



Ikääntyneen turvallinen lääkehoito vaatii moniammatillista yhteistyötä

Laadukkailla sosiaali- ja terveyspalveluilla on tärkeä rooli ikääntyneen väestön terveyden ja toimintakyvyn tukemisessa. Sairauksien varhainen diagnostiikka ja asianmukainen hoito vähentävät sairauksiin liittyvää toimintakyvyn heikentymistä. Monien pitkäaikaisten sairauksien hoidossa lääkehoidolla on keskeinen merkitys, ja sillä voidaan vähentää oireita, ylläpitää toimintakykyä ja parantaa sairauksien ennustetta. Lääkehoitoon sisältyy kuitenkin aina myös haittoja, jotka voivat pahimmillaan johtaa potilaan toimintakyvyn romahtamiseen ja vakaviin terveyshaittoihin. Ikääntyneillä on erityisen suuri riski saada lääkehoitoon liittyviä haittoja, minkä vuoksi turvallisen lääkehoidon toteutumiseen on kiinnitettävä huomiota kaikilla sosiaali- ja terveydenhuollon tasoilla.

Elimistön vanhenemismuutokset muuttavat lääkeaineiden jakautumista, metaboliaa ja eliminaatiota ja lisäävät herkkyttä lääkeaineiden vaikutuksille. Muutokset kehon rasva- ja paino-osuuksissa vaikuttavat lääkkeiden jakautumistilavuuksiin, mitkä puolestaan näkyvät lääkeaineiden pidempinä puoliintumisaikoina tai korkeampina plasmapitoisuuksina (Mangoni & Jackson 2004). Ikääntymiseen liittyvä munuaisten toiminnan heikkeneminen vaikuttaa munuaisten kautta eliminoituvien lääkeaineiden pitoisuuksiin, minkä vuoksi munuaisten toiminnan arviointi ja seuranta on tärkeää näitä lääkkeitä käytettäessä. Aivojen herkkyys keskushermostolääkkeille kasvaa, ja siksi näiden lääkkeiden käyttö aiheuttaa herkästi haittavaikutuksia, kuten huimausta, sekavuutta ja kaatumisia.

Läikkäässä väestössä monisairastavuus on yleistä. Siksi myös monilääkitys, mikä tyypillisesti määritellään vähintään viiden lääkeaineen samanaikaiseksi käytöksi, on tavallista. Euroopan maissa monilääkittyjä on 26–40 prosenttia 65 vuotta täyttäneestä väestöstä (Midão ym. 2018). Usean lääkkeen samanaikainen käyttö lisää lääkeaineiden yhteisvaikutusten ja haittavaikutusten riskiä. Yhteisvaikutusten seurauksena lääkeaineiden vaikutukset voivat lisääntyä, vähetä tai muuttua luonteeltaan, ja yhteisvaikutusten riski on huomioitava aina uuden lääkkeen käyttöä aloitettaessa. Lääkkeiden haittavaikutuksia voi toisinaan olla vaikea havaita, sillä ne saattavat muistuttaa tyypillisiä sairauksien oireita tai ilmetä epätyypillisesti, esimerkiksi toimintakyvyn romahtamisena. Vaarana on, että haittavaikutuksia pidetään uuden sairauden oireina, mikä johtaa uusiin lääkemääräyksiin ja lisääntyviin haittavaikutuksiin.

Lääkehoidon toteuttamisen tueksi on olemassa useita tietokantoja ja listoja, joita terveydenhuollon ammattilaiset voivat käyttää apuna kliinisessä työssään. Esimerkiksi Terveystietä löytyvät Medbase Oy:n tietokannat Inxbase (lääkkeiden yhteisvaikutukset), Riskbase (lääkkeiden haittavaikutukset) ja Renbase (lääkehoito munuaisten vajaatoiminnassa) ovat helppokäyttöisiä ja luotettavia tietolähteitä (Duodecim). Myös Lääkealan turvallisuus- ja kehittämiskeskus Fimean koordinoima Lääke75+ on tarkoitettu ohjaamaan terveydenhuollon ammattilaisia valitsemaan iäkkäille turvallisia lääkehoitoja. Koko tietokanta löytyy Fimean verkkosivulta ja esimerkiksi

myös Duodecim Lääketietokannasta Vanhus ja lääke -osiosta. Lääke75+ julkaistiin ensimmäisen kerran vuonna 2010 (Jyrkkä ym. 2024). Tietosisällön päivittämisestä vastaa asiantuntijatryöryhmä, joka arvioi lääkeaineiden soveltuvuutta iäkkäille ottaen huomioon elimistön ikääntymiseen liittyvät lääkehoidon riskit lääkkeen käyttöindikaatiosta riippumatta. Lääkeaineet luokitellaan neljään luokkaan: lääkkeet, jotka sopivat iäkkäille kuten nuoremmille potilaille (A-luokka), lääkkeet, jotka sopivat iäkkäille varauksin (C-luokka) ja lääkkeet, joiden käyttöä tulisi ensisijaisesti välttää iäkkäillä (D-luokka). Neljäs luokka sisältää lääkeaineita, joiden käytöstä iäkkäillä on vain rajoitetusti tutkimustietoa (B-luokka). Luokituksen tarkoituksena ei ole rajoittaa lääkkeiden käyttöä iäkkäillä potilailla vaan ohjata tunnistamaan lääkeaineiden käyttöön liittyvät riskit. Lääkeainekohtainen tiivis suositusteksti nostaa esiin keskeiset, hoidossa huomioitavat haitta- ja yhteisvaikutukset sekä antaa tietoa annosmuutosten tarpeesta munuaisten vajaatoiminnassa.

Tiettyjen lääkeaineiden haittariskit ylittävät tyypillisesti niistä saatavan kliinisen hyödyn iäkkäillä; näitä lääkkeitä kutsutaan iäkkäillä vältettäväksi lääkkeiksi (Beers ym. 1991). Niiden käyttö voi tosin tulla kyseeseen lyhytaikaisesti ja poikkeustapauksissa. Pitkäaikaiskäyttö edellyttää säännöllistä arviointia, sillä läkehoidon vakavat haitat voivat ilmetä myös viiveellä, jolloin haittavaikutuksia ei välttämättä osata yhdistää aiemmin aloitettuun lääkkeeseen. Esimerkiksi psykenlääke risperidoni on hyväksytty iäkkäillä muistisairauksien käytösoireiden hoitoon, mutta sen vakaviin haittoihin kuuluvat ekstrapyramidaalioireet (kuten kävelyvaikeudet) voivat ilmetä viiveellä. Lääkehoidon seuranta toteuttavan hoitohenkilökunnan onkin tunnettava kunkin lääkkeen haittavaikutusprofiili ja haittavaikutusten ilmenemisen tyypillinen ajankohta, jotta systemaattinen läkehoidon vaikutusten seuranta on mahdollista.

Ikääntyneen lääkehoito perustuukin yksilölliseen arviointiin, jossa huomioidaan elimistön ikääntymisen aiheuttamat muutokset lääkeaineiden vaikutuksissa, munuaisten toiminta, potilaan toimintakyky ja sitä kautta määrittyvät läkehoidon tavoitteet sekä läkehoidon kokonaisuus useaa eri sairautta hoidettaessa (Raivio & Hartikainen 2020). Aiemmin aloitetun läkehoidon hyötyjä ja haittoja tulee arvioida säännöllisesti huomioimalla potilaan kokonaistilanne ja siinä mahdollisesti tapahtuneet muutokset.

Nykymuotoisella pirstaloituneella terveydenhoidon palvelumallilla ei pystytä vastaamaan ikäihmisen tarpeisiin optimaalisesti. Monisairas iäkäs potilas saa tyypillisesti rajallisen vastaanottoajan aikana apua yhteen sairautteen kerrallaan, ja hoidon kokonaisuus jää usein vaille tarvitsemaansa huomiota. Sen sijaan, että potilas siirtyisi saamaan apua eri ammattilaisen vastaanotoilta toiselle, tarvitaan koordinoitua vastuunjakoa, jossa kukin sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilainen tietää oman tehtävänsä turvallisen läkehoidon toteuttamisessa ja pystyy viestimään huomaamansa epäkohdat joustavasti läkehoidon kokonaisuudesta vastaavalle lääkärille. Organisaation johdolla onkin merkittävä vastuu tämän kulttuurimuutoksen aikaansaamiseksi ja moniammatillisen tiimityön edistämiseksi.

Iäkkäiden läkehoidon toteuttamisessa korostuu terveydenhuollon ammattilaisten yhteinen vastuu läkehoidon vaikutusten ja haittojen seurannasta. Monilääkityksen toteuttaminen arjessa on usein haastavaa, minkä vuoksi potilaan ohjaus ja riittävän tuen tarjoaminen on tärkeää turvallisen läkehoidon varmistamiseksi. Vaikka vastuu lääkkeen määräämisestä on lääkärillä, tulisi jokaisen ammattilaisen olla kiinnostunut läkehoidon onnistumisesta ja haittojen ehkäisemisestä. Lääkärit vastaavat iäkkäiden läkehoidon kokonaisuudesta, hoitajat toteuttavat läkehoitoa ja sen seuranta hoitoyksiköissä ja kotihoidossa, ja farmasian ammattilaiset (farmaseutit ja proviisorit) var-

mistavat turvallisen lääkehoidon toteuttamista lääkeneuvonnan, lääkehoidon vaikutusten seurannan ja lääkehoitojen arviointien avulla. Tätä vastuunjako koordinoimalla ja ammattilaisten välistä kommunikointia lisäämällä voidaan sujuvoittaa iäkkäiden lääkehoidon toteutusta ja ennaltaehkäistä lääkehoidosta aiheutuvia haittoja.

Jasmin Paulamäki

proviisori, tutkija, Lääkealan turvallisuus- ja kehittämiskeskus Fimea; väitöskirjatutkija, Tampereen yliopisto

Hanna Kerminen

LT, geriatrian erikoislääkäri
Tampereen yliopisto

Kirjoittajat ovat Fimean Lääke75+-asiantuntijatyöryhmän jäseniä.

Kirjallisuus

- Beers MH, Ouslander JG, Rollingher I, Reuben DB, Brooks J, Beck JC. Explicit criteria for determining inappropriate medication use in nursing home residents. *Arch Intern Med* 1991;151(9):1825–32. <https://doi.org/10.1001/archinte.1991.00400090107019>
- Duodecim. Terveysportti. Kustannus Oy Duodecim. <https://www.terveysportti.fi/>
- Jyrkkä J, Paulamäki J, Hartikainen S, Ahonen J, Antikainen R, Jauhonen HM, ym. Prescribing appropriate medicines to older adults: a Finnish Experience with the web-based Meds75+ database. *Drugs Aging* 2024;41(8):665–74. <https://doi.org/10.1007/s40266-024-01131-y>
- Mangoni AA, Jackson SH. Age-related changes in pharmacokinetics and pharmacodynamics: basic principles and practical applications. *Br J Clin Pharmacol* 2004;57(1):6–14. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2125.2003.02007.x>
- Midão L, Giardini A, Menditto E, Kardas P, Costa E. Polypharmacy prevalence among older adults based on the survey of health, ageing and retirement in Europe. *Arch Gerontol Geriatr* 2018;78:213–20. <https://doi.org/10.1016/j.archger.2018.06.018>
- Raivio M, Hartikainen S. Ikääntyneen optimoitu lääkehoito perusterveydenhuollossa. *Duodecim* 2020;136(13):1590–7.