelujärjestelmää säätelevät esimerkiksi seuraavat lait: Uusi terveydenhuolto laki (1326/2010), Erikoissairaanhoidolaki (1062/1989), Kansanterveyslaki (66/1972), Kansanterveysasetus (802/1992), Mielenterveyslaki (1116/1990) ja Mielenterveysasetus (1247/1990), Terveydenhuollon ammatti-henkilölaki (559/1994) ja – asetus ja 564/1994). Potilaan oikeuksia määrittävät laki potilaan asemasta ja oikeuksista (785/1992) sekä Potilasvahinkolaki (585/1986). (STM 2000:15; WWW.finlex.fi.)

Heinäkuussa 2010 tuli voimaan terveydenhuollon ammattihenkilöstä lakimuutos, joka mahdollisti sairaanhoitajien lääkkeenmääräämisen. Laillistettu ammattihenkilö voi koulutuksensa, kokemuksensa ja tehtävänkuvansa mukaisesti aloittaa hoidon potilaan oireiden ja käytettävissä olevien tietojen sekä tekemänsä hoidon tarpeen arvioinnin perusteella. (Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä annetun lain muuttamisesta/ammattihenkilölaki, 433/2010.)

Laillistettu sairaanhoitaja sekä laillistettu terveydenhoitaja tai kätilö, joka on saanut lain mukaisen kirjallisen määräyksen, on oikeutettu määräämään lääkkeitä apteekista toimitettavaksi saamansa kirjallisen määräyksen mukaisesti. Nykyiset säädökset rajaavat tehtävänkuvan perusterveydenhuollon yksiköihin ja erikoissairaanhoidon osalta yhteis-päivystysyksiköihin. Rajattuun lääkkeenmääräämistä ohjaavassa asetuksessa on tarkoin selvitetty lääkkeet, tautitilat ja rajaukset, joiden mukaan lääkkeitä määräävä sairaanhoitaja toimii. Oikeuden omaavat sairaanhoitajat määräävät lääkkeitä vaikuttavan aineen mukaan vahvuuden ja lääkemuodon perusteella. Säädosmuutokset lääkkeen kauppanimellä määräämisen mahdollistamiseksi sekä toimintaympäristön ja määrättävissä olevien lääkevalikoiman laajentamiseksi ovat käynnissä. Päätöstä keväällä 2017 ei ole vielä tehty. (Laki ammattihenkilöstä 23b; Sosiaali- ja terveysministeriön asetus lääkkeen määräämisestä 1088/2010; STM Säädosvalmistelu: sairaanhoitajan lääkkeenmäärääminen)

3.1.2 Sairaanhoitajan lääkkeenmääräämiskoulutus Suomessa

Keväällä 2011 käynnistyivät 45 opintopisteen laajuiset koulutukset, ja ensimmäiset lääkemääräysoikeudet myönnettiin kesällä 2012 (Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä annetun lain muuttamisesta/ammattihenkilölaki, 433/2010). Suomessa sen käyttöönotto on tullut viiveellä muihin maihin verrattuna. Irlannissa koulutus on vastaavanlainen kuin Suomessa, ja Irlanti on ollut esimerkkinä Suomen lainsäädäntöä ja lisäkoulutusta suunniteltaessa. (Heikkilä, Niemelä & Eskola 2013, 54-55.)

Erikoispätevyuden tuottava koulutus on määritelty valtioneuvoston asettamassa asetuksessa (STM 1089/2010). Tarvittavan yksilöintitunnuksen saamiseen sairaanhoitajalla tulee olla rajattuun lääkkeenmääräämiseen edellyttämä pohjakoulutus, käytännönkokemus työelämästä ja riittävä osaaminen. Riittävä työkokemus on 5- vuotta ter-

veysalalla, josta 3- vuotta siltä tehtävälalta, jossa hän tulee lääkkeitä määräämään. Osaaminen osoitetaan korkeakoulun antamalla todistuksella, josta käy ilmi koulutuksen sisältö ja osaamistavoitteet. Asetus velvoittaa koulutuksen saaneen sairaanhoitajan saamaan valmiudet määrätä apteekista hoidossa käytettäviä lääkkeitä hoitamilleen potilaille, seurata ja arvioida hoidon vaikutuksia sekä noudattaa lääkkeen määräämisestä annettuja säännöksiä ja potilasturvallisuuden vaatimuksia, jotka perustuvat yleisesti hyväksytyihin hoitokäytäntöihin. Koulutuksen tulee antaa myös valmiudet tiimi- ja moniammatilliseen yhteistyöhön sekä jatkuvaan arvioon ja kehittämiseen tähtäviä valmiuksia. (Valtioneuvoston asetus lääkkeen määräämisen edellyttämästä koulutuksesta, 1089/2010.)

Sosiaali- ja terveysministeriö asetti työryhmän suunnittelemaan koulutuksen valtioneuvoston asetuksen mukaiseksi. Ammattikorkeakoulut, yliopistot ja työelämän toimijat suunnittelivat koulutuksen, joka kattoi riittävän laajan osaamisalueen ja antoi riittävät valmiudet toiminnalle lääkkeitä määräävän sairaanhoitajan toimipisteestä huolimatta. Työryhmän toimesta osaamisalueet, jotka muodostavat erikoispätevyyden lääkkeiden määräämiselle, ovat eettinen ja juridinen osaaminen, kliininen tutkiminen ja terveydentilan arvion osaaminen, näyttöön perustuva päätöksenteko ja lääkehoidon osaaminen. 45-opintopisteen laajuinen koulutus pitää sisällään korkeakouluopintoja, sisältäen tautiopin, kliinisen lääketieteen, kliinisen hoitotyön, farmakologian ja reseptiopin opintokokonaisuudet. Minimivaatimuksena on, että tautioppi, kliininen lääketiede, farmakologia ja reseptioppi ovat vähintään 20 opintopisteen kokonaisuus. Koulutukseen osallistuvat ammattikorkeakoulut sekä yliopistot ympäri Suomen. (Valtioneuvoston asetus lääkkeen määräämisen edellyttämästä koulutuksesta 1089/2010; Heikkilä ym. 2013, 57 – 58.)

Teoriaopintojen lisäksi koulutukseen sisältyy käytännön ohjattua opiskelua. Oppimista ohjaa lääkärin ammattia itsenäisesti harjoittamaan oikeutettu laillistettu lääkäri, jolla on vastuu opiskelijan ohjauksesta ja joka osallistuu opiskelijan näytön arviointiin. Lääkäri ja terveydenhuollon toimintayksikkö sitoutuvat ohjaamiseen kirjallisesti. Osaaminen varmennetaan valtakunnallisella kirjallisella kokeella ja käytännössä tapahtuvalla osaamisen näytöllä. (Valtioneuvoston asetus lääkkeen määräämisen edellyttämästä koulutuksesta 1089/2010; Alahuhta & Niemelä, 2013.)

Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksen (2015) mukaisesti on ehdotettu poistettavaksi kolmen vuoden työkokemusvaatimuksen rajaamista viiteen viimeiseen vuoteen sekä lisättäväksi hyväksilukemisen mahdollisuus aiemmista vastaavan tason opinnoista. Sosiaali- ja terveysministeriö selvittää valtion rahoituksen mahdollisuutta koulutuksen järjestämiseksi sekä uuden työnkuvan levittämiseksi. Päätöksiä näistä ei eduskunnassa vielä ole päätetty keväällä 2017. (STM 2015, 9-12.)

3.2 Sairaanhoidajan laajentuneen tehtävänkuvan perusta

Sairaanhoidajan laajennetussa tehtävänkuvassa korostuu asiantuntijuus, työnjakomallit ja yhteistyö eri ammattiryhmien kesken. Kansainvälisesti sairaanhoidajien lääkkeenmääräämisoikeus on ollut käytössä jo pitkään. Lisääntyneen ikääntyvän väestön terveydenhuollon järjestäminen sekä palvelujen ja resurssien kohdentaminen järkevästi on edesauttanut lääkkeitä määräävien sairaanhoidajien toimenkuvan kehittymistä maailman laajuisesti. Kasvavia terveydenhuollon kustannuksia on pyritty hillitsemään sairaanhoidajan uudella toimenkuvalla. Lääkkeenmääräys on koettu olevan jatkumo itsenäiselle sairaanhoitajavastaanotto toiminnalle. (Bonsall & Cheater 2007, 1099.)

Lääkkeen määräämisen erikoispätevyys on luonut Suomeen uudenlaisen sairaanhoidajien ammattiryhmän, joka voi hoidon tarpeen arvioinnin mukaan aloittaa tarvittaessa lääkehoidon tiettyjen sairaustilojen hoitoon itsenäisesti. Rajattuun lääkkeenmääräämisoikeuteen kuuluu osana myös reseptien uusiminen hoitosuunnitelman mukaisesti. (ks.Laki ammattihenkilöstä 23b.)

Taulukossa 2 on kuvattu sairaanhoidajien laajennetun tehtävänkuvan taustalla olevat tarpeet, oikeudet ja koulutus Euroopassa.

Taulukko 2. Sairaanhoidajien laajennetun tehtävänkuvan taustalla olevat tarpeet, oikeudet ja koulutus Euroopassa. (Wilhelmsson, Ek & Åkerlind 2001, 326-327; Department of Health 2006; Drennan ym. 2009, 113 -116; Heikkilä ym. 2013, 54-55; Kroezen 2014, 133 – 135, 306-314.)

<i>Maa</i>	<i>Aloitusvuosi</i>	<i>Tarve uudistukselle</i>	<i>Oikeudet</i>	<i>Koulutus</i>
Englanti	1998	Hyödyntää sairaanhoidajien kokemusta ja osaamista, nopeuttaa terveydenhuollon palveluja.	Rajattu lääkkeenmääräämisoikeus 1998-2007. Vuodesta 2007 laajeni koskemaan kaikkia lääkkeitä huomioiden osaami-	Erillinen lisäkoulutus, koulutus vaihtelee tason mu-

			sen sallimat rajat. Edelleen eri tasoja, rajattu (supplementary) ja itsenäinen (independent).	kaan.
Ruotsi	1995	Nopeuttaa ja joustavoittaa hoitoon pääsyä sekä hyödyntää terveydenhoitajien osaamista alueilla joilla lääkäripula.	Rajattu lääkkeenmääräminen, suurin osa itsehoitovalmisteita. Toimintaympäristönä avoterveydenhuolto.	Erillinen lisäkoulutus.
Irlanti	2007	Kehittää palveluja ja saada säästöjä kustannustehokkaasti, hoitajien ammattitaidon hyödyntäminen tehokkaammin väestön ikääntyessä.	Lääkkeenmääräämisen piiriin kuuluvat kaikki lääkkeet, jotka ovat lääkkeitä määrävän hoitajan oman alan kliiniseen työhön liittyviä. Potilasmateriaalia ei ole rajattu.	Erillinen lisäkoulutus.
Alankomaat	2014-2015	Hoitajien koulutus ja ammattitaito haluttiin hyödyntää tehokkaammin väestön ikääntyessä Sairaanhoitajat ovat jo vuosia määränneet luvattomasti lääkkeitä, joten koulutus teki siitä luvallista ja laillista.	Rajattu lääkkeenmääräminen.	Erillinen lisäkoulutus.

3.2.1 Turvallinen lääkehoito

Lääkehoidon turvallisuus perustuu osaamiseen. Osaaminen perustuu hyvään ammatilliseen peruskoulutukseen, täydennyskoulutukseen ja kokemukseen. Lääkitysturvallisuuden perustana on ammatillisen toiminnan vastuu, toimintayksikön vastuu ja ammatihenkilön vastuu. (STM 2005:32; THL 2015, 3-4, 36.) SHLM- hoitaja sitoutuu kaikessa toiminnassaan turvalliseen lääkehoitoon ja sitä ohjaaviin säädöksiin ja suosituksiin (Heikkinen ym. 2013, 54-65; THL 2015, 36). Turvallista lääkehoitoa valvotaan sosiaali-

ja terveydenhuollon toimintayksiköissä lainsäädännöin sekä Lääkealan turvallisuus- ja kehittämiskeskuksen Fimean määräyksillä ja ohjeilla. (STM 2005:32; THL 2015, 3-4, 36.)

Sairaanhoitaja lääkkeenmääräjä arvioi potilaan lääkehoidon tarpeen ja päättää lääkehoidosta huomioiden potilaan terveydentilan, sairaudet, aikaisemman lääkityksen ja allergiat. Lääkemääräyksen tulee perustua omaan tutkimukseen. Lääkkeenmääräämisen oikeus ja lääkelistan laajuus määrittellään terveydenhuollon toimintayksikössä.

Sairaanhoitajan toteuttaman lääkehoidon on todettu olevan turvallista ja lääkityspoikkeamia ja virheitä on todettu olevan vähän (Shum ym, 2000, 1042; Bonsall & Cheater 2007, 1099; Bradley, Hynam & Nolan 2007, 608; Bradley & Nolan 2007, 127; Vesterinen 2013, 25-30; STM 2015, 56,99; Valvira, henkilökohtainen tiedonanto 11.5.2016).

Tutkimusten mukaan koulutus, työkokemus, tieto sekä oman erikoisalalan tuntemus vahvistavat itseluottamusta laajentuneen työnkuvan toteuttamisessa. Yhteistyö lääkäreiden, organisaation ja työyhteisön välillä on tärkeää roolin kehittymiselle ja luottamuksen syntymiselle, joilla on suuri merkitys lääkitysturvallisuuden kannalta. (Courtenay 2008, 565-566; Courtenay & Carey 2008, 297-299; Offredy, Kendall & Goodman 2008, 866-867; Bowskill, Timmons & James 2012, 2083-2084.)

3.2.2 Kliininen tutkiminen

Potilaan kliininen tutkiminen on hoitoon liittyvän päätöksenteon keskeinen perusta SHLM-hoitajan vastaanotolla. Kliinisellä tutkimisella tarkoitetaan potilaan anamneesin selvittämistä, tutkimista ja statuksen tekoa. (Saha, Salonen & Sane 2011, 8-16; Bickley & Szilagyi 2013, 3-20.) Hyvin ja laadukkaasti tehtynä se suuntaa sairaanhoitajaa potilaan parhaaseen mahdolliseen hoitoon. Turvallista lääkehoitoa ei voi toteuttaa ilman potilaan terveystietoihin perehtymistä ja potilaan tutkimista. Pahimmillaan potilaan tutkimisen laiminlyönti johtaa hyödyttömään, väärään tai epäonnistuneeseen lääkehoitoon. Myös luottamuksellisen suhteen luominen ammattilaisen ja potilaan välillä on tärkeää. Vuorovaikutustaidot sekä yhteistyötaidot yhdistettynä kliiniseen kompetenssiin, luovat potilaalle turvallisen ympäristön oman terveytensä hoitoon. Potilaan kliininen tutkiminen on hoitotyön onnistumisen perusta.

SHLM-hoitajan vastaanotolla kliiniseen tutkimiseen kuuluu potilaan huolellinen haastattelu ja tutkiminen. Haastattelun avulla tutkimuksia voidaan suunnata potilaan terveydentilan mukaan ja tutkimusten tarpeellisuus sekä laajuus arvioidaan tämän perusteella. SHLM- hoitaja voi tutkimusten perusteella aloittaa potilaalle lääkehoidon tiettyjen sairaustilojen hoitoon itsenäisesti. (Ks. Saha, Salonen & Sane 2011, 8-16; Bickley & Szilagyi 2013, 3-20.)

Sairaanhoitajan lääkkeenmääräämisen ja kliinisen tutkimisen on todettu kansainvälisesti olevan lääkäreihin verrattuna tasavertaista ja vaikutukset potilaan hoitoon yhdenmukaisia tai jopa parempia erityisesti potilastyytyväisyyden osalta. (Shum ym, 2000, 1042; Bradley, Campbell & Nolan 2004, 442-447; 2007, 122-125; Courtenay, Carey & Burke 2006, 1096-1099; Lockwood & Fealy 2008, 815-818; Gielen, Dekker, Francke, Mistiaen & Kroezen 2014, 1059; Kroezen 2014, 2254-2255.)

4 KEHITTÄMISPROJEKTIN TOTEUTUS

4.1 Kehittämiprojektin tavoite, tarkoitus ja tutkimuskysymykset

Kehittämiprojektin tavoitteena on edistää sairaanhoitajan toteuttaman kliinisen tutkimuksen ja hoidon tarpeen arvioinnin systemaattisuutta, kehittää lääkehoidon turvallisuutta ja tarkoituksenmukaisuutta lääkkeitä määräävän sairaanhoitajan vastaanotolla. Tarkoituksena oli laatia työkalu (potilaskortit) potilaan tutkimiseen osana hoidon tarpeen arviointia ja lääkkeen määräämiseen hyödyntäen asiantuntijapaneelia. Laadittava työkalu tukee sairaanhoitajan järjestelmällistä työskentelyä omalla vastaanotollaan. Työkalun sisältö perustuu koulutuksen opetussuunnitelmaan, valtakunnallisen asetukseen sekä kansalliseen ja kansainväliseen kirjallisuuteen. (Käypä hoito- suositukset; STM 1089/2010; Saha, Salonen & Sane 2011; Bickley & Szilagyi 2013.)

Tarkistuslistamainen toteutustapa potilaskorttien muodoksi valittiin, koska tarkistuslistalla voidaan edistää systemaattisen ja vakioidun toimintavan toteutumista. Niitä voidaan käyttää arvioinnin apuvälineenä, toimintojen tai menetelmien yhdenmukaistamisessa, päätöksenteon tukena ja diagnoosien tekemisessä. Hyvin suunniteltu tarkistuslista mukautuu yksiköiden prosesseihin ja toimintatapoihin sekä toimii sairaanhoitajan muistin tukena. (Helovuori, Kinnunen, Peltomaa & Pennanen 2011, 208–212.)

Ammattilaisille suunnatut potilaskortit laadittiin yhteistyössä projektiryhmän kanssa. Työkalun sisältö tiivistettiin muistilistatyypiseen muotoon. Opinnäytetyön tutkimuksellisessa osassa toteutettiin asiantuntijapaneeli, joka koostui SHLM-hoitajista ja yhdestä opettajasta. Asiantuntijapaneelin kautta oli mahdollista arvioida työkalun tarpeellisuutta ja käyttökelpoisuutta lääkkeitä määräävän sairaanhoitajan vastaanottotyön tukena.

Opinnäytetyön tutkimuksellisen osan tutkimuskysymykset:

1. Onko lääkkeenmääräämisoikeuden piiriin kuuluvien lääkkeiden ohjeistus työkalussa riittävä ja selkeä?

2. Tukevatko potilaskorttien sisältämät kliinisen tutkimisen muistilistat sairaanhoitajan työskentelyä?
3. Ovatko potilaskortit selkeät, käytännölliset ja tärkeät käytännön työtä ajatellen?

4.2 Tutkimusmenetelmä ja aineiston keruu

4.2.1 Tutkimusmenetelmä

Tämän kehittämistyön tutkimuksellisessa osiossa sovellettiin Delfoi- menetelmää. Menetelmän tarkoituksena on hakea tutkittavasta aiheesta tiedonantajien luotettavaa mielipiteiden yksimielisyyttä eli konsensusta. (Burns & Grove 2001, 437; Keeney, Hasson & McKenna 2001, 195; Kuusi 2002, 206-207; Anttila 2007.)

Delfoita menetelmänä voidaan kuvata haastattelu- tai kyselymuotoiseksi tutkimusmenetelmäksi, jossa strukturoidun prosessin avulla pyritään saamaan esiin asiantuntijoista kootun ryhmän – eli paneelin jäsenten tieto ja oletukset jostain tutkittavasta asiasta tai ilmiöstä. (Linturi ja Rubin 2011, 14-16.) Suomessa menetelmää on viime vuosina hyödynnetty paljon eri alojen tulevaisuussuuntautuneissa opinnäytetyöissä sekä yliopisto- että ammattikorkeakoulutasolla.

4.2.2 Tutkimusaineiston keruu

Aineisto kerättiin asiantuntijapaneelin avulla Delfoi- menetelmää käyttäen, jossa yksittäisten jäsenten ratkaisujen kehittäminen yksilötasolla on osa ryhmätoimintaa. Tällä tekniikalla yhden ihmisen mielipide ei ratkaise vaan konsensus saavutetaan asiantuntijapaneelin kesken. Lopullinen ratkaisu tuodaan asiantuntijoille tiedoksi. (Metsä-Muuronen 2001, 27-28; Anttila 2006, 403; Gerrish & Lacey 2013, 229.)

Tutkimuslupa haettiin Tehyn alaisuudessa toimivan jaoston (LäMä) hallitukselta, jonka jälkeen avoin kutsu asiantuntijapaneelin osallistumiselle lähetettiin LäMän jäsenille

(n=253). Kriteeri osallistumiselle oli työkokemus laajavastuisen sairaanhoitajan tehtävänkuvasta, johon kuuluu oikeus rajattuun lääkkeiden määräämiseen. Lisäksi asiantuntijapaneeliin pyydettiin mukaan yksi opettaja. Materiaali toimitettiin paneeliin osallistujille paperisena versiona postitse palautuskuorineen. Osallistujat palauttivat kommenttinsa projektivastaavalle. Vastaukset palautettiin nimettömänä eikä yksittäisiä kommentteja voitu yhdistää vastaajiin.

4.2.3 Asiantuntijapaneeli

Asiantuntijapaneelille esitettiin projektiryhmässä laadittuja ja hyväksytyjä sairaanhoitajan lääkkeenmääräämisoikeuden piiriin kuuluvia potilaskortteja, joissa oli kuvattuna kliiniset perustutkimukset, anamneesin tekeminen ja mahdolliset lääkitykset ohjeineen. Paneeliin ilmoittautui 5 lääkkeitä määräävää sairaanhoitajaa sekä erikseen mukaan pyydetty opettajaedustaja. Panelistit esittivät arvionsa ohjeistuksen tärkeydestä, riittävyydestä ja käyttökelpoisuudesta sekä mahdollisista muista kommentteista tai lisäyksistä. Arviointiasteikko oli Likert-tyyppinen, erityisen tärkeä (5) ja ei lainkaan tärkeä (1). Työ arvioitiin SHLM- hoitajan tehtävänkuvan näkökulmasta. Paneeliin valituista viisi palautti materiaalin.

4.3 Aineiston analyysi

Vastaukset analysoitiin sisällönanalyysillä. Sisällönanalyysillä tarkoitetaan kerätyn tiedon tiivistämistä niin, että tutkittavia asioita voidaan lyhyesti ja yleistettävästi kuvata tai tutkittavan ilmiön väliset suhteet tuodaan selkeästi esille. (Janhonen & Nikkonen 2001, 23.) Sisällönanalyysin käyttö sopi tähän työhön siksi että kerätty, tiivistetty tieto tuodaan julki kaikille asiantuntijoille tarkastuslistamaiseen tyyliin, lyhyesti ja ytimekkäästi.

Potilaskorttien vastaukset vietiin EXCEL®- tilasto-ohjelmaan, jonka avulla luotiin graafisia kuvioita vastauksien havainnollistamiseksi. Kuvaajan avulla esitettävän asian pysyy hahmottamaan yhdellä silmäyksellä. (Nummenmaa, Holopainen & Pulkkinen 2014,37,44.)

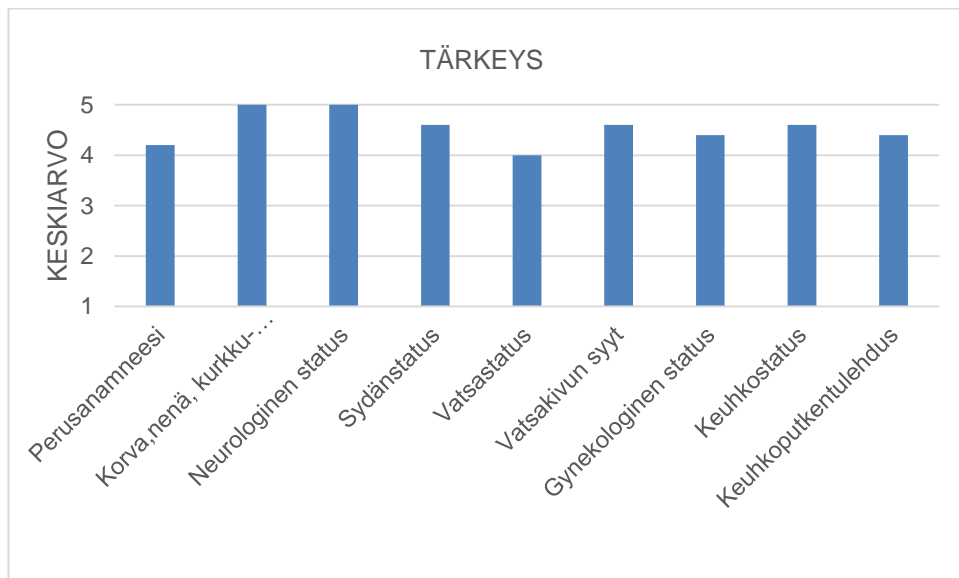
Aineisto koostui kahdesta eri osasta. Ensimmäisessä osiossa käsiteltiin kliiniseen tutkimiseen liittyviä potilaskortteja ja toisessa sairaanhoitajan lääkkeenmääräämisosaimista koskevaa materiaalia.

5 TUTKIMUKSELLISEN OSION TULOKSET

5.1 Asiantuntijapaneelin arviot: kliininen tutkiminen

5.1.1 Tärkeys

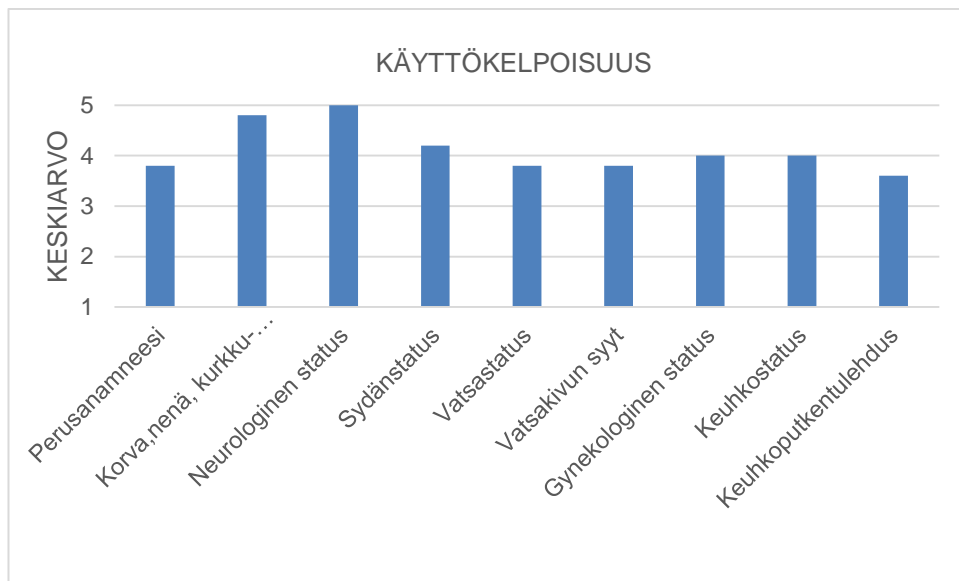
Kliinisen tutkimisen eri osa-alueet arvioitiin erityisen tärkeäksi tai hyvin tärkeäksi. Kaikkien potilaskorttien keskiarvo tärkeyden osalta oli 4,15. (Kuvio 3) SHLM- hoitajan tehtävänkuvan näkökulmasta korva, nenä ja kurkkupotilaan tutkiminen sekä neurologisen potilaan tutkiminen koettiin tärkeimmäksi. Perusanamneesin teko ja vatsapotilaan tutkiminen koettiin muita hieman vähemmän tärkeäksi.



Kuvio 3. Asiantuntijapaneelin arviot tärkeydestä kliinisen tutkimisen osa-alueissa.

5.1.2 Potilaskorttien käyttökelpoisuus

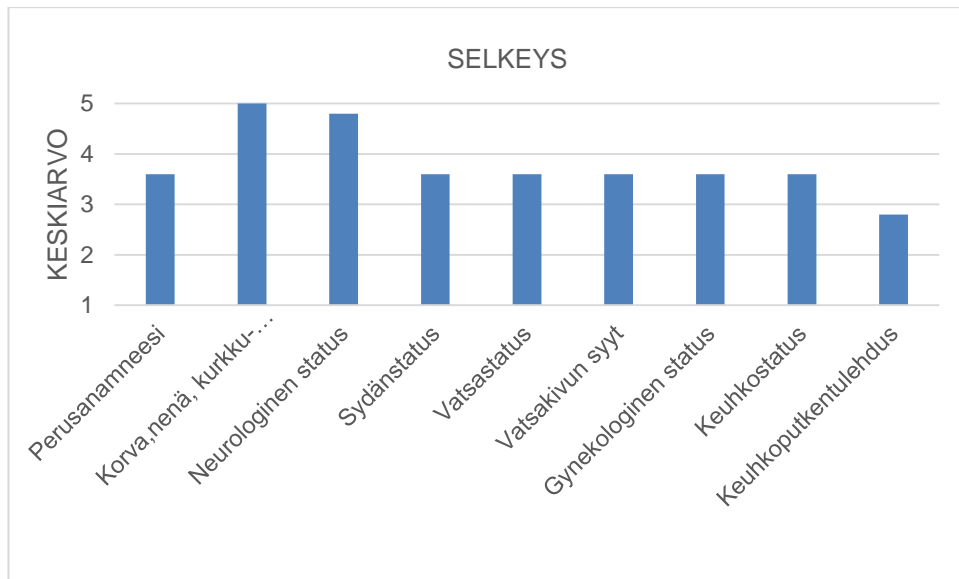
Potilaskorttien käyttökelpoisuus SHLM-hoitajan tehtävän näkökulmasta arvioitiin tärkeäksi. Perusanamneesi, neurologinen sekä sydänstatus arvioitiin kommentteissa hyväksi ja käyttökelpoiksi potilaan tutkimista vastaanotolla ajatellen. Kaikkien potilaskorttien keskiarvo käyttökelpoisuuden osalta oli 4,1. (Kuvio 4)



Kuvio 4. Asiantuntijapaneelin arviot käyttökelpoisuudesta kliinisen tutkimisen osalualueissa.

5.1.3 Selkeys

Panelistien kommentteja ja arviota pyydettiin myös selkeydestä. Potilaskorttien sisältö on tiivistetty helposti käytettävään tarkistuslistamaiseen muotoon. Sisältö koettiin selkeänä, ainoastaan erillisenä korttina esitetty keuhkoputkentulehdus ei vastaajien mielestä ollut riittävän selkeä. (Kuvio 5)



Kuvio 5. Asiantuntijapaneelin arviot selkeydestä klinisen tutkimisen osa-alueissa.

5.1.4 Muutosehdotukset ja kommentit

Kliinisen tutkimisen osiossa kommentit olivat positiivisia käytettävyyden näkökulmasta. Potilaskortit koettiin hyväksi ja tärkeiksi, sekä niiden ilmaistiin tuovan varmuutta potilaan tutkimiseen vastaanotolla. Vastauksista kävi myös ilmi, että osa potilasryhmistä koettiin kuuluvan suoraan lääkärin vastaanotolle. Kommenteissa oli myös ilmaistu sairaanhoitajan haluttomuus tehdä diagnoosia potilaan ongelmasta kliinistä tutkimusta suorittaessaan.

Tutkimusvälineistössä ja niiden käytössä oli eriävyyksiä vastaajien kesken ja näissä esiintyi työpaikkakohtaisia eroja. Ehdotuksia tutkimusten lisäämisestä tehtiin yhden vastaajan toimesta.

”Selkeä yleiskaava potilaan tilan selvittämiseen ”

”Anamneesi on usein puutteellinen hoidontarpeen arvioissa (päivystyksessä), joten pidän tärkeänä ja historian selkeyttämistä. Monesti potilas ohjautuu anamneesin puutteen vuoksi väärälle ammattilaiselle”

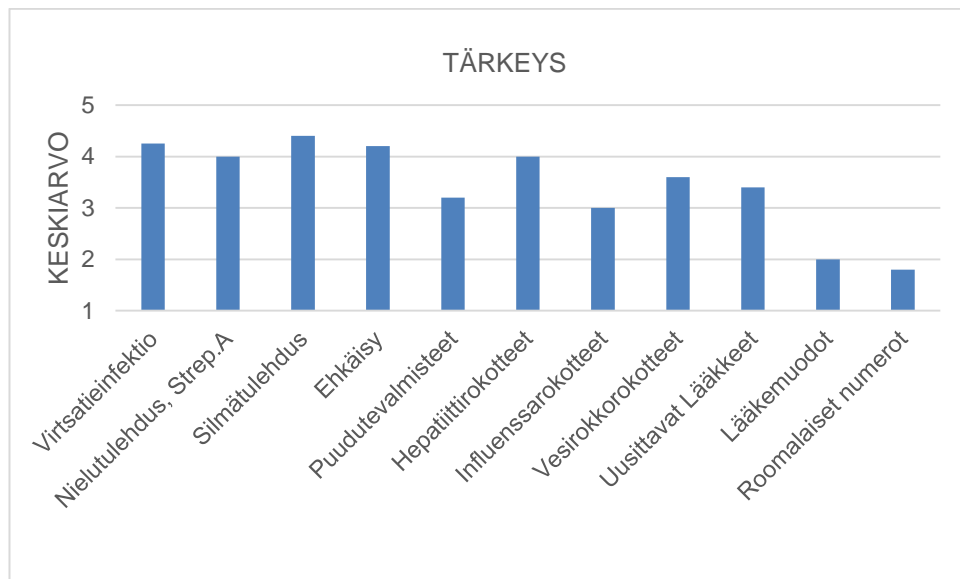
”Otan tämän käyttöön heti! Tukee neurologisen statuksen tekoa!”

”Siirtyy aina lääkärin vastaanotolle”

5.2 Asiantuntijapaneelit arviot: lääkkeenmääräämisosio

5.2.1 Tärkeys

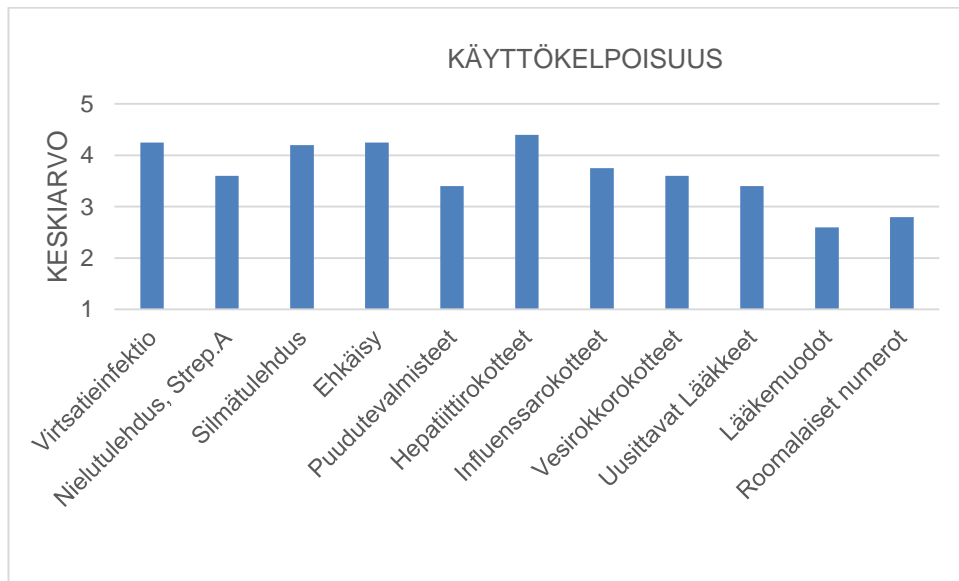
SHLM- piiriin kuuluvien lääkitysten potilaskortit arvioitiin erityisen tärkeäksi. Potilaskorttien lisäksi liitettiin reseptin kirjoittamisen tueksi ohjeistuksia, joita arvioiden mukaan ei koettu tärkeäksi. Keskiarvo tärkeyden osalta oli 3,8. Arviointien perusteella potilaskorteista poistettiin lääkemuodot ja roomalaiset numerot. (Kuvio 6)



Kuvio 6. Asiantuntijapaneelin arviot tärkeydestä SHLM- osa-alueissa.

5.2.2 Käyttökelpoisuus

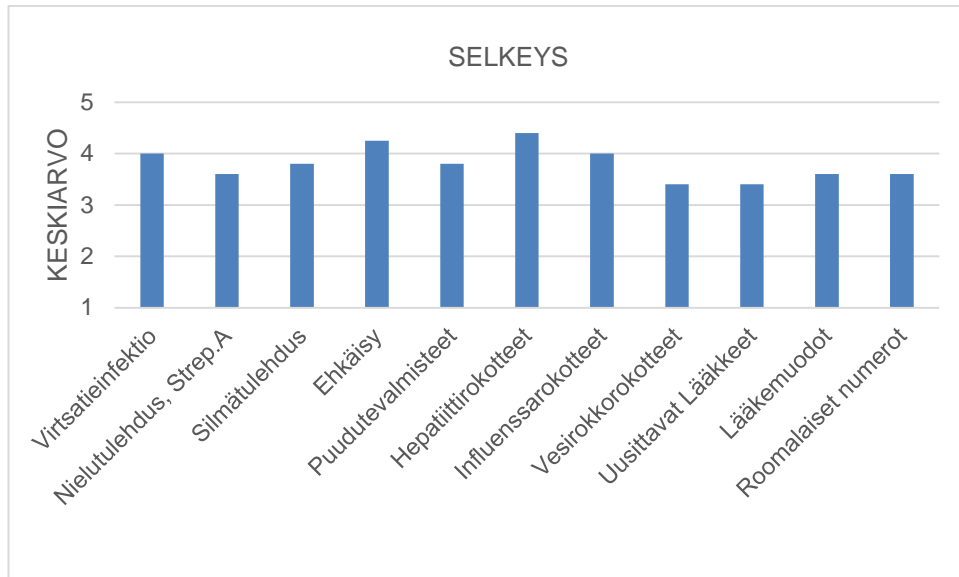
Käyttökelpoisuudeltaan potilaskortit arvioitiin hyvin käyttökelpoisiksi. Panelistien arvi-
oon vaikutti oma työnkuva ja omassa työssä kirjoitettavat reseptit. Reseptin kirjoituk-
seen liitettyjä ohjeistuksia ei koettu tarpeelliseksi. Keskiarvo käytettävyydestä oli 3,9.
(Kuvio 7)



Kuvio 7. Asiantuntijaneelin arviot käyttökelpoisuudesta SHLM- osa-alueissa.

5.2.3 Selkeys

Potilaskorttien selkeys arvioitiin hyväksi ja siten soveltuvaksi käyttöön. (Kuvio 8)



Kuvio 8. Asiantuntijapaneelin arviot selkeydestä SHLM- osa-alueissa.

5.2.4 Muutosehdotukset ja kommentit

Kommentteja ja muutosehdotuksia kirjattiin jonkin verran. Lääkityksien aloituksessa oli jonkin verran hoitajakohtaisia eroja annostuksien kohdalla. Kotihoito-ohjeita sekä kokemuksesta syntyneitä neuvoja ehdotettiin myös lisättäväksi.

Ehkäisyvalmisteiden ja gynekologisen anamneesin koettiin olevan päällekkäistä informaatiota. Vastauksiin vaikutti myös vastaajan työnkuva. Vastaajista osa ilmoitti, ettei työnkuva vaadi ehkäisyneuvontaa ja siten ei koe tarpeelliseksi tai ei osaa sanoa.

Reseptin kirjoittamisen tueksi luodut roomalaiset numerot sekä lääkemuodot potilaskortit poistettiin. Reseptin kirjoittamiseen liittyvät ohjeistukset koettiin vähemmän tärkeiksi sähköisen reseptin kirjoituksen mahdollistumisen myötä. Tieto koettiin löytyvän riittävän helposti tietokoneen hakukannoista.

”En osaa sanoa, en tee ehkäisyneuvolaa”

”Eikös nämä kuulu yleissivistykseen?? Ja ovatko tarpeen sähköisen reseptin aikana, kun ainakaan kaikki ohjelmat eivät näihin taivu? Ehkä kuitenkin hyvä olla, kun eivät sittenkään kaikille niin tuttuja”

5.3 Työkalun pilotointi

Potilaskorteista poistettiin kaksi korttia ja sisältöä stilisoitiin. Valmiit potilaskortit pilotoitiin käytännön hoitotyössä. Kolme lääkkeitä määräävää sairaanhoitajaa ottivat kortit koekäyttöön omalle vastaanotolleen. Sairaanhoitajien työnkuvat olivat ehkäisyneuvola, terveyskeskuksen diabetes- ja sairaanhoitajavastaanotto sekä yhteispäivystyksen itsenäinen sairaanhoitajavastaanotto. Kokemukset korttien käytettävyydestä erilaisilla vastaanotoilla kerättiin ryhmäkeskustelun avulla ja arvioitiin laadullisena informaationa. Pilotoinnin tarkoituksena oli vahvistaa asiantuntijapaneelin arvioita.

Sairaanhoitajat kokivat kortit hyödyllisiksi ja ne toivat varmuutta päätöksentekoon sekä tukivat muistia hoitotyössä. Kliinisen tutkimisen potilaskortit koettiin tärkeäksi ja erityisen hyödyllisiksi potilaan hoidon tarpeen arvioinnissa sekä potilaan terveydentilan selvittämisessä. Ne helpottivat myös konsultaatiotilanteita ja raportointia, koska tarvittava informaatio oli potilaasta selvitetty. Rakenteellinen kirjaaminen helpottui muistilistan ollessa saatavilla.

Lääkkeenmääräämisosion potilaskortit saivat myös positiivista palautetta. Sairaanhoitajat raportoivat reseptin kirjoittamisen helpottuneen sekä annostusohjeistuksien olleen erittäin hyödyllisiä potilasinformaation antamiseksi. Harvemmin kirjoitettujen reseptilääkkeiden osiot koettiin tärkeäksi, sillä muistin varassa toimiminen toi epävarmuutta lääkkeen määräämiseen. Kirjallisen materiaalin konkreettisesti lähellä olo koettiin myös nopeuttavan omaa työtä.

Keskustelua herätti myös työkalun tuleva muoto. Sähköinen applikaatio potilaskorteista puolsi paikkaansa monimuotoisena. Taskuun mahtuva mobiiliopas koettiin liikkuvuuden kannalta hyvänä. Tietokoneen käyttö ei aina ole mahdollista esimerkiksi toisten hoitajien konsultaatiotilanteissa. Myös asiantuntijapaneelin kommentteissa puollettiin työkalun sähköistä muotoa.

”Nuo pitäisi kaikki saada sähköiseksi, esim. Terveysporttiin”

5.4 Projektin tulos

Projektin tuotos on työkalu joka pitää sisällään kliinisen tutkimisen osa-alueen sekä SHLM- oikeuteen kuuluvien lääkkeiden potilaskortit (Liite 4, Liite 5, Taulukko 3). Työkalun sisältö perustuu sairaanhoitajan lääkkeenmääräämiskoulutuksen opetussuunnitelmaan, valtakunnalliseen asetukseen lääkkeenmääräämisestä sekä kansalliseen ja kansainväliseen kirjallisuuteen. (Käypä hoito- suositukset; STM 1089/2010; Saha, Salonon & Sane 2011; Bickley & Szilagy 2013.) Taulukkoon 3 on koottu työkalun sisältämät potilaskortit.

Taulukko 3. Työkalun sisältämät potilaskortit

KLIININEN TUTKIMINEN	SHLM-OSIO
Perusanamneesi	Virtsatieinfektio
Keuhkot ja hengitys	Silmätulehdus
Keuhkoputkitulehdus	Nielutulehdus
Sydänpotilas	Hepatiittirokotteet
Vatsa	Vesirokkorokotteet
Vatsakivun syitä	Influenssarokotteet
Neurologinen suppea status	Ihon pintapuudutus
Gynekologinen potilas	Raskauden ehkäisy
	Uusittavat lääkkeet

Työkalun kliinisen tutkimisen osa-alueen potilaskortit ohjaavat potilaan tutkimista systemaattisesti sairaanhoitajavastaanotolla muistilistamaisella muodolla. Työkalua voidaan käyttää tulostettuna paperiversiona tai tietokoneella tiedostokansiona. Potilaskortit pitävät sisällään anamneesin, statuksen ja tutkimukset joiden tarkoituksena on toimia muistin tukena vastaanottotilanteessa. Potilaskorttien käyttö helpottaa myös konsultointia, kirjaamista sekä raportointia. Lääkkeenmääräämisosion sisältö kattaa lääkkeen-

määräämisoikeuteen kuuluvien lääkkeiden annostukset, lääkkeenmääräämisen rajaukset sekä tarvittavat tutkimukset.

Työkaluun kuuluvat potilaskortit ovat liitteenä 4-5. Potilaskortit luovutetaan Sairaanhoidajaliiton koulutus- ja kustannusyhtiö Fiocalle sähköisen tai mobiiliversioon kehittelyä varten. Työkalun ylläpito ja päivitys jatkuu Fiocan toimesta.

6 POHDINTA

6.1 Tulosten pohdinta

Haasteeksi osoittautui asiantuntijapaneelin hankinta. Vähäiseen osallistujamäärään saattoi vaikuttaa työn hektinen luonne ja ylimääräisen ajan löytäminen. Asiantuntijuus termin käytöllä oli myös mahdollinen negatiivinen vaikutus. Kroezen (2014, 2254-2255) tutki Alankomaissa hoitajien asenteita uutta työnkuvaa kohtaan, jolloin tuloksista kävi ilmi etteivät sairaanhoitajat kokeneet olevansa riittävän päteviä lääkkeenmääräämiseen ja tiedolliset taidot eivät olleet riittäviä. Tehtävänkuvan toteuttamista estäviksi tekijöiksi koettiin uskalluksen puute ja osaaminen. Subjektiiivinen kokemus asiantuntijuudesta tai sen roolista voi olla erilainen.

Vastauksia pyydettiin lääkkeitä määräävän sairaanhoitajan työn näkökulmasta, mutta osin ilmeni ohjeistuksen kritiikkiä omaa työnkuvaa ajatellen. Ehkäisyvalmisteita ja neuvontaa ei osin koettu tärkeäksi silloin kun aihe ei kohtaa omaa työroolia. Rokotteita vastaajien mukaan kirjoitetaan reseptille harvoin, joka vaikutti ohjeistuksen arviointiin. Arviointien yksimielisyyden aste jäi osin matalaksi puuttuvien vastauksien vuoksi sekä yksittäisen heikomman arvion tuottaman tuloksen vuoksi. Kun asiantuntijapanelistien arvioinneissa huomioitiin eri toimintaympäristöt ja kuuluiko tehtävä vastaajalle, oli mahdollista saavuttaa riittävä konsensus 17 potilaskorttien osalta. Kaksi korttia jätettiin asiantuntijapaneelin arviointien ja kommenttien perusteella kokonaan pois.

Panelistien arviot työkalun tarpeellisuudesta ja käytettävyydestä olivat pääosin positiivisia. Materiaalin käytettävyyttä ajatellen tieto oli tiivistettyä ja tarkoituksenmukaisesti lyhennetty muistilistamaiseen muotoon. Työkalun tarkoitus oli kasata kaikki tarvittava, oleellinen tieto kompaktiin pakettiin helposti löydettäväksi. Systemaattinen tutkimus ja tiedon haku on olennainen osa työkalun sisältöä ja tarkistuslistamainen muoto tukee sen käytettävyyttä käytännössä. (Helovuo ym. 2011, 208–212.)

Asiantuntijuus ja vahva työkokemus ilmeni vastauksista ja osin lisäysehdotukset kliinisen tutkimisen osalta koskivat syvällistä, tarkempaa anamneesin tekoa. Pohdittavaksi

jää, missä kulkee se häilyvä raja lääkärin ja lääkkeitä määräävän sairaanhoitajan potilasmateriaalissa.

Potilaskorttien pilotointi vahvisti tuloksia potilaskorttien tarpeellisuudesta ja ne olivat toimivia erilaisista työnkuvista huolimatta. Potilaskorttien vahvuutena koettiin harvoin kirjoitettujen reseptien ohjeistukset sekä kliinisen tutkimisen muistilista tyyppinen ohjeistus.

6.2 Eettisyys ja luotettavuus

Kehittämiprojektissa noudatettiin hyvää tieteellistä käytäntöä. Se suunniteltiin ja toteutettiin käyttämällä eettisesti kestäviä menetelmiä ja siitä raportoitiin asianmukaisesti. Kerättyjä tietoaaineistoja käsitellään ja säilytetään tieteelliselle tiedolle asetettujen vaatimusten mukaisella tavalla. Asiantuntijanelistit antoivat palautteensa nimettömänä ja anonymiteetti turvattiin jokaisessa vaiheessa. Kutsu paneeliin osallistumisesta julkaistiin suljetulla lääkkeenmääräämisjaoston keskustelupalstalla, johon vain lääkkeitä määrävillä hoitajilla on pääsy. Kehittämistyötä myös esiteltiin sosiaalisessa mediassa sekä henkilökohtaisilla sähköposteilla. Aineisto säilytettiin asianmukaisesti ja tietoihin pääsy oli vain kehittämiprojektin tekijöillä. Tutkimuksen päätyttyä aineisto hävitettiin. (ks. Vilka 2005, 30; Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2012.)

Delfoi tekniikkana aiheuttaa myös kritiikkiä ja luotettavuuden pohdintaa. Näihin tulee valmistautua ja tutkijana kiinnittää huomiota. Asiantuntijoiden valinta ja lukumäärä on usein tekniikkaa arvosteltaessa kyseenalainen. Tuleeko asiantuntijoita olla kymmeniä, satoja vai kenties tuhansia, jotta kerätty tieto ja konsensus olisi validi. Tutkimuskysymyksien oikeanlainen asettelu on tärkeää. Tutkija helposti johdattelee panelistia asiaansa tahtomaan suuntaan kysymystenasettelussa. Iterointien määrä vaikuttaa myös ajallisesti projektin onnistumiseen. Konsensuksen saavuttaminen jäi tutkijan päätettäväksi. Delfoi tutkimus on myös saanut kritiikkiä reliabiliteetista eli tutkimuksen toistettavuudesta. Kysymyksen asettelu voisi tällöin olla, olisivatko toisenlaiset asiantuntijat mahdollistaneet toisenlaisen lopputuloksen. (Metsämuuronen 2001, 27-28, 106-108; Anttila 2006, 403; Gerrish & Lacey 2013, 229.)

Luotettavuutta arvioitaessa tulee ottaa huomioon että asiantuntijapaneeliin osallistui ainoastaan viisi lääkkeitä määrävää sairaanhoitajaa. Yksi ilmoittautuneista ei palaut-

tanut vastauksiaan. Asiantuntijoiden määrä vaikutti arviointeihin. Työnkuvaa ei osallistujilta kysytty ja väistämättä oma työrooli vaikutti arviointeihin ja tuloksiin. Pohdittavaksi jää olisivatko arvioinnit muuttuneet, jos otos asiantuntijoista olisi ollut suurempi ja työnkuva osallistumiseen määritelty kattamaan kaikki erilaiset tehtävänkuvat.

Tulokset eivät saa olla tutkijasta riippuvia. Kaikki tärkeät tulokset ja johtopäätökset esitettiin tutkimusraportissa avoimesti ja rehellisesti, kenenkään anonymiteettia vaarantamatta. Tulosten tallentamisessa ja niiden esittämisessä sekä tuloksia arvioitaessa noudatettiin tarkkuutta ja huolellisuutta. Aineisto hävitettiin tutkimuksen jälkeen. (Ks. Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2012, 6; Heikkilä 2014, 29.)

6.3 Johtopäätökset ja jatkokehittämishaasteet

Johtopäätöksenä voidaan todeta, että luotu työkalu on hyödyllinen ja tarpeellinen lääkkeitä määräävän sairaanhoitajan vastaanottotyön tueksi. Työkalun pilotointi vahvisti asiantuntijapaneelin arviointeja.

Käyttökelpoisuuden arvio voidaan toteuttaa uudelleen laajemmalla otannalla kun työkalun päivittäminen lääkkeenmääräämisoikeuden laajentuessa on mahdollista. Lisää tutkimusta tarvitaan työkalun käytettävyydestä erilaisilla sairaanhoitajan vastaanotoilla. Jatkokehityksen haasteena on työkalun sähköisen version luominen.

7 KEHITTÄMISPROJEKTIN ARVIOINTI

Kehittämiprojektin tavoitteena oli edistää sairaanhoitajan toteuttaman kliinisen tutkimisen ja hoidon tarpeen arvioinnin systemaattisuutta, kehittää lääkehoidon turvallisuutta ja tarkoituksenmukaisuutta lääkkeitä määräävän sairaanhoitajan vastaanotolla. Tarkoituksena oli laatia ohjeistus potilaan tutkimiseen osana hoidon tarpeen arviointia ja lääkkeen määräämiseen hyödyntäen asiantuntijapaneelia.

Kehittämiprojektia varten muodostettiin projektiorganisaatio, projekti- ja ohjausryhmästä. Projektiorganisaatiossa määriteltiin projektin toimijat, tehtävät ja vastuut. Projektipäällikkönä toimi kehittämistyön tekijä. Projektipäällikön tehtävät vaativat laajaa sekä monipuolista osaamista. Projektipäällikkö oli vastuussa projektin onnistumisesta. Ohjausryhmä ohjasi toteutusta ja valvoi myös projektipäällikön toimia. Ohjausryhmä autoi kokonaisuuden hallinnassa ja hyväksyi muutokset. (Viirkorpi 2000, 24-26,29-31.)

Ohjausryhmään kuului projektin toimeksiantajana Sairaanhoitajaliitto, Turun ammattikorkeakoulun edustajana opettajatutori, työelämän edustajana farmaseutti sekä Lämän edustajana jaoston puheenjohtaja. Ohjausryhmä toimi asiantuntijana sekä arvioi projektin edistymistä ja tuloksia.

Projektiryhmässä toimi lääkäri, SHLM-hoitajia (n=3) sekä datanomi, joka vastasi työn visuaalisesta ja tietoteknisestä toteutuksesta.

Ideavaihe käynnistyi jo keväällä 2014. Kehittämiprojektin aiheen toivottiin olevan koulutus- ja työelämälähtöinen ja rajattua aihetta, sekä työn päämäärää pohdittiin pitkään. Esiselvitysvaiheessa tehtiin laaja kirjallisuuskatsaus, jossa koostettiin aiempi tutkimustieto. Varsinainen projekti perustettiin suunnitteluvaiheessa ja tehtiin projektisuunnitelma.

Projektiryhmä kokoontui kerran yhdessä ja tämän jälkeen projektipäällikkö tapasi jäseniä yksittäin aikataulullisten ongelmien vuoksi. Yhteistyö oli tiivistä. Sähköpostitse välitettiin tietoa muille jäsenille. Työnjaollisesti kaikki jäsenet olivat aktiivisia.

Ohjausryhmä kokoontui kahdesti projektin aikana. Kokoontuminen tapahtui interaktiivisesti kameran välityksellä joka mahdollisti maantieteellisten haasteiden ratkaisemisessa. Yhteydenpito tapahtui osin sähköpostin välityksellä ja tuki oli helposti saatavilla.

Projektisuunnitelmaan kuuluu riskien kartoitus. Projektin riskit voivat olla ulkoisia, johon ei voi vaikuttaa. Hyvällä suunnittelulla voidaan ehkäistä sisäisiä riskejä jotka johtuvat projektin omasta toteutusmallista. Riskianalyyssissä tulee tarkastella taloudellisia, sosiaalisia, teknisiä, institutionaalisia ja kulttuurillisia tekijöitä. (Viirkorpi 2000, 35-36; Silfverberg 2005, 32-33.) Projektin hyvällä hallinnalla pyritään turvaamaan projektin toteutuminen suunnitelman aikataulun mukaisesti. Tehtävien suunnittelu ja aikatauluttaminen helpottavat toteutuksen hallintaa. Mahdolliset riskit tulee tunnistaa ja kyetä reagoimaan niihin esimerkiksi SWOT-analyyssin avulla. Riskien otto on osa projektitoteutusta joka tulee hyväksyä. Varasuunnitelman luominen auttaa riskien hallinnassa. (Viirkorpi 2000, 30-37.)

Projektin riskiksi osoittautui aikataulutus. Aikataulua sekoitti asiantuntijajaneelin koaminen, johon aikataulullisesti ei varauduttu. Projektipäällikön kokemattomuus loi haasteita projektin onnistumiselle. Sinnikkyys ja luja tahto, sekä oman SHLM- hoitajan työnkuvan edistäminen auttoi päämäärän saavuttamisessa.

Projektin tuotoksena luotiin materiaali työkaluun, jonka tarkoituksena on hyödyttää jo kaista lääkkeitä määräävää sairaanhoitajaa maantieteellisestä sijainnista tai työnkuvasta riippumatta. Projektin tuotos ja tulokset esiteltiin toimeksiantajalle keväällä 2017. Työkalun painattamisesta ja sen muodosta sovitaan toukokuussa 2017 Sairaanhoitajaliiton tytäryhtiö Fiocan kanssa. Asiantuntijajaneelin jäsenille informoidaan projektin loppumisesta ja sen tuloksista.

Sairaanhoitajaliitto projektin toimeksiantajana on ollut merkittävä osoitus SHLM- hoitajien arvostuksesta ja työnkuvan edistämisestä terveydenhuollossa. Projektiryhmän tuki koko prosessissa on ollut uskomattoman tärkeää.

LÄHTEET

Alahuhta, M. & Niemelä, E. 2013. Kliininen potilaskoe varmensi osaamista Sairaanhoidajan lääkkeenmäärääminen -koulutuksessa. ePooki. Oulun ammattikorkeakoulun tutkimus- ja kehitystyön julkaisut 18. Viitattu 4.11.2014. <http://urn.fi/urn:nbn:fi-fe201310096527>

Anttila, P. 2006. Tutkiva Toiminta ja Ilmaisu, Teos, Tekeminen. 2. painos. Akatiimi Oy, Hamina.

Anttila, P. 2007. Realistinen evaluaatio ja tuloksellinen kehittämistyö. Tampere: Akatiimi Oy, Hamina.

Banning, M. 2005. Conceptions of evidence, evidence-based medicine, evidence-based practice and their use in nursing: Independent nurse prescribers views. *Journal of Clinical Nursing* 14(4), 411-417.

Bickley S, L & Szilagyi, P. 2013. Bate's guide to physical examination and history taking. Lippincott Williams & Wilkins.

Bonsall, K. & Cheater, F. 2007. What is the impact of advanced primary care nursing roles on patients, nurses and their colleagues? A literature review. [International Journal of Nursing Studies](#) 45(7), 1090-1102.

Bowskill, D., Timmons, S. & James, V. 2012. How do nurse prescribers integrate prescribing in practise: case studies in primary and secondary care. *Journal of Clinical Nursing* 22, 2077-2086.

Bradley, E., Campbell, P. & Nolan, P. 2004. Nurse Prescribers: who are they and how do they perceive their role? *Journal of Advanced Nursing* 51(5), 439-448.

Bradley, E., Hynam, B. & Nolan, P. 2007. Nurse prescribing: Reflections on safety in practice. *Social Science & Medicine* 65, 599-609.

Bradley, E. & Nolan, P. 2007. Impact of nurse prescribing: a qualitative study. *Journal of Advanced Nursing* 59(2), 120-128.

Courtenay, M., Carey, N. & Burke, J. 2006. Independent extended supplementary nurse prescribers, their prescribing practise and confidence to educate and assess prescribing students. *Nurse Education Today* 27(7), 739-747.

Courtenay, M., Carey, N. & Burke, J. 2007. Independent extended supplementary nurse prescribers, their prescribing practise in the UK: A national questionnaire survey. *International Journal of Nursing Studies* 44(7), 1093-1101.

Courtenay, M. & Carey, N. 2008. Nurse independent prescribing and nurse supplementary prescribing practice: national survey. *Journal of Advanced Nursing* 61(3), 291-299.

Courtenay, M. 2008. Nurse prescribing, policy, practice, and evidence base. *British Journal of Community Nursing* 13(12), 563-566.

Creedon, R., Byrne, S., Kennedy, J. & McCarthy, S. 2015. The impact on nurse prescribing on the clinical setting. *British Journal of Nursing* 24(17), 878-885.

Department of Health [DH] 2006. Improving patients' access to medicines: A guide to implementing nurse and pharmacist independent prescribing within the NHS in England. Viitattu 10.10.2014. http://webarchive.nationalarchives.gov.uk/20130107105354/http://www.dh.gov.uk/prod_consum_dh/groups/dh_digitalassets/@dh/@en/documents/digitalasset/dh_4133747.pdf

- Drennan, J., Naughton, C., Allen, D., Hyde, A., Felle, P., O'Boyle, K., Treacy, P. & Butler M. 2009. National Independent Evaluation of the Nurse and Midwife Prescribing Initiative. Dublin, University College Dublin.
- Gerrish, K. & Lacey, A. 2013. The research process in nursing. Wiley- Blackwell.
- Gielen, S.C., Dekker, J., Francke, A.L., Mistiaen, P. & Kroezen, M. 2014. The effects of nurse prescribing: A systematic review. *International Journal of Nursing Studies* 51, 1048-1061.
- Heikkilä, J., Niemelä, E. & Eskola, K. 2013. (toim.) Sairaanhoidajan lääkkeenmääräminen. Teoksessa Sulosaari, V. & Hahtela N. (toim.). *Hoitotyön vuosikirja 2013*. Helsinki: Fioca Oy, 54-64.
- Heikkilä, T. 2005. Tilastollinen tutkimus. 5.-6. Painos. Helsinki: Edita Prima Oy.
- Helovuori A., Kinnunen M., Peltomaa K. & Pennanen P. 2011. Potilasturvallisuus. Potilasturvallisuuden keskeisiä kysymyksiä havainnollisesti ja käytännönläheisesti. Edita Prima Oy, Helsinki.
- Inkinen, R., Volmanen, P. & Hakoinen, S. 2015.(toim.) Turvallinen lääkehoito- Opas lääkehoitosuunnitelman tekemiseen sosiaali- ja terveydenhuollossa. *Terveyden ja hyvinvoinninlaitos 14/2015*. Tampere: Juvenes print- Suomen yliopistopaino oy, 3-113.
- Ideasta käytäntöön- Turun ammattikorkeakoulun projektitoiminnan opas. 2014. Turun ammattikorkeakoulu. Viitattu 10.4.2016. http://julkaisut.turkuamk.fi/ideasta_kaytantaan.pdf
- Janhonen, S. & Nikkonen, M. 2001. Laadulliset tutkimusmenetelmät hoitotieteessä. WSOY.
- Juusola, M. 2013. Reseptihoidajilta lääkkeet myös potilasjonoihin. Kunnallissalan kehittämissäätiö. Viitattu 10.10.2014. <http://www.kaks.fi/node/6947>
- Keeney, S., Hasson, F. & McKenna, H. 2001. A Critical review of the delphi technique as a research methodology for nursing. *International Journal of Nursing Studies* 38, 19-200.
- Kotila, J., Axelin, A., Fagersröm, L., Flinkman, M., Heikkinen, K., Jokiniemi, K., Korhonen, A., Meretoja, R. & Suutarla, A. 2016. Sairaanhoidajien uudet työnkuvat – laatua tulevaisuuden sote-palveluihin. Sairaanhoidajaliitto.
- Kroezen, M. 2014. Nurse prescribing, A study on task substitution and professional jurisdictions. *Vrije universiteit. Amsterdam*, 1-332. Viitattu 10.11.2016. 82-90 <http://www.nivel.nl/sites/default/files/bestanden/Proefschrift-Marieke-Kroezen-2014.pdf>
- Kroezen, M., Francke, A., Groenewegen, P. & Dijk, L. 2011. Nurse prescribing of medicines in Western European and Anglo-Saxon countries: A systematic review of the literature. *Health Services Research* 11(127), 1-17.
- Kroezen, M., Francke, A., Groenewegen, P. & Dijk, L. 2012. Nurse prescribing of medicines in Western European and Anglo-Saxon countries: A survey on forces, conditions and jurisdictional control. *International Journal of Nursing studies* 49(8), 1002-1012.
- Kroezen, M., Francke, A., Groenewegen, P. & Dijk, L. 2013 Knowledge Claims, Jurisdictional Control and Professional Status: The Case of Nurse Prescribing. *Plos One* 8(10), 1-9.
- Kroezen, M., Francke, A., Groenewegen, P. & Dijk, L. 2014 Changes in nurses' views and practices concerning nurse prescribing between 2006 and 2012: results from two national surveys. *Journal of Advanced Nursing* 70(11), 2550-2561.
- Kuusi, O. 2002. Delfoi- menetelmä. Teoksessa Kemppainen, M; Kuusi, O. & Söderlund, S. (toim.) *Tulevaisuuden tutkimus. Perusteet ja sovellukset*. Helsinki: Kirjakas, 204-225.
- Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä annetun lain muuttamisesta/ammattihenkilölaki 433/2010. Viitattu 28.3.2016. <http://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2010/20100433>

- Liimatainen, A. 2009. Sairaanhoidajan asiantuntijuuden kehittyminen perusterveydenhuollossa. Tapaustutkimus laajennetusta tehtävänkuvasta. Kuopion yliopisto. Yhteiskuntatieteellinen tiedekunta. Hoitotieteenlaitos, Pro gradu- tutkielma. Viitattu 10.10.2014.
http://epublications.uef.fi/pub/urn_nbn_fi_uef-20100015/urn_nbn_fi_uef-20100015.pdf
- Linturi, H. & Rubin, A. 2011. Toinen koulu, toinen maailma. Oppimisen tulevaisuus 2030. Tutujulkaisuja. Tulevaisuuden tutkimuskeskus.
- Lockwood, E. & Fealy, G. 2008. Nurse prescribing as an aspect of future role expansion: the views of Irish clinical nurse specialists. *Journal of Nursing Management* 16(7), 813-820.
- McBrien, B. 2015. Personal and professional challenges of nurse prescribing in Ireland. *British Journal of Nursing* 24(10), 524-528.
- Metsämuuronen, J. 2001. Sosiaali- ja terveysalan tulevaisuutta etsimässä. *International met-help*.
- Mäntyranta, T., Nenonen, M. & Koski, J. 2011. Terveyskeskukset pohtimaan hoitajareseptin käyttöönottoa. *Suomen Lääkärilehti* 49, 3778–3781.
- Nolan, P. & Bradley, E. 2007. Impact on nurse prescribing: a qualitative study. *Journal of Advanced Nursing* 59(2), 120-128.
- Nummenmaa, L., Holopainen, M. & Pulkkinen, P. 2014. Tilastollisten menetelmien perusteet. 1. painos. Helsinki: SanomaPro.
- Offredy, M., Kendall, S. & Goodman, C. 2008. The use of cognitive continuum theory and patient scenarios to explore nurse prescribers pharmacological knowledge and decision-making. *International Journal of Nursing Studies* 45, 855-868.
- Saha, H., Salonen, T. & Sane, T. 2011. Potilaan tutkiminen. Kustannus Oy Duodecim.
- Sarajärvi, A. 2011. Asiantuntijuus näyttöön perustuvassa hoitotyössä. Teoksessa Nurminen, R. (toim.) Tulevaisuuden erityisosaaminen erikoissairaanhoidossa. Tampere: Tampereen Yliopistopaino Oy, 1-134.
- Shum, C., Humphreys, A., Wheeler, D., Cochrane, M-A., Skoda, S. & Clement, S. 2000. Nurse management of patients with minor illnesses in general practice: multicentre, randomised controlled trial. *British Medical Journal* 320, 1083-1043.
- Silfverberg, P. 2005. Ideasta projektiksi. Projektivetäjän käsikirja. Työministeriö. Saatavissa <http://www.mol.fi/esf/ennakointi/raportti/pvopas.pdf>.
- Sosiaali- ja terveysministeriö 2016. Työnjakoa uudistamalla nopeammin hoitoon ja joustavuutta palveluihin. 2015. Selvitys rajatun lääkkeenmääräämisen toteutumisesta ja kehittämisehdotukset. Sosiaali- ja terveysministeriö. Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 2015:49, 1-139.
- Sosiaali- ja terveysministeriön asetus lääkkeen määräämisestä 1088/2010. Viitattu 28.3.2016. <http://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2010/20101088>
- Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2012. Hyvä tieteellinen käytäntö. Viitattu 28.4.2016. <http://www.tenk.fi/fi/htk-ohje/hyva-tieteellinen-kaytanto>
- Valtioneuvoston asetus lääkkeen määräämisen edellyttämästä koulutuksesta 1089/2010. Viitattu 28.3.2016. <http://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2010/20101089>
- Van Ruth, L., Mistiaen, P. & Francke, A. 2008. Effects of nurse prescribing of medication: a systematic review. *The Internet Journal of Healthcare Administration* 5 (2), 1-13. <https://print.ispub.com/api/0/ispub-article/3312>

- Vesterinen, M-L. 2013. Reseptihoitaja nopeuttaa palvelua. Kunnallissalan kehittämissäätiö. Viitattu 10.10.2014.
<http://www.kaks.fi/sites/default/files/Reseptihoitaja%20nopeuttaa%20palvelua.pdf>
- Viirikorpi, P. 2000. Onnistunut projekti –opas kunta-alan projektityöskentelyyn. Helsinki. Suomen kuntaliitto.
- While, A.E. & Biggs, K.S.M. 2004. Benefits and challenges of nurse prescribing. *Journal of Advanced Nursing* 45(6), 559-567.
- Wilhelmsson, S., Ek, A-C. & Åkerlind, I. 2001. Opinions about nurses prescribing. *Scandinavian Journal of Caring Sciences* 15(4), 326-330.
- Weeks, G., George J., Maclure, K. & Stewart, D. 2016. Non-medical prescribing versus medical prescribing for acute and chronic disease management in primary and secondary care (Review). *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2016, Issue 11. Art. No.: CD011227.
- Vilka, H. 2005. Tutki ja kehitä. Kustannusosakeyhtiö Tammi. Helsinki.

Liite 1. Tutkimustiedote



TURUN AMMATTIKORKEAKOULU **Ylempi ammattikorkeakoulututkinto/ Terveys ja hyvinvoin-** **ti/Terveystiedon edistäminen**

TUTKIMUSTIEDOTE

Pyydän sinua osallistumaan asiantuntijapaneeliin, joka on osa Laajavastuinen sairaanhoitajavastaanotto- Työkalun kehittäminen laajavastuisen sairaanhoitajavastaanottotyön tueksi- projektia. Projekti on osa Turun ammattikorkeakoulun ylempään ammattikorkeakoulututkinnon opinnäytetyötä, jonka toimeksiantajana on Sairaanhoitajaliitto.

Opinnäytetyön ja sen tutkimuksellisen osan tavoitteena on edistää sairaanhoitajan toteuttaman kliinisen tutkimuksen ja hoidon tarpeen arvioinnin systemaattisuutta, kehittää lääkehoidon turvallisuutta ja tarkoituksenmukaisuutta lääkkeitä määräävän sairaanhoitajan vastaanotolla. Tarkoituksena on laatia työkalu potilaan tutkimiseen osana hoidon tarpeen arviointia ja lääkkeen määräämiseen hyödyntäen asiantuntijapaneelia.

Tutkimusaineisto, asiantuntijapaneelin arviot työkalun käytettävyydestä ja hyödyllisyydestä, kerätään lääkkeitä määrääviltä sairaanhoitajilta. Arviointikohteena olevat työkalun sisältämät potilaskortit on laadittu aikaisemman tutkimukseen ja aiheeseen liittyvään kirjallisuuteen perustuen.

Osallistuminen tutkimukseen on vapaaehtoista. Aineisto lähetään asiantuntijapaneeliin osallistuville postitse marraskuussa 2016. Tutkimukselle on saatu lupa lääkkeenmääräämisjaoston (LäMä) hallitukselta.

Tutkimuksesta saa lisätietoja

Tanja Gröhn
YAMK-opiskelija
Terveystiedon edistäminen
tanja.grohn@edu.turkuamk.fi

Opinnäytetyön ohjaaja
TtT, lehtori Virpi Sulosaari
virpi.sulosaari@turkuamk.fi

Liite 2. Saatekirje



TURUN AMMATTIKORKEAKOULU

Ylempi ammattikorkeakoulututkinto/Terveys ja hyvinvointi/Terveysten edistäminen

1.11.2016

Laajavastuinen sairaanhoitajavastaanotto-Työkalun kehittäminen laajavastuisten sairaanhoitajavastaanottotyön tueksi

Arvoisa kollega!

Kohteliaimmin pyydän Sinua osallistumaan projektini asiantuntijapaneeliin, jonka tavoitteena on edistää sairaanhoitajan toteuttaman kliinisen tutkimuksen ja hoidon tarpeen arvioinnin systemaattisuutta, kehittää lääkehoidon turvallisuutta ja tarkoituksenmukaisuutta lääkkeitä määräävän sairaanhoitajan vastaanotolla.

Tarkoituksena on laatia ohjeistus potilaan tutkimiseen osana hoidon tarpeen arviointia ja lääkkeen määräämiseen hyödyntäen asiantuntijapaneelia. Asiantuntijapaneelin arviot työkalun käytettävyydestä ja hyödyllisyydestä kerätään lääkkeitä määrääviltä sairaanhoitajilta. Tämän projektin toimeksiantajana on Sairaanhoitajaliitto. Lupa aineiston keruuseen haetaan Lämän hallitukselta marraskuussa 2016.

Osallistumalla asiantuntijapaneeliin pääset vaikuttamaan lääkkeitä määräävän sairaanhoitajan työnkuvan kehitykseen sekä sen laatuun ympäri Suomen. Osallistuminen on luonnollisesti vapaaehtoista. Kyselyn tulokset tullaan raportoimaan niin, ettei yksittäinen vastaaja ole tunnistettavissa tuloksista. Ole ystävällinen ja ilmoita osallistumisestasi asiantuntijapaneeliin yhteystietoineen **30.11.2016** mennessä alla mainittuun sähköpostiosoitteeseen.

Tämä kysely liittyy osana Turun ammattikorkeakoulussa suorittamaani ylempään ammattikorkeakoulututkintoon kuuluvaan opinnäytteeseen. Opinnäytetyöni ohjaaja on Virpi Sulosaari, TtT, lehtori, Turun amk/Terveysala.

Osallistumisestasi kiittäen

Tanja Gröhn

Sairaanhoitaja/SHLM, YAMK-opiskelija

tanja.grohn@edu.turkuamk.fi

Liite 3. Potilaskorttien arviointilomake

SILMÄTULEHDUS

OIREET JA KLIININEN KUVA:

silmän rähmintä, yhteen liimautuneet silmäluomet, rikantunne silmässä, kirvely, silmän punoitus

EROTUSDIAGNOOSI:

atooppinen potilas, jolla samanaikaisesti muita allergian oireita on todennäköisesti atooppinen silmätulehdus, silmän kutina yleistä allergisen reaktion yhteydessä, huomioi keratiitti, iriitti ja luomitulehdus sekä muut silmäoireet:

- kova kipu, jomottava särky, valonarkuus, painoarkuus, heikentynyt näöntarkkuus, samentunut, läiskäinen tai haavainen sarveiskalvo, pieni epämuotoinen mustuainen

TUTKIMINEN:

pupillan valoreaktiot ja symmetria, näkyvät vammat / roskat, kasvon alueen ihottumat, tarvittaessa fluoreseiinivärjäys

LÄÄKEHOITO:

Kloramfenikoli-tipat (Oftan akvakol 5mg/ml®, Oftan chlora 10mg/ml®) 6 – 8 x vrk, voide yöksi. Hoitoa jatketaan kunnes kaksi oireetonta päivää, hoidon kesto korkeintaan yksi viikko.

Fusidiinihappo-tipat (Fucithalmic 10mg/ml®) 1 – 2 x vrk. Hoitoa jatketaan kunnes kaksi oireetonta päivää takana.

Allergiseen silmän ärsytykseen kromoglikaatti kostutustipat

Lääkehoidon lisänä tulee käyttää silmän päivittäistä puhdistamista bakteerimassan vähentämiseksi, hygieniaa tärkeää, jotta tauti ei tartu

RAJAUKSET:

ei kloramfenikoliallergisille

Arviol asteikolla 1-5 (1 = Ei lainkaan tärkeä, 5 = Erityisen tärkeä) seuraavia asioita:

Tärkeys

1	2	3	4	5
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Käyttökelpoisuus

1	2	3	4	5
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Selkeys

1	2	3	4	5
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Muuta kommentoitavaa:

Liite 4. Potilaskortit, kliininen tutkiminen

PERUSANAMNEESI

Tulosyy

- Ongelma
- Kysymysten esitys, asettelu
- Ongelman tarkennus, selventäminen
- -> Työdiagnoosi

Anamneesi

- Historia, tausta
- Nykyinen terveydentila, sairaudet
- Lääkitys ja allergiat
- Sukuanamneesi
- Sosiaalinen tilanne ja elämäntavat
- Lapsipotilas: vanhempien näkemys, äidin raskausaika ja lapsen kasvu, ravitsemus, erityis, rokotukset
- Vanhuspotilas: omaisen / omaishoitajan näkemys, kognitiivinen tilanne, ravitsemus, erityis, toimintakyky ja sen rajoitteet, apuvälineet ja tukipalvelut

Status

- Ongelman mukaisesti: vatsa, sydän, silmä, nielu, jne.
- **Inspektio**
 - Käytä kaikkia aisteja
 - Kasvot symmetriset, levoton, kivulias, ahdistunut puhe puuromaista, hengityksessä asetonin haju, liikkuminen, väri
 - Hyvä valaistus ja tarvittavat instrumentit
- **Palpaatio**
 - Käytä käsien eri osia, kämmen tai sormet
 - Kipukohta, lämpötila, resistenssit, säteilykipu, murtumat, turvotukset, pulssit
- **Auskultaatio**
 - Keuhkot, sydän, suoliäänet, pulssit
- **Perkussio**
 - Maksa, munuaiset, sinukset, vatsa

TARVITTAVAT JATKOTOIMENPITEET

- Lääkityksen aloitus ja / tai kotihoito-ohjeet
- Lisäselvitykset
- Lääkärin konsultaatio
- Kotiutus
- Jatkohoidon järjestäminen

MUISTA LAADUKAS KIRJAAMINEN!

Keuhkot ja hengitys

Anamneesi

- Tupakointi, allergiat, altistavat ammatit, uniapnea, tuberkuloosialtistus, matkustusanamneesi, päihteet, HIV, sukurasite, sairaudet ja sairaalahoidot
- Lääkitys + tukihoidot (inhalaatiot ja CPAP tai 2PV-hoito)
- Oirekuvan alku (nopea, hitaasti alkanut vai pahentunut?)
- Hengenahdistus: rasitus, lepo, yskä ja yskökset, suorituskyky, kuume, väsymys, infektio, kuorsaus, närästys
- Trauma

Status

- ✓ Puhuuko normaalisti
- ✓ Apulihasten käyttö
- ✓ Asento
- ✓ Hengitysfrekvenssi
- ✓ Syanoosi
- ✓ SpO2
- ✓ EKG, VERENPAINEN, PULSSI
- ✓ (PEF)
- ✓ KIPU
- ✓ Rintakehän symmetria

Auskultaatio

- Hiljentyneet hengityssäät (neste, atelektiisi, COPD, lihavuus)
- Vinkuna (astma, COPD, ♥-vajaatoiminta)
- Rahinat (ilma + neste, keuhkofibroosi, COPD, keuhkokuume, ♥-vajaatoiminta)
- Hankausääni (neste)

Palpaatio + perkussio

- Imusolmukkeet
- Kipupiste
- Krepitaatio
- Säärien ja pohkeiden palpaatio
- Selän puolelta myös palpaatio

Keuhkoputkitulehdus

Oireet

- Yskä
- Yskökset, usein märkäiset
- Hengenahdistus
- Hengityksen vinkuminen
- Kuume vähintään 38 °C
- Yskän kesto noin 2 viikkoa

Status

- Hyvä anamneesi
- Kliininen tutkimus: vitaalit, keuhkoauskultaatio: poissulje keuhkokuume
 - Perusterve henkilö
 - Ei yleisoireita
 - Pulssi alle 100
 - HF alle 20
 - Kuume alle 38 °C
 - Auskultoiden ei pneumonisia rahinoita tai perkutoiden painumusta
 - keuhkokuume epätodennäköinen

Hoito

- Ei antibioottia
- Oireenmukainen
- Yskänlääke, antikolinergit, sympatomimeetit
- Mikrobilääkettä harkitaan, siirretään lääkärille
 - Yli 75-vuotias
 - Korkeakuumeinen
 - Vakava yleissairaus
 - Amoksisilliini / doksisykliini

Arvioi tutkimuksen perusteella tarvitseeko siirtää lääkärille

Sydänpotilas

Anamneesi

- Perussairaudet, lääkitys, aikaisemmat sydänfilmit / tutkimukset + rasituskokeet, UKG, angio
- Sydämentahdistin
- **Rintakipu**
 - Laatu
 - Sijainti
 - Säteily
 - Kesto ja alku
 - Äkillinen stressi
- **Rytmihäiriö**
 - Alku
 - muljahtelu, lisälyöntejä, asento, valvominen, kahvi, alkoholi, stressi
 - Aiemmin vastaavaa
- **Hengenahdistus**
 - Alku, nopea / hitaasti
 - Levossa, hengästyneisyys
- **Rasituksen sieto**
 - Alku / kesto
 - Arkea rajoittava?
 - Asento, uni
- **Yskä**
- **Äkilliset tajunnanmenetykset**
 - Huimaus
 - Tajunnan hämärtyminen
 - Äkillinen, ilman varoittavaa oiretta

Status

- Ulkonäkö, VAS
- Syanoosi = huulet, korvat, nenä, kädet ja jalat
- Turvotukset ja iho – lämpöraja, hikisyys, kalpeus, ascites
- Hengitysfrekvenssi, SpO2, hengityssänet
- Vitaalit ja pulssien / valtimoiden palpaatio
- EKG, tarvittaessa lisäkytkennät, monitorointi – vertaus vanhoihin
- Lämpö
- Vatsan, maksan ja rintakehän palpaatio
- TnT + verinäytteet (+ THX)
- **Konsultoi herkästi!**

Otetut / annetut lääkitykset

- Niiden vaikutus / vaste
- Esimerkiksi Nitro, beetasalpaaja yms.

Erotusdiagnoosiikka

- Ruokatorvi peräinen syy, närästys
- Lihasperäiset syyt ja rintakehä
- Ahdistus, depressio
- Perikardiitti
- Aortan dissekaatio
- Ilmarinta
- Keuhkoembolia
- Keuhkoputkitulehdus
- Vatsakatastrofi
- Pleuriitti

VATSA

Anamneesi

- Laihtuminen
- Nielemisvaikeus
- Närästys
- Pahoinvointi, oksentelu
- Äkillinen kipu vai krooninen luonne, kesto
- Suolen toiminta, ripuli, ummetus
- Alkoholin käyttö
- Lääkitykset (antikoagulantit, särkylääkkeet)
- Matkustusanamneesi
- Vatsanalueen leikkaukset
- Vatsanalueen traumat
- Muu: kuume, ruokahalu, väsymys, turvotus, raskaus

Status

- Tarkastelu: pullistumat, arvet, muoto
- Tunnustelu:
- Arkuus, myötäävyys, resistenssit, ascites,

Maksa

- Koko
- Reunan sileys, tasaisuus, kovuus, aristus, kylkikaaren koputteluarkuus
- Icterus, hämähäkkiluomet, kutina, mustelmat, turvotus

Kuuntelu

- Hiljentyneet, vilkkaat, kilahtelevat, metallisointiset

Vatsakivun syitä

Umpilisäkkeen tulehdus

- Epämääräinen vatsakipu, johon liittyy ruokahaluttomuutta, pahoinvointia ja joskus oksentamista. Tuntuu usein ylävatsalla, mutta tuntien kuluessa kipu paikantuu alavatsan oikealle puolelle, jossa se on tyypillisesti tasaista. Liikkuminen, tärinä tai yskiminen pahentaa kipua. Kuume. Oikean alavatsan lihaspuolustus.

Suolitukos

- Kovat vatsakivut alkavat lievinä ja muuttuvat koviksi. Aluksi aaltomaista, myöhemmin jatkuvaa. Yleistila heikkenee, vatsan toimimattomuus, vatsa pinkeä, pömpö, pahoinvointi, oksentelu.

Sappiongelma

- Äkisti alkanut ylävatsakipu, joka tuntuu oikean kylkikaaren seudulla tai keskellä ylävatsaa. Säteilee yläselkään oikean lapaluun seutuun. Pahoinvointi ja oksennus. Kipu rauhoittuu yleensä itsestään 3–6 tunnin kuluttua. Kuume, icterus.

Haimatulehdus

- Vyömäinen, selkään säteilevä ylävatsakipu, joka tyypillisimmillään alkaa alkoholinkäyttökärsä lopettamisen jälkeen. Palpaatioarkuus ylävatsalla, resistenssi mahdollinen. Joskus hematoomia kyljessä tai navan ympärillä. Hiljaiset tai puuttuvat suoliäänet.

Vatsahaava

- Keskellä ylävatsaa syvällä tuntuva kipu, joka on luonteeltaan "tylpää", jäytävää tai polttavaa. Säteilykipua voi tuntua selässä tai hartioissa. Närästys, kipu ylävatsalla. Pahenee vatsan ollessa tyhjä ja syöminen helpottaa. Oksentelu. Vakavana melena ja verioksentelu.

Divertikuliitti

- Erilaisia "ruuansulatushäiriöitä". Epäsäännöllinen vatsan toiminta, ummetus, ilmavaivat. Anemia.

Ummetus

- Suoli tyhjenee harvemmin kuin kolme kertaa viikossa tai jos ulostus on niin kiinteää, että

ulostaminen on useimpina kertoina vaikeaa.

Virtsatiekivi

- Äkillisesti alkava kova kipu jommallakummalla puolen alaselkää tai alavatsaa. Kipu säteilee usein nivustaipeisiin, erittäin voimakasta. Pahoinvointi ja oksentelu. Virtsaan voi myös ilmaantua verta.

Gynekologinen ongelma

- Alavatsakipu, yleisoireet, kuume, märkäinen tai verinen vuoto, palpaatioarkuus kohdussa, päänsärky, raskaus.

Kiveskipu

- Äkillinen kipu, tuntuu usein aluksi vain alavatsalla ja siirtyy vasta myöhemmin kivespussiin. Toispuolinen kivespussin turvotus. Aristava kives, punoitus, turvotus.

Gastroenteriitti

- Vatsatauti. Ripulointi ja oksennus. Mahdollinen lämmön nousu, krampimaiset vatsakivut.

NEUROLOGINEN SUPPEA STATUS

Anamneesi:

- Perussairaudet, lääkitykset
- Oireiden alkua ja tapa / hidas, nopea
- Alkoholin ja päihteiden käyttö
- Infektiot, kuumeilu
- Päänsäryt, pahoinvoinnit
- Tajunnantasonhäiriöt: poissulje muut syyt kuten sydän- ja verisuoniperäiset
- Liikehäiriöt
- Aisti- ja muistihäiriöt
- Huimaus
- Halvaus
- Trauma

Status:

- **Kognitio**
 - Tajunnantaso
 - Orientaatio
 - Muisti
 - Tarkkaavaisuus
 - Puhe ja puheentuoton häiriöt (dysartria, afasia)
- **Liike**
 - Kävely
 - Ontuminen
 - Ataksia
- **Lihastoivoima ja refleksit**
 - Käsien puristusvoimat
 - Varpaille nousu

- Refleksien puolierot
- Babinski
- Peruskoe

- **Tunto**

- Kosketustunto raajoista ja puolierot

- **Koordinaatio**

- SNK
- DDK
- Romberg
- Yhden jalan seisonta

- **Aivohermot**

- Näkökentät ja sen puutokset
- Pupillien koko, symmetrisyys
- Nystagmus
- Kasvojen kosketustunto ja puolierot
- Mimiikka
- Nielemisrefleksi
- Kielen motoriikka

Gynekologinen potilas

Anamneesi:

- Ikä
 - perussairaudet
 - säännöllinen lääkitys
 - migreeni (aura-oireet?)
 - lääkeaineallergiat
- Yhdyntöjen alkamisikä
 - Partnerien määrä
 - Sairastetut ja testatut sukupuolitaudit
 - Gynekologiset sairaudet ja / tai vaivat tällä hetkellä (milloin tehty viimeksi gynekologinen tarkastus?)
 - Rintojen omatutkiminen
 - Raskaudet (G), synnytykset (P)
 - SUKU: onko lähisuvussa ollut sydän- ja verisuonisairauksia tai syviä laskimotukoksia?

Terveysteen vaikuttavat tekijät:

- Ravitsemus
- Liikunta
- Päihteet: alkoholin käyttö annokset / viikko (AUDIT)
- Tupakointi, savukkeet / vrk
- Huumeekokeilut: käyttö, mikä huume, mitä kokeillut, kuinka usein, milloin viimeksi?

Fysiologiset mittaukset:

- Kuukautisten alkamisikä, kierto) säännöllinen / epäsäännöllinen, vuotopäivien lukumäärä)
- Kuukatiskivut
- PMS –oireet?
- Paino, RR, BMI

Tutkimukset harkinnan mukaan:

- Hb (pikamittarilla riittävä, jos runsaat kuukautiset)
- Klamydia, Gc (riippuu esitiedoista, otetaan, jos ei vielä koskaan olla otettu)
- HIV, kuppa
- Hepatiitti B ja C (riippuu esitiedoista, jos paljon ulkomaalaisia partnereita, jos piikkihuumeekokeiluja tai anaaliseksiä)
- PAPA
- Raskaustesti
- Genitaalierpes

Hormonaalisen ehkäisyn vasta-aiheet:

- Sairastuminen tukokseen
- Veren hyytymishäiriö
- Auraoireinen migreeni
- Diabetes, johon liittyy verisuonikomplikaatioita
- Korkea RR ≥ 160 / ≥ 100
- Erittäin suuri veren lipidipitoisuus
- Tulossa suuri leikkaus tai pitkä vuodelepo

Liite 5. Potilaskortit, SHLM- osio

VIRTSATIEINFEKTIO PERUSTERVEELLÄ NAISELLA (12 – 65 V)

OIREET:

virtsan kirvely, tihentynyt virtsaamisen tarve, alavatsa- ja / tai selkäkipu, verivirtsaisuus

EROTUSDIAGNOSTIIKKA:

kuumeinen alavatsa- ja / tai selkäkipu, sukupuolitauti, gynekologiset asiat (hiiva, vaihdevuosisivat, raskaus)

KLIININEN KUVA:

virtsan kirvely, tihentynyt virtsaamisen tarve

TUTKIMINEN:

huolellinen haastattelu, lämpö, vatsan palpaatio, selän perkutointi tarvittaessa virtsanäyte- ja viljely sekä CRP

LÄÄKEHOITO

Pivmesillinaami 200 mg x 3 tai 400 mg x 2 kolmen vuorokauden ajan

- Ei penisilliiniallergiselle

Trimetopriimi 160 mg x 2 tai 300 mg x 1 kolmen vuorokauden ajan

- Ei sulfa-allergiselle

RAJAUKSET:

Ei alle 12-vuotiaat
Ei raskaana olevat
Ei miehet
Ei korkeakuumeinen
Ei munuaissairaat

SILMÄTULEHDUS / SIDEKALVONTULEHDUS

OIREET JA KLIININEN KUVA:

silmän rähmintä, yhteen liimautuneet silmäluomet, rikantunne silmässä, kirvely, silmän punoitus

EROTUSDIAGNOSTIIKKA:

atooppinen potilas, jolla samanaikaisesti muita allergian oireita on todennäköisesti atooppinen silmätulehdus, silmän kutina yleistä allergisen reaktion yhteydessä, huomioi keratiitti, iriitti ja luomitulehdus sekä muut silmäoireet:

- kova kipu, jomottava särky, valonarkuus, painoarkuus, heikentynyt näöntarkkuus, samentunut, läiskäinen tai haavainen sarveiskalvo, pieni epämuotoinen mustuainen

TUTKIMINEN:

pupillan valoreaktiot ja symmetria, näkyvät vammat / roskat, kasvon alueen ihottumat, tarvittaessa fluoreseinivärjäys, korvien tutkiminen

LÄÄKEHOITO:

Kloramfenikoli-tipat (Oftan akvakol 5mg/ml®, Oftan chlora 10mg/ml®) 6 – 8 x vrk, voide yöksi. Hoitoa jatketaan kunnes kaksi oireetonta päivää, hoidon kesto korkeintaan yksi viikko.

Fusidiinihappo-tipat (Fucithalmic 10mg/ml®) 1 – 2 x vrk. Hoitoa jatketaan kunnes kaksi oireetonta päivää takana.

Allergiseen silmän ärsytykseen esimerkiksi **kromoglikaatti** tipat

Kuiviin silmiin kostutustipat

Lääkehoidon lisänä tulee käyttää silmän päivittäistä puhdistamista bakteerimassan vähentämiseksi, hygienia tärkeää, jotta tauti ei tartu

SHLM RAJAUKSET:

ei kloramfenikoliallergisille

NIELUTULEHDUS**OIREET:**

kurkkukipu, nielun punoitus, nielun turvotus, peitteet tonsilloissa, kuume, nielemisvaikeus

KLIININEN KUVA

STREPTOKOKKI A – INFEKTIO	VIRUSPERÄINEN INFEKTIO
oireiden nopea alkua	yskä
kuume yli 38 °C	äänen käheys
peitteet tonsilloissa	silmien sidekalvotulehdus
leuanalusimulosolmukkeiden turvotus	rakkulat suun limakalvoilla
päänsärky	ripuli
lapset: vatsakipu, pahoinvointi	virustaudeille tyypilliset ihottumat
oksentelu, mansikkakieli jne.	

EROTUSDIAGNOOSI:

kurkkupaise, mononukleosi, epiglottiitti, laryngiitti

TOIMENPITEET:

Str-A pikatesti, nieluviiljely

LÄÄKEHOITO STREPTOKOKKI-A TULEHDUKSEEN

Fenoksimetyylipenisilliini 1,5 milj. KY x 2 / 10 vrk

TAI

Fenoksimetyylipenisilliini 1milj. KY X3 / 10vrk

- penisilliiniallergiselle aloitetaan kefaleksiini 750 mg x 2 / 10 vrk tai kefaleksiini 500 mg X 3 / 10vrk

SHLM RAJAUKSET:

ei alle 12-vuotiaat

Todettu Steptokokki A näytteellä

HEPATIITTIROKOTTEET

Henkilö, jolla elinolosuhteidensa vuoksi on lisääntynyt vaara saada hepatiitti A- tai hepatiitti B -tartunta, on oikeutettu hepatiittirokotuksiin.

ROKOTTAMISESSA HUOMIOITAVAT ASIAT:

- Rokotteita on erilaisia: A-, B- sekä yhdistelmärokote
- Kuumeista potilasta ei saa rokottaa
- Rokotteet saattavat aiheuttaa paikallisoireita sekä kuumetta
- Annettava varoen henkilöille, joilla on trombosytopenia tai verenvuotohäiriö
- Rokotussarjoja voi tarvittaessa nopeuttaa

ROKOTTEET:

HEPATIITTI A:

- **Havrix 1440 Elisa U/ml**
 - o Aikuisen ja yli 16-vuotiaan annos
 - o Alle 16-vuotiaan annos 0,5 ml
 - o Tehosterokote tulee antaa aikaisintaan 6 kk ja viimeistään 5 vuoden kuluttua
 - o Ei saa antaa pakaralihakseen

HEPATIITTI B:

- **Engerix- B 20 mikrog/ml**
 - o Aikuisen ja yli 16-vuotiaan annos
 - o Enintään 15- vuotiaan annos 0,5 ml
 - o Rokotussarja: 0, 1 ja 6 kuukautena
 - o Annetaan olkavarren lihakseen
- **Hbvaxpro 10 mikrog/ml**
 - o Aikuisen ja yli 16-vuotiaan annos
 - o Alle 16-vuotiaan annos 0,5 ml
 - o Rokotussarja: 0, 1 ja 6 kuukautena

YHDISTELMÄVALMISTEET:

- **Twinrix adult 20mikrog/ml**
 - o Aikuisen ja yli 16-vuotiaan annos
 - o Alle 16-vuotiaan annos 0,5 ml
 - o Rokotussarja: 0, 1 ja 6 kuukautena
 - o Perusrrokotussarja on annettava alusta loppuun samalla rokotteella
- **Twinrix paediatric**

SHLM RAJAUKSET: ei alle 12- vuotiaille

VESIROKKOROKOTTEET

Vesirokkoa vastaan on elävää heikennettyä virusta sisältävä rokote. Kaikki yli 12- vuotiaat vesirokkoa sairastamattomat suositellaan rokotettavaksi. Vesirokkorokote on liitetty kansalliseen rokoteohjelmaan. Vesirokko tarttuu herkästi pisaratartuntana jo n. 1-2 vuorokautta ennen ihottuman puhkeamista. Tartuttavuus jatkuu, kunnes kaikki rakkulat ovat rupeutuneet (vähintään n. 5 vrk:n ajan ihottuman puhkeamisesta).

ROKOTTAMISESSA HUOMIOITAVAT ASIAT:

- Rokotetta voi suositella yli 12 kuukauden ikäisille terveille lapsille.
- Rokote ei täysin ehkäise sairastumista, mutta lieventää taudin oireita
- Alle 13-vuotiaille riittää yksi rokote. Yli 13-vuotiaille sairastamattomille suositellaan kahden rokotteen sarjaa.
- Yli 13-vuotiaan vesirokon taudinkuva on yleensä raju ja komplikaatioiden riski suurempi kuin nuoremmilla.
- Vasta-aineiden määrittelyä ennen rrokotusta ei tarvita, vesirokon sairastaneen rokottamisesta ei ole haittaa.
- Ei saa rokottaa raskaana olevia ja raskaaksi tulemistä vältettävä 1 kuukauden rrokotuksesta.
- Rokotetut voivat tartuttaa vesirokkoa kuuden viikon ajan immuunipuutteisille, raskaana vesirokkoa sairastamattomille ja vastasyntyneille jos äiti ei ole rokkoa sairastanut.

ROKOTTEET:

- **Varilrix**
 - o Kerta-annos subkutaanisesti (s.c.) terveille alle 13-vuotiaille
 - o Immuunipuutteisille ja kaikille yli 13-vuotiaille suositellaan 2 rokotetta 3 kuukauden välein
 - o Suositellaan pistettäväksi olkavarren alueelle
- **Varivax**
 - o 2 rokotteen sarja
 - o Annetaan 4-8 viikon välein
 - o Pistetään injektiona lihakseen tai subkutaanisesti

SHLM RAJAUKSET:

Ei alle 12-vuotiaille lapsille

INFLUENSSAROKOTTEET

Kausi-influenssarokote on tarkoitettu henkilöille, joiden terveydelle influenssa aiheuttaa oleellisen uhan. Syksystä 2012 lähtien rokotukseen on ollut oikeutettu myös influenssalle alttiiden henkilöiden lähipiiri. Lähipiiriin kuuluvat muun muassa ikääntyneiden, vastasyntyneiden, raskaana olevien tai immuunipuutteisten henkilöiden perheenjäsenet ja lähipiiri. Myös omaishoitajat saavat rokotteen ilmaiseksi. Kaikki yli 65-vuotiaat saavat influenssarokotteen omalta terveysasemaltaan ilmaiseksi.

ROKOTTAMISESSA HUOMIOITAVAT ASIAT:

- Influenssarokotetta ei saa antaa henkilölle, joka on saanut edellisestä influenssarokotuksesta vakavan, välittömän allergisen reaktion
- Kuumeista potilasta ei voi rokottaa
- Harkiten kananmuna-, formaldehydi- ja antibioottiallergisille
- Guillain-Barrén oireyhtymän sairastanut ohjataan lääkärille

- Immuunipuutteisten rokottamisessa huomioitava infektioriski ja rokotuksesta saatava riittävä vasta-ainetaso (tehosteannokset)
- Rokotukset tulisi antaa ennen epidemiakauden alkua, marras-joulukuussa
- Epidemian aikaisestakin rokotuksesta on hyötyä

ROKOTTEET:

Fluarix 0,5 ml esitäytetty ruisku

Influvac 0,5 ml esitäytetty ruisku

Vaxigrip 0,5 ml esitäytetty ruisku

- Aikuisille ja yli 3-vuotiaille lapsille
- Injektiona lihakseen tai syväälle ihon alle
- Suoja kehittyy noin 2 viikossa

SHLM RAJAUKSET:

Ei alle 12-vuotiaille lapsille

IHON PINTAPUUDUTUS LIDOKAIINI-PRILOKAIINI LAASTARILLA TAI EMULSIOVOITTEELLA

Voidaan käyttää ihon pintapuudutuksessa ennen toimenpidettä, kuten neulanpisto, syylän poisto tai säärihaavan hoito.

KÄYTÖSSÄ HUOMIOITAVIA ASIOITA:

- Puudutuksen kesto riippuu applikaatioajasta ja annoksesta.
- Yli 5 tunnin applikaatioajan jälkeen lääkeaineen vaikutus vähenee
- Laastarit ja voiteet tulee laittaa ehjälle iholle
- Imeytymiseen vaikuttavat ihon paksuus, ihon kunto ja ihokarvat

VALMISTEET:

Lidokaiini-Prilokaiini (Tapin®, Emla®)

- **Laastari**
 - o Asetetaan ehjälle iholle tuntia ennen suunniteltua toimenpidettä. Tarvittaessa voidaan käyttää useampaa laastaria.
- **Emulsio**
 - o Paksu kerros voidetta käsiteltävälle alueelle ja peitetään peittositeellä.
 - o Neulanpisto varten voidetta voidaan levittää kahteen kohtaan. Ennen pistoa on odotettava 5 minuuttia emulsiovoiteen poistamisen jälkeen, jotta vasokonstriktio vähenee ja pisto on helpompi tehdä.
 - o Emulsion tulee vaikuttaa tunnin ennen toimenpidettä.
 - o Voidaan käyttää myös genitaalialueen hoidoissa.

RASKAUDEN EHKÄISY alle 35- vuotiaalle naiselle

ANAMNEESI:

- psykososiaalinen tilanne
- tupakointi, alkoholinkäyttö, muut päihteet
- mahdolliset sairaudet (etenkin aurallinen migreeni, syömishäiriöt, masennus, verisuonitukokset, hyytymishäiriöt, epilepsia, diabetes, SLE)
- käytetyt lääkkeet
- suvussa esiintyvät riskitekijät (mm. laskimotukokset, verenpainetauti, sydän- ja verisuonisairaudet)
- gynekologinen anamneesi (kuukautisvuotojen säännöllisyys ja laatu, kivut, vaivat, onko tutkittu aiemmin)
- seksuaalianamneesi: yhdyntöjen alkamisikä, kumppanien määrä, ehkäisykeinot, suojaamattomat yhdynnät,
- mahdolliset aiemmat sukupuolitaudit

STATUS:

- Verenpaine
- Pituus ja paino
- Mahdollisesti raskaustesti ja sukupuolitautiltesti
- Gynekologista tutkimusta ei tarvita

LÄÄKEHOITO:

- Progestiinia sisältäviä valmisteita ovat ”minipillerit”, hormonikierukka ja implantit.

- Progestiinia ja estrogeenia sisältävät yhdistelmävalmisteet, kuten Yaz®, Yasminella®, Yasmin®
 - o 1 tabletti otetaan joka päivä samaan aikaan niin, että lääkkeenoton väli on aina 24 tuntia. Ensimmäinen tabletti otetaan kuukautisten ensimmäisenä päivänä. Uusi pakkaus aloitetaan heti seuraavana päivänä edellisen pakkauksen loputtua.
 - o **Ehkäisyrengas Nuvaring®**, joka vaihdetaan 3 viikon välein.

Keskustele yhdistelmävalmisteen sopivuudesta, jos

- Painoindeksi on yli 30
- Yli 35-vuotias
- Tupakointi (ja varsinkin jos ikä on yli 35-v)
- Korkea RR ($\geq 140-159$ / $\geq 90-99$)
- Lähisukulaisella on ilmennyt tromboembolia nuorella <50 -v iällä
- Korkea veren lipidipitoisuus tai sukurasite
- Migreenikohtauksia
- Sydän- ja verisuonisairaus, kuten sepelvaltimotauti, läppävika, rytmihäiriö, eteisvärinä
- Diabetes
- Synnyttänyt lähiaikoina
- Muut sairaudet, joihin liittyy kohonnut tromboemboliariski (*syöpä, systeeminen lupus erythematosus, sirppisoluanemia, Chronin tauti, haavainen paksusuolitulehdus, hemolyyttis-ureeminen oireyhtymä*)
- Käyttää muita lääkkeitä, jotka saattavat lisätä tromboemboliariskiä (*kortikosteroidit, neuroleptit, antipsykoottiset lääkkeet, masennuslääkkeet, kemoterapia*)

Uusittavat lääkkeet, lääkityksen jatkaminen hoitosuunnitelman mukaisesti

LÄÄKERYHMÄ	KÄYTTÖTARKOITUS	KAUPPANIMIÄ
Diureetit	Verenpainetaudin hoito	Furesis, Diurex
Beetasalpaajat	Verenpainetaudin hoito	Seloken, Metoprolin, Bisoprolol, Emconcor
ACE:n estäjät	Verenpainetaudin hoito	Linatil, Renitec, Cardace
Metformiini	Tyypin 2 diabeteksen hoito	Diformin retard, Eucreas, Glucophage
Sulfonyyliurea	Tyypin 2 diabeteksen hoito	Amaryl, Mindiab
Varfariini	Kroonisen eteisvärinän hoito	Marevan
HMG-CoA-reduktaasin estäjät (statiinit)	Dyslipidemian hoito	Atorvastatin, Lipitor, Lipcut, Simvastatin
Beklometasoni	Astman hoito	Beclomet
Budesonidi	Astman hoito	Pulmicort, Symbicort
Flutikasoni	Astman hoito	Flixonase, Seretide
Salbutamoli	Astman hoito	Ventoline, Buventol
Terbutaliini	Astman hoito	Bricanyl