

Hanna-Maria Roitto, Ulla Aalto ja Kaisu Pitkälä

lääkäiden psykenlääkitys on yleistä, näytönaste vähäistä

Yli 65-vuotiaiden psykenlääkitys on yleistä. Kotona asuvista iäkkäistä kolmannes ja ympärivuorokautisen hoidon asukkaista kaksi kolmesta käyttää psykenlääkettä. Vaikka psykenlääkkeitä käytetään paljon, näyttö niiden vaikuttavuudesta iäkkäiden hoidossa on vähäistä ja ristiriitaista. Psykenlääkkeiden haittavaikutuksen korostuvat iäkkäillä, varsinkin pitkäaikaiskäytössä. Haittavaikutuksista painottuvat erityisesti kaatumiset, sedaatio, kognition heikentyminen ja muut antikolinergiset haitat. Kymmenen viime vuoden aikana psykenlääkkeiden käytön yleisyydessä on tapahtunut merkittäviä muutoksia eri lääkeriippimissä. Huolellinen diagnosointi ennen lääkeshoidon aloitusta ja seurannan suunnittelu ovat tärkeä iäkkäiden psykenlääkityksen osa.

Psykenlääkkeet ovat yleisin laitoshoidossa asuvien ja toiseksi yleisin kotona asuvien iäkkäiden käyttämä lääkeriippimä (1). Psykenlääkkeitä käytetään mieliala- ja psykoosisairauksien hoidossa sekä ahdistuksen, unettomuuden ja muistisairauksiin liittyvien neuropsykiatristen oireiden oireenmukaisena hoitona. Tutkimuksia psykenlääkkeiden vaikuttavuudesta yli 65-vuotiaiden hoidossa on tehty vähän, ja näyttö hyödyistä on erityisesti muistisairaiden osalta vähäistä. Viime vuosina on kertynyt lisää tutkimusnäyttöä psykenlääkkeiden iäkkäille aiheuttamista haitoista (TAULUKKO). Siksi niiden käytön kriittinen tarkastelu on tämän ikäryhmän hoidon osalta aiheellista.

Psykenlääkkeillä tarkoitetaan keskushermostoon vaikuttavia lääkkeitä, joilla pyritään lievittämään psyykkisiä oireita. Psykenlääkkeet voidaan jakaa ATC-koodien mukaisesti psykoosilääkkeisiin (N05A), rauhoittaviin lääkkeisiin (N05B), unilääkkeisiin (N05C) ja masennuslääkkeisiin (N06A). Keskitymme edellä mainittuihin psykenlääkkeisiin, mutta pyrimme myös esittelemään, kuinka erityisesti

iäkkäiden lääkitystä on tärkeää käsitellä kokonaisuutena. Monet psykenlääkkeet lisäävät haitallista antikolinergista kokonaisuormaa. Tämän lisäksi keskushermostoon vaikuttavat muut lääkkeet kuten opioidit ja mielialantasajiat on erityisesti huomioitava.

Käytön yleisyys

Suomessa yleisimmin käytetty psykenlääkeriippimä on uni- ja rauhoittavat lääkkeet, jota seuraavat mielialalääkkeet ja psykoosilääkkeet (2). Vuonna 2014 kotona asuvista yli 65-vuotiaista ei-muistisairaista rauhoittavaa tai unilääkettä käytti 27 %, mielialalääkettä 11 % ja psykoosilääkettä 4 % (2).

Psykenlääkkeiden käyttö on pitkäaikais-hoidossa huomattavasti yleisempää verrattuna kotona asuvien ikääntyneiden hoitoon (3). Vuosien 2011–2017 tutkimuksissa Euroopasta ja Australiasta todettiin, että 63–75 % pitkäaikashoidon asukkaista käyttää jotain psykenlääkettä (3–5). Yleisin käytössä ollut lääke oli tutkimusten mukaan psykoosi- tai masennuslääke. Oman tutkimuksemme mukaan luvut



TAULUKKO. Psykenlääkkeiden käyttöön yhdistyvät haitat psykenlääkeryhmittäin. Lääkeryhmistä on mainittu esimerkkejä (13,37,44).

	Antiko- linergis- uus ¹	Kaa- tumis- riski	Aivove- renkier- tohäiriö	Sedaa- tio	Jäyk- kyys, liikunta- vaikeus	Orto- sta- tismi	Veren- vuoto- riski	QT-ajan pidenty- minen, kammio- takykardia	Seroton- ergisuus	Hypo- natre- mia
Psykoosilääkkeet										
Ensimmäisen polven psykoosilääkkeet										
Levomepromatsiini	X	X	X	X	X	X		X		
Haloperidoli	(X)	X	X		X			X		X
Toisen polven psykoosilääkkeet										
Risperidoni, ketiapiini	(X)	X	X		X			X		(X)
Olantsapiini	X	X	X	X		X				
Masennuslääkkeet										
Trisykliset										
Amitriptyliini, doksepiini	X	X		X		X		X	X	X
SSRI-lääkkeet										
Sitalopraami, paroksetiini	X	X					X	X	X	X
SNRI-lääkkeet										
Mirtatsapiini	X	X		X		X			X	X
Duloksetiini, venlafaksiini	X	X		X		X	X	(X)	X	X
Rauhoittavat lääkkeet										
Bentsodiatsepiinit										
Oksatsepaami		X		X						
Unilääkkeet										
Tsopikloni, tsolpideemi		X		X						
Melatoniini				X						X

¹Erityisesti kognition heikkeneminen ja sekavuus, myös virtsaampi, suun kuivuminen ja ummetus

SNRI = serotoniinin ja noradrenaliinin takaisinoton estäjä, SSRI = serotoniinin takaisinoton estäjä

Suomessa ovat vastaavia. Helsingissä vuonna 2017 pitkäaikaishoidon asukkaista 62 % käytti jotain psykenlääkettä (6). Muistisairauden on todettu lisäävän psykenlääkkeiden käyttöä (2).

Masennuslääkkeet. Vanhuusiän masennuksen (late-life depression) esiintyvyys eurooppalaisten iäkkäiden joukossa on noin 30 % (7). Sen sijaan iäkkäiden masennuslääkkeen käyttöä on tutkittu vähemmän kuin nuorempien aikuisten (8). Tutkimustuloksista suurin osa puhuu sen puolesta, että ikääntyneetkin hyötyvät

masennuslääkehoidosta (näytönaste B), mutta uusimmissa tutkimuksissa on raportoitu ristiriitaisia tuloksia (8,9).

Vaikka lääkeaineryhmien välillä ei vaikuttaisi olevan kliinisesti merkittäviä vaikuttavuuseroja, haittavaikutuksissa eroja on ilmennyt. Kaikki mielialalääkkeet lisäävät kaatumisriskiä, ja antikolinergisia vaikutuksia on esimerkiksi trisyklisillä masennuslääkkeillä, sitalopraamilla, mirtatsapiinilla ja duloksetiinilla.

Uusimpien meta-analyysien mukaan näyttö SSRI-lääkkeiden tehosta iäkkäiden vakavan

Ydinasiat

- ▶ Psykyklolääkkeet ovat yleisin pitkäaikais-hoidossa asuvien ja toiseksi yleisin koto-na asuvien iäkkäiden käyttämä lääkeyh-mä.
- ▶ Psykyklolääkkeet aiheuttavat iäkkäille kaatumisten ja kognition heikkenemisen riskin.
- ▶ Iäkkäiden psykyklolääkitystä tulee arvioi-da kokonaisuutena niin, että kaikki kes-kushermostoon vaikuttavat lääkeaineet huomioidaan.
- ▶ Ennen psykyklolääkityksen aloitusta tu-lee muistaa huolellinen diagnosointi ja lääkevasteen seurannan suunnittelu.
- ▶ Iäkkäiden psykyklolääkityksen tehosta tarvitaan lisää tutkimusnäyttöä.

masennuksen akuuttivaiheen hoidossa on vaati-matonta, mutta ne saattavat olla hyödyllisiä remission ylläpitämiseksi (9,10). Yksittäise-nä lääkkeenä duloksetiinilla voi olla suotuisia vaikutuksia masennuksen hoidossa, mutta sen käyttöä rajoittavat muun muassa antikolinergi-set haittavaikutukset (9). Tuloksia tulkittaessa on hyvä ottaa huomioon, että tutkimusten koot ovat usein olleet pieniä ja tutkittavat ovat hyvin heterogeeninen ryhmä niin iän kuin sairasta-vuutensa osalta, mikä voi vaikeuttaa merkittä-vien erojen löytämistä.

Ympäri vuorokautisen hoivan asukkaista masennuslääkkeiden käyttäjiä on noin kol-mannes, ja heillä SSRI-lääkkeet on käytetyin lääkeyhmä (7,11). Kuitenkin vain alle puolta masennuksesta kärsivistä hoidetaan masen-nuslääkkeillä, mikä herättää epäilyä, että var-sinainen masennus saattaa olla jossain määrin jopa alitunnistettua erityisesti vanhimmissa ikäryhmissä. On mahdollista, että masennus-lääkkeiden määräämistä monisairaille iäkkäille vältellään haittavaikutusten pelossa, ja toisaalta masennuksen sijaan näillä lääkkeillä pyritään hoitamaan myös muita oireita, kuten unetto-muutta, kipua tai psykoosioireita (11).

Uni- ja rauhoittavat lääkkeet. Ikääntymi-seen liittyy fysiologisia muutoksia unen raken-

teessa ja kestossa. Vuorokausirytmä aikaistuu, ja syvän perusunen määrän vähenemisen myötä uni muuttuu monesti kevyemmäksi, mikä joh-taa yöllisiin heräämisiin. Unettomuuden lääke-hoidon näytönaste on heikko. Tutkimuksissa on myös todettu, että unilääkkeiden lumevai-kutus on merkittävä.

Bentsodiatsepiineja tai niiden kaltaisia uni-lääkkeitä ei tulisi käyttää iäkkäiden hoidossa yhtäjaksoisesti kahta viikkoa pidempään (12). Pitkäaikaisessa lääkehoidossa haitat – sedaatio, kaatumiset ja kognition heikkeneminen – ovat monesti hyötyjä suurempia (12). Haittatapahtumat liittyvät usein lääkkeen aloitukseen (13).

Pitkävaikutteinen melatoniini saattaa paran-taa ikääntyneiden unen laatua ja aamuvireyttä elimistön omasta melatoniininerityksestä riip-pumatta (14). Mirtatsapiinia pienenä vahvuutena (annos 3,75–7,5 mg) pidetään yleisesti turvallisempänä kuin uni- tai nukahtamislääkkeitä. Sillä ei ole kuitenkaan varsinaista unilääk-keen käyttöaihetta. Mirtatsapiinin käytöstä voi koitua antikolinergisia haittavaikutuksia, eikä virallisen käyttöaiheen ulkopuolisesta unilääke-käytöstä ole tutkimusnäyttöä etenään muisti-sairaiden iäkkäiden osalta (15,16).

Psykoosilääkkeitä käytetään iäkkäiden skitsofrenian, harhaluuloisuushäiriön, kaksi-suuntaisen mielialahäiriön ja psykoottisen ma-sennuksen hoitoon. Vuonna 2018 julkaistun kotimaisen katsauksen mukaan vaikuttaa siltä, että psykoosilääkkeitä käytetään muuhunkin kuin niiden varsinaisiin käyttöaiheisiin, erityi-sesti laitoshoidossa (17). Katsauksen mukaan niistä, joille psykoosilääkitys oli aloitettu, noin 40 %:sta tuli pitkäaikaiskäyttäjiä.

Psykoosilääkkeiden vaikuttavuutta iäkkäiden hoidossa on tutkittu vähän, mutta aiheesta löy-tyy asiantuntijasuosituksia (18). Suositusten mukaan lääkytyksen tulisi noudattaa geriatria-lääkehoidon peruseriaatteita: mahdollisim-man pieni aloitusannos, annosten hidas suu-rentaminen ja käytön keston seuranta. Psykoosilääkkeitä, kuten ketiapiinia, ei tulisi käyttää ei-psykoottisten oireiden kuten unettomuuden hoitoon (12). Lääkemutoksissa on hyvä nou-dattaa varovaisuutta, jos potilaalla on primaari-nen nuoremmalla iällä alkanut vaikea psykooot-tinen sairaus.

Muistisairaiden psykenlääkitys

Kotona asuvien muistisairaiden psykenlääkitys on Suomessa yleisempää kuin ei-muistisairaiden (2). Psykenlääkkeiden käyttö yleistyy jo ennen muistisairausdiagnoosia, ja viisi vuotta sen jälkeen puolet muistisairaista käyttää psykenlääkettä (19). Etenkin mielialalääkkeiden ja psykoosilääkkeiden käyttö lisääntyy muistisairausdiagnoosin myötä (2). Tämä saattaa johtua siitä, että muistisairauden ensioire voi olla käyttäytymisen muutos tai psyykinen oire, esimerkiksi masennus.

Varsinaisten käyttöaiheidensa ohella psykenlääkkeillä hoidetaan myös muistisairauksiin liittyviä neuropsykiatrisia oireita, joita kutsutaan myös käytösoireiksi. Neuropsykiatrisia oireita (muun muassa harhat, harhaluuloisuus, vaeltelu, apatia, agitaatio ja aggressiivisuus) ilmenee suurimmalla osalla muistisairaista jossain sairauden vaiheessa (20). Näyttö psykenlääkkeiden vaikuttavuudesta neuropsykiatristen oireiden hoidossa on kuitenkin vähäistä, eikä risperidonia lukuun ottamatta millään psykenlääkkeellä ole tähän varsinaista käyttöaihetta (21).

Neuropsykiatristen oireiden ensisijaisen hoidon tulisi olla lääkkeetön (20,21). Ensisijainen lääkevalinta on muistilääke. Tuoreen ruotsalaisyhteisön tutkimuksen mukaan Alzheimerin tautia sairastavien, jotka käyttivät asetyyliholiiniesteraasin estäjää (AKE-lääke) muistisairauden hoitoon, riski käyttää psykoosilääkettä ja rauhoittavaa lääkettä oli pienempi (22).

Eurooppalaisen monikeskustutkimuksen mukaan pitkäaikaishoidon muistisairaista asukkaista psykoosilääkettä käyttää joka kolmas, ja tärkein käyttöön liittyvä tekijä oli vaikea neuropsykiatrisen oire (23). Cochrane-katsauksen mukaan sekä risperidoni että olantsapiini ovat hyödyllisiä aggressiivisten oireiden ja risperidoni psykoosioireiden vähentämisessä. Psykoosilääkkeen teho muistisairaiden hoidossa on kuitenkin vaatimaton, vaikutuskoko (effect size) on 0,13–0,16 (24). Psykoosilääkkeitä käytetään myös deliriumin hoitoon, mutta sen kesto on ne eivät vaikuta (25).

Vuonna 2018 julkaistun Cochrane-katsauksen mukaan näyttö masennuslääkkeiden vai-

kuttavuudesta muistisairaiden hoidossa on heikkoa, varsinkin yli 12 viikon käytön jälkeen (26). Sitalopraami saattaa olla tehokas agitaation hoidossa Alzheimerin taudin yhteydessä, mutta haittavaikutukset (antikolinergisuus, kaatumiset, QT-ajan pidentyminen) heikentävät mahdollisuuksia sen käyttöön (27). Vaikuttavuutta ei ole tutkittu tässä ikäluokassa yleisten sekamuotoisten tai verenkierröllisten muistisairauksien osalta. Muistisairaiden apatia saatetaan sekoittaa masennukseen, ja sen hoidossa tulisi käyttää SSRI-lääkkeiden sijaan AKE-lääkettä (21).

Unilääkkeiden ja rauhoittavien lääkkeiden tehosta muistisairauksien hoidossa ei ole tutkimusnäyttöä, vaikka muistisairaiden unihäiriöt ovat erittäin yleisiä. Erityisesti bentsodiatsepiinien ja niiden kaltaisesti vaikuttavien unilääkkeiden tehosta ei ole yhtään satunnaistettua vertailututkimusta, vaikka niitä määrätään laajasti muistisairaille (28). Cochrane-katsauksessa vuodelta 2016 todetaan, että melatoniinista (enintään 10 mg:n annoksina) ei ollut apua Alzheimerin tautia sairastavien uniongelmiin (28). Siten esimerkiksi brittiläinen NICE-hoitosuositus ei suosittele muistisairaille melatoniinia unihäiriöiden hoitoon (29).

Kivun on myös epäilty voivan aiheuttaa muistisairaille psyykkisiä oireita (30). Muistisairas voi ilmaista kipua eri tavalla, jolloin kipua voi jäädä huomaamatta tai tunnistamatta. Kipu tulee arvioida, ja on tärkeää valita kipulääke huolellisesti ja suunnitella seuranta vaikutusten ja mahdollisten haittavaikutusten havaitsemiseksi. Cochrane-katsauksen mukaan ei ole luotettavaa näyttöä siitä, että opioidit olisivat tehokas tai turvallinen vaihtoehto muistisairaiden levottomuuden hoitoon (31). Opioidien käyttöön yhdistyy myös merkittäviä haittavaikutuksia, kuten kaatumisia, murtumia, kognition heikentymistä, riippuvuutta ja väärinkäyttöä (32).

Mielialantasaajien (valproiinihappo, karbamatsapiini) tai gabapentinoidien (pregabaliini, gabapentiini) ei ole todettu vaikuttavan muistisairauksien neuropsykiatrisiin oireisiin (33). Valproiinihapon tehosta muistisairaiden levottomuuden (agitaation) hoidossa ei ole näyttöä (34).

Psykykenlääkkeiden käyttöön yhdistyvät riskit

Psykoosilääkkeen käyttöön liittyy lisääntynyt sydän- ja verisuonitapahtumien riski sekä suurentunut aivoverenkiertohäiriöiden ja kuoleman riski (35). Muita mahdollisia haittavaikutuksia ovat muistin heikentyminen, väsymys, ortostaattinen verenpaineen lasku, kävelyn häiriintyminen, huimaus, kaatumiset, ekstrapyramidaalioireet, QT-ajan pidentyminen ja metaboliset haittavaikutukset (36).

Masennuslääkkeiden käyttö liittyy suurentuneeseen kaatumisriskiin, unihäiriöihin, pahoinvointiin, hyponatremiaan ja QT-ajan pidentymiseen (13,26,27,37). Uusimpien Beersin kriteerien mukaan trisyklisiä masennuslääkkeitä ja muita antikolinergisesti vaikuttavia masennuslääkkeitä kuten paroksetiinia tulisi erityisesti välttää (38). Myös pitkävaikutteiset serotonergiset masennuslääkkeet, kuten fluoksetiini, eivät ole suositeltavia yhteisvaikutusriskin ja pitkän puoliintumisajan vuoksi (26).

Bentsodiatsepiinit lisäävät merkittävästi iäkkäiden kaatumisia ja murtumia (13,37). Niiden tiedetään aiheuttavan riippuvuutta ja kognition sekä tarkkaavuuden heikkenemistä.

On tärkeää huomioida, että kerran aloitettu psykykenlääkitys jää herkästi pysyväisluonteiseksi, vaikka suositusten mukaan oireenmukaista psykykenlääkitystä pitäisi käyttää vain mahdollisimman lyhyen ajan ja arvioida lääkityksen tarvetta tietyin määrävällein, esimerkiksi 3–6 kuukauden välein (20,39).

Psykykenlääkkeiden käytön vähentämiseen tähtäävät toimet

Ympäri vuorokautisessa hoidossa ammattilaisen koulutusinterventioilla, jotka ovat sisältäneet ohjausta ja opetusta lääkityksen arviointiin sekä tietoa lääkkeettömistä hoitokeinoista, on pystytty vähentämään psykykenlääkkeiden ja muiden iäkkäille mahdollisesti haitallisten lääkkeiden käyttöä (40,41). Koulutuksen hyödyt näkyivät myös ikääntyneiden elämänlaadun paranemisenä sekä kaatumisten ja sairaalapäivien vähenemisenä (40,41).

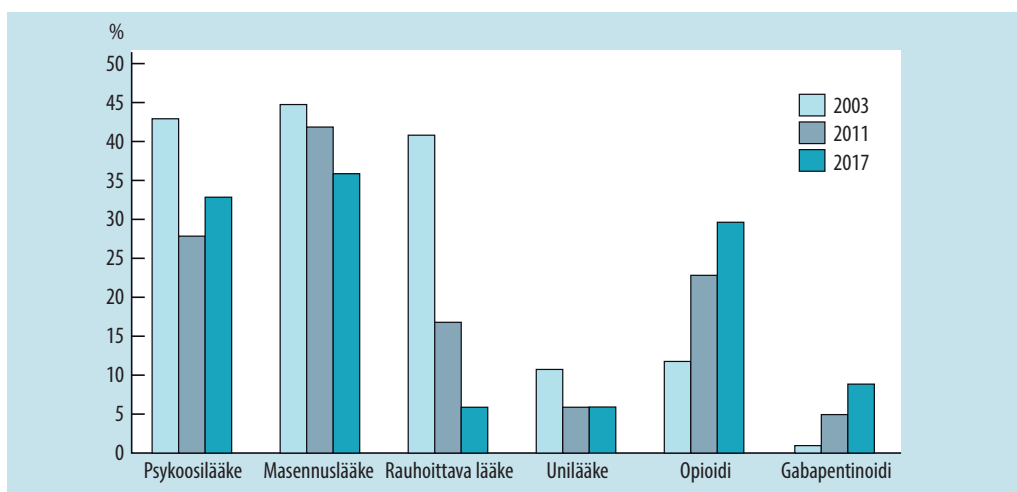
Vuonna 2018 julkaistun Cochrane-katsauksen mukaan psykoosilääkityksen purkamista kannattaa kokeilla, kun muistisairas on käyttänyt lääkettä kolmen kuukauden ajan. Lievien ja keskivaikeiden oireiden yhteydessä lääkityksen lopettaminen ei vaikuttanut merkittävästi neuropsykiatrisiin oireisiin. Vaikeaoireisten osalta relapsiriski on suurempi, joten lopettamispäätös täytyy tehdä yksilöllistä harkintaa käyttämällä (42).

Viime vuosina on tutkittu monilääkittyjen ikääntyneiden lääkitysten purkamisesta (deprescribing, lääkekarsinta) ja esitelty myös työvälineitä, joita klinikko voi käyttää lääkitysten purkuun (43). Suomenkielinen termi ei ole vielä vakiintunut. Deprescribing tarkoittaa lääkityksen systemaattista purkua, jossa selvitetään potilaan lääkkeiden käyttö, mahdolliset ongelmat ja lopettamistarpeet sekä suunnitellaan ja toteutetaan lääkityksen purku potilaan vointia seuraten.

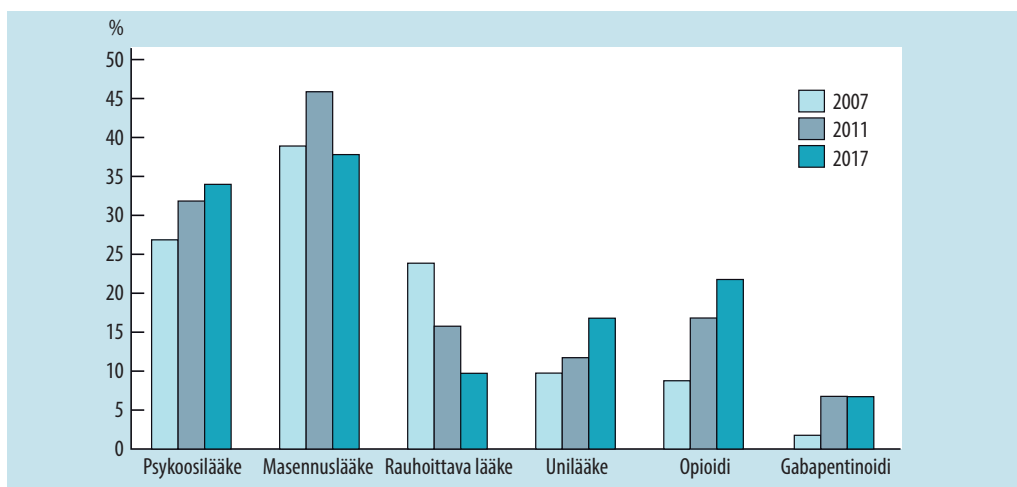
Psykykenlääkkeiden käytön suuntaukset

Hyvää tarkoittava yritys parantaa iäkkäiden hoidon laatua voi joskus johtaa päinvastaiseen lopputulokseen. Psykoosilääkkeen käytön lisääntymiseen kiinnitettiin Yhdysvalloissa huomiota vuonna 2012, jolloin Centers for Medicare & Medicaid Services (CMS) käynnisti hoito-ohjelman, jonka tavoitteena oli parantaa pitkäaikaishoidossa asuvien muistisairaiden hoidon laatua vähentämällä psykoosilääkkeiden käyttöä. Hoito-ohjelma johti tilastollisesti merkitsevään psykoosilääkkeiden käytön vähenemiseen (44). Samalla psykoosilääkkeet olivat kuitenkin ainakin osin korvautuneet toisilla keskushermostoon vaikuttavilla väsyttävillä lääkkeillä, kuten mielialantasaajilla.

Helsinkiläisissä ympäri vuorokautisen hoidon yksiköissä on seurattu psykykenlääkkeiden käyttöä vuodesta 2003. Kokonaiskäyttö on vuosien varrella vähentynyt, erityisesti rauhoittavien lääkkeiden osalta, mutta samalla opioidien ja gabapentinioidien käyttö on merkittävästi lisääntynyt (KUVAT 1 ja 2). Tutkimuksen perusteella ei voida sanoa, mihin oireeseen lääkkeitä käytettiin, mutta on mahdollista, että



KUVA 1. Psykyklilääkkeiden ja keskushermostoon vaikuttavien kipulääkkeiden käyttäjien osuudet (%) Helsingin laitosasumisessa vuosina 2003–2017. Helsingin Ravitsemus- ja lääketutkimuksessa selvitettiin kaikkien vanhainkodeissa asujien lääkkeiden käyttö vuosina 2003 (n = 1 987), 2011 (n = 1 576) ja 2017 (n = 791) (6).

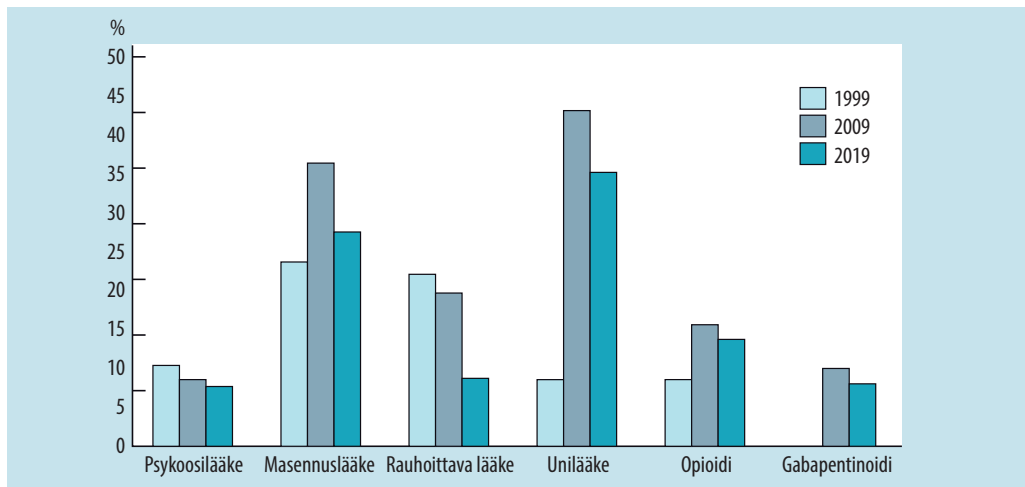


KUVA 2. Psykyklilääkkeiden ja keskushermostoon vaikuttavien kipulääkkeiden käyttäjien osuudet (%) Helsingin palveluasumisessa vuosina 2007–2017. Helsingin Ravitsemus- ja lääketutkimuksessa selvitettiin kaikkien tehostetussa palveluasumisessa asujien lääkkeiden käyttö vuosina 2007 (n = 1 377), 2011 (n = 1 586) ja 2017 (n = 1 752) (6).

iäkkäiden muistisairauden neuropsykiatrisia oireita pyritään hoitamaan kipulääkkeillä.

Kotona asuvien iäkkäiden helsinkiläisten psykyklilääkkeiden käyttö on huomattavasti vähäisempää, mutta heidänkin osaltaan havaitaan unilääkkeiden käytön lisääntymistä vuosikymmenien kuluessa. Vuonna 2009 käytettiin paljon tematsepaamia ja tsopiklonia, ja kymmenen vuotta myöhemmin ne taas olivat korvautuneet melatoniinilla ja pieniannoksisella mirtatsapiinilla (KUVA 3).

Pelkästään tietyn psykyklilääkeryhmän käytön mittaaminen ei siis varmista hyvää hoidon laatua, vaan saattaa jopa ohjata lääkkeiden määräämiskäytäntöjä kohden lääkkeitä, joiden tehosta on entistä vähemmän näyttöä ja joiden turvallisuusprofiili ei ole yhtään parempi (6,43). Tällaiset tapaukset muistuttavat hyvin siitä, kuinka tärkeää on säilyttää kokonaiskuva iäkkään ihmisen lääkityksestä ja hoidosta eikä keskittyä vain yhteen palapelin palaan.



KUVA 3. Kotona asuvien 75-, 80-, 85-, 90- ja 95-vuotiaiden helsinkiläisten psyykenlääkkeiden ja keskushermostoon vaikuttavien kipulääkkeiden käyttäjien osuudet (%) vuosina 1999–2019. Helsingin Vanhustutkimuksen satunnaisotannalla valituille tutkittaville lähetetty kirjekysely lääkärin määräämistä, säännöllisesti käytetyistä lääkkeistä vuosina 1999 (n = 2 594), 2009 (n = 1 583) ja 2019 (n = 1 653).

Lopuksi

Psyykenlääkkeet ovat iäkkäiden hoidossa yleisesti käytetty lääkeryhmä vähäisestä näytönsaateesta ja haittavaikutuksista huolimatta. Potilaan tilanne tulee tutkia ja arvioida huolellisesti ennen psyykenlääkkeen käytön aloitusta. On tärkeää huomioida lääkkeettömien hoitojen mahdollisuudet, lääkkeen käyttöaihe ja hoidon suunniteltu kesto sekä tehdä uusi arvio suunnit-

tellun määrääjän koittaessa, jotta lääketurvallisuus toteutuisi mahdollisimman hyvin iäkkäidenkin osalta.

Tiettyjen oireiden hoitoon psyykenlääkkeet ovat iäkkäillekin aiheellisia, mutta lääkehoidon peruseräaiteena tulee olla, että sen hyödyt ylittävät haitat. Hoidon tavoitteena tulee pitää iäkkään fyysisen, kognitiivisen, psyykkisen ja sosiaalisen toimintakyvyn ylläpitämistä elämänlaatu huomioiden. ■

HANNA-MARIA ROITTO, LT, geriatrian ja yleislääketieteen erikoislääkäri

Osastonylilääkäri, HUS, sisätaudit ja kuntoutus, geriatrian linja
 Kliininen opettaja, Helsingin yliopisto, neurotieteiden osasto
 Asiantuntijalääkäri, THL
 Apulaisyliääkäri (virkavapaalla), Helsingin kaupungin sosiaali- ja terveystoimiala, geriatrian poliklinikka
 Twitter: @RoittoHM

ULLA AALTO, LT, geriatrian ja yleislääketieteen erikoislääkäri

Helsingin kaupungin sosiaali- ja terveystoimiala, kotihoidon lääkärit

KAISU PITKÄLÄ, LT, geriatrian dosentti, geriatrian, sisätautien ja yleislääketieteen erikoislääkäri, yleislääketieteen professori

Helsingin yliopisto, yleislääketieteen osasto ja HUS, perusterveydenhuollon yksikkö

VASTUUTOIMITTAJA

Merja Laine

SIDONNAISUUDET

Hanna-Maria Roitto: Luottamustoimet (Lääke 75+ -asiantuntijatyöryhmä, Nordic network in dementia diagnostics (NIDD), Dementia special interest group in European Geriatric Medicine Society (EUGMS, dementia SIG), Nordic Gerontological Federation scientific committee)

Ulla Aalto: Ei sidonnaisuuksia

Kaisu Pitkälä: Luentopalkkio/asiantuntijapalkkio (Fysi Oy, Fysiogeriatría), luottamustoimet (JAMDA, JNHA, EGM, Ex Gerontol, ACER), hankkeet (STM I & O Ikäntyneiden hoidon kehittämishanke)

KIRJALLISUUTTA

1. Jyrkkä J, Vartiainen L, Hartikainen S, ym. Increasing use of medicines in elderly persons: a five-year follow-up of the Kuopio 75+ Study. *Eur J Clin Pharmacol* 2006;62:151–8.
2. Taipale H, Koponen M, Tanskanen A, ym. High prevalence of psychotropic drug use among persons with and without Alzheimer's disease in Finnish nationwide cohort. *Eur Neuropsychopharmacol* 2014;24:1729–37.
3. Juola AL. Educationally intervening the use of potentially harmful medication among residents in institutional care. Väitöskirja. Helsinki: Helsingin Yliopisto 2018.
4. Rolland Y, Andrieu S, Crochard A, ym. Psychotropic drug consumption at admission and discharge of nursing home residents. *J Am Med Dir Assoc* 2012;13:407.e7–12.
5. Helvik AS, Sältyte Benth J, Wu B, ym. Persistent use of psychotropic drugs in nursing home residents in Norway. *BMC Geriatr* 2017;17:52.
6. Raito HM, Kautiainen H, Aalto UL, ym. Fourteen-year trends in the use of psychotropic medications, opioids, and other sedatives among institutionalized older people in Helsinki, Finland. *J Am Med Dir Assoc* 2019;20:305–11.
7. Horackova K, Kopecek M, Machů V, ym. Prevalence of late-life depression and gap in mental health service use across European regions. *Eur Psychiatry* 2019;57:19–25.
8. Depressio. Käypä hoito -suositus. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecim ja Suomen Psykiatriyhdistys ry:n asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim, 2020 [päivitetty 11.3.2021]. www.kaypahoito.fi.
9. Krause M, Gutsmiel K, Bighelli I, ym. Efficacy and tolerability of pharmacological and non-pharmacological interventions in older patients with major depressive disorder: a systematic review, pairwise and network meta-analysis. *Eur Neuropsychopharmacol* 2019;29:1003–22.
10. Tham A, Jonsson U, Andersson G, ym. Efficacy and tolerability of antidepressants in people aged 65 years or older with major depressive disorder - a systematic review and a meta-analysis. *J Affect Disord* 2016;205:1–12.
11. Giovannini S, Onder G, van der Roest HG, ym. Use of antidepressant medications among older adults in European long-term care facilities: a cross-sectional analysis from the SHELTER study. *BMC Geriatr* 2020;20:310.
12. Unettomuus. Käypä hoito -suositus. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecim ja Suomen Unitutkimusseura ry:n asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim 2020 [päivitetty 26.6.2020]. www.kaypahoito.fi.
13. Hartikainen S, Lönnroos E, Louhivuori K. Medication as a risk factor for falls: critical systematic review. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci* 2007;62:1172–81.
14. Wade AG, Ford I, Crawford G, ym. Nightly treatment of primary insomnia with prolonged release melatonin for 6 months: a randomized placebo controlled trial on age and endogenous melatonin as predictors of efficacy and safety. *BMC Med* 2010;8:51.
15. Wiegand MH. Antidepressants for the treatment of insomnia: a suitable approach? *Drugs* 2008;68:2411–7.
16. Scoralick FM, Louzada LL, Quintas JL, ym. Mirtazapine does not improve sleep disorders in Alzheimer's disease: results from a double-blind, placebo-controlled pilot study. *Psychogeriatrics* 2017;17:89–96.
17. Jalava SE, Pohjanoksa-Mäntylä M, Puustinen J, ym. Psykoosilääkkeiden käyttö iäkkäillä: järjestelmällinen katsaus. *Suom Lääkäril* 2018;33:1743–8.
18. Alexopoulos GS, Streim J, Carpenter D, ym. Using antipsychotic agents in older patients. *J Clin Psychiatry* 2004;65:5–105.
19. Orsel K, Taipale H, Tolppanen A, ym. Psychotropic drugs use and psychotropic polypharmacy among persons with Alzheimer's disease. *Eur Neuropsychopharmacol* 2018;28:1260–9.
20. Muistisairaudet. Käypä hoito -suositus. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecim, Societas Gerontologica Fennica, Suomen Geriatri -yhdistyksen, Suomen Neurologisen Yhdistyksen, Suomen Psykiatriyhdistyksen ja Suomen Yleislääketieteen yhdistyksen asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim 2020 [29.1.2021]. www.kaypahoito.fi.
21. Hölttä E, Pitkälä K. Muistisairauden neuropsykiatristen oireiden hoito. *Suom Lääkäril* 2019;74:242–7.
22. Tan ECK, Johnell K, Bell JS, ym. Do acetylcholinesterase inhibitors prevent or delay psychotropic prescribing in people with dementia? Analyses of the Swedish Dementia Registry. *Am J Geriatr Psychiatry* 2020;28:108–17.
23. Foebel AD, Liperoti R, Onder G, ym. Use of antipsychotic drugs among residents with dementia in European long-term care facilities: results from the SHELTER study. *J Am Med Dir Assoc* 2014;15:911–7.
24. Ballard C, Waite J. The effectiveness of atypical antipsychotics for the treatment of aggression and psychosis in Alzheimer's disease. *Cochrane Database Syst Rev* 2006;1:CD003476.
25. Nikoio R, Neufeld KJ, Oh ES, ym. Antipsychotics for treating delirium in hospitalized adults: a systematic review. *Ann Intern Med* 2019;171:485–95.
26. Dudas R, Malouf R, McCleery J, ym. Antidepressants for treating depression in dementia. *Cochrane Database Syst Rev* 2018;8:CD003944.
27. Porsteinsson AP, Drye LT, Pollock BG, ym. Effect of citalopram on agitation in Alzheimer's Disease – the CitAD randomized controlled trial. *JAMA* 2014;311:682–91.
28. McCleery J, Cohen DA, Sharpley AL. Pharmacotherapies for sleep disturbances in dementia. *Cochrane Database Syst Rev* 2016;11:CD009178.
29. Dementia: assessment, management and support for people living with dementia and their carers. NICE guideline [NG97]. NICE 20.6.2018. www.nice.org.uk/guidance/ng97.
30. Husebo BS, Ballard C, Sandvik R, ym. Efficacy of treating pain to reduce behavioural disturbances in residents of nursing homes with dementia: cluster randomised clinical trial. *BMJ* 2011;343:d4065.
31. Brown R, Howard R, Candy B, ym. Opioids for agitation in dementia. *Cochrane Database Syst Rev* 2015;5:CD009705.
32. Chou R, Turner JA, Devine EB, ym. The effectiveness and risks of long-term opioid therapy for chronic pain: a systematic review for a national institutes of health pathways to prevention workshop. *Ann Intern Med* 2015;162:276–86.
33. Kononov S, Muralee S, Tampi RR. Anticonvulsants for the treatment of behavioural and psychological symptoms of dementia: a literature review. *Int Psychogeriatr* 2008;20:293–308.
34. Baillon SF, Narayana U, Luxenberg JS, ym. Valproate preparations for agitation in dementia. *Cochrane Database Syst Rev* 2018;10:CD003945.
35. Schneider LS, Dagerman KS, Insel P. Risk of death with atypical antipsychotic drug treatment for dementia: meta-analysis of randomized placebo-controlled trials. *JAMA* 2005;294:1934–43.
36. Schneider LS, Dagerman K, Insel PS. Efficacy and adverse effects of atypical antipsychotics for dementia: meta-analysis of randomized, placebo-controlled trials. *Am J Geriatr Psychiatry* 2006;14:191–210.
37. Seppälä LJ, Wermelink AMAT, de Vries M, ym. Fall-risk-increasing drugs: a systematic review and meta-analysis. II. psychotropics. *J Am Med Dir Assoc* 2018;19:371.e11–371.e17.
38. Fick DM, Semla TP, Steinman M, ym. American Geriatrics Society 2019 updated AGS Beers Criteria for potentially inappropriate medication use in older adults. *J Am Geriatr Soc* 2019;67:674–94.
39. Taipale H, Särkilä H, Tanskanen A, ym. Incidence of and characteristics associated with long-term benzodiazepine use in Finland. *JAMA Netw Open* 2020;3:e2019029.
40. Pitkälä KH, Juola AL, Kautiainen H, ym. Education to reduce potentially harmful medication use among residents of assisted living facilities: a randomized controlled trial. *J Am Med Dir Assoc* 2014;15:892–8.
41. García-Gollarte F, Baleriola-Júlvez J, Ferrero-López I, ym. An educational intervention on drug use in nursing homes improves health outcomes resource utilization and reduces inappropriate drug prescription. *J Am Med Dir Assoc* 2014;15:885–91.
42. Van Leeuwen E, Petrovic M, van Driel ML, ym. Withdrawal versus continuation of long-term antipsychotic drug use for behavioural and psychological symptoms in older people with dementia. *Cochrane Database Syst Rev* 2018;3:CD007726.
43. Seppälä LJ, Petrovic M, Ryg J, ym. STOP-PFall (Screening tool of older persons prescriptions in older adults with high fall risk): a Delphi study by the EuGMS task and finish group on fall-risk-increasing drugs. *Age Ageing* 2021;50:1189–99.
44. Maust DT, Kim HM, Chiang C, ym. Association of the centers for medicare & medicaid services' national partnership to improve dementia care with the use of antipsychotics and other psychotropics in long-term care in the United States From 2009 to 2014. *JAMA Intern Med* 2018;178:640–7.