

lääkeinfo

TOIMITTANEET: TIMO KLAUKKA,
ARJA HELIN-SALMIVAARA, RISTO HUUPPONEN,
JUHANNA E. IDÄNPÄÄN-HEIKKILÄ

Vanhuksen lääkitysten tarve on arvioitava kerran vuodessa

- › Säännöllinen lääkityksen arviointi on oleellinen osa potilaan hoitoa. Jos lääkäri aloittaa vanhuspotilaalle uuden lääkityksen, sen sopivuus lääkityksen kokonaisuuteen on varmistettava.
- › Lääkityksen muutokset on hyvä tehdä lääke kerrallaan, asteittain ja vastetta seuraten. Psykenlääkkeiden käyttö lopetetaan hitaasti annosta vähentämällä; sitä hitaammin mitä kauemmin ja mitä suurempaa lääkeannosta on käytetty.
- › Pysyvä onnistunut lääkemuutos edellyttää turvallista hoitosuhdetta, täsmällisiä ohjeita ja seuranta.

Lääkehoitoihin liittyvät ongelmat korostuvat kun väestö vanhenee. Hoitokäytännöt ovat muuttuneet, ennaltaehkäisevää hoitoa painotetaan, uusia tauteja on tullut lääkehoidon piiriin ja yhä useammin yhtä tautia hoidetaan monen lääkkeen yhdistelmällä. Tämän seurauksena vanhuk-silla käytössä olevien lääkkeiden määrä kasvaa.

Monilääkitys, elämän aikana kertyneet sairaudet ja ikääntyminen lisäävät epätarkoituksenmukaisen lääkityksen ja sen haittojen riskiä. Myös hoitovastuun jakautuminen usealle lääkärille tai hoitoyksikölle sekä hoito-ohjei-

den ja annostuksen epäselvyys heikentävät hoitoon sitoutumista ja lisäävät riskiä päällekkäislääkitykseen sekä lääkkeiden haittavaikutuksille. Vanhukset itse tunnistavat haittavaikutukset huonosti ja he saattavat pitää niitä ikääntymiseen kuuluvina ilmiöinä (1).

Vanhusten lääkehoidon sopivuuden arviointiin on laadittu erilaisia kriteeristöjä (2,3,4,5). Tutkimukseen perustuvaa farmakologista tietoa on hyvin vähän, ja niinpä kriteeristöt perustuvat asiantuntijoiden konsensusmielipiteisiin. Kriteeristöissä otetaan kantaa yksittäiseen lääkeaineeseen tai sen annokseen, ei lääkehoidon kokonaisuuteen tai indikaatioihin. Beersin kriteerien (2) perusteella arvioituna 20–39 %:lla yhdysvaltalaisista iäkkäistä oli käytössään epätarkoituksenmukaisia tai vältettäviä lääkkeitä (6,7). Suomalaisissa selvityksissä 12,5 %:lla kotona (8) ja 36 %:lla laitoksissa asuvista

(9) oli käytössä ainakin yksi tällainen lääke.

Lääkityksen säännöllinen arviointi on osa hoitoa

Vanhuksen lääkehoidon tulee perustua hyvään kliiniseen tutkimukseen ja sen pohjalta tehtyihin diagnooseihin. Lääkehoitoa ei voida tarkastella vain yhden sairauden näkökulmasta, vaan on otettava huomioon kaikki potilaan sairaudet, niihin käytössä oleva lääkitys sekä sen yhteensopivuus.

Säännöllinen lääkityksen arviointi on oleellinen osa potilaan hoitoa (10). Erityisesti arviointi on paikallaan, kun potilaalla on runsaasti lääkkeitä, niiden indikaatio on epäselvä tai kun suunnitellaan uuden lääkkeen aloittamista. Kun lääkäri aloittaa potilaalle uuden lääkkeen, hänen on otettava vastuu potilaan lääkityksen kokonaisuudesta (kuvio 1). Näyttää kuitenkin siltä, että kynnys lääkkeen käytön lopettamiseen on korkeampi kuin käytön aloittamiseen.

Sairaalahoidon aikana potilaan lääkekuorma pyrkii kasvamaan. Viimeistään kotiutusvaiheessa lääkityksen kokonaisuus on tarkistettava ja jatkohoidosta vastaava lääkäriä informoitava lääkityksen tavoitteista ja suunnitellusta kestosta, jotta tämä voi myöhemmin arvioida kunkin lääkkeen tar-

peellisuutta ja annoksen sopivuutta. Usein akuutin tilanteen rauhoituttua lääkitystä voidaan keventää (taulukko 1).

Kotona lääkelistaa voivat kuormittaa erilaiset itsehoitovalmisteet. Luonteva tilaisuus lääkehoidon arvioon on pitkäaikaisen sairauden seurantakäynnillä tai lääkemääräystä uusittaessa (11). Pitkäaikaiseen laitoshoittoon siirtyminen edellyttää aina perusteellista lääkehoidon arviointia. Lääkityksen asianmukaisuutta arvioitaessa voi käyttää apuna Hanlonin ym. (12) laatimaa kysymyssarjaa (taulukko 2).

Tulevaisuudessa lääkehoidon arviointia helpottaa myös vanhusten lääketietokanta, joka luodaan Lääkehoidon kehittämiskeskus Rohdon ja STM:n yhteishankkeena. Tietokanta on tarkoitettu liittämään osaksi Duodecimin sähköistä päätöksentukea.

Vältettävistä lääkkeistä on koottu lista

Ikäikäillä vältettävistä lääkkeistä ja lääkeryhmistä on olemassa suosituksia (2,4,5) (taulukko 3). Ne perustuvat lääkkeiden haittavaikutuksiin tai vakaviin interaktiomahdollisuuksiin. Myös ikääntymisen aiheuttamat farmakokineettiset ja -dynaamiset muutokset rajoittavat joidenkin lääkkeiden käyttöä tai antavat aiheen annoksen vähentämiseen. Esimerkiksi pääosin munuaisten kautta aktiivisessa muodossa erittyvistä valmisteista iäkkäälle riittää

yleensä puolet nuoren aikuisen annoksesta.

Erilaisten oireiden hoitoon tarkoitettuja lääkkeitä käytetään runsaasti ja usein puutteellisin indikaatioin. Kivulääkkeet ovat eniten käytetty lääkeryhmä. Kivulääkkeitä käyttää valtaosa eli 70 % kotona asuvista 75 vuotta täyttäneistä (13). Erityisesti tulehduskivulääkkeiden pitkäaikaisessa käytössä munuais- ja verenpainehaitat sekä maha-suolikanavan haitat lisääntyvät.

Joka kolmas yli 74-vuotias käyttää unilääkkeitä ja rauhoittavia lääkkeitä (14). Uni- ja nukahtamislääkkeiden teho on kuitenkin osoitettu vain lyhytaikaisessa käytössä, joten niiden käytön vähentäminen tai lopettaminen on lähes aina perusteltua. Maha-suolikanavan lääkkeitä ummetus- ja närästyslääkkeet kuormittavat lääkelistää; käyttöaiheena on kuitenkin usein muiden lääkkeiden haittojen estämi-

Vanhuksille tarvitaan uusia lääkemuittoja

Monisairaiden huonokuntoisten potilaiden nielemisvaikeudet ja yhteistyökyvyn heikkeneminen voivat estää isokokoisten tablettien ottamisen.

Lääkkeitä ei yleensä tulisi jauhaa tai murskata, sillä tämän jälkeen ne maistuvat pahalta ja polttavat ja kirvelevät suun limakalvolla. Pahimmillaan ruoan kanssa otettu jauhettu lääke vie ruokahalun ja johtaa aliravitsemukseen. Lisäksi joidenkin valmisteiden jauhaaminen voi oleellisesti muuttaa lääkkeen farmakokinetiikkaa ja vaikutusta.

Lääketeollisuuden haasteena onkin tabletteja korvaavien lääkevalmisteiden kehittäminen vanhuksille.

Taulukko 1.

Lääkkeitä, joiden tarve ja annos on arvioitava säännöllisesti.

Unilääkkeet ja rauhoittavat lääkkeet
Masennuslääkkeet
Psykoosilääkkeet
Dementiaalilääkkeet
Sydänlääkkeet
Bisfosfonaatit
Haponeritystä alentavat lääkkeet
Kihtilälääkkeet
Rauta
Kivulääkkeet

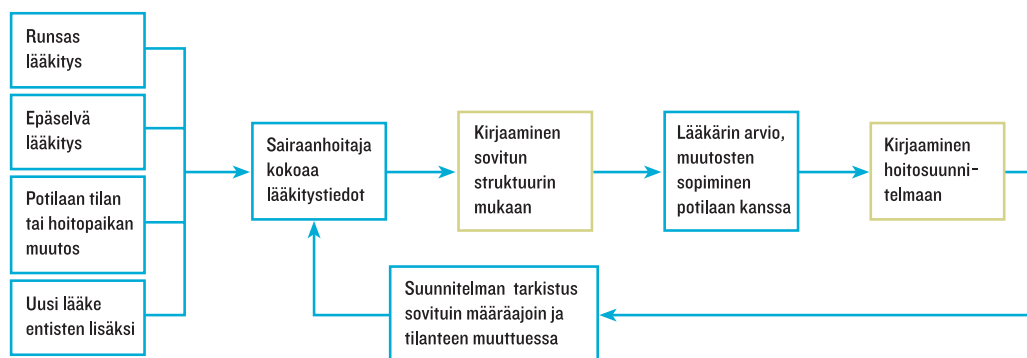
Taulukko 2.

Lääkityksen asianmukaisuuden arvioinnissa käytettäviä kysymyksiä (12).

Onko indikaatiota?
Onko lääke riittävän tehokas?
Ovatko ohjeet oikeat ja toteutuskelpoiset?
Onko merkittäviä interaktioita?
Onko muita sairauksia, jotka vaikuttavat lääkitykseen?
Onko päällekkäisiä lääkkeitä?
Onko hoitoaika hyväksyttävä?
Onko lääkekustannus potilaalle kohtuullinen?

Kuvio 1.

Lääkityksen arviointi vastaanotolla, kotihoidossa ja laitoshoidossa (10).



nen tai hoito. Muita ongelmallisia lääkkeitä ovat virtsainkontinenssi- ja huimauslääkkeet.

Myöskään kahden samantapaisesti vaikuttavan oireenmukaisen lääkkeen samanaikaiselle käytölle (esim. tsopikloni ja tematsepaami tai ibuprofeeni ja koksibi) ei löydy perusteita.

Vakiintuneen lääkityksen lopettaminen vaatii seurantaa

Lääkityksen saneeraus on turvallista aloittaa oireisiin tarkoitetuista valmisteista, varsinkin jos selvää aiheutta ei lääkkeen käytölle enää löydy. Tosin potilas itse voi kokea juuri nämä lääkkeet

kaikkein tarpeellisimmiksi. Tällöin kannattaa edetä hitaasti annosta asteittain pienentäen. Erityisesti on syytä panostaa taulukossa 3 mainittujen iäkkäiden hoidossa vältettävien lääkkeiden käytön lopettamiseen.

Sairauksien hoitoon tai komplikaatioiden estoon käytettyjen lääkkeiden

Taulukko 3.

lääkkäiden hoidossa vältettäviä lääkkeitä. Koottu kriteeristöistä Beers/Fick 2003, suositus yli 65-vuotiaille (2,4) ja Laroche 2007, suositus yli 75-vuotiaille (5).

Lääkkeen indikaatio	Lääkeaine	Syy	Kriteeristö
Rytmihäiriöt	disopyramidi amiodaroni digoksiini > 0,125 mg/vrk	antikolinerginen fataali rytmihäiriö munuaisten vajaatoiminnassa toksinen	Beers, Laroche Beers, Laroche Beers, Laroche
Verenpaine	metyyldopa klonidiini nifedipiini (paitsi SR)*	depressio, rytmihäiriö ortostatismi hypotonia, ummetus	Beers, Laroche Beers, Laroche Beers, Laroche
Verenkierto	dipyridamoli (paitsi SR)* pentoksifylliini dergogriinimesylaatti	ortostatismi kaatumisriski, epävarma teho epävarma teho	Beers, Laroche Laroche Beers
Lihasselaksaatio	orfenadiini baklofeeni kinidiini + meprobaaatti	antikolinerginen, sedaatio kaatumisriski, sedaatio kaatumisriski, sedaatio	Beers, Laroche Laroche Beers
Diabetes	glibenklamidi glipitsidi	pitkittynyt hypoglykemia pitkittynyt hypoglykemia	Laroche Laroche
Allergia, kutina	hydroksitsiini difenhydramiini	antikolinerginen antikolinerginen	Beers, Laroche Beers, Laroche
Anemia	ferrosulfaatti > 325 mg/vrk	ummetusriski, teho ei lisääny	Beers
Virtsainkontinenssi	oksibutyiniini tolterodiini solifenasiini	antikolinerginen antikolinerginen antikolinerginen	Beers, Laroche Laroche Laroche
Virtsatieinfektio	nitrofurantoiini	munuaisten vajaatoimintariski, toksinen	Beers, Laroche
Depressio	amitriptyliini doksepiini imipramiini trimipramiini fluoksetiini	antikolinerginen antikolinerginen antikolinerginen antikolinerginen interaktiot	Beers, Laroche Beers, Laroche Laroche Laroche Beers
Psykoosi	klooripromatsiini levomepromatsiini perfenatsiini	antikolinerginen antikolinerginen antikolinerginen	Laroche Laroche Laroche
Rauhoittava, uni	diatsepaami nitratsepaami loratsepaami > 3 mg/vrk oksatsepaami > 60 mg/vrk alpratsolaami > 2 mg/vrk tematsepaami > 15 mg/vrk triatsolaami > 0,25 mg/vrk tsolpideemi > 5 mg/vrk tsopikloni > 3,5 mg/vrk	pitkä vaikutusaika, sedaatio, kaatumisriski pitkä vaikutusaika, sedaatio, kaatumisriski sedaatio, kaatumisriski sedaatio, kaatumisriski sedaatio, kaatumisriski sedaatio, kaatumisriski sedaatio, kaatumisriski sedaatio, kaatumisriski sedaatio, kaatumisriski	Beers, Laroche Laroche Beers, Laroche Beers, Laroche Beers, Laroche Beers, Laroche Laroche Laroche
Tulehduskipu	indometasiini piroksikaami naprokseeni ketorolaakki	maha-suolikanavan haitat maha-suolikanavan haitat maha-suolikanavan haitat maha-suolikanavan haitat	Beers, Laroche Beers Beers Beers
Ummetus	bisakodyyli (pitkäaikaiskäyttö) sennosidit	suolen toimintahäiriö suolen toimintahäiriö	Beers, Laroche Laroche
Mahalääkkeet	klidinium + klooridiatsepoksidi simetidiini	antikolinerginen CNS-vaikutuksia, interaktioita	Beers, Laroche Beers, Laroche

* SR = sustained release, hitaasti lääkeainetta vapauttava

kohdalla keskeistä on tarkistaa, onko indikaatio edelleen olemassa. Mikäli näin on, arvioidaan onko annos kohdallaan vai pitäisikö sitä muuttaa. Ellei indikaatiota enää löydy tai vaikuttavuus on epävarmaa, lääkitystä kannattaa lähteä purkamaan, kuitenkin koko ajan muutoksen vastetta eli potilaan oireita arvioiden.

Lääkehoito kannattaa yleensä lopettaa asteittain ja lääkeaine kerrallaan. Väliön äkillinen lopettaminen voi tuki olla välttämätöntä voimakkaiden haittavaikutusten yhteydessä. Vuorokausiannoksen vähentäminen esim. puolella tabletilla muutaman viikon välein on usein hyvä menetelmä. Vaste arvioidaan vähennyksen jälkeen uudelleen. Esimerkiksi verenpainelääkkeen annosta vähennettäessä vastetta on vanhuksella tärkeää arvioida ortostaattisella kokeella.

Tietoa lääkkeiden lopettamisesta löytyy vain vähän. Pharmaca Fennica ja Käypä hoito -suosituksista lopetustiedot usein joko puuttuvat tyystin tai ovat epämääräisiä. Taulukko 4 on koottu joidenkin valmistajien lopettamisohjeita. Ruotsalaisesta helpolukuisesta Fas Ut -kirjasta löytyy käytännön lääkeohjeiden lisäksi useiden tavallisten lääkkeiden yksityiskohdaisia lopettamisohjeita. Kirjaa voikin suositella klinikon päivittäiseksi apuvälineeksi (15).

Erityisen hitaasti pitää purkaa keskushermostoon vaikuttavien lääkkeiden, kuten opioidien ja psykenlääkkeiden, käyttö. Dementian käytösoreisiin aloitetun psykoosilääkkeen voi lopettaa muutamien viikkojen kuluessa, mutta skitsofreniapotilaan lääkitystä pitää vähentää hitaasti kuukausien välein. Unilääkkeiden ja rauhoittavien lääkkeiden vuorokausiannosta vähennetään neljäsosa tai puolikas kerrallaan muutamien viikkojen välein. Aikataulun on oltava suhteessa annokseen ja käytön pituuteen. Bentsodiatsepiinien kohdalla nyrkkisäntönä voi pitää: käyttöaika vuosina = lopetus aika kuukausina. Mitä hitaammin lääkkeen purku tehdään, sitä todennäköisemmin lopettamiseen ei liity vieroitusoireita.

Vastoin yleistä luuloa unilääkkeidenkin käytön lopettaminen näyttää onnistuvan. Englannissa yleislääkärin

potilaista 80 % onnistui lopettamaan käytön, vaikka puolet oli käyttänyt bentsodiatsepiineja yli 10 vuotta ja joka neljäs yli 20 vuotta (16). Kannustavana tekijänä toimi kognitiivisen ja psykomotorisen suoriutumisen koheeminen.

Mikäli psykenlääkettä on käytetty pitkään, on huomattava, että kyse ei ole vain lääkkeen farmakologisista vaikutuksista. Tarpeeton tai jopa vaaralli-

nen lääke on voinut olla tärkeä psykologinen tuki potilaalle, jolloin hänelle on annettava riittävästi aikaa luopua tällaisesta lääkkeestä. Vanhusten psykenlääkkeiden käytöstä ja käytön lopettamisesta on juuri ilmestynyt suomalaisen artikkeli (17).

Selkeä kirjallinen ohje lääkkeen lopettamisesta ja aikataulusta on tarpeen etenkin avohoidossa. Jos lopettamisen yhteydessä on odotettavissa vie-

Taulukko 4.

Joidenkin lääkkeiden vähentämistapoja. Mukaeltu lähteistä 15 ja 17.

Lääke	Menetelmä
PPI + H ₂ -salpaajat	pitkäaikainen hoito: 1 kk:n välein annosvähennys: 1/2 annosta joka päivä, 1/2 annosta j. II pv, 1/2 j. IV päivä, sitten käyttö vain tarvittaessa lyhytaikainen hoito: kerralla
Digoksiini	kerralla
Pitkävaikutteiset nitraatit	hitaasti, asteittain
Tiatsidit	kerralla iso annos: 2 viikon ajaksi annos puolitetaan
Loop-diureetit	kerralla iso annos: asteittain, 2 viikon ajaksi annos puolitetaan
ACE:n estäjät	verenpainetauti: kerralla sydämen vajaatoiminta: 1/2–1/4 vuorokausiannoksesta viikon välein
AT-salpaajat	verenpainetauti: kerralla sydämen vajaatoiminta: 1/2–1/4 vuorokausiannoksesta viikon välein
Beetasalpaajat	lyhytvaikutteiset: asteittain 3 viikon aikana pitkävaikutteiset: asteittain 2 viikon aikana
Kalsiumkanavan salpaajat	lyhytvaikutteiset: 1/3–1/4 vuorokausiannoksesta 2 viikon välein pitkävaikutteiset: annos puolitetaan 2 viikon ajaksi
Statiinit	kerralla
Glukokortikoidit	< 2 viikon hoito: kerralla kuukausia jatkunut hoito: vuorokausiannoksen vähennys 20–30 % 2 viikon välein vuosia jatkunut hoito: vielä edellistään hitaammin
Tulehduskipulääkkeet	kerralla
Bisfosfonaatit	kerralla
Opioidit (heikot)	tramadoli: 100 mg viikon välein kodeiini: 1 tabletti viikon välein
Opioidit (vahvat)	10 %:n lasku viikon välein
Parasetamoli	kerralla
Psykoosilääkkeet	1/4–1/2 vuorokausiannoksen vähennys 2–4 viikon välein skitsofreniapotilaat: 20 % 3 kk välein
Bentsodiatsepiinit	1/5–1/6 vuorokausiannoksen vähennys 1–2 viikon välein isot annokset, pitkä käyttö: vielä hitaammin
Nukahtamislääkkeet	1/4 tabl 1–2 viikon välein tsaleplonin voi lopettaa nopeammin
SSRI-lääkkeet	< 1 kk käyttö: kerralla pitempi käyttö: 3 viikon välein annosta lasketaan
Dementialääkkeet (asetyylikoliiniesteraasin estäjät, memantiini)	kerralla

rotusoireita, kannattaa niistäkin antaa tietoa kirjallisena. Säännöllinen seuranta mahdollisten vierotusoireiden tai sairauden oireiden pahenemisen takia on välttämätöntä. Seurantakäynnit kannattaa sopia jo etukäteen ja potilaalla tulee väliaikanakin olla mahdollisuus yhteydenottoon.

Lääkehoidon muuttaminen tai lopettaminen edellyttää potilaan ja hoitavan tahon yhteistyötä sekä pitkäaikaista hoitosuhdetta. Pysyvän muutoksen aikaansaaminen voi olla vaikeaa ja työlästä (18). Potilaan mielipiteen kunnioittaminen, tiedon lisääminen ja jatkuva kannustus ovat edelly-

tyksiä lääkemuutosten onnistumiselle.

Laitoshoidossa muutokset on helppo tehdä nopeammin

Laitoksessa asuvat vanhukset ovat yleensä monisairaita, hauraita ja heidän toimintakykynsä on alentunut. He

Ortostaattinen koe paljasti verenpainelääkkeen liian suuren annoksen

83-vuotiaalla naisella on vuosia ollut verenpainetauti, eteisvärinä ja nivelkipuja. Oireet helpottuivat, kun oikeaan lonkkaan asetettiin tekonivel. Edelleen esiintyy jonkin verran kipua rasituksen jälkeen ja ajoittain jaloista vetää suonta.

Sairaanhoitaja teki ortostaattisen kokeen, jossa verenpaine oli maaten 160/98 mmHg, istuen 120/80 mmHg

ja seisten 1 min 98/60 mmHg ja 3 min 102/62 mmHg; lepopulssi 54/min. Lääkitys on säilynyt ennallaan lonkan leikkauksesta lähtien eli lähes kolmen vuoden ajan.

Ortostaattisen verenpaineen laskun takia verenpainelääkitystä kevennettiin. Samalla vähennettiin lääkkeitä, joilla saattoi olla haitallisia vaikutuksia keskushermostoon ja maha-suolikanava-

vaan. Suonenvetoon käytetyn kiniinin ja meprobamaatin yhdistelmävalmisteen tilalle aloitettiin magnesium, jolla ei liene merkittäviä haittoja. Lääkitykseen lisättiin kalkki ja D-vitamiini luuston kunnan ylläpitämiseksi ja luunmurtumien ehkäisemiseksi. Potilaan lääkitys ennen lääkähoidon arviota ja sen jälkeen esitellään taulukossa 5.

Taulukko 5.

Potilaan lääkitys ennen lääkähoidon arviota ja sen jälkeen.

Lääkitys ennen arviota		Lääkitys arvioinnin jälkeen		
Lääke	Annos	Lääke	Annos	Huomioitavaa
SÄÄNNÖLLISET LÄÄKKEET				
Enalapriili	20 mg 1 x 1	enalapriili	20 mg x 1	Vasteen arviointi ortostaattisella kokeella 2 viikon kuluttua.
Hydroklooritiatsidi	25 mg 1 x 1	lopetetaan		Aiheuttaa helposti ortostaattisen reaktion.
Varfariini	yksilöllinen	varfariini	ennallaan	Tarpeen flimmeriin liittyvien tromboembolisten komplikaatioiden estossa.
Bisoprololi	5 mg x 1	bisoprololi	2,5 mg x 1	Vasteen arviointi ortostaattisella kokeella 2 viikon kuluttua, samalla pulssin seuranta ja EKG. Tarvittaessa lääkityksen lopetus.
Tramadoli	100 mg + 200 mg	tramadoli	50 mg + 100 mg	Annoksen asteittainen lasku ja kipujen arviointi viikoittain.
Amitriptyliini	25 mg x 1	lopetetaan		Haittoina antikolinergiset vaikutukset (suun kuivuminen, ummetus ja vaikutukset kognitioon).
Parasetamoli	1 g x 3	parasetamoli	1 g x 2	Annosta hyvä pienentää pitkäaikaisessa käytössä iäkkäällä (maha-suolikanavan haitat, maksahaitat). Kipujen arviointi seurannassa.
Tematsepaami	20 mg 1 x 1	tematsepaami	10 mg 1 x 1	Unihygienian neuvonta. Harkitaan lääkkeen lopettamista: 4 vk:n kuluttua 5 mg x 1, sitten 5 mg joka toinen ilta 2 vk, sitten lopetus. Uniongelmien jatkuessa niiden syyt on selvítettävä.
		kalsium + D-vitamiini	500 mg + 400 ky 1 x 1-2	Aloitetaan, luuhuolto.
		magnesiumtabletit	350 mg 1 x 1	Aloitetaan "suonenvetoon", vasteen seuranta.
TARVITTAESSA OTETTAVAT LÄÄKKEET				
Meprobamaatti				
150 mg + kiniini-				
hydrokloridi 150 mg	1 x 1	lopetetaan		Haittoina väsymys, huimaus, päänsärky, riski sydämen johtumismuutoksille, ohimenevä näön ja/tai kuulonmenetys.

tarvitsevat hoidon hyötyjen ja haittojen säännöllistä puntarointia. Hoidon tavoitteena on mahdollisimman hyvä elämänlaatu, oireiden lievittäminen ja pahenemisvaiheiden estäminen. Tällöin statiinien, bisfosfonaattien, raudan, ulostus- ja virtsainkontinenssilääkkeiden tarpeellisuutta tulee arvioida erityisen tarkasti. Vaikea-asteisessa Alzheimerin dementiassa ei asetyyli-koliiniesteraasi-inhibiittoreista ole välttämättä hyötyä itse taudin hoidossa, mutta ne voivat kyllä auttaa käytöshäiriöiden hoidossa. Sydän- ja verisuonisairauksien sekä diabeteksen lääkitystä voidaan usein keventää.

Oireenmukaisten lääkkeiden tarvetta tulee koko ajan arvioida. Unilääkkeiden ja rauhoittavien lääkkeiden käytössä tulee suosia lyhyitä kuurimaisia 1–2 viikon hoitoja ja usein silloinkin annostelua vain tarvittaessa.

Kivunhoito on keskeistä myös laitoshoidossa. Kivulääkettä määrättäessä on samalla sovittava vasteen arvioinnista. Jos lääkkeestä ei saada hyötyä, on mietittävä kivun laatua ja tarkistettava diagnoosia uusien hoitokeinojen löytämiseksi.

Laitoshoidossa lääkemuutoksia voidaan tehdä nopeammassa tahdissa ja lopettaa useampia lääkkeitä samanai-

kaisesti. Riippumatta siitä missä lääkesaneeraus tehdään, on potilaan sekä omaisten ja henkilökunnan luottamus, motiivointi ja informointi tärkeää. Lääkityksen arviointi ja tarvittaessa lääkehoidon lopettaminen ei ole hoidon laiminlyömistä, vaan keskeinen osa iäkkään laadukasta hoitoa.

Kirjallisuutta

- Lampela P, Hartikainen S, Sulkava R, Huupponen R. Adverse drug effects in elderly people – a disparity between clinical examination and adverse effects self-reported by the patient. *Eur J Clin Pharmacol* 2007;63:509–15.
- Beers MH. Explicit criteria for determining potentially inappropriate medication use by the elderly: an update. *Arch Intern Med* 1997;157:1531–6.
- McLeod PJ, Huang AR, Tamblyn RM, Gayton DC. Defining inappropriate practices in prescribing for elderly people: a national consensus panel. *Can Med Assoc J* 1997;156:385–91.
- Fick DM, Cooper JW, Wade WE, Waller JL, Maclean JR, Beers MH. Updating the Beers criteria for potentially inappropriate medication use in older adults. *Arch Intern Med* 2003;163:2716–24.
- Laroche M-L, Charmes J-P, Merle L. Potentially inappropriate medications in the elderly: a French consensus panel list. *Eur J Clin Pharmacol* 2007;63:725–31.
- Golden AG, Preston RA, Barnett SD, Llorente M, Hamdan K, Silverman MA. Inappropriate medication prescribing in homebound older adults. *J Am Geriatr Soc* 1999;47:948–53.
- Curtis LH, Ostbye T, Sendersky V, Hutchison S, Dans PE, Wright A, Woosley RL, Schulman KA. Inappropriate prescribing for elderly americans in a large outpatient population. *Arch Intern Med* 2004;164:1621–5.
- Pitkälä KH, Strandberg TE, Tilvis RS. Inappropriate drug prescribing in home-dwelling elderly patients: a population-based survey. *Arch Intern Med* 2002;162:1707–12.
- Raivio MM, Laurila JV, Strandberg TE, Tilvis RS, Pitkälä KH. Use of inappropriate medications and their

prognostic significance among in-hospital and nursing home patients with and without dementia in Finland. *Drugs Aging* 2006;23:333–43.

- Hartikainen S, Saarela O, Lönnroos E, Seppälä M. Miten arvioida iäkkään lääkitystä. *Suom Lääkäril* 2006;61:4352–5.
- Lahnajärvi L, Saarela O. Reseptin uusiminen – hanttihommaa vai suunnitelmallista hoitoa? *Suom Lääkäril* 2006;61:3726–8.
- Hanlon JT, Schumacher KE, Samsa GP ym. A method for assessing drug therapy appropriateness. *J Clin Epidemiol* 1992;45:1045–105.
- Hartikainen S, Mäntyselkä P, Louhivuori-Laako K, Sulkava R. Balancing with pain and analgesic drug treatment in the home-dwelling elderly. *Ann Pharmacotherapy* 2005;39:11–6.
- Hartikainen S, Rahkonen T, Kautiainen H, Sulkava R. Kuopio 75 + study: Does advanced age predict more common use of psychotropics among the elderly? *Inter Clin Psychopharmacol* 2003;18:163–7.
- Lundgren C. Kirjassa: Fas Ut. Att utvärdera, ifrågasätta och skonsamt avsluta läkemedelsbehandling. Läkemedelskommittén i Västerbotten 2006.
- Curran H, Collins R, Fletcher S, Kee S, Woods B, Iliffe S. Older adults and withdrawal from benzodiazepine hypnotics in general practice: effects on cognitive functioning, sleep, mood and quality of life. *Psychological Med* 2003;33:1223–37.
- Hartikainen S. Ikääntyneiden psyykenlääkkeet. *Duod* 2007;123:2571–7.
- Pitkälä KH, Strandberg T, Tilvis RS. Is it possible to reduce polypharmacy in the elderly? A randomised controlled trial. *Drugs Aging* 2001;18:143–9.

Sirpa Hartikainen

ma. professori

Kuopion yliopisto, geriatrinen
lääkehoito

Maaria Seppälä

geriatri

Turun kaupunginsairaala

Lääkehoidon asiantuntijaryhmä, Lääkehoidon kehittämiskeskus ROHTO