

Asia: VN/11098/2025

Lausuntopyyntö luonnoksesta sosiaali- ja terveysministeriön asetukseksi lääkkeenmääräämisestä annetun sosiaali- ja terveysministeriön asetuksen 10 §:n muuttamisesta

Lausunnonantajan lausunto

Onko esitys kannatettava?

Ei

Perustelut ja lisähuomiot

Lääkkeenmääräämisasetuksen 10 § muutoksella mahdollistettaisiin sairaanhoitajan, kättilön ja terveydenhoitajan ('reseptihoitajan/hoitajan') rajattu lääkkeenmäärääminen etä- ja puhelinvastaanotoilla. Ammattihenkilöiden välinen joustava työnjako ja ammattilaisten työpanoksen tarkoituksenmukainen hyödyntäminen eivät ole vain kannatettavia tavoitteita, vaan välttämättömyys. Tähän esitykseen sisältyy kuitenkin vakavia ongelmia.

Koulutus

Lääkkeenmääräämiskoulutus sinänsä vahvistaa hoitajan ammattitaitoa ja antaa valmiuksia potilastyöhön. Tästä muodostuu koulutuksen arvo, jota oikeus lääkkeenmääräämiseen ei käytännössä lisää.

Lääkkeenmäärääminen edellyttää lääketieteellistä tietämystä sairauksien diagnostiikasta, jonka kiinteä osa on erotusdiagnoosi. Tätä osaamista ei voida rakentaa hoitajankoulutuksen pohjalle. Sairauksien kirjo on laaja, eikä tieto tavallisista taudeista ole riittävä sulkemaan pois harvinaisempia sairauksia tai erottamaan samankaltaisin oirein ilmeneviä sairauksia toisistaan, saati sulkemaan pois harvinaisempia sairauksia. Lääkettä määrättäessä on vastattava potilaan hoidon ja terveydentilan kokonaisuudesta, jossa lääkehoito on vain yksi työkalu.

Lääketiede ja lääkehoidot kehittyvät ja muuttuvat. Tämä edellyttäisi reseptihoitajille jatkuvaa runsasta täydennyskoulutusta asioista, jotka lääkäri omaksuu nopeasti jo oman lääketieteellisen peruskoulutuksensa pohjalta. Toistaiseksi hoitajien täydennyskoulutus on ollut ehdottomasti riittämätöntä.

Kustannukset

Yhteiskunnan tuki 5400 euroa kattaa vain osan työnantajan maksusta ammattikorkeakoululle. Tämän lisäksi pitää huomioida sijaiskulut koulutuksen ajalta, ohjaavan lääkärin ja konsultoivien lääkäreiden työaika sekä lääkkeenmääräämishoitajan palkanlisä, esimerkiksi 500 euroa/kk joillakin hyvinvointialueilla. Jatkuva täydennyskoulutuksen tarve on otettava kuluissa huomioon.

Yksittäisen hoitajareseptin hinta muodostuu hyvin korkeaksi. Vuosina 2023 ja 2024 kirjoitettiin vain 51 ja 59 reseptiä hoitajaa kohden. Vuonna 2014 vastaava luku oli 51 reseptiä. Määrä on siis pysynyt oleellisesti ennallaan. Merkittävä osa hoitajista ei kirjoittanut reseptejä lainkaan.

Tavoite viiden miljoonan euron vuosittaisista säästöistä on epärealistinen, samoin arvio sairaanhoitajien lääkkeenmääräämisaktiivisuuden kuusinkertaistumisesta. Hoitajien kirjoittamien reseptin kokonaismäärä noin 30 000 reseptiä vuodessa on nopeasti katettu lääkärin hyvin vähäisellä työpanoksella.

Taustaolettama esityksessä on, että hoitajan etävastaanotto vähentäisi lääkärikäyntejä ja konsultaatioita. Analyysit kustannusvaikuttavuudesta perustuvat ensisijaisesti potilaiden asiointin siirtymiseen kokonaan lääkäriltä reseptihoitajalle. Käytännössä konsultaatiot kuitenkin vievät runsaasti kahden ammattilaisen työaika ja tuottavat päällekkäistä työtä. Usein törmätään tilanteeseen, jossa lääkäri olisi yksin hoitanut asian merkittävästi nopeammin. Lisäksi konsultaatiot keskeyttävät lääkärin oman työn, kuormittavat ja heikentävät työn tehokkuutta.

Resurssien käyttöä ajatellen tulisi pohtia, onko esimerkiksi tavallinen käytäntö tunnin vastaanotosta reseptihoitajalle halvempaa kuin lääkärin puhelinsoitto reseptin uusimisineen.

Kuten perusteluosassa todetaan, ”kaikilla etävastaanotoilla, myös lääkärin toteuttamilla, voi jäädä huomaamatta potilaan voimien hienovaraisia merkkejä ja havaintoja kokonaistilanteesta, joita läsnävastaanotolla olisi helpompi havaita.” Tämä ei ole peruste hoitajan lääkkeenmääräämisen laajentamiselle, vaan syy rajoittaa sitä.

On huomattava, että nopeat, matalan kynnyksen yhteydenottokanavat lisäävät myös epätarkoituksenmukaista kysyntää. Terveystieteiden tutkimuksessa perusteltu tarve ja kysyntä ovat eri asioita. Tämän arvioiminen etäyhteydellä on vaikea tehtävä.

Potilasturvallisuudesta

Nyt rajattu lääkkeenmäärääminen voi koskea ennalta ehkäisevää hoitoa, lääkärin määräämän lääkehoidon jatkamista tai sairaanhoitajan toteamaan hoidon tarpeeseen perustuvaa lääkehoitoa. Tätä säännöstä ei ole syytä ainakaan laajentaa.

Vakuuttavaa näyttöä nykymuotoisenkaan toiminnan potilasturvallisuudesta ei ole. Kokemus hoitajavastaanotoista, kyselyt hoitajilta ja lääkäreiltä sekä potilaiden spontaanit palautteet antavat vahvan tuntuman tiedonkulun ongelmista hoitajalta lääkärille (ns. ”rikkinäinen puhelin”). Lääkärin ei tule joutua päättämään potilaan hoidosta toisen käden tiedon varassa.

Käytännön työssä nähdään usein monia tuloksettomia hoitajakäyntejä ennen kuin potilas pääsee lääkärin vastaanotolle ja saa tarvitsemansa hoidon. Näiden tapausten joukossa on ollut vakavia sairaustiloja.

Esimerkkejä yksinkertaisiksi arvioiduista, mutta todellisuudessa myös lääkäreille diagnostisia ja hoidollisia sudenkuoppia sisältävistä taudeista ovat korvatulehdukset, poskiontelo- ja nielutulehdukset, silmätulehdukset sekä virtsateiden tulehdukset. Antibiootin määräämisen tulee perustua oikein tehtyyn diagnoosiin. Ylidiagnosointi ja turhat antibiootihoidot ovat todellinen haaste. Yksinkertainen löydös tai oire voi olla osa vakavaa sairautta, jonka monet ilmentymät edellyttävät syvällistä lääketieteellistä osaamista. Iho-oireen takana saattaa olla yleissairaus. Sydänperäisten sairaustilojen tai syövän aiheuttamat oireet voivat vaikuttaa alkuun harmittomilta.

Taloudellista hyötyä tavoiteltaessa oikea diagnoosi ja sairaudeton viiveetön hoito ovat kulmakivi. Tätä ei saavuteta hoitajavastaanottoja lisäämällä.

Joustava työnjako tavoitteena

Koska tavoitteena on mahdollistaa ammattihenkilöiden keskittyminen koulutustaan ja osaamistaan parhaiten vastaaviin tehtäviin, hoitajien työpanos tulee suunnata hoitotyöhön. Sille on kipeästi tarvetta, tuleva ikärakennemuutoskin huomioiden. Sairauksien diagnosointi edellyttäisi lääketieteellistä koulutusta. 2000-luvun alun muuntokoulutuksen laihat tulokset on hyvä muistaa.

Sairaanhoitajien erityispätevyyksiä (esimerkiksi diabeteshoitajat, reumahoitajat, hengityshoitajat jne.), osaamisalueita ja kokemusta tulee hyödyntää potilaiden hoidossa. Kun lääketieteelliseen tietoon perustuva diagnoosi ja hoitosuunnitelma on tehty, on pelkästään tarkoituksenmukaista hyödyntää muiden ammattilaisten osaamista potilaiden hoidossa ja motivoinnissa. Tätä tukee myös tutkimustieto.

Yhteenveto

On suhtauduttava kriittisesti lääketieteen ulkopuolisten asiantuntijoiden esittämiin mielipiteisiin sekä hoitajakoulutuksen pohjalta esitettyihin hyvinkin pitkiin listoihin tautitiloista, joita reseptihoitajien tulisi voida hoitaa. Ne eivät perustu tietoon työn vaatimista edellytyksistä. Erotusdiagnoosiin vaatimukset diagnoosia tehtäessä unohtuvat.

Taloudelliset laskelmat ja hoitoon pääsyn nopeutuminen eivät riitä muutoksen perusteluiksi. On myös tunnettava etätyön vaativuus. Jo nyt sairaanhoitajien tehtävät etäasioinnissa on asetettu laajoiksi, eikä niitä tule enää yhtään laajentaa.

Hoitajan reseptinkirjoitusoikeus ei tuo lisähyötyä käytännön työssä, vaikka täydennyskoulutus itsessään tuokin hoitajalle lisää osaamista.

Valikoimattomalle, entuudestaan tuntemattomalla potilasjoukolla hoitajan reseptinkirjoitus ei täytä potilasturvallisuuden vaatimuksia.

Rajatun lääkkeenmäärämiskoulutuksen suorittaneiden sairaanhoitajien täydennyskoulutus on nykyiselläänkin puutteellista.

Lääketieteellinen tutkimus rajatun lääkkeenmäärämisen hyödyistä on niukkaa. Oikean hoidon viivästyminen syö nopeasti hoitajareseptistä arvioidun taloudellisen hyödyn.

Hoitajien erityisosaamista tulee hyödyntää potilaiden seurannassa yhteistyössä lääkärin kanssa (hoidon jatkuvuus), jolloin myös etäseuranta ja -neuvonta voidaan toteuttaa potilasturvallisesti. Hoitajia tarvitaan kipeästi hoitotyöhön.

Yleinen huomio

Yleisesti lääkereseptien jatkuvasta uusimisesta tulisi pyrkiä eroon. Nykymuodossaan se tuottaa hyvin paljon ylimääräistä ja vaikuttamatonta työtä lääkäreille. Lääkereseptien voimassaoloa toistaiseksi tulisi harkita pitkäaikaisten sairauksien hoidossa. Kansanterveydellisesti keskeisten pitkäaikaissairauksien seurannassa hoitajan mahdollisuus säätää lääkehoitoa hoitosuunnitelman mukaisesti tulisi mahdollistaa esimerkiksi siten, että lääkkeen annosteluohje lääkemääräyksessä on väljä – ja resepti oletusarvoisesti toistaiseksi voimassa oleva, kunnes lääkäri kumoaa sen.

Juntumaa Auli
Suomen Erikoislääkäriyhdistys ry