



# **Sairaanhoidtajien rajattu lääkkeen- määrääminen**

**– Tehyn selvitys**

**Mervi Flinkman  
Anna Suutarla**

Mervi Flinkman  
Anna Suutarla

**Sairaanhoitajien rajattu lääkkeenmääräminen  
– Tehyn selvitys**

Tehyn julkaisusarja Selvityksiä B1/25

**Tehy ry**

978-952-7362-42-6 (nid.)

978-952-7362-39-6 (PDF)

Taitto: Innocorp Oy

# Sisältö

<b>Tehyn rajatun lääkkeenmääräämisen erikoispätevyysjaosto</b>	<b>5</b>
<b>Lukijalle</b>	<b>6</b>
<b>Tiivistelmä</b>	<b>8</b>
<b>Selvityksessä käytetyt lyhenteet</b>	<b>9</b>
<b>1. Johdanto</b>	<b>10</b>
1.1. Lääkkeenmääräämishoitajat osana hyvinvointialueiden palvelurakennetta	11
1.2. Suomen hoitajavetoinen sote-palvelujärjestelmä	12
1.3. Työvoimapula kirittämässä työnjaon kehittämistä	14
1.4. Työnjaon ja kliinisten urapolkujen kehittäminen osana työvoimapulan ratkaisua	16
1.5. Omalääkäri-, omahoitaja- ja omatiimimalli turvaamassa hoidon jatkuvuutta	17
<b>2. Rajattu lääkkeenmäärääminen Suomessa</b>	<b>19</b>
2.1. Lääkkeenmääräämishoitajat Suomessa	20
2.2. Rajattua lääkkeenmääräämistä koskeva lainsäädäntö	24
2.3. Rajatun lääkkeenmääräämisen koulutus	26
2.4. Tutkittua tietoa ja selvityksiä rajatusta lääkkeenmääräämisestä Suomessa	28
<b>3. Kliinisen hoitotyön uramallit</b>	<b>31</b>
3.1. Sairaanhoitajien kliinisen hoitotyön uramallit	32
3.2. Laajavastuisen hoitotyön käsitteet suomeksi ja englanniksi	34
3.3. Asiantuntijasairaanhoitajat Suomessa	34
3.4. Sairaanhoitajien lääkkeenmäärääminen kansainvälisessä kontekstissa	36
3.5. Sairaanhoitajien lääkkeenmäärääminen Virossa	38
3.6. Sairaanhoitajien lääkkeenmäärääminen Yhdysvalloissa	39
<b>4. Selvityksen tarkoitus ja tavoitteet</b>	<b>40</b>
4.1. Tarkoitus ja tavoitteet	41
<b>5. Aineisto ja menetelmät</b>	<b>42</b>
5.1. Asetelma ja kohderyhmä	43
5.2. Kyselylomake	43
5.3. Aineiston analyysi	44

<b>6. Tulokset</b>	<b>45</b>
6.1. Vastaajien taustatiedot	46
6.2. Lääkkeenmäärääminen työssä, kirjallinen määräys ja nimikkeet	48
6.3. Työkokemus, työaikamuoto ja työsuhde	50
6.4. Hakeutuminen rajatun lääkkeenmääräämisen koulutukseen	53
6.5. Palkkaus ja tyytyväisyys palkkaan	54
6.6. Palkallinen täydennyskoulutus	55
6.7. Työskentelypaikka	56
6.8. Potilas- ja asiakasryhmät sekä työnkuva lääkkeenmääräämistyössä	56
6.9. Lääkkeenmääräämishoitajien vastaanottotyö	58
6.10. Etä- ja puhelinvastaanotot lääkkeenmääräämishoitajan työssä	60
6.11. Hoidon järjestämisen yhteistyömallit sosiaali- ja terveyskeskuksissa	60
6.12. Lääkkeenmääräämisosaamisen hyödyntäminen työssä	61
6.13. Kehittämisehdotuksia lääkkeenmääräämishoitajan työssä	61
6.14. Työhyvinvointi, alalta lähtemisen aikomukset	65
6.15. Lääkkeenmääräämishoitajien kokema työn imu	66
<b>7. Pohdinta</b>	<b>68</b>
<b>8. Johtopäätökset</b>	<b>74</b>
<b>9. Tehyn ehdotukset rajatun lääkkeenmääräämisen kehittämiseksi</b>	<b>76</b>
<b>Lähteet</b>	<b>78</b>
<b>Liitteet</b>	<b>97</b>
Liite 1. Avovastauksia. Miltä osin lääkkeenmääräämishoitajan työsi on poikennut odotuksistasi, jotka sinulla oli hakeutuessasi koulutukseen?	97
Liite 2. Avovastauksia. Lääkkeenmääräämishoitajien tehtävänkuvia äkillisesti sairastuneiden potilaiden vastaanottotyössä.	98
Liite 3. Avovastauksia. Lääkkeenmääräämishoitajien tehtävänkuvia äkillisesti ja pitkäaikaisesti sairastuneiden potilaiden vastaanottotyössä.	100
Liite 4. Avovastauksia. Miten hyödynnät lääkkeenmääräämiskoulutuksessa saamaasi osaamista muissa työtehtävissä?	102
Liite 5. Avovastauksia. Miten rajattua lääkkeenmääräämistä tulisi kehittää lähivuosien aikana?	105
Liite 6. Rajatun lääkkeenmääräämisen kehittäminen Suomessa (mukailtu European Federation of Nurses Associations (EFN), 2024)	107

# Tehyn rajatun lääkkeenmääräämisen erikoispätevyysjaosto

Tehyssä toimii lääkkeenmääräämisen erikoispätevyysjaosto. Jaoston jäseninä ovat rajatun lääkkeenmääräämiskoulutuksen suorittaneet tai tähän koulutukseen hyväksytyt terveydenhuollon ammattihenkilöt, jotka ovat Tehyn jäseniä.

Jaosto kerää yhteen tehyläiset lääkkeenmääräämishoitajat ympäri Suomen. Jaoston hallitus toimii aktiivisesti lääkkeenmääräämishoitajien aseman ja koulutuksen kehittämiseksi. Jaosto tarjoaa mahdollisuuden verkostoitumiseen ja tiedon jakamiseen. Jaosto järjestää vuosittaisen koulutuspäivän ja webinaareja, jotka ovat suunnattu lääkkeenmääräämishoitajille.

Jaoston tarkoituksena on:

- koota yhteen lääkkeenmääräämisoikeuden edellyttävissä tehtävissä toimivat sairaanhoitajat, terveydenhoitajat ja kättilöt, jotka ovat Tehyn jäseniä
- edistää lääkkeenmääräämishoitajien ammatillista asemaa
- osallistua lääkkeenmääräämishoitajien tehtävälueen ja työolosuhteiden kehittämiseen
- osallistua sosiaali- ja terveysalan koulutuksen kehittämiseen.

## Lisätietoa jaostosta

<https://www.tehy.fi/fi/jasenyys-ja-palvelut/tehy-j-aostot-ja-verkostot/laakkeenmaaraamisen-erikoispatevyysjaosto>

# Lukijalle

Väestön ikääntyminen, työvoimapula, taloudelliset haasteet, hoitoon pääsyn viiveet, hoidon jatkuvuuden ongelmat ja kansalaisten heikentynyt luottamus asettavat suuria haasteita terveydenhuollon palvelujärjestelmän toimivuudelle. Näiden haasteiden edessä ei pidä lannistua, vaan ratkaisuja on etsittävä yhdessä niin kansallisella kuin alueellisella tasolla.

Tehy suhtautuu myönteisesti työnjaon uudistamiseen. Hallitusohjelmassa työnjaon kehittäminen on nostettu yhdeksi keinoista turvata sosiaali- ja terveydenhuollon henkilöstön saatavuutta ja riittävyttä. Tavoitteena on vahvistaa ammattihenkilöiden mahdollisuuksia keskittyä osaamistaan vastaavaan työhön. Myös ammattihenkilölainsäädännön uudistamisessa työnjakoon liittyvät kysymykset ovat keskeisiä.

Työnjakoa tulee kehittää suunnitelmallisesti. Lähtökohtana tulee olla palvelujen laatu sekä asiakas- ja potilasturvallisuus. Mielekkäiden kliini-

sen hoitotyön urapolkujen luominen on työnjaon kehittämisen ohella tehokas keino parantaa alan houkuttelevuutta ja työssä pysymistä.

Lääkkeenmääräämisen erikoispätevyys tarjoaa sairaanhoitajille, terveydenhoitajille ja kättilöille mahdollisuuden kehittää osaamistaan sekä edetä urallaan kliinisessä työssä, lähellä potilasta. Lääkkeenmääräämishoitajien osaamisen nykyistä paremmalla hyödyntämisellä voimme parantaa palvelujen laatua, oikea-aikaisuutta sekä hoidon jatkuvuutta.

Tehy toteutti vuonna 2018 selvityksen itsenäisistä hoitajavastaanotoista. Tämä nyt toteutettu selvitys tarkentaa näkökulman erityisesti lääkkeenmääräämishoitajiin, joista moni työskentelee itsenäisellä hoitajavastaanotolla. Ammattiliittona haluamme tuoda jäsentemme näkemykset ja kehittämis ehdotukset mukaan keskusteluun, kun maassamme kehitetään työnjakoa sekä kliinisen hoitotyön urapolkuja.

Lääkkeenmääräämisen erikoispätevyys tarjoaa sairaanhoitajille, terveydenhoitajille ja kättilöille mahdollisuuden kehittää osaamistaan sekä edetä urallaan kliinisessä työssä, lähellä potilasta.

Tehyssä toimii rajatun lääkkeenmääräämisen erikoispätevyysjaosto, joka kokoaa yhteen lääkkeenmääräämishoitajat Suomessa. Tämä lääkkeenmääräämishoitajia koskeva selvitys on osa Tehyn yhteiskunnallista vaikuttamistyötä. Pidämme tärkeänä, että itsenäisiä hoitajavastaanottoja ja sairaanhoitajien rajattua lääkkeenmääräämistä kehitetään edelleen maassamme.

Selvitimme tehyläisten lääkkeenmääräämishoitajien ajankohtaisia kokemuksia rajatusta lääkkeenmääräämisestä ja sen kehittämistarpeista. Selvityksen suunnitteli ja aineistonkeruun toteutti työvoimapolitiittinen asiantuntija Mervi Flinkman. Selvityksen kirjoittivat Mervi Flinkman ja työelämäasiantuntija Anna Suutarla ammatillisen edunvalvonnan tiimistä. Lisäksi haluan kiittää koulutuspolitiittinen asiantuntija Kinsi Cocoa tarkoista huomioista ja asiantuntevista korjausehdotuksista selvityksen käsikirjoitusluonnokseen.

Raportin alkuosassa kuvataan sosiaali- ja terveydenhuollon ajankohtaista työvoimatiilannetta sekä sitä, miten kansallisella tasolla työnjaon kehittäminen on nostettu yhdeksi keinoista ratkaista alan työvoimapulaa. Lisäksi

kennotaan rajatusta lääkkeenmääräämisestä ja sitä koskevista säädöksistä sekä kliinisen hoitotyön uramalleista. Tämän jälkeen kuvataan selvityksen toteutusta ja aineistoa, minkä jälkeen esitellään kyselyn tulokset. Raportin päättää tulosten pohdinta sekä Tehyn suositukset rajatun lääkkeenmääräämisen kehittämiseksi. Julkaisun ulkoasusta ja taitosta ovat huolehtineet viestintäkoordinaattori Anne-Mari Rask ja AD Maria Laaksonen Innocorpista.

Lopuksi haluan esittää lämpimät kiitokset kaikille lääkkeenmääräämishoitajille, jotka vastasivat kyselyyn. Teidän panoksenne mahdollisti tämän selvityksen toteuttamisen. Lisäksi lähetämme Tehystä kiitokset kliinisen hoitotieteen dosentti Johanna Heikkilälle hyvästä yhteistyöstä sekä pitkäjänteisestä paneutumisesta sairaanhoitajien rajatun lääkkeenmääräämisen kehittämistyöhön.

Helsingissä tammikuussa 2025

**Sari Viinikainen**

johtaja

Jäsenyys ja ammatillinen edunvalvonta

# Tiivistelmä

Selvityksen tarkoituksena oli tuottaa tietoa lääkkeenmääräämishoitajien työstä ja sen kehittämistarpeista. Lääkkeenmääräämishoitajalla tarkoitetaan tässä selvityksessä sairaanhoitajaa, sekä sairaanhoitajana laillistettua terveydenhoitajaa tai kättilöä, jolla on Terhikki-rekisterissä merkintä rajatun lääkkeenmääräämisen erikoispätevyydestä sekä voimassa oleva rajattu lääkkeenmääräämisoikeus. Selvitys perustuu syksyllä 2023 lääkkeenmääräämishoitajilta (n = 121) kerättyyn aineistoon. Kysely toteutettiin sähköisesti Webropol kysely- ja raportointisovelluksella. Aineisto analysoitiin tilastollisin menetelmin.

Vastaajista suurin osa työskenteli perusterveydenhuollon avosairaanhoidon vastaanotoilla (67 %), yhteispäivystyksissä (15 %) tai ehkäisyneuvoloissa (6 %). Lääkkeitä määräsi työssään valtaosa (88 %). Kirjallinen määräys koski suurimmalla osalla (87 %) vastaajista kaikkia lääkkeitä, jotka sisältyvät lääkkeen määräämisestä annetun asetuksen (2010/1088) liitteeseen 1. Lääkkeenmääräämishoitajan työtä tehdessään he vastaanottivat keskimäärin 6–10 potilasta (44 %) tai 1–5 potilasta (26 %) työvuoronsa aikana.

Tärkein syy hakeutua rajatun lääkkeenmääräämisen lisäkoulutukseen oli vastaajille ollut oman osaamisen vahvistaminen (50 %), mahdollisuus parempaan palkkaan (28 %) ja urakehitysmahdollisuudet (15 %). Yli kolmannes (37 %) lääkkeenmääräämishoitajista kertoi, että heidän nykyinen työnkuvansa ei vastannut sitä, mitä he olivat odottaneet lisäkoulutukseen hakeutuessaan.

Tehtäväkohtaisista nimikkeistä lääkkeenmääräämishoitajilla oli yleisimmin käytössä sairaanhoitaja (48 %) ja lääkkeenmääräämishoitaja (14 %). Ylemmän ammattikorkeakoulututkinnon oli suorittanut noin joka viides (17 %). Valtaosalla (96 %) lääkkeenmääräämishoitajista palkkaa oli korotettu lääkkeenmääräämistehävän vuoksi.

Vastaajat kuvasivat hyödyntävänsä lääkkeenmääräämiskoulutuksessa saamaansa lisäosaamista. Kolme neljästä (75 %) vastaajasta ilmoitti toimivansa konsultaatioapuna työyhteisön muille sairaanhoitajille ja ammattihenkilöille. Uusia työntekijöitä perehdytti miltei puolet (45 %) ja lääkevastaavina toimi alle puolet (38 %) vastaajista.

Lääkkeenmääräämishoitajista yli puolet (57 %) piti puhelinvastaanottoa. Vain 15 % piti etävastaanottoja (esim. video- tai chat-yhteydellä). Lääkkeenmääräämishoitajat suhtautuivat myönteisesti siihen, että etävastaanotot mahdollistettaisiin nykyistä laajemmin rajatun lääkkeenmääräämisen tehtävissä.

Suuri osa lääkkeenmääräämishoitajista oli joko jokseenkin tyytyväisiä (53 %) tai erittäin tyytyväisiä (14 %) työhönsä. Lääkkeenmääräämishoitajan työssä halusi jatkaa yli puolet (60 %). Neljännes (23 %) oli harkinnut siirtyvänsä muunlaiseen työhön. Hoitoalan ammatista luopumista harkitsi kuukausittain neljännes (23 %) ja muutaman kerran viikossa noin joka kymmenes (12 %).

Tuloksissa nousi esille se, kuinka vaativaa ja monipuolista kliinistä potilastyötä lääkkeenmääräämishoitajat tekevät toimintayksiköissään. Lääkkeenmääräämishoitajien osaaminen ei kuitenkaan kyselyn toteutushetkellä ollut täysimääräisesti kaikissa toimintayksiköissä käytössä. Lääkkeenmääräämishoitajien kokemus työn imu oli hyvällä tasolla.

Selvityksessä saatua tietoa voidaan hyödyntää rajatun lääkkeenmääräämisen, lääkkeenmääräämiskoulutuksen sekä hyvinvointialueiden sosiaali- ja terveystalouden kehittämisenä. Lisäksi tietoa voidaan käyttää ammattihenkilölainsäädännön uudistamistyössä.

Asiasanat: hyvinvointialue, lääkkeenmääräämishoitaja, työnjako, perusterveydenhuollon avosairaanhoido, sairaanhoitajien rajattu lääkkeenmäärääminen, selvitys, kliininen urapolku.



# Selvityksessä käytetyt lyhenteet

**APN**

Advanced Practice Nursing  
(laajavastuinen hoitotyö) tai  
Advanced Practice Nurse  
(laajavastuisen hoitotyön asiantuntija)

**APRN**

Advanced practice registered nurse  
(laajavastuisen hoitotyön asiantuntijatehtävässä työskentelevä sairaanhoitaja)

**CNS**

Clinical Nurse Specialist  
(kliinisen hoitotyön asiantuntija)

**EFN**

European Federation of Nurses Associations  
(Euroopan sairaanhoitajaliittojen järjestö)

**FinAME™**

The Finnish Action Model of Expertise  
(FinAME-asiantuntijuusmalli™)

**FINQF**

Finnish National Framework for Qualifications and  
Other Competence Modules  
(Suomen tutkintojen ja muiden osaamiskokonai-  
suuksien viitekehys)

**Fimea**

Lääkealan turvallisuus- ja kehittämiskeskus

**GAPNA**

Gerontological Advanced Practice Nurses  
Association / Yhdysvallat

**HE**

hallituksen esitys

**HRSA**

Health Resources and Services Administration /  
Yhdysvallat

**HHS**

U.S. Department of Health and Human Services /  
Yhdysvallat

**ICN**

International Council of Nurses  
(Kansainvälinen sairaanhoitajaliitto)

**JulkiTerhikki**

Valviran terveydenhuollon ammattihenkilörekiste-  
rin julkinen tietopalvelu

**Kela**

Kansaneläkelaitos

**n.d.**

no date (ei päivämäärää)

**NP**

Nurse Practitioner (asiantuntijasairaanhoitaja)

**NPH**

Näyttöön perustuva hoitotyö

**NPTH**

Näyttöön perustuva terveydenhuolto

**THL**

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos

**OECD**

The Organisation for Economic Cooperation  
and Development  
(Taloudellisen yhteistyön ja kehityksen järjestö)

**OKM**

Opetus- ja kulttuuriministeriö

**RRP**

Recovery and Resilience Plans  
(Suomen kestävän kasvun ohjelma)

**Sote**

sosiaali- ja terveydenhuolto

**STM**

Sosiaali- ja terveysministeriö

**Terhikki-rekisteri**

Terveydenhuollon ammattihenkilöiden  
keskusrekisteri

**TTL**

Työterveyslaitos

**UWES9**

The Utrecht Work Engagement Scale-9  
(Työn imun arviointimenetelmä, 9 väittämää)

**VTV**

Valtiontalouden tarkastusvirasto

**WHO**

World Health Organization (Maailman terveysjärjestö)

**YAMK**

ylempi ammattikorkeakoulu



# Johdanto

## 1.1. Lääkkeenmääräämishoitajat osana hyvinvointialueiden palvelurakennetta

Lääkkeenmääräämishoitajia on työskennellyt suomalaisissa terveydenhuollon organisaatioissa jo yli kymmenen vuoden ajan. Ensimmäiset lääkkeenmääräämishoitajat valmistuivat koulutuksesta vuonna 2012 (Vesterinen, 2014). Rajatusta lääkkeenmääräämisestä on säädetty lainsäädännössä osana terveydenhuollon työnjaon kansallista kehittämistä (Hellman, 2023). Perusterveydenhuollon palvelujen kasvanut kysyntä on lisännyt lääkkeenmääräämishoitajien tarvetta avoterveydenhuollon toimintayksiköissä (Laapio-Rapi, 2020). Sairaanhoidajien rajatun lääkkeenmääräämisen koulutuksesta valmistuneiden ja sitä opiskelevien ammattihenkilöiden määrä oli lokakuussa 2024 yhteensä 967 (Heikkilä, 2024).

Sosiaali- ja terveydenhuollon (sote) järjestämisen hallinnolliset rakenteet uudistettiin hyvinvointialueiden aloittaessa toimintansa vuoden 2023 alussa. Huomio on nyt kohdennettu palvelujen sisällölliseen kehittämiseen. Palvelujen sisältöjen ja toimintatapojen uudistamista tehdään kansallisella tasolla osana sosiaali- ja terveysministeriön (STM) johtamaa palvelureformia vuosien 2023–2027 aikana. Palvelut on järjestettävä kustannusvaikuttavalla tavalla, koska väestön ikääntyessä palvelujen tarve kasvaa, henkilöstöstä on työvoimapulaa ja valtiontalouden rahoitushaasteet edellyttävät kestäviä ratkaisuja. (STM, 2024a.)

Perusterveydenhuollon toimivuus on ollut vilkkaan julkisen keskustelun aiheena erityisesti viimeisen vuoden aikana (esim. Paananen, 2024; Patja, 2024; Santahanju, 2024). Hoidon jatkuvuuden haasteisiin on ehdotettu ratkaisuksi omalääkärimallia, ja palvelujen saatavuuden parantamiseksi on esitetty muun muassa Kela-korvausten kehittämistä sekä valtakunnallista valinnanvapauskokeilua yli 65-vuotiaille (STM, 2024b). Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen (THL) mukaan Suomessa tarvittaisiin selkeä näkemys siitä, miten perusterveydenhuollon palvelujen saatavuutta ja hoidon jatkuvuutta tullaan jatkossa kansallisella tasolla edistämään (THL, 2024b). Esimerkiksi hyvinvointialueiden yöaikaisen päivystyspalvelun keskittämiseen tulisi THL:n mukaan varautua riittävällä perusterveydenhuollon kiirevastaanottojen tarjonnalla (Croell ym., 2024).

Työvoimapula on haastanut terveydenhuollon organisaatiot kehittämään ammattihenkilöiden välistä työnjakoa ja käyttämään niukat henkilöstöresurssit tehokkaasti (Valtiontalouden tarkastusvirasto [VTV], 2016). Sote-henkilöstön työnjaon selkeyttäminen on nostettu kansallisella tasolla yhdeksi keinoista vastata väestön ikääntymisestä ja palvelutarpeen kasvusta johtuvaan sote-henkilöstön työvoimapulaan (Kirkonpelto & Mäntyranta, 2024). Suomessa lääkäreiden ja hoitajien työnjaon kehittäminen on ollut yksi keinoista turvata terveystalouden erityisesti alueilla, joilla lääkäri- ja hoitajien työvoimaa on ollut vaikea rekrytoida (World Health Organization [WHO], 2023).

Rajatun lääkkeenmääräämisoikeus on laajentanut sairaanhoidajien perinteistä työnkuvaa ja tehtäviä (Laapio-Rapi, 2020). Rajatulla lääkkeenmääräämisellä on pyritty lyhentämään perusterveydenhuollon hoitajien sekä parantamaan palvelujen oikea-aikaisuutta (STM, 2015). Sairaanhoidajilla sekä myös lääkkeenmääräämisoikeuden omaavilla sairaanhoidajilla on todettu olevan perusterveydenhuollossa merkittävä rooli erityisesti pitkäaikaissairaiden potilaiden hoidossa ja seurannassa (Sinervo ym., 2016). Perusterveydenhuollon vastaanotto toiminnassa lääkäri- ja hoitajien saatavuuden rinnalla tulisi asiantuntijoiden mukaan kiinnittää huomiota myös sairaanhoidajien ja terveydenhoitajien saatavuuteen (Koponen & Tynkkynen, 2023).

Hoitotyön professiojohtajien arvion mukaan lääkkeenmääräämishoitajia tulisi lisätä kaikilla viidellä yhteistyöalueella. Syksyllä 2023 toteutetussa kyselyssä hoitotyön professiojohtajat vastasivat, että lääkkeenmääräämishoitajia tarvittaisiin lisää erityisesti hyvinvointialueiden kiirevastaanotto- ja päivystysvastaanottoissa sekä sairaanhoidajien vastaanotto- ja päivystysvastaanottoissa. (Kärhe ym., 2024.) Hoidon saatavuuden parantaminen sekä lääkärin ja sairaanhoidajan työpanoksen tehokkaampi hyödyntäminen ovat olleet Suomessa tärkeimpiä syitä säätää rajatusta lääkkeenmääräämisestä (Hallituksen esitys (HE) 202/2018). Kansainvälisen tutkimusnäytön mukaan lääkkeenmääräämisoikeuden laajentaminen lääkäreiltä muille terveydenhuollon ammattihenkilöille, kuten sairaanhoidajille, voi parantaa hoidon saatavuutta erityisesti pitkäaikaissairaiden potilaiden hoidossa (Weeks ym., 2016).

Tässä selvityksessä käytetään käsitettä lääkkeenmääräämishoitaja. Lääkkeenmääräämishoitajalla tarkoitetaan tässä selvityksessä sairaanhoitajaa, sekä sairaanhoitajana laillistettua terveydenhoitajaa tai kättilöä, jolla on Terhikki-rekisterissä merkintä rajatun lääkkeenmääräämisen erikois pätevyydestä sekä terveydenhuollon ammattihenkilöistä annetun lain (559/1994) 23 b §:n mukainen rajattu lääkkeenmääräämisoikeus. Aiemmissa tutkimuksissa, selvityksissä, opinnäytetöissä sekä uutisoinnissa on käytetty monia eri käsitteitä, kuten LMEP-sairanhoitaja (Karhe ym., 2024), reseptihoitaja (Vesterinen, 2014; Tillaeus, 2019), lääkkeenmääräämisoikeudellinen hoitaja (Koskinieniemi, 2022), LÄMÄ-hoitaja (Koskinieniemi, 2022; Varha, 2024) ja sairaanhoitajalääkkeenmäärääjä (Laapio-Rapi, 2020). Hallitusohjelmassa on käytetty käsitettä lääkkeenmääräämiskoulutettu hoitaja (Valtioneuvosto, 2023). Tehtävänimikkeissä on tunnistettu Suomessa olevan vaihtelua myös itsenäisillä hoitajavastaanotoilla työskentelevien ammattihenkilöiden (Flinkman, 2018) ja laajavastuuisen hoitotyön asiantuntijoiden (Ylimäki, 2024a) osalta.

## 1.2. Suomen hoitajavetoinen sote-palvelujärjestelmä

Suomen sote-järjestelmää on kuvattu hoitajavetoiseksi (Tevameri, 2023). Suomessa on suhteellisesti enemmän sairaanhoitajia, mutta vähemmän lääkäreitä kun verrataan EU-maiden keskiarvoon. Suomessa oli 1 386 sairaanhoitajaa ja 348 lääkärinä 100 000 asukasta kohti vuonna 2018. (Karanikolos ym., 2024.)

OECD:n tilastojen mukaan sairaanhoitajia oli 1 000 asukasta kohden Suomessa enemmän (18,9) kuin OECD-maissa keskimäärin (9,2) vuonna 2021. Vastaavasti taas lääkäreitä on hieman vähemmän (3,6) kuin keskimäärin (3,7) (OECD, 2023). Täytyy kuitenkin huomioida, että Suomen osalta sairaanhoitajien määrään on OECD-tilastossa sisällytetty ilmeisesti myös lähihoitajia. Jos tarkastellaan pelkästään työllisten sairaanhoitajien määrää Suomessa vuonna 2021, joka oli 76 851 (Tevameri, 2024) ja Suomen väkilukua (vuoden 2021 lopussa 5 548 241, Tilastokeskus n.d.), sairaanhoitajien määräksi 1 000 asukasta

THL:n mukaan yhä useamman potilaan perusterveydenhuollon vastaanotoilla hoitaa hoitaja, lääkäriä konsultoiden. Lääkärit toimivat perusterveydenhuollossa enenevässä määrin konsultoivassa roolissa omien vastaanottojensa ohella. (THL, 2023a.)

kohden tulisi näin laskettuna 13,9. Lääkäreitä oli työllisinä vuonna 2021 yhteensä 21 331 (yleislääkärit, ylilääkärit ja erikoislääkärit) (Tevameri, 2024). Lääkäreitä olisi tällöin ollut 1 000 asukasta kohden 3,8.

Hoitajavetoisuus näkyy Suomessa perusterveydenhuollon toimintayksiköissä siten, että lääkäreiden lisäksi muutkin laillistetut ammattihenkilöt, kuten sairaanhoitajat ja terveydenhoitajat, ottavat vastaan akuutisti sairastuneita ja pitkäaikaissairaita potilaita osana moniammatillisia tiimejä. Perusterveydenhuollossa vastaanottotoiminnan keskiössä on lääkärin sekä sairaanhoitajien ja terveydenhoitajien pitämät vastaanotot. Hoidon tarpeen arviointia toteuttavat yleisimmin sairaanhoitajat ja terveydenhoitajat. (Mikkola ym., 2022.)

THL:n mukaan yhä useamman potilaan perusterveydenhuollon vastaanotoilla hoitaa hoitaja, lääkäriä konsultoiden. Lääkärit toimivat perusterveydenhuollossa enenevässä määrin konsultoivassa roolissa omien vastaanottojensa ohella. (THL, 2023a.) Sairanhoitajat ja terveydenhoitajat hoitavat terveysasemilla monia potilaiden ongelmia itsenäisesti tai lääkäriä konsultoiden (Sinervo ym., 2016). Lääkäreillä konsultaatioiden määrä (1,8 miljoonaa) ylitti selvästi etäasiointien määrän vuonna 2023 (THL, 2024d).

Potilaita otetaan vastaan perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon itsenäisillä hoitajavastaanotoilla (Flinkman, 2018). Suomessa toteutetussa rekisteritutkimuksessa todettiin, että kun perusterveydenhuollon avosairaanhoidon lääkärinvastaanottojen määrää vähennettiin

Vantaalla vuosina 2009–2014, potilaita hoidettiin aikaisempaa useammin sairaanhoitajien toimesta päivystysaikana. Tutkijoiden mukaan silloin, kun lääkäreiden tehtäviä siirretään sairaanhoitajille ja terveydenhoitajille perusterveydenhuollossa, toiminta täytyy suunnitella huolellisesti. Jos työnjaon muutoksia ei tehdä perusterveydenhuollossa suunnitelmallisesti, saattaa se tutkijoiden mukaan johtaa potilaiden epätoivottuun ohjautumiseen päivystyspalveluihin. (Enckell ym., 2024.)

Myös kättilöiden (Mettälä ym., 2019) ja terveydenhoitajien (Haarala, 2022) työ on laaja-alaista ja itsenäistä Suomessa. Suun terveydenhuollossa hammaslääkäreiden, suuhygienistien ja hammashoitajien välistä työnjakoa on kehitetty jo useiden vuosien ajan (Kottonen, 2017). Fysioterapeuttien suoravastaanotto toiminta on vakiintunut osaksi hyvinvointialueiden toimintaa. Erityisesti tuki- ja liikuntaelinoireisia asiakkaita ohjataan lääkärin sijaan fysioterapeuttien suoravastaanottoille. Tämä toimintamalli on nopeuttanut hoitoon pääsyä. (Töytäri, 2024.)

Sosiaali- ja terveystalvissa julkisella sektorilla työskenteli noin 213 000 henkilöä vuonna 2023 (THL, 2024f). Samana vuonna terveyskeskuksissa työskenteli noin 36 700 henkilöä, mikä vastasi hieman alle kolmannesta (29 %) kaikista julkisen sektorin terveydenhuollon työntekijöistä. Sairaanhoitajista, terveydenhoitajista ja kättilöistä 28 % (noin 13 200) työskenteli terveyskeskuksissa. Lääkäreistä terveyskeskuksissa työskenteli noin 25 % (noin 3 800). Sairaanhoitajien, terveydenhoitajien ja kättilöiden osuus oli 36 % kaikista terveyskeskuksissa työskentelevistä työntekijöistä, lääkäreiden määrä oli vastaavasti 10 %. (THL, 2024h.)

Sairaanhoitajien rajattua lääkkeenmääräämisoikeutta hyödynsi lähes puolet (42 %) kaikista perusterveydenhuollon avosairaanhoidon järjestäjistä vuonna 2019. Terveysasemalla työskennelleistä sairaanhoitajista ja terveydenhoitajista noin kahdeksalla prosentilla oli vuonna 2019 rajattu lääkkeenmääräämisoikeus. (Synjä ym., 2019.)

Perusterveydenhuollon vastaanotoilla potilasryhmiä korostuvat lapset, ikääntyneet sekä sosioekonomiselta asemaltaan heikommassa asemassa olevat (Tynkkynen ym., 2023), koska

valtaosa palkansaajista (89,9 % vuonna 2022) on työterveyshuollon piirissä (Kansaneläkelaitos [Kela], 2024a). Perusterveydenhuollon nettokäytökustannukset olivat alle viidenneksen (16 %) sote-palvelujen kokonaiskustannuksista vuonna 2023 (THL, 2024a).

Tavallisimpia asiakkaiden käyntisyitä sairaanhoitajien ja terveydenhoitajien perusterveydenhuollon avosairaanhoidon vastaanotoilla vuosien 2018–2023 aikana olivat terveyden ylläpito ja sairauksien ennaltaehkäisy, aikuistyyppin diabetes, akuutti hengitysteiden infektio, haava tai laseraatio, kurkun tai nielun oireet sekä muut hengitystieinfektiot. Lääkärin vastaanotoilla asiakkaiden tavallisimmat diagnoosit olivat samoina vuosina verenpainetauti, pehmytkudossairaudet, akuutit hengitystieinfektiot, selkäsärky ja aikuistyyppin diabetes. (THL, 2024e.)

Moniammatillisen tiimimallin laajentaminen ja etävastaanottojen lisääminen on nopeuttanut THL:n arvion mukaan hoitoon pääsyä. Hoitajakontaktit ovat lisääntyneet ja lääkärinkontaktit puolestaan vähentyneet moniammatillisessa tiimimallissa perusterveydenhuollon vastaanotto toiminnassa. (Croell ym., 2024.) Noin puolet (49 %) hoitajien perusterveydenhuollon kiirevastaanottoista vuonna 2019 toteutui itsenäisesti siten, että hoitaja ei konsultoinut lääkäriä tai ohjannut potilasta lääkärille. Lähes kolmasosassa (28 %) vastaanottoja hoitaja konsultoi lääkäriä ja noin viidesosassa (22 %) kiirevastaanottoja hoitaja ohjasi potilaan saman päivän aikana lääkärin vastaanotolle. (Synjä ym., 2019.)

Etäasioinnin osuus kaikesta perusterveydenhuollossa asioinnista on kasvanut suurimmassa osassa hyvinvointialueita sote-uudistuksen käynnistymisen jälkeen. Sairaanhoitajien etäasioinnin osuus oli 39 % kaikista sairaanhoitajien asioinneista vuonna 2023. (THL, 2024i.) Hyvinvointialueilta on esitetty arvio, että noin 5–55 prosenttia vastaanottokäynneistä hoidetaan etävastaanotoina (Hakonen & Parmanne, 2025).

Perusterveydenhuollossa jonotusajat ovat ongelma erityisesti niiden kansalaisten osalta, joilla ei ole työterveyshuollon palveluja käytössään (Tynkkynen ym., 2023). Suomessa miltei joka

kymmenes (7,9 %) ilmoitti vuonna 2023, ettei heillä ole pääsyä terveydenhuollon palveluihin silloin, kun he sitä tarvitsivat. Tämä on kolmanneksi korkein luku EU-maista, edellä olivat vain Viro ja Kreikka. Pienituloiset ovat kokeneet suunituloisia enemmän tyydyttymätöntä hoidon tarvetta. (Karanikolos ym., 2024.) THL:n tilastoraportin (2022) mukaan joka neljäs (25 %) lääkärin vastaanottopalveluja tarvinneista henkilöistä ilmoitti, ettei saanut riittävästi lääkäripalveluja tarpeeseensa nähden vuonna 2022. Lisäksi miehistä 17 % ja naisista 18 % ilmoitti, ettei saanut riittävästi hoitajapalveluita tarpeeseensa nähden. (THL, 2023c.)

Syksyllä 2024 perusterveydenhuollon avosairaanhoidon vastaanotolle tuli päästä 14 vuorokauden enimmäisajan kuluessa hoidon tarpeen arvioinnista. Ensimmäisessä hoito- ja kuntoutustapahtumassa hoidon, kuntoutuksen tai terveyttä ja hyvinvointia edistävän palvelun antajan tulee olla laillistettu terveydenhuollon ammattihenkilö. (Terveydenhuoltolaki 2010/1326, 51 a §.) Sairaanhoitajat ja terveydenhoitajat toteuttivat hyvinvointialueiden perusterveydenhuollon avosairaanhoidon 14 vuorokauden hoitopääsykäynneistä kaksi kolmasosaa (72 %) keväällä 2024. Vastaavasti lääkärit toteuttivat näistä käynneistä noin joka kolmannen (27 %). (THL, 2024c.) Perusterveydenhuollon avosairaanhoidon vastaanottojen asiakkaista valtaosa (95 %) pääsi hoitajan vastaanotolle kahden viikon sisällä (ajanjakso 1–8/2024) (Croell ym., 2024). Suuri osa (72 %) näistä käynneistä toteutui etäasiointina (THL, 2024c). Lainsäädännössä kiireettömään hoitoon pääsyn enimmäisajaksi palautettiin 1.1.2025 lähtien kolme kuukautta 23 vuotta täyttäneiden osalta (STM, 2024d).

### **1.3. Työvoimapula kirittämässä työnjaon kehittämistä**

Euroopan komission suositusten mukaan Suomen tulisi löytää ratkaisuja sote-palvelujen työvoimapulan ratkaisemiseksi (European Commission, 2024a) sekä palvelujen saatavuuden parantamiseksi (European Commission, 2024b).

Työvoiman riittävyyteen ja palvelujen saatavuuteen liittyvät haasteet eivät ole uusia. Jo 2000-

luvun alkuvuosina toteutettiin STM:n käynnistämiä työnjakopilotteja, joilla pyrittiin helpottamaan perusterveydenhuollon lääkäripulaa ja varmistamaan potilaiden hoitoon pääsy. Työnjakopiloteissa lääkäreiltä siirrettiin tehtäviä sairaanhoitajille ja terveydenhoitajille. Kokemukset työnjaon kehittämisestä olivat pääosin myönteisiä. (Hukkanen & Vallimies-Patomäki, 2005.) STM:n työnjakopiloteista saadut kokemukset sekä kansainvälinen näyttö sairaanhoitajien lääkkeenmääräämisestä toimivat lähtökohtina sille, että lainsäädännössä säädettiin rajatusta lääkkeenmääräämisestä vuonna 2010 (HE 283/2009).

Sote-henkilöstöstä on tällä hetkellä työvoimapulaa, mikä johtuu muun muassa väestön ikääntymisestä (Honkatukia, ym. 2024) ja ammattihenkilöiden eläköitymisestä (Tevameri, 2024). Lisäksi muutokset esimerkiksi henkilöstömitoitus- ja kelpoisuusvaatimuksissa (Salonin & Ahtiainen, 2023) sekä maahanmuuton määrässä (Honkatukia, 2024) voivat osaltaan vaikuttaa henkilöstön tulevaan tarpeeseen ja tarjontaan sote-alalla. Sosiaali- ja terveystieteissä ulkomaalaistaustaisten työntekijöiden osuus kaikista toimialan työllisistä on tällä hetkellä vain alle 10 prosenttia (Sutela, 2024). Ulkomailla sote-alalle koulutetun työntekijän on usein pätevoidyttävä Suomessa, jotta hän saa ammattioikeudet. Niiden saaminen saattaa kestää jopa vuosia. (VTV, 2022.)

Työvoimapulaa voi helpottaa eläkkeelle siirtyneiden ammattihenkilöiden työskentely. Sairaanhoitajat kuuluvat niiden kymmenen ammattiryhmän joukkoon, jotka yleisimmin työskentelevät eläkkeen rinnalla. Yleisesti ottaen vanhuuseläkkeen rinnalla työskentelevien työntekijöiden osuus on kuitenkin tutkijoiden mukaan edelleen varsin vähäistä. (Salonen ym., 2024.) Henkilöstön riittävyyteen pidemmällä aikavälillä voi vaikuttaa myös sote-alan ja sen ammattien veto- ja pitovoima. PISA 2022 tutkimuksen tulosten mukaan kiinnostus hoitajan ('nurse') ammattia kohtaan mahdollisena uravaihtoehtona 15-vuotiaiden nuorten keskuudessa on useissa OECD-maissa laskenut. Nuorten kiinnostus hoitajan ammattia kohtaan Suomessa oli alle OECD-keskiarvon. (OECD, 2024.)

Työvoimapulaa vaikeuttaa osaltaan se, että tilastotiedon mukaan lähes viidennes (18 %) sote-

alan tutkimuksen suorittaneista työskenteli muissa ammateissa vuonna 2020 (Honkatukia ym., 2024).

Tilastokeskuksen työolotutkimuksen (Sutela ym., 2024) mukaan 38 % terveydenhuollon asiantuntijoista (kuten sairaanhoitajat), jotka olivat kiinnostuneita vaihtamaan työpaikkaa, harkitsivat myös ammattialan vaihtoa. Ammatinvaihtamiseen voi johtaa moni tekijä. Esimerkiksi päivystys- ja leikkaustoiminnan keskittäminen suurempiin toimintayksiköihin on johtanut siihen, että osa pienissä, keskittämisen vuoksi toimintaansa muuttaneissa yksiköissä työskentelevistä sairaanhoitajista, on vaihtanut alaa (VTV, 2024). Nuorilla sairaanhoitajilla palkkatyytyttömyys ja kohtuuttomat työn vaatimukset ovat olleet tärkeimpiä syitä aikomukseen lähteä ammatista (Helander ym., 2019). Unakehitysmahdollisuuksien puute on myös yksi syistä, joka saattaa johtaa sairaanhoitajan lähtemiseen ammatistaan (Roth ym., 2022; Bahlman-van Ooijen, 2023; Ring ym., 2024).

Sairaanhoitajien alalta lähtemisen voidaan laskea aiheuttavan kustannuksia. Ruotsissa oli vuonna 2021 työllisiä sairaanhoitajia 123 530. Samana vuonna yli 13 000 sairaanhoitajaa ei työskennellyt tilastojen mukaan sairaanhoitajan ammatissa. Sairaanhoitajien alalta poistumisen on arvioitu aiheuttaneen 5,5 miljardin kruunun kustannukset yhteiskunnalle Ruotsissa. Näihin kustannuksiin on laskettu sairaanhoitajien koulutuksesta aiheutuneet kustannukset, ja mukaan on laskettu opintotuki. (Nationella vårdkompetensrådet, 2024.)

Sairaanhoitajan koulutuksesta voi olla yhteiskunnalle hyötyä toisella alalla työskennellessä. Norjassa noin 16 % sairaanhoitajista työskentelee terveyspalveluiden ulkopuolella. Sairaanhoitajia on yhteensä noin 122 000. Tutkimuksen mukaan suurin osa alalta lähteneistä sairaanhoitajista työskentelee sellaisissa koulutuksen, tutkimuksen ja julkisen hallinnon tehtävissä, joissa on hyötyä sairaanhoitajan koulutuksesta. Näin ollen on todettu, että Norjassa ei ole suurta sairaanhoitajareserviä, josta voitaisiin houkuttaa sairaanhoitajia takaisin potilastyöhön. Terveydenhuollon työvoimapulaa tulisikin tutkijoiden mukaan ratkaista Norjassa lisäämällä koulutusmääriä ja maahanmuuttoa. (Hjemås & Syse, 2024.)

Hyvinvointialueilla on ollut työvoimavajetta erityisesti lähihoitajista, sairaanhoitajista, lääkäreistä ja sosiaalityöntekijöistä (STM, 2024b). Työvoimapulaa sairaanhoitajista on ollut enenevässä määrin jo vuodesta 2016 lähtien (Larja & Peltonen, 2023). Työvoimapulan on ennakoitu johtavan sote-palvelujen tarjonnan vähenemiseen (Tyni & Myllyneva, 2023). Työvoimapula on yksi syistä, jonka vuoksi vuokratyön käyttö oli nopeassa kasvussa hyvinvointialueilla vuonna 2023 (Kirkonpelto & Matinheikki, 2024). Vuokratyövoiman käyttöä on kuitenkin kyetty osalla hyvinvointialuista vähentämään vuoden 2024 aikana omaa henkilöstöresurssointia parantamalla (Croell ym., 2024).

Työ- ja elinkeinoministeriössä (TEM) tehdyn analyysin (Tuomaala, 2024) mukaan erityisesti lähihoitajien, sairaanhoitajien ja kodinhoitajien ammateissa työvoimapula oli helpottanut vuoden 2023 aikana, ja myös lääkärinpuula oli hieman helpottanut. Työvoimapulan helpottamisesta huolimatta työvoimapulana osuus suhteessa alan työllisiin oli korkein sote-alalla, noin 5,6 %, vuonna 2023. Tämä tarkoittaa sitä, että työvoimapula oli rajoittanut vakavasti sote-alan toteutunutta työllisyyttä. (Räisänen & Ylikännö, 2024.)

Talouden sopeutustoimet hyvinvointialueilla ovat heikentäneet mahdollisuuksia rekrytoida tarvittavaa henkilöstöä sote-palveluihin (Leveälähti ym., 2024). TEM:n marraskuussa 2024 julkaistun arvion (Mähönen ym., 2024) mukaan sote-palveluissa työllisyys oli edelleen kasvussa, mutta työvoiman kasvu tulee hidastumaan viime vuosien kolmesta prosentista yhteen prosenttiin hyvinvointialueiden talouden säästöpainneiden vuoksi. THL:n arvion (Croell ym., 2024) mukaan syksyllä 2024 sote-henkilöstön työvoimapulana helpottamisesta oli osalla alueita merkkejä, vaikka kokonaisuudessaan sote-henkilöstön saatavuudessa oli edelleen vaikeuksia. Työvoimaa on ollut haasteellisinta rekrytoida etenkin hyvinvointialueiden reuna-alueilla ja pienemmällä paikkakunnilla sekä erityisesti ikäihmistien palveluissa. (Croell ym., 2024.) Hoitotyön ammateissa avoimena olevien työpaikkojen määrä oli vähentynyt hyvinvointialueilla loppuvuodesta 2024, mutta samaan aikaan erityisesti henkilöstön eläköitymisen on ennakoitu aiheuttavan työvoiman saatavuushaasteita (STM, 2024).

Lukumäärällisesti suurin työvoimapula sote-sektorilla on ollut lähihoitajista ja sairaanhoitajista (Tevameri, 2024). TEM:in työvoimabarometrin tietojen mukaan eniten pulaa eri ammattiryhmistä oli sairaanhoitajista ja lähihoitajista lokakuussa 2024 (TEM, 2024). Samaan aikaan, kun näistä ammattiryhmistä on työvoimapulaa, on alalla myös työttömiä työnhakijoita. Tilastokeskuksen työnvälitystilaston mukaan joulukuussa 2024 sairaanhoitajille oli avoimia työpaikkoja tarjolla 925 ja samaan aikaan sairaanhoitajia oli työttömänä työnhakijana 244 (Tilastokeskus / StatFin, n.d.). Sote-alan ammateissa työttömyyden on todettu olevan vähäisempää kuin ammateissa keskimäärin (Tevameri, 2024).

Tilastotiedon lisäksi sairaanhoitajien ja lääkäreiden työvoimapulasta on esitetty erilaisia numeerisia arvioita. Hoitotyön professiojohtajat arvioivat syksyllä 2023, että hyvinvointialueilta puuttui tuolloin yhteensä 2 408 sairaanhoitajaa (Karhe ym., 2024). KT ja Hyvinvointityönantajien selvityksen mukaan syksyllä 2023 hyvinvointialueilla oli 2 163 sairaanhoitajan työvoimavaje ja perusterveydenhuollossa puuttui 312 yleislääkärinä (Ruskoaho, 2024). TEM:in julkaiseman analyysin mukaan sairaanhoitajista sekä terveydenhoitajista oli 1 298 henkilön vaje ja lääkäreistä 353 henkilön vaje tammikuussa 2024 (Tuomaala, 2024).

Työvoimapulana lisäksi sote-alalla on paljon henkilöstön vaihtuvuutta. Työterveyslaitoksen tutkimuksen mukaan sote-alalla puolella (50 %) työntekijöistä oli työpaikan vaihtoaikana vuonna 2024. Tutkijoiden mukaan tämä kertoo pitovoimahaasteista hyvinvointialueilla. (Laitinen ym., 2025). Vaihtuvuudelle on esitetty useita erilaisia määritelmiä ja sitä voidaan mitata monella menetelmällä (Bae, 2021). Vaihtuvuutta voi aiheuttaa muun muassa työpaikan vaihtaminen sekä myös ammatista lähteminen (Kim & Kim, 2024). Sairaanhoitajien vaihtuvuuden on todettu aiheuttavan merkittäviä kustannuksia terveydenhuollon organisaatioille. Kustannuksia aiheuttaa kansainvälisen kirjallisuuskatsauksen mukaan muun muassa rekrytointitoimet sekä uuden, lähteneen tilalle rekrytoitavan sairaanhoitajan perehdytys ja koulutus (Bae, 2021).

Työpaikkoja vaihdettiin vuonna 2022 eniten terveys- ja sosiaalipalveluissa sekä hallinto- ja

tukipalveluissa. Terveys- ja sosiaalipalveluiden toimialalla työpaikan vaihdoksia oli vuonna 2022 yhteensä 145 000. (Raijas & Heikura, 2023.) Nikunlaakson ym. (2024) tutkimuksen mukaan noin joka viides kunta- ja hyvinvointialan työntekijöistä lähti työnantajansa palveluksesta kahden ja puolen vuoden seurannan aikana (2017–2020).

Koreassa toteutetun rekisteritutkimuksen mukaan sairaaloissa työskentelevistä sairaanhoitajista (n = 107 682) noin joka kolmas (33 %) lähti työpaikastaan kolmen ja puolen vuoden (2017–2020) seurantaajan aikana (Kim & Kim, 2024).

#### **1.4. Työnjaon ja kliinisten urapolkujen kehittäminen osana työvoimapulana ratkaisua**

Suomessa on jo yli kahden vuosikymmenen ajan kehitetty terveydenhuollon työnjakoa hoitoon pääsyn turvaamiseksi (Rafferty ym., 2019; WHO, 2023). Työnjakoa on kehitetty terveydenhuollossa laajemmin kuin sosiaalihuollon palveluissa (Voutilainen ym., 2018). Työvoimapulana ratkaiseminen on nostettu yhdeksi keskeiseksi sote-palvelujärjestelmän toimivuutta koskevaksi tavoitteeksi hallitusohjelmassa. Henkilöstön riittävyden ja saatavuuden turvaamiseksi hallitusohjelmassa on esitetty monia keinoja, kuten työnjaon edistäminen ja urapolkumallien kehittäminen. (Valtioneuvosto, 2023.)

Tällä hallituskaudella toteutettavalla Hyvän työn ohjelmalla pyritään helpottamaan sote-henkilöstön työvoimapulaa. Työnjaon kehittäminen on yksi tämän ohjelman keskeisistä painopisteistä. (Kirkonpelto & Mäntyranta, 2024.) Hyvän työn ohjelmassa toteutetaan valtion rahoitusavustuksella sote-henkilöstön työnjakoa uudistavia pilottikojeita. (STM, 2024f.) STM myönsi valtionavustusta 12 hyvinvointialueelle rajatun lääkkeenmääräämisen työnjakopilotteihin joulukuussa 2024. Tarkoituksena on kehittää potilaiden ohjautumista oikealle ammattihenkilölle ja turvata hoidon jatkuvuutta. Lisäksi pyritään hyödyntämään lääkkeenmääräämishoitajien osaamista nykyistä paremmin. Tarkoituksena on kehittää kansallinen toimintamalli lääkkeenmääräämishoitajan tehtävänkuvasta osana hoidon jatkuvuusmallia. (STM, 2024g; STM, 2024m.)



Nykyisellä hallituskaudella uudistetaan ammattihenkilölainsäädäntö osana Hyvän työn ohjelmaa (STM, 2024h). Yhtenä tavoitteena tässä lainsäädännön uudistamistyössä on lisätä joustavuutta sote-henkilöstön työnjakoon. Lainsäädäntövalmistelussa toteutetaan säänneltyjä ammatteja koskeva potilas- ja asiakasturvallisuuteen kohdentuva riskiarviointi, jossa tarkastellaan myös rajattuun lääkkeenmääräämiseen liittyviä oikeuksia ja velvollisuuksia. (Siikavirta, 2024.)

Sairaanhoitajan rajattua lääkkeenmääräämistä koskevaa lainsäädäntöä ollaan uudistamassa tällä hallituskaudella. Hallitusohjelmassa on linjattu, että hyvinvointialueilla tulisi edistää uusia toimintamalleja, kuten digitaalisia palveluja ja etävastaanottoja. Hallitusohjelmassa yhdeksi tavoitteeksi on asetettu säätää lääkkeenmääräämiskoulutettujen hoitajien reseptimääräämiskäytäntöjen laajentamisesta myös etä- ja puhelinvastaanotoille. Vuodesta 2027 tämän on laskettu vahvistavan julkista taloutta viidellä miljoonalla eurolla vuosittain. (Valtioneuvosto, 2023.)

Digitaalisuudesta tulisi STM:n mukaan tehdä ensisijainen asiointin muoto kaikille asiakkaille ja potilaille, joiden kohdalla se on tarkoituksenmukaista ja mahdollista (STM, 2024b). THL:n tutkimuksen (Kainiemi ym., 2023) mukaan sairaanhoitajat tekevät nykyisin digitaalista asiakastyötä pääosin muun työn ohella. Tutkijoiden mukaan digitaaliset palvelut edellyttävät sairaanhoitajilta uudenlaisten toimintamallien omaksumista ja työyhteisöltä saatavaa tukea. (Kainiemi ym., 2023.)

STM julkaisi keväällä 2023 ohjeen ammattihenkilölainsäädännön soveltamisesta sote-henkilöstön tehtävärakenteiden ja tehtäväjaon toimintamallien kehittämisessä. Ohjeen tarkoituksena oli edistää työnjaon kehittämistä sote-organisaatioissa. (STM, 2023i.) Sosiaali- ja terveydenhuollon henkilöstön täydennyskoulutusasetus (57/2024) tuli voimaan 1.4.2024. Asetuksen 1 § mukaan täydennyskoulutuksella tuetaan henkilöstön tehtävärakenteiden ja työnjaon kehittämistä.

Laajavastuisia, itsenäisiä sairaanhoitajien työnkuvia on Suomessa kehitetty palvelujen saatavuuden parantamiseksi (Rafferty ym., 2019). Sote-henkilöstön työvoimapulan (Tevame-

ri, 2024) aikana on tärkeää nostaa esille myös se, että mielekäs työnjako voi lisätä henkilöstön työhyvinvointia (Kangasniemi ym., 2017) ja työssä koettua autonomiaa (International Council of Nurses [ICN], 2021).

Lääkkeenmääräämishoitajat ovat raportoineet työn mielekkyyden lisääntyneen (Laapio-Rapi ym., 2019) ja kokeneet lääkehoidon osaamisen syventyneen erityisesti tiedon analysoinnissa, soveltamisessa ja yhdistämisessä (Niemelä & Alahuhta, 2017). Isossa-Britanniassa sairaanhoitajien ja proviisorien lääkkeenmääräämis-oikeus on lisännyt työn autonomiaa, työtyytyväisyyttä ja tukenut ammatillista kehittymistä (Graham-Clarke ym., 2018). Sairaanhoitajaopiskelijat ovat kokeneet mahdollisuuden edetä uralla ammatin vetovoimatekijäksi Suomessa (Salminen-Tuomaala & Herttuala, 2023).

### **1.5. Omalääkäri-, omahoitaja- ja omatiimimalli turvaamassa hoidon jatkuvuutta**

Hallitusohjelmassa on linjattu, että hoitoon pääsyn parantamisessa ja hoidon jatkuvuuden vahvistamisessa tällä hallituskaudella hyödynnetään omalääkäri-, omahoitaja- ja omatiimimallia. Lisäksi kotihoidon osalta on linjattu, että hallitus edistää toimintamallia, jossa jokaiselle kotihoidon asiakkaalle nimetään omalääkäri tai omahoitaja. (Valtioneuvosto, 2023.)

Suomen yksi keskeisistä haasteista perusterveydenhuollon vastaanotto toiminnassa on hoidon jatkuvuuden puute. Potilas voi jokaisella vastaanottokäynnillään kohdata eri lääkärin ja hoitajan, mikä vaikeuttaa hoidon jatkuvuutta ja luottamussuhteen rakentumista ammattihenkilön ja potilaan välillä (Eskola ym., 2022). THL:n rekisteriaineiston (THL, 2023b) mukaan hoidon jatkuvuus on perusterveydenhuollon avosairaanhoidon lääkärivastaanottokäynneillä ollut alhainen, ja hoitajavastaanotoilla jatkuvuus on ollut vieläkin heikompi. Alueellisia eroja kuitenkin esiintyy. Vuonna 2022 hoidon jatkuvuus heikkeni edelleen, erityisesti lääkärivastaanottokäynneillä. Hoitajavastaanottokäynneillä jatkuvuus laski hieman vähemmän. (THL, 2023b.)

STM on julkaissut ehdotuksen hoidon jatkuvuusmallista, josta käytetään myös käsitettä Omalääkäri 2.0 -toimintamalli (Eskola ym., 2022). Hoidon jatkuvuudella on tutkimusnäytön mukaan osoitettu olevan myönteisiä vaikutuksia perusterveydenhuollon laatuun, tehokkuuteen ja kustannuksiin sekä väestön terveyteen (Raivio, 2017). Hoidon jatkuvuusmallissa keskeistä on potilaan ja lääkärin välisen hoitosuhteen jatkuvuus sekä moniammatillinen tiimi, jossa työskentelee omahoitaja sekä muita ammattihenkilöitä. Selvityksen johtopäätösten mukaan potilaan oikeutta omaan lääkäriin ja hoitajaan tulisi vahvistaa muuttamalla lainsäädäntöä. Lisäksi malli edellyttää lääkäri- ja hoitajavakanssien lisäämistä sote-keskuksissa. (Eskola ym., 2022.)

STM ehdotti kevään 2024 hallituksen kehysriihineuvotteluihin hoidon jatkuvuuden parantamista yhdeksi keinoista tehostaa palveluja ja saada aikaan kustannushyötyjä. Jotta mallin edellyttämä lisähenkilöstö olisi saatu nopeasti rekrytoitua, työpanosta olisi tullut ehdotuksen mukaan siirtää työterveyshuollosta ja yksityissektorilta julkisen perusterveydenhuollon käyttöön. Toimintamallin nopea käyttöönotto olisi edellyttänyt STM:n arvion mukaan lainsäädännön muuttamista ja vahvaa ohjausta. (STM, 2024c.) Hallitus ei kuitenkaan sisällyttänyt hoidon jatkuvuuden parantamista kevään 2024 kehysriihen päätöksiin.

STM myönsi keväällä 2024 hoidon jatkuvuusmallin käyttöönottoa edistävälle seitsemälle hyvinvointialueelle valtionavustusta 11,1 miljoonaa euroa sekä lisäksi 3,6 miljoonaa euroa hoidon jatkuvuusmallin diginatkaisujen kehittämiseen Suomen kestävä kasvun ohjelmasta (RRP) (Valtioneuvosto, 2024). Hallitus ilmoitti lokakuussa 2024 valmistelewansa ja toteuttawansa omalääkärimallikokeilun (STM, 2024j), joka käynnistyisi aikaisintaan syksyllä 2025 (Kela, 2024b). Hallitus ilmoitti marraskuussa 2024 käynnistävänsä STM:n ja valtiovarainministeriön yhteisen Omalääkäri-ohjelman, jonka toimi-

kausi kestäisi 1.4.2027 saakka. Ohjelmassa on tarkoitus hyödyntää hyvinvointialueilla kehitteillä olevia omalääkäri-, omatiimi-, ja ammatinharjoittajamalleja. (STM, 2024k.) Länsi-Uudenmaan hyvinvointialueella ensimmäinen ammatinharjoittajana toimiva omalääkäri aloitti työskentelynsä joulukuussa 2024 (Seppänen, 2024).

Perusterveydenhuollon avovastaanotto toiminnan malleista sote-järjestelmässä on tehty kansallinen, tieteelliseen näyttöön ja asiantuntijoiden yhteisymmärrykseen perustuva konsensus suositus (Mikkola ym., 2022). Itsenäisten hoitajavastaanottojen osalta siinä suositellaan, että sairaanhoitajien ja terveydenhoitajien osaamista hyödynnettäisiin erityisesti oireiden selvittelyssä, omahoito-ohjeiden antamisessa sekä diagnostisten tutkimusten läheteiden tekemisessä. Huomiota suosituksessa kiinnitetään hoitajien lisäkoulutuksella hankittuun erityisosaamiseen ja sen hyödyntämiseen työnjaon kehittämisessä. Moniammatillinen yhteistyö nähdään tärkeänä pitkäaikaissairauksien hoidossa, seurannassa ja potilaiden omahoitovalmiuksien tukemisessa. Toimintayksiköiden prosessien selkeys ja selkeästi sovittu työnjako tukevat osaamisen tarkoituksenmukaista käyttöä. Kehittämistyössä korostetaan muutosjohtamisen periaatteiden noudattamista, kuten uuden toiminnan käyttöönottoa mahdollisesti estävien ja edistävien tekijöiden systemaattista arviointia. Lisäksi suosituksessa käsitellään sairaanhoitajien lääkkeenmääräämiseen liittyvää kansallista ja kansainvälistä tutkimusnäyttöä. (Mikkola ym., 2022.)

Hoitajavastaanotot säädettiin maksuttomiksi perusterveydenhuollossa vuonna 2021 (Laki sosiaali- ja terveydenhuollon asiakasmaksuista 1992/734). Tutkijoiden mukaan käyntimaksujen poistolla voi olla vaikutusta asiakkaiden hakeutumiselle hoitajavastaanotoille. Maksuttomuuden vaikutuksista hoitajavastaanottojen käyttömääriin ei kuitenkaan ole vielä tutkimusnäyttöä johtuen muun muassa koronaepidemian vaikutuksista palvelujen käyttöön. (Haaga ym., 2024.)

# 21

## **Rajattu lääkkeen- määrääminen Suomessa**

## 2.1. Lääkkeenmääräishihoitajat Suomessa

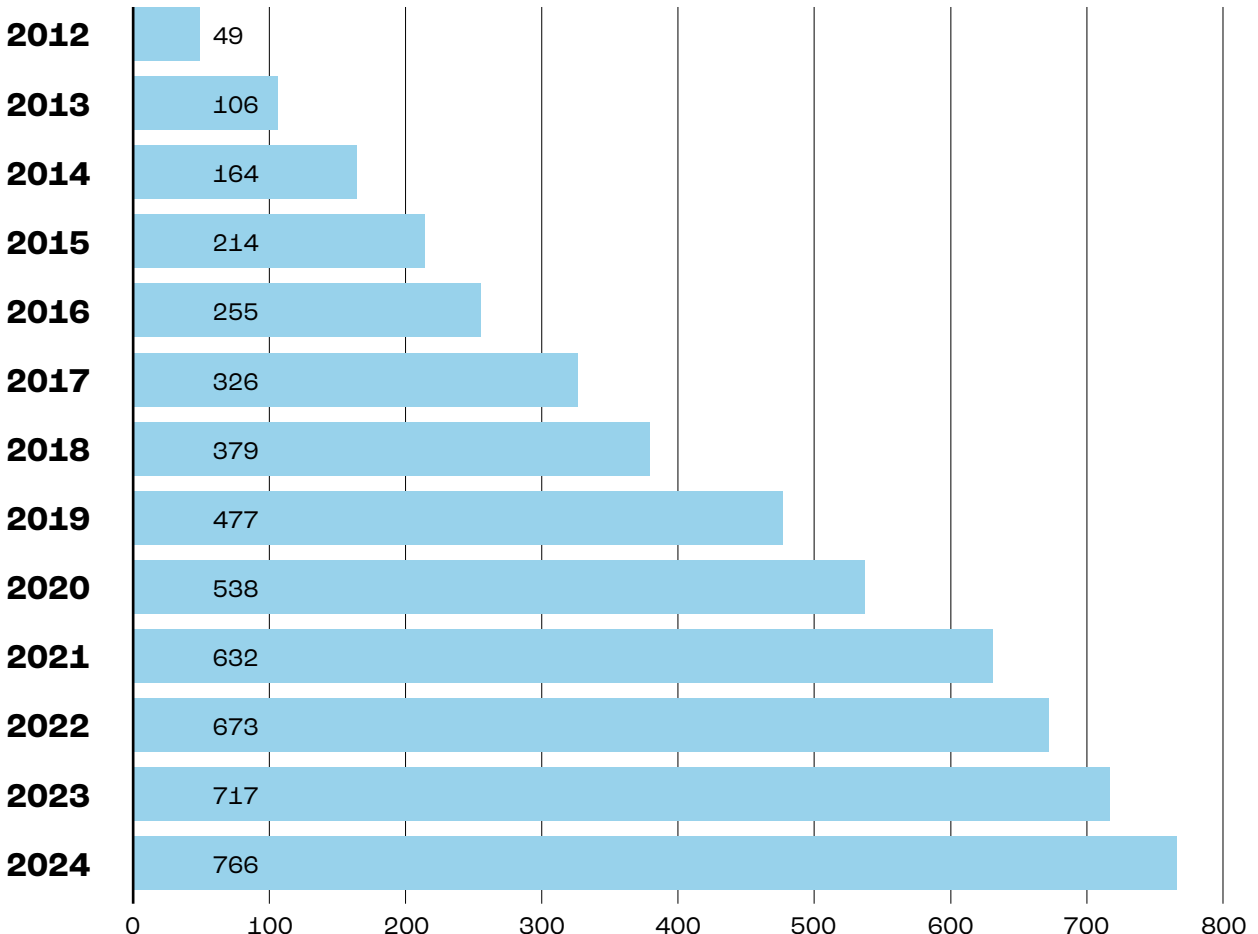
Terveystieteiden ammattihenkilöiden keskusrekisterissä Terhikissä oli vuoden 2024 viimeisenä päivänä 117 588 laillistettua sairaanhoitajaa, jotka olivat alle 65-vuotiaita. Ammattihenkilöitä, joilla oli sairaanhoitajan rajattu lääkkeenmääräämisoikeus Valviran rekisterissä, oli tällöin yhteensä 766 (alle 65-vuotiaat). (Digi- ja väestötietovirasto, n.d.) Näin ollen voidaan laskea, että alle prosentilla (0,7 %) laillistetuista sairaanhoitajista oli rajattu lääkkeenmääräämisoikeus vuoden 2024 lopussa.

Valviran myöntämien sairaanhoitajan rajatun lääkkeenmääräämisen oikeuksien ja Terhikki-rekisterissä olevien ammattihenkilöiden, joilla on lääkkeenmääräämisoikeus, lukumäärät eroavat toisistaan. Valviran Terhikki-rekisterissä

oli 31.12.2024 yhteensä 881 voimassa olevaa sairaanhoitajan rajattua lääkkeenmääräämisoikeutta, mutta vain 795 ammattihenkilöä, jolla oli sairaanhoitajan rajattu lääkkeenmääräämisoikeus (sisältää myös 65-vuotiaat ja sitä vanhemmat). Jos sairaanhoitaja esimerkiksi työskentelee samanaikaisesti useammassa toimipaikassa, voi hänellä olla voimassa oleva rajattu lääkkeenmääräämisoikeus useampaan toimipaikkaan (Valvira, henkilökohtainen tiedonanto, 1.10.2024). Taulukossa 1 on kuvattu lukumäärinä ammattihenkilöt, joilla on ollut sairaanhoitajan rajattu lääkkeenmääräämisoikeus Valviran rekisterissä (alle 65-vuotiaat) vuosina 2012–2024.

Sairaanhoitajien rajattujen lääkkeenmääräämisoikeuksien määrä vaihtelee hyvinvointialueittain.

**Taulukko 1.** Ammattihenkilöiden lukumäärät, joilla on ollut sairaanhoitajan rajattu lääkkeenmääräämisoikeus Valviran rekisterissä (vuodet 2012–2023) (alle 65-vuotiaat) (Digi- ja väestötietovirasto, 2024; Valvira, henkilökohtainen tiedonanto, 16.1.2025)



Taulukossa 2 on kuvattu oikeuksien määrä hyvinvointialueittain 31.12.2024 Valviran Terhikki-rekisterissä. Eniten oikeuksia oli Keski-Suomen (n = 91), Varsinais-Suomen (n = 82) ja Länsi-Uudenmaan (n = 69) hyvinvointialueilla. Oikeuksien määrä tuhatta asukasta kohden vaihtelee hyvinvointialueittain.

Eniten oikeuksia tuhatta asukasta kohden vuoden 2024 lopussa oli Etelä-Savon (0,46), Keski-Suomen (0,33) ja Kainuun (0,33) hyvinvointialueilla. Vähiten voimassa olevia oikeuksia tuhatta asukasta kohden oli Vantaan ja Keravan (0,04) sekä Lapin hyvinvointialueilla (0,04) (Taulukko 2).

**Taulukko 2.** Sairaanhoidajan rajatun lääkkeenmääräämisen oikeuksien määrä Valviran rekisterissä ja oikeuksien määrä tuhatta asukasta kohden hyvinvointialueittain laskettuna. Ammattihenkilöllä voi olla useampi oikeus Valviran rekisterissä. (Valvira, henkilökohtainen tiedonanto, 16.1.2025; Tilastokeskus StatFin Väestörakenteen ennakkotiedot alueittain, n.d.)

Manner-Suomen hyvinvointialueet / muut työnantajat	Oikeuksien lukumäärä Valviran rekisterissä 31.12.2024	Väkiluku, Tilastokeskus 11/2024	Oikeuksien määrä tuhatta asukasta kohden
Keski-Suomen hyvinvointialue	91	274 325	0,33
Varsinais-Suomen hyvinvointialue	82	494 818	0,17
Länsi-Uudenmaan hyvinvointialue	69	501 612	0,14
Etelä-Savon hyvinvointialue	60	129 563	0,46
Helsingin kaupunki	52	683 605	0,07
Pohjois-Karjalan hyvinvointialue	51	162 182	0,31
Kymenlaakson hyvinvointialue	51	157 691	0,32
Pohjanmaan hyvinvointialue	47	178 797	0,26
Etelä-Karjalan hyvinvointialue	40	125 235	0,32
Pirkanmaan hyvinvointialue	33	545 358	0,06
Pohjois-Pohjanmaan hyvinvointialue	31	418 305	0,07
Päijät-Hämeen hyvinvointialue	27	204 738	0,13
Satakunnan hyvinvointialue	27	211 377	0,13
Etelä-Pohjanmaan hyvinvointialue	26	190 028	0,14
Pohjois-Savon hyvinvointialue	25	248 848	0,10
Keski-Uudenmaan hyvinvointialue	23	207 041	0,11
Kainuun hyvinvointialue	23	69 747	0,33
Kanta-Hämeen hyvinvointialue	19	169 502	0,11
Keski-Pohjanmaan hyvinvointialue	19	67 756	0,28
Itä-Uudenmaan hyvinvointialue	14	99 454	0,14
Vantaan ja Keravan hyvinvointialue	11	289 661	0,04
Lapin hyvinvointialue	7	176 174	0,04
HUS	9	-	-
Muut työnantajat (esimerkiksi Harjun terveys Oy, Kaiku24 Oy, Kuusiolinna Terveys Oy)	41	-	-
<b>Yhteensä</b>	<b>878</b>	<b>5 605 817</b>	<b>0,16</b>

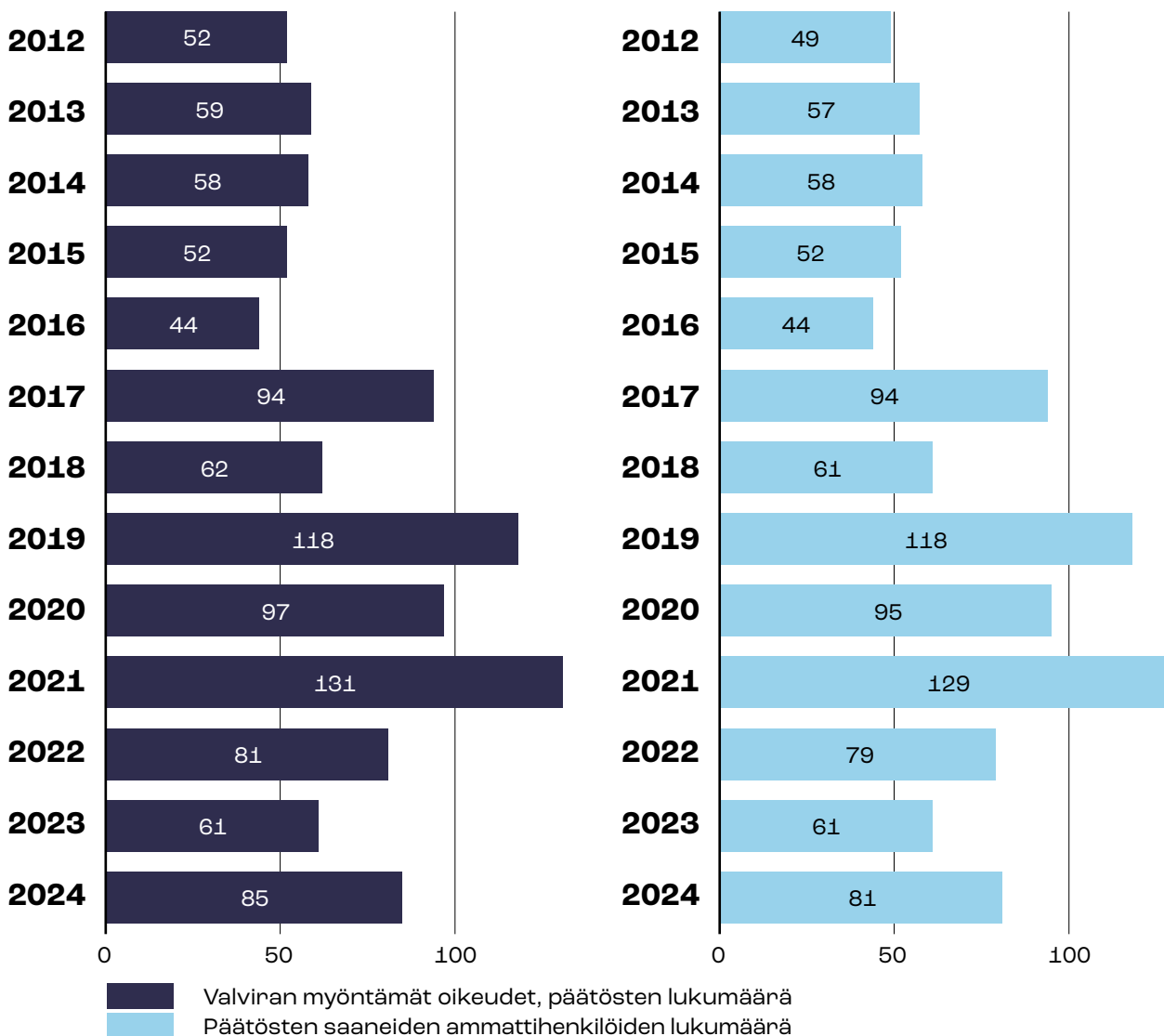
Sairaanhoidajan rajatun lääkkeenmääräämisen erikoispätevyys myönnettiin Valvirasta vuonna 2024 yhteensä 81 ammattihenkilölle. Määrä nousi vuodesta 2023, jolloin erikoispätevyys myönnettiin 61 ammattihenkilölle. Vuonna 2022 erikoispätevyys myönnettiin 79 ammattihenkilölle (Taulukko 3).

Sairaanhoidajien rajatun lääkkeenmääräämisen oikeuksien määrän laskua voi selittää koronapandemian vaikutukset sekä se, että vuosina 2020–2022 kunnissa suhtauduttiin varauksella sairaanhoidajien lähettämiseen pitkäkestoisin lisäkoulutuksiin hyvinvointialueiden toiminnan alkamista odotettaessa.

Valviran Terhikki-rekisterissä olevista, sairaanhoidajan rajatun lääkkeenmääräämisoikeuden omaavista ammattihenkilöistä kaikki eivät työskentele lääkkeenmääräämistehtävissä. STM:n selvityksen (Karhe ym., 2024) mukaan hoitotyön professojohtajat arvioivat, että 478 sairaanhoidajalla oli lääkkeenmääräämisoikeus käytössä hyvinvointialueilla syksyllä 2023. Tämä vastaisi laskennallisesti vain 67 %:a lääkkeenmääräämishoitajista (n = 716), joilla oli lääkkeenmääräämisoikeus Valviran rekisterissä vuonna 2023.

Lääkealan turvallisuus- ja kehittämiskeskus Fimean ja Kelan (2024) julkaiseman lääketilaston mukaan vuonna 2023 apteekeista toimitettiin

**Taulukko 3.** Valviran myöntämät sairaanhoidajan rajatut lääkkeenmääräämisoikeudet (vuodet 2012–2024), päätösten lukumäärä ja päätösten saaneiden ammattihenkilöiden lukumäärä (Valvira, henkilökohtainen tiedonanto, 1.10.2024 ja 21.1.2025; Valtiotalouden tarkastusvirasto, 2016; Valvira, 2021; Valvira, 2024)



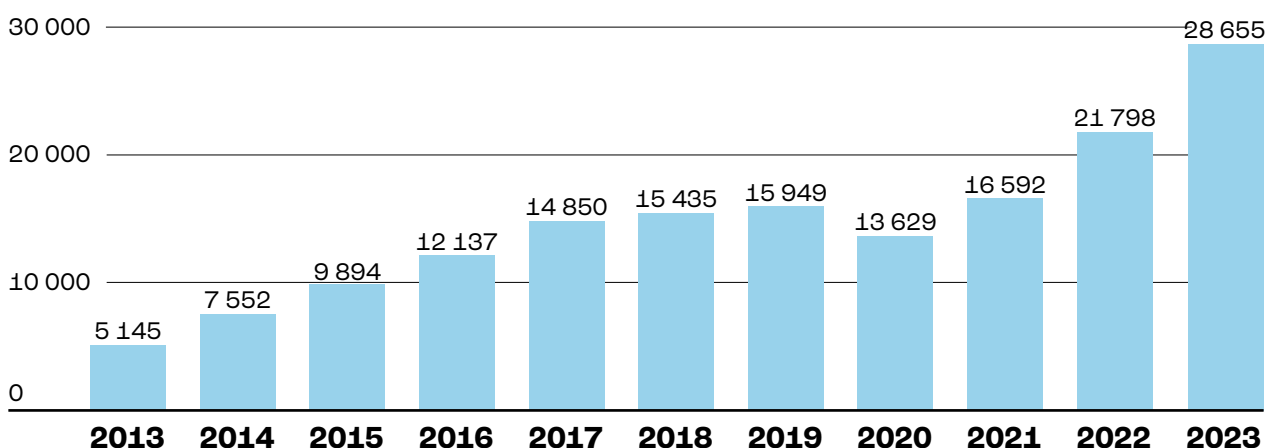
yhteensä 28 655 sairausvakuutuksesta korvattavaa lääketoimitusta, jotka oli määrännyt lääkkeenmääräämishoitaja. Lääketoimitusten määrä on pääsääntöisesti kasvanut vuodesta 2013. Poikkeuksena tästä on vuosi 2020, jolloin koronapandemia käynnistyi (Kuvio 1).

Yhteensä 521 lääkkeenmääräämishoitajaa määräsi vuonna 2023 apteekista ostettuja, sairausvakuutuksesta korvattavia lääkkeitä.

Näitä lääketoimituksia oli apteekeista 51 lääkettä määrännyttä lääkkeenmääräämishoitajaa kohden. (Fimea & Kela, 2024.)

Niistä lääkkeenmääräämishoitajista, joilla oli rajattu lääkkeenmääräämisoikeus Valviran rekisterissä vuonna 2023 (n = 716), noin kolme neljästä (73 %, n = 521) oli määrännyt lääkkeitä vuonna 2023 (Taulukko 4).

**Kuvio 1.** Lääkkeenmääräämishoitajien määräämien sairausvakuutuksesta korvattavien lääkkeiden toimitukset apteekeista vuosina 2013–2023 (STM, 2015; Fimea & Kela, 2024).



**Taulukko 4.** Lääkkeenmääräämishoitajat ja sairausvakuutuksesta korvattavien lääkkeiden toimitukset apteekeista vuosina 2013–2023 (STM, 2015; Fimea & Kela, 2024).

Vuosi	Ammattihenkilöiden määrä, joilla sairaanhoitajan rajattu lääkkeenmääräämisoikeus Valviran rekisterissä (alle 65-vuotiaat)	Lääkkeenmääräämishoitajien määrä, jotka olivat kyseisenä vuonna määränneet apteekista lääkkeitä	Lääketoimituksia apteekista lääkkeitä määrännyttä lääkkeenmääräämishoitajaa kohden *	Apteekista toimitettujen lääketoimitusten määrä, jotka sinä vuonna lääkkeitä määränneet lääkkeenmääräämishoitajat olivat määränneet yhteensä *
2013	106	Ei tietoa	49	5 145
2014	164	Ei tietoa	46	7 552
2015	214	194	51	9 894
2016	255	229	53	12 137
2017	326	275	54	14 850
2018	379	315	49	15 435
2019	476	389	41	15 949
2020	536	413	33	13 629
2021	630	488	34	16 592
2022	671	519	42	21 798
2023	716	521	51	28 655

\* Vuosilta 2013 ja 2014 osalta tietojen laskemisessa on käytetty lääkkeenmääräämishoitajien lukumäärää, jotka ovat olleet tuona vuonna Valviran rekisterissä (alle 65-vuotiaat).

Lääkäreistä oli lääkkeitä määrännyt vuonna 2023 yhteensä 32 429 ja hammaslääkäreistä 5 184. Lääketoimituksia lääkäriä kohden oli samana vuonna 1 944 ja hammaslääkäreillä 64. Lääkärit määräsivät 85 % korvattavista lääkkeistä, hammaslääkärit 13,6 % ja lääkkeenmääräämishoitajat 1,4 % vuonna 2023. (Fimea & Kela, 2024.)

Lääkkeenmääräämishoitajien vähäisen lääkemääräysten määrän arvioitiin johtuvan vuonna 2014 useista syistä: osa lääkkeenmääräämishoitajista työskenteli muissa tehtävissä, potilailla ei ollut tarvittavia hoitosuunnitelmia, potilaat ohjautuivat toimintayksiköissä epätarkoituksenmukaisesti, ja lääkkeenmääräämishoitajien työnkuvaan sisältyi muita työtehtäviä (STM, 2015). Laapio-Rapin väitöstutkimuksen (2020) mukaan lääkkeenmääräämishoitajille ohjautui heille kuulumattomia asiakasryhmiä ja osalla lääkkeenmääräämishoitajista työnkuva on epäselvä. Erityisesti pienillä terveysasemilla lääkkeenmääräämishoitajien työpanos ei tutkijan mukaan kohdistunut oikein. Itä-Suomen yliopistossa toteutetun rekisteritutkimuksen (Koskiniemi ym., 2023) mukaan lääkärit määräsivät toimintayksikössä lääkkeitä, joita myös lääkkeenmääräämishoitaja olisi voinut määrätä.

Sairaanhoitajan rajatulla lääkkeenmääräämisellä on arvioitu saavutettavan kustannussäästöjä, koska sairaanhoitajien vastaanottoikäntien keskimääräinen hinta on matalampi kuin lääkäreillä palkkakustannusten eron takia (Vesterinen, 2014; HE 69/2018). Sairaanhoitajan perustason vastaanottokäynnin tai asiakaskontaktin (1–20 min) kansallisten yksikkökus-

Rajatun lääkkeenmääräämisen edellytyksistä säädetään ammattihenkilölain (559/1994) 23 b §:ssä.

tannusten keskiarvo hyvinvointialueilla oli 45 euroa, ja lääkärillä 111 euroa vuonna 2023 (THL, 2024g).

## 2.2. Rajattua lääkkeenmääräämistä koskeva lainsäädäntö

Lakia terveydenhuollon ammattihenkilöistä (559/1994, jäljempänä ammattihenkilölaki) uudistettiin vuonna 2010. Lakiin lisättiin oireenmukaista hoitoa ja rajattua lääkkeenmääräämistä koskeva 4 a luku. Säädökset tulivat voimaan 1.7.2010. Valtioneuvoston asetus lääkkeen määräämisen edellyttämästä koulutuksesta (1089/2010) ja sosiaali- ja terveysministeriön asetus lääkkeen määräämisestä (1088/2010) tulivat voimaan 1.1.2011. Samana vuonna käynnistyi rajatun lääkkeenmääräämisen koulutus.

Lääkäriin ja hammaslääkäriin erityisistä oikeuksista säädetään ammattihenkilölain (559/1994) 22 §:ssä. Laillistettu lääkäri päättää potilaan lääketieteellisestä tutkimuksesta, taudinmäärityksestä ja siihen liittyvästä hoidosta. Vastaavasti laillistettu hammaslääkäri päättää potilaan hammaslääketieteellisestä tutkimuksesta, taudinmäärityksestä ja siihen liittyvästä hoidosta. Laillistetulla lääkärillä ja hammaslääkärillä on oikeus määrätä apteekista lääkkeitä, lääkärillä lääkinnällistä tai lääketieteellistä tarkoitusta varten ja hammaslääkärillä hammaslääkinnällistä tai hammaslääketieteellistä tarkoitusta varten, noudattaen, mitä siitä erikseen säädetään tai määrätään.

Terveydenhuollon ammattihenkilölain 23 a §:ssä säädetään oireenmukaisesta hoidosta seuraavasti: ”Laillistettu terveydenhuollon ammattihenkilö own koulutuksensa, kokemuksensa ja tehtäväkuvansa mukaisesti aloittaa hoidon potilaan oireiden ja käytettävissä olevien tietojen sekä tekemänsä hoidon tarpeen arvioinnin perusteella.”

Rajatun lääkkeenmääräämisen edellytyksistä säädetään ammattihenkilölain (559/1994) 23 b §:ssä. Sairaanhoitajalla, jolla on riittävä käytännön kokemus ja joka on suorittanut valtioneuvoston asetuksella säädettyä lisäkoulutuksen, on rajattu oikeus määrätä



apteekista lääkkeitä hoitamalleen potilaalle. Edellytyksenä on vastaavan lääkärin antama kirjallinen määräys, jossa todetaan ne lääkkeet, joita sairaanhoitaja saa määrätä, ja mahdolliset lääkkeiden määräämiseen liittyvät rajoitukset. Kirjallisen määräyksen antaa vastaava lääkäri terveydenhuollon toimintayksikössä, johon sairaanhoitaja on palvelussuhteessa. Rajatun lääkkeenmääräämisoikeuden antamisessa käytettävän määräyksen kaava on lääkkeenmääräämisasetuksen (1088/2010) liitteenä 4.

Lääkkeenmääräämishoitaja saa määrätä lääketä apteekista silloin, kun kyseessä on (559/1994, 23 b §):

1. potilaan ennalta ehkäisevä hoito,
2. lääkärin määräämän lääkehoidon jatkaminen tai
3. lääkkeenmääräämishoitajan toteamaan hoidon tarpeeseen perustuva lääkehoito.

Rajatun lääkkeenmääräämisen käyttömahdollisuuksia laajennettiin ammattihenkilölain (559/1994, 23 b § muutoksella 1.5.2019 [STM, 2019b]). Rajattu lääkkeenmäärääminen on mahdollista:

- hyvinvointialueen järjestämistä vastuulle kuuluvassa terveydenhuollon avohoidon toimintayksikössä (perusterveydenhuolto, erikoissairaanhoito, kotisairaanhoito) sekä
- sopimuksen perusteella tai muuten hyvinvointialueen lukuun terveydenhuollon avopalveluja tuottavassa yksityisessä toimintayksikössä.

Sairaanhoitajan rajattu lääkkeenmäärääminen on mahdollista esimerkiksi seuraavissa hyvinvointialueen järjestämistä vastuussa olevissa avohoidon palveluissa:

- perusterveydenhuollon avosairaanhoidon vastaanotoilla sosiaali- ja terveyskeskuksissa (ajanvaraus- ja kiire/päivystysvastaanotot, äitiys-, perhesuunnittelu- ja lastenneuvolat, hyvinvointialueen järjestämistä vastuulla olevat työterveyshuollon palvelut)
- koulu- ja opiskeluterveydenhuollon palveluissa peruskoulujen ja lukiodien oppilaille sekä ammatillisissa oppilaitoksissa opiskeleville
- kotisairaanhoidossa
- hyvinvointialueen yhteispäivystyksissä
- erikoissairaanhoidon ajanvarauspoliklinikoilla.

Lääkkeenmääräämishoitaja saa antaa ja uudistaa lääkemääräyksen vain vastaanotolla toteamansa lääkkeen tarpeen perusteella. Poikkeuksena tähän, lääkkeenmääräämishoitaja saa määrätä lääketä naisen äkillisen komplisoitumattoman virtsatietulehduksen hoitoon puhelinhaastattelun perusteella. (1088/2010, 10 §.)

Lääkkeenmääräämishoitajan on lääketä määrätessään noudatettava potilaan kirjallista hoitosuunnitelmaa ja terveydenhuollon toimintayksikön kansallisiin hoitosuosituksiin perustuvia ohjeita. Lääkkeenmääräämishoitajalla on oltava mahdollisuus konsultoida itsenäisesti toimimaan oikeutettua lääkäriä. Jos hoitajavastaanotolla oleva potilas tarvitsee lääkehoitoa, jota lääkkeenmääräämishoitaja ei voi määrätä tai potilaan hoito edellyttää lääkärin arviota, on potilaalle järjestettävä kohtuullisessa ajassa pääsy lääkärin vastaanotolle. (1088/2010, 25 §.)

Vuoden 2020 alusta lähtien rajattua lääkevalikoimaa laajennettiin (STM, 2019a). Rajatun lääkkeenmääräämisen piirissä olevat lääkkeet, tautitilat ja lääkkeenmääräämisen rajaukset on määritelty lääkkeenmääräämisasetuksen (1088/2010) liitteessä 1. Lääketietokanta tarkistaa automaattisesti tiedon siitä, kuuluuko lääkkeenmääräämishoitajan määräämä lääke lääkkeenmääräämisasetuksen liitteeseen 1 (STM, 2018a).

### **Sairaanhoitajan, terveydenhoitajan ja kätilön määrättävissä olevat lääkkeet (1088/2010, liite 1).**

#### **Lääkityksen aloittaminen, tietyt lääkkeet ja tautitilat:**

- antibiootit (äkillinen alempien virtsateiden tulehdus naisella, nielutulehdus, rintatulehdus imettävällä),
- rokotteet (tartuntataudit: puutiaisivotulehdus, influenssa, hepatiitti)
- nenän tukkoisuutta lievittävät paikallishoitovalmisteet ja allergialääkkeet
- paikallishoitovalmisteet (esim. ihon pintapuudutus, märkäinen silmän sidekalvon tulehdus)
- raskauden ehkäisyvalmisteet (raskauden ehkäisy)
- itsehoitolääkkeet.

### **Lääkityksen jatkaminen hoitosuunnitelman mukaisesti, tietyt lääkkeet ja tautitilat:**

- diabeteslääkkeet (tyypin 2 diabetes)
- sydän- ja verisuonisairauksien lääkkeet (esim. verenpainetauti, sepelvaltimotauti, krooninen eteisvärinä, dyslipidemia, angina pectoris -rintakipu)
- kipulääkkeet (lääkärin arvioima pitkäaikainen kipu)
- hengityselinten sairauksien lääkkeet (astma, COPD)
- nenän tukkoisuutta lievittävät paikallishoitovalmisteet ja allergialääkkeet
- raskauden ehkäisyvalmisteet (raskauden ehkäisy)
- perusvoiteet ja itsehoitolääkkeet.

Lääkkeenmääräämishoitaja voi määrätä lääkettä vaikuttavan aineen, vahvuuden ja lääkemuodon perusteella tai lääkevalmisteen kauppanimellä myyntiluvallisena pakkauksena. Lääkkeenmääräämishoitajat eivät saa määrätä erityislupavalmisteita (1088/2010, 5 §), eivätkä myöskään voi kirjoittaa itselleen reseptiä (Kanta-palvelut, Kela, 2024).

Valvira ja aluehallintovirastot valvovat lääkkeenmääräämishoitajien toiminnan asianmukaisuutta (STM, 2018a). Kelalla on oikeus salassapitosäännösten estämättä ilmoittaa Valviralle seikasta, joka voi vaarantaa asiakas- tai potilasturvallisuutta (Laki Sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontavirastosta 2008/669) ja tämä säädös koskee myös rajattua lääkkeenmääräämistä (HE 69/2018 vp).

Lääkelain (395/1987) 91 b § mukaan reseptilääkkeiden markkinointi (esimerkiksi lääke-esittelyt) on sallittu lääkkeen määräämiseen ja toimittamiseen oikeutetuille sekä tietyin ehdoin rajatun lääkkeenmääräämisen oikeuden omaaville sairaanhoitajille (Pellas, 2013). Hallituksen esityksessä (HE 283/2009) todetaan, että lääkkeenmääräämishoitajat voivat osallistua lääkkeiden markkinointia sisältäviin tilaisuuksiin niiden lääkkeiden osalta, joita he voivat määrätä.

### **Lainsäädäntöä rajattuun lääkkeenmääräämiseen liittyen:**

- Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä (559/1994)
- Sosiaali- ja terveysministeriön asetus lääkkeen määräämisestä (2010/1088)
- Valtioneuvoston asetus lääkkeen määräämisen edellyttämästä koulutuksesta (1089/2010)
- Sosiaali- ja terveysministeriön asetus sairaanhoitajan rajatun lääkkeenmääräämisoikeuden edellytyksenä olevan koulutuksen korvauksen suuruudesta vuonna 2024 (350/2024)
- Sosiaali- ja terveysministeriön asetus Sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontaviraston maksullisista suoritteista vuosina 2024 ja 2025 (1281/2023)

### **2.3. Rajatun lääkkeenmääräämisen koulutus**

Suomessa sairaanhoitajatutkinnon laajuus on ammattipätevyysdirektiivin (Euroopan parlamentin ja neuvoston direktiivi 2005/36/EY) minimivaadetta laajempi: sairaanhoitajan ammattikorkeakoulututkinto on 210 opintopistettä, terveydenhoitajan 240 ja kättilön 270 (Valtioneuvoston asetus ammattikorkeakoulusta, 2014/1129).

Sairaanhoitajan rajattu lääkkeenmääräämisoikeus edellyttää riittävää työkokemusta ja 45 opintopisteen lisäkoulutusta (1089/2010, 4 §), jonka suoritettuaan ammattihenkilö voi hakea sairaanhoitajan rajatun lääkkeenmääräämisen erikoispätevyyttä Valviralta.

Kansallisesta tutkintojen ja muiden osaamiskokonaisuuksien viitekehyksestä säädetään laissa tutkintojen ja muiden osaamiskokonaisuuksien viitekehyksestä (93/2017) ja valtioneuvoston asetuksessa (120/2017). Rajatun lääkkeenmääräämisen erikoispätevyys sijoittuu Suomen tutkintojen ja muiden osaamiskokonaisuuksien kansallisessa viitekehyksessä (FINQF) tasolle 7. Se sijoittuu viitekehyksessä samalle tasolle kuin ylempät ammattikorkeakoulututkinnot sekä yliopistojen ylempät korkeakoulututkinnot. Ammattikorkeakoulututkinnot, kuten sairaanhoitajan tutkinto, ovat FINQF-tasolla 6. (120/2017.)

Rajatun lääkkeenmääräämisen erikoispätevyys-  
den tuottavaan koulutukseen voidaan ottaa  
laillistettu sairaanhoitaja sekä sairaanhoitajana  
laillistettu terveydenhoitaja ja kättilö (1089/2010, 6  
§). Koulutukseen otettavalla tulee olla viimeisten  
viiden vuoden ajalta vähintään kolmen vuoden  
käytännön kokemus sillä tehtävälueella, jolla hän  
tulee lääkettä määräämään (1089/2010, 6 §).

Koulutuksen tavoitteista on säädetty asetuksen  
(1089/2010) 3 §:ssä. Rajatun lääkkeenmäärää-  
misen erikoispätevyys edellyttämä koulutus  
antaa lääkkeenmääräämisohitajalle valmiudet:

- määrätä apteekista hoidossa käytettäviä  
lääkkeitä hoitamilleen potilaille, sekä seurata ja  
arvioida hoidon vaikutuksia
- noudattaa lääkkeen määräämisestä annettuja  
sääntöksiä, potilasturvallisuuden vaatimuksia  
ja yleisesti hyväksytyjä hoitokäytäntöjä
- työskennellä moniammatillisessa yhteistyössä  
sekä arvioida ja kehittää ammatillista osaamis-  
ta ja lääkkeen määräämisen käytäntöjä.

Ammattikorkeakoulujen ja yliopistojen tulee  
toimia yhteistyössä koulutuksen suunnittelussa  
ja järjestämisessä. Koulutus koostuu tautiopin,  
kliinisen lääketieteen, farmakologian ja reseptiopin  
(yhteensä vähintään 20 op) sekä kliinisen hoitotyön  
opintokokonaisuuksista. (1089/2010, 4 §.)

Sairaanhoitajan lääkkeenmääräämiskoulutuksen  
suomalainen korkeakouluverkosto (2024)

suosittelee koulutuksen opintokokonaisuuksiksi:

- lääkehoidon eettinen ja juridinen tietoperusta  
hoitotyössä 4–5 op
- kliininen tutkiminen, päätöksenteko ja  
hoitotyön toteuttaminen (sisältää tautiopin ja  
kliinisen lääketieteen) 15 op
- farmakologia ja lääkkeen määrääminen  
(sisältää reseptiopin) 11–15 op
- turvallinen lääkehoito asiakastilanteissa  
10–15 op.

Ammattikorkeakoulut ja yliopistot toimivat  
yhteistyössä koulutuksen järjestämisessä.  
Rajatun lääkkeenmääräämisen koulutusta  
ovat järjestäneet seuraavat nykyisistä  
ammattikorkeakouluista:

- Jyväskylän ammattikorkeakoulu (Jamk)
- Laurea-ammattikorkeakoulu

- Oulun ammattikorkeakoulu (Oamk)
- Kareliah-ammattikorkeakoulu
- Tampereen ammattikorkeakoulu (TAMK)
- Turun ammattikorkeakoulu (Turku AMK)
- LAB-ammattikorkeakoulu
- Savonia-ammattikorkeakoulu
- Yrkeshögskolan Novia ja Vaasan ammattikori-  
keakoulu (VAMK) yhteistoteutuksena.

Itä-Suomen yliopisto tarjoaa farmakologian ja  
reseptiopin opintokokonaisuudet sairaanhoitajan  
lääkkeenmääräämisen koulutukseen (Itä-Suomen  
yliopisto n.d.; Marjala, 2024). Rajatun lääkkeen-  
määräämisen koulutuksessa yhteistyötahoina  
ovat toimineet myös Tampereen ja Oulun yliopistot  
(STM, 2018a).

Sairaanhoitajan rajatun lääkkeenmääräämisen  
edellyttämää koulutusta järjestävät ammatti-  
korkeakoulut ja yliopistot on veloitettu teke-  
mään yhteistyötä (1089/2010). Sairaanhoitajan  
lääkkeenmääräämiskoulutuksen suomalainen  
korkeakouluverkosto toimii koulutusta  
toteuttavien korkeakoulujen ja yliopiston  
keskinäisenä yhteistyöryhmänä. Korkeakoulu-  
verkoston tavoitteena on suunnitelmallinen ja  
säännöllinen yhteistyö sairaanhoitajan lääk-  
keenmääräämisen koulutuksen kehittämiseksi  
ja laadun varmistamiseksi. (Sairaanhoitajan  
lääkkeenmääräämiskoulutuksen suomalainen  
korkeakouluverkosto, 2024.)

Teoneettisten opintojen lisäksi koulutus sisältää  
käytännön opiskelua terveydenhuollon toiminta-  
yksikössä. Ammattikorkeakoulun ja terveyden-  
huollon toimintayksikön on sovittava opiskelijan  
ohjaamisesta kirjallisesti. Työssä tapahtuvaa  
oppimista ohjaa laillistettu lääkäri, joka vastaa  
opiskelijan välittömästä ohjauksesta ja osallistuu  
työelämässä tapahtuvan näytön arviointiin.  
(1089/2010, 4 §.)

Koulutuksen tuottama osaaminen osoitetaan  
näytöllä, joka koostuu valtakunnallisesta  
kirjallisesta kokeesta ja työelämässä tapahtu-  
vasta näytöstä. Rajatun lääkkeenmääräämisen  
osaamisen varmentamisessa ammattikori-  
keakoulut ja yliopistot toimivat yhteistyössä.  
(1089/2010, 5 §.) Korkeakoulu antaa opiskeli-  
jalle todistuksen koulutuksen suorittamisesta.

Todistukseen merkitään koulutuksen laajuus, osaamiskokonaisuudet ja niiden näyttö, tieto koulutukseen sisältyvää käytännön opiskelua ohjanneesta lääkäristä sekä tieto siitä, että kyseessä on rajatun lääkkeenmääräämisen erikoispätevyyden edellyttämä koulutus. (1089/2010, 7 §.)

Kun opiskelija merkitään ammattikorkeakoulun opintorekisterissä valmistuneeksi, tieto valmistumisesta siirtyy korkeakoulujen valtakunnallisen tietovarannon VIRTA-opintotietopalveluun, josta se näkyy Valviralle. Lisäksi tieto valmistumisesta siirtyy automaattisesti Opintopolkuun. (Sairaanhoitajan lääkkeenmääräämiskoulutuksen suomalainen korkeakouluverkosto, 2024.)

Valvira merkitsee tiedon rajatun lääkkeenmääräämisen erikoispätevyydestä terveydenhuollon ammattihenkilöiden keskusrekisteriin (559/1994, 14 §) ja antaa lääkkeenmääräämishoitajalle yksilöintitunnuksen, jota tämän tulee käyttää laatiessaan lääkemääräyksiä (559/1994, 22 a §).

Maksu sairaanhoitajan rajatun lääkkeenmääräämisen erikoispätevyydestä tai muun erikoispätevyyden merkitsemisestä Valviran rekisteriin on 235 euroa (STM asetus Sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontaviraston maksullisista suoritteista vuosina 2024 ja 2025, 1281/2023).

Työntantajille maksetaan valtion koulutuskorvausta rajatun lääkkeenmääräämisen edellyttämästä koulutuksesta. Korvausta on maksettu vuodesta 2019 lähtien (STM, 2018b) ja siitä on säädetty Terveydenhuoltolaissa (1326/2010, 60 a §). Työnantajat hakevat koulutuskorvausta Aluehallintovirastosta. Vuonna 2024 valtion koulutuskorvauksen suuruus oli asetuksella määritelty olevan 4 900 euroa (Aluehallintovirasto, 2024; STM asetus sairaanhoitajan rajatun lääkkeenmääräämisoikeuden edellytyksenä olevan koulutuksen korvauksen suuruudesta vuonna 2024, 350/2024). Valtion budjettiesityksessä vuodelle 2025 varaus terveydenhuoltolain (1326/2010) 60 a §:n mukaisen rajatun lääkkeenmääräämisen erikoispätevyyteen johtavan koulutuksen korvaukseen oli enintään 500 000

euroa (Valtiovarainministeriö, n.d.). Vuonna 2018 rajatun lääkkeenmääräämisoikeuden saavien henkilöiden määrän arvioitiin nousevan enintään 100 henkilöön vuodessa (HE 202/2018).

## 2.4. Tutkittua tietoa ja selvityksiä rajatusta lääkkeenmääräämisestä Suomessa

Tässä selvityksessä keskitytään kuvaamaan Suomessa tehtyjä tutkimuksia ja selvityksiä rajatusta lääkkeenmääräämisestä. Lääkkeenmääräämishoitajien toiminnasta ja sen vaikuttavuudesta on Suomessa tehty vielä melko vähän tutkimusta (Laapio-Rapi ym. 2019; Pasternack ym., 2018). Erilaisia opinnäytetöitä, esimerkiksi osana ylempää ammattikorkeakoulututkintoa, on viime vuosina tehty enenevässä määrin (esimerkiksi Isosävi, 2014; Karhunen, 2014; Sakara, 2014; Gröhn, 2017; Loukkaanhuhta, 2017; Savolahti, 2017; Liipo, 2019; Virtala, 2020; Hänninen, 2021; Pylvänäinen, 2021; Kosonen & Pyysalo, 2022; Elovaara, 2023; Hannus, 2023; Huttunen, 2023; Bogdanoff, 2024; Friström, 2024; Heikkinen & Manneri, 2024; Kotanen, 2024; Luukkola & Tuulikallio, 2024).

STM selvitti hoitotyön professiojohtajien näkemyksiä rajatusta lääkkeenmääräämisestä osana kliinisesti erikoistuneiden sairaanhoitajien ennakoitua tarvetta käsittelevää selvitystä syksyllä 2023 (Karhe ym., 2024). STM:n selvityksessä käytetään käsitettä LMEP-sairaanhoitaja. LMEP-lyhenne on muodostettu sanoista 'lääkkeenmääräämisen erikoispätevyys'. Hoitotyön johtajien mukaan lääkkeenmääräämishoitajia tarvitaan kaikilla viidellä yhteistyöalueella. Lisäkoulutustarpeeksi arvioitiin selvityksessä 763 lääkkeenmääräämishoitajaa vuosien 2024–2028 välisenä aikana. Lisätarvetta nähtiin erityisesti kiirevastaanottopalveluissa, päivystysvastaanotoilla ja sairaanhoitajien vastaanottopalveluissa. Muita palveluita, joissa arvioitiin olevan lisätarvetta, olivat puhelin- ja digivastaanotot, erikoissairaanhoidon avovastaanotot, seksuaali- ja ehkäisyneuvolat sekä muun muassa kotisairaanhoito, koulu- ja opiskelijaterveydenhuolto, perhesuunnittelu ja työterveyshuolto. Hoitotyön johtajat tunnistivat selvityksessä useita tekijöitä,

jotka toimivat esteinä lääkkeenmääräämisoikeuden täysimääräiselle hyödyntämiselle. Tällaisia tekijöitä olivat muun muassa epäselvä työnjako, ammattikuntien näkemuserot, vanhentuneet toimintatavat, lainsäädännön esteet sekä määrätävissä olevien lääkkeiden valikoiman rajallisuus. Raportissa annettiin hyvinvointialueille useita ehdotuksia, joilla rajattua lääkkeenmääräämistä voitaisiin paremmin hyödyntää. Lisäksi lainsäädännön esteet rajatulle lääkkeenmääräämiselle tulisi selvityksen suositusten mukaan purkaa. (Karhe ym., 2024.)

Itä-Suomen yliopistossa toteutetun, rekisteriaineistoon perustuvan pro gradu -tutkielman (Koskiniemi, 2022) ja sen perusteella tehdyn kansainvälisen tieteellisen artikkelin (Koskiniemi ym., 2023) mukaan lääkkeenmääräämishoitajan vastaanotolta lääkemääräyksen saaneilla asiakkailla oli hieman vähemmän uusintakäyntejä kuin vastaavia lääkemääräyksiä lääkärin vastaanotolta saaneilla. Rekisteriaineisto kerättiin Etelä-Karjalan sosiaali- ja terveystieteiden (Eksote) potilastietojärjestelmästä vuosina 2018–2019. Tutkimuksessa huomioitiin vain ne vastaanottokäynnit, joilla lääkkeenmääräämishoitaja tai lääkäri määräsi tiettyjä lääkkeitä (fenoksimetyyliipenisilliini, trimetopriimi, pivmesilliinami, kloramfenikoli, kefaleksiini, fusidiinihappo). Tulosten mukaan ensikäynti jäi ainoaksi käynniksi 32 prosentissa lääkkeenmääräämishoitajan vastaanotoista ja 27 prosentissa lääkärin vastaanotoista. On kuitenkin mahdollista, että lääkärin vastaanotolle ohjautui enemmän hoitoa tarvitsevia potilaita ja samalla vastaanottokäynnillä mahdollisesti hoidettiin muitakin sairauksia. Johtopäätöksissä kiinnitettiin huomiota siihen, että lääkärit määräisivät toimintayksikössä lääkkeitä, joita myös lääkkeenmääräämishoitaja olisi voinut määrätä. (Koskiniemi, 2022; Koskiniemi ym., 2023.)

Laapio-Rapin (2020) väitöstutkimuksessa selvitettiin sitä, miten sairaanhoitajien rajatun lääkkeenmääräämistöiminnan vaikutuksia voidaan arvioida. Kaikkein myönteisimmin lääkkeenmääräämistöiminta koettiin toteutuvan perhesuunnitteluneuvolassa ja opiskeluterveydenhuollossa. Näissä toimipisteissä lääkkeenmääräämishoitajien tehtävänkuva koettiin

selkeäksi. Rajattua lääkkeenmääräämistä koettiin kaikkein haasteellisemmaksi toteuttaa pienillä terveysasemilla. Asiakkaat eivät ohjautuneet näissä toimipisteissä oikein. Lääkkeenmääräämishoitajille ohjautui pienillä terveysasemilla paljon asiakkaita, joita muutkin hoitajista olisivat voineet hoitaa. Lisäksi pienillä terveysasemilla käyntien osuus lääkkeenmääräämishoitajien kontakteista oli pienin (35 %), kun se oli esimerkiksi opiskeluterveydenhuollossa paljon suurempi (70 %). Tutkijan mukaan lääkkeenmääräämishoitajien työnkuvaa tulisi muokata siten, että se sisältäisi mahdollisimman paljon vastaanottokäyntejä (eikä esimerkiksi puhelintyötä) ja siten, että asiakkaat ohjautuisivat oikealle ammattihenkilölle. Tutkimuksessa todettiin, että kun lääkkeenmääräämishoitaja teki paljon käyntikontaktityötä, työn tuottavuus oli parempi ja suoritekohtaiset kustannukset olivat matalampia. Rajatulla lääkkeenmääräämisellä oli positiivisia vaikutuksia myös ammattihenkilöiden itsensä näkökulmasta. Lääkkeenmääräämishoitajat kokivat, että heidän osaamisensa oli kehittynyt rajatun lääkkeenmääräämisen myötä ja samalla työn mielekkyys oli lisääntynyt. (Laapio-Rapi, 2020.)

Sairaanhoitajien lääkkeenmääräämisoikeuden vaikutuksia teollisuusmaiden avoterveydenhuollossa selvitettiin Summaryx Oy:n tuottamassa, nopealla aikataululla tuotetussa kirjallisuuskatsauksessa (Pasternack ym., 2018). Katsaukseen valikoitui kahdeksan järjestelmällistä katsausta. Katsauksen mukaan hoitajien lääkkeenmääräämisoikeus vaikutti turvalliselta tavalta hoitaa avoterveydenhuollossa valikoituja potilasryhmiä silloin, kun lääkkeenmääräämishoitajalla oli sopiva koulutus ja riittävä tuki työlleen. Kirjoitettujen reseptien lukumäärässä tai lääkevalinnoissa ei ollut suuria eroja lääkäreihin verrattuna. Vastaanottoajat olivat lääkkeenmääräämishoitajilla jonkin verran pidempiä kuin lääkäreillä ja uusintakäyntejä oli enemmän. Tutkijoiden mukaan muissa maissa tehtyjen tutkimusten tuloksia on sovellettava Suomessa varovaisesti, koska tutkimusnäyttö on vielä niukkaa. Lisäksi sairaanhoitajien lisäkoulutus, tehtävänkuvat, saatu tuki ja lääkkeenmääräämisoikeuden laajuus vaihtelevat eri maissa. (Pasternack ym., 2018.)

Hopian ym. (2016) laadullisessa tutkimuksessa kuvattiin rajatun lääkkeenmääräämisen koulutuksessa opiskelevien sairaanhoitajien, terveydenhoitajien ja kättilöiden (n = 31) kokemuksia ammatillisesta osaamisesta ja sen kehittymisestä. Tutkimuksessa tunnistettiin lääkkeenmääräämisosaamisen kehittymistä edistäviä ja estäviä tekijöitä. Osaamisen kasvamista edistivät esimerkiksi potilaan kliinisessä tutkimisessa kehittyminen sekä työyhteisön ja ohjaajan tuki. Opiskelijoiden verkostoituminen opintojen aikana tunnistettiin tärkeäksi edistäväksi tekijäksi. Osaamisen kehittymistä estäviksi tekijöiksi opiskelijat kokivat esimerkiksi epäselvät lääkkeenmääräämishoitajien työnkuvat ja puutteelliset potilaiden hoitosuunnitelmat. (Hopia ym., 2016.)

STM asetti vuonna 2013 rajatun lääkkeenmääräämisen asiantuntijaryhmän, joka toteutti selvityksen rajatusta lääkkeenmääräämisestä (STM, 2015). Selvityksellä tuotettiin tietoa rajatun lääkkeenmääräämisen koulutuksessa saadusta osaamisesta, lääkkeenmääräämisen turvallisuudesta sekä työnjaon kehittämisen vaikutuksista palveluiden järjestämiseen, hoitoon pääsyyn ja mahdollisiin kustannussäästöihin. Selvityksen toteuttamisvaiheessa vuonna 2014 lääkkeitä määrääviä sairaanhoitajia oli toimintayksiköissä töissä vielä vähän. Rajatun lääkkeenmääräämisen lisäkoulutuksen (45 op) laajuuden ja sisällön kokonaisuutena arvioitiin vastaavan sairaanhoitajan toteuttaman oireenmukaisen hoidon ja rajatun lääkkeenmääräämisen asettamia vaatimuksia. Toimintayksiköissä sairaanhoitajien lääkkeenmääräämiseen suhtauduttiin yleisesti myönteisesti tai melko myönteisesti. Osa vastaajista arvioi sairaanhoitajan lääkkeenmääräämisen hyötyjen jääneen pieneksi, koska sairaanhoitajat olivat laatineet lääkemääräyksiä määrällisesti vähän. Rajatusta lääkkeenmääräämisestä koettiin toimintayksiköissä saatavan enemmän hyötyjä, kuin siihen liittyi epäkohtia. Hyödyiksi koettiin muun muassa potilaiden nopeampi hoitoon pääsy ja lääkäreiden paremmat mahdollisuudet keskittyä vaativampiin

potilastapauksiin. Lääkkeenmääräämishoitajien vastaanotot eivät kuormittaneet lääkäreiden arvion mukaan lääkärin työtä paljoakaan. Sairaanhoitajat näkivät hyötyjä liittyen työtyytyväisyyteen ja uralla etenemismahdollisuuksiin kliinisessä hoitotyössä. Suurin osa potilaista oli joko täysin tyytyväisiä tai tyytyväisiä lääkkeenmääräämishoitajan vastaanottokäyntiin. Kustannussäästöjä selvityksessä arvioitiin saavutettavan, jos osa potilaista voitaisiin ohjata lääkkeenmääräämishoitajan vastaanotolle lääkärin vastaanottojen sijaan. Selvityksen perustella asiantuntijaryhmä esitti monia ehdotuksia rajatun lääkkeenmääräämisen, lainsäädännön ja koulutuksen kehittämiseksi. (STM, 2015.)

Vesterinen (2014) toteutti laadullisen tapaustutkimuksen rajatun lääkkeenmääräämisoikeuden koulutuksen vuosina 2012-2013 suorittaneiden hoitajien (n = 58) tehtäväalueista ja työnkuvista. Lisäksi lääkkeenmääräämishoitajien esihenkilöitä osallistui tutkimukseen (n = 16). Lääkkeenmääräämishoitajien mukaan tärkeimmät syyt hakeutua lisäkoulutukseen olivat olleet: 1. oman osaamisen kehittäminen, 2. työn itsenäisyyden vahvistaminen, 3. kliinisellä uralla eteneminen ja 4. mahdollisuus parempaan palkkaan. Tutkimuksen mukaan lääkkeenmääräämishoitajat työskentelivät pääsääntöisesti terveysasemilla sekä virka-ajan ulkopuolisessa yleislääkäripäivystyksessä päivystävinä hoitajina. Osa lääkkeenmääräämishoitajista piti vastaanottoa pitkäaikaissairaiden potilaiden omahoitajana. Lääkkeenmääräämishoitajia työskenteli myös perhesuunnittelu- ja äitiysneuvoloissa. Lääkkeenmääräämishoitajat kokivat, että he olivat saaneet lisää osaamista varsinkin potilaan tutkimisessa koulutuksen myötä. Se paransi vastaajien mukaan hoidon sujuvuutta ja kokonaisvaltaisuutta. Tutkijan mukaan tärkeää on lääkkeenmääräämishoitajan työnkuvan ja tehtäväalueen hyvä suunnittelu, jotta hoitajien lisäosaaminen saadaan mahdollisimman hyvin organisaation hyödyksi. Myös potilaiden tiedottaminen uusista työnkuvista oli tutkijan mukaan tärkeää. (Vesterinen, 2014.)

# 31

## **Kliinisen hoitotyön uramallit**

### 3.1. Sairaanhoidajien kliinisen hoitotyön uramallit

Urapolkumallien kehittäminen sote-alalle on yksi hallitusohjelmassa mainituista keinoista sote-alan henkilöstön saatavuuden ja pysyvyyden varmistamiseksi (Valtioneuvosto, 2023). Myös eduskunnan hoitotyön verkosto on suositellut kansallisesti yhtenäisen hoitotyön uramallin kehittämistä lisäämään työn veto- ja pitovoimaa (Eduskunnan hoitotyön verkosto, 2024). STM:n kliinisesti erikoistuneita sairaanhoitajia koskevassa selvityksessä (Karhe ym., 2024) suositeltiin seuraavasti: yhteistyöalueen kaikilla hyvinvointialueilla otetaan käyttöön yhtenäinen asiakas- ja potilastarpeesta lähtevä kliinisen hoitotyön osaamisen uramalli (s. 55).

STM:n toimeenpanemassa Hyvän työn ohjelmassa eri ammattiryhmien uramallien sekä kliinisen hoitotyön uramallien kehittäminen ovat osa vuosille 2024–2027 asetettuja tavoitteita (Kirkonpelto & Mäntyranta, 2024). Hoitotyön professiojohtajat ilmoittivat syksyllä 2023, että kolmella yhteistyöalueella uramalli oli käytössä jollakin sen hyvinvointialueista. Yhdeksällä hyvinvointialueella uramallia oltiin ottamassa käyttöön. Vastaavasti kymmenellä hyvinvointialueella uramalli ei ollut tuolloin käytössä. (Karhe ym., 2024.)

Aura-malli oli ensimmäinen Suomessa terveydenhuollon organisaatiossa kehitetty ja käytöön otettu kliinisen hoitotyön uramalli. Aura-malli julkaistiin vuonna 1995 Hyksissä (Meretoja, 2015), joten sen käyttöönotosta on jo kolme vuosikymmentä. Alkuperäisessä Aura-mallissa sairaanhoitajan oli mahdollista kehittää ammatillista pätevyyttään ja edetä kliinisellä uralla hoitotyössä viidellä tasolla:

1. perehtyvä, 2. suoriutuva, 3. pätevä, 4. taitava, ja 5. asiantuntija. Ammattiuran aikaista pätevyyden kehittymistä tuettiin mallissa täydennyskoulutuksella, mentoroinnilla ja osaamiskartoituksilla (Kotila ym., 2016; Vallimies-Patomäki ym., 2020).

Aura-malli on HUS:ssa päivitetty Astu-ohjelmaksi (ammattiuralla siirtymisen tuki). Se sisältää ammattiuralla siirtymisen tukiohjelmia. Osaaminen arvioidaan mallissa asteikolla 1. suoriutuva, 2. pätevä ja 3. asiantuntija. Asiantuntijatasoon saavuttaminen edellyttää mallissa yli kolmen vuoden työkokemusta ja lisäkoulutusta (HUS:n aikaisempi Taitava hoitaja -koulutus, terveystieteiden maisterin tutkinto tai ylempi ammattikorkeakoulututkinto). Asiantuntijatasoon saavuttaneet hoitajat voivat esimerkiksi pitää itsenäistä hoitajavastaanottoa HUS:ssa. (HUS, 2023; HUS, 2024.)

Sairaanhoidajien kliinisen hoitotyön uramallia on kansallisella tasolla mallinnettu ja kuvattu Suomen Sairaanhoidajien (aiemmin Suomen sairaanhoitajaliitto) laajavastuisen hoitotyön asiantuntijaryhmässä. Raporteissaan (Suomen sairaanhoitajaliitto, 2016; Suomen Sairaanhoidajat, 2023) asiantuntijaryhmä on kartoittanut laajavastuisen hoitotyön nykytilaa Suomessa ja antanut suosituksia kehittämistyöhön. Kliinisen uramallin ensimmäisen vaiheen kehitystyö asiantuntijaryhmässä on kuvattu Jokiniemi ym. (2020) kansainvälisessä artikkelissa.

Laajavastuisen hoitotyön asiantuntijaryhmä on kuvannut suosituksen sairaanhoitajan kliinisen hoitotyön uramallille ja yhtenäisille nimikkeille. Uramallin kolme tasoa ovat 1. sairaanhoitaja, 2. erikoistunut sairaanhoitaja, 3. laajavastuisen hoitotyön asiantuntija, jonka alla on kaksi eri tehtäväkuva: asiantuntijasairaanhoitaja ja kliinisen hoitotyön asiantuntija (Kuvio 2).

**Kuvio 2.** Sairaanhoidajan kliinisen hoitotyön uramalli (Suomen Sairaanhoidajat, 2023, s. 16). Lupa kuvion käyttöön on saatu Suomen Sairaanhoidajat ry:ltä.

Sairaanhoidaja FINQF-taso 6	Erikoistunut sairaanhoitaja FINQF-taso 6–7	Laajavastuisen hoitotyön asiantuntija FINQF-taso 7–8 Asiantuntijasairaanhoitaja   Kliinisen hoitotyön asiantuntija
<b>KOULUTUS</b> Perustutkinto 210 op	<b>KOULUTUS</b> Erikoistumiskoulutus, täydennyskoulutus 30–60 op	<b>KOULUTUS</b> Ylempi korkeakoulututkinto (YAMK tai maisterin tutkinto) Akateeminen jatkotutkinto (tohtorin tutkinto, dosentti)
	<b>Rajattu lääkkeenmääräämisoikeus (45 op)</b> FINQF-taso 7 <b>Kliinisen hoitotyön erityispätevyys</b>	



Uramallin kolmas taso, laajavastuisten hoitotyön asiantuntija, edellyttää ylempää korkeakoulututkintoa (FINQF-taso 7 tai 8), joka mahdollistaa tarvittavan osaamisen kehittymisen ja uralla etenemisen kliinisessä hoitotyössä. Laajavastuisten hoitotyön asiantuntija pystyy vaativaan itsenäiseen päätöksentekoon toimiessaan sosiaali- ja terveydenhuollon toimintaympäristöissä. (Suomen sairaanhoitajaliitto, 2016; Suomen Sairaanhoitajat, 2023.)

Uramallissa rajatun lääkkeenmääräämisoikeuden omaavat sairaanhoitajat on sijoitettu liukuvasti kahdelle tasolle: erikoistunut sairaanhoitaja ja laajavastuinen hoitotyö. Perusteena tälle ratkaisulle oli se, että vaikka rajatun lääkkeenmääräämisen opinnot ovat samalla tasolla (FINQF 7) kuin ylemmät korkeakoulututkinnot, kyse ei kuitenkaan ole ylemmästä korkeakoulututkinnosta, joka kansainvälisen suosituksen (ICN, 2020) mukaan on vähimmäisedellytys laajavastuisten hoitotyön tasolla. Työryhmä kuitenkin näki, että lääkkeenmääräämisoikeus antaa valmiuksia kliiniseen potilastyöhön esimerkiksi asiantuntijasairaanhoitajan tehtävässä (Suomen Sairaanhoitajat, 2023). Perusteita olisi myös sijoittaa lääkkeenmääräämisoikeuden omaavat sairaanhoitajat uramallissa puhtaasti laajavastuisten hoitotyön luokkaan, ja näin on tehty alueellisesti ainakin Eksoten alueella, kun uramallia (Suomen sairaanhoitajaliitto, 2016) on sovellettu (Luumi & Pyysalo, 2022).

Uramallissa myös Suomen Sairaanhoitajien myöntämä kliinisen hoitotyön erityispätevyysnimike on sijoitettu liukuvasti kahdelle tasolle: erikoistunut sairaanhoitaja ja laajavastuinen hoitotyö. Nimikkeen saaminen ei edellytä ylempää korkeakoulututkintoa (vaikka osalla nimikkeen saaneista se on), mutta myöntämisen vaatimuksena on vankan kliinisen osaamisen ja työkokemuksen lisäksi näyttöjä muun muassa tutkivasta ja kehittävästä työtoteesta sekä opetus- ja julkaisuutoiminnasta. (Suomen sairaanhoitajaliitto, 2016; Suomen sairaanhoitajaliitto, 2020.)

Suomeen on kehitetty palliatiivisen hoidon sairaanhoitajan asiantuntijamalli, joka julkaistiin loppuvuodesta 2024 (Laine ym., 2024). Se kuvaa sairaanhoitajien kliinistä urapolkua palliatiivisessa hoidossa. Tämä asiantuntijamalli on tehty

STM:n toimeenpanemassa Hyvän työn ohjelmassa eri ammattiryhmien uramallien sekä kliinisen hoitotyön uramallien kehittäminen ovat osa vuosille 2024–2027 asetettuja tavoitteita (Kirkonpelto & Mäntyranta, 2024).

edistämään palliatiivisen hoidon asiantuntijuuden tunnistamista ja hyödyntämistä sekä vähentämään sairaanhoitajien asiantuntijatehtävänkuvissa esiintyvää vaihtelua. Asiantuntijamallin kehittämisen perustana on ollut näyttöön perustuvan toiminnan asiantuntijuusmallit (Hoitotyön tutkimussäätiö [Hotus] n.d.) sekä sairaanhoitajan kliinisen hoitotyön uramalli (Suomen Sairaanhoitajat, 2023) ja palliatiivisen hoidon suositus (Saarto & Finne-Soveri, 2019). Sairaanhoitajien kliinisen asiantuntijamallin tasot palliatiivisessa hoidossa ovat: 1. sairaanhoitaja, 2. erikoistunut sairaanhoitaja, 3. asiantuntijasairaanhoitaja, 4. kliinisen hoitotyön asiantuntija sekä 5. kliinisen hoitotieteen asiantuntija. (Laine ym., 2024.)

Terveydenhuollon toiminnan on perustuttava näyttöön sekä hyviin hoito- ja toimintakäytäntöihin Terveydenhuoltolain (1326/2010) 8 § mukaan. Myös laissa sosiaali- ja terveydenhuollon valvonnasta (741/2023) 10 § säädetään terveydenhuollon toiminnan perustumisesta näyttöön sekä hyviin hoito- ja toimintakäytäntöihin. Vuonna 2022 päivitetyn FinAME (the Action Model of Expertise) -asiantuntijuusmallin™ (Hoitotyön tutkimussäätiö [Hotus] n.d.) tarkoituksena on kuvata hoitotyön asiantuntijoiden toimintaa JBI:n näyttöön perustuvan terveydenhuollon (NPTH) mallin vaiheiden mukaisesti. Laajavastuisten hoitotyön asiantuntijatehtävissä työskentelevillä on koulutukseensa ja asemaansa perustuen enemmän vastuuta näyttöön perustuvan hoitotyön (NPH) kehittämisessä. (Tuomikoski ym., 2023.) FinAME-asiantuntijuusmallia™ voidaan hyödyntää näyttöön perustuvan toiminnan tukirakenteena (Tuomikoski ym., 2019), mutta se ei kuitenkaan ole kliinisen hoitotyön uramalli (Hotus, n.d.).

### 3.2. Laajavastuuden hoitotyön käsitteet suomeksi ja englanniksi

Asiantuntijatyöryhmän raporteissa (Suomen sairaanhoitajaliitto, 2016; Suomen Sairaanhoitajat, 2023) laajavastuuden hoitotyön käsitteet on käännetty englannista. Niillä on kansainväliset vastineensa. Raporteissa laajavastuuden hoitotyön ja sen eri tehtävänkuvien määritelmät pohjaavat kansainvälisen sairaanhoitajaliiton (ICN), määritelmiin ja vaatimustasoon (viimeisin: ICN, 2020) ja ne on sovellettu Suomen toimintaympäristöön. Lisäksi keskeiset laajavastuuden hoitotyön käsitteet on julkaistu suomeksi ohjelehtisenä, jotta käsitteiden käyttö yhtenäistyisi tutkimuksissa, kehittämishankkeissa ja opinnäytetöissä Suomessa (Suomen Sairaanhoitajat, 2024a).

Yläkäsitteenä englanninkielinen lyhenne *APN* voi viitata joko toimintaan *Advanced Practice Nursing*, suomeksi **laajavastuinen hoitotyö**, tai ammattihenkilöön *Advanced Practice Nurse*, suomeksi **laajavastuuden hoitotyön asiantuntija**. Näiden yläkäsitteiden alla tunnustetaan erilaisia tehtävänkuvia, joista kaksi kansainvälisesti ja Suomessa yleisimmin tunnustettua ovat **asiantuntijasairaanhoitaja**, englanniksi *Nurse Practitioner*, *NP* ja **kliinisen hoitotyön asiantuntija**, englanniksi *Clinical Nurse Specialist*, *CNS*. Asiantuntijasairaanhoitajan työn pääpaino on välittömässä, laajavastuisessa kliinisessä hoitotyössä, sisältäen myös perinteisesti lääkärille kuuluvia tehtäviä. Kliinisen hoitotyön asiantuntijan tehtävänkuvassa korostuvat laadukkaana hoitotyön kehittäminen, mahdollistaminen ja arviointi, joskin työssä tulee olla vahva kliinisen työn osaaminen ja orientaatio. (Suomen Sairaanhoitajat, 2023; Suomen Sairaanhoitajat, 2024.)

### 3.3. Asiantuntijasairaanhoitajat Suomessa

Vastaus kysymykseen, mikä ammattiryhmä Suomessa vastaisi kansainvälistä asiantuntijasairaanhoitajan (*Nurse Practitioner*) määritelmää, ei ole yksiselitteinen. Asiantuntijasairaanhoitajalla on vähintään maisteritasoinen tutkinto (ylempi korkeakoulututkinto) kansainvälisen sairaanhoitajaliiton (ICN, 2020) määritelmän mukaan. Asiantuntijasairaanhoitajan tutkintoon johtavassa koulutuksessa korostuu kansainvälisesti laajavas-

tuinen ja näyttöön perustuva kliininen osaaminen, johon kuuluu esimerkiksi terveydentilan arviointi, diagnosointi, läheteiden laatiminen ja terveyden edistäminen. Asiantuntijasairaanhoitajilla on usein myös lääkkeenmääräämisoikeus, jonka laajuus vaihtelee. Lisäksi asiantuntijasairaanhoitajilla on koulutus-, tutkimus- ja johtamisosaamista. Oleellista koulutuksessa on tietty vähimmäismäärä kliinistä harjoittelua, jota ohjaa kokenut asiantuntijasairaanhoitaja tai lääkäri. Koulutuksen ja sen sisällön tulisi olla säänneltyä. Koulutuksen tulisi johtaa nimenomaan asiantuntijasairaanhoitajuuteen, muu yleisempi maisterikoulutus ei tätä vastaa. Valmistuneet tulisi rekisteröidä ja tunnustaa virallisesti. Tehtävänkuvan tulisi olla selkeästi itsenäisempi kuin sairaanhoitajalla. (ICN, 2020.)

Suomalainen rajatun lääkkeenmääräämisen koulutus vastaa edellä kuvattua kansainvälistä asiantuntijasairaanhoitajan määritelmää monelta osin, kuten esimerkiksi koulutuksen ja opetussuunnitelman sääntelyn, ohjatun harjoittelun sekä valmistuneiden rekisteröinnin osalta. Lisäksi koulutuksen painopiste on nimenomaan kliinisessä, laajavastuisessa osaamisessa. Lääkkeenmääräämisen koulutus ei kuitenkaan ole ylempi korkeakoulututkinto, vaikka on samalla FINQF-tasolla 7. Se jää myös vaillinaiseksi koulutus-, tutkimus- ja johtamisosaamisen osalta. (vrt. Valtioneuvoston asetus lääkkeen määräämisen edellyttämästä koulutuksesta, 1089/2010.)

Suomessa kliinisen asiantuntijan YAMK-tutkinto on ylempi korkeakoulututkinto. Vaikka sen usein katsotaan Suomessa vastaavan asiantuntijasairaanhoitajan koulutusta, YAMK-koulutus ei kuitenkaan täysin vastaa kansainvälisesti asiantuntijasairaanhoitajan (*Nurse Practitioner*) määritelmän mukaista koulutusta (Suutarla ym., 2023). Valtioneuvoston asetus ammattikorkeakouluista (2014/932) ei mahdollista kliinistä harjoittelua osana YAMK-tutkintoja. Koulutuksesta valmistuneita ei rekisteröidä Valviran ammattihenkilörekisteriin eikä koulutuksen ammatillista sisältöä säännellä. Koulutuksen opetussuunnitelmien yhtenäistämisen ja sisällön suhteen on tehty kehittämistyötä, jotta se vastaisi kansainvälistä määritelmää (Sulo-saari ym., 2020), mutta käytännössä opetussuunnitelmat ja käytännöt kliinisen sisällön opettamisen suhteen vaihtelevat ammattikorkeakoulujen välillä.

Työelämässä ei välttämättä tunnisteta osaamista (Alastalo, 2024) ja koulutuksen työelämärelevanssissa on kehitettävää (Suomen Sairaanhoidajat, 2023). Työelämässä nimikkeet vaihtelevat, eikä asiantuntijasairaanhoitajan nimike ole yhtenäisesti käytössä (Flinkman, 2018; Ylimäki, 2024a). Kansalaiset eivät myöskään tunne riittävästi laajavastuisen hoitotyön asiantuntijoiden roolia terveydenhuollon palvelujen tuottajina ja kehittäjinä (Ylimäki, 2024b).

Suomessa ensimmäinen yliopistossa toteutettava asiantuntijasairaanhoitajan koulutus aloitettiin Åbo Akademiassa vuonna 2021 (Master's Degree Programme in Advanced Practice Nursing). Koulutukseen sisältyy kliinistä harjoittelua, mutta se ei sisällä lääkkeenmääräämiskoulutusta. (Åbo Akademi University n.d.) Itä-Suomen yliopisto puolestaan koordinoi EU-MasterAPN-hanketta, jossa kehitetään yhteistä eurooppalaista maisteriohjelmää laajavastuisen hoitotyön asiantuntijoiden kouluttamiseksi. Tässä hankkeessa selvitetään, onko Euroopan tasoinen yhteinen maisteriohjelma toteutettavissa. (Itä-Suomen yliopisto, 2024.)

Länsirannikon hyvinvointialueilla toteutettiin vuonna 2024 kehittämishanke, jonka tavoitteena oli edistää sairaanhoitajien kliinisten urapolkujen kehittämistä, lisätä tietoa kliinisesti erikoistuneiden sairaanhoitajien osaamisen hyödyntämisestä sekä tukea asiantuntijasairaanhoitajien tehtävänkuvien vakiinnuttamista alueella. Osana tätä hanketta kehitettiin uudenlainen kandidaattimalli asiantuntijasairaanhoitajan kouluttamiseen, joka toteutettaisiin kliinisen asiantuntijan YAMK-koulutuksena. Tässä koulutusmallissa korostuisi työnantajan ja ammattikorkeakoulun tiivis yhteistyö sekä opiskelijan henkilökohtaisen oppimispolun näätälöinti. Hankkeessa tunnustettiin keskeisiksi kansallisiksi tavoitteiksi muun muassa asiantuntijasairaanhoitajan tehtävänkuvien vaikuttavuuden mittaaminen ja yhtenäisen unamallin kehittäminen. (Nurmi ym., 2024.)

Sairaanhoitajan lääkkeenmääräämisoikeus voidaan kansainvälisesti tunnistaa myös omana erillisenä kokonaisuutenaan, tehtävänkuvan laajentamisena, ilman kytköstä asiantuntijasairaanhoitajan (Nurse Practitioner) tehtävänkuvaan (ICN, 2021). Kuitenkin kansainvälistä vertailta-

vuutta ja kansallista selkeyttä voisi edesauttaa se, jos Suomessa jatkossa rajattu lääkkeenmääräämisoikeus olisi osa kliinistä ylempää korkeakoulututkintoa, joko YAMK- tai yliopistotutkintoa, ja kokonaisuus näin vastaisi mahdollisimman lähelle kansainvälistä asiantuntijasairaanhoitajan (Nurse Practitioner) koulutusta (kts. myös Suutarla ym., 2023). Lisäksi valmistuneille tulisi olla työelämässä koulutuksen tuottamaa osaamista vastaavia asiantuntijasairaanhoitajan tehtävänkuvia, yhtenäiset ammattinimikkeet, ja tunnustettu osaaminen, joka hyödyttäisi täysimääräisesti laadukasta potilastyötä.

Eduskunnan sosiaali- ja terveysvaliokunta nosti vuonna 2010 esille mietinnössään (StVM 2/2010 vp) tarpeen selvittää mahdollisuutta toteuttaa rajatun lääkkeenmääräämisen koulutus osana ylempää ammattikorkeakoulututkintoa. Nykyisin osa sairaanhoitajista, terveydenhoitajista ja kättilöistä suorittaa sekä rajatun lääkkeenmääräämisen erikoistumiskoulutuksen (45 op) että kliinisen asiantuntijan YAMK-tutkinnon (90 op). Koulutukset voi suorittaa kummassa tahansa järjestyksessä. Ensimmäiseksi suoritettusta kokonaisuudesta on mahdollisuus ainakin osassa ammattikorkeakouluja saada opintoja hyväksiluettua toiseen kokonaisuuteen. Tällä yhdistelmällä osaaminen vastaa hyvin kansainvälistä Nurse Practitioner -määritelmää, jossa lääkkeenmäärääminen on osa maisteritasoista koulutusta ja asiantuntijasairaanhoitajan osaamista. (Suutarla ym., 2023; Vinpi Sulosaani, henkilökohtainen tiedonanto, 16.1.2025.)

Suomessa tarvittaisiin ajantasaista tietoa siitä, kuinka moni ammattihenkilöistä on suorittanut sairaanhoitajan rajatun lääkkeenmääräämisen koulutuksen ja kliinisen asiantuntijan YAMK-tutkinnon, kuinka laajasti heidän osaamistaan hyödynnetään terveydenhuollossa sekä millaisissa tehtävissä ja nimikkeillä he työskentelevät. Pylvänäisen (2021) YAMK-opinnäytetyössä toteutetun kyselyn (n = 31) mukaan sairaanhoitajat ja terveydenhoitajat, joilla oli lääkkeenmääräämisoikeus ja kliinisen asiantuntijan YAMK-tutkinto, pystyivät hyödyntämään osaamistaan parhaiten välittömässä laajavastuisessa hoitotyössä, potilasohjauksessa sekä henkilöstön osaamisen kehittämisessä. Sen sijaan osaamista hyödyn-

nettiin vähemmän tutkimuksessa, palveluiden kehittämisessä ja asiantuntijuuden johtamisessa. Lääkkeenmääräämisoikeuden tuoma osaaminen painottui, kun vastaajat kuvasivat kummankin koulutuksen hyödyntämistä työnkuvassaan. Esihenkilöiden tietoutta näiden ammattihenkilöiden osaamisesta tulisi lisätä opinnäytetyön tulosten mukaan. (Pylvänäinen, 2021.)

Hoitotyön kliinisen urapolun systemaattisuus voi parantaa alan veto- ja pitovoimaa sekä hoidon laatua. Lisäksi se voi lisätä palvelujen ja koulutuksen kustannusvaikuttavuutta, kun jatkokoulutus tuottaa selkeästi tunnistettavaa ja työssä hyödynnettävää osaamista. Laajavastuuisen hoitotyön tehtävänkuvien käyttöönotto ja optimaalinen hyödyntäminen edellyttävät työelämän, koulutuksen ja sääntelyjärjestelmän saumatonta yhteistyötä (Suomen Sairaanhoitajat, 2023). Sote-alan korkeakoulutuksen koulutustarjontaa tulisi koordinoita valtakunnallisesti (Konkola ym., 2021). Laajavastuuisen hoitotyön asiantuntijatehtävistä tarvitaan lisää tutkimusta, erityisesti näiden tehtävien vaikuttavuudesta. (Suomen Sairaanhoitajat, 2023; Tuomikoski ym., 2024.)

### **3.4. Sairaanhoitajien lääkkeenmäärääminen kansainvälisessä kontekstissa**

Kansainvälisesti laajavastuuisen hoitotyön (Advanced Practice Nursing, APN) itsenäisissä tehtävänkuviissa työskentelevät lisäkoulutetut sairaanhoitajat on tunnistettu tärkeäksi voimavaraksi. Heidän osaamisestaan hyödyntämällä on pyritty ratkaisemaan monia terveydenhuollon haasteita, kuten lääkäripulasta aiheutuvia hoitoon pääsyn viiveitä. (Brownwood & Lafortune, 2024.) Sairaanhoitajien laajavastuuisen hoitotyön asiantuntijatehtävien käyttöönottoa on edistänyt kansainvälisesti se, että lainsäädäntötasolla on säädetty näistä tehtävistä (Maier ym., 2017).

Laajavastuuisen hoitotyön asiantuntijoiden tehtäviä kehitettiin Yhdysvalloissa ja Kanadassa jo 1960- ja 1970-luvuilla. Isossa-Britanniassa kehittämistyö käynnistyi 1980-luvulla ja muissa korkean tulo-tason maissa, kuten Australiassa, 1990-luvulla ja sen jälkeen. (Laurant ym., 2009.) Sairaanhoitajien

lääkkeenmäärääminen on tullut mahdolliseksi ensimmäistä kertaa jo 50 vuotta sitten (ICN, 2021). Maailmanlaajuisesti sairaanhoitajien lääkkeenmääräämisoikeus on jossakin muodossa käytössä yhteensä 44 maassa (ICN, 2021).

Vuonna 2019 yhteensä 12 Euroopan maassa oli käytössä sairaanhoitajien lääkkeenmäärääminen: Suomessa, Kyproksella, Tanskassa, Virossa, Ranskassa, Irlannissa, Alankomaissa, Norjassa, Puolassa, Espanjassa, Ruotsissa, ja Isossa-Britanniassa. Lisäksi se on käytössä yhdessä Sveitsin kantoneista. Lääkkeenmääräämisoikeuden laajuus vaihtelee eri maissa, ulottuen laajasta oikeudesta rajattuun. Yhteistä edellä luetelluille maille on se, että lääkkeenmääräämistä säädel-lään lainsäädännöllä (Maier, 2019). Tutkimusta sairaanhoitajien lääkkeenmääräämisestä on kansainvälisesti jo jonkin verran saatavilla, mutta erityisesti kustannusvaikuttavuudesta on todettu tarvittavan lisää tutkimusta. (Laurant ym., 2018.)

Isossa-Britanniassa toteutetussa politiikkakatsauksessa (Graham-Clarke ym., 2019) todettiin, että suhtautuminen muiden ammattihenkilöiden, kuin lääkärin, lääkkeenmääräämisoikeuteen on riippunut esimerkiksi siitä, millainen hallitus ja poliittinen ideologia on ollut vallassa. Alun perin Isossa-Britanniassa tavoitteena lääkkeenmääräämisen laajentamisessa oli lisätä potilaan valinnanvapautta, parantaa heidän mahdollisuuksiaan saada lääkkeitä sekä kehittää terveydenhuollon työnjakoa. Talouden haasteiden ja terveydenhuollon työvoimapulan vuoksi lääkeriityövoiman työpanos on pyritty keskittämään lääketieteellisesti vaativampiin potilastapauksiin ja muiden potilaiden hoidossa pyritään hyödyntämään tarkoituksenmukaisesti koulutettuja ammattihenkilöitä (esim. lääkkeenmääräämis-sairaanhoitajat, fysioterapeutit). Tämä muutos on nostanut muiden ammattihenkilöiden kuin lääkäreiden lääkkeenmääräämisoikeuden merkitystä Isossa-Britanniassa. (Graham-Clarke ym., 2019.)

Euroopassa laajavastuuisissa, itsenäisissä sairaanhoitajan tehtävissä työskentelevien sairaanhoitajien koulutusvaatimuksissa, nimikkeissä, työnkuviissa sekä näihin tehtäviin liittyvässä lainsäädännössä on todettu olevan

paljon vaihtelua. Yhteensä 11 Euroopan maassa on olemassa kansallinen lainsäädäntö, jossa vahvistetaan laajavastuisten hoitotyön asiantuntijatehtävien koulutusvaatimukset. (De Raeve ym., 2024.) Lääkkeenmäärämisohitajat ovat nopeuttaneet potilaiden hoitoon pääsyä perusterveydenhuollossa esimerkiksi Puolassa (Kilańska ym., 2021). Lääkkeenmäärämisohitajien on nähty Irlannissa tukevan laajavastuisissa, itsenäisissä sairaanhoitajan tehtävissä työskentelevien ammattihenkilöiden työtä ja lisäävän heidän mahdollisuuksiaan toteuttaa kokonaisvaltaisempaa hoitotyötä (Lockwood & Fealy, 2008). Kansainvälinen sairaanhoitajaliitto (ICN, 2021) on julkaissut periaatteet sairaanhoitajien lääkkeenmäärämisestä (ICN Guidelines on Prescriptive Authority for Nurses).

Tutkimusnäyttöä sairaanhoitajien laajavastuisista tehtävistä ja lääkkeenmäärämisestä kertyy jatkuvasti lisää. Kansainväliseen systemaattiseen katsaukseen (Gielen ym., 2014) sairaanhoitajien lääkkeenmäärämisestä valikoitui mukaan 35 tutkimusta. Näiden tutkimusten mukaan potilaat olivat pääosin joko yhtä tyytyväisiä tai tyytyväisempiä sairaanhoitajaryhmässä kuin lääkäriryhmässä. Tutkijoiden mukaan tämä voi kuitenkin johtua siitä, että sairaanhoitajilla oli pidemmät vastaanottoajat kuin lääkäreillä. Tutkimusten laadussa oli ongelmia ja sen vuoksi tulokset olivat tutkijoiden mukaan alustavia. (Gielen ym., 2014.)

Cochrane-katsauksessa tarkasteltiin tutkimuksia, jossa sairaanhoitajat hoitivat tiettyjä potilasryhmiä, joita lääkäritkin hoitavat (Laurant ym., 2018). Katsaukseen sisällytettiin 18 tutkimusta, pääosin korkean tulotason maista. Sairanhoitajien koulutustaso vaihteli tutkimuksissa ja useissa tutkimuksissa sairaanhoitajien koulutustasoa ei ollut raportoitu. Tutkimusten metodologinen laatu vaihteli. Tutkimustulokset antoivat viitteitä siihen, että sairaanhoitajien antama hoito verrattuna lääkäreiden antamaan hoitoon voi tuottaa samanlaisia tai joiltakin osin parempia terveystuloksia tiettyjen potilasryhmien (esimerkiksi korkea verenpaine) hoidossa. Sairanhoitajat antoivat tutkimusten mukaan todennäköisesti enemmän terveysneuvontaa potilaille kuin lääkärit. Sairanhoitajien hoitamien potilaiden uusintakäyntien määrä

oli hieman suurempi kuin lääkäreiden. Tutkimuksissa löytyi vähän tai ei lainkaan eroa sairaanhoitajien ja lääkäreiden välillä reseptien määrässä. Kustannusvaikuttavuuden arviointi oli tutkimuksissa puutteellista tai se puuttui kokonaan. (Laurant ym., 2018.)

Yhdysvalloissa toteutetussa, erittäin laajaan rekisteriaineistoon perustuvassa tutkimuksessa (Huynh ym., 2023) selvitettiin sitä, määräsivätkö itsenäisesti työskentelevät ja lisäkoulutetut asiantuntijasairanhoitajat (Nurse Practitioner) ikääntyneille potilaille epäsopiviksi määriteltyjä lääkkeitä enemmän kuin perusterveydenhuollossa työskentelevät lääkärit. Tutkimusaineisto sisälsi tiedot 23 669 asiantuntijasairanhoitajasta sekä 50 060 lääkäristä. Lisäksi aineisto sisälsi tiedot 760 miljoonasta lääkemääräyksestä, jotka kirjoitettiin seitsemän vuoden aikana. Tutkimuksen mukaan asiantuntijasairanhoitajien ja lääkäreiden iäkkäille määräämien epäsopivien lääkemääräysten keskimääräinen määrä oli käytännössä sama. Kumpikin ammattiryhmä kirjoitti keskimäärin 1,7 epäsopivaa lääkemääräystä sataa lääkemääräystä kohden. Tutkimuksessa tarkasteltiin myös kahta ryhmää: 1. ammattihenkilöt, jotka kirjoittivat suunimman määrän epäsopivia lääkemääräyksiä ja 2. ammattihenkilöt, jotka kirjoittivat pienimmän määrän epäsopivia lääkemääräyksiä. Näissä kummassakin ryhmässä oli enemmän asiantuntijasairanhoitajia, kuin lääkäreitä. Lääkemääräysten laadussa oli eroja tutkimukseen mukaan otettujen 29 osavaltion välillä. Laadun vaihtelu eri osavaltioiden välillä oli suurempaa kuin asiantuntijasairanhoitajien ja lääkäreiden lääkemääräysten erot osavaltioiden sisällä. Tutkijoiden mukaan kummankin ammattiryhmän lääkkeenmäärämislaadun parantaminen olisi tärkeämpää kuin se, että lääkkeenmääräminen rajattaisiin vain lääkäreille. Tutkijat totesivat johtopäätöksissään, että tutkimustulokset vahvistavat sitä kasvavaa tutkimusnäyttöä, jonka mukaan lääkkeenmäärämisohitajat suoriutuvat lääkkeenmäärämisestä yhtä hyvin kuin lääkärit. (Huynh ym., 2023.)

Yhdysvalloissa toteutetussa tutkimuksessa (Aiken ym., 2021) todettiin, että suurempi asiantuntijasairanhoitajien (Nurse Practitioner) määrä sairaaloissa oli yhteydessä parempiin potilashoidon tuloksiin sekä myös kaikkien samassa sairaalassa

työskentelevien sairaanhoitajien merkittävästi vähäisempään työuupumuksen tasoon, korkeampaan työtyytyväisyyteen ja vahvempaan aikomukseen pysyä työssään. Sairaalat, joissa oli enemmän asiantuntijasairaanhoitajia töissä, oli myös matalampi potilaskuolleisuus, vähemmän uudelleen sairaalaan joutumisia, lyhyemmät hoitoajat, parempi potilastyytyväisyys ja matalammat kokonaiskustannukset. Tutkimuksen aineiston muodosti 22 273 sairaanhoitajaa yhteensä 579 sairaalasta Yhdysvalloissa (vuosina 2015–2016). Lisäksi tutkijoilla oli käytössä 1.4 miljoonan kirurgisen potilaan kotiutusdata samoista sairaaloista. (Aiken ym., 2021.)

Yhdysvalloissa gerontologisia laajavastuisissa, itsenäisissä työnkuissa toimivia sairaanhoitajia (gerontological advanced practice registered nurses [APRNs]) on työskennellyt pitkäaikaishoidon yksiköissä miltei 40 vuoden ajan. Tällaisissa rooleissa toimivat sairaanhoitajat on tunnustettu tärkeiksi itsenäisiksi asiantuntijoiksi moniammatillisten tiimien jäseninä pitkäaikaissairaiden potilaiden hoidossa. (Gerontological Advanced Practice Nurses Association [GAPNA], 2022.) Kanadassa saatiin hyviä tuloksia, kun pitkäaikaishoitoon rekrytoitiin laajavastuisissa, itsenäisissä työnkuissa työskenteleviä asiantuntijasairaanhoitajia (Nurse Practitioner). Tällä toimintamallilla pystyttiin vähentämään asiakkaiden päällekkäisten lääkkeiden määrää, kaatumisia ja rajoitustoimenpiteiden käyttöä. Asiakkaiden siirrot akuuttihoitoon myös vähenivät. (Kilpatrick ym., 2020.)

### 3.5. Sairaanhoitajien lääkkeenmäärääminen Virossa

Viron perusterveydenhuollossa palveluja on kehitetty systemaattisesti kohti moniammatillisten tiimien tarjoamaa hoitoa, mikä on vahvistanut sairaanhoitajien roolia merkittävästi. Vuonna 2021 Virossa perhelääkäreiden ja perhesairaanhoitajien (*family nurse*) vastaanotoilla kirjattiin yhteensä 8,4 miljoonaa käyntiä. Perusterveydenhuollon hoitajakäyntien määrä kasvoi Virossa voimakkaasti (97 %) vuosien 2017–2021 aikana. Lisäksi perhesairaanhoitajat ovat hoitaneet merkittävän osan koronaepidemian aiheuttaman hoidon tarpeen kasvun myötä lisääntyneistä tehtävistä. (Tiik ym., 2023.)

Terveydenhuollossa potilaan ensikontakti on Virossa yleensä perhesairaanhoitaja tai perhelääkäri. Vaikka koulutettujen perhesairaanhoitajien työvoimapula on haaste, lainsäädäntö edellyttää, että jokaisella perhelääkäriellä on tiimissään vähintään yksi perhesairaanhoitaja.

Vuonna 2010 kättilöille säädettiin Virossa oikeus rajattuun lääkkeenmääräämiseen, ja vuosina 2014 ja 2018 heidän määräämiensä lääkkeiden luettelo laajennettiin. Tämän uudistuksen tavoitteena oli vahvistaa kättilöiden itsenäistä työskentelyä sekä lyhentää potilaiden odotusaikoja gynekologin vastaanotolle. (Kasekamp ym., 2023.)

Viron sairaanhoitajaliiton varapuheenjohtajan Gerli Liivetin mukaan perhesairaanhoitajien lääkkeenmääräämisen ensimmäiset kurssit pidettiin Virossa vuonna 2011. Oikeus perhesairaanhoitajien rajattuun lääkkeenmääräämiseen säädettiin laissa kuitenkin vasta vuonna 2016, pitkän valmistelutyön jälkeen. (Gerli Liivet, henkilökohtainen tiedonanto, 23.9.2024.) Vuonna 2016 säädetyin lain mukaan perhelääkäriin kanssa työskentelevän perhesairaanhoitajan rajatun lääkkeenmääräämisen koulutus on 120 tuntia kliinistä farmakologiaa. Perhesairaanhoitajat pystyvät lain mukaan, tietyin edellytyksin, jatkamaan tiettyjä lääkäriin määräämiä lääkkeitä hoitosuunnitelman mukaisesti. Määrättävissä olevat lääkkeet ovat pääsääntöisesti pitkäaikaissairauksien hoitoon tarkoitettuja, esimerkiksi diabetes- ja verenpainelääkkeitä sekä hormonaalisia ehkäisyvalmisteita. (Maier, 2019.) Vuonna 2022 perhesairaanhoitajien lääkkeenmääräämisoikeuksia laajennettiin (Kasekamp ym., 2023).

Virossa erikoissairaanhoitajan tutkinto siirtyi maisterin tutkinnoksi vuonna 2018. Laajavastuisen hoitotyön asiantuntijatehtäviin on nyt sairaanhoitajilla lainsäädännön mukaan edellytyksenä terveystieteiden maisterin tutkinto, jonka pituus on 1,5 vuotta. Tutkintoon sisältyy myös kliininen harjoittelu (15 opintopistettä). Tutkinnon opetussuunnitelma pohjaa kansainvälisen sairaanhoitajaliiton (ICN) Advanced Practice Nursing (APN) määritelmään (Viron sairaanhoitajaliitto, 2020). Laajavastuisen hoitotyön erikoisaloja on maassa neljä: mielenterveys, kansanterveys, tehohoito ja kliininen hoitotyö. Vuonna 2022 lainsäädäntöä muutettiin siten, että terveystieteen maisterin tutkinnon suorittaneet

laajavastuisten hoitotyön sairaanhoitajat voivat saada rajatun lääkkeenmääräämisoikeuden. Virossa oli maaliskuussa 2024 kaiken kaikkiaan 957 laajavastuisten hoitotyön (APN) tasolla toimivaa sairaanhoitajaa (vrt. rekisterissä kaikkiaan 15 505 sairaanhoitajaa, marraskuu 2023). (Liivet, 2024.)

### 3.6. Sairaanhoitajien lääkkeenmääräminen Yhdysvalloissa

Yhdysvalloissa sairaanhoitajien lääkkeenmääräminen on ollut mahdollista jo 1960-luvulta lähtien (Kroezen ym., 2011). Nykyisin asiantuntijasairaanhoitajat (Nurse Practitioner) voivat määrätä lääkkeitä kaikissa 50 osavaltiossa Yhdysvalloissa. Lääkkeenmääräämisoikeuden laajuus kuitenkin vaihtelee eri osavaltioiden välillä. (American Association of Nurse Practitioners [AANP], 2024.) Yhteensä 32 osavaltiossa asiantuntijasairaanhoitajien lääkkeenmääräämisoikeus oli itsenäinen vuonna 2023, eli heillä oli oikeus määrätä lääkkeitä ilman lääkärin valvontaa (Huynh ym., 2023). Vuonna 2020 toteutetun kyselytutkimuksen mukaan täysiaikaisesti työskentelevät asiantuntijasairaanhoitajat kinjoittivat tai uusivat keskimäärin 21 lääkemääräystä päivässä (AANP, 2021).

Sairaanhoitajia on rekisteröity ja työllisinä noin 3,5 miljoonaa Yhdysvalloissa. Noin joka kymmenes

(11 %) sairaanhoitajista on suorittanut lisätutkinnon, joka mahdollistaa heidän työskentelynsä laajavastuisten hoitotyön asiantuntijatehtävissä (advanced practice registered nurse [APRN]). (U.S. Department of Health and Human Services [HHS], Health Resources and Services Administration [HRSA], 2024.) Yleisin laajavastuisten hoitotyön asiantuntijatehtävä on Yhdysvalloissa asiantuntijasairaanhoitaja (Nurse Practitioner, NP), joiden osalta rekisteröintien määrä oli 355 044 vuonna 2022 (Taulukko 5) (HHS, HRSA, n.d.).

Vuonna 2022 yhteensä 26 osavaltiossa Yhdysvalloissa asiantuntijasairaanhoitajan (Nurse Practitioner, NP) työnkuva oli itsenäinen. Tällaisessa itsenäisessä työnkuvassa toimivat lisäkoulutetut, rekisteröidyt asiantuntijasairaanhoitajat voivat itsenäisesti tutkia potilaan, määrätä tutkimukset ja päättää hoidosta, sekä määrätä lääkityksen. (Kleinpell ym., 2023.) Tavoitteena on purkaa lainsäädännön esteet muissakin osavaltioissa (National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine, 2021). Seuraavan vuosikymmenen aikana Yhdysvalloissa on arvioitu vuosittain avautuvan 31 900 työpaikkaa laajavastuisissa, itsenäisissä sairaanhoitajan (nurse anesthetists, nurse midwives, nurse practitioners) tehtävissä työskenteleville (Bureau of Labor Statistics, U.S. Department of Labor, 2024).

**Taulukko 5.** Yhdysvalloissa laajavastuisten hoitotyön asiantuntijoiden rekisteröintien määrä ja prosenttiosuus kaikista rekisteröidyistä laajavastuisten hoitotyön asiantuntijoista (Advanced Practice Registered Nurses, APRNs) vuonna 2022 (HHS, HRSA, n.d.)

Laajavastuinen asiantuntija, APRN	Määrä ja prosenttiosuus APRN sairaanhoitajista
Nurse Practitioners (NP)	355 044 (72 %)
Nurse Anesthetists	66 466 (14 %)
Clinical Nurse Specialists (CNS)	54 002 (11 %)
Nurse-Midwives	15 486 (3 %)
<b>Yhteensä</b>	<b>490 998</b>

# 4



## **Selvityksen tarkoitus ja tavoitteet**



#### **4.1. Tarkoitus ja tavoitteet**

Tämän selvityksen tarkoituksena oli tuottaa tietoa lääkkeenmääräämishoitajista, heidän työstään ja työnkuvista, tehtäväkohtaisista nimikkeistä, palkkauksesta, työtyytyväisyydestä sekä rajatun lääkkeenmääräämisen kehittämistarpeista.

Tavoitteena oli tuottaa tietoa lääkkeenmääräämishoitajien työstä Tehyn ammatillisen ja taloudellisen edunvalvontatoiminnan tueksi. Selvityksestä saatua tietoa voivat hyödyntää myös hyvinvointialueiden palvelujen järjestäjät ja tuottajat, hoitotyön johtajat ja esihenkilöt, koulutusorganisaatiot, sekä virkamiehet ja poliittiset päätöksentekijät. Myös sairaanhoitajat, terveydenhoitajat sekä kättilöt, jotka pohtivat hakeutuvansa rajatun lääkkeenmääräämisen koulutukseen, voivat hyötyä tästä selvityksestä.

# 51

## **Aineisto ja menetelmät**

## 5.1. Asetelma ja kohderyhmä

Tämä määrällinen selvitys on toteutettu poik-  
kileikkausasetelmalla. Kohderyhmänä olivat  
lääkkeenmääräämishoitajat, joilla oli voimassa  
oleva lääkkeenmääräämisen erikoispätevyys ja  
lääkkeenmääräämisoikeus Valviran rekisterissä,  
ja jotka olivat Tehyn rajatun lääkkeenmääräämi-  
sen erikoispätevyysjaoston jäseniä.

Aineistonkeruu toteutettiin sähköisellä,  
suomenkielisellä kyselylomakkeella Webro-  
pol-ohjelmassa. Linkki kyselyyn lähetettiin  
kaikille Tehyn rajatun lääkkeenmääräämisen  
erikoispätevyysjaoston jäsenille. Vastaajajoukon  
sähköpostiosoitteet poimittiin Tehyn jäsenre-  
kisteristä. Kyselystä tiedotettiin kohderyhmälle  
Tehyn uutiskirjeessä ja suljetussa lääkkeenmää-  
räämishoitajien Facebook-ryhmässä.

Linkki kyselylomakkeeseen lähetettiin Tehystä  
sähköisessä uutiskirjeessä kohderyhmän  
sähköpostiosoitteisiin 11.9.2023. Vastaus-  
aika kyselyyn oli kaksi viikkoa eli 25.9.2023  
saakka. Muistutusviesti lähetettiin 19.9.2023.  
Määräajassa vastauksia saatiin yhteensä 123.  
Lääkkeenmääräämishoitajista kaksi ilmoitti  
kyselylomakkeessa, että heillä ei ole lääkkeen-  
määräämisoikeutta Valviran rekisterissä.  
Heidän vastauksiaan ei sisällytetty selvityksen  
aineistoon, joten vastaukset raportoitiin 121  
vastaajan osalta.

Kaikki lääkkeenmääräämishoitajat vastasivat  
kyselylomakkeeseen vapaaehtoisesti, eivätkä  
he saaneet palkkiota osallistumisesta. Suostu-  
muksensa osallistua selvitykseen lääkkeenmää-  
räämishoitajat ilmaisivat kyselyyn vastatessaan.  
Aineiston käsittelyssä ja tulosten raportoinnissa  
huomioitiin, ettei yksittäistä vastaajaa voida  
tunnistaa.

## 5.2. Kyselylomake

Lomakkeen kysymykset laadittiin Tehyssä. Loma-  
ke sisälsi yhteensä 55 monivalinta- ja avokysy-  
mystä. Kysymykset muodostettiin aikaisempaan  
lääkkeenmääräämishoitajia koskevaan tutki-  
mukseen ja kirjallisuuteen perustuen. Lisäksi  
kyselylomakkeeseen kehitettiin kysymyksiä,  
joilla kartoitettiin lääkkeenmääräämishoitajien  
näkömymiä rajatun lääkkeenmääräämisen  
kehittämistarpeista.

Kyselylomakkeeseen sisällytettiin suomenkieli-  
nen yhdeksän väittämän työn imun menetelmä  
(työn imu 9; Utrecht Work Engagement Scale  
UWES9) (Hakanen, 2009; Schaufeli ym., 2002).

Työn imulla tarkoitetaan ”myönteistä, tunne- ja  
motivaatiotäyttymyksen tilaa, jota luonnehtivat  
tarmokkuus (”vigor”), omistautuminen (”dedica-  
tion”) ja uppoutuminen (”absorption”)” (Hakanen,  
2009, s. 9). Työn imu on määritelty myös ”työhön  
liittyväksi pitkäkestoiseksi ja kokonaisvaltaiseksi,  
myönteiseksi tunne- ja motivaatiotilaksi” (Larjo-  
vuori ym., 2015, s. 18). Työn imun menetelmä on  
käytettävissä maksutta tutkimustarkoituksiin  
(<https://www.wilmarschaufeli.nl/>). Suomenkielistä  
työn imun menetelmää on validoitu Suomessa  
muun muassa Työterveyslaitoksella. Menetelmä  
on julkaistu suomen kielellä Työn imun arviointi-  
menetelmän käsikirjassa (Hakanen, 2009, s. 42).  
Suomenkielinen työn imun menetelmä on  
käytettävissä vapaasti ei-kaupalliseen käyttöön,  
kuten tutkimus- ja koulutuskäyttöön. Menetelmän  
kehittäjät toivovat saavansa tutkimuksista  
raakatutkimusaineiston käyttöönsä. Arviointi-  
menetelmän käsikirjan mukaan kuitenkin kovin  
pieniä aineistoja ei ole tarpeen lähettää. (Hakanen,  
2009.) Koska tämän selvityksen aineiston koko  
oli pieni (n = 121), raakatutkimusaineistoa ei  
lähetetty eteenpäin. Se on tarvittaessa saatavilla  
selvityksen tekijöiltä.

Kyselylomakkeen esitestauksen suoritti pieni  
joukko (n = 3) Tehyn lääkkeenmääräämisen  
erikoispätevyysjaoston hallituksen jäseniä.  
Testauksen perusteella lomakkeeseen tehtiin  
vain joitakin pieniä täsmennyksiä ja korjauksia.  
Tämän vuoksi esitestauksessa saadut kolme  
vastausta sisällytettiin selvityksen aineistoon.

### 5.3. Aineiston analyysi

Määrällisen aineiston alustava tarkastelu, käsittely ja analyysit suoritettiin Webropol Professional Statistics ohjelmalla (<https://webropol.fi/>). Tulokset kuvataan muuttujien frekvenssi- ja prosenttijakautumina. Raportissa on julkaistu lääkkeenmäärämisahoitajien avovastauksia. Avovastausten sisällön analyysiä ei toteutettu selvityksessä.

Työn imua mittaavan arviointimenetelmän (työn imu 9; Utrecht Work Engagement Scale UWES9) sisäinen yhdenmukaisuus (Cronbachin  $\alpha$ ) oli korkea (0,9421) tässä selvityksessä. Menetelmän kolmen ulottuvuuden yhdenmukaisuus oli myös korkea (omistautuminen 0,9011, tarmokkuus 0,8914, uppoutuminen 0,8425).

# 6

# 7

## **Tulokset**

## 6.1. Vastaajien taustatiedot

Selvitykseen otettiin mukaan vastaukset niiden vastaajien osalta, jotka ilmoittivat, että heillä on voimassa oleva rajattu lääkkeenmääräämisoikeus Valviran rekisterissä. Tulokset raportoidaan näiden 121 lääkkeenmääräämishoitajan osalta.

Taulukossa 6 kuvataan vastaajien (n = 121) taustatietoja. Naisia ilmoitti olevansa valtaosa (n = 114, 95 %) vastaajista. Miehiä vastaajista oli viisi (4 %) ja yksi vastaajista ei halunnut kertoa sukupuoltaan. Vastaajista suuri osa ilmoitti kuuluvansa 40-49-vuotiaiden (n = 39, 32 %) tai 50-59-vuotiaiden (n = 47, 39 %) ikäryhmiin. Iältään 60-vuotiaita tai sitä vanhempia ilmoitti olevansa noin joka kymmenes (n = 15, 12 %) vastaaja.

Ammatiltaan sairaanhoitajia oli vastaajista yli puolet (n = 79, 66 %) ja terveydenhoitajia noin

joka kolmas (n = 34, 29 %). Kaksi lääkkeenmääräämishoitajista vastasi olevansa kättilöitä. Kahdella vastaajista oli kolme terveydenhuollon ammattihenkilön laillistusta: sairaanhoitajan, terveydenhoitajan ja kättilön.

Ammattikorkeakoulututkinnon oli suorittanut hieman yli puolet (n = 64, 53 %) vastaajista korkeimpana tutkintonaan, opistoasteisen tutkinnon puolestaan noin joka kolmas (n = 35, 29 %). Ylemmän ammattikorkeakoulututkinnon oli suorittanut alle viidesosa (n = 20, 17 %) vastaajista. Yliopistotutkinnon (kandidaatti tai maisteri) oli suorittanut kaksi (2 %) vastaajaa.

Rajatun lääkkeenmääräämisen koulutuksen oli suorittanut kahdeksan (7 %) ammattihenkilöä vuonna 2012, kun koulutus käynnistyi Suomessa. Vuonna 2023, kun kysely toteutettiin, kuusi (5 %) vastaajista oli suorittanut tämän koulutuksen.

**Taulukko 6.** Vastaajien taustatiedot

Taustatiedot	n	%
<b>Sukupuoli</b>		
Nainen	114	95
Mies	5	4
Muu	0	0
Ei halua kertoa	1	1
<b>Ikä (vuosina)</b>		
20–29	0	0
30–39	20	17
40–49	39	33
50–59	47	39
60 vuotta tai sitä vanhempi	15	12
<b>Ammatti</b>		
Sairaanhoitaja	79	66
Terveystenhoitaja (lisäksi sairaanhoitajan laillistus)	34	28
Kätilö (lisäksi sairaanhoitajan laillistus)	2	2
Ensihoitaja (laillistettu sairaanhoitajana)	1	1
Muu	4	3
<b>Korkein suoritettu tutkinto</b>		
Sairaanhoitaja, opistotaso	35	29
Sairaanhoitaja, ammattikorkeakoulu	64	53
Ylempi ammattikorkeakoulututkinto	20	17
Yliopistotutkinto: kandidaatti	1	1
Yliopistotutkinto: maisteri	1	1
Yliopistotutkinto: lisensiaatti tai tohtori	0	0
<b>Vuosi, jolloin suorittanut rajatun lääkkeenmääräämisen koulutuksen</b>		
2012	8	7
2013	9	8
2014	7	6
2015	5	4
2016	13	11
2017	12	10
2018	13	11
2019	18	15
2020	13	11
2021	9	8
2022	7	6
2023	6	5

Vastauksia saatiin eniten Varsinais-Suomen (n = 17, 14 %) ja Pohjois-Pohjanmaan (n = 11, 9 %) hyvinvointialueilta. Lapin sekä Vantaan ja Keravan hyvinvointialueilta sekä Helsingin kaupungilta ei saatu yhtään vastausta. Lääkkeenmääräämishoitajista viisi (4 %) ilmoitti työskentelevänsä muulla työntantajalla kuin hyvinvointialue (esimerkiksi Kaiku24, Harjun terveys, Pihlajalinna) (Taulukko 7).

## 6.2. Lääkkeenmäärääminen työssä, kirjallinen määräys ja nimikkeet

Lääkkeitä määräsi työssään valtaosa (n = 106, 88 %) vastaajista. Lääkkeitä ei määrännyt työssään yhdeksän (7 %) vastaajaa ja kuusi (5 %) ilmoitti, että heillä on jokin muu tilanne. Lääkkeenmäärääminen ei ollut mahdollista työssä esimerkiksi sen vuoksi, että lääkkeenmääräämishoitaja työskenteli parhaillaan hanke- tai kehittämistyössä tai luottamusmiehenä.

**Taulukko 7.** Vastaajat hyvinvointialueittain

Hyvinvointialue	n	%
Varsinais-Suomen hyvinvointialue	17	14
Pohjois-Pohjanmaan hyvinvointialue	11	9
Etelä-Karjalan hyvinvointialue	9	7
Etelä-Savon hyvinvointialue	9	7
Länsi-Uudenmaan hyvinvointialue	8	7
Pirkanmaan hyvinvointialue	7	6
Kainuun hyvinvointialue	7	6
Keski-Suomen hyvinvointialue	7	6
Kymenlaakson hyvinvointialue	6	5
Pohjanmaan hyvinvointialue	6	5
Pohjois-Karjalan hyvinvointialue	5	4
Etelä-Pohjanmaan hyvinvointialue	5	4
Pohjois-Savon hyvinvointialue	4	3
Keski-Pohjanmaan hyvinvointialue	4	3
Keski-Uudenmaan hyvinvointialue	3	3
Kanta-Hämeen hyvinvointialue	3	3
Satakunnan hyvinvointialue	2	2
Päijät-Hämeen hyvinvointialue	2	2
Itä-Uudenmaan hyvinvointialue	1	1
Vantaan ja Keravan hyvinvointialue	0	0
Lapin hyvinvointialue	0	0
Helsingin kaupunki	0	0
HUS Helsingin yliopistollinen sairaala	0	0
Muu työntuoja	5	4



Lainsäädännössä rajatun lääkkeenmääräämisen edellyttämä lääkärin kirjallinen määräys (joka toimitetaan Valviralle) koski kaikkia lääkkeenmääräämisasetuksen liitteessä 1 lueteltuja lääkkeitä suurimmalla osalla (n = 105, 87 %) vastaajia. Avovastauksien mukaan neljällä (3 %) lääkkeenmääräämishoitajista ehkäisyvalmisteet oli rajattu pois lääkärin kirjallisesta määräyksestä. Neljällä (3 %) vastaajista puolestaan oli oikeus määrätä ainoastaan ehkäisyvalmisteita lääkärin kirjallisen määräyksen mukaan.

Tehtäväkohtaisista nimikkeistä lääkkeenmääräämishoitajilla yleisin nimike oli sairaanhoitaja (n =

58, 48 %) ja lääkkeenmääräämishoitaja (n = 17, 14 %) (Taulukko 8). Lisäksi nimikkeinä ilmoitettiin olevan asiantuntijasairaanhoitaja (n = 9, 8 %), päivystävä sairaanhoitaja (n = 9, 8 %), erikoistunut sairaanhoitaja (n = 3, 3 %) ja kliinisen hoitotyön asiantuntija (n = 2, 2 %). Muita vastaajilla käytössä olevia nimikkeitä oli muun muassa: terveydenhoitaja, opetushoitaja, vastaanottosairaanhoitaja, palveluvastaava, apulaisosastonhoitaja, digihoitaja, diabeteshoitaja, työterveyshoitaja ja osastonhoitaja.

Yli puolet lääkkeenmääräämishoitajista (n = 81, 67 %) vastasi, että heidän organisaatiossaan työskentelee 1–3 lääkkeenmääräämishoitajaa (Taulukko 8).

**Taulukko 8.** Lääkkeiden määrääminen työssä, lääkärin määräys, nimikkeet ja lääkkeenmääräämishoitajien määrä toimintayksikössä

Taustatietoja	n	%
<b>Määrääkö lääkkeitä tällä hetkellä työssään</b>		
Kyllä	106	88
Ei	9	7
Muu tilanne	6	5
<b>Lääkkeenmääräystä koskeva lääkärin määräys</b>		
Määräys koskee kaikkia asetuksen liitteessä 1 lueteltuja lääkkeitä	105	87
Määräys koskee vain tiettyjä lääkkeitä tai on rajattu	13	11
En osaa sanoa	3	3
<b>Tehtävän tai toimen nimike organisaatiossa</b>		
Sairaanhoitaja	58	48
Lääkkeenmääräämishoitaja	17	14
Asiantuntijasairaanhoitaja	9	8
Päivystävä sairaanhoitaja	9	8
Erikoistunut sairaanhoitaja	3	3
Kliinisen hoitotyön asiantuntija	2	2
Muu nimike	23	19
<b>Kuinka monta lääkkeenmääräämishoitajaa työskentelee toimintayksikössä (esim. sosiaali- ja terveyskeskuksessa)</b>		
1	27	22
2	19	16
3	35	29
4	7	6
5	9	7
6	7	6
7	5	4
8	4	3
9	0	0
10	2	2
11–15	6	5
16 tai enemmän	0	0

### 6.3. Työkokemus, työaikamuoto ja työsuhde

Monella lääkkeenmääräämishoitajista oli pitkä työkokemus sosiaali- ja terveydenhuollossa (Taulukko 9). Työkokemusta oli kaiken kaikkiaan sosiaali- ja terveydenhuollossa kolmasosalla (n = 36, 30 %) vastaajista 11–19 vuotta. 20-30 vuotta työkokemusta oli miltei puolella (n = 52, 43 %) vastaajista. Yli 30 vuotta työkokemusta oli joka neljännellä (n = 30, 25 %) vastaajista.

Työkokemusta rajatun lääkkeenmääräämisen työssä oli alle vuosi joka kymmenennellä (n = 12, 10 %) vastaajista. Työkokemusta oli 3-5 vuotta noin joka kolmannella (n = 43, 36 %) vastaajista. Vastaavasti noin joka kolmannella (n = 33, 36 %) oli työkokemusta lääkkeenmääräämistyössä 6–10 vuotta.

Päivätyö oli työaikamuoto suurimmalla osalla (n = 90, 74 %) vastaajista. Noin joka kymmenes (n = 15, 13 %) vastaajista teki kaksivuorotyötä tai kolmivuorotyötä (n = 14, 12 %). Työaika oli kokoaikainen valtaosalla (n = 112, 93 %) vastaajista. Vain noin joka kymmenes (n = 9, 8 %) vastaajista teki osa-aikaista työaikaa.

Työsuhde oli vakituinen valtaosalla (n = 114, 95 %) vastaajista, määräaikaisessa työsuhhteessa oli vain muutama (n = 3, 3 %). Nykyisen työsuhteen pituus oli 3-10 vuotta noin joka neljännellä (n = 32, 26 %) vastaajista, 11-20 vuotta alle puolella (n = 52, 43 %) ja yli 20 vuotta viidesosalla (n = 23, 19 %) vastaajista.

**Taulukko 9.** Vastaajien työsuhteeseen liittyviä taustatietoja

Taustatietoja	n	%
<b>Työkokemuksen pituus kaiken kaikkiaan sote-alalla</b>		
Alle 5 vuotta	0	0
5–10 vuotta	3	3
11–19 vuotta	36	30
20–30 vuotta	52	43
Yli 30 vuotta	30	25
<b>Työvuosien määrä rajatun lääkkeenmääräämisen työssä</b>		
Alle vuoden	12	10
1–2 vuotta	10	8
3–5 vuotta	43	36
6–10 vuotta	44	36
Yli 10 vuotta	12	10
<b>Nykyisen työsuhteen pituus</b>		
Alle vuosi	7	6
1–2 vuotta	7	6
3–10 vuotta	32	26
11–20 vuotta	52	43
Yli 20 vuotta	23	19
<b>Työaika</b>		
Päivätyö	90	74
Kaksivuorotyö	15	13
Kolmivuorotyö	14	12
Muu työaika	2	2
<b>Työaika</b>		
Kokoaikainen työaika	112	93
Osa-aikainen työaika	9	7
Ns. nollatuntisopimus	0	0
Muu	0	0
<b>Työsuhteen laatu</b>		
Vakituinen	114	95
Määräaikainen	3	3
Poissa töistä tilapäisesti	1	1
Muu	2	2

Lääkkeenmääräämishoitajista yli puolet (n = 75, 62 %) ilmoitti, että he olivat rajatun lääkkeenmääräämiskoulutuksen lisäksi suorittaneet myös muita pidempiä lisä- ja täydennyskoulutuksia (Taulukko 10).

YAMK-tutkinnon suunnitteli suorittavansa noin joka neljäs (n = 28, 23 %) vastaajista (Taulukko 11). Syiksi kiinnostukselle suorittaa YAMK-tutkinto ilmoitettiin muun muassa seuraavat: osaamisen vahvistaminen, urakehitysmahdollisuudet, kliinisen asiantuntijan työtehtävät, halu siirtyä pois potilastyöstä ja työnkuvan muutos esihenkilötyöhön. Miltei puolet (n = 48, 40 %) vastaajista puolestaan ilmoitti, että ei suunnittele YAMK-tutkinnon suorittamista. Syinä ilmoitettiin muun muassa: korkea ikä, tuleva eläköityminen, elämäntilanne, oma sairaus, työ vie voimat, kokemus liian pitkästä koulutuspolusta ja se, että lisäkoulutuksen ei koettu tuovan lisää palkkaa tai muuttavan työnkuvaa.

Yliopistossa korkeakoulututkinnon (kandidaatti tai maisteri) oli suunnittelut suorittavansa vain pieni osa vastaajista (n = 7, 6 %). Motivaatioksi yliopistossa korkeakoulututkinnon suorittamiselle vastattiin olevan osaamisen kehittäminen, työllä eteneminen ja parempi palkka. Suuri osa (n = 81, 70 %) ilmoitti, etteivät he olleet kiinnostuneet kandidaatin tai maisteritutkinnon suorittamisesta (Taulukko 11).

Kyselyssä kysyttiin, onko vastaajan organisaatiossa käytössä kliinisen hoitotyön urakehitysmalli tai urapolkumalli. Vain yksi vastaaja ilmoitti,

**Taulukko 10.** Lääkkeenmääräämishoitajien ilmoittamat muut tutkinnot, sekä lisä- ja täydennyskoulutukset (avovastaus)

**Muita tutkintoja:** laboratoriohoitaja, apuhoitaja, perushoitaja, ensihoitaja, mielenterveyshoitaja.

**Ylempiä ammattikorkeakoulututkintoja:** kliininen asiantuntija, kehittäminen- ja johtaminen, integroitujen hyvinvointipalvelujen kehittäminen ja johtaminen.

**Tiedekorkeakoulun/yliopiston perusopinnoita:** hoitotiede, kasvatustiede, geriatrinen, kansanterveystiede, hallintotiede, lääketiede, psykologia, sosiaali- ja terveyshallintotieteet.

**Erikoistumisopinnoita:** neurologia, puhelin- ja vastaanottotyö, tieto- ja viestintäteknologia, haavahoito, akuuttihoitotyö, mielenterveysyö, diabeteksen hoitotyö, monialainen perhetyö, reumasairaudet, avopalvelut, diakonia, työterveyshuolto, hengityselinten sairaudet, kuntoutus.

**Täydennyskoulutuksia:** luustohoitaja, sydänhoitaja, kliinisen tutkimisen perusteet, iäkkäiden lääkehoito, reumaa sairastavan suunnitelmallinen hoitotyö, palliatiivinen hoitotyö, astma- ja allergia, kansanterveyshoitajan opinnot.

**Muita koulutuksia:** esimerkiksi erityisliikunnanohjaaja, palvelumuotoilun ammattitutkinto, liike-elämän perustutkinto, johtamisen erikoisammattitutkinto, lähiesimiestyön ammattitutkinto, tuotekehitystyön erikoisammattitutkinto, kipsitekniikka, hygieniahoitaja, voimavarakeskeinen työnohjaaja, neuropsykiatrinen valmentaja, seksuaalineuvoja ja -terapeutti, elintapaohjaajan koulutus, kriisityön asiantuntijan koulutus.

**Taulukko 11.** YAMK-tutkinnon tai yliopistossa korkeakoulututkinnon suorittamisen harkinta

Tutkinnon suorittamisen harkinta	n	%
<b>Oletko harkinnut suorittavasi YAMK-tutkinnon?</b>		
Kyllä	28	23
En	48	40
En osaa sanoa	30	25
Olen jo suorittanut YAMK-tutkinnon	15	13
<b>Oletko harkinnut suorittavasi yliopistossa korkeakoulututkinnon (kandidaatti tai maisteri)?</b>		
Kyllä	7	6
En	81	67
En osaa sanoa	32	27

että tällainen oli käytössä. Alle kolmannes (n = 34, 28 %) vastasi, että ei osaa sanoa. Organisaatiossa suunniteltiin parhaillaan urakehitysmallia/urapolkumallia noin joka kymmenennen (n = 10, 8 %) vastaajan mukaan (Taulukko 12).

Lääkkeenmääräämishoitajatoimintaa oli organisaatiossa seuraavan vuoden aikana tarkoitus laajentaa noin joka kymmenennen (n = 18, 15 %) vastaajan mukaan. Noin joka kolmas (n = 36, 30 %) vastasi, että suunnitelmia laajentaa lääkkeenmääräämishoitajatoimintaa ei ollut. Yli puolet (n = 66, 55 %) vastasi, että he eivät osanneet sanoa onko toimintaa tarkoitus laajentaa vai ei (Taulukko 12).

#### 6.4. Hakeutuminen rajatun lääkkeenmääräämisen koulutukseen

Tärkein syy hakeutua rajatun lääkkeenmääräämisen koulutukseen oli oman osaamisen

vahvistaminen puolella (n = 60, 50 %) vastaajista. Myös mahdollisuus parempaan palkkaan (n = 22, 28 %) ja urakehitysmahdollisuudet (n = 18, 15 %) koettiin osan vastaajien mukaan tärkeimmiksi syiksi hakeutua koulutukseen (Taulukko 13).

Lääkkeenmääräämishoitajilta kysyttiin, vastasiko heidän nykyinen työnkuvansa sitä, mitä he olivat ajatelleet sen olevan hakeutuessaan lääkkeenmääräämiskoulutukseen. Yli puolet (n = 62, 57 %) vastasi työnkuvansa vastaavan sitä, mitä he olivat odottaneet koulutukseen hakeutuessaan. Alle puolet (n = 44, 37 %) vastasi, että työnkuva ei vastannut heidän odotuksiaan. Loput vastaajista (n = 8, 7 %) eivät osanneet sanoa.

Avovastausten mukaan (Liite 1) lääkkeenmääräämishoitajille pettymystä työnkuvaan aiheutti esimerkiksi se, että he eivät täysin pysty hyödyntämään osaamistaan toimintayksikössä,

**Taulukko 12.** Organisaation kliinisen hoitotyön urakehitysmalli sekä toiminnan laajentamisaikomukset seuraavan vuoden aikana

Organisaatiota koskevia tietoja	n	%
<b>Onko organisaatiossasi käytössä kliinisen hoitotyön urakehitysmalli /urapolkumalli?</b>		
Kyllä	1	1
Ei	75	63
Organisaatiossani suunnitellaan parhaillaan urakehitysmallia/urapolkumallia	10	8
En osaa sanoa	34	28
<b>Onko organisaatiossanne tarkoitus laajentaa lääkkeenmääräämishoitajatoimintaa seuraavan vuoden aikana?</b>		
Kyllä	18	15
Ei	36	30
En osaa sanoa	66	55

**Taulukko 13.** Tärkein syy hakeutua rajatun lääkkeenmääräämisen koulutukseen

Koulutukseen hakeutumisen tärkein syy	n	%
Oman osaamisen vahvistaminen	60	50
Mahdollisuus parempaan palkkaan	22	18
Urakehitysmahdollisuudet	18	15
Työn itsenäisyyden lisääminen	10	8
Työnantaja ehdotti lääkkeenmääräämiskoulutusta	9	7
Muu syy	2	2

eikä työnkuva ollut selkeä. Lisäksi potilaiden ohjautumisessa lääkkeenmäärämishoitajille oli ongelmia. Esimerkiksi yhden vastaajan mukaan muut työpaikan työntekijät eivät olleet sitoutuneet ohjaamaan lääkkeenmäärämishoitajille heille kuuluvia potilaita.

*”Tehtäväkuvaani ei ole koskaan panostettu eikä oikeastaan koskaan mahdollistettu siten, että olisin voinut kaikin mahdollisin tavoin hyödyntää koulutustani.”*

*”Työnantaja ei ole antanut meidän kehittää toimintamme lääkkeenmäärämishoitajina.”*

*”Akuuttipotilaiden hoitamista vähän, vaikka siinä osaamiseni hyödyttäisi eniten. Lisäksi lääkehoidon jatkamista ei pysty tekemään useinkaan, koska lääkärin laatimia kirjallisia hoitosuunnitelmia ei ole.”*

*”Työpaikan työntekijöiden sitoutumattomuus ohjata lääkkeenmäärämishoitajille heille kuuluvat potilaat. Laitetaan lääkärille esimerkiksi virtsatieinfektiopotilaita, joita lääkkeenmäärämishoitaja olisi voinut hoitaa.”*

*”Työ on pääasiassa puhelimitse tapahtuvaa potilaiden siirtelyä arviosta toiseen, jotta hoitotakuu saadaan näyttämään siltä, että se toteutuu.”*

## 6.5. Palkkaus ja tyytyväisyys palkkaan

Valtaosa lääkkeenmäärämishoitajista (n = 114, 96 %) vastasi, että heidän palkkaansa oli korotettu lääkkeenmäärämisen vuoksi. Noin puolella (n = 63, 53 %) oli korotettu tehtäväkohtaista palkkaa ja noin joka viidennellä (n=25, 21%) vastaajalla oli korotettu henkilökohtaista palkkaa (henkilökohmainen lisä) (Taulukko 14).

Erittäin tyytyväinen palkkaansa oli noin joka kymmenes (n = 9, 8 %) vastaajista. Jokseenkin tyytyväisiä palkkaansa oli alle puolet (n = 47, 40 %). Jokseenkin tyytymättömiä palkkaansa oli noin joka neljäs (n = 31, 26 %) ja erittäin tyytymättömiä noin joka kymmenes (n = 15, 13 %) (Taulukko 15).

**Taulukko 14.** Palkankorotuksen toteutustapa lääkkeenmäärämisen vuoksi

Palkankorotuksen toteutustapa	n	%
Korotettu tehtäväkohtaista palkkaa	63	53
Korotettu henkilökohtaista palkkaa (henkilökohmainen lisä)	25	21
Palkkaa on korotettu muulla tavalla (esimerkiksi erillinen lisä)	21	18
Korotettu sekä tehtäväkohtaista että henkilökohtaista palkkaa	5	4
Palkkaa ei ole korotettu	3	3
En osaa sanoa	3	3

**Taulukko 15.** Lääkkeenmäärämishoitajien tyytyväisyys palkkukseen

Tyytyväisyys palkkukseen	n	%
Erittäin tyytyväinen	9	8
Jokseenkin tyytyväinen	47	40
En tyytyväinen enkä tyytymätön	14	12
Jokseenkin tyytymätön	31	26
Erittäin tyytymätön	15	13
En työskentele tällä hetkellä lääkkeenmäärämishoitajan tehtävässä	2	2

## 6.6. Palkallinen täydennyskoulutus

Vastaajilta kysyttiin työnantajan maksamasta yleisestä täydennyskoulutuksesta, jota ei ollut erikseen suunnattu lääkkeenmääräämishoitajille. Kysymys koski kyselyä edeltävää vuotta, eli vuotta 2022. 'Ei yhtään päivää' -vaihtoehdon valitsi miltei puolet (n = 50, 43 %) vastaajista. Yhden päivän yleistä täydennyskoulutusta vastasi saaneensa noin viidesosa (n = 22, 19 %) lääkkeenmääräämishoitajista (Taulukko 16).

Vastaajilta kysyttiin myös sitä, kuinka monta päivää he ovat osallistuneet työnantajan maksamaan, palkalliseen lääkkeenmääräämishoitajille suunnattuun täydennyskoulutukseen edellisenä vuonna eli 2022. Yhden päivän lääkkeenmääräämishoitajille suunnattuun täydennyskoulutukseen oli osallistunut miltei puolet (n = 56, 47 %) vastaajista ja kaksi päivää noin joka kymmenes (n = 17, 14 %). Alle puolet vastaajista (n = 44, 37 %) ei ollut osallistunut yhtään päivää lääkkeenmääräämishoitajille suunnattuun täydennyskoulutukseen (Taulukko 17).

**Taulukko 16.** Täydennyskoulutuspäivät yleisessä täydennyskoulutuksessa, jota ei ollut suunnattu lääkkeenmääräämishoitajille (vuonna 2022)

Yleisiä täydennyskoulutuspäiviä	n	%
0	50	43
1	22	19
2	9	8
3	17	15
4	3	3
5	4	3
6	2	2
7	1	1
8	1	1
9	0	0
10	2	2
Yli kymmenen päivää	2	2
En osaa sanoa	4	3

**Taulukko 17.** Täydennyskoulutuspäivät täydennyskoulutuksessa, joka oli suunnattu lääkkeenmääräämishoitajille (vuonna 2022)

Lääkkeenmääräämishoitajille suunnattu täydennyskoulutuspäiviä	n	%
0	44	37
1	56	47
2	17	14
3	0	0
4	1	1
5–10	0	0
Yli kymmenen päivää	1	1
En osaa sanoa	0	0

## 6.7. Työskentelypaikka

Perusterveydenhuollon ajanvarausvastaanotolla ilmoitti työskentelevänsä alle kolmannes (n = 33, 28 %) vastaajista. Perusterveydenhuollon ajanvarauksessa ja päivystysvastaanotolla työskenteli noin joka neljäs (n = 27, 23 %) vastaajista. Perusterveydenhuollon päivystyksessä/kiirevastaanotolla vastasi työskentelevänsä 19 (16 %) ja hyvinvointialueen ympärivuorokautisessa yhteispäivystyksessä 18 (15 %) vastaajista. Ehkäisyneuvolassa työskenteli 7 (6 %) vastaajista. Vastaajien päätoimen työskentelypaikat ovat taulukossa 18.

## 6.8. Potilas- ja asiakasryhmät sekä työnkuva lääkkeenmäärämisessä

Lääkkeenmääräämishoitajista hieman alle puolet (n = 56, 46 %) ilmoitti hoitavansa akuutisti sairastuneita ja pitkäaikaisesti sairaita potilaita (Taulukko 19). Pelkästään akuutisti sairastuneita potilaita vastasi hoitavansa alle kolmannes (n = 34, 28 %) vastaajista. Pitkäaikaisesti sairaita potilaita ilmoitti hoitavansa noin joka kymmenes (n = 13, 11 %) vastaajista. Muunlainen työnkuva oli noin joka kymmenennellä (n = 16, 13 %) vastaajista. He ilmoittivat työskentelevänsä esimerkiksi ehkäisyneuvolassa, sydänpotilaiden vastaanotolla, hoidon tarpeen arvioinnissa ja esimerkiksi opetushoitajana.

**Taulukko 18.** Vastaajien päätoimen työskentelypaikka

Työskentelypaikka	n	%
Perusterveydenhuollon ajanvarausvastaanotto (esim. sosiaali- ja terveyskeskus)	33	28
Perusterveydenhuollon ajanvarauksessa JA päivystysvastaanotolla	27	23
Perusterveydenhuollon päivystys/kiirevastaanotto (esim. sosiaali- ja terveyskeskus)	19	16
Hyvinvointialueen ympärivuorokautinen yhteispäivystys (sairaala)	18	15
Ehkäisyneuvola	7	6
Koulu- ja opiskelijaterveydenhuolto	4	3
Kotihoito	2	2
Äitiys- tai lastenneuvola	1	1
Työterveyshuolto	1	1
Kotisairaanhoidon poliklinikka	1	1
Etä-, puhelin- tai digivastaanotto	1	1
Työtehtävät / työpiste vaihtelevat työvuoron aikana	1	1
Muussa toimintayksikössä	1	1
Perhesuunnitteluneuvola	0	0
Seksuaali- ja ehkäisyneuvola	0	0
Kotisairaala	0	0
En ole tällä hetkellä asiakas- tai potilastyössä	3	3

**Taulukko 19.** Potilasryhmät, joita lääkkeenmääräämishoitajat hoitavat työssään

Potilasryhmät	n	%
Sekä akuutisti sairastuneita että pitkäaikaisesti sairaita	55	46
Akuutisti sairastuneita	34	28
Pitkäaikaisesti sairaita	13	11
Minulla on muunlainen työnkuva	16	13
En ole tällä hetkellä asiakas- tai potilastyössä	2	2



Vastaajia pyydettiin kyselylomakkeella kerto-  
maan työnkuvastaan. Avokysymykseen vastasi  
kaiken kaikkiaan 96 lääkkeenmäärämishoitajaa.  
Lääkkeenmäärämishoitajien työnkuva äkillisesti  
sainastuneiden potilaiden vastaanottotyössä oli  
monipuolinen (Liite 2). Päivystysvastaanotoilla hoide-  
taan muun muassa infektiopotilaita ja erilaisia pieniä  
vammoja. Päivystysvastaanotoilla toteutetaan myös  
pieniä toimenpiteitä, kuten esimerkiksi annetaan  
injektioita, hoidetaan haavoja tai vaihdetaan katetri.  
Seuraavassa muutamia avovastausten esimerkkejä  
lääkkeenmäärämishoitajien tehtävänkuvista äkilli-  
sesti sainastuneiden potilaiden vastaanottotyössä:

*”Päivystyksessä hoidan akuutisti sairastuneita  
potilaita. Ompelen haavoja paljon vuoron aikana.  
Hoidamme nyrjähdykset, selkäkkipuiset, virtsatieinfek-  
tiot, flunssat, kurkkukipuiset, otamme pois tikkuja ja  
ongenkoukkuja ym. Kaikkea mahdollista.”*

*”Teen omaa akuuttivastaanottoa muutaman kerran  
viikossa, jossa potilaita vauvasta vaariin. Silmätuleh-  
dukset, haavat, ihottumat, patit, ihomuutosten arviot  
jne.”*

*”Hoidan mm. silmätulehdukset, nielutulehdukset,  
rintatulehdukset, ylähengitystiepotilaat. Puheluina  
virtsatieinfektiopotilaat.”*

*”Pidetään itsenäistä sairaanhoitajan vastaanottoa,  
johon potilaat tulevat eri vaivojen vuoksi. Pääsään-  
töisesti: silmä-, korva, poskiontelo, virtsatieinfektiot ja  
nielukipuisia.”*

*”Hoidan päivystysosaston YLE-potilaita, jotka usein  
miten ovat infektiopotilaita, flunssan oireista. Hoidan  
myös lapsipotilaita päivystyksessä sekä otan vastaan  
lapsipotilaita, joita terveydenhoitaja laittavat minulle.”*

*”Äkilliset sairastumiset, kuten virtsatieinfektiot, ylähen-  
gitystieinfektiot, esim. StrepA-nieluinfektiot, selkävivot,  
vatsataudit, pienet haavat, katetrien vaihdot.”*

Osa lääkkeenmäärämishoitajista kuvasi  
avovastauksessa puolestaan työskentelevänsä  
sekä akuutisti sainastuneiden että pitkäaikaisesti  
sainastuneiden potilaiden kanssa (Liite 3). Työnkuva oli  
monipuolinen. Pitkäaikaissairauksia sainastavien  
potilaiden kohdalla lääkkeenmäärämishoitajan  
vastaanotoilla tehdään esimerkiksi määräämiskäsi-  
tarkastuksia ja ohjataan asiakkaita lääkehoidon  
toteutuksessa. Seuraavassa muutamia esimerk-  
kejä tehtävänkuvista, jollaisissa lääkkeenmää-  
rämishoitajat työskentelevät äkillisesti sairastavien

potilaiden vastaanottotyössä:

*”Lääkkeenmääräämispäiviä 1–2 päivää viikossa,  
silloin 4–5 vuosikontrollia, verenpaine, kolesteroli,  
reuma, muisti ja lisäksi 4–5 soittoaikaa, yleensä  
laboratoriovastauksia ja reumasoittoaikoja. Kiirettiimin  
vastaanottoa 1–2 päivää viikossa, flunssaoireisia ja  
muuta infektioita, iho-oireita, allergia-asioita, tiimityötä  
lääkärin työparina. Kiireetön tiimi noin kerran viikossa,  
lääkärin parina hoidon suunnittelua ja järjestelyä.  
Lisäksi normaalia sh-vastaanottoa noin kerran viikossa,  
injektioita, haavahoitoja, ompeleiden poistoja yms.,  
silloin yleensä lisäksi reseptikeskuksen purkua,  
lääkäreiden määräyksien purkua ym. toimistotyötä.  
Satunnaisesti toimistossa hoidon tarpeen arviointia.”*

*”Hoidan verenpainetaudin määräämiskäsi-  
tarkastuksia, astmapotilaiden määräämiskäsi-  
tarkastuksia, astmatutkimusten aloituksia ja lääketekniikan tarkastuksia.  
Hoidan uniapneapotilaisen tutkimukseen pääsyä ja  
lievien uniapneapotilaiden elämäntapaohjauksia.  
Hoidan flunssapotilaita, poskiontelo-oireisia, silmä-  
tulehduksia, kurkkukipuisia, virtsatieinfektio-oireisia.  
Paljon hengitystieoireilijoita ym.”*

*”Hoidan päivystyspotilaat sekä kiireettömiä. Erilaisista  
ylähengitystieoireista kärsiviä potilaita (keuhko-oireet,  
silmitulehdus, korvatulehdukset, kuume jne.),  
virtsatieinfektiot, tule-oireiset (erot. selkäkkipuiset),  
ihottumat, nyrjähdykset/venähdyssvammat. Pienet pai-  
seet ym. Ihomuutosten hoito/arvio. Erilaisten oireiden  
arviointia. Lääkelistojen tarkistuksia. Migreenipotilaat.”*

*”Pitkäaikaissairauden kontrollia, tutkimukset, uusitaan  
tarvittaessa lääkkeitä, kokonaislääkityksen tarkista-  
mista. Akuutisti sairastuneiden päivystysvastaanotto,  
potilaiden tutkimista, tarvittaessa lääkkeiden uusintaa/  
aloitusta, kokonaislääkityksen tarkistamista, lääkärin  
konsultaatio tarvittaessa.”*

Muutama lääkkeenmäärämishoitaja kuvasi  
avovastauksessaan työnkuvan, joka sisälsi  
ainoastaan pitkäaikaissairauksia sainastavien  
potilaiden vastaanottotyötä, esimerkiksi diabe-  
testa sainastavien potilaiden vastaanottotyötä.  
Seuraavassa muutamia esimerkkejä lääkkeen-  
määrämishoitajien tehtävistä pitkäaikaissairauk-  
sia sainastavien potilaiden vastaanottotyössä:

*”Pidän itsenäistä potilasvastaanottoa neurologisille  
potilaille (mm. AVH, epilepsia, lievä aivovamma).  
Merkityksellisintä on antaa ohjausta lääkityksiin  
(kolesteroli, verenpaine, antitrombootti, antikoag-  
ulantti) ja sitä kautta pyrkiä sitouttamaan potilaat  
pitkäaikaissairauksien lääkityksiin.”*

*”Diabeetikot pääasiallinen potilasryhmä. Kokonaisvaltainen perussairauksien hoito, määräaikais- ja vuositarkastukset, lääkityksen arviointi.”*

*”Toimin diabeteshoitajana. Aikuisia t2dm. Ensi- käyntejä eli alkuohjauksia. Vuosi- ja välikontrolleja. Itsenäistä vastaanottotyötä.”*

Lääkkeenmääräämishoitajia työskentelee myös ehkäisyvastaanotoilla. Seuraavassa esimerkkejä lääkkeenmääräämishoitajien tehtävänkuvista ehkäisyvastaanotoilla:

*”Työskentelen ehkäisyneuvolassa. Jaan ilmaisjakeluna ehkäisyvalmisteita alle 20-vuotiaille sekä vastaanottokäynneillä uusin ja aloitan ehkäisyvalmisteita.”*

*”Päättyötäni on ehkäisyneuvontavastaanotto. Aloitan, uusin tai vaihdan ehkäisyä. Pienissä määriin teen myös puhelintyötä.”*

*”Ehkäisyneuvolassa raskauden ehkäisyn aloittaminen, vaihtaminen ja jatkaminen. Lisäksi 10 % joukkotarkastuksia.”*

*”Määrään vastaanotolla ehkäisyvalmisteita, aloitan ehkäisyjä ja hoidan kontrollit sekä reseptin uudistamiset.”*

Yksi lääkkeenmääräämishoitajista kertoi avovastauksessaan tehtävänkuvasta kotihoidossa. Tehtäviin kuuluvat kotihoidon asiakkaiden hoidon tarpeen arviointi, lääkityksen uusiminen ja aloittaminen sekä pitkäaikaisesti sairaiden potilaiden kontrollit.

## 6.9. Lääkkeenmääräämishoitajien vastaanottotyö

Lääkkeenmääräämishoitajia pyydettiin kyselyssä arvioimaan sitä, kuinka suuri prosenttiosuus heidän työajastansa on sellaista asiakas- tai potilastyötä, jossa he määräävät lääkkeitä potilaille / asiakkaille. Kysymykseen pyydettiin vastaamaan vain, mikäli lääkkeenmääräämishoitaja määräsi lääkkeitä työssään. Ainoastaan yksi vastaajista arvioi, että hänen koko työaikansa (100 %) on sellaista asiakas- tai potilastyössä, jossa hän määrää lääkkeitä. Noin kolmanneksen vastaajista (n = 32, 29 %) mukaan he käyttivät 10 % työajastaan asiakas- tai potilastyössä, jossa he määräsivät lääkkeitä. Lääkkeenmääräämishoitajista noin puolet (n = 58, 52 %) käytti työajastaan 20–60 % lääkkeiden määräämiseen. Taulukossa 20 on kuvattu tarkemmin työajan käyttöä lääkkeenmääräämisessä potilas- ja asiakastyössä.

**Taulukko 20.** Arvioi kuinka suuri prosenttiosuus työajastasi on sellaista asiakas- tai potilastyötä, jossa määrääät lääkkeitä potilaille / asiakkaille?

Prosenttiosuus työajasta	n	%
10 %	32	29
20 %	13	12
30 %	15	13
40 %	7	6
50 %	16	14
60 %	7	6
70 %	1	1
80 %	4	4
90 %	5	5
100 %	1	1
En osaa sanoa	11	10

Lääkkeenmääräämishoitajilta tiedusteltiin, kuinka monta potilasta tai asiakasta he hoitavat keskimäärin työvuoron aikana silloin, kun tekevät lääkkeenmääräämishoitajan työtä. Yleisin määrä oli 6-10 potilasta / asiakasta (n = 51, 44 %) tai 1-5 asiakasta / potilasta (n = 30, 26 %) (Taulukko 21).

Kolme neljästä (n = 70, 75 %) lääkkeenmääräämishoitajasta ilmoitti toimivansa konsultatioapuna työyhteisön muille sairaanhoitajille ja ammattihenkilöille. Uusia työntekijöitä perehdytti miltei puolet (n = 42, 45 %) vastaajista ja lääkevastaavina toimi yli kolmasosa (n = 36, 38 %) (Taulukko 22). Muina lisätehtävinä luettiin muun muassa hygieniayhdyshenkilön ja tiiminvetäjän tehtävät, opiskelijaohjaus, tarviketilaukset sekä luottamusmiehen tehtävät.

**Taulukko 21.** Kuinka monta potilasta / asiakasta hoidat keskimäärin työvuorosi aikana, kun teet lääkkeenmääräämishoitajan työtä?

Potilaiden / asiakkaiden määrä työvuorossa	n	%
1-5	30	26
6-10	51	44
11-15	20	17
16-20	3	3
21-25	2	2
Yli 25	1	1
En osaa sanoa	8	7

**Taulukko 22.** Enilaisten tehtävien sisältyminen lääkkeenmääräämishoitajan työnkuvaan (vastaajat (n = 94) pystyivät valitsemaan useita vastausvaihtoehtoja, valittujen vastausten lukumäärä yhteensä 221)

Työtehtävät, jotka sisältyvät työnkuvaan	n	%
Toimin konsultatioapuna työyhteisön muille sairaanhoitajille ja ammattihenkilöille	70	75
Uusien työntekijöiden perehdyttämistä	42	45
Työyksikön lääkevastaavana toimiminen	36	38
Kehittämistyötä	28	30
Kouluttamista	24	26
Johtamisen tai esihenkilötyön tehtäviä	11	12
Muuta (ei potilas- ja asiakastyötä)	10	11

### 6.10. Etä- ja puhelinvastaanotot lääkkeenmääräämishoitajan työssä

Lääkkeenmääräämishoitajilta kysyttiin, kuuluuko heidän työtehtäviinsä puhelinvastaanoton pitäminen. Vastaajista yli puolet (n = 69, 57 %) vastasi pitävänsä puhelinvastaanottoa. Vastaavasti alle puolet (n = 51, 42 %) vastaajista ilmoitti, että ei pidä puhelinvastaanottoa. Puhelinvastaanottoa pidettiin esimerkiksi virtsatieinfektiopotilaille, omille nimetyille potilaille, ehkäisyasiakkaille sekä Marevan-lääkitystä käyttäville asiakkaille. Puhelinvastaanottoa pidettiin lisäksi esimerkiksi diabetes-, reuma- ja sydänpotilaille sekä muille pitkäaikaissairautta sairastaville potilaille. Lisäksi lääkkeenmääräämishoitajat tekivät hoidon tarpeen arviointia ja ajanvarauksia puhelimesta.

Etävastaanottoa (esim. video- tai chat-vastaanotto) ilmoitti pitävänsä vain pieni osa (n = 18, 15 %) lääkkeenmääräämishoitajista (Taulukko 23). Etävastaanotoilla tehtiin terveystarkastuksia, annettiin seksuaalineuvontaa sekä pidettiin digihoitopolun vastaanottoja.

### 6.11. Hoidon järjestämisen yhteistyömallit sosiaali- ja terveyskeskuksissa

Sosiaali- ja terveyskeskuksissa työskenteleviltä lääkkeenmääräämishoitajilta kysyttiin, millainen palvelujen järjestämisen yhteistyömalli heidän toimintayksikössään oli käytössä. Yleisimmin vastaajien mukaan oli käytössä lääkäri-hoitaja -työparimalli (n = 22, 23 %) sekä sairaanhoitajavetoinen moniammatillinen tiimimalli (n = 22, 23 %). Myös moniammatillinen tiimimalli / hoitajajoukkue-malli (n = 12, 12 %) sekä hoidon jatkuvuusmalli (n = 8, 8 %) oli osan vastaajien toimintayksiköissä käytössä (Taulukko 24). Muina yhteistyömalleina kuvailtiin avovastauksessa muun muassa tiimimalli, sairaanhoitajavetoinen tiimimalli, organisaatiossa kehitetty hoidon tarpeen arviointimalli ja triagehoitaja-lääkäri -työparimalli.

**Taulukko 23.** Puhelinvastaanotot ja etävastaanotot lääkkeenmääräämishoitajan työssä

Puhelin- ja etävastaanotot	n	%
<b>Pidätkö nykyisessä työssäsi puhelinvastaanottoa?</b>		
Kyllä	69	57
Ei	51	42
En osaa sanoa	1	1
<b>Pidätkö nykyisessä työssäsi etävastaanottoa (esim. video- tai chat vastaanotto)?</b>		
Kyllä	18	15
Ei	102	85
En osaa sanoa	0	0

**Taulukko 24.** Sosiaali- ja terveyskeskuksessa käytössä oleva yhteistyömalli

Yhteistyömalli	Vastaaja	%
Lääkäri-hoitaja työparimalli	22	23
Sairaanhoitajavetoinen moniammatillinen tiimimalli	22	23
Moniammatillinen tiimimalli / hoitajajoukkue-malli	12	12
Hoidon jatkuvuusmalli (omalääkärimalli, jossa osalle lääkäri-hoitajatyöpareista jaettu oma väestö)	8	8
Muu yhteistyömalli	13	13
Olemme ottamassa yhteistyömalleja käyttöön	5	5
En osaa sanoa	16	16

## 6.12. Lääkkeenmääräämisesaamisen hyödyntäminen työssä

Lääkkeenmääräämishoitajilta kysyttiin, miten he hyödyntävät lääkkeenmääräämiskoulutuksessa oppimaansa muissa työtehtävissä, kuin varsinaisessa lääkkeenmääräämisessä.

Yhteensä 100 lääkkeenmääräämishoitajaa vastasi tähän avokysymykseen (Liite 4). Vastaajien kuvauksista käy ilmi, että rajatun lääkkeenmääräämisen koulutuksesta saatua lisäosaamista hyödynnetään jokaisessa potilas- ja asiakaskontaktissa.

*”Lääkehoidon laajemmasta osaamisesta ja ymmärryksestä on merkittävä hyöty hoidon tarpeen arvioinnissa joka ikisessä terveysasemalle tulevassa puhelussa. Ei sitä voi kääntää pois päältä.”*

*”Eniten kaikessa muussa, kuin lääkkeenmääräämisessä. Potilaan tutkiminen ehkä tärkeimpänä, hoidon tarpeen arviointi, potilaan lääkityksen arviointi, pitkäaikaissairaiden kontrollikäynnit ja niiden lääkityksien arviointi muun muassa.”*

*”Kliinistä osaamista hyödynnä kaikkialla, mm. ensiavussa. Reseptien uusintaa. Lääkkeiden kokonaisvaltainen katselmusta työpisteestä riippumatta, se on automaattista. Puhelinvuorossa pystyn virtsatieinfektiopotilaita hoitamaan, kirjoittamaan lääkeresepin. Autan päivystävää lääkäriä tarvittaessa. Päivystyspotilaiden hoidossa ja puran jonoja lääkkeenmääräämishoitajalle sopivien potilaiden myötä. Koulutusta hyödyntää oikeastaan joka paikassa ja työpisteessä. Ei niitä opittuja asioita jätä käyttämättä tai reseptejä jätä kirjoittamatta/uusimatta.”*

*”Potilaiden haastattelu ja itsenäinen tutkiminen. Hyvä tuki päätöksentekoon ja helpottaa lääkäriä konsultoitaessa. Molemmipuolinen luottamus lääkäreiden kanssa syntynyt. Potilaiden ohjaaminen lääkkeiden käytössä, haitta- ja yhteisvaikutukset, muun muassa.”*

*”Potilaan tutkimisessa ja päätöksenteossa. Lääkkeenmääräämishoitajan työ ei ole vain reseptien tekoa, eivät kaikki potilaat tarvitse oireisiin esimerkiksi antibioottikuuria, vaan ohjataan itsehoidossa. Lisäksi kollegat konsultoivat potilaista.”*

*”Tarkistan kaikkien vastaanotolla olevien lääkkeiden yhteisvaikutukset e-pillerikontrolliin tulleilta. Vastaanotolla asiakkaat voivat valittaa muita oireita, jotka ei liity ehkäisykontrolliin, esimerkiksi ihottumia, korva-, kurkku- tai muita kipuja. Virtsatieinfektioiden hoidot. Teen asiakkaan tutkimukset laaja-alaisesti ja otan tarvittavia näytteitä.”*

## 6.13. Kehittämisehdotuksia lääkkeenmääräämishoitajan työssä

Lääkkeenmääräämishoitajilta kysyttiin, tulisiko puhelinvastaanotot mahdollistaa lääkkeenmääräämishoitajan työssä lääkemääräysten osalta silloin, kun lääkkeenmääräämishoitaja aloittaa lääkityksen. Tähän kysymykseen vastasi myöntävästi yli puolet (n = 74, 62 %) vastaajista (Taulukko 24).

Lyhyissä avovastauksissa lääkkeenmääräämishoitajat kuvasivat, että puhelinvastaanottoja voitaisiin hyödyntää lääkkeenmääräämishoitajien työssä harkinnan mukaan esimerkiksi silloin, kun määrätään rokotteita tai itsehoitovalmisteita. Myös osa lievistä silmätulehduksista ja laboratoriovarmenne- tuista nieluinfektioista voisi sopia puhelimesta hoidettaviksi.

Kolme neljästä lääkkeenmääräämishoitajasta (n = 88, 73 %) vastasi, että puhelinvastaanotot tulisi mahdollistaa lääkkeenmääräämishoitajan työssä lääkemääräysten osalta silloin, kun lääkkeenmääräämishoitaja jatkaa lääkärin määräämää lääkitystä (Taulukko 25).

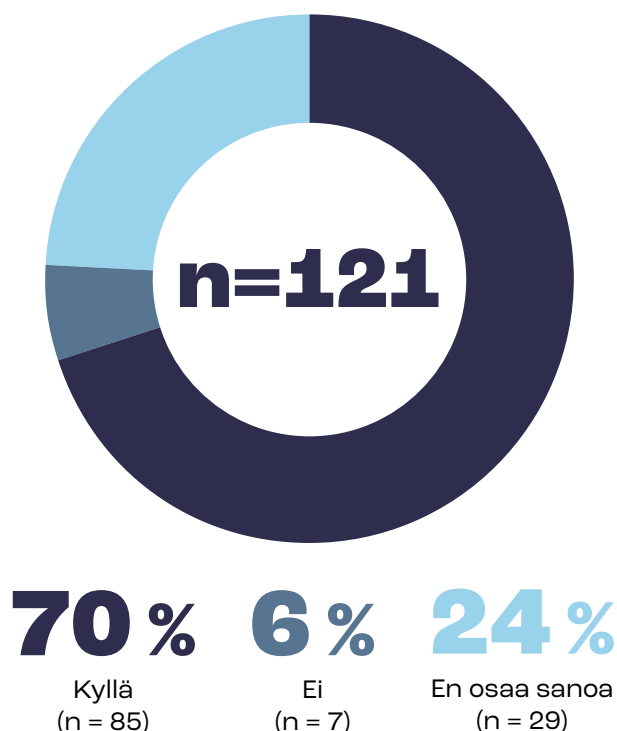
Avovastauksissa lääkkeenmääräämishoitajat toivat esille, että puhelinvastaanottoja voitaisiin hyödyntää pitkäaikaispotilaiden hoidon seurannassa etenkin silloin, kun potilaalla on hyvässä hoitotasapainossa oleva kansantauti (esimerkiksi diabetes, allergia, astma tai verenpainetauti). Lisäksi myös esimerkiksi osan ehkäisyasiakkaiden hoidossa lääkityk-

sen uusinnan osalta puhelinvastaanottoja voisi lääkkeenmääräämishoitajien mukaan hyödyntää.

Suuri osa (n = 85, 70 %) lääkkeenmääräämishoitajista vastasi, että etävastaanotot (esimerkiksi videovastaanotot) tulisi mahdollistaa lääkkeenmääräämishoitajan työssä lääkemääräysten osalta silloin, kun aloitetaan lääkitys (Kuvio 3). Lääkkeenmääräämishoitajien mukaan esimerkiksi osa lievistä silmätulehduksista, nokotteiden määräämisestä ja osa ehkäisyasiakkaiden hoidosta voisi sopia myös etävastaanotolla toteutettaviksi.

Valtaosa lääkkeenmääräämishoitajista (n = 96, 79 %) näki, että etävastaanotot tulisi mahdollistaa lääkkeenmääräämishoitajan työssä lääkemääräysten osalta silloin, kun jatketaan lääkärin määräämää lääkitystä (Kuvio 4). Etävastaanotolla voitaisiin lääkkeenmääräämishoitajien mukaan jatkaa lääkitystä esimerkiksi silloin, kun potilaan perussairaus on hyvässä hoitotasapainossa,

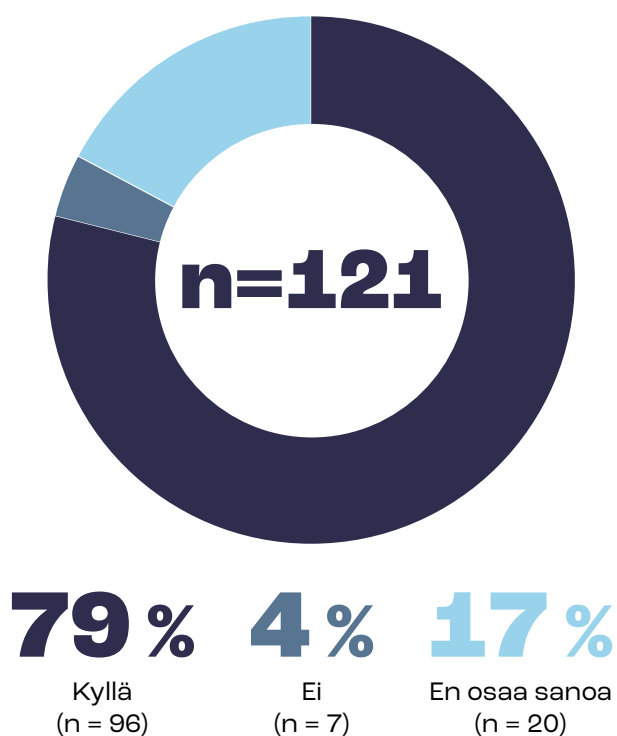
**Kuvio 3.** Tulisiko etävastaanotot (esimerkiksi videovastaanotot) mahdollistaa lääkkeenmääräämishoitajan työssä lääkemääräysten osalta silloin, kun aloitetaan lääkitys? (n = 121)



**Taulukko 25.** Puhelin- ja etävastaanottojen mahdollistaminen lääkkeenmääräämishoitajan työssä lääkkeenmääräämisen osalta

Puhelin- ja etävastaanotot	n	%
<b>Tulisiko puhelinvastaanotot mahdollistaa lääkkeenmääräämishoitajan työssä lääkemääräysten osalta silloin, kun aloitetaan lääkitys?</b>		
Kyllä	74	62
Ei	15	13
En osaa sanoa	31	26
<b>Tulisiko puhelinvastaanotot mahdollistaa lääkkeenmääräämishoitajan työssä lääkemääräysten osalta silloin, kun jatketaan lääkärin määräämää lääkitystä?</b>		
Kyllä	88	73
Ei	7	6
En osaa sanoa	25	21
<b>Tulisiko etävastaanotot (esimerkiksi videovastaanotot) mahdollistaa lääkkeenmääräämishoitajan työssä lääkemääräysten osalta silloin, kun aloitetaan lääkitys?</b>		
Kyllä	85	70
Ei	7	6
En osaa sanoa	29	24
<b>Tulisiko etävastaanotot mahdollistaa lääkkeenmääräämishoitajan työssä lääkemääräysten osalta silloin, kun jatketaan lääkärin määräämää lääkitystä?</b>		
Kyllä	96	79
Ei	5	4
En osaa sanoa	20	17

**Kuvio 4.** Tulisiko etävastaanotot mahdollistaa lääkkeenmääräämishoitajan työssä lääkemääräysten osalta silloin, kun jatketaan lääkärin määräämää lääkitystä? (n = 121)



potilaalla on ajantasainen hoitosuunnitelma ja mahdollisesti tarvittavat laboratoriokokeet sekä tarpeelliset muut kokeet on otettu.

Lääkkeenmääräämishoitajilta kysyttiin heidän arviotaan siitä, millaisiin tilanteisiin, potilasryhmiin tai lääkkeisiin lääkkeenmääräämishoitajien etä- tai puhelinvastaanotot eivät sovi. Osa lääkkeenmääräämishoitajista toi esille lyhyissä avovastauksissa, että puhelin- ja etävastaanotot eivät heidän näkemyksensä mukaan sovi lapsipotilaiden tai monisairaiden ikäihmisten hoidossa, mielenterveyspotilaiden hoidossa tai esimerkiksi antibiootien aloitukseen nielu-, silmä- tai rintatulehduksen hoidossa. Myös epätasapainossa oleva pitkäaikais sairaus tai omahoidossa epäonnistuminen pääsääntöisesti edellyttävät potilaan kutsumista paikalle vastaanotolle. Osa vastaajista koki, että puhelinvastaanotto ei sovi esimerkiksi ensimmäistä kertaa ehkäisyä aloittavalle asiakkaalle. Lääkkeenmääräämishoitajat kokivat, että aina kun potilaan tilanne sitä edellyttää, potilas pitää voida pyytää läsnävastaanotolle.

Vastaajilta kysyttiin kokevatko he tarvitsevansa täydennys- tai lisäkoulutusta, jos etä- ja puhelinvastaanotot mahdollistuvat lääkkeenmääräämistyössä lääkemääräysten osalta. Täydennys- tai lisäkoulutusta koki tarvitsevansa miltei puolet (n = 55, 47 %) vastaajista. Vastaavasti kolmasosa (n = 34, 29 %) ei kokenut tarvitsevansa täydennys- tai lisäkoulutusta (Taulukko 26). Lyhyessä avovastauksessa lääkkeenmääräämishoitajista osa kertoi tarvitsevansa teknistä koulutusta esimerkiksi erilaisista etävastaanotto-ohjelmistoista. Myös yhtenäisiä ohjeita ja käytänteitä toivottiin etävastaanotoille.

**Taulukko 26.** Tarvitsetko täydennys- tai lisäkoulutusta, jos etä- ja puhelinvastaanotot mahdollistuvat lääkkeenmääräämistyössä lääkemääräysten osalta?

Täydennys- tai lisäkoulutuksen tarve	n	%
Kyllä	55	47
En tarvitse täydennys- tai lisäkoulutusta	34	29
En osaa sanoa	29	25

Kyselylomakkeessa kysyttiin vastaajien näkemystä siitä, tulisiko lainsäädännössä laajentaa lääkkeenmääräämishoitajien määrättävissä olevien lääkkeiden listaa, joita he voivat määrätä tekemänsä hoidon tarpeen arvioinnin perusteella. Suurin osa (n = 79, 68 %) vastaajista koki tämän tarpeellisenä (Taulukko 27).

Lyhyissä avovastauksissa lääkkeenmääräämishoitajat kuvasivat erilaisia oireita ja sairauksia, joihin he kokisivat tarvetta laajentaa lääkkeenmääräämisoikeutta, esimerkiksi: kynsivallin tulehdus, korvakäytävän tulehdus, pinnalliset haavainfektiot, märkärupi, klamydia sekä poskiontelotulehduksen ja allergian oireet. Lääkkeenmääräämishoitajat myös luettelivat erilaisia lääkkeitä, joihin oikeus voitaisiin laajentaa, esimerkiksi: PEF-mittausta varten tarvittava lyhytvaikutteinen avaava lääke, uudet naskauden ehkäisyyn tarkoitetut valmisteet, ikärajojen laajentaminen esimerkiksi ehkäisyyn tarkoitetuissa lääkkeissä, ja rokotteista esimerkiksi pneumokokkinokotteet.

Kyselylomakkeessa kysyttiin vastaajien näkemystä myös siitä, tulisiko lainsäädännössä laajentaa listaa lääkkeenmääräämishoitajan

määrättävissä olevista lääkkeistä, joita he voivat jatkaa lääkärin tekemän hoitosuunnitelman mukaisesti. Noin kolmasosa (n = 39, 34 %) vastaajista koki tämän tarpeelliseksi. 'En osaa sanoa' vastausvaihtoehdon oli valinnut yli puolet (n = 73, 63 %) vastaajista (Taulukko 28).

Lyhyissä avovastauksissa lääkkeenmääräämishoitajat toivoivat voivansa jatkaa esimerkiksi pitkäaikaispotilailla jo pitempään käytössä olleita lääkkeitä kuten yhdistelmävalmisteita, joihin erikseen on lupa, mutta ei yhdistelmänä. Myös erilaisia pitkäaikaissairauksissa käytettäviä lääkkeitä, erityisesti diabetesta sairastavien potilaiden osalta, toivottiin voitavan uusia lääkkeenmääräämishoitajan vastaanotolla.

Lääkkeenmääräämishoitajilta kysyttiin, miten rajattua lääkkeenmääräämistä tulisi heidän näkemyksensä mukaan kehittää lähivuosien aikana. Lyhyissä avovastauksissa lääkkeenmääräämishoitajat (Liite 5) toivoivat, että heidän työnsä suunnattaisiin selkeämmin lääkkeenmääräämiseen, he saisivat säännöllisesti täydennyskoulutusta, heidän työnsä tunnettaisiin nykyistä paremmin ja palkkausta toivottiin parannettavan.

**Taulukko 27.** Tulisiko lainsäädännössä rajattuun lääkelistaan lisätä uusia lääkkeitä, joita lääkkeenmääräämishoitaja voisi itse määrätä tekemänsä hoidon tarpeen arvioinnin perusteella?

Läkelistan laajennus määrättävät lääkkeet	n	%
Kyllä	79	68
Ei tulisi lisätä uusia lääkkeitä	5	4
En osaa sanoa	33	28

**Taulukko 28.** Tulisiko lainsäädännössä rajattuun lääkelistaan lisätä uusia lääkkeitä, joita lääkkeenmääräämishoitaja voisi jatkaa lääkärin tekemän hoitosuunnitelman mukaisesti?

Läkelistan laajennus jatkettavat lääkkeet	n	%
Kyllä	39	34
Ei tulisi lisätä uusia lääkkeitä	4	4
En osaa sanoa	73	63



*”Työnantajan pitäisi käyttää meitä enemmän. Tiimimalli on tehnyt myös sen, että sairaanhoitajat eivät tiedä mitään enää rajatusta lääkkeenmäärämisestä.”*

*”Suunnitelmallisesti ohjattava potilaat hoitajan kontrolliin. Olen työskennellyt kahdella hyvinvointialueella, joista kummallakaan ei hyödynnetä juuri lainkaan lämmä-hoitajia systemaattisesti, riittävästi tai järkevästi.”*

*”Palkkauksen myötä saada useampi innostumaan opiskelemaan. Nyt työn vaatavuus ja palkkaus ei kohtaa. Siksi koulutukseen ei hakeuduta eikä kehitystä tapahdu.”*

*”Velvoittamalla työnantaja huolehtimaan vuosittain täydennyskoulutuksesta rajatussa lääkkeenmäärämisessä. Lääke-esittelyihin pääseminen ilman kyseenalaistamista ja rajoituksia.”*

## 6.14. Työhyvinvointi, alalta lähtemisen aikomukset

Vastaajalta kysyttiin arviota siitä, kuinka tyytyväinen hän on työhönsä tällä hetkellä. Suuri osa lääkkeenmääräämishoitajista oli joko jokseenkin tyytyväisiä (n = 64, 53 %) tai erittäin tyytyväisiä (n = 17, 14 %) työhönsä (Taulukko 29).

Vastaajilta kysyttiin, millaiseksi he kokevat oman työhyvinvointinsa tällä hetkellä. Hyväksi työhyvinvointinsa koki yli puolet (n = 66, 54 %) vastaajista ja erinomaiseksi noin joka kymmenes (n = 9, 8 %). Tyydyttäväksi hyvinvointinsa koki kolmannes (n = 38, 31 %) ja heikoksi tai erittäin heikoksi arvioi alle yksi kymmenestä (n = 8, 7 %) vastaajasta. (Taulukko 30).

Lääkkeenmääräämishoitajilta kysyttiin, ovatko he harkinneet siirtyvänsä pois lääkkeenmääräämishoitajan työstä muunlaiseen työhön. Lääkkeenmääräämishoitajan työssä halusi jatkaa yli puolet

**Taulukko 29.** Kuinka tyytyväinen olet työhösi tällä hetkellä?

Tyytyväisyys työhön	n	%
Erittäin tyytyväinen	17	14
Jokseenkin tyytyväinen	64	53
En tyytyväinen enkä tyytymätön	22	18
Jokseenkin tyytymätön	11	9
Erittäin tyytymätön	6	5

**Taulukko 30.** Millaisena koet oman työhyvinvointisi tällä hetkellä?

Työhyvinvoinnin kokemus	n	%
Erinomainen	9	7
Hyvä	66	55
Tyydyttävä	38	31
Heikko	6	5
Erittäin heikko	2	2

(n = 73, 60 %) vastaajista. Noin neljännes (n = 28, 23 %) vastaajista oli harkinnut siirtyvänsä muunlaiseen työhön ja alle viidennes (n = 20, 17 %) ei osannut sanoa (Taulukko 31). Lääkkeenmääräämishoitajat olivat harkinneet siirtyvänsä esimerkiksi kliiniseksi asiantuntijaksi, opettajan työhön, esihenkilötehtäviin, kehittämistyöhön, projektitehtäviin tai seksuaaliterapeutiksi. Muutama vastaajista harkitsi siirtyvänsä kokonaan toiselle alalle töihin.

Vastaajilta kysyttiin sitä, kuinka usein he ovat viimeisten 12 kuukauden aikana ajatelleet luopumista hoitoalan ammatista ja ryhtymistä muunlaiseen työhön. Neljännes (n = 29, 24 %) ei koskaan harkinnut luopumista hoitoalan ammatista ja kolmasosa (n = 41, 34 %) vain muutaman kerran vuodessa. Hoitoalan ammatista luopumista harkitsi kuukausittain neljännes

(n = 28, 23 %) ja muutaman kerran viikossa noin joka kymmenes (n = 14, 12 %) (Taulukko 32).

Vastaajilta kysyttiin myös, että uskovatko he jaksavansa sosiaali- ja terveysalan työtehtävissä eläkeikänsä asti. Tähän uskoi hieman alle puolet (n = 55, 45 %) vastaajista. Joka viides (n = 25, 21 %) vastaajista ei uskonut jaksavansa sote-alan työtehtävissä eläkeikään saakka ja noin joka kolmas (n = 41, 34 %) ei osannut sanoa vastausta (Taulukko 33).

### 6.15. Lääkkeenmääräämishoitajien kokema työn imu

Lääkkeenmääräämishoitajien työn imun keskiarvo on 4,8 (SD = 1.12, asteikko 0–6) (n = 113). Omistautumisen keskiarvo oli 4,9 (SD = 1.20)

**Taulukko 31.** Oletko harkinnut siirtyväsi pois lääkkeenmääräämishoitajan työstä muunlaiseen työhön?

Työstä lähtemisen harkinta	n	%
En, haluan jatkaa lääkkeenmääräämishoitajan työssä	73	60
Kyllä, olen harkinnut siirtyväni pois lääkkeenmääräämishoitajan työstä muunlaiseen työhön	28	23
En osaa sanoa	20	17

**Taulukko 32.** Kuinka usein olet ajatellut viimeisten 12 kuukauden aikana luopumista hoitoalan ammatista ja ryhtymistä muunlaiseen työhön?

Ammatista luopumisen harkinta	n	%
En koskaan	29	24
Muutaman kerran vuodessa	41	34
Muutaman kerran kuukaudessa	28	23
Muutaman kerran viikossa	14	12
Päivittäin	9	7

**Taulukko 33.** Uskotko jaksavasi sosiaali- ja terveysalan työtehtävissä eläkeikään asti?

Eläkeikään jaksaminen	n	%
Kyllä	55	45
En	25	21
En osaa sanoa	41	34

kuten myös uppoutumisen keskiarvo oli 4,9 (SD = 1.11). Tarmokkuuden keskiarvo oli 4,8 (SD = 1.21). (Taulukko 34).

Työstään koki ylpeyttä päivittäin yli puolet vastaajista (n = 64, 54 %) ja innoissaan työstään oli päivittäin miltei puolet (n = 47, 40 %) vastaajista.

Vastaajista joka neljäs (n = 30, 26 %) tunsi päivittäin olevansa täynnä energiaa, kun teki työtään ja näin koki muutaman kerran viikossa miltei puolet (n = 51, 44 %) vastaajista. Vahvaksi ja tarmokkaaksi työssään koki päivittäin kolmasosa (n = 36, 30 %) ja muutaman kerran viikossa miltei puolet (n = 51, 43 %) (Taulukko 35).

**Taulukko 34.** Lääkkeenmääräaimitajien kokema työn imu, summamuuttujat (asteikko 0–6)

Tarmokkuus (n = 116)	Keskiarvo (SD)	Omistautuminen (n = 117)	Keskiarvo (SD)	Uppoutuminen (n = 117)	Keskiarvo (SD)
TA1	4,7 (1.24)	OM2	4,9 (1.26)	UP3	5,0 (1.22)
TA2	4,8 (1.28)	OM3	4,7 (1.40)	UP4	4,6 (1.54)
TA3	4,6 (1.60)	OM4	5,1 (1.26)	UP5	4,6 (1.50)
Keskiarvo (SD)	4,8 (1.21)		4,9 (1.20)		4,9 (1.11)

**Taulukko 35.** Kuinka usein vastaajalla on ollut seuraavien väittämien kaltaisia tuntemuksia tai ajatuksia

	En koskaan	Muutaman kerran vuodessa	Kerran kuussa	Muutaman kerran kuussa	Kerran viikossa	Muutaman kerran viikossa	Päivittäin
Tunnen olevani täynnä energiaa, kun teen työtäni	0 (0 %)	3 (3 %)	5 (4 %)	13 (11 %)	15 (13 %)	51 (44 %)	30 (26 %)
Tunnen itseni vahvaksi ja tarmokkaaksi työssäni	0 (0 %)	4 (3 %)	4 (3 %)	13 (11 %)	11 (9 %)	51 (43 %)	36 (30 %)
Olen innostunut työstäni	1 (1 %)	3 (3 %)	1 (1 %)	11 (9 %)	13 (11 %)	42 (36 %)	47 (40 %)
Työni inspiroi minua	1 (1 %)	5 (4 %)	3 (3 %)	14 (12 %)	10 (8 %)	45 (38 %)	41 (35 %)
Aamulla herättyäni minusta tuntuu hyvältä lähteä töihin	6 (5 %)	3 (3 %)	3 (3 %)	11 (9 %)	12 (10 %)	45 (38 %)	39 (33 %)
Tunnen tyydytystä, kun olen syventynyt työhöni	2 (2 %)	2 (2 %)	3 (3 %)	2 (2 %)	13 (11 %)	52 (44 %)	44 (37 %)
Olen ylpeä työstäni	1 (1 %)	3 (3 %)	0 (0 %)	10 (9 %)	10 (9 %)	30 (26 %)	64 (54 %)
Olen täysin uppoutunut työhöni	3 (3 %)	8 (7 %)	2 (2 %)	6 (5 %)	14 (12 %)	50 (42 %)	36 (30 %)
Kun työskentelen, työ vie minut mukanaan	2 (2 %)	6 (5 %)	5 (4 %)	8 (7 %)	16 (14 %)	42 (36 %)	39 (33 %)



# Pohdinta

Tehy selvitti ensimmäistä kertaa lääkkeenmäärämishoitajien näkemyksiä. Tämä selvitys vahvistaa aikaisempaa kansallista tietopohjaa sairaanhoitajien rajatusta lääkkeenmäärämisestä. Tätä tietoa voidaan hyödyntää muun muassa rajatun lääkkeenmäärämisin lainsäädännön ja koulutuksen kehittämisessä, ammattihenkilölainsäädännön uudistamistyössä sekä hoidon jatkuvuusmallin mukaisessa palvelujen kehittämistyössä hyvinvointialueilla.

Valtaosa tähän kyselyyn vastanneista lääkkeenmäärämishoitajista työskenteli perusterveydenhuollon vastaanotoilla tai ympärivuorokautisissa yhteispäivystyksissä. Yhteispäivystyksissä hoidetaan perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon päivystyspotilaita (THL, 2021). Vain muutamia vastaajista työskenteli koulu- ja opiskelijaterveydenhuollossa, kotihoidossa, äitiys- tai lastenneuvolassa, työterveyshuollossa, kotisairaanhoidossa tai erikoissairaanhoidon poliklinikalla. Selvityksen tulokset antavat viitteitä siitä, että lääkkeenmäärämishoitajien osaamista voitaisiin hyödyntää nykyistä laajemmin erilaisissa perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon avohoidon toimintayksiköissä hyvinvointialueilla. Lääkkeenmäärämishoitajia tarvittaisiin lisää esimerkiksi kotihoidon palveluihin, sillä väestö ikääntyy ja palvelutarve kasvaa. Lääkkeenmäärämishoitajien lisäosaamista voitaisiin hyödyntää kotihoidossa esimerkiksi moniammatillisissa lääkkehoidon arvioinneissa, konsultaatiotukena muille ammattihenkilöille sekä henkilöstön perehdyttämisessä ja kouluttamisessa. Osaamista voitaisiin hyödyntää kotihoidossa myös näyttöön perustuvien yhtenäisten käytäntöjen kehittämisessä ja käyttöönotossa.

Selvityksen tulokset antavat viitteitä siitä, että lääkkeenmäärämishoitajien osaamista voitaisiin hyödyntää nykyistä laajemmin erilaisissa perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon avohoidon toimintayksiköissä hyvinvointialueilla.

Lääkkeenmäärämishoitajat kuvasivat hyödyntävänsä lääkkeenmäärämiskoulutuksesta saamaansa lisäosaamista jokaisessa asiakas- ja potilaskontaktissa.

Tähän selvitykseen vastanneista lääkkeenmäärämishoitajista osa työskenteli ehkäisypalveluissa. Lääkkeenmäärämishoitajat voivat lainsäädännön mukaan määrätä raskauden ehkäisyvalmisteita apteekista ja jatkaa niitä hoitosuunnitelman mukaisesti (1088/2010, liite 1). Ehkäisypalveluissa lääkäreiden ja hoitajien työnjakoa on kehitetty jo useamman vuoden ajan (THL, 2024j). Terveystoimijat, sairaanhoitajat ja kättilöt, joilla ei ole rajattua lääkkeenmääräystä, voivat tietysti edellytyksin aloittaa raskauden ehkäisy (Raskauden ehkäisy: Käypä hoito -suositus, 2022), mutta eivät voi määrätä ehkäisyvalmisteita apteekista (Flinkman, 2020). Lääkkeenmäärämishoitajien määrän lisääminen ja osaamisen parempi hyödyntäminen ehkäisypalveluissa voisi auttaa kohdentamaan lääkäreiden rajallisia resursseja nykyistä paremmin. Se voisi myös tuottaa kustannussäästöjä sekä samalla lisätä ehkäisypalvelujen laatua ja turvallisuutta.

Suomen lääketilaston (Fimea & Kela, 2024) mukaan kaikki lääkkeenmäärämishoitajat, joilla on voimassa oleva lääkkeenmäärämisoikeus Valviran rekisterissä, eivät määrää työssään lääkkeitä. Lääkkeenmäärämishoitajat voivat kuitenkin hyödyntää lisäosaamistaan myös muissa tehtävissä, ei vain niissä, joissa lääkkeenmääräminen on heille sillä hetkellä mahdollista. Lääkkeenmäärämishoitajien on todettu hyödyntävän koulutuksen tuomaa lisäosaamista kaikissa potilaskontakteissaan riippumatta siitä, kirjoittavatko he lääkemääräyksen vai eivät (Schildt, 2021). Myös tämän selvityksen tulokset osoittavat sen, että sairaanhoitajat hyödyntävät rajatun lääkkeenmäärämisin koulutuksessa saamaansa lisäosaamista laajasti työssään. Lääkkeenmäärämishoitajat kuvasivat hyödyntävänsä lääkkeenmäärämiskoulutuksesta saamaansa lisäosaamista jokaisessa

asiakas- ja potilaskontaktissa. Lisäosaamisestaan he kuvasivat olevan erityisesti hyötyä potilaan kliinisessä tutkimisessa, hoidon tarpeen arvioinnissa sekä potilaiden ohjauksessa ja neuvonnassa.

Lääkkeenmääräämishoitajat olivat avovastausten perusteella tärkeitä voimavaroja työyksiköissään. Lääkkeenmääräämishoitajat tukivat työyksiköidensä toimintaa antamalla konsultaatioapua muille toimintayksikön ammattihenkilöille, perehdyttämällä uusia työntekijöitä sekä toimimalla myös lääkevastaavan tehtävissä. Kun muut ammattihenkilöt toimintayksikössä saavat perehdytystä ja konsultaatiotukea lääkkeenmääräämishoitajilta, voi se vaikuttaa positiivisesti myös heidän työtyytyväisyyteensä. Esimerkiksi Yhdysvalloissa tehdyn tutkimuksen mukaan asiantuntijasairaanhoitajien suuremman määrän sairaalassa on todettu olevan yhteydessä siellä työskentelevien muiden sairaanhoitajien parempaan työtyytyväisyyteen ja suurempaan aikomukseen pysyä työssä (Aiken ym., 2021). Laapio-Rapi (2020) väitöstutkimuksessaan ehdotti henkilöstön tyytyväisyyttä yhdeksi rajatun lääkkeenmääräämisen vaikutusten mittauskohteista.

Tähän selvityksen kyselyyn vastanneiden lääkkeenmääräämishoitajien tehtäväkohtaisista nimikkeistä yleisimmät olivat sairaanhoitaja (48 %), lääkkeenmääräämishoitaja (14 %) ja asiantuntijasairaanhoitaja (8 %). Tulos oli vastaava kuin Huttusen (2021) YAMK-opinnäytetyössä, jossa ylemmän ammattikorkeakoulututkinnon suorittaneiden lääkkeenmääräämishoitajien (n = 30) yleisimmät tehtäväkohtaiset nimikkeet olivat sairaanhoitaja, lääkkeenmääräämishoitaja ja asiantuntijasairaanhoitaja. Sairaanhoitajan tehtäväkohtainen nimike ei kuitenkaan kerro muille ammattihenkilöille ja potilaille ammattihenkilön rajatusta lääkkeenmääräämisoikeudesta ja lääkkeenmääräämiskoulutuksen tuottamasta lisäosaamisesta. Yhtenäinen, rajattua lääkkeenmääräämisoikeutta kuvaava tehtäväkohtainen nimike toisi paremmin näkyville lääkkeenmääräämishoitajien oikeudet ja muista ammattihenkilöistä eroavan tehtävänkuvan. Yhtenäinen nimike myös helpottaisi tilastointia kansallisella ja hyvinvointialueiden tasolla.

Koronaepidemian aikana etäpalveluiden käyttö laajeni ja niiden käyttöä olisi Kelan arvion mukaan mahdollista lisätä (Kela, 2022). Suuri osa tähän kyselyyn vastanneista lääkkeenmääräämishoitajista suhtautui pääsääntöisesti myönteisesti rajatun lääkkeenmääräämisen mahdollistamiseen etä- ja puhelinvastaanotoilla. Lisäksi suuri osa lääkkeenmääräämishoitajista koki, että lääkkeenmääräämisesetuksen (1088/201) liite 1 sisältämää lääkelistausta tulisi laajentaa.

Etä- ja puhelinvastaanotot voisivat sopia vastaajien mukaan tiettyjen potilasryhmien ja tautitilojen hoitamiseen. Akuuttien sairauksien osalta esimerkiksi osa lievistä silmätulehduksista voitaisiin avovastausten mukaan hoitaa kuvayhteydellisellä etävastaanotolla. Myös sellaiset asiakkaat, jotka tarvitsevat reseptin rokotetta varten, voitaisiin haastetalla lääkkeenmääräämishoitajan toimesta etävastaanotolla rokotteen määräämiseksi apteekista. Tämän lisäksi potilaalle varattaisiin rokotusaika terveydenhuollon yksikköön. Pitkäaikaissairaiden potilaiden seurantakäyntien osalta etävastaanottoja voisi olla mahdollista hyödyntää sairauden ollessa tasapainossa ja hoitosuunnitelman ollessa ajantasainen. Kun etävastaanottopalveluja kehitetään, huomioon on kuitenkin otettava etävastaanottojen rajoitteet esimerkiksi potilaan kliinisessä tutkimuksessa ja potilaan kanssa käytävässä vuorovaikutuksessa. Potilaalla on myös oikeus kieltäytyä etäpalvelusta. (Taulasalo & Jormanainen, 2024.) Lääkkeenmääräämishoitajat nostivat esille avovastauksissa sen, että potilaalle tulee aina turvata oikeus päästä vastaanotolle, mikäli arvioidaan, että etäpalvelu ei jostakin syystä sovi potilaan tilanteeseen.

Hallitusohjelmassa on linjattu, että kansalaisten hoitoon ja palveluihin pääsyä pyritään nopeuttamaan (Valtioneuvosto, 2023). Hallitus on käynnistämässä määräaikaisen valinnanvapauskokeilun 65 vuotta täyttäneille ja on myös toteuttamassa omalääkärinkokeilun (STM, 2024a). Näiden kokeilujen rinnalla tarvitaan myös muita toimia. Lääkkeenmääräämishoitajien on osaltaan todettu voivan nopeuttaa väestön hoitoon pääsyä ja hoidon aloittamista (Sulosaari & Heikkilä, 2021). Perusterveydenhuollon avosairaanhoidon

Perusterveydenhuollon avosairaanhoidon vastaanotoilla hoitoon pääsyä ja hoidon jatkuvuutta voitaisiin parantaa lisäämällä lääkkeenmääräämishoitajien määrää nykyisestä sekä hyödyntämällä heidän osaamistansa nykyistä paremmin.

vastaanotoilla hoitoon pääsyä ja hoidon jatkuvuutta voitaisiin parantaa lisäämällä lääkkeenmääräämishoitajien määrää nykyisestä sekä hyödyntämällä heidän osaamistansa nykyistä paremmin.

Lääkkeenmääräämisosoikeuden omaavien hoitajien osuus kaikista sairaanhoitajista Suomessa on yhä alle yhden prosentin (Digi- ja väestötietovirasto, n.d.). Esimerkiksi Yhdysvalloissa noin joka kymmenes sairaanhoitajista on suorittanut lisätutkinnon, joka mahdollistaa heidän työskentelynsä laajavastuuisen hoitotyön asiantuntijatehtävissä (HHS, HRSA, 2024). Suomessakin olisi mahdollista lisätä lääkkeenmääräämishoitajien lukumäärää sote-palveluissa. Useamman kuin yhden lääkkeenmääräämishoitajan työskentely toimintayksikössä mahdollistaisi myös sen, että lääkkeenmääräämishoitajat saisivat ammatillisesti tukea toisiltaan (Korhonen, 2017).

Laajavastuinen kliininen osaaminen ja sen hyödyntäminen potilastyössä nousivat esille kyselyyn vastanneiden lääkkeenmääräämishoitajien avovastauksissa. Hyvinvointialueilla tulisi tehokkaammin hyödyntää sairaanhoitajan laajavastuuisia tehtävänkuvia osana hoidon jatkuvuusmallia (omatiimimalli, omalääkärimalli, omahoitajamalli). Moniammatillisessa työssä perusterveydenhuollon vastaanottotoiminnan tavoitteena tulisi olla ammattihenkilöiden osaamisen tarkoituksenmukainen ja tehokas käyttö sekä potilaan saamien palvelujen sujuvuus (Mikkola et.al., 2022). Hoitotyön johtajat ovat keskeisessä roolissa, kun työnjakoa kehitetään ja sen esteitä poistetaan (Lavander, 2017).

Kun sairaanhoitajat hyödyntävät osaamistaan monipuolisesti osana moniammatillisia tiimejä, voidaan parantaa terveydenhuollon palvelujen kokonaisvaltaisuutta, tehokkuutta ja saavutettavuutta (ICN, 2024).

Suomessa perusterveydenhuollon avosairaanhoidon palveluissa usein ensimmäinen, ja monessa tapauksessa myös ainoa, hoitokontakti on sairaanhoitaja tai terveydenhoitaja. Sairaanhoitajat ja terveydenhoitajat toteuttavat suurimman osan lainsäädännön edellyttämistä hoitoonpääsykäynneistä (THL, 2024c). Mikäli vastaanotolla tai lääkärin työparina toimivalla sairaanhoitajalla on lisäkoulutuksen myötä varmistettua laajavastuista kliinistä osaamista, kuten on lääkkeenmääräämishoitajilla, sairaanhoitaja pystyy entistä useammin ja itsenäisemmin toteuttamaan potilaan hoidon. Näin hoitoon pääsyä ja hoidon jatkuvuutta voitaisiin turvata nykyistä paremmin lääkärinpulasta huolimatta ja lääkärin vastaanotolle pääsisivät nykyistä paremmin he, jotka sitä tarvitsevat. (ICN, 2021.)

Urakehitysmahdollisuudet olivat tässä selvityksessä vastaajille kolmanneksi tärkein syy hakeutua rajatun lääkkeenmääräämisen koulutukseen. Oman osaamisen vahvistaminen ja palkkakehitys olivat tärkeimmät syyt. Aikaisemmissa tutkimuksissa sairaanhoitajat ovat kuvanneet urakehitysmahdollisuudet kliinisessä potilastyössä rajallisina (Kallio ym., 2022) ja urakehitysmahdollisuuksien puutteen vähentävän heidän kokemustaan ammatin arvostuksesta (Ring ym., 2024). Alalta lähtemiseen on liitetty kokemus siitä, että hankittu lisäkoulutus ja kasvava osaaminen lisäävät vastuuta työssä, mutta eivät hyödytä hoitajaa taloudellisesti (Ring & Kaarakainen, 2023). Nuoret eivät ole tunnistaneeet urakehitysmahdollisuuksia sairaanhoitajan työssä Suomessa, mutta ovat nähneet ammatin mahdollistavan siirtymisen erilaisiin työtehtäviin samalla uratasolla (Glerean ym., 2019). Tietoisuutta sairaanhoitajien urakehitysmahdollisuuksista tulisi lisätä yhteiskunnassa, jotta voimme laajasti houkutella hakijoita koulutukseen. Muun muassa hyvinvointialueiden ja sairaaloiden tulisi kertoa sairaanhoitajan ammatista

verkkosivuillaan ja sosiaalisessa mediassa. Sairaanhoidajien ammatista ja unamahdollisuuksista tulisi kertoa nuorille kouluissa ja oppilaitoksissa. (Glerean, 2025.)

Lääkkeenmääräämishoitajien tehtävänkuvan hyvä suunnittelu on tärkeää, jotta koulutuksessa ja työkokemuksella saatu lisäosaaminen saadaan mahdollisimman hyvin organisaatioiden käyttöön (Vesterinen, 2014). Osa lääkkeenmääräämishoitajista oli avovastausten mukaan pettyneitä siihen, että he eivät voineet työyksikössään hyödyntää osaamistaan täysimääräisesti ja myös potilaiden ohjautumisessa lääkkeenmääräämishoitajien vastaanotoille on ongelmia. Aikaisempien tutkimusten mukaan lääkärit hoitavat edelleen sellaisia potilaita, joita myös lääkkeenmääräämishoitaja voisi organisaatiossa hoitaa (Koskinieniemi ym., 2023; Laapio-Rapi, 2020) ja lääkkeenmääräämishoitajat tekevät paljon sellaisia työtehtäviä, joissa lisäkoulutuksen tuottamaa osaamista ei hyödynnetä (Kosonen & Pyysalo, 2022). Erityisesti pienillä terveysasemilla lääkkeenmääräämishoitajien on todettu hoitavan heille kuulumattomia asiakkaita ja puhelintyötä. Rajatusta lääkkeenmääräämistöiminnasta saatava hyöty menee osittain hukkaan esimerkiksi silloin, kun lääkkeenmääräämishoitajat tekevät paljon puhelintyötä. (Laapio-Rapi, 2020.) Onnistuakseen rajattu lääkkeenmäärääminen edellyttää sen hyväksymistä toimintayksiköissä ja lääkkeenmääräämistöiminnan sisällyttämistä osaksi toimintaprosesseja (Nuttal, 2018). Epäselvät tehtävänkuvat voivat hidastaa rajattuun lääkkeenmääräämiseen liittyvän ammattitaidon ja osaamisen kehittymistä (Hopia ym., 2017). Epäselvät työnkuvat sairaanhoitajilla voivat johtaa hallinnan tunteen puuttumiseen työssä ja jopa alalta lähtemiseen (Ring ym., 2024).

Hoitotyön johtajien on todettu olevan keskeisessä roolissa terveydenhuollon muutosten onnistuneessa toteuttamisessa (Olkonen ym., 2024). Kun rajattu lääkkeenmäärääminen otetaan käyttöön tai sitä kehitetään toimintayksikössä, uuden toimintamallin suunnittelu tulisi tehdä kaikkien siellä työskentelevien ammattiryhmien yhteistyönä. Näin voidaan sitouttaa koko työyhteisö tarvittaviin muutoksiin esimerkiksi

potilaiden ja asiakkaiden ohjautumisessa. Samalla on tärkeää varmistaa, että konsultaationakenteet ovat toimivia ja ne tukevat työn sujuvuutta. Työyhteisöissä on sisäistettävä, että uudet tehtävänkuvat yksiköissä vaikuttavat myös muiden siellä työskentelevien tehtävänkuviin. Myös asiakkaille ja potilaille tulisi tiedottaa rajatusta lääkkeenmääräämisestä, kun se otetaan käyttöön toimintayksikössä (Vesterinen, 2014).

Sairaanhoidajien työolot ja työssä jatkaminen vaativat huomiota. Euroopan alueella toteutetussa tutkimuksessa sairaanhoitajat (n = 6 643) ovat raportoineet huonosta työn ja yksityiselämän tasapainosta, aikomuksesta lähteä työpätkästä ja korkeasta työuupumuksen tasosta (Aiken ym., 2024). Sairaanhoidajat kokevat myös positiivisia tunteita työssään. Tilastokeskuksen työolotutkimuksen mukaan Suomessa osa sairaanhoitajista kokee työssään innostumisen kokemuksia ja miltei puolet piti omaa työtään erittäin tärkeänä ja merkityksellisenä (Sutela ym., 2024). Tässä selvityksen perusteella näyttää siltä, että lääkkeenmääräämishoitajista suuri osa oli vähintään jokseenkin tyytyväisiä työhönsä. Työn imun keskiarvo oli vastaajilla 4,8 (asteikko 0–6). Tämä viittaisi siihen, että lääkkeenmääräämishoitajat voivat kokea myönteistä tunne- ja motivaatiotilaa työssään. Terveystieteiden tutkimuksessa työskentelevillä työn imun keskiarvo on ollut hieman matalampi, eli 4.6 (Työterveyslaitos [TTL], 2024).

Tässä selvityksessä ei kysytty lääkkeenmääräämishoitajien kokemasta arvostuksesta. Avovastauksissa lääkkeenmääräämishoitajat toivoivat lisää arvostusta työlleen. Työterveyslaitoksen tutkimuksen mukaan esimerkiksi sairaanhoitajista vain 14 % on kokenut saavansa työstään vastineeksi arvostusta ja tunnustusta. Lääkäreillä vastaava luku oli 38 %. (Laitinen ym., 2025.) Tutkijoiden mukaan arvostuksen ja tunnustuksen osoittaminen voi lisätä sote-alan veto- ja pitovoimaa (TTL, 2025). Tämän voi olettaa pätevän myös lääkkeenmääräämishoitajien työhön. Aikaisempien tutkimusten ja opinnäytetöiden mukaan rajattu lääkkeenmäärääminen on lisännyt lääkkeenmääräämishoitajien työn mielekkyyttä (Laapio-Rapi, 2020) ja työtyytyväisyyttä



(Huttunen, 2023). Ammatissa kehittymisen ja asiantuntijuuden vahvistamisen on todettu olevan tärkeitä sairaanhoitajien ammatilliselle identiteetille (Ring, 2024). Myös lääkäreillä ammattitaidon kehittäminen on tunnistettu olevan keskeinen arvo (Wrede ym., 2022).

Panostukset hyvinvointiin, työssä jaksamiseen ja palkkaukseen ovat erityisen tärkeitä nyt, kun sote-alalla on työvoimapula, jonka ennakoidaan jatkuvan tulevaisuudessa. Kuten perusterveydenhuollon avovastaanottotoiminnan konsensussuosituksessa nostetaan esille, työntekijöiden mahdollisuuksia työn hallintaan, koulutautumiseen ja urakehitykseen tulee lisätä (Mikkola ym., 2022). Mielekkäiden työkuvien kehittämiseen ja työn arvostukseen tulisi hyvinvointialueilla kiinnittää johtamisessa sekä esimiestyössä erityistä huomiota, jotta lääkkeenmääräämishoitajat kokisivat työnsä motivoivaksi ja haluaisivat jatkossakin sitoutua työhönsä ja ammattiinsa.

Rajatusta lääkkeenmääräämisestä tarvitaan monimenetelmällistä vaikuttavuustutkimusta, sisältäen kustannusvaikuttavuuden tutkimuksen. Päätöksentekijät tarvitsevat systemaattista tietoa sote-palvelujen vaikuttavuudesta ja kustannusvaikuttavuudesta, jotta rajalliset resurssit on mahdollista kohdentaa mahdollisimman tehokkaasti (Mäki-Opas & Laatikainen, 2021). Rajatun lääkkeenmääräämisen tuottavuuteen ja sitä kautta kustannusvaikuttavuuteen on todettu vaikuttavan erityisesti lääkkeenmääräämishoitajan selkeä asiantuntijarooli, asiakkaiden ohjautuminen oikealle asiantuntijalle sekä prosessien tehokkuus ja laatu (Laapio-Rapi, 2020). Vaikuttavuuden mittariksi on myös ehdotettu esimerkiksi sitä, mikä on potilaan läpimenoaika palveluissa sekä työajan tarkastelu siitä näkökulmasta, millaisiin tehtäviin lääkäreiden ja lääkkeenmääräämishoitajien työaika kuluu (Vaikuttavuuskeskus n.d.).

Aikaisempien tutkimusten ja opinnäytetöiden mukaan rajattu lääkkeenmäärääminen on lisännyt lääkkeenmääräämishoitajien työn mielekkyyttä (Laapio-Rapi, 2020) ja työtyytyväisyyttä (Huttunen, 2023).

### Selvityksen rajoitukset

Tällä selvityksellä on rajoituksia, jotka tulee ottaa huomioon tuloksia yleistettäessä. Keskeisimpänä rajoituksena on syytä huomioida aineiston luonne. Aineisto on kerätty mukavuusotoksena lääkkeenmääräämishoitajilta, jotka ovat ammattiliitto Tehyn jäseniä.

Selvityksen aineiston muodosti 121 lääkkeenmääräämishoitajan vastaukset. Vastaajien määränä (n = 121) olisi 16 % kaikista Terhikki-rekisterissä 31.12.2023 olleista lääkkeenmääräämishoitajista (n = 736, Digi- ja väestötietovirasto, n.d.). Lääkkeitä määräsi työssään valtaosa (n = 106) selvityksen kyselylomakkeeseen vastanneista lääkkeenmääräämishoitajista. Lääkkeitä työssään määränneiden lääkkeenmääräämishoitajien (n = 106) määränä olisi 20 % niiden lääkkeenmääräämishoitajien määrästä (n = 521, Fimea & Kela, 2024), jotka määräsivät lääkkeitä apteekeista vuonna 2023.

Aineisto kerättiin syyskuussa 2023, jolloin hyvinvointialueet olivat toimineet alle vuoden ajan. Lääkkeenmääräämishoitajien tehtävänkuvien määrittely saattoi olla näin ollen toimintayksiköissä aloittamatta tai vielä kesken. Kyselylomake oli laadittu ainoastaan suomen kielellä. Lapin hyvinvointialueelta, Vantaan ja Keravan hyvinvointialueelta ja Helsingin kaupungilta ei saatu kyselyyn yhtään vastausta. Syytä tähän ei selvitetty.

# 8



## **Johtopäätökset**

Selvityksen tulokset lisäävät kansallisella tasolla tietoa lääkkeenmääräämishoitajien työstä ja rajattuun lääkkeenmääräämiseen liittyvistä kehittämistarpeista.

#### **Mitä selvityksen aiheesta jo tiedetään?**

- Sairaanhoidajan rajatun lääkkeenmääräämisen tavoitteena on ollut nopeuttaa hoitoon pääsyä, kehittää palvelujen oikea-aikaisuutta ja hoidon laatua sekä saavuttaa kustannussäästöjä.
- Loppuvuodesta 2024 Valviran rekisterissä oli miltei 800 ammattihenkilöä, joilla oli sairaanhoidajan rajattu lääkkeenmääräämisoikeus.
- Suomessa tehtyjen tutkimusten mukaan potilaita, joita lääkkeenmääräämishoitaja voisi hoitaa toimintayksikössä, ohjautuu lääkärin vastaanotolle.

#### **Mitä uutta tietoa selvitys tuo?**

- Osa lääkkeenmääräämishoitajista koki, että he eivät kyenneet hyödyntämään lääkkeenmääräämisosaamistaan täysimääräisesti työssään. Syinä tähän olivat muun muassa se, että työnkuva ei ollut selkeä, potilaat ohjautuivat väärin tai työntuoja ei tukenut rajattua lääkkeenmääräämistä.

- Lääkkeenmääräämishoitajat suhtautuivat pääosin myönteisesti rajatun lääkkeenmääräämisen laajentamiseen etävastaanotoille.
- Lääkkeenmääräämisoikeuden toivottiin lain-säädännössä laajentuvan kattamaan nykyistä laajempi valikoima lääkkeitä.
- Lääkkeenmääräämishoitajien raportoima työn imu oli hyvä, mikä voi viitata myönteiseen tunne- ja motivaatio tilaan työssä.
- Noin joka neljäs vastaajista oli harkinnut siirtyvänsä pois lääkkeenmääräämishoitajan työstä muunlaiseen työhön.

#### **Mitä merkitystä selvityksen tuloksilla on palvelujärjestelmälle, koulutukselle ja johtamiselle?**

- Lääkkeenmääräämishoitajien määrän kasvattaminen ja rajatun lääkkeenmääräämisen nykyistä parempi hyödyntäminen tarjoaa hyvinvointialueilla mahdollisuuksia kehittää kansalaisten hoitoon pääsyä, sekä parantaa hoidon oikea-aikaisuutta ja jatkuvuutta.
- Rajattu lääkkeenmäärääminen avaa sairaanhoidajille mielekkäitä unakehitysmahdollisuuksia. Uralla etenemisen mahdollisuudet voivat parantaa sairaanhoidajan ammatin julkista mielikuvaa sekä vahvistaa ammatin houkuttelevuutta ja työssä pysymistä.

# 91

## **Tehyn ehdotukset rajatun lääkkeen- määräämisen kehittämiseksi**

Tehy tekee seuraavia ehdotuksia kansalliselle tasolle ja hyvinvointialueille sairaanhoitajien rajatun lääkkeenmääräämisen kehittämiseksi. Rajattua lääkkeenmääräämistä tulee kehittää systemaattisesti ja pitkäjänteisesti Suomessa. Tämän tahtotilan toteuttaminen edellyttää monen eri toimijan yhteistyötä (Liite 6).

#### **Tehyn ehdotukset sairaanhoitajien rajatun lääkkeenmääräämisen kehittämiseksi kansallisella tasolla:**

- Lääkkeenmääräämishoitajien reseptimääräämiskäytäntöjen laajentamisesta etä- ja puhelinvastaanotoille tulee säätää ammattihenkilölain kokonaisuudistuksen yhteydessä.
- Hyvän työn ohjelmassa (STM) 1.1.2025 käynnistyneiden lääkkeenmääräämishoitaja koskevien hyvinvointialueiden työnjakopilottien tulokset on kerättävä yhteen ja pilotin tuloksena syntyvä toimintamalli on kansallisesti implementoitava.
- Lääkkeenmääräämishoitajien määrättävissä olevien lääkkeiden valikoimaa ja tautitiloja, joihin lääkkeitä voi määrätä, tulee laajentaa.
- Lääkärin kirjallisen määräyksen toimittamisesta Valviraan tulee luopua.
- Rajattu lääkkeenmääräämisoikeus tulee näkyä JulkiTerhikissä.
- Sairaanhoitajien rajattu lääkkeenmäärääminen tulee mahdollistaa lainsäädännössä nykyistä useammalla toimisektorilla, esimerkiksi yksityisen työterveyshuollon sairaanhoitopalveluissa.
- STM:n ja opetus- ja kulttuuriministeriön (OKM) tulisi arvioida mahdollisia vaikutuksia ja kehitystarpeita, jos rajatun lääkkeenmääräämisen koulutus sisällytettäisiin tulevaisuudessa osaksi ylempää korkeakoulututkintoa (YAMK-tutkinto tai maisteritutkinto yliopistossa).
- Lainsäädäntöä tulee muuttaa siten, että lääkkeenmääräämishoitajat saavat osallistua kaikkiin työnsä kannalta tarpeellisiin lääke-esittelyihin ilman rajausta sen osalta, mitä lääkkeitä he saavat määrätä.
- Sairaanhoitajien rajatun lääkkeenmääräämisen vaikutuksia terveydenhuollon palvelujen laatuun, saatavuuteen, hoidon tuloksiin, resurssien käyttöön sekä potilas- ja asiakasturvallisuuteen sekä hoitohenkilöstön työtyytyväisyyteen ja alan veto- sekä pitovoimaan tulee tutkia.
- Kansalaisille sekä hyvinvointialueen päätöksentekijöille tulee antaa tietoa sairaanhoitajien rajatusta lääkkeenmääräämisestä ja sen hyödyistä.

#### **Tehyn kehittämisehdotukset sairaanhoitajien rajatun lääkkeenmääräämisen kehittämiseksi hyvinvointialueilla:**

- Hyvinvointialueilla johdon ja esihenkilöiden tulee sitoutua sairaanhoitajien rajatun lääkkeenmääräämisen kehittämisen ja hyödyntämiseen.
- Lääkkeenmääräämishoitajien määrää ja vakansseja tulee lisätä kaikilla hyvinvointialueilla osana perusterveydenhuollon vastaanototoiminnan vahvistamista.
- Lääkkeenmääräämishoitajien määrää ja vakansseja tulee lisätä myös yhteispäivystyksissä, erikoissairaanhoidon poliklinikoilla sekä kotisairaanhoidossa.
- Lääkkeenmääräämishoitajien tehtävänkuvia tulee kehittää hyvinvointialueilla osana hoidon jatkuvuusmallin (omatiimimalli, omalääkärimalli) mukaisten toimintakäytäntöjen kehittämistä.
- Lääkkeenmääräämishoitajien tehtäväkuva tulee määritellä selkeästi toimintayksiköissä. Tehtäväkuvan tulee erota muiden sairaanhoitajien tehtävistä.
- Kun rajattu lääkkeenmäärääminen otetaan käyttöön tai sitä kehitetään toimintayksikössä, uusi työskentelymalli tulee suunnitella kokonaisuutena ja kaikkien toimintayksiköissä työskentelevien ammattiryhmien yhteistyönä.
- Toimintayksiköissä tulee rakentaa selkeät toimintamallit asiakkaiden ja potilaiden ohjautumiselle lääkkeenmääräämishoitajien ja sairaanhoitajien itsenäisille vastaanotoille, jotta lääkkeenmääräämishoitajan tehtävänkuvasta saadaan paras hyöty.
- Kansallisesti tulee luoda yhtenäinen kliinisen hoitotyön uramalli, joka sisältää myös lääkkeenmääräämishoitajan tehtäväkuvan. Malli tulee implementoida kaikilla hyvinvointialueilla.
- Lääkkeenmääräämishoitajien on saatava riittävästi täydennyskoulutusta. Riittävän suuren osan täydennyskoulutuksesta on kohdistuttava erityisesti rajatun lääkkeenmääräämisen edellyttämän osaamisen syventämiseen.
- Hyvinvointialueilla tulisi yhtenäistää lääkkeenmääräämishoitajien tehtäväkohtaiset nimikkeet.
- Lääkkeenmääräämishoitajien palkkauksen tulee vastata työn vaativuutta.

# Lähteet

Aiken, L. H., Sloane, D. M., Brom, H. M., Todd, B. A., Barnes, H., Cimiotti, J. P., Cunningham, R. S., & McHugh, M. D. (2021). Value of Nurse Practitioner Inpatient Hospital Staffing. *Medical Care*, 59(10), 857–863. <https://doi.org/10.1097/MLR.0000000000001628>

Aiken, L. H., Sermeus, W., McKee, M., Lasater, K. B., Sloane, D., Pogue, C. A., Kohonen, D., Dello, S., Maier, C. B. B., Drennan, J., McHugh, M. D., & Magnet4Europe Consortium (2024). Physician and nurse well-being, patient safety and recommendations for interventions: cross-sectional survey in hospitals in six European countries. *BMJ Open*, 14(2), e079931. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2023-079931>

Alastalo, M. (2024). Hoitotyön kliininen asiantuntija – kehittäjä potilaan lähellä. *Laurea Journal* 12.2.2024. <https://journal.laurea.fi/hoitotyon-kliininen-asiantuntija-kehittaja-potilaan-lahella/#bb292953>

Aluehallintovirasto. (2024). Korvaus sairaanhoitajan rajatun lääkkeenmääräämiskoulutuksen kustannuksiin. <https://avi.fi/asioi/yritys-tai-yhteiso/luvat-ilmoitukset-ja-hakemukset/sosiaali-ja-terveyspalvelut/valtionkorvaus-koulutuskustannuksiin/sairaanhoitajan-rajattu-laakkeenmaaraamiskoulutus>

American Association of Nurse Practitioners. (2021). Findings From 2020 Survey Show Nurse Practitioners (NPs) Continue to Provide Quality Health Care During the Pandemic. 12.4.2021, AANP News. <https://www.aanp.org/news-feed/findings-from-2020-survey-show-nurse-practitioners-nps-continue-to-provide-quality-health-care-during-the-pandemic>

American Association of Nurse Practitioners. (2024). State Practice Environment. Updated 10/2024. <https://www.aanp.org/advocacy/state/state-practice-environment>

Bae S. H. (2022). Noneconomic and economic impacts of nurse turnover in hospitals: A systematic review. *International Nursing Review*, 69(3), 392–404. <https://doi.org/10.1111/inr.12769>

Bahlman-van Ooijen, W., Malfait, S., Huisman-de Waal, G., & Hafsteinsdóttir, T. B. (2023). Nurses' motivations to leave the nursing profession: A qualitative meta-aggregation. *Journal of Advanced Nursing*, 79(12), 4455–4471. <https://doi.org/10.1111/jan.15696>

Bogdanoff, M. (2024). Lääkkeitä määräävät sairaanhoitajat Keski-Suomen hyvinvointialueella. Nykytila ja kehittämistarpeet. Jyväskylän ammattikorkeakoulu. YAMK-opinnäytetyö. <https://www.theseus.fi/handle/10024/864564>

Brownwood, I. & Lafortune, G. (2024). Advanced practice nursing in primary care in OECD countries: Recent developments and persisting implementation challenges. *OECD Health Working Papers*, No. 165, OECD Publishing, Paris. <https://www.oecd-ilibrary.org/deliver/8e10af16-en.pdf?itemId=%2Fcontent%2Fpaper%2F8e10af16-en&mimeType=pdf>

Bureau of Labor Statistics, U.S. Department of Labor. Occupational Outlook Handbook. Nurse Anesthetists, Nurse Midwives, and Nurse Practitioners. <https://www.bls.gov/ooh/healthcare/nurse-anesthetists-nurse-midwives-and-nurse-practitioners.htm>

Croell, K., Knape, N., Leipälä, J., Louet-Lehtoniemi, T., Nieminen, J., Ridanpää, H., Savolainen, N., Syrjä, V. & Syrjänen, T. (2024). Sosiaali- ja terveydenhuollon järjestäminen Suomessa. Valtakunnallinen asiantuntija-arvio, syksy 2024. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Helsinki.

<https://www.julkari.fi/handle/10024/149932>

De Raeve, P., Davidson, P. M., Bengs, J., Patch, M., Jack, S. M., Castro-Ayala, A., Xynichis, A., & Preston, W. (2024). Advanced practice nursing in Europe-Results from a pan-European survey of 35 countries. *Journal of Advanced Nursing*, 80(1), 377–386. <https://doi.org/10.1111/jan.15775>

Digi- ja väestötietovirasto. (n.d.). Sosiaali- ja terveydenhuollon ammattihenkilöt. Avoindata.fi. Tiedot päivitetty 14.01.2025. <https://www.avoindata.fi/data/fi/dataset/sosiaali-ja-terveydenhuollon-ammattihenkilot>

Eduskunnan hoitotyön verkosto. (2024). Eduskunnan hoitotyön verkosto julkaisi aluevaaliteesinsä. Tiedote 16.12.2024. <https://www.sttinfo.fi/tiedote/70763728/eduskunnan-hoitotyön-verkosto-julkaisi-aluevaaliteesinsa?publisherId=66784162&lang=fi>

Elovaara, S. (2023). Lääkkeitä määräävien sairaanhoitajien oma arvio osaamisestaan. Jyväskylän ammattikorkeakoulu. YAMK-opinnäytetyö. <https://www.theseus.fi/handle/10024/793560>

Enckell, A., Laine, M. K., Roitto, H. M., Raina, M., & Kauppila, T. (2024). Changes in location and number of nurse consultations as the supply of general practitioners decreases in primary health care: six-year register-based follow-up cohort study in the city of Vantaa, Finland. *Scandinavian Journal of Primary Health Care*, 42(4), 643–649. <https://doi.org/10.1080/02813432.2024.2375548>

Eskola, P., Tuompo, W., Riekkö, M., Timonen, M. & Auvinen J. (2022). Hoidon jatkuvuusmalli: Omalääkäri 2.0 selvityksen loppuraportti. Raportteja ja muistioita 2022:17. Sosiaali- ja terveysministeriö. Helsinki. <https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/handle/10024/164291>

Euroopan parlamentin ja neuvoston direktiivi 2005/36/EY, annettu 7. syyskuuta 2005, ammattipätevyys-tunnustamisesta. (2005). EUR-Lex.

<https://eur-lex.europa.eu/legal-content/FI/TXT/PDF/?uri=CELEX:02005L0036-20240620>

European Commission. (2024a). 2024 Country Report – Finland. [https://economy-finance.ec.europa.eu/document/download/77677d6e-80be-4d53-a876-15837e43a1f2\\_en?filename=SWD\\_2024\\_626\\_1\\_EN\\_Finland.pdf](https://economy-finance.ec.europa.eu/document/download/77677d6e-80be-4d53-a876-15837e43a1f2_en?filename=SWD_2024_626_1_EN_Finland.pdf)

European Commission. (2024b). Recommendation for a council recommendation on the economic, social, employment, structural and budgetary policies of Finland. [https://commission.europa.eu/document/download/0b0864a1-26dc-4634-ae53-ec6dcfd38dc6\\_en?filename=com\\_2024\\_626\\_1\\_en.pdf](https://commission.europa.eu/document/download/0b0864a1-26dc-4634-ae53-ec6dcfd38dc6_en?filename=com_2024_626_1_en.pdf)

European Federation of Nurses Associations. (2024). EFN Advanced Practice Nursing (APN) implementation toolkit. <https://efn.eu/wp-content/uploads/2024/09/EFN-APN-implementation-toolkit.pdf>

Fimea & Kela. (2024). Suomen lääketilasto 2023. <https://www.julkari.fi/handle/10024/150089>

Flinkman, M. (2018). Itsenäiset hoitajavastaanotot sosiaali- ja terveydenhuollon julkisissa organisaatioissa. Tehyn julkaisusarja B, Selvityksiä 2/18. [https://www.tehy.fi/fi/system/files/mfiles/julkaisu/2018/2018\\_b2\\_itsenaiset\\_hoitajavastaanotot\\_id\\_11830.pdf](https://www.tehy.fi/fi/system/files/mfiles/julkaisu/2018/2018_b2_itsenaiset_hoitajavastaanotot_id_11830.pdf)

Flinkman, M. (2020). Aloitin nuorelle ehkäisytabletit – onko se laillista? *Tehy-lehti* 4/2020. <https://www.tehylehti.fi/fi/hyva-kysymys/alotin-nuorelle-ehkaisytabletit-onko-se-laillista>

Friiström, R. (2024). Lääkkeenmääräämisen erikoispätevyys (LMEP) sairaanhoitajan tehtäväkuvan kehittäminen Vantaan ja Keravan hyvinvointialueella. Oulun ammattikorkeakoulu. YAMK-opinnäytetyö. <https://www.theseus.fi/handle/10024/872609>

Gerontological Advanced Practice Nurses Association. (2022). Eliminating Practice Barriers of the Gerontological APRN in the Long-Term Care Setting. <https://www.gapna.org/sites/default/files/statements/LTCAPRN.pdf>

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(7), 1048–1061. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2013.12.003>

Glerean, N., Hupli, M., Talman, K., & Haavisto, E. (2019). Perception of nursing profession - focus group interview among applicants to nursing education. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 33(2), 390–399. <https://doi.org/10.1111/scs.12635>

Glerean, N. (2025). The perception of the nursing profession among nursing applicants. Assessment and promotion of the perception using a 360° virtual learning environment. Väitöskirja. Turun yliopisto. <https://www.utupub.fi/bitstream/handle/10024/179628/AnnalesD1831Glerean.pdf?sequence=6&is>

Graham-Clarke, E., Rushton, A., Noblet, T. & Marriott, J. (2018). Facilitators and barriers to non-medical prescribing – A systematic review and thematic synthesis. *Plos One* 13(4): e0196471. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0196471>

Graham-Clarke, E., Rushton, A., Noblet, T., & Marriott, J. (2019). Non-medical prescribing in the United Kingdom National Health Service: A systematic policy review. *Plos One*, 14(7), e0214630. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0214630>

Gröhn, T. (2017). Kliininen tutkiminen ja lääkkeenmäärääminen laajavastuisella sairaanhoitajavastaanotolla. Työkalun kehittäminen vastaanottotyön tueksi. Turun ammattikorkeakoulu. YAMK-opinnäytetyö. <https://www.theseus.fi/handle/10024/132544>

Haaga, T., Sääksvuoni, L. & Tervola, J. (2024) Asiakasmaksujen ja lääkkeiden omavastuiden vaikutukset terveydenhuollon käyttöön – Hankkeen loppuraportti. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (THL). Raportti 2/2024. <https://www.julkari.fi/handle/10024/148254>

Haanala, P. (2022). Terveydenhoitajan ammatilliset osaamisvaatimukset. Metropolia Ammattikorkeakoulun julkaisuja. TAITO-sarja 92. <https://www.theseus.fi/handle/10024/744761>

Hakanen, J. (2009). Työn imun arviointimenetelmä – työn imumenetelmän (Utrecht Work Engagement Scale) käyttäminen, validointi ja viitetiedot Suomessa. Työterveyslaitos. Helsinki. <https://www.julkari.fi/handle/10024/134804>

Hakonen, N. & Parmanne, P. (2025). Hyvinvointialueet uudistavat palveluitaan – liikkuvat ja etäpalvelut tuovat hoidon lähemmäs asiakkaita. Tiedote 7.1.2025. <https://www.kt.fi/uutiset-ja-tiedotteet/2025/hyvinvointialueet-uudistavat-palveluitaan-liikkuvat-ja-etapalvelut>

Hallituksen esitys (283/2009). (2009). Hallituksen esitys eduskunnalle laiksi terveydenhuollon ammattihenkilöistä annetun lain muuttamisesta ja enäksi siihen liittyviksi laeiksi. Finlex. <https://www.edilex.fi/he/20090283>



Hallituksen esitys (202/2018). (2018). Hallituksen esitys eduskunnalle laiksi terveydenhuoltolain muuttamisesta. Finlex. <https://www.finlex.fi/fi/esitykset/he/2018/20180202>

Hallituksen esitys (69/2018). (2018) Hallituksen esitys eduskunnalle laiksi terveydenhuollon ammattihenkilöistä annetun lain 23 b §:n muuttamisesta. Finlex. <https://www.finlex.fi/fi/esitykset/he/2018/20180069>

Hannus, H. (2023). Lääkkeitä määräävän sairaanhoitajan työnkuvan perusteet tiimimallissa perusterveydenhuollon vastaanotolla. Jyväskylän ammattikorkeakoulu. YAMK-opinnäytetyö. <https://www.theseus.fi/handle/10024/798489>

Heikkilä, J. (2024). Rajatun lääkkeenmääräämisen tilannekuva ja kehitystarpeet. Koulutuksen näkökulma. Sairaanhoitajan lääkkeenmääräämiskoulutuksen suomalainen korkeakouluverkosto. Esitys hoitotyön professiojohtajien ja terveydenhuollon ylitarkastajien kokouksessa 22.11.2024, STM.

Heikkinen, M-K. & Manneri, S. (2024). Lääkkeenmääräämisoikeuden omaavan sairaanhoitajan toimintamallin kehittäminen Varsinais-Suomen hyvinvointialueen terveysasemille. – työnkuvan selkeyttäminen, yhtenäistäminen ja pilotointi Varsinais-Suomen sote alueella 2. Turun ammattikorkeakoulu. YAMK-opinnäytetyö. <https://www.theseus.fi/handle/10024/857584>

Helander, M., Roos, M. & Suominen, T. (2019). Nuorten sairaanhoitajien näkemyksiä ammatista lähtemisestä. *Hoitotiede* 31(3), 180–190. <https://journal.fi/hoitotiede/article/view/128449>

Hellman, N. (2023). Yhteistyö- ja työnjakomallit sosiaali- ja terveydenhuollossa. Selvitystyö. Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 2023:7. Sosiaali- ja terveysministeriö. Helsinki. <https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/handle/10024/164636>

Hjemås, G. & Syse, A. (2024). Where have all the nurses gone? A register-based analysis. *Sykepleien Forskning*, 18(93304):e-93304. <https://sykepleien.no/en/forskning/2023/11/where-have-all-nurses-gone-register-based-analysis>

Hukkanen E. & Vallimies-Patomäki M. (2005). Yhteistyö ja työnjako hoitoon pääsyn turvaamisessa. Selvitys kansallisen terveyshankkeen työnjakopiloteista. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2005:21. Sosiaali- ja terveysministeriö. Helsinki. <https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/handle/10024/72423>

Honkatukia, J., Suhonen, T., Haula, T., Holster, T., Korajoki, M., Laukkonen, M.-L., Idström, A., Karhunen, H., Nyyssölä, M. & Villanen, J. (2024), Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskuksen ennakointi, Valtioneuvoston selvitys- ja tutkimustoiminnan julkaisusarja 2024:13. <https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/handle/10024/165600>

Hopia, H., Karhunen, A., & Heikkilä, J. (2017). Growth of nurse prescribing competence: facilitators and barriers during education. *Journal of Clinical Nursing*, 26(19–20), 3164–3173. <https://doi.org/10.1111/jocn.13665>

Hotus. (n.d.). FinAME-asiantuntijuusmalli™. <https://hotus.fi/tutkimusnaytto-kayttoon/tukinakenteet-ja-toimintamallit/finame-asiantuntijuusmalli/>

HUS. (2023). Henkilöstövoimavarat ja niiden johtaminen: Arviointimuistio. HUS tarkastuslautakunta 26.10.2023. <https://arviointikertomushus.fi/wp-content/uploads/2024/04/Arviointimuistio-Henkilosto-voimavarat-ja-niiden-johtaminen.pdf>

HUS. (2024). Hoitotyön johtaminen ja sen tuloksellisuus: Arviointimuistio. HUS tarkastuslautakunta 25.4.2024 § 18. Liite. <https://arviointikertomushus.fi/wp-content/uploads/2024/04/Arviointimuistio-Hoitotyön-johtaminen-ja-sen-tuloksellisuus.pdf>

Huynh, J., Alim, S. A., Chan, D. C., & Studdert, D. M. (2023). Inappropriate prescribing to older patients by nurse practitioners and primary care physicians. *Annals of Internal Medicine*, 176(11), 1448–1455. <https://doi.org/10.7326/M23-2030>

Huttunen, A. (2023). Sairaanhoidajan rajattu lääkkeenmäärääminen tiimityössä. Kaakkois-Suomen ammattikorkeakoulu. YAMK-opinnäytetyö. <https://www.theseus.fi/handle/10024/809687>

Hänninen, H. (2021). Laajavastuisten hoitotyön äänellä. Kliinisen asiantuntijaosaamisen ja rajatun lääkkeenmääräämisoikeuden optimaalinen hyödyntäminen. Oulun ammattikorkeakoulu. YAMK-opinnäytetyö. <https://www.theseus.fi/handle/10024/510154>

International Council of Nurses. (2020). Guidelines on advanced practice nursing 2020. [https://www.icn.ch/system/files/documents/2020-04/ICN\\_APN%20Report\\_EN\\_WEB.pdf](https://www.icn.ch/system/files/documents/2020-04/ICN_APN%20Report_EN_WEB.pdf)

International Council of Nurses. (2021). Guidelines on prescriptive authority for nurses 2021. <https://icn.ch/resources/publications-and-reports/guidelines-prescriptive-authority-nurses-2021>

International Council of Nurses. (2024). Nursing and Primary Health Care Towards the realization of Universal Health Coverage. A discussion paper. [https://www.icn.ch/sites/default/files/2024-09/ICN\\_PHC-Report-2024\\_EN\\_FINAL.pdf](https://www.icn.ch/sites/default/files/2024-09/ICN_PHC-Report-2024_EN_FINAL.pdf)

Isosävi, L. (2014). Sairaanhoidajien lääkkeenmääräämisosaaminen. Osaamisen itsearviointi koulutuksen loppuvaiheessa. Jyväskylän ammattikorkeakoulu. YAMK-opinnäytetyö. <https://www.theseus.fi/handle/10024/85317>

Itä-Suomen yliopisto. (2024). Uudessa hankkeessa suunnitellaan laajavastuisten hoitotyön Erasmus Mundus -maisteriohjelmia. Tiedote 26.11.2024. <https://www.uef.fi/fi/artikkeli/uudessa-hankkeessa-suunnitellaan-laajavastuisten-hoitotyön-erasmus-mundus-maisteriohjelmia>

Itä-Suomen yliopisto. (n.d.). Sairaanhoidajan lääkkeenmäärääminen, farmakologia ja reseptioppi. <https://www.uef.fi/fi/jatkuva-oppiminen/sairaanhoidajan-laakkeenmaaraaminen-farmakologia-ja-reseptioppi>

Jokiniemi, K., Suutarla, A., Meretoja, R., Kotila, J., Axelin, A., Flinkman, M., Heikkinen, K., & Fagerström, L. (2020). Evidence-informed policymaking: Modelling nurses' career pathway from registered nurse to advanced practice nurse. *International Journal of Nursing Practice*, 26(1), e12777. <https://doi.org/10.1111/ijn.12777>

Kainiemi, E., Kyytsönen, M., Kaihlanen, A.-M., Virtanen, L., Heponiemi, T., & Vehko, T. (2023). Sairaanhoidajat digitaalisen asiakastyön tekijöinä sosiaali- ja terveydenhuollossa. Tutkimuksesta tiiviisti 56/2023. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. <https://www.julkari.fi/handle/10024/147697>

Kallio, H., Kangasniemi, M., & Hult, M. (2022). Registered nurses' perceptions of their career: An interview study. *Journal of Nursing Management*, 30(7), 3378–3385. <https://doi.org/10.1111/jonm.13757>

Kangasniemi, M., Voutilainen, A., Kapanen, S., Tolmala, A., Koponen, J., Hämäläinen, M., & Elovainio, M. (2017). Työn uusjako: Sosiaali- ja terveydenhuollon ammattiryhmien työnkuvien ja keskinäisen työnjaon kohdistaminen ja tehostaminen SOTE-reformissa. Valtioneuvoston selvitys- ja tutkimustoiminnan julkaisusarja, 66/2017. <https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/handle/10024/80699>

Kanta-palvelut, Kela. (2024). Lääkkeen määrääminen. Päivitetty 13.2.2024.

<https://www.kanta.fi/ammattilaiset/laakkeen-maaraaminen>

Karanikolos, M., Tynkkynen, L.K. & Keskimäki, I. (2024). Finland: Health System Summary, 2024.

Copenhagen. European Observatory on Health Systems and Policies, WHO Regional Office for Europe.

<https://eurohealthobservatory.who.int/publications/i/finland-health-system-summary-2024>

Karhe, L., Nygren, P., & Kirkonpelto, T.-M. (2024). Kliinisesti erikoistuneiden sairaanhoitajien ennakoitu tarve vuosille 2024–2028: Selvitystyö. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja, 2024:9. Sosiaali- ja terveysministeriö.

<https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/handle/10024/165470>

Karhunen, A. (2014). Sairaanhoitajien kokemukset lääkkeenmääräämisosaamisen kasvusta.

Jyväskylän ammattikorkeakoulu. YAMK-opinnäytetyö. <https://www.theseus.fi/handle/10024/85835>

Kasekamp, K., Habicht, T., Võrk, A., Köhler, K., Reinap, M., Kahur, K., Laarmann, H., & Litvinova, Y. (2023). Estonia: Health system review. Health Systems in Transition, 25(5), i–204.

<https://eurohealthobservatory.who.int/publications/i/estonia-health-system-review-2023>

Kela. (2022). Koronapandemia vauhditti digiloikkaa lääkäreiden etäpalveluissa – onko etävastaanotoissa ratkaisu hoitoon pääsyn ongelmiin? Kelan tutkimusblogi 22.6.2022.

<https://tietotarjotin.fi/tutkimusblogi/720745/koronapandemia-vauhditti-digiloikkaa-laakareiden-etapalveluissa-onko-etavastaanotoissa-ratkaisu-hoitoon-paasyn-ongelmiin>

Kela. (2024a). 90 prosenttia palkansaajista oli työterveydenhuollon piirissä vuonna 2022 – lähes kaikki saivat työterveyspalvelunsa lääkärikeskuksista. Kelan tietotarjotin.

<https://tietotarjotin.fi/uutinen/1041537/90-prosenttia-palkansaajista-oli-tyoterveydenhuollon-piirissa-vuonna-2022-lahes-kaikki-saivat-tyoterveyspalvelunsa-laakarikeskuksista>

Kela. (2024). Hallitus suunnittelee muutoksia Kela-korvauksiin vuonna 2025. Artikkelit 18.10.2024.

<https://www.kela.fi/ajankohtaista/hallitus-suunnittelee-muutoksia-kela-korvauksiin-vuonna-2025#mika-muuttuisi-kela-korvauksissa>

Kilańska, D., Lipert, A., Guzek, M., Engelseth, P., Marczak, M., Sienkiewicz, K., & Kozłowski, R. (2021).

Increased Accessibility to Primary Healthcare Due to Nurse Prescribing of Medicines. International Journal of Environmental Research and Public Health, 19(1), 292.

<https://doi.org/10.3390/ijerph19010292>

Kilpatrick, K., Tchouaket, É., Jabbour, M., & Hains, S. (2020). A mixed methods quality improvement study to implement nurse practitioner roles and improve care for residents in long-term care facilities. BMC Nursing, 19, 6.

<https://doi.org/10.1186/s12912-019-0395-2>

Kim, Y., & Kim, H. Y. (2024). Turnover Rates and Factors Associated with Turnover: A Longitudinal Analysis of the Retention Period of Clinical Nurses in Korea Using National Data. Policy, Politics & Nursing Practice, 25(2), 83–93.

<https://doi.org/10.1177/15271544241231285>

Kirkonpelto, T.-M. & Matinheikki, Juni. (2024). Hyvinvointialueiden vuokratyövoiman käyttöä selvittävän verkoston raportti. Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 2024:6. Helsinki.

<https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/handle/10024/165442>

Kirkonpelto, T.-M. & Mäntyranta, T. (2024). Toimeenpanosuunnitelma 2024–2027: Sosiaali- ja terveysalan sekä pelastusalan henkilöstön riittävyyden ja saatavuuden turvaaminen. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2024:11. Helsinki.

<https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/handle/10024/165505>

Kleinpell, R., Myers, C. R., & Schorn, M. N. (2023). Addressing Barriers to APRN Practice: Policy and Regulatory Implications During COVID-19. *Journal of Nursing Regulation*, 14(1), 13–20.

[https://doi.org/10.1016/S2155-8256\(23\)00064-9](https://doi.org/10.1016/S2155-8256(23)00064-9)

Konkola, R., Hauta-aho, H., Hiilamo, H., Karttunen, M., Niemi, J., Tuominen, M., Huusko, M. & Väättäinen H. (2021). Sosiaali- ja terveysalan korkeakoulutuksen arviointi. Kansallinen koulutuksen arviointikeskus (KARVI). Julkaisut 14:2021.

[https://www.karvi.fi/sites/default/files/sites/default/files/documents/KARVI\\_1421.pdf](https://www.karvi.fi/sites/default/files/sites/default/files/documents/KARVI_1421.pdf)

Koponen, P. & Tynkkynen, L-K. (toim.), (2023). Työterveyshuollon sairaanhoitopalvelut – Näkökulmia suomalaisen terveydenhuoltojärjestelmän oikeudenmukaisuuteen. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.

<https://www.julkari.fi/handle/10024/146227>

Korhonen, T. (2017). 187 sairaanhoitajaa määrää jo tiettyjä lääkkeitä – Potilaat joskus ihmeissään: “Näinkö perusteellisesti minut tutkitaan?” Yle 14.3.2017. <https://yle.fi/a/3-9501033>

Koskiniemi, S., Sund, R., Liukka, M., & Härkänen, M. (2023). Readmissions after appointments with nurse prescribers: A register-based study. *Journal of Clinical Nursing*, 32(21–22), 7783–7790.

<https://doi.org/10.1111/jocn.16837>

Koskiniemi, S. (2022). Lääkkeenmääräämisoikeudellisten hoitajien vastaanotot ja asiakkaiden uusintakäynnit – rekisteritutkimus. Pro gradu -tutkielma. Itä-Suomen yliopisto, hoitotiede, terveystieteiden tiedekunta. <https://erepo.uef.fi/handle/123456789/27013>

Kosonen, M. & Pyysalo, M. (2022). Lääkkeenmääräämishoitajan reseptin uusimiskäytäntöön vaikuttavat tekijät pitkäaikaissairaana potilaan hoitotyön prosessissa ja kehittämisehdotukset. LAB-ammattikorkeakoulu. YAMK-opinnäytetyö. <https://www.theseus.fi/handle/10024/780961>

Kotanen, M. (2024). Lääkkeitä määräävän sairaanhoitajan osaamisen hyödyntäminen perusterveydenhuollon vastaanotolla. YAMK-opinnäytetyö. Jyväskylän ammattikorkeakoulu. Sosiaali- ja terveysala. Kliininen asiantuntija. <https://www.theseus.fi/handle/10024/851771>

Kotila, J., Ylikukkonen, P., & Meretoja, R. (2016). Unamallilla osaamista. *Pro terveys*, 44(2), 4–6.

Kottonen, A. (2017). Suomen Hammaslääkärilehti. Toimivalla työnjaolla lisää terveyttä.

<https://hammaslaakarilehti.fi/toimivalla-tyonjaolla-lisaa-terveytta/>

Kroezen, M., van Dijk, L., Groenewegen, P. P., & Francke, A. L. (2011). Nurse prescribing of medicines in Western European and Anglo-Saxon countries: a systematic review of the literature. *BMC Health Services Research*, 11, 127. <https://doi.org/10.1186/1472-6963-11-127>

Laapio-Rapi, E. (2020). Sairaanhoitajien rajatun lääkkeenmääräämistoiminnan tuottavuuden, tehokkuuden ja kustannusvaikuttavuuden arviointi perusterveydenhuollon avohoidon palveluprosessissa. Väitöskinja. Lappeenranta-Lahti teknillinen yliopisto LUT. <https://lutpub.lut.fi/handle/10024/160751>

Laapio-Rapi, E. Tulonen-Tapio, J. Ukko, J. & Rantanen, H. (2019). Sairaanhoitajien lääkkeenmääräämisestä vaihtelevia kokemuksia. *Lääkärilehti*, 74(23), 1503-1507. <https://www.laakarilehti.fi/tieteessa/alkuperaistutkimukset/sairaanhoitajien-laakkeenmaaraamisesta-vaihtelevia-kokemuksia/>

Laine, S., Hökkä, M., Heikkinen, M., Mikkonen, H., Kyllönen, R. & Lintula, S. (2024). Suositus palliativisen hoidon asiantuntijamallista. Sairaanhoitajien kliininen urapolku.

[https://finpall.fi/wp-content/uploads/2024/12/finpall\\_esiteA5\\_DIGI.pdf](https://finpall.fi/wp-content/uploads/2024/12/finpall_esiteA5_DIGI.pdf)

Laitinen, J., Selander, K., Nikunlaakso, R. & Ervasti, J. (2025). Mitä kuuluu sosiaali- ja terveydenhuollon työhyvinvoinnille 2024. Työterveyslaitos. <https://www.julkari.fi/handle/10024/150218>

Laki sosiaali- ja terveydenhuollon asiakasmaksuista (1992/734). Finlex. <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2023/20230741>

Laki Sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontavirastosta (2008/669). Finlex. <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2008/20080669>

Laki tutkintojen ja muiden osaamiskokonaisuuksien viitekehyksestä (2017/93). Finlex. <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2017/20170093>

Laki sosiaali- ja terveydenhuollon valvonnasta (741/2023). Finlex. <https://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2023/20230741>

Larja, L. & Peltonen, J. (2023). Työvoiman saatavuus, työvoimapula ja kohtaanto-ongelmat vuonna 2022 Työvoimatietokartat -hankkeen loppuraportti. TEM-analyseja. 113/2023. <https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/handle/10024/164550>

Larjovuori, R-L., Manka, M-L. & Nuutinen, S. (2015). Inhimillinen pääoma. Työhyvinvointia, tuloksellisuutta, pidempiä työurina? Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 2015:5. Sosiaali- ja terveysministeriö. <https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/handle/10024/70342>

Laurant, M., Harmsen, M., Wollensheim, H., Grol, R., Faber, M., & Sibbald, B. (2009). The impact of nonphysician clinicians: do they improve the quality and cost-effectiveness of health care services? Medical Care Research and Review, 66(6 Suppl), 36S–89S. <https://doi.org/10.1177/1077558709346277>

Laurant, M., van der Biezen, M., Wijers, N., Watananirun, K., Kontopantelis, E., & van Vught, A. J. (2018). Nurses as substitutes for doctors in primary care. The Cochrane Database of Systematic Reviews, 7(7), CD001271. <https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD001271.pub3/full>

Lavander, P. (2017). Nimikesuojattujen ja laillistettujen ammattihenkilöiden työnjako yliopistosairaalan muuttuvassa toimintaympäristössä. Väitöskirja. Oulun yliopisto. <https://oulurepo.oulu.fi/handle/10024/35529>

Leveälähti, S. Nieminen, J. & Tolonen, S. (2024). Alueelliset kehitysnäkymät syksyllä 2024. Työ- ja elinkeinoministeriö. Helsinki. <https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/handle/10024/165885>

Liipo, T. (2019). Lääkkeenmääräämissairaanhoitajan vastaanottotoiminnan tuki, ohjaus ja omavalvonnan malli. Turun ammattikorkeakoulu. YAMK-opinnäytetyö. <https://www.theseus.fi/handle/10024/226436>

Liivet, G. (2024). Advanced practice nursing in Estonia. Esitys Suomen Sairaanhoitajien APN-asiantuntijatyöryhmän seminaarissa 22.3.2024.

Lockwood, E. B., & Fealy, G. M. (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. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2934.2008.00853.x>

Loukkaanhuhta, L. (2017). Toimintamalli sairaanhoitajan rajatun lääkkeenmääräämisen erikoispätevyden hyödyntämiseksi. Satakunnan ammattikorkeakoulu. YAMK-opinnäytetyö. <https://www.theseus.fi/handle/10024/135512>

Luukkola, T. & Tuulikallio, M. (2024). Rajatun lääkkeenmääräämisen parempi hyödyntäminen Etelä-Savon hyvinvointialueella. Jyväskylän ammattikorkeakoulu. YAMK-opinnäytetyö.

<https://www.theseus.fi/handle/10024/864229>

Luumi, A. & Pyysalo, M. (2022). Lääkkeenmääräämishoitajan nykytila, palkkaus ja kehittämissuositukset lääkkeenmääräämisen erikoisosaamisen parempaan hyödyntämiseen Etelä-Karjalassa. Yhteinen tulevaisuus – tulevaisuuden sosiaali- ja terveyskeskusohjelma Etelä-Karjalassa. <https://innokyla.fi/sites/default/files/2022-12/Raportti%20lääkkeenmääräämishoitajista%20Etelä-Karjalassa.pdf>

Lääkelaki (395/1987). Finlex. <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1987/19870395>

Maier, C. B. (2019). Nurse prescribing of medicines in 13 European countries. *Human Resources for Health*, 17(1), 95. <https://doi.org/10.1186/s12960-019-0429-6>

Maier, C. B., Aiken, L. & Busse, R. (2017). Nurses in advanced roles in primary care: Policy levers for implementation. *OECD Health Working Papers*, No. 98, OECD Publishing, Paris. [https://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/nurses-in-advanced-roles-in-primary-care\\_a8756593-en](https://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/nurses-in-advanced-roles-in-primary-care_a8756593-en)

Manjala, J. (2024). Kliinisesti erikoistuneiden sairaanhoitajien tarve kasvaa – korkeakouluysteistyö vastaa haasteeseen. <https://www.uef.fi/fi/artikkeli/kliinisesti-erikoistuneiden-sairaanhoitajien-tarve-kasvaa-korkeakouluysteisty-vo-vastaa-haasteeseen>

Meretoja, R. (2015). Aura-malli 20 vuotta, kehitystyö ja ajankohtaiset kuulumiset HUS:ssa. Esitys 26.5.2015 HTTS Pääkaupunkiseudun aluetoimikunnan ja HUS:in koulutusiltapäivässä.

Mettälä, M., Äimälä, A-M., Kondelin, H., Haapio, S. & Yli-Koivisto L. (2019). Kätilö AMK-tutkinto YAMK-tutkintona. Selvitys. <https://www.theseus.fi/handle/10024/356194>

Mikkola, I., Riekkilä, M. & Sipilä, R. (2022). Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin nimittämän Perusterveydenhuollon avovastaanotto toiminnan mallit sote-järjestelmässä Hyvä käytäntö -konsensus-suosituspaneelin puolesta 23.11.2022. <https://www.terveysportti.fi/apps/dtk/ltk/article/hsu00024>

Mähönen, E., Larja, L. & Ylikännö, M. (2024). Työ- ja elinkeinoministeriön lyhyen aikavälin työmarkkinaennuste, syyskuu 2024. TEM-analyysit 124/2024. Työ- ja elinkeinoministeriö, Helsinki. <https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/handle/10024/165929>

Mäki-Opas, T. & Laatikainen, T. (2021). Näkökulmia sosiaali- ja terveydenhuollon kokonaisvaltaiseen vaikuttavuuden arviointiin. *Yleislääkäri*, 36(5), 27-30. <https://erepo.uef.fi/items/2a015934-3160-4262-83e6-02e50a8e5e48>

National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine. (2021). *The future of nursing 2020–2030: Charting a path to achieve health equity*. Washington, DC: The National Academies Press. <https://doi.org/10.17226/25982>

Nationella vårdkompetensrådet. (2024). Förslag till en nationell plan för hälso- och sjukvårdens kompetensförsörjning Uppdrag att ta fram förslag till en nationell plan för hälso- och sjukvårdens kompetensförsörjning (S2023/00256). <https://www.nationellavardkompetensradet.se/globalassets/radets-kunskapsunderlag/2024-2-nationell-plan-for-halso-och-sjukvardens-kompetensforsorjning.pdf>

NCHWA Nursing Workforce Dashboard.

<https://data.hrsa.gov/topics/health-workforce/nursing-workforce-dashboards>

Niemelä, E. & Alahuhta, M. (2017). Lääkehoidon osaamisen kehittyminen Sairaanhoitajan lääkkeenmäärittäminen -koulutuksessa. ePooki. Oulun ammattikorkeakoulun tutkimus- ja kehitystyön julkaisut 29. [https://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/133824/ePooki%2029\\_2017.pdf](https://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/133824/ePooki%2029_2017.pdf)

Nikunlaakso, R., Airaksinen, J.M., Pekkarinen, L., Aalto, V., Toivio, P., Kivimäki, M., Laitinen, J. & Ervasti, J. (2024) Development and validation of a predictive score for personnel turnover: a data-driven analysis of employee survey responses. SocArXiv Papers 2024. <https://osf.io/preprints/socarxiv/254bd>

Nurmi, S., Haavisto, A., Perna, H., Berg, J., Kuusisto, H., Sulosaari, V. (2025). Sairaanhoitajien kliinisten unapolkujen edistäminen Länsirannikon alueellisessa yhteistyössä. Talk Report. Turun ammattikorkeakoulu, Turku. <https://talk.turkuamk.fi/report/sairaanhoitajien-kliinisten-unapolkujen-edistaminen-lansirannikon-alueellisessa-yhteistyossa/#anchor-31>

Nuttal, D. (2018). Nurse prescribing in primary care: a metanalysis of the literature. Primary Health Care Research & Development 19, 7–22 doi:10.1017/S1463423617000500

OECD. (2023). Health at a Glance 2023: OECD Indicators. OECD Publishing. Paris. <https://doi.org/10.1787/7a7afb35-en>

OECD. (2024). Fewer young people want to become nurses in half of OECD countries. <https://www.oecd.org/health/Fewer-young-people-want-to-become-nurses-in-half-of-OECD-countries.pdf>

Olkkonen, L., Terkamo-Moisio, A. & Petäjä, U-K. (2024). Terveysthuollon henkilöstön ja johtajien kokemuksia muutoksen johtamisesta. Hoitotiede, 36(4), 335–349. <https://journal.fi/hoitotiede/article/view/138688>

Paananen, V. (2024). Oululaisella professorilla on pysyvä ratkaisu terveydenhuollon ongelmaan. Helsingin Sanomat 26.10.2024. <https://www.hs.fi/politiikka/art-2000010784468.html>

Pasternack, I., Isojärvi, J. & Mäkelä, M. (2018). Sairaanhoitajien lääkkeenmäärittämisoikeuden vaikutuksia teollisuusmaiden perusterveydenhuollossa. Summaryx Oy. Helsinki. <https://app.box.com/s/8e41kxozt2sz9tpt8atdv3j6rsbhnwk>

Patja, K. (2024). Terveyspolitiikka vanstalla huitomista? Blogikirjoitus 23.4.2024. <https://kristiinapatja.wordpress.com/2024/04/23/terveyspolitiikka-vanstalla-huitomista/>

Pellas, K. (2013). Fimea valvoo kaikkien lääkkeiden markkinointia. Sic! Lääketietoa Fimeasta 3/2013, 25–29. <https://www.julkari.fi/handle/10024/120438>

Pylvänäinen, H. (2021). Rajattu lääkkeenmäärittämisoikeus ja kliininen asiantuntija YAMK: osaamisen hyödyntäminen työnkuvassa. Kaakkois-Suomen ammattikorkeakoulu. YAMK-opinnäytetyö. <https://www.theseus.fi/handle/10024/506251>

Rafferty, A. M., Busse, R., Zander-Jentsch, B., Sermeus, W., & Bruyneel, L. (Eds.). (2019). Strengthening health systems through nursing: Evidence from 14 European countries. European Observatory on Health Systems and Policies. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK545724/>

Raijas, M. & Heikura, T. (2023). Työpaikkaa vaihdetaan eniten terveys- ja sosiaalipalveluissa. Tieto&trendit 16.11.2023. Tilastokeskus. <https://stat.fi/tietotrendit/artikkelit/2023/tyopaikkaa-vaihdetaan-eniten-terveys-ja-sosiaalipalveluissa>

Raivio, R. (2017). Hoidon jatkuvuus perusterveydenhuollossa. *Duodecim*, 133(17), 1563–1569.  
<https://www.duodecimlehti.fi/duo13890>

Raskauden ehkäisy. Käypä hoito -suositus. (2022). Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin, Suomen Gynekologiyhdistyksen ja Suomen Yleislääketieteen Yhdistyksen asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim, 2022. <https://www.kaypahoito.fi/hoi50104>

Ring, M. & Kaarakainen, M. (2023). ”Palkka on tietysti yksi syy, mutta ei suurin” – psykologisen sopimuksen rikkoutuminen hoitajien alanvaihdon taustalla. *Focus Localis* 51(4).  
<https://journal.fi/focuslocalis/article/view/129057>

Ring, M., Makkonen, T., Kaarakainen, M., & Maunu, A. (2024). Sairaanhoidajat: osaavia ja aktiivisia ammattilaisia vai käsipareja? *Focus Localis*, 52(4), 49–60. <https://journal.fi/focuslocalis/article/view/145135>

Roth, C., Wensing, M., Breckner, A., Mahler, C., Krug, K., & Berger, S. (2022). Keeping nurses in nursing: a qualitative study of German nurses' perceptions of push and pull factors to leave or stay in the profession. *BMC Nursing*, 21(1), 48. <https://doi.org/10.1186/s12912-022-00822-4>

Ruskoaho, J. (2024) Hyvinvointialueilla on pahin pula lääkäreistä ja sosiaalityöntekijöistä. *KT-Lehti* 2/2024. <https://www.ktlehti.fi/2024/2/pahin-pula-on-laakareista-ja-sosiaalityontekijoista>

Räisänen, H. & Ylikännö, M. (2024). Minne uudet työpaikat syntyivät vuonna 2023? TEM-analyyseja 125/2024. Työ- ja elinkeinoministeriö, Helsinki. <https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/handle/10024/165979>

Saarto, T. & Finne-Soveri, H. (2019). Suositus palliatiivisen hoidon palveluiden tuottamisesta ja laadun parantamisesta Suomessa: Palliatiivisen hoidon asiantuntijaryhmän loppuraportti.  
<https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/handle/10024/161946>

Sairaanhoidajan lääkkeenmääräämiskoulutuksen suomalainen korkeakouluverkosto. (2024). Sairaanhoidajan lääkkeenmäärääminen. Koulutuksen yhteiset perusteet 45 op. Suositus 2024. 4.9.2024.

Sakara, T. (2014). Sairaanhoidajat lääkkeenmääräjinä Etelä-Karjalan sosiaali- ja terveystieteissä. Saimaan ammattikorkeakoulu. YAMK-opinnäytetyö. <https://www.theseus.fi/handle/10024/85801>

Salminen-Tuomaala, M., & Herttuala, N. (2023). Nurse students' views of factors that increase or decrease the attractiveness of the nursing profession. *Clinical Nursing Studies*, 11(1), 1–10.  
<https://doi.org/10.5430/cns.v11n1p1>

Salonen, J., Rahkola, J. & Koskinen, L. (2024). Vanhuuseläkkeen rinnalla työskentelystä karttunut eläke julkisella sektorilla. *Kansantaloudellinen aikakauskirja* 3/2024.  
<https://journal.fi/kak/article/view/146709>

Salonin, M. & Ahtiainen, H. (2023). Näkökulmia Helsingin työvoimapulaan: eläköityminen ja koulutuspaikkojen määrän kasvattaminen. <https://kaupunkitieto.hel.fi/fi/nakokulmia-helsingin-tyovoimapulaan-elakoityminen-ja-koulutuspaikkojen-maaran-kasvattaminen>

Santavuori, T. Terveystieteiden tutkimuskeskus ei ole kriisissä eliniän pidentymisen takia vaan ihan muista syistä. *Yle* 2.5.2024. <https://yle.fi/a/74-20086214>

Savolahti, M-R. (2017). Sairaanhoidajan lääkkeenmäärääminen suomalaisessa terveydenhuoltojärjestelmässä, hyvät käytännöt ja niiden hyödyntäminen johtamisessa. Jyväskylän ammattikorkeakoulu. YAMK-opinnäytetyö. <https://www.theseus.fi/handle/10024/125279>



Schaufeli, W. B., Salanova, M., Gonzalez-Roma, V. & Bakker, A. B. (2002). The measurement of burnout and engagement: A confirmatory factor analytic approach. *Journal of Happiness Studies*, 3, 71–92. <https://doi.org/10.1023/A:1015630930326>

Schildt, M. (2021). Koulutus ei mene hukkaan. *Sairaanhoitaja-lehti* 5/2021. <https://sairaanhoitajat.fi/koulutus-ei-mene-hukkaan/>

Seppänen, A. (2024). Ensimmäinen yrittäjä-omalääkäri on intoa täynnä. *Lääkärilehti* 2.12.2024. <https://www.laakarilehti.fi/terveydenhuolto/ensimmainen-yrittaja-omalaakari-on-intoa-taynna/>

Siikavirta, J. (2024). Sosiaali- ja terveydenhuollon ammattihenkilölainsäädännön uudistus. Esitys sosiaali- ja terveydenhuollon ammattihenkilötoiminta huomenna! -seminaarissa 4.9.2024. <https://stm.fi/ammattihenkiloita-koskevan-lainsaadannon-uudistus>

Sinervo, T., Tynkkynen, L-K. & Vehko, T. (toim.) (2016). Mitä kuuluu perusterveydenhuolto? Valinnanvapaus ja integraatio palveluiden kehittämisen polttopisteessä. *Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Raportti 16/2016*. Helsinki. <https://www.julkari.fi/handle/10024/131276>

Sosiaali- ja terveysministeriö. (2015). Työnjakoa uudistamalla nopeammin hoitoon ja joustavuutta palveluihin. Selvitys rajatun lääkkeenmääräämisen toteutumisesta ja kehittämissuunnitelmat. Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 49. Sosiaali- ja terveysministeriö, Helsinki. <https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/handle/10024/74771>

Sosiaali- ja terveysministeriö. (2018a). Lääkkeen määräämisestä annetun sosiaali- ja terveysministeriön asetuksen muuttaminen. Perustelumuuisto. [https://valtioneuvosto.fi/documents/1271139/6769746/Liite4\\_pemu\\_stm\\_asetus.pdf/aa93293b-d099-49e4-9d7f-2e463b55c5d9/Liite4\\_pemu\\_stm\\_asetus.pdf.pdf](https://valtioneuvosto.fi/documents/1271139/6769746/Liite4_pemu_stm_asetus.pdf/aa93293b-d099-49e4-9d7f-2e463b55c5d9/Liite4_pemu_stm_asetus.pdf.pdf)

Sosiaali- ja terveysministeriö. (2018b). Valtiolta korvausta sairaanhoitajien rajatun lääkkeenmääräämisen koulutukseen. Tiedote 28.12.2018. <https://stm.fi/-/valtiolta-korvausta-sairaanhoitajien-rajatun-laakkeenmaaraamisen-koulutukseen>

Sosiaali- ja terveysministeriö. (2019a). Sairaanhoitajan määrättävissä oleva lääkevalikoima laajenee vuonna 2020. Tiedote 13.12.2019. <https://stm.fi/-/sairaanhoitajan-maarattavissa-oleva-laakevalikoima-laajenee-vuonna-2020>

Sosiaali- ja terveysministeriö. (2019b). Sairaanhoitajan rajatun lääkkeenmääräämisen käyttömahdollisuus laajenee. Tiedote 11.4.2019. <https://stm.fi/-/sairaanhoitajan-rajatun-laakkeenmaaraamisen-kayttomahdollisuus-laajenee>

Sosiaali- ja terveysministeriö. (2020). Uusia käytäntöjä ja rakenteita näyttöön perustuvan hoitotyön osaamisen kehittämiseen. Ehdotukset työelämälle ja koulutukselle. Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 2020:3. Sosiaali- ja terveysministeriö, Helsinki. <https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/handle/10024/162120>

Sosiaali- ja terveysministeriö. (2023). Ammattihenkilölainsäädännön soveltaminen sosiaali- ja terveydenhuollon henkilöstön tehtävärakenteiden ja tehtäväjaon toimintamallien kehittämisessä. Ohje, 5.4.2023. [https://stm.fi/documents/1271139/124151998/STM+ohje+ammattihenkilolainsaadannon+soveltamisesta\\_04042023.pdf/5f137d14-e811-21a6-f4f5-2ae0be90a1cd/STM+ohje+ammattihenkilolainsaadannon+soveltamisesta\\_04042023.pdf?t=1680779020930](https://stm.fi/documents/1271139/124151998/STM+ohje+ammattihenkilolainsaadannon+soveltamisesta_04042023.pdf/5f137d14-e811-21a6-f4f5-2ae0be90a1cd/STM+ohje+ammattihenkilolainsaadannon+soveltamisesta_04042023.pdf?t=1680779020930)

Sosiaali- ja terveysministeriö. (2024a). Selvitys hyvinvointialueiden sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisvastuun toteutumisesta 2023. Sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämislain (612/2021) 31 §:n mukainen sosiaali- ja terveysministeriön vuosittainen valtakunnallinen selvitys. Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 2024:1. Sosiaali- ja terveysministeriö. Helsinki.

<https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/handle/10024/165367>

Sosiaali- ja terveysministeriö. (2024b). Hallitus uudistaa Kela-korvauksia. Tiedote 9.10.2024.

<https://stm.fi/-/hallitus-uudistaa-kela-korvauksia>

Sosiaali- ja terveysministeriö. (2024c). Hyvinvointialueiden tehtävien ja veloitteiden lisäsäästömahdollisuudet. Muistio, päivitetty 19.3.2024. <https://vm.emmi.fi//HkSPvgrOsVtx>

Sosiaali- ja terveysministeriö. (2024d). Perusterveydenhuollon kiireettömään hoitoon pääsyn enimmäisajat pitenevät vuoden 2025 alusta lukien. Tiedote 19.12.2024. <https://stm.fi/-/perusterveydenhuollon-kiireettomaan-hoitoon-paasyn-enimmaisajat-pitenevat-vuoden-2025-alusta-lukien>

Sosiaali- ja terveysministeriö. (2024f). Rahoitushaku sote-alan työjaon ja työhyvinvoinnin kehittämiseen avattu. Tiedote 11.9.2024.

<https://stm.fi/-/rahoitushaku-sote-alan-tyojaon-ja-tyohyvinvoinnin-kehittamiseen-avattu>

Sosiaali- ja terveysministeriö. (2024g). Hyvinvointialueille 1,5 miljoonaa euroa sote- ja pelastusalan hankkeisiin. Tiedote 3.12.2024.

<https://stm.fi/-/hyvinvointialueille-1-5-miljoonaa-euroa-sote-ja-pelastusalan-hankkeisiin>

Sosiaali- ja terveysministeriö. (2024h). Sosiaali- ja terveydenhuollon ammattihenkilöitä koskevan lainsäädännön uudistus. Verkkosivu päivitetty 16.9.2024.

<https://stm.fi/ammattihenkiloita-koskevan-lainsaadannon-uudistus>

Sosiaali- ja terveysministeriö. (2024j). Kela-korvausten jatkokehittämisen tiekartta. Muistio 9.10.2024.

[https://stm.fi/documents/1271139/198978037/Kela-korvausten+jatkokehittamisen+tiekartta\\_muistio.pdf/ffea1da3-be12-a344-f2d9-04f29030a3b1/Kela-korvausten+jatkokehittamisen+tiekartta\\_muistio.pdf?t=1728454959855](https://stm.fi/documents/1271139/198978037/Kela-korvausten+jatkokehittamisen+tiekartta_muistio.pdf/ffea1da3-be12-a344-f2d9-04f29030a3b1/Kela-korvausten+jatkokehittamisen+tiekartta_muistio.pdf?t=1728454959855)

Sosiaali- ja terveysministeriö. (2024k). Hallitus käynnistää Omalääkäri-ohjelman. Tiedote 19.11.2024.

<https://stm.fi/-/hallitus-kaynnistaa-omalaakari-ohjelman>

Sosiaali- ja terveysministeriö. (2024l). Hyvinvointialueiden ajankohtainen tilanne 12/2024.

[https://stm.fi/documents/1271139/222597201/12\\_2024+Hyvinvointialueiden+tilannekuva.pdf/6dd903cb-7a01-7365-8e8a-15b680b445d8/12\\_2024+Hyvinvointialueiden+tilannekuva.pdf?t=1734433824264](https://stm.fi/documents/1271139/222597201/12_2024+Hyvinvointialueiden+tilannekuva.pdf/6dd903cb-7a01-7365-8e8a-15b680b445d8/12_2024+Hyvinvointialueiden+tilannekuva.pdf?t=1734433824264)

Sosiaali- ja terveysministeriö. (2024m). Hyvän työn ohjelman toinen valtionavustusinfo 21.8.2024. 2.

valtionavustusinfon materiaalit. <https://stm.fi/sotehenkilosto/ohjelma>

Sosiaali- ja terveysministeriön asetus lääkkeen määräämisestä (1088/2010). Finlex.

<https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2010/20101088>

Sosiaali- ja terveysministeriön asetus lääkkeen määräämisestä (2010/1088). Liite 1. Sainaanhoitajan, terveydenhoitajan ja kättilön määrättävissä olevat lääkkeet. Finlex.

<https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2010/20101088>

Sosiaali- ja terveysministeriön asetus lääkkeen määräämisestä (2010/1088). Liite 4. Rajatun lääkkeen määräämisosoikeuden antamisessa käytettävän määräyksen kaava. Finlex.

<https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2010/20101088>

Sosiaali- ja terveysministeriön asetus Sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontaviraston maksullisista suonitteista vuosina 2024 ja 2025 (1281/2023). Finlex. <https://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2023/20231281>

Sosiaali- ja terveysministeriön asetus sosiaali- ja terveydenhuollon henkilöstön täydennyskoulutuksesta (57/2024). Finlex. <https://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2024/20240057>

Sosiaali- ja terveysministeriön asetus sairaanhoitajan rajatun lääkkeen määräämisosoikeuden edellytyksinä olevan koulutuksen korvauksen suuruudesta vuonna 2024 (350/2024). Finlex.

<https://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2024/20240350>

Sosiaali- ja terveysvaliokunta. (2010). Hallituksen esitys laiksi terveydenhuollon ammattihenkilöistä annetun lain muuttamisesta ja eräksi siihen liittyviksi laeiksi HE 283/2009 vp. Sosiaali- ja terveysvaliokunnan mietintö 2/2010 vp. Eduskunta. <https://www.eduskunta.fi/FI/vaski/sivut/trip.aspx?trnitype=ValtiopaivaAsiakirjat&docid=stvm+2/2010>

Sulosaaari V., Elomaa-Krapu M., Hopia H., Koivunen K., Leinonen R., Liikanen E., Penttinen U., Törmänen O., Walta L., Heikkilä J. (2020). Ydinkompetenssit klinisen asiantuntijan (ylempi AMK) koulutuksessa. AMK-lehti 1/2020. <https://uasjournal.fi/1-2020/kliinisen-asiantuntijan-ydinkompetenssit/>

Sulosaaari, V. & Heikkilä, J. (2021). Sairaanhoitajien erikoisosaamista on hyödynnettävä hyvinvointialueilla. Turun Sanomat, 8.10.2021. <https://www.ts.fi/lukijoilta/5464531>

Suomen sairaanhoitajaliitto. (2016). Sairaanhoitajien uudet työnkuvat - laatua tulevaisuuden sote-palveluihin. APN-asiantuntijatyöryhmä. <https://sairaanhoitajat.fi/wp-content/uploads/2020/01/Laaja-vastuinen-sairaanhoitaja-muuttaa-sote-palveluita.pdf>

Suomen sairaanhoitajaliitto. (2020). Sairaanhoitajan klinisen hoitotyön erityispätevyys. [https://sairaanhoitajat.fi/wp-content/uploads/2020/06/ERP\\_ERITYISPA%CC%88TEVYYS\\_2020.pdf](https://sairaanhoitajat.fi/wp-content/uploads/2020/06/ERP_ERITYISPA%CC%88TEVYYS_2020.pdf)

Suomen Sairaanhoitajat. (2023). Laajavastuinen hoitotyö - sairaanhoitajan uramalli lähellä ihmistä. APN-asiantuntijatyöryhmä. [https://sairaanhoitajat.fi/wp-content/uploads/2023/04/APN-raportti-2023\\_final.pdf](https://sairaanhoitajat.fi/wp-content/uploads/2023/04/APN-raportti-2023_final.pdf)

Suomen Sairaanhoitajat. (2024a). Laajavastuisen hoitotyön käsitteet suomeksi. APN-asiantuntijatyöryhmä. [https://sairaanhoitajat.fi/wp-content/uploads/2024/04/APN\\_CNS\\_NP\\_kasitteet.pdf](https://sairaanhoitajat.fi/wp-content/uploads/2024/04/APN_CNS_NP_kasitteet.pdf)

Suomen Sairaanhoitajat. (2024b). Suomen Sairaanhoitajien laajavastuisen hoitotyön asiantuntijatyöryhmä: Esitys sosiaali- ja terveysministeriölle Hyvän työn ohjelman työnjakopiloteiksi. APN-asiantuntijatyöryhmä. [https://sairaanhoitajat.fi/wp-content/uploads/2024/08/Ehdotukset-stm\\_ile-tyonjakopiloti-suomensairaanhoitajat\\_2024.pdf](https://sairaanhoitajat.fi/wp-content/uploads/2024/08/Ehdotukset-stm_ile-tyonjakopiloti-suomensairaanhoitajat_2024.pdf)

Sutela, H. (2024). Millaisia töitä ulkomaalaistaustaiset tekevät? IT-ala noussut yhdeksi keskeisistä työllistäjistä. Tilastokeskus. <https://stat.fi/tietotrendit/artikkelit/2024/millaisia-toita-ulkomaalaistaustaiset-tekevät-it-ala-noussut-yhdeksi-keskeisista-tyollistajista/>

Sutela, H., Viinikka, J. & Pännänen, A. 2024. Työolot murren kesällä – Työolotutkimuksen tuloksia 1977–2023. Tilastokeskus. <https://otos.stat.fi/items/17975d6e-688c-4fc8-b12b-70494996c96b>

Suutarla, A., Sulosaari, V. & Heikkilä, J. (2023). The NP Role and Practice in Finland. In: Thomas, S.L., Rowles, J.S. (eds) Nurse Practitioners and Nurse Anesthetists: The Evolution of the Global Roles. Advanced Practice in Nursing. Springer, Cham. [https://doi.org/10.1007/978-3-031-20762-4\\_13](https://doi.org/10.1007/978-3-031-20762-4_13)

Synjä, V., Parviainen, L. & Niemi, A. (2019). Terveyskeskusten avosairaanhoidon järjestelyt 2019 – ulkoistukset, henkilöstö, työpanokset ja tehtäväsiirrot. Tutkimuksesta tiiviisti 51, 2019. <https://www.julkari.fi/handle/10024/138981>

Taulasalo, V. & Jormanainen, R. (2024). Diagnoosi etänä vaatii lääkäriltä perehtyneisyyttä ja kokemusta. Valvira. <https://valvira.fi/-/diagnoosi-etana-vaatii-laakarilta-perehtyneisyytta-ja-kokemusta>

Tevameri, T. (2023). Sote-palveluala. Työvoima, yksityisen sektorin rooli ja kansainvälistyminen. TEM toimialaraportit 2023:2. Työ- ja elinkeinoministeriö. Helsinki. <https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/handle/10024/164805>

Tevameri, T. (2024). Sote-palveluala. Työelämän sekä yksityisen sektorin viimeaikaiset kehityssuunnat. TEM toimialaraportit 2024:2. Työ- ja elinkeinoministeriö. Helsinki. <https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/handle/10024/165580>

Terveysturvallisuuslaki (2010/1326). Finlex. <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2010/20101326>

Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. (2021). Sainalapäivystysten nykytila – keskeiset haasteet toiminnassa ja arvioinnissa. Tutkimuksesta tiiviisti 50/2021. <https://www.julkari.fi/handle/10024/143121>

Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. (2023a). Hoitopääsy perusterveydenhuollossa syksyllä 2023 Perusterveydenhuollon kiireettömään hoitoon pääsi lokakuussa entistä nopeammin. Tilastoraportti 71/2023 (20.12.2023). <https://www.julkari.fi/handle/10024/147968>

Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. (2023b). Hoidon jatkuvuus perusterveydenhuollossa 2022. Hoidon jatkuvuus perusterveydenhuollossa jatkaa heikentymistään –asiakas tapaa entistä useammin eri henkilön. Tilastoraportti 16/2023. <https://www.julkari.fi/handle/10024/146496>

Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. (2023c). Aikuisväestön hyvinvointi ja terveys – Terve Suomi 2022. Tilastoraportti 31/2023. <https://www.julkari.fi/handle/10024/146624>

Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. (2024a). Sosiaali- ja terveyspalvelujen talous 2023. Tilastoraportti 49/2024 (24.10.2024). <https://www.julkari.fi/handle/10024/149898>

Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. (2024b). Lausunto. Sosiaali- ja terveysvaliokunta 9.10.2024. THL/5998/4.00.02/2024. <https://www.eduskunta.fi/FI/vaski/JulkaisuMetatieto/Documents/EDK-2024-AK-41290.pdf>

Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. (2024c). Perusterveydenhuollon ja suun terveydenhuollon avohoito-käynnit 2023 Perusterveydenhuollon käynnit ja etäasioinnit vähenivät. Tilastoraportti 35/2024. <https://www.julkari.fi/handle/10024/149222>

Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. (2024d). Hoitopääsy perusterveydenhuollossa keväällä 2024. Tilastoraportti 28/2024 (4.6.2024). <https://www.julkari.fi/handle/10024/149140>

Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. (2024e). Julkisen perusterveydenhuollon avosairaanhoidon vastaanoton asiakkaiden käyntisyys vuosina 2021–2023. Tilastoraportti 36/2024 (12.6.2024). <https://www.julkari.fi/handle/10024/149223>

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. (2024f). Kuntien terveys- ja sosiaalipalvelujen henkilöstö 2022. Tilastonraportti 41/2024 (5.7.2024). THL. <https://thl.fi/tilastot-ja-data/tilastot-aiheittain/sosiaali-ja-terveydenhuollon-resurssit/kuntien-terveys-ja-sosiaalipalvelujen-henkilosto>

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. (2024g). Talous- ja toimintatietojen tiedonhallinta. Sosiaali- ja terveystalouden yksikkökustannukset. Päivitetty 13.12.2024. <https://thl.fi/aiheet/tiedonhallinta-sosiaali-ja-terveysalalla/tiedonhallinnan-ohjaus/talous-ja-toimintatietojen-tiedonhallinta>

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. (2024h). Julkisen sektorin sosiaali- ja terveydenhuollon henkilöstö 2023. Tilastonraportti 62/2024. <https://thl.fi/tilastot-ja-data/tilastot-aiheittain/sosiaali-ja-terveydenhuollon-resurssit/kuntien-terveys-ja-sosiaalipalvelujen-henkilosto>

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. (2024i). Julkisen perusterveydenhuollon etäasiointimäärien muutokset sote-uudistuksen voimaantumisen jälkeen. Tutkimuksesta tiiviisti 58/2024. <https://www.julkari.fi/handle/10024/150083>

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. (2024j). Maksuttoman ehkäisyn kokeilu 2022–2023. Arviointiraportti. Työpöytä 37/2024. <https://www.julkari.fi/handle/10024/149619>

Tillaeus, J. (2019). Hoitajien ote resepteistä vahvistuu – oikeutta määrätä tiettyjä lääkkeitä puhelimesta kaavallaan. <https://yle.fi/a/3-10709704>

Tiik, M., Hyssälä, L. & Kivelä, A. (2023). Selvitys Viron omalääkärijärjestelmästä ja sen oppien soveltamisesta hyvinvointialueilla. Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 2023:10. Sosiaali- ja terveysministeriö. Helsinki. <https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/handle/10024/164689>

Tilastokeskus. (n.d.). Väestörakenne. <https://stat.fi/tilasto/vaerak>

Tilastokeskus / StatFin. (n.d.). Työnvälitystilasto (TEM). <https://statfin.stat.fi/PXWeb/pxweb/fi/StatFin/>

Tuomaala, M. (2024). Työvoiman saatavuus ja kohtaanto 1/2024. TEM-analyysseja 119/2024. Työ- ja elinkeinoministeriö. Helsinki. <https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/handle/10024/165485>

Tuomikoski A, Parisod H, Siltanen H, Heikkilä K, Hamari L, Holopainen A. 2019. Suomalainen asiantuntijuusmalli (FinAME) näyttöön perustuvan toiminnan tukirakenteena jo 10 vuotta. Tutkiva Hoitotyö, 17(4), 38–41. <https://journal.fi/hoitotiede/article/view/128810>

Tuomikoski, A.-M., Parisod, H., Kotila, J., Palomaa, M., Suutarla, A., & Holopainen, A. (2023). FinAME-asiantuntijuusmalli™ näyttöön perustuvan hoitotyön tukirakenteena. Tutkiva hoitotyö, 21(1), 20–28. <https://oulurepo.oulu.fi/handle/10024/44571>

Tuomikoski, A.-M., Flinkman, M., Sulosaari, V., Suutarla, A. & Jokiniemi, K. (2024). Laajavastuisten hoitotyön asiantuntijuus ja sen tutkimus Suomessa. Hoitotiede, 36(1), 82–101. <https://journal.fi/hoitotiede/article/view/128810>

Tyni, T. & Myllyneva, K. (2023). Sosiaali- ja terveysalan henkilöstöpula kärjistyy nopeasti – helppoja ratkaisuja ei ole, mutta lisätoimia tarvitaan. Kolumni. Valtiovarainministeriö. <https://vm.fi/-/sosiaali-ja-terveysalan-henkilostopula-karjistyy-nopeasti-helppoja-ratkaisuja-ei-ole-mutta-lisatoimia-tarvitaan>

Tynkkynen, L-K., Keskimäki, I., Karanikolos, M. & Litvinova, Y. (2023). Finland: health system summary 2023. (Health system summaries). European Observatory on Health Systems and Policies. <https://eurohealthobservatory.who.int/publications/i/finland-health-system-summary>

Työ- ja elinkeinoministeriö. (2024). Yli 1 600 alueasiantuntijan koottu näkemys: Taloudessa ja työllisyydessä on tulossa käänne parempaan. Tiedote 29.10.2024.

<https://tem.fi/-/yli-1-600-alueasiantuntijan-koottu-nakemys-taloudessa-ja-tyollisyydessä-on-tulossa-kaanne-parempaan>

Työterveyslaitos. (2024). Työelämätiето. Työn imu. Päivitetty 25.4.2024.

[https://www.tyoelamatiето.fi/fi/aineistot/tyon-imu?\\_hstc=108755357.916a82786a716beb2fe37d2dc9f73f45.1693890682192.1731570941095.1732023868321.74&\\_hssc=108755357.3.1732023868321&\\_hsfp=2219203775](https://www.tyoelamatiето.fi/fi/aineistot/tyon-imu?_hstc=108755357.916a82786a716beb2fe37d2dc9f73f45.1693890682192.1731570941095.1732023868321.74&_hssc=108755357.3.1732023868321&_hsfp=2219203775)

Työterveyslaitos. (2025). Sote-alalla täytyy panostaa palautumiseen ja työkyvyn edistämiseen.

Tiedote 9.1.2025. <https://www.ttl.fi/ajankohtaista/tiedote/sote-alalla-taytyy-panostaa-palautumiseen-ja-tyokyvyn-edistamiseen>

Töytäri, O. (2024). Fysioterapeuttien suoraavastaanotot julkisessa terveydenhuollossa. Tehyn julkaisusarja B1/24. [https://www.tehy.fi/system/files/mfiles/julkaisu/2024/2024\\_b1\\_fysioterapeuttien-suoraavastaanotot\\_julkisessa\\_terveydenhuollossa\\_id\\_18360.pdf](https://www.tehy.fi/system/files/mfiles/julkaisu/2024/2024_b1_fysioterapeuttien-suoraavastaanotot_julkisessa_terveydenhuollossa_id_18360.pdf)

U.S. Department of Health and Human Services, Health Resources and Services Administration.

(n.d). NCHWA Nursing Workforce Dashboard. <https://data.hrsa.gov/topics/health-workforce/nursing-workforce-dashboards>

U.S. Department of Health and Human Services, Health Resources and Services Administration. (2024).

2022 National Sample Survey of Registered Nurses Snapshot. <https://bhw.hrsa.gov/sites/default/files/bureau-health-workforce/Nurse-Survey-Fact-Sheet-2024.pdf>

Vaikuttavuuskeskus. (n.d.). Vaikuttavuusvirittäjät: sairaanhoitajien rajattu lääkkeenmääräminen.

<https://vaikuttavuuskeskus.fi/kaikki/vaikuttavuusvirittajat-sairaanhoitajien-rajattu-laakkeenmaaraaminen/>

Vallimies-Patomäki, M., Kaunonen, M., Meretoja, R., Ekola, S., Oksanen, I., Pahikainen, T., Puhakainen, M., Seppänen, S., & Nygren, P. (2020). Uusia käytäntöjä ja rakenteita näyttöön perustuvan hoitotyön osaamisen kehittämiseen: Ehdotukset työelämälle ja koulutukselle. Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 2020:3. Sosiaali- ja terveysministeriö. Helsinki.

<https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/handle/10024/162120>

Valtioneuvosto. (2023). Pääministeri Petteri Orpon hallituksen ohjelma 20.6.2023. Vahva ja välittävä

Suomi. Valtioneuvoston julkaisuja 2023:58. <https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/handle/10024/165042>

Valtioneuvosto. (2024). Suomen kestävä kasvun ohjelman infotilaisuus koskien hoidon jatkuvuusmallin toteutusta Omalääkäri 2.0 selvityksen mukaisesti. Esitys 21.5.2024.

<https://stm.fi/documents/1271139/199060595/Hoidon+jatkuvuusmalli+infon+materiaali+21.5.2024.pdf/67577b1a-be93-55ea-c11d-bc813e298c4e/Hoidon+jatkuvuusmalli+infon+materiaali+21.5.2024.pdf?t=1716804266564>

Valtioneuvoston asetus ammattikorkeakouluista (1129/2014). Finlex.

<https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2014/20141129>

Valtioneuvoston asetus tutkintojen ja muiden osaamiskokonaisuuksien viitekehyksestä (120/2017).

Finlex. <https://journal.fi/hoitotiede/article/view/128810>

Valtioneuvoston asetus lääkkeen määräämisen edellyttämästä koulutuksesta (1089/2010). Finlex.

<https://finlex.fi/fi/laki/alkup/2010/20101089>

Valtiontalouden tarkastusvirasto. (2016). Työnjaon kehittäminen sosiaali- ja terveydenhuollossa. Tuloksellisuustarkastuskertomus.

<https://www.vtv.fi/julkaisut/tyonjaon-kehittaminen-sosiaali-terveydenhuollossa/>

Valtiontalouden tarkastusvirasto. (2022). Työperusteinen maahanmuutto: Maahanmuuttohallinnon tehokkuus, asiakaslähtöisyys sekä ulkomaisen työvoiman rekrytointi sosiaali- ja terveysalalle. Tarkastusmuistio 13/2022. <https://www.vtv.fi/julkaisut/tyoperusteinen-maahanmuutto-maahanmuuttohallinnon-tehokkuus-asiakaslahtoisuus-seka-ulkomaisen-tyovoiman-rekrytointi-sosiaali-ja-terveysalalle/>

Valtiontalouden tarkastusvirasto. (2024). Terveyspalvelujen keskittäminen: Erikoissairaanhoidon työnjaon ja yhteispäivystyksen toimeenpano. Tarkastuskertomus 6/2024. <https://www.vtv.fi/app/uploads/2024/06/VTV-Tarkastus-6-20242-Terveyspalvelujen-keskittaminen.pdf>

Valtiovarainministeriö. (n.d.). Valtion talousarvioesitykset. <https://budjetti.vm.fi/index.jsp>

Valvira. (2021). Valviran tilinpäätös ja toimintakertomus 2020.

<https://valvira.fi/documents/152634019/170900119/Valvira-toimintakertomus-2020.pdf/24afe92b-44cf-eb6f-3bc3-27046e598454/Valvira-toimintakertomus-2020.pdf?t=1691676092541>

Valvira. (2024). Valviran tilinpäätös ja toimintakertomus 2023.

<https://valvira.fi/documents/152634019/170900119/Valvira-toimintakertomus-2023.pdf/ee618d1e-a52d-362a-af1c-fef42bb71b07/Valvira-toimintakertomus-2023.pdf?t=1709105451305>

Valvira. (n.d.). Rajatun lääkkeenmääräämisen hakemusohjeet.

<https://valvira.fi/ammattioikeudet/rajattu-laakkeenmaaraaminen>

Varha. (2024). Tiimikäsikirja. Avoterveydenhuolto. Versio 1.0 / 11.10.2024.

[https://innokyla.fi/sites/default/files/2024-11/Tiimikäsikirja%20Varha\\_0.pdf](https://innokyla.fi/sites/default/files/2024-11/Tiimikäsikirja%20Varha_0.pdf)

Vesterinen, M.-L. (2014). Reseptihoitaja nopeuttaa palvelua. Tutkimus rajatun lääkkeenmääräämisoikeuden saaneiden hoitajien tehtävistä, työnjaosta lääkäreiden ja muun henkilöstön kanssa sekä vaikutuksista terveydenhuollon kustannustehokkuuteen. Kunnallisalan kehittämissäätiö.

Viron sairaanhoitajaliitto. (2020). Erie baaspäevused. Kinnitatud. Volikogu otsusega nr.6

27.august 2020. [suomeksi: Erikoissairaanhoitajan perusosaaminen. Hyväksytty valtuuston päätöksellä nro 6, 27.8.2020]. <https://www.ena.ee/wp-content/uploads/2022/04/Erioe-baaspadevused-1.pdf>

Virtala, T. (2020). Lääkkeenmääräämisoikeussairaanhoitajien työnkuvan kehittäminen. Sosiaali- ja terveysalan uudistava johtaminen. LAB-ammattikorkeakoulu. YAMK-opinnäytetyö.

<https://www.theseus.fi/handle/10024/352560>

Voutilainen, A., Kapanen, S. & Kangasniemi, M. (2018). Työnjaon kuvaus sosiaali- ja terveysministeriön asiakirjoissa – dokumenttianalyysi. Sosiaalilääketieteellinen Aikakauslehti 55(3), 212–224.

<https://doi.org/10.23990/sa.74422>

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. The Cochrane Database of Systematic Reviews, 11(11), CD011227. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD011227.pub2>

Wrede, S., Olakivi, A., Parmanne, P., & Laisi, I. (2022). Lääkärityön jännitteet: Tutkimus lääkäreiden unajärjestelmien ja ammattikäytäntöjen sosiaalisesta kestävydestä sairaaloissa ja terveyskeskuksissa. (Valtiotieteellisen tiedekunnan julkaisuja; No. 228). Helsingin yliopisto, Valtiotieteellinen tiedekunta. <http://hdl.handle.net/10138/351514>

World Health Organization. (2022). Health and Care Workforce in Europe: Time to Act: World Health Organization. Regional Office for Europe. <https://www.who.int/europe/publications/i/item/9789289058339>

World Health Organization. (2023). Technical brief on strengthening the nursing and midwifery workforce to improve health outcomes: what is known about advancing roles for nurses: evidence and lessons for implementation. World Health Organization. Regional Office for Europe. <https://inis.who.int/handle/10665/373780>

Ylimäki, S. (2024a). Laajavastuisen hoitotyön asiantuntijoiden näyttöön perustuvan hoitotyön osaaminen Suomessa ja Singaporessa. Väitöskirja. Oulun yliopisto. Oulun yliopiston julkaisuarkisto. <https://oulurepo.oulu.fi/handle/10024/52746>

Ylimäki, S. (2024b). Laajavastuinen hoitotyön asiantuntija on näyttöön perustuvan hoitotyön edistäjä. The Finnish Doctoral Education Network in Nursing Science – HoVaTo 12.9.2024. <https://www.hovato.fi/laajavastuinen-hoitotyon-asiantuntija-on-nayttoon-perustuvan-hoitotyon-edistaja/>

Åbo Akademi University (n.d). Master's Degree Programme in Advanced Practice Nursing. <https://www.abo.fi/en/study-programme/masters-degree-programme-in-advanced-practice-nursing/>



**Liite 1. Avovastauksia. Miltä osin lääkkeenmäärämisohitajan työsi on poikennut odotuksistasi, joita sinulla oli hakeutuessasi koulutukseen?**

Akuuttipotilaiden hoitamista vähän, vaikka siinä osaamiseni hyödyttäisi eniten. Lisäksi lääkehoidon jatkamista ei pysty tekemään useinkaan, koska lääkärin laatimia kirjallisia hoitosuunnitelmia ei ole.
Tehtäväkuvaani ei ole koskaan panostettu eikä oikeastaan koskaan mahdollistettu siten, että olisin voinut kaikin mahdollisin tavoin hyödyntää koulutustani.
Työpaikan työntekijöiden sitoutumattomuus ohjata lääkkeenmäärämisohitajille heille kuuluvat potilaat. Laitetaan lääkärille esimerkiksi virtsatieinfektiopotilaita, joita lääkkeenmäärämisohitaja olisi voinut hoitaa.
Se rajoittaa paljon, kun ei pysty muun muassa etänä määräämään lääkkeitä eikä kaikkiin vaivoihin, mihin pystyisi/osaisi.
Työ on pääasiassa puhelimitse tapahtuvaa potilaiden siirtelyä arviosta toiseen, jotta hoitotakuu saadaan näyttämään siltä, että se toteutuu.
Oletin, että voisin tehdä kontrollivastaanottoja. Mutta kun lääkkeen uusiminen on niin vaikeaksi tehty, niin en ole niitä tehnyt.
Ei pysty täysin hyödyntämään kliinistä osaamista, kun ei pysty määräämään kaikkia lääkkeitä, mitä kokisin pystyväni. Ei pysty tekemään läheteitä röntgeniin enkä erikoissairaanhoitoon.
Potilaat eivät kohdennu oikein, olen sen vuoksi joutunut "taistelemaan". Kateutta esimiestasolla.
Epäselvä työnkuva.
Nykyisellään hoitajan vastaanottotoiminta yksikössä on ajettu lähes täysin alas.
Ei ole omaa ajanvarausta lääkkeenmäärämisohitajalle, ei omaa työtilaa eikä välineitä
Itsenäinen sairaanhoitajan vastaanotto on lopetettu työpaikallani. Koulutusta ei osata hyödyntää.
Ei ole saatu kehittää työtä niin paljon kuin olisi tahtoa, koulutuksiin pääsy vaikeaa.
Työnantaja ei sitä tällä hetkellä mahdollista. Mallia kehitetty, johto haluaa jotain muuta.
Koronapandemia poisti lääkkeenmäärämisohitajien kokonaan ja nyt on hankala saada sitä uudelleen käyttöön.
Tämänhetkinen työnkuva sisältää esimiestyötä.
Olen liian paljon muissa kuin koulutusta vastaavissa tehtävissä.
Työnantaja ei ole antanut meidän kehittää toimintamme lääkkeenmäärämisohitajina.

## Liite 2. Avovastauksia. Lääkkeenmääräämishoitajien tehtäväkuvia äkillisesti sairastuneiden potilaiden vastaanottotyössä.

<p>Kiirevastaanotolla ma-su klo 7.30–21.00. Puhelinvastaanottoa, hoitajan vastaanottoa terveysasemalla, kiirevastaanoton lääkärin avustamista. Lääkkeenmääräämiskoulutuksen hyödyntämistä monipuolisesti potilaiden haastattelussa ja tutkimisessa.</p>
<p>Päivystyksessä hoidan akuutisti sairastuneita potilaita. Ompelen haavoja paljon vuoron aikana. Hoidamme nyrjähdykset, selkäkipuiset, virtsatieinfektiot, flunssat, kurkkukipuiset, otamme pois tikkuja ja ongenkoukkuja ym. Kaikkea mahdollista.</p>
<p>Teen kiirevastaanotolla asiantuntijasairaanhoitajana töitä. Suurin osa ajasta olen vastaanotolla, välillä hoidontarpeen arviota triagessa ja maksimi 1 päivä viikossa jonkin verran puhelimesta hoidontarpeen arviota ja tuolloin pystyn tekemään pissatulehduksista reseptejä. Lisäksi toimin lääkevastaavana.</p>
<p>Teen omaa akuuttivastaanottoa muutaman kerran viikossa, jossa potilaita vauvasta vaariin. Silmätulehdukset, haavat, ihottumat, patit, ihomuutosten arviot jne.</p>
<p>Kiirevastaanoton potilastyö- ja puhelintyö. Jonkin verran kollegat konsultoivat silmä/virtsatieinfektioasioissa, sekä lääkeasioissa. Vuorovastaavan työ.</p>
<p>Päivystävän sairaanhoitajan vastaanottotyö. Puhelintyö ja sähköinen asiointi, joka sisältää mm. hoidon tarpeen arviointia, ohjausta ja neuvontaa, ajanvarausta ja lääkkeen määräämistä.</p>
<p>Triagen kautta tulevia potilaita hoidan pääsääntöisesti. Kirjoitan reseptejä virtsatieinfektioon ja angiinaan esimerkiksi.</p>
<p>Pääsääntöisesti terveyskeskuspäivystystä. Virtsatieinfektiot, silmätulehdus, angiina on potilaalla, jos määrään lääkkeitä.</p>
<p>Hoidan mm. silmätulehdukset, nielutulehdukset, rintatulehdukset, ylähengitystiepotilaat. Puheluina virtsatieinfektiopotilaat.</p>
<p>Toimin sairaanhoitajana yliopistosairaalan isossa ympärivuorokautisessa ensiapupäivystyksessä. Tehtävääni kuuluu myös päivystävän sairaanhoitajan vastaanoton pitäminen vuorotellen muiden lääkkeenmääräämishoitajien kanssa.</p>
<p>Toimin ns. päivystävänä sairaanhoitajana. Tutkin ja katson potilaita ikä 1–100 vuotta.</p>
<p>Pidetään itsenäistä sairaanhoitajan vastaanottoa, johon potilaat tulevat eri vaivojen vuoksi. Pääsääntöisesti: silmä-, korva, poskiontelo, virtsatieinfektiot ja nielukipuisia.</p>
<p>Hoidan päivystysosaston YLE-potilaita, jotka usein miten ovat infektiopotilaita, flunssan oireista. Hoidan myös lapsipotilaita päivystyksessä sekä otan vastaan lapsipotilaita, joita terveydenhoitaja laittavat minulle.</p>

Äkilliset sairastumiset, kuten virtsatieinfektiot, ylähengitystieinfektiot, esim. StrepA-nieluinfektiot, selkäkivut, vatsataudit, pienet haavat, katetriren vaihdot.
Lähinnä päivystyksellisten infektioiden hoito: virtsatieinfektiot, nielu- ja silmätulehdukset
Otan vastaan flunssapotilaita, hoidan heitä. Minulla on myös nokotusvastaanotto.
Kiinevastaanotolla itsenäistä päivä sairaanhoitaja/lämä -vastaanottoa ja lisäksi sairaanhoitajana ensiavussa.
Jag jobbar på en jourmottagning och tar emot patienter som söker för olika infektioner eller gynekologiska besvär.
Akuuttivastaanotolla käy potilaita, joille voi asetuksen mukaan aloittaa lääkityksen.
Terveyskeskuspäivystyksessä, suunimmaksi osaksi puhelinkontaktin perusteella ohjattujen, akuutisti sairastuneiden hoitamista ja tutkimista.
Hoidon tarpeen arviointia, potilaiden vastaanottamista kiinevastaanotolla ja hoitajan vastaanotolla, haavanhoitoja, lääkäreiden avustamista, injektioita yms.
Voin määrätä lääkkeitä muun työn ohella, jos esim. hoidon tarpeen arvioinnissa päivystyksessä osuu kohdalle potilas, jonka voin itse hoitaa.
Määrään lääkkeitä puhelinhaastattelun perusteella virtsatieinfektion hoitoon.
Akuutit vaivat, virtsa-, nielu- ja silmätulehdukset, rintatulehdus.
Hoidon tarpeen arviointi ja itsenäisen sairaanhoitajan vastaanotto sekä päivystysyksikön töihin osallistuminen oman aikatauluni antaessa siihen mahdollisuuden.
Hoidan akuutteja potilaita ja näistä myös silmä-virtsa- ja nieluoireisia.

### Liite 3. Avovastauksia. Lääkkeenmääräämishoitajien tehtäväkuvia äkillisesti ja pitkäaikaisesti sairastuneiden potilaiden vastaanottotyössä.

<p>Pääasiassa uudistan omien asiakkaiden reseptejä vuosikontrollien yhteydessä. Tarvittaessa kirjoitan reseptin virtsatieinfektion tai silmätulehdukseen hoitoon. Pidän yllä omien asiakkaiden lääkelistoja. Ohjaan asiakkaita lääkkeiden reseptin mukaiseen käyttöön perustellen. Annan tietoa lääkkeiden vaikutusmekanismeista yms. mikä auttaa asiakasta ymmärtämään määrätyn lääkkeen käytön merkityksen sairauden hoidossa tai lisäsairauden ennaltaehkäisyssä.</p>
<p>Lääkkeenmääräämispäiviä 1–2 päivää viikossa, silloin 4–5 vuosikontrollia, verenpaine, kolesteroli, reuma, muisti ja lisäksi 4–5 soittoaikaa, yleensä laboratoriovastauksia ja reumasoittoaikoja. Kiiretiimin vastaanottoa 1–2 päivää viikossa, flunssaoireisia ja muita infektioita, iho-oireita, allergia-asioita, tiimityötä lääkärin työparina. Kiireetön tiimi noin kerran viikossa, lääkärin parina hoidon suunnittelua ja järjestelyä. Lisäksi normaalia sh-vastaanottoa noin kerran viikossa, injektioita, haavahoitoja, ompeleiden poistoja yms., silloin yleensä lisäksi reseptikeskuksen purkua, lääkkeiden määräyksien purkua ym. toimistotyötä. Satunnaisesti toimistossa hoidon tarpeen arviointia.</p>
<p>Hoidan verenpainetaudin määräämisaikastarkastuksia, astmapotilaiden määräämisaikastarkastuksia, astmatutkimusten aloituksia ja lääketekniikan tarkastuksia. Hoidan uniapneapotilaisen tutkimukseen pääsyä ja lievien uniapneapotilaiden elämäntapaohjauksia. Hoidan flunssapotilaita, poskiontelo-oireisia, silmätulehduksia, kurkkukipuisia, virtsatieinfektio-oireisia. Paljon hengitystieoireilijoita ym.</p>
<p>Teen ajanvarausvastaanottoa eli vuosikontrolleja sekä kiirevastaanottoa tiimimallin mukaan. Väliin osuu toimenpidepäiviä ja esimerkiksi Marevan määräyspäiviä, jotka ovat toimistotyöpäiviä.</p>
<p>Hoidan päivystyspotilaat sekä kiireettömiä. Erilaisista ylähengitystieoireista kärsiviä potilaita (keuhko-oireet, silmätulehdus, korvatulehdukset, kuume jne.), virtsatieinfektiot, tule-oireiset (erot. selkääkipuiset), ihottumat, nyrjähdykset/venähdyssvamat. Pienet paiseet ym. Ihomuutosten hoito/arvio. Erilaisten oireiden arvioita. Lääkelistojen tarkistuksia. Migreenipotilaat.</p>
<p>Lääkkeenmääräämishoitajan työtä noin 50 % työajasta. Konsulttivuoro, omaolo-VTI, ehkäisyvastaanotto, kiireettömät määräämisaikastarkastukset, tarkkailu ja päivystys. Lisäksi noin 40 % tavallista puhelimitse tapahtuvaa hoidon tarpeen arviointia ja potilastoimistoa.</p>
<p>Perusterveydenhuollossa kiirevastaanottoa ja sen lisäksi myös esimerkiksi DM2-potilaiden vuosikontrolleja.</p>
<p>Sairaanhoitajan vastaanottoa, jossa määräämisaikastarkastuksen yhteydessä voidaan uudistaa reseptejä. Lisäksi kiirevastaanottoa, jossa tarvittaessa määrätään lääkkeitä.</p>
<p>Pidän akuuttivastaanottoa sekä kerran viikossa hoidan pitkäaikaissairaiden määräämisaikastarkastuksia.</p>
<p>Pitkäaikaissairauden kontrollia, tutkimukset, uusitaan tarvittaessa lääkkeitä, kokonaislääkityksen tarkistamista. Akuutisti sairastuneiden päivystysvastaanotto, potilaiden tutkimista, tarvittaessa lääkkeiden uusintaa/aloitusta, kokonaislääkityksen tarkistamista, lääkärin konsultaatio tarvittaessa.</p>
<p>Sairaanhoitajan vastaanottoa ns. puolikiireelliset sekä kiireettömät asiat ohjautuvat vastaanotolleni. Myös pitkäaikaissairaiden kontrollikäyntejä. Sairaanhoitajan puhelinpäivystys sekä myös kiireettömien ajanvarauksien hoitaminen puhelimitse.</p>

<p>Työskentelen sydänhoitajana, mutta tiimimallin mukaisesti. Joten potilaan kaikki asiat tulee minulle, akuuteista asioista vuosikontrolliin.</p>
<p>Työni koostuu pitkäaikaissairaiden ja päivystyspotilaiden hoidosta. Toimin omahoitajana alueen asiakkaille.</p>
<p>Minulla on ajoittain tiimipäivä, jolloin minulla on vastaanottoa, tuolloin tarvittaessa uusien reseptit. Lisäksi olen kiirevastaanotolla hoidon tarpeen arvioinnissa, jolloin hoidat potilaat alusta loppuun akuuteissa vaivoista.</p>
<p>Akuuttipuolella silmä/ninta/nielu/virtsatieinfektiopotilaiden vastaanotto. Virtsatieinfektiopotilaat puhelimitse. Pitkäaikaissairaista verenpaine/tyypin 2 diabetes/astma/sepelvaltimopotilaiden vastaanotto, niin uusia potilaita ja kontrollikäyntiläisiä pitkäaikaissairaiden hoitotiimiin.</p>
<p>Lääkkeenmääräämispäivinä teen pitkäaikaissairaiden määräämiskontrolleja (nr- ja kol-potilaat, 5kpl päivässä, lisäksi konsultaatioaika ja soittoaika), joskus näistä osa akuutimpia vastaanottoja, jolloin mm. vti-, nielu- ja silmätulehduspotilaita ja rokotereseptien tekoa. Akuuttisairaanhoidajana toimiessa kiirepotilaiden vastaanottoa, joissa osalla lämä-osaamista hyödynnettävissä (vti-, nielu- ja silmätulehduspotilaat).</p>
<p>Teen astma- ja COPD-potilaiden kontrolleja ja jonkin verran tyypin 2 diabetespotilaiden kontrolleja. Päivystävän hoitajan työvuorossa hoidan akuutti potilaita. Resurssipulan takia minulla on myös paljon haavanhoitoa, oc:ssä olemista ja se aika on poissa lääkkeenmääräämistehtävästä.</p>
<p>Sydänhoitajan työssä uusien pitkäaikaissairaiden reseptejä sekä aikuisneuvolassa määrään rokotteita ja ehkäisyreseptejä.</p>
<p>Sydänhoitajana tarkistan lääkelistan ajantasaisuuden, tarvittaessa uudistan reseptejä tai lähetän lääkärille uudistettavaksi, arvioin lääkehoidon vaikuttavuutta, haittoja ja yhteensopivuutta (labrat, kotiseuranta, kliininen tutkimus). Myös muu hyöty koulutuksesta kuin lääkityksen osalta, etenkin kliininen tutkiminen sai varmuutta. Satunnaisesti olen ollut polin apuna (virtsatieinfektioihin liittyvät soitot, muutamia vastaanottoja kesällä, kun omasta työstä rauhallista).</p>
<p>Vastaanotolla käy verenpainetautia sairastavia sekä astmaatikkoja. Lisäksi teen päivystysvastaanottoa, johon tulee flunssapotilaita, silmätulehdusta sairastavia jne.</p>
<p>Lääkkeen määräämistä akuuteissa infektioissa. Potilaiden tutkimista. Pitkäaikaissairauksien hoitamista, lääketarkistuksia, hoitosuunnitelman mukaisia lääkkeen uusintoja.</p>
<p>Paljon kontrollikäyntejä, joiden yhteydessä laaditaan potilaalle hoitosuunnitelma. Sekä päivystysvastaanottoa, jossa akuutisti sairastuneiden tutkiminen ja hoito.</p>
<p>Itsenäisesti pitkäaikaissairauksien määräämistarkastukset, valtimotautien ja sydäntoimenpiteiden seurannan koordinointi sekä akuuttivastaanotto. Kehittämistyönä digihoitopolut ja Omaolo-oirearviot. Lisäksi osittain lähijohtaminen.</p>
<p>Hoidon tarpeen arviota, päivystysvastaanotto, kiireetöntä vastaanottoa, erilaisia toimistotehtäviä, kollegojen auttamista/perehdyttämistä.</p>
<p>Hoidan kroonisten sairauksien seurantaa, ja siinä voin uusia lääkkeitä. Uusia lääkkeitä on yleensä rokotteet.</p>
<p>Asiakkaina kaikki toisen asteen opiskelijat (lukiolaiset ja ammattiopiskelijat). Ehkäisyn aloitus/seuranta asiat, astman seuranta, silmä ja virtsatie infektiot, rokotukset, allergia lääkitys, perusvoiteet yms.</p>

#### Liite 4. Avovastauksia. Miten hyödynnät lääkkeenmääräämiskoulutuksessa saamaasi osaamista muissa työtehtävissäsi?

<p>Eniten kaikessa muussa, kuin lääkkeenmääräämisessä. Potilaan tutkiminen ehkä tärkeimpänä, hoidon tarpeen arviointi, potilaan lääkityksen arviointi, pitkäaikaissairaiden kontrollikäynnit ja niiden lääkityksien arviointi muun muassa.</p>
<p>Lääkehoidon laajemmasta osaamisesta ja ymmärryksestä on merkittävä hyöty hoidon tarpeen arvioinnissa joka ikisessä terveysasemalla tulevassa puhelussa. Ei sitä voi kääntää pois päältä.</p>
<p>Kliinistä osaamista hyödynnä kaikkialla, mm. ensiavussa. Reseptien uusintaa. Lääkkeiden kokonaisvaltainen katselmusta työpisteestä riippumatta, se on automaattista. Puhelinvuorossa pystyn virtsatieinfektiopotilaita hoitamaan, kirjoittamaan lääkeresepin. Autan päivystävää lääkäriä tarvittaessa. Päivystyspotilaiden hoidossa ja puran jonoja lääkkeenmäärämisohitajalle sopivien potilaiden myötä. Koulutusta hyödyntää oikeastaan joka paikassa ja työpisteessä. Ei niitä opittuja asioita jätä käyttämättä tai reseptejä jätä kirjoittamatta/uusimatta.</p>
<p>Oleellisinta on pyrkiä sitouttamaan potilaat pitkäaikaissairauksien lääkityksiin antamalla riittävä ohjaus ja neuvonta. Lisäksi seuraan puhelimitse lääkkeiden vastetta mm. verikokeilla ja mittauksilla (verenpaine, verensokeri).</p>
<p>Auskultoin sydämen ja keuhkot lähes kaikilta potilailta, tarkistan jalat säännöllisemmin kuin aiemmin ja osaan tunnustella pulssit, lääkehaittojen arvioiminen helpottui, uusien lääkkeiden aloituksessa (lääkärin määräämät) tiedän mitä seurata, potilas saattaa valittaa niskavaivaa tms. tule-kipua, niin voin tehdä hoidon tarpeen arviota paremmin.</p>
<p>Lääkkeenmääräys koulutukseni mahdollistaa sen, että minun ei tarvitse konsultoida jokaisesta ehkäisyvalmisteen aloituksesta lääkäriä. Työni on saamaa kuin ennen koulutusta, mutta nyt kannan itse vastuun tekemästäni työstä. Eli voin itse kirjoittaa reseptin valmisteeseen sen sijaan, että laitan reseptipyynnön lääkärin listalle ja lääkäri toimii 'kumileimasimena'.</p>
<p>Potilaan tutkimisessa yleisesti ja muutenkin vastaanotolla teorian pohjalta, vaikkei tilanne johtaisi lääkkeenmääräämiseen/ reseptin uudistamiseen. Potilaan lääkehoidon ohjauksessa ja lääkehoitoon liittyvissä asioissa pystyn yleensä myös hyödyntämään lääkkeenmääräämiskoulutuksen oppeja.</p>
<p>Käytännössä jokaisella vastaanottokäynnillä potilasta tutkiessani käytän koulutuksesta saamaani oppeja, vahvat kliinisen tutkimisen taidot. Koulutuksen jälkeen tiedonhaku-aidot vahvistuneet. Kaikkea ei voi tietää, mutta tiedän mistä hakea lisätietoa.</p>
<p>Potilaiden haastattelu ja itsenäinen tutkiminen. Hyvä tuki päätöksentekoon ja helpottaa lääkäriä konsultoidessa. Molempinpuolinen luottamus lääkäreiden kanssa syntynyt. Potilaiden ohjaaminen lääkkeiden käytössä, haitta- ja yhteisvaikutukset, muun muassa.</p>
<p>Kartoitan potilaiden oirekuvaa ja tilannetta laajemmin joka kontaktissa. Hoidon tarpeen arvioinnissa omahoidon ohjaus on laajempaa ja hoidon koordinointi on helpompaa, kun on koulutusta. Lääkäreille oirekuvan raportointi on laadukkaampaa ja teen ehdotuksia hoidosta.</p>
<p>Ohjaan työkavereita eli he kysyvät ohjausta ja neuvoa. Lisäksi uusien lääkkeiden ohjausta on ajoittain. Potilasohjaamisessa koulutus näkyy kaikessa tekemisessä.</p>

<p>Osaan tutkia potilasta laajemmin ja paremmin. Tiedän mitä tutkin ja miksi. Osaan paremmin erotusdiagnostiikkaa ja potilaan anamneesin keruuta. Lääkkeistä ja niiden vaikutuksista sekä tavasta toimia kehossa ymmärrän enemmän ja osaan neuvoa potilaita paremmin lääkkeiden käyttöön liittyen. Osaan myös vastata potilaiden lääkkeisiin liittyviin kysymyksiin paremmin.</p>
<p>Potilaan huolellinen, laaja tutkiminen. Lääkkeiden yhteisvaikutusten arviointi. Annan aikoja hoitojonosta, jolloin pystyn hyvin arvioimaan ja määräämään muun muassa tarvittavat laboratoriotutkimukset tai onko koko potilaan asia hoidettavissa muutoin, kuin lääkärin vastaanotolla.</p>
<p>Hyödynnän sitä kaikessa työssäni koko ajan. Ei omaa osaamistaan voi toisessa työpisteessä vain kääntää pois, vaan potilaan systemaattinen tutkiminen, laajemmat farmakologiset tiedot yms. ovat jatkuvasti osana työtäni.</p>
<p>Joka päivä hoidon tarpeen arvioinnissa, sekä puhelimesta että vastaanotolla ja myös hoitaessa potilaita.</p>
<p>Koulutus antoi ja palautti laaja-alaiset tiedot sairauksien hoitoon ja tutkimiseen, josta nyt hyvä pohja potilaitteni muussakin hoidossa ja terveydentilan arvioimisessa.</p>
<p>Pitkäaikaissairauksien hoidossa käytän kattavasti Käypä hoito -suosituksesta saatua tietoa ja tiedonhakua. Lääkitystietoutta voi käyttää myös laaja-alaisesti monisairaiden ja monilääkittyjen potilaiden hoidossa.</p>
<p>Esimerkiksi ymmärrän paremmin syy-seuraussuhteita eri sairauksien syntymekanismissa. Osaan ohjata asiakkaita ennaltaehkäisemään sairauksien pahenemista.</p>
<p>Tarkistan kaikkien vastaanotolla olevien lääkkeiden yhteisvaikutukset e-pillerikontrolliin tulleilta. Vastaanotolla asiakkaat voivat valittaa muita oireita, jotka ei liity ehkäisykontrolliin, esimerkiksi ihottumia, korva-, kurkku- tai muita kipuja. Virtsatieinfektioiden hoidot. Teen asiakkaan tutkimukset laaja-alaisesti ja otan tarvittavia näytteitä.</p>
<p>Ohjaan ja neuvon potilaita tarvittaessa myös muissa potilaiden lääkeasioissa, esim. lääkemääräisissä, lääkkeenottoajankohdissa, oikeissa lääkkeenottotekniikoissa (mm. inhaloitavat lääkkeet), miten muut potilaan käyttämät lääkkeet, luontaistuotteet tms. voivat vaikuttaa johonkin lääkkeeseen jne.</p>
<p>Lääkelistoja läpi käydessä huomioin, jos asiakkaalla on esimerkiksi päällekkäisyyttä lääkkeitään. Esimerkiksi kahta eri beetasalpaajaa, serotoniinisyndroomalle altistava yhdistelmä ynnä muuta mitä on tullut lääkelistoilla vastaan. Tai esimerkiksi munuaistilanne huomioiden riskilääkkeet. Laboratoriokokeita tarkastellessa.</p>
<p>Potilasohjaus, kollegoiden konsulttiapu, laaja statustamisen tekemä hyöty, tutkitun tiedon arviointi ja soveltaminen käytäntöön, kirjaamisen laadun paraneminen.</p>
<p>Potilaan tutkimisessa ja päätöksenteossa. Lääkkeenmääräishoitajan työ ei ole vain reseptien tekoa, eivät kaikki potilaat tarvitse oireisiin esimerkiksi antibioottikuuria, vaan ohjataan itsehoidossa. Lisäksi kollegat konsultoivat potilaista.</p>
<p>Lääkkeenmääräämisen koulutus oli kyllä hyvä koulutus. Potilaan tutkimisessa ja hoitamisessa hyödyn todella paljon koulutuksesta sekä potilaan ohjaamisessa.</p>
<p>Pystyn ohjaamaan asiakkaitani lääkityksissä ja sairauden ennaltaehkäisyssä. Erilaista ohjantaa ja tukea terveyden ylläpitoon on mahdollista antaa.</p>

Koko ajan ammattitaito kulkee mukana. Tulkitsen labroja, annan ohjausta lääkityksestä ja perustelen miksi näin.
Potilaan kliininen tutkiminen. Lääkkeiden haittavaikutuksien osalta ja perussairauksien kontrolloinnissa, koulutuksessa, konsultoinneissa. Hoidan asiakasta kokonaisvaltaisemmin
Kliininen tutkimus on tärkeä osa työtä, myös lääkkeitä ja niiden vaikutuksista ja haitoista ja hyödyistä kertominen potilaille on työssä mukana.
Koulutuksesta on saanut laaja-alaisen ammattitaidon ja paljon lisää tietoa sairauksista ja tautitiloista.
Tarkistan ja päivitän päivystyspotilaiden lääkelistoja ajan tasalle. Teen töitä myös triage-hoitajana, jossa koen koulutuksen myötä pärjääväni hyvin. Hoidon tarpeen arviointia puhelimesta, jossa koulutuksesta on myös suuri apu.
Akuutisti sairastuneen potilaan anamneesi puhelimesta, haastattelu paikan päällä, ajoittain myös tutkin potilaita, jotka menossa lääkärille ja kerron havainnoistani.
Käytän hyväksi koulutuksissa saamaani tietoa ehkäisy- ja seksuaaliterapia asiakkaiden kanssa. Lisäkoulutukset tukevat toisiaan.
Olin jo saanut kliinistä osaamista YAMK-koulutuksessa. Farmakologia, mitä opiskeltiin lääkkeenmääräämiskoulutuksessa, on ollut erittäin hyödyllistä, kun kerron potilaille lääkkeitä ja motivoin heitä hoidossa.
Kaikessa potilastyössä pystyy hyödyntämään koulutuksessa saamaani osaamista.
Potilaiden tutkiminen on laajempaa. Myös lääkelistan tarkastuksiin kiinnitän enemmän huomiota.
Ei osaamista voi kääntää pois päältä, vaan käytän osaamista aina.
Antanut valtavan tietotaidon potilaan tutkimiseen ja tauteihin. Pystyy itsenäiseen työhön paremmin ja esimerkiksi miettimään valmiiksi, miten vaikka diabeetikon lääkehoitoa tehostettaisiin. Lääkkeiden vaikutuksesta kertominen potilaille. Itse reseptin kirjoittaminen on pienin osa tätä työtä.
Kaikessa tekemisessäni on hyötyä lääkkeenmääräämisen koulutuksesta, joka oli todella hyvä.
Varsinkin potilaan tutkimisessa ESH-päivystyksessä sekä heidän lääkityksensä arvioinnissa.
Osaamistani ei voi irrottaa kokonaisuudesta missään työtehtävässä.
Hoidon tarpeen arvioinnissa pystyn hyödyntämään, potilaan tutkiminen, anamneesi, jatkosuunnitelma tekeminen.
Enityisesti hoidon tarpeen arviossa, mutta auttaa muussakin potilastyössä.
Jokaisessa pitkäaikaissairautta omaavan asiakkaan tapaamisessa käydään lääkehoito läpi, tässä voin hyödyntää lääkehoidon osaamista
Potilaan hoitaminen kokonaisvaltaisesti, osaan tutkia potilaan hyvin tarpeen mukaan ongelmasta riippuen, osaan kokonaisvaltaisesti lääkehoidon.
Parempi kliininen osaaminen ja varmempi työote.



## Liite 5. Avovastauksia. Miten rajattua lääkkeenmääräämistä tulisi kehittää lähivuosien aikana?

Suunnitelmallisesti ohjattava potilaat hoitajan kontrolliin. Olen työskennellyt kahdella hyvinvointialueella, joista kummallakaan ei hyödynnetä juuri lainkaan lämä-hoitajia systemaattisesti, riittävästi tai järkevästi.
Lääkkeenmääräämishoitajat tekemään kohdennetummin lääkkeenmääräämistyötä ja vähemmän sairaanhoitajan perustyötä, etenkin tässä tilanteessa, jossa huutava pula lääkäreistä.
Koulutuspäiviä säännöllisesti. Arvostusta tulisi lisätä myös palkkauksella, tämä näkyy nykyisin liian vähäisenä/pienenä työn vastuullisuuteen nähden.
Palkkauksen myötä saada useampi innostumaan opiskelemaan. Nyt työn vaativuus ja palkkaus ei kohtaa. Siksi koulutukseen ei hakeuduta eikä kehitystä tapahdu.
Päivystyksissä ja terveysasemilla paremmin käyttöön tämä resurssi.
Lääkkeenmääräämishoitajille oikeasti kuuluvaa työtä, jotta hankitut taidot pysyisivät tallella. Esim. omasta työstä kovin vähän on lääkkeenmääräämistä, vaikka tuota mielellään enemmän tekisin.
Lisää tunnettavuutta.
Velvoittamalla työnantajaa huolehtimaan vuosittain täydennyskoulutuksesta rajatussa lääkkeenmääräämisessä. Lääke-esittelyihin pääseminen ilman kyseenalaistamista ja rajoituksia.
Työnantajille lisää tietoa koulutuksen hyödyllisyydestä.
Laajempi mahdollisuus määrätä lääkkeitä koulutuksen mukaisesti. Suomessa ollaan jäljessä paljon kehityksestä.
Valtakunnalliset prosessit lääkkeenmääräämisestä eri potilasryhmille, ohjaisi kaikkia lämä-hoitajia työn tasalaatuisessa toteutuksessa hyvinvointialueesta riippumatta.
Työnantajien tuli hyödyntää ammattitaitoa paremmin ja suunnitella lämä-hoitajien sijoittaminen työyksiköissä.
Tuoda enemmän julki lämä-hoitajien työtä. Lääkäreiden tietämättömyys ja asennemuutos. Työpaikoille enemmän arvostusta lämä-hoitajia kohtaan ja vähemmän kateutta.
Ainakin säännöllistä täydennyskoulutusta olisi hyvä lisätä ja että työnantajat suhtautuisivat koulutuksiin myönteisemmin. Lääkkeenmääräämishoitajille myös mahdollisuus osallistua lääke-esittelyihin.
Tietoisuutta osaamisesta tulisi lisätä. Palkkaa parantaa entisestään.
Asiantuntijatehtävien lisääntyessä sairaanhoitajan perustyötä vähennettävä samassa suhteessa: pois omahoitajapuhelimet ja aluehoitajuus, joka sisältää kaikkea mahdollista haavanhoitoista korvahuuhteluihin.

Alueellisesti säännöllisempää koulutusta ja muuta "huoltoa" osaamiselle ja taidoille, osaamisen tunnistusta ja hyödyntämistä (vastaanottoon kuulumatonta toimistotyötä vähemmälle, kuten tilaukset, ajanvarauskinjojen hoito yms.).
Työnantajan pitäisi käyttää meitä enemmän. Tiimimalli on tehnyt myös sen, että sairaanhoitajat eivät tiedä mitään enää rajatusta lääkkeenmäärämisestä.
Pysyttäisiin mukana lääkkeissä ja niiden kehittämisessä ja uusista markkinoille tulevista lääkkeistä, saataisiin tarvittava info.
Kliinisen asiantuntijan rooliin, joka myös kehittää, kouluttaa ja konsultoi.
Työnantajille selkeää ohjausta kuinka hyödyntää koulutettua henkilöstöä oikein.
Palkkaukseen selkeät ohjeistukset työnantajille ja esihenkilöille. Koulutukseen pääsyä turvattava.
Lämä-hoitajat näkyvimmäksi. Jos jossain lämä-hoitajan työstä hyvä malli, niin malli jakoon muille. Meillä ei työnantaja osaa kehittää tai anna mahdollisuutta tähän. Työ junnaa paikallaan ja kehitys.
Valviran rekisteriin maininta lääkkeenmääräämis-oikeudesta (onhan siellä maininta oikeuksien rajoituksista).
Palkka kuntoon ja yhtenäiseksi.
<b>PALKKAUS!!!</b>
Sairaanhoitajan urakehitystä ja palkkausta tulee kehittää todella voimakkaasti lähivuosina.

**Liite 6. Rajatun lääkkeenmääräämisen kehittäminen Suomessa (mukaiiltu European Federation of Nurses Associations [EFN], 2024)**

	Yhteiskunta	Koulutus ja osaaminen	Lainsäädäntö	Työelämä
<b>Kansallinen tahtotila</b>	Sairaanhoitajien rajattu lääkkeenmäärääminen on hyväksytty laajasti yhteiskunnassa muun muassa päätöksentekijöiden, sote-ammattihenkilöiden ja väestön keskuudessa. Lääkkeenmääräämishoitajien työ nähdään tärkeä osana hyvinvointialueiden palvelujen kokonaisuutta. Lääkkeenmääräämishoitajia arvostetaan terveydenhuollon asiantuntijoina ja he saavat hyödyntää osaamistaan täysimääräisesti työssään.	Lääkkeenmääräämishoitajien koulutuksen tuottama osaaminen on ajantasaista ja vastaa väestön terveystarpeisiin. Ajantasainen osaaminen taataan säännöllisellä täydennyskoulutuksella. Täydennyskoulutuksesta riittävän suurin osuus on lääkkeenmääräämishoitajille suunnattua täydennyskoulutusta.	Lainsäädäntö mahdollistaa rajatun lääkkeenmääräämisen täysimääräisen hyödyntämisen sosiaali- ja terveyspalveluissa, niin läsnä-, kuin etävastaanoitoilla.	Hyvinvointialueilla johto ja esihenkilöt ovat sitoutuneet sairaanhoitajien rajatun lääkkeenmääräämisen kehittämisen ja hyödyntämiseen yhteistyössä sote-ammattihenkilöiden kanssa. Lääkkeenmääräämishoitajia on nykyistä enemmän sosiaali- ja terveydenhuollon palveluissa. Lääkkeenmääräämishoitajat toimivat keskeisessä roolissa hoidon jatkuvuudella mukaisissa palveluissa. Lääkkeenmääräämishoitajilla on yhtenäiset nimikkeet hyvinvointialuilla. Lääkkeenmääräämishoitajien palkkaus vastaa työn vaatavuutta.
<b>Esimerkkejä toimijoista, jotka voivat edistää kansallisen tahtotilan toteutumista</b>	Lääkärit, hoitohenkilöstö ja muut sote-ammattihenkilöt Hyvinvointialueiden johto Hoitotyön johtajat ja esihenkilöt Hyvinvointialueet työnantajina Poliittiset päätöksentekijät Tutkijat Ministeriöt, viranomaiset Ammattiliitot, ammatilliset järjestöt Väestö	Ministeriöt Koulutusorganisaatiot Viranomaiset Hyvinvointialueet työnantajina Ammattiliitot, ammatilliset järjestöt	Poliittiset päätöksentekijät eri puolueissa. Ministeriön virkamiehet (STM, OKM). Valvira, aluehallintovirastot, Kela (tiedon tuottaminen rajatun lääkkeenmääräämisen asianmukaisuudesta ja turvallisuudesta).	Hyvinvointialueet työnantajina Lääkärit, hoitohenkilöstö ja muut sote-ammattihenkilöt Ammattiliitot Ammatilliset järjestöt Koulutusorganisaatiot, Viranomaiset Hyvinvointialueiden johtajat Hoitotyön johtajat ja esihenkilöt Ministeriöt Poliittiset päätöksentekijät Tutkijat
<b>Esimerkkejä toimenpiteistä, joilla voidaan edistää tahtotilan toteutumista</b>	Tutkitun tiedon tuottaminen, kerääminen, tiivistäminen ja levittäminen rajatusta lääkkeenmääräämisestä. Positiivinen tiedotuskampanjointi, jossa tehdään rajattua lääkkeenmääräämistä tunnetuksi esimerkiksi sosiaalisessa mediassa.	Systemaattinen ja pitkäjänteinen koulutuspolitiikkaan vaikuttaminen. Ministeriöiden välinen yhteistyö (erityisesti OKM ja STM). Tutkitun tiedon tuottaminen päätöksenteon perustaksi.	Systemaattinen ja pitkäjänteinen poliittisiin päätöksentekijöihin ja virkamiehiin vaikuttaminen. Tutkitun tiedon tuottaminen lainsäädännön perustaksi.	Hyvinvointialueiden ja yhteistyöalueiden yhteistyön tiivistäminen lääkkeenmääräämishoitajien tehtävänkuvan kehittämiseksi kansallisella tasolla. Hyvä muutosjohtaminen ja yhteistyö toimintayksiköissä lääkkeenmääräämishoitajien tehtävänkuvien kehittämisessä.

