

JOHANNA RÄISÄNEN

Proviisori, LHK  
Sairaala-apteekki, Itä-Savon sairaanhoitopiiri

KATI AUVINEN

LL, sisätautien erikoislääkäri  
Terveyskeskuslääkäri, Sulkavan terveyskeskus

SOINTU HINTSANEN

Sairaanhoitaja AMK  
Sulkavan kotisairaanhoito

RIITTA MIETTUNEN

Apteekkari  
Sairaala-apteekki, Itä-Savon sairaanhoitopiiri

# SULKAVAN KOTISAIRAAN- HOIDON POTILAAT HYÖTYVÄT lääkehoidon moniammatillisesta arvioinnista

Kotisairaanhoidon potilaat ovat useimmiten iäkkäitä, monisairaita ja monilääkittyjä. Lääkitysongelmat voivat heikentää toimintakykyä ja vaarantaa siten kotona selviytymisen. Sulkavan kotisairaanhoidon potilaiden lääkitykset järjestyivät, kun niitä arvioivat yhdessä lääkäri, sairaanhoitaja ja proviisori.

Lääkehoidon optimoinnilla pyritään varmistamaan, että kullakin potilaalla on käytössään hyvän hoitokäytännön mukaiset lääkitykset oikeilla annoksilla ja että haittavaikutusten ja yhteisvaikutusten vaara on mahdollisimman pieni. Lääkehaittoihin liittyvät laitoshoidon johtavat tapahtumat, kuten kaatumiset, pyritään estämään.

Itä-Savon sairaanhoitopiirissä (ISSHP) on tehty koineelliseen annosjakeluun liittyviä lääkehoitojen tarkistuksia vuodesta 2008 alkaen. Vuodesta 2013 lähtien perusterveydenhuollon osastoilla on työskennellyt farmasian ammattilainen, joka on ollut mukana lääkärinkierroilla.

Osastokierroilla potilaan asioita pohtii moniammatillinen tiimi, joka myös tekee hoitopäätökset ja -suunnitelmat. Tiimi alkoikin miettiä, miksi potilaan täytyy joutua lääkitysongelmien vuoksi osastolle ennen kuin hänen lääkityksensä arvioidaan. Niinpä osastoilla hyväksi havaittu malli haluttiin siirtää avohoitoon.

## Sulkavan kotisairaanhoidon mallit

Pilottijaksolla kehitettiin kaksi mallia. Molemmissa on oleellista, että kotisairaanhoitaja on kerännyt valmiiksi tarvittavat esitiedot (**taulukko 1**, ks. seuraava aukeama).

Kotisairaanhoitaja selvittää kotikäynnillä potilaan todellisen käytössä olevan lääkityksen haastattelemalla sekä tarkistamalla kotoa löytyvät dosetit, resepti- ja itsehoitolääkkeet, reseptit sekä rohdosvalmisteet ja ravintolisät. Lisäksi hoitaja tekee ortostaattisen kokeen, laskee glomerulusten suodatusnopeuden (GFR), ottaa tarvittaessa laboratoriotestit ja selvittää kyselemällä lääkkehaittoihin viittaavat oireet.

Esitietojen ansiosta moniammatillinen tiimi voi koontuessaan tehdä päätöksiä ja viedä ne käytäntöön ilman viiveitä.

## Moniammatillinen lääkitysarvio on nopea ja tehokas

Kevyemmässä mallissa potilaiden asiat käydään läpi moniammatillisen tiimin niin sanotulla listakierroilla, johon osallistuvat sairaanhoitaja, proviisori ja lääkäri. Tunnin aikana ehditään käsitellä 2–6 potilaan asiat.

Kriteerinä lääkitysarvioinnille on potilaan tuntevan sairaanhoitajan arvio ("ei kohta pärjää kotona" tai epäily lääkitysongelmasta) tai alentunut munuaisten toiminta, todettu ortostatismi tai huimausoire.

Proviisori tekee lääkitysarvion joko etukäteen tai listakierroksen aikana keskittyen keskustelussa esiin tullei-

siin merkittäviin ongelmiin. Lääkäri tekee hoitopäätökset hoitajan antamien esitietojen, sairauskertomusmerkintöjen ja proviisorin huomioiden perusteella. Lääkäri päivittää lääkelistan, tekee tarvittaessa uudet sähköiset reseptit ja kirjaa potilasasiakirjoihin muutokset ja suunnitelman perusteluineen.

Hoitaja toteuttaa lääkitysmuutokset käytännössä ja seuraa niiden vaikutuksia potilaan vointiin tarpeen mukaan 1–3 kotikäynnillä.

### Moniammatillisella kokonaisarviolla saadaan perusteellinen käsitys potilaan tilanteesta

Moniammatillinen kokonaisarvio tehdään silloin, kun potilaan lääkitystä ei voida muuttaa turvallisesti listakierrolla. Arviointia varten tehdään edellä mainittujen selvitysten lisäksi muistitutkimus ja masennusoirekysely, otetaan EKG ja selvitetään ravitsemustilanne. Lisäksi fysioterapeutti arvioi potilaan toimintakyvyn ja apuväline-tarpeen.

Selvitysten jälkeen varataan tunnin mittainen vastaanottokäynti, jossa mukana ovat potilas ja omainen, lääkäri, sairaanhoitaja ja proviisori. Kokonaisarvioon kuuluu, että laitetaan potilaan diagnoosit ajan tasalle, päivitetään tutkimus- ja hoitosuunnitelma, laaditaan tarvittavat lausunnot esimerkiksi Kelalle, tarkistetaan tarvittavat apuvälineet ja optimoidaan lääkitys. Potilas ja omainen ovat mukana päätöksenteossa.

### Potilaat hyötyvät ja ammattilaisten ajankäyttö tehostuu

Listakiertoarvioita on tehty tähän mennessä 39 ja moniammatillisia kokonaisarvioita 12. Potilaat ovat selvästi hyötäneet lääkitysten optimoinnista. Usean potilaan toimintakyky on parantunut niin, että kotisairaanhoidon käynnit on toistaiseksi voitu lopettaa. Myös kotipalvelun tarve on vähentynyt. Potilaat ovat hyväksyneet lääkitysmuutokset hyvin.

Moniammatillisella tiimityöllä voidaan ratkaista hankalia lääkitykseen liittyviä ongelmia, ja sen avulla lääkärin on helpompaa tehdä päätöksiä ja ottaa vastuu potilaasta kokonaisuutena. Kaikkien tiimiläisten ajankäyttö tehostuu, kun asiat selvitetään yhdessä keskustellen eikä aikaa kulu turhaan sähköisen sairauskertomuksen selaimiseen ja ylimääräiseen kirjaamiseen.

Farmaseuttinen näkökulma tuo syvyyttä lääkehoidon arviointiin, ja lääkitysmuutokset tehdään perustellusti.



**Kehittämistiimi on mukana Fimean koordinoimassa moniammatillisessa verkostossa.**

Sairaanhoitajalla on arvioinnissa keskeinen rooli potilaiden valinnassa ja esitietojen keräämisessä, lääkitysmuutosten toteuttamisessa sekä niiden vaikutusten seurannassa.

Työtapa on ollut kaikille ammattiryhmille motivoiva, opettavainen ja innostava verrattuna perinteisiin tapoihin. Kaiken kaikkiaan lopputulos on parantunut sekä potilaan että terveydenhuollon toimijoiden kannalta.

### Sulkavan mallin käyttö laajenee myös avohoitoon

Perusterveydenhuolto on oikea ja luonteva paikka moniammatilliselle lääkitysarvioinnille. Käytäntö on ISSHP:ssä laajenemassa kaikkiin kotisairaanhoidon yksiköihin ja Sulkavan terveyskeskuksen vastaanottoon, jolloin lääkitysongelmiin päästään puuttumaan mahdollisimman varhaisessa vaiheessa.

Tärkeintä on pyrkiä ylläpitämään iäkkäiden toimintakykyä niin, että he voisivat asua mahdollisimman pitkään omissa kodeissaan ja voida hyvin sairauksistaan huolimatta. Jatkossa pyritään tutkimuksen myötä saamaan myös tieteellistä näyttöä toimintatavan vaikuttavuudesta. ■

### Kirjallisuutta

Hartikainen S. Miten optimoida lääkehoito kasvavalle iäkkäälle väestölle. *Dosis* 2010; 26(1): 4–5.

Hartikainen S, Ahonen J. Vanhuspotilaan lääkehoidon purkaminen. *Suom Lääkäril* 2014; 69(9): 634–8.

Jyrkkä J. *Drug Use and Polypharmacy in Elderly Persons. Väitöskirja. Itä-Suomen yliopisto* 2011.

Niskanen L. Monisairaalan potilaan lääkehoidon arviointi vaatii vahvaa osaamista. *Suom Lääkäril* 2014; 69(9): 610.

Sosiaali- ja terveysministeriö. Vanhusten turvallinen lääkehoito: kuntien velvoitteet. *Kuntainfo* 6/2007.

Tan EC, ym. Integration of pharmacist into general practice clinics in Australia: the views of general practitioners and pharmacists. *Int J Pharm Pract* 2014; 22(1): 28–37.

**Taulukko 1.** Eritasoisten lääkitysten arviointien vertailua mukaan lukien Sulkavan kotisairaanhoidon mallit. LHKKA on saatavilla myös perinteisellä tavalla farmasistityönä avoapteekista.

Moniongelmaisen potilaan arviointijakso vuodeosastolla	LHKKA avohoidossa perinteisellä työtavalla	Sulkavan kotisairaanhoidon mallit	
		Moniammatillinen lääkitysarvio (ns. listakierto)	Moniammatillinen kokonaisarvio
<b>Kriteerit</b>	<b>Kriteerit</b>	<b>Kriteerit</b>	<b>Kriteerit</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• paljon palveluja käyttävä asiakas</li> <li>• avohoidon keinot riittämättömät</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• paljon palveluja käyttävä asiakas</li> <li>• lääkitysongelmat</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• GFR &lt; 50 ml/min</li> <li>• ortostaattinen hypotensio</li> <li>• sairaanhoitajan arvio</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• lääkitysarviosta huolimatta toimintakyky ei riitä nykyisessä hoito-/asumis-muodossa</li> </ul>
<b>Esitiedot</b>	<b>Esitiedot</b>	<b>Esitiedot</b>	<b>Esitiedot</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• KSH:n tietoja?</li> <li>• potilaskertomus</li> <li>• osastoseuranta</li> <li>• tarvittavat laboratoriotulokset</li> <li>• muistitesti</li> <li>• EKG</li> <li>• fysioterapeutin arvio</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• sairauskertomus</li> <li>• proviisori tapaa potilaan</li> <li>• lääkitys haastattelun perusteella</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• KSH:n kotikäynti</li> <li>• käytetyn lääkityksen selvittäminen</li> <li>• laboratoriotulokset</li> <li>• GFR</li> <li>• ortostaattinen koe</li> <li>• lääkitysarvio</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• KSH:n kotikäynti</li> <li>• käytetyn lääkityksen selvittäminen</li> <li>• esitietolomake: lääkelausunto</li> <li>• GFR</li> <li>• ortostaattinen koe</li> <li>• EKG</li> <li>• CERAD</li> <li>• BDI/GDS-15</li> <li>• fysioterapeutin arvio</li> <li>• ravitsemusarvio</li> <li>• lääkekorvattavuusasiat</li> <li>• lääkitysarvio</li> </ul>
<b>Lääkärinkierto</b>	<b>Lääkityksen arviointi ja vastaanotto</b>	<b>Paperikierto</b>	<b>Vastaanotto</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• 15 min/osastokierto</li> <li>• läsnä: potilas, lääkäri ja sairaanhoitaja</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• proviisorin tekemä arviointi yht. 6 h</li> <li>• arvioinnin purku (lääkäri ja proviisori) 30–45 min</li> <li>• vastaanotto (potilas ja lääkäri) 30 min x 2–3</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 15 min</li> <li>• läsnä: lääkäri, sairaanhoitaja, proviisori</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 1,5 h</li> <li>• läsnä: potilas, omainen, lääkäri, proviisori, sairaanhoitaja</li> </ul>
<b>Saadaan</b>	<b>Saadaan</b>	<b>Saadaan</b>	<b>Saadaan</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• arvioitu kokonaistilanne</li> <li>• diagnoosit</li> <li>• hoitosuunnitelma</li> <li>• reseptit, lääkelista</li> <li>• lausuntoasiat</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• LHKKA</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• arvioitu lääkitys: muutokset</li> <li>• kirjaukset</li> <li>• reseptit, lääkelistan ylläpito</li> <li>• seuranta tarvittaessa</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• kokonaiskuva potilaan tilanteesta</li> <li>• diagnoosit, hoitosuunnitelma</li> <li>• optimoitu moniammatillisesti rakennettu lääkitys: muutokset, e-reseptit, lääkelista</li> <li>• lausuntoasiat: lääkekorvattavuudet, hoitotuki, kuljetustuki, kuntoutus</li> <li>• apuvälinetarpeen arvio ja toimenpiteet</li> <li>• kirjaukset ja dokumentaatio</li> <li>• KSH:n seuranta: 2–3 käyntiä</li> </ul>
<b>Puutteet</b>	<b>Puutteet</b>	<b>Puutteet</b>	<b>Puutteet</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• kotilääkityksen selvittämisen työlästä ja epävarmaa</li> <li>• farmasistin lääkitysarvio vain pyydettyä</li> <li>• seuranta ja toimintakyvyn arviointi puuttuvat</li> <li>• laitostumisen riski</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ei sairaanhoitajan kotikäyntiä</li> <li>• puuttumaan jäävät: toimintakyvyn ja ravitsemuksen arviointi, muisti- ja mielialaseulonta, seuranta</li> <li>• sairauskertomuksen lukemiseen ja kirjaamiseen kuluu paljon aikaa</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• vastaanottoaika voidaan tarvita myöhemmin</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• vaatii yhteistyötä resurssien käytön optimoinniksi</li> </ul>
<b>Toteutusaika</b>	<b>Toteutusaika</b>	<b>Toteutusaika</b>	<b>Toteutusaika</b>
5–14 vrk	2–6 kk	1 pv	1 vko
<b>Hinta (osastohoito)</b>	<b>Hinta (työaika)</b>	<b>Hinta (työaika)</b>	<b>Hinta (työaika)</b>
800–2 240 e	330 e	53 e	280 e

BDI/GDS-15 = depressioseula; CERAD = muistitesti; EKG = sydänfilmi; GFR = munuaisten suodatusnopeus; KSH = kotisairaanhoido; LHKKA = lääkityksen kokonaisarviointi