

Sosiaali- ja terveysministeriö  
Meritullinkatu 8 Helsinki  
PL33, 00023 Valtioneuvosto  
Lausuntopalvelu 28.3.2019

## Lausuntopyyntö diaarinro STM006:00/2019, STM/137/2019

### Lausuntoa pyydetään virkamiesmuistiosta: Näkökulmia lääkehoitoon ja lääkkeiden jakeluun liittyvistä muutostarpeista

#### **-Huomionne liittyen muistiossa esitettyyn kokonaisuuteen**

Muistiossa on esitetty lääkehoidon ja lääkkeiden jakelun tilan muutostarpeita rahoitusvastuuseen, lääkehoidon ohjaukseen ja sen tarvitseman tietopohjan ja työvälineiden edellytyksiin. Sote-uudistuksen ja maakuntamallin jäädessä nyt toteutumatta muistio maakuntasuunnitteluosuus jää ainakin toistaiseksi toteutumatta. Keskeisimmät haasteet ovat silti rahoitusvastuunjako, kansallisen ohjauksen vahvistaminen ja alueellisen ohjauksen aikaansaaminen sekä erilaisten lääkehoitoa palvelevien tiedonhallinnan ja digitaalisten työkalujen kirjavuus, toimivuusongelmat ja puutteet sekä potilaslähtöisyyden ja kustannusvaikuttavuuden edistäminen lääkehuollon koko ketjussa. Sairaanhoitajaliitto kannattaa potilas- ja käyttäjälähtöisen näkökulman entistä näkyvämpää mukaanottoa lääkehoidon ja lääkkeiden jakelun kehittämiseen. Kehittämistarpeita on runsaasti myös terveydenhuollon ammattilaisten tehtävissä lääkehuollossa. Toimijoiden päällekkäisyys, kirjaamisongelmat, tietoteknisesti jäykät ja toistensa kanssa sopimattomat järjestelmät, kehittymättömät säilytys- ja jakojärjestelmät vievät suhteettoman paljon terveydenhuollon resursseja, jotka voitaisiin hyödyntää potilasta ja asiakasta palvelemaan työhön.

#### **-Huomionne liittyen muistiossa esitettyihin linjausehdotuksiin**

Rahoitusvastuussa tulee huomioida alueellinen tasa-arvoisuus sekä lääkkeiden käyttäjien tasavertaisuus. Kansalainen ei voi valita, mihin sairauteen hän sairastuu ja mitä lääkkeitä hän sairauteensa tarvitsee. Eettisesti ei ole oikein, että potilas joutuu maksamaan esimerkiksi harvinaisen sairauden lääkkeestä huomattavasti kalliimman hinnan kuin yleisempään sairauteen sairastunut. Tämä asettaa potilaat eriarvoiseen asemaan. Alueellisesti tämä asettaa myös haasteita kustannusten ennakointiin. Tämän takia yllättävien lääkemenojen ei pitäisi olla kunnallisen, maakunnallisen eikä alueellisen päätöksentekovastuun piirissä. Nyt julkisen terveydenhuollon lääkkeiden rahoitusvastuu on kunnilla. Valtion tai kuntaa ja kuntayhtymiä suuremman tahon tulisi ottaa päävastuu rahoituksesta, jotta alueelliset ja yksilölliset epätasa-arvoisuudet saadaan minimoitua. Poliittinen päätöksen teko ei aina aja potilaan etua. Valtion rahoitusosuuden korottaminen lisäisi myös kansallista ohjausvastuuta.

#### **-Huomionne liittyen kansallisen ohjauksen vahvistamiseen**

Kansallisen ohjauksen ollessa heikko, alueilla tehdään runsaasti päällekkäistä työtä. Lopputuloksena on erilaisia alueellisia päätöksiä, mikä ei kansalaisten tasa-arvon kannalta ole oikein. Eettisessä mielessä ei ole myöskään oikein, että kansalainen saa tiettyä lääkettä vain tietyllä asuinpaikkakunnalla. Kääntäen jos hän asuisi toisella paikkakunnalla, hän saattaisi

saada eri lääkettä samaan sairauteensa. Kun samalla otetaan huomioon, että lääkkeitä osa on vielä vaikuttavuustestauksiltaan keskeneräisiä, saattaa potilas saada toisella alueella asuessaan tehokkaampaa lääkettä kuin toisella. Samoin säästöyistä voidaan alueellisesti kieltäytyä kalliista mutta vaikuttavasta lääkehoidosta. Alueellisten ja kansallisen osaamisen ja voimavarojen yhdistäminen toisi laatua ja säästäisi resursseja.

Sairaanhoidajaliitto kannattaa sairaala- ja avoterveydenhuollon lääkkeiden arviointitoiminnan yhteensovittamista yhdenvertaisen ja kustannustehokkaan lääkehoidon toteuttamiseksi.

### **-Huomionne liittyen alueellisen ohjauksen muodostumiseen**

Kansallisen ohjauksen heikkous ja yhteisten linjausten puute heikentää myös alueellisen ohjauksen muodostumista. On kannatettavaa, että alueilla (esim. sote-alueet) on kansallisesti linjattu ohjaus- ja seurantavelvoite sekä taloudellisia kannusteita. Ilman alueellista ja kansallista yhteistyötä vaarana on alueellinen eriytyminen sekä alueellisen yhteistyön ja päätösten sattumanvaraisuus. Sairaanhoitopiirit saavat itse päättää lääkehoitokäytännöistään, mikä ei tue kansallista eikä alueellista tasa-arvoa. Onko koskaan ajateltu mahdollisuutta, että ohjaus olisi pelkästään kansallinen ilman alueiden väliin vaikuttamista?

### **-Huomionne liittyen tiedonhallinnan ja digitaalisten työkalujen kehittämiseen**

Tällä hetkellä tiedonhallinta on pirstaloitunutta. Tietoa kerätään erilaisiin tietovarastoihin, joista ne eivät ole toisten käytettävissä. Tämä vaarantaa päätöksentekoa, tiedolla johtamista, ohjausta ja valvontaa sekä myös viime kädessä potilaan hoitoa. Tieto eri terveydenhuollon yksiköissä toteutetusta lääkehoidosta ei liiku yksiköiden välillä. Tämä vaarantaa potilasturvallisuuden ja vie valtavasti terveydenhuollon ammattilaisten työaika. Digitaalisten työkalujen kehittäminen tapahtuu tällä hetkellä alueilla terveydenhuollon ammattilaisten ja potilaiden kustannuksella. Esimerkkinä sairaaloissa käytönotetut elektroniset lääkekaapit. Tarve digitalisaation mahdollistamille hyödyille on etenkin sairaaloissa ja avoterveydenhuollossakin suuri. Digitaaliset apuvälineet ei kuitenkaan saa olla terveydenhuollon ammattilaisten työtä hallitseva tekijä vaan niiden pitäisi olla työtä helpottava tekijä. Nykyisellään lääkkeenmäärittämisen helpottavia ja turvaavia työkaluja kaivataan kipeästi erityisesti sairaaloissa. Sairaanhoidajien työajasta menee iso osa lääkelistojen ja lääkemääräyksien kirjaamiseen ja tarkistamiseen. Toimivien digitaalisten työkalujen myötä säästyisi valtavasti työaika perustehtäviin. Lisäksi tällä hetkellä monien välikäsien ja päällekkäisten kirjausten kautta kulkevat lääkemääräykset ovat riski lääkevirheille. Kansallisesti toimiva lääkelista olisi saatava toimimaan mitä pikimmin potilasturvallisuuden takaamiseksi. Tätä edellyttävät myös mahdolliset tulevat valinnanvapaus- ja palvelusetelikäytännöt sekä ikääntyvä väestörakenne.

Potilaan kannalta sähköiset reseptit ovat jättäneet potilaan omahoitoon ison aukon. Potilas ei saa lääkehoidostaan välttämättä mitään dokumenttia lääkäriltä eikä apteekista. Ainoastaan lääkepakkaukset, jotka nekin kauppanimien ja rinnakkaisvalmisteiden vaihtuessa lisäävät potilaan epätietoisuutta lääkehoidostaan. Potilaalle ei jää mitään dokumenttia siitä, mikä lääke milloinkin on reseptiltä loppumassa tai mitä reseptejä hänellä mahdollisesti on edes olemassa. Iäkkäille potilaille tulee yllätyksenä lääkettä hakiessaan, että sähköiseltä reseptiltä onkin lääke loppunut. Tällöin saattaa tulla katkos lääkehoitoon. Etenkin ikäihmisten elämää ja lääkehoitoa tämä on vaikeuttanut, sillä vanhimmat ikäluokat eivät käytä internettiä eivätkä käy omakannassa.

### **-Huomionne liittyen kustannusvaikuttavan lääkehoidon edistämiseen**

Kustannusvaikuttavan lääkehoidon järjestelmästä tulisi karsia turhat väliportaavat pois. Sen tulisi olla sujuva, turvallinen ja laadukas. Lääkehuollon kustannusten läpinäkyvyys on kannatettava tavoite, jotta lääkkeen todellisesta hinnasta saataisiin selkeämpi kuva. Yhteiskunnan kustannusten kannalta on kyseenalaistettava lääkkeiden hankintapäätöksen teon hajautuneisuus, hankintamenettelyihin sidotut hinnat ja lääketeollisuuden voiton tavoittelun raamit.

Lääkkeiden saatavuus on turvattava kaikissa tilanteissa. Yksiportainen jakelujärjestelmä on liian haavoittuva. Varmuusvarastoinnin toimiessa asiakkaan pitäisi saada myös jakeluhäiriötilanteissa lääkkeensä. Apteekkien vastuu pitää tiettyä peruslääkevalikoimaa pitäisi ohjata, minkä vuoksi apteekkitoiminta tulisi olla osa terveydenhuoltoa. Valitettavan usein tapahtuu sitä, että asiakkaan mennessä apteekkiin, lääkettä ei olekaan saatavissa samana päivänä. Haja-asutusalueilla tämä voi olla potilaalle ja erityisesti iäkkäille asiakkaille todellinen ongelma. Onko mahdollista kehittää järjestelmä, josta tieto esim. iäkkäiden potilaiden tarvitsemista lääkkeistä voitaisiin välittää terveyskeskuksesta tai sairaalasta apteekkiin.

Lääkkeen käyttäjän kannalta rahoitusjärjestelmän monimutkaisuus voi jopa hidastaa palvelun saamista ja heikentää lopullista tavoitetta: vaikuttavaa lääkettä. Kansalaisen kannalta lääkemenojen ennakoimattomuus on lääkehoidon turvallisuutta heikentävä. Resurssien niukkuus ja säästöpainet saattavat vaikuttaa korvausosuuksiin ja sitä kautta aiheuttaa potilaan/asiakkaan lääkehoidon hetkellistä tai pidempiaikaista kustannusten nousua. Esimerkiksi pari vuotta sitten tehty omavastuukorotus vuoden ensimmäisissä lääkeostoissa aiheutti sen, että vähävaraiset potilaat saattoivat jättää jopa lääkkeitään ostamatta. Myös lääkkeiden vuosittainen maksukatto pitäisi olla nykyistä alhaisempi tai potilaan/asiakkaan pitäisi vähintäänkin pystyä jakamaan kalliiden lääkkeiden hankintakustannuksia useammille kuukausille. Suomessa omavastuuosuudet pitäisi saada laskettua muiden Pohjoismaiden tasolle.

Kansallinen lääketietopankki ja kansallisesti yhtenäiset potilastietojärjestelmät lääketietokantoinen ovat tavoiteltava asia. Kansallinen ja alueellinen lääkkeiden liikkuvuus apteekkien ja lääkekeskusten välillä parantaa lääkkeiden saatavuutta ja vanhenevien lääkkeiden hyötykäyttöä ja on siten kustannustehokkuuden kannalta olennaista.

Kustannusvaikuttavuutta voidaan lisätä lääkehuollon asiantuntemuksella. Lääkealan ammattilaisilla tulisi olla lakisääteinen hoitovastuu lääkekeskusten ja erilaisten hoitoyksiköiden lääkehuollosta. Monissa hoitoyksiköissä sairaanhoitajat vastaavat potilashoidon ohella lääkevarastoinnista ja lääketilauksista sekä lääkeohjeistuksista mahdollisesti yhdessä lääkärin kanssa. Tämä ei ole kuitenkaan sairaanhoitajien pääosaamisaluetta. Nykyisten niukkojen resurssien vallitessa lääkekustannukset saattavat kasvaa pelkästään sen takia, että hoitoyksiköissä ei ehditä tarkistaa vanhenevia lääkkeitä, ei tunneta rinnakkaislääkkeitä, joudutaan turvautumaan päivystysvarastoihin tilaustoiminnan virheiden tai puutteiden takia. Toimiessaan e-lääkekaapit parantavat lääkkeiden sujuvaa käyttöä esimerkiksi sairaaloissa, kun osastolla A näkee, missä on tiettyä lääkettä saatavilla. Lääkkeiden tuntemus ja lääkkeiden käytön ohjeistus on ehdottomasti tarkempaa ja varmempaa lääkehuollon ammattilaisten

vastaamana. Sairaaloissa, terveyskeskuksissa, hoito- ja hoivalaitoksissa pitäisikin olla lakisääteisenä osastofarmasia joko omana tai lähiapteekkien tarjoamana palveluna. Sairaaloissa vuosittainen peruslääkevalikoiman vaihtuminen vaikeuttaa lääkehoitoa ja teettää lisätyötä. Kauppanimien vaihtuminen lisää lääkehoitovirheitä. Samoin saman lääketukun lääkepakkausten profiloiminen hyvin samannäköisiksi sekä myös tablettien ulkoasun samankaltaisuus lisäävät sairaanhoitajien työtä ja lääkevirheitä. Kun koneellisesti jaettuun lääkeannokseen pitäisi tehdä muutos, on todella suuri työ erottaa erilaiset tabletit toisistaan, mikä lisää puolestaan lääkevirheitä.

#### **-Huomionne liittyen muistiossa esitettyyn tiekarttaan ja etenemissuunnitelmaan**

Sairaanhoitajaliitto kannattaa mainittujen toimien avulla lääkkeiden käytön ja kustannusten hallinnan järjestyttämistä. Kansallista ja alueellista ohjausta tulee kehittää kokonaisuutena siten, että kansallinen ohjaus määrittäisi myös alueellisia. Lääkekorvausten kierrättämistä erilaisten järjestelmien kautta tulee pohtia ennakkoluulottomasti. Miksi rahaa kierrätetään erilaisten korvausjärjestelmien kautta? Lean-ajattelu toisi monia kustannussäästökohteita tiekartalle. Kun alueellinen jako on poliittisen tilanteen takia auki, on uusi mahdollisuus pohtia kansallisen ohjauksen ja samalla yhdenvertaisuuden ja lääketurvallisuuden vahvistamista.

Helsinki 28.3.2019

Nina Hahtela, puheenjohtaja, Sairaanhoitajaliitto  
Liisa Karhe, kehittämisspällikkö, Sairaanhoitajaliitto