B

Tehyn julkaisusarja B
Selvityksiä 2/18

Itsenäiset hoitajavastaanotot

sosiaali- ja terveydenhuollon julkisissa organisaatioissa

Mervi Flinkman

Tehy

Mervi Flinkman

Itsenäiset hoitajavastaanotot sosiaali- ja terveydenhuollon julkisissa organisaatioissa

Tehyn julkaisusarja B:2/18

Tehy ry

ISBN 978-952-6667-79-9 (nid.)
978- 952-6667-80-5 (PDF)

Kannen kuva: iStock
Taitto: Innocorp Oy 2018
Paino Grano Oy 2018

Sisältö

Lukijalle 4

Tiivistelmä 5

1. Tausta 6
- 1.1 Itsenäiset hoitajavastaanotot 6
- 1.2 Itsenäisiin hoitajavastaanottoihin liittyvä koulutus 8
- 1.3 Urakehitys kliinisessä työssä 9
- 1.4 Kansainvälinen kehitys 10

3. Selvityksen tarkoitus 12

4. Selvityksen toteutus 13

5. Tulokset 14
- 5.1 Vastaajat 14
- 5.2 Itsenäinen hoitajavastaanottotoiminta 14
- 5.2.1 Työnkuvat ja nimikkeet 14
- 5.2.2 Odotusajat, konsultointi, vastaanottokäyntien pituus ja käyntimaksut 16
- 5.2.3 Perustaminen 16
- 5.2.4 Ammatillinen peruskoulutus, lisä- ja täydennyskoulutus 17
- 5.2.5 Palkkaus 19
- 5.2.6 Kokemukset toiminnasta 20

6. Pohdinta 21

Lähteet 25

Asiasanat: itsenäinen hoitajavastaanotto, työnkuvat, kehittäminen, sosiaali- ja terveydenhuolto

Lukijalle

Suomessa on kehitetty itsenäisiä hoitajavastaanottoja 2000-luvun alkupuolelta lähtien. Toiminnan voidaan katsoa vakiintuneen sekä perusterveydenhuollossa että erikoissairaanhoidossa. Lainsäädännön muutokset ovat osa kehittämistyötä ja ne mahdollistavat muun muassa laillistettujen terveydenhuollon ammattihenkilöiden toteuttaman oireenmukaisen hoidon ja sairaanhoitajien rajatun lääkkeenmääräämisen.

Itsenäisillä hoitajavastaanotoilla tuotetaan kokonaisvaltaisia ja laadukkaita palveluja. Hoitoon pääsy on nopeaa ja potilaat ovat tyytyväisiä. Ammattihenkilöt voivat täysimääräisesti hyödyntää osaamistaan, mikä lisää organisaatioiden vetovoimaa ja avaa uusia etenemismahdollisuuksia kliiniselle urapolulle.

Tehy suhtautuu myönteisesti työnjaon kehittämiseen. Se on kuitenkin tehtävä suunnitelmallisesti, hallitusti ja niin että osaaminen varmistetaan. Palkkauksen on vastattava tehtävien vaativuutta.

Tehy julkaisi jo 2000-luvun alkupuolella ensimmäisen selvityksen tehtäväsiirroista terveydenhuollossa (Markkanen 2002). *Työnjakomallit*-opas (Haapa-aho ym. 2009) on edistänyt työnjaon hallittua kehittämistä organisaatioissa. Myös julkaisussa *Osaaminen käyttöön – Laatua ja tuloksellisuutta työnjakoa kehittämällä* (Flinkman 2014) tarkasteltiin työnjakoa tutkimuksen ja kirjallisuuden valossa. Alkuvuodesta 2018 julkaistussa Tehyn selvityksessä käsitellään fysioterapeuttien suoravastaanottotoimintaa (Töytäri 2018). Tämä selvitys jatkaa edellä mainittujen julkaisujen sarjaa.

Tarvitsemme ajankohtaista tietoa nykytilanteesta, kun valmistaudumme sosiaali- ja terveydenhuollon palvelurakenteiden muutokseen. Siihen liittyen Tehy toteutti vuonna 2017 kyselyn itsenäisistä hoitajavastaanotoista. Tavoitteena oli kerätä tietoa siitä, millaista toiminta itsenäisillä hoitajavastaanotoilla on, miten lisä- ja täydennyskoulutus on järjestetty, mitä potilasryhmiä hoidetaan, mitä nimikkeitä käytetään ja miten palkkaus vastaa tehtävien vaativuutta.

Kyselylomake lähetettiin tehyläisille kuntasektorin pääluottamusmiehille. He ovat merkittävässä roolissa työelämän ja organisaatioiden muutosprosesseissa, joita myös työnjaon muutokset ovat. Suuret kiitokset vastauksistanne! Selvityksen tuloksia käytetään valtakunnallisen ja paikallisen edunvalvonnan sekä yhteiskunnallisen vaikuttamisen tukena.

Selvityksessä käytetty kyselylomake laadittiin Tehyn yhteiskuntasuhteet ja kehittäminen -toimialalla. Erityiset kiitokset kuuluvat Tehyn työvoimapoliittiselle asiantuntijalle Mervi Flinkmanille pitkäjänteisestä työstä mm. sairaanhoitajien osaamisen ja työnjaon sekä sote-alan vetovoimaisuuden kehittämiseksi. Sen yhtenä osana on ollut tämän selvityksen tekeminen. Sairaanhoitajaliiton kansainvälisten asioiden päällikkö Anna Suutarla on ansiokkaasti kommentoinut käsikirjoitusta, lämpimät kiitokset erinomaisesta yhteistyöstä. Julkaisutoimittaja Tuija Kinnunen-Moilanen ansaitsee myös suuret kiitokset. Hän on editoinut ja tarkastanut kieliasun sekä saattanut julkaisun painokuntoon. Yhdessä tekeminen on innostavaa ja laajentaa raportin näkökulmaa.

Helsingissä maaliskuussa 2018

Kirsi Sillanpää, johtaja
Yhteiskuntasuhteet ja kehittäminen -toimiala, Tehy ry

Tiivistelmä

Tehyn toteuttamaan kyselyyn itsenäisistä hoitajavastaanotoista vastasi 42 kuntasektorin pääluottamusmiestä, kesäkuussa 2017. Kysely lähetettiin 236 pääluottamusmiehelle, joten vastausprosentiksi muodostui 18. Vastaajista suuri osa (n = 32) ilmoitti edustavansa terveyskeskuksissa työskenteleviä tehyläisiä. Vastauksia saatiin myös erikoissairaanhoidosta.

Perusterveydenhuollon itsenäisillä hoitajavastaanotoilla hoidetaan sekä akuutisti että pitkäaikaisesti sairaita potilaita. Osa vastaanotoista keskittyy sairausryhmiin, esimerkiksi diabetes-, astma tai muistisairauksiin. Erikoissairaanhoidossa itsenäiset hoitajavastaanotot toimivat erikoisalojen poliklinikoilla tai päivystysten yhteydessä akuuttivastaanottoina.

Sairaanhoitajat, terveydenhoitajat ja kätilöt ovat yleisimmät ammattiryhmät, jotka työskentelevät itsenäisillä hoitajavastaanotoilla. Muutamassa organisaatiossa lähihoitajilla oli vastaanotto esimerkiksi haavapotilaiden hoidossa.

Potilaat pääsevät nopeasti hoitoon. Hoitajalle saa vastaanottoajan samalle päivälle, vastasi kolmasosa (28 %) pääluottamusmiehistä. Hoitajat voivat konsultoida lääkäriä lähes aina. Työnantajaa varten hoitaja voi kirjoittaa todistuksen työntekijän tai hänen lapsensa sairaudesta miltei kaikilla itsenäisillä hoitajavastaanotoilla, yleisimmin 3–5 päiväksi. Potilaat suhtautuvat toimintaan hyvin myönteisesti (71 %) tai melko myönteisesti (26 %) pääluottamusmiesten arvion mukaan.

Hoitajat saivat lisä- tai täydennyskoulutusta ennen kuin vastaanottoja perustettiin, vastasi valtaosa (92 %) pääluottamusmiehistä. Koulutus oli pääsääntöisesti työpaikkakoulutusta tai ammattikorkeakoulujen lisäkoulutusta. Palkasta oli neuvoteltu (79 %) ja vastuukysymykset selvitetty (79 %) sekä kansalaisille oli tiedotettu (67 %), ennen kuin toiminta käynnistettiin. Nimikkeet vaihtelivat organisaatioittain. Ne eivät olleet kansallisesti yhteneväisiä.

Palkkaa oli korotettu maltillisesti. Korotusten määrä vaihteli tehtävittäin sekä organisaatioittain. Palkkaa nostettiin yleisimmin tehtäväkohtaisena korotuksena tai henkilökohtaisena lisänä. Suurimmat korotukset olivat sairaanhoitajilla, jotka toteuttivat rajattua lääkkeenmääräämistä. Avovastauksissa tuli esiin palkkaukseen liittyviä haasteita. Ongelmana koettiin esimerkiksi se, että työnantajat eivät tulkitse työn vaativuuden lisääntyvän itsenäisen vastaanottotoiminnan myötä. Vain muutamassa organisaatiossa oli tehty laskelmia, millaisia kustannusvaikutuksia itsenäisellä vastaanottotoiminnalla on.

1. Tausta

Hoitajavastaanotot voivat nopeuttaa hoitoon pääsyä, parantaa palvelujen saatavuutta ja edistää kustannusvaikuttavaa työnjakoa ammattihenkilöiden välillä (STM 2015, Maijala 2016). Hoitajavastaanottojen määrän lisäämisellä on arvioitu saavutettavan kustannussäästöjä (STM 2009). Tehy halusi selvittää pääluottamusmiehille osoitetulla kyselyllä, minkälaista itsenäistä hoitajavastaanottotoimintaa kunta-alan sosiaali- ja terveydenhuollon organisaatioissa tällä hetkellä on.

Suomessa muun muassa sairaanhoitajien ja terveydenhoitajien työrooli on perinteisesti ollut itsenäisempi kuin osassa muita Euroopan maita. Osaamistaso on noussut erilaisten pidempien täydennys- ja erikoistumiskoulutusten sekä tutkintojen (esim. YAMK) avulla. Lisäksi terveydenhuollon ammattihenkilölain (559/1994) muutokset (oireenmukainen hoito, rajattu lääkkeenmääräämisen) ovat mahdollistaneet itsenäisen hoitajavastaanottotoiminnan. Esimerkiksi osa lievien, akuuttien infektiosairauksien hoidosta on siirretty lääkäreiltä muille ammattiryhmille, yleisimmin sairaanhoitajille ja terveydenhoitajille. Myös pitkäaikaisesti sairaiden seurantaa on siirretty lääkäreiltä muille ammattihenkilöille. (WHO 2013.) Itsenäisillä hoitajavastaanotoilla toteutetaan myös työtä, joka tähtää terveyden edistämiseen ja sairauksien ehkäisemiseen.

1.1 Itsenäiset hoitajavastaanotot

Hoitajavastaanottojen systemaattinen kehittäminen käynnistyi Kansallisen terveyshankkeen työnjakopiloteissa jo lähes kaksi vuosikymmentä sitten, vuonna 2003 (Hukkanen & Vallimies-Patomäki 2005, WHO 2013, Suutarla ym. 2015). Lääkärityövoiman puute pakotti tarkastelemaan lääkäreiden ja muiden ammattihenkilöiden työnjakoa (Jaatinen ym. 2003). Ammattihenkilöryhmien osaaminen otettiin aikaisempaa laajemmin käyttöön hoitoon ohjaamisessa, hoidon tarpeen arvioinnissa ja pitkäaikaissairaiden seurannassa perusterveydenhuollossa, suun terveydenhuollossa ja erikoissairaanhoidossa. Potilaiden ja ammattihenkilöiden kokemukset työnjaosta olivat myönteisiä: hoitoon pääsi nopeammin, se oli turvallista ja lääkäripäivystyksen käyttö väheni (Hukkanen & Vallimies-Patomäki 2005.)

Työskentely hoitajavastaanotolla edellyttää osaamista, työkokemusta ja kykyä tehdä itsenäisiä päätöksiä (Koivukoski 2014). Ammattihenkilön on osattava työskennellä itsenäisesti, mutta myös tehdä yhteistyötä (Maijala 2016). Hoitajavastaanotot toimivat osana moniammatillista tiimityötä terveyskeskuksissa (HE 90/2010) ja sairaaloiden poliklinikoilla. Sairaanhoitajilla on lisäksi itsenäisiä vastaanotto- ja esimerkiksi apteekeissa (Halonen 2015) ja kauppakeskusten terveyskioskien yhteydessä (Kork ym. 2012, Kuntaliitto 2017).

Hoitajavastaanotto voidaan organisoida monin tavoin. Se voi toimia lääkärivastaanoton rinnalla, hoitaja-lääkäri-työparityöskentelynä tai lääkärin etäkonsultaation tukemana. (HE 90/2010.) Ammattihenkilöt tarvitsevat perehdytystä ja lisäkoulutusta hoitajavastaanottotoimintaan (Peltonen 2009). On ennustettu, että moniammatillinen työskentely lisääntyy terveydenhuollon organisaatioissa, mikä edellyttää hyviä yhteistyötaitoja ammattiryhmien kesken (Kosklin & Viljanen-Peuraniemi 2015).

Hoitajavastanottojen määrä on lisääntynyt terveyskeskusten ajanvaraus- ja päivystysvastaanotoilla. Hoitajia on terveysasemilla lukumääräisesti aiempaa enemmän suhteessa lääkäreihin (Kuntaliitto 2017.)

Terveyden- ja hyvinvoinnin laitoksen (THL) tilastojen mukaan lääkäreiden perusterveydenhuollon avosairaanhoidon vastaanottokäyntejä oli vuonna 2017 yhteensä 5,3 miljoonaa. Vastaavia sairaanhoitajan ja terveydenhoitajan vastaanottokäyntejä oli yhteensä 4,9 miljoonaa. Yleisimmät syyt käydä hoitajavastaanotolla olivat terveystarkastukset, rokotukset sekä kroonisten haavojen, diabeteksen ja ylähengitystieinfektioiden hoito. Käyntejä oli keskimäärin 2,7 asiakasta kohden. (THL 2017c.) Tilastoista ei voi päätellä sitä, kuinka moni asiakkaista käy sekä lääkärin että hoitajan vastaanotolla ja kuinka moni pelkästään hoitajavastaanotolla.

Hoitajavastaanotolle pääsee tilastojen perusteella nopeammin kuin lääkärille. Perusterveydenhuollon avosairaanhoidon kiireettömistä lääkärikäynneistä toteutui noin 40 % viikon sisällä hoidon tarpeen arvioinnista. Sairaan- ja terveydenhoitajan kiireettömistä vastaanottokäynneistä toteutui yli puolet (65 %) nopeammin – eli kolmen vuorokauden sisällä hoidon tarpeen arvioinnista (lokakuu 2017) (THL 2017a). Espoossa toteutettiin vuosina 2013–2015 kokeilu, jossa kahdella terveysasemalla kokeiltiin lääkäreiden ja hoitajien työnjaon kehittämistä. Niissä hoitoon pääsy oli nopeampaa kuin keskimäärin Espoossa ja käyntimäärä kasvoi sekä lääkäri- että hoitajavastaanottojen osalta. (Malmström 2015.)

Erikoissairaanhoidossa on käynnistetty hoitajavastaanottoja lääketieteen erikoisalojen poliklinikoilla, yhteensä noin 20 eri potilasryhmän seurannassa ja hoidossa (HE 90/2010.) Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirissä (HUS) on itsenäistä hoitajavastaanottotoimintaa kehitetty jo vuodesta 2003 alkaen (Kärkkäinen ym. 2006). HUSin määritelmän mukaan toiminnan edellytykset ovat seuraavat: *”Hoitajavastaanotolla toimii laillistettu terveydenhuollon ammattihenkilö, joka on suorittanut kyseisen vastaanoton edellyttämät lisäkoulutukset ja osaaminen on varmistettu, hänellä on määräaikainen vastaavan lääkärin ja ylihoitajan allekirjoittama lupa toimintaan ja hoitajavastaanottokäynti on laskutettavaa toimintaa.”* (Torppa 2013).

”Hoitajavastaanotolle pääsee tilastojen perusteella nopeammin kuin lääkärille.”

Kansainvälisten tutkimusten mukaan potilaat ovat olleet tyytyväisiä erikoissairaanhoidon hoitajavastaanottotoimintaan, josta on saatu myönteisiä kokemuksia. Tutkimusnäytön on kuitenkin todettu olevan ristiriitaista kustannusvaikuttavuuden osalta. Suomessa hoitajavastaanottotoimintaa erikoissairaanhoidossa on tutkittu vähän. (Salin ym. 2012.) Kokemukset ovat olleet pääsääntöisesti hyviä (Härkönen ym. 2007, Jyrinki 2014, Säilä ym. 2016, Joenaho 2015, Rainesalo ym. 2016). Työnkuvissa on vastaanotoilla todettu olevan paljon vaihtelevuutta (Kestilä 2015).

Hoitajavastaanotot voivat olla yksi keino vastata paljon hoitoa tarvitsevien asiakkaiden tarpeisiin nopeasti ja kokonaisvaltaisesti. Valtiontalouden tarkastusvirasto (VTV) tarkasteli selvityksessään (2017) palveluita paljon käyttävien asiakkaiden hoitoa perusterveydenhuollon avosairaanhoidon vastaanotoilla. Selvityksen mukaan heitä ei aina tunnisteta terveysasemilla, vaan osa käy vastaanotoilla toistuvasti. Lisäksi hoidon koordinaatio sekä tiedon vaihto toimijoiden kesken on puutteellista. Johtopäätöksenä suositellaan asiakasvastaavien tai omahoitajien nimeämistä palvelua paljon tarvitseville asiakkaille. (VTT 2017.) Asiakasohjauksen merkitys korostuu, kun palveluja sovitetaan yhteen asiakkaan tarpeista lähtien (Hujala & Lammintakanen 2018).

Myös sairaaloissa hoidetaan potilaita, jotka hyötyisivät hoidon paremmasta koordinoinnista. Esimerkiksi Päijät-Hämeen keskussairaalassa kokeiltiin asiakaspäällikkömallia, jossa kokeneet sairaanhoitajat koordinoivat palveluita paljon tarvitsevien potilaiden hoitoa. Hyvällä hoidon koordinoinnilla onnistuttiin vähentämään päivystyskäyntien ja hoitojaksojen määrää sekä samalla alentamaan kustannuksia. (Airisto 2017.)

Vaikka hoitajavastaanottotoiminnan voidaan katsoa jo vakiintuneen, sosiaali- ja terveydenhuollon ammattihenkilöiden työnjaon kehittämisessä on vielä monia haasteita. Työnjakoa on kehitetty irrallisissa hankkeissa tai siten, että lähtökohtana ovat olleet yksittäisen organisaation kehitystarpeet. Siksi uusia toimintamalleja ei ole otettu laajamittaisesti kansallisesti käyttöön (VTV 2016.) Myös tutkittua tietoa tarvitaan lisää työnjaon kehittämiseksi. Työnjaon tutkimus on Suomessa ollut vielä vähäistä (Peltonen 2009), ja se on keskittynyt lähinnä lääkäreiden sekä muun hoitohenkilöstön väliseen työnjakoon (Lavander 2017).

Terveydenhuollon lainsäädäntö mahdollistaa joustavan työnjaon eri ammattiryhmien välillä. Terveydenhuoltolaki (1326/2010) edellyttää, että terveydenhuollon toiminnan on oltava laadukasta, turvallista ja asianmukaisesti toteutettua. Työnjaon lähtökohtana on aina oltava potilasturvallisuus ja palvelujen laatu. Laissa terveydenhuollon ammattihenkilöistä (559/1994) ei määritellä yksityiskohtaisesti eri ammattiryhmien tehtäviä. Poikkeuksena tästä ovat lääkäreiden ja hammaslääkäreiden erityiset oikeudet. Laillistettu lääkäri/hammaslääkäri päättää potilaan lääketieteellisestä tutkimuksesta, taudinmäärityksestä ja siihen liittyvästä hoidosta.

Terveydenhuollon ammattihenkilölakiin (559/1994) vuonna 2010 tehdyt muutokset mahdollistavat itsenäisen hoitajavastaanottotoiminnan sen nykyisessä laajuudessa. Laissa säädetään oireenmukaisesta hoidosta. Pykälän 23a mukaan laillistettu terveydenhuollon ammattihenkilö voi koulutuksensa, kokemuksensa ja tehtäväkuvansa mukaisesti aloittaa hoidon, potilaan oireiden ja käytettävissä olevien tietojen sekä tekemänsä hoidon tarpeen arvioinnin perusteella. Pykälässä 23b on määräykset, jotka koskevat sairaanhoitajien rajattua lääkkeenmääräämistä ja pykälässä 23c sairaanhoitajien määräaikaista lääkkeenmääräämistä (ajantasainen lainsäädäntö www.finlex.fi). Lisäksi on muuta lainsäädäntöä (esim. Terveydenhuoltolain 1326/2010 perusteella annetut asetukset ja Säteilylaki 952/1991), mikä on otettava huomioon työnjakoa suunniteltaessa (katso esimerkiksi KT Työnantajat 2016, Liite 1, sivut 41–47).

1.2 Itsenäisiin hoitajavastaanottoihin liittyvä koulutus

Työnjaon muutokset edellyttävät ammattihenkilöiltä osaamista, jota on hankittava ammatillisen koulutuksen aikana ja täydennettävä jatkuvasti täydennyskoulutuksella työuran aikana (Kangasniemi ym. 2017). Hoitajavastaanotoilla työskentelevien ammattihenkilöiden osaamista on täydennettävä ja se pidettävä ajan tasalla (Peltonen 2009). Itsenäinen työskentely vaatii usein omaan kliiniseen työskentelyalueeseen liittyvää erityisosaamista (Kosklin & Viljanen-Peuraniemi 2015).

Terveydenhuollon ammattihenkilölain (559/1994, 18 §) mukaan työnantajan on seurattava ammatillista kehittymistä ja luotava edellytykset osaamisen ylläpitämiselle. Ammattihenkilöllä on velvollisuus ylläpitää ja kehittää ammattitoiminnassa tarvitsemiaan tietoja ja taitoja. Terveydenhuoltolain (1326/2010) mukaan kunnan tai sairaanhoitopiirin on huolehdittava henkilöstön riittävästä täydennyskoulutuksesta.

Itsenäiseen hoitajavastaanottotoimintaan on useita lisä-, ja täydennyskoulutusmahdollisuuksia. Ammattikorkeakoulut ovat tarjonneet esimerkiksi kliinisen hoitotyön 30 opintopisteen (op) ammatillisia erikoistumisopintoja vastaanottotyöhön (Rautiainen & Vallimies-Patomäki 2014). Erikoistumiskoulutuksissa on tavoitteena osaamisen lisääminen siten, että ammattihenkilö voi toimia asiantuntijana omalla työalueellaan (STM 2016, Koivisto & Serlo 2017, Sairaanhoitajaliitto 2017). Syksyllä 2018 alkavat sairaanhoitajan vastaanottotoiminnan erikoistumisopinnot esimerkiksi Lapin ja Oulun ammattikorkeakouluissa.

Ammattikorkeakoulussa voi opiskella kliinisen asiantuntijan koulutuksessa ja suorittaa terveysalan ylemmän ammattikorkeakoulututkinnon (YAMK). Tutkinto antaa valmiudet työskennellä kliinistä erityisosaamista edellyttävissä terveydenhuollon asiantuntijatehtävissä. Koulutukseen voi hakeutua, kun työkokemusta on kertynyt kolme vuotta (Ahonen 2012.) Ylempien ammattikorkeakoulututkintojen haasteeksi on koettu, että kaikki työnantajat

”Tutkinto antaa valmiudet työskennellä kliinistä erityisosaamista edellyttävissä terveydenhuollon asiantuntijatehtävissä.”

eivät tunne tutkintoa riittävästi ja työelämässä sen ei ole aina nähty vastaavan tiedekorkeakoulussa suoritettua maisterin tutkintoa (Ahonen 2012, Heikkilä & Muhonen 2017, Ojala 2017).

Osa itsenäisillä hoitajavastaanotoilla työskentelevistä sairaanhoitajista on suorittanut rajatun lääkkeenmääräämisen lisäkoulutuksen (45 op) ammattikorkeakoulussa. Koulutusta on tarjolla kahdeksassa ammattikorkeakoulussa. Rajattu lääkkeenmääräämisen erikoispätevyys oli syksyllä 2017 jo yli 300 sairaanhoitajalla. Helmikuussa 2018 STM käynnisti lausuntokierroksen hallituksen esityksestä rajatun lääkkeenmääräämisen laajentamiseksi.

Rajatun lääkkeenmääräämisen on arvioitu tuovan monia hyötyjä, joita nähdään enemmän kuin epäkohtia. Sairaanhoitajat, lääkärit ja toimintayksiköiden johto ovat arvioineet hyödyiksi esimerkiksi nopeamman hoitoon pääsyn, sairaanhoitajien työpanoksen tehokkaan hyödyntämisen ja sen, että lääkärit voivat keskittyä vaativampiin potilaisiin (STM 2015). Vesterisen (2015) tutkimuksen mukaan rajatun lääkkeenmääräämisen omaavat sairaanhoitajat ovat ottaneet vastaan jopa 25 potilasta työvuoronsa aikana.

Sairaanhoitajat, jotka ovat hakeutuneet rajatun lääkkeenmääräämisen koulutukseen, ovat halunneet kehittää osaamistaan ja saada parempaa palkkaa sekä uusia urakehitysmahdollisuuksia (Vesterinen 2015). Sairaanhoitajat ovat kokeneet koulutuksen hyväksi, mutta samalla vaativaksi (Niemelä & Alahuhta 2017). Muiden ammattihenkilöiden tuki on koettu työyksiköissä tärkeänä edellytyksenä sille, että lisäkoulutettu sairaanhoitaja voi onnistuneesti toteuttaa rajattua lääkkeenmääräämistehtäväänsä (Karhunen 2014).

Kliinisessä työssä asiantuntijaosaamista voi myös syventää siten, että suorittaa yliopistossa terveystieteiden kandidaatin (180 op), maisterin (120 op) tai tohtorin tutkinnon. Esimerkiksi Turun yliopiston hoitotieteen laitoksella kliininen hoitotiede on yksi asiantuntijuusalue asiantuntija- ja johtamiskoulutuksessa (www.utu.fi/fi/yksikot/med/yksikot/hoitotiede).

1.3 Urakehitys kliinisessä työssä

Itsenäinen hoitajavastaanottotoiminta antaa ammattihenkilölle mahdollisuuksia kehittää osaamistaan ja edetä kliinisessä työssä. Sairaanhoitajaliiton (2016) raportissa kuvataan suositus sairaanhoitajan kliiniseksi urapoluksi Suomessa. Se sisältää kolme eri roolia: (1) sairaanhoitaja, (2) erikoistunut sairaanhoitaja ja (3) laajavastuisen hoitotyön asiantuntija. Kolmas (3) rooli sisältää kaksi erilaista työnkuvaa: asiantuntijasairaanhoitaja (Nurse Practitioner, NP) ja kliinisen hoitotyön asiantuntija (Clinical Nurse Specialist, CNS).

Asiantuntijasairaanhoitajat (NP) työskentelevät useimmiten perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon itsenäisillä hoitajavastaanotoilla. Kliinisen hoitotyön asiantuntijat (CNS) työskentelevät useimmin sairaalaorganisaatioissa, osana moniammatillisia tiimejä. Uramallin mukaan kummassakin tehtävässä voi toimia sairaanhoitaja, jolla on laaja työkokemus, syvät teoreettiset tiedot ja kliiniset taidot sekä ylempi korkeakoulututkinto (YAMK tai tiedekorkeakoulussa suoritettu maisterin tutkinto) tai yliopistollinen jatkotutkinto tai yliopistollinen jatkotutkinto. Asiantuntijasairaanhoitajalla (NP) voi olla myös rajatun lääkkeenmääräämisen koulutus.

Raportissa annetaan viisi kansallista suositusta sairaanhoitajien kliinisen urapolun kehittämiseksi (s. 45–50):

1. nimikkeet on yhdenmukaistettava, työnkuvat määriteltävä ja lainsäädännön muutostarpeet selvitettävä (esim. hoitotyön asiantuntijatehtävissä toimivien rekisteröinti Valviran ammattihenkilörekisteriin)
2. koulutusta on kehitettävä vaadittavaan osaamiseen perustuen
3. asiantuntijatehtävissä toimivien sairaanhoitajien määrän on vastattava väestön terveystarpeita
4. palkkauksen on vastattava työn vaativuutta
5. asiantuntijatehtävien vaikuttavuutta on arvioitava ja seurattava.

Sairaanhoitajaliiton kliinisen työn uramalli mukailee STM:n (2009) viitekehystä, joka on luotu edistämään näyttöön perustuvaa toimintaa. Siinä tunnistetaan neljä hoitotyön asiantuntijuusroolia:
(1) kliinisessä hoitotyössä toimivat hoitajat,
(2) kliinisesti erikoistuneet hoitajat,
(3) kliinisen hoitotyön asiantuntijat ja
(4) kliinisen hoitotieteen asiantuntijat.
Tätä viitekehystä on hyödynnetty joissakin sairaanhoitopiireissä, kun ammattihenkilöiden asiantuntijarooleja on kuvattu kliinisessä työssä.

Euroopan sairaanhoitajaliittojen järjestö (EFN) on luonut 3+1 matriisin, jota voidaan hyödyntää sairaanhoitajien työroolien kehittämisessä. Matriisissa on kolme tasoa: 1. sairaanhoitaja (general care nurse) 2. erikoistunut sairaanhoitaja (specialised nurse) ja 3. laajavastuisen hoitotyön asiantuntija (advanced nurse practitioner, ANP). Lisäksi matriisissa huomioidaan ei-sairaanhoitajataustainen työntekijäryhmä eli Health Care Assistants (HCA). Matriisi on suunniteltu ohjaamaan EU:n jäsenmaiden sairaanhoitajatyövoiman ennakointia ja suunnittelua (www.efnweb.be). Mallia voidaan hyödyntää myös Suomessa, kun sairaanhoitajien erilaisia asiantuntijatehtäviä ja kliinistä urapolkua kuvataan ja mallinnetaan.

1.4 Kansainvälinen kehitys

Emme ole Suomessa yksin sen kanssa, että sosiaali- ja terveyspalvelujen tarve ja kustannukset kasvavat. Monet maat ratkovat samoja ongelmia. Työnjakoa on kehitetty terveydenhuollossa kansainvälisesti jo useamman vuosikymmenen ajan vastauksena hoidon tarpeen kasvuun, työntekijäpulaan ja kustannusvaikuttavuuden vaatimukseen. (Pulcini ym. 2009, Delamaire & Lafortune 2010, Maier ym. 2017.) Laajavastuisten hoitotyön asiantuntijatehtävien määrä kasvaa kansainvälisesti (Jokiniemi ym. 2012). Kyseiset asiantuntijatehtävät ovat tutkimusten mukaan parantaneet hoidon saatavuutta ja hoitotuloksia sekä samalla lisänneet ammattihenkilöiden työtyytyväisyyttä ja organisaatioiden vetovoimaisuutta (Jokiniemi 2014).

Kansainvälisessä tarkastelussa Suomi on yksi kärkimaista sairaanhoitajien itsenäisten, laajavastuisten asiantuntijatehtävien kehittämisessä (Delamaire & Lafortune 2010, Maier ym. 2017). Kansainvälinen sairaanhoitajaliitto (ICN) on määritellyt laajavastuisen hoitotyön asiantuntijan seuraavasti: *”rekisteröity sairaanhoitaja, joka pystyy vaativaan itsenäiseen päätöksentekoon ja omaa maisteritasoiset tiedot, taidot sekä pätevyyden toimia terveydenhuollon vaativissa työtehtävissä.”* (Sairaanhoitajaliitto 2016, sivu 7). Kansainvälinen tutkimusnäyttö osoittaa, että lisäkoulutettujen asiantuntijasairaanhoitajien työ on turvallista ja laadukasta. Potilaat ovat hoitoon tyytyväisiä. Tutkimusnäyttö kustannusvaikuttavuudesta on kuitenkin vielä ristiriitaista, ja se riippuu esimerkiksi siitä, millainen on lisäkoulutettujen asiantuntijasairaanhoitajien ja lääkäreiden palkkauksen taso kyseisessä maassa (Maier ym. 2017.)

Yhdysvalloissa ja Kanadassa lisäkoulutettujen asiantuntijasairaanhoitajien (Nurse Practitioners, NP) itsenäistä vastaanottotoimintaa on kehitetty jo noin 60 vuoden ajan (Maier ym. 2017). Yhdys-

valloissa lisäkoulutettuja asiantuntijasairaanhoitajia (NP) on rekisteröity jo yli 230 000 (American Association of Nurse Practitioner 2017). Viranomaiset ovat rekisteröineet lisäkoulutetut asiantuntijasairaanhoitajat (NP) myös Australiassa, Kanadassa, Irlannissa, Alankomaissa ja Uudessa-Seelannissa. Rekisteröinti varmistaa, että sairaanhoitajalla on riittävä, yleensä maisteritasoinen osaaminen, jota ylläpidetään jatkuvasti. Mainituissa maissa ei voi ilman rekisteröintiä käyttää kansallista nimikettä (Maier ym. 2017.) Laajavastuisissa, itsenäisissä työrooleissa työskentelevät, lisäkoulutetut asiantuntijasairaanhoitajat voivat Isossa-Britanniassa hakea vapaaehtoisesti ammattiliitostaan Royal College of Nursingistä valtuutuksen (badge and certificate), mikä uusitaan joka kolmas vuosi (www.rcn.org.uk/professional-development/professional-services/credentialing).

Sairaanhoitajien rajattu lääkkeenmääräänminen on laajentunut viimeisen kuuden vuoden aikana koskemaan Viroa, Ranskaa, Alankomaita, Puolaa ja Espanjaa. Aiemmin se on otettu käyttöön mm. Yhdysvalloissa, Kanadassa, Isossa-Britanniassa, Irlannissa, Alankomaissa, Australiassa ja Ruotsissa. Jo viidessätoista OECD-maassa on jonkinasteinen sairaanhoitajan lääkkeenmääräämisoikeus. (Maier ym. 2017.) Kansainvälinen tutkimusnäyttö hoitajien lääkkeenmääräämisestä osoittaa, että sairaanhoitajilla on riittävä osaaminen turvalliseen lääkkeenmääräämiseen, ja hoidon laatu on hyvä. Toiminnan taloudellisia vaikutuksia koskevassa tutkimusnäytössä on kuitenkin vielä metodologisia puutteita ja tarvitaan satunnaistettuja kokeellisia tutkimuksia näytön vahvistamiseksi. (Gielen ym. 2014.)

”Kansainvälinen tutkimusnäyttö osoittaa, että lisäkoulutettujen asiantuntijasairaanhoitajien työ on turvallista ja laadukasta.”

3. Selvityksen tarkoitus

Tarkoituksena oli kartoittaa itsenäisten hoitajavastaanottojen toimintamalleja sekä perusterveydenhuollon että erikoissairaanhoidon organisaatioissa. Lisäksi selvitettiin millaisia nimikkeitä vastaanotoilla toimivat ammattihenkilöt käyttävät, millaista lisä- ja täydennyskoulutusta toiminta on edellyttänyt ja miten palkkauskysymykset on ratkaistu. Tietoa hyödynnetään Tehyn edunvalvontatyössä ja neuvottelutoiminnassa sekä sote-uudistukseen valmistauduttaessa.

Itsenäisellä hoitajavastaanotolla tarkoitettiin tehyläisille pääluottamusmiehille lähetetyssä kyselyssä vastaanottoja:

1. joita pitää terveydenhuollon ammattihenkilö
2. joita varten ammattihenkilö on suorittanut työnantajan edellyttämän täydennys- tai lisäkoulutuksen
3. jotka on tarkoitettu äkillisesti sairastuneille tai pitkäaikaissairaille potilaille.

Hoitajalla tarkoitetaan selvityksessä laillistettua tai nimikesuojattua terveydenhuollon ammattihenkilöä. Selvityksessä käytetään käsitteitä asiakas ja potilas asiayhteydestä riippuen, joilla tarkoitetaan myös kuntoutujaa.

4. Selvityksen toteutus

Kohderyhmänä olivat kuntasektorilla työskentelevät tehyläiset pääluottamusmiehet. Aineisto kerättiin puolistrukturoidulla, sähköisellä kyselylomakkeella. Kysymykset laadittiin Tehyn yhteiskuntasuhteet ja kehittäminen -toimialalla. Lomake sisälsi pääasiassa monivalintakysymyksiä ja joitakin avovastauksia. Kyselylomake oli suomenkielinen.

Linkki kyselylomakkeeseen lähetettiin Webropolilla pääluottamusmiesten (n = 239) sähköpostiin 5.6.2017. Kolme pääluottamusmiestä ilmoitti, että eivät voi vastata kyselyyn. Näin ollen kohderyhmän muodosti 236 pääluottamusmiestä.

Vastausaikaa oli noin kaksi viikkoa eli 16.6.2017 saakka. Muistutusviesti niille, jotka eivät olleet vastanneet, lähetettiin 15.6.2017. Määräajassa saapui 42 vastausta, jolloin vastausprosentiksi muodostui 18. Sitä saattoi alentaa kyselylomakkeen pituus ja se, että kysely toteutettiin kesälomakaudella. Samaan aikaan toteutettiin myös fysioterapeuttien suoravastaanottoja koskeva kysely. Sote-uudistukseen valmistautuminen oli vienyt voimavaroja organisaatioissa. Osa pääluottamusmiehistä ilmoitti, että laajaan kyselyyn vastaaminen koettiin muutostilanteessa liian kuormittavaksi.

Vastauksia tarkastellaan muuttujien frekvenssi- ja prosenttijakaumina. Avovastausten analysoinnissa käytettiin sisällönanalyysiä.

5. Tulokset

5.1 Vastaajat

Kuntasektorin pääluottamusmiehistä kyselyyn vastasi 42. Heistä suuri osa (n=32) ilmoitti edustavansa terveyskeskuksissa työskenteleviä tehyläisiä. Vastauksia saatiin myös pääluottamusmiehiltä, jotka edustavat yliopistollisia keskussairaaloita (n=4), aluesairaaloita tai erikoislääkärijohtoisia sairaaloita (n=4), keskussairaaloita (n=2) ja psykiatrista sairaalaa (n=1). Kolme pääluottamusmiestä edustaa jotakin muuta organisaatiota (perusterveydenhuollon kuntayhtymä, sosiaalipalvelu/erityishuolto ja vanhainkoti). Vastaajat saivat valita useita vastausvaihtoehtoja.

Erityisvastuualueilta tuli eniten vastauksia HYKSin (n=13) ja OYSin (n=12) alueilta. Pääluottamusmiehet vastasivat 12 sairaanhoitopiiristä. Vastaajien taustatiedot ovat taulukossa 1.

5.2 Itsenäinen hoitaja-vastaanottotoiminta

Lähes kaikki (n=38, 91 %) kyselyyn vastanneet pääluottamusmiehet ilmoittivat, että heidän edustamassaan organisaatiossa on itsenäistä vastaanottotoimintaa.

Terveyskeskusten pääluottamusmiehistä (n=32) valtaosa (n=29, 91 %) vastasi, että organisaatiossa on itsenäistä hoitajavastaanottotoimintaa. Kolme ilmoitti, että kyseistä toimintaa ei ole, koska työnantaja ei näe toiminnalle tarvetta tai terveyskeskustoiminta on ulkoistettu yksityiselle toimijalle.

Seitsemän vastaajaa ilmoitti edustavansa erikoissairaanhoidon organisaatioita. Kaikki heistä vastasivat, että organisaatiossa on itsenäistä hoitajavastaanottotoimintaa.

5.2.1 Työnkuvat ja nimikkeet

Terveyskeskusten itsenäisillä hoitajavastaanotoilla toiminta ja ammattihenkilöiden työnkuvat ovat moninaisia ja vaihtelevia. Osa hoitajavastaanotoista toimii ajanvarauksella, ja niillä hoidetaan äkillisesti sairastuneita potilaita. Lisäksi on akuuttivastaanottoja, joihin pääsee jonottamalla. Osa hoitajista ottaa potilaita vastaan itsenäisillä vastaanotoilla, joissa on keskitytty pitkäaikaissairauksien hoitoon (esimerkiksi diabetes-, astma-, reuma-, syöpä-, uniapnea-, haava- ja muistipotilaat).

Erikoissairaanhoidossa itsenäisten hoitajavastaanottojen toiminta ja ammattihenkilöiden työnkuvat ovat pääsääntöisesti sairaus- tai erikoisalakohtaisia. Itsenäisistä, hoitajavastaanottoa pitävistä ammattihenkilöistä pääluottamusmiehet mainitsivat esimerkkeinä seksuaali- ja uroterapeutit, avannehoitajat, haavahoitajat, ultraäänihoitajat, psykoterapeutit ja kliinisesti erikoistuneet asiantuntijahoitajat. Erikoissairaanhoidon päivystyksissä toimii hoitajia, jotka ottavat vastaan akuutisti sairastuneita potilaita.

Nimikkeet, joita käytetään itsenäisillä hoitajavastaanotoilla, vaihtelevat organisaatioittain. Ne eivät ole kansallisesti yhteneväisiä. Henkilöstöhallinnossa ammattihenkilön nimike voi olla esimerkiksi sairaanhoitaja, mutta vastaanotolla käytetään epävirallisia nimikkeitä, kuten sydänhoitaja. Taulukossa 2 on perusterveydenhuollossa ja erikoissairaanhoidossa käytettäviä nimikkeitä.

Taulukko 1. Vastaajien taustatiedot

	Vastaaja-määrä	%
Työpaikat, joita vastaukset koskevat		
(osa vastaajista valitsi useamman vaihtoehdon)		
Terveyskeskus	32	76
Yliopistollinen keskussairaala	4	10
Aluesairaala/erikoislääkärijohtoinen sairaala	4	10
Muu	3	7
Keskussairaala	2	5
Psykiatrinen sairaala	1	2
Toimiala		
Perusterveydenhuolto	25	60
Erikoissairaanhoito	7	17
Yhdistetty perusterveydenhuolto ja sosiaalitoimi/sosiaali- ja terveyspiiri	6	14
Yhdistetty erikoissairaanhoito, perusterveydenhuolto ja sosiaalitoimi	2	5
Yhdistetty erikoissairaanhoito ja perusterveydenhuolto	1	2
Sosiaalitoimi	1	2
Erityisvastuualue		
HYKS erva	13	31
OYS erva	12	29
TYKS erva	9	21
KYS erva	5	12
TAYS erva	3	7
Sairaanhoitopiirin alue, jolla vastaajien organisaatio sijaitsee		
Helsinki ja Uusimaa	8	19
Kymenlaakso	5	12
Varsinais-Suomi	4	10
Satakunta	3	7
Pirkanmaa	1	2
Keski-Suomi	1	2
Etelä-Pohjanmaa	2	5
Vaasa	2	5
Pohjois-Savo	4	10
Pohjois-Pohjanmaa	8	19
Länsi-Pohja	1	2
Lappi	3	7
Kuinka suurelle väestölle luottamusmiehen edustama organisaatio tuottaa palveluita		
Alle 10 000	7	17
10 000–19 000	8	19
20 000–49 999	12	29
50 000–99 999	6	14
100 000–200 000	2	5
Yli 200 000	7	17

Taulukko 2. Nimikkeitä, joita käytetään perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon itsenäisillä vastaanotoilla

Perusterveydenhuolto
Sairaanhoitaja, sairaanhoitaja LMEP, asiantuntijasairaanhoitaja, omahoitaja, hola-hoitaja, aluehoitaja, kotisairaanhoitaja, päivystävä sairaanhoitaja, kansantautihoitaja, ensiapuhoitaja, toimenpidehoitaja, äitiysneuvolan terveydenhoitaja, psykiatrinen sairaanhoitaja, konsultoiva psykiatrinen sairaanhoitaja, psykiatrinen päihdehoitaja, depressiohoitaja, päihdehoitaja, diabeteshoitaja, valtimohoitaja, astmahoitaja, muistihoitaja, reumahoitaja, syöpähoitaja, ravitsemushoitaja, sydänhoitaja, hengityshoitaja, keuhkohoitaja, korvahoitaja, uniapneahoitaja, silmähoitaja, hygieniahoitaja, haavahoitaja, kätilö/sonograferi, röntgenhoitaja/sonograferi, kipsimestari, INR-hoitaja, Marevan-hoitaja, rintasyöpähoitaja, murtumahoitaja, muistikoordinaattori, COPD-hoitaja
Erikoissairaanhoito
Audionomi, astmahoitaja, diabeteshoitaja, hygieniahoitaja, lasten diabetes-/astmahoitaja, kipsimestari (sh/lh), sairaanhoitaja/kätilö, kliinisesti erikoistunut sairaanhoitaja, kipuhoitaja, tahdistinhoitaja, haavahoitaja, UÄ-kätilö, seksuaaliterapeutti, APS-kipuhoitaja, munuaishoitaja, sydänhoitaja, reumahoitaja, glaukoomahoitaja, unihoitaja, haavahoitaja, psoriasishoitaja, toimenpidehoitaja, immobilisaatiohoitaja, ect-hoitaja, verisuonihoitaja, tahdistinhoitaja, päivystävä hoitaja, erikoistutkija, osastonhoitaja, uroterapeutti, seksuaaliterapeutti, perinnöllisyyshoitaja, päivystävä sairaanhoitaja, perheterapeutti, urologinen syöpäsairaanhoitaja, sairaanhoitaja (ihotaudit), IBD- hoitaja, rintahoitaja(syöpäpotilaat/plastiikkakirurgiset potilaat), kätilö (uä-seulonta), munuaishoitaja, dialyysihoitaja Pre, päihdehoitaja, pelkohoitaja, geronomi, reumahoitaja, avannehoitaja, glaukoomahoitaja, karsastushoitaja

5.2.2 Odotusajat, konsultointi, vastaanottokäyntien pituus ja käyntimaksut

Potilaat pääsevät hoitajan itsenäiselle vastaanotolle melko lyhyellä odotusajalla. Noin joka kolmas (n=10, 28 %) luottamusmiehistä ilmoitti, että vastaanotolle pääsee samana päivänä ja viidesosa (n=7, 19 %) seuraavana päivänä. Joka neljäs (n=9, 25 %) vastasi, että vastaanotolle pääsee viikon aikana.

Itsenäisellä hoitajavastaanotolla hoitajalla on mahdollisuus konsultoida lääkäriä vastaanoton aikana aina (n=15, 39 %) tai melkein aina (n=22, 58 %). Hoitajilla on oikeus kirjoittaa todistus työnantajalle työntekijän tai hänen lapsensa sairaudesta lähes kaikkien (n=32, 84 %) pääluottamusmiesten mukaan. Yleisimmin todistus voidaan kirjoittaa 3–5 päivälle (vaihteluväli 1–7 päivää).

Potilaskäyntien pituus ja määrä hoitajan työpäivän aikana vaihtelee. Vastaanottokäynnit kestävät 10–90 minuuttia. Päivystävän sairaanhoitajan vastaanotolla voi käydä 10–15, toimenpidehoitajalla jopa 20 potilasta päivässä.

Yli puolet (n=23, 61 %) pääluottamusmiehistä vastasi, että itsenäisestä hoitajavastaanotosta peritään käyntimaksu. Se on useimmiten kolmelta ensimmäiseltä kerralta 11,50 euroa/kerta.

5.2.3 Perustaminen

Itsenäisten hoitajavastaanottojen perustaminen onnistui hyvin helposti (n=8, 21 %) tai melko helposti (n=21, 52 %). Noin viidesosa (n=7, 18 %) kertoi, että hoitajavastaanotot ovat alkaneet pikkuhiljaa, huomaamatta. Vain kahden vastaajan (n=5 %) mukaan asia on herättänyt paljon vastustusta. Avovastauksissa pääluottamusmiehet kuvasivat, että hoitajat ja lääkärit ovat olleet tyytyväisiä vastaanottoihin toiminnan käynnistymisen jälkeen, vaikka aluksi oli joitakin epäilyksiä.

”Vastaanotot ovat pyörineet jo vuosikausia ja muotoutuneet uusien koulutusten myötä. Hyvin on sujunut ja hoitajat ovat halunneet ja saaneet lisävastuita. Hoitajien osaamista lääkärit arvostavat.

Hoitajat kokivat ensin, riittääkö heidän ammattitaitonsa. Kuitenkin lopulta tyytyväisiä, kun saa tehdä kokonaisvaltaista työtä, johon on kouluttautunut.

Aluksi oli hankaluuksia lääkäreiden kanssa. Oli vaikeaa saada heidän luottamus. Nyt lääkärit ovat todella tyytyväisiä.

Osa lääkäreistä vastustaa hoitajan suoravastaanottoa kovasti ja eivät neuvo mielellään, mutta osa lääkäreistä (nuoremmat) ohjaa ja kouluttaa mielellään.”

Täydennyskoulutusta oli järjestetty jo ennen kuin itsenäisiä hoitajavastaanottoja käynnistettiin, kertoi lähes jokainen (n=35, 92 %) pääluottamusmiehistä (Taulukko 4). Palkasta oli neuvoteltu (n=30, 79 %), vastuukysymykset selvitetty (n=30, 76 %) ja kansalaisille tiedotettu toiminnan käynnistymisestä (n=24, 67 %). Vain noin puolet (n=22, 59 %) pääluottamusmiehistä ilmoitti, että osaamisen näytöt oli järjestetty. Henkilöstölle oli tiedotettu toiminnasta ennen sen käynnistämistä, vastasi yli puolet (n=20, 57 %) pääluottamusmiehistä.

Vain harvassa organisaatiossa oli tehty laskelmia siitä, kuinka paljon kustannussäästöjä hoitajavastaanotoilla voidaan mahdollisesti saavuttaa. Viidesosa (n=8, 22 %) pääluottamusmiehistä ilmoitti, että kyseisiä laskelmia oli tehty. Avovastausten mukaan organisaatioissa oli arvioitu, että lääkärien työaikaa säästyy itsenäisten vastaanottojen ansiosta, mikä tuo taloudellista säästöä. Lääkärille vapautuu aikaa lääketieteellisesti vaativien potilaiden hoitoon. Luottamusmiehet totesivat, että laskelmien tekeminen on haastavaa ja organisaatioissa aika ei aina riitä laskelmien tekemiseen.

Noin puolet (n=21, 55 %) vastaajista ilmoitti, että itsenäistä vastaanottotoimintaa on tarkoitus laajentaa lähiaikoina. Sairaanhoitajia on tarkoitus lähettää muun muassa rajatun lääkkeenmääräämisen koulutukseen, ja lääkkeenmääräämisoikeuden omaavien ammattihenkilöiden osaamista aiotaan hyödyntää nykyistä paremmin. Joissakin organisaatioissa odotetaan mahdollisen sote-uudistuksen aiheuttamia muutoksia palvelujärjestelmässä, ennen kuin toimintaa käynnistetään tai laajennetaan nykyisestä.

5.2.4 Ammatillinen peruskoulutus, lisä- ja täydennyskoulutus

Pääluottamusmiehiltä kysyttiin, millainen ammatillinen peruskoulutus ammattihenkilöillä on, jotka työskentelevät itsenäisillä hoitajavastaanotoilla. Ammatilliseksi peruskoulutukseksi ilmoitettiin useimmiten

Taulukko 3. Organisaatioiden toimet ennen itsenäisen hoitajavastaanoton perustamista (n = 38)

	Kyllä %	Ei %	EOS %
Järjestetty täydennyskoulutusta	92	8	0
Järjestetty osaamisen näytöt	59	38	3
Selvitetty vastuukysymykset	79	11	11
Laadittu kirjalliset ohjeet	71	22	8
Neuvoteltu palkasta	79	22	0
Laadittu kirjallinen toimivaltamääräys	62	22	16
Koulutettu muuta henkilöstöä toiminnan käynnistämisestä	57	23	20
Tiedotettu kansalaisille toiminnan käynnistämisestä	67	8	25

sairaanhoitajan tai terveydenhoitajan koulutus, myös kätilöillä oli itsenäistä vastaanottotoimintaa (Taulukko 4). Lähihoitajat toimivat itsenäisillä hoitajavastaanotoilla muutamassa organisaatiossa, yleisimmin jalka- tai haavapotilaita hoitaen.

Taulukko 4. Itsenäistä hoitajavastaanottoa pitävän hoitajan ammatillinen peruskoulutus (vastaajat valitsivat useita vaihtoehtoja) (n = 38)

	Vastaajat	%
Sairaanhoitaja, opistotaso	33	87
Sairaanhoitaja, AMK	34	89
Terveydenhoitaja	28	74
Kätilö	12	32
Lähihoitaja	14	37
Muu koulutus	8	21
En osaa sanoa	1	3

Taulukko 5. Pääluottamusmiesten ilmoittamat koulutukset, joilla itsenäisillä hoitajavastaanotoilla toimitaan (vastaaja pystyi valitsemaan useita vaihtoehtoja)

	Vastaajat	%
AMKin lisä- tai täydennyskoulutus (30–60 op)	27	72
YAMK-tutkinto	16	42
Tiedekorkeakoulumaisterin tutkinto	2	5
Rajatun lääkkeenmääräämisen koulutus (45 op)	18	47
Muu täydennyskoulutus	20	53
En osaa sanoa	5	13

Lisäksi kysyttiin, minkälainen lisä- ja täydennyskoulutus itsenäisillä hoitajavastaanotoilla työskentelevillä ammattihenkilöillä on (Taulukko 5). Hoitajat ovat suorittaneet ammattikorkeakoulussa täydennyskoulutusta (30–60 op), vastasi kaksi kolmesta (n = 27, 72 %) pääluottamusmiehestä. Rajatun lääkkeenmääräämisoikeuden suorittaneita sairaanhoitajia on lähes puolessa (n = 18, 47 %) vastaajaorganisaatioista. Noin puolet (n = 16, 42 %) ilmoitti, että ylemmän ammattikorkeakoulututkinnon suorittaneita ammattihenkilöitä työskenteli itsenäisellä hoitajavastaanotolla. Kahden erikoissairaanhoidossa työskentelevän pääluottamusmiehen organisaatiossa työskenteli tiedekorkeakoulumaisterin tutkinnon suorittaneita hoitajia. Muita pääluottamusmiesten ilmoittamia täydennyskoulutuksia ovat mm. potilasjärjestöjen järjestämät koulutukset, erikoisalakohtaiset koulutukset (esim. syöpäpotilaiden hoito) sekä erilaiset täydennys- ja toimipaikkakoulutukset.

Se, miten työnantajat mahdollistavat täydennyskoulutukset eri organisaatioissa, vaihtelee. Pääluottamusmiesten avovastausten mukaan osassa organisaatioista koulutuksiin pääsee helpommin, ja ne nähdään tärkeinä. Varsinkin maksullisten koulutusten osalta työpaikoilla käytetään kuitenkin enemmän harkintaa tai porrastusta. Pääluottamusmiesten avoimia kommentteja koulutukseen liittyen:

> *”Osan erikoistumiskoulutuksista työnantaja on maksanut kokonaan ja osaan työntekijät ovat hakeutuneet itse ja sitten hakeutuneet kyseiseen tehtävään. Täydennyskoulutuksesta ja koulutuspäivistä maksetaan koulutus, majoitus, matkat ja päiväraha.*
>
> *Lääkkeenmääräämiskoulutuksen saaneet diabeteshoitajat käyvät säännöllisesti työnantajan maksamissa lisäkoulutuksissa sekä omakustanteisissa, omalla ajalla tapahtuvissa koulutuksissa.*
>
> *Meidän sairaalassa on tuettu ja hyvin ovat saaneet täydennyskoulutuksissa käydä ja muutoinkin meidän sairaala kannustaa opiskeluihin. Tällä hetkellä on useampi, jotka käyvät taitava hoitaja koulutusta, muutamia jotka ovat käyneet haavahoitajakoulutuksen, mutta eivät pidä vielä itsenäisiä vastaanottoja, vaikka niitä jollain tasolla suunnitellaan.”*

Taulukko 6. Palkankorotukset ja palkkaus suhteessa osastonhoitajan palkkaan (mahdollisuus valita useampi vastausvaihtoehto) (n = 38)

	Vastaajamäärä	%
Palkankorotukset itsenäisellä hoitajavastaanotolla		
Korottamalla tehtäväkohtaista palkkaa	25	66
Korottamalla henkilökohtaista palkkaa (henkilökohtainen lisä)	12	32
Toteuttamalla potilas- tai käyntikohtainen korotus	6	16
Palkkaa on korotettu muulla tavalla	9	24
Palkkaa ei ole korotettu	5	13
En osaa sanoa	2	5
Itsenäistä hoitajavastaanottoa pitävän ammattihenkilön palkkaus suhteessa osastonhoitajan palkkaukseen		
Palkkaus on matalampi kuin osastonhoitajilla	31	82
Palkkaus on korkeampi kuin osastonhoitajilla	2	5
Palkkaus on samassa tasossa osastonhoitajien kanssa	1	3
En osaa sanoa	4	11

5.2.5 Palkkaus

Itsenäisellä hoitajavastaanotolla työskentelevien hoitajien palkkaa oli yleisimmin korotettu tehtäväkohtaisen palkan (n = 25, 66 %) tai henkilökohtaisen lisän (n = 12, 32 %) kautta. Palkkaus on itsenäistä vastaanottoa pitävillä hoitajilla matalampi kuin osastonhoitajalla, vastasi neljä viidestä (n = 31, 82 %) pääluottamusmiehestä (Taulukko 6).

Täydennyskoulutuspäivät ovat olleet palkallisia miltei kaikkien (n=37, 97 %) pääluottamusmiesten organisaatioissa. Työnantaja maksoi koulutuksen kokonaisuudessaan, vastasi neljä viidestä (n =29, 78 %). Hoitajat ovat joutuneet käyttämään omaa aikaansa lisäkoulutukseen, vastasi lähes puolet (n = 15, 39 %) pääluottamusmiehistä.

Pääluottamusmiesten avovastauksista ilmeni palkkaukseen liittyviä haasteita. Palkkaus ei aina vastaa tehtävien vaativuutta. Kun uusia tehtäviä on tehty jo jonkin aikaa, niistä on tullut ikään kuin osa perustehtävää, ja palkankorotuksista oli sen jälkeen vaikea neuvotella. Perusterveydenhuollossa pääluottamusmiehet kokivat palkkausneuvotteluissa ongelmalliseksi mm. sen, että työnantajan mielestä työn vaativuus ei lisäänny laajemman tehtäväkuvan myötä:

> *”Palkkauksessa ei ole huomioitu osaamisen laajuutta eikä erityisosaamista. Uusia tehtäviä tulee, mutta niitä ei automaattisesti huomioida palkassa vaan kaikesta pitää neuvotella – tuloksetta, työnantajan mielestä tehtävät eivät olennaisesti muutu.*
>
> *Palkka ei ole muuttunut, vaikka työnkuvat laajentuneet ja kasvavat koko ajan. Resursseja kiristetään ja tehokkuutta vaaditaan.*
>
> *Rajatun lääkkeenmääräämisoikeuden omaavilla diabeteshoitajilla on pitkän neuvottelun tuloksena 400 euron tehtäväkohtainen lisä. Näillä hoitajilla käy enemmän päivystyspotilaita (silmätulehdus-, virtsatieinfektio- ja nielutulehduspotilaat ohjautuvat suoraan) sekä insuliinihoitoiset tai komplisoituneet diabetespotilaat ohjautuvat heille.*
>
> *Itsenäistä vastaanottoa pitävien palkkaus hyvä ja työtä arvostetaan organisaatiossa.”*

Myös erikoissairaanhoidon pääluottamusmiehet kokivat, että palkkaus ei vastaa työn vaativuutta itsenäisillä hoitajavastaanotoilla ja palkkausneuvotteluissa on ollut haasteita.

> *”Mielestäni palkkaus ei ole oikeassa suhteessa työn vaativuuden, osaamisen ja siihen panostamisen suhteessa.*
>
> *Palkkauksen saaminen tehtävien vaativuuden lisääntymisestä johtuen on erittäin haasteellista. Työnantajan mielestä kaikki laajennetut/siirretyt tehtävät ovat hoitajien tavanomaista työtä.*
>
> *Hoitajat kouluttavat paljon itseään, mutta se ei näy palkassa. Työnantaja hyötyy varmasti hoitajavastaanotoista, mutta kun lisäkoulutus ei ole vaatimuksissa, koulutuksesta ei välttämättä palkita toistaiseksi.”*

5.2.6 Kokemukset toiminnasta

Organisaatioissa kerätään palautetta itsenäisistä vastaanotoista, vastasi yli puolet (n = 24, 63 %) pääluottamusmiehistä. Palautetta kerätään kyselyiden ja esimerkiksi palauteautomaatin tai tekstiviestien avulla.

Pääluottamusmiehet arvioivat, että asiakkaat suhtautuvat hyvin myönteisesti (n = 27, 71 %) tai melko myönteisesti (n=10, 26 %) itsenäiseen hoitajavastaanottotoimintaan. Myös hoitajavastaanottoa pitävien ja muiden ammattihenkilöiden kohdalla pääluottamusmiehet arvioivat, että suhtautuminen on pääsääntöisesti hyvin tai melko myönteistä (Taulukko 7).

Avovastausten mukaan itsenäistä vastaanottoa pitävät ammattihenkilöt saavat ammattitaidostaan positiivista palautetta. Potilaat kokevat myönteisenä sen, että itsenäisellä hoitajavastaanotolla heidät tutkitaan huolellisesti ja aikaa on varattu myös keskustelulle.

Taulukko 7. Osapuolten arvioita itsenäisestä vastaanottotoiminnasta (n = 38)

	Hyvin myönteisesti %	Melko myönteisesti %	Ei selkeää mielipidettä %	Melko kielteisesti %	Hyvin kielteisesti %	En osaa sanoa %
Asiakkaat	71	26	0	0	0	3
Hoitajavastaanottoa pitävät hoitajat itse	79	18	0	0	0	3
Lääkärit	55	34	3	0	0	8
Muut terveydenhuollon ammattihenkilöt	68	24	0	0	0	8
Terveydenhuollon hallinto	61	29	0	3	0	8
Julkisuudessa oleva mielipide	35	30	14	0	0	22

6. Pohdinta

Sosiaali- ja terveyspalveluita uudistetaan nykyistä asiakaslähtöisemmiksi ja yhdenvertaisemmiksi. Myös kustannusten kasvun hillintä on keskeinen tavoite. (Valtioneuvosto 2016.) Jotta tavoitteet voivat toteutua, työnjaon kehittäminen on todettu välttämättömäksi (Kangasniemi 2017, VTV 2016). Terveys- ja hyvinvointierojen kaventaminen ja henkilöstön riittävyyden turvaaminen ovat myös tärkeitä perusteluita sille, että työnjakoa on kehitettävä ja ammattihenkilöiden osaamista hyödynnetään nykyistä laajemmin.

Perinteinen ammattiryhmä- ja tehtävälähtöinen työnjako voi aiheuttaa tilanteita, joissa tehdään päällekkäistä työtä tai osa työstä jää tekemättä. Jotta siltä vältytään jatkossa, se edellyttää eri ammattiryhmien tehtävien ja työnjaon uudelleen tarkastelua. (Kangasniemi ym. 2017.) Myös teknologian kehittyminen (mm. robotiikka, automatiikka, digitalisaatio) vaikuttaa siihen, miten sote-palvelut järjestetään ja millainen ammattihenkilöiden työnjako on (Kangasniemi & Andersson 2016, Van Aerschot ym. 2017).

Työn mielekkyyden on todettu lisääntyvän, kun eri ammattiryhmien osaamista hyödynnetään työnjakoa kehittämällä (Kylänen ym. 2015). Uudet, laajennetut työnkuvat herättävät ammattihenkilöissä kiinnostusta. Esimerkiksi Sairaanhoitajaliiton työolobarometrin (Hahtela 2014) mukaan yli puolet (59,8 %) sairaanhoitajista on kiinnostunut laajennetuista tehtäväkuvista. Samoin lähes puolet vastaajista (58,9 %) uskoi laajennettujen tehtäväkuvien lisäävän alan vetovoimaisuutta. Sosiaali- ja terveysalalla ylemmän korkeakoulututkinnon suorittaneet ilmoittivat Ojalan väitöstutkimuksessa (2017), että heidän koulutusmotiivinaan oli, muita aloja enemmän, mahdollisuus saada vaativampia työtehtäviä.

Ammattihenkilöiden osaamisen kehittyminen, ammatillisen peruskoulutuksen sekä erilaisten täydennys-, lisä- ja erikoistumiskoulutusten sekä tutkintoon johtavan koulutuksen kautta, on lisännyt mahdollisuuksia siirtää tehtäviä ja laajentaa työnkuvia. Ammattihenkilölaki ja siihen viimeisen kymmenen vuoden aikana tehdyt muutokset ovat mahdollistaneet järkevän työnjaon. Haasteena on kuitenkin se, että työnjaon kehittäminen on pitkälti ollut organisaatio- ja hankevetoista, ja näin ollen systemaattinen kansallinen ohjaus on puuttunut. Se on hidastanut työnjaon kehittämistä ja uusien toimintamallien käyttöönottoa. (VTV 2016.) Valtiontalouden tarkastusvirasto on suositellut raportissaan, että STM vahvistaisi ohjausotettaan työnjakoon liittyvissä kysymyksissä ja edistäisi systemaattisesti hyvien käytäntöjen leviämistä kansallisella tasolla (VTV 2016, sivu 8).

Vaikka itsenäisten hoitajavastaanottojen voidaan katsoa olevan jo vakiintunut toimintamalli, ratkaistavia haasteita riittää. Kuten tässäkin selvityksessä kävi ilmi, itsenäisillä hoitajavastaanotoilla työskentelevien hoitajien työnkuvat, toimivaltuudet ja tehtävät vaihtelevat yksiköittäin ja organisaatioittain. Tällä hetkellä työnantajat määrittelevät organisaatiokohtaisesti mitä lisä- ja täydennyskoulutusta hoitaja tarvitsee, millä nimikkeellä hän toimii, millainen työnkuva on ja mitkä ovat toimivaltuudet. Se johtaa siihen, että muut ammattihenkilöt, potilaat ja kansalaiset eivät tiedä millainen osaaminen ammattihenkilöllä on vastaanottotyössä ja millaiset hänen toimivaltuutensa ovat. Nimikkeitä ei ole kansallisesti yhtenäistetty, mikä voi aiheuttaa epätietoisuutta sekä organisaa-

tioissa, muissa ammattihenkilöissä että potilaissa. Erilaiset epäviralliset nimikkeet (esimerkiksi korvahoitaja, avannehoitaja tai unihoitaja) antavat kapean kuvan osaamisesta.

Selvitys osoittaa, että osalla hoitajavastaanotoilla työskentelevistä ammattihenkilöistä on sairaanhoitajan tai terveydenhoitajan ammatillinen perustutkinto, ilman laajempaa lisä- tai täydennyskoulutusta. Se on odotettu tulos, sillä kansainvälisesti tarkastellen esimerkiksi sairaanhoitajien ja terveydenhoitajien työnkuva on Suomessa verrattain itsenäinen ja mahdollistaa esimerkiksi perusterveydenhuollon hoitajavastaanottotoiminnan osana moniammatillista tiimiä.

Osalla on perustutkinnon lisäksi rajatun lääkkeenmääräämisen koulutus (45 op) ja/tai täydennys- ja erikoistumisopintoja (30–60 op.) ja/tai ylempi ammattikorkeakoulututkinto (90 op). Erikoissairaanhoidon itsenäisillä hoitajavastaanotoilla toimii myös tiedekorkeakoulussa maisterin tutkinnon suorittaneita.

Viranomaiset eivät rekisteröi Suomessa itsenäisellä hoitajavastaanotolla työskenteleviä, lisäkoulutettuja, asiantuntijatasoisen osaamisen omaavia ammattihenkilöitä. Poikkeuksena ovat rajatun lääkkeenmääräämisoikeiden omaavat sairaanhoitajat, jotka Valvira on rekisteröinyt. Myöskään nimikkeitä ei ole rekisteröity tai suojattu. Kun terveydenhuollon ammattihenkilölakia parhaillaan uudistetaan (SMT 2/2018), on selvitettävä, miten itsenäisillä hoitajavastaanotoilla toimivien, lisäkoulutuksen suorittaneiden, asiantuntijatasoisen osaamisen omaavien ammattihenkilöiden rekisteröinti olisi mahdollista tehdä kansainvälisten esimerkkien viitoittamana. Se lisäisi osaamisen tunnistamista ja tunnustamista organisaatioissa, varmistaisi potilasturvallisen toiminnan ja tukisi uusien itsenäisten hoitajavastaanottojen perustamista.

Kansainvälisesti on todettu, että kansallisen sääntelyn, ohjauksen ja rekisteröinnin puuttuminen hidastaa uusien, laajavastuisten hoitotyön asiantuntijatehtävien käyttöönottoa ja kehittämistä (Rogers 2017). Rekisteröinnistä on monia hyötyjä. Se osoittaa työnantajille, potilaille ja kansalaisille, että rekisteröidyllä ammattihenkilöllä on työssään riittävä asiantuntijatasoinen osaaminen, joka on hankittu kansallisesti määritellyllä lisäkoulutuksella. Rekisteröinti tuo myös työnantajille näkyväksi ammattihenkilön hankkiman lisäkoulutuksen ja osaamisen. Se mahdollistaa urakehityksen kliinisessä työssä. (Cornforth 2017, Rogers 2017.)

Sosiaali- ja terveysministeriö sekä opetus- ja kulttuuriministeriö (OKM) ovat käynnistäneet Osaamisella soteen -hankkeen (2017–2018). Siinä on tarkoitus luoda yhteinen kansallinen näkemys millaista täydennyskoulutusta ja tutkintoon johtavaa koulutusta tarvitaan tulevia sosiaali- ja terveydenhuollon palvelurakenteita varten. (OKM 2017.) Osana hanketta on selvitettävä ja annettava suositukset siitä, millaista täydennyskoulutusta, erikoistumiskoulutusta ja/tai tutkintoon johtavaa koulutusta itsenäisellä hoitajavastaanotolla työskentelevä ammattihenkilö tarvitsee, niin perusterveydenhuollon kuin erikoissairaanhoidonkin itsenäiseen hoitajavastaanottotoimintaan.

Pääluottamusmiehet ilmoittivat kyselyssä, että hoitajavastaanottotoimintaa on sekä laillistetuilla (esim. sairaanhoitaja, terveydenhoitaja, kätilö) että nimikesuojatuilla ammattihenkilöillä (lähihoitaja). Lähihoitajien hoitajavastaanotoista tarvitaan lisää tutkittua tietoa. Tulevia sosiaali- ja terveydenhuollon palvelurakenteita varten olisi selvitettävä, kuinka paljon nimikesuojattujen ammattihenkilöiden (kuten lähihoitajat) hoitajavastaanottoja on, millaisia työnkuvat ovat ja millaista ammatillisen perustutkinnon jälkeistä lisä- tai täydennyskoulutusta ammattihenkilö tarvitsee. Esimerkiksi kansallisen terveyshankkeen työnjakopiloteissa kokeiltiin perusterveydenhuollossa työnkuvan laajentamista siten, että lähihoitaja toimi diabetespotilaiden omahoitajana ja piti diabetesvastaanottoa (Hukkanen & Vallimies-Patomäki 2005).

Selvityksessä kävi ilmi, että vain harva organisaatio oli tehnyt laskemia siitä, miten kustannusvaikuttavaa itsenäinen hoitajavastaanottotoiminta on. Lääkäreiden työaikaa arvioitiin säästyvän, kun osa potilaista ohjautui itsenäiselle hoitajavastaanotolle. Se on lääkärivastaanottoja edullisempaa

palkkakustannusten osalta (VTV 2016). Kansainvälinen tutkimusnäyttö on ristiriitaista kustannusvaikuttavuuden osalta. Suomesta puuttuu vielä tutkimusnäyttöä itsenäisten hoitajavastaanottojen kustannuksista ja vaikuttavuudesta. Yliopistojen ja tutkimuslaitosten olisi tutkittava kustannuksia ja vaikuttavuutta nyt, kun tulevaan sosiaali- ja terveyspalvelujen uudistukseen valmistaudutaan.

Työnjaon on oltava hallittua niin potilasturvallisuuden kuin ammattihenkilöiden oikeusturvankin näkökulmasta. Tehy saa viestejä jäsenistöltä, että työnjaon kehittäminen on osittain hallitsematonta. Tehtäviä siirtyy ammattiryhmiltä toiselle ilman riittävää täydennyskoulutusta, osaamisen varmistamista, konsultaatiomahdollisuuksia tai palkan korotusta. Sairaanhoitajaliiton (2018) kyselyssä (n = 1671) suuri osa (74 %) sairaanhoitajista kertoi tekevänsä vähintään muutaman kerran kuukaudessa tehtäviä, joiden koki kuuluvan lääkärille (mm. lähetteiden kirjoittaminen, laboratoriovastausten tarkistaminen ja antaminen potilaille sekä lääkelistojen päivittäminen potilastietojärjestelmiin).

Työnjaon kehittäminen edellyttää, että esimiehet tietävät millainen on ammattiryhmien osaaminen ja nykyiset tehtäväkuvat. Organisaatioiden valmius muuttaa entisiä toimintamalleja ja osaamisen arvostaminen ovat työnjaon uudistamisen edellytys. (Lavanderin 2017.) Uusien toimintamallien, kuten itsenäisten hoitajavastaanottojen käyttöönotto ja kehittäminen vaativat hoitotyön johtajilta ja esimiehiltä osaamista ja muutoskyvykkyyttä. Hoitotyön johtajat ja esimiehet ovat keskeisessä roolissa, kun varmistetaan, että kaikilla ammattihenkilöillä on mahdollisuus hakea ja käyttää parasta, ajantasaista tietoa työnsä tueksi. Koko työyhteisön ammattitaidon ja osaamisen kehittäminen sekä täysimääräinen hyödyntäminen parantavat potilashoidon laatua ja henkilöstön työtyytyväisyyttä. (Meriläinen ym. 2016, Pölkki & Meriläinen 2016.)

Itsenäistä hoitajavastaanottotoimintaa on kehitettävä hallitusti ja suunnitelmallisesti. Hoitotyön johtajat ja esimiehet ovat tässä keskeisessä roolissa. Työnantajan vastuulla on varmistaa, että ammattihenkilöillä, jotka työskentelevät itsenäisellä hoitajavastaanotolla, on tehtävän edellyttämä, päivitetty osaaminen ja riittävä työkokemus. Täydennyskoulutuksen on tapahduttava työajalla ja työnantajan on kustannettava se. Osaaminen on varmistettava esimerkiksi kliinisen osaamisen näytöillä. Jatkuvan ammatillisen kehittymisen on Tehyn koulutuspoliittisten linjausten (2017) mukaisesti oltava järjestelmällistä ja pitkäjänteistä. Konsultaatiomahdollisuudet on järjestettävä. Palkkausneuvottelut on käytävä ennen itsenäisen hoitajavastaanoton perustamista ja palkkauksen on vastattava tehtävien vaativuutta. Itsenäiseen vastaanottotoimintaan tarvitaan organisaation kirjallinen lupa. Organisaatioiden on määriteltävä prosessit, miten potilaat ohjautuvat itsenäiselle hoitajavastaanotolle. Toiminnan kehittämisessä on käytettävä ammattihenkilöiden ja potilaiden antamaa palautetta. Itsenäistä hoitajavastaanottotoimintaa on organisaatioissa arvioitava säännöllisesti sovittujen tunnuslukujen perusteella.

Tehyn toimenpide- ja kehittämisehdotukset

1. Hoitajavastaanottojen määrää on lisättävä sosiaali- ja terveydenhuollon palvelurakenteissa, jotta kansalaiset pääsevät nopeasti ja oikea-aikaisesti hoitoon.
2. Kansallisesti on määriteltävä ja yhdenmukaistettava, millaista täydennys-, lisä-, erikoistumis- ja/tai tutkintoon johtavaa koulutusta edellytetään ammattihenkilöltä, joka työskentelee itsenäisellä hoitajavastaanotolla. Koulutukseen on kuuluttava riittävä määrä kliinistä opetusta ja harjoittelua.
3. Itsenäisillä hoitajavastaanotoilla työskentelevien ammattihenkilöiden nimikkeet on kansallisesti määriteltävä ja yhdenmukaistettava.
4. Ajantasainen osaaminen on taattava säännöllisellä täydennyskoulutuksella.
5. Terveydenhuollon ammattihenkilölain uudistustyössä on selvitettävä, miten itsenäisillä hoitajavastaanotoilla työskentelevät lisäkoulutetut, asiantuntijatasoisen osaamisen omaavat ammattihenkilöt voidaan rekisteröidä, kun koulutus ja työnkuva täyttävät kansallisesti määritellyt kriteerit.
6. Sairaanhoitajien rajattu lääkkeenmääräämisen olisi otettava käyttöön myös erikoissairaanhoidon poliklinikkatoiminnassa ja julkisen sektorin ostopalveluissa.
7. Ammattihenkilöiden palkkauksen on vastattava työn vaativuutta.

Lähteet

Ahonen P. (2012). Kliinisen asiantuntijan koulutusohjelma uuden asiantuntijuuden tuottajana. Teoksessa: Ahonen P. (toim.) Kliininen asiantuntija: uutta osaamista ylemmästä ammattikorkeakoulututkinnosta. Turun ammattikorkeakoulun raportteja 130. Tampere, Juvenes Print Oy.

Airisto N. (2017) Asiakaspäälliköt toivat isot säästöt. Mediuutiset 15.8.2017. Verkkouutinen. https://www.mediuutiset.fi/uutisarkisto/asiakaspaallikot-toivat-isot-saastot-6669050

Cornforth P. (2017) Advanced Nurse Practitioner, Paul Cornforth, talks about the importance of Credentialing for ANPs, patients and employers. https://www.rcn.org.uk/news-and-events/blogs/credentialing-for-anps-is-vital-on-several-fronts

Delamaire M-L & Lafortune G. (2010) Nurses in advanced roles: a description and evaluation of experiences in 12 developed countries. OECD Health Working Paper No. 54.

Flinkman M. (2014) Osaaminen käyttöön - Laatua ja tuloksellisuutta työnjakoa kehittämällä. Tehyn julkaisusarja B:3/2014.

Gielen S., 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.

Haapa-aho M., Koskinen M-K. & Kuosmanen I. (2009) Työnjakomallit – Laajennetaanko tehtäväkuvaa vai siirretäänkö tehtäviä. Tehyn julkaisusarja F:3/09: Tehy ry.

Hahtela N. (2014) Sairaanhoitajien työolobarometri 2014. Sairaanhoitajaliiton selvitys sosiaali- ja terveysalan vetovoimaisuudesta ja työhyvinvoinnista. https://sairaanhoitajat.fi/wp-content/uploads/2015/01/Sairaanhoitajien-työolobarometri-2014.pdf

Halonen I. (2017) Terveyspisteiden sairaanhoitajat: tämän palvelun kysyntä kasvaa. http://www.apteekkari.fi/uutiset/terveyspisteiden-sairaanhoitajat-taman-palvelun-kysynta-kasvaa.html

Hujala A. & Lammintakanen J. (2018) Paljon sote-palveluita tarvitsevat ihmiset keskiöön. Kunnallisalan kehittämissäätiö, julkaisu 12.

Hukkanen E. & Vallimies-Patomäki M. (2005) Yhteistyö ja työnjako hoitoon pääsyn turvaamisessa. Selvitys kansallisen terveyshankkeen työnjakopiloteista. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2005:21.

Härkönen E., Suominen T., Kankkunen P., Renholm M. & Kärkkäinen O. (2007). Hoitajavastaanotot erikoissairaanhoidon polikliinisessä hoitotyössä – potilaiden kuvaus tyytyväisyydestään. Tutkiva Hoitotyö 5(1), 5-11.

Jaatinen P., Vanhatalo R. & Tasanko A. (2002) Miten terveysaseman hoitaja toimii, jos terveysasemalle ei ole saatu lääkäriä. Kuvaus Luoteis-Satakunnan terveyskeskuksen lääkärihoitaja-projektin alkuvaiheesta hoitajan tekemän työn näkökulmasta. Suomen Lääkärilehti 25–26, 2795–2799.

Joenaho H. (2015) Sairaanhoitajan vastaanotto vapauttaa päivystyksen resursseja. KSSHP, Keski-Suomen sairaanhoitopiirin henkilöstö- ja sidosryhmälehti 1/2015, 20-21. http://www.ksshp.fi/download/noname/%7BF4090F66-899F-49C7-87F5-700604FF7E32%7D/53110

Jokiniemi K., Pietilä A-M., Kylmä J. & Haatainen K. (2012) Advanced nursing roles: A systematic review. Nursing and Health Sciences. 14, 421–431.

Jokiniemi K. (2014) Clinical Nurse Specialist Role in Finnish Health Care. Dissertations in Health Science. University of Eastern Finland.

Jyrinki A. (2014) Toimiva työnjako parantaa laatua. Suomen Lääkärilehti 8(69), 53.

Kangasniemi M. & Andersson C. (2016) Enemmän inhimillistä hoivaa. Julkaisussa Robotit töihin. Koneet tulivat, mitä tapahtuu työpaikoilla? EVA raportti 2/2016. Helsinki, Taloustieto Oy, 2016.

Karhunen A. (2014) Sairaanhoitajien kokemukset lääkkeenmääräämisosaamisen kasvusta. Jyväskylän ammattikorkeakoulu. Kliinisen asiantuntijan koulutusohjelma. Ylempi ammattikorkeakoulututkinto. Opinnäytetyö. http://www.theseus.fi/handle/10024/85835

Kestilä H. (2015) Hoitajavastaanottotoiminnan arvoperusteinen tehostaminen. Tampereen teknillinen yliopisto. Tuotantotalouden diplomi-insinöörin tutkinto-ohjelma, diplomityö. https://dspace.cc.tut.fi/dpub/bitstream/handle/123456789/23424/Kestila.pdf?sequence=3

Koikkalainen P., Ruoranen M., Ahonen T., Kuusinen A. & Kettunen T. (2013) Tavoitteena terveyshyöty ja osaamisen kehittäminen, Keski-Suomen osahankkeen loppuraportti 2010-2012. Rautaisia ammattilaisia perusterveydenhuoltoon RAMPE-hanke 2010-2012. Keski-Suomen sairaanhoitopiirin julkaisusarja 130.

Koivisto K. & Serlo K. 2017. Erikoistumiskoulutuksella asiantuntijaksi. Teoksessa K. Koivisto, A. Henner & L. Kiviniemi (toim.) Hoitotyön koulutus ja tutkimus- ja kehittämistoiminta – ajankohtaisia ja tulevaisuutta ennakoivia haasteita. ePooki. Oulun ammattikorkeakoulun tutkimus- ja kehitystyön julkaisut 43. http://urn.fi/urn:nbn:fi-fe2017101350097

Koivukoski S. (2014) Sairaanhoitajan vastaanotolla. https://sairaanhoitajat.fi/artikkeli/sairaanhoitajan-vastaanotolla/

Kork A-A., Kivimäki R., Rimpelä A. & Vakkuri J. (2012) Matalan kynnyksen sairaanhoitajavastaanotto: perusterveydenhuollon palvelua kauppakeskuksessa Lahden terveyskioskin loppuarviointi. Sitran selvityksiä 66. https://www.sitra.fi/julkaisut/matalan-kynnyksen-sairaanhoitajavastaanotto-perusterveydenhuollon-palvelua/

Kosklin R. & Viljanen-Peuraniemi M. 2015. Hoitohenkilöstön henkilöstötarpeen ennakointi Tyksin erityisvastuualueella. Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirin julkaisuja, sarja B nro 2, 2015. Turku.

KT Kuntatyönantajat. (2016) Toimivaan työnjakoon! Tehtävien ja työnjakojen muutokset terveydenhuollossa. https://www.kt.fi/publications/2017-008

Kuntaliitto. (2017) Perusterveydenhuolto. Terveyskeskuksen vastaanottotoiminta. https://www.kuntaliitto.fi/asiantuntijapalvelut/sosiaali-ja-terveysasiat/terveyskeskuksen-vastaanottotoiminta

Kylänen M, Vuori J, Kangas H. & Luoto S. (2015) Työnjaolla tuottavuutta ja työn mielekkyyttä: Lineaariset ja epälineaariset palveluprosessit fysioterapeuttien ja lääkäreiden työn määrittäjinä. Kuopio: Grano Oy.

Kärkkäinen O., Tuominen J.A., Seppälä A. & Karvonen J. (2006) Lääkärien ja hoitajien välisen työnjaon kehittäminen moniammatillisena yhteistyönä. Artikkeli. Suomen Lääkärilehti (61)24, 2647-2651.

Maijala V. (2016) Health Promotion in Primary Health Care Registered Nurses' Appointments. Publications of the University of Eastern Finland. Dissertations in Health Sciences, no 349.

Malmström T. (2015) Espoon terveysasemapilotin arviointi. Aalto-yliopisto, Tuotantotalouden laitos. http://espoo04.hosting.documenta.fi/kokous/2015327932-14-6.PDF

Markkanen K. (2002). Tehtäväsiirrot terveydenhuollossa. Tehyn julkaisusarja B:1/2002.

Meriläinen M., Koivisto K., Sirviö P. & Tensing M. 2016. Hoitotyön johtaminen. Teoksessa K. Koivisto & Sandelin P. (toim.) Sairaanhoitajakoulutusta 120 vuotta Oulussa – Aputytöstä asiantuntijaksi -juhlajulkaisu. ePooki. Oulun ammattikorkeakoulun tutkimus- ja kehitystyön julkaisut 33. http://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/121168/ePooki+33_2016+Hoitotyon+johtaminen.pdf?sequence=1

Meriläinen M. & Pölkki T. (2016) Hoitotyön johtaja näyttöön perustuvan toiminnan edistäjänä. Tutkiva Hoitotyö 14(3), 3.

Niemelä E. & Alahuhta M. (2017) Lääkehoidon osaamisen kehittyminen Sairaanhoitajan lääkkeenmääräämiseen –koulutuksessa. http://www.oamk.fi/epooki/2017/sairaanhoitajan-laakkeenmaaraaminen/

Ojala K. (2017) Ylemmät ammattikorkeakoulututkinnot työmarkkinoilla ja korkeakoulujärjestelmässä. Väitöskirja. Turun yliopiston julkaisuja. Sarja C, osa 437. Kasvatustieteiden tiedekunta. Turun yliopisto.

Opetus- ja kulttuuriministeriö (OKM) (2017) Osaamisella soteen -hanke. Hankkeet ja säädösvalmistelu. http://minedu.fi/hanke?tunnus=OKM042:00/2017

Peltonen E. (2009) Lääkäreiden ja hoitajien työpari- ja tiimityö vastaanottojen toimintamalleissa perusterveydenhuollossa. Vertaileva tutkimus. Väitöskirja. Hoitotieteen laitos. Kuopion yliopiston julkaisuja 168/2009.

Pulcini J., Jelic M., Gul R., Loke A.Y. (2010) An international survey on advanced practice nursing education, practice and regulation. Journal of Nursing Scholarship 42(1) 31–39.

Rautiainen E. & Vallimies-Patomäki M. (2014) Kliinisen hoitotyön lisäkoulutus. Nykytilanne ja kehittämisehdotukset. Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 9. Sosiaali- ja terveysministeriö, Helsinki.

Rogers M. (2017) A Global Overview of Advanced Practice Nursing. https://sairaanhoitajat.fi/wp-content/uploads/2017/12/finnishpresentation.pdf

Sairaanhoitajaliitto. (2016) Sairaanhoitajien uudet työnkuvat – laatua tulevaisuuden sote-palveluihin. https://sairaanhoitajat.fi/wp-content/uploads/2016/04/Laajavastuinen-sairaanhoitaja-muuttaa-sote-palveluita.pdf

Sairaanhoitajaliitto. (2017) Erikoistumiskoulutuksesta uutta osaamista. https://sairaanhoitajat.fi/sairaanhoitajaliitto/

Sairaanhoitajaliitto. (2018) Sairaanhoitajan työn arki. Välittömässä asiakas- ja potilastyössä toimivien sairaanhoitajien näkökulma. https://sairaanhoitajat.fi/wp-content/uploads/2018/01/valitonta-asiakas-ja-potilastyota-tekevien-kyselyn-tulokset.pdf

Salin S., Liimatainen T., Holmberg-Mattila D. & Aalto P. (2012) Erikoissairaanhoidon hoitajavastaanottojen hyödyistä kansainvälistä näyttöä. Suomen Lääkärilehti 6/2012 vsk 67. 423-426a.

Sosiaali- ja terveysministeriö (STM) (2004) Terveydenhuollon täydennyskoulutussuositus. Sosiaali- ja terveysministeriön oppaita 2004:3. Sosiaali- ja terveysministeriö, Helsinki.

Sosiaali- ja terveysministeriö (2009). Johtamisella vaikuttavuutta ja vetovoimaa hoitotyöhön. Toimintaohjelma 2009-2011. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja, nro 18. Sosiaali- ja terveysministeriö, Helsinki.

Sosiaali- ja terveysministeriö. (2015) Työnjakoa uudistamalla nopeammin hoitoon ja joustavuutta palveluihin. Selvitys rajatun lääkkeenmääräämisen toteutumisesta ja kehittämisehdotukset. Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 49. Sosiaali- ja terveysministeriö, Helsinki.

Sosiaali- ja terveysministeriö. (2016) Kliinisen hoitotyön erikoisosaaminen: kehittämisehdotukset tukemaan työelämän muutosta. Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 2016:61.

Sosiaali- ja terveysministeriö, Helsinki.

Sosiaali- ja terveysministeriö. (2018) Terveydenhuollon ammattihenkilöistä annetun lain (559/1994) nykytilaa ja uudistamistarpeita koskeva selvitys. Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 2/2018. Sosiaali- ja terveysministeriö, Helsinki.

Suutarla A., Axelin A., Fagerström L., Flinkman M., Heikkinen K., Jokiniemi K., Korhonen A., Kotila J., Meretoja R. & Saunders H. (2016) Country report: Advanced Practice Nursing (APN) in Finland. https://international.aanp.org/Content/docs/ICN_APN_country_profile_Finland.pdf

Säilä T., Mattila E., Kaunonen M. & Aalto P. (2006) Polikliinisen hoidon kehittäminen. Pirkanmaan sairaanhoitopiirin julkaisuja 7/2006. http://www.pshp.fi/fi-FI/Sairaanhoitopiiri/Sairaanhoitopiirin_julkaisut/Julkaisusarja/Julkaisusarjan_julkaisut_2006(51423)

Tehy. (2017) Koulutus tarvitsee osaamista. Tehyn koulutuspoliittiset teesit. https://www.tehy.fi/fi/system/files/mfiles/muu_dokumentti/tehyn_koulutuspoliittiset_linjaukset_2017_id_9568.pdf

Terveyden- ja hyvinvoinnin laitos. (2017a) Hoitoonpääsy perusterveydenhuollossa lokakuussa 2017. Tilastoraportti 47/2017. http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/135722/Tr47_17.pdf?sequence=1

Terveyden- ja hyvinvoinnin laitos. (2017b) Perusterveydenhuollon ja suun terveydenhuollon avohoitokäynnit 2016. Tilastokatsaus 27/2017. https://www.thl.fi/fi/tilastot/tilastot-aiheittain/perusterveydenhuollon-palvelut/perusterveydenhuolto

Terveyden- ja hyvinvoinnin laitos. (2017c) Perusterveydenhuollon avosairaanhoidon vastaanoton asiakkaiden käyntisyyt vuosina 2015–2016. Tilastoraportti 8/2017. https://www.thl.fi/fi/tilastot/tilastot-aiheittain/perusterveydenhuollon-palvelut/perusterveydenhuollon-kayntisyyt

Torppa K. (2013) Hoitotyö HUS:ssa. http://www.hus.fi/hus-tietoa/hallinto-ja-paatoksenteko/toimielimet/valtuusto/valtuuston_materiaalit/Valtuuston%20seminaari/Torppa%20valtuuston%20seminaari.pdf

Töytäri O. (2018) Fysioterapeuttien suoravastaanotot sosiaali- ja terveydenhuollon julkisissa organisaatioissa. Tehyn julkaisusarja B:1/18.

Valtiontalouden tarkastusvirasto (VTV). (2016) Tuloksellisuustarkastuskertomus. Työnjaon kehittäminen sosiaali- ja terveydenhuollossa. Valtiontalouden tarkastusviraston tarkastuskertomukset 2016;1:1–59.

Valtioneuvosto (2016). Hallituksen reformi: Kuntien kustannusten karsinta tehtäviä ja velvoitteita vähentämällä. Tilannekatsaus 17.2.2016 http://vm.fi/documents/10623/2033991/Kustannusten+karsinta+17022016/721c153c-adfc-4ec7-84e1-5eeaf61dc6a1

Van Aerschot L., Turja T. & Särkikoski T. (2017) Roboteista tehokkuutta ja helpotusta hoitotyöhön? Työntekijät empivät, mutta teknologia ei pelota. Yhteiskuntapolitiikka 82(6), 630–640.

Vesterinen, M-L. (2013) Reseptihoitaja nopeuttaa palvelua – tutkimus rajatun lääkkeenmääräämisoikeuden saaneiden hoitajien tehtävistä, työnjaosta lääkäreiden ja muun henkilöstön kanssa sekä vaikutuksista terveydenhuollon kustannustehokkuuteen. Kunnallisalan kehittämissäätiö.

World Health Organization. (2013) Good practices in nursing and midwiferey – from expert to expert. A manual for creating country case studies. http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0007/234952/Good-practices-in-nursing-and-midwifery.pdf

Tehy on maamme suurin terveys- ja sosiaalialan tutkinnon suorittaneiden ja alalle opiskelevien ammattijärjestö.

Tehy ammattijärjestönä

Tehyn tehtävä on:

- **parantaa** jäsentensä taloudellista asemaa
- **valvoa** palvelussuhteen ehtoja ja ammatillisia, sosiaalisia ja oikeudellisia etuja
- **toimia** työolosuhteiden kehittämiseksi
- **osallistua** koulutuksen, ammattitaidon sekä terveyden- ja sosiaalihuollon kehittämiseen
- **lisätä** jäsenten keskinäistä yhteenkuuluvuutta

- Tehyläiset toimivat sekä julkisella että yksityisellä sektorilla.
- Tehy yhdistää terveys- ja sosiaalialan tutkinnon suorittaneet ja alalle opiskelevat yhteiseen ammatti- ja etujärjestöön. Tehyyn kuuluu kahdeksan ammatillista yhteistyöjäsenjärjestöä sekä jaostoja, jotka edistävät jäsentensä ammatillista toimintaa.
- Tehyn toiminnan perustana on yli 230 ammattiosastoa, jotka hoitavat mm. paikallista edunvalvontaa. Ammattiosastot yhdistävät saman työnantajan palveluksessa olevat ja saman alueen tehyläiset. Kaikki tehyläiset kuuluvat ammattiosastoihin tai Tehyn opiskelijayhdistykseen.
- Tehyn jäsenmäärä on 160 000. Tehyyn kuuluu mm. apuvälineteknikoita, bioanalyytikoita, ensihoitajia, fysioterapeutteja, hammashoitajia, jalkaterapeutteja, kuntoutuksen ohjaajia, kätilöitä, laboratoriohoitajia, lastenhoitajia, lähihoitajia, perushoitajia, lääkintävahtimestari-sairaankuljettajia, mielenterveyshoitajia, röntgenhoitajia, sairaanhoitajia, suuhygienistejä, terveydenhoitajia ja toimintaterapeutteja.
- Tehy on Toimihenkilökeskusjärjestö STTK:n jäsen. Järjestäytymisaste hoitoalalla on korkea ja noin 90 % työssä olevista kuuluu ammattiliittoon. Yli 70 % jäsenistä työskentelee kuntien, kuntainliittojen tai kuntayhtymien palveluksessa.

Tehy ry • Postiosoite: PL 10, 00060 Tehy • Puhelinvaihde (09) 5422 7000
Käyntiosoite: Järjestötalo, Asemamiehenkatu 4, Itä-Pasila, 00520 HELSINKI
www.tehy.fi

Itsenäiset hoitajavastaanotot

sosiaali- ja terveydenhuollon julkisissa organisaatioissa

Itsenäinen hoitajavastaanottotoiminta on vakiintunut Suomessa niin perusterveydenhuollossa kuin erikoissairaanhoidossakin, selviää Tehyn vuonna 2017 tekemästä kyselystä kuntasektorin pääluottamusmiehille. Ajankohtaista tietoa tarvitaan, kun sosiaali- ja terveydenhuollon palvelurakenteet ja niiden myötä myös työnjako ovat muuttumassa.

Hoitajavastaanotot ovat lisääntyneet terveyskeskusten ja erikois-sairaanhoidon ajanvaraus- ja päivystysvastaanotoilla. Hoitajat saavat positiivista palautetta ammattitaidostaan. Potilaat pääsevät hoitoon nopeasti ja vastaanotolla heidät tutkitaan huolellisesti.

Itsenäinen hoitajavastaanotto on mahdollisuus kehittää osaamistaan ja edetä kliinisellä urapolulla. Lisäkoulutetut asiantuntijahoitajat, jotka toimivat itsenäisillä hoitajavastaanotoilla, on rekisteröitävä. Myös nimikkeet on yhtenäistettävä kansallisesti, ja palkan on vastattava työn vaativuutta.

Tehyn julkaisusarja

A: Tutkimusraportteja
B: Selvityksiä
C: Muistioita
D: Tilastoja
E: Videot
F: Muut julkaisut

Tehyn julkaisut löytyvät myös verkosta.

Tehy ry I PL 10, 00060 Tehy I Puh. (09) 5422 7000 I www.tehy.fi

Tehy