



Sosiaali- ja terveysministeriö
PL 33
00023 Valtioneuvosto

kirjaamo@stm.fi

STM 114:00/2012

RAJATUN LÄÄKKEENMÄÄRÄÄMISEN ASiantuntijatyöryhmän LOPPURAPORTTI

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

Rajatun lääkkeenmääräämisen käyttöönotto

Nykyisin voimassa olevat säännökset rajatusta lääkkeenmääräämisestä tulivat voimaan laissa terveydenhuollon ammattihenkilöistä 1.7.2010 alkaen, ja tarkemmat toimintaa koskevat asetustasoiset säännökset 1.1.2011. Viime vuoden lopussa työnsä päättänyt, kaksi ja puoli vuotta työskennellyt asiantuntijatyöryhmä arvioi siten viitisen vuotta jatkunutta toimintaa.

Alun perin tavoitteena oli yli 500 sairaanhoitajan lisäkouluttaminen rajattuun lääkkeenmääräämiseen. Lisäkoulutuksen viiden vuoden aikana on kuitenkin suorittanut vain reilut 200 hoitajaa, mikä jo sekin osoittaa, ettei toimintaa ole nähty tarkoituksenmukaiseksi terveydenhuollon toimintayksiköissä.

Toimintamallin vähäistä käyttöönottoa on perusteltu sillä, että koulutuksen kustannukset ovat huomattavat. Tämän vuoksi ehdotetaan kuitenkin kustannusvastuun siirtämistä valtiolle. Kustannuksia ei kuitenkaan synny pelkästään koulutuksesta vaan myös koulutuksesta aiheutuvasta poissaolosta ja lisäkoulutetuille hoitajille maksettavasta paremmasta palkasta.

Toiminnan vähäisyys kuvastaneekin terveydenhuollon toimintayksikköjen arvioita siitä, että toimintaa ei kokonaisuudessaan voi pitää kustannustehokkaana toimintamallina. Lääkäriliiton saamien tietojen mukaan mm. Helsingin kaupunki ei ole ottanut toimintamallia käyttöön juuri kustannusvaikutavuussyistä.

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 terveystieteiden avosairaanhoidossa on erinomaisia kokemuksia niin toiminnan tehostumisen, palvelukyvyyn paranemisen kuin työn mielekkyyden lisääntymisen osalta, ja vastaavaa yhdessä tapahtuva työskentelyä on rutiinomaista 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.

Lääkäriliitto haluaa kuitenkin muistuttaa, että huolimatta työnjaon ja yhteistyön kehittämisestä koskaan ei saa muodostua tilannetta, että lääkärin vastaanotolle pyrkivä potilas ei saa mahdollisuutta lääkärin tapaamiseen.

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 lääkkeenmäärämisestä säädettyä. Sen sijaan ammattihenkilölakiin lisättiin uusi, 4a -luku, jossa säädetään oireenmukaisesta hoidosta ja rajatusta lääkkeenmäärämisestä. Lakitekstin mukaan terveydenhuollon ammattihenkilö voi aloittaa hoidon potilaan oireiden ja käytävissä olevien tietojen sekä tekemänsä hoidon tarpeen arvion perusteella.

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

Tätä hoidontarpeen arvioinnin perusteella tehtävää lääkityksen aloittamista ollaan laajentamassa asianmukaisilla näytteinä todettuun klamydiainfektioon ja imettävän äidin rintatulehdukseen – ja ehdotettiin alkuperäisessä luonnoksessa laajennettavaksi myös poskiontelotulehduksen hoidon aloitukseen siihen käytettävillä antibiooteilla.

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.

Vaikka raportissa todetaan, että merkittäviä haittatapahtumia ei toimintaan ole tehdyn selvityksen perusteella liittynyt, on Lääkäriliittoon tullut lukuisia jäsenten yhteydenottoja asiassa. Näissä on tuotu esille väärin tehtyjä hoidontarpeen arviointeja siten, että on aloitettu hoito oletettuun angiinaan tai virtsatieinfektioon, kun kysymyksessä on ollut aivan muunlaisesta ja jopa potilaan henkeä välittömästi uhkaavasta sairaudesta. Selvää on, että kun ilman laajempaa tautiopillista koulutusta omaava henkilö opetetaan tunnistamaan oirekuvan perusteella jokin sairaus, hän todennäköisesti sellaisen löytää – silloinkin, kun on kysymys aivan muusta ongelmasta.

Rajattu lääkkeenmäärääminen – lääkärin määräämän hoidon jatkaminen

Toinen osa rajattua lääkkeenmääräämistä on lääkärin päättämän hoidon jatkaminen – siis reseptin uudistaminen. Lääkeresepit ovat lähtökohtaisesti vuoden voimassa, joskin vuoden 2017 alusta voimassaoloa jatketaan kahden vuoteen. Jo tämä reseptien voimassaolon pidentäminen merkittävästi vähentää reseptien uusimisen ja siten rajatun lääkkeenmääräämisen tarvetta lääkärin päättämän hoidon jatkamiseksi.

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. Pitkäaikaishoidon lääkeresepitejä terveyskeskuksissa lääkärit uusivat 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. Tarkoituksenmukaisempaa olisi miettiä koko lääkemääräämiskäytäntöä uudella tavalla, osana potilaan kokonaisvaltaista terveyden- ja sairaanhoitoa ja hoidonseurantaa.

Vaikka pitkäaikaissairas potilas olisi käyttämällään lääkityksellä ainakin näennäisen hyvässä hoitotasapainossa, on hoidon kokonaisuutta tarkoituksenmukaista määrävälein joka tapauksessa arvioida. 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.

Nykyaikaisempi ja potilaan omaan vastuuta korostavampi tapa ajatella sairauksien lääkehoitoa olisikin alkaa puhua voimassa olevasta lääkityksestä ja sen todentavasta lääkelistasta uusittavien, määrääjän voimassa olevien reseptien sijasta. Hoitava lääkäri yhteistyössä potilaansa kanssa päättää

tämän sairauksien hoidon edellyttämästä lääkityksestä, joka kirjataan lääkelistaksi. Lääkelista voisikin olla luonteva osa potilastietoihin kirjattavaa terveys- ja hyvinvointisuunnitelmaa. Apteekki toimittaa lääkelistalla olevia lääkkeitä ohjattua annostelua vastaavasti ilman erillisiä uusintoja. Lääkelistalla olevien lääkkeiden voimassaoloaikaa voitaisiin toki tarvittaessa rajoittaa. Lääkäri ja potilas päättävät yhdessä sairauden seurannan edellyttämät kontrolliaikavälit, joita potilas noudattaa.

Soste ry. teki alkuvuodesta jäsenjärjestöjensä jäsenille kyselyn terveydenhuoltoon kohdistuvista odotuksista ja potilaiden kokemuksista. Suurin osa näistä pitkäaikaissairaista – ja siis jatkuvasti lääkkeitä käyttävistä – potilaisista toivoi pitkäaikaista hoitosuhdetta, kolmasosa erikoislääkärin vastuulla. Vastaajista 80 % halusi osallistua hoitonsa suunnitteluun nykyistä enemmän – ensisijaisesti keskustelemalla hoidostaan lääkärinsä kanssa, mutta myös osallistumalla hoitoaan koskevaan päätöksentekoon, lääkitys mukaan lukien.

Raportin kustannusvaikuttavuusarviointi

Työryhmän raportissa on esitetty rajatun lääkkeenmääräämisen laajentamista entisestään. Sen on arvioitu säästävän jopa huomattavasti terveydenhuollon kustannuksia. Tehdyt kustannusten säästöarviot ovat kuitenkin täysin epävarmalla pohjalla.

Arvio perustuu olettamukseen siitä, että lähes puolitoista miljoonaa lääkärikäyntiä voitaisiin siirtää hoitajien hoidettavaksi rajattua lääkkeenmääräämistä laajentamalla. Taustalla on toistakymmentä vuotta vanha (vuodelta 2002) selvitys lääkärin ja sairaanhoitajan työnjaon kehittämisestä. Hankkeessa hoitajavastaanottojen osuus oli parhaimmillaan 60 % kaikista terveyskeskuksen avohoitokäynneistä.

Em. perusteella on johdettu arvio, jonka mukaan hoitajavastaanoton osuuden nosto vuoden 2014 47 %:sta 55 %:iin olisi mahdollinen ilman että vastaanottokäyntien kokonaismäärä kasvaisi. Lisäksi vertailussa on käytetty lääkärin ja hoitajan yhtä pitkien vastaanottokäyntien arvioituja hintoja, ja päädytty täten vuositasolla 89–117M€ säästöpotentiaaliin!

Molemmat oletukset ovat hyvin hataralla pohjalla. Ei ole mitään syytä olettaa, että kun perusterveydenhuollossa on paikoin pulaa lääkärinvastaanottopalveluista – millä rajatun lääkkeenmääräämisen toteuttamista ja laajentamista mm. on perusteltu – hoitajille siirtyvät lääkärin vastaanottoajat jäisivät käyttämättä ja kokonaiskäyntimäärä ei lisääntyisi. Lääkärinvastaanottojen siirtyessä hoitajille kokonaiskäyntimäärä ja sitä kautta kokonaiskustannukset varmasti lisääntyisivät – toki palvelujen saatavuus paranisi, mutta hintana olisi kokonaiskustannusten kasvu.

On myös epärealistista käyttää vertailussa lääkärin ja hoitajan yhtä pitkien vastaanottokäyntien hintoja. On selvää, että hoitajille siirtyisi helpoimpia ja nopeimpia vastaanottokäyntejä, jolloin lääkärinkustannuksen säästö olisi pienempi kuin raportin kustannuslaskennassa on oletettu. Kokemukset osoittavat, että hoitajavastaanottojen pituudet ovat selvästi lääkärin vastaanottoja pitempiä vastaavilla potilailla. Lisäksi raportin arvioinnissa huomioimattomia kustannuksia aiheutuu hoitajavastaanottojen lääkärinkonsultoinnista, sekä siitä, että oletettavasti kokemattomampien ja vähemmän koulutettujen ammattihenkilöiden tutkimusten ja kontrollien käyttö olisi runsaampaa kuin lääkäreiden vastaava.

Raportissakin todetusti kansainväliset tutkimukset osoittavat, että sairaanhoitajien lääkkeenmäärääminen ei ole tuonut taloudellisia säästöjä. Rajatun lääkkeenmäärääminen mahdollinen edelleen laajentaminen ehdottomasti edellyttäisi erityiskoulutettavien hoitajien koulutuksen huomattavaa laajentamista, mikä nostaisi kustannuksia entisestään.

Yleisesti voikin todeta, että tehokkain keino toiminnan tehostamiseen ei suinkaan ole halvimman yksikkökustannuksen hakeminen, vaan tehokkaimman mahdollisen toimintamallin kehittäminen siten, että ”virhekappaleiden” määrä, ja diagnostiseen ja hoidolliseen prosessiin käytetty aika minimoidaan.

Raportissa esitettyjä tarkoitushakuisilta vaikuttavia kustannuslaskelmia realistisempi peruste todellisille kustannusvaikutusarvioille ovatkin terveydenhuollon toimintayksikköjen tekemät ratkaisut: toimintamallia ei ole otettu käyttöön, koska sitä ei ole pidetty taloudellisesti ja toiminnallisesti tarkoituksenmukaisena.

Työryhmän ehdotukset

Työryhmän konkreettisiin ehdotuksiin Lääkäriliitto ottaa kantaa pyydetyllä sähköisellä lausuntopohjalla.

Kunnioittaen

SUOMEN LÄÄKÄRILIITTO ry.

MARJO PARKKILA-HARJU

Marjo Parkkila-Harju
puheenjohtaja

HEIKKI PÄRNÄNEN

Heikki Pärnänen
johtaja