



LÄÄKEINFORMAATIOFOORUMI 25.10.2017

Yhteenveto esityksistä ja keskustelusta

Yliopiston apteekin asiakaspalvelupäällikkö Paula Hägg kertoi vuonna 2014 lanseeratusta chat-palvelusta. Yliopiston apteekin asiakaspalvelu tavoittaa vuosittain noin 330 000 (vuonna 2016) asiakaskontaktia puhelin- ja chat-keskustelun kautta. Chatin kautta tavoitetaan noin 100 000 asiakasta vuodessa eli kuukaudessa noin 8 000-10 000 ja päivässä n. 300 asiakasta.

Suurin osa chatiin tulevista kysymyksistä liittyy resepti- ja itsehoitolääkkeiden käyttöön. Oireen ja vaivan hoitoon liittyviä kysymyksiä pohditaan, muun muassa sitä milloin on syytä mennä lääkäriin. Yhteisvaikutukset ja haittavaikutukset ovat myös usein kysytyjä asioita. Tämän lisäksi Lääkkeiden saatavuuteen liittyvät kysymykset ovat yleisiä. Chatissa neuvonnan tyylillä on merkitystä: tietoa annetaan pienin paloin ja vuorovaikutteisesti.

Keskustelussa todettiin, että vaikka suurin osa kysymyksistä liittyy resepti- ja itsehoitolääkkeiden käyttöön, tämä ei välttämättä tarkoita sitä, että apteekkien lääkkeiden toimittamisen yhteydessä annettu lääkeneuvonta olisi epäonnistunut. Chat-palvelu on täydentävä kanava, josta voi kysyä neuvoa silloin, kun on unohtanut kysyä apteekissa jotakin tai kysymys tulee mieleen vasta lääkettä käyttäessä.

Diabeteshoitaja Päivi Juselius Lohjan kaupungin terveyskeskuksesta totesi, että pitkäaikaissairaiden kysymykset hoitajille vaihtelevat sairauden eri vaiheissa. Sairauden alkuvaiheessa kysymykset liittyvät lääkkeen ottamiseen ja lisäksi pohditaan muun muassa miten lääke vaikuttaa kehossa. Sairauden ja lääkityksen jatkuessa elämässä on tullut vastaan erityistilanteita, kuten sairastuminen, matkustaminen tai lääkkeen oton unohtaminen, joita pohditaan yhdessä hoitajan kanssa. Joidenkin potilaiden kanssa keskustellaan lääkkeen vähentämis- tai lopettamistoiveista.

Vuosia sairastaneilla kysymykset selkeästi vähenevät, mutta vuosia lääkettä käyttäneenkin diabeetikon kanssa on välillä tarve kerrata perusasioita. Pitkäaikaissairaajat voivat kysyä myös, onko markkinoille tullut uusia lääkkeitä tai uutta tutkimustietoa omaan lääkkeeseen liittyen. Tarve keskustelulle vaihtelee luonnollisesti myös potilaiden välillä. Esimerkiksi ikä vaikuttaa aktiivisuuteen kysyä ja keskustella lääkehoidosta. Nuoret aikuiset ovat tyypillisesti aktiivisempia, he kysyvät enemmän sekä pohtivat myös laajemmin lääkkeisiin liittyviä asioita kuin iäkkäämmät potilaat. Taustalla voi olla esimerkiksi laajemman tutkimusnäytön tunteminen, kyseenalaistaminen tai halu kysyä ja kuulla eri terveydenhuollon ammattilaisten mielipiteitä.

Keskustelussa todettiin, että hoitajien tärkein työ on hoidon ohjaaminen ja omahoidon tukeminen – eli sen varmistaminen, että potilas selviytyy arjestaan sairautensa ja lääkityksensä kanssa. Omaisia ja erityisesti omaishoitajia pyydetään mukaan vastaanotolle ja myös heitä osallistetaan läheisen lääkehoitoon. Hoitajan vastaanotto on matalan kynnyksen paikka, johon uskalletaan tulla ja jossa uskalletaan kysyä. Vastaanottoaika on usein tiukka, mutta tarpeen mukaan on mahdollista varata uusi aika yksilöllisten tarpeiden mukaisesti.

Nordic Therapeutic Area Manager Meri Kekäle Gedeon Richter Nordics AB:sta pohti lääkeinformaation merkitystä potilaan lääkehoitoon sitoutumisessa. Huono lääkehoitoon sitoutuminen on erittäin laaja ongelma. Omassa väitöstutkimuksessaan Kekäle tutki leukemiapotilaiden hoitoon sitoutumista. Vaikka kyse on vakavasta sairaudesta, suuri osa tutkimukseen osallistuneista potilaista olivat heikosti hoitoonsa sitoutuneita, kenelläkään ei ollut hoitosuunnitelmaa ja kaikki eivät tunteneet lääkehoitonsa tavoitteita. Tutkimuksessa mukana olleet potilaat olivat sairastaneet leukemiaa puolesta vuodesta 17 vuoteen, mutta tietämys omasta sairaudesta ja sen lääkähoidosta oli yllättävänkin heikkoa.

Tutkimuksessa toteutettiin interventio, jossa hoitoon sitoutumista pyrittiin tukemaan erilaisin menetelmin, muun muassa neuvontavideon, hoitajan antama opastuksen, omahoito-oppaan, tekstiviestimuistutuksen ja verkkosivujen avulla. Intervention jälkeen hoitoon sitoutuminen oli parantunut merkittävästi. Hoitoon sitoutuminen parantui usealla eri tavalla, esimerkiksi unohtamista tapahtui vähemmän ja hoito nähtiin tärkeämpänä kuin ennen interventiota. Sen sijaan niillä potilailla, jotka eivät saaneet hoitoon sitoutumisen tukea (vertailuryhmä), hoitoon sitoutuminen heikkeni edelleen. Ajan kuluessa hoitoon sitoutumisella on tapana heikentyä.

Interventiotavoista tärkeimpänä potilaat pitivät hoitajilta saatua henkilökohtaista neuvontaa ja vähiten hyödyllisenä muistutusviestejä matkapuhelimella. Tämä on syytä muistaa, kun kehitetään digitaalisia työkaluja: henkilökohtaisen vuorovaikutuksen ja tuen merkitys on suuri. Tärkein elementti oli kumppanuus terveydenhuollon ammattihenkilön kanssa. Luotettava yhteyshenkilö terveydenhuollon organisaatiosta on erittäin tärkeää. Usein yhdistelmä hoitoon sitoutumista tukevia toimenpiteitä on parempi kuin jokin yksittäinen tapa yksinään.

Kokemusasiantuntija Satu Tahkokallio kertoi kokemuksestaan diabeetikkona ja elinsiirtopotilaana. Hän totesi, että sairauden hoito ja lääkeinformaatioympäristö on muuttunut merkittävästi 1980-luvusta, jolloin hän 10-vuotiaana sairastui diabetekseen. Tuolloin veren sokeriarvot mitattiin virtsasta ja insuliinien annostusta ei säädetty itse, vaan verensokerin kohotessa lisättiin liikumista. Internetiä ei ollut, vaan lääketietoa saatiin sairaalan lasten lääkäriltä, sairaanhoitajilta ja ravitsemusterapeutilta, luettiin lääkkeiden pakkausselosteita, sairaalan esitteitä ja hoito-ohjeet. Lisäksi kotiin ostettiin kirja ”Sokeritauti” ja varmistettiin joitakin asioita ensyklopediasta.

Internet yleistyi kotikäyttöön 90-luvun lopulla ja silloin sairaalassa painotettiin, että internetissä julkaistuun sisältöön ei saa täysin luottaa. Lääkäri kertoi tyyppillisesti lääkkeiden myönteisistä vaikutuksista, mutta harvemmin haitoista. Lisäsairauksien myötä tiedon tarve lisääntyi.

Internetin lisäksi apteekki on ollut tärkeä tiedonlähde, samoin Munuais- ja maksaliitto ja Diabetesliitto. Internetissä erityisesti Terveyskirjasto on hyvä lähde ja OmaKannan kautta näkee omat lääkkeet ja niiden annostukset tarvittaessa. Apteekissa on hyvä varmistaa aina, sopiiko lääke hyljinnänestolääkkeiden kanssa yhteen käytettäväksi. Internetistä löytyvään tietoon on syytä suhtautua kriittisesti ja harkita, mitä sivuja lukee. Potilaan näkökulmasta viranomaissivut ja potilasjärjestön sivut ovat luotettavia.

Keskustelussa todettiin, että internet ja sosiaalinen media ovat mullistaneet tiedon saannin ja välillä tuntuu, että tietoa on liikaakin. Tieto lisää myös tuskaa. Lääkäriltä varmistetaan, miten hyvin jokin uusi tieto soveltuisi omalle kohdalle. Nykyään myös lääkärit ovat aikaisempaa paremmin tavoitettavissa esimerkiksi puhelimitse. Apteekkiin voi muodostua läheinen asiakassuhde, jonka myötä tutun apteekin farmaseutteihin

on luottamus. Apteekista myös sanotaan suoraan, mikäli kysymys on liian vaikea ja ohjataan lääkärille. Tällöin apteekista ei myydä lääkettä, mikä on hyvä asia.

Kokemusasiantuntija Nina Merikanto kertoi 20-vuoden kokemuksesta MS-tautipotilaana. Hänen sairastuessaan MS-tautiin ei ollut tautia hidastavaa lääkitystä. Usean eri epäonnistuneen lääkehoidon jälkeen nyt käytössä on hyvin sopivat lääkkeet.

Lääkeinformaatio on muuttunut paljon, mutta oma lääkäri on ehdottomasti tärkein lääketiedon lähde, jolta varmistetaan esimerkiksi netistä löytyneen tiedon luotettavuus. MS-tautia sairastavilla potilailla on omia Facebook-ryhmiä, joissa nousee esiin hyvin monenlaisia mielipiteitä. Kaikkeen ei pidä uskoa. Sosiaalisen median kautta tieto uusista lääkkeistä tai tutkimuksista maailmalta tulee nopeasti myös Suomeen. Terveyskylän MS-talosta tulee internetiin laaja ja luotettava lääketiedon lähde, jonka taustalla on asiantuntijat ja potilaat yhdessä. Tyksissä on kehitetty myös MyMS sovellus, joka on tiedonvälityskanava potilaiden ja terveydenhuollon ammattilaisten välillä. Potilas kirjaa sovellukseen omia tuntemuksiaan ja nämä kirjaukset ovat ammattilaisten käytettävissä seuraavissa hoitotapaamisissa.

Professori Marja Airaksinen Helsingin yliopistosta peilasi kokemusasiantuntijoiden esiin nostamia teemoja tutkimustiedon valossa. Hän korosti, että tarvitaan lisää tutkimustietoa eri sairauksien kanssa elämisestä potilasnäkökulmasta, jotta ammattilaisten palvelut voitaisiin nykyistä paremmin räätälöidä potilaiden tarpeita vastaaviksi.

Lääkeinformaation muuttuminen 1980-luvulta nykypäivään näkyy myös tutkimustuloksissa. Tiedonhankinta on muuttunut ”lääkäririippuvuudesta” itsenäiseen tiedon hankintaan. Myös apteekkien lääkeneuvontavelvoite on tullut lakisääteiseksi. Terveyskylän käytänteiden muuttuessa on varmistettava, että potilaan omahoidon tuki ja riittävä lääketieto varmistetaan. Tulevaisuudessa interaktiivisiin terveydentilan ja hoidon seurannan menetelmiin tulisi integroida myös lääkehoidon seuranta. Tutkimusten mukaan potilaiden eniten käyttämät lääketiedon lähteet ovat edelleen lääkäri, farmasian ammattilaiset ja pakkausselosteet. Internetin käyttö lääketiedon lähteenä on tutkimusten mukaan yllättävänkin vähäistä. Tulevaisuudessa avainasemassa on väestön terveys- ja lääketiedon lukutaito, mitä tarvitaan yhä enemmän lääketiedon monimuotoistuuksessa.

Paneeli: Taataanko tasalaatuinen lääketieto sosiaali- ja terveydenhuollon uudistuksessa.

Paneelin vetäjänä toimi toimitusjohtaja Minna Palhamo Lääketietokeskus Oy:stä.

Paneelissa keskustelivat seuraavat henkilöt:

Irma Ahokas-Kukkonen Etelä-Savon muutosagentti, I&O kärkihanke

Outi Lapatto-Reiniluoto, sisätautien sekä kliinisen farmakologian ja lääkehoidon erikoislääkäri, HUS

Samuli Ojala, apteekkari, Vähänkyrön apteekki

Tommi Vasankari, UKK-instituutin johtaja ja Suomen Diabetesliiton puheenjohtaja

Taina Mäntyranta, pääsihteeri, STM

Ove Uljas, johtaja (liiketoiminnan kehitys), Mehiläinen Oy

Paneelikeskustelussa keskusteltiin seuraavista aiheista.

Lääkkeiden hinta on osa lääkeinformaatiota

Todettiin, että myös tieto lääkkeiden hinnoista on yksi osa lääkeinformaatiota. Lääkäreiden hintatietoisuutta pystyttäisiin parhaiten edistämään sillä, että reseptiohjelmissa olisi lääkevalmisteiden hinnat näkyvissä siten, että vastaavien lääkevalmisteiden hintoja pystyisi vertaamaan jo lääkettä määrätessä. Lisäksi myös lääkkeiden korvattavuustiedot tulisi olla näkyvissä, jotta tieto kustannuksista olisi yhteneväinen apteekin tiedon kanssa.

Todettiin, että yksittäisten lääkevalmisteiden hintojen lisäksi täytyisi lääkäreiden kustannustietoisuutta lisätä laajemminkin eli jo potilaan lääkehoidon tarvetta arvioidessa osana potilaan kokonaisuhoitoa. Kaiken kaikkiaan todettiin, että vastaanotolla tulisi uskaltaa keskustella myös potilaan taloudellisista mahdollisuuksista lääkehoidon toteuttamiseen, jotta ei käy niin, että lääkkeen hinnan vuoksi tarpeellinen lääke jää käyttämättä.

Sote-rakenteiden uudistus pohdituttaa eri toimijoita

Pohjanmaalla ja Vaasan alueella on aloitettu sote-rakenteiden tarkastelu myös lääkehuollon näkökulmasta. Keskeisiä tunnistettuja yhteistyön lisäämisen mahdollisuuksia avo- ja sairaala-apteekkien välillä ovat sairaalasta kotiutuminen: miten siinä tilanteessa varmistetaan katkeamaton hoitoketju ja yhdenmukainen lääkeneuvonta laitos- ja avopuolella. Lisäksi haastavaa on potilaan lääkitystiedon siirtyminen sairaalasta kotihoitoon tai toisinpäin siirtyessä.

Potilasjärjestöjen rooli tulee muuttumaan sote-uudistuksessa ja se vaikuttanee myös siihen, kuinka järjestökenttä organisoituu. Kun lukuisten kuntien sijaan kumppaniksi tulevat maakunnat, tämä haastaa myös järjestöjen pohtimaan omaa organisoitumistaan, ehkä nykyistä suurempina organisaatioina tai verkostomaisesti. Kuitenkin uudistuksessa järjestökentän täytyy pitää mielessä paikallinen taso ja yksittäisen ihmisen taso. Eri potilasjärjestöjen yhteistoiminnan lisääntyminen palvelee myös yhä laajempaa joukkoa monisairaita ihmisiä.

Digiloikka tulee, miten sen mahdollisuudet hyödynnetään

Todettiin, että digitaalisuus täytyisi saada parhaalla mahdollisella tavalla potilaiden hyödyksi. Kehityksen täytyisi mennä potilaiden tarpeet edellä, ei tekniikka edellä. Monitorointi ei saisi olla tärkein asia, vaan se, että monitoroidaan potilaan näkökulmasta tärkeitä asioita ja että nivotaan monitorointi osaksi potilaan

hoitopolkua. Monisairaat potilaat voisivat itse tuottaa nykyistä paljon laajemmin tietoa lääkehoitonsa toteutumisesta ja voinnista suoraan terveydenhuollon ammattilaisille välitettynä. Hankkeita on jo menossa, esimerkiksi ODA-hankkeen (hallituksen kärkihanke Omat digiajan hyvinvointipalvelut) lähtökohta on kansalaisen omaseuranta. Panelistit pohtivat erityisesti elintapojen mittaamista: jos ja kun päästään digitaaliseen elintapojen mittaamiseen, se tulee avaamaan terveydenhuollon ammattilaisille aivan eri mahdollisuudet ottaa kantaa ja huomioida elintapaneuvonta potilaskohtauksissa. Elintapaneuvonta täytyisi olla kaikkien terveydenhuollon ammattilaisten toimintaa, eikä vain jonkun yksittäisen ammattilaisen, esimerkiksi sydänhoitajan, tehtävä. Elintapojen digitaalinen seuranta yhdessä kliinisten mittausten kanssa konkretisoi myös potilaalle elintapojen merkityksen ja voi motivoida muutokseen tätä kautta.

Mehiläisessä löytyy monenlaisia digitaalisia ratkaisuja, esimerkiksi digilääkäri-sovelluksen kautta voi olla suoraan yhteydessä lääkäriin milloin vain. Sovelluksen kautta pystyy tarvittaessa lähettämään kuvia, esimerkiksi tulehtuneesta silmästä, ja lääkäri pystyy arvioimaan vastaanottokäynnin tarpeen. Omamehiläinen-sovelluksen kautta potilas voi käydä tarkastelemassa omia lääkitystietojaan ja omaan lääkehoitoon liittyvää lääkeinformaatiota.

Todettiin, että digi-mahdollisuuksista huolimatta vuorovaikutteinen, ihmiseltä-ihmiselle palvelu on tärkeää. On laaja joukko monisairaita ja -lääkittyjä ihmisiä, jotka tarvitsevat myös lääkeinformaatiota, mutta eivät pysty sitä välttämättä sähköisten välineiden kautta hakemaan. Toisaalta todettiin, että ikä ei ole ratkaiseva tekijä erilaisten digitaalisten sovellusten käyttöön, vaan monet iäkkäät ihmiset osaavat käyttää sovelluksia ja käyttävät niitä mielellään, kun saavat siihen opastusta ja neuvontaa. Myös terveysteknologia, esimerkiksi diabeteksen annostelulaitteet, ovat hyvin kehittyneitä ja palvelevat myös ikäihmisten arkea. Sote-uudistuksessa täytyy muistaa digitaalisten sovellusten ja terveysteknologian kehityksen lisäksi myös vuorovaikutus ihmisten välillä ja se, että potilas saa lääkeinformaatiota usealta eri toimijalta.

Digitaalisuuden mahdollisuus tiedolla johtamisessa ja tavoitellun kustannusvaikuttavuuden saavuttamisessa edellyttää kolmea asiaa; 1) ei ole lainsäädännöllisiä esteitä tiedon hyödyntämiseen, 2) on olemassa olevat työkalut tiedon hyötykäyttöön ja 3) toimijoilla on osaaminen ja halu hyödyntää tietoa ja työkaluja viisaalla tavalla eli kerätään oikeaa tietoa ja hyödynnetään sitä.

Rationaalisen lääkehoidon toimeenpano-ohjelma

Rationaalisen lääkehoidon toimeenpano-ohjelma on valmistumassa vuoden loppuun mennessä.

Lääkeinformaatio tulee näkymään linjauksissa (nk. teesit) läpileikkaavana ja laajana teemana kolmesta eri näkökulmasta:

- 1) lääkkeisiin liittyvä tieteellinen tieto (teho, turvallisuus)
- 2) potilaan kokemukset lääkkeen vaikutuksista, kokemuksellinen tieto
- 3) toimintatieto prosessien ja organisaatioiden välisen yhteistoiminnan näkökulmasta, tiedolla johtaminen

Teeseissä tullaan antamaan linjauksia viidelle tasolle: 1) lääkkeiden käyttäjille 2) terveydenhuollon ammattilaisille 3) palveluyksiköille 4) alueellisen tason palvelujen järjestäjälle ja 5) kansalliselle tasolle.