

Esa Jämsen

läkäs monisairas

Käytännössä kaikki iäkkäät ovat monisairaita. Sairauksien lukumäärää tärkeämpää on tietää, mitä sairauksia potilaalla on. Hoidon suunnittelu edellyttää riittäviä tietoja toimintakyvystä ja terveydentilaan vaikuttavista tekijöistä, kuten geriatrisista oireyhtymistä. Koska tutkimustieto monisairaiden iäkkäiden hoidosta on niukkaa, hoito ja hoitotavoitteet tulee määritellä yksilöllisesti potilaan kokonaistilanne huomioiden. Olennaista on tunnistaa ne tekijät, joihin on mahdollista vaikuttaa. Monisairaana iäkkään monilääkitys on yleensä perusteltua, mutta on tärkeää kiinnittää huomiota lääkevalintoihin ja -annoksiin. Lääkityksen optimoinnin lisäksi toimintakykyä ja elämänlaatua voidaan tukea ravitsemuksella ja kuntoutuksella. Kaikessa hoidossa on arvioitava, miten potilas hyötyy hoidosta loppuelämänsä aikana ja ylittävätkö hyödyt odotettavissa olevat haitat. Hoidon jatkuvuus ja potilaan kokonaistilanteen huomiointi yksittäisten diagnoosien sijaan ovat sitä tärkeämpiä, mitä hauraammasta potilaasta on kyse.

Monisairastavuuden esiintyvyys lisääntyy nopeasti 60 ikävuoden jälkeen ja on 80 vuotta täyttäneiden joukossa 70–90 % (1–4). Rekisteriaineistoihin perustuvat tai vain tietyt sairaudet huomioivat esiintyvyyksivät ovat kuitenkin aliarvioita, ja käytännössä kaikki iäkkäät ovat monisairaita. Monilla pitkäaikaissairaudet ovat olleet mukana elämässä vuosikymmeniä, mutta seuraukset näyttäytyvät vasta ikäännyttäessä. Osalle sairauskuorma kasaantuu vanhemmalla iällä.

Sytä monisairastavuuden yleistymiseen ikäännytyessä esitetään **TAULUKOSSA 1**. Elinjärjestelmien vanhenemismuutokset altistavat sairauksien kehittymiselle, ja toisaalta pitkäaikaissairaudet voivat nopeuttaa vanhenemismuutosten kehittymistä (2,5). Monilla pitkäaikaissairauksilla on yhteisiä riskitekijöitä, ja mitä pidempään elää, sitä enemmän on aikaa sairastua. Ikäännytimisen, elintapatekijöiden ja muiden riskitekijöiden merkitys kuitenkin vaihtelee sairausryhmittäin (6).

Yleisimpiä pitkäaikaissairauksia ovat sydän- ja verisuonitaudit, tuki- ja liikuntaelinsairaudet sekä aistielinsairaudet (**TAULUKKO 2**) (6–8). Vanhimmissa ikäryhmissä monisairastavuuteen liittyy usein muistisairaus (yli 40 %:lla 85 vuot-

TAULUKKO 1. Esimerkkejä monisairastavuuden taustalla olevista mekanismeista ikäännytyessä (2,5,6).

Biologiset vanhenemismuutokset

Elinjärjestelmäkohtaiset muutokset ja uusiutumiskyvyn heikentyminen
Sydämen ja verenkiertoelimistön vanhenemismuutokset
Krooninen lieväasteinen tulehdustila
DNA:n vauriot

Yhteiset riskitekijät

Korkea verenpaine
Dyslipidemia
Ylipaino
Diabetes
Tupakointi
Päihteiden käyttö
Liikkumattomuus

Elämänaikaiset tapahtumat

Onnettomuudet
Merkittävät tapahtumat, kuten leskeksi jääminen

Sairauksien väliset yhteisvaikutukset

Sairaus (tai sen hoito) johtaa uuden sairauden kehittymiseen (esim. tuki- ja liikuntaelinkivut–masennus, psykoosilääkitys–metabolinen oireyhtymä)
Aiempien sairauksien ja hoitojen pitkäaikaisvaikutukset

Sairauksien hoidon kehittyminen

Aiemmin kuolemaan johtaneiden sairauksien muuttuminen ennemmin pitkäaikaissairauksiksi



TAULUKKO 2. Joidenkin sairauksien esiintyvyyksiä Terveys 2017 -tutkimuksen (70–89-vuotiaat) ja Tervaskannot 90+ -tutkimuksen (90-vuotiaat ja vanhemmat) perusteella (7,8). Tutkimuksissa esiintyvyyttä on arvioitu eri tavoin, mutta luvut antavat yleiskuvan tärkeimmistä sairauksista ikäryhmittäin.

Sairaus	Esiintyvyys (M/N, %)		
	70–79-vuotiaat	80–89-vuotiaat	Vähintään 90-vuotiaat ¹
Kohonnut verenpaine	79/84	80/87	56/67
Sepelvaltimotauti	19/11	28/26	Sydänsairaus: 55/50
Sydämen vajaatoiminta	11/7	24/27	
Aivoinfarkti	9/6	16/14	7/7
Diabetes	28/21	23/18	21/18
Astma	9/16	10/20	Pitkäaikainen keuhkosairaus: 13/7
Keuhkohtaumatauti	7/3	9/4	
Masennus	5/5	11/9	14/18
Selkäkipu	34/52	45/56	–

N = naisilla, M = miehillä

¹Pienemmät esiintyvyyksiluvut 90 vuotta täyttäneillä voivat selittyä menetelmällisillä eroilla mutta myös tiettyihin sairauksiin liittyvällä suurentuneella kuolleisuudella (pienempi todennäköisyys elää iäkkääksi).

ta täyttäneistä), joka paitsi heikentää potilaan ennustetta myös vaikeuttaa hoidon suunnittelua ja toteutusta (9,10). Muistisairailta useimmat pitkäaikaissairaudet ovat yleisempiä kuin kognitioltaan terveillä (7).

Geriatriset oireyhtymät

Sairauksien lisäksi iäkkäiden monisairaiden terveydentilaan ja toimintakykyyn vaikuttavat geriatriset oireyhtymät, kuten gerastenia, sarkopenia ja kaatuilu (**TIETOLAATIKKO**) (11–14). Pitkäaikaissairaudet ja niiden lääkehoidot voivat johtaa geriatristen oireyhtymien kehittymiseen rappeuttamalla elinjärjestelmiä ja heikentämällä elimistön reservikapasiteettia. Geriatriset oireyhtymät voivat myös altistaa uusien sairauksien kehittymiselle (11,15).

Geriatriset oireyhtymät vaikuttavat hoitotavoitteisiin ja hoidon suunnitteluun, sillä ne heikentävät monisairaiden ennustetta ja hoitotuloksia sekä altistavat toimintakyvyn heikentymiselle (15). Gerastenia lisää kuolleisuutta jo ennen varsinaista vanhuusikää (11,16). Sairaala- ja toimenpidehoitojen yhteydessä se altistaa toimintakyvyn heikentymiselle ja hoidon komplisoitumiselle (11). Geriatriset oireyhtymät voivat vaikuttaa myös hoidon järjestämiseen (esimerkiksi muistivaikeudet heikentävät kykyä huolehtia sairauksien hoidosta) tai jo itsessään edellyttää hoitoa (esimerkiksi vajaaravitseminen).

Geriatristen oireyhtymien haitalliset vaikutukset korostuvat, kun niitä ei ole tunnistettu tai hoito toteutetaan epätarkoituksenmukaisesti. Käypä hoito -suositus suositaa gerastenian, vajaaravitsemuksen ja masennuksen huomiointia osana monisairaahan potilaan arviota (1).

Monisairastavuuden merkitys

Iäkkäillä potilailla monisairastavuuden haitat korostuvat, minkä lisäksi voi ilmetä muita haasteita (1,2). Monisairastavuus lisää kaatumisvaaraa (17). Toimintakyvyn ja kognition heikentymisen voivat vaikeuttaa hoidon toteuttamista, jos potilas ei pysty itsenäisesti huolehtimaan lääkkehoidostaan (muistivaikeudet, lääkkeiden käyttövaikeudet) tai asioimaan terveydenhuollossa. Joskus joudutaan tasapainottelemaan eri sairauksien hoitotasapainon kanssa, esimerkiksi hoidettaessa kipua sydänsairauksien tai alaraajaturvotuksia alaraajojen valtimotaudin yhteydessä.

Vaikka monisairaahan potilaan monilääkitys on usein perusteltua – jäisihän muuten jotain hoitamatta – lääkemäärän lisääntyessä lääkehaittojen ja yhteisvaikutusten riski suurenee samalla kun ikääntyvän elimistön herkkyys lääkehaittoille lisääntyy (18,19). Merkittävällä osalla iäkkäistä potilaista todetaan kliinisesti merkittävää lääkehaitakuormaa, ja lähes neljäsosa ikääntyneiden päivystyskäynneistä liittyy lääkehoitoon (20–22).

Yksittäisen potilaan sairauksien ennustevaikeus riippuu siitä, mitä sairauksia ja minkälaisina yhdistelminä hänellä niitä on ja mikä on niiden vaikeusaste. Esimerkiksi kun potilas on yli 90-vuotias, muistisairaudet, Parkinsonin tauti ja lonkkamurtuma altistavat hänet pitkäaikaishoidolle, diabetes ja sydänsairaudet kuolleisuudelle ja masennus molemmille (23). Usein haitallisimpia ovat liikkumiskykyä rajoittavat sairaudet, sillä ne johtavat herkästi fyysisen suorituskyvyn heikentymiseen, elinpiirin rajoittumiseen ja uusiin liittämissongelmiin.

Iäkkäiden toimintakyky on sairauksien lukumäärää tärkeämpi ennustetekijä (24). Samankäisillä potilailla on moninkertaisia eroja elinajan odotteessa toimintakyvyn mukaan (25). Toimintakyvyn voidaan ajatella kuvaavan toisaalta sairauksien kokonaisvaikeusastetta, toisaalta potilaan voimavaroja. Sairaalahoidon aikana toiminnanvajeet altistavat uusille toiminnanvajeille, jolloin voi kehittyä heikentyvän toimintakyvyn kierre (26).

Näyttöön perustuvat toimintamallit

Tutkimustietoa iäkkäiden monisairaiden eri sairauksien hoidosta on niukasti, eikä heitä ole useinkaan huomioitu hoitosuosituksissa (27). Käypä hoito -suosituksissa maininnat iäkkäistä ja monisairaista liittyvät pääosin taustaan, eivät varsinaiseen hoitosuositukseen (28). Tutkimuspotilaiden valikoituneisuuden vuoksi hoitojen hyödyt ovat erityisesti vanhuksille todennäköisesti pienemmät, riskit ja haitat taas suuremmat kuin hoitotutkimuksissa on kuvattu. Diagnoosikohtaiset hoitosuositukset ja -tavoitteet ovat iäkkäälle monisairaalle usein liian intensiivisiä ja voivat johtaa epäkäytännölliseen tai epätarkoituksenmukaiseen, pahimmillaan haitalliseen hoitoon (2,27). Kliinikon on tarpeen tuntea hoitoihin liittyvät hyödyt ja riskit sekä osata soveltaa tutkimustietoa potilaskohdasta.

Monisairastavuuden haasteita pystytään vähentämään huomioimalla kokonaistilanne yksittäisten sairauksien sijaan, yksilöllisellä hoitosuunnitelmalla ja huolehtimalla hoidon jatkuvuudesta (1). Tavoitteiden asettelussa lähtökohtana ovat potilaan tarpeet (niin subjektiiv-

set kuin ammattilaisenkin havaitsemat), toiveet ja tavoitteet. Hoito tulee suhteuttaa potilaan kokonaistilanteeseen punniten odotettavissa olevia hyötyjä ja haittoja (27,29).

Laaja-alainen geriatrinen arviointi (comprehensive geriatric assessment, CGA) auttaa parantamaan iäkkäiden monisairaiden hoitotuloksia (TIIETOLAATIKKO) (1,30). Paras tutkimusnäyttö on kuitenkin akuuttien sairauksien ja toimenpidehoitojen kontekstista, ja hyödyt sairaalan ulkopuolella vähäisempiä. CGA voi vähentää gerastenian kehittymistä mutta ei näytä vaikuttavan sairaalahoidon riskiin tai kuolleisuuteen (30,31). CGA ei sovi iäkkäiden monisairaiden rutiinimaiseen arviointiin vaatimuksensa osaamisen, ajan ja resurssien vuoksi, vaan interventio tulisi kohdentaa tilanteisiin, joissa siitä on osoitettu suurin hyöty (2).

Muilta osin tutkimusnäyttö iäkkäisiin monisairaisiin kohdistuvista toimintamalleista on vähäistä. Cochrane-katsauksen päätelmä, että paras hyöty saataneen interventioista, jotka kohdentuvat tiettyyn terveysongelmaan tai potilaalle sillä hetkellä merkitykselliseen asiaan, sopii kuitenkin hyvin geriatriseen ajattelutapaan (32). Myös hoidon koordinoitua parantavat ja potilaslähtöiset toimintamallit lienevät vaikuttavia, ja hyödyn voidaan odottaa korostuvan iäkkäillä monisairailla (1,2). Potilaslähtöinen hoitotavoiteasettelu vähensi yhdysvaltalaisutkimuksessa hoidon kuormittavuutta, diagnostisia testejä ja lääkkeiden käyttöä (33). Kognition heikentyminen voi rajoittaa omahoitointiventioita, mutta hyväkuntoisten iäkkäiden hoidossa on perusteltua hyödyntää ja tukea olemassa olevia voimavaroja.

Monilääkityksen riskeistä huolimatta lääkekearsintaan (deprescribing) tähtäävät interventiot eivät näytä olevan hyödyllisiä. Vaikka lääkemäärä pienentyy ja iäkkäiden hoidossa vältettävien lääkkeiden käyttö vähenee, terveydentila ei parane tai hoidon tarve vähene (34). Lääkemäärää tärkeämpää on lääkityksen turvallisuus ja tarkoituksenmukaisuus senhetkessä tilanteessa. Lääkehoidon kokonaisarvio (medication review) ja lääkitysarvion kytkeminen osaksi muita interventioita näyttää vaikuttavammalta lähestymistavalta kuin lääkekearsinta (35). Tiettyjen lääkehoitojen, kuten statiinien,

TIETOLAATIKKO. Keskeisiä käsitteitä.

Monisairastavuudella viitataan yleensä tilanteeseen, jossa henkilöllä on vähintään kaksi pitkäaikaista sairautta, vammaa tai toiminnanvajausta (1,2).

Ikääntyneellä tarkoitetaan tyypillisesti 65-vuotiaita ja sitä vanhempia, jotka ovat kuitenkin iältään, terveydentilaltaan ja elinajan odotteeltaan hyvin heterogeenisen ihmisjoukko. Osalla elinajan odote on kymmeniä vuosia.

Läkäs viittaa vanhoihin henkilöihin (80 vuotta tai enemmän), joiden vanhenemismuutosten voidaan odottaa edenneen niin pitkälle, että ne voivat vaikuttaa hoitoon, ja elinajan odote on jo rajallinen. Kyseessä on heterogeeninen ihmisryhmä, josta vain osa on vanhuksia.

Vanhus tarkoittaa vanhaa ihmistä, jolla ikä ja sairaudet näkyvät avuntarpeena ja heikentyneenä toimintakykynä ja jolla vanhuusikäen tyypillisesti liitettävät ongelmat (geriatriset oireyhtymät), kuten muistivaikkeudet ja gerastenia, ovat yleisiä. Vanhukset ovat ikäihmisten palveluiden (kotihoido, omaishoido, ympärivuorokautinen hoiva) piirissä tai tulossa palveluiden piiriin. Tämä elämänvaihe käsittää tyypillisesti viimeiset 5–8 elinvuotta riippumatta kalenteristä.

Gerastenia (frailty, aiemmin hauraus-raihnausoireyhtymä) (11) on taustaltaan monitekijäinen. Siinä elimistön reservikapasiteetti ja kompensaatiokyky ovat heikentyneet siten, että potilas on altis toimintakyvyn heikentymiselle ja erilaisille haittatapahtumille stressitekijöiden (esim. sairaus, toimenpide) seurauksena. Tyypippiirteitä ovat uupumus, tahaton painon väheneminen, hitaus, heikkous ja vähäinen fyysinen aktiivisuus. Monisairastavuus altistaa gerastenialle, ja monisairailla gerastenia voi ilmetä jo ennen vanhuusikää. Ainakin alkuvaiheessa gerastenia on palautuva tila, ja myöhemminkin potilaan reservejä voidaan parantaa ravitsemuksen tehostamisella ja kuntoutuksella.

Geriatriset oireyhtymät ovat iäkkäillä yleisiä taustaltaan monitekijäisiä klinisiä oireyhtymiä. Vaikka klininen ilmiö on samanlainen, eri potilailla tai samalla potilaalla eri aikoina oireyhtymän taustalla olevat tekijät voivat vaihdella. Taustatekijöitä voivat olla mm. vanhenemismuutokset, sairaudet, oireet ja lääkehaitat. Geriatriset oireyhtymät kytkeytyvät usein toisiinsa ja altistavat toimintakyvyn heikentymiselle. Monisairailla yleisiä geriatrisia oireyhtymiä ja tiloja ovat gerastenia, sarkopenia, vajaaravitseminen, muistivaikkeudet ja kaatuilu.

Laaja-alainen geriatrinen arviointi (comprehensive geriatric assessment, CGA) tarkoittaa ikääntyneen potilaan terveydentilan ja toimintakyvyn ja niihin vaikuttavien tekijöiden systemaattista kartoittamista, jossa huomioidaan myös sosiaaliset ja ympäristöön liittyvät tekijät, piilevät sairaudet ja oireet sekä potilaan voimavarat. Arvion perusteella laaditaan yksilöllinen hoito- ja kuntoutussuunnitelma. CGA:n sisältö vaihtelee käytettävissä olevien resurssien ja klinisen tilanteen mukaan, mutta tavallisesti se tehdään moniammatillisesti.

karsimiseen liittyvät tutkimukset keskittyvät elämän viimeisiin vuosiin (jolloin purku sinälään voi olla mielekästä ja turvallista), ja suuri osa näistä tutkimuksista on heikkolaatuisia.

lökkään monisairaana potilaan arviointi

lökkään monisairaana hoidon lähtökohtana on riittävän laaja-alainen kokonaistilanteen kartoitus, sillä ilman sitä tarkoituksenmukaisten hoitotavoitteiden ja hoidon toteuttamistapojen valinta ei ole mahdollista. Vaikka keskeisimmät osa-alueet ovat arvioitavissa nopeasti yksittäisenkin potilaskontaktin yhteydessä (36), parhaiten kokonaiskuva muodostuu, kun potilasta on mahdollista seurata ja arviota laajentaa kulloisenkin tarpeen mukaan. Arviota ei tarvitse aloittaa tyhjästä, sillä iäkkäistä monisairaista on jo valmiiksi paljon tietoa potilasasiakirjoissa. Kotihoidon ja ympärivuorokautisen hoivan asiakkaiden RAI-arvioinnit (resident assessment instrument) antavat kattavan kuvan potilaan tilanteesta (37).

TAULUKOSSA 3 esitetään iäkkään monisairaana potilaan arvioinnin osa-alueet. Sairauksien ja ajankohtaisten oireiden ohella tärkeimmät osa-alueet ovat toimintakyky ja gerastenia, sillä ne määrittävät hoidon suunnittelua ja tavoitteita sekä kytkeytyvät muihin terveysongelmiin: toiminnanvajeet ja gerastenia ohjaavat etsimään muita geriatrisia oireyhtymiä (**TIETOLAATIKKO** ja **KUVA**). Vastaavasti geriatristen oireyhtymien todennäköisyys on pieni, jos toimintakyky on hyvä.

Väestössä kuudesosalla monisairaista on gerastenia, ja osuus suurenee iän myötä, mikä tekee gerastenian arvioimisesta klinisen työn ohessa perusteltua (1,2,11,38). Sarkopenian, ravitsemustilan ja kaatumisvaaran arviointi on aiheellista varsinkin, jos potilaalla todetaan gerastenia (12–14). Lisäksi on syytä kiinnittää huomiota masennusoireisiin (1,2) ja muistaa, että iäkkäiden mielialaoireet voivat olla vähäisiä ja heidän masennuksensa saattaa näyttäytyä erilaisina somaattisina oireina. Lääkityksissä tulee huomioida lääkehaitat, farmakokineettiset ja -dynaamiset yhteisvaikutukset, iäkkäillä vältettävät lääkkeet sekä lääkkeiden ja annos-

ten sopivuus potilaan munuaisten toiminnan kannalta (21,39). Tarvittaessa ja myöhemmillä käynneillä arviota laajennetaan CGA:n suuntaan. Keskeinen pyrkimys on löytää asioita, joihin vaikuttamalla voidaan parantaa potilaan toimintakykyä ja elämänlaatua.

Hoidon tavoitteet

Iäkkään monisairaahan potilaan hoidon kokonaistavoitteina ovat elämänlaadun ja toimintakyvyn parantaminen, ylläpitäminen tai heikentymisen hidastaminen sekä hoidon haittojen minimointi (27). Keskeinen kysymys on, miten suunniteltu hoito (mukaan lukien hoitotavoitteet) tekee potilaan loppuelämästä parempaa. Hyötyjä ja haittoja tasapainotettaessa tulisi keskittyä potilaalle merkittäviin päätetapahtumiin, ei pelkkiin mittaustuloksiin tai laskennallisen riskin muutoksiin.

Hoitotavoitteita määrittävät erityisesti potilaan toimintakyky ja elinajan odote. Ollakseen mielekästä potilaan on ehdittävä hyötyä hoidosta elinaikanaan (25,27). Tutkimustieto hyödyn saavuttamiseen kuluvasta ajasta on kuitenkin niukkaa, ja aikaan vaikuttavat potilaan muut sairaudet ja päätetapahtumien riski. Mitä suurempi riski on (esimerkiksi aivoverenkiertohäiriöt eteisvärinäpotilaalla), sitä nopeammin hyöty voi olla saavutettavissa. Iäkkäällä potilaalla voikin olla enemmän voitettavaa kuin nuoremmalla (40). Toisaalta muut sairaudet voivat laimentaa hoidon hyötyä.

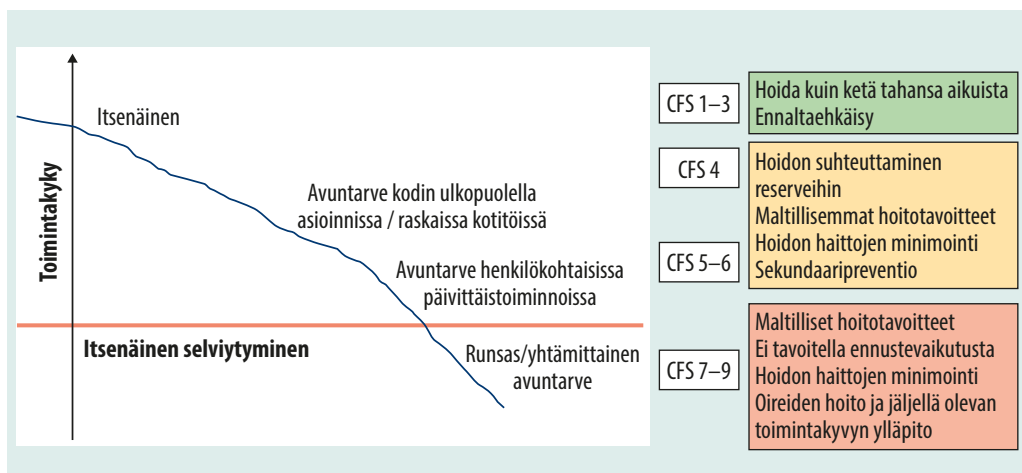
KUVA esittää toimintakyvyn vaikutuksen hoitolinjoihin. Hyväkuntoisten monisairaiden, joiden elinajan odote voi olla 15–20 vuotta, sairauksien ehkäisy on edelleen perusteltua (25). Vaikka toimintakyky olisi heikentynyt, sairauksista aiheutuvan haitan ja hoidon tarpeen vähentäminen on merkityksellistä sekä potilaan että yhteiskunnan kannalta. Mitä huonompi toimintakyky ja lyhyempi elinajan odote on, sitä tärkeämpää on oire-, elämänlaatu- ja toimintakykyhyöty, ei elämän pidentäminen. Oireita lievittävät tai terveysongelmien vaikeutumista estävät toimenpiteet voivat olla perusteltuja elämän loppuvaiheessakin.

Gerastenian toteaminen auttaa suhteuttamaan hoidon tavoitteet ja keinot potilaalle tar-

TAULUKKO 3. Iäkkään monisairaahan potilaan arvioinnin keskeiset osa-alueet.

Arvioitavat tekijät	Huomioitavaa
Terveystilanta	
Sairaudet	Myös aiemmin diagnosoidut
Oireet	Erityisesti liikkumiskykyä uhkaavat
Munuaisten toiminta	Arvioitu glomerulusten suodatusnopeus (GFR)
Päihteiden käyttö	Alkoholinkäyttö, tupakointi
Kognitio	–
Mieliala	–
Gerastenia	Viite (11)
Ravitsemustila	Viite (13)
Kaatumisvaara	Viite (14)
Toimintakyky	
Liikkumiskyky	–
Selviytyminen päivittäistoiminnoissa	Henkilökohtaiset ja välineelliset päivittäistoiminnot (ADL- ja IADL-toiminnot)
Ulkopuolisen avun tarve	Kotihoito, läheiset
Käytössä olevat palvelut	Esim. ateriat- tai turvapalvelu
Apuvälineet	Liikkuminen, aistit
Sosiaalinen tilanne	
Asuinympäristö	Oma koti vai tuettu asuminen, asuuko yksin, vaatimukset toimintakyvylle (esim. portaat), turvallisuus
Sosiaaliset suhteet	Läheiset, omaishoito
Taloudellinen tilanne	Hoitotuki, muut etuudet
Lääkitys	
Käytössä oleva lääkeitys	Myös itsehoitovalmisteet ja luontaistuotteet
Lääkehoidon toteuttaminen	Lääkkeistä huolehtiminen (dosetti, annosjakelu), lääkkeenoton onnistuminen (pistettävät ja inhaloitavat lääkkeet, nielemisvaikeudet)
Rokotukset	–
Voimavarat	
Potilaan vahvuudet, kompensatiotekijät	–
Toimintakykyä tukevat tekijät	–
Hoidon tavoitteet	
Sairauskohtaiset tavoitteet	–
Potilaan tavoitteet, arvot ja preferenssit	–
Hoidonrajaukset	
Hoitotahto	–
Hoidonrajaukset	–

(I)ADL = (instrumental) activities of daily living



KUVA. Viitteellinen kuva toimintakyvyn vaikutuksesta hoitolinjoihin ja hoitotavoitteisiin. Clinical Frailty Scale (CFS) kuvaa potilaan toimintakykyä yhdeksänportaisella asteikolla (46). CFS-arvo vähintään 4 viittaa gerastien mahdollisuuteen, ja myös muut geriatriset oireyhtymät yleistyvät CFS-arvon suurentuessa. Itsenäisen selviytymisen raja viittaa siihen, että luokkiin 7–8 kuuluvat tarvitsevat toisen ihmisen apua kaikissa päivittäistoiminnoissaan ja siten yleensä ympärivuorokautista pitkäaikaishoitoa. Luokkaan CFS 9 kuuluvat henkilöt, jotka elävät elämänsä viimeisiä kuukausia (esimerkiksi levinnyt, parantumaton syöpä), vaikka heidän toimintakykynsä saattaa vielä olla hyvä. Clinical Frailty Scalen suomenkielinen versio on saatavilla osoitteessa https://cdn.dal.ca/content/dam/dalhousie/pdf/sites/gmr/CFS_V2_fi_WM.pdf

koituksen mukaisiksi, vaikka varsinaisia hoitosuosituksia siitä, miten gerastenia ohjaisi eri sairauksien hoitoa, on vielä niukasti (11). Suurin arvo tiedolla on suunniteltaessa kirurgista tai muuta raskasta hoitoa (11). Gerastenia vaikuttaa hoitolinjalavalintaan, mutta näiden potilaiden hoitojen sietoa voidaan parantaa tehostamalla ravitsemusta ja kuntoutuksella (prehabilitaatio). Fyysistä haavoittuvuutta kuvaavan gerastenian ohella rajalliset psyykkiset tai sosiaaliset voimavarat voivat olla peruste hoitotavoitteista tinkimiseen.

Tavoitteiden asettaminen ja hoitolinjalavalinta edellyttävät tietoa potilaan toiveista, tavoitteista ja preferensseistä (27). Tämä koskee erityisesti tilanteita, joissa joudutaan punnitsemaan eri sairauksien hoitotasapainoa, suunnitellaan raskaita hoitoja tai joissa haitat ilmenevät lyhyellä mutta hyödyt pitkällä aikavälillä. Lääkärin tehtävä on antaa potilaalle realistinen ja ymmärrettävä kuva eri vaihtoehdoista ja niiden seurauksista (mukaan lukien tutkimuksista ja hoidoista pidättäytymisen seuraukset), jotta potilas voi ottaa kantaa hoitoonsa. Iäkkäät monisairaat voivat suhtautua pidättäytyvästi tutkimuksiin ja hoitoihin pelkojensa tai itseensä kohdistuvan ageismin vuoksi (41). Tällöin riskinä on, että

sairaudet edetessään lisäävät kärsimystä ja hoidon tarvetta sekä johtavat päinvastaiseen tulokseen kuin oli tarkoitus. Lääkärin on siksi oltava valmis korjaamaan potilaan virhekkäisyyksiä. Keskustelussa auttaa asian kytkeminen potilaan omiin tavoitteisiin, mikä edellyttää lääkäriltä valmiuksia tarkastella tilannetta potilaslähtöisesti yksittäistä diagnoosia laajemmin (27).

Hoidon järjestäminen

Vaikka tutkimusnäyttö puuttuu, on ilmeistä, että iäkkäät monisairaat hyötyvät hoidon ja palveluiden kokonaissuunnitelmasta (1). Koska he asioivat väistämättä eri puolilla terveydenhuoltojärjestelmää pitkäaikaisten ja akuuttien sairauksien vuoksi, keskeisten tietojen tulisi olla kaikkien hoitoon osallistuvien käytettävissä, jotta kokonaisuus pysyy hallinnassa, eri tahojen toimet toteuttavat yhteisiä tavoitteita ja välttyään päällekkäiseltä työltä. Tietojen saavutettavuudessa ja välittymisessä hoitopaikkojen välillä on vielä kehittämistä.

Kun hoidettavia asioita ja hoitoon osallistuvia tahoja on paljon, on tärkeää, että on tiedossa, kuka koordinoi hoidon kokonaisuutta. Tämä henkilö voi olla potilas itsekin (ikäryh-

män terveimmät) tai hänen läheisensä, mutta toimintakyvyltään ja kognitioltaan heikentyneille paras ratkaisu on yleensä, että koordinaatiovastuu on omalääkärillä tai kotihoidon lääkäriellä. Tämä järjestely auttaa parantamaan hoidon jatkuvuutta ja suunnitelmallisuutta sekä vähentämään hoidon kuormittavuutta, esimerkiksi välttämällä päällekkäisiä tutkimuksia.

Kokonaisuuden hallinta vie aikaa, eikä monisairaana iäkkään asioiden hoitaminen menestyksellisesti onnistu vain toimistotyöajalla tai kotihoidon konsultaatioin. Hyvin tehty kokonaissuunnitelma ja ajantasaiset tiedot kokonaistilanteesta mahdollistavat sen, että potilaan tunteva lääkäri ottaa etäyhteyksin kantaa hoitoon tai akuutteihin terveydentilan muutoksiin. Tästä on hyviä kokemuksia kotihoidosta (42). Moniammatillinen tiimi voi tukea lääkäriä fyysisen suorituskyvyn tai lääkityksen arvioinnissa (20,21,43).

Hoidossa on hyväksyttävä, että kaikkea ei voida hoitaa kerralla. Arvioitaessa, mistä lähdetään liikkeelle, hyviä lähtökohtia ovat potilaan päällimmäinen tai ajankohtaisin terveyshuoli (esimerkiksi oire, kaatuminen) sekä liikkumisen ja toimintakykyä eniten rajoittavat oireet ja sairaudet.

Akuutin ongelman rinnalla ravitsemuksen ongelmat vaativat ripeää puuttumista, sillä ne voivat johtaa terveysongelmiin jo viikoissa tai estää hoitotavoitteisiin pääsyn (13). Vastaavasti on tarpeen tunnistaa kuntoutustarve ja ohjata potilas tarvittavien palveluiden piiriin (43). Ravitsemuksen tehostaminen ja lihasvoimaharjoittelu muodostavat myös gerastenian hoidon ytimen ja auttavat parantamaan potilaan reserviä, parhaassa tapauksessa korjaamaan gerastenian (44). Ravitsemus- ja liikuntainterventio on sisältävillä monitekijäisillä interventioilla on pystytty parantamaan elämänlaatua ja ehkäisemään toiminnanvajeita ja uusia sairauksia (45).

Lopuksi

Väestön ikääntyessä iäkkäiden monisairaiden määrä lisääntyy nopeasti (3). Heidän hoidon toteuttaminen vaikuttavalla ja tarkoituksenmukaisella tavalla tulee yhtä kriittisemmäksi sosiaali- ja terveydenhuoltojärjestelmän kes-

Ydinasiat

- » Iäkkään monisairaana hoidon tavoitteina ovat hyvä toimintakyky ja elämänlaatu sekä sairauksista ja niiden hoidosta koituvan haitan minimointi.
- » Tarkoituksenmukainen hoito edellyttää riittävää ymmärrystä potilaan kokonaistilanteesta.
- » Kliinikon on tarpeen osata soveltaa hoitosuosituksia yksilöllisesti – monesti tavoitteista tinkiminen on paikallaan.
- » Monitekijäisillä interventioilla on pystytty parantamaan monisairaiden iäkkäiden elämänlaatua, hidastamaan toimintakyvyn heikentymistä ja ehkäisemään sairauksia.

tävyyden kannalta. Haasteeseen vastaaminen edellyttää siirtymistä diagnosoikeskeisestä ajattelusta potilaan kokonaistilanteen huomioivaan lähestymistapaan ja yksilöllisempään hoidon suunnitteluun. Vaikka pitkäaikaissairauksia ei voida parantaa, niistä koituvaa haittaa voidaan monin keinoin vähentää. Paljon on tehtävissä vielä vanhalla iällä. Iäkkäiden monisairaiden potilaiden heterogeenisuuden vuoksi kattavaa tutkimusnäyttöä tai hoitosuosituksia ei ole eikä saadakaan. Lääkäri pääseekin hyödyntämään kliinistä osaamistaan ja soveltamaan tutkimustietoa kullekin potilaalleen parhaalla tavalla. ■

Artikkeli pohjautuu osin Palliatiivisen hoito -oppikirjan (Kustannus Oy Duodecim 2025) artikkeliin: Jämsen E, Taylerson P, Marjamäki E. Pitkäaikaissairauksien hoitoperiaatteet ja hoitotavoitteet kuolemaan johtavan sairauden yhteydessä.

ESA JÄMSEN, LT, geriatrian professori, ylilääkäri
Helsingin yliopisto, lääketieteellinen tiedekunta (Clinicum)
HUS, geriatrian linja

TEEMAN ERIKOISTOIMITTAJAT

Merja Laine ja Tuomas Koskela

SIDONNAISUUDET

Esa Jämsen: Luentopalkkio/asiantuntijapalkkio (Apollonia, Duodecim, Farmasian oppimiskeskus, Lab-ammattikorkeakoulu, Lundbeck, Lääkäriliitto, Nuorten Lääkärien Yhdistys, Suomen kuntoutuskouluttajat, Tampereen Lääkäriseura, Terveystalo), luottamustoimet (Fimea, Lääke 75+ -tietokannan asiantuntijatyöryhmän jäsen; Duodecim, koulutusvaliokunta), muut sidonnaisuudet (Annals of Medicine, geriatrian section editor)

KIRJALLISUUTTA

- Monisairas potilas. Käypä hoito -suositus. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen yleislääketieteen yhdistyksen asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim 2021 [viitattu 9.9.2025]. www.kaypahoito.fi.
- Skou ST, Mair FS, Fortin M, ym. Multimorbidity. *Nat Rev Dis Primers* 2022;8:48.
- Reinikainen J, Koskinen S, Zhou Z, ym. Monisairastavuus kuormittaa terveydenhuoltoa yhä enemmän – ennusteet vuoteen 2040 asti. *Suom Lääkäril* 2025;80:e43396.
- Nguyen H, Manolova G, Daskalopoulou C, ym. Prevalence of multimorbidity in community settings: a systematic review and meta-analysis of observational studies. *J Comorb* 2019;9:2235042X19870934.
- Franceschi C, Garagnani P, Parini P, ym. Inflammaging: a new immune-metabolic viewpoint for age-related diseases. *Nat Rev Endocrinol* 2018;14:576–90.
- Haapanen MJ, Vetrano DL, Mikkola TM, ym. Early growth, stress, and socioeconomic factors as predictors of the rate of multimorbidity accumulation across the life course: a longitudinal birth cohort study. *Lancet Healthy Longev* 2024;5:e6–65.
- Halonen P, Enroth L, Jämsen E, ym. Dementia and related comorbidities in the population aged 90 and over in the vitality 90+ study, Finland: patterns and trends from 2001 to 2018. *J Aging Health* 2023;35:370–82.
- Koponen P, Borodulin K, Lundqvist A, ym. Toim. Terveys, toimintakyky ja hyvinvointi Suomessa. *FinTerveys* 2017-tutkimus. Helsinki: Terveiden ja hyvinvoinnin laitos 2018.
- Roitto HM, Lindell E, Koskinen S, ym. Diagnostoitujen muistisairauksien ilmaantuvuus ja esiintyvyys Suomessa vuosina 2016–2021. *Duodecim* 2024;140:411–9.
- Snowden MB, Steinman LE, Bryant LL, ym. Dementia and co-occurring chronic conditions: a systematic literature review to identify what is known and where are the gaps in the evidence? *Int J Geriatr Psychiatry* 2017;32:357–71.
- Kim DH, Rockwood K. Frailty in older adults. *N Engl J Med* 2024;391:538–48.
- Strandberg T, Pitkälä K, Sipilä S. Sarkopenia – lihasmassan ja -voiman kato. *Suomen Lääkäril* 2021;76:267–72.
- Schwab U, Helminen H, Jyväkorpi S, ym. Ehkäise, tunnista ja hoida vanhuksen vajaaravitsemus. *Suom Lääkäril* 2022;77:e32301.
- Salonja M, Kivelä SK. Iäkään kaatuminen. *Duodecim* 2024;140:643–51.
- Inoue SK, Studenski S, Tinetti ME, ym. Geriatric syndromes: clinical, research, and policy implications of a core geriatric concept. *J Am Geriatr Soc* 2007;55:780–91.
- Strandberg TE, Lindström L, Jyväkorpi S, ym. Phenotypic frailty and multimorbidity are independent 18-year mortality risk indicators in older men: the Helsinki Businessmen Study (HBS). *Eur Geriatr Med* 2021;12:953–61.
- Huberty S, Freystätter G, Wiecezorek M, ym. Association between multimorbidity and rate of falls: a 3-year 5-country prospective study in generally healthy and active community-dwelling adults aged ≥70 years. *J Am Med Dir Assoc* 2023;24:804–10.
- Sánchez-Fidalgo S, Guzmán-Ramos MI, Galván-Banqueri M, ym. Prevalence of drug interactions in elderly patients with multimorbidity in primary care. *Int J Clin Pharm* 2017;39:343–53.
- Mangoni AA, Jackson SH. Age-related changes in pharmacokinetics and pharmacodynamics: basic principles and practical applications. *Br J Clin Pharmacol* 2004;57:6–14.
- Auvinen KJ, Räisänen J, Voutilainen A, ym. Interprofessional medication assessment has effects on the quality of medication among home care patients: randomized controlled intervention study. *J Am Med Dir Assoc* 2021;22:74–81.
- Vornanen M, Jämsen E, Toivo T. Farmaseutin toteuttama lääkityksen turvataarkastus iäkkäillä päivystyspotilailla. *Yleislääkäri* 2024;39:29–34.
- Laatikainen O, Sneck S, Bloigu R, ym. Hospitalizations due to adverse drug events in the elderly: a retrospective register study. *Front Pharmacol* 2016;7:358.
- Halonen P, Raitanen J, Jämsen E, ym. Chronic conditions and multimorbidity in population aged 90 years and over: associations with mortality and long-term care admission. *Age Ageing* 2019;48:564–70.
- Landi F, Lipero R, Russo A, ym. Disability, more than multimorbidity, was predictive of mortality among older persons aged 80 years and older. *J Clin Epidemiol* 2010;63:752–9.
- Lee SJ, Kim CM. Individualizing prevention for older adults. *J Am Geriatr Soc* 2018;66:229–34.
- Dharmarajan K, Han L, Gahbauer EA, ym. Disability and recovery after hospitalization for medical illness among community-living older persons: a prospective cohort study. *J Am Geriatr Soc* 2020;68:486–95.
- American Geriatrics Society Expert Panel on the Care of Older Adults with Multimorbidity. Patient-centered care for older adults with multiple chronic conditions: a stepwise approach from the American Geriatrics Society: American Geriatrics Society Expert Panel on the Care of Older Adults with Multimorbidity. *J Am Geriatr Soc* 2012;60:1957–68.
- Parikka L. Geriatrien potilaiden huomioiminen Käypä hoito -suosituksissa. (syventävien opintojen opinnäytetyö). Tampereen yliopisto 2023.
- Boyd C, Smith CD, Masoudi FA, ym. Decision making for older adults with multiple chronic conditions: executive summary for the American Geriatrics Society Guiding Principles on the Care of Older Adults With Multimorbidity. *J Am Geriatr Soc* 2019;67:665–73.
- Veronese N, Custodero C, Demurtas J, ym. Comprehensive geriatric assessment in older people: an umbrella review of health outcomes. *Age Ageing* 2022;51:afac104.
- Safriti ED, Ranakusuma RW, Siagian NKP, ym. The effectiveness of comprehensive geriatric assessment intervention for older people in outpatient setting: a systematic review / meta-analysis. *BMC Geriatr* 2025;25:418.
- Smith SM, Wallace E, O'Dowd T, ym. Interventions for improving outcomes in patients with multimorbidity in primary care and community settings. *Cochrane Datab Syst Rev* 2021;1:CD006560.
- Tinetti ME, Naik AD, Dindo L, ym. Association of patient priorities-aligned decision-making with patient outcomes and ambulatory health care burden among older adults with multiple chronic conditions: a nonrandomized clinical trial. *JAMA Intern Med* 2019;179:1688–97.
- Veronese N, Gallo U, Boccardi V, ym. Efficacy of deprescribing on health outcomes: An umbrella review of systematic reviews with meta-analysis of randomized controlled trials. *Ageing Res Rev* 2024;95:102237.
- Wang Q, Zhang J, Li K, ym. Effectiveness of different medication management measures in older patients with chronic diseases and polypharmacy: a systematic review and network meta-analysis. *Res Social Adm Pharm* 2025;21:753–64.
- Sanford AM, Morley JE, Berg-Weger M, ym. High prevalence of geriatric syndromes in older adults. *PLoS One* 2020;15:e0233857.
- Rönnekkö J, Finne-Soveri H, Mäkelä M, ym. Miten lääkäri hyötyy RAI-arvioinnista? *Suom Lääkäril* 2022;77:1429–32.
- Vetrano DL, Palmer K, Marengoni A, ym. Frailty and multimorbidity: a systematic review and meta-analysis. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci* 2019;74:659–66.
- Raivio M, Hartikainen S. Ikääntyneen optimoitu lääkehoito perusterveydenhuollossa. *Duodecim* 2020;136:1590–7.
- Chen LK. Beyond clinical practice guidelines: the risk-treatment paradox in frail older adults. *Arch Gerontol Geriatr* 2024;119:105369.
- Global report on ageism. Geneva: World Health Organization 2021. <https://iris.who.int/server/api/core/bitstreams/71ad96a0-d29a-4457-9d54-52029c24c76c/content>.
- Finne-Soveri H, Mäkelä M, Noro A, ym. Vanhusten hoidon kustannustehokkuutta ja laatua voidaan parantaa. *Suom Lääkäril* 2014;69:3467–73.
- Ikääntyneiden kuntoutus. Teoksessa: Valtakunnalliset lääkinnälliseen kuntoutukseen ohjaamisen perusteet 2022. Opa terveyden- ja sosiaalihuollon ammattilaisille ja kuntoutuksen parissa työskenteleville. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2022;17, s. 187–214. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö 2022. <https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/handle/10024/164488>.
- Dent E, Morley JE, Cruz-Jentoft AJ, ym. Physical frailty: ICFSR international clinical practice guidelines for identification and management. *J Nutr Health Aging* 2019;23:771–87.
- Lisko I, Kulmala J, Annetorp M, ym. How can dementia and disability be prevented in older adults: where are we today and where are we going? *J Intern Med* 2021;289:807–30.
- Rockwood K, Song X, MacKnight C, ym. A global clinical measure of fitness and frailty in elderly people. *CMAJ* 2005;173:489–95.