



Sosiaali- ja terveysministeriö
PL 33
00023 Valtioneuvosto
kirjaamo@stm.fi

STM099:00/2017

LUONNOKSISTA RAJATUN LÄÄKKEENMÄÄRÄÄMISEN SÄÄDÖSMUUTOSEHDOTUKSIKSI

Sosiaali- ja terveysministeriö on pyytänyt otsikossa mainituista säädösmuutosehdotuksista lausuntoa useilta erikoislääkäriyhdistyksiltä. Suomen Kardiologinen Seura on pahoillaan siitä, ettei sitä ole huomioitu lausuntopyynnöllä ja haluaa lausua säännösmuutosehdotuksesta seuraavaa:

Suomen Kardiologinen Seura edustaa sydänsairauksia hoitavia lääkäreitä maassamme. Sydänsairaudet ja erityisesti sepelvaltimotauti ovat edelleen merkittävimpiä kansansairauksiamme ja niiden hoito ja ennalta ehkäisy ovat seuran tarkoituksen mukaista toimintaa.

Vuonna 2010 lakiin lisätyn rajatun lääkkeenmääräämisoikeuden ei voida katsoa olennaisesti parantaneen sydänsairauksien hoitoa maassamme. Vaikka näiden sairauksien hoito on usein moniammatillista yhteistyötä, on diagnostiikka ja tämän myötä asianmukaisen lääkehoidon aloittaminen sydänsairauksiin perehtyneen lääkärin tehtävä. Vaikka esimerkiksi sydämen vajaatoimintaan perehtyneiden hoitajien koulutus on helpottanut tämän potilasryhmän seurantaa, on ns. hoitajapoliklinikoiden toiminnassa riittävästi haasteita ja kehitettävää ilman, että lääkkeen määräämisoikeutta lisättäisiin näiden potilaiden hoidon kattavaksi.

Nyt lausuntokierroksella olevassa luonnoksessa ehdotetaan lääkärin aloittaman hoidon jälkeistä reseptien uusimisoikeutta useisiin eri lääkeryhmiin, joilla hoidetaan sydänsairauksia, muiden muassa asetyylisalisyylihappo (ASA) ja varfariini, sekä mm. oireenmukaisista lääkityksistä nitraattivalmisteet ja pääosin verenpainetaudin ja sydämen vajaatoiminnan hoidossa käytettävät ACE- estäjät ja AT- salpaajat.

Näistä ASAn kohdalla reseptin uusimisoikeus on suorastaan tarpeeton; pieni-annoksinen ASA-hoito on jo nyt reseptivapaata ja lääkkeen määrääminen reseptillä ainoastaan lisää hoidosta potilaalle seuraavia kustannuksia. Varfariini puolestaan on lääkeaine, johon yhdessä sen sijasta käytettävien uudempien valmisteiden kanssa, liittyy todennäköisesti kaikkein eniten pahimmillaan potilaan kannalta kohtalokkaita vuotokomplikaatioita. Nämä ovat myös suuri syy hoitovahinkoepäilyistä tehtäviin kanteluihin. Mikäli lääkkeen on määrännyt hoitaja (vaikka

ainoastaan jo aloitetussa hoidossa reseptin uusien), johtaa se varsin hankaliin vastuukysymyksiin.

Samoin antianginaalisen lääkityksen osalta ehdotetaan oikeutta nitraattivalmisteiden määräämiseen. On huomionarvoista, että näiden valmisteiden käytön lisääntyminen on usein merkki sepelvaltimotaudin vaikeutumisesta, jolloin lääkkeen annoksen lisäämisen sijasta tulisi lääkärin arvioida tarve mahdollisiin kajoaviin tutkimuksiin ja mahdollisiin toimenpiteisiin, erityisesti pallolaajennukseen. Tässä tilanteessa tarvitaan nimenomaisesti lääkärin tekemää arviota, ei muun ammattihenkilön tekemää reseptin uusimista.

Näiden potilaiden käyttäjäkunta on usein iäkästä ja riski munuaisten toiminnan heikkenemisen ja tätä myötä merkittäviin muutoksiin lääkeaineen veripitoisuuksissa on suuri. Listalla mukana olevien ACE-estäjien ja AT-salpaajien kohdalla tämä riski on erityisen suuri, eikä niitäkään tulisi ilman asianmukaista arviota automaattisluonteisesti vain jatkaa. Uusimpien käypä hoito-suositusten mukaisesti tämän potilasryhmän tulisi käydä lääkärin kontrollissa vuosittain, jolloin mm. munuaistoimintaa tulisi arvioida. On vaikea nähdä mihin rajoitettua lääkkeenmääräämisoikeutta näiden valmisteiden kohdalla tarvittaisiin - jo nyt on mahdollisuus kirjoittaa lääkkeet näille potilaille kahdeksi vuodeksi eli tuplasti pidemmälle aikajaksolle, kuin suositeltu kontrolliväli.

Nähdäksemme tässä potilasryhmässä vastuukysymykset lääkehoidon jatkuvuudesta ovat niin merkittävät, että pelkästään lääkkeenmääräämis- tai uusimisoikeuttakaan ei tulisi olla muilla kuin hoitavilla lääkäreillä, etenkin kun kokonaisvastuun hoidosta joutuisi näissäkin tapauksissa kantamaan potilasta lainkaan kohtaamaton lääkäri. Pitkäaikaissairauden seuranta on paljon muutakin kuin reseptin uusimista ja hoitajien työpanosta tarvitaan enemmän muihin hoitoon liittyviin asioihin liittyen.

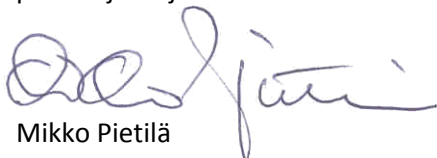
Yhteenvetona toteamme, että jo nykymuodossaankin käytäntö tulisi tarpeettomana lopettaa, eikä sitä ainakaan tulisi enää laajentaa – käytäntöön liittyvät hoitokomplikaatioiden riskit ovat niin suuret, ettei jo vastuukysymystenkaan vuoksi ole mahdollista käytäntöä ainakaan laajentaa.

Helsingissä 23.3.2018

SUOMEN KARDIOLOGINEN SEURA
puolesta



Antti Hedman
kardiologian erikoislääkäri, dosentti
puheenjohtaja



Mikko Pietilä
kardiologian erikoislääkäri, dosentti
edellinen puheenjohtaja