

Outi Lapatto-Reiniluoto ja Miia Turpeinen

Turvallinen lääkehoito on potilaiden ja ammattilaisten yhteistyötä

Puhuttaessa turvallisesta läkehoidosta alkaa suurin osa lääkäreistä varmaankin pohtia yhteis- ja haittavaikutusten riskiä. Näiden välttämiseksi ja hallinnoimiseksi on kuitenkin käytössä erilaisia apuvälineitä, joita on jo integroitu potilastietojärjestelmiinkin niin, että hälytyksiä haitallisista yhteisvaikutuksista voi tuskin välttää. Yksi suurimpia, ellei suurin, ongelma läkehoidossa on kuitenkin se, että potilaan kokonaislääkitys on epäselvä. Potilasta voi hoitaa useampi lääkäri, eri erikoisaloilta, yksityisellä tai julkisella puolelta, eikä eri yksiköissä toimivilla lääkäreillä ole pääsyä toisten tietoihin. Reseptikeskuksesta tietojen etsiminen vie aikaa, ja harvalla vastaanotolla on varattu siihen ylimääräisiä minuutteja. Reseptikeskuksen tieto on myös harvoin ajantasaista; siellä on yleensä näkyvillä kaikki potilaalle kirjoitetut reseptit, vaikka lääkkeen käyttö olisikin loppunut tai olisi muutettu annoksia.

Potilas taas saattaa lääkkeitä kysyessä todeta, ”eikö ne näy sieltä koneelta”, eikä ole varautunut muistelemaan kauppanimiä puhumattakaan milligrammamääristä. Kun HUSissa kysyttiin päivystyspoliklinikkaan tulevilta potilailta, mitä lääkkeitä he käyttävät ja sen jälkeen asiaa selvitettiin syvähaastattelulla, omaisilta kysymällä ja myös reseptitiedoista, kävi ilmi, että kukaan potilaista ei muistanut lääkitystään oikein. Joko puuttui käytettyjä lääkkeitä tai nimettiin lääkkeitä, jotka potilastietojen mukaan oli jo lopetettu (1). Jos tällaisesta kokonaisuudesta tarkistaa yhteisvaikutukset ja arvioi haittavaikutukset, tekee turhaa työtä, sillä käy-

tettyjen lääkkeiden yhteis- ja haittavaikutukset ovatkin jotakin aivan muuta.

Kaikilla meillä on varmasti pyrkimys parhaaseen mahdolliseen hoitoon kaikissa potilaskohtaamisissa, mutta sekin on hyväksyttävä, että aika on rajallista. Kaikkiin lääkkeisiin

ei myöskään kohdistu yhtä suuria riskejä. Sen vuoksi on yritetty koota listoja niin sanotuista riskilääkkeistä, joiden kohdalla pitäisi aina pysähtyä varmistamaan läkehoidon onnistuminen (2). Riskilääke-

listat ovat eri maissa erilaisia ja eri hoitopaikoissa ne eroavat toisistaan. Infektio-osastolla ei useinkaan tule ongelmia eri mikrobilääkkeiden kanssa, kun taas paikassa, missä niitä käytetään harvemmin, voivat keftiaksoni, kefaleksiini ja kefotaksiimi sekoittua helposti. Suomessa pyritään nyt tekemään riskilääkelistoja kaikkiin toimipaikkoihin ja niiden avulla herättää lääkkeen määrääjiä huomaamaan mahdolliset karikot. Jos huomaa, että potilaalla on insuliini, jonka vahvuus onkin aiemmasta 100 IU/ml:sta poiketen 200 IU/ml, on kaikkien läkehoidoon osallistuvien varmistettava, että annos on oikein (3,4).

Kenelle lääkityksen selvittäminen ja kokonaisuuden huomioiminen sitten kuuluu? Tämä kysymys on väärä. Pitäisi kysyä, ketkä ovat niin kiinnostuneita potilaan hyvästä hoidosta, että haluavat tietää, mikä on potilaan todellisuudessa käyttämä lääkitys, miten se tehoaa ja voisiko jotain tehdä paremmin. Aiemmin vallalla ollut ajatus, että jokainen hoitaa vain itse määräämänsä lääkkeitä, ei enää toimi. Kaikkien pitää miettiä, miten omat läkemääräykset muut-

Potilaan lääkityksen
yhteen kokoavaa tietoa
on yritetty saada aikaan
jo vuosikymmeniä

tavat kokonaisuutta. Kertaamiseen ja tietojen päivittämiseen voi käyttää apuna esimerkiksi Duodecim Oppiportin Turvallinen lääkehoito-verkkokurssia.

Turvallisen ja vaikuttavan lääkehoidon onnistumisessa on kyse viime kädessä potilaan sitoutumisesta hoitoon (5). Potilas-lääkärisuhteen tärkeä kulmakivi on yhteistyö, jossa lääkkeen käyttäjä ymmärtää lääkehoitonsa tavoitteet ja perusteet ja pystyy kertomaan lääkärilleen, jos lääkkeestä tulee haittoja tai lääkehoitoa ei muista syistä pystytäkään toteuttamaan suunnitellusti. Niin kauan kuin lääkärillä on hoitovastuu potilaasta, kuuluu siihen myös vastuu lääkityksestä.

Koronapandemian myötä Suomessa tapahtunut digiloikka etätöineen on saanut paljon kehuja siitä, miten helposti kaikki näytti tapahtuneen. Kaikki ei kuitenkaan ole vielä valmista. Potilaan lääkityksen yhteen kokoavaa tietoa on yritetty saada aikaan jo vuosikymmeniä, eikä

vieläkään olla edes loppusuoralla (6). Toiveet kohdistuvatkin nyt ennen kaikkea potilasjärjestelmiin, joiden ominaisuuksiin kokonaislääkityksen ajan tasalla pysyminen olisi rakennettu. Tällöin jokainen potilasta hoitava lääkäri voisi keskittyä käsillä olevaan hoitotapahtumaan ja luottaa siihen, että aiemmat merkinnät ovat edelleen paikkansa pitäviä. ■

KIRJALLISUUTTA

1. Schepel L, Lehtonen L, Airaksinen M, ym. Medication reconciliation and review for older emergency patients requires improvement in Finland. *Int J Risk Saf Med* 2019;30:19–31.
2. ISMP list of high-alert medications in acute care settings. Horsham (Pennsylvania): Institute for Safe Medication Practices (ISMP) 2018. www.ismp.org/sites/default/files/attachments/2018-08/highAlert2018-Acute-Final.pdf.
3. Schepel L, Kuitunen S. Lääkitysturvallisuus sairaalassa. *Duodecim* 2020;136:212–22.
4. Laatikainen O, Turpeinen M. Lääkkeisiin liittyviä haittatapahtumia ehkäistään tiedolla. *Suom Lääkäril* 2020;75:492–4.
5. Huupponen R, Strandberg T. Miten auttaa potilasta sitoutumaan lääkehoitoonsa? *Duodecim* 2020;136:223–7.
6. Näkökulmia lääkehoitoon ja lääkkeiden jakeluun liittyvistä muutostarpeista. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 2019:5. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö 2019.



OUTI LAPATTO-REINILUOTO,
osastonylilääkäri
HUS Apteekki
Kliinisen farmakologian yksikkö, Helsingin
yliopisto



**MIIA TURPEINEN, professori, tutkimus- ja
arviointityöläislääkäri**
OYS, konsernipalvelut
Oulun yliopisto

SIDONNAISUDET

Outi Lapatto-Reiniluoto: Ei sidonnaisuuksia

Miia Turpeinen: Ei sidonnaisuuksia