



LV/HPär

15.3.2018

Sosiaali- ja terveysministeriö
PL 33
00023 Valtioneuvosto
kirjaamo@stm.fi

STM099:00/2017

LUONNOKSISTA RAJATUN LÄÄKKEENMÄÄRÄÄMISEN SÄÄDÖSMUUTOS- EHDOTUKSIKSI

Sosiaali- ja terveysministeriö on pyytänyt otsikossa mainituista säädösmuutosehdotuksista lausuntoa tehtäväksi sähköisellä lausuntolomakkeella. Suomen Lääkäriliitto kiittää mahdollisuudesta lausua asiasta, mutta haluaa sähköisen lausuntolomakkeen ohella tuoda esille kantansa ehdotuksiin myös tällä perinteisellä kirjallisella lausunnolla.

Vastuu potilaan hoidosta on aina viime kädessä lääkäriellä. Terveydenhuollon ammattihenkilölakiin vajaa kymmenen vuotta sitten tehty muutos rajatusta "oireenmukaisesta" ja "hoidontarpeen arvioinnin" perusteella tehtävästä lääkkeenmääräämisestä rikkoo potilaan hoidon kokonaisuutta ja sotkee hoitovastuun käsitettä. Lisäksi se on lakiteknisesti kömpelö ja epälooginen, mihin niin Valvira kuin myös ammattihenkilölain kokonaisuudistusta valmistelleet asiantuntijat tammikuussa luovuttamassaan raportissa ovat kiinnittäneet huomiota.

Lääkäriliiton keskeinen viesti onkin, että ammattihenkilölain kokonaisuudistuksen ollessa vireillä ei ole millään lailla tarkoituksenmukaista tehdä mitään osittaisia muutoksia, nytkään lausuntokierroksella olevan kaltaisia täydennyksiä, terveydenhuollon ammattihenkilölakiin.

Yleistä

Voimassa olevan ammattihenkilölain tarkoituksena on sen tarkoituspöytäkirjan mukaan edistää potilasturvallisuutta sekä terveydenhuollon palvelujen laatua varmistamalla, että terveydenhuollon ammattihenkilöllä on ammattitoiminnan edellyttämä koulutus, riittävä ammatillinen pätevyys ja ammattitoiminnan edellyttämät muut valmiudet, sekä mm. helpottamalla ammatillisesti perusteltua terveydenhuollon ammattihenkilöiden yhteistyötä ja tarkoituksenmukaista käyttöä. Niinpä voimassa olevan lain mukaan vain laillistettu lääkäri (hammaslääkäri) voi päättää potilaan lääketieteellisestä tutkimuksesta, taudinmäärityksestä ja siihen liittyvästä hoidosta, ja vain hänellä on oikeus määrätä apteekista lääkkeitä lääkinnällistä tai lääketieteellistä tarkoitusta varten.

Vuonna 2010 lakiin lisättiin uusi 4a luku oireenmukaisesta hoidosta ja siihen liittyvästä rajatusta lääkkeenmääräämisestä sairaanhoitajien ja eräiden muiden terveydenhuollon ammattihenkilöiden oikeudeksi. Tuolloin terveyskeskusten lääkärivajeen ollessa pahimmillaan tavoitteeksi asetettiin yli 500 sairaanhoitajan lisäkouluttaminen rajattuun lääkkeenmääräämiseen. Lakiluonnoksen mukaan seitsemän vuoden aikana noin 340 sairaanhoitajaa on suorittanut koulutuksen.

Lääkäriliiton näkemyksen mukaan syynä koulutuksen vähäiseen kiinnostavuuteen on, että se on terveydenhuollon toimintayksiköissä arvioitu epätarvituksenmukaiseksi ja kustannustehottomaksi toimintamalliksi. Lääkäriliiton mielestä rajattu lääkkeenmäärääminen tulisikin poistaa laista ainakin niissä tilanteissa, missä ei todellisuudessa ole kysymys oireenmukaisesta, hoidontarpeen arvion perusteella tehdystä lääkityspäätöksestä, vaan tosiasiallisesta - vain lääkärin oikeudeksi laissa määritellystä - sairauden diagnosoimisesta ja sairauden hoidoksi määrätystä lääkityksestä.

Nyt ehdotetaan kuitenkin useita toimenpiteitä mainitun käytännön laajentamiseksi. Erityisen huolestuttavana lisääntyvän antibioottiresistenssin perusteella on antibioottien määräämisen laajentaminen nykyisestään, jopa ilman vastaanottokäyntiä, kun suunnan antibioottien käytössä avohoidossa tulisi olla täysin päinvastainen.

Samaan aikaan ollaan valmistelemassa myös laajempaa ammattihenkilölain uudistamista, mutta tämä yksityiskohta on syystä tai toisesta kokonaisuudesta irrotettu. Lääkäriliiton näkemyksen mukaan tämä ei ole perusteltua eikä millään tavalla edistä hallittua kokonaisuudistusta eikä edusta hyvää hallintoa. Emme myöskään ymmärrä sen taustalla olevia motiiveja.

Terveydenhuollon työnjako

Lääkäriliitto näkee tarpeelliseksi edelleen kehittää terveydenhuollon eri ammattihenkilöryhmien välistä työnjakoa ja yhteistyötä yhteisten potilaidemme parhaaksi, niin perusterveydenhuollossa kuin erikoissairaanhoidossa.

Yhteistyön tulee perustua eri ammattihenkilöryhmien koulutuksen ja kokemuksen antamaan osaamiseen. Toiminta on kustannustehokkainta silloin, kun eri ammattiryhmät keskittyvät työssään oman osaamisalueensa mukaisiin tehtäviin.

Terveyden-/sairaanhoitajien itsenäisestä työskentelystä ja toisaalta terveydenhuollon eri ammattiryhmien välisestä yhteistyöstä niin perusterveydenhuollossa kuin erikoissairaanhoidossa on vanhastaan hyviä kokemuksia. Perusterveydenhuollossa terveydenhoitajien hyvin itsenäinen työ ennaltaehkäisevässä toiminnassa on tuttua tavalla, jossa lääkärin rooli usein on konsultoiva. Kätilöt työskentelevät synnytysyksiköissä erittäin itsenäisesti.

Työparityöskentelystä terveyskeskusten avosairaanhoidossa on erinomaisia kokemuksia niin toiminnan tehostumisen, palvelukyvyn paranemisen kuin työn mielekkyyden lisääntymisen osalta, ja vastaava yhdessä tapahtuva työskentely on rutiininomaista sairaaloiden polikliinisessä toiminnassa. Nämä toimintamallit kannattaa hyödyntää jatkossakin, ottaa laajasti käyttöön missä niitä ei toteuteta, ja kehittää edelleen. Vuodeosastotyössä ja operatiivisessa toiminnassa ammattiryhmien välinen hyvä ja toimiva yhteistyö on suorastaan toiminnan välttämätön edellytys.

Lääkärin erityiset oikeudet ja velvollisuudet

Laissa terveydenhuollon ammattihenkilöistä, sen neljännessä luvussa, säädetään lääkärin ja hammaslääkärin erityisistä oikeuksista ja velvollisuuksista. Lakitekstin mukaan laillistettu lääkäri päättää potilaan lääketieteellisestä tutkimuksesta, taudinmäärittämisestä ja siihen liittyvästä hoidosta.

Mainittua lainkohtaa ei muutettu vuonna 2010 rajatusta lääkkeenmääräämisestä säädettäessä. Sen sijaan ammattihenkilölakiin lisättiin uusi, 4a -luku, jossa säädetään oireenmukaisesta hoidosta ja rajatusta lääkkeenmääräämisestä. Lakitekstin mukaan terveydenhuollon ammattihenkilö voi aloittaa hoidon potilaan oireiden ja käytettävissä olevien tietojen sekä tekemänsä hoidon tarpeen arvion perusteella.

Lisäkoulutettukaan sairaanhoitaja ei siis voi päättää potilaan lääketieteellisestä tutkimuksesta tai taudinmäärityksestä. Kuitenkin voimassa olevien säännösten mukaan sairaanhoitaja voi aloittaa antibiootihoidon streptokokin aiheuttamaan nielurisatulehdukseen tai virtsatieinfektioon ”hoidontarpeen arvion” perusteella. Lääkäriliiton näkemyksen mukaan kysymys näissä tilanteissa on selvästi lääketieteellisen tutkimuksen perusteella tehdystä taudinmäärityksestä ja hoidosta päättämisestä, joka ammattihenkilölaissa on säädetty yksiselitteisesti lääkärin tehtäväksi.

Tätä hoidontarpeen arvioinnin perusteella tehtävää lääkityksen aloittamista ehdotetaan nyt laajennettavaksi klamydiainfektioon ja imettävän äidin rintatulehdukseen.

Edellä kuvatun erikoisen juridisen kiemuroinnin oleellisin asia on kuitenkin se, että hoidontarpeen arvioinnin perusteella aloitettava lääkehoito erottaa lääkkeen määräämisen – myös lakitekstissä – erilliseksi määrämuotoiseksi toimenpiteeksi irrallaan potilaan hoidon kokonaisuudesta. Tässä kokonaisuudesta oleellisia piirteitä ovat sairauden oireista kärsivän potilaan terveydentilan asianmukainen arviointi riittävän lääketieteellisen koulutuksen saaneen asiantuntijan toimesta, tarvittavat diagnostiset toimenpiteet, taudinmäärityksen tekeminen ja sen perusteella päätettävä hoito. Tämän päätöksenteon tuloksena voi olla myös lääkemääräyksen antaminen, mutta ei välttämättä.

Rajattu lääkkeenmäärääminen – lääkärin määräämän hoidon jatkaminen

Myös lääkereseptien uusimista on rajatun lääkkeenmääräämisen toimintamallissa tehty erikoinen, muusta hoidosta ja hoitoa koskevasta päätöksenteosta irrallinen toimenpide mahdollistamalla erityiskoulutetuille sairaanhoitajille olemassa olevan lääkityksen jatkaminen uudistamalla resepti. Pitkäaikaishoidossa lääkemääräykset ovat voimassa pääsääntöisesti kaksi vuotta ja terveyskeskuksissa lääkärit uusivat lääkemääräyksiä rutiininomaisesti, ottaen kuitenkin silloinkin aina vastuun kyseessä olevan potilaan lääkehoidon kokonaisuudesta.

Mielestämme ei olekaan oikea ratkaisu siirtää reseptien uusimistehtävää muille terveydenhuollon ammattihenkilöille, joilla ei koulutuksensa pohjalta ole riittävää lääketieteellistä, tautiopillista ja farmakologista osaamista. Pitkäaikaissairauden seuranta on muutakin kuin reseptin uusimista.

Vaikka pitkäaikaissairas potilas olisi käyttämällään lääkityksellä ainakin näennäisen hyvässä hoitotasapainossa, on hoidon kokonaisuutta tarkoituksenmukaista määrävälein joka tapauksessa lääkärin arvioida, vähintään kahden vuoden välein, jonka lääkemääräys on voimassa. Hoidontarve muuttuu monissa kroonisissa sairauksissa ajan myötä, eikä potilas välttämättä tunnista vähän kerrassaan tapahtuvaa oireilun lisääntymistä merkiksi hoitotasapainonsa huononemisesta – puhumattakaan oireita aiheuttamattomista sairauksista. Lisäksi hoitokäytännöt ja käytössä olevat hoitokeinot – myös lääkkeet – muuttuvat ajan myötä, ajoittain nopeastikin.

Uudet lisäkoulutusvaatimukset

Luonnoksessa ehdotetaan rajatun lääkkeen määräämisen laajentamista useisiin uusiin tautitiloihin ja lääkeaineisiin. Lääkevalmisteiden määrä kaksinkertaistuisi. Lisäykset ovat niin merkittäviä, että ne vaatisivat lisäkoulutuksen merkittävää täydentämistä.

Nykyisen mallisen lisäkoulutuksen käyneet sairaanhoitajat joutuisivat käymään koulutuksen uudelleen tai käymään uuden täydentävän lisäkoulutuksen, jotta heille voitaisiin antaa mahdollisuus määrätä ehdotuksessa mainittuja uusia lääkevalmisteita. Muussa tapauksessa syntyisi kahden tasoisia rajatun lääkkeenmääräämisoikeuden omaavia sairaanhoitajia. Tämän täydentävän lisäkoulutuksen kustannuksia ei ole ehdotuksessa huomioitu.

Taloudelliset säästöt

Ehdotuksen mukaan uudistus toisi vuodessa keskimäärin 14 miljoonan euron säästöt. Laskelma perustuu vääriin perusoletuksiin ja on siten harhaanjohtava. Todellisuudessa uudistus ei toisi kustannussäästöjä, vaan voisi päinvastoin jopa lisätä terveydenhuollon menoja.

Luonnoksen laskelma perustuu sille, että noin 600.000 lääkärin vastaanotokäyntiä korvataan samalla määrällä sairaanhoitajan vastaanotokäyntejä. Säästö syntyisi siitä, että sairaanhoitajan palkkakustannukset ovat pienemmät.

Laskelman perusongelma on se, että siinä pidetään lääkärin 30 minuutin vastaanotokäyntiä hoidollisesti täysin samanarvoisena sairaanhoitajan vastaanotokäynnin kanssa. Tämä ei missään tapauksessa pidä paikkaansa. Ensinnäkään rajatun lääkkeenmääräämisen kaltaisessa varsin rutiinissa asiassa lääkärin vastaanottoaika on todellisuudessa tätä huomattavasti lyhyempi. Toisekseen vastaanotokäynnillä usein hoidetaan muitakin lääkärin ammattitaitoa vaativia asioita.

Laskelma on jouduttu nojaamaan tälle virheoletukselle, jotta saataisiin luotua kuvaa mahdollisista kustannussäästöistä. Tosiasiassa osa potilaista joutuisi sairaanhoitajakäynnin lisäksi käymään lääkärin vastaanotolla tai vähintään sairaanhoitaja joutuisi konsultoimaan lääkäriä. Sen minkä nykyisin pystyi hoitamaan yksi ammattihenkilö, vaatisi jatkossa kahden ammattihenkilön vastaanotokäyntiä. Kustannukset nousisivat.

Kuuden vuoden kokeilu-aika olisi mahdollistanut kustannusvaikutusten selvittämisen tosielämässä. Tätä ei ole kuitenkaan syystä tai toisesta tehty, vaan lähdetty arvioimaan vaikutusta vääriin olettamuksiin perustuvilla teoreettisilla laskelmilla.

Yhteenveto

Lääkäriliiton näkemyksen mukaan ehdotukset ovat epätarkoituksenmukaisia ja vaarantavat potilasturvallisuuden ja hyvän hoidon. Ehdotusten toteuttaminen ei toisi myös mitään taloudellisia säästöjä.

Lakiin vuonna 2010 kiireellä tehty lisäys rajatusta lääkkeenmääräämisestä on mielestämme tarpeeton sekä lakiteknisesti kömpelö ja epälooginen. Lakimuutoksen jälkeen lääkärripula on helpottanut ja lääkemääräyksen voimassaoloaika on pidennetty vuodesta kahteen vuoteen. Potilastietojärjes-



telmien kehittymisen myötä moni asia voidaan hoitaa lääkärin toimesta etänä tietotekniikan ratkaisuja hyödyntäen potilasturvallisesti, ilman vastuukysymysten sotkemista. Tehtyjen ehdotusten sijaan tulisikin harkita rajatusta lääkkeenmääräämisestä luopumista. Asiaa on syytä tarkastella ammattihenkilölain kokonaisuudistuksen yhteydessä, ei keinotekoisesti ja tarkoitushakuisesti siitä erillään.

Kunnioittaen

SUOMEN LÄÄKÄRILIITTO ry.

Marjo Parkkila-Harju
puheenjohtaja

Heikki Pärnänen
johtaja