

Lääkehoidon kokonaisarviointi (LHKA) on noussut Suomessa esille yhtenä varteenotettavana keinona parantaa etenkin iäkkäiden potilaiden lääkitysturvallisuutta ja lääkehoidon laatua. Kansainvälisesti moniammatillisia arviointimalleja on integroitu osaksi terveydenhuoltoa esimerkiksi Australiassa, Yhdysvalloissa ja Isossa-Britanniassa. Erilaisten arviointipalveluiden vaikuttavuudesta on julkaistu paljon tutkimuksia (Leikola 2012, Spinewine ym. 2012).

Tutkimustulosten vertailu on hankalaa, sillä arviointien sisällöt vaihtelevat lähes pelkästä lääkeneuvonnasta hyvinkin kattaviin klinisiin kokonaisarviointeihin. Myös arviointeja suorittavien farmasian ammattilaisten koulutustaustoissa on merkittäviä eroja. Tässä suhteessa Suomen 1,5-vuotinen LHKA-erityispätevyyskoulutus on ainutlaatuinen.

Tässä kirjoituksessa luodaan katsaus Suomen LHKA-mallin vaikutuksia käsitteleviin tutkimuksiin. Lisäksi esitellään vastaavista australialaisista ja yhdysvaltalaisista toimintamalleista saatuja tutkimustuloksia kotona asuvilla potilailla.

Lääkemäärä vähenee

LHKA:sta on toistaiseksi julkaistu varsin vähän tutkimuksia (taulukko 1). Yhtä lukuun ottamatta kaikissa tutkimuksissa aineistot on kerätty LHKA-erityispätevyyskoulutukseen osallistuneiden farmaseuttien ja proviisoreiden koulutuksen aikana tekemistä arvioinneista. OLKA-kokeiluhankkeessa kokonaisarviointeja suorittivat jo erityispätevyuden saavuttaneet henkilöt (Heikura ym. 2009). Kaikissa suomalaistutkimuksissa on käytetty ennen–jälkeen -tutkimusasetelmaa ilman verrokkiryhmää.

Tutkimusten perusteella vaikuttaa siltä, että LHKA:iin on valikoitunut tarkoituksenmukaisesti potilaita, joiden lääkehoidossa on tarvetta muutoksille. Keskimäärin farmaseutit ja proviisorit ovat raportoineet hoitavalle lääkärille noin kuusi lääkehoitoon liittyvää ongelmaa tai muutosehdotusta potilasta kohden (Heikura ym. 2009, Leikola 2012).

Varsinaisia lääkitysmuutoksia lääkärit tekivät arviointien jälkeen noin kolme/potilas. Yleisin muutos on ollut lääkkeen lopetus. Lääkitysturvallisuuden kannalta on olennaista, että iäkkäille mahdollisesti haitallisten lääkkeiden määrä on LHKA:n jälkeen vähentynyt noin kolmanneksella (Dimitrow 2009).

LHKA-tutkimuksissa arviointien kustannusvaikutuksia on mitattu ainoastaan lääkekulujen osalta. Tutkimusten mukaan LHKA näyttää vähentävän käytettyjen lääkkeiden määrää keskimäärin yhdellä lääkkeellä/potilas (Kannisto 2007, Heikura ym. 2009, Leikola 2012). Saavutetut keskimääräiset kuukausittaiset lääkekustannussäästöt ovat vaihdelleet 16 ja 42 euron välillä (taulukko 1).

Potilaiden vointi kohenee

On mahdollista, että LHKA parantaa potilaiden vointia. OLKA-hankkeessa kolmen kuukauden kuluttua LHKA:sta 34 % potilaista raportoi vointinsa kohentuneen (Heikura ym. 2009). Voinnissa ei tapahtunut muutosta 64 %:lla, vaikka lääkityksiä vähennettiin.

Toisessa tutkimuksessa 65 vuotta täyttäneiden potilaiden terveyteen liittyvää elämänlaatua mitattiin ennen ja 3 kuukautta LHKA:n jälkeen havaitsematta merkitsevää muutosta (Eira ja Rautavirta 2012). Mielenkiintoista on, että ennen arviointia 74 potilaasta 24 (32 %) vastasi kärsivänsä ankarista kivuista tai vaivoista, kun seuranta haastattelussa määrä oli puolittunut kahteentoista (16 %).

Samasta potilasaineistosta tehdyssä toisessa tutkimuksessa kohtalaisesta tai vaikeasta ummetuksesta ja suun kuivumisesta kärsivien potilaiden määrä väheni (Hannula ja Männistö 2012). Ei kuitenkaan ole selvää, johtuiko tämä antikolinergisten lääkkeiden vähentämisestä vai oireenmukaisen lääkityksen lisäämisestä.

Australiassa etenkin riskipotilaat hyötyvät

Australiassa kotona asuville potilaille suunnattu Home Medicines Review (HMR) vastaa sisällöltään hyvin paljon suomalaista LHKA:ia.

Kuten Suomessa, valtaosa HMR-tutkimuksista perustuu potilastapausraporttien tarkasteluun (Leikola 2012). Myös tulokset ovat hyvin samankaltaisia. HMR vähentää käytettyjen lääkkeiden määrää noin yhdellä ja pienentää kuukausittaisia lääkekustannuksia hieman alle 20 eurolla. Lisäksi iäkkäille haitallisten tai muuten epätarkoituksenmukaisten lääkitysten määrä pienenee.

Satunnaistettuja, kontrolloituja tutkimuksia HMR:stä on julkaistu vain muutamia. Niiden perusteella HMR ei paranna potilaiden terveyteen liittyvää elämänlaatua eikä vaikuta merkitsevästi sairaalakäynteihin tai muiden terveystalveluiden käyttöön. Lääkäreiden mukaan HMR on kuitenkin parantanut potilaiden saamaa hoitoa ja vähentänyt lääkehaitoista kärsivien potilaiden määrää. HMR näyttää myös hillitsevän lääke- ja terveystalveluiden kustannusten kasvua verrattuna verrokkiryhmään.

Kahden suuren kohorttitutkimuksen mukaan on mahdollista, että HMR:stä hyötyvät erityisesti tietyt riskialttiit potilasryhmät. Varfariinia käyttävillä potilailla todennäköisyys joutua sairaalahoitoon verenvuodon takia on ollut verrokkiryhmää merkittävästi pienempi (79 %) niillä potilailla, joille on tehty 2–6 kuukautta aiemmin lääkitysarviointi. Sydämen vajaatoimintaa sairastavilla HMR-ryhmässä vajaatoiminnasta johtuvia sairaalaan joutumisia oli 45 % vähemmän kuin verrokkiryhmällä.

Yhdysvalloissa hyviä vaikutuksia hoitotuloksiin

Yhdysvalloissa Medication Therapy Management (MTM) -palvelu sisältää usein LHKA:ia vastaavan lääkitysarvioinnin. Kotona tapahtuvan haastattelun sijaan potilaan kanssa keskustellaan yleensä puhelimitse tai apteekissa ja seurantatapaamisia järjestetään useita tarpeen mukaan.

Monissa tutkimuksissa on osoitettu, että MTM vähentää muiden terveystalouden käyttöä ja aikaansaavan kustannussäästöjä (Leikola 2012). Sen vaikutukset sairaalaan joutumisiin ja päivystyskäynteihin ovat kuitenkin ristiriitaisia.

Selvimmän MTM:n hyödyt on osoitettu kroonisten sairauksien, esimerkiksi diabeteksen, hyperkolestrolemian ja hypertension hoitotasapainon parantamisessa (Leikola 2012). Tässä suhteessa useat seurantatapaamiset saattavat olla osasyynä hyviin tuloksiin.

Lisätutkimuksia tarvitaan

LHKA:sta tähän mennessä julkaistut tutkimukset ovat käsittäneet pieniä potilasaineistoja, eikä verrokkiryhmää ole käytetty. Tarvitaan lisää tutkimuksia, joissa nämä asiat on huomioitu.

Vaikka julkaistuissa tutkimuksissa on pyritty mittaamaan LHKA:n taloudellisia vaikutuksia, on keskitytty ainoastaan suoriin lääkekustannuksiin. Koska iäkkäillä alilääkitys on tavallista, ei lääkekulujen käyttäminen ainoana vaikuttavuuden mittarina ole järkevää. Oleellisempaa olisi selvittää, voidaanko LHKA:n avulla vaikuttaa yhteiskunnan kannalta merkittävämpiin kustannustekijöihin: sairaalajaksoihin ja muuhun hoidon tarpeeseen sekä pidemmän kotona asumisen mahdollistamiseen.

Tärkeää olisi myös selvittää, millaisia vaikutuksia LHKA:lla on potilaiden kliinisiin hoitotuloksiin. Suuntaa-antavia johtopäätöksiä Suomen LHKA:n mahdollisista vaikutuksista voitaneen tehdä kansainvälisistä tutkimustuloksista.

LHKA:n lisäksi tarvitaan kevyempiä lääkehoidon arviointikäytäntöjä, joiden avulla voidaan tunnistaa monia iäkkäiden lääkehoidon ongelmia.

Taulukko 1. Lääkehoidon kokonaisarvioinnin (LHKA) vaikutuksista julkaistut suomalaistutkimukset

Tutkimus	Aineisto	Keskeiset tulokset
Dimitrow 2009 Pro gradu -tutkielma	LHKA-koulutukseen 2006–2007 osallistuneiden potilastapausraportteja (n=122), potilaiden ikä ≥65 vuotta	Beers-kriteereiden mukaan iäkkäille haitallisten lääkkeiden käyttäjien määrä väheni 30 % (49 %:sta 34 %:iin) ja käytettyjen Beers-lääkkeiden määrä 38 % (70:stä lääkkeestä 49:ään)
Eira ja Rautavirta 2012 Farmaseutin loppuyö	LHKA-koulutukseen 2006–2007 osallistuneiden ≥65-vuotiaiden potilastapauksia (n=74), EQ-5D kysely täytetty kotikäynnin aikana ennen LHKA:ta ja 3 kk LHKA:n jälkeen	Ei merkittävää eroa terveyteen liittyvässä elämänlaadussa. Ankarista kivuista tai vaivoista kärsivien määrä pieneni 24:stä 12:een.
Hannula ja Männistö 2012 Farmaseutin loppuyö	LHKA-koulutukseen 2006–2007 osallistuneiden ≥65-vuotiaiden potilastapauksia (n=84), haastateltu ennen LHKA:ta ja 3 kk LHKA:n jälkeen	Keskivaikeasta tai vaikeasta ummetuksesta kärsivien määrä väheni 23:sta 11:een. Keskivaikeasta tai vaikeasta suun kuivumisesta kärsivien määrä väheni 48:sta 39:ään.
Heikura ym. 2009 Hankeraportti (Sitra)	50 LHKA-tapausta Hyrynsalmella ja Taivalkoskella, potilaiden ikä 40–98 vuotta, haastateltu ennen LHKA:ta ja 3 kk LHKA:n jälkeen	Arvioinnin seurauksena keskimäärin 6 toimenpidettä tai muutosta/potilas, lääkitysmuutoksia 3/potilas. Lääkemäärä väheni keskimäärin 12,6:sta 11,5:een. Lääkekustannukset pienenevät 90 %:lla potilaista. Keskimääräinen Kela:n lääkekorvaussäästö 50 €/3 kk (-15%), potilaan säästö 75 €/3kk (-22%). Vointi kohentui 34 %:lla, 64 %:lla ennallaan vaikka lääkitystä vähennettiin
Hynninen 2008 Pro gradu -tutkielma	LHKA-koulutukseen 2005–2006 osallistuneiden potilastapausraportteja (n=119), potilaiden ikä 47–99 vuotta	94 %:lle potilaista tehty muutosehdotus, keskimäärin 4 ehdotusta/potilas. Ehdotuksista hyväksytyt 44 %.
Kannisto 2007 Pro gradu -tutkielma	LHKA-koulutukseen 2005–2006 osallistuneiden potilastapausraportteja (n=61), potilaiden ikä 40–99 vuotta	Lääkemäärä väheni keskimäärin 12:sta 11:een. Keskimääräinen säästö lääkekustannuksissa 16 €/hlö/kk
Virolainen 2009 Pro gradu -tutkielma Leikola 2012 Väitöskirja	LHKA-koulutukseen 2006–2007 osallistuneiden potilastapausraportteja (n=121), potilaiden ikä ≥65 vuotta	Lääkärille raportoitu 6,5 lääkityksen liittyvää ongelmaa/potilas. Arvioinnin seurauksena tehty keskimäärin 3 lääkitysmuutosta/potilas, yleisin lääkkeen lopetus.



Saija Leikola

Proviisori, FaT, LHKA-erityispätevyys

Asiantuntijaproviisori

Suomen Apteekkariliitto

LISÄÄ AIHEESTA

Lääkitysten arvioinneilla voidaan ratkoa lääkehoidon ongelmia

(http://sic.fimea.fi/3_2012/laakitysten_arvioinneilla_voidaan_ratkoa_laakehoidon_ongelmia)

Apteekilla on tärkeä rooli lääkitysturvallisuuden varmistamisessa

(http://sic.fimea.fi/3_2012/apteekilla_on_tarkea_rooli_laakitysturvallisuuden_varmistamisessa)

Turvallisen lääkehoidon työkalupakki

(http://sic.fimea.fi/3_2012/turvallisen_laakehoidon_tyokalupakki)

Muista myös apuaineiden haitat

(http://sic.fimea.fi/3_2012/muista_myos_apuaineiden_haitat)