

**Marie Måsabacka**

LL

Yleislääketieteen erikoistuva lääkäri, Espoon kaupunki

**Arto Virtanen**

LL

Terveyskeskuslääkäri, Nurmijärven terveyskeskus

Toimittanut:

**Riitta Vuorela**

YTM

Tiedottaja, Fimea

**KERRO  
TWITTERISSÄ,  
@Siclehti** kuulee.

Mitä ajatuksia  
järkevä lääkehoito  
sinussa herättää?

# Tolkua lääkehoitoon – terveyskeskuslääkärit kommentoivat

Ongelmat järkevän lääkehoidon toteuttamisessa tunnetaan hyvin. Matkalla kohti uusia käytäntöjä monen asian on muututtava. Terveyskeskuslääkärit Marie Måsabacka ja Arto Virtanen pohtivat, miten arki haastaa järkevän lääkehoidon.

**Arto:** Nykyisin lääkärin työaika kuluu aiempaa enemmän tiedon läpikäymiseen. Eri järjestelmät antavat paljon tietoa potilaista. Ongelmana on kuitenkin tietojen huono käytettävyys, koska järjestelmät ovat usein kankeita. Tietoa on siis saatavilla, jos osaa ja ehtii etsiä oikeasta paikasta. Mutta miten esimerkiksi päivystäjä löytää hoidon kannalta olennaisen tiedon, jos potilaasta on kertynyt tietoa 100 käynnin verran?



**Marie:** Asiakirjamerkintöjen määrä on kyllä todellinen ongelma. Potilaalla saattaa olla mukanaan 15 vuoden paperit työterveyshuollosta. Lisäksi hän on saattanut olla sairaalahoidossa. Valitettavasti tietojärjestelmät eivät keskustele keskenään. Perusterveydenhuolto näkee sairaalamerkinnöistä kirjavan kokoelman, joista olennainen tieto on vaikeasti löydettävissä, vaikka sitä tietäisi etsiä. Yksittäisiä kirjauksia lääkkehoidosta on tätäkin vaikeampaa löytää. Tietojärjestelmien käytettävyydessä olisi parannettavaa.

Voidaanko lääkäreitä velvoittaa tutustumaan kaikkeen potilastietoon aina, kun tämä tekee päätöstä potilaan hoidosta tai lääkkehoidosta? Vastaan tulee ajan puute: isoja paperimääriä ei ehdi lukea ajanvarausvastaanotolla saati päivystyksessä.

**Arto:** Toisaalta ongelmana on tietojen luotettavuus. Lääkkeiden toimitustiedot voi nähdä reseptikeskuksesta, mutta tietoihin ei voi täysin luottaa, koska potilas on voinut kieltää lääkitystietojen näkymisen. Erityisesti ongelmallisten lääkkeiden kohdalla potilas voi helposti kieltää tietojensa näkymisen. Potilaan kiello-oikeus on siis vakava uhka turvalliselle lääkehoidolle.

**Arto:** PKV-lääkkeiden käytön hallittavuus on erityinen ongelma. Jatkuvat suuret reseptit ovat mahdollisia, sillä valitettavasti osa potilaista käyttää lääkkeitä väärin. Tilannetta voi hallita siten, että määrää toimitettavaksi vain pieniä pakkauksia. Toinen vaihtoehto on, että lääkäri kirjoittaa isomman määrän pakkauksia ja reseptimerkinnöillä rajoittaa niiden käyttöön luovutusta.

**Arto:** Lääkemääräyksiä selaamalla totuus potilaan käyttämästä lääkityksestä on puutteellinen. Vain potilas itse tietää, mitä lääkkeitä hän oikeasti käyttää.

Lääkärit määräävät lääkkeen hoitosuosituksen mukaisesti, mutta potilas voi jättää lääkkeen ostamatta tai voi olla, että potilas ei ota lääkettä suosituksen mukaisesti. Tietojärjestelmien tarjoamaan tietoon luottaminen on siinä mielessä hieman vaarallista.

Itselläni on tullut vastaan tapaus, jossa potilaalla oli saatavilla apteekista viisi eri bisoprololi-e-reseptiä. Resepteissä oli määrätty kahta eri vahvuutta, lisäksi kaikissa viidessä oli eri annosteluohje.

**Marie:** Potilaalta saadut tiedot ovat usein todella ratkaisevan tärkeitä. Kiireessä tietojärjestelmistä ei ole hyötyä.

Itseäni mietityttää usein itselleni tuntemattomien potilaiden reseptien uusiminen. Miten tarkasti potilaaseen tulisi tutustua? Pitäisikö minun keskittyä vain uusittavaan lääkkeeseen vai perehtyä kokonaislääkitykseen pidemmältä ajalta? Tämä kysymys huolestuttaa erityisesti silloin, kun pitäisi määrätä PKV- tai unilääkkeitä.

Viikossa minulle saattaa tulla uusittavaksi jopa 50 potilaan reseptit – ja osalla potilaista on useita reseptejä. Käytännössä perehdyn määrättävän lääkkeen turvalliseen käyttöön ja uusin reseptin vuodeksi, jos potilas on käynyt määräaikaikontrolleissa jokseenkin säännöllisesti.

Ne reseptit, joiden käyttöä seurataan tarkasti ja joiden seuraavan reseptin toimitusta rajataan, ovat haaste: lääkärillä ei ole käytössään hyvää työkalua, jolla laskea sitä, milloin seuraavan reseptin saa toimittaa potilaalle.

**Marie:** Mietin usein, syöllistynkö laiminlyöntiin, jos kieltäydyn uusimasta suuria määriä bentsodiatsepiinejä tai antipsykootteja, jotka on aloitettu ahdistus- tai unihäiriön muualla.

Myös päivystyksessä saatuja reseptejä tulee uusittavaksi – joskus jopa antibiootteja. Toisaalta erikoissairaanhoidosta saattaa tulla uusittavaksi lääkkeitä, jotka ovat itselle tuntemattomia tai eivät kuulu yleislääkärin arsenaaliin. Tuolloin pitäisi olla käytettävissä erikoissairaanhoidon kirjaus lääkkeen oikeasta käytöstä.

Näitä hankalammaksi koen kuitenkin yksityisillä lääkäri- asemilla määrättyt lääkkeet, koska nämä potilastiedot eivät näy meille julkisella puolella. En myöskään koe velvollisuutta jatkaa lääkityksiä, jotka poikkeavat yleisistä hoitokäytännöistä.

**Marie:** Potilaan vastuu omasta hoidosta onkin merkittävä. Myös lääkehoitoon liittyvissä turvakokeissa on ongelmia. Potilaan täytyy itse muistaa käydä niissä. Alussa, kun kokeita on useammin, tämä vielä ehkä onnistuu. Mutta muistaako potilas käydä kokeissa, joita on harvemmin? Tiettyjen lääkkeiden aloituksen jälkeen esimerkiksi natrium-, kalium- ja kreatiniinikontrollit jäävät usein toteutumatta.

Syy ei ole kuitenkaan aina potilaassa. Turvakokeet saattavat jäädä myös kokonaan ohjelmoimatta. Joskus akuuttia tilannetta hoitava lääkäri unohtaa määrätä turvakokeet, jos akuutin hoidon jälkeen aloitetaan pysyvä lääkitys. Kokemukseni mukaan näin on käynyt esimerkiksi akuutin kihdin hoidossa. ●