

MONIAMMATILLINEN YHTEISTYÖ TULEVISSA SOTE-RAKENTEISSA -KESKUSTELUTILAISUUS

26.1.2017 Yhteenveto keskustelusta

Kärsämäen apteekin apteekkari Antti Mäntylä avasi keskustelutilaisuuden kuvaamalla vuosina 2012–2015 toimineen moniammatillisen verkoston toimintaa. Verkostossa oli mukana 15 moniammatillista tiimiä eri puolilla Suomea ja tiimien toiminnan yhteinen nimittäjä oli ikäihmisten lääkehoito ja moniammatillisuus. Tiimien toiminnan kautta kerättiin tietoa järkevää lääkkeiden käyttöä estävistä ja edistävästä tekijöistä sekä siitä, miten työtä pitäisi kehittää tiimi-, organisaatio- ja rakennetasoilla.

Moniammatillisen verkoston toiminta ja sen pohjalta annetut suositukset on kuvattu viime kesänä julkaistussa Moniammatillisuus ikäihmisten lääkkeiden järkevän käytön edistämisessä – kansallinen selvitys ja suositukset -[julkaisussa](#).

Keskeisiä tunnistettuja haasteita moniammatillisessa yhteistyössä ovat:

- tutkimustietoa iäkkäiden järkevän lääkkeiden käytön edistämiseksi on riittävästi: tiedetään mitä pitäisi tehdä, mutta tietoa ei ole kyetty viemään riittävästi käytännön toiminnaksi
- sosiaali- ja terveydenhuollon järjestelmä ja hoitokäytännöt eivät tue potilaan kokonaisvaltaista hoitoa
- kehittämistyö on siiloutunutta, eikä kokonaisuutta johdeta järjestelmällisesti
- moniammatillisen yhteistyön kehittäminen on usein muutamien innokkaiden pioneerien vastuulla.

Neuvotteleva virkamies Ulla Närhi sosiaali- ja terveysministeriöstä pohti miten kansallinen koordinaatio voitaisiin järjestää tulevilla sote-rakenteilla moniammatillista toimintaa edistäväksi. Hän totesi, että pelkällä lainsäädännöllä moniammatillista yhteistyötä ei saada kuntoon, tarvitaan monia erilaisia ratkaisuja ja eri tahojen laajaa yhteistyötä.

Tällä hetkellä varmuutta uusista sote-rakenteista ei vielä ole. Sosiaali- ja terveyspalvelujen integraatio on edelleen mukana valmistelussa. Kun kaikki julkiset sote-palvelut kootaan yhden johdon eli maakunnan alaisuuteen, uudet rakenteet mahdollistavat moniammatillisen yhteistyön nykyisiä rakenteita paremmin. Maakuntien vastuulla on palvelujen yhteensovittaminen ja se, että eri tuottajien palvelut toimivat yhteen.

Kevään 2017 aikana tullaan perustamaan sosiaali- ja terveysministeriön ohjausyksikkö. Tämä ohjausyksikkö tulee olemaan vastuussa terveydenhuollon valtakunnallisten tavoitteiden valmistelusta ja niiden huomioon ottamisesta maakuntien toiminnassa. STM on vastuussa sote ohjauksesta, suunnittelusta, kehittämisestä ja valvonnassa jatkossakin. Pohdittava on, onko kansallinen koordinaatio tarpeen moniammatillisen toiminnan edistämiseksi lääkehoitojen järjeistämässä ja voisiko STM ohjausyksikkö olla vastuussa tästä.

Esityksen jälkeen käydyssä keskustelussa todettiin, että kansallista koordinaatiota moniammatillisen yhteistyön edistämiseen tarvitaan. Moniammatilliselle yhteistyölle tulisi laatia tavoitteet ja mittarit tavoitteiden seuraamiseksi. Esimerkiksi Ruotsissa mitataan iäkkäiden lääkehoidon laatua ja verrataan

eri maakuntien suoriutumista tulosten pohjalta. Vastaavanlaista toimintaa voisi suunnitella Suomessakin. Laatumittareiden tietoa tarvitaan maakuntiin tiedolla johtamista varten, mutta myös kansallisen tason päätöksentekijöille.

Keskustelussa todettiin, että moniammatillisen yhteistyön edistämisen puolesta puhuu erityisesti farmasian ammattilaiset. Jotta moniammatillisuus aidosti toteutuisi, tarvitaan laajasti keskustelua eri ammattiryhmien kesken.

Normien ja valvonnan purku on johtanut siihen, että ilman terveydenhuollon koulutusta olevat ihmiset toteuttavat lääkehoitoa. Lähihoitajat ovat yksi keskeinen terveydenhuollon ammattiryhmä iäkkäiden arjessa toteuttamassa lääkehoitoja esimerkiksi kotihoidossa.

Projektipäällikkö Harri Nurmi Terveiden ja hyvinvoinnin laitoksesta kertoi Kantaan tulevan kansallisen lääkityslistan kehityksestä ja kehittämisvaiheesta. Määrittelytyö on meneillään ja paljon on vielä myös avoimia asioita. Lääkityslistan toteutus on hyvin haastavaa. Esimerkiksi on paljon valmisteita (esimerkiksi ravintolisät, perusvoiteet, CE-merkityt tuotteet), joita olisi tärkeää näkyä potilaan kokonaislääkityksessä, mutta näitä on haastavaa saada mukaan, koska ne eivät sisälly lääketietokantaan. Lääkityslista voisi olla lista, jolle osa valmisteista tulee automaattisesti resepti- ja potilastietojärjestelmien kirjauksista, osa lääkärin tai muun terveydenhuollon ammattilaisen lisäämänä.

Terminologia ja määritelmät ovat erittäin tärkeitä, koska ne luovat pohjan sille, että kaikki toimijat puhuvat samasta asiasta samalla termillä. Moniammatillisen toiminnan edistämiseksi lääkityslistalla pitäisi olla seuraavat ominaisuudet:

- lääkityslistaa pitäisi pystyä tarkastelemaan, vaikka hoitavassa yksikössä ei olisi lääkkeen määräämiseen oikeutettuja henkilöitä
- oikeus tehdä merkintöjä lääkityslistaan toisen ammattihenkilön puolesta tulisi mahdollistaa (esimerkiksi lääkäri ohjeistaa muutoksen, hoitaja toteuttaa merkinnän ja lääkäri vahvistaa kirjauksen)
- lääkityslistan tiedot tulisi näyttää kullekin ammattilaiselle työtehtävän edellyttämässä laajuudessa
- jos on tehty lääkehoidon arviointi ja sen myötä esitetään muutoksia lääkehoitoon, täytyy kirjaus tehdä myös muutosten toteuttamisesta (esimerkiksi: on tehty toimenpiteitä / ei ole tehty toimenpiteitä ja perustelut miksi ei)
- kirjaaminen täytyisi pystyä kytkemään niihin lääkkeisiin, mistä lääkehoidon arviointi on tehty (tekstin liittäminen lääkehoidon arvioinnin toteuttamiseen liittyvän merkinnän yhteyteen).

Keskustelussa todettiin, että mikään lista ei ikinä korvaa sitä, että potilaalta kysytään mitä lääkkeitä ja muita valmisteita hän todella käyttää. Lääkityslista on pohja, josta keskustelu on hyvä aloittaa. Todettiin, että toimintatavoissa täytyy huomioida se, että lääkityksen tarkistusmerkintä tehdään todella vasta sitten, kun lääkehoito on kokonaisuudessaan arvioitu. Tietoa rokotuksista toivottiin myös osaksi lääkityslistaa.

Ylilääkäri Riitta Kupiainen Itä-Savon sairaanhoitopiiristä (Sosteri) kertoi iäkkäiden lääkehoidon järjeistämisestä organisaatiotasolla. Sosterissa on toteutettu useita eri toimenpiteitä, joiden

yhteinen tavoite on saumaton kokonaisuus ikäihmisen hyvään hoitoon. Keskeisiä toimenpiteitä ovat olleet yhteisen tietojärjestelmän käyttöön ottaminen, alueellinen lääkehoitosuunnitelma, toimintakyvyn arviointiprosessi, yhteistyö sairaala-apteekin kanssa myös kotihoidossa ja erikoissairaanhoidossa (osastofarmaseutit tekevät lääkehoidon arviointeja myös kotikäynneillä), lääkepoikkeamien seuranta HaiPro-järjestelmän kautta sekä tutkimus- ja kehittämistoiminnan kautta käyttöön otetut uudet toimintatavat.

Yhteisen tietojärjestelmän käyttöönoton myötä tieto on ajantasaista kaikille toimijoille. Alueellinen lääkehoitosuunnitelma luo pohjan lääkehoidon prosessin jalkauttamiseen kaikkiin yksiköihin. Kukin yksikkö tekee oman lääkehoitosuunnitelmansa tämän pohjalta. Alueellisessa lääkehoitosuunnitelmassa on muun muassa määritelty eri terveydenhuollon ammattilaisten ja myös potilaan rooli lääkehoitoprosessissa. Moniammatillinen yhteistyö lääkehoitojen arvioinnissa on Sosterissa nykyään käytössä rutiinotoimintana. Lääkitysongelmaisten potilaiden tunnistamiseen käytetään RAI-ohjelmaa.

Kupiainen korosti preventiivisen hoidon merkitystä väestön ikääntyessä. On erittäin tärkeää, että raihnaisuuden aika saadaan pidettyä mahdollisimman lyhyenä.

Lääketaloustieteilijä Piia Rannanheimo Fimeasta kertoi indikaattorityöstä lääkkeiden järkevän käytön tukena. Indikaattorin tehtävänä on osoittaa asioita, mihin pitäisi kiinnittää huomiota. Tällä hetkellä indikaattoritietoa pystytään tuottamaan lääkkeiden kustannuksista, käytöstä ja kulutuksesta. Sen sijaan lääkehoidon laadusta ja vaikuttavuudesta on huomattavasti hankalampaa saada toimivia indikaattoreita ja sitä kautta indikaattoritietoa.

Indikaattoreiden avulla voidaan kuvailla nykytilaa, vertailla esimerkiksi maakuntia keskenään, seurata muutosta ajassa ja ne ovat myös tiedolla johtamisen väline. Indikaattorit eivät korvaa tutkimustietoa, vaan indikaattoritiedon avulla voidaan osoittaa alueita, mistä tarvitaan lisää tutkimustietoa.

Indikaattoritietoa tarvitaan eri tasoille: valtakunnallisella tasolla (esim. STM, Fimea), aluetasolla (esim. maakunta) sekä paikallisella / organisaatiotasolla. Indikaattoreita rakentaessa on tärkeää huomioida kenelle ja mihin tarkoitukseen tietoa tuotetaan. STM:n ja Sitran yhteistyöllä toteutetaan keväällä Lääkehuollon palvelupaketti -pilotti. Lisätietoja sote-palvelupakettien pilotoinnista: <http://www.sitra.fi/hankkeet/sote-palvelupakettien-pilotointi>

Kun puhutaan iäkkäistä, kenestä olemme oikeasti kiinnostuneita: kaikista yli 75 -vuotiaista vai jostakin tietystä ryhmästä, esimerkiksi lääkitysongelmaisista iäkkäistä? Miten ”lääkitysongelmainen” konkreettisesti määritellään? Olemmeko kiinnostuneita muistisairaista, monisairaista, kotisairaanhoidon asiakkaista? Ryhmän määrittely vaikuttaa siihen, mitä voidaan ja kannattaa mitata.

Jotta indikaattoritieto olisi käytännössä toimivaa ja luotettavaa, mitattavat asiat pitää viedä tietojärjestelmiin ja ne täytyy olla sieltä helposti saatavilla tiedolla johtamisen tueksi. Kaiken kaikkiaan vaikutusten mittaaminen on todella haastavaa: esimerkiksi toimintakykymittareilla ei voida mitata ainoastaan lääkehoidon arvioinnin myötä tehtyjen lääkitysmuutosten vaikutusta

toimintakykyyn, vaan ne mittaavat yksilön tilannetta kokonaisuutena. Lääkehoidon arvioinnin lisäksi on voinut tapahtua muita elämään ja toimintakykyyn vaikuttavia asioita, esimerkiksi lisäsairauksien puhkeaminen ja niiden aiheuttamat mielialavaikutukset.

Keskustelussa todettiin, että Kanta-palveluihin tulevaan lääkityslistaan pyritään määrittelemään asioita rakenteisesti, mikä mahdollistaa eri tietojen yhdistämisen ja tietojen koostamisen olemaan nykyisiä tietojärjestelmiä paremmin. Todettiin, että indikaattorit myös ohjaavat toimintaa: mitä mitataan, sitä tuotetaan. Mikäli esimerkiksi lääkityksen tarkistusmerkintä tulisi kansalliseksi indikaattoriksi, tämä todennäköisesti tulisi lisäämään eritasoisia lääkehoitojen arviointeja tulevaisuudessa.

Pohdittiin, kannattaako indikaattoritiedon keräämistä rajata iäkkäisiin lääkitysongelmaisiiin vai voisiko ajatella, että etsitään ylipäätään lääkitysongelmaisii ihmisiä iästä riippumatta. Todettiin myös tietojärjestelmien rajallisuus: niistä saadaan vain se tieto, mikä on sinne syötetty. Esimerkiksi uusista myyntiluvan saaneista lääkkeistä saatu tieto ei välttämättä siirry tietojärjestelmiin (esim. SFINX-PHARAO) ajantasaisesti, eikä siten ole käytettävissä.

Tutkimus- ja kehittämispäällikkö Katri Hämeen-Anttila Fimeasta kertoi loppupuheenvuorossa, miten Fimea jatkaa moniammatillisen yhteistyön edistämistä omassa toiminnassaan. Lähtökohtana toiminnassa on Moniammatillisen kehittämisverkoston toiminnan pohjalta laadittu kansallinen selvitys ja suositukset, minkä jalkauttamista pyritään toiminnassa edistämään. Moniammatillisen verkoston toiminta sellaisena, kun se oli vuosina 2012–2015, ei kuitenkaan tule jatkumaan.

Fimea aloittaa yhteistyön Ikäihmisten kotihoidon ja omaishoidon kärkihankkeen muutosagenttien kanssa ja pyrkii järjestämään koulutustilaisuuksia iäkkäiden lääkehoitojen järjeistämiseksi alueellisilla lääkäripäivillä. Myös kansallista keskustelua ja yhteistyötä sidosryhmien kanssa jatketaan. STM:n rahoittaman ILMA-tutkimuksen tulokset raportoidaan kesällä 2017 ja ILMA-hankkeen myötä saatua osaamista pyritään viemään käytäntöön.

Fimea toimii aktiivisesti ministeriön Rationaalisen lääkehoidon toimeenpano-ohjelmassa. Yksi tavoite tässä toiminnassa on, että lääkehoitojen arviointipalvelut kohdistuvat niitä eniten tarvitseville ja että moniammatillista yhteistyötä hyödynnetään nykyistä tehokkaammin ja koordinoitummin lääkehoidon seurannassa.