

Aino Pennanen ja Maija Kaukonen

Yleisimpien lääkkeiden aloitus ja niihin liittyvä seuranta

Perusterveydenhuollossa ehkäistään, diagnosoidaan ja hoidetaan kansansairauksia. Terveystieteiden ammattilaisten tehtävä on tukea potilasta elämäntapamuutoksissa, mutta monet potilaat tarvitsevat myös lääkehoitoa hoitotavoitteiden saavuttamiseksi. Lääkehoito valitaan yksilöllisesti huomioiden riskitekijät, sairauden vaikeusaste, ennuste, potilaan muut sairaudet, lääkitys ja lääkehoidon kustannukset. Järjestyksellisesti koostettu ja ajantasainen lääkelista on tehokkaan ja turvallisen hoidon edellytys. Lääkityksen aloitukseen, seurantaan ja potilaan hoitoon sitouttamiseen liittyy kuitenkin monenlaisia käytännön haasteita.

Yli puolet suomalaisista käyttää päivittäin ainakin yhtä lääkettä. Suurin osa heistä on lääkehoidon osalta yhteydessä perusterveydenhuoltoon vain reseptejä uusiessaan, eli joka toinen vuosi. Monet sairaudet eivät edellytäkään tiheämpää kontaktia, jos potilaan terveydentilassa ei ole tapahtunut merkittäviä muutoksia.

Hoitosuositukset sisältävät yleisiä lääkehoito-ohjeita, mutta valittaessa lääkitystä yksittäiselle potilaalle on huomioitava riskitekijät, sairauden vaikeus, ennuste, potilaan muut sairaudet, lääkitys ja lääkehoidon kustannukset. Mahdolliset haittavaikutukset ja sairauksien eteneminen vaikuttavat siihen, kuinka kauan ja millaisella annoksella potilas voi lääkettä käyttää.

INTERNETOHEISAINESTOSSA esitetään taulukoidut ohjeet kohonneen verenpaineen, tyypin 2 diabeteksen, hyperkolesterolemian, antikoagulaation, sydämen vajaatoiminnan, kilpirauhasen vajaatoiminnan, masennuksen, astman ja keuhkohtaumataudin, raskauden ehkäisyn ja nivelreuman kontrollikäynneistä.

Omahoidon merkitys

Lääkebarometri 2019 -kyselyn mukaan noin 40 % potilaista seuraa säännöllisesti omaa ter-

veydentilaansa ja lääkehoidon vaikutuksia verenpaineen ja verengluukoosin omamittauksilla (1). Lähes yhtä moni seuraa painoaan ja tarkkailee laboratoriotuloksia, erityisesti kolesterolipitoisuuksia.

Omaseuranta ja omahoito ovat keskeinen osa lähes kaikkien yleisten sairauksien hoitoa. On tärkeää, että esimerkiksi sydämen vajaatoimintaa sairastava potilas on sisäistänyt kotihoito-ohjeet painonseurannasta, nesterajoituksesta ja nesteentorjontalääkityksen tehostamisesta ja että hän tietää, milloin ja mihin olla yhteydessä painon noustessa ja oireiden pahentuessa.

Perusterveydenhuollossa on paikkakunnasta ja toimipisteestä riippuen muun muassa astmaan, diabetekseen, nivelreumaan sekä muisti- ja sydänsairauksiin perehtyneitä hoitajia. Esimerkiksi diabeteshoitajan vastaanottokäynteihin sisältyy elämäntapaohjausta, verengluukoosin omaseurannan ja lääkityksen arviointia, laboratoriotuloksia, jalkojen tarkastus, sekä silmänpohjakuvausten ja hoitotarvikkeiden järjestelyä. Hoitajien erikoisosaamista potilaiden motivoinnissa, omahoidon ja elämäntapamuutosten toteuttamisessa ja arjen ongelmien ratkaisemisessa kannattaa hyödyntää mahdollisimman monipuolisesti.

Erikoissairaanhoidosta perusterveydenhuoltoon

Perusterveydenhuoltoon on vuosien saatossa siirretty yhä enemmän sellaisia aiemmin erikoissairaanhoidossa hoidettuja neurologisia tai psykiatrisia sairauksia sekä nivelreumaa sairastavia potilaita, joiden sairaus ja lääkitys ovat pysyneet ennallaan vuosia. Myös akuutin sairauden takia erikoissairaanhoidon päätyneiden, esimerkiksi sydäninfarkti- tai TIA-potilaiden jatkohoito ja seuranta tapahtuvat pääasiassa perusterveydenhuollossa. Tätä varten erikoissairaanhoidon loppuarviosta tulisi käydä ilmi potilaan käyttämä lääkitys, suunniteltu hoitoaika ja mielellään myös seurantatarkastusten tarve (kts. esimerkkipotilas). Jos ohjeet ovat puutteellisia, ne kannattaa tarkistaa erikoissairaanhoidosta.

Erikoissairaanhoidosta ei yleensä voi tehdä lähetettä perusterveydenhuoltoon, mutta terveysasemälääkäri saa hoitopalautteen erikoissairaanhoidojakson päättyessä. Potilasta ei kuitenkaan kutsuta automaattisesti terveyskeskuslääkärin vastaanotolle, kuten erikoissairaanhoidossa poliklinikkakäynneille, vaan hänen tulee olla itse yhteydessä terveysasemalle jatkokontrollien järjestämiseksi.

Ennen lääkehoidon aloitusta

Monien pitkäaikaissairauksien, kuten diabeteksen ja kilpirauhasen vajaatoiminnan diagnoosi perustuu oirekuvan ohella laboratoriokokeiden tuloksiin. Joissakin tapauksissa, esimerkiksi epäiltäessä polymyalgia rheumaticaa, laboratoriokokeet tukevat kliinistä diagnoosia ja auttavat lääkäriä hoitovasteen arvioinnissa. Diagnostiset laboratorioarvot on myös kirjattava B-todistukseen, jolla haetaan Kelalta lääkkeen perus- tai erityiskorvattavuutta.

Ennen lääkehoidon aloitusta tulee selvittää, millaisia hoidettavan sairauden riskitekijöitä potilaalla on, ja onko kyse primaari- vai sekundaaripreventiosta. Esimerkiksi hyperkolesterolemian hoidossa ensisijainen tavoite on valtimotaudin pahenemisen estäminen siihen jo sairastuneilla. Näiden erityisen suuren riskin potilaiden sekundaariprevention LDL-tavoite

on alle 1,8 mmol/l. Suuren riskin potilailla, joihin kuuluvat muun muassa keskivaikeaa munuaisten vajaatoimintaa ja perinnöllistä dyslipidemiaa sairastavat, LDL-tavoite on primaaripreventiossa alle 2,5 mmol/l, ja muulla väestöllä alle 3,0 mmol/l.

Jos lääkitystä ei ole tarkoitettu pysyväksi, niin sitä aloitettaessa tulisi ottaa kantaa hoidon kestoon. Esimerkiksi määrättäessä oraalinen glukokortikoidikuuri astman tai keuhko-ahtaumataudin pahenemisvaiheeseen potilaille kannattaa antaa selkeä kirjallinen ohje annoksen pienennyksistä ja lääkkeen lopettamisesta. Aloitettaessa antikoagulaatiohoito eteisvärinä tai syvään laskimotukokseen tulee arvioida, onko hoito tilapäistä vai pysyvää. Tämä vaikuttaa muun muassa siihen, saako potilas peruskorvauksen lääkkeestä pelkällä reseptimerkinnällä.

Seurantatarkastukset lääkehoidon aikana

Osa lääkehoidoista edellyttää säännöllisiä laboratorioseurantoja haittavaikutusten ehkäisemiseksi. Varfariinihoitoa saavien potilaiden säännöllinen INR-seuranta toteutuu yleensä rutiinilla perusterveydenhuollossa, mutta myös suorien oraalistien antikoagulanttien tehoa ja turvallisuutta tulisi seurata 1–4 kertaa vuodessa laboratoriokokein. Nivelreumapotilaiden tulisi käydä lääkehoidon seurantakokeissa 3–6 kuukauden välein.

Aloitettava lääkitys voi edellyttää verinäytteiden lisäksi myös muunlaista seuranta. PEF-mittaukset ovat ensisijainen tutkimus sekä astman diagnostiikassa että hoidon seurannassa. Varsinainen astmadiagnoosi perustuu kuitenkin spirometriaan, jolla myös seurataan sairauden etenemistä muutaman vuoden välein. QT-aikaa pidentävät lääkkeet vaativat erityisesti hoidon alkuvaiheessa EKG-seuranta. Tällaisia lääkkeitä ovat muun muassa monet rytmihäiriö-, masennus- ja psykoosilääkkeet (2).

Osaan lääkehoidoista liittyy tunnettuja haittavaikutuksia, mutta ne eivät silti edellytä säännöllistä seuranta. Monet epilepsialääkkeet aiheuttavat lievää neutropeniaa, hyponatremiaa ja maksa-arvojen suurentumista. Lääkitys aloi-

Esimerkkipotilas

Seppo on 68-vuotias osa-aikaeläkkeellä oleva rakennusmestari, joka tupakoi noin kymmenen savuketta päivässä. Hänen veljensä on menehtynyt sydäninfarktiin 62 vuoden iässä. Sepon painoindeksi on 32 kg/m^2 , minkä vuoksi on suositeltu liikuntaa ja laihduttamista. Hyperkolesterolemiaan hänellä on ruokavaliohoito, ja suurentuneiden verengluukoosimittaustulosten osalta noudatetaan seurantalinjaa. Lääkityksenä kohonneeseen verenpaineeseen on ramipriili $2,5 \text{ mg } 1 \times 1$ ja eturauhasen hyvänlaatuisen liikakasvuun tamsulosiini $0,4 \text{ mg } 1 \times 1$.

Seppo on joutunut sairaalaan kolme viikkoa kestäneen, voimistuneen rintakipuoireen takia. Oireiden, EKG-muutosten ja suurentuneen tropopiinipitoisuuden perusteella hän on suuren riskin potilas. Angiografiassa tehdään kahden suonon pallolaajennus, joka sujui ongelmitta. Angiokertomuksessa jatkohoito-ohjeena sanotaan: "enoksapariini sairaalahoidon ajan, ASA pysyvä, tikagrelori 12 kuukautta, riskitekijöiden hyvä hoito". Sairaalassa otetuissa laboratoriokeissa LDL on $3,2 \text{ mmol/l}$ ja HbA_{1c} 72 mmol/mol ($8,7\%$). Verenpaine on kotimittauksissa ja sairaalassa pallolaajennuksen jälkeen tasoa $170/95 \text{ mmHg}$, syke $72/\text{min}$.

Lääkitys kotiutuessa: ASA $100 \text{ mg } 1 \times 1$, tikagrelori $90 \text{ mg } 1 \times 2$, bisoprololi $5 \text{ mg } 1 \times 1$, ramipriili $5 \text{ mg } 1 \times 1$, simvastatiini $40 \text{ mg } 1 \times 1$, metformiini $500 \text{ mg } 1 \times 1$, tamsulosiini $0,4 \text{ mg } 1 \times 1$ ja tarvittaessa parasetamoli $1 \text{ g } 1 \times 3$.

Seppo saa peruskorvauksen tikagrelorille 12 kuukaudeksi reseptimerkinnällä. Sairauslomaa myönnetään kuusi viikkoa, ennen töihin paluuta arvio tehdään terveysasemalla.

Sairaalasta kotiututtaan potilas soittaa terveysasemalle varatakseen ajan jatkoa varten. Hän saa kotiutumista seuraavalle viikolle ajan sydän- ja diabeteshoitajalle ja reilun kuukauden päähän lääkärin vastaanotolle.

Sydän- ja diabeteshoitajan vastaanotolla kymmenen päivää pallolaajennuksesta potilaan todetaan vointi hyväksi, rintakipu ei esiinny, eikä potilas ole ollut liikkeellä lähikauppaa (300 m) kauempana. Hän tupakoi 2–3 savuketta päivässä. Verenpaine on kotona $160/90 \text{ mmHg}$, syke $48/\text{min}$. Veren glukoosipitoisuuden paastoarvo $11,2 \text{ mmol/l}$.

Hoitaja on järjestänyt potilaalle verengluukoosimitarin, liuskoja, lasetteja ja lähetteen omahoitotarvikkeiden jakeluun. Vastaanotolla potilas saa ohjeet verengluukoosiseurannan aloittamisesta ja seurantalomakkeet kotiin. Hoitaja antaa ohjeita ja motivoi potilasta verenpaine- ja verengluukoosiseurantaan, antaa elämäntapaohjeistusta painonhallinnasta, ruokavaliosta, liikunnan aloittamisesta ja tupakoinnin lopettamisesta.

Hoitaja kysyy lääkäriltä lääkitysjatkoja. Uudet annokset: ramipriili $10 \text{ mg } 1 \times 1$, bisoprololi $2,5 \text{ mg } 1 \times 1$ ja metformiini $500 \text{ mg } 1 \times 2$.

Lääkärin vastaanotolla viisi viikkoa pallolaajennuksesta potilaan vointi todetaan hyväksi, rintakipu ei esiinny, suorituskyky on parempi kuin ennen pallolaajennusta. Hän liikkuu kävelen $500\text{--}1000 \text{ m}$ päivässä, muutoin autolla, mutta tupakoi edelleen. Verenpaine on kotona $155/85 \text{ mmHg}$, syke $63/\text{min}$ ja EKG siisti.

On epäselvää, onko potilaalle tehty B-todistus sepelvaltimotaudista, eikä hän ole saanut uutta Kela-korttia. Lääkäri laatii B-todistuksen sepelvaltimotaudista ja diabeteksestä, jolloin potilas saa erityiskorvattavuuden tikagrelorille, simvastatiinille, bisoprololille, metformiinille ja vastaanotolla aloitettavalle amlodipiinille. B-todistukseen tehdään merkintä ohjauksesta sydänkuntoutuskurssille. Lääkäri tarkistaa myös onko potilas hakenut määrätty lääkkeet apteekista ja käyttänyt niitä ohjeiden mukaisesti.

Potilas on käynyt laboratoriokeissa: Hb 138 g/l , LDL $2,9 \text{ mmol/l}$, fP-Gluk $9,3 \text{ mmol/l}$, HbA_{1c} 66 mmol/mol ($8,2\%$), Krea-, maksa- ja kilpirauhasarvot viitearvoissa, u-AlbKrea alle $2,5 \text{ mg/mmol}$.

Lääkäri käy potilaan kanssa läpi tavoitteet ja motivoi potilasta elämäntapamuutoksiin:

- tupakoinnin lopettaminen, tarvittaessa nikotiinikorvausvalmisteet
- diabetes: veren glukoosipitoisuuden paastoarvo alle $6,7 \text{ mmol/l}$, HbA_{1c} alle 53 mmol/mol (7%), aktiivinen verengluukoosiseuranta kotona
- painoindeksi: painon lasku pysyvästi $5\text{--}10\%$, liikunnan lisääminen ja ruokavaliomuutokset, halukkuus osallistua laihdutusryhmään
- verenpaine: alle $140/80 \text{ mmHg}$, kotimittaus 2–3 kertaa viikossa
- LDL alle $1,8 \text{ mmol/l}$, ruokavalio ja lääkitys
- sitoutuminen lääkkeiden käyttöön.

Kotilääkitys: ASA $100 \text{ mg } 1 \times 1$, tikagrelori $90 \text{ mg } 1 \times 2$, vuoden ajan sepelvaltimotautihoitauksesta bisoprololi $2,5 \text{ mg } 1 \times 1$, ramipriili $5 \text{ mg } 1 \times 1$, amlodipiini $5 \text{ mg } 1 \times 1$, simvastatiini $60 \text{ mg } 1 \times 1$, metformiini $500 \text{ mg } 1 + 2$, tamsulosiini $0,4 \text{ mg } 1 \times 1$, tarvittaessa parasetamoli $1 \text{ g } 1 \times 3$, tarvittaessa pikanitro $1\text{--}3$ suihketta. Jos veren glukoosipitoisuuden paastoarvo on yli 7 mmol/l , niin potilas suurentaa viikon välein metformiinia 500 mg , kunnes päästään maksimiannokseen $1500 \text{ mg } 1 \times 2$.

Ei ole tarvetta sairausloman jatkamiselle, potilas voi jatkaa rakennusmestarin töitä osa-aikaeläkkeellä kaksi päivää viikossa. Jos esiintyy rintakipu, potilasta ohjeistetaan soittamaan hätänumeroon. Seuraava aika sydän- ja diabeteshoitajalle on sovittu noin kuukauden päähän, vastaanotolle tulee ottaa mukaan verengluukoosi- ja verenpaineseurantalistat. Vastaanottoaika lääkärille varataan kuuden kuukauden päähän.

Ydinasiat

- ▶ Elämäntapamuutokset, omaseuranta ja omahoito ovat keskeinen osa kansansairauksien hoitoa, ja terveydenhuoltohenkilökunnan tulee tukea potilasta näiden toteuttamisessa.
- ▶ Lääkehoito valitaan yksilöllisesti huomioiden sairauden vaikeusaste, ennuste, potilaan ominaisuudet, muut sairaudet, lääkitys sekä lääkehoidon kustannukset.
- ▶ Potilaiden lääkehoitoon sitoutumista voidaan parantaa vuorovaikutteisella viestinnällä, potilaskoulutuksella ja säännöllisillä seurannoilla.
- ▶ Järkevästi koostettu ja ajantasainen lääkelista on edellytys tehokkaan ja turvallisen lääkehoidon toteuttamiselle, mutta käytännön työssä törmätään usein ongelmiin tiedonkulussa eri hoitoyksiköiden, sekä lääkärin ja potilaan välillä.

tetaan erikoissairaanhoidossa, jossa järjestetään alkuvaiheen seurantatarkastukset. Hoidon siirtymässä perusterveydenhuoltoon säännölliset kontrollit eivät ole enää tarpeen, jos lääkeannos pysyy ennallaan eikä potilaalla ole muita riskitekijöitä (3).

Lääkkeiden pitoisuusmittaukset ja CYP-genotyyppitykset eivät yleensä kuulu perusterveydenhuollossa tehtäviin tutkimuksiin. Iäkkäältä potilaalta on kuitenkin hyvä tarkastaa digoksiinipitoisuus, jos hän on oireinen tai altis lääkkeen haittavaikutuksille. Jos potilaan lääkevaste on poikkeava tai herää epäily siitä, ettei potilas käytä säännöllisesti esimerkiksi epilepsialääkkeitään, asiaa voidaan selvittää pitoisuusmäärityksillä.

Läkehoidon purkamisesta

Jos potilaan sairaus on pysynyt läkehoidolla vakaana vuosia, ja erityisesti jos laboratorioseurannoissa on nähtävissä maksan tai munuaisten toiminnan heikkenemistä, on arvioitava, pitäi-

sikö lääkeannosta pienentää tai lääkitys lopettaa kokonaan. Monisairastavuus, monilääkitys ja akuutti sairastuminen vaikuttavat herkästi erityisesti iäkkäiden potilaiden elintoimintoihin, ja lääkkeitä aiheutuu heille myös herkemmin haittavaikutuksia (4). Lääkkeen soveltuvuuden iäkkäälle potilaalle voi tarkastaa Lääke 75+ -tietokannasta (5).

Jos on epäselvää, tarvitseeko potilas tyroksiinikorvaushoitoa kilpirauhasen vajaatoimintaan, voi lääkityksen kokeeksi lopettaa TSH-pitoisuutta tarkkaillen (6). Päätöksen epilepsialääkityksen purkamisesta esimerkiksi raskautta suunniteltaessa tekee neurologi, sillä lääkityksen liian nopea purku johtaa helposti epileptisten kohtausten uusiutumiseen (7). Reumatologi puolestaan ohjeistaa reumalääkityksen purussa.

län karttuessa ja munuaistoiminnan heikentyessä on usein perusteltua keventää potilaan verenpaine- ja diabeteslääkitystä. Jos iäkäs potilas on muuttanut pysyvästi hoitolaitokseen, hänen lääkelistaansa tulee tarkastella kriittisesti ja karsia. Tällöin myös laboratorioseurantoja voidaan harventaa, etenkin jos niiden toteutukseen liittyy haasteita. Kuoleman läheystyössä voidaan lopettaa kaikki sellaiset lääkehoidot, jotka eivät ylläpidä potilaan elämänlaatua (8).

Hoitoon sitoutumiseen liittyviä haasteita

Lääkkeiden käytöllä pyritään estämään sairauksia ja komplikaatioita, joiden hoidosta aiheutuvat kulut ovat moninkertaisia lääkekustannuksiin verrattuna. Määrätystä lääkkeestä ei kuitenkaan ole hyötyä, jos sitä ei haeta apteekista tai käytetä ohjeiden mukaisesti. Tutkimusten perusteella merkittävä osa esimerkiksi sydän- ja verisuonitautipotilaista ei sitoudu kunnolla lääkehoitoon (9,10). Sitoutumattomuuden taustalla on usein taloudellisia vaikeuksia, potilaan kokemuksia ja uskomuksia lääkkeiden hyödyistä, haitoista ja liikalääkityksestä, sekä potilaslääkärisuhteeseen liittyviä ongelmia (11,12). Myös päihheet, mielenterveysongelmat ja muistisairaus heikentävät hoitoon sitoutumista.

Lääkärin ja potilaan näkemykset hoidon kannalta oleellisista asioista voivat olla eriäviä ja ristiriitaisiakin. Lääkäri pyrkii diabetes- ja

kolesterolilääkityksellä estämään sydän- ja verisuonisairauksia, kun taas potilaan huomio voi keskittyä päivittäin otettavien tablettien suureen määrään, lääkityksen hintaan ja haittavaikutuksiin. Siksi uutta lääkettä aloitettaessa potilasta tulisi motivoida sen käyttöön kertomalla mikä lääke aloitetaan, miksi sitä käytetään ja mitkä ovat sen yleisimmät haittavaikutukset.

Lääketietokannan Potilaan lääkeoppaasta löytyy yleistajuista lääketietoa (13). Oppaan tekstejä voi tulostaa potilaalle, ja myös lääkäri saa niistä tiivistettyä informaatiota esimerkiksi eri masennuslääkkeiden haitta- ja yhteisvaikutuksista.

Lääkkeiden hinnoista ja haittavaikutuksista

Potilaan tulee olla tietoinen aloitettavan lääketietyksen hinnasta, ja jos tästä aiheutuu ongelmia, kannattaa kääntyä sosiaalityöntekijän puoleen. Esimerkiksi suorat oraaliset antikoagulantit ovat edelleen potilaalle kalliimpia kuin varfariini, mutta varfariinista aiheutuu INR-seurannan takia enemmän kustannuksia terveydenhuoltojärjestelmälle. Potilaan tulee myös ymmärtää, että tiettyjen lääkkeiden, kuten suorien antikoagulanttien annosta ei voi omatoimisesti muuttaa, vaikka beetasalpaajan ja nesteenois-
toläläkkeen annosta voi säätää lääkäriltä saatujen ohjeiden mukaan.

Seurantakäynneillä tarkastetaan, onko potilas käyttänyt määrättyä lääkettä. Jos herää epäily, ettei lääkettä ole käytetty ohjeiden mukaisesti tai lainkaan, Reseptikeskuksesta näkee, miten usein ja millaisia määriä sitä on haettu apteekista. Koska reseptillä toimitettavien lääkkeiden hintaan lisätään apteekissa lääketaksan mukainen toimitusmaksu 2,39 euroa (14), esimerkiksi rautatabletit ja ASA ovat potilaalle edullisempia itsehoitovalmisteina ostettuna. Itsehoitovalmisteista ei kuitenkaan jää merkin-
töjä Reseptikeskukseen, joten niiden käyttö on tarkastettava potilaalta suunniteltaessa esimerkiksi tähytystutkimuksia tai radiologisia toimenpiteitä.

Potilas on myös voinut käyttää lääkettä epä-
säännöllisesti, väärällä annoksella tai lopettaa sen käytön kokonaan. Jos lääkehoitoon sitou-

tumattomuus johtuu pelätyistä tai koetuista haittavaikutuksista, vaihtoehtoja ovat annoksen pienentäminen, valmisteen vaihtaminen ja potilaan informointi siitä, että monet lääke-
aloitukseen liittyvät haitat väistyvät muutamissa päivissä tai viikoissa (15). Läkettä on voi-
tu ottaa virheellisesti, jos ohjeeksi on kirjattu vain ”Erillisen ohjeen mukaan” tai jos ohje on ymmärretty väärin, esimerkiksi niin, että metotreksaattia on otettu päivittäin eikä kerran viikossa.

Reseptien uusiminen

Potilas näkee sähköiset reseptinsä ja niiden voimassaoloajat Omakanta-palvelussa, jonka kautta ne voi lähettää uusittaviksi julkiseen tai yksityiseen terveydenhuoltoon. Reseptiläkkeitä on mahdollista hankkia sähköisten apteekkipalveluiden kautta, lukuun ottamatta huumausaineiksi luokiteltavia lääkkeitä. PKV-läkkeitä voi tilata yhdellä kertaa vain pienimmän pakkauskoon verran (16). Osa potilaista hankkii lääkkeitä ulkomaisilta verkkosivuilta, mihin liittyy monenlaisia riskejä.

Yksi yleisimmistä ongelmatilanteista on se, että lääkäri on saanut uusittavaksi reseptin, vaikka potilas ei ole käynyt määrättyissä laboratorionkontroleissa tai seurantavastaanotolla. Tuolloin kannattaa laittaa potilaalle muistutus asiasta sähköisen asioinnin kautta tai postitse. Reseptikeskuksesta näkee sen, onko potilas ylipäätään käyttänyt seuranta edellyttävää lääkettä, ja potilastietojärjestelmästä voi tarkastaa, onko lääke lopetettu tai tauotettu esimerkiksi osastohoitojakson yhteydessä.

Reseptiä uusittaessa tulee myös arvioida, onko lääkkeen käyttö ylipäätään perusteltua. Esimerkiksi antikolinergisistä lääkkeitä on iäkkäille potilaille usein enemmän haittaa kuin hyötyä. Aneemisen potilaan antikoagulaatiohoitoa kannattaa pohtia yhdessä kokeneen kollegan kanssa. Anemian syy tulee selvittää ja mahdollisuuksien mukaan hoitaa. CHA₂DS₂-VASC-pisteytys auttaa arvioimaan antikoagulantin tarvetta eteisvärinäpotilaan aivoinfarktin estossa ja HAS-BLED-pisteytys hoitoon liittyvää vuotoriskiä (17).

Ongelmatilanteita

Potilaan käyttämä lääke on voitu aloittaa ulkoilla, toisessa sairaanhoitopiirissä tai yksityislääkärin vastaanotolla. Tällöin tieto lääkityksestä ei välity automaattisesti potilasta hoitavalle terveyskeskuslääkärille. On muitakin tilanteita, joissa lääkäri on käytetyn lääkityksen osalta potilaan antamien tietojen varassa. Potilas on voinut käyttää aiemmin määrättyjä kipulääkkeitä tai glukokortikoiditabletteja, joita on ollut vielä jäljellä kotona. Ei ole myöskään ennenkuulumatonta, että potilas on käyttänyt puolisolalle määrättyä lääkettä omien oireidensa lääkitsemiseen.

Potilastietojärjestelmien yhteensopimattomuus ja tietoketjun katkeaminen voivat aiheuttaa epäselvyyttä potilaan lääkehoidossa ja seurantojen toteuttamisessa. Esimerkiksi predialyysipotilaan hoito kuuluu muiden kuin munuaissairauden osalta yleensä edelleen perusterveydenhuoltoon. Jos potilaalla ei ole päivystyksessä mukana ajantasaista lääkelistaa, lääkitys joudutaan koostamaan yhdistelemällä potilaan kertomaa, aiempia lääkelistoja ja Reseptikeskuksen tietoja.

Toisinaan potilaat tulevat lääkärin vastaanotolle pyytämään lääkettä vaivaan, joka ei edellytä lääkehoitoa. Tällaisissa tilanteissa tukea vaikkapa yskänlääkkeiden ja mikrobilääkkeiden määräämättä jättämiseen löytyy Duodecimin Vältä viisaasti -ohjeista (18). Monet ohjeista käsittelevät yleisiä vaivoja ja lääkkeitä, kuten pitkäkestoista PPI-lääkitystä dyspepsiassa, tulehdukskipuläläkkeitä sydämen vajaatoimintapotilaille ja bentsodiatsepiineja unettomuuden ja ahdistuksen hoidossa.

AINO PENNANEN, LL, VTM

Yli lääkäri, Fimea

Osastonlääkäri, HUS Myrkytystietokeskus

MAIJA KAUKONEN, dosentti, kliinisen farmakologian sekä anesthesiologian ja tehohoidon erikoislääkäri, EDIC

Yli lääkäri, jaostopäällikkö

Fimea

TEEMAN ERIKOISTOIMITTAJAT

Iivo Hetemäki ja Liisa Harjama

VASTUUTOIMITTAJA

Annikka Kalliokoski

Lopuksi

Lääkkeenmääräämisasetuksen mukaan lääkäreiden tulee kiinnittää erityistä huomioita käytettävien lääkkeiden tehoon, turvallisuuteen, hintaan ja niillä saavutettaviin terveysvaikutuksiin (19). Yksittäisen potilaan kohdalla terveydelliset ja taloudelliset intressit voivat kuitenkin olla ristiriidassa keskenään. Esimerkiksi toistuvien alaraajaruusujen hoidosta aiheutuu yhteiskunnalle paljon suoria ja epäsuoria kustannuksia tutkimusten, hoitojen ja sairauspoissaolojen takia, kun taas estolääkityksen kuluista vastaa ensisijaisesti potilas.

Ruotsissa toimii avohoidon lääkehoito-ohjeita kehittäviä ja lääkäreille täydennyskoulutusta tarjoavia alueellisia lääketyöryhmiä, jotka myös laativat vuosittain listan määrättäväksi suositeltavista lääkkeistä (20). Vastaavaa järjestelmää on suunniteltu Suomeen osana sote-uudistusta. Tällä hetkellä lääkärit voivat tarkastella ja vertailla kirjoittamiensa reseptien lukumäärää, kustannuksia ja jakautumista eri lääkeaineryhmiin Lääkäreiden lääkemääräyspalaute -sivustolla (21).

Lääkäriliitto, Fimea ja Kela ovat tänä keväänä tehneet lääkäreille kyselytutkimuksen lääkehoitopäätöksiin vaikuttavista tekijöistä (22). Tutkimuksen tulokset julkaistaan loppuvuodesta Lääkärilehdessä. Lisäksi Turvallinen lääkehoito -opasta päivitetään tämän vuoden aikana. Päivityksen tavoitteena on laatia perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon ammattilaisia kuulemalla konkreettinen ja ajantasainen ohjeistus tehokkaan ja turvallisen lääkehoidon tueksi (23). ■

SIDONNAISUUDET

Aino Pennanen: Luento-/asiantuntijapalkkio (Fioca)

Maija Kaukonen: Ei sidonnaisuuksia

KIRJALLISUUTTA

1. Sarnola K, Hämeen-Anttila K, Jyrkkä J. Lääkebarometri 2019 – Aineistonkeruu ja tutkimusseloste. Kuopio: Fimea 2020. www.fimea.fi/kehittaminen/tutkimus/laakebarometri.
2. Turpeinen M. Vähemmän voi olla enemmän lääkeshoidossakin. *Duodecim* 2020; 136:181–3.
3. CredibleMeds. QT-aikaa pidentävien lääkkeiden tietokanta. crediblemeds.org/index.php/drugsearch
4. Kälväinen R. Aikuisen epilepsian hoito. Lääkärin käsikirja. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim 2016.
5. Lääke 75+ -tietokanta. Fimea 2020. www.fimea.fi/laakehaut_ja_luettelot/laake75-/iakkaiden_laakityksen_hakupalvelu.
6. Schalin-Jäntti C. Hypotyreoosi. Lääkärin käsikirja. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim 2019.
7. Epilepsia. Käypä hoito -suositus. Suomalaisen Lääkäriseura Duodecimin ja Suomen Neurologinen Yhdistys ry:n asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim 2014 [päivitetty 3.2.2014]. www.kaypahoito.fi.
8. Pitkälä K. Vanhuksen hyperkolesterolemian hoito. Potilaan Lääkärelehti 25.11.2014. www.potilaanlaakarilehti.fi/uutiset/vanhuksen-hyperkolesterolemian-hoito/.
9. Naderi S, Bestwick J, Wald D. Adherence to drugs that prevent cardiovascular disease: meta-analysis on 376 162 patients. *Am J Med* 2012;125:882–7.
10. Chowdhury R, Khan H, Heydon E, ym. Adherence to cardiovascular therapy: a meta-analysis of prevalence and clinical consequences. *Eur Heart J* 2013;34:2940–8.
11. Lee S, Raamkumar AS, Li J, ym. Reasons for primary medication nonadherence: a systematic review and metric analysis. *J Manag Care Spec Pharm* 2018;24:778–94.
12. Huupponen R, Strandberg T. Miten auttaa potilasta sitoutumaan lääkehoitoonsa? *Duodecim* 2020;136:223–7.
13. Lääketietokanta. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim. <https://terveysportti.fi/apps/laake/>.
14. Lääkehaku. Kansaneläkelaitos. www.kela.fi/laakehakupalvelu.
15. Paakkari P. Lääkkeiden haittavaikutukset. Lääkärin tietokannat. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim 2017.
16. Pikaohje reseptilääkkeiden tilaamiseen. Länsikeskuksen apteekki. www.apteekkituotteet.fi/eResepti.
17. CHA₂DS₂VASc-pisteytys ja HAS-BLED-vuotoriski. Lääkärin tietokannat. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.
18. Vältä viisaasti. Lääkärin tietokannat. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim. www.kaypahoito.fi/valta-viisaasti.
19. Sosiaali- ja terveysministeriön asetus lääkkeen määräämisestä 1088/2010. www.finlex.fi.
20. Kvarnström K. Selvitys Ruotsin lääketyöryhmien toiminnasta ja niiden toiminnan vaikuttavuudesta sekä ehdotukset Suomen sote-järjestämisvastuussa olevien alueiden lääketyöryhmien toteuttamisesta. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö 2016.
21. Lääkemääräyspalautte. Kansaneläkelaitos. www.kela.fi/reseptit.
22. Halila H. Millä perusteella teet päätöksen lääkeshoidosta? *Lääkärelehti* 2020;11:653.
23. Turvallinen lääkeshoito -oppaan päivitys alkaa! Fimea 2019. <https://fimea.fi/-/turvallinen-laakehoido-oppaan-paivitys-alkaa-vastaa-kyselyyn-28.10.-mennessa>.

SUMMARY

Initiation of most common medicines, and related controls

Chronic diseases are usually diagnosed and treated at the primary healthcare. Health care professionals should support patients with the essential lifestyle changes. Yet many patients also need pharmacotherapy, which is chosen individually, taking into consideration the seriousness and prognosis of disease, patient characteristics, other diseases and medication, and costs of the treatment. An up-to-date medication list is a prerequisite for effective and safe medicinal treatment, but practical problems and nonadherence to medication often complicate the treatment. This article provides information for an aspiring junior doctor on medicines commonly prescribed and followed up at the primary health care.