

Vol. 40

Dosis

2
2024

Farmaseuttinen aikakauskirja

PÄÄKIRJOITUS

Marja Airaksinen, Päivi Kuosmanen, Markku Ylinen, Mari Havia:
Uutta pöhinää apteekkityöhön 111

ALKUPERÄISTUTKIMUKSET

Elisa Yli-Ilkka, Hanna Kauppinen, Emma Aarnio:
Lääkekorvauksiin liittyvät selvitystyöt ja niiden vaikutukset apteekeissa
– pilottitutkimus apteekin farmaseuttiselle henkilöstölle 114

Katariina Inkeri Volotinen, Henna Kyllönen, Johanna Salimäki:
Lääkehoidon seurannan toteutuminen apteekeissa –
kyselytutkimus farmasian ammattilaisille 134

Matleena Saarinen, Maarit Dimitrow, Ida Tuure, Kari Linden:
Diabetespotilaan omahoidon arki – miten apteekki voi tukea? 158

Marianne Kouhia, Maria Lankinen, Jouko Savolainen, Hanna Kauppinen:
Apteekeissa annettava ravitsemusneuvonta – kyselytutkimus apteekin
farmaseuttiselle henkilökunnalle 186

VÄITÖSKIRJAKATSAUS

Tiina Syyrilä: Lääkityspoikkeamiin myötävaikuttavat
kommunikaatiotekijät sairaalassa 210

Dosis

2
2024
Vol. 40

Farmaseuttinen aikakauskirja

Julkaisija

Suomen Farmasialiitto ry /
viestintä
Asemamiehenkatu 2
00520 Helsinki

Päätoimittaja

Dosentti Anneli Ritala-Nurmi
VTT
Tekniikantie 21
Espoo
dosis@farmasialiitto.fi

Toimituskunta

Farmasian tohtori Anna-Riia Holmström
Professori Katri Hämeen-Anttila
Farmasian tohtori Anne Lecklin
Dosentti Kari Linden
Dosentti Joni Palmgrén
Farmasian tohtori Marika Pohjanoksa-Mäntylä

Ulkoasu

Omnipress Oy
Oona Kavasto/Hank
omnipress.fi

ISSN 0783-4233

Uutta pöhinää apteekkityöhön

Nykyinen yhteiskunnallinen keskustelu pyörii pääasiassa leikkaamisen, säästämisen ja toiminnan tehostamisen ympärillä. Lääkeala, erityisesti apteekit, ovat saaneet tästä osansa jatkuvina uusina säästötavoitteina, katteiden leikkauksina ja uusina lakisääteisinä tehtävinä ilman kompensatiota.

Apteekit ovat pystyneet venymään ja mukautumaan uusiin tehtäviin ja vastuisiin. Kuitenkin sisäisesti apteekeissa kipuillaan jatkuvien muutospaineiden kanssa, mikä näkyy muun muassa työhyvinvoinnissa, pahenevana henkilöstöpulana ja henkilöstön siirtymisenä apteekkisektorilta muihin (lääkealan) tehtäviin. Tilanne on ajautunut siihen pisteeseen, että alalla on käynnistetty yhteisiä toimenpiteitä apteekkityön pito- ja vetovoiman lisäämiseksi. Samalla on haettu myötävaikuttavia tekijöitä ja juurisyitä työvoimapulaan.

Olemme kuulleet paljon apteekkien tilanteesta, työvoimapulasta, taloudesta – varsin tummia pilviä on maalailtu taivaalle, mikä vaikuttaa koko alan toimintakykyyn. Mikä avuksi? Voiko ratkaisuja lähteä hakemaan positiivisen kautta? Kokeilimme tätä proviisoriopiskelijoiden kanssa terveyden edistämisen opinnoissa, koska työhyvinvointi ja työn mielekkäisyys ovat

keskeisiä kansanterveyteen vaikuttavia tekijöitä. Pito- ja vetovoimatekijöillä on siten jopa kansantaloudellista merkitystä.

Olemme pitäneet aivoriitä opiskelijoiden ja opetukseen osallistuneiden työelämän edustajien kanssa siitä, mitä on hyvä pöhinä apteekkityössä. Miten apteekkia/yritystä/organisaatiota voi johtaa niin, että syntyy avoin ilmapiiri, joka johtaa positiiviseen toimintakulttuuriin ja sitä kautta tuottavuuden nousuun? Ratkaisut voivat olla hyvinkin yksinkertaisia ja edullisia, mutta niitä ei välttämättä kiireisessä arjessa huomata.

Proviisoriopiskelijoiden opintojakson aikana olemme saaneet kuulla innostavia esityksiä ja käyneet yhdessä mielenkiintoisia keskusteluja. Olemme oppineet toisiltamme. Senioritkin voivat oppia junioreilta *all teach, all learn* -hengessä. Opiskelijat ovat työstäneet käytännöllisiä materiaaleja apteekeissa hyödynnettäviksi. Tällaisia virtuaalisia pöhinämahdollisuuksia tarvitaan jatkossakin uuden luomiseen ja toistemme tukemiseen arjessa.

Kuten edellä jo totesimme, lääkeasioiden uudistus ja muut käynnissä olevat yhteiskunnalliset muutokset ovat tuoneet paljon uusia tehtäviä apteekeille. Samalla ne ovat lisänneet apteekkityön byrokraattisuutta, johon on kui-

tenkin kiinnitetty vähän huomiota. Yksi syy henkilöstön pakoon apteekkityöstä voi olla byrokratian paisumisesta ja kankeissa toiminnallisissa prosesseissa. Nämä johtavat muun muassa lukuisiin lääkäreiden tavoittamisyrityksiin asioissa, jotka osattaisiin apteekissa hoitaa farmaseuttista ammattitaitoa hyödyntäen. Haasteena on myös se, että apteekkeilta puuttuu pääsy sellaisiin sähköisiin potilastietoihin, joita tarvittaisiin lääkkeiden toimittamisen yhteydessä tapahtuvassa neuvonnassa. Toisaalta apteekkeilta puuttuu mahdollisuus lähettää järjestelmän kautta asiakkaan lääkahoitoon liittyviä tietoja, esimerkiksi havaituista lääkitysongelmista muille hoitoon osallistuville terveydenhuollon ammattilaisille. On tärkeä sujuvoittaa apteekkeissa tehtävää työtä. Sitä varten on syytä kartoittaa ja purkaa tarpeetonta lääkkeiden toimittamiseen ja lääkeseurantaan liittyvää normitusta ja byrokratiaa.

Väestön ikääntyessä, palvelutarpeiden kasvassa ja nykyisessä työvoimatilanteessa kaikkia osaajia tarvitaan. Siksi on kriittistä saada farmasian alallakin olevat pysymään tärkeässä työssään. Terveydenhuollossa ja apteekkeissa on paljon osaamista, jota ei yhteiskunnassa hyödynnetä tarkoituksenmukaisesti ja täysimääräisesti. Työnjako on epäselvä. Vanhat järjestelmärakenteet narisevat liitoksissaan ja uutta ajattelua, rakenteita, moniammatillista yhteistyötä ja yhteneviä käytäntöjä tarvitaan nopeasti kaikilta tahoilta ja positiivisessa hengessä rationaalisen lääkeshoidon edistämiseksi.

Apteekkityö kehittyy edelleen vauhdilla hoitolliseen suuntaan. Tästä syystä kipuilemme toimimattomien järjestelmien ja prosessien kanssa, jotka eivät sovellu apteekkien integraatioon sote-hoitopoluille. Ehkä kipuilu on merkki siitä, että etenemme kohti uutta. Alan on pyrittävä huolehtimaan, että menemme kohti sote-integraatiota ja pidämme yhdessä ammattiapteekkistrategian tulevaisuuden tahotilana. Siksi apteekkien tehtäviä ja toimintaa tulee kehittää osana sote-palvelujärjestelmää ja osana sote-kehittämishankkeita. Apteekkien on mahdollista tukea sosiaali- ja terveydenhuoltoa huomattavasti nykyistä enemmän esimerkiksi itsehoidossa, lääkitysongelmien tunnistamisessa ja ratkaisemisessa, lääkeshoitajien onnistumisen seurannassa ja riskipotilai-

den seurannassa. Tänä päivänä ja tulevaisuudessa useat asiakkaat haluavat näitä palveluja myös verkkoympäristössä.

Paljon positiivista pohinääkin on apteekkisektorilla käynnissä, niin Suomessa kuin kansainvälisesti. Suomessa pullonkaulana on apteekkien talouden muodostuminen, jossa tulisi ottaa huomioon rationaalista lääkeshoittoa edistävä toiminta apteekkeissa. Nyt apteekkien liikevaihto muodostuu pääosin lääkkeiden myynnistä ja toimittamisesta. Epäsuhta toiminnan kehittämisen ja talouden muodostumisen välillä on ilmeinen. Tulevaisuudessa tuloja voisi tulla esimerkiksi siitä, että apteekki saa lääkäriltä määräyksen huolehtia potilaan lääkityksen yksilöllisestä optimoinnista korvausta vastaan. Tai saa määräyksen huolehtia pitkään käytössä olleen unilääkkeen vaihtaisesta lopettamisesta.

Myös farmasian koulutukseen tarvitaan uutta pohinää, jolla saadaan alalle hakeutuneet upeat nuoret juurrutetuksi alalle ja toivottua tervetulleiksi mukaan toimintaan. Nuorissa on potentiaali, joka tulisi saada paremmin käyttöön jo koulutuksen aikana. Koulutus ei voi jäädä jälkeen alan nopeasta kehityksestä ja nykypäivän työelämän osaamisvaatimuksista. Kliininen eli asiakas- ja hoitolähtöinen farmasia on laajentunut voimakkaasti ja saanut jalansijaa viimeisen vuosikymmenen aikana eri sosiaali- ja terveydenhuollon toimintaympäristöissä. Tämä on tärkeä huomioida koulutuksen sisäänottomäärissä, valintakriteereissä, opetuksen sisällöissä ja opetusresursseissa. Suuri osa valmistuvista farmasian ammattilaisista työllistyy tänä päivänä apteekkeihin ja sairaaloihin sekä erilaisiin sosiaali- ja terveydenhuollon yksiköihin. Koulutusta järjestävien tulisi olla hyvin ajan tasalla siitä, minkälaisia nykypäivän farmasian alan erilaiset työnkuvat ja tehtävät ovat ja minkälaisia osaamisvaatimuksia ne asettavat, ja tuottaa työnkuvia vastaavaa koulutusta. Jos näin ei tapahdu, ala saattaa menettää merkittävän osan tulevaisuuden työpaikoista kompetenssivajeen vuoksi.

Täydennys- ja erikoistumiskoulutukset ovat alan pitovoimatekijöitä, jotka tulee mahdollistaa ja joihin pitää panostaa. Koulutusten järjestämisessä tulisi huolehtia, että niissä toteutuu ammatillisuus, sote-toimintaympä-

ristön tuntemus sekä kestävä taloudellinen ja toiminnallinen kehitys. Kaiken taustalla ovat profession arvot, visio ja yhteen hiileen puhaltaminen.

Marja Airaksinen

Sosiaalfarmasian professori
Helsingin yliopisto
marja.airaksinen@helsinki.fi

Päivi Kuosmanen

Kliinisen farmasian yliopisto-opettaja
Helsingin yliopisto

Markku Ylinen

FaT, apteekkari
Tampereen Lielahden apteekki

Mari Havia

Proviisori, oppilasharjoitteluvastaava
Yliopiston Apteekki

Viitteet

Sosiaali- ja terveysministeriö. Tiekartta 2022–2027. Sosiaali- ja terveysalan henkilöstön riittävyyden ja saatavuuden turvaaminen. Sosiaali- ja terveysalan henkilöstön riittävyyden ja saatavuuden työryhmä. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2023:8. Saatavissa: https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/164634/STM_2023_8.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Airaksinen M, Kuosmanen P, Ylinen M, Havia M: Uutta pohinää apteekkityöhön. *Dosis* 2024;40(2): 111–3.

Lääkekorvauksiin liittyvät selvitystyöt ja niiden vaikutukset apteekeissa – pilottitutkimus apteekin farmaseuttiselle henkilöstölle

Elisa Yli-Ilkka

Proviisori

Itä-Suomen yliopisto, farmasian laitos

Hanna Kauppinen

FaT, opetusproviisori

Itä-Suomen yliopisto, farmasian laitos

Emma Aarnio*

FaT, TtM, yliopistotutkija

Itä-Suomen yliopisto, farmasian laitos

emma.aarnio@uef.fi

*Kirjeenvaihto

Yli-Ilkka E, Kauppinen H, Aarnio E. Lääkekorvauksiin liittyvät selvitystyöt ja niiden vaikutukset apteekeissa – pilottitutkimus apteekin farmaseuttiselle henkilöstölle. Dosis 2024;40(2): 114–32.

Tiivistelmä

Johdanto

Suorakorvaussopimus on Kelan ja apteekkien välinen sopimus siitä, että lääkekorvaus voidaan antaa asiakkaalle suoraan apteekissa. Apteekissa tehtävänä on varmistaa korvausedellytysten täyttyminen. Apteekit ovat keskeisessä roolissa suorakorvausmenettelyn toteuttamisessa, mutta tutkimusnäyttö suorakorvausmenettelystä apteekkien näkökulmasta puuttuu. Tämän pilottitutkimuksen tavoitteena on kerätä alustavaa tietoa lääkkeiden toimittamisen yhteydessä ilmenevistä lääkekorvauksiin liittyvistä selvitystyöistä ja niiden vaikutuksista apteekeille. Lisäksi tutkitaan apteekin farmaseuttisen henkilöstön mielipiteitä suorakorvausmenettelyn toteuttamisesta.

Aineisto ja menetelmät

Kyselytutkimus toteutettiin tammikuussa 2023 yhdessä reseptuuriltaan suuressa, kaupungissa sijaitsevassa yksityisapteekissa. Aineisto kerättiin farmaseuttiselle henkilökunnalle suunnatuilla kyselylomakkeilla kahdessa vaiheessa. Ensimmäisessä vaiheessa raportointilomakkeilla kerättiin viikon aikana kaikki lääkkeiden toimittamisen yhteydessä ilmenevät suorakorvaamiseen liittyvät selvitystyöt. Toisessa vaiheessa avoimella kyselylomakkeella selvitettiin farmaseuttisen henkilöstön mielipiteitä suorakorvausmenettelyn toteuttamisesta.

Tulokset

Yhteensä 74 raportointilomaketta analysoitiin, ja avoimeen kyselyyn vastasi 11 apteekin farmaseuttiseen henkilökuntaan kuuluvaa. Yleisimmin selvitystyöt liittyivät korvattavan lääkkeen toimitusväliin (30 %), korvauskyselyihin (29 %) tai alkuomavastuun asiakkaalle aiheuttamaan hämmennykseen (29 %). Tilanne saatiin 97 %:ssa tapauksista selvitettyä saman apteekkiasioinnin yhteydessä. Raportoiduista selvitystyöistä 25 % (n = 18) koettiin kuormittavana. Selvitystyöiden koettiin usein pitkittävän asiakastilannetta (60 %). Suorakorvausmenettelyn eduiksi koettiin helppous asiakkaalle (n = 5), paperitöiden pienempi määrä (n = 4), reaaliaikaisuus (n = 4) ja asiakkaan kustannusten pieneminen (n = 3). Apteekkia kuormittavina tekijöinä mainittiin reseptimerkinnät, epäselvät korvausoikeudet ja toimitusvälien jatkuva seuraaminen. Suorakorvausmenettelyn kehityskohteiksi mainittiin sähköisten järjestelmien automatisointi, toimitusvälien joustavuuden lisääminen sekä korvauskriteerien ja sairausvakuutusohjeiden selkiyttäminen.

Johtopäätökset

Tämän pilottitutkimuksen perusteella apteekeissa selvitetään erilaisia suorakorvaamiseen liittyviä ongelmia, joista suurin osa saadaan ratkaistua samalla asiointikerralla. Suorakorvausmenettelyä ei pääsääntöisesti koettu kuormittavana ja menettelyn etuina nähtiin etenkin sen hyödyt asiakkaalle. Toisaalta neljäsosa selvitystyötä vaativista tilanteista koettiin kuormittavina. Suorakorvausmenettelyä voisi kehittää sähköisten järjestelmien, toimitusvälien joustavuuden lisäämisen sekä sairausvakuutusohjeiden ja korvauskriteerien selkeyttämisen osalta. Koska tutkimus perustui vain yhdestä apteekista kerättyyn aineistoon, tarvitaan lisää tutkimustietoa, jotta voidaan laajemmin arvioida suorakorvausmenettelyn vaikutuksia suomalaisissa apteekeissa.

Avainsanat: apteekki, kyselytutkimus, lääkekorvaus, lääkkeen toimittaminen, selvitystyö, suorakorvausmenettely

Johdanto

Suomessa käytössä oleva lääkkeiden suorakorvausmenettely perustuu Kelan ja apteekkien väliseen sopimukseen, jonka mukaisesti lääkekorvaukset voidaan laskea ja antaa asiakkaalle suoraan apteekissa (1,2). Apteekkien lakisääteisenä tehtävänä on varmistaa, että lääkkeiden korvaamisen edellytykset täyttyvät (1). Sairausvakuutuskorvauksen piiriin kuuluvat lääkevalmisteet ovat lääkkeiden hintalautakunnan (Hilan) määrittämät ja Kelan vahvistamat myyntiluvalliset lääkevalmisteet, kliiniset ravintovalmisteet, perusvoiteet ja vitamiinit. Niiden lisäksi esimerkiksi erityislupavalmisteita ja ex tempore -valmisteita voidaan korvata noudattaen sairausvakuutuslakia soveltuvin osin. Kela on antanut apteekkeille sairausvakuutusohjeistuksen, jonka tarkoituksena on luoda yhtenäiset toimintatavat ja taata tasapuolinen kohtelu koko maassa (3). Apteekeissa tulee Kelan ohjeistuksen perusteella muun muassa huomioida kerralla korvattava lääkemäärä, seurata toimitusvälejä, valita taloudellinen pakkauskoko ja toimittaa edullisin valmiste viitehintajärjestelmän mukaisesti. Kela maksaa apteekkeille tästä työstä ostokerta-kohtaisen palkkion, joka on 0,85 euroa. Mikäli apteekkien Kelalle lähettämässä korvaustilityksessä on virhe, Kela voi antaa apteekille huomautuksen, pyytää korjausesitystä tai lähettää virhemaksun.

Lääkkeiden korvausjärjestelmään on tehty paljon muutoksia viimeisten vuosikymmenten aikana (2,4,5). Apteekkien näkökulmasta merkittävimpiä ja isoimpia muutoksia ovat olleet vuosiomavastuun (1986), lääkevaihdon (2003), viitehintajärjestelmän (2009) ja alkuomavastuun (2016) käyttöönotto. Näiden isompien muutosten lisäksi on tehty useita kertoja muutoksia lääkkeiden korvausoikeusnumeroihin, valmisteiden korvausluokkiin ja korvausten prosenttimääriin. Lisäksi apteekkien lakisääteisenä tehtävänä on antaa lääkeneuvonnan lisäksi lääkkeiden ostajalle hintaneuvontaa, joka sisältää tietoja lääkkeiden hinnoista ja toimitushetkellä edullisimmasta lääkevalmisteesta (6). Muutokset korvausjärjestelmässä vaativat apteekissa perehtymistä Kelan päivittämiin sairausvakuutusohjeisiin ja voivat herättää kysymyksiä asiakkaissa. Sähköisten

järjestelmien myötä suorakorvausmenettelyä on saatu automatisoitua, mutta sen vaikutuksista apteekkien työkuormaan ei ole tutkittua tietoa. Järjestelmien automatisoinnista huolimatta Kela on joutunut puuttumaan puutteellisilla korvausedellytyksillä annettuihin suorakorvauksiin, liian lyhyisiin toimitusväleihin tai liian suureen toimitettuun lääkemäärään ja teknisiin virheisiin (7).

Aikaisemmat Suomessa tehdyt tutkimukset ovat keskittyneet suorakorvausmenettelyn toimivuuteen virheellisesti annettujen korvausten kautta (7–9), korvausmuutosten vaikutuksiin lääkkeiden käyttäjien ostokäyttäytymisessä (10–13), korvausmuutosten kliinisiin vaikutuksiin (14) ja lääkkeiden käyttäjien kokemuksiin korvausmuutosten taloudellisista vaikutuksista (15,16). Farmasian ammattihenkilöiden näkökulmaa suorakorvausmenettelyn toteuttajana ei kuitenkaan tiettävästi ole tutkittu Suomessa. Kansainvälistä vertailua hankaloittavat maiden väliset erot korvausjärjestelmissä, mutta esimerkiksi Yhdysvalloissa on arvioitu, että avoapteekissa farmasian ammattihenkilöiden työajasta kuluu 4 % vakuutusyhtiöille soittamiseen (17). Ruotsissa keskimäärin 40 % asiakaskohtaamisen kestosta on raportoitu menevän ei-lääkkeellisten asioiden (sisältäen korvaukset) käsittelyyn (18). Apteekit ovat keskeisessä roolissa suorakorvaamisen toteuttamisessa, joten on tärkeä tutkia aiheita tästä näkökulmasta. Tämän pilottitutkimuksen tavoitteena oli tutkia yhdessä apteekissa lääkkeen toimittamisen yhteydessä ilmenneitä lääkekorvauksiin liittyviä selvitystyöitä ja niiden vaikutuksia apteekkeihin. Lisäksi tutkittiin farmaseuttisen henkilöstön mielipiteitä suorakorvausmenettelyn eduista, ongelmista ja kehityskohteista.

Aineisto ja menetelmät

Tutkimus toteutettiin kyselytutkimuksena yhden reseptuuriltaan suuren, kaupungissa sijaitsevan yksityisapteekin farmaseuttiselle henkilöstölle tammikuussa 2023. Tutkimus-apteekin tarkkaa reseptuuria tai henkilökunnan määrää ei raportoida apteekin anonymiteetin säilyttämiseksi. Tutkimus toteutettiin pilottiluontoisena, koska selvitystyötä vaativien tilanteiden laajuudesta ja määrästä ei

ollut aikaisempaa tutkittua tietoa. Aineisto kerättiin kahdella erillisellä sähköisellä kyselylomakkeella (Webropol Survey&Reporting 3.0). Sähköinen lomake valittiin, koska se on nopea täyttää lääkkeiden toimittamisen ohella. Aineiston ensimmäinen osa koostui raportointilomakkeella kerätyistä suorakorvausmenettelyyn liittyvistä selvitystyöistä lääkkeiden toimittamisessa. Apteekin henkilöstöä pyydettiin kirjaamaan raportointilomakkeille kaikki yhden viikon aikana tehty suorakorvaukseen liittyvät selvitystyöt. Yhdelle raportointilomakkeelle pyydettiin kirjaamaan kaikki yhden reseptin vaatimat selvitystyöt. Mikäli selvitystyötä ei saatu päätökseen lääkkeiden toimitushetkellä, raportointilomake oli mahdollista täyttää paperisena vaihteittain selvitystyön edetessä. Paperisten raportointilomakkeiden tiedot pyydettiin tallentamaan lopuksi sähköiselle lomakkeelle. Aineiston toinen osa koostui avoimella kyselylomakkeella kerätyistä farmaseuttisen henkilöstön mielipiteistä, jotka liittyivät suorakorvausmenettelyn toteuttamiseen. Tähän kyselyyn vastattiin selvitystyöiden raportointia seuraavalla viikolla. Avoimeen kyselyyn oli mahdollista vastata viikon ajan sähköisellä kyselylomakkeella, ja siihen vastattiin yhden kerran.

Raportointilomakkeen (Liite 1) ja avoimen kyselylomakkeen (Liite 2) suunnittelussa hyödynnettiin aikaisempia tutkimuksia Kelan korjausesityksistä ja huomautuksista apteekkeille sekä reseptipoikkeamista apteekkeissa (7,9,19), Apteekkien sairausvakuutusohjeita (3) sekä tutkimusryhmän asiantuntemusta lääkekorvausjärjestelmästä ja suorakorvausten toteuttamisesta apteekissa. Molemmat lomakkeet lähetettiin lokakuussa 2022 kommentoitavaksi Itä-Suomen yliopiston farmasian laitoksen tutkijoille (n = 3). Näiden lomakkeiden lisäksi laadittiin kirjallinen ohje, jossa käsiteltiin aineiston keräämistä ja ohjeistettiin kyselylomakkeisiin vastaaminen. Kaikki laaditut materiaalit testattiin yhdessä apteekissa lokakuussa 2022. Testaukseen osallistunut apteekki oli eri kuin varsinaisen pilottiaineiston keräämiseen osallistunut apteekki. Testauksen aikana raportointilomakkeita palautui kymmenen ja avoimia kyselylomakkeita neljä. Testauksen perusteella tehtiin pieniä muokkauksia sekä raportointi- että kyselylomakke-

seen. Tätä aineistoa ei sisällytetty lopulliseen tutkimusaineistoon.

Raportointilomake sisälsi yhteensä yksitoista kysymystä ja mahdollisuuden vapaille kommentteille (Liite 1). Raportointilomakkeella kysyttiin valmisteen tiedoista yhdellä avoimella kysymyksellä kauppanimi ja vahvuus sekä toisella avoimella kysymyksellä lääke-
muoto. Lääkkeiden toimitustilanteesta ja tehdystä selvitystyöstä kysyttiin viidellä monivalintakysymyksellä. Kysymyksissä ”Miksi suorakorvaukseen liittyi selvitystyötä?” ja ”Minkälaisista lisätyöistä tai selvittelyä tilanne vaati apteekissa?” oli useiden valmiiden vastausvaihtoehtojen lisäksi paikka avoimelle vastaukselle ja niissä pystyi valitsemaan useamman vaihtoehdon. Kysymyksissä ”Saatiinko tilanne selvitettyä apteekissa?”, ”Ostiko asiakas lääkkeen?” ja ”Voitiinko lääkkeestä antaa suorakorvausta?” pystyi valitsemaan vain yhden valmiista vaihtoehdoista, jotka olivat kyllä/ei-tyyppisiä. Mikäli vastaaja vastasi, että asiakas ei ostanut lääkettä, sähköiseltä lomakkeelta piiloutui kysymys ”Voitiinko lääkkeestä antaa suorakorvausta?”. Selvitystyön seuraamuksesta ja ajankäytöstä kysyttiin kahdella monivalintakysymyksellä ja kahdella avoimella kysymyksellä. Monivalintakysymyksistä kysymys ”Koitko kyseisen lisäselvitystyön kuormittavana” sisälsi vain kyllä/ei -vaihtoehdot ja kysymys ”Aiheutuiko selvitystyöstä jotakin seuraavista?” sisälsi useamman valmiin vaihtoehdon lisäksi mahdollisuuden avoimelle vastaukselle. Arviot kyseiseen selvitystyöhön osallistuneiden farmaseuttisten työntekijöiden määrästä ja ajankäytöstä pyydettiin numeerisena vastauksena.

Avoimien kyselylomake sisälsi neljä kysymystä ja mahdollisuuden vapaille kommentteille (Liite 2). Mahdollisista suorakorvausmenettelyn eduista ja kehityskohteista kysyttiin avoimilla kysymyksillä. Suorakorvausmenettelyn apteekkia kuormittavista tekijöistä kysyttiin kysymyksellä ”Liittyykö suorakorvausmenettelyn toteuttamiseen mielestäsi apteekkia kuormittavia tekijöitä?”, ja se sisälsi kyllä/ei-vastausvaihtoehdot. Mikäli vastaaja vastasi ”kyllä”, häntä pyydettiin avoimella vastauksella kertomaan, millaisia apteekkia kuormittavia tekijöitä hänen mielestään suorakorvausmenettelyyn liittyy. Lisäksi lomakkeella oli

Taulukko 1. Apteekin farmaseuttisen henkilökunnan tekemät sairausvakuutuksesta korvattavien lääkevalmisteiden suorakorvaamiseen liittyvät selvitystyöt (n = 70) ja niiden syyt yhdessä kaupungissa sijaitsevassa yksityisapteekissa tehdyssä pilottitutkimuksessa.

Selvitystyön syy (n = 70 ¹)	% (n) ²
Lääkkeen toimitusväli ei ollut Kelan ohjeistuksen mukainen	30 (21)
Asiakas halusi selvittää, joko hän saisi lääkkeestä korvauksen	29 (20)
Alkuomavastuu aiheutti hämmennystä asiakkaalle	29 (20)
Asiakkaalla ei ollut Kela–korvaukseen oikeuttavaa korvausnumeroa	7 (5)
Ajantasainen annostus ei selvinnyt reseptistä	7 (5)
Kerralla korvattavasta lääkemäärästä oli epäselvyyttä	6 (4)
Valmisteyhteenvedosta poikkeavan annostuksen sisältävästä reseptistä puuttui kokonaan SIC! –merkintä, minkä vuoksi Kela–korvausta ei voitu antaa	3 (2)
Valmisteen korvaustieto ei ollut saatavilla apteekkijärjestelmästä	3 (2)
Muu ³	4 (3)
Tehty selvitystyö (n = 70 ¹)	
Apteekissa selitettiin lääkkeen korvauskäytäntöjä asiakkaalle	49 (34)
Apteekissa selitettiin alkuomavastuun toimintaperiaatteita asiakkaalle	31 (22)
Lääkkeiden toimitukset tarkistettiin Reseptikeskuksesta	24 (17)
Annostus selvitettiin asiakkaalta ja lisättiin reseptin lisätietokenttään	11 (8)
Korvausperusteita selvitettiin Kelan internetsivuilta	6 (4)
Toimitusväli laskettiin	4 (3)
Asiasta kysyttiin kollegalta	3 (2)
Apteekista soitettiin terveydenhuoltoon	1 (1)
Muu ⁴	4 (3)

1 Neljässä lomakkeessa ei ollut vastattu selvitystyön syytä tai tehtyä selvitystyötä koskevaan kysymykseen.
2 Yksi resepti on voinut sisältää useamman selvitettävän asian.
3 Esimerkkejä: silmätipan määrääminen korvaan annosteltavaksi ja hintakyselyt.
4 Esimerkkejä: kehoitus keskustella asiasta lääkärin kanssa sekä omavastuun laskeminen asiakkaalle.

yksi strukturoitu kysymys: ”Raportoitko edellisellä viikolla suorakorvaukseen liittyviä selvitystöitä?”.

Raportointilomakkeella kerätty aineisto analysoitiin IBM SPSS Statistics –tilasto-ohjelmalla (versio 27.0) käyttäen frekvenssejä ja muita tilastollisia tunnuslukuja. Raportointilomakkeen kysymyksiin ”Miksi suorakorvaukseen liittyi selvitystyötä?” ja ”Minkälaista lisätyötä tai selvittelyä tilanne vaati apteekissa?” muodostettiin avoimien kysymysten (”Muu, mikä?” ja ”Muuta, mitä?”) vastaus-ten perusteella molempiin yksi uusi luokka (”Ajantasainen annostus ei selvinnyt reseptistä”, ”Toimitusväli laskettiin”). Raportoidut valmisteet luokiteltiin ATC-koodien mukaisesti (20). Avoimen kyselyn vastaukset analysoitiin Microsoft Excel –taulukkolaskentaohjelmalla (Office 365) asiasisällöittäin käyttäen teemoittelumenetelmää (21). Analyysin suoritti yksi tutkija (EY), ja analysoinnin aikana siitä käytiin keskustelua tutkimusryhmän kesken.

Tutkimus kuului asetelmaltaan niihin ei-lääketieteellisiin ihmisiin kohdistuviin tutkimuksiin, joihin ei tarvita eettistä ennakkoarviointia (22). Tutkimuksessa ei kerätty henkilötietoja, ja se noudatti hyviä tieteellisiä käytäntöjä (23). Apteekkiin lähetettiin tutkimustiedote, ja tutkimuslupa pyydettiin tutkimusapteekin apteekkarilta.

Tulokset

Raportointilomakkeita palautui yhteensä 75. Yksi lomake käsitteli työpaikkakassan suora-korvausta, joten se jätettiin analyysin ulkopuolelle. Yhdessä lomakkeessa kuvattiin sekä suora-korvausmenettelyyn että saatavuusongelmiin liittyviä selvitystöitä, joten tästä lomakkeesta analyysiin otettiin vain kysymykset, jotka liittyivät valmisteen tietoihin, selvitystyön syihin, tehtyyn selvitystyöhön, tilanteen selviämiseen apteekissa sekä selvitystyöhön osallistuneiden farmaseuttisten henkilöiden määrään. Analyysissä oli mukana yhteensä 74 raportointilomaketta.

Selvitystyötä vaatineet tapaukset (n = 74) koskivat yhteensä 70 eri reseptiä. Kahdessa palautuneessa raportointilomakkeessa ei raportoitu lääkevalmistetta, yksi sisälsi kaksi eri valmistetta ja yksi koski lääkkeiden koneel-

lisen annosjakelun annosjakelupussirullaa. Raportoidut valmisteet jakautuivat kymmenen eri ATC-luokkaan (1. taso). Yleisimmät pääluokat olivat hermostoon vaikuttavat (18 %, n = 13/74), sydän- ja verisuonisairauksien (14 %, n = 10) sekä sukupuoli- ja virtsaelinten sairauksien lääkkeet (14 %, n = 10). Raportoidut valmisteet sisälsivät 51 lääkeainetta. Kaksi yleisintä lääkeainetta olivat levotyroksiininatrium (ATC-koodi H03AA01, 9 %, n = 7) ja estradioli (G03CA03, 9 %, n = 7). Muiden lääkeaineiden esiintyminen vaihteli aineistossa yhdestä kolmeen kertaan.

Yleisimmin selvitystyöt liittyivät sairausvakuutuksesta korvattavan lääkkeen toimitusväliin (30 %, n = 21/70), asiakkaiden kyselyihin korvauksen saamisen ajankohdasta (29 %, n = 20) tai vuosittaisen 50 euron alkuomavastuun asiakkaalle aiheuttamaan hämmennykseen (29 %, n = 20) (**Taulukko 1**). Farmasian ammattilaisen tekemä selvitystyö oli yleisimmin korvauskäytäntöjen selittämistä (49 %, n = 34), alkuomavastuun toimintaperiaatteiden läpikäyntiä (31 %, n = 21) tai aikaisempien lääkkeiden toimitusten tarkastamista (24 %, n = 17).

Selvitystyön asia saatiin suurimmassa osassa tapauksista (97 %, n = 72/74) hoidettua apteekissa asiakaspalvelutilanteen aikana. Selvityksen jälkeen asiakas useimmin osti hake-mansa valmisteen (63 %, n = 45/72). Ostetut valmisteet toimitettiin useimmin suorakorvattuna (51 %, n = 23/45) tai ne kerryttivät alkuomavastuuta (22 %, n = 10/45). Noin neljäsosassa tapauksista (27 %, n = 12/45) asiakas osti valmisteen ilman korvausta.

Selvitystyön kuormittavuutta tarkasteltaessa huomioitiin 73 lomaketta, koska yhdessä lomakkeessa raportoitiin myös saatavuusongelmiin liittyvää selvitystyötä. Suurinta osaa tehdyistä selvitystöistä (75 %, n = 55) ei koettu kuormittavana. Osan tapauksista (16 %, n = 11) ei koettu myöskään aiheuttavan mitään seuraamuksia. Raportoiduista selvitystöistä neljäsosa (25 %, n = 18) koettiin kuitenkin kuormittavana. Selvitystöiden raportoitiin yleisimmin aiheuttavan asiakaspalvelutilanteen pitkittymistä (60 %, n = 42/70) (**Taulukko 2**). Lisäksi selvitystöiden raportoitiin muun muassa aiheuttavan apteekkiin ruuhkaa, kiireen tunnetta apteekin henkilökunnassa, asiakkaalle uuden apteekkikäynnin ja turhautumista apteekin

Taulukko 2. Kaupungissa sijaitsevassa apteekissa tehtyjen lääkkeiden suorakorvaamiseen liittyvien selvitystöiden (n = 70) seuraamukset.

Selvitystyön seuraamukset (n = 70 ¹)	% (n) ²
Asiakastilanne pitkittyi	60 (42)
Aiheutti apteekkiin ruuhkaa	19 (13)
Aiheutti kiireen tunnetta apteekin henkilökunnassa	17 (12)
Asiakkaan täytyi palata apteekkiin myöhemmin	16 (11)
Aiheutti turhautumista apteekin henkilökunnassa	14 (10)
Aiheutti tyytymättömyyttä asiakkaassa	10 (7)
Asiakas joutui maksamaan lääkkeestään enemmän	10 (7)
Jotain muuta vastaavaa ³	4 (3)
Ei mitään näistä	16 (11)

1 Neljässä lomakkeessa ei ollut vastattu selvitystyön seuraamuksia koskevaan kysymykseen.
2 Yksi resepti on voinut sisältää useamman selvitettävän asian.
3 Lääkärin turhautuminen, asiakkaan hämmentyminen, pyyntö tarkistaa onko kotona vielä lääkettä.

henkilökunnassa. Raportoituihin selvitystöihin käytetty aika vaihteli välillä 1–60 minuuttia (mediaani 2 minuuttia) yhtä reseptiä kohden. Viikon aikana selvitystöihin käytettiin apteekissa aikaa yhteensä 242 minuuttia. Suurimalta osin (97 %, n = 72) yhden reseptin vaatimiin selvitystöihin riitti yksi farmaseuttinen työntekijä. Yhdessä tapauksessa selvitystyöhön tarvittiin kaksi ja yhdessä tapauksessa kolme farmaseuttista työntekijää.

Mielipiteitä suorakorvausmenettelystä kartoitettiin avoimiin kysymyksiin vastasi 11 farmaseuttisen henkilökunnan jäsentä, joista kaikkien vastaukset sisällytettiin analyysiin. Suurin osa (82 %, n = 9) vastaajista oli myös raportoinut edellisellä viikolla selvitystyötä vaatineita tapauksia. Yhdeksän vastaajaa toi esille suorakorvausjärjestelmän etuja. Vastauksissa toistuvia teemoja olivat helppous asiakkaalle (n = 5), paperitöiden pienempi määrä (n = 4), reaaliaikaisuus (n = 4) ja asi-

akkaan kustannusten pieneneminen (n = 3). Näiden lisäksi yksittäisissä vastauksissa nostettiin esiin ajan säästäminen, yleinen kuormittavuuden väheneminen ja Kelan resurssien säästäminen. Kaikista useimmin (n = 9) suorakorvausmenettelystä koettiin olevan hyötyä asiakkaalle, mutta myös apteekkien (n = 4) ja Kelan (n = 3) koettiin hyötyvän suorakorvausmenettelystä. Asiakasta koskevaksi eduiksi mainittiin muun muassa lääkeasioiden hoitaminen yhdellä asiointikerralla, vähemmän lomakkeiden täyttämistä ja pienemmät lääkkeiden ostokustannukset. Sekä apteekkeja että Kelaa koskevaksi eduiksi mainittiin paperitöiden vähäisempi määrä, ajan säästäminen ja yleisen kuormittavuuden väheneminen. Yleistä kuormittavuutta vähensi jälkikäteisen tapahtuvan korvausten hakemisen jääminen pois (lomakkeiden täyttäminen, kuittien lähettäminen ja korvaushakemusten käsittely).

Kymmenen vastaajaa toi esille apteekkeja kuormittavia tekijöitä. Useammassa vastauksessa toistuneita teemoja olivat reseptimerkinnät (n = 4), epäselvä korvausoikeus (n = 2), toimitusvälit (n = 2) ja menettelyn työläys (n = 2). Reseptimerkintöjen kuormittavuus liittyi muun muassa lääkäriin tekemän merkinnän puutteisiin (esim. tarvittava päivämäärä puuttuu, merkintä kirjoitettu väärässä muodossa), reseptimerkintöjen määrän kasvuun ja saman valmisteen kohdalla oleviin eri mittaisiin korvausjaksoihin. Toimitusvälien kuvattiin kuormittavan muun muassa siksi, että niitä pitää jatkuvasti seurata. Menettelyn työläyttä kuvattiin muun muassa muistettavien asioiden paljoudella ja ajan viemisellä. Näiden lisäksi yksittäisissä vastauksissa mainittiin puutteellisesti täytetyt reseptit, asiakkaiden tyytymättömyys ja koko menettelyn kuormittavuus.

Kuormittavien tekijöiden vähentämiseksi tuli yhteensä seitsemän erilaista kehitysehdotusta yhdeksältä vastaajalta. Sähköisiin järjestelmiin liittyen (n = 2) toivottiin reseptinkirjoitusohjelmaan automatisoituja huomautuksia ja apteekkijärjestelmään automatisoidumpaa korvauksen huomioimista. Toimitusvälien tarkasteluun toivottiin lisää joustavuutta (n = 2), jotta voitaisiin huomioida paremmin esimerkiksi huonokuntoiset ja kaukana asuvat asiakkaat. Myös selkeämpiä korvauskriteereitä (n = 3) ja sairausvakuutusohjeita (n = 2) toivottiin. Näiden lisäksi vastauksissa oli yksittäisiä toiveita muun muassa vuosiomavastuun jakamisesta tasaisesti koko vuodelle, korvauskäytänteiden paremmasta tiedottamisesta asiakkaille sekä apteekkien vastuun poistamisesta palamalla vanhaan korvausmenettelyyn.

Pohdinta

Pilottitutkimuksessa yleisimmin apteekissa tehdyt sairausvakuutuksesta korvattavien lääkkeiden suorakorvaamiseen liittyvät selvitystyöt olivat korvauskäytäntöjen ja alkuomavastuun selittäminen asiakkaalle, aikaisempien lääkkeiden toimitusten tarkistaminen ja ajantasaisen annostuksen selvittäminen asiakkaalta. Suurin osa selvitystöistä saatiin ratkaistua samalla asiointikerralla ja niiden selvitykseen riitti useimmiten yksi farmaseuttisen henkilökunnan jäsen. Suorakorvausmenettelyn

eduiksi koettiin helppous asiakkaalle, paperitöiden pienempi määrä, reaaliaikaisuus ja asiakkaan kustannusten pieneneminen. Kuormittaviksi tekijöiksi farmaseuttisen henkilökunnan jäsenet kokivat valmisteita koskevien eri reseptimerkintöjen suuren määrän ja niihin liittyvät selvitystyöt, epäselvät korvausoi-keudet, toimitusvälien jatkuvan seuraamisen sekä menettelyn yleisen työläyden. Kehitysehdotuksiksi he mainitsivat sähköisten järjestelmien kehittämisen, toimitusvälien joustavuuden lisäämisen sekä sairausvakuutusohjeiden ja korvauskriteerien selkeyttämisen.

Yhden viikon aikana tutkimusapteekissa puututtiin yleisimmin lääkkeiden toimitusväleihin ja toimitettavaan lääkemäärään. Ne ovat myös asioita, joista Kela antaa yleisimmin apteekkeille huomautuksia ja korjausesityksiä (7). Tämä voi kertoa siitä, että suorakorvaamiseen liittyvät tilanteet eivät aina ole selkeitä. Yleisimmin selvitystyötä aiheuttivat asiakkaiden korvauskyselyt ja korvauskäytäntöjen selittäminen asiakkaalle, mikä kertoo siitä, että apteekkeista haetaan korvattavuuksiin liittyvää tietoa. Apteekit toimivat tällöin käytännössä Kelan ”lähipalveluna”, josta ilman ajanvarausta voi kysyä lääkkeiden korvattavuusasioista. Toisaalta apteekkeilla on lakisääteinen velvollisuus antaa lääkeneuvonnan lisäksi tietoa lääkkeiden hinnoista ja muista lääkevalmisteen valintaan liittyvistä asioista (6), joten tämä todennäköisesti nähdään apteekkeissa rutiininomaisena työhön liittyvänä toimenä. Tässä tutkimuksessa korvausasioiden neuvonnassa korostui alkuomavastuuseen liittyvä neuvonta, kun taas vuosiomavastuuseen liittyviä selvitystöitä ei juurikaan raportoitu. Tämä johtunee siitä, että tutkimus toteutettiin alkuvuodesta, jolloin alkuomavastuu on useille asakkaille ajankohtaisempi.

Raportointien perusteella selvitystyö ratkesi keskimäärin hyvin nopeasti ja lääkettä toimittava farmaseuttinen henkilö tarvitsi harvoin kollegan tai muun tahon (Kela tai terveydenhuolto) apua. Tämä selittyy farmaseuttisen henkilöstön ammattitaidolla ja sillä, että apteekkeissa on totuttu tekemään korvausselvityksiä. Se voi selittyä myös apteekkien käytössä olevilla hyvillä tietolähteillä. Selvitystöitä raportoineilta työntekijöiltä ei kysytty taustatietoja kuten heidän työkokemustaan. Jatkossa

olisikin mielenkiintoista tutkia, ovatko työntekijöiden taustatekijät yhteydessä selvitystöiden vaatimisiin resursseihin.

Suurinta osaa raportoiduista selvitystöistä ei koettu kuormittavaksi, mikä voi kertoa siitä, että farmaseutit ja proviisorit kokevat suora- korvaamisen tavanomaiseksi osaksi lääkkeiden toimitusprosessia. Lisäksi apteekkiohjelma laskee korvaukset automaattisesti, joten farmaseutin tai proviisorin tehtäväksi jää usein tarkistaa korvausehdelytysten täyttyminen. Kuitenkin neljäsosa tehdyistä selvitystöistä koettiin kuormittavana. Apteekkia kuormittavina tekijöinä pidettiin erityisesti reseptimerkintöjen suurta määrää ja niiden puutteita, epäselviä korvausoikeuksia sekä toimitusvälien seuraamista. Kuormittavuuden kokemusta voivatkin selittää Kelan apteekkeille, näiden selvitystyöstä huolimatta, antamat huomautukset (7). Lisäksi avohoitoon tulleiden, esimerkiksi uusien harvinaissairauksien, lääkkeiden yksityiskohtaiset korvausehdot voivat vaatia erityistä perehtymistä, ja harvoin toimitettavien lääkkeiden korvattavuudesta kertyy apteekissa vähän kokemusta. Tässä tutkimuksessa mainituista kehitysehdotuksista toiveet sähköisten järjestelmien kehittämisestä sekä selkeämmistä korvauskriteereistä ja sairausvakuutusohjeista ovat yhtenevät aikaisempien tutkimusten kanssa (8,9). Vaikuttaisi siltä, että näihin toiveisiin ei ole pystytty vastaamaan, koska vielä yli kymmenen vuoden jälkeenkin esitetään samoja kehitysehdotuksia.

Tässä pilottitutkimuksessa ei voida luotettavasti arvioida selvitystä vaatineiden tilanteiden määrää Suomen kaikissa apteekkeissa, mutta tutkimuksemme perusteella määrä vaikuttaa pieneltä; viikon aikana pilottiapteekissa käytettiin yli neljä tuntia korvausasioiden selvittämiseen. Lyhyetkin selvitystyöt voivat toisaalta kuormittaa apteekkeja, jos ne ovat toistuvia ja niitä on määrällisesti paljon. Tämän tutkimuksen perusteella ei voitu tehdä myöskään päätelmiä valmisteiden yhteydestä tehtyyn selvitystyöhön. Aiheesta tarvitaankin lisätutkimusta, jotta voitaisiin selvittää, min-kälaiset selvitystyöt kuormittavat apteekkeja, kuinka suuressa osassa lääkkeiden toimituksesta selvitystöitä tehdään, ja korostuuko joidenkin valmisteiden kohdalla tietyn tyyppiset selvitystyöt.

Tutkimuksen pilottiluonteeseen takia sen tuloksia ei voida yleistää, mutta tulokset antavat alustavaa tietoa suorakorvauksiin liittyvistä selvitystöistä, ja tutkimuksemme on tiettävästi ensimmäinen kotimainen tutkimus tästä aiheesta. Tutkimuksen etuna on, että raportointilomakkeen suunnittelussa käytettiin aikaisemmassa tutkimuksessa hyödynnettyä raportointipohjaa (19). Lisäksi raportointilomaketta testattiin. Vastaajat löysivät pääosin vastaukset valmiista vaihtoehdoista, ja vain muutamia avoimia vastauksia täytyi uudelleen luokitella. Lisäksi kattava ohjeistus ja mahdollisuus tutustua lomakkeisiin ennen aineiston keruuta todennäköisesti helpottivat raportointia. Tässä tutkimuksessa raportointi perustui vastaajan omatoimiseen raportointiin, jolloin selvitystyötä vaatineet tapaukset voivat olla aliraportoituja, mikäli kaikkia tilanteita ei ole ehditty tai muistettu raportoida. Selvitystä vaativien tilanteiden määrä voikin todellisuudessa olla suurempi. Lisäksi on todennäköisesti tilanteita, joissa selvitystyötä ei ajateltu erityisesti suorakorvausmenettelyyn liittyväksi, koska selvitystyö kuuluu niin tiiviisti apteekin päivittäiseen työhön. Selvitystöiden raportointiaika oli yksi viikko, joten on mahdollista, että tulokset ovat riippuvaisia kyseisellä viikolla ilmenneistä tilanteista ja tulokset olisivat olleet erilaisia toisena ajankohtana.

Aiheesta tarvitaan lisätutkimusta, jotta saadaan laajempi kuva tämänhetkisen korvausjärjestelmän vaikutuksista apteekkeille (esim. kuormittavuus, työllistävyys) ja korvausjärjestelmän mahdollisista kehittämiskoh-teista. Tässä tutkimuksessa käytetyt menetelmät soveltuvat myös laajemman tutkimuksen tekemiseen. Olisi esimerkiksi tärkeää selvittää, ovatko jotkut valmisteet yhteydessä tiettyyn selvitystyöhön, mitkä ovat apteekkeja eniten kuormittavat selvitystyöt sekä vaihtelevatko apteekkeissa tehtävät selvitystyöt eri puolella Suomea. Nämä tiedot auttaisivat tunnistamaan suorakorvausmenettelyn ja sen toteuttamisen sujuvuuden kehittämiskohteita ja siten vähentämään menettelyä apteekkeille aiheutuvaa kuormitusta. Menettelyn kehittämisestä ja epäselvien tapausten vähentymisestä hyötyisivät kaikki suorakorvaukseen osallistuvat osapuolet (Kela, apteekit ja lääkekorvausten saajat).

Johtopäätökset

Apteekissa selvitetään sairausvakuutuksesta korvattavien lääkkeiden suorakorvaamiseen liittyviä asioita, joista tässä pilottitutkimuksessa yleisimpiä olivat toimitusväleihin liittyvät selvitystyöt ja korvauskäytäntöjen selittäminen asiakkaalle. Neljäsosa selvitystöistä koettiin kuormittavaksi ja selvitystöiden koettiin pitkittävän asiakastilannetta, aiheuttavan apteekissa ruuhkaa sekä henkilökunnassa kiireen tunnetta ja turhautumista. Suorakorvauksen etuina pidettiin helppoutta asiakkaalle, paperitöiden pienempää määrää, reaaliaikaisuutta ja asiakkaan kustannusten pienentymistä. Farmaseuttista henkilöstöä kuormittaviksi tekijöiksi tunnistettiin reseptimerkin-nät, epäselvät korvausoikeudet ja toimitusvä-lit. Sähköisiä järjestelmiä tulisi kehittää siten, että ne tukisivat nykyistäkin paremmin suora- korvaamisen toteuttamista apteekkeissa. Tämä tutkimus tarjoaa alustavaa tietoa suorakorva- uksiin liittyvistä selvitystöistä sekä korvaus- järjestelemän eduista ja kuormitustekijöistä apteekkeille. Aiheesta tarvitaan lisätietoa ja tulevaisuudessa tulisivatkin selvittää laajemmin tilannetta erilaisten lääkkeiden osalta erilai- sissa apteekkeissa ja koko Suomessa.

Summary

Clarifications of medicine reimbursement issues and their implications for pharmacies – a pilot questionnaire to community pharmacists

Elisa Yli-Ilkka

MSc (pharm)

University of Eastern Finland, School of Pharmacy

Hanna Kauppinen

Teaching pharmacist, PhD

University of Eastern Finland, School of Pharmacy

Emma Aarnio*

Senior researcher, PhD, MSc (health econ.)

University of Eastern Finland, School of Pharmacy

emma.aarnio@uef.fi

*Correspondence

Introduction

The direct reimbursement agreement is an agreement between the Social Insurance Institution of Finland and pharmacies that allows medicines to be reimbursed directly in pharmacies. Pharmacies' responsibility is to ensure that the conditions for reimbursement are met. Pharmacies play a key role in the implementation of direct reimbursement, but there is a lack of research evidence on direct reimbursement from the pharmacies' perspective. This pilot study aims to gather preliminary information on the clarifications of reimbursement issues at the time of prescription dispensing and their implications for pharmacies. It also aims to explore pharmacy staff's opinions on the implementation of the direct reimbursement procedure.

Material and methods

The survey was conducted in January 2023 in one big, urban pharmacy. The data were collected with questionnaires to pharmacists in two phases. In the first phase, reporting forms were used to collect all clarifications of reimbursement issues during the prescription dispensing process over the course of a week. In the second phase, an open questionnaire was used to gather pharmaceutical staff's opinions on the implementation of the direct reimbursement procedure.

Results

A total of 74 reporting forms were analysed, and 11 members of the pharmaceutical staff responded to the open questionnaire. The most common types of clarifications were related to the dispensation interval of reimbursed medicines (30%), reimbursement inquiries (29%) or confusion among customers about the initial deductible (29%). In most cases (97%), the situation was resolved during the same pharmacy visit. A quarter (25%, $n = 18$) of the reported clarifications were perceived as burdensome. Clarifications were often reported to prolong customer situations (60%). The advantages of direct reimbursement were perceived as ease of use for the customer ($n = 5$), less paperwork ($n = 4$), real-time information ($n = 4$) and reduced costs for the customer ($n = 3$). Prescription labelling, unclear reimbursement rights and the need to constantly monitor dispensation intervals were identified as factors that put pressure on pharmacies. The automation of electronic systems, more flexibility in dispensation intervals, and clarification of reimbursement criteria and health insurance guidelines were identified as areas for improvement in the direct reimbursement process.

Conclusions

According to this pilot study, various problems related to direct reimbursement are solved in pharmacies, and most of them can be resolved during the same pharmacy visit. As a rule, the direct reimbursement procedure was not perceived as burdensome, and its advantages were seen as being particularly beneficial to the customer. On the other hand, a quarter of the sit-

uations requiring clarifications were perceived as burdensome. The direct reimbursement procedure should be improved in terms of electronic systems, flexibility in dispensation intervals, and clarity of guidelines and reimbursement criteria. Because this study was conducted only in one pharmacy, more research will be needed to assess more extensively the impact of direct reimbursement in Finnish pharmacies.

Keywords: pharmacy, survey, medicine reimbursement, medicine dispensing, clarification, direct reimbursement procedure

Sidonnaisuudet

Elisa Yli-Ilkka ja Hanna Kauppinen: ei sidonnaisuuksia. Emma Aarnio: konsultaatio- ja luentopalkkio (MSD Finland Oy), luentopalkkiot (UCB Pharma Oy Finland, Alk-Abelló Nordic A/S)

Viitteet

1. Sairausvakuutuslaki (1224/2004) Helsinki: sosiaali- ja terveysministeriö.
2. Ekholm V. Tunnetko lääkekorvausten historian? Kelan elämässä –media (29.11.2017). [Internet] (viitattu 25.1.2024). Saatavissa: <https://elamassa.fi/terveys/tunnetko-laakekorvausten-historian>
3. Kansaneläkelaitos. Apteekkien sairausvakuutusohjeet (1.1.2024). [Internet] (viitattu 25.1.2024). Saatavissa: www.kela.fi/yhteistyokumppanit-laakekorvaukset-apteekit
4. Kalliokoski A, Pelkonen L. Lääkekorvausjärjestelmä ohjaa lääkkeiden määräämistä ja korvausmenoja. SIC! Lääketietoa Fimeasta. 2016;1(1):12–5.
5. Ruskoaho H. Lääkekorvausjärjestelmän kehittäminen: Selvityshenkilön loppuraportti. Helsinki; 2018. Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 20. [Internet] (viitattu 25.1.2024). Saatavissa: <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-3933-2>
6. Lääkelaki (395/1987) Helsinki: sosiaali- ja terveysministeriö.
7. Rönkkö J, Karikoski L, Vainio K. Kelan korjausesitykset ja huomautukset – kyselytutkimus apteekeille. Dosis 2019;35(1):58–68.
8. Tiittanen M. Apteekkien ja Kelan yhteistyö – apteekkihenkilöstön näkökulma. Helsinki: Helsingin yliopisto, Koulutus- ja kehittämiskeskus Palmenia; 2010. [Internet] (viitattu 25.1.2024). Saatavissa: <http://hdl.handle.net/10138/304439>
9. Hillo M, Rönkkö J, Vainio K. Apteekkien ja Kelan välinen yhteistyö – apteekkien reagointi Kelan korjausesityksiin ja näkemykset yhteistyöstä ja sen kehittämisestä. Dosis 2020;36(4):468–81.
10. Martikainen JE, Häkkinen U, Enlund H. Adoption of new antiglaucoma drugs in Finland: Impact of changes in copayment. Clin Ther. 2007;29(11):2468–76. <https://doi.org/10.1016/j.clinthera.2007.11.013>
11. Martikainen JE, Saastamoinen LK, Korhonen MJ, Enlund H, Helin-Salmivaara A. Impact of restricted reimbursement on the use of statins in Finland. Med Care. 2010;48(9):761–6. <https://doi.org/10.1097/MLR.0b013e3181e41bcb>
12. Hamina A, Tanskanen A, Tiisonen J, Taipale H. Medication use and health care utilization after a cost-sharing increase in schizophrenia – A nationwide analysis. Med Care. 2020;58(9):763–9. <https://doi.org/10.1097/MLR.0000000000001369>
13. Rättö H, Kurko T, Martikainen JE, Aaltonen K. The impact of co-payment increase on the consumption of type 2 antidiabetics – A nationwide interrupted time series analysis. Health Policy. 2021;125(9):1166–72. <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2021.05.007>
14. Lavikainen P, Aarnio E, Jalkanen K, Tirkkonen H, Rautiainen P, Laatikainen T, ym. Impact of co-payment level increase of antidiabetic medications on glycaemic control: an interrupted time-series study among Finnish patients with type 2 diabetes. BMC Health Serv Res. 2020;20(1):1095. <https://doi.org/10.1186/s12913-020-05952-6>
15. Suviranta T, Timonen J, Martikainen J, Aarnio E. The effects of reimbursement reform of anti-diabetic medicines from the patients' perspective – a survey among patients with type 2 diabetes in Finland. BMC Health Serv Res. 2019;19(1):769. <https://doi.org/10.1186/s12913-019-4633-9>
16. Lavikainen P, Aarnio E, Niskanen L, Mäntyselkä P, Martikainen J. Short-term impact of co-payment level increase on the use of medication and patient-reported outcomes in Finnish patients with type 2 diabetes. Health Policy. 2020;124(12):1310–6. <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2020.08.001>
17. Negaard BJ, Lyons KP, Nichol CL, Polgreen LA. What does a pharmacist do? A time and motion study. Res Social Adm Pharm. 2020;16(9):1314–7. <https://doi.org/10.1016/j.sapharm.2019.03.007>
18. Olsson E, Wallach-Kildemoes H, Ahmed B, Ingman P, Kaae S, Källemark Sporrang S. The influence of generic substitution on the content of patient-pharmacist communication in Swedish community pharmacies. Int J Pharm Pract. 2017;25(4):274–81. <https://doi.org/10.1111/ijpp.12299>
19. Timonen J, Kangas S, Kauppinen H, Ahonen R. Electronic prescription anomalies: a study of frequencies, clarification and effects in Finnish community pharmacies. J Pharm Health Serv Res. 2018;9(3):1–7. <https://doi.org/10.1111/jphs.12224>
20. World Health Organization. ATC/DDD Index 2024. [Internet] (viitattu 25.1.2024). Saatavissa: https://atcddd.fhi.no/atc_ddd_index/
21. Hämeen-Anttila K, Katajavuori N. Laadullisen aineiston analyysi. Kirjassa: Hämeen-Anttila K ja Katajavuori N, toim. Yhteiskunnallinen lääketutkimus – ideasta näyttöön. 2. painos. Helsingin yliopisto; 2021, s. 146–63.

22. Tutkimuseettinen neuvottelukunta. Ihmiseen kohdistuvan tutkimuksen eettiset periaatteet ja ihmistieteiden eettinen ennakkoarviointi Suomessa. Helsinki; 2019. Tutkimuseettisen neuvottelukunnan julkaisuja 3. [Internet] (viitattu 25.1.2024). Saatavissa: www.tenk.fi

23. Tutkimuseettinen neuvottelukunta. Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausepäilyjen käsitteleminen Suomessa. Helsinki; 2023. Tutkimuseettisen neuvottelukunnan julkaisuja 2. [Internet] (viitattu 25.1.2024). Saatavissa: www.tenk.fi

Yli-Ilkka E, Kauppinen H, Aarnio E. Lääkekorvauksiin liittyvät selvitystyöt ja niiden vaikutukset apteekeissa – pilottitutkimus apteekin farmaseuttiselle henkilöstölle. Dosis 2024;40(2): 114–32.

Liite 1. Suorakorvauksiin liittyvien selvitystöiden raportointilomake

Suorakorvauksiin liittyvien selvitystöiden raportointilomake 16.–22.1.2023

Lomakkeen kysymykset koskevat apteekeissa ilmeneviä tilanteita, jotka vaativat Kelan myöntämän suorakorvauksen antamiseen liittyviä selvitystöitä aikavälillä **16.–22.1.2023**. Jokaisesta selvitystyötä vaativasta reseptistä täytetään oma lomake, johon kirjataan kaikki reseptin vaatimat selvitystyöt ja arvioidaan selvitystöihin käytettyä kokonaisaikaa. Lomakkeessa tarkoitetaan valmisteella kaikkia lääkekorvaukseen oikeutettavia reseptivalmisteita eli lääkevalmisteita, kliinisiä ravintovalmisteita, perusvoiteita sekä vitamiineja. Sähköinen lomake löytyy osoitteesta: <https://link.webropol.com/s/suorakorv>

Lomake täytetään seuraavissa tilanteissa:

- Valmiste on suorakorvattava, mutta sitä ei voida pelkästään apteekkijärjestelmän tietojen perusteella toimittaa Kela-korvattuna
- Reseptin tiedot eivät mahdollista suorakorvauksen antamista sellaisenaan
- Valmisteen korvattavuus tai kerralla toimitettava määrä on tarkistettava ja/tai korvausperusteita täytyy selvittää tarkemmin Kelan ohjeistuksista tai lääkehausta
- Tilanne vaatii korvausperusteiden selittämistä asiakkaalle tai asiakas kysyy reseptivalmisteen suorakorvauksesta

Valmisteen tiedot

Kauppanimi/vaikuttavan aineen nimi ja vahvuus: _____

Lääke-/valmistemuoto: _____

Reseptintoimitustilanne ja tehty selvitystyö

1. Miksi suorakorvaukseen liittyi selvitystyötä? Voit valita useamman vaihtoehdon.

- ☐ Asiakkaalla ei ollut Kela-korvaukseen oikeuttavaa korvausnumeroa
- ☐ Asiakkaalle myönnetty korvausoikeus oli päättynyt
- ☐ Reseptiin merkitty käyttöaihe ei vastannut asiakkaalle myönnettyä Kela-korvaukseen oikeuttavaa korvausnumeroa
- ☐ Korvaukseen oikeuttava erilliselvitys eli reseptimerkintä puuttui kokonaan
- ☐ Erilliselvitys eli reseptimerkintä oli puutteellinen
- ☐ Valmisteyhteenvedosta poikkeavan annostuksen sisältävästä reseptistä puuttui kokonaan SIC! -merkintä, minkä vuoksi Kela-korvausta ei voi antaa
- ☐ Asiakas halusi selvittää, joko hän saisi lääkkeestä korvauksen
- ☐ Alkuomavastuu aiheutti hämmennystä asiakkaalle
- ☐ Lääkkeen toimitusväli ei ollut Kelan ohjeistuksen mukainen
- ☐ Kerralla korvattavasta lääkemäärästä oli epäselvyyttä
- ☐ Valmisteen korvaustieto ei ollut saatavilla apteekkijärjestelmästä
- ☐ Valmisteen lääkevaihdon soveltuvuus ei selvinnyt apteekkijärjestelmästä
- ☐ Muu, mikä? _____

2.Minkälaista lisätyötä tai selvittelyä tilanne vaati apteekissa?

Voit valita useamman vaihtoehdon.

- ☐ Apteekista soitettiin terveydenhuoltoon
- ☐ Apteekista soitettiin Kelaan
- ☐ Apteekissa selitettiin lääkkeen korvauskäytäntöjä asiakkaalle
- ☐ Apteekissa selitettiin alkuomavastuun toimintaperiaatteita asiakkaalle
- ☐ Reseptin toimitukset tarkistettiin Reseptikeskuksesta
- ☐ Korvausperusteita selvitettiin Kelan internetsivuilta (esim. Kelan ohjeistuksista tai lääkehausta)
- ☐ Annostus selvitettiin asiakkaalta ja lisättiin reseptin lisätietokenttään
- ☐ Asiasta kysyttiin kollegalta
- ☐ Muuta, mitä? _____

3.Saatiinko tilanne selvitettyä apteekissa?

- ☐ Kyllä, samalla toimitushetkellä
- ☐ Kyllä, myöhemmin jatkuneen lisäselvityksen jälkeen
- ☐ Ei

4. Ostiko asiakas lääkkeen?

- ☐ Kyllä
- ☐ Ei (Siirry suoraan kysymykseen 6.)

5.Voitiinko lääkkeestä antaa suorakorvausta?

- ☐ Kyllä
- ☐ Ei, mutta kerrytti alkuomavastuuta
- ☐ Ei

Selvitystyön seuraamukset ja ajankäyttö

6. Koitko kyseisen lisäselvitystyön kuormittavana?

- ☐ Kyllä
- ☐ En

7. Aiheutuiko selvitystyöstä jotakin seuraavista? Voit valita useamman vaihtoehdon.

- ☐ Aiheutti tyytymättömyyttä asiakkaassa
- ☐ Aiheutti turhautumista apteekin henkilökunnassa
- ☐ Aiheutti kiireen tunnetta apteekin henkilökunnassa
- ☐ Aiheutti apteekkiin ruuhkaa
- ☐ Asiakastilanne pitkittyi
- ☐ Asiakkaan täytyi palata apteekkiin myöhemmin
- ☐ Asiakas joutui maksamaan lääkkeestään enemmän
- ☐ Asiakas ohjattiin hakemaan korvausta jälkikäteen Kelalta
- ☐ Jotain muuta vastaavaa, mitä? _____
- ☐ Ei mitään näistä

8.Kuinka monta apteekin farmaseuttista työntekijää osallistui selvitystyöhön?

Vastaa numeerisesti: _____ työntekijää

9.Arvioi selvitystyöhön osallistuneen farmaseuttisen henkilöstön ajankäyttöä yhteensä kyseisessä tilanteessa (vastaa numeerisesti):

_____ min

10. Vapaat kommentit tehtyyn selvitystyöhön liittyen:

AVOIN KYSELYLOMAKE 23.–29.1.2023

Lomakkeen kysymykset koskevat henkilökohtaisia mielipiteitäsi suorakorvausmenettelystä ja sen toteuttamisesta. Lomake täytetään vain kerran. Tähän kyselyyn vastataan, kun lääkekorvauksiin liittyvien selvitystöiden raportointilomakkeet on kerätty. Vastausaikaa on yksi viikko (**23.–29.1.2023**). Sähköinen lomake löytyy osoitteesta: <https://link.webropol.com/s/suorakorvmielipide>

1. Mitä mahdollisia etuja suorakorvausmenettelyyn mielestäsi liittyy?

2. Liittyykö suorakorvausmenettelyn toteuttamiseen mielestäsi apteekkia kuormittavia ongelmia?

- ☐ Ei
☐ Kyllä, millaisia

3. Miten suorakorvausmenettelyä tulisi mielestäsi kehittää?

4. Raportoitko edellisellä viikolla suorakorvaukseen liittyviä selvitystöitä?

- ☐ Kyllä
☐ En

5. Vapaat kommentit lääkkeiden suorakorvausmenettelystä ja sen toteuttamisesta

Lääkehoidon seurannan toteutuminen apteekeissa – kyselytutkimus farmasian ammattilaisille

Katariina Inkeri Volotinen*

FM, erikoisproviisori
Helsingin yliopisto,
Apteekki- ja sairaalafarmasian
erikoistumiskoulutus
katarina.volotinen@helsinki.fi

Henna Kyllönen

Asiantuntijaproviisori
Suomen Apteekkariliitto

Johanna Salimäki

FaL, apteekkari
Mellunmäen Uusi apteekki, Helsinki

*Kirjeenvaihto

Volotinen K, Kyllönen H, Salimäki J. Lääkehoidon seurannan toteutuminen apteekeissa – Kyselytutkimus farmasian ammattilaisille. Dosis 2024;40(2): 134–57.

Tiivistelmä

Johdanto

Monet pitkäaikaissairaat ostavat lääkkeitä apteekista vähintään neljä kertaa vuodessa, mutta käyttävät muita terveysterveyspalveluita tätä harvemmin. Apteekkifarmasian ammattilaiset osallistuvat pitkäaikaissairaalan lääkehoidon seurantaan yhdessä potilaan, lääkärin ja hoitajan kanssa. Tämän kyselytutkimuksen tavoitteena oli kartoittaa apteekkifarmasian ammattilaisten, erityisesti yhdyshenkilöiden näkemyksiä siitä, miten heidän työskentelyapteeekeissaan toteutetaan lääkehoidon seuranta reseptintoimituksen yhteydessä ja minkälaisia lääkehoidon seurantavalmiuksia heidän apteekeissaan on. Tutkimuksessa tarkasteltiin myös, miten yhteistyö lääkehoidon seurannassa onnistuu perusterveydenhuollon kanssa apteekeissa.

Aineisto ja menetelmät

Kyselytutkimus toteutettiin kesäkuussa 2021 osana Suomen Apteekkariliiton jäsenapteekkien (n = 793) sähköpostiin lähetettyä yhdyshenkilökyselyä, mutta siihen saivat vastata myös muut kuin apteekkien astma-, diabetes- ja sydänyhdyshenkilöt. Vastaukset kerättiin nimettömästi sähköisellä Webropol-lomakkeella. Lääkehoidon seurantaan liittyvät kysymykset olivat strukturoituja, ja suurimmassa osassa oli viisi vastausvaihtoehtoa. Vastaukset on esitetty prosenttiosuuksina ja frekvenssijakaumina Excel-kuvaajien avulla.

Tulokset

Kyselyyn vastasi 246 apteekkia tai sivuapteekkia. Vastausprosentti oli 31 %. Tutkimukseen osallistuneissa apteekeissa lääkehoidon seuranta oli tuttua ja sitä toteutettiin kysymällä lääkkeen tehosta, käytöstä ja lääkitysongelmista päivittäin 47–53 %:ssa apteekeista ja jokaisen sopivan asiakkaan kohdalla 34–43 %:ssa apteekeista. Astman, diabeteksen ja verenpaineen hoitotasapainoa selvittäviä kysymyksiä esitettiin päivittäin 28–39 %:ssa apteekeista ja jokaisen sopivan asiakkaan kohdalla 22–27 %:ssa apteekeista. Vaikka apteekeissa koettiin olevan valmiuksia lääkehoidon seurantaan, kaipasi kyselyyn vastanneista 85 % lisäkoulutusta lääkehoidon seurannasta ja omahoidon tukemisesta. Lääkehoidon seurantaan liittyvistä toimintamalleista oli sovittu paikallisen terveysaseman kanssa vain 14 %:ssa vastaaja-apteekeista. Mikäli diabeetikon, verenpainepotilaan tai astmaatikon lääkehoidossa havaittiin ongelmia, häntä pyydettiin itse olemaan yhteydessä terveysasemalle tai vastaanotolle 86–94 %:ssa apteekeista. Reseptin uudistamisen ”viesti lääkärille” -kenttää hyödynnettiin lääkehoidon seurantatietojen välittämiseen 13–15 %:ssa apteekeista.

Johtopäätökset

Tämän tutkimuksen perusteella apteekkien farmaseuttinen henkilökunta toteutti lääkehoidon seurantaan, mutta kaipasi lisäkoulutusta pitkäaikaissairauksien hoitotasapainon selvittämiseen ja omahoidon tukemiseen. Vain pienessä osassa apteekeja oli käytössä yhteisesti sovitut toimintamallit lääkehoidon seurantatietojen välitykseen terveysasemalle. Lääkehoidon seurannan vaikuttavuuden kehittämiseksi olisi tärkeää luoda paikallisia ja valtakunnallisia toimintamalleja perusterveydenhuollon yhteistyötä ja moniammatillista viestintää kehittämällä.

Avainsanat: lääkehoidon seuranta, pitkäaikaissairas henkilö, omahoidon tukeminen, terveysasema, apteekki, toimintamalli, kyselytutkimus

Johdanto

Kaikkien terveydenhuollon ammattilaisten rooliin kuuluu pitkäaikaissairaalan lääkehoidon tukeminen ja seuranta (1). Farmasian ammattilaisten tulisi osallistua lääkehoidon seurantaan avoapteekissa. On kuitenkin epäselvää, miten apteekeissa toteutetaan lääkehoidon seurantaan lääkkeen toimittamisen yhteydessä ja minkälaisista osaamista apteekkifarmasian ammattilaisilla on lääkehoidon seurannasta. Avoaptekeissa on aiemmin tutkittu, miten lääkehoidon seuranta toteutetaan reseptin uudistamisen yhteydessä (2–7). Lääkehoidon seuranta on tutkittu myös esimerkiksi apteekkihenkilökunnan toteuttamien verensokeri- ja verenpaine-mittausten yhteydessä (8–10).

Farmasian ammattilaisten rooliin kuuluu pitkäaikaissairaalan neuvominen ja auttaminen lääkehoidon vaikutusten seuraamisessa ja lääkkeen käytössä sekä lääkehoidon arvioinnin tarpeen tunnistaminen (1). Lisäksi farmasian ammattilaiset auttavat lääkehoidon tavoitteissa pysymisessä ja kertovat luotettavista lääketiedon lähteistä (1,11). Lääkehoidon seurannan tukena on ajantasainen lääkityslista, mutta sitä ei aina ole saatavilla (11). Terveydenhuollossa lääkehoidon seuranta tehdään yleensä potilasta haastatteleamalla voiminnan ja toimintakyvyn selvittämiseksi sekä erilaisin mittauksin ja laboratoriotestein. Onnistunut lääkehoidon seuranta vaatii yhteistyötä lääkäreiden ja hoitajien, apteekin farmaseuttisen henkilöstön sekä pitkäaikaissairaalan välillä (1). Apteekissa lääkehoidon seurannan apuna voidaan käyttää lääkeneuvonnan TKOK-mallia, joka on kehitetty lääkehoidon seurantaan reseptien uudistamisen yhteydessä vuonna 2006 (3,12). TKOK-mallin avulla voidaan selvittää lääkehoidon tehoa (T) eli vaikutuksia, lääkkeen käyttöä (K), lääkehoidon ongelmia (O) ja seurannan toteutumista (K).

On tärkeää, että osana reseptilääkeneuvontaa apteekin farmaseuttinen henkilökunta seuraa pitkäaikaissairaiden asiakkaiden lääkkeen käytön säännöllisyyttä, lääkkeiden vaikutuksia ja lääkkeiden käytössä mahdollisesti ilmenneitä ongelmia sekä ohjaa heitä tarvittaessa ottamaan yhteyttä hoitavaan lääkäriin (11,13). Hoitotulosten on tutkittu parantuvan ja lääkehoidon kustannusten pienen-

tyvän hyvin toteutetun lääkehoidon seurannan avulla (1,14). Seurannan avulla voidaan havaita lääkehoidon ongelmia sekä parantaa hoitoon sitoutumista ja hoitomotivaatiota (11). Terveydenhuollon kontrollikäynnit saattavat toteutua kahden vuoden välein tai harvemmin, koska reseptit ovat pääsääntöisesti voimassa kaksi vuotta. Mahdollisuus lähettää itse reseptin uudistamispyyntö Omakannan kautta saattaa aiheuttaa sen, ettei hoidon seurantaan liittyvää kontaktia terveydenhuollon kanssa välttämättä tule lainkaan. Pitkäaikaissairaat henkilöt käyvät kuitenkin apteekeissa vähintään neljästi vuodessa, koska Kansaneläkelaitos korvaa lääkkeit korkeintaan kolmeksi kuukaudeksi kerrallaan (15). Apteekissa on siten mahdollisuus toteuttaa lääkehoidon seuranta useammin kuin muualla terveydenhuollossa.

Tämän tutkimuksen tavoitteena oli selvittää erityisesti apteekin astma-, diabetes- ja sydänyhdyshenkilöinä toimivien apteekkifarmasian ammattilaisten näkemyksiä siitä, miten heidän työskentelyapteekissaan toteutetaan lääkehoidon seuranta osana normaalia lääkkeiden toimitusprosessia. Tutkimuksessa tarkasteltiin myös vastaajien näkemyksiä työskentelyapteekin henkilökunnan valmiuksista lääkehoidon seurantaan ja kokemuksia yhteistyöstä paikallisen terveyskeskuksen kanssa.

Aineisto ja menetelmät

Tutkimusasetelma ja osallistujat

Lääkehoidon seurannan toteuttamista suomalaisissa avoapteekissa tutkittiin valtakunnallisella sähköisellä kyselyllä kesäkuussa 2021. Tutkimusaineisto kerättiin apteekkifarmasian ammattilaisten näkökulmasta, koska farmaseutit ja proviisorit tuntevat omat toimintatapansa parhaiten. Tutkimusmenetelmäksi valittiin internet-kysely, koska sen avulla pystytään helposti ja nopeasti tavoittamaan farmasian ammattilaiset lähes kaikista Suomen avoaptekeista (16).

Kyselytutkimus toteutettiin osana Suomen Apteekkariliiton yhdyshenkilökyselyä. Tämän vuoksi kysely oli alun perin osoitettu apteekkien astma- (n = 414), diabetes- (n = 404) ja sydänyhdyshenkilöille (n = 403) sekä Liikkujan apteekki yhteyshenkilöille (n = 179). Sama henkilö on saattanut apteekissa toimia use-

assa edellä mainitussa roolissa. Kyselyyn pyydettiin vastaamaan siten, että yhdyshenkilöt tai kyselyyn vastaajat koordinoivat apteekista yhden yhteisen mielipiteitä ja toimintaa kuvaavan vastauksen. Tutkimustiedote ja kyselylinkki lähetettiin erillisenä viestinä nimettyjen yhdyshenkilöiden lisäksi kaikkien Apteekkariliiton jäsenapteekkien (n = 620 pääapteekia ja n = 173 sivuapteekkia) sähköposteihin ja julkaistiin Apteekkariliiton jäsenapteekkien Salkku-palvelussa. Vastausaikaa kyselyyn oli kolme viikkoa. Kyselystä lähetettiin kyselyn puolivälissä yksi muistutusviesti vastausaktiivisuuden parantamiseksi. Kyselystä saadun palautteen perusteella tässä yhteydessä annettiin myös muille kuin nimetyille yhdyshenkilöille mahdollisuus vastata kyselyyn, koska kaikissa apteekeissa ei ole nimettyjä yhdyshenkilöitä.

Kyselylomake

Tutkimus toteutettiin sähköisellä Webropol-kyselytutkimuslomakkeella (17). Yhdyshenkilökyselyyn sisältyi lääkehoidon seuranta koskevien kysymysten (n = 32) lisäksi taustatietoja kartoittavia kysymyksiä (n = 10) apteekista, jossa vastaajat työskentelivät, sekä pelkästään yhdyshenkilökyselyyn liittyviä kysymyksiä (n = 8). Lääkehoidon seuranta koskevista kysymyksistä tähän tutkimukseen sisällytettiin 29 kappaletta (Liite 1). Vastaajien taustaa kartoittavista kysymyksistä tähän tutkimukseen sisällytettiin 6 kappaletta. Apteekkariliiton yhdyshenkilökyselyyn liittyviä kysymyksiä ei käytetty tutkimuksessa.

Lääkehoidon seuranta koskevat kysymykset laati pääosin tutkija (KV) oman asiantuntijuutensa ja kirjallisuuden perusteella (11,12). Näiden tutkimuskysymysten aihealueina olivat lääkehoidon seuranta, TKOK-malli käsitteenä, lääkehoidon seurannan toteutus apteekeissa (myös potilasryhmittäin), lääkehoidon seurannassa havaittujen ongelmatilanteiden käsittely, lääkehoidon seurantavalmiudet apteekeissa sekä yhteistyö lääkehoidon seurannassa muun terveydenhuollon kanssa ja yhdessä sovitut toimintamallit (Liite 1). Kysymykset olivat strukturoituja, ja suurimmassa osassa niistä oli viisi vastausvaihtoehtoa. Kyselyn taustatekijöinä tarkasteltiin muun muassa apteekkityyppiä sijaintipaikan mukaan, aptee-

kin sijaintia maakunnittain ja apteekin sijaintipaikkakunnan asukasluvua. Taustatekijöihin kuuluivat myös apteekin koko reseptuurin mukaan ja kyselyyn osallistuneiden rooli apteekissa (Liite 1). Tutkimuslomakkeelle ei tehty pilotointia, vaan kysymysten validiteettia ja reliabiliteettia työstettiin siten, että jokainen tutkija kommentoi ja muokkasi toisten laatimia kysymyksiä, kunnes lopputulos hyväksyttiin yhteisesti.

Aineiston analyysi

Kyselyn määrälliset vastaukset on esitetty prosenttiosuuksina ja prosentuaalisina frekvenssijakaumina Excel-kuvaajien avulla (Microsoft Excel verkkoversio 2021). Kyselyn taustatekijöiden, kuten vuotuisen reseptuurin luokiteltua prosentuaalista jakaumaa verrattiin Suomen Apteekkariliiton vuoden 2021 toimintakyselystä saatuihin prosentuaalisiin jakaumiin (vastausprosentti 78 %), sillä Apteekkariliiton rekisteritietoja ei ollut saatavilla. Prosentuaalisten jakaumien erojen tilastollista merkitsevyyttä tutkittiin Kruskal-Wallis H-testillä (IBM SPSS STATISTICS 2021).

Eettiset periaatteet

Kyselysaatteessa kerrottiin, että kyselyyn vastaamalla hyväksyy sen, että tuloksia voidaan käyttää myös tutkimuksellisiin tarkoituksiin. Kyselyyn osallistuminen oli vapaaehtoista, eikä tutkimuksessa käsitelty henkilötietoja. Kyselyn vastauksia ei pystynyt yhdistämään yksittäiseen apteekkiin, eikä yksittäistä vastaajaa pystynyt tunnistamaan vastauksista. Tutkimuseettisen neuvottelukunnan kriteerien perusteella tutkimus ei tarvinnut eettistä ennakoarviointia (18). Tutkimusaineisto hävitetään Webropolista tutkimuksen julkaisemisen jälkeen.

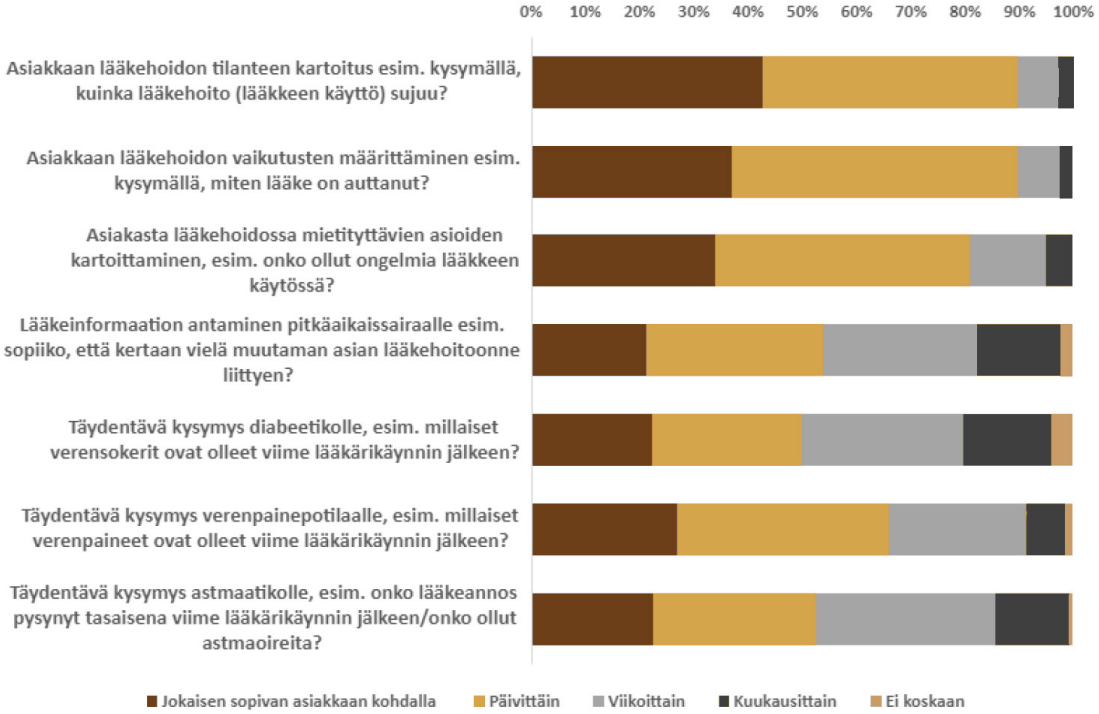
Tulokset

Kyselyyn vastasi 246 apteekkia, joista 27 oli sivuapteekkeja. Vastausprosentti oli 31 % (n = 246/793). Vastauksista yhteensä 38 % (n = 94) tuli muilta kuin apteekin nimetyiltä astma-, diabetes- ja sydän- tai Liikkujan apteekin yhdyshenkilöiltä. Kyselyyn saatiin eniten vastauksia apteekeista, joiden reseptuuri oli 80 001–120 000 (30 %) ja vähiten apteekeista,

Taulukko 1. Lääkehoidon seurannan toteutumiseen liittyvään kyselyyn vastanneiden apteekkien (n = 246) taustatiedot ja niiden tarkastelu verrattuna Suomen Apteekkariliiton vuoden 2021 toimintakyselyyn vastanneiden apteekkien taustatietoihin (n = 617/793, vastausprosentti 78 %)(19).

	Kyselyyn vastanneet apteekit % (n)	Apteekkariliiton v. 2021 kyselyyn vastanneet apteekit % (n)
Apteekkityyppi Kauppakeskus-/tavarataloapteekki Maaseudulla kyläapteekki Kaupungissa kivijalka-apteekki Maaseudulla liikeykeskusapteekki Lähiöapteekki	35 (85) 28 (69) 17 (41) 11 (28) 9 (23)	23 (139) 35 (218) 17 (102) 9 (57) 16 (101)
Reseptuuri Alle 40 000 40 001–80 000 80 001–120 000 120 001–140 000 Yli 140 000	20 (49) 23 (56) 30 (72) 11 (26) 16 (39)	29 (181) 28 (174) 24 (145) 8 (47) 11 (70)
Vastaajan tausta* Ei mikään alla olevista vaihtoehdoista Astmayhdyshenkilö Diabetesyhdyshenkilö Sydänyhdyshenkilö Liikkujan Apteekki -yhteyshenkilö	26 (94) 22 (80) 21 (77) 20 (75) 11 (40)	
Maakunta Uusimaa Pirkanmaa Pohjois-Pohjanmaa Varsinais-Suomi Pohjois-Savo Keski-Suomi Etelä-Pohjanmaa Satakunta Kanta-Häme Päijät-Häme Pohjois-Karjala Kymenlaakso Pohjanmaa Etelä-Savo Keski-Pohjanmaa Kainuu Etelä-Karjala Lappi Ahvenanmaa	15 (38) 11 (26) 9 (23) 9 (21) 7 (18) 7 (16) 7 (16) 6 (14) 5 (13) 5 (12) 4 (9) 3 (8) 3 (8) 3 (8) 2 (6) 2 (6) 2 (5) 2 (4) 1 (3) 0 (0)	18 (110) 9 (57) 8 (47) 8 (49) 6 (37) 6 (39) 6 (34) 5 (33) 4 (23) 5 (28) 4 (23) 4 (26) 3 (21) 4 (26) 2 (10) 2 (11) 3 (18) 4 (22) 1 (3)

Mitä seuraavista lääkehoidon seurantaan liittyvistä asioista toteutatte apteekissanne ja kuinka usein?



Kuva 1. Lääkehoidon seurannan toteuttaminen kyselytutkimuksen apteekeissa (n = 246) TKOK-malliin pohjautuvin kysymyksiin. Vastaukset on ilmoitettu prosenttiosuuksina.

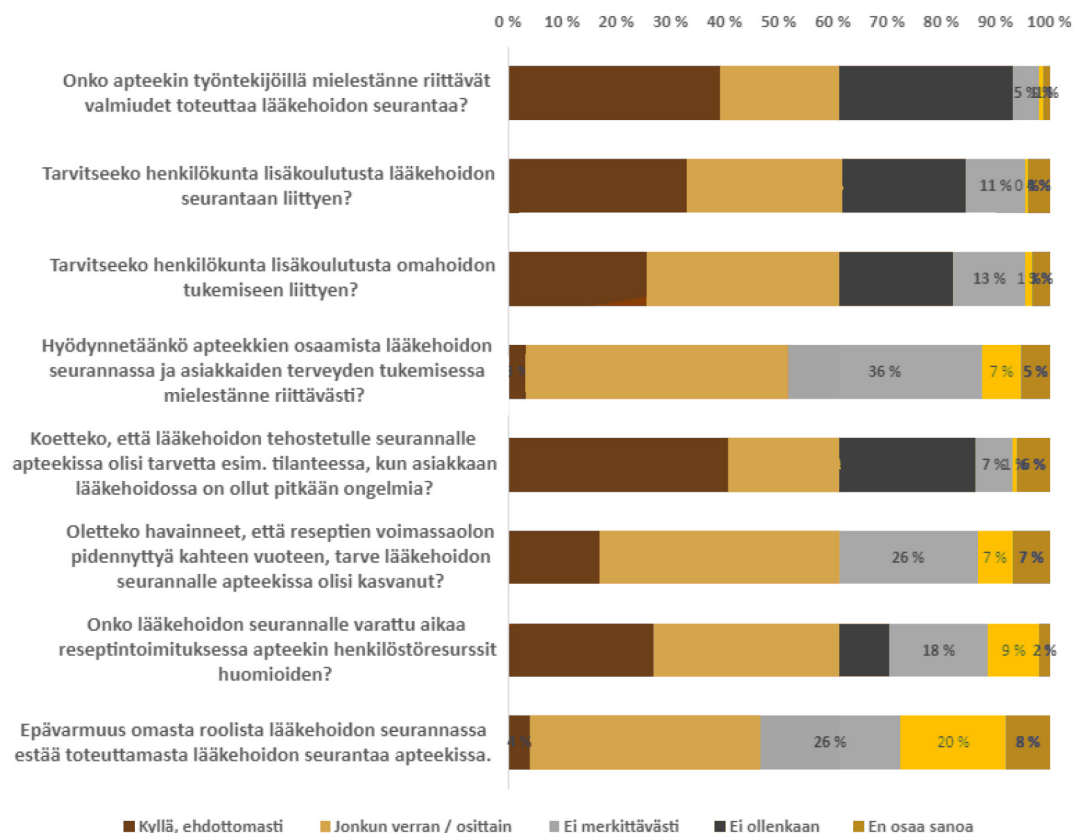
joiden reseptuuri oli 120 001–140 000 (11 %) (Taulukko 1). Vuonna 2021 Suomessa oli kuitenkin eniten apteekkeja, joiden reseptuurit olivat alle 40 000 (29 %) ja 40 001–80 000 (28 %) (Taulukko 1)(19). Kauppakeskus- ja tavarataloapteekeista tuli tähän kyselyyn eniten vastauksia (35 %). Kyselyn aikaan Suomessa oli eniten maaseudun kyläapteekkeja (35 %) (19), joista tähänkin tutkimukseen tuli paljon vastauksia (28 %). Vastauksia saatiin Ahvenanmaata lukuun ottamatta kaikista maakunnista (Taulukko 1).

Lääkehoidon seurannan toteutuminen apteekeissa
Lääkehoidon seuranta oli käsitteenä tuttu 85 %:lle kyselyyn vastaajista (n = 209/246). Lääkeneuvonnan TKOK-malli oli vastaajien mukaan käytössä 31 %:ssa (n = 76/246) tutkimukseen osallistuneista apteekeista. TKOK-kysymyksiä kuitenkin hyödynnettiin jokaisen

sopivan asiakkaan kohdalla 34–43 %:ssa tai päivittäin 47–53 %:ssa apteekeista selvitetessä lääkkeen koettua tehoa, käyttöä ja mahdollisia lääkkeen käytössä ilmeneviä ongelmia (Kuva 1). Astman, diabeteksen ja verenpaineen hoitotasapainosta kysyttiin jokaisen sopivan asiakkaan kohdalla 22–27 %:ssa tutkimusapteekeista tai päivittäin 28–39 %:ssa tutkimusapteekeista. Viikoittain hoitotasapainosta kyseltiin 25–33 %:ssa tutkimusapteekeista.

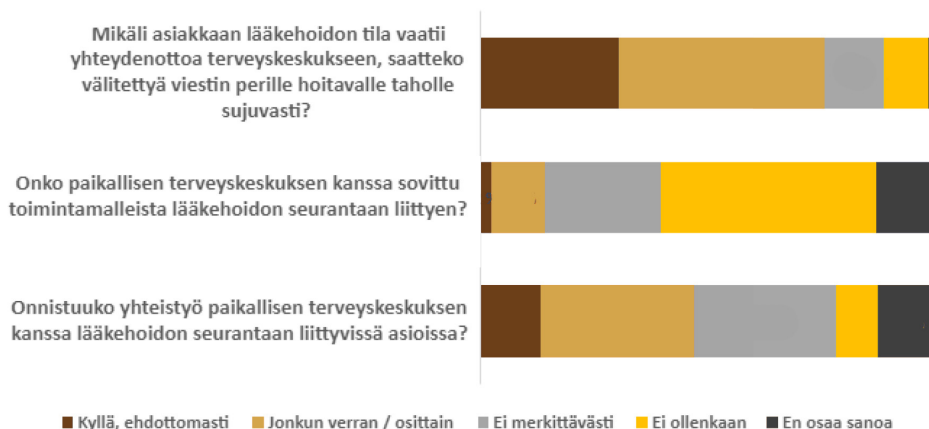
Lääkehoidon seurantavalmiudet ja koulutustarpeet
Yhteensä 93 %:ssa (n = 229/246) vastaaja-apteekeista oltiin sitä mieltä, että apteekin farmaseuttisella henkilökunnalla on valmiuksia lääkehoidon seurantaan (Kuva 2). Kuitenkin yhteensä 85 % (n = 209/246) vastaajista oli sitä mieltä, että henkilökunta tarvitsee lisäkoulutusta lääkehoidon seurantaan liittyen. Lisäksi lähes yhtä suuri määrä vastanneista (83 %, n =

Lääkehoidon seurantavalmiudet



Kuva 2. Apteekkien farmaseuttisen henkilökunnan valmiudet lääkehoidon seurantaan sekä siihen liittyvät koulutustarpeet, osaamisen hyödyntäminen, seurannan koettu tarve ja toteutuminen vastaajien näkökulmasta kyselytutkimuksen apteekeissa (n = 246). Vastaukset on ilmoitettu prosenttiosuuksina.

Yhteistyö terveyskeskuksen kanssa



Kuva 3. Kyselytutkimuksessa edustettuna olleiden apteekkien yhteistyö paikallisen terveyskeskuksen kanssa lääkehoidon seurantaan liittyen, viestinvälitys ja sovitut toimintamallit (n = 246). Vastaukset on ilmoitettu prosenttiosuuksina.

204/246) kaipasi koulutusta omahoidon tukemiseen liittyen.

Vastaaja-apteekeista 36 %:ssa (n = 89/246) oltiin sitä mieltä, että apteekkien farmaseuttien ja proviisorien osaamista ei hyödynnetä merkittävästi lääkehoidon seurannassa ja asiakkaiden terveyden tukemisessa (Kuva 2). Suurimassa osassa apteekeja (71 %, n = 174/246) oli varattu aikaa lääkehoidon seurannan toteutukseen reseptintoiimituksessa. Epävarmuus omasta roolista lääkehoidon seurannassa saattoi estää toteuttamasta lääkehoidon seurantaa 46 %:ssa apteekeista (n = 113/246).

Yhteistyö muiden terveydenhuollon ammattilaisten kanssa lääkehoidon seurannassa

Kyselytutkimukseen vastanneiden farmasian ammattilaisten edustamista apteekeista 30 %:ssa (n = 74/246) saatiin viesti sujuvasti ja 46 %:ssa (n = 113/246) jonkin verran sujuvasti eteenpäin terveysasemalle, mikäli pitkäaikais-sairaasi asiakkaan lääkehoidossa oli ongelmia (Kuva 3).

Kyselytutkimuksen apteekeista 48 %:ssa (n = 118/246) ei ollut ollenkaan sovittu paikallisen terveysaseman kanssa toimintamalleista lääkehoidon seurantaan liittyen. Toimintamalleista lääkehoidon seurantaan liittyen oli sovittu vain 14 %:ssa apteekeista (n = 34/246) (Kuva 3). Toimintamalleista paikallisen terveysaseman kanssa oli sovittu diabetespotilaiden kohdalla 13 %:ssa (n = 32/246), astmapotilaiden kohdalla 12 %:ssa (n = 30/246) ja verenpainepotilaiden kohdalla 7 %:ssa (n = 17/246) apteekeista.

Kyselytutkimuksessa edustettuna olleissa apteekeissa terveysasemayhteistyö onnistui jonkin verran 34 %:ssa apteekeista (n = 84/246), mutta 41 %:ssa (n = 101/246) apteekeista yhteistyö ei onnistunut merkittävästi tai lainkaan ja En osaa sanoa -vastauksia oli 12 % (n = 30/246).

Mikäli pitkäaikais-sairaasi henkilön lääkehoidossa havaittiin ongelmia, yleensä häntä kehoitettiin itse ottamaan yhteyttä vastaanottoon tai terveysasemaan (Kuvat 4–6). Diabeetikoita kehoitettiin ottamaan yhteyttä vastaanottoon tai terveysasemaan 94 %:ssa (n = 231/246), verenpainepotilaita 93 %:ssa (n = 229/246) ja astmaatikkoja 86 (n = 211/246)

%:ssa apteekeista. Lääkäriin ohjattiin 55–59 % näistä pitkäaikaissairaista henkilöistä.

Diabeetikoiden, verenpainepotilaiden ja astmaatikkojen lääkitysongelmien raportointiseksi lääkärille hyödynnettiin “viesti lääkärille”-kenttää sähköisen reseptinuudistamisen yhteydessä 13–15 %:ssa apteekeista (Kuvat 4–6).

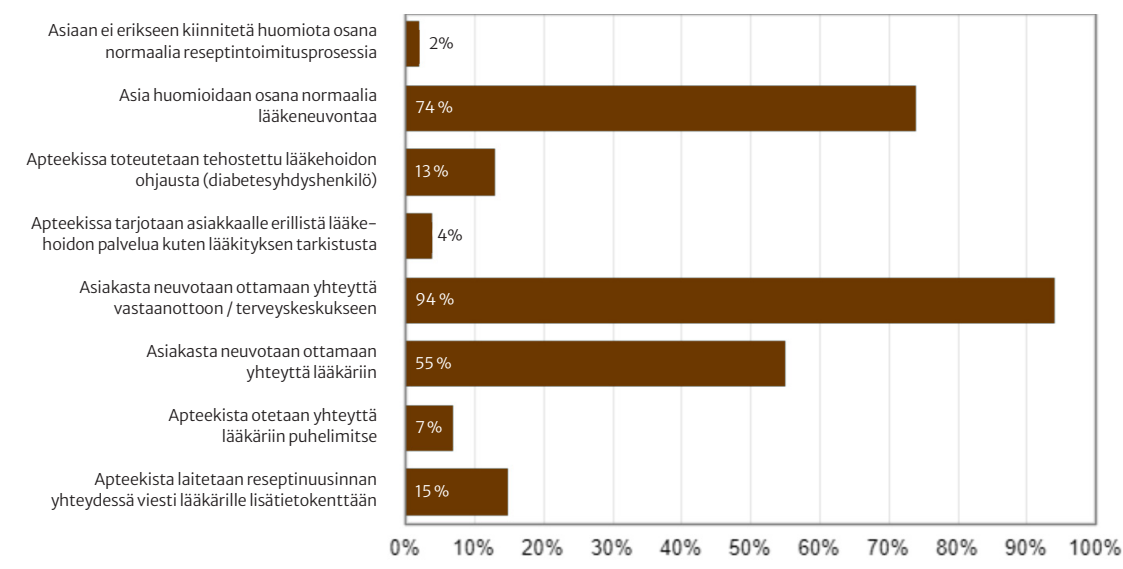
Hyvin toimivia lääkehoidon seurannan toimintamalleja oli tutkimuksen mukaan käytössä vain 2 %:ssa kyselyyn vastanneissa apteekeissa: Pirkanmaalla (n = 2), Pohjois-Savossa (n = 2), Pohjois-Pohjanmaalla (n = 1) ja Uudellamaalla (n = 1). Jonkin verran tai osittain toimivia toimintamalleja oli kyselytutkimuksen mukaan monissa maakunnissa yhteensä 12 %:ssa tutkimusapteeekeista. Toimintamalleista ei ollut sovittu lainkaan isossa osassa apteekeja Keski-Pohjanmaalla (83 %:ssa), Etelä-Karjalassa (75 %:ssa), Kymenlaaksossa (71 %:ssa), Lapissa (66 %:ssa), Satakunnassa (64 %:ssa) ja Uudellamaalla (62 %:ssa). Toisaalta muutamissa näistä maakunnista apteekkien vastausaktiivisuus oli myös suuntaa antavasti vähäisempää (Taulukko 1)(19).

Pohdinta

Lääkehoidon seuranta ja TKOK-mallin hyödyntäminen

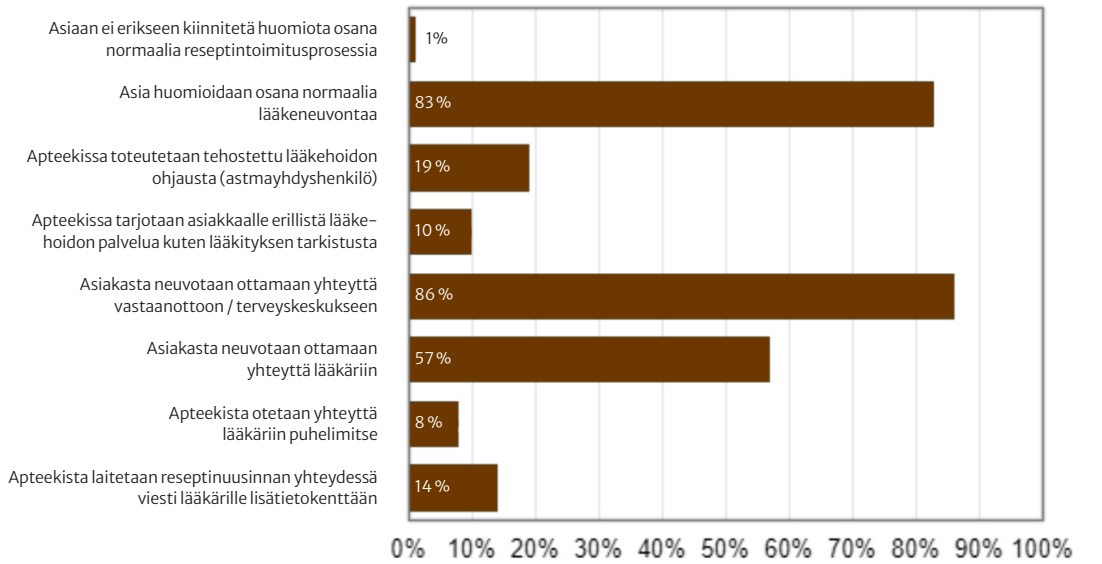
Tämän tutkimuksen myötä on vahvistunut käsitys siitä, että lääkehoidon seuranta on tuttua suomalaisten apteekkien farmaseuteille ja proviisoreille, mutta selkeät, yhdessä muiden terveydenhuollon ammattilaisten kanssa sovitut toimintamallit puuttuvat edelleen suurimmasta osasta apteekeja (3,4,6,7). Tässä tutkimuksessa lääkeneuvonnan TKOK-malli oli käytössä monissa apteekeissa. Tulos on samansuuntainen kuin aikaisemmassa tutkimuksessa, jossa lääkehoidon seurantaä tutkimukseen reseptinuudistamisen yhteydessä (7). Tässä tutkimuksessa lääkehoidon tehoon, lääkkeen käyttöön ja lääkehoidon ongelmiin liittyviä kysymyksiä kysyttiin aktiivisemmin kuin lääkehoidon tasapainon mittareihin (verenpaine, verensokeri, astmalääkityksen tarpeen vaihtelu) liittyviä kysymyksiä. Aptekeissa pitkäaikaissairauksien seurannan mittareihin liittyvät kysymykset ja muu seuranta reseptinuudistamisen yhteydessä saatetaan

Miten toimitte apteekissa, kun diabeetikkoasiakkaalla on liian korkeat tai matalat verensokerit?



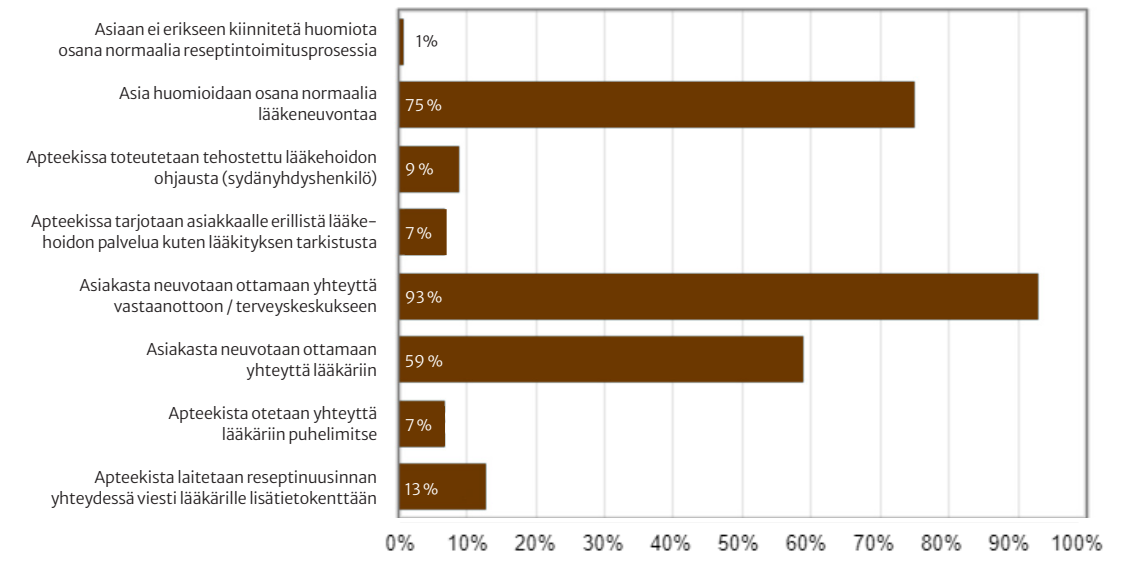
Kuva 4. Kyselytutkimuksen apteekkien näkemys siitä, miten apteekissa toimitaan, kun diabeetikkoasiakkaalla on liian korkeat tai matalat verensokerit (n = 246). Vastaukset on ilmoitettu prosenttiosuuksina.

Miten apteekissa toimitaan, kun havaitaan, että astmaatikon käyttämät lääkeannokset ovat normaalia suuremmat tai pienemmät?



Kuva 6. Kyselytutkimuksen apteekkien näkemys siitä, miten apteekissa toimitaan, kun astmaatikon käyttämät lääkeannokset ovat normaalia suuremmat tai pienemmät (n = 246). Vastaukset on ilmoitettu prosenttiosuuksina.

Miten toimitte apteekissa, kun asiakkaalla on tavoitteisiin verrattuna liian korkea tai matala verenpaine?



Kuva 5. Kyselytutkimuksen apteekkien näkemys siitä, miten apteekissa toimitaan, kun asiakkaalla on tavoitteisiin nähden liian korkea tai matala verenpaine (n = 246). Vastaukset on ilmoitettu prosenttiosuuksina.

kokea enemmän lääkärin vastuutehtäväksi (6). Lääkepoliittisten dokumenttien mukaan lääkeshoidon seuranta sekä ongelmien tunnistaminen ja ratkaiseminen kuitenkin kuuluvat lääkeneuvontaan (20). Sosiaali- ja terveydenhuollon päättäjät sekä lääkehoitojen toteutuksesta vastaavat tahot ovat myös toivoneet apteekkien osallistuvan lääkeneuvonnan lisäksi lääkehoidon seurantaan ja arviointiin (21).

Lääkehoidon seurantavalmiudet ja osaamisen hyödyntäminen
Tämän tutkimuksen perusteella apteekeissa koetaan lääkehoidon seurantavalmiuksien olevan hyvät, mutta silti suurin osa kyselyyn vastanneista apteekin ammattilaisista kaipaa täydennyskoulutusta pitkäaikaissairaiden lääkehoidon seurannasta ja omahoidon tukemisesta. Koulutusten suunnittelussa tulisi ottaa myös huomioon terveydenhuollon näkökulma, koska yhteistyö apteekkien ja muiden terveydenhuollon ammattilaisten välillä on tärkeää lääkehoidon seurannan onnistumiselle. Olisi tarpeen

jakaa apteekeille tietoa toimivista moniammatillisista yhteistyömalleista.
Tässä tutkimuksessa noin puolet vastanneista oli sitä mieltä, että apteekkien osaamista ei hyödynnetä riittävästi lääkehoidon seurannassa. Apteekkifarmasian ammattilaisten osaamista voisi hyödyntää enemmän lääkehoidon seurannassa ja apteekit tulisi tuoda lähemmäksi perusterveydenhuoltoa (22). Epävarmuus omasta roolista lääkehoidon seurannassa saattaa joissakin tapauksissa estää toteuttamasta sitä. Olisikin tarpeen selkiyttää ja konkretisoida apteekkifarmaseuttien ja -proviisorien roolia ja vastuuta lääkehoidon seurantaprosessissa ja tehdä seurannasta näkyvää muulle terveydenhuollolle.
Tähän kyselytutkimukseen vastanneiden farmasian ammattilaisten mielestä tarve lääkehoidon seurannalle on kasvanut sen jälkeen, kun reseptien voimassaolo pidentyi kahteen vuoteen. Tämä johtuu siitä, että asiakkaat käyvät vastaanotolla seurantakäynneillä entistä harvemmin. Apteeekeissa lääkehoidon seuran-

nalla voitaisiin matalalla kynnyksellä löytää ne potilaat, jotka tarvitsevat ohjausta lääkärin vastaanotolle.

Apteekit ovat osallistuneet valtakunnallisiin kansanterveysohjelmiin: Apteekkien astmaohjelma rakennettiin vuonna 1997 osaksi Valtakunnallista astmaohjelmaa (1994–2004), ja se jatkui myöhemmin Kansallisen allergiaohjelman (2008–2018) viitekehityksessä (23). Apteekkien diabetesohjelma rakentui vuonna 2001 osaksi diabeteksen ehkäisyn ja hoidon kehittämisohjelmaa (DEHKO, 2000–2010) (24). Apteekkien sydänohjelma käynnistettiin vuonna 2005 tukemaan Suomen Sydänliiton toimintaohjelmaa suomalaisten sydän- ja verisuoniterveyden edistämiseksi (25). Näihin kansanterveysohjelmiin liittyen apteekeissa on nimetty astma-, diabetes- ja sydänyhdyshenkilöitä. Apteekkien yhdyshenkilöt ovat toimineet linkkinä apteekin ja muun terveydenhuollon välillä. Heidän osaamisensa täysimittainen hyödyntäminen voi olla apteekeissa haasteellista, koska esimerkiksi yhteistyö perusterveydenhuollon ammattilaisten kanssa ei suju tai esimerkiksi diabetesohjelman toteuttamiselle ei ole riittävästi resursseja apteekeissa (26).

Moniammatilliset yhteistyömallit

Tämän tutkimuksen perusteella hyvin tai osittain toimivia muiden terveydenhuollon ammattilaisten kanssa sovittuja lääkeshoidon seurannan toimintamalleja oli apteekeissa käytössä melko vähäisesti. Muutamissa apteekeissa lääkeshoidon seurantakäytännöistä oli kuitenkin sovittu paikallisen terveyskeskuksen kanssa jopa sairauskohtaisesti. Näissä seurantakäytännöissä käytettiin apuna ”viesti lääkärille”-kenttää, jota hyödynnettiin 13–15 %:ssa apteekeista lääkitysongelmien raportoimiseksi lääkärille sähköisen reseptinuudistamisen yhteydessä.

”Viesti lääkärille”-kenttää on hyödynnetty aiemmin esimerkiksi Porvoon moniammatillisessa yhteistyömallissa, jossa viestikenttään kirjataan reseptinuudistamisen yhteydessä astma- ja COPD-potilaiden apteekeissa täyttämien oirekartoitusten tulokset (esim. astmatesti tai CAT-testi) (27). Kun lääkäri on nähnyt testitulokset, hän päättää, uudistaako reseptin vai kutsuuko potilaan vastaanotolle. Tällainen

dokumentoitu lääkeshoidon seuranta voisi helpottaa muiden terveydenhuollon ammattilaisten työkuormaa.

Vaikka aiemmissa lääkeshoidon seurantaan liittyvissä tutkimuksissa on hyödynnetty reseptinuudistamisen ”viesti lääkärille”-kenttää asiakkaan lääkeshoidon seurantaan liittyvien tietojen välittämisessä, sen käytöstä ei ole raportoitu terveydenhuollon kanssa yhdessä sovittuja toimintamalleja (6,7). Terveydenhuollon yksiköiden kanssa ei ollut sovittu yhteisiä seurantakäytäntöjä, eikä vastuita ollut jaettu terveydenhuollon ammattilaisten kesken (6). Kuitenkin esimerkiksi Vuorisén ym. (2021) tutkimuksessa apteekin viesteissä kerrottiin asiakkaan kontrollikäyntien toteutumisesta, verenpainearvoista tai asioista, jotka liittyvät uusittavaan lääkkeeseen.

Lääkäreiden ja farmasian ammattilaisten välisen yhteistyön on todettu parantavan potilaiden hoitotulosta, lääkitysturvallisuutta ja hoitoon sitoutumista (8). Sekä apteekin henkilökunnan että terveyskeskuksen työntekijöiden mielestä reseptinuudistamisen viestikenttää voisi jatkossa hyödyntää enemmän kontrolli- ja lääkitystietojen lähettämiseen (4). Esimerkiksi helsinkiläisellä terveysasemalla on toivottu ”viesti lääkärille”-kenttää käytettävän asiakkaan verenpaineen seurantatietojen välittämiseen (28). Tämä edellyttäisi sitä, että asiakkaalla olisi mukanaan verenpaineen seurantakortti, josta tiedot saisi apteekeissa nopeasti laitettua viestikenttään. Terveysaseman kanssa pitäisi olla yhteisesti sovittuna, mitkä tiedot lääkärit haluavat viestikenttään. Viestikenttää ei ole kuitenkaan tarkoitettu pidempien viestien kirjoittamiseen, ja ongelmaksi voisi muodostua viestikentän rajallinen tila.

Tässä tutkimuksessa yhteistyö lääkeshoidon seurantaan liittyvissä asioissa terveysaseman kanssa ei onnistunut 41 %:ssa apteekeista. Moniammatillisten yhteistyömallien toteuttamisen haasteena saattaa olla terveydenhuollon resurssipula. Vuosina 2020–2021 vallinnut koronapandemiatilanne on voinut osaltaan vaikuttaa terveysasemayhteistyöhön ja paikallisista käytännöistä sopimiseen.

Apteekin strateginen suuntautuminen muualle kuin terveydenhuoltoon voi vaikuttaa moniammatilliseen yhteistyöhalukkuuteen apteekeissa (22). Apteekkarin päätettävissä on,

mihin suuntaan hän haluaa apteekin toimintaa kehittää ja mihin resurssit kohdennetaan. Lääkeshoidon seurannalle olisi hyvä sopia paikallisesti ja valtakunnan tasolla toimintamallit, joita yhteistyökumppanit puolin ja toisin sitoutuisivat toteuttamaan (29). Tämä olisi tärkeää myös siksi, että lääkärit ovat toivoneet apteekin raportoivan lääkeshoidon seuranta-arvoja reseptinuudistamispyyntöjen yhteydessä (4,28). Lääkeshoidon seurannassa olisi tärkeää sopia, mitä asioita seurataan apteekeissa, mitkä asiat kuuluvat perusterveydenhuoltoon ja milloin apteekista ohjataan hoitavaan yksikköön vastaanotolle reseptin uudistamisen sijaan.

Tarve moniammatilliselle viestintäkanavalle

Kyselytutkimuksen apteekeissa lääkeshoidon seurannassa havaituissa ongelmatilanteissa asiakasta kehoitettiin useimmiten itse olemaan yhteydessä muualle terveydenhuoltoon. Apteeekeissa on kuitenkin koettu, että asiakailta saadut tiedot olisi hyvä välittää lääkärille, kunhan siihen olisi hyvä viestintäväline ja yhteiset käytännöt (6). Toimiva sähköinen viestintäkanava muualle terveydenhuoltoon puuttuu, jos sähköisen reseptin ”viesti lääkärille”-kenttää ei oteta huomioon (4,6,30). Jatkuva ja sujuva tiedonvaihto apteekin ja terveydenhuollon välillä säästäisi resursseja, parantaisi lääkitysturvallisuutta ja sujuvoitaisi lääkkeen toimittamista (31). Terveydenhuollon ja apteekin jokapäiväistä kliinistä työtä tukemassa tulisi olla tietoturvallinen viestintäväylä, jonka kautta lääkeshoitoon liittyvää tietoa voitaisiin välittää molempiin suuntiin. Tuleva Kanta-lääkityslista tulee helpottamaan lääkitystietojen välitystä apteekin ja muun terveydenhuollon välillä.

Sähköistä viestintäkanavaa kommunikointoon asiakkaan, apteekin ja muun terveydenhuollon välillä kehitetään: Omaolo-palvelun Oma lääkitykseni -sovelluksen avulla sekä asiakas että terveydenhuollon ammattilainen voisivat nähdä lääkeshoitosuunnitelman, lääkeshoidon tavoitteet ja ajantasaiset seurantatiedot (30). Tulevaisuudessa farmaseutti tai proviisori raportoisi lääkityslistan, lääkeshoitosuunnitelman ja lääkityksen kokonaisarviotyökalun avulla havaintonsa asiakkaan Oma lääkitykseni -sovelluksen ammattilaisnäkykseen ja konsul-

toisi sen välityksellä lääkeshoitosuunnitelmasta vastaavaa lääkärää. Myös Kanta-lääkityslistan käyttöönottoon valmistaudutaan laajentamalla nykyisen reseptin rakenteisuutta muun muassa uudesta lääketietokannasta saatavilla erityisesti lääkeshoidon seurantaan helpottavilla tietosisällöillä (32).

Tutkimuksen vahvuudet, heikkoudet ja rajoitukset

Vastausten edustavuus ja kattavuus ovat suuntaa antavia. Kyselytutkimukseen saatiin vastauksia ympäri Suomen eri kokoisista ja -tyyppisistä apteekeista, mutta vastaaja-apteekit eivät olleet aivan samalla tavalla jakautuneet koko Suomen apteekkeihin verrattuna (19). Tutkimuksen vastausprosentti (31 %) on melko matala, vaikkakin se noudattaa aikaisempien vastaavien Suomen Apteekkariliiton kautta toteutettujen kyselyiden vastausprosenttia (21, 33). Tämän tutkimuksen otanta oli kuitenkin laajempi, kuin aiemmissa suomalaisissa apteekkien lääkeshoidon seurantaan liittyvissä tutkimuksissa (6,7). Vastaajamäärää vähentävästi saattoi vaikuttaa kesälomakausi ja kyselyn kohdentaminen alun perin vain apteekkien yhdyshenkilöille. Kaikissa apteekeissa ei enää välttämättä ole nimettyjä yhdyshenkilöitä, koska 2000–2010-lukujen kansanterveysohjelmat ovat päättyneet. Vastausmäärää pyrittiin lisäämään muistutusviestillä.

Tutkimussaatteessa vastaanottajia kannustettiin muodostamaan yhteinen näkemyks apteekin vastaukseksi kyselyyn. Epäselväksi kuitenkin jää, kuinka monessa apteekeissa vastaukset perustuvat yhden vastaajan omiin arvioihin ja miten hyvin nämä vastaukset kuvaavat lääkeshoidon seurannan toteutumista ja yhteistyötä muun terveydenhuollon kanssa kyseisessä apteekeissa. Esimerkiksi vastaajan oma aktiivisuus ja osaaminen lääkeshoidon seurannassa ei välttämättä kuvasta koko apteekin henkilökunnan toimintaa. On mahdollista, että kyselyn vastauksissa ovat painottuneet apteekit, joissa lääkeshoidon seurannasta ollaan erityisen kiinnostuneita. Vastaaminen tapahtui anonymistisesti, joten vastausten voidaan arvioida olevan luotettavia.

Kyselyn muodostamisessa ei käytetty apuna mittareita aiemmista tutkimuksista. Tutkimuksessa käytetyt mittarit olivat epätarkkoja.

Vastausasteikolla ei ollut tarkkoja lukumääriä, joten tulokset ovat suuntaa antavia. Tutkimuksessa käytetyt mittarit eivät olleet validoituja. Heikkoutena voidaan mainita, että kyselylomakkeelle ei tehty pilotointia. Pilotoinnin avulla tutkimuskysymyksiä olisi voitu hioa paremmiksi mittareiksi.

Johtopäätökset

Tämän tutkimuksen perusteella farmaseutit ja proviisorit toteuttivat lääkehoidon seurantaan apteekeissa, mutta kaipasivat lisäkoulutusta lääkehoidon seurantaan liittyen, erityisesti pitkäaikaissairauksien hoitotasapainon selvittämiseen ja omahoidon tukemiseen. Lääkehoidon seuranta ei ole ollut järjestelmällistä ja rutiininomaista apteekeissa, koska apteekkien tehtäväksi ei ole selkeästi nimetty lääkehoidon seuranta. Terveysasemien kanssa ei ole yhteisesti sovittu lääkehoidon seurantakäytännöistä, eikä seurantatietojen välittämiseksi ole osoitettu toimivaa välinettä. Selkeiden, yhdessä terveydenhuollon kanssa sovittujen toimintamallien puuttuessa olisi tärkeää luoda paikallisia ja valtakunnallisia toimintamalleja lääkehoidon seurantaan terveysasemayhteistyötä ja moniammatillista viestintää kehittämällä. Lääkehoidon toteutumisen ja vaikutusten seurannan apteekeissa tulisi olla uusi rutiini.

Summary

Realization of pharmacotherapy monitoring at pharmacies: Survey for pharmaceutical staff at community pharmacies in Finland

Volotinen Katariina*

MSc (Pharm.), MSc (Biol.) Special pharmacist
University of Helsinki, Specialisation programme
in community and hospital pharmacy
katarina.volotinen@helsinki.fi

Henna Kyllönen

MSc (Pharm.), Expert Pharmacist
The Association of Finnish Pharmacies (AFP)

Johanna Salimäki

Licentiate of science (Pharm.), Pharmacy owner
New Mellunmäki Pharmacy, Helsinki

**Correspondence*

Introduction

Many chronically ill people buy medicines at the pharmacy at least four times a year but use other health services less often. Pharmacists monitor pharmacotherapy for chronically ill patients together with the patient, doctor and nurse. This survey aimed to find out the views of community pharmacists, especially public health contact persons on how pharmacotherapy monitoring is carried out in connection with prescription delivery in their working pharmacies and what kind of pharmacotherapy monitoring capabilities there are in them. This study also found out how co-operation in the monitoring of pharmacotherapy goes with primary care in the pharmacies.

Materials and Methods

The online survey was carried out as part of a public health contact person survey sent to the e-mails of member pharmacies of the Association of Finnish Pharmacies (AFP) Also other than asthma, diabetes and heart contact persons of the pharmacies could answer it. The answers were collected anonymously using Webropol survey form. The questions related to monitoring of pharmacotherapy were structured and there were five answering options in most of them. The answers are presented as percentages and frequency distributions and visualized with Excel graphs.

Results

246 pharmacies or branch pharmacies responded to the survey. The response rate was 31%. In the research pharmacies, the monitoring of pharmacotherapy was familiar. It was carried out by asking about the efficacy, use and medication problems of the drug every day in 47–53% and for every suitable customer in 34–43% of the pharmacies. Questions controlling the care balance of asthma, diabetes and blood pressure were asked daily 28–39% and for every suitable customer in 22–27% of the pharmacies. Even though pharmacies were perceived to have the capabilities to monitor pharmacotherapy, 85% of those who answered the survey needed additional training on monitoring pharmacotherapy and supporting self-care. Only 14% of pharmacies have agreed on operating models related to the monitoring of pharmacotherapy with the local health center. When medication problems related to diabetes, blood pressure or asthma care balance were noticed in the pharmacy, the chronically ill patient was asked to contact the health center or reception in 86–94% of the pharmacies. The "message to the doctor" field of prescription renewal was used to transmit information gathered in pharmacotherapy monitoring in 13–15% of the pharmacies in this study.

Conclusions

Based on this study, the pharmaceutical staff of pharmacies carried out pharmacotherapy monitoring, but reported a need for additional training, especially in determining the care balance of chronic diseases and supporting self-care of them. In a few pharmacies, jointly agreed operating models were used for pharmacotherapy monitoring data transmission to the health center. To develop the monitoring of drug therapy, it would be important to create local and national operating models by developing primary care co-operation and multi-professional communication.

Keywords: pharmacotherapy monitoring, chronically ill patient, supporting self-care, multiprofessional co-operation, health center, pharmacy, operating model, survey

Sidonnaisuudet

Ei sidonnaisuuksia.

Viitteet

1. Lääkealan turvallisuus- ja kehittämiskeskus Fimea. Kuvaus terveydenhuollon ammattihenkilöiden ja pitkäaikaissaira-an roolista lääkehoitoprosessissa. [Internet] (viitattu 27.4.2024). Saatavissa: <https://fimea.fi/documents/147152901/159465581/Kuvaus+terveydenhuollon+ammattihenkil%C3%B6iden+ja+pitk%C3%A4aikaissaira-an+roolista+l%C3%A4%C3%A4kehoito+prosessissa.pdf/215645a0-4de5-b495-ea4c-3657c9d869cc/Kuvaus+terveydenhuollon+ammattihenkil%C3%B6iden+ja+pitk%C3%A4aikaissaira-an+roolista+l%C3%A4%C3%A4kehoitoprosessissa.pdf?t=1568029410839>
2. Connolly J ja McGavock H. Repeat prescribing: which diagnoses, which drugs? *Pharmacoepidemiol Drug Saf.* 2000;9(4):305–11.
3. Lahnajärvi L. Reseptien uusiminen: Miten pitkäaikaislääkitystä toteutetaan terveyskeskuksissa? Kuopio: Kuopion yliopisto; 2006. Kuopion yliopiston julkaisuja. Farmaseuttiset tiedet 93.
4. Kangas S, Timonen J, Lämsä E, Ahonen R. Sähköisten reseptien uudistamiskäytännöt – haastattelututkimus suomalaisen kunnan terveyskeskuksessa ja apteekeissa. *Dosis* 2018;34(3): 210–23.
5. Lillis S, Lack L. Repeat prescribing policy in New Zealand general practice: Making it better. *J Prim Health Care.* 2020;12(4): 373–6.
6. Pirinen O, Ahonen R, Timonen J. Sähköisten reseptien uudistamiskäytännöt ja lääkehoidon seuranta uudistamisen yhteydessä – haastattelututkimus suomalaisissa apteekeissa. *Dosis* 2020;36(2): 128–42.
7. Vuorinen T, Ahonen R, Timonen J. Miten apteekeissa toimitaan reseptien uudistamisessa? – Tutkimus uudistamiskäytännöistä ja lääkehoidon seurannasta opetusapteeekeissa. *Dosis* 2021;37(4):378–97.
8. Chisholm–Burns MA, Lee JK, Spivey CA, Slack M, Herrier RN, Hall–Lipsy E ym. US pharmacists' effect as team members on patient care: systematic review and meta–analyses. *Med Care.* 2010;48(10):923–33.
9. Pousinho S, Morgado M, Falcão A, Alves G. Pharmacist Interventions in the Management of Type 2 Diabetes Mellitus: A Systematic Review of Randomized Controlled Trials. *J Manag Care Spec Pharm.* 2016;22(5):493–515.
10. Newman TV, San–Juan–Rodriguez A, Parekh N, Swart ECS, Klein–Fedyschin M, Shrank WH ym. Impact of community pharmacist–led interventions in chronic disease management on clinical, utilization, and economic outcomes: An umbrella review. *Res Soc Adm Pharm.* 2020;16(9):1155–65.
11. Lääkealan turvallisuus- ja kehittämiskeskus Fimea. Lääkehoidon seuranta. Lääkehoidon tietopaketit. [Internet] (viitattu 27.4.2024). Saatavissa: https://fimea.fi/kehittaminen_ja_hta/jarkeva-laakehoito/laakehoidon-tietopaketit
12. Lääkealan turvallisuus- ja kehittämiskeskus Fimea. Lääkehoidon seuranta TKOK-mallin avulla. (Lahnajärvi Leena 2006). Lääkehoidon tietopaketit. [Internet] (viitattu 27.4.2024). Saatavissa: <https://fimea.fi/documents/147152901/159465587/L%C3%A4%C3%A4kehoidon+seuranta+TKOK.pdf/8802141a-f5c2-7f12-dfa0-ea7c3d9bb2b4/L%C3%A4%C3%A4kehoidon+seuranta+TKOK.pdf?t=1689326965372>
13. MacCallum L ja Dolovich L. Follow–up in community pharmacy should be routine, not extraordinary. *Can Pharm J (Ott).* 2018;151(2):79–81.
14. Pennanen A ja Kaukonen M. Yleisimpien lääkkeiden aloitus ja niihin liittyvä seuranta. *Duodecim.* 2020;136(13):1577–83.
15. Kansaneläkelaitos. Apteekkien sairausvakuutusohjeet. [Internet] (viitattu 27.4.2024). Saatavissa: www.kela.fi/apteekit
16. Pohjanoksa–Mäntylä M ja Turunen J. Kirjassa: Hämeen–Anttila K ja Katajavuori N, toim. Yhteiskunnallinen lääketutkimus – ideasta näyttöön. Helsinki: Helsingin yliopisto; 2021, s. 80.
17. Webropol Oy. Kysely- ja raportointityökalu. [Internet] (viitattu 13.10.2021). Saatavissa: <https://webropol.fi/kysely-ja-raportointityokalu/>
18. Tutkimuseettinen neuvottelukunta. Ihmiseen kohdistuvan tutkimuksen eettiset periaatteet ja ihmistieteiden eettinen ennakoarvointi Suomessa. Helsinki; 2019. Tutkimuseettisen neuvottelukunnan julkaisuja 3.
19. Suomen Apteekkariliitto. Apteekkikysely. Helsinki; 2021.
20. Hämeen–Anttila, K, Mikkola, H, Kokko, M, Sinnemäki J, Reinikainen L. Selvitys apteekkien lakisääteiseen lääkeneuvontaan kuuluvista sisältökokonaisuuksista. Helsinki: sosiaali- ja terveysministeriö; 2022. Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 24.

21. Kalliomäki H, Airaksinen M, Dimitrow M. Apteekki terveydenhuollon palveluketjussa – tutkimus Vantaan sote-palveluvastaaville. Dosis 2020;36(2):144–60.

22. Jokinen L. Terveyspalveluita vai myyntityötä: Apteekkien toiminnan strateginen kehittäminen muuttuvassa toimintaympäristössä. Dosis 2020;36(4):520–33.

23. Haahtela T. Apteekkien korvaamaton apu astmaohjelmalle ja allergiaohjelmalle. Dosis 2019;2:101–2.

24. Alakoski A, Dormischian T, Koskinen K, Saarikallio E, Teinilä T, Airaksinen M ym. Apteekkien osallistuminen kansalliseen diabeteksen ehkäisyyn ja hoidon kehittämisohjelmaan (DEHKO). Dosis 2011;27(3):114–24.

25. Kleme J, Himberg K, Vanhanen J, Pohjanoksa-Mäntylä M, Backas L, Airaksinen M ym. Katsaus apteekkien sydänohjelmasta tehtyihin tutkimuksiin – Toteutuvatko ohjelman tavoitteet? Dosis 2011;27(3):125–39.

26. Hynninen S. Farmaseutin rooli terveyden edistämisessä. Apteekkien diabetesohjelman tavoitteiden toteutuminen. Kuopio: Itä-Suomen yliopisto; 2018. Pro Gradu Kansanterveystiede.

27. Lääkealan turvallisuus- ja kehittämiskeskus Fimea: Yhteenveto käytössä olevista tai kokeilluista yhteistyömalleista apteekkien ja muun terveydenhuollon välillä. [Internet] (viitattu 27.4.2024). Saatavissa:

https://fimea.fi/documents/147152901/159465581/Yhteenveto+k%C3%A4yt%C3%B6ss%C3%A4+olevista+tai+kokeilluista+yhteisty%C3%B6malleista+apteekkien+ja+muun+terveydenhuollon+v%C3%A4ll%C3%A4_final.pdf/026f2bcd-0b82-ca13-f1f2-bf6fca305d38/Yhteenveto+k%C3%A4yt%C3%B6ss%C3%A4+olevista+tai+kokeilluista+yhteisty%C3%B6malleista+apteekkien+ja+muun+terveydenhuollon+v%C3%A4ll%C3%A4_final.pdf?t=1571982931801

28. Airisto N. Lääkäri valistaa sarjakuvan keinoin. Medi uutiset. [Internet] 13.11.2019 (viitattu 5.10.2021). Saatavissa: <https://mediuutiset.fi/uutiset/laakari-valistaa-sarjakuvan-keinoin/938422b1-2feb-4e56-8473-47c0bbf0b0fe>

29. Lääkealan turvallisuus- ja kehittämiskeskus Fimea. Tiedolla järkevään lääkkeiden käyttöön. Lääkeinformaatiotoiminnan nykytila ja strategia vuoteen 2020. Helsinki: Lääkealan turvallisuus- ja kehittämiskeskus Fimea; 2012. Fimea kehittää, arvioi ja informoi – julkaisusarja 1.

30. Kortejärvi H ja Kunnamo I (asiantuntijatoimeksianto). Ehdotuksia lääkehoidon kokonaisuuden hallintaan ja optimointiin. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö; 2019. Sosiaali- ja terveysministeriön raportti. https://stm.fi/documents/1271139/3206721/Ehdotuksia+l%C3%A4%C3%A4kehoidon+kokonaisuuden+hallintaan+ja+optimointiin_260319_B.pdf/964331f6-40e4-c108-4126-b02655b59fc5/Ehdotuksia+l%C3%A4%C3%A4kehoidon+kokonaisuuden+hallintaan+ja+optimointiin_260319_B.pdf?t=1553607327000

31. Kallio A, Korhonen M, Tahvanainen H. Rationaalisen lääkehoidon tiedonhallinnan kehittäminen. Helsinki: sosiaali- ja terveysministeriö; 2018. Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 11. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-3911-0>

32. Virkkunen H. Valtakunnallinen lääkityslista varmistaa lääkitysturvallisuutta. SIC! 2021;1. [HTTPS://URN.FI/URN:NBN:FI-FE202104069490](https://urn.fi/URN:NBN:FI-FE202104069490)

33. Andersson V, Parkkamäki S, Pohjanoksa-Mäntylä M, Heikkilä J. Apteekkien farmasistien osaaminen ja tiedontarpeet keuhkohtaumataudista ja sen hoidosta. Dosis 2019;35(2):136–48.

Volotinen K, Kyllönen H, Salimäki J. Lääkehoidon seurannan toteutuminen apteekeissa – Kyselytutkimus farmasian ammattilaisille. Dosis 2024;40(2):134–57.

1. Onko lääkehoidon seuranta käsitteenä tuttu?

- a) Kyllä
- b) Ei
- c) En osaa sanoa

2. Onko lääkeneuvonnan TKOK-malli (teho-käyttö-ongelmat-kontrollit) käytössä apteekissanne?

- a) Kyllä
- b) Ei
- c) En osaa sanoa

Mitä seuraavista lääkehoidon seurantaan liittyvistä asioista toteutatte apteekissanne ja kuinka usein? Valitse sopivin vaihtoehto. (Jokaisen sopivan asiakkaan kohdalla, Päivittäin, Viikoittain, Kuukausittain, Ei koskaan)

3. Asiakkaan lääkehoidon tilanteen kartoitus esim. kysymällä, kuinka lääkehoito (lääkkeen käyttö) sujuu?

- a) Jokaisen sopivan asiakkaan kohdalla
- b) Päivittäin
- c) Viikoittain
- d) Kuukausittain
- e) Ei koskaan

4. Asiakkaan lääkehoidon vaikutusten määrittäminen esim. kysymällä, miten lääke on auttanut?

- a) Jokaisen sopivan asiakkaan kohdalla
- b) Päivittäin
- c) Viikoittain
- d) Kuukausittain
- e) Ei koskaan

5. Asiakasta lääkehoidossa mietityttävien asioiden kartoittaminen, esim. onko tullut mieleen jotain kysyttävää lääkehoitoon liittyen/onko ollut ongelmia lääkkeen käytössä?

- a) Jokaisen sopivan asiakkaan kohdalla
- b) Päivittäin
- c) Viikoittain
- d) Kuukausittain
- e) Ei koskaan

6. Lääkeinformaation antaminen pitkäaikaissairaalalle esim. sopiiko, että kertaan vielä muutaman asian lääkehoitoonne liittyen?

- a) Jokaisen sopivan asiakkaan kohdalla
- b) Päivittäin
- c) Viikoittain
- d) Kuukausittain
- e) Ei koskaan

7. Täydentävä kysymys diabeetikolle, esim. millaiset verensokerit ovat olleet viime lääkärikäynnin jälkeen?

- a) Jokaisen sopivan asiakkaan kohdalla
- b) Päivittäin
- c) Viikoittain
- d) Kuukausittain
- e) Ei koskaan

8. Täydentävä kysymys verenpainepotilaalle, esim. millaiset verenpaineet ovat olleet viime lääkärikäynnin jälkeen?

- a) Jokaisen sopivan asiakkaan kohdalla
- b) Päivittäin
- c) Viikoittain
- d) Kuukausittain
- e) Ei koskaan

9. Täydentävä kysymys astmaatikolle, esim. onko lääkannos pysynyt tasaisena viime lääkärikäynnin jälkeen/onko ollut astmaoireita?

- a) Jokaisen sopivan asiakkaan kohdalla
- b) Päivittäin
- c) Viikoittain
- d) Kuukausittain
- e) Ei koskaan

Miten toimitte apteekissa seuraavissa tilanteissa (voi valita useita toimintatapoja):

10. Diabeetikkoasiakkaalla on liian korkeat tai matalat verensokerit?

- a) Asiaan ei erikseen kiinnitetä huomiota osana normaalia reseptintoimitusprosessia
- b) Asia huomioidaan osana normaalia lääkeneuvontaa
- c) Apteekissa toteutetaan tehostettua lääkehoidon ohjausta (diabetesyhdyshenkilö)
- d) Apteekissa tarjotaan asiakkaalle erillistä lääkehoidon palvelua kuten lääkityksen tarkistusta
- e) Asiakasta neuvotaan ottamaan yhteyttä vastaanotolle / terveyskeskukseen
- f) Asiakasta neuvotaan ottamaan yhteyttä lääkäriin
- g) Apteekista otetaan yhteyttä lääkäriin puhelimitse
- h) Apteekista laitetaan reseptinuusinnan yhteydessä viesti lääkärille lisätietokenttään

11. Asiakkaalla on tavoitteisiin verrattuna yleisesti liian korkea tai matala verenpaine?

- a) Asiaan ei erikseen kiinnitetä huomiota osana normaalia reseptintoimitusprosessia
- b) Asia huomioidaan osana normaalia lääkeneuvontaa
- c) Apteekissa toteutetaan tehostettua lääkehoidon ohjausta (sydänyhdys henkilö)
- d) Apteekissa tarjotaan asiakkaalle erillistä lääkehoidon palvelua kuten lääkityksen tarkistusta
- e) Asiakasta neuvotaan ottamaan yhteyttä vastaanotolle / terveyskeskukseen
- f) Asiakasta neuvotaan ottamaan yhteyttä lääkäriin
- g) Apteekista otetaan yhteyttä lääkäriin puhelimitse
- h) Apteekista laitetaan reseptinuusinnan yhteydessä viesti lääkärille lisätietokenttään

12. Havaitaan, että astma-asiakkaan lääkehoidossa on ongelmia? Käyttänyt säännöllisesti korkea-annoksista hoitavaa tai paljon avaavia lääkkeitä tai ei juurikaan käytä hoitavaa lääkettä.

- a) Asiaan ei erikseen kiinnitetä huomiota osana normaalia reseptintoimitusprosessia
- b) Asia huomioidaan osana normaalia lääkeneuvontaa
- c) Apteekissa toteutetaan tehostettua lääkehoidon ohjausta (astmayhdys henkilö)
- d) Apteekissa tarjotaan asiakkaalle erillistä lääkehoidon palvelua kuten lääkityksen tarkistusta
- e) Asiakasta neuvotaan ottamaan yhteyttä vastaanotolle / terveyskeskukseen
- f) Asiakasta neuvotaan ottamaan yhteyttä lääkäriin
- g) Apteekista otetaan yhteyttä lääkäriin puhelimitse
- h) Apteekista laitetaan reseptinuusinnan yhteydessä viesti lääkärille lisätietokenttään

Onko paikallisen terveyskeskuksen kanssa sovittu erikseen toimintamalleista (Kyllä, Ei, En osaa sanoa)

13. Astmapotilaiden kohdalla?

- a) Kyllä
- b) Ei
- c) En osaa sanoa

14. Diabetespotilaiden kohdalla?

- a) Kyllä
- b) Ei
- c) En osaa sanoa

15. Verenpaineapotilaiden kohdalla?

- a) Kyllä
- b) Ei
- c) En osaa sanoa

Lääkehoidon seurantavalmiudet apteekissanne. Valitse sopivin vaihtoehto. (Kyllä, ehdottomasti, Jonkun verran / osittain, Ei merkittävästi, Ei ollenkaan, En osaa sanoa)

16. Onko apteekin työntekijöillä mielestänne riittävät valmiudet toteuttaa lääkehoidon seurantaa?

- a) Kyllä, ehdottomasti
- b) Jonkun verran / osittain
- c) Ei merkittävästi
- d) Ei ollenkaan
- e) En osaa sanoa

17. Lääkehoidon seurannan toteutuminen vaihtelee ja riippuu lääkkeitä toimittavasta farmaseutista tai proviisorista ja hänen aktiivisuudestaan.

- a) Kyllä, ehdottomasti
- b) Jonkun verran / osittain
- c) Ei merkittävästi
- d) Ei ollenkaan
- e) En osaa sanoa

18. Tarvitseeko henkilökunta lisäkoulutusta lääkehoidon seurantaan liittyen?

- a) Kyllä, ehdottomasti
- b) Jonkun verran / osittain
- c) Ei merkittävästi
- d) Ei ollenkaan
- e) En osaa sanoa

19. Tarvitseeko henkilökunta lisäkoulutusta omahoidon tukemiseen liittyen?

- a) Kyllä, ehdottomasti
- b) Jonkun verran / osittain
- c) Ei merkittävästi
- d) Ei ollenkaan
- e) En osaa sanoa

20. Onko apteekin ilmapiiri kannustava lääkehoidon seurannan toteuttamiselle?

- a) Kyllä, ehdottomasti
- b) Jonkun verran / osittain
- c) Ei merkittävästi
- d) Ei ollenkaan
- e) En osaa sanoa

21. Onko lääkehoidon seurannalle varattu aikaa reseptintoimituksessa apteekin henkilöstöresurssit huomioiden?

- a) Kyllä, ehdottomasti
- b) Jonkun verran / osittain
- c) Ei merkittävästi
- d) Ei ollenkaan
- e) En osaa sanoa

22. Onko apteekissa kirjallisia toiminta- tai työohjeita lääkehoidon seurannasta?

- a) Kyllä, ehdottomasti
- b) Jonkun verran / osittain
- c) Ei merkittävästi
- d) Ei ollenkaan
- e) En osaa sanoa

23. Hyödynnetäänkö apteekkien osaamista lääkehoidon seurannassa ja asiakkaiden terveyden tukemisessa mielestänne riittävästi?

- a) Kyllä, ehdottomasti
- b) Jonkun verran / osittain
- c) Ei merkittävästi
- d) Ei ollenkaan
- e) En osaa sanoa

24. Koetteko, että lääkehoidon tehostetulle seurannalle apteekissa olisi tarvetta esim. tilanteessa, kun asiakkaan lääkehoidossa on ollut pitkään ongelmia?

- a) Kyllä, ehdottomasti
- b) Jonkun verran / osittain
- c) Ei merkittävästi
- d) Ei ollenkaan
- e) En osaa sanoa

25. Oletteko havainneet, että reseptien voimassaolon pidennyttyä kahteen vuoteen, tarve lääkehoidon seurannalle apteekissa olisi kasvanut?

- a) Kyllä, ehdottomasti
- b) Jonkun verran / osittain
- c) Ei merkittävästi
- d) Ei ollenkaan
- e) En osaa sanoa

26. Onnistuuko yhteistyö paikallisen terveyskeskuksen kanssa lääkehoidon seurantaan liittyvissä asioissa?

- a) Kyllä, ehdottomasti
- b) Jonkun verran / osittain
- c) Ei merkittävästi
- d) Ei ollenkaan
- e) En osaa sanoa

27. Onko paikallisen terveyskeskuksen kanssa sovittu toimintamalleista lääkehoidon seurantaan liittyen?

- a) Kyllä, ehdottomasti
- b) Jonkun verran / osittain
- c) Ei merkittävästi
- d) Ei ollenkaan
- e) En osaa sanoa

28. Mikäli asiakkaan lääkehoidon tila vaatii yhteydenottoa terveyskeskukseen, saatteko välitettyä viestin perille hoitavalle taholle sujuvasti?

- a) Kyllä, ehdottomasti
- b) Jonkun verran / osittain
- c) Ei merkittävästi
- d) Ei ollenkaan
- e) En osaa sanoa

29. Epävarmuus omasta roolista lääkehoidon seurannassa estää toteuttamasta lääkehoidon seuranta apteekissa.

- a) Kyllä, ehdottomasti
- b) Jonkun verran / osittain
- c) Ei merkittävästi
- d) Ei ollenkaan
- e) En osaa sanoa

TAUSTATEKIJÄKYSYMYKSET:

Apteekkityyppi sijaintipaikan mukaan?

- a) Kauppakeskus-/tavarataloapteekki
- b) Maaseudulla kyläapteekki
- c) Kaupungissa kivijalka-apteekki
- d) Maaseudulla liikekeskusapteekki
- e) Lähiöapteekki

Apteekin sijaintimaakunta?

- | | | |
|--------------------|--------------------|----------------------|
| a) Uusimaa | b) Pirkanmaa | c) Pohjois-Pohjanmaa |
| d) Varsinais-Suomi | e) Pohjois-Savo | f) Keski-Suomi |
| g) Etelä-Pohjanmaa | h) Satakunta | i) Kanta-Häme |
| j) Päijät-Häme | k) Pohjois-Karjala | l) Kymenlaakso |
| m) Pohjanmaa | n) Etelä-Savo | o) Keski-Pohjanmaa |
| p) Kainuu | q) Etelä-Karjala | r) Lappi |
| s) Ahvenanmaa | | |

Apteekin reseptuuri?

- a) Alle 40 000
- b) 40 001–80 000
- c) 80 001–120 000
- d) 120 001–140 000
- e) Yli 140 000

Vastaajan tausta?

- a) Ei mikään alla olevista vaihtoehdoista
- b) Astmayhdyshenkilö
- c) Diabetesyhdyshenkilö
- d) Sydänyhdyshenkilö
- e) Liikkujan Apteekki -yhteyshenkilö

Diabetespotilaan omahoidon arki – miten apteekki voi tukea?

Matleena Saarinen*

Farmaseutti, farmasian opiskelija
Helsingin yliopisto, farmasian tiedekunta
Osastofarmaseutti
HUS Apteekki
saarinen.matleena@gmail.com

Maarit Dimitrow

Yliopistonlehtori, FaT
Helsingin yliopisto, farmasian tiedekunta

Ida Tuure

Proviisori, asiakaspalvelupäällikkö
Yliopiston Apteekki, Tampereen toimipiste

Kari Linden

FaT, KTM, dosentti, tutkimuspäällikkö
Yliopiston Apteekki, tutkimusyksikkö

*Kirjeenvaihto

Saarinen M, Dimitrow M, Tuure I, Linden K. Diabetespotilaan omahoidon arki – miten apteekki voi tukea?
Dosis 2024;40(2):158–84.

Tiivistelmä

Johdanto

Omahoito on tärkeä osa diabeteksen hoitoa. Omahoito sisältää potilaan toteuttamaa terveydenhuollon ammattilaisten kanssa sovittua lääkkeetöntä ja lääkkeellistä hoitoa. Tyypin 1 ja 2 diabetespotilaiden (T1D ja T2D) lääkehoito ja hoitopolut ovat erilaisia. Tavoitteena oli tutkia diabetespotilaiden 1) näkemyksiä omahoidostaan ja sen ohjauksesta, 2) käyttämiä tiedonlähteitä ja yhteistyötä terveydenhuollon ammattilaisten kanssa sekä 3) näkemyksiä lääkehoidon ja sen tukipalveluiden merkityksestä. Ensijainen tutkimuskysymys oli diabetespotilaiden itsearvioima onnistuminen omahoitonsa toteuttamisessa. Lisäksi arvioitiin apteekkien keinoja omahoidon tukemiseen.

Aineisto ja menetelmät

Tutkimuksessa tehtiin poikkileikkauskysely Yliopiston Apteekin (YA) 18 vuotta täyttäneille kanta-asiakkaille tammikuussa 2021, kohderyhmänä T1D- ja T2D-potilaat. Analyysiaineisto koostui 240 potilaasta. Analysoinnissa käytettiin frekvenssejä, prosenttiosuuksia ja ristiintaulukointia.

Tulokset

Vastaajista 72 % (n = 172/240) arvioi onnistuneensa omahoidon toteuttamisessa kokonaisuudessaan hyvin, mutta elämäntapamuutoksissa harvemmin. Diabeteslääkkeiden käytössä 95 % (n = 228/240) vastaajista katsoi onnistuneensa. T1D-potilaat kokivat onnistuneensa T2D-potilaita useammin verensokeriseurannassa ja liikunnassa. Tyytyväisimpiä oltiin lääkärien ja hoitajien antamaan omahoito-ohjaukseen ja diabetestietoon. Vastaajista lääkehoitoonsa oli tyytyväisiä 83 % (n = 197/240). Tyytyväisimpiä lääketiedon lähteistä oltiin lääkäriin, hoitajaan, pakkausselosteeseen ja apteekkiin. Joka viides (19 %, n = 46/240) ei ollut saanut tukimateriaalia lääkehoitonsa tueksi. T1D-potilaat käyttivät T2D-potilaita useammin sähköisiä lääke- ja muuta hoitoa tukevia palveluita. Vastaajista 73 % (n = 175/240) koki hyödylliseksi saada apteekista yleistietoa diabeteksen hoidosta. Lähes kaksi kolmesta vastaajasta (63 %, n = 152/240) halusi apteekista tietoa lääkehoitoa tukevista palveluista, ja 78 % (n = 186/240) halusi lisätietoa lääkehoidostaan sähköisesti.

Johtopäätökset

Enemmistö T1D- ja T2D-potilaista koki onnistuneensa omahoitonsa toteuttamisessa, mutta terveyttä edistävät elämäntavat koettiin haasteellisiksi. T1D-potilaat kokivat onnistuneensa verensokeriseurannassa ja liikunnassa T2D-potilaita useammin. Suurin osa kaikista diabetespotilaista oli tyytyväisiä lääkehoitoonsa. Apteekista saatavaan lisätietoon diabeteksestä suhtauduttiin myönteisesti; T2D-potilaat olivat saaneet diabeteksen hoidosta tietoa apteekeista useammin kuin T1D-potilaat. Yli kolme neljästä vastaajasta halusi apteekilta lisätietoa lääkehoidostaan sähköisesti.

Avainsanat: diabetes, diabetespotilas, omahoito, omahoidon seuranta, apteekki, tiedonlähde

Johdanto

Diabetes on pitkäaikaissairaus, jossa veren glukoosipitoisuus on jatkuvasti koholla. Diabetesta sairastaa Suomessa yli 500 000 ihmistä, ja uusien lääkehoitoa vaativien diabetespotilaiden määrä on viime vuosina lisääntynyt vuosittain noin 2 %:lla (1).

Diabeteksen päätyypit ovat taudinkuvan ja etiologian perusteella tyypin 1 diabetes (T1D) ja tyypin 2 diabetes (T2D) (1,2). Enemmistö diabetespotilaista sairastaa tyypin 2 diabetesta; Suomessa heitä on noin 400 000 ja T1D-potilaita noin 50 000 (3). Tietämättään diabetesta sairastaa noin 100 000 suomalaista. Perintö- ja ympäristötekijät vaikuttavat kummankin diabetestyyppin sairastumisriskiin, ja T2D-riskiin vaikuttavat merkittävästi useat elämäntapatekijät (1). Usein T2D-potilas on ylipainoinen ja hänellä on metabolinen oireyhtymä tai korkea verenpaine.

Potilaan toteuttama omahoito on tärkeä osa diabeteksen hoidon kokonaisuutta (1). Sosi- aali- ja terveysministeriö on määritellyt omahoidon (engl. *self-management*) seuraavasti: ”Hoitoon sitoutumista edistävä toimintatapa, jossa potilas ohjataan ottamaan itse vastuuta omasta hoidostaan. Tähän liittyy terveyttä säilyttäviä ja edistäviä toimia, sairauden oireiden seurantaa ja hoitoa, joilla hallitaan sairauden vaikutusta toimintakykyyn, tunteisiin ja sosiaaliseen elämään” (4). Omahoidon käsite on laaja, ja se sisältää lääkehoidon toteutuksen ja lääkkeettömän hoidon (1). Omahoito tarkoittaa potilaan toteuttamaa, yhdessä terveydenhuollon ammattilaisen kanssa sovittua hoitoa. Käytännössä diabetespotilas toteuttaa omahoitoa päivittäin omilla valinnoillaan (5). Diabetespotilailla on suurentunut riski sairastua valtimosairauksiin, minkä vuoksi elämäntapamuutoksilla on merkittävä rooli erityisesti T2D:n hoidossa (1). Hyvällä verensokerin omahoidolla ja terveyttä edistävien elämäntapojen toteutuksella, kuten painonhallinnalla, liikunnalla ja terveellisellä ruokavaliolla, pyritään ehkäisemään kokonaisvaltaisesti diabeteksen liitännäissairauksia. Liitännäissairauksien ehkäisy on merkityksellistä potilaan terveydentilan ja hoitokustannusten kannalta. Hoidon onnistumiseksi on tärkeää, että terveydenhuollon ammattilaiset auttavat diabetespoti-

laita ymmärtämään omahoidon merkityksen ja tukevat sen toteuttamisessa. Hoitosuunnitelma lisää ymmärrystä hoidon tavoitteista (6).

Potilaan psyykkisellä hyvinvoinnilla on vaikutusta omahoidon onnistumiseen (1). Hyvistä omahoitosuunnitelmista huolimatta käytännössä elinikäiseen omahoidon toteuttamiseen liittyy usein hoitoväsymystä (7,8). Esimerkiksi suositeltuihin elämäntapoihin ja niiden muuttamiseen sitoutuminen voi olla diabetesta sairastaville lääkehoitoon sitoutumistakin haasteellisempaa (9).

Diabeteksen ehkäisyä ja hoitoa on pyritty edistämään useilla terveydenhuollon moniammatillisilla toimenpiteillä ja projekteilla, joissa on hyödynnetty myös avohuollon apteekkeja. Tällaisia projekteja ovat olleet diabeteksen ehkäisyn ja hoidon kehittämisohjelma (DEHKO) vuosina 2000–2010 ja siihen perustuva Apteekkien diabetesohjelma (10) sekä StopDia-hanke (11).

Tässä tutkimuksessa tavoitteena oli tutkia T1D- ja T2D-potilaiden 1) näkemyksiä omahoidostaan ja sen ohjauksesta, 2) käyttämiä tiedonlähteitä ja yhteistyötä terveydenhuollon ammattilaisten kanssa sekä 3) näkemyksiä lääkehoidon ja tukipalveluiden merkityksestä. Ensisijainen tutkimuskysymys oli diabetespotilaiden itsearvioima onnistuminen omahoitonsa toteuttamisessa. Lisäksi arvioitiin apteekkien keinoja omahoidon tukemiseen.

Aineisto ja menetelmät

Tutkimuksen toteutus

Tutkimuksen toteutti Yliopiston Apteekki yhteistyössä Helsingin yliopiston kanssa. Tutkimuslomakkeen kehittämistä varten konsultoitiin Novo Nordisk Farma Oy:n diabeteslääkkeisiin ja hoidon tukeen perehtyneitä asiantuntijoita. Aineisto kerättiin sähköisellä Webropol 3.0 -kyselytyökalulla Yliopiston Apteekin kanta-asiakkailta tammikuussa 2021. Tieto mahdollisuudesta osallistua tutkimukseen lähetettiin kertaluontoisesti sähköisenä tutkimusuutiskirjeenä Yliopiston Apteekin kaikille kanta-asiakkaille, jotka olivat aiemmin antaneet suostumuksensa sähköpostiviestintään (noin 260 000). Asiakkaiden ostohistoriaa ei käytetty tutkimusuutiskirjeen kohdentamiseen. Kyselytutkimus oli rajattu täysi-ikäisille

(18 vuotta täyttäneille), jotka sairastivat lääkärin toteamaa diabetesta ja jotka olivat käyttäneet siihen lääkärin määräämää lääkitystä. Tutkimukseen osallistuminen oli vapaaehtoista, ja kyselyyn vastaaminen kesti noin 10–15 minuuttia. Tutkimuksessa omahoidolla tarkoitettiin lääkkeetöntä hoitoa, kuten terveyttä edistävää elämäntapahoitoa, diabeteksen hoidon omaseurantaa ja lääkehoitoa, joiden toteuttamisesta oli sovittu lääkärin tai hoitajan kanssa, tai vastaaja tiesi sen muuten hyödylliseksi diabeteksen hoidossa.

Kyselylomake

Kyselylomake sisälsi kysymyksiä viidestä aihealueesta: 1) vastaajan taustatiedot, 2) arviot onnistumisesta omahoidon ja lääkehoidon toteuttamisessa sekä tyytyväisyys niihin liittyvästä ohjauksesta ja neuvonnasta, 3) omahoidon kirjaamiskäytännöt, 4) diabeteksen lääke- ja muuta hoitoa koskevat tiedonlähteet, 5) yhteistyö terveydenhuollon ammattilaisten kanssa. Kyselylomake koostui strukturoiduista, viisiasteikollisista Likert-tyyppisistä mielipidevääntämisistä ja avoimista kysymyksistä, joita tutkimuksessa oli yhteensä 36. Tässä tutkimuksessa hyödynnettiin 21 strukturoitua väit- tämää (Liite 1).

Aineiston analysointi

Saaduista vastauksista laskettiin frekvenssit ja prosenttiosuudet. Tuloksia tarkasteltiin kaikista vastaajista ja erikseen T1D- ja T2D-potilaiden ryhmissä näiden erilaisten lääkehoitojen ja hoitopolkujen takia. Analyysistä rajattiin pois potilaat, jotka eivät sairastaneet diabetesta, sairastivat molempia diabetestyyppisiä, sekä jatkoanalyysin selkeyttämiseksi ne, jotka eivät olleet ilmoittaneet sukupuoltaan. Viisiasteikollisten Likert-vääntämien tulokset esitettiin viisiluokkaisesti tai ne yhdistettiin kolmiluokkaisiksi: tyytymätön (yhdistetty alkuperäiset vastaukset: 1 tyytymätön tai 2 melko tyytymätön), neutraali (3 ei tyytyväinen eikä tyytymätön) ja tyytyväinen (4 melko tyytyväinen tai 5 erittäin tyytyväinen). Tulosten muuttajien arvojen eron tilastollista merkittävyyttä T1D- ja T2D-ryhmien välillä tutkittiin ristiintaulukoinnilla ja Khiin neliö -testillä; ja jos sen edellytykset eivät täyttyneet (esimerkiksi yli 20 % odotetuista frekvensseistä on

pienempiä kuin 5), Fisher-Freeman-Haltonin tarkalla testillä. Tilastollisesti merkitsevinä pidettiin p-arvoja, jotka olivat alle 0,05. Analysointi toteutettiin IBM SPSS Statistics (versio 27.0) -tilasto-ohjelmistolla.

Tutkimuksen eettisyys

Tutkimuksen toteutuksessa on noudatettu hyvää tieteellistä käytäntöä (12). Siihen osallistuneille kerrottiin tutkimuksen tarkoituksesta ja tulosten käytöstä tutkimuksen alussa olevassa tutkimuslupakirjeessä, josta oli internet-linkki tietosuojaselosteeseen. Kyselyyn osallistuminen oli vapaaehtoista, ja vastaamisen pystyi keskeyttämään niin halutessaan. Vastaaminen tapahtui nimettömästi, ja vastauksia ei voitu yhdistää vastaajaan. Kyselyn alussa vastaajat antoivat suostumuksensa osallistumisesta. Tutkimus perustui Yliopiston Apteekin tutkimuslupa- (YA_2021_001_TL_v1), ja se ei sisältänyt ominaisuuksia, joiden takia olisi tarvittu ihmistieteiden eettistä ennakkoarviointia (13).

Tulokset

Kyselyyn vastasi 256 diabetespotilasta, joista lopullisen analyysiaineiston muodostivat 240 tutkimuksen kohderyhmään kuulunutta vastaajaa. Aineistosta poistettiin 13 diabetesta sairastamatonta ja diabeteslääkkeitä käyttämätöntä, yksi sekä T1D:a että T2D:a sairastava ja kaksi vastaajaa, jotka eivät olleet ilmoittaneet sukupuoltaan. Enemmistö vastaajista oli naisia (71 %, n = 171/240), T2D-potilaita (84 %, n = 201/240) ja yli 60-vuotiaita (63 %, n = 151/240) (Taulukko 1). Suurimmalla osalla (61 %, n = 147/240) kaikista vastaajista oli käytössä tablettimuotoinen diabeteslääkitys ja 22 % (n = 53/240) käytti samanaikaisesti tabletti- ja pistoshoitoa. T2D-potilaat olivat T1D-potilaita iäkkäämpiä. T1D-potilaat olivat useammin potilasjärjestön jäseniä.

Näkemykset omahoidosta ja sen ohjauksesta

Onnistuminen omahoidon toteuttamisessa (ensisijainen tutkimuskysymys)

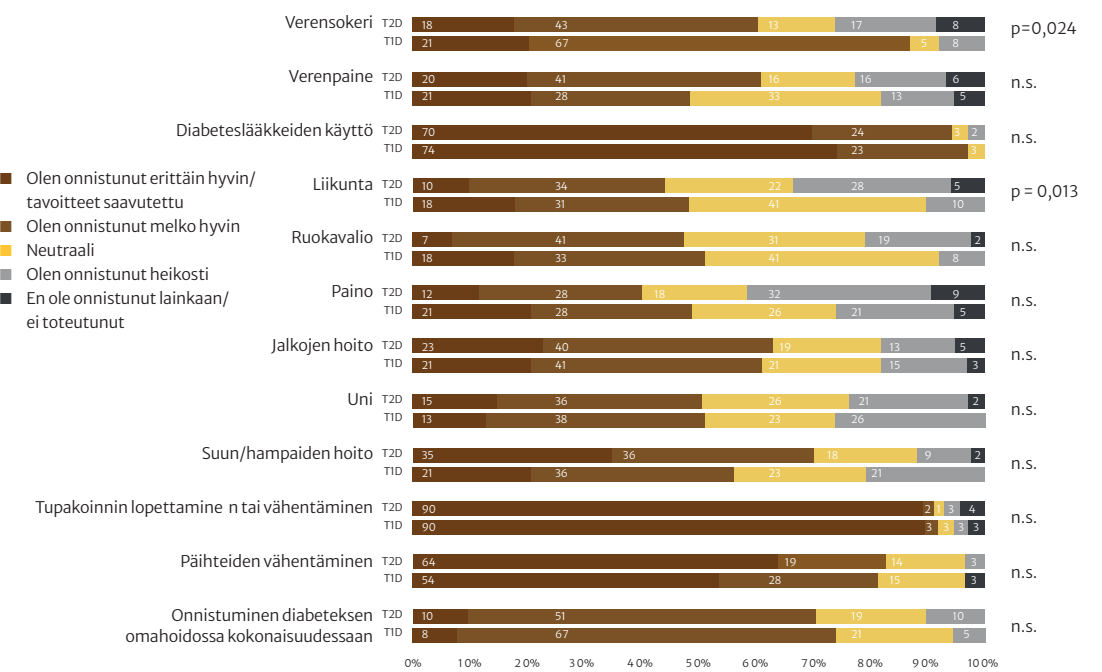
Diabetespotilaat kokivat onnistuneensa omahoidon toteutuksessa keskimäärin hyvin; suurimmassa osassa omahoidon osa-alueista

Taulukko 1. Diabetespotilaiden omahoitoon liittyvään kyselyyn vastanneiden (n = 240) taustatiedot.

	Tyypin 1 diabetesta sairastavat n = 39	Tyypin 2 diabe- testa sairastavat n = 201	Kaikki n = 240	p-arvo
	n (%)	n (%)	n (%)	
Sukupuoli				
Nainen	27 (69)	144 (72)	171 (71)	n.s.
Mies	12 (31)	57 (28)	69 (29)	
Ikä				
Alle 20 vuotta	0 (0)	0 (0)	0 (0)	<0,001
21–50 vuotta	14 (36)	19 (9)	33 (14)	
50–60 vuotta	8 (21)	48 (24)	56 (23)	
Yli 60 vuotta	17 (44)	134 (67)	151 (63)	
Asuinalue				
Etelä-Suomi	17 (44)	122 (61)	139 (58)	n.s.
Itä-Suomi	5 (13)	17 (8)	22 (9)	
Lappi	1 (3)	9 (4)	10 (4)	
Lounais-Suomi	7 (18)	20 (10)	27 (11)	
Länsi- ja Sisä-Suomi	6 (15)	20 (10)	26 (11)	
Pohjois-Suomi	3 (8)	13 (6)	16 (7)	
Käytössä oleva diabeteslääke				
Tablettimuotoinen	1 (3)	146 (73)	147 (61)	<0,001
Molemmat	2 (5)	51 (25)	53 (22)	
Pistoshoido	36 (92)	4 (2)	40 (17)	
Potilasjärjestön jäsen				
Kyllä	30 (77)	61 (30)	91 (38)	<0,001
Ei	9 (23)	140 (70)	149 (62)	

n.s. = tilastollisesti merkityksetön

Miten olet mielestäsi onnistunut seuraavilla diabeteksen omahoidon alueilla?



Kuva 1. Diabetespotilaiden näkemykset onnistumisestaan omahoidossa kokonaisuudessaan ja sen osa-alueilla prosenttiosuuksina diabetesryhmittäin (n = 240). T1D = Tyypin 1 - ja TD2 = Tyypin 2 diabetespotilasryhmä. Diabetespotilastyypien vastauksien mahdolliset erot on esitetty tilastollisina merkitsevyysinä: p-arvo tai n.s. = tilastollisesti merkityksetön ero.

onnistumista oli kokenut yli puolet vastaajista (Kuva 1). He olivat onnistuneet mielestään parhaiten diabeteslääkkeiden käytössä (95 %, n = 228/240), tupakoimattomuudessa ja tupakoinnin vähentämisessä (92 %, n = 220/240) sekä päihteiden vähentämisessä (83 %, n = 199/240). Heikoimmin oli onnistuttu painon seurannassa (41 %, n = 100/240) ja liikunnassa (45 %, n = 108/240). T1D-potilaat kokivat onnistuneensa verensokerin seurannassa (p = 0,024) ja liikunnassa (p = 0,013) T2D-potilaita useammin.

Omahoidon ohjaus

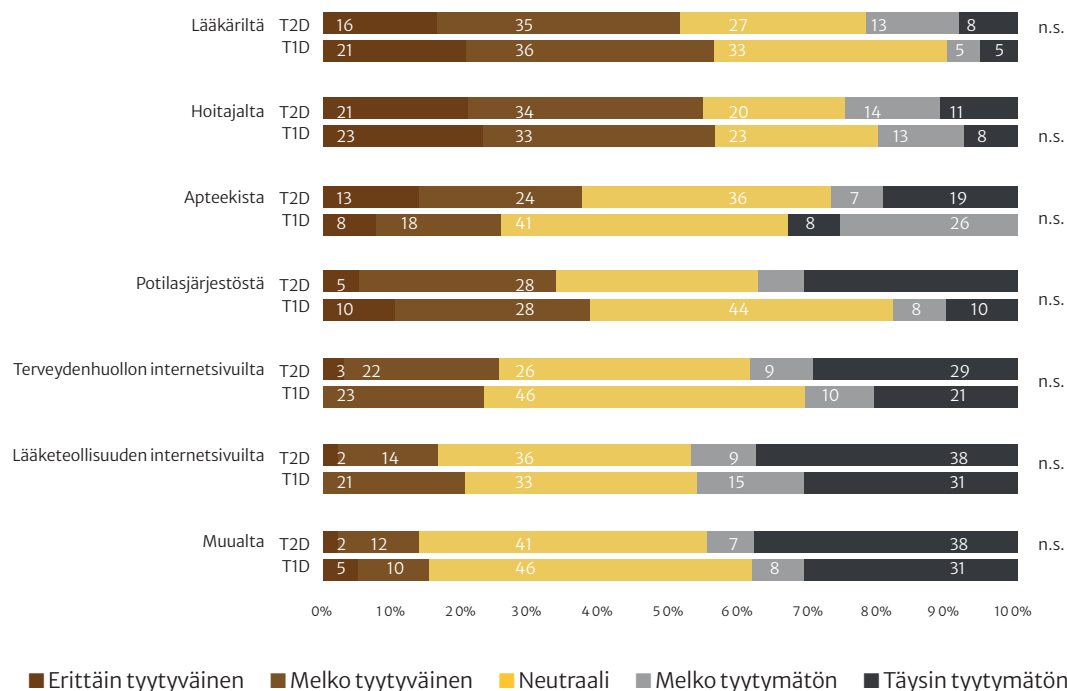
Suurin osa kaikista vastaajista oli tyytyväisiä saamaansa omahoidon ohjaukseen hoitajalta (95 %, n = 226/240) ja lääkäriltä (93

%, n = 223/240) (Kuva 2). Tyytyväisiä oltiin myös potilasjärjestöiltä (62 %, n = 148/240), terveydenhuollon internetsivuilta (60 %, n = 144/240) ja apteekkeista (59 %, n = 141/240) saatuun omahoidon ohjaukseen. Diabetes-tyyppien välillä ei ollut tilastollisesti merkitseviä eroja.

Käytetyt tiedonlähteet ja yhteistyö terveydenhuollon ammattilaisten kanssa

Diabeteksen hoitoa koskevat tiedonlähteet Useimmiten tiedonlähteiksi ilmoitettiin hoitaja (81 %, n = 194/240) ja lääkäri (78 %, n = 186/240). Vastaajista 53 % oli saanut tietoa internetistä sekä lehdistä, kirjoista tietoa oli saanut 53 % (n = 128/240; n = 127/240), Diabetesliitosta 41 % (n = 98/240), apteekista 39

Miten tyytyväinen olet saamaasi omahoidon ohjaukseen (tietoon tai tukeen) seuraavilta tahoilta?



Kuva 2. Diabetespotilaiden tyytyväisyys (n = 240) eri tahoilta saatuun omahoidon ohjaukseen prosenttiosuuksina diabetesryhmittäin. T1D = Tyypin 1 - ja T2D = Tyypin 2 diabetespotilasryhmä. Diabetespotilastyypin vastauksien mahdolliset erot on esitetty tilastollisina merkitsevyysinä: p-arvo tai n.s. = tilastollisesti merkityksetön ero.

% (n = 93/240) sekä sukulaisilta ja ystäviltä 28 % (n = 67/240). Terveydenhuollon tai potilasjärjestön internetsivuja oli käyttänyt 25 % (n = 59/240) ja lääkeyrityksen tuottamaa internet- tai muuta materiaalia 22 % (n = 52/240) vastaajista. T2D-potilaat olivat saaneet useammin tietoa diabeteksen hoidosta apteekista (42 %, n = 84/201) kuin T1D-potilaat (23 %, n = 9/39) (p = 0,028). T1D-potilailla tiedonlähteenä olivat T2D-potilaita useammin Diabetesliitto (64 %, n = 25/39 vs. 36 %, n = 73/201, p = 0,001), terveydenhuollon tai potilasjärjestön internetsivut (39 %, n = 15/39 vs. 22 %, 44/201, p = 0,028) ja lääkeyrityksen tuottama materiaali (39 %, n = 15/39 vs. 18 %, n = 37/201, p = 0,005).

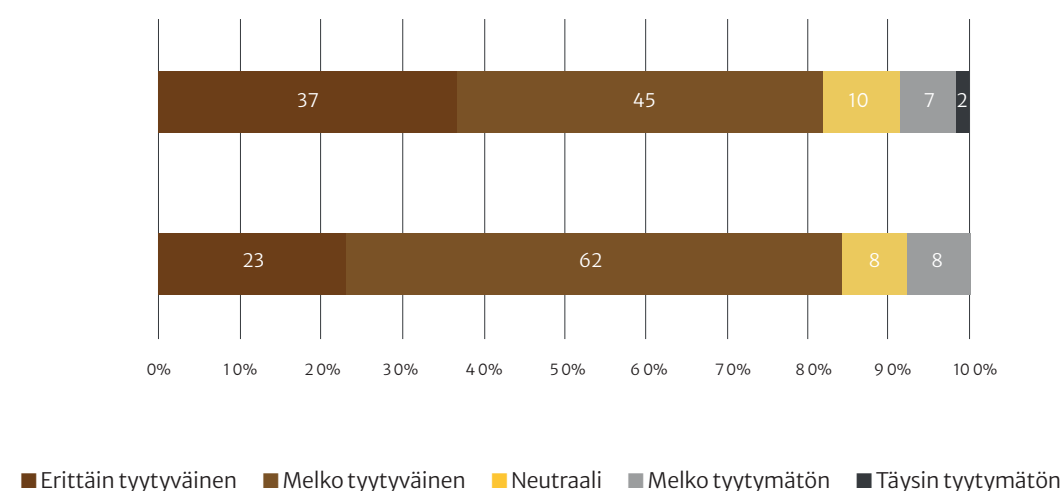
Yhteistyö terveydenhuollon ammattilaisten kanssa

Valtaosa kaikista vastaajista (69 %, n = 165/240) oli tyytyväisiä yhteistyöhön terveydenhuollon ammattilaisten kanssa. Yli puolet (55 %, n = 131/240) toivoi enemmän diabeteskäyntejä terveydenhuollossa; T2D-potilaat (58 %, n = 116/201) toivoivat käyntejä T1D-potilaita (39 %, n = 15/39) useammin (p = 0,035).

Näkemykset lääkeshoidosta ja tukipalveluista

Tyytyväisyys lääkeshoittoon ja siihen liittyvään neuvontaan
Enemmistö (83 %, n = 197/239) kaikista vastaajista oli tyytyväisiä käyttämäänsä lääkeshoi-

Miten tyytyväinen olet kokonaisuudessaan nykyiseen lääkeshoittoosi?



Kuva 3. Diabetespotilaiden (n = 239) tyytyväisyys lääkeshoittoonsa prosenttiosuuksina diabetesryhmittäin. Teknisistä syistä T2D-vastaajien ryhmästä puuttui tässä kysymyksessä yksi vastaaja. T1D = Tyypin 1 - ja T2D = Tyypin 2 diabetespotilasryhmä. Diabetespotilastyypin vastauksien mahdolliset erot on esitetty tilastollisina merkitsevyysinä: p-arvo tai n.s. = tilastollisesti merkityksetön ero.

toon (**Kuva 3**). Diabetestyyppien välillä ei ollut eroja tyytyväisyydessä.

Vastaajat olivat tyytyväisimpiä lääkäriltä, hoitajalta ja pakkasselosteesta saatuun neuvontaan ja tietoon (**Kuva 4**). Hoitajilta saatuun lääkeneuvontaan ja -tietoon oli tyytyväisiä noin puolet (54 %, n = 131/240) ja apteekista saatuun lääkeneuvontaan ja -tietoon 46 % (n = 110/240). T2D-potilaat olivat T1D-potilaita tyytyväisempiä pakkausselosteista ja T1D-potilaat potilasjärjestöjen internetsivuilta ja muista lähteistä saatuun tietoon.

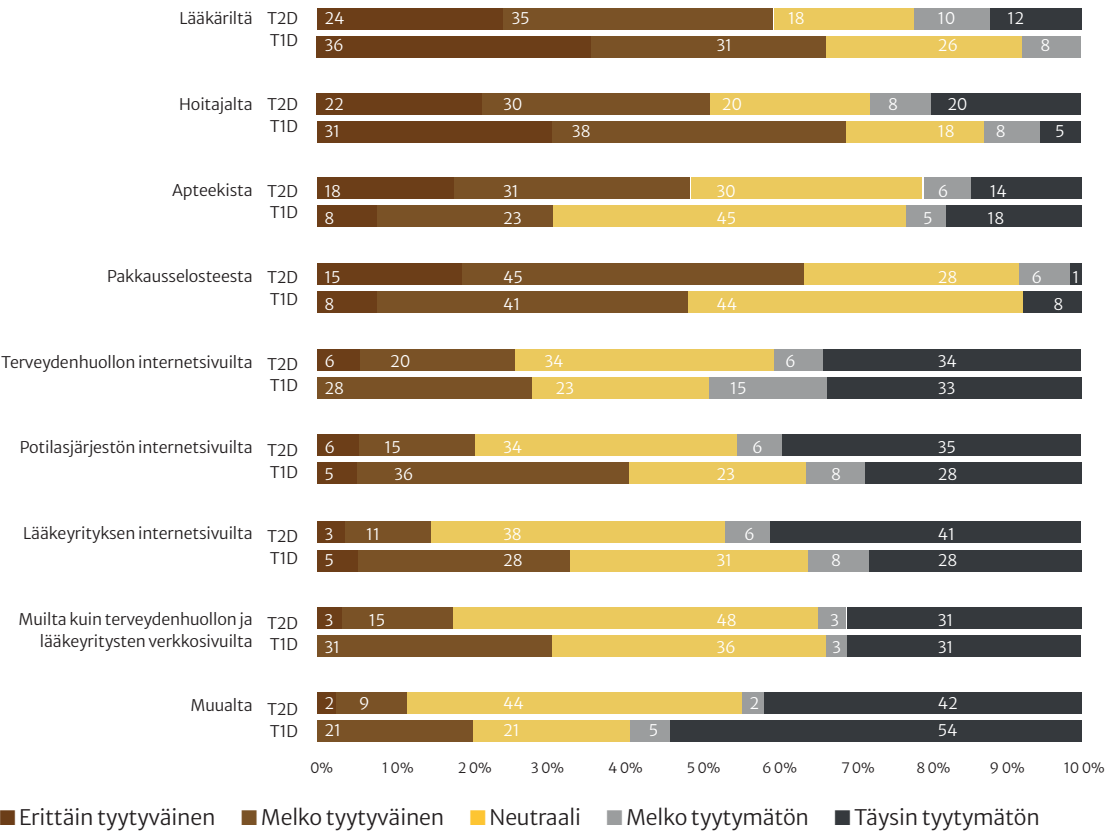
Tukipalvelut ja apteekin rooli

Lääkehoidon tueksi jaetuista materiaaleista yleisimmin T1D- ja T2D-potilaat olivat saaneet paperisen sokeriarvojen kirjausoppaan (68 %, n = 163/240) (Taulukko 2). Noin joka viides (19 %,

n = 46/240) kaikista vastaajista ei ollut saanut mitään tukimateriaalia lääkeshoitonsa tueksi. Mobiilisovellusta oli T1D-potilaista käyttänyt 31 % (n = 12/39) ja T2D-potilaista 4 % (n = 8/201). T1D-potilaat käyttivät lääkeyritysten internetsivuja T2D-potilaita useammin.

Lääkeshoittoa tukevien materiaalien ja palveluiden hyödyllisyys ja toivottu jakelutapa
Valtaosa (79 %, n = 189/240) kaikista kyselyyn vastanneista koki hyödylliseksi saada apteekista tietoa lääkkeen oikeasta ja turvallisesta käytöstä paperisena tai sähköisenä potilasoppaana (Taulukko 2). Apteekista saatavaa yleistietoa diabeteksen hoidosta piti hyödyllisenä 73 % (n = 175/240) ja tietoa lääkeshoittoa tukevista sähköisistä palveluista 63 % (n = 152/240) vastaajista.

Miten tyytyväinen olet eri tahoilta saamaasi lääkkeitäsi ja niiden käyttöä koskevaan lääkeneuvontaan ja -tietoon?



Kuva 4. Diabetespotilaiden (n = 240) tyytyväisyys saatuaan lääkeneuvontaan ja -tietoon eri tahoilta prosenttiosuuksina ilmoitettuna diabetesryhmittäin. T1D = Tyypin 1 - ja T2D = Tyypin 2 diabetespotilasryhmä. Diabetespotilastyypien vastauksien mahdolliset erot on esitetty tilastollisina merkitsevyysinä: p-arvo tai n.s. = tilastollisesti merkityksetön ero.

Vastaajista 44 % (n = 105/240) toivoi farmaseutin antavan paperisen lääkettä koskevan potilasoppaan. Sähköisesti lisätietoa (tekstiviestinä tai sähköpostina lääkkeen toimittamisen yhteydessä tai itse haettuna verkkoapteekista) lääkkeestä halusi 78 % (n = 186/240) vastaajista (luvut laskettu Taulukko 2C:n tukimateriaalien toimitustapoja koskevista luvuista); 70 % (n = 169/240) heti lääkkeen toimittamisen yhteydessä tai lääkkeen ostamisen jälkeen (tekstiviestinä tai sähköpostina). Edellä mainittuja lääkkehoidon tukipalveluita koskevissa näkemyksissä ei ollut tilastollisesti merkitseviä eroja T1D- ja T2D-potilaiden välillä.

Pohdinta

Valtaosa diabetespotilaista arvioi onnistuneensa hyvin diabeteksen omahoidon toteuttamisessa ja oli tyytyväisiä lääkkehoidoonsa. Omahoidon ohjaukseen, yhteistyöhön terveydenhuollon ammattilaisten kanssa, lääkeneuvontaan ja saatuaan lääketietoon oltiin vähemmän tyytyväisiä. T1D-potilaat olivat onnistuneet T2D-potilaita useammin verensokeriseurannassa ja liikunnassa, he olivat saaneet useammin tietoa diabeteksen hoidosta terveydenhuollosta ja he käyttivät useammin sähköisiä palveluita sekä potilasjärjestöjen ja lääkeyri-

Taulukko 2. Diabetespotilaiden saama lääkkehoidon tukimateriaali (A), apteekin tai verkkoapteekin tarjoamien lääkkehoidon tukimateriaalien hyödyllisyys (B) ja niiden toivottu toimitustapa (C) (*).

	Tyypin 1 diabetes n = 39 n (%)	Tyypin 2 diabetes n = 201 n (%)	Kaikki n = 240 n (%)	p-arvo
A. Saatua lääkkehoidon tukimateriaalia (apteekista, verkkoapteekista tai muualta)				
Paperinen sokerarvojen kirjausopas	27 (69)	136 (68)	163 (68)	n.s.
Paperinen potilasopas	18 (46)	88 (44)	106 (44)	n.s.
Sähköinen potilasopas	5 (13)	13 (6)	18 (8)	n.s.
Opetusvideo	3 (8)	4 (2)	7 (3)	n.s.
Mobiilisovellus	12 (31)	8 (4)	20 (8)	p<0,001
Terveystieteiden internetsivujen aineisto	6 (15)	26 (13)	32 (13)	n.s.
Potilasjärjestöjen internetsivujen aineisto	8 (21)	23 (11)	31 (13)	n.s.
Lääkeyritysten internetsivujen aineisto	6 (15)	11 (5)	17 (7)	p=0,039
Joku muu tukimateriaalia	1 (3)	22 (11)	23 (10)	n.s.
En ole saanut mitään tukimateriaalia	8 (21)	38 (19)	46 (19)	n.s.
B. Apteekin tai verkkoapteekin tarjoamien lääkkehoidon tukipalveluiden pitäminen hyödyllisenä				
Potilasopas (lääkkeen valmistajan tekemä paperin tai sähköinen opas lääkkeen oikeasta ja turvallisesta käytöstä)	30 (77)	159 (79)	189 (79)	n.s.
Tietoa lääkkehoidosta tukevista sähköisistä palveluista (esim. tekstiviesti/sähköposti-muistuttaja lääkkeen päivittäisestä ottamisesta tai noutamisesta, tai hoitoa tukeva tietokoneohjelma tai mobiilisovellus)	29 (74)	123 (61)	152 (63)	n.s.
Yleistietoa diabeteksestä (tietoa sairauden taustasta, hoitomenetelmistä ja omahoidosta; apteekin itse tai yhteistyökumppaneiden kanssa laatimaa hoitosuosituksiin perustuvaa materiaalia)	25 (64)	150 (75)	175 (73)	n.s.
C. Toive lääkkehoidon tukien palveluiden jakelutavasta apteekista tai verkkoapteekista				
Farmaseutti antaa minulle materiaalin paperisena (asioidessani perinteisessä apteekkitoimipisteessä)	15 (39)	90 (45)	105 (44)	n.s.
Farmaseutti lähettää minulle nettilinkin sähköiseen materiaaliin tekstiviestillä kännykkääni (asioidessani perinteisessä apteekkitoimipisteessä tai verkkoapteekissa)	13 (33)	68 (34)	81 (34)	n.s.
Käyn itse lataamassa materiaalin verkkoapteekista (esim. www.ya.fi) sähköisenä	12 (31)	44 (22)	56 (23)	n.s.
Apteekki (esim. YA) lähettää tiedon materiaalista minulle sähköpostilla (kun olen ostanut tiettyä lääkettä)	22 (56)	113 (56)	135 (56)	ns
En ole kiinnostunut tai tieto ei ole minulle tarpeellista	6 (15)	10 (5)	16 (7)	p = 0,029

(*) = A: Vastaaja on voinut valita useamman vastauksen. B ja C: Myönteisenä vastauksen pidettiin melko tai täysin samaa mieltä -vastauksia (4 tai 5 asteikolla 1–5) kyseisiä asioita koskeviin väittämiin.

tysten tuottamia aineistoja. T2D-potilaat halusivat enemmän kontakteja terveydenhuollon ammattilaisten kanssa diabeteksen hoidossa. Vajaa puolet kaikista vastaajista oli tyytyväisiä apteekeista saatuun lääkkeisiin liittyvään neuvontaan. Useat T1D- ja T2D-potilaat halusivat apteekilta tietoa lääkkeistään ja myös diabeteksen omahoidosta. Yli kolme neljästä toivoi apteekilta sähköisesti tietoa lääkehoitoa tukevista palveluista.

Omahoidon osa-alueista diabetespotilaat kokivat onnistuneensa parhaiten tupa-koimattomuuden ja päihtettömyyden ohella lääkkeiden säännöllisessä käytössä. Haasteelliseksi koettiin terveyttä edistävien elämäntapojen toteutus, kuten esimerkiksi painonhallinta ja liikunta. Samankaltaisia tuloksia omahoidon toteuttamisen haasteellisuudesta erityisesti elämäntapojen osalta on havaittu Parkkämäen vuonna 2013 julkaistussa väitöskirjatutkimuksessa (14). Erot omahoitoa ja lääkehoitoa koskevissa vastauksissa T1D- ja T2D-potilaiden välillä olivat tutkimuksessamme odotusten mukaisia; näiden diabetesryhmien välillä on aiemmassa tutkimuksessa todettu eroja tietämyksessä ja käsityksessä omahoidosta, mikä ainakin osittain liittyy näiden potilaiden erilaisiin hoitopolkuihin (esimerkiksi erilaiset määrät hoitajatapaamisia) ja lääkehoidoihin (1,2,15).

Tutkimuksessamme yli puolet diabetespotilaista toivoi enemmän diabeteksen hoitoon liittyviä kontakteja terveydenhuollon ammattilaisten kanssa. Terveydenhuollon ammattilaisten ja diabetespotilaan välinen vuorovaikutus on keskeisessä roolissa omahoidon onnistumisessa (16). Esimerkiksi kirjallisen hoitosuunnitelman laatiminen ja hoidon muokkaaminen potilaan elämäntilanteeseen sopivaksi yhdessä terveydenhuollon ammattilaisten kanssa lisäävät diabetespotilaiden ymmärrystä omasta hoidostaan ja hoidon tavoitteista sekä lisäävät hoitoon sitoutumista (6). Omahoidon tukeminen on tärkeää diabeteksen hoidon onnistumiselle, ja on havaittu, että potilaat haluavat olla hoitonsa suunnittelussa yhä enenevässä määrin mukana (1,6,17). Myös Diabetesliiton Diabetesbarometri 2023 -kyselyssä (7) on todettu useiden diabetespotilaiden toivovan terveydenhuollosta enemmän tukea omahoitoonsa, myös digitalisesti. Toisaalta esimerkiksi T1D-

potilaista yli puolet ilmoitti saavansa tarvittaessa yhteyden hoitajaan tai lääkäriin, ja noin kaksi kolmasosaa koki käyntinsä terveydenhuollossa hyödylliseksi omahoidolleen. T2D-potilaat kokivat tavoittavansa terveydenhuollon ammattilaiset T1D-potilaita huonommin. Omahoidon onnistumiseen vaikuttavat useat tekijät, kuten potilaan elämäntilanne, psyykinen terveys ja muut voimavarat sekä hoitosuunnitelma (1,6–8,17). Terveydenhuollon antaman informaation lisäksi potilasvuorovaikutuksen tapa voi vaikuttaa omahoidon toteutumiseen (16).

Useat diabetespotilaat olivat tyytymättömiä lääkkeitään koskevaan apteekeista ja terveydenhuollon tietolähteistä saamaansa neuvontaan ja tietoon, ja esimerkiksi viidesosa vastaajista ei ollut saanut lainkaan lääkehoidon tueksi tarkoitettua tukimateriaalia. Aiemmissa koko väestöä koskevissa tutkimuksissa lääkärit ja pakkausseloste on todettu tärkeiksi lääketiedon lähteiksi (18, 19), mutta tutkimuksemme perusteella T1D-potilaille hoitajat olivat apteekkia tärkeämpi tiedonlähde diabeteksestä ja sen lääkehoidosta, ja T1D-potilaat pitivät apteekista saatavaa tietoa harvemmin tarpeellisenä kuin T2D-potilaat. T2D-potilaat näyttivät olevan tyytyväisempiä apteekeista saamaansa neuvontaan ja tietoon kuin T1D-potilaat, mutta ero diabetesryhmien välillä ei ollut tilastollisesti merkitsevä. Saatuihin tuloksiin lääkeneuvonnasta ja tyytyväisyydestä omahoidon ohjauksessa vaikuttaa tältäkin osin todennäköisesti diabeteksen hoitopolku, jossa T1D-potilailla on usein mukana hoitaja (1,2,20). Erot tavanomaisessa sairastumisiässä diabetestyyppinen välillä voivat myös vaikuttaa näkemyksiin ja odotuksiin apteekkien roolista.

Sähköisten palveluiden tarjonta ja käyttö terveydenhuollossa ovat yleistyneet, mikä ilmeni myös tutkimuksemme tuloksista. Terveydenhuollon ammattilaisten ja pakkausselosteen lisäksi yli puolet oli käyttänyt internetiä diabeteksen hoitoon liittyvän tiedon saamiseksi. Erityisesti T1D-potilaat olivat käyttäneet terveydenhuollon, potilasjärjestöjen ja lääkeryitysten sähköisiä palveluita, mikä saattaa osin selittyä kokemuksella insuliinipotilaille suunnatuista palveluista (21). Yli puolet vastaajista toivoi saavansa apteekista sähköisesti tietoa lääkehoitoaan tukevista palveluista.

Potilaiden halu käyttää sähköisiä palveluita apteekkiasioinnissa, esimerkiksi chat-lääkoneuvonnassa, on todettu muun muassa tuoreessa väestökyselyssä (19). Toisaalta sähköiset seurannat ja hoitojärjestelmät voivat lisätä potilaan kokemaa hoidon seurantaan ja muuhun toteutukseen liittyvää kuormaa (8,22).

Apteekin keinoja omahoidon tukemiseen

Apteekista annettu diabeteksen omahoidon tuki on perusteltua diabetespotilaiden ja terveydenhuollon resurssien käytön ja työnjaon näkökulmasta (10,23–27). Apteeeilla on lakisääteinen velvollisuus lääkeneuvontaan lääkkeiden oikean ja turvallisen käytön varmistamiseksi (28), ja lisäksi tulee antaa hintaneuvontaa. Lakisääteisen lääkeneuvonnan lisäksi apteekki voi antaa potilaalle tietoa lääkehoitoa tukevista palveluista ja sairaudesta, mikä voi edistää omahoitoon sitoutumista ja sairauden hoitoa sekä lisätä apteekkien ja terveydenhuollon yhteistyötä (19,29,30).

Vuonna 2019 tehdyn suomalaisen tutkimuksen mukaan diabetespotilaista 42 % tapasi lääkärin tai hoitajaa lääkehoitoon liittyen ainakin puolen vuoden välein ja 89 % ainakin vuoden välein (18). Apteeeilla on kontakti diabetespotilaisiin usein kolmen kuukauden välein, koska lääkitystä käytetään pitkäaikaisesti ja sairausvakuutus korvaa kerrallaan enintään kolmen kuukauden lääkemäärän. Apteekkien suurta kontaktimäärää potilaiden kanssa voidaan hyödyntää lääkeneuvonnan lisäksi diabeteksen ennaltaehkäisyssä, tunnistamisessa, seurannassa ja omahoidon tukemisessa yhteistyössä terveydenhuollon kanssa (10,27). Apteekit voivat tavoittaa myös heikommin terveydenhuollon piirissä olevia väestöryhmiä (27,31). Kirjallisuudessa on tuloksiltaan vaihtelevaa näyttöä apteekkien antamien diabetespalveluiden vaikuttavuudesta ja kustannusvaikuttavuudesta, tosin tulosten vertailu on vaikeaa ja tutkimustuloksissa on vaihtelua (14,25–27,32–34). Erityisesti apteekkien sähköisten palveluiden vaikuttavuudesta diabeteksen hoidossa on vaihtelevaa tutkimusnäyttöä (23,35). Näiden palveluiden kehittämiseen olisi Suomessa hyvät mahdollisuudet, koska useat suomalaiset suhtautuvat myönteisesti sähköisiin apteekkien ja terveydenhuollon palveluihin (19). Apteekkiasiakkaiden lää-

kitysten arviointeja voitaisiin käyttää diabeteksen neuvonta- ja muiden tukipalveluiden kohdentamiseen (36). Apteekissa annetaan diabetespotilaille tietoa lääkkeiden hinnoista ja korvattavuuksista, jotka saattavat osalle asiakkaista olla vieraita. Apteekissa voidaan myös seurata lääkehoitojen toteutumista ja tarvittaessa kannustaa diabetespotilasta oikeaan lääkkeiden käyttöön (23,35,36) ja kertoa tukimahdollisuuksista myös taloudellisista syistä johtuviin lääkekäyttöongelmiin. Apteekin tarjoamien diabeteksen hoitoa tukevien palveluiden kannalta on tärkeää, että potilaat ja terveydenhuolto ovat niistä tietoisia (27, 37).

Yhteistyön vahvistaminen apteekkien ja muun terveydenhuollon välillä antaa mahdollisuuksia tukea diabetespotilaita omahoidossaan (27). Yhteiset toimintamallit ja kaksisuuntaiset tietojärjestelmät terveydenhuollon ja apteekin välillä helpottaisivat diabetespotilaan ja apteekin välisen tiheän kontaktin hyödyntämistä. Tällä hetkellä potilastiedon jakamismahdollisuudet apteekkien ja terveydenhuollon välillä ovat riittämättömiä. Sosiaali- ja terveysministeriö (2018) on esittänyt linjauksia moniammatillisen yhteistyön kehittämistä, jotta sosiaali- ja terveyspalveluja saataisiin enemmän tarpeita vastaaviksi (38). Aptekeissa toteutettava biologisten lääkkeiden apteekkivaihto tulee käynnistymään pitkävaikutteisille insuliineille vuonna 2025 (39), mikä tulee lisäämään yhteistyön tarvetta apteekkien ja muun terveydenhuollon välillä muun muassa oikean ja turvallisen laitekäytön ja pistosnostelun varmistamiseksi.

Tulosten luotettavuus

Tutkimustulosten yleistettävyyttä rajoittaa se, että tutkimus kohdistui valikoidulle ryhmälle. Tutkimukseen kutsuttiin diabetesta sairastavia Yliopiston Apteekin kanta-asiakkaita, ja kyselylomakkeeseen vastaaminen ja tutkimuksesta tiedottaminen tapahtui sähköisesti eli tutkimukseen vastasivat ainoastaan sähköistä viestintää käyttävät henkilöt. Lisäksi terveyteen liittyviin kyselyihin vastaavat todennäköisemmin hoitoonsa aktiivisesti suhtautuvat potilaat. Toinen tärkeä tutkimusta ja sen tulosten yleistettävyyttä rajoittava huomio liittyy tutkimuksen ensisijaisena tulomuuttujana käytettyyn potilaan itsearviointiin perustuvaan tyytyväi-

syyteen diabeteksen omahoidon onnistumisesta. Potilaiden tiedot ja subjektiiviset arviot heille asetettujen omahoitotavoitteiden sisällystä ja toteutumisesta saattavat poiketa heitä hoitaneiden terveydenhuollon ammattilaisten ja tutkimukseen osallistumattomien potilaiden näkemyksistä.

Tyytyväisyyttä omahoitoon ei arvioitu koetun diabeteksen keston tai vaikeusasteen tai sitä kuvaavien kliinisten mittareiden (esimerkiksi pitkäaikaisen sokerin eli B-HbA1c) perusteella. Toisaalta käytetty tyytyväisyystulosmuuttuja kuvaa potilaslähtöisesti ja käytännönläheisesti potilaan näkemyksiä diabeteksen eri omahoidon alueiden merkityksestä ja kehittämistarpeista oman sairautensa hoidossa. Aiemmasta vastaavanlaisesta tutkimuksesta (40) tiedetään, että diabetespotilaiden yleistyytyväisyys saatuun hoitoon on yhteydessä objektiivisesti mitattuun omahoidon onnistumiseen ja veren sokeritasapainoon. Tyytyväisyyteen omahoidon ohjauksesta sekä saadusta lääketiedosta ja -neuvonnasta vaikuttavat todennäköisesti merkittävästi potilaiden näihin kohdistamat odotukset. Otoskuvauksessa ilmeni, että yksi T1D-potilas ilmoitti käyttävänsä vain tablettimuotoista lääkitystä. Vastausten oikeellisuutta ei voitu varmistaa, ja kyseinen vastaaja sisällytettiin analyysiaineistoon.

Jatkotutkimusten aiheita

Potilaiden tarpeita ja toiveita terveydenhuollon ja apteekkien tarjoamalle omahoidon ohjaukselle ja lääkeneuvonnalle on tärkeä selvittää potilaiden, apteekkien ja terveydenhuollon näkökulmista, koska merkittävä osa diabetespotilaista ei ollut näihin tyytyväisiä ja he kaipaivat lisää kontakteja terveydenhuollon kanssa. Olisi tärkeää tutkia esimerkiksi apteekin lääkeneuvontaan liittyvän tyytymättömyyden syitä ja lisätarpeita; asia on erityisen tärkeä pitkävaikutteisten insuliinien apteekissa tapahtuvan lääkevaihdon käynnistyessä vuosina 2025–2026. Tulevaisuudessa olisi myös hyvä tutkia diabetespotilaiden omahoidossa onnistumisen ja omahoitoon kohdistuvan tyytyväisyyden välistä yhteyttä. Hoitoa tukevien sähköisten ja muiden työkalujen osalta olisi hyödyllistä tutkia sekä potilaiden että terveydenhuollon ammattilaisten tietoisuutta ja kokemuksia

niistä. Taustatekijänä olisi hyvä huomioida potilaan psyykkinen terveydentila (1) ja omahoidon tavoitteita ja toteutumista olisi hyvä arvioida myös terveydenhuollon kriteereillä (kuten esimerkiksi Schmitt ym. (41)). Apteekin ja terveydenhuollon palveluiden vaikutuksista omahoitoa koskevaan tyytyväisyyteen ja diabeteksen hoitotuloksiin tarvitaan lisätietoa. Tutkittaessa omahoitokäytäntöjä voitaisiin käyttää validoitua kyselymittaria (41).

Johtopäätökset

Tuloksemme viittaavat siihen, että useimmat sähköisen uutiskirjeen tutkimuskutsun perusteella vastanneet diabetespotilaat olivat tyytyväisiä omahoitonsa toteuttamiseen, mutta haluaisivat siihen enemmän terveydenhuollon ja apteekkien tukea. Erityisesti T2D-potilaat toivoivat enemmän kontakteja terveydenhuollon ammattilaisten kanssa. Lääkehoidon toteutuksen koettiin onnistuvan hyvin ja lääkehoitoon oltiin yleisesti tyytyväisiä, mutta terveyttä edistävien elämäntapojen toteuttamisessa oli haasteita. Diabetespotilaat olivat tyytyväisimpiä lääkäreiltä ja hoitajilta saamaansa omahoidon ohjaukseen sekä lääkeneuvontaan ja -tietoon. Lääkeneuvontaa ja -tietoa toivottiin kuitenkin enemmän. Apteekeista diabetesta koskevaa tietoa oli saanut vajaa puolet vastaajista, ja vajaa puolet oli tyytyväisiä apteekkien antamaan lääketietoon ja -neuvontaan. Useimmat diabetespotilaat haluaisivat käyttää apteekin sähköisiä palveluja lääkehoitonsa tukena.

Summary

Diabetes patient's daily self-management – how a pharmacy can support?

Matleena Saarinen*

BSc (Pharm)
BSc (Pharm) student
University of Helsinki, Faculty of Pharmacy
Ward pharmacist, HUS Pharmacy
saarinen.matleena@gmail.com

Maarit Dimitrow

University lecturer, PhD (Pharm)
University of Helsinki, Faculty of Pharmacy

Ida Tuure

Customer Service Manager, MSc (Pharm)
University Pharmacy, Tampere
Subsidiary Pharmacy

Kari Linden

PhD (Pharm), MSc (Econ), Docent,
Research Manager
University Pharmacy, Research Unit

**Correspondence*

Introduction

Self-management of diabetes includes both non-pharmacological and pharmacological treatments agreed with healthcare professionals. Treatment pathways are different for patients suffering from Type 1 and Type 2 diabetes (T1D and T2D). We investigated diabetic patients' 1) perceptions of self-management and related guidance, 2) information sources and collaboration with healthcare professionals, and 3) perceptions of their medicines and related support services. The primary research question was the patient's self-evaluated success in his/her self-management. In addition, pharmacies' opportunities to support diabetes self-management are explored.

Materials and Methods

A cross-sectional survey targeting adult T1D and T2D patients was conducted among University Pharmacy (YA) customers in January 2021 (N = 240). Frequencies, percentages, and cross-tabulations were analyzed.

Results

Of the respondents, 72% (n = 172/240) evaluated their overall success in self-management as good, but less in health promoting lifestyle changes. Diabetes medicine use was considered successful by 95% of the respondents (n = 228/240). T1D patients felt more successful than T2D patients in blood sugar monitoring and exercise. The highest satisfaction with self-management guidance was reported from physicians and nurses. Of all respondents, 83% (n = 197/240) expressed satisfaction with medicines. The most frequent medicines information sources were physicians, nurses, package leaflets, and pharmacies. Nineteen percent (n = 46/240) did not receive any support materials for medicine use. T1D patients used electronic information services more frequently than T2D patients. General information from pharmacies was considered useful by 73% (n = 175/240). Almost two-thirds (63%, n = 152/240) wanted information about pharmacy services supporting medicine use, and 78% (n = 186/240) preferred electronic information.

Conclusions

The majority of T1D and T2D patients felt successful in self-management, but adopting health promoting lifestyle changes was challenging. T1D patients reported more success in blood sugar monitoring and physical activity compared to T2D patients. T2D patients wanted more healthcare visits. Most patients were satisfied with their medications. In particular, T2D patients wanted more diabetes information from pharmacies; over three-quarters wanted medicines information electronically.

Keywords: diabetes, diabetes patient, self-management, pharmacy, information sources

Sidonnaisuudet

Matleena Saarinen, Maarit Dimitrow ja Ida Tuure: ei sidonnaisuuksia. Kari Linden: luentopalkkio: Viatris Oy, Suomen Reumatologinen Yhdistys ry ja Farmasian oppimiskeskus.

Kiitokset

Tämä tutkimusartikkeli perustuu Matleena Saarisen farmaseutin lopputyöhön: Diabetespotilaiden näkemyksiä ja odotuksia omahoidostaan – miten apteekki voi tukea diabetespotilasta? (Helsingin yliopisto 2022). Kiitämme Novo Nordisk Farma Oy:a kommentaista tutkimuksen suunnittelussa.

Viitteet

1. Tyypin 2 diabetes. Käypä hoito –suositus. Suomalaisen Lääkäriseura Duodecimin, Suomen Sisätautilääkäreiden yhdistyksen ja Diabetesliiton Lääkärineuvoston asettama työryhmä. Helsinki. Suomalainen Lääkäriseura Duodecim [Internet] 2024 (viitattu 26.5.2024). Saatavissa: www.kaypahoito.fi
2. Insuliininpuutosdiabetes. Käypä hoito –suositus. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin, Suomen Sisätautilääkäreiden yhdistyksen ja Diabetesliiton Lääkärineuvoston asettama työryhmä. Helsinki. Suomalainen Lääkäriseura Duodecim [Internet] 2022 (viitattu 26.5.2022). Saatavissa: www.kaypahoito.fi
3. Suomen Diabetesliitto. Mitä tarkoittaa diabetes Suomessa? [Internet] 2021 (viitattu 16.4.2024). Saatavissa: www.diabetes.fi/yhteiso/medialle/perustietoa_diabeteksesta_suomessa#94f0bc90
4. Lääkepolitiikka 2020 – Kohti tehokasta, turvallista, tarkoituksenmukaista ja taloudellista lääkkeiden käyttöä. Helsinki: sosiaali- ja terveysministeriö. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2/2011. [Internet] (viitattu 3.3.2022). Saatavissa: <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-3101-5>
5. Routasalo P, Airaksinen M, Mäntyranta T, Pitkälä K. Potilaan omahoidon tukeminen. Duodecim 2009;125(21):2351–9.
6. Lahtela J. Tyypin 2 diabeteksen hoitosuunnitelmissa ja hoidonkohdentamisessa on parantamisen varaa. Suom Lääkäril. 2023;78:e34916.
7. Koski S. Diabetesbarometri 2023. Tampere: Diabetesliitto. [Internet] 2023 (viitattu 16.11.2023). Saatavissa: www.diabetes.fi/files/22707/Diabetesbarometri_2023_raportti.pdf
8. Normen K. ”Tiedän kyllä, mutta...” Suom. Lääkäril. [Internet] 6.4.2023 (viitattu 16.4.2023). Saatavissa: www.laakarilehti.fi/tieteessa/tiedan-kylla-mutta
9. Saleh F, Mumu SJ, Ara F, Hafez A, Ali L. Non-adherence to self-care practices & medication and health related quality of life among patients with type 2 diabetes: a cross-sectional study. BMC Public Health 2014;14:431.
10. Apteekkien diabetesohjelma. Helsinki: Suomen Apteekkariliitto. [Internet] 2023 (viitattu 20.2.2023). Saatavissa: www.apteekkariliitto.fi/media/3apteekkariliitto.fi/apteekkitieto/ohjelmat/apteekkien_diabetesohjelma_lowres_.pdf

11. StopDia ja T2D-Data. StopDia. [Internet] 2023 (viitattu 1.11.2023). Saatavissa: <https://sites.uef.fi/stopdia>

12. Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausepäilyjen käsitteleminen Suomessa. Tutkimuseettisen neuvottelukunnan ohje 2012. Helsinki: Tutkimuseettinen neuvottelukunta; 2013.

13. Ihmiseen kohdistuvan tutkimuksen eettiset periaatteet ja ihmistieteiden eettinen ennakoarviointi Suomessa. Helsinki: Tutkimuseettinen neuvottelukunta; 2019. Tutkimuseettisen neuvottelukunnan julkaisuja 3/2019.

14. Parkkamäki S. Voimaantumiseen pohjautuva tyypin 2 diabeteksen omahoidon tuki apteekissa: Esimerkkinä Mäntyharjun Havu- apteekki. Mikkeli: Helsingin yliopisto; 2013. Väitöskirja.

15. Trento M, Tomellini M, Basile M, Borgo E, Passera V, Miselli V, ym. The locus of control in patients with Type 1 and Type 2 diabetes managed by individual and group care. *Diabet. Med.* 2008;25(1):86–90.

16. Peltola M. Terveystenhuollon ammattilaisen ja diabeetikon välisen vuorovaikutuksen merkitys omahoidolle. Tampere: Tampereen yliopisto. Tampereen yliopiston väitöskirjat 756. [Internet] 2023 (viitattu 16.4.2024). Saatavissa: <https://trepo.tuni.fi/bitstream/handle/10024/146268/978-952-03-2790-3.pdf?sequence=2>

17. Zhao F. The diabetes-related self-care activities of people with type 2 diabetes: their level and associated factors. Turku: Turun yliopisto; 2019. Turun yliopiston julkaisuja, sarja A 1457. [Internet] 2019 (viitattu 16.4.2024). Saatavissa: www.utupub.fi/handle/10024/148465

18. Jyrkkä J, Ruotsalainen J, Hämeen-Anttila K. Lääkebarometri 2019 Lääkehoito hallussa? Helsinki: Lääkealan turvallisuus- ja kehittämiskeskus Fimea. Fimea kehittää, arvioi ja informoi –julkaisusarja 1/2020. [Internet] 2020 (viitattu 16.4.2024). Saatavissa: <https://urn.fi/URN:ISBN:978-952-7299-08-1>

19. Dimitrow M, Airaksinen M, Jauhonen H, Jormanainen V, Reinikainen L, Hämeen-Anttila K. Työpaketti 2: Apteekkipalveluiden laatu ja väestön odotukset apteekkipalveluille uudistuvassa sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujärjestelmässä. Kirjassa: Saastamoinen L, toim. Lääkevalmisteiden hintakilpailun aktivointi ja väestön odotukset apteekkitoiminnalle. Helsinki: Valtioneuvoston kanslia. Valtioneuvoston selvitys- ja tutkimustoiminnan julkaisusarja 2021:21. [Internet] 2021 (viitattu 16.4.2024). Saatavissa: <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-383-409-5>

20. Terveyskylä. Diabetestalo. Diabeteksen hoito HUSissa. [Internet] (viitattu 14.2.2022). Saatavissa: www.terveyskyla.fi/diabetestalo/palvelut/diabeteksen-hoito-husissa

21. Klupa T, Czupryniak L, Dzida G, Fichna P, Jarosz-Chobot P, Gumprecht J, ym. Expanding the Role of Continuous Glucose Monitoring in Modern Diabetes Care Beyond Type 1 Disease. *Diabetes Ther.* 2023;14(8):1241–66.

22. Pimiä E. Teknologia kehittyy – pysyykö mieli mukana? *Diabetes ja lääkäri* 2023;52(2):14–6. [Internet] (viitattu 16.4.2024). Saatavissa: www.diabetes.fi/files/22536/Diabetes_ja_laakari_lehti_22023.pdf

23. Niznik JD, He H, Kane-Gill SL. Impact of clinical pharmacist services delivered via telemedicine in the outpatient or ambulatory care setting: A systematic review. *Res Social Adm Pharm.* 2018;14(8):707–17.

24. Knezevich JT, Donihi AC, Drincic AT. Pharmacist Role in Providing Inpatient Diabetes Management. *Curr Diab Rep.* 2022;22(9):441–9.

25. Marupuru S, Roether A, Guimond AJ, Stanley CPesqueira T, Axon DR. A Systematic Review of Clinical Outcomes from Pharmacist Provided Medication Therapy Management (MTM) among Patients with Diabetes, Hypertension, or Dyslipidemia. *Healthcare (Basel)* 2022;10(7):1207.

26. Hassan F, Hatah E, Ali AM, Wei Wen C. The intervention strategies and service model for pharmacist-led diabetes management: a scoping review. *BMC Health Serv Res.* 2023;23(1):46.

27. Jalkanen K. Modeling the potential economic and quality of life effects of a type 2 diabetes prevention program using Finnish community pharmacies as a recruitment channel. Kuopio: Itä-Suomen yliopisto; 2023. Dissertations in Health Sciences 739. [Internet] 2023 (viitattu 16.4.2024). Saatavissa: <https://erepo.uef.fi/handle/123456789/29498>

28. Lääkelaki (395/1987) 57 § Helsinki: sosiaali- ja terveysministeriö.

29. Bukhsh A, Tan XY, Chan KG, Lee L-H, Goh B-H, Khan TM. Effectiveness of pharmacist-led educational interventions on self-care activities and glycemic control of type 2 diabetes patients: a systematic review and meta-analysis. *Patient Prefer Adherence* 2018;12:2457-74.

30. Hämeen-Anttila K, Mikkola H, Kokko M, Sinnemäki J, Reinikainen L. Selvitys apteekkien lakisääteiseen lääkeneuvontaan kuuluvista sisältökokonaisuuksista. Helsinki: sosiaali- ja terveysministeriö. Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 2022:24. [Internet] 2022 (viitattu 16.4.2024). Saatavissa: <https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/handle/10024/164437>

31. McSweeney B, Campbell RB, Grewal EK, Campbell DJT. Pharmacists' role in diabetes management for persons with lived experience of homelessness in Canada: A qualitative study. *Front Clin Diabetes Healthc*. 2022;3:1087751.

32. Vermeire EIJJ, Wens J, Van Royen P, Biot Y, Lindenmeyer A. Interventions for improving adherence to treatment recommendations in people with type 2 diabetes mellitus. *Cochrane Database Syst Rev*. 2005;(2):CD003638.

33. Al Adawi RM, Stewart D, Ryan CM, Tonna AP. A systematic review of pharmacist input to metabolic syndrome screening, management and prevention. *Int J Clin Pharm*. 2020;42(4):995-1015.

34. Ahlfors M. Mitä apteekkien palveluiden taloudellisesta vaikuttavuudesta tiedetään? Katsaus viimeaikaiseen kirjallisuuteen. Helsinki: Helsingin yliopisto. Erikoistumiskoulutuksen tutkimustyö. [Internet] 2022 (viitattu 16.4.2024). Saatavissa: <https://helda.helsinki.fi/handle/10138/345940>

35. Herber E, Bondar A, Hockings J, Hermiller T, Russo-Alvarez G, Wang L, ym. Evaluation of pharmacist impact on diabetes outcomes for telehealth and hybrid care delivery versus in-office visits. *J Am Pharm Assoc*. 2023;63(4):1175-9.

36. Muraywid B, Butkovich LE, Myers B. Effect of a Virtual Pharmacy Review Program: A Population Health Case Study. *J Manag Care Spec Pharm*. 2020;26(1):24-9.

37. Katangwe-Chigamba T, Sokhi J, Family H, Al-Jabr H, Kirkdale CL, Twigg MJ. Theory-informed strategies to address factors anticipated to influence implementation and people's participation in community pharmacy-based diabetes prevention services. *Explor Res Clin Soc Pharm*. 2023;10:100263.

38. Hämeen-Anttila K, Närhi U, Tahvanainen H, toim. Rationaalisen lääkehoidon toimeenpano-ohjelma. Loppuraportti. Helsinki: sosiaali- ja terveysministeriö. Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 15/2018. [Internet] 2018 (viitattu 16.4.2024). Saatavissa: <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-3915-8>

39. Laki lääkelain muuttamisesta (339/2023) Helsinki: sosiaali- ja terveysministeriö.

40. Dalal J, Williams JS, Walker RJ, Campbell JA, Davis KS, Egede LE. Association Between Dissatisfaction With Care and Diabetes Self-Care Behaviors, Glycemic Management, and Quality of Life of Adults With Type 2 Diabetes Mellitus. *Diabetes Educ*. 2020;46(4):370-7.

41. Schmitt A, Gahr A, Hermanns N, Kulzer B, Huber J, Haak T, The Diabetes Self-Management Questionnaire (DSMQ): development and evaluation of an instrument to assess diabetes self-care activities associated with glycaemic control. *Health Qual Life Outcomes* 2013;11:11.

Saarinen M, Dimitrow M, Tuure I, Linden K. Diabetespotilaan omahoidon arki – miten apteekki voi tukea? *Dosis* 2024;40(2): 158-84.

1. Jotta voit vastata kyselyyn, sinun pitää aluksi hyväksyä vastaamisen ehdot

- ☐ Kyllä, haluan osallistua tutkimukseen ja olen täysi-ikäinen (18-vuotias tai vanhempi). Olen lukenut edellä olevat tiedot tutkimuksesta sekä tutkimuksen tietosuojaselosteen ja hyväksyn antamieni vastausten käyttämisen näissä kuvatulla tavalla.
- ☐ Olen alle 18-vuotias
- ☐ En halua osallistua tutkimukseen

2. Aluksi kysymme, minkä tyypin diabetes sinulla on?

- ☐ 1 tyyppi
- ☐ 2 tyyppi
- ☐ Molemmat
- ☐ Joku muu
- ☐ En tiedä tai minulla ei ole lääkärin toteamaa diabetesta

3. Sukupuolesi

- ☐ Nainen
- ☐ Mies
- ☐ Muu
- ☐ En halua ilmoittaa

4. Ikäsi?

- ☐ Alle 20 vuotta
- ☐ 21–50
- ☐ 51–60
- ☐ Yli 60-vuotiaat

5. Millä alueella asut?

- ☐ Etelä-Suomi
- ☐ Itä-Suomi
- ☐ Lappi
- ☐ Lounais-Suomi
- ☐ Länsi- ja Sisäsuomi
- ☐ Pohjois-Suomi

6. Miten ole mielestäsi onnistut seuraavilla diabeteksen omahoidon alueilla?

Asteikko 1–5 (1 = en ole onnistunut lainkaan / ei toteutunut, 2 = Olen onnistunut heikosti, 3 = neutraali, 4 = olen onnistunut melko hyvin, 5 = olen onnistut erittäin hyvin / tavoitteet saavutettu)

Verensokerin omaseuranta	1	2	3	4	5
Verenpaineen omaseuranta	1	2	3	4	5
Diabeteslääkkeiden käyttö säännöllisesti	1	2	3	4	5
Liikunta	1	2	3	4	5
Ruokavalio	1	2	3	4	5
Paino	1	2	3	4	5
Jalkojen hoito	1	2	3	4	5
Uni	1	2	3	4	5
Suun/hampaiden hoito	1	2	3	4	5
Tupakoinnin lopettaminen tai vähentäminen (HUOM: jos et tupakoi, valitse viimeinen vaihtoehto: ”Tavoite saavutettu”)	1	2	3	4	5
Alkoholin tai päihteiden haitallisen käytön lopettaminen tai vähentäminen HUOM: jos et tupakoi, valitse viimeinen vaihtoehto: ”Tavoite saavutettu”)	1	2	3	4	5

7. Miten olet onnistunut diabeteksen omahoidossasi kokonaisuudessaan?

- ☐ en ole onnistunut lainkaan/ei toteutunut
- ☐ olen onnistunut heikosti
- ☐ neutraali
- ☐ olen onnistunut melko hyvin
- ☐ olen onnistunut erittäin hyvin/tavoitteet saavutettu

8. Miten tyytyväinen olet saamaasi omahoidon ohjaukseen (tietoon tai tukeen) seuraavilta tahoilta?

Asteikko 1–5 (1 = Täysin tyytymätön / en ole saanut, 2 = melko tyytymätön, 3 = neutraali, 4 = melko tyytyväinen, 5 = erittäin tyytyväinen)

Lääkäriltä	1	2	3	4	5
Hoitajalta (diabeteshoitaja, terveydenhoitaja, sairaanhoitaja)	1	2	3	4	5
Apteekista	1	2	3	4	5
Potilasjärjestöstä (internetsivulta tai muulla tavalla)	1	2	3	4	5
Terveydenhuollon internetsivulta	1	2	3	4	5
Lääketeollisuuden internetsivuilta	1	2	3	4	5
Muualta	1	2	3	4	5

9. Onko sinulla diabeteslääkkeenä

- ☐ Tablettimuotoinen valmiste
- ☐ Pistettävä valmiste
- ☐ Molemmat
- ☐ Minulla ei ole diabeteslääkitystä

10. Kuinka tärkeänä pidät, että seuraavat tahot antavat diabeteksen omahoidon ohjausta?

Asteikko 1–5 (1 = ei lainkaan tärkeää, 2 = ei kovin tärkeää, 3 = neutraali, 4 = melko tärkeää, 5 = erittäin tärkeää)

Lääkäri	1	2	3	4	5
Hoitaja (diabeteshoitaja, terveydenhoitaja, sairaanhoitaja)	1	2	3	4	5
Apteekki	1	2	3	4	5
Potilasjärjestö (internetsivut tai muu toiminta)	1	2	3	4	5
Terveydenhuollon internetsivut	1	2	3	4	5
Lääkeyrityksen internetsivut	1	2	3	4	5

11. Mistä olet saanut tietoa diabeteksen hoitoon liittyen? Valitse enintään 7 tärkeintä.

- ☐ Lääkäriltä
- ☐ Hoitajalta (diabeteshoitaja, terveydenhoitaja, sairaanhoitaja)
- ☐ Apteekista
- ☐ Internetistä ("some" tai hakukone esim. Google)
- ☐ Terveydenhuollon tai potilasjärjestön internetsivulta
- ☐ Diabetesliiton/diabetesyhdistyksen tai muun potilasjärjestön toiminnasta (muu kuin internetsivut)
- ☐ Lääkeyrityksen tuottamasta materiaalista (esim. potilasopas, muu materiaali tai internetsivusto)
- ☐ Lehdistä tai kirjoista
- ☐ Sukulaisilta tai ystäviltä
- ☐ Radiosta tai TV:stä
- ☐ Mainoksista
- ☐ Luontaistuotekaupasta
- ☐ Palvelupuhelimesta
- ☐ Muualta

12. Miten tyytyväinen olet kokonaisuudessaan nykyiseen lääkehoitoosi?

- ☐ Täysin tyytymätön
- ☐ Melko tyytymätön
- ☐ Neutraali
- ☐ Melko tyytyväinen
- ☐ Erittäin tyytyväinen

13. Miten tyytyväinen olet eri tahoilta saamaasi lääkkeitäsi ja niiden käyttöä koskevaan lääkeneuvontaan ja -tietoon?

Asteikko 1–5 (1 = Täysin tyytymätön / en ole saanut, 2 = melko tyytymätön, 3 = neutraali, 4 = melko tyytyväinen, 5 = erittäin tyytyväinen)

Lääkäriltä	1	2	3	4	5
Hoitajalta (diabeteshoitaja, terveydenhoitaja, sairaanhoitaja)	1	2	3	4	5
Apteekista	1	2	3	4	5
Potilasjärjestön internetsivuilta	1	2	3	4	5
Lääkeyrityksen internetsivulta	1	2	3	4	5
Muilta kuin terveydenhuollon ja lääkeyritysten verkkosivuilta (esim. Google-hakupalvelusta)	1	2	3	4	5
Muualta	1	2	3	4	5

14. Mitä tukimateriaaleja olet saanut koskien lääkehoitoasi? Valitse kaikki vaihtoehdot, mitä olet saanut tai hankkinut.

- ☐ Paperisen sokeriarvojen kirjausoppaan
- ☐ Paperisen potilasoppaan (lääkkeestäsi)
- ☐ Sähköisen potilasoppaan (lääkkeestäsi)
- ☐ Opastusvideon
- ☐ Mobiilisovelluksen
- ☐ Terveystietosivuston internetsivun aineistoa
- ☐ Potilasjärjestön internetsivun aineistoa
- ☐ Lääkeyrityksen internetsivun aineistoa
- ☐ Jotain muuta tukimateriaalia
- ☐ En ole saanut mitään tukimateriaalia

15. Kuinka hyödyllisenä pitäisit mahdollisuutta saada apteekista tai verkkoapteekista seuraavaa tietoa?

Asteikko 1–5 (1 = ei lainkaan hyödyllisenä, 2 = ei kovin hyödyllisenä, 3 = neutraalina, 4 = melko hyödyllisenä, 5 = erittäin hyödyllisenä)

Potilasopas (Lääkkeen valmistajan tekemä opas lääkkeesi oikeasta ja turvallisesta käytöstä; paperinen tai sähköinen versio)	1	2	3	4	5
Tietoa lääkehoitoani tukevista sähköisistä palveluista (Esim. tekstiviesti/ sähköposti- muistuttaja lääkkeen päivittäisestä ottamisesta tai noutamisesta apteekista; tai diabeteksen hoitoa tukeva tietokone- ohjelma tai mobiilisovellus)	1	2	3	4	5
Yleistietoa diabeteksestä (Tietoa sairauden taustasta, hoitomenetelmistä ja omahoidosta; apteekin itse tai yhteistyökumppaneiden kanssa laatimaa hoitosuosituksiin perustuvaa materiaalia)	1	2	3	4	5

16. Millä tavalla haluaisit saada tuota tietoa apteekista?

- ☐ Farmaseutti antaa minulle materiaalin paperisena (asioidessani perinteisessä apteekkitoimipisteessä)
- ☐ Farmaseutti lähettää minulle nettilinkin sähköiseen materiaaliin tekstiviestillä kännykkääni (asioidessani perinteisessä apteekkitoimipisteessä tai verkkoapteekissa)
- ☐ Käyn itse lataamassa materiaalin verkkoapteekista (esim. www.ya.fi) sähköisenä
- ☐ Apteekki (esim. YA) lähettää tiedon materiaalista minulle sähköpostilla (kun olen ostanut tiettyä lääkettä)
- ☐ En ole kiinnostunut tai tieto ei ole minulle tarpeellista

17. Miten tyytyväinen kokonaisuudessaan olet yhteistyöhön diabetestasi hoitavien ammattilaisten kanssa?

- ☐ Täysin tyytymätön
- ☐ Melko tyytymätön
- ☐ Neutraali
- ☐ Melko tyytyväinen
- ☐ Erittäin tyytyväinen

18. Koetko, että haluaisit enemmän käyntejä (tai muita kontakteja) terveydenhuollon ammattilaisten kanssa diabeteksen hoitoon liittyen?

- ☐ Kyllä
- ☐ Ei

19. Oletko jonkun potilasjärjestön jäsen?

- ☐ Kyllä
- ☐ Ei

20. Onko sinulla ollut kuluneen vuoden aikana taloudellisia ongelmia hankkia lääkärin määräämiä diabeteslääkkeitä?

- ☐ Ei ole ollut lainkaan ongelmia
- ☐ On ollut jonkun verran ongelmia
- ☐ On ollut paljon ongelmia
- ☐ En ole käyttänyt lääkärin määräämiä diabeteslääkkeitä

21. Onko diabeteslääkkeidesi hankintahinta vaikuttanut niiden hankintaan tai käyttöön kuluvan vuoden aikana?

- ☐ Ei ole vaikuttanut
- ☐ Kyllä, olen pyytänyt lääkäriä vaihtamaan diabeteslääkettäni
- ☐ Kyllä, olen muuttanut omatoimisesti lääkitystäni (esim. vaihtanut lääkettä tai muuttanut annosta)
- ☐ Kyllä, jolloin muulla tavalla

Aptekeissa annettava ravitsemusneuvonta – kyselytutkimus apteekin farmaseuttiselle henkilökunnalle

Marianne Kouhia

Proviisori
Itä-Suomen yliopisto, farmasian laitos

Maria Lankinen

Yliopistonlehtori, FT, ravitsemustieteen dosentti
Itä-Suomen yliopisto, kansanterveystieteen ja kliinisen ravitsemustieteen yksikkö

Jouko Savolainen

Apteekkari, FaT, dosentti
Itä-Suomen yliopiston apteekki

Hanna Kauppinen*

Opetusproviisori, FaT
Itä-Suomen yliopisto, farmasian laitos
hanna.kauppinen@uef.fi

*Kirjeenvaihto

Kouhia M, Lankinen M, Savolainen J, Kauppinen H. Aptekeissa annettava ravitsemusneuvonta – kyselytutkimus apteekin farmaseuttiselle henkilökunnalle. Dosis 2024;40(2):186–209.

Tiivistelmä

Johdanto

Farmasian ammattilaisilla on lääkehuollosta huolehtimisen lisäksi tärkeä rooli asiakkaiden ravitsemustilan huomioimisessa, sillä ravitsemuksella on merkitystä monien sairauksien ehkäisyssä ja riskitekijöiden lääkkeettömässä hoidossa. Tämän tutkimuksen tavoitteena oli tutkia ravitsemusneuvonnan tämänhetkistä tilannetta ja yleisyyttä Suomen aptekeissa. Lisäksi tavoitteena oli tutkia apteekissa työskentelevien farmasian ammattilaisten kokemuksia, mielipiteitä ja asenteita ravitsemusneuvonnan antamisesta sekä siihen mahdollisesti liittyviä haasteita ja kehitysehdotuksia.

Aineisto ja menetelmät

Tutkimus toteutettiin sähköisenä kyselynä aptekeissa työskenteleville farmasian ammattilaisille syksyllä 2022. Kutsu tutkimukseen lähetettiin Suomen Farmasialiiton ja Suomen Proviisoriyhdistyksen sähköisen uutiskirjeen kautta. Aineisto analysoitiin frekvensseinä, prosenttiosuuk-sina, keskiarvoina sekä teemoittelulla.

Tulokset

Aineisto koostui 142 vastaajasta. Lähes kaikki vastaajista (99 %) ilmoittivat neuvovansa asiakkaita apteekissa ravitsemukseen liittyvissä asioissa ainakin joskus. Neuvontatilanteita esiintyi eniten iäkkäitä palveltaessa. Suurin osa vastaajista oli antanut neuvontaa ruoansulatuskanavan häiriöihin (96 %) ja ruokavalioon ennen toimenpiteitä (94 %). Ravitsemusneuvontaa oli annettu yleisesti myös ravintolisiin (89 %), iäkkäiden ravitsemukseen (86 %), tyypin 2 diabetekseen (79 %) sekä sydän- ja verisuonisairauksiin (76 %) liittyen. Sen sijaan mielenterveyteen liittyen ravitsemusneuvontaa oli annettu harvemmin (16 %). Yleisimmät ravitsemusneuvontaa edistä-vät tekijät olivat ravitsemusneuvonnan kuuluminen osaksi asiakkaan kokonaishoitoa ja asiakkaiden kysymykset aiheesta. Yleisin ravitsemusneuvontaa estävä syy oli osaamisen puute. Neuvontavalmiuksia parantaviksi kehitysehdotuksiksi vastaajat antoivat koulutuksen lisäämisen ja neuvontaa tukevan materiaalin kehittämisen.

Johtopäätökset

Tutkimuksen tulokset osoittavat, että ravitsemusneuvontaan liittyvät tilanteet ovat aptekeissa yleisiä ja farmasian ammattilaiset kokevat neuvonnan olevan osa sairauksien ja terveydentilojen kokonaishoitoa. Ravitsemusneuvonnan antamisen esteeksi koettiin osaamisen puute, joten valmiuksia antaa ravitsemusneuvontaa voidaan edelleen vahvistaa koulutuksella. Aptekeissa olevaa asiantuntijuutta tulisi jatkossa hyödyntää paremmin asiakkaiden kokonaisvaltaiseen terveyden edistämiseen.

Avainsanat: farmaseutti, proviisori, apteekki, ravitsemusneuvonta, kyselytutkimus

Johdanto

Apteekkitoiminnan eettisissä ohjeissa apteekkien tehtäviin luetaan lääkehuollosta huolehtimisen lisäksi myös terveyden edistämiseen liittyvä neuvonta ja ohjaus sekä asiakkaan kannustaminen oman terveyden hoitamiseen (1). Myös terveydenhuoltolain (2) mukaan kaikkiin terveydenhuollon palveluihin tulee sisällyttää terveysneuvontaa, jonka tavoitteena on terveyden edistäminen. Terveydenhuoltolaissa terveyden edistämiseksi kuvataan esimerkiksi sairauksien ja terveysongelmien ehkäiseminen sekä mielenterveyden vahvistaminen. Ravitsemus liittyy kiinteästi terveyden edistämiseen ja oman terveyden hoitamiseen kannustamiseen, joten farmasian ammattilaisilla on tärkeä rooli asiakkaiden kokonaisvaltaisen ravitsemustilan huomioimisessa.

Aikaisempien tutkimusten perusteella apteekeissa annetaan ravitsemusneuvontaa esimerkiksi diabetekseen, ylipainoon, korkeaan verenpaineeseen, ikääntymiseen, lasten ravitsemukseen ja raskauden aikaiseen ravitsemukseen liittyen terveyden edistämisen ja sairauksien hoidon näkökulmasta (3–6). Lisäksi apteekeissa neuvotaan lääkkeiden ja ruoan välisistä yhteisvaikutuksista (4). Apteeekeissa työskentelevien farmasian ammattilaisten on raportoitu kokevan ravitsemusneuvonnan olevan tärkeä osa heidän työnkuvaansa (3,4,7,8). Epävarmuus omista kyvyistä (3) ja kiire (8) ovat kuitenkin voineet olleet esteenä neuvonnan antamiselle.

Ravitsemussuosituksilla pyritään vaikuttamaan väestön terveyteen, ja ne ovat osa kansanterveyttä (9). Ravitsemuksella on tärkeä merkitys monien sairauksien ehkäisyssä ja riskitekijöiden lääkkeettömässä hoidossa (10). Ravitsemus on yksi tärkeimmistä keinoista ehkäistä kansansairauksia, ja suuri osa työikäisten kroonisista sairauksista olisi ennaltaehkäistävissä ravitsemuksella (11). Maailmanlaajuisesti tarkasteltuna erityisesti runsas suolan käyttö sekä vähäinen täysjyväviljojen ja hedelmien kulutus ovat merkittäviä ruokavalioon liittyviä riskitekijöitä, jotka on yhdistetty kuolleisuuteen ja elämänlaadun laskuun (12). Nämä samat riskitekijät ovat pysyneet muuttumattomina jo lähes 30 vuoden ajan. Terveellisen ruokavalion merkitys sairauksien ennalta-

ehkäisyssä ja hoidossa näkyy myös Käypä hoito-suosituksissa (13–17).

Laillistetuilla ravitsemusterapeuteilla on ravitsemushoitoon ja -terapiaan erikoistuneen yliopistokoulutuksen vuoksi oikeus käyttää Valviran myöntämää ammattinimikettä ja toimia laillistettuina terveydenhuollon ammattihenkilönä (18). Vähäiset resurssit kuitenkin vaikeuttavat potilaiden pääsyä ravitsemusterapeuttien vastaanotolle julkisessa terveydenhuollossa (19). Osa väestöstä voisi hyötyä suppeastakin, apteekeissa annettavasta ravitsemusneuvonnasta. Apteekki on terveydenhuollon käytetyin lähipalvelu sen helpon saatavuuden vuoksi, ja apteekkikäyntejä on huomattavasti enemmän verrattuna muihin terveydenhuollon käynteihin (20,21). Farmasian ammattilaiset voisivatkin omalla osaamisellaan tukea asiantuntijapalveluita osana terveydenhuoltoa ja löytää keinot laajemmasta ohjauksesta hyötyvien asiakkaiden tunnistamiseen ja eteenpäin ohjaamiseen terveydenhuollossa. Suomessa ei tiettävästi aikaisemmin ole tutkittu apteekeissa annettavaa ravitsemusneuvontaa tai apteekeissa työskentelevien farmasian ammattilaisten asenteita ja mielipiteitä neuvonnan antamisesta.

Tämän tutkimuksen tavoitteena oli selvittää ravitsemusneuvonnan tämänhetkistä tilannetta ja yleisyyttä suomalaisissa apteekeissa. Lisäksi tavoitteena oli tutkia apteekeissa työskentelevien farmasian ammattilaisten kokemuksia, mielipiteitä ja asenteita ravitsemusneuvonnan antamisesta sekä siihen mahdollisesti liittyviä haasteita ja kehitysehdotuksia. Tässä tutkimuksessa apteekeissa annettavalla ravitsemusneuvonnalla tarkoitetaan kaiken tasoista ohjausta, jonka tavoitteena on asiakkaan ravitsemustilan parantaminen. Neuvonta voi olla hyvinkin kevyttä, esimerkiksi ravitsemusasioiden puheeksi ottamista asiakkaan kanssa, ajatusten herättelyä tai tukea ravitsemukseen liittyen, mutta sillä voi olla asiakkaan ravitsemuksen kannalta suurikin merkitys.

Aineisto ja menetelmät

Tutkimus toteutettiin sähköisenä kyselynä (Webropol 3.0) apteekeissa työskenteleville farmaseuteille ja proviisoreille syksyllä 2022. Sähköiseen kyselyyn päädyttiin, koska se on

nopea ja edullinen tapa kerätä tietoa suurel-takin ihmisjoukolta (22). Lisäksi tutkimuksen kohderyhmä on helposti saavutettavissa sähköisesti. Kutsu tutkimukseen lähetettiin Suomen Farmasialiiton ja Suomen Proviisoriyhdistyksen sähköisen uutiskirjeen kautta farmasian ammattilaisille. Suomen Farmasialiitto kohdensi uutiskirjeen apteekeissa työskenteleville jäsenilleen, ja Suomen Proviisoriyhdistys lähetti kutsun kaikille uutiskirjeensä tilanneille. Kutsu sisälsi linkin, josta vastaaja pääsi lukemaan saatekirjeen ja tutkimustiedotteen sekä vastamaan kyselyyn (**Liite 1**). Kutsun osallistua tutkimukseen sai yhteensä 4 391 farmasian ammattilaista. Kysely oli avoinna neljä viikkoa (07.11.2022–04.12.2022), jonka aikana lähetettiin yksi muistutusviesti. Kyselyyn oli mahdollista vastata suomeksi tai ruotsiksi. Kaikki kirjoittajat vastasivat tutkimusasetelman ja kyselylomakkeen suunnittelusta sekä aineiston keräämisestä.

Kyselylomake

Kyselylomake sisälsi yhteensä 31 kysymystä, joista 29 oli strukturoitua monivalintakysymystä ja kaksi avointa kysymystä (**Liite 1**). Toinen, lomakkeen lopussa oleva avoin kysymys oli tarkoitettu vapaille kommenteille, eikä sitä raportoida tässä artikkelissa, koska se ei tuonut tutkimuksen kannalta uutta tietoa. Lomake suunniteltiin aikaisempien tutkimusten (4,5,8) sekä tutkimusryhmän asiantuntijuuden ja kokemuksen perusteella. Ennen varsinaista pilotointia tutkimuslomakkeiden (kyselylomake, saatekirje ja tutkimustiedote) toimivuus testattiin Itä-Suomen yliopiston tutkijoilla ja proviisoriopiskelijoilla. Varsinainen tutkimuslomakkeiden pilotointi toteutettiin yhdessä apteekissa (n = 24). Pilotin perusteella lomakkeen kysymyksiin ja vastausvaihtoehtoihin tehtiin pieniä muutoksia. Pilottien vastauksia ei sisällytetty tutkimusaineistoon.

Taustatiedot (sukupuoli, ikä, työkokemus farmaseuttisissa tehtävissä, nykyinen työnimike, apteekin reseptuuri, apteekin sijainti ja ravitsemukseen liittyvä koulutus) kysyttiin strukturoiduilla kysymyksillä. Taustatietojen lisäksi lomakkeella kysyttiin seuraavia teemoja: ravitsemusneuvonnan yleisyys apteekeissa, eri ikäryhmiin ja aihealueisiin liittyvän neuvonnan yleisyys, tiedonhakukanavat

ravitsemukseen liittyen, ravitsemusneuvontaan liittyvät aihealueet apteekissa, vastaajien valmiudet ja esteet neuvonnan antamiselle sekä kehitysehdotukset valmiuksien parantamiseksi.

Lomakkeen alussa kysyttiin ”Kuinka usein neuvot asiakasta apteekissa ravitsemukseen liittyvissä asioissa?”. Jos vastaaja vastasi, että ei koskaan neuvo asiakasta ravitsemukseen liittyvissä asioissa, hänelle aukesi kysymys ravitsemusneuvontaa estävistä tekijöistä. Tämän jälkeen lomake ohjasi vastaajan kyselyn viimeiselle sivulle vastaamaan avoimeen kysymykseen siitä, mitkä tekijät edistäisivät tai tukisivat ravitsemusneuvonnan antamista apteekissa.

Neuvonnan yleisyyttä eri ikäryhmille selvitettiin kysymyksellä: ”Kuinka usein kohtaamasi ravitsemusneuvontatilanteet koskevat seuraavia ikäryhmiä?”. Ikäryhmät oli jaettu neljään: Lapset (Alakouluikäiset ja nuoremmat); Nuoret; Aikuiset ja Iäkkäät. Neuvonnan yleisyys luokiteltiin viiteen ryhmään: Päivittäin; Viikoittain; Kuukausittain; Harvemmin kuin kuukausittain ja Ei koskaan.

Annettua ravitsemusneuvontaa eri aihealueissa selvitettiin kysymyksellä: ”Oletko antanut ravitsemusneuvontaa seuraavista aihealueista apteekissa?”. Eri aihealueita oli yhteensä 17 (syöpäsairaudet, allergiat, iho-ongelmat, urheilu, erityisruokavaliot, haavanhoito, painonhallinta, raskaus, muistisairaudet, sydän- ja verisuonisairaudet, tyyppin 1 diabetes, tyyppin 2 diabetes, ruoansulatuskanavan häiriöt, mielenterveys, ruokavalio ennen toimenpiteitä, huoli iäkkään ravitsemuksesta ja ravintolisät). Lisäksi vastaaja pystyi lisäämään 1–5 muuta aihealuetta, mikäli sopivaa vaihtoehtoa ei ollut lomakkeella. Jokaisen valmiiksi annetun aihealueen kohdalla vastausvaihtoehtoina olivat 1 = Kyllä ja 2 = En. Mikäli vastaaja vastasi antaneensa ravitsemusneuvontaa kyseisestä aihealueesta, hänelle avautui vastausvaihtoehdot neuvontaa edistävästä syistä. Mikäli vastaaja vastasi, että ei ole antanut ravitsemusneuvontaa kyseisestä aihealueesta, hänelle avautuivat vastausvaihtoehdot neuvontaa estävistä syistä. Vastaajaa pyydettiin valitsemaan ravitsemusneuvontaa edistävästä ja estävistä tekijöistä merkittävintä. Vastaajia pyydettiin myös valitsemaan samoista 17 aihealu-

eesta kolme, joista he ovat yleisimmin antaneet neuvontaa, ja järjestämään nämä aihealueet (1 = yleisin jne.).

Aineiston analysointi

Aineisto analysoitiin SPSS for Mac tilasto-ohjelmalla (IBM® versio 27.0). Strukturoitujen kysymysten analyysissa käytettiin frekvenssejä, prosenttiosuuksia ja keskiarvoja. Avoimet vastaukset luokiteltiin vapaamuotoisella aineistolähtöisellä teemoittelulla (23). Teemoittelussa samansisältöiset vastaukset luokiteltiin SPSS-tilasto-ohjelmassa asiasisällön perusteella, minkä jälkeen luokka koodattiin määrällistä analyysia varten. Strukturoitujen kysymysten avoimet vastaukset teemoiteltiin niin ikään asiasisällöittäin. Eri ikäryhmiä ja ravitsemusneuvontatilanteiden yleisyyttä käsittelevissä kysymyksissä vastauksista muodostettiin summamuuttujat antamalla vaihtoehdoille arvosanat. Tämän jälkeen arvosanat kerrottiin vastausten määrällä. Eri ikäryhmiä käsitelleessä kysymyksessä arvosanat annettiin 1–5 (5 = päivittäin, 4 = viikoittain, 3 = kuukausittain, 2 = harvemmin kuin kuukausittain, 1= ei koskaan) ja eri ravitsemusneuvontatilanteiden yleisyyttä käsitelleessä kysymyksessä 1–3 (3 = yleisin, 2 = toiseksi yleisin, 1 = kolmanneksi yleisin). Summamuuttujista laskettiin keskiarvot ja näitä keskiarvoja vertailtiin keskenään.

Tutkimuksen eettisyys

Tutkimus ei sisältynyt niihin ei-lääketieteellisiin ihmisiin kohdistuviin tutkimusasetelmiin, joilta edellytetään eettinen ennakoarviointi (24). Tutkimukseen osallistuminen oli vapaaehtoista ja kyselyyn vastaajilta pyydettiin tietoinen suostumus vastausten käyttämiseen tutkimustarkoituksessa. Tutkimuksessa kerättiin epäsuoria tunnistetietoja, joiden käsittelyssä noudatettiin tietosuojalainsäädäntöä (25,26). Tutkimusryhmällä ei ollut pääsyä rekistereihin, eivätkä tutkimusryhmän jäsenet tienneet niiden henkilöiden henkilöllisyyttä, joille kysely lähetettiin.

Tulokset

Kyselyyn vastasi 148 farmasian ammattilaista. Kuusi lomaketta jätettiin analyysin ulkopuo-

lelle, koska yksi vastaaja ei antanut suostumusta tietojensa tallentamiseen, neljä ei työskennellyt vastaushetkellä apteekissa ja yhden vastaajan vastauksista ainoastaan taustatiedot olivat tallentuneet. Lopullinen aineisto koostui 142 vastauksesta. Suurin osa vastaajista oli naisia (92 %, n = 131). Kyselyyn vastanneista 89 % (n = 126) oli farmaseutteja ja 11 % (n = 16) proviisoreja. Farmaseutiksi valmistuneita proviisoriopiskelijoita oli neljä, ja heidät sisällytettiin analyysissa farmaseuttien ryhmään. Vastaajista 84 % (n = 119) oli saanut koulutusta ravitsemukseen liittyen. Vastaajien taustatiedot on esitetty **Taulukossa 1**.

Ravitsemusneuvontaa annetaan yleisesti apteekissa

Lähes kaikki vastaajat (99 %, n = 140) ilmoittivat neuvovansa asiakkaita apteekissa ravitsemukseen liittyvissä asioissa ainakin joskus (**Kuva 1**). Yli puolet (60 %, n = 84) ilmoitti antavansa ravitsemusneuvontaa vähintään viikoittain. Kaksi vastaajaa (1 %) ilmoitti, että eivät koskaan anna ravitsemusneuvontaa apteekissa. Vastaajien kohtaamat ravitsemusneuvontatilanteet liittyivät yleisimmin iäkkäille annettavaan neuvontaan (**Kuva 2**).

Suurin osa vastaajista oli antanut ravitsemusneuvontaa ruoansulatuskanavan häiriöihin (96 %, n = 134) ja ruokavalioon ennen toimenpiteitä (94 %, n = 132) liittyen (**Kuva 3, Taulukko 2**). Nämä olivat myös vastaajien raportoimat yleisimmät ravitsemusneuvontaan liittyvät aihealueet apteekissa. Yli 75 % vastaajista oli antanut ravitsemusneuvontaa sydän- ja verisuonisairauksiin (76 %, n = 106), tyypin 2 diabetekseen (79 %, n = 110), iäkkäiden ravitsemukseen (86 %, n = 120) ja ravintolisiin (89 %, n = 125) liittyen. Sen sijaan ravitsemusneuvontaa mielenterveyteen liittyen oli antanut 16 % (n = 22) vastaajista.

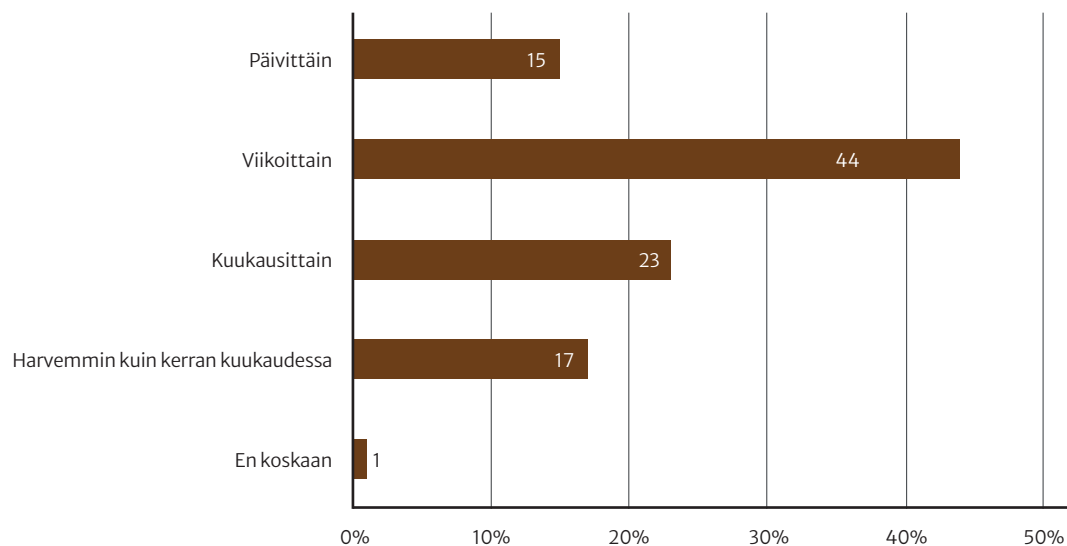
Ravitsemusneuvonta koetaan osaksi asiakkaan kokonaishoitoa

Yleisimmin ravitsemusneuvontaa edistäväksi tekijäksi eri sairauksissa ja terveydentiloissa koettiin ravitsemusneuvonnan kuuluminen osaksi asiakkaan kokonaishoitoa (**Taulukko 2**). Lisäksi vastaajien mukaan asiakkaiden kysymykset aiheesta edistävät ravitsemusneuvonnan antamista.

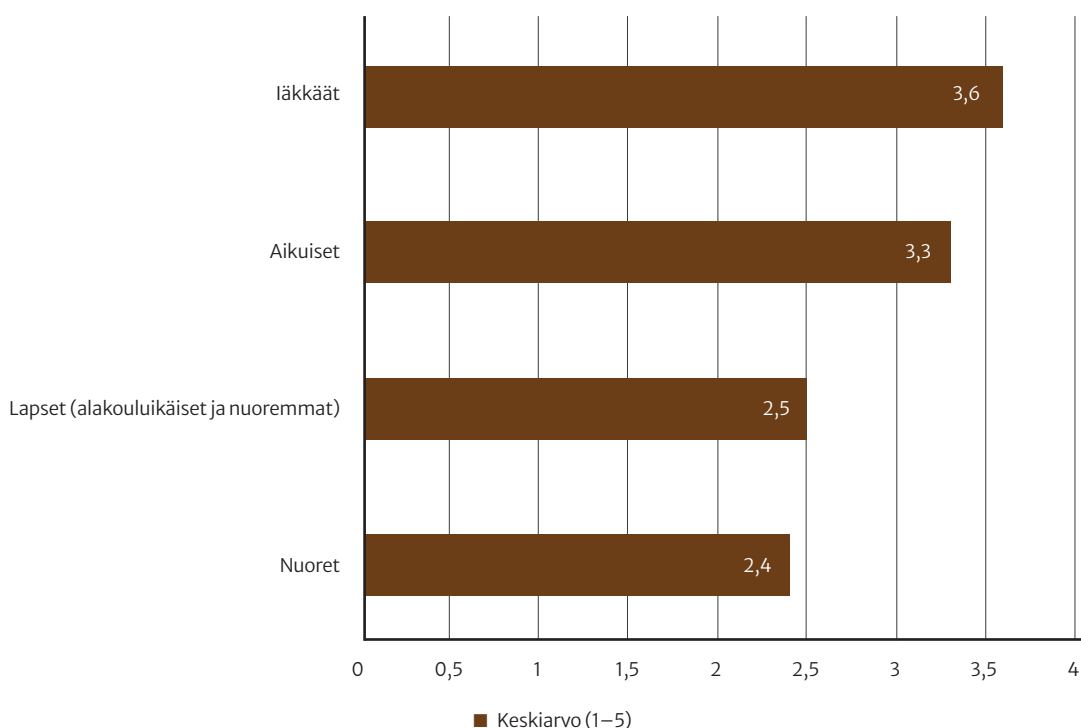
Taulukko 1. Apteekkeissa annettavaan ravitsemusneuvontaan liittyvään kyselyyn vastanneiden farmaseuttien ja proviisorien taustatiedot (n = 142).

	% (n)
Sukupuoli Nainen Mies Muu/En halua kertoa	92 (131) 5 (7) 3 (4)
Ikä (vuosina) < 25 25–35 36–45 46–55 > 56	2 (3) 24 (34) 26 (36) 30 (43) 18 (26)
Työkokemus farmaseuttisissa tehtävissä kaikilla työskentelysektoreilla (vuosina) < 5 5–10 11–20 21–30 > 31	13 (18) 16 (23) 32 (45) 25 (36) 14 (20)
Nykyinen työnimike Farmaseutti Proviisori	89 (126) 11 (16)
Minkälaista koulutusta olet saanut ravitsemukseen liittyen?¹ Farmaseutin/proviisorin tutkintoon kuuluva pakollinen opintojakso Lääkeyrityksen tai muun yhteistyökumppanin tarjoama koulutus Farmaseutin/proviisorin tutkintoon kuuluva valinnainen opintojakso Farmasian oppimiskeskuksen järjestämä koulutus Työpaikalla järjestetty koulutus tai kurssi Muu yksittäinen korkeakouluopintojakso (esim. avoin yliopisto, ammattikorkeakoulu) Muu korkeakouluopintokokonaisuus (esim. avoimen yliopiston tai ammattikorkeakoulun perus- tai aineopinnot) Tutkimoperusteiset ravitsemustieteeseen tai elintarviketieteeseen liittyvät yliopistokoulutukset (kandidaatin tai maisterin tutkinto) Joku muu lisäkoulutus (esim. ravintovalmentaja) En ole käynyt mitään ravitsemukseen liittyvää koulutusta (loppuun)	56 (79) 42 (59) 16 (22) 14 (20) 14 (20) 9 (12) 7 (10) 1 (2) 8 (11) 16 (23)
Minkä kokoisessa apteekissa työskentelet tällä hetkellä (reseptiä/vuosi)? < 40 000 40 000–100 000 100 001–200 000 > 200 000 Työskentelen useassa eri kokoisessa apteekissa En tiedä reseptien määrää/vuosi	8 (11) 38 (54) 33 (47) 12 (17) 8 (11) 1 (2)
Apteekin sijainti Etelä-Suomi Lounais-Suomi Itä-Suomi Länsi- ja Sisä-Suomi Pohjois-Suomi Lappi Ahvenanmaa Työskentelen usealla eri alueella	32 (45) 9 (12) 18 (26) 31 (44) 7 (10) 1 (2) 1 (1) 1 (2)

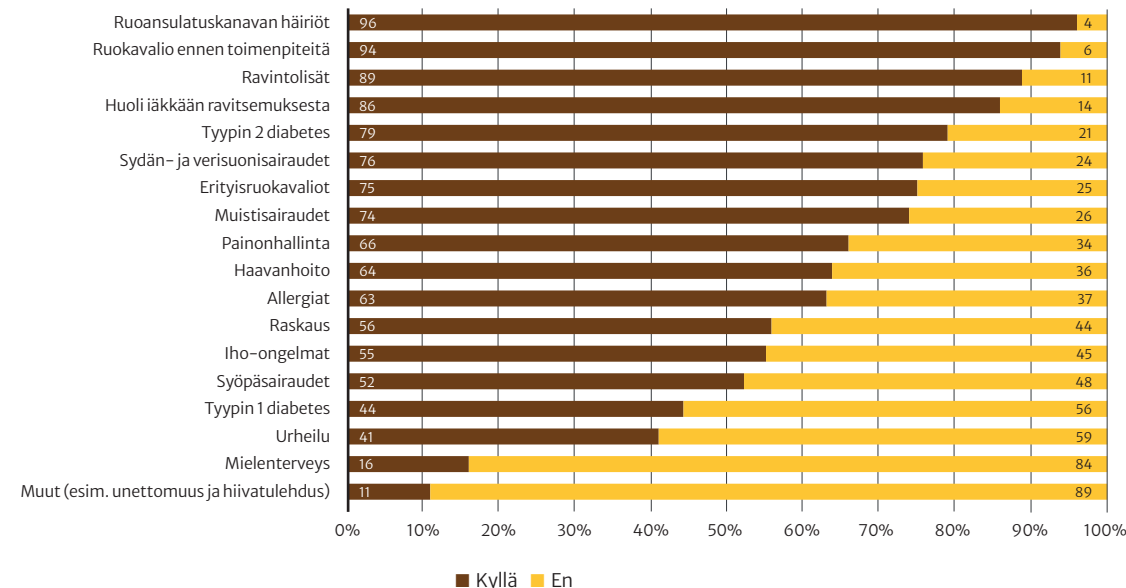
¹ Kysymyksessä oli mahdollista valita yksi tai useampi vaihtoehto.



Kuva 1. Ravitsemukseen liittyvien neuvontatilanteiden yleisyys apteekissa (n = 142).



Kuva 2. Ravitsemusneuvonnan yleisyys eri ikäryhmissä (n = 140). Yleisyydelle on annettu arvo 1–5 (5 = päivittäin, 4 = viikoittain, 3 = kuukausittain, 2 = harvemmin kuin kuukausittain, 1 = ei koskaan).



Kuva 3. Ravitsemusneuvonnan antaminen eri aihealueista apteekissa (n = 140).

Vastaajien raportoima yleisin ravitsemusneuvontaa estävä syy oli osaamisen puute (**Taulukko 2**). Sen sijaan painonhallintaan liittyen yleisimmäksi estäväksi syyksi nousi aiheen arkaluontoisuus, vaikkakin painonhallintaan liittyvä ravitsemusneuvonta koettiin osaksi asiakkaan kokonaishoitoa. Merkittävimmäksi raskaana olevien ravitsemusneuvontaa estäväksi syyksi vastaajat kokivat, että neuvonnasta hyötyviä asiakkaita ei kohdata apteekissa, mutta raskaana olevia kuitenkin neuvotaan asiakkaan kysyessä asiasta.

Koulutus edistäisi ravitsemusneuvonnan antamista apteekissa

Kyselylomakkeen lopussa olleeseen avoimeen kysymykseen ravitsemusneuvonnan edistämistä apteekissa vastattiin 114:ssä (81 %) lomakkeessa. Eniten vastauksia annettiin koulutukseen (73 %, n = 83) sekä asiakkaille tarjottaviin ja neuvontaa tukeviin materiaaleihin (25 %, n = 28) liittyen. Vastaajat kokivat, että

käytännönläheistä opetusta ravitsemuksesta ja sen vaikutuksista eri sairauksiin tulisi sisältyä sekä perus- että täydennyskoulutukseen. Myös ravitsemusasioiden puheeksi ottamiseen toivottiin koulutusta. Vastaajien mielestä sekä sähköiset että aihealueittain luokitellut, painetut materiaalit tukisivat ravitsemusneuvonnan antamista apteekissa. Asiakkaalle jaettavien näytteiden ja esitteiden koettiin helpottavan neuvonnan aloitusta ja aiheen puheeksi ottamista sekä myös muistuttavan asiakasta neuvontatilanteen jälkeen.

Tietoa ravitsemukseen liittyen etsitään monipuolisesti

Vastaajat raportoivat hakevansa tietoa asiakastilanteesta yleisimmin Käypä hoito- suosituksista (51 %, n = 71) (**Taulukko 3**). Vastaajista 45 % (n = 63) haki tietoa Terveystietokannasta, 44 % (n = 62) potilasyhdistysten- tai järjestöjen internetsivuilta ja 42 % (n = 59) Ruokaviraston ravitsemus- ja ruokasuosituksista.

Taulukko 2. Apteekissa työskentelevien farmasian ammattilaisten kohtaamat ravitsemusneuvontatilanteet sekä neuvontaa edistävien ja estävien tekijöiden jakautuminen (n = 140).

Sairaus tai terveydentila		%(n) ¹		%(n) ²
Ruoansulatuskanavan häiriöt	Olen antanut neuvontaa Neuvontaa edistävät tekijät • Neuvonta osa kokonaishoittoa • Asiakkaat kysyvät aiheesta • Minulla on riittävästi osaamista • Helppo ottaa puheeksi • Helposti saatavilla materiaalia • Muu, mikä? ⁴	96 (134) 40 (56) 18 (25) 22 (31) 13 (18) 2 (3) 1 (1)	En ole antanut neuvontaa Neuvontaa estävät tekijät • Ei osaamista tunnistaa tilanteita • Tunnistaisin, mutta en kohtaa tilanteita • Olen tunnistanut, mutta ei osaamista • Olen tunnistanut, mutta aihe arkaluonteinen • Neuvonta ei kuulu tehtäviini • Muu, mikä? ⁵	4 (6) 1 (1) 1 (1) 2 (3) 0 0 1 (1)
Ruokavaliio ennen toimenpiteitä	Olen antanut neuvontaa Neuvontaa edistävät tekijät • Neuvonta osa kokonaishoittoa • Asiakkaat kysyvät aiheesta • Minulla on riittävästi osaamista • Helppo ottaa puheeksi • Helposti saatavilla materiaalia • Muu, mikä? ⁴	94 (132) 31 (43) 30 (42) 12 (17) 9 (12) 12 (17) 1 (1)	En ole antanut neuvontaa Neuvontaa estävät tekijät • Ei osaamista tunnistaa tilanteita • Tunnistaisin, mutta en kohtaa tilanteita • Olen tunnistanut, mutta ei osaamista • Olen tunnistanut, mutta aihe arkaluonteinen • Neuvonta ei kuulu tehtäviini • Muu, mikä? ⁵	6 (8) 0 1 (1) 4 (5) 0 1 (2) 0
Ravintolisät	Olen antanut neuvontaa Neuvontaa edistävät tekijät • Neuvonta osa kokonaishoittoa • Asiakkaat kysyvät aiheesta • Minulla on riittävästi osaamista • Helppo ottaa puheeksi • Helposti saatavilla materiaalia • Muu, mikä? ⁴	89 (125) 24 (34) 35 (49) 14 (20) 12 (17) 4 (5) 0	En ole antanut neuvontaa Neuvontaa estävät tekijät • Ei osaamista tunnistaa tilanteita • Tunnistaisin, mutta en kohtaa tilanteita • Olen tunnistanut, mutta ei osaamista • Olen tunnistanut, mutta aihe arkaluonteinen • Neuvonta ei kuulu tehtäviini • Muu, mikä? ⁵	11 (15) 1 (2) 2 (3) 4 (6) 0 1 (2) 2 (3)
Huoli iäkkään ravitsemuksesta	Olen antanut neuvontaa Neuvontaa edistävät tekijät • Neuvonta osa kokonaishoittoa • Asiakkaat kysyvät aiheesta • Minulla on riittävästi osaamista • Helppo ottaa puheeksi • Helposti saatavilla materiaalia • Muu, mikä? ⁴	86 (120) 36 (50) 25 (35) 11 (15) 6 (8) 9 (12) 0	En ole antanut neuvontaa Neuvontaa estävät tekijät • Ei osaamista tunnistaa tilanteita • Tunnistaisin, mutta en kohtaa tilanteita • Olen tunnistanut, mutta ei osaamista • Olen tunnistanut, mutta aihe arkaluonteinen • Neuvonta ei kuulu tehtäviini • Muu, mikä? ⁵	14 (20) 4 (5) 1 (2) 5 (7) 1 (2) 1 (2) 1 (2)
Tyypin 2 diabetes	Olen antanut neuvontaa Neuvontaa edistävät tekijät • Neuvonta osa kokonaishoittoa • Asiakkaat kysyvät aiheesta • Minulla on riittävästi osaamista • Helppo ottaa puheeksi • Helposti saatavilla materiaalia • Muu, mikä? ⁴	79 (110) 38 (53) 13 (18) 10 (14) 9 (12) 9 (13) 0	En ole antanut neuvontaa Neuvontaa estävät tekijät • Ei osaamista tunnistaa tilanteita • Tunnistaisin, mutta en kohtaa tilanteita • Olen tunnistanut, mutta ei osaamista • Olen tunnistanut, mutta aihe arkaluonteinen • Neuvonta ei kuulu tehtäviini • Muu, mikä? ⁵	21 (30) 3 (4) 4 (6) 9 (12) 3 (4) 2 (3) 1 (1)
Sydän- ja verisuonisairaudet	Olen antanut neuvontaa Neuvontaa edistävät tekijät • Neuvonta osa kokonaishoittoa • Asiakkaat kysyvät aiheesta • Minulla on riittävästi osaamista • Helppo ottaa puheeksi • Helposti saatavilla materiaalia • Muu, mikä? ⁴	76 (106) 38 (53) 14 (19) 6 (9) 9 (12) 9 (13) 0	En ole antanut neuvontaa Neuvontaa estävät tekijät • Ei osaamista tunnistaa tilanteita • Tunnistaisin, mutta en kohtaa tilanteita • Olen tunnistanut, mutta ei osaamista • Olen tunnistanut, mutta aihe arkaluonteinen • Neuvonta ei kuulu tehtäviini • Muu, mikä? ⁵	24 (34) 3 (4) 4 (6) 9 (13) 4 (6) 3 (4) 1 (1)
Eritysruokavaliot	Olen antanut neuvontaa Neuvontaa edistävät tekijät • Neuvonta osa kokonaishoittoa • Asiakkaat kysyvät aiheesta • Minulla on riittävästi osaamista • Helppo ottaa puheeksi • Helposti saatavilla materiaalia • Muu, mikä? ⁴	75 (105) 15 (21) 35 (49) 16 (23) 3 (4) 6 (8) 0	En ole antanut neuvontaa Neuvontaa estävät tekijät • Ei osaamista tunnistaa tilanteita • Tunnistaisin, mutta en kohtaa tilanteita • Olen tunnistanut, mutta ei osaamista • Olen tunnistanut, mutta aihe arkaluonteinen • Neuvonta ei kuulu tehtäviini • Muu, mikä? ⁵	25 (35) 4 (5) 6 (9) 9 (12) 0 6 (9) 0
Muistisairaudet	Olen antanut neuvontaa Neuvontaa edistävät tekijät • Neuvonta osa kokonaishoittoa • Asiakkaat kysyvät aiheesta • Minulla on riittävästi osaamista • Helppo ottaa puheeksi • Helposti saatavilla materiaalia • Muu, mikä? ⁴	74 (104) 22 (31) 21 (29) 6 (9) 6 (9) 17 (24) 1 (2)	En ole antanut neuvontaa Neuvontaa estävät tekijät • Ei osaamista tunnistaa tilanteita • Tunnistaisin, mutta en kohtaa tilanteita • Olen tunnistanut, mutta ei osaamista • Olen tunnistanut, mutta aihe arkaluonteinen • Neuvonta ei kuulu tehtäviini • Muu, mikä? ⁵	26 (36) 3 (4) 2 (3) 14 (20) 3 (4) 1 (2) 2 (3)
Painonhallinta	Olen antanut neuvontaa Neuvontaa edistävät tekijät • Neuvonta osa kokonaishoittoa • Asiakkaat kysyvät aiheesta • Minulla on riittävästi osaamista • Helppo ottaa puheeksi • Helposti saatavilla materiaalia • Muu, mikä? ⁴	66 (93) 26 (36) 20 (28) 9 (12) 4 (6) 7 (10) 1 (1)	En ole antanut neuvontaa Neuvontaa estävät tekijät • Ei osaamista tunnistaa tilanteita • Tunnistaisin, mutta en kohtaa tilanteita • Olen tunnistanut, mutta ei osaamista • Olen tunnistanut, mutta aihe arkaluonteinen • Neuvonta ei kuulu tehtäviini • Muu, mikä? ⁵	34 (47) 1 (2) 4 (5) 4 (5) 19 (27) 4 (5) 2 (3)
Haavanhoido	Olen antanut neuvontaa Neuvontaa edistävät tekijät • Neuvonta osa kokonaishoittoa • Asiakkaat kysyvät aiheesta • Minulla on riittävästi osaamista • Helppo ottaa puheeksi • Helposti saatavilla materiaalia • Muu, mikä? ⁴	64 (89) 26 (37) 12 (17) 5 (7) 7 (10) 11 (16) 1 (2)	En ole antanut neuvontaa Neuvontaa estävät tekijät • Ei osaamista tunnistaa tilanteita • Tunnistaisin, mutta en kohtaa tilanteita • Olen tunnistanut, mutta ei osaamista • Olen tunnistanut, mutta aihe arkaluonteinen • Neuvonta ei kuulu tehtäviini • Muu, mikä? ⁵	36 (51) 9 (13) 4 (5) 21 (30) 0 1 (2) 1 (1)

Allergiat	Olen antanut neuvontaa Neuvontaa edistävät tekijät • Neuvonta osa kokonaishoittoa • Asiakkaat kysyvät aiheesta • Minulla on riittävästi osaamista • Helppo ottaa puheeksi • Helposti saatavilla materiaalia • Muu, mikä? ⁴	63 (88) 16 (22) 26 (36) 7 (10) 8 (11) 5 (7) 1 (2)	En ole antanut neuvontaa Neuvontaa estävät tekijät • Ei osaamista tunnistaa tilanteita • Tunnistaisin, mutta en kohtaa tilanteita • Olen tunnistanut, mutta ei osaamista • Olen tunnistanut, mutta aihe arkaluonteinen • Neuvonta ei kuulu tehtäviini • Muu, mikä? ⁵	37 (52) 7 (10) 11 (15) 15 (21) 0 2 (3) 2 (3)
Raskaus	Olen antanut neuvontaa Neuvontaa edistävät tekijät • Neuvonta osa kokonaishoittoa • Asiakkaat kysyvät aiheesta • Minulla on riittävästi osaamista • Helppo ottaa puheeksi • Helposti saatavilla materiaalia • Muu, mikä? ⁴	56 (79) 18 (25) 24 (33) 8 (11) 4 (5) 4 (6) 0	En ole antanut neuvontaa Neuvontaa estävät tekijät • Ei osaamista tunnistaa tilanteita • Tunnistaisin, mutta en kohtaa tilanteita • Olen tunnistanut, mutta ei osaamista • Olen tunnistanut, mutta aihe arkaluonteinen • Neuvonta ei kuulu tehtäviini • Muu, mikä? ⁵	44 (61) 3 (4) 13 (18) 11 (15) 4 (5) 9 (13) 4 (6)
Iho-ongelmat	Olen antanut neuvontaa Neuvontaa edistävät tekijät • Neuvonta osa kokonaishoittoa • Asiakkaat kysyvät aiheesta • Minulla on riittävästi osaamista • Helppo ottaa puheeksi • Helposti saatavilla materiaalia • Muu, mikä? ⁴	55 (77) 13 (18) 24 (33) 6 (9) 8 (11) 1 (2) 3 (4)	En ole antanut neuvontaa Neuvontaa estävät tekijät • Ei osaamista tunnistaa tilanteita • Tunnistaisin, mutta en kohtaa tilanteita • Olen tunnistanut, mutta ei osaamista • Olen tunnistanut, mutta aihe arkaluonteinen • Neuvonta ei kuulu tehtäviini • Muu, mikä? ⁵	45 (63) 14 (20) 8 (11) 20 (28) 1 (1) 1 (2) 1 (1)
Syöpäsairaudet	Olen antanut neuvontaa Neuvontaa edistävät tekijät • Neuvonta osa kokonaishoittoa • Asiakkaat kysyvät aiheesta • Minulla on riittävästi osaamista • Helppo ottaa puheeksi • Helposti saatavilla materiaalia • Muu, mikä? ⁴	52 (73) 13 (18) 29 (41) 2 (3) 2 (3) 4 (6) 1 (2)	En ole antanut neuvontaa Neuvontaa estävät tekijät • Ei osaamista tunnistaa tilanteita • Tunnistaisin, mutta en kohtaa tilanteita • Olen tunnistanut, mutta ei osaamista • Olen tunnistanut, mutta aihe arkaluonteinen • Neuvonta ei kuulu tehtäviini • Muu, mikä? ⁵	48 (67) 6 (8) 4 (6) 28 (39) 1 (1) 8 (11) 1 (2)
Tyypin 1 diabetes	Olen antanut neuvontaa Neuvontaa edistävät tekijät • Neuvonta osa kokonaishoittoa • Asiakkaat kysyvät aiheesta • Minulla on riittävästi osaamista • Helppo ottaa puheeksi • Helposti saatavilla materiaalia • Muu, mikä? ⁴	44 (61) 18 (25) 12 (17) 4 (6) 2 (3) 7 (10) 0	En ole antanut neuvontaa Neuvontaa estävät tekijät • Ei osaamista tunnistaa tilanteita • Tunnistaisin, mutta en kohtaa tilanteita • Olen tunnistanut, mutta aihe arkaluonteinen • Neuvonta ei kuulu tehtäviini • Muu, mikä? ⁵	56 (79) 6 (9) 9 (13) 27 (38) 2 (3) 9 (13) 2 (3)
Urheilu	Olen antanut neuvontaa Neuvontaa edistävät tekijät • Neuvonta osa kokonaishoittoa • Asiakkaat kysyvät aiheesta • Minulla on riittävästi osaamista • Helppo ottaa puheeksi • Helposti saatavilla materiaalia • Muu, mikä? ⁴	41 (58) 9 (12) 16 (22) 6 (8) 7 (10) 3 (4) 1 (2)	En ole antanut neuvontaa Neuvontaa estävät tekijät • Ei osaamista tunnistaa tilanteita • Tunnistaisin, mutta en kohtaa tilanteita • Olen tunnistanut, mutta ei osaamista • Olen tunnistanut, mutta aihe arkaluonteinen • Neuvonta ei kuulu tehtäviini • Muu, mikä? ⁵	59 (82) 13 (18) 13 (18) 19 (26) 1 (2) 12 (17) 1 (1)
Mielenterveys	Olen antanut neuvontaa Neuvontaa edistävät tekijät • Neuvonta osa kokonaishoittoa • Asiakkaat kysyvät aiheesta • Minulla on riittävästi osaamista • Helppo ottaa puheeksi • Helposti saatavilla materiaalia • Muu, mikä? ⁴	16 (22) 6 (9) 5 (7) 1 (2) 1 (2) 0 1 (2)	En ole antanut neuvontaa Neuvontaa estävät tekijät • Ei osaamista tunnistaa tilanteita • Tunnistaisin, mutta en kohtaa tilanteita • Olen tunnistanut, mutta ei osaamista • Olen tunnistanut, mutta aihe arkaluonteinen • Neuvonta ei kuulu tehtäviini • Muu, mikä? ⁵	84 (118) 23 (32) 6 (8) 29 (41) 14 (19) 9 (12) 4 (6)
Muut ³	Olen antanut neuvontaa Neuvontaa edistävät tekijät • Neuvonta osa kokonaishoittoa • Asiakkaat kysyvät aiheesta • Minulla on riittävästi osaamista • Helppo ottaa puheeksi • Helposti saatavilla materiaalia • Muu, mikä? ⁴	11 (16) 9 (13) 4 (5) 2 (3) 3 (4) 1 (1) 0		

¹Olen antanut ravitsemusneuvontaa kyseiseen aihealueeseen liittyen. Jos vastaaja vastasi antaneensa neuvontaa kyseisestä aihealueesta, hänelle aukesivat vaihtoehdot neuvontaa edistävästä tekijöistä. Alla edistävien syiden vastausten jakautuminen. Eniten edistänyt syy on lihavoitu ja ruskealla värillä.

²En ole antanut ravitsemusneuvontaa kyseiseen aihealueeseen liittyen. Jos vastaaja vastasi, että ei ole antanut neuvontaa kyseisestä aihealueesta, hänelle aukesivat vaihtoehdot neuvontaa estävistä tekijöistä. Alla estävien syiden vastausten jakautuminen. Eniten esteenä ollut syy on lihavoitu ja ruskealla värillä.

³Muissa aihealueissa kysyttiin vain edistäviä tekijöitä. Muita mainittuja aihealueita olivat mm. unettomuus ja hiivatulehdus.

⁴Muina edistävinä tekijöinä mainittu mm. apteekissa jaettava materiaali ja näytteet, omakohtainen kokemus ja resepti- ja itsehoitolääkkeiden toimittamisen yhteydessä tapahtuva neuvonta (n = 19).

⁵Muina estävinä tekijöinä mainittu mm. ravitsemuksen hyödyistä aihealueessa ei ole tarpeeksi näyttöä tai erityisohjeita ravitsemukseen liittyen ei tarvita ja ei ole ajatellut ravitsemusneuvonnan kuuluvan osaksi kyseisen aihealueen neuvontaa (n = 37).

Taulukko 3. Apteekkikyselyyn vastanneiden farmasian ammattilaisten käyttämät tiedonhakukanavat ravitsemusneuvontatilanteissa (n = 140).

Tiedonhakukanava	% (n) ¹
Käypä hoito –suositukset	51 (71)
Terveysportin tietokannat	45 (63)
Potilasyhdistysten- tai järjestöjen internetsivut	44 (62)
Ruokaviraston ravitsemus- ja ruokasuositukset	42 (59)
Internetin hakukone	39 (55)
Apteekista löytyvä kirjallinen tai sähköinen materiaali	29 (41)
Muualta (esim. valmistajien internetsivut)	6 (8)

¹Kysymyksessä oli mahdollista valita 1–3 vaihtoehtoa.

Pohdinta

Tämän tutkimuksen tulokset osoittavat, että ravitsemusneuvontaan liittyvät tilanteet ovat apteekeissa yleisiä ja farmasian ammattilaiset kokevat ravitsemusneuvonnan kuuluvan tärkeäksi osaksi eri sairauksien ja terveydentilojen hoitoa. Ikäryhmistä useimmin ravitsemusneuvontaa annettiin iäkkäille ja eri sairauksista ja terveydentiloista yleisimmin ruoansulatuskanavan häiriöihin ja ruokavalioon ennen toimenpiteitä liittyen. Yleisin ravitsemusneuvontaa estävä syy oli osaamisen puute.

Tässä tutkimuksessa nousi esiin, että yleisimmin ravitsemusneuvontatilanteet apteekeissa koskevat iäkkäitä. Monet vastaajat olivat antaneet neuvontaa tilanteissa, joissa heillä oli herännyt huoli iäkkäiden ravitsemuksesta ja jossa he kokivat neuvonnan kuuluvan osaksi asiakkaan kokonaishoitoa. Terveellisillä elintavoilla voi olla vaikutusta muistisairauksien ennaltaehkäisyssä (27), ja hyvä ravitsemus edesauttaa vanhusten toimintakykyä sekä mahdollistaa asumisen kotona pidempään (28). Apteekin farmaseuttinen henkilökunta saattaa olla ensimmäinen terveydenhuollon ammattiryhmä, joka havaitsee eri syistä joh-

tuvan vanhuksen ravitsemustilan heikentymisen, sillä palvelusuhde ikääntyneen asiakkaan kanssa on usein säännöllinen ja pitkäkestoinen.

Ruoansulatuskanavan häiriöihin ja ruokavalioon ennen toimenpiteitä liittyvät ravitsemusneuvontatilanteet olivat tämän tutkimuksen mukaan yleisiä apteekeissa ja ravitsemusneuvonta näissä tilanteissa koettiin osaksi kokonaishoitoa. Käypä hoito –suosituksessa suositellaan ravitsemukseen liittyviä lääkkeitömiä hoitoja ensisijaisena hoitomuotona ruoansulatuskanavan häiriöihin (29). Lisäksi tässä tutkimuksessa ravitsemusneuvontaa oli annettu yleisesti muun muassa diabetekseen sekä sydän- ja verisuonisairauksiin liittyen. Samankaltaisia tuloksia on raportoitu aikaisemminkin (4,5). Tämän tutkimuksen tulos voi kertoa myös siitä, että apteekeissa on asiantuntijuutta tukea ravitsemusneuvonnalla diabeteksen ja sydän- ja verisuonisairauksien hoitoa vallitsevien hoitosuositusten mukaisesti (13,17).

Mielenkiintoinen havainto tässä tutkimuksessa oli, että vain pieni osa vastaajista on antanut ravitsemusneuvontaa mielenterveyteen liittyen. Vastaajien mukaan osaamisen puute ja vaikeus tunnistaa tilanteita estävät neuvonnan

antamisen tästä aihepiiristä. Myös aiemmassa tutkimuksessa farmasian ammattilaiset raportoivat antavansa vähän ravitsemusneuvontaa psykiatristen sairauksien yhteydessä (4). Psykiatriisiin sairauksiin ja psyykenlääkkeisiin kuitenkin liittyy usein muutoksia ruokahalussa ja painossa (30). Terveelliset elintavat vähentävät mielenterveyspotilaiden somaattista sairastavuutta (31), ja depression Käypä hoito –suosituksessa terveellinen ruokavalio mainitaan yhtenä mielenterveyttä edistävänä ja masennusta ennaltaehkäisevänä tekijänä (15).

Yleisimmäksi ravitsemusneuvontaa edistäväksi tekijäksi vastaajat kokivat ravitsemusneuvonnan kuulumisen osaksi eri sairauksien ja terveydentilojen hoitoa. Myös asiakkaiden kysymykset edistivät neuvontaa apteekeissa, mikä on linjassa aikaisemman tutkimuksen kanssa (4). Toisaalta tutkimukseen osallistuneiden mielestä yleisin ravitsemusneuvontaa estävä syy tietyissä tilanteissa, kuten mielenterveyden hoidossa, oli osaamisen puute. Aiemman tutkimusnäytön perusteella ravitsemusneuvontaa annetaankin eniten tilanteissa, jossa neuvoja kokee osaavansa asian (5).

Yli puolet tähän tutkimuksen osallistuneista raportoi käyneensä tutkintonsa aikana ravitsemukseen liittyvän opintojakson. Tämä poikkeaa aikaisemmista farmasian ammattilaisille kohdennetuista tutkimuksista, joiden mukaan suurin osa ei ole saanut mitään ravitsemukseen liittyvää koulutusta tutkintonsa aikana (3,8,32). Lisäksi tämän tutkimukseen mukaan tietolähteitä hyödynnetään asiakastilanteessa neuvonnan tukena monipuolisesti. Apteekeissa on paljon potentiaalia hyödynnettäväksi, ja farmasian ammattilaisten laaja osaaminen tukee terveyden edistämistä apteekeissa. Näitä valmiuksia voitaisiin edelleen vahvistaa täydennyskoulutuksella ja tulevaisuudessa koulutuksen suunnittelussa tulisi kiinnittää huomiota osaamisen vahvistamiseen. Esimerkiksi aktiiviset ja osallistavat opetusmenetelmät on aikaisemmin koettu toimiviksi ravitsemukseen liittyvässä opetuksessa (33).

Hyvinvointialueiden valtionrahoitus hyvinvoinnin ja terveyden edistämistyöhön tulee vuodesta 2026 alkaen olemaan riippuvainen hyvinvointialueen toiminnasta terveyden edistämiseksi ja toiminnan tuloksellisuudesta (34). Ennaltaehkäisevään työhön, kuten esimerkiksi

liikunta- ja ravitsemusneuvontaan panostaminen auttaa myös hillitsemään sote-palveluiden kustannusten kasvua. Tiivis yhteistyö muun terveydenhuollon kanssa auttaisi selkeyttämään apteekkien roolia terveyden edistämisessä osana asiakkaan hoitopolkua. Apteekki voisi olla luonteva paikka tarjota matalan kynnyksen ravitsemusneuvontaa, koska erityisesti pitkäaikaissairaat tai säännöllistä lääkitystä tarvitsevat asiakkaat asioivat apteekeissa yleensä vähintään kolmen kuukauden välein. Yhteinen viestintäkanava apteekkien ja muun terveydenhuollon välillä helpottaisi yhteydenpitoa ja auttaisi laajemmasta ravitsemusneuvonnasta hyötyvien asiakkaiden ohjaamisessa eteenpäin terveydenhuollossa. Apteekeissa voitaisiin tunnistaa laajemmasta neuvonnasta hyötyviä asiakkaita esimerkiksi lyhyen, asiakkaan kanssa täytettävän tarkistuslistan avulla.

Jatkossa olisi hyödyllistä saada lisätietoa farmasian ammattilaisten valmiuksista, asenteista ja koulutustarpeita aiheeseen liittyen. Apteekeissa annettavaan ravitsemusneuvontaan kohdistuvia odotuksia tutkimalla saataisiin myös tärkeää tietoa apteekkien tarjoamien palveluiden tarpeesta. Näiden tietojen perusteella apteekkien tarjoamia palveluita voitaisiin paremmin kehittää osana sosiaali- ja terveydenhuoltoa.

Tutkimuksen vahvuudet ja heikkoudet
Tutkimuksen vahvuutena voidaan pitää sitä, että tämä on tiettävästi ensimmäinen tutkimus, joka on selvittänyt suomalaisten farmasian ammattilaisten antamaa ravitsemusneuvontaa, asenteita neuvonnan antamiseen sekä koulutustarpeita. Kysely lähetettiin Suomen Farmasialiiton ja Suomen Proviisoriyhdistyksen jäsenille ja siten saavutettiin tutkimuksen kannalta oikea kohderyhmä. Tutkijoilla ei ole tiedossa, kuinka monta vastaanottajaa tutkimuskutsu todellisuudessa saavutti, joten vastausprosenttia ei voida luotettavasti laskea. Alhaisen vastausmäärän vuoksi tuloksia ei voida myöskään sellaisenaan yleistää. Vastausten määrä on kuitenkin tyypillinen kyseisellä aineistonkeruumenetelmällä (21,35,36). Lisäksi on mahdollista, että kyselyyn ovat vastanneet henkilöt, jotka ovat kiinnostuneita aiheesta. Vaikka tutkimuksessa ei arvioitu osaamista aihepiiristä, aiheesta vähän tietävät

ovat silti saattaneet jättää vastaamatta. Kyse-lyssä ei käytetty validoituja mittareita, mutta kyselylomakkeen suunnittelussa hyödynnettiin aiempia tutkimuksia ja tutkimusryhmän asiantuntijuutta ja kokemusta. Lisäksi kyselylomake pilotoitiin oikealla kohderyhmällä. Tutkimustuloksia voidaan kuitenkin hyödyntää osana apteekkien täydennyskoulutuksen ja palveluiden suunnittelussa.

Johtopäätökset

Apteekeissa annetaan yleisesti ravitsemusneuvontaa, ja farmasian ammattilaiset kokevat ravitsemusneuvonnan olevan osa sairauksien ja terveydentilojen kokonaishoitoa. Ravitsemusneuvontaa annetaan yleisimmin iäkkäille sekä ruoansulatuskanavan häiriöihin ja ruokavaliioon ennen toimenpiteitä liittyen. Ravitsemusneuvonnan antamisen esteenä on useimmiten osaamisen puute, joten valmiuksia antaa ravitsemusneuvontaa tulisi edelleen vahvistaa koulutuksella. Apteekeissa olevaa asiantuntijuutta tulisi jatkossa hyödyntää paremmin asiakkaiden kokonaisvaltaiseen terveyden edistämiseen.

Summary

Nutrition counselling in pharmacies – a survey among pharmaceutical staff

Marianne Kouhia

Pharmacist

University of Eastern Finland, School of Pharmacy

Maria Lankinen

University lecturer, PhD, Adjutant Professor

(Nutrition), University of Eastern Finland,

Institute of Public Health and Clinical Nutrition

Jouko Savolainen

Director, PhD (Pharm), Adjutant Professor

University of Eastern Finland Pharmacy

Hanna Kauppinen*

Teaching Pharmacist, PhD (Pharm)

University of Eastern Finland, School of Pharmacy

hanna.kauppinen@uef.fi

**Correspondence*

Introduction

In addition to providing pharmaceutical care, pharmacy professionals have an important role in addressing the nutritional status of clients, as nutrition plays a role in the prevention of many diseases and the non-pharmacological treatment of risk factors. The aim of this study was to investigate the current situation and prevalence of nutrition counselling in Finnish pharmacies. In addition, the aim was to examine the experiences, opinions and attitudes of pharmacy professionals working in pharmacies regarding the provision of nutrition counselling, as well as any challenges and suggestions for improvement.

Material and methods

The survey was conducted as an electronic questionnaire to pharmacy professionals

working in pharmacies in the autumn of 2022. The invitation to the survey was sent via the electronic newsletter of the Finnish Pharmacy Association and the Finnish Pharmacists' Society. The results are presented as frequencies, percentages, and averages.

Results

The data consisted of 142 responses. Almost all respondents (99%, n = 140) reported that they provide counselling on nutrition-related issues at least sometimes. Counseling situations occurred most when serving the elderly. The majority of respondents had provided nutrition counselling on digestive disorders (96%, n = 134) and diet before operation (for example colonoscopy) (94%, n = 132). Nutrition counselling on dietary supplements (89%, n = 125), nutrition in the elderly (86 %, n = 86), type 2 diabetes (79%, n = 110) and cardiovascular diseases (76%, n = 106) was also common. In contrast, only 16% (n = 22) of respondents had provided nutrition counselling on mental health. The most common factors perceived as contributing to the provision of nutritional counselling for different diseases and health conditions were the inclusion of nutrition counselling as part of the client's overall care and the client's questions on the subject. The most common reason for not providing nutrition counselling was lack of knowledge. As suggestions for improving competence, respondents mentioned more training and the development of materials to support counselling.

Conclusions

The results of the survey show that nutrition counselling situations are common in pharmacies and that pharmacy professionals perceive counselling as part of the overall management of diseases and health conditions. Lack of skills was identified as a barrier to providing nutritional counselling, so the capacity to provide nutritional counselling can be further strengthened through training. The expertise in pharmacies should be better utilized in the future to promote the holistic health of pharmacy customers.

Keywords: pharmacist, pharmacy, nutrition counselling, survey

Sidonnaisuudet

Ei sidonnaisuuksia. Tutkimus ei ole saanut ulkopuolista rahoitusta.

Kiitokset

Kiitämme Suomen Farmasialiittoa ja Suomen Proviisoriyhdistystä avusta kyselylomakkeen jakamisesta. Kiitämme myös kaikkia kyselyyn vastanneita.

Viitteet

1. Suomen Apteekkariliitto ja Suomen Farmasialiitto. Apteekkitoiminnan eettiset ohjeet. Suomen Apteekkariliitto ja Suomen Farmasialiitto [Internet] 2019 (viitattu 14.3.2023). Saatavissa: www.farmasialiitto.fi/tyo-ja-ura/ohjeet-ammattilaiselle/apteekkitoiminnan-eettiset-ohjeet/
2. Terveystieteiden tutkimuskeskus (1326/2010) Helsinki: sosiaali- ja terveystieteiden ministeriö.
3. Douglas PL, McCarthy H, McCotter LE, Gallen S, McClean S, Gallagher AM, ym. Nutrition Education and Community Pharmacy: A First Exploration of Current Attitudes and Practices in Northern Ireland. *Pharmacy (Basel)*. 2019;7(1):27. <https://doi.org/10.3390/pharmacy7010027>
4. Medhat M, Sabry N, Ashoush N. Knowledge, attitude and practice of community pharmacists towards nutrition counseling. *Int J Clin Pharm*. 2020;42(6):1456–68. <https://doi.org/10.1007/s11096-020-01106-0>
5. Kizaki H, Ota T, Mashima S, Nakamura Y, Kiyokawa S, Kominato H, ym. Questionnaire survey investigation of the present status of dietetic consultation at community pharmacies from the perspectives of registered dietitians and pharmacists. *BMC Health Serv Res*. 2021;21(1):935. <https://doi.org/10.1186/s12913-021-06959-3>
6. Tommelein E, De Boevre M, Vanhie L, Van Tongelen I, Boussery K, De Saeger S: Revisiting the Food- and Nutrition-Related Curriculum in Healthcare Education: An Example for Pharmacy Education. *Pharmacy (Basel)*. 2021;9(2):104. <https://doi.org/10.3390/pharmacy9020104>
7. McClinchy J, Williams J, Gordon L, Cairns M, Fairey G: Dietary Advice and Collaborative Working: Do Pharmacists and Allied Health Professionals Other Than Dietitians Have a Role? *Healthcare (Basel)*. 2015;3(1):64–77. <https://doi.org/10.3390/healthcare3010064>
8. Alaziz N, Idris K: Assessment of the knowledge, attitude, and practice of sudanese community pharmacists, in Khartoum state, about positive lifestyle changes, nutrition and dietary supplements. *World J Pharm Res*. 2019;8(4):267–94. DOI: 10.20959/wjpr20194-14515
9. Valtion ravitsemus- neuvottelukunta: Terveystietä ruoasta – Suomalaiset ravitsemussuosituksien 2014. Helsinki [Internet] 2018 (viitattu 14.3.2023). Saatavissa: www.ruokavirasto.fi/globalassets/teemat/terveytta-edistava-ruokavalio/kuluttaja-ja-ammattilaismateriaali/julkaisut/ravitsemussuosituksien_2014_fi_web-versio_5.pdf
10. Mutanen M, Niinikoski H, Schwab U, Uusitupa M, toim. Ravitsemustiede. 8. painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim; 2021, s. 373–620.

11. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Yleistietoa kansantaudeista. [Internet] (viitattu 14.3.2023). Saatavissa: <https://thl.fi/aiheet/kansantaudit/yleistietoa-kansantaudeista>

12. Qiao J, Lin X, Wu Y, Huang X, Pan X, Xu J, ym. Global burden of non-communicable diseases attributable to dietary risks in 1990–2019. *J Hum Nutr Diet.* 2022;35(1):202–13. <https://doi.org/10.1111/jhn.12904>

13. Tyypin 2 diabetes. Käypä hoito –suositus. Suomalaisen Lääkäriseura Duodecimin, Suomen Sisätautilääkärin yhdistyksen ja Diabetesliiton Lääkärineuvoston asettama työryhmä. Helsinki. Suomalainen Lääkäriseura Duodecim [Internet] 2020 (viitattu 14.3.2023). Saatavissa: www.kaypahoito.fi

14. Muistisairaudet. Käypä hoito –suositus. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin, Societas Gerontologica Fennican, Suomen Geriatri-tyhdistyksen, Suomen Neurologisen Yhdistyksen, Suomen Psykogeriatrisen Yhdistyksen ja Suomen Yleislääketieteen Yhdistyksen asettama työryhmä. Helsinki. Suomalainen Lääkäriseura Duodecim [Internet] 2021 (viitattu 14.3.2023). Saatavissa: www.kaypahoito.fi

15. Depressio. Käypä hoito –suositus. Suomalaisen Lääkäriseura Duodecimin ja Suomen Psykiatriyhdistys ry:n asettama työryhmä. Helsinki. Suomalainen Lääkäriseura Duodecim [Internet] 2023 (viitattu 14.3.2023). Saatavissa: www.kaypahoito.fi

16. Lihavuus. Käypä hoito –suositus. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin, Suomen Lihavuustutkijat ry:n ja Suomen Lastenlääkärilyhdistys ry:n asettama työryhmä. Helsinki. Suomalainen Lääkäriseura Duodecim [Internet] 2023 (viitattu 14.3.2023). Saatavissa: www.kaypahoito.fi

17. Kohonnut verenpaine. Käypä hoito –suositus. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Verenpaineyhdistys ry:n asettama työryhmä. Helsinki. Suomalainen Lääkäriseura Duodecim [Internet] 2020 (viitattu 14.3.2023). Saatavissa: www.kaypahoito.fi

18. Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä (559/1994) Helsinki: sosiaali- ja terveystieteiden ministeriö.

19. Ravitsemusterapeuttien yhdistys Ry. Ravitsemusterapeutteja saatava vihdoin riittävästi terveystieteisiin. RTY:n ja Agronomiliiton yhteistiedote 21.5.2019. [Internet] Saatavissa: <https://rty.fi/ajankohtainen/ravitsemusterapeutteja-saatava-vihdoin-riittavasti-terveystieteisiin/>

20. Suomen Apteekkariliitto. Apteekki ja Sote. Apteekki osana sosiaali- ja terveydenhuoltoa (2017). [Internet] (viitattu 4.4.2024). Saatavissa: www.apteekkariliitto.fi/media/3-apteekkariliitto-fi/apteekkitieto/julkaisut/120934_apteekki_ja_sote.pdf

21. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Perusterveydenhuollon ja suun terveydenhuollon avohoitokäynnit 2021. Suomen virallinen tilasto; 2022. Tilastoraportti 14/2022. [Internet] 29.4.2022. Saatavissa: <https://www.julkari.fi/handle/10024/144336>

22. Pohjanoksa-Mäntylä M, Turunen J. Kyselytutkimus. Kirjassa: Hämeen-Anttila K, Katajavuori N, toim. Yhteiskunnallinen lääketutkimus – ideasta näyttöön. 2. uudistettu painos. Helsinki: Helsingin yliopisto; 2021, s. 80–95.

23. Hämeen-Anttila K, Katajavuori N. Laadullisen aineiston analyysi. Kirjassa: Hämeen-Anttila K, Katajavuori N, toim. Yhteiskunnallinen lääketutkimus – ideasta näyttöön. 2. uudistettu painos. Helsinki: Helsingin yliopisto; 2021, s. 146–163.

24. Tutkimuseettinen neuvottelukunta. Ihmiseen kohdistuvan tutkimuksen eettiset periaatteet ja ihmistieteiden eettinen ennakkoarviointi Suomessa. Tutkimuseettisen neuvottelukunnan ohje 2019. Tutkimuseettisen neuvottelukunnan julkaisuja 3/2019. 2. uudistettu painos. [Internet] (viitattu 14.3.2023). Helsinki; 2019. Saatavissa: https://tenk.fi/sites/default/files/2021-01/Ihmistieteiden_eettisen_ennakkoarvioinnin_ohje_2020.pdf

25. Tietosuojalaki (1050/2018) Helsinki: oikeusministeriö.

26. Euroopan parlamentin ja neuvoston asetukset (EU) (679/2016) (yleinen tietosuojalaki) Bryssel: Euroopan parlamentti ja neuvosto.

27. Valtion ravitsemusneuvottelukunta ja Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Vireyttä seniorivuosiin – ikääntyneiden ruokasuositus. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos; 2020. Ohjaus 4/2020. [Internet] (viitattu 14.3.2023). Saatavissa: <https://www.julkari.fi/handle/10024/139415>

28. Putkonen L. Ikääntyvät ja vanhukset. Kirjassa: Arffman S, Tiainen AM, toim. Ravitsemus apteekkityössä. 1. painos. Helsinki: Edita Publishing Oy; 2011, s. 79–83.

29. Itselääkitys. Käypä hoito –suositus. Suomalaisen Lääkäriseura Duodecimin ja Suomen Apteekkariliiton asettama työryhmä. Helsinki. Suomalainen Lääkäriseura Duodecim [Internet] 2016 (viitattu 14.3.2023). Saatavissa: www.kaypahoito.fi

30. Ruusunen A. Syömishäiriöt ja psykiatrisen potilaan ravitsemus. Kirjassa: Mutanen M, Niinikoski H, Schwab U, Uusitupa M, toim. Ravitsemustiede. 8. painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim; 2021, s. 552–559.

31. Ruusunen A. Mielenterveyden häiriöt. Kirjassa: Arffman S, Tiainen AM, toim. Ravitsemus apteekkityössä. 1. painos. Helsinki: Edita Prima Oy; 2011, s. 211–214.

32. Syed-Abdul MM, Kabir SS, Soni DS, Faber TJ, Barnes JT, Timlin MT. Role of Nutrition Education in Pharmacy Curriculum-Students' Perspectives and Attitudes. Pharmacy (Basel). 2021;9(1):26. <https://doi.org/10.3390/pharmacy9010026>

33. Herring MS, Beckett EA, Stanton-Robinson CA, Witry MJ. What do I eat? Impact of an interactive teaching method for improving pharmacy students' diabetes nutrition knowledge and comfort in providing nutrition counseling. Curr Pharm Teach Learn. 2018;10(7):918–24. <https://doi.org/10.1016/j.cptl.2018.04.015>

34. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Hyvinvointialueet alkavat saada valtionrahoitusta hyvinvoinnin ja terveyden edistämistyön perusteella. 13.03.2023. [Internet] (viitattu 20.5.2023). Saatavissa: <https://thl.fi/-/hyvinvointialueet-alkavat-saada-valtionrahoitusta-hyvinvoinnin-ja-terveyden-edistamistyon-perusteella>

35. Kaunisto S, Siitonen P, Kauppinen H, Sarnola K. Pharmacists' perceptions about knowledge of bio-logic medicines and their interchangeability and pharmacist-led substitution – A pilot survey of Finnish community pharmacists. Dosis. 2022;38(1):74–101.

36. Lemettilä M, Leppä E, Pohjanoksa-Mäntylä M, Simula A, Koskelo J. Lääkineuvonnan tukityökalujen kehittäminen antidopingneuvontaan apteekeissa – kyselytutkimus farmasian ammattilaisille. Dosis. 2022;38(2):184–212.

Kouhia M, Lankinen M, Savolainen J, Kauppinen H. Aptekeissa annettava ravitsemusneuvonta – kyselytutkimus apteekin farmaseuttiselle henkilökunnalle. Dosis 2024;40(2):186–209.

Liite 1. Kyselylomake

Aptekeissa annettava ravitsemusneuvonta – kysely apteekin farmaseuttiselle henkilökunnalle

1. Sukupuoli

- ☐ Mies
☐ Nainen
☐ Muu / En halua kertoa

2. Ikä

- ☐ Alle 25 vuotta
☐ 25–35 vuotta
☐ 36–45 vuotta
☐ 46–55 vuotta
☐ 56 vuotta tai yli
☐ En halua kertoa

3. Työkokemus farmaseuttisissa tehtävissä kaikilla työskentelysektoreilla

- ☐ Alle 5 vuotta
☐ 5–10 vuotta
☐ 11–20 vuotta
☐ 21–30 vuotta
☐ 31 vuotta tai yli
☐ En halua kertoa

4. Nykyinen työnimike

- ☐ Farmasian opiskelija
☐ Farmaseutti
☐ Farmaseutti, proviisoriopiskelija
☐ Proviisori

5. Minkä kokoisessa apteekissa työskentelet tällä hetkellä (reseptiä/vuosi)?

- ☐ Alle 40 000
☐ 40 000–100 000
☐ 100 001–200 000
☐ Yli 200 000
☐ Työskentelen useassa eri kokoisessa apteekissa
☐ En tiedä reseptien määrää/vuosi

6. Apteekin sijainti

- ☐ Etelä-Suomi
☐ Lounais-Suomi
☐ Itä-Suomi
☐ Länsi- ja Sisä-Suomi
☐ Pohjois-Suomi
☐ Lappi
☐ Ahvenanmaa
☐ Työskentelen usealla eri alueella

7. Minkälaista koulutusta olet saanut ravitsemukseen liittyen? Valitse 1 tai useampia.

- ☐ Tutkintoperusteiset ravitsemustieteeseen tai elintarviketieteeseen liittyvät yliopistokoulutukset (kandidaatin tai maisterin tutkinto)
- ☐ Farmaseutin/proviisorin tutkintoon kuuluva pakollinen opintojakso
- ☐ Farmaseutin/proviisorin tutkintoon kuuluva valinnainen opintojakso
- ☐ Muu korkeakouluopintokokonaisuus (esim. avoimen yliopiston tai ammattikorkeakoulun perus- tai aineopinnot)
- ☐ Muu yksittäinen korkeakouluopintojakso (esim. avoin yliopisto, ammattikorkeakoulu)
- ☐ Farmasian oppimiskeskuksen järjestämä koulutus
- ☐ Työpaikalla järjestetty koulutus tai kurssi
- ☐ Lääkeyrityksen tai muun yhteistyökumppanin tarjoama koulutus
- ☐ Joku muu lisäkoulutus, mikä?
- ☐ En ole käynyt mitään ravitsemukseen liittyvää koulutusta

8. Kuinka usein neuvot asiakasta apteekissa ravitsemukseen liittyvissä asioissa?

- ☐ Päivittäin
- ☐ Viikoittain
- ☐ Kuukausittain
- ☐ Harvemmin kuin kerran kuukaudessa
- ☐ En koskaan *

* Mikäli vastaaja vastasi ”En koskaan”, hänelle avautui seuraava kysymys:
Mikä on merkittävin syy, miksi et ole antanut ravitsemusneuvontaa apteekissa?

Arvioi omia valmiuksiasi

- ☐ Minulla ei ole osaamista tunnistaa tilanteita apteekissa
- ☐ Tunnistaisin tilanteita, mutta en ole kohdannut niitä apteekissa
- ☐ Olen tunnistanut tilanteita, mutta koen, että minulla ei ole riittävää osaamista antaa ravitsemusneuvontaa
- ☐ Olen tunnistanut tilanteita, mutta aiheen arkaluontoisuuden vuoksi en ole antanut ravitsemusneuvontaa
- ☐ Mielestäni tämän aihealueen ravitsemusneuvonta ei kuulu apteekin farmaseuttisen henkilökunnan tehtäviin
- ☐ Joku muu syy, mikä? _____

9. Kuinka usein kohtaamasi ravitsemusneuvontatilanteet koskevat seuraavia ikäryhmiä?

	Päivittäin	Viikoittain	Kuukausittain	Harvemmin kuin kuukausittain	Ei koskaan
Lapset (Alakouluikäiset ja nuoremmat)					
Nuoret					
Aikuiset					
lääkkäät					

Oletko antanut ravitsemusneuvontaa seuraavia aihealueita koskien apteekissa?
Kaikki kysymykset eri sairauksista ja terveydentiloista toimivat ensimmäisen esimerkin tavoin.

10. Syöpäsairaudet

- ☐ Kyllä *
- ☐ En **

* Valitse merkittävin syy, joka on edistänyt ravitsemusneuvonnan antamista syöpäsairauksista

- ☐ Koen, että ravitsemusneuvonta kuuluu osaksi asiakkaan kokonaishoitoa
- ☐ Asiakkaat kysyvät aiheesta apteekissa
- ☐ Koen, että minulla on riittävästi osaamista aiheesta
- ☐ Aihepiiri on helppo ottaa puheeksi asiakkaiden kanssa
- ☐ Aihepiiristä on helposti saatavilla ravitsemusneuvontaa tukevaa materiaalia
- ☐ Muu, mikä? _____

** Valitse merkittävin syy, joka on estänyt ravitsemusneuvonnan antamista syöpäsairauksista

Arvioi omia valmiuksiasi

- ☐ Minulla ei ole osaamista tunnistaa tilanteita apteekissa
- ☐ Tunnistaisin tilanteita, mutta en ole kohdannut niitä apteekissa
- ☐ Olen tunnistanut tilanteita, mutta koen, että minulla ei ole riittävää osaamista antaa ravitsemusneuvontaa kyseisestä aihealueesta
- ☐ Olen tunnistanut tilanteita, mutta aiheen arkaluontoisuuden vuoksi en ole antanut ravitsemusneuvontaa
- ☐ Mielestäni tämän aihealueen ravitsemusneuvonta ei kuulu apteekin farmaseuttisen henkilökunnan tehtäviin
- ☐ Muu, mikä? _____

11. Allergiat

- ☐ Kyllä *
- ☐ En **

12. Iho-ongelmat

- ☐ Kyllä *
- ☐ En **

13. Urheilu

- ☐ Kyllä *
- ☐ En **

14. Erityisruokavaliot (mm. kasvisruokavalio, gluteeniton ruokavalio, vähähiilihydraattinen ruokavalio)

- ☐ Kyllä *
- ☐ En **

15. Haavanhoito

- ☐ Kyllä *
- ☐ En **

16. Painonhallinta

- ☐ Kyllä *
- ☐ En **

17. Raskaus

- ☐ Kyllä *
- ☐ En **

18. Muistisairaudet

- ☐ Kyllä *
- ☐ En **

19.

Sydän- ja verisuonisairaudet (mm. verenpainetauti, dyslipidemiat)

☐ Kyllä *

☐ En **

20.

Tyypin 1 diabetes

☐ Kyllä *

☐ En **

21.

Tyypin 2 diabetes

☐ Kyllä *

☐ En **

22.

Ruoansulatuskanavan häiriöt (mm. ummetus, ripuli, vatsakivut)

☐ Kyllä *

☐ En **

23.

Mielenterveys (mm. masennus tai muut psyykensäiraudet)

☐ Kyllä *

☐ En **

24.

Ruokavalio ennen toimenpiteitä (mm. kolonoskopia, laboratoriokokeet)

☐ Kyllä *

☐ En **

25.

Huoli iäkkään ravitsemuksesta

☐ Kyllä *

☐ En **

26.

Ravintolisät

☐ Kyllä *

☐ En **

27.

Oletko antanut ravitsemusneuvontaa muita, kuin edellä mainittuja aihealueita koskien?

☐ Kyllä

☐ En

Seuraavissa kysymyksissä voit kertoa tarkemmin muut, kuin edellä mainitut aihealueet ja merkittävimmät syyt, jotka ovat edistäneet ravitsemusneuvonnan antamista. Sinulla on mahdollisuus täyttää 1–5 eri aihealuetta.

Muu aihealue, mikä? _____

Valitse merkittävin syy, joka on edistänyt ravitsemusneuvonnan antamista kyseisestä aihealueesta

☐ Koen, että ravitsemusneuvonta kuuluu osaksi asiakkaan kokonaishoitoa

☐ Asiakkaat kysyvät aiheesta apteekissa

☐ Koen, että minulla on riittävästi osaamista aiheesta

☐ Aihepiiri on helppo ottaa puheeksi asiakkaiden kanssa

☐ Aihepiiristä on helposti saatavilla ravitsemusneuvontaa tukevaa materiaalia

☐ Muu, mikä?

28.

Mitkä ovat 3 yleisintä aihealuetta, joista olet antanut ravitsemusneuvontaa apteekissa? Järjestä 1–3 aihealuetta yleisyyden mukaan (1= yleisin, 2= toiseksi yleisin, 3= kolmanneksi yleisin) (Syöpäsairaudet, Allergiat, Iho-ongelmat, Urheilu, Erityisruokavaliot, Haa- vanhoito, Painonhallinta, Raskaus, Muistisairaudet, Sydän- ja verisuonisairaudet, Tyypin 1 diabetes, Tyypin 2 diabetes, Ruoansulatuskanavan häiriöt, Mielenterveys, Ruokavalio ennen toimenpiteitä, Huoli iäkkään ravitsemuksesta, Ravintolisät, Muu)

Jos valitsit edellisessä kysymyksessä kohdan "muu", mitä aihealuetta tarkoitit?

29.

Mistä haet tarvittaessa tietoa ravitsemukseen liittyen asiakastilanteessa? Valitse 1–3 yleisintä.

☐ Käypä hoito- suosituksista

☐ Ruokaviraston ravitsemus- ja ruokasuosituksista

☐ Terveystietokannat (esim. lääkärin tietokannat, Duodecim)

☐ Apteekista löytyvästä kirjallisesta tai sähköisestä materiaalista (esim. edustajien toimittamat materiaalit)

☐ Potilasyhdistysten tai - järjestöjen internetsivuilta (esim. Diabetesliitto, Syöpäyhdistys)

☐ Internetin hakukoneesta

☐ Muualta, mistä? _____

30.

Mitkä tekijät edistäisivät tai tukisivat mielestäsi ravitsemusneuvonnan antamista apteekissa?

31.

Tähän voit kirjata kommentteja ja ajatuksia kyselyyn tai apteekissa annettavaan ravitsemusneuvontaan liittyen.

Lääkityspoikkeamiin myötävaikuttavat kommunikaatiotekijät sairaalassa

Tiina Syyrilä

Tutkijatohtori

Itä-Suomen yliopisto, hoitotieteen laitos,

terveystieteiden tiedekunta

tiina.syyrila@uef.fi

Tiina Syyrilän hoitotieteen alaan kuulunut väitöskirja *Communication factors contributing to medication incidents in hospitals* (Lääkityspoikkeamiin myötävaikuttavat kommunikaatiotekijät sairaalassa) tarkastettiin Itä-Suomen yliopiston terveystieteiden tiedekunnassa 21.4.2023. Vastaväittäjänä toimi professori Marja Kaunonen (Tampereen yliopisto, TtT) ja kustoksena apulaisprofessori Marja Härkänen (Itä-Suomen yliopisto, TtT). Väitöskirja on julkaistu sähköisesti Itä-Suomen yliopiston kokoelmissa, *Dissertations in Health Sciences*: <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-61-4827-4>

Väitöskirja perustuu osajulkaisuihin:

I Syyrilä, T., Vehviläinen-Julkunen, K., Manias, E., Bucknall, T. & Härkänen, M. 2021. *Communication related to medication incidents – A concept analysis and literature review*. *Scandinavian Journal of Caring Science* 00:1–23. <https://doi.org/10.1111/scs.13044>

II Syyrilä, T., Vehviläinen-Julkunen, K. & Härkänen, M. 2020. *Communication Issues Contributing to Medication Incidents: Mixed-method Analysis of Hospitals' Incident Reports Using Indicator Phrases Based on Literature*. *Journal of Clinical Nursing* 29(13–14): 2466–2481. <https://doi.org/10.1111/jocn.15263>

III Syyrilä, T., Vehviläinen-Julkunen, K., Mikkonen, S. & Härkänen, M. 2022. *Measuring Health Professionals' Perceptions of Communication Factors Contributing to Medication Incidents in Hospitals – Scale Development and Primary Results of Weekly Perceived Factors*. Submitted 22.12.2022.

IV Syyrilä, T., Vehviläinen-Julkunen, K. & Härkänen, M. 2021. *Healthcare professionals' perceptions on medication communication challenges and solutions – text mining and manual content analysis – cross sectional study*. *BMC Health Services Research* 21: 1226. <https://doi.org/10.1186/s12913-021-07227-0>

Syyrilä T. Lääkityspoikkeamiin myötävaikuttavat kommunikaatiotekijät sairaalassa. *Dosis* 2024;40(2): 210–28.

Tiivistelmä

Johdanto

Lääkehoidon vaaratapahtumat ovat yleisiä terveydenhuollossa. Kommunikaatiohaasteet myötävaikuttavat niistä merkittävään osaan. Kuvaus lääkityspoikkeamiin myötävaikuttavien kommunikaatiohaasteiden kokonaisuudesta puuttui, eikä haasteiden suhteellisesta esiintymistiheydestä ollut näyttöä. Tämän väitöskirjan tavoitteena oli mahdollistaa lääkityspoikkeamiin myötävaikuttavien kommunikaatiohaasteiden mittaaminen ja tuottaa tietoa kommunikaatiotekijöistä sairaalassa lääkitysturvallisuuden parantamiseksi.

Aineisto ja menetelmät

Osatutkimuksessa I muodostettiin lääkityspoikkeamiin myötävaikuttavien kommunikaatiohaasteiden käsite 2.11.2020 tehdyn kirjallisuuskatsauksen (n = 23 julkaisua) ja deduktiivis-induktiivisen käsiteanalyysin avulla. Osatutkimuksessa II käsitteen kliininen vastaavuus testattiin analysoimalla lääkehoidon vaaratapahtumailmoituksia vuodelta 2015 (n = 500) monimenetelmäanalyyseillä. Osatutkimuksessa III kehitettiin Likert-asteikollinen kyselymittari osatutkimusten I ja II tuloksien pohjalta. Kyselyllä mitataan ammattilaisten kokemusta kommunikaatiotekijöistä ja niiden esiintymistiheydestä. Asiantuntijapaneeli (n = 14) arvioi kyselyn väittämien tarpeellisuuden ja ymmärrettävyyden. Arviointien Content Validity Index:in (CVI) perusteella valittiin mukaan otettavat väittämät. Kysely toteutettiin digitaalisesti terveydenhuollon ammattilaisille (n = 303) kahdessa suomalaisessa yliopistosairaanhoidopiirissä 1.11.2019–31.1.2020. Aineisto imputoitiin ja analysoitiin tilastollisesti (f/%/faktoritasot). Mittari tiivistettiin Eksploratiivisella Faktorianaalyyseillä ja luotettavuutta mitattiin faktorilatauksilla ja Cronbachin Alphalla. Osatutkimuksessa IV kuvattiin digitaalisen kyselyn avoimiin kysymyksiin vastanneiden ammattilaisten (n = 223) mielestä keskeisimpiä kommunikaatiohaasteita ja ratkaisukeinoja. Avointen kysymysten vastaukset analysoitiin manuaalisella sisällönanalyysillä ja tekstinlouhinnalla, joiden tuloksia vertaamalla arvioitiin tekstinlouhinnan soveltuvuutta pienille aineistoille.

Tulokset

Käsiteanalyysin tuottamista indikaattorilauseista yli 90 % löytyi lääkehoidon vaaratapahtumailmoituksista. Tuotetun mittarin 79 väittämän CVI-arvot olivat tärkeydelle (0.79) ja selkeydelle (0.88). Lopullinen mittari sisälsi faktoroinnin jälkeen kuusi faktoria ja 57 väittämää. Mittarin rakennevaliditeetti ja sisäinen johdonmukaisuus (α .976) olivat hyväksyttävät. Avointen kysymysten manuaalinen ja tekstinlouhinta-analyysi tuottivat samankaltaiset tulokset.

Kyselytutkimuksen tulosten mukaan kommunikaatiohaasteita koetaan yleisimmin oman yksikön sisällä. Haasteita koetaan viikoittain yleisimmin potilaan kanssa kommunikoinnissa sekä lääkemääräyksistä ja ohjeiden toimeenpanosta kommunikoinnissa. Viikoittaiset haasteet digitaalisessa kommunikaatiossa johtuvat standardoimattomasta dokumentoinnista, ja ne johtavat lääkemääräysten huomiotta jäämiseen. Yleisimmin kommunikaatiohaasteet koskevat lääkärikierron ulkopuolella annettuja lääkemääräyksiä, teknisesti kommunikointia tietojärjestelmiä, lääkelistojen tarkistamisvastuita ja puutteellista viestintää ohjeiden noudattamisen velvollisuudesta. Ratkaisuksi ehdotettiin dokumentoinnin standardointia, suullista ilmoitusta kierron ulkopuolisista määräyksistä ja sitä, että esihenkilöt muistuttaisivat velvollisuudesta noudattaa ohjeita.

Johtopäätökset

Kirjallisuuden, vaaratapahtuma-aineiston ja kyselyaineiston perusteella kehitetty mittari vaikuttaa lupaavalta kommunikaatiohaasteiden esiintymistiheyden mittaamiseen. Huomiota tulisi kiinnittää yksikön sisäiseen kommunikointiin sekä esihenkilöiden kommunikointiin ohjeiden noudattamisen velvollisuudesta ja vastuunjaosta. Jatkotutkimusta tarvitaan mittarin validoimiseksi ja interventiotutkimusta standardoidun kirjaamisen varmistamisesta.

Avainsanat: lääkitysturvallisuus, kommunikaatio, lääkityspoikkeama, sairaala

Johdanto

Lääkehoidon vaaratapahtumat ovat maailmanlaajuisesti yksi yleisimmistä vaaratapahtumista sairaalassa (1,2). Lääkitysturvallisuuteen voidaan katsoa kuuluvaksi lääkkeiden turvallisuus ja lääkkeiden turvallinen käyttö (3–5). Lääkehoidon vaaratapahtumat voivat olla läheltä piti tapahtumia, jolloin virhe ei päädy potilaalle, tai ne voivat olla haittatapahtumia, jolloin virhe päättyy potilaalle ja voi aiheuttaa hänelle haittaa. Lääkitysvirheellä tai -poikkeamalla tarkoitetaan ”mitä tahansa ennalta ehkäistävissä olevaa tapahtumaa, joka voisi aiheuttaa tai johtaa lääkkeen epätarkoituksenmukaiseen käyttöön tai haittaan potilaalle silloin kun lääkehoito on terveydenhuollon ammattilaisen, potilaan tai asiakkaan kontrollissa” (6). Kirjallisuuden mukaan lääkityspoikkeamat ovat yleisimpiä ennalta ehkäistäviä vaaratapahtumia sairaalassa. Lääkityspoikkeamat voivat olla luonteeltaan pieniä ja aiheuttaa potilaalle olematonta haittaa, mutta suuremmat virheet voivat aiheuttaa potilaalle vakavaa, pysyvää haittaa, vammautumisen tai jopa kuoleman (7). Tämän lisäksi lääkityspoikkeamista aiheutuu yhteiskunnalle ja organisaatioille lisätyötä, kustannuksia ja mainehaittaa (8).

Vuodesta 2017 lähtien WHO:n Medication Without Harm ohjelman avulla on pyritty puolittamaan lääkityspoikkeamia kansainvälisesti (1). WHO:n Global Patient Safety Action Plan korostaa kommunikaation merkitystä niin potilasturvallisuudelle yleisesti kuin lääkitysturvallisuudelle. Ohjelmassa ammattilaisten kommunikaatiotaidot nähdään ydinkompetenssina, jota tulisi kehittää ja mitata (2). Myös Suomen kansallinen asiakas- ja potilasturvallisuus strategia 2022–2026 sisältää kommunikaatiota vahvistavan strategiakärjen 3.1 ”Avoin ja saatavilla oleva tieto ohjaa toimintaamme ja lisää turvallisuutta” (9).

Kommunikaatiohaasteiden on arvioitu myötävaikuttavan noin puoleen (Manias et al., 2016, 2019) tai jopa yli kolmeen neljästä lääkehoidon vaaratapahtumasta (Manias et al., 2021). Siitä huolimatta lääkityspoikkeamiin myötävaikuttavien kommunikaatiotekijöiden kokonaisuutta ei ole tiettävästi aiemmin tutkittu yhdessä ja samassa tutkimuksessa. Eri-

laisten kommunikaatiohaasteiden suhteellisesta esiintymistiheydestä sairaalassa ei myöskään ole aiempaa näyttöä kirjallisuudessa, eikä lääkityspoikkeamiin myötävaikuttavien kommunikaatiohaasteiden kattavaan mittaamiseen ole aiemmin kehitettyä mittaria. Jotta keskeisiin kommunikaatiohaasteisiin pystyttäisiin puuttumaan, on tärkeää tunnistaa, mitä kommunikaatiohaastetyppejä on olemassa (10) ja mitä näistä tunnistetuista haasteista esiintyy kliinisessä työssä tiheimmin.

Tämän väitöskirjan tavoitteena oli mahdollistaa lääkityspoikkeamiin myötävaikuttavan kommunikaation mittaaminen ja tuottaa tietoa lääkityspoikkeamiin myötävaikuttavista kommunikaatiotekijöistä sairaalassa lääkitysturvallisuuden parantamiseksi. Tutkimuksen tarkoituksena oli kuvata lääkityspoikkeamiin myötävaikuttavan kommunikaation käsite (osatutkimus I) ja testata käsitteen klininen vastaavuus sekä tuottaa tietoa lääkehoidon vaaratapahtumailmoituksissa kuvatuista kommunikaatiohaasteista (osatutkimus II). Näiden osatutkimusten pohjalta kehitettiin mittari kommunikaatiohaasteiden esiintymistiheyden mittaamiseen. Mittarilla selvitettiin ammattilaisten kokemuksia lääkityspoikkeamiin myötävaikuttavien strukturoitujen kommunikaatiohaasteiden esiintymistiheydestä. Samassa tutkimuksessa mittari myös tiivistettiin (osatutkimus III). Viimeisessä osatutkimuksessa selvitettiin ammattilaisten näkemyksiä kaikkein keskeisimmistä kommunikaatiohaasteista, jotka voivat johtaa lääkityspoikkeamiin, sekä ratkaisukeinoista, joilla näiltä välttyttäisiin (Osatutkimus IV). Samassa tutkimuksessa testattiin myös tekstintulohintamenetelmän soveltuvuutta vapaan tekstin vastausten analysointiin.

Aineisto ja menetelmät

Väitöskirja koostui neljästä vertaisarvioidusta tutkimuksesta ja yhteenvetokirjasta. Osatutkimuksessa I lääkityspoikkeamiin myötävaikuttavan kommunikaation käsite muodostettiin vuosina 1.1.2010–2.11.2020 julkaistujen vertaisarvioitujen artikkeleiden (n = 23) ja WHO:n lääkitysturvallisuustyötä ohjeistavien digitaalisten dokumenttien kirjallisuuskatsauksella. Tiedonhaun aloitusvuoden valinnan perus-

teena oli Maniaksen vuonna 2010 julkaisema käsiteanalyysi lääkehoidon kommunikaatiosta (11). Osatutkimuksen I Käsiteanalyysi toteutettiin Walkerin ja Avantin käsiteanalyysimenetelmällä (12).

Osatutkimuksessa II testattiin kirjallisuuskatsauksen perusteella muodostetun käsitteellisen mallin klininen vastaavuus analysoimalla yhden sairaanhoitopiirin lääkehoidon vaaratapahtumailmoituksia vuodelta 2015 (n = 500) (HaiPro) (13). Eettistä ennakkoarviota ei edellytetty, mutta organisaatiolupa anottiin ennen aineiston hakemista. Aineisto analysoitiin deduktiivisesti etsimällä vaaratapahtumailmoitusten vapaasta tekstistä kommunikaatiotekijöitä kirjallisuuteen perustuvien indikaattorilauseiden (n = 128) avulla. Löydökset HaiProissa kvantifioitiin ja esitettiin frekvensseinä ja prosentteina. Aineistosta poimitiin myös suoria lainauksia.

Osatutkimuksessa III kehitettiin strukturoitu mittari terveydenhuollon ammattilaisten kokemien lääkehoidon kommunikaatiohaasteiden esiintymistiheyden mittaamiseen. Asiantuntijapaneeli (n = 14) arvioi Osatutkimuksessa II käytettyjen indikaattorilauseiden tärkeyden ja ymmärrettävyyden. Arvioille laskettiin Content Validity Index (CVI) (5). Mukaan otettavien indikaattorilauseiden katkaisurajana käytettiin CVI arvoa 0.77, minkä jälkeen mittariin jäi 82 väittämää. Kyselyyn lisättiin vielä 12 taustamuuttujakysymystä sekä kaksi avointa kysymystä, joilla selvitettiin terveydenhuollon ammattilaisten mielestä keskeisimpiä kommunikaatiohaasteita ja keinoja kommunikaatiohaasteiden ratkaisemiseksi. Kyselyn avointen kysymysten vastaukset kerättiin osatutkimusta IV varten.

Kysely pilotoitiin teknisesti (n = 5 arvioisijaa). Arvioitsijat hankittiin omien verkostojen kautta. Ennen kyselyn toteutusta haettiin Itä-Suomen yliopiston eettiseltä toimikunnalta eettinen ennakkoarviointi (13/2019 28.8.2019) ja tutkimusluvut molemmista organisaatioista (HUS/54/2019 ja 50HO135 9.10.2019). Ammattilaisten kokemukset haasteiden esiintymistiheydestä (n = 303) ja avoimien kysymysten vastaukset (n = 223) kerättiin sähköisellä kyselyllä kahdessa yliopistosairaalassa samalla kyselykerralla 1.11.2019–31.1.2020. Ennen analyysia strukturoidut vastaukset imputoitiin (14).

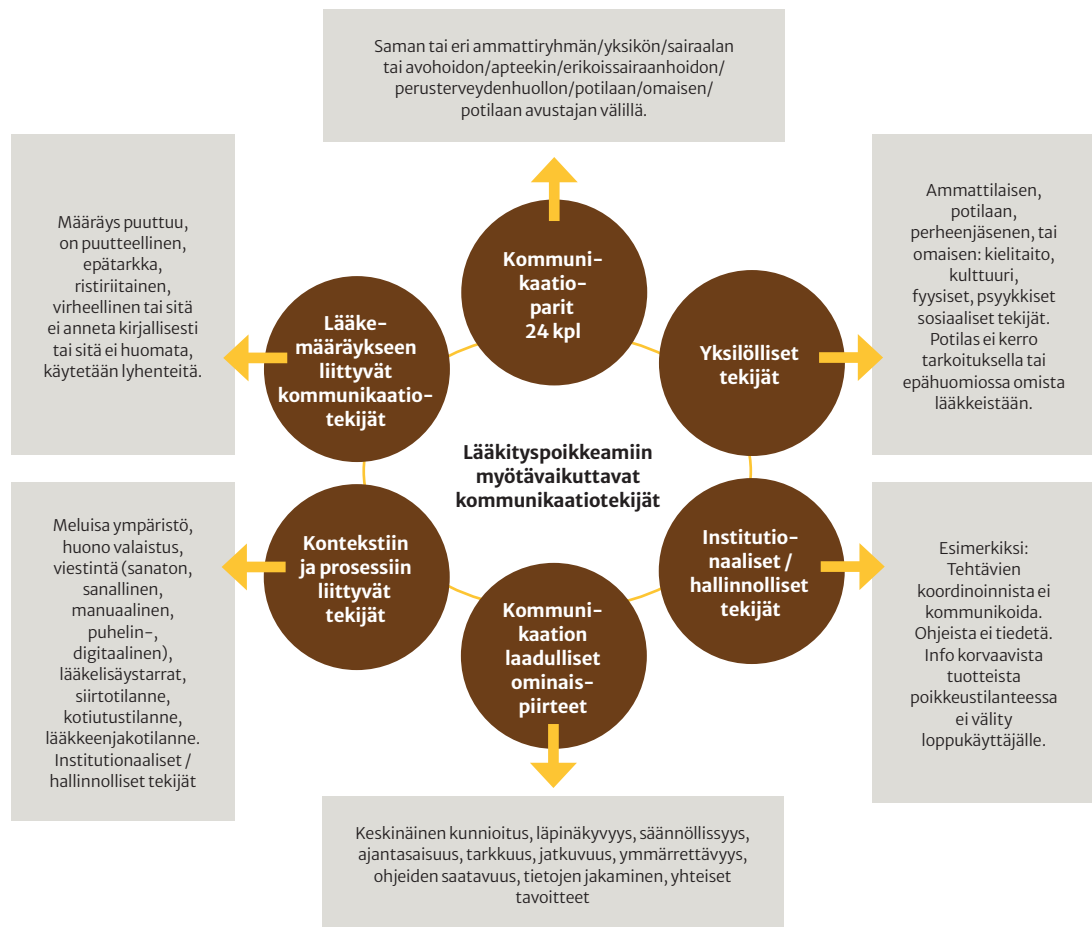
aineiston maksimaalisen hyödyntämisen varmistamiseksi. Mann-Whitneyn U-testillä varmistettiin, ettei alkuperäisen ja imputoidun aineiston välillä ollut tilastollisesti merkitsevää eroa. Kyselyn tulokset raportoitiin frekvensseinä ja prosentteina Likert-luokittain. Osatutkimuksessa III mittari myös tiivistettiin Likertasteikollisten vastausten eksploratiivisella faktorianalyysillä (EFA).

Faktoreiden latauksen ja kommunaliteettien alarajana pidettiin vähintään arvoa .30. Mittarin rakennevaliditeetti arvioitiin faktorilatausten voimakkuuden ja selkeyden perusteella, ristiinlatausten määrällä ja faktoreiden kumulatiivisella selitysosuudella. Sisäinen johdonmukaisuus arvioitiin Cronbach:hin alpha arvolla (α) (15). Kuuden faktorin faktoritasot laskettiin summamuuttujina, jotta ilmiöstä saatiin tiivistettyä kuva ja jotta faktoreiden koettua tiheyttä voitiin verrata.

Osatutkimuksessa IV avoimet vastaukset analysoitiin sekä manuaalisella induktiivisella sisällönanalyysillä että kahdella tekstintulohintamenetelmällä SAS Enterprise Text Mining ohjelmalla. Näiden menetelmien tuottamia tuloksia verrattiin toisiinsa sisällöllisesti ja toteutettavuuden kannalta. Tulokset esitettiin narratiivisesti ja kvantifioimalla laadulliset löydökset taulukkoon, jotta menetelmien tuottamien tulosten vertailu oli mahdollista.

Tulokset

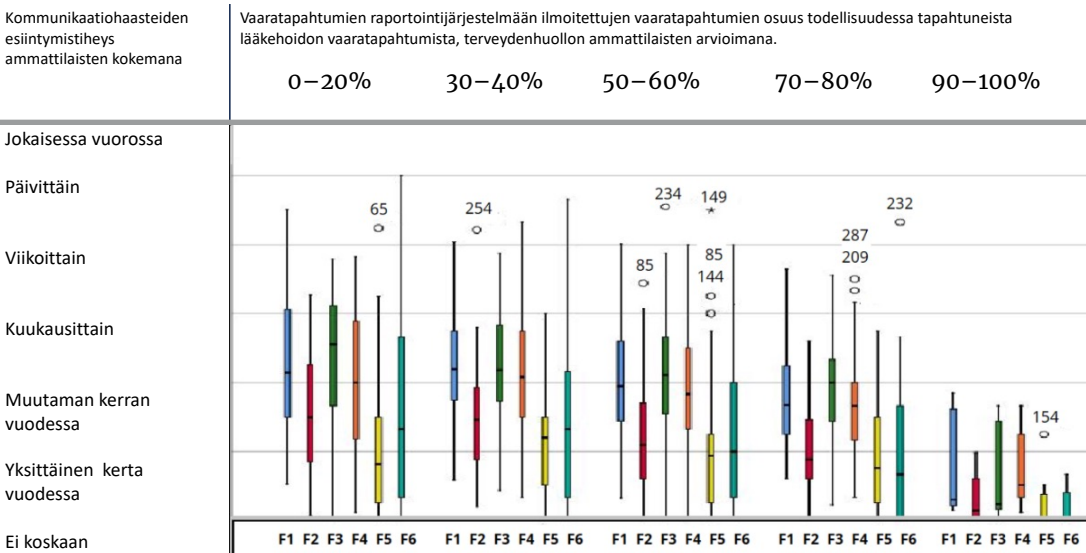
Osatutkimuksessa I lääkityspoikkeamiin myötävaikuttavan kommunikaation käsite määriteltiin kuuteen pääkategoriaan seuraavasti: Lääkityspoikkeamiin myötävaikuttava kommunikaatio sairaalassa koskee informaation välittämistä 1) kommunikaatioparien välillä. Kommunikaatioon vaikuttavat 2) yksilölliset, 3) institutionaaliset ja hallinnolliset, 4) kontekstuaaliset ja lääkehoidon prosessiin liittyvät tekijät sekä 5) lääkemääräyksiin liittyvät tekijät. 6) Lisäksi kommunikaation laadulliset ominaispiirteet ovat yhteydessä lääkityspoikkeamiin. Jos tietyssä ajankohtana useampi kommunikaatiotekijä myötävaikuttaa samanaikaisesti, voi syntyä lääkehoidon turvallisuuteen liittyvä läheltä piti -tilanne tai potilaalle realisoituva haitta. Käsitteen ennakkoehdoiksi määriteltiin tarve lääkehoidolle ja tiedon väli-



Kuva 1. Kirjallisuuteen perustuvien Lääkityspoikkeamiin myötävaikuttavien kommunikaatiotekijöiden pääluokat (Osatutkimus 1 [Muokattu lähteestä Syyrilä ym. 2021]).

tykselle sekä mahdollisuus lääkityspoikkeamaan. Osallisina kommunikaatiossa voivat olla hoitajat, lääkärit, asiantuntijat, esihenkilöt ja johtavissa hallinnollisissa tehtävissä olevat terveydenhuollon ammattilaiset sekä potilaat, omaiset tai potilasta avustavat henkilöt. Kommunikaatioparissa ainakin toisen osapuolen tulee toimia sairaalassa (Kuva 1). Kunkin yksittäisen pääkategorian todentamiseksi muodostettiin useita indikaattorilauseita. Kommunikaatiotekijöitä kuvaavassa käsitteellisessä mallissa indikaattorilauseita oli kaikkiaan 128 kappaletta. Käsitteen kliinisenä esimerkkinä esitettiin mallitapaus, jossa oli vähintään yksi kommunikaatiohaaste jokaisesta kuudesta pääkategorista.

Osatutkimuksessa II lääkeshoidon vaaratapahtumailmoituksista (n = 500) tunnistettiin lähes kaikki osatutkimuksessa I kirjallisuudesta löytyneistä kommunikaatiotekijöistä (> 90 %). Osatutkimuksessa kuvattujen kommunikaatioparien täydennykseksi HaiProista löytyi neljä uutta kommunikaatioparia, lopullinen kommunikaatioparien määrä oli näin ollen 28. Useimmista ilmoituksista identifioitiin useampi kuin yksi pari, joiden välillä oli kommunikaatiohaasteita. Yleisimmin HaiPro-ilmoituksissa esiintyvä kommunikaatiopari oli oman yksikön sisältä (76,6 %; n = 383) ja useimmiten kommunikaatiohaasteet olivat hoitajien välisiä (68,2 %; n = 341). Hoitajan ja lääkärin välillä kommunikaatiohaasteita löytyi 41,6 %



Selitteet: Kommunikaatio, joka liittyy F1 [FAKTORI 1] = Lääkemääräyksiin, F2 = Ohjeisiin ja raportointiin, F3 = Potilaisiin ja omaisiin, F4 = Ohjeiden implementointiin, F5 = Kompetensseihin ja vastuisiin, F6 = Asenteisiin ja ilmapäiriin

Kuva 2. Kun kommunikaatiohaasteet kokonaisuudessaan vähenevät (faktoreiden 1–6 korkeus laskee), ilmoitettujen vaaratapahtumien arvioitu prosenttiosuus todellisuudessa tapahtuneista vaaratapahtumista kasvaa (Syrrilä 2023).

(n = 208) HaiPro-ilmoituksista. Potilasta oli harvoin kuvattu kommunikaation osapuolena, mutta silloin kun oli, potilaan kommunikointi oli yleensä pysäyttännyt tai estänyt vaaratapahtuman. Yksilöön liittyvät tekijät liittyivät useimmiten kokemattoman työntekijän perehdytykseen (32,8 %; n = 164) ja siihen, ettei ammattilainen tiennyt olemassa olevasta ohjeesta (27,8 %; n = 139).

Institutionaalisista tekijöistä HaiPro-ilmoituksissa korostuivat tiimin kommunikaatio (39,6 %; n = 198) ja tehtävien koordinointi (37,6 %; n = 188). Kommunikaatiohaasteet lääkeshoidon prosessissa liittyivät useimmiten dokumentointiin (25,8 %; n = 129) ja lääkemääräyksiin (18,8 %; n = 94). Kommunikaation puuttuminen (50 %; n = 250) oli yleisempää kuin virheellinen kommunikointi (35 %; n = 175). Kommunikaatiohaasteita potilaan siirtotilanteessa oli kuvattu 26,2 %:ssa (n = 131) vaaratapahtumailmoituksista. Kommunikaatiomenetelmistä haasteita ilmeni yleisimmin digitaalisessa kommunikoinnissa (68,2 %; n

= 341). Lääkemääräykseen liittyviä kommunikaatiohaasteita oli eniten ohjeistuksen välittämisessä tiimin sisällä (38,8 %; n = 194).

Osatutkimuksen III digitaalisen kyselyn vastaajat (N = 303) edustivat kaikkia terveydenhuollon ammattiryhmiä aina välitöntä potilastyötä tekevästä hoitajasta (81,5 %; n = 247) farmasisteihin, asiantuntijoihin, opettajiin ja kaiken tasoisin johtajiin. Valtaosa vastaajista työskenteli vuodeosastoilla (56,1 %; n = 170), mutta vastaajia oli myös poliklinikoilta ja päiväkirurgiasta sekä leikkaus-, anestesia- ja teho-osastoilta. Useimmilla oli farmasisti saatavilla omalla kliinisellä alueellaan (77,6 %; n = 235), ja valtaosa ilmoitti tehneensä HaiPro-ilmoituksen ainakin joskus (86,5 %; n = 262). Yleisimmin vastaajat arvioivat, että todellisista vaaratapahtumista raportoidaan noin puolet HaiPro-järjestelmään (32,7 %; n = 99). Yli puolet vastaajista oli tyytyväisiä siihen, miten kehitystoimenpiteisiin johtaneista HaiPro-ilmoituksista oli viestitty (55,1 %; n = 167).

Vähintään viikoittain koetuista kommunikaatiohaasteista (**Liite 1** Digitaalisen kyselyn tulokset) yleisimpiä olivat kommunikointi hoitajan ja lääkärin välillä (25,1 %; n = 76) sekä tietämättömyys kierron ulkopuolisesta lääkemääräyksestä (20,5 %; n = 62) ja lääkemääräyksen epäselvä tai puuttuva ohjeistus (20,5 %; n = 62). Potilaan siirtotilanteeseen liittyviä kommunikaatiohaasteita oli kokenut viikoittain 13,9 % (n = 42) vastaajaa, ja yhtä usea vastasi, että vähintään viikoittain potilas oli epähuomiossa jättänyt kertomatta lääkkeestään 13,9 % (n = 42). Viikoittaisia kommunikaatiohaasteita koki hieman useampi vastaaja hoitajan ja potilaan välillä (15,2; n = 46) kuin hoitajien kesken.

Likert-asteikollisista tuloksista laskettujen faktoritasojen ja taustatietomuuttujien välisiä tilastollisesti merkitseviä eroja mitattaessa havaittiin, että mitä korkeampi oli vastaajan asema, sitä useammin koettiin kommunikaatiohaasteita, jotka liittyivät ohjeiden jalkauttamiseen (p = 0.026) ja ilmapiiriin tai asenteisiin (p = 0.019). Muutoin ilmapiiriin ja asenteisiin liittyviä kommunikaatiohaasteita oli koettu harvimminkin kaikista kuudesta kommunikaatiofaktorista. Kommunikaatiohaasteita

oli koettu tilastollisesti merkitsevästi enemmän silloin, jos farmasisti oli käytettävissä. Tuolloin yleisimmin koetut haasteet koskivat potilaan ja omaisten kanssa kommunikointia. Vastaavasti jos farmasistia ei ollut käytettävissä, kommunikaatiohaasteita oli tilastollisesti merkitsevästi enemmän ohjeiden jalkautukseen liittyen. Mitä harvemmin vastaajat olivat kokeneet kommunikaatiohaasteita, sitä suuremman osuuden lääkeshoidon todellisista vaaratapahtumista he arvioivat tulevan raportoiduiksi HaiPro-järjestelmään (**Kuva 2**).

Eksploratiivinen faktorianalyysi tuotti tiivistetyn mittarin, jossa on kuusi faktoria ja 57 väittämää. Kaikkien faktoreiden Eigen value oli yli yhden, ja mittarin faktorit selittivät 60,74 % varianssista. Mittarin sisäinen johdonmukaisuus Cronbachin alphalla mitattuna oli 0.976. EFA:lla muodostetut faktorit olivat: F1 Lääkemääräykseen liittyvä kommunikointi, F2 Ohjeisiin ja raportointiin liittyvä kommunikointi, F3 Kommunikointi potilaan ja omaisten kanssa, F4 Ohjeiden implementointiin liittyvä kommunikointi, F5 Kompetensseihin ja vastuisiin liittyvä kommunikointi ja F6 Asenteisiin ja ilmapiiriin liittyvä kommunikointi (**Kuva 3**).

Lääkityspoikkeamiin myötävaikuttavat kommunikaatiohaasteet sairaalassa koskevat seuraavia osa-alueita:

FAKTORI 1
Lääkemääräykset

FAKTORI 2
Ohjeet ja raportointi

FAKTORI 3
Potilaat ja omaiset

FAKTORI 4
Ohjeiden implementointi

FAKTORI 5
Kompetenssit ja vastuut

FAKTORI 6
Asenteet ja ilmapiiri

Kuva 3. Lääkityspoikkeamiin myötävaikuttavat kommunikaatiotekijät sairaalassa liittyivät kuuteen kommunikaation osa-alueeseen eli faktoriin. Faktorit perustuvat kirjallisuuskatsaukseen, käsitteen testaukseen lääkeshoidon vaaratapahtumailmoituksilla, asiantuntijapaneelin antamaan arviointiin käsitteen sisällöstä, terveydenhuollon ammattilaisille tehdyn digitaalisen kyselyn vastauksiin ja niillä tehtyyn eksploratiiviseen faktorianalyysiin. (Yleisimmin viikoittain esiintyvät faktorit on värjätty tummalla värillä.)

Osatutkimuksessa IV kahteen avoimeen kysymykseen vastaajat olivat samasta vastaajajoukosta kuin osatutkimuksessa III, mutta avoimiin kysymyksiin vastanneiden määrä oli pienempi (N = 223). Neljännessä osatutkimuksessa leikkaus-, anestesia- ja tehohoidon yksiköitä edustavien vastaajien osuus oli hieman korkeampi (19,49 %) kuin osatutkimuksessa III (16,2 %; n = 49). Kaikkein yleisimmiksi lääkeshoitoon liittyviksi kommunikaatiohaasteiksi vastaajat kuvasivat lääkeshoidon strukturoimattoman dokumentoinnin ja suullisten lääkemääräysten kirjaamattomuuden sekä sen, että kierron ulkopuolella annetut lääkemääräykset jäävät huomaamatta. Vastaajien kokemuksen mukaan kommunikoimattomat tietojärjestelmät aiheuttavat tiedonkulun katkoksia potilaan siirtotilanteissa ja lääkitys jää tarkastamatta sairaalaan tullessa ja kotiutustilanteessa, koska vastuunjako ammattilaisten kesken on epäselvää. Kommunikaatiohaasteiden välttämiseksi vastaajat ehdottivat kaikille ammattiryhmille strukturoitua kirjaamista niin, että kaikki kirjaisivat samalla tavalla ja samaan paikkaan ja että tätä edellytettäisiin kaikilta ammattiryhmiltä. Suullisten määräysten ajantasaista digitaalista kirjausta painotettiin, ja vastaajien mielestä kaikissa organisaatioissa koko maassa tulisi olla sama kommunikoiva tietojärjestelmä. Myös lääkelistatarkastusvastuiden standardointia pidettiin tärkeänä. Vapaan tekstin manuaalinen analyysi ja tekstinlouhinta-analyysi tuottivat samankaltaiset tulokset keskeisimmistä kommunikaatiohaasteista, mutta yleisimpien haasteiden järjestyksessä oli pieniä eroja. Manuaalinen analyysi antoi tarkemmat tulokset kuin tekstinlouhinta, mutta louhintamenetelmä oli huomattavasti nopeampi toteuttaa.

Pohdinta

Tämän väitöskirjan tavoitteena oli mahdollistaa lääkityspoikkeamiin myötävaikuttavan kommunikaation mittaaminen ja tuottaa tietoa lääkityspoikkeamiin myötävaikuttavista kommunikaatiotekijöistä sairaalassa lääkitysturvallisuuden parantamiseksi. Tutkimuksessa määriteltiin lääkityspoikkeamiin myötävaikuttavan kommunikaation käsite, josta kehitettiin kuusi kommunikaatiofaktorista sisältävä mittari koettujen kommunikaatiohaasteiden esiinty-

mistiheyden mittaamiseen. Mittarilla kuvattiin terveydenhuollon ammattilaisten vähintään viikoittain kokemia kommunikaatiohaasteita.

Terveydenhuollon ammattilaisilta mittarilla saadut tulokset osoittivat uudeksi keskeiseksi lääkityspoikkeamiin myötävaikuttavaksi kommunikaatiohaasteeksi lääkärinkieron ulkopuolella annettujen lääkemääräysten huomaamatta jäämisen sekä sen, että valtaosa lääkeshoidon vähintään viikoittaisista kommunikaatiohaasteista oli hoitajien ja lääkäreiden välillä oman yksikön sisällä. Eniten haasteita aiheuttivat standardoimaton kirjaaminen ja digitaalisten järjestelmien tekninen kommunikoimattomuus sekä lääkelistojen tarkastusvastuiden epäselvä tai puutteellinen kommunikointi. Faktoritasoilla mitattuna keskimäärin tiheimmin kommunikointihaasteita oli potilaan kanssa kommunikointiin, lääkemääräykseen ja ohjeiden toimeenpanoon liittyen. Kommunikaatiohaasteiden välttämiseksi terveydenhuollon ammattilaiset ehdottivat, että kierron ulkopuolella annetuista lääkemääräyksistä informoitaisiin aina myös suullisesti ja lääkelistojen tarkastusvastuut jaettaisiin selkeästi. Esihenkilöiden odotettiin voimakkaammin kommunikoivan kaikkien ammattiryhmien velvollisuudesta noudattaa ohjeita. Lisäksi toivottiin valtakunnallisesti yhtenäistä lääkeshoidon digitaalista järjestelmää.

Lääkityspoikkeamiin myötävaikuttavan kommunikaation käsite

Osatutkimuksessa I muodostettu kirjallisuuden pohjautuva Lääkityspoikkeamiin myötävaikuttavan kommunikaation käsite (MIComHos) vastasi hyvin kliinistä todellisuutta, kun kirjallisuudesta löydettyjä kommunikaatiotekijöitä etsittiin lääkeshoidon vaaratapahtumailmoituksista (Osatutkimus II). Käsitteen sisältöä kuvaava käsitteellinen malli sisälsi 128 indikaattorilausetta ja oli siten aiemmassa kirjallisuudessa esitettyjä lääkeshoidon kommunikaation kuvauksia konkreettisempi (11,16) ja laaja-alaisempi (17). Käsitteeseen sisällytettiin lääkityspoikkeamiin myötävaikuttavat kommunikaatiotekijät aina vuoteenvierustyöstä organisaatiossa asti, jotta myös epäsuorasti lääkitysturvallisuuteen myötävaikuttava kommunikaatio tulisi huomioiduksi. Näin koko ilmiö saatiin kuvattua yhdellä käsitteellä.

Kommunikaatiohaasteiden mittari

Osatutkimuksessa III kehitetyn kommunikaatiohaasteiden esiintymistiheyttä mittavaan mittarin (MIComHos-S1) rakennevaliditeetti ja sisäinen johdonmukaisuus olivat hyväksyttävät. Kehitetty mittari mahdollisti abstraktin haasteen (kommunikaation) mittaamisen ja haasteiden asettamisen tärkeysjärjestykseen mahdollisia interventioita varten. Mittarin etuna on esihenkilöiden näkökulmasta se, että mittarilla saadut tulokset osoittavat myös hyvin toimivat kommunikaation osa-alueet, mikä on hyvä asia turvallisten toimintatapojen oppimisessa ja ylläpitämisessä (18). Toisaalta mittari nostaa esille esimerkiksi vain muutamien vastaajien kokeman nolatuksi tulemisen pelon tai auktoriteettipelon, vaikka valtaosa vastaajista ei tällaisia kommunikaatiohaasteita kokisi. Tällä tiedolla saattaa olla merkitystä työnjohdollisesta näkökulmasta, sillä pelko voi estää tai viivästyttää kommunikaatiota ja olla siten riski lääkitysturvallisuudelle (19). Aiemmasta kirjallisuudesta löytyy vähän lääkehoidon kommunikaation mittaamiseen tarkoitettuja mittareita, tai ne ovat vain pieni osa laajempaa mittaria, kuten esimerkiksi potilasturvallisuuskulttuuri-mittarissa (20,21). MIComHos-S1-mittari vastaa tähän käytännön tason mittarin tarpeeseen. Mittaria voi käyttää lääkehoidon kommunikaatiohaasteiden mittaamiseen organisaatiotasolla tai kliinisessä yksikössä. Mittarin väittämiä voi hyödyntää myös kommunikaation tehostamisen tarkistustilana.

Kommunikaatiohaasteet ja niiden välttäminen lääkehoidossa

Lääkärinkierron ulkopuolella annettujen lääkemääräysten huomioimatta jääminen nousi yllättäen keskeiseksi lääkityspoikkeamiin myötävaikuttavaksi tekijäksi. Tätä on aiemmissa tutkimuksissa huomioitu ja tutkittu vain vähän. Osatutkimuksessa IV kommunikaatiohaasteiden vähentämiseksi ehdotettiin suullista informointia aina, kun lääkemääräys annetaan kierron ulkopuolella. Tämän tutkimuksen tulokset eroavat aiemmista tutkimuksista myös siinä, että potilaan siirtotilanteeseen liittyvä kommunikaatio ei ollut kaikkien yleisin haaste HaiPro-ilmoituksissa eikä myöskään ammattilaisilta kysyttäessä.

Kommunikaatiohaasteita koettiin yleisimmin oman yksikön sisällä, omassa tiimissä ja hoitajien välillä, ja valtaosaltaan ne koskivat puutteellisia ja puuttuvia lääkemääräyksiä tai tiedonsiirtoa lääkelistojen välillä. Yllättäen farmasistin saatavilla olo lisäsi kaikkien kommunikaatiohaasteita kuvaavien faktoreiden esiintymistiheyttä tilastollisesti merkitsevästi ja eniten potilasta koskevan kommunikaation osalta. Aiempien tutkimusten mukaan osastofarmaseutin saatavilla olo voi vähentää lääkityspoikkeamia (22). Tässä tutkimuksessa saatuun tulokseen on voinut vaikuttaa esimerkiksi hoitohenkilökunnan ja farmasistien välinen epäselvyys siitä, kenen tehtävänä on keskustella potilaan kanssa ja antaa hänelle ohjeet. Toisaalta farmasistin saatavilla olo vähensi ohjeiden jalkautukseen liittyvien kommunikaatiohaasteiden esiintymistiheyttä. Tulosten perusteella jatkossa hoitohenkilökunnan ja farmasistien on hyvä keskustella siitä, kenen vastuulla lääkehoidosta kommunikointi potilaan kanssa on.

Vastaajat ehdottivat, että kaikki ammattiryhmät, aina ja kaikkialla kirjaisivat lääkehoitoon liittyvät tiedot standardoidusti ja ajantasaisesti. Siksi he myös toivoivat, että esihenkilöt korostaisivat voimakkaammin velvollisuutta noudattaa ohjeita. Samansuuntaiset tulokset olivat nähtävissä osatutkimuksessa III, jossa ohjeiden jalkautusta edistävän kommunikaation haasteet olivat kolmen yleisimmän faktorin joukossa. Myös HaiPro-analyysin tulos oli samansuuntainen, sillä alle kolmanneksessa HaiPro-ilmoituksista kuvattiin, ettei ohjeista tiedetty, mutta yli puolessa ilmoituksista kuvattiin, ettei ohjeita noudatettu. Haasteita ohjeiden noudattamattomuudesta tai sääntöjen venyttämisestä on tunnistettu myös kansainvälisesti (23), minkä vuoksi on tärkeää punnita esihenkilön kommunikoinnin roolia ohjeiden toimeenpanossa.

Löydetyt kommunikaatiohaasteet kaikissa neljässä osatutkimuksessa kuitenkin vahvistavat aiemman kirjallisuuden tuloksia digitaalisten järjestelmien kommunikointimattomuudesta (7) ja standardoimattoman dokumentoinnin tuomista kommunikointihaasteista. HaiPro-analyysin mukaan potilaan kanssa kommunikointi näytti estävän tai pysäyttävän lääkityspoikkeamia, mikä myös tukee aiempien tutki-

musten näyttöä (24,25). Tämä huomioiden oli tärkeä löydös, että MIComHos-S1-mittarilla saaduissa tuloksissa kommunikaatiohaasteita oli tiheimmin faktorissa 3 (Potilasta ja omaisia koskeva kommunikointi) ja että yli 10 % vastaajista kokee viikoittain, että potilas ei ole epähuomiossa kertonut lääkkeistään. Yhtä tiheästi koettiin haasteita potilaan ja hoitajan välisessä kommunikaatiossa. Jatkossa olisi hyödyllistä tehostaa kommunikointia potilaan ja omaisten kanssa. Myös kansallisesti yhtenäistä ja kommunikoivaa lääkehoidon kirjausjärjestelmää toivottiin. Tietojärjestelmien kommunikointimattomuus on hyvin tunnistettu aiemmassa kirjallisuudessa ja ongelman ratkaisemiseksi on käynnissä kansallisia toimenpiteitä (7).

Tutkimuksen luotettavuutta lisää mittarin rakentaminen vertaisarvioituun kirjallisuuteen, kansainvälisiin ohjelmiin, asiantuntijapaneelin arvioihin ja kliiniseen HaiPro-aineistoon perustuen. HaiPro-aineiston analysointi vain yhden tutkijan toimesta on voinut aiheuttaa harhaa tuloksille, mutta analyysin tulokset on katsottu ja hyväksytetty tutkimusryhmän kanssa konsensuksessa. Digitaaliseen kyselyyn saatujen vastausten määrä oli riittävä faktorianalyysia varten, joskin vastausprosentti oli alhainen (n = 303 / N = 3892). Mittarin sisäinen johdonmukaisuus ja rakennevaliditeetti olivat hyvät, mutta Cronbachin alpha oli korkeahko, mikä saattaa kertoa muuttujien edelleen liian suuresta määrästä. Mittaria on mahdollista tiivistää edelleen psykometrisen testauksen vaiheessa.

Tutkimuksen tulosten perusteella lääkehoidon kommunikaatiohaasteisiin kannattaa siis kiinnittää huomiota vuodeosastojen sisäisen kommunikaation näkökulmasta ja erityisesti kierron ulkopuolisten määräysten ja lääkelistojen tarkastusvastuiden osalta. MIComHos-S1-mittari vaikuttaa lupaavalta lääkityspoikkeamiin myötävaikuttavan kommunikaation kartoittamiseen interventoiden suunnittelua varten. Jatkotutkimusaiheeksi ehdotetaan MIComHos-S1-mittarin psykometrista testausta konfirmatorisella faktorianalyysilla sekä interventiotutkimuksia, joilla voidaan tehostaa suullista informointia kierron ulkopuolistista lääkemääräyksistä ja selkeyttää lääkelistojen tarkastusvastuita. Tulokset tukevat

Global Patient Safety Action Planin tavoitetta kommunikaatiokompetenssin kehittämisestä sekä kansallista asiakas- ja potilasturvallisuusohjelman strategiakärkeä tiedonkulusta.

Johtopäätökset

Tässä tutkimuksessa kehitetty lääkityspoikkeamiin myötävaikuttavien kommunikaatiohaasteiden esiintymistiheyden mittari vaikuttaa lupaavalta, mutta vaatii validoinnin psykometrisella testauksella. Mittaria voi hyödyntää paitsi haasteiden mittaamiseen myös kliinissä yksiköissä kommunikaatiohaasteista ja kehittämiskohteista käytävän reflektiivisen keskustelun tukena. Huomiota tulisi kiinnittää potilaan siirtovaiheen lisäksi myös yksiköiden sisäiseen kommunikaatioon, erityisesti kierron ulkopuolisten lääkemääräysten ja ohjeiden jalkautuksen varmistamisen osalta.

Summary

Communication factors contributing to medication incidents in hospitals

Tiina Syyrilä

PhD (Health Sciences), RN,
Postdoctoral researcher
University of Eastern Finland,
Department of Nursing Science,
Faculty of Health Sciences
tiina.syyrila@uef.fi

The doctoral dissertation of Tiina Syyrilä, Master of Science, entitled Communication factors contributing to medication incidents in hospitals was examined at the Faculty of Health Sciences on 21st April 2023. The Opponent in the public examination was Professor Marja Kaunonen PhD of the University of Tampere, and the Custos was Associate Professor Marja Härkänen PhD of the University of Eastern Finland. The dissertation can be found digitally in the Publications of University of Eastern Finland, Dissertations in Health Sciences: <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-61-4827-4>

Introduction

Communication challenges commonly contribute to medication incidents. Concept of the communication challenges contributing to medication incidents, and the scale to measure challenges were missing. The purpose of this dissertation was to facilitate measuring of the communication challenges to support medication safety enhancement.

Materials and methods

The sub-study I described the concept of 'The communication factors contributing to medication incidents in hospitals'. A literature review for which the data (n = 23 articles) was searched on 2nd November 2020, and concept analysis was conducted. In the sub-study II clinical relevancy of the concept was tested by analysing medication incident reports (n = 500). In sub-study III, a scale for measuring

healthcare professionals' perceptions of the frequency of communication challenges was developed. A specialist panel (n = 14) was used for content validity evaluation. A digital survey for healthcare professionals (n = 303) in two university hospitals (November 2019 and January 2020) was conducted and data was analysed statistically (f/%/ factor levels). The scale was condensed using Explorative Factor Analysis, and Cronbach Alpha value was reported. In Sub-study IV the free texts of two open-ended-questions, concerning perceptions of the medication communication challenges and solutions to avoid them, were analysed manually, and using text-mining. Text-mining methods' usefulness was evaluated.

Results

Nearly all indicator phrases of the developed concept were found in the incident reports. The CVI value, Construct validity and Internal consistency ($\alpha.976$) of the scale were acceptable. Six factors and 57 items were retained in the scale. The communication challenges are mostly perceived within the unit and concern most frequently communication with patients, medication prescriptions, and guideline compliance. Weekly perceived challenges concerned digital communication and non-standardized documentation resulting in missing prescriptions. The frequent communication challenges concerned prescriptions given outside of ward rounds. As a solution was suggested standardizing documentation, verbal notice about prescriptions given outside of ward rounds, and communication by managers about guideline compliance expectations. Manual and text mining analysis produced similar main results.

Conclusions

The developed scale is promising for measuring frequencies of communication challenges. Communication within the unit and communication about guideline compliance needs enhancing. Research is needed to validate the scale and interventions to support standardized documentation.

Keywords: medication safety, communication, medication incidents, hospitals

Sidonnaisuudet

Ei sidonnaisuuksia.

Kiitokset

Lämpimät kiitokset väitöskirjani ohjaajille apulaisprofessori, dosentti Marja Härkäselle ja professori Katri Vehviläinen-Julkuselle, kirjoittajakollegoille sekä tieteellisille asiantuntijoille - dosentti Santtu Mikkoselle Itä-Suomen yliopistosta sekä professori Elizabeth Maniak-selle Monashin yliopistosta sekä professori Tracey Bucknallille Deakinin yliopistosta, Melbournesta Australiasta. Lisäksi haluan suuresti kiittää asiantuntijajanelisteja, kokemusasiantuntijoita ja lomakkeiden asiantuntijatestajia sekä kyselyyn vastanneita terveydenhuollon ammattilaisia. Lämpimät kiitokset myös väitöskirjan esitarkastajille, professori Marja Kaunoselle ja apulaisprofessori Anna-Riia Holmströmille.

Viitteet

1. WHO. Initiatives. Medication Without Harm. [Internet] 2017 (viitattu 3.3.2024). Saatavissa: <https://www.who.int/initiatives/medication-without-harm>
2. WHO. Policy. Global Patient Safety Action Plan 2021–2030. [Internet] 2021 (viitattu 3.3.2024). Saatavissa: www.who.int/teams/integrated-health-services/patient-safety/policy/global-patient-safety-action-plan
3. PVK. Potilasvakuutuskeskus. Potilasturvallisuussanasto. [Internet] 2024 (viitattu 3.3.2024). Saatavissa: www.pvk.fi/terveydenhuolto/potilasturvallisuus/potilasturvallisuussanasto/
4. STAKES ja terveystieteen tutkimus- ja kehittämiskeskus, ROHTO L kehittämiskeskus. Potilas- ja lääkähoidon turvallisuussanasto. Helsinki: Sosiaali- ja terveystieteen tutkimus- ja kehittämiskeskus (Stakes, Työpapereita). Report No.: 28/2006, s. 11. [Internet] 2006 [viitattu 3.3.2024]. Saatavissa: <https://urn.fi/URN:NBN:fi-fe201204193972>
5. Syyrilä T. Communication factors contributing to medication incidents in hospitals. Publications of the University of Eastern Finland. Dissertations in Health Sciences, 744. Itä-Suomen yliopisto. [Internet] 2023 (viitattu 3.3.2024). Saatavissa: <https://erepo.uef.fi/handle/123456789/29421>
6. NCCMERP. NCCMERP National Coordinating Council for Medication Error Reporting and Prevention. Medication Error Definition. [Internet] 2024 (viitattu 3.3.2024). Saatavissa: www.nccmerp.org/about-medication-errors
7. Linden-Lahti C, Takala A, Holmström AR, Airaksinen M. What Severe Medication Errors Reported to Health Care Supervisory Authority Tell About Medication Safety? J Patient Saf. 2021; 17(8):e1179–85.
8. Elliott RA, Camacho E, Jankovic D, Sculpher MJ, Faria R. Economic analysis of the prevalence and clinical and economic burden of medication error in England. BMJ Qual Saf. 2021;30(2):96–105.
9. STM. Asiakas- ja potilasturvallisuusstrategia ja toimeenpanosuunnitelma 2022–2026. Sosiaali- ja terveystieteiden ministeriö. Sosiaali- ja terveystieteiden ministeriön julkaisuja 2022:2. [Internet] 2022 (viitattu 4. 3. 2024). Saatavissa: <https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/handle/10024/163858>
10. Slawomirski LA, Auraaen A, Klazinga N. The economics of patient safety: Strengthening a value-based approach to reducing patient harm at national level. OECD Health Working Papers; vsk. 96. Report No: 96. Paris. [Internet] 2017 (viitattu 3. 3. 2024). Saatavissa: https://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/the-economics-of-patient-safety_5a9858cd-en
11. Manias E. Medication communication: a concept analysis. J Adv Nurs. 2010;66(4):933–43.
12. Walker LO, Avant KC. Strategies for theory construction in nursing. Sixth edition. NY, NY: Pearson; 2019.
13. Awanic. HaiPro. Reporting System for Safety Incidents in Health Care Organizations. [Internet] 2016 (viitattu 5.3.2024). Saatavissa: <https://awanic.fi/haipro/eng/>
14. Wu W, Jia F, Enders C. A Comparison of Imputation Strategies for Ordinal Missing Data on Likert Scale Variables. Multivariate Behav Res. 2015;50(5):484–503.
15. Field A. Discovering statistics using IBM SPSS statistics. 5th edition. Los Angeles London New Delhi Singapore Washington DC Melbourne: SAGE edge; 2018.
16. Kuziemsky CE, Borycki EM, Purkis ME, Black F, Boyle M, Cloutier-Fisher D, ym. An interdisciplinary team communication framework and its application to healthcare "e-teams" systems design. BMC Med Inform Decis Mak. 2009;9(1):1–15.
17. Kitson NA, Price M, Lau FY, Showler G. Developing a medication communication framework across continuums of care using the Circle of Care Modeling approach. BMC Health Serv Res. 2013;13(1):418.
18. Verhagen MJ, de Vos MS, Sujan M, Hamming JF. The problem with making Safety-II work in healthcare. BMJ Qual Saf. 2022;31(5):402–8.

19. Holmström AR. Learning from Medication Errors in Healthcare – How to Make Medication Error Reporting Systems Work? Helsinki: Clinical Pharmacy Group Division of Pharmacology and Pharmacotherapy Faculty of Pharmacy University of Helsinki; 2017. Dissertation. Saatavissa: <http://hdl.handle.net/10138/179230>

20. AHRQ. Hospital Survey on Patient Safety Culture. [Internet] 2024 (viitattu 16.3.2024). Saatavissa: <https://www.ahrq.gov/sops/surveys/hospital/index.html>

21. Bartlett Ellis RJ, Werskey KL, Stangland RM, Ofner S, Bakoyannis G. Using HCAHPS data to model correlates of medication understanding at hospital discharge. Nurs Res Rev. 2017; 7:1–7.

22. Choi YJ, Kim H. Effect of pharmacy-led medication reconciliation in emergency departments: A systematic review and meta-analysis. J Clin Pharm Ther. 2019; 44(6):932–45.

23. Björkstén KS, Bergqvist M, Andersén-Karlsson E, Benson L, Ulfvarson J. Medication errors as malpractice—a qualitative content analysis of 585 medication errors by nurses in Sweden. BMC Health Serv Res. 2016;16(1):431.

24. Chevalier BAM, Watson BM, Barras MA, Cottrell WN. Investigating strategies used by hospital pharmacists to effectively communicate with patients during medication counselling. Health Expect. 2017;20(5):1121–32.

25. Manias E, Street M, Lowe G, Low JK, Gray K, Botti M. Associations of person-related, environment-related and communication-related factors on medication errors in public and private hospitals: a retrospective clinical audit. BMC Health Serv Res. 2021; 21(1):1025.

Syyrilä T. Lääkityspoikkeamiin myötävaikuttavat kommunikaatiotekijät sairaalassa. Dosis 2024;40(2): 210–28.

Liite 1. Digitaalisen kyselyn tulokset

RESULTS OF DIGITAL SURVEY BY MIComHos-S1* SCALE ORIGINAL VERSION (28.4.2023)

Results of digital survey for healthcare professionals for measuring perceived communication challenge frequencies. KEY: In Likert scale category columns are the respondent numbers who indicated the occurrence frequency for a variable describing the communication challenge. Each factor is marked with different colour. Dark shade colour in the Likert-scale results is the mode frequency of the communication challenge on the row

Original Item number	Factor	Scale Variable (= item = communication challenge)	N	Likert scale categories †					Mean	Standard Deviation
				1 Ne- ver	2 Single occasion per year	3 Couple times per year	4 Month- ly	5 Weekly or more often ‡		
14	F1 = Medication prescription	1. Nurse-physician pair had challenges in communication.	296	9	29	72	110	76	3,7264	1,04611
40		2. Incomplete, missing or unclear guidance along with medication prescription.	299	16	43	80	98	62	3,4916	1,13032
90		3. Was not aware that a new medication prescription was submitted outside of the routine ward round.	275	37	34	62	80	62	3,3491	1,31871
49		4. Digital software restricted information retrieval.	299	42	65	67	70	55	3,1037	1,3207
58		5. Time pressure caused challenges for communication.	294	34	80	57	70	53	3,0952	1,30021
61		6. Disruption while dispensing/administering medication.	284	31	66	76	63	48	3,1092	1,24919
65		7. Patient transfer between units or organisations was the situation of communication challenge.	293	22	58	79	92	42	3,2526	1,1517
24		8. Specialised healthcare unit - Specialised healthcare unit pair had challenges in communication.	275	12	49	83	89	42	3,3636	1,07669
26		9. Communication challenging with another person outside of own unit, but in the same organisation.	275	11	42	84	98	40	3,4145	1,04067
67		10. Incomplete or false information was transmitted between organisations.	293	20	80	80	73	40	3,1126	1,15463
74		11. Printout copy of medication chart.	286	53	67	71	62	33	2,8427	1,2786
70		12. Digital communication challenges contributed to medication incidents.	289	37	76	85	63	28	2,8927	1,17212

				Likert scale categories †						
				1	2	3	4	5		
Original Item number	Factor	Scale Variable (= item = communication challenge)	N	Ne-ver	Single occasion per year	Couple times per year	Month ly	Weekly or more often ‡	Mean	Standard Deviation
79		13. Transferring documentation between documents or systems caused information communication challenges.	289	59	78	66	62	24	2,7024	1,245
69		14. Oral communication challenges contributed to medication incidents.	290	38	86	76	67	23	2,8351	1,15979
57		15. An error is repeated regularly, and all parties are aware of the challenge, but it has not been solved.	296	132	77	35	29	23	2,1014	1,2848
76		16. Unclear documentation system for medication dose.	285	53	76	83	52	21	2,6912	1,18207
66		17. Reporting handover during shift takeover was the situation of communication challenges.	276	22	87	69	78	20	2,9529	1,0994
83		18. Colleague had false assumptions of someone's factual actions.	293	50	91	80	56	16	2,6485	1,13293
73		19. Memo note, manual amendment into a printed medication chart, handwritten medication chart or folder.	287	88	81	45	58	15	2,4111	1,25643
71		20. Communication over the phone contributed to medication incidents.	290	58	90	78	51	13	2,5552	1,12784
88	F2 = Guidelines and reports	21. Prescription was missing some information that would have been needed for implementation.	292	56	92	71	56	17	2,6096	1,1658
68		22. Not managed to contact a physician.	292	85	83	66	41	17	2,3904	1,20636
86		23. Incomplete or false documentation of oral prescription.	291	52	101	86	35	17	2,5326	1,09614
93		24. Effect of the medicine for the patient was not reported.	276	70	101	58	34	13	2,3442	1,12541
82		25. Documentation was lacking because the responsible person for documenting was not named for the ward round.	275	127	75	38	23	12	1,9745	1,15389
54		26. Guidance or rule concerning medication care was lacking or was unclear.	297	71	112	74	31	9	2,3098	1,04219
91		27. Mistake in interpretation of a prescription.	293	46	103	86	51	7	2,5563	1,02757

				Likert scale categories †						
				1	2	3	4	5		
Original Item number	Factor	Scale Variable (= item = communication challenge)	N	Ne-ver	Single occasion per year	Couple times per year	Month ly	Weekly or more often ‡	Mean	Standard Deviation
50		28. Guidance for an exceptional situation was lacking.	293	97	112	57	20	7	2,0717	1,00597
53		29. Equipment lacking for medication care.	296	138	99	41	11	7	1,8176	0,96752
92		30. Guidance was not given about the issues that are to be observed due to the prescribed medication.	289	73	101	66	43	6	2,3356	1,07439
48		31. Regulation was restricting information retrieval or transmission.	291	131	89	34	31	6	1,9416	1,08597
89		32. Abbreviations or slang language (not standardised language).	288	115	91	53	23	6	2,0069	1,04596
56		33. Guidance or advice not available for medication care.	293	84	112	62	30	5	2,1809	1,01599
94		34. Reporting was lacking in case prescription was not implemented, an error occurred when implemented or the prescription was amended while implemented.	280	84	99	63	29	5	2,1857	1,03408
55		35. Not aware of the guidance regarding medication care.	293	70	122	69	27	5	2,2321	0,9726
15	F3 = Communication related to patient and family	36. Nurse-patient pair had challenges in communication.	283	19	44	80	94	46	3,3675	1,12952
31		37. Patient accidentally did not tell about medication.	289	17	42	73	115	42	3,4256	1,08757
29		38. Patient lacking mental abilities.	291	39	50	79	85	38	3,1134	1,23072
34		39. Medication was not discussed with the patient.	286	29	76	69	77	35	3,0455	1,19709
33		40. Family member had incomplete or false information about the patient's medication.	282	22	53	81	101	25	3,1915	1,08641
32		41. Diverse professional groups had given confusing information to the patient about the medication.	282	34	71	93	66	18	2,8688	1,10022
30		42. Patient knowingly did not tell about medication.	286	35	83	92	61	15	2,7832	1,07697
27		43. Patient lacking language skills.	296	37	78	94	73	14	2,8277	1,08333
28		44. Diverse cultural background of the patient.	292	55	80	93	51	13	2,613	1,11113
25	F4 = Communication related to implementation of guidelines	45. Within the home unit among the colleagues were challenges in communication.	296	7	54	84	101	50	3,4493	1,04677

				Likert scale categories †						
				1	2	3	4	5		
Original Item number	Factor	Scale Variable (= item = communication challenge)	N	Never	Single occasion per year	Couple times per year	Monthly	Weekly or more often ‡	Mean	Standard Deviation
13		46. Nurse-nurse pair had challenges in communication.	292	7	46	92	104	43	3,4452	1,00193
38		47. Professionals aware of guidance given by the organisation, but the rules were bent.	283	69	77	68	46	23	2,5654	1,24562
39		48. Personal characteristics of colleague challenged communication about medication.	291	85	84	66	39	17	2,378	1,20118
41		49. Professional did not seek advice regardless of feeling unconfident.	298	56	97	78	51	16	2,5772	1,13518
42		50. Not aware of the existing rule or guidance concerning medication care.	292	42	106	78	53	13	2,6199	1,07583
44	F5 = Communication related to competencies and responsibilities	51. The competence required in the clinical unit was not met by the temporary staff.	287	62	96	75	43	11	2,4599	1,10195
43		52. Lacking language skills contributed to probability of medication error.	291	130	95	41	22	3	1,8763	0,98532
46		53. Within the home unit, it was unclear who was the responsible person for the medication.	296	140	91	41	21	3	1,8378	0,98155
45		54. Diverse cultural background challenged communication.	290	156	86	29	16	3	1,7034	0,931
62	F6 = Communication related to attitudes and atmosphere	55. Medication errors are not reported because the previous reports have not generated any actions.	290	109	60	50	52	19	2,3517	1,31813
63		56. Medication incident was not reported because the atmosphere in the clinic is not encouraging to do so.	291	128	60	40	44	19	2,1959	1,31809
64		57. Fear of authorities or getting humiliated is challenging communication.	293	153	70	40	18	12	1,8601	1,12149

† Original Likert scale categories were from 1 to 7 but were condensed into 5 categories in the analysis phase.
‡ = “Weekly or more often” category (category 5) stands for the following combined categories: Weekly (5), Daily (6) and in every shift (7).
MODE category of each item (variable) is coded with dark colour describing the most general frequency indication of the variable.
• CC BY-NC-SA: This license allows reusers to distribute, remix, adapt, and build upon the material in any medium or format for noncommercial purposes only, and only so long as attribution is given to the creator. If you remix, adapt, or build upon the material, you must license the modified material under identical terms.
• CC BY-NC-SA includes the following elements:
BY – Credit must be given to the creator
NC – Only noncommercial uses of the work are permitted
SA – Adaptations must be shared under the same terms
• Correspondent developer of the MComHos-S1 scale:
Tiina Syyrilä PhD, RN | University teacher | Department of Nursing Science
University of Eastern Finland | P.O. Box 1627 / PL 1627 | FIN-70211 Kuopio | Finland
+358 50 475 9604 | tiina.syyrila@uef.fi