

# IÄKKÄIDEN LÄÄKEHOIDON MONIAMMATILLISESTA ARVIOINNISTA<sup>1</sup>

## Miksi iäkkäiden lääkityksiä täytyy arvioida: Yhteiskunnallinen näkökulma

Vanhuspalvelulain 12 § mukaan ikääntyneen väestön terveyden ja toimintakyvyn heikkenemisestä aiheutuvat terveydelliset ongelmat on tunnistettava ja niihin on liitettävä varhainen tuki. Lääkehoito liittyy tiiviinä osana iäkkäiden terveyteen.

Suomen väestö ikääntyy kansainvälisesti verrattuna nopeasti. Säännöllisiä kotiin annettavia palveluja käyttää noin 90 000 henkilöä. Ikäihmisten hoitoa ja palvelua koskevassa laatusuosituksessa todetaan, että yhteiskunnan on sopeuduttava iäkkäämmän väestön tarpeisiin. Tämä koskee myös terveydenhuollon toimintamalleja. Oikein toteutettu, tehokas, turvallinen, taloudellinen ja tarkoituksenmukainen lääkehoito on keskeinen osa potilasturvallisuutta sekä sosiaali- ja terveydenhuollon asiakkaan saaman palvelun laatua. Valvira on määritellyt lääkehoidon tarkistamisen yhdeksi riskinarvioinnin ja valvonnan kohteeksi vanhuspalvelulain valtakunnallisessa valvontaohjelmassa.

## Mitä iäkkäiden lääkehoidosta tiedetään?

Lähes kaikki 75 vuotta täyttäneet henkilöt käyttävät lääkkeitä (99 %). Iäkkäillä monilääkitys on yleistä ja yhä useampi iäkäs käyttää yli viittä lääkettä samanaikaisesti ja yli 10 lääkettä käyttävien osuus on lisääntynyt viime vuosina. Ainakin 10 % iäkkäistä käyttää vanhuksille sopimattomia lääkkeitä. Iäkkäät käyttävät erityisen runsaasti keskushermostoon vaikuttavia lääkkeitä sekä sydän- ja verenkiertoelimistöön vaikuttavia lääkkeitä. Rauhoittavien lääkkeiden ja unilääkkeiden käyttö on yleistä ja lääkitykset jäävät usein pysyviksi, vaikka alkuperäinen tarkoitus olisi ollutkin määrätä lääke tilapäiseen käyttöön. Monilääkitys altistaa sivuvaikutuksille sekä lisää lääkkeiden yhteisvaikutusten riskiä. Merkittävä monilääkitys (yli 10 lääkettä käytössä) on myös kuolleisuuden indikaattori ja lääkitys kasautuu herkimmin yleistilaltaan haavoittuvaisimmille iäkkäille.

## Mitä iäkkäiden lääkehaitoista tiedetään?

Lääkkeiden haittavaikutukset ovat iäkkäillä yleisempiä kuin nuoremmilla ja vaikuttavat merkittävästi toimintakykyyn. Sairaudet ja ikään liittyvät farmakodynaamiset ja -kineettiset muutokset, monilääkitys sekä runsas keskushermostoon vaikuttavien lääkkeiden käyttö lisäävät haittavaikutusten riskiä. Antikolinergiset haittavaikutukset lisääntyvät iän myötä koska reseptoritoiminta ja neurotransmissio muuttuvat. Munuaisten vajaatoiminta lisääntyy iän myötä. Useat lääkeaineet poistuvat elimistöstä pääosin tai osittain munuaisten kautta ja munuaistoiminnan heikentyessä lääkkeiden eliminaatio muuttuu ja tämä on huomioitava lääkeannosta määrätessä. Glomerulusfiltraatio (GFR) tulisi määrittää kreatiinipohjaista laskukaavaa käyttäen aina yli 65-vuotiaan potilaan lääkehoitoa suunniteltaessa.

## Mitä lääkehoidon arvioinneista tiedetään?

Vanhuksen lääkehoito tulisi arvioida vähintään kerran vuodessa tai tarvittaessa useammin. Potilaan todellisuudessa käyttämä lääkitys ei useinkaan ole se, mikä sairaskertomusjärjestelmään on kirjattu

---

<sup>1</sup> Perustuu Iäkkäiden Moniammatillinen Lääkehoidon Arviointi (ILMA) -hankkeeseen, jota STM rahoittaa ja Fimea toteuttaa yhdessä yhteistyökumppaneiden kanssa.

tai mitä potilas kertoo haastattelussa. Oleellista on käytössä olevan lääkityksen perusteellinen selvittäminen. Tiedot tarkastetaan tarvittaessa lääkepakkauksista, resepteistä, omaisilta tai sairaanhoitajan kotikäynneillä. Arvioinnissa huomioidaan erityisesti kokonaisuus; potilaan elämäntilanne, ennuste, kaikki sairaudet, mutta myös hoitoon liittyvät riskit ja haitat. Eliniän pidentämisen sijasta on merkittävämpää tavoitella hyvää elämänlaatua. Iäkkäillä lääkityksen lopettaminen on vaikeampaa kuin aloittaminen ja molemmat vaativat vasteen seurantaa. Lääkityksen purkaminen on tehtävä suunnitelmallisesti ja potilas sekä usein myös hänen omaisensa on motivoitava sitoutumaan lääkehoidon muutoksiin. On todettu, että lääkkeiden määrä palaa vähentämisen jälkeen herkästi entiselle tasolle.

### **Iäkkäiden lääkehoidon arviointi Suomessa**

Läkehoidon järjeistäminen vaatii osaamista ja aikaa. Läkkehoidon arviointia on verrattu ajankäytöllisesti isompaan leikkaushoitoon. Sosiaali- ja terveysministeriön kuntakirjeessä jo vuonna 2007 on veloitettu kuntia järjestämään yli 75-vuotiaille lääkityksen arviointi vähintään kerran vuodessa, mutta tämä ei ole käytännössä toteutunut. Avohoidossa iäkkäiden läkehoidossa suurimmat haasteet liittyvät kokonaisvastuun ja tiedonkulun puutteisiin, iäkkäille sopimattomien lääkkeiden käyttöön ja sopimattomiin läakeannoksiin. Ongelman ratkaisukeinoiksi on esitetty läkehoidon kokonaisarviointia ja moniammatillista työskentelyä. Käytännön työssä toimivia työskentelymalleja ei kuitenkaan ole ollut. Farmasian ammattilaisen tekemä läkehoidon kokonaisarviointi on hidas ja raskas, eikä se käytännön kokemusten perusteella sovellu suurten potilasmäärien hoitamiseen. Palvelua ei myöskään ole ollut yleisesti saatavilla julkisella sektorilla. Mahdollisuus geriatrin konsultaatioon tulisi olla saatavilla vaikeimpien lääkitysongelmien ratkaisemiseksi, mutta myöskään sitä ei voida käyttää arkipäiväisenä keinona iäkkäiden läkehoidon optimoimiseksi. Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiirissä on kehitetty hoitopolku iäkkään läkehoidon arvioimiseksi. Siinä arviointi tehdään perus-tai erikoissairaanhoidossa tai erikoissairaanhoidon konsultaationa, mutta farmasian ammattilainen osallistuu arviointiin vasta jatkohoitovaiheessa.

### **Iäkkäiden läkehoidon arviointi kansainvälisesti**

Kansainvälisesti farmasian ammattilaisilla on erilaisia rooleja lääkitysarvioinneissa sekä osastoilla, hoitokodeissa ja avohoidossa. Erilaisia toimintamalleja on kehitetty ja tutkittu esimerkiksi USA:ssa, Alankomaissa, Norjassa ja Australiassa. Yhteistä näille on, että farmasian ammattilaisen työpanos on koettu hyödylliseksi Australiassa on kehitetty mallia, jossa farmasian ammattilainen integroidaan osaksi perusterveydenhuollon vastaanottoa ja kokemukset ovat olleet rohkaisevia. Läkitysarviointiin kuului farmasian ammattilaisen tekemä kotikäynti ja sairaanhoitajan rooli vaikutti jäävän vähäisemmäksi. Moniammatillisena yhteistyönä (yleislääkäri, farmasian ammattilainen ja muut potilaan hoitoon osallistuvat ammattilaiset) toteutettu lääkitysarviointi koettiin hyväksi sekä työntekijöiden että potilaiden näkökulmista ja 6 kk seurannassa saatiin viitteitä lääkityshaittojen vähenemisestä ja päätetapahtumat (lääkehoitoon liittyvät haittatapahtumat, lääkäri- ja sairaalakäynnit sekä sairauksien vaikeusaste) vaikuttivat vähenevän. Myös kustannuksissa havaittiin positiivinen suunta. Vuonna 2012 julkaistuissa katsausartikkeleissa todetaan, että parhaita tuloksia saavutetaan, kun farmasian ammattilainen työskentelee osana moniammatillista tiimiä. Käytännön toteutus on eri maissa vaihtelevaa riippuen terveydenhuollon rakenteista eikä suoraan suomen olosuhteisiin siirrettävää mallia ole olemassa.

## **Moniammatillinen yhteistyö osana kärkihanketta lääkehoidon tulosten parantamiseksi**

Moniammatillisen tiimin voivat muodostaa esimerkiksi potilaan tunteva sairaanhoitaja, laillistettu lääkäri ja farmasian ammattilainen, jolla on LHKA-erityispätevyys tai erikseen kuvattu, työssä hankittu vahva ammattitaito lääkitysten arvioinnista. Moniammatillisessa dialogissa käsitellään potilaan ajankohtainen vointi, arvioidaan lääkitys, tehdään tarvittavat e-reseptit, päivitetään lääkityslista ja kirjataan asiat sairaskertomukseen.

Tarkempia tietoja käytännöistä voi kysyä ILMA (lääkkäiden Moniammatillinen Lääkehoidon Arviointi) -hankeen tutkimusryhmältä, tutkija Johanna Jyrkkä, [johanna.jyrkka@fimea.fi](mailto:johanna.jyrkka@fimea.fi), puh. 029 522 3514.

