

**Suomen Potilasliitto ry**  
**Helsinginkatu 14 A 1**  
**00500 Helsinki**

**Sosiaali – ja terveysministeriö**  
**PL 33, 00023 Valtioneuvosto**

**Asia: Suomen Potilasliitto ry esittää näkemyksensä lääkekorvaustyöryhmän loppuraporttiin rationaalisen lääkehoidon edistämiseksi seuraavaa:**

- Lääkärille velvoite potilaalle uuden lääkkeen määräämisen yhteydessä kertoa, että potilaalla on oikeus vaihtaa hänen määräämänsä valmiste halutessaan edullisempaan vastaavaan apteekissa, mikäli sellainen on olemassa. Erityisesti lääkkeen aloituksen yhteydessä potilas valitsee usein apteekissa juuri sen valmisteon, minkä lääkäri on hänelle valinnut, niin kauan, kunnes pääsee seuraavan kerran lääkärin puheille. Tämä ei toki ole suuri rahallinen ongelma, mikäli lääkärin kirjoittama lääke on viitehintainen, mutta jos lääke on kirjattu alkuperäiselle kauppanimelle (kuten usein on), hintaero voi olla potilaan/asiakkaan näkökulmasta merkittävä. Jos lääkäri lyhyesti ensivastaanotolla mainitsisi, että lääkevaihto on ok tai merkitsee reseptiin lääkevaihtokiellon, asia olisi käsitelty jo ensimmäisellä tapaamisella eikä potilas/asiakas hämmenny lääkevaihtokysymyksestä apteekissa. Lisäksi lääkäreillä olisi hyvä olla uuden lääkkeen määräämisen yhteydessä antaa potilaalle tarvittaessa sopiva esite, jossa on kerrottu selkokielisesti ja lyhyesti rinnakkaisvalmisteista, rinnakkaismaahantuontivalmisteista ja lääkevaihdoista. Tätä samaa esitettä olisi edelleen hyvä olla myös apteekeissa tarjolla. Näin säästetään lääkärin ja apteekin aikaa asiasta kertomisen osalta (=kustannuksia) ilman, että potilaan ohjauksen laatu heikkenee.
- Rationaalisen lääkehoidon toteutuminen edellyttää sitä, että lääkäri käy monilääkityn potilaan kokonaislääkityksen vähintään vuosittain läpi ja tarkastaa mahdolliset päälle jääneet lääkitykset ja annokset. Tämä tarkoittaa lääkehoidon kokonaisarviointia, LHKA, yksinkertaisempaa lääkityksen tarkistamista tilanteessa, jossa potilaalla voi olla voimassa olevia lääkemääräyksiä niin yksityiseltä kuin julkiselta puolelta. Tämä edellyttää sitä, että potilas tuo vastaanotolle mukanaan joko kaikki reseptinsä tai tiedot niistä. Lisäksi hänen on muistettava kertoa lääkärille myös käytössä olevat ravintolisät ja rohdosvalmisteet. Lääkärillä on monimutkaisessa lääkehoidollisessa tilanteessa, jossa hänen vastaanottoaikansa ei ole riittävä, oltava mahdollisuus ohjata potilas/asiakas edelleen syvällisempään lääkityksen arviointiin (LHKA). Tämä edellyttäisi sitä, että farmasian ammattilainen on joko julkisen terveydenhuollon työntekijänä tai toimii yksityisesti, mutta tällöin lääkärin on todettava LHKA:n tarve ja sen kautta yhteiskunnan olisi tultava vastaan potilaan kustannuksissa. On muistettava, että huonossa lääkehoidollisessa tasapainossa oleva, potilas on

todennäköisesti paljon kalliimpi terveydenhuollon asiakas kuin potilas, jonka lääkitys on tasapainossa.

- Mitä tulee vaikuttavuuden tutkimiseen. Se on todennäköisesti myös rationaalisen lääkehoidon osalta niin tuore asia, ettei pitäviä tuloksia ole olemassa. Se, että esimerkiksi LHKA:n vaikuttavuutta ei ole vielä kyetty osoittamaan, ei tarkoita, etteikö käytäntö olisi kustannusvaikuttavaa. Meillä Suomessa ei ole vielä riittävän laajaa aineistoa vaikuttavuuden osoittamiseksi ja vertailu ulkomaisiin tutkimuksiin on hyvin vaikeaa, koska LHKA on määritelty eri maissa eri tavalla.
- Hoitosuosituksia päivitettäessä ja uutta tietoa koottaessa on jatkossa esim. Käypä hoito -työryhmissä oltava mahdollisuus potilaiden l. lääkkeiden käyttäjien parempaan kuulemiseen. Nykyisellään työryhmät ovat käytännössä hyvin sulkeutuneita. Potilaat olisivat mukana asianomaisen järjestönsä kautta suosituksia uudistavissa työryhmissä. Näin myös käytännön kokemustietoa saadaan mukaan hoitosuosituksiin ja hoitosuosituksia paremmin suuren yleisön tietoisuuteen. Tämä osallistaa potilaita, ja saattaa heitä tietoisemmiksi hoidoistaan ja niiden periaatteista. Tieto johtaa parempaan hoitoon sitoutumiseen, mikäli epätarkoituksenmukainen lääkkeiden käyttö on johtunut tiedon puutteesta. Potilasjärjestöjen mukaanotto hoitosuositustyöryhmiin olisi samalla yksi askel tiedon jalkautumisen nopeuttamiseksi. Täytyy muistaa, että lääkkeen käyttäjä on oman lääkityksensä erikoisasiantuntija (eikö niin?).
- Kustannussäästöjä terveydenhuollossa saadaan nykyisellään tehostamalla lääkäri – farmasian asiantuntija – hoitaja -yhteistyötä ja työparikäytäntöjä. Näin ei synny päällekkäisyyksiä ja toisaalta lääkehoito on paremmin seurannassa. Lääkärin työaikaa säästyy, heidän työmääränsä vähenee ja potilaat saavat tästä huolimatta ammattitaitoista, laadukasta hoitoa. Tämä on rationaalista lääkehoitoa parhaimmillaan. Rationaalinen lääkehoito\_300412 -asiakirjassa mainitaan, että hyviä esimerkkejä löytyy kotisairaanhoidosta (kohta 3.1). Onko mahdollista, että tällaisia esimerkkejä tuotaisiin näkyväksi? Asia jää askarruttamaan, mikäli se mainitaan sellaisenaan lopullisessa työryhmän raportissa. Hyviä esimerkkejä löytyy varmasti myös esimerkiksi astman ja diabeteksen hoidosta (lääkäri – astma-/diabeteshoitaja – apteekin astma-/diabetesyhdyshenkilö -käytännöt tai lääkäri-hoitajatyöparit antikoagulanttihoidon (Marevan) seurannan ja annoksen säännöllisen tarkistamisen yhteydessä). Näitä olisi hyvä tuoda esiin. Kansanterveystyön vaikuttavuudesta lähteitä voisivat olla:
  - Haahtela T, Pietinalho A, Tuomisto LE ym: Suomalainen astmaohjelma 10 vuotta – suuri muutos parempaan. *Suomen Lääkärilehti* 61(42):4369–4378, 2006
  - Kleme J, Himberg K, Vanhanen J ym: Katsaus apteekkien sydänohjelmasta tehtyihin tutkimuksiin – toteutuvatko ohjelman tavoitteet? *Dosis* 27(3):125–139, 2011

- Mononen A, Niskanen A, Nummi S ym: Apteekkien astmaohjelman seurantatutkimukset. *Dosis* 27(3):100–112, 2011
- Alakoski A, Dormischian T, Koskinen K ym: Apteekkien osallistuminen kansalliseen diabeteksen ehkäisyn ja hoidon kehittämisselmaan (DEHKO). *Dosis* 27(3):114–124, 2011

Jyväskylä 20. marraskuuta 2012

Suomen Potilasliitto ry

Paavo Koistinen  
Puheenjohtaja

