

Vol. 41

Dosis

2
2025

Farmaseuttinen aikakauskirja

PÄÄKIRJOITUS

Vesa Jormanainen: EHDS regulation will provide researchers with access to large-scale health data for scientific purposes 157

ALKUPERÄISTUTKIMUKSET

Satu Kuusisto, Hanna Koskinen, Fredriikka Nurminen, Heini Kari: Merkittävä monilääkitys ja iäkkäillä vältettävät lääkkeet yleisiä lääkkeiden annosjakelussa 162

Tiina Syyrilä, Saija Koskiniemi, Santtu Mikkonen, Katri Hämeen-Anttila: Reseptilääkkeistään lääkäriille kertomatta jättäneiden kansalaisten profiili ja kertomatta jättämisen syyt – Lääkebarometriaineiston 2019 tilastollinen analyysi 176

Sara Tsokkinen, Mikko Lemettilä, Emmi Kauppila, Jukka Koskelo, Marika Pohjanoksa-Mäntylä: Riippuvuuden tunnistaminen ja puheeksiotto apteekissa – kyselytutkimus farmasian ammattilaisille 212

TOIMINNAN KEHITTÄMINEN

Hanna Ruokoja, Miia Tiihonen, Kaija Varila, Eeli Hautakangas, Paula Haapakoski: Lääkityksen tarkistuspalvelumalli Keski-Pohjanmaan hyvinvointialueella 238

Emilia Peltonen, Kirsi Aronpuro, Saija Leikola: Länsi-Uudenmaan hyvinvointialueen ja apteekkien yhteistyö on vähäistä – apteekit valmiita yhteistyön kehittämiseen 252

Dosis

2
2025

Farmaseuttinen aikakauskirja

Vol. 41

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

Kamua Helsinki
kamuahelsinki.fi

ISSN 0783-4233

EHDS regulation will provide researchers with access to large-scale health data for scientific purposes

On 3 May 2022, the European Commission (EC) published its proposal for the European Health Data Space (EHDS) (1). The EHDS proposal was crafted in the aftermath of the COVID-19 pandemic (2–4). EHDS is the only project of its kind in the world to date (2,5). The aim is to make the EU a common Health Data Space. EHDS regulation in European Union Member States (EU-MS) is already in effect since 26 March 2025. According to the EC, trust is a fundamental enabler in the success of EHDS (1,6). EHDS is an ecosystem of national health data spaces which can interact through EU level platforms (7).

EHDS will provide patients with fast and free access over their own electronic health data, easy sharing of health data with health professionals (including across borders), more control over their own electronic health data (with a possibility to add personal health information), the ability to restrict access to specific parts of their record or to specific persons, view who accessed their data, ask for correc-

tions if errors are found and the right to view health data in a standard European format. In addition, patients will have security and privacy protections by default and opt-out rights from secondary use of their own electronic health data. Many of these are already real and live in Finland.

Importantly, researchers will get access to large-scale health data for scientific purposes, a clear and structured system to discover what data are available, where data are located and its quality, and more cost-efficient access to high-quality health data. These data will be available in a European Electronic Health Record exchange format (8).

One of EHDS central objectives is to enhance patient control over health data (2,9). EHDS partially builds and expands on the rights and obligations set out in the General Data Protection Regulation (GDPR) (10). EHDS seeks to create a legal obligation on data holders (such as pharmacies) to share electronic health data for secondary purposes (4).

EHDS distinguishes between two uses of

Jormanainen Vesa: EHDS regulation will provide researchers with access to large-scale health data for scientific purposes
Dosis 2025;41(2): 157–161.

health data: primary use and secondary use (1,11). To ensure the functioning of these two pillars, rules, common standards and practices, infrastructure, and governance framework are prescribed. Quality of data that flows into EHDS will determine the value of the insights generated and health solutions developed through its secondary use (5).

Pharmacies and EHDS

Pharmacies are expected to play a crucial role in EHDS, as more and more patients are expected to ask their community pharmacies for advice on interpreting their health data (3). Furthermore, pharmacies are pivotal in the exchange of and access to different types of electronic health data such as electronic prescriptions. Under EHDS regulation, pharmacies are data holders, since a pharmacy is an entity within healthcare (Directive 2011/24/EU). The inclusion of hospital pharmacies in EHDS is vital for the comprehensive digitalization of healthcare data. In addition, EHDS regulation explicitly includes online pharmacies, recognizing that online pharmacies must be allowed to take part in the EHDS infrastructure.

Pharmacies must have access to electronic prescriptions issued in other EU-MS via the EHDS's MyHealth@EU infrastructure, and pharmacies must accept these electronic prescriptions for medicine dispensations. When medicine has been dispensed based on an electronic prescription issued in other EU-MS, the pharmacy must inform via MyHealth@EU infrastructure these medicine dispensations to the national contact point of the EU-MS in which the electronic prescription was issued.

EHDS implementation and adoption in Finland

The national implementation of EHDS regulation in Finland requires amendments to leg-

islation (12,13). The Ministry of Social Affairs and Health (MSAH) is currently preparing two government proposals related to the regulation that are scheduled to be submitted to Parliament in 2025 and 2026. In addition to the implementation of EHDS regulation, the MSAH is working on a legislative project to amend the Act on the Secondary Use of Health and Social Data.

EHDS is a new and currently already mandatory regulation in EU-MS who have started its implementation and adoption efforts. In Finland, a set objective is that the central EHDS regulation requirements will be implemented and adopted in a cost-effective fashion by utilizing already extant nationwide data systems, such as Kanta Services (Kanta-palvelut).

However, EHDS will bring changes to Kanta Services of Finland. For example, EHDS regulation has set rights for persons or their representatives to add data and information into their electronic patient records, but these persons cannot directly change electronic health information recorded by healthcare professionals. Adding information into the electronic patient records will be realized via MyKanta (OmaKanta) of Kanta Services in due time. In addition, the EHDS regulation and its appropriate transitional provisions will also change the current set of Kanta Services: the nationwide Kanta Personal Health Record (Omatietovaranto) service will be removed from Kanta Services as it is a duplicate service that already exists in EHDS.

Vesa Jormanainen, MD, MSc

Senior Ministerial Advisor,
Medical Affairs Service System Unit
Department of Clients and Services
in Healthcare and Social Welfare
Ministry of Social Affairs and Health of Finland
vesa.jormanainen@gov.fi

Tiivistelmä

EHDS-asetus tarjoaa tutkijoille pääsyn laajamittaisiin terveystietoihin tieteellisiä tarkoituksia varten

Euroopan Unionin komission asetus eurooppalaiseksi terveystietoalueeksi (European Health Data Space, EHDS) tuli voimaan 26.3.2025. Parhaillaan Suomessa muutetaan kansallista lainsäädäntöä vastaamaan pakottavan EHDS-asetuksen vaatimuksia. Tavoitteena on mahdollisimman pitkälle säilyttää nykytila ja hyödyntää jo tehtyjä toteutuksia (kuten Kanta-palvelut). EHDS-asetuksella vahvistetaan yhteiset säännöt ja mekanismit terveystietojen ensisijaista ja toissijaista käyttöä varten, perustetaan rajat ylittävät käytön infrastruktuurit koko unionissa sekä kansallisen ja unionin tason hallinto- ja koordinoitumekanismit.

OmaKanta toimisi EHDS-asetuksen mukaisena sähköisten terveystietojen käyttöpalveluna. Luonnollisilla henkilöillä tai heidän edustajillaan on oikeus lisätä tietoja sähköiseen potilaskertomukseen selvästi erottuvalla tavalla, eikä terveydenhuollon ammattihenkilöiden syöttämiä sähköisiä terveystietoja ja niihin liittyviä tietoja voi muuttaa suoraan. EHDS-asetuksen kanssa päällekkäiset Kanta-

palvelujen Omatietovaranto ja ammattilaisen käyttöliittymä sähköisten lääkemääräysten käsittelyyn ehdotetaan lakkautettavaksi. Apteekkien tietojärjestelmissä tulee pystyä käsittelemään eurooppalaisen vaihtoformaatin mukaisia lääkemääräysten ja lääketoimistusten tietoja.

Maaliskuussa 2027 komissio hyväksyy henkilökohtaisten sähköisten terveystietojen tekniset eritelmät ja muun muassa eurooppalaisen sähköisten terveystietojen vaihtoformaatin. Yhteen toimivuuden takaava vaihtoformaatti mahdollistaa unioninlaajuisten tietojen käytön myös tutkimustarkoituksiin.

Vesa Jormanainen

LL (väitellyt), THM
terveydenhuollon erikoislääkäri
Lääkintöneuvos
Palvelujärjestelmäyksikkö
Sosiaali- ja terveydenhuollon
palvelut ja asiakkaat -osasto
Sosiaali- ja terveysministeriö

References

1. Proposal for a Regulation of the European Parliament and of the Council on the European Health Data Space COM/2022/197 final. [Internet] (accessed 26.4.2025). Available at <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/EN/TXT/PDF/?uri=CELEX:52022PC0197>
2. Marelli L, Stevens M, Sharon T, Van Hoyweghen I, Boeckhout M, Colussi I, et al. The European health data space: too big to succeed? *Health Policy* 2023;135:104861. <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2023.104861>
3. Fähræus D, Reichel J, Slokenberga S. The European Health Data Space: challenges and opportunities. Swedish Institute for European Policy Studies. February 2024;2epa. <https://sieps.se/publikationer/2024/the-european-health-data-space-challenges-and-opportunities/>
4. Staunton C, Shabani M, Mascalzoni D, Mezinska S, Slokenberga S. Ethical and social reflections on the proposed European Health Data Space. *Eur J Human Gen.* 2024;32:498–505. <https://doi.org/10.1038/s41431-024-01543-9>
5. EIT Health Think Tank. Implementing the European Health Data Space across Europe. April 2024. [Internet] (accessed 26.4.2025). Available at <https://eithealth.eu/think-tank-topic/implementing-the-european-health-data-space/>
6. Frutos Lucas de J, Haugo HT. Moving forward with the European health data space: the need to restore trust in the European health systems. *Lancet Reg Health Europe* <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC11021355/>
7. Hussein R, Scherdel L, Nicolet F, Martin-Sanchez F. Towards the European Health Data Space (EHDS) ecosystem: a survey research on future health data scenarios. *Int J Med Inform* 2023;170:104949. <https://doi.org/10.1016/j.ijmedinf.2022.104949>
8. Commission Recommendation on a European Electronic Health Record exchange format (C(2019)800). [Internet] 2019 (accessed 26.4.2025). Available at <https://digital-strategy.ec.europa.eu/en/policies/electronic-health-records>
9. Baumgart DC, Kvedar JC. Germany and Europe lead digital innovation and AI with collaborative health data use at continental level. *npj Digital Med* 2025;8:215. <https://www.nature.com/articles/s41746-025-01631-0>
10. Li W, Quinn P. The European Health Data Space: an expanded right to data portability? *Comp Law Sec Review: Int J Technol Law Pract* 2023;52:105913. <https://doi.org/10.1016/j.clsr.2023.105913>
11. Raab R, Küderle A, Zakreuskaya A, Stern AD, Klucken J, Kaissis G, et al. Federated electronic health records for the European Health Data Space. *Lancet Digit Health* 2023;5:e840–e847. [https://doi.org/10.1016/S2589-7500\(23\)00156-5](https://doi.org/10.1016/S2589-7500(23)00156-5)
12. Finnish Government. New EU regulation to improve citizens' control over their personal health data. Ministry of Social Affairs and Health. Press release [Internet] 2025 (accessed 26.4.2025). Available at <https://valtioneuvosto.fi/en/-/1271139/new-eu-regulation-to-improve-citizens-control-over-their-personal-health-data>
13. Hallituksen esitys eurooppalaista terveystietoaletta koskevaa asetusta (EHDS) täydentävästä sääntelystä sosiaali- ja terveydenhuollon asiakastietojen käsittelystä annettuun lakiin ja siihen liittyviin lakeihin. Lausuntokierros 1.4.–15.5.2025. [In Finnish] [Internet] (accessed 26.4.2025). Available at https://stm.fi/hanke?tunnus=STM108:00/2024#kuuleminen_75208039-6db6-413f-aa76-4eb078be3482

Jormanainen Vesa: EHDS regulation will provide researchers with access to large-scale health data for scientific purposes
Dosis 2025;41(2): 157–161.

Merkittävä monilääkitys ja iäkkäillä vältettävät lääkkeet yleisiä lääkkeiden annosjakelussa

Satu Kuusisto*

TtM, farmaseutti, tutkija
Kelan tutkimusyksikkö
satu.kuusisto@kela.fi

Hanna Koskinen

FT, TtM,
ryhmäpäällikkö
Kelan tutkimusyksikkö

Fredriikka Nurminen

MMK, tutkija
Kelan tutkimusyksikkö

Heini Kari

FaT, proviisori, DI
erikoistutkija
Kelan tutkimusyksikkö

*Kirjeenvaihto

Kuusisto S, Koskinen H, Nurminen F, Kari H: Merkittävä monilääkitys ja iäkkäillä vältettävät lääkkeet yleisiä lääkkeiden annosjakelussa. Dosis 2025;41(2): 162–175.

Tiivistelmä

Johdanto

Lääkkeiden annosjakelun tavoitteena on parantaa monilääkittyjen potilaiden lääkehoidon turvallisuutta. Annosjakelua aloitettaessa potilaan lääkitys tulee tarkistaa, mutta aiemmissa tutkimuksissa on havaittu, että annosjakelun kautta toimitetaan myös paljon iäkkäillä vältettäviä lääkkeitä. Tämän rekisteritutkimuksen tarkoituksena on kuvata annosjakelupalvelua käyttäviä henkilöitä ja annosjaeltujen lääkkeiden käyttöä Suomessa. Lisäksi arvioidaan, kuinka paljon 75 vuotta täyttäneet annosjakeluasiakkaat käyttävät iäkkäillä vältettäviä lääkkeitä suhteessa samanikäiseen väestöön.

Aineisto ja menetelmät

Tämän rekisteritutkimuksen kohdejoukkona olivat kaikki henkilöt, joilla on ollut vähintään yksi Kanta Reseptikeskukseen tallennettu annosjakelutoimitus vuonna 2022. Tutkimusaineisto sisältää tiedot annosjakeluasiakkaista ja kaikista heidän avohoitoon määrätystä lääkemääräyksistään sekä niillä toimitetuista lääkkeistä ja muista valmisteista, kuten ravintolisistä, vuonna 2022. Tuloksissa esitetään tiedot myös vastaavan ikäisestä väestöstä, jotka eivät ole seurantajaksolla käyttäneet annosjakelupalvelua. Tiedot perustuvat Reseptikeskuksen lääkemääräys- ja -toimitusaineistoon vuodelta 2022. Tutkimuksen analyysit on toteutettu kuvailevin tilastollisin menetelmin.

Tulokset

Yhteensä 120 021 henkilöä käytti avoapteekkien annosjakelupalvelua vuonna 2022. Heidän keski-ikänsä oli 81 vuotta (vaihteluväli 6 – yli 100 vuotta) ja heistä 63 % oli naisia. Merkittävä monilääkitys (vähintään kymmenen eri lääkettä käytössä) oli 73 %:lla annosjakeluasiakkaista. Vuonna 2022 annosjakelun kautta toimitettiin 353 eri lääkeainetta tai niiden yhdistelmää, joista viisi yleisintä olivat bisoprololi, furosemidi, parasetamoli, kalsiumin yhdistelmävalmisteet ja pantopratsoli. Annosjakelutoimituksia tehtiin yhteensä noin 18,5 miljoonaa, joista 5 % koski muita kuin lääkevalmisteita, kuten esimerkiksi ravintolisistä. Kaikista vähintään 75-vuotiaista annosjakeluasiakkaista 38 % ja saman ikäisestä ei annosjakelupalvelun piirissä olevista 33 % käytti Lääke75+ -n mukaan iäkkäillä vältettäviä lääkkeitä. Näistä yleisimmät olivat psykoosilääkkeitä.

Johtopäätökset

Annosjakelupalvelun käyttäjät ovat tyypillisesti monilääkittyjä iäkkäitä henkilöitä. Annosjakelussa oleva lääkevalikoima koostuu pääosin kansansairauksien hoitoon tarkoitetuista lääkevalmisteista, mutta annosjakelun kautta toimitetaan myös huomattava määrä iäkkäillä vältettäviä lääkkeitä. Terveysturvan ammattilaisten tulisi kiinnittää huomiota annosjakeluasiakkaiden kokonaislääkityksen tarkistamiseen, erityisesti psyykenlääkkeiden käyttöön, jotta annosjakeluasiakkaiden lääkitysturvallisuus saadaan varmistettua.

Avainsanat: Annosjakelu, ikääntyvien lääkekäyttö, monilääkitys, iäkkäillä vältettävät lääkkeet, rekisteritutkimus

Johdanto

Monilääkittyjen potilaiden määrä on kasvanut viime vuosina nopeasti väestön ikääntyessä ja se tulee edelleen kasvamaan tulevina vuosina (1–4). Samaan aikaan apteekkien tarjoama lääkkeiden koneellinen annosjakelupalvelu on yleistynyt erityisesti iäkkäiden monilääkittyjen asiakkaiden lääkehoidon toteutuksessa (5). Lääkkeiden koneellisessa annosjakelussa apteekki toimittaa asiakkaan säännöllisesti käyttämät lääkkeet kerta-annoksiin jaeltuina tyypillisesti kahdeksi viikoksi kerrallaan (6). Annosjakelupalvelun keskeisiä tavoitteita ovat tukea potilaiden tarkoituksenmukaista lääkkeiden käyttöä, parantaa lääkitysturvallisuutta, tuoda lääkesäästöjä ja kohdentaa terveydenhuollon henkilöstöresursseja tehokkaammin (5,7–9). Annosjakelupalvelu sopii erityisesti henkilöille, joilla on säännöllisessä käytössä useita tabletti- ja kapselimuotoisia lääkkeitä ja palvelun käytön lisäämistä on suositeltu ikäihmisten palveluiden laatusuosituksessa (10). Henkilöt, jotka ovat täyttäneet 75 vuotta, voivat tietyin rajauksin saada sairausvakuutuskorvausta myös annosjakelupalkkiosta (Sairausvakuutuslaki 1224/2004).

Annosjakelupalvelua aloitettaessa potilaan kokonaislääkitys tulee selvittää ja lääkityksen tarkoituksenmukaisuus arvioida (10). Sinnemäen (2020) tutkimuksen mukaan lääkityksen tarkistaminen toteutui hyvin annosjakelua aloittavilla potilailla, mutta hankalammat lääkehoitoihin liittyvät ongelmat, kuten yli kolmen psyykenlääkkeen samanaikainen käyttö, jäivät usein ratkaisematta. Toisen suomalais-tutkimuksen mukaan Alzheimerin tautia sairastavilla psykoosi- ja masennuslääkkeiden käyttö yleistyi annosjakelua aloitettaessa, ja he käyttivät myös enemmän parasetamolia ja protonipumpun estäjiä verrattuna henkilöihin, joilla ei ollut Alzheimerin tautia (11).

Aikaisemmissa tutkimuksissa on havaittu, että annosjakelupalvelua käyttävillä henkilöillä on usein merkittävä monilääkitys, eli vähintään 10 lääkettä käytössä, ja palvelun kautta toimitetaan paljon myös iäkkäillä vältettävistä lääkkeitä (11–15). Toivon ym. (2019) annosjakeluasiakkaiden lääkehoidon arviointien toimintamallien kehittämistä koskevassa tutkimuksessa havaittiin erityisesti iäkkäillä vältettävien psyykenlääkkeiden käytön olevan

yleistä. Vuonna 2020 lähes puolet yli 75-vuotiaiden suomalaisten unilääkeostoista toimitettiin annosjakelun kautta, vaikka suurin osa unilääkkeistä on tarkoitettu lyhytaikaiseen käyttöön (16). Iäkkäillä vältettävien lääkkeiden käyttö on Suomessa verrattain yleistä. Lääke75+:n kriteerien mukaan niitä käyttää noin joka kolmas yli 75-vuotias (17). Iäkkäillä vältettävillä lääkkeillä haitat ylittävät yleensä käytöstä saatavat hyödyt, minkä vuoksi näiden lääkkeiden käyttöä tulisi välttää erityisesti yli 75-vuotiailla.

Aikaisemmissa tutkimuksissa ei ole tarkasteltu kattavasti avoapteekkien annosjakelupalvelun käyttäjiä ja heidän lääkehoitojaan. Tämän valtakunnalliseen aineistoon perustuvan rekisteritutkimuksen tarkoituksena on kuvata annosjakelun piirissä vuonna 2022 olleita henkilöitä, annosjaeltujen lääkkeiden käyttöä ja yleisimmin käytettyjä lääkeaineita ja -ryhmiä sekä reseptillä määrättyjä muita kuin lääkkeitä luokiteltuja valmisteita annosjakelussa. Lisäksi tutkimuksessa selvitetään, kuinka paljon annosjakelun kautta toimitetaan iäkkäillä vältettävistä lääkkeitä. Tuloksia arvioidaan suhteessa vastaavan ikäiseen väestöön, joka ei ole annosjakelun piirissä.

Aineisto ja menetelmät

Tutkimus toteutettiin rekisteritutkimuksena, jonka kohdejoukko koostui avoapteekkien annosjakelupalvelua vuonna 2022 käyttäneistä henkilöistä. Tutkimusaineistoon poimittiin kaikki henkilöt, joilla on ollut vähintään yksi Kanta Reseptikeskukseen tallennettu annosjakelutoimitus vuonna 2022. Tutkimusaineisto sisälsi tiedot annosjakeluasiakkaista (ikä, sukupuoli) ja kaikista heidän avohoitoon määrättyistä sähköisistä lääkemääräyksistään sekä lääkemääräyksellä toimitetuista lääkkeistä ja muista valmisteista, kuten ravintolisistä. Tuloksissa esitetään myös Kanta Reseptikeskuksesta poimitut tiedot vastaavan ikäisestä väestöstä, jotka eivät ole seurantajaksolla käyttäneet avoapteekkien annosjakelupalvelua. Tutkimuksessa tarkasteltiin ensisijaisesti avoapteekkien annosjakelupalvelun kautta toimitettuja valmisteita, mutta tietoa muiden kuin annosjakelun kautta toimitettujen lääkkeiden lukumäärästä käytettiin arvioitaessa annos-

jakeluasiakkaiden monilääkitystä ja lääkkeitä kokonaismäärää sekä iäkkäillä vältettävien lääkkeiden käyttöä. Merkittävällä monilääkityksellä tarkoitetaan tässä tutkimuksessa sitä, että henkilöllä on käytössä vähintään 10 lääkettä eli vähintään yksi lääketoimitus kymmenestä tai useammasta eri lääkeainetta sisältävästä lääkemääräyksestä vuonna 2022.

Annosjakelun kautta toimitettujen lääkkeiden luokittelussa käytettiin Maailman terveysjärjestön (World Health Organization, WHO) ylläpitämää anatomis-terapeuttis-kemiallista (ATC) luokitusta (18). ATC-luokituksessa lääkkeet on jaettu ryhmiin sen mukaan, mihin elimen tai elinjärjestelmään lääkkeet vaikuttavat, sekä sen mukaan, mitä kemiallisia, farmakologisia ja terapeuttisia ominaisuuksia lääkkeellä on. Aineistossa ilman ATC-koodia olleet melatoniinivalmisteet luokiteltiin tutkimuksessa ATC-koodin sisältäviksi melatoniinivalmisteiksi. Iäkkäillä vältettävät lääkkeet määriteltiin tässä tutkimuksessa Fimean ylläpitämän Lääke75+ -tietokannan mukaan (19). Tietokanta sisältää luokittelun ja suosituksen lääkkeiden käytöstä iäkkäillä, muun muassa iäkkäillä vältettävistä, niin kutsutuista D-luokan lääkevalmisteista. Kyseisen luokan lääkeaineilla haitta-vaikutusriski on iäkkäillä tyypillisesti suurempi kuin hoidosta saatava kliininen hyöty. Annosjakelussa lääketoimituksia tehdään useammin (keskimäärin kahden viikon välein) verrattuna tavallisiin lääketoimituksiin, joita toimitetaan valmisteesta riippuen tyypillisesti kuukauden tai kolmen kuukauden välein. Tutkimusmenetelmänä hyödynnettiin kuvailevia tilastollisia analyysimenetelmiä. Annosjakeluasiakkaita ja ei-annosjakelun piirissä olevia henkilöitä tarkasteltiin erillisinä ryhminä. Analyysit on toteutettu RStudio-ohjelmistolla (versio 4.4.0).

Tutkimuksesta ei tehty eettistä ennakkoarviointia, koska kyseessä on rekistereihin perustuva tutkimus. Tutkimus toteutettiin hyvää tieteellistä käytäntöä noudattaen. Aineistosta poistettiin suorat tunnistettavat henkilötiedot eikä siitä ole tunnistettavissa yksittäisiä henkilöitä. Tutkimus kuuluu Kelan tutkimusyksikössä toteutettavaan Lääkkeet ja lääkeala muuttuvassa toimintaympäristössä -tutkimushankekokonaisuuteen, johon Kelan tutkimusyksikön johtoryhmä on myöntänyt tutkimusluvan 10/2021. Tutkimuksesta laa-

dittiin tietosuojaseloste ja tehtiin tietosuojan vaikutusten arviointi (DPIA).

Tulokset

Vuonna 2022 annosjakelupalvelua käytti yhteensä 120 021 henkilöä, mikä on 2,2 % Suomen väestöstä. Annosjakelussa olevista henkilöistä 63 % oli naisia, ja käyttäjät olivat keskimäärin 81-vuotiaita (vaihteluväli 6 – yli 100 vuotta). Annosjakelun piirissä oli 75 vuotta täytäneestä väestöstä 16 % (n=94 216), ja tämän ikäryhmän osuus annosjakeluasiakkaista oli 78 %. Vastaavasti 85 vuotta täyttäneestä väestöstä 39 % naisista ja lähes kolmannes miehistä oli annosjakelun piirissä. Miehillä annosjaeltujen lääkkeiden lukumäärä oli keskimäärin 8,3 ja naisilla vastaavasti 8,5 (**Taulukko 1**). Annosjakelussa olevien henkilöiden keskimääräinen toimitettujen reseptilääkkeiden kokonaismäärä oli huomattavasti muuta väestöä suurempi (13,1 vs. 5,4). Luvut sisältävät annosjakeluasiakkailla myös annosjakelun ulkopuolelta toimitetut lääkkeet vuonna 2022. Merkittävä monilääkitys, eli vähintään kymmenen eri lääkeainetta käytössä, oli 73 %:lla annosjakelussa olleista henkilöistä ja 76 %:lla 75 vuotta täyttäneistä annosjakeluasiakkaista. Vastaavasti 25–64 -vuotiaista annosjakeluasiakkaista merkittävä monilääkitys oli 60 %:lla ja alle 25-vuotiaista annosjakeluasiakkaista 33 %:lla.

Annosjakelussa olevat lääkkeet

Vuonna 2022 Suomessa tehtiin yhteensä 18,5 miljoonaa annosjakelutoimitusta, mikä oli 25 % kaikista avoapteekeissa vuonna 2022 tehdystä lääketoimituksista. Annosjakeluna toimitettujen lääkkeiden kokonaiskustannukset olivat 95,9 miljoonaa euroa, mikä oli 3,6 % avohoidon reseptilääkekustannuksista.

Vuonna 2022 annosjakeluna toimitettiin 353 eri lääkeainetta tai niiden yhdistelmää sisältävää valmistetta; viisi yleisintä lääkeainetta olivat bisoprololi, furosemidi, parasetamoli, kalsiumin yhdistelmävalmisteet ja pantopratsoli (**Taulukko 2**). Annosjakelun piirissä olleista henkilöistä 40 %:lla oli annosjakelussa lääkemääräys myös muihin kuin lääkkeitä luokiteltaviin valmisteisiin. Annosjakelutoimituksista 5,4 % oli ATC-koodin sisältämätömiä lääkevalmisteita. Niistä suurin osa oli

Taulukko 1. Ikäryhmittäiset tiedot annosjakeluasiakkaiden reseptillä toimitetuista lääkkeistä vuonna 2022.

Ikä (vuotta)	Annos-jakelussa olevien henkilöiden lukumäärä	Naisten osuus (%)	Miesten osuus (%)	Annosjake-lulääkkeiden lukumäärä naisilla (ka)	Reseptilääk-keiden kokonais-määrä naisilla yhteensä (ka)	Annosjake-lulääkkeiden lukumäärä miehillä (ka)	Reseptilääk-keiden kokonais-määrä miehillä yhteensä (ka)
0–24	588	43	57	4,4	10,0	4,0	7,4
25–64	9 439	41	59	7,5	13,0	7,1	11,2
65–74	15 778	47	53	8,6	13,5	8,5	12,8
75–84	37 309	61	39	8,7	13,4	8,7	13,2
85+	56 907	73	27	8,5	13,3	8,5	13,1
Yhteensä	120 021	63	37	8,5	13,3	8,3	12,8

vitamiineja ja hivenaineita, yleisimmin D- ja B-vitamiini- sekä monivitamiinivalmisteita. Käyttäjämäärältään yleisin annosjakeluasiakkailla käytössä ollut lääkeryhmä oli sydän- ja verisuonitautien lääkkeet, joita käytti 85 % annosjakeluasiakkaista. Yli puolella annosjakelussa olleista henkilöistä oli käytössä anti-tromboottinen lääke, yleisimmin apiksabaani (Kuvio 1). Masennus- tai psykoosilääke oli käytössä kolmanneksella annosjakeluasiakkaista. Näistä yleisimmät olivat mirtatsapiini ja risperidoni, joita käytti 18 % ja 14 % annosjakeluasiakkaista. Muistisairauslääke memantiini oli käytössä neljäsosalla. Annosjakeluasiakkaista, jotka olivat täyttäneet 75 vuotta, muistisairau-den hoitoon tarkoitettuja lääkkeitä käytti 43 %.

Vuonna 2022 annosjakelun kautta toimitetuista 353 lääkeaineesta noin viidennes (n=62) oli luokiteltu Lääke75+ -tietokannassa iäkkäillä vältettäväksi lääkkeiksi. Näitä lääkkeitä toimitettiin 38 %:lle vähintään 75-vuotiaista annosjakeluasiakkaista, kun vastaavan ikäisellä ei annosjakelun piirissä olevalla väestöllä vastaava osuus oli 33 %. Kaikista 75 vuotta täyttäneiden annosjakelutoimituksista 5 % sisälsi Lääke75+ :n mukaan iäkkäillä vältettäviä lääkkeitä. Vastaava osuus samanikäisellä, mutta ei annosjakelun piirissä olevalla väestöllä oli 6 %. Psykoosilääkkeet olivat yleisin

annosjakelun kautta toimitettu iäkkäillä vältettävä lääkeryhmä. Käyttäjämäärältään yleisimmät iäkkäillä vältettävät lääkeaineet olivat risperidoni ja ketiapiini, joita käytti 14 % ja 12 % annosjakelupalvelun piirissä olleista 75 vuotta täyttäneistä (Taulukko 3).

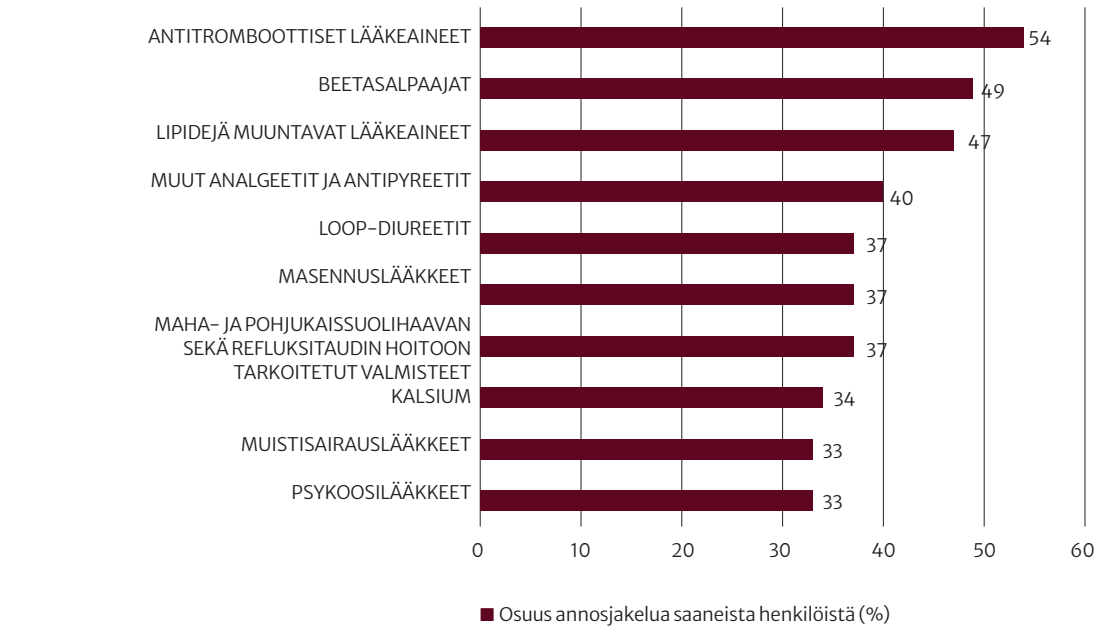
Unilääkkeiden, lukuun ottamatta melatoniinia, toimituksista 13 % tehtiin annosjakelun kautta. Melatoniinia käytti 35 % ja muita unilääkkeitä 5 % vähintään 75 vuotta täyttäneistä annosjakeluasiakkaista. Iäkkäillä vältettävistä unilääkkeistä tsolpideemiä käytti 481 henkilöä eli 0,5 % kaikista 75 vuotta täyttäneistä annosjakelun asiakkaista.

Pohdinta

Tämän tutkimuksen mukaan avoapteekkien annosjakelupalvelun tyypillinen käyttäjä on paljon lääkkeitä käyttävä yli 80-vuotias nainen. Kolmella neljäsosalla annosjakeluasiakkaista on merkittävä monilääkitys, mikä on muuta väestöä merkittävästi yleisempää. Esimerkiksi Fimean lääkehoidon indikaattoreiden mukaan merkittävä monilääkitys oli viidenneksellä 75 vuotta täyttäneistä vuonna 2022 (20). Merkittävää monilääkitystä on havaittu myös eri Euroopan maita koskevassa tutkimuksessa. Bennien ym. (2023) tutkimuksen

Taulukko 2. Annosjakelussa vuonna 2022 olleet lääkkeet ja niiden osuus kaikista toimitetuista lääkkeistä.

Lääkeryhmä (ATC-pääryhmä)	Lääketoimituksia yhteensä (lkm)	Annosjaeltujen toimitusten osuus avoapteekkien lääketoimituksista (%)	Lääke-aineiden lkm annos-jakelussa	Yleisimmin toimitetut annosjakelulääkkeet
Ruunsulatuselinten sairauksien ja aineen-vaihduntasairauksien lääkkeet (A)	8 435 443	38,6	64	• kalsiumin yhdistelmävalmisteet D-vitamiinin ja/tai muiden lääkeaineiden kanssa • pantopratsoli • kolekalsiferoli (vitamiini D3) • metformiini • kaliumkloridi
Veritautien lääkkeet (B)	3 321 898	49,9	16	• asetyyilisalisyylihappo • apiksabaani • foolihappo • klopido greeli • rivaroksabaani
Sydän- ja verisuoni-sairauksien lääkkeet (C)	17 802 405	30,3	78	• bisoprololi • furosemiidi • atorvastatiini • amlodipiini • simvastatiini
Ihotautilääkkeet (D)	66 039	2,4	2	• asitreitiini
Sukupuoli- ja virtsaelinten sairauksien lääkkeet, sukupuolihormonit (G)	2 041 603	28,4	19	• tamsulosiini • magnesiumhydroksidi • mirabegroni • tamsulosiini ja dutasteridi • finasteridi
Systeemisesti käytettävät hormonivalmisteet, lukuun ottamatta sukupuolihormoneja ja insuliineja (H)	2 388 706	29,1	8	• levotyroksiinatrium • prednisoloni • karbimatsoli
Systeemisesti vaikuttavat infektio-lääkkeet (J)	539 936	12,6	7	• trimetopriimi • metenamiini
Syöpälääkkeet ja immuuni-vasteen muuntajat (L)	135 571	24,9	7	• letrotsoli • bikalutamidi
Tuki- ja liikuntaelinten sairauksien lääkkeet (M)	3 614 172	6,6	24	• allopurinoli • alendronaatti • glukosamiini • baklofeeni • titsanidiini
Hermostoon vaikuttavat lääkkeet (N)	16 262 964	31,1	110	• parasetamoli • mirtatsapiini • ketiapiini • risperidoni • donepetsiili
Loisten ja hyönteisten häätöön tarkoitetut valmisteet (P)	109 406	20,1	1	• hydroksiklorokiini
Hengityselinten sairauksien lääkkeet (R)	1 794 677	7,5	15	• montelukasti • setiritsiini • desloratadiini • teofylliini • ebastiini
Silmä- ja korvatautien lääkkeet (S)	6 155	27,0	1	• asetatsolamidi
Muut (V)	2 399	23,1	1	• sevelameeri



Kuvio 1. Yleisimmät annosjakeluasiakkaiden käyttämät lääkeryhmät annosjakelussa ja niiden käyttäjäosuudet vuonna 2022.

mukaan merkittävän monilääkityksen esiintyvyys 65 vuotta täyttäneillä Euroopassa vaihteli 11 %:sta 29 %:iin. Suomessa annosjakeluasiakkailla esiintyy merkittävästi enemmän merkittävää monilääkitystä verrattuna esimerkiksi Norjaan, jossa annosjakeluasiakkaista kolmanneksella oli merkittävä monilääkitys (12). Merkittävän monilääkityksen esiintyvyyttä selittää muun muassa monisairastavuuden yleisyys iäkkäillä annosjakelupalvelua käyttävillä (2). Suomessa annosjakelun kautta toimitetaan myös keskimäärin enemmän lääkkeitä henkilöä kohden (noin 8 lääkettä) verrattuna Norjaan, jossa annosjakeluasiakkailla oli keskimäärin 6,1 lääkettä annosjakelussa vuonna 2018 (11,13). Tämä ero voi johtua esimerkiksi siitä, että väestön sairastavuus ja käytettävissä oleva annosjakelulääkevalikoima voi olla erilainen maiden välillä.

Annosjakelupalvelun kautta toimitetaan paljon kansansairauksien hoitoon tarkoitettuja sydän- ja verisuonisairauksien, mielenterveyden ja muistisairauksien hoitoon tarkoitettuja lääkkeitä sekä vitamiineja ja hivenaineita. Vaikka annosjakelupalvelun kautta toimitet-

tujen valmisteiden valikoima sisältää lääkkeitä kaikista ATC-päälukokista, on annosjakelun kautta toimitettujen yksittäisten lääkeaineiden määrä reilu neljännes kaikista vuonna 2022 toimitetuista lääkeaineista tai niiden yhdistelmistä (21). Annosjakelun kautta toimitettujen lääkkeiden valikoimaa voi rajoittaa muun muassa se, minkälainen koneellisten annosjakeluyksiköiden lääkevalikoima ylipäänsä on ja mitkä valmisteet soveltuvat annosjakeluun. Esimerkiksi kuuriluonteiset tai satunnaisesti otettavat lääkkeet rajautuvat tyypillisesti annosjakelun ulkopuolelle, sillä annosjakelu on tarkoitettu säännöllisesti käytettävälle lääkelle (6).

Vaikka Suomessa on käytössä iäkkäiden lääkehoitoa koskevia suosituksia ja tietokantoja, iäkkäillä vältettävien lääkkeiden käyttö ei kuitenkaan ole merkittävästi vähentynyt viimeisten kymmenen vuoden aikana (19,22). Tuoreen suomalaisen tutkimuksen mukaan noin kymmenesosa kotihoidon asiakkaista aloittaa iäkkäillä vältettävien lääkkeiden käytön (15). Tämä havainto on linjassa myös tämän tutkimuksen tulosten kanssa, sillä

Taulukko 3. Yleisimmin käytetyt Lääke 75+:n mukaan iäkkäillä vältettäviksi luokitellut D-luokan lääkkeet 75 vuotta täyttäneillä annosjakeluasiakkailla ja samanikäisellä väestöllä, joka ei käyttänyt annosjakelupalvelua vuonna 2022.

Iäkkäillä vältettävä D-luokan lääke	Henkilöt, joilla käytössä iäkkäillä vältettävä D-luokan lääke annosjakelussa, n (% annosjakeluasiakkaista)	Henkilöt, joilla käytössä iäkkäillä vältettävä D-luokan lääke ja jotka eivät ole annosjakelussa, n (% ei-annosjakelussa olevista henkilöistä)	Lääke 75+:n mukainen syy, miksi lääke ei sovi iäkkäille (19)
risperidoni	13 245 (14,1)	8 346 (0,2)	Lisää sydän- ja verenkiertotapahtumien, QT-ajan pidentymisen ja ortostaattisen hypotension riskiä. Altistaa kaatumisille ja ekstrapyramidaalioireille.
ketiapiini	11 469 (12,2)	13 531 (0,3)	Altistaa kaatumisille, ekstrapyramidaalioireille ja muistihäiriöille. Heikentää Alzheimerin taudin lääkkeiden tehoa.
olantsapiini	3 237 (3,4)	2 843 (0,06)	Altistaa kaatumisille, ekstrapyramidaalioireille ja muistihäiriöille. Heikentää Alzheimerin taudin lääkkeiden tehoa.
amitriptyliini	786 (0,83)	10 620 (0,2)	Aiheuttaa sekavuutta, muistihäiriöitä, rytmihäiriöitä ja ortostaattista hypotensiota. Altistaa kaatumisille. Heikentää Alzheimerin taudin lääkkeiden tehoa.
moksonidiini	785 (0,83)	5 136 (0,1)	Aiheuttaa ortostatismia, päänsärkyä, uneliaisuutta ja unihäiriöitä. Vahvistaa keskushermoston toimintaa lamaavien lääkkeiden vaikutusta.
karbamatsepiini	602 (0,64)	1 800 (0,04)	Aiheuttaa hyponatremiaa ja muutoksia verenkuvassa sekä lisää maksavaurion riskiä.
kodeiini ja parasetamoli	571 (0,61)	37 234 (0,8)	Lisää sekavuustilan ja kaatumisen riskiä.
pratsosiini	538 (0,57)	2 403 (0,05)	Altistaa ortostaattiselle hypotensiolle.
tsolpideemi	481 (0,51)	11 262 (0,2)	Lisää lääkeriippuvuuden, muistihäiriöiden ja liikenneonnettomuuksien riskiä. Altistaa kaatumisille. Voi lisätä ahdistuneisuutta, levottomuutta ja aggressiivisuutta.

moni 75 vuotta täyttäneistä annosjakeluasiakkaista käyttää iäkkäillä vältettäviä lääkkeitä. Annosjakeluasiakkailla esimerkiksi iäkkäillä vältettävien psyykenlääkkeiden käyttö oli yleisempää kuin muulla samanikäisellä väestöllä (11). Lääke75+:n mukaan psykoosilääkkeitä tulisi käyttää psykoosien hoitoon ja vain erityistapauksissa lyhytkestoisesti muistisairauden vaikeiden käytöshäiriöiden hoitoon, sillä ne voivat altistaa kaatumisille ja aiheuttaa ekstrapyramidaalioireita. Osa annosjakeluasiakkaisen psyykenlääkkeiden käytöstä voi selittyä esimerkiksi risperidonin käytöstä aggressioiden ja psykoottisten oireiden lie-

vittämisessä Alzheimerin taudin käytöshäiriöiden hoidossa, sillä muistisairaudet olivat yleisiä annosjakeluasiakkailla. Iäkkäillä vältettäväksi luokiteltavien lääkkeiden yleisempi alueellinen käyttö (avohoidon asiakkailla) on yhteydessä kotihoidon henkilöstön vähäiseen määrään ja terveystieteiden lääkäri-vajeeseen, sekä monilääkittyjen ja yksinasuvien iäkkäiden suurempaan osuuteen (15). Annosjakeluasiakkaat ovat monesti alttiimpia lääkkeiden haittavaikutuksille, eivätkä välttämättä kykene osallistumaan omaa lääkehoitoaan koskevaan päätöksentekoon esimerkiksi muistisairauden takia.

Vaikka annosjakelutoimitusten osuus oli neljännes vuoden 2022 kaikista lääketoimituksista, olivat annosjaeltujen valmisteiden kokonaiskustannukset maltilliset, 3,6 % vuoden 2022 avoapteekkien kautta toimitettujen reseptilääkkeiden kokonaiskustannuksista (21). Tätä selittää muun muassa se, että annosjakelun kautta toimitetaan paljon edullisia, pitkään markkinoilla olleita lääkevalmisteita, minkä lisäksi annosmuoto rajoittaa esimerkiksi kalliimpien ihon alle pistettävien valmisteiden käyttöä annosjakelussa. Annosjakelutoimitusten suurta osuutta kaikista lääketoimituksista selittää puolestaan se, että annosjakelutoimituksia tehdään muita lääketoimituksia useammin, keskimäärin kahden viikon välein, kun muiden toimitusten toimitusvälit ovat tavallisimmin yhdestä kolmeen kuukautta.

Annosjakelupalvelulla on tärkeä rooli erityisesti iäkkäiden monilääkittyjen henkilöiden turvallisen lääkehoidon toteutuksessa. Vaikka koneellisessa annosjakelussa lääkkeen jakelu tapahtuu teknisesti turvallisesti, on vastuu potilaan lääkehoidon kokonaisuudesta ja sen ajantasaisuudesta hoitavalla lääkärillä ja lääkehoitoa yhdessä potilaan kanssa toteuttavilla terveydenhuollon ammattilaisilla. Erityistä huomioita tulisi kiinnittää annosjakeluasiakkaiden lääkehoidon kokonaisuuteen ja ajantaisiin lääkityslistoihin, joilla taataan annosjakeluasiakkaille turvallinen ja muiltakin osin rationaalinen lääkehoito. Annosjakelun kehittäminen lääkitysturvallisuuden lisäämiseksi on nostettu esiin myös pääministeri Petteri Orpon hallitusohjelmassa (23). Säännöllisten lääkehoidon arviointien tulisi olla osa annosjakelupalvelua, sillä niiden avulla voidaan välttää iäkkäillä vältettävien lääkkeiden turha pitkäaikainen käyttö ja ehkäistä monilääkityksestä mahdollisesti aiheutuvia haittoja (24,25). Esimerkiksi apteekkien ja kotihoidon moniammatillista yhteistyötä lisäämällä olisi mahdollista edistää ennakoivaa riskienhallintaa annosjakelupotilaiden lääkehoidossa (26).

Tämä tutkimus tuottaa uutta ja ajantasaista tietoa annosjakelun kautta toimitettavista lääkkeistä kokonaisuutena. Tutkimus antaa kokonaiskuvan annosjakelupalvelusta, jota voidaan hyödyntää, kun kehitetään annosja-

kelua. Tutkimuksen vahvuutena on kokonaisaineistoa hyödyntävä poikkileikkausasetelma, jonka ansiosta saadaan ensi kertaa kattava kuva annosjakelupalvelua käyttävistä henkilöistä ja heidän lääkityksistään. Tutkimuksen tuloksia voidaan hyödyntää koulutusohjelmissa, joissa terveydenhuollon ammattilaisia koulutetaan tunnistamaan ja välttämään iäkkäille haitallisia lääkkeitä, mikä parantaa potilasturvallisuutta.

Aineistossamme ei kuitenkaan ollut käytävissä tietoja annosjakeluasiakkaiden terveystiedoista tai kotihoidon asiakkuudesta. Tutkimuksemme perustuu rekisteritietoihin, eikä sen perusteella voida esimerkiksi päätellä, onko merkittävä monilääkitys tai iäkkäillä vältettävien lääkkeiden käyttö annosjakeluasiakkailla harkittua vai olisiko kokonaislääkityksen tarkistuksissa vielä parannettavaa. Samoin on mahdollista, että annosjakeluasiakkailla on todellisia päällekkäisiä lääkityksiä samasta lääkeaineesta, sillä tutkimuksessamme merkittävää monilääkitystä on tarkasteltu lääkeaineittain. Myöskään reseptillä määrätyt ravintolisät eivät lukeudu lääkkeiden kokonaismäärään. Tässä tutkimuksessa tarkasteltiin merkittävän monilääkityksen osuutta kaikilla annosjakeluasiakkailla, mutta jatkotutkimuksissa olisi tärkeää tarkastella annosjakeluasiakkaiden lääkityksen kokonaisuutta yksilötasolla.

Johtopäätökset

Annosjakelupalvelun käyttäjät ovat tyypillisesti iäkkäitä henkilöitä, joilla on merkittävä monilääkitys. Annosjakelussa oleva lääkevalikoima sisältää pääosin kansansairauksiin tarkoitettuja lääkevalmisteita. Annosjakeluna toimitetaan paljon myös iäkkäillä vältettäviä lääkkeitä. Tutkimuksen tulosten perusteella annosjakeluasiakkaat käyttävät muuta samanikäistä väestöä enemmän iäkkäillä vältettäviä lääkkeitä. Terveydenhuollon ammattilaisten tulisi kiinnittää enemmän huomiota annosjakeluasiakkaiden kokonaislääkityksen tarkistamiseen ja arviointiin, etenkin psyykenlääkkeiden käyttöön, jotta annosjakeluasiakkaiden lääkitysturvallisuutta ja lääkehoitojen tarkoituksenmukaisuutta saadaan varmistettua.

Summary

Excessive polypharmacy and potentially inappropriate medications are common in automated dose dispensing

Satu Kuusisto*

MSc (Public Health)
BSc (Pharm), Researcher
Research at Kela
satu.kuusisto@kela.fi

Hanna Koskinen

PhD (Medicine)
MHS (Health Economics)
Section manager
Research at Kela

Fredriikka Nurminen

BSc, Researcher
Research at Kela

Heini Kari,

PhD (Pharm), MSc (Pharm)
MSc (Tech), Senior researcher
Research at Kela

*Correspondence

Objectives

Automated dose dispensing (ADD) is a service that ensures safe pharmacotherapy for persons using concomitant multiple medications. When starting the ADD service, the medication list of the user should be reviewed by healthcare professionals. However, potentially inappropriate medications (PIMs) for elderly people are still commonly dispensed in ADD. The aim of this register-based study is to describe the users of the ADD service and their medications dispensed through ADD. Furthermore, we examine PIMs use among ADD-users and non-ADD-users.

Material and Methods

The study population consisted of all persons with at least one recorded dose-dispensing in

the centralized national Prescription Centre in 2022. Product- and patient-level data were collected for each dispensation. We also examined people of the same age with no ADD service. PIM use was defined using Meds75+ criteria. Descriptive analyses were conducted using R software.

Results

Altogether, 120,021 persons used an ADD service in 2022. Their mean age was 81 years (range 6–over 100 years) and 63% of them were women. Excessive polypharmacy (at least 10 medications in use) was observed in 73% of ADD users. A total of 353 different active pharmaceutical ingredients and their combinations, most commonly bisoprolol, paracetamol furosemide, calcium combinations and pantoprazole were dose-dispensed. Of 75-year-old ADD patients, 38% used PIMs and 33% of non-ADD-users.

Conclusion

ADD users are typically elderly individuals with excessive polypharmacy. Medications in ADD primarily consist of medicines to treat public health diseases, but PIMs were also dispensed. According to our results, healthcare professionals should pay more attention to reviewing the overall medication of ADD users, especially the use of psychotropic drugs, to improve medication safety for ADD users.

Keywords: automated dose dispensing, consumption of drugs by elderly people, polypharmacy, potentially inappropriate medication used by the elderly, register-based study

Sidonnaisuudet

Ei sidonnaisuuksia.

Viitteet

1. Kari H, Rättö H, Sarnola K, Jormanainen V, Koskinen H. Väestön ikääntyminen haastaa terveydenhuoltoa myös lääkehoidon toteuttamisessa. Yhteiskuntapolitiikka. 2022;87(5–6):549–56.
<https://www.julkari.fi/handle/10024/145553>
2. Bennie M, Santa-Ana TY, Fungie GG ym. The Prevalence of Polypharmacy In Older Europeans: A Multi-country Database Study of General Practitioner Prescribing. Br J Clin Pharmacol. 2024;90(9):2124–36.
<https://doi.org/10.1111/bcp.16113>
3. Wedenoja J ja Saastamoinen L. Lääkekustannukset, monilääkitys ja vältettävien lääkkeiden käyttö lisääntyvät iäkkäillä. Sic! Fimean julkaisema verkkolehti terveydenhuollon ammattilaisille, muille lääketoimijoiden ja sidosryhmille. [Internet] 2024 (viitattu 10.03.2024).
<https://sic.fimea.fi/-/laakekustannukset-monilaakitys-ja-valtettavien-laakkeiden-kaytto-lisaantuvat-iakkailla>
4. Monilääkittyjen (korvatut ja ei-korvatut reseptilääkkeet) 75 vuotta täyttäneiden osuus, % vastaavan ikäisestä väestöstä. Sotokuva, Indikaattori 5035. [Internet] (viitattu 10.03.2025). Sotokuva
5. Mikkola H, Sinnemäki J, Hämeen-Anttila K, Laukkanen E, Reinikainen L: Lääkkeiden koneellisen annosjakelun nykytila ja kehittämistarpeet. Kuopio: Lääkealan turvallisuus- ja kehittämiskeskus Fimea; 2022. Fimea kehittää, arvioi ja informoi -julkaisusarja 7. [Internet] (viitattu 11.06.2024)
<https://www.julkari.fi/handle/10024/144362>
6. Lääkkeiden potilaskohtaisen annosjakelun hyvät toimintatavat. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö; 2016. Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 2016;1. [Internet] (viitattu 10.03.2024)
https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/74744/RAP_2016_01_L%20L%20a4%20a4k%20k%20eidenAnnosjake%20lu.pdf?sequence=2&isAllowed=y
7. Mertens B, Kwint HF, van Marum R, Bouvy M. Are multidose drug dispensing systems initiated for the appropriate patients? Eur J Clin Pharmacol. 2018;74:1159–64.
<https://doi.org/10.1007/s00228-018-2478-5>
8. Närhi U, Tahvanainen H, Pelkonen E, von Bonsdorff-Nikander A, Särkkä A (toim.). Lääkehuolto SOTE-toimintaympäristössä – Työryhmän raportti. Helsinki: sosiaali- ja terveysministeriö; 2018. Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 2018;6. [Internet] (viitattu 28.05.2024)
<https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/handle/10024/160652>
9. Sinnemäki J. Automated dose dispensing service for primary care patients and its impact on medication use, quality and safety. Helsinki: Helsingin yliopisto; 2020. Väitöskirja. Dissertationes Scholae Doctoralis Ad Sanitatem Intestigandam Universitatis Helsinkiensis 61/2020.
10. Laatusuositus hyvän ikääntymisen turvaamiseksi ja palvelujen parantamiseksi 2017–2019. Helsinki: sosiaali- ja terveysministeriö; 2017. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2017;6. [Internet] (viitattu 19.05.2024)
<http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-3960-8>
11. Vallius S, Taipale H, Koponen M, Tolppanen A-M, Tanskanen A, Hartikainen S ym. Automated multi-dose dispensing in persons with and without Alzheimer's disease—impacts on pharmacotherapy, Eur. J. Clin. Pharmacol. 2022;78:513–21.
<https://doi.org/10.1007/s00228-021-03258-y>
12. Josendal A, Bergmo T, Granås A. Potentially inappropriate prescribing to older patients receiving multidose drug dispensing. BMC Geriatrics. 2020;20:272.
<https://doi.org/10.1186/s12877-020-01665-x>
13. Toivo T, Airakaksinen M, Dimitrow M, Savela E ym. Enhanced coordination of care to reduce medication risks in older home care clients in primary care: a randomized controlled trial. BMC Geriatr. 2019; 19:332.
<https://doi.org/10.1186/s12877-019-1353-2>
14. Paulamäki J, Jyrkkä J, Hyttinen-Huotari V, Huhtala H, Jämsen E. Patient-Related Factors Associated With the Initiation of Potentially Inappropriate Medication in Home Care: An Observational Study Based on Resident Assessment Instrument Data. Basic Clin Pharmacol Toxicol. 2025 136(2): e14125.
<https://doi.org/10.1111/bcpt.14125>
15. Paulamäki J. Potentially Inappropriate Medication Among Older Adults- Prevalence, regional variation and risk of initiation. Väitöskirja. Julkaistu julkaisusarjassa Tampere University Dissertations 1188, Joensuu 2025

16. Eronen S-T, Kurko T, Kivelä S-L, Paunio T, Airaksinen M, Rantamäki T. Sleep medicines are often prescribed for older adults (≥ 75 years) without appropriate dosing instructions: A nationwide retrospective register study in Finland. *Acta Psychiatr Scand*. 2024;1–11.

<https://doi.org/10.1111/acps.13661>

17. Paulamäki J, Jyrkkä J, Hyttinen V, Jämsen E. Prevalence of potentially inappropriate medication use in older population: comparison of the Finnish Meds75+ database with eight published criteria. *BMC Geriatrics*. 2023;23:139

<https://doi.org/10.1186/s12877-022-03706-z>

18. Anatomical Therapeutic Chemical (ATC) Classification. WHO [Internet] (Viitattu 5.3.2025)

<https://www.who.int/tools/atc-ddd-toolkit/atc-classification>

19. Lääke75+. Helsinki: Lääkealan turvallisuus- ja kehittämiskeskus Fimea. [Internet] (Viitattu 19.3.2024)

https://fimea.fi/laakehaut_ja_luettelot/laake75-

20. Merkittävä monilääkitys iäkkäillä. Fimea. [Internet] (viitattu 20.9.2024)

<https://fimea.fi/merkittava-monilaakitys-iaakkailla>

21. Nurminen F., Koskinen H., Rättö H., Heino P. ja Kari H. Lääkkeet ja lääkeala muuttuvassa toimintaympäristössä – Lääkerekisteriaineistojen kuvaus. Helsinki. Kela; 2023. Kela työpapereita. 187/2023 [Internet] (viitattu 19.3.2024)

<https://helda.helsinki.fi/server/api/core/bitstreams/ac1a449e-750e-4894-9913-c9059830a968/content>

22. Hyttinen V, Kortelainen L, Rantsi M, Jyrkkä J, Linnosmaa I. Impact of the publication of the Finnish Meds75+ database on the use of potentially inappropriate medications in older persons. *Br J Clin Pharmacol*. 2023 ;89(10):3046–55.

<https://doi.org/10.1111/bcp.15811>

23. Vahva ja välittävä Suomi. Pääministeri Petteri Orpon hallituksen ohjelma, 20.6.2023. Helsinki: valtioneuvosto. Valtioneuvoston julkaisuja 2023;58. [Internet] (viitattu 20.9.2024)

<https://valtioneuvosto.fi/hallitukset/hallitusohjelma#/>

24. Bobrova V, Heinämäki J, Honkanen O, Desselle S, Airaksinen M, Volmer D. Older adults using multi-dose dispensing exposed to risks of potentially inappropriate medications. *Res Social Adm Pharm*. 2019;15(9):1102–1106.

<https://doi.org/10.1016/j.sapharm.2018.11.007>

25. Kari H. Iäkkäiden omahoidon tukeminen moniammatillisesti perusterveydenhuollossa – Lääkehoidon kokonaisarvioinnin sisältävän ihmiskeskeisen omahoitomallin kehittäminen ja arviointi. Helsinki: Helsingin yliopisto; 2022. Väitöskirja. Dissertationes Scholae Doctoralis Ad Sanitatem Investigandam Universitatis Helsinkiensis. Unigrafia ISSN 2342–317X

26. Ranttilä S, Puustinen J, Kivelä SL, Astala L ym. Kotihoidon ja apteekin yhteistyömallin kehittämisprojekti Satakunnan hyvinvointialueella. *Dosis*. 2023;39(3): 338–59

Kuusisto S, Koskinen H, Nurminen F, Kari H: Merkittävä monilääkitys ja iäkkäillä vältettävät lääkkeet yleisiä lääkkeiden annosjakelussa. *Dosis* 2025;41(2): 162–175.

Reseptilääkkeistään lääkärille kertomatta jättäneiden kansalaisten sosiodemografinen profiili ja kertomatta jättämisen syyt – Lääkebarometri-aineiston 2019 tilastollinen analyysi

Tiina Syyrilä*

TtT, Sh, tutkijatohtori
Itä-Suomen yliopisto
hoitotieteen laitos
tiina.syyrila@uef.fi

Saija Koskiniemi

TtM, Sh (AMK), väitöskirjatutkija
Itä-Suomen yliopisto
hoitotieteen laitos

Santtu Mikkonen

FT, Dosentti, tutkimusjohtaja
Itä-Suomen yliopisto
ympäristö- ja biotieteiden laitos

Katri Hämeen-Anttila

FaT, Professori
Itä-Suomen yliopisto
farmasian laitos

*Kirjeenvaihto

Syyrilä T, Koskiniemi S, Mikkonen S, Hämeen-Anttila K: Reseptilääkkeistään lääkärille kertomatta jättäneiden kansalaisten sosiodemografinen profiili ja kertomatta jättämisen syyt – Lääkebarometriaineiston 2019 tilastollinen analyysi. Dosis 2025;41(2): 176–210.

Tiivistelmä

Johdanto

Lääkityspoikkeamat ovat yleisin vaaratapahtumatyyppi terveydenhuollossa. Sairaalaan tulevien potilaiden lääkityslistoista yli puolessa on virheitä tai epätarkkuuksia. Potilaat voivat jättää kertomatta lääkkeistään tarkoituksella ja vahingossa. Tämän tutkimuksen tarkoituksena oli tunnistaa kansalaisten reseptilääkkeistä kertomatta jättämiseen liittyviä tekijöitä.

Aineisto ja menetelmät

Tässä kvantitatiivisessa poikittaistutkimuksessa käytettiin aineistona vuoden 2019 kansallisen Lääkebarometri-väestökyselyn strukturoituja vastauksia. Kyselyssä selvitettiin kansalaisten (n=2 104) näkemyksiä lääkkeistä ja lääkkeiden käytöstä. Lääkebarometriin oli tätä tutkimusta varten lisätty moduuli, jonka avulla pyrittiin tunnistamaan reseptilääkkeistään lääkärille kertomatta jättäneiden kansalaisten (n=368) kertomatta jättämiseen liittyneitä tekijöitä vertaamalla eroja selittävien muuttujien tuloksissa. Tulokset kuvattiin frekvensseinä ja prosenttiosuuksina. Muuttujaluokkien välisten erojen testaamiseen käytettiin khiin neliö -riippumattomuustestiä sekä tilastollista merkitsevyystasoa. Lisäksi regressioanalyysillä testattiin lääkkeistä kertomattomuuden ennustettavuutta eri muuttujilla.

Tulokset

Vastaajista 17,5 % jätti tahallisesti tai tahattomasti kertomatta lääkärille reseptilääkkeistään. Tyypillisimmät syyt kertomattomuudelle olivat unohdus (43,2 %), oletus, että lääkäri näkee tiedon potilastiedoista (38,8 %) tai koska lääkäri ei kysy lääkkeistä (35,3 %). Tilastollisesti merkitsevästi reseptilääkkeistään kertomatta jättivät useimmin naiset, matalan koulutus- ja tulotason kotitalouksissa asuvat ja henkilöt, joilla oli taloudellisia haasteita hankkia lääkkeitä. Lääkehoitoon liittyvien kysymysten perusteella reseptilääkkeistään kertomatta jättivät useimmiten he, joilla oli alentunut toimintakyky, käytössä 10 lääkettä tai enemmän, vajavaiset tiedot lääkkeidensä käyttötarkoituksesta, käyttivät itsehoitolääkkeitä vähintään viikoittain, oli heikko terveydenlukutaito tai käyttivät terveyssovelluksia terveydentilansa seurantaan. Testatun ennustemallin tarkkuus oli lupaava.

Johtopäätökset

Johtopäätöksenä voidaan todeta, että tutkimuksessa tunnistettiin yksittäisten terveyttä, lääkkeitä ja terveydenlukutaitoa koskevien tekijöiden lisäksi sosiodemografinen profiili, johon kuuluvat kansalaiset todennäköisimmin jättivät kertomatta reseptilääkkeistään lääkärille. Kiinnittämällä enemmän huomiota näiden ryhmien lääkehoidon ohjaukseen ja neuvontaan, on mahdollista tukea heidän osallisuuttaan lääkehoidossa ja parantaa lääkitysturvallisuutta. Terveydenhuollon ammattilaisten tulisi tehostetusti kysyä sekä resepti- että itsehoitolääkkeiden käytöstä ja varmistaa potilaalta lääkkeiden käyttötarkoituksen ymmärtäminen. Kertomattomuutta ennustavasta mallista voi tulevaisuudessa kehittää seulontakyselyn lääkkeistä kertomattomien proaktiiviseen tunnistamiseen. Lisätutkimusta tarvitaan lääkkeistään kertomatta jättävien kansalaisten tunnistamiseksi, ja siitä mitä muuta lääkehoidon kannalta relevanttia tietoa kansalaiset jättävät kertomatta terveydenhuollossa. Potilaan osallistamista omaan lääkehoitoonsa tulee kehittää ja tutkia osallistamisen vaikuttavuutta.

Avainsanat: kommunikaatio, lääkkeiden käyttö, lääkitysturvallisuus, reseptilääke

Johdanto

Lääkitysturvallisuudella tarkoitetaan lääkkeiden käyttöön liittyvää turvallisuutta (1). Turvallinen lääkkeiden käyttö tarkoittaa, että vältetään vältettävissä oleva haitta potilaalle lääkkeiden käytön aikana joko ennaltaehkäisemällä, välttämällä ja tarvittaessa korjaamalla lääkkeiden käyttöön liittyviä vaaratapahtumia (2). Lääkkeen käyttöön liittyvillä vaaratapahtumilla eli lääkityspoikkeamilla tarkoitetaan mitä tahansa vältettävää tapahtumaa, joka voi aiheuttaa virheen tai johtaa epätarkoituksenmukaiseen lääkkeen käyttöön tai haittaan potilaalle silloin, kun lääkitys on terveydenhuollon ammattilaisen, potilaan tai kuluttajan kontrollissa (3). Lääkityspoikkeama voi johtua myös suojauksen pettämisestä tai tekemättä jättämisestä.

Lääkityspoikkeamat ovat yksi merkittävimmistä vaaratapahtumista terveydenhuollossa (4,5) ja voivat potentiaalisesti aiheuttaa potilaalle haittaa, vakavan vamman tai pahimassa tapauksessa kuoleman (6). Lääkehoidon liittyvä haitta voi olla seurausta ennaltaehkäistävissä olevasta haittatapahtumasta, kuten virheestä, vahingosta tai tarkoituksellisesta väärinkäytöstä. Haittaa aiheuttavien lääkehoidon vaaratapahtumien suorat kustannukset voivat olla sadoista euroista lähes kymmeneen tuhanteen euroon hoitajaksoa kohden (7).

Terveydenhuollon ammattilaisten ja potilaiden välinen kommunikaatio on yksi lääkityspoikkeamiin myötävaikuttavista tekijöistä (8). Sairaalaan tulevista potilaista yli puolella on virheitä tai epätarkkuuksia lääkityshistoriassa, minkä vuoksi lääkityshistorian selvittäminen potilaan kanssa on tärkeää (9,10). Potilaalta on mahdollista selvittää lääkkeiden tosiasiallinen käyttö, joka voi poiketa lääkärin ohjeistamasta. Hoitomyöntyvyytystutkimuksista tiedetään potilaiden pitävän lääkelomia ja harva käyttää lääkkeitään lääkärin ohjeen mukaisesti (11). Potilaat saattavat jättää ottamatta määrättyjä reseptilääkkeitä haittavaikutusten pelossa (12) tai jos he eivät koe hyötävänsä ennaltaehkäisevästä lääkityksestä (13). Lääkehoidon noudattamattomuus aiheuttaa yksilötason riskin potilaalle ja lääkehoidon tahallinen tai tahaton noudattamattomuus (14) on yhteydessä kohonneisiin terveydenhuollon kustannuksiin (15).

Lääkkeistä kertomatta jättäminen voi johtua monista syistä: potilaan terveydentilasta, oletuksesta lääkehoidon kirjausten näkymisestä potilastietojärjestelmissä ja koetusta ilmapiiristä lääkkeistä keskusteltaessa terveydenhuollon ammattilaisen kanssa (16). Tutkimusten mukaan integroimattomat potilastietojärjestelmät, lääkitystietojen tekniset näkyyshaasteet (17), kirjausten viive potilastietojärjestelmään sekä manuaalisten ja sähköisten järjestelmien rinnakkainen käyttö voivat johtaa ammattilaiselle näkyvien lääkitystietojen virheellisyyksiin (18).

Kommunikointi-ilmapiirin koettu turvallisuus tai turvattomuus voivat vaikuttaa siihen, kertovatko kansalaiset käyttämistään vitamiineista, ravintolisistä tai kasvirohdosvalmisteista (16,19). Australiassa arviolta jopa puolet ihmisistä käyttää niin kutsuttuja täydentäviä ja vaihtoehtoisia hoitoja (complementary and alternative medicines) (16). Lääkkeiden tai lääkitystarkoituksessa käytettyjen valmisteiden käytöstä kertomisessa terveydenhuollon ammattilaisille voi olla alueellisia ja kulttuurillisia eroja (16,20). Suomessa tehty monimenetelmätutkimus kuvasi vaihtoehtoisista lääkkeistään lääkärille kertomattomuuden syiksi pelon lääkärin negatiivisesta suhtautumisesta, aiemman kokemuksen kuulematta jäämisestä sekä potilaan oman arvion kertomisen tarpeettomuudesta (21). Heikko yleinen terveyden lukutaito vaikeuttaa terveyteen liittyvän informaation ymmärtämistä ja toimimista ohjeiden mukaan (22). Lääkehoidon lukutaito on yksi terveyden lukutaidon osa-alue, joka vaikuttaa potilaan halukkuuteen osallistua lääkehoitoaan koskevaan päätöksentekoon (23). Kirjallisuus osoittaa, että ammattilaisen ja potilaan välinen valtasuhde ja potilaan heikko lääkehoidon lukutaito heikentävät potilaan halua esittää asioita ammattilaiselle oma-aloitteisesti ja rohkeutta osallistua lääkehoitoaan koskevaan päätöksentekoon (23). Tällaisia vähemmän oma-aloitteisia potilasryhmiä ovat esimerkiksi muuta väestöä enemmän sairastavat toimeentulotuen saajat, joilla on erityisesti mielenterveyden haasteita (24).

Reseptilääkkeillä, ravintolisillä (esim. vitamiinit) ja kasvirohdosvalmisteilla saattaa olla merkittäviä yhteisvaikutuksia, joten lääkärin on tärkeää olla tietoinen kaikista potilaan lää-

kitystarkoitukseen käyttämistä valmisteista ennen päätöksentekoa reseptilääkkeiden määräämisestä ja lääkehoidon seurannasta. Vaaratapahtumaraporttien analyysien perusteella potilaan kanssa keskustelu voi ehkäistä tai pysäyttää lääkehoidon vaaratapahtuman (25). Tutkimusta ravintolisien ja kasvirohdosvalmisteiden käytön kertomatta jättämisen syistä ja laajuudesta löytyy laajasti (16,19,26,27). Sen sijaan reseptilääkkeistä kertomatta jättämisestä on vain vähän kansainvälistä tutkimusta (16,26) ja kansallista ei lainkaan. Tämä tutkimus pyrki vastaamaan tähän tiedontarpeeseen.

Tämän tutkimuksen tarkoituksena oli parantaa lääkehoidon turvallisuutta identifioidulla ja kuvaamalla reseptilääkkeistä kertomatta jättämiseen liittyviä tekijöitä. Tuloksia tarvitaan lääkkeistään kertomatta jättävien potilaiden proaktiiviseen tunnistamiseen ja vahvistamaan lääkehoitoon liittyvää tiedonkulkua potilaiden ja terveydenhuoltoalan ammattilaisten välillä.

Tutkimuskysymykset:

1. Mitkä ovat yleisimmät syyt reseptilääkkeistä kertomatta jättämiselle?
2. Millainen on reseptilääkkeistään lääkärille kertomatta jättävien kansalaisten sosiodemografinen profiili?
3. Mitä lääkehoitoon, terveyteen ja terveyden lukutaitoon liittyvien kysymysten vastaukset kertovat kansalaisen reseptilääkkeistä kertomattomuudesta?
4. Millaisia muuttujia voidaan käyttää ennustamaan reseptilääkkeistä kertomattomuutta?

Tässä tutkimuksessa käytetään lääkkeen käyttäjästä termiä kansalainen, silloin kun viitataan Lääkebarometritutkimukseen ja termiä potilas, silloin kun puhutaan lääkkeen käyttäjästä terveydenhuollossa yleisesti.

Aineisto ja menetelmät

Tutkimusasetelmana oli kvantitatiivinen poikileikkaustutkimus.

Aineisto

Aineistona käytettiin kansallisen Lääkebarometrikyselyn strukturoituja Likert-asteikollisia vastauksia (28). Lääkebarometriaineiston kerää Lääkealan turvallisuus- ja kehittämiskeskus Fimea (29) joka toinen vuosi. Tässä tutkimuksessa analysoitiin syys-lokakuussa 2019 verkkokyselynä kerättyjä vastauksia. Kyselyllä selvitettiin kansalaisten näkemyksiä lääkkeistä ja lääkkeiden käytöstä. Kyselyn otos oli 10 650 ja kyselyyn vastasi 2 104 (19,8 %) kansalaista. Otanta oli stratifioitu sukupuolen, iän, koulutustason ja asuinpaikan mukaan (28). Tässä tutkimuksessa analysoitiin vain osa Lääkebarometrikyselyn kymmenestä moduulista. Muuttujat valittiin neljän lääkitysturvallisuustutkijan yhteistyönä (professori, apulaisprofessori, tutkijatohtori ja väitöskirjatutkija terveystieteiden tiedekunnasta). Kyselystä analysoitavaksi otetut moduulit ja muuttujat olivat seuraavat: **M1 Taustatiedot:** Sukupuoli, ikä, siviilisäätty, päätoimi, korkein koulutus, vastaajan terveydenhuoltoalan koulutus, asuinalue, maa-kunta, kotitalouden tulot; **M2 Terveys ja lääkkeet:** Vastaajan sairauksien vaikutus työ- ja toimintakykyyn, lääkkeiden käyttö viimeisen 7 pv:n aikana, käytettyjen lääkkeiden lukumäärä, itsehoitolääkkeiden käyttö ja käytön yleisyys, taloudelliset ongelmat hankkia lääkkeitä; **M3 Osallistuminen lääkitystä koskevaan päätöksentekoon:** Halu osallistua lääkkeitä koskevaan päätöksentekoon lääkärin vastaanotolla ja apteekissa; **M13 Lääkehoidon seuranta:** Vastaajan ajantasainen lääkityslista, käsitys lääkkeiden käyttötarkoituksesta, vastaajan tavat seurata terveydentilaa ja lääkehoidon vaikutuksia, Omakannan käyttö, onko vastaaja koskaan jättänyt kertomatta lääkärille, että käyttää jotakin reseptilääkettä ja kertomatta jättämisen syyt; **M5 Mielipiteet itsehoitolääkkeistä:** Mielipiteet ilman reseptiä apteekeista saatavista itsehoitolääkkeistä ja niiden käyttöön liittyvistä riskeistä; ja **M9 Terveiden lukutaito:** Vastaajan saama tieto omasta terveydestä ja lääkkeistä sekä arvio omasta kyvystä noudattaa omaa lääkehoitoa

koskevia ohjeita. Muuttujaluettelo ja vastausluokat löytyvät **Liitteestä 1**.

Aineiston analysointi

Fimealta saadussa aineistossa ei ollut puuttuvia arvoja. Muuttujista 16 analysoitiin sellaisenaan, mutta analyysin selkeyttämiseksi 19 muuttujaa tiivistettiin luokkia yhdistelemällä kirjallisuuteen perustuen tai esimerkiksi 19 maakuntaa luokiteltiin uudelleen viiteen luokkaan maantieteellisen sijainnin perusteella. Uudelleenluokittelut on kuvattu **Liitteessä 1**.

Tutkimuskysymys 1: Yleisimmät syyt reseptilääkkeistä kertomatta jättämiselle analysoitiin Lääkebarometrin kysymyksen “Oletko koskaan jättänyt kertomatta lääkärille, että käytät jotain reseptilääkettä?” perusteella. Vastaajat (n=368) pystyivät valitsemaan yhden tai useamman kertomatta jättämisen syyn valmiiksi määritellyistä vaihtoehdoista (**Liite 1**). Tulokset kuvattiin luokittain frekvensseinä ja prosenttiosuuksina SPSS-ohjelmalla.

Tutkimuskysymys 2: Reseptilääkkeistään lääkärille kertomatta jättävien kansalaisten sosiodemografisen profiilin selvittämiseksi vastaajat jaoteltiin kahteen ryhmään:

Ryhmä 1: reseptilääkkeistään aina lääkärille kertoneisiin (vastaus: ”En ole jättänyt kertomatta”). Ryhmä 2: kertomatta jättäneisiin (vastaus: ”Kyllä olen jättänyt kertomatta”).

Kertomatta jättäneiden ryhmässä (Ryhmä 2) verrattiin eroja sosiodemografisten muuttujien (moduuli M1) vastausluokkien välillä. Tutkimuksen hypoteesina oli, ettei eroa ole. Testaukseen käytettiin khiin neliö –riippumattomuustestiä, koska kyseessä ovat luokitteluja järjestysasteikolliset muuttujat. Tuloksista raportoitiin kuvaavat tunnusluvut ja tilastollisesti merkitsevät erot. Tilastollisen merkitsevyyden puuttuessa raportoitiin niiden muuttujien tulokset, joissa ero oli prosentuaalisesti suurin ja kerrottiin, ettei ero ollut merkitsevä.

Tutkimuskysymys 3: Lääkehoitoa koskevien vastausten eroja reseptilääkkeistään kertomattomien ryhmässä selvitettiin seuraavien moduulien osalta: Terveys ja lääkitys (M2), Osallistuminen lääkehoitoa koskevaan päätöksentekoon (M3), Lääkehoidon seuranta (M13), Mielipiteet itsehoitolääkkeistä (M5) ja Terveiden lukutaito (M9). Tutkimuksen hypoteesina oli, ettei tilastollisesti merkitsevää eroa

ole vastausluokkien välillä. Analyysissa käytettiin samoja tilastollisia menetelmiä ja raportointia kuin tutkimuskysymyksessä 2.

Tutkimuskysymys 4: Lääkkeistään kertomattomuuden ennustettavuuden selvittämiseksi useamman muuttujan huomioiminen samanaikaisesti toteutettiin logistisen regressioanalyysin avulla, koska selitettävä muuttuja, joka kuvasi oliko vastaaja jättänyt kertomatta reseptilääkkeistään lääkärille vai ei, oli dikotominen. Selittävinä muuttujina oli luokittelu- ja järjestysasteikollisia taustamuuttujia (M1) sekä lääkehoitoa koskevien moduulien (M2, M3, M5, M9 ja M13) muuttujia. Regressioanalyysillä pyrittiin tuottamaan malli selittävistä muuttujista, joita kysymällä olisi mahdollista ennustaa vastaajan todennäköisyys olla kertomatta reseptilääkkeistä.

Tutkimuksen eettisyys

Tässä tutkimuksessa noudatettiin Tutkimuseettisen neuvottelukunnan ihmiseen kohdistuvan tutkimuksen eettisiä periaatteita (30). Aineisto ei sisältänyt vastaajien suoria tunnistetietoja. Tutkimukselle ei tarvittu eettistä ennakoarviointia. Tutkimustiedote asetettiin julkisesti nähtäville yliopiston tietosuojasivustolle (31). Lääkebarometriaineiston toisio käyttöön haettiin lupa ja aineistonkäyttöoikeus Fimealta (29). Aineiston käsittelyssä käytettiin suojattuja sähköisiä menetelmiä, jotka vaativat kaksoistunnistautumisen. Tutkimuksen vastuuhenkilö huolehtii aineiston tuhoamisesta kymmenen vuoden kuluttua aineiston luovutuksesta tutkimusryhmälle. Aineiston säilytysajan perusteena on artikkelin julkaisun varmistamiseen tarvittava aika.

Tulokset

Tutkimusjoukon kuvaus

Kaikista vastaajista (n=2 104) lievä enemmistö oli naisia (55,2 %) mutta lääkkeistään kertomatta jättäneissä (n=368, 17,5 %) naisten osuus oli korkeampi (67,1 %) (**Taulukko 1**). Ennen vastausten uudelleenluokittelua taustatietojen analyysi osoitti, että kaikkien vastaajien keski-ikä oli 49,5 vuotta ja mediaani 51 vuotta. Ikäjakauma oli silmämääräisesti normaalisti jakautunut ja vaihteli 18–79 vuoden

välillä. Valtaosa (64,8 %) kaikista vastaajista ja lääkkeistään kertomatta jättäneistä oli naimisissa, rekisteröidyssä parisuhteessa tai avoliitossa. Enemmistö vastaajista oli työssä (55,6 %), mutta hieman pienempi osuus kertomatta jättäneissä (52,4 %, n=152). Vastaajien korkein koulutus oli yleisimmin ammatillinen koulutus sekä koko aineistossa (47,9 % %) että kertomatta jättäneissä (50,0 %). Terveystieteiden alan koulutuksen käyneiden prosenttiosuus oli suurempi kertomatta jättäneissä (17,4 %) kuin koko aineistossa (14,8 %). Puolet kaikista vastaajista ja kertomatta jättäneistä asui muualla kaupungissa kuin pääkaupunkiseudulla. Vastaajia oli vähintään kymmeniä 18:ta eri maakunnasta. Koko aineistossa vastaajia oli hyvin kaikista tuloaluokista, mutta useimmiten kotitalouden tulot verojen jälkeen olivat 2000 € tai sen alle (27,7 %). Kertomatta jättäneiden osuus oli suhteellisesti suurin 2001–3000 € tuloaluokassa (26,6 %). Suurimmalla osalla kaikista vastaajista ei ollut toiminta- tai työkykyä haittaavaa sairautta tai vammaa (66,2 %), mutta kertomatta jättäneissä täysin toimintakykyisiä oli lähes 20 % vähemmän kuin koko aineistossa (45,4 %).

Reseptilääkkeistään lääkärille kertomatta jättämisen syyt

Kertomatta jättäneistä (n=368) lähes puolet ilmoitti kertomatta jättämisen syyksi unohtamisen (43,2 %) ja reilu kolmannes vastaajista ei kertonut lääkkeistään, koska oletti lääkärin näkevän ajantasaisen lääkityksen tietokoneelta (38,8 %). Lisäksi reilu kolmannes jätti kertomatta, koska lääkäri ei kysynyt lääkkeitä (35,3 %) ja lähes neljännes, koska ei nähnyt asiaa tarpeelliseksi (23,4 %). Huomatavasti harvemmin syynä oli lääkärin kiire (10,3 %) tai ettei potilas halunnut kertoa kyseisestä lääkkeestä (6,5 %), yhteisen kielen puuttuminen (3,8 %) tai joku muu syy (2,4 %). Vastaajat pystyivät valitsemaan useita vaihtoehtoja.

Reseptilääkkeistään lääkärille kertomatta jättäneiden kansalaisten sosiodemografinen profiili

Ristiintaulukoinnin perusteella tilastollisesti merkitseviä eroja taustamuuttujia koskevissa vastauksissa oli reseptilääkkeistään kertomatta jättäneillä sukupuolten välillä ja vastaajan kotitaloudessa käytettävissä olevissa tuloissa. Naiset (21,3 %) jättivät miehiä (12,8 %) toden-

Taulukko 1. Vuoden 2019 kansalliseen Lääkebarometri-väestökyselyyn vastanneiden taustatiedot (n=2 104).

Taustatieto	Koko aineisto % (n)	Reseptilääkkeistään lääkärille kertomatta jättäneet % (n)	p
Vastaajat	100 (2 104)	17,5 (368)	n/a
Sukupuoli:			<0,001
nainen	55,2 (1 162)	67,1 (247)	
mies	44,8 (942)	32,9 (121)	
Keski-ikä (mediaani) vuosina	49,5 (51)	–	n/a
Siviilisääty:			0,25
Naimisissa, rekisteröidyssä parisuhteessa tai avoliitossa	64,8 (1 364)	62,2 (229)	
Ei parisuhteessa (naimaton, asumusero, eronnut tai leski)	35,2 (740)	37,8 (139)	
Päätoimi:			0,279
Osa- tai kokoaikatyössä, osin eläkkeellä	55,6 (1 170)	52,4 (193)	
Eläkkeellä	26,6 (559)	26,4 (97)	
Työtön tai lomautettu	5,9 (125)	8,2 (30)	

Opiskelee	7,0 (148)	7,1 (26)	0,096
Äitiys-, isyys-, vanhempain- tai hoitovapaalla	2,1 (44)	3,0 (11)	
Muu	2,8 (58)	3,0 (11)	
Koulutus:			
Yliopisto tai korkeakoulu tai ammattikorkeakoulu	42,4 (893)	41,6 (153)	0,12
Lukio tai ammattikoulu	47,9 (1 008)	50,0 (184)	
Peruskoulu tai kansakoulu	7,8 (165)	8,2 (30)	
Muu	1,8 (38)	0,3 (1)	
Vastaajalla oli terveydenhuoltoalan koulutus:			
Kyllä	14,8 (311)	17,4 (64)	0,661
Ei	85,2 (1 793)	82,6 (304)	
Asuinalue:			
Mualla kaupungissa kuin pääkaupunkiseudulla	50,0 (1 053)	48,9 (180)	0,287
Haja-asutusalueilla tai maaseudulla	20,9 (439)	22,6 (83)	
Pääkaupunkiseudulla	18,5 (389)	17,7 (65)	
Asuinmaakunta:			
Etelä-Suomi ^a ja Ahvenanmaa	35,2 (741)	34,2 (126)	0,028
Häme-Ky ^b	22,1 (466)	25,5 (94)	
Kainuu ja Lappi	3,7 (77)	2,4 (9)	
Karjala-Savo-Keski-suomi ^c	22,7 (477)	23,1 (85)	
Pohjanmaa ^d	16,3 (343)	16,6 (289)	
Kotitalouden tulot verojen jälkeen:			
2000 € tai alle / kk	27,7 (582)	28,3 (104) ei-kertoneista vastaajista oli tässä tuloluokassa	0,028
		17,9 (104) vastaajista tässä tuloluokassa ei kertonut lääkkeistään	
2001–3000 € / kk	23,9 (502)	26,6 (98) ei-kertoneista vastaajista oli tässä tuloluokassa	
		19,5 % (98) vastaajista tässä tulo-luokassa ei kertonut lääkkeistään	
3001–4000 € / kk	22,9 (482)	25,5 (94)	0,096
4001 € tai yli / kk	25,6 (538)	19,6 (72)	
Ei toiminta- tai työkykyä häiritsevää sairautta tai vammaa	66,2 (1 392)	45,4 (167)	

^a Etelä-Suomi (Uusimaa, Varsinais-Suomi, Satakunta) ja Ahvenanmaa
^b Häme-Ky (Kanta-Häme, Päijät-Häme, Pirkanmaa, Kymenlaakso)
^c Karjala-Savo-Keski-Suomi (Etelä-Karjala, Etelä-Savo, Pohjois-Savo, Pohjois-Karjala, Keski-Suomi)
^d Pohjanmaa (Etelä-Pohjanmaa, Pohjanmaa, Keski-Pohjanmaa ja Pohjois-Pohjanmaa)

näköisemmin kertomatta reseptilääkkeestään lääkärille. Kaikissa kotitalouden tuloluokissa, paitsi 3001–4000 € / kk luokassa, naiset jätivät miehiä todennäköisemmin kertomatta reseptilääkkeestä. Ero tuloluokissa 2000 € / kk tai vähemmän, 2001–3000 € / kk ja vähintään 4000 € / kk tai enemmän oli merkitsevä. Toi-

saalta terveydenhuoltoalan koulutuksen suorittaneet, jotka kuuluivat yli 4000 euron tuloluokkaan, kertoivat tilastollisesti merkitsevästi useammin lääkityksestään lääkärille kuin he, joilla ei ollut terveydenhuollon koulutusta. Muissa tuloluokissa ei ollut tilastollista eroa. (Taulukko 2.)

Taulukko 2. Vuoden 2019 kansalliseen Lääkebarometri-väestökyselyyn vastanneiden (n=368) lääkkeistään kertomatta jättäneiden osuudet ja muuttujaluokkien väliset erot.

Sukupuoli		Nainen	Mies					Yhteensä	p		
Olen jättänyt kertomatta	f	247	121					n=368			
	% Kaikista kertomatta jättäneistä	67,1 %	32,9 %					100,0 %	<0,001		
	% Sukupuolensa edustajista	21,3 %	12,8 %								
Ikäluokka		18-34	35-64	65-79					Yhteensä	p	
Olen jättänyt kertomatta	f	86	217	65					n=368	0,184	
	% Kaikista kertomatta jättäneistä	23,4 %	59,0 %	17,7 %					100,0 %		
	% Ikäluokkansa edustajista	18,6 %	18,1 %	14,6 %							
Siviilisääty		Parisuh-teessa ¹	Ei pari-suh-teessa					Yhteensä	p		
Olen jättänyt kertomatta	f	229	139					n=368	0,25		
	% Kaikista kertomatta jättäneistä	62,2 %	37,8 %					100,0 %			
	% Siviilisäätynsä edustajista	16,8 %	18,8 %								
Päätoimi		Muu	Eläk-keellä	Opiskelen	Työssä ²	Työtön ³	Vanhempain-vapaalla ⁴	Yhteensä	p		
Olen jättänyt kertomatta	f	11	97	26	193	30	11	n=368	0,279		
	% Kaikista kertomatta jättäneistä	3,0 %	26,4 %	7,1 %	52,4 %	8,2 %	3,0 %	100,0 %			
	% Päätoimiluokkansa edustajista	19,0 %	17,4 %	17,6 %	16,5 %	24,0 %	25,0 %				
Korkein koulutus		Lukio tai ammatti-koulu	Muu	Perus-koulu ⁵	Yli-opisto ⁶				Yhteensä	p	
Olen jättänyt kertomatta	f	184	1	30	153				n=368	0,096	
	% Kaikista kertomatta jättäneistä	50,0 %	0,3 %	8,2 %	41,6 %				100,0 %		
	% Koulutustasonsa edustajista	18,3 %	2,6 %	18,2 %	17,1 %						
Onko terveydenhuoltoalan koulutus?		Ei	Kyllä					Yhteensä	p		
Olen jättänyt kertomatta	f	304	64					n=368	0,12		
	% Kaikista kertomatta jättäneistä	82,6 %	17,4 %					100,0 %			
	% Terveydenhuolto-koulutustaustansa edustajista	17,0 %	20,6 %								
Asuinalue		Maa-seutu ⁷	Taa-jama ⁸	Pääkau-punki-seutu					Yhteensä	p	
Olen jättänyt kertomatta	f	83	220	65					n=368	0,661	
	% Kaikista kertomatta jättäneistä	22,6 %	59,8 %	17,7 %					100,0 %		
	% Asuinalueensa edustajista	18,9 %	17,2 %	16,7 %							
Asuinmaa-kunta		Etelä-Suomi ⁹	Häme, Kyme, Pirkan-maa ¹⁰	Kainuu ja Lappi	Karjala, Savo, Keski-Suomi ¹¹	Pohjan-maa ¹²				p	
Olen jättänyt kertomatta	f	126	94	9	85	54				n=368	0,287
	% Kaikista kertomatta jättäneistä	34,2 %	25,5 %	2,4 %	23,1 %	14,7 %				100,0 %	
	% Maakuntansa edustajista	17,0 %	20,2 %	11,7 %	17,8 %	15,7 %					

Kotitalou- den käytet- ävissä olevat tulot		2000e tai alle	2001- 3000e	3001- 4000e	4000e tai yli	Yhteensä	p
Olen jättänyt kertomatta	f	104	98	94	72	n=368	0,028
	% Kaikista kertomatta jättäneistä	28,3 %	26,6 %	25,5 %	19,6 %	100,0 %	
	% Tuloluokkansa edustajista	17,9 %	19,5 %	19,5 %	13,4 %		

¹ Parisuhteessa = naimisissa / rekisteröidyssä suhteessa / avoliitossa
² Työssä = Osa- tai kokoaikatyössä, osin eläkkeellä
³ Työtön = Työtön tai lomautettu
⁴ Vanhempainvapaalla = Äitiys- isyys-, vanhempain- tai hoitovapaalla
⁵ Peruskoulu = Peruskoulu tai kansakoulu
⁶ Yliopisto = Yliopisto, korkeakoulu tai ammattikoulu
⁷ Maaseutu = Haja-asutusalue tai maaseutu
⁸ Taajama = Muu kaupunkialue tai taajama
⁹ Etelä-Suomi = Uusimaa, Varsinais-Suomi, Satakunta ja Ahvenanmaa
¹⁰ Häme-Kyme-Pirkanmaa = Kanta-Häme, Päijät-Häme, Pirkanmaa, Kymenlaakso
¹¹ Karjala, Savo, Keski-Suomi = Etelä-Karjala, Etelä-Savo, Pohjois-Savo, Pohjois-Karjala, Keski-Suomi

**Terveyttä, lääkehoitoa ja terveydenluku-
taitoa koskevista kysymyksistä saatu
tieto reseptilääkkeistään lääkärille
kertomatta jättäneistä kansalaisista**

Terveys ja lääkkeet

Reseptilääkkeistään jättivät kertomatta toden-
näköisemmin lääkärille he, joilla oli sairaus tai
vamma, joka häiritsi toiminta- ja työkykyä
(28,2 %) kuin he, joilla sitä ei ollut (12,0 %).
Yli kolmannes estrogeenikorvaushoitoja (35,6
%) ja astmalääkkeitä käyttävistä (35,0 %), ja
lähes kolmannes masennus- (32,6 %), epi-
lepsia- (32,4 %), uni- (32,1 %), kilpirauhas-
(30,8 %) sekä närästyslääkkeitä (30,8 %) käyt-
tävästä vastaajista olivat jättäneet kertomatta
lääkärille reseptilääkkeistään. Harvimminkin jät-
tivät kertomatta he, jotka käyttivät kolesteroli-
(15,6 %), syöpä- (13,8 %) tai eturauhaslääk-
keitä (13,3 %), (**Taulukko 3.**)

Lääkkeistään kertomatta jättäminen oli
sitä yleisempää, mitä enemmän vastaajalla oli
käytössä olevia lääkkeitä; 1–4 lääkettä: 12,7
% (n=192 / N=1 511), 5–9 lääkkeen monilää-
kitys: 27,6 % (n=137 / N=496), 10 lääkettä tai
enemmän eli merkittävä monilääkitys: 40,2
% (n=39 / N=97) (p<0,001). Vastaajista, jotka
olivat kuluneen viikon aikana käyttäneet ilman

reseptiä saatavia itsehoitolääkkeitä (pois lukien
vitamiinit, hivenaineet ja rohdosvalmisteet),
22,6 % (n=204 / N=903, p<0,001) oli jättä-
nyt kertomatta lääkärille reseptilääkkeistään.
Itsehoitolääkkeiden käytön tiheyden mukaan
vertailtuna kertomatta jättäneiden prosentti-
osuudet olivat sitä suuremmat, mitä tiheäm-
min käytettiin itsehoitolääkkeitä (ei koskaan
10,1 % (n=15 / N=149), kuukausittain tai har-
vemmin 15,8 % (n=232 / N=1 469), vähintään
viikoittain 24,9 % (n=121 / N=486) (p<0,001).

Vastaajat, joilla oli ollut taloudellisia ongel-
mia hankkia lääkärin määräämiä lääkkeitä, jät-
tivät lähes kymmenen kertaa useammin kerto-
matta reseptilääkkeistään lääkärille (20,1 %, n=
338 / N=1 680) kuin he, joilla ei ole ollut taloudel-
lisia ongelmia (2,2 %, n=8 / N=364) (p<0,001).
Kolmannes (36,7 %, n=22 / N=60) vastaajista oli
jättänyt kertomatta aiemmin määrätystä resep-
tilääkkeestään uudelle lääkärille, mikäli oli jät-
tänyt käyttämättä tätä lääkettä.

**Osallistuminen lääkehoitoa
koskevaan päätöksentekoon**

Vastaajista alle viidennes (18,1 %, n=338 / N=1
869) oli halukkaita keskustelemaan hoitovaiht-
toehdoista ja päättämään lääkkeen valinnasta
(18,4 %, n=304 / N=1 652) yhdessä lääkärin

Taulukko 3. Vuoden 2019 kansalliseen Lääkebarometri-väestökyselyn vastauksista laskettu terveyden ja
lääkkeiden suhde reseptilääkkeistä kertomattomuuteen (n=2 104)

Muuttuja	Kyllä, ja olen jättänyt kertomatta reseptilääkkeistäni % (n)	Ei, ja olen jättänyt kertomatta reseptilääkkeistäni % (n)	p ²
	N ¹ =Kaikki "Kyllä"	N= Kaikki "Ei"	
Onko sinulla sairaus tai vamma, joka häiritsee toiminta- ja työkykyä	28,2 (201) N=712	12,0 (167) N=1392	<0,001
Oletko viimeisen viikon aikana käyt- tänyt lääkärin määräämiä lääkkeitä:	23,4 (342) N=1464	4,1 (26) N=640	<0,001
estrogeenikorvaushoitoja	35,6 (32) N=90	16,7 (336) N=2014	<0,001
astmalääkkeitä	35,0 (70) N=200	15,7 (298) N=1904	<0,001
masennuslääkkeitä	32,6 (63) N=193	16,0 (305) N=1911	<0,001
epilepsialääkkeitä	32,4 (11) N=34	17,2 (357) N=2070	0,021
unilääkkeitä	32,1 (51) N=159	16,3 (317) N=1945	<0,001
muuta lääkkeitä	30,9 (73) N=236	15,8 (295) N=1869	<0,001
närästyslääkkeitä	30,8 (62) N=201	16,1 (306) N=1903	<0,001
kilpirauhaslääkkeitä	30,8 (52) N=169	16,3 (316) N=1935	<0,001
rauhoittavia lääkkeitä	29,2 (19)	17,1 (349)	0,011
sydänlääkkeitä	29,1 (41)	16,7 (327)	<0,001
särkylääkkeitä	28,9 (129)	14,4 (239)	<0,001
ehkäisyvalmisteita	28,8 (47)	16,5 (321)	<0,001
ihosairauksien lääkkeitä	28,7 (52)	16,4 (316)	<0,001
allergialääkkeitä	25,6 (53)	16,6 (315)	0,001
verenohennuslääkkeitä	25,0 (35)	17,0 (333)	0,015
verenpainelääkkeitä	20,2 (111)	16,6 (257)	0,05

¹ Tulokset saatavissa tutkimuksen yhdyshenkilöltä myös niiden lääkkeiden osalta,
joissa kertomatta jättämisessä ei ollut eroa luokkien välillä.
² Pearsonin khiin neliö -testi

kanssa. Keskusteluun halukkaiden ja halutto-
mien välillä ei ollut tilastollisesti merkitsevää
eroa osallistumista ja päätöksentekoa koske-
vissa vastauksissa.

Lääkehoidon seuranta
Lääkebarometrin Lääkehoidon seuranta-
moduulissa (M13) tarkasteltujen ristiintau-

lukointitulosten perusteella reseptilääkkeis-
tään kertomatta jättivät useammin vastaa-
jat (24,3 % [n=92], p<0,001), joilla oli ajanta-
sainen lista käyttämistään lääkkeitä (N=379)
kuin he, joilla sitä ei ollut (16,0 %, n=276 / N=1
725). Samoin vastaajat, jotka tiesivät vain joi-
denkin käyttämiensä reseptilääkkeiden käyt-
tötarkoitukset (40,0 %, n=10 / N=25, p<0,001)

Taulukko 4. Vuoden 2019 kansalliseen Lääkebarometri-väestökyselyn vastauksista laskettu terveydentilan ja lääkähoidon vaikutusten seurannan suhde reseptilääkkeistä kertomatta jättämiseen (n=2 104).

Muuttuja	Seuraan, ja olen jättänyt kertomatta reseptilääkkeistäni % (n) N=kaikki "Seuraan"	En seuraa ja olen jättänyt kertomatta reseptilääkkeistäni % (n) N=kaikki "En seuraa"	p ¹
Seuraatko itse terveydentilaasi ja lääkehoitosi vaikutuksia?	18,1 (347) N=1919	11,4 (21) N=185	0,021
Miten seuraat? Laboratoriomittaus-ten tuloksista (esim. kolesteroliarvot)	21,5 (173) N=806	15,0 (195) N=1298	<0,001
Omamittauksilla (esim. verenpaineen tai verensokerin seuranta)	19,3 (162) N=841	16,3 (206) N=1263	0,081
Seuraamalla painoani	18,3 (146) N=796	17,0 (222) N=1308	0,423
Aktiivisuusmittarin tai puhelimen terveyssovelluksen avulla (esim. askeleet, uni, syke)	22,0 (89) N=404	16,4 (279) N=1700	0,008
Seuraamalla yleistä vointiani	19,3 (305) N=1583	12,1 (63) N=521	<0,001
Jollain muulla tavalla	23,7 (18) N=76	17,3 (350) N=2028	0,148

¹ Pearsonin khiin neliö –testi

jättivät useammin kertomatta kuin he, jotka tiesivät kaikkien lääkkeidensä käyttötarkoituksen (21,5 %, n=346 / N=1 606).

Terveydentilaansa ja lääkähoidon vaikutuksia seuraavat vastaajat (19,1 %) jättivät tilastollisesti merkitsevästi useammin kertomatta reseptilääkkeistään kuin he, jotka eivät näitä seuranneet. Suhteellisesti useimmin kertomatta jättivät ne, jotka seurasivat vointiaan terveyssovellusten avulla (22,0 %). (**Taulukko 4.**)

Mielipiteet itsehoitolääkkeistä

Reseptilääkkeistään jättivät useimmin kertomatta itsehoitolääkkeiden haittavaikutuksista huolestuneet (19,9 %). Samoin ne, joiden mielestä itsehoitolääkkeiden käytössä on riskinsä myös ohjeiden mukaan käytettäessä (19,9 %) (**Taulukko 5**).

Terveyden lukutaito

Vastaajat, joilla oli toistuvasti ongelmia ymmärtää terveydentilaansa koskevaa kirjallista materiaalia, jättivät useimmin kertomatta

reseptilääkkeistään (19,4 %) (**Taulukko 6**). Lääkepakkauksen tarralapun ohjeiden noudattamisessa vaikeuksia kokeneet vastaajat (35,8 %) jättivät merkitsevästi useammin kertomatta reseptilääkkeistään lääkärille kuin he, joilla vaikeuksia ei ollut.

Reseptilääkkeistä kertomatta jättämisen ennustettavuus

Hypoteesin testaus toteutettiin logistisella regressioanalyysillä. Taaksepäin askeltavassa analyysissä lopullinen merkitsevä malli vaati 42 iteraatiota, joka hyväksyi malliin 22 selittävää muuttujaa (**Liite 2**). Mallin ennustetarkkuus oli 83,6 % ja merkitsevyystaso <0,001, jolloin lopullisen mallin muuttujien erot olivat tilastollisesti merkitseviä lääkkeistään kertomatta jättämisen ennustettavuudelle.

Mallin selittävien muuttujien kertoimet ennustivat tilastollisesti merkitsevästi lääkkeistä lääkärille kertomatta jättämistä. Kun kaikki muuttujat huomioitiin samanaikaisesti, mallin perusteella kertomatta jättivät kymme-

Taulukko 5. Vuoden 2019 kansalliseen Lääkebarometri-väestökyselyyn vastanneiden mielipiteet itsehoitolääkkeistä ja niiden suhde lääkkeistä kertomattomuuteen (n=368).

Muuttuja (tiivistetty luokittelu)	En osaa sanoa, mutta olen jättänyt kertomatta reseptilääkkeistäni % (n) N=kaikki "En osaa sanoa"	Eri mieltä, ja olen jättänyt kertomatta reseptilääkkeistäni % (n) N=kaikki "Eri mieltä"	Samaa mieltä ja olen jättänyt kertomatta reseptilääkkeistäni % (n) N=kaikki "Samaa mieltä"	p ¹
Itsehoitolääkkeet ovat vaarattomia riippumatta siitä, miten niitä käytetään	8,4 (13) N=154	18,4 (339) N=1839	14,4 (16) N=111	0,005
Itsehoitolääkkeet ovat vaarattomia niin kauan kuin noudatetaan ohjeita	12,1 (17) N=140	19,5 (96) N=493	17,3 (255) N=1471	0,126
Itsehoitolääkkeillä on riskinsä, vaikka noudattaisi pakkauksen ohjeita	11,3 (27) N=238	13,7 (68) N=497	19,9 (273) N=1369	<0,001
Itsehoitolääkkeitä tulisi käyttää ainoastaan lääkärin, hoitajan tai apteekkihenkilöstön suosituksesta	14,9 (28) N=188	18,9 (183) N=967	16,5 (157) N=949	0,241
Pyrin hoitamaan vaivani muuten kuin itsehoitolääkkeillä	17,2 (35) N=204	19,6 (130) N=664	16,4 (203) N=1236	0,224
Itsehoitolääkkeet ovat tehokkaita	13,3 (66) N=498	17,6 (104) N=592	19,5 (198) N=1014	0,011
Itsehoitolääkkeiden haittavai- kutukset huolestuttavat minua	13,3 (39) N=293	16,8 (175) N=1039	19,9 (154) N=772	0,029

¹ Pearsonin khiin neliö –testi

nen kertaa todennäköisemmin vastaajat, joiden korkein koulutus oli peruskoulu tai kansakoulu (OR=10,642) verrattuna ammatillisen koulutuksen suorittaneisiin. Vastaajat, joilla oli kohtalainen tai huono kyky noudattaa lääkepakkauksen tarralapun ohjeita, jättivät lähes neljä kertaa todennäköisemmin kertomatta lääkkeistään (OR=3,999). Kertomatta jättivät yli puolitoista kertaa useammin vastaajat, joilla oli ongelmia ymmärtää terveydentilaan liittyviä asioita kirjallisen materiaalin vaikeaselkoisuuden vuoksi (OR=1,660) kuin he, joilla näitä ongelmia ei ollut. Myös taloudelliset vaikeudet hankkia lääkärin määräämiä lääkkeitä lisäsivät kertomattomuuden todennäköisyyttä lähes kolminkertaiseksi (OR=2,980) verrattuna heihin, joilla vaikeuksia ei ollut. Merkittävä yllätkitys (yli 10 lääkettä; OR=1,592) lisäsi toden-

näköisyyttä puolitoistakertaiseksi kertomatta jättämiselle verrattuna korkeintaan neljää lääkettä käyttäviin. Itsehoitolääkkeitä käyttävät vastaajat, jotka suhtautuvat lääkkeiden riskeihin ja haittoihin huolettomasti, jättivät todennäköisimmin kertomatta reseptilääkkeistään lääkärille (OR=1,470). Vastaavasti korkeampi ikä kuin 18–34 vuotta (OR=0,693) ja kotitalouden käytettävissä olevat tulot vähintään 2001 € / kk (OR=0,867) lisäsivät vastaajan todennäköisyyttä kertoa reseptilääkkeistään lääkärille verrattuna alle 2000 € / kk kotitalouksiin (**Liite 2**).

Pohdinta

Tämä tutkimus on tietävästi ensimmäinen Suomessa tehty väestötason selvitys resepti-

Taulukko 6. Vuoden 2019 kansalliseen Lääkebarometri-väestökyselyyn vastanneiden terveydenlukutaidon suhde lääkkeistä kertomatta jättämiseen (n=368)

Muuttuja	Ei koskaan, ja olen jättänyt kertomatta reseptilääkkeistäni % (n) N=kaikki "Ei koskaan"	Satunnaisesti, mutta olen jättänyt kertomatta reseptilääkkeistäni % (n) N=kaikki "Satunnaisesti"	Toistuvasti, mutta olen jättänyt kertomatta reseptilääkkeistäni % (n) N=kaikki "Toistuvasti"	p1
Kuinka usein sinulla on ongelmia ymmärtää terveydentilaasi liittyviä asioita, koska saamasi kirjallinen materiaali on vaikeaselkoista?	12,4 (42) N=339	17,8 (182) N=1021	19,4 (144) N=744	0,018
Onko sinulla tapana lukea lääke-pakkauksesta löytyvä pakkausseloste ennen kuin aloitat uuden lääkityksen ensimmäistä kertaa?	14,0 (6) N=43	17,8 (147) N=828	17,4 (215) N=1233	0,813
Kuinka usein lääkepakkauksesta löytyvän pakkausselosteen ohjeita on mielestäsi vaikea ymmärtää?	14,2 (34) N=239	17,8 (183) N=1028	18,0 (151) N=837	0,366

1 Pearsonin khiin neliö -testi

lääkkeistään lääkärille kertomatta jättäneiden kansalaisten profiilista ja kertomattomuuden syistä. Tutkimus osoitti vajaan viidenneksen kansalaisista jättäneen kertomatta reseptilääkkeistään lääkärille joko tarkoituksellisesti tai tahattomasti. Kirjallisuuden perusteella tiedettiin, että potilaat jättävät kertomatta lääkeshoidon kannalta oleellisia tietoja (20,32), mutta tässä suomalaisessa aineistossa kertomatta jättävien prosenttiosuus oli korkeampi kuin aiemmissa tutkimuksissa. Tähän saattaa vaikuttaa lääkitystietojen korkea digitaalisuusaste Suomessa, sillä yleisimmät reseptilääkkeistä kertomatta jättämisen syyt (unohdus, oletus lääkitystiedon näkymisestä lääkärille ja että lääkkeitä ei kysytty) olivat linjassa aiempien tutkimusten kanssa, jotka kuvaavat resepti- ja itsehoitolääkkeistä (18) sekä muista lääkkeenomaisista tuotteista kertomatta jättämisen syitä (20). Se, että neljännes kertomatta jättäneistä arvioi, ettei reseptilääkkeestä kertominen aina ollut oleellista, saattaa aiheuttaa potentiaalisen riskin lääkitysturvallisuudelle, mikäli käsitykset lääkkeiden mahdollisista yhteisvaikutuksista ovat virheelliset tai puutteelliset. Tulokset osoittavat, että systemaatti-

nen lääkkeitä kysyminen potilailta on tärkeää. Lääkkeistään kertomattomien vastauksissa oli tilastollisesti merkitseviä eroja sosiodemografisessa profiilissa sukupuolen ja kotitaloudessa käytettävissä olevissa tulojen osalta sekä terveyteen ja lääkkeisiin, lääkeshoidon seurantaan, itsehoitolääkkeisiin ja terveyden luku-taitoon kohdistuvissa kysymyksissä. Sosiodemografisen profiilin näkökulmasta kertomatta jättivät todennäköisimmin naiset, korkeintaan perus- tai kansakoulun suorittaneet ja matalan tulotason kotitaloudessa asuvat henkilöt. Löydös matalan tulotason potilaiden kertomattomuudesta on merkityksellinen, sillä kirjallisuuden mukaan neljänneksellä pitkäaikaissairaista voi olla taloudellisia haasteita hankkia määrättyjä lääkkeitä (17,33). Lääkkeistään todennäköisemmin kertomatta jättäneet olivat myös sairaampia ja käyttivät enemmän resepti- sekä itsehoitolääkkeitä kuin lääkkeitään aina kertoneet vastaajat. Tulokset tukevat aiempaa kirjallisuutta, jossa huonompi itsearvioitu terveys ja heikko terveydenlukutaito (32,34) sekä matala koulutus ja tulotaso (23,24) olivat yhteydessä lääkeshoitoon liittyvän tiedon kertomatta jättämiseen. Sukupuo-

len osalta tämän tutkimuksen tulos poikkeaa aiemmasta fenomenologisesta tutkimuksesta, jossa puolestaan naiset kertoivat lääkkeitään miehiä avoimemmin (19). Ero voi johtua kulttuurillisista tai alueellisista eroista. Tässä tutkimuksessa lääkeshoittoa koskevien kysymysten perusteella lääkkeitä kertomatta jättämisen todennäköisyyttä lisäsi, jos vastaaja tiesi vain joidenkin lääkkeitensä käyttötarkoituksen tai suhtautui myönteisesti itsehoitolääkkeisiin ja käytti niitä vähintään viikoittain. Aiempien tutkimusten mukaan itsehoitolääkkeitä käyttävät potilaat voivat vältellä muiden kuin reseptilääkkeiden käytöstä kertomista terveydenhuollon ammattilaisille (16,19). Tämän tutkimus osoitti, että he voivat jättää kertomatta myös reseptilääkkeistä, jolloin itsehoitolääkkeisiin myönteisesti suhtautuvilta ja vähintään viikoittain käyttäviltä potilailta on hyvä kysyä tehostetusti myös reseptilääkkeistä. Tämä korostaa apteekkien farmaseuttisen henkilökunnan roolia itsehoitolääkkeen sopivuuden varmistamisessa asiakkaan kokonaislääkitykseen itsehoitolääkkeen ostotilanteessa. Parhailaan Suomessa käydään keskustelua itsehoitolääkkeiden myyntikanavien laajentamisesta apteekkien ulkopuolelle (35,36). Tämä mahdollinen muutos ei poistaisi tärkeyttä tarkastaa itsehoitolääkkeen soveltuvuutta muuhun kansalaisen käyttämään lääkitykseen ja tämän tutkimuksen perusteella itsehoitolääkkeitä käyttävien reseptilääkkeiden käyttö olisi syytä tarkastaa tehostetusti. Tämä kuitenkin edellyttää farmaseuttista koulutusta sekä näkymää reseptikeskuksen lääkitystietoihin kaikilta myyntipaikoilta, mikä voi käytännössä olla haastavaa järjestää. Joka tapauksessa terveydenhuollossa on tärkeää löytää keinoja rohkaista potilaita kertomaan kaikista käyttämistään lääkkeitä, myös muista kuin reseptilääkkeistä. Tulosten perusteella kansalaisten osallistaminen lääkeshoittoon, lääkkeiden käyttötarkoituksen ymmärtämisen varmistaminen ja resepti- ja itsehoitolääkkeistä kysyminen voivat potentiaalisesti kannustavaa kansalaista kertomaan sekä käyttämistään resepti- että itsehoitolääkkeistä, mutta myös muista käyttämistään lääkkeenomaisista tuotteista, kuten ravintolisistä tai niin kutsutuista luontaistuotteista ja voi siten parantaa lääkitysturvallisuutta. Ammattilaisen ja potilaan väli-

nen selkeä, osallistava ja syyllistämätön kommunikaatio vahvistavat lääkitysturvallisuutta. Kommunikaatio onkin määritelty terveydenhuollon ammattilaisten ydinkompetenssiksi kansallisessa asiakas- ja potilasturvallisuusstrategiassa (37), koska heikko kommunikaatio on yksi yleisimmistä potilasturvallisuuteen myötävaikuttavista tekijöistä (8,25). Nimenomaisesti reseptilääkkeistä kertomista tukevista tekijöistä ei löytynyt kirjallisuutta, mutta tämän tutkimuksen osoittamat kertomista tukevat tekijät olivat samankaltaisia kuin Foley ja kumppanit (20) kuvaavat laajassa vaihtoeh-toisten ja täydentävien hoitojen käyttöä koskevassa meta-analyysissä. Tämä tutkimus osoitti, että terveydenhuollon ammattilaisten on mahdollista vaikuttaa lääkkeitä kertomattomuuteen ja siten lääkitysturvallisuuteen kysymällä potilaiden käytössä olevista lääkkeitä aiempaa aktiivisemmin tässä tutkimuksessa tunnistetuilta ryhmiltä. Potilaan lääkkeitä kertomattomuuden ennustettavuus tämän tutkimuksen osoittamalla 22 muuttujalla näytti lupaavalta, mutta niiden käyttöönotto vaatii lisätestausta uudella aineistolla ja mahdollisesti muuttujien edelleen tiivistämistä. On tärkeää löytää kertomattomuuteen selkeästi liittyvät muuttujat, jotta apteekissa voidaan esittää kohdennettuja kysymyksiä, sillä käytännön työssä ei ole mahdollista seuloa taustatietoja laajasti ja selvittää onko asiakas keskustellut lääkärin kanssa. Tässä tutkimuksessa ei selvitetty, millaisia muita lääkeshoittoon mahdollisesti vaikuttavia asioita kansalaiset mahdollisesti jättävät kertomatta lääkärille. Aiempaa kansainvälistä tutkimusta aiheesta on (32), mutta vaikka kommunikaation merkitys ja haasteet on tunnistettu kansallisessa tutkimuksessa (25) sekä asiakas- ja potilasturvallisuusstrategioissa (5,37), suoraan lääkeshoittoon mahdollisesti vaikuttavan tiedon kertomatta jättämistä ei laajemmassa mittakaavassa ole kansallisesti tutkittu. Lääkebarometri-kyselyssä ei selvitetty, vaikuttiko vastaanotolla koettu yleinen kommunikaatioilmapiiiri reseptilääkkeistä kertomatta jättämiseen. Kommunikaatioilmapiiirin on kuitenkin aiemmassa tutkimuksessa todettu vaikuttavan siihen, mitä tietoja asiakas kertoo tai jättää kertomatta ammattilaiselle (16,19).

Tutkimustulokset osoittavat tarpeen tutkia lääkkeitä kertomatta jättämisen ilmiötä laajemmin kansallisesti, sillä kirjallisuuden perusteella kertomattomuuteen voivat vaikuttaa myös kulttuuriset ja alueelliset kielitaidolliset tekijät (16,20). Siten pelkästään kansainvälinen näyttö ei riitä alueellisten ja kulttuuri-sidonnaisten toimenpiteiden suunnitteluun ja kohdentamiseen.

Lisäksi tämä tutkimus keskittyi vain reseptilääkkeistä kertomatta jättämiseen, mutta aiempien tutkimustulosten perusteella on osoitettu, että kertomatta jätetään myös tietoa itsehoitolääkkeiden ja muiden lääkitsemistarkoituksessa otettujen valmisteiden käytöstä (20) sekä muuta lääkehoidon kannalta relevanttia tietoa (32), joita on hyvä tutkia tulevaisuudessa kansallisesti. Löydökset kannustavat vahvistamaan potilaiden osallisuutta lääkehoitoon ja halukkuutta kertoa avoimesti resepti- ja itsehoitolääkkeistä.

Tutkimuksen vahvuudet ja heikkoudet

Tutkimuksen vahvuutena on kansallinen laaja stratifioitu Lääkebarometri-aineisto, joka tukee tulosten kansallista yleistettävyyttä. Analysoitavassa aineistossa ei ollut puuttuvia arvoja ja analyysin ohjasi tutkimusryhmään kuuluva tilastotieteilijä (SM). Logistisen regressio-analyysin tuottaman mallin ennustetarkkuutta voi pitää hyvänä tämän kaltaiselle aineistolle.

Tutkimuksen heikkoutena on aineiston ikä, sillä vuoden 2019 jälkeen on kehitetty lääkitystietojen digitaalista OmaKanta-tietojärjestelmää yli organisaatioiden välisten rajapintojen. Muutos tulee ottaa huomioon tulosten tulkinnassa ja jatkotoimenpiteitä suunniteltaessa, koska lääkäri ja apteekkien farmaseutit ja proviisorit voivat nykyään nähdä Kanta-palveluiden Reseptikeskuksesta potilaalle Suomessa

määrätyt ja apteekista toimitetut reseptit kansalaisen luvalla (37). Tutkimus oli kuitenkin tarpeellinen, sillä tässä tutkimuksessa käytettyä moduulia ei ole toistaiseksi toistettu Lääkebarometri-kyselyissä, eikä vastaavaa tutkimusnäyttöä ole kansallisesti eikä kansainvälisesti saatavilla. Reseptilääkkeistä lääkärille kertomatta jättäneiden vastaajien määrä oli maltillinen, joten tulokset eivät ole suoraan yleistettävissä, mutta ne antavat viitteitä reseptilääkkeistään kertomatta jättävien kansalaisten profiilista.

Johtopäätökset

Johtopäätöksenä voidaan todeta, että tutkimuksessa tunnistettiin yksittäisten terveyttä, lääkahoitoa ja terveydenlukutaitoa koskevien tekijöiden lisäksi sosiodemografinen profiili, johon kuuluvat kansalaiset todennäköisimmin jättivät kertomatta reseptilääkkeistään lääkärille. Kiinnittämällä enemmän huomiota näiden ryhmien lääkehoidon ohjaukseen ja neuvontaan, on mahdollista tukea heidän osallisuuttaan lääkehoidossa ja parantaa lääkitysturvallisuutta. Terveydenhuollon ammattilaisten tulisi tehostetusti kysyä sekä resepti- että itsehoitolääkkeiden käytöstä ja varmistaa potilaalta lääkkeiden käyttötarkoituksen ymmärtäminen. Kertomattomuutta ennustavasta mallista voi tulevaisuudessa kehittää seulontakyselyn lääkkeitä kertomattomien proaktiiviseen tunnistamiseen. Lisätutkimusta tarvitaan lääkkeitään kertomatta jättävien kansalaisten tunnistamiseksi, ja siitä mitä muuta lääkehoidon kannalta relevanttia tietoa kansalaiset jättävät kertomatta terveydenhuollossa. Potilaan osallistamista omaan lääkehoitoonsa tulee kehittää ja tutkia osallistamisen vaikuttavuutta.

Summary

Sociodemographic profile of the citizens who do not tell about their prescription medicines to their physician and the reasons for not telling – Statistical analysis of Medicines Barometer 2019 data

Tiina Syyrilä*

PhD, RN, Postdoctoral Researcher
University of Eastern Finland
Department of Nursing Science
tiina.syyrila@uef.fi

Saija Koskiniemi

MSc, RN, Doctoral Researcher
University of Eastern Finland
Department of Nursing Science

Santtu Mikkonen

PhD, Research Director, Statistician
University of Eastern Finland
Department of Environmental and Biological Sciences
Faculty of Science
Forestry and Technology

Katri Hämeen-Anttila

PhD, Professor
University of Eastern Finland
School of Pharmacy

**Correspondence*

Introduction

Medication incidents are the most common safety incidents in healthcare. Over half of hospital-admitting patients have errors or unclarity in their medication lists. Patients may not mention the use of prescription medicines purposefully or accidentally. This study aimed to identify factors related to the non-disclosure of prescription medicines among Finnish citizens.

Materials and methods

This cross-sectional quantitative study analyzed the answers to structured questions in the Medicines Barometer 2019 survey, which studied the public's views (n=2 104) about medicines and medication use. One question module was added to the Medicines Barometer 2019 for this study.

Responses of the citizens (n=368) not disclosing their prescription medications to their physician were compared by explanatory variables. The results were presented as frequencies and percentages. The Chi-square independence test and statistical significance level were used to test the differences between variable categories. Additionally, regression analysis was used to test the predictability of non-disclosure of medications by diverse variables.

Results

Nearly a fifth of the respondents (17,5%) did not disclose information about prescription medicines to physicians, often because of forgetting to mention them (43,2%), assumptions that the physician can see the medication in patients' records (38,8%) or because the physician did not ask (35,3%). Regarding sociodemographic profiles, most likely not disclosing their prescription medications were women, those having low education and living in households with low-income levels, and those who had financial challenges in obtaining medications. Based on the answers to medication care-related questions, most often prescribed medication information was not disclosed by the patients having financial challenges, low functional capacity, using more than 10 medicines, having incomplete knowledge about the purpose of their own medication, using over-the-counter medication at least weekly, and patients having low health literacy skills or using digital health solutions. The tested predictive model of 22 explanatory variables for potential non-disclosure of medications was promising.

Conclusions

In conclusion, this study identified single factors and sociodemographic groups of

potential non-disclosers of prescription medicines. By paying attention to medication counselling with the citizens of these profile groups, their participation in medication therapy can be supported, which improves medication safety. Research is needed concerning identifying the public not disclosing medically relevant information, the involvement of patients in their medication care and the effectiveness of encouragement for disclosure. In the future, the tested predictive model of non-disclosure could be developed into a screening questionnaire for proactive identification of individuals who do not disclose their medications.

Keywords: communication, medication safety, prescription medicine, use of medicines

Sidonnaisuudet

Syyrilä, Koskiniemi, Mikkonen: Ei sidonnaisuuksia. Hämeen-Anttila on Dosiksen toimittajajäsen.

Rahoittajat ja kiitokset

Tutkimusta ei ole rahoittanut mikään tah.

Viitteet

1. Potilasvakuutuskeskus. Potilasturvallisuussanasto. Potilasturvallisuus. Potilasvakuutuskeskuksen verkkosivut [Internet] 2025 (viitattu 25.4.2025). Saatavissa: [https://www.pvk.fi/terveydenhuolto/potilasturvallisuus/potilasturvallisuussanasto/#:~:text=T%C3%A4h%C3%A4n%20sanastoon%20on%20koottu%20keskeinen%20potilasturvallisuuden%20terminologia.%20L%C3%A4hteen%C3%A4,\(Rohto\)%20vuonna%202007%20julkaisemaa%20Potilas-%20ja%20l%C3%A4%C3%A4kehoidon%20turvallisuussanastoa.](https://www.pvk.fi/terveydenhuolto/potilasturvallisuus/potilasturvallisuussanasto/#:~:text=T%C3%A4h%C3%A4n%20sanastoon%20on%20koottu%20keskeinen%20potilasturvallisuuden%20terminologia.%20L%C3%A4hteen%C3%A4,(Rohto)%20vuonna%202007%20julkaisemaa%20Potilas-%20ja%20l%C3%A4%C3%A4kehoidon%20turvallisuussanastoa.)
2. World Health Organization [WHO]. Global burden of preventable medication-related harm in health care: a systematic review. Medication Without Harm. Global Patient Safety Challenge. epublication. [Internet] 2023 (viitattu 25.4.2025). Saatavissa: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/376203/9789240088887-eng.pdf?sequence=1>
3. NCCMERP. About Medication Errors. What is a medication Error? Web page of National Coordinating Council for Medication Error Reporting and Prevention [Internet] 2025 (viitattu 25.4.2025). Saatavissa: <https://www.nccmerp.org/about-medication-errors>
4. WHO. Medication safety in polypharmacy: technical report, Overview. Medication safety in polypharmacy: technical report [Internet] 2019 (Viitattu 25.4.2025). Saatavissa: <https://www.who.int/publications-detail-redirect/WHO-UHC-SDS-2019.11>
5. WHO. Global Patient Safety Action Plan 2021–2030. Integrated Health Services, Policy [Internet] 2021 (viitattu 25.4.2025). Saatavissa: <https://www.who.int/teams/integrated-health-services/patient-safety/policy/global-patient-safety-action-plan>
6. 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. <https://journals.lww.com/10.1097/PTS.0000000000000914>
7. Durand M, Castelli C, Roux-Marson C, Kinowski JM, Leguelinel-Blache G. Evaluating the costs of adverse drug events in hospitalized patients: a systematic review. Health Econ Rev 2024; 14(1):11. <https://doi.org/10.1186/s13561-024-00481-y>

8. Syyrilä T, Vehviläinen-Julkunen K, Manias E, Bucknall T, Härkänen M. Communication related to medication incidents—A concept analysis and literature review. *Scand J Caring Sci* 2024;36(2):297–319. <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/scs.13044>

9. Andersen TS, Gemmer MN, Sejberg HRC, Jørgensen LM, Kallemose T, Andersen O, ym. Medicines Reconciliation in the Emergency Department: Important Prescribing Discrepancies between the Shared Medication Record and Patients' Actual Use of Medication. *Pharmaceuticals* 2022;15(2):142. <https://www.mdpi.com/1424-8247/15/2/142>

10. Knez L, Suskovic S, Rezonja R, Laaksonen R, Mrhar A. The need for medication reconciliation: a cross-sectional observational study in adult patients. *Respir Med* 2011;105: S60–6. <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S095461111700130>

11. Brinkmann S, Laine MK. Lääkehoidon suunnitelma osana terveyst- ja hoitosuunnitelmaa. *Duodecim* 2021;137(5):533–8. <https://www.duodecimlehti.fi/duo16109/>

12. Hämeen-Anttila K, Nordeng H, Kokki E, Jyrkkä J, Lupattelli A, Vainio K, ym. Multiple Information Sources and Consequences of Conflicting Information About Medicine Use During Pregnancy: A Multinational Internet-Based Survey. *J Med Internet Res* 2014;16(2): e2939. <https://www.jmir.org/2014/2/e60>

13. Højgaard HG, Frederiksen K, Høgh AL, Dahl M. First pill hardest to swallow: An evaluation study of cardiovascular nurse-led follow-up phone calls. *J Vasc Surg* 2024; 42(1), 35–43. <https://doi.org/10.1016/j.jvn.2023.11.007>

14. Mitchell RJ, Williamson A, Molesworth B. Use of a human factors classification framework to identify causal factors for medication and medical device-related adverse clinical incidents. *Saf Sci* 2015; 79:163–74. <https://doi.org/10.1016/j.ssci.2015.06.00>

15. Cutler RL, Fernandez-Llimos F, Frommer M, Benrimoj C, Garcia-Cardenas V. Economic impact of medication non-adherence by disease groups: a systematic review. *BMJ Open* [Internet]. 2018;8(1): e016982. Saatavissa: <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2017-016982>

16. Malhotra V, Harnett J, McIntyre E, Steel A, Wong K, Saini B. To “tell or not to tell”—Exploring disclosure about medicine use by people living with sleep disorders. *J Integr Med* 2022;20(4):338–47. <https://doi.org/10.1016/j.joim.2022.03.004>

17. Jyrkkä J, Ruotsalainen J, Hämeen-Anttila K, Roitto HM. Lääkehoidon hyvä hallinta ja siihen yhteydessä olevat tekijät suomalaisilla pitkäaikaissairailta. *Dosis* 2023;39(2):156–175. [Internet] (Viitattu 25.4.2025). Saatavissa: https://www.researchgate.net/publication/371731147_Laakehoidon_hyva_hallinta_ja_siihen_yhteydessa_olevat_tekijat_suomalaisilla_pitkaaikaissairailta

18. Vellonen M, Härkänen M, Välimäki T. Flow of information contributing to medication incidents in home care—An analysis considering incident reporters' perspectives. *J Clin Nurs* 2024;33(2):664–77. Saatavissa: <https://doi.org/10.1111/jocn.16896>

19. Kelak JA, Cheah WL, Safii R. Patient's Decision to Disclose the Use of Traditional and Complementary Medicine to Medical Doctor: A Descriptive Phenomenology Study. *Evid-based Complement Altern Med* 2018; 2018: e4735234. <https://doi.org/10.1155/2018/4735234>

20. Foley H, Steel A, Cramer H, Wardle J, Adams J. Disclosure of complementary medicine use to medical providers: a systematic review and meta-analysis. *Sci Rep* 2019;9(1):1573. <https://doi.org/10.1038/s41598-018-38279-8>

21. Aarva, P., Väänänen, T., Pyykkönen, M., & Kankkunen, T. T. Varieties of silence – a mixed-methods study exploring reasons and justifications for nondisclosure of the use of complementary therapies to physicians in Finland. *BMC Complement Med Ther* 2024;24(1), 336. <https://doi.org/10.1186/s12906-024-04640-w>

22. Sørensen K, Pelikan JM, Röthlin F, Ganahl K, Slonska Z, Doyle G ym. HLS-EU Consortium. Health literacy in Europe: comparative results of the European health literacy survey (HLS-EU). *Eur J Public Health* 2015; 25(6):1053–8. <https://doi.org/10.1093/eurpub/ckv043>

23. Cordina M, Hämeen-Anttila K, Lauri J, Tabone S, Enlund H. Health and medication literacy and the desire to participate in pharmacotherapy decision making – comparison of two countries. *Res Social Adm Pharm* 2018;14(9):817–23. <https://doi.org/10.1016/j.sapharm.2018.06.009>

24. Aaltonen K, Lekander K, Ahola E, Hiilamo H. Toimeentulotuen saajien lääkekorvausoikeudet ja lääkkeiden käyttö. SLA 2018;55(4). doi: <https://doi.org/10.23990/sa.68862>

25. Syyrilä T, Vehviläinen-Julkunen K, Härkänen M. Communication issues contributing to medication incidents: Mixed-method analysis of hospitals' incident reports using indicator phrases based on literature. J Clin Nurs 2020;29(13–14):2466–81. <https://doi.org/10.1111/jocn.15263>

26. Johnny AK, Cheah WL, Razitasham S. Disclosure of Traditional and Complementary Medicine Use and Its Associated Factors to Medical Doctor in Primary Care Clinics in Kuching Division, Sarawak, Malaysia. Evid-based Complement Altern Med 2017;1–10. <https://doi.org/10.1155/2017/5146478>

27. Halpin SN, Potapragada NR, Bergquist SH, Jarrett T. Use and factors associated with non-disclosure of complementary and alternative medicine among older adults. Educ Gerontol. 2020;46(1):18–25. <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/03601277.2019.1698184>

28. Sarnola K, Hämeen-Anttila K, Jyrkkä J. Lääkebarometri 2019: Aineistonkeruu ja tutkimuseloste. Lääkealan turvallisuus- ja kehittämiskeskus Fimea 2019 [Internet] (Viitattu 25.4.2025). Saatavissa: <https://www.julkari.fi/handle/10024/143757>

29. Fimea. Lääkebarometri. Lääkebarometri – Fimea.fi – Fimea [Internet] 2024 (viitattu 25.4.2025). Saatavissa: <https://fimea.fi/kehittaminen/tutkimus/laakebarometri>

30. TENK. Ihmistieteiden eettinen ennakkoarviointi. Tutkimuseettinen neuvottelukunta (TENK) [Internet] 2023 (viitattu 25.4.2025) Saatavissa: <https://tenk.fi/fi/eettinen-ennakkoarviointi/ihmistieteiden-eettinen-ennakkoarviointi>

31. UEF. Tieteelliset tutkimukset tai opinnäytetyöt, joissa on poikettu tutkittavien henkilökohtaisesta informoinnista. Itä-Suomen yliopisto, Henkilötietojen käsittely. [Internet] 2024 (viitattu 25.4.2025) Saatavissa: <https://www.uef.fi/fi/henkilotietojen-kasittely#accordion-11246>

32. Levy AG, Scherer AM, Zikmund-Fisher BJ, Larkin K, Barnes GD, Fagerlin A. Prevalence of and Factors Associated With Patient Nondisclosure of Medically Relevant Information to Clinicians. JAMA Netw Open 2018;1(7):e185293. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2018.5293>

33. Aaltonen K, Miettinen J, Airio I, Martikainen JE, Saastamoinen LK, Bell JS, ym. Cost-related barriers to use of health services and prescription medicines in Finland: a cross-sectional survey. Eur J Public Health 2015; 25(3):368–72. <https://doi.org/10.1093/eurpub/cku176>

34. Murugesu L, Heijmans M, Rademakers J, Fransen MP. Challenges and solutions in communication with patients with low health literacy: Perspectives of healthcare providers. Nayyar A, toimittaja. PLoS ONE 2022;17(5):e0267782. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0267782>

35. Fimea. Fimean selvitys itsehoitolääkkeiden myynnistä apteekkien ulkopuolella. Valtioneuvoston dokumentit [Internet] 2023 (viitattu 20.3.2025). Saatavissa: <https://valtioneuvosto.fi/documents/1271139/148062577/Fimean+selvitys+itsehoitol%C3%A4%C3%A4kkeiden+myynnist%C3%A4+apteekkien+ulkopuolella.pdf>

36. STM. Itsehoitolääkkeiden myyntikanavan laajentamisen arviointi: Työryhmän muistio. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö. Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 2024:25 Report No.: 978-952-00-8446-2. [Internet] (viitattu 25.4.2025) Saatavissa: <https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/handle/10024/165849>

37. STM. Asiakas- ja potilasturvallisuusstrategia ja toimeenpanosuunnitelma 2022–2026. Valtioneuvosto, Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja [Internet] 2022 (viitattu 25.4.2025). Saatavissa: <https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/handle/10024/163858>

Syyrilä T, Koskiniemi S, Mikkonen S, Hämeen-Anttila K: Reseptilääkkeistään lääkärille kertomatta jättäneiden kansalaisten sosiodemografinen profiili ja kertomatta jättämisen syyt – Lääkebarometriaineiston 2019 tilastollinen analyysi. Dosis 2025;41(2): 176–210.

Alkuperäisen muuttujan koodi		Vastausvaihtoehdot	Uudelleen luokitellun tiivistetyn muuttujan koodi ja luokkien sisältö
M1_1	Vastaajan sukupuoli:	1 = nainen 2 = mies 99 = ei vastausta	n/a
M1_2_1	Ikä (Laskettu 2019-syntymävuosi)	18–24 25–34 35–49 50–64 65–74 75+	RM1_2_1 Luokiteltu tilastokeskuksen jaon mukaisesti: 18–24 ja 25–34 –> Uusi: 18–34 35–49 ja 50–64 –> Uusi: 35–64 65–74 ja 75+ –> Uusi: 65–79
M1_3	Vastaajan siviilisäätty:	1 = Naimisissa / rekisteröidyssä parisuhteessa / avoliitossa 2 = Naimaton 3 = Asumuserossa tai eronnut 4 = Leski	RM1_3 1 = Parisuhteessa 2–4 = Ei parisuhteessa
M1_5	Vastaajan päätoimi:	1 = Olen työssä kokopäiväisesti 2 = Olen työssä osapäiväisesti 3 = Olen osin työssä, osin eläkkeellä 4 = Olen työtön tai lomautettu 5 = Olen eläkkeellä 6 = Olen äitiys- tai isyysvapaalla, vanhempainvapaalla tai hoitovapaalla 7 = Opiskelen 8 = Jotakin muuta	RM1_5 Luokat 1–3 –> Uusi: Työssä osa- tai kokoaikaisesti (1 = Olen työssä kokopäiväisesti + 2 = Olen työssä osapäiväisesti + 3 = Olen osin työssä, osin eläkkeellä) 4 = Olen työtön tai lomautettu 5 = Olen eläkkeellä 6 = Olen äitiys- tai isyysvapaalla, vanhempainvapaalla tai hoitovapaalla 7 = Opiskelen 8 = Jotakin muuta

M1_6	Vastaajan korkein koulutus:	1 = Peruskoulu tai kansakoulu 2 = Lukio 3 = Ammatillinen koulutus 4 = Ammattikorkea-koulu 5 = Yliopisto tai korkeakoulu 6 = Muu	RM1_6 1 – Peruskoulu tai kansakoulu Luokat 2 ja 3 –> Uusi: (Lukio tai ammatillinen koulutus) Luokat 4 ja 5 –> Uusi: (Yliopisto, korkeakoulu tai ammattikorkeakoulu 6 –Muu
M1_7	Vastaajan terveydenhuoltoalan koulutus:	1 = Ei 2 = Kyllä 3 = Ei vastausta	n/a
M1_8	Vastaajan asuinalue:	1 = Pääkaupunkiseutu (Helsinki, Espoo, Vantaa, Kauniainen) 2 = Muu kaupunki 3 = Kaupungin läheinen taajama-alue 4 = Haja-asutusalue tai maaseutu	RM1_8 1 = Pääkaupunkiseutu Luokat 2 ja 3 –> Uusi: Muu kaupunkialue tai taajama 4 Haja-asutusalue tai maaseutu
M1_9	Vastaajan asuinmaakunta:	1 = Uusimaa 2 = Varsinais-Suomi 3 = Satakunta 4 = Kanta-Häme 5 = Pirkanmaa 6 = Päijät-Häme 7 = Kymenlaakso 8 = Etelä-Karjala 9 = Etelä-Savo 10 = Pohjois-Savo 11 = Pohjois-Karjala 12 = Keski-Suomi 13 = Etelä-Pohjanmaa 14 = Pohjanmaa 15 = Keski-Pohjanmaa 16 = Pohjois-Pohjanmaa 17 = Kainuu 18 = Lappi 19 = Ahvenanmaa	RM1_9 Luokat 1–3 –> Uusi: Etelä-Suomi Luokka 19 –> Uusi: Etelä-Suomi Luokat 4–7 –> Uusi: Häme-Kyme Luokat 8–12 –> Uusi: Karjala-Savo-Keski-Suomi Luokat 13–16 –> Uusi Pohjanmaa Luokat 17–18 –> Uusi: Kainuu-Lappi* *:Vaikka Pohjois-Pohjanmaa jää Lapin ja Kainuun väliin, se on sisällytetty Pohjanmaan luokkaan, koska kyseessä on Oulun kaupunki-alue eli paljon mm. opiskelijoita)

M1_10	Vastaajan kotitalouden tulot:	1 = Enintään 1000 € 2 = 1001–2 000 € 3 = 2 001–3 000 € 4 = 3 001–4 000 € 5 = 4 001–5 000 € 6 = 5 001–8 000 € 7 = Yli 8 000 €	RM1_10 Luokat 1–2-> Uusi: 2 = 1001–2 000 € tai alle 3 = 2 001–3 000 € 4 = 3 001–4 000 € Luokat 5–7-> Uusi: Yli 4000e			M2_3_14 Rauhoittavia lääkkeitä M2_3_15 Unilääkkeitä M2_3_16 Närästyslääkkeitä M2_3_17 Ehkäisyvalmisteita M2_3_18 Estrogeeni-korvaushoitoja M2_3_19 Eturauhaslääkkeitä M2_3_20 Kilpirauhaslääkkeitä M2_3_21 Silmä-sairauksien lääkkeitä M2_3_22 Epilepsialääkkeitä M2_3_23 Ihosairauksien lääkkeitä (voiteita tai tabletteja) M2_3_99 Muita lääkkeitä
M2_2	Vastaajan sairauksien vaikutus työ- ja toimintakykyyn:	1 = Ei 2 = Kyllä	n/a			
M2_3_x	Vastaajan lääkkeiden käyttö: Oletko viimeksi kulleen viikon (7 pv) aikana käyttänyt mitään seuraavista lääkärin määräämistä lääkkeitä? Voit valita useita vaihtoehtoja.	n/a n/a				
M2_3_0	En ole käyttänyt lääkärin määräämiä lääkkeitä	0 = En (tulkinta: olen käyttänyt) 1 = Kyllä (tulkinta: en ole käyttänyt)	n/a	M2_4	Vastaajan käyttämien lääkkeiden lukumäärä:	Lukumäärä valitaan alavetovalikosta (skaala 0–50)
M2_3_1	M2_3_1 Allergia-lääkkeitä M2_3_2 Astma-lääkkeitä	0 = ei (tulkinta: kyseinen lääke ei ole käytössä pitkäaikaissairauteen) 1 = kyllä (tulkinta: kyseinen lääke on käytössä pitkäaikaissairauteen)	n/a			RM2_4 1–4 lääkettä 5–9 lääkettä eli monilääkitys 10+ lääkettä eli merkittävä monilääkitys (=excessive polypharmacy)
–	M2_3_3 Antibiootteja			M2_8	Vastaajan itsehoitolääkkeiden käyttö	1 = En 2 = Kyllä
M2_3_99	M2_3_4 Insuliinia M2_3_5 Muita diabeteslääkkeitä M2_3_6 Verenpaine-lääkkeitä M2_3_7 Verenohennuslääkkeitä M2_3_8 Kolesterolilääkkeitä M2_3_9 Sydänlääkkeitä M2_3_10 Reumalääkkeitä M2_3_11 Särky-lääkkeitä M2_3_12 Syöpälääkkeitä M2_3_13 Masennuslääkkeitä			M2_9	Itsehoitolääkkeiden käytön yleisyys: Kuinka usein yleensä käytät ilman reseptiä apteekista saatavia lääkkeitä (pois lukien vitamiinit, hivenaineet ja rohdosvalmisteet)?	1 = Päivittäin 2 = Muutaman kerran viikossa 3 = Kerran viikossa 4 = 1–2 kertaa kuukaudessa 5 = Harvemmin kuin kerran kuukaudessa 6 = Ei koskaan
				M2_13	Vastaajan taloudelliset ongelmat hankkia lääkkeitä:	0 = En ole käyttänyt lääkärin määräämiä lääkkeitä 1 = Ei ole ollut lainkaan ongelmia 2 = On ollut jonkin verran ongelmia 3 = On ollut paljon ongelmia
						RM2_9 Luokat 1–3-> Uusi: Vähintään viikoittain Luokat 4–5-> Uusi: Kuukausittain tai harvemmin Luokka 6 = Ei koskaan
						RM2_13 0 En ole käyttänyt lääkärin määräämiä lääkkeitä 1 Ei ongelmia Luokat 2 ja 3-> Uusi: On ollut ongelmia

M3__1__x	Halua osallistua lääkkei- tä koskevaan päätök- sentekoon lääkärin vas- taanotolla ja apteekissa	n/a	n/a
M3__1__1	M3__1__1 Haluan kes-	1 = Täysin samaa mieltä	R3__1__1
M3__1__2	kustella lääkärin kanssa	2 = Jokseenkin samaa	R3__1__2
M3__1__3	hoitovaihtoehtoista	mieltä	R3__1__3
	M3__1__2 Haluan kes-	3 = Jokseenkin eri mieltä	Luokat 1 ja 2->
	kustella lääkärin kanssa	4 = Täysin eri mieltä	Uusi: Samaa mieltä
	lääkkeen valinnasta	9 = En osaa sanoa	Luokat 3-4->
	M3__1__3 Haluan päät-		Uusi: Eri mieltä
	tää lääkkeen valinnasta		Luokka 9 = En osaa
	yhdessä lääkärin kanssa		sanoa
M13__1	Vastaajan ajantasainen	1 = Ei	n/a
	lääkityslista:	2 = Kyllä	
M13__2	Vastaajan käsitys	0 = Minulla ei ole käy-	n/a
	lääkkeiden käyttö-	tössä reseptilääkkeitä	
	tarkoituksista: Tiedätkö,	1 = Tiedän kaikkien	
	miksi lääkäri on mää-	käyttämieni resep-	
	rännyt sinulle lääkkeitä?	tilälääkkeiden käyttö-	
		tarkoitukset	
		2 = Tiedän joidenkin	
		käyttämieni resepti-	
		lääkkeiden käyttö-	
		tarkoitukset	
		3 = En tiedä, mutta	
		haluaisin tietää	
		4 = En tiedä, eikä minulla	
		ole siihen tarvetta	
M13__3__x	Vastaajan tavat seurata	n/a	n/a
	terveydentilaa ja lää-		
	kehoidon vaikutuksia:		
	Miten seuraat itse ter-		
	veydentilaasi ja lääke-		
	hoitosi vaikutuksia?		
M13__3__0	M13__3__0	1 = Kyllä	n/a
M13__3__1	M13__3__1 En seuraa	0 = En seuraa	
	lainkaan		

M13__3__7	M13__3__2 Laboratorio- mittausten tuloksista (esim. kolesteroliarvot) M13__3__3 Omamitta- uksilla (esim. veren- paineen tai verensokerin seuranta) M13__3__4 Seuraamalla painoani M13__3__5 Aktiivisuus- mittarin tai puhelimen terveyssovelluksen avulla (esim. askeleet, uni, syke) M13__3__6 Seuraamalla yleistä vointiani M13__3__7 Jollain muulla tavalla
------------------	---

M13__4__x	Vastaajan Omakannan käyttö:	n/a	n/a
M13__4	Käytätkö Omakantaa resepti- ja/tai terveys- tietojen katseluun?	1 = Kyllä käytän 2 = Olen käyttänyt, mutta en aio käyttää enää 3 = En ole koskaan käyttänyt	n/a
M13__6__x	Vastaajan keskustelu lääkärin kanssa resepti- lääkkeistä:	n/a	n/a
M13__6__0	Oletko koskaan jättä- nyt kertomatta lääkä-	0 = En ole jättänyt	n/a
M13__6__1	rille, että käytät jotain	1 = Olen jättänyt	
-	reseptilääkettä?		
M13__6__8	Voit valita seuraavista useita vaihtoehtoja.		
	M13__6__0 En ole jättänyt		
	M13__6__1 Kyllä, koska olen unohtanut kertoa		
	M13__6__2 Kyllä, koska en halunnut kertoa käyttäväni		
	kyseistä reseptilääkettä		
	M13__6__3 Kyllä, koska en nähnyt asiaa tarpeelliseksi		
	M13__6__4 Kyllä, koska lääkäriillä oli kiire		

M13_6_5 Kyllä, koska minulla ei ollut yhteistä kieltä lääkärin kanssa
M13_6_6 Kyllä, koska lääkäri ei kysynyt minulta lääkkeiden käytöstä
M13_6_7 Kyllä, koska oletan lääkärin näkevän kaikki käyttämäni lääkkeet tietokoneelta
M13_6_8 Kyllä, jokin muu syyx

M5_1_x Mielipiteet ilman reseptiä apteekeista saatavista itsehoitolääkkeistä ja niiden käyttöön liittyvistä riskeistä: n/a

M5_1_1 -
M5_1_7 Seuraavat väittämät koskevat ilman reseptiä apteekista saatavia lääkkeitä (itsehoitolääkkeitä) ja niiden käyttöön liittyviä riskejä. Vastaathan jokaiseen väittämään, vaikka et tällä hetkellä käyttäisikään mitään itsehoitolääkettä.

1 = Täysin samaa mieltä
2 = Jokseenkin samaa mieltä
3 = Jokseenkin eri mieltä
4 = Täysin eri mieltä
9 = En osaa sanoa

**RM5_1_1 -
RM5_1_7**
Luokat 1 ja 2 ->
Uusi: Samaa mieltä
Luokat 3 ja 4 ->
Uusi: Eri mieltä
9 = En osaa sanoa

M5_1_1 Itsehoitolääkkeet ovat vaarattomia riippumatta siitä, miten niitä käytetään
M5_1_2 Itsehoitolääkkeet ovat vaarattomia niin kauan kuin noudetaan ohjeita
M5_1_3 Itsehoitolääkkeillä on riskinsä, vaikka noudattaisi pakkauksen ohjeita
M5_1_4 Itsehoitolääkkeitä tulisi käyttää ainoastaan lääkärin, hoitajan tai apteekkihenkilöstön suosituksesta
M5_1_5 Pyrin hoitamaan vaivani muuten kuin itsehoitolääkkeillä

M5_1_6 Itsehoitolääkkeet ovat tehokkaita
M5_1_7 Itsehoitolääkkeiden haittavaikutukset huolestuttavat minua

M9_1_x Vastaajan saama tieto terveydestä ja lääkkeistä: n/a n/a

M9_1_1 -
M9_1_3 Seuraavat väittämät koskevat tietoa, jota saat terveydestäsi ja lääkkeistäsi. Vastaathan jokaiseen väittämään, vaikka et tällä hetkellä käyttäisikään mitään lääkettä.

1 = Aina
2 = Joskus
3 = Usein
4 = Harvoin
9 = Ei koskaan

**RM9_1_1,
M9_1_2,
RM9_1_3**
Luokat 1 ja 3 ->
Uusi: Toistuvasti
Luokat 2 ja 4 ->
Uusi: Satunnaisesti
9 = Ei koskaan

M9_1_1 Kuinka usein sinulla on ongelmia ymmärtää terveyden-tilaasi liittyviä asioita, koska saamasi kirjallisen materiaali on vaikeaselkoista?

M9_1_2 Onko sinulla tapana lukea lääkepakkauksesta löytyvä pakkausseloste ennen kuin aloitat uuden lääkityksen ensimmäistä kertaa?

M9_1_3 Kuinka usein lääkepakkauksesta löytyvän pakkausselosteen ohjeita on mielestäsi vaikea ymmärtää?

M9_2 Vastaajan arvio omasta kyvystä noudattaa taralapun ohjeita: Kuinka hyvin pystyt mielestäsi yleensä noudattamaan ohjeita, jotka on kirjoitettu lääkepakkauksen taralappuun apteekissa, lääkärin määräämissä lääkkeissä?

1 = Erittäin hyvin
2 = Melko hyvin
3 = Kohtalaisesti
4 = Melko huonosti
5 = Erittäin huonosti

RM9_2
Luokat 1 ja 2 ->
Uusi: Hyvin
Luokat 3–5 ->
Uusi: Kohtalaisesti tai huonosti

Yhtälön muuttujat lopullisessa mallissa	Luokka	B ²	S.E. ³	P	Exp(B) = OR ⁴
RM1_2_1_Ikäluokka	18–34 vuotta			0,032	
RM1_2_1_Ikäluokka	(1) 35–64 vuotta	–0,606	0,231	0,009	0,545
RM1_2_1_Ikäluokka	(2) 65–79 vuotta	–0,366	0,185	0,048	0,693
RM1_6_Vastaajan Korkein koulutus	Lukio tai ammatillinen koulutus			0,164	
RM1_6_Vastaajan Korkein koulutus	(1) Muu koulutus	0,027	0,139	0,845	1,027
RM1_6_Vastaajan Korkein koulutus	(2) Peruskoulu tai kansa- koulu	2,365	1,050	0,024	10,642
RM1_6_Vastaajan Korkein koulutus	(3) Yliopisto, korkeakoulu tai ammattikorkeakoulu	–0,011	0,254	0,966	0,989
RM1_10_Kotitalouden käytettävissä olevat tulot	2000e tai vähemmän			0,011	
RM1_10_Kotitalouden käytettävissä olevat tulot	(1) 2001–3000e	–0,142	0,193	0,459	0,867
RM1_10_Kotitalouden käytettävissä olevat tulot	(2) 3001–4000e	–0,494	0,189	0,009	0,610
RM1_10_Kotitalouden käytettävissä olevat tulot	(3) 4000e tai enemmän	–0,506	0,189	0,008	0,603
M2_2 Terveys ja lääk- keet. Onko sinulla sairaus tai vamma, joka haittaa toiminta- ja työkykyä?	Ei	–0,397	0,141	0,005	0,673
M2_3_0 Terveys ja lääkkeet. Oletko viimek- si kuluneen viikon (7 pv) aikana käyttänyt mitään seuraavista lääkärin määräämistä lääkkeitä?	Olen käyttänyt (verrattu- na en ole käyttänyt)	1,068	0,252	0,000	2,910
M2_3_2 Terveys ja lääkkeet. Oletko viimek- si kuluneen viikon (7 pv) aikana käyttänyt mitään seuraavista lääkärin määräämistä lääkkeitä?	Astmalääkkeitä	–0,384	0,186	0,039	0,681

M2_3_8 Terveys ja lääkkeet. Oletko viimek- si kuluneen viikon (7 pv) aikana käyttänyt mitään seuraavista lääkärin määräämistä lääkkeitä?	Kolesterolilääkkeitä	0,682	0,209	0,001	1,978
M2_3_9 Terveys ja lääkkeet. Oletko viimek- si kuluneen viikon (7 pv) aikana käyttänyt mitään seuraavista lääkärin määräämistä lääkkeitä?	Sydänlääkkeitä	–0,555	0,236	0,019	0,574
M2_3_18 Terveys ja lääkkeet. Oletko viimek- si kuluneen viikon (7 pv) aikana käyttänyt mitään seuraavista lääkärin määräämistä lääkkeitä?	Estrogeenikorvaushoitoja	–0,672	0,251	0,008	0,511
RM2_4_Vastaajan käyttämien lääkkeiden määrä	1–4 lääkettä			0,004	
RM2_4_Vastaajan käyttämien lääkkeiden määrä	(1) 10+ lääkettä eli merkittävä yliääkitys	0,465	0,154	0,003	1,592
RM2_4_Vastaajan käyttämien lääkkeiden määrä	(2) 5–9 lääkettä eli monilääkitys	–0,171	0,259	0,509	0,843
M2_8 Terveys ja lääk- keet. Oletko viimeksi kuluneen viikon (7 pv) aikana käyttänyt mitään ilman reseptiä apteekista saatavia lääkkeitä (pois lukien vitamiinit, hiven- aineet ja rohdosvalmis- teet)?	En ole käyttänyt	–0,461	0,130	0,000	0,631
RM2_13_Onko ollut taloudellisia ongelmia hankkia lääkärin mää- räämiä lääkkeitä	En ole käyttänyt lääkärin määräämiä lääkkeitä.			0,009	
RM2_13_Onko ollut taloudellisia ongelmia hankkia lääkärin mää- räämiä lääkkeitä	(1) Ei ole ollut ongelmia verrattuna en ole käyttä- nyt lääkärin määräämiä lääkkeitä.	–0,479	0,312	0,124	0,619
RM2_13_Onko ollut taloudellisia ongelmia hankkia lääkärin mää- räämiä lääkkeitä	(2) On ollut ongelmia ver- rattuna en ole käyttänyt lääkärin määräämiä lääkkeitä.	1,092	0,418	0,009	2,980

M13_2 Lääkehoidon seuranta. Tiedätkö, miksi lääkäri on määrännyt sinulle lääkkeitä? Tiedän kakkien lääkärin määräämien lääkkeideni käyttötarkoituksen.	Kyllä tiedän verrattuna en tiedä	-0,503	0,202	0,013	0,605
M13_3_1 Lääkehoidon seuranta. Miten seuraat itse terveydentilaasi ja lääketoitosi vaikutuksia?	En seuraa lainkaan verrattuna seuraan	-0,705	0,330	0,033	0,494
M13_3_5 Lääkehoidon seuranta. Miten seuraat itse terveydentilaasi ja lääketoitosi vaikutuksia? Aktiivisuusmittarin tai puhelimen terveyssovelluksen avulla (esim. askeleet, uni, syke)	En seuraa verrattuna seuraan	-0,349	0,155	0,025	0,705
M13_3_6 Lääkehoidon seuranta. Miten seuraat itse terveydentilaasi ja lääketoitosi vaikutuksia? Seuraamalla yleistä vointiani	En seuraa verrattuna seuraan	-0,370	0,192	0,054	0,691
M13_4_1 Lääkehoidon seuranta. Käytätkö Omakantaa resepti- ja/ tai terveystietojen katseluun?	Kyllä käytän verrattuna en käytä	0,314	0,136	0,021	1,369
RM5_1_3_Itsehoito- lääkkeillä on riskinsä, vaikka noudattaisi pak- kauksen ohjeita:	En osaa sanoa			0,056	
RM5_1_3_Itsehoito- lääkkeillä on riskinsä, vaikka noudattaisi pak- kauksen ohjeita	(1) Eri mieltä verrattuna en osaa sanoa	0,386	0,245	0,116	1,470
RM5_1_3_Itsehoito- lääkkeillä on riskinsä, vaikka noudattaisi pakkauksen ohjeita	(2) Samaa mieltä verrattuna en osaa sanoa	0,336	0,166	0,042	1,400
RM5_1_4_Itsehoito- lääkkeitä tulisi käyttää ainoastaan lääkärin, hoi- tajan tai apteekkihenki- löstön suosituksesta	En osaa sanoa			0,070	

RM5_1_4_Itsehoito- lääkkeitä tulisi käyttää ainoastaan lääkärin, hoi- tajan tai apteekkihenki- löstön suosituksesta	(1) Eri mieltä verrattuna en osaa sanoa	-0,265	0,263	0,314	0,767
RM5_1_4_Itsehoito- lääkkeitä tulisi käyttää ainoastaan lääkärin, hoi- tajan tai apteekkihenki- löstön suosituksesta	(2) Samaa mieltä verrattuna en osaa sanoa	-0,325	0,143	0,024	0,723
RM5_1_7_Itsehoito- lääkkeiden haittavaiku- tukset huolestuttavat minua	En osaa sanoa			0,065	
RM5_1_7_Itsehoito- lääkkeiden haittavaiku- tukset huolestuttavat minua	(1) Eri mieltä verrattuna en osaa sanoa	0,483	0,227	0,033	1,622
RM5_1_7_Itsehoito- lääkkeiden haittavaiku- tukset huolestuttavat minua	(2) Samaa mieltä verrattuna en osaa sanoa	0,239	0,149	0,110	1,270
RM9_1_1_Kuinka usein sinulla on ongelmia ymmärtää terveyden- tilaasi liittyviä asioita, koska saamasi kirjallinen materiaali on vaikea- selkoista?	Ei koskaan			0,038	
RM9_1_1_Kuinka usein sinulla on ongelmia ymmärtää terveyden- tilaasi liittyviä asioita, koska saamasi kirjallinen materiaali on vaikea- selkoista?	(1) Satunnaisesti verrattuna en koskaan	0,507	0,210	0,016	1,660
RM9_1_1_Kuinka usein sinulla on ongelmia ymmärtää terveyden- tilaasi liittyviä asioita, koska saamasi kirjallinen materiaali on vaikea- selkoista?	(2) Toistuvasti verrattuna en koskaan	0,018	0,138	0,894	1,019

RM9_2_Kuinka hyvin pystyt mielestäsi yleensä noudattamaan ohjeita, jotka on kirjoitettu lääkepakkauksen tarralappuun apteekissa, lääkärin määräämissä lääkkeissä?	(1) Kohtalaisesti tai huonosti verrattuna en koskaan	1,386	0,372	0,000	3,999
Constant		2,348	0,748	0,002	10,468

¹Backward LR = Taaksepäin askeltava logistinen regressioanalyysi

²B = Logistic regression coefficients = Logistiset regressiokertoimet

³S.E. = Standard Error = keskivirhe

⁴Exp(B) = OR = Odds Ratio = vedonlyöntisuhde

Riippuvuuden tunnistaminen ja puheeksiotto apteekissa – kyselytutkimus farmasian ammattilaisille

Sara Tsokkinen*

Farmaseutti, proviisoriopiskelija
Helsingin yliopisto
farmasian tiedekunta
sara.tsokkinen@helsinki.fi

Mikko Lemetilä

Asiantuntija
farmasian maisteriopiskelija
A-klinikkasäätiö
Helsingin yliopisto
farmasian tiedekunta

Emmi Kauppila

YtM, väitöskirjatutkija
Tampereen yliopisto
yhteiskuntatieteiden tiedekunta
Emerging Technologies Lab
A-klinikkasäätiö

Jukka Koskelo

TtM, väitöskirjatutkija
tutkimus- ja kehitysjohtaja
A-klinikkasäätiö

Marika Pohjanoksa-Mäntylä

FaT, yliopistonlehtori
Kliinisen farmasian ryhmä
Helsingin yliopisto
farmasian tiedekunta

*Kirjeenvaihto

Tsokkinen S, Lemetilä M, Kauppila E, Koskelo J, Pohjanoksa-Mäntylä M: Riippuvuuden tunnistaminen ja puheeksiotto apteekissa – kyselytutkimus farmasian ammattilaisille. Dosis 2025;41(2): 212–236.

Tiivistelmä

Johdanto

Riippuvuudet heikentävät yksilön hyvinvointia ja altistavat fyysisille ja psyykkisille terveysongelmille. Riippuvuuksille ominaista on pakonomainen päihdeiden käyttö tai haitallisten käyttäytymismallien toistaminen. Apteekeilla on helposti saavutettavana terveyspalveluna mahdollisuutta osallistua nykyistä laajemmin päihde- ja riippuvuustyöhön. Tässä tutkimuksessa tutkittiin riippuvaisen ihmisen kohtaamista ja riippuvuuden puheeksiottoa asiakastyössä sekä farmasian ammattilaisten näkemyksiä omasta roolistaan ja pystyvyydestään riippuvuuksien tunnistamisessa ja puheeksiotossa apteekkeissa.

Aineisto ja menetelmät

Tutkimus toteutettiin sähköisenä kyselynä Farmasialiiton jäsenrekisteriin kuuluville farmasian ammattilaisille (n=3 596) tammi-helmikuussa 2024. Kyselyn tulokset on raportoitu frekvensseinä ja prosenttiosuuksina. Tutkimuksen teoreettisena viitekehysenä oli transteoreettinen muutosvaihemalli. Kyselyyn vastasi 150 farmasian ammattilaista. Seitsemän vastasi tietoiseen suostumukseen kieltävästi, joten lopullisia vastauksia tutkimukseen tuli 143.

Tulokset

Yli puolet vastaajista (61 %) piti riippuvuuksien puheeksiottoa osana farmasian ammattilaisen työnkuvaa, mutta valtaosa (82 %) koki, ettei heillä ole siihen riittävästi keinoja. Valtaosa vastaajista mainitsi puheeksiottoon liittyvinä haasteina pelon asiakkaan negatiivisesta reaktiosta (91 %) sekä epävarmuuden omista tiedoista ja taidoista (84 %). Vastaajat kohtasivat asiakastyössä säännöllisesti reseptilääkkeiden väärinkäyttöä (viikoittain 54 %), nikotiiniriippuvuutta (viikoittain 33 %) ja alkoholiriippuvuutta (viikoittain 49 %). Siinä missä noin joka neljäs vastaaja teki lääkkeiden väärinkäyttöön liittyviä puheeksiottoja viikoittain, riippuvuuksia otettiin puheeksi huomattavasti harvemmin (nikotiini: viikoittain 12 %; alkoholi: viikoittain <2 %). Eniten otettiin puheeksi itsehoitolääkkeiden väärinkäyttö (viikoittain 29 %), sedatiivien käyttö (viikoittain 25 %) ja reseptilääkkeiden väärinkäyttö (viikoittain 23 %). Toiminnallisia riippuvuuksia kohdattiin huomattavasti harvemmin, joskin yli puolet vastaajista koki, ettei heillä ollut niiden tunnistamiseen keinoja.

Johtopäätökset

Päihderiippuvaisia asiakkaita kohdattiin apteekkityössä päivittäin, mutta toiminnallisten riippuvuuksien tunnistaminen oli vaikeampaa. Päihderiippuvuuden kohtaamisen yleisyydestä huolimatta niitä otettiin harvoin asiakkaan kanssa puheeksi. Puheeksiotto nähtiin osana farmasian ammattilaisen roolia apteekkeissa, mutta siihen tarvitaan enemmän keinoja. Puheeksiottoa lisääviä keinoja voisivat olla sidosryhmäyhteistyö, koulutus addiktioista sekä transteoreettisen muutosvaihemallin, riippuvuutta arvioivien strukturoitujen kyselyjen ja lyhytneuvontatekniikoiden tunteminen.

Avainsanat: päihderiippuvuus, addiktiivinen käyttäytyminen, puheeksiotto, terveysneuvonta, apteekki

Johdanto

Päihteet ja riippuvuudet aiheuttavat mittavia psyykkisiä, sosiaalisia ja taloudellisia haittoja, ja niihin liittyy useita terveysriskejä ja liitännäissairauksia, kuten sydän- ja verisuonisairauksia, akuutteja myrkytyksiä, neurologisia sairauksia sekä mielenterveyden ongelmia (1,2). Sekä tautitaakka että ennenaikaisten kuolemien vuoksi menetetyt elinvuodet ovat merkittäviä: yksin alkoholiperäisiin syihin kuoli Suomessa 2 065 henkeä vuoden 2022 aikana ja huumausaineisiin 192 henkeä (3). Lisäksi Suomi on Euroopan kärjessä alle 25-vuotiaiden huumekuolemissa (4).

Toiminnalliset riippuvuudet kohdistuvat päihteiden sijasta käyttäytymiseen. Päihderiippuvuuksien kanssa yhteistä näille ovat pakonomainen riippuvuuskäyttäytymisen jatkaminen haittoista huolimatta, himo, toleranssi, vieroitusoireet sekä muutokset palkitsemisjärjestelmässä ja impulssien hallinnassa (5). Toiminnalliset riippuvuudet ovat päihderiippuvuuksia tuntemattomampia, eikä suurinta osaa niistä löydy kansainvälisistä tautiluokituksesta. Poikkeuksena on rahapeliongelma, joka siirrettiin ICD-11-luokituksessa käytös- ja hillitsemishäiriöiden luokasta samaan luokkaan päihderiippuvuuksien kanssa (6,7). Samaan aikaan myös ongelmallinen digipelaaminen lisättiin ICD-11-luokitukseseen (7). Rahapeliongelma sai ensimmäisenä toiminnallisena riippuvuutena Käypä hoito -suosituksen (8).

Peliriippuvuuden lisäksi on tunnistettu useita muita toiminnallisia riippuvuuksia, kuten some-, liikunta-, ruoka- ja läheisriippuvuus (9–12). Diagnoosikriteerien puuttumisesta huolimatta erilaisten toiminnallisten riippuvuuksien esiintyvyys arvioidaan väestössä yleiseksi, ja osaan riippuvuuksista on kehitetty validoituja arviointimittareita. Toiminnallisista riippuvuuksista kärsivillä esiintyy usein samanlaisesti muita riippuvuuksia (9).

Kuten muissakin sairauksissa, myös riippuvuuksien kohdalla varhainen tunnistaminen ja tuki parantavat toipumisnäkyä (13). Terveystieteiden ammattilaisten tekemä puheeksiotto ja lyhytneuvonta ovat osoittautuneet tehokkaimiksi keinoiksi vähentää päihteistä ja riippuvuuksista aiheutuvia haittoja (14). Lyhytneuvonnan tavoitteena on tunnistaa ongelmallinen päihteiden käyttö ja motivoida asiakasta

muutokseen (15). Apteeekeissa on hyvä mahdollisuus tehdä sekä ennaltaehkäisevää että haittoja vähentävää päihde- ja riippuvuustyötä ja apteekki toimii usein asiakkaille ensimmäisenä kontaktina tuen pariin pääsyssä (16). Apteekien on todettu olevan ihanteellisessa asemassa tarjoamaan tukea esimerkiksi alkoholinkäytön hallinnassa.

On laajaa näyttöä siitä, farmaseutin aloittama tupakoinnin lopettamiseen tähtäävä interventio voi tehokkaasti lisätä tupakoinnin lopettamista (16). Viime vuosina aihetta on tutkittu yhä enemmän alkoholihaittojen vähentämisen ja opioidiriippuvuuden (17,18) näkökulmista.

Tutkimusten mukaan farmasian ammattilaiset pitävät päihderiippuvuuden tunnistamista ja ehkäisyä tärkeänä (19–22). Farmasian ammattilainen on hyvässä asemassa tarjoamaan ohjausta alkoholin ja huumeiden käyttöön puheeksioton, lyhytneuvonnan ja hoitotoiminnan muodoissa (13). Myös asiakaskunnan parissa tehdyissä tutkimuksissa on saatu positiivisia tuloksia apteekkeissa tehtävästä riippuvuuksiin liittyvästä lyhytneuvonnasta (17). Kuluttajien luottamus apteekkihenkilöstön ammattitaitoa kohtaan luo vankan pohjan sensitiivisten asioiden puheeksiotolle (23). On mahdollista, että apteekkeissa voitaisiin tunnistaa ja puheeksiottaa myös toiminnallisia riippuvuuksia osana lääkeliikkeen ja terveysneuvontaa.

Lääkineuvonta ja omahoidon tuki apteekkeissa on tärkeä, mutta tutkimuksessa vähälle huomiolle jäänyt osa haittoja vähentävää työtä – on monia näyttöön perustuvia tukimuotoja, jotka todennäköisesti hyödyttäisivät apteekki-asiakkaita, mutta joita ei ole vielä otettu systemaattisesti käyttöön (24). Tällä hetkellä apteekkeissa toteutetaan haittoja vähentävää päihdetyötä muun muassa myymällä neuloja ja ruiskuja sekä opioidikorvaushoidon jakelulla, jonka yhteydessä farmasian ammattilaiset pyrkivät tukemaan asiakasta ja motivoimaan korvaushoidon toteutumiseksi (18).

Riippuvuuksien kohtaamista ja puheeksiottoa apteekkeissa on Suomessa tutkittu vain vähän. Tässä tutkimuksessa tutkimuskysymyksinä olivat:

1. Kuinka usein farmasian ammattilaiset kohtaavat työssään asiakkaita, joilla epäilevät riippuvuutta?

2. Kuinka usein asiakkaan kanssa tehdään riippuvuuksiin liittyvä puheeksiotto?
3. Millaisia ajatuksia farmasian ammattilaisilla on omasta roolistaan ja pystyvyydestään riippuvuuksien tunnistamisessa, puheeksiotossa ja terveysneuvonnassa?

Aineisto ja menetelmät

Tutkimus toteutettiin kyselynä Webropol 3.0 -kyselytyökalulla tammi-helmikuussa 2024 Farmasialiiton jäsenille Helsingin yliopiston farmasian tiedekunnan ja A-klinikkasäätiön yhteistyönä.

Teoreettinen viitekehys

Tutkimuksen teoreettisena viitekehystenä oli elämäntapamuutokseen motivoitumisen vaiheita tarkasteleva transteoreettinen muutostavahemalli, jota on sovellettu päihderiippuvuuksien hoitoon (2,25,26). Motivaatio on muuttuva ominaisuus, jonka etsimisessä ja vahvistamisessa hyödynnetään motivoivaa haastattelua (26).

Esiharkintavaiheessa yksilö ei ole motivoitunut tekemään muutoksia, jolloin tavoitteena on kontaktin luominen riippuvaisen ja hoitotahon välille sekä haittojen ehkäisy (25,26). *Harkintavaiheessa* yksilö punnitsee nykyisen toimintansa hyötyjä ja haittoja (25). Tästä seuraa *valmistautuminen* muutokseen ja konkreettisten suunnitelmien tekeminen tavoitteiden saavuttamiseksi. Terveystieteiden ammattilainen tukee haittojen havaitsemisessa ja motivoitumisessa sekä rakentaa uskoa muutostavahemallin (26).

Toimintavaiheessa yksilö toteuttaa aiemmin tekemänsä suunnitelmat (25). Viimeinen vaihe on *ylläpito*, jossa yksilö omaksuu uuden elämäntavan. Takapakit vaiheiden läpikäynnissä ja retkahdukset ovat mahdollisia (25,26). Muutostavahemalli on Käypä hoito -suosituksessa pohjana huumeongelman hoitosuunnitelmaa laatiessa (2,26). Mallia on sovellettu apteekkeissa tupakasta vieroituksessa sekä itsehoitolääkkeiden väärinkäytön puheeksiotossa ja hoidossa (16,27).

Tässä tutkimuksessa muutostavahemallia hyödynnettiin kyselyn laatisemassa. Rakennettiin muutostavahemallin vaiheiden mukaisesti. Kyselyn sisällössä huomioitiin muutostav-

miuden vaiheiden eri tavoitteet riippuvaisen ihmisen hoidossa (26). Tämä sisälsi haittojen vähentämisen ja riippuvaisen ihmisen tukemisen lopettamisessa sekä retkahdusten estämisessä. Lisäksi kyselyssä tarkasteltiin farmasian ammattilaisten osaamista riippuvuuksien hoitomuodoista (1,2,8,28). Muutostavahemallia hyödynnettiin myös tulosten analyysissä ja pohdinnassa tulosten käsitteellisenä jäsentäjänä sekä apuna tulosten järjestelyssä ja tulokinnassa.

Kyselyn laatiminen

Kysely (**Liite 1**) pohjautui aiempaan A-klinikkasäätiön apteekkeille suunnattuun ennaltaehkäisevään ja haittoja vähentävään päihdetyön kyselylomakkeeseen sekä transteoreettiseen muutostavahemalliin (23,24). Kyselyn laatisemassa hyödynnettiin Terveystieteiden ja hyvinvoinnin laitoksen (THL) teettämää apteekki-sopimusselvitystä sekä riippuvuuksien Käypä hoito -suosituksia (1,2,8,28,29). Kyselyä kehitettiin asiantuntijaryhmässä ja kysely pilotoitiin 18.–22.12.2023. Pilotointiin osallistuivat kyselyn kohderyhmää edustavat, avoapteekissa työskentelevät farmasian ammattilaiset (kolme farmaseuttia, kaksi proviisorina). Lisäksi kyselyä pyydettiin kommentteja lääkkeitä väärinkäyttäneiltä tutkineilta asiantuntijalta. Pilotoinnin pohjalta lisättiin kyselylomakkeen ensimmäiseen kysymykseen ”En osaa sanoa” -vastausvaihtoehto, uudelleen jaoteltiin kysymysten 1–3 luokkia sekä jaettiin väittämät kahteen teemaan.

Lopullinen kysely sisälsi kolme osiota: 1) Riippuvuuksien kohtaaminen, 2) Näkemykset sekä 3) Osaaminen ja koulutustarve. Tässä tutkimuksessa raportoidaan vastaukset Riippuvuuksien kohtaaminen -osiosta, kahden kysymyksen vastaukset Näkemykset -osiosta sekä vastaajien taustatiedot (**Liite 1**).

Riippuvuuksien kohtaaminen -osio sisälsi kolme riippuvuuden kohtaamista ja puheeksiottoa käsittelevää kysymystä (**Liite 1**). Riippuvuuksien kohtaamista kartoitettiin kysymällä resepti- ja itsehoitolääkkeiden väärinkäytön sekä aine- ja toiminnallisten riippuvuuksien kohtaamisen yleisyyttä. Puheeksiottoa kartoitettiin kysymällä, kuinka usein asiakkaan kanssa on otettu riippuvuus puheeksi ja kuinka usein asiakas on esittänyt huolensa omasta tai

läheisensä riippuvuudesta. Puheeksiottoa kar-
toittavat kysymykset sisälsivät ICD-10-luo-
kituksen mukaiset riippuvuudet, pois lukien
tupakointi (6). Tupakoinnin sijasta kyselyyn
sisällytettiin nikotiiniriippuvuus, joka kattaa
tupakoinnin ja tupakkavalmisteiden lisäksi
nikotiinikorvaushoitovalmisteet ja ei-lääk-
keelliset nikotiinivalmisteet, eli nikotiinipus-
sit ja sähkösavukkeet. Näkemykset-osio sisälsi
väittämiä, joissa selvitettiin farmasian ammat-
tilaisten kokemuksia omasta roolistaan ja pys-
tyvyydestään riippuvuuksien tunnistamisessa,
puheeksiotossa ja terveysneuvonnassa sekä
puheeksiottoa estävistä tekijöistä.

Aineiston keruu ja analysointi

Tutkimuskutsu lähetettiin 3 596 Farmasialiiton
jäsenelle sähköpostitse. Farmasialiiton yhte-
yshenkilö vastasi kutsun lähettämisestä säh-
köpostiluvan antaneille jäsenille. Kysely oli
vastattavissa neljän viikon ajan 8.1.–4.2.2024.
Vastausajan puolivälissä tutkimuksesta lähe-
tettiin muistutusviesti.

Aineiston analysoinnissa käytettiin
Microsoft Excel (versio 2401)- ja IBM SPSS
Statistics (versio 28.0.0.0) -ohjelmia. Vastaa-
jien iät laskettiin syntymävuodesta ja luoki-
teltiin kolmeen eri luokkaan. Valmistumis-
vuosimuuttujasta muodostettiin oma luok-
kamuuttujansa. Vähäisten vastaajamää-
rien vuoksi taustatietomuuttujia luokiteltiin
uudelleen seuraavasti: vastaukset muu- ja en
halua kertoa -luokista yhdistettiin sukupuoli-
muuttujassa, vastaukset proviisori- ja far-
masian lisensiaatti/tohtori -luokista yhdis-
tettiin koulutus-muuttujassa sekä apteek-
kien sijainnit luokiteltiin yhteistyöalueit-
tain. Lisäksi vastaajien työpaikat luokiteltiin
kahteen luokkaan, apteekki ja muu työpaikka/
työtön. Tulokset esitetään suorina jakaumina
ja prosenttiosuuksina.

Tutkimuksen eettisyys

Tutkimukseen osallistuminen oli vapaaeh-
toista ja anonymia. Tutkimuskutsun vastaan-
ottaneilla oli saatavilla tietosuojaseloste, jossa
kerrottiin henkilötietojen käsittelystä, suoja-
uksesta, käsittelyn tarkoituksesta, kestosta
sekä vastaajan oikeuksista. Tutkimuksessa ei
käsitelty sellaisia tietoja, jotka olisivat vaati-
neet eettisen ennakkoarvioinnin (30).

Tulokset

Kyselyyn vastasi 150 farmasian ammatti-
laista. Seitsemän ei antanut suostumusta,
jolloin lopulliseksi vastaajamääräksi tuli 143.
Vastausprosentti oli 4 %. Vastaajista 92 % oli
naisia, 87 % koulutukseltaan farmaseutteja ja
95 % työskenteli tutkimuksen hetkellä aptee-
kissa (**Taulukko 1**). Vastaajien keski-ikä oli 45
vuotta. Apteekissa työskennelleistä vastaa-
jista yli puolet työskenteli suuressa apteekissa
(reseptuuri yli 100 000/v.). Apteekkeja sijaitsi
eniten Sisä-Suomen (25 %) ja Itä-Suomen
(23 %) yhteistyöalueilla. Viidesosa vastaa-
jista ilmoitti saaneensa riippuvuuksiin liit-
tyvää koulutusta.

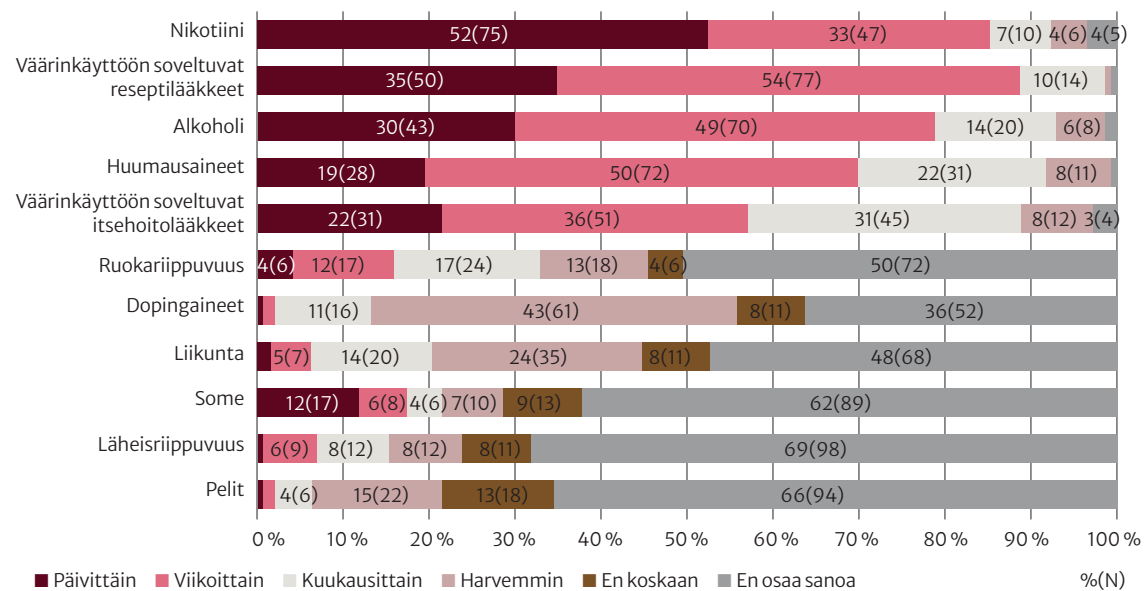
Riippuvuuden tunnistaminen ja
puheeksiotto

Vastaajat raportoivat kohtaavansa säännöl-
lisesti asiakkaita, joilla epäilevät riippuvuutta
(**Kuva 1**). Useimmiten vastaajat epäilivät asi-
akkaalla nikotiiniriippuvuutta (päivittäin 52
%; viikoittain 33 %), reseptilääkkeiden vää-
rinkäyttöä (päivittäin 35 %; viikoittain 54 %),
alkoholiriippuvuutta (päivittäin 30 %; viikoit-
tain 49 %), huumausaineriippuvuutta (päivit-
tään 19 %; viikoittain 50 %) sekä itsehoitolääk-
keiden väärinkäyttöä (päivittäin 22 %; viikoit-
tain 36 %). Dopingaineiden käyttöä kohdattiin
joko kuukausittain (11 %) tai harvemmin kuin
kerran kuussa (43 %). Toiminnallisiin riippu-
vuuksiin kuuluvia ruoka-, liikunta-, some-,
läheis-, ja peliriippuvuutta epäiltiin selvästi
harvemmin kuin päihderiippuvuuksia. Lisäksi
suuri osuus vastaajista (48–69 %) valitsi vas-
tausvaihtoehdon ”En osaa sanoa” toiminnal-
listen riippuvuuksien kohdalla.

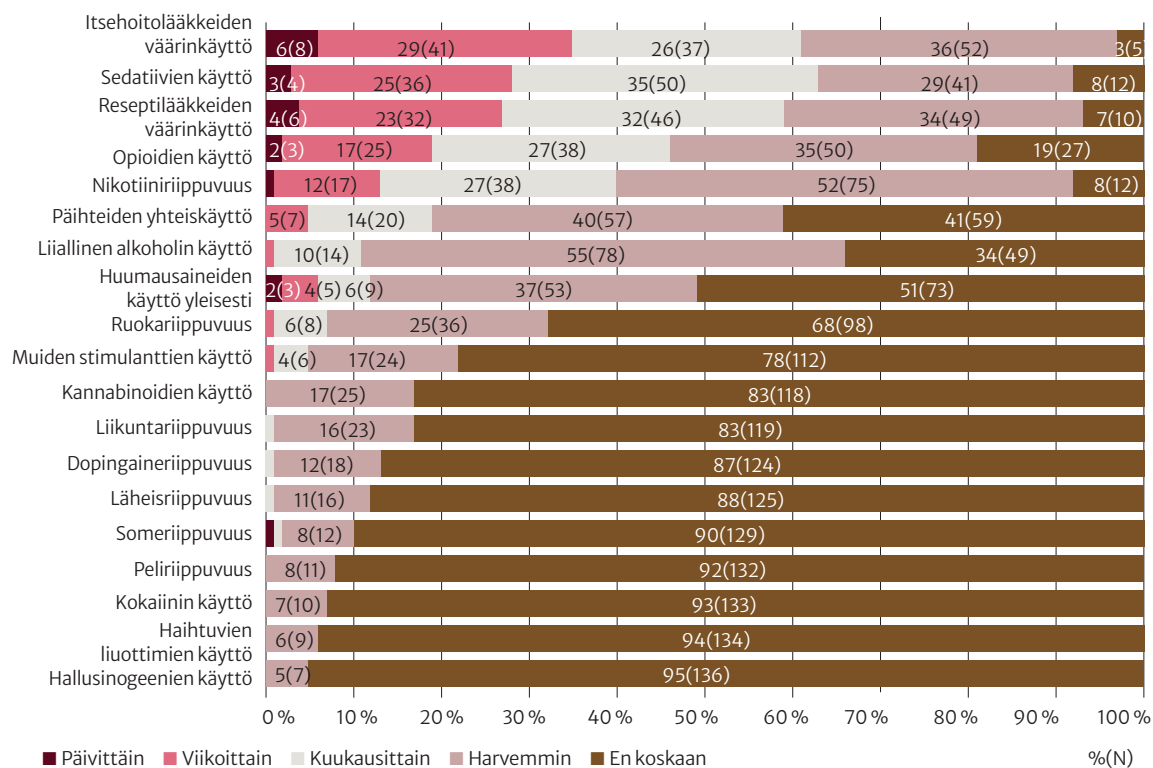
Riippuvuuksien kohtaamisen yleisyydestä
huolimatta niitä otettiin puheeksi verrattain
harvoin (**Kuva 2**). Eniten otettiin puheeksi itse-
hoitolääkkeiden väärinkäyttö (päivittäin 6 %;
viikoittain 29 %). Muita yleisimmin kohdattuja
riippuvuuksia otettiin puheeksi harvemmin.
Nikotiiniriippuvuuden otti päivittäin puheeksi
alle prosentti ja viikoittain 12 %. Alkoholien käy-
tön otti viikoittain puheeksi runsas prosentti
vastaajista. Reseptilääkkeiden väärinkäytön
otti puheeksi 4 % vastaajista päivittäin ja 23 %
viikoittain. Huumausaineiden käytön yleisesti
otti puheeksi päivittäin 2 % ja viikoittain 4 %

Taulukko 1. Riippuvuuden tunnistaminen ja puheeksiotto apteekissa –kyselyyn vastanneiden farmasian ammatti-
laisten (n=143) taustatiedot %(n)).

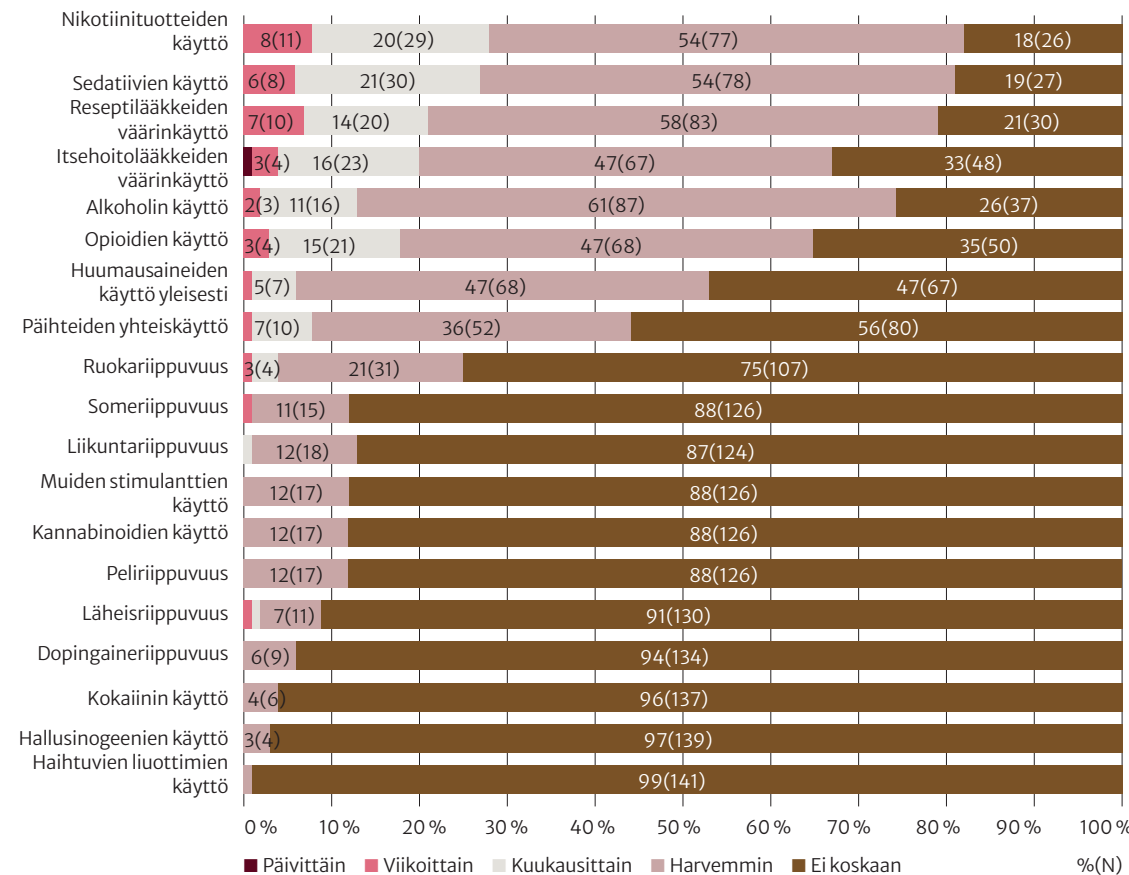
Taustatieto (n=143)	%(n)
Sukupuoli Nainen Mies Muu/Ei halua kertoa	92(132) 4(6) 4(5)
Ikä vuosina (n=142) 20–35 36–50 51–65	21(29) 47(67) 32(46)
Koulutus Farmaseutti Proviisori tai farmasian lisensiaatti/tohtori	87(124) 13(19)
Valmistumisvuosi (n=142) Ennen v. 1995 v. 1995–2010 v. 2010 jälkeen	20(28) 45(64) 35(50)
Työkokemus farmaseuttisissa tehtävissä Enintään 10 vuotta 11–20 vuotta Yli 20 vuotta	29(41) 31(45) 40(57)
Työpaikka Apteekki Muu työpaikka/työtön*	95(136) 5(7)
Vuosittainen reseptuuri** (n=136) Alle 40 000 40 000 – 100 000 Yli 100 000	9(12) 37(50) 54(74)
Apteekin sijainti** (n=136) Pohjois-Suomen yhteistyöalue Itä-Suomen yhteistyöalue Sisä-Suomen yhteistyöalue Länsi-Suomen yhteistyöalue Etelä-Suomen yhteistyöalue	16(21) 23(32) 25(33) 15(21) 21(29)
Olen saanut addiktioihin liittyvää koulutusta Kyllä En	20(29) 80(114)
*Kaikilla vastaajilla voitiin olettaa vastausten perusteella olevan apteekkikokemusta. **Kysyttiin vain apteekissa työskenteleviltä vastaajilta.	



Kuva 1. Riippuvuuden tunnistaminen ja puheeksiotto apteekissa –kyselyyn vastanneiden farmasian ammattilais-ten (n=143) vastausosuudet monivalintakysymykseen siitä, kuinka usein he kohtaavat työssään asiakkaita, joilla epäilevät olevan eri addiktiota. Kuvassa on ilmoitettu numeerisesti vähintään kahden prosentin suuruiset vastausosuudet (%(n)).



Kuva 2. Riippuvuuden tunnistaminen ja puheeksiotto apteekissa –kyselyyn vastanneiden farmasian ammattilais-ten (n=143) vastausosuudet monivalintakysymykseen siitä, kuinka usein he ottavat asiakkaan kanssaan puheeksi addiktiot. Kuvassa on ilmoitettu numeerisesti vähintään kahden prosentin suuruiset vastausosuudet (%(n)).



Kuva 3. Riippuvuuden tunnistaminen ja puheeksiotto apteekissa –kyselyyn vastanneiden farmasian ammatti-laisten (n=143) vastausosuudet monivalintakysymykseen siitä, kuinka usein asiakas on esittänyt heille huolensa omasta tai läheisensä addiktiosta. Kuvassa on ilmoitettu numeerisesti vähintään kahden prosentin suuruiset vas-tausosuudet (%(n)).

vastaajista. ICD-10-luokituksen mukaisista päih-deriippuvuuksista eniten otettiin puheeksi seda-tiivien (päivittäin 3 %; viikoittain 25 %) ja opi-oidien käyttö (päivittäin 2 %; viikoittain 17 %).

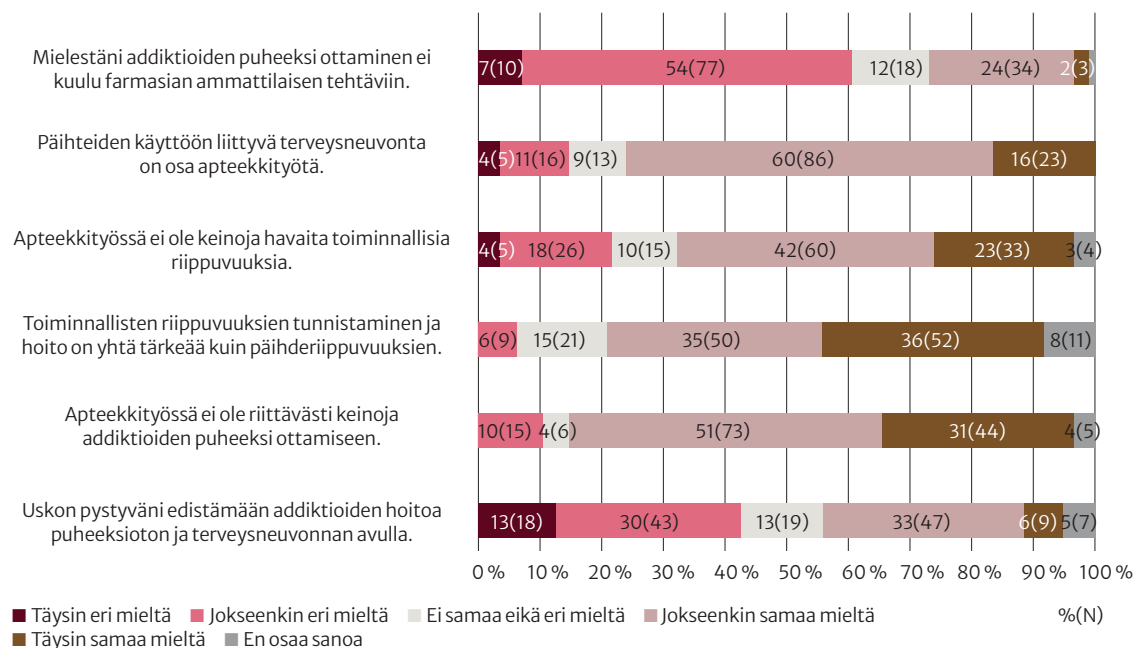
Asiakkaat esittivät vastaajille useimmiten huolensa omasta tai läheisensä nikotiinituot-teiden käytöstä (8 %:lla viikoittain), sedatiivien käytöstä (6 %:lla viikoittain) ja reseptilääkkei-den väärinkäytöstä (7 %:lla viikoittain) (**Kuva 3**).

Oma rooli ja pystyvyys

Huomattava osa vastaajista piti riippuvuuk-sien puheeksiottoa osana farmasian ammatti-laisen roolia, mutta siihen ei nähty olevan riit-tävästi keinoja (**Kuva 4**). Väittämän ”Mielestäni addiktioiden puheeksi ottaminen ei kuulu far-

masian ammattilaisen tehtäviin” kanssa täy-sin eri tai jokseenkin eri mieltä oli 61 % vas-taajista. Kuitenkin noin neljäsosa vastaajista oli väittämän kanssa jokseenkin tai täysin samaa mieltä. Kolme neljäsosaa vastaajista piti päih-teiden käyttöön liittyvää terveysneuvontaa osana apteekkityötä (Jokseenkin samaa mieltä 60 %; Täysin samaa mieltä 16 %). Suurin osa vastaajista koki, ettei apteekkityössä ole riit-tävästi keinoja riippuvuuksien puheeksiottoon (Jokseenkin samaa mieltä 51 %; Täysin samaa mieltä 31 %).

Toiminnallisten riippuvuuksien tunnistamista ja hoitoa piti yhtä tärkeänä päihderiip-puvuuksien hoidon kanssa suuri osa vastaajista (Jokseenkin samaa mieltä 35 %; Täysin samaa mieltä 36 %). Vastaajista 65 % oli jokseenkin



Kuva 4. Riippuvuuden tunnistaminen ja puheeksiotto apteekissa –kyselyyn vastanneiden farmasian ammattilaisten (n=143) vastausosuudet väittämiin, jotka käsittelivät omaa pystyvyyttä ja roolia addiktioiden tunnistamisessa, puheeksi ottamisessa ja terveysterveystarvon avulla. Kuvassa on ilmoitettu numeerisesti vähintään kahden prosentin suuruiset vastausosuudet (%(n)).

tai täysin samaa mieltä siitä, ettei apteekki-työssä ole keinoja havaita toiminnallisia riip-puvuuksia. Noin kolmasosat vastaajista oli-vat väittämän ”Uskon pystyväni edistämään addiktioiden hoitoa puheeksioton ja terveysterveystarvon avulla” kanssa joko jokseenkin eri tai jokseenkin samaa mieltä (30 %; 33 %).

Vastaajista 91 % oli jokseenkin tai täysin samaa mieltä väittämän ”Addiktio puheeksiotto voi herättää asiakkaassa negatiivisen tunnereaktion” kanssa (Kuva 5). Niin ikään epävarmuus omista kyvyistä riippuvuuden puheeksiotossa keräsi suuret osuudet väittä-män kanssa jokseenkin tai täysin samaa mieltä olevia (42 %; 42 %). ”En usko puheeksioton tuottavan hyötyä” keräsi hajanaisempia vasta-uksia kuin edelliset väittämät. Kuitenkin suurin osa vastaajista oli väittämän kanssa joko jokseenkin tai täysin samaa mieltä (44 %; 19 %).

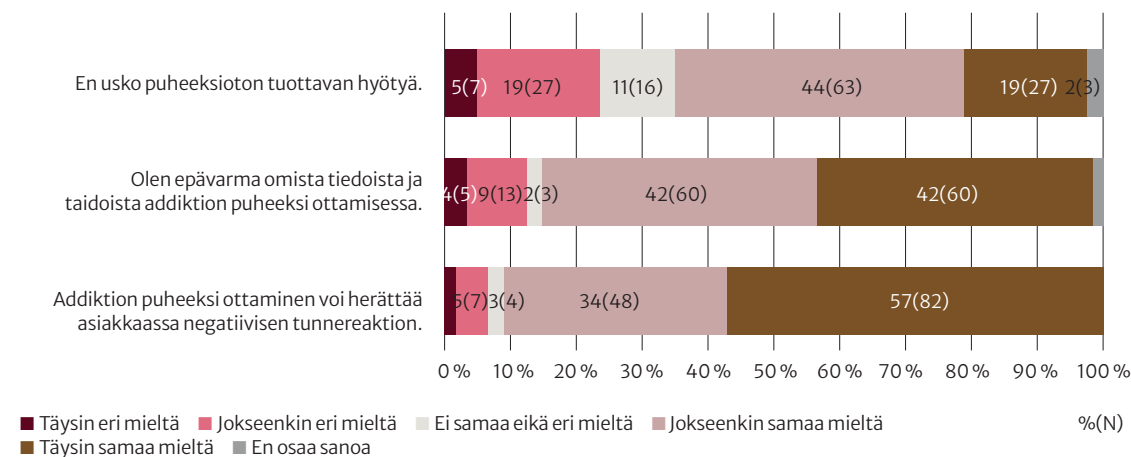
Pohdinta

Farmasian ammattilaiset kohtasivat sään-nöllisesti asiakkailla erilaisia riippuvuuksia.

Toiminnallisia riippuvuuksia kohdattiin har-vemmin kuin päihderiippuvuuksia, eikä niiden havaitsemiseen nähty olevan riittävästi keinoja. Riippuvuus otettiin asiakkaan kanssa puheeksi verrattain harvoin. Merkittävä osuus vastaajista piti riippuvuuksien puheeksiot-toa osana omaa roolia, mutta vain pieni osuus raportoi saaneensa koulutusta riippuvuuksista. Toisaalta vastaajat kokivat, ettei apteekkiympäristössä ole puheeksiottoon riittävästi kei-noja. Puheeksiottoa estivät mahdollisesti pelko asiakkaan negatiivisesta reaktiosta sekä puut-teet omista tiedoista ja taidoista.

Riippuvuuden tunnistaminen

Tässä tutkimuksessa asiakkaita, joilla on reseptilääkkeiden väärinkäyttöä kohtasi päi-vittäin kolmannes vastaajista ja itsehoito-lääkkeiden väärinkäyttöä viidesosa vastaa-jista. Jemenissä tehdyssä tutkimuksessa 58 % apteekissa työskennelleistä vastaajista oli epäillyt itsehoito- ja reseptilääkkeiden vää-rinkäyttöä tai virheellistä käyttöä (31). Tulok-sissa ei eroteltu itsehoito- ja reseptilääkkeiden



Kuva 5. K Riippuvuuden tunnistaminen ja puheeksiotto apteekissa –kyselyyn vastanneiden farmasian ammatti-laisten (n=143) vastausosuudet väittämiin, jotka käsittelivät syitä addiktio puheeksi ottamatta jättämisen tausta-talla. Kuvassa on ilmoitettu numeerisesti vähintään kahden prosentin suuruiset vastausosuudet (%(n)).

väärinkäyttöä toisistaan ja se sisälsi myös vir-heellisen käytön poiketen tästä tutkimuksesta. Suomessa dekstrometorfaania tai kodeiinia sisältävien yskänlääkkeiden väärinkäyttöä oli epäillyt lähes 90 % vastaajista vähintään ker-ran viimeisen kuukauden aikana (32). Tämä on linjassa kyselyn tulosten kanssa, mutta tässä tutkimuksessa ei tutkittu väärinkäytön osuuk-sia lääkevalmisteryhmittäin.

Päihderiippuvuudet ovat yleisiä väestössä. Vuonna 2023 liiallista alkoholinkäyttöä esiin-tyi kolmanneksella miehistä ja neljänneksellä naisista (3). Vuoden 2022 päihdetutkimuk-sen mukaan 15–69-vuotiaista päivittäin tai lähes päivittäin tupakoivia oli 14 % ja nuus-kaa käyttäviä 5 % (33). Samassa ikäluokassa reseptilääkkeitä viimeisen kuukauden sisällä väärinkäyttäneitä oli 1 % ja huumausaineita käyttäneitä 4 %. Väestökyselyihin verrattuna tässä tutkimuksessa reseptilääkkeiden vää-rinkäyttöä epäiltiin useammin kuin alkoholi-n käyttöä, mikä voi osittain selittyä apteek-kiympäristöllä. Alkoholiongelman havait-seminen vaatisi sitä, että alkoholin käytöstä kysyttäisiin asiakkailla aktiivisesti. Farma-sian ammattilaiset epäilivät asiakkailla har-voin toiminnallisia riippuvuuksia. Lisäksi ne keräsivät eniten ”En osaa sanoa” vastauksia. Vain harvat toiminnalliset riippuvuudet kuu-luvat ICD-tautiluokitukseen (7). Diagnoosi-

kriteerien puuttuminen ja tiedon puute vai-keuttavat niiden tunnistamista.

Riippuvuuden puheeksiotto

Yleisimmin vastaajat ottivat puheeksi itsehoi-tolääkkeiden väärinkäytön. Aiemmissa tut-kimuksissa tärkeimmiksi keinoiksi ehkäistä väärinkäyttöä on tunnistettu henkilökunnan tiedottaminen väärinkäyttöpotentiaalista, lääkeneuvonta ja keskustelu lääkkeen käyttö-tarkoituksesta sekä väärinkäyttöön soveltu-vien itsehoitolääkkeiden siirtäminen pois asi-akkaiden ulottuvilta (31,32). Pohjois-Irlannissa tutkittiin haittoja vähentävää mallia itsehoi-tolääkkeiden väärinkäytön tunnistamisessa ja hoidossa (27). Mallissa hyödynnettiin moti-voivaa haastattelua ja transteoreettista muu-tosvaihemallia. Kokeilussa saatiin lupaavia tuloksia, sillä osa asiakkaista ilmaisi lopetta-vansa väärinkäytön farmasian ammattilaisen kanssa käydyn keskustelun perusteella. Asiak-kaita ei saatu kuitenkaan osallistumaan jatko-seurantaan.

Reseptilääkkeiden väärinkäytön otti puheeksi päivittäin tai viikoittain neljännes vastaajista. Kyselyssä oli eritelty sedatiivit ja opioidit, joita voidaan väärinkäyttää resepti-valmisteina. Siten puheeksiotto voi olla saatuja tuloksia säännöllisempää vastaajajoukossa. Tulos poikkeaa aiemmista opioidireseptilääk-

keiden väärinkäyttöä koskevista tutkimuksista (20,34). Farmasian ammattilaisista neljäsosa oli kertonut riippuvuuden hoitovaihtoehtoista tai ohjannut asiakkaan päihdepalveluiden piiriin vähintään kerran uransa aikana. Floridassa tehdyssä kyselytutkimuksessa näin oli tehnyt noin puolet vastaajista (35). Eroa voi selittää se, että tässä tutkimuksessa ei selvitetty mitä puheeksiotto on pitänyt sisällään. Puheeksiotto ei välttämättä vaadi päihdepalveluiden piiriin ohjaamista.

Nikotiiniriippuvuuden otti viikoittain puheeksi kymmenesosa, vaikka runsas puolet vastaajista ilmoitti epäilevänsä nikotiiniriippuvuutta päivittäin. Asiakkaiden kanssa saatetaan kuitenkin keskustella useammin nikotiiniriippuvuudesta, sillä myös asiakkaat ottivat viikoittain esille nikotiinituotteiden käytön. Kansainväliset apteekkipohjaiset tupakoinninvieroitusohjelmat havaittiin vaikuttaviksi meta-analysissä (16). Osassa vieroitusohjelmista oli hyödynnetty transteoreettista muutostavahemallia. Suomessa vain pieni osa apteekeista tarjoaa maksullisena lisäpalveluna yksilöllistä tupakoinninvieroituspalvelua. Vaikka palvelulle olisi tarvetta, siitä ei kuitenkaan olla valmiita maksamaan riittävästi suhteutettuna järjestämiskustannuksiin (36).

Alkoholin käytön otti viikoittain puheeksi runsas prosentti vastaajista. Tulokset ovat pienempiä kuin Skotlannissa tehdyssä tutkimuksessa, jossa asiakkaan alkoholin käytöstä keskusteli viikoittain 5 % vastaajista (37). Pienempi osuus tarjosi tietoa riskirajoista, alkoholin haitallisista terveysvaikutuksista ja keinoista käytön vähentämiseen. Toisaalta tässä tutkimuksessa selvisi, että 2 %:lla farmasian ammattilaisista asiakas oli itse ottanut puheeksi alkoholin käytön viikoittain, mikä suurentaa keskustelujen todellista määrää.

Oma rooli ja pystyvyys

Merkittävä osuus vastaajista piti riippuvuuksien puheeksiottoa farmasian ammattilaisen tehtävänä. Opioidien väärinkäytön ennaltaehkäisyä, tunnistamista ja lyhytneuvontaa on pidetty osana omaa roolia aiemmissa tutkimuksissa (19,22). Yhdysvaltalaisessa tutkimuksessa alle kymmenesosa vastaajista ei pitänyt lyhytneuvontaa farmasian ammattilaisen tehtävänä (19). Tässä tutkimuksessa

vastakkaista mieltä riippuvuuksien puheeksiotosta oli neljäsosa vastaajista. Ero voi selittyä sillä, että tässä tutkimuksessa kartoitettiin useiden riippuvuuksien puheeksiottoa eikä vain opioidien väärinkäyttöä. Asenteet voisivat olla myönteisemmät reseptilääkkeiden tai itsehoitolääkkeiden väärinkäytön puheeksiottoa kohtaan. Rooliin kuulumisesta huolimatta puheeksiottoon ei nähty olevan riittävästi keinoja. Roolin täyttämistä estäviksi tekijöiksi on tunnistettu kiire, puutteet yksityisyydessä, haasteet moniammatillisessa yhteistyössä ja yhtenäisten ohjeiden puuttuminen (22). On mahdollista, että nämä seikat vaikuttavat myös Suomessa.

Suurimmalla osalla vastaajista puheeksiottoa saattoi estää pelko asiakkaan negatiivisesta tunnereaktiosta. Aiemmassa tutkimuksessa ainoastaan neljäsosa vastaajista uskoi asiakkaiden loukkaantuvan opioidien väärinkäytöstä kysyttäessä (19). Silti kaksi kolmasosaa vastaajista uskoi, että väärinkäytön puheeksiotto voi aiheuttaa negatiivisen reaktion juuri riskikäyttäjillä. Asiakkaat ovat kuitenkin suhtautuneet pääosin myönteisesti terveysneuvontaan opioidien väärinkäytöstä ja päihdepalveluiden piiriin ohjaamiseen (20). Negatiivinen reaktio puheeksiottoon on silti mahdollista (22). Puheeksioton torjunta ei kuitenkaan tarkoita sitä, ettei motivaatiota muutokseen voisi myöhemmin herätä (26). Yleisesti farmasian ammattilaisten suorittamiin interventioihin on suhtauduttu hyväksyvästi. Myönteisiä tuloksia on saatu opioidireseptilääkkeiden väärinkäytön interventioissa ja alkoholin käytön lyhytneuvonnassa (17,20).

Puutteet tiedoissa ja taidoissa estivät puheeksiottoa, ja ainoastaan viidesosa vastaajista ilmoitti saaneensa riippuvuuksiin liittyvää koulutusta. Kansainvälisissä kyselytutkimuksissa koulutusta on ilmoittanut saaneensa 53–83 % vastaajista (21,34,35). Aiemmassa tutkimuksessa koulutuksen riittävyttä käsittelevän kysymyksen vastauksissa oli hajontaa (19). Tässä tutkimuksessa valtaosa oli epävarma omasta osaamisesta, mikä voi selittyä sillä, että kyselyssä käsiteltiin useita riippuvuuksia yhden sijasta. Lisäksi Yhdysvalloissa on enemmän riippuvuuksiin liittyvää perus- ja täydennyskoulutusta farmasian alan koulutusohjelmissa (21,34,35). Riittävä koulutus ja tieto

riippuvuuksista lisäävät reseptilääkkeiden väärinkäytön ennaltaehkäisyä ja neuvontaa hoitovaihtoehtoista (34,35). Myös itseluottamus ja korkeampi pystyvyysuskomus lisäsivät neuvontaa riippuvuuksien hoitovaihtoehtoista (34).

Tutkimuksen luotettavuus

Tämä kyselytutkimus oli ensimmäinen laajasti eri päihderiippuvuuksien ja toiminnallisten riippuvuuksien kohtaamista ja puheeksiottoa käsittelevä tutkimus farmasian ammattilaisille Suomessa. Tutkimuksen kohderyhmänä olivat Farmasialiiton jäsenrekisteriin kuuluvat farmasian ammattilaiset. Proviisoriyhdistys päätettiin jättää pois kyselyn levityskanavasta, sillä kyselyyn toivottiin vastauksia erityisesti farmaseuteilta, jotka tekevät yleensä proviisoreja enemmän asiakastyötä.

Tutkimuksen vastausprosentti jäi matalaksi, eivätkä tulokset ole siten yleistettävissä. On vaikea arvioida kuinka monta vastaanottajaa jäsenrekisterin kautta levitetty kysely todellisuudessa saavuttaa, mikä ilmenee lähetettyjen tutkimuskutsujen (3 596) ja kyselyn avanneiden (411) poikkeavasta lukumäärästä. Vastaajien määrä ja taustatietojen jakauma vastasivat kuitenkin aiemmin toteutettuja kyselytutkimuksia (38–40).

Riippuvuuksien kohtaaminen perustui vastaajan kokemukseen eikä siten välttämättä heijasta asiakkaan todellista tilannetta. Todennäköisesti apteekin lyhyissä asiakaskohtauksissa jää osa riippuvuuksista havaitsematta niihin liittyvän stigman ja salailun vuoksi. Reseptilääkkeiden, sedatiivien ja opioidien väärinkäytön vastausosuudet voivat olla osittain päällekkäisiä puheeksiottoa käsittelevissä kysymyksissä, sillä sedatiivien ja opioidien väärinkäyttö voidaan luokitella reseptilääkkeiden väärinkäytöksi. Erottelu oli kuitenkin tärkeää tehdä, jotta kyselyssä saatiin huomioida ICD-10-luokituksen mukaiset päihderiippuvuudet (6). Lisäksi on mahdollista, että jotkut vastaajista ovat ymmärtäneet reseptilääkkeiden ja itsehoitolääkkeiden väärinkäytön lääkkeen virheelliseksi käytöksi, vaikka kyselyssä tällä tarkoitettiin ei-lääkkeellistä väärinkäyttöä. Tutkimuksen aihe ja kysely käsittelevät kuitenkin selvästi riippuvuuksien kohtaamista ja puheeksiottoa.

Tutkimuksen merkitys ja tulevat tutkimuskohteet

Vastaajat ottavat harvoin asiakkaan kanssa puheeksi nikotiiniriippuvuuden ja alkoholin liikkakäytön, vaikka kumpaakin kohdataan päivittäin. Itsehoitolääkkeiden ja reseptilääkkeiden väärinkäytön puheeksiotto on vastaajilla säännöllisempää, mikä voi tarkoittaa sitä, että niiden puheeksiotto on luontevampaa osana lääkeneuvontaa. Päihderiippuvuuksien yleisyyden vuoksi apteekeissa voitaisiin tunnistaa ja ottaa puheeksi riippuvuuksia nykyistä laajemmin, ja tukea näin niiden ehkäisyä ja hoitoa (3,33). Muualla terveydenhuollossa tupakointi ja alkoholin käyttö otetaan säännöllisesti puheeksi potilaskäynneillä, joten tämä voitaisiin toteuttaa myös apteekeissa lääkeneuvonnan yhteydessä (1,28).

Jatkotutkimuksissa tulisi huomioida laajemmin transteoreettisen muutosvaihemallin hyödyntäminen asiakkaan motivoinnissa. Tämä tutkimus ei kartoittanut millä tavalla farmasian ammattilainen on ottanut riippuvuuden puheeksi. Lisäksi kysely ei selvittänyt sitä, mitä farmasian ammattilainen on tehnyt asiakkaan esittäessä huolensa päihteiden käytöstä tai muusta riippuvuudesta. Tulevaisuudessa tulisi tutkia sitä onko farmasian ammattilaisen puheeksiotto sisältänyt esimerkiksi lyhytneuvontaa, motivoivan haastattelun hyödyntämistä, päihteiden käyttöön liittyvää terveysneuvontaa tai asiakkaan ohjausta avun piiriin.

Tulosten perusteella puheeksiottoon tarvitaan lisää keinoja. Valmiiksi saatavilla oleva tieto riippuvuuksien hoitovaihtoehtoista tukee puheeksiottoa apteekissa, joten myös Suomessa tulisi lisätä sidosryhmäyhteistyötä paikallisten päihdepalveluiden järjestäjien kanssa (34). Helppokäyttöiset strukturoidut kyselyt ja interventiotekniikat lisäävät motivaatiota puheeksiottoon (19). Tällä hetkellä apteekeissa käytetään Fagerströmin nikotiiniriippuvuustestiä (28). Riippuvuuksien tunnistamisessa voitaisiin hyödyntää myös muita strukturoituja kyselyjä.

Lyhytneuvonta on vaikuttava keino alkoholin aiheuttamien haittojen vähentämisessä ja sen on havaittu soveltuvan myös apteekkiympäristöön (13,14). Farmasian ammattilaisten tekemä puheeksiotto ja lyhytneuvonta voi-

taisiin toteuttaa osana lääkeneuvontaa. Tämä olisi toteutettavissa, jos lyhytneuvontatekniikat sisällytettäisiin farmasian alan koulutusohjelmien opetussuunnitelmiin ja täydennyskoulutuksiin.

Vastaajajoukossa puheeksiottoa estivät epävarmuus omista tiedoista ja taidoista. Koulutus riippuvuuksista ja itsevarmuus lisäävät riippuvuuksien puheeksiottoa, ja koulutus itsessään tuo varmuutta (34,35). Riippuvuuksien puheeksiottoa voisi tukea transteoreettisen muutosvaihemallin tunteminen, jonka avulla farmasian ammattilaiset voisivat tunnistaa asiakkaan muutosvalmiuden ja suhteuttaa neuvontaa sen mukaisesti. Työkaluna muutosvalmiuden tutkimisessa ja asiakkaan motivaation vahvistamisessa käytetään motivoivaa haastattelua (26). Jatkossa tulisi tutkia, millaista perus-, täydennys- ja työpaikkakoulutusta farmasian ammattilaiset tarvitsevat saadakseen lisävarmuutta riippuvuuksien tunnistamiseen ja puheeksiottoon.

Puheeksiottoa vastaajajoukossa saattoi estää pelko asiakkaan negatiivisesta reaktiosta. Vaikka asiakas ei olisi aluksi vastaanottavainen, voi valmius ja motivaatio muutokseen herätä myöhemmin, jolloin riippuvuuden puheeksiottoa kannattaa yrittää uudelleen (26). Muutosvaihemallin mukaan

riippuvuudesta toipuminen on hidas prosessi taantumiseen ja repsahduksineen (25,26). Riittävä tavoite voi olla haittojen vähentäminen (26). Riippuvuuden puheeksiotto voi myös vaatia luottamuksellisen asiakassuhteen aiheen intiimiyden vuoksi. Suurissa apteekeissa tämä ei välttämättä toteudu asiakaskunnan vaihtuvuuden takia. Jatkotutkimuksissa voitaisiin vertailla puheeksioton toteutumista eri kokoisissa apteekeissa. Koska tämä tutkimus selvitti vain suppeasti riippuvuuden puheeksiottoa estäviä tekijöitä, aihe vaatii lisäselvitystä.

Johtopäätökset

Farmasian ammattilaiset kohtasivat päivittäin päihderiippuvaisia asiakkaita, mutta toiminnallisten riippuvuuksien tunnistaminen oli vaikeaa apteekkityössä. Kohtaamisen yleisyydestä huolimatta päihderiippuvuus otettiin harvoin asiakkaan kanssa puheeksi. Riippuvuuksien puheeksiotto ja terveysneuvonta nähtiin osana farmasian ammattilaisen roolia, mutta siihen tarvitaan enemmän keinoja, kuten esimerkiksi sidosryhmäyhteistyö, koulutus addiktioista sekä transteoreettisen muutosvaihemallin, strukturoitujen kyselyjen ja lyhytneuvontatekniikoiden tunteminen.

Summary

Recognizing an addiction and addiction intervention in a community pharmacy – survey for pharmacists

Sara Tsokkinen*

BSc (Pharm.)
MSc Student in Pharmacy
University of Helsinki
Faculty of Pharmacy
sara.tsokkinen@helsinki.fi

Mikko Lemettilä

Specialist, MSc Student in
Pharmaceutical Research
Development and Safety
A-Clinic Foundation
University of Helsinki
Faculty of Pharmacy

Emmi Kauppila

MSc (Soc.Sc.), Doctoral Researcher
Tampere University
Faculty of Social Sciences
Emerging Technologies Lab
A-Clinic Foundation

Jukka Koskelo

MHSC, Doctoral Researcher
Research and Development Director
A-Clinic Foundation

Marika Pohjanoksa-Mäntylä

PhD, University Lecturer
Clinical Pharmacy Group
University of Helsinki
Faculty of Pharmacy

**Correspondence*

Introduction

Addictions impair the well-being of individuals and predispose them to physical and mental health problems. Compulsive substance abuse or repeated harmful patterns of behaviour

are characteristics of addiction. There are possibilities to take more part in preventing and treating addictions in community pharmacies as easily accessible health services. This study examined encountering a person with addiction and discussing addictions with customers. Also, this study examined pharmacists' views of their role and abilities in addiction interventions and recognizing addictions.

Materials and methods

The research was conducted as an online survey for members of the Finnish Pharmacists' Association (n=3 596) in January–February 2024. Results of the survey are reported as frequency distributions and percentages. The theoretical framework of the study was the transtheoretical model. 150 pharmacists responded to the survey. Seven of them gave a negative answer to informed consent. Therefore, final responses were 143.

Results

Over half of the respondents (61%) considered addressing addictions as part of a pharmacist's job role, yet a majority (82%) felt they lacked sufficient means to do so. Most respondents cited fears of negative customer reactions (91%) and uncertainty about their own knowledge and skills (84%) as challenges related to addressing these issues. Respondents regularly encountered misuse of prescription drugs (54% weekly), nicotine dependence (33% weekly), and alcohol dependence (49% weekly) in their client work. While about one-quarter of respondents addressed prescription drug misuse weekly, addictions were discussed far less frequently (nicotine: 12% weekly; alcohol: <2% weekly). The issues most frequently addressed were misuse of over-the-counter medications (29% weekly), use of sedatives (25% weekly), and misuse of prescription drugs (23% weekly). Behavioral addictions were encountered much less often, though over half of the respondents felt they lacked the tools to identify them.

Conclusions

People with substance use disorders were encountered daily, but it was difficult to identify behavioural addictions. Despite the

prevalence of substance abuse, these were rarely discussed with the customer. Addiction intervention was seen as part of the role of a pharmacist, but more tools for intervention are needed. Tools for addiction intervention could include interest group cooperation, education, and knowledge of the transtheoretical model, structured questionnaires that assess addiction and brief intervention techniques.

Keywords: Substance Related Disorder, Addictive behavior, Health Education, Intervention, Community Pharmacy

Sidonnaisuudet

Ei sidonnaisuuksia.

Kiitokset

Haluamme kiittää Mayyada Wazaifya arvokkaista kommentteista kyselylomakkeeseen sekä Farmasialiittoa kyselyn levittämisestä. Kiitos myös kyselyyn vastanneille.

Viitteet

1. Alkoholiongelmat. Käypä hoito –suositus. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Päihdelääketieteen yhdistyksen asettama työryhmä. Suomalainen Lääkäriseura Duodecim [Internet] 2015 (viitattu 21.3.2024). Saatavissa: www.kaypahoito.fi
2. Huumeongelmat. Käypä hoito –suositus. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Päihdelääketieteen yhdistyksen asettama työryhmä. Suomalainen Lääkäriseura Duodecim [Internet] 2022 (viitattu 27.3.2024). Saatavissa: www.kaypahoito.fi
3. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Päihdetilastollinen vuosikirja 2023 – Alkoholi ja huumeet. Suomen virallinen tilasto [Internet] (viitattu 1.1.2024). Saatavissa: www.julkari.fi
4. European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction. European Drug Report. Trends and Developments [Internet] 2023 (viitattu 12.6.2024). Saatavissa: www.emcdda.europa.eu/publications/european-drug-report/2023_en
5. Yücel M, Oldenhof E, Ahmed SH, Belin D, Billieux J, Bowden–Jones H ym. A transdiagnostic dimensional approach towards a neuropsychological assessment for addiction: an international Delphi consensus study. *Addiction*. 2018;114(6):1095–109. <https://doi.org/10.1111/add.14424>
6. World Health Organization. International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems. 10. painos; 2019. [Internet] (viitattu 01.01.2024). Saatavissa: www.icd.who.int/browse10/2019/en
7. World Health Organization. International Classification of Diseases for Mortality and Morbidity Statistics, 11. painos; 2024. [Internet] (viitattu 01.01.2024). Saatavissa: www.icd.who.int/browse/2024-01/mms/en
8. Rahapeliongelma. Käypä hoito –suositus. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Päihdelääketieteen yhdistyksen asettama työryhmä. Suomalainen Lääkäriseura Duodecim [Internet] 2023 (viitattu 25.01.2024). Saatavissa: www.kaypahoito.fi

9. Brand M, Antons S, Bóthe B, Demetrovics Z, Fineberg NA, Jimenez-Murcia S, ym. Current Advances in Behavioral Addictions: From Fundamental Research to Clinical Practice. *Am J Psychiatry*. 2025;182(2):155–63.
<https://doi.org/10.1176/appi.ajp.20240092>

10. Weinstein A, Szabo A. Exercise addiction: A narrative overview of research issues. *Dialogues Clin Neurosci*. 2023;25(1):1–13.
<https://doi.org/10.1080/19585969.2023.2164841>

11. Ruusunen A, Meskanen K. Ruokariippuvuus (Food addiction ja syömishäiriöt). Syömishäiriöt. Käypä hoito -suositusten lisätietoa aiheesta. Suomalainen Lääkäriseura Duodecim [Internet] 2024 (viitattu 15.3.2025). Saatavissa: www.kaypahoito.fi

12. Bacon I, Conway J. Co-dependency and Enmeshment – a Fusion of Concepts. *Int J Ment Health Addiction*. 2022;21:3594–603.
<https://doi.org/10.1007/s11469-022-00810-4>

13. Shonesy BC, Williams D, Simmons D, Dorval E, Gitlow S, Gustin RM. Screening, brief intervention, and referral to treatment in a retail pharmacy setting: The pharmacist's role in identifying and addressing risk of substance use disorder. *J Addict Med*. 2019;13(5):403–7.
<https://doi.org/10.1097/ADM.0000000000000525>

14. O'Donnell A, Anderson P, Newbury-Birch D, Schulte B, Schmidt C, Reimer J ym. The impact of brief alcohol interventions in primary healthcare: a systematic review of reviews. *Alcohol Alcohol*. 2014;49(1):66–78.
<https://doi.org/10.1093/alcalc/agt170>

15. Screening and brief interventions for substance use problems. World Health Organization. [Internet] (viitattu 18.3.2025). Saatavissa: www.who.int

16. Brown TJ, Todd A, O'Malley C, Moore HJ, Husband AK, Bambra C, ym. Community pharmacy-delivered interventions for public health priorities: a systematic review of interventions for alcohol reduction, smoking cessation, and weight management, including meta-analysis for smoking cessation. *BMJ Open*. 2016;6:e009828.
<https://doi.org/10.1136/bmjopen-2015-009828>

17. Hattingh HL, Tait RJ. Pharmacy-based alcohol-misuse services: current perspectives. *Integr Pharm Res Pract*. 2018;26(7):21–31.
<https://doi.org/10.2147/IPRP.S140431>

18. Bach P, Hartung D. Leveraging the role of community pharmacists in the prevention, surveillance, and treatment of opioid use disorders. *Addict Sci Clin Pract*. 2019;14(1):30.
<https://doi.org/10.1186/s13722-019-0158-0>

19. Cochran G, Field C, Lawson K, Erickson C. Pharmacists' knowledge, attitudes, and beliefs regarding screening and brief intervention for prescription opioid abuse: a survey of Utah and Texas pharmacists. *J Pharm Health Serv Res*. 2013;4(2):71–9.
<https://doi-org.libproxy.helsinki.fi/10.1111/jphs.12013>

20. Riley TB, Alemagno S. Pharmacist utilization of prescription opioid misuse interventions: Acceptability among pharmacists and patients. *Res Social Adm Pharm*. 2019;15(8):986–91.
<https://doi.org/10.1016/j.sapharm.2019.01.002>

21. Rao D, Giannetti V, Kamal KM, Covvey JR, Tomko JR. The relationship between knowledge, attitudes, and practices of community pharmacists regarding persons with substance use disorders. *Subst Abus*. 2021;42(4):630–7.
<https://doi.org/10.1080/08897077.2020.1809605>

22. Vadie N, Eldridge LA, Meyerson B, Agley J. The gatekeepers in prevention: Community pharmacist perceptions of their role in the opioid epidemic. *Subst Abus*. 2022;43(1):319–27.
<https://doi.org/10.1080/08897077.2021.1941516>

23. Mey A, Knox K, Kelly F, Davey AK, Fowler J, Hattingh L ym. Trust and safe spaces: mental health consumers' and carers' relationships with community pharmacy staff. *Patient*. 2013;6(4):281–9.
<https://doi.org/10.1007/s40271-013-0032-1>

24. Meyerson BE, Agley JD, Jayawardene W, Eldridge LA, Arora P, Smith C ym. Feasibility and acceptability of a proposed pharmacy-based harm reduction intervention to reduce opioid overdose, HIV and hepatitis C. *Res Social Adm Pharm*. 2020;16(5):699–709.
<https://doi.org/10.1016/j.sapharm.2019.08.026>

25. DiClemente CC, Schlundt D, Gemmell L. Readiness and stages of change in addiction treatment. *Am J Addict*. 2004;13(2):103–19.
<https://doi.org/10.1080/10550490490435777>

26. Niemelä S. Muutosvaihemallin mukainen hoitosuunnitelma. Huumeongelmat. Käypä hoito -suositusten lisätietoa aiheesta. Suomalainen Lääkäriseura Duodecim [Internet] 2018 (viitattu 25.01.2024). Saatavissa: www.kaypahoito.fi

27. Wazaify M, Hughes CM, McElnay JC. The implementation of a harm minimisation model for the identification of and treatment of over-the-counter drug misuse and abuse in community pharmacies in Northern Ireland. *Patient Educ Couns*. 2006;64(1–3):136–41.
<https://doi.org/10.1016/j.pec.2005.12.008>

28. Tupakka- ja nikotiiniriippuvuuden ehkäisy ja hoito. Käypä hoito -suositus. Suomalaisen Lääkäriseura Duodecimin ja Suomen Yleislääketieteen yhdistyksen asettama työryhmä. Suomalainen Lääkäriseura Duodecim [Internet] 2024 (viitattu 21.03.2024). Saatavissa:

www.kaypahoito.fi

29. Pohjanvuori M. Apteekkisopimusselvitys. Sosiaali- ja terveydenhuollon tietohallinnon operatiivisen ohjauksen yksikkö OPER. Helsinki: Terveyden- ja hyvinvoinnin laitos; 2016.

30. Tutkimuseettinen neuvottelukunta. Ihmiseen kohdistuvan tutkimuksen eettiset periaatteet ja ihmistieteiden eettinen ennakoarvointi Suomessa. Helsinki; 2019. Tutkimuseettisen neuvottelukunnan julkaisuja 3. [Internet] (viitattu 2.2.2024). Saatavissa:

www.tenk.fi

31. Abood EA, Wazaify M. Abuse and Misuse of Prescription and Nonprescription Drugs from Community Pharmacies in Aden City-Yemen. *Subst Use Misuse*. 2016;51(7):942–7. <https://doi.org/10.3109/10826084.2016.1155619>

32. Oinas JP, Wazaify M, Laaksonen R. Preventing the Abuse and Misuse of Over-the-Counter Medicines: A Survey of Community Pharmacists in Finland. *Subst Use Misuse*. 2023;59(3):411–420. <https://doi.org/10.1080/10826084.2023.2275564>

33. Karjalainen K. Suomalaisten huumeiden käyttö ja huumeasenteet – Huumeaiheiset väestökyselyt Suomessa 1992–2022. Raportti 12. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos [Internet] 2023 (viitattu 27.3.2024). Saatavissa: www.julkari.fi

34. Hagemeyer NE, Alamian A, Murawski MM, Pack RP. Factors associated with provision of addiction treatment information by community pharmacists. *J Subst Abuse Treat*. 2015;52:67–72. <https://doi.org/10.1016/j.jsat.2014.11.006>

35. Lafferty L, Hunter TS, Marsh WA. Knowledge, Attitudes and Practices of Pharmacists Concerning Prescription Drug Abuse. *J Psychoactive Drugs*. 2006;38(3):229–32. <https://doi.org/10.1080/02791072.2006.10399848>

36. Kurko T. Tupakoinnin vieroitus apteekissa – toteuttamismuodot ja savuttomuusneuvontaa edistävät tekijät. Tupakka- ja nikotiiniriippuvuuden ehkäisy ja hoito. Käypä hoito -suosituksen lisätietoa aiheesta. Suomalainen Lääkäriseura Duodecim [Internet] 2018 (viitattu 01.03.2024). Saatavissa: www.kaypahoito.fi

37. McCaig D, Fitzgerald N, Stewart D. Provision of advice on alcohol use in community pharmacy: a cross-sectional survey of pharmacists' practice, knowledge, views and confidence. *Int J Pharm Pract*. 2011;19(3):171–8. <https://doi.org/10.1111/j.2042-7174.2011.00111.x>

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

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

40. Sarnola K, Kauppinen H, Siitonen P. Täydennyskoulutus ja tiedonlähteet biologisista lääkkeistä – kyselytutkimus apteekeissa työskenteleville farmaseuteille ja proviisoreille. *Dosis* 2023;39(1):36–48.

Tsokkinen S, Lemettilä M, Kauppila E, Koskelo J, Pohjanoksa-Mäntylä M: Riippuvuuden tunnistaminen ja puheeksiotto apteekissa – kyselytutkimus farmasian ammattilaisille. *Dosis* 2025;41(2): 212–236.

Addiktioiden kohtaaminen

1. Kuinka usein kohtaat työssäsi asiakkaita, joilla epäilet olevan seuraavia addiktioita?

	Päivittäin	Viikoittain	Kuukausittain	Harvemmin	En koskaan	En osaa sanoa
Alkoholi	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Nikotiini	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Huumausaineet	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Väärinkäyttöön soveltuvat reseptilääkkeet	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Väärinkäyttöön soveltuvat itsehoitolääkkeet	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Dopingaineet	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Pelit	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Some	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Liikunta	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Läheisriippuvuus	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Ruokariippuvuus	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Muu, mikä?*	☐	☐	☐	☐	☐	☐

*Mikäli vastaaja valitsi vaihtoehdon päivittäin, viikoittain, kuukausittain tai harvemmin, avautui kysymys: ”Kun vastasit kohdanneesi muun addiktion, niin mitä addiktiota tarkoittit?”.

2. Olen ottanut asiakkaan kanssa puheeksi

	Päivittäin	Viikoittain	Kuukausittain	Harvemmin	En koskaan
Liiallisen alkoholin käytön	☐	☐	☐	☐	☐
Nikotiiniriippuvuuden	☐	☐	☐	☐	☐
Huumausaineiden käytön yleisesti	☐	☐	☐	☐	☐
Opioidien käytön	☐	☐	☐	☐	☐
Kokaiinin käytön	☐	☐	☐	☐	☐
Muiden stimulanttien käytön (mm. amfetamiinit)	☐	☐	☐	☐	☐
Kannabinoidien käytön	☐	☐	☐	☐	☐
Hallusinogeenien käytön (mm. LSD)	☐	☐	☐	☐	☐
Sedatiivien käytön (mm. bentsodiatsepiinit)	☐	☐	☐	☐	☐
Haihtuvien liuottimien käytön (nk. imppaus)	☐	☐	☐	☐	☐
Päihteiden yhteiskäytön	☐	☐	☐	☐	☐

Reseptilääkkeiden väärinkäytön	☐	☐	☐	☐	☐
Itsehoitolääkkeiden väärinkäytön	☐	☐	☐	☐	☐
Dopingaineriippuvuuden	☐	☐	☐	☐	☐
Peliriippuvuuden	☐	☐	☐	☐	☐
Someriippuvuuden	☐	☐	☐	☐	☐
Liikuntariippuvuuden	☐	☐	☐	☐	☐
Läheisriippuvuuden	☐	☐	☐	☐	☐
Ruokariippuvuuden	☐	☐	☐	☐	☐
Muun addiktion**	☐	☐	☐	☐	☐

**Mikäli vastaaja valitsi vaihtoehdon päivittäin, viikoittain, kuukausittain tai harvemmin, avautui kysymys: ”Kun vastasit ottaneesi asiakkaan kanssa puheeksi muun addiktion, niin mitä addiktiota tarkoittit?”.

3. Asiakas on esittänyt minulle huolensa omasta tai läheisensä

	Päivittäin	Viikoittain	Kuukausittain	Harvemmin	Ei koskaan
Alkoholin käytöstä	☐	☐	☐	☐	☐
Nikotiinituotteiden käytöstä	☐	☐	☐	☐	☐
Huumausaineiden käytöstä yleisesti	☐	☐	☐	☐	☐
Opioidien käytöstä	☐	☐	☐	☐	☐
Kokaiinin käytöstä	☐	☐	☐	☐	☐
Muiden stimulanttien käytöstä (mm. amfetamiinit)	☐	☐	☐	☐	☐
Kannabinoidien käytöstä	☐	☐	☐	☐	☐
Hallusinogeenien käytöstä (mm. LSD)	☐	☐	☐	☐	☐
Sedatiivien käytöstä (mm. bentsodiatsepiinit)	☐	☐	☐	☐	☐
Haihtuvien liuottimien käytöstä (nk. imppaus)	☐	☐	☐	☐	☐
Päihteiden yhteiskäytöstä	☐	☐	☐	☐	☐
Reseptilääkkeiden väärinkäytöstä	☐	☐	☐	☐	☐
Itsehoitolääkkeiden väärinkäytöstä	☐	☐	☐	☐	☐
Dopingaineriippuvuudesta	☐	☐	☐	☐	☐
Peliriippuvuudesta	☐	☐	☐	☐	☐
Someriippuvuudesta	☐	☐	☐	☐	☐
Liikuntariippuvuudesta	☐	☐	☐	☐	☐
Läheisriippuvuudesta	☐	☐	☐	☐	☐
Ruokariippuvuudesta	☐	☐	☐	☐	☐
Muusta addiktiosta***	☐	☐	☐	☐	☐

***Mikäli vastaaja valitsi vaihtoehdon päivittäin, viikoittain, kuukausittain tai harvemmin, avautui kysymys: ”Kun vastasit asiakkaan esittäneen huolensa omasta tai läheisensä muusta addiktiosta, niin mitä addiktiota tarkoittit?”.

Näkemykset

4. Vastaa seuraaviin väittämiin omasta pystyvyydestä ja roolista addiktioiden tunnistamisessa, puheeksi ottamisessa ja terveysneuvonnassa.

	Täysin eri mieltä	Jokseenkin eri mieltä	Ei samaa eikä eri mieltä	Jokseenkin samaa mieltä	Täysin samaa mieltä	En osaa sanoa
Mielestäni addiktioiden puheeksi ottaminen ei kuulu farmasian ammattilaisen tehtäviin.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Päihteiden käyttöön liittyvä terveysneuvonta on osa apteekkityötä.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Apteekkityössä ei ole keinoja havaita toiminnallisia riippuvuuksia.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Toiminnallisten riippuvuuksien tunnistaminen ja hoito on yhtä tärkeää kuin päihderiippuvuuksien.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Apteekkityössä ei ole riittävästi keinoja addiktioiden puheeksi ottamiseen.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Uskon pystyväni edistämään addiktioiden hoitoa puheeksioton ja terveysneuvonnan avulla.	☐	☐	☐	☐	☐	☐

5. Vastaa seuraaviin väittämiin syistä, joiden takia et ole ottanut asiakkaan kanssa puheeksi addiktiota.

	Täysin eri mieltä	Jokseenkin eri mieltä	Ei samaa eikä eri mieltä	Jokseenkin samaa mieltä	Täysin samaa mieltä	En osaa sanoa
En usko puheeksioton tuottavan hyötyä.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Olen epävarma omista tiedoista ja taidoista addiktion puheeksi ottamisessa.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Addiktion puheeksi ottaminen voi herättää asiakkaassa negatiivisen tunnereaktion.	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Taustatiedot

6. Syntymävuosi
Syötä syntymävuosi.

7. Sukupuoli
☐ Nainen
☐ Mies
☐ Muu
☐ En halua kertoa

8. Koulutus
☐ Farmaseuttiopiskelija
☐ Proviisoriopiskelija (laillistettu farmaseutti)
☐ Farmaseutti
☐ Proviisori
☐ Farmasian lisensiaatti/tohtori

9. Valmistumisvuosi
Syötä valmistumisvuosi. Jos olet proviisoriopiskelija, niin syötä valmistumisvuosi farmaseutiksi.

10. Työpaikkani on tällä hetkellä
☐ Apteekki
☐ Kunta, kuntayhtymä tai sairaala
☐ Kela
☐ Fimea
☐ Yliopisto
☐ Muu valtion työpaikka
☐ Lääketeollisuus
☐ Lääketukkukauppa
☐ Bioteknologian alan yritys
☐ Henkilöstövuokrausyritys
☐ Olen tällä hetkellä työttömänä
☐ Muu

11. Työkokemus farmaseuttisissa tehtävissä

- ☐ 0–5 vuotta
- ☐ 6–10 vuotta
- ☐ 11–15 vuotta
- ☐ 16–20 vuotta
- ☐ 21–25 vuotta
- ☐ Yli 25 vuotta

12. Mikä on apteekkinne vuosittainen reseptuuri?****

- ☐ Alle 40 000
- ☐ 40 000 – 100 000
- ☐ Yli 100 000

13. Millä alueella apteekkinne sijaitsee?****

- | | |
|---------------------------------------|---|
| ☐ Ahvenanmaa | ☐ Pirkanmaa |
| ☐ Etelä-Karjala | ☐ Pohjanmaa |
| ☐ Etelä-Pohjanmaa | ☐ Pohjois-Karjala |
| ☐ Etelä-Savo | ☐ Pohjois-Pohjanmaa |
| ☐ Kainuu | ☐ Pohjois-Savo |
| ☐ Kanta-Häme | ☐ Päijät-Häme |
| ☐ Keski-Pohjanmaa | ☐ Satakunta |
| ☐ Keski-Suomi | ☐ Uusimaa |
| ☐ Kymenlaakso | ☐ Varsinais-Suomi |
| ☐ Lappi | |

****Kysyttiin vain apteekissa työskenteleviltä vastaajilta.

14. Oletko saanut addiktioihin liittyvää koulutusta?

- ☐ Kyllä
- ☐ En

Mikäli vastaaja valitsi vaihtoehdon kyllä, avautui kysymys: "Kun vastasit edelliseen kyllä, niin mitä koulutusta addiktioista olet saanut?".

Lääkityksen tarkistuspalvelumalli Keski-Pohjanmaan hyvinvointialueella

Hanna Ruokojä
Proviisoriopiskelija
Itä-Suomen yliopisto
Farmasian laitos
Kliinisen farmasian opintosuunta

Miia Tiihonen*
Yliopistotutkija
Itä-Suomen yliopisto
Farmasian laitos
Kliinisen farmasian opintosuunta
miia.tiihonen@uef.fi

Kaija Varila
Apteekkari
Toholammin apteekki

Eeli Hautakangas
Yliopisto-opettaja
Proviisori
Itä-Suomen yliopisto
Farmasian laitos

Paula Haapakoski
Sairaala-aptteekkari
Keski-Pohjanmaan
hyvinvointialue Soite

*Kirjeenvaihto

Ruokojä H, Tiihonen M, Varila K, Hautakangas E, Haapakoski P: Lääkityksen
tarkistuspalvelumalli Keski-Pohjanmaan hyvinvointialueella. Dosis 2025;41(2): 238–251.

Tiivistelmä

Johdanto

Keski-Pohjanmaan hyvinvointialueen sairaala-aptteekki ja alueen avohuollon aptteekit ottivat yhteiseksi tavoitteekseen lääkituksen tarkistusmallin kehittämisen ja sen saattamisen palvelusetelituotteeksi alkuvuodesta 2023. Keski-Pohjanmaan hyvinvointialueella asuvien ikääntyneiden määrä kasvaa nopeasti, mikä asettaa haasteita terveydenhuollon resursseille. Lääkituksen tarkistus on osa lääkehoidon turvallisuuden ja tarkoituksenmukaisuuden varmistamista, erityisesti ikääntyneillä. Tässä tutkimuksessa esitellään Keski-Pohjanmaan hyvinvointialueen Soiten lääkituksen tarkistusmalli ja siihen liittyvän pilottitutkimuksen tulokset.

Aineisto ja menetelmät

Pilottitutkimukseen osallistuvat asiakkaat olivat yli 75-vuotiaita, joilla oli käytössä vähintään kuusi eri lääketta ja joilla oli jokin lääkitykseen liittyvä ongelma. Potilaat jaettiin interventio- ja kontrolliryhmiin, ja heille suoritettiin lääkituksen tarkistuspalvelu. Pilottitutkimuksessa analysoitiin kvantitatiivisesti lääkituksen tarkistuksen lisäksi sosiaali- ja terveyspalveluiden käyttöä, elämänlaatua, palvelun hyödyllisyyttä ja farmaseutin ajankäyttöä. Pilottitutkimuksessa oli kolmen kuukauden seurantajakso.

Tulokset

Lääkituksen tarkistuspalveluprosessista tehtiin kuvaus ja sen toimivuutta testattiin pilottitutkimuksessa. Lääkituksen tarkistusprosessissa palvelusetelin myöntäjinä toimivat senioreiden terveyspisteet, mikä voi osaltaan varmistaa kriteerien täyttymisen ja palvelun kohdentamisen oikeille asiakkaille. Asiakkaat puolestaan valitsevat itselleen sopivimman palveluntarjoajan hyväksytyjen palveluntarjoajien joukosta. Lääkäri tekee lopulliset päätökset mahdollisista lääkitysmuutoksista. Pilottitutkimuksen osallistujien keski-ikä oli 80 vuotta ja he käyttivät keskimäärin 17 lääkeainetta. Lääkituksen tarkistuspalvelun avulla pystyttiin tunnistamaan iäkkäiden lääkitykseen liittyviä ongelmia. Pilottitutkimukseen osallistuneet asiakkaat kokivat palvelun hyödylliseksi.

Johtopäätökset

Lääkituksen tarkistusten avulla voidaan tunnistaa ja ennaltaehkäistä lääkehoidon ongelmia. Lääkituksen tarkistuspalvelu voidaan ottaa käyttöön Soiten hyvinvointialueella vuonna 2025. Pilottitutkimuksella saatiin arvokasta tietoa palvelun kehittämiseen ja toteuttamiseen. Muut hyvinvointialueet voivat hyödyntää Soiten toimintamallia ja siihen laadittua palvelusetelikäsikirjaa hyvinvointialueiden ja avoapteekkien kehittämisessä. Jatkossa olisi tärkeää tutkia palvelusetelin laajempaa käyttöönottoa ja sen vaikuttavuutta suuremmalla otoskoolla sekä pidemmällä seuranta-ajalla.

Avainsanat: lääkituksen tarkistus, palveluseteli, ikääntyneet, lääkehoito, monilääkintä, lääkehoidon ongelmat, hyvinvointialue

Johdanto ja tausta

Keski-Pohjanmaan hyvinvointialueen eli Soiten alueella asui noin 68 000 asukasta vuonna 2020 (1). Asukasmäärältään se on Suomen pienin hyvinvointialue. Alueella 75 vuotta täyttäneiden määrä kasvaa nopeasti ylittäen koko maan keskiarvon. Soiten alueella myös sairastavuus on hieman koko maan keskiarvoa korkeampi. Lisäksi ikäryhmään suhteutetut kustannukset ovat ikääntyneillä asukkailla koko maan suurimpia. Yli kymmentä lääkettä käyttävien osuus yli 75-vuotiaista Suomessa oli vuonna 2019 noin 13 % (2). Keski-Pohjanmaalla monilääkittyjen prosenttiosuus oli puolestaan 17 %. Fimea ylläpitää Lääke75+ -tietokantaa, joka luokittelee lääkkeet sen mukaan, ovatko ne iäkkäille suositeltavia. D-luokkaan kuuluvien lääkkeiden käyttöä tulisi välttää iäkkäillä. Lääkkeestä saatava kliininen hyöty on vältettävien lääkkeiden kohdalla pienempi kuin haittavaikutusriski. Vuonna 2019 Soiten alueen 75 vuotta täyttäneistä 22 % oli ostanut iäkkäillä vältettäviä lääkkeitä. Tämä prosenttiosuus oli sairaanhoitopiireistä kolmanneksi suurin.

Lääkityksen tarkistus on palvelu, jonka tarkoituksena on parantaa lääkitysturvallisuutta ja edesauttaa lääkehoidon onnistumista (3). Palvelussa kartoitetaan lääkkeiden yhteisvaikutukset, päällekkäisyydet sekä oikeat annokset ja ottoajankohdat (4). Myös potilaan lääkityksen merkittävät haittavaikutusriskit, kuten antikolinergisyys, ortostatismi ja verenvuotoriski, otetaan huomioon. Lisäksi potilaalle mahdollisesti sopimattomat lääkkeet sekä korkean riskin lääkkeet huomioidaan. Potilaan lääkelista ajantasaistetaan tarkistuksen yhteydessä. Lääkelistojen ajantasaistamisella on mahdollista vähentää lääkityslistojen virheiden lukumäärää, vaikkakin näyttö kliinisestä vaikuttavuudesta on rajallista (5).

Keski-Pohjanmaan hyvinvointialueen sairaala-apteekki ja alueen avohuollon apteekit ottivat yhteiseksi tavoitteekseen lääkityksen tarkistusmallin kehittämisen ja sen saattamisen palvelusetelituotteeksi alkuvuodesta 2023. Yhteistyöllä haluttiin saada avohuollon apteekkien osaamista tehokkaampaan käyttöön erityisesti siksi, koska sairaala-apteen omat kliinisen farmasian resurssit ovat pienet. Lääkityksen tarkistusmalli haluttiin sellaiseksi, että se olisi mahdollista toteuttaa farmaseutin

perustutkinnolla. Tavoitteena oli saada luotua lääkityksen tarkistuksen palvelusetelistä Soitelle pysyvä toimintamalli. Palveluseteli on hyvinvointialueen myöntämä sitoumus, jolla korvataan yksityisen palveluntuottajan antaman palvelun kustannukset ennalta sovittuun arvoon asti (6). Hyvinvointialue voi myöntää palvelusetelin sellaisille sosiaali- ja terveystalveuille, jotka hyvinvointialue haluaa järjestää asukkailleen (7). Palvelusetelillä hankittu palvelu korvaa hyvinvointialueen itse järjestämän palvelun, jolloin asukkailla on vapaus valita palveluntarjoajaksi rekisteröitynyt yksityinen palveluntuottaja.

Tässä tutkimuksessa esitellään lääkityksen tarkistuspalvelumalliin liittyvän pilottitutkimuksen tuloksia sekä sen pohjalta luotu prosessikuvaus. Palveluseteli voidaan ottaa käyttöön vuoden 2025 aikana Keski-Pohjanmaan hyvinvointialueella (8). Tavoitteena on tehdä 200 lääkityksen tarkistusta hyvinvointialueen myöntämällä palveluseleillä vuoden 2025 aikana.

Toteutus

Lääkityksen tarkistuksen palvelusetelitoimintamallista luotiin prosessikuvaus pilottitutkimuksen pohjalta. Pilottitutkimuksen potilaat rekrytoitiin Soiten alueen senioreiden terveystalveilta hoitajien ja tutkijan (HR) toimesta. Tavoitteena oli saada pilottitutkimukseen mukaan 20 asiakasta. Tutkimuksen aineisto kerättiin tekemällä lääkityksen tarkistuksia hyvinvointialueen yli 75 vuotta täyttäneille senioreiden terveystalveiden asukkailla ja tunnistamalla heidän lääkityksestään keskeisimpiä ongelmia lääkityksen tarkistuspalvelulla (tutkija HR). Tutkimukseen osallistuvien asiakkaiden tuli olla iältään vähintään 75-vuotiaita ja heidän tuli olla senioreille suunnatun terveystalveen asiakkaita Soiten alueella. Osallistujan tuli olla myös monilääkitty. Tässä tutkimuksessa monilääkityllä tarkoitetaan henkilöä, jolla on säännöllisessä käytössä vähintään kuusi eri lääkettä. Asiakkaalla tuli ilmetä myös jokin seuraavista lääkahoitoon liittyvistä ongelmista: haittavaikutusepäily, yhteisvaikutusepäily tai potilaalla oli useita hoitavia lääkäreitä tai epäily lääkeshoidollisesta ongelmasta. Rekrytoidut asiakkaat jaet-

tiin interventio-ryhmään ja kontrolliryhmään. Interventio-ryhmälle suoritettiin haastattelu ja lääkehoidon tarkistuspalvelu seurantajakson alussa ja seurantasoiito kolmen kuukauden kuluttua (tutkija HR). Kontrolliryhmälle suoritettiin samanlainen haastattelu seurantajakson alussa, mutta heidän kohdallaan lääkityksen tarkistuspalvelu toteutettiin kolmen kuukauden seurantajakson päätyttyä. Osallistuminen pilottitutkimukseen oli maksutonta. Tutkimusasetelmaa ja palvelumallia oli suunnittelemassa ja toteuttamassa moniammatillinen ryhmä Soitelta ja Itä-Suomen yliopistosta.

Tutkimuksen haastattelut suoritettiin joko kasvotusten Soiten alueen apteekissa, asiakkaan luona tai puhelimitse. Lääkehoidon tarkistuksen materiaalina käytettiin asiakkaiden lääkelistoja sekä lääkehoidon onnistumisen listaa eli Lotta-tarkistuslistaa (9). Asiakkaan lääkitystiedot koottiin haastattelussa saadun tiedon perusteella. Lääkityksen tarkistuksien raporttien pohjana käytettiin Apteekkariliiton lääkityksen tarkistuksille suunnattua yhteenvetopohjaa (10). Lääkityksen tarkistuksen vaikutuksia kartoitettiin seuraamalla iäkkäillä vältettävien lääkkeiden (engl. Potentially Inappropriate Medications) lukumäärää asiakkaiden lääkityslistoilta. Iäkkäillä vältettävien lääkkeiden arvioinnissa käytettiin Fimean ylläpitämää Lääke75+ -tietokantaa (11). Suuren riskin lääkkeet tunnistettiin käyttämällä kansallista riskiläkeluokitusta (12). Kaatumisvaaraa lisäävät lääkkeet määriteltiin Pohjois-Savon hyvinvointialueen tekemän listauksen mukaan (13). Tutkimuksessa huomiointiin myös asiakkaiden lääkitysten yhteisvaikutukset ja haittakuorma käyttämällä Duodecimin Inxbase- ja Riskbase -tietokantoja (14). Elämänlaadun muutokset huomiointiin käyttämällä standardisoitua EQ-5D-5L -elämänlaadun mittaria (15). Mahdollista kustannusvaikuttavuuden arvioimista varten asukkailla kerättiin tiedot eri sosiaali- ja terveystalvelujen käytöstä viimeisen kolmen kuukauden ajalta sekä seurannan ajalta. Tiedot käytetyistä sosiaali- ja terveystalveluista kerättiin asukkailla haastatteleamalla. Lisäksi asiakkaiden kokemuksia ja tyytyväisyyttä lääkityksen tarkistuspalvelusta kerättiin seurantasoiiton yhteydessä NPS-mittarin (Net promoter score) avulla (16). Lisäksi seurattiin far-

maseutin (tutkija HR) lääkityksen tarkastuksiin käyttämää aikaa. Tutkimuksessa kerätyt tiedot on esitetty kokonaisuudessaan Taulukossa 1. Seurantasoiiton aikana käytiin läpi lääkitystiedot hyödyntäen Apteekkariliiton yhteenvetopohjaa, Lotta-tarkistuslistaa, EQ-5D-5L -elämänlaadun mittaria, sosiaali- ja terveystalvelujen käyttö seurannan aikana sekä NPS-mittaria. Pilottitutkimuksen haastattelut, tarkistukset ja seurantasoiitot teki yksi tutkija (HR).

Pilottitutkimuksen aineisto analysoitiin Microsoft Officen Excel-laskentatyökalulla. Tilastolliset analyysit ovat suorat jakaumat, keskiarvot, vaihteluvälit sekä mediaanit. Pilottitutkimuksen kvantitatiivisten tulosten avulla voidaan mahdollisesti kohdentaa tulevan palvelumallin sisältöä haastattelun osalta.

Eettisyys

Soite on myöntänyt tutkimusluvan pilottitutkimukselle. Itä-Suomen yliopiston tutkimuseettisen toimikunnan ja Pohjois-Savon hyvinvointialueen tutkimuseettisen toimikunnan mukaan lausuntoa eettisyydestä ei tarvita (Kirsi Luoto, henkilökohtainen tiedonanto 17.4.2023). Ennen Soiten tutkimusluvan myöntämistä tutkimussuunnitelmaa käytiin läpi yhdessä Soiten tietosuojavastavien kanssa. Tutkimukseen soveltuvat henkilöt saivat tutkimuksesta kattavan suullisen ja kirjallisen informaation, jonka jälkeen heillä oli mahdollisuus harkita haluavatko osallistua vapaaehtoisesti tutkimukseen. Tutkimukseen osallistujilta kerättiin kirjallinen suostumus. Tutkimusaineisto pseudonymisoitiin ja tallennettiin tietoturvasestisesti noudattaen tietosuoja-asetusta (GDPR, Euroopan parlamentin ja neuvoston asetus (EU) 2016/679).

Tulokset

Havainnot asiakkaiden lääkehoidosta

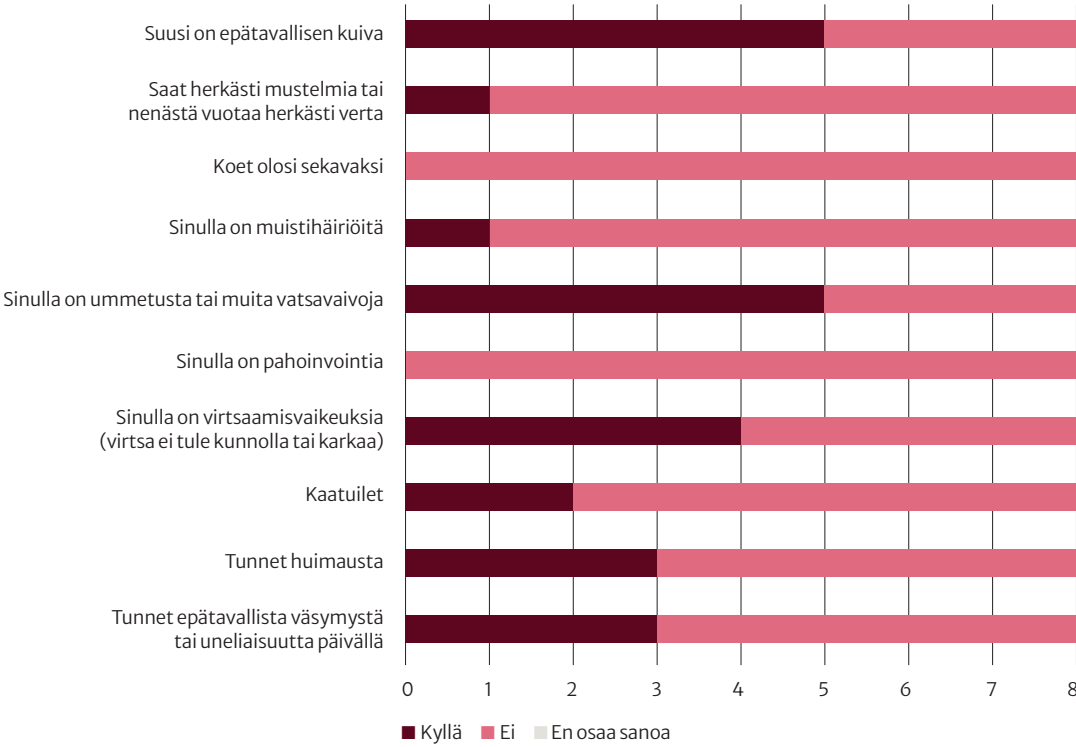
Pilottitutkimuksen avulla haluttiin testata toimintamallia; kohdeasiakkaiden rekrytointi- ja haastatteluprosessia ja tarkistuksessa kartoitettavia asioita. Pilottitutkimukseen osallistui kahdeksan asiakasta, joiden keski-ikä oli 80,4 vuotta (keskihajonta 5,0). Asiakkailla oli keskimäärin käytössä 17 lääkeainetta ja muita lääkelistalla olevia tuotteita, kuten lisäravin-

Taulukko 1. Lääkityksen tarkistuspalvelumalli Keski-Pohjanmaan hyvinvointialueella –pilottitutkimuksessa asiakkailta kerätyt tiedot.

Lääkityslista	- Käytetyt lääkkeet ja lisäravinteet - D- ja C-luokan yhteisvaikutukset - D- ja C-luokan haittakuorma - Riskilääkkeet - lääkkäillä vältettävät ja varauksella soveltuvat lääkkeet - Kaatumisvaaraa lisäävät lääkkeet
Sosiaali- ja terveysten palveluiden käyttö	- Lääkärin vastaanottokäynti - Hoitajan vastaanottokäynti - Päivystyskäynti - Röntgentutkimus - Laboratoriokoe - Sairaalahoido - Muut käynnit
EQ-5D-5L (15)	- Liikkuminen - Itsestä huolehtiminen - Tavanomaiset toiminnot - Kivut/vaivat - Ahdistuneisuus/masennus - Oman terveyden arviointi asteikolla 0–100
Lotta-tarkistuslista (9)	- Lääkehoidon kokonaisuuden hallinta (kysymykset 1–2) - Lääkehoidon seuranta (kysymykset 3–5) - Lääkehoitoon sitoutuminen ja omahoito (kysymykset 6–8)
NPS-mittari (16)	Kuinka todennäköisesti suosittelisit palvelua
Ajankäyttö	- Haastatteluun kulunut aika - Raportin tekemiseen kulunut aika

teita. Puolella (n=4) oli käytössä vähintään yksi iäkkäillä vältettävä lääke. Kaikilla asiakkailla oli käytössä vähintään yksi lääke, joka sovel- tui varauksin iäkkäille. Kenenkään lääkityk- sessä ei havaittu Inxbasen mukaan D-luokan yhteisvaikutuksia. Jokaisen asiakkaan lääkitys sisälsi vähintään yhden kansallisen riskilää- keluokituksen mukaisen suuren riskin lää- keen. D-luokan haittariskejä oli yli puolella tutkimuksen asiakkaista ja C-luokan haitta- riskejä havaittiin vähintään yksi kaikilla asi- akkaista. Yleisin vakava haittariski oli umme- tus, jota esiintyi puolella asiakkaista. Kaikilla tutkimuksen asiakkaista oli käytössä kaatu- misvaaraa lisäävä lääke. Keskimäärin kaatu-

misvaaraa lisääviä lääkkeitä oli käytössä neljä (vaihteluväli 3–7). Kahdeksasta asiakkaasta kuuden kohdalla farmaseutti ilmoitti havait- semistaan lääkehoidon ongelmista lääkärille. Lotta-tarkistuslistan avulla saatiin tietoa asiakkaiden lääkehoidon onnistumisesta. Kai- kista asiakkaista viidellä oli ajantasainen lää- kityslista. Asiakkaiden Lotta-tarkistuslistan avulla kartoitetut oireet on esitetty Kuvassa 1. Yleisimmin koettuja oireita olivat suun kuivuus ja ummetus. Yksikään asiakkaista ei ollut koke- nut pahoinvointia tai sekavuutta. Kaikki Lotta- tarkistuslistan kysymykset käytiin läpi asiak- kaiden kanssa haastattelussa, mutta tulosten osalta oli tässä aineistossa hajontaa.



Kuva 1. Lotta-tarkistuslistan avulla kartoitetut oireet yli 75-vuotiailla asiakkailla, joilla oli käytössä vähintään kuusi eri lääkettä ja joilla oli jokin lääkitykseen liittyvä ongelma.

Seuranta

Asiakkaiden seurantahaastattelut toteutettiin noin kolmen kuukauden kuluttua ensimmäi- sestä haastattelusta. Kaikki seurantahaastat- telut suoritettiin puhelimitse. Seurantahaas- tattelussa käytiin yhdessä asiakkaiden kanssa läpi lääkityksen tarkistus kuten ensimmäisel- läkin kerralla. Elämänlaatumittarin perusteella ei tapahtunut muutoksia kolmen kuukauden seurannan aikana. Tämän lisäksi haastatte- luun lisättiin NPS-mittari. Asiakkaista, joiden lääkityksestä (n=6), oli tehty muutosehdotuk- sia lääkärille, osa oli myös asiakkaan kertoman mukaisesti toteutunut. Toteutuneita muutok- sia olivat esimerkiksi annosmuutokset, otto- ajankohdan muuttaminen ja iäkkäille vara- uksella sopivan lääkkeen käytön lopettami- nen tai vähentäminen. Asiakkaat itse kokivat lääkityksen tarkistuspalvelun hyödylliseksi ja NPS-tuloksen keskiarvo oli 9,4.

Farmaseutin työ

Farmaseutilta kului asiakkaiden haastatte- luun keskimäärin 38 minuuttia. Haastattelun ja lääkityksen tarkistuksen lisäksi aikaa kului myös tutkimukseen liittyviin mittareihin, kuten elämänlaatumittariin. Pelkän lääkelis- tan läpikäymiseen asiakkaan kanssa farma- seutilta meni keskimäärin aikaa 15 minuuttia. Asiakkaiden yhteenvetoraporttien laatimiseen kului pilotissa keskimäärin aikaa 70 minuut- tia. Kokonaisaika oli näin ollen keskimäärin 108 minuuttia asiakasta kohden.

Lääkityksen tarkistuspalvelumalli
Pilottitutkimuksessa varmistettiin kriteerit tarkistuspalvelumallin osallistuville asiakkaille (ikä, lääkkeiden määrä, lääkityksen ongelmat) ja palvelumallin toteutuminen ja toimijoiden roolit ja ajankäyttö selkeytyivät. Lääkityksen tarkistuksen palvelusetelit myönnetään asiak-

kaille Soiten alueen senioreiden terveystieteen kautta (17). Prosessi alkaa sillä, että asiakas käy terveystieteen terveydenhoitajan tarkastuksessa (Kuva 2). Terveydenhoitaja tekee asiakkaalle tarkastuksessa terveys- ja hoitosuunnitelman (18). Jos asiakas täyttää palvelusetelikäsitteessä kuvatut kriteerit (ikä, lääkkeiden lukumäärä ja epäily lääkitysongelmasta), hänelle voidaan myöntää lääkityksen tarkistuksen palveluseteli (17). Palveluseteli voidaan myöntää 75 vuotta täyttäneille, jos asiakkaalla on käytössä vähintään kuusi eri lääkettä ja hänellä on jokin seuraavista lääkitykseen liittyvistä ongelmista: haittavaikutusepäily, yhteisvaikutusepäily, useita hoitavia lääkkeitä, epäily lääkitysongelmasta tai käytössä on kaatumisriskiä lisääviä lääkkeitä.

Palvelusetelin myöntämisen jälkeen asiakas valitsee itselleen sopivimman palveluntuottajan Soiten hyväksymien palveluntuottajien joukosta. Palvelusetelin arvo on 30 € ja se on voimassa kolme kuukautta myöntä-

mispäivästä. Asiakas on itse yhteydessä valitsemaansa palveluntuottajaan (apteekki tai muu toiminimiyrittäjä) ja sopii ajan lääkityksen tarkistukseen kuuluvaan haastatteluun. Haastattelu voidaan palveluntuottajan mahdollisuuksien mukaan toteuttaa paikan päällä apteekissa, etäpalveluna esimerkiksi puhelimitse tai kotikäyntinä. Haastatteluun varataan aikaa noin puoli tuntia. Haastatteluun tullessa asiakkaalla tulee olla ajantasainen lääkityslista, joka kattaa kaikki resepti- ja itsehoitolääkkeet sekä mahdolliset rohdosvalmisteet ja lisäravinteet. Lääkityslistasta tulee ilmetä vähintään lääkitykseen liittyvät ottoajankohdat ja annostukset.

Haastattelun ja lääkityslistan tietojen perusteella farmaseutti tai proviisori suorittaa lääkityksen tarkistuksen. Lääkityksen tarkistuksesta tehdään kirjallinen yhteenvetolomake. Jos tarkistuksen yhteydessä asiakkaan lääkityksessä havaitaan kriittisiä ongelmia, jotka vaativat nopeaa toimintaa, asiakas ohja-

taan varaamaan aika suoraan vastaanottopalveluihin. Kriittisissä tilanteissa lääkityksen tarkistuksesta tehty yhteenvetolomake lähetetään turvasähköpostilla tai Soiten sisäisen postin kautta suoraan Soiten vastaanottopalveluihin. Jos asiakkaan lääkityksessä ilmenneet seikat eivät vaadi välittömiä toimia, palveluntuottaja toimittaa yhteenvetolomakkeen senioreiden terveystieteelle turvasähköpostilla tai Soiten sisäisen postin kautta. Terveystieteiden terveydenhoitajat liittävät lääkityksen tarkistuksesta syntyneen lomakkeen potilastietojärjestelmän farm-välilehdelle. Terveydenhoitajat konsultoivat vastaanottopalveluiden lääkäreitä lääkelistan muutoksista ja terveys- ja hoitosuunnitelman hoidollisista tavoitteista. Lääkäri täydentää terveydenhoitajan tekemää terveys- ja hoitosuunnitelmaa sekä tekee tarvittavat lääkemutokset asiakkaan lääkitykseen. Lääkäri ottaa myös kantaa siihen, onko asiakkaan kohdalla tarpeellista ottaa esimerkiksi laboratoriokokeita. Lääkäri tekee lopullisen päätöksen lääkitykseen liittyvistä muutoksista, eikä mitään muutoksia toteuteta ilman lääkärin konsultointia.

Tulosten arviointi

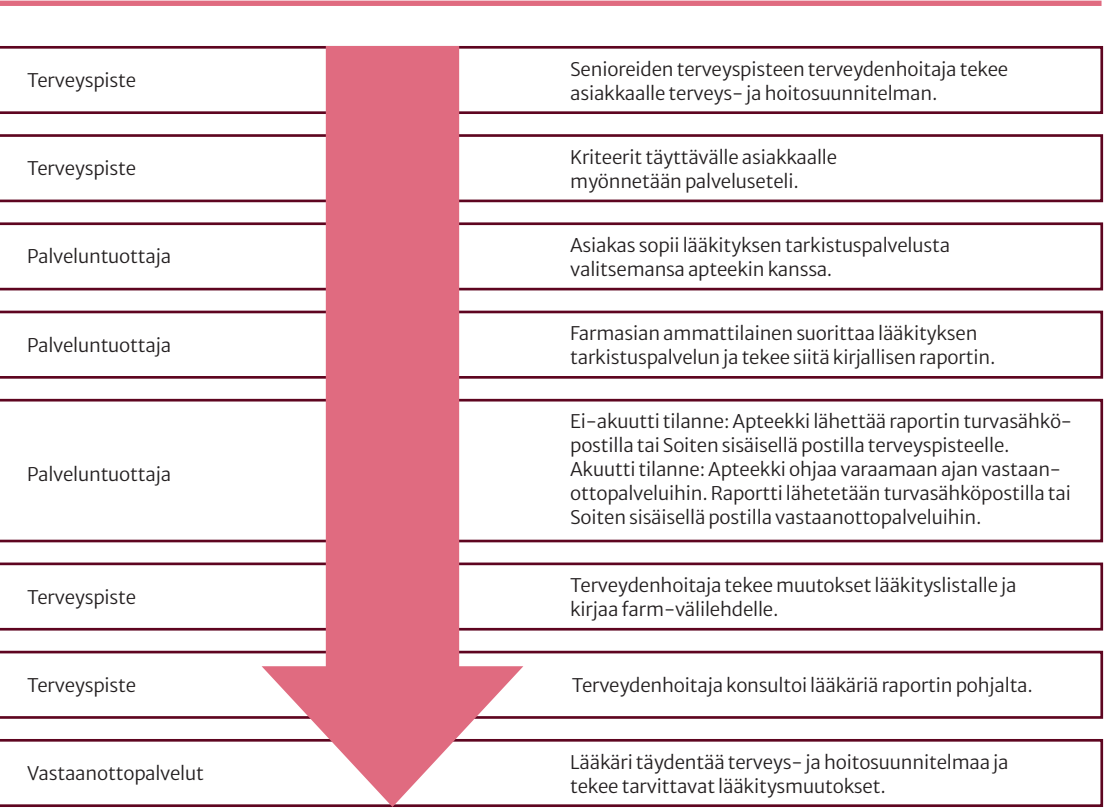
Lääkityksen tarkistuksen palveluseteli voidaan ottaa käyttöön Soiten alueella ensimmäisenä Suomessa (8). Asiakkaat voivat ostaa ensimmäistä kertaa apteekista palvelusetelillä muutakin palvelua kuin annosjakelua. Pilottitutkimuksen ansiosta lääkityksen tarkistusmallia saatiin tarkennettua kriteereiden osalta ja muutettua toimivammaksi palvelumallin toimijoiden roolien ja ajankäytön osalta. Prosessikuvauksen luomisessa oli merkittävää, että se toteutettiin moniammatillisesti ja mallin kehitykseen osallistui monipuolisesti eri terveydenhuollon ammattilaisia, jolloin eri ammattiryhmien asiantuntijuutta pystyttiin hyödyntämään työssä. Tämä osaltaan helpottaa palvelumallin käyttöönottoa ja varmistaa, että eri ammattikuntiin liittyvät prosessivaiheet on otettu huomioon. Pilottitutkimuksen otoskoko oli pieni, mutta se antoi kuitenkin hyvää tietoa palvelusetelin kehittämistä varten ja testasi konkreettisesti, miten palveluseteliin liittyvä prosessi etenee. Jatkossa lääkityksen tarkistuspalvelun vaikuttavuutta olisi hyvä tut-

kia suuremmalla otoskoolla ja mahdollisesti myös pidemmällä seuranta-ajalla. Näin voitaisiin saada tietoa tarkistuspalvelun vaikuttavuudesta potilaiden lääkeshoidon rationaalisuuteen ja mahdollisesti tietoa myös lääkityksen tarkistuksen palvelusetelin kustannusvaikuttavuudesta.

Tässä pilottitutkimuksessa farmaseutilta kului haastatteluun 38 minuuttia ja lääkityksen tarkistuksen yhteenvetoreportin tekemiseen 70 minuuttia. Tutkimuksellisen näkökulman takia pilotissa oli mukana normaaleista lääkityksen tarkistuksen mittareista poiketen esimerkiksi elämänlaatumittari, joka osaltaan lisäsi ajankäyttöä kokoisuudessaan. Aikaisemmissa tutkimuksissa lääkeshoidon arviointiin on kulunut aikaa keskimäärin 47 minuuttia (19) ja toisessa puolestaan noin kaksi tuntia (20). Lääkityksen tarkistus on lääkityksen arviointia suppeampi, mikä tekee siitä mahdollisesti nopeamman toteuttaa. Raportin tekemiseen ja asiakkaan haastatteluun kulunutta aikaa tulisi pohtia palveluntarjoajaksi ryhtyvissä apteekeissa ja varmistua siitä, että palveluun on mahdollista varata henkilöstön työaikaa ja resursseja. Farmaseutin työskentelyä on varmasti mahdollista tehostaa selkeillä toimintamalleilla ja rutinoitumisen myötä, jolloin aika saadaan käytettyä tehokkaasti. Palvelusetelin arvon (30 €) lisäksi apteekit voivat itse hinnoitella palvelun kokonaishinnan.

Vaikka lääkityksen tarkistuksien tekeminen asiakkaille tulee viemään palveluntarjoaja-apteekkien farmaseuttisen henkilökunnan aikaa, tuo se mukanaan myös vaihtelua työkuvaan. Lääkitysten tarkistusten tekeminen mahdollistaa farmaseuttisen ammattitaidon kehittämisen ja ylläpitämisen. Uudessa hallitusohjelmassa on tuotu esille se, että apteekien henkilöstön osaaminen tulisi saada paremmin osaksi sosiaali- ja terveydenhoitoa (21). Lääkitysten tarkistuspalvelun toteuttaminen nykyistä suuremmassa mittakaavassa olisi yksi keino edistää hallituksen tavoitetta ja hyödyntää apteekeissa olevaa farmaseuttista osaamista aiempaa tehokkaammin (22).

Pilottitutkimus tuki tarkistuspalvelumallin ja edelleen palvelusetelikäsikirjan luomista, vaikka pieni osallistujien määrä rajoitti merkittävästi tulosten tulkintaa. Sekä pilottitutkimusasetelma mittareineen että tarkistuspal-



Kuva 2. Lääkityksen tarkistusmallin prosessikaavio

velumalli suunniteltiin moniammatillisessa ryhmässä.

Pilottitutkimuksen myötä palvelusetelin myöntämisen kriteerit varmistuivat. Iäksi valikoitui vähintään 75 vuotta täyttäneet ja asiakkaat, joilla on käytössä vähintään kuusi lääkettä. Nämä molemmat kriteerit ovat myös esimerkiksi annosjakelun Kela-korvattavuuden perusteina (23). Soiten senioreiden terveyspisteet valikoituivat palvelusetelin myöntäjiksi, koska niiden toimintaan kuuluvat 70- ja 75-vuotiaiden terveystapaamiset (24). Terveystapaamisten tarkoituksena on kartoittaa monipuolisesti asiakkaiden terveydentilaa ja hyvinvointia, jolloin terveydenhoitajan on mahdollista arvioida myös lääkityksen tarkistukseen vaadittavien kriteerien täyttymistä. Riskinä tässä on se, että terveystarkastuksiin hakeutuvat asiakkaat eivät välttämättä täytä kaikkia kriteereitä, jolloin palveluseteleitä voi jäädä myöntämättä. Jos kaikkia hyvinvointialueen budjetoituja palveluseteleitä ei saada myönnettyä, voisi olla hyvä pohtia, voisiko joku muu taho olla palveluseteleiden myöntäjänä.

Aiemmissa tutkimuksissa lääkehoidon arviointeja on tehty esimerkiksi kotihoidon asiakkaille (25). Kotihoidon asiakkaille suoritetuilla lääkehoidon arvioinneilla pystyttiin parantamaan asiakkaiden elämänlaatua sekä mahdollisuuksia asua kotona pidempään. Tämän tiedon pohjalta voitaisiin lääkityksen tarkistuksia tulevaisuudessa tarjota myös kotihoidon asiakkaille.

Johtopäätökset

Tutkimuksessa saatiin luotua Keski-Pohjanmaan hyvinvointialueelle prosessikuvaus, joka on keskeinen tekijä mahdollistamassa lääkityksen tarkistuksen palvelusetelimallin käyttöönoton vuoden 2025 aikana. Lääkityksen tarkistuksen palveluseteli otetaan käyttöön Soiten alueella ensimmäisenä Suomessa. Pilottitutkimuksella lääkityksen tarkistuksen palvelumallia pystyttiin parantamaan ja tehostamaan. Muut hyvinvointialueet voivat hyödyntää toimintamallia ja siihen perustuvaa palvelusetelikäsikirjaa hyvinvointialueiden ja avoapteekkien yhteistyön kehittämisessä.

Summary

The prescription review service model in the welfare services county of Central Ostrobothnia

Hanna Ruokoja

MSc student (Pharm)
School of Pharmacy
Clinical Pharmacy
University of Eastern Finland
Kuopio, Finland

Miia Tiuhonen*

Senior researcher
PhD (Pharm), docent
School of Pharmacy
Clinical Pharmacy
University of Eastern Finland
Kuopio, Finland
miia.tiuhonen@uef.fi

Kaija Varila

Head pharmacist
Toholampi pharmacy

Eeli Hautakangas

University teacher, MSc (Pharm)
School of Pharmacy
University of Eastern Finland
Kuopio, Finland

Paula Haapakoski

Head hospital pharmacist
The Central Ostrobothnia
wellbeing services county

*Correspondence

Introduction

The hospital pharmacy of the Central Ostrobothnia welfare services county and the outpatient pharmacies in the area set a common goal to develop a prescription review

model and make it a service voucher product in early 2023. The number of older adults living in the Central Ostrobothnia wellbeing services county is rapidly increasing, posing challenges to healthcare resources. The prescription review is part of ensuring the safety and appropriateness of medication, especially for the older adults. This study presents the prescription review model of Soite in the Central Ostrobothnia wellbeing services county and the results of the associated pilot study.

Materials and methods

Participants in the pilot study were over 75 years old, using at least six different medications, and experiencing some medication-related issues. Patients were divided into intervention and control groups, and the prescription review service was provided to them. The pilot study quantitatively analyzed not only prescription review but also the use of social and health services, quality of life, usefulness of the service and pharmacist time use. The pilot study had a three-month follow-up period.

Results

A description of the prescription review service process was made, and its functionality was tested in the pilot study. Customers participating in the pilot study found the service useful. Senior health points issued the service vouchers, which may help ensure the fulfillment of criteria and target the service to the right customers. Customers, in turn, choose the most suitable pharmacy from the service providers. The final decisions on possible medication changes are made by a doctor. Participants in the pilot study were on average 80 years old and used an average of 17 medication agents. The prescription review service was beneficial and helped to identify medication-related problems among older adults.

Conclusions

Prescription reviews help to identify and prevent problems with medication. The prescription review service can be implemented in the Central Ostrobothnia wellbeing services county in 2025. Valuable information for the

development and implementation of the service was obtained through pilot study. Other welfare services counties can use the model and the service voucher handbook for the development of welfare areas and pharmacies. In the future, it will be important to investigate the broader use of service vouchers and their effectiveness on a larger scale and with a longer follow-up period.

Keywords: Prescription review, service voucher, older adults, drug therapy, polypharmacy, medication-related problems, wellbeing services county

Sidonnaisuudet

ei sidonnaisuuksia.

Viitteet

- [1] THL:n asiantuntijaryhmä. Sosiaali- ja terveyspalvelut Keski-Pohjanmaan hyvinvointialueella 2020. Päätösten tueksi 10/2021, Helsinki: THL, 2021.
- [2] Jauhonen H-M, Jyrkkä J: Monilääkitys ja lääkekustannukset kasvussa iäkkäillä. SIC! 3, 2020. Lääkealan turvallisuuskeskus Fimea [Internet] 2020 (viitattu 23.4.2025). Saatavissa: sic.fimea.fi/-/monilaakitys-ja-laakekustannukset-kasvussa-iakkailla
- [3] Apteekki. Lääkityksen tarkistuspalvelu [Internet] 2020 (viitattu 23.4.2025). Saatavissa: www.apteekki.fi
- [4] Työryhmä apteekkien ammatillisen toiminnan edistämiseksi (AATE): Lääkehoidon arvioinnin osaamistavoitteet farmaseuteille ja proviisoreille eri toimintaympäristöihin. Dosis 2017;33(3):199–209.
- [5] Anderson LJ, Schnipper JL, Nuckols TK, Shane R, Le MM, Robbins K, Pevnick JM; Members of the PHARM-DC group: Effect of medication reconciliation interventions on outcomes: A systematic overview of systematic reviews. Am J Health-syst Pharm 2019;76(24):2028–40. <https://doi.org/10.1093/ajhp/zxz236>
- [6] Soite. Palvelusetelien sääntökirjojen yleinen osa [Internet] 2020 (viitattu 23.4.2025). Saatavissa: www.soite.fi
- [7] Sosiaali- ja terveysministeriö. Palveluseteli [Internet] 2023 (viitattu 23.4.2025). Saatavissa: www.stm.fi/palveluseteli
- [8] Elo E. Apteekit hakevat uutta roolia hyvinvointialueilla. Apteekkari [Internet] 2024 (viitattu 23.4.2025). Saatavissa: <https://www.apteekkari.fi/uutiset/apteekit-hakevat-uutta-roolia-hyvinvointialueilla/>
- [9] Lääkealan turvallisuus- ja kehittämiskeskus Fimea. Lääkehoidon onnistumisen tarkistuslista – LOTTA [Internet] 2024 (viitattu 23.4.2025). Saatavissa: https://fimea.fi/documents/147152901/159465518/Lotta_kyselylomake_ja_ohje_painoversio.pdf
- [10] Apteekkariliitto. Lääkityksen tarkistus -lomake [Internet] 2023 (viitattu 23.3.2025). Saatavissa: www.apteekkariliitto.fi
- [11] Lääkealan turvallisuus- ja kehittämiskeskus Fimea. Lääke75+ [Internet] 2024 (viitattu 23.4.2025). Saatavissa: https://fimea.fi/laakehaut_ja_luettelot/laake75.

[12] Lääkealan turvallisuus- ja kehittämiskeskus Fimea. Kansallinen riskilääkeluokitus [Internet] 2024 (viitattu 23.4.2025). Saatavissa: https://fimea.fi/laakehaut_ja_luettelot/kansallinen-riskilaakeluokitus.

[13] Pohjois-Savon hyvinvointialue. Kaatumisvaaraa lisäävät lääkkeet [Internet] 2024 (viitattu 23.4.2025). Saatavissa: <https://pshyvinvointialue.fi/documents/594193/953628/2020-01-28+Kaatumisvaaraa+lis%C3%A4%C3%A4v%C3%A4t+l%C3%A4%C3%A4kkeet+-+V1.pdf/10dfd1f8-b157-7c06-3360-228bfe0078f6?t=1674474536048>.

[14] Duodecim terveystietokanta. Inx- ja Riskbase -tietokanta [Internet] 2024 (viitattu 23.4.2025). Saatavissa: www.terveysportti.fi

[15] Euroqol. EQ-5D-5L [Internet] 2024 (viitattu 23.4.2025). Saatavissa: www.euroqol.org

[16] Reichheld FF: The one number you need to grow. Harv Bus Rew 2003;81(12):46–54.

[17] Lääkityksen tarkistus palvelusetelin sääntökirja [Internet] 2025 (viitattu 23.4.2025). Saatavissa: www.soite.fi

[18] Kanta. Terveys- ja hoitosuunnitelma [Internet] 2024 (viitattu 23.4.2025). Saatavissa: www.kanta.fi

[19] Merikoski M, Jyrkkä, J, Auvinen K ym.: Iäkkäiden lääkehoidon moniammatillinen arviointi (ILMA). Vaikutukset kotihoidon asiakkaiden lääkitykseen, toimintakykyyn ja elämänlaatuun sekä terveys ja hoivapalveluihin. Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 34, Sosiaali- ja terveysministeriö 2017.

[20] Korpela J, Pitkonen A, Tiihonen M: Moniammatillisilla läkehoidon arvioinneilla voidaan lisätä hoivakotien ja palveluasumisyksiköiden lääkitysturvallisuutta. Dosis 2022;38:168–82.

[21] Vahva ja välittävä Suomi, Pääministeri Petteri Orpon hallituksen ohjelma, 2023. Valtioneuvoston julkaisuja 58, Valtioneuvosto [Internet] 2023 (viitattu 23.4.2025). Saatavissa: www.valtioneuvosto.fi

[22] Sosiaali- ja terveysministeriö.. Asiakas- ja potilasturvallisuusstrategia ja toimeenpanosuunnitelma 2022–2026. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2022:2 [Internet] (viitattu 23.4.2025). Saatavissa: www.valtioneuvosto.fi

[23] Kela. Annosjakelu [Internet] 2024 (viitattu 23.4.2025). Saatavissa: <https://www.kela.fi/yhteistyokumppanit-laakekorvaukset-apteekit-annosjakelu>.

[24] Soite. Senioreiden terveystietokanta [Internet] 2024 (viitattu 23.4.2025). Saatavissa: www.soite.fi

[25] Auvinen KJ, Räisänen J, Voutilainen A, Jyrkkä J, Mäntyselkä P, Lönnroos E: Interprofessional Medication Assessment has Effects on the Quality of Medication Among Home Care Patients: Randomized Controlled Intervention Study. J Am Med Dir Assoc 2021;22:74–81.

Länsi-Uudenmaan hyvinvointi-alueen ja apteekkien yhteistyö on vähäistä – apteekit valmiita yhteistyön kehittämiseen

Emilia Peltonen*
Farmaseutti
Helsingin yliopisto
ida.e.peltonen@gmail.com

Kirsi Aronpuro
Lääkitysturvallisuuskoordinaattori
Proviisori
Osastofarmasian erityispätevyys
Länsi-Uudenmaan hyvinvointialue ja
HUS Apteekki

Saija Leikola
Proviisori
FaT
Nummelan Uusi Apteekki

*Kirjeenvaihto

Peltonen E, Aronpuro K, Leikola S: Länsi-Uudenmaan hyvinvointialueen ja apteekkien yhteistyö on vähäistä – apteekit valmiita yhteistyön kehittämiseen. Dosis 2025;41(2): 252–271.

Tiivistelmä

Johdanto

Sosiaali- ja terveydenhuoltopalveluiden järjestäminen sekä valvonta on kuulunut hyvinvointi-alueiden vastuulle erillisten kuntien sijasta vuodesta 2023. Sote-uudistuksen tavoitteena on ollut tasata resursseja eri kuntien välillä. Uudistuksella tavoitellaan katkeamatonta potilaan hoitopolkua, sekä turvallista ja laadukasta lääkehoitoprosessia. Tämän tutkimuksen tavoitteena on tutkia Länsi-Uudenmaan hyvinvointialueen (LUVN) ja siellä sijaitsevien avoapteekkien (pääapteekit n=36, sivuapteekit n=11) yhteistyön toimintamalleja sekä näkemyksiä yhteistyön kehittämisestä tulevaisuudessa. Lisäksi kartoitettiin, mitä palveluita apteekit voisivat tarjota hyvinvointialueen sosiaali- ja terveydenhuoltoketjuun.

Aineisto ja menetelmät

Tutkimus toteutettiin sähköisenä kyselynä, joka lähetettiin Apteekkariliiton kautta LUVNin alueen apteekkareille (n=36) helmi-maaliskuussa 2024. Kyselylomake koostui monivalintakysymyksistä sekä avoimista kysymyksistä. Vastaajaksi toivottiin ensisijaisesti apteekkareita, toissijaisesti proviisoreita tai lääkitysturvallisuusvastaavia.

Tulokset

Kyselyyn saatiin 17 vastausta (n=17/36) seitsemästä LUVNin kymmenestä kunnasta. Kaikkiin apteekkeihin oli nimetty lääkitysturvallisuusvastaava. Vastaajien mielestä yhteistyö LUVNin ja apteekkien välillä ei ole lainkaan riittävää (n=7/17) tai tarpeeksi riittävää (n=10/17) ja vain harva (n=6/17) tietää, kuka vastaa LUVNissa apteekkien kanssa tehtävästä yhteistyöstä. Jonkinlaisia yhteistyötapaamisia LUVN toimijoiden kanssa oli 9 vastaajalla, yleisimmin liittyen kotihoidon toimintamalleihin (n=6) tai koneelliseen annosjakeluun (n=6). Vastaajista 16/17 ilmoitti yhteistyön heikentyneen, ja yksi pysyneen entisellään, hyvinvointialueen aloitettua. Apteekit toivoivat yhteistyön kehittämiseksi yhteisiä tapaamisia (n=6/17) sekä yhteydenpidon sujuvuuden parantamista (n=12/17). Apteekit olisivat valmiita tarjoamaan palveluita hyvinvointialueelle: yleisimmin (14/17 vastaajista) diabeteksen hoidon tuki- ja lääkehoidon arviointi -palvelua. Yhtä apteekkia lukuun ottamatta kaikki toivoivat, että LUVNissa olisi lääkitysturvallisuuskoordinaattori, joka koordinoisi yhteistyötä apteekkien ja hyvinvointialueen välillä.

Johtopäätökset

Apteekkien ja LUVNin välinen yhteistyö on tällä hetkellä vähäistä. Apteekit olisivat valmiita tarjoamaan erilaisia terveydenhuoltojärjestelmää tukevia palveluita ja osallistumaan LUVNin organisaation kanssa järjestettäviin yhteistyötapaamisiin. Apteekeista löytyy lääkitysturvallisuusvastaavat, jotka mahdollisesti voisivat avata yhteistyötä LUVNin kanssa. Tämä voisi tukea lääkitysturvallisuutta ja potilaiden hoitopolkujen jatkuvuutta. Lisää tutkimusta tarvittaisiin yhteistyötä rajoittavista sekä edistävistä tekijöistä sekä mahdollista byrokraattisista esteistä.

Avainsanat: Hyvinvointialue, apteekki, kyselytutkimus, yhteistyö, lääkitysturvallisuus, palvelumallit, hoitopolku

Johdanto ja tausta

Sosiaali- ja terveydenhuoltopalveluiden järjestäminen sekä valvonta on kuulunut 21 hyvinvointialueen vastuulle yksittäisten kuntien sijasta vuodesta 2023 (1). Linjauksien mukaan hyvinvointialueet ovat vastuussa hyvinvointialueen lääkehoitoprosessista sekä lääkehuollosta, joka sisältää niiden saatavuuden takaamisen sekä rahoituksen suunnittelun ja optimoinnin (2,3). Lisäksi hyvinvointialueet ovat saaneet tavoitteeksi organisoida terveydenhuollon ammattilaisten työ niin, että kaikille osapuolille mahdollistettaisiin moniammatillinen jatkumo potilaan hoidossa (1,2).

Apteekkien rooli hyvinvointialueella ja terveydenhuollossa on merkittävä ja apteekkien toimintaa pyritään integroimaan paremmin osaksi sosiaali- ja terveydenhuoltopalveluita (4,5–7). Apteekkien vastuulla eivät ole pelkästään lääkelogistiset tehtävät vaan myös rationaalisen eli vaikuttavan, turvallisen, laadukkaan, yhdenvertaisen ja taloudellisen lääkehoidon toteuttaminen ja sen edistäminen (8–10). Näiden tavoitteiden toteuttamiseen tarvitaan sujuvaa yhteistyötä eri toimijoiden välillä moniammatillisesti (8,9). Aikaisemmissa tutkimuksissa moniammatillisen yhteistyön haasteeksi on noussut tietämättömyys muiden toimintatavoista, epäselvyydet rooleista, ajanpuute, heikko tiedonkulku tai sitoutumattomuus yhteistyöhön (11,12).

Lääkitysturvallisuuden edistämistä on viime vuosina pidetty apteekkeissa yhtenä tärkeänä prioriteettina. Vuonna 2021 käynnistettiin Suomen Apteekkariliiton ja Asiakas- ja potilasturvallisuuskeskuksen ylläpitämä Valohanke, jonka tavoitteena on edistää avohoidon potilaiden lääkehoidon turvallista toteutumista kehittämällä apteekkien ja sosiaali- ja terveydenhuollon yhteistyötä sekä hyödyntämällä farmaseuttista tietotaitoa (13). Valon toimenpiteenä on mm. kehoitettu apteekkeja nimeämään lääkitysturvallisuusvastaavia, joiden tehtävänä on koordinoita lääkitysturvallisuustyötä apteekissa ja toimia yhteistyötahona sote-kumppaneille. Lääkityspoikkeamien raportointi ja käsittely on yksi keskeinen osa lääkitysturvallisuustyötä. Poikkeamailmoitusten avulla tartutaan niin lääkitysturvallisuuden kehityskohteisiin kuin tuodaan varmuus siitä, että toimijat ovat tietoisia ja vastuullisia

eri virheiden sattuessa (14). Apteekkeissa on vuosia ollut lakisääteinen velvollisuus toimituspoikkeamien raportointiin (15). Valohankeen myötä on otettu käyttöön sähköinen HaiPro-järjestelmää, joka mahdollistaa vaaratapahtumailmoitusten rajapintojen avaamisen muiden HaiProa käyttävien toimijoiden kanssa. Näin myös lääkityspoikkeamiin liittyvä tiedonkulku ja poikkeamien käsittely on molemminpuolista (13).

Tämän tutkimuksen tavoitteena oli selvittää, millainen on apteekkien näkökulmasta Länsi-Uudenmaan hyvinvointialueen (LUVN) ja sen alueella sijaitsevien avoapteekkien yhteistyön nykytilanne talvella 2024 sekä millaisia mahdollisuuksia ja toiveita yhteistyölle apteekkeilla olisi tulevaisuudessa. Lisäksi kartoitettiin, mitä palveluita apteekit voisivat tarjota hyvinvointialueen sosiaali- ja terveydenhuoltoketjuun.

Toteutus

Tutkimusasetelma

Tutkimus on osa laajempaa Suomen Apteekkariliiton ja Asiakas- ja potilasturvallisuuskeskuksen lanseeraamaa Valo-tutkimuskokonaisuutta (16). Tutkimus pohjautuu talvella 2024 lähetyn sähköisen kyselyn tuloksiin, jonka kohderyhmänä olivat Länsi-Uudenmaan hyvinvointialueella (LUVN) toimivat apteekit. LUVNin hyvinvointialueeseen kuuluu kymmenen kuntaa (Espoo, Hanko, Inkoo, Kauniainen, Karkkila, Kirkkonummi, Lohja, Siuntio, Raasepori ja Vihti), joissa toimii 36 pääapteekkia ja 11 sivuapteekkia.

Kyselyn toteutus

Kyselylomake koostui 30 kysymyksestä. Kysymykset pohjautuivat tätä tutkimusta toteuttaneiden henkilöiden sekä Apteekkariliiton Valo-tiimin asiantuntijoiden (n=3) näkemyksiin yhteistyön kulmakivistä ja kehityskohteista. Kysymykset laadittiin seuraavista aihealueista: Perustiedot (n=9), LUVNin eri organisaatiotasojen ja apteekkien välisten palveluiden yhteistyön nykytilanne (n=14), ja tulevaisuuden yhteistyön toiveet ja mahdollisuudet (n=7) (Liite 1). Tutkimuskysymyksistä 17 oli määrällisiä ja toteutettu Likert-asteikoilla, Net Promoter Scorella tai monivalintana. Lisäksi kyselyssä

oli 4 avointa laadullisia kysymystä. Kyselyvastaukset kerättiin nimettöminä eli anonymisti ilman kirjautumispakkoa. Vastaajilla oli kuitenkin mahdollisuus tallentaa vastauksensa ja palata niihin myöhemmin.

Kuusi henkilöä pilotoi kyselyn ennen sen varsinaista lähettämistä kohderyhmälle. Heistä viisi työskenteli apteekissa ja yksi muussa terveydenhuoltopalvelussa. Pilotoinnin seurauksena selkeytettiin joidenkin kysymyksien muotoilua, jotta ne olisivat mahdollisimman yksitulkintaisia. Pilotoinnin vastauksia ei käytetty lopullisessa aineistossa, vaan apteekissa työskennelleiden kyselyn kohderyhmäläisten (n=3) tuli vastata kyselyyn uudelleen.

Aineiston keruu tapahtui aikavälillä 26.1.–10.3.2024 sähköisen Microsoft Forms -pohjaisen kyselylomakkeen kautta. Kutsu tutkimukseen lähetettiin Apteekkariliiton kautta kaikille LUVNin hyvinvointialueen 36 apteekkarille, ja muistutus kyselyyn osallistumisesta viikkoa ennen kyselyn sulkeutumista. Kyselyyn vastaajaksi pyydettiin ensisijaisesti apteekkareita, toissijaisesti proviisoreita tai lääkitysturvallisuusvastaavia.

Analysointi

Kyselyn tulokset analysoitiin Excel- ja SPSS Statistics -ohjelmilla. Avoimet vastaukset luokiteltiin esille nousseiden teemojen mukaisesti. Vastauksista on analysoitu suorat jakaumat.

Tutkimuksen eettisyys

Tutkimukselle ei tarvittu eettisen toimikunnan ennakkoarvointia eikä tutkimuslupaa, koska se ei sisältänyt Tutkimuseettisen neuvottelukunnan rajaamia ennakkoarvointia eikä tutkimuslupaa vaativia henkilöasetelmia eikä lukeudu lääketieteellisen tutkimuslain piiriin (17,18). Kyselyyn osallistuminen tapahtui vapaaehtoisesti, ja alkuun pyydettiin suostumus tietojen käyttöön tutkimustarkoituksessa. Kyselyn alussa kerrottiin vastausten tallentuvan anonymieinä ja niiden käsittelyn tapahtuvan luottamuksellisesti. Tutkimuksen toteuttajalla ei ollut missään vaiheessa saatavilla vastaajien tunnistetietoja, kuten sähköposteja. Aineisto tallentui henkilökohtaiselle suojatulle tilille, ja sitä käsiteltiin SPSS-tilasto-ohjelmalla (versio 27) ja salasanasuo-

jattuna Excelissä. Tutkimuksessa noudatettiin Tutkimuseettisen neuvottelukunnan määräämiä eettisiä ohjeita ja 2019 voimaan tulleita tietosuojakäytänteitä (18,19).

Tulokset

Vastaajat ja taustatiedot

Kyselyyn saatiin 17 vastausta (n=17/36; vastausprosentti 47). Vastaajat sijoittuivat seitsemään LUVNin kymmenestä kunnasta (Taulukko 1). Vastaajista suurin osa (n=13/17) oli apteekkarita ja apteekkeista n=10/17 oli reseptuuriltaan suuria (Taulukko 1). Kaikissa apteekkeissa (n=17) oli nimetty lääkitysturvallisuusvastaava. Kyselyyn vastaajista n=6/17 tiesi, kuka vastaa apteekkien kanssa tehtävään yhteistyöhön liittyvistä asioista LUVNissa.

LUVNin ja apteekkien tämänhetkinen yhteistyö

Arvioitaessa tämänhetkistä yhteistyötä LUVNin ja apteekkien välillä vastaajista 7/17 totesi, ettei yhteistyö LUVNin ja apteekkien välillä ole lainkaan riittävää ja loput (n=10/17), ettei yhteistyö ole tarpeeksi riittävää. Kukaan vastaajista ei todennut yhteistyön olevan melko tai täysin riittävää.

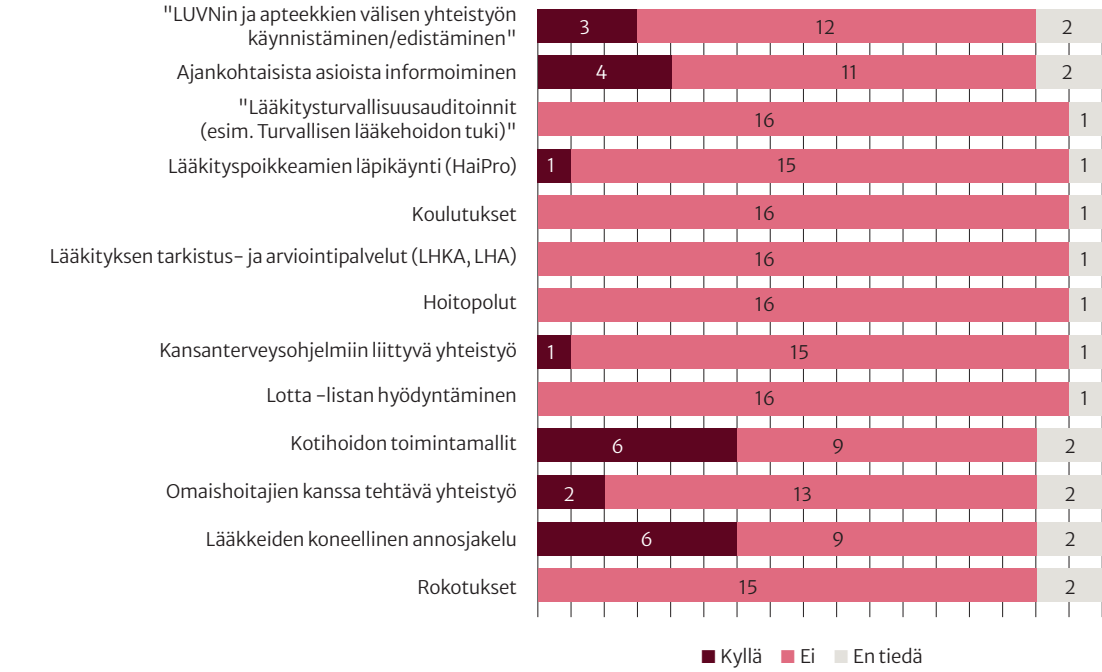
Yhteistyötapaamisia apteekkien ja LUVNin välillä ei järjestetty 7/17 vastaajista mukaan mistään kysytyistä mahdollisesta aihepiireistä (Kuva 1). Vastaajista yksi ei tiennyt pidetäänkö yhteistyötapaamisia. Loppujen (n=9/17) osalta tapaamisia järjestettiin yleisimmin kotihoidon toimintatavoista (n=6/17) ja koneellisesta annosjakelusta (n=6/17). Tapaamisia koskien lääkitysturvallisuusauditointeja, koulutuksia, lääkityksen tarkastus- ja arviointipalveluita, hoitopolkuja, Lotta-listoja tai rokotuksia ei pidetty yhdenkään vastaajan mukaan.

Kyselyyn vastaajista 10/17 koki sosiaali- ja terveydenhuollon kanssa tehtävän yhteistyön muuttuneen LUVNin aloitettua. Yhteistyön ei todettu muuttuneen lainkaan vastaajista n=5/17 mukaan ja n=2/17 ei osannut arvioida, oliko yhteistyö muuttunut.

Avoimista vastauksista (n=13) kävi ilmi, että yhteistyön koetaan huonontuneen hyvinvointialueen aloitettua. Melkein kaikki (n=12/13) kokivat yhteistyön heikentyneen ja yksi ilmoitti

Taulukko 1: Kyselyyn vastanneiden Länsi-Uudenmaan hyvinvointialueen apteekeissa työskentelevien apteekkareiden ja proviisorien (n=17) ja heidän toimipaikkojensa taustatiedot.

Taustatiedot ja vastaajat	n
Vastaaja	
Apteekkari	13
Proviisori	4
Kunta	
Lohja	5
Vihti	4
Espoo	3
Muut kunnat	
(Hanko, Inkoo, Kauniainen, Karkkila, Kirkkonummi, Raasepori, Siuntio)	5
Kuntia yhteensä (n=vastanneet kunnat)	
10	7
Reseptuuri	
< 40 000	1
40 000–80 000	3
80 000–120 000	3
120 000–140 000	5
>140 000	5
Henkilökunta: Farmaseuttien lukumäärä	
≤5	10
>5	6
≥10	1
Henkilökunta: Proviisorien lukumäärä	
0	1
1	7
2	5
3	4
Onko apteekissa lääkitysturvallisuusvastaavaa?	
Kyllä	17
Ei	0
Vastaaja on apteekin lääkitysturvallisuusvastaava	
Kyllä	3
Ei	14
Tiedätekö, kuka vastaa apteekkien osalta yhteistyöhön liittyvistä asioista LUVNin kanssa?	
Kyllä	6
Ei	11



Kuva 1. Kyselyyn vastanneiden Länsi-Uudenmaan apteekkien (n=17) vastaukset kysymykseen ”Järjestetäänkö apteekin ja hyvinvointialueen välillä yhteistyötapaamisia seuraavista aihealueista”

sen pysyneen entisellään. Niistä, jotka ilmoit-tivat yhteistyön huonontuneen, kolme ei tar-kentanut asiaa. Lopuista yhdeksästä vastauk-sesta tuli useita nostoja (n=6/9) siitä, kuinka on vaikea tietää, mihin ja miten ottaa tai saada LUVNilla yhteyttä. Vastauksissa todettiin myös lääkäreiden ja terveysasemien henkilöstön ole-van nykyään tavoittamattomissa (n=4/9) esi-merkiksi huonojen yhteyksien ja henkilökun-tavajeen takia.

Apteekkien yhteistyötahoina olivat LUV-Nissa useimmin käytännön tason toimijat; vii-koittain yhteistyötä lääkärin kanssa 15/17 vas-taajista ja asiakkaiden lääkehoitoon liittyvissä asioissa terveysasemien ja kotihoidon kanssa 10/17 ja 9/17 vastaajista (**Kuva 2**). Yhteistyötä ei tehdä ollenkaan tai hyvin harvoin LUVNin ylätason toimijoiden, kuten hyvinvointialueen johdon (n=3/17 vastaajista), lääkitysturvalli-suuskoordinaattorin (n=2/17) ja laatu- ja asia-kasturvallisuuspalveluiden (n=5/17) kanssa. Myöskään sähköisiä kanavia ei käytetä ylei-sesti eikä usein.

Vaikka 4/17 vastaajista tekee yhteistyötä LUVNin Laatu- ja asiakasturvallisuuspalvelui-den kanssa vähintään kerran vuodessa (**Kuva 2**), avoimissa vastauksissa vain yksi vastaaja mainitsee, että lääkityspoikkeamailmoituk-sia ja niiden jatkotoimenpiteitä käydään läpi hyvinvointialueen kanssa: ”Tieto välittyy aptee-kista LUVNiin HaiPro-järjestelmän välityksellä”. Lisäksi kysyttäessä käsitelläänkö lääkityspoik-keamailmoituksia ja niiden jatkotoimenpiteitä LUVNin kanssa, n=15/17 vastasi, ettei käsitte-lyä tai jatkotoimenpiteitä tapahdu. Yksi vastasi, ettei ole tietoinen.

Vain kolmella vastanneista (n=3/17) oli tie-dossa LUVNilta taho, jonka kanssa apteekki voi keskustella esimerkiksi lääkitysturvalli-suuteen, palveluihin, vastuisiin tai muuhun yhteistyöhön liittyvistä asioista (**Taulukko 2**). Näistä yhden vastaajan yhteyshenkilöt olivat LUVNin ylätason toimijoita, kahden muun kä-y-tännön tason toimijoita (**Taulukko 2**). Lääkitys-poikkeamailmoitusten käsittelyä ei myöskään tehdä yhteistyössä LUVNin kanssa (n=15/17).

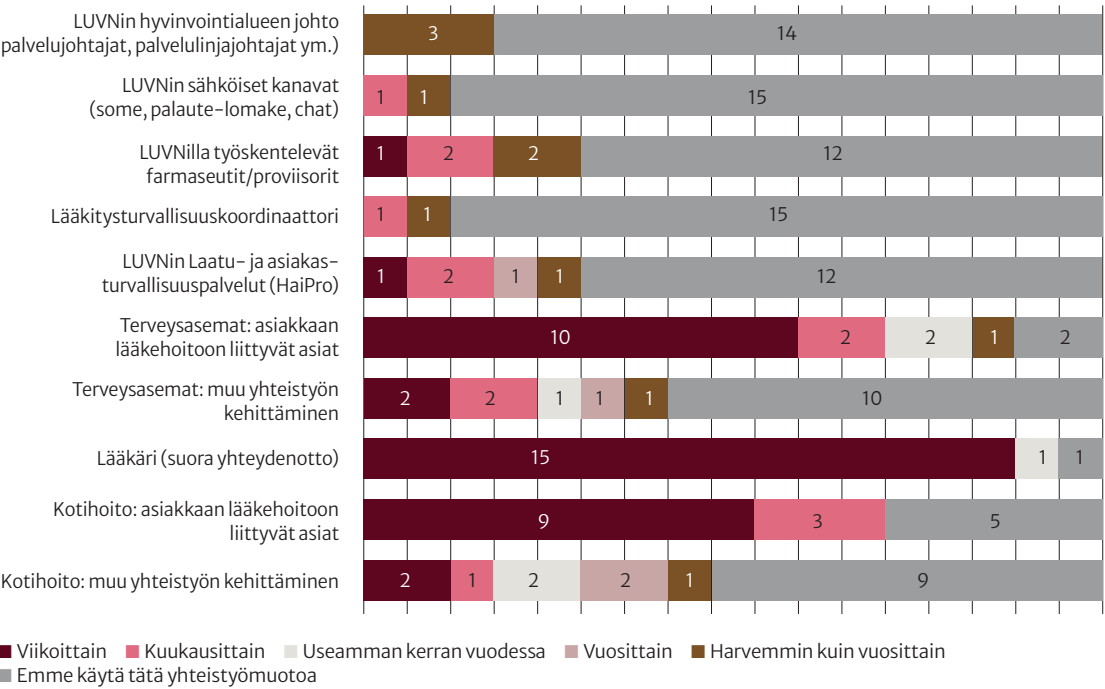
Akuuteissa ja päivittäisissä lääkitysturval-
lisuuteen liittyvissä kysymyksissä kaikki vas-
taajista (n=17) olivat yhteydessä LUVNin yksi-
köihin puhelimitse (**Taulukko 2**). Myös hoi-
vakotiliittymä oli käytössä yleisesti (n=8/17).
Kukaan ei käyttänyt yhteykskanavana salaama-
tonta sähköpostia, Teamsia tai Chat-palveluita.

Yhteistyön toimintamallit
tulevaisuudessa

Tällä hetkellä vastanneista apteekeista harva
tarjoaa farmaseuttisia lisäpalveluita, mutta iso
osa olisi kuitenkin tästä kiinnostunut (**Kuva 3**).
Eniten apteekeissa osoitettiin kiinnostusta
(tämänhetkinen tarjonta mukaan lukien) dia-
beteksen hoidon tuki- ja lääkehoidon arvi-
ointi palvelulle (n=14/17). Monet apteekit oli-
sivat kiinnostuneita tarjoamaan myös astman
hoidon tukea (n=13/17), Lotta-listan kartoi-
tusta (n=12/17), lääkitysturvallisuusauditoi-
teja (n=12/17) sekä lääkehoidon aloituspalve-
luita (n=11/17). Vähiten kiinnostusta herätti-
vät Apteekin terveyspiste -palvelut. Kyselyyn

vastaajista 6/17 oli sitä mieltä, että olisi ”jonkin
verran hyödyllistä”, ja n=11/17 mielestä ”todella
hyödyllistä”, jos muun terveydenhuollon tie-
toisuutta apteekkien palveluista lisättäisiin.
Kukaan ei kokenut tätä tarpeettomana.

Avoimissa vastauksissa apteekkien ja LUV-
Nin yhteistyön kehittämisestä nousi useimmin
esille tahto saada yhteydenotoista sujuvam-
pia (n=12). Toiveeksi pyydettiin suoria yhtey-
denottokanavia tai numeroita (n=5), joista
apteekki saisi kiireellisissä asioissa helposti
yhteyden. Lisäksi yhteydenoton helpottami-
seksi toivottiin hyvinvointialueen nimittävän
eri vastuualueille selkeitä yhteyshenkilöitä
(n=4). Erityisesti korostui myös tapaamisten
järjestäminen (n=6). Tapaamisissa voitaisiin
vastausten mukaan käsitellä ajankohtaisia asi-
oita (n=2) sekä konkreettisesti miettiä tulevaa
yhteistyötä sekä sen mahdollisuuksia ja ongel-
makohtia (n=3). Toivottiin, että organisaatio-
tasolla tiedotettaisiin toimista ja tavoitteista ja
viestittäisiin näitä asiakkaille ja muille toimi-
joille (n=3). Mainittiin, että yhteistyön paran-

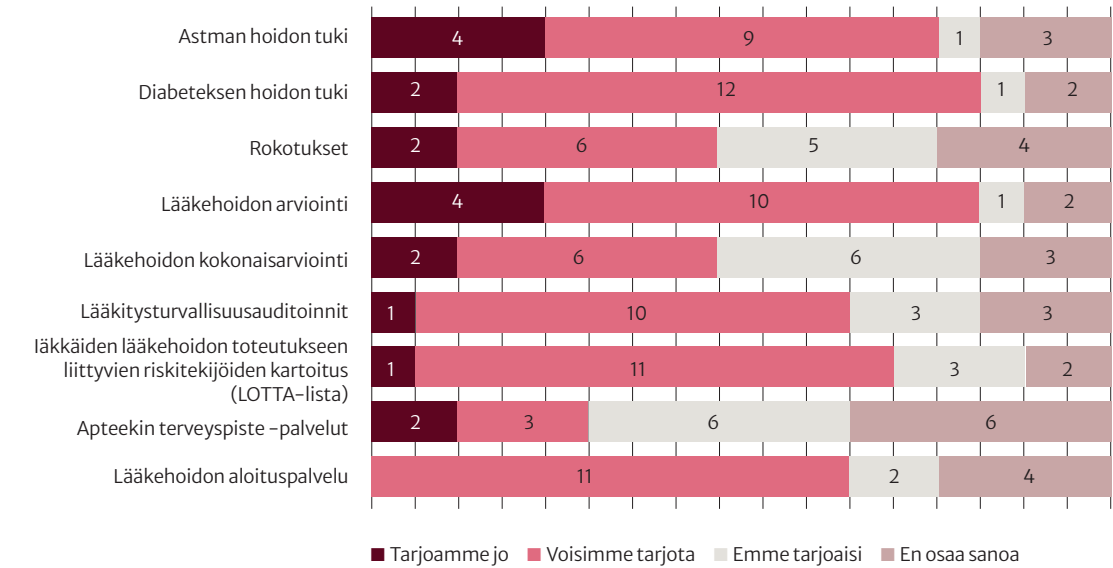


Kuva 2: Kartoitus kyselyyn vastanneiden Länsi-Uudenmaan apteekkien (n=17) yhteistyötahoista sekä yhteistyön tiheydestä Länsi-Uudenmaan hyvinvointialueen kanssa.

Yhteyshenkilöt LUVNilla	n
Onko LUVN ilmoittanut tahoa, jonka kanssa apteekki voi keskustella esimerkiksi lääkitysturvallisuuteen, palveluihin, vastuisiin tai muuhun yhteistyöhön liittyvistä asioista? (n=17)	
Kyllä	3
Ei	13
En tiedä	1
Jos LUVN on ilmoittanut tahon/yhteyshenkilön, jonka kanssa apteekki voi keskustella lääkitysturvallisuuteen, palveluihin, vastuisiin tai muuhun yhteistyöhön liittyvistä asioista, nimeä taho. (n=3)	
LUVNin hyvinvointialueen johtaja	0
LUVNin palvelualuejohtaja	1
LUVNin laatu- ja asiakasturvallisuuspäällikkö	0
LUVNin lääkitysturvallisuuskoordinaattori	1
Oman kunnan ylilääkäri	1
Sairaala-apteekki (HUS)	0
LUVNilla työskentelevä farmasisti	2
Miten olette yhteydessä LUVNin yksiköihin akuuteissa/päivittäisissä lääkitysturvallisuuteen liittyvissä kysymyksissä? (n=17)	
Puhelimitse kaikille tarkoitettuun numeroon (ml. potilaat)	9
Puhelimitse apteekille tarkoitettuun puhelinnumeroon (kiireetön)	8
Puhelimitse apteekille tarkoitettuun akuuttinumberoon (kiireellinen)	11
Turvasähköpostin kautta	5
Sähköpostin kautta	0
Teamsin välityksellä	0
Hoivakotiliittymä (esim. Easymed)	8
Chat	0
Onko teillä LUVNin apteekkien kesken verkostoa, jossa voitte keskustella omista toimintamalleista ja käytännöistä? (n=17)	
Kyllä	8
Ei	7
En tiedä	2

tamiseksi johtotason täytyisi osallistua kes-
kusteluihin (n=2). Kahden vastauksen mukaan
lääkitysturvallisuutta täytyisi kehittää yhteis-
työllä.
Kaikki vastaajat toivovat LUVNilta jonkin-
laista yhteistyötä apteekkien asiakaspalve-
lun tueksi (**Taulukko 3**). Useimmiten toivot-
tiin ”tietoja hoitokäytännöistä ja hoitopoluista”
(n=17). Lisäksi avoimissa vastauksissa toivot-
tiin ”yhteisesti sovittuja toimintamalleja esim.
biologisten lääkkeiden vaihtoon liittyen” ja ”saa-
vutettavuus terveydenhuollon suuntaan erityisesti

reseptiasioissa, nyt emme pääse lääkäriille asial-
lisesti”.
Yhtä ”en osaa sanoa” -vastausta lukuun
ottamatta kaikki vastaajat toivoivat, että LUV-
Nissa olisi lääkitysturvallisuuskoordinaattori,
joka koordinoisi yhteistyötä Länsi-Uudenmaan
apteekkien ja hyvinvointialueen välillä. Lääki-
tysturvallisuuskoordinaattorin tehtävänkuvan
osalta lähes kaikki annetut vaihtoehdot olivat
haluttuja (**Taulukko 3**). Kaikki (n=17) toivoivat
”säännöllisiä tapaamisia ja tiedon jakamista” ja
(n=16) ”LUVNin ja apteekkien välisen yhteistyön



Kuva 3. Kyselyyn vastanneiden Länsi-Uudenmaan hyvinvointialueella sijaitsevien apteekkien (n=17/36) kiinnostus tarjota kyselyssä ehdotettuja palveluita hyvinvointialueelle.

parantamista”. Avoimessa vastauksessa toivottiin haitatapahtumajärjestelmä HaiPron rajapinnan avaamista apteekkien ja LUVNin välille.

Lääkitysturvallisuuskäytännöstä apteekkien toimittaessa reseptejä, lääkehoidon riskitekijöistä vastattiin havaittavan eniten ”epäselviä tai puutteellisia annosohjeita” (n=13/17) ja ”yhteisvaikutuksia” (n=11/17) (Taulukko 3). Avoimissa vastauksissa nostettiin esille lisäksi lääkkeiden saatavuuspuutokset (n=1), antibiooteilla kuurin epäselvä kokonaiskesto (n=1), sekä väärä lääkkeen kokonaismäärä (n=2).

Kysyttäessä vastaajilta lääkitysturvallisuuden edistämisen kannalta mielipidettä ”Asiakkaalle laadittavan kirjallisen lääkehoitosuunnitelman”, ”Kotiutuessa tai terveydenhuollossa asioitaessa saatavan ajantasaisen lääkelistan” ja ”Nopeiden yhteydenottokanavien akuuttien asioiden hoitoon” tärkeydestä, melkein kaikki (n=16/17) vastaajista arvioi kaikki joko todella tai melko tärkeiksi. Ajantasainen lääkelista ja nopeat yhteydenottokanavat olivat todella tärkeitä kaikkien vastaajien mielestä. Yhtäkään vaihtoehtoa ei pidetty tarpeettomana.

Avoimessa kysymyksessä vastaajat saivat kertoa, missä he haluaisivat nähdä parannusta lääkehoidon kokonaiskuvan näkökulmasta.

Jokaisessa vastauksessa (n=7) käsiteltiin saavutettavuuden parantamista joko lääkäriin tai muuhun perusterveydenhuoltoon palveluiden sujuvoittamiseksi. Sujuvuutta haluttiin erityisesti reseptien uusimisessa (n=3), lääketyslistojen ajantasaisuudessa (n=4) ja tiedonsaannissa (n=5). Yhdessä vastauksessa toivottiin byrokratiaan muutosta, jonka tavoitteena olisi antaa farmasisteille enemmän ammattitaitoon soveltuvia oikeuksia päätöksenteossa.

Tulosten arviointi

Tämä on ensimmäinen hyvinvointialueen ja apteekkien välistä yhteistyötä koskeva tutkimusjulkaisu, jossa välitettiin tietoa HVA:n ja apteekkien välisistä toimintamalleista, sekä näihin liittyviä kokemuksia, näkemyksiä ja toiveita apteekeissa.

Tutkimuksen perusteella yhteistyötä hyvinvointialueen ja apteekkien välillä ei ole apteekkien näkökulmasta riittävästi. Vastusten perusteella yhteistyötä tehdään lähinnä käytännön tason toimijoiden kanssa eikä toimintamalleja laajempaan ylätasoon kehittämistyöhön ole luotu. Kuitenkin tutkimuksen mukaan apteekkeihin on nimetty kattavasti

Taulukko 3: Lääkitysturvallisuuteen liittyvät kysymykset sähköisestä kyselylomakkeesta Länsi-Uudenmaan hyvinvointialueen ja avoapteekkien välisen yhteistyön toimintamalleista (n=17/36 alueen apteekkia).

Lääkitysturvallisuus	n
Mitä jatkotoimenpiteitä vaativia (esim. yhteydenotto lääkäriin) lääkehoidon riskitekijöitä huomaatte apteekissa eniten toimittaessanne reseptejä? (n=17) (max 3 per vastaaja)	
Yhteisvaikutukset	11
Mahdollinen lääkehaitta tai haittavaikutus	2
Huono hoitoon sitoutuminen	1
Epäselvä tai puutteellinen annosohje	13
SIC-merkinnän puuttuminen	9
Päällekkäislääkitys	1
Päälle jäänyt lääke	1
Väärä ottoajankohta	0
Väärä annos tai vahvuus	7
Riittämätön vaste	0
Liian voimakas vaste	0
Tulisiko hyvinvointialueella olla nimetty yhteyshenkilö (lääkitysturvallisuuskoordinaattori), joka koordinoisi yhteistyötä LUVNin alueen apteekkien ja hyvinvointialueen välillä? (n=17)	
Kyllä	16
Ei	0
En osaa sanoa	1
Millaista yhteistyötä toivoisit LUVNin lääkitysturvallisuuskoordinaattorin tekemän apteekkien kanssa? (n=17)	
Apteekkien ja LUVNin rajapintaan liittyvien HaiPro-ilmoitusten säännöllinen läpikäynti	13
Sosiaalihuollon yksiköiden auditointien suunnittelu ja toteutus yhteistyössä	5
Lääkevalikoimaan liittyvät asiat	6
Säännölliset tapaamiset ja tiedon jakaminen	17
Lääkkeiden koneellisen annosjakeluprosessin turvallisuuden kehittäminen	10
Biologisten lääkkeiden hoitopolkujen suunnittelu	14
LUVN:in ja apteekkien välisen yhteistyön parantaminen	16
Molempien osapuolien tutustuttaminen toistensa toimintamalleihin	11
Kuinka kiinnostuneita olisitte osallistumaan LUVNin järjestämiin yhteisiin palaveriin eri toimijoiden kesken? (asteikolla 0–10) (n=17)	
0–5	0
6	1
7	1
8	5
9	6
10	4
Mitä haluaisitte LUVNin tarjoavan apteekeille asiakaspalvelun tueksi? (n=17)	
Tietoja hoitokäytännöistä ja hoitopoluista	17
Tietopaketteja esim. tyhjennysohjeet	7
Erikoissairaanhoidon lääkkeiden tietopaketteja esim. Klotsapiinin aloitus ja käyttö	6
Moniammatillisia koulutuksia ajankohtaisista asioista (esim. biologiset lääkkeet)	10
Moniammatillisia syventäviä koulutuksia eri teemoista (esim. diabetes)	13
Ei tarvitse tarjota	0

lääkitysturvallisuusvastaavia ja tätä resurs-
sia olisi mahdollista hyödyntää yhteistyöhön.
Tutkimuksen perusteella harvalla apteekilla on
tiedossa LUVNissa tahoa, jonka kanssa lääki-
tysturvallisuuteen tai yhteistyön kehittämi-
seen liittyvistä asioista voisi keskustella. Lähes
kaikki vastaajat toivoivat yhteistyölle nime-
tyä koordinoivaa henkilöä hyvinvointialueelta.
Mahdollisesti esimerkiksi LUVNin lääkitystur-
vallisuuskoordinaattori voisi tulevaisuudessa
olla tällaisessa roolissa LUVNin ja apteekkien
yhteistyön vakiinnuttamisessa. Hyvinvointi-
alueihin kohdistuvissa kustannussäästöpai-
neissa on kuitenkin riskinä, että tämänkalta-
ista rooleista karsitaan eikä apteekkiyhteis-
työ ole kiireellisyysjärjestyksessä kärkipäässä.

Tutkimuksessa nousi esiin, että farmasis-
tit havaitsevat reseptintoimituksen yhteydessä
monenlaisia lääkityksen riskitekijöitä, esimer-
kiksi puutteellisia annosohjeita tai yhteisvai-
kutuksia. Näitä ongelmia ratkotaan perinteis-
esti puhelimitse, mikä on nopea tapa hoitaa
akuutteja ongelmatilanteita. Lääkitysturval-
lisuushjelma Valon myötä apteekit kirjaavat
reseptintoimituspoikkeamien lisäksi myös lää-
kemääräyksissä havaittuja poikkeamia HaiPro-
järjestelmään, mistä voidaan saada koostettua
tietoa mm. erilaisten poikkeamien toistumi-
sesta. Lääkitysturvallisuuden kehittämisen
näkökulmasta huolestuttavaa on tässä tutki-
muksessa saatu havainto, ettei näitä apteek-
kien kirjaamia lääkityspoikkeamailmoituksia
säännönmukaisesti käsitellä hyvinvointialueen
kanssa. Yksi syy voi olla, että hyvinvointialu-
eilla käytetään HaiPron sijaan muitakin järjes-
telmiä, eikä HaiProa käyttävienkään yksiköiden
rajapintaa apteekkien ja muun terveydenhuol-
lon välillä ole vielä yleisesti avattu. Moniam-
matillisen yhteistyön tuomat hyödyt paran-
taisivat lääkitysturvallisuutta sekä potilaiden
hoitopolun jatkuvuutta, kuten tässä ja muissa
tutkimuksissa on käynyt ilmi (20–22). Potilai-
den laadukkaan hoidon ja moniammatillisen
yhteistyön onnistuneen toteuttamisen kan-
nalta tarvitaan tutkimuksen perusteella tie-
don saavutettavuutta ja läpinäkyvyyttä orga-
nisaation eri toimijoiden välillä.

LUVNin alueen apteekit ovat tutkimuksen
mukaan valmiita tarjoamaan monia erilaisia
palveluita sote-järjestelmän ja lääkitystur-
vallisuuden tueksi. Julkista sektoria ja avoap-

teekkia ei ole eroteltu toisistaan linjauksissa
hyvinvointialueen palveluiden kokonaisuu-
den muodostuksessa tai rahoituksessa, vaan
ne nähdään yhtenä rationaalisen lääkehoidon
takaamisessa (2). Terveydenhuoltopalvelui-
den kuormituksen takia apteekkien palveluilla
voisi olla etuna niiden helppo saavutettavuus.
Esimerkiksi kanadalaisessa tutkimuksessa on
todettu apteekkien olevan eniten käytetty ja
konsultoitu terveydenhuoltomuoto (23). Far-
masistien apu sairauksien ennaltaehkäisevässä
hoidossa voi olla merkittävä erityisesti niiden
henkilöiden kohdalla, jotka käyttävät resep-
tilääkkeitä ja hakeutuvat siksi säännöllisesti
apteekkiin (24,25). Itsehoitolääkkeitä ostet-
taessa suurin osa hoitaa vaivaansa hakeutu-
matta muun terveydenhuollon piiriin, jolloin
apteekit ovat ainoa paikka tavoittaa näitä hen-
kilöitä (26–28).

Apteekkien tarjoamat palvelut voivat antaa
tukea kroonisten sairauksien lääkehoitoon,
mikä voisi tuoda säästöjä hyvinvointialueelle,
kun lääkehaitat vähenevät ja hoidot toteutuvat
suunnitellusti. Apteekkien tarjoamien palve-
luiden hyödyistä tarvittaisiin kuitenkin tutki-
musta ja näyttöä, sillä ne eivät suoraan kor-
vaisi sote-palveluita (29). Poikkeuksena näistä
olisivat rokotus- ja terveystestipalvelut, jotka
voisivat siirtää kuormitusta pois muusta ter-
veydenhuollosta. Todennäköisesti tässä tutki-
muksessa vielä harvoin tarjottavat rokotuspal-
velut yleistyvät, kun farmaseuteille ja proviiso-
reille mahdollistettiin rokotusoikeus keväällä
2024 ja apteekkien rokottamistoiminnan tila-
vaatimuksia helpotettiin syksyllä 2024.

Jatkotutkimuksena olisi tärkeää selvit-
tää muiden LUVNin toimijoiden näkemyksiä
apteekkien kanssa tehtävästä yhteistyöstä niin
lääkitysturvallisuuden, palveluiden tarjoami-
sen kuin organisaatiotason yhteistyön näkö-
kulmasta. Olisi myös keskeistä kartoittaa kei-
noja, joilla yhteistyötä voidaan kehittää. Vas-
taavaa tutkimusta sekä apteekkien että muiden
terveydenhuollon toimijoiden näkökulmasta
olisi hyvä tehdä myös muilla hyvinvointialu-
eilla.

Hyvinvointialueet ovat aloittaneet toimin-
tansa vasta vuonna 2023. Uusien toimintamal-
lien ja tapojen kehittäminen on vielä alkuvai-
heessa koko hyvinvointialueen organisaatio- ja
sote-rakenteessa. Onkin todennäköistä, ettei

yhteistyön ylläpito ja varsinkaan yhteistyö-
mallien kehittäminen apteekkien kanssa ole
ollut ensilinjan kehitystarpeena hyvinvointi-
alueella. Yhteistyön kehitys on tulevaisuuden
näkymissä. Ajankohtaiset raamit on jo tar-
jottu Sosiaali- ja terveysministeriön julkai-
sussa 2024:2, jossa kerrotaan valtakunnalliset
tavoitteet sote-huollon järjestämiselle. Tavoit-
teissa painotetaan hyvinvointialueen toimijoi-
den yhteistyön avulla tapahtuvaa ennaltaeh-
käisevää hoitoa, jossa esimerkiksi apteekit voi-
sivat olla isossa merkityksessä (7).

Tutkimuksen heikkoudet ja vahvuudet

Kyselytutkimuksen luotettavuutta heikentää
aina mahdollisuus monitulkintaisuudesta (30).
Tutkimus pilotoitiin asiantuntijoiden avulla,
mutta on silti mahdollista, että kysymykset
voitiin ymmärtää monella tavalla. Tutkimuk-
sen vastausprosentti 47 % oli melko hyvä.

Tutkimuksen kattavuutta parantaa se, että
vastauksia saatiin lähes kaikista alueen kun-
nista (7/10) ja hyvin erikokoisista apteekeista.
Kuitenkin se, että vastauksia ei saatu jokai-
sesta kunnasta, saattaa vaikuttaa tutkimus-
tuloksiin. On mahdollista, että kyselyyn vas-
tanneet suhtautuvat lääkitysturvallisuuden ja
yhteistyön kehittämiseen positiivisemmin kuin
vastaamatta jättäneet. Saadut vastaukset oli-

vat koherentteja sekä variaatiota mielipiteissä
oli vähän.

Se millä prosentilla tutkimuskysymyksiin
vastataan, kertoo tutkimuksen laadusta (30).
Tässä tutkimuksessa kysymyksistä harva lai-
tettiin pakollisiksi, mutta vain avoimissa kysy-
myksissä oli variaatiota vastausmäärissä.

Tutkimuksen vahvuutena oli sen ajankoh-
taisuus sekä luotettava yhteistyökumppani
Apteekkariliitto. Kyselyn lähettämistavalla
varmistettiin kyselyn päätyminen oikeille hen-
kilöille ja lisäksi se auttoi kyselyn uskottavuus-
den parantamisessa.

Johtopäätökset

Apteekkien ja LUVNin välinen yhteistyö on tällä
hetkellä vähäistä. Apteekit olisivat valmiita tar-
joamaan erilaisia terveydenhuoltojärjestelmää
tukevia palveluita ja osallistumaan LUVNin
organisaation kanssa järjestettäviin yhteis-
työtapaamisiin. Apteeekeista löytyy lääkitystur-
vallisuusvastaavat, jotka mahdollisesti voisivat
avata yhteistyötä LUVNin kanssa. Tämä voisi
tukea lääkitysturvallisuutta ja potilaiden hoi-
topolkujen jatkuvuutta. Lisää tutkimusta tar-
vittaisiin yhteistyötä rajoittavista sekä edistä-
vistä tekijöistä sekä mahdollista byrokraatti-
sista esteistä.

Summary

Cooperation between the Wellbeing Services County of Western Uusimaa and pharmacies is limited – pharmacies are ready to improve mutual collaboration.

Emilia Peltonen*

Pharmacist (B. Sc.)
Clinical Pharmacy Group
Division of Pharmacology and
Pharmacotherapy
Faculty of Pharmacy
University of Helsinki
Helsinki, Finland
ida.e.peltonen@gmail.com

Kirsi Aronpuro

Medication Safety Coordinator
Pharmacist
special qualification
in departmental pharmacy
Länsi-Uusimaa welfare area
and HUS Pharmacy

Saija Leikola

Pharmacist (M.Sc.)
PhD (Pharm)
Nummelan Uusi Apteekki

*Correspondence

Introduction

The execution and supervision of health and social services has been the responsibility of 21 wellbeing service counties instead of municipalities in Finland since 2023. Aim of the health care reform has been e.g., to reduce inequalities, improve availability of services and ensure quality medication care process. The aim of this research was to study the collaboration between the West Uusimaa wellbeing services county (LUVN) and the community pharmacies located on the area

(main outlets n=36, subsidiaries n=11) and the pharmacies' views on development of the mutual collaboration in the future.

Methods

An electronic questionnaire was sent to all pharmacy owners in the LUVN area (n=36) by the Association of Finnish Pharmacies in the end of January 2024. The questionnaire consisted of multiple-choice questions and open-ended questions. The questionnaire was primarily to be filled by the pharmacy owner, secondarily by a pharmacist (M. Sc.) or by the medication safety pharmacist.

Results:

In total 17 responses (n=17/36, response rate 47) were received from 7 of the 10 municipalities located in the LUVN area. All pharmacies had a named medication safety coordinator. The respondents answered that the collaboration between pharmacies and LUVN was not at all adequate (n=7/17) or not adequate enough (n=10/17). Only 6 of the 17 respondents knew who in LUVN is responsible for the collaboration. Of the respondents 9/17 had some form of collaboration with LUVN, most often relating to home health care services (n=6/17) or automated unit dose dispensing (n=6/17). Of the respondents 16/17 indicated that collaboration with LUVN had deteriorated and one that it had remained unaltered after the health care reform. To develop collaboration the pharmacies hoped for joint meetings (n=6) and improvement of communication (n=12). The pharmacies would be willing to offer services for the wellbeing service county: most commonly (14/17 of respondents) diabetes support service or medication review services. Except for one, all pharmacies wished for LUVN to have a medication safety coordinator to coordinate the collaboration between pharmacies and LUVN.

Conclusion

The collaboration between LUVN and the pharmacies is sparse. The pharmacies are interested in providing services for the wellbeing service county and taking part in

collaborative meetings. Pharmacies have appointed medication safety coordinators who could initiate the collaboration. The collaboration could support medication safety and continuous healthcare paths for patients. More research is needed about the factors preventing and promoting collaboration and possible bureaucratic barriers.

Keywords: Wellbeing service county, pharmacy, questionnaire study, collaboration, medication safety, service models, clinical pathway

Sidonnaisuudet

Emilia Peltonen ja Saija Leikola ei sidonnaisuuksia. Kirsi Aronpuro: ESCP kongressiin osallistuminen ja asiantuntijapalkkio Pfizer, luentopalkkiot Tamro ja Nutricia.

Viitteet

1. Terveydenhuoltolaki (2022/581), Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö
2. Rationaalinen lääkehoito [Internet] 2018 (viitattu 9.3.2024). Saatavissa: <https://stm.fi/rationaalinen-laakehoito>
3. Rajaniemi, Selvityshenkilön raportti. Lääkehoidon ohjauksen kehittäminen 31.12.2022. [Internet] 2022 (viitattu 9.3.2024). Saatavissa: https://stm.fi/documents/1271139/2013549/Selvitys+SR+15.1.23_final.pdf/000f9c8b-159b-5c32-5874-4c204a9c610f/Selvitys+SR+15.1.23_final.pdf?t=1675761745353
4. Männikkö M, Martikka N. Tuloksellisuustarkastuskertomus. Paljon palveluja tarvitsevat ja käyttävät asiakkaat perusterveydenhuollossa. Valtiontalouden tarkastusviraston tarkastuskertomukset, Helsinki [Internet] 2017 (viitattu 9.3.2024). Saatavissa: <https://www.vtv.fi/app/uploads/2018/05/22105012/paljon-palveluja-tarvitsevat.pdf>
5. Sosiaali- ja terveysministeriö. Näkökulmia lääkehoitoon ja lääkkeiden jakeluun liittyvistä muutostarpeista, Helsinki: Virkamiesmuistio, 5 [Internet] 2019 (viitattu 9.3.2024). Saatavissa: <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-4027-7>
6. Valtioneuvoston julkaisuja: Vahva ja välittävä Suomi: Pääministeri Petteri Orpon hallituksen ohjelma [Internet] 2023 (viitattu 9.3.2024). Saatavissa: <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-383-763-8>
7. Sosiaali- ja terveysministeriö. Valtakunnalliset tavoitteet sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämiselle, Helsinki: Valtioneuvoston julkaisuarkisto Valto. [Internet] 2024 (viitattu 9.3.2024). Saatavissa: https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/165405/STM_2023_2_J.pdf?sequence=1&isAllowed=y
8. Sosiaali- ja terveysministeriö: Hankkeet ja säädösvalmistelu, lääkeasioiden uudistus [Internet] 2023 (viitattu 9.3.2023). Saatavissa: Lääkeasioiden uudistus - Sosiaali- ja terveysministeriö (stm.fi)
9. Sosiaali- ja terveysministeriö. Sosiaali- ja terveysministeriö Apteekkijärjestelmän kehittäminen: Nykytilan arviointi ja ehdotuksia jatkotoimenpiteiksi. [Internet] 2023 (viitattu 9.3.2024). Saatavissa: <https://urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-5668-1>
10. Lääkelaki (1987/395) Helsinki: Oikeusministeriö
11. Cameron A, Lart R, Bostock L, Coomber C. Factors that promote and hinder joint and integrated working between health and social care services: a review of research literature. Wiley Online Library, 2013. <https://doi.org/10.1111/hsc.12057>
12. Laulainen S, Taskinen H, Rajaniemi J, Rappe E, Topo P, Rissanen S: Kumppanuudella kuntoon – kuntien ja järjestöjen yhteistyö iäkkäiden terveyden edistämisessä. Julkaisu 9. Helsinki: KAKS – Kunnallisalan kehittämissäätiön, 2017.
13. Mäkinen E, Koskenkorva T, Holmström AR, Airaksinen M, Kuusisto M, Kyllönen H, ym. Promoting outpatient medication safety in Finland: A mid-term review of a national medication safety programme for community pharmacies (2021–2026). Health Policy 2025;155 <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2025.105285>
14. Kohn L, Corrigan J, Donaldson M. To err is human – building a safer health system. Institute of Medicine (IOM). Washington DC: National Academy Press 2000. <https://doi.org/10.17226/9728>
15. Fimea: Määräys Lääkkeiden toimittaminen (2/2016). [Internet] 2016 (viitattu 20.4.2025). Saatavissa: <https://www.finlex.fi/fi/viranomaiset/maarayskokoelmat/fimea/2016/42909?language=fin&highlightId=602289&highlightParams=%7B%22type%22%3A%22BASIC%22%2C%22search%22%3A%22%C3%A4%C3%A4kkeiden+toimittaminen%22%7D>
16. Valo, tutkimusstrategia [Internet] 2021 (viitattu 9.3.2024). Saatavissa: <https://valo.apteekki.fi/tietoa-ohjelmasta/>
17. Laki lääketieteellisestä tutkimuksesta 488/1999, Helsinki: Oikeusministeriö
18. Tutkimuseettisen neuvottelukunnan julkaisuja (3:2019). Ihmiseen kohdistuvan tutkimuksen eettiset periaatteet ja ihmistieteiden eettinen ennakoarviointi Suomessa. Helsinki: Tutkimuseettinen neuvottelukunta
19. Tietosuojalaki (2018/1050) Helsinki: Oikeusministeriö
20. Rathbone AP, Mansoor SM, Krass I, Hamrosi K, Aslani P. Qualitative study to conceptualise a model of interprofessional collaboration between pharmacists and general practitioners to support patients' adherence to medication. Australia: BMJ Open. 2016 ;16;6(3):e010488. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2015-010488>

21. Auvinen KJ, Räisänen J, Voutilainen A, Jyrkkä J, Mäntyselkä P, Lönnroos E. Interprofessional Medication Assessment has Effects on the Quality of Medication Among Home Care Patients: Randomized Controlled Intervention Study. *J Am Med Dir Assoc.* 2021;22(1):74–81.

<https://doi.org/10.1016/j.jamda.2020.07.007>

22. Okoro RN. Biosimilar medicines uptake: The role of the clinical pharmacist. *Explor Res Clin Soc Pharm.* 2021; 7;1:100008.

<https://doi.org/10.1016/j.rcsop.2021.100008>

23. Khaira M, Mathers A, Benny Gerard N, Dolovich L. The Evolving Role and Impact of Integrating Pharmacists into Primary Care Teams: Experience from Ontario Pharmacy. *Kanada.* 2020; 8(4):234.

<https://doi.org/10.3390/pharmacy8040234>

24. Kuluski K, Ho JW, Hans PK, Nelson M. Community Care for People with Complex Care Needs: Bridging the Gap between Health and Social Care. *Int J Integr Care.* 2017; 21;17(4):2.

<https://doi.org/10.5334/ijic.2944>

25. Vehko T, Jolanki O, Aalto AM, Sinervo T. How do health care workers manage a patient with multiple care needs from both health and social care services? – A vignette study. *Int J Care Coord.* 2018;21(1–2):5–14.

<https://doi.org/10.1177/2053434517744070>

26. Sihvo S. Utilization and appropriateness of self-medication in Finland. *Stakes, Research Report 111.* Helsinki: University of Helsinki [Internet] 2000 (viitattu 9.3.2024). Saatavissa:

https://web.archive.org/web/20201213062422id_/https://publikationsserver.tu-braunschweig.de/servlets/MCRFileNodeServlet/dbbs_derivate_00005366/Sihvo_Sinikka.pdf

27. Westerlund T, Andersson IL, Marklund B. The quality of self-care counselling by pharmacy practitioners, supported by IT-based clinical guidelines. *Pharm World Sci.* 2007;29(2):67–72.

<https://doi.org/10.1007/s11096-006-9073-z>

28. Simoens S, Lobeau M, Verbeke K, Aerschot A. Patient experiences of over-the-counter medicine purchases in Flemish community pharmacies. *Ruotsi: Pharm World Sci* 2009;31:450–57.

<https://doi.org/10.1007/s11096-009-9293-0>

29. Ahlfors M, Laaksonen R, Airaksinen M. Mitä apteekkien palveluiden taloudellisesta vaikuttavuudesta tiedetään? Katsaus viimeaikaiseen kirjallisuuteen. *Helda University of Helsinki institutional repository* [Internet] 2022 (viitattu 9.3.2024). Saatavissa:

<http://hdl.handle.net/10138/345940>

30. Pohjanoksa–Mäntylä M, Turunen J. Kyselytutkimus. Kirjassa: Yhteiskunnallinen lääketutkimus – ideasta näyttöön. s. 90–95. Toim. Hämeen–Anttila K ja Katajavuori N, Helsinki: Helsingin yliopisto, 2021.

<https://doi.org/10.31885/9789515150417>

Liite 1. Kyselylomakkeen kysymykset listattuna (ilman vastausvaihtoehtoja)

Kysymykset n=30

1. Suostumus vastausten käyttöön tutkimustarkoituksessa

Perustiedot (n=9)

2. Missä kunnassa apteekkinne sijaitsee?
3. Vastaajan rooli apteekissa
4. Onko apteekissanne nimetty lääkitysturvallisuusvastaavaa?
5. Olen apteekin lääkitysturvallisuusvastaava
6. Apteekkinne reseptuuri
7. Henkilökunnan määrä: Farmaseutit
8. Henkilökunnan määrä: Proviisorit
9. Tiedättekö kuka vastaa apteekkinne osalta yhteistyöhön liittyvistä asioista LUVNin kanssa?

LUVNin eri organisaatiotasojen ja apteekkien välisten palveluiden yhteistyön nykytilanne (n=14)

10. Koetteko että LUVNin ja apteekkien välillä on tällä hetkellä riittävästi yhteistyötä?
11. Järjestetäänkö apteekin ja LUVNin välillä yhteistyötapaamisia seuraavista aihealueista?
12. Käsitelläänkö lääkitysturvallisuuspoikkeamailmoituksia (esim. HaiPro) ja niiden jatko-toimenpiteitä LUVNin kanssa?
13. Jos vastasit edelliseen kohtaan ”Kyllä”, voit tarkentaa tähän miten jatkotoimenpiteet ovat organisoitu.
14. Minkä hyvinvointialueen tahon kanssa teette yhteistyötä ja kuinka usein?
15. Onko yhteistyön sosiaali- ja terveydenhuollon kanssa muttunut LUVNin hyvinvointialueen aloitettua?
16. Miten yhteistyön sosiaali- ja terveydenhuollon kanssa on muuttunut hyvinvointialueen aloitettua?
17. Onko LUVN ilmoittanut tahoja/yhteistyöhenkilöä, jonka kanssa apteekki voi keskustella esimerkiksi lääkitysturvallisuuteen, palveluihin, vastuisiin tai muuhun yhteistyöhön liittyvistä asioista?
18. Jos vastasit edelliseen kohtaan ”Kyllä”, keitä nämä yhteyshenkilöt ovat?
19. Miten olette yhteydessä LUVNin yksiköihin akuuteissa/päivittäisissä lääkitysturvallisuuteen liittyvissä kysymyksissä?
20. Mitä palveluita apteekkinne tarjoaa tai olisi tulevaisuudessa kiinnostunut tarjoamaan?
21. Olisiko mielestänne hyödyllistä, jos muun terveydenhuollon tietoisuutta apteekkien palveluista lisättäisiin?
22. Löytyykö teiltä alueen muiden apteekkien kesken omaa verkostoa, jossa voitte keskustella esimerkiksi apteekkienne toimintamalleista ja käytännöistä?
23. Mitä jatkotoimenpiteitä (esim. Yhteydenotto lääkäriin) vaativia lääkehoidon riskitekijöitä huomaatte apteekissa eniten toimittaessanne reseptejä?

Tulevaisuuden yhteistyön toiveet ja mahdollisuudet (n=7)

24. Missä asioissa olisi tarvetta parantaa yhteistyötä LUVNin kanssa?
25. Tulisiko mielestäsi hyvinvointialueella olla nimetty yhteyshenkilö, joka koordinoisi yhteistyötä Länsi-Uudenmaan alueen apteekkien ja hyvinvointialueen välillä? (esim. Lääkitysturvallisuuskoordinaattori)
26. Millaista yhteistyötä toivoisit LUVNin lääkitysturvallisuuskoordinaattorin tekevän apteekkien kanssa?
27. Kuinka kiinnostuneita olisitte osallistumaan LUVNin järjestämiin yhteisiin palaverihin eri toimijoiden kesken?
28. Mitä haluaisitte LUVNin tarjoavan apteekkeille asiakaspalvelun tueksi?
29. Miten tärkeänä pitäisitte apteekissa tapahtuvan lääkitysturvallisuuden edistämisen kannalta seuraavia?
30. Missä haluaisitte nähdä parannusta lääkehoidon kokonaiskuvan näkökulmasta?