

Lääkehoitopäätöksiin vaikuttavat tekijät

Kyselytutkimus lääkäreille

**FIMEA KEHITTÄÄ
ARVIOI JA INFORMOI
8/2021**

Lääkehoitopäätöksiin vaikuttavat tekijät – kyselytutkimus lääkäreille.

Fimea kehittää, arvioi ja informoi -julkaisusarja 8/2021

Julkaisuajankohta kesäkuu 2021
Julkaisupaikka: Kuopio

© Lääkealan turvallisuus- ja kehittämiskeskus Fimea 2021

Julkaisija
Lääkealan turvallisuus- ja kehittämiskeskus Fimea
Postiosoite: PL 55, 00034 FIMEA
Puh. vaihde: 029 522 3341
www.fimea.fi

Jakelutiedot
www.fimea.fi/tietoa_fimeasta/julkaisut
www.julkari.fi

2. korjattu painos

ISBN 978-952-7299-23-4
ISSN-L 1799-7135
ISSN 1799-7143 (verkkojulkaisu)

Tutkimusryhmä

Jani Ruotsalainen

Tutkija, MSc, BSc
Lääkealan turvallisuus- ja kehittämiskeskus Fimea
Ei sidonnaisuuksia

Katri Hämeen-Anttila

Tutkimus- ja kehittämispäällikkö, dosentti, FaT
Lääkealan turvallisuus- ja kehittämiskeskus Fimea
Ei sidonnaisuuksia

Johanna Jyrkkä

Tutkija, dosentti, FaT, TtK
Lääkealan turvallisuus- ja kehittämiskeskus Fimea
Ei sidonnaisuuksia

Leena Saastamoinen

Tutkimuspäällikkö, dosentti, FaT
Kela
Ei sidonnaisuuksia

Peppiina Saastamoinen

Tutkija, FT, THM
Lääkäriliitto
Ei sidonnaisuuksia

Hanna-Mari Jauhonen

Tutkijalääkäri, LT, TtK,
Lääkealan turvallisuus- ja kehittämiskeskus Fimea
Ei sidonnaisuuksia

Ohjausryhmä

Ilona Autti-Rämö

Pääsihteeri, dosentti, LKT,
Palveluvalikoimaneuvosto, Sosiaali- ja terveysministeriö
Ei sidonnaisuuksia

Hannu Halila

Varatoiminnanjohtaja, dosentti, LKT
Suomen Lääkäriliitto
Ei sidonnaisuuksia

Katariina Klintrup

Vastaava asiantuntijalääkäri, LT
Kela
Ei sidonnaisuuksia

Päivi Ruokoniemi

Ylilääkäri, LT;
Lääkealan turvallisuus- ja kehittämiskeskus Fimea (28.2.2021 asti)
Ei sidonnaisuuksia

Miia Turpeinen

Tutkimus- ja arviointiylilääkäri, professori OY ja OYS
Ei sidonnaisuuksia

Jukka Vänskä

Tutkimuspäällikkö
Suomen Lääkäriliitto
Ei sidonnaisuuksia

Sisällysluettelo

Tiivistelmä.....	4
Resumé	5
Abstract	6
1. Johdanto.....	7
2. Tutkimuksen tavoitteet	9
3. Aineisto ja menetelmät	10
4. Tulokset	12
4.1. Kyselyyn vastanneet lääkärit.....	12
4.2. Vuorovaikutus potilaan kanssa.....	15
4.3. Reseptien uusiminen potilasta kohtaamatta	19
4.4. Lääkehoitopäätökseen vaikuttavat tekijät	23
4.5. Mielenpitoet digitaalisista työvälineistä	25
5. Pohdinta	28
5.1. Tulokset ja niiden yhteydet kansalliseen kehittämiseen.....	28
5.2. Menetelmien arviointi	30
6. Johtopäätökset	32
Lähteet	33

Tiivistelmä

Ruotsalainen J, Hämeen-Anttila K, Jyrkkä J, Saastamoinen L, Saastamoinen P, Jauhonen H-M. Lääkehoitopäätöksiin vaikuttavat tekijät -kyselytutkimus lääkäreille. Lääkealan turvallisuus- ja kehittämiskeskus Fimea. Fimea kehittää, arvioi ja informoi - julkaisusarja 8/2021. 35 s. ISBN 978-952-7299-23-4.

Avainsanat: Lääkehoito, lääkehoitopäätös, lääkäri, lääkkeen määrääminen, kyselytutkimus

Tämän kyselytutkimuksen tavoitteena oli selvittää ja kuvailla suomalaisten lääkärien lääkehoitopäätöksiin ja määräämiskäytäntöihin vaikuttavia tekijöitä. Kysely sisälsi potilaaseen, yhteiskuntaan ja digitaalisuuteen liittyviä teemoja. Tutkimus toteutettiin keväällä 2021. Kutsu kyselyyn lähetettiin 8521 Suomen Lääkäriliiton jäsenrekisteristä poimitulle lääkärille. Otoksesta poissuljettiin diagnostisilla erikoisaloilla työskentelevät ja 65 vuotta täyttäneet. Kyselyyn vastasi yhteensä 1800 henkilöä, joista 69 % oli naisia. Vastaaajien keski-ikä oli 47-vuotta (vaihteluväli 24-64). Vastausprosentti oli 21 %.

Kyselyyn vastanneet lääkärit ovat kohdanneet usein potilaita, jotka haluavat keskustella lääkehoidostaan, osallistua lääkehoitopäätöksen tekoon ja esittävät toiveita lääkehoidostaan. Lääkärit suhtautuvat vastausten perusteella tähän myönteisesti. Lääkärit kohtaavat työssään ajoittain myös potilaita, jotka uhkailevat tai painostavat määräämään tiettyjä lääkkeitä. Pääsääntöisesti kyselyyn vastanneet kokevat tällaisen käytöksen negatiivisena. Pettymystään ilmaisevia potilaita vastanneet kohtaavat myös työssään, mutta suhtautuvat tilanteisiin tulosten perusteella neutraalisti.

Osa lääkäreistä havaitsee kuukausittain, että potilaalla on rahanpuutteen takia jäänyt lääke ostamatta, ja että potilaan terveys on vaarantunut tästä syystä.

Lääkehoidon valinnassa lääkäreille tärkein tekijä on lääkehoidon vaikuttavuus ja lääkkeen tuttuus heille itselleen. Myös Käypä hoito - ja muut hoitosuositukset olivat tärkeitä. Lääkehoidon valintatilanteessa lääkkeen hinta potilaalle on tärkeämpi kuin lääkehoidon kustannukset yhteiskunnalle.

Lääkäreillä on yleensä riittävästi tietoa lääkemääräyksen uusimiseksi, vaikka potilas ei olekaan paikalla. Näissä tilanteissa potilaan tietoja tarkastetaan yleisesti oman organisaation potilastietojärjestelmistä ja myös Kannan potilastiedon arkistosta, mutta harvemmin. Kannan Reseptikeskusta lääkärit hyödyntävät usein tarkistaakseen, mitkä potilaan reseptit ovat voimassa, selvittääkseen onko potilas hankkinut lääkkeet apteekista ja päivittääkseen potilaan lääkitystiedot potilastietojärjestelmään.

Etävastaanotto on lisääntynyt koronapandemian myötä. Iso osa vastanneista lääkäreitä oli sitä mieltä, ettei etävastaanotto voi korvata kliinistä tutkimusta eikä vuorovaikutusta kasvotusten. Lääkärien mielestä etävastaanotto soveltuu paremmin tutun potilaan kontrollikäynnille kuin ensikontaktiksi. Etävastaanoton arvioitiin säästävän kuitenkin potilaan aikaa ja madaltavan kynnystä asioida lääkärin kanssa.

Tulosten perusteella lääkärit huomioivat potilaan toiveita, tilannetta ja tarpeita lääkehoidosta päättäessään. Edellytykset potilaskeskeiselle vuorovaikutukselle ja hoidolle ovat hyvät, johon myös väestöllä on todettu olevan halukkuutta. Tilanteissa, joissa potilas ei ole paikalla, lääkärit hyödyntävät sähköisiä tietojärjestelmiä usein. Lääkärien mielestä etätyöskentely ei voi korvata kliinistä tutkimusta tai vuorovaikutusta kasvotusten.

Resumé

Ruotsalainen J, Hämeen-Anttila K, Jyrkkä J, Saastamoinen L, Saastamoinen P, Jauhonen H-M. Enkätundersökning bland läkare: Faktorer som påverkar beslut om läkemedelsbehandling. Säkerhets- och utvecklingscentret för läkemedelsområdet Fimea. Publikationsserien Fimea utvecklar, utvärderar och informerar 8/2021. 35 s. ISBN 978-952-7299-23-4.

Nyckelord: Läkemedelsbehandling, beslut om läkemedelsbehandling, läkare, förskrivning av läkemedel, enkätundersökning

Målet med den här enkätundersökningen var att utreda och beskriva de faktorer som påverkar de finska läkarnas beslut om läkemedelsbehandling och förskrivningspraxis. Enkäten innehöll teman kring patienter, samhälle och digitalisering. Undersökningen gjordes våren 2021. En inbjudan att delta i undersökningen skickades till 8 521 läkare som plockats från Finlands Läkarförbunds medlemsregister. Från urvalet utslöts läkare som arbetar inom diagnostiska specialbranscher samt 65 år fyllda läkare. Sammanlagt 1 800 personer svarade på enkäten, av vilka 69 procent var kvinnor. De som svarade var i medeltal 47 år (variationsintervall 24–64). Svarsprocenten var 21.

Finska läkare träffar ofta patienter som vill diskutera sin läkemedelsbehandling och delta i besluten om läkemedelsbehandlingen samt uttrycker önskemål om läkemedelsbehandlingen. Läkarkåren ställer sig enligt svaren positivt till det här. Läkarna träffar tidvis också patienter i sitt arbete som hotar eller trycker på dem att förskriva vissa läkemedel.

Enligt resultaten upptäcker en del av läkarna varje månad att någon patient på grund av penningbrist har låtit bli att köpa ett läkemedel, och att patientens hälsa därför har äventyrats.

I valet av läkemedelsbehandling är de viktigaste faktorerna för läkarna behandlingens effektivitet, och hur förtrogna de är med läkemedlet liksom också Finska Läkarföreningen Duodecims God medicinsk praxis-rekommendationer och andra behandlingsrekommendationer. När läkarna väljer läkemedelsbehandling är läkemedlets pris för patienten viktigare än behandlingens kostnader för samhället.

Läkarna har i allmänhet tillräcklig information för att kunna förnya ett recept, även om patienten inte är närvarande. I de här situationerna granskar de vanligen patientuppgifterna i den egna organisationens patientdatasystem och också i Kantas patientdataarkiv. Kantas Receptcentral utnyttjas av läkarna oftast för att kontrollera vilka av en patients recept är i kraft, ta reda på om patienten har skaffat läkemedlen på apoteket och uppdatera uppgifterna om patientens medicinering i patientdatasystemet.

Distansmottagning har blivit vanligare under coronapandemin. Utifrån svaren har läkarna en samstämmig syn på att en distansmottagning inte kan ersätta vare sig en klinisk undersökning eller kommunikation närvarande. Läkarna anser att en distansmottagning passar bättre för ett kontrollbesök av en bekant patient än för en första kontakt. De bedömde emellertid att distansmottagningen sparar patientens tid och sänker tröskeln för att konsultera läkare.

Enligt resultaten beaktar läkarna patienternas önskemål, situation och behov när de beslutar om läkemedelsbehandling. Förutsättningarna för ett patientinriktat delat beslutsfattande är goda och befolkningen har också konstaterats önska det. I situationer där patienten inte är närvarande utnyttjar läkarna ofta elektroniska datasystem. Enligt läkarna kan distansarbete inte ersätta vare sig kliniska undersökningar eller kommunikation närvarande.

Abstract

Ruotsalainen J, Hämeen-Anttila K, Jyrkkä J, Saastamoinen L, Saastamoinen P, Jauhonen H-M. Factors influencing pharmaceutical treatment decisions - A survey study for physicians. Finnish Medicines Agency Fimea. Serial Publication Fimea Develops, Assesses and Informs 8/2021. 35 p. ISBN 978-952-7299-23-4.

Keywords: Pharmaceutical treatment, drug therapy, pharmacotherapy, medical decision-making, physician, survey

The aim of this survey was to find out and describe the factors influencing Finnish physicians' pharmacotherapy decisions and prescribing practices. The survey covered themes related to the patient, society, and digitalization. The study was carried out in the spring of 2021. An invitation to participate was sent to 8521 physicians selected among the Finnish Medical Association's register of members. People working in diagnostic specialties and those who were older than 65 years were excluded from the sample. A total of 1,800 physicians responded to the survey, 69% of whom were women. Respondents were on average 47 years old (range 24-64). The response rate was 21%.

Finnish physicians often encounter patients who want to discuss their medication, participate in decision-making and express their wishes about their medication. Based on the results, physicians take a positive view on this. Physicians also occasionally encounter patients who threaten or pressure them to prescribe certain pharmaceuticals.

Based on the results, some physicians witness such cases on a monthly basis where the patient has not purchased a prescribed medicine due to lack of money, and because of this the patient's health has been endangered.

The most important factor for doctors when choosing medication is effectiveness as well as the Finnish Medical Society Duodecim's Current Care guidelines and other treatment guidelines. When choosing pharmaceutical treatment, the price of the pharmaceutical to the patient is more important than its cost to society.

Physicians usually have enough information to renew a prescription even in situations where the patient is not present. In these circumstances, the patient's data is generally checked from the organization's electronic health care record and also from the online national Kanta patient data repository. Physicians use the online national Kanta prescription service to check out which of the patient's prescriptions are valid, to find out if the patient has purchased the prescribed pharmaceutical products from a pharmacy, and to update the patient's medication in the electronic health care record.

Telemedicine, such as, remote clinical services provided by a physician, has increased during the corona pandemic. Based on the survey results, physicians agree that telemedicine cannot replace clinical examination or face-to-face interaction. Physicians believe that telemedicine is more suitable for a patient's control visit than for a first contact. However, telemedicine was estimated to save the patient's time and to lower the threshold to contact a physician.

Based on the results, physicians consider the patient's wishes, situation and needs when deciding about pharmaceutical treatment. The conditions for patient-centered care are good. In situations where the patient is not present, physicians often utilize electronic information systems. Physicians believe telemedicine cannot be a substitute for clinical examination or face-to-face interaction.

1. Johdanto

Lääkärit määräävät valtaosan ihmisille tarkoitetuista reseptilääkkeistä. Lääkäriin oikeus määrätä lääkkeitä kuuluu terveydenhuollon ammattihenkilöistä annetun lain mukaisesti lääkärin erityisiin oikeuksiin. Potilaan hoidosta päättäessään lääkäriillä on varsin suuri ammatillinen autonomia, vaikka hän on toisaalta velvollinen lääkkeenmäärämisasetuksen mukaisesti noudattamaan hyvää hoitokäytäntöä (1, 2).

Lääkäriille potilaan hoidosta päättäminen on tehokasta tiedonkäsittelyä vaativa kognitiivinen päätöksentekoprosessi. Yksilön terveysongelmaan kohdistuva hoitopäätös on lääkärin käytettävissä olevien tietojen, kliinisen osaamisen ja kokemuksen pohjalta tekemä valinta eri hoitovaihtoehtojen välillä. Päätyessään eri hoitovaihtoehtoista lääkehoitoon, lääkäri tekee lääkemääräyksen joko laatimalla sähköisen lääkemääräyksen tai tekemällä kirjauksen potilastietojärjestelmään. Lääkehoitopäätöstä tehdessään lääkärin on yhdistettävä tieteellinen tieto, potilaan toivomukset ja arvot käytettävissä oleviin resursseihin ja tehtävä näiden perusteella hoitopäätös yhdessä potilaan kanssa (3). Lisäksi lääkärin on huomioitava yhteiskunnallinen vastuunsa, jotta rajallisia voimavaroja käytetään järkevästi (4).

Lääkehoitopäätökseen vaikuttavia tekijöitä on paljon. Potilaalla ja hänen tarpeillaan ja toiveillaan sekä lääkärin ja potilaan välisellä vuorovaikutuksella on tärkeä merkitys lääkehoitopäätöksessä. Suomalaisen väestötutkimuksen mukaan yli 80 % vastaajista olisi halukas keskustelemaan lääkehoidostaan ja reilu 70 % osallistumaan lääkehoitopäätöksen tekoon (5), mikä vaatii lääkäriltä aikaa ja vuorovaikutustaitoja. Hoitopäätöksiä tehdään myös tilanteissa, joissa potilas ei ole fyysisesti paikalla, kuten etävastaanoitoilla tai uusittaessa reseptejä.

Lääkehoidon käyttöön potilaan sairauden hoidossa vaikuttavat myös lääkärin koulutus ja kokemus. Erityyppiset hoitosuositukset ohjaavat hoitomenetelmien valintaa ja myös lääkkeiden käyttöä ja siten lääkehoitopäätöksiä. Suomessa Duodecimin Käypä Hoito ja Vältä viisaasti -suositusten lisäksi erikoislääkäriyhdistykset laativat hoitosuosituksia. Kansallisten suositusten puuttuessa hoitoa voivat ohjata kansainväliset suositukset, asiantuntijoiden kirjoittamat artikkelit ja tutkimusjulkaisut. Myös Kela lähettää lääkäreille vuosittain kohdennettua informaatiota lääkkeenmäärämisestä ja lääkkeiden käytöstä.

Lääkevalmisteiden käyttöä ohjataan muun muassa korvausjärjestelmän avulla. Lääkekorvausjärjestelmän avulla kohdennetaan lääkehoitoa kustannusvaikuttaviin valmisteisiin sekä vaikeita ja kroonisia sairauksia sairastavien potilaiden hoitoon (6), mikä luo pohjan avohoidon lääkevalinnoille ja lääkevalikoimalle (7).

Sähköiset työkalut ja niiden käytettävyys ovat myös merkittävässä roolissa lääkärin tehdessä hoitopäätöksiä ja määrätessään lääkkeitä. Sähköinen lääkemääräys ja Kanta-palveluiden reseptikeskus tulivat pakollisiksi vuonna 2017. Nämä ovat muuttaneet lääkkeenmäärämisestä teknistä toteutusta ja sujuvoittaneet sitä (8). Sähköisen lääkemääräyksen uudistamiskäytäntöjä selvittäneen haastattelututkimuksen mukaan uusimiskäytännöt ovat ajan myötä muotoutuneita rutiineja (9). Kaikkien sähköisten lääkemääräysten tallentuessa Kannan Reseptikeskukseen, on myös muiden lääkärin tekemien lääkemääräysten tarkastelu mahdollista, mutta potilaan käytössä olevaa lääkitystä on Kannan Reseptikeskuksesta haasteellista selvittää. Myös esimerkiksi lääkehoitopäätöksiä tukevia tietokantoja on useita. Lisäksi päätöksenteon tukijärjestelmät ovat yleistyneet. Sähköisillä päätöksentuilla tarkoitetaan järjestelmiä, jotka tuottavat käyttäjilleen potilaskohtaisesti räätälöityjä toimintaohjeita potilastietojärjestelmän tietojen ja yleisen lääketieteellisen tiedon pohjalta (esim. interaktiohälytykset, riskilaskurit). Suurimmassa osassa sähköisiä

potilastietojärjestelmiä on jo integroituna muun muassa lääkkeiden välisistä interaktoista varoittava toiminto.

2. Tutkimuksen tavoitteet

Suomessa lääkärin lääkehoitopäätöksiin ja lääkkeenmääräämiskäytäntöihin vaikuttavia tekijöitä on tutkittu vähän (10). Kansainvälisiä tutkimuksia aiheesta eri menetelmin ja näkökulmista on paljon, enimmäkseen keskittyen joihinkin tiettyyn lääkeryhmään (esim. opioidit). Suomessa aiemmat tutkimukset ovat enimmäkseen keskittyneet lääkkeen määräämisen tekniseen ja organisatoriseen toteuttamiseen. Tutkimuksia suomalaisten lääkärin suhtautumisesta potilaiden osallistumiseen hoitoa ja lääkehoitoa koskevaan päätöksentekoon ei myöskään ole löydettävissä. Viimeisen vuosikymmenen aikana potilaslääkärisuhteessa tapahtuneiden muutosten, kuten potilaan roolin vahvistuminen, potilaiden omaa terveydentilaansa koskevan tiedon saatavuudessa ja hyödyntämisessä tapahtuneet muutokset, omahoidon ja digitaalisuuden merkityksen lisääntyminen, takia asiasta tarvitaan tuoretta tutkimustietoa. Tietoa päätöksentuen tai tietokantojen käytön yleisyydestä, hyödyllisyydestä ja vaikutuksesta lääkehoitopäätöstä tehdessä suomalaisten lääkärin näkökulmasta ei myöskään ole. Tätä tietoa tarvitaan digitaalisten järjestelmien kehittämisessä lääkkeiden järkevän käytön tukemiseksi.

Tämän kyselytutkimuksen tavoitteena oli:

- selvittää ja kuvailla suomalaisten lääkärin lääkehoitopäätöksiin ja lääkkeenmääräämiskäytäntöihin vaikuttavia tekijöitä, sisältäen potilaaseen, yhteiskuntaan ja digitaalisuuteen liittyviä teemoja.
- selvittää suomalaisten lääkärin suhtautumista lääkkeenmääräämiskäytäntöjen informaatio-ohjaukseen ja digitaalisiin apuvälineisiin.

3. Aineisto ja menetelmät

Lääkehoitopäätöksiin vaikuttavat tekijät -kyselytutkimus toteutettiin Fimean, Suomen Lääkäriliiton, Kelan ja Palkon yhteistyönä. Tutkimus toteutettiin Kelan myöntämällä KKRL12.3 § mukaisella rahoituksella ja osallistuvien organisaatioiden omalla rahoituksella.

Koska tälle tutkimukselle asetetut tavoitteet ja tarpeet sen tuottamalle tiedolle olivat osallistujaorganisaatioiden määrittelemiä ja sidoksissa suomalaiseen toimintaympäristöön, emme löytäneet soveltuvia validoituja kysymyspattereita, vaan kyselyn sisältö ja käytetyt kysymykset mittareineen suunniteltiin tätä tutkimusta varten. Kyselylomake pilotoitiin kahdella erillisellä edustavalla otoksella ($n_1 = 21$, $n_2 = 210$).

Kyselyyn sisällytetyt kuusi osiota olivat:

- Taustamuuttajat
- Vuorovaikutus potilaan kanssa
- Lääkemääräyksen uusiminen potilasta kohtaamatta
- Lääkehoidon valinta
- Mielenpitoet digitaalisista apuvälineistä
- Kelan lääkemääräyspalautte

Kyselyssä oli mukana suodattavia kysymyksiä, joilla pyrittiin varmistamaan, että kysytyt asiat olisivat vastaajille relevantteja. Suodatusta käytettiin sen selvittämiseksi, määrääkö vastaaja lääkkeitä, uusiiko reseptejä potilasta kohtaamatta, onko vastaaja kieltänyt alkuperäislääkkeen vaihdon ja kuinka usein vastaaja käyttää etävastaanottoa. Näihin kysymyksiin kieltävästi vastanneiden ei tarvinnut vastata loppuihin tai osaan tämän aiheen lisäkysymyksistä. Sähköisessä kyselykaavakkeessa siirtymät oli automatisoitu ja tietyn vastausvaihtoehdon valitessaan vastaaja siirtyi automaattisesti seuraavaan hänelle relevanttiin kysymykseen. Paperisessa kyselykaavakkeessa vastaajaa ohjattiin sanallisesti siirtymään vastaavasti kyselyssä seuraavaan hänelle relevanttiin kysymykseen.

Vastaajien sosiodemografiset tiedot sekä työtehtävien luonne ja määrä selvitettiin pääosin monivalintakysymyksin. Vastaajien käsityksiä ja mielenpitoita selvitettiin väittämin, jotka käsittelivät potilaan ja lääkärin välistä vuorovaikutusta, lääkemääräyksen uusiminen potilasta kohtaamatta, läkehoidon valintaa, Kelan lääkemääräyspalautetta ja digitaalisia päätöksenteon tukivälineitä. Vastauksissa käytettiin pääsääntöisesti Likert-asteikkoa.

Tutkimukseen osallistujat poimittiin Lääkäriliiton jäsenrekisteristä. Tullakseen poimituksi otokseen, lääkärin: a) tuli olla Lääkäriliiton jäsen, jolle löytyy osoite, b) asua Suomessa ja c) olla syntynyt 8.3.1956 jälkeen. Otoksesta poistettiin seuraavat diagnostiset erikoisalut: kliininen fysiologia ja isotooppilääketiede, kliininen kemia, kliininen mikrobiologia, kliininen neurofysiologia, patologia, perinnöllisyyslääketiede, ja radiologia. Edellä kuvatuin rajauksin määritellystä joukosta tutkimuskutsu lähetettiin puolelle eli yhteensä 8521 lääkärille.

Aineistonkeräyksen toteutti Lääkäriliiton tutkimusyksikkö, joka vastasi verkkokyselyn teknisestä toteutuksesta, kyselyn jakelusta otokseen valituille ja heille lähetetyistä muistutuksista sekä muodostuneen aineiston tallennuksesta, muuttajien luokittelusta ja aineiston pseudonymisoinnista.

Kyselyaineisto kerättiin keväällä 2021 yhdeksän viikon ajanjaksolla (9.3.-12.5.) sähköisesti ja postitse toteutetun kyselyn avulla. Kutsu osallistua Lääkehoitopäätöksiin vaikuttavat tekijät -kyselyyn lähetettiin 9.3.2021 ensivaiheessa sähköpostitse otokseen valikoituneista niille 8242 lääkärille, joille löytyy sähköpostiosoite Suomen Lääkäriliiton jäsenrekisteristä.

Tutkimukseen valitut saivat sähköpostin mukana tietoa Lääkehoitopäätöksiin vaikuttavat tekijät -kyselystä ja sen tarkoituksesta sekä muodostuvan aineiston käsittelystä. Kyselyn alussa vastaajalta kysyttiin suostumus henkilötietojen käsittelyyn annettujen tietojen mukaisesti. Kyselyyn vastaaminen tulkittiin tietoiseksi suostumukseksi kyselyyn osallistumisesta.

Ensimmäinen muistutus kyselyyn vastaamisesta lähetettiin sähköpostilla 16.3.2021 (teknisen vian takia uudestaan 17.3.2021) ja toinen 23.3.2021. Niille, jotka eivät olleet vastanneet muistutusten jälkeenkään sähköpostitse saamansa linkin kautta, lähetettiin paperinen kyselylomake 30.3.2021. Kolmas sähköinen muistutus lähetettiin 21.4.2021. Tiedonkeruu päätettiin 12.5.2021, jolloin vastauksia oli kertynyt 1800: 913 sähköisesti ja 887 paperilomakkeella. Vastausprosentiksi tuli 21.

Tässä raportissa esitetään vastaajien sosiodemografiset tiedot sekä perustuloksia frekvensseinä ja prosenttiosuuksina. Vastaajajoukon suodattaminen valikoivilla kysymyksillä pienentää vastaajajoukon kokoa puuttuvien vastausten lisäksi, jonka johdosta vastaajajoukon koko on ilmoitettu tuloksissa kutakin kyselyn kysymystä käsittelevässä tekstissä, taulukossa tai kuviossa. Tulostaulukoissa rivitulokset on raportoitu samassa järjestyksessä kuin ne on esitetty kyselyssä vastaajille. Käytetty kyselykaavake julkaistaan myöhemmin Lääkäriliiton internetsivustolla tätä kyselyä käsittelevässä osiossa (Lääkäriliitto 2021).

Tulokset Kelan lääkemääräyspalautteesta raportoidaan erillisessä julkaisussa.

4. Tulokset

4.1. Kyselyyn vastanneet lääkärit

Kyselyyn vastasi 1800 lääkäriä, joista 69 % oli naisia (**Taulukko 1**). Vastanneet lääkärit olivat suorittaneet perustutkintonsa vuosien 1979 ja 2021 välillä (mediaani vuosi 2000). Vastaajista 67 % oli erikoistunut ja 21 %:lla erikoistuminen oli vielä kesken. Vastaajista 12 % ei ollut erikoistunut. 55-65 vuotiaiden vastaajien ryhmä oli suurin ja heitä oli 34 % vastaajista.

Vanhemmat lääkärit, naiset ja erikoistuneet vastasivat jonkin verran osuuttaan aktiivisemmin, mikä on tyypillistä Lääkäriliiton tutkimuksissa. Otoksessa naisten osuus oli 62 % ja vastaavasti erikoistuneiden osuus 58 %. Otoksessa alle 35 ikäryhmän osuus oli 23 %, 35-44 vuotiaiden 29 %, 45-54 vuotiaiden 22 % ja 55-64 vuotiaiden osuus 25 %. Vastaajat edustavat varsin hyvin otoksen perusjoukkoa myös yliopistollisten sairaaloiden erityisvastuu (erva) - alueittain tarkasteltuna, sillä poikkeama otoksesta oli maksimissaan 1,6 prosenttiyksikköä.

Taulukko 1. Lääkehoitopäätöksiin vaikuttavat tekijät -kyselyyn vastanneiden taustatiedot (n = 1800).

	Vastanneet % (n)
Sukupuoli (n = 1792)	
Nainen	69 (1232)
Mies	31 (559)
Muu	0,1 (1)
Ikä vuoden 2020 lopussa (n = 1764)	
Alle 35 vuotta	21 (361)
35-44 vuotta	23 (409)
45-54 vuotta	23 (398)
55-64 vuotta	34 (596)
Vuosia perustutkinnon suorittamisesta (n = 1674)	
0-9 vuotta	28 (463)
10-19 vuotta	22 (364)
20-29 vuotta	23 (389)
30 vuotta tai enemmän	27 (458)
Työtilanne kyselyhetkellä (n = 1797)	
Työssä	93 (1665)
Kokoaikaisella eläkkeellä osallistuen työelämään	2 (31)
Kokoaikaisella eläkkeellä niin ettei osallistu työelämään	2 (29)
Äitiys-, isyys-, tai hoitovapaalla	3 (59)
Muusta syystä poissa työelämästä	1 (13)
Työnantajasektori (n = 1782)	
Kunta tai kuntayhtymä	71 (1258)
Valtio	3 (57)

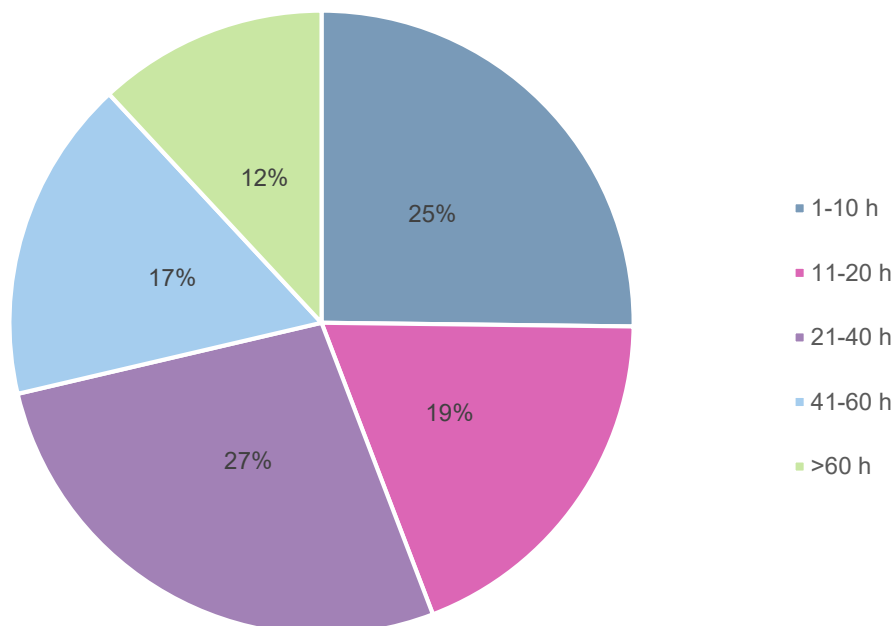
Yksityinen sektori (ml. yliopistot, Kela)	25 (442)
Kolmas sektori (yhdistykset, säätiöt, jne.)	1 (25)
Erva-alue (n = 1756)	
HYKS-erva	41 (711)
TYKS-erva	14 (243)
TAYS-erva	18 (311)
KYS-erva	16 (280)
OYS-erva	12 (209)
Ahvenanmaa	0,1 (2)
Päätoimen toimipaikka (n = 1781)	
Yliopistollinen keskussairaala	27 (486)
Muu kunnallinen/kuntayhtymän sairaala	19 (345)
Terveyskeskus	25 (450)
Työterveyshuolto	8 (134)
Yksityinen lääkärikeskus tai sairaala, yksityisvastaanotto	12 (210)
Joku muu	9 (156)
Työsuhteen muoto (n = 1774)	
Vakituinen työ- tai virkasuhde	64 (1141)
Määräaikainen työ- tai virkasuhde	24 (423)
Yksityinen ammatinharjoittaja, osakasyrittäjä tai muu yrittäjä	12 (210)
Päätoimen ammattinimike (n = 1781)	
Erikois- tai osastonlääkäri	26 (457)
Johtava lääkäri, johtaja, ylilääkäri, osastonylilääkäri, apulaisyylilääkäri	21 (380)
Terveyskeskuslääkäri	17 (310)
Erikoistuva lääkäri, sairaalalääkäri, YEK-lääkäri	16 (284)
Yksityislääkäri	7 (126)
Työterveyslääkäri, vastaava työterveyslääkäri	7 (123)
Joku muu	6 (101)

Vastaajien (n = 1566) erikoistumisaloista yleisin oli yleislääketiede (22 % vastaajista). Seuraavaksi yleisimpiä olivat työterveyshuolto (8 %), psykiatria (8 %), naistentaudit ja synnytykset (6 %) ja lastentaudit (5 %), muiden erikoisalojen edustajia vastaajissa oli tätä vähemmän.

Kyselyyn vastanneista suurin osa oli työssä (93 %). Suurin osa (71 %) vastaajista oli kunnallisen työnantajan palveluksessa (**Taulukko 1**). Työpaikkansa ilmoittaneista vastaajista (n = 1781) 47 % kertoi työskentelevänsä päätoimisesti yliopistollisessa keskussairaalassa tai muussa kunnallisessa tai kuntayhtymän sairaalassa.

Sivutoimia koskeneeseen kysymykseen vastasi 1782 lääkäriä ja 27 % ilmoitti, että heillä on yksi tai useampi sivutoimi, jossa he tekevät potilastyötä. Tavanomaisen työviikkonsa tuntimäärän ilmoittaneet vastaajat (n = 1704) kertoivat sen olevan keskimäärin 38 tuntia (vaihteluväli 0-80h), kun huomioidaan päätoimi ja kaikki sivutoimet mutta ei päivystyksiä.

Niistä vastaajista, jotka vastasivat päivystämistä koskevaan kysymykseen (n = 1773), 43 % ilmoitti päätoimeen liittyvän päivystämistä. Heillä oli ollut työpaikkapäivystystä keskimäärin 29 tuntia tavanomaisen kuukauden aikana (**kuvio 1**). Tuloksista on poistettu 55 vastaajan vastaukset, jotka ilmoittivat, että heillä oli 0 tuntia työpaikkapäivystystä tavanomaisen kuukauden aikana.



Kuvio 1. Päivystystyötä tekevien vastaajien (n = 663) päivystystuntien määrä tavanomaisen kuukauden aikana.

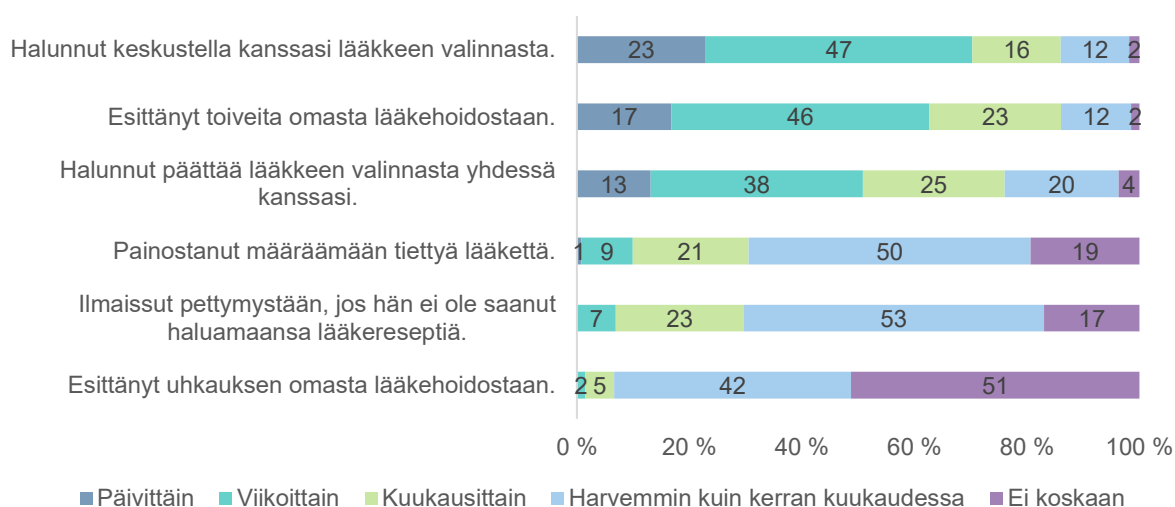
Kysymykseen lääkkeenmäärämisestä vastasi 1780 lääkäriä ja vastanneista 69 % kertoi määräävänsä lääkkeitä vain päätoimessaan, 3 % vain sivutoimessaan ja 23 % sekä pää- että sivutoimessaan. Vastanneista 5 % ei määrää työssään lääkkeitä ollenkaan. Työviikon aikana käytetään eniten aikaa potilastyöhön, noin 25 tuntia, sisältäen myös potilaan hoitamisen puhelimitse tai muilla etäyhteydenpidon välineillä (**Taulukko 2**). Lausuntojen ja todistusten kirjoittamista sekä reseptien uusimista (ns. toimistotyötä) tehdään keskimäärin neljä tuntia viikossa.

Taulukko 2. Vastaajien työajan jakautuminen eri työtehtäviin (n = 1362).

Työtehtävä	Keskimäärin tuntia/viikko (vaihteluväli)
Potilastyö (potilaan ollessa läsnä)	20 (0-72)
Todistusten tai lausuntojen kirjoittaminen	3 (0-40)
Reseptien uusiminen, kun potilas ei ole läsnä	1 (0-35)
Muu potilastyö (puhelinajat, chat-vastaanotto jne.)	5 (0-33)
Muut työtehtävät	9 (0-56)

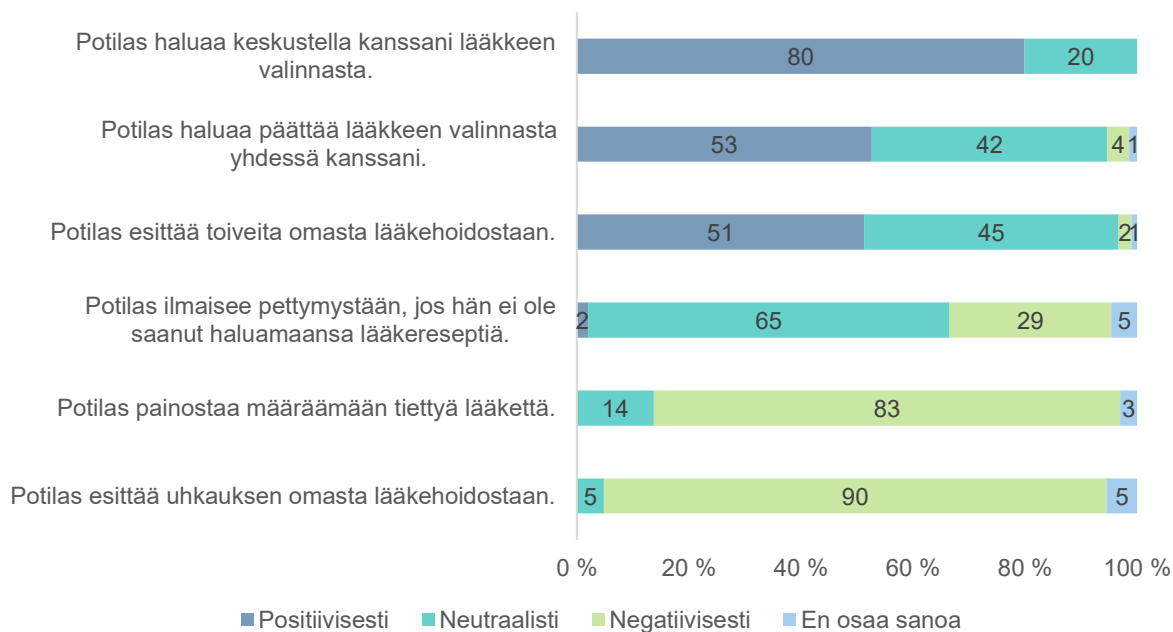
4.2. Vuorovaikutus potilaan kanssa

Vastanneista lääkäreistä 70 % vastasi kohtaavansa vähintään viikoittain potilaita, jotka haluavat keskustella heidän kanssaan lääkkeen valinnasta (**Kuvio 2**). Vastaavasti 51 % vastasi kohtaavansa vähintään viikoittain potilaita, jotka haluavat päättää lääkkeen valinnasta heidän kanssaan. Sen sijaan hieman yli 30 % vastaajista ilmoitti tavanneensa vähintään kuukausittain potilaan, joka on painostanut määräämään tiettyä lääkettä. Vastaajista kolmannes (30 %) vastasi kohtaavansa vähintään kuukausittain pettymystä ilmaisevia potilaita. Potilaiden esittämää uhkailua sen sijaan oli kokenut 7 % vastaajista vähintään kuukausittain. Päivittäin pettymystä ilmaisevan potilaan oli vastaajista kohdannut 0,4 % ja uhkauksen esittäneen potilaan 0,1 % vastaajista.



Kuvio 2. Vastaajien (n = 1681) kokemukset potilaiden eri toimintatapojen yleisyydestä vastaamista edeltäneen 6kk aikana.

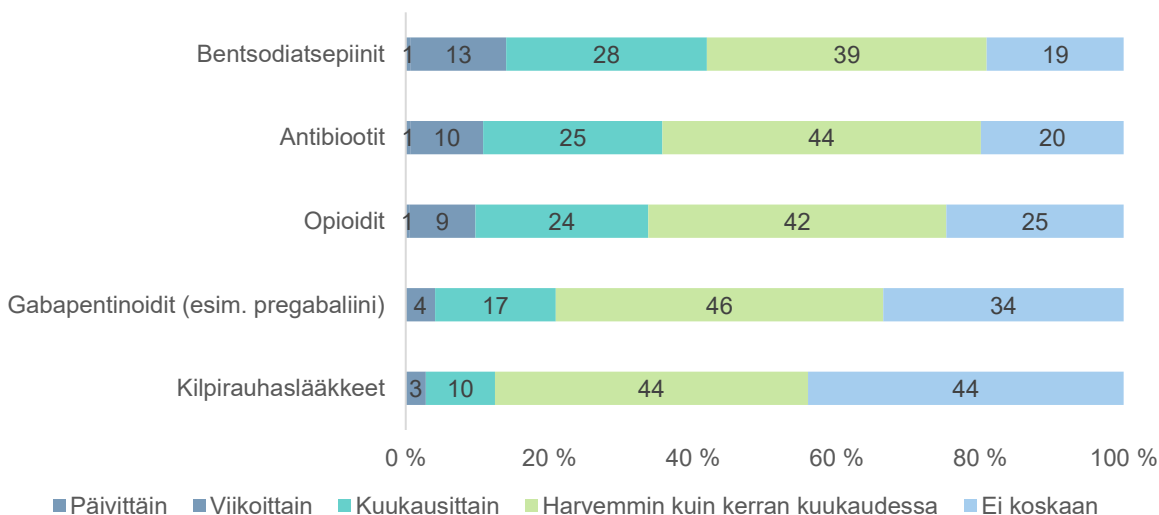
Suurin osa vastaajista (80 %) suhtautuu positiivisesti potilaan halukkuuteen keskustella lääkkeen valinnasta (**Kuvio 3**). Yli puolet suhtautui myös lääkkeen valinnasta päättämiseen (53 %) ja lääkehoitoon liittyvien toiveiden esittämiseen (51 %) positiivisesti. Pettymystään ilmaisevaan potilaaseen vastaajat suhtautuivat vastausten perusteella pääsääntöisesti neutraalisti (65 %), ja kolmannes (29 %) negatiivisesti. Potilaan esittämään painostukseen vastaajista 14 % ilmoitti suhtautuvansa neutraalisti ja hieman yli 80 % negatiivisesti, kun taas uhkailuun 90 % vastasi suhtautuvansa negatiivisesti ja 5 % neutraalisti.



Kuvio 3. Lääkärien (n = 1688) suhtautuminen potilaan toimintatapoihin.

Kyselyyn vastanneista lääkäreistä yli kolmannes vastasi kohdanneensa viimeisen puolen vuoden aikana vähintään kuukausittain potilaita, jotka toivoivat lääkemääräystä bentsodiatsepiineista (42 %), antibiooteista (36 %) tai opioideista (34 %) (**Kuvio 4**). Gabapentinoideista ja kilpirauhaslääkkeistä esitettyjä toiveita vastausten perusteella esitetään harvemmin kuin kuukausittain.

Kuvio 4



Kuvio 4. Potilaiden esittämien tiettyyn lääkeryhmään kohdistuvien lääkemääräystoiveiden yleisyys vastaamista edeltäneen 6 kk aikana (n = 1671).

Vastaajista vajaa puolet (42 %) vastasi viimeisen puolen vuoden aikana tulleen vähintään kuukausittain ilmi tilanteita, että potilaalla oli jäänyt sairauden hoitoon tarkoitettu lääke ostamatta rahan puutteen takia (**Taulukko 3**). Viidennes (21 %) ilmoitti havainneensa kuukausittain tilanteita, joissa potilaan terveys on vaarantunut, koska potilas ei ole hankkinut lääkkeitään rahanpuutteen takia.

Hieman yli puolet vastaajista kertoi kohtaavansa vähintään kuukausittain potilaita, joiden lääkekatto (58 %) on ylittynyt tai joilla on sairauskuluvakuutus (52 %). Vastaajista 38 % ilmoitti kohtaavansa kuukausittain potilaita, joilla on Kelan myöntämä perustoimeentulotuen maksusitoumus lääkkeiden hankintaan.

Taulukko 3. Vastaajien havainnot seuraavien tilanteiden yleisyydestä vastaamista edeltäneen kuuden kuukauden aikana (n = 1620).

	Päivittäin % (n)	Viikoittain % (n)	Kuukausittain % (n)	Harvemmin kuin kerran kuukaudessa % (n)	Ei koskaan % (n)
Potilaallasi on jäänyt sairauden hoitoon tarkoitettu lääke ostamatta rahan puutteen takia.	0 (5)	8 (131)	34 (564)	45 (751)	14 (227)
Potilaasi terveys on vaarantunut, koska hän ei ole hankkinut lääkkeitä rahan puutteen takia.	0 (1)	3 (50)	18 (298)	52 (872)	27 (448)
Potilaallasi on Kelan maksusitoumus lääkkeiden hankintaan.	2 (27)	12 (192)	24 (399)	35 (580)	27 (443)
Potilaallasi on lääkekatto ylittynyt.	6 (103)	23 (376)	29 (474)	27 (436)	14 (234)
Potilaallasi on sairauskuluvakuutus.	8 (121)	19 (301)	25 (405)	36 (576)	13 (217)

Vajaa kolmannes kyselyyn vastanneista lääkäreistä (29 %) oli ollut vähintään kuukausittain tilanteessa, ettei ollut voinut määrätä lääkkeitä potilaalleen tämän ilmoittaessa, ettei hänellä ole vaaraa niitä hankkia (**Taulukko 4**). Potilaille, joilla on lääkekatto ylittynyt, 25 % vastasi voivansa määrätä useampia lääkkeitä ja 30 % voivansa jättää potilaansa lääkekustannuksia huomiomatta vähintään kuukausittain. Potilaille, joilla on sairauskuluvakuutus, 16 % vastasi voivansa määrätä useampia lääkkeitä ja 18 % voivansa jättää potilaan lääkekustannuksia huomiomatta vähintään kuukausittain. Yli kolmannes vastaajista vastasi kuitenkin, ettei ole koskaan ollut tilanteessa, jossa voisi määrätä useampia lääkkeitä tai jättää lääkkeiden kustannuksia huomiomatta, koska potilaan lääkekatto olisi ylittynyt tai potilaalla olisi sairauskuluvakuutus.

Taulukko 4. Vastaajien havainnot seuraavien tilanteiden yleisyydestä vastaamista edeltäneen kuuden kuukauden aikana potilastyötä tehdessä (potilaan ollessa läsnä) (n = 1632).

	Päivittäin % (n)	Viikoittain % (n)	Kuukausittain % (n)	Harvemmin kuin kerran kuukaudessa % (n)	Ei koskaan % (n)
Et voi määrätä potilaallesi lääkkeitä, koska potilas ilmoittaa, ettei hänellä ole varaa niitä hankkia.	0 (4)	6 (92)	23 (387)	50 (831)	22 (365)
Voit määrätä useampia lääkkeitä, koska potilaan lääkekatto on ylittynyt.	1 (12)	8 (126)	16 (255)	38 (614)	39 (632)
Sinun ei tarvitse huomioida lääkkeiden kustannuksia, koska potilaan lääkekatto on ylittynyt.	2 (28)	10 (160)	18 (292)	36 (597)	35 (572)
Voit määrätä useampia lääkkeitä, koska potilaalla on sairauskuluvakuutus.	1 (16)	5 (80)	10 (159)	39 (630)	46 (747)
Sinun ei tarvitse huomioida lääkkeiden kustannuksia, koska potilaalla on sairauskuluvakuutus.	2 (33)	6 (96)	10 (163)	39 (637)	43 (704)

Selvitimme kyselyssä vastaajien toimintatapoja potilaan ilmoittaessa taloudellisista ongelmista lääkkeiden hankinnassa (**Taulukko 5**). Yleisin tapa ratkoa potilaan taloudellisia ongelmia hankkia lääke oli ollut määrätä hoidollisesti samanarvoisista lääkkeistä halvinta vaihtoehtoa ja vastaajista 60 % vastasi toimineensa näin aina, erittäin usein tai usein vastaamista edeltäneen kuuden kuukauden aikana. Myös lääkekorvausoikeudet vastaavassa tilanteessa vastasi tarkistaneensa 47 % vastaajista aina, erittäin usein tai usein.

Vastaajista neljännes (25 %) vastasi tarkistaneensa lääkityksen ja karsineensa turhat lääkkeet ja sama osuus (25 %) ohjanneensa potilaansa sosiaalityöntekijän vastaanotolle toimeentulotuen edellytysten selvittämiseksi aina, erittäin usein tai usein potilaan ilmoittaessa taloudellisia ongelmia hankkia lääkkeitä. Vastaajista vajaa kolmannes vastasi, ettei ollut kertaakaan tai erittäin harvoin toimineensa näin edeltävän kuuden kuukauden aikana potilaan ilmoittaessa taloudellisia ongelmia hankkia lääkkeitä.

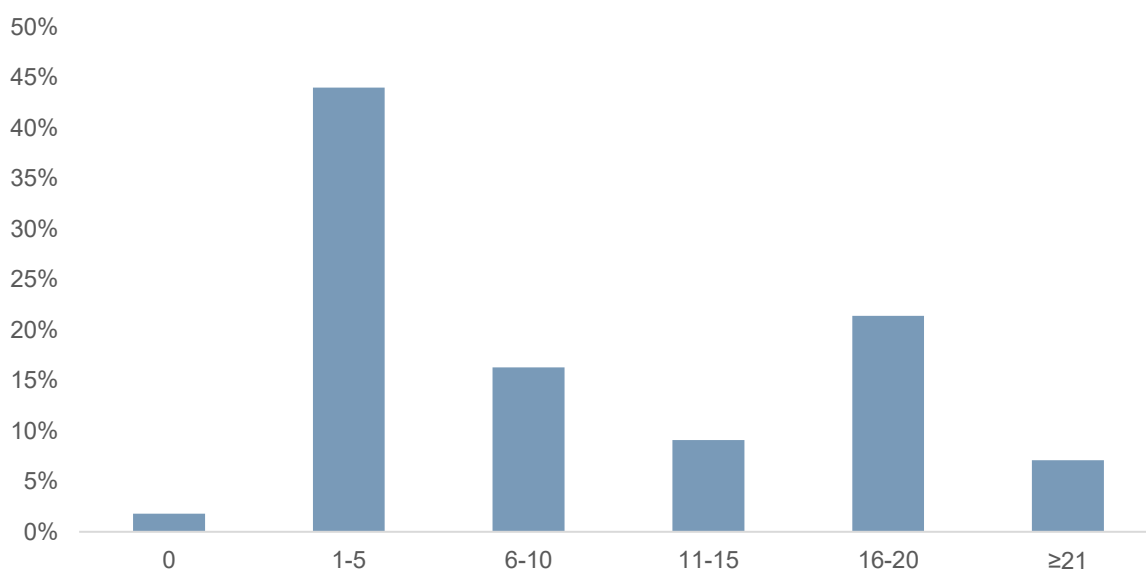
Taulukko 5. Eri toimintatapojen yleisyys vastaamista edeltäneen kuuden kuukauden aikana potilaan ilmoittaessa, että hänellä on taloudellisia ongelmia hankkia lääkkeitä (n = 1668).

	Erittäin usein tai aina % (n)	Usein % (n)	Joskus % (n)	Harvoin % (n)	Erittäin harvoin tai ei koskaan % (n)
Tarkistanut lääkityksen ja karsinut turhat lääkkeet.	11 (189)	15 (251)	23 (390)	18 (299)	32 (540)
Määrännyt hoidollisesti samanarvoisista lääkkeistä halvinta vaihtoehtoa.	30 (496)	30 (507)	20 (326)	8 (131)	13 (208)
Tarkistanut lääkekorvausoikeudet tai niiden edellytysten täyttymisen.	19 (313)	28 (458)	22 (358)	12 (192)	21 (347)
Ohjannut sosiaalityöntekijän vastaanotolle toimeentulotuen edellytysten selvittämiseksi.	9 (151)	16 (259)	28 (474)	18 (299)	29 (485)

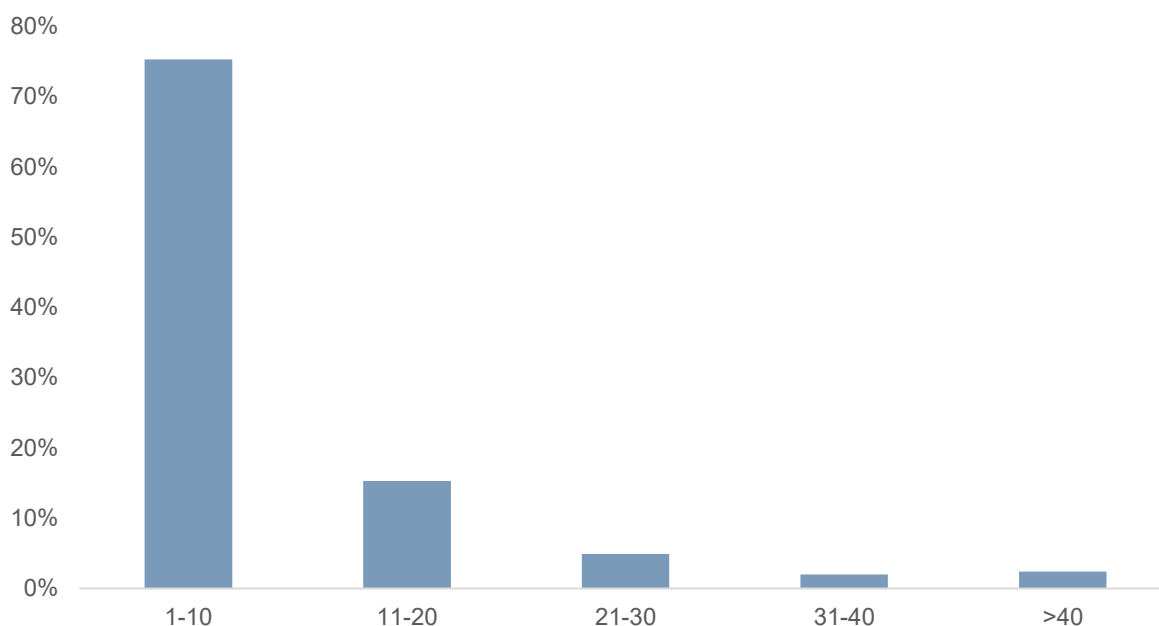
4.3. Reseptien uusiminen potilasta kohtaamatta

Lääkkeitä määräävistä ja uusivista vastaajista (n = 1289) 44 % uusi reseptejä potilasta kohtaamatta 1-5 päivänä kuukaudessa (**Kuvio 5**). Neljännes vastaajista uusi reseptejä 6-15 päivänä ja viidennes 16-20 päivänä kuukaudessa.

Yleisimmin uusittavia reseptejä oli 1–10 sellaisena työpäivänä, jolloin reseptejä uusitaan potilasta kohtaamatta, näin vastasi 75 % (**Kuvio 6**). Reseptejä potilasta kohtaamatta uusivista vastaajista (n = 1322) 52 % vastasi, että reseptin uusimistyölle on varattu riittävästi työaika, 24 % vastasi, että työaika on varattu, muttei riittävästi ja samoin 24 % ilmoitti, ettei työaika ole varattu lainkaan.

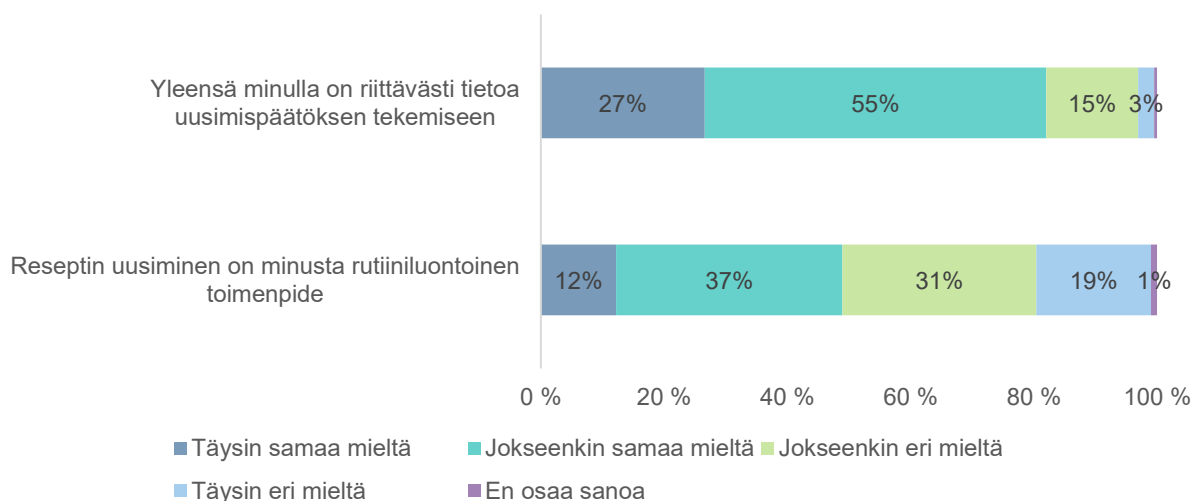


Kuvio 5. Työpäivien määrä kuukaudessa, jona vastaajat uusivat reseptejä, potilasta kohtaamatta (n = 1289).



Kuvio 6. Käsiteltäviä reseptin uusimispyyntöjä keskimäärin sellaisena työpäivänä, jolloin reseptejä uusitaan potilasta kohtaamatta (n = 1319).

Reseptin uusimiseen potilasta kohtaamatta liittyviä väittämiä oli kaksi (**Kuvio 7**). Suurin osa vastaajista (83 %) oli sitä mieltä, että heillä on yleensä riittävästi tietoa uusimispäätöksen tekemiseen. Noin puolet vastaajista oli sitä mieltä, että reseptin uusiminen on rutiiniluontoinen toimenpide, ja noin puolet vastaajista oli väitteen kanssa eri mieltä.



Kuvio 7. Mielipiteet reseptin uusimisesta, (n = 1339).

Tilanteissa, joissa potilas ei ole paikalla reseptin uusimista harkittaessa, valtaosa vastaajista kokisi usein, erittäin usein tai aina hyödylliseksi lisätiedot siitä, miten potilas käyttää lääkettään (81 %), miten potilas kokee lääkkeen vaikuttaneen (74 %) tai onko hän kokenut haittavaikutuksia (66 %). Näihin kysymyksiin lisätietoja voi antaa potilas itse.

Iso osa vastaajista kokisi hyödylliseksi lisätiedot myös siitä, onko potilas käynyt suunnitelluissa kontrolloissa (84 %), mitä muita lääkkeitä potilas käyttää (81 %) sekä lääkehoidon vaikutuksista (75 %). Myös yli puolet vastasi lisätietojen toisen lääkärin aloittaman lääkehoidon käyttötarkoituksesta (69 %) ja suunnitellusta kestosta (67 %).

kokevansa hyödylliseksi usein, erittäin usein tai aina (**Taulukko 6**). Osittain näitä tietoja on mahdollista selvittää tietojärjestelmistä (esim. laboratorio-ohjelmat). Sen sijaan lääkehoidon kustannuksista vain vajaa viidennes (18 %) vastaajista kokisi lisätiedon hyödylliseksi usein, erittäin usein tai aina

Taulukko 6. Vastaajien kokemus siitä, miten usein lisätiedot olisivat hyödyllisiä harkittaessa reseptin uusimista potilasta kohtaamatta (n = 1330).

	Erittäin usein tai aina % (n)	Usein % (n)	Joskus % (n)	Harvoin % (n)	Erittäin harvoin tai ei koskaan % (n)	En osaa sanoa % (n)
Miten potilas käyttää lääkettään.	50 (669)	31 (415)	14 (182)	3 (38)	2 (20)	1 (13)
Miten potilas kokee lääkkeen vaikuttaneen.	35 (472)	39 (524)	18 (244)	5 (62)	2 (20)	1 (12)
Onko potilas kokenut haittavaikutuksia.	34 (455)	32 (428)	24 (317)	7 (89)	2 (29)	1 (12)
Onko potilas käynyt suunnitelluissa kontrolleissa.	54 (715)	30 (396)	10 (132)	4 (50)	2 (26)	1 (11)
Lääkehoidon vaikutuksista (laboratoriokokeiden tulokset, omaseuranta tulokset)	41 (552)	34 (454)	16 (212)	5 (63)	2 (30)	2 (23)
Lääkehoidon kustannuksista.	5 (62)	13 (175)	36 (483)	29 (380)	13 (177)	4 (56)
Mitä muita lääkkeitä potilas käyttää.	51 (684)	30 (396)	11 (149)	5 (60)	2 (32)	1 (12)
Toisen lääkärin aloittaman lääkehoidon käyttötarkoituksesta.	42 (563)	27 (357)	20 (272)	6 (85)	3 (39)	1 (18)
Toisen lääkärin aloittaman lääkehoidon suunnittelusta kestosta.	40 (529)	27 (355)	22 (295)	7 (97)	3 (38)	2 (20)

Kaksi yleisintä selvitettävää asiaa oman organisaationsa potilastietojärjestelmästä valtaosalle vastaajista olivat seuraavat: onko lääkehoito tarpeellinen potilaalle (87 %, usein, erittäin usein tai aina) ja onko potilas käynyt suunnitelluissa kontrolleissa (82 %), harkitessaan reseptin uusimista tilanteessa, jossa potilas ei ole paikalla (**Taulukko 7**). Sen sijaan Kannan potilastiedon arkistoa vastaavien asioiden selvittämiseen vastasi hyödyntävänsä vajaa puolet (39-43 %) (**Taulukko 8**).

Taulukko 7. Vastaajan oman organisaationsa potilastietojärjestelmän hyödyntämisen yleisyys reseptin uusimisen yhteydessä (n = 1331).

	Erittäin usein tai aina % (n)	Usein % (n)	Joskus % (n)	Harvoin % (n)	Erittäin harvoin tai ei koskaan % (n)	En osaa sanoa % (n)
Onko lääkehoito tarpeellinen potilaalle.	52 (693)	35 (468)	9 (123)	2 (32)	1 (14)	0 (6)
Mikä terveydenhuollon organisaatio vastaa potilaan sairauden hoidosta ja seurannasta.	41 (548)	31 (416)	16 (218)	6 (85)	3 (45)	1 (19)
Onko potilas käynyt suunnitelluissa kontrolleissa.	45 (598)	37 (492)	13 (174)	4 (50)	1 (18)	1 (11)
Tarvitseeko potilas vastaanottokäyntiä.	39 (523)	38 (510)	17 (232)	3 (44)	1 (15)	1 (11)

Taulukko 8. Kannan potilastiedon arkiston hyödyntämisen yleisyys reseptin uusimisen yhteydessä (n = 1331).

	Erittäin usein tai aina % (n)	Usein % (n)	Joskus % (n)	Harvoin % (n)	Erittäin harvoin tai ei koskaan % (n)	En osaa sanoa % (n)
Onko lääkehoito tarpeellinen potilaalle.	15 (203)	24 (319)	29 (391)	15 (193)	15 (201)	2 (25)
Mikä terveydenhuollon organisaatio vastaa potilaan sairauden hoidosta ja seurannasta.	16 (209)	23 (305)	29 (391)	14 (187)	16 (208)	2 (32)
Onko potilas käynyt suunnitelluissa kontrolleissa.	17 (227)	26 (343)	26 (346)	14 (189)	15 (203)	2 (24)
Tarvitseeko potilas vastaanottokäyntiä.	16 (206)	25 (326)	29 (384)	14 (189)	15 (200)	2 (26)

Kannan reseptikeskusta reseptin uusimisen yhteydessä yli puolet vastasi hyödyntävänsä usein, erittäin usein tai aina tarkistaakseen, mitkä potilaan reseptit ovat voimassa (72 %) ja selvittääkseen onko potilas hankkinut hänelle määrätyt lääkkeet apteekista (66 %). Vajaa puolet vastasi hyödyntävänsä Reseptikeskusta usein, erittäin usein tai aina päivittääkseen potilaan lääkitystiedot potilastietojärjestelmään (40 %) (**Taulukko 9**). Sen sijaan noin viidennes (22 %) vastasi mitätöivänsä potilaiden tarpeettomat reseptit usein, erittäin usein tai aina Kannan Reseptikeskuksessa reseptin uusimisen yhteydessä. Saman verran (23 %) vastasi mitätöivänsä potilaan tarpeettomia reseptejä Reseptikeskuksesta erittäin harvoin tai ei koskaan reseptejä uusiessaan.

Taulukko 9. Kannan Reseptikeskuksen hyödyntämisen yleisyys reseptin uusimisen yhteydessä (n = 1334).

	Erittäin usein tai aina % (n)	Usein % (n)	Joskus % (n)	Harvoin % (n)	Erittäin harvoin tai ei koskaan % (n)	En osaa sanoa % (n)
Tarkistan mitkä potilaan reseptit ovat voimassa.	39 (523)	33 (438)	15 (205)	6 (82)	6 (83)	1 (11)
Selvitän, onko potilas hankkinut hänelle aiemmin määrättyt lääkkeet apteekista.	33 (445)	33 (443)	19 (258)	6 (85)	7 (98)	1 (10)
Mitätöin potilaan tarpeettomat reseptit.	5 (72)	17 (230)	30 (402)	24 (327)	23 (303)	1 (11)
Päivitän potilaan lääkitystiedot potilastietojärjestelmään.	15 (205)	25 (339)	23 (311)	17 (226)	18 (234)	1 (19)

4.4. Lääkehoitopäätökseen vaikuttavat tekijät

Lääkkeitä työssään määrääviltä lääkäreiltä (n = 1780) kysyttiin, miten tärkeiksi he kokivat joukon lääkehoitopäätökseen vaikuttavia tekijöitä (**Taulukko 10**). Kolme tärkeintä lääkehoitopäätökseen vaikuttavaa tekijää olivat lääkehoidon vaikuttavuus (100 % erittäin tärkeä, tärkeä tai melko tärkeä), lääkkeen tuttuus lääkärille itselleen (99 %) sekä Käypä hoito -suositukset (95 %) (**taulukko 10**). Sen sijaan vähiten tärkeäksi tekijöiksi arvioitiin lääkeyrityksen markkinointi (76 % ei kovin tai lainkaan tärkeä) ja lääkkeiden ympäristövaikutukset (49 %). Tosin 13 % vastanneista ei osannut sanoa kantaansa lääkkeen ympäristövaikutuksien tärkeydestä.

Taulukko 10. Lääkehoitopäätökseen vaikuttavien tekijöiden tärkeys vastaajille (n = 1690).

	Erittäin tärkeä % (n)	Tärkeä % (n)	Melko tärkeä % (n)	Ei kovin tärkeä % (n)	Ei lainkaan tärkeä % (n)	En osaa sanoa % (n)
Lääkkeen tuttuus minulle	36 (616)	52 (883)	11 (183)	1 (11)	0 (1)	0 (2)
Lääkkeen tuttuus potilaalle	7 (119)	28 (466)	30 (505)	29 (492)	6 (99)	1 (13)
Lääkkeen hinta potilaalle	9 (151)	35 (589)	43 (727)	11 (185)	2 (25)	1 (16)
Lääkkeen korvattavuus	17 (281)	40 (674)	32 (536)	9 (158)	1 (24)	1 (20)
Yhteiskunnalle aiheutuvat kustannukset	7 (115)	27 (449)	37 (623)	23 (388)	4 (72)	3 (48)
Lääkehoidon vaikuttavuus	68 (1144)	29 (486)	3 (55)	0 (1)	0 (0)	1 (8)
Lääkkeen kotimaisuus	3 (52)	23 (394)	33 (559)	30 (509)	9 (150)	2 (30)
Lääkkeen ympäristövaikutukset	2 (28)	10 (174)	28 (467)	35 (585)	14 (228)	13 (211)
Potilaan esittämä toivomus	4 (62)	26 (447)	54 (914)	14 (237)	1 (11)	1 (21)
Lääkkeen saatavuus apteekista	27 (453)	47 (788)	18 (310)	5 (89)	1 (14)	2 (40)
Lääke on helppo valita lääkkeenmääräämiseen käytettävissä järjestelmässä	12 (198)	28 (475)	26 (437)	23 (388)	9 (151)	3 (45)
Käypä Hoito-suositus	33 (559)	46 (784)	16 (272)	4 (60)	0 (6)	1 (13)
Muu hoitosuositus (esim. erikoislääkäriyhdistyksen tai organisaation hoitosuositus)	25 (419)	46 (786)	20 (332)	6 (103)	1 (12)	3 (42)
Organisaation lääkevalikoima	6 (95)	20 (339)	22 (376)	25 (426)	19 (326)	8 (128)
Kollegan antama neuvo	5 (77)	26 (449)	43 (732)	21 (359)	2 (40)	3 (47)
Lääkeyritysten markkinointi	0 (2)	2 (39)	18 (296)	55 (925)	21 (362)	4 (69)

Vastaajista 64 % ei ollut kieltänyt alkuperäislääkkeen vaihtoa generiseen lääkkeeseen viimeisen kuuden kuukauden aikana. Lääkevaihdon kieltäneillä vastaajilla (n = 632) vaihtokieltopäätöksen taustalla kolme tärkeintä syytä kieltää vaihto olivat sekä potilaan esittämä toive käyttää alkuperäisvalmistetta (96 % erittäin tärkeä, tärkeä tai melko tärkeä) potilaan pyyntö vaihtokiellon kirjaamisesta (86 %) ja hoidollinen syy, kuten muistisairaus (84 %) (**Taulukko 11**). Sen sijaan vastaajat eivät pitäneet tärkeinä alkuperäisvalmisteen tuttuutta itselleen (62 % ei kovin tärkeä tai ei lainkaan tärkeä) tai sen kehitystyön tukemista (73 %). Samoin valtaosalla ei ollut epäluottamusta rinnakkaisvalmisteiden laadun suhteen (82 %).

Taulukko 11. Vaihtokieltopäätökseen vaikuttavien tekijöiden tärkeys alkuperäisen lääkkeen vaihdon kieltäneille vastaajille vastausta edeltävän kuuden kuukauden aikana (n = 632).

	Erittäin tärkeä % (n)	Tärkeä % (n)	Melko tärkeä % (n)	Ei kovin tärkeä % (n)	Ei lainkaan tärkeä % (n)	En osaa sanoa % (n)
Halu tukea alkuperäisvalmisteen kehitystyötä.	2 (10)	9 (56)	13 (86)	36 (234)	37 (239)	3 (21)
Alkuperäisvalmisteen tuttuus minulle.	4 (25)	13 (85)	20 (123)	29 (183)	33 (208)	1 (8)
En luota rinnakkaisvalmisteiden laatuun.	2 (11)	4 (28)	9 (57)	28 (184)	54 (352)	4 (23)
Hoidollinen syy (esim. muistisairaus, lääkevalmisteen tuttuus potilaalle).	28 (177)	35 (222)	21 (130)	8 (51)	6 (37)	2 (15)
Lääketieteellinen syy (esim. lääkeaineen terapeuttiset ominaisuudet).	25 (157)	31 (196)	15 (94)	14 (92)	13 (80)	3 (18)
Potilaan esittämä toive käyttää alkuperäisvalmistettä.	26 (161)	37 (234)	23 (144)	10 (63)	4 (25)	1 (5)
Potilas pyytää vaihtokiellon kirjaamista, koska potilas haluaa jatkaa saman valmisteen käyttöä.	29 (181)	35 (224)	22 (139)	9 (59)	4 (26)	1 (5)

4.5. Mielenpiteet digitaalisista työvälineistä

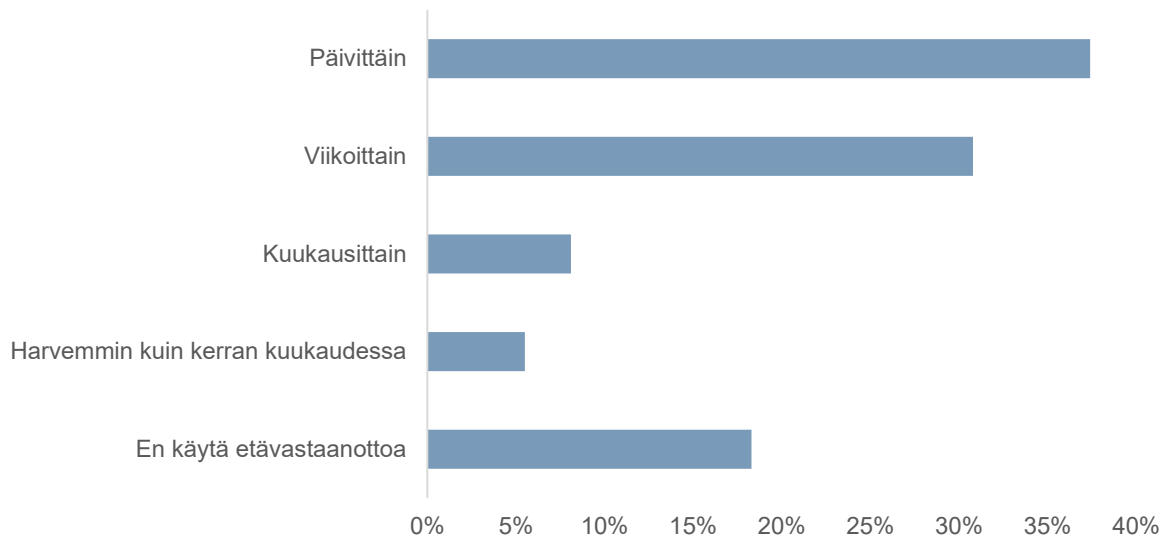
Lääkkeitä määräävistä vastaajista (n = 1684) valtaosa oli jokseenkin tai täysin samaa mieltä siitä, että sähköiset päätöksentuet nopeuttavat (56 %) ja helpottavat (69 %) päätöksentekoa ja tuovat siihen lisää varmuutta (73 %) (**Taulukko 12**). Samoin valtaosa vastaajista oli jokseenkin tai täysin eri mieltä sen kanssa, että sähköiset päätöksentuet häiritsevät päätöksentekoa (68 %) tai tekevät sen monimutkaisemmaksi (60 %). Huomionarvoista on sekin, että kunkin väittämän kohdalla noin viidennes vastaajista ei osannut sanoa mielipidettään.

Taulukko 12. Mielenpiteet sähköisten päätöksentukien vaikutuksesta lääkehoitopäätöksiin (n = 1684).

Sähköiset päätöksentuet...	Täysin samaa mieltä % (n)	Jokseenkin samaa mieltä % (n)	Jokseenkin eri mieltä % (n)	Täysin eri mieltä % (n)	En osaa sanoa % (n)
nopeuttavat päätöksentekoa.	17 (294)	39 (666)	19 (320)	5 (79)	20 (331)
helpottavat päätöksentekoa.	22 (367)	47 (789)	11 (188)	3 (50)	17 (293)
tuovat päätöksentekoon lisää varmuutta.	26 (441)	45 (757)	9 (159)	3 (46)	17 (285)
häiritsevät päätöksentekoa.	2 (34)	11 (190)	39 (658)	29 (483)	19 (323)
tekevät päätöksenteon monimutkaisemmaksi.	3 (47)	16 (276)	36 (610)	24 (403)	21 (348)

Kaikki kyselyyn osallistuneet saivat vastata etävastaanoton käytön yleisyyttä koskevaan kysymykseen riippumatta siitä, määräävätkö he lääkkeitä vai eivät (n = 1772) (**Kuvio 8**). Vastaajista 68 % kertoi käyttävänsä etävastaanoton mahdollistavia välineitä vähintään viikoittain. Toisaalta melkein viidennes vastasi, ettei käytä niitä ollenkaan. Vastaajista 72 %

(n = 1465) ilmoitti etävastaanoton lisääntyneen koronapandemian aikana, vastaavasti viidenneksellä etävastaanotto ei ollut lisääntynyt ja 6 % ei osannut sanoa, oliko etävastaanoton käyttö lisääntynyt koronapandemian aikana.



Kuvio 8. Etävastaanoton mahdollistavien välineiden (puhelin, chat, videoyhteys, tms.) käytön yleisyys (n = 1772).

Vastaajilta kysyttiin heidän mielipidettään etävastaanotosta potilaan terveydentilan arvioinnissa ja hoitopäätöksen teossa (**Taulukko 13**). Valtaosa vastaajista oli samaa mieltä kahden väittämän kanssa: etävastaanotto ei voi korvata kliinistä tutkimusta (92 % täysin tai jokseenkin samaa mieltä) eikä vuorovaikutusta kasvotusten (79 %). Vastaajista 90 % oli täysin tai jokseenkin samaa mieltä väitteen kanssa, että etävastaanotto on hyvä vaihtoehto tutun potilaan kontrollikäynnille. Vastaavasti 26 % vastaajista oli samaa mieltä väitteestä, että etävastaanotto on hyvä vaihtoehto ensikontaktiksi. Vain 7 % vastaajista oli samaa mieltä, että etävastaanotto lisää lääkehoitojen aloituksia, mutta toisaalta yli kolmannes (35 %) ei osannut sanoa asiasta mielipidettään.

Suurin osa vastaajista (88 %) oli samaa mieltä väittämästä, että etävastaanotto säästää potilaan aikaa ja yli puolet (55 %) myös siitä, että etävastaanotto madaltaa kynnystä asioida lääkärin kanssa. Sen sijaan noin puolet vastaajista (48 %) oli sitä mieltä, että etävastaanotto säästää lääkärin aikaa, mutta toisaalta lähes saman suuruinen osa vastaajista (43 %) oli eri mieltä väitteestä. Myös väitteestä ”Etävastaanotto lisää yhteydenottoja terveydenhuoltoon”, vastaukset jakautuivat melkein tasan niiden kesken, jotka olivat asiasta samaa mieltä, (37 %), eri mieltä (28 %), ja jotka eivät osanneet sanoa asiasta mielipidettään (34 %).

Taulukko 13. Mielipiteet etävastaanotosta potilaan terveydentilan arvioinnissa ja hoitopäätöksen teossa (n = 1760).

	Täysin samaa mieltä % (n)	Jokseenkin samaa mieltä % (n)	Jokseenkin eri mieltä % (n)	Täysin eri mieltä % (n)	En osaa sanoa % (n)
Etävastaanotto on hyvä vaihtoehto ensikontaktiksi.	5 (90)	21 (369)	40 (702)	30 (520)	5 (80)
Etävastaanotto on hyvä vaihtoehto tutun potilaan kontrollikäynnille.	35 (615)	55 (964)	6 (106)	2 (27)	3 (54)
Etävastaanotto säästää lääkärin aikaa.	13 (231)	35 (610)	32 (571)	11 (190)	9 (159)
Etävastaanotto säästää potilaan aikaa.	34 (599)	54 (961)	5 (79)	1 (21)	6 (107)
Etävastaanotto madaltaa kynnystä asioida lääkärin kanssa.	12 (210)	43 (762)	15 (262)	3 (56)	27 (473)
Etävastaanotto vähentää tarpeettomia vastaanottokäyntejä.	12 (205)	36 (625)	24 (426)	10 (168)	19 (337)
Etävastaanotto lisää yhteydenottoja terveydenhuoltoon.	8 (146)	29 (506)	24 (429)	4 (76)	34 (603)
Etävastaanotto lisää lääkehoitojen aloituksia.	1 (17)	6 (113)	37 (648)	19 (328)	37 (655)
Etävastaanotto ei voi korvata kliinistä tutkimusta.	63 (1103)	29 (512)	5 (84)	1 (13)	3 (50)
Etävastaanotto ei voi korvata vuorovaikutusta kasvotusten.	43 (749)	36 (628)	16 (287)	2 (33)	4 (67)

5. Pohdinta

5.1. Tulokset ja niiden yhteydet kansalliseen kehittämiseen

Tämän tutkimuksen tulosten mukaan suomalaiset lääkärit kohtaavat usein potilaita, jotka haluavat keskustella lääkehoidostaan, osallistua lääkehoitopäätöksen tekoon ja jotka esittävät toiveita lääkehoidostaan. Kyselyyn vastanneet lääkärit suhtautuvat myönteisesti keskusteluun potilaan kanssa ja potilaan osallistumiseen lääkehoidon valintaan. Tämän perusteella suomalaisilla lääkäreillä on hyvät edellytykset potilaskeskeiselle vuorovaikutukselle. Valmistuvan lääkärin osaamistavoitteisiin sisältyy muun muassa se, että lääkäri osaa antaa potilaalle asianmukaista ja ymmärrettävää tietoa lääkityksestä niin, että potilas voi sen perusteella tehdä päätöksiä lääkkeiden käytöstä (21). Myös Lääkebarometri-väestökyselyssä vastaava tulos halukkuudesta osallistua hoidosta päättämiseen on tullut esille potilaan näkökulmasta (5).

Tulostemme mukaan lääkärit kohtaavat työssään ajoittain myös potilaita, jotka uhkailevat tai painostavat heitä määräämään tiettyjä lääkkeitä. Tilanteisiin tulee osata varautua ja toimintatapoja on hyvä huomioida myös lääkärin koulutuksessa. Pettymystään ilmaisevia potilaita lääkärit kohtaavat myös ja vastanneet lääkärit suhtautuvat tilanteisiin neutraalisti.

Lääkebarometri-väestökyselyn mukaan reilulla kymmenellä prosentilla vastaajista on taloudellisia ongelmia hankkia lääkkeitä. Myös lääkärit havaitsivat tämän hoitaessaan potilaita ja tulosten mukaan tämä voi olla sairauteensa hoitoa tarvitsevilla potilailla yleisempää, koska 40 % lääkäreistä vastasi havainneensa tällaisia tilanteita kuukausittain. Potilaan ilmoittaessa taloudellisista ongelmista lääkkeiden hankinnassa, kyselyymme vastanneet lääkärit olivat yleisimmin määränneet hoidollisesti samanarvoisista lääkkeitä halvimpia ja tarkistaneet lääkekorvausoikeudet. Sen sijaan harvemmin käytettyjä keinoja olivat lääkityksen tarkistaminen ja turhien lääkkeiden karsiminen sekä sosiaalityöntekijän luokse ohjaaminen. Sote-uudistukseen liittyvän Tulevaisuuden terveystakeskus- ohjelman tavoitteena on muun muassa vahvistaa palveluiden monialaisuutta ja yhteen toimivuutta (11). Keskuksiin on määrä koota muun muassa perusterveydenhuollon sekä sosiaalityön perustason palveluja, mikä helpottanee myös potilaiden taloudellisten haasteiden huomioimista. Sote-keskuksen monialaisessa tiimissä olisi hyvä olla myös farmasian ammattilainen, joka voisi osallistua lääkkeiden käyttöön liittyvien taloudellisten ja muiden haasteiden selvittämiseen.

Reseptin uusiminen on helpottunut teknisesti sähköisen lääkemääräyksen tultua käyttöön (8). Tämän tutkimuksen perusteella lääkärin suhtautuminen reseptien uusimiseen jakaantuu: puolet lääkäreistä kokee reseptin uusimisen rutiiniluontoiseksi, vastaavasti puolet ei pidä sitä rutiinitehtävänä. Nyt saatujen tulosten mukaan lääkäreillä on reseptejä uusiessaan yleensä riittävästi tietoa lääkemääräyksen uusimispäätöksen tekemiseen, vaikka potilas ei olekaan paikalla. Näissä tilanteissa hyödynnetään digitaalisia työkaluja ja potilaan tietoja tarkastetaan varsin yleisesti oman organisaation potilastietojärjestelmistä potilaan lääkityksen tarpeen arvioimiseksi ja sen selvittämiseksi, onko potilas käynyt suunnitelluissa kontrolleissa. Kannan potilastiedon arkistoa hyödynnetään samojen tietojen tarkistamiseen, mutta huomattavasti harvemmin. Vastikään valmistuneen Potilastietojärjestelmät lääkärin työssä–tutkimuksen (12) tulokset viittaavat siihen, että potilastietojärjestelmien ja Kanta-palveluiden käytettävyydessä on vielä kehitettävää muun muassa tietojen haun osalta. Myös meneillään olevassa lääkeasioiden uudistuksessa kehitetään tiedonhallintaa ja digitaalisia työvälineitä (13). Tavoitteena on tiedon parempi saavutettavuus ja sen oikea-aikainen ja tietoturvallinen käyttö. Lisäksi tavoitteena on kehittää parempia digitaalisia välineitä ja palveluja sekä sosiaali- ja terveydenhuollon ammattihenkilöiden, että lääkkeiden käyttäjien

tarpeisiin. Tavoitteiden arvioidaan tukevan muun muassa turvallisen ja onnistuneen lääkehoidon toteuttamista.

Kannan Reseptikeskusta lääkärit puolestaan hyödyntävät varsin usein tarkistaakseen, mitkä potilaan reseptit ovat voimassa, selvittääkseen onko potilas hankkinut hänelle määrätyt lääkkeet apteekista ja päivittääkseen potilaan lääkitystiedot potilastietojärjestelmään. Sen sijaan noin viidennes vastaajista mitätöi reseptin uusimisen yhteydessä potilaidensa tarpeettomiksi toteamiaan reseptejä Kannan Reseptikeskuksessa. Lakiin sähköisestä lääkemääräyksestä on kirjattu, että Reseptikeskuksessa olevan toimittamattoman tai osittain toimitetun lääkemääräyksen voi potilasta hoitava lääkäri mitätöidä vain yhteisymmärryksessä potilaan kanssa (14). Reseptin uusimistilanteessa yhteisymmärryksen selvittäminen vaatisi erillisen yhteydenoton potilaaseen. Lähes puolet kyselyyn vastanneista koki reseptin uusintatyön niin, ettei siihen ole varattu riittävästi aikaa tai sitä ei ollut varattu ollenkaan. Tarpeettomaksi käyneiden ja päällekkäisten reseptien yleisyys Reseptikeskuksessa voi hankaloittaa omalta osaltaan potilaan käytössä olevan lääkityksen selvittämistä Reseptikeskuksesta. Tieto olisi kuitenkin tarpeen myös reseptin uusimistilanteessa. Lääkärit kaipaavat lisätietoja myös toisen lääkärin aloittaman lääkehoidon käyttötarkoituksesta ja suunnitellusta kestosta. Tähän toivotaan helpotusta Kansallisen lääkityslistan käyttöönoton myötä, sillä Kansallisen (Kanta-) lääkityslistan kehittämissuunnitelman mukaan nämä tiedot ovat tulossa Lääkityslistalle toteutettavaksi kehittämisen ensimmäisessä ja toisessa vaiheessa (15). Kansallisen Lääkityslistan kehittäminen on osa Lääkeasioiden uudistamisen kokonaisuutta (13). Siihen asti potilaan käytössä olevan lääkityksen selvittäminen ja tiedon ylläpitäminen (ajantasainen lääkityslista) on potilaan ja häntä hoitavien terveydenhuollon ammattilaisten vastuulla (5).

Reseptin uusimistilanteessa lääkärit kokisivat usein hyödylliseksi myös potilaan itse raportoimat lisätiedot: miten potilas käyttää lääkettään ja kokee lääkkeen vaikuttaneen sekä onko hän kokenut haittavaikutuksia. Potilaan itse raportoimien tietojen ja mittaustulosten kirjaaminen ja välittyminen lääkärille onkin etenemässä esimerkiksi potilastietojärjestelmiin liitettyjen asiakasportaalien, kuten Apottijärjestelmän Maisa-asiakasportaalien, välityksellä (16). Kansallisen Lääkityslistan kehittämissuunnitelman mukaan vaiheessa 4 otetaan käyttöön kansalaisen itse tekemät kirjaukset lääkityslistalle (15). Lääkkeen käyttäjän kirjaukset itsehoitolääkkeistä, lääkkeen määräyksestä poikkeavasta käytöstä ja käyttöön liittyvistä huomioista, esimerkiksi sivuvaikutuksista, parantavat mahdollisuutta saada parempi käsitys todellisesta lääkkeen käytöstä. Tämä olisi hyödyllistä myös tilanteissa, joissa asiaa ei välttämättä ole mahdollista kysyä suoraan potilaalta, kuten uusittaessa reseptejä nykyisessä toimintaympäristössä.

Tämän tutkimuksen tulosten mukaan lääkehoidon valinnassa lääkäreille tärkein tekijä on lääkehoidon vaikuttavuus. Myös Käypä hoito -suositukset kuin myös muut hoitosuositukset, jotka tyypillisesti kokoavat tietoa eri hoitovaihtoehtojen tutkimusnäytöstä sairauden hoidossa, koettiin tärkeäksi. Organisaation tasolla (esim. sairaalassa) lääkehoidon valintaa ohjaa lääkevalikoima, mutta tämän tärkeys koettiin vastaajien keskuudessa hoitosuosituksia vähäisemmäksi. Tähän voinee vaikuttaa se, että tutkimusnäyttö ja hoitosuositukset huomioidaan myös lääkevalikoiman määrittelyssä (16). Lääkkeen tuttuus vastaajalle itselleen oli lähes yhtä tärkeä kuin lääkkeen vaikuttavuus. Potilaan toiveita huomioidaan myös lääkehoitopäätöstä tehtäessä ja tärkeäksi tekijäksi tämän arvioi 84 % vastaajista. Myös lääkkeen hintaa potilaalle (87 %) pidettiin tärkeämpänä kuin lääkkeen kustannuksia yhteiskunnalle (71 %), mikä liittyy potilaan tilanteen huomioimiseen. Lääkkeiden saatavuuden tärkeys korostui vastauksissa, mikä todennäköisesti johtuu saatavuushäiriöiden lisääntymisestä. Sen sijaan puolelle vastaajista lääkkeen ympäristövaikutukset eivät vielä ole tärkeä lääkehoidon valintaan vaikuttava tekijä, vaikka keskustelu lääkkeiden

ympäristövaikutuksista on lisääntynyt ja asiaa myös tutkitaan aktiivisesti muun muassa Strategisen tutkimuksen rahoittamassa Sudden-hankkeessa (18).

Potilastietojärjestelmiin integroidut päätöksentekijärjestelmät ovat yleistyneet. Vastausten perusteella lääkärit kokevat lääkehoitopäätöksen teossa näiden nopeuttavan ja helpottavan päätöksentekoa ja tuovan siihen lisää varmuutta eikä niiden koettu pääsääntöisesti häiritsevän tai tekevän sitä monimutkaisemmaksi. Huomionarvoista on kuitenkin, että noin viidennes vastaajista ei osannut sanoa mielipidettään päätöksentekijärjestelmän vaikutuksesta. Suomalaisen päätöksentekijärjestelmän käyttäjäkokemusta selvittäneessä 61 vastaajan kyselyssä (19) jatkokehitysehdotukset liittyivät pitkälti tiedon koostamiseen ja järjestelmän yksinkertaistamiseen, mikä parantaa tiedon hyödynnettävyyttä monimutkaisissa päätöksentekotilanteissa.

Koronapandemia on lisännyt etävastaanoton käyttöä terveydenhuollossa. Kyselyyn vastanneista lääkäreistä iso osa oli sitä mieltä, ettei etävastanotto voi korvata kliinistä tutkimusta eikä vuorovaikutusta kasvotusten. Vastanneiden lääkärien mielestä etävastaanotto soveltuu paremmin tutun potilaan kontrollikäynnille kuin ensikontaktiksi. Lääkehoitojen aloituksia puolet vastaajista eivät arvioineet etävastaanoton lisäävän, mutta kolmannes ei osannut kertoa mielipidettään asiasta. Etävastaanotto on vakiintunut yhdeksi palvelukanavaksi terveydenhuollossa. On kuitenkin syytä kiinnittää huomiota siihen, millaisiin tilanteisiin ja millaisille potilaille etävastaanotto soveltuu ja käyttöön tulee olla potilaan suostumus (20). Potilaalla tullee olla myös etävastaanoton teknisten välineiden käytön osaamista. Lisäksi on erityisesti hyvä huomioida myös millaista osaamista ja kokemusta lääkäriltä edellytetään potilaan hoitamiseksi etäyhteydellä, kun mahdollisuutta potilaan fyysisen tilan arvioimiseen ja kliiniseen tutkimukseen ei ole sillä hetkellä. Aihetta on jo huomioitu lääkehoitojen osalta vuonna 2020 julkaistuissa valmistuvan lääkärin osaamistavoitteissa (21), jossa on määritelty osaamistavoitteeksi ”tunnistaa haasteet, joita etäpalveluna (esim. chat) annettu hoito ja neuvonta aiheuttavat lääkehoidon hyvän laadun toteutumiseksi”. Keskustelu etävastaanotoista laajemminkin on käynnissä (22).

5.2. Menetelmien arviointi

Kysely suunniteltiin Fimean, Kelan ja Lääkäriliiton yhteistyönä yhdistäen samaan tutkimukseen kunkin tahon tiedontarpeita. Koska tälle tutkimukselle asetetut tavoitteet ja tarpeet sen tuottamalle tiedolle olivat tutkimukseen osallistuneiden organisaatioiden määrittelemiä ja sidoksissa suomalaiseen toimintaympäristöön, emme löytäneet soveltuvia validoituja kysymyspattereita, vaan kyselyn sisältö ja käytetyt kysymykset mittareineen suunniteltiin alusta pitäen tätä tutkimusta varten. Vuorovaikutusta potilaan kanssa käsittelevässä osiossa hyödynnettiin Lääkebarometri-väestökyselyssä käytettyä kysymyspatteria potilaan halukkuudesta osallistua hoitoaan koskevaan päätöksentekoon (5). Kysymysten näkökulma vain käännettiin lääkärin havaintoihin ja mielipiteisiin, eli sen tarkasteluun miten usein potilaiden halukkuus osallistua ilmenee ja miten lääkärit siihen suhtautuvat. Kysely pilotoitiin ja sitä muokattiin saadun palautteen pohjalta.

Kyselyn vastausprosentti oli 21 %, pitkälti sen ansiosta, että kyselyyn oli mahdollista vastata sähköisen formaatin sijaan myös paperilomakkeella, jolla saatiin noin puolet vastauksista. Lääkäriliiton toteuttamissa poikkileikkaustutkimuksissa yhdistelmä tiedonkeruulla vastausaktiivisuudet ovat aiemmin olleet korkeampia, esimerkiksi Sairauspoissaolotarpeen määrittäminen tutkimuksessa vuonna 2014 vastausprosentti oli 34,8 % otokseen kuuluneista (23). Lisäksi pitkittäistutkimuksissa vastausprosentit ovat olleet korkeampia, kuten Lääkäri 2018-tutkimuksessa 46 % (24) ja Lääkärien työolot ja terveys 2019 -tutkimuksessa 47 % (25). Alkuperäisen suunnitelman mukaan kysely oli tarkoitus toteuttaa keväällä 2020 mutta koronaviruspandemian aiheuttaman poikkeustilanteen takia tiedonkeruu keskeytettiin ja

tutkimuksen aineiston keräys toteutettiin keväällä 2021, koronaviruspandemian edelleen vallitessa. Lisäksi useiden eri aiheiden käsittely samassa kyselyssä vaikutti kyselyn pituuteen. Vaikka kyselyn aiheet liittyivätkin samaan teemaan, on kyselyn pituus voinut vaikuttaa vastausaktiivisuuteen.

Tulosten luotettavuutta tarkasteltaessa tulee huomioida otos ja lopullisen vastaajajoukon määrä ja heidän taustatietonsa. Kutsu osallistua kyselyyn lähetettiin 8521 Suomen Lääkäriliiton jäsenrekisteristä poimitulle lääkärille. Otoksesta poissuljettiin diagnostisilla erikoisaloilla työskentelevät ja 65-vuotta täyttäneet. Kyselyyn vastanneet 1800 lääkäriä edustavat alueellisesti varsin hyvin perusjoukkoa yliopistollisten sairaaloiden erityisvastuualueittain. Vanhemmat lääkärit, naiset ja erikoistuneet vastasivat jonkin verran osuuttaan aktiivisemmin, mikä on tyypillistä Lääkäriliiton tutkimuksissa. Vastaajajoukon suodattaminen valikoivilla kysymyksillä ja puuttuvat vastaukset pienentävät ja muuttavat vastaajajoukkoa eri kysymysten kohdalla. Jatkoanalyyseissa huomioidaan vastaajajoukon taustatiedot kuhunkin kysymykseen vastanneiden osalta tarkemmin.

6. Johtopäätökset

Tutkimuksen keskeiset tulokset ovat seuraavat:

- Suomalaiset lääkärit kohtaavat usein potilaita, jotka haluavat keskustella lääkehoidostaan, osallistua lääkehoitopäätöksen tekoon ja esittävät toiveita lääkehoidostaan. Kyselyyn vastanneet suhtautuvat tähän myönteisesti. Edellytykset potilaskeskeiselle vuorovaikutukselle ja hoidolle ovat hyvät.
- Potilaan taloudelliset ongelmat hankkia lääkkeitä tulevat ilmi myös lääkärin työssä, sillä vajaa puolet vastasi vähintään kuukausittain tulleen ilmi tilanteita, joissa potilaalla oli jäänyt sairauden hoitoon tarkoitettu lääke ostamatta ja viidennes ilmoitti havainneensa kuukausittain potilaan terveyden vaarantuneen tämän takia. Vajaa kolmannes vastanneista lääkäreistä (29 %) oli ollut vähintään kuukausittain tilanteessa, ettei ollut voinut määrätä lääkkeitä potilaalleen taloudellisten ongelmien takia. Yleisin tapa ratkoa potilaan taloudellisia ongelmia hankkia lääke oli määrätä hoidollisesti samanarvoisista lääkkeitä halvinta ja tarkistaa lääkekorvausoikeudet. Harvemmin potilas ohjattiin sosiaalityöntekijän luokse tai tarkastettiin lääkitys karsien sitä. Lääkehoidon valintatilanteessa myös lääkkeen hinta potilaalle on tärkeämpi kuin lääkehoidon kustannukset yhteiskunnalle.
- Tulosten perusteella lääkehoidon valinnassa lääkäreille tärkeimmät tekijät ovat lääkehoidon vaikuttavuus, lääkkeen tuttuus itselle sekä Käypä hoito - ja muut hoitosuosituksot. Lääkevaihdon kieltämisessä tärkeimmät tekijät olivat potilaan esittämä toive käyttää alkuperäisvalmistetta, potilaan pyyntö vaihtokiellon kirjaamisesta ja hoidollinen syy.
- Lääkäreillä on yleensä riittävästi tietoa lääkemääräyksen uusimiseksi, vaikka potilas ei olekaan paikalla. Näissä tilanteissa lääkärit hyödyntävät sähköisiä tietojärjestelmiä usein ja kaksi yleisintä selvitettävää asiaa lääkärin oman organisaation potilastietojärjestelmästä olivat: onko lääkehoito tarpeellinen potilaalle ja onko potilas käynyt suunnitelluissa kontrolleissa. Sen sijaan Kannan potilastiedon arkistoa vastaavien asioiden selvittämiseen vastasi hyödyntävänsä vajaa puolet.
- Kaksi kolmesta vastaajasta kertoi hyödyntävänsä Kannan Reseptikeskusta reseptin uusimisen yhteydessä usein tarkistaakseen, mitkä potilaan reseptit ovat voimassa ja selvittääkseen onko potilas hankkinut hänelle määrätyt lääkkeet apteekista. Vajaa puolet vastasi hyödyntävänsä usein Reseptikeskusta päivittääkseen potilaan lääkitystiedot potilastietojärjestelmään. Noin viidennes vastasi mitätöivänsä potilaiden tarpeettomat reseptit uusiessaan reseptejä.
- Suurin osa vastaajista oli sitä mieltä, ettei etävastanotto voi korvata kliinistä tutkimusta eikä vuorovaikutusta kasvotusten. Vastanneiden lääkäreiden mielestä etävastanotto soveltuu paremmin tutun potilaan kontrollikäynnille kuin ensikontaktiksi. Etävastanoton arvioitiin säästävän kuitenkin potilaan aikaa ja madaltavan kynnystä asioida lääkärin kanssa.

Lähteet

1. Lehtonen, Lasse. Lääkkeiden off label -käyttö. Lääkärilehti 2019; 74 (1–2): 51–53
2. Finlex. Sosiaali- ja terveysministeriön asetus lääkkeenmääräämisestä 1088/2010. Saatavilla: <http://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2010/20101088>, viitattu 15.6.2021.
3. Saarni S, Kattelus M, Nummi V (toim). Lääkärin etiikka. Lahti 2013.
4. Myllymäki K. Autonomia on etuoikeus. Lääkärilehti 2018; 73(43): 2469–2470.
5. Jauhonen H-M, Merikoski M, Jyrkkä J, Hämeen-Anttila K. Lääkebarometri 2017. Kumppanuuden edellytykset lääkehoidossa. Fimea kehittää, arvioi ja informoi - julkaisusarja 7/2018. Lääkealan turvallisuus- ja kehittämiskeskus Fimea, Helsinki 2018
6. Mikkola H, Blomgren J ja Hiilamo H (toim.). Kansallista vai paikallista? Puheenvuoroja sosiaali- ja terveydenhuollosta. Kelan tutkimusosasto, Helsinki 2012. Saatavilla: https://helda.helsinki.fi/bitstream/handle/10138/33955/Kansallista_vai_paikallista.pdf?sequence=2. Viitattu 19.2.2019
7. Kalliokoski A ja Pelkonen L. Lääkekorvausjärjestelmä ohjaa lääkkeiden määräämistä ja korvausmenoja. Sic1! 2016;1,12–15
8. Kauppinen H, Ahonen R, Mäntyselkä P, Timonen J: Medication safety and the usability of electronic prescribing as perceived by physicians – A semistructured interview among primary health care physicians in Finland. Journal of Evaluation in Clinical Practice. 2017; 23 (6):1187–1194
9. Kangas S, Lämsä E, Timonen J, Ahonen R. Sähköisen reseptin uudistamiskäytännöt. Dosis 2018;3;210-218
10. Sosiaali- ja terveysministeriö. Tutkimustieto hyötykäyttöön: Rationaalisen lääkehoidon tutkimusstrategia 2018–2022. Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistiota 7/2018. Helsinki 2018
11. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Tulevaisuuden sosiaali- ja terveyskeskus. THL 2021. Saatavilla: <https://thl.fi/fi/web/sote-uudistus/tulevaisuuden-sosiaali-ja-terveyskeskus>. Viitattu 23.6.2021
12. Lääkäriliitto 2021. Potilastietojärjestelmät lääkärin työvälineenä 2021, ennakkotulokset 03.06.2021. Saatavilla: https://www.laakariliitto.fi/site/assets/files/5229/x_tiedotemateriaalit_polte_2021_final.pdf. Viitattu 21.6.2021
13. Sosiaali ja terveysministeriö, 2021. Lääkeasioiden uudistus. Saatavilla: <https://stm.fi/laakeasioiden-uudistus>. Viitattu 21.6.2021
14. Finlex. Laki sähköisestä lääkemääräyksestä 2.2.2007. Saatavilla: <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2007/20070061#L2P10>. Viitattu 23.6.2021
15. Virkkunen H, Relander T, Malmivaara A, Hiltunen P, Jalonen M, Närvänen J. Lääkehoidon tiedonhallinnan konsepti. THL 6/2020. Saatavilla: <https://yhteistyotilat.fi/wiki08/display/JULLAAKE>
16. Apotti. Maisa helpottaa arkeasi. 2020. Viitattu 18.6.2021. Saatavilla: <https://www.apotti.fi/maisaa/>
17. Lääkealan turvallisuus- ja kehittämiskeskus Fimea. Sairaala-apteekin ja lääkekeskuksen toiminta. Määräys 18.12.2012. 6/2012. Saatavilla: https://www.fimea.fi/documents/160140/764653/22690_Maarays_6_2012.pdf. Viitattu 18.6.2021.
18. Sudden hankkeen kotisivut. 2020. Saatavilla <https://sudden.fi/julkaisut/>. Viitattu 24.6.2021.
19. Kenkimäki, Heini. EBMeDS-päätöksentukipalvelun käyttäjäkokemuksen arviointi. Metropolia ammattikorkeakoulu 2019. Saatavilla:

- https://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/161471/Kenkimaki_Heini.pdf?sequence=2&isAllowed=y. Viitattu 23.6.2021
20. Sosaali- ja terveysalan lupa ja valvontavirasto Valvira. Potilaille annettavat terveydenhuollon etäpalvelut. 2021. Saatavilla https://www.valvira.fi/terveydenhuolto/yksityisen_terveydenhuollon_luvat/potilaille-annettavat-terveydenhuollon-etapalvelut. Viitattu 23.6.2021
 21. Merenmies J (työryhmän pj.). Valmistuvan lääkärin osaamistavoitteet. 2020. Helsingin yliopisto, Lääketieteellinen tiedekunta. Saatavilla: <https://www2.helsinki.fi/fi/laaketieteellinen-tiedekunta/valmistuvan-laakarin-osaamistavoitteet>. Viitattu 22.6.2021
 22. YLE 2021. Lääkärien etävastaanotot yleistyvät hurjaa vauhtia, mutta koulutus ei valmista lääkäreitä siihen – vastavalmistunut: "Kokisin haastavana". Ylen uutinen 25.5.2021. Saatavilla: <https://yle.fi/uutiset/3-11944426>. Viitattu 23.6.2021
 23. Hinkka K, Niemelä M, Autti-Rämö I, Palomäki H, Pärnänen H, Vänskä J. Sairauspoissaolotarpeen määrittäminen. Kyselytutkimus lääkäreille. Kelan tutkimus. Työpapereita 96/2016, Helsinki 2016.
 24. Mattila P, Parmanne P ym. Lääkäri 2018: Kyselytutkimus vuosina 2007–2016 valmistuneille lääkäreille. Sosiaali- ja terveysministeriö 2019_69_RAP. Saatavilla <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-4128-1>, viitattu 21.6.2021
 25. Lääkäriliitto. Lääkärin työolot ja terveys tutkimus. 2020. Saatavilla: https://www.laakariliitto.fi/site/assets/files/5229/tyoolot_ja_terveys_tutkimuksesta_nettiin.pdf. Viitattu 201.6.2021

The logo for Fimea, the Finnish Medicines Agency. It features the word "fimea" in a lowercase, blue, sans-serif font. The letter "f" is stylized with a small pink horizontal bar at its top left. The background of the page is white with abstract, overlapping teal and light blue geometric shapes at the bottom.

Lääkealan turvallisuus- ja kehittämiskeskus
Säkerhets- och utvecklingscentret
för läkemedelsområdet
Finnish Medicines Agency

ISBN 978-952-7299-23-4