

KUOPION YLIOPISTON JULKAISUJA A. FARMASEUTTISET TIETEET 93  
KUOPIO UNIVERSITY PUBLICATIONS A. PHARMACEUTICAL SCIENCES 93

LEENA LAHNAJÄRVI

## Reseptien uusiminen

Miten pitkäaikaislääkitystä toteutetaan  
terveyskeskuksissa?

Repeat Prescribing  
How is Long-term Medication Implemented  
in Finnish Health Centres?

Väitöskirja

Esitetään Kuopion yliopiston farmaseuttisen tiedekunnan luvalla julkisesti tarkastettavaksi  
Kuopion yliopistossa Mediteknian auditoriossa lauantaina 16. syyskuuta 2006 klo 12

Sosiaalifarmasian laitos  
Farmaseuttinen tiedekunta  
Kuopion yliopisto



KUOPION YLIOPISTO

KUOPIO 2006

**Jakelu:** Kuopio yliopiston kirjasto  
PL 1627  
70211 KUOPIO  
Puh. 017 163 430  
Fax 017 163 410  
<http://www.uku.fi/kirjasto/julkaisutoiminta/julkmyyn.html>

**Sarjan toimittaja:** Pekka Jarho, FaT  
Farmaseuttisen kemian laitos  
Kuopion yliopisto

**Tekijän osoite:** Sosiaalifarmasian laitos  
Kuopion yliopisto  
PL 1627  
70211 KUOPIO  
Puh. 017 163 329  
Fax 017 162 515  
s-posti: Leena.Lahnajarvi@uku.fi

**Työn ohjaajat:** Tutkimusprofessori Timo Klaukka  
Tutkimusosasto  
Kansaneläkelaitos

Professori Hannes Enlund  
Sosiaalifarmasian laitos  
Kuopion yliopisto

**Esitarkastajat:** Professori (mvs) Raimo Isoaho  
Kliininen laitos  
Turun yliopisto

Apteekkari, dosentti Pekka Karttunen  
Petosen apteekki, Kuopio

**Vastaväittäjä:** Terveystieteiden dosentti Päivi Rautava, LKT  
Turun yliopisto

ISBN 951-27-0411-0  
ISBN 951-27-0623-7 (PDF)  
ISSN 1235-0478

Kopijyvä  
Kuopio 2006  
Finland

Lahnajärvi, Leena. Repeat prescribing – How is long-term medication implemented in Finnish health centres? Kuopio University Publications A. Pharmaceutical Sciences 93. 2006. 168 p.

ISBN 951-27-0411-0

ISBN 951-27-0623-7 (PDF)

ISSN 1235-0478

## **ABSTRACT**

The treatment of many diseases requires long-term medication. There are many problems relating to long-term medication, and with many diseases less than a third of patients have their treatment in a good balance. Repeat prescribing without the doctor meeting the patient is a common way to implement long-term medication. No previous research into the incidence or implementation of repeat prescribing has been carried out in Finland. The purpose of this study is to investigate repeat prescribing and to draw attention to the quality of long-term medication and how such medication is monitored.

The aims of the study were to establish how frequently repeat prescribing occurs without the doctor meeting the patient, to evaluate the working procedures involved in repeat prescribing in Finnish local health services, and to develop monitoring of medication in connexion with repeat prescribing. The incidence of repeat prescribing and continuous medication was investigated using the IMS Health Diagnosis Index Finland prescription data and interview material from the Finnish Health Care Survey. Data on repeat prescribing procedures was collected using telephone interviews with general practitioners and receptionists in 28 health centres. The development of repeat prescribing procedures was studied using an intervention study at the Kuopio University Pharmacy and Kuopio Health Services.

Of psychiatric medication and cardiovascular medication prescriptions 23–57 % were renewed without the doctor meeting the patient. When all types of medication were taken into account, the percentage of prescriptions renewed without meeting the doctor was the same for women and men, but this practice was more common in the case of patients aged over 65 years than under 65 years.

Repeat prescribing procedures in the health centres varied. The procedures found in local health centres were classified in this study into three types: good, potentially good and contradictory. In most cases, repeat prescribing procedures had over the course of time become fixed routines. Insufficient attention had been paid to monitoring medication or to facilitating such monitoring. However, the majority of prescriptions were renewed by the doctor responsible for the treatment of the patient. Doctors were frequently under time pressure when renewing prescriptions, and there was too little time to examine patients' situations by checking their medical histories.

Over half the patients renewing prescriptions had at least one potential drug related problem. The most common problems were overlong follow-up intervals and long-term use of hypnotics and tranquillizers. Doctors were better able to perceive and solve patients' medication problems in an experimental procedure in which interview and medication information about the patient were attached to the prescription to be renewed than in the usual repeat prescribing procedure.

This doctoral thesis presents a recommendation for reorganising repeat prescribing procedures. In a smooth repeat prescribing procedure, monitoring of medication is ensured by asking the patient about the use and efficacy of the medication and about any problems, by checking the time of the patient's last follow-up visit, by reserving sufficient time for the doctor to renew the prescription, by taking care that repeat prescribing is appropriate and by recording the repeat prescriptions in the patient's medical history.

National Library of Medicine Classification: QV 748, W 87, WB 330

Medical Subject Headings: drug therapy; prescriptions, drug; pharmaceutical preparations; physician's practice patterns; physician-patient relations; drug monitoring; physicians, family; patients; pharmacists; medical receptionists; community health centers; Finland



Lahnajärvi, Leena. Reseptien uusiminen – Miten pitkäaikaislääkitystä toteutetaan terveyskeskuksissa? Kuopion yliopiston julkaisuja A. Farmaseuttiset tieteet 93. 2006. 168 s.

ISBN 951-27-0411-0

ISBN 951-27-0623-7 (PDF)

ISSN 1235-0478

## TIIVISTELMÄ

Useiden sairauksien hoidossa tarvitaan pitkäaikaista lääkitystä. Pitkäaikaiseen lääkehoitoon liittyy paljon ongelmia ja monissa sairauksissa vain alle kolmannes potilaista on hyvässä hoitotasapainossa. Reseptien uusiminen lääkärin kohtaamatta potilasta on keskeinen tapa toteuttaa lääkehoitoa. Reseptien uusimisen yleisyyttä ja toteuttamista ei ole Suomessa aikaisemmin tutkittu. Tämän työn tarkoituksena oli tutkia reseptien uusimista pitkäaikaisessa lääkehoidossa ja kiinnittää huomio pitkäaikaisen lääkehoidon laatuun ja seurantaan.

Tutkimuksen tavoitteena oli selvittää lääkärin kohtaamatta uusiman lääkityksen yleisyyttä ja ongelmia, arvioida suomalaisten terveyskeskusten reseptien uusimiseen liittyviä työprosesseja, sekä kehittää lääkehoidon seuranta reseptien uusimisen yhteydessä. Reseptien uusimisen ja jatkuvan lääkityksen yleisyyttä selvitettiin IMS Health:n Diagnosis Index Finland -reseptiaineistosta sekä Terveysturvan väestötutkimuksen haastatteluaineistosta. Terveyskeskusten reseptienuusimiskäytäntöjä tutkittiin puhelinhaastatteluilla terveyskeskuslääkäreille ja vastaanottoavustajille 28 terveysasemalla. Reseptien uusimiskäytännön kehittämistä tutkittiin interventiotutkimuksella Kuopion yliopiston apteekissa ja Kuopion terveyskeskuksessa.

Psykenlääkkeistä ja sydän- ja verisuonitautien lääkkeitä uusittiin 23–57 % lääkärin kohtaamatta potilasta. Reseptien uusiminen lääkärin kohtaamatta potilasta oli yli 65-vuotiailla yleisempää kuin alle 65-vuotiailla. Kun kaikki lääkeryhmät laskettiin mukaan, naisille ja miehille uusittiin yhtä suuri osuus reseptejä lääkärin kohtaamatta potilasta.

Terveyskeskusten reseptien uusimiskäytännöt olivat vaihtelevia. Tutkituissa terveyskeskuksissa oli hyviä, lupaavia ja ristiriitaisia uusimiskäytäntöjä. Useimmiten uusimiskäytännöt olivat ajan kuluessa muodostuneita rutiineja. Lääkehoidon seurantaan ja sen mahdollistamiseen ei ollut kiinnitetty riittävästi huomiota. Suurimman osan resepteistä uusi kuitenkin potilaan hoitava lääkäri. Lääkäreillä oli reseptejä uusiessa usein kiire, eikä potilaan tilannetta ehditty tarkastella sairauskertomuksesta.

Yli puolella reseptejä uusivista potilaista oli mahdollinen lääkitykseen liittyvä ongelma. Reseptiä uusivien potilaiden yleisimmät ongelmat olivat liian pitkä seurantaväli sekä pääasiassa keskushermostoon vaikuttavien lääkkeiden pitkäaikaiskäyttö. Lääkäri pystyi havaitsemaan ja ratkaisemaan potilaiden lääkitysongelmia paremmin kokeilussa, jossa uusittavien reseptien mukana oli haastattelu- ja lääkitystietoja potilaasta, kuin tavanomaisessa uusimiskäytännössä.

Tässä väitöskirjassa on esitetty suositus reseptien uusimiskäytäntöjen järjestämisestä. Sujuvassa uusimiskäytännössä lääkehoidon seuranta varmistetaan kysymällä potilaalta lääkkeen tehosta, käytöstä ja ongelmista, tarkistamalla potilaan edellisen seurantakäynnin ajankohta, varaamalla hoitavalle lääkärille riittävä aika uusimiselle, huolehtimalla uusimisen tarkoituksenmukaisuudesta sekä kirjaamalla uusitut reseptit sairauskertomukseen.

National Library of Medicine Classification: QV 748, W 87, WB 330

Yleinen suomalainen asiasanasto: lääkehoito; lääkemääräykset; uusinnat; lääkkeet; seuranta; työprosessit; hoitosuhde; ongelmat; terveyskeskuslääkärit; potilaat; farmaseutit; proviisorit; avustajat; terveyskeskukset; Suomi





Kuva: Jyrki Heikkinen





## ESIPUHE

Havahduin ihmettelemään reseptien puhelinuusinnan mielekkyyttä kesätyöpaikassani Maarianhaminan Provincialapoteketissa vuonna 1994. Vaikka sikäläinen terveyskeskuksen uusimiskäytäntö olikin hyvin toimiva, saattoi reseptin sairaala- tai yksityissektorilla saada uusituksi puhelimitse 20 sekunnissa, tack och hej! Analysoidessani erästä lääkäreille suunnattua kyselyä Kansaneläkelaitoksen tutkimusassistenttina työskennellessäni vuonna 1997 törmäsin taas kysymyksen reseptien uusimisesta ja lääkärin vastuusta. Aiheen pohtiminen muiden terveydenhuollon ammattilaisten kanssa johti väitöskirjatyön aloittamiseen vuonna 1998. Olen tyytyväinen, että olen voinut selvittää tätä Suomessa aiemmin täysin tutkimatonta, mutta monelle ihmiselle hyvin arkipäiväistä asiaa. Toivon, että tutkimukseni auttaa nostamaan reseptien uusimisen profiilia paperirutiinista arvokkaaksi lääkehoidon seurannan tarkastuspisteeksi.

Kiitän lämpimästi työni ohjaajia professori Timo Klaukkaa aina positiivisesta asenteesta ja kannustuksesta sekä professori Hannes Enlundia kriittisyydestä ja tuesta koko prosessin aikana.

Kiitän esitarkastajiani professori Raimo Isoahoa Turun yliopistosta ja apteekkari Pekka Karttusta Kuopiosta, jotka tekivät kesähelteessä hienoa työtä ja antoivat arvokkaita kommentteja työni parantamiseksi.

Sosiaalifarmasian laitos on erityisesti työyhteisön puolesta ollut erinomainen työpaikka. Kiitän koko laitoksen väkeä hyvästä tiimityöskentelystä kaikissa työtehtävissä sekä kahvihuoneen paljon todellista +18 astetta lämpimämmästä tunnelmasta. Kiitos syvällisistä pohdinnoista ja makeista nauruista kaikille, jotka vuosien varrella ovat kuuluneet sosiaalifarmasian jatko-opiskelijoiden porukkaan. Kiitos professori Riitta Ahoselle käsikirjoitukseni lukemisesta ja erityisesti sen rakennetta koskevista kommentteista, tutkimussihteri Paula Räsäselle korvaamattomasta atk-tuesta, ja tutkimusfarmaseutti Seija Pirhoselle suuresta avusta kirjallisuuden hallinnassa.

Muutamit farmasian ja lääketieteen ammattilaiset ovat olleet tärkeitä yhteistyökumppaneita työni eri vaiheissa. FaL Jaana Martikaiselle kuuluu kiitos johdattuksesta farmasian tutkijan työhön ja kommentteista väitöskirjan aiheen valinnassa.

LL Arja Helin-Salmivaara on ollut mainio lääkäriinäkökulmani ja kannustajani tutkimuksen suunnittelun eri vaiheissa. FaT Ulla Närhi on ollut mukana jo ”sosiaalifarmasian väitöskirjahautomon” ajoista lähtien monin tavoin jakamassa ajatuksia väitöskirjan teosta ja elämästä. Kiitos sekä Ullalle että LL Hannu Närhille myös käsikirjoitukseni lukemisesta ja kommentoinnista. Kiitokset proviisori Sanna Kaukolle (os. Tiirikainen) osallistumisesta terveystieteiden haastattelujen tekoon.

Suuret kiitokset haastattelututkimuksessa mukana olleille terveystieteiden keskuksille ja apteekkeille sekä Kuopion yliopiston apteekin henkilökunnalle ja Kuopion terveystieteiden keskuksen lääkäreille. Kiitos Suomen IMS Oy:n silloiselle ja nykyiselle henkilökunnalle avusta aineiston hankkimisessa. Reseptiaineiston tekijänoikeudet kuuluvat IMS Healthille, ja olen kiitollinen luvasta käyttää aineistoa.

Opiskeluaikojen tärkeille ystäväilleni LL, LuK Minna Miettiselle (os. Markkanen) ja FaL Susanna Niemiselle (os. Junttila) kiitokset keittiönpöytäkeskusteluista ja hammaspesuhihityksistä sekä yhteisistä alkumetreistä akateemisessa maailmassa. Kiitos myös kaikille muille ystäväilleni, jotka ovat olleet vapaa-aikani sokeri ja suola.

Tämän väitöskirjan teko ei olisi ollut mahdollista ilman ajoittaisia apurahakausia, joista kiitän Suomen Kulttuurirahaston Elli Turusen säätiötä sekä Suomen Apteekkariliittoa.

Kiitos vanhemmilleni Kaisa ja Matti Lahnajärvelle positiivisesta suhtautumisesta koulutukseen sekä onnellisesta lapsuudestani kirjakaupan takahuoneessa ja vanhainkodin pihanurmikolla. Erityiskiitos kuuluu äidilleni tavallisen arkielämän jakamisesta ja valtavasta lastenhoitoavusta.

Kiitän omia nahkaselkäisiäni, Aaro ja Ruut Saastamoista, rakkaudesta ja elämänilosta. Tämä kirja kalpenee teidän rinnallanne! Aviomiestäni Kimmo Saastamoista kiitän koko onnellisesta yhteiselosta, johon yhtenä osana kuuluvat yhteiskunnallinen keskustelu ja toistemme kirjallisten töiden kommentointi.

Kuopiossa elokuussa 2006

Leena Lahnajärvi

## **MÄÄRITELMÄT**

### **ATC-luokitus**

Anatomis-Terapeuttis-Kemiallinen (Anatomic-Therapeutic-Chemical) lääkeluokitus, jossa lääkkeet jaetaan eri elinjärjestelmiin liittyviin pääryhmiin, jotka puolestaan jaetaan alaryhmiin terapeuttisten, farmakologisten tai kemiallisten ominaisuuksiensa avulla. ATC-luokitus luokittelee lääkkeet yksittäisen kemiallisen aineen tai niiden kiinteiden yhdistelmien tasolle saakka. WHO ylläpitää ATC-luokitusta, ja se on käytössä esimerkiksi Pohjoismaissa.

### **AT-luokitus**

Anatomis-Terapeuttinen lääkeluokitus, joka on ATC-luokituksen edeltäjä. AT-luokituksessa lääkkeet jaetaan eri elinjärjestelmiin tai solukokonaisuuksiin liittyviin pääryhmiin, jotka puolestaan jaetaan terapeuttisiin alaryhmiin. Esimerkiksi IMS Health, EPhMRA ja PMRG käyttävät AT-luokitusta.

### **Avustaja**

Tässä tutkimuksessa terveyskeskuksen vastaanottohenkilökunnan jäsen, joka osallistuu reseptien uusimiseen. Avustajalla voi olla hoitoalan, terveydenhuollon sihteerin tai kaupallisen alan koulutus.

### **British National Formulary (BNF)**

Kirja, jossa on käyttö-, varoitus-, vasta-aihe-, haittavaikutus-, annostus- ja kustannustiedot suurimmasta osasta Iso-Britanniassa käytetyistä lääkkeistä.

### **Diagnosis Index Finland (DIF)**

Suomen Diagnoosi-indeksi. Suomen IMS Health Oy:n vuosittain keräämä reseptitietokanta.

## **European Pharmaceutical Market Research Association (EPHRA)**

Eurooppalaisten lääketutkimusta tekevien yritysten yhdistys, joka keskittyy markkinointitutkimukseen ja liiketoiminnalliseen päätöksentekoon.

## **FINRISKI**

Kansanterveyslaitoksen toteuttama, suomalaisten terveydentilaa, sydän- ja verisuonitautien riskitekijöitä, terveyskäyttäytymistä ja ruokavalioita viiden vuoden välein seuraava väestötutkimus, joka on aloitettu vuonna 1972.

## **HbA<sub>1c</sub>**

Glykoitunut hemoglobiini, joka kuvastaa henkilön glukoositasapainoa edeltävien 6–8 viikon ajalta. Käytetään diabeteksen hoitotasapainon seurannassa.

## **IMS Health**

Kansainvälinen, lääketietoa keräävä kaupallinen yritys. Suomessa toimii Suomen IMS Health Oy.

## **Interventiotutkimus**

Tutkimus, jossa tietyllä toimenpiteellä, esimerkiksi vallitsevien työtapojen muutoksella, yritetään vaikuttaa esimerkiksi yksilön terveydentilaan tai toimintaan. Tässä väitöskirjassa interventiotutkimuksella tarkoitetaan myös viimeistä osatutkimusta, jossa pyrittiin parantamaan reseptien uusimiskäytäntöjä.

## **Iteroitu lääkemääräys**

Lääkemääräys, jonka sisältämät lääkkeet voidaan toimittaa 1–3 kertaa uudelleen määräajoin.

## **LDL-kolesteroli**

Low density lipoprotein. Veren lipoproteiineihin sitoutunut kolesteroli, joka suurentaa ateroskleroosin riskiä. Lasketaan kokonaiskolesterolin, HDL-kolesterolin ja triglyseridien arvoista ns. Friedewaldin kaavalla.

### **Lääkekortti<sup>TM</sup>**

Kuopion yliopiston apteekin kehittämä tietokoneohjelma, joka kerää tiedot potilaan apteekista ostamista lääkkeistä (nimi, vaikuttava aine, vahvuus, määrä, annosohje, korvausnumero, ostopäivämäärä). Ohjelmaan voidaan tarvittaessa kirjata myös potilaan käyttämät itsehoitolääkkeet ja lääkeaineallergiat. Potilaan lääkityksistä voidaan ottaa tuloste esimerkiksi lääkäriä varten.

### **Monthly Index of Medical Specialities (MIMS)**

Farmakologista tietoa lääkkeistä sisältävä kirja tai sähköinen tietokanta (eMIMS), jossa lääkkeet on luokiteltu terapiaryhmittäin.

### **NUD\*IST 4.0**

Non-numerical Unstructured Data Indexing, Searching and Theorizing. Laadullisen tutkimusaineiston hallinta- ja analyysiohjelma.

### **Pharmaceutical Market Research Group (PMRG)**

Yhdysvaltalainen farmaseuttisen markkinointitutkimuksen yhdistys.

### **PKV-lääke**

Pääasiassa keskushermostoon vaikuttava lääke, joka on mainittu Lääkelaitoksen luettelossa PKV-lääkkeistä. Pääasiassa uni- ja rauhoittavia lääkkeitä sekä keskushermostoon vaikuttavia kipulääkkeitä.

### **Puhelinresepti**

Puhelinlääkemääräys. Lääkärin puhelimitse apteekkiin antama lääkemääräys.

### **Resepti apteekin reseptuuriluvussa**

Apteekin yhdellä ostokerralla toimittama yhtä lääkevalmistetta sisältämä lääke-erä. Lääkärin vuodeksi kirjoittama resepti vastaa vähintään neljää reseptiä apteekin reseptuurissa, koska suurin osa lääkkeistä toimitetaan apteekista korkeintaan kolmen kuukauden erissä.

### **Resepti DIF-tutkimuksessa**

IMS Health Oy:n aineistossa resepti tarkoittaa lääkärin kirjoittamaa lääkemääräystä eli reseptiä, joka voi olla kirjoitettu vuoden lääkitystä vastaavaksi tai lyhyemmäksi ajaksi.

### **Resepti Kelan tilastoissa**

Apteekin yhdellä ostokerralla toimittama yhtä lääkevalmistetta sisältämä lääke-erä, josta on maksettu sairausvakuutuskorvaus. Lääkärin vuodeksi kirjoittama resepti vastaa vähintään neljää reseptiä Kelan tilastoissa, koska korvattavia lääkkeitä toimitetaan korkeintaan kolmen kuukauden erissä.

### **Reseptien uusimisen määritelmä lainsäädännössä**

Lääkärin jo toimitettuun lääkemääräykseen tekemä merkintä tai henkilökohtaisesti puhelimitse apteekkiin antama ilmoitus, jonka perusteella lääkemääräyksen sisältämät lääkkeet voi toimittaa uudelleen.

### **Reseptien uusiminen lääkärin kohtaamatta potilasta**

Lääkityksen jatkaminen niin, etteivät lääkäri ja potilas kohtaa toisiaan ja keskustele hoidosta tai lääkityksestä. Tapahtuu useimmiten jättämällä reseptit tai uusimispyyntö vastaanottoavustajalle tai apteekkiin. Resepti voidaan uusia tekemällä merkintä vanhan reseptilomakkeen uusimiskohtaan, kirjoittamalla uusi lääkemääräys tai antamalla puhelinlääkemääräys tai telefaxlääkemääräys.

### **Reseptien uusiminen vastaanotolla**

Lääkityksen jatkaminen potilaan käydessä lääkärin vastaanotolla. Resepti voidaan uusia tekemällä merkintä vanhan reseptilomakkeen uusimiskohtaan tai kirjoittamalla uusi lääkemääräys.

### **Säilytettävä resepti**

Lääkemääräys, joka lääkettä toimitettaessa jää apteekkiin.

## SISÄLTÖ

<b>1 JOHDANTO</b>	17
<b>2 LÄÄKEHOIDON TOTEUTUMINEN SUOMESSA</b>	20
2.1 Tutkimukset lääkehoidosta	20
2.2 Kohonneen verenpaineen lääkehoito	20
2.3 Veren kohonneen kolesterolipitoisuuden lääkehoito	22
2.4 Diabeteksen lääkehoito	25
2.5 Astman lääkehoito	28
2.6 Unettomuuden ja ahdistuneisuushäiriön lääkehoito	32
2.7 Kivun lääkehoito	33
<b>3 RESEPTIEN UUSIMINEN OSANA LÄÄKEHOITOA</b>	36
3.1 Reseptien uusiminen viranomais määräyksissä	36
3.2 Reseptien uusimistutkimukset 1970-luvulta 2000-luvulle	37
3.3 Reseptien uusimisen yleisyys	39
3.3.1 Uusittujen reseptien osuus kaikista resepteistä	39
3.3.2 Uusitut reseptit lääkeryhmittäin	40
3.3.3 Potilaan ikä ja sukupuoli	42
3.4 Reseptien uusimisen käytäntöjä	42
3.4.1 Reseptien uusimiskäytäntö Iso-Britanniassa	42
3.4.2 Reseptien uusimiskäytäntö Hollannissa	45
3.5 Lääkärien mielipiteet reseptien uusimisesta	46
3.6 Reseptien uusimisen kustannukset	48
3.7 Lääkehoidon seurannan kehittäminen reseptien uusimisessa	49
<b>4 JOHTOPÄÄTÖKSET KIRJALLISUUSKATSAUKSESTA</b>	54
<b>5 TUTKIMUKSEN TAVOITTEET</b>	56
<b>6 RESEPTIEN UUSIMISEN YLEISYYS</b>	58
6.1 Tutkimusmenetelmien yhdistely	58
6.2 IMS Healthin Suomen Diagnoosi Indexi (DIF)	59
6.3 Terveystutkimuksen väestötutkimus (TERVA)	63
6.4 Tulokset	66
6.4.1 Reseptien uusiminen lääkärin kohtaamatta potilasta	66
6.4.2 Reseptien uusiminen vastaanotolla	70
6.4.3 Kaikki uusitut reseptit	71
6.4.4 Ensimmäistä kertaa määrätty lääkkeet	73
6.4.5 Lääkärin vastaanotolla kirjoitetut reseptit	74
6.4.6 Lääkkeen käyttö jatkuvasti ja tarvittaessa Terveystutkimuksen väestötutkimuksessa	76

<b>7 RESEPTIEN UUSIMISKÄYTÄNNÖT</b>	79
7.1 Haastatteluaineisto ja analyysi	79
7.1.1 Haastattelujen toteutus	79
7.1.2 Tyypittelevä analyysi ja uusimiskäytäntöjen luokittelu	81
7.1.3 Uusimisprosessin vaiheiden analyysi	83
7.2 Tulokset	84
7.2.1 Reseptien uusimiskäytännöt	84
7.2.2 Reseptien uusimisprosessin vaiheet	93
7.2.3 Reseptien uusimiskäytännöistä sopiminen	106
7.2.4 Uusimiskäytännön muutokset	108
7.2.5 Reseptien uusimisessa koetut ongelmat	110
<b>8 LÄÄKEHOIDON SEURANNAN KEHITTÄMINEN RESEPTIEN UUSIMISESSA</b>	113
8.1 Interventiotutkimus ja lääkitysongelmaindikaattorit	113
8.2 Tulokset	120
8.2.1 Reseptinuusijoiden ikä, sukupuoli, sairastavuus ja lääkkeiden käyttö	120
8.2.2 Lääkärien havaitsemat lääkitysongelmat interventio- ja vertailuryhmässä	122
8.2.3 Reseptien uusimisessa käytetyt tietolähteet	123
8.2.4 Kokonaislääkityksen ongelmat reseptejä uusivilla potilailla	124
8.2.5 Ongelmat uusittavissa lääkkeissä	126
8.2.6 Lääkitysongelmat seitsemän kuukauden kuluttua	127
<b>9 POHDINTA</b>	129
9.1 Reseptien uusimisen yleisyys	129
9.2 Lääkitysongelmat reseptejä uusivilla potilailla	135
9.3 Lääkehoidon seuranta reseptien uusimisessa	138
9.4 Reseptien uusimiskäytännön kehittäminen	144
<b>10 PÄÄTELMÄT JA SUOSITUKSET</b>	149
10.1 Päätelmät	149
10.2 Suositukset	150
10.2.1 Yleiset suositukset	150
10.2.2 Suositus reseptien uusimiskäytännöksi	151
<b>11 KIRJALLISUUS</b>	156
<b>LIITTEET</b>	

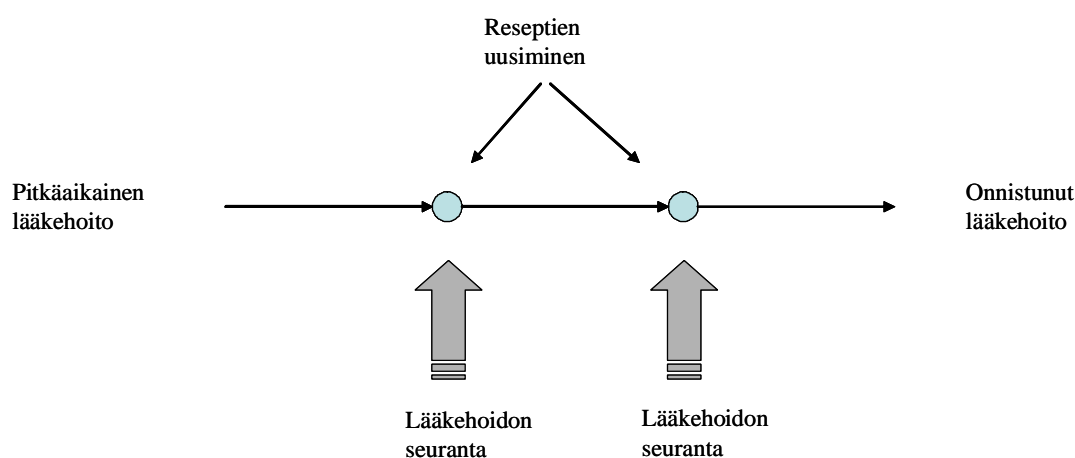


## 1 JOHDANTO

Suomen lääkepolitiikan tavoitteita ovat korkeatasoinen lääketurvallisuus, rationaalinen lääkkeiden määrääminen, asianmukainen lääkkeiden käyttö ja kohtuulliset lääkekustannukset (Sosiaali- ja terveysministeriö, 2003b). Lääkehoidon tulosten parantamiseen ja lääkekustannuksiin onkin kiinnitetty viime vuosina huomiota potilaan, lääkärin, apteekkihenkilökunnan ja viranomaisten näkökulmista. Kasvavia lääkekustannuksia on pyritty hillitsemään esimerkiksi lääkevaihdoilla ja tukkuhintojen alennuksilla (Sosiaali- ja terveysministeriö 1997, Sosiaali- ja terveysministeriö 2003a, Ahonen ja Martikainen 2005).

Tämän tutkimuksen konteksti on pitkäaikaislääkityksen toteuttaminen ja onnistuminen. Pitkäaikaislääkitys on keskeinen hoitomuoto monissa yleisissä sairauksissa, kuten sydän- ja verisuonisairauksissa, astmassa ja diabeteksessa. Pitkäaikaissairauksien hoito ei kuitenkaan ole ongelmattonta. Esimerkiksi pitkäaikaissairauksien hoidon seurannassa ja hoitotuloksissa on parantamisen varaa. Pitkäaikaiseen lääkehoitoon sitoutuminen parantaisi hoitotulosta ja säästäisi terveydenhuollon kustannuksia kenties enemmän kuin mikään parannus yksittäisten sairauksien hoidossa (WHO 2003). Toisaalta suuri osa lyhytaikaiseen käyttöön tarkoitetuista lääkkeistä, esimerkiksi 70–85 % unilääkkeistä, ulkuslääkkeistä ja tulehduskipulääkkeistä on pitkäaikaiskäytössä (Van der Waals ym. 1993, Harris ja Dajda 1996, Rokstad ja Straand 1997).

Reseptien uusiminen on välttämätöntä pitkäaikaisessa lääkehoidossa: resepti tyhjenee, lääke loppuu ja resepti on uusittava (Kuva 1). Jos lääkityksen jatkaminen on tarkoituksenmukaista, jatkuvuus on turvattava sujuvalla reseptien uusimisella. Reseptit uusitaan lääkärin vastaanotoilla tai puhelimitse apteekkien kautta, usein lääkärin kohtaamatta potilasta lainkaan. Reseptien uusiminen lääkärin kohtaamatta potilasta säästää sekä lääkärin että potilaan aikaa. Uusittujen reseptien osuus kaikista määräytyistä resepteistä vaihtelee lääke- ja diagnoosiryhmittäin, mutta lääkärin potilasta kohtaamatta uusimien reseptien osuus on merkittävä (esimerkiksi National Audit Office 1993, Dijkers 1997, Rokstad ja Straand 1997, Connolly ja McGavock 2000). Suomessa reseptit kirjoitetaan usein vuoden tarvetta vastaavalle lääkemäärälle. Näiden uusiminen potilaan seurantarvetta tarkistamatta saattaa johtaa vuosien seurantaväleihin.



Kuva 1. Reseptien uusimisen ja lääkehoidon seurannan välinen yhteys onnistuneessa lääkehoidossa.

Reseptien uusiminen on kohta, jossa on mahdollista punnita lääkityksen jatkamisen tarkoituksenmukaisuutta ja hoidon onnistumista (Kuva 1). Reseptejä uusivilla potilailla on yleisesti lääkitykseen liittyviä ongelmia (esimerkiksi Goldstein ym. 1998, Granås ja Bates 1998, Granås ja Bates 1999). Resepteissä, jotka on määrätty lääkärin kohtaamatta potilasta voi olla enemmän reseptivirheitä kuin vastaanotolla määrättyissä resepteissä (Dijkers 1987). Reseptien uusimiseen liittyvää lääkehoidon seuranta tehostamalla voidaan havaita ja ratkaista lääkehoidon ongelmia (De Smet ja Dautzenberg 2004).

Tämän tutkimuksen tarkoitus oli tuottaa tietoa reseptien uusimisesta pitkäaikaisessa lääkehoidossa ja kiinnittää huomio pitkäaikaisen lääkehoidon laatuun ja seurantaan. Kansallista tutkimusta reseptien uusimisesta apteekeissa, terveyskeskuksissa, sairaaloissa tai yksityislääkärien vastaanotolla ei ole aikaisemmin tehty. Tavoitteena oli selvittää, miten reseptien uusiminen on järjestetty ja miten lääkehoitoa seurataan reseptien uusimisen yhteydessä, tarkastella reseptien uusimiseen liittyviä ongelmia lääkeryhmä- ja potilastasolla sekä kehittää suositus reseptien uusimisesta, jossa otetaan huomioon myös lääkehoidon seuranta.

Tutkimus koostuu kirjallisuuskatsauksesta ja kolmesta eri menetelmällä tehdystä tutkimuksesta. Kirjallisuuskatsaus sisältää tietoa lääkehoidon tuloksista Suomessa ja

reseptien uusimisesta ulkomailla. Tutkimusosiossa esitellään tavoitteiden jälkeen ensin määrällinen, reseptiaineistoon perustuva analyysi resepteistä, jotka on uusittu lääkärin kohtaamatta potilasta. Sen jälkeen tarkastellaan haastattelututkimuksen keinoin reseptien uusimiskäytäntöjä terveyskeskuksissa lääkärien ja vastaanottohenkilökunnan näkökulmasta. Kolmanneksi esitetään interventiotutkimus lääkärille toimitettavien taustatietojen vaikutuksesta potilaan lääkitysongelmien havaitsemiseen ja ratkaisemiseen. Lopuksi tutkimusraportissa on pohdinta tutkimuksen tuloksista ja menetelmistä sekä tulosten pohjalta esitetyt päätelmät ja suositukset.

## **2 LÄÄKEHOIDON TOTEUTUMINEN SUOMESSA**

### **2.1 Tutkimukset lääkeshoidosta**

Tämä kirjallisuuskatsaus kuvaa lääkehoidon hoitotuloksia Suomessa. Esimerkkeinä ovat korkean verenpaineen, veren korkean kolesterolipitoisuuden, diabeteksen, astman, unettomuuden ja ahdistuneisuushäiriön sekä kivun lääkehoito.

Katsaukseen haettiin ensin tietoa suurimmista sairausryhmistä, joiden yhtenä pääasiallisena hoitomuotona on lääkitys. Katsaus rajattiin niihin sairausryhmiin, joissa reseptien uusiminen lääkärin kohtaamatta potilasta on kansainvälisten tutkimusten mukaan yleistä ja joista löytyi riittävästi suomalaista tutkimustietoa. Katsaukseen valittiin pääasiassa tutkimuksia 1990-luvulta alkaen.

Kussakin sairausryhmäkohtaisessa kappaleessa Suomen tilannetta on peilattu esimerkkeihin kansainvälisestä kirjallisuudesta.

### **2.2 Kohonneen verenpaineen lääkehoito**

Kansanterveyslaitoksen vuoden 2005 terveystiedustelyn mukaan verenpainelääkkeitä käytti 13,1 % väestöstä (Helakorpi ym. 2005). Yli 500 000 potilaalla oli oikeus erityiskorvattaviin verenpainelääkkeisiin vuonna 2006 (Klaukka 2006).

FINRISKI-tutkimuksen mukaan tyydyttävässä hoitotasapainossa (verenpaine alle 160/95 mmHg) olevien verenpainelääkkeitä käyttävien potilaiden osuus on vähitellen kasvanut vuoden 1982 noin 30–40 %:n osuuksista vuoden 1997 50–70 %:n osuuksiin (Taulukko 1, Kastarinen ym. 1998, Kastarinen 2002). Erityisesti naisilla hoitotasapainon paraneminen on ollut selvää.

Terveyskeskusten verenpainepotilaiden hoitoa selvittäneissä tutkimuksissa saatiin samansuuntaisia tuloksia kuin FINRISKI-tutkimuksissa, vaikka tutkimusaineistot eivät olekaan suoraan vertailukelpoiset (Takala ym. 2001). Vuodesta 1995 vuoteen 2002 terveystiedustusten verenpainepotilaiden tyydyttävässä hoitotasapainossa olevien osuus oli kasvanut noin 40 %:sta lähes 60 %:iin (Kumpusalo ym. 1997, Meriranta ym. 2004).

Verenpainetautiinsa yhdistelmä lääkehoitoa saavien potilaiden osuus on kasvanut 1990-luvun puolesta välistä ja yhdistelmiä käyttävien potilaiden verenpaine oli paremmassa hoitotasapainossa kuin yhtä lääkettä käyttävien (Kumpusalo ym. 1997, Takala ym. 2001, Jokisalo ym. 2003, Meriranta ym. 2004). Tutkijat ovat yhtä mieltä siitä, että vaikka korkean verenpaineen hoitotasapaino on vähitellen parantunut, parantamisen varaa on edelleen. Hoitotasapaino on valtaosalla potilaista edelleen huono, kun raja-arvona on nykyinen tavoitearvo 140/85 mmHg. Verenpainetaudin hoitotulokseen vaikuttavat lääkityksen lisäksi elämäntavat (esim. Jula 1999). Huono hoitotulos ei välttämättä johdu yksinomaan lääkehoidon epäonnistumisesta.

Taulukko 1. Verenpaineen hoitotasapaino verenpainelääkkeiden käyttäjillä.

Tutkimus	Aineisto	Vuosi	Verenpaine alle 160/95 mmHg,		Verenpaine alle 140/90 mmHg,	
			%		%	
			miehet	naiset	miehet	naiset
<b>Kastarinen 2002,</b> <b>Vartiainen ym. 2003</b>	Pohjois-Karjala	1982	35	33	14	10
		1987	39	46	14	15
		1992	42	55	15	20
<b>FINMONICA</b>		1997	54	56	26	21
<b>FINRISKI,</b> <b>25–64 -vuotiaat</b>	Pohjois-Savo	1982	26	41	12	10
		1987	29	43	9	6
		1992	47	53	21	19
		1997	58	71	21	30
	Turku-Loimaa	1982	36	45	15	15
		1987	54	49	18	25
		1992	49	61	14	23
		1997	47	68	14	32
	Helsinki-Vantaa	1992	46	59	20	21
		1997	33	63	15	24
Oulu	1997	64	68	29	27	
<b>Kumpusalo ym.</b> <b>1997*,</b>	Edustava otos	1995	43	39	13	10
	Suomen tk:t n = 4118					
<b>Takala ym. 2001*,</b>	Edustava otos	1996–97	51	52	19	20
	Suomen tk:t 20–91 v n = 1782					
<b>Meriranta ym. 2004,</b>	Edustava otos	2002			28	33
	Suomen tk:t 28–99 v n = 1130					

\* Sisältää myös verenpainepotilaat, jotka eivät käytä verenpainelääkettä.  
FINMONICA, FINRISKI = Kansanterveyslaitoksen väestötutkimukset  
Tk = terveyskeskus

Potilailla, jotka kokevat verenpainetautiinsa tai sen hoitoon liittyviä ongelmia, on todennäköisemmin huono hoitotasapaino kuin tautinsa ongelmattomaksi kokevilla potilailla. (Enlund ym. 2001). Niistä, jotka eivät kokeneet verenpaineensa hoidossa ongelmia, 43 % saavutti tavoiteverenpaineen 160/90 mmHg. Vain 27 % niistä, joilla oli vähintään kolme verenpainetautiin tai sen hoitoon liittyvää ongelmaa, saavutti tavoiteverenpaineen. Potilailla, jotka oma-aloitteisesti vähensivät lääkitystään, oli todennäköisemmin tavoitetasoa korkeampi verenpaine. Toivoton asenne verenpainetautia kohtaan, turhautuminen korkean verenpaineen hoitoon sekä verenpainemittauksen jännittäminen olivat myös yhteydessä huonoon hoitotasapainoon verenpainelääkkeiden käyttäjillä (Jokisalo ym. 2003).

Korkean verenpaineen hoitotasapaino esimerkiksi Italiassa, Kreikassa, Ruotsissa ja Tsekissä oli samaa luokkaa kuin Suomessa, 20–35 % verenpainelääkkeen käyttäjistä saavutti tavoiteverenpaineen alle 140/90 mmHg (Macia ym. 2002, Pablos-Velasco ym. 2002, Jansson ym. 2003, Psaltopoulou ym. 2004, Cifkova ym. 2004). Yhdysvaltalaiset verenpainepotilaat näyttivät olevan paremmassa hoitotasapainossa kuin suomalaiset, yli 50 %:lla oli verenpaine alle 140/90 mmHg vuonna 2000 (Hajjar ja Kotchen 2003). Kuten Suomessa, myös muissa maissa verenpaineen hoitotasapaino on parantunut 1980-luvulta 2000-luvulle (Hajjar ja Kotchen 2003, Cifkova ym. 2004).

### **2.3 Veren kohonneen kolesterolipitoisuuden lääkehoito**

Koko väestöstä 9 % käytti lipidilääkkeitä ja yli 470 000 potilasta oli saanut lääkekorvauksia lipidilääkkeistä vuonna 2005 (Klaukka ja Helin-Salmivaara 2006).

Klaukka ja Pyörälä arvioivat vuonna 2001, että noin kaksi kolmasosaa suomalaisista sepelvaltimotautipotilaista tarvitsisi lipidilääkitystä. Lipidilääkitystä käyttävien sepelvaltimotautipotilaiden osuus on eri tutkimuksissa vaihdellut vajaasta kahdestakymmenestä prosentista yli kuuteenkymmeneen prosenttiin (Taulukko 2). Lipidilääkkeiden käyttö sepelvaltimotautipotilailla on lisääntynyt voimakkaasti 1990-luvun loppuvuosina. Kaikista sepelvaltimotautilääkkeiden erityiskorvaukseen oikeutetuista potilaista 20 % käytti lipidilääkkeitä vuonna 1996, 35 % vuonna 1999 ja 54 % vuonna 2002 (Pyörälä ja Klaukka 2001, Paldán ja Klaukka 2003).

Lipidilääkkeiden tulo erityiskorvattavaksi sepelvaltimotautipotilaille ei ole ratkaisevasti lisännyt niiden käytön kasvua verrattuna muihin käyttäjäryhmiin (Paldán ja Klaukka 2003).

Ennen vuosituhanen vaihdetta noin puolet lipidilääkkeitä käyttävistä terveyskeskuksissa hoidetuista sepelvaltimotautipotilaista oli saavuttanut LDL-kolesterolin silloisen tavoitetason alle 3,5 mmol/l (Saaristo ym. 2000) ja vuosituhanen vaihteessa 70 %:lla sairaalassa hoidetuista sepelvaltimotautipotilaista kokonaiskolesteroli oli tavoitetasolla alle 5,0 mmol/l (EUROASPIRE I and II Group, 2001). Lipidilääkkeitä käyttävillä sepelvaltimotautipotilailla kolesterolitaso oli alhaisempi kuin lipidilääkkeitä käyttämättömillä (Saaristo ym. 2000, EUROASPIRE II 2001, EUROASPIRE I ja II 2001). Sepelvaltimotautia sairastamattomista lipidilääkkeen käyttäjistä vain noin kolmannes oli saavuttanut kokonaiskolesterolin tavoitetason (Strandberg ja Vanhanen 2001, Väistö ym. 2005). Lääkityksen lisäksi potilaan elämäntapojen vaikutus kolesterolin tavoitetason saavuttamiseen on suuri.

Taulukko 2. Veren kohonneen kolesterolipitoisuuden hoitotasapaino lipidilääkkeiden käyttäjillä.

Tutkimus	Aineisto	CHD*, lipidi- lääke käytössä %	CHD, S-Kol <5 mmol/l, %	CHD, LDL <3,5 mmol/l, %	ei-CHD S-Kol <5,0 mmol/l, %
<b>Väistö ym. 2005</b>	FINRISKI v. 2002		miehet 57 naiset 47 CHD tai diabetes		miehet 33 naiset 28
<b>Paldán ja Klaukka 2003</b>	Kelan rekisteritutkimus v. 2002, kaikki lipidilääkkeiden käyttäjät	54			
<b>Pyörälä ja Klaukka 2001</b>	Kelan rekisteritutkimus v. 1996 ja 1999, kaikki lipidilääkkeiden käyttäjät	1996 20 1999 35			
<b>Strandberg ym. 2001a</b>	Yli 75-vuotiaita helsinkiläisiä, v. 1998–2000 n = 400	20			
<b>Strandberg ym. 2001b</b>	Yli 75-vuotiaita helsinkiläisiä, v. 1998–99, n = 2511	miehet 19 naiset 14			
<b>Strandberg ja Vanhanen 2001</b>	10 tk:a ja 24 työterveysasemaa, lipidilääkk. käyttäjiä, v. 2000 n = 676		54		36
<b>EUROASPIRE I&amp;II 2001</b>	< 70 v CHD-potilaita I v. 1995–96, II v. 1999–2000 Kuopio: n = 415 (I) n = 348 (II)	39 (I) 64,4 (II)	24,2 (I) 70,1 (II)		
<b>Saaristo ym. 2000</b>	41 terveysasemaa, Etelä-, Länsi- ja Itä- Suomi, kaikki CHD- potilaat, v. 1999 n = 1381	46		noin 50	
<b>Tuominen ym. 1998</b>	Kangasalan tk:n <75 v CHD-potilaat, v. 1996–97 n = 615	34		miehet 71 naiset 63	
<b>Tuominen ym. 1996</b>	Kuusankosken tk, v. 1995 CHD-potilaat, n = 631	4			

\*CHD = Coronary Heart Disease, sepelvaltimotauti

S-Kol = seerumin kolesteroli

LDL = low density lipoprotein, kolesterolifraktio, jonka kohonneeseen arvoon liittyy suurentunut ateroskleroosin riski

FINRISKI = Kansanterveyslaitoksen väestötutkimus

tk = terveyskeskus



Yhdeksän eurooppalaisen maan sepelvaltimotautipotilaita tarkastelleessa tutkimuksessa 51–76 % käytti lipidilääkkeitä vuosituhanen vaihteessa (EUROASPIRE I and II Group, 2001). Suositusten mukaisen lipiditason alle 5,0 mmol/l oli EUROASPIRE II -tutkimuksessa saavuttanut 31–70 % sepelvaltimotautipotilaista. Suomessa kohonneen veren kolesterolin hoitotulos oli EUROASPIRE-tutkimukseen osallistuneista maista paras. Yhdysvaltalaisessa edustavassa väestötutkimuksessa 47 % lipidilääkkeiden käyttäjistä oli päässyt tavoitetasolle (Ford ym. 2003). Yhdysvaltalaisista ja norjalaisista avohoidon lääkäreiden potilaista vähän yli kolmannes oli saavuttanut veren kolesterolin tavoitetason (Pearson ym. 2000, Svilaas ym. 2000). Nämä hoitotulokset vastaavat suunnilleen Suomen hoitotulosta avohoidossa.

## 2.4 Diabeteksen lääkehoito

Diabeetikkojen lukumäärä Suomessa on kasvanut tasaisesti viimeisten 15 vuoden aikana, ja heitä arvioitiin vuonna 2002 olevan noin 180 000 (Niemi ja Winell 2005). Insuliinia käytti vuonna 2004 noin 80 000 ja oraalisia diabeteslääkkeitä noin 150 000 suomalaista (Lääkelaitos ja Kansaneläkelaitos 2005).

Tyypin 1 diabeteksen hoitotasapaino ei ole juuri muuttunut 1990-luvulla (Taulukko 3). Kansanterveyslaitoksen vuonna 1993 tekemässä väestötutkimuksessa tyypin 1 diabeetikkojen HbA<sub>1c</sub>-mediaani oli 8,6 % (Valle ja Tuomilehto 2004). Vuosina 2000–2001 HbA<sub>1c</sub>-mediaani oli tyypin 1 diabeetikoilla edelleen lähes sama, 8,5 %. Vuonna 1993 tyypin 1 diabeetikoista 25 %:lla oli hyvä hoitotasapaino (HbA<sub>1c</sub> alle 7,5 %), 24 %:lla kohtalainen (HbA<sub>1c</sub> 7,5–8,5 %), 28 %:lla huono (HbA<sub>1c</sub> 8,6–10,0 %) ja 23 %:lla hälyttävän huono (HbA<sub>1c</sub> yli 10,0 %). Vuosina 2000–2001 tyypin 1 diabeetikkojen hoitotasapaino oli aavistuksen verran muuttunut kohti keskiarvoa: 21 %:lla oli hyvä hoitotasapaino, 29 %:lla kohtalainen, 30 %:lla huono ja 19 %:lla hälyttävän huono.

Taulukko 3. Tyypin 1 diabetesta sairastavien hoitotasapaino.

Tutkimus	Aineisto	HbA <sub>1c</sub> %, ka (95 % CI)	Hyvä hoitotasa- paino % (<7,5 % HbA <sub>1c</sub> )	Huono hoitotasa- paino % (>8,5 % HbA <sub>1c</sub> )	Käy samalla lääkärillä %
<b>Valle ja Tuomilehto 2004</b>	82 tk:a, 26 sairaalaa, >15 v, v. 2000, n = 3580	8,5 mediaani	21	49	96
<b>Valle ym. 1999</b>	satunnaiset 51 tk:a, 17 sairaalaa, yli 15v, v. 1993, n = 3195	8,8 8,6 mediaani	26	51	
<b>Turtola ym. 1998</b>	Pohjois-Karjalan shp, yli 18 v, v. 1981–91 n = 3681	7,8 (ks) 8,4 (tk)	43 (1991, ks) 26 (1991, tk) 13 (1995, tk)		
<b>Saltevo ym. 1997</b>	Keski-Suomen shp:n insuliinidiabeetikot 16–65 v, v. 1994, n = 817		22	47	
<b>Niskanen ym. 1990</b>	KYKS-piirin tk:t ja aluesairaalat, v. 1988 n = 378			65 (>8 %)	
<b>Saltevo ym. 1990</b>	Keski-Suomen shp:n insuliinidiabeetikot 16–65 v, v. 1988 n = 833			57	

tk = terveyskeskus  
ks = keskussairaala  
shp = sairaanhoitopiiri

Tyypin 2 diabeteksen hoitotasapaino on parantunut 1990-luvulla (Taulukko 4). Vuoden 1993 väestötutkimuksessa tyypin 2 diabeetikkojen HbA<sub>1c</sub>-arvojen mediaani oli 8,4 %, ja se pieneni vuosiin 2000–2001 mennessä 7,6 %:iin (Valle ja Tuomilehto 2004). Vain 8 %:lla tyypin 2 diabeetikoista oli hyvä hoitotasapaino (HbA<sub>1c</sub> alle 6,0 %) vuonna 1993 (Valle ym. 1999). Tyydyttävässä hoitotasapainossa (HbA<sub>1c</sub> 6,0–8,0 %) oli 36 % ja huonossa (HbA<sub>1c</sub> yli 8,0 %) 46 %. Vuosina 2000–2001 10 % tyypin 2 diabeetikoista oli hyvässä hoitotasapainossa, 52 % tyydyttävässä ja enää 38 % huonossa tasapainossa (Valle ja Tuomilehto 2004).

Sekä 1- että 2-tyypin diabeetikkojen hoitotulos on kokonaisuudessaan kuitenkin parantunut vuosina 1988–2002, mitä kuvastavat vähentyneet alaraaja-amputaatiot, sydäninfarktit ja aivoinfarktut sekä diabeetikkojen pienentynyt kuolleisuus (Niemi ja Winell 2005).

Taulukko 4. Tyypin 2 diabetesta sairastavien hoitotasapaino.

Tutkimus	Aineisto	HbA <sub>1c</sub> %, keskiarvo (95 % CI)	Hyvä hoitotasapaino % (<6)	Huono hoitotasapaino % (>8)
<b>Valle ja Tuomilehto 2004</b>	82 tk:a, 26 sairaalaa, >15 v, v. 2000 n = 3580	7,6 mediaani	10 (<6) 31 (<7)	38
<b>Valle ym. 1999</b>	satunnaiset 51 tk:a, 17 sairaalaa, > 15 v, v. 1993 n = 3195	8,5 8,4 mediaani	8 (<6)	46 (>8,5)
<b>Hänninen ym. 1998</b>	Mikkeli, alle 65 v v. 1992–94, n = 260		14 (<6,5)	64 (>7,5)
<b>Saltevo ym. 1997</b>	Keski-Suomen shp, 16– 65 v, v. 1994, n = 1 113		2,6	60,6
<b>Vierimaa ym. 1995</b>	Kuusamo n=479		50 (<7)	20 (>9)
<b>Seppälä ym. 1989</b>	KYKS- ja TYKS-piiri, tablettihoitoiset 45–64 v n = 759	miehet 10,0 (KYKS) naiset 10,3 (KYKS) miehet 9,8 (TYKS) naiset 10,4 (TYKS)		

tk = terveyskeskus  
shp = sairaanhoitopiiri

Potilaan elämäntavat vaikuttavat suuresti diabeteksen hoitotasapainoon. Kolmessa sairaanhoitopiirissä tehdyssä tutkimuksessa huonon hoitotasapainon (HbA<sub>1c</sub> > 10 %) tärkeimmäksi selittäväksi tekijäksi osoittautui suuri painoindeksi sekä tyypin 1 että 2 diabeetikoilla (Kangas 1993). Kuusamon terveyskeskuksessa tehdyssä tutkimuksessa HbA<sub>1c</sub>-arvo ei ollut yhteydessä painoindeksiin (Vierimaa ym. 1995). Korkea HbA<sub>1c</sub>-arvo ja huono hoitotasapaino olivat yhteydessä myös diabeteksen pitkään keston (Kangas 1993, Vierimaa ym. 1995) ja insuliiniannoksen suuruuteen (Kangas 1993) tai insuliinin käyttöön (Vierimaa ym. 1995). Vakituksessa potilas-lääkärisuhteessa olevilla potilailla oli selvästi parempi hoitotasapaino kuin muilla (Valle ym. 1997, Valle ym. 1999).

Diabeteksen hoitotasapainon kansainvälistä vertailua vaikeuttaa raportoitujen HbA<sub>1c</sub>-viitearvojen vaihtelu ja edustavien väestötosten puute. Italialaisen tutkimuksen mukaan 1990-luvun lopussa 44 %:lla tyypin 2 diabeetikoista HbA<sub>1c</sub> oli yli 8,0 % (Bruno ym. 1998), mikä vastaa Suomen tilannetta samoihin aikoihin. Myös Seattlessa, USA:ssa, jossa 26 %:lla tutkituista tuolloin oli HbA<sub>1c</sub> yli 9,0 %, osuus lienee samansuuntainen

kuin Suomessa (Meigs ym. 1997). Hollannissa havaittu HbA<sub>1c</sub>-taso 2000-luvun alussa vaikuttaa suomalaista paremmalta: 42 %:lla HbA<sub>1c</sub> oli yli 7 % (Goudswaard ym. 2004). Myös Saksassa havaittu hoitotasapaino oli hieman suomalaista parempi, vain 21 %:lla HbA<sub>1c</sub>-arvo oli yli 8 % ja mediaanikin oli suomalaista parempi, 6,9 % (Rothenbacher ym. 2003). Tukholmalaisen tutkimuksen mukaan terveyskeskuksessa hoidettujen diabeetikkojen HbA<sub>1c</sub>-keskiarvo oli 6,5 %, mikä vaikuttaa paremmalta kuin suomalaisilla diabeetikoilla (Wändell ja Gåfväls 2002). Tyypin 2 diabeetikoista huomattava osa oli kuitenkin huonossa hoitotasapainossa myös muissa maissa. Belgialaisen tutkimuksen mukaan aikuisten tyypin 1 diabeetikoiden HbA<sub>1c</sub>-keskiarvo oli 8,6 %, sama kuin suomalaisilla (Paris ym. 1998). Tyypin 1 diabeteksen hoitotasapainon on osoitettu yksilötasolla pysyvän muuttumattomana (Jorde ja Sundsfjord 2000), mikä vastaa suomalaisen väestön tilannetta.

## 2.5 Astman lääkehoito

Yli 212 000 suomalaisella oli oikeus erityiskorvattaviin ahtauttavien keuhkosairauksien lääkkeisiin vuonna 2004 (Lääkelaitos ja Kansaneläkelaitos 2005). Valtakunnalliset tutkimukset osoittavat hengitettävän kortikosteroidin käytön lisääntyneen ja saavuttaneen tärkeän aseman astman hoidossa. Vuonna 1987 vain 34 %:lla astmaatikoista oli käytössään hengitettävä kortikosteroidi, kun jo 1990-luvun puolivälistä alkaen kortikosteroidi oli käytössään noin 79–95 %:lla astmaatikoista, joista suunnilleen sama osuus myös ilmoitti käyttävänsä tulehduslääkettään päivittäin (Peura ym. 1990, Närhi ym. 1996, Aalto ym. 1999, Tuomisto ym. 2001, Klaukka ym. 2002a, Brander 2003, Klaukka ym. 2004, Ikäheimo ym. 2004). Kaikista astmaatikoista 84–87 % käytti hengitettävää kohtauslääkettä, ja noin puolet näistä tarvitsi lääkettään päivittäin (Klaukka ym. 2002a, Klaukka ym. 2004).

Vuonna 1996 tehdyssä erityiskorvausrekisteriin perustuvassa työikäisiä astmaatikkoja koskevassa tutkimuksessa lievää astmaa sairasti 36 %, keskivaikeaa 33 % ja vaikeaa 31 % astmaatikoista (taulukko 5, Aalto ym. 1999). Yli 16-vuotiaat astmatikot käsittäneen valtakunnallisen tutkimuksen perusteella 48 % sairasti lievää, 22 % keskivaikeaa ja 24 % vaikeaa astmaa (Ikäheimo ym. 2004). Keskenään vertailukelpoiset

astmabarometriaineistot, joita on kerätty kolmen vuoden välein, viittaisivat astman vaikeusasteen pysyneen lähes ennallaan vuosien 1998 ja 2004 välillä (Taulukko 5).

Taulukko 5. Astman hoidon toteutuminen.

Tutkimus	Aineisto	Inhaloitava kortikosteroidi käytössä, %	Käyttää inhaloitavaa kortikosteroidia päivittäin, %	Omahoitto-ohjeiden lääkityksen muuttamisesta, %	Lievä astma, %	Keski- vaikea astma, %	Vaikea astma, %	Päivystyskäynti vuoden aikana, %	Kortikosteroidikuuri vuoden aikana, %
<b>Ikäheimo ym. 2004</b>	Yli 16-vuotiaat, joilla erityiskorvausoikeus astmalääkkeisiin, v. 2000, n = 4657	83			48	22	24		27
<b>Klaukka ym. 2004</b>	Astmabarometri, v. 2004, n = 2686	87	85	73	48	28	24		26
<b>Brander 2003</b>	Sairaalan keuhkopoliklinikalla käyneet 18–65-vuotiaat, v. (1997 ja) 1999, n = 280	95		46	48			7	
<b>Klaukka ym. 2002a</b>	Astmabarometri, v. 2001, n = 3062	85	86	n. 75	46	28	26	n. 35	n. 35
<b>Tuomisto ym. 2001</b>	Keskussairaalan keuhkopoliklinikalla v. 1997 seurannassa olleet, n = 109	79	89						
<b>Aalto ym. 1999</b>	18–64-vuotiaat, joilla erityiskorvausoikeus astmalääkkeisiin, v. 1996, n = 3636	81			36	33	31	naiset 20 miehet 22	30
<b>Sosiaali- ja terveysministeriö 1998</b>	Astmabarometri, kaikista Suomen apteekkeista astmalääkettä noutavat v. 1998, n = 2851			58	47	30	23	30	31
<b>Närhi ym. 1996</b>	Sairaalan keuhkopoliklinikalla hoidetut yli 64-vuotiaat, v. 1993, n = 112	93							
<b>Peura ym. 1990</b>	Terveysturvan väestötutkimus, yli 15-vuotiaat, v. 1987, n = 16 269	34							

Astman omahoidossa potilas arvioi itse astmansa tilaa ja mukauttaa lääkitystään tarpeen mukaan. Ohjattu omahoito oli käytössä lähes kaikissa (98 %) terveyskeskuksissa (Erhola ym. 2003). Astmaatikoista 86 % ilmoitti arvioivansa astmansa tilaa joko PEF-mittauksilla, oireilun perusteella tai molemmilla tavoilla (Närhi ym. 2001b). Noin kolme neljännestä oli saanut lääkäriltään ohjeet mukauttaa lääkitystään oireiden mukaan (Klaukka ym. 2002a, Klaukka ym. 2004).

Astman takia lääkäripäivystyksessä kävi vuosittain noin 20–30 % (Aalto ym. 1999, Klaukka ym. 2002a) ja vuodeosastohoidossa oli noin 7–12 % astmaatikoista (Aalto ym. 1999, Tuomisto ym. 2001). Suun kautta otettavaa kortikosteroidia käytti vuodessa vähintään yhden jakson noin 30 % astmaatikoista (Aalto ym. 1999, Klaukka ym. 2002a, Klaukka ym. 2004, Ikäheimo ym. 2004). Astmasta johtuvien sairaalaan joutumisten määrä ja astmakuolleisuus ovat vähentyneet koko maassa 1980-luvulta lähtien (Haahtela ym. 2001). Sairaalassa astman takia olevien määrä ja sairaalapäivien määrä vähenivät 35 %:lla vuodesta 1993 vuosikymmenen loppuun mennessä. Astmasta johtuvien työkyvyttömyyseläkkeiden määrä, sairauspäivärahojen määrä, karkeasti arvioidut potilaskohtaiset kustannukset sekä kuntoutukseen osallistuvien potilaiden määrä olivat samoin vähentyneet.

Astmaatikkojen oireilu oli yleistä Länsi-Euroopassa (Rabe ym. 2000), vaikka suomalaisissa tutkimuksissa käytetty oiremittari ei olekaan suoraan vertailtavissa kansainvälisiin tutkimuksiin (Aalto ym. 1999). Inhaloitavan kortikosteroidin käyttö oli Suomessa yleisempää kuin muissa länsimaissa. Seitsemässä Euroopan maassa tehdyssä tutkimuksessa vain 23 % astmaatikoista oli käyttänyt inhaloitavaa kortikosteroidia neljän viikon aikana vuonna 1999 (Rabe ym. 2000). Yleisimpiä kortikosteroidi-inhalaatiot olivat ruotsalaisilla vaikeaa astmaa sairastavilla lapsilla (83 %) ja aikuisilla (48,9 %) (Vermeire ym. 2002). Yhdysvalloissa 56 % aikuisista astmaatikoista käytti inhaloitavaa kortikosteroidia (Shireman ym. 2002). Myös suun kautta otettavien kortikosteroidikuurien käyttäjien osuus oli Yhdysvalloissa (47 %) suurempi kuin Suomessa. Sairaalahoidon astman takia oli Yhdysvalloissa yleisempää (17 %, Shireman ym. 2002) ja Euroopassa suunnilleen yhtä yleistä (3,4–12,8 %, Vermeire ym. 2002) kuin Suomessa.

## 2.6 Unettomuuden ja ahdistuneisuushäiriön lääkehoito

Uni- ja rauhoittavien lääkkeiden käyttö on verrattain yleistä erityisesti iäkkäillä. Tamperelaisista aikuisista terveyskeskuspotilaista 24 %:lla oli kolmen vuoden tarkastelujakson aikana käytössä vähintään yksi bentsodiatsepiinivalmiste (Joukamaa ym. 1995). Yli 250 000 potilasta sai Kelan korvausta unilääkkeistä ja yli 150 000 rauhoittavista lääkkeistä vuonna 2004 (Lääkelaitos ja Kansaneläkelaitos 2005). Koko väestön 15–64-vuotiaista 3,7 % ilmoitti käyttäneensä rauhoittavia lääkkeitä ja 4,7 % unilääkkeitä viimeksi kuluneen viikon aikana (Helakorpi ym. 2005). Yli 65-vuotiaista turkulaisista 33 % käytti unilääkkeitä (Seppälä 1992), yli 64-vuotiaista kotona asuvista lietolaisista 20 % (Linjakumpu ym. 2001) ja yli 75-vuotiaista kotona asuvista kuopiolaisista 30 % käytti uni- ja rauhoittavia lääkkeitä (Hartikainen ym. 2003a, Hartikainen ym. 2003b).

Sekä unettomuuden että ahdistuneisuushäiriöiden hoidossa tulisi pyrkiä välttämään pitkäaikaista hoitoa bentsodiatsepiineilla tai niiden johdannaisilla (Syvälahti 2005a, Syvälahti 2005b). Uni- ja rauhoittavien lääkkeiden käytön ongelma on tapakäyttö tai suoranainen riippuvuus lääkkeestä. Lietolaisista yli 64-vuotiaista unilääkkeen käyttäjistä kaksi kolmasosaa ilmoitti käyttävänsä unilääkkeitään säännöllisesti (Linjakumpu ym. 2002). Rauhoittavien lääkkeiden käyttäjistä 20 % oli käyttänyt lääkettään ainakin 15 vuotta (Ettorre ym. 1994) ja 29 % unilääkkeiden käyttäjistä yli 10 vuotta (Seppälä 1992). Valtaosa lääkkeiden käyttäjistä olisi halunnut lopettaa niiden käytön, mutta lääkärin tukea lopettamiselle sai vain osa halukkaista (Ettorre ym. 1994).

Joka viides mielenterveyshäiriöistä kärsivistä bentsodiatsepiinien käyttäjistä otti enemmän lääkettä kuin hänelle oli määrätty (Koskinen ja Koistinen 1995) ja 2,4 % kaikista PKV-lääkkeiden käyttäjistä kuului ei-lääkinnällisen käytön riskiryhmään (Terveystieteiden tutkimuskeskus 2002).

Unilääkkeen käyttäjistä 90 % koki saaneensa lääkkeestään ainakin jotain hyötyä (Seppälä 1992). Toisaalta tamperelaisista bentsodiatsepiinien käyttäjistä 18 % ei kärsinyt mistään tunnistettavasta mielenterveyden ongelmasta (Joukamaa ym. 1995) ja puolet kuopiolaisista yli 75-vuotiaista uni- ja rauhoittavien lääkkeiden käyttäjistä kärsi univaikeuksista (Hartikainen ym. 2003c, Hartikainen ym. 2004).



Brittiläisessä väestötutkimuksessa yli 15-vuotiaasta väestöstä 1,5 % ilmoitti tutkimushetkellä käyttävänsä unilääkkeitä ja 0,8 % rauhoittavia lääkkeitä (Ohayon ym. 1998). Ranskalaisesta 18–98-vuotiaasta väestöstä 7,5 % ilmoitti käyttävänsä bentsodiatsepiineja, tsopiklonia tai tsolpideemia (Lagnaoui ym. 2004). Laajassa kansainvälisessä monikeskustutkimuksessa ahdistuneiksi luokitelluista potilaista 34 % sai rauhoittavaa tai unilääkettä (Linden ym. 1999). Vähiten rauhoittavia ja unilääkkeitä määrättiin Iso-Britannian, Hollannin, Saksan ja USA:n keskuksissa, ja eniten eteläeurooppalaisissa keskuksissa. Brittiläisistä unilääkkeiden käyttäjistä 61 % ja rauhoittavien lääkkeiden käyttäjistä 47 % oli käyttänyt lääkettään vähintään vuoden (Ohayon ym. 1998) ja ranskalaisista 77 % vähintään puoli vuotta (Lagnaoui ym. 2004). Ruotsalaisista reseptiä uusineista bentsodiatsepiinien käyttäjistä 75 % ilmoitti käyttäneensä lääkettään vähintään 1–5 vuotta ja puolet ilmoitti olevansa riippuvainen lääkityksestään (Melander ym. 2001). Puolet brittiläisistä unilääkkeiden käyttäjistä (52 %) ilmoitti lääkkeen parantavan unen laatua, mutta 17 % ilmoitti unen parantuneen lievästi ja 35 % hyvin vähän tai ei ollenkaan (Ohayon ym. 1998).

## **2.7 Kivun lääkehoito**

Noin 80 % 15–74-vuotiaasta väestöstä oli kokenut kipua edeltävän viikon aikana (Turunen ym. 2004). Kroonista, yli 3 kuukautta kestäväää kipua koki 35 % väestöstä ja päivittäistä kipua 14 % (Mäntyselkä ym. 2003). Krooninen kipu oli molemmilla sukupuolilla yhtä yleistä, mutta sen esiintyvyys lisääntyi iän myötä ja se oli yhteydessä huonoon terveydentilaan.

Kansanterveyslaitoksen vuoden 2005 kyselyn mukaan 31 % väestöstä oli edeltävän viikon aikana käyttänyt päänsärkylääkettä ja 18 % muuta särkylääkettä (Helakorpi ym. 2005). Vuonna 2004 yli 880 000 potilasta oli saanut sairausvakuutuskorvausta tulehduskipulääkkeistä (Lääkelaitos ja Kansaneläkelaitos 2005). Vuosina 1997–2000 oli 17–19 % väestöstä saanut vähintään yhden kipulääkereseptin vuodessa (Helin-Salmivaara ym. 2003). Terveyskeskuksessa kaksi kolmasosaa kivusta kärsivistä potilaista sai kipulääkereseptin (Mäntyselkä ym. 2001a, Mäntyselkä ym. 2002). Lähes kaksi kolmannesta terveyskeskuslääkärillä kivun takia käyneistä myös käytti

reseptikipulääkettä ja lähes puolet itsehoitokipulääkettä (Mäntyselkä ym. 2002). Väestötutkimuksen mukaan 35 % edellisten seitsemän päivän aikana kipua kokeneista oli hoitanut kipuaan reseptilääkkeellä ja 53 % itsehoitolääkkeellä (Turunen ym. 2004).

Edellisen viikon aikana kipua kokeneista 94 % oli yrittänyt hoitaa kipuaan (Turunen ym. 2004). Yleisimmät tavat hoitaa kipua olivat itsehoitokipulääkkeiden käyttö, ammattilaisen tai perheenjäsenen antama hieronta, liikunta, reseptikipulääkkeiden käyttö ja lääkärissä käynti. Lievään kipuun käytettiin eniten itsehoitolääkkeitä ja liikuntaa, keskimääräiseen itsehoitolääkkeitä ja kovaan kipuun reseptilääkkeitä. Kova kipu, monet kipupisteet ja päivittäinen tai jatkuva kipu olivat yhteydessä useiden hoitomuotojen käyttöön.

Krooninen kipu ei aina ole riittävästi hoidettua. Kipulääkkeiden käyttäjät hakivat kivun lievitystä reseptilääkkeiden lisäksi itsehoitolääkkeistä (Turunen, lähetetty arvioitavaksi) ja käyttivät eri kipulääkkeitä yhtäaikaan tai yhdessä rauhoittavien lääkkeiden kanssa (Mäntyselkä ym. 2002). Terveyskeskuslääkärien kipupotilaat arvioivat erityisesti kokemansa kroonisen ja kovan kivun kovemmaksi kuin lääkärit (Mäntyselkä ym. 2001b). Kipupotilaista 27 % oli tyytymättömiä kipunsa hoitoon ja 64 % katsoi, ettei aina saanut kipulääkkeistä riittävää lievitystä (Breivik ym. 2006).

Terveyskeskusten kipupotilaista 28 % käytti lääkettä kipuun päivittäin (Mäntyselkä ym. 2002). Kaikista tulehduskipulääkkeiden käyttäjistä 9 % luettiin suurkuluttajiin, eli yli 182 päiväannosta vuodessa käyttäviin (Helin-Salmivaara ym. 2003). Koko väestöstä 1,5 % luettiin kipulääkkeiden suurkuluttajiin. Vuonna 1999 helsinkiläisistä yli 75-vuotiaista 41 % käytti kipulääkkeitä ainakin viikoittain (Pitkälä ym. 2002b). Vain kolmannes heistä oli saanut kipulääkkeiden säännölliseen käyttöön reseptin lääkäriltä, loput käyttivät itsehoitokipulääkkeitä tai satunnaisesti reseptikipulääkkeitä. Terveyskeskusten kipupotilaista 29 % hoiti kipuaan useilla kipulääkkeillä yhtä aikaa ja 16 % kipupotilaista käytti rauhoittavia tai unilääkkeitä kivun takia (Mäntyselkä ym. 2002). Useiden kipulääkkeiden yhtäaikaiskäyttö korreloi kivun tiheyden ja voimakkuuden sekä masennuksen kanssa. Huolimatta kipulääkkeiden käytöstä kolmannes yli 75-vuotiaista kärsi häiritsevistä kivusta (Hartikainen ym. 2005).

Länsimaisten perusterveydenhuollon potilaiden kroonisen kivun esiintyvyys vaihteli 12 %:sta 50 %:iin hieman kroonisen kivun määritelmästä ja mittaamistavasta riippuen

(Gureje ym. 1998, Elliot ym. 1999). Väestötutkimuksissa päivittäisen tai useita kertoja viikossa esiintyvän kroonisen kivun esiintyvyys oli länsimaissa 12–30 % (Blyth ym. 2001, Breivik ym. 2006, Woolf ym. 2004). Lääkkeet olivat suosituin kivun hoitokeino sekä Euroopassa (Andersson ym. 1999, Woolf ym. 2004) että Suomessa. Myös liikunta oli Euroopassa tärkeä kivunlievitysmenetelmä (Woolf ym. 2004), joskin Ruotsissa käytettiin lämpöä ja lepoa liikuntaa enemmän (Andersson ym. 1999). Valtaosa kroonisesta kivusta kärsivistä haki kipuunsa lääketieteellistä apua (Andersson ym. 1999, Elliot ym. 1999, Woolf ym. 2004, Breivik ym. 2006). Eurooppalaisista ja suomalaisista kipupotilaista 64 % koki, ettei aina saanut lääkkeitä riittävää apua kivun hoitoon ja 40 % eurooppalaisista katsoi kroonisen kivun hoidon kaikkiaan riittämättömäksi (Breivik ym. 2006). Tulehduskipulääkkeitä käyttävistä kipupotilaista 23–49 % katsoi saaneensa lääkkeitä hyvin lievitystä kipuunsa (Hawkey ym. 2000, Woolf ym. 2004).

### 3 RESEPTIEN UUSIMINEN OSANA LÄÄKEHOITOA

#### 3.1 Reseptien uusiminen viranomais määräyksissä

Reseptien uusimista ei ole Suomessa ohjattu muutoin kuin viranomais määräyksillä (Lääkkeiden määrääminen 48/1995, Lääkkeiden toimittaminen 5/1995, Lääkkeiden määrääminen 50/1999, Lääkkeiden toimittaminen 4/1999, Lääkkeiden toimittaminen 10/2002, Asetus lääkkeiden määräämisestä 726/2003), jotka sisältävät lähinnä teknisiä ohjeita reseptien uusimiselle. Sairauskohtaisia ohjeita pitkäaikaisen lääkehoidon toteuttamisesta on annettu esimerkiksi Käypä hoito -suosituksissa.

Tämän tutkimuksen alkaessa vuoden 1999 lopulla olivat vielä voimassa vuonna 1995 annetut Sosiaali- ja terveysministeriön määräys lääkkeiden määräämisestä (Lääkkeiden määrääminen 48/1995) ja Lääkelaitoksen määräys lääkkeiden toimittamisesta (Lääkkeiden toimittaminen 5/1995). Näissä määräyksissä reseptien uusiminen mainittiin vain teknisessä mielessä. Määräyksissä annettiin ohjeet siitä, että iteroitua reseptiä, puhelinreseptiä ja säilytettävää (alkuperäistä) reseptiä ei saa uusia. Tämä määräys tarkoittaa, ettei kyseisiä reseptityyppejä voi uusia samalle reseptilomakkeelle. Lääkityksen jatkaminen uudella reseptilomakkeella on mahdollista. Lisäksi määräyksissä todettiin, ettei yli vuoden vanhaa reseptiä ja PKV-lääkereseptiä saa uusia apteekin kautta puhelimitse. Lääkityksen jatkaminen puhelimitse on mahdollista pyytämällä lääkäriltä puhelinresepti. Määräykseen oli kirjattu, että mahdolliset reseptiin tehdyt muutokset on varmennettava määrääjän omakätisellä nimikirjoituksella ja päivämäärällä, ennen uusimista saamatta jäänyttä lääke-erää ei voi toimittaa apteekista, ja jo toimitetun lääkemääräyksen voi uusia enintään kolme kertaa. Määräyksissä säädettiin myös, että kaikki lääkemääräykset, mutta erityisesti väärinkäyttöön soveltuvien lääkkeiden reseptit tulee kirjata potilasasiakirjoihin.

Vuonna 1999 annetuissa määräyksissä lääkkeiden määräämisestä ja toimittamisesta oli reseptien uusiminen otettu hieman paremmin huomioon myös lääkehoidon seurannan näkökulmasta (Lääkkeiden määrääminen 50/1999, Lääkkeiden toimittaminen 4/1999). Paitsi edellisessä kappaleessa mainittuja seikkoja, vuoden 1999 määräyksissä todettiin, että lääkemääräystä ei pidä uusia pelkän puhelinkontaktin perusteella, jollei

lääkkeen määrääjä tunne kyseistä potilasta hyvin. Lääkettä ei myöskään tule määrätä yli vuodeksi, jollei potilas käy vastaanotolla. Apteekeille säädettiin, että lääkkeen käyttäjä on ohjattava lääkärin vastaanotolle, jollei reseptin puhelimitse uudistamista voida pitää farmaseuttisen asiantuntemuksen perusteella tarkoituksenmukaisena. Reseptin kirjoittamisesta oli lisätty, että reseptiin tulee merkitä lääkityksen tyyppi, eli käytetäänkö lääkettä tarvittaessa vai säännöllisesti. Merkintä ”säännöllisesti” pitkäaikaislääkkeen annosohjeessa auttaa potilasta ymmärtämään lääkityksen jatkuvuutta. Potilasasiakirjamerkinnöistä oli lisätty, että myös uusittavat reseptit tulee merkitä potilasasiakirjoihin.

Seuraavissa, vuonna 2002 ja 2003 annetuissa määräyksissä oli lievennetty määräystä käydä vastaanotolla vuoden välein (Lääkkeiden toimittaminen 10/2002, Asetus lääkkeiden määräämisestä 726/2003). Asetuksessa lääkkeiden määräämisestä todettiin lääkemääräyksen uusimisen edellyttävän, että lääkäri on itse tutkinut potilaan edellisen vuoden aikana tai voi luotettavasti muulla tavalla varmistua, että potilas tarvitsee lääkettä.

Reseptien uusimisen lainsäädännöllinen ohjaus täsmentyi selvästi vuoden 1999 määräyksissä. Määräykset pysyivät kuitenkin yleisluontoisina. Seuraavaksi voimaan tulleissa määräyksissä reseptien uusimisen ohjaus ei paljoa muuttunut tai tarkentunut. Onkin selvää, ettei reseptien uusimista ole mielekästä ohjata määräystasolla, vaan mieluummin suosituksella, jossa määräyksen yleisluontoisia ohjeita voidaan purkaa auki ja selventää.

### **3.2 Reseptien uusimistutkimukset 1970-luvulta 2000-luvulle**

Reseptien uusimista lääkärin kohtaamatta potilasta on tutkittu varsin vähän, laajasti ainoastaan Iso-Britanniassa ja Hollannissa. Ensimmäiset tutkimukset aiheesta on tehty 1970-luvun alussa Iso-Britanniassa (Jolles 1974, Manasse 1974, Madeley 1974). Suppeita tutkimuksia on julkaistu 1970-luvun loppupuolella ja 1980-luvun ensimmäisellä puoliskolla. Tutkimuksia on julkaistu melko vähän 1980–1990-lukujen vaihteessa, mutta 1990-luvun puolivälistä alkaen julkaiseminen on vilkastunut. Vanhimmissa reseptien uusimistutkimuksissa on monesti selvitetty reseptien uusimisen

yleisyyttä yhdellä tai muutamalla vastaanotolla. Monet viimeisten kymmenen vuoden aikana tehdyistä tutkimuksista ovat laajempia ja menetelmiltään pohditumpia kuin vanhemmat tutkimukset (Goudie ym. 1996, de Vries ym. 1996, Harris ja Dajda 1996, Zermansky 1996, Dijkers 1997, Rokstad ja Straand 1997, Goldstein ym. 1998, Bond ym. 2000, Zermansky ym. 2001, Krska ym. 2001).

Viimeaikaisissa reseptien uusimistutkimuksissa ei enää tarkastella reseptien uusimisen yleisyyttä yhtä usein kuin vanhemmissa tutkimuksissa. Menetelmät ovat myös monipuolistuneet, esimerkiksi reseptien uusimisen kustannusnäkökohdat ovat olleet tutkimusten aiheina 1990-luvun loppupuolella (Davidson ym. 1997, Davidson ym. 1998). Interventiotutkimuksia lääkehoidon seurantaan vaikuttamisesta reseptien uusimisen yhteydessä on alettu julkaista 2000-luvulla (Bond ym. 2000, Granås 2000, Zermansky ym. 2001, Krska ym. 2001, De Smet ja Dautzenberg 2004).

Hollannissa reseptien uusimista koskevat tutkimukset on pääasiassa julkaistu kansallisesti hollannin kielellä. Haaijer-Ruskamp ym. (1987), Dijkers (1997) ja deVries ym. (1996) ovat julkaisseet tutkimuksia reseptien uusimisesta myös englanniksi. Norjassa (Rokstadt ja Straand 1997) ja Espanjassa (Castillo Alonso ym. 1995, Rosello Farras ym. 1997) asiaa on myös tutkittu hieman.

Koska tutkimuksia reseptien uusimisesta on julkaistu melko vähän, on tässä otettu tarkasteluun myös vanhimmat tutkimukset, sillä ne antavat perspektiiviä tutkimuksen muutokseen maissa, joissa aihe on ollut esillä pidempään kuin Suomessa. Reseptien uusimistutkimuksesta on kirjoitettu kolme katsausta (Drury 1982, Dijkers 1997, De Smet ja Dautzenberg 2004). Drury (1982) suppeahko katsaus käsittää tutkimukset vuoteen 1981 saakka. Dijkersin (1997) katsaus kuvaa reseptien uusimisen järjestämistä ja ongelmia tarkasti, mutta esittää pintapuolisia yhteenvetoja esimerkiksi reseptien uusimisen yleisyydestä naisilla. De Smet ja Dautzenberg (2004) ovat koonneet vuosina 1993–2003 tehdyt reseptien uusimistutkimukset katsaukseen, jossa on esitetty selkeitä johtopäätöksiä.

### 3.3 Reseptien uusimisen yleisyys

#### 3.3.1 Uusittujen reseptien osuus kaikista resepteistä

Reseptien uusimistutkimuksen eräs perustunnusluku on uusittujen reseptien osuus kaikista resepteistä yhdellä vastaanotolla, tietyllä alueella tai koko maassa. Uusitut reseptit näyttävät muodostavan huomattavan osuuden kaikista resepteistä, mutta eri tutkimuksissa saatuja osuuksia on vaikea vertailla. Tähän päätyvät myös De Smet ja Dautzenberg (2004) katsauksessaan.

Uusittavien reseptien osuuksien vertailua vaikeuttaa erityisesti se, että uusittua reseptiä ei määritellä tutkimuksissa selkeästi. Usein mainitaan, että kyseessä on ”epäsuorassa kontaktissa (indirect contact), lääkärin kohtaamatta potilasta uusittu resepti”, mikä on sinänsä tarpeellinen määritelmä. Tämä ei kuitenkaan riitä, sillä ”resepti” voi sisältää useamman lääkevalmisteen (Jolles 1974, Freed 1976, Madeley 1974) tai reseptin sisältämien valmisteiden määrää ei ole ilmoitettu tutkimuksessa (Austin ja Parish 1976, Rees ja Baumgard 1983, Dijkers 1997). Suomessa ”resepti” eli ”lääkemääräys” on ”lääkärin antama määräys, jonka perusteella apteekki toimittaa potilaalle lääkkeen” (Sosiaali- ja terveysministeriön asetus lääkkeiden määräämisestä 726/2003), mutta esimerkiksi Suomen apteekkien reseptuuriluku koostuu resepteistä, joiden määritelmä on ”apteekin yhdellä ostokerralla toimittama yhtä lääkevalmistetta sisältävä lääke-erä” (Läkelaitos ja Kansaneläkelaitos 2005).

Jotkut tutkijat ovat tarkastelleet sekä lääkärin kohtaamatta potilasta että vastaanotolla uusitun reseptin saavien potilaiden määrää suhteessa kaikkien vastaanotolla käyneiden potilaiden määrään (Tulloch 1981, Nicol ja Gebbie 1984, Bradley ja Fraser 1997, Rokstadt ja Straand 1997), vastaanoton koko väestömäärään (Manasse 1974, Fleming 1983) tai sairauksiin (Haaijer-Ruskamp ym. 1987). Yleisintä tuntuu kuitenkin olevan verrata lääkärin potilasta kohtaamatta määräämien lääkevalmisteiden lukumääriä kaikkien määrättyjen lääkevalmisteiden lukumäärään, mikä on yleistynyt 1990-luvun tutkimuksissa (Parker ja Schrieber 1980, Jones ym. 1984, National Audit Office 1993, de Vries 1996, Harris ja Dajda 1997, Davidson ym. 1997, Bradley ja Fraser 1997).

Vertaamalla lääkärin potilasta kohtaamatta määräämien lääkevalmisteiden määrää kaikkien määrättyjen valmisteiden määrään, on saatu vaihtelevia prosenttiosuuksia. Brittiläisissä tutkimuksissa saadut uusittujen lääkevalmisteiden osuudet kaikista resepteistä vaihtelevat 15–29 % välillä (Parker ja Schrieber 1980, Davidson ym. 1997, Bradley ja Fraser 1997), eikä tutkimuksen ikä vaikuta lukujen suuruuteen. Kaksi 1990-luvulta peräisin olevaa valtakunnallista brittiläistä tutkimusta antaa uusittujen reseptien osuudeksi kaikista resepteistä 66 % ja 75 % (National Audit Office 1993, Harris ja Dajda 1996), mutta ainakin jälkimmäisessä tutkimuksessa mukana ovat kaikki, myös vastaanotolla uusitut pitkäaikaislääkeresepit. Vanhemmat brittiläiset luvut ovat kaikki ajalta ennen vuotta 1983, ja osuudet vaihtelevat 10 %:sta 49 %:iin (Madeley 1974, Austin ja Parish 1976, Update 1980, Rees ja Baumgard 1983). Näissä tutkimuksissa ei ilmene, montako lääkettä yhdellä reseptillä on. Hollantilaiset reseptiluvut on julkaistu vuonna 1997 (Dijkers), ja ne muistuttavat Britannian lukuja kooltaan (42 % ja 33 %).

Kun on laskettu kuinka suuri osuus kaikista potilaista sai uusitun reseptin, on osuus noin 50 % tutkimuksen iästä riippumatta (Tulloch 1981, Nicol ja Gebbie 1984, Harris ja Dajda 1996). Osassa näistä potilasta kohti lasketuista luvuista on nimittäjänä koko vastaanoton väestömäärä, jolloin luvut ovat pieniä, kuten 3,7 % tai 4,2 % (Manasse 1974, Fleming 1983). Lukuihin saattaa vaikuttaa myös se, onko reseptit kerätty lääkärin vastaanotolla vai vasta apteekista noutamisen jälkeen, sillä osa resepteistä jää aina noutamatta.

### **3.3.2 Uusitut reseptit lääkeryhmittäin**

Uusittujen reseptien lääkeryhmittäistä vertailua eri maissa vaikeuttaa yhtenäisen lääkeluokituksen puuttuminen. Vanhimista tutkimuksista käytetty lääkeluokitus ei välttämättä ilmene lainkaan (Manasse 1974, Update 1980, Freeman 1980, Nicol ja Gebbie 1983). Osassa vanhimista tutkimuksista on käytetty MIMS-luokitusta (Monthly Index of Medical Specialities) (Madeley 1974, Parker ja Schrieber 1980, Rees ja Baumgard 1983) ja hollantilaisissa ja norjalaisissa tutkimuksissa ATC-luokitusta (Rokstadt ja Straand 1997, Dijkers 1997). Harris ja Dajda (1996) käyttivät samaa IMS Healthin AT-luokitusta kuin tässä väitöskirjassa käytetyssä DIF-aineistossa, mutta he



olivat muuttaneet lääkeryhmien nimet British National Formulary:n mukaisiksi. Connolly ja McGavock (2000) käyttivät British National Formulary:n luokitusta.

Kun tarkastellaan lääkeryhmien osuuksia kaikista uusituista resepteistä, havaitaan, että eniten uusitut lääkeryhmät ovat useimmiten keskushermostoon vaikuttavien lääkkeiden ja sydän- ja verisuonitautien lääkkeiden ryhmät riippumatta lääkkeiden luokitusjärjestelmästä. Myös hengityselinlääkkeiden ja tuki- ja liikuntaelimestöön vaikuttavien lääkkeiden ryhmät ovat usein eniten uusittujen joukossa. (Manasse 1974, Madeley 1974, Update 1980, Freeman 1980, Nicol ja Gebbie 1983, Rokstadt ja Straand 1997, Connolly ja McGavock 2000.) Suomessakin sydän- ja verisuonitautien, hermoston sairauksien ja hengityselinsairauksien lääkkeet ovat käyttäjämääristä laskettuna käytetyimpiä pitkäaikaislääkeryhmiä (Lääkelaitos ja Kansaneläkelaitos 2005, s. 95–108).

Vain neljässä tutkimuksessa on tähän mennessä tarkasteltu, missä lääkeryhmissä reseptejä uusitaan eniten lääkärin kohtaamatta potilasta, ja niidenkin vertailu on hankalaa vaihtelevan lääkeluokituksen takia (Austin ja Parish 1976, Rees ja Baumgard 1983, Harris ja Dajda 1996, Dijkers 1997). Harris ja Dajda käyttivät Dijkersin kanssa samankaltaista luokitusjärjestelmää (AT vs. ATC), mutta tutkijat olivat tehneet lääkeluokituksessa erilaisia ratkaisuja ja yhdistelleet lääkeryhmiä eri tavoin. Tutkimukset koskivat myös eri maita, Iso-Britanniaa ja Hollantia. Harrisin ja Dajdan luvut olivat hieman suurempia kuin Dijkersin, mikä saattoi johtua siitä, että tutkimuksissa oli erilainen uusitun reseptin määritelmä: Harrisilla ja Dajdalla uusittu resepti tarkoitti lääkärin reseptienuusimisohjelmalla tulostettua reseptiä ja Dijkersillä lääkärin potilasta kohtaamatta kirjoittamaa reseptiä. Lääkeryhmiä, joissa uusittiin eniten reseptejä, olivat molemmissa tutkimuksissa sydänglykosidit, oraaliset diabeteslääkkeet, verenohennuslääkkeet ja epilepsialääkkeet. Uni- ja rauhoittavia lääkkeitä uusittiin molemmissa tutkimuksissa huomattavan paljon. Tulehduskipulääkkeitä ja H<sub>2</sub>-salpaajia uusittiin Iso-Britanniassa selvästi enemmän kuin Hollannissa.

### 3.3.3 Potilaan ikä ja sukupuoli

Lääkärit uusivat reseptejä potilasta kohtaamatta selvästi enemmän vanhemmille kuin nuoremmille (Madeley 1974, Austin ja Parish 1976, Freeman 1980, Rees ja Baumgard 1983, Fleming 1983, Harris ja Dajda 1996, Dijkers 1997, Rokstadt ja Straand 1997).

Katsausartikkelin tekijä Drury (1982) mukaan naiset uusivat reseptejään lääkäriä kohtaamatta enemmän kuin miehet. Uudempien katsauksien kirjoittajat Dijkers (1997) ja De Smet ja Dautzenberg (2004) totesivat, ettei miehillä ja naisilla ollut eroa tässä suhteessa. Dijkers (1997) perusti tämän väitteen yhteen hollanninkieliseen tutkimukseen ja De Smet ja Dautzenberg (2004) Harrisin ja Dajdan (1996) tutkimukseen. Neljästä tutkimuksesta löytyi lisävalaistusta asiaan. Laajimmissa tutkimuksissa, joissa on verrattu naisille uusittuja ja kaikkia naisille määrättyjä reseptejä, ei ollut eroa miehille ja naisille uusittujen reseptien osuuksissa (Harris ja Dajda 1996, Dijkers 1997). Kahdessa pienemmässä tutkimuksessa havaittiin sama: naisille ei uusittu reseptejä sen yleisemmin kuin miehille (Austin ja Parish 1976, Rees ja Baumgard 1983).

## 3.4 Reseptien uusimisen käytäntöjä

### 3.4.1 Reseptien uusimiskäytäntö Iso-Britanniassa

Iso-Britanniassa reseptit suositellaan kirjoitettavan pääsääntöisesti vain kuukaudeksi tai kahdeksi (Zermansky 1994, Jones ym. 2000). Kun pitkäaikaislääkkeet ovat lopussa, potilas menee lääkärin vastaanotolle ja saa uuden reseptin, joka jälleen kirjoitetaan 1–2 kuukaudeksi. Uuden reseptin voi saada myös vastaanottoapulaisen kautta ilman ajanvarausta. Brittiläisessä järjestelmässä tunnetaan käsite "repeat prescription status" tai "authorization", joka tarkoittaa sitä, että potilaan tietty lääke on tarkoitettu pitkäaikaiskäyttöön, jatkuvasti uusittavaksi (Zermansky 1994, National Prescribing Centre 2004). Uusiminen on kuitenkin mahdollista myös ilman vahvistettua repeat-statusta. Kun potilas noutaa lääkkeensä apteekista, resepti jää apteekkiin. 2000-luvun alkupuolella on aloitettu ns. "repeat dispensing"-palvelu, joka mahdollistaa lääkkeiden noutamisen apteekista ilman vastaanottoapulaiselta kuukausittain haettavaa uusittua

reseptiä. "Repeat dispensing" vastaa Suomen järjestelmää, sillä siinä resepti voidaan antaa vuodeksi kerrallaan ja lääkkeet noutaa apteekista 1–3 kuukauden välein (Warner 2005). Vanhat käytännöt toimivat edelleen repeat dispensing-palvelun rinnalla.

Iso-Britanniassa julkaistiin Arnold Zermanskyn työryhmän reseptien uusimissuositus vuonna 1994 (Zermansky 1994). Siinä otettiin huomioon lääkkeen tarpeellisuus, tarkoituksenmukaisuus, teho, seurantatarkastukset, hoitomyöntyvyys, uusimisen järjestäminen vastaanotolla sekä apteekin osuus uusimisessa. Nykyisin reseptien uusimisesta on voimassa National Prescribing Centre:n suositus, jonka avulla voi arvioida reseptien uusimisprosessia (National Prescribing Centre 2004). Suositus postitettiin jokaiselle englantilaiselle lääkärin vastaanotolle (National Prescribing Centre 2006b). National Prescribing Centre on julkaissut myös oppaan, johon on koottu eri tahojen kokemuksia reseptien uusimisen kehittämisestä (National Prescribing Centre 2006a).

Brittiläiset reseptiä uusivat potilaat käyvät tiheästi lääkärin vastaanotolla verrattuna suomalaisiin pitkäaikaislääkkeiden käyttäjiin. Vanhemmissa tutkimuksissa vain muutamalla prosentilla potilaista oli edellisestä lääkärissäkäynnistä kulunut enemmän kuin vuosi (Manasse 1974, Dennis 1979, Fleming 1983). Tutkimuksissa ei verrattu toisiinsa reseptin uusijoiden ja vastaanottokäynnillä reseptin saaneiden kontrollikäyntivälien eroja. Zermanskyn (1996) ulkus-, uni- ja tulehduskipulääkkeitä koskevassa tutkimuksessa 72 % uusittuja reseptejä saavista potilaista ei ollut käynyt vastaanotolla ainakaan 15 kuukauteen, ja 56 %:ssa resepteistä puuttui todiste siitä, että lääkkeen olisi selkeästi päätetty olevan pitkäaikaiskäytössä (authorization). Yhdessä aineistoltaan pienessä tutkimuksessa vastaanotolla käymättömiä potilaita oli vain 3 % (Bradley ja Fraser 1997). Näyttää siltä, että kontrollikäyntien seuranta vaihtelee suuresti eri terveystasemien kesken.

Paikallisia reseptien uusimiskäytäntöjä koskevia tutkimuksia on ymmärrettävästi julkaistu varsin vähän kansainvälisissä lehdissä. Iso-Britannian järjestelmää kuvaavat Blighin (1981), Zermanskyn (1996) ja McGavockin ym. (1999) tutkimukset. Blighin (1981) tutkimuksessa oli mukana 21 ja Zermanskyn (1996) tutkimuksessa 50 vastaanottoa, joiden reseptien uusimiskäytäntöjä tutkittiin havainnoimalla vastaanottohenkilökunnan työtä. Molemmissa tutkimuksissa havainnoimalla saatua

tietoa täydennettiin haastattelemalla vastaanottohenkilökuntaa. McGavock työtovereineen (1999) tarkasteli 57 vastaanoton uusimiskäytäntöjä strukturoidun haastattelun keinoin.

Bligh (1981) oli valinnut tutkimukseensa lääkärin vastaanottoja eräästä pohjoisenglantilaisesta kaupungista ja saman kaupungin ulkopuolelta. Vastaanotoissa oli mukana yksityisiä ja Health Authority:n omistuksessa olevia, uusia ja vanhoja sekä lääkärimäärältään erilaisia vastaanottoja. Näin saatiin mukaan mahdollisimman monta erilaista reseptien uusimiskäytäntöä. Tulokset osoittavatkin, että uusimiskäytännöt vaihtelivat suuresti. Tutkituista vastaanotoista 90 %:lla oli käytössä uusimiskortti (Bligh 1981), joita on käytetty paljon varsinkin brittiläisessä järjestelmässä ennen tietokoneiden yleistymistä (Drury 1982). Vain 19 % Blighin tutkimista vastaanotoista käytti potilaista henkilökohtaista lääkerekisteriä, mutta 66 % kirjasi kuitenkin uusimistiedot potilaan sairauskertomukseen. Vastaanottoavustaja esitähytti suurimman osan (66 %) resepteistä, ja kunakin päivänä uusimisesta vastuussa oleva lääkäri allekirjoitti reseptit. Tutkimuksesta ei ilmennyt, oliko vastaanottoavustajalla muuta vastuuta reseptien uusimisessa.

Zermansky (1996) tutkimukseen oli satunnaisesti valittu 50 Leedsin 130:sta lääkärin vastaanotosta. Tutkimusta varten oli ensin luotu reseptien uusimisen malli, joka käsitti reseptin tuottamisen (production), uusimisen teknisen seurannan (management control) ja uusimisen kliinisen seurannan (clinical control). Teknistä seuranta tutkittiin havainnoimalla ja haastattelemalla vastaanottohenkilökuntaa. Seurannan toteutumista mitattiin havainnoimalla, tarkistiko vastaanottoavustaja hoitomyöntyvyyden (compliance check), kontrollikäyntien tiheyden (review date), lääkkeen olevan pitkäaikaiskäytössä (authorization check) ja tiedon kulun lääkärille potilaan vastaanottokäynnin tarpeesta (flagging). Myös tämän tutkimuksen mukaan uusimiskäytännöt olivat erilaisia eri vastaanotolla. Huonoiten toteutui hoitomyöntyvyyden tarkistaminen, vain 16 vastaanotolla. Muut kohdat olivat hyvin hoidossa noin 30 vastaanotolla.

McGavock työtovereineen (1999) käytti tutkimuksessaan edustavaa otosta Pohjois-Irlannin terveyskeskuksista. Mukaan tuli 57 terveysasemaa, joilta tiedusteltiin National Audit Officen raportin reseptien uusimissuosituksen (National Audit Office 1993)

noudattamista, tietokoneen käyttöä reseptien uusimisessa, apteekkien ja hoitokotien kanssa tehtyjä sopimuksia reseptien uusimisesta, potilaan hoitomyöntyvyyden seuranta, sairaalan lääkemääräämissuositusten noudattamista ja vastaanotolla uusiessa suositeltujen seurantamenetelmien käyttöä. Tutkijat totesivat, että reseptejä uusiessa lääkehoidon seurantaan liittyvät tarkastukset jäivät usein tekemättä, eikä tietokoneen mahdollisuuksia aina käytetty. Esimerkiksi 53 % lääkäreistä ilmoitti, ettei tarkasta rutiininomaisesti potilaan sairauskertomusta reseptejä uusiessaan, ja 39 % lääkäreistä ilmoitti, ettei tarkasta, koska potilas on edellisen kerran käynyt vastaanotolla. Noin puolella terveysasemista oli yhteistyötä apteekkien tai hoitokotien kanssa reseptien uusimisessa. Tutkijat totesivat, että merkittävällä osalla terveysasemista reseptien uusimiskäytännöt olivat huonot.

### **3.4.2 Reseptien uusimiskäytäntö Hollannissa**

Hollannissa reseptit uusitaan useimmiten 1–3 kuukauden mittaisina (Dijkers 1997). Osalla lääkkeitä (esimerkiksi unilääkkeet) reseptin pituus on määritelty laissa. Potilas pyytää reseptiä vastaanoton avustajalta, ja avustaja kirjoittaa tai tulostaa reseptin, jonka lääkäri allekirjoittaa (Fred Dijkers, tiedonanto sähköpostitse 18.7.2000). Tämä uusittu resepti voidaan antaa potilaalle tai lähettää suoraan apteekkiin.

Dijkersin (1997) tutkimus käsitti vain kuusi vastaanottoa, mutta myös siinä oli käytetty havainnointimenetelmää. Havainnointia oli täydennetty keräämällä 100 päivän ajan uusittuja reseptejä, joihin oli merkitty reseptin kirjoittaja, reseptin uusinnan pyytämistapa ja oliko resepti tarkoitettu jatkuvaan käyttöön. Kaikilla kuudella tutkitulla vastaanotolla oli vastaanottoavustaja, joka huolehti reseptien uusimisen sujumisesta. Kahdella vastaanotolla avustaja kirjasi kaikki uusinnat potilasrekisteriin ja tarkisti potilaan lääkityksen tietokoneelta. Kahdella vastaanotolla avustaja kirjasi vain potilaan nimen ja osoitteen reseptiin valmiiksi lääkäriä varten. Neljällä vastaanotolla avustaja kirjoitti koko reseptin, jonka lääkäri allekirjoitti. Yleensä potilaat pyysivät uusinnat puhelimitse ja suurin osa (72 %) resepteistä oli tarkoitettu jatkuvaan käyttöön. Lisäksi tutkimuksessa todettiin, että lääkärien henkilökohtaiset uusimiskäytännöt poikkesivat selvästi toisistaan. Yhdelläkään vastaanotolla ei ollut vastaanottoavustajille annettuja

yleisiä uusimisohteita. Myöskään kansallisia uusimisohteita ei Hollannissa toistaiseksi ole (Fred Dijkers, tiedonanto sähköpostitse 1.3.2006).

Samoja lääkäreitä, joiden vastaanottoa oli havainnointu, oli haastateltu kaksi vuotta myöhemmin, ja heiltä oli kysytty vastaanoton uusimisprosessista (Dijkers 1997). Uusittavista resepteistä suurin osa pyydettiin puhelimitse ja vastaanottoavustaja rekisteröi reseptit potilaan sairauskertomukseen. Tässä yhteydessä edellinen toimituspäivä ei yleensä tullut vastaanottoavustajan tietoon. Potilaille oli annettu lyhyet ohjeet uusimisesta vastaanoton yleisessä tiedotuslehtisessä. Suurin osa lääkäreistä kirjoittivat reseptit vastaanottoavustajalleen ja itse vain allekirjoitti reseptin. Lääkärien suhtautuminen vastaanottoavustajan toimintaan reseptien uusimisessa vaihteli. Kaksi lääkäreistä antoi vastaanottoavustajalle täysin vapaat kädet toteuttaa reseptien uusiminen, neljän muun lääkärin avustajilla oli pienempi rooli. Lääkärit olivat yhtä lukuun ottamatta sitä mieltä, että lääkkeiden ottaminen oikealla tavalla ja uusittujen reseptien pyytäminen oikeaan aikaan oli potilaan omalla vastuulla. Vastaanottoavustajan odotettiin työskentelevän virheettömästi ja tarkasti, mutta kaikki lääkärit pitivät itsellään viimeisen vastuun reseptien uusimisessa. Kolme lääkäreistä piti kaikkia lääkeryhmiä uusimisessa samanarvoisina, ja kolme tarkasteli joitakin lääkeryhmiä muita tarkemmin. Kaksi lääkäreistä harkitsi muita lääkkeitä tarkemmin keskushermostoon vaikuttavien lääkkeiden uusimista ja yksi lääkäreistä verenpainelääkkeitä, diabeteslääkkeitä, depressiolääkkeitä ja antibiootteja. Yksi lääkäreistä käytti vastaanotollaan sähköistä potilastietojärjestelmää, ja sen avulla hänen vastaanottoavustajansa seurasi uusittavia reseptejä. Muut lääkärit ilmoittivat lähinnä toimivansa uusimisessa ”korvakuulolta”.

### **3.5 Lääkärien mielipiteet reseptien uusimisesta**

Vanhemmissa reseptien uusimistutkimuksissa on lääkäreiden mielipiteitä kartoitettu kyselyillä, jotka on liitetty yhdeksi tutkimuksen osa-alueeksi. Kyselyllä saatavissa oleva tieto on sikäli rajoittunutta, että tutkijan on osattava tehdä oikeat kysymykset ja hän tulee samalla ohjanneeksi vastaajaa tiettyyn suuntaan. Madeleyn (1974) tutkimuksessa

lääkärit vastasivat, että he uusivat reseptejä potilasta kohtaamatta säästääkseen aikaa. He vastasivat reseptien uusimisen olevan myös helpotus sekä lääkärille että potilaalle ja että seurantakäynnin arvo potilaan hoidossa on vaihteleva. Lääkärit olivat myös sitä mieltä, että he tapasivat useimpia potilaitaan tarpeeksi usein.

Lääkäri oli valinnut uusittavia reseptejä saavat potilaat heidän tasapainoisuutensa, luotettavuutensa ja tietämyksensä perusteella (Madeley 1974). Uusittavia reseptejä saavien potilaiden ominaisuuksia tutkittaessa havaittiin, ettei heidän tietämyksensä tai luotettavuutensa ollut sen parempi kuin vastaanotolla reseptinsä uusivilla potilailla, eikä lääkäri tuntenut vastaanottoavustajan kautta reseptejä uusivia potilaita sen paremmin kuin vastaanotolla uusivia. Myös yhdessä puhelinreseptejä koskevassa tutkimuksessa oli kysytty lääkäreiden suhdetta potilaisiin (Freeman 1980). Tulokset olivat erilaisia kuin Madeleyllä: lääkärit näkivät puhelinreseptejä saavat potilaat negatiivisemmassa valossa kuin vastaanotolla käyvät potilaat. Potilaat, jotka saivat puhelinreseptejä, käyttäytyivät lääkäreiden mielestä avuttomammin ja valittavammin ja olivat yhteistyöhaluttomampia lääkähoidon toteuttamisessa kuin vastaanotolta reseptin hakevat.

Dijkers (1997) on tehnyt ainoan haastattelututkimuksen kuuden lääkärin mielipiteistä ja ideoista reseptien uusimiseen liittyen. Kirjoittaja kutsuu haastatteluja ”syvähaastatteluiksi”, mutta mainitsee seuraavassa lauseessa niiden kestäneen puolisen tuntia ja niissä käytetyn strukturoitua lomaketta, jossa oli avoimia ja kyllä–ei-kysymyksiä. Lääkäreiden mielipiteitä kysyttiin uusimisprosesseista, vastuusta, laadusta, erityisistä uusimisohteista tietyissä lääkeryhmissä ja ideaalisesta uusimistavasta.

Lääkäreiden mielipiteet osoittautuivat toisistaan poikkeaviksi (Dijkers 1997). Haastateltujen lääkäreiden mielipiteet lääkähoidosta yleensä näyttivät kovin negatiivisilta: osa oli suorastaan lääkähoidosta vastaan, ja loputkin tuntuivat pitävän sitä vain äärimmäisenä keinona tai olivat vain lievästi positiivisia sitä kohtaan.

Haastatellut hollantilaislääkärit pitivät reseptien uusimisen suurimpana etuna ajansäästöä itselleen ja huonoimpana puolena uusimisen muuttumista rutiininomaiseksi ja kontrollin vähyyttä (Dijkers 1997). Lääkärit olivat sitä mieltä, että reseptien uusiminen lisää interaktioiden riskiä. He pitivät myös interaktioita yleisimpänä reseptien uusimiseen liittyvänä ongelmana. Lääkärit olivat tyytyväisiä uusimisen laatuun, ja vain kaksi heistä epäili, että uusituissa resepteissä olisi enemmän virheitä

kuin vastaanotolla kirjoitetuissa resepteissä. Lääkärit pitivät apteekkilaisten roolia reseptien uusimisen valvonnassa pienenä. Ideaalisena reseptien uusimissysteeminä kaksi lääkäriä piti täysin tietokoneistettua uusimisjärjestelmää, kaksi toivoi uusimisen lääkärin kohtaamatta potilasta lakkaavan kokonaan ja kaksi oli tyytyväisiä voimassaolevaan järjestelmään.

### **3.6 Reseptien uusimisen kustannukset**

Lääkekustannuskysymysten ajankohtaisuus näkyy myös reseptien uusimistutkimuksissa, joissa uusittujen reseptien kustannuksia alettiin aktiivisesti tutkia 1990-luvulla. Uusittavien reseptien kustannusten prosenttiosuuden kaikista kustannuksista havaittiin olevan suurempi kuin uusittavien lääkevalmisteiden osuuden kaikista lääkevalmisteista (Harris ja Dajda 1996, Davidson ym. 1997). Uusittujen lääkevalmisteiden keskimääräiset kustannukset olivat myös suuremmat kuin ensimmäistä kertaa määrättyjen lääkevalmisteiden tai kaikkien lääkevalmisteiden keskimääräiset kustannukset (Davidson ym. 1997). Kun lääkäri määrää samalle potilaalle erimittaisia pitkäaikaislääkityksiä samalla reseptilomakkeella, potilas saa jokaisella apteekkikäynnillä ”ylimääräisiä” lääkkeitä, ja syntyy turhia kustannuksia, joita voi olla yli 10 % kokonaiskustannuksista (Rees ym. 1993, Davidson ym. 1998).

Osassa reseptien uusimisen tai pitkäaikaislääkityksen laadun parantamiseen liittyvistä interventioista lääke- tai kokonaiskustannukset ovat olleet yhtenä tarkasteltavana asiana. Proviisorin tekemä lääkehoidon arviointi ei vaikuttanut terveydenhuollon kustannuksiin vajaan 900 potilaan kanadalaistutkimuksessa, kun lääkehoidon arvioinnin hinta oli laskettu mukaan kustannuksiin (Sellors ym. 2003). Lääkärit onnistuivat kuitenkin toteuttamaan 46 % proviisorin ehdottamista parannuksista. Lähes 1200 potilaan englantilaisessa tutkimuksessa kliinisen koulutuksen saaneen proviisorin arviointi ehkäisi lääkekustannusten kasvua interventioryhmässä (Zermansky ym. 2001). Lääkekustannuksia saatiin ehkäistyä myös yksittäiseen lääkeryhmään kohdistuvassa tulehduskipulääketutkimuksessa, jossa sairaanhoitaja neuvoi potilaita lääkityksen vähentämisessä (Jones ym. 2002). Aineistoltaan pienemmissä 135–332 potilaan tutkimuksissa kliinisen koulutuksen saaneen proviisorin tai farmaseutin tekemä arvio ei



vaikuttanut lääkekustannuksiin (Grymonpre ym. 2001, Jameson ym. 2001, Krska ym. 2001). Kahdessa brittiläisessä tutkimuksessa tuli esiin, että potilaiden lääkelistoihin on merkitty paljon lääkityksiä, jotka eivät todellisuudessa ole potilaan käytössä (Bond ym. 2000, Granås ja Bates 1999). Näiden lääkkeiden poistamisen listoista arvioitiin teoriassa säästävän 18 % lääkekustannuksista (Bond ym. 2000). Ylimääräisten lääkkeiden poistaminen uusimisesta vähentää kyllä päällekkäislääkityksen riskiä, mutta varsinaisista säästöistä ei kuitenkaan Bondin ym. (2000) tutkimuksessa voitane puhua.

### **3.7 Lääkehoidon seurannan kehittäminen reseptien uusimisessa**

Proviisori voi löytää lääkitysongelmia 12–56 %:sta uusittavista avohoidon lääkityksistä, kun mukana on kaikenikäisiä potilaita (Sykes ym.1996, Dijkers 1997, Goldstein ym. 1998, Granås ja Bates 1999, Bond ym. 2000). Yli 65-vuotiailla potilailla lääkitysongelmia tai ongelmien takia tehtyjä lääkitysmuutoksia voi olla keskimäärin 2,2–14,4 (Grymonpre ym. 2001, Krska ym. 2001, Zermansky ym. 2001, Sellors ym. 2003). Proviisorin havaitsemista ongelmista lääkäri on ollut samaa mieltä 58–92 %:ssa tapauksista, ja tehnyt halutut muutokset 56–96 %:ssa hyväksymistään ongelmatapauksista (Goldstein ym. 1998, Lau ym. 1998b, Granås ja Bates 1998, Mackie ym. 1999, Krska ym. 2001, Sellors ym. 2003). Dijkers (1997) vertasi lääkärin potilasta kohtaamatta uusimia reseptejä vastaanotolla uusittuihin, ja havaitsi, että kohtaamatta uusituissa oli enemmän erityisesti lääkitysohjeitten ja potilaan nimen kirjoittamiseen liittyviä virheitä.

Virheet tai lääkitysongelmat, joita resepteistä on löydetty tai etsitty, vaihtelevat eri tutkimuksissa. Virheet ja ongelmat on voitu luokitella etukäteen hyvinkin tiukasti (esimerkiksi Sykes ym. 1996, kuusi kategoriaa) tai kohtalaisen laajasti (esimerkiksi Goldstein ym. 1998, 11 kategoriaa), tai rajata ne jollain muulla tavalla, esimerkiksi reseptivirheisiin, jotka estävät reseptin välittömän toimittamisen (Dijkers 1997). Ongelmia on kartoitettu myös ilman etukäteisluokittelua (esimerkiksi Granås ja Bates 1998, Krska ym. 2001), mikä sopii ehkä parhaiten normaaliin uusimistilanteeseen ja edistää terveydenhuoltohenkilökunnan yhteistyötä. Tutkimuksissa havaittuja yleisimpiä ongelmia reseptiä uusivilla potilailla ovat lääkehoidon seurannan puute (Granås ja Bates

1998, Mackie ym. 1999, Krska ym. 2001), lääkkeen tarpeettomuus (Goldstein ym. 1998, Mackie ym. 1999, Zermansky ym. 2001), haittavaikutukset (Bond ym. 2000, Grymonpre ym. 2001, Krska ym. 2001), epätäydelliset tai virheelliset ohjeet (Dijkers 1997, Goldstein ym. 1998), hoidon tehottomuus (Mackie ym. 1999, Krska ym. 2001), hoitomyöntyvyyteen liittyvät ongelmat (Sellors ym. 2003, Bond ym. 2000), lääkkeen puuttuminen (Zermansky ym. 2001, Sellors ym. 2003) ja epäyhteensopivat lääkemäärät (Goldstein ym. 1998).

Varsinaisia kontrolloituja reseptien uusimiskäytäntöjen tai lääkehoidon seurannan interventiotutkimuksia, jotka kohdistuisivat ainoastaan lääkärin potilasta kohtaamatta uusimiin resepteihin tai niitä käyttäviin potilaisiin, ei ole tehty. Sen sijaan on tehty muutamia tutkimuksia proviisorin osuudesta pitkäaikaisen lääkehoidon seurannassa. Nämä vuosina 1993–2003 tehdyt interventiotutkimukset on koottu vuonna 2004 ilmestyneessä artikkelissa (De Smet ja Dautzenberg 2004).

De Smet ja Dautzenberg (2004) valitsivat katsaukseensa tutkimuksia, joissa tarkastellaan reseptien uusimista, joissa on käytetty vertailuryhmää ja joissa potilaat on satunnaistettu vertailu- ja interventioryhmiin (randomised controlled trial). Tutkimusten tuli olla tehty avohoidossa ja käsittää kaikki lääke- ja diagnoosiryhmät. Nämä ehdot täyttäviä tutkimuksia löytyi 14. Niistä kuusi oli tehty Iso-Britanniassa, neljä USA:ssa ja neljä Kanadassa. Tutkimusten tekoympäristöt, potilasjoukot ja interventioon osallistuvien proviisorien koulutus vaihtelivat: tutkimuksessa saattoi olla mukana yksi tai useampia yleislääkärin vastaanottoja, joilta valittiin potilasotos kaikista yleislääkärillä käyvistä potilaista tai pelkästään ikääntyneet potilaat. Lääkitysongelmia arvioimassa saattoi olla tavallisen tai kliinisen koulutuksen saaneita proviisoreja. Näitä tutkimuksia ei siis voi yleistää toisenlaiseen ympäristöön ilman erityistä harkintaa (De Smet ja Dautzenberg 2004). Suomen tilanne eroaa tutkimusten tilanteesta ainakin siinä suhteessa, että suomalaisissa apteekeissa lääkehoitoa voisi seurata farmaseutti eikä kliinisen koulutuksen saanut proviisori.

Brittiläinen Medicines Partnership -ryhmä on luokitellut lääkehoidon seurannan menetelmät neljälle eri tasolle sen mukaan, millaisia menetelmiä seurannassa käytetään (Medicines Partnership 2005). Tasolla nolla (level 0) potilas kohtaa terveydenhuollon ammattilaisen suunnittelemattomasti. Seuranta saattaa tarkoittaa yksittäistä kysymystä,

jolla ei kateta kaikkia seurannassa tarpeellisia osa-alueita. Tasolla yksi (level 1) on käytettävissä ainakin osa potilaan resepteistä, mutta ei välttämättä mahdollisuutta keskustella itse potilaan kanssa. Tasolla kaksi (level 2) on käytettävissä potilaan sairauskertomustietoja ja reseptitietoja. Tasolla kolme (level 3) on täydellisten resepti- ja potilastietojen lisäksi mahdollisuus haastatella potilasta.

Useimmissa De Smetin ja Dautzenbergin (2004) referoimista tutkimuksista proviisori teki lääkityksen tarkastuksen lääkitystietojen perusteella ja haastatteli lisäksi potilaan sekä tarkasteli sairauskertomusta. Katsauksen tekijät katsovat, että haastattelu ja sairauskertomuksen käyttö lisää seurannan tehoa. Näyttääkin siltä, että tutkimuksessa, jossa seurannassa ei ole käytetty potilashaastattelua ja sairauskertomuksen tutkimista, on lääkitysongelmia havaittu vähemmän kuin haastattelemalla ja sairauskertomuksia tutkimalla (Bond ym. 2000).

De Smet ja Dautzenberg (2004) pohtivat implisiittisten ja eksplisiittisten seurantamenetelmien ongelmia. Implisiittiset menetelmät tarkoittavat esimerkiksi potilaalta haastattelemalla saatavia tietoja ja niiden yhdistämistä sairauskertomuksen tietoihin subjektiivisella harkinnalla. Eksplisiittiset menetelmät tarkoittavat ennalta määriteltyjen kriteerien käyttöä esimerkiksi tilastojen tai lääkitystietojen tulkinnessa. Implisiittisten menetelmien soveltaminen lääkehoidon seurannassa on riippuvainen yksittäisen proviisorin taidoista, tiedoista ja kokemuksesta. Voi olla vaikeaa soveltaa niitä samaan tapaan kaikkien potilaiden seurannassa ja tulosten mittaamisessa. Eksplisiittisten menetelmien ongelma on joustamattomuus, ja ne voivat johtaa väärin hälytyksiin. Ne myös jättävät huomiotta sellaiset lääkehoidon ongelmat, joita ei ole ennalta määritelty. Katsauksen kirjoittajat suosittelevat eksplisiittisten ja implisiittisten menetelmien yhdistämistä, jos aika ja resurssit antavat myöten.

Tutkimukset osoittavat, että lääkärin saama palaute potilaiden lääkitysongelmista vaihtelee (De Smet ja Dautzenberg 2004). Osassa tutkimuksista on luotu pitkäkestoinen henkilökohtainen kontakti lääkärin ja proviisorin välille (esimerkiksi Granås ja Bates 1999) ja osassa tutkimuksista tieto lääkitysongelmista on toimitettu lääkärille kirjallisena (esimerkiksi Grymonpre ym. 2001, Krska ym. 2001). Katsauksen kirjoittajat olettavat lääkemääräyskäytäntöihin vaikuttamaan pyrkivän tutkimuksen perusteella aivan oikeutetusti, että kirjallinen palaute ei välttämättä saa lääkäreitä tekemään

tarvittavia muutoksia potilaan lääkitykseen (esimerkiksi Gill ym. 1999). Katsauksesta puuttuu kuitenkin tutkimuksiin perustuva lähempi tarkastelu. Kaksi tutkimusta tukee De Smetin ja Dauzenbergin oletusta: vain vähän yli neljännes proviisorin kirjallisista suosituksista todella johti lääkitysmuutokseen (Allard ym. 2001, Grymonpre ym. 2001). Toisaalta Krskan ja työtovereiden (2001) tutkimuksessa, jossa kliinisen koulutuksen saanut proviisori kävi läpi potilaiden lääkitykset ja teki lääkärille kirjallisen farmaseuttisen hoidon suunnitelman, lääkäri oli proviisorin kanssa samaa mieltä 96 %:ssa ongelmista ja ratkaisi 87 % ongelmista proviisorin kirjallisesti ehdottamalla toimenpiteellä.

Tutkimusten tulokset on mitattu ja raportoitu eri tavoin, mikä hankaloittaa katsauksen kokoamista (De Smet ja Dautzenberg 2004). Useissa tutkimuksissa intervention tulokset on arvioinut sama proviisori, joka teki intervention. Se on saattanut heikentää tutkimuksen sisäistä validiteettia. Useimmat lääkärit ja potilaat ovat pitäneet proviisorien interventioita hyödyllisinä (Sykes ym. 1996, Hanlon ym. 1996, Jones ym. 2000, Grymonpre ym. 2001, Jameson ym. 2001).

De Smetin ja Dautzenbergin (2004) katsauksen päätulokset ovat, että proviisorin tekemässä lääkehoidon seurannassa todella saadaan esiin ja voidaan ratkaista lääkitysongelmia. Muihin tutkittuihin muuttujiin proviisorin tekemällä lääkehoidon seurannalla ei ollut vaikutusta tai tulokset olivat kahdensuuntaisia. Näitä muuttujia olivat hoitomyöntyvyys, lääkityksen tarkoituksenmukaisuus, haittavaikutukset, elämänlaatu, terveystalvelujen käyttö, kuolleisuus, lääkkeiden lukumäärä, lääkekustannukset ja terveydenhuollon kustannukset. Proviisorin tekemä lääkehoidon seuranta ei näyttänyt vaikuttavan elämänlaatuun, terveystalvelujen käyttöön, terveydenhuollon kustannuksiin ja kuolleisuuteen. Joissakin tutkimuksissa on havaittu positiivinen vaikutus hoitomyöntyvyyteen, lääkityksen tarkoituksenmukaisuuteen, haittavaikutuksiin, lääkitysten määrään, lääkekustannuksiin tai yksittäisiin kliinisiin muuttujiin (esimerkiksi veren lipidiarvot), mutta toisissa tutkimuksissa näihin ei ole pystytty vaikuttamaan. Proviisorien tekemät interventiot ovat kuitenkin yleensä olleet hinnaltaan edullisia. Katsauksen tekijät kehottavat suhtautumaan sen tuloksiin varovasti, koska tutkimusten aineistokoko ei välttämättä ole ollut riittävä joidenkin vaikutusten erottamiseen. Myös potilaiden satunnaistaminen interventio- ja vertailuryhmiin

vastaanottojen tai lääkärien satunnaistamisen sijasta on saattanut vaikuttaa tuloksiin. Jos sama lääkäri hoitaa sekä interventio- että vertailupotilaita, voivat vertailupotilaatkin hyötyä interventiosta.

#### 4 JOHTOPÄÄTÖKSET KIRJALLISUUSKATSAUKSESTA

Korkean verenpaineen ja tyypin 2 diabeteksen hoitotasapaino on parantunut viime vuosikymmenellä. Diabeteksen komplikaatiot, diabeteskuolleisuus sekä astmaan liittyvät sairaalapäivät ja kuolleisuus ovat vähentyneet. Sepelvaltimotautiaan sairaalan poliklinikalla hoidattavista potilaista jopa 70 %:lla on hyvä veren kolesterolin hoitotasapaino. Korkean veren kolesterolin statiinihoito ja astman kortikosteroidihoito ovat lisääntyneet ja todennäköisesti parantaneet hoitotasapainoa.

Vain noin 35–50 % lääkkeillä hoidetuista korkeaa veren kolesterolia sairastavista sepelvaltimotautipotilaista, 30 % lääkkeillä hoidetuista korkeaa verenpainetta sairastavista sekä 10–25 % diabetesta sairastavista potilaista on hyvässä hoitotasapainossa. Unettomuuden ja ahdistuneisuuden lääkehoidossa haasteena ovat tapakäyttö ja riippuvuus, jotka ovat verrattain yleisiä. Krooniseen kipuun ei aina löydy lievitystä kipulääkkeen käytöstä huolimatta.

Yksi tapa toteuttaa pitkäaikaista lääkehoitoa on reseptien uusiminen lääkärin kohtaamatta potilasta. Reseptien uusimiskäytäntöjen on osoitettu olevan usein puutteellisesti järjestettyjä ja vaihtelevia eri lääkärin vastaanotoilla. Kansainväliset tutkimukset osoittavat, että lääkärin potilasta kohtaamatta uusimien reseptien osuus kaikista resepteistä on noin 10–65 %. Potilasta kohtaamatta uusittujen reseptien osuus vaihtelee lääkeryhmittäin. Eniten uusittuja lääkkeitä ovat sydän- ja verisuonitautien lääkkeet, oraaliset diabeteslääkkeet sekä keskushermostoon vaikuttavista lääkkeistä erityisesti epilepsialääkkeet ja uni- ja rauhoittavat lääkkeet. Lääkärit uusivat reseptejä potilasta kohtaamatta selvästi enemmän vanhemmille kuin nuoremmille potilaille.

Reseptien uusimiskäytäntöjä voi parantaa lisäämällä lääkehoidon seuranta reseptien uusimisen yhteyteen. Tutkimusten mukaan proviisori pystyy havaitsemaan tehokkaasti reseptiä uusivien potilaiden lääkitysongelmia ja tekemään lääkärin kanssa yhteistyötä niiden korjaamiseksi. Vaikutuksia potilaan elämänlaatuun, terveyspalvelujen käyttöön, terveydenhuollon kustannuksiin tai kuolleisuuteen ei ole pystytty osoittamaan. Kuitenkin osassa tutkimuksista on osoitettu positiivinen vaikutus potilaan hoitomyöntyvyyteen, lääkityksen tarkoituksenmukaisuuteen, haittavaikutuksiin, lääkitysten määrään, lääkekustannuksiin tai yksittäisiin kliinisiin muuttujiin.

Koska pitkäaikaisen lääkehoidon hoitotuloksissa tiedetään olevan parantamisen varaa, on elämäntapoihin puuttumisen lisäksi syytä tarkastella myös lääkehoidon toteuttamistapoja osasyynä huonoihin hoitotuloksiin.

## 5 TUTKIMUKSEN TAVOITTEET

Tutkimuksen tarkoituksena on kuvata ja analysoida lääkärin potilasta kohtaamatta uusiman lääkehoidon yleisyyttä, ongelmia ja ominaispiirteitä, arvioida suomalaisten terveyskeskusten reseptien uusimiseen liittyviä työprosesseja sekä kehittää suomalaisen avoterveydenhuoltoon soveltuva toimintatapa, joka parantaa lääkehoidon seuranta reseptien uusimisen yhteydessä.

Eri osatöiden tavoitteet ovat seuraavat:

Reseptien uusimisen yleisyys:

- Miten suuri osuus resepteistä eri lääkeryhmissä uusitaan lääkärin kohtaamatta potilasta?
- Miten suuri osuus resepteistä eri lääkeryhmissä uusitaan potilaan käydessä lääkärin vastaanotolla?
- Miten suuri osuus resepteistä eri lääkeryhmissä aloitetaan ja kirjoitetaan lääkärin vastaanotolla?
- Miten potilaan ikä ja sukupuoli ovat yhteydessä lääkärin potilasta kohtaamatta uusimien, vastaanotolla uusittujen ja vastaanotolla aloitettujen lääkitysten jakautumiseen?

Reseptien uusimiskäytännöt:

- Millaisia reseptien uusimiskäytäntöjä eri paikkakunnilla on?
- Mitä työvaiheita reseptien uusimiseen kuuluu terveyskeskuksessa?
- Mikä on eri henkilöstöryhmien työnjako reseptien uusimisprosessin eri vaiheissa?
- Miten potilaan sairauskertomusta ja tietotekniikkaa käytetään hyödyksi reseptien uusimisessa ja mitkä ovat niiden mahdollisuudet?
- Miten reseptejä uusiessa seurataan potilaiden vastaanottokäyntien säännöllisyyttä?



- Miten reseptien uusimiskäytännöt ovat muuttuneet ajan myötä ja miten niiden järjestämisestä on sovittu paikallisesti?
- Millaisia ongelmia reseptien uusimisessa koetaan?

Lääkehoidon seurannan kehittäminen reseptien uusimisessa:

- Vaikuttaako kehitetty lääkehoidon seurantamenetelmä lääkärin havaitsemien ongelmatilanteiden määrään ja ratkaisemiseen?
- Miten yleisiä ovat lääkitysongelmat reseptejä uusivilla potilailla?
- Millaisia lääkitysongelmia on reseptejä lääkäriä kohtaamatta uusivilla potilailla?
- Miten lääkehoidon seuranta voidaan parantaa reseptien uusimisen yhteydessä?

## 6 RESEPTIEN UUSIMISEN YLEISYYS

### 6.1 Tutkimusmenetelmien yhdistely

Reseptien uusimisesta Suomessa ei ennen tätä tutkimusta ollut tieteellisillä menetelmillä arvioitua tietoa. Tietoa tarvittiin useasta eri näkökulmasta, ja niin päädyttiin käyttämään useaa eri menetelmää. Menetelmien yhdistämistä kutsutaan triangulaatioksi (Eskola ja Suoranta 1998, Smith 2002, s. 181–201). Menetelmätriangulaatiota voidaan kritisoida esimerkiksi siksi, etteivät eri tutkimusmenetelmät edusta samaa tieteenfilosofista näkemystä, eikä niitä siksi pitäisi yhdistää (Eskola ja Suoranta 1998). Käytännöllisesti ajateltuna reseptien uusimisen tutkiminen useasta näkökulmasta on kuitenkin järkevää (Tashakkori ja Teddlie 1998). Menetelmien yhdistämistä käytetäänkin paljon terveydenhuolto- ja apteekki-palvelututkimuksessa (Smith 2002, s. 181–201).

Reseptien uusimista tutkittiin ensin määrällisellä selvityksellä reseptien uusimisen yleisyydestä ja haastattelututkimuksella terveyskeskuksissa (Taulukko 6). Näiden kahden tutkimuksen perusteella ilmeni, että reseptien uusimisen laatua Suomessa on parannettava, ja niin kehitettiin ehdotus reseptien uusimisen parantamiseksi ja sitä testattiin käytännössä.

Taulukko 6. Tutkimuksessa käytetyt otokset ja menetelmät

Tutkimuksen aihe	Määrällinen tutkimus	Haastattelututkimus	Interventiotutkimus
Otos	Reseptit, n = 13 880 023	Terveyskeskuslääkärit, n = 28 Vastaanottoavustajat, n = 28	Reseptejä uusivat potilaat, n = 238
Analyysi- menetelmät	Rekisteriaineiston analyysi, suorat jakaumat	Teemahaastattelun analyysi, tyypittely ja teemoittelu	$\chi^2$ -testi, Fisherin tarkka nelikenttätesti, number needed to treat, t-testi, suorat jakaumat

## 6.2 IMS Healthin Suomen Diagnoosi Indeksi (DIF)

Tutkimuksessa reseptien uusimisen yleisyydestä haluttiin saada kvantitatiivinen yleiskuva eri lääkeryhmien resepteistä, jotka lääkäri on uusinnut kohtaamatta potilasta. Tutkimuksessa käytettiin IMS Healthin DIF-tietokantaa. IMS Health (IMS = Intercontinental Marketing Services) on vuonna 1954 perustettu kaupallinen yritys, joka kerää ja analysoi lääkkeitä koskevaa tietoa ja myy sitä lääkeyrityksille (IMS Health 2002). IMS Health on luultavasti tunnetuin lääketietoa keräävistä ja lääkeyrityksille myyvistä yrityksistä maailmassa (Strom 2000). IMS Health kerää lääkkeisiin liittyvää tietoa eri tietolähteistä ja useilla eri menetelmillä sadassa eri maassa (IMS Health 2002).

IMS Health:in tietokannoista lääkkeiden käytön tutkimukseen käyttökelpoisin on tietokanta, joka on USA:ssa nimeltään NDTI<sup>TM</sup>, National Disease and Therapeutic Index (Strom 2002). Suomessa vastaavaa tietokantaa kutsutaan DIF:ksi (Diagnosis Index Finland, Suomen Diagnoosi Indeksi) (Tiedonanto sähköpostitse 6.6.2002 Hannu Suikkanen, IMS Health Oy). Suomessa 400 lääkärin erikoisalan ja vastaanottotyypin mukaan stratifioitu satunnaisotos (perusjoukko 8 027 lääkäriä) raportoi kerran puolessa vuodessa viiden työpäivän kaikki potilaskontaktit. Toisena vuosipuoliskona raportoivat toiset 400 lääkäriä, joista osa on samoja kuin ensimmäisenä vuosipuoliskona. Kaikki 800 lääkäriä eivät kerää reseptiaineistoa samaan aikaan, vaan tietoa kerätään ympäri vuoden. Periaatteessa 800 lääkärin potilaskontaktit kerran vuodessa viiden työpäivän ajan raportoidaan. Tässä yhteydessä kerätään tieto määrätystä lääkkeistä ja niiden määristä, lääkkeisiin liittyvät diagnoosit sekä demografiset tiedot potilaasta ja lääkkeen määrääjästä. Reseptistä kerätään tietoa siitä, oliko lääke määrätty ensimmäisen kerran, uusittu vastaanotolla, uusittu lääkärin kohtaamatta potilasta, vaihdettu toiseen vai lisätty aiempaan lääkityskokonaisuuteen. Tässä tutkimuksessa on tarkasteltu lääkärin vastaanotolla ja potilasta kohtaamatta uusimia reseptejä sekä lääkitysten aloituksia.

Jos otokseen kuuluva lääkäri kieltäytyy osallistumasta tutkimukseen, tilalle pyritään saamaan saman erikoisalan samantyyppisessä toimipaikassa ja samalla alueella työskentelevä lääkäri. Otokseen kuuluvien lääkärin kirjoittamien reseptien määrät on IMS Health:ssa yleistetty koko Suomen väestölle määrättyjen reseptien lukumääriä

vastaaviksi käyttämällä työpaikasta ja erikoisalasta riippuvia projisointikertoimia (Henkilökohtainen tiedonanto, Hannu Suikkanen, Suomen IMS Health Oy).

Aiemmin IMS Health:lta ei ole ollut saatavilla tietoja resepteistä, jotka on kirjoitettu tai uusittu lääkärin kohtaamatta potilasta (Bjornson ym. 1998). Suomen IMS Health Oy on kuitenkin alkanut kerätä näin uusittujen reseptien tietoja vuonna 2000 osana DIF:iä. Vuonna 2001, jolloin tutkimusaineisto kerättiin, puolet osallistuneista lääkäreistä kieltäytyi keräämästä potilasta kohtaamatta uusimiaan reseptejä. Aineistosta ei Suomen IMS Health Oy:ssa voitu tätä tutkimusta varten erotella näitä reseptejä keränneitä lääkäreitä.

Tässä tutkimuksessa on mukana kunnallisissa terveyskeskuksissa työskenteleviä yleislääketieteen erikoislääkäreitä ja erikoistumattomia lääkäreitä, joita on Suomen lääkärikunnasta 23 % (Suomen Lääkäriliitto 2002). Terveyskeskuslääkärit kirjoittivat vuonna 2001 IMS Health Oy:n tilastojen mukaan 57 prosenttia kaikista resepteistä (n = 14 079, koko väestöön projisoitu n = 16 084 114) ja Kelan tilastojen mukaan 52 prosenttia sairausvakuutuksen korvaamista resepteistä (n = 28 miljoonaa) (Klaukka ym. 2002b) ja hoitivat valtaosan perusterveydenhuollon potilaista.

IMS Health käyttää lääkkeiden luokittelussa AT-luokitusjärjestelmää (Anatomis-Terapeuttinen luokittelujärjestelmä, EPhMRA 2002). Samaa luokitusta käyttävät myös European Pharmaceutical Market Research Association (EPhMRA) ja Pharmaceutical Market Research Group. AT-luokitusjärjestelmä on ATC-luokituksen (Anatomis-Terapeuttis-Kemiallinen luokittelujärjestelmä, Voipio 2001, WHO 2002) edeltäjä. AT-luokituksessa lääkkeet jaetaan eri elinjärjestelmiin tai solukokonaisuuksiin liittyviin pääryhmiin samaan tapaan kuin ATC-luokituksessa sillä erotuksella, että ATC-luokituksessa on 14 pääryhmää ja AT-luokituksessa 16. AT-luokituksen kaksi ylimääräistä pääryhmää ovat ryhmä K (sairaalaliuokset), joka ATC-luokituksessa kuuluu ryhmään B (veritautien lääkkeet) ja ryhmä T (diagnostiset aineet), joka ATC-luokituksessa kuuluu ryhmään V (muut). Pääryhmät jaetaan terapeuttisiin alaryhmiin, jotka tarvittaessa jaetaan pienempiin terapeuttisiin ryhmiin. Tuloksena on varsin paljon ATC-luokitusta 2-tasolla muistuttava lääkeluokitus. Alemmilla tasoilla luokitukset kuitenkin poikkeavat toisistaan. AT-luokituksen heikkous on luokittelun karkeus, sillä jaottelu lääkeaineen tasolle saakka ei ole mahdollista. (Bjornson ym. 1998, Capellá

1993.) Tämän tutkimuksen tutkimusongelmaa karkea jaottelu ei haittaa, sillä AT-luokittelun 2-taso riittää varsin hyvin erottelemaan toisistaan pääasiassa pitkäaikaisesti ja pääasiassa lyhytaikaisesti käytettävät lääkkeet. Silmä-, nenä- ja astmalääkkeissä on käytetty alemmille tasoille ulottuvaa luokittelua.

Lääkeryhmät on tässä tutkimuksessa eroteltu toisistaan sillä perusteella, käytetäänkö niihin kuuluvia lääkkeitä yleensä pitkäaikaisesti vai lyhytaikaisesti (Taulukko 7). Tällä jaottelulla voidaan tarkastella, uusitaanko lyhytaikaisesti käytettäväksi tarkoitettuja lääkkeitä paljon, mikä kertoo lääkkeiden käytön muuttumisesta pitkäaikaiseksi. Samoin uusittujen reseptien osuuden perusteella voidaan tarkastella, onko pitkäaikaisesti käytettäväksi tarkoitettujen lääkkeiden käyttö todella pitkäaikaista.

Tähän tutkimukseen on otettu mukaan ne lääkeryhmät, joissa absoluuttinen, projisoimaton reseptien määrä oli vähintään 100. Kaikkiaan mukana oli projisoituina lukuina laskettuna 13 880 023 reseptiä eli 86 % kaikista terveyskeskuksissa työskentelevien lääkärin resepteistä (n = 16 084 114).

Taulukko 7. IMS Healthin DIF- aineiston 31 suurinta lääkeryhmää vuonna 2001 jaoteltuna pääasiallisen käyttöajan mukaan.

AT-koodi	Lääkeryhmä*	Reseptejä n	Käyttö pääasiassa pitkä-aikaista	Suosittelut käyttöajat yleensä 2 kk–1v	Käyttö pääasiassa alle 2 kk tai tarvittaessa
J1	Systeemiset bakteerilääkkeet	2 390 579			x
M1A	Tulehduskipulääkkeet	1 445 796			x
N2B	Analgeetit	673 364			x
N5B	Unilääkkeet	652 956			x
R5	Yskänlääkkeet ja vilustumislääkkeet	619 061			x
C7	Beetasalpaajat	545 940	x		
N5C	Rauhoittavat lääkkeet	527 933			x
C1	Sydänlääkkeet	461 837	x		
C9	ACE-estäjät ja AT II -salpaajat	445 448	x		
A10	Diabeteslääkkeet	426 705	x		
N6	Depressiolääkkeet	417 577		x	
A2	Ulkuslääkkeet	413 771			x
D7	Paikallisesti käytettävät kortikosteroidit	385 995			x
C10	Lipidilääkkeet	373 330	x		
**	Lyhytvaikutteiset silmätautien lääkkeet	359 415			x
***	Lyhytvaikutteiset nenän tautien lääkkeet	324 098			x
...	Lyhytvaikutteiset astmalääkkeet	322 132			x
C3	Diureetit	320 361	x		
G3	Sukupuolihormonit	286 800	x		
R6	Systeemiset antihistamiinit	283 827		x	
M3	Lihasselaksantit	282 843			x
C8	Kalsiuminestäjät	269 193	x		
.....	Pitkävaikutteiset astmalääkkeet	262 186	x		
G4B	Eturauhas-, erektiohäiriö- ja virtsanpidätyslääkkeet	222 854	x		x
N5A	Psykoosilääkkeet	196 269	x		
M2	Lihäs- ja nivelsärkyjen paikallishoitovalmisteet	189 529			x
.....	Nenän allergialääkkeet ja paikalliset kortikosteroidit	186 677		x	
H2	Systeemiset kortikosteroidit	185 176			x
A3	Ruoansulatuskanavan toiminnallisten häiriöiden lääkkeet	143 345			x
S2	Korvatautien lääkkeet	137 490			x
B1	Antitromboottiset lääkkeet	127 538	x		

\*Lääkeryhmien suomenkieliset nimet AT-luokille on annettu soveltaen ATC-luokituksen mukaan, koska AT-luokitusta ei ole käännetty suomeksi. Koko ryhmän nimi on voitu antaa vain lääkeryhmän osan mukaan, esimerkiksi A2 Ulkuslääkkeet ja N6 Depressiolääkkeet, jos tietyt lääkkeet ovat ryhmässä vallitsevia.

\*\* S1A0 Silmän infektiolääkkeet, S1C1 Silmän kortikosteroidit ja infektiolääkkeet, S1G0 Ei-spesifisen konjunktiviitin lääkkeet, S1B0 Silmän kortikosteroidit

\*\*\* R1B0 Systeemiset nenän tautien lääkkeet, R1A7 Nenän sympatomimeetit, R1A9 Muut paikalliset nenän tautien lääkkeet  
 ... R3A1  $\beta_2$ -reseptoriagonistit, inhalaatiot; R3A2 systeemiset  $\beta_2$ -reseptoriagonistit, R3G1 antikolinergit ja antikolinergin ja  $\beta_2$ -reseptoriagonistin yhdistelmät  
 ..... R3D1 Kortikosteroidi-inhalaatiot, R3F1  $\beta_2$ -reseptoriagonistit+kortikosteroidi-inhalaatiot, R3B2 Systeemiset ksantiini johdannaiset, R3C1 Inhaloitavat antihistamiinit ja kromonit, R3J2 Leukotrieenireseptoriantagonistit  
 ..... R1A1 Kortikosteroidinenäsümetteet, R1A6 Nenäsumutteet allergian hoitoon  
 AT-koodi = Anatomis-terapeuttisen luokittelujärjestelmän koodi

IMS Health Oy:n aineistossa resepti tarkoittaa lääkärin käsin tai tietokoneohjelmassa kirjoittamaa reseptiä. Aineistossa ei ole telefaksi- eikä puhelinreseptejä, eikä reseptejä voinut vuonna 2001 yleisesti toimittaa apteekkeihin elektronisesti. Puhelin- ja telefaksireseptien osuus kaikista resepteistä on pienehkö, mutta niiden puuttuminen aineistosta todennäköisesti pienentää lääkärin potilasta kohtaamatta uusimien reseptien osuutta aineistossa. Reseptin käyttö mittayksikkönä lääkekulutustutkimuksissa on ongelmallista, koska yksittäinen resepti voi sisältää eri määriä, jopa useita eri lääkkeitä (Capellá 1993). IMS Health Oy:n aineistossa reseptin lääkemäärä voi vaihdella kerta-annoksesta vuoden lääkkeisiin. Reseptillä on kuitenkin tulkittu olevan aina vain yksi lääke, eli kaksi lääkettä sisältävä reseptilomake tarkoittaa aineistossa aina kahta reseptiä.

IMS Health Oy:n poikkileikkaustietona kerätty reseptiaineisto sopii lääkeryhmittäistä reseptien uusimista tarkastelemaan tutkimukseen. Tutkimuksessa tarkastellaan, onko lääkärin ja potilaan kohtaaminen henkilökohtainen, vai uusitaanko resepti lääkärin kohtaamatta potilasta kolmannen osapuolen (vastaanottoavustajan tai apteekin) kautta.

### 6.3 Terveydenhuollon väestötutkimus (TERVA)

Terveydenhuollon väestötutkimuksen 1995/96 eli TERVA-tutkimuksen tekivät Kansaneläkelaitos ja STAKES yhteistyössä vuosina 1995 ja 1996 (Arinen ym. 1998). Perusjoukkona oli kyseisinä vuosina Suomessa asunut väestö, noin viisi miljoonaa henkilöä. Laitoksissa asuva väestö (noin 63 000 henkilöä) suljettiin pois tutkimuksesta. Otos poimittiin ositetulla yksiasteisella ryväotannalla, jossa rypäinä olivat kotitaloudet. Otokotitalouksia oli 6 000 ja kaikki niihin kuuluvat henkilöt haastateltiin strukturoidun lomakkeen avulla. Aineistoon tuli 10 478 aikuista ja 2 458 lasta ja kotitalouksien vastausprosentti oli yli 85.

Tähän tutkimukseen on otettu mukaan ne TERVA-tutkimuksen kysymykset, joissa on tiedusteltu haastateltavalta, onko tällä haastatteluhetkellä käytössä lääkärin määräämiä lääkkeitä, minkä nimisiä, ja käyttääkö haastateltava niitä jatkuvasti, tilapäisesti vai vain tarvittaessa (Taulukko 8, Liite 1).

TERVA-tutkimuksessa on käytetty ATC-luokittelua (Arinen ym. 1998). Luokitusten erot DIF- ja TERVA-tutkimusaineistojen välillä eivät aiheuta suuria ongelmia tulosten tulkinnassa.



Taulukko 8. TERVA-tutkimuksen 31 käytetyintä lääkeryhmää vuosina 1995–1996 jaoteltuina pääasiallisen käyttöajan mukaan.

ATC-koodi	Lääkeryhmä*	Käyttäjien n	Pääasiassa pitkäaikaiskäyttö	Suosittelut käyttöajat yleensä 2 kk–1v jaksoja	Käyttö pääasiassa lyhytaikainen (alle 2 kk) tai vain tarvittaessa
G03	Sukupuolihormonit	971	x		
M01A	Tulehduskipulääkkeet	880			x
C07	Beetasalpaajat	780	x		
B01	Antitromboottiset lääkeaineet	572	x		
C03	Diureetit	570	x		
C01	Sydänlääkkeet paitsi glyseryyliitrinitraatti	537	x		
**	Pitkävaikutteiset astmalääkkeet	472	x		
C09	ACE-estäjät ja AT II -salpaajat	446	x		
C08	Kalsiuminestäjät	446	x		
***	Lyhytvaikutteiset astmalääkkeet	354			x
R06	Systeemiset antihistamiinit	309		x	
A10	Diabeteslääkkeet	301	x		
C01DA02	Glyseryyliitrinitraatti	295			x
N05C	Unilääkkeet	288			x
N05B	Rauhoittavat lääkkeet	267			x
...	Nenän allergialääkkeet ja paikalliset kortikosteroidit	255		x	
D07	Kortikosteroidit iholle	249			x
N06	Depressiolääkkeet ja keskushermostoa stimuloivat lääkeaineet	248		x	
J01	Mikrobilääkkeet	232			x
A02	Antasidit, kaasunmuodostusta vähentävät ja ulkuslääkkeet	197			x
H03	Kilpirauhaslääkkeet	187	x		
.....	Pitkäaikaisesti käytettävät silmätautien lääkkeet	186	x		
N02B	Analgeetit	184			x
N05A	Psykoosilääkkeet	167	x		
A03	Rsk:n spasmolyytit, antikolinergit ja suolen liikkuvuutta lis. valm.	154			x
.....	Nenän tukkoisuuteen: paikalliset ja systeemiset sympatomimeetit	129			x
M03	Lihaskalantit	120			x
C10	Lipidilääkkeet	117	x		
M02	Lihaskalantit ja nivelsärkyjen paikallishoitovalmisteet	109			x
H02	Systeemiset kortikosteroidit	106			x
R05	Yskänlääkkeet ja vilustumislääkkeet	91			x

\* Lääkeryhmien nimet poikkeavat ATC-luokituksen virallisesta nimestä, kun tietyt lääkkeet ovat ryhmässä vallitsevia. Tällöin on koko ryhmän nimi annettu vain lääkeryhmän osan mukaan, esimerkiksi A02 Ulkuslääkkeet ja N06 Depressiolääkkeet.

\*\* R03AC12, R03AK03, R03BA01, R03BA02, R03BA05, R03BB01, R03BB02, R03BC01, R03BC03, R03CA02, R03DA04, R03DA05 ja R03DA54

\*\*\* R03AC02, R03AC03, R03AC04, R03CC02 ja R03CC03

... R01AC ja R01AD

..... S01E, S01GX ja S01X

.....R01AA ja R01BA

TERVA = Terveystieteiden tutkimus

Rsk = ruoansulatuskanava

ATC-koodi = Anatomis-terapeuttis-kemiallisen luokittelujärjestelmän koodi

## 6.4 Tulokset

### 6.4.1 Reseptien uusiminen lääkärin kohtaamatta potilasta

DIF-aineiston mukaan kaikista terveyskeskuslääkäreiden kirjoittamista resepteistä vähintään 19 % on uusittu lääkärin kohtaamatta potilasta. Niiden kymmenen lääkeryhmän joukossa, joita eniten uusittiin lääkärin kohtaamatta potilasta, olivat kaikki psyykenlääkkeinä käytettävät keskushermostoon vaikuttavien lääkkeiden ryhmät: psykoosilääkkeet (N5A), unilääkkeet (N5B), rauhoittavat lääkkeet (N5C) ja depressiolääkkeet (N6) (Taulukko 9). Lisäksi näiden kymmenen lääkeryhmän joukossa oli suurin osa sydän- ja verisuonitautien lääkkeiden (C) ryhmistä, antitromboottiset lääkeaineet (B1) sekä analgeetit (N2B). ACE-estäjiä ja AT II -salpaajia (C9) uusittiin muita sydän- ja verisuonitautien lääkkeitä vähemmän lääkärin kohtaamatta potilasta. Lyhytvaikutteisista astmalääkkeistä (R3A1, R3A2 ja R3G1) ja ulkuslääkkeistä (A2) vähintään neljännes uusittiin lääkärin kohtaamatta potilasta.

Taulukko 9. Reseptien uusiminen ja lääkitysten aloittaminen lääkeryhmittäin vuonna 2001.

AT-koodi	Lääkeryhmä	Kaikki reseptit n	Uusinnat kohtaamatta potilasta %	Uusinnat lääkärin vastaanotolla %	Ensimmäistä kertaa määrättyt lääkkeet %	Muut %
N5A	Psykoosilääkkeet	196 269	57	17	17	9
B1	Antitromboottiset lääkeaineet	127 538	42	32	19	7
N5B	Unilääkkeet	652 956	42	35	11	11
C1	Sydänlääkkeet	461 837	40	41	9	11
N5C	Rauhoittavat lääkkeet	527 933	38	30	20	12
C3	Diureetit	320 361	35	41	7	17
C7	Beetasalpaajat	545 940	34	43	9	14
N6	Depressiolääkkeet	417 577	34	32	23	12
C8	Kalsiuminestäjät	269 193	28	45	4	22
N2B	Analgeetit	673 364	26	29	28	18
*	Pitkävaikutteiset astmalääkkeet	262 186	25	39	19	16
C10	Lipidilääkkeet	373 330	25	41	18	16
G3	Sukupuolihormonit	286 800	25	38	24	14
G4B	Eturauhas-, erektiohäiriö- ja virtsanpidätyslääkkeet	222 854	25	26	37	13
A10	Diabeteslääkkeet	426 705	24	54	8	15
A2	Ulkuslääkkeet	413 771	24	22	38	16
C9	ACE-estäjät ja AT II -salpaajat	445 448	23	45	8	25
**	Lyhytvaikutteiset astmalääkkeet	322 132	22	35	27	16
R6	Systemiset antihistamiinit	283 827	22	28	33	16
A3	Ruoansulatuskanavan toiminnallisten häiriöiden lääkkeet	143 345	18	35	31	16
***	Nenän allergialääkkeet ja paikalliset kortikosteroidit	186 677	14	30	42	14
M1A	Tulehduskipulääkkeet	1 445 796	14	22	49	15
M2	Lihäs- ja nivelsärkyjen paikallishoitovalmisteet	189 529	12	15	50	23

AT-koodi	Lääkeryhmä	Kaikki reseptit n	Uusinnat kohtaamatta potilasta %	Uusinnat lääkärin vastaanotolla %	Ensimmäistä kertaan määrätty lääkkeet %	Muut %
M3	Lihaskalantit	282 843	11	20	52	16
H2	Systemiset kortikosteroidit	185 176	11	27	44	19
D7	Paikallisesti kätettävät kortikosteroidit	385 995	9	18	59	14
...	Lyhytvaikutteiset nenän tautien lääkkeet	324 098	7	14	58	21
.....	Lyhytvaikutteiset silmätautien lääkkeet	359 415	5	8	78	9
R5	Yskänlääkkeet ja vilustumislääkkeet	619 061	4	7	73	16
S2	Korvatautien lääkkeet	137 490	3	11	76	11
J1	Systemiset bakteerilääkkeet	2 390 579	2	2	84	12
Yhteensä		13 880 023	19	25	41	15

\* R3D1, R3F1, R3B2, R3C1 ja R3J2

\*\* R3A1, R3A2 ja R3G1

\*\*\* R1A1 ja R1A6

... R1B, R1A7 ja R1A9

..... S1A, S1C1, S1G ja S1B

AT-koodi = Anatomis-terapeuttisen luokittelujärjestelmän koodi

Psykoosilääkkeitä (N5A), antitromboottisia lääkeaineita (B1), rauhoittavia lääkkeitä (N5C) ja unilääkkeitä (N5B) uusittiin selvästi yleisemmin lääkärin kohtaamatta potilasta kuin vastaanotolla. Lisäksi depressiolääkkeitä (N6) ja ulkuslääkkeitä (A2) uusittiin suunnilleen yhtä paljon vastaanotolla ja lääkärin kohtaamatta potilasta (Taulukko 10).

Taulukko 10. Lääkeryhmät, joita uusittiin yleisemmin lääkärin kohtaamatta potilasta kuin vastaanotolla.

AT-koodi	Lääkeryhmä	Uusinnat lääkärin kohtaamatta potilasta %	Uusinnat vastaanotolla %	Uusinnat lääkärin kohtaamatta potilasta: uusinnat vastaanotolla
N5A	Psykoosilääkkeet	57	17	3,35
B1	Antitromboottiset lääkeaineet	42	32	1,31
N5C	Rauhoittavat lääkkeet	38	30	1,27
N5B	Unilääkkeet	42	35	1,20
A2	Ulkuslääkkeet	24	22	1,09
N6	Depressiolääkkeet	34	32	1,06

AT-koodi = Anatomis-terapeuttisen luokittelujärjestelmän koodi

Kaikista miehille kirjoitetuista resepteistä 19 % ja naisille kirjoitetuista resepteistä 20 % uusittiin lääkärin kohtaamatta potilasta. Kun tarkastellaan lukuja lääkeryhmittäin, joittenkin ryhmien välillä oli eroja sukupuolten välillä (Liite 2). Miehille uusittiin rauhoittavia lääkkeitä (N5C), analgeettisia kipulääkkeitä (N2B) ulkuslääkkeitä (A2) ja astmalääkkeitä (R3) selvästi yleisemmin kuin naisille. Naisille uusittiin sydänlääkkeitä (C1), kalsiuminestäjiä (C8) sekä diabeteslääkkeitä (A10) selvästi yleisemmin kuin miehille.

Yli 65-vuotiaiden resepteistä 29 % ja alle 65-vuotiaiden resepteistä 13 % oli uusittu lääkärin kohtaamatta potilasta. Lähes kaikissa tutkituissa lääkeryhmissä yli 65-vuotiaille uusittiin reseptejä yleisemmin kuin alle 65-vuotiaille (Liite 3). Ainoastaan psykoosilääkkeitä (N5A) uusittiin alle 65-vuotiaille yleisemmin kuin yli 65-vuotiaille lääkärin kohtaamatta potilasta.

## 6.4.2 Reseptien uusiminen vastaanotolla

Lääkärin ja potilaan kohdatessa vastaanotolla uusittiin eniten pitkäaikaisten sairauksien, kuten diabeteksen (A10), sydän- ja verisuonitautien (C) ja astman (R3) lääkkeitä sekä sukupuolihormoneja (G3). Psykykliläkkeistä uusittiin vastaanotolla eniten unilääkkeitä (N5B), mutta myös masennuslääkkeitä (N6) sekä rauhoittavia lääkkeitä (N5C) (Taulukko 11).

Taulukko 11. Vastaanotolla uusitut reseptit vuonna 2001, 20 yleisintä lääkeryhmää.

AT-koodi	Lääkeryhmä	Kaikki reseptit n	Uusinnat lääkärin vastaanotolla n	Uusinnat lääkärin vastaanotolla %
A10	Diabeteslääkkeet	426 705	228 333	54
C8	Kalsiuminestäjät	269 193	122 049	45
C9	ACE-estäjät ja AT II -salpaajat	445 448	198 779	45
C7	Beetasalpaajat	545 940	235 197	43
C1	Sydänlääkkeet	461 837	153 517	41
C3	Diureetit	320 361	187 829	41
C10	Lipidilääkkeet	373 330	129 769	41
*	Pitkävaikutteiset astmalääkkeet	262 186	102 267	39
G3	Sukupuolihormonit	286 800	109 100	38
N5B	Unilääkkeet	652 956	228 969	35
**	Lyhytvaikutteiset astmalääkkeet	322 132	112 630	35
A3	Ruoansulatuskanavan toiminnallisten häir. lääkkeet	143 345	50 391	35
B1	Antitromboottiset lääkeaineet	127 538	40 282	32
N6	Depressiolääkkeet	417 577	132 687	32
N5C	Rauhoittavat lääkkeet	527 933	201 017	30
***	Nenän allergialääkkeet ja paikalliset kortikosteroidit	186 677	26 041	30
N2B	Analgeetit	673 364	171 747	29
R6	Systeemiset antihistamiinit	283 827	62 692	28
H2	Systeemiset kortikosteroidit	185 176	19 894	27
G4B	Eturauhas-, erektiohäiriö- ja virtsanpidätyslääkkeet	222 854	12 056	26

\* R3D1, R3F1, R3B2, R3C1 ja R3J2

\*\* R3A1, R3A2 ja R3G1

\*\*\* R1A1 ja R1A6

... R1B, R1A7 ja R1A9

..... S1A, S1C1, S1G ja S1B

AT-koodi = Anatomis-terapeuttisen luokittelujärjestelmän koodi

Miesten resepteistä 24 % ja naisten resepteistä 25 % oli uusittu vastaanotolla. Myös lääkeryhmittäin tarkasteltuna vastaanotolla uusiminen oli yhtä yleistä miehillä ja naisilla noin puolessa tutkituista lääkeryhmistä. Miesten sydänlääke- (C1), kortikosteroidivoide-

(D7) sekä kalsiuminestäjäreseptejä (C8) uusittiin vastaanotolla hieman useammin kuin naisten. Naiset puolestaan saivat vastaanotolla uusitun reseptin miehiä yleisemmin ulkuslääkkeistä (A2), lihasrelaksanteista (M3), analgeeteista (N2B), psykoosilääkkeistä (N5A), lyhytaikaisesti käytettävistä nenän tautien lääkkeitä (R1) sekä lyhytaikaisesti käytettävistä astmalääkkeistä (R3). (Liite 2)

Yli 65-vuotiaiden resepteistä (31 %) uusittiin vastaanotolla suurempi osuus kuin alle 65-vuotiaiden resepteistä (20 %). Alle 65-vuotiaille uusittiin kuitenkin yleisemmin beetasalpaajia (C7), ACE-estäjiä ja AT II -salpaajia (C9), lipidilääkkeitä (C10), kalsiuminestäjiä (C8) ja rauhoittavia lääkkeitä (N5C) kuin yli 65-vuotiaille. (Liite 3)

### **6.4.3 Kaikki uusitut reseptit**

Lääkkeen käytön pitkäaikaisuutta kuvataan tässä yhdistämällä vastaanotolla uusittujen ja lääkärin potilasta kohtaamatta uusimien reseptien osuudet kaikista resepteistä (Taulukko 12). Eniten uusittiin pitkäaikaisesti käytettäviä sydän- ja verisuonitautien lääkkeitä (C), diabeteslääkkeitä (A10), psykoosilääkkeitä (N5A) ja astmalääkkeitä (R3). Lyhytaikaisesti käytettäväksi suositelluista lääkkeitä kymmenen yleisimmin uusitun lääkeryhmän joukkoon kuuluivat kuitenkin myös unilääkkeet (N5B) ja rauhoittavat lääkkeet (N5C), joiden resepteistä 70–80 % oli uusittuja. Myös vähintään puolet analgeettien (N2), ruoansulatuskanavan toiminnallisten häiriöiden lääkkeiden (A3), systeemisten antihistamiinien (R6), ulkuslääkkeiden (A2) ja pitkäaikaisesti käytettävien nenän tautien lääkkeiden (R1A1 ja R1A6) resepteistä oli uusittu.

Taulukko 12. Vastaanotolla uusitut ja lääkärin potilasta kohtaamatta uusimmat reseptit vuonna 2001, 20 yleisintä lääkeryhmää.

AT-koodi	Lääkeryhmä	Kaikki reseptit n	Uusitut reseptit n	Uusitut reseptit %
C1	Sydänlääkkeet	461 837	372 436	81
A10	Diabeteslääkkeet	426 705	332 152	78
N5B	Unilääkkeet	652 956	503 671	77
C7	Beetasalpaajat	545 940	419 250	77
C3	Diureetit	320 361	242 964	76
N5A	Psykoosilääkkeet	196 269	145 270	74
B1	Antitromboottiset lääkeaineet	127 538	94 172	74
C8	Kalsiuminestäjät	269 193	197 859	74
N5C	Rauhoittavat lääkkeet	527 933	361 015	68
C9	ACE-estäjät ja AT II -salpaajat	445 448	300 428	67
C10	Lipidilääkkeet	373 330	246 571	66
N6	Depressiolääkkeet	417 577	272 899	65
*	Pitkävaikutteiset astmalääkkeet	262 186	168 996	64
G3	Sukupuolihormonit	286 800	180 274	63
**	Lyhytvaikutteiset astmalääkkeet	322 132	184 026	57
N2B	Analgeetit	673 364	366 556	54
A3	Ruoansulatuskanavan toiminnallisten häir. lääkkeet	143 345	76 446	53
R6	Systeemiset antihistamiinit	283 827	143 431	51
G4B	Eturauhas-, erektiohäiriö- ja virtsanpidätyslääkkeet	222 854	112 505	50
A2	Ulkuslääkkeet	413 771	188 429	46
***	Nenän allergialääkkeet ja paikalliset kortikosteroidit	186 677	81 787	44

\* R3D1, R3F1, R3G1, R3B2, R3C1 ja R3J2

\*\* R3A1, R3A2 ja R3G1

\*\*\* R1A1 ja R1A6

AT-koodi = Anatomis-terapeuttisen luokittelujärjestelmän koodi

Lääkityksen jatkaminen reseptiä uusimalla jakautui melko tasaisesti sekä miehille (43 %) että naisille (45 %). Eroa lääkityksen pitkäaikaisuudessa sukupuolten välillä oli diabeteslääkkeiden (A10), lihasrelaksanttien (M3), tulehduskipulääkkeiden (M1A) ja lyhytaikaisesti käytettävien silmätippojen (S1A, S1C1, S1G ja S1B) ryhmissä, joita naisille uusittiin yleisemmin kuin miehille. Miehille taas uusittiin kortisonivoiteita (D7) ja astmalääkkeitä (R3) yleisemmin kuin naisille. Yli 65-vuotiaiden resepteistä 61 % ja alle 65-vuotiaiden resepteistä 34 % oli uusintoja. Lääkeryhmittäin tarkasteltuna lähes kaikissa tutkituissa lääkeryhmissä yli 65-vuotiaiden uusittujen reseptien osuus oli suurempi kuin alle 65-vuotiaiden. Ainoastaan ACE-estäjien ja AT II -salpaajien ryhmässä yli- ja alle 65-vuotiaille uusittujen reseptien osuudet olivat yhtä suuret ja psykoosilääkkeitä uusittiin yleisemmin alle 65-vuotiaille kuin yli 65-vuotiaille.



#### 6.4.4 Ensimmäistä kertaa määrättyt lääkkeet

Ensimmäistä kertaa määrättiin useimmin kuureina käytettäviä lääkkeitä, kuten mikrobilääkkeitä (J1), lyhytvaikutteisia silmän (S1), nenän (R1) ja korvan (S2) tautien lääkkeitä, yskänlääkkeitä (R5), kortikosteroidivoiteita (D7), lihasrelaksantteja (M3), tulehduskipulääkkeitä (M2, M1A) sekä kortikosteroideja (H2) (Taulukko 13).

Ensimmäistä kertaa määrättäviä lääkkeitä saivat sekä miehet (43 % resepteistä) että naiset (45 %) yhtä yleisesti. Noin puolessa tutkituista lääkeryhmistä lääke määrättiin ensimmäistä kertaa yhtä yleisesti sekä miehille että naisille (Liite 2). Lihasrelaksantit (M3), tulehduskipulääkkeet (M1A) ja lyhytaikaisesti käytettävät silmätipat (S1) olivat lääkeryhmiä, joissa lääke määrättiin ensimmäistä kertaa selvästi yleisemmin miehille kuin naisille. Myös beetasalpaajien (C7), sydänlääkkeiden (C1), ACE-estäjien ja AT II -salpaajien (C9), analgeettien (N2B), psykoosilääkkeiden (N5A) ja lyhytvaikutteisten nenän tautien lääkkeiden (R1) ryhmissä lääke määrättiin ensimmäistä kertaa miehille yleisemmin kuin naisille. Masennuslääkkeitä (N6) ja kortikosteroidivoiteita (D7) määrättiin kuitenkin naisille ensimmäistä kertaa yleisemmin kuin miehille.

Lääkettä määrättiin ensimmäistä kertaa yleisemmin alle 65-vuotiaille (51 % kaikista resepteistä) kuin yli 65-vuotiaille (26 %, Liite 3). Ainoastaan masennuslääkkeitä (N6) ja lipidilääkkeitä (C10) määrättiin ensimmäistä kertaa hieman yleisemmin yli 65-vuotiaille kuin alle 65-vuotiaille.

Taulukko 13. Ensimmäistä kertaa määrättyt reseptit vuonna 2001, 20 yleisintä lääkeryhmää.

AT-koodi	Lääkeryhmä	Kaikki reseptit n	Uusi lääke n	Uusi lääke %
J1	Systeemiset bakteerilääkkeet	2 390 579	2 007 787	84
.....	Lyhytvaikutteiset silmätautien lääkkeet	359 415	279 361	78
S2	Korvatautien lääkkeet	137 490	104 158	76
R5	Yskänlääkkeet ja vilustumislääkkeet	619 061	452 587	73
D7	Paikallisesti käytettävät kortikosteroidit	385 995	228 415	59
...	Lyhytvaikutteiset nenän tautien lääkkeet	324 098	188 976	58
M3	Lihanselkälääkkeet	282 843	148 429	52
M2	Lihans- ja nivelsärkyjen paikallishoitovalmisteet	189 529	94 783	50
M1A	Tulehduskipulääkkeet	1 445 796	712 786	49
H2	Systeemiset kortikosteroidit	185 176	81 320	44
***	Nenän allergialääkkeet ja paikalliset kortikosteroidit	186 677	79 084	42
A2	Ulkuslääkkeet	413 771	157 659	38
G4B	Eturauhas-, erektiohäiriö- ja virtsanpidätyslääkkeet	222 854	82 120	37
R6	Systeemiset antihistamiinit	283 827	94 376	33
A3	Ruoansulatuskanavan toiminnallisten häir. lääkkeet	143 345	44 219	31
N2B	Analgeetit	673 364	185 237	28
**	Lyhytvaikutteiset astmalääkkeet	322 132	87 167	27
G3	Sukupuolihormonit	286 800	67 565	24
N6	Depressiolääkkeet	417 577	95 434	23
N5C	Rauhoittavat lääkkeet	527 933	103 695	20

\*\* R3A1, R3A2 ja R3G1

\*\*\* R1A1 ja R1A6

... R1B, R1A7 ja R1A9

..... S1A, S1C1, S1G ja S1B

AT-koodi = Anatomis-terapeuttisen luokittelujärjestelmän koodi

#### 6.4.5 Lääkärin vastaanotolla kirjoitetut reseptit

Resepti kirjoitetaan lääkärin vastaanotolla, kun lääkettä määrätään ensimmäistä kertaa tai kun reseptiä uusitaan potilaan käydessä vastaanotolla. Lääkkeet, joiden ryhmissä vastaanotolla kirjoitettujen reseptien osuus oli suuri, olivat pääasiassa lyhytaikaiseen käyttöön tarkoitettuja (esimerkiksi systeemiset bakteerilääkkeet, J1) (Taulukko 14). Pääasiassa pitkäaikaisesti käytettävistä lääkkeistä suuri vastaanotolla määrättyjen reseptien osuus oli eturauhas-, erektiohäiriö- ja virtsanpidätyslääkkeiden (G4B), sukupuolihormonien (G3), diabeteslääkkeiden (A10), lipidilääkkeiden (C10), sekä pitkäaikaisesti käytettävien astmalääkkeiden (R3) ryhmissä. Yleisimpiin sydän- ja

verisuonitauteihin käytettäviä lääkkeitä ei ollut lainkaan näiden 20 lääkeryhmän joukossa.

Taulukko 14. Lääkärin vastaanotolla kirjoitetut reseptit (ensimmäisen kerran määrätty lääke ja vastaanotolla uusittu lääke) vuonna 2001, 20 yleisintä lääkeryhmää.

AT-koodi	Lääkeryhmä	Kaikki reseptit n	Lääkärin vastaanotolla kirjoitetut reseptit n	Lääkärin vastaanotolla kirjoitetut reseptit %
S2	Korvatautien lääkkeet	137 490	119 105	87
J1	Systeemiset bakteerilääkkeet	2 390 579	2 065 290	86
*	Lyhytvaikutteiset silmälääkkeet	359 415	309 687	86
R5	Yskänlääkkeet ja vilustumislääkkeet	619 061	494 665	80
D7	Paikallisesti käytettävät kortikosteroidit	385 995	297 442	77
M3	Lihaselaksantit	282 843	205 270	73
**	Lyhytvaikutteiset nenän tautien lääkkeet	324 098	235 003	73
***	Nenän allergialääkkeet ja paikalliset kortikosteroidit	186 677	134 830	72
M1A	Tulehduskipulääkkeet	1 445 796	1 031 023	71
H2	Systeemiset kortikosteroidit	185 176	130 894	71
A3	Ruoansulatuskanavan toiminnallisten häiriöiden lääkkeet	143 345	94 610	66
M2	Lihäs- ja nivelsärkyjen paikallishoitovalmisteet	189 529	122 332	65
G4B	Eturauhas-, erektiohäiriö- ja virtsanpidätyslääkkeet	222 854	139 934	63
...	Lyhytvaikutteiset astmalääkkeet	322 132	71 396	62
R6	Systeemiset antihistamiinit	283 827	175 115	62
G3	Sukupuolihormonit	286 800	176 665	62
A10	Diabeteslääkkeet	426 705	260 561	61
A2	Ulkuslääkkeet	413 771	247 852	60
C10	Lipidilääkkeet	373 330	221 411	59
.....	Pitkäaikaisesti käytettävät astmalääkkeet	262 186	152 845	58

\* S1A, S1C1, S1G ja S1B

\*\* R1B, R1A7 ja R1A9

\*\*\* R1A1 ja R1A6

... R3A1, R3A2 ja R3G1

..... R3D1, R3F1, R3B2, R3C1 ja R3J2

AT-koodi = Anatomis-terapeuttisen luokittelujärjestelmän koodi

Sekä miehille (67 % resepteistä) että naisille (66 %) kirjoitettiin suunnilleen yhtä paljon reseptejä vastaanotolla. Lääkeryhmittäin tarkasteltuna miehille kirjoitettiin vastaanotolla beetasalpaajien (C7), sydänlääkkeiden (C1), ACE-estäjien ja AT II -salpaajien (C9), kalsiuminestäjien (C8), tulehduskipulääkkeiden ja lyhytaikaisesti käytettävien silmätautien lääkkeiden (S1) reseptejä enemmän kuin naisille. Naisille

puolestaan kirjoitettiin vastaanotolla ulkuslääkkeiden (A2), kortisonivoiteiden (D7), unilääkkeiden (N5B), rauhoittavien lääkkeiden (N5C) ja astmalääkkeiden (R3) reseptejä useammin kuin miehille. Alle 65-vuotiaat (72 % resepteistä) saivat reseptinsä vastaanotolla yleisemmin kuin yli 65-vuotiaat (57 %).

#### **6.4.6 Lääkkeen käyttö jatkuvasti ja tarvittaessa Terveystieteiden tutkimuksessa**

Kilpirauhaslääkkeiden, sydän- ja verisuonitautien lääkkeiden, diabeteslääkkeiden ja sukupuolihormonien käyttäjistä yli 90 % ilmoitti käyttävänsä lääkkeitään jatkuvasti (Taulukko 15). Psykoosilääkkeitä ilmoitti käyttävänsä jatkuvasti noin 80 % käyttäjistä. Noin puolet lyhytaikaiseen käyttöön tarkoitettujen unilääkkeiden (N05B), rauhoittavien lääkkeiden (N05C) ja ulkuslääkkeiden (A02) käyttäjistä ja lähes 40 % lyhytvaikutteisten astmalääkkeiden käyttäjistä ilmoitti käyttävänsä lääkkeitään jatkuvasti. Jatkuvasti ja pitkäaikaisesti käytettäviksi tarkoitettujen lääkkeiden käytön jatkuvuudessa ei juuri ollut merkittäviä eroja eri sukupuolten tai ikäryhmien välillä tutkituissa lääkeryhmissä (Liite 4, Liite 5). Tulehduskipulääkkeitä (M01A), rauhoittavia (N05B) ja unilääkkeitä (N05C) yli 65-vuotiaat käyttivät jatkuvammin kuin alle 65-vuotiaat. Naiset ilmoittivat käyttävänsä mikrobilääkkeitä (J01), tulehduskipulääkkeitä (M01A) ja rauhoittavia lääkkeitä (N05B) jatkuvammin kuin miehet. Miehet taas käyttivät yleisemmin jatkuvasti paikallisia kortikosteroideja (D07), unilääkkeitä (N05C), sekä astmalääkkeitä (R03).

Taulukko 15. Jatkuvasti käytettävät lääkkeet Terveystutkimuksen väestötutkimuksessa vuosina 1995 ja 1996, 20 yleisintä lääkeryhmää.

ATC-koodi	Lääkeryhmä*	Kaikki käyttäjät n	Jatkuvasti käyttävät n	Jatkuvasti käyttävät %
H03	Kilpirauhaslääkkeet	187	186	99
C09	ACE-estäjät ja AT II -salpaajat	446	441	99
A10	Diabeteslääkkeet	301	296	98
C08	Kalsiuminestäjät	446	434	97
B01	Antitromboottiset lääkeaineet	572	552	97
C03	Diureetit	570	546	96
G03	Sukupuolihormonit	971	930	96
C10	Lipidilääkkeet	117	111	95
C07	Beetasalpaajat	780	720	92
C01	Sydänlääkkeet paitsi glyseryyliitrinitraatti	537	490	91
N05A	Psykoosilääkkeet	167	133	80
N06	Depressiolääkkeet	248	196	79
*	Pitkävaikutteiset astmalääkkeet	472	374	79
**	Pitkäaikaisesti käytettävät silmälääkkeet	186	109	59
H02	Systeemiset kortikosteroidit	106	61	58
N05B	Rauhoittavat lääkkeet	267	137	51
A02	Ulkuslääkkeet	197	97	49
N05C	Unilääkkeet	288	135	47
***	Nenän allergialääkkeet ja paikalliset kortikosteroidit	255	115	45
...	Lyhytvaikutteiset astmalääkkeet	354	132	37

\*R03AC12, R03AK03, R03BA01, R03BA02, R03BA05, R03BB01, R03BB02, R03BC01, R03BC03, R03CA02, R03DA04, R03DA05 ja R03DA54

\*\* S01E, S01GX ja S01X

\*\*\* R01AC ja R01AD

... R03AC02, R03AC03, R03AC04, R03CC02 ja R03CC03

ATC-koodi = Anatomis-terapeuttis-kemiallisen luokittelujärjestelmän koodi

Käyttäjät ilmoittivat yleensä käyttävänsä tarvittaessa lyhytaikaisesti käytettäviksi tarkoitettuja lääkkeitä, kuten glyseryyliitrinitraattia (C01DA02), kipulääkkeitä (M01A, M03, N02B), vatsalääkkeitä (A03) ja lyhytvaikutteisia astmalääkkeitä (Taulukko 16). Rauhoittavien lääkkeiden (N05B) ja unilääkkeiden (N05C) käyttäjistä lähes yhtä moni ilmoitti käyttävänsä lääkkeitään tarvittaessa kuin jatkuvasti. Tarvittaessa ilmoitettiin myös käytettävän lääkkeitä, joita tulisi käyttää pitkäaikaisesti ja säännöllisesti. Tällaisia lääkeryhmiä olivat psykoosilääkkeet (19 %) ja pitkäaikaisesti käytettävät astmalääkkeet (14 %), joita osa käyttäjistä ilmoitti käyttävänsä vain tarvittaessa.

Taulukko 16. Tarvittaessa käytettävät lääkkeet Terveydenhuollon väestötutkimuksessa vuosina 1995 ja 1996, 20 eniten tarvittaessa käytettyä lääkeryhmää.

ATC-koodi	Lääkeryhmä	Kaikki käyttäjät n	Tarvittaessa käyttävät n	Tarvittaessa käyttävät %
C01DA02	Glyseryyliitrinitraatti	295	238	81
M01A	Tulehduskipulääkkeet	880	543	62
M03	Lihasselaksantit	120	70	58
N02B	Analgeetit	184	102	55
*	Lyhytvaikuttiset astmalääkkeet	354	194	55
A03	Ruoansulatuskanavan toiminnallisten häir. lääkkeet	154	83	54
**	Lyhytvaikuttiset nenän tautien lääkkeet	129	65	50
M02	Lihäs- ja nivelsärkyjen paikallishoitovalmisteet	109	53	49
D07	Paikallisesti käytettävät kortikosteroidit	249	118	47
N05C	Unilääkkeet	288	133	46
R05	Yskänlääkkeet	91	42	46
N05B	Rauhoittavat lääkkeet	267	118	44
R06	Systeemiset antihistamiinit	309	135	44
A02	Ulkuslääkkeet	197	65	33
***	Nenän allergialääkkeet ja paikalliset kortikosteroidit	255	75	29
...	Pitkäaikaisesti käytettävät silmälääkkeet	186	41	22
N05A	Psykoosilääkkeet	167	31	19
H02	Systeemiset kortikosteroidit	106	19	18
J01	Mikrobilääkkeet	232	33	14
.....	Pitkävaikuttiset astmalääkkeet	472	65	14

\* R03AC02, R03AC03, R03AC04, R03CC02 ja R03CC03

\*\* R01AA ja R01BA

\*\*\* R01AC ja R01AD

... S01E, S01GX ja S01X

..... R03AC12, R03AK03, R03BA01, R03BA02, R03BA05, R03BB01, R03BB02, R03BC01, R03BC03, R03CA02, R03DA04, R03DA05 ja R03DA54

ATC-koodi = Anatomis-terapeuttis-kemiallisen luokittelujärjestelmän koodi

## **7 RESEPTIEN UUSIMISKÄYTÄNNÖT**

### **7.1 Haastatteluaineisto ja analyysi**

#### **7.1.1 Haastattelujen toteutus**

Reseptien uusimiskäytäntöjä kartoittavaa tutkimusta suunniteltaessa tarkasteltiin vastaavanlaisia kansainvälisiä tutkimuksia. Kolmessa uusimiskäytäntöjä kartoittavassa tutkimuksessa oli käytetty menetelmänä havainnointia tai reseptien keruuta, joita oli täydennetty haastattelulla (Bligh 1981, Zermansky 1996, Dijkers 1997). McGavock työtovereineen (1999) tutki pohjoisirlantilaisia uusimiskäytäntöjä strukturoidulla haastattelulla.

Suomessa tehtiin ensin esitutkimus, jossa menetelmänä oli puolistrukturoitu seitsemällä paikkakunnalla kolmelle eri tiedonantajalle tehty henkilökohtainen teemahaastattelu (Lahnajärvi 1999). Esitutkimuksessa saatiin hyvät tiedot reseptien uusimisprosessista ilman havainnointiakin. Koska reseptien uusimiskäytäntöjä haluttiin tarkastella eri puolilla Suomea, lopulliseksi menetelmäksi valittiin puhelimitse tehtävä haastattelu. Haastateltaviksi valittiin sekä vastaanottoavustajia, lääkäreitä että proviisoreita tai farmaseutteja, jotta saataisiin paras mahdollinen kuva reseptien uusimisprosessin eri puolista. Apteekkeja koskevat osat tutkimusaineistosta on pääpiirteissään analysoitu toisaalla (Tiirikainen 2001, Tiirikainen ja Lahnajärvi 2002).

Tutkimusaineistoon haluttiin saada erikokoisia terveysasemia eri paikkakunnilta. Tähän päätettiin käyttää ositettua satunnaisotantaa, vaikka laadullisen tutkimusaineiston valinnassa satunnaistaminen ei olekaan oleellista. Laadullisessa tutkimuksessa on tavoitteena saada tutkimusjoukkoon mahdollisimman erilaisia yksiköitä, ei tilastollisesti edustavaa otosta. Kuitenkaan ei ole varsinaista syytä, miksei laadullisessakin tutkimuksessa voitaisi käyttää satunnaisotosta (Mays ja Pope 1995). Miles ja Huberman (1994) pikemminkin kehottavat käyttämään satunnaisotosta yhtenä tapana varmistaa aineiston edustavuus.

Terveyskeskukset jaettiin väestömäärän mukaan 30:een kahdeksan terveyskeskuksen ja yhteen 16 terveyskeskuksen (pienimmät terveyskeskukset) ositteeseen. Kustakin ositteesta poimittiin satunnaisesti yksi terveyskeskus. Mukaan tuli kaksi

pilottitutkimuksessa mukana ollutta terveyskeskusta, mutta niiden tilalle otettiin samasta ositteesta uudet terveyskeskukset. Samoin toimittiin, jos mukaan tuli yli 50-prosenttisesti ruotsinkielisen paikkakunnan terveyskeskus, mikä tapahtui kahdesti samassa ositteessa. Tutkimukseen osallistuneilla terveysasemilla oli useimmiten 5–9 lääkäriä (Taulukko 17) ja ne sijaitsivat alueilla, joilla oli alle 10 000 asukasta (Taulukko 18).

Taulukko 17. Lääkärien määrä tutkimukseen osallistuneilla terveysasemilla.

Lääkärien lukumäärä /terveysasema	Terveysasemien lukumäärä
15–	3
10–14	3
5–9	12
1–4	9

Taulukko 18. Tutkimukseen osallistuneiden terveysasemien väestöpohja.

Väestöpohja /terveysasema	Terveysasemien lukumäärä
> 30 000	2
20 000–29 999	4
10 000–19 999	5
5 000–9 999	10
< 5 000	6

Otos oli alussa 31 terveyskeskusta, joiden johtaville lääkäreille lähetettiin projektia esittelevä kirje (Liite 6). Yksi kirje meni erehdyksessä väärään terveyskeskukseen, mutta sekä väärä että alun perin otokseen osunut terveyskeskus otettiin mukaan tutkimukseen, jolloin mukaan kutsuttujen terveyskeskusten lukumääräksi tuli 32. Kirjeen saaneista terveyskeskuksista kysyttiin puhelimitse johtavan lääkärin suostumusta yhden reseptien uusimiseen osallistuvan lääkärin ja yhden vastaanottoavustajan haastatteluun johtavan lääkärin valitsemalla terveysasemalla. Kaksi terveyskeskusta kieltäytyi tutkimuksesta tässä vaiheessa kiireen takia. Kaikki haastattelut sovittiin etukäteen haastateltaville sopiviksi ajoiksi. Haastattelujen aikana yhden terveysaseman vastaanottoavustajan ja lääkärin haastattelut jouduttiin hylkäämään nauhoituksen epäonnistumisen takia, ja lisäksi vielä yksi terveyskeskus kieltäytyi tutkimuksesta. Mukaan tutkimukseen jäi 28 terveysasemaa, minkä katsottiin



antavan riittävän laajan kuvan erilaisista reseptien uusimiskäytännöistä. Myös samankaltaisten uusimiskäytäntöjen toistuminen aineistossa eli ns. aineiston kyläntyminen osoitti aineiston riittävyyden.

Haastattelut teki kaksi henkilöä 8.11.1999–10.12.1999, ja ne nauhoitettiin haastateltavien luvalla. Lääkäreiden haastattelut kestivät kukin 15–25 minuuttia, vastaanottohenkilöiden haastattelut olivat keskimäärin hieman lyhyempiä. Haastattelut olivat puolistrukturoituja ja niiden apuna käytettiin kysymyslistaa, joka oli hieman erilainen molemmilla ammattiryhmillä (Liite 7, Liite 8). Tavallisesti haastattelu alkoi muutamien taustatietojen kysymisellä ja jatkui sitten kysymyksellä ”Miten teillä reseptien uusiminen on järjestetty?” tai ”Mitä reseptille tapahtuu kun se tulee terveyskeskukseen uusittavaksi?”. Tästä haastattelua kehitettiin eteenpäin tukikysymysten avulla tilanteen mukaan luontevassa järjestyksessä.

Nauhoitetut haastattelut purki henkilö, joka ei ollut osallistunut haastattelujen tekoon. Haastattelut purettiin sana sanalta, mutta jättäen pois useammin kuin kerran toistetut täytesanat. Purkamisen jälkeen suurimman osan terveyskeskushaastatteluista tehnyt henkilö (LL) kuunteli nauhat vielä uudelleen ja tarkasti huolellisesti litteroinnit.

Tutkimusta tehdessä luvattiin asiasta kiinnostuneille terveyskeskuksille lähettää palautetta terveyskeskuksen reseptien uusimiskäytännöistä. Palautetta toivottiin kuudessa terveyskeskuksessa. Palautteen lähettämisen yhteydessä terveyskeskuksilta pyydettiin yhteydenottoa tutkimuksen laadun varmistamiseksi, jos terveyskeskuksen uusimiskäytäntöä kuvaava vuokaavio ei joiltain osin vastaisi todellisuutta. Yhdestäkään terveyskeskuksesta ei otettu uudelleen yhteyttä, vaan kaikki kommentit hyväksyttiin sellaisenaan.

### **7.1.2 Tyypittelevä analyysi ja uusimiskäytäntöjen luokittelu**

Reseptien uusimisprosesseja kuvattiin tyypittelevässä analyysissä. Tavoitteena oli luokitella reseptien uusimiskäytännöt uusimisen teknisen sujuvuuden ja lääkehoidon seurannan laadun mukaan. Aineisto tiivistettiin kuuteen reseptien uusimisprosessia kuvaavaan pääkomponenttiin, jotka olivat reseptin jättäminen, vastaanotto ja valmistelu, tarkastaminen, allekirjoitus, kirjaaminen ja reseptin noutaminen. Näistä komponenteista

koostettiin terveysasemakohtaiset vuokaaviot, joiden vastaavuus kunkin terveysaseman vastaanottoavustajan ja lääkärin antamiin tietoihin terveysaseman reseptien uusimisen käytännön toteutuksesta tarkastettiin litteroiduista haastatteluista. Analyysin perusidea vastaa Milesin ja Hubermannin (1994) esittämää analyysimallia.

Saadut 28 vuokaaviota luokiteltiin kolmeen luokkaan ('hyvä', 'lupaava' ja 'ristiriitainen') uusimisprosessin teknisen sujuvuuden ja lääkehoidon seurannan toteutumisen perusteella (Taulukko 19). Lisäksi terveyskeskukset, joissa oli pulaa lääkäreistä, luokiteltiin omaan luokkaansa (lääkäripula), sillä lääkäripula saattaa vaikuttaa reseptien uusimisen laatuun. Luokissa 'hyvä', 'lupaava' ja 'ristiriitainen' oli kaikenkokoisia terveysasemia. 'Lääkäripula'-luokassa ei ole aivan suurimpia terveysasemia, mutta kylläkin melko tasaisesti muita. 'Lääkäripula'-luokkaan luokiteltiin kaikki terveysasemat, joissa oli yhdenkin lääkärin vajaus. Kolmelta terveysasemalta poissa oli enemmän kuin 1/3 lääkäreistä ja lisäksi kahdelta 1/3. Muilla kolmella terveysasemalla kyse oli 1/6, 1/7 tai 1/8 vajauksesta.

Taulukko 19. Reseptien uusimiskäytäntöjen luokittelu.

Hyvä	Lupaava	Ristiriitainen
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Reseptien uusimisen tekninen toteutus sujuu kitkatta.</li> <li>• Terveysasemalla on ymmärretty lääkehoidon seurannan tärkeys reseptien uusimisessa.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Reseptien uusimisen teknistä toteutusta pohdittu ja se sujuu kohtuullisen hyvin.</li> <li>• Lääkehoidon seuranta ei toteudu täysin.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Reseptien uusimisen tekninen toteutus ei ole sujuva, jotain yksittäistä teknistä seikkaa saatettu pohtia ja muuttaa.</li> <li>• Lääkehoidon seuranta ei toteudu kunnolla tai kohdistuu yksittäiseen lääkeryhmään.</li> </ul>

Ensimmäinen luokittelu tehtiin nopeasti ja spontaanisti, ja välittömästi sen jälkeen kirjoitettiin yleinen kuvaus kustakin luokasta. Luokittelua muutettiin hieman kuvausten kirjoittamisen aikana. Aluksi mukana oli myös muutaman terveyskeskuksen luokka 'huono'. Absoluuttista erottelua huonon ja ristiriitaisen uusimiskäytännön välillä oli kuitenkin hankala tehdä, ja luokka 'huono' yhdistettiin luokan 'ristiriitainen' kanssa. Luokittelun tarkistaminen perustettiin alkuperäisiin lääkärin ja vastaanottoavustajan haastatteluteksteihin, joiden uudella läpikäymisellä varmistettiin, että vuokaaviot todella vastasivat haastatteluja. Vuokaavioiden tarkistamisen yhteydessä luokittelu muuttui

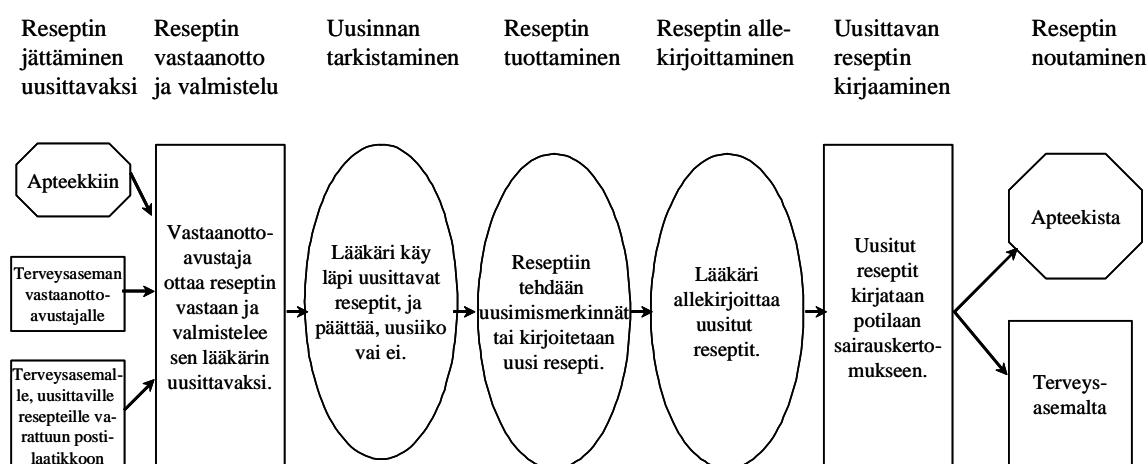
vielä hiukan. Tämän luokittelun perusteella tarkennettiin vielä luokkien yleiskuvauksia. Lopulliseen muotoonsa luokittelu vakiintui raportin ensimmäisen version kirjoittamisen aikana.

### **7.1.3 Uusimisprosessin vaiheiden analyysi**

Toisessa osassa haastatteluaineiston analyysiä tarkasteltiin reseptien uusimisprosessin eri vaiheita yksittäisinä kategorioina. Kategoriat muodostuivat ja niihin luokiteltiin niihin liittyvät haastattelukatkelmat aineiston syvällisen tarkastelun yhteydessä. Näistä tekstikatkelmista koottiin monipuolinen kuvaus reseptien uusimisen sujumisesta ja laadusta suomalaisilla terveysasemilla. Analyysissä tarkasteltiin lisäksi reseptien uusimiskäytännöistä sopimista ja muutoksia terveysasemilla sekä reseptien uusimisessa koettuja ongelmia.

Syvällisen analyysin tekeminen alkoi jo tyypittelevän analyysin yhteydessä, jolloin haastatteluihin tutustuttiin kokonaisuudessaan. Analyysissä hyödynnettiin analyysirunkoa, jonka ensimmäinen versio muodostettiin haastatteluemojen ja kolmen lääkärin haastatteluiden alustavien koodausten pohjalta. Koodaus alkoi kolmen lääkärin haastattelun käsittelyllä NUD\*IST 4,0-ohjelmassa. Haastattelujen pohjalta syntyivät alustavat kategoriat, joita laajennettiin ja yhdisteltiin alkuperäisen haastatteluteemarungon avulla kategoriapuuksi. Samalla koodattiin haastattelujen katkelmia vastaaviin kategorioihin (Liite 9, Analyysirunko 1). Kun alustava kategoriapuu oli valmis, alustavat koodaukset poistettiin, mutta puu säästettiin. Varsinaisen analyysin alkaessa kaikki tekstiksi puretut lääkärin (n = 28) ja vastaanottoavustajien (n = 28) haastattelut vietiin NUD\*IST 4,0:n dokumenttiosioon. Kun kaikki haastattelut oli koodattu, puu oli laajentunut melkoisesti (Liite 10, Analyysirunko 2). Joitain alustavan puun kategorioita oli jäänyt melkein kokonaan koodauksetta ja niitä yhdistettiin toisiin läheisen aihepiirin kategorioihin. Tässä vaiheessa tarkastettiin myös, ettei mitään oleellista ollut jäänyt koodaamatta, ja lopulta saatiin aikaan Analyysirunko 3 (Liite 11). Kategoriat analysoitiin yksitellen, ja tekstissä on kuvattu reseptien uusimiskäytäntöjä kategorioihin koodattujen haastattelukatkelmien elävöittämänä. Tekstin rakenteena on tyypittelevässä analyysissä luotu vuokaavio reseptien uusimisen vaiheista (Kuva 2).

Reseptien uusimisen vaiheita kuvaavien otsikoiden alle on yhdistelty ja tiivistetty uusimisprosessia kuvaavat kategoriat. Analyysissä on keskitytty kuvaamaan uusimiskäytäntöjen yleisiä vaiheita, mutta muutamissa kohdissa on ollut mahdollista mennä myös syvemmälle ja tehdä tyypittelyjä eri terveyskeskusten käytännöistä.



Kuva 2. Reseptien uusimisprosessin vaiheet.

## 7.2 Tulokset

### 7.2.1 Reseptien uusimiskäytännöt

#### Hyvä uusimiskäytäntö

Hyvän uusimiskäytännön kriteereistä tärkein oli, että terveysasemalla oli ymmärretty lääkehoidon seurannan tarpeellisuus (Taulukko 20). Tästä olivat merkinä vastaanottokäyntien säännöllisyyden seuranta ja sairauskertomuksen aktiivinen käyttö reseptiä uusittaessa sekä joissain tapauksissa lisäksi lääkkeen liiallisen tai liian vähäisen käytön seuranta. Kaikilla 'hyvä'-luokan terveysasemilla potilaiden sairauskertomukset olivat joko tietokoneella helposti tarkasteltavissa tai ne otettiin rutiinomaisesti esille

kaikkiin uusittaviin resepteihin. Lääkehoidon seurantaan helpotettiin myös kirjaamalla uusitut reseptit sairauskertomuksiin kaikilla hyvän uusimiskäytännön terveysasemilla.

Uusimisen tekninen toteutus sujui kitkattomasti hyvän uusimiskäytännön terveysasemilla. Tärkeintä oli, että lääkärille jäi riittävästi aikaa uusien reseptit, eikä rutiinikäytännössä tavallisesti ollut poikkeuksia. Myös apteekin kautta uusiminen oli toteutettu niin, että lääkärille jäi aikaa tarkistaa potilaan sairauskertomus. Reseptin jättäminen uusittavaksi oli näillä terveysasemilla useimmiten keskitetty yhteen kohtaan ja reseptit otti pääsääntöisesti vastaan vastaanottoavustaja, jonka koulutus saattoi vaihdella. Yhtä lukuun ottamatta kaikilla hyvän uusimiskäytännön terveysasemilla oli pohdittu reseptien uusimista joko kahden välisissä keskusteluissa tai laajemmissa kokouksissa.

Hyvän uusimiskäytännön terveysasemilla saattoi olla yksittäisiä teknisiä heikkouksia uusimiskäytännöissä. Kokonaisuuden tuli kuitenkin olla toimiva ja uusimista tuli harkita lääkehoidolliselta kannalta. Esimerkkejä tällaisista puutteista tai heikkouksista yksittäisillä terveysasemilla olivat Pegasos-tietokoneohjelman osittainen hyödyntämättä jättäminen, lääkäri työvoiman käyttö reseptien kirjaamiseen, liian monet poikkeukset uusimisajankohdassa, apteekkiuusimisten järjestäminen suorana puhelinuusintana ja uusimiseen varatun ajan puuttuminen. Avustajan passiivisuutta reseptin tarkistamisessa ei myöskään nostettu ratkaisevaksi seikaksi, jos lääkäri huolehti tarvittavista tarkistuksista.

Taulukko 20. Hyvä uusimiskäytäntö.

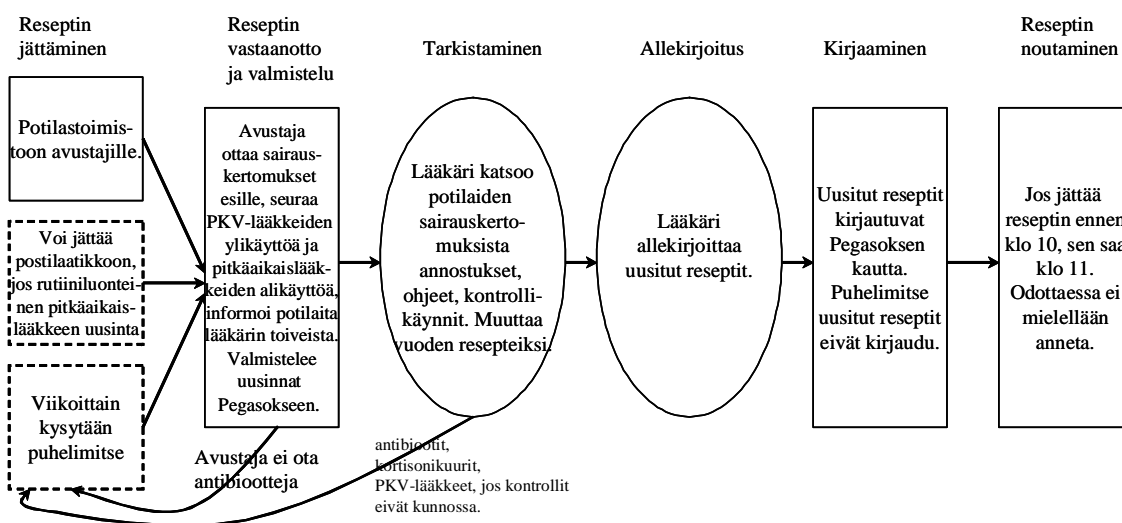
Tekninen uusimiskäytäntö	Lääkehoidon seuranta
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Reseptien jättäminen keskitetty.</li> <li>• Reseptit ottaa vastaan avustaja.</li> <li>• Ei uusita potilaan odottaessa.</li> <li>• Lääkärille jää aikaa uusien reseptit.</li> <li>• Sairauskertomukset helposti saatavilla uusiessa.</li> <li>• Kaikki reseptit kirjataan.</li> <li>• Uusimiskäytäntöä pohdittu.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Vastaanottokäyntien säännöllisyyttä seurataan.</li> <li>• Sairauskertomusta käytetään uusiessa.</li> <li>• Joillakin terveysasemilla seurataan myös lääkkeen käyttöä.</li> </ul>

### **Esimerkki hyvästä uusimiskäytännöstä**

Terveysasemalla numero 32 oli noin 3 700 asukkaan väestö, jota hoiti 3 lääkäriä (Kuva 3). Väestövastuuta ei ollut ja terveyskeskuksessa oli vain yksi terveysasema. Uusittavat reseptit jätettiin pääsääntöisesti avustavalle henkilökunnalle potilas-toimistoon. Terveysasemalla oli käytössä myös postilaatikko, johon voi jättää uusittavan reseptin, jos kyseessä oli rutiiniluontoinen pitkäaikaisen lääkkeen uusinta. Lisäksi reseptien uusimista pyydettiin puhelimitse viikoittain. Ennen kello kymmentä uusittaviksi jätetyt reseptit sai takaisin samana päivänä kello yhdentoista jälkeen. Reseptejä ei uusittu asiakkaille odottaessa, koska yhdelle lääkärille päivässä oli varattu puolen tunnin uusimisaika, johon uusimiset oli pyritty keskittämään. Uusimisvuoro kiersi lääkäriltä toiselle päivittäin.

Haastateltu avustaja oli koulutukseltaan merkonomi ja hänellä oli työkokemusta vastaanottoavustajana samassa työpaikassa 22 vuotta. Hän otti esiin potilaiden sairauskertomuskansiot, sillä puolisen vuotta aiemmin käyttöön tulleeseen Pegasos-ohjelmaan ei ollut vielä kertynyt riittävästi sairauskertomustietoja. Avustaja tarkasti resepteistä, oliko pitkäaikaislääkettä käytetty säännöllisesti tai oliko PKV-lääkettä käytetty liikaa. Lopuksi hän vei uusittavat reseptit Pegasos-ohjelman uusimislehdelle.

Lääkäri tarkasti sairauskertomuksesta jokaiselta potilaalta lääkkeen annostuksen ja annosteluohjeen, sekä seurasi, oliko potilas käynyt tarvittavissa tarkastuksissa. Lisäksi hän muutti pitkäaikaislääkkeiden reseptit vuoden resepteiksi. Viestit vastaanottokäyntien tarpeesta kulkivat potilaille avustajille kirjoitettavien viestilappujen kautta. Kaikki Pegasos-ohjelman kautta uusittavat reseptit kirjautuivat automaattisesti potilaan tietoihin, mutta puhelinreseptejä ei kirjattu.



Kuva 3. Esimerkki hyvästä reseptien uusimiskäytännöstä (terveysasema 32).

### Lupaava uusimiskäytäntö

Tähän luokkaan luokiteltiin terveysasemat, joilla reseptien uusimisen tekninen toteutus sujui kohtuullisen hyvin (Taulukko 21). Kaikilla luokan terveysasemilla uusimiskäytäntöä oli pohdittu ainakin jonkin verran. Potilaiden sairauskertomukset olivat tietokoneella tai ne otettiin esille kaikkiin resepteihin. Kaikki reseptit pyrittiin kirjaamaan sairauskertomuksiin. Reseptejä ei yleensä uusittu odottaessa, tai ainakin tällaiseen käytäntöön siirtymistä oli suunniteltu.

Vaikka uusimisen tekninen rakenne oli suhteellisen johdonmukainen kaikilla lupaavan uusimiskäytännön terveysasemilla, ei lääkeshoidon seuranta toteutunut kunnolla millään näistä. Avustaja teki kaikilla lupaavan uusimiskäytännön terveysasemilla ainakin jonkin alustavan tarkastuksen, useimmiten katsoi, oliko potilas käynyt riittävän usein vastaanotolla tai seurasi PKV-lääkkeen ylikäyttöä. Lääkärit eivät paljoakaan kiinnittäneet huomiota pitkäaikaislääkkeiden uusimiseen, vaan he tarkastivat sairauskertomuksista useimmiten vain PKV-lääkkeitä käyttävien ja heille vieraiden potilaiden tietoja. Jos lääkärit näillä terveysasemilla olisivat pyrkinneet seuraamaan lääkehoitoja systemaattisemmin, uusiminen olisi sujunut hyvin.

Taulukko 21. Lupaava uusimiskäytäntö.

Tekninen uusimiskäytäntö	Lääkehoidon seuranta
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ei uusita potilaan odottaessa.</li> <li>• Sairauskertomukset helposti saatavilla uusiessa.</li> <li>• Kaikki reseptit kirjataan.</li> <li>• Uusimiskäytäntöä pohdittu.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Avustaja tekee jonkin alustavan tarkastuksen.</li> <li>• Lääkärit seuraavat pääasiassa PKV-lääkkeiden käyttöä.</li> <li>• Lääkärit eivät seuraa pitkäaikaislääkkeiden käyttöä.</li> </ul>

### **Esimerkki lupaavasta uusimiskäytännöstä**

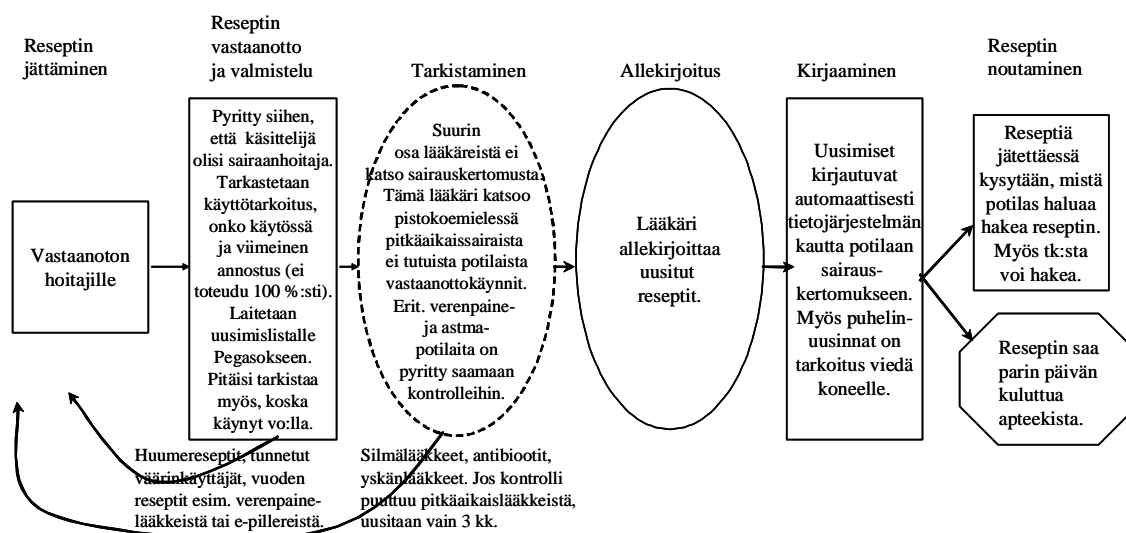
Terveysasemalla 20 oli noin 8 000 asukkaan väestö, jota hoiti kuusi lääkäriä (Kuva 4). Väestövastuuta ei ollut ja terveyskeskuksessa oli vain yksi terveysasema. Uusittavien reseptien jättäminen oli tällä terveysasemalla keskitetty vastaanoton sairaanhoitajille, joilla katsottiin olevan riittävä koulutus reseptien käsittelemiseen. Haastateltu avustaja olikin koulutukseltaan erikoissairaanhoitaja, jolla oli työpaikassa 26 vuoden työkokemus. Hoitajien tehtäviin kuului tarkastaa sairauskertomuksesta, oliko lääke potilaalla käytössä ja mikä oli ollut sen viimeisin annostus. Tämä alustava tarkastus ei kaikissa tapauksissa toteutunut. Yli vuoden vanhoja reseptejä esimerkiksi verenpainelääkkeistä tai ehkäisytableteista ei mielellään otettu uusittavaksi ilman, että potilas oli käynyt vastaanotolla. Hoitajat veivät uusittavat reseptit lääkäriä varten Pegasos-ohjelman uusimislistalle.

Uusimiseen oli varattu puolen tunnin aika yhdelle lääkärille päivittäin. Terveyskeskuksen sisäisissä ohjeissa kehoitettiin käyttämään uusimisessa potilaan sairauskertomustietoja, mutta käytännössä suurin osa lääkäreistä jätti sairauskertomuksen katsomatta. Haastateltu lääkäri pyrki tekemään pistotarkastuksia, jos ei tuntenut potilaita, ja kertoi, että joka kerta tällaisissa pistokokeissa löytyi jotain huomautettavaa. Erityisesti verenpaine- ja astmapotilaita oli tällä terveysasemalla yritetty saada säännöllisiin seurantatarkastuksiin, mutta yhtenäinen systematiikka vastaanottokäyntien seurannasta puuttui. Uusimiset kirjautuivat automaattisesti Pegasos-järjestelmän kautta sairauskertomuksiin. Myös puhelinuxinnat tuli kirjata, mutta tämä ei aina varmasti toteutunut.

Terveysaseman uusimiskäytäntöä oli pohdittu, ja siitä oli kirjalliset ohjeet laatujärjestelmässä. Esille tulleita uusimisen ongelmia käsiteltiin kaksi kertaa kuussa



järjestettävässä osastopalaverissa lähes joka kerta. Näin käytäntöjä pyrittiin saamaan mahdollisimman yhteneviksi.



Kuva 4. Esimerkki lupaavasta reseptien uusimiskäytännöstä (terveysasema 20).

### Ristiriitainen uusimiskäytäntö

Tähän luokkaan on luokiteltu ne uusimiskäytännöt, joissa oli sekä hyviä että huonoja puolia, mutta käytännöt eivät olleet kokonaisuutena toimivia. Joillakin terveysasemilla oli saatettu pohtia ja muuttaa jotain yksittäistä uusimisen käytännön toteutukseen liittyvää asiaa (Taulukko 22). Millään ristiriitaisen uusimiskäytännön terveysasemalla lääkärit eivät seuranneet kaikkien pitkäaikaislääkkeiden käyttöä, vaan kiinnittivät huomiota muita tarkemmin vain 1–2 lääkeryhmän lääkkeiden käyttöön. Muutamalla terveysasemalla avustaja oli ottanut aktiivisen roolin ja seuraili muun muassa tarkastuskäyntien toteutumista. Kuitenkaan lääkäri ei hyödyntänyt tai ohjannut avustajan toimintaa millään näistä terveysasemista.

Reseptien kirjaaminen toteutui vaihtelevasti, joillain terveysasemista pyrittiin kirjaamaan puhelinreseptejä myöten kaikki uusitut reseptit ja toisilla kirjattiin vain PKV-lääkkeet. Kahdella terveysasemalla avustajat ja lääkärit kirjasivat reseptejä satunnaisesti vuorotellen, koska vastuuta ei ollut selvästi delegoitu avustajille. Jos

terveysasemalla otettiin potilaan sairauskertomus esille vain PKV-lääkkeisiin tai vain PKV-lääkkeet kirjattiin sairauskertomuksiin, terveysasema luokiteltiin ristiriitaisen uusimiskäytännön terveysasemaksi. Useimmilla ristiriitaisen uusimiskäytännön terveysasemilla uusitun reseptin sai mukaansa odottaessa, ja monella terveysasemalla tämä mainittiin työtä hankaloittavaksi tekijäksi. Suurimmalla osalla ristiriitaisen uusimiskäytännön terveysasemista apteekkiuusinnat hoidettiin suoraan puhelimitse, jolloin lääkärille ei jäänyt aikaa perehtyä potilaan tilanteeseen.

**Taulukko 22. Ristiriitainen uusimiskäytäntö.**

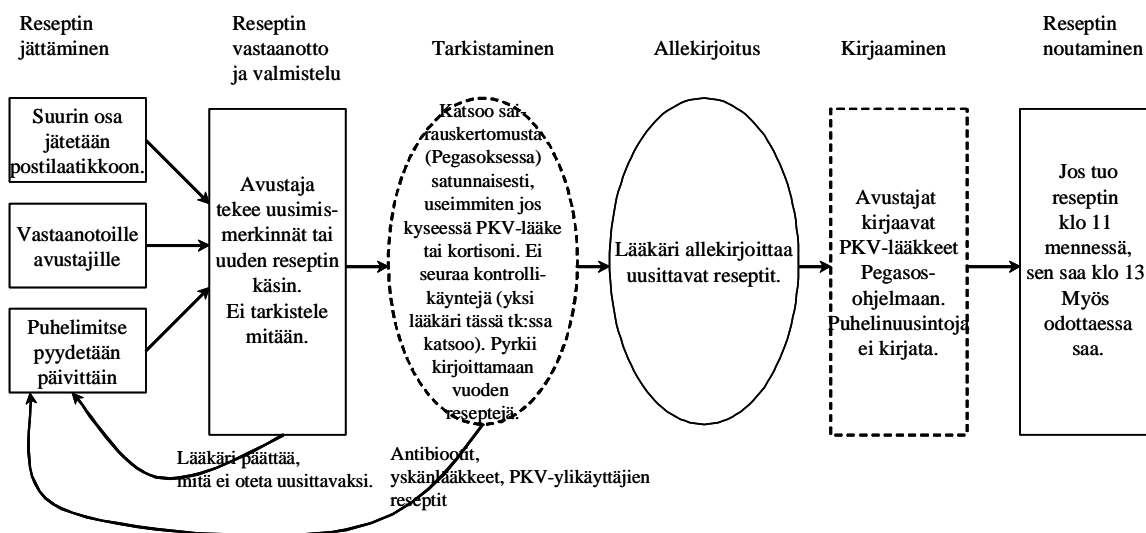
Tekninen uusimiskäytäntö	Lääkehoidon seuranta
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Uusitaan potilaan odottaessa.</li> <li>• Sairauskertomukset esille vain PKV-lääkkeisiin.</li> <li>• Vain PKV-lääkkeet kirjataan.</li> <li>• Vastuuta ei ole jaettu keskustellen.</li> <li>• Jotain yksittäistä asiaa saatettu pohtia.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Vastaanottokäyntien säännöllisyyttä ei seurata systemaattisesti.</li> <li>• Lääkärit seuraavat vain 1–2 lääkeryhmän lääkkeiden käyttöä.</li> </ul>

### **Esimerkki ristiriitaisesta uusimiskäytännöstä**

Terveysasemalla 15 työskenteli 7 ½ lääkärinä, jotka hoitivat 11 400 asukkaan väestöä (Kuva 5). Väestövastuuta ei ollut, ja terveyskeskuksessa oli vain yksi terveysasema. Uusittavia reseptejä saattoi jättää sekä vastaanottoon avustajille että potilastoimiston ulkopuolella olevaan postilaatikkoon ilman erityisiä kriteerejä. Myös puhelimitse uusintaa pyytäviä soitteli terveysasemalle päivittäin. Haastatellulla avustajalla oli vastaanotto-osastoavustajakoulutus ja 18 vuoden työkokemus kyseisellä työpaikalla. Avustajan tehtävä oli tehdä reseptiin uusimismerkinnät tai tarvittaessa kirjoittaa uusi resepti, mutta ei tehdä tarkastuksia. Lääkärin tehtävänä oli päättää, otetaanko reseptiä lainkaan uusittavaksi. Kello 11:een mennessä tuodut reseptit sai takaisin kello 13:en jälkeen. Reseptejä uusittiin joka päivä myös potilaan odottaessa.

Lääkäri saattoi katsoa potilaan sairauskertomusta, jos uusittava lääke oli PKV-lääke tai kortisonivalmiste. Hän ei seurannut lääkkeen käyttöä eikä seurantatarkastuksia systemaattisesti. Pitkäaikaislääkkeiden reseptit hän pyrki muuttamaan vuoden resepteiksi. Terveysasemalla kirjattiin potilaan tiedostoon Pegasos-ohjelmaan vain

PKV-lääkkeet. Pegasos-ohjelman uusimistoimintoja ei hyödynnetty tällä terveysasemalla. Lääkäreille ei ollut varattu erillistä uusimisaikaa. Suurin osa lääkäreistä uusi reseptejä joka päivä, mutta reseptejä ei ollut jaettu hoitaville lääkäreille.



Kuva 5. Esimerkki ristiriitaisesta reseptien uusimiskäytännöstä (terveysasema 15).

### Lääkäripulan vaikutukset uusimiskäytäntöön

Tutkituilla terveysasemilla lääkäripula näytti tuntuvan reseptien uusimiskäytännöissä vasta, kun 40–50 % lääkäreistä puuttui. Terveysasemilla, joilta puuttui ainoastaan yksi 3–8 lääkäristä, ei vajuus näyttänyt vaikuttavan reseptien uusimiskäytäntöön. Koska vaikutuksesta ei voitu olla varmoja, luokiteltiin terveysasema lääkäripula-terveysasemaksi, jos yksikin lääkäri puuttui.

Lääkäripulan takia reseptien uusiminen kesti tavallista kauemmin ja tapahtui kiireisemmin. Uusittaviin resepteihin perehdyttiin huonosti, eikä vastaanottoaikoja voitu antaa kaikille tarvitseville. Jäljellä olevat lääkärit uusivat reseptejä miten ehtivät, sillä jokaisen oli hoidettava kaikkia potilaita, eikä väestövastuuperiaate toiminut.

Niillä kolmella terveysasemalla, joilla lääkäripula selvästi vaikutti uusimiskäytäntöön, kiireen takia kärsinyttä käytäntöä oli yritetty järkevöittää. Yhteistä kaikille kolmelle

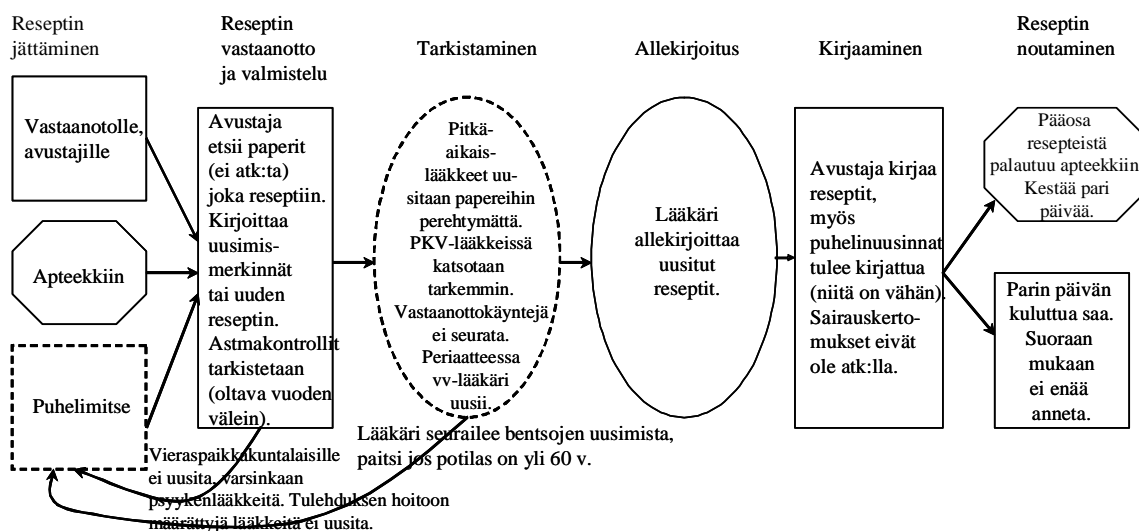
terveysasemalle oli se, että lääkäri yritti helpottaa työtään uusimalla reseptit vain allekirjoittamalla ne papereita katsomatta. Potilaan sairauskertomusta vilkaistiin vain PKV-lääkettä uusittaessa, ja silloinkin oikeastaan vain, jos oli epäilystä väärinkäytöstä. Lähes kaikki uusittavaksi tuodut reseptit kaikilla kolmella terveysasemalla uusittiin lääkärin kohtaamatta potilasta, sillä vastaanottoaikoja ei ollut tarpeeksi. Avustajien rooli reseptien uusimisessa oli kaikilla lääkäripulaterveysasemilla varsin heikko, eivätkä hekään tehneet resepteille mitään tarkastuksia lukuun ottamatta yhdellä terveysasemalla harjoitettua astman vuositarkastuksen seuranta. Kahdella terveysasemalla oli lääkäripulan takia lakattu uusimasta reseptejä potilaiden odottaessa ja toisella näistä oli otettu käyttöön postilaatikko, johon reseptit saattoi jättää. Kahdella terveysasemalla potilaan sairauskertomukseen kirjattiin vain PKV-lääkeresepit. Paikallisia hätäpalavereita selviytymisstrategioista oli jouduttu pitämään kaikilla kolmella terveysasemalla.

### **Esimerkki uusimiskäytännöstä terveysasemalla, jolla on lääkäripula**

Terveysasemalla 10 työskenteli 2 lääkäriä ja lisäksi kaksi virkaa oli täyttämättä (Kuva 6) Näillä kahdella lääkäriellä oli hoidettavanaan 7 500 hengen väestö, eikä väestövastuuperiaate lääkäripulan takia toiminut. Terveysasema 10 oli väestöltään suurin terveysasema kolmen paikkakunnan muodostamassa kuntayhtymässä, jossa oli kolme terveysasemaa.

Uusittavia reseptejä saattoi terveysasemalla jättää sekä vastaanoton avustajille että paikalliseen apteekkiin, josta reseptit kuljetettiin terveysasemalle. Joskus potilaat pyysivät reseptejä myös puhelimitse. Haastatellun avustajan koulutus oli erikoissairaanhoitaja ja hän oli työskennellyt terveysasemalla 16 vuotta. Avustajan työtehtäviin reseptien vastaanotossa kuului uusimismerkintöjen tekeminen reseptiin tai uusien reseptien kirjoittaminen. Avustaja myös kirjasi kaikki uusitut reseptit sairauskertomuksiin. Lisäksi terveysasemalla oli sovittu, että astmapotilaiden tulisi käydä vastaanotolla vuoden välein, ja avustaja tarkasti, oliko tämä toteutunut. Reseptin sai uusittuna parin päivän päästä joko apteekista tai terveysasemalta. Reseptien uusimisesta potilaan odottaessa oli luovuttu juuri lääkäripulan takia.

Lääkäri uusi reseptit hyvin kiireisesti. Kaikki pitkäaikaislääkkeet uusittiin katsomatta sairauskertomusta, vaikka sairauskertomukset otettiin esille kaikkiin resepteihin. PKV-lääkkeitä lääkäri pyrki katsomaan muita tarkemmin. Potilaiden seuranta-tarkastusten toteutumista ei seurattu mitenkään. Periaatteessa lääkäreille oli varattu aikoja uusimiseen, mutta ne menivät kiireisen aikataulun kiinni ottamiseen.



Kuva 6. Esimerkki reseptien uusimiskäytännöstä terveysasemalla, jossa on lääkäripula (terveysasema 10).

## 7.2.2 Reseptien uusimisprosessin vaiheet

### Reseptien jättäminen uusittavaksi

Uusittavia reseptejä voi terveysasemilla jättää useisiin eri paikkoihin. Yleisimmät paikat olivat terveysaseman ilmoittautuminen tai potilastoimisto, lääkärin vastaanottoavustajien huone tai uusittavia reseptejä varten järjestetty postilaatikko. Joillakin paikkakunnilla valtaosa uusittavista resepteistä jätettiin apteekkiin. Reseptin saattoi myös jättää uusittavaksi puhelimitse vastaanottoavustajalle, mutta se vaati keskustelun avustajan kanssa ja sairauskertomuksen tarkistamisen tai puhelun yhdistämisen lääkärille.

*”Niitähän voi tulla, tätä uusintapyyntöä, voi tulla potilastoimistoon eli ihmiset tuo sinne uusittavaksi tai jättää reseptilaatikkoon sen, sinne voi panna. Tai tuo suoraan sinne potilastoimiston henkilölle sen. Sitten voi tulla tähän ajanvarauksen tytöille tulla sitä viestiä jostain muualta joko asiakkaan kautta, tai sitten voi tulla kotisairaanhoidosta. Sitten voi tulla tietysti vastaanotolta, sitten voi tulla apteekista. Monesta eri kohdasta tulee sitä, niin kuin varmaan ymmärrät.”*

*Lääkäri 32, Hyvä uusimiskäytäntö*

Psykenlääkkeiden reseptit, alkoholivieroitukseen liittyvät reseptit ja ehkäisy-pillerireseptit oli monella paikkakunnalla ohjattu uusittaviksi mielenterveystoimistoon, A-klinikalle tai ehkäisyneuvolaan. Joillain terveysasemilla reseptin saattoi uusia päivystyksessä, toisilla tästä taas oli yritetty pyrkiä eroon.

*” Sitten jos on joku mielenterveystoimiston määräämä lääke tai A-klinikan määräämä lääke niin ne yritetään, jos ne on keskitetty sinne, ohjata ne oikeisiin pisteisiin viemään ne reseptit.”*

*Terveyskeskusavustaja 02, Ristiriittainen uusimiskäytäntö*

Kotisairaanhoidon reseptit uusittiin usein tavallisesta poikkeavan käytännön mukaan. Kotisairaanhoidon reseptejä uusittaessa seuranta oli tarkempaa kuin tavallisissa uusinnoissa, jos reseptit uusittiin lääkärin paperikierrolla. Tällöin potilaan sairauskertomus ja potilaan tuntevan kotisairaanhoidajan asiantuntemus olivat käytettävissä.

### **Reseptien vastaanotto ja valmistelu**

Vastaanottoavustajat vastasivat terveyskeskuksessa reseptien uusimisen teknisestä toteuttamisesta, johon kuului uusimispyyntöjen vastaanotto, reseptien valmisteleminen lääkärin uusittaviksi ja uusittujen reseptien luovutus takaisin potilaille. Reseptien uusiminen saattoi viedä päivässä jopa useita tunteja vastaanottoavustajan työajasta, ja olla tasapainoilemista lääkäreiden ja potilaiden toiveiden välimaastossa.

*”Yritetään sovittelaa, että miten me se parhaimmitten hoidetaan. Kyllä me aikalaisia mestareita siinä ollaan, kun me ollaan harjoitettu monta vuotta.”*

*Perushoitaja 04, Ristiriittainen uusimiskäytäntö*

Terveysasemalle tuotu uusittava resepti tulee ensimmäisenä vastaanottoavustajan käsiin. Avustajalla olikin reseptien uusimisessa useita tehtäviä (Taulukko 23). Kaikilla terveysasemilla avustajalle ei ollut delegoitu reseptien uusimisessa juurikaan vastuuta. Tällainen avustaja teki vastaanottovaiheessa vain reseptien siirtelyyn liittyviä tehtäviä.

Joillakin terveysasemilla avustajat olivat oma-aloitteisesti ottaneet aktiivisen roolin potilaan lääkehoidon seurannassa. Kaikissa tapauksissa aktiiviset vastaanottohenkilöt eivät toimineet lääkärin ohjauksessa, vaan pitivät omaan ammattiinsa kuuluvana velvollisuutena seurata potilaan lääkkeiden käyttöä.

*”Kyllä se suurimmaks osaks on meidän tossa, näitten avustajien, kontolla melkein se, että me katotaan, koska kyl monta kertaa lääkärit uusii reseptit ilman et he edes katsoo et mihin he nimensä pistää. Että kyllä se on sillälaila et meidän on katottava et mitä ne reseptit on ja mitä uusitaan ja millon uusitaan!”*

*Perushoitaja 27, Lupaava uusimiskäytäntö*

### Taulukko 23. Vastaanottohenkilökunnan tehtäviä reseptien uusimisessa.

- Selvittää potilaalta kysymällä lääkehoidon seurantaan liittyviä asioita.
- Kysyä potilaalta, mitä tämä haluaa uusia.
- Kysyä potilaan muita toiveita.
- Tiedottaa potilaalle noutoajankohta.
- Tarkastaa, onko reseptissä lääkettä jäljellä.
- Tarkastaa, onko resepti voimassa.
- Tarkastaa, onko potilas terveyskeskuksen lääkäreiden hoidossa.
- Tarkastaa, kuka on potilaan omalääkäri.
- Tarkastaa potilaan edellinen lääkärisäkäyntiajankohta.
- Katsoa resepteistä lääkkeiden käyttöä.
- Ottaa sairauskertomuskansiot esille.
- Siirtää reseptit lääkärin postilaatikkoon, työpöydälle tai uusimiselle varatulle paikalle.

Haastateltujen vastaanottoavustajien koulutukset olivat vaihtelevia. Sairaanhoidollinen koulutus oli vain seitsemällä avustajalla eli neljänneksellä haastatelluista. Kolmella neljänneksellä oli perus- tai apuhoitajan tai terveydenhuollon sihteerin tai vastaanottoavustajan koulutus, joihin ei sisälly perusteellista opetusta lääkeaineista, lääkevalmisteista, lääkkeiden käytöstä eikä annostelusta. Yhdellä haastatelluista vastaanottoavustajista oli merkonomin koulutus. Samalla terveysasemalla avustajina ja reseptien vastaanottajina saattoi olla jopa kaikkia edellisten koulutusten edustajia ja lisäksi sairaankuljettajia. Avustajan koulutus ei välttämättä ollut yhteydessä aktiivisuuteen reseptien uusimisessa, haastatelluissa oli passiivisia sairaanhoitajia ja aktiivisia sihteereitä. Useimmat haastatellut vastaanottoavustajat olivat tehneet työtä samassa työpaikassa 10–30 vuotta ja he olivat kaikki naisia.

### Uusinnan tarkistaminen

Avustajan tehtävä oli lähes kaikissa terveyskeskuksissa tehdä jonkinlainen alustava arvio siitä, otetaanko resepti uusittavaksi. Antibiootit oli useimmin mainittu lääkeryhmä, jota ei tavallisesti missään uusittu lääkärin kohtaamatta potilasta. Myöskään PKV-lääkkeitä ei juuri missään uusittu ilman jonkinlaista sovittua hoidon seuranta, erityisesti, jos niitä oli käytetty yli annosohjeen. Poikkeuksia antibioottien ja PKV-lääkkeiden uusimiseen tehtiin joskus potilaan sairauden mukaan, tai jos potilas oli lääkärille tuttu. Jotkut lääkärit mainitsivat myös muita yleensä lyhytaikaisesti käytettäviä lääkkeitä, joita ei mielellään uusittu lääkärin kohtaamatta potilasta, esimerkiksi mahalääkkeet, kortisonilääkkeet ja särkylääkkeet.

*”Katsoo, joo. Kattoo kyllä, että esim. jos antibioottireseptiä jätetään uusittavaksi, niin kyllä he osaa katsoa sen, että ei näitä näin vaan voi uusia, että lääkärin pitää ottaa kantaa tähän. He silleen pystyy karsimaan niitä, mitkä on pysyväislääkityksen reseptejä ja mitkä on sit sellasia – samaten jos on PKV-lääkkeitä niin unilääkkeitä ei automaattisesti voi jättää uusittavaksi, tai jotain kipulääkkeitä tai muuta. Kyllä he ottavat kantaa.”*

*Lääkäri 09, Lupaava uusimiskäytäntö*

Osassa terveyskeskuksista reseptin uusimisen mainittiin vaativan vastaanottokäynnin, kun potilas ei ole käynyt säännöllisesti vastaanotolla tai tarvittavissa tutkimuksissa, tai resepti on yli vuoden vanha. Yleisenä käytäntönä oli uusia pieni määrä lääkettä silloin, kun potilaan toivottiin lähiaikoina tulevan vastaanotolle.

*”...sitten näistä pysyvistä lääkityksistä, jos puhutaan kroonisista sairauksista, niin sitten tietysti siinä vaiheessa jos on esim. vuoden resepti, ja sitä uusitetaan, sitten ainakin patistetaan tulemaan vastaanotolle, että tavallaan pyritään sitä kontrollia pitämään semmosessa tilanteessa.”*

*Lääkäri 26, Lääkäripula*

Joskus lääkärin ja avustajien vastaukset poikkesivat toisistaan. Vaikka lääkäri olisi sanonut avustajan tietävän, mitä ei oteta uusittavaksi, avustaja ei maininnut samoja lääke- tai potilasryhmiä kuin lääkäri. Neljällä paikkakunnalla avustaja mainitsi, että lääkäri päättää asiasta täysin itse. Kolmella näistä paikkakunnista avustaja kuitenkin kirjoitti lääkärille valmiit reseptipohjat tai teki reseptiin uusimismerkinnät ennen kuin lääkäri teki päätöksen uusimisesta.



Yleisintä oli, että väestövastuulääkäri, hoitava lääkäri tai reseptit aiemmin kirjoittanut lääkäri uusi omien potilaidensa reseptit (Taulukko 24). Kun väestövastuulääkäri tai muu hoitava lääkäri ei ollut paikalla, reseptit uusi yleensä solun, kaksoisvastaanoton tai alueen toinen lääkäri. Reseptejä uusittiin myös siten, että uusimisvuoro kiersi päivittäin lääkäriltä toiselle. Näin yhdelle lääkärille ei tullut uusimisvuoroa joka päivä, mutta uusittavia reseptejä oli paljon. Kahdella terveysasemalla uusimisesta huolehtivat kaikki lääkärit yhdessä ryhmätyönä. Kaikilla terveysasemilla uusimista ei yleensä lääkäripulan takia voitu järjestää tietyille lääkärille, vuorotteluksi eikä hoitavan lääkärin tehtäväksi. Lääkärit uusivat silloin reseptejä kovassa kiireessä, ja yrittivät vain madaltaa korkeaa reseptikasaa ohi kulkiessaan.

Taulukko 24. Reseptejä uusiva lääkäri ja uusimiseen varattu aika.

Uusijalääkäri	Uusimiseen varattu aika ja uusittavien reseptien määrä
Väestövastuulääkäri n = 10	Ei yleensä varattu aikaa, uusiminen vastaanoton välissä, ruokatunnilla tai puhelintunnilla. Noin 5–10 reseptiä/lääkäri/päivä.
Hoitava lääkäri tai reseptin aiemmin kirjoittanut lääkäri n = 6	Ei yleensä varattu aikaa, uusiminen vastaanoton välissä, ruokatunnilla tai puhelintunnilla. Noin 5–10 reseptiä/lääkäri/päivä.
Päivittäin kiertävä vuoro n = 4	Varattu lyhyehkö aika, kaikki terveyskeskuksen reseptit, n. 30–60/päivä.
Joka ehtii n = 3	Reseptejä uusitaan kun ehditään, kiireessä. Uusimista ei yleensä lääkäripulan takia ole voitu järjestää esimerkiksi hoitavan lääkärin tehtäväksi.
Lääkäriryhmä n = 2	Uusiminen aamupalaverin yhteydessä, kaikki terveyskeskuksen reseptit.
Reseptit jaetaan lääkärin kesken, ei hoitaville lääkäreille n = 2	Ei yleensä varattu aikaa, uusiminen vastaanoton välissä, ruokatunnilla tai puhelintunnilla. Noin 5–10 reseptiä/lääkäri/päivä.

Lääkehoidon seuranta reseptien uusimisen yhteydessä näytti riippuvan siitä, miten tärkeänä lääkäri piti lääkehoitoa. Pyrkimys hyvään reseptien uusimiseen ei välttämättä tarkoittanut, että uusimiselle olisi varattu riittävästi aikaa. Myöskään lääkärin kokemus uusimisajan riittävydestä ei aina ollut yhteydessä lääkehoidon seurannan toteutumiseen. Aineistossa oli kaksi lääkäriä, jotka uusivat ison määrän reseptejä viidessätoista minuutissa ja ehtivät mielestään tehdä sen oikein hyvin. Lääkehoidon seuranta oli kuitenkin olematonta; potilaan sairauskertomusta tai kontrollikäyntejä ei ajateltu ollenkaan uusimisen yhteydessä. Yleisempi oli monen lääkärin kokemus siitä,

että lyhyt uusimisaika, jossa lääkäri ei ehdi paneutua potilaan tilanteeseen, heikentää väistämättä lääkehoidon seurantaa.

Vajaalla kahdella kolmasosalla eli 15:llä tutkituista terveysasemista oli käytössä tietokoneohjelma, jonka kautta pääsee potilaiden sairauskertomuksiin. Melko monessa terveyskeskuksessa oltiin siirtymässä sähköisiin sairauskertomuksiin. Suurin osa tutkimukseen osallistuneista terveysasemista käytti Pegasos- tai Sinuhe- (nykyisin Effic-a-) ohjelmistoja. Sairauskertomukset olivat tietokoneella, tai ne otettiin esiin kaikkiin uusittaviin resepteihin 21:ssä tutkituista terveyskeskuksista. Seitsemässä terveyskeskuksessa sairauskertomukset otettiin esiin pääasiassa ainoastaan PKV-lääkkeisiin. Käytännössä pääsyä sairauskertomuksiin tietokoneohjelman kautta saattoi estää tietokoneohjelman joustamattomuus tai lääkärin tottumattomuus ohjelman käyttöön.

*”Sittenhän meillä on Sinuhe käytössä eli jos se lääkäri, joka uusi, haluaa katsoa vähän asioita niin hän voi Sinuhelta aika äkkiä katsoa potilastietoja.”*

*Lääkäri 04, Ristiriitainen uusimiskäytäntö*

*”Haastattelija: Onko siinä uusiessa mahdollista katsoa niitä potilaan papereita? Lääkäri: On se mahdollista, mutta niitä ei oteta rutiinisti esille. Jos on joku erityisempi tilanne niin otetaan jo valmiiksi ja sitten voi pyytää. Haastattelija: Onko jokin tietty lääkeryhmä johon otetaan esille? Lääkäri: No PKV-lääkkeistä, ne kun merkitään siihen reseptinuudistuslehdelle niin siinä on se kertomus sillon mukana niissä.”*

*Lääkäri 05, Ristiriitainen uusimiskäytäntö*

Potilaan sairauskertomusta käytettiin eri tavoin uusittaessa PKV-lääkkeitä tai uusittaessa pitkäaikaislääkkeitä. Lääkärit mainitsivat pitkäaikaislääkkeiden uusimisen kahdessa eri yhteydessä. Osa lääkäreistä ajatteli pitkäaikaislääkkeiden olemassaolon helpottavan uusimista, koska niihin ei tarvitse perehtyä kovin tarkasti. Erityisesti tällaisessa yhteydessä saatettiin mainita sydän- ja verisuonitautien lääkkeet. Sen sijaan näiden lääkärin mielestä PKV-lääkkeiden käyttöä on syytä tarkkailla huolellisesti ja ne tulee myös kirjata sairauskertomukseen.

*”Täytyy sanoa, että tommissa lääkkeissä, jotka näyttää, että ne on pitkäaikaisten sairauksien jatkuvia lääkityksiä niin ei kovin usein. Ehkä silloin jos jostakin syystä herää epäily, että tämä kaveri tai potilas ei käy kontrolleissa ollenkaan. Niin tulee katottua, milloinkas tämä on käyny ja tällai. Samoin sitten aivan aina jos on kysymys psykykenlääkkeistä, niin*

*katotaan yleensä. Erikoisesti ja ehdottomasti diatsepamin-sukuiset bentsodiazepiinit.”*

*Lääkäri 04, Ristiriitainen uusimiskäytäntö*

Toisaalta muutamat lääkärit ja joskus myös vastaanottoavustajat mainitsivat pitkäaikaislääkkeet sellaisina lääkkeinä, joiden käyttöä on syytä seurata. Esimerkiksi potilaan edellisen lääkärissä käynnin ajankohta on tarkastettava, ja pitkäaikaisten lääkkeiden uusimiseen kiinnitettävä muutenkin erityistä huomiota. Tämä oli kuitenkin paljon edellä esitettyä käsitystä harvinaisempi, eikä tarkastus aina toteutunut ihanteellisesti.

*”Haastattelija: Sä pyrit seuraamaan koska ne [potilaat] käy kontrollissa? Avustaja: Kyllä. Haastattelija: Teetkö sä sitä kaikista resepteistä vai onko se enemmän satunnaista? Avustaja: Ei kaikista resepteistä varmaankaan. Jostain särkylääkkeistä harvemmin tulee semmosta katottua. Mutta just verenpaine-, sydän-, tämmöset kilpirauhaslääkkeet ja epilepsia-lääkkeet, sokerilääkkeet, missä on kontrollitkin aiheellisia.”*

*Vastaanottoavustaja 03, Hyvä uusimiskäytäntö*

Sairauskertomusta katsottiin reseptien uusimisen yhteydessä yleisimmin silloin, kun lääkäri ei muistanut potilasta nimeltä tai reseptistä ilmeni jotain epäilyttävää. Näin toimivat lääkärit uusivat suurimman osan resepteistä ilman sairauskertomuksen tukea. Viisi lääkäriä ei juuri koskaan käyttänyt sairauskertomusta uusiessaan. Haastatelluista lääkäreistä vajaa kolmannes kertoi käyttävänsä sairauskertomustietoja paljon aina reseptejä uusiessaan. Sairauskertomuksia käyttävät lääkärit kertoivat tarkistavansa niistä esimerkiksi lääkkeen annostuksia ja potilaan edellisen vastaanottokäynnin ajankohtaa.

*”Kyllä mä katson voi sanoa - jos ei kysymyksessä ole sellanen asia, jonka mä heti muistan, että tämä potilas on sillon ja sillon käyny ja joku yksinkertainen asia, semmonen selkee, jatkuva lääke vuosia samalla potilaalla ollut ja arviointi kuitenkin tehty. Silloin saattaa olla, että en katso. Sanotaan nyt näin, että yhdeksässä tapauksessa kymmenestä mä avaan ne paperit, ja katson mitä siellä on. Se on sen takia, tai että tämä on semmonen oma taktiikka, että teen näin, mutta sen oon käytännössä huomannu, että virheitä sattuu sillon useammin jos ei ole niitä sairaskertomuksesta varmistanu niitä asioita.”*

*Lääkäri 31, Hyvä uusimiskäytäntö*

Sairauskertomusten käyttämättä jättäminen reseptiä uusittaessa liittyi usein potilaiden tuntemiseen. Jos lääkäriellä ei ollut tapana katsoa potilaan sairauskertomusta, hän perusteli sitä sanomalla tuntevansa potilaansa. Kuitenkin myös jotkut paljon sairauskertomuksia uusiessa käyttävät lääkärit kertoivat tuntevansa potilaansa, mutta tarkistivat siitä huolimatta joitakin asioita sairauskertomuksista. Toisaalta PKV-

lääkkeistä sanottiin, että tuttujenkin potilaiden on käytävä vastaanotolla uusimassa reseptit, jos lääkettä näyttää kuluvan liikaa. Vähän yli puolet lääkäreistä ei kuitenkaan maininnut potilaiden tuttuutta reseptien uusimiseen vaikuttavana tekijänä.

*”Aika paljon kyllä. Tietysti kun on tämmönen väestövastuusysteemi niin sä oot tässä vuosien varrella myös oppinut tuntemaan niitä potilaita, että muistaa. On tiettyjä potilaita, joita harvemmin tulee katottua, koska muistaa, että he on käyny ja käy säännöllisesti. Sitten jos tulee vieras nimi vastaan tai et muista, et osaa yhdistää ihmistä niin sillon tulee herkästi katsottua tuolta koneelta. Millon on viimeks käyny ja millä asialla ja millon on reseptit uusittu ja mitä tarkistettu.”*

*Lääkäri 03, Hyvä uusimiskäytäntö*

Myös uusittavien reseptien suuri määrä ja aikapula mainittiin sairauskertomusten käyttöä vähentävinä tekijöinä. Lääkärit olivat melko monessa paikassa sitä mieltä, että jos reseptien uusimiselle olisi enemmän aikaa, se olisi harkitumpaa ja lääkehoidot olisivat paremmassa seurannassa.

*”Tottakai ajanpuute on yks tekijä siinä, että enemmänkin siihen aikaa saisi uhrata ja joskus ajatellaan että onko tässä nyt lääkitys ajankohtanen tai semmonen kun on sovittu, mutta tota niinkun sanoin, niin potilaat on kyllä myöskin tuttuja, et se ei oo aina niin tarpeen.”*

*Lääkäri 11, Lääkäripula*

Useat haastatellut lääkärit sanoivat, että pitkäaikaissairaiden potilaiden tulisi käydä lääkärin vastaanotolla vuoden välein. Monet toivat lisäksi esille, että tarkastuskäyntien tiheyden vaikutti potilaan sairauden tila sekä esimerkiksi ikä ja muisti. Hyvässä hoitotasapainossa olevien potilaiden tarkastuskäyntien välin saatettiin antaa venyä yli vuoden tai jopa kahteen vuoteen saakka, varsinkin, jos terveyskeskuksessa oli pulaa vastaanottoajoista. Parissa terveyskeskuksessa oli myös valmiina tai tekeillä omia kirjallisia suosituksia käyntiväleistä.

*”L: Ei ole mitään ehdottomia suosituksia. Itse kukin lääkäri kattoo sitä asiaa uusittaessa. Mutta kuten sanottu, kyllä se verenpaine pitäis, kun sillä vuoden resepti täytyy, se tulee uusimaan reseptin niin ei sitä enää vuoden reseptiä kirjoiteta vaan kehotetaan käymään vastaanotolla. Samoin diabetes on kyllä semmonen, että kehotetaan käymään. Ei niitä vaan pelkästään uusita. Ne on varmaan ne tavallisimmat.”*

*Lääkäri 14, Hyvä uusimiskäytäntö*

Vastaanotolla käyntien säännöllisyyttä seurattiin yleisimmin siten, että lääkäri kiinnitti sattumalta huomiota siihen, ettei potilas ollut pitkään aikaan käynyt vastaanotolla, vaan oli vain uusinnut reseptiään jopa vuosia kohtaamatta lääkäriä. Silloin potilaalle

viestitettiin vastaanottoavustajan tai apteekin henkilökunnan kautta, että olisi syytä varata vastaanottoaika. Joissakin terveyskeskuksissa seurattiin käyntivälejä systemaattisesti reseptejä uusittaessa. Yleensä vastaanottoavustaja kysyi potilaalta, koska tämä oli viimeksi käynyt lääkärintarkastuksessa, tai katsoi tietokoneelta edellisen käyntiajankohdan. Noin kolmannes tutkimukseen osallistuneista vastaanottoavustajista tarkasti pitkäaikaislääkitystä saavien potilaiden edellisen tarkastuskäynnin ajankohdan reseptien uusimisen yhteydessä. Myös lääkäri tarkasti joskus edellisen käyntiajankohdan sairauskertomuksesta. Toisissa terveyskeskuksissa ei seuranta-käyntien seuraamista reseptien uusimisen yhteydessä pidetty tarpeellisena. Asian katsottiin olevan potilaan omalla vastuulla. Terveyskeskuksissa, joissa oli pulaa lääkäreistä, ei aina ollut ylimääräisiä vastaanottoaikoja, joita olisi voinut antaa reseptien uusimisen yhteydessä.

*”Haastattelija: Valvotaanko näitä käyntiajankohtia miten? Lääkäri: Lähinnä nyt sillä tavalla, että avustajat kun ottaa reseptin vastaan niin ne kyselee siinä, että milloinka olet viimeks käynyt ja olisiko aika sitten käydä vastaanotolla.”*

*Lääkäri 22, Hyvä uusimiskäytäntö*

*”Haastattelija: Seurataanks teillä sitä että onko potilas käynyt kontrollissa? Siinä uusimistilanteessa? Lääkäri: Eei. Ei läheskään aina, että se on aika pitkälti potilaasta kiinni itsestään että hoitaako hän vuosikontrollit, tämmöset et ei, hyvin hyvin harvoin se tulee niinku selvästi esiin et ei oo käynyt kontrolleissa.”*

*Lääkäri 17, Lääkäripula*

Terveysasemilla, joilla tuli puhetta reseptien lääkemäärästä, lähes kaikki lääkärit kertoivat vähentäneensä reseptien uusimisen työtaakkaa pyrkimällä pitkäaikaislääkkeissä muutaman kuukauden resepteistä vuoden resepteihin. Päätös lääkemäärän lisäämisestä oli tehty pääasiassa reseptien määrän vähentämiseksi, koska monilla pitkäaikaissairailta potilailla seurantatarkastukset yritettiin järjestää vuoden välein. Yleensä vuoden resepteihin siirtyminen oli ollut lääkäreiden yhteinen sopimus, ja myös avustava henkilökunta ja apteekki tiesivät tavoitteesta.

*”Mehän pyritään niin kun yleensä laittamaan nämä – meillä on niinku pitkäaikaislääkitykset – niin vuoden reseptit kerralla, että ne saa sitten potilaat hakea apteekista niitä itse. Se on rauhottanut sillä lailla, että ennen niitä tuli vielä enemmän kun ne reseptit oli pienempiä.”*

*Lääkäri 29, Lääkäripula*

### **Reseptin tuottaminen, allekirjoittaminen ja kirjaaminen**

Reseptin tuottaminen oli melkein jokaisessa tutkimukseen osallistuneessa terveyskeskuksessa tärkeä osa vastaanottoavustajan työtehtäviä. Vain kuudessa terveyskeskuksessa avustaja ei milloinkaan osallistunut reseptin tuottamiseen. Avustaja teki uusimismerkinnät reseptiin, kirjoitti uuden reseptin käsin, kirjoituskoneella tai tietokoneella sekä vei reseptit uusimisohjelman lääkäriä varten Pegasos-tietokoneohjelmaa käyttävissä terveyskeskuksissa.

*”Vastaanoton henkilökunta yleensä täydentää sieltä tän uusittavan lääkkeen, että mikä uusitaan, päivämäärät ja kaikki tämmöset sille reseptin toiselle puolelle. Tai sitten jos on se reseptilomake täynnä, kirjottavat monesti sen uuden reseptin siitä ja liittävät sen vanhan tietenkkin siihen mukaan.”*

*Terveydenhoitaja 05, Ristiriitainen uusimiskäytäntö*

Vajaassa kolmanneksessa tutkituista terveyskeskuksista ei tutkimushetkellä ollut tietokoneohjelmaa, joka mahdollistaisi sairauskertomusjärjestelmän ylläpidon ja reseptien kirjoittamisen. Jos terveyskeskuksessa oli reseptinkirjoitusohjelma, sitä yleensä luontevasti käytettiin reseptin kirjoittamisessa. Aina reseptinkirjoitusohjelmaa ei kuitenkaan hyödynnetty. Joissakin terveyskeskuksissa osa lääkäreistä käytti reseptinkirjoitusohjelmaa ja osa ei. Toisaalla reseptit saatettiin kirjoittaa tietokoneella vastaanottotilanteessa, mutta ne uusittiin jossain muualla kuin koneen ääressä. Tällöin uusittava resepti kirjoitettiin käsin, mikäli tarvittiin uusi reseptilomake. Aina ei myöskään reseptin tuottamisesta huolehtiva avustaja halunnut käyttää tietokonetta. Lääkärit, jotka eivät halunneet hyödyntää reseptien kirjoituksessa tietokonetta, sanoivat sen olevan hidasta.

*”Meillähän on tässä Sinuhessa tosiaan mahdollisuus reseptiäkin ottaa. Mutta meistä lääkäreistä vähän käytetään sitä, että enempi tehdään käsityönä reseptejä. En tiedä minkä takia. Musta itsestäni se tuntuu, ei ole tullut harjoiteltua sitä, niin tuntuu, että nopeammin mä sen käsin kirjoitan kuin tuolta koneesta teen.”*

*Lääkäri 14, Hyvä uusimiskäytäntö*

Reseptin uusimisen vahvistaa aina lääkäri henkilökohtaisesti allekirjoituksellaan. Monessa tutkimukseen osallistuneessa terveyskeskuksessa vastaanottoavustaja kuitenkin kirjasi reseptit uusituksi tai kirjoitti valmiit reseptipohjat ennen kuin lääkäri oli nähnyt reseptejä tai antanut virallista vahvistusta uusimiselle. Kahdessa terveyskeskuksessa vastaanottoavustaja jopa leimasi uusittavat reseptit lääkärin henkilökohtaisella leimalla etukäteen.

Viidellätoista tutkimukseen osallistuneista terveysasemista uusitut reseptit pyrittiin kirjaamaan potilaiden sairauskertomuksiin mahdollisimman täydellisesti ja lisäksi neljällä terveysasemalla kirjattiin kaikki uusinnat puhelinuusintoja lukuun ottamatta. Yhdeksällä terveysasemalla oli parantamisen varaa reseptien kirjaamisessa. Useimmilla näistä terveysasemista kirjattiin sairauskertomuksiin vain PKV-lääkkeet. Puutteita reseptien kirjaamisessa selitettiin useimmiten ajansäästöllä.

*”Haastattelija: Periaatteessa teillä kaikki uusitut tulee kirjattua? Lääkäri: Joo, se on tarkoitus. Haastattelija: Tiedätkö sä miten hyvin se toteutuu? Lääkäri: Uskon, että varsin hyvin. Että ainoastaan ehkä joskus jos kiireisellä vastaanotolla potilas viimeisenä esittää jonkun särky-lääkereseptin ja sitten kun kirjaa sitä käyntiä ylös niin saattaa unohtua.”*

*Lääkäri 06, Lupaava uusimiskäytäntö*

*”Haastattelija: Kirjataanko ne uusimiset sairauskertomukseen? Lääkäri: Se on ollut viime aikoina silleen, että ne on ollut lähinnä nuo PKV-lääkkeet. Muitakin, kyllä sinne joskus merkitään muitakin, mutta lähinnä PKV-lääkkeet.”*

*Lääkäri 05, Ristiriitainen uusimiskäytäntö*

Puhelinreseptejä ja puhelinuusintoja ei välttämättä kirjattu potilaan sairauskertomukseen tilanteissa, joissa lääkäri ei ollut tietokoneensa tai sairauskertomuksen ääressä reseptiä uusiessaan. Joskus uusitut reseptit jäivät kirjaamatta sen takia, että vastaanottoavustaja pyysi uusinnan lääkäriltä kiireisenä hetkenä potilaan odottaessa. Lääkäri saattoi myös unohtaa sanella tai kirjata uusinnan. Apteekin kautta uusittuja

reseptejä kirjattiin joissain terveyskeskuksissa pelkästään erilliseen vihkoon tai listalle, mutta niitä ei viety potilaiden sairauskertomuksiin.

*”Kyllä me siihen pyritään, että me tehtäisi sairaskertomusmerkintä siitä uusinnasta silloinkin, kun se tapahtuu puhelimitse. Mutta melkein voisın sanoa, että siinä varmaan on semmosia aukkoja, ettei välttämättä aina tule sitä sairaskertomukseen sitä kertaa. Vähän riippuu siitäkin missä silloin sattuu olemaan kun apteekki soittaa.”*

*Lääkäri 31, Hyvä uusimiskäytäntö*

Kirjaamiskäytäntöjä oli saatettu muuttaa esimerkiksi lääkäritilanteen vaihtelujen mukaan. Jos terveyskeskuksessa oli pulaa lääkäreistä, kirjaamista oli vähennetty. Lääkäripulan helpotettua kirjaaminen oli aloitettu uudelleen. Tietokoneella olevan sairauskertomusjärjestelmän puuttuminen ei yleensä ollut yhteydessä kirjaamatta jättämiseen. Niissä terveyskeskuksissa, joissa haastateltu lääkäri piti lääkehoidon seurantaan tärkeänä, uusittuja reseptejä kirjattiin ahkerammin kuin muissa.

Tutkimukseen osallistuneista terveysasemista valtaosalla uusimisten kirjaaminen sairauskertomuksiin oli vastaanottoavustajien tehtävä. Lääkäri oli uusittujen reseptien pääasiallinen kirjaaja kolmella tutkituista terveysasemista. Joillakin terveysasemilla sekä vastaanoton henkilökunta että lääkärit kirjasivat reseptejä. Näillä terveysasemilla ei kaikilla ollut kysymys yhteistyöstä, vaan yleensä kirjaamiskäytännön epäyhtenäisyydestä: joku lääkäri kirjasi uusitut reseptit itse ja joku toinen jätti ne avustajan kirjattavaksi. Jokaisella terveysasemalla oli sovittu periaatteet siitä, mitä sairauskertomuksiin kirjataan, mutta eri henkilöt saattoivat terveysaseman sisällä toteuttaa sopimusta eri tavoin. Vaikka avustaja periaatteessa kirjasi valtaosan uusittavista resepteistä, saattoi lääkärin kirjattavaksi kuitenkin jäädä esimerkiksi satunnaisia puhelinuusintoja.

*”Lääkäri: Kyllä ne kirjataan, ne kirjataan. Avustajat huolehtii, että nää uusimiset kirjataan. Meillä on semmonen työnjako, että avustaja nimenomaan huolehtii tän uusimisen kirjaamisen terveyskertomukseen.”*

*Lääkäri 13, Hyvä uusimiskäytäntö*

*”Määrätyt lääkärit kirjaa itse ja toiset lääkärit ei koskaan. Jos ei oo lääkäri itse kirjannu niin sitten me hoitohenkilökunta, tk-avustajat tai sairaanhoitaja.”*

*Erikoissairaanhoitaja 12, Ristiriitainen uusimiskäytäntö*



Avustaja kirjasi uusittavien reseptien tiedot potilaan sairauskertomukseen suoraan resepteistä, sanelun perusteella, lääkärin antamalta paperilapulta tai erityisestä uusimissaatteesta. Osassa terveyskeskuksista uusittavat reseptit kirjautuivat sairauskertomuksiin tietojärjestelmän kautta automaattisesti paitsi reseptiä kirjoitettaessa, myös uusittaessa. Jos uusimismerkintä tehtiin suoraan reseptiin, oli resepti kuitenkin erikseen kirjattava uusituiksi.

### **Reseptin noutaminen**

Kun reseptit oli uusittu, vastaanottoavustaja antoi ne takaisin potilaille tai toimitti ne apteekkiin noudettaviksi, ja välitti samalla lääkärin viestejä potilaille. Lääkäri saattoi esimerkiksi pyytää avustajaa viestittämään potilaalle, että tämän tulisi käydä vastaanotolla ennen seuraavaa uusintaa. Viestejä välitettiin eteenpäin paperilapuilla, jollei viestin lääkäriltä vastaanottanut avustaja ollut itse antamassa reseptejä takaisin potilaille.

Suurimmassa osassa tutkimukseen osallistuneista terveyskeskuksista reseptit sai uusituksi seuraavaan päivään mennessä, tai jopa saman päivän aikana, jos potilas toi reseptin terveyskeskukseen hyvissä ajoin aamupäivällä. Neljässä terveyskeskuksessa reseptin uusimisen sanottiin kestävän 2–3 päivää. Missään terveyskeskuksessa reseptin uusiminen ei arkena kestänyt yli kolmea vuorokautta.

Useimmissa terveyskeskuksissa potilas saattoi saada reseptin uusituksi myös odottaessaan, jos hänellä oli pitkä matka terveyskeskukseen, liikkumisvaikeuksia tai jos hän aktiivisesti vaati uusimista. Kolmessa terveyskeskuksessa odottaessa uusiminen oli pääasiallinen uusimiskäytäntö. Jos käytäntö oli sovittu tällaiseksi, henkilökunta oli siihen yleensä tyytyväinen. Myös potilaat olivat ilmaisseet olevansa tyytyväisiä nopeaan palveluun. Jos odottaessa uusiminen oli normaalin uusimiskäytännön ohella huomaamatta lisääntynyt, lääkärit mainitsivat tyytymättömyytensä tilanteeseen.

Niissä terveyskeskuksissa, joissa reseptiä ei mielellään uusittu odottaessa, suurin osa potilaista oli sopeutunut vallitsevaan käytäntöön. Yleensä käytännön vakiinnuttamiseen olikin liittynyt tehokas tiedotus seinäilmoituksin, lehtisin, suullisesti ja joskus myös paikallislehdessä. Osa potilaista oli tyytymättömiä palvelun hitauteen. Useimmiten nämä olivat kuitenkin poikkeustapauksia.

*”Puoli yhteentoista mennessä pitää ne reseptit olla tässä, niin ne joutuu sitten tämän päivän uusintaan. Kyllä ne ihmiset on senkin oppinu suhteellisen hyvin, että joskus sitten tullaan, että pitäis kiireesti saada joku uusittua, että on lääkkeitä loppunu. Aika hyvin ne on tämän oppinu, että on sen verran kauan aikaa kuitenkin ollu.”*

*Terveydenhuollon sihteeri 19, Lääkäripula*

### **7.2.3 Reseptien uusimiskäytännöistä sopiminen**

Reseptien uusimiskäytännöt olivat itsekseen muotoutuneita ja vakiintuneita, eikä terveyskeskuksissa yleensä ollut niitä koskevia ohjeita. Useimmissa terveyskeskuksissa oli vakiintunut reseptien uusimiskäytäntö, jonka henkilökunta tunsu. Kaikki tiesivät esimerkiksi, kuka lääkäri uusii reseptit ja koska reseptien pitäisi olla uusittu. Sitä vastoin lääkehoidon seuranta reseptien uusimisen yhteydessä ei ollut millään terveysasemalla tarkasti sovittu, vaan lääkäreillä oli reseptejä uusiessa omat toimintatapansa. Saman terveyskeskuksen eri terveysasemilla saattoi myös olla erilaiset yleiskäytännöt, jotka vaihtelivat lääkäreiden toimintatapojen tai toiveiden mukaan.

Esimerkiksi lääkärin kirjoittaman reseptin lääkemäärä, uusittavien reseptien kirjaamiskäytännöt, potilaan sairauskertomuksen käyttö uusinnassa, ajankäyttö uusinnassa sekä tietokoneen käyttö reseptin kirjoituksessa vaihtelivat tutkimukseen osallistuneissa terveyskeskuksissa lääkäreiden kesken.

*”Asiasta ei ole tälläistä konsensusta pidetty, mitä uusitaan ja miten uusitaan, lääkäreiden kesken. Enemminkin käytäntö on tällaiseksi muovautunut ja varmaankin lääkäreillä on omia toimintatapoja olemassa koulutuksensa ja kokemuksensa ja potilastuntemuksensa mukaisesti.”*

*Lääkäri 07, Ristiriitainen uusimiskäytäntö*

Tutkituissa terveyskeskuksissa oli pohdittu reseptien uusimiskäytäntöjä yleensä yhtenä asiana lääkäri-, vastaanotto-, osasto- tai tiimikokouksissa. Yksikön yhteisissä kokouksissa oli saatettu pohtia esimerkiksi yksittäisen potilaan PKV-lääkkeen uusimista tai jotain muuta yksittäistä asiaa: postilaatikon järjestämistä uusittavien reseptien jättöpaikaksi, uusimisen ajankohtaa tai reseptin uusimisen kestoa. Uusimista ei ollut missään pohdittu syvemmin pelkästään reseptien uusimiskäytäntöjä koskevissa kokouksissa.

*”Ei meillä mitään virallista sopimusta. Kyllä me on näistä aina juteltu joskus meetingissä. Kyllä mä luulen, että se käytäntö on samanlainen muillakin. Mutta ei ole mitään virallisia sopimuksia.”*

*Lääkäri 14, Hyvä uusimiskäytäntö*

Lääkärit eivät yleensä olleet pohtineet yhdessä potilaan lääkehoidon seurantaan ja reseptien uusimiseen liittyviä asioita. Joillakin terveysasemilla oli pohdittu PKV-lääkkeiden uusimista.

*”Lääkärrien kesken joskus aina lääkärimootingissä tulee keskustelua just näiden bentsodiatsepiinien käytöstä kuinka vaikeata se on tietää, että kuuluisko määrätä, vai eikö kuuluis ja mikä olis oikein. Toisten mielestä kuitenkin jotkut tarvii pärjätäkseen sen tietyn määrän. Näitä puimme, että mistä tietää, että meneekö ne oikeeseen käyttöön vai väärään.”*

*Lääkäri 12, Ristiriitainen uusimiskäytäntö*

Vajaassa kolmanneksessa tutkituista terveyskeskuksista oli haastateltavien ilmoituksen mukaan pohdittu uusimiskäytäntöjä melko kattavasti. Yhteistä kokousta ei näissäkään paikoissa ollut järjestetty, vaan keskusteluja oli käyty työn ääressä ja muutaman henkilön kesken. Uusimiskäytäntöjä oli hieman muutettu, mutta aina uusimiskäytännön muuttaminen ei ollut pelkästään parantanut sen laatua. Toisaalta uusimiskäytännön pohtiminen ei välttämättä aina ollut johtanut muutoksiin, vaan hyväksi havaittu käytäntö oli päätetty säilyttää.

*”Ei sinänsä, kyllä tätä koko ajan tarkistettiin ja mietittiin, miten se on järkevää, miten me tehdään. Joskus on ollut näistä kirjaamiskäytännöistä, mietittiin, että kirjataanko me vai eikö kirjata, ja onko se järkevää vai eikö se ole järkevää. Kyllä me on sitä aina mietitty, ajoittain otettu se esille ja mietitty yhdessä ja kuitenkin me on aina päädytty siihen, että kyllä me pidetään tämmönen [kirjataan kaikki], yritetään pitää tämä homma hanskassa.”*

*Lääkäri 32, Hyvä uusimiskäytäntö*

Vain yhdessä tutkituista terveyskeskuksista oli henkilökunnalle kirjalliset ohjeet reseptien uusimisesta. Muissa terveyskeskuksissa ohjeiden sanottiin olevan suullisia, jos niitä oli. Reseptien uusimista koskevat suulliset ohjeet saattoivat olla esimerkiksi sijaisten neuvontaa tai uuden työntekijän perehdyttämistä tietokoneohjelmaan. Usein suulliset ohjeet olivat myös ohjeita yksittäisen henkilön PKV-lääkkeen uusimisesta.

Uusimiskäytännöt olivat rutiineja, eivätkä pitkäaikaiset työntekijät kaivaneet ohjeistusta niitä toimittaessaan. Uusimiskäytäntöjen rutiininomaisuudesta kertoi sekin, että muutama vastaanottoavustaja ilmoitti ensin terveyskeskuksessa olevan kirjalliset

uusimisohteet, mutta varsinaisia kirjallisia uusimisohteita ei lopulta löytynytäkään. Kirjallisiksi uusimisohteiksi saatettiin mieltää kokousten pöytäkirjat ja potilaille tarkoitettut ohteet reseptien jättöpaikoista ja -ajoista, tai sitten muistettiin hämärästi viranomaismääräysten olemassaolo.

*”...meillä on avustava henkilökunta pysynyt vuosia samana. Se kun on aikanaan tullut ja tätä on alkanut tehdä, se on lähtenyt sieltä mitä on työn puolesta saanut sitä oppia.”*

*Avustaja 03, Hyvä uusimiskäytäntö*

#### **7.2.4 Uusimiskäytännön muutokset**

Suurimpia terveyskeskusten reseptien uusimiskäytäntöjä muuttaneita tekijöitä olivat väestövastuuseen ja tietokoneaikaan siirtyminen. Väestövastuujärjestelmään siirtyminen oli näistä kahdesta suurempi muutos, sillä se oli muuttanut reseptien uusimisen rakennetta. Väestövastuujärjestelmän myötä myös reseptien uusiminen oli siirtynyt potilasta hoitavan lääkärin tehtäväksi. Väestövastuu reseptien uusimisessa oli jakanut päivittäisen uusimisvastuun entistä useammalle lääkärille. Reseptejä omille potilailleen uusiva väestövastuulääkäri myös yleensä tunsivat potilaat paremmin kuin kaikki terveyskeskuksen potilaiden reseptit yhdellä kertaa uusiva lääkäri.

*”Oikeastaan ainoa tämmöinen muutos, mikä on ollut, että kun me siirryttiin väestövastuuseen silloin. Se oli, hetken, 92 se oli. Siinä vaiheessa se oli tietysti muutosta kun ne keskitettiin myös ne reseptinuosinnat sille omalle lääkärille, omat potilaat ym.”*

*Lääkäri 03, Hyvä uusimiskäytäntö*

Tietokone oli uusimisessa korvannut potilaskansiot ja reseptinkirjoituksen, mutta periaatteessa reseptien kirjaaminen sairauskertomukseen ja reseptin tuottaminen olivat kuitenkin säilyneet. Tietokonejärjestelmän sisäänajo ja suunnittelu vei jonkin aikaa, mutta yleensä siihen siirtyminen näytti sujuneen hyvin luontevasti. Vastikään uuteen järjestelmään siirtyneet kertoivat sen olleen iso muutos, ja siirtymistä valmistelevat puolestaan odottivat uudelta järjestelmältä paljon. Eniten tietojärjestelmän tulo reseptien uusimiseen oli helpottanut potilaan sairauskertomuksen saavutettavuutta. Toisaalta jotkut lääkärit sanoivat sairauskertomuksen lukemisen olevan hankalampaa koneelta kuin kansioista.

*”Avustaja: Ei niissä [uusimiskäytännöissä] kyllä varmaan hyvin paljon muutoksia ole tullut. Kyllä varmasti se pääperiaate on aika lailla sama. Tietysti tietokoneet on tullu silleen, että ne mitä muutoksia on tuonu, mutta ei varsinaisesti itse uusintaan.”*

*Terveyskeskusavustaja 02, Ristiriitainen uusimiskäytäntö*

Reseptien uusimisen tekninen toteuttaminen oli muuttunut enemmän kuin lääkehoidon seuranta. Uusimisen ajankohdan keskittäminen tai muuttelu, ja apteekin kautta uusittavien reseptien tietojen välittäminen uusivalle lääkärille etukäteen olivat yleisimpiä muutoksia.

*”Jos he [potilaat] sano, että he jää odottamaan niin sitten me kiikutettiin ne reseptit aina hoitavalle lääkärille uusittavaks. Siitä luovuttiin sen takia, koska se oli vähän hankala systeemi lääkärin kannalta, että hänelle saatto tulla paljonkin reseptejä siinä vastaanoton yhteydessä. Se häiritsi sitä vastaanottotoimintaa. Nyt on sitten pitäydytty tässä systeemissä, että pääsääntöisesti ei uusita reseptejä odottaessa vaan potilaat hakee ne seuraavana päivänä sitten klo 14 jälkeen, jolloin kaikki lääkärit on ehtinyt sitten ne sen vuorokauden aikana tulleet reseptit käydä läpi ja uusia.”*

*Vastaanottoavustaja 14, Hyvä uusimiskäytäntö*

Tehdyt muutokset olivat yleensä positiivisia ja uusimiskäytäntöä parantavia, vaikka olivatkin pieniä (Taulukko 25). Lähes jokaisessa terveyskeskuksessa uusimiskäytäntö oli muuttunut jollakin tavalla. Noin puolet haastateltavien kertomista yksittäisistä muutoksista oli helpottanut lääkehoidon seurantaa. Viidessä terveyskeskuksessa oli toisaalta tehty lääkehoidon seurantaa hankaloittavia muutoksia.

Taulukko 25. Lääkärien ja vastaanottoavustajien ilmoittamia muutoksia reseptien uusimiskäytännöissä (n = 1, ellei sitä ole erikseen merkitty).

---

**Lääkehoidon seurantaan helpottavat muutokset**

- Uusiminen omalääkärille/hoitavalle lääkärille n = 6
- Apteekkiuusiminen muutettu soittopyyntö-/faksi-/ kuljetusjärjestelmäksi n = 5
- Uusimista keskitetty tiettyyn aikaan päivästä (ei uusita odottaessa) n = 5
- PKV-lääkkeiden kirjaamisesta muistuteltu
- Kirjaamista lisätty (kaikki kirjataan) n = 2
- Avustajat eivät enää kirjoita reseptejä, kun tuli tietokone
- Yksittäinen lääkäri pidentänyt uusimisaikaansa (koko tk:n reseptit)
- Käyntiväleistä sovittu

**Lääkehoidon seurantaan hankaloittavat muutokset**

- Uusittavat reseptit voi jättää postilaatikkoon n = 3
- Reseptin saa uusituksi odottaessa n = 2
- Kirjaamista vähennetty n = 2
- Uusimiseen kuluva aika vähennetty (resepti nopeammin potilaalle)
- Uusimiseen kuluva aika lisääntynyt lääkäripulan takia
- Tietokone hankaloittanut uusimista
- Sairauskertomuksia ei oteta esiin työvoimapulan takia

**Neutraalit muutokset**

- Uusittujen reseptien kuljetus terveyskeskuksesta apteekkiin alkanut n = 3
  - Uusiminen yksittäisiltä lääkäreiltä ryhmälle n = 2
  - Päivästä poistunut toinen uusimisaika potilaille
  - Apteekin kautta uusimista yritetty vähentää
  - Reseptien uusimislomake tullut käyttöön kirjaamisen yhteyteen
- 

## 7.2.5 Reseptien uusimisessa koetut ongelmat

Ajankäytön ongelmat ja kiire olivat suurimmat lääkärin ja vastaanottoavustajien reseptien uusimisessa kokemat ongelmat. Lääkärit ja vastaanottoavustajat mainitsivat usein, että monet potilaat tulevat uusimaan reseptejä vasta, kun lääkkeet ovat täysin lopussa. Silloin oli vastaanottoavustajan lähdettävä työpisteestään etsimään lääkäriä, lääkärin keskeytettävä muut työnsä, ja lääkärin luona juuri silloin olevan potilaan odotettava. Nämä tapaukset rikkoivat vastaanoton toimintaa, eikä lääkäriellä ollut mahdollisuutta perehtyä riittävästi potilaan sairauskertomukseen uusiessaan reseptiä.

*”Käytäntö on se, että ne jätetään ja ne parin kolmen päivän päästä haetaan. Mutta jokapäiväistä on semmonen, että lääkkeet on loppu ja pitää saada ja ne hoidetaan sitten kyllä.”*

*Perushoitaja 04, Ristiriitainen uusimiskäytäntö*

Joillakin paikkakunnilla potilaat toivat pääsääntöisesti reseptinsä uusittavaksi ajoissa. Näillä terveysasemilla oli uusimiskäytännöstä yleensä tiedotettu tehokkaasti, eikä poikkeuksia sallittu perusteetta. Aivan kaikki lääkärit eivät pitäneet vastaanotolla potilastapaamisten välissä tapahtuvaa reseptien uusimista pahana, vaan käytäntö saattoi olla pääasiallinen toimintatapa terveyskeskuksessa. Lääkärit kokivat uusimisen sijoittamisen työn lomaan eri tavoin. Toiset lääkärit kertoivat selviävänsä hyvin siitä, että uusivat reseptejä joka potilaan jälkeen, toisten taas oli vaikea keskittyä uusittaviin resepteihin muun työn lomassa.

*”Lääkäri: Me ei olla harrastettu tätä käytäntöä ollenkaan, että potilaat jättää reseptin ja sitten vasta seuraavana päivänä voivat hakea sen, paitsi silloin kun he käyvät semmosena aikana, että ei ole lääkärin vastaanottoa tai lääkäri on kotikäynnillä, niin silloin he jättää niitä siihen postilaatikkoon. Mutta saattavat siinäkin tapauksessa saada samana päivänä jos ovat läheltä tulleet ja kysyvät sitä. Haastattelija: Lisääkö se työtaakkaa kovasti? Lääkäri: No ei se kyllä lisää minusta. Kyllä se on hyvin joustavaa. Ei voi sanoa lisäävän.”*

*Lääkäri 31, Hyvä uusimiskäytäntö*

Noin puolella lääkäreistä tuli kysyttäessä mieleen jokin lääkehoitoon liittyvä reseptien uusimisen ongelma (Taulukko 26). Osa lääkäreistä kertoi havaitsevansa usein lääkehoidon ongelmia uusimisen yhteydessä. Jotkut sanoivat löytävänsä lääkityksistä tai resepteistä ongelmia jopa päivittäin, vaikka tekisivät vain pistokokeita. Reseptit on kuitenkin uusittava lyhyessäkään ajassa, vaikka perehtymättä, sillä potilaita ei voi jättää lääkkeittä. Kaikki lääkärit eivät nähneet tässä ongelmaa.

*”Ehkä tosiaan jos haluais kaikkien potilaiden terveyttä vaalia viimesen päälle niin sitten tietysti pitäis kaikkien reseptien kohdalla aina kontrolloida, että koska on käyny, ja onko kansantaudit hoidossa ja semmosia asioita. Mutta kyllä se musta näinkin menettelee.”*

*Lääkäri 06, Lupaava uusimiskäytäntö*

Taulukko 26. Esimerkkejä reseptien uusimisen yhteydessä ilmenneistä lääkehoidon ongelmista

- 
- Lyhytaikaiseksi tarkoitetun lääkkeen käytön jatkuminen
  - Kahden tai useamman toisiaan vastaavan lääkeaineen yhtäaikainen käyttö
  - Säännölliseksi tarkoitetun lääkkeen epäsäännöllinen käyttö
  - Lääkkeen liikakäyttö (PKV-lääkkeet)
  - Tarpeellisten lääkärikontrollien puuttuminen
  - Tarpeellisten laboratorioskenttien puuttuminen
  - Niiden lääkkeiden uusiminen, joiden käyttö on lopetettu esim. erikoissairaanhoidossa.
-

Muista reseptien uusimiseen liittyvistä ongelmista usein mainittiin lääkkeiden väärinkäyttö. PKV-lääkkeiden käyttöä seurattiin useimmissa terveyskeskuksissa, niissäkin, joissa pitkäaikaislääkkeiden käyttöön ei kiinnitetty mitään huomiota. Jokaisessa terveyskeskuksessa oli rauhoittavien lääkkeiden käyttäjiä, joilla käyttö pyrki ylittämään määrätyt annokset. Näiden potilaiden hoitoon oli yleensä sovittu terveyskeskuksen sisäiset käytännöt esimerkiksi siten, että he kävivät uusimassa reseptinsä tietyn lääkärin vastaanotolla. Näiden uusijoiden kanssa oli ongelmia silloin, kun he tulivat vaativaisina uusimaan reseptiään liian aikaisin.

*”Nämä useimmat näistä psyyken- ja unilääkkeiden käyttäjistä oikeastaan on tiedossa ja sitten kun ne seurataan kuitenkin sillä lailla, että ei ylikäyttöä tule. Tai siis tuleehan niitä välillä, onhan sitä jatkuvasti ronkumassa joku, että minä oon näitä syönyt taas liian paljon, että enkö minä jo nyt sais reseptiä. Ne on aika tutuks käynyt ne potilaat, kun niitä kirjoitetaan niin pieniä määriä näitä kerralla, että ne on vähintään kerran kuukaudessa niitä uusimassa.”*

*Lääkäri 15, Ristiriitainen uusimiskäytäntö*

Vastaanottoavustajien toiminnassa ei yleensä nähty suuria ongelmia. Avustaja-lääkäriparin haastatteluissa ilmeni kuitenkin joitakin keskenään ristiriitaisia tietoja. Tämä viittaa siihen, ettei tiedon kulku reseptien uusimisessa ollut aina toimivaa terveysaseman sisällä. Ilmenneet ongelmat näyttivät olevan sellaisia, jotka korjaantuisivat uusimiskäytäntöjen sopimisella ja yhteisellä keskustelulla. Ristiriitaiset tiedot liittyivät pääasiassa vastuunjaon kysymyksiin. Pääallekkäistä työtä tehtiin reseptien uusimisessa jonkin verran, ja toisaalta joissakin työvaiheissa vastuunjako oli epäselvä. Kaikissa terveyskeskuksissa ei lääkäri esimerkiksi tiennyt, mitä avustaja tekee uusittavalle reseptille ja mitä kaikkea tämä siitä tarkistaa.



## **8 LÄÄKEHOIDON SEURANNAN KEHITTÄMINEN RESEPTIEN UUSIMISESSA**

### **8.1 Interventiotutkimus ja lääkitysongelmaindikaattorit**

Satunnaistettu, kontrolloitu kokeellinen tutkimusasetelma on näytönasteeltaan epidemiologisen tutkimuksen vahvin asetelma. Terveystutkimuksissa on silti usein ongelmia perinteiseen kliiniseen tutkimukseen verrattuna. Menetelmiä on esimerkiksi vaikeaa, jopa mahdotonta, sokkouttaa, eikä se ollut mahdollista tässä tapauksessa. Menetelmäksi valittiin kuitenkin perinteinen koe- ja vertailuryhmän eroja intervention jälkeen tarkasteleva tutkimus, jossa potilaat satunnaistettiin koe- ja vertailuryhmään (The posttest-only control group design, Campbell ja Stanley 1963).

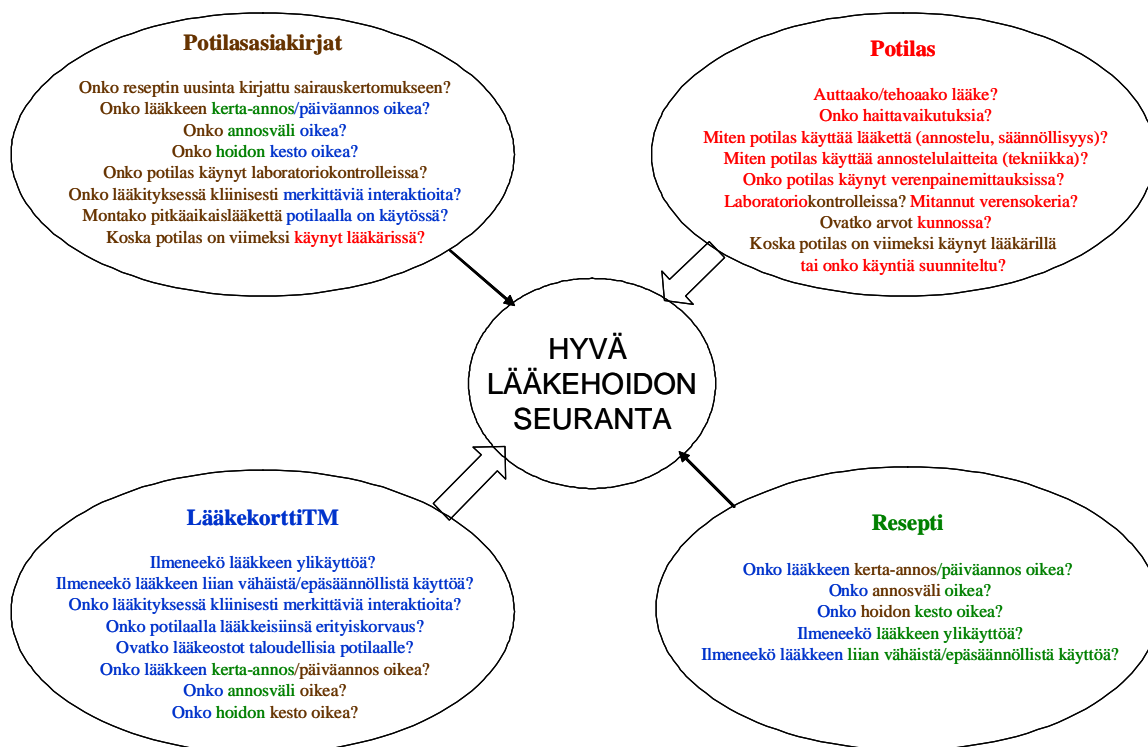
Tutkimusta suunniteltaessa valittiin tunnetuista hyvän lääkehoidon indikaattoreista sopivia ja mahdollisuuksien mukaan validoituja mittareita kuvastamaan potilaan lääkityksen kohtia, joissa lääkehoidon seuranta voidaan tehostaa (Taulukko 27). Suurin osa valituista indikaattoreista löytyy esimerkiksi Pharmaceutical Care Network European (PCNE) validoitujen lääkitysongelmaindikaattoreiden listalta, jota on kehitetty samoihin aikoihin tutkimuksen suunnittelun kanssa (PCNE 2003).

### Taulukko 27. Hyvän lääkehoidon indikaattorit.

#### Hyvällä lääkehoidon seurannalla pyritään varmistamaan, että

- Lääkettä käytetään oikein ja säännöllisesti
  - lääkäri on kirjoittanut oikean (valmisteyhteenvedon mukaisen) annostelun eli oikea annos, annosväli ja hoidon kesto (King ja Cheung 1978, American Society of Health-System Pharmacists 1996, Drug Utilization Review 1997, Cantrill ym. 1998)
  - potilas annostelee lääkettään oikein (ei liian vähäistä käyttöä tai liiakäyttöä, oikeat annosvälit annosohjeen mukaan) (King ja Cheung 1978)
  - potilas osaa käyttää annosteluvälineitä oikein
- Lääke tehoaa (Drug Utilization Review 1997)
- Potilas tarvitsee lääkettä edelleen (Zermansky 1994)
- Potilas käy säännöllisissä seurantamittauksissa (esimerkiksi verenpaine, laboratoriotestit, verensokerin kotimittaus) (Drug Utilization Review 1997, Cantrill ym. 1998)
- Potilas käy säännöllisissä lääkärin seurantatarkastuksissa (Drug Utilization Review 1997, Cantrill ym. 1998)
- Potilaan lääkityksessä ei ole kliinisesti merkittäviä interaktioita (King ja Cheung 1978, Drug Utilization Review 1997, Cantrill ym. 1998)
- Potilaalla ei ole elämää häiritseviä haittavaikutuksia (King ja Cheung 1978, American Society of Health-System Pharmacists 1996)
- Potilaalla ei ole käytössään lääkkeitä ilman järkevää indikaatiota (Zermansky 1994, American Society of Health-System Pharmacists 1996, Drug Utilization Review 1997)
- Potilaalla ei ole käytössään samaa lääkeainetta eri kauppanimillä (King ja Cheung 1978, Drug Utilization Review 1997, American Society of Health-System Pharmacists 1996)
- Potilas saa edullista lääkettä taloudellisina annoksina ja hänellä on erityiskorvaus, mikäli siihen on mahdollisuus (Suomen oloihin sovellettu, Cantrill ym. 1998, Granås ja Bates 1999)
- Reseptin uusinta on kirjattu potilaan sairauskertomukseen (Lääkkeiden määrääminen 1999)

Myös potilaan näkökulma ja tilanne ovat tärkeitä asioita arvioitaessa lääkehoitoa (Barber ym. 2005). Kuvassa 7 on esitetty, millä keinoin edellä esitetyt seikat saadaan selville lääkehoidon seurantatilanteessa apteekissa. Suurinta osaa yllä esitetystä lääkehoidon seurannan kriteereistä voidaan tarkastella potilaan haastattelun ja potilaan lääkitystietoja tallentavan Lääkekortti<sup>TM</sup>-ohjelman avulla. Tutkimuksessa käytetyt kriteerit ovat seulontakriteereitä, joista mikään ei välttämättä yksinään ilmennä lääkehoidon ongelmia. Seulontakriteereillä voidaan kuitenkin havaita tarkempaa tarkastelua vaativia ongelmia.



Kuva 7. Hyvä lääkehoidon seuranta.

Kuvan värikoodit: Kysymyksen väri vastaa paikkaa, josta tieto löytyy. Jos kysymys on monivärinen, tieto on saatavissa monesta paikasta. Jos kysymys on toisessa tietolähteessä yksivärinen ja toisessa monivärinen, yksivärinen tietolähde on paras.

Tutkimuksessa tarkasteltiin kahden tietolähteen, Lääkekortin™ ja potilaan haastattelutietojen, vaikutusta lääkärin toteuttamaan lääkehoidon seurantaan reseptien uusimisen yhteydessä Kuopion yliopiston apteekissa (KYA) ja Kuopion terveyskeskuksessa. Tutkimuspotilaiksi otettiin KYA:n kautta tutkimusjaksojen (14.–17.10.2002, 11.–29.11.2002 ja 7.1.–13.2.2003) aikana reseptijään uusivat potilaat, jotka suostuivat tutkimukseen. Tutkimuksesta suljettiin pois vajaakykyiset, alaikäiset sekä raskaana olevat ja imettävät (Laki lääketieteellisestä tutkimuksesta 488/1999). Tutkimuksessa olivat mukana kaikki KYA:n vakituiset farmaseutit (n = 20) ja proviisorit (n = 3) sekä osa iltatöitä tekevistä farmaseuteista ja opiskelijoista. Kuopion terveyskeskuksesta mukana oli kolmen alueen (keskinen, koillinen ja läntinen) lääkärit (n = 31), joille reseptit kuljetettiin uusittaviksi.

Kuopiossa suurin osa resepteistä jätetään uusittaviksi apteekkeihin, joista ne kuljetetaan terveyskeskukseen. Tällöin farmaseutti tai proviisori voi reseptiä vastaanottaessaan kartoittaa lääkäriä varten lääkehoidon seurannalle tärkeitä tietoja. Tutkimuksen alussa KYA:ssa käytettiin uusimisessa reseptin uusimislomaketta (Liite 12), johon merkittiin tiedot potilaasta ja tämän uusittavista resepteistä lääkäriä varten. Lomakkeessa kysyttiin lisäksi, koska potilas oli viimeksi käynyt lääkärissä ja seurantamittauksissa (esimerkiksi verenpaine, laboratoriokokeet). Uusittaviksi otetut reseptit lähetettiin potilaskohtaisten uusimislomakkeiden kanssa kansiossa terveyskeskukseen päivittäin. Lääkäri uusi reseptit muun työnsä lomassa, ja ne palautettiin kolmen arkipäivän kuluessa takaisin KYA:iin, josta potilaat noutivat reseptinsä ja lääkkeensä.

Ennen tutkimusta potilaiden lääkityksistä apteekkien tiedostoihin kertyviä tietoja ei yleensä ollut hyödynnetty lääkehoidon seurannassa. Lääkekortti<sup>TM</sup>-ohjelma kerää tiedot potilaan apteekista ostamista lääkkeistä (nimi, vaikuttava aine, vahvuus, määrä, annosohje, korvausnumero, ostopäivämäärä) ja ohjelmaan voidaan tarvittaessa kirjata myös potilaan käyttämät itsehoitolääkkeet ja lääkeaineallergiat (Liite 13). Lääkekortti<sup>TM</sup> voidaan tulostaa potilaalle esimerkiksi lääkärissäkäyntiä varten tai jätettäessä reseptejä uusittaviksi. Tutkimuksen alkaessa Lääkekortti<sup>TM</sup>-tulostetta käytettiin KYA:ssa hyvin harvoin reseptien uusinnan yhteydessä.

Interventiotutkimusta varten KYA:n reseptien uusimislomaketta muutettiin siten, että se kattoi entistä paremmin potilaalta saatavat lääkityksen onnistumisessa oleelliset tiedot (Liite 14). Uusimislomakkeen muokkauksessa käytettiin niitä lääkkeiden käytön indikaattoreita, joista voi saada tietoa potilaalta itseltään (American Society of Health-System Pharmacists 1996, Cantrill ym. 1998, Drug Utilization Review 1997, King ja Cheung 1978). Kaksi farmaseuttia testasi uutta uusimislomaketta käytännön asiakaspalvelutyössä ennen tutkimusta. Lomake esiteltiin etukäteen myös osalle muuta henkilökuntaa. Lomaketta muokattiin sekä testaaajien että muiden farmaseuttien ja proviisorien kommenttien perusteella.

Asiakkaan tullessa uusimaan reseptiään farmaseutti esitteli tutkimuksen ja pyysi osallistujilta kirjallisen suostumuksen (Liite 15, Laki lääketieteellisestä tutkimuksesta 488/1999, Asetus lääketieteellisestä tutkimuksesta 986/1999). Tutkimukseen osallistujat

satunnaistettiin normaalin uusimiskäytännön ryhmään ja interventioryhmään siten, että farmaseutti valitsi pinosta kirjekuoren, joista puolet sisälsi KYA:n normaalin uusimislomakkeen ja puolet sisälsi tutkimusta varten muokatun uusimislomakkeen. Interventioryhmässä farmaseutti haastatteli potilaan muokatun uusimislomakkeen perusteella. Tutkimukseen osallistuvat farmaseutit koulutettiin uuden uusimislomakkeen käyttöön ja heitä kannustettiin keskustelemaan potilaan kanssa.

Jokaiselle tutkimukseen osallistuvalla potilaalla tulostettiin Lääkekortti<sup>TM</sup> edellisen vuoden aikana KYA:sta noudetuista lääkityksistä. Interventioryhmän resepteihin potilaan Lääkekortti<sup>TM</sup>-tuloste ja uusi uusimislomake liitettiin mukaan ennen terveyskeskukseen lähettämistä. Normaalin uusimiskäytännön ryhmään kuuluvien potilaiden reseptien mukana terveyskeskukseen seurasi ainoastaan normaali uusimislomake. Lääkärit uusivat reseptit terveyskeskuksessa tavalliseen tapaan. Interventioryhmän potilaiden reseptejä uusiessa oli kuitenkin mahdollista käyttää apuna Lääkekortin<sup>TM</sup> ja uusimislomakkeen tietoja (Taulukko 28). Myös lääkäreille tiedotettiin tutkimuksesta etukäteen sähköpostitse ja lääkär kokouksessa sekä esiteltiin Lääkekortin<sup>TM</sup> ja uusimislomakkeen käyttöä kliinisessä työssä.

Taulukko 28. Normaali uusimiskäytäntö ja interventio.

<b>Normaali uusimiskäytäntö</b>	<b>Interventio</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Uusittavat reseptit otetaan vastaan tavalliseen tapaan.</li> <li>• Terveyskeskukseen vietävien uusittavien reseptien mukana seuraa vain normaali uusimislomake.</li> <li>• Lääkärillä mahdollisuus käyttää reseptejä uusiessa tietolähteenä vain sairauskertomus-tietoja.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Farmaseutin haastattelu uuden uusimislomakkeen avulla reseptien vastaanoton yhteydessä.</li> <li>• Lääkekortti<sup>TM</sup>-tuloste ja uusimislomake tietoineen seuraavat uusittavien reseptien mukana terveyskeskukseen.</li> <li>• Lääkärillä mahdollisuus käyttää uusimisessa tietolähteenä sairauskertomustietojen lisäksi Lääkekortti<sup>TM</sup>-tulostetta ja uusimislomakkeen haastattelutietoja.</li> </ul>

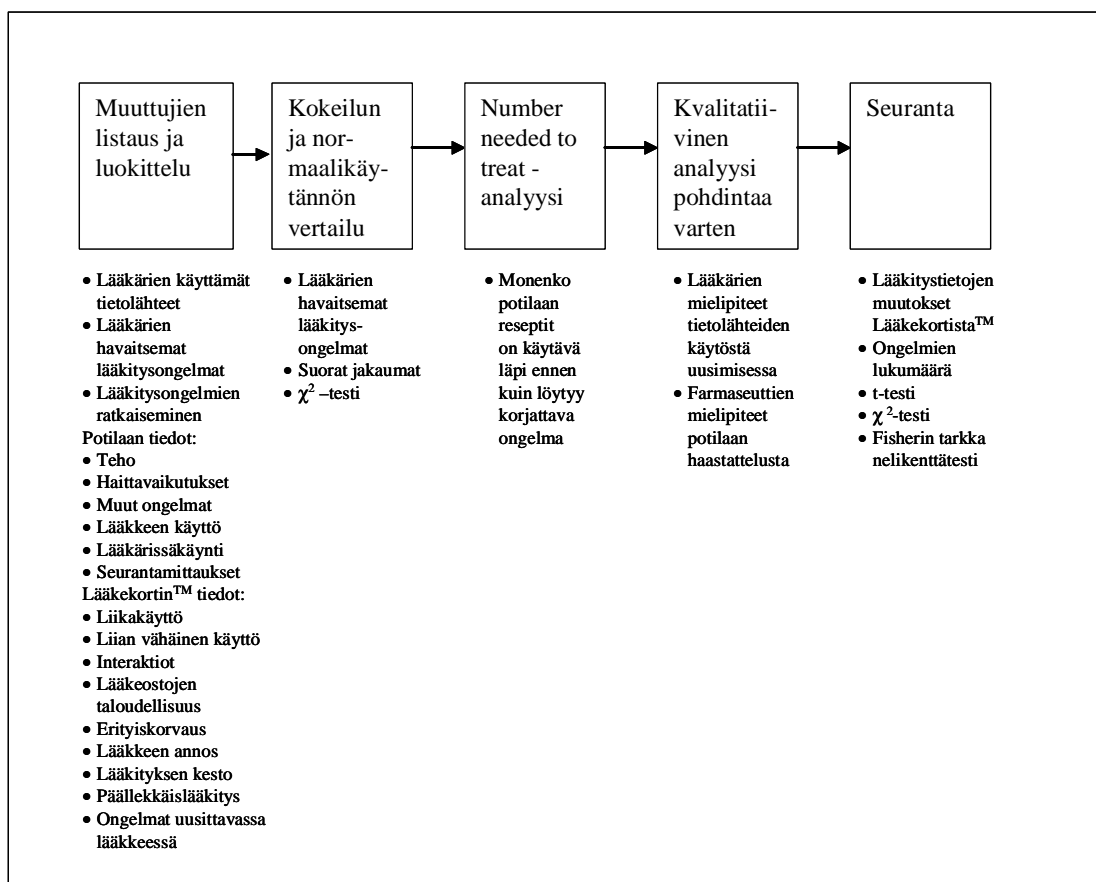
Reseptejä uusiessaan lääkäri merkitsi molempien ryhmien reseptien mukana seuraavalle lääkärin raportointilomakkeelle (Liite 16) uusimisessa käyttämänsä tietolähteet (potilaan sairauskertomus, Lääkekortti<sup>TM</sup>-tuloste, haastattelulomakkeen tiedot, lääkärin muistitieto tai ei mitään edellisistä) sekä mahdolliset havaintonsa lääkitysongelmista ja toimenpiteet niiden poistamiseksi. Lääkärien raportointilomaketta ja samalla apteekin uusimislomaketta ja Lääkekortti<sup>TM</sup>-tulostetta

testattiin etukäteen kuvitteellisten potilaiden avulla neljässä pohjoissavolaisessa terveyskeskuksessa. Raportointilomaketta yksinkertaistettiin lääkärin kommenttien perusteella, mutta uusimislomakkeen ja Lääkekortti<sup>TM</sup>-tulosten rakenne säilyivät ennallaan.

Interventiotutkimuksen esitutkimus toteutettiin Kuopion yliopiston apteekissa lokakuussa 2002 ja varsinainen tutkimus marraskuussa 2002 ja tammi-helmikuussa 2003. Esitutkimuksen jälkeen ei tutkimuslomakkeita enää muutettu, ja esitutkimusaineisto analysoitiin yhdessä muun aineiston kanssa.

Tutkimuksen muuttujat poimittiin ensin lääkärin raportointilomakkeesta, reseptin uusimislomakkeista ja Lääkekortista<sup>TM</sup> (Kuva 8). Muuttujat oli luokiteltu joko lääkärin raportointilomakkeen valmiin luokittelun mukaan tai kyllä/ei-luokkiin. Potilaiden uusittavat lääkitykset luokiteltiin ATC-luokituksella. Interaktiot tutkittiin Micromedexin® Drug Reax® -ohjelmalla. Lopuksi muuttujat analysoitiin käyttäen tilastollisessa tietojenkäsittelyssä apuna SPSS-ohjelmaa (SPSS for Windows, release 11.5.1).

Interventoryhmän muuttujia verrattiin vertailuryhmään kuuluvien muuttujiin  $\chi^2$ -testillä. Intervention tehoa tuoda lääkitysongelmia lääkärin tietoisuuteen arvioitiin number needed to treat -menetelmällä (NNT), jolla tarkasteltiin, monenko potilaan reseptit oli käytävä läpi, jotta löytyisi korjattava lääkitysongelma. Lääkkeiden lukumäärien muutoksia arvioitiin riippumattomien otosten ja parittaisten havaintojen t-testillä ja lääkitysongelmien muutoksia  $\chi^2$ -testillä tai Fisherin tarkalla nelikenttättestillä.



Kuva 8. Tulosten käsittelyn vaiheet.

Välitöntä yhteydenottoa vaativissa lääkitysongelmatapauksissa Kuopion yliopiston apteekista otettiin yhteyttä potilaaseen tai lääkäriin heti, kun ongelma oli havaittu. Vasta seurantavaiheessa ilmenneissä lääkitysongelmissa ei yhteydenottoja enää tehty seurannan viivästymisen (1,5 v) takia.

Esitutkimuksen aineiston avulla luotiin lääkitysongelmaindikaattoreille koodauskriteerit, joita sovellettiin koko tutkimuksen aineistoon. Esitutkimuksessa ensimmäiset koodaukset teki kaksi farmaseuttiopiskelijaa ja tutkija (LL) tarkasti koodaukset. Koodausten tarkennukset kirjattiin muistiin, ja varsinaisessa tutkimuksessa sovellettiin samoja kriteerejä. Tutkija (LL) teki kaikki koodaukset. Toinen proviisori koodasi uudestaan 10 % tapauksista, ja kahden proviisorin koodausten yhtenevyyttä tarkasteltiin Kappa-kertoimien avulla.

Varsinaisen apteekissa tapahtuneen tiedonkeruun jälkeen potilaiden lääkehoitoa seurattiin Lääkekortista<sup>TM</sup> tarkastamalla seitsemän kuukauden kuluttua mahdolliset lääkkeiden annostelumuutokset, lääkkeiden liian vähäisen, liian pitkäaikaisen tai liian runsaan käytön merkit, lääkeostojen edullisuus, erityiskorvattavuudet, rinnakkaiset lääkitykset, interaktiot sekä käytössä olevien lääkkeiden määrä.

## 8.2 Tulokset

### 8.2.1 Reseptinuusijoiden ikä, sukupuoli, sairastavuus ja lääkkeiden käyttö

Potilasaineistossa (n = 238) oli 76 % naisia ja 24 % miehiä. Miesten osuus kaikista (n = 1056) samaan aikaan Kuopion yliopiston apteekkiin (KYA) reseptinsä uusittavaksi jättäneistä oli 30 %. Tutkimuspotilaista 67 % ja kaikista reseptinsä uusittavaksi jättäneistä 60 % oli 65-vuotiaita tai sitä vanhempia (Taulukko 29). Keski-ikä olivat tutkimusjoukossa 65,9 vuotta ja perusjoukossa 64,8 vuotta (yhden otoksen keskiarvon t-testi: p<0,001, luottamusvälit perusjoukossa 63,7–65,7 vuotta ja tutkimusjoukossa 64,0–67,8 vuotta).

Taulukko 29. Reseptejä uusittavaksi tuoneiden potilaiden (n = 1056) ikä ja sukupuoli.

Ikäluokka	Tutkimuspotilaat						Kaikki tutkimuksen aikana KYA:ssa reseptejään uusivat					
	Mies		Nainen		Kaikki		Mies		Nainen		Kaikki	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
18–49 vuotta	5	9	22	12	27	11	39	13	143	19	182	17
50–64 vuotta	8	14	44	24	52	22	69	22	153	20	222	21
65–74 vuotta	25	44	59	33	84	35	103	33	198	27	301	29
75–	19	33	56	31	75	32	100	32	251	34	351	33
<b>Yhteensä</b>	<b>57</b>	<b>100</b>	<b>181</b>	<b>100</b>	<b>238</b>	<b>100</b>	<b>311</b>	<b>100</b>	<b>745</b>	<b>100</b>	<b>1056</b>	<b>100</b>

Tutkimuspotilaista 69 %:lla oli jokin erityiskorvattaviin lääkkeisiin oikeuttava sairaus (Taulukko 30). Yleisimmät sairaudet olivat verenpainetauti, sepelvaltimotauti ja siihen liittyvä korkea veren kolesterolipitoisuus sekä astma.



Taulukko 30. Reseptejä uusittavaksi tuoneiden potilaiden (n = 238) pitkäaikaissairaudet.

Pitkäaikaissairaus	Sairauden numero (Kela)	n	%
Verenpainetauti	205	83	35
Sepelvaltimotauti	206	62	26
Astma	203	37	16
Sepelvaltimotautiin liittyvä rasva-aineenvaihdunnan häiriö	213	30	13
Diabetes	103	18	8
Kilpirauhasen vajaatoiminta	104	18	8
Vaikea mielenterveyden häiriö	112	13	5
Glaukooma	114	12	5
Sydämen vajaatoiminta	201	10	4
Nivelreuma	202	10	4
Muut		29	12
<b>Vähintään yhtä erityiskorvattavaa sairautta sairastavia yhteensä</b>		<b>164</b>	<b>69</b>

Tutkimuspotilailla oli käytössään keskimäärin 3,7 pitkäaikaislääkettä. Potilaista 47 % käytti 1–3 pitkäaikaislääkettä, 32 % 4–6 pitkäaikaislääkettä ja 15 % seitsemää tai useampaa pitkäaikaislääkettä. Vuoden aikana tutkimuspotilaat olivat käyttäneet keskimäärin 8,3 lääkettä. Potilaista 20 % oli käyttänyt 1–3 lääkettä, 24 % 4–6 lääkettä ja 55 % potilaista seitsemää tai useampaa lääkettä. Lääkkeiden lukumäärä lisääntyi iän myötä. Eniten tutkimuspotilaille uusittiin unilääkkeitä, tulehduskipulääkkeitä, sydän- ja verisuonitautien lääkkeitä sekä astmalääkkeitä (Taulukko 31). Potilaista 68 % toi uusittavaksi vain yhden lääkkeen. Keskimäärin kerralla uusittavia lääkkeitä oli 1,5 potilasta kohti.

Taulukko 31. Uusittavat lääkkeet interventiotutkimuksessa.

ATC-koodi	Lääkeryhmä	Uusijoita n
N05C	Unilääkkeet	45
M01	Tulehduskipulääkkeet	26
C01	Sydänlääkkeet	21
R03	Astmalääkkeet	21
C07	Beetasalpaajat	18
C09	ACE-estäjät ja AT II -salpaajat	16
C03	Diureetit	14
C08	Kalsiuminestäjät	14
C10	Lipidilääkkeet	14
G03	Sukupuolihormonit	14
N02	Analgeetit	14
N05B	Rauhoittavat lääkkeet	14
A02	Ulkuslääkkeet	12
R06	Systeemiset antihistamiinit	10
A10	Diabeteslääkkeet	9
B01	Antitromboottiset lääkeaineet	9
H03	Kilpirauhaslääkkeet	9
N06	Depressiolääkkeet	8
R01	Nenän tautien lääkkeet	8
Muut		59
<b>Yhteensä</b>		<b>355</b>

ATC-koodi = Anatomis-terapeuttis-kemiallisen luokittelujärjestelmän koodi

### 8.2.2 Lääkärien havaitsemat lääkitysongelmat interventio- ja vertailuryhmässä

Lääkärit pystyivät havaitsemaan ja ratkaisemaan lääkitysongelmia helpommin interventiotutkimuksessa käytettyjen lisätietojen avulla (potilaan haastattelutiedot ja Lääkekortin<sup>TM</sup> lääkitystiedot) kuin ilman niitä (Taulukko 32). Lääkäri havaitsi jonkin lääkitysongelman 17 %:lla interventioryhmän ja 8 %:lla vertailuryhmän potilaista. Ongelmia havaittiin tilastollisesti merkitsevästi tehokkaammin interventioryhmässä ( $\chi^2$ ,  $p = 0,040$ ). Tällä menetelmällä lääkäri löysi yhdeltä potilaalta lääkitysongelman käytyään läpi 11 potilaan reseptit (NNT = 11). Suurin osa lääkärin löytämistä lääkitysongelmista liittyi lääkkeen annostukseen ja lääkärintarkastusten puutteeseen.

Taulukko 32. Lääkitysongelmien havaitseminen ja niihin puuttuminen interventio- ja vertailuryhmissä.

	Interventioryhmä n = 125		Vertailuryhmä n = 113		p-arvo ja testi
	n	%	n	%	
Potilaat, joilla havaittiin ongelmia	21	17	9	8	0,040...
Ongelmiin puututtiin aktiivisesti	16	13	3	3	0,042.....
Ongelmiin suhtauduttiin passiivisesti	5	4	6	5	

...  $\chi^2$  -testi

..... 2-puolinen Fisherin nelikenttätesti

Lääkäri myös puuttui aktiivisesti havaitsemiinsa lääkitysongelmiin lähes kahdella kolmasosalla potilaista (63 %, n = 19). Interventioryhmässä lääkäri tarttui ongelmien ratkaisuun vertailuryhmää aktiivisemmin. Interventioryhmässä 16 potilaan ongelmassa lääkäri kehotti potilasta varaamaan ajan vastaanotolle, teki muutoksen lääkitykseen ilman vastaanottoa tai kehotti potilasta varaamaan laboratorio- tai soittoajan. Vertailuryhmässä lääkäri teki näin vain kolmessa tapauksessa yhdeksästä. Ongelmatapauksissa, joissa toiminta ei ollut aktiivista, lääkäri välitti lisäohjeita potilaalle apteekin kautta tai jäi seuraamaan tilannetta tekemättä muuta. Viimeksi mainitut tapaukset liittyivät useimmiten epäilyyn lääkkeiden päällekkäiskäytöstä tai lyhytaikaiseen käyttöön määrätyn lääkkeen pitkäaikaisesta käytöstä.

### 8.2.3 Reseptien uusimisessa käytetyt tietolähteet

Lääkäri käytti tietolähteitä reseptien uusimisen tukena useammin interventioryhmässä (77 %) kuin vertailuryhmässä (44 %, Taulukko 33). Vertailuryhmässä käytetty tietolähde oli potilaan sairauskertomus, interventioryhmässä käytettiin lisäksi haastattelulomakkeen tietoja ja Lääkekorttia<sup>TM</sup>. Interventioryhmässä sairauskertomusta oli tarkasteltu vertailuryhmää harvemmin, 36 %:lla potilaista. Interventioryhmässä käytettiin tietolähteenä eniten haastattelulomaketta, 70 %:lla potilaista. Lääkekorttia<sup>TM</sup> tarkasteltiin suunnilleen yhtä usein kuin sairauskertomusta, 37 %:lla potilaista. Tilanteet, joissa lääkäri ei ollut täyttänyt raportointilomaketta, tulkittiin reseptien uusimiseksi ilman tietolähteitä.

Taulukko 33. Lääkärin reseptiä uusissa käyttämät tietolähteet.

Tietolähde	Interventoryhmä n = 125		Vertailuryhmä n = 113	
	n	%	n	%
Lääkäri ei käyttänyt tietolähteitä*	29	23	63	56
Sairauskertomus	45	36	50	44
Tutkimushaastattelulomake	87	70	-	-
Lääkekortti <sup>TM</sup>	46	37	-	-
Jokin em. tietolähteistä tai niiden yhdistelmä	96	77	50	44

\* Osassa tutkimuslomakkeista oli tieto potilaan edellisestä lääkärisikäyntiajankohdasta tai seurantamittausten ajankohdasta.

Interventoryhmän haastattelulomakkeessa oli kohdat sekä farmaseutin että lääkärin kommenteille ja potilaalle lähetettävälle terveisille. Farmaseutteja kehoitettiin ennen tutkimusta kirjaamaan lomakkeen "muuta huomattavaa" -kohtaan omia suosituksiaan, jos huomaavat potilaalla jonkin lääkitykseen liittyvän ongelman. Farmaseutit vierastivat suosituksen esittämistä selvästi, eivätkä halunneet kohtaa lomakkeessa nimettävän "farmaseutin suositus" -kohdaksi. Kymmeneen lomakkeeseen 125:stä (8 %) oli merkitty jonkinlainen farmaseutin suositus. Useimmiten ne koskivat potilaan kipulääkkeen käyttöä ja antoivat sille myönteisiä selityksiä, esimerkiksi "*lonkkaleikkaus 2 vkoa sitten*" tai "*leikkausjonossa, kovat vaivat*". Lääkäri oli ottanut kantaa kirjoittamalla oman vastakommentin suosituksiin vain kahdessa tapauksessa. Muuten lääkärit olivat hieman farmaseutteja vilkkaampia viestijöitä ja halusivat erilaisia viestejä esimerkiksi vastaanottokäynneistä tai seurantatarkastuksista välitettävän 14 %:lle potilaista.

#### 8.2.4 Kokonaislääkityksen ongelmat reseptejä uusivilla potilailla

Yleisimmät reseptejä uusivien potilaiden lääkitysongelmat olivat riittävän seurannan puuttuminen sekä yleensä lyhytaikaisesti käytettävien lääkkeiden pitkäaikainen käyttö (Taulukko 34). Huomattavia ongelmia olivat myös yhteisvaikutukset, potilaan kokemat haittavaikutukset ja lääkkeen tehottomuus tai tehon epävarmuus.

Taulukko 34. Yleisimmät lääkitysongelmat reseptejä uusineilla potilailla.

Ongelma*	n (potilasta)	%
Edellisestä lääkarissäkäynnistä yli vuosi (n = 172)	71	41
Lyhytaikaisesti käytettävän lääkkeen pitkäaikainen käyttö (n = 238)	77	32
Potentiaalinen interaktio kuluneen vuoden aikana** (n = 238)	43	18
Koettu haittavaikutus tai muu ongelma (n = 125)	30	24
Ei tehoa tai epävarma teho (n = 125)	18	14
Päällekkäislääkitys*** (n = 238)	29	12
Liian vähäinen käyttö (n = 238)	29	12
Liiallinen käyttö (n = 238)	14	6
Valmisteyhteenvedosta poikkeava annostus (n = 238)	10	4
<b>Vähintään yksi ongelma (ei seurantamittauksen tai -tarkastuksen puuttuminen)</b>	<b>135</b>	<b>57</b>

\* Vain haastattelulomakkeesta ilmenevien ongelmien osuudet on laskettu interventioryhmästä (n = 125), lääkärintarkastus kysymykseen vastanneista (n = 172).

\*\* Potilaalla on käytössä potentiaalisen interaktioriskin aiheuttava lääkeyhdistelmä.

\*\*\* Potilaalla on käytössä kaksi samaa lääkeainetta tai saman terapeuttisen ryhmän lääkettä, joiden yhdistämiseen ei ole hoidollista perustetta.

Reseptejään uusittaviksi tuoneilta potilailta kysyttiin, koska he viimeksi olivat käyneet uusittavan lääkkeen käyttöön liittyneessä lääkärintarkastuksessa. Kysymykseen vastanneista (n = 172) 41 % ei ollut käynyt lääkärintarkastuksessa yli vuoteen, ja 15 % ei yli kahteen vuoteen. Farmaseutit eivät tiedustelleet lääkärintarkastuksessa käymistä 28 %:lta tutkimukseen osallistuneista.

Lähes kolmanneksella potilaista oli pitkäaikaisessa käytössä lyhytaikaiseen käyttöön tarkoitettu lääke. Näistä lähes kaksi kolmasosaa oli uni- tai muita pkv-lääkkeitä. Yhteensä 24 % interventioryhmän potilaista ilmoitti lääkitykseensä liittyvän jonkin itse koetun ongelman. Haittavaikutus oli kyseessä 16 %:lla ja jokin muu ongelma 8 %:lla. Tutkimukseen osallistuneista 8 %:lla oli mahdollisuus altistua käyttämiensä lääkkeiden vakavalle yhteisvaikutukselle tarkasteluhetkellä. Lisäksi 10 %:lla oli ollut kuluneen vuoden aikana potentiaalisia mahdollisuuksia vakaville yhteisvaikutuksille. Yhteensä 14 %:lla interventioryhmän potilaista oli ongelmia lääkkeen tehossa: käytetty lääke ei ollut potilaan mielestä tehonnut 5 %:ssa tapauksista ja 9 % ei ollut varma lääkkeen tehosta. Potilaista 12 % oli hakenut apteekista samoihin aikoihin kahta samaa lääkeainetta sisältävää valmistetta tai terapeuttisesti toisiaan vastaavaa lääkettä, joiden yhdistämiselle ei ollut hoidollista perustetta. Näiden potilaiden katsottiin altistuvan mahdolliselle rinnakkaiskäytölle.

Potilaista 8 %:lla ei ollut pitkäaikaislääkkeeseensä erityiskorvausta, vaikka lääkettä oli käytetty säännöllisesti vähintään vuoden ajan ja reseptiin oli merkitty tietyllä

vakavuusasteella erityiskorvaukseen oikeuttava indikaatio. Erityiskorvattavuuden kriteerien täyttymistä ei kuitenkaan voitu arvioida. Yli puolet potilaista ei ostanut lääkettään mahdollisimman edullisesti, eli kolmen kuukauden annoksina ja samaan korvausluokkaan kuuluvia lääkkeitä yhtä aikaa. Pitkäaikaislääkkeiden ostaminen apteekista kolmen kuukauden annoksissa oli melko yleistä, mutta samaan korvausluokkaan kuuluvien lääkkeiden ostaminen samana päivänä selvästi harvinaisempaa. Potilaat, jotka eivät hakeneet samaan korvausluokkaan kuuluvia lääkkeitään yhtä aikaa taloudellisina annoksina, olivat muita vanhempia, heillä oli enemmän lääkkeitä käytössä ja enemmän lääkitysongelmia kuin muilla potilailla.

Vuoden aikana 57 %:lla potilaista oli ollut vähintään yksi lääkitykseen liittyvä ongelma, kun lasketaan yhteen lääkkeen liiallinen ja liian vähäinen käyttö, interaktiot, annosteluongelmat, lyhytaikaisesti käytettävän lääkkeen liian pitkäaikainen käyttö, lääkkeiden päällekkäiskäyttö, lääkkeen puutteellinen teho sekä potilaan kokemat ongelmat, esimerkiksi haittavaikutukset (Taulukko 35). Neljänneksellä kaikista potilaista oli kaksi tai useampia lääkitysongelmia.

Taulukko 35. Lääkitysongelmien määrä potilasta kohti.

Ongelmien määrä	Potilasta	
	n	%
0	103	43
1	78	33
2	33	14
3	16	7
4 tai yli	8	3
<b>Yhteensä</b>	<b>238</b>	<b>100</b>

### 8.2.5 Ongelmat uusittavissa lääkkeissä

Lääkärit kiinnittävät reseptiä uusiessaan huomiota erityisesti uusittavana olevaan lääkkeeseen liittyviin ongelmiin. Potilaista 34 %:lla oli vähintään yksi uusittavaan lääkkeeseen liittyvä lääkitysongelma, kun mukaan laskettiin lääkkeen liiallinen ja liian vähäinen (< 80 % määrätystä annoksesta) käyttö, interaktiot, annosteluongelmat, lyhytaikaisesti käytettävän lääkkeen pitkäaikainen käyttö, lääkkeiden päällekkäiskäyttö, lääkkeen teho ja potilaan kokemat haittavaikutukset (Taulukko 36). Yleisin uusittaviin

lääkkeisiin liittyvä ongelma oli lyhytaikaisesti käytettävän lääkkeen pitkäaikainen käyttö, jota esiintyi neljänneksellä potilaista. Potilaista 14 % uusi säännöllisesti käyttämäänsä PKV-lääkettä.

Taulukko 36. Yleisimmät uusittavana olleisiin lääkkeisiin liittyvät ongelmat reseptejä uusivilla potilailla.

Lääkitysongelma	n	%
Lyhytaikaisesti käytettävän lääkkeen pitkäaikainen käyttö (n = 238)	57	24
Päällekkäislääkitys* (n = 238)	14	6
Liian vähäinen käyttö (n = 238)	9	4
Potentiaalinen interaktio kuluneen vuoden aikana** (n = 238)	8	3
Muut	22	9
<b>Yhteensä</b>	<b>81</b>	<b>34</b>

\* Potilaalla oli käytössä kaksi samaa lääkeainetta tai saman terapeuttisen ryhmän lääkettä, joiden yhdistämiseen ei ole hoidollista perustetta.

\*\* Potilaalla on käytössä potentiaalisen interaktioriskin aiheuttava lääkeyhdistelmä.

### 8.2.6 Lääkitysongelmat seitsemän kuukauden kuluttua

Kaikille tutkimuspotilaille tulostettiin seurantatuloste Lääkekortti<sup>TM</sup>-ohjelmasta seitsemän kuukauden kuluttua tutkimuksesta. Vuoden aikana käytössä olleiden lääkkeiden määrissä interventio- ja vertailuryhmien välillä ei ollut eroa lähtötasolla ja seurannassa. Tarkasteluhetkellä käytössä olleiden pitkäaikaislääkkeiden määrässä ei myöskään ollut tilastollisesti merkitsevää eroa ryhmien välillä.

Lääkekortista<sup>TM</sup> ilmeneviä ongelmia oli lähtötasolla 48 %:lla interventioryhmän ja 56 %:lla vertailuryhmän potilaista. Ero ei kuitenkaan ollut tilastollisesti merkitsevä ( $\chi^2$ , p = 0,197). Seurannassa ongelmaisten potilaiden osuus oli tasoittunut, 44 %:lla interventioryhmän ja 46 %:lla vertailuryhmän potilaista oli vähintään yksi lääkitysongelma ( $\chi^2$ , p = 0,806). Ongelmien määrä oli muuttunut kahteen suuntaan: potilaille oli tullut uusia lääkitysongelmia, mutta ongelmia oli myös poistunut.

Yksittäisistä ongelmista lyhytaikaisesti käytettävän lääkkeen pitkäaikainen käyttö oli lähtötasolla vertailuryhmässä merkitsevästi yleisempää kuin interventioryhmässä (Taulukko 37). Erityiskorvauksen puuttuminen puolestaan oli lähtötasolla interventioryhmässä merkitsevästi yleisempää kuin vertailuryhmässä. Seurannassa ei enää ollut eroa interventio- ja vertailuryhmien välillä. Ongelmia oli poistunut molemmista ryhmistä ja tullut uusia molempiin ryhmiin.

Taulukko 37. Muutokset eri lääkitysongelmissa lähtötasosta seurantaan.

	Lähtötaso			Seuranta		
	Inter- ven- tio	Ver- tailu	$\chi^2$ p- arvo	Inter- ven- tio	Ver- tailu	$\chi^2$ p- arvo
Lyhytaikaisesti käytettävän lääkkeen pitkäaikainen käyttö	27	41	0,021	30	36	0,376
Potentiaalinen interaktio kuluneen vuoden aikana*	22	15	0,194	23	20	0,498
Päällekkäislääkitys**	13	13	0,895	11	5	0,086
Liian vähäinen käyttö	13	12	0,790	7	7	0,970
Liiallinen käyttö	3	9	0,060	6	10	0,216
Valmisteyhteenvedosta poikkeava annostus	3	5	0,606	2	6	0,108
Lääkeostot eivät taloudellisia	49	60	0,108	53	47	0,321
Potilaalla ei erityiskorvausta	11	4	0,043	13	9	0,449

\* Potilaalla on käytössä potentiaalisen interaktioriskin aiheuttava lääkeyhdistelmä.

\*\* Potilaalla oli käytössä kaksi samaa lääkeainetta tai saman terapeutin ryhmän lääkettä, joiden yhdistämiseen ei ole hoidollista perustetta.



## 9 POHDINTA

### 9.1 Reseptien uusimisen yleisyys

Suomessa vähintään 19 % terveyskeskuslääkärien määräämistä resepteistä uusitaan lääkärin kohtaamatta potilasta. Vuonna 2001 DIF-aineistossa oli yli 16 miljoonaa terveyskeskuslääkärien enintään vuodeksi kirjoittamaa reseptiä. Samana vuonna Suomessa toimitettiin apteekkeista 37,5 miljoonaa kolmen kuukauden tai sitä lyhyempää lääke-erää, joista 27,5 miljoonaa oli Kela-korvattuja. Voidaan karkeasti arvioida, että vuosittain ainakin 4 miljoonaa terveyskeskuslääkärien vuodeksi tai lyhyemmäksi ajaksi kirjoittamaa reseptiä uusitaan lääkärin kohtaamatta potilasta. Nämä reseptit tuottanevat 9,4 miljoonaa apteekista toimitettua reseptiä, joista 7,2 miljoonaa on Kela-korvattuja.

Vuonna 2005 Kelan korvaaman reseptin hinta oli keskimäärin 56 euroa. Terveyskeskuslääkärien potilasta kohtaamatta määräämien korvattavien reseptien kustannukset lienevät siis lähes 400 miljoonaa euroa vuosittain. Iso-Britanniassa on todettu, että uusittavien reseptien kustannusten prosenttiosuus kaikista kustannuksista on suurempi kuin uusittavien lääkevalmisteiden osuus kaikista lääkevalmisteista, ja uusittujen lääkevalmisteiden keskimääräiset kustannukset ovat suuremmat kuin kaikkien lääkevalmisteiden keskimääräiset kustannukset (Harris ja Dajda 1996, Davidson ym. 1997). Uusitut reseptit tuottavat siis huomattavan osuuden lääkekustannuksista. Reseptien uusiminen lääkärin kohtaamatta potilasta on kuitenkin edullista, koska siinä säästetään vastaanottokäynnin hinta. Jos kaikki reseptit uusittaisiin vastaanotolla, terveydenhuollon kustannukset kasvaisivat huomattavasti. Kun potilaan seuranta on kunnossa, reseptin voi uusia lääkärin kohtaamatta potilasta. Kuitenkin ongelmatilanteiden selvittely vastaanotolla olisi usein tarpeen. Lääkehoidon seurannan lisääminen reseptien uusimisessa saattaa lisätä suoria terveydenhuoltokäyntien aiheuttamia kustannuksia. Toisaalta mahdollinen tarpeettomien lääkitysten väheneminen ja huonojen hoitotulosten paraneminen saattaa vähentää kustannuksia. Kanadalaisessa tutkimuksessa proviisorin tekemän lääkehoidon arvioinnin hinta oli laskettu mukaan terveydenhuollon kokonaiskustannuksiin, jotka arviointikustannuksista huolimatta olivat samansuuruiset ennen ja jälkeen arvioinnin (Sellors ym. 2003).

Uusittujen reseptien osuutta kaikista resepteistä on vaikea vertailla kansainvälisesti, sillä esimerkiksi Hollannissa ja Iso-Britanniassa määrätään pitkäaikaislääkkeistä kerralla 1–3 kuukauden ja Suomessa vuoden reseptejä. Tässä tutkimuksessa havaittu 19 prosentin osuus vastaa lähinnä Iso-Britannian vanhempia tutkimustuloksia, joissa uusittujen reseptien osuudet vaihtelevat 10–49 % (Madeley 1974, Austin ja Parish 1976, Update 1980, Parker ja Schrieber 1980, Rees ja Baumgard 1983, Davidson 1997, Bradley ja Fraser 1997). Hollantilaisissa tutkimuksissa lääkärin potilasta kohtaamatta uusimia reseptejä oli 33 % ja 42 % kaikista resepteistä (Dijkers 1997) ja norjalaisessa tutkimuksessa 44 % (Rokstad ja Straand 1997). Uusimmassa pohjoisirlantilaisessa tutkimuksessa näitä reseptejä oli 65 prosenttia kaikista resepteistä (Connolly ja McGavock 2000). Iso-Britanniassa on arvioitu, että jos asiakas saisi lääkkeensä apteekista 1–3 kuukauden välein tarvitsematta uusia reseptiään joka kerta, uusittavien reseptien määrä pienenesi 80 %:lla (National Prescribing Centre 2004). Tällöin Iso-Britannian uusimisluvut vastaisivat paremmin Suomen uusittujen reseptien osuutta.

IMS Health:in DIF-aineistossa lääkärin potilasta kohtaamatta uusimien reseptien osuudet olivat aliedustettuja. Oikea osuus saattaa olla jopa kaksinkertainen tässä esitettyyn verrattuna, sillä vain puolet terveystieteiden tutkimuksista raportoi Suomen IMS Oy:lle potilasta kohtaamatta uusimansa reseptit. Suomen IMS Oy:ltä ei ollut tuotantoprosessia ja ohjelmia muuttamatta mahdollista saada vain niiden lääkärin lukuja, jotka olivat toimittaneet tutkimukseen potilasta kohtaamatta uusimiaan reseptejä (Hannu Suikkanen, tiedonanto sähköpostitse 29.4.2002).

DIF-aineiston tiedon yleistettävyydestä on IMS Health:ssa pyritty huolehtimaan projisoimalla luvut tilastollisin keinoin vastaamaan koko Suomen väestölle määrättyjen reseptien lukumääriä käyttämällä erityisiä lääkärikohtaisia projisointikertoimia, jotka riippuvat lääkärin työpaikasta ja erikoisalasta. Suurin ongelma tiedon yleistettävyydessä on tapa, jolla lääkärit valitaan otokseen. Kaikki Suomen IMS Health Oy:n satunnaisotokseen kuuluvat lääkärit eivät suostuneet mukaan tutkimukseen, ja kieltäytyneen lääkärin tilalle valittiin samalta alueelta saman erikoisalan ja samanlaisessa toimipaikassa työskentelevä lääkäri. IMS Health:in DIF-aineisto on kuitenkin mittava ja paras mahdollinen saatavissa oleva reseptien uusimista kuvaava aineisto. Tässä tutkimuksessa olivat mukana terveystieteiden tutkimuksissa työskentelevät lääkärit,

joista suurin osa oli erikoistumattomia tai yleislääketieteen erikoislääkäreitä. Todennäköisesti kieltäytyneiden tilalle on ollut kohtuullisen helppo saada samantyyppisiä potilaita hoitavia lääkäreitä, koska terveyskeskuslääkäreitä on paljon.

Psykoosilääkkeiden sekä uni- ja rauhoittavien lääkkeiden uusiminen lääkärin kohtaamatta potilasta on DIF-aineistoon perustuvan tutkimuksen mukaan hyvin yleistä. Näitä lääkkeitä uusitaan enemmän lääkärin kohtaamatta potilasta kuin vastaanotolla. Suurin osa uni- ja rauhoittavista lääkkeistä määrätään uusitulla reseptillä. Interventiotutkimuksessa lyhytaikaiseen käyttöön tarkoitettujen lääkkeiden pitkäaikainen käyttö oli yksi reseptejä uusivien potilaiden yleisimmistä lääkitysongelmista.

Alun perin lyhytaikaiseen käyttöön tarkoitetun lääkityksen muuttuminen pitkäaikaiseksi tulisi pyrkiä ehkäisemään. Riippuvuutta aiheuttavan lääkkeen käytön alkuvaiheessa huolellinen lääkärin seuranta ja potilaan neuvominen myös lääkityksen riskeistä olisi tärkeää. PKV-lääkkeiden käytön muuttumista pitkäaikaiseksi voi edesauttaa se, että unilääkkeet määrätään usein lääkärin vastaanotolla, jonka pääasiallinen syy on jokin somaattinen sairaus (Seppälä 1992). Aika ei tällöin riitä unettomuusoireen tarkkaan tutkimiseen ja lääkitystä jatketaan helposti rutiininomaisesti. Osa pienistä unilääkepakkauksista ei ole Kela-korvattavia, mikä johtaa lääkäreitä määräämään 100 tabletin korvattavia pakkauksia ja saattaa siten lisätä unilääkkeiden käyttöä (Klaukka ja Peura 2001). Ei-korvattavat lääkkeet eivät kirjaudu Kelan reseptitiedostoon, ja niiden käytön seuranta valtakunnallisesti on hankalaa.

Ulkomaiset tutkimukset osoittavat, että pitkäaikaiskäytössä on paljon lyhytaikaisesti käytettäväksi tarkoitettuja lääkkeitä, ulkuslääkkeitä, rauhoittavia lääkkeitä ja tulehduskipulääkkeitä (Van der Waals ym. 1993, Harris ja Dajda 1996, Rokstadt ja Straand 1997) ja keskushermostoon vaikuttavia lääkkeitä uusitaan huomattavan paljon lääkärin kohtaamatta potilasta (National Audit Office 1993, Dijkers 1997, Rokstad ja Straand 1997, Connolly ja McGavock 2000). Myös suomalaisilla iäkkäillä uni- ja rauhoittavien lääkkeiden käyttö on usein säännöllistä ja vuosia kestävä (Seppälä 1992, Ettore ym. 1994, Linjakumpu ym. 2002, Jyrkkä ym. 2005). Ruotsalaisista bentsodiatsepiineja uusitulla reseptillä käyttävistä potilaista yli 80 % oli käyttänyt lääkettään vähintään vuoden ja 56 % koki itsensä riippuvaiseksi lääkkeestään (Melander

ym. 2002). Aloitetun lääkityksen, varsinkin riippuvuutta aiheuttavan, lopettaminen on vaikeaa (Ettorre ym. 1994), mutta onnistuu lääkärin ja potilaan yhteistyöllä (Straand ja Sandvik 2001, Curran ym. 2003).

Ainoastaan yhdessä hollantilaisessa tutkimuksessa on tarkasteltu lääkeryhmittäistä reseptien uusimista DIF-tutkimukselle vertailukelpoisella tavalla (Dijkers 1997 s. 31). Hollantilaisessa tutkimuksessa uni- ja rauhoittavien lääkkeiden uusiminen lääkärin kohtaamatta potilasta oli yleistä, mutta ei psykoosilääkkeiden uusiminen. Suomessa psykiatrisen hoidon sairaansijoja on vähennetty 1990-luvulla noin 20 000:sta 5 600:een vuoteen 2001 mennessä (Sosiaali- ja terveysministeriö 2001). Resurssit avohoidossa eivät kuitenkaan ole vastaavasti lisääntyneet. On mahdollista, että psyykenlääkkeiden uusiminen terveyskeskuksissa lääkärin kohtaamatta potilasta johtuu siis henkilöresurssien vähydestä. Myös haastattelututkimus osoitti, että terveyskeskuksissa reseptejä uusitaan kiireessä, eikä potilaan tilanteeseen ehditä paneutua. Tämä voi lisätä lyhytaikaisten lääkkeiden jäämistä pitkäaikaiseen käyttöön.

Reseptien uusimiskäytäntöjä kartoittavan haastattelututkimuksen mukaan bentsodiatsepiinien väärinkäyttäjien reseptit pyrittiin uusimaan vastaanotolla tai ainakin tiukassa seurannassa. DIF-aineiston analyysin mukaan tosin näyttää siltä, että bentsodiatsepiineja uusittiin vastaanotolla vähemmän kuin lääkärin kohtaamatta potilasta. Varsinaisia lääkkeiden väärinkäytön riskipotilaita onkin vain noin 2,4 % PKV-lääkkeiden käyttäjistä (Terveysturvakeskus 2002). Rauhoittavilla ja unilääkkeillä on suuri riippuvuus- ja tapakäyttöriski, mikä lisää pitkäaikaiskäyttöä ja reseptien uusimista. Lääkärit saattavat yrittää hallita tapakäyttöä uusimalla potilaalle useita lyhytaikaisia reseptejä peräkkäin, jolloin potilas voi olla hyvässä seurannassa huolimatta tapakäytöstä ja uusittujen reseptien suuresta määrästä.

Sydän- ja verisuonitautien lääkkeitä uusitaan Suomessa paljon lääkärin kohtaamatta potilasta. Reseptien uusimiskäytäntöjä kartoittavassa haastattelututkimuksessa suomalaiset lääkärit mainitsivat usein juuri jonkin sydän- tai verisuonitautien lääkeryhmän antaessaan esimerkin lääkkeestä, jonka uusimista lääkärin kohtaamatta potilasta lääkärit pitivät itsestään selvänä ja vaarattomana. Sydän- ja verisuonitautien lääkkeiden käyttöön olisi kuitenkin syytä kiinnittää entistä tarkempaa huomiota, sillä hoitotuloksissa on parantamisen varaa. Vain noin 30 % kaikista terveyskeskusten

verenpainepotilaista oli hyvässä hoitotasapainossa vuonna 2002 (Meriranta ym. 2004). Sepelvaltimotautia sairastavista hyperlipidemiapotilaista oli hyvässä hoitotasapainossa noin puolet (Saaristo ym. 2000), mutta sepelvaltimotautia sairastamattomista vain kolmannes (Strandberg ja Vanhanen 2001, Väistö ym. 2005). Myös ulkomailla sydän- ja verisuonitautien lääkkeet uusitaan usein lääkärin kohtaamatta potilasta (National Audit Office 1993, Dijkers 1997, Rokstad ja Straand 1997, Connolly ja McGavock 2000). Vaikka elämäntavoilla on verenpaineen hoitotasapainossa suuri merkitys, myös lääkehoitoon motivoituminen on tärkeä asia. Verenpainelääkitystään oma-aloitteisesti vähentävillä potilailla on todennäköisemmin korkea verenpaine kuin lääkettään oikein käyttävillä (Enlund ym. 2001).

Yli 65-vuotiaille uusitaan lääkkeitä selvästi alle 65-vuotiaita yleisemmin lääkärin kohtaamatta potilasta. Kansainvälisissä tutkimuksissa on myös havaittavissa samanlainen käytäntö (Madeley 1974, Austin ja Parish 1976, Rees ja Baumgard 1983, Harris ja Dajda 1996, Dijkers 1997). On mahdollista, että lääkäri kokee tuntevansa vanhemmat potilaansa nuoria paremmin tai haluaa säästää näitä vastaanottokäynneiltä ja voi siksi helpommin uusita reseptit kohtaamatta potilasta. Suomessa vain psykoosilääkkeitä uusitaan alle 65-vuotiaille enemmän kuin yli 65-vuotiaille lääkärin kohtaamatta potilasta. Psykoosit eroavat esimerkiksi sydän- ja verisuonitaudeista ja tyyppin 2 diabeteksesta siten, että niihin sairastutaan nuorempina. Voi siis olla mahdollista, että psykoosien lääkehoito vakiintuu ja muuttuu pitkäaikaiseksi aiemmin kuin sydän- ja verisuonitautien. Toisaalta psykoosilääkkeitä saatetaan uusita alle 65-vuotiaille terveyskeskuksissa mielenterveystoimiston kautta siten, että potilas on mielenterveystoimiston psykiatrin seurannassa, mutta reseptit uusii terveyskeskuslääkäri potilasta kohtaamatta. Tämä voi lisätä potilasta kohtaamatta uusittujen reseptien osuutta erityisesti alle 65-vuotiailla.

Miehille ja naisille uusitaan reseptejä lääkärin kohtaamatta potilasta suunnilleen yhtä paljon. Kansainväliset tutkimukset osoittavat saman (Austin ja Parish 1976, Rees ja Baumgard 1983, Dijkers 1997). Reseptien uusiminen miehille ja naisille vaihtelee hieman lääkeryhmittäin. Lääkeryhmittäisiä vertailulukuja ei kansainvälisissä tutkimuksissa kuitenkaan ole.

TERVA- ja DIF-aineistojen lääkkeen pitkäaikaiskäyttöä kuvaavat mittarit tarkastelevat samaa asiaa hieman eri puolilta. TERVA-aineisto antaa hyvän reflektointipohjan DIF-aineistolle, ja osoittaa, että DIF-aineiston tulokset ovat oikean suuntaiset. Kun tarkastellaan molempia tutkimuksia rinnakkain, havaitaan, että suurinta osaa lääkeryhmistä, joita potilas ilmoittaa käyttävänsä jatkuvasti, myös uusitaan joko vastaanotolla tai lääkärin kohtaamalla potilasta. DIF-tutkimuksesta nousee kuitenkin muutama lääkeryhmä esiin hieman eri tavoin kuin TERVA-tutkimuksessa.

Lyhytaikaisesti käytettäviksi tarkoitettuja unilääkkeitä (N5B), rauhoittavia lääkkeitä (N5C), analgeetteja (N2B), ruoansulatuskanavan toiminnallisten häiriöiden lääkkeitä (A3) ja systeemisiä antihistamiineja (R6) uusitaan enemmän kuin niitä ilmoitetaan käytettävän jatkuvasti. Näissä lääkeryhmissä voi olla kyse ilmoitusharhasta, eli potilas ei myönnä esimerkiksi rauhoittavien lääkkeiden jatkuvaa käyttöä. Myös lääkkeen käytön muistaminen on saattanut vaikuttaa ilmoittamiseen. TERVA-tutkimuksessa kuitenkin kysyttiin juuri haastatteluhetken lääkkeiden käyttöä ja laitospotilaat oli suljettu pois (Arinen ym. 1998). Haastatteliija pystyi myös tarkistamaan haastateltavan resepteistä tai lääkepakkauksista lääkkeen nimen, jos haastateltava ei tätä itse muistanut. Menetelmään nähden tutkimuksen sensitiivisyys oli siis maksimoitu.

Erot TERVA- ja DIF-tutkimusten tuloksissa saattavat johtua myös lyhytaikaiseen käyttöön tarkoitettujen lääkkeiden käyttämisestä harvakseltaan jaksoina. Tällöin potilas ei ilmoita käyttöä jatkuvaksi, mutta reseptiä on kuitenkin silloin tällöin uusittava. Astmaatikon on syytä pitää varalla astman kohtauslääkkeitä tai allergikon antihistamiineja, vaikkei niitä tavallisesti tarvitsisikaan. Reseptiä on siis uusittava ainakin silloin, kun pitää hankkia uusi lääkepakkaus entisen vanhetessa. Uni- ja rauhoittavien lääkkeiden ja kipulääkkeiden reseptejä taas kirjoitetaan mieluummin muutamaksi kuukaudeksi kuin koko vuodeksi ja tällöin reseptiä voi joutua uusimaan lääkitystarpeen uusiutuessa, vaikkei käyttö ole jatkuvaa.

Huomattava osuus lääkettä jatkuvasti käyttäviä on TERVA-tutkimuksen mukaan systeemisten kortikosteroidien (H02, 58 %) ja systeemisten bakteerilääkkeiden (J01, 21 %) käyttäjien ryhmissä. On mahdollista, että haastateltavat ovat ymmärtäneet kysymyksen väärin, ja vastanneet käyttävänsä lääkettä jatkuvasti, kun käyttävät sitä säännöllisesti lyhyen aikaa.

Pitkäaikaisesti käytettävien astmalääkkeiden käyttäjistä joka seitsemäs ja psykoosilääkkeiden käyttäjistä viidennes ilmoittaa käyttävänsä lääkettään tarvittaessa. Astmalääkkeissä tämä vastaa varsin hyvin Etelä-Pohjanmaalla tehdyn astman hoitoketjua kartoittavan tutkimuksen havaintoa, jossa 4 % inhaloitavan kortikosteroidin käyttäjistä ilmoitti käyttävänsä lääkettään viikoittain ja 5 % satunnaisesti (Tuomisto ym. 2001). Psykoosilääkkeiden käyttäjien seuranta näyttää DIF-tutkimuksen perusteella puutteelliselta. Tämä voi vaikuttaa siihen, ettei lääkkeitä osata käyttää oikein.

On selvää, että tutkimusyksiköiden eroavuudet (resepti ja potilas) aiheuttavat osan eroista prosenttiosuuksissa. DIF-aineiston kautta linjan pienemmät prosenttiosuudet johtuvat lääkärin potilasta kohtaamatta uusimien reseptien aliedustuksesta aineistossa ja siitä, että reseptiaineistossa on aina välttämättä tietty osuus lääkitystään aloittavia potilaita, joiden reseptit on luokiteltu ensimmäistä kertaa kirjoitettaviksi. Potilasaineistossa nämäkin luokituisivat silti lääkettä jatkuvasti käyttäviksi.

## **9.2 Lääkitysongelmat reseptejä uusivilla potilailla**

Tässä väitöskirjassa raportoitu interventiotutkimus osoitti, että lääkitysongelmien määrä reseptejä uusivilla potilailla on huomattava: jopa 57 %:lla oli lääkitykseen liittyvä ongelma. Reseptiä uusivissa potilaissa on paljon iäkkäitä ja useaa eri lääkitystä käyttäviä potilaita, mikä kasvattaa ongelmaisten osuutta. Lääkitysongelmia olisi syytä seuloa esiin reseptiä uusittaessa ja pyrkiä ratkaisemaan niitä neuvonnalla tai ohjaamalla potilas lääkärin vastaanotolle.

Kansainvälisissäkin tutkimuksissa on osoitettu reseptien uusijoiden lääkitysongelmien suuri määrä. Brittiläisessä tutkimuksessa 55 %:lla tutkimuspotilaista oli interventioon johtanut lääkitysongelma (Granås 2000, s.133). Ruotsin Läkemedelsprofiler-tutkimuksessa havaittiin 523 potilaalla yhteensä 400 lääkitysongelmaa, mutta ongelmaisten potilaiden määrä ei ilmene tutkimusraportista (Apoteket AB 2002). Kun tarkastellaan ongelmien osuutta resepteistä tai lääkityksistä, ongelmien osuus vaihtelee 37 %:sta (Granås 2000, s. 131) 56 %:iin (Glodstein ym. 1998, Palumbo ym. 1979). Osuus voi kasvaa 65 %:iin, kun tarkastellaan yli 60-vuotiaiden reseptejä ja niiden virheitä (Berardo ym. 1994). Suomalaisista vanhuksista 12,5 %:lla oli

epätarkoituksenmukaisia lääkityksiä ja 32,5 %:lla lääke–sairaus-interaktio (Pitkälä ym. 2002a).

Tässä väitöskirjassa raportoidussa interventiotutkimuksessa peräti 41 % reseptiä uusivista potilaista ei ollut käynyt lääkärin tarkastuksessa yli vuoteen. Seuranta-tarkastusten tarve riippuu potilaan hoitotasapainosta. Hyvässä hoitotasapainossa oleva potilas voi käydä lääkärissä harvemmin kuin vuoden välein. Potilas ei kuitenkaan aina itse osaa arvioida hoitotasapainoaan. Säännöllinen vuoden tarkastusväli lienee helpoin muistaa. Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiirissä tehdyssä tutkimuksessa 72 % astmapotilaista ei ollut käynyt vuoteen lääkärin vastaanotolla (Tuomisto ym. 2001). Zermanskyn (1996) tutkimuksessa 72 % potilaista ei ollut käynyt lääkärin tarkastuksessa 15 kuukauteen. Zermanskyn tutkimus koski vain uni-, ulkus- ja tulehduskipulääkkeitä uusivia potilaita. Katsausartikkelissa, jossa oli tarkasteltu pitkäaikaislääkityksen asianmukaisuutta Isossa-Britanniassa, tultiin siihen tulokseen, että useista tutkimuksista päätellen potilaiden lääkehoitoa ei seurattu tarpeeksi usein (Buetow ym. 1996).

Interaktioita löytyi interventiotutkimuksessa lähes viidennekseltä potilaista. Yleensä vakavien interaktioiden osuus on varsinkin poikkileikkaustutkimuksissa tätä pienempi. Tässä tutkimuksessa käytetty Micromedexin® Drug Reax® -tietokanta ja pitkähkö tarkastelu-aika lisäsivät havaittujen interaktioiden osuutta. Brittiläisessä tutkimuksessa löytyi apteekkiproviisorin ammattitaidolla ilman sähköisiä apuvälineitä interaktio vain 1 %:lta tutkittavista (Granås ja Bates 1998). Toisessa tutkimuksessa, johon osallistui useampi proviisori, löytyi interaktio 10 %:lta potilaista (Berardo ym. 1994). Ruotsin FASS-käsikirjan luokittelua käyttävä tietokoneohjelma löysi vakavan interaktion 3 %:lta lääkkeiden käyttäjistä (Bergendahl ym. 1995), mutta Läkemedelsprofiler-tutkimuksessa havaittiin 96 interaktiota ja kontraindikaatiota 523 potilaalla (Apoteket AB 2002). Yli kaksi vuotta kestäneessä yhden apteekin tietokantaa hyödyntäneessä tutkimuksessa havaittiin 8 934 apteekkiasiakkaalla 1 673 vakavan interaktion riskiä (Stevens ja Balon 1997). Tarkemmassa tarkastelussa havaittiin, että hyvin harvalla potilaalla oli kuitenkin syytä toimenpiteisiin.

Interventiotutkimuksessa 19 % potilaista käytti Lääkekortin<sup>TM</sup> perusteella lääkettään liikaa tai liian vähän. Liian vähäisen tai liiallisen käytön kliinisestä merkityksestä ei



tutkimuksessa ollut tietoa, vaan arviolla pyrittiin seulomaan esiin mahdolliset kliinisesti merkitykselliset ongelmatapaukset. Laun ja työtovereiden tutkimuksessa (1998a) yli 70-vuotiaista potilaista 7,1 % ilmoitti haastattelutilanteessa ottavansa lääkettä toisin kuin oli määrätty. Kun potilaan lääkkeen käyttöä tarkastellaan myös muun kuin pelkän haastattelutiedon perusteella, tiedot hoitomyöntyvyydestä vaihtelevat. Berardon ym. (1994) yli 60-vuotiaista tutkittavista 8 % oli unohtanut annoksia, 2 % käyttänyt lääkettään liikaa ja 1 % muutellut lääkeannostaan. Toisaalla taas yhden apteekin vähävaraisesta asiakaskunnasta 55 % oli jättänyt vähintään 20 % lääkkeestään käyttämättä (Schechtman ym. 2002). Ruotsin Läkemedelsprofiler-tutkimukseen osallistuneiden potilaiden lääkitysprofileista ilmeni, että 523 asiakkaalla oli 108 hoitomyöntyvyysongelmaa: potilaat käyttivät lääkettään liikaa, liian vähän tai väärällä tavalla (Apoteket AB 2002). Interventiotutkimuksessa liian vähäistä käyttöä pystyttiin tarkastelemaan vain potilailla, jotka edelleen käyttivät lääkettään ja olivat noutaneet sitä Kuopion yliopiston apteekista alle 5 kuukauden välein. Liian vähäisestä käytöstä ei voitu olla varmoja silloin, kun potilas oli lopettanut lääkkeen käytön kokonaan tai ei ollut noutanut sitä apteekista yli kuuteen kuukauteen. Näissä tapauksissa potilas oli saattanut noutaa lääkettä toisesta apteekista. Koska tästä ei ollut tietoa, tapaukset tulkittiin asianmukaiseksi käytöksi. Tämä saattaa pienentää liian vähäisen käytön havaittua osuutta.

Tässä väitöskirjassa raportoidussa interventiotutkimuksessa 14 % potilaista piti lääkettään tehottomana tai oli sen tehosta epävarma. Suurin osa potilaista siis koki saavansa lääkkeestään jotain hyötyä. Hollantilaisessa tutkimuksessa yli 70-vuotiaista vanhuksista 4 % ilmoitti, ettei lääkkeellä ollut lainkaan tehoa ja 8 % piti lääkkeensä tehoa kohtalaisena (Lau ym. 1996). Tässä väitöskirjassa raportoidussa interventiotutkimuksessa 24 % koki jonkin haittavaikutuksen tai muun ongelman. Kun haittavaikutusten esiintymistä tutkitaan kyselemällä potilaiden oireita ja yhdistämällä ne sitten sairauskertomus- ja lääkitystietoihin, on mahdollista saada esille suurempi haittavaikutusosuus (esimerkiksi Kumpusalo ym. 1997) kuin pelkästään haittavaikutusten esiintymistä tiedustelemalla. Tällä menetelmällä tehdyssä tutkimuksessa lääkkeeseen yhdistettävissä olevia haittoja oli 25 %:lla avohoidon potilaista (Gandhi ym. 2003). Ruotsin Läkemedelsprofiler -tutkimuksessa raportoitiin

112 haittavaikutusta 523 potilaalla (Apoteket AB 2002). Hollantilaistutkimuksessa 16 % potilaista ilmoitti kärsivänsä haittavaikutuksista (Lau ym. 1998a). Toisessa tutkimuksessa yli 60-vuotiaista tutkittavista 12 % raportoi kärsivänsä haittavaikutuksista (Berardo ym. 1994).

Interventiotutkimuksen tutkimusaineistoon on saattanut valikoitua hieman perusjoukkoa enemmän potilaita, joilla on lääkitysongelmia, koska lääkitysongelmat useimmiten lisääntyvät ikääntyessä. Tutkimusjoukon keski-ikä oli noin vuoden perusjoukon keski-ikää korkeampi. Tutkimuspotilaista 67 % ja kaikista Kuopion yliopiston apteekissa (KYA) reseptiään uusivista asiakkaista 62 % oli yli 65-vuotiaita. Viiden prosenttiyksikön ero tutkimusaineistossa vastaa noin 12 potilasta. Tämä voi ainakin osittain johtua pienen aineiston aiheuttamasta satunnaisvaihtelusta. Interventio- ja vertailuryhmien keskimääräisessä iässä ei ollut eroja. Interventio-ryhmässä keski-ikä oli 65,5 vuotta ja vertailuryhmässä 66,3 vuotta ( $p = 0,683$ ).

Proviisorin (LL) arvio lääkitysongelmista oli subjektiivinen. Arvioitavat asiat oli määritelty etukäteen ja kirjattu muistiin, ja määritelmiin oli mahdollista palata toistuvasti tutkimuksen kuluessa. Arvioitavat asiat olivat pääasiassa aikaisemmin validoituja ja tunnustettuja lääkehoidon ongelma-alueita. Ne olivat luonteeltaan kartoitettavia mittareita, joiden tarkoitus oli kiinnittää huomiota mahdollisiin ongelmiin. Lääkitysongelma-arvioiden luotettavuutta mitattiin myös toisen proviisorin tekemään arvioon nähden siten, että toinen proviisori arvioi 10 % tapauksista uudelleen. Kahden proviisorin arvioita verrattiin kappa-kerrointen avulla. Arviot olivat yhtenevät kaikissa muissa lääkitysongelmissa paitsi lääkkeen liiallisessa käytössä (Liite 17).

### **9.3 Lääkehoidon seuranta reseptien uusimisessa**

Lääkehoidon seuranta ei suomalaisissa terveyskeskuksissa toteutunut optimaalisesti reseptien uusimisen yhteydessä. Lääkehoidon seuranta oli paljolti väärinkäytön ehkäisyyn keskittyvää. PKV-lääkkeiden käytön muuttumista säännölliseksi seurattiin enemmän kuin pitkäaikaisten lääkkeiden käyttöä yleensä, ja lääkärit kertoivat jättävänsä pitkäaikaislääkkeiden käytön seuraamatta sen takia, ettei niitä voi väärinkäyttää. Myös Dijkersin (1997) tutkimuksessa osa lääkäreistä kertoi kiinnittävänsä erityistä huomiota

PKV-lääkkeiden uusintaan. Lääkehoidon seurannan puutteet on havaittu myös brittiläisissä tutkimuksissa (Zermansky 1996, McGavock ym. 1999).

Pitkäaikaissairauksien lääkkeet, joiden käytön seurannalle ei usein jäänyt aikaa PKV-lääkkeiden käytön seurannalta, ovat tärkeitä monen sairauden hoidossa. Useiden pitkäaikaissairauksien, kuten korkean verenpaineen (Kumpusalo ym. 1997, Kastarinen ym. 1998, Takala ym. 2001, Kastarinen 2002, Meriranta ym. 2004), korkean veren kolesterolin (Väistö ym. 2005), diabeteksen (Valle ym. 1999, Valle ja Tuomilehto 2004) ja astman (Aalto ym. 1999, Ikäheimo ym. 2004, Klaukka ym. 2002, Klaukka ym. 2004) hoitotuloksissa on edelleen toivomisen varaa. Huolellisella lääkehoidon seurannalla voitaisiin välttää monia hoitotulosta huonontavia ongelmia lääkkeiden käytössä (esimerkiksi Granås ja Bates 1999, Zermansky ym. 2001, Krska ym. 2001). Seuranta on tärkeää myös pitkäaikaissairauksien hoitotasapainon kannalta: esimerkiksi verenpainetaudin hoitotasapainossa olevia on osoitettu olevan enemmän niiden joukossa, jotka olivat tarkistuttaneet verenpaineensa edeltävien kuuden kuukauden aikana ja joiden verenpainetta hoiti aina sama lääkäri samassa terveydenhuollon yksikössä (He ym. 2002). Myös diabeteksessa aktiivisella omaseurannalla (Evans ym. 1999) ja vakituisella potilas-lääkäri-suhteella (Valle ym. 1997, Valle ym. 1999) on yhteys parempaan hoitotasapainoon.

Sekä haastattelututkimus että interventiotutkimus osoittavat, että sairauskertomusta hyödynnetään liian vähän reseptien uusimisen yhteydessä. Potilaan sairauskertomus on ensisijainen työväline arvioitaessa hoidon, myös lääkehoidon, onnistumista. Myös Iso-Britanniassa sairauskertomusta hyödynnetään puutteellisesti: vain puolet lääkäreistä ilmoitti käyttävänsä potilaan sairauskertomusta reseptejä uusiessaan (McGavock ym. 1999).

Monet lääkärit, jotka haastattelussa kertoivat käyttävänsä sairauskertomuksia paljon reseptejä uusiessaan, kertoivat löytävänsä usein lääkitysongelmia uusittavista resepteistä niihin huolellisesti perehtyessään. Lääkehoitoon liittyviä asioita on vaikea muistaa ilman sairauskertomuksen tietoja, koska asiat ovat monesti hyvin yksityiskohtaisia. Brittiläisen tutkimuksen mukaan lääkäri ei tuntenut vastaanottoavustajan kautta reseptejä uusivia potilaitaan sen paremmin kuin vastaanotolla uusivia (Madeley 1974). Interventiotutkimuksessa lääkärit ilmoittivat, etteivät käyttäneet minkäänlaisia

lisätietoja potilaasta, eivät edes omaa muistitietoaan, yli kolmanneksessa uusinnoista. Näissä tapauksissa potilaan tilannetta tuskin ehditään pohtia, ja reseptin uusiminen on mekaaninen allekirjoitus.

Potilaan sairauskertomusta voi nykyisin yleensä helposti tarkastella tietokoneelta. Tutkimuksen tekovuonna 1999 elektronisia sairauskertomusjärjestelmiä oli vähän yli puolessa terveyskeskuksista (Hartikainen ym. 2001). Osa lääkäreistä valitti silloin, että tietokoneella olevan sairauskertomuksen hyödyntäminen reseptien uusimisen yhteydessä on hankalaa. Maassamme on tehty selvitys sähköiseen sairauskertomukseen siirtymisestä ja tavoitteeksi on asetettu vuoden 2007 loppu (Sosiaali- ja terveysministeriö 2004). Sähköisen sairauskertomuksen kehittämistyössä olisi tärkeä ottaa huomioon lääkehoidon seurannan mahdollistuminen. Tätä helpottaisi pääsy sairauskertomukseen ja laboratoriovastauksiin suoraan reseptien uusimisikkunasta ja lääkelistasta.

Haastattelututkimuksesta ilmeni, että usein potilaan edellisen seurantakäynnin ajankohta tarkastetaan vasta, kun lääkäri huomaa reseptiä uusitun vuosia. Interventiotutkimuksessakaan edellisen seurantatarkastuksen ajankohtaa ei kysytty kaikilta potilailta, vaikka niin oli kehoitettu tekemään. Iso-Britanniassa on löydetty samansuuntaisia tuloksia: vain kolmellatoista tutkituista 50 vastaanotosta tarkastettiin, että potilaalle oli olemassa seurantakäyntipäivämäärä, ja jotkut vastaanottoavustajat uudistivat seurantapäivämäärän ilman, että potilaalle oli tehty seurantatarkastusta. (Zermansky 1996).

Juuri missään terveyskeskuksessa ei ollut pohdittu yleislinjoja sille, missä tilanteissa reseptin uusiminen lääkärin kohtaamatta potilasta ei olisi suositeltavaa. Tätä asiaa ei ole selvitetty ulkomaisissa uusimiskäytäntöjä kuvaavissa tutkimuksissa. Iso-Britanniassa on kuitenkin käytössä periaate, jonka mukaan potilaan lääkityksellä voi olla pitkäaikaisen käytön status (repeat prescription status, authorization), joka perustuu lääkärin harkintaan ja lääkärin ja potilaan väliseen sopimukseen (Zermansky 1994, National Prescribing Centre 2004). Reseptiä uusittavaksi ottava vastaanottoavustaja voi tarkastaa potilaan tietokannasta, onko lääke tarkoitettu juuri tällä potilaalla pitkäaikaiseen käyttöön. Haastattelututkimuksessa selviteltiin, oliko terveysasemilla sopimuksia siitä, milloin reseptiä ei uusita lääkärin kohtaamatta potilasta. Vaikuttaa kuitenkin siltä, että

kysymykseen ”Mitä ei oteta uusittavaksi ilman vastaanottokäyntiä?” vastaaminen tai teemasta keskustelu haastattelussa oli melko vaikeaa. Vastaja saattoi antaa vastaukseksi yhden lääkeryhmän. Osa lääkäreistä ja vastaanottoavustajista antoi myös ristiriitaisia vastauksia. On mahdollista, että kysymystekniikka ja puuttuvat jatkokysymykset olivat syynä vastausten niukkuuteen, ja puhelinhaastattelu saattoi lyhentää vastauksia (Groves ja Kahn 1979 s. 138, 142, 143). Kysymyksen aihepiiri ja ajatusmalli saattoivat myös olla vastaajille vieraita. Vastajat mielsivät ehkä, että vastaukseksi odotetaan yksittäisiä lääkeryhmiä.

Lääkehoidon seurannan vastuu oli monella tutkituista terveysasemista jaettu epätasaisesti tai jätetty jakamatta kokonaan. Työnjaosta esitietojen selvittelyssä olisi päätettävä terveysasemalla yhteistyössä lääkärin ja avustavan henkilökunnan kesken. Lääkärin asiantuntemusta ei tarvita kaikkien esitietojen selvittämisessä. Kuitenkin avustajalta vaaditaan koulutusta ja kokemusta tehtäessä päätöstä siitä, olisiko potilaan syytä keskustella lääkärin kanssa jostain lääkitysongelmasta. Brittiläisessä reseptien uusimiskäytäntöjen laatua kartoittavassa tutkimuksessa lääkkeen käytön ja edellisen lääkärintarkastuksen ajankohdan seuranta oli delegoitu hoitohenkilökunnalle (Zermansky 1996). Suomen terveyskeskuksissa katsottiin myös, että vastuu seurantatarkastusten säännöllisyydestä kuuluu potilaalle. Sama ilmeni Dijkersin (1997) tutkimissa reseptien uusimista koskevissa hollantilaisten lääkärin mielipiteissä. Säännölliset kutsut seurantatarkastuksiin voisivat helpottaa vuosittaisen seurannan muistamista.

Pyrkiminen vuoden resepteihin hyvässä hoitotasapainossa olevien potilaiden pitkäaikaisissa lääkityksissä on järkevää. Potilas voi lääkkeen sopivuuden testattuaan ottaa apteekista lääkettä kolmen kuukauden annoksen kerrallaan. Vuoden reseptit vähentävät myös reseptien uusimista lääkärin kohtaamatta potilasta, sillä parhaassa tapauksessa potilaat uusivat reseptinsä vuositarkastuksen yhteydessä, jossa samalla tehdään lääkehoidon vuosiseuranta.

Yli kolmanneksella tutkimukseen osallistuneista terveysasemista sairauskertomuksiin kirjattiin uusituista resepteistä vain PKV-lääkkeet tai sen lisäksi jonkin muun yksittäisen lääkeryhmän lääkkeitä. Haastatteluhetkellä voimassa olleessa Sosiaali- ja terveysministeriön määräyksessä lääkkeiden määräämisestä (Lääkkeiden määrääminen

48/1995) todetaan, että kaikki potilaalle määrättyt lääkkeet on merkittävä potilaan sairauskertomukseen. Tämä sisältää myös puhelimitse annetut reseptit ja reseptin uusimiset. Heti haastattelujen jälkeen voimaan tulleeseen määräykseen (Lääkkeiden määrääminen 50/1999) lisättiin tarkennus, jossa reseptien uusimiset ja puhelinreseptit mainitaan erikseen. Tämä tarkennus on edelleen mukana nykyisin voimassa olevassa määräyksessä (Asetus lääkkeiden määräämisestä 726/2003).

Uusittujen reseptien kirjaaminen sairauskertomuksiin ei ole tärkeää määräyksen kirjaimen täyttämisen takia, vaan lääkehoidon seurannan kannalta. Jos reseptien uusintaa ei ole merkitty sairauskertomukseen, ei voida olla varmoja, ovatko aiemmin aloitetuksi kirjatut lääkkeet potilaalla edelleen käytössä. Uusimisen kirjausmerkinnöistä näkee myös, miten säännöllisesti lääkettä on uusittu. Vaikka kirjausmerkinnöistä ei selviä, onko potilas myös hakenut lääkkeensä apteekista ja ottanut ne oikein, voidaan niistä kuitenkin päätellä jotain potilaan hoitomotiivaatiosta.

Puhelinuusintojen kirjaamisessa oli ongelmia melko monella terveysasemalla sen vuoksi, ettei lääkärillä aina reseptiä puhelimitse uusiessaan ole sairauskertomusta lähellään. Tämä ongelma poistuu, kun lääkärille varataan riittävästi aikaa reseptien uusimiseen myös apteekin kautta. Lääkärille jää uusimisaikaa, jos uusittavien reseptien tiedot toimitetaan apteekista etukäteen puhelimitse tai faksaamalla tai jos reseptit kuljetetaan apteekista terveyskeskukseen. Annettuaan puhelinuusinnan lääkäri voi kirjoittaa potilaan ja lääkkeen nimet sekä lääkkeen määrään tai annokseen mahdollisesti tehdyt muutokset välittömästi muistilapulle ja antaa lapun vastaanottoavustajalle, joka kirjaa tiedot potilaan sairauskertomukseen.

Suurimmassa osassa suomalaisista terveyskeskuksista vastaanottoavustajat kirjoittivat ainakin joskus uusittaviin resepteihin uusimismerkinnät tai tarvittaessa uuden reseptilomakkeen. Brittiläisissä ohjeissa reseptien uusimisesta oletetaan vastaanottoavustajan yleensä huolehtivan reseptien tuottamisesta tietokoneella (National Prescribing Centre 2004). Tälle asetetaan kuitenkin ehtoja, esimerkiksi reseptien kirjoittamiselle tulee varata rauhallinen aika, ja lääkärin edellytetään tarkistavan reseptien oikeellisuus. Myös Zermansky (1996) tutkimuksessa 12 vastaanotolla viidestäkymmenestä vastaanottoavustaja syötti uusittavien reseptien tiedot uusimisohjelmaan harkitsematta, oliko uusiminen tarkoituksenmukaista. Blighin (1981)

tutkimuksessa vastaanottoavustaja kirjoitti 66 % uusittavista resepteistä. On kuitenkin myös olemassa tutkimusnäyttöä siitä, että lääkkeiden kauppanimiä, vahvuuksia, pakkauskokoja, annosteluja ja käyttöohjeita tuntematon vastaanottoavustaja tekee virheitä reseptejä kopioidessaan (Austin ja Parish 1974, Dijkers 1997).

Suurin ongelma reseptejä uusiessa on kiire ja ajankäytön suunnittelemattomuus. Lääkärit pitävät reseptien uusimiseen käytettävää aikaa liian lyhyenä sekä Suomessa että Iso-Britanniassa (Cantrill ym. 2000). Suomessa väestövastuulääkärit eivät aina varanneet riittävästi aikaa reseptien uusimiselle, vaikka heidän olisi ollut mahdollista itse säädellä aikatauluaan, vaan pitivät uusimista jopa paperityönä. Terveyskeskuslääkäriin ajankäyttöä säätelevätkin esimerkiksi terveyskeskuksen toiminnan sujuvuus ja jopa kunnallispoliitikkojen vaatimukset. Lääkehoidon hyvä seuranta reseptien uusimisen yhteydessä vaatii kuitenkin aikaa. Reseptien uusiminen voi myös olla potilaiden hoitamista, jos lääkehoidon seuranta toteutuu hyvin. Myös Coxin ja työtovereiden tapauselostuksessa (1999) havaittiin, että vastaanottoavustajat joutuivat usein odottelemaan lääkärin oven takana saadakseen allekirjoituksen uusittavaan reseptiin. Samassa selostuksessa ilmeni myös, että monet asiat häiritsivät lääkäreitä reseptejä uusiessa. Iso-Britanniassa lääkärit eivät pitäneet uusimisesta siinäkään mielessä, etteivät kokeneet olevansa vastuussa kaikista potilaista, joille reseptejä uusivat. Sama mielipide on tullut esiin myös Suomessa (Lahnajärvi ym. 1997). Yli puolet lääkäreistä on myös sitä mieltä, ettei tuntemattoman potilaan lääkitystä pitäisi uusida (Helin ym. 1998). Reseptien uusimiset olisi siis parasta keskittää potilaiden hoitaville lääkäreille.

Haastattelututkimus osoitti selkeästi, että reseptien uusimiskäytännöt vaihtelevat paikkakunnittain, niiden järjestämistä ei ole pohdittu, ja osassa terveyskeskuksista niissä olisi paljon kehitettävää. Reseptien uusimiskäytännöt suomalaisissa terveyskeskuksissa kannattaisi käydä läpi lääkehoidon seurannan kannalta ja pohtia niitä sekä lääkäreiden, vastaanottoavustajien että apteekin näkökulmista. Apua uusimiskäytännön arviointiin saa esimerkiksi Lääkehoidon kehittämiskeskus Rohdon suunnittelemasta koulutuspaketista (Helin-Salmivaara ja Lahnajärvi 2005). Arvioinnissa on hyödyllistä käyttää vuokaaviota, johon terveysaseman nykyinen uusimiskäytäntö kirjataan, ja jota sitten verrataan ihanteellisen uusimiskäytännön malliin. Mahdolliset muutokset

uusimiskäytäntöön on sovittava kaikkien toimijoiden kesken ja uudet uusimisohteet on hyvä kirjata paperille. Näin uusimiskäytännöt voidaan saada yhtenäisiksi paitsi yhden terveyskeskuksen eri terveysasemilla, myös valtakunnallisesti.

Lääkehoidon seurannan puutteellisuus, lääkehoidon monet ongelmat ja puutteelliset hoitotulokset olisi tiedostettava. Hyvään lääkehoidon seurantaan on panostettava. Farmaseutit ja proviisorit voivat osaltaan ottaa vastuuta pitkäaikaisen lääkehoidon onnistumisesta ja osallistua pitkäaikaislääkitysten seurantaan lääkärin yhteistyökumppaneina. Asenteen muokkausta tähän suuntaan kaivattaisiin sekä farmasiassa että lääkärinkunnan keskuudessa. Suomalaiseen apteekkityöhön olisi saatava lääkärin kanssa yhteistyössä sovittuja pitkäaikaislääkityksen seurannan malleja, jotka voisivat olla sekä yleisluonteisia että sairauskohtaisia. Yksi yleisluonteinen malli on esitetty tähän kirjaan liittyvässä reseptien uusimissuosituksessa (TKOK-malli). Keväällä 2006 valmistuivat myös ensimmäiset farmaseutit ja proviisorit lääkehoidon kokonaisarviointikoulutuksesta. Lääkehoidon kokonaisarviointikoulutuksessa kehitettiin suomalaisen arkeen sopiva lääkehoidon arvioinnin malli erityisesti ikääntyneille useita lääkkeitä käyttäville potilaille. Lääkehoidon kokonaisarviointi ja farmasiahenkilöstön osallistuminen reseptien uusimiseen liittyvään lääkehoidon seurantaan vaativat lisäresursseja. Kansainväliset tutkimukset kuitenkin osoittavat, että lääkehoidon arvioinnin kustannukset ovat kohtuulliset (De Smet ja Dauzenberg 2004). Suomessakin jouduttaneen nyt pohtimaan arviointiin sijoittamisen kannattavuutta.

#### **9.4 Reseptien uusimiskäytännön kehittäminen**

Interventiotutkimus osoitti, että proviisorien ja farmaseuttien lääkärille välittämien haastattelu- ja kokonaislääkitystietojen avulla lääkäri pystyy havaitsemaan ja ratkaisemaan ongelmia reseptejä uusivilta potilailta. Muissakin vastaavan tyyppisissä tutkimuksissa, joissa useimmiten on tutkittu proviisorin tekemän lääkityksen seurannan vaikutusta lääkitysongelmiin, on saatu positiivisia tuloksia tutkimusinterventioiden tehosta. Katsausartikkelin mukaan proviisorin puuttumisesta asiaan on hyötyä ja proviisori pystyy havaitsemaan ja ratkaisemaan potilaiden lääkitykseen liittyviä ongelmia (De Smet ja Dautzenberg 2004). Sen sijaan potilaiden elämänlaatuun,



terveyspalvelujen kulutukseen tai kuolleisuuteen ei vastaavilla interventioilla ole ollut vaikutusta. Granåsin tutkimuksessa lääkäri teki muutoksen 86 %:iin proviisorin esiin tuomista interventoryhmän lääkitysongelmista ja 13 %:iin vertailuryhmän lääkitysongelmista, jotka olivat lääkärin itsensä kliinisessä työssä havaitsemia ( $p < 0,001$ ) (Granås 2000). Bond ym. (2000) tekivät tutkimuksen, jossa lääkitysongelmia tunnistettiin apteekin asiakaskohtamisessa yksinkertaisen kysymyssarjan avulla. Tutkimuksessa proviisori havaitsi ongelman 12 %:lla pitkäaikaislääkitystä noutavista potilaista. Lääkärin interventoryhmässä havaitsemien ongelmaisten potilaiden osuus interventiotutkimuksessa oli hieman suurempi (17 %) kuin lääkärin kliinisessä työssä havaitsemien ongelmien osuudet Bondin ja työtovereiden sekä Granåsin tutkimuksissa.

Reseptien uusimiskäytäntöä kehittävän tutkimuksen vahvuuksia oli sen toteuttaminen satunnaistettuna vertailututkimuksena. Tutkimus kohdistui potilaisiin, jotka tulivat uusimaan reseptiään apteekin kautta kohtaamatta lääkäriä. Vastaavanlaisella potilasjoukolla ei ole aikaisemmin tehty tutkimusta Suomen oloissa, ja kansainvälisesti tehdyissä vastaavissa reseptien uusimistutkimuksissa (repeat prescribing) osa rekrytoituista potilaista on lääkärin vastaanotolla reseptiään uusivia (esimerkiksi Granås ja Bates 1999, Mackie ym. 1999, Bond ym. 2000, Zermansky ym. 2001). Useimmissa vastaavissa kansainvälisissä tutkimuksissa proviisori on henkilökohtaisesti tavannut potilaat erityisenä varattuna aikana tai ainakin tutkinut heidän sairauskertomuksensa ja lääkitystietonsa. Vain yhdessä tutkimuksessa oli kyse proviisorin ja asiakkaan kohtaamisesta, joka muistuttaa suomalaista asiakaspalvelutilannetta apteekissa (Bond ym. 2000).

Tutkimuksen interventio oli suunniteltu niin, että se voisi olla mahdollisimman luonteva osa käytännön työtä ja sen voisi tehdä nopeasti ja sujuvasti. Tutkimukseen otettiin myös periaatteessa mukaan kaikki reseptejään uusivat potilaat, eikä heitä eroteltu esimerkiksi iän tai lääkitysten määrän mukaan. Interventio olisi kokonaisuudessaan tehokkaampi, jos apteekissa uusittavia reseptejä vastaanotettaessa pystyttäisiin sulkemaan pois vain yhtä tai kahta pitkäaikaislääkettä käyttävät ongelmaton potilaat. Potilaan ongelmien määrää on kuitenkin vaikea tietää tämän tuodessa reseptiä uusittavaksi. Siksi interventio olikin suunniteltu sellaiseksi, että sitä voi tarvittaessa käyttää juuri ongelmaisten esiin seulomiseksi.

Suurin osa tutkimuksen viimeisellä viikolla haastatelluista proviisoreista ja farmaseuteista piti tärkeänä potilaan lääkehoidon seurantaan apteekissa ja olisi ollut valmis käyttämään tutkimuksen haastattelulomaketta jokapäiväisessä työssään, vaikka jotkut kritisoivatkin yksittäisiä kysymyksiä. Kaikilla oli kuitenkin huolena ajan ja resurssien puute. Lisäresursseja pidettiin edellytyksenä lääkehoidon seurannan toimimiselle. Ehdotusta keveämmästä versiosta, jossa lääkärille lähetettäisiin erityistä lisätietoa vain, jos kysymyksillä saataisiin jotain selville, pidettiin hyvänä. Myös lääkärit pitivät hyvinä tutkimuksessa käytettyjä lisätietolomakkeita ja ajatusta siitä, että apteekkiin reseptiä uusittavaksi tuovien potilaiden tilanne käytäisiin läpi apteekissa, ja lääkäri saisi tiedon mahdollisista ongelmista.

Läkehoidon seuranta apteekissa vaatii farmaseuteilta ja proviisoreilta valmiutta kysyä potilaalta tämän lääkehoidosta. Kysymystekniikkaa hiomalla on mahdollista käydä ripeästi ja tehokkaasti läpi seurannan neljä tärkeää osa-aluetta: lääkkeen käyttö, teho, ongelmat sekä seurantatarkastukset ja -mittaukset (Teho, Käyttö, Ongelmat ja Kontrollit = TKOK). Pitkäaikaisen lääkehoidon seurantaan onkin panostettava entistä enemmän farmasian perus- ja täydennyskoulutuksessa.

Interventiotutkimuksen aineiston pienuus ( $n = 238$ ) voi vaikuttaa siihen, ettei potilaiden lääkitysongelmissa havaittu paranemista 7 kuukauden aikana. Tutkimuspotilaita kertyi varsinkin tutkimuksen loppuvaiheessa hyvin hitaasti. Ilmeisesti Kuopion yliopiston apteekin henkilökunta väsyi tutkimukseen, eikä tapausten keräämistä ollut enää mielekästä jatkaa. Paljon uusittavia reseptejä jäi pois tutkimuksesta sen takia, että potilaan reseptit toi uusittavaksi joku toinen henkilö. Tutkimuksen alussa kerättiin tietoa tällaisista poisjääneistä. Niitä oli farmaseuttien muistiin merkitsemistä tapauksista 34 %. Farmaseutit eivät kuitenkaan merkinneet kaikkia tapauksia muistiin. Muistiin merkityistä tapauksista suurin osa, 61 %, oli tutkimuksesta kieltäytymisiä. Potilaat ilmoittivat kieltäytymisen syyksi muun muassa kiireen tai haluttomuuden osallistua. Jotkut mainitsivat, ettei heidän mielestään tällaisille tutkimuksille ole tarvetta, koska reseptien uusiminen sujuu hyvin. Yksi Kuopion yliopiston apteekin proviisoreista kertoi, ettei kukaan kieltäytynyt hänen esitellessään tutkimusta. On siis mahdollista, että farmaseutin tai proviisorin tapa esitellä tutkimus on vaikuttanut kieltäytymisiin. Farmaseutit ja proviisorit olivat myös

joskus tarkoituksella jättäneet esittelemättä tutkimuksen asiakkaille. Syyksi he ilmoittivat oman työn kiireen ja jonottavat asiakkaat tai asiakkaan iäkkyuden, sekavuuden, tai kielteisen asenteen, joiden takia asiaa oli heidän mielestään hankala saada esitellyksi asiakkaalle ymmärrettävästi. Yksi farmaseutti mainitsi jättäneensä tutkimuksen esittelemättä, jos asiakkaan lääkkeiden lukumäärä oli kovin suuri. On todennäköistä, että farmaseutit ja proviisorit ovat osittain valinneet tutkimuspotilaita omien mieltymystensä mukaan.

Vertailuryhmän osuus tapauksista jäi hieman interventioryhmää pienemmäksi (48 % vs. 52 %). Tämä johtui suurimmaksi osaksi siitä, että tutkimuksen alkuvaiheessa farmaseutit eivät huomanneet tallettaa vertailuryhmän tutkimuslomakkeita, vaan tuhosivat ne repimällä.

Tutkimus oli sokkouttamaton: sekä tutkija että lääkärit tiesivät, mitkä potilaat kuuluivat interventio- ja mitkä vertailuryhmään. Lääkäri on saattanut tarkastella interventioryhmän lisäksi myös vertailuryhmän reseptejä erityisen tarkasti. Tästä kertoo esimerkiksi lääkäreiden vilkkaampi sairauskertomuksen käyttö vertailuryhmässä kuin interventioryhmässä. Tästä huolimatta tutkimuksen tulos vahvisti intervention toimivuuden. Terveystieteiden interventioita on hankalaa tai jopa mahdotonta sokkouttaa. Tässä tapauksessa tutkimus oli mahdollista tehdä vain yhdellä lääkärin vastaanotolla ja yhdessä apteekissa, mutta useampien yksiköiden mukaan ottaminen mahdollistaisi satunnaistamisen ja sokkouttamisen yksiköittäin. Tämänkaltaisen intervention sokkouttaminen olisi silti ongelmallista, koska tieto interventiosta saattaisi helposti tihkua yksiköstä toiseen.

Reseptin uusiminen sujui yleensä nopeasti tutkimukseen osallistuneilla terveysasemilla lukuun ottamatta paria pahasta lääkäripulasta kärsivää terveysasemaa, joilla reseptin uusiminen saattoi loppuviikolle osuessaan kestää 4–5 vuorokautta. Uusimiseen voisi siis joillakin terveysasemilla varata paljon nykyistä enemmänkin aikaa. Niillä haastattelututkimukseen osallistuneilla terveysasemilla, joilla uusimisesta potilaan odottaessa oli kokonaan luovuttu, olivat potilaat yleensä omaksuneet uudet uusimisajat hyvällä tiedottamisella ja olivat pääsääntöisesti tyytyväisiä käytäntöön ja saamaansa palveluun. Odottaessa uusiminen ei siis ole potilaiden palvelunkaan takia välttämätöntä. Tosin potilaat ovat yleensäkin tyytyväisiä reseptien uusimiseen: 88 %

potilaista ilmoitti olevansa tyytyväinen voimassaolevaan reseptien uusimiskäytäntöön englantilaisessa tutkimuksessa (Jones ym. 2000). Ryhmässä, jossa uusimiskäytäntöä muutettiin, 81 % potilaista oli tyytyväisempiä uuteen kuin vanhaan uusimiskäytäntöön.

Osalla suomalaisista terveysasemista oli teknisesti hyvin järjestetty reseptien uusimiskäytäntö ja niillä pyrittiin seuraamaan tiettyjä lääkehoitoon liittyviä asioita reseptien uusimisen yhteydessä. Suomessakin olisi siis mahdollista saada aikaan hyvä reseptien uusimiskäytäntö järjestämällä uusiminen sellaiseksi, että se mahdollistaa lääkehoidon seurannan.

Haastattelututkimus tehtiin vuoden 1999 lopulla. On mahdollista, että reseptien uusimiskäytäntöjä on monella terveysasemalla sen jälkeen parannettu esimerkiksi laatutyön myötä. Lääkehoidon seurannan merkityksestä reseptien uusimisen yhteydessä ei kuitenkaan ole käyty laajamittaista valtakunnallista keskustelua tai annettu suositusta. Vuoden 2004 lopulla tehty haastattelututkimus lääkevaihdoista kotisairaanhoidon näkökulmasta osoittaa, että reseptien uusimiskäytännöt ovat edelleen vaihtelevia eikä lääkehoidon seuranta toteudu hyvin (Makkonen 2005).

## 10 PÄÄTELMÄT JA SUOSITUKSET

### 10.1 Päätelmät

- Merkittävä osuus erityisesti yli 65-vuotiaiden psyykenlääkkeistä ja sydän- ja verisuonitautien lääkkeistä uusitaan lääkärin kohtaamatta potilasta.
- Riski lääkeshoidon seurannan puuttellisuudelle on suuri pitkäaikaislääkkeiden ja psyykenlääkkeiden käyttäjillä sekä iäkkäillä potilailla.
- Suurin osa uni- ja rauhoittavista lääkkeistä määrätään uusituilla resepteillä, mikä tarkoittaa, että niitä käytetään pitkäaikaisesti.
- Suomalaisissa terveyskeskuksissa on kirjavia, ajan kuluessa muotoutuneita reseptien uusimiskäytäntöjä, joissa hyvän lääkeshoidon toteuttamiseen sitoutuminen ja reseptien uusimisen tekninen sujuvuus vaihtelee.
- Hyvin toteutuessaan reseptien uusimiskäytäntö mahdollistaa järkevän lääkeshoidon seurannan.
- Reseptien uusimisen tekninen toteutus terveyskeskuksissa vaatii paljon työtä päivittäin. Reseptejä uusitaan usein kiireessä, eikä sairauskertomusta hyödynnetä tarpeeksi reseptien uusimisessa.
- Reseptien uusimiskäytäntöjä ei ole suunniteltu eikä pohdittu kokonaisuutena. Uusimiskäytännöistä ei ole terveyskeskuksissa perusteellisia suullisia eikä kirjallisia ohjeita henkilökunnalle. Myös valtakunnallinen suositus reseptien uusimisesta puuttuu.
- Yli puolella reseptiä uusivista potilaista on vähintään yksi lääkkeisiin liittyvä ongelma ja neljäsosalla vähintään kaksi ongelmaa, mistä seuraa huonon lääkehoitotuloksen riski.
- Yleisimmät lääkkeisiin liittyvät ongelmat reseptejä uusivilla potilailla ovat puutteellinen seuranta ja lyhytaikaisesti käytettävien, erityisesti uni- ja rauhoittavien lääkkeiden pitkäaikainen käyttö.
- Lääkäri voi havaita ja ratkaista lääkkeisiin liittyviä ongelmia normaalia uusimisrutiinia paremmin saatuaan reseptejä uusivista potilaista henkilö-

kohtaista tietoa farmaseutin tekemän lyhyen haastattelun ja potilaan lääkitystietojen muodossa.

## 10.2 Suositukset

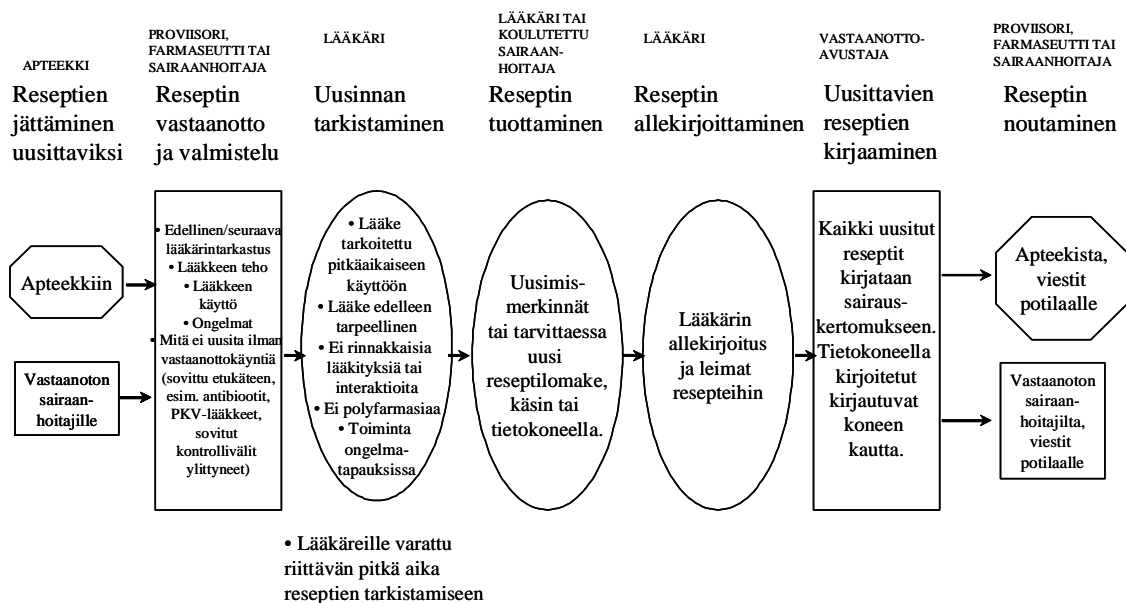
### 10.2.1 Yleiset suositukset

- Reseptien uusiminen on tilanne, jossa potilaan lääkehoitoon on mahdollista kiinnittää erityistä huomiota. Reseptin uusimista tulisikin ajatella potilaiden hoitamisena, ei pelkkänä paperityönä.
- Psykykenlääkkeiden käytön seurantaan on edelleen kiinnitettävä huomiota. PKV-lääkkeiden käytön pitkittyminen tulisi estää heti hoidon alkuvaiheessa neuvomalla potilaita lääkityksen hyödyistä ja haitoista sekä välttämällä reseptien uusimista lääkärin kohtaamatta potilasta. Psykoosilääkkeiden käyttäjien säännölliset seurantatarkastukset tulisi varmistaa.
- Reseptejä uusivien potilaiden lääkitysongelmat pitäisi pyrkiä tunnistamaan reseptin uusimisen yhteydessä kysymällä potilailta lääkkeen käytöstä, tehosta, haittavaikutuksista ja muista ongelmista sekä seurantatarkastusten ja -mittausten säännöllisyydestä (Teho, Käyttö, Ongelmat, Kontrollit = TKOK-malli). Esille tulleet ongelmat pitäisi pyrkiä ratkaisemaan lääkeneuvonnalla tai ohjaamalla potilas sairaanhoitajan tai lääkärin vastaanotolle.
- Apteekkien farmaseuttien ja proviisorien potentiaalia lääkehoidon seurantaan reseptien uusimisen yhteydessä voitaisiin hyödyntää entistä paremmin. Pitkään jatkuvan lääkehoidon seurantaan ja lääkeneuvontaan pitäisi keskittyä entistä enemmän farmasian perus- ja täydennyskoulutuksessa.
- Valtakunnallisen rekisteröinnin ja pitkäaikaista lääkitystä koskevan tutkimuksen mahdollistamiseksi sekä lääkehoidon seurannan parantamiseksi uusittaviin resepteihin tulisi saada merkintä "uusittu lääkärin kohtaamatta potilasta".
- Jatkossa olisi syytä tutkia potilaiden mielipiteitä ja kokemuksia reseptien uusimisesta sekä käsityksiä lääkehoidon seurannasta.

- Tässä väitöskirjassa esitetty reseptien uusimisen kehittämistutkimus tulisi uusia suuremmalla potilasjoukolla ja satunnaistamalla yksiköt interventio- ja vertailuyksiköiksi.
- Kansallinen suositus reseptien uusimiskäytännöksi tulisi saada käyttöön kaikkiin terveyskeskuksiin ja sen vaikutusta reseptien uusimiskäytäntöihin tulisi arvioida.

### 10.2.2 Suositus reseptien uusimiskäytännöksi

Lääkehoito on monen pitkäaikaissairaana potilaan ainoa hoito. Lääkehoidossa voi ilmetä monenlaisia ongelmia. Reseptien uusiminen ja lääkehoidon seuranta sen yhteydessä on potilaiden hoitamista ja ongelmien ennaltaehkäisyä ja sellaisena tärkeää. Reseptien uusiminen on järjestettävä sellaiseksi, että se mahdollistaa lääkehoidon seurannan. Tässä esitetään suomalainen reseptien uusimissuositus, jossa lääkehoidon seuranta on keskeisessä asemassa (Kuva 9).



Kuva 9. Reseptien uusimissuositus.

## 1 Uusittavien reseptien vastaanotto

### A Vastaanotto

- Reseptit ottaa vastaan henkilö, jolla on riittävä koulutus uusimisessa tarvittavien esitietojen selvittämiseen (esimerkiksi farmasian koulutus tai sairaanhoitaja, jolla on kokemusta lääkehoidosta).
- Uusittavien reseptien vastaanoton keskittäminen apteekkeihin on suositeltava vaihtoehto.
- Uusittavia reseptejä voi jättää aukioloajan ulkopuolella erikseen sovituihin tapauksiin (esimerkiksi esiselvitys tehty puhelimitse, potilas käy säännöllisesti seurantatarkastuksissa) lukittavaan postilaatikkoon.
- Reseptien uusimiselle varataan riittävästi aikaa, esimerkiksi 1–3 arkipäivää.
- Apteekin kautta reseptejä uusittaessa reseptit joko kuljetetaan tai reseptien tiedot faksataan tai ilmoitetaan puhelimitse lääkärille. Suoraa puhelinuusintaa vältetään.

### B Esiselvitys

Reseptiä vastaanotettaessa potilaalta kysytään (TKOK-malli):

- Kauanko lääke on ollut käytössä?
- Miten lääke on auttanut? Mistä sen huomaa? (Teho = T)
- Miten lääkettä on otettu? (annostelu, säännöllisyys, annosväli, ottotekniikka) (Käyttö = K)
- Onko lääkityksessä ollut ongelmia viime aikoina? Millaisia? (Ongelmat = O)
- Koska potilas on käynyt lääkärintarkastuksessa tähän lääkkeeseen liittyvässä vaivassa tai koska potilas on menossa lääkäriin? Koska on tehty seuranta-mittauksia? Mitkä olivat niiden arvot? (Kontrollit = K)



Resepteistä tarkistetaan:

- Onko resepti voimassa?
- Onko lääkettä jäljellä?
- Onko potilaalla päällekkäisiä lääkityksiä?
- Miten lääkettä on käytetty?

Uusittavien reseptien mukaan liitetään:

- Edellä esitettyjen kysymysten vastaukset soveltuvalla lomakkeella.
- Potilaalla mukana kulkevat seurantakortit (esimerkiksi verenpaineen, varfariinihoidon ja verensokerin seuranta).
- Mahdollisesti potilaan lääkekorttituloste apteekin tietojärjestelmästä.

Yhteistyössä (esimerkiksi terveyskeskuksen ja apteekkien henkilökunta) sovitaan

- Missä tapauksissa ja mitä tietoja lääkärille lähetetään (esimerkiksi vain määriteltyjen ongelmatapausten lähemmät tiedot + edellisen seurantakäynnin ajankohta)?
- Missä tapauksissa lääkkeitä tai reseptejä ei oteta uusittavaksi ilman vastaanottokäyntiä?

## 2 Uusinnan tarkastaminen

- Reseptit uusii pääsääntöisesti potilasta hoitava lääkäri.
- Lääkärin työjärjestykseen on varattu riittävä aika reseptien uusimiselle.
- Sairauskertomukset ovat helposti saatavilla ja niitä käytetään reseptien uusimisen yhteydessä.
- Varmistutaan pitkäaikaislääkityksen riittävästä seurannasta ja ehkäistään lyhytaikaiseen käyttöön tarkoitettujen lääkkeiden muuttuminen pitkäaikaisiksi.

Lääkäri varmistaa sairauskertomusta ja esiselvitystietoja apuna käyttäen:

- Onko lääke tarkoitettu tällä potilaalla pitkäaikaiseen käyttöön?

- Käykö potilas vastaanotolla riittävän usein?
- Onko lääkkeen käyttö tällä potilaalla edelleen tarkoituksenmukaista?
- Onko lääkkeiden kokonaismäärä, rinnakkaiset lääkitykset, haittavaikutukset ja yhteisvaikutukset tarkastettu säännöllisin välein?
- Vastaako potilaiden reseptien pituus seurantatarkastusten väliä (esimerkiksi vuoden reseptit)?
- Tarvitaanko lääkehoidon kokonaisarviota?

Yhteistyössä sovitaan

- Lääkehoidon seurannan yleissäännöt.
- Toiminta ongelmatapauksissa.
- Seurantaan liittyvien asioiden delegointi esiselvittäjälle: varmistetaan, ettei tehdä päällekkäistä työtä!

### **3 Reseptin tuottaminen**

Lääkäri tai asiaan koulutettu sairaanhoitaja kirjoittaa reseptit tietokoneohjelmalla tai käsin. Lääkäri tarkistaa reseptiä allekirjoittaessaan sen oikeellisuuden esimerkiksi sairauskertomuksesta.

### **4 Reseptien allekirjoittaminen**

Lääkäri vahvistaa uusittavan reseptin oikeellisuuden allekirjoituksellaan ja nimileimallaan. Uusittava resepti allekirjoitetaan vasta, kun uusimisen tarkoituksenmukaisuudesta on varmistuttu.

### **5 Uusittujen reseptien kirjaaminen sairauskertomuksiin**

- Kaikki potilaalle määrätty lääkkeet, myös puhelimitse annetut reseptit ja reseptin uusimiset on merkittävä potilaan sairauskertomukseen (Asetus lääkkeen määräämisestä 726/2003).

- Uusitut reseptit tulee kirjata sairauskertomukseen vasta uusimisen jälkeen, ei etukäteen.
- Ne reseptit, jotka eivät kirjaudu suoraan tietojärjestelmään, kirjaa vastaanottoavustaja.

## **6 Reseptin noutaminen**

- Potilaalle tiedotetaan suullisesti reseptiä jätettäessä koska sen voi noutaa.
- Yleisesti reseptien noutaajista tiedotetaan potilaille jaettavia kirjallisilla esitteillä, seinille kiinnitettävillä julisteilla ja paikallislehdessä.

## 11 KIRJALLISUUS

Aalto A-M, Klaukka T, Rissanen P, Hakola R, Kerppilä S: Työikäisten astma Suomessa. Sosiaali- ja terveysturvan tutkimuksia 43, Kansaneläkelaitos, Helsinki 1999

Ahonen R, Martikainen J, toim.: Lääkevaihdon ensimmäinen vuosi. Sosiaali- ja terveysturvan katsauksia 68, Kelan tutkimusosasto, Helsinki 2005

Allard J, Hebert R, Rioux M, Asselin J, Voyer L: Efficacy of a clinical review on the number of potentially inappropriate prescriptions prescribed for community-dwelling elderly people. *CMAJ* 164: 1291–1296, 2001

American Society of Health-System Pharmacists: ASHP guidelines on medication-use evaluation. *Am J Health Syst Pharm* 53: 1953–1955, 1996

Andersson HI, Ejlertsson G, Leden I, Schersten B: Impact of chronic pain on health care seeking, self care and medication. Results from a population-based Swedish study. *J Epidemiol Community Health* 53: 503–509, 1999

Apoteket AB : Mellantidsrapport projekt läkemedelsprofiler (november 2002), Tukholma, 2002. Haettu Internetistä 26.3.2003: [www.apoteket.se](http://www.apoteket.se)

Arinen S, Häkkinen U, Klaukka T, Klavus J, Lehtonen R, Aro S: Suomalaisten terveys ja terveyspalvelujen käyttö. Terveystutkimuksen 1995/96 päätulokset ja muutokset vuodesta 1987. Stakes ja Kela, Helsinki 1998

Austin R, Parish P: Prescriptions written by ancillary staff. *J R Coll Gen Pract* 26(suppl 1): 44–49, 1976

Barber N, Bradley C, Barry C, Stevenson F, Britten N, Jenkins L: Measuring the appropriateness of prescribing in primary care: are current measures complete? *J Clin Pharm Ther* 30: 533–539, 2005

Berardo D, Kimberlin C, McKenzie L, Pendergast J: Community pharmacists' documentation of intervention on drug related problems of elderly patients. *J Soc Adm Pharm* 11: 182–193, 1994

Bergendahl L, Friberg A, Schraffrath A: Potential drug-drug interactions in 5,125 mostly elderly out-patients in Gothenburg, Sweden. *Pharm World Sci* 17: 152–157, 1995

Bjornson D, Serradell J, Harzema A: Drug utilization – measurement, classification and methods. Kirjassa: *Pharmacoepidemiology: An introduction*, ss. 131–160, 3. painos. Toim. Harzema A, Porta M, Tilson H, Harvey Withney books company, Cincinnati 1998

Bligh JG: A survey of repeat prescribing. *Update* 23: 1453–1455, 1981

Blyth F, March L, Brnabic A, Jorm L, Williamson M, Cousins M: Chronic pain in Australia: a prevalence study. *Pain* 89: 127–134, 2001

Bond C, Matheson C, Williams S, Williams P, Donnan P: Repeat prescribing: a role for community pharmacists in controlling and monitoring repeat prescriptions. *Br J Gen Pract* 50: 271–275, 2000

Bradley C, Fraser A: Repeat prescribing [letter]. *Br J Gen Pract* 47: 255–256, 1997

Brander PE: Astman alueellisen hoitoketjun vaikutukset erikoissairaanhoidossa käyneiden potilaiden hoitoon. *Suom Lääkäril* 58: 1803–1810, 2003

- Breivik H, Collet B, Ventafridda V, Cohen R, Gallacher D: Survey of chronic pain in Europe: prevalence, impact on daily life, and treatment. *Eur J Pain* 10: 287–333, 2006
- Bruno G, Cavallo-Perin P, Bargerò G, Borra M, D'Errico N, Pagano G: Glycaemic control and cardiovascular risk factors in type 2 diabetes: a population-based study. *Diabet Med* 15: 304–307, 1998
- Buetow S, Sibbald B, Cantrill J, Halliwell S: Prevalence of potentially inappropriate long term prescribing in general practice in the United Kingdom, 1980–95: systematic literature review. *BMJ* 313: 1371–1374, 1996
- Campbell D, Stanley J: *Experimental and quasi-experimental designs for research*. Rand McNally college publishing company, Chicago 1963
- Cantrill J, Dowell J, Roland M: Qualitative insights into general practitioners' views on the appropriateness of their long-term prescribing. *Int J Pharm Pract* 8: 20–26, 2000
- Cantrill J, Sibbald B, Buetow S: Indicators of the appropriateness of long-term prescribing in general practice in the United Kingdom: consensus development, face and content validity, feasibility, and reliability. *Qual Health Care* 7: 130–135, 1998
- Capella D: *Descriptive tools and analysis*. Kirjassa: Drug utilization studies, methods and uses, ss. 55–78. Toim. Dukes MNG, WHO Regional publications, European series, Copenhagen 1993
- Castillo Alonso P, Garcia Olmos L, Barrios Encinas M, de Pablos Arribas F, Villar Herguedas C, de la Cuesta Benjumea A: [Analysis of repeat prescriptions in chronic treatments at a health center. Englannin kielinen abstrakti]. *Aten Primaria* 16: 526–530, 1995
- Cifková R, Skodová Z, Lánská V ym.: Trends in blood pressure levels, prevalence, awareness, treatment, and control of hypertension in the Czech population from 1985 to 2000/01. *J Hypertens* 22: 1479–1485, 2004
- Connolly J, McGavock H: Repeat prescribing: which diagnoses, which drugs? *Pharmacoepidemiol Drug Saf* 9: 305–311, 2000
- Cox S, Wilcock P, Young J: Improving the repeat prescribing process in a busy general practice. A study using continuous quality improvement methodology. *Qual Health Care* 8: 119–125, 1999
- Curran HV, Collins R, Fletcher S, Kee SCY, Woods B, Iliffe S: Older adults and withdrawal from benzodiazepine hypnotics in general practice: effects on cognitive function, sleep, mood and quality of life. *Psychol Med* 33: 1223–1237, 2003
- Davidson W, Collet JH, Jackson C, Rees JA: An analysis of the quality and cost of repeat prescriptions. *Pharm J* 260: 458–460, 1998
- Davidson W, Collet JH, Jackson C, Rees JA: Identification and costs of prescriber-defined repeat prescribing. *Int J Pharm Pract* 5: 46–49, 1997
- Dennis PJ: Monitoring of psychotropic drug prescribing in general practice. *Br Med J* 279: 1115–1116, 1979
- De Smet P, Dautzenberg M: Repeat prescribing. Scale, problems and quality management in ambulatory care patients. *Drugs* 64: 1779–1800, 2004

De Vries CS, van Diepen NM, Tromp TF, de Jong van den Berg LT: Auditing GPs' prescribing habits: cardiovascular prescribing frequently continues medication initiated by specialists. *Eur J Clin Pharmacol* 50: 349–352, 1996

Dijkers FW: Repeat prescriptions; A study in general practice in the Netherlands. Rijksuniversiteit Groningen, Groningen 1997

Drug Utilization Review: USP DI Update Volumes I and II, The United States Pharmacopeial Convention, Inc., Rockville 1997

Drury VW: Repeat prescribing – a review. *J R Coll Gen Pract* 32: 42–45, 1982

Elliot A, Smith B, Penny K, Smith C, Chambers A: The epidemiology of chronic pain in the community. *Lancet* 354: 1248–1252, 1999

Enlund H, Jokisalo E, Wallenius S, Korhonen M: Patient-perceived problems, compliance and the outcome of hypertension treatment. *Pharm World Sci* 23: 60–64, 2001

EPhMRA. Haettu Internetistä 3.6.2002: <http://www.ephmra.org/>

Erhola M, Mäkinen R, Koskela K ym.: The asthma programme of Finland: an evaluation survey in primary health care. *Int J Tuberc Lung Dis* 7: 592–598, 2003

Eskola J, Suoranta J: Johdatus laadulliseen tutkimukseen. 3. painos. Osuuskunta Vastapaino, Tampere 1998

Ettorre E, Klaukka T, Riska E: Psychotropic drugs: long-term use, dependency and the gender factor. *Soc Sci Med* 39: 1667–1673, 1994

EUROASPIRE I and II Group: Clinical reality of coronary prevention guidelines: a comparison of EUROASPIRE I and II in nine countries. *Lancet* 357: 995–1001, 2001

EUROASPIRE II Study Group: Lifestyle and risk factor management and use of drug therapies in coronary patients from 15 countries. *Eur Heart J* 22: 554–572, 2001

Evans J, Newton R, Ruta D, MacDonald T, Stevenson R, Morris A: Frequency of blood glucose monitoring in relation to glycaemic control: observational study with diabetes database. *BMJ* 319: 83–86, 1999

Fleming DM: Repeat prescriptions. *J R Coll Gen Pract* 33: 517–518, 1983

Ford E, Mokdad A, Giles W, Mensah G: Serum total cholesterol concentrations and awareness, treatment and control of hypercholesterolemia among US adults. Findings from the National health and nutrition examination survey, 1999 to 2000. *Circulation* 107: 2185–2189, 2003

Freed A: Prescribing of tranquillisers and barbiturates by general practitioners. *Br Med J* 273: 1232–1233, 1976

Freeman TR: A study of telephone prescriptions in family practice. *J Fam Pract* 10: 857–862, 1980

Gandhi T, Weingart S, Borus J ym.: Adverse drug events in ambulatory care. *N Engl J Med* 348: 1556–1564, 2003

Gill P, Mäkelä M, Vermeulen K ym.: Changing doctor prescribing behaviour. *Pharm World Sci* 21: 158–167, 1999

- Goldstein R, Hulme H, Willits J: Reviewing repeat prescribing – general practitioners and community pharmacists working together. *Int J Pharm Pract* 6: 60–66, 1998
- Goudie BM, McKenzie PE, Cipriano J, Griffin EM, Murray FE: Repeat prescribing of ulcer healing drugs in general practice – prevalence and underlying diagnosis. *Aliment Pharmacol Ther* 10(2): 147–150, 1996
- Goudswaard A, Stolk R, Zuithoff P, Rutten G: Patient characteristics do not predict poor glycaemic control in type 2 diabetes patients treated in primary care. *Eur J Epidemiol* 19: 541–545, 2004
- Granås AG: Pharmaceutical review of repeat prescribing in General practice medicine and exploration of patients' views on health care and medicine. School of Pharmacy, University of London, Lontoo 2000
- Granås AG, Bates I: The effect of inter-professional collaboration on repeat prescribing. *Pharm J* 259: R58, 1998
- Granås A, Bates I: The effect of pharmaceutical review of repeat prescriptions in general practice. *Int J Pharm Pract* 7: 264–275, 1999
- Groves R, Kahn R: Surveys by telephone. A national comparison with personal interviews. Academic Press, New York 1979
- Grymonpre R, Williamson D, Montgomery P: Impact of a pharmaceutical care model for non-institutionalised elderly: results of a randomised, controlled trial. *Int J Pharm Pract* 9: 235–241, 2001
- Haaijer-Ruskamp FM, Stewart R, Wesseling H: Does indirect consultation lead to overprescribing in general practice? *Soc Sci Med* 25: 43–46, 1987
- Hajjar I, Kotchen T: Trends in prevalence, awareness, treatment and control of hypertension in the United States 1988–2000. *JAMA* 290: 199–206, 2003
- Hanlon J, Weinberger M, Samsa G ym.: A randomized, controlled trial of a clinical pharmacist intervention to improve inappropriate prescribing in elderly outpatients with polypharmacy, *Am J Med* 100: 428–437, 1996
- Harris CM, Dajda R: The scale of repeat prescribing. *Br J Gen Pract* 46: 649–653, 1996
- Hartikainen K, Kuusisto-Niemi S, Lehtonen E: Sosiaali- ja terveydenhuollon tietojärjestelmäkartoitus 2001. Osaavien keskusten verkoston julkaisuja 1/2002. Haettu Internetistä 3.8.2005: <http://www.oskenet.fi/asp/system/empty.asp?P=233&VID=default&SID=845402626487191&S=0&C=20909>
- Hartikainen S, Mäntyselkä P, Louhivuori-Laako K, Sulkava R: Balancing pain and analgesic treatment in the home-dwelling elderly. *Ann Pharmacother* 39: 11–6, 2005b
- Hartikainen S, Rahkonen T, Kautiainen H, Sulkava R: Iäkkäät kuopiolaiset käyttävät psyykenlääkkeitä ennätystahtia. *Suom Lääkäril* 58: 2544–2546, 2003a
- Hartikainen S, Rahkonen T, Kautiainen H, Sulkava R: Kuopio 75+ study: does advanced age predict more common use of psychotropics among the elderly? *Int Clin Psychopharmacol* 18: 163–167, 2003b
- Hartikainen S, Rahkonen T, Kautiainen H, Sulkava R: Use of psychotropics among home-dwelling nondemented and demented elderly. *Int J Geriatr Psychiatry* 18: 1135–1142, 2003c
- Hartikainen S, Rahkonen T, Kautiainen H, Sulkava R: Etenkin dementoituneet käyttävät runsaasti psyykenlääkkeitä. *Suom Lääkäril* 59: 790–792, 2004

- Hawkey C, Cullen D, Pearson G ym.: Pharmacoepidemiology of non-steroidal anti-inflammatory drug use in Nottingham general practices. *Aliment Pharmacol Ther* 14: 177–185, 2000
- He J, Muntner P, Chen J, Roccella E, Streiffer R, Whelton P: Factors associated with hypertension control in the general population of the United States. *Arch Intern Med* 162: 1051–1058, 2002
- Helakorpi S, Patja K, Prättälä R, Aro AR, Uutela A: Suomalaisen aikuisväestön terveystilanteen ja terveys, kevät 2004. Kansanterveyslaitoksen julkaisuja B13/2004. Kansanterveyslaitos, Helsinki 2004. Haettu Internetistä 27.1.2006: [http://www.ktl.fi/attachments/suomi/julkaisut/julkaisusarja\\_b/2004b13.pdf](http://www.ktl.fi/attachments/suomi/julkaisut/julkaisusarja_b/2004b13.pdf)
- Helin A, Hoppu K, Klaukka T: Lääkehoidon ongelmia lääkärin näkökulmasta. *Suom Lääkäril* 53: 4235–4240, 1998
- Helin-Salmivaara A, Klaukka T, Huupponen R: Heavy-users of non-steroidal anti-inflammatory drugs: a nationwide prescription database study in Finland. *Eur J Clin Pharmacol* 59: 477–482, 2003
- Helin-Salmivaara A, Lahnajärvi L: Vihjeitä kouluttajalle. Reseptien uusiminen. ROHTO-keskus 6/2005. ROHTO-keskus, Helsinki 2005 (julkaisematon)
- Hänninen J, Keinänen-Kiukaanniemi S, Takala J: Population-based audit of non-insulin-dependent diabetic patients aged under 65 years in primary health care. *Scand J Prim Health Care* 16: 227–232, 1998
- Ikäheimo P, Tuuponen T, Hartikainen S, Kiuttu J, Klaukka T: Achievements and shortcomings of Finnish asthma care. *Scand J Public Health* 32: 310–316, 2004
- IMS Health. Haettu Internetistä 22.4.2002: <http://www.imsHealth.com/>
- Jameson J, VanNoord G: Pharmacotherapy consultation on polypharmacy patients in ambulatory care. *Ann Pharmacother* 35: 835–840, 2001
- Jansson J-H, Boman K, Messner T: Trends in blood pressure, lipids, lipoproteins and glucose metabolism in the Northern Sweden MONICA project 1986–99. *Scand J Public Health* 31 (Suppl 61): 43–50, 2003
- Jokisalo E, Enlund H, Halonen P, Takala J, Kumpusalo E: Factors related to poor control of blood pressure with antihypertensive drug therapy. *Blood Press* 12: 49–55, 2003
- Jolles K: The case for repeat prescriptions. *Update* 9: 64–70, 1974
- Jones A, Coulson L, Muir K ym.: A nurse-delivered advice intervention can reduce chronic non-steroidal anti-inflammatory drug use in general practice: a randomized controlled trial. *Rheumatology* 41: 14–21, 2002
- Jones J, Matheson C, Bond C: Patient satisfaction with a community pharmacist-managed system of repeat prescribing. *Int J Pharm Pract* 8: 291–297, 2000
- Jones L, Simpson D, Brown AC, Bainton D, McDonald H: Prescribing psychotropic drugs in general practice: three year study. *Br Med J (Clin Res Ed)* 289: 1045–1048, 1984
- Jorde R, Sundsfjord J: Intra-individual variability and longitudinal changes in glycaemic control in patients with type 1 diabetes. *Diabet Med* 17: 451–456, 2000
- Joukamaa M, Sohlman B, Lehtinen V: The prescription of psychotropic drugs in primary health care. *Acta Psychiatr Scand* 92: 359–364, 1995



- Jula A: Kohonneen verenpaineen lääkkeetön hoito. *Duodecim* 115: 950–958, 1999
- Jyrkkä J, Vartiainen L, Hartikainen S, Sulkava R, Enlund H: Increasing use of medicines in elderly persons: a five-year follow-up of the Kuopio 75+ study. *Eur J Clin Pharmacol* 62: 151–158, 2006
- Kangas T: Diabeetikoiden hoito Suomessa: avohoito, sairaalahoito ja hoitotasapaino. *Stakes Tutkimuksia* 29. Stakes, Helsinki 1993
- Kastarinen M: Community control of hypertension. A study of trends in Finland with special emphasis on lifestyle modification. *Kuopion yliopiston julkaisuja D. Lääketiede* 280, Kuopion yliopisto, Kuopio 2002
- Kastarinen M, Nissinen A, Vartiainen E ym.: Blood pressure levels and obesity trends in hypertensive and normotensive Finnish population from 1982 to 1997. *J Hypertens* 18: 255–262, 2000
- Kastarinen M, Salomaa V, Vartiainen E ym.: Trends in blood pressure levels and control of hypertension in Finland from 1982 to 1997. *J Hypertens* 16: 1379–1387, 1998
- King R, Cheung A: Drug therapy review as part of medical audit process. *Am J Hosp Pharm* 35: 578–580, 1978
- Klaukka T: Diabeetikkojen määrä Kelan rekisterissä kasvoi reilusti vuonna 2005. *Suom Lääkäril* 61: 854–856, 2006
- Klaukka T, Helin-Salmivaara A. Simvastatiinin asema vahvistui. *Suom Lääkäril* 61: 1998–2001, 2006
- Klaukka T, Hirvonen A, Karhula K, Peura S: Hyviä ja huonoja uutisia astmasta. *Astmabarometrin* 2004 keskeiset tulokset. *Suom Lääkäril* 59: 4002–4004, 2004
- Klaukka T, Hirvonen A, Peura S, Päckilä H: Astman hoitotilanne vuonna 2001. *Astmabarometrin* keskeiset tulokset. *Suom Lääkäril* 57: 292–294, 2002a
- Klaukka T, Koivisto P, Rajaniemi S: Resepti maksoi vuonna 2001 keskimäärin 44 euroa ja kallistui 8 %. *Suom Lääkäril* 22: 2425–2427, 2002b
- Klaukka T, Peura S: Ote uni- ja rauhoittavien lääkkeiden käytön seurannasta heikkenee. *Suom Lääkäril* 56: 4076–4077, 2001
- Koskinen T, Koistinen V: Jättääkö masennuspotilas lääkkeet käyttämättä? Eroja bentsodiatsepiini- ja masennuslääkeohjeiden noudattamisessa. *Suom Lääkäril* 50: 2114–2118, 1995
- Koukkunen H, Kemppainen A, Lehto S ym.: Sepelvaltimotaudin sekundaariprevention toteutuminen KYS:ssa hoidetuilla potilailla. *EUROASPIRE-tutkimuksen tuloksia. Suom Lääkäril* 53: 2029–2042, 1998
- Krska J, Cromarty J, Arris F ym.: Pharmacist-led medication review in patients over 65: a randomized, controlled trial in primary care. *Age Ageing* 30: 205–211, 2001
- Kumpusalo E, Pärnänen H, Takala J ym.: Verenpainepotilas terveyskeskuksessa: Lääkehoito, hoitotulokset sekä potilaiden kokemat oireet. *Suom Lääkäril* 52: 2250–2257, 1997
- Lagnaoui R, Depont F, Fourrier A ym.: Patterns and correlates of benzodiazepine use in the French general population. *Eur J Clin Pharmacol* 60: 523–529, 2004
- Lahnajärvi L: Vaihtelevat reseptien uusimiskäytännöt. *Suom Lääkäril* 54: 795–797, 1999

- Lahnajärvi L, Klaukka T, Martikainen J: Lääkäreiden mielipiteitä Kelan reseptikoosteesta. *Suom Lääkäril* 52: 4035–4037, 1997
- Lau H, Beuning K, Postma-Lim E, Klein-Beernink L, de Boer A, Porsius A: Non-compliance in the elderly: evaluation of determinants by longitudinal data-analysis. *Pharm World Sci* 18: 63–68, 1996
- Lau H, de Boer A, van den Broek I, Porsius A: Self-reported drug-related problems in patients admitted to general medical wards. Kirjassa: Drug related problems in the elderly. Studies on occurrence and interventions, ss. 69–84. Toim. Lau H, University of Utrecht, Utrecht 1998a
- Lau SF, Braybrook S, Robinson A, Bialas MC, Mayne NL, John DN: Pharmacist led repeat prescribing review: medicines management in the community pharmacy. *Pharm J* 261: R46, 1998b
- Linden M, Lecrubier Y, Bellantuono C, Benkert O, Kisley S, Simon G: The prescribing of psychotropic drugs by primary care physicians: an international collaborative study. *J Clin Psychopharmacol* 19: 132–140, 1999
- Linjakumpu T, Hartikainen S, Isoaho R, Kivelä S-L: Kotona asuvien iäkkäiden monilääkitys sekä psyyken- ja kipulääkkeiden käyttö. *Gerontologia* (2): 117–124, 2001
- Linjakumpu T, Hartikainen S, Klaukka T, Koponen H, Kivelä S-L, Isoaho R: Psykyklääkkeiden käyttö kasaantuu kaikkein vanhimmille. *Suom Lääkäril* 57: 4600–4603, 2002
- Läkelaitos ja Kansaneläkelaitos: Suomen lääketilasto 2004, Helsinki 2005
- Macia G, Bombelli M, Lanzarotti A ym.: Systolic vs. diastolic blood pressure control in the hypertensive patients of the PAMELA population. *Arch Intern Med* 162: 582–586, 2002
- Mackie C, Lawson D, Campbell A, MacLaren A, Waigh R: A randomised controlled trial of medication review in patients reviewing polypharmacy in general practice [abstrakti]. *Pharm J*: 263: R7, 1999
- Madeley J: Repeat prescribing via the receptionist in a group practice. *J R Coll Gen Pract* 24: 425–431, 1974
- Makkonen N: Lääkevaihto kotihoidon näkökulmasta. Pro gradu -tutkielma, Kuopion yliopisto, sosiaalifarmasian laitos, Kuopio 2005
- Manasse AP: Repeat prescriptions in general practice. *J R Coll Gen Pract* 24: 203–220, 1974
- Mays N, Pope C: Rigour and qualitative research. *BMJ* 311: 109–112, 1995
- McGavock H, Wilson-Davis K, Connolly JP: Repeat prescribing management – a cause for concern? *Br J Gen Pract* 49: 343–347, 1999
- Medicines Partnership: Medication Review. Haettu Internetistä 7.7.2005:  
<http://www.medicines-partnership.org/medication-review/room-for-review/the-guide/what-is-mr/models-of-mr>
- Meigs J, Singer D, Sullivan L ym.: Metabolic control and prevalent cardiovascular disease in non-insulin-dependent diabetes mellitus (NIDDM): The NIDDM Patient Outcomes Research Team. *Am J Med* 102: 38–47, 1997
- Melander A, Johansen F, Lindahl S-O ym.: Bensodiazepiner och deras analoger: Användning – Beroende – Styrfaktorer. Apotekarsocieteten ja Stiftelsen NEPI, Malmö 2002

- Meriranta P, Tikkanen I, Kumpusalo E ym.: Verenpainepotilas terveystakeskuksessa: hoitotulokset paranemassa. *Suom Lääkäril* 59: 3253–3258, 2004
- Miles M, Huberman M: *Qualitative data analysis*. 2<sup>nd</sup> ed. SAGE Publications, Thousand Oaks, 1994
- Mäntyselkä P, Ahonen R, Kumpusalo E, Takala J: Variability in prescribing for musculoskeletal pain in Finnish primary health care. *Pharm World Sci* 23: 232–236, 2001a
- Mäntyselkä P, Ahonen R, Kumpusalo E, Takala J: Patients' versus general practitioners' assessments of pain intensity in primary care patients with non-cancer pain. *Br J Gen Pract* 51: 995–997, 2001b
- Mäntyselkä P, Ahonen R, Viinamäki H, Takala J, Kumpusalo E: Drug use by patients visiting primary care physicians due to nonacute musculoskeletal pain. *Eur J Pharm Sci* 17: 201–206, 2002
- Mäntyselkä P, Turunen J, Ahonen R, Kumpusalo E: Chronic pain and poor self-rated health. *JAMA* 290: 2435–2442, 2003
- National Audit Office: *Repeat prescribing by general medical practitioners in England*. HMSO, London 1993
- National Prescribing Centre: *Saving time, helping patients. A good practice guide to quality repeat prescribing*, 2004 Haettu Internetistä 28.3.2006: [http://www.npc.co.uk/repeat\\_prescribing/pdf/repeat\\_prescribing\\_document1.pdf](http://www.npc.co.uk/repeat_prescribing/pdf/repeat_prescribing_document1.pdf)
- National Prescribing Centre: *Medicines Management Services Collaborative: Service improvement guide: Repeat prescribing*, 2006a. Haettu Internetistä 8.2.2006: [http://www.npc.co.uk/mms/extras/SIG\\_Repeat\\_Prescribing.pdf](http://www.npc.co.uk/mms/extras/SIG_Repeat_Prescribing.pdf)
- National Prescribing Centre: *National Prescribing Centre publishes a new guide on quality repeat prescribing*, 2006b. Haettu Internetistä 8.2.2006: <http://www.pharman.co.uk/cms/view.php/3219.html>
- Nicol F, Gebbie H: Repeat prescribing in the elderly. A case for audit? *Scott Med J* 29(1): 21–24, 1984
- Niemi M, Winell K: *Diabetes Suomessa. Esiintyvyys ja hoidon laadun vaihtelu*. Diabetesliitto ja Stakes, Helsinki 2005
- Niskanen L, Meriläinen M, Rantonen J, Voutilainen E, Miettinen H, Korhonen T: Nuoruusiän diabeetikkojen hoito ja seuranta KYKS-piirissä. *Suom Lääkäril* 45: 2644–2649, 1990
- Närhi H, Puolijoki H, Rekiaro M, Isoaho R, Kivelä S-L: Iäkkäiden astmapotilaiden lääkkeet. *Suom Lääkäril* 51: 3349–3357, 1996
- Närhi U: *Implementing the philosophy of pharmaceutical care into community pharmacy services – experiences with asthma patients in Finland*. Kuopion yliopiston julkaisuja A. Farmaseuttiset tieteet 54, Kuopion yliopisto, Kuopio 2001
- Närhi U, Airaksinen M, Enlund H: Do asthma patients receive sufficient information to monitor their disease – a nationwide survey in Finland. *Pharm World Sci* 23: 242–245, 2001
- Ohayon M, Caulet M, Priest R, Guilleminault C: Psychotropic medication consumption patterns in the UK general population. *J Clin Epidemiol* 51: 273–283, 1998
- Pablos-Velasco P, Martinez-Martin F, Rodriguez Perez F, Ruilope Urioste L, Garcia Robles R: Prevalence, awareness, treatment and control of hypertension in a Canarian population. Relationship with glucose tolerance categories. The Guia Study. *J Hypertens* 20: 1965–1971, 2002

- Paldán M, Klaukka T: Joka kolmannella lipidilääkitystä käytävällä on sepelvaltimotauti. *Suom Lääkäril* 58: 2188–2190, 2003
- Palumbo F, Knapp F, Brandon B ym.: Detecting prescribing problems through drug usage review: a case study. *Am J Hosp Pharm* 34: 152–154, 1977
- Parker EJ, Schrieber V: Repeat prescribing – a study in one practice. *J R Coll Gen Pract* 30: 603–606, 1980
- PCNE: PCNE DRP-classification V3.01, 2002. Haettu Internetistä 31.3.2003: <http://www.pcne.org/dokumenter/PCNE%20scheme%20V301.htm>
- Pearson T, Laurora I, Chu H, Kafonek S: The Lipid Treatment Assesment Project (L-TAP). A multicenter survey to evaluate the percentages of dyslipidemic patients receiving lipid-lowering therapy and achieving low-density lipoprotein cholesterol goals. *Arch Intern Med* 160: 459–467, 2000
- Peura S, Martikainen J, Klaukka T: Astmalääkkeiden kulutus ja kustannukset Suomessa 1980-luvulla. Kansaneläkelaitoksen julkaisuja M:72, Kela, Helsinki 1990
- Pitkälä K, Strandberg T, Tilvis R: Inappropriate drug prescribing in home-dwelling, elderly patients. A population-based survey. *Arch Intern Med* 162: 1707–1712, 2002
- Pitkälä K, Strandberg T, Tilvis R: Management of nonmalignant pain in home-dwelling older people: a population-based survey. *J Am Geriatr Soc* 50: 1861–1865, 2002
- Psaltopoulou T, Orfanos P, Naska A, Lenas D, Trichopoulos D, Trichopoulou A: Prevalence, awareness, treatment and control of hypertension in a general population sample of 26 913 adults in the Greek EPIC study. *Int J Epidemiol* 33: 1345–1352, 2004
- Pyörälä K, Klaukka T: Sepelvaltimotauti-, diabetes- ja verenpainepotilaiden lipidilääkkeiden käyttö Suomessa vuosina 1996–99. *Suom Lääkäril* 56: 21–28, 2001
- Rabe K, Vermeire P, Soriano J, Maier W: Clinical management of asthma in 1999: the Asthma Insights and Reality in Europe (AIRE) study. *Eur Respir J* 16: 802–807, 2000
- Rees JA, Baumgard L: Use of prescription medication records. *Br J Pharm Pract* 5: 6–20, 1983
- Rokstad K, Straand J: Drug prescribing during direct and indirect contacts with patients in general practice. A report from the More & Romsdal Prescription Study. *Scand J Prim Health Care* 15: 103–108, 1997
- Rosello Farras MD, Gonzales Solanellas M, Pie Barrufet I, Perez Lucena MJ, Sans Lecussan F: [The computerised repeat prescription. The follow-up of drug consumption and of authorized medication cards over the first 3 years. Englannin kielinen abstrakti]. *Aten Primaria* 20: 251–254, 1997
- Rothenbacher D, Ruter G, Saam S, Brenner H: Younger patients with type 2 diabetes need better glycaemic control: results of a community-based study describing factors associated with a high HbA<sub>1c</sub> value. *Br J Gen Pract* 53: 389–391, 2003
- Saaristo T, Lahtela J, Keinänen-Kiukaanniemi S: Sepelvaltimotautipotilaiden lipidihäiriöiden hoidon toteutuminen. *Suom Lääkäril* 55: 2291–2296, 2000
- Saltevo J, Kunnamo I, Laukkanen M: Työikäisten diabeetikkojen hoitotasapaino Keski-Suomen sairaanhoitopiirissä 1994. *Suom Lääkäril* 52: 1819–1824, 1997

- Saltevo J, Kunnamo I, Utriainen T: Keski-Suomen sairaanhoitopiirin työikäiset diabeetikot vuonna 1988. *Suom Lääkäril* 45: 730–734, 1990
- Schechtman J, Bovbjerg V, Voss J: Predictors of medication-refill adherence in an indigent rural population. *Med Care* 40: 1294–1300, 2002
- Sellers J, Kaczorowski J, Sellers C ym.: A randomized controlled trial of a pharmacist consultation program for family physicians and their elderly patients. *CMAJ* 169: 17–22, 2003
- Seppälä M: Sleep and hypnotics in the elderly. Epidemiological and pharmacological studies in an urban community and in nursing homes. Turun yliopiston julkaisuja D99. Turun yliopisto, Turku 1992
- Seppälä P, Rönnemaa T, Laakso M, Kallio V, Pyörälä K: Aikuisiässä sairastuneiden diabeetikkojen hoitokäytäntö KYKS- ja TYKS-piirissä. *Suom Lääkäril* 44: 1416–1422, 1989
- Shireman T, Heaton P, Gay W, Cluxton R, Moomaw C: Relationship between asthma drug therapy patterns and healthcare utilization. *Ann Pharmacother* 36: 557–564, 2002
- Smith F: *Research Methods in Pharmacy Practice*. Pharmaceutical Press, London 2002
- Solomon D, Baumgartner P, Glascock L, Glascock S, Briscoe M, Billups N: Use of medication profiles to detect potential therapeutic problems in ambulatory patients. *Amer J Hosp Pharm* 31: 348–54, 1974
- Sosiaali- ja terveysministeriö: Lääkekustannustyöryhmän muistio. Sosiaali- ja terveysministeriön työryhmämuistioita 1997:11, Helsinki 1997
- Sosiaali- ja terveysministeriö: Astmaohjelma 1994–2004. Sosiaali- ja terveysministeriön työryhmämuistioita 1997: 21, Helsinki 1998
- Sosiaali- ja terveysministeriö: Yhteenveto STM:n ja lääninhallitusten sairaanhoitopiirien psykiatrian valvontakäynneistä. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2001:9. Haettu Internetistä 21.7.2005: <http://pre20031103.stm.fi/suomi/pao/julkaisut/psyko/selvitys.htm>
- Sosiaali- ja terveysministeriö: Lääkekorvaustyöryhmä 2003:n loppuraportti. Sosiaali- ja terveysministeriön työryhmämuistioita 2003:15, Helsinki 2003a
- Sosiaali- ja terveysministeriö: Lääkepolitiikka 2010. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2003:11, Helsinki 2003b
- Sosiaali- ja terveysministeriö: Sähköisten potilasasiakirjajärjestelmien toteuttamista ohjaavan työryhmän loppuraportti. Sosiaali- ja terveysministeriön työryhmämuistioita 2004:8, Helsinki 2004
- Stevens R, Balon D: Detection of hazardous drug/drug interactions in a community pharmacy and subsequent intervention. *Int J Pharm Pract* 5: 142–148, 1997
- Straand J, Sandvik H: Stopping long-term drug therapy in general practice. How well do physicians and patients agree? *Fam Pract* 18: 597–601, 2001
- Strandberg TE, Pitkälä K, Berglind S, Nieminen MS, Tilvis RE: Multifactorial cardiovascular disease prevention in patients aged 75 years and older: A randomized controlled trial. *Am Heart J* 142: 945–951, 2001a
- Strandberg TE, Pitkälä K, Kulp S, Tilvis RS: Use of cardiovascular drugs by home-dwelling coronary patients aged 75 years and older. *Eur J Clin Pharmacol* 57: 513–516, 2001b

Strandberg T, Vanhanen H: Vielä on parantamisen varaa sepelvaltimotautipotilaiden lipidien hoidossa. *Kunnallislääkäri* 14: 19–20, 1998

Strandberg T, Vanhanen H: Lääkityksen, potilaan ja lääkärin ominaisuuksien vaikutus lipidihoidon tavoitteiden saavuttamiseen. *Suom Lääkäril* 56: 1483–1486, 2001

Strom B: Other approaches to pharmacoepidemiology studies. Kirjassa: *Pharmacoepidemiology*, ss. 387–399, 3. painos. Toim. Strom B, John Wiley and sons, UK 2000

Suomen Lääkäriliitto: Lääkärikysely 2003. Tilastoja, Helsinki 2002

Svilaas A, Risberg K, Thoresen M, Ose L: Lipid treatment goals achieved in patients treated with statin drugs in Norwegian general practice. *Am J Cardiol* 86: 1250–1253, 2000

Sykes D, Westwood P, Gillegan J: Development of a review programme for repeat prescription medicines. *Pharm J* 256: 458–460, 1996

Syvälähti E: Ahdistuneisuushäiriöiden lääkehoito. Lääkärin käsikirja. Duodecim, Helsinki 2005a. Haettu Internetistä 21.3.2006: [http://www.terveysportti.fi/ltk/ltk.koti?p\\_haku=ahdistuneisuus](http://www.terveysportti.fi/ltk/ltk.koti?p_haku=ahdistuneisuus)

Syvälähti E: Unettomuuden hoito. Lääkärin käsikirja. Duodecim, Helsinki 2005b. Haettu Internetistä 21.3.2006 [http://www.terveysportti.fi/ltk/ltk.koti?p\\_haku=unettomuus](http://www.terveysportti.fi/ltk/ltk.koti?p_haku=unettomuus)

Takala J, Kumpusalo E ym.: Verenpainepotilas terveyskeskuksessa: hoidossa yhä parantamisen varaa. *Suom Lääkäril* 56: 269–274, 2001

Tashakkori A, Teddlie C: Mixed methodology. Combining qualitative and quantitative approaches. *Applied social research methods series Vol 46*, SAGE Publications Thousand Oaks, 1998

Terveydenhuollon oikeusturvakeskus: PKV-lääkkeiden määrääminen ja ei-lääkinnällinen käyttö. Työryhmämuistio, Helsinki 2002

Tiirikainen S: Apteekkien ja lääkärin yhteistyö – reseptien uusintaa? Pro gradu -tutkielma, Kuopion yliopisto, sosiaalifarmasian laitos, Kuopio 2001

Tiirikainen S, Lahnajärvi L: Apteekkien ja lääkärin yhteistyö – vain reseptien uusintaa? *Suom Lääkäril* 57: 1522–1525, 2002

Tulloch AJ: Repeat prescribing for elderly patients. *Br Med J (Clin Res Ed)* 282: 1672–1675, 1981

Tuominen P, Tuominen A-L, Rintamäki T, Lammi U-K: Sepelvaltimotautipotilaiden ruokavaliointerventio ja lipidilääkitys Kangasalan seudun terveyskeskuksessa. *Suom Lääkäril* 53: 2787–2792, 1998

Tuominen S, Romppanen P, Rosenvall A: Sepelvaltimotautipotilaiden hyperkolesterolemian tutkimus ja hoito laiminlyöty. *Suom Lääkäril* 51: 1217–1222, 1996

Tuomisto L, Puolijoki H, Keistinen T: Astmapotilaan seuranta – Kuka seuraa vai seuraako kukaan? *Suom Lääkäril* 56: 3555–3559, 2001

Turtola H, Rainio A, Elovaara E, Mustonen J: Aikuisikäisten nuoruustyyppin diabeetikkojen hoito ja seuranta Pohjois-Karjalan sairaanhoitopiirissä vuodesta 1981 lähtien. *Suom Lääkäril* 53: 2537–2542, 1998

Turunen J, Mäntyselkä P, Kumpusalo E, Ahonen R: How do people ease their pain? A population-based study. *J Pain* 5: 498–504, 2004

Turunen J, Mäntyselkä P, Ojala R, Kröger P, Ahonen R: Public's information needs on analgesics and pharmacological pain management: A descriptive study in an information centre. Lähetetty arvioitavaksi 2006

Update: Repeat prescriptions. *Update* 21: 316–319, 1980

Uusitupa M, Groop L, Nissen M, Salo SA, Taskinen M-R: Aikuistyypin diabeteksen hoitosuositus 1994. Suomen Diabetesliitto ry:n julkaisusarja 1/1994, Suomen Diabetesliitto ry, Tampere 1994

Valle T, Reunanen A, Koivisto V, Kangas T, Rissanen A: Suomalaisen diabeetikon hoitotasapaino. *Duodecim* 47: 1903–1914, 1997

Valle T, Reunanen A, Koivisto V, Kangas T, Rissanen A: Glycemic control in patients with diabetes in Finland. *Diabetes Care* 22: 575–579, 1999

Valle T, Tuomilehto J: Diabeetikkojen hoitotasapaino Suomessa vuosina 2000–2001. Suomen Diabetesliitto ry, Tampere 2004. Haettu Internetistä 9.11.2004:  
[http://www.diabetes.fi/tiedoston\\_katsominen.php?dok\\_id=121](http://www.diabetes.fi/tiedoston_katsominen.php?dok_id=121)

Van Der Waals F, Mohrs J, Foets M: Sex differences among recipients of benzodiazepines in Dutch general practice. *BMJ* 307: 363–366, 1993

Vartiainen E, Laatikainen T, Tapanainen J ym.: Suomalaisien sydän- ja verisuonitautien riskitekijät FINRISKI-tutkimuksessa 1982–2002. *Suom Lääkäril* 58: 4099–4106, 2003

Vermeire P, Rabe K, Soriano J, Maier W: Asthma control and differences in management practices across seven European countries. *Resp Med* 96: 142–149, 2002

Vierimaa E, Mäkelä A, Manninen E, Lahtela J: Evaluation of the quality of diabetes care in Kuusamo – a rural community in Northern Finland. *Eur J Endocrinol* 132: 30, 1995

Voipio T, toim.: Lääkkeiden luokitus (ATC) ja määritellyt vuorokausiannokset (DDD) 2001. Lääkelaitos, Helsinki 2001

Väistö T, Pajunen P, Jousilahti P ym.: Valtimotautitapahtumien riskiryhmään kuuluvien ja kuulumattomien kolesterolitasot FINRISKI 2002 -tutkimuksessa. *Suom Lääkäril* 60: 389–394, 2005

Warner J: NHS repeat dispensing schemes in England. Department of Health. Haettu Internetistä 7.7.2005:  
[http://www.dh.gov.uk/PolicyAndGuidance/MedicinesPharmacyAndIndustry/Prescriptions/PrescriptionsArticle/fs/en?CONTENT\\_ID=4000157&chk=UyNZdF](http://www.dh.gov.uk/PolicyAndGuidance/MedicinesPharmacyAndIndustry/Prescriptions/PrescriptionsArticle/fs/en?CONTENT_ID=4000157&chk=UyNZdF)

WHO: Adherence to long-term therapies: evidence for action, 2003. Haettu Internetistä 24.8.2005:  
[http://www.who.int/chronic\\_conditions/adherencereport/en/](http://www.who.int/chronic_conditions/adherencereport/en/)

WHO: WHO Collaborating Centre for Drug Statistics Methodology. Haettu Internetistä 11.6.2002:  
<http://www.whocc.no/atcddd/>

Winblad I, Isohanni M, Vajus H ym.: Kuinka terveyskeskuslääkäri hoitaa psyykkisiä ongelmia? *Suom Lääkäril* 50: 613–618, 1995

Woolf A, Zeidler H, Haglund U ym.: Musculoskeletal pain in Europe: its impact and a comparison of population and medical perceptions of treatment in eight European countries. *Ann Rheum Dis* 63: 342–347, 2004

Wändell P, Gåfvels C: Metabolic control and quality of data in medical records for subjects with type 2 diabetes in Swedish primary care: improvement between 1995 and 2001. *Scand J Prim Health Care* 20: 230–235, 2002

Zermansky A: Keep on taking the tablets! How to organise repeat prescribing. Tees Health Authority, Middlesborough 1994

Zermansky A: Who controls repeats? *Br J Gen Pract* 46: 643–647, 1996

Zermansky A, Petty D, Raynor D, Freemantle N, Vail A, Lowe C: Randomised controlled trial of clinical medication review by a pharmacist of elderly patients receiving repeat prescriptions in general practice. *BMJ* 323: 1340–1343, 2001



Liite 1. Terveysturvan väestötutkimuksen (TERVA) haastattelukysymykset.

**C4K2. ONKO KÄYTÖSSÄNNE TÄLLÄ HETKELLÄ MITÄÄN LÄÄKÄRIN MÄÄRÄÄMIÄ LÄÄKKEITÄ?**

- 1 Kyllä
- 2 Ei -> C4K7

**C4K3A. MINKÄ NIMINEN LÄÄKE TEILLÄ ON KÄYTÖSSÄNNE?** Lääkkeiden nimet tarkistetaan purkista tai reseptistä, ellei haastateltava muista niitä. Näiden puuttuessa riittää muistinvarainen tieto.

---

**C4K3B. KÄYTÄTTEKÖ SITÄ JATKUVASTI, TILAPÄISESTI VAI VAIN TARVITTAESSA?** Jatkuva käyttö tarkoittaa lääkkeen ottamista päivittäin tai lähes päivittäin, säännöllisin välein ja pitkäaikaisesti (esim. insuliini, epilepsialääke, monet sydänlääkkeet). Tilapäinen lääkitys selvästi alkaa ja päättyy kestäen oireiden edellyttämän ajan (esim. antibioottikuuri). Vain tarvittaessa -lääkettä on yleensä kotona varalla odottamassa oireiden ilmaantumista tai niiden pahenemista (esim. migreenilääke, allergialääke).

- 1 Jatkuvasti
- 2 Tilapäisesti
- 3 Vain tarvittaessa

**C4K3C. ONKO TEILLÄ MUITA LÄÄKKEITÄ KÄYTÖSSÄNNE?**

- 1 Kyllä -> C4K3A (yhteensä enintään 15 kertaa)
- 2 Ei

Liite 2. Reseptien uusiminen ja kirjoittaminen DIF-tutkimuksessa sukupuolen mukaan.

AT-koodi	Lääkeryhmä ja sukupuoli	Kaikki reseptit n	Uusinnat kohtaa-matta lääkäriä, %	Uusinnat lääkärin vastaan-otolla, %	Uusi lääke %	Vastaan-otolla kirjoitetut %	Kaikki uusinnat %
N5A	Psykoosilääkkeet	196 269					
	Naiset	107 774	55	19	16	35	75
	Miehet	84 098	58	14	20	34	72
N5B	Unilääkkeet	652 956					
	Naiset	365 555	41	37	12	49	78
	Miehet	270 576	44	33	11	44	77
C1	Sydänlääkkeet	461 837					
	Naiset	285 406	42	39	7	46	81
	Miehet	162 379	36	44	11	55	80
N5C	Rauhoittavat lääkkeet	527 933					
	Naiset	282 583	36	30	21	52	67
	Miehet	233 984	41	30	18	48	71
C7	Beetasalpaajat	545 940					
	Naiset	319 062	35	43	7	50	78
	Miehet	217 621	32	44	11	55	76
N6	Depressiolääkkeet	417 577					
	Naiset	268 783	34	31	25	56	65
	Miehet	139 945	35	31	19	51	66
C8	Kalsiuminestäjät	269 193					
	Naiset	144 766	32	42	4	46	73
	Miehet	118 072	22	50	5	55	72
N2B	Analgeetit	673 364					
	Naiset	400 489	23	32	26	58	54
	Miehet	265 036	28	25	30	55	53
*	Pitkävaikutteiset astmalääkkeet	262 186					
	Naiset	152 449	23	40	21	61	63
	Miehet	104 622	31	38	16	54	69

AT-koodi	Lääkeryhmä ja sukupuoli	Kaikki reseptit n	Uusinnat kohtaa-matta lääkäriä, %	Uusinnat lääkärin vastaan-otolla, %	Uusi lääke %	Vastaan-otolla kirjoitetut %	Kaikki uusinnat %
C10	Lipidilääkkeet	373 330					
	Naiset	206 242	26	41	17	59	68
	Miehet	159 659	23	42	19	61	65
G3	Sukupuolihormonit	286 800					
	Naiset	276 048	25	38	24	62	64
	Miehet	9 268	13	37	n.a.	60	49
A10	Diabeteslääkkeet	426 705					
	Naiset	223 056	27	54	7	62	81
	Miehet	194 597	21	54	8	62	75
A2	Ulkuslääkkeet	413 771					
	Naiset	238 791	19	27	39	66	46
	Miehet	168 831	31	14	37	51	45
C9	ACE-estäjät ja AT II -salpaajat	445 448					
	Naiset	258 918	25	44	6	50	68
	Miehet	178 457	21	45	10	56	66
**	Lyhytvaikutteiset astmalääkkeet	322 132					
	Naiset	169 285	18	42	26	68	60
	Miehet	145 662	28	28	26	54	56
M1A	Tulehduskipulääkkeet	1 445 796					
	Naiset	812 105	16	23	45	69	39
	Miehet	609 181	11	20	56	76	31
M3	Lihaskrelaksantit	282 843					
	Naiset	156 347	12	24	49	73	36
	Miehet	119 555	10	15	59	74	25
D7	Paikallisesti käytettävät kortikosteroidit	385 995					
	Naiset	194 501	8	10	71	81	18
	Miehet	183 442	10	26	49	75	36
...	Lyhytvaikutteiset nenän tautien lääkkeet	324 098					
	Naiset	202 027	5	17	57	74	22

AT-koodi	Lääkeryhmä ja sukupuoli	Kaikki reseptit n	Uusinnat kohtaan- matta lääkäriä, %	Uusinnat lääkärin vastaan- otolla, %	Uusi lääke %	Vastaan- otolla kirjoitetut %	Kaikki uusinnat %
	Miehet	119 758	9	10	62	71	19
.....	Lyhytvaikutteiset silmätautien lääkkeet	359 415					
	Naiset	214 447	7	9	74	83	16
	Miehet	138 231	1	6	85	91	7
R5	Yskänlääkkeet ja vilustumislääkkeet	619 061					
	Naiset	350 656	4	7	73	80	11
	Miehet	262 088	4	6	74	80	10
J1	Systemiset bakteerilääkkeet	2 390 579					
	Naiset	1 416 336	2	2	85	87	4
	Miehet	941 780	1	3	83	86	4

\* R3D1, R3F1, R3B2, R3C1 ja R3J2

\*\* R3A1, R3A2 ja R3G1

... R1B, R1A7 ja R1A9

..... S1A, S1C1, S1G ja S1B

AT-koodi = Anatomis-terapeuttisen luokittelujärjestelmän koodi

DIF = Diagnosis Index Finland

Liite 3. Reseptien uusiminen ja kirjoittaminen DIF-tutkimuksessa iän mukaan.

AT-koodi	Lääkeryhmä ja ikä	Kaikki reseptit n	Uusinnat kohtaa-matta lääkäriä, %	Uusinnat lääkärin vastaan-otolla, %	Uusi lääke %	Vastaan-otolla kirjoitetut %	Kaikki uusinnat %
N5A	Psykoosilääkkeet	196 269					
	Alle 65-v	105 486	63	17	*	32	80
	Yli 65-v	90 783	50	17	*	37	67
N5B	Unilääkkeet	652 956					
	Alle 65-v	325 912	37	32	18	50	69
	Yli 65-v	323 247	48	38	5	43	86
C1	Sydänlääkkeet	461 837					
	Alle 65-v	72 090	30	39	20	60	70
	Yli 65-v	387 087	42	41	6	47	83
N5C	Rauhoittavat lääkkeet	527 933					
	Alle 65-v	354 408	31	32	23	55	63
	Yli 65-v	170 557	53	27	13	40	80
C3	Diureetit	320 361					
	Alle 65-v	81 007	23	41	0	53	65
	Yli 65-v	239 354	39	40	6	46	80
C7	Beetasalpaajat	545 940					
	Alle 65-v	232 107	23	49	14	63	72
	Yli 65-v	312 349	42	39	5	44	81
N6	Depressiolääkkeet	570 907					
	Alle 65-v	409 022	19	20	16	36	38
	Yli 65-v	161 886	40	32	18	50	72
C8	Kalsiuminestäjät	269 193					
	Alle 65-v	115 254	23	49	9	58	72
	Yli 65-v	152 763	32	43	1	44	75
N2B	Analgeetit	673 364					
	Alle 65-v	320 840	20	25	36	62	45
	Yli 65-v	349 865	30	32	20	52	63
C10	Lipidilääkkeet	373 330					

AT-koodi	Lääkeryhmä ja ikä	Kaikki reseptit n	Uusinnat kohtaanmatta lääkäriä, %	Uusinnat lääkärin vastaanotolla, %	Uusi lääke %	Vastaanotolla kirjoitetut %	Kaikki uusinnat %
	Alle 65-v	156 400	19	45	17	62	64
	Yli 65-v	216 930	29	38	19	57	68
G4B	Eturauhas-, erektio- ja virtsanpidätyslääkkeet	222 854					
	Alle 65-v	90 216	20	19	0	70	40
	Yli 65-v	132 638	27	30	27	58	58
A10	Diabeteslääkkeet	426 705					
	Alle 65-v	195 872	21	52	9	61	73
	Yli 65-v	230 833	27	55	6	61	82
A2	Ulkuslääkkeet	413 771					
	Alle 65-v	218 896	21	21	40	61	41
	Yli 65-v	193 700	27	23	36	59	51
C9	ACE-estäjät ja AT II -salpaajat	445 448					
	Alle 65-v	195 879	28	52	9	61	68
	Yli 65-v	248 578	16	39	6	45	67
M1A	Tulehduskipulääkkeet	1 445 796					
	Alle 65-v	983 704	9	20	56	76	29
	Yli 65-v	460 608	24	26	34	61	50
D7	Paikallisesti käytettävät kortikosteroidit	385 995					
	Alle 65-v	275 668	9	16	60	76	26
	Yli 65-v	106 799	9	23	0	80	32
R5	Yskänlääkkeet ja vilustumislääkkeet	619 061					
	Alle 65-v	463 557	3	5	74	79	8
	Yli 65-v	154 020	7	12	70	82	19
J1	Systeemiset bakteerilääkkeet	2 398 071					
	Alle 65-v	1 927 028	1	2	85	87	3
	Yli 65-v	457 478	6	5	80	85	10

\* N on liian pieni luvun laskemiseen.

AT-koodi = Anatomis-terapeuttisen luokittelujärjestelmän koodi

DIF = Diagnosis Index Finland

Liite 4. Jatkuvasti ja tarvittaessa otetut lääkkeet TERVA-tutkimuksessa sukupuolen mukaan.

ATC-koodi	Lääkeryhmä ja sukupuoli	Käyttäjää yhteensä	Jatkuvasti käyttävät %	Tarvittaessa käyttävät %
J01	Mikrobilääkkeet	232		
	Naiset	135	26	11
	Miehet	97	14	19
D07	Paikalliset kortikosteroidit	249		
	Naiset	135	33	48
	Miehet	114	39	46
C07	Beetasalpaajat	780		
	Naiset	410	90	8
	Miehet	370	95	4
C09	ACE-estäjät ja ATII-salpaajat	446		
	Naiset	202	99	0
	Miehet	244	99	0
A10	Diabeteslääkkeet	301		
	Naiset	138	99	0
	Miehet	163	98	2
R06	Systeemiset antihistamiinit	309		
	Naiset	196	29	44
	Miehet	113	27	42
B01	Antitrombootit	572		
	Naiset	262	95	2
	Miehet	310	97	1
M01A	Tulehduskipulääkkeet	880		
	Naiset	553	28	61
	Miehet	327	23	63
N05B	Rauhoittavat lääkkeet	267		
	Naiset	154	53	44
	Miehet	113	49	44
N05C	Unilääkkeet	288		
	Naiset	182	45	49
	Miehet	106	51	42
*	Lyhytvaikutteiset astmalääkkeet	354		
	Naiset	206	35	54
	Miehet	148	40	55
**	Beklometasoni, Budesonidi	240		
	Naiset	132	77	11
	Miehet	108	88	9
C01	Sydänlääkkeet (paitsi glyseryyltrinitraatti)	537		
	Naiset	282	92	9
	Miehet	255	90	13
C01DA02	Glyseryyltrinitraatti	295		
	Naiset	146	18	81
	Miehet	149	16	81

\* R03AC02, R03AC03, R03AC04, R03CC02, R03CC03

\*\* R03BA01, R03BA02

ATC-koodi = Anatomis-terapeuttis-kemiallisen luokittelujärjestelmän koodi

TERVA = Terveystutkimuksen väestötutkimus

Liite 5. Jatkuvasti ja tarvittaessa otetut lääkkeet TERVA-tutkimuksessa iän mukaan.

ATC-koodi	Lääkeryhmä ja ikä	Käyttäjiä yhteensä	Jatkuvasti käyttävät %	Tarvittaessa käyttävät %
C07	Beetasalpaajat	780		
	Alle 65-v	447	90	8
	Yli 65-v	333	96	3
C09	ACE-estäjät ja ATII-salpaajat	446		
	Alle 65-v	280	99	0
	Yli 65-v	166	99	0
A10	Diabeteslääkkeet	301		
	Alle 65-v	168	98	1
	Yli 65-v	133	99	1
C03	Diureetit	570		
	Alle 65-v	208	93	5
	Yli 65-v	362	97	1
B01	Antitrombootit	572		
	Alle 65-v	194	94	2
	Yli 65-v	378	98	1
M01A	Tulehduskipulääkkeet	880		
	Alle 65-v	611	20	66
	Yli 65-v	269	41	53
N05B	Rauhoittavat lääkkeet	267		
	Alle 65-v	171	48	47
	Yli 65-v	96	57	40
N05C	Unilääkkeet	288		
	Alle 65-v	142	42	49
	Yli 65-v	146	51	43
C01	Sydänlääkkeet (paitsi glyseryyliitrinitraatti)	537		
	Alle 65-v	143	87	13
	Yli 65-v	394	93	10
C01DA02	Glyseryyliitrinitraatti	295		
	Alle 65-v	94	17	83
	Yli 65-v	201	17	80

ATC-koodi = Anatomis-terapeuttis-kemiallisen luokittelujärjestelmän koodi

TERVA = Terveystutkimuksen väestötutkimus



Liite 6. Haastattelututkimusta esittelevä kirje terveyskeskuksiin.

Kuopio 22.10.1999

Tutkimus reseptien uusimiskäytännöistä

Reseptien uusiminen on tärkeä osa pitkäaikaislääkityksen toteuttamista. Se säästää niin lääkärin kuin potilaankin aikaa. Lääkäri voi uusida reseptin potilasta näkemättä tietäen, että potilaan hoito on tasapainossa, lääkitys on jatkunut jo pitkään, eikä potilaalla ole ongelmia lääkkeensä kanssa. Toisaalta lääkäri voi saada uusittavakseen nipun reseptejä, vaikka ei olisi koskaan tavannut ko. potilaita tai nähnyt heidän potilaspapereitaan. Kansaneläkelaitoksen lääkäreille lähettämän reseptipalautteen arviointikyselyssä kesällä 1997 monet lääkärit ilmoittivat olevansa huolissaan reseptien uusimisesta. Koska Suomessa ei ole aikaisemmin tarkasteltu reseptien uusimiskäytäntöjä, tarvitaan kuvailevaa tietoa siitä, miten uusiminen sujuu terveydenhuollon eri toimipisteissä ja mitä käytännön ongelmia uusimiseen liittyy.

Syksyllä 1998 aloitettiin reseptien uusimista ja pitkäaikaislääkitystä koskeva väitöskirjatutkimus. Tuolloin toteutettiin seitsemässä terveyskeskuksessa ja apteekissa esitutkimus, joka on raportoitu Suomen Lääkärilehdessä (1999; 54:795–797). Marras-joulukuussa 1999 teemme laajemman puhelinhaastattelututkimuksen terveydenhuollon eri yksiköiden reseptien uusimiskäytännöistä. Tutkimus tehdään 30 terveyskeskuksessa ja apteekissa eri puolilla Suomea. Tavoitteena on kuvata toimipisteiden reseptien uusimiskäytäntöjä, toimipisteiden välistä yhteistyötä, eri henkilöiden uusimiseen liittyviä tehtäviä sekä potilasasiakirjojen ja atk:n käyttöä uusimisessa. Kussakin terveyskeskuksessa haastatellaan yhden toimipisteen (terveysaseman) yhtä reseptien uusimisessa mukana olevaa lääkäriä ja vastaanottoavustajaa tai -hoitajaa. Kumpikin haastattelu kestää noin puoli tuntia. Teidän on pyynnöstä mahdollista saada oman yksikkönne haastattelumateriaali käyttöönnne terveysaseman omien uusimiskäytäntöjen arvioimista varten.

Otamme Teihin piakkoin yhteyttä puhelimitse. Jos terveyskeskuksessanne halutaan osallistua tutkimukseemme, sovimme ajan puhelinhaastatteluille.

Yhteistyöterveisin  
Leena Lahnajärvi  
proviisori, tutkija

## Liite 7. Lääkäriin haastattelukysymykset.

### Reseptien uusiminen – **Lääkäriin haastattelu**

#### 1. Taustatiedot (tarkista \*:lla merkityt Terveyskeskuskäsikirjasta)

- Väestövastuualueet ja niiden koko?
- Omalääkärijärjestelmä?
- Haastateltavan työkokemus ko. työpaikassa ja muualla?
- Haastateltavan koulutus/erikoisala?
- Päivystysjärjestelyt \*
- Lääkärien lukumäärä terveyskeskuksessa \*
- Onko terveyskeskuksessa meneillään jokin kehittämisprojekti (laatu-, ROHTO, Makropilotti tms.)?

#### 2. Uusimisen tekninen toteutus

- Mitä reseptille tapahtuu, kun se tulee terveyskeskukseen uusittavaksi?
- Kuka on reseptejä uusiva lääkäri?
- Mikä on avustajien rooli?
- Jos saman terveyskeskuksen yhteydessä toimii useita yksiköitä, ovatko uusimiskäytännöt samanlaiset eri yksiköissä?
- Miten paljon reseptejä uusitaan päivässä/viikossa?
- Millä tavalla puhelinuusinnat on järjestetty? (Soittaako apteekki suoraan lääkärille, ensin vastaanottohenkilölle joka yhdistää suoraan lääkärille, vai jättääkö apteekki reseptin tiedot ja soittopyynnön?)

#### 3. Uusimisen laatu

##### Potilasasiakirjat

- Kirjataanko uusimiset potilasasiakirjoihin? Entä puhelinuusinnat/-reseptit?
- Onko atk:ta, mikä ohjelma?
- Onko uusiessa mahdollista tarkastella potilasasiakirjoja (aika, potilasasiakirjojen sijainti)?
- Käytetäänkö uusiessa potilasasiakirjojen tietoja? Milloin, milloin ei? Miksi, miksi ei?

##### Rajoitukset

- Mitä ei uusita ilman vastaanottokäyntiä?
- Mitä ei uusita puhelimitse?

##### Sopimukset

- Koska uusimiskäytäntöjä on viimeksi pohdittu lääkärien kesken, koko tk:n väen kesken, apteekkilaisten ja tk:n väen kesken?
- Kuinka usein potilaan tulee käydä vastaanotolla, onko käyntivälisuosituksia?
- Onko edellä mainituista asioista sovittu terveyskeskusten kaikkien lääkärien kesken, vai ovatko kunkin lääkärin henkilökohtaisia valintoja?
- Onko muita yhteisiä toimintamalleja?
- Ovatko uusimiskäytännöt muuttuneet ajan myötä? Miten?

##### Tyytyväisyys

- Onko reseptien uusimisessa ongelmia? Entä avustajien toiminnassa?
- Onko puhelinuusinoissa ongelmia?
- Mitä mieltä potilaat/asiakkaat ovat reseptien uusimisesta?

Miten reseptien uusiminen sopii / on sovitettu aikatauluksi?

Liite 8. Vastaanottohenkilön haastattelukysymykset.

## Reseptien uusiminen – **Vastaanottohenkilön haastattelu**

### *1. Taustatiedot*

- Paikkakunnan kuvaus?
- Haastateltavan koulutus ja valmistumisvuosi?
- Haastateltavan kokemus kyseisessä työpaikassa ja muualla?

### *2. Uusimisen tekninen toteutus*

- Minne uusittavat reseptit jätetään?
- Mitä reseptille tapahtuu, kun se tuodaan terveystieteiden keskuksen uusittavaksi?
- Mitkä ovat vastaanottohenkilön työtehtävät reseptien uusimisessa? (Mitä muita työtehtäviä kuin uusimiseen liittyviä?)
- Miten paljon reseptejä uusitaan päivässä/viikossa?
- Puhelinuusinnat: Soittaako apteekki suoraan lääkärille / ensin vastaanottohenkilölle joka yhdistää suoraan lääkärille / jättääkö apteekki reseptin tiedot ja soittopyynnön?

### *3. Uusimisen laatu*

#### Potilasasiakirjat

- Kirjataanko uusinnat potilasasiakirjoihin? Entä puhelinuusinnat?
- Kuka kirjaa uusinnat (uusiva lääkäri/avustaja)?

#### Rajoitukset

- Mitä ei uusita ilman lääkärin vastaanotolla käyntiä?
- Mitä ei uusita puhelimitse?

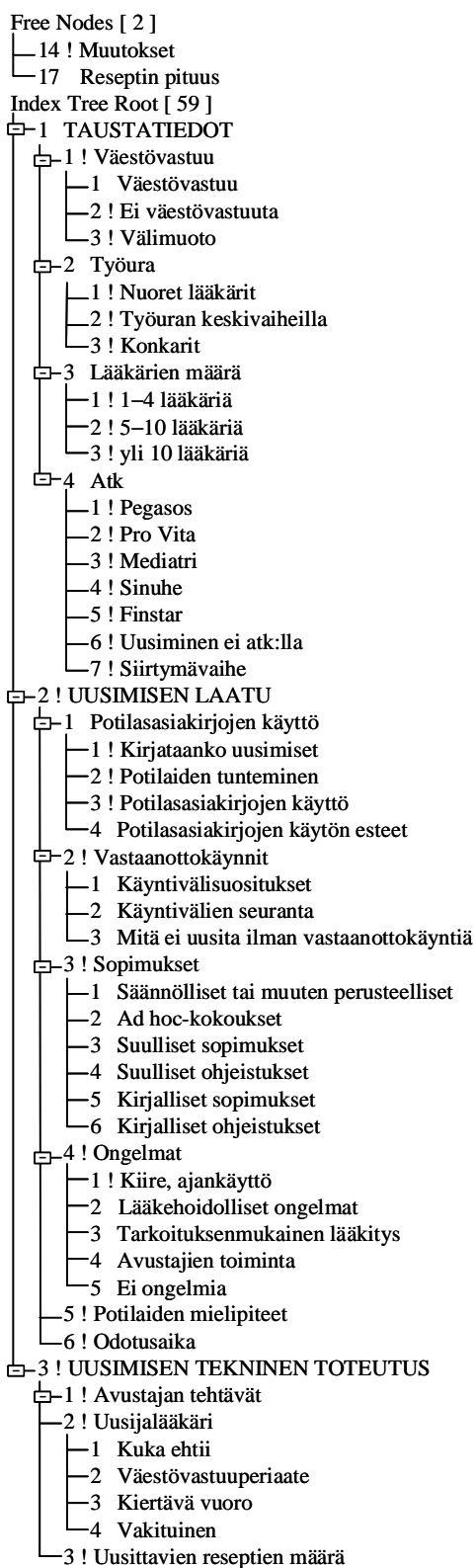
#### Sopimukset

- Onko terveystieteiden keskuksessa suullisia/kirjallisia ohjeita reseptien uusimisesta? (jos kirjalliset, pyydä kopio!)
- Koska uusimiskäytäntöjä on viimeksi pohdittu vastaanottohenkilöiden kesken/koko tk:n väen kesken/tk:n ja apteekin väen kesken?
- Ovatko uusimiskäytännöt muuttuneet ajan myötä? Miten?

#### Tyytväisyys

- Onko reseptien uusimisessa ongelmia?
- Onko puhelinuusinnoinnissa ongelmia?
- Miten apteekin ja terveystieteiden keskuksen yhteistyötä voitaisiin parantaa?
- Mitä mieltä potilaat/asiakkaat ovat reseptien uusimisesta?

## Liite 9. Analyysirunko 1.



## Liite 10. Analyysirunko 2.

### Free Nodes [ 11 ]

- 1 ! Lääkärien käytäntöjen yhteinäisyys
- 2 Potilaan näkökulma
- 3 Ristiriita vo vs. lääkäri
- 4 Pitkäaikaislääkkeet
- 5 Atk:n käyttö reseptin kirjoituksessa
- 6 Huoli reseptin uusimisesta
- 7 Uusimisen arvostus
- 8 Lääkäripulasta johtuvia järjestelyjä
- 9 Vastuu
- 14 ! Muutokset
- 17 Reseptin pituus

### Index Tree Root [ 78 ]

#### 1 TAUSTATIEDOT

- 1 ! Väestövastuu
  - 1 Väestövastuu
  - 2 ! Ei väestövastuuta
  - 3 ! Välimuoto
- 2 Työura
  - 1 ! Nuoret lääkärit
  - 2 ! Työuran keskivaiheilla
  - 3 ! Konkarit
- 3 Lääkärien määrä
  - 1 ! 1-4 lääkäriä
  - 2 ! 5-10 lääkäriä
  - 3 ! yli 10 lääkäriä
- 4 Atk
  - 1 ! Pegasos
  - 2 ! Pro Vita
  - 3 ! Mediatri
  - 4 ! Sinuhe
  - 5 ! Finstar
  - 6 Uusiminen ei atk:lla
  - 7 ! Siirtymävaihe
  - 8 Muu ohjelma

#### 2 ! UUSIMISEN LAATU

- 1 Potilasasiakirjojen käyttö
  - 1 ! Kirjataanko uusimiset
  - 2 ! Potilaiden tunteminen
  - 3 ! Potilasasiakirjojen käyttö
  - 4 Potilasasiakirjojen käytön esteet
  - 5 Ovatko potilasasiakirjat saatavilla
  - 6 Kuka kirjaa uusinnat
- 2 ! Vastaanottokäynnit
  - 1 Käyntivälisuositukset
  - 2 Käyntivälilien seuranta
  - 3 Mitä ei uusita ilman vastaanottokäyntiä
- 3 ! Sopimukset
  - 2 ! Kokoukset
  - 3 Suulliset sopimukset
  - 4 Suulliset ohjeistukset
  - 5 Kirjalliset sopimukset
  - 6 Kirjalliset ohjeistukset

- 4 ! Ongelmat
    - 1 ! Kiire, ajankäyttö
    - 2 Lääkehoidolliset ongelmat
    - 3 Tarkoituksenmukainen lääkitys
    - 4 Avustajien toiminta
    - 5 Ei ongelmia
    - 6 Asiakkaaseen liittyvät
    - 7 Väärinkäyttö
    - 8 Muut ongelmat
  - 5 ! Potilaiden mielipiteet
  - 6 ! Odotusaika
  - 7 Parannusehdotukset
  - 8 Avustaja tarkistaa päällekkäiset lääkitykset
- #### 3 ! UUSIMISEN TEKNINEN TOTEUTUS
- 1 Avustajan tehtävät
  - 2 ! Uusijalääkäri
    - 1 Kuka ehtii
    - 2 Väestövastuuperiaate
    - 3 Kiertävä vuoro
    - 4 Vakituinen
    - 5 Lääkäriryhmä
  - 3 ! Uusittavien reseptien määrä
  - 4 Uusimisen ajankäyttö
    - 1 Uusimisajankohta
    - 2 Onko uusimiselle varattu aikaa?
  - 5 Avustajien koulutus
  - 6 Reseptin jättöpaikka

## Liite 11. Analyysirunko 3.



Liite 12. KYA:n tavallinen uusimislomake.



KUOPION YLIOPISTON  
APTEEKKI

Puh. 617 1100, Lääkineuvonta 617 1111  
Avoinna joka päivä 8-23

# Reseptin uusiminen

Potilaan nimi		
Henkilötunnus	Erityiskorvausnumerot	Pvm.
Terveyskeskusalue <input type="checkbox"/> keskinen <input type="checkbox"/> koillinen <input type="checkbox"/> läntinen	Reseptin vastaanottaja apteekissa	Lääkkeet noudetaan pvm.

**Tiedot lääkärille:**

Uusittavat lääkkeet

---

---

---

---

---

---

**Tiedot apteekille:**

Toimitettavat lääkkeet

---

---

---

---

---

---

**Tiedot asiakkaalta/potilaalta:**

Milloin viimeksi olette käynyt kontrolleissa (laboratoriokokeet ym.)?

---

Milloin viimeksi olette käynyt lääkärissä ko. vaivan/vaivojen takia?

---

**Lääkärin terveiset potilaalle**

seuraavan kerran uusiminen vastaanotolla

muuta \_\_\_\_\_

---

Liite 13. Malli Lääkekortti<sup>TM</sup>-tulosteesta.

## Apteekin lääkekortti

Nimi: Pirkko Potilas

Sotu: 200237-234X

Kuopion yliopiston Malliapteekista ostetut reseptilääkkeet 24.9.2001–13.9.2002

Lääke	Vaikuttava aine	Ostopäivä	Määrä	Erit. korv.	Annosohje
Beclomet Easyhaler 200 µg/annos	beklometasoni	24.09.01	1x200	203	1 annos 2 kertaa vuorokaudessa säännöllisesti astman hoitoon
		19.12.01	1x200	203	1 annos 2 kertaa vuorokaudessa säännöllisesti astman hoitoon
		18.03.02	1x200	203	1 annos 2 kertaa vuorokaudessa säännöllisesti astman hoitoon
		22.06.02	1x200	203	1 annos 2 kertaa vuorokaudessa säännöllisesti astman hoitoon
Burana 600mg	ibuprofeeni	16.01.02	1x30		1 tabletti 3 kertaa vuorokaudessa selkäsärkyyn.
Buventol Easyhaler 200 µg/annos	salbutamoli	30.04.02	1x200	203	1 annos tarvittaessa ahdistukseen. Ei yli 4 kertaa päivässä.
Cystrin 5 mg	oksibutyiniini	24.09.01	2x100		1 tabletti 2 kertaa päivässä säännöllisesti virtsan karkailuun.
		19.12.01	2x100		1 tabletti 2 kertaa päivässä säännöllisesti virtsan karkailuun.
		18.03.02	2x100		1 tabletti 2 kertaa päivässä säännöllisesti virtsan karkailuun.
		22.06.02	2x100		1 tabletti 2 kertaa päivässä säännöllisesti virtsan karkailuun.
Levolac	laktuloosi	16.01.02	1000ml		15 ml aamuisin tarvittaessa ulostamista helpottamaan.
		22.06.02	1000ml		15 ml päivässä ummetukseen.
Viscotears	karbomeeri	24.09.02	3x10ml		1 tippa 3-4 kertaa vuorokaudessa tarvittaessa kuiviin silmiin.
		16.01.02	3x10ml		1 tippa 3-4 kertaa vuorokaudessa tarvittaessa kuiviin silmiin.
		22.06.02	3x10ml		1 tippa 3-4 kertaa vuorokaudessa tarvittaessa kuiviin silmiin.



Liite 14. Interventiotutkimuksen haastattelulomake.

<b>Reseptien uusiminen</b>		<b>Kuopion yliopiston apteekki</b>
Potilaan nimi		
Henkilötunnus	Erityiskorvausnumerot	Päivämäärä
Terveyskeskusalue <input type="checkbox"/> keskinen <input type="checkbox"/> koillinen <input type="checkbox"/> läntinen	Reseptin vastaanottaja apteekissa	Lääkkeet noudetaan pvm.

Uusittavat lääkkeet (lääkemuoto, nimi, vahvuus)	Tiedot apteekille: toimitettavat
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
Hyvän lääkehoidon seurannan kannalta tärkeitä tietoja:	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Kauanko lääke on ollut teillä käytössä? Onko sitä tarkoitus ottaa joka päivä? _____</li> <li>• Miten olette ottanut lääkettä? (annostelu, säännöllisyys, annosvälit) _____</li> <li>• Miten lääke on auttanut? Mistä huomaatte sen? _____</li> <li>• Onko lääkityksessä ollut ongelmia viime kuukausien aikana? Millaisia? (haittavaikutukset, vaikeus sovittaa lääkitys omaan arkeen tms.) _____</li> <li>• Milloin viimeksi olette käynyt lääkärin tarkastuksessa ko. vaivan/vaivojen takia? _____</li> <li>• Milloin olette käynyt tämän lääkkeen käyttöön liittyvissä muissa kontrolleissa (esim. verenpaineen mittaus, laboratoriotestit)? Ovatko arvot olleet hyvät? _____</li> </ul>	
Muuta huomioitavaa _____ _____	
Tietoja apteekille _____	
Lääkäri toivoo potilaalle kerrottavan:	Itsehoitolääkkeitä käytössä
a) Seuraavan kerran uusiminen vastaanotolla	<input type="checkbox"/> ei vastaavia kuin uusittavat
b) Tilatkaa aika vastaanotolle lääkityksen arviointia varten	<input type="checkbox"/> on vastaavia kuin uusittavat
c) Muuta _____	(käännä)

Liite 15. Potilaan suostumuslomake interventiotutkimukseen.

### **ResU III-tutkimus**

#### **Hyvä Kuopion yliopiston apteekin asiakas!**

Lääkehoidon onnistumisen kannalta on tärkeää, että lääkäri arvioi lääkityksen tarpeellisuuden säännöllisesti ja seuraa lääkehoidon toteutumista.

Tässä tutkimuksessa parannetaan lääkehoitonne seuranta reseptien uusimisen yhteydessä. Satunnaisesti valitulta osalta tutkittavista kysytään muutamia lääkehoitoa koskevia kysymyksiä, jotka parantavat lääkärin mahdollisuuksia tarkastaa käytettävä lääkitys. Lisäksi lääkitystänne arvioidaan lääkitystietojanne sisältävän listan perusteella (Kuopion yliopiston apteekin Lääkekortti) reseptejä uusittaessa ja kuuden kuukauden kuluttua tutkimuksen aloittamisesta. Osa tutkittavista kuuluu satunnaisesti valittavaan vertailuryhmään, jonka reseptit uusitaan kuten ennenkin Kuopion yliopiston apteekin normaalikäytännön mukaisesti. Kaikilta tutkimukseen osallistuvilta tarkistetaan apteekissa, että lääkkeitä noudetaan asiakkaalle mahdollisimman edullisina annoksina.

Teille ei koidu tutkimuksesta ylimääräistä rasitusta, haittaa tai riskiä. Teillä on kuitenkin halutessanne mahdollisuus tutkimuksen kestäessä peruuttaa osallistumisenne tutkimukseen. Osallistumisen peruuttaminen ei vaikuta mitenkään saamaanne hoitoon, reseptien uusimiseen tai lääkehoidon seurantaan jatkossa.

Tutkimuksessa kerättävät tiedot ovat ehdottoman luottamuksellisia, eikä niitä Teitä hoitavien henkilöiden lisäksi anneta muiden kuin tutkimushenkilökunnan tietoon. Tiedot käsitellään tilastollisesti siten, että niistä ei voi tunnistaa yksittäistä tutkimukseen osallistujaa. Tutkimuksen tulosten avulla arvioidaan ja parannetaan lääkehoidon seuranta ja reseptien uusimista ympäri Suomea.

Haluan osallistua tutkimukseen

---

Päivämäärä

---

Tutkimukseen osallistuvan allekirjoitus

---

Suostumuksen vastaanottajan allekirjoitus

---

Tutkittavan nimi ja henkilötunnus

---

Osoite

Tarvittaessa lisätietoja antaa proviisori Leena Lahnajärvi, Sosiaalifarmasian laitos, Kuopion yliopisto, puh 017-162 510, matkapuhelin 040-527 6053, email [Leena.Lahnajarvi@uku.fi](mailto:Leena.Lahnajarvi@uku.fi)

Liite 16. Lääkärin raportointilomake interventiotutkimukseen.

**Lääkärin raportointikaavake**

Potilaan henkilötunnus

---

**Käytin apunani reseptejä uusiessani (ympyröi)  
TÄYTÄ JOKA POTILAASTA!**

1. Kuopion yliopiston apteekin Lääkekorttia
2. Reseptien uusimislomaketta ja potilaan vastauksia farmaseutin kysymyksiin
3. Potilaan sairauskertomusta
4. Käytin omaa muistitietoani
5. En käyttänyt lisätietoja (esim. kiire tms. syy)
6. Muuta, mitä \_\_\_\_\_

**Potilaalta löytyi seuraava lääkitysongelma / seuraavat lääkitysongelmat (ympyröi numero)  
TÄYTÄ, JOS POTILAALLA LÄÄKITYSONGELMA!**

1. lääkkeen **annostus** arvioitava uudelleen
2. potilas käyttää lääkettä **enemmän kuin annosohje määrää**
3. potilas käyttää lääkettä **epäsäännöllisesti tai vähemmän** kuin annosohje määrää
4. lääkkeellä **ei** ole haluttua **tehoa**
5. lääkkeellä on häiritseviä **haittavaikutuksia**
6. potilas **ei** ole käynyt riittävässä **seurantakokeissa** (verenpainemittaukset, laboratoriotutkimukset)
7. edellisestä **lääkärissä käynnistä on liian pitkä aika** hoitotasapainoon nähden
8. lääkkeillä on haitallinen **yhteisvaikutus**
9. potilaalla on käytössä **samaa lääkettä kahdella eri kaupananimellä**
10. potilaalla on turhaan käytössä **kaksi toisiaan vastaavaa lääkeainetta**
11. **muu** ongelma, mikä \_\_\_\_\_

**Toimintatapa (ympyröi)**

**TÄYTÄ, JOS POTILAALLA LÄÄKITYSONGELMA!**

1. potilasta pyydetään varaamaan aika lääkärin vastaanotolle
2. muutos lääkitykseen, ei vastaanottoa
3. tilanteen kehitystä seurataan, eikä tehdä vielä muutoksia  
muu, mikä? \_\_\_\_\_

Palauta lomake Kuopion yliopiston apteekkiin uusittujen reseptien mukana!

Liite 17. Kahden luokittelijan arvioiden yhtenevyys tietyissä lääkitysongelmissa.

<b>Muuttuja</b>	<b>Kappa</b>	<b>p-arvo</b>
Edellisestä lääkäriissä käynnistä yli vuosi	0,952	< 0,001
Lyhytaikaisesti käytettävän lääkkeen pitkäaikainen käyttö	0,713	< 0,001
Potentiaalinen interaktio kuluneen vuoden aikana	0,724	< 0,001
Koettu haittavaikutus tai muu ongelma	0,828	< 0,001
Ei tehoa tai epävarma teho	1,000	< 0,001
Päällekkäislääkitys	0,420	0,024
Liian vähäinen käyttö	0,583	< 0,001
Liiallinen käyttö	0,260	0,145
Eriyiskorvaus	0,936	< 0,001
Lääkeostojen taloudellisuus	0,358	0,025