

Opinnäytetyö (AMK)

Suun terveydenhuollon koulutusohjelma

Suuhygienisti (AMK)

2015

Peter Hägg ja Topi Nyman

SUUHYGIENISTIN RAJATUN LÄÄKKEENMÄÄRÄÄMISOIKEU- DEN KEHITTÄMINEN

Peter Hägg ja Topi Nyman

SUUHYGIENISTIN RAJATUN LÄÄKKEENMÄÄRÄÄMISOIKEUDEN KEHITTÄMINEN

Vuodesta 2010 lähtien itsenäisenä ammatinharjoittajana toimiva suuhygienisti on saanut määrätä lääkkeitä vastaanotokäyttöön. Suuhygienistin pro auctore -oikeuden piiriin kuuluvat lääkkeet on eritelty Sosiaali- ja terveysministeriön asetuksessa. Pro auctore -oikeuden laajentaminen nykyisestään olisi merkittävä harppaus henkilöstöryhmien työjaon, kustannustehokkuuden sekä suuhygienistin asiantuntijuuden kehittymisen hyväksi.

Opinnäytetyön tarkoituksena oli saada tietoa suuhygienistin rajatun lääkkeenmääräämisoikeuden nykytilasta. Tavoitteena oli suuhygienistin rajatun lääkkeenmääräämisoikeuden kehittäminen. Opinnäytetyössä muodostettiin kaksi tutkimusongelmaa, joiden kautta kartoitettiin lääkkeenmääräämisoikeuden nykytilaa Suomessa sekä muodostamaan kehittämiskohteita lääkkeenmääräämiselle. Opinnäytetyö suoritettiin yhteistyössä Suomen Suuhygienistiliiton kanssa.

Tutkimusmateriaalin perusteella muodostettiin kehittämiskohteita. Havaittiin, että ammattikunnan tietämystä lääkkeenmääräämisoikeudesta tulee lisätä. Jatkotutkimuksen aiheena voi olla esimerkiksi lääkeaineiden vaikutukset työkuvaan tai miten lääkehoidon asiantuntijuutta suuhygienisteillä voidaan kehittää.

ASIASANAT:

Suuhygienisti, pro auctore, lääkkeenmäärääminen

BACHELOR'S THESIS | ABSTRACT

TURKU UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

Degree programme in Dental Hygiene

October 2015 | 53 pages

Peter Hägg and Topi Nyman

DEVELOPMENT OF DENTAL HYGIENIST PRO AUCTORE

Since 2010, self-employed dental hygienist has been able to prescribe medications for professional activities. Pharmaceutical products, within the scope of pro auctore, are specified in a regulation of Ministry of social affairs and health. Extension of dental hygienists pro auctore would be a significant leap in developing division of labor, effectiveness and expertise.

The aim of the study was to obtain information about the current state of dental hygienist pro auctore in Finland. The aim was to develop dental hygienist pro auctore. Two research problems was formed in this thesis. The aim was to identify the current state of dental hygienist pro auctore in Finland and form development targets for pro auctore. The thesis was carried out in co-operation with the Finnish association of dental hygienists.

Development targets were based on research material. Knowledge of pro auctore must be increased among dental hygienists. Future studies could contain for example how medical substances influence on dental hygienist job description or how dental hygienists expertise can be developed.

KEYWORDS:

Dental hygienist, pro auctore, prescribing

SISÄLTÖ

JOHDANTO	7
1 SUUHYGIENISTIN ASIANTUNTIJUUS SUOMESSA	8
2 LÄÄKKEENMÄÄRÄÄMINEN JA LAINSÄÄDÄNTÖ	9
2.1 Lääkelainsäädäntö	9
2.2 Lääkelaki ja -asetus	9
2.3 Lääkkeenmäärääminen	9
2.4 Pro auctore -lääkemääräys	10
3 SUUHYGIENISTIN LÄÄKKEENMÄÄRÄÄMISOIKEUTEEN KUULUVAT LÄÄKEAINEET	12
3.1 Lääkkeenmääräämiseen vaadittava koulutus	12
3.2 Lidokaiini	13
3.2.1 Xylocain® 1% -sumuteliuos ja Lidocain 40mg/ml -liuos	14
3.3 Prilokaiini-lidokaiini	14
3.3.1 Oraqix-ientaskugeeli	15
3.4 Fluori ja fluoridiyhdisteet	15
3.4.1 Natriumfluoridi-valmisteet	16
3.4.2 Olafluuri-valmiste	17
4 OPINNÄYTETYÖN TAVOITE, TARKOITUS JA TUTKIMUSONGELMAT	18
5 TUTKIMUSMENETELMÄ, TOTEUTUS JA AINEISTON ANALYSOINTI	19
5.1 Tutkimuksen toteutus	20
5.2 Tutkimusaineiston analysointi	21
6 OPINNÄYTETYÖN TULOKSET	22
6.1 Tutkimusjoukon kuvaus	22
6.2 Suuhygienistin rajatun lääkkeenmääräämisoikeuden tilanne Suomessa	25
6.3 Suuhygienistin rajatun lääkkeenmääräämisoikeuden kehittämistarpeet.	32
7 TULOSTEN TARKASTELU	40
7.1 Suuhygienistin rajatun lääkkeenmääräämisoikeuden nykytilanne	40
7.2 Suuhygienistin rajatun lääkkeenmääräämisoikeuden kehittämistarpeet ja laajenemisen vaikutukset	41

8 OPINNÄYTETYÖN EETTISYYS JA LUOTETTAVUUS	43
9 POHDINTA	45
LÄHTEET	47
LIITTEET	50

KUVAT

Kuva 1. ja Kuva 2. Kliinistä työtä tekevien osuus ja lääkkeenmääräämisoikeudelliset.	23
Kuva 3. Onko vastaaja saanut mielestään tarpeeksi tietoa suuhygienistien rajatusta lääkkeenmääräämisoikeudesta?	24
Kuva 4. Itsenäisenä ammatinharjoittajana toimivat suuhygienistit saavat määrätä lääkkeitä omaan vastaanottonsa toimintaan.	26
Kuva 5. Itsenäisenä ammatinharjoittajana toimivat suuhygienistit saavat määrätä lääkkeitä omaan vastaanottonsa toimintaan.	26
Kuva 6. Sairaanhoitajien ja suuhygienistien lääkkeenmääräämisoikeudet ovat samanlaiset.	27
Kuva 7. Sairaanhoitajien ja suuhygienistien määräämisoikeuden piirissä olevat lääkkeet ovat samat.	27
Kuva 8. Ikäihmisten hoidossa tarvitaan vain harvoin pintapuudutteita.	28
Kuva 9. Ikäihmisten hoidossa tarvitaan vain harvoin vahvistettuja fluorituotteita.	28
Kuva 10. Vahvistetut fluorituotteet ja kotihoidontottumukset.	29
Kuva 11. Työyhteisö ja lääkkeenmääräämisoikeus.	30
Kuva 12. Valmiudet laajentaa lääkeshoidon asiantuntijuutta.	30
Kuva 13. Lääkkeenmääräämisoikeus Ruotsissa verrattuna Suomeen.	31
Kuva 14. Asiakaskunnan tietämys lääkkeenmääräämisestä.	31
Kuva 15. Lääkkeenmääräämisoikeuteen vaaditaan erillinen opintokokonaisuus.	32
Kuva 16. Lääkehoito ja työn tehokkuus.	33
Kuva 17. Lääkkeiden määrääminen omahoidon tueksi.	33
Kuva 18. Lääkkeenmäärääminen potilaille?	34
Kuva 19. Lääkevalikoiman laajeneminen suhteessa hoitotuloksiin.	34
Kuva 20. Taloudellinen säästö ja lääkkeenmääräämisoikeus.	35
Kuva 21. Lääkemääräämisen laajeneminen suhteessa ehkäisevään työhön.	35
Kuva 22. Lääkemääräämisen laajeneminen suhteessa kuntouttavaan työhön.	36
Kuva 23. Lääkkeenmääräämisoikeus ja työnjakaminen työyhteisössä.	36
Kuva 24. Lisääkö kiinnostusta yksityiseen ammatinharjoittamiseen.	37
Kuva 25. Lääkkeenmääräämisen laajeneminen ja hoitotyön laadukkuus.	37
Kuva 26. Lääkkeenmääräämisen laajeneminen ja terveydellinen vaikuttaminen.	38
Kuva 27. Lääkemääräämisoikeuden laajeneminen ja lisävastuu.	38
Kuva 28. Potilasturvallisuuden vaarantuminen ja lääkkeenmääräämisoikeuden laajeneminen.	39

TAULUKOT

Taulukko 1. Työvuosien määrä, suhteessa viikkotyötuntien määrään.	22
Taulukko 2. Työvuosien määrä, suhteessa työsektoriin.	23
Taulukko 3. Vastaajien työssä käytettävistä lääkkeistä kertova taulukko.	24

JOHDANTO

Vuoden 2010 joulukuussa hyväksyttiin asetus Lääkkeen määräämisestä (1088/2010), jonka seurauksena yksityisenä ammatinharjoittajana toimiva suuhygienisti on saanut määrätä lääkkeitä vastaanottokäyttöön omaa ammatinharjoittamistaan varten.

Aihealue on suuhygienistin ammatillisen kehityksen kannalta tärkeä. Lääkkeenmääräämisoikeuden saavuttaminen on esimerkki ammattialan kehityksestä sekä työkuvan ja -vastuun laajenemisesta. Lakimuutoksen taustalla vaikutti pitkäaikainen tarve kehittää terveydenhuollon henkilöstöryhmien työnjakoa ja valjastaa ammattiryhmien osaaminen tarkoituksenmukaiseen käyttöön. Suuhygienistit ovat ilmaisseet myös halukkuutensa osallistua enemmän potilaiden lääkehoitoon. (Virtanen ym. 2010.)

Opinnäytetyössä muodostettiin kokonaiskuva siitä, mitä rajattu lääkkeenmääräämisoikeus nykymuodossaan sisältää. Opinnäytetyön tavoitteena oli suuhygienistin rajatun lääkkeenmääräämisoikeuden kehittäminen. Opinnäytetyön tarkoituksena oli saada tietoa suuhygienistin rajatun lääkkeenmääräämisoikeuden nykytilasta. Lisäksi oli tarkoituksena saada selville lääkkeenmääräämisoikeuden kehittämiskohteita.

Opinnäytetyön yhteistyökumppanina toimi Suomen suuhygienistiliitto SSHL ry. Kvantitatiivinen kyselytutkimus suoritettiin Webropol - kyselylomakkeella, joka toimitettiin sähköpostitse vastaajille. Kyselylomakkeen kysymykset oli aseteltu siten, että vastaaja pystyi kertomaan kehittämistarpeista sekä puutteista nykyisessä käytännössä.

Tässä tutkimuksessa kerättiin tietoa suomalaisilta suuhygienisteiltä. Kysely toimitettiin Suomen suuhygienistiliiton kautta sekä yksityisen että julkisen sektorin suun terveydenhuollossa toimiville suuhygienisteille. Vastaajat olivat Suomen suuhygienistiliiton jäseniä. Vastausten perusteella muodostettiin kehittämiskohteita suuhygienistin pro auctore -oikeudelle.

1 SUUHYGIENISTIN ASiantuntijuus Suomessa

Suuhygienistin ammattinimike on laillistettu laissa terveydenhuollon ammattihenkilöistä vuonna 2005. Suuhygienistin ammattia saavat harjoittaa laillistettuna ammattihenkilönä ne henkilöt, jotka ovat suorittaneet kyseiseen ammattiin johtavan koulutuksen Suomessa. Sosiaali- ja terveystieteiden lupa- ja valvontavirasto Valvira myöntää hakemuksesta laillistuksen ammattiin. Suuhygienistin koulutus on 210 opintopisteen mittainen ja kestää kolme ja puoli vuotta. Suuhygienistit työllistyvät Suomessa sekä julkiselle että yksityiselle sektorille, lisäksi suuhygienisti voi toimia suun terveydenhuoltoalan yrittäjänä. He voivat tehdä työssään niin kliinistä työtä, hallinnollisia töitä, myyntityötä tai toimia opetustehtävissä. (Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä 1994/559. Suomen Suuhygienistiliitto SSSL Ry 2014. Valvira 2014.)

Suuhygienistin ammattikuvaan kuuluu asiakkaan hyvinvoinnin edistäminen, suu- ja hammassairauksien ennaltaehkäiseminen ja kuntouttava työ. Yhteistyön tekeminen muun terveydenhuollon ammattihenkilöstön ja terveydenedistämistahojen kanssa on olennainen osa suuhygienistin työtä. Suuhygienistin työn kliininen työ koostuu hoidontarpeen arvioinnista, terveysneuvonnan tehtävistä, suu- ja hammassairauksien ehkäisystä, varhais- ja ylläpitoahoista, ien-sairauksien hoidoista ja tietyistä hammaslääketieteen erikoisalojen osatehtävistä, kuten oikomishoidollisista, kirurgisista ja parentafysiologisista toimenpiteistä. (Suomen Suuhygienistiliitto SSSL ry 2014. Pöyry 2009.)

Suu- ja hammassairauksien ennaltaehkäisy sekä ylläpitohoito ovat olennainen osa suuhygienistin ammatillista toimenkuvaa. Suuhygienistien vastaanottokäytössä olevat lääkeaineet ovat fluori- ja klooriheksidiinipitoiset tuotteet.

Fluoripitoisten tuotteiden käyttö on yleistä tilanteissa, joissa potilaan alkavia kariesvaurioita pyritään korjaamaan ja hidastamaan tai ennaltaehkäisemään kokonaan. Klooriheksidiiniä sisältävien tuotteiden käyttö on yleistä tilanteissa, joissa potilaan ien- tai limakalvon infektiosairaus vaatii antimikrobista käsittelyä. (Käypä hoito -suositus 2010.)

2 LÄÄKKEENMÄÄRÄMINEN JA LAINSÄÄDÄNTÖ

2.1 Lääkelainsäädäntö

Lääkelaki määrittelee valmisteet ja aineet, joiden tarkoituksena on parantaa, lievittää tai ehkäistä sairauksia tai niiden oireita. Lääkelain määritelmän mukaan kaikki valmisteet, joita voidaan käyttää sairautta lieventäviin tai parantaviin käyttötarkoituksiin, ovat lääkkeitä. Lääkevalmisteeksi kutsutaan lääkeaineen ja sen apuaineiden muodostamaa tuotetta. (Lääkelaki 395/1987.)

Lääkkeet jaetaan reseptilääkkeisiin ja itsehoitolääkkeisiin. Itsehoitolääkkeet ovat tarkoitettu lyhytaikaiseen käyttöön ja niiden käyttö sekä hankkiminen eivät vaadi lääkemääräystä toisin kuin reseptilääkkeet. Reseptilääkkeitä saa apteekista vain lääkärin tai hammaslääkärin kirjoittamalla reseptillä. (Lääkelaki 395/1987.)

2.2 Lääkelaki ja -asetus

Lääkkeiden käyttöä, valmistusta, valvontaa ja jakelua säätelevät lääkelaki (395/1987) ja lääkeasetus (693/1987). Lääkelaki edistää ja ylläpitää lääkkeiden turvallisuutta sekä tarkoituksenmukaista jakelua ja käyttöä. Lääkelaki säätelee sairaaloiden ja terveyskeskuksien lääkehuoltoa. Lääkelain- ja asetuksen lisäksi lääkelainsäädäntöön vaikuttavat huumausainelaki (1289/1993), alkoholilaki (1143/1994) sekä lääkelaitoksesta annettu laki (402/1984). (Veräjänkorva, Huupponen ym. 2010.)

2.3 Lääkkeenmääräminen

Lääkemääräys eli resepti on laillistetun lääkärin tai hammaslääkärin kirjallisesti, sähköisesti tai puhelimitse antama määräys lääkevalmisteen toimittamiseksi. Oikeus lääkkeenmäärämisestä on kirjattu lakiin terveydenhuollon ammattihenkilöistä (559/1994). Lääkemääräys on voimassa yhden vuoden kirjoittamis- tai

uusimispäivästä alkaen ellei lääkkeen määrääjä toisin ilmoita. (Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä 559/1994.)

Laillistettu sairaanhoitaja, kättilö sekä terveydenhoitaja ovat oikeutettuja määräämään lääkkeitä apteekista toimitettavaksi potilaalle. Rajatun lääkkeenmääräämisen piiriin kuuluvat lääkkeet, tautitilat sekä lääkkeenmääräyksen rajaukset on määritelty Sosiaali- ja terveysministeriön asetuksessa lääkkeen määräämisestä 1088/2010, liitteessä 1. Potilaan hoitosuunnitelman mukaisen lääkityksen aloittamiseen ja jatkamiseen vaikuttavat lääkkeen vaikuttava aine, vahvuus sekä lääkemuoto. Sairaanhoitajalla, terveydenhoitajalla ja kättilöllä on oltava mahdollisuus konsultoida itsenäisesti toimimaan oikeutettua lääkärinä. (Asetus lääkkeen määräämisestä 1088/2010. Mäntyranta ym. 2011.)

Saadakseen oikeuden rajattuun lääkkeenmääräämiseen sairaanhoitajalla, terveydenhoitajalla ja kättilöllä on oltava tämän edellyttämä käytännön kokemus ja osaaminen. Osaaminen osoitetaan ammattikorkeakoulun antamalla todistuksella ja erikoispätevyyden saaminen edellyttää 45 opintopisteen laajuisia korkeakouluopintoja, jotka koostuvat tautiopin, kliinisen lääketieteen, kliinisen hoitotyön, farmakologian ja reseptiopin kokonaisuuksista. (Valtioneuvoston asetus lääkkeen määräämisen edellyttämästä koulutuksesta 1089/2010.)

Teoreettisia opintoja tukee käytännön opiskelu terveydenhuollon yksiköissä. Rajatun lääkkeenmääräämisen erikoispätevyyden edellyttämä osaaminen on osoitettava osaamisen näytöllä. Osaamisen näyttöön kuuluvat kirjallinen koe sekä työelämässä tapahtuva näyttö. (Valtioneuvoston asetus lääkkeen määräämisen edellyttämästä koulutuksesta 1089/2010.)

2.4 Pro auctore -lääkemääräys

Pro auctore -lääkkeenmääräyksellä tarkoitetaan lääkemääräystä, jolla lääkäri, hammaslääkäri, eläinlääkäri, optikko tai suuhygienisti on oikeutettu määräämään ammattinsa harjoittamisen yhteydessä tarvittavia lääkkeitä. (Asetus lääkkeen määräämisestä 1088/2010.)

Itsenäisenä ammatinharjoittajana toimiva suuhygienisti saa määrätä pro auctore -lääkkeenmääräyksellä tiettyjä vastaanottoiminnassa tarvitsemiaan lääkkeitä. Suuhygienisti ei saa määrätä lääkkeitä potilailleen. Lääkkeet on eritelty Sosiaali- ja terveysministeriön asetuksessa lääkkeen määräämisestä 1088/2010, liitteessä 3. Pro auctore -lääkkeenmääräys ei koske julkisella sektorilla työskenteleviä suuhygienistejä. (Asetus lääkkeen määräämisestä 1088/2010.)

3 SUUHYGIENISTIN

LÄÄKKEENMÄÄRÄÄMISOIKEUTEEN KUULUVAT LÄÄKEAINEET

3.1 Lääkkeenmääräämiseen vaadittava koulutus

Suuhygienistit saavat omaa ammatinharjoittamistaan varten määrätä pro auctore -lääkemääräyksellä lidokaiinia suun limakalvojen pintapuudutukseen, lidokaiini-prilokaiini-geeliä ientaskujen puudutukseen, sekä olafluuria ja natriumfluoridia kariesin hallintaan ja hampaiden fluoraamishoitoon. Lääkkeenmääräämisoikeuden saaminen vaatii suuhygienisteiltä erillinen opintokokonaisuus. Koulutukseen voivat hakeutua kaikki laillistetut suuhygienistit, jotka toimivat itsenäisinä ammatinharjoittajina. Koulutukseen voi hakeutua myös julkisella sektorilla toimiva suuhygienisti, mutta hänelle ei voida myöntää suuhygienistin rajattua pro auctore -oikeutta. Tätä ammatillista lisäkoulutusta säätelee Valtioneuvoston asetus (1089/2010), laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä (559/1994, lain muutos 433/2010), sekä sosiaali- ja terveysministeriön asetus lääkkeenmääräämisestä (1088/2010). Koulutuksen tavoitteena on, että koulutuksen saanut suuhygienisti osaa määrätä, seurata ja arvioida omaa lääkkeenmääräämistään. Lisäksi suuhygienistin on ymmärrettävä potilasturvallisuuden vaatimukset ja yleisesti hyväksytyt hoitokäytännöt. Lisäkoulutuksen opetussuunnitelman tavoitteet ovat ammattikorkeakouluille yhteiset, mutta toteutuksen ammattikorkeakoulut saavat määrittellä itse. (Andersson 2002. Valtioneuvoston asetus 1089/2010. Sosiaali- ja terveysministeriön asetus lääkkeenmääräämisestä 1088/2010. Boynes ym 2011. Turun AMK opetussuunnitelma 2012.)

Rajatun lääkkeenmääräämisoikeuden lisäkoulutuksesta määrätään valtioneuvoston asetuksessa 1089/2010 3. luvun 9 §:ssa. Opintokokonaisuuden tulee olla laajuudeltaan vähintään kolme opintopistettä, jossa käsitellään puudutteen ja hampaiden fluorauksen turvallista käyttöä. Lisäksi opinnoissa tutustutaan lääkehoidon juridisiin ja eettisiin periaatteisiin ja lääkkeenmääräämisen lääketie-

teelliseen perustaan, esimerkiksi keskittymällä määräämisoikeuden sisältämien lääkeaineiden farmakokineettisiin ja -dynaamisiin ominaisuuksiin. (Valtioneuvoston asetus 1089/2010. Neuvonen ym. 2011.)

Lisäkoulutusta saavat antaa ne ammattikorkeakoulut, joissa on mahdollista suorittaa suuhygienistin tutkinto. Opiskelijoiden osaamista tarkkaillaan koko opintojakson ajan. Oppimisprosessia arvioidaan lisäksi koulutuksen sisäisellä näytöllä, jossa tarkastellaan suuhygienistin lääkeaineiden käyttöä simuloitussa tilanteessa. Hyväksytysti suoritetusta koulutuksesta opiskelijalle myönnetään todistus, jolla suuhygienisti voi hakea yksilöintitunnusta sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontavirasto Valviralta. Yksilöinti tunnuksen avulla suuhygienisti voi määrätä pro auctore -lääkeresepillä suuhygienistin rajatun lääkkeenmääräämisoikeuteen kuuluvia lääkkeitä. (Valtioneuvoston asetus 1089/2010. Sosiaali- ja terveysministeriön asetus lääkkeenmääräämisestä 1088/2010.)

3.2 Lidokaiini

Lidokaiini on paikallispuudutuksessa käytettävä amidityyppinen puudute. Sen vaikutusmekanismin toiminta perustuu solukalvojen Na^+ -kanavien salpaukseen eli depolarisaatioon. Lidokaiini puudutteen kesto ja teho on lyhytaikainen verrattuna muihin puudutteisiin. Sitä käytetään monella eri tavalla, niin pintapuudutteenä, kuin spinaalipuudutuksinkin. Lidokaiinipuudutteisiin voidaan lisätä myös adrenaliinia pidentämään sen vaikutusaikaa ja vähentämään toksisuuden riskiä laskemalla sen pitoisuutta verenkierrrossa. Lidokaiinin metabolia tapahtuu pääasiassa maksassa ja se poistuu elimistöstä virtsan mukana. Lidokaiinia on käytettävä varoen epilepsia-, hengitysvaikeuksista kärsivillä ja maksan vajaatoimintapotilailla. Lidokaiinia ei suositella raskauden aikaiseksi puuduteaineeksi. Myös amidipitoisten puudutteiden allergia aiheuttaa käyttöesteen. Lidokaiinia käytetään yleensä 5–20 mg/ml-vahvuisena. Lidokaiini voi aiheuttaa vakavia haittavaikutuksia, jos verenkiertoon imeytyvän lidokaiinin määrä ylittää lidokaiinipuhdistuman ja jos pitoisuus plasmassa ylittää 6 mikrog/ml tason. (Koskinen ym. 2012. Fimea 2014.)

3.2.1 Xylocain® 1% -sumuteliuos ja Lidocain 40mg/ml -liuos

Suuhygienistin rajatun lääkkeenmääräämisoikeuden omaava henkilö saa määrätä omaan vastaanottotoimintaansa Xylocain® 1% -sumuteliuosta paikallispuudutteenksi suun limakalvolle. Xylocain-sumuteliuos sisältää puuduttavana aineena lidokaiinia. Xylocain®-sumuteliuos saa aikaan noin 10–15 minuuttia kestäväns tehokkaan pintapuudutuksen. Puutuminen tapahtuu noin 1–3 minuutissa. Jokainen annosteluventtiilin painallus (1ml) antaa 10mg lidokaiinia, jolloin pystytään seuraamaan annosteltua määrää. Suositellut annostelumäärät hammastoimenpiteessä ovat 20–200mg ja maksimiannos 500mg sumuteliuosta. Yli 12-vuotiaiden ja alle 25 kiloa painavien lasten annos on suhteutettava painoon ja heidän fysiologiseen tilaansa. (Fimea 2014a. Lääketietokeskus 2014)

Lidocain 40mg/ml sisältää puuduttavana aineenaan lidokaiinihydrokloridia. Lidocain 40mg/ml -liuosta käytetään puudutusaineena suuonteloon kohdistuvien pienten toimenpiteiden aikana. Lidocain-tippa asetetaan pumpulipuikkoon ja pidetään puudutettavaa aluetta vasten 2–3 minuuttia ennen toimenpidettä. Lidocain-liuosta ei saa antaa injektiona. (Fimea 2014a.)

3.3 Prilokaiini-lidokaiini

Prilokaiini-lidokaiini-yhdiste on amidityyppinen puudute. Sen puuduttavat ominaisuudet sekä vaikutuksen kesto ovat samantyyppisiä pelkkään lidokaiiniin verrattuna. Puudutteenä prilokaiini-lidokaiini-yhdiste vaikuttaa samalla tavalla kuin lidokaiini. Se vaikuttaa Na⁺-kanavien depolarisaatioon estämällä Na⁺-ionien pääsyn hermon solukalvon läpi solun sisälle. Prilokaiini-lidokaiini-yhdisteellä voi isoina annoksina olla salpaava vaikutus aivojen ja sydänlihaksien hermoimpulsseja välittäviin kalvoihin. Mikäli poikkeuksellisen suuria annoksia prilokaiini-lidokaiini-yhdistettä joutuu verenkiertoon, voi toksisia oireita ilmetä pääasiassa keskushermostossa ja sydän- ja verenkiertoelimissä. Prilokaiinia on käytetty kliinisessä työssä vuosikymmeniä, myös muilla aloilla kuin hammashoidossa. (Fimea 2014b.)

3.3.1 Oraqix-ientaskugeeli

Oraqix-ientaskugeeliä käytetään ehkäisemään ienkipua hoitotoimenpiteiden aikana. Näihin hoitotoimenpiteisiin kuuluu muun muassa hammaskiven poistaminen ja juuripinnan tasoitus ientaskussa sekä tutkiminen ientaskumittarilla. Geelin vaikuttavat aineet ovat lidokaiini (25mg/ml) ja prilokaiini (25mg/ml). Geeliä käytettäessä tulee aina huomioida myös muiden puudutusaineiden yhteiskäyttö, etteivät puudutusaineiden maksimiannokset ylitä. Oraqix-geeliä ei injisoida, vaan pakkauksen mukana tulevalla asettimella geeliä asetetaan periodontaalisesti, jossa geeli vaikuttaa. Yhdellä pakkauksen Oraqix-sylinteriampullilla (1,7g), pystytään hoitamaan noin yhden hammaskvadrantin ientaskujen puudutus. Maksimiannos Oraqix-geeliä on viisi sylinteriampullia, jotka sisältävät yhteensä 212,5mg lidokaiinia ja 212,5mg prilokaiinia. Geelin puuduttavan vaikutuksen kestoaika on noin 20 minuuttia, minkä saavuttamiseen menee noin kaksi minuuttia. Geelin leviämistä suun ja nielun limakalvoille tulee välttää. (Fimea 2014c.)

3.4 Fluori ja fluoridiyhdisteet

Fluori on tärkein kariesprofylaktinen aine. Fluoridiyhdisteet suojaavat hampaistoa reikiintymiseltä. Fluori reagoi hampaan pinnalla niin, että se muodostaa kariestolta suojaavan kerroksen hampaan pinnalle. Fluori muuttaa kehittyvän hampaan hydroksiidipatiittikiteitä, joiden liukeneminen matalassa pH:ssa on vaikeampaa. Tällöin fluorin vaikutus on sekä systemaattinen, että paikallinen, koska hampaan pinnan fluoroapatiittipitoisuus on kohonnut. Fluoridiyhdisteiden on myös todettu vähentävän happohyökkäyksien tehoa. Fluori vahvistaa mineraalien saostumista ja sen remineralisoitumista kiilteeseen. Tätä fluorin vaikutusmekanismia pidetään kaikista tärkeimpänä vaikutusmekanismina. Fluoridien vaikutukset ovat pääsääntöisesti paikallisia ja niiden terapeuttinen leveys on kapea. Fluorin kariesprofylaktisen pitoisuuden ja yliannostuksen rajat ovat lähellä toisiinsa varsinkin hampaiden kehitysvaiheessa. Fluori on tehokkaimmillaan haponmuodostuksen aikana ja heti sen jälkeen. Fluorilla on kyky vähentää suubak-

teerien aineenvaihduntaa ja se kykenee myös hillitsemään niiden metaboliaa ja niiden pitoisuuksia. Vastaanottokäytössä fluoria sisältävien aineiden yhteiskäyttöä on aina seurattava, jotta fluorin määrä on hoidon tavoitteisiin nähden optimaalinen. (Savolainen 2014. Seppä 2014. Tenovuo 2014.)

3.4.1 Natriumfluoridi-valmisteet

Suomessa myyntiluvallisia natriumfluoridi-valmisteita ovat Duraphat 22.6mg/ml -dentaalisuspensio (ATC-koodi: A01AA01), Duraphat 5mg/ml -hammastahna (ATC-koodi: A01AA01), sekä Fludent 0,25mg - ja Xerodent-imeskelytabletit. Pro auctore -resepti vaaditaan Duraphat-tuotteisiin, jotka soveltuvat pääasiassa hammashuollossa suoritettaviin hoitotoimenpiteisiin. Tässä tekstiosiossa keskitytään vain niihin valmisteisiin, joiden hankkiminen vaatii pro auctore -reseptin. (Fimea 2014d.)

Duraphat-tuotteita käytetään kariesprofylaktisien syiden tai hampaiden vihlomisen estämiseksi. Duraphat 22.6mg/ml -dentaalisuspensiossa ja Duraphat 5mg/ml -hammastahnassa vaikuttavana aineena toimii natriumfluoridi. Lakkakerros oikein aplikoituna pysyy hampaan pinnalla pitkään, jolloin fluoridi imeytyy kiilteeseen ja hammasluuhun. Duraphat-tuotteiden kariesta ehkäisevä vaikutus perustuu fluoridien vaikutukseen. Paikallisesti levitettynä Duraphat-tuotteet vähentävät demineralisaatiota, edistävät remineralisaatiota ja vähentävät hammasluun arkuutta. (Fimea 2014e.)

Duraphat 22.6mg/ml -dentaalisuspensio kestää hyvin vettä ja tarttuu kostean hampaan pintaan muodostaen vahvan lakkakerroksen hampaalle, joka säilyy hampaalla usean tunnin ajan. Dentaalisuspensio on helposti poistettavissa harjaamisella. Dentaalisuspensiota pidetään myös hyödyllisenä potilaille, joilla on paljon hammasluun kulumia. Näihin ryhmiin kuuluvat potilaat, jotka käyttävät toistuvasti happamia juomia, ja ruokatorven refluksista kärsivät potilaat. Duraphat 22.6mg/ml -dentaalisuspensiota myydään 10 millilitran putkena ja sylinteriampulleina (5x1,6ml). Duraphat 5mg/ml -hammastahnaa myydään 51 gramman putkilona. (Fimea 2014e.)

3.4.2 Olaf luuri-valmiste

Elmex®-dentaaligeeli on myyntiluvallinen fluorivalmiste Suomessa, joka käyttää vaikuttavana aineenaan olaf luuria 33,32 mg/g. Elmex®-dentaaligeeli sisältää myös natriumfluoridia 22,1 mg/g. Fluoridi-ionien kokonaismäärä geelissä on 12,5mg/g. Elmex®-dentaaligeeliä käytetään kariespreventiivisenä valmisteena vastaanotoilla ja kotikäytössä hammaslääkärin määräyksestä. Elmex®-dentaaligeeliä eivät saa käyttää alle 6-vuotiaat lapset. Lisäksi yliherkkyys dentaaligeelin fluoridiyhdisteille tai apuaineille estää Elmex®-dentaaligeelin käytön. Ammattimaisessa käytössä Elmex®-dentaaligeeliä käytetään myös hampaiden arkuuden vähentämiseen. Annostelu tapahtuu vastaanotolla erillisellä annostelulaitteella, esimerkiksi annostelulusikalla. Geelin annetaan vaikuttaa hampaistossa 2–4 minuuttia, mutta vaikutusaika ei saa ylittää viittä minuuttia. Käytön jälkeen suu huuhdellaan. Dentaaligeeliä voidaan käyttää ammattikäytössä noin kahdesti vuodessa muun hammashoidon yhteydessä, jolloin kerta-annoksen ei tulisi ylittää kahdeksan gramman maksimimäärää. Tällöin hampaistoon aplikoidaan noin 100 milligrammaa fluoridia. Kotikäyttöön Elmex®-dentaaligeeli soveltuu lyhytaikaisesti ja sitä käytetään kerran viikossa noin yhden senttimetrin pituinen viiva. Tällöin fluoridia annoksessa on noin 6,25 milligrammaa. Elmex®-dentaaligeelin hankkiminen vastaanotolle vaatii pro auctore -reseptin käyttöä. (Fimea 2014f.)

4 OPINNÄYTETYÖN TAVOITE, TARKOITUS JA TUTKIMUSONGELMAT

Opinnäytetyön tarkoituksena oli saada tietoa suuhygienistin rajatun lääkkeenmääräämisoikeuden nykytilasta. Lisäksi oli tarkoituksena saada selville lääkkeenmääräämisoikeuden kehittämiskohteita.

Opinnäytetyön tavoitteena oli suuhygienistin rajatun lääkkeenmääräämisoikeuden kehittäminen.

Tutkimusongelmia:

1. Millainen on suuhygienistin rajatun lääkkeenmääräämisoikeuden tilanne Suomessa?
2. Minkälaisia ovat suuhygienistin rajatun lääkkeenmääräämisoikeuden kehittämistarpeet?

Tutkimusongelmaan 1. vastattiin kysymyslomakkeen kysymyksillä 8.–20. Tutkimusongelmaan 2. vastattiin kyselyn kysymyksillä 21.–33.

5 TUTKIMUSMENETELMÄ, TOTEUTUS JA AINEISTON ANALYYSINTI

Kvantitatiivisen eli määrällisen tutkimuksen kautta saadaan yleinen kuva tutkitavan kohteen ominaisuuksien välisistä eroista sekä niiden suhteista, jotka pyritään kuvailemaan numeraalisilla ja tilastollisilla menetelmillä. Kvantitatiivisella tutkimuksella on tarkoitus kartoittaa, ennustaa, selittää, kuvailla tai vertailla mitattavaa kohdetta. Yleinen aineiston keräämistapa on kyselylomake. (Vilka 2007.)

Kvantitatiivisen kyselylomakkeen käyttö on perusteltua silloin, kun tutkimuksen kohde eli perusjoukko on suuri ja hajallaan. Kyselylomakkeen etuja ovat vastaajien anonymiteetti sekä tutkimustulosten nopea saanti. Riskeinä voidaan pitää alhaista vastausmäärää sekä mahdollisesta uusintakyselystä aiheutuvaa lisäkustannusta ja vaikutusta tutkimuksen aikatauluun. (Vilka 2005.)

Standardoidulla kyselylomakkeella tutkimusaineistoa kerätään etukäteen jäsennellyillä ja identtisillä lomakkeilla. Valmiiden vastausvaihtoehtojen seurauksena tutkimuksesta saatu informaatio on yhdenmukaista, kysymykset ovat vertailukelpoisia keskenään ja vastaajan työmäärää on kevennetty. (Holopainen & Pulkkinen 2008.)

Kyselylomake on testattava ennen varsinaista tutkimuksen suorittamista. Testaaminen tulee suorittaa perusjoukkoa vastaavalla ryhmällä. Arvioinnin tulisi keskittyä kyselylomakkeen toimivuuteen, yksiselitteisyyteen, selkeyteen ja vastaamisen käytettävän ajan kohtuullisuuteen sekä tutkimusongelman kannalta oleellisiin kysymyksiin. (Vilka 2005.)

Opinnäytetyössä käytettiin kvantitatiivista tutkimusmenetelmää. Kyselytutkimus suoritettiin käyttämällä standardoitua eli vakioitua sähköistä kyselylomaketta, johon vastaaminen tapahtui sähköpostitse ja anonyymisti. Opinnäytetyön kyselylomake rakennettiin vastaamaan tutkimusongelmiin, jotka muodostettiin teoreettisen viitekehyksen kautta. Kyselylomake oli kohderyhmään soveltuva, sillä vastaajaryhmä oli suuri ja levittäytynyt valtakunnallisesti.

Kyselylomake (liite 2) rakentui siten, että kysymykset 1–7 käsittelivät vastaajien taustatietoja. Kysymyksellä 8 selvitettiin vastaajien työssään käyttämien lääkkeiden käyttötiheyttä. Kysymys oli taulukkomuodossa, johon vastaukset annettiin Osgoodin asteikon mukaisesti yhden ja viiden välillä. Asteikon ääripäihin oli sijoitettu vastakkaiset adjektiivit ”en koskaan” ja ”joka päivä.” (Vilkkä 2007.)

Kysymykset 9–20 olivat väittämiä, joilla kartoitettiin vastaajien nykyistä tietämystä rajatusta lääkkeenmääräämisestä sekä lääkkeenmääräämisoikeuden nykytilaa Suomessa. Kysymykset esitettiin väittäminä. Jokaiseen väittämään on oikea vastaus. Vastaajat vastasivat väittämiin ”kyllä”, ”ei” tai ”en osaa sanoa.”

Kyselylomakkeen kohdat 21–33 olivat lääkkeenmääräämisoikeuden kehittämis-kohteita kartoitettavia kysymyksiä, joihin vastattiin ”kyllä”, ”ei” tai ”en osaa sanoa.” Kysymysten aiheina olivat mm. taloudelliset, hoitotulokselliset sekä ammattiryhmien välisen työnjaon näkökulmat.

5.1 Tutkimuksen toteutus

Tutkimuksen aiheena tässä opinnäytetyössä oli suuhygienistin rajatun lääkkeenmääräämisoikeuden kehittäminen. Kyselytutkimuksen kohteena olivat Suomen Suuhygienistiliiton SSHL ry:n jäsenet, jotka olivat antaneet suostumuksensa vastaanottaa sähköpostia ammattiliitolta.

Kyselyn esitestaus suoritettiin huhtikuussa 2015 Turun ammattikorkeakoulun suuhygienistiopiskelijoiden NSUUNS13-ryhmällä sekä suun terveydenhuollon koulutusohjelman opettajilla. Saadun palautteen sekä ohjauksen jälkeen lopullinen kyselylomake tehtiin Webropol-ohjelmalla.

Kyselylomakkeen linkki lähetettiin saatekirjeineen sähköpostitse Suomen Suuhygienistiliitolle. Kyselylomake (liite 2) lähetettiin 20.5.2015 Suuhygienistiliiton kautta valtakunnallisesti 751:lle henkilölle. Kyselyaika alkoi samana päivänä ja vastausaikaa oli yksi (1) viikko. Vastausaika päättyi 27.5.2015. Kysely mukana lähetettiin saatekirje (liite 3), jossa vastaanottajille kuvattiin tutkimuksen aihe, tarkoitus, tavoite sekä vastausohjeet.

5.2 Tutkimusaineiston analysointi

Kyselyn vastaanotti 751 henkilöä, joista viimeiseen vastauspäivään mennessä 154 oli vastannut kyselyyn. Näin ollen toteutunut otos oli 154. Vastausprosentti oli 20,5 %. Kyselyn uudelleenlähettämisessä ei nähty hyötyä vastausprosentin kannalta. Kyselyllä saatu aineisto analysoitiin elo-syyskuun 2015 aikana ja kirjoitettiin tutkimusraportiksi.

Saadut tutkimustulokset kirjoitettiin Word-dokumentiksi. Aineiston analyysivälineenä käytettiin myös Webropol - ohjelman omaa vastausten analysointi ohjelmaa. Vastaajien perustiedoista sekä työssä käytettävistä lääkkeistä laadittiin havaintotaulukot. Taulukko 1 koostuu vastaajien työvuosien määrästä suhteessa heidän viikkotyötunteihinsa ja taulukossa 2 käsiteltiin vastaajien työvuosien suhdetta heidän työsektoriinsa.

Taulukkoon 3 kerättiin kyselylomakkeessa esitetyt lääkeaineet sekä niiden käyttöiheys. Taulukosta ilmenee jokaisen lääkeaineen kohdalla vastaajien kokonaislukumäärä sekä vastauksien jakautuminen Osgoodin asteikon periaatteen mukaan yhden ja viiden välille. Asteikon vastausmäärät on esitetty sekä lukumäärinä että prosentteina. Viimeisestä sarakkeesta ilmenee kunkin lääkkeen saama keskiarvo käyttöiheydensä mukaan.

6 OPINNÄYTETYÖN TULOKSET

6.1 Tutkimusjoukon kuvaus

Kysely suoritettiin Suomen Suuhygienistiliiton jäsenistölle, niille henkilöille, jotka ovat antaneet markkinointiluvan Suuhygienistiliitolle. Taustatiedoissa kysyttiin vastaajien sukupuoli, työvuosien määrä, viikkotuntimäärä, työsektori sekä työssä käytettäviä lääkeaineita ja oikeus määrätä lääkkeitä vastaanottokäyttöön. Kysely lähetettiin 751 henkilölle ja kyselyyn vastasi 154 eli n=154. Vastaamisprosentti oli näin ollen 20,5 %.

Taulukko 1. Työvuosien määrä, suhteessa viikkotyötuntien määrään.

	Alle 5 vuotta (N=74)	5-10 vuotta (N=24)	10-15 vuotta (N=17)	yli 15 vuotta (N=39)
Alle 15h	13 (8,4%)	0 (0%)	1 (0,7%)	1 (0,7%)
Yli 15h	14 (9,1%)	7 (4,6%)	3 (2,0%)	11 (7,1%)
38,5h tai enemmän	47(30,5%)	17 (11,0%)	13 (8,4%)	27 (17,5%)

Taulukossa yksi tarkastellaan työvuosien määrää verrattuna viikkotyötunteihin. Suurin määrä vastaajista tekee viikossa 38,5h tai enemmän töitä. Lisäksi eniten kysymykseen vastanneilla on alle 5 vuotta työkokemusta. Toiseksi suurin vastaajaryhmä oli yli 15 vuotta työtä tehneet suuhygienistit, jotka tekevät 38,5h tai enemmän töitä. Kyselytutkimukseen vastanneista naisia oli 97 % ja miehiä 3 %

Taulukko 2. Työvuosien määrä, suhteessa työsektoriin.

	Alle 5 vuotta (N=74)	5-10 vuotta (N=24)	10-15 vuotta (N=17)	yli 15 vuotta (N=39)
Julkinen	39	21	9	29
Yksityinen	33	2	7	9
Yksityisyrittäjä	1	1	1	2
Muut työt	7	0	1	1

Vastanneista suurin osa työskentelee julkisella sektorilla, riippumatta työkokemuksen määrästä. Taulukossa 2. huomioitavaa on, että vastaajat saivat valita useita vaihtoehtoja, jolloin sama henkilö on voinut vastata esimerkiksi työskentelevänsä julkisella sekä yksityisellä sektorilla.

Kliinistä suuhygienistin työtä tekee 140 (91 %). Vastaajista 136 (88 %) ei ole suuhygienistin rajattua lääkkeenmääräämisoikeutta ja 18 (12 %) on rajattu lääkkeenmääräämisoikeus.

Kuva 1. ja Kuva 2. Kliinistä työtä tekevien osuus ja lääkkeenmääräämisoikeudelliset.

Vastaajista 118 (77 %) ei koe saaneensa tarpeeksi tietoa suuhygienistin rajatusta lääkkeenmääräämisoikeudesta.

Kuva 3. Onko vastaaja saanut mielestään tarpeeksi tietoa suuhygienistien rajatusta lääkkeenmääräämisoikeudesta?

Taulukko 3. Vastaajien työssä käytettävistä lääkkeistä kertova taulukko.

Lääkeaine	En koskaan (1)	1-2 krt kuukausi (2)	Yhden kerran viikossa (3)	Useamman kerran viikossa (4)	Joka päivä (5)	Yhteensä	Keskiarvo
Olafluuri (esim. Elmex-dentaaligeeli)	108	27	4	6	5	150	1,49
	72%	18%	2,67%	4%	3,33%		
Natriumfluoridi (esim. Duraphat-tuotteet)	6	10	14	46	78	154	4,17
	3,9%	6,49%	9,09%	29,87%	50,65%		
Lidokaiini (Xylocain 1% -sumuteliuos)	92	34	8	13	4	151	1,7
	60,93%	22,52%	5,3%	8,61%	2,65%		
Prilokaiini (Oraqix-ientaskugeeli)	28	52	31	33	8	152	2,61
	18,42%	34,21%	20,39%	21,71%	5,26%		

Olafluurin käytöstä 108 (72 %) vastasi en koskaan. Vastaajista 27 (18 %) vastasi 1–2 kertaa kuukaudessa ja 4 (3 %) vastasi yhden kerran viikossa. Useamman kerran viikossa vastasi 6 (4 %) ja jokainen työpäivä 5 (3 %). Natrium-

fluoridin käytöstä 6 (4 %) vastasi en koskaan ja 10 (6 %) 1–2 kertaa kuukaudessa. Vastaajista 14 (9 %) vastasi yhden kerran viikossa ja useamman kerran viikossa vastasi 46 (30%). Jokainen työpäivä vastasi 78 (51 %) Lidokaiinin käytöstä työssään 92 (61 %) vastasi en koskaan. 34 (23 %) vastasi 1–2 kertaa kuukaudessa ja 8 (5 %) yhden kerran viikossa. Useamman kerran viikossa vastasi 13 (9 %) ja jokainen työpäivä 4 (3 %). Prilokaiinin käytöstä 28 (18 %) vastasi en koskaan ja 52 (34 %) 1–2 kertaa kuukaudessa. Vastanneista 31 (20 %) kertoi käyttävänsä prilokaiinia yhden kerran viikossa ja 33 (22 %) useamman kerran viikossa. Vastaajista 8 (5 %) kertoi käyttävänsä prilokaiinia jokaisena työpäivänä.

Keskiarvovastaaja kyselytutkimuksessa on alle viisi vuotta työskennellyt nainen, joka työskentelee julkisella sektorilla 38,5h tai enemmän. Hän tekee kliinistä suuhygienistin työtä eikä omista rajoitettua lääkkeenmääräämisoikeutta. Hän haluaisi saada lisää tietoa rajatusta lääkkeenmääräämisoikeudesta.

6.2 Suuhygienistin rajatun lääkkeenmääräämisoikeuden tilanne Suomessa

Kyselyssä esitettiin suuhygienisteille väittämiä, joihin on oikea vastaus. Tällä mitattiin suomalaisten suuhygienistien tietämystä lääkkeenmääräämisoikeudesta. Jokaiseen kysymykseen vastaajien määrä on 154, joten $n=154$. Kuvioiden otsikkona on niitä kuvaava väittämä sellaisena kuin se on esitetty. Osa väittämistä voi kuvata myös suuhygienistin mielipidettä. Näille väittämille ei ole selvää oikeaa vastausta.

Itsenäisenä ammatinharjoittajana toimiva suuhygienisti saa määrätä lääkkeitään omaan toimintaansa 44,2 % mielestä. 42,2 % mielestä suuhygienisti ei saa määrätä lääkkeitä omaan toimintaansa. 13,6 % ei osannut sanoa. Väittämän oikea vastaus on kyllä.

Kuva 4. Itsenäisenä ammatinharjoittajana toimivat suuhygienistit saavat määrätä lääkkeitä omaan vastaanottoonsa toimintaan.

Itsenäisenä ammatinharjoittajana toimiva suuhygienisti saa määrätä lääkkeitä asiakkaalleen 41,6 % mielestä. 40,9 % mielestä ei saa määrätä lääkkeitä asiakkaalle. 17,5 % ei osannut sanoa. Väittämän oikea vastaus on ei.

Kuva 5. Itsenäisenä ammatinharjoittajana toimivat suuhygienistit saavat määrätä lääkkeitä omaan vastaanottoonsa toimintaan.

Vastaajista 2,6 % mielestä sairaanhoitajien ja suuhygienistien lääkkeenmääräämisoikeudet ovat samanlaiset. Lääkkeenmääräämisoikeudessa on eroja 71,4 % mielestä ja 26 % ei osannut sanoa. Oikea vastaus väittämään on ei.

Kuva 6. Sairaanhoitajien ja suuhygienistien lääkkeenmääräämisoikeudet ovat samanlaiset.

Sairaanhoitajien ja suuhygienistin määräämisoikeuden piirissä olevat lääkkeet ovat samat 4,6 % mukaan. Lääkkeet ovat erilaisia 75,7 % mielestä. 22,7 % ei osaa sanoa. Väittämän oikea vastaus on ei.

Kuva 7. Sairaanhoitajien ja suuhygienistien määräämisoikeuden piirissä olevat lääkkeet ovat samat.

Ikäihmisten hoidossa tarvitaan harvoin pintapuudutteita 24 % mukaan. Pinta-
puudutteita ei tarvita 68,2 % mukaan. 7,8 % ei osannut sanoa mielipidettään.
Oikea vastaus kysymykseen on ei.

Kuva 8. Ikäihmisten hoidossa tarvitaan vain harvoin pintapuudutteita.

Ikäihmisten hoidossa tarvitaan vahvistettuja fluorituotteita harvoin vain 6,5 %
mukaan. 83,1 % mukaan näitä tarvitaan usein. 10,4 % ei osannut sanoa mieli-
pidettä. Oikea vastaus kysymyksen on ei.

Kuva 9. Ikäihmisten hoidossa tarvitaan vain harvoin vahvistettuja fluorituotteita.

Asiakkaiden kanssa tarvitaan harvoin vahvistettuja fluorituotteita kotihoidossa 24,7 % mielestä. Vastaajien mielestä vahvistettuja fluorituotteita tarvitaan useammin kuin harvoin 70,1 % ja 5,2 % vastaajista ei osannut sanoa mielipidettään.

Kuva 10. Vahvistetut fluorituotteet ja kotihoidontottumukset.

Työyhteisössä pidetään suuhygienistin lääkkeenmääräämisoikeutta tärkeänä 15 % mielestä. Vastaajista 39,6 % oli sitä mieltä, ettei suuhygienistin rajattua lääkkeenmääräämisoikeutta pidetä tärkeänä. 45,4 % ei osannut sanoa mitä työyhteisö ajattelee.

Kuva 11. Työyhteisö ja lääkkeenmääräämisoikeus.

Suuhygienistin koulutus ei anna tarvittavia valmiuksia laajentaa omaa lääkehoidon asiantuntijuutta 50,7 % mielestä. Vastaajista 24,7 % tuntee omistavansa tarvittavat valmiuden asiantuntijuuden laajenemiseen. Vastaajista 24,7 % ei osannut sanoa.

Kuva 12. Valmiudet laajentaa lääkehoidon asiantuntijuutta.

Suuhygienistin lääkkeenmääräämisoikeudet ovat laajemmat Ruotsissa 43,5 % mielestä. Vastaajista taas 3,3 % uskoo sen olevan laajempi Suomessa. Vastaajista 53,3 % ei osannut sanoa kummassa maassa lääkkeenmääräämisoikeus on laajempi. Väittämä on oikein.

Kuva 13. Lääkkeenmääräämisoikeus Ruotsissa verrattuna Suomeen.

Asiakaskunta ei tiedä suuhygienistin lääkkeenmääräämisoikeudesta 77,9 % mielestä. 2,0 % mielestä asiakaskunta tietää lääkkeenmääräämisoikeudesta. Vastaajista 20,1 % ei osannut sanoa, mitä asiakaskunta tietää.

Kuva 14. Asiakaskunnan tietämys lääkkeenmääräämisestä.

Lääkkeenmääräämiseen vaaditaan erillinen opintokokonaisuus 82,5 % mielestä. 3,3 % mielestä ei tarvita. 14,2 % ei tiedä, tarvitaanko rajattuun lääkkeenmääräämisoikeuteen erillistä opintokokonaisuutta. Oikea vastaus on kyllä.

Kuva 15. Lääkkeenmääräämisoikeuteen vaaditaan erillinen opintokokonaisuus.

6.3 Suuhygienistin rajatun lääkkeenmääräämisoikeuden kehittämistarpeet.

Seuraavat kysymykset ovat mielipidekysymyksiä. Ne mittaavat suuhygienistien omia ajatuksia työn nykykuvasta ja erityisesti lääkkeenmääräämisen näkökulmasta. Kuvioiden otsakkeena on kysymys sellaisenaan kun se on esitetty. Mielipide kysymykseen vastasi 154 ihmistä, joten $n = 154$.

Lääkkeenmääräämisoikeuden laajeneminen edistäisi mahdollisuuksia edistää tehokkaampaa terveydenhoitoa potilaille 69 % mielestä. 18 % sanoi, ettei laajeneminen edistäisi potilastyötä. 13 % ei osannut sanoa mielipidettään.

Kuva 16. Lääkehoito ja työn tehokkuus.

79,9 % kohtaa työssään tilanteita, joissa suun terveyden edistäminen toteutuisi tehokkaammin, mikäli suuhygienisti saisi määrätä potilaalle lääkeainetta omahoidon tueksi. 14,3 % vastanneiden mielestä tilanteita ei tapahdu ja 5,8 % ei osannut sanoa.

Kuva 17. Lääkkeiden määrääminen omahoidon tueksi.

Suuhygienistin tulisi saada määrätä lääkkeitä potilaille 81,2 % mielestä, 7,8 % vastanneista ei määräisi potilaille lääkkeitä. 11 % ei osannut sanoa.

Kuva 18. Lääkkeenmääräminen potilaille.

76 % vastaajista koki, että suuhygienistin lääkkevalikoiman laajeneminen edistäisi potilaiden hoitotuloksia. 10,3 % mielestä näin ei ole ja 13,7 % ei osannut sanoa mielipidettään.

Kuva 19. Lääkkevalikoiman laajeneminen suhteessa hoitotuloksiin.

Lääkkeenmääräämisoikeuden laajeneminen toisi taloudellista säästöä vastaajatoille 35,1 % mielestä, 20,1 % ei. 44,8 % ei osannut sanoa.

Kuva 20. Taloudellinen säästö ja lääkkeenmääräämisoikeus.

Suuhygienistin lääkkeenmääräämisoikeuden laajeneminen tukisi ehkäisevän suun terveydenhoitotyön toteuttamista 83,8 % mielestä. Vastaajista 4,6 % oli sitä mieltä, ettei oikeuksien laajenemisella ole merkitystä. 11,7 % ei osannut sanoa.

Kuva 21. Lääkemääräämisen laajeneminen suhteessa ehkäisevään työhön.

Suuhygienistin lääkkeenmääräämisoikeuden laajeneminen tukisi kuntouttavan suun terveydenhoitotyön toteutumista 76,6 % mielestä. 3,9 % mielestä ei tukisi ja 19,5 % ei osannut sanoa.

Kuva 22. Lääkemääräämisen laajeneminen suhteessa kuntouttavaan työhön.

Rajattu lääkkeenmääräämisoikeus kehittäisi eri ammattiryhmien välistä työnjakoa 61,2 % mielestä. 13 % mielestä ei asialla ole vaikutusta ja 25,3% ei osannut sanoa.

Kuva 23. Lääkkeenmääräämisoikeus ja työnjakaminen työyhteisössä.

32,5 % koki, että lääkkeenmääräämisoikeuden laajeneminen lisäisi kiinnostusta toimia yksityisenä ammatinharjoittajana. 50,7 % ei ryhtyisi siltikään yksityiseksi ammatinharjoittajaksi. 16,7 % ei osannut sanoa.

Kuva 24. Lisääkö kiinnostusta yksityiseen ammatinharjoittamiseen.

Lääkkeenmääräämisoikeuden laajeneminen edistäisi hoitotyön laadukkuutta 72,1 % mielestä. 11,7 % mielestä laatu ei paranisi. 16,9 % ei osaa sanoa mieli-
pidettään.

Kuva 25. Lääkkeenmääräämisen laajeneminen ja hoitotyön laadukkuus.

Hoitotyön terveydellinen laadukkuus paransi 70,8 % mukaan mikäli lääkehoitoa laajennettaisiin. 9,7 % sanoo, ettei sillä ole vaikutusta. 19,5 % ei osaa sanoa mielipidettään.

Kuva 26. Lääkkeenmääräämisen laajeneminen ja terveydellinen vaikuttaminen.

Rajatun lääkkeenmääräämisoikeuden laajeneminen toisi lisävastuuta suuhygienisteille 92,2 % mielestä. 3,3 % ei näe, että laajeneminen toisi lisävastuuta suuhygienisteille. 4,6 % ei osannut sanoa mielipidettään.

Kuva 27. Lääkemääräämisoikeuden laajeneminen ja lisävastuu.

Lääkkeenmääräämisoikeuden laajeneminen ei vaarantaisi potilasturvallisuutta 54 % mielestä. 16,9 % vastanneista oli sitä miltä, että potilasturvallisuus vaarantuisi ja 29,1 % ei osannut sanoa.

Kuva 28. Potilasturvallisuuden vaarantuminen ja lääkkeenmääräämisoikeuden laajeneminen.

7 TULOSTEN TARKASTELU

Opinnäytetyön tutkimusongelmat käsittelivät aiheita ”Millainen on suuhygienistin lääkkeenmääräämisoikeuden nykytila Suomessa?” ja ”Minkälaisia ovat suuhygienistin rajatun lääkkeenmääräämisoikeuden kehittämistarpeet?” Tutkimusryhmä ei löytänyt vastaavan kaltaisia kotimaisia kyselytutkimuksia opinnäytetyössä käytetyistä tietokannoista. Vastaavia kansainvälisiä tutkimuksia ei haettu opinnäytetyöhön, koska opinnäytetyössä keskityttiin Suomen nykytilanteeseen. Aiheeseen liittyviä suomenkielisiä lähteitä ei aiheen tuoreuden takia ole vielä riittävästi, jotta niistä saataisiin tarvittavaa vertailupohjaa kyselytutkimukselle. Opinnäytetyöstä saadulla tutkimusaineistolla vastattiin viitekehyksessä esitettyihin tutkimusongelmiin.

7.1 Suuhygienistin rajatun lääkkeenmääräämisoikeuden nykytilanne

Kyselytutkimuksen tuloksissa on huomattavissa tietojen puutteita vastanneissa suuhygienisteissä, kun tarkastellaan rajattua lääkkeenmääräämisoikeutta. Tuloksia katsottaessa jopa 42,2 % ei tiennyt, että itsenäisenä ammatinharjoittajana toimiva suuhygienisti saa määrätä lääkkeenmääräämisoikeuden piiriin kuuluvia lääkkeitä oman vastaanottonsa toimintaa pro-auctore reseptillä ja 13,6 % ei osannut vastata kysymykseen lainkaan. Vastanneiden mukaan itsenäisenä ammatinharjoittajan toimiva suuhygienisti saa määrätä myös lääkkeitä potilaille, joka ei ole nykyisen lainsäädännön mukaan sallittua. Kysymyksen oikean vastauksen tiesi vain 41 % kyselyyn vastanneista. Selvästi yli puolet (73 %) vastanneista kuitenkin tiesi että sairaanhoitajien ja suuhygienistien lääkkeenmääräämisoikeudet eroavat ja niiden piiriin kuuluvat erilaisia lääkeaineita. Kyselyyn vastanneiden mukaan myös oma koulutus ei vastaa vielä sitä tasoa, jolla suuhygienistien ammattikunta voisi omaksua paremmin lääkehoidon asiantuntijan roolia. Kyselyyn vastanneet tiesivät että lääkkeenmääräämisoikeuden saamiseksi on suoritettava erillinen opintokokonaisuus.

Vastanneiden mukaan on tärkeää, että lääkkeenmääräämisoikeutta kehitetään jatkossa, sillä lääkkeitä tarvitaan useasti niin iäkkäillä kuin aikuisilla potilailla. Varsinkin fluorituotteiden merkitys oli selvästi näkyvillä. Tämä ilmeni, kun 83 % mielestä vahvistettuja fluorituotteita tarvitaan usein klinisessä työssä. Asiakkaan omaa hoitoa tukevia rajatun lääkkeenmääräämisoikeuden fluorituotteita tarvitaan 70 % mielestä.

Työyhteisötietoisuus oli kyselyn tulosten mukaan riittämätöntä. Vain 15 %:a vastanneista sanoi, että työyhteisössä pidetään tärkeänä suuhygienistin lääkkeenmääräämisoikeutta ja 45 % ei osannut sanoa kantaansa ollenkaan, mikä on työyhteisön mielipide asiasta. Samankaltaiset tulokset saatiin myös asiakaskunnan tietoisuudesta suuhygienistin rajatusta lääkkeenmääräämisoikeudesta, jossa 78 % prosenttien mukaan asiakaskunta ei tiennyt lääkkeenmääräämisoikeuden olemassaolosta.

7.2 Suuhygienistin rajatun lääkkeenmääräämisoikeuden kehittämistarpeet ja laajenemisen vaikutukset

Kyselyyn vastanneista suurin osa (81 %) oli sitä mieltä, että suuhygienistillä tulisi olla oikeus määrätä lääkkeitä myös potilaille. Samalla tämä lääkkeenmääräämisoikeuden laajeneminen toisi lisävastuuta suuhygienisteille peräti 92 % mielestä. Kehittämistarpeiden osion vastauksien mukaan, jokainen klinisen työn osa-alue joko tehostuisi tai kehittyisi rajatun lääkkeenmääräämisoikeuden laajenemisen vuoksi. 70 % tai yli vastaajista oli sitä mieltä, että rajatun lääkkeenmääräämisoikeuden kehittäminen tai laajeneminen tehostaisi terveydenhuoltoa yleisesti, yksittäisen potilaan terveyden edistäminen paranisi ja hoitotyön tulokset paranisivat. Rajatun lääkkeenmääräämisoikeuden laajeneminen tukisi kuntouttavan ja ehkäisevän suun terveydenhoitotyön tuloksia.

Lääkkeenmääräämisoikeuden laajenemisessa tulisi ottaa tulevaisuudessa huomioon potilasturvallisuuteen liittyviä näkökulmia. Vastanneista yhteensä 46 % ei osannut sanoa tai pitivät mahdollisena, että potilasturvallisuus vaarantuu.

Kyselyyn vastanneet näkivät, että lääkkeenmääräämisoikeuden kehittäminen parantaisi suuhygienistien tekemää terveydellistä vaikuttamista. Taloudellisen säästön mahdollisia vaikutuksia ei osattu arvioida, sillä 45 % vastanneista ei osannut sanoa olisiko rajatun lääkkeenmääräämisoikeuden laajenemisella vaikutusta yksittäisten vastaanottojen taloudelliseen tilanteeseen.

Rajatun lääkkeenmääräämisoikeuden laajeneminen ei juurikaan lisännyt kyselyyn vastanneiden halukkuutta ryhtyä yksityiseksi ammatinharjoittajaksi, vain 32% vastanneista oli halukas ajattelemaan yksityisen ammatinharjoittamisen mahdollisuutta.

8 OPINNÄYTETYÖN EETTISYYS JA LUOTETTAVUUS

Tieteellisen tutkimuksen tekeminen perustuu tutkimuseetiikkaan eli hyvän tieteellisen käytännön noudattamiseen. Tutkimuseetiikka sitoo tutkimuksen tekijän noudattamaan yleisesti hyväksytyjä normeja suhteessa tutkittavaan kohteeseen, toimeksiantajiin, ammattialaan, työyhteisöön sekä väestöön. Normit koostuvat rehellisyydestä, huolellisuudesta, avoimuudesta ja tarkkuudesta. Muiden tutkijoiden työ otetaan huomioon ja viittaukset tehdään korrektilla tavalla. Hyvä tieteellinen käytäntö on osa tutkimusprosessin laadunhallintaa sekä lainsäädännön puitteissa tapahtuvaa itsesääätelyä tutkijoiden taholta. (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2014.)

Tutkimusta suorittaessa on varmistettava tiedonhankinnan menetelmien olevan eettisesti ja yleisesti hyväksytyjä. Yleisesti hyväksytyt tiedonhankintamenetelmät tarkoittavat käytännössä tieteellisen kirjallisuuden, kokeellisuuden, havainnoinnin sekä relevanttien tietolähteiden tarkoituksenmukaista käyttöä ja hallintaa. (Vilka 2007.)

Opinnäytetyössä käytetyt lähteet koostuivat kotimaisista ja ulkomaisista lähteistä. Lähdeviitteet on merkitty tekstiin asianmukaisesti ja käytetyt lähteet löytyvät liitteenä lähdeluettelosta. Teoreettisessa osuudessa tiedonhakuun käytettiin luotettavia tietokantoja, kuten Finlex, Theseus, PubMed ja Medic. Lähdemateriaalin etsinnässä käytetyistä hakusanoista ja tietokannoista muodostettiin tiedonhakutaulukko (liite 1).

Opinnäytetyön tutkimusaineisto kerättiin kyselylomakkeella, joka muodostettiin teoreettisen viitekehyksen pohjalta. Kyselylomake oli viitekehyksen mukainen, mutta kyselyllä saatu aineisto ei ollut suoraan verrattavissa viitekehykseen. Kyselylomakkeeseen vastaaminen tapahtui anonymisti ja perustui vastaajan vapaaehtoisuuteen. Kyselylomake oli standardoitu. Kyselylomakkeen liitteenä vastaanottajille lähetettiin informatiivinen saatekirje, jossa kerrottiin tutkimuksen aihe, tarkoitus, tavoite sekä vastausohjeet. Saatekirjeellä informoitiin myös, mi-

ten tutkittua tietoa tullaan käyttämään. Tutkittava materiaali käsiteltiin objektiivisesti ja julkaistiin sellaisenaan kuin ne tutkimuksesta ilmenivät.

Tutkimuksen validius eli pätevyys tarkoittaa tutkimuksen kykyä mitata sitä, mitä sen on tarkoitettu mitata. Tutkimuksen tulosta voidaan pitää validina, sen tulokset ovat yhdenmukaiset vallalla olevan teorian kanssa. Tulokset vastasivat opinnäytetyön tutkimusongelmiin. Kvantitatiivisessa tutkimuksessa vastaajien ja tutkimuksen tekijän eroavat näkemykset kysymysten tulkitsemisessä aiheuttavat tulosten vääristymistä ja siten heikentävät tutkimuksen pätevyyttä. (Vilka 2007.)

Tutkimuksen reliabiliteetilla eli luotettavuudella tarkoitetaan saatujen tulosten täsmällisyyttä eli mittaustulosten toistettavuutta. Käytännössä tällä tarkoitetaan saman mittaustuloksen saamista samalta tutkittavalta ryhmältä tai henkilöltä riippumatta tutkimuksen suorittajasta. Tieteellisen tutkimuksen validius ja reliabiliteetti muodostavat tutkimuksen mittarin kokonaisluotettavuuden. Kokonaisluotettavuuteen vaikuttavia tekijöitä ovat mm. kohderyhmään soveltuva otantamenetelmä, kysymyslomake on yksiselitteinen ja toimiva, otos edustaa perusjoukkoa ja kyselylomake on esitestattu. (Vilka 2005.)

Opinnäytetyön validiuteen vaikuttavia tekijöitä ovat kyselyyn vastanneiden mahdollisesti eriävät tulkinnat kysymysten tarkoitusperistä. Eriävät tulkinnat pyrittiin eliminoimaan kyselyn esitestauksella, joka suoritettiin Turun ammattikorkeakoulun NSUUNS13-ryhmällä sekä suun terveydenhuollon koulutusohjelman opettajilla. Testikysely lähetettiin 26 vastaajalle, joista 4 vastasi kyselyyn. Esitestauksesta saatujen palautteiden sekä kehittämissuositusten jälkeen kyselylomakkeen selkeyttä ja yksiselitteisyyttä parannettiin. Samankaltaisia tutkimuksia tutkijaryhmä ei löytänyt tulosten vertailemiseksi.

Saadut tutkimustulokset ovat toistettavissa, mikäli tutkimus suoritettaisiin uudelleen samalle joukolle eri tutkijan toimesta.

9 POHDINTA

Kyselytutkimuksen tulokset osoittavat suuhygienistin rajatun lääkkeenmääräämisoikeuden kehittämiseen liittyviä seikkoja. Kyselytutkimuksella voidaan osoittaa esimerkiksi suuhygienistien omakohtaisten kokemusten sekä aiheesta saadun informaation olevan vajavaisia. Selvä enemmistö vastaajista oli sitä mieltä, että lääkkeenmääräämisoikeuden laajentuminen edistäisi potilaan hoitotuloksia sekä omahoidon toteutumista kyselyn tulosten mukaan. Enemmistön mukaan suuhygienistin tulisi saada määrätä lääkkeitä myös potilaan käyttöön. Lääkkeenmääräämisoikeuden laajenemisen edistys askeleet olisivat suuria harppauksia suuhygienistien ammattikunnalle.

Opinnäytetyötä voidaan käyttää esimerkiksi ammattiliiton toimesta osana suunnittelumateriaalia lääkkeenmääräämisoikeuteen liittyvien koulutus- ja informaatiotapahtumien suunnittelussa. Tutkimus voi osoittautua käyttökelpoiseksi myös ammattikorkeakoulun opintokokonaisuuksien sekä opintojaksojen sisällön ja opetuksen suunnittelussa. Opinnäytetyön tutkimustuloksien sekä -materiaalin toivotaan herättävän keskustelua suun terveydenhoitoalan ammattipiireissä ja -julkaisuissa sekä erilaisissa lainsäädännön muutoksia työstävissä työryhmissä.

Tutkimusaiheen tuoreus vaikeutti tulosten analysointia sekä vertailemista vallitsevaan tilanteeseen tai teoriaan. Kaikki uusi tieto tutkimusaiheesta edistää ammattikunnan kehittymistä sekä avaa tietä jatkotutkimuksille ja -kysymyksille. Lääkkeenmääräämisoikeuden kehittämistä voidaan pitää yhtenä tulevaisuuden haasteista suuhygienistin ammattikunnan ja asiantuntijuuden kehittämisessä.

Jatkotutkimuksien kannalta olennaista voi olla selvittää spesifejä keinoja lääkkeenmääräämisoikeuden kehittämiseksi sekä lääkkeenmääräämisoikeuden tiedon laajentamiselle suuhygienistien ammattikunnan keskuudessa. Seuraava askel suuhygienistin lääkkeenmääräämisoikeuden kehityksessä voi olla oikeus määrätä lääkkeitä potilaalle kotikäyttöön sekä pro auctore -oikeuden käyttöoikeus myös julkisen terveydenhuollon toimijoilla. Jatkotutkimuksissa voidaan

verrata myös kansainvälisiä lääkkeenmääräämisen malleja Suomen nykyiseen käytäntöön.

Lisääntynyt vastuu ja hammaslääkäreiltä ohjautuvat työtehtävät lisäävät tarvetta ja edellytyksiä palkankorotuksille sekä tehtävänkuvan tarkastelulle. Oikeuksien ja lääkevalikoiman laajentuminen myös nostaisivat koulutukselliset asiakokonaisuudet esille ja kohdistaisi muutospainetta myös suun terveydenhoitoalan rakenteisiin, työnjakoon sekä henkilöstökustannuksiin.

LÄHTEET

Anderson JM. 2002. Use of local anesthetic by dental hygienist who completed a Minnesota CE course. *Journal of Dental Hygiene* 76(1) 33-48.

Asetus lääkkeen määräämisestä 2010/1088.

Boynes. SG, Zovko. J, Peskin. RM. 2010 Local anesthesia administration by dental hygienists. *Dent Clin North Am.* 2010 Oct;54(4):769-78.

Hallituksen esitys Eduskunnalle 22.1.2009/283.

Hausen, H; Pöllänen, M; Alaluusua, S; Anttonen, V; Jokela, J; Järvinen, M, Merne-Grafström, M; Pienihäkkinen, K. 2014. Karies (hallinta). Käypä hoito-suositus. Helsinki. Viitattu 23.11.2014

<http://www.terveysportti.fi/xmedia/hoi/hoi50078.pdf>.

Heinonen, T. 2006. Lääkkeet ja suu. Idies ky.

Hirsjärvi, S.; Remes, P. & Sajavaara, P. 2009. Tutki ja kirjoita. 15., uudistettu painos. Helsinki: Tammi.

Holopainen, M. & Pulkkinen, P. 2008. Tilastolliset menetelmät. Helsinki. WSOY Oppimateriaalit Oy.

Kankkunen, P. Vehviläinen-Julkunen, K. 2013. Tutkimus hoitotieteessä. WSOYpro Helsinki 3. uudistettu painos, 2013, 83-228.

Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä 22.6.1994/559.

Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä annetun lain muuttamisesta 21.5.2010/433.

Lääkealan turvallisuus- ja kehittämiskeskus Fimea. 2014. Citanest dental octapressin 30mg/ml + 0.54mikrog/ml inj, liuos- valmisteyhteenveto. Viitattu 23.11.2014.

Lääkealan turvallisuus- ja kehittämiskeskus Fimea. 2014e. Duraphat 22.6mg/ml- dentaalisuspensio- valmisteyhteenveto Viitattu 23.11.2014.

Lääkealan turvallisuus- ja kehittämiskeskus Fimea. 2014d. Duraphat 5mg/ml- hammastahna- valmisteyhteenveto Viitattu 23.11.2014.

Lääkealan turvallisuus- ja kehittämiskeskus Fimea. 2014b. Lidocain 40mg/ml- liuos valmisteyhteenveto. Viitattu 28.1.2015

Lääkealan turvallisuus- ja kehittämiskeskus Fimea. 2014f. Elmex®-dentaaligeeli valmisteyhteenvedo. Viitattu 23.11.2014.

Lääkealan turvallisuus- ja kehittämiskeskus Fimea. 2014c. Oraqix – geeli ientaskuun- valmisteyhteenvedo Viitattu 23.11.2014.

Lääkealan turvallisuus- ja kehittämiskeskus Fimea. 2014a. Xylocain® 1%- Sumuteliuos - valmisteyhteenvedo Viitattu 23.11.2014.

Läkelaki 10.4.1987/395.

Mäntyranta, T., Nenonen, M. & Koski, J. 2011. Terveyskeskukset pohtimaan hoitajareseptin käyttöönottoa. Lääkärilehti 49/2011. 78-81.

Neuvonen, P., Backman, J., Himberg, J.-J., Huupponen, R., Keränen, T. & Kivistö, K. 2011. Kliininen farmakologia ja lääkehoito. Helsinki. Kandidaattikustannus Oy.

Pöyry, M. 2009: Suuhygienistien itsenäinen toiminta laajenee. Suomen hammaslääkärilehti 7/2009 s.6. Sosiaali- ja terveysministeriö: 2006. Turvallinen lääkehoito. Valtakunnallinen opas lääkehoidon toteutumisesta sosiaali- ja terveydenhuollossa. Sosiaali- ja terveysministeriön opas 2005:32. Sosiaali- ja terveysministeriön asetus lääkkeen määräämisestä 2.12.2010/1088.

Savolainen, K. 2013. Fluori ja fluoridit. Teoksessa: Therapia Odontologica. Helsinki: Academica-Kustannus Oy.

Seppä, L. 2014 Paikallisfluorit. Teoksessa: Therapia Odontologica. Helsinki: Academica-Kustannus Oy.

Seppä, L. 2014 Fluorin turvallisuus. Teoksessa: Therapia Odontologica. Helsinki: Academica-Kustannus Oy.

Suomen suuhygienistiliitto SSHL ry. 2014. Ammattina suuhygienisti. Helsinki Viitattu 26.11.2014

<http://www.suuhygienistiliitto.fi/koulutus/ammattina-suuhygienisti/>

Tenovuo, J., 2014. Kariesprofylaksi. Teoksessa: Therapia Odontologica. Helsinki: Academica-Kustannus Oy.

Tutkimuseettinen neuvottelukunta. 2014. Hyvä tieteellinen käytäntö. Viitattu 25.9.2015. www.tenk.fi > HTK-ohje > Hyvä tieteellinen käytäntö

Valtioneuvoston asetus lääkkeen määräämisen edellyttämästä koulutuksesta 2010/1089.

Sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontavirasto Valvira. 2014. Optikon ja suuhygienistin oikeus määrätä lääkkeitä. Viitattu 25.11.2014

http://www.valvira.fi/luvat/ammattioikeudet/optikon_ ja_suuhygienistin_oikeus_maarata_laakkeita

Veräjäkörva, O., Huupponen, R., Huupponen, U., Kaukkila, H-S & Torniainen, K. 2010. Lääkehoito hoitotyössä. 1.-3. painos. Helsinki: WSOY.

Vilka, H. 2007. Tutki ja mittaa. Määrällisen tutkimuksen perusteet. Jyväskylä. Gummerus Kirjapaino Oy.

Vilka, H. 2005. Tutki ja kehitä. Keuruu. Otavan kirjapaino Oy.

Virtanen, I. Battsetseg, T. Wang, Nina. Widström, E. 2010 Nordic dental hygienists' willingness to perform new treatment measures: barriers and facilitators they encounter. Scandinavian Journal of Carin Science. 7 Sep 2010.

LIITTEET

Liite 1. Tiedonhaku-aulukko

TIETOKANTA	HAKUSANAT	TULOS	VALITTU
Finlex	Lääke	12	3
	Suuhygienisti	5	4
	Lääkemääräminen	5	2
	Pro auctore	1	1
Theseus	Lääkemääräminen	2	0
	Suuhygienisti ja lääkemääräminen	77	1
	Pro auctore	281	1
PubMed	Dental hygienist AND Prescription	20	0
	Dental hygienist and medicine	368	0
	Dental hygienist AND medicine AND training	208	0
	Dental hygienist anesthetic	41	1
Medic	Lääk* AND dental hygienist	246	0
	Puudutus AND dental hygienist	3	0
	anesthetic AND dental hygienist	0	0
Google Scholar	Suuhygienisti	441	0
	Suuhygienisti lääke	258	1
	Pro auctore	46300	1
	Suuhygienisti ammatinharjoittaja	57	1
	dental hygienist anesthetic	56	1

Liite 2. Kyselylomake



Suomen Suuhygienistiliitto SSSL ry
 Finlands Munhygienistförbund FMHF rf
 Finnish Association of Dental Hygienists FADH

Suuhygienistin rajatun lääkkeenmääräämisoikeuden kehittäminen.

Seuraavat kysymykset ovat työhösi liittyviä taustakysymyksiä.

1. Työvuosiennne määrä? *

- Alle 5 vuotta
- 5–10 vuotta
- 10–15 vuotta
- yli 15 vuotta

2. Sukupuoli? *

- Mies
- Nainen

3. Kuinka monta viikkotyötuntia teette? *

- Alle 15h
- Yli 15h
- 38,5h tai enemmän

4. Millä työsektorilla toimitte? *

- Julkinen
- Yksityinen
- Yksityisyrittäjä
- Muut työt

5. Teettekö kliinistä suuhygienistin työtä? *

- Kyllä
- Ei

6. Onko teillä suuhygienistin rajattua lääkkeenmääräämisoikeutta (Pro Auctore-oikeutta)? *

- Kyllä
- Ei

7. Oletteko saaneet tarpeeksi tietoa suuhygienistin rajatusta lääkkeenmääräämisoikeudesta? *

- Kyllä
- Ei

Seuraava -->

8. Kuinka usein käytätte työssänne seuraavia lääkeaineita sisältäviä tuotteita?

1=en koskaan 2= 1–2 kertaa kuukaudessa 3= yhden kerran viikossa 4= useamman kerran viikossa 5= jokainen työpäivä

	1	2	3	4	5
Olafuuri (esim. Elmex-dentaaligeeli)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
Natriumfluoridi (esim. Duraphat- tuotteet)	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Lidokaiini (Xylocain 1%-sumuteliuos)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
Prilokaiini (Oraqix- ientaskugeeli)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>

<< Edellinen

Seuraava -->

Seuraavat kysymykset ovat väittämiä suuhygienistin lääkkeenmääräämisoikeudesta. Vastaa niihin omien tietojesi perusteella.

9. Itsenäisenä ammatinharjoittajana toimivat suuhygienistit saavat määrätä lääkkeitä omaan vastaanottoonsa toimintaansa. *

- Kyllä
- Ei
- En osaa sanoa

10. Itsenäisenä ammatinharjoittajana toimivat suuhygienistit, joilla on lääkkeenmääräämisoikeus, saavat määrätä tiettyjä lääkkeitä myös asiakkaille. *

- Kyllä
- Ei
- En osaa sanoa.

11. Sairaanhoitajien ja suuhygienistien lääkkeenmääräämisoikeudet ovat samanlaiset. *

- Kyllä
- Ei
- En osaa sanoa

12. Sairaanhoitajien ja suuhygienistien määräämisoikeuden piirissä olevat lääkkeet ovat samat. *

- Kyllä
- Ei
- En osaa sanoa

13. Ikäihmisten hoidossa tarvitaan vain harvoin vahvistettuja fluorituotteita. *

- Kyllä
- Ei
- En osaa sanoa

14. Ikäihmisten hoidossa tarvitaan vain harvoin pintapuudutteita. *

- Kyllä
- Ei
- En osaa sanoa

15. Asiakkaat tarvitsevat harvoin vahvistettuja fluorituotteita, jotta kotihoidon tulokset paranisivat. *

- Kyllä
- Ei
- En osaa sanoa

16. Työyhteisössäsi pidetään suuhygienistin rajattua lääkkeenmääräämisoikeutta tärkeänä. *

- Kyllä
- Ei
- En osaa sanoa

17. Suuhygienistin koulutus ei anna tarvittavia valmiuksia laajentaa omaa lääkehoidon asiantuntijuutta. *

- Kyllä
- Ei
- En osaa sanoa

18. Suomen suuhygienistien lääkkeenmääräämisoikeudet ovat laajempia, kuin Ruotsissa. *

- Kyllä
- Ei
- En osaa sanoa

19. Suuhygienistien asiakaskunta tietää suuhygienistin rajatusta lääkkeenmääräämisoikeudesta. *

- Kyllä
- Ei
- En osaa sanoa

20. Lääkkeenmääräämisoikeuteen vaaditaan erillinen opintokokonaisuus. *

- Kyllä
- Ei
- En osaa sanoa

[<-- Edellinen](#) [Seuraava -->](#)

Seuraavat kysymykset kartoittavat suuhygienistien lääkkeenmääräämisen nykytilaa. Jokaiseen kysymykseen vastataan oman mielipiteenne pohjalta.

21. Edistäisikö suuhygienistin lääkkeenmääräämisoikeuden laajeneminen sinun mahdollisuuksiasi toteuttaa suun terveydenhoitoa tehokkaammin potilaillesi? *

- Kyllä
- Ei
- En osaa sanoa

22. Kohtaatteko työssänne tilanteita, joissa potilaan suun terveyden edistäminen toteutuisi tehokkaammin, mikäli voisitte määrätä hänelle lääkkeitä, esim. fluoridi – valmisteita, omahoidon tueksi? *

- Kyllä
- Ei
- En osaa sanoa

23. Tulisiko teidän mielestänne suuhygienistillä olla oikeus määrätä lääkkeitä myös potilaille? *

- Kyllä
- Ei
- En osaa sanoa

24. Koetteko, että suuhygienistin lääkevalikoiman laajeneminen edistäisi potilaiden hoitotuloksia? *

- Kyllä
- Ei
- En osaa sanoa

25. Toisiko lääkkeenmääräämisoikeuden laajeneminen teidän mielestänne taloudellisia säästöjä vastaanotollenne? *

- Kyllä
- Ei
- En osaa sanoa

26. Tukisiko suuhygienistin lääkkeenmääräämisoikeuden laajeneminen ehkäisevän suun terveydenhoitotyön toteuttamista? *

- Kyllä
- Ei
- En osaa sanoa

27. Tukisiko suuhygienistin lääkkeenmääräämisoikeuden laajeneminen kuntouttavan suun terveydenhoitotyön toteuttamista? *

- Kyllä
- Ei
- En osaa sanoa

28. Kehittäisikö suuhygienistin rajattu lääkkeenmääräämisoikeus eri ammattiryhmien välistä työnjakoa omalla työpaikallasi? *

- Kyllä
- Ei
- En osaa sanoa

29. Koetteko, että rajatun lääkkeenmääräämisoikeuden laajeneminen lisäisi teidän kiinnostustannei toimia yksityisenä ammatinharjoittajana kotipaikkakunnallanne? *

- Kyllä
- Ei
- En osaa sanoa

30. Edistäisikö suuhygienistin lääkkeenmääräämisoikeuden laajeneminen potilaille suoritettavan hoitotyön laadukkuutta? *

- Kyllä
- Ei
- En osaa sanoa

31. Edistäisikö suuhygienistin lääkkeenmääräämisoikeuden laajeneminen potilaille suoritettavan hoitotyön terveydellistä vaikuttavuutta? *

- Kyllä
- Ei
- En osaa sanoa

32. Koetteko, että rajatun lääkkeenmääräämisoikeuden laajeneminen toisi lisävastuuta suuhygienistille? *

- Kyllä
- Ei
- En osaa sanoa

33. Koetteko, että rajatun lääkkeenmääräämisoikeuden laajeneminen kasvattaisi potilasturvallisuutta vaarantavia riskejä? *

- Kyllä
- Ei
- En osaa sanoa

Lämpimät kiitokset vastauksistanne.

Liite 3. Saatekirje

Arvoisa vastaanottaja

Opiskelemme Turun ammattikorkeakoulussa suuhygienistin tutkintoon johtavassa koulutusohjelmassa. Teemme opinnäytetyötä suuhygienistin rajatun lääkkeenmääräämisoikeuden kehittämisestä.

Opinnäytetyön tarkoituksena on selvittää rajatun lääkkeenmääräämisoikeuden nykytila sekä saada selville kehittämiskohteita ja herättää aiheesta keskustelua.

Opinnäytetyö toteutetaan kyselytutkimuksella, johon Teidät on kutsuttu osallistumaan. Tutkimukseen osallistuminen edellyttää vastaamista kyselylomakkeen kysymyksiin. Osallistuminen kyselyyn ei edellytä vastaajalta lääkehoidon koulutusta tai pro auctore -lääkemääräysoikeutta.

Vastaaminen vie n. 5-10 min. Antamanne vastaukset käsitellään nimettöminä ja luottamuksellisesti. Vastaajan tiedot eivät paljastu tutkimuksen aikana eikä tuloksia käsiteltäessä. Kyselyyn on aikaa vastata 1 viikko. Työmme valmistuu syksyn aikana ja tutkimuksen tulokset esitellään Suomen suuhygienistiliiton jäsenlehdessä.

Kiitämme kaikkia tutkimukseen osallistujia mielenkiinnosta sekä ensiarvoisen tärkeistä vastauksista.

Peter Hägg

peter.hagg@edu.turkuamk.fi

Topi Nyman

topi.nyman@edu.turkuamk.fi