

Projektista prosessiksi

Rationaalinen lääkehoito-ohjelma ROHTO 1998–2001

Arja Helin-Salmivaara ja Sirpa Sairanen

RAPORTTI ROHTO-OHJELMAN ETENEMISESTÄ

Kuvat: Arja Helin-Salmivaara (ellei toisin mainita)

ISBN: 951-98029-7-5

Taitto: AT-Julkaisutoimisto Oy

Paino: Kirjapaino Keili Oy, Vantaa 2001

Sisällysluettelo

LUKIJALLE	5
TIIVISTELMÄ	6
SAMMANDRAG	8
ABSTRACT	10
ROHTO-HANKKEEN TAUSTAA	12
TAVOITTEET	18
TOIMINNAN ORGANISOITI	20
ULKOINEN ARVIOINTI	24
VARSINAINEN TOIMINTA	25
Tiedottaminen	25
ROHTO-kyselyt	25
Ammattilehdet	27
Muut julkaisut	30
Sidosryhmätiedotus	30
Kotisivut	31
Alueellisten yhdysenkilöiden valmennus	31
Alueellinen toiminta	36
Kokemusten jakaminen ja yhteydenpito	40
Koulutusmateriaali	41
ROHTO-pajat	42
Johtopäätöksiä pajoista	45
Osallistuminen muihin koulutustapahtumiin	48
Yhteistyö muiden terveydenhuollon ammattilaisten kanssa	50
Sairaaloiden peruslääkevalikoimien merkitys	52
Käypä hoito -yhteistyö	53
Suositusten terveystaloustieteellinen tarkastelu	53
Suositusten käytäntöön saattaminen	54

Tietoteknologisten hankkeiden tuki	54
Rationaalinen lääkehoito perusopetuksessa	55
SAMANSUUNTAISET TUTKIMUS- TAI KEHITTÄMISHANKKEET SUOMESSA	56
PROJEKTISTA PROSESSIKSI: JATKON SUUNNITTELUA	57
LOPUKSI	61
Koulutustoiminnasta	62
Vuorovaikutusta ja verkostoitumista	63
Voimavarat	63
LIITTEET	65
KIRJALLISUUTTA	74

Lukijalle

ROHTO-hanke on ollut poikkeuksellisen mielenkiintoinen oppimiskokemus. Lääkärikunta sekä muut terveydenhuollon ammattilaiset ja viranomaiset ovat projektivuosina toimineet saumattomassa yhteistyössä pyrkien samaan päämäärään yhteisesti sovittujen tavoitteiden ja toimintamuotojen avulla. Kertyneet kokemukset ovat luonnollisesti sidoksissa tapahtumahetken puitteisiin, ihmisiin, aikaan ja paikkaan. Uskomme silti, että nyt käsillä oleva yritys kirjata ROHTO-hankkeen aikana kertyneitä kokemuksia raportiksi, ja jopa hieman analysoida tapahtunutta, auttaa toiminnan kokonaisuuden hahmottamisessa ja voi olla avuksi muiden vastaavanlaisten hankkeiden toteutuksessa.

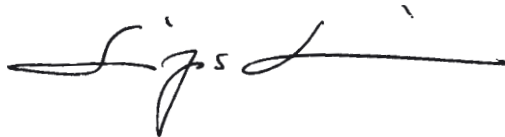
Tässä raportissa on niukasti numeerista tietoa – ja ei ollenkaan kontrolloituja tutkimusasetelmia. Raportti ei myöskään ole yksityiskohtainen päiväkirja kuluneesta kolmesta ja puolesta vuodesta. Sen sijaan olemme halunnet kuvata keskeisiä tapahtumia eli mitä on tehty, miksi ja miten. Eriksen julkaistava ulkopuolisen tutkimusryhmän laatima arviointiraportti antaa puolestaan vastauksia siihen, miten toiminnoissa on onnistuttu.

Koska kysymyksessä on seitsemän eri organisaation yhteishanke, on tavoitteista ja toimintamalleista luonnollisesti keskusteltu perusteellisesti. Yhteisymmärrys päämääristä on kuitenkin ollut kantavana voimana kaikilla hallinnollisilla tasoilla sekä käytännön toimijoiden keskuudessa. Yhteistyöllä pääsimme tuloksiin, joihin mikään organisaatio ei olisi yltänyt yksin.

Lokakuussa 2001



Arja Helin-Salmivaara
projektipäällikkö, LL



Sirpa Sairanen
projektilääkäri, LL

Tiivistelmä

Kaksi peräkkäistä lääkekustannuksia ja -korvauksia pohtinutta työryhmää ehdotti 1990-luvulla lääkäreille suunnattua, rationaaliseen lääkehoitoon tähtäävää koulutusohjelmaa. Sosiaali- ja terveysministeriön aloitteesta käynnistettiin vuonna 1998 kolmivuotinen ohjelma, jonka taustavoimina ovat toimineet ministeriön lisäksi Kela, Lääkelaitos, opetusministeriö, Suomalainen Lääkäriseura Duodecim, Suomen Kuntaliitto ja Suomen Lääkäri-liitto.

Ohjelman päämääränä on ollut kehittää lääkehoitoa sen hyödyllisyyttä ja kokonaistaloudellisuutta osoittavan tiedon mukaiseksi. Tavoitteena on ollut kannustaa lääkäreitä arvioimaan hoitokäytäntöjään sekä tarvittaessa muuttamaan niitä hoidon tehon, turvallisuuden ja taloudellisuuden kannalta optimaalisemmaksi. Tavoitteisiin pääsemiseksi on toimittu yhtäaikaisesti eri sektoreilla ja kokeiltu eri tapoja. Samalla on koottu kokemusta siitä, millaiset aktiviteetit ovat toimivia ja mihin kannattaa panostaa projektivaiheen jälkeen. Toiminta on kohdistunut pääasiassa perusterveydenhuollon lääkäreihin ja se on ollut tuloksekkainta varsinaisilla ydinalueilla eli koulutuksen ja tiedotuksen parissa. Työtä on tehty 1–2 projektilääkärin ja noin 10 eri paikkakunnilla toimineen osa-aikaisen kouluttajalääkärin voimin. Hankkeen toimisto on sijainnut Lääkäriseura Duodecimin tiloissa.

Järkevän lääkehoidon teemojen säännöllinen käsittely ammattilehdissä, erityisesti Suomen Lääkärilehden Lääkeinfo-palstalla, on ollut valtakunnallisesti näkyvintä toimintaa. Joitakin keskeisiä teemoja on käsitelty myös joukkoviestimissä aina pääkirjoitussivuja myöten. Sen lisäksi paikalliset ROHTO-ryhmät, alueelliset ROHTO-pajat ja muut koulutustilaisuudet ovat pitäneet ohjelman keskeisiä tavoitteita esillä. Yksisuuntaisen, farmakologiaan painottuvan tiedotuksen sijasta on sovellettu tehokkaiksi osoitettuja aikuiskoulutuksen menetelmiä. Hankkeeseen on luotu ohjaajalääkärien verkosto, jota on laajennettu vähitellen. Toiminta on pyritty viemään lähelle käytännön toimipisteitä. Tietotuotantoa hoitokäytännöistä on sävytetty

siten, että kohderyhmät ovat saaneet käyttöönsä omaa aluettaan koskevia tietoja.

Koulutuksen ja tiedotuksen lisäksi paneuduttiin myös muihin järkevään lääkehoitoon vaikuttaviin seikkoihin. Sairaaloiden peruslääkevalikoimien merkitystä avohoidon lääkkeiden kulutukseen tutkittiin Kuopion yliopistossa. Tutkimuksen mukaan yhteys ei ole suoraviivainen, ja käyttövalikoiden laajetessa sairaaloiden ohjaava vaikutus on ilmeisesti vähenemässä. Rationaalisen lääkehoidon periaatteiden toteutuminen perusopetuksessa nostettiin tarkasteltavaksi Lääkärilehdessä julkaistussa kirjoitussarjassa. Koemielessä arvioitiin eturauhasen hyvänlaatuisen liikakasvun Käypä hoito -suositusta terveystaloustieteellisestä näkökulmasta. Samalla saatiin käsitys suosituksen mukaisen toiminnan kustannusvaikuttavuudesta sekä kokemusta arviointityön vaativuudesta. ROHTO on myös tukenut Duodecimin piirissä tehdyn työasemaohjelman ja siihen liittyvän reseptikirjoitusohjelman kehittämistä.

Ohjelman tavoitteet ovat olleet laajasti hyväksytyjä ja siitä muodostunut mielikuva on myönteinen. Vahvuutena on ollut laajapohjaisuus ja verkostoituminen moniin olemassa oleviin toimintoihin. Puolueettoman lääketiedon kokoamiseen, tiivistämiseen sekä tiedon käytäntöön viemiseen on olemassa tarve. Lääkkeiden määräämistä ja kulutusta kuvaavia tietojärjestelmiä tulee kehittää siten, että tietoa voitaisiin hyödyntää nykyistä useammin osana oman työn kriittistä arviointia. Terveystalouksessa käynnissä oleva muutos voi tarjota mahdollisuuden liittää lääkehoidon koulutus luontevaksi osaksi lääkärin systemaattista jatko- ja täydennyskoulutusta.

Sammandrag

TVå arbetsgrupper som haft i uppgift att utreda kostnader och ersättningar för läkemedel förslog på 1990-talet att man skulle rikta sig till läkare med ett utbildningsprogram som fokuserar på rationell användning av läkemedel. På social- och hälsovårdsministeriets initiativ startade 1998 ett treårigt program, som FPA, Läkemedelsverket, undervisningsministeriet, Finska Läkarsällskapet Duodecim, Finlands Kommunförbund och Finlands Läkareförbund stod bakom.

Syftet med programmet har varit att utveckla användningen av läkemedel i enlighet med den kunskap som finns om deras nytta och kostnadseffektivitet. Ett mål har varit att uppmuntra läkare att utvärdera sin praxis på detta område och vid behov optimera den med tanke på effekt, säkerhet och ekonomi. För att uppnå målen har man samtidigt arbetat i flera sektorer och prövat olika metoder. Under arbetets gång har man samlat erfarenhet om hurdana aktiviteter som fungerar väl och som det lönar sig att satsa på efter själva projektet.

Verksamheten har huvudsakligen riktat sig till primärvårdsläkarna och resultaten har varit bäst på kärnområdena; utbildning och information. Arbetet har utförts av en till två projektläkare och av deltidsanställda läkare som lett grupperna på ca tio orter. Projektkansliet har funnits i Duodecims utbildningskansli i Helsingfors.

Den del av verksamheten som varit synligast nationellt har varit de regelbundna inläggen om rationell läkemedelsanvändning som förekommit i fackpressen, särskilt i Lääkeinfo-kolumnen i Finlands Läkartidning. Vissa viktiga teman har också behandlats i massmedia, till och med på ledarplats. Dessutom har de lokala ROHTO-grupperna, de regionala ROHTO-workshoparna och andra kurser upprepade gånger lyft fram de grundläggande målen i programmet. I stället för unilaterala informationer som betonar farmakologi har man tillämpat effektiva metoder från vuxenpedagogiken. I projektet har det skapats ett nätverk av läkare med handledarkom-

petens, som vartefter utvidgats. Verksamheten har man försökt ordna i anslutning till arbetsplatserna.

Vid sidan av utbildning och information har man satt sig in i andra faktorer som påverkar en rationell läkemedelsanvändning. Vid universitetet i Kuopio undersöktes hur sjukhusens läkemedelsurval påverkar konsumtionen av läkemedel i öppenvården. Det visade sig att sambandet inte är entydigt och den styrande effekt som sjukhusens har verkar minska när läkemedelsurvalet blir större. Vidare har man i en artikelserie i Finlands Läkartidning granskat hur principerna för en rationell användning av läkemedel tillämpas i läkarutbildningen. På försök har man gjort en hälsoekonomisk utvärdering av den nationella guidelinen (Käypä hoito) för benign prostatahyperplasi. Under det arbetet fick man också en uppfattning om hur kostnadseffektiv guidelinen skulle vara i praktiken och erfarenhet av hur krävande en sådan utvärdering är. ROHTO har också på nära håll följt med utvecklingen av det dataprogram för mottagningsarbete med tillhörande modul för receptskrivning som Duodecim arbetar med.

Programmet har upplevts positivt och målen har haft ett brett stöd. Styrkan har legat i dess bredbasighet och i kopplingen till redan fungerande verksamheter.

I framtiden det finns ett behov av att samla och komprimera opartisk läkemedelsinformation och sedan föra den vidare till praxis. Datasystem som samlar information om ordination och konsumtion av läkemedel borde utvecklas så att den enskilda läkaren i allt högre grad kunde dra nytta av sådana data när han kritiskt utvärderar det egna arbetet. Därtill kunde de pågående förändringsprocesserna i vården erbjuda en möjlighet att på ett naturligt sätt infoga utbildning om behandling med läkemedel i läkarnas fortbildningsprogram.

Abstract

In the 1990s, two consecutive working groups were set up to discuss the costs and reimbursements of medicines. One of their conclusions was to set up a training programme on rational prescribing. In 1998, the Ministry of Social Affairs and Health initiated a three-year training programme, which has been supported by the Social Insurance Institution, the National Agency for Medicines, the Ministry of Education, the Finnish Medical Society Duodecim, the Association of Finnish Local and Regional Authorities and the Finnish Medical Association.

The aim of this ROHTO programme has been to encourage doctors to evaluate their own treatment practices and, where necessary, to alter these in order to optimise the efficacy, safety and economics of the treatment they prescribe. The work has been far-reaching, involving various sectors and several different strategies. At the same time, experience has been gained regarding both the efficacy of various activities and areas for focus after the pilot stage of 1998-2001. The programme has particularly targeted primary health care doctors and has been most successful in its core areas, i.e. in education and information. Two project physicians and ten part-time local facilitators have been employed by ROHTO and the office is situated in the Finnish Medical Society Duodecim.

Issues dealing with rational prescribing have been discussed on a regular basis in medical journals, particularly in the column "Medicine Information" in the Finnish Medical Journal. Local ROHTO groups, ROHTO workshops and other training sessions have continuously brought the topics into the public limelight. Instead of one-way information, based heavily on pharmacological data, ROHTO has introduced and used effective adult education models and established a network of doctors acting as facilitators. The aim has been to take the training to the local setting. Statistical data on treatment practices have been made available.

In addition to education and information, a few issues dealing with rational prescribing were explored. A master's thesis at the Department of Social Pharmacy at Kuopio University studied the influence of core hospital drugs on the consumption of medicines in the community. This study showed that the link is not straightforward. It appears that as the range of drugs available in hospitals becomes wider, the influence of hospitals on community drug treatments declines. A series of articles published in the Finnish Medical Journal looked at the possibility of applying the principles of rational prescribing to doctors' undergraduate education. As an experiment, the Current Care guideline on treatment of benign prostatic hyper trophy was analysed from the health economics point of view. The exercise also gave an idea of the cost effectiveness of drug treatment carried out in accordance with the guideline, as well as of the resources needed for such analysis. ROHTO has also supported and closely followed the development of workstation software and associated prescription software made in Duodecim.

The aims and the goal have been widely accepted and the programme itself has a positive image. One of its strengths has been its broadly-based background and the networking with many already established activities. In the future it will be important to collect and summarise unbiased information of medicines and put the acquired knowledge into practice. The national prescribing database and drug utilisation statistics should be better utilised to assist in critical analysis in the doctor's own practices. The health care service is undergoing change, which could offer potential to introduce staff training on drug treatments as a natural part of doctors' continuing education and professional development.

ROHTO-hankkeen taustaa

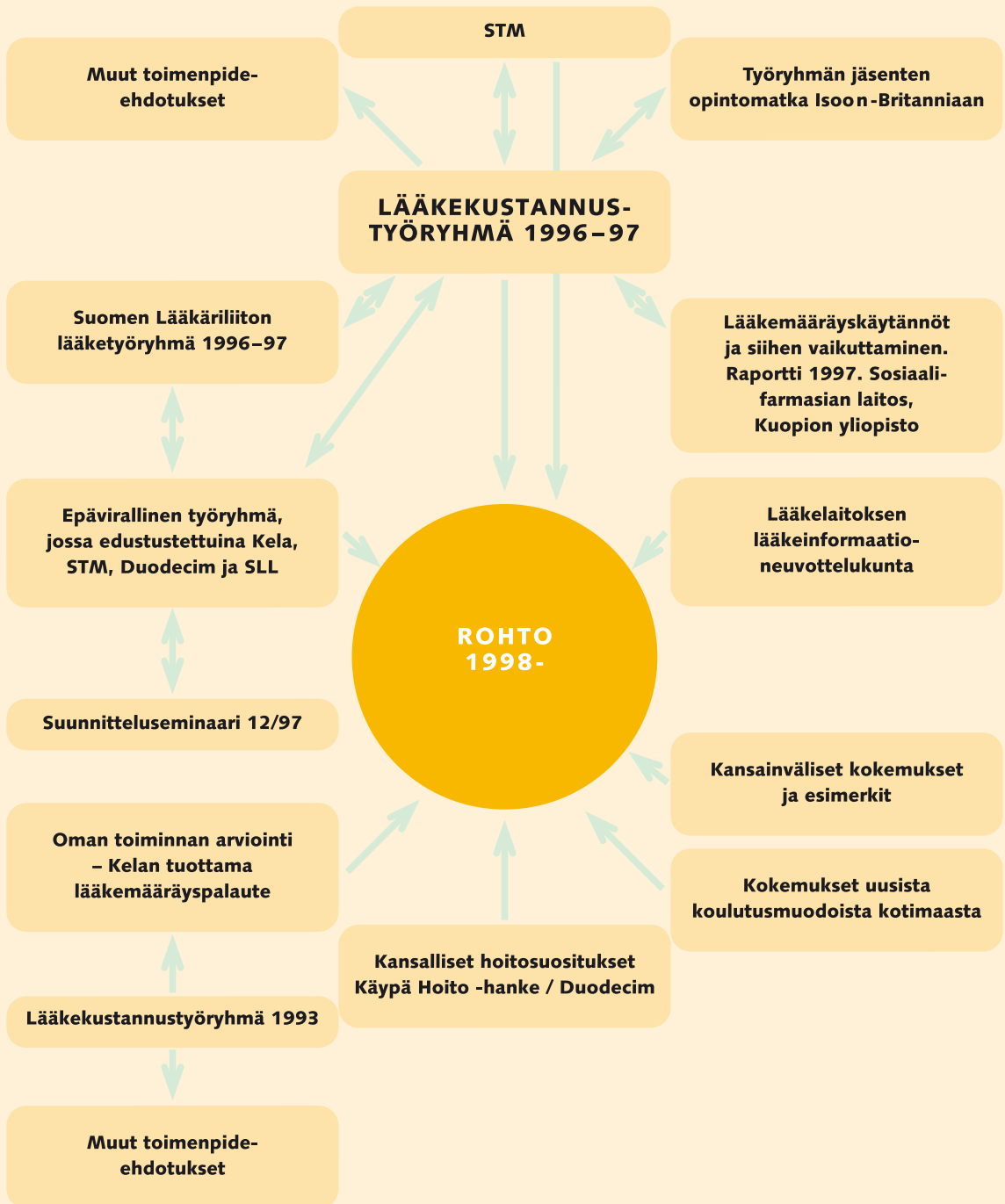
Terveydenhuollon teknologioiden järkevä käyttö on hyvän hoidon edellytys. Hoitovalinnoissa tulee ottaa huomioon sekä suorat terveydelliset vaikutukset että valintojen vaikutukset muiden terveystalouden käyttöön ja lisäksi vaikutukset hoidolla saataviin terveydellisiin ja taloudellisiin tuloksiin sekä potilaan elämänlaatuun. Lääkehoito on yksi keskeisimmistä hoitoteknologioista, siihen kului Suomessa 1990-luvun lopulla jo noin 15 % terveydenhuollon kokonaiskustannuksista. Kustannusten on ennustettu lähivuosina kasvavan, koska uudet ja kalliimmat lääkkeet syrjäyttävät aiemmin markkinoilla olleita ja lääkehoito valtaa uusia käyttöalueita. Myös väestön ikääntyminen lisää lääkehoidon tarvetta. Lääkekustannuksia ei kuitenkaan voida tarkastella irrallaan muista terveydenhuollon kuluista, eikä lääkehoitoa voi irrottaa muusta hoidon kokonaisuudesta. Käyttämällä lääkkeitä järkevästi voidaan kuitenkin tehostaa voimavarojen riittävyyttä myös uusille terveydenhuollossa ilmeneville tarpeille ja hoidoille.

Vuonna 1993 työskennellyt sosiaali- ja terveysministeriön nimittämä lääkekorvaustyöryhmä ehdotti muistiossaan lääkehoidon tehokkuuden lisäämistä mm. seuraavin toimenpitein (1):

- annetaan palautetta lääkäreiden lääkemääräyskäytännöistä
- saatetaan lääkärien tietoon lääkkeiden ajantasaiset hinnat ja lääkehoidojen kustannukset
- tehostetaan valmistajasta riippumatonta lääkeinformaatiota
- toteutetaan paikallisia kokeilutoimia lääkehoidon järkevöittämiseksi

Vuonna 1997 Kansaneläkelaitos ryhtyikin antamaan lääkäreille henkilökohtaista palautetta määrätystä lääkkeistä ja niiden kustannuksista. Palaute sai hyvän vastaanoton ja sitä on sen jälkeen kehitetty jatkuvasti sekä postitettu lääkäreille vuosittain. Vuonna 1998 liitettiin Lääkäriin

ROHTO-HANKKEEN TAUSTAVAIKUTTAJAT



CD:lle Apteekkariliiton kokoama ja Kelan välittämä lääkehintojen tietokanta. Myös monet muut työryhmän toimenpide-ehdotukset etenivät.

Lääkelaitoksen lääkeinformaationeuvottelukunnassa keskusteltiin vuodesta 1996 lääkehoidon järkevöittämisestä ja tuottajasta riippumattomasta lääkeinformaatiosta. Epävirallisia keskusteluja asiasta käytiin myös sosi-aali- ja terveysministeriön ja Kansaneläkelaitoksen kesken.

Myös monissa Euroopan maissa on 1990-luvulla ryhdytty toimiin järkevemmän lääkehoidon toteuttamiseksi. Ruotsissa lääkevalintoja pyritään ohjaamaan alueellisten lääkeneuvottelukuntien laatimien peruslääkelistojen avulla. Sen lisäksi muutamilla alueilla on kokeiltu lääkehoidon ohjaajien ja kouluttajien toimintaa, jonka tehtävänä oli järjestää paikallisia koulutus- ja tiedotustilaisuuksia sekä antaa lääkäreille ja muulle terveydenhuollon henkilöstölle henkilökohtaista palautetta lääkemääräyskäytännöistä (2). Vuonna 1994 perustettiin Ruotsin valtion omistaman apteekkilaitoksen tuella säätiö NEPI (Nätverk för läkemedelsepidemiologi) edistämään terveydellisesti ja taloudellisesti järkevää lääkkeiden käyttöä (3). Säätiön toiminnan painopisteet ovat tieteellinen tutkimus, koulutus ja tiedottaminen.

Tanskassa terveydenhuollon järjestämisvastuu on maakunnilla. 1990-luvun alkupuolelta lähtien ainakin Kööpenhaminan ja Storströmin maakuntien alueilla on panostettu perusterveydenhuollon lääkäreiden koulutukseen pienryhmissä ja henkilökohtaiseen lääkemääräyspalautteeseen (4). Alueen yleislääkärit ovat vastanneet strategioiden toteuttamisesta yhteistyössä viranomaisten kanssa. Kuitenkin vasta vuonna 1999 Tanskaan perustettiin valtakunnallinen Rationaalisen lääkehoidon instituutti, jonka tavoitteena on rationaalisen lääkehoidon tukeminen tiedotuksen ja koulutuksen avulla (5).

Hollannissa yleislääkärien ja apteekkien ammattilaisten kesken on ollut epävirallista paikallista koulutusyhteistyötä jo 1980-luvulta lähtien. Sittemmin vakuutusyhtiöt ovat ryhtyneet edellyttämään lääkäreiltä osallistumista vertaisryhmien toimintaan. Ryhmien painopiste on koulutuksen lisäksi vertaisarvioinnissa, jossa hyödynnetään apteekkien kokoamaa lääkemääräystietoa (6).

Systemaattista ja kattavaa järkevään lääkehoitoon tähtäävää toimintaa on ollut Englannissa ja Walesissa 1990-luvun alkuvuosista. Lääkärit ja farmaseuttisen koulutuksen saaneet asiantuntijat toimivat alueellisten terveydenhuollon yksiköiden osana ja tukevat niin avohoidon kuin sairaaloidenkin lääkehoidon laadun kehittämistä. Lääkemääräyspalautteen ja koulutuksen lisäksi siellä on panostettu alueellisiin hoitosuosituksiin. Valtakun-

nallisella tasolla on toiminut ja toimii edelleen useita lääkkeiden arviointiin keskittyneitä organisaatioita, jotka laativat myös suosituksia alueellisten viranomaisten ja terveydenhuollon ammattilaisten käyttöön.

Keväällä 1997 muistionsa jättänyt lääkekustannustyöryhmä pohti myös lääkkeenmääräämiskäytäntöön vaikuttavia toimia. Työryhmän jäsenet tekivät opintomatkan Englantiin ja Walesiin tutustuakseen rationaalista lääkehoitoa tukeviin toimiin. Lääkkeen määräämiseen vaikuttavista keinoista tilattiin raportti Kuopion yliopiston sosiaalifarmasian laitokselta (7). Epävirallinen työryhmä valmisteli lääkkeenmääräämistä koskevaa osuutta lääkekustannustyöryhmän raporttiin. Työryhmässä oli edustus Kansaneläkelaitoksesta, sosiaali- ja terveysministeriöstä, Suomalainen Lääkäriseura Duodecimista ja Suomen Lääkäriliitosta.

Vuoden 1997 lääkekustannustyöryhmän muistiossa todettiin, että lääkkeiden määräämiskäytännön kehittäminen järkevämmäksi vaatii useita erityyppisiä, huolellisesti valmisteltuja toimia ja seurantaa (8). Se ehdotti laajajohjaista, kolmivuotista, sosiaali- ja terveysministeriön vetämää hanketta, jonka strategioiden tulisi olla informatiivisia ja kannustavia. Kustannustyöryhmän ehdotus tiivistetysti esitettynä oli seuraavanlainen:

- Hanketta johtaa taustaorganisaatioiden edustajista koottu johtoryhmä, jonka alainen asiantuntijaryhmä suunnittelee toimet, järjestää seurannan ja arvioinnin sekä vastaa työstä. Hankkeen toteutukseen palkataan määräaikainen projektivastaava, joka toimii jossain jo olemassa olevassa organisaatiossa.
- Asiantuntijaryhmä ja projektivastaava nostavat esiin ajankohtaisia lääkehoitoon liittyviä ongelmia sekä hakevat niihin ratkaisumalleja ja suosituksia.
- Sairaanhoidopiireissä toimivat osa-aikaiset lääketieteelliset asiantuntijat tukevat eri terveydenhuollon yksiköissä tehtävää oman toiminnan arviointia, joka koskee lääkehoitoa.
- Sairaanhoidopiireissä luodaan valtakunnallisten hoitosuosittelujen perusteella alueellisia hoito-ohjelmia järkevän lääkehoidon edistämiseksi. Asiantuntijaryhmä ja aluevastaavat tukevat hoito-ohjelmien tekemistä. Kela osallistuu ohjelmien suunnitteluun ja seurantaan tarjoamalla tietoa alueen lääkehoidosta.
- Hankkeen etenemisen seuranta ja arviointi annetaan ulkopuolisen työryhmän tehtäväksi.

Työryhmä ehdotti hankkeelle seuraavia vaikuttamiskeinoja:

- Lääkärikohtaisen palautteen antaminen ja teollisuudesta riippumattomien lääke-esittelijöiden käyttäminen.
- Hoitosuosituksiin perustuvien hoito-ohjelmien luominen ja soveltaminen.
- Tietoteknologian hyödyntäminen, erityisesti painottuen reseptinkirjotusohjelmien kehittämiseen.
- Vaikuttaminen lääkemarkkinointiin.
- Ei-kaupallisen lääkeinformaation lisääminen.
- Kustannusnäkökulman korostaminen peruskoulutuksessa.

Ehdotukseen sisältyi myös lainsäädäntöön vaikuttavien toimien suunnittelu, mikäli kannustavin ja informatiivisin toimin ei saavuteta toivotunkaltaista vaikutusta.

Suomen Lääkäriliitossa toimi hallituksen nimeämä Lääketyöryhmä vuosina 1996–97. Se seurasi aktiivisesti lääkekustannustyöryhmän toimintaa ja valmisti asiaan liittyviä lausuntoja. Myös tämä työryhmä korosti kannustavasti toteutettavaa lääkkeenmääräämiskäytäntöihin vaikuttamista sekä jatkuvan palaute- ja koulutusjärjestelmän luomista lääkäreille. Asia ei kuitenkaan ollut uusi, vaan Lääkäriliitossa se oli ollut esillä jo 1990-luvun alusta saakka.

Syksyllä 1997 koottiin sosiaali- ja terveystieteiden ministeriön aloitteesta epävirallinen työryhmä laatimaan esisuunnitelmaa hankkeelle. Työryhmässä olivat mukana samat tahot kuin lääkekustannustyöryhmän aikana kokoon-tuneessa epävirallisessa, neuvoa antavassa ryhmässä. Työryhmä ideoi vaikuttamiskeinoja ja organisaatiota edelleen sekä järjesti joulukuussa 1997 suunnitteluseminaarin.

Aika tuntui olevan kypsä esitetyn hankkeen toteuttamiseksi. Vaikka lääkkeiden käyttö oli Suomessa eurooppalaisen mittapuun mukaan koh-tuullista, kustannusten jatkuvan nousun lisäksi esiintyi muitakin ongelmia. Esimerkiksi ikääntyvien monilääkityksen ongelmat, kroonisen kivun hoi-don epäkohdat, reseptien uusintakäytännöt ja lääkkeiden tehoa lisäävien muiden hoitokeinojen puutteellinen toteutuminen koettiin lääkehoidon laa-tuongelmiksi. Toisaalta kansallisia hoitosuosituksia tuottava Käypä hoito-hanke oli päässyt vauhtiin ja ensimmäiset suositukset oli julkaistu, Kelan tuottama henkilökohtainen lääkemääräyspalaute oli otettu positiivisesti vastaan ja kotimaassa oli kertynyt kokemusta osallistuja- ja ongelmakes-keisistä koulutusmenetelmistä (9), joita muualla Euroopassa oli siis sovel-lettu jo pidempään.

Lääkekustannustyöryhmän ehdotusten ja epävirallisen työryhmän laatiman esisuunnitelman pohjalta hankkeelle nimitetty seurantaryhmä laati keväällä 1998 suunnitelman, jonka tavoitteet, käytännön toteutus sekä kirjoittajien johtopäätökset toiminnan tuloksellisuudesta on esitetty ao. raportissa.

Tavoitteet

ROHTO-ohjelman päämääräksi määriteltiin entistä järkevämpi lääkehoito. Toimien tuli kehittää suomalaista lääkehoitoa sen hyödyllisyyttä ja kokonais-taloudellisuutta osoittavan tiedon mukaiseksi. Tarkoituksena oli kannustaa lääkäreitä arvioimaan omia hoito- ja toimintakäytäntöjään sekä tarvittaessa muuttamaan niitä hoidon tehon, turvallisuuden ja taloudellisuuden kannalta optimaaliseen suuntaan. Lisäksi tarkoituksena oli kertaluonteisen koulutus-ohjelman sijasta kehittää toiminnan rakenteita siten, että ne mahdollistavat muidenkin järkevää hoitoa tukevien ohjelmien ja toimenpiteiden sekä täy-dennyskoulutuksen jatkamisen projektivaiheen päätyttyä.

Päämäärään pyrittiin useiden erilaisten, mutta samanaikaisesti toteu-tettujen toimien avulla. Tehtyjen linjausten perusteella laadittiin vuosittai-set toiminnalliset tavoitteet ja niitä tarkasteltiin säännöllisesti.

Alueellinen koulutus

Vuonna 1998 tavoiteltiin viiden sairaanhoitopiirin alueelle työpareina toi-mivia ohjaajia siten, että ohjelma pääsisi käyntiin heti seuraavan vuoden alussa. Tuolloin sovittaisiin myös uusien alueiden mukaantulosta viimeis-tään vuoden 2000 alusta alkaen. Tavoitetta täsmennettiin myöhemmin siten, että uusien alueiden mukaantulosta vuonna 2000 luovuttiin ja pää-tettiin vahvistaa toimintaa entisillä paikkakunnilla. Tarkoitus oli, että sään-nöllisessä ROHTO-koulutuksessa olisi mukana noin 250 perusterveyden-huollon lääkäriä vuonna 2000.

Muutoksen katalysoinnissa käytettävät toimintamallit piti määritellä ja huolehtia siitä, että ohjaajat/yhdyshenkilöt tietävät tehtävänsä ja saavat niistä suoriutumiseen tukea ja ohjausta. Koulutus- ym. aineistoa päätettiin tuottaa keskitetysti ja hyödyntää jo valmistuneita Käypä hoito -suosituksia erityisesti lääkehoidon osalta. Lisäksi toiminnassa suunniteltiin käytettä-väksi lääkehoidon osoitettua tehoa ja kustannusvaikuttavuutta koskevia tutkimuksia sekä koti- ja ulkomaisten tietopankkien asiantuntemusta.

Ohjelman tehtävänä oli myös antaa vastapainoa kaupallisesti painottuvalle lääkeinformaatiolle ja kehittää lääkäreiden valmiuksia arvioida heille tarjotun tiedon laatua kriittisesti.

Tiedotuksen funktio

Tiedotusstrategian tavoitteena oli tukea hankkeen muita toimintoja. Ohjelman ja sen tavoitteiden toivottiin tulevan tunnetuiksi erityisesti lääkkeitä määrääville lääkäreille, toimintaan osallistuvalla muulle terveydenhuoltohenkilöstölle sekä keskeisille potilasryhmille.

Reseptitiedoston tuki

Kelan lääkemääräysrekisterin tiedoilla oli suunnitelmassa merkittävä painoarvo vuonna 1998. Tuolloin toivottiin, että rekisteritietojen tuottamisesta käytännön toimijoiden tarpeeseen olisi päästy sopimukseen Kelan tutkimus- ja kehitysyksikön kanssa vuoden loppuun mennessä. Tietojen tuottaminen ja muokkaaminen osoittautui kuitenkin monimutkaiseksi ja voimavaroja vaativaksi tehtäväksi, minkä vuoksi tavoitteen toteutumista siirrettiin vuodella eteenpäin. Myöhemmin luovuttiin tiukoista aikatauluista ja päätettiin, että lääkkeiden määräämistä ja käyttöä kuvaavia tietojärjestelmiä pyritään kehittämään siten, että niitä voidaan paremmin hyödyntää suunnittelussa, käytännön toimissa (relevantti palaute asianmukaisin vertailutiedoin varustettuna) ja arvioinnissa.

Alueellisen toiminnan oheen kehitettiin vuonna 2000 uusia toimintamalleja, joiden tavoitteena oli myös laajemman näkyvyyden ja vaikuttavuuden saavuttaminen. Ryhdyttiin järjestämään ROHTO-työpajoja.

Muut toimenpiteet

Lisäksi suunniteltiin ydintoimintoja tukevia muita toimenpiteitä:

- kehitetään sairaaloiden sisäisiä sekä sairaala- ja avohoidon yhteistyömalleja siten, että ne tukevat järkevää lääkkeiden käyttöä (paikalliset hoito-ohjelmat).
- selvitetään mahdollisuudet laatia terveystaloudellinen tarkastelu joihinkin Käypä hoito -suosituksiin.
- tuetaan lääkeshoidon toteuttamista helpottavia ja potilasturvallisuutta parantavien työasema- ja reseptinkirjoitusohjelmien kehittämistä ja kokeillaan niiden käyttöä.
- ohjelman toimintaperiaatteita aletaan soveltaa myös lääkäreiden perus- ja jatkokoulutuksessa.

Toiminnan organisointi

Sosiaali- ja terveysministeriö asetti lääkemääräyskäytännön kehittämishankkeelle johtoryhmän helmikuussa 1998. Sen tehtäväksi annettiin hankkeen toimintasuunnitelman, budjetin sekä vuosiraportin hyväksyminen ja riittävien toimintaedellytysten luominen. Lisäksi johtoryhmän tuli nimetä keskeiset vastuuhenkilöt ja tukea, seurata sekä arvioida hankkeen toteutusta.

Keväällä 1998 taustaorganisaatioiden edustajista koottu työryhmä (pääosin tuleva seurantaryhmä) laati toimintasuunnitelman kolmeksi seuraavaksi vuodeksi. Työryhmän sihteerinä toimi LL, terveyskeskuslääkäri Arja Helin (7/1999 alkaen Helin-Salmivaara), jonka johtoryhmä nimitti toukuussa hankkeen projektipäälliköksi 1.6.1998 alkaen, ja samalla asetettiin seurantaryhmä käytännön toiminnan tukemiseen ja seurantaan.

Johtoryhmä kokoontui vuonna 1998 kolme kertaa ja sen jälkeen kahdesti vuodessa. Seurantaryhmä on kokoontunut toiminnan alusta lähtien noin kerran kuukaudessa. Johto- ja seurantaryhmän jäsenet vuosina 1998 – 2001 on esitetty taulukossa 1.

Seurantaryhmä on kuullut kokouksissaan mm. seuraavia asiantuntijatahoja: Käypä hoito -hanke, MIKSTRAn johtoryhmä, tietoteknologia, Suomen Apteekkariliitto ja Yliopiston apteekki, Suomen Farmasialiitto, Satakunnan Makropilotti, erikoislääkäriyhdistysten edustajia, arviointitutkimuksen työryhmä sekä Kustannusosakeyhtiö Duodecim.

Koulutus päätettiin toteuttaa hajautetusti alueellisten ohjaajalääkärien (yhdyshenkilöiden) toimesta valtakunnallisen keskusyksikön tukemana siten, että uusia alueita tulisi mukaan asteittain. Osa-aikaisia yhdyshenkilöitä haettiin syksyllä 1998 Suomen Lääkärilehdessä julkaistun ilmoituksen avulla, minkä lisäksi eräässä aikaisemmassa koulutusohjelmassa mukana olleilta kouluttajalääkäreitä lähestyttiin kirjeitse. Yhdyshenkilö-ohjaajia etsittiin myös Suomalaisen Lääkäriseura Duodecimin alueellisten jäsenjärjestöjen kautta. Noin 30:stä kiinnostuksensa ilmaiseesta lääkäristä kymmenen valittiin ensimmäisessä vaiheessa oman alueensa yhdyshenkilöksi

TAULUKKO 1

Johtoryhmä

Johtoryhmän jäsenet ja varajäsenet vuosina 1998-2001:

Puheenjohtajana osastopäällikkö, ylijohtaja Kimmo Leppo

(2/1998 – 8/2000 ja 9/2001–) ja vt. ylijohtaja Jussi Huttunen (9/2000 – 8/2001)

(varajäsen apulaisosastopäällikkö Marjatta Blanco-Sequeiros 1998–):
Sosiaali- ja terveysministeriö

Varapuheenjohtajana ylijohtaja Jussi Huttunen (1998 – 1999),

ylilääkäri Leena Niinistö (2000–), (varajäsen dosentti Kalle Hoppu 1998–):
Suomalainen Lääkäriseura Duodecim

Johtaja Pekka Morri (1998–), (osastopäällikkö Kaarina Ronkainen 1998 –

8/2001, vt. osastopäällikkö Elise Kivimäki 9/2001–): Kansaneläkelaitos

Terveyskeskuslääkäri Kati Myllymäki (1998–)

(terveystoimen johtaja Risto Ihalainen 1998–): Suomen Lääkäriliitto

Ylitarkastaja Marja-Liisa Niemi (1998–), (opetusneuvos Terttu Jääskeläinen

1998–): Opetusministeriö

Tutkimusjohtaja Erkki Palva (1998–), (osastopäällikkö Olavi Tokola 1998–):

Läkelaitos

Sosiaali- ja terveystoimen päällikkö Tuula Taskula (1998–)

(johtaja Berndt Långvik 1998–): Suomen Kuntaliitto

Lääkintöneuvos Risto Pomoell (1998–) (ylilääkäri Tauno Telaranta 1999–):

Sosiaali- ja terveysministeriö

Sihteerinä ylilääkäri Terhi Hermanson (1998–): Sosiaali- ja terveysministeriö

Seurantaryhmä

Puheenjohtajana lääkintöneuvos Risto Pomoell (1998–): Sosiaali- ja terveysministeriö)

Dosentti Risto Huupponen (1998–): Suomalainen Lääkäriseura Duodecim

Ylilääkäri Terhi Hermanson (1998–): Sosiaali- ja terveysministeriö

Asiantuntijalääkäri Pekka Koivisto (1998–): Kela

(varajäsen yliproviisori Sinikka Rajaniemi 1998–)

Apulaistoiminnanjohtaja Santero Kujala (1998–): Suomen Lääkäriliitto

Projektipäällikkö Pekka Paunio (1998–): Suomen Kuntaliitto

Ylilääkäri Pirkko Paakkari (1998–): Läkelaitos

Professori Paula Vainiomäki (1998–): Opetusministeriö

Sihteerinä projektipäällikkö Arja Helin-Salmivaara (6/1998 – 12/1999 ja 10/2001–)

Sihteerinä projektilääkäri Sirpa Sairanen (12/1999 – 9/2001)

JOHTORYHMÄN JÄSENIÄ



Risto Pomoell ja Terhi Hermanson



Kalle Hoppu



Risto Huupponen ja Kati Myllymäki



Kimmo Leppo puheenjohtajana ja Risto Pomoell

SEURANTARYHMÄN JÄSENIÄ



(vasemmalta) Arja Helin-Salmivaara, Risto Huupponen, Risto Pomoell ja Pekka Koivisto

seitsemälle eri paikkakunnalle. Sittemmin osa henkilöistä ja alueista vaihtui, ja uusia yhdyshenkilöitä haettiin lähinnä henkilökohtaisten kontaktien avulla. Yhdyshenkilöiden kanssa laadittiin työsopimukset vuodeksi kerrallaan.

Projektilääkäriin tehtävässä toimi LL, terveyskeskuslääkäri Sirpa Sairanen joulukuusta 1999 syyskuun 2001 loppuun. Sisätautien erikoislääkäri Vesa Ilvesmäki on toiminut kliinisenä asiantuntijana ja KT Pirjo Ståhle sekä KM, HLL Anni Peura aikuiskoulutuksen konsultteina. Tiedottaja Teija Riikola Duodecimista toimi konsulttina ensimmäisenä toimintavuonna ja Lääkäriliiton tiedottaja Maimu Halonen vuonna 1999. Käytännön työtä ovat tukeneet myös tehtäväkohtaisesti kootut, määräaikaisten asiantuntijaryhmät.

Projektin vakituisen henkilöstön ammatillista kehittymistä ovat tukeneet osallistumiset alan koulutuksiin sekä vastaavat asiantuntijatehtävät myös toisaalla. (Näitä on kuvattu liitteessä 1.)

Hankkeen käytössä on ollut yksi huone Lääkäriseura Duodecimin koulustuimistossa, ja Lääkäriseura on vastannut toiminnasta juridisesti sekä hoitanut taloushallinnon.

Vuonna 1998 toiminta pääsi alkuun sosiaali- ja terveysministeriön tukemana; sittemmin päärahoittajana toimi Kela. Myös Suomen Kuntaliitto sekä sosiaali- ja terveysministeriö osallistuivat varsinaisen toiminnan tukemiseen, minkä lisäksi jälkimmäinen rahoitti arviointitutkimuksen vuosina 1999–2001. Varsinaisen toiminnan kulut ajalta 1.6.1998–31.12.2001 olivat noin 870 000 € (5 200 000 mk). Lukuun sisältyy vain suora taloudellinen tuki. Eri organisaatioiden asiantuntijoiden työpanosta ja muuta toimintaa ei ole arvioitu. Vuosittaiset menoerittelyt on esitetty liitteessä 2.

Ulkoinen arviointi

Elokuussa 1998 järjestettiin arviointia käsittelevä tutkiva työseminaari, johon osallistui seurantaryhmän lisäksi alan asiantuntijoita. Tilaisuudessa pyydettyihin ehdotuksiin arviointitutkimukseksi saatiin myöhemmin yksi tarjous, joka tuli valituksi.

Helsingin yliopiston kansanterveystieteen laitoksella professori Mats Brommelsin työryhmän tekemä arviointitutkimus käynnistyi tammikuussa 1999. Arviointitutkimus tuotti neljä väliraporttia, joita käsiteltiin johto- ja seurantaryhmän lisäksi seurantaryhmän nimeämässä arvioinnin työryhmässä. Tutkimuksen rahoitti sosiaali- ja terveysministeriö. Arviointitutkimuksen raportti julkaistaan erikseen.

Varsinainen toiminta

Tiedottaminen

Projektin piti aluksi tehdä itsensä tunnetuksi. Toiminta alkoi tiedottamisesta. **Rationaalisen lääkehoidon toimintaohjelman** nimi ROHTO syntyi nimikilpailun ehdotusten pohjalta. Graafikko suunnitteli sille tunnukset ja Patentti- ja rekisterihallitus myönsi luvan käyttää valittua nimeä sekä tunnusta.

Ensimmäinen hankkeesta kertova artikkeli ilmestyi syyskuussa 1998 Suomen Lääkärilehdessä ja hankkeen esittely erilaisissa tilaisuuksissa alkoi. Sittemmin hanketta esiteltiin myös muissa lehdissä ja Lääkärilehdessä julkaistiin säännöllisesti rationaalista lääkehoitoa koskevia artikkeleja sekä tiedotettiin hankkeen etenemisestä. Sidosryhmille järjestettiin seminaarit syksyllä 1998, 1999 ja 2001. Internet-kotisivut avattiin loppuvuodesta 1998.

Tiedotuksen tukena käytettiin julkaisutoimiston kanssa yhteistyössä suunniteltuja julistetta, tarroja ja esitteitä. Esitteitä painettiin syyskuussa 1998, joulukuussa 1998, syyskuussa 1999 ja tammikuussa 2000 yhteensä 4 000 kpl ja lisäksi tehtiin yksi englanninkielinen lehtinen.

ROHTO-kyselyt

Syksyllä 1998 lääkäreille tiedotettiin hankkeesta henkilökohtaisella kirjeellä, jonka liitteenä olleella kyselyllä kartoitettiin lääkehoitoon liittyviä asenteita, täydennyskoulutuksen nykytilaa sekä lääkehoidon ongelmakohtia.

Kirjeen sai 11 000 lääkäriä ja heistä 47 % vastasi kyselyyn. Ylivoimaisesti hankalimmaksi lääkehoidon ongelmaksi koettiin lääkkeiden interaktioiden hallinta. Myös lääkkeiden korkeat hinnat ja korvattavuuteen liittyvät seikat, haittavaikutukset, puutteellinen hoitomotivaatio sekä vanhusten monilääkitys hankaloittivat vastausten mukaan lääkehoitoa. Lääkärit olivat asennetasolla erittäin kustannustietoisia. Perusterveyden-

huollon lääkärit tukeutuivat sairaalakollegoitaan useammin lääkeyritysten välittämään informaatioon ja sairaalalääkärit käyttivät puolestaan enemmän lääketieteellisiä tietokantoja ja ulkomaisia ammattilehtiä lääketietoa etsiessään.

Kyselyn tulosten mukaan lääketeollisuuden rooli oli merkittävä sekä täydennyskoulutuksen maksajana että järjestäjänä. Teollisuus oli kuitenkin ollut useimmiten mukana vain yhtenä osapuolena yleensä lääkärijärjestöjen kanssa järjestetyssä koulutuksessa.

Syyskuussa 2000 lähestyttiin lääkäreitä jälleen henkilökohtaisesti. Tällä kertaa suoritetun kyselyn tavoitteena oli selvittää perusterveydenhuollon lääkäreiden lääkehoitoon liittyviä tietotarpeita (Taulukko 2), asenteita sekä tutkia hankkeen ja sen tavoitteiden tunnettuutta.

Kysely lähetettiin joka toiselle työikäiselle terveyskeskuksessa tai työterveyshuollossa toimivalle lääkärille (yhteensä 2008 lomaketta). Yhden uusintakierroksen jälkeen palautui yhteensä 1187 lomaketta, joten vastausprosentti oli 59 %. Vastanneiden ikä- ja sukupuolijakaumat vastasivat hyvin perusjoukon jakaumia.

Vastanneista lääkäreistä 55 % ilmoitti laatineensa tietoisesti omaa lääkevalikoimaansa ja sen laadinta oli joka kymmenennellä harkinnassa. Valikoiman laatineet eivät poikenneet iän, sukupuolen tai erikoistumisen suhteen koko vastaajajoukosta.

Lääkärit arvioivat myös kahdeksassa terapiaryhmässä käyttämiensä erilaisten lääkevalmisteiden määrää. Mitä rajatumpi oma lääkevalikoima on, sitä helpompi on tuntea valmisteiden ominaisuudet, jolloin hoidon turvallisuus lisääntyy. Tietoisesti valikoiman laatineiden käytössä oli oman ilmoituksen mukaan merkitsevästi suppeampi valmisteiden määrä kuin lääkäreillä, jotka eivät olleet pohtineet asiaa. Ero oli erityisen selkeä antibiootien, tulehduskipulääkkeiden ja beetasalpaajien ryhmissä.

Kaksi kolmesta vastaajasta ilmoitti vapaamuotoisessa vastauksessa tuntevansa ROHTO-hankkeen tavoitteet samansuuntaisina kuin hankkeen vetäjät/kyselyn tutkijat. Laajimmin ROHTO-hanke oli tunnettu Uudenmaan ja Keski-Suomen sairaanhoitopiirien alueilla.

Noin joka kymmenes vastaaja ilmoitti käyttävänsä ammattilehdissä julkaistuja lääkemainoksia tietolähteenä. Hyvin kriittisesti mainoksiin suhtautuvia oli vain viitisen prosenttia.

ROHTO-kyselyt tehtiin yhteistyössä Kelan tutkimus- ja kehitysyksikön kanssa.

TAULUKKO 2

Lääkehoidon tietotarpeisiin liittyviin kysymyksiin vastattiin seuraavasti:

	Tiedon löytäminen on vaikeaa tai erittäin vaikeaa, % vastanneista	Tietoa tarvitaan päivittäin tai viikottain, % vastanneista
<i>Hinnat</i>	7	89
<i>Haittavaikutukset</i>	7	88
<i>Raskaus tai imetys</i>	19	35
<i>Korvattavuus</i>	21	63
<i>Yhteisvaikutukset</i>	51	70
<i>Optimaalinen lääkkeen valinta</i>	54	77
<i>Uusien lääkkeiden kliininen merkitys</i>	71	38

Ammattilehdet

Suomen Lääkärilehdellä ja sen Lääkeinfo-palstalla on ollut merkittävä rooli lääkärikunnalle suunnatussa tiedottamisessa myös ROHTO-ohjelman kannalta. Lehden etuna on laajan levikin lisäksi sen suuri ilmestymistiheys ja nopea toimitustahti, mitkä mahdollistavat ajankohtaisten asioiden esille ottamisen. Yhteistyö on ollut tiivistä ja hedelmällistä. Lääkeinfo-palstalla on säännöllisesti julkaistu artikkeleita, jotka tukevat ROHTO-hankkeen päämääriä ja pitävät yllä keskustelua rationaalisesta lääkehoidosta (Taulukko 3). Projektipäällikkö on kuulunut vuodesta 1999 lähtien Lääkeinfo-palstan toimituskuntaan.

ROHTO on tehnyt Lääkärilehden kanssa myös koulutusyhteistyötä. Lääkeinfo-palstan 30-vuotisen taipaleen kunniaksi pidettiin toukokuussa 1999 Lääkeinformaatioseminaari, jossa käsiteltiin yleislääkärien tietotarvetta lääkkeistä.

Toukokuussa 2000 Lääkärilehti ja ROHTO järjestivät kutsuseminaarin toiminnallisen unettomuuden hoidosta. Lääkäreistä, sairaanhoitajista ja apteekki-alan ammattilaisista koottu 30 hengen seminaari mm. tuotti käytännönläheisiä suosituksia unettomuuden lääkkeettömästä ja lääkehoidosta. Suositukset julkaistiin Lääkärilehden lisäksi Sairaanhoitaja-lehdessä (2000/5: s. 40–41) ja Apteekkarilehdessä (2000/7: s. 8–10). Näiden lisäksi toiminnallisen unettomuuden potilasohjeet on otettu Yleislääkäriin käsikirjaan.

TAULUKKO 3

ROHTO-hanke on myötävaikuttanut seuraavien Suomen Lääkärilehdessä julkaistujen artikkelien syntyyn:

- *Hanketta esiteltiin ensimmäisen kerran julkisuudessa numerossa 1998/25 s. 2694–2696.*
- *ROHTO-kyselyn tuloksiin pohjautuva artikkeli "Lääkehoidon ongelmia lääkärin näkökulmasta" julkaistiin 1998/36 s. 4235–4240.*
- *Proviisori Leena Lahnajärven Kuopion yliopiston sosiaalfarmasian laitoksella laatima esiselvitys reseptinuusimiskäytännöistä toi hyvin esille kehittämistarpeita 1999/7 s. 795–797.*
- *"Avohoidon lääkärin peruslääkevalikoima" -artikkeli pyrki motivoimaan lääkäreitä pohtimaan omia lääkevalikoimiaan ja esitteli keinon, jonka avulla lääkäri pystyy rationaalisesti perustellen poimimaan valmisteet valikoimiinsa 1999/11 s. 1401–05.*
- *"Terveyskeskuslääkärin lääkemääräykset pähkinänkuoressa" -artikkeli pyrki herättämään ajatuksia ja keskustelua lääkehoidon merkityksestä perusterveydenhuollossa 1999/17 s. 2278–79.*
- *"Kehittyvä lääkeinformaatio" -raportti referoi Lääkärilehden järjestämän Lääkeinformaatioseminaarin esityksiä 1999/17 s. 2275–77.*
- *Hannu Raunio pyrki artikkelissaan "Miten selviän lääkkeiden yhteisvaikutusviidakkossa" jakamaan käytännön vinkkejä sekä motivoimaan lääkäreitä oman peruslääkevalikoiman hahmottamiseen 1999/34 s. 4241–43.*
- *Ohjelman käytännön toimintaa kuvaava artikkeli "Siilinjärvellä räätälöidään paikallinen hoito-ohjelma aikuistyyppin diabeteksestä" 1999/33 s. 4151–52.*
- *Ensimmäisen ROHTO-pajan (Raisio) raportti "Unettomuuden hoito ei ole pelkkää farmakologiaa" kuvasi käytännön ongelmia ja mahdollisuuksia hoidon järkevöittämiseksi. 2000/5 s. 589–592.*
- *Keskustelu lääkeopetuksen järjestelyistä käynnistyi Tampereen yliopiston edustajien puheenvuorolla numerossa 2000/13 s. 1478–1480.*
- *Tulehduskipulääkkeitä ruodittiin Salon ROHTO-pajassa ja tulokset raportoitiin 2000/17 s. 1862–1866.*
- *Reseptin uusimisen ongelmia tutkineen proviisori Leena Lahnajärven haastattelu nosti jälleen merkittävän ongelmakohdan esille 2000/20 s. 2166–2168.*
- *Toiminnallista unettomuutta käsitelleen moniammatillisen työpajan tulokset raportoitiin numerossa 2000/20 s. 2200–2204. Artikkeleihin on viitattu myöhemmin mm. Kodin Kuvalehden numerossa 2000/16.*
- *Lääkemainoksia ruodittiin artikkelissa 2000/27–29 s. 2778–2782 "Iskulause, suuri kuva ja paljon tekstiä petiitillä. Mitä lääkäri saa lääkemainoksista?"*

...Taulukko 3 (jatkoa)

- "Ikäihmiset masennuslääkkeiden suurkuluttajina" -artikkeli 2000/37 s. 3706–3709 antoi pontta syksyllä 2000 muissa tiedotusvälineissä käytyyn keskusteluun vanhusten hoidon tasosta julkisessa terveydenhuollossa.
- "Potilasohjeet toiminnallisen unettomuuden hoitoon" julkaistiin Lääkärilehdessä 2000/39 s. 3932.
- Rationaalisen lääkehoidon periaatteiden huomioimista opetuksessa käsiteltiin artikkelissa "Farmakologian, kliinisen farmakologian ja toksikologian opetus Kuopion yliopistossa" 2000/38 s. 3808–3810 sekä artikkelissa "Farmakologian ja toksikologian opetuksen järjestäminen Oulun yliopistossa" 2000/39 s. 3929–3932.
- Reseptien uusimiseen liittyviä ongelmia haluttiin nostaa keskusteluun. Projektin työntekijät kirjoittivat proviisori Leena Lahnajärven kanssa artikkelin "Reseptin uusiminen – pelkkää leimaamista vai hoidon tarpeen arviointia?" 2000/42 s. 4284–4286.
- Savonlinnan ROHTO-toimintaan liittyvä apteekkien ja terveyskeskuksen yhteistyö oli aiheena uutisessa 2000/43 s. 4363.
- ROHTO 2000 -kyselyn tuloksia raportoitiin "Millaista tietoa lääkäri tarvitsee lääkkeistä ja mistä hän sen löytää?" 2000/47 s. 4850–4853.
- "Katse sairaaloiden lääkehuoltoon". Keskussairaaloiden lääkeneuvottelukuntia ja lääkevalikoimia koskeva selvitys sekä suosituksia jatkotoimiksi 2001/12 s. 1407–1410.
- "Informaatioteknologia ja lääkehoito: lunastettuja lupauksia ja mahdollisuuksia". Kongressiraportti. 2001/15-16 s. 1756–1758.
- Kipulääkkeiden käytön vertailua eri Pohjoismaiden kesken 2001/17 s. 1905–1908.
- Lääkärilehden kanssa yhteistyössä järjestetyn moniammatillisen työpajan tulosten raportointi: Missä on vika, kun potilas ei ymmärrä omaa parastaan? 2001/21-22 s. 2408–2418.

Kunnallislääkärilehdessä julkaistiin seuraavat artikkelit:

- Raportti lääkärien ja apteekkihenkilöstön yhteistyötä käsitelleestä työpajasta 2000/3 s.25–27, samansisältöinen artikkeli ilmestyi myös Semina-julkaisussa.
- Lääketiedon ja suositusten implementoinnissa eri maissa käytettyjä keinoja. 2000/7 s. 55–56.

Tilaisuuden esille nostamia lääkehoidon ongelmia käsiteltiin sen jälkeen myös valtakunnallisen päivälehdessä artikkeli- ja pääkirjoitusosastoilla (Helsingin Sanomat 2.6.2000 ja 3.6.2000).

Toukokuussa 2001 kutsuttiin jälleen koolle 30 terveydenhuoltoalan ammattilaista eri puolilta maata. Tällä kertaa pohdittiin hoitoon sitoutumisen salaisuuksia diabetes tyyppi 2:n toimiessa esimerkkisairautena. Samanaikaisesti Lääkärilehden kanssa julkaistiin tilaisuuden pohjalta laaditut artikkelit sekä Sairaanhoidajalehdessä (Miten tukea ihmistä sitoutumaan omaan hoitoonsa?, 5/2001) että Apteekkarilehdessä (Hoitoon sitoutumisen salaisuutta selvittämässä, 7/2001).

Muut julkaisut

Hanke oli esillä myös mm. Kelan henkilöstölehdessä, Kelan Sanomissa, kansainvälisessä Pharma, Pricing & Reimbursement -julkaisussa, useaan otteeseen Sosiaalivakuutus-lehdessä, SOCIUS-julkaisussa, Suomen Apteekkarilehdessä, Suomen Farmasialiiton julkaisussa Seminassa, Medi uutiset-lehdessä, lääketehdas Orionin Aesculapius-julkaisussa, Etelä-Suomen Sanomissa ja useaan otteeseen Helsingin Sanomien artikkelipalstoilla.

Sidosryhmätiedotus

Marraskuussa 1998 pidettyyn sidosryhmäseminaariin osallistui noin 40 terveydenhuoltoalan ammattilaista ja kymmenen toimittajaa. Valtakunnan päälehti huomioi projektin alkamisen pääkirjoitussivullaan lääkehoidon kustannusten hillitsemiseksi suunniteltujen toimien yhteydessä. Uutisointia aiheesta tehtiin Suomen Tietotoimiston välittämänä ainakin 13 maakunnallisessa sanomalehdessä. Seminaaripäivänä ROHTO oli esillä sekä MTV:n Aamu-TV:ssä että pääkaupunkiseudun paikallisradioissa. Etelä-Pohjanmaalla ilmestynyt Ilkka-lehti julkaisi oman alueensa yhdyshenkilön, Raimo Rintalan puolen sivun mittaisen haastattelun.

Syksyn 1999 sidosryhmäseminaariin osallistui noin 45 henkilöä ja sen jälkeen pidettyyn tiedotustilaisuudessa oli mukana myös sosiaali- ja terveysministeri Maija Perho sekä 12 tiedotusvälineiden edustajaa. ROHTO pääsi esille kolmessa sähköisessä viestimessä sekä Helsingin Sanomien kotimaan uutispalstalla.

Projektipäällikkö esitteli hanketta mm. Terveydenhuoltotutkimuksen seminaarissa Helsingissä syksyllä 1998 ja Kelan asiantuntijalääkärien täydennyskoulutusseminaareissa vuosina 1998 ja 1999. Pääjohtaja Jussi Huttunen esitteli toimintaa Farmasian päivillä lokakuussa 1998. Lääketeol-

lisuus ry:n kuukausikokouksessa projektipäällikkö piti toukokuussa 1999 ajankohtaisen katsauksen.

Hankkeen etenemistä kuvaava tiedote lähetettiin toukokuussa 1999 hanketta läheltä seuraaville tai siitä kiinnostuneille. Kesällä 2000 julkaistiin samassa tarkoituksessa projektipäällikön haastattelu Suomen Lääkärilehdessä.

Kotisivut

Internet-kotisivut avattiin vuoden 1998 lopulla (10). Ohjelman toiminnan esittelyn ja yhteystietojen lisäksi sinne koottiin linkkejä mm. lääketieteellisiin ja terveystaloustieteellisiin lehtiin sekä tietokantoihin. Vuonna 2000 sivuilla oli noin 26 000 käyntikertaa suurimman suosion ajoittuessa lokamarraskuulle (hanke mainittiin lokakuun alkupuolella sanomalehdessä). Sivun ylläpitäjänä toimi Banjo Consulting Oy.

Alueellisten yhdysenkilöiden valmennus

ROHTO ei tähännytkin ainoastaan lääkkeitä koskevien tietojen päivittämiseen vaan päämääränä oli oman toiminnan kriittinen arviointi ja tarvittaessa tehtävä muutos lääke- ja muissa hoitokäytännöissä. Kirjallisuuden perusteella perinteiset, yksisuuntaiseen tiedon jakamiseen perustuvat opetustavat ovat tässä suhteessa melko tehottomia. Sen sijaan oli olemassa näyttöä siitä, että samanaikainen erilaisten strategioiden käyttö, osallistujakeskeisyys ja palautteen hyödyntäminen saattaisivat toimia muutoksen katalysoinnissa tehokkaammin. Sen vuoksi hankkeen alueellinen ja paikallinen koulutustoiminta suunniteltiin tapahtuvaksi osallistujakeskeisin keinoin, pääasiassa pienryhmissä. Ryhmän menestyksellinen ohjaaminen edellyttää kouluttajalta kuitenkin erilaisia tietoja ja taitoja kuin perinteisten koulutustapojen käyttö. Vuonna 1998 valmennusta aloitettaessa tuoreilla yhdysenkilö-ohjaajilla oli osallistujakeskeisistä toimintamalleista vain jonkin verran kokemusta.

Ohjaajille järjestettiin syksyllä 1998 kolme valmennustilaisuutta ja sen jälkeen kokoonnuttiin noin puolen vuoden välein. Myöhemmin mukaan tulleille ohjaajille järjestettiin myös ylimääräisiä valmennustilaisuuksia. Syksyllä 2000 ja keväällä 2001 yhdistettiin voimat MIKSTRA-hankkeen kanssa ja valmennuksissa olivat mukana molempien hankkeiden ohjaajat.

Valmentavien työpajojen sisällöt suunniteltiin yhdysenkilöiltä saadun palautteen ja heidän tarpeidensa pohjalta yhteistyössä aikuiskoulutuksen konsultin kanssa (Taulukko 4). Keskeisinä periaatteina olivat reflektio,



Yhdyshenkilöiden valmennus Kirkkonummella marraskuussa 1998. Kuvassa (vasemmalta) Jussi Mertsola, Paavo Ruotsalainen, Kari-Pekka Lehtilä, kouluttaja Pirjo Ståhle, Ari Koski-Tuuri, Jouko Haverinen, Pirjo Immonen-Räihä ja Raimo Rintala.



Lokakuussa 2000 Tikkurilassa mukana yhdyshenkilöistä (vasemmalta) Raimo Rintala, Jyrki Taurio, Kari-Pekka Lehtilä, Santeri Huvinen (arviointiryhmän jäsen), Brita Liljeström, Marja Aira, Eila Erola, Minna-Kaisa Auvinen, Sirpa Sairanen (projektilläääkäri) ja Marja Nores.



ROHTO- ja MIKSTRA-hankkeiden kouluttajat kokoontuivat jakamaan kokemuksia ja oppimaan uusia taitoja maaliskuussa 2001.

TAULUKKO 4

Kouluttajien valmennustilaisuudet

Koulutus I (1,5 pv), lokakuu 1998:

- *Hankkeen taustat ja yleiset tavoitteet*
- *Tavoitteet tarkemmassa fokuksessa, kohderyhmän määrittely, keskustelua evaluaatiosta.*
- *Alueellisen toiminnan esimerkkinä keskisuomalaiset kokemukset v. 1997–98.*
- *Lääkkeiden kulutus alueellisesti ja paikallisesti. Tiedon hyödyntäminen koulutuksissa (Kelan reseptitiedosto).*
- *Motivointia/motivoinnin keinoja*
- *Alueellisten toimintasuunnitelmien hahmottelua.*

Koulutus II (1,5 pv), marraskuu 1998:

- *Omien alueellisten toimintasuunnitelmien käsittelyä.*
- *Ajankohtaista projektista (mm. apteekkiyhteistyö)*
- *Lisää esimerkkejä koulutustavoista*
- *Lääkkeiden kulutustilastot käsittelyssä toisen kerran*
- *Aikuisen oppimisesta, teoriaa ja käytäntöä*

...Taulukko 4 (jatkoa)

Koulutus III (1 pv), tammikuu 1999:

- *Pedagoginen dialogi (substanssina omat suunnitelmat)*
- *Käytännön asiat: yhteiset pelisäännöt alueelliselle toiminnalle*
- *Ongelmalähtöisen oppimisen menetelmän harjoitus*

Koulutus IV (1 pv), helmikuu 1999:

- *Ajankohtainen katsaus alueittain sekä projektin kuulumiset*
- *Ongelmalähtöisen oppimisen harjoitus ja analyysi*
- *Pedagogisia oivalluksia yhteistoiminnallisesti*
- *Toiminnan ongelmat, tarpeet ja kehittäminen*

Koulutus V (1 pv), lokakuu 1999

- *Ajankohtainen katsaus*
- *Arvioinnin puheenvuoro*
- *ROHTO kokonaisuutena*
- *Harjoitus (ongelmalähtöinen)*
- *Lääkkeen valinta*
- *Käytännön asiat ja palaute*

Koulutus VI (1,5 pv), tammikuu 2000

- *ROHTO kokonaisuutena*
- *arvioinnin puheenvuoro*
- *Käytännön asiat*
- *Tapauksesta tietoisuuteen: rakenteet, tavoitteet ja ihmiset.*
- *Tapauksesta tietoisuuteen. Erilaisia rooleja ryhmässä.*
- *Ongelmalähtöisen oppimisen harjoitus, pedagogisesta dialogista*

Koulutus VII (1,5 pv), maaliskuu 2000

- *Ajankohtainen katsaus*
- *Kokemusten jakaminen*
- *Arviointi eri näkökulmista; kehyskertomustehtävä*
- *Väliraportin II (arviointi) ehdotukset, työstettiin yhteisesti*
- *Osaamisalueiden kartoitus -harjoitus*
- *Markkinoinnin sudenkuoppia -koulutus*
- *Käytännön asiat*

Koulutus VIII (1,5 pv), lokakuu 2000

- *Kuulumiset, vinkkejä ja vihjeitä*
- *Toiminnan dokumentaation tavat*
- *Oppimistavoitteet*
- *Hoitosuositus ja oman toiminnan kriittinen arviointi -harjoitus*
- *Reseptikirjoitusohjelman demonstraatio*
- *Käytännön asiat*
- *Suuntautuminen tulevaan*

...Taulukko 4 (jatkoa)

Yhteiskoulutus MIKSTRA-hankkeen kanssa

- 2 pv marraskuussa 2000
- Sisältönä järkevä antimikrobihoito
- Hoitosuosituksen merkitys
- Erilaisia ryhmän toimintamalleja
- Oppiva ryhmä: ohjaamisen harjoitus
- Vakuuttava esiintyminen, hyvä palaute
- Hyvän ohjaajan ominaisuudet, reflektiota
- Omien taitojen kehittämisen suunnittelu ja käytännön asiat

Yhteiskoulutus MIKSTRA-hankkeen kanssa

- 2 pv maaliskuussa 2001
- Hoitosuosituksen ja oman toiminnan vertailu: harjoitus hoitoketjun laati-
miseksi
- Ryhmän vaiheet
- Vaikeat tilanteet ryhmässä: harjoitus
- Muutoksen fasilitointi. Vuorovaikutusharjoitus
- Lääkäriohjaajien tulevaisuuden visioita

Varsinaisten valmennustilaisuuksien lisäksi yksi yhdyshenkilöistä osallistui FinOhtan järjestämään Tutkimustiedon kriittinen arviointi -työpajaan ja yksi Duodecimin järjestämään ryhmän ohjaamiseen valmentavaan työpajaan v. 1999.

kokemuksellinen oppiminen ja osallistujakeskeisyys. Yleistavoitteena oli vahvistaa ohjaajan roolia ja taitoja sekä tarjota erilaisia kouluttajan 'työvälineitä'. Työpajat olivat hyvin käytännönläheisiä ja sisälsivät runsaasti harjoitteita. Käytettävissä olevan ajan puitteissa ei ollut mahdollista järjestää laaja-alaista perehtymistä aikuisen oppimiseen sekä toimintatapojen muuttamiseen.

KT Pirjo Stähle oli aktiivisesti mukana työpajojen suunnittelussa ja toteutuksessa syksyyn 1999 saakka, jonka jälkeen hän osallistui vielä suunnitteluun keväällä 2000. Sen jälkeen aikuiskoulutuksen konsulttina toimi KM, HLL Anni Peura. Projektipäällikön vastuu ohjaajakoulutuksessa lisääntyi kerta kerralta.

ALUEELLISEN TOIMINNAN PAIKKAKUNNAT V. 1999–2001



Alueellinen toiminta

Perusteellinen selvitys alueellisesta toiminnasta sisältyy arviointitutkimuksen raporttiin, joka julkaistaan erikseen. Toimintaa kuvataan sen vuoksi tässä raportissa lyhyesti.

Yhdyshenkilön tehtäviin valitut lääkärit työskentelivät aluksi seitsemällä eri alueella seuraavasti: Etelä-Pohjanmaalla (1), Pirkanmaalla (2), Pohjois-Savossa (2), Itä-Savossa (1), Varsinais-Suomessa (2), Espoossa (1) ja Uudenmaan työterveyslääkäreiden parissa (1). He aloittivat varsinaisen toimintansa vuoden 1999 aikana. Kevääseen 2000 mennessä puolet syksyllä 1998 valituista oli luopunut tehtävistä. Neljä heistä lopetti työpaikan vaihtumisen vuoksi ja yhden kanssa oli jo alunperin sovittu vain kevään 1999 kestoisesta yhteistyöstä. Vuonna 2000 valittiin uusia yhdyshenkilöitä sekä entisille että uusille alueille ja vuonna 2001 tuli mukaan vielä yksi uusi terveyskeskus. ROHTO-toimintaa oli tuolloin kahdeksalla paikkakunnalla. Yhdyshenkilöt toimialueineen on esitetty liitteessä 3.

Koko hankkeen perussuunnitelmassa kohderyhmäksi oli määritelty kaikki lääkärit, muu terveydenhuoltohenkilöstö sekä suuri yleisö. Toiminta painottui kuitenkin perusterveydenhuoltoon, koska terveyskeskus- ja työterveyslääkärit määräävät eniten lääkkeitä. Tämä joukko muodostaa amatillisesti suurimman melko yhtenäisen ryhmän ja saa eniten kaupallista lääkeinformaatiota.

Hankkeesta haluttiin tehdä lääketeollisuudesta riippumaton, minkä vuoksi kaikki ohjelman koulutustilaisuudet järjestettiin ilman lääkeyritysten läsnäoloa. Teollisuuden edustajia informoitiin hankkeesta mm. Lääketeollisuus ry:n tiedotus- ja koulutustilaisuudessa sekä kutsumalla sen edustajia seminaareihin.

Suunnitelman mukaan sairaanhoitopiirin kokoisella alueella oli tarkoitus työskennellä pareittain siten, että toiminnassa olisi voitu tukeutua sekä erikoissairaanhoidon että perusterveydenhuollon asiantuntemukseen. Alkuvaiheessa idea työparista näytti toteutuvan Etelä-Pohjanmaalla, Pirkanmaalla, Pohjois-Savossa ja Varsinais-Suomessa. Tältä osin suunnitelma ei kuitenkaan sujunut odotetusti. Osa ryhmistä lopetti toimintansa yhdyshenkilön vaihtaessa työpaikkaa ja uusia ryhmiä perustettiin sekä alusta lähtien mukana olleille että uusille alueille. Loppujen lopuksi alueellisuus-periaate on toteutunut osin kolmen yhdyshenkilön toiminnassa. Tavallisimmin yksi ohjaaja on vastannut 1–2 ryhmästä, jotka on koottu joko oman toimipaikan tai lähiympäristön lääkäreistä sekä muista terveydenhuollon ammattihenkilöistä.

Yhdyshenkilöiden toivottiin hoitavan ROHTO-hankkeen tehtäviä 1–2 työpäivää viikossa ja pystyvän vastaavasti keventämään normaalia työtään. Muutama heistä on onnistunut tässä järjestelyssä. Yleensä työtä on tehty muiden virkatehtävien ohessa.

Vuonna 1999 käytettiin runsaasti voimavaroja ja aikaa paikalliseen tiedottamiseen ja toiminnan markkinointiin. Kohderyhmän koulutustarpeiden ja paikallisten lääkehoidon ongelmakohtien kartoituksen jälkeen keskeisiksi teemoiksi valikoituivat depression ja diabeteksen hoito, hengitystieinfektiot, kohonnut verenpaine, ikääntyvien monilääkitys, sepelvaltimosairaus sekä vaihdevuosisien hormonikorvaushoito. Teemoja valittaessa lääkehoitoa ei haluttu irrottaa hoidon ja diagnostiikan kokonaisuudesta, koska oikean hoidon tulee perustua oikeaan diagnoosiin ja lääkehoidolle vaihtoehtoiset tai sitä tukevat muut hoitokeinot tulee ottaa huomioon lääkehoidon ongelmia ratkottaessa. Yhdyshenkilöt laativat tarvekartoitusten pohjalta omille alueilleen tai ryhmilleen toimintasuunnitelmat.

Alueellinen tai paikallinen ROHTO-koulutus tapahtui aluksi pääsääntöisesti lääkärien pienryhmissä ongelmalähtöisen oppimisen periaatteita mukaellen. Vuonna 2000 tilaisuuksissa oli mukana jo muita terveydenhuollon ammattilaisia kuten apteekkien henkilöstöä ja sairaanhoitajia. Sen myötä myös käytetyt koulutusmenetelmät monipuolistuivat. Tilaisuuksissa pyrittiin yleensä osallistujakeskeisyyteen ja kriittisen keskustelun katalysointiin. Ulkopuolisia asiantuntijoita käytettiin toiminnan vakiintuessa selvästi enemmän kuin alkuvaiheessa.

Vuonna 1999 järjestettiin noin 80 tilaisuutta ja niissä kirjattiin noin 580 osallistumiskertaa. Koulutuksiin osallistui säännöllisesti noin 150 lääkäriä. Vuonna 2000 osallistumiskertoja oli yhteensä 900 ja sama tahti jatkui vielä vuonna 2001. Tiivistelmä paikallisesta toiminnasta kesään 2001 saakka on liitteessä 4.

Käytännössä ohjaajien henkilökohtaiset taipumukset, ryhmä, toimintaympäristö ja luonnollisesti aihe vaikuttivat tilaisuuksien sisältöön ja muotoon. Ryhmien toimintaa jäsennettiin usein ongelmalähtöisen oppimisen avulla, joka on melko strukturoitu toimintatapa ja josta oli runsaasti kokemusta lääkärien perusopetuksen parista sekä jonkin verran myös täydennyskoulutusryhmistä. Ohjaajien "työkaluvalikoimaa" laajennettiin yhtei-



Espoon Puolarmetsän sairaalassa pohditaan unen hoidon ongelmia. ROHTO-ryhmä on toiminut siellä kevästä 1999 alkaen.

ERÄÄN ROHTO-RYHMÄN KOKOONTUMINEN

Kuuden lääkärin ryhmä kokoontui terveyskeskuksen kokoushuoneeseen Rohto-ohjelman puitteissa. Tapaamisen aikana oli tarkoitus aloittaa osteoporoosi-teen käsittely ja jatkaa sitä vielä toisellakin kerralla. Aiheen käsittely pääsi alkamaan 15 minuuttia sovitusta aikataulusta myöhässä, koska kahden lääkärin vastaanotto venyi ja muu ryhmä odotti heitä. Ryhmän jäsenet tunsivat toisensa hyvin entuudestaan eikä aikaa kulunut tutustumiseen.

Ryhmä oli valinnut teemaksi osteoporoosin, koska viime vuosina markkinoille oli tullut useita uusia lääkkeitä, Käypä hoito -suositus oli juuri ilmestynyt ja asiaa käsiteltiin usein ammattilehdissä. Lisäksi tuntui siltä, että terveyskeskuksessa aloitettiin osteoporoosin lääkehoito hyvin erilaisin perustein. Ryhmän vetäjä oli perehtynyt hoitosuositukseen ennen tilaisuutta.

Liikkeelle lähdettiin käytännönläheisestä potilastapauksesta ja sen jälkeen osallistujat pohtivat aihetta omien kokemustensa kautta. Suurin osa ryhmästä osallistui aktiivisesti keskusteluun ja vähitellen löydettiin kaikkia kiinnostava ongelma: Mihin osteoporoosin diagnoosin tulisi perustua? Sen jälkeen aivoriihessä nostettiin esiin erilaisia siihen liittyviä asioita sekä toimintamalleja ja analysoitiin näitä yhteisesti. Useiden seikkojen todettiin olevan epäselviä tai niistä ei päästy yhteisymmärrykseen. Niinpä sovittiin niiden selvittämisestä ennen seuraavaa kertaa. Tehtävät jaettiin osallistujille.

Seuraava tapaamiskerta oli sovittu kuukauden päähän. Yhtä lukuun ottamatta kaikki olivat paikalla, samoin kuin ohjaajan pyytämä asiantuntija keskussairaala. Vaikka edellisellä kerralla oli yhteisesti sovittu pienistä selvitystehtävistä, kaksi ryhmän jäsenistä oli jättänyt vastuunsa hoitamatta. Lisäksi yksi oli poissa. Ryhmä kävi kuitenkin lävitse asioita, joita sen jäsenet olivat saaneet selville ja jatkoi sen jälkeen avointa ja kriittistä keskustelua asiantuntijan kanssa aiheesta. Suurimmat epäselvyydet saatiinkin ratkottua, jonka jälkeen ryhmän vetäjän ehdotuksesta koottiin fläppitaululle vielä yhteenveto siitä, miten ja missä osteoporoosin diagnoosi tulisi asettaa. Sen jälkeen hoidon valinta olisi yksinkertaista ja perustelut tukevalla pohjalla. Muistiinpanojen pohjalta vetäjä laati vielä kirjallisen yhteenvedon muistutukseksi ja jaettavaksi poissaolijoille sekä aseman perehdytyskansioon. Seurannasta ei ehditty tehdä päätöksiä, mikä jäi harmittamaan ohjaajaa.

sissä valmennustilaisuuksissa vähitellen. Esimerkki edellisellä sivulla käsittelee yhden osin kuvitteellisen ROHTO-ryhmän toimintaa.

ROHTO-koulutukseen osallistuneet lääkärit olivat tulleet ryhmiin joko oman kiinnostuksensa tai toimipaikan yhteisen päätöksen perusteella. Uudet koulutustavat otettiin vastaan kiinnostuneina. Paikkakunnilla, joissa ROHTO-koulutus sisällytettiin osaksi terveyskeskuksen säännöllistä, ns. virka-aikana tapahtuvaa toimipaikkakoulutusta, toiminta onnistui hyvin. Aktiivisen toiminnan esteiksi puolestaan osoittautuivat mm. seuraavat seikat:

- lääkäripula julkisessa terveydenhuollossa
- pitkät välimatkat
- kokoontumiset iltaisin
- väestövastuinen työtapa
- muut samanaikaiset kehittämishankkeet
- laaja muu koulutustarjonta

ROHTO tuki yhdessä TYKS:n kanssa Turussa huhtikuussa 1999 toteutettua Lapsi terveyskeskuksessa -seminaaria. Kolmipäiväiseen seminaariin koottiin alueen terveyskeskuksista 25 lastentaudeista kiinnostunutta lääkäriä. Organisaattorina toimi ylilääkäri Jussi Mertsola TYKS:n lastenlinikalta. Samat lääkärit kokoontuivat toisen kerran iltapäivän kestoiseen miniseminaariin syyskuussa, jolloin aiheena olivat infektiosairaudet. Tästä osahankkeesta kerrotaan tarkemmin arviointiraportissa.

Kokemusten jakaminen ja yhteydenpito

Projektipäällikkö piti säännöllisesti yhteyttä yhdyshenkilöihin puhelimitse, sähköpostin avulla sekä tapaamalla heitä henkilökohtaisesti. Tammi-helmikuussa 1999 projektipäällikkö tapasi yhdyshenkilöitä, terveyskeskusten ylilääkäreitä ja paikkakunnan muita lääkäreitä heidän kotipaikkakunnallaan. Hän osallistui myös useimpien ryhmien ensimmäisiin kokoontumisiinsa sekä tarvittaessa myöhemminkin. Näitä käyntejä kertyi vuonna 1999 yhteensä 25.

Yhdyshenkilöille postitettiin myös säännöllisesti tiedotteita. Keväällä 1999 avattiin yhdyshenkilöiden, projektipäällikön ja arviointityöryhmän välinen sähköpostipohjainen keskusteluverkko. Sitä käytettiin hyvin vähän, vaikka kaikilla oli jo vuonna 2000 Internet-yhteys.

Koulutusmateriaali

Aikuisen oppimisen ja muutosteorioiden mukaan asiantuntija oppii parhaiten ja tekee muutoksia käytännössään, mikäli hänellä on mahdollisuus määritellä itse oppimis- ja muutostarpeensa. Tätä osallistujakeskeisyyden peruseriaatetta noudatettiin myös alueellisen toiminnan sisällön valinnassa. Johtoryhmä oli asettanut toiveeksi, että keskeiset kansantaudit tulee ottaa esille ROHTO-koulutuksissa, mutta muita rajoituksia teemojen suhteen ei ennakkoon asetettu. Lisäksi todettiin, ettei lääkehoitoa voi erottaa irralliseksi saarekkeeksi muusta hoidon ja tutkimuksen kokonaisuudesta.

Keväällä 1999 alueellinen toiminta alkoi ongelmakohtien ja koulutusarpeiden määrittämisellä. Yhdyshenkilöt tekivät sen eri tavoin: osa kysyi osallistujien toiveita kirjallisesti, osa ryhmistä teki äänestyspäätöksiä, joisakin ryhmässä käytiin analyttistä keskustelua.

Koulutusaineistoja ryhdyttiin laatimaan projektitoimistossa vasta teemojen selvittyä. Yleisenä tavoitteena kaikissa oli, että aineistojen pohjalta ryhmässä päästäisiin pohtimaan omien hoitokäytäntöjen järkevyyttä ja sopimaan yhteisistä hoitolinjoista. Suurin osa koulutuspaketeista rakennettiin ongelmälähtöisen oppimisen menetelmään sopivaksi. Ne sisälsivät yleensä potilastapauksen, ohjeita tutorille, listan käyttökelpoisesta kirjallisuudesta sekä Internetistä löytyvistä tietolähteistä sekä 5–10 artikkelia valmiiksi monistettuina. Aiheen erikoislääkäreitä konsultoititiin ennen aineiston kokoamista, ja vähintäänkin yksi erikoislääkäri ja yksi terveyskeskuslääkäri arvioi jokaisen koulutuspaketin sen valmistuttua.

Sisätautien erikoislääkäri, apulaisopettaja Vesa Ilvesmäki HUS:stä osallistui osin aineistojen suunnitteluun ja kokoamiseen. Taustakirjallisuutta hankittiin lähinnä lääketieteellisistä tietokannoista, ja erityisesti hyödynnettiin Lääkärin CD:tä. Käypä hoito -suosituksia käytettiin, mikäli niitä oli valmiina käsiteltävistä aiheista. Taustaksi koottuja artikkeleja valittaessa painotettiin toisaalta tieteellisyyttä ja toisaalta käytännönläheisyyttä. Ryhmien käytettävissä v. 2001 olleet koulutuspaketit on esitelty taulukossa 5.

Paikallisessa ja alueellisessa koulutuksessa oli tarkoituksena hyödyntää Kelan reseptitiedostoa ongelmakohtien tunnistamisessa ja työn laadun arvioinnissa. Tätä testattiinkin yhdyshenkilöiden tapaamisissa. Tilastojen käyttöä vaikeutti se, ettei hyvälle lääkkeenmääräämiselle ollut olemassa yleisesti hyväksyttyjä indikaattoreita ja standardeja. Tiedot eivät myöskään mahdollistaneet yksityiskohtaista ja osallistujille relevanttia tarkastelua ja niiden käytöstä paikallisissa tilaisuuksissa luovuttiin. Reseptitiedostoa

TAULUKKO 5

Koulutuspaketit vuonna 2001:

- *Astman hoito*
- *Tyyppin 2 diabetes ja sen hoito*
- *Akuutti keuhkoputkitulehdus*
- *Dementian käytöshäiriöiden hoito*
- *Depressio*
- *Kohonnut verenpaine*
- *Krooninen kipu*
- *Krooninen sydämen vajaatoiminta*
- *Sepelvaltimotauti*
- *Lipidilääkityksen ongelmat*
- *Markkinoinnin sudenkuoppia*
- *Nivelreuman hoito*
- *Osteoporoosi*
- *Oma lääkevalikoima*
- *Säärihaava*
- *Unettomuus*
- *Vanhusten monilääkitys*
- *Vaihdevuosien hormonikorvaushoito*
- *Äkillinen välikorvantulehdus*

päästiin kuitenkin hyödyntämään ROHTO-pajoissa keväästä 2000 alkaen. Näiden tietojen muokkaaminen käyttökelpoiseen muotoon edellytti Kelan tutkimus- ja kehitysyksikön työpanosta.

Ryhmillä oli mahdollisuus käyttää maksutta tieteellisen kirjaston palveluita aiheiden käsittelyssä tarvittavan lisämateriaalin hankkimiseksi. Palvelua käytettiin vähän.

ROHTO-pajat

Työpajassa (workshop) osallistujilla on aktiivisempi rooli kuin perinteisessä luentomuotoisessa koulutuksessa. ROHTO-pajojen tavoitteena oli hankkia laajempaa näkyvyyttä asialle, kannustaa lääkäreitä arvioimaan omia hoito- ja toimintakäytäntöjään sekä tarvittaessa muuttamaan niitä. Vuonna 2000 järjestettiin seitsemän ja vuonna 2001 yhtä monta paikallista tai



Työpajassa Vantaalla pohdittiin tulehduskipulääkkeiden järkevää käyttöä.

alueellista kolmen tunnin kestoista työpajaa, jotka rakennettiin farmakologisesta, kliinisestä sekä lääkkeiden käytön ja kulutuksen näkökulmista paikallisista painotuksista (Taulukko 6).

Tilaisuudet suunnitteli ja toteutuksesta huolehti kolmen lääkärin tiimi (Arja Helin-Salmivaara, Timo Klaukka ja Sirpa Sairanen), jossa oli edustettuna kokemusta perusterveydenhuollosta ja erilaisista koulutusmenetelmistä sekä lääke-epidemiologian asiantuntemusta. Teemoiksi valikoituivat avohoidon infektiot, järkevä lääkehoito yleensä, masennuksen hoito, kipulääkkeiden käyttö tukielinsairauksissa (kuusi pajaa), uniongelman hoito sekä tyyppi 2 diabeteksen hoito (kolme pajaa). Kohderyhmänä olivat pääsääntöisesti perusterveydenhuollon lääkärit, mutta Kanta-Hämeen keskussairaalassa järjestettiin paja vain sisätautiklinikan lääkäreille. Yhteistyötahoina toimivat terveyskeskus, Suomalainen Lääkäriseura Duodecimin paikallisyhdistys, yliopiston yleislääketieteen laitos tai keskussairaalan klinikka.

Vuonna 2000 osallistujia oli noin 160 kuten myös vuonna 2001. Osallistujien määrä pajoissa vaihteli kahdeksasta 45:een; eniten osallistujia oli Vantaan terveystieteiden keskuksen lääkäreille järjestetyssä pajassa. Pajoissa noudatettiin seuraavanlaista puolistrukturoitua toimintamallia:

- Sama henkilö (projektipäällikkö AH-S) toimi kaikkien pajojen vetäjänä.
- Osallistujat oli sijoitettu 5–7 hengen ryhmäpöytiin.
- Tutustumiskierroksen jälkeen seurasi ongelman yleisyyteen painottuva johdanto, jossa vertailtiin lääkemääräyskäytäntöjä ja lääkekulutusta mm. pohjoismaisella, valtakunnallisella tasolla ja kerrottiin myös, miten käsiteltävän ongelman lääkehoitoa oli paikallisesti määrätty.
- Jostakin esiin nousseesta teemasta keskusteltiin ensin joko pareittain tai ryhmissä, minkä jälkeen teeman käsittelyä jatkettiin yhdessä.
- Kliinisiin ongelmiin ja lääkeaineoppiin paneuduttiin potilastapausten kautta pohtien ongelmia ja ratkaisumalleja jälleen ensin ryhmissä.
- Asiantuntijoiden tietoiskut rytmittivät ohjelmaa; ne olivat lyhyitä ja perustuivat osallistujien esiin nostamiin teemoihin tai ongelmiin.
- Yhteenvedon jälkeen koottiin osallistujapalaute.

Pajojen avulla oli mahdollista tunnistaa, käsitellä ja raportoida julkisuudessa käytännön lääkehoidon ongelmia ja niiden järkeviä ratkaisumalleja. Julkaistut raportit tavoittivat Suomen lääkärilehden kautta yli 15 000 lääkäriä ja innoittivat muitakin tiedostusvälineitä keskusteluun samoista teemoista.

Koska kyseessä oli uusi toimintamalli, suunnittelijat ja toteuttajat kokosivat itse palautetta ja tietoa paja-konseptin toimivuudesta ja vaikuttavuudesta. Vuonna 2000 palautetta koottiin lomakkeella, joka sisälsi pajan toteutukseen liittyviä väittämiä viisiportaisella vastausasteikolla (täysin samaa mieltä – täysin eri mieltä) sekä avoimia kysymyksiä. Vastausosuus oli keskimäärin 85 % (yhdessä pajassa ei käytetty lomakkeita). Välittömän palautteen perusteella noin puolet tilaisuuksista onnistui erinomaisesti (Liite 5), ja loputkin arvioitiin hyväksi, vaikka osallistujien aktiivisuus olisi kaikissa tilaisuuksissa voinut olla vieläkin suurempi. Myös ulkopuolinen arviointiryhmä paneutui työssään pajiin.

Noin puoli vuotta työpajan jälkeen projektitoimistosta lähetettiin yhteystietonsa ilmoittaneille, työelämässä oleville osallistujille seurantakysely (vastausosuus 47 %, ei uusintakyselyä). Seurannassa päädyttiin avoimiin kysymyksiin, koska etukäteen ei voitu tietää, millaisia seuraamuksia pajoista voisi olla. ROHTO-pajoista oli jäänyt mieleen useimmiten lääkkeiden

määräämiseen liittyviä seikkoja. Osallistujat raportoivat muistavansa myös tavanomaisesta poikkeavan työskentelytavan (Liite 6). Onnistuneimpien pajojen osallistujat raportoivat tehneensä enemmän muutoksia hoitokäytännöissään kuin muut ja niiden osallistujat totesivat tilaisuuden myös vahvistaneen aikaisempia, hyviksi havaittuja käytäntöjä. Omassa toimipaikassa tehtyjä muutoksia yleisellä tasolla ei raportoitu.

Vantaan terveystieteiden keskuksessa järjestetyn pajan vaikuttavuutta arvioitiin myös Kelan reseptitiedoston tietojen valossa. Pajan aiheena oli "Tulehduskipulääkkeiden käyttö TULE-ongelmien hoidossa". Tavoitteena oli pohtia järkevän kipulääkehoidon toteuttamisen periaatteita ja mahdollisia muutostarpeita omassa käytännössä. Osallistujat olivat erittäin tyytyväisiä tilaisuuteen. Työpajaan osallistuneiden kipulääkkeiden määräyskäytännössä todettiin jälkiseurannassa muutoksia, joita ei ole havaittavissa valtakunnan tasolla. Kuitenkin, lääkkeenmääräyskäytännössä nopeiden muutosten aikaansaaminen yksittäisen tietoiskun turvin on vaikeaa.

Johtopäätöksiä pajoista

Kohderyhmän arkipäivän ja sen ongelmien tuntemus sekä koulutus- ja muutostarpeiden tunnistaminen ovat koulutussuunnittelussa keskeisiä. Välitön tyytyväisyys tilaisuuteen ja seurantakyselyssä raportoitu muutosaktiivisuus näyttäisivät korreloivan hyvin, vaikka muutoksen motiivia tai valmiutta siihen ei pystytty kyselyn keinoin arvioimaan. Raportoitu muutos ei kuitenkaan välttämättä tarkoita toteutunutta muutosta. Jos oletetaan, että vastaamatta jättäneet (53 %) eivät olisi tehneet mitään muutoksia ja vastanneista keskimäärin 47 % raportoi tehneenä muutoksen lääkehoidossa, niin huonoimman arvion mukaan kaikista pajiin osallistuneista 23 % olisi toteuttanut jonkin muutoksen työssään.

Ulkopuolisen asiantuntijan rooli pajoissa oli keskeinen, minkä takia sisällön hyvä tuntemus, esiintymistaidot ja erityisesti vuorovaikutteisen työtavan hallinta ovat hänelle tärkeitä. Paja kannattaa järjestää siten, että osallistujat voivat rauhoittua työskentelyyn keskeytyksettä – ja mieluummin työpaikan ulkopuolella. Kolme tuntia on sopiva kesto ja tilaisuus on järkevää sijoittaa iltapäivään. Osallistujia voi olla useita kymmeniä, mutta keskusteluun osallistuminen onnistuu parhaiten noin 25 hengen ryhmässä, joka jakautuu alaryhmiin. Käytännönläheisyys on hyväksi. Lääkemääräyksistä ja muista hoitokäytännöistä räätälöity paikallinen tieto ja paikalliset olosuhteet huomioon ottava työtapa virittävät aktiiviseen osallistumiseen.

TAULUKKO 6

Pajoja järjestettiin vuosina 2000–2001 seuraavilla paikkakunnilla:

- *Raision terveyskeskuksessa Turun yliopiston yleislääketieteen laitoksen kanssa. Yliopiston yleislääketieteen laitoksen kouluttajalääkärit pohtivat unilääkkeiden järkevää käyttöä. Unettomuus todettiin monitahoiseksi ongelmaksi, jota ei voi ratkaista pelkästään lääkkeellisin keinoin.*
- *Salossa pohdittiin paikallisen Duodecim-seuran tilaisuudessa tulehduskipulääkkeitä ja tukielinsairauksia. Asiantuntijana toimi dos. Risto Huupponen Turun yliopistosta.*
- *Suomen Lääkärehti ja ROHTO kokosivat lääkäreitä, sairaanhoitajia ja apteekin ammattilaisia miettimään toiminnallisen unettomuuden järkeviä suuntaviivoja. Työpajan jälkeen työstettiin ohjeisto, joka on tarkoitettu kaikkien terveydenhuollon ammattilaisten käytettäväksi eri toimipisteissä.*
- *Oulun kaupungin terveyskeskuslääkärit pohtivat masennuksen hoidon toteutumista kotikaupungissaan psykiatrian erikoislääkärien Kari Ruonalan ja Virpi Valtosen tietoisujen ryhdittämänä.*
- *Vantaan terveyskeskuksen lääkärit käsittelivät kipulääkkeiden ominaisuuksia tukielinongelmien hoidossa. Osallistujat toivoivat henkilökohtaista koostetta määräämistään kipulääkkeistä. Farmakologisia tuulahduksia tilaisuuteen toi elävästi esiintyvä professori Ilari Paakkari.*
- *Tampereen Lääkäriseuran kanssa järjestetty pajakin keskittyi kipulääkkeisiin. Professori Eeva Moilasan tietoisut ryhdittivät keskustelua.*
- *Lappeenrannan terveyskeskuksen ja sisätautiklinikan kanssa pidetyssä pajassa pohdittiin tyypin 2 diabeteksen lääkehoitoa, erityisesti lipidilääkkeiden käyttöä ja hoitomotivaatiota.*
- *Samasta teemasta jatkettiin Kanta-Hämeen keskussairaalan sisätautilääkäreiden kanssa. Erityistarkastelun kohteena olivat sairaalan sydänosastolla tiettyinä ajanjaksona hoidetut tyypin 2 diabeetikot ja heidän lääkehoidonsa. Tilaisuutta varten tuotettiin tietoja Kelan reseptitiedostosta sydänosastolla hoidettujen potilaiden lääkehoidosta ennen ja jälkeen sairaalajakson.*
- *Kemissä käsiteltiin kipulääkkeiden käyttöä. Mukana oli terveyskeskuksen lääkärin lisäksi runsaasti työterveyslääkäreitä.*
- *Helsingin keskisen piirin terveyskeskuksen lääkärin kanssa pohdittiin tyypin 2 diabeteksen hoitoa.*
- *Keski-Suomen Lääkäriyhdistyksen tilaisuudessa tarkasteltiin maakunnan lääkemääräyskäytäntöjä yleisesti.*

...Taulukko 6 (jatkoa)

- *Lääkärilehden ja ROHTO-hankkeen järjestämässä toisessa valtakunnallisessa työpajassa käsiteltiin tyypin 2 diabeteksen hoitoa ja potilaan hoitomotiivaatiota. Mukana oli lääkäreiden lisäksi sairaanhoitajia ja apteekin ammattilaisia.*
- *Kangasalan terveyskeskuksessa paneuduttiin kipulääkkeiden käyttöön erityisesti tukielinsairauksissa Eeva Moilasen tietoisuuksien tukemana. Tilaisuus videoitiin.*
- *Samaa teemaa käsiteltiin myös Porin terveyskeskuksen tilaisuudessa. Asiantuntijana toimi dos. Risto Huupponen.*
- *Helsingin itäisen terveyskeskuksen lääkäreiden mikrobilääkekäytäntö ja avohoidon infektioiden Käypä hoito -suositukset olivat pohdintojen kohteena syyskuussa 2001. Mikrobiologian ylilääkäri Hannu Sarkkinen Lahdesta toimi asiantuntijana.*
- *Järvenpään terveyskeskuksessa pohdittiin kivun hoitoa eri ammattiryhmien kanssa yhteistyössä. Tietoisuista vastasi anestesiaylilääkäri Pertti Pere Porvoon sairaalasta.*



Rohtopajojen pysyvä asiantuntija Timo Klaukka.

Osallistuminen muihin koulutustapahtumiin

ROHTO tuotti sisältöä ja oli mukana koulutuksen suunnittelussa tai toteutuksessa myös muiden tahojen kanssa. Vuoden 2000 alusta omien työpaikkojen järjestäminen sitoi voimavaroja ja vähensi jonkin verran yhteistyön mahdollisuuksia.

Vuonna 1999 ROHTO oli mukana seuraavissa tilaisuuksissa:

- Lääkäripäivät Helsingissä. Näyttelyalueella esiinnyttiin Duodecim-seuran osastolla. Lisäksi hanketta esiteltiin Lääkelaitoksen ja Kelan järjestämän Lääkehoidon ajankohtaisia kysymyksiä -kurssin yhteydessä.
- Tampereen lääkäripäivillä maaliskuussa oli esillä vuoden 1998 ROHTO-kyselyn tuloksia postereina Duodecim-seuran osastolla.
- Itä-Suomen Lääketiedetapahtumassa syyskuussa Ajankohtaista lääkehoidosta -sessiossa projektipäällikkö esitelmöi aiheesta "Lääkkeet lääkärin työkalupakissa".
- Turun Lääkäripäivillä marraskuussa oli esillä "Valitse tietoisesti" -posterit.
- TYKS yhteistyökumppaneineen järjesti Turussa 24.3. seminaarin aiheesta Järkevämpään lääkehoitoon – miten? Osallistujat (noin 200) olivat lääkevalintojen kanssa tekemisissä olevaa terveydenhuoltoalan henkilöistöä. Risto Pomoell, Timo Klaukka, Pekka Koivisto ja Arja Helin toivat kukin esityksissään ROHTO-hanketta ja sen päämääriä hyvin esille.
- Paula Vainiomäki esitti WONCA-EURACT kongressissa Mallorcalla toukokuussa ROHTOa käsittelevän posterin. Lisäksi hän kertoi hankkeesta esityksessään EURACTin (Euroopan yleislääketieteen opettajalääkäreiden organisaatio) kokouksessa Zagrebissa lokakuussa.

Projektipäällikkö piti rationaaliseen lääkkeiden käyttöön ja hankkeeseen liittyviä esityksiä lisäksi seuraavissa tilaisuuksissa:

- Kainuun keskussairaalan alueellinen Lääkehuollon koulutuspäivä syyskuussa (noin 50 kuulijaa)
- Lääketieteen toimittajat ry:n seminaari huhtikuussa (noin 30 toimittajaa)
- Apteekkarien PD-koulutusohjelma Helsingissä (15 osallistujaa)
- Farmasian päivä (noin 70 kuulijaa)
- Yleislääketieteen päivät (posteriesitys, noin 30 kuulijaa)
- Kelan asiantuntijalääkäreiden koulutuspäivät Helsingissä (noin 30 kuulijaa)

Vastaaviin tilaisuuksiin osallistuttiin vuonna 2000 seuraavasti:

- Lääkäripäivillä Helsingissä projektipäällikkö AH-S käsitteli esityksessään rationaalisen lääkehoidon kysymyksiä (Lääkesessio). Sen lisäksi järjestettiin työpaja verisuonisairauksien riskitekijöiden hoidosta Kunnallislääkäriyhdistyksen ja Teollisuuslääketieteen yhdistyksen kanssa. Hankkeella oli myös kaksi posteria: Toinen käsitteli lääkärin henkilökohtaista lääkevalikkoa ja toinen hankkeen etenemistä.
- Yleislääketieteen alaosaston koulutuspäivän aiheena helmikuussa oli järkevä lääkehoito. Projektipäällikkö kertoi hankkeesta yleisesti, Etelä-Pohjanmaan yhteyshenkilö, ylilääkäri Raimo Rintala käytännön esimerkein ja projektipäällikkö Ulla-Maija Rautakorpi käsitteli lopuksi MIKSTRA-hanketta.
- Projektipäällikkö AH-S piti esityksen järkevästä lääkehoidosta Pohjolan lääketiede -tapahtuman Lääkehoidon sessiossa Oulussa helmikuussa.
- Maaliskuussa järjestetyillä yleislääketieteen yhdistyksen koulutuspäivillä projektilääkäri Sirpa Sairanen ja Raimo Rintala pitivät molemmat ko. hanketta ja järkevää lääkehoitoa käsittelevät esitykset.
- Toukokuussa järjestetyssä MIKSTRA-hankkeen tilaisuudessa Sirpa Sairanen alusti aiheesta "Mitä esteitä/ongelmia hoitosuosituksen toteuttamisessa terveyskeskuksessa?".
- Syyskuussa 2000 pohjoismainen lääkeinformaatioseminaari (Nordiska Läkemedselnämnden) kokosi lääkealan viranomaiset Reykjavikiin. Projektipäällikkö piti siellä esityksen aiheesta "Implementation of therapy guidelines in Finland".
- Turun Lääketiedetapahtumaan lähetettiin posterit, jossa perustellaan oman, tietoisesti laaditun lääkevalikoiman järkevyyttä.
- Marraskuussa projektipäällikkö osallistui Suomen Medisiinariiton vuosikokouksen yhteydessä pidettyyn, lääkemarkkinointia käsitelleen seminaarin paneelikeskusteluun.
- Marraskuussa järjestetyillä Farmasian päivillä projektin edustajana projektipäällikkö oli lääkäreiden ja apteekkien yhteistyötä käsitelleen sessiön panelistina.

Vuonna 2001:

- Lääkäripäivillä järjestettiin kurssi "Infoähkystä tiedon hallintaan", jonka tavoitteena oli valmentaa osallistujia arvioimaan kriittisesti tietoa ja valikoimaan parhaita tietolähteitä. Kurssilla harjoiteltiin tieteellisen artikkelin ja lääkemainosten arviointia sekä tutustuttiin yleislääkärin

tärkeimpiin tietolähteisiin. Lisäksi päivillä esiteltiin tulehduskipulääkkeiden määräämiskäytäntöä kuvaava posterit ja tavattiin lääkäreitä Lääkärisseura Duodecimin osastolla.

- Projektipäällikkö oli maaliskuussa kutsuttuna mukana Societas Gerontologica -yhdistyksen koulutuspäivään kuuluvassa paneelikeskustelussa vanhusten lääkehoidosta.
- NLN (Nordiska Läkemedelnsämnden) järjesti Tukholmassa huhtikuussa kaksipäiväisen koulutustilaisuuden informaatioteknologian hyödyntämisestä lääkkeen määräämisessä. Projektipäällikkö kuului tilaisuuden suunnittelutoimikuntaan.
- Lääketietokeskuksen järjestämässä Lääkemerkkinointi vuonna 2001 -seminaarissa toukokuussa projektipäällikkö osallistui paneelikeskusteluun teemasta "Miten lääkemerkkinointia tulisi kehittää?".
- Tampereella kesäkuussa pidetyssä yleislääkärikongressissa (WONCA) esiteltiin tulehduskipulääkkeiden määräämiskäytäntöä kuvaava posterit.

Yhteistyö muiden terveydenhuollon ammattilaisten kanssa

Lääkärikunta on apteekkien henkilöstölle tärkeä yhteistyökumppani. Sairaaloissa ja laitoksissa hoitohenkilökunta puolestaan toteuttaa käytännössä lääkärin määräämän lääkehoidon. Valtakunnallisella tasolla on vaihdettu tietoa ja kokemuksia eri ammattilaisten kesken yhteisissä koulutustilaisuuksissa, jotka ovat toimineet esimerkkeinä ja kannustaneet aikaisempaa tiiviimpään paikalliseen yhteistyöhön. Myös julkaisutoiminnassa yhteistyö näkyi, kun samoja teemoja käsiteltiin yhtä aikaa eri ammattilehdissä.

ROHTO osallistui keskusteluun lääkärin ja apteekkien ammattihenkilöiden yhteistyön kysymyksistä vuonna 1999 helmikuussa Farmasialiiton ja Apteekkariliiton ammatillisille koulutussihteereille pidetyssä tilaisuudessa. Vuoden kuluttua siitä järjestettiin yhteistyössä Lääkehuollon Täydennyskoulutuskeskuksen kanssa työpaja, johon osallistui kaksikymmentä apteekki-alan ammattilaista ja seitsemän lääkärää. Tavoitteena oli kannustaa ammattiryhmiä entistä parempaan yhteistyöhön paikallistasolla, ja siksi tilaisuudesta raportoitiin kaikkien läsnä olleiden ammattiryhmien omissa lehdissä. Sen jälkeen valtakunnallinen esimerkki katalysoikin paikallisia yhteistyön kehittämistilaisuuksia niin ROHTO-hankkeen piirissä kuin sen ulkopuolellakin.

Toukokuussa 2000 ja 2001 Suomen Lääkärilehden kanssa järjestettyihin työpajoihin osallistui lääkärin lisäksi sairaanhoitajia ja proviisoreita.



Aivoriihen tuloksia: Mitkä seikat kuuluvat turvalliseen reseptin uusimiskäytäntöön?



Apteekki-alan ammattilaisia ja lääkäreitä työpajassa. Käynnissä ryhmätöiden tulosten tarkastelu.



Ryhmät analysoivat juuri nähtyä videoitua vastaanottoa Lääkärilehden ja ROHTO-ohjelman järjestämässä työpajassa toukokuussa 2001.

(Kuva: Sairaanhoidajalehti/Antero Aaltonen)

Näissä pajoissa pohdittiin mm. samansuuntaisen potilasinformaation merkitystä ja sen toteuttamista. Ensimmäisen pajan jälkeen laadittiinkin yhteiset toiminnallisen unettomuuden hoitosuosituksset, joita on mahdollista käyttää terveydenhuollon eri toimipisteissä. Toisessa pajassa käsiteltiin tyyppin 2 diabeteksen hoitoa eri ammattiryhmien ja yhteistyön näkökulmista.

Yhteistyön teemasta jatkettiin myös marraskuussa 2000 Farmasian päivillä, jossa projektipäällikkö AH-S osallistui ROHTO-hankkeen edustajana paneelikeskusteluun. Runsaslukuinen apteekkiammattilaisten (noin 150) joukko toivoi yleensä lääkärikunnalta aktiivisempaa yhteydenpitoa apteekkeihin. Projektipäällikkö on osallistunut myös Sairaanhoidon lehden lääkepalstan toimituskunnan työhön. Lääkehoitoa ohjaavien ammattiryhmien yhteistyön kehittämiseksi näyttää olevan tarvetta ja eri ammattiryhmien kanssa toimiminen soveltuu hyvin yhdeksi toimintaperiaatteeksi jatkossakin.

Sairaaloiden peruslääkevalikoimien merkitys

Sairaaloiden osastoilla ja poliklinikoilla aloitettujen lääkehoitojen heijastusvaikutuksista avohoidon lääkekäytäntöihin oli vain niukasti kotimaista tietoa. Sen vuoksi asiaa päätettiin tutkia. Seurantaryhmästä koottiin Risto Huupposen vetämä työryhmä (muina jäseninä Terhi Hermanson, Pekka Koivisto ja Sinikka Rajaniemi), jonka laatiman suunnitelman pohjalta Kuopion yliopiston sosiaalifarmasian laitoksella selvitettiin opinnäytetyönä, miten sairaalan peruslääkevalikoima ja avohoidon lääkkeiden käyttö suhtautuvat toisiinsa. Tulosten mukaan peruslääke- ja käyttövalikoimilla oli ohjauksvaikutusta avohoidossa määrättyihin ja kulutettuihin lääkkeisiin, mutta yhteys ei ollut suoraviivainen eikä yksiselitteinen (11). Aiheen tarkempi selvittely olisi edellyttänyt laajempaa tutkimusta, jota ei pidetty hankkeen puitteissa tarkoituksenmukaisena.

Johtoryhmän toimeksiannon perusteella seurantaryhmä kutsui myös työryhmän pohtimaan keinoja, joilla vaikutettaisiin sairaanhoitopiirin lääkeneuvottelukuntiin, jotta niiden lääkepäätöksissä huomioitaisiin kokonaistaloudellisuus. Työryhmään kuuluivat professori Pertti Neuvonen (Helsingin yliopisto), neuvotteleva lakimies Outi Raitoaho (Suomen Kuntaliitto), johtajaylilääkäri Veikko Mäkelä (Kanta-Hämeen keskussairaala), sairaala-apteekkari Eija Järviluoma (HYKS) ja ylilääkäri Terhi Hermanson (sosiaali- ja terveysministeriö).

Työryhmä teki sairaaloiden lääkeneuvottelukuntia ja lääkevalikoimia koskevan kyselyn ja kuuli myös lääketeollisuuden näkemyksistä. Se ehdotti mm. seuraavia toimenpiteitä:

- lääkkeiden käyttöä koskevaa informaatio-ohjausta on lisättävä.
- sairaaloissa käytetyn lääkityksen heijastusvaikutuksia avohoidon lääkitykseen tulisi tutkia esim. potilasasiakirjatasolle menevällä tutkimuksella.
- sairaaloiden lääkehuollon järjestelyistä tulee laatia suositus.
- sairaalakohtaisten lääkeneuvottelukuntien sijasta tulisi perustaa alueellisia lääkeneuvottelukuntia, jotka saattaisivat kyetä tehokkaampaan toimintaan.
- ns. hankintarenkaiden tekemät tarjouspyynnöt kannattaisi yhtenäistää virheiden ja puutteiden vähentämiseksi.

Kolmen viimeksi mainitun ehdotuksen jatkokäsittely aloitettiin Kuntaliiton ja sosiaali- ja terveystieteiden ministeriön yhteistyönä.

Käypä hoito -yhteistyö

Suosittelujen terveystaloustieteellinen tarkastelu

Hoitosuosittukset ohjaavat hoitoa lähinnä niiden taustalla olevan näytön sekä kliinisen pätevyyden pohjalta, mutta eri vaihtoehtojen taloudellisiin seurauksiin on kiinnitetty huomiota suhteellisen vähän. Koemielessä arviointiin Eturauhasen hyvänlaatuisen liikakasvu -suositukseen eri hoitovaihtoehtoja. Terveystaloustieteellisen tarkastelun teki työryhmä Pekka Rissanen (Stakes, vastaavana kirjoittajana), Teuvo Tammela (TAYS, suositustyöryhmän puheenjohtaja), Heini Salo (Terveystutkimus Oy) ja projektipäällikkö AH-S. Eri vaihtoehtoista leikkaushoitoa todettiin kustannusvaikuttavimmaksi eturauhasen hyvänlaatuisen liikakasvun hoidossa. Raportti valmistui joulukuussa 1999, ja se julkaistiin Aikakauskirja Duodecimissa (12) sekä Käypä hoito -kotisivuilla (13).

Samanlaista terveystaloudellista tarkastelua yritettiin tehdä Krooninen keuhkohtaumatauti -hoitosuosituksista. Tehtävään valittu työryhmä (Pekka Rissanen, Heini Salo, Pentti Tukiainen ja Sirpa Sairanen) totesi, että ainoa keuhkohtaumataudin ennustetta selvästi parantava hoito on tupakoinnin lopettaminen. Sen sijaan lääkehoitojen terveystaloustieteellinen analyysi ja vertailu ei onnistunut, koska ei ollut olemassa riittävästi tietoa lääkehoitojen vaikutuksesta sairauden ennusteeseen.

Terveystaloudellisten analyysien laatiminen vaatii erityisosaamista, jota ei automaattisesti löydy suosituksia laativista työryhmistä. Suositusten analyysi voi siis olla mahdotonta esimerkiksi puuttuvan tiedon tai tutkittavan asian luonteen vuoksi. Asiantuntijoiden työpanoksen kustannusvaikuttavuutta kannattaisi arvioida laadittaessa suositusten kustannusvaikuttavuuden arvioita. Jatkossa terveystaloustieteellisiä arvioita tulisi toteuttaa Käypä hoito -hankkeen tavanomaisena toimintana ja hyödyntää myös ROHTO-ohjelman viestinnässä.

Suosittelujen käyttäntöön saattaminen

Valmis kansallinen hoitosuositus ei useinkaan sovellu sellaisenaan hoitokäytäntöksi joka paikkaan. Sen sijaan suositukset on tarkoitettu taustamateriaaliksi, kun laaditaan alueellisia tai paikallisia sopimuksia hoidon järjestelystä. Käypä hoito -suositusten saattaminen käytäntöön ei ole kuitenkaan kuulunut minkään tahon vastuulle.

Suosituksia käytettiin ROHTO-koulutuksissa aineistona siltä osin kuin niitä oli valmiina. Joissakin paikallisissa ryhmissä laadittiin kansallisten suositusten pohjalta omia, paikallisia hoito-ohjelmia.

Sairaaloiden ja avohoidon välisen yhteistyön parantaminen erityisesti lääkähoidossa, oli hankkeen yksi tavoitteista. ROHTO-hankkeessa haluttiin selvittää, miten Käypä hoito -suositusten implementaation tukeminen voisi edesauttaa alueellista yhteistyötä ja mitä tällainen toiminta edellyttäisi. Etelä-Savon sairaanhoitopiirin keuhkoklinikassa laadittiin Käypä hoito -suositusten pohjalta kroonisen keuhkoastuman alueellinen hoito-ohjelma. ROHTO avusti implementaation suunnittelua ja toteutusta. Toimintaa ei evaluoitu, koska siihen ei löytynyt henkilöitä eikä muita voimavaroja.

Tietoteknologisten hankkeiden tuki

Tietoteknologian avulla on mahdollista monin eri tavoin parantaa potilasturvallisuutta ja hoidon laatua sekä tarjota tukea klinikalle lääkepäätöksiä tehtäessä.

ROHTO-hanke seurasi ja tuki kotimaisen, klinisiä päätöksiä varten suunnitellun työasemaohjelmiston kehittämistä. Kustannusosakeyhtiö Duodecim tuottamana Referaatti Oy käynnisti työn vuonna 1998. Reseptikirjoitusohjelma on kuulunut keskeisenä osana ohjelmistoon. Sen kehittämistä tuettiin yhteensä 100 000 markalla vuosina 1999 ja 2000.

Projektipäällikkö AH-S pääsi tutustumaan eri puolilla Eurooppaa kehitteillä tai käytössä oleviin päätöksenteon tukijärjestelmiin ja reseptinkirjoitusohjelmiin kahdessa kokouksessa. Toukokuussa 1999 Lontoossa UK-Nordic Educational Trustin järjesti työpajan, jonka aiheena oli informaatioteknologian hyödyntäminen perusterveydenhuollon lääkärin työssä. NLN (Nordiska Läkemedelsnämnden) puolestaan kokosi huhtikuussa 2001 Tukholmaan asiantuntijoita pohtimaan informaatioteknologian hyödyntämistä rationaalisessa lääkkeenmääräämisessä. Samanlaista kehittämistyötä tuntuu olevan eri puolilla, ja yhteistyötä tehdään, mutta ei kovin laajasti. Lääkärin CD on osoittautunut välineeksi, jonka laajuus ja nopeus kliinisten hoitopäätösten tukena tekevät siitä ainutlaatuisen.

Rationaalinen lääkehoito perusopetuksessa

Lääkärit omaksuvat lääkehoitokäytäntönsä varhain ammatillisen uransa alussa ja käytännöt muuttuvat yleensä hitaasti. Lääkäriskoulutuksen aikana opiskelijoiden hankkimat farmakologian perustiedot ja lääkekäytännöt vaikuttavat ratkaisevasti siihen, miten rationaalisen lääkehoidon periaatteita myöhemminkin sovelletaan.

Lääketieteellisten tiedekuntien opinto-ohjelmat ovat muuttuneet viimeisten kymmenen vuoden aikana. Ongelmalähtöisyyttä ja ryhmäopetusta on lisätty sekä farmakologiaa ja kliinistä farmakologiaa integroitu kliinisen vaiheen opintoihin.

ROHTO pyysi yliopistojen farmakologian tai kliinisen farmakologian opettajilta kriittisen, omaa toimintaa koskevan artikkelin siitä, miten rationaalisen lääkehoidon opetus on järjestetty ja miten teema otetaan huomioon farmakologian ja kliinisen farmakologian opetuksessa. Kuopion, Oulun ja Tampereen yliopistot raportoivat opetuksestaan Lääkärilehden Lääkeinfo-palstalla vuonna 2000. Keväällä 2001 keskustelu opetusjärjestelyistä jatkui Farmakologiyhdistyksen kokouksessa.

Samansuuntaiset tutkimus- tai kehittämishankkeet Suomessa

Erityisesti MIKSTRA-hankkeen kanssa yhteistyö on ollut hyvin tiivistä. MIKSTRA on laajapohjainen valtakunnallinen tutkimus- ja kehittämishanke, jonka tavoitteena on infektioiden optimaalinen diagnostiikka ja hoito. Se käynnistyi yhtä aikaa ROHTO-hankkeen kanssa syksyllä 1998 ja jatkuu vuoteen 2003 saakka. Ohjelmaa toteuttaa 30 terveyskeskusta eri puolilta maata, ja sen taustaorganisaatioita ovat Lääkäriseura Duodecim, Kansanterveyslaitos, Kela, Lääkelaitos ja FinOHTA. Projektipäällikkö AH-S on osallistunut soveltuvien osien MIKSTRAN ohjausryhmän kokouksiin. Elokuussa 1999 ja 2000 pidettiin ROHTO-seurantaryhmän ja MIKSTRA-ohjausryhmän yhteiset kokoukset. Vuonna 1999 projektipäällikkö osallistui ohjaajana MIKSTRA-yhdyshenkilöiden valmennustilaisuuksiin. Marraskuussa 2000 sekä maaliskuussa 2001 järjestettiin molempien hankkeiden ohjaajille yhteiset, kaksipäiväiset valmennustilaisuudet.

Kelan vuodesta 1997 toimittamaa lääkärin henkilökohtaista palautetta lääkemääräyksistä on kehitetty ja projektipäällikkö on osallistunut ulkopuolisena asiantuntijana työhön. Palautetta on pyritty konkretisoimaan ja vuonna 2001 siihen lisättiin yksityiskohtainen kuvaus määrätyistä kipulääkkeistä sekä asiantuntijan laatima suositus.

Vuonna 1998 käynnistyi EU-BIOMED-yhteistyötutkimus, jossa selvitettiin kustannusten vaikutusta kuluttajien ja lääkärin lääkehoidon päätöksiin. Suomessa tutkimuskeskuksena toimi Svenska Handelshögskolan. Osa tarvittavasta tutkimusjoukosta löytyi ROHTO-hankkeen verkostojen avulla.

ROHTO on myös osaltaan stimuloinut Kuopion yliopiston sosiaalifarmasian laitoksella proviisori Leena Lahnajärven tekemää tutkimusta reseptien uusimiskäytännöistä.

Satakunnan Makropilottia ja sen Lääketietojen käsittelyhankkeen etenemistä seurattiin sen toiminnan ajan. Seurantaryhmien kesken pidettiin yksi videoneuvottelu, joka käsitteli pääasiassa sähköistä lääkemääräystä.

Projektista prosessiksi: jatkon suunnittelua

Projekti-vaiheen jälkeisiä toimia ryhdyttiin hahmottelemaan toisen toimintavuoden aikana. Rationaalista lääkettä tukevista toiminnoista muissa maissa on olemassa kohtuullisesti kirjallisuutta, mutta niistä saatavaa tietoa haluttiin täydentää käytännön kokemuksilla. Sen vuoksi seurantaryhmä teki opintomatkan helmikuussa 2000. Tavoitteena oli hankkia tietoa ROHTO-hankkeen kokeiluvaiheen jälkeisen toiminnan suunnittelun ja toteutuksen tueksi. Matkan aikana tutustuttiin Kööpenhaminassa vuodesta 1993 lähtien toimineeseen Rationaalisen lääkehoidon ohjelmaan sekä vasta perustettuun kansalliseen Rationaalisen Lääkehoidon Instituutin toimintaan. Oxfordissa perehdyttiin paikallisen terveysviraston lääkehoidon ohjauksesta suorittavan osaston toimintaan. Lontoossa kohteina olivat lääkkeiden arviointia tekevät North Thames Drug Information Services ja NICE (National Institute of Clinical Excellence).

Kesäkuussa 2000 koottiin laajapohjainen aivoriihi ideoimaan, miten Suomessa voitaisiin järjestää riippumattoman lääkeinformaation kokoaminen, tiivistäminen ja implementaatio. Aivoriihessä olivat mukana seurantaryhmän ja sen edustamien organisaatioiden lisäksi mm. Apteekkariliiton, Farmasialiiton sekä Sairaanhoidajaliiton edustajat. Ideoiden pohjalta laadittiin luonnos esisuunnitelmaksi ja keskustelujen pohjaksi.

Johtoryhmä velvoitti seurantaryhmän laatimaan syksyn 2000 aikana erilaisia malleja laajapohjaisen ja riippumattoman informaatiokeskuksen toiminnan järjestämisestä. Ideointia jatkettiin esisuunnitelman pohjalta marraskuussa järjestetyssä työpajassa, johon seurantaryhmä kutsui päätävässä asemassa olevia lääkealan asiantuntijoita ja tiedon tuottajien edustajia. Työpajassa visioitiin, etsittiin yhteisiä tavoitteita sekä ideoitiin erilaisten toimintatapojen periaatteellisia malleja, mutta suunnittelutyötä ei jatkettu yhteistyössä sen pidemmälle. Sosiaali- ja terveysministeriön ja Lääkelaitoksen keskinäisen sopimuksen mukaisesti Lääkelaitos ryhtyi suunnittelutyöhön yksin.

Lääkelaitoksessa laadittu suunnitelma valmistui maaliskuussa 2001. Sen painopiste oli lääkeinformaation kokoamisessa, tuottamisessa ja jakelussa erilaisten jakelukanavien kautta implementaation jäädessä suunnitelman ulkopuolelle. Ehdotetun toiminnan tarvitsemaa rahoitusta ei kuitenkaan ollut mahdollista järjestää vuodelle 2002, jonka vuoksi keskuksen perustaminen siirrettiin tulevaisuuteen.

Keväällä 2001 jatkettiin hankkeen seurantaryhmässä rationaalista lääkehoitoa tukevien toimien suunnittelua. Suunnitelmaluonnosta käsiteltiin ensimmäisen kerran seurantaryhmän toukokuun kokouksessa, ja johtoryhmässä se oli esillä kesäkuussa. Suunnitelma perustui eri tahoilla käytyihin keskusteluihin, koottuihin kokemuksiin, ulkopuolisen arviointiryhmän sekä alueellisten toimijoiden näkemyksiin ja aihetta käsittelevään kirjallisuuteen. Keskustelussa käsiteltiin mm. seuraavia seikkoja.

- Suomessa tarvitaan kansallisella tasolla koottua, tiivistettyä tai tuotettua tietoa lääkkeiden kliinisestä arvosta sekä kustannustehokkuudesta. Periaatteessa tiedon kokoamisessa, tuottamisessa ja jakelussa tarvittava asiantuntemusta ja organisaatioita löytyy Suomesta jo nyt. Verkostoja tulisi kuitenkin hyödyntää entistä paremmin ja toimintaa olisi koordinoitava.
- Pelkkä informaation kokoaminen ja tuottaminen ei riitä; sitä täytyy myös levittää kohderyhmiin ja sen tulisi näkyä käytännön toimissa. Usein uuden tiedon aiheuttamien muutosten toteuttamisessa tarvitaan ulkopuolista tukea ja katalysointia.
- Kansalliset suositukset on muokattava implementaatiota varten paikallisiin olosuhteisiin sopiviksi.
- Tieto muuttuu nopeasti ja sitä on saatavilla runsaasti. Vaarana on pätevän tiedon hukkuminen massaan tai tiedon tulvaan turtuminen. Siksi terveydenhuollon ammattilaisten tiedon hankinnan järjestelmiä on kehitettävä edelleen. Tietoa tulisi olla saatavilla myös kliinistä päätöksentekoa tukevassa muodossa.
- Relevantti palaute omasta tai oman tiimin toiminnasta on nähty eri puolilla tärkeäksi muutoksen katalysaattoriksi ja sen aikaisempaa parempaan tuottamiseen tulisi Suomessakin pyrkiä. Pitkän ajan tavoitteena tulisi olla diagnoosiin suhteutettu tieto (jota ei vielä ole saatavilla).
- Lisäksi on todettu olevan olemassa tarve ei-teollisuuslähtöiselle lääketutkimukselle.



Seurantaryhmää opintomatalla. Pekka Paunio, Risto Huupponen, Pekka Koivisto ja Risto Pomoell Kööpenhaminassa.



Keskusteluja lääkehoidon ohjaajien toiminnasta Oxfordissa. Ryhmässä mukana (vasemmalta) Jeff Elliott (prescribing facilitator, Oxford City Primary Care Group), Tom Jones (consultant Primary Care Medical Adviser, Oxfordshire Health Authority), Pekka Koivisto, Pekka Paunio ja Risto Pomoell.



Rationaalisen lääkehoidon tukeminen vuoden 2001 jälkeen. Aivoriihessä haettiin yhteisiä tavoitteita ja ideoitii toimintamalleja.



Ehdotuksia työstettiin eteenpäin pienryhmissä. Kuvassa Mika Scheinin, Risto Pomoell, Pertti Neuvonen ja Erkki Palva.

Edellisen pohjalta laaditun, projektivaiheen jälkeistä toimintaa koskevan suunnitelman keskeinen elementti oli sairaanhoitopiirien tasolle hajautettu, ammattimaisesti järjestetty muutoskonsulttien verkosto, jota laajennetaan asteittain ja tuetaan keskitetysti tuottamalla tietoa lääkehoidosta ja räätälöimällä alue- ja paikkakuntaakohtaista tietoa lääkkeiden käytöstä. Valtakunnallinen keskusyksikkö tukeutuisi olemassa oleviin organisaatioihin niin tiedon hankinnassa kuin jakelussakin. Tämän raportin mennessä painoon suunnitelman käsittely hankkeen päättävissä elimissä oli kesken.

Lopuksi

Rationaaliseen lääkehoitoon pyrittäessä on rahalliseen panostukseen vuosina 1998 – 2001 käytetty yhteensä noin 5,2 mmk eli keskimäärin 1,3 mmk vuodessa. Tämä vastaa noin 0,04 %:a maksetuista lääkekorvauksista tai 0,13 %:a lääkemarkkinointiin käytetystä summasta, joka arvioiden mukaan on kaikkiaan noin miljardi mk. Työtä ovat tehneet projektilääkärit sekä eri puolella maata toimineet osa-aikaiset lääkärikouluttajat. Taustaorganisaatioiden ja paikallisten terveystieteiden epäsuoraa panostusta liepee mahdotonta laskea.

Miten paljon järkevämmäksi suomalainen lääkehoito on tänä aikana tullut? Miten usein lääkärit ovat arvioineet hoitokäytäntöjään? Kenties muuttaneet joitain havaittuaan siihen olevan tarvetta? Mitkä valituista strategioista loppujen lopuksi toimivat, missä törmättiin ongelmiin? Onko onnistuttu luomaan rakenteita, jotka ovat toimintakykyisiä vielä siirryttäessä projektista hankkeen vakiintuneempaan vaiheeseen?

Laaja-alaisen kehittämissuunnitelman tuloksellisuuden arviointi on haasteellista, varsinkin kun järkevän lääkehoidon indikaattoreita ja niille ennalta määriteltäviä optimaalisia tasoja on olemassa hyvin vähän. Sen lisäksi prosessimainen alueellinen toiminta on tuonut oman tasonsa arviointiin. Järkevä lääkehoito voidaan kuitenkin nähdä päämääränä tai visiona, jota kohti on mahdollista edetä, kun tavoitteet ja strategiat valitaan realistisesti, suhteuttaen ne käytettävissä oleviin voimavaroihin. Sen vuoksi täsmällisten tavoitteiden ja konkreettisten muutostarpeiden määrittämistä ei voi milloinkaan korostaa liikaa.

Seitsemän eri organisaation yhteinen hanke oli sekä tavoitteiden asettamisen että toiminnan kannalta haasteellista mutta mielenkiintoista. Tavoitteiden jatkuva täsmentäminen tuki käytännön toimintaa ja erilaiset näkemykset tuottivat uusia innovaatioita. Laajapohjaisuus auttoi useimpien strategioiden toteuttamisessa ja antoi hankkeen välittämille viesteille painoarvoa. Toiminnan kehittämisen, sitoutumisen ja tiedon kulun kannalta säännöllisesti kokoontu-

van asiantuntijaryhmän (=seurantaryhmä) toiminta oli keskeistä. Valtakunnalliset taustavoimat sitoutuivat hankkeeseen kiitettävästi.

Koulutustoiminnasta

Osallistujakeskeinen lähestymistapa oli toimiva. Koulutustoiminta vietiin lähelle osallistujien arkipäivää ja heidän kehittämis- ja koulutustarpeensa muodostivatkin työskentelyn lähtökohdan. Vertaisryhmässä on ollut helppoa ja turvallista vaihtaa kokemuksia, verrata omaa toimintaa muihin samaa työtä tekeviin ja laajentaa tietopohjaa. Se on ollut jopa hauskaa. Parhaimmillaan ryhmä katalysoi osallistujiaan itseohjautuvaan oppimiseen. ROHTO-ryhmässä laadittiin myös paikallisia hoitoketjuja, joissa lääkehoito niveltä osaksi muuta hoidon kokonaisuutta, kuten ennaltaehkäisyä, lääkkeetöntä hoitoa tai diagnostiikkaa. Lääkehoidon irrottamista muusta hoidosta ei pidetty järkevänä – eikä se käytännössä olisi edes mahdollista.

Alueellisessa ja paikallisessa toiminnassa hyödynnetty ryhmäpohjainen, osallistava koulutusmalli näyttäisi toimivan parhaiten osana terveystieteiden säännöllistä koulutustoimintaa (nimitettäköön sitä sitten jatko-, täydennystai toimipaikkakoulutukseksi). Tämä edellyttää kuitenkin ohjaajaa, joka on saanut valmennusta tehtävään. Syksyllä 1998 vain joillakin valituista yhdyskunnista oli aikaisempaa ohjaajakokemusta, mutta valmennuksen ja kokemuksen kertymisen myötä ROHTO on pystynyt luomaan, ylläpitämään ja laajentamaan kouluttajalääkärien verkostoa. Myös tulevaisuudessa tulee varautua ohjaajien valmennuksen ja jatkuvan tuen tarjoamiseen.

Hankkeen toiminta osui vuosiin, jolloin julkinen terveydenhuoltojärjestelmä ajautui kohti kriisiä. Yksi sen ilmenemismuodoista, usean kuukauden mittainen lääkärin työtaistelu vuonna 2001, vaikutti vain jonkin verran toimintaan. Sen sijaan lisääntynyt lääkärin työpaine ja erityisesti väestövastuisten perusterveydenhuollon organisoinnin ongelmat aiheuttivat kitkaa paikallisessa toiminnassa.

Koulutusmateriaalien kokoaminen olisi todennäköisesti ollut helpompaa, jos Suomessa olisi ollut puolueetonta lääketietoa systemaattisesti kokoava ja tuottava taho, kuten monissa muissa Euroopan maissa. Käypä hoito -suositukset odotettiin paljon, mutta esimerkiksi lääkehoitoa ohjaavia Käypä hoito -suosituksia oli käytettävissä lähinnä avohoidon infektiosta ja muutamasta muusta aiheesta. Suositusten määrä kuitenkin lisääntyi merkittävästi uudelle vuosituhannelle tultaessa.

Paja-konsepti todettiin erittäin hyvin toimivaksi niin osallistujien, järjestäjien kuin ulkopuolisten arvioitsijoidenkin mukaan. Paikallista hoitokäytäntöä

kuvaavaa tietoa pidettiin arvokkaana; tämän lisäksi lääkärit toivoivat räätälöityä henkilökohtaista palautetta lääkemääräyksistään. Samanaikaisesti aloitettiin lääkehoitoa kuvaavien tietojärjestelmien kehittäminen siten, että niiden avulla voidaan tuottaa entistä yksityiskohtaisempaa tietoa rationaalista lääkehoitoa tukevaan toimintaan, sen suunnitteluun ja arviointiin.

Koulutuksen vaikuttavuuden arvioinnin haasteet puhututtivat koko hankkeen ajan. Vaikuttavuutta ei niinkään epäilty, vaan ongelmana oli pikemminkin sen todentaminen. Syksyllä 2001 julkaistiin Englannissa tehty tutkimus, jonka mukaan käytännönläheiset, osallistujakeskeiset paikalliset työpajat yhdistettynä kirjallisiin hoitosuosituksiin ja muistutuksiin vähensivät toiminnallisen ylävatsavaivan hoidon lääkekustannuksia kolmen vuoden ajan hoidon laadun pysyessä entisellä tasolla (14). Alustavan tarkastelun mukaan esimerkiksi Vantaalla järjestetyn kipulääkkeitä käsitelleen pajan tuloksellisuudesta ovat samansuuntaisia.

Vuorovaikutusta ja verkostoitumista

Toiminnan organisointi edellytti jatkuvaa yhteydenpitoa valtakunnallisiin, paikallisiin ja alueellisiin toimijoihin sekä muihin samansuuntaisiin hankkeisiin. Vaikka sähköpostia ja puhelinta käytettiin yhteydenpidossa paljon, ne eivät pystyneet korvaamaan henkilökohtaisia kontakteja. Esimerkiksi hankkeen toiminnallisen johdon ja yhdyshenkilöiden säännölliset tapaamiset olivat tiedon vastavuoroiselle välittämislle välttämättömiä.

Samansuuntaiseen päämäärään pyrkivien muiden hankkeiden seuranta ja keskinäinen kokemusten vaihto avasi näkemyksiä ja antoi uusia ideoita. Se osoitti myös, ettei yhteistyön ei tarvitse olla virallista; epämuodollinen saattaa olla jopa hedelmällisempää.

Arviointiryhmä, operatiivisen toiminnan suunnittelijat ja yhdyshenkilöt pyrkivät säännöllisesti sovittamaan yhteen tarpeitaan ja käytännön toteutuksen mahdollisuuksia. Vuoropuhelun merkitystä ei tässäkään voi korostaa liikaa. Ilman käytännön toteuttajien kannanottoja sekä "interventiot" että niiden arviointi olisivat saattaneet jäädä arkitodellisuudelle vieraksi.

Voimavarat

Taloudellisia voimavaroja oli hankkeen käytettävissä tarpeellinen määrä. Sen sijaan toiminnan liikkeellelähtöä ja laajenemista rajoitti se, että osaavien ja kiinnostuneiden henkilöiden rekrytointi oli vaikeaa ja vei odotettua

enemmän aikaa. Miten järkevää suomalainen lääkehoito olisikaan, jos meitä olisi heti alusta lähtien ollut useampi niin koulutustoiminnassa kuin sitä tukevassa muussa työssä?

JOHTOPÄÄTÖKSIÄ:

- *Tavoitteiden tulee olla mahdollisimman realistisia ja konkreettisia. Niitä kannattaa arvioida määräväleihin ja tarvittaessa täsmentää.*
- *Maailma on täynnä epäkohtia: keskity tavoitteiden kannalta olennaiseen ja suhteuta toiminnot käytettävissä oleviin voimavaroihin.*
- *Kannattaa käyttää samanaikaisia ja toisiaan tukevia strategioita.*
- *2 + 2 > 4: Yhteistyössä on voimaa.*
- *Pitä jatkuvasti yhteyttä eri tahoihin kaikilla eri tasoilla.*
- *Vie toiminta mahdollisimman lähelle osallistujien arkea.*
- *Ota huomioon osallistujien toiveet ja tarpeet.*
- *Lääketeollisuuden roolista on sovittava.*
- *Kouluttajaksi ja muutoksen ohjaajaksi kasvaminen on prosessi, jossa tarvitaan tukea ja joka ei pääty koskaan.*
- *Interventioiden suunnittelijoiden, niiden toteuttajien ja arvioitsijoiden tulee toimia tiiviissä yhteistyössä. Toteuttajien kantaa kannattaa kuunnella, sillä he tuntevat käytännön olosuhteet parhaiten.*
- *Laajan ja monitasoisen hankkeen arviointi on vaativa tehtävä ja tuloksia voi olla vaikeaa, ellei mahdotonta, pukea numeeriseen asuun.*

Liitteet

LIITE 1

Projektin lääkäreiden oma ammatillinen täydennyskoulutus

Projektipäällikkö Arja Helin-Salmivaara osallistui mm. seuraaviin koulutustilaisuuksiin:

- syksyllä 1998 FinOHTAn järjestämä Tiedon kriittinen arviointi -kurssi
- maaliskuussa 1999 Duodecimin järjestämä Portfolio-seminaari lääketieteen opettajille
- Lääketieteen koulutuksen kongressi (AMEE) Linköpingissä syyskuussa 1999
- helmikuussa 2000 Opetuksen kehittämisen seminaari (Duodecim)
- A Continuing Medical Education Summit on the Practices, Opportunities and Priorities for the New Millennium. Huhtikuussa 2000, Los Angeles, Kalifornia
- syyskuussa 2000 pohjoismainen lääkeinformaatioseminaari Reykjavikissa (Nordiska Läkemedelsnämnden)

Projektilääkäri Sirpa Sairanen osallistui mm. seuraaviin:

- helmikuussa 2000 Opetuksen kehittämisen seminaari
- maaliskuussa 2000 Tiedon kriittinen arviointi (FinOHTA)

Lisäksi hän osallistui vuoden 2000 Yleislääketieteen kevätkoulutuspäivän ohjelman kokoamiseen ja piti siellä oman esityksen.

ROHTO-hankkeen varsinaisen toiminnan lisäksi projektipäällikkö toimi asiantuntijana tai kouluttajana seuraavissa tilaisuuksissa:

- Duodecimin koulutustoimiston kanssa toteutettiin ryhmän ohjaamiseen valmentava työpaja maaliskuussa 1999
- Lääkehuollon täydennyskoulutuskeskuksen seminaarissa esitys täydennyskoulutuksesta maaliskuussa 1999
- esitys Kuopion yliopiston yleislääketieteen ja työterveyshuollon kouluttajien seminaarissa huhtikuussa 1999
- kouluttajana Helsingin yliopiston yleislääketieteeseen erikoistuvien lääkärin ohjaajalääkärin koulutuksessa 1999 – 2001
- kuultavana Lääkekorvaustyöryhmässä 2000
- Duodecimin edustajana FinOhtan neuvottelukunnassa 1999 –
- Sairaanhoidaja-lehden Lääkepalstan toimituskunnan jäsen 2000 –
- Ylioppilaiden terveydenhoitosäätiön valtakunnallisilla koulutuspäivillä työpajan moderaattorina marraskuussa 2000
- Ylioppilaiden terveydenhoitosäätiön laatukoulutuksen konsulttina v. 2000 – 2001
- Asiantuntijana Lappeenrannan terveyskeskuksen lääkärin opintoryhmässä vuonna 2001
- Kouluttajana Espoon kaupungin terveyskeskuksen päihdekoulutushankkeessa 2001

LIITE 2

	1998	1999	2000	2001*
MENOT				
Alueellinen toiminta	0	688 067	389 833	600 000
ROHTO-pajat	0	0	29 824	60 000
Valtakunnalliset toimet	..	122 841	181 909	90 000
Projektin organisaatio	..	666 251	960 965	900 000
YHTEENSÄ	437 702	1 477 159	1 562 531	1 650 000

*arvio

LIITE 3

YHDYSHENKILÖ/ KOULUTTAJA	PAIKKAKUNTA	MUKANA TOIMINNASSA
Minna-Kaisa Auvinen	Karjaa	7/2000 –
Marja Aira	Pohjois-Savo	1/2000 –
Eila Erola	Espoo	1/2000 –
Jouko Haverinen	Espoo	Syksy 1998 – 12/1999
Arja Helin-Salmivaara	Espoo	1999 –
Pirjo Immonen-Räihä	Turun kaupungin terveystoimi	Syksy 1998 – 2/2000
Mauri Jussila	Tampere	Syksy 1998 – 5/2000
Eila Kujansuu	Tampere	1/2000 –
Kari-Pekka Lehtilä	Itä-Savo	Syksy 1998 –
Brita Liljeström	Pohjois-Savo	Syksy 1998 – 3/2001
Jussi Mertsola	Varsinais-Suomi	Syksy 1998 – 6/1999
Kristiina Mukala	Uusimaa/työ- terveyslääkärit	Syksy 1998 – 9/2001
Anne Niemelä	Haapavesi	1/2001 –
Marja Nores	Espoo	1/2000 –
Raimo Rintala	Etelä-Pohjanmaa	Syksy 1998 – 9/2001
Paavo Ruotsalainen	Pohjois-Savo	Syksy 1998 – 12/1999
Jyrki Taurio	Pirkanmaa	Syksy 1998 –

LIITE 4

Tiivistelmä paikallisesta ja alueellisesta toiminnasta

	V. 1999	V. 2000	Kevät 2001
	Osallistumiskertoja	Osallistumiskertoja	Osallistumiskertoja (lääkärit/muu th-henkilöstö)
ALUE: terveyskeskus	Teemat	Teemat	Teemat
ESPOO	160 Kroonisen kivun hoito. Sydämen vajaatoiminta. Vanhusten monilääkitys.	233 Astma. Dementian käytöshäiriöiden lääkehoito. Depressio. Farmakologinen uskomuslääkintä. Hormonikorvaushoito. Inkontinenssi lääkehoito. Kroonisen kivun hoito. Koronaaritauti. Nivelreuma. Osteoporoosi. Tyypin 2 diabetes. Todistukset ja lääkekorvattavuus. Unettomuuden hoito.	78/33 COPD:n pahenemis- ja terminaalivaiheen hoidot. Kohonnut verenpaine. Osteoporoosi. Parkinsonin taudin lääkehoito. Säärihaava. Tulesongelmat ja fysioterapia lääkehoidon vaihtoehtona. Dementian käytöshäiriöt.

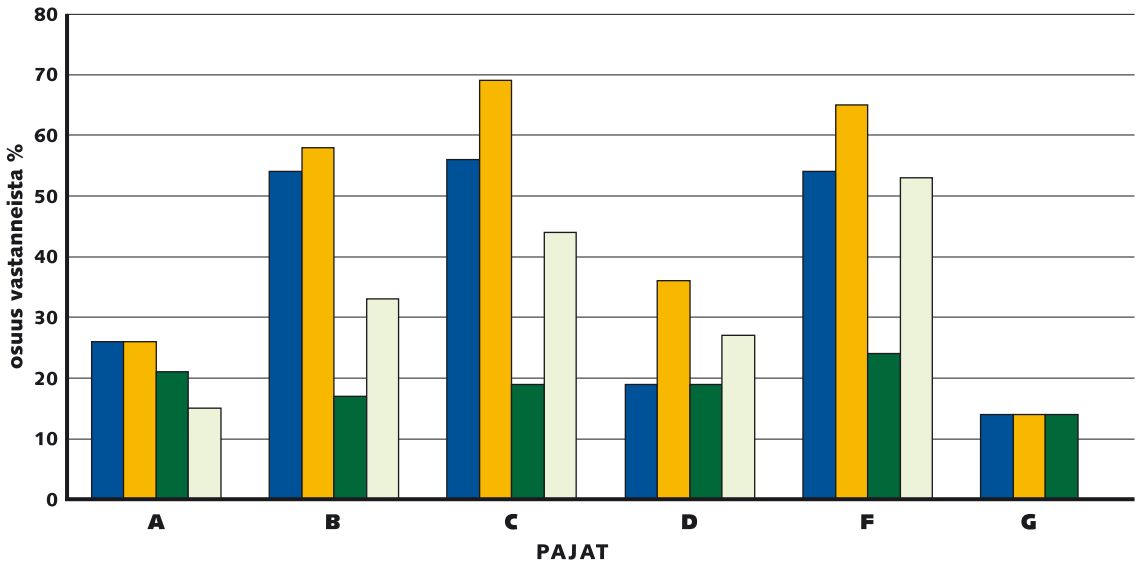
...Liite 4

	V. 1999	V. 2000	Kevät 2001
	Osallistumiskertoja	Osallistumiskertoja	Osallistumiskertoja (lääkärit/muu th-henkilöstö)
	Teemat	Teemat	Teemat
ALUE: terveyskeskus ETELÄ- POHJANMAA: Alahärmä Härmä Jalasjärvi Kurikka Lappajärvi ympäristöineen Teuva Ylihärmä	70 Ateroskleroosi ja rasva-aineenvaihdunta. Hormonikorvaushoito. Keuhkoputkitulehdus. Olkakipuinen potilas. Poskiontelotulehdus. Rytmihäiriöiden hoito. Vanhusten sekavuuden lääkehoito. Verenpainetauti. Virtsatietulehdus.	282 Avohoidon yleisimpien bakteeri-infektioiden herkkyytilanne sairaanhoitopiirin alueella. Akuutti keuhkoputkitulehdus: käypä hoito. Akuutti välikorvatulehdus: käypä hoito. Näyttöön perustuva terveydenhuolto ja tieteellisen artikkelin arviointi. Apteekkien ja terveyskeskusten yhteistyö ja ongelmat. Virtsatietulehdukset. Dementia. Sydämen rytmihäiriöt. Diabetes. Poskiontelotulehdus: käypä hoito. Suurentuneen prostatan hoito. Tuki- ja liikuntaelinsairaudet. Vuorovaikutus hoitomyöntyvyyden lisääjänä. Osteoporoosi: käypä hoito.	25/25 Apteekkiyhteistyö. Osteoporoosi. Vanhuksen monilääkityksen ongelmat. Dementiapotilaan käytöshäiriöt. Katkaisuhoidopotilaan lääkkeit.
Haapavesi tk			22/25 Akuutti keuhkoputkitulehdus. Dementian käytöshäiriöiden hoito. Depressio. Ihon primaari bakteeritulehdus. Unettomuuden hoito.
ITÄ-SAVO: Savonlinnan tk	110 Depressio. Diabetes. Hormoikorvaushoito. Osteoporoosi. Päihdeasiakkaiden hoito.	118 Unettomuuden hoito. Olkapään ongelmat. Neuroleptit. Apteekkiyhteistyö. Markkinoinnin sudenkuopat. Dementia ja Parkinsonin tauti.	40/6 Vanhusten monilääkitys. Nivelreuman lääkehoito. Apteekkiyhteistyö.

	V. 1999	V. 2000	Kevät 2001
	Osallistumiskertoja	Osallistumiskertoja	Osallistumiskertoja (lääkärit/muu th-henkilöstö)
	Teemat	Teemat	Teemat
ALUE: terveyskeskus			
Karjaan terveys- keskus		23 Säärihaavan hoito. Verenpainetauti. (toiminta alkoi syksyllä)	26 Hypertonia. Katkaisupotilaan lääkehoito. Tyypin 2 diabetes. Koronaaritauti.
PIRKANMAA: Nokian tk, Hervannanta, Virrat/Ruovesi/Kuru	50 Kroonisen kivun hoito. Vanhusten moni- lääkitys. Perusterveyden- huollon psyke- lääkkeet.	136 Kroonisen kivun hoito. Unettomuuden hoito. Masennuksen hoito. Akuutti korvatulehdus. Muistihäiriöiden hoidon mahdollisuudet. Huimaus. Lääkkeetön hoito korvataudeissa. Lastenpsykiatria yleislääkärille.	133 Säärihaava. Rajat ja eettinen vastuu lääkärin työssä. Unihäiriöiden hoito. Muistihäiriöiden hoito. Tyypin 2 diabetes. Masennuksen hoito. Markkinoinnin suden- kuopat. Hyvin iäkkäiden potilaiden lääkehoito.
POHJOIS-SAVO: Sisä-Savon thky ja Lapinlahden tk	135 Hengitystieinfektiot. Diabetes. Depressio. Unilääkitys. Lapsen hengitystie- infektio. Virtsatieinfektiot. Krooninen kipu.	80 Vanhusten monilääkitys. Osteoporoosi. Dementian käytös- häiriöiden hoito. Tyypin 2 diabetes. Markkinoinnin suden- kuoppia. Masennus. Krooninen kipu. Virtsatieinfektiot.	38/15 Hormonikorvaushoito. Apteekkiryhteistyö. Katkaisupotilaan lääke- hoito. Kipeä olkapää.
TURUN TERVEYSTOIMI	35 Diabetes. Nuorten masennus. Rasvalääkitys ja hoitomotivaatio.	13 Diabetes.	
HELSINGIN SEUTU: Työterveys- lääkäreitä	20 Depressio. Hormonikorvaus- hoito.	18 Rasvalääkitys. Hormonikorvaushoito. Depressiolääkkeet. Verenpaine.	10 Astmalääkkeet. Diabeteksen lääkehoito.
YHTEENSÄ:	580	892	372/104

LIITE 5

Välitön palaute pajoista vuonna 2000: parhaan mahdollisen arvion esittäneet (5 asteikolla 1–5)



- Pajan käytännön toteutus sujui hyvin
- Koulutustapa soveltui hyvin aihepiirin käsittelyyn
- Osallistuin aktiivisesti työskentelyyn
- Paja oli työni kannalta hyödyllinen

Huom. Pajassa E ei koottu struktoitua välitöntä palautetta.

LIITE 6

Vuoden 2000 ROHTO-pajojen seurantakyselyn yhteenveto

	PAJAT							YHTEENSÄ
	A	B	C	D	E	F	G	
Kyselyn saaneiden määrä (n)	40	20	19	9	17	37	6	148
Kyselyn vastausosuus (%)	43	70	47	67	29	41	50	47

Mitkä asiat jäivät mieleesi ROHTO -pajasta?

	% vastauksista							YHT. % (n)	
työtapa	23	27	36	22	33	25	25	24	(23)
lääkkeiden määrääminen	54	33	43	44	44	25	50	41	(39)
farmakologiaa	8	40	14	0	22	40	0	23	(22)
kliinisiä seikkoja	15	0	17	33	0	10	25	14	(13)

Oletko sen jälkeen tehnyt muutoksia tavoissasi hoitaa...?

Jos olet, niin millaisia?

tyhjiä	16	15	0	17	0	0	0	8	(6)
ei muutosta	53	15	17	83	0	13	0	30	(21)
aikomus	5	0	17	0	0	0	67	7	(5)
muutos lääkeshoidossa	16	70	33	0	100	80	33	47	(34)
muutos muussa hoidossa	11	0	33	0	0	7	0	10	(7)

Mitä aikaisemmin omaksumaasi hoitokäytäntöä tilaisuus vahvisti?

tyhjiä / ei osaa sanoa	33	15	20	14	0	19	0	19	(14)
ei muutosta	17	62	10	0	20	6	0	20	(14)
lääkehoitokäytäntöä	33	23	50	14	80	69	33	43	(31)
muuta hoitokäytäntöä	17	0	20	71	0	7	67	18	(13)

Lähteitä:

1. Sosiaali- ja terveysministeriö. Työryhmämuistio 1993:13.
2. Lundborg CS, Hensjö L-O, Gustafsson LL. "Academic drug detailing": from project to practice in a Swedish urban area. *Eur J Clin Pharmacol* 1997; 52: 167 – 170.
3. www.nepi.net.main.html
4. www.fuap.dk
5. www.irf.dk
6. deVries CS. Collaboration in health care; the tango to drug safety. Väitöskirja, Groningen yliopisto 1998, Hollanti.
7. Wallenius S, Ahonen R, Endlund H, Lääkemääräyskäytäntö ja siihen vaikuttaminen. Sosiaali- ja terveysministeriön monisteita 1997:12.
8. Lääkekustannustyöryhmän muistio. Sosiaali- ja terveysministeriön työryhmämuistioita 1997:11.
9. Helin-Salmivaara A, Nikkarinen T, Heinänen T, Peura A. Ongelmälähtöisyyttä täydennyskoulutukseenkin. Aikakauskirja *Duodecim* 1999;47: 2011 – 05.
10. www.rohto.org
11. Susanna Lahti. Lääkekulutus ja lääkkeiden määrääminen – heijastuvatko sairaaloiden peruslääkevalikoimat avohoidon lääkekulutukseen? Pro gradu tutkielma. Kuopion yliopisto, Sosiaalifarmasian laitos 2000.
12. Rissanen P, Salo H, Helin-Salmivaara A, Tammela T, Eturauhasen hyvänlaatuisen liikakasvun hoitojen kustannusvaikuttavuus. *Duodecim* 2000;116:1419 – 26.
13. www.duodecim.fi/kh/
14. Valori RM, Brown CM, Strangeways P, Bradburn M. Reducing community dyspepsia drug costs: a controlled trial. *Gut* 2001;49: 495 – 501.