

Ikäihmisten lääkehoito ON TAITOLAJI

Ikääntymiseen liittyy elimistön koostumuksen ja toiminnan muutoksia, jotka altistavat pitkäaikais-
sairauksille ja muuttavat niiden riskitekijöiden luonnetta. Lääkekuorman kasvaessa lääkkeiden
yhteis- ja haittavaikutusten mahdollisuus lisääntyy. Monisairaiden iäkkäiden lääkehoitoketju on
monivaiheinen ja parhaimmillaan niin hyvä kuin sen heikoin lenkki.

Vanheneminen on toistaiseksi ainoa tunnettu ta-
pa elää kauemmin. Väestön ikääntyminen maas-
samme on vääjäämätöntä. Tilastokeskuksen vä-
estöennusteen mukaan Suomen väkiluku kasvaa myös
tulevina vuosikymmeninä. Sen sijaan työikäisen väestön
(18–67-vuotiaat) osuus koko väestöstä pienenee noin
66 %:sta 59 %:iin vuoteen 2030 mennessä.

Ikääntyneillä tarkoitetaan tässä yhteydessä lähinnä
75-vuotiaita ja sitä vanhempia. Nyt ikääntyvät ikäluokat
ovat aiempia terveempiä ja toimintakykyisempiä, mikä
lähinnä vain hidastaa korkeaan ikään liittyvän raihnau-
tumisen vaatimaa lisäystä sosiaali- ja terveydenhuollon
resursseihin.

Potilasturvallisuus on viime vuosina ollut paljon esil-
lä ja syystäkin. Ikääntyneiden tehokkaalla mutta turval-
lisella lääkehoidolla on merkittävä rooli ikääntyneiden

toimintakyvyn ja elämänlaadun ylläpitämisessä, ja se
on myös potilasturvallisuuden peruskiviä. Ikääntyneiden
lääkehoitoketju on monivaiheinen, ja siihen osallistuu
potilaan itsensä ja hänen läheistensä lisäksi monia eri
ammattiryhmien edustajia. Hoitosuhteen jatkuvuus on
valitettavan harvoin toteutuva monisairaana perusoikeus.

Ikääntymismuutokset ja lääkitys

Ikääntyessä menetetään solukkoa kaikista kudoksista, ja
kudosten pienentyessä kehon paino laskee. Lihaskudos-
ta menetetään rasvakudoksen silti säilyessä, joten rasva-
liukoiset lääkkeet vaikuttavat pitkään elimistössä. Näitä
lääkkeitä ovat monet psykenlääkkeet. Myös luukudos
heikkenee.

Ikääntyneillä munuaisten toiminnanvajausta esiintyy
yleisesti. Maksan koko pienenee ja verenvirtaus heikkenee,

“Hoitosuhteen jatkuvuus on valitettavan harvoin toteutuva monisairaana perusoikeus”, toteaa Leo Niskanen.

ja maksan kyky hajottaa lääkeaineita vähenee. Tämä voi altistaa potilaan korkeille lääkeainepitoisuuksille ja lääkkeiden haittavaikutuksille.

Ikääntyessä perinteisissä sydänsairauksien vaaratekijöissä tapahtuu muutoksia. Verisuonten jäykistyessä systolinen verenpaine nousee ja diastolinen laskee. Kokonais- ja HDL- kolesterolipitoisuudet alenevat. Aisti- ja kognitiiviset toiminnot heikkenevät, ja muistihäiriöt ovat ikääntyneiden keskeinen terveysongelma. Ikääntyvä keskushermosto herkistyy muun muassa lääkkeiden antikoagulanttien haittavaikutuksille.

Useiden sairauksien samanaikainen esiintyminen käy ikääntymisen myötä yleisemmäksi, ja spontaani paranemistaipumus heikentyy. Vaihtuvissa terveydenhuollon kontakteissa uusi lääke tulee helposti entisten päälle, usein oireenmukaisin käyttöaihe.

Yksittäisten lääkkeiden farmakologisia ominaisuuksia ikääntyneen hauraassa elimistössä on tutkittu niukalti, ja vielä vähemmän on tietoa useiden vaikuttavien aineiden yhteiskäytön seurauksista. Iäkkäillä monien sairauksien kliiniset ilmentymät poikkeavat nuorempien vastaavista. Siksi onkin vaikea selvittää, johtuvatko äkilliset oireet taudista, lääkehoidosta vai lääkehoidon ja taudin yhteisvaikutuksista.

Kokonaistilanteen huomioiminen on yksittäistä lukuarvoa tärkeämpää – näe metsä puilta

Iäkkäät ovat heterogeeninen ryhmä: terveimmillä ei ole juurikaan tarvetta lääkehoitoon, kun taas toisilla lääkekuorma on melkoinen. Lääkehoitoa ohjaa meillä vahvasti Käypä hoito, joka on sinällään erinomainen kliinisen arjen työkalu, mutta näyttöön pohjautuvaa tietoa ja suosituksia on osattava tulkita ja soveltaa oikein.

Ikääntyneillä yksittäisten sairauksien ja niiden riskitekijöiden hoito-ohjeiden kirjallinen noudattaminen voi johtaa ojasta allikkoon. Ikä sinällään ei ole eikä saa olla este preventiiviselle lääkehoidolle, mutta erityisesti iäkkäiden potilaiden kokonaistilanteen huomioiminen on tärkeämpää kuin yksittäisen lukuarvon saaminen kohdalleen. Tosin näin soisi olevan muillakin ikäryhmillä.

Näyttö todella iäkkäiden preventiivisen lääkehoidon hyödyistä on varsin niukkaa. Verenpaineen hoidossa tällaista näyttöä on, mutta sangen valikoiduilla yksilöillä.

Diabeteksen hoidossa ajateltiin vielä jokunen vuosi sitten, että mitä matalammaksi verensokeri saadaan, sitä parempi on ennuste. Kun asiaa selviteltiin hoitotutkimuksissa, joissa pyrittiin vertaamaan todella intensiivistä yhdistelmälääkehoitoa hieman löysemppään hoitoon, eivät tehostettua hoitoa saaneiden iäkkäiden ja monisairaiden päätapahtumat vähentyneet. Päinvastoin, kokonaiskuolleisuus jopa lisääntyi. Kyse ei ole sattumasta, koska useassa tutkimuksessa tuli samansuuntainen tulos. Tämä on terveellinen muistutus siitä, että keski-ikäisillä tutkitut ja toimiviksi havaitut hoitokeinot ja tavoitearvot voivatkin ikääntyneille olla jopa haitallisia.

Nykyisin lääkkeen myyntiluvan ehtona on lääkkeen vaikutusten selvittäminen lapsilla (PIP, Paediatric Investigation Plan). Yleensä lääkehoidon tutkimuksen painopiste on kuitenkin keski-ikäisissä, ellei tutkittaviin potilaisiin satu taudin luonteen vuoksi iäkkäitä henkilöitä. Järjestelmällisiä tutkimuksia ikääntyneillä (GIP, Geriatric Investigation Plan) ei vielä vaadita, joskin eri maiden viranomaiset ovat keskustelleet asiasta.

Reseptilääkkeiden kymmenen kärjessä

Kelan tilastoista saadaan mielenkiintoista tietoa sairausvakuutuskorvattujen reseptilääkkeiden käytöstä eri ikäryhmissä. Iäkkäiden eli 75-vuotiaiden ja sitä vanhempien eniten käyttämä reseptivalmiste on parasetamoli (**taulukko 1**). Vaikka parasetamoli on iäkkäiden kivunhoidon peruslääke, liika on aina liikaa. Britanniassa käytön rajoittaminen parasetamolin pakkauskokoja pienentämällä vähensi kuolemaan johtaneita parasetamolimyrkytyksiä ja maksansiirtojen tarvetta. Pitkäaikaisessa käytössä ei pidä ylittää 3 g:n vuorokausiannosta; iäkkäillä tämäkin raja on suositeltavaa pitää matalampana, koska analgeettinen teho ei enää oleellisesti lisääntynyt korkeilla annoksilla. Koska parasetamolia voi saada yhdistelmävalmisteista ja itsehoitolääkkeenä, riskiraja ylittyy helposti.

Käytetyimpien reseptilääkkeiden listaa hallitsevat sydän- ja verisuonisairauksien lääkkeet. Valtaosa näistä sydänlääkkeiden käyttöaiheista iäkkäillä voidaan luokitella preventiiviseksi lääkehoidoksi. Sydän- ja verisuonitautien lääkkeisiin voi lukea myös varfariinin, joka toisaalta on kärjessä myös haitallisten yhteisvaikutusten listalla. Marevania korvaavat uudet antikoagulantit eivät tosin nekaan ole ongelmattomia.



Vähemmän voi olla enemmän – mutta ei aina

Monilääkitys on iäkkäillä hyvin tavallista. Vuonna 2006 Kuopion väestöpohjaisessa yli 75-vuotiaiden tutkimuksessa 66 % käytti vähintään kuutta lääketta samanaikaisesti. Monilääkityksen (6–9 lääketta) yleistymisen rakettimainen nousu alkoi tasaantua 2000-luvun alussa, joten luvut lienevät samaa suuruusluokkaa nykyään (prof. Sirpa Hartikainen, henkilökohtainen tiedonanto).

On kuitenkin hyvin tavallista, että kliinisessä työssä nähdään paljon merkittävää monilääkitystä (lääkkeitä vähintään 10), jopa 30:a eri vaikuttavaa ainetta. Siinä olisi nuorellakin kestämistä, jos äkkiä tuollaiselle kuormalle altistettaisiin.

Asiat eivät kuitenkaan ole mustavalkoisia, sillä kroonisilla sairauksilla on taipumus kasautua. Otetaanpa esimerkiksi potilas, jolla on tuiki tavallinen yhdistelmä yleisiä sairauksia, kuten sydämen vajaatoiminta, nivelreuma, diabetes ja keuhkoastma. Kun lasketaan sairauksien

Taulukko 1. 75-vuotiaiden ja sitä vanhempien kymmenen yleisintä reseptillä määrättyä lääketta vuonna 2012.

LÄHDE: KELAN RESEPTITIEDOSTO.

Lääke (ATC-koodi)	Käyttäjien lukumäärä (sv-korvausta saaneita)
Parasetamoli (N02BE01)	162 730
Bisoprololi (C07AB07)	136 239
Simvastatiini (C10AA01)	125 759
Furosemiidi (C03CA01)	101 872
Varfariini (B01AA03)	88 850
Amlodipiini (C08CA01)	69 430
Pantopratsoli (A02BC02)	63 448
Tsopikloni (N05CF01)	62 827
Levotyrokseeninatrium (H03AA01)	62 659
Metoprololi (C07AB02)	61 801



“Monilääkitystä saavien kokonaislääkitystä on syytä tarkastella säännöllisin väliajoin”, Leo Niskanen toteaa.

hoidossa tarpeellisten vaikuttavien aineiden lukumäärä, perusteltu lääkitys muotoutuu varsin runsaaksi.

lääkkäiden lääkehoidon tarkoituksenmukaisuuden kehittämiseksi on pyritty luomaan ikäänntyneille – siis noin 75-vuotiaille ja vanhemmille – erityistä lääkeluokittelua. Näillä pyritään havainnollistamaan yleisimpien lääkkeiden soveltuvuutta iäkkäille. Tiettyjä lääkkeitä kehoitetaan välttämään iäkkäiden hoidossa korostuneiden haitta- tai yhteisvaikutusten vuoksi.

Fimean iäkkäiden lääkityksen tietokanta (www.fimea.fi) on kotimainen työkalu, joka on tällä hetkellä päivitettävänä. Nämä kriteerit ovat lääkekohtaisia ja sellaisinaan varsin yleisluontoisia. Lisäksi on kehitetty diagnosispesifisiä iäkkäiden asianmukaisen lääkehoidon kriteerejä, jotka kuvaavat rationaalista tai sopimatonta lääkevalintaa iäkkäiden yleisimmissä taudeissa (kuten sepelvaltimotauti, muistihäiriöt ja unihäiriöt).

Kolmiodraama: potilas, lääkehoito ja palvelujärjestelmä

Mikäli iäkäs henkilö on toimintakykyinen eikä hänellä ole useita sairauksia, hänen lääkehoidossaan ei useinkaan ole erityisiä ongelmia. Ongelmat syntyvät, kun henkilö on monisairas. Monisairailta tarkoitetaan potilaita, joilla on vähintään kaksi aktiivista hoitoa vaativaa pitkäaikais-sairautta.

Pitkäaikaissairauksiin liittyy monenlaista avun tarvetta. Näiden potilaiden hoito- ja palveluketjut vaihtelevat. Lääkehoidossa voi syntyä haittoja yllättävillä tavoilla – kuten siten, että omaishoitaja lukee käyttöohjeen väärin (Kalliokoski, tässä numerossa).

Akuuttisairaanhoidon joutuessaan iäkäs monisairas on järjestelmän armoilla: potilastietojärjestelmien lääkeosiot ovat käytössä kummallisen mutkikkaita, ja lääkehoidon osalta virhemahdollisuudet korostuvat. Lääke-

hoidon määräävät lääkärit ja toteuttavat sairaanhoitajat, ja ohjeiden siirtymisessä käytäntöön sudenkuopat ovat mahdollisia. Näiden välttämiseksi sairaalafarmaseutti voisi olla suunnattomaksi avuksi.

Hoitopaikasta kotiuttamisen tai jatkohoitoon siirtymisen yhteydessä tutun lääkevalmisteen nimi, ulkonäkö, annostelu ja vahvuus saattavat vaihtua. Apteekin ja hoitopaikan yhteistyötä on pyritty kehittämään erilaisilla verkostomalleilla (Mäntylä ym., tässä numerossa). Tämä tarkoittanee pelkistettynä sitä, että keskenään tuttujen henkilöiden välillä yhteistyö yleensä sujuu paremmin kuin vieraiden. Pitkäaikaisen hoitosuhteen merkitystä ei voi liiaksi korostaa. Myös elämän loppuvaiheessa ihmisen mukainen hoito vaatii lääkehoidossa oman osaamisensa.

Oikeus asianmukaiseen hoitoon

Kaiken lääkehoidon perusta on se, että hoidolle on aihe, hoito vaikuttaa sairauteen tai oireeseen suotuisasti ja hoidosta aiheutuu mahdollisimman vähän haittavaikutuksia – iästä riippumatta. Jotta tämä toteutuisi, on pyrittävä välttämään iäkkäiden tarpeetonta lääkitystä ja mietittävä, olisiko jostakin lääkkeettömästä hoidosta apua kyseiseen tilanteeseen.

Kaikkien hoitoon osallistuvien panosta tarvitaan, kun arvioidaan lääkehoidon tarkoituksenmukaisuutta ja riittävää ohjausta ja varmistetaan, että lääkitysohjeet ja tarvittava apu lääkityksen toteuttamisessa on turvattu. Selkeä kokonaislääkityksen dokumentointi on keskeistä tiedon välittämisessä.

Monilääkitystä saavien kokonaislääkitystä on syytä tarkastella säännöllisin väliajoin, ja lääkityksen haitta- tai yhteisvaikutusten mahdollisuus on pidettävä mielessä. Uutta lääkitystä aloitettaessa on syytä arvioida, voiko lääkelistasta jostain kohti vastaavasti vähentää. Vielä on muistettava, että lääkityksen lopettaminen on yhtä tärkeää kuin sen aloittaminen.

Lääkehoidosta puhuttaessa korostetaan lääkehoidosta aiheutuvia haittoja. Toisaalta maailmalla on myös luokiteltu tarpeelliseksi katsottavaa lääkehoitoa, josta iäkkäät jäävät paitsi. Tämä on kolikon toinen puoli, joka sekkin on syytä pitää mielessä. Iäkkäillä on oikeus asianmukaiseen hoitoon, eikä ikä sinällään ole hoidon rajausperuste. ■