



SEINÄJOEN AMMATTIKORKEAKOULU
SEINÄJOKI UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

Kirsi Virkki

Ilman lääkkeitä minua ei enää olisi

Ikäntyneiden lääkehoitoon sitoutuminen ja siihen vaikuttavat tekijät

Opinnäytetyö
Kevät 2025
Geronomin tutkinto-ohjelma



SEINÄJOEN AMMATTIKORKEAKOULU

Opinnäytetyön tiivistelmä

Tutkinto-ohjelma: Geronomi (AMK)

Suuntautumisvaihtoehto:

Tekijä: Kirsi Virkki

Työn nimi alaotsikoineen: Ilman lääkkeitä minua ei enää olisi: ikääntyneiden lääkehoitoon sitoutuminen ja siihen vaikuttavat tekijät

Ohjaaja: Aino Asunmaa

Vuosi: 2025

Sivumäärä: 41

Liitteiden lukumäärä: 1

Opinnäytetyön tarkoituksena oli kuvata ikääntyneiden lääkehoitoon sitoutumiseen vaikuttavia tekijöitä ja etsiä keinoja lääkehoitoon sitoutumisen parantamiseen. Aihetta lähestyttiin tarkastelemalla aiheesta tehtyjä aiempia tutkimuksia ja kirjallisuutta sekä haastattelemalla 12 henkilöä, joiden ikä vaihteli 75 ja 94 ikävuoden välillä. Tavoitteena oli tuoda ikääntyneiden oma ääni kuuluviin tärkeänä osana turvallista lääkehoitoprosessia.

Opinnäytetyö on laadullinen eli kvalitatiivinen tutkimus. Kohderyhmänä olivat yli 75-vuotiaat apteekin asiakkaat, jotka käyttävät vähintään yhtä lääkärin määräämää lääkettä säännöllisesti. Haastattelut toteutettiin apteekin terveystieteessä tai kotikäynteinä. Haastateltaville tehtiin puolistrukturoitu haastattelu, jossa kaikille esitettiin samat kysymykset suunnilleen samassa järjestyksessä.

Tutkimustulosten mukaan ikääntyneiden lääkehoitoon sitoutumiseen vaikuttavat puuttuvat lääkityslistat, omalääkärin kaipuu ja sairaudet. E erityisen tärkeänä ikääntyneet kokivat luottamuksen hoitohenkilökuntaan ja sen mukanaan tuoman turvallisuuden tunteen. Tutkimustuloksissa näkyi myös ikääntyneiden oman osallisuuden merkitys osana turvallista lääkehoitoa.

Suurimmalla osalla haastateltavia oli monilääkitys eli heillä oli vähintään viisi eri lääkärin määräämää lääkettä käytössä päivittäin. Ikääntyneiden järkevän lääkehoidon toteuttaminen vaatii usein moniammatillista yhteistyötä, koska monilääkitys vaikeuttaa lääkkeiden haitta- ja yhteisvaikutusten, sekä epätarkoituksenmukaisen lääkkeiden käytön tunnistamista ja hallintaa.

Yhteenvetona on, että turvallinen ja luottamuksellisen hoitosuhde terveydenhuoltoon on tärkeä lääkehoitoon sitoutumiseen vaikuttava tekijä. Avoin keskustelu, ajan tasalla olevat lääkityslistat ja hoitavan tahon hyvä saavutettavuus luovat turvallisen lääkehoidon perustan. Lisäksi luotettavaa tietoa lääkkeistä täytyisi olla saatavilla sekä suullisesti, kirjallisesti, että verkossa.

SEINÄJOKI UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

¹ Asiasanat: lääkehoito, ikääntynyt, toimintakyky, sitoutuminen, moniammatillisuus

Thesis abstract

Degree programme: Bachelor of Social Services and Health Care, Applied Gerontology

Author: Kirsi Virkki

Title of thesis: "Without medication I would not be alive": The commitment of elderly people to medical care and the factors affecting it.

Supervisor: Aino Asunmaa

Year: 2025

Number of pages: 41

Number of appendices: 1

The aim of this thesis is to describe the factors affecting the commitment of elderly people to medical care and find ways to improve it. The subject was approached by examining previous studies and interviewing 12 people aged between 75 and 94 years. The aim is to make the elderly's own voice heard as an important part of the safe drug treatment process.

The thesis is a qualitative research. The target group was pharmacy customers over 75 years of age, who use at least one of the prescribed medicines on a regular basis. The interviews were semi-structured, so everyone was asked the same questions in the same order.

The research results show that elderly people's adherence to medication is affected by missing medication lists, a wish for their own doctor, and illnesses. The elderly felt significant to have confidence in the nursing staff. Involving the elderly in their own medication is also important.

Most of the interviewees had at least five different medicines on a daily basis. The implementation of pharmacotherapy for the elderly requires multi-professional cooperation because of the difficulty to identify and manage adverse drug reactions and drug interactions.

In conclusion, a safe and confidential relationship with healthcare is critical when it comes to adherence to medical care. Open discussion, updated medication lists and the good accessibility of the care provider lay the foundation for safe medication. Enough information for elderly people should be available on medicines orally, in writing and online.

¹ Keywords: medical care, functional capacity, elderly, commitment, multi-professional

SISÄLTÖ

Opinnäytetyön tiivistelmä	2
Thesis abstract	3
SISÄLTÖ	4
Käytetyt termit ja lyhenteet.....	6
1 Johdanto	8
2 Tutkimuksen teoreettinen tausta.....	10
2.1 Ikääntyminen	10
2.2 Toimintakyky	11
2.3 Lääkehoidon turvallisuus	12
2.3.1 Lääketurvallisuus	12
2.3.2 Lääkitysturvallisuus.....	13
2.3.3 Lääkityslista	14
2.3.4 Lääkehoidon ohjausosaaminen	15
2.4 Lääkehoitoon sitoutuminen	16
2.5 Moniammatillisuus.....	17
3 Tutkimuksen toteuttaminen	19
3.1 Tutkimuskysymykset	19
3.2 Yhteistyökumppani ja kohderyhmä.....	19
3.3 Tutkimusaineiston kerääminen.....	19
3.4 Tutkimuksen aikataulu.....	20
3.5 Aineiston analysointi.....	21
3.6 Tutkimuksen eettiset näkökulmat ja luotettavuus	22
4 Tutkimustulokset	24
4.1 Moninaiset lääkiyslistat.....	24
4.2 Omalääkärin kaipuu	25
4.3 Vakava sairaus sitouttaa lääkehoitoon	26
4.4 Monilääkityksen haasteet.....	27
4.5 Lääkehaitat.....	29
4.6 Apuvälineiden tarve.....	29

4.7	Lääkehoidon kustannukset.....	31
4.8	Osallistaminen omaan lääkehoitoon.....	31
5	Johtopäätökset.....	33
6	Pohdinta.....	35
	LÄHTEET	37

Käytetyt termit ja lyhenteet

Gerasteria Aiempi nimitys hauraus-raihnaus-oireyhtymä, jolle on tyypillistä fyysisen toimintakyvyn heikentyminen, mutta ei kuitenkaan vielä toiminnanvaja

Hoitomyöntyvyys Potilas tekee kuuliaisesti, mitä lääkäri määrää. Nykyään korostetaan potilaan osallisuutta omaan hoitoonsa ja puhutaan hoitoon sitoutumisesta.

Ikääntynyt Yli 75-vuotias mies tai nainen

LHA **Lääkehoidon arviointi**

LHKA **Lääkehoidon kokonaisarviointi.** Moniammatillisessa tiimissä, johon kuuluvat lääkärin ja hoitajan lisäksi farmaseutti tai proviisori ja lääkkeen käyttäjä itse, tehtävä lääkityksen arviointi henkilölle, jolla on useita lääkkeitä käytössä (Kivelä, 2012, s.103).

Lääke Valmiste tai aine, jonka tarkoituksena on sisäisesti tai ulkoisesti käytettynä parantaa, lievittää tai ehkäistä sairautta tai sen oireita ihmisessä; lääkkeeksi katsotaan myös ihmisen terveydentilan tai sairauden syyn selvittämiseksi tai elintoimintojen palauttamiseksi, korjaamiseksi tai muuttamiseksi käytettävä valmiste tai aine (Läkelaki 395/1987, Sosiaali- ja terveysministeriön asetus lääkkeiden määräämisestä 1088/2010).

Lääkityspoikkeama Lääkityspoikkeamalla tarkoitetaan tapahtumaa, joka voi aiheuttaa tai johtaa epätarkoituksenmukaiseen lääkkeen käyttöön tai potilaalle aiheutuvaan haittaan, kun lääkkeen käytöstä vastaa terveydenhuollon ammattihenkilö, potilas tai kuluttaja (Takala, 2019, s.2).

Monilääkitys Monilääkityksellä tarkoitetaan usean lääkkeen käyttöä samanaikaisesti. Rajana pidetään yleensä viittä lääkettä. Käytännössä termillä voidaan tarkoittaa myös tarpeetonta monilääkitystä eli tilannetta, jossa potilaalla on käytössään useampi lääke kuin on tarkoituksenmukaista. Monilääkitystilanne voi syntyä esimerkiksi silloin, kun lääkkeet ovat usean eri lääkärin määräämiä ja samoihin vaikeisiin tarkoitettuja.

Reseptipoikkeama Virhe, puute tai epäselvyys lääkereseptissä (Timonen ym., 2018, s.1)

Yhteisvaikutus eli interaktio Kahden tai useamman samanaikaisesti vaikuttavan tekijän (esimerkiksi lääkkeen tai muun vaaratekijän) vaikutus, joka poikkeaa samojen tekijöiden erillisten vaikutusten summasta.

1 Johdanto

Väestön nopea ikääntyminen haastaa tulevina vuosina julkisen terveydenhuollon kantokyvyn (Kari, H. ym., s.552). Valtava lisäys esimerkiksi lääkemääräysten lukumäärässä kohdistuu erityisesti yli 75-vuotiaisiin, jotka ovat usein monisairaita ja monilääkittyjä. Ikääntyneiden lääkehoidon hallinta on usein haastavaa ja aikaa vievää. Järkevän lääkehoidon mahdollistamiseksi tarvitaan moniammatillista yhteistyötä, koska monilääkitys vaikeuttaa lääkkeiden haitta- ja yhteisvaikutusten sekä epätarkoituksenmukaisen lääkkeiden käytön tunnistamista ja hallintaa erityisesti ikääntyneillä. Lääkehoidolla on tärkeä merkitys ikääntyneiden toimintakyvyn ja hyvinvoinnin ylläpitämisessä.

Lääkehaitat aiheuttavat viidesosan iäkkäiden päivystyskäynneistä sairaaloissa, mutta merkittävä osa niistä on mahdollista ennaltaehkäistä (Raivio & Hartikainen, 2020, s.1590). Perusterveydenhuollon tärkeä tehtävä on iäkkään lääkehoidon arviointi säännöllisesti vähintään kerran vuodessa. Optimoidun lääkehoidon pitäisi olla rationaalista eli oikea lääke annetaan oikeaan vaivaan. Lisäksi vanhenemismuutokset pitäisi aina huomioida. Ikääntyneen yksilölliset tarpeet ja elämäntilanne täytyisi ottaa huomioon lääkehoitoa toteutettaessa. Lääkärin tärkein kumppani optimoidun lääkehoidon toteuttamisessa on ikääntynyt itse läheisineen.

Hoitoon sitoutumattomuuden ja muiden lääkehoitoon liittyvien ongelmien syvimpien syiden tunnistaminen on tärkeää onnistuneen lääkehoidon kannalta (Kari, H., 2022, s.31). Tärkeää on myös ihmiskeskeisten, potilaan osallisuutta lisäävien toimintamallien käyttö. Mielenkiintoni aiheen tutkimiseen lähti liikkeelle KYS-MEILAHTI tutkimuksesta, jossa todettiin, että päivystyksen asiakkaiden lääkelistat ovat vain hyvin harvoin ajan tasalla (Schepel, 2018, s.3). On tutkittu, että jopa kolmannes sairaalassa tapahtuvista lääkkeenmääräämispoikkeamista johduu puutteellisesta kotilääkelistan selvittämisestä (Schepel & Kuitunen, 2020, s.214). Tutkimusaiheen valintaan vaikutti myös pitkä työkokemukseni farmaseuttina apteekeissa. Olen huomannut ikääntyneillä monenlaisia erilaisia haasteita lääkehoidossa. Apteekki on matalan kynnyksen kohtaamispaikka, jonne ikääntyneiden on helppo tulla kysymään neuvoa lääkehoidon ongelmatilanteissa. Apteekeissa tehdään paljon yhteistyötä puhelimitse lääkäreiden ja muun hoitohenkilökunnan kanssa lääkkeiden yhteisvaikutusten, reseptipoikkeamien ja muiden lääkitys- ja reseptiongelmien selvittämiseksi.

Lääkehoitoon sitoutumista on tutkittu jonkin verran. Tutkimusnäkökulma on niissä yleensä lääketieteellinen tai farmaseuttinen. Sen sijaan potilaiden näkemyksiä omasta

osallisuudesta lääkehoitoprosessissa on tutkittu vain vähän. (Fimea, 12.12.2024, s.8). Tämän tutkimuksen tarkoitus oli selvittää, miten ikääntyneet heille määrättyjä lääkkeitä käyttävät, kuinka hyvin he kykenevät ymmärtämään saamiaan ohjeita, ja minkälaisia syitä mahdollisiin lääkemääräyksistä poikkeamisiin liittyy. Tavoitteena oli saada ikääntyneiden oma ääni näkyviin osana turvallista lääkehoitoprosessia ja löytää keinoja lääkehoitoon sitoutumisen parantamiseen. Samalla edesautettiin tutkimukseen osallistuvien henkilöiden omaa lääkehoitoon sitoutumista. Tutkimus toi esiin myös moniammatillisen yhteistyön merkityksen lääkehoidon arvioinnissa ja hoitoon sitoutumisessa. Tutkimus toi näkyviin myös lääkehoidon merkityksen ikääntyneiden psyykkisen, fyysisen ja sosiaalisen toimintakyvyn tukemisessa.

2 Tutkimuksen teoreettinen tausta

2.1 Ikääntyminen

Ikääntyneet ovat erittäin heterogeeninen ryhmä, mutta useimmiten ikääntyessä terveys ja toimintakyky heikkenevät. Se voi vaikuttaa haitallisesti myös hyvinvointiin (Jyväkorpi ym., 2020, s.339–341). Iän myötä liikkuminen vaikeutuu, kaatumisriski lisääntyy, avuntarve lisääntyy ja usein myös sosiaaliset suhteet vähenevät. Ikääntyvässä väestössä yksinäisyys on yhä tärkeämpi terveyttä ja toimintakykyä uhkaava tekijä. Ikä ei ole este preventiiviselle lääkehoidolle, mutta kokonaistilanteen huomioiminen on erittäin tärkeää ennen lääkehoidon aloitusta.

Usein ikääntyneet kuvaavat toimintakykyyn liittyviä vaikeuksia tasapainon hallinnan heikkenemisenä kävellessä ja päivittäisissä toiminnoissa (Edgren ym., 2022, s. 263). Tasapainon sujuva hallinta edellyttää useiden kehon säätelyjärjestelmien yhteistyötä, jota vanhenemismuutokset ja iän myötä yleistyvät sairaudet voivat vaikeuttaa. Myös näkökyvyssä tapahtuvat vanhenemismuutokset vaikeuttavat tasapainon hallintaa. Lisäksi lihasvoiman heikentyminen ja lihasten voimantuottonopeuden aleneminen sekä nivelten liikkuvuuden rajoittuminen heikentävät tasapainon hallintaa (mts. 264). Keskushermoston rakenteiden muuttuminen, kuten valkoisen aineen väheneminen, aivoatrofia, kognitiivisten toimintojen muutokset ja säätelyn hidastuminen voivat myös vaikeuttaa tasapainon hallintaa (mts. 265). Monilla sairauksien hoitoon käytettävillä lääkkeillä on haittavaikutuksia, jotka vaikeuttavat tasapainon ylläpitoa ja aiheuttavat esimerkiksi huimausta.

Ikääntyessä menetetään solukkoa kaikista kudoksista, jolloin kehon paino laskee (Niskanen, 2013, s.6). Lihaskudosta menetetään rasvakudoksen säilyessä, joten rasvaliukoisten lääkkeiden puoliintumisaika pitenee. Maksan koko pienenee, ja verenvirtaus heikkenee, eli maksan kyky hajottaa lääkeaineita vähenee. Munuaisten kyky erittää kuona-aineita ja poistaa lääkeaineita heikkenee huomattavasti iän lisääntyessä. Erityskyky on 75-vuotiaalla heikentynyt noin puoleen siitä, mitä se on nuorella (Kivelä, 2018, s.100). Se on ikään kuin normaalia vanhenevista, mutta sen takia monet lääkkeet poistuvat ikääntyneiden elimistöstä hitaasti. Tällöin lääkeannosten täytyy olla pienempiä kuin nuoremmalla, ja lääkkeen vaikutusten ja haittavaikutusten seurantaan on kiinnitettävä erityistä huomiota.

Varsinaisten sairauksien lisäksi iäkkäille tyypillisiä ovat erilaiset geriatriset oireyhtymät (Strandberg ym., 2024, s.3). Niillä tarkoitetaan useista syistä johtuvia tiloja, jotka eivät asetu sairausdiagnoosiin. Tällaisia ovat esimerkiksi pidätyskyvyttömyys, kaatumistaipumus, krooninen kipu ja gerastenia. Se on geriatrinen oireyhtymä, jolle on tyypillistä uupumus, hitaus, heikkous, painon väheneminen tahattomasti ja fyysinen inaktiivisuus. Sitä ilmenee 10–12 prosentilla yli 70-vuotiaista. Esiintyvyys kasvaa mitä vanhempiin ikäluokkiin mennään. Gerasteniassa ikääntyneen fysiologiset reservit ovat pienentyneet ja stressinsietokyky heikentynyt, jolloin tavallinen flunssa tai virtsatieinfektio voivat nopeasti romahduttaa terveyden. Ikääntymiseen liittyy myös kognitiivisten toimintojen heikkenemistä. Osalla ikääntyneistä muutokset liittyvät eteneviin muistisairauksiin. Ihmisten eläessä yhä pidempään muistisairauksia sairastavien lukumäärä kasvaa voimakkaasti (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (THL), 7.3.2024). Uusia muistisairauksia diagnosoidaan Suomessa joka vuosi noin 23000 henkilöllä.

2.2 Toimintakyky

Toimintakyky tarkoittaa suoriutumista itselle tärkeistä tehtävistä sujuvasti ja turvallisesti (Rantanen, 2022, s.104). Se muuttuu iän mukana niin, että nuoruudessa toimintakyky paranee, keski-ikässä se pysyy hyvällä tasolla pitkään ja vanhuudessa se alkaa taas heiketä. Toimintakyvyn arviointi on hyödyllistä, koska sen avulla pystytään ennustamaan terveydentilan ja toimintakyvyn kehitystä jatkossa, kykyä suoriutua itsenäisesti esimerkiksi sairaalahoitojakson jälkeen, avuntarvetta, kuntoutumista ja elämänlaatua.

Toimintakyky voidaan nähdä laaja-alaisena käsitteenä, jossa ihmisen fyysisen, psyykkisen, sosiaalisen ja kognitiivisen toimintakyvyn näkökulmat ovat jatkuvassa vuorovaikutuksessa toisiinsa sekä ympäristön eri ulottuvuuksiin (Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskus (STM), 2024, s.26–27). Erilaisilla suosituksilla ohjataan ikääntyneitä omaehtoiseen hyvinvoinnin ja toimintakyvyn ylläpitämiseen. Palveluita tuottaville toimijoille nämä suositukset ovat merkittävä tuki toiminnan kehittämisessä ja uudistamisessa. Ihmiselle toimintakyky luo perustan elää omannäköistä elämää ja selviytyä jokapäiväisistä elämän toiminnoista mahdollisimman pitkään. Ennakoivilla ja ennaltaehkäisevillä palveluilla pyritään ikääntyneiden aktiivisten, toimintakykyisten elinvuosien määrän lisäämiseen, ja keskimääräisen intensiivisen hoidon edellyttävän ajan lyhenemiseen.

Ikääntymisen ja sairauksien kasaantumisen myötä elimistön fysiologiset reservit vähenevät ja toimintakyky heikkenee siten, että pienetkin akuutit ongelmat tai elinolosuhteiden muutokset voivat laukaista äkillisen sairaalahoidon tarpeen (Wuorela & Viikari, 2019, s.1–3). Hauraat ja gerasteeniset ikääntyneet päätyvät usein päivystysvastaanotoille ja sairaalaan kaatumisten, sekavuuden tai etiologialtaan epäselväksi jääneiden toimintakyvyn heikkenemisjaksojen takia. Toimintakyky on voinut romahtaa esimerkiksi akuutin sairauden tai haitallisen lääkityksen myötä äkillisesti tai muutaman päivän kuluessa. Yleistila saattaa heikentyä myös perussairauksien vuoksi hitaasti kuukausien kuluessa ilman mitään varsinaista lääketieteellisesti hoidettavaa ongelmaa. Siksi olisi aina tärkeää selvittää perimmäinen syy, miksi ikääntynyt on hakeutunut päivystysvastaanotolle. Toimintakyvyn arviointi aloitetaan selvittämällä ikääntyneen perussairaudet, niiden hoitotasapaino, mahdolliset komplikaatiot ja lääkehoito.

2.3 Lääkehoidon turvallisuus

Lääkehoidon turvallisuus koostuu lääketurvallisuudesta ja lääkitysturvallisuudesta. Lääkehoitopäätöksiä saattavat tehdä samalla henkilölle useat eri lääkärit sekä julkisessa, että yksityisessä terveydenhuollossa (Laukkanen & Ruokonieni, 2021, s.19). Jokaisen henkilön lääkehoidon toteuttamisessa tulisi olla selvää, kuka vastaa hänen lääkehoitonsa kokonaisuudesta sillä hetkellä. Jos henkilö on ikääntynyt tai hänellä on monilääkitys, hänellä on korostunut riski saada lääkkeestä haittavaikutuksia. Lääkehoidon turvalliseen toteuttamiseen voi liittyä myös muita haasteita, kuten nielemisvaikeuksia.

2.3.1 Lääketurvallisuus

Myyntilupamenettelyn avulla arvioidaan lääkkeen tehoa ja turvallisuutta (Schepel & Kuitunen, 2020, s. 213). Lääketurvallisuus koostuu lääkeaineen farmakologisista ominaisuuksista ja vaikutuksesta, lääkevalmisteen merkinnöistä ja informaatiosta, kuten potilasohjeesta, joka toimitetaan potilaalle jokaisen lääkevalmisteen mukana. Kliiniset lääketutkimukset on kohdistettu yleensä nuorempiin, eikä lääkkeiden vaikutuksia erittäin vanhoilla henkilöillä tunneta kovin hyvin. Vain harvoja lääkkeitä on tutkittu iäkkäiden tai monisairaiden hoidossa (Dimitrov ym., 2013, s.1159). Lääkehoidon toteuttamista varten on kuitenkin laadittu erilaisia asiantuntijasuosituksia.

2.3.2 Lääkitysturvallisuus

Lääkitysturvallisuus liittyy siihen, miten lääkettä käytetään. Se kattaa terveydenhuollon yksiköiden ja organisaation periaatteet ja toiminnot, joiden tarkoitus on varmistaa lääkehoidon turvallisuus ja estää potilaan vahingoittuminen (Schepel & Kuitunen, 2020, s.213). Lääkehoidon turvallisuutta on mahdollista ja tärkeää kehittää kaikissa ympäristöissä, joissa lääkehoitoa toteutetaan (Laukkanen & Ruokoniemi, 2021, s.9). Lääkitysturvallisuuden vaarantuminen voi aiheuttaa vakavia, jopa kuolemaan johtavia haittoja sekä lisätä terveydenhuollon kustannuksia (Assiri ym., 2018, s.1). Tyypillisimpiä lääkehaittoja ikääntyneillä ovat kaatumiset ja niistä johtuvat murtumat.

Lääkkeisiin liittyviä haittatapahtumia esiintyy yleisesti sekä avohoidon potilailla että sairaalassa (Laatikainen, 2020, s.6). Jopa neljäsosa ikääntyneiden potilaiden erikoissairaanhoidon päivystyskäynneistä on lääkehaitan aiheuttamia. Yleisyydestään huolimatta lääkkeisiin liittyvät haittatapahtumat on huonosti tunnistettu ja aliraportoitu ongelma terveydenhuollon yksiköissä. Terveydenhuollossa tulisi kehittää tehokkaampia menetelmiä lääkehaittojen parempaan tunnistamiseen ja nykyisten aineistojen parempaan hyödyntämiseen. Lievemmilläkin haittatapahtumilla on usein keskeinen merkitys potilaan elämänlaatuun ja lääkehoidon onnistumiseen, koska haittatapahtumat ruokkivat hoitomyöntyvyyden laskua potilaiden keskuudessa (Keers ym., 2013, s.237). Organisaatiotasolla lääkityspoikkeamien raportoinnilla on keskeinen merkitys lääkitysturvallisuuden kehittämistyössä (Laatikainen, 2020, s.5).

Fimea on tuottanut terveydenhuollon ammattilaisten työn tueksi työkaluja, joilla voidaan varmistaa lääkitysturvallisuus (Paulamäki ym., 7.5.2024, s.1). Yksi tällainen työkalu on Lääke75+ -tietokanta. Lääke75+ arvioi lääkeaineiden soveltuvuutta ikääntyneillä ja ohjaa huomioimaan ikääntymiseen liittyvät muutokset lääkkeen valinnassa. Lääke75+ -tietokantaa päivitetään jatkuvasti, ja se pyrkii tukemaan 75 vuotta täyttäneiden lääkehoitoa koskevaa kliinistä päätöksentekoa ja parantamaan lääketurvallisuutta. Lääkeaineet on jaoteltu A-, B-, C-, ja D-luokkiin, mikä kuvaa lääkeaineen soveltuvuutta ikääntyneille. D-luokkaan kuuluvia lääkkeitä kehoitetaan välttämään ikääntyneillä, koska haittavaikutusriski ylittää tavallisesti saatavan hyödyn. Fimean (7.6.2024) koostaman seurantatiedon mukaan vuosien 2020–2023 välisenä aikana näitä lääkkeitä on kuitenkin käyttänyt kolmasosa 75 vuotta täyttäneistä vuosittain.

Kansallinen riskilääkeluokitus listaa suuren riskin lääkkeitä (high-risk medicines), jotka eivät välttämättä aiheuta enempää vaaratilanteita kuin muutkaan lääkkeet, mutta virheet lääkkeiden käytössä tai annostelussa voivat olla erittäin vakavia potilaalle (Paulamäki ym., 7.5.2024, s.1). Riskilääkeluokituksesta löytyy keskeisimmät lääkkeeseen ja lääkehoitoprosessiin liittyvät riskikohdat. Joukossa on hyvinkin yleisiä ja ilman reseptiäkin saatavia lääkkeitä, kuten parasetamoli ja kaliumkloridi. Hoitohenkilökunnan on tärkeä tiedostaa hyvin tällaiset riskilääkkeet ja kiinnittää erityistä huomiota niiden käytön ohjeistamiseen. Osaamisen suunnitelmallinen varmistaminen ja jatkuva oppiminen ovat avaimia lääkitysturvallisuuden parantamiseen.

Kivelän (2012, s.99) mukaan lääkehoitojen turvallisuutta lisäävät lääkkeen käytön perustelu tarkasti, sopiva lääkeannos ja lääkkeen vaikutuksen ja haittavaikutusten seuranta tarkasti. Turvallisuutta lisäävät myös yhteisvaikutusten poissulkeminen monilääkityksessä, oikean pituinen lääkkeen käyttöaika, oikea-aikainen käytön lopetus ja ohjeiden mukainen lääkkeiden säilytys. Oikea-aikainen lääkkeen otto ja ohjeiden noudattaminen sekä hyvä ravitsemustila ja nestetasapaino lisäävät myös lääkehoitojen turvallisuutta. Viimeisenä Kivelä muistuttaa lääkkeettömien hoitojen tärkeydestä lääkehoidon rinnalla. Edellä mainitussa listassa on monta kohtaa, joissa on mahdollisuus epäonnistua niin, että lääkehoito vaarantuu.

Ikääntymismuutokset ja monilääkitys altistavat lääkehaitoille ja lääkeinteraktioille (McLean & Le Couteur, 2004, s.163). Pelkkä lääkemäärä ei ole ongelma, jos kokonaislääkitys on harkittu ja arvioitu moniammatillisesti niin, että mukana on lääkäri, hoitaja ja farmasian ammattilainen (Schepel & Kuitunen, 2020, s. 213). Hallittu monilääkitys, jossa arvioidaan sairauksien ja lääkkeiden kokonaisuutta ottaen huomioon haittojen ja hyötyjen tasapaino, edellyttää tarkkaa diagnostiikkaa ja huolellista lääkehoidon seurantaa (Aalto, 1.12.2023, s.1). Haasteena lääkehoidossa voi olla sekä alilääkitys, joka johtuu usein alidiagnosoinnista, että yllilääkitys, jolloin lääke on käytössä ilman tarkkaa käyttöaihetta tai haitat ovat hyötyjä suurempia. Olennaisinta on, että hoitoon osallistuvat terveydenhuollon ammattilaiset osaavat tunnistaa lääkitysongelmista kärsivät potilaat ja ohjata heidän lääkehoitonsa arviointiin (LHA) tai kokonaisarviointiin (LHKA).

2.3.3 Lääkityslista

THL ja Kela toteuttavat Reseptikeskukseen valtakunnallisen Kanta-lääkityslistan, josta tulee yhtenäinen ja yhteiskäyttöinen lista potilaan lääkityksestä (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos

(THL), 24.1.25). Se pohjautuu valtakunnallisiin tietojärjestelmäpalveluihin. Kaikki lääkitystieto tallentuu Reseptikeskukseen, johon lääkehoitoprosessiin kuuluvilla henkilöillä on pääsy. Tiedot päivittyvät aina, kun lääkäri määrää lääkettä tai lääkettä toimitetaan apteekissa. Turvallisen lääkehoidon toteuttamiseksi on oleellista, että ammattihenkilö voi luottaa lääkityslistan kuvastavan potilaan ajantasaista lääkitystä. Myös lääkkeen käyttäjälle tämä mahdollistaa paremman oman lääkityksen seurannan.

Ajantasaiseen lääkitystietoon kuuluvat kaikki käytössä olevat lääkärin määräämät lääkkeet, itsehoitolääkkeet, ravintolisät ja luontaistuotteet sekä tieto mahdollisista lääkeaineallergioista (Koskenkorva ym., 14.8.2024, s.1). Puutteet ajantasaisessa lääkitystiedossa muodostavat yhden suurimmista lääkitysturvallisuusriskeistä kaikissa toimintaympäristöissä, missä lääkettä toteutetaan. Haasteet tiedon siirtymisessä yksiköiltä toisille ovat globaaleja. On arvioitu, että ongelmat koskisivat jollakin tavalla lähes kaikkia potilaita. Yksi tärkeimmistä keinoista varmistaa ajantasainen lääkitystieto on potilaan mukana kulkeva lääkityslista, kun hän esimerkiksi siirtyy hoitavasta yksiköstä toiseen tai kotiutuu sairaalasta. Vain potilaalla on tieto siitä mitä lääkkeitä, luontaistuotteita ja ravintolisiä ja millä annoksella hän tosiasiallisesti käyttää.

Epäselvyyksiä voivat aiheuttaa esimerkiksi ohjeet ja muutokset, joita ei viedä syystä tai toisesta asiakas- tai potilastietojärjestelmään sekä Reseptikeskuksessa oleviin resepteihin. Aika usein apteekissa tulee vastaan asiakas, jolle on suullisesti neuvottu tuplaamaan verenpainelääkkeen annos verenpaine seurannan perusteella, mutta tietoa ei ole kirjattu sähköiseen reseptiin. Lisäksi vääriä tulkintoja voi tulla voimassa olevista resepteistä sellaisista lääkkeistä, joita ei ole tarkoitus käyttää. Samalle lääkkeelle voi olla voimassa oleva resepti esimerkiksi 10 mg, 20 mg ja 5 mg vahvuudelle. Riskit puutteellisista lääkitystiedoista on tiedostettu ja huomioitu kansallisessa lääkeinformaatiostrategiassa 2021–2026, jonka yhdeksi tavoitteeksi on määritelty pureutuminen tähän aiheeseen (Fimea, 24.10.2024).

2.3.4 Lääkehoidon ohjausosaaminen

Jokaisessa terveydenhuollon yksikössä, jossa lääkehoitoa toteutetaan, potilaan tai asukkaan lääkehoidon kokonaisuudesta vastaa yksikön vastuulääkäri (Aluehallintovirasto, 12.9.2023). Lääkehoitoa voivat toteuttaa lääkehoidon ja ammatillisen koulutuksen saaneet terveydenhuollon ammattihenkilöt yksikön lääkehoitosuunnitelman mukaisesti. Työnantajan on

huolehdittava, että jokaisessa työvuorossa on riittävästi terveydenhuollon ammattihenkilöitä niin, että lääkehoito toteutuu turvallisesti. Työnantaja määrittelee vaadittavan lääkehoidon teoriakoulutuksen sisällön ja laajuuden niin, että osaaminen vastaa yksikön lääkehoidon vaativuutta. Myös sosiaalihuollon ammattihenkilöt, kuten geronomit, joiden koulutukseen on kuulunut vähintään lähihoitajakoulutusta vastaavat lääkehoidon opinnot, voivat toteuttaa lääkehoitoa vastaavasti kuin lähihoitaja.

Läkehoidon turvallinen toteuttaminen edellyttää hyvää lääkehoidon osaamisperustaa (Sulo-saari, 2016, s.5). Koulutuksen tehtävänä on mahdollistaa tämän osaamisen kehittyminen. Läkehoidon osaamisen laajuus vaihtelee eri ammattikorkeakouluissa, mutta opetuksen sisältö on kuitenkin monipuolista. Geronomin kompetensseihin kuuluu ihmislähtöinen asiakastyöosaaminen, johon sisältyy esimerkiksi turvallisen lääkehoidon toteutumisen huomioiminen moniammatillisesti tuotetuissa palveluissa (Suomen Geronomiliitto, 2025). Geronomin on ymmärrettävä turvallisen lääkehoidon merkitys ikääntyneen toimintakykyyn, jotta hän pystyy toimimaan vuorovaikutuksessa hoitajien ja lääkäreiden kanssa. Hänen on osattava tarvittaessa myös ohjata työntekijöitä lääkehoidon toteuttamiseen turvallisesti.

Läkehoitoprosessissa on kehitettävää potilaan (mikrotaso), terveydenhuollon ammattihenkilöstön (mesotaso) ja toimintaympäristön (makrotaso) tasoilla (Mononen ym., 2019, s.1). Ongelmana voi olla lääkehoidon kokonaisuuden hallinta ja koordinointi, potilaiden lääkitystiedon puutteellinen siirtyminen hoitoyksiköiden välillä ja tiedon puute potilaalla käytössä olevista lääkkeistä. Kehitettävää on myös terveydenhuollon ammattilaisten lääkehoidon osaamisen varmistamisessa. Potilaan hoitoon sitoutumisen tukemisessa ja siihen liittyvässä neuvonnassa on myös kehittämisen varaa. Suurimmat haasteet on tunnistettu perusterveydenhuollossa, kotihoidossa ja palveluasumisen yksiköissä.

2.4 Lääkehoitoon sitoutuminen

Lääkkeitä on käytettävä oikein, että ne tehoaisivat. Se ei ole itsestäänselvyys. On arvioitu, että pitkäaikaissairauksia, kuten verenpainetauti, hyperkolesterolemiaa ja diabetesta sairastavista potilaista 4–31 % ei hae lääkkeitä ensimmäisellä lääkemääräyksellään, ja jos hakevat, niin vain 50–70 % heistä käyttää niitä säännöllisesti (Khan & Socha-Dietrich, 2018, s.5). Arviot vaihtelevat suuresti, mutta joka tapauksessa huono hoitoon sitoutuminen aiheuttaa lukuisia ennenaikaisia kuolemia, tarpeetonta elämänlaadun heikentymistä ja turhia kustannuksia.

Lääkehoitoon sitoutuminen tarkoittaa, että potilas toteuttaa lääkehoitonsa suunnitellulla tavalla ohjeita noudattaen (Huupponen & Strandberg, 2020, s.223–227). Hoitoon sitoutuminen tarkoittaa sitä, miten hyvin henkilö omaksuu ja noudattaa niin lääkehoitoa kuin muitakin tarpeelliseksi katsottuja toimenpiteitä, kuten ruokavalion tai elintapojen muutoksia. Suuri osa potilasta ei kuitenkaan toteuta pitkäkestoista lääkehoitoaan suunnitellulla tavalla. Puutteet sitoutumisessa johtavat saavutettavissa olevan terveyshyödyn menettämiseen ja lisäävät myös kustannuksia.

Hoitoon sitoutumiseen ikääntyneellä voivat vaikuttaa myös näkemisen ja kuulemisen vaikeudet, hoidon monimutkaisuus, muistivaikeudet sekä heikentynyt sorminäppäryys. Myös monilääkitys voi heikentää hoitoon sitoutumista (Aalto, U., 1.12.2023, s.1). On tutkittu, että vain noin puolet ikääntyneistä käyttää pitkäaikaissairauksiinsa määrättyjä lääkkeitä ohjeiden mukaisesti (Nieuwlaat ym., 2014, s.2). Ongelmat voivat ilmetä heti lääkehoitoa aloitettaessa, jos potilas ei koe lääkettä tarpeelliseksi tai lääkkeen hankkiminen on taloudellisesti tai muuten vaikeaa (Huupponen & Strandberg, 2020, s.225). Myös hoidon monimutkaisuus heikentää hoitoon sitoutumista. Huono hoitoon sitoutuminen voi olla potilaan tietoinen, hyötyjen ja haittojen punnitsemisen jälkeen tekemä päätös, tai passiivinen, olosuhteista johtuva ilmiö.

Viime kädessä lääkehoidon toteutuminen riippuu potilaan omasta päätöksestä (Huupponen & Strandberg, 2020, s.225). Keskeistä on yhteisymmärrys hoidon tarpeesta ja tavoitteista lääkkeen määräävän lääkärin ja potilaan välillä. Myös hoidon aikaisten ongelmatilanteiden selvittäminen on silloin helpompaa. Vaikka lääkärillä on lääkehoidoissa keskeinen rooli, muulla hoitohenkilökunnalla ja apteekilla on valtava mahdollisuus joko tukea tai heikentää ymmärrystä, joka lääkärin ja potilaan välille on syntynyt. Oleellista on, että kaikki puhuvat ikään kuin ”samaa kieltä”.

2.5 Moniammatillisuus

Viime vuosina sekä Suomessa että muualla on alettu puhua ihmiskeskeisestä hoidosta, johon sisältyy potilaan kohtaaminen ihmisenä, tarpeiden ja odotusten kartoittaminen, hoidosta sopiminen ja potilaan voimaannuttaminen ottamaan itse vastuuta omasta hoidostaan (Kari, 2022, s.5). Näin ollen lääkehoidossakin moniammatillisuuden keskiössä on lääkkeen käyttäjä itse. Terveystieteiden yhteistyöllä tarkoitetaan prosessia, jossa kaksi

tai useampia terveyden- ja/tai sosiaalihuollon ammattilaista käsittelee yhteistä ongelmaa (Kari, 2022, s.17). Yhteistyössä toimivat ammattilaiset ovat valmiit jakamaan tietämyksensä kunnioittaen toisten mielipiteitä potilaan parhaaksi. Yhteistyöhön kuuluu suunnitelmallisuus.

Moniammatillisuus voi vaihdella rinnakkain tekemisestä syvään yhteisymmärryksen muodostumiseen ja yhdessä tekemiseen yli ammatillisten rajojen (Kumpusalo-Vauhkonen ym., 2016, s.5). Esimerkkejä rinnakkain tekemisestä ovat potilaan lääkehoidon ongelmien tunnistaminen ja lääkityslistan ajantasaisuuden tarkistaminen. Moniammatillinen lääkehoidon kokonaisarviointi on esimerkki yhdessä tekemisestä.

Varsinkin monisairailta ja paljon lääkkeitä käyttävillä on useita eri yhteyksiä terveydenhuoltoon ja terveydenhuollon ammattilaisiin lääkehoitoon liittyen (Kari, 2022, s.31). Hoidon ja tiedonkulun jatkuvuuden on todettu parantavan hoitoon sitoutumista, hoitotuloksia, tyytyväisyyttä ja turvallisuuden tunnetta. Valitettavasti tutkimusten mukaan tiedonkulun jatkuvuus ei aina toteudu toivotulla tavalla, koska lääkityslistat eivät vastaa monisairaiden potilaiden todellista lääkitystä (Schepel, 2018, s.3). Moniammatillisessa yhteistyössä on kehitettävää. On tärkeää saada potilaat osallistettua lääkehoitonsa toteuttamiseen ja lääkityslistan päivittämiseen säännöllisesti. Karin (2022, s.5) kuvaamassa omahoitomallissa keskeistä ovat ikääntyneiden itsensä ja terveydenhuollon ammattilaisten yhdessä asettamat tavoitteet hoidolle. Terveydenhuollon ammattilaiset kokivat, että omahoitomalli lisäsi moniammatillista yhteistyötä sekä muilta terveydenhuollon ammattilaisilta oppimista.

Moniammatillinen lääkehoidon kokonaisarviointi (LHKA) vähentää ikääntyneiden lääkehoidon ongelmia (Leikola, 2012, s.3). Siinä erityispätevyyskoulutuksen suorittanut farmaseutti tai proviisori toimii kiinteässä yhteistyössä hoitavan lääkärin ja tarvittaessa hoitajien kanssa. Lääkehoidon arviointi perustuu lääkäriltä saatujen hoitotietojen ja potilaalta itseltään kotikäynnin yhteydessä saatujen tietojen syvälliseen läpikäymiseen. Sen saaminen vakiintuneeksi työkaluksi suomalaiseen terveydenhuoltoon vaatii kuitenkin lisätoimenpiteitä. Lisäksi tarvitaan tutkimuksia LHKA:n hoidollisista hyödyistä, kustannusvaikuttavuudesta ja vaikutuksesta potilaiden elämänlaatuun.

3 Tutkimuksen toteuttaminen

3.1 Tutkimuskysymykset

Tutkimusta ohjasivat seuraavat kysymykset: 1. Minkälaiset tekijät vaikuttavat yli 75-vuotiaiden henkilöiden lääkehoitoon sitoutumiseen? 2. Miten ikääntyneiden lääkehoitoon sitoutumista voidaan parantaa? Haastatteluiden avulla pyrittiin tarkastelemaan ikääntyneiden omaa ymmärrystä lääkehoitoon sitoutumisesta ja heidän näkemyksiään siitä, miten lääkehoitoon sitoutumista voisi parantaa. Tutkimuksessa kartoitettiin sitä, miten ikääntyneet kykenivät ymmärtämään ja halusivat noudattaa lääkärin, hoitajan ja apteekkihenkilökunnan antamia ohjeita. Samalla tutkittiin syitä, joita huonon hoitoon sitoutumisen taustalla oli.

3.2 Yhteistyökumppani ja kohderyhmä

Yhteistyökumppani tutkimuksen tekemisessä oli eräs keskisuuri apteekki Pirkanmaan hyvinvointialueella. Apteekki valikoitui haastattelupaikaksi, koska lääkkeitä säännöllisesti käyttävät henkilöt ostavat lääkkeet apteekista. Lisäksi kyseisen apteekin terveystieteessä toimi kaksi kertaa viikossa yksityisen sairaanhoitajapalvelun vastaanotto, ja muina aikoina tila oli käytävissä haastattelujen tekemiseen. Lupa tutkimuksen tekemiseen pyydettiin apteekkarilta ja erikseen jokaiselta tutkimukseen osallistuvalla. Kohderyhmä tutkimuksessa olivat yli 75-vuotiaat henkilöt, joilla on yksi tai useampi säännöllinen lääkärin määräämä lääkehoito. Käytännössä haastattelu-aika sovittiin etukäteen apteekkiä käynnin yhteydessä seuraavalle asiointikerälle.

3.3 Tutkimusaineiston kerääminen

Tutkimusaineisto kerättiin haastattelemalla yhteensä 12 ikääntynyttä henkilöä, joista kahdeksan oli naisia ja neljä miehiä. Yksi haastattelu tehtiin Etelä-Pohjanmaan maakunnassa ja yksi Kanta-Hämeessä. Muut haastattelut tehtiin Pirkanmaalla. Haastateltavat löytyivät helposti, mutta aikataulujen sopiminen oli välillä työlästä. Pitkät välimatkat, huonot säätilat ja ikääntyneiden liikkumisen vaikeus aiheuttivat omat haasteensa. Kaikki henkilöt, joita lähestyttiin tutkimuksen osalta, osallistuivat tutkimukseen kuitenkin erittäin mielellään. Haastatteluista kahdeksan tehtiin apteekin terveystieteessä ja neljä kotikäynteinä. Kotikäyntien etu oli se, että

aikataulut oli helpompi sopia, ja myös lääkepakkaukset, terveystiedot ja apuvälineet olivat haastattelijalle konkreettisesti nähtävillä. Se oli erittäin havainnollistavaa.

Haastateltavien ikä vaihteli 75 ja 94 vuoden välillä. He kaikki asuivat kotona ilman kotihoidon palveluita muuten, paitsi yhdellä oli hyvinvointialueen myöntämä turvapuhelinpalvelu. Tutkimukseen osallistuneille tehtiin puolistrukturoidut haastattelut, joiden kesto oli 20–65 minuuttia. Puolistrukturoitu haastattelu sopii tilanteisiin, joissa on päätetty haluttavan tietoa tietyistä asioista, eikä haastateltavalle haluta antaa kauhean suuria vapauksia haastattelutilanteessa (Saaranen-Kauppinen & Puusniekka, 2006). Pohjana haastattelussa olivat valmiiksi laaditut kysymykset, joita täydennettiin tarkentavilla kysymyksillä. Kysymykset esitettiin haastateltaville suunnilleen samassa järjestyksessä. Tällaisen aineistonkeruumenetelmän etu on, että mikäli huomataan ettei vastaaja ymmärrä kysymystä oikein tai jättää kokonaan vastaamatta, hänelle voidaan vielä tarkentaa ja selventää kysymyksiä (Valli, 2018, s.97–98).

Selkeät kysymykset helpottivat myös arvioimaan aikaa, mikä haastatteluun kului. Näin myös aikataulujen sopiminen yhdessä haastateltavien kanssa helpottui. Selkeä korrelaatio oli haastateltavan iän ja haastatteluun kuluvan ajan välillä: mitä korkeampi ikä, sitä pidempi aika kului haastatteluun. Haastattelukysymykset löytyvät tämän tutkimuksen liitteistä. Kysymysten avulla oli tarkoitus tutkia yli 75-vuotiaiden lääkityksen toteutumiseen vaikuttavia tekijöitä, etsiä mahdollisia syitä huonon lääkehoitoon sitoutumisen taustalla ja löytää keinoja lääkehoitoon sitoutumisen parantamiseksi. Kysymyksiä käytettiin haastattelun pohjana, mutta tilaa jäi runsaasti myös vapaalle kerronnalle.

3.4 Tutkimuksen aikataulu

Tutkimuksen suunnittelua tehtiin varmasti pari vuotta miettien kohderyhmää ja tutkimustapaa. Ensin ajateltu tutkimusasetelma kaatui tutkimuslupavaiheeseen. Lopulta päädyttiin tutkimusasetelmaan, jossa minkäänlaisia henkilötietoja ei ole tarpeen kerätä. Tutkimuksen tekeminen aloitettiin lukemalla aiheesta jo aiemmin tehtyjä tutkimuksia ja kirjallisuutta loka-marraskuussa 2024. Tähän aineistoon oli helppo reflektoida tutkimusaineistoa, joka kerättiin haastatteluilla. Vapaaehtoiset haastateltavat oli helppo löytää, mutta haastatteluihin oli varattava riittävän paljon aikaa. Kaikki haastattelut tehtiin (aamu)päivällä, koska yleensä ikääntyneiden liikkuminen on vähäistä illalla varsinkin pimeään vuodenaikaan. Haastattelut toteutettiin aikavälillä 21.12.2024–23.1.2025. Väliin osui paljon pyhäpäiviä, minkä takia haastattelu-aikataulu

uhkasi venyä. Tutkimusaineiston laadullinen analyysi tehtiin helmikuussa 2025, ja tutkimusraportti valmistui maaliskuun aikana.

3.5 Aineiston analysointi

Haastattelut tallennettiin puhelimen saneluohjelmalla ja kirjoitettiin puhtaaksi välittömästi jokaisen haastattelun jälkeen. Aineiston analysointia tehtäessä päädyttiin siihen, että haastatelluja ei ollut tarpeen litteroida sanasta sanaan, koska aineisto oli laaja ja kaikille esitettiin samat kysymykset samassa järjestyksessä. Tutkimuskysymysten kannalta olennaiset osat eli vastaukset kysymyksiin kirjoitettiin tarkasti ylös. Näin saatiin aineistoa rajattua ja järjestettyä. Laadullista analyysia tehtäessä pääpaino on ollut aineistossa eli analyysiyksikköjä ei ollut ennalta määritetty. Tällöin voi puhua induktiivisuudesta eli yksittäisistä havainnoista on edetty yleisimpiin väitteisiin (Eskola & Suoranta, 1998, s.83). Teoreettinen viitekehys on ollut apuna analyysissa, eli aineistoa on reflektoitu teoreettiseen viitekehukseen ja verrattu haastatteluaineistosta nousevia teemoja jo olemassa olevaan tietoon ja teoriaan.

Puhdas induktiivinen päättely ei ole mahdollista, koska se perustuisi pelkkään havaintojen kuvaamiseen ilman mitään ennakkokäsityksiä tutkittavasta ilmiöstä (Saaranen-Kauppinen & Puusniekka, 2006). Tutkijan aiempi kokemus ja ennakkokäsitykset sekä farmaseuttinen näkökulma ovat jonkin verran ohjanneet tutkimuksen tekemistä. Aineistosta nousivat pääteemoiksi lääkityslista ja sen puuttuminen, omalääkärin kaipuu ja hoitoon pääsyn vaikeus, sekä tarve keskustelulle ja tiedon puute.

Esimerkkejä pääteemoista:

PUUTTUVAT-LÄÄKITYSLISTAT	"Ei lääkelistaa, ei ole ikinä ollutkaan."	"En tiedä lääkelistasta, ohjeet ovat paketissa."	"En käytä jakamisessa lääkelistaa, koska sellaista ei ole olemassa."	"Pyysin, että saisin uuden listan sotkuisen tilalle, mutta ei annettu vaan korjattiin käsin."
OMALÄÄKÄRIN/-hoitajan KAIPUU	"En pääse lääkärille, vaikka haluaisinkin."	"Mieluummin menen tutun lääkärin"	"Tuntuu typerältä kertoa joka kerta uudelle"	"Diabeteshoitaja on minun pelastukseni."

		vastaanotolle, jos mahdollista.”	lääkärille samat tarinat.”	
TARVE KESKUSTELULLE	”Kiva, kun saa rauhassa jutella.”	”Kun kerran lääkäriltä kysyin jotain, hän totesi, että ei se tähän asiaan kuulu!”.	”Kun jäin eläkkeelle, pelotti, että välittääkö kukaan enää hoidostani.”	”Haluaisin, että kutsuttaisiin lääkäriin vähintään kerran vuodessa, mutta se ei toteudu.”
TIEDON PUUTE	”Huoli on verenpaineesta, mietin pitäisikö anosta nostaa.”	”Lääkärit vaihtuvat aina ja kerran joku kysyi, tiedänpö, että minulla on eteisvärinä- en tiennyt.”	”Mietin, voisinko Bisoprololia vieläkin vähentää, kun syke vain 50.”	”En näe lukea isoakaan tekstiä, mutta soitan apteekkiin, jos kysyttävää.”

3.6 Tutkimuksen eettiset näkökulmat ja luotettavuus

Tutkimuksessa on noudatettu hyvän tieteellisen käytännön periaatteita, eli tutkimus on tehty rehellisyyttä, yleistä huolellisuutta ja tarkkuutta noudattaen (TENK, 9.10.2023). Tiedonhankinta-, tutkimus- ja arviointimenetelmät ovat eettisesti arvoitu, ja viittaukset muiden tutkijoiden julkaisuihin on tehty asianmukaisesti. Kaikilta tutkittavilta pyydettiin suostumus tutkimukseen osallistumiseen, ja heidät perehdytettiin riittävästi tutkimukseen. Tutkittaville kerrottiin oleellinen tieto tutkimuksesta ja heiltä pyydettiin lupa haastattelun tekemiseen ja aineiston käsitteilyyn kirjallisesti. Mitään henkilötietoja, joista olisi mahdollista tunnistaa henkilö, ei kerätty tutkittavilta missään vaiheessa. Tästä syystä myöskään apteekin nimeä ei kerrota tutkimusraportissa.

Tutkimusprosessin eettiset näkökulmat voidaan jakaa kolmeen luokkaan, joista ensimmäinen on tutkimusaiheen eettinen oikeutus (TENK, 9.10.2023). Tässä tutkimuksessa tarkasteltiin ikääntyneiden lääkehoitoon sitoutumiseen vaikuttavia tekijöitä, ja tavoitteena oli etsiä keinoja lääkehoitoon sitoutumisen parantamiseen. Tällainen tutkimus on perusteltua, hyödyllistä ja eettisesti hyväksyttävää. Tutkittaville ei seurannut tutkimuksesta mitään haittaa, vaan pelkäs-tään hyötyä. He saivat uutta tietoa lääkehoidostaan. Myös apteekki sai tutkimuksesta neu-vontatyökaluja lääkehoidon ohjaukseen.

Tutkimusmenetelmät olivat myös eettisesti hyväksyttäviä. Haastatteluun osallistuminen oli täysin vapaaehtoista. Haastattelut tapahtuivat tutussa apteekissa tutkittaville soveltuvana ajankohtana tai etukäteen sovittuina kotikäynteinä. Tutkimustietoja käsiteltiin luottamuksellisesti ja ne hävitettiin asianmukaisesti tietoturvajätteenä. Tutkimusprosessi oli mahdollisimman läpinäkyvä niin, ettei mitään tuloksia ole salattu, peitelty tai kaunisteltu, vaan ne esitetään tässä raportissa totuudenmukaisesti, avoimesti ja rehellisesti. Tutkimustuloksista ei ole mahdollista tunnistaa yksittäisiä henkilöitä.

Tutkimuksen luotettavuutta arvioitaessa on otettava huomioon, että tämän kaltaiseen tutkimukseen osallistuvat mieluummin henkilöt, joilla on halua sitoutua lääkehoitoon ja arvostusta terveydenhuoltojärjestelmää kohtaan. Kaikilla haastateltavilla oli myös kiinnostusta lääkehoitoaan kohtaan. Haastatteluun eivät ehkä halua osallistua henkilöt, jotka kokevat lääkkeet haitallisina, lääkehoidon hankalana, tai vastustavat koululääketiedettä ylipäättäen. Jos he tulevat apteekkiin, he tulevat nopeasti pakon edessä niin, ettei kukaan vahingossakaan kysy heiltä mitään. Tämän tutkimuksen kaltainen aineistonkeruu ei tavoita tällaisia henkilöitä, ja se saattaa heijastua jossakin määrin tutkimustuloksiin. Lisäksi ne henkilöt, jotka eivät ikinä tule apteekkiin asti, vaikka lääkäri on määrännyt heille lääkettä, ovat tällaisen tutkimuksen ulottumattomissa. Tähän tutkimukseen osallistuvien henkilöiden lääkehoitoon sitoutumisessa ei havaittu isoja ongelmia, mutta jos aineisto kerättäisiin jossakin muualla kuin apteekissa, tulokset olisivat varmasti hyvin erilaiset. Tästä tutkimuksesta rajautuivat luonnollisesti myös kognitiivisen toimintakyvyn heikentymisen tuomat haasteet lääkehoidon toteuttamisessa, koska yhdelläkään haastateltavista henkilöistä ei ollut diagnosoitu muistisairautta.

4 Tutkimustulokset

Kaikilla haastateltavilla oli halua sitoutua lääkehoitoonsa, ja he arvostivat ja terveydenhuolto- sekä apteekkijärjestelmää ylipäättään. Terveydenhuollon saavutettavuuden monet kokivat ongelmana, ja myös tiedon saamisessa varsinkin lääkkeiden yhteisvaikutuksista oli ollut puutteita. Fyysinen toimintakyky vaihteli paljon haastateltavien välillä ja vaikutti siihen, kuinka helppoksi he kokivat lääkeshoidon toteuttamisen. Nivelten kankeus ja hitaus vaikeuttivat esimerkiksi lääkkeiden dosettiin jakamista.

4.1 Moninaiset lääkityslistat

12 haastateltavasta ikäihmisestä kolmella oli olemassa lääkityslista, jonka oli saanut terveydenhuollon toimipisteestä kotiutuessaan mukaansa. Lisäksi yksi henkilö oli tehnyt itselleen lääkityslistan. Osa ei ollut ikinä lääkityslistasta kuullutkaan:

Kai sellainen pitäisi olla, mutta ei minulla ole tietoa sellaisesta.

Yhdellätoista haastateltavalla oli kuitenkin käytössä dosetti. Suurin osa heistä jakeli itse lääkkeensä. Yhdellä henkilöllä jakajana toimi vaimo. Dosetti helpotti turvallisen lääkeshoidon hallintaa. Suositeltavaa olisi, että ajan tasalla oleva lääkityslista toimisi jakamisen apuvälineenä, mutta keinoja oli monia muitakin (Erämies, s.4). Yksi haastateltavista käytti laatikkoa, jossa lääkepurkit olivat rivissä, ja kun oli yksi lääke jaettu dosettiin, purkki nostettiin laatikosta pois merkiksi siitä, että kyseinen lääke oli jaettu. Sitten otettiin uusi lääke laatikosta ja jatkettiin, kunnes laatikko oli tyhjä. Myös erilaiset muistilaput ja omatekemät listat helpottivat lääkkeenjakoa. Lääkehoitoon sitoutumisen näkökulmasta ajan tasalla oleva lääkityslista olisi tärkeä, koska se parantaa oleellisesti lääkeshoidon turvallisuutta ja hallintaa. Haastatteluista tuli ilmi, että monet jakavat lääkkeet muistin varaisesti, vanhasta tottumuksesta tai luottaen muistilappuihinsa:

Ottaminen on muistin ja muistilappujen varassa, silloin tällöin unohtuu.

Osa haastateltavista piti oikein hyvää kirjanpitoa ja seurasi omakannastakin terveys- ja lääkitystietojaan. Kaksi haastateltavaa oli tallentanut kokonaisen terveyskansion, jossa oli tietoa lääkärikäynneistä laboratoriokoetuloksista ja lääkeresepteistä yli kymmenen vuoden ajalta. Haastateltavat olivat kaikki jollakin tavalla kiinnostuneita lääkeshoidostaan. Kukaan heistä ei

ollut välinpitämätön lääkehoitoansa kohtaan. Yksi haastateltava oli pyytänyt terveysasemalta uutta lääkelistaa pari vuotta aikaisemmin päivätyn ja yliviivatun sekä monesti korjatun sotkuisen listan tilalle, mutta pyynnöstä huolimatta sellaista ei ollut annettu. Lääkelistoja ei valitettavasti ollut mahdollista haastatteluiden yhteydessä tarkastella, vaikka se olisi ollut mielenkiintoista. Niiden oikeellisuus oli pelkästään haastateltavien oman kertoman varassa.

Niin kuin teoreettisessa viitekehyksessä on kerrottu, ajan tasalla oleva lääkityslista on oleellinen turvallisen lääkehoidon toteuttamiseksi (Laukkanen & Ruokoniemi, s.58). Sen avulla terveydenhuollon ammattilainen pystyy arvioimaan lääkehoidon kokonaisuutta, ja lääkkeen käyttäjälle se mahdollistaa paremman oman lääkityksen seurannan. Lääkityslista on ajantasainen listaus kaikista asiakkaan käyttämistä lääkevalmisteista, mukaan lukien osastohoitoja reseptilääkkeet, itsehoitolääkkeet ja ravintolisät. Sosiaali- ja terveydenhuollon ammattihenkilöiden pitää kannustaa asiakasta oman lääkityslistan ajan tasalla pitämiseen. Puutteet ja virheet lääkityslistassa voivat aiheuttaa tahatonta eli passiivista lääkehoitoon sitoutumisen heikentymistä. Vaikka olisi halua toteuttaa lääkehoitoa oikein, tieto oikeasta hoidosta voi olla väärä.

4.2 Omalääkärin kaipuu

Haastateltavista henkilöistä kahdella oli pitkäaikainen, noin 15 vuotta kestänyt, hoitosuhde samaan lääkäriin. Näiden henkilöiden luottamus lääkäriin ja terveydenhuoltoon ylipäättään sekä sitoutuminen lääkehoitoon oli erittäin vahvalla pohjalla. He saivat kutsun lääkärin vastaanotolle säännöllisesti ja kokivat erittäin myönteisenä asiana sen, että ei tarvitse kertoa koko elämäntarinaa uudestaan ja uudestaan, kun vastaanotolla on tuttu lääkäri. Toisella heistä oli lääkärin lisäksi pitkä hoitosuhde saman diabeteshoitajan kanssa. Nämä henkilöt luottivat siihen, että lääkäri haluaa heidän parastaan, ja tiivistivät lääkehoitoon sitoutumisen näin:

Kun lääke määrätään, se myös otetaan.

He kokivat, että lääkkeillä oli vahvasti myönteinen vaikutus heidän toimintakykyynsä. Lisäksi hoitoon sitoutumista paransi vahva turvallisuuden tunne, jonka vakituinen suhde hoitavaan lääkäriin sai aikaan. Lääkehoitoon sitoutumisesta puhuttaessa olisi ehkä tarpeen nostaa keskusteluun myös lääkärin sitoutuminen potilaan lääkehoitoon varsinkin, kun erilaiset digilääkäri- ja etälääkäripalvelut yleistyvät kovaa vauhtia myös julkisessa terveydenhuollossa (Yle,

24.1.2025). Valtaosalla hyvinvointialueista on jo etävastaanotto. Muissakin tutkimuksissa on tuotu esiin luottamuksen vahvistumisen merkitystä hoidon onnistumiselle (Kari, 2022, s.6). Luottamus on tärkeää sekä terveydenhuollon ammattilaisten kesken että ikääntyneiden ja terveydenhuollon ammattilaisten välillä.

Suurimmalla osalla haastateltavista oli sellainen ymmärrys, että lääkärin vastaanotolle on turha edes yrittää muuten kuin päivystysvastaanoton kautta. 92-vuotias haastateltava suri sitä, että hän ei ole koskaan saanut kutsua lääkärin vastaanotolle elämänsä aikana, vaikka jotkut tuttavat ovat saaneet. Monella haastateltavalla oli kuluneen vuoden aikana ollut useita-kin päivystyskäyntejä, jotka olivat sujuneet vaihtelevasti. Syitä päivystykseen hakeutumiseen olivat kaatumiset, tily hoidon tarpeen arviointi puhelimesta ja oletus, ettei lääkärin voi muulla tavoin päästä. Kaikki haastateltavat olivat sitä mieltä, että omalääkärimalli olisi hyvä asia, jos se toimisi. Edellytyksenä olisi se, että lääkärin valintaan pystyisi itse vaikuttaa. Osalla oli myös huonoja kokemuksia lääkärikäynneistä:

Kerran minulla oli lääkäri, jota en huolisi.

Huolehtiva ja osaava omahoitaja korvasi joissakin tapauksissa puuttuvaa lääkärisuhdetta. He kokivat tärkeäksi sen, että hoitaja on empaattinen ja kuunteleva, ja hänet tavoittaa puhelimella aina, kun on asiaa. Tutut hoitajat veivät asioita eteenpäin ja muistuttivat myös laboratorioskäynneistä ajallaan. Pitkäaikaisen hoitajan jääminen lähitulevaisuudessa eläkkeelle suretti jo etukäteen.

4.3 Vakava sairaus sitouttaa lääkehoitoon

Vakava sairastuminen on ollut monella haastateltavalla lääkehoitoon sitouttava tekijä. Heillä oli monenlaisia sairauksia infarkteista reumaan, syöpään, flimmeriin ja veritauteihin, mutta hoitoon sitoutuminen oli vahvaa kaikissa vakavissa sairauksissa. Muutama haastateltava noudatti lääkkeiden ottamisessa melkein minuuttiaikataulua eikä ainakaan myöntänyt, että unohduksia tulisi koskaan. Elämä oli ikään kuin muuttunut pysyvästi sairauden myötä, ja nyt elämään kuuluu väistämättömästi verikokeet ja lääkkeet:

En olisi voinut koskaan ennen kuvitella, että elämä muuttuu niin, että olen lääkkeistä riippuvainen ja käyn apteekissa melkein joka viikko.

Nämä ikääntyneet ymmärsivät, että lääkehoito oli heidän pelastuksensa, kun elämä oli ollut jossakin vaiheessa hiuskarvan varassa. He ymmärsivät myös lääkehoidon merkityksen toimintakyvyn ylläpitämiseen ja sairauden uusiutumisen ennalta ehkäisemiseen. Tutkijaa liikutti syvästi, kun haastateltava kyynelsilmin totesi kysymykseen lääkkeiden vaikutuksesta nykyiseen toimintakykyyn:

Ilman lääkkeitä minua ei enää olisi.

Kolesterolilääkkeisiin, verenpainelääkkeisiin ja myös diabeteslääkkeisiin suhtauduttiin vähän rennommin. Yksi haastateltava oli päässyt kokonaan eroon verenpainelääkkeestä ja diabeteslääkkeestä elämäntapamuutoksen ansiosta. Alkoholinkäyttöä vähentämällä ja liikkumista lisäämällä sekä kiinnittämällä huomiota ruokavalion terveellisyyteen paino oli pudonnut yli kymmenen kiloa, ja veriarvot olivat normalisoituneet. Hän oli itse lopettanut lääkkeiden käytämisen, mutta oli ilmoittanut asiasta lääkärille. Lääkäri oli hyväksynyt ja kirjannut lääkitysmuutoksen. Verenpaine oli normalisoitunut ihanteellisiin lukemiin ja mieli virkistynyt. Arvot olivat olleet vuosia sitten korkeimmillaan 200/100 mmHg ja nyt luokkaa 130/75 mmHg ilman lääkitystä. Rollaattori ja selkäsäryt olivat jääneet pois, ja lenkitkin olivat pidentyneet useampaan kilometriin. Tämä oli hieno esimerkki siitä, kuinka toimintakyvyn huomattavakin paraneminen on mahdollista myös ikääntyneillä henkilöillä. Yksi tärkeä lääkehoitoon sitoutumisen näkökulma on tarkoituksenmukaisuus. Lääkehoito on kohdillaan silloin, kun henkilö ottaa niitä lääkkeitä, joita tarvitsee, annettujen ohjeiden mukaan, oikeaan aikaan ja sopivan annoksen. Jos lääke on oikeasti tarpeeton, sitä ei pidäkään ottaa.

4.4 Monilääkityksen haasteet

Lääkärin määräämien lääkkeiden määrä, joka haastateltavilla oli käytössä, vaihteli kolmesta noin 15 eri lääkevalmisteseen päivittäin. Tarkkaa lääkemäärää ei ollut mahdollista tarkistaa lääkityslistan puuttumisen takia, vaan se oli muistinvarainen. Kahdeksalla haastatteluun osallistuneella henkilöllä oli käytössä vähintään viisi eri lääkärin määräämää lääkettä päivittäin ja keskimäärin haastateltavilla oli käytössään 6 eri lääkevalmistetta. Tällöin puhutaan monilääkityksestä. Näiden lisäksi oli tarvittaessa otettavia lääkkeitä, kuten särkylääkkeitä, erektiolääkkeitä, silmätippoja ja vitamiineja. Yksi henkilö mietti ääneen monilääkityksen haasteita:

Olen miettinyt mitä ne lääkkeet tekevät keskenään, kun monta otetaan yhtä aikaa.

Muutaman haastattelun aikana tuli puheeksi lääkkeiden yhteisvaikutukset. Kävi ilmi, että tietoa yhteisvaikutuksista ikääntyneillä ei ollut riittävästi. Osa haastateltavista kertoi saaneensa ohjeita lääkkeiden annosteluajankohdista apteekista heti, osa liian myöhään, kun lääkettä oli jo pitkään käytetty, ja osa ei lainkaan. Yksi haastateltava sanoi ottavansa neuvoista huolimatta kaikki lääkkeet aina yhtä aikaa. Lääkkeiden annostelun sovittamisessa oikeisiin aikoihin toistensa suhteen olisi myös avuksi kirjallinen lääkityslista. Kun monilääkityn asiakkaan listalle lisätään esimerkiksi antibioottikuuri, on tarkasteltava annosteluajankohdat erityisen huolellisesti. Ongelmallinen imeytymisen suhteen on esimerkiksi suomalaisessa väestössä erittäin yleinen kilpirauhaslääke. Se oli monella tämänkin tutkimuksen haastateltavista ollut käytössä pitkään.

Yhdessä haastattelussa tuli esiin verenohennuslääkkeen ja ibuprofeenin aiheuttama interaktio, joka oli aiheuttanut vakavia sisäisiä verenvuotoja. Kukaan ei ollut ohjeistanut häntä tulehduskipulääkkeen vaaroista verenohennuslääkkeen aikana, eikä Omega 3- valmisteiden veren hyytymiseen vaikuttavista ominaisuuksista. Hän kertoi oppineensa itse kantapäähän kautta etsimään tietoa sivu- ja yhteisvaikutuksista googlaamalla internetistä. Kaikki eivät etsi tietoa sähköisesti, joten tiedonvälityskanavia olisi hyvä olla mahdollisimman monenlaisia. Suullinen tieto lääkärin vastaanotolla saattaa hukkuu jännityksen ja kiireen alle, joten suullisen tiedon lisäksi olisi hyvä antaa kirjallinen ohjeistus uuden lääkkeen käytöstä.



Kuva 1. Monilääkitys haastateltavilla

4.5 Lääkehaitat

Yksi haastateltava oli joutunut vaikean valinnan eteen, kun lääkäri oli todennut, että hän ei ota vastuuta lääkkeen haitoista. Hänen oli pitänyt potilaana itse päättää, haluaako hän ottaa lääkkeen käyttöön vai ei. Kyseessä oli elintärkeä lääke, jolla oli vakavia sivuvaikutuksia. Haastateltava oli kokenut jääneensä päätöksen kanssa yksin, eikä ollut saanut mistään tukea siihen. Hän oli kokenut pelkoa ja turvattomuuden tunnetta sekä suurta epävarmuutta. Hän tunsi, että hänellä oli liian vähän tietoa lääkkeen vaikutuksista, että hän olisi ollut kykenevä päätöksen tekemiseen. Potilasta osallistettaessa oman lääkehoitonsa toteuttamisessa olisi aina kiinnitettävä erityinen huomio tarvittavaan psykososiaaliseen tukeen sekä riittävän ja ymmärrettävän tiedon jakamiseen.

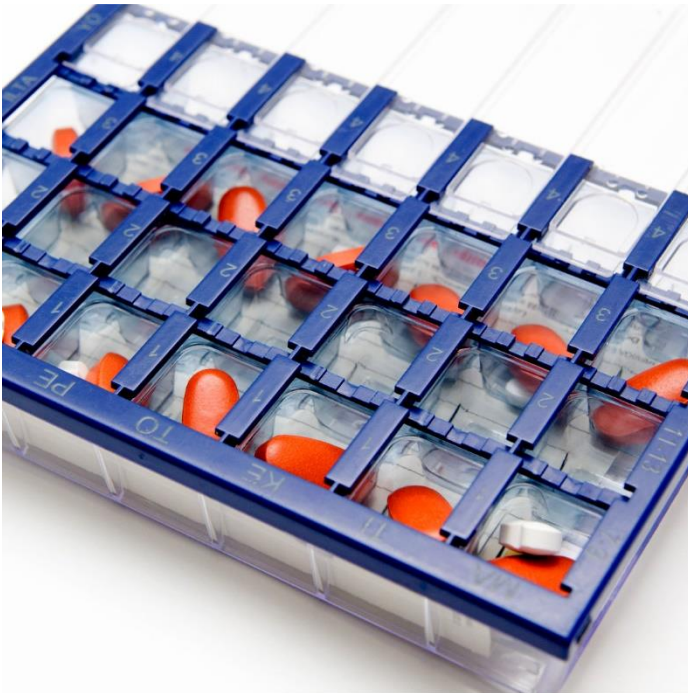
Toinen haastateltava kertoi saaneensa lääkehoidosta silmälihasvaurion, joka sai näkemään kaiken kahtena. Asiaa tutkittiin, ja haitan yleisyys oli ollut 1/10000 käyttäjää kohden. Sittemmin lääke poistettiin markkinoilta, ja vaurio saatiin korjattua leikkauksella. Haastateltavalle jäi tästä suuri pelko esimerkiksi lääkevaihtoa kohtaan. Jos joku lääke on sopivaksi todettu, hän ei uskalla vaihtaa sitä toiseen valmisteseen lääkehaittojen pelossa.

Tavallisempia lääkehaittoja, joita haastateltavat kertoivat saaneensa, olivat ruokahaluttomuus, ihottumat, väsymys, lihaskivut, vatsavaivat, suun kuivuminen, ”jarruttaminen”, pahoinvointi ja silmätipasta tullut ”krapula”. Siihen oli auttanut apteekin neuvo, että oli käsketty painaa silmänurkkaa tiputuksen jälkeen puoli minuuttia, ettei lääke pääse nieluun ja verenkiertoon. Jarruttaminen tarkoitti sitä, että vauhti hidastuu ja pulssi madaltuu, eikä jaksata touhuta samalla tavalla kuin ennen. Lisäksi haastatteluissa kerrottiin myös kaatumisista ja sekavuudesta. Syynä oli todennäköisesti unilääkkeenä käytettävä tsopikloni, jota kaksi haastateltavaa käyttivät säännöllisesti, vaikka se luokitellaan lääke 75+ -tietokannassa D-luokkaan kuuluvaksi eli ikääntyneillä vältettäväksi lääkkeeksi.

4.6 Apuvälineiden tarve

Yhdellätoista haastateltavalla oli käytössä apuvälineenä dosetti. Muita apuvälineitä haastateltavilla olivat tabletinpuolittaja, tabletinmurskaaja, pinsetit, lusikat, laatikot ja lautaset. Yksi haastateltava käytti myös puukkoa lääkepakettien avaamisen apuna. Osalla haastateltavista nielemisen apuna oli kiisseli, mutta suurin osa nieli tabletit veden kanssa. ”*Kroppusormet*” vaikeuttivat pienien pillereiden käsittelyä ja pakettien avaamista. Yhdellä haastateltavalla oli

kuminen ”lävyskä” apuna purkkien avaamisessa. Lääkejako dosettiin sujui haastateltavilta vielä melko hyvin. Yhdellä haastateltavalla oli käytössä peräti neljä eri dosettia. Hänen lääkemääränsä oli valtava. Haastattelun aikana se oli noin eri 15 lääkettä päivittäin, mutta hän kertoi, että jossakin vaiheessa lääkkeitä oli lääkelistassa yli 20. Hän jakoi lääkkeet kerrallaan aina kahdeksi viikoksi, toinen dosetti on suurikokoisia kipulääkkeitä varten. Lääkkeiden jakamiseen meni häneltä aikaa noin tunti.



Kuva 2. Dosetti

Yleisin tapa oli jakaa lääkkeet viikoksi kerrallaan, ja matkoille dosetti oli helppo ottaa aina mukaan. Yhdellä haastateltavalla oli tapana jakaa lääkkeet dosettiin joka päivä yhdeksi päiväksi kerrallaan. Dosetista voi aina tarkastaa, onko lääke otettu vai ei. Haittapuolena mainittiin se, että tabletti jää joskus dosetin kulmaan kiinni tai putoaa lattialle.

Lääkemuistuttajia ei haastateltavilla ollut, ei edes hälytyksiä puhelimessa. Suurimmalla osalla oli erittäin säännöllinen päivärytmi ja lääkkeet kuuluivat siihen tiettyinä aikoina. Aamu- ja iltalääkkeet muistui mieleen automaattisesti, mutta päivällä otettavat lääkkeet unohtuivat helpommin. Tärkeimpiä syitä unohduksiin olivat mielenkiintoiset harrastukset, kuten puutarhahoito ja vieraat. Hyvänä muistuttajana toimi usein myös puoliso. Toisaalta yksi haastateltava myös kommentoi, ettei puoliso tiedä hänen lääkkeitään yhtään mitään.

4.7 Lääkehoidon kustannukset

Kukaan haastateltavista ei ollut joutunut tinkimään omasta lääkehoidostaan rahan takia, mutta suurin osa vaihtoi lääkkeen mielellään halvempaan, jos sellainen mahdollisuus oli. Muutamalla haastateltavalla oli ollut huonoja kokemuksia lääkevaihdosta, ja he maksoivat mielellään kalliimman hinnan, ettei lääkettä tarvitsisi vaihtaa toiseen. Moni tunsi kiitollisuutta mielessään siitä, että eläke riittää ruokaan ja lääkkeisiin. Yksi haastateltava kertoi, kun edesmenneelle puolisolalle oli aikanaan määrätty kaksi todella kallista lääkettä, ja Kela oli lähettänyt hylkäävän päätöksen korvattavuusasiassa. Heidän rahansa olisivat riittäneet vain toiseen lääkkeeseen. Kumpikin lääke oli miehen sairauden hoidossa välttämätön, ja päätöksestä tehtiin valitus, joka meni läpi. Uusi korvauspäätös tuli sitten nopeasti, mutta se vaati vaivannäköä. Pari muutakin haastateltavaa myönsi, että siinä rajoilla on oltu, riittävätkö rahat lääkkeiden ostamiseen, mutta toistaiseksi oli selviydytty. Suurimmalle osalle haastateltavista lääkkeet olivat kuitenkin tärkeysjärjestyksessä niin korkealla, ettei hintoja ollut tullut edes mietti-neeksi:

En ole koskaan edes kysynyt apteekissa, mitä lääkkeet maksavat.

4.8 Osallistaminen omaan lääkehoitoon

Haastateltavat olivat kaikki kiinnostuneita omasta lääkehoidostaan ja kertoivat avoimesti asioistaan haastattelussa. Muutama haastateltava oli etsinyt tietoa lääkkeistään internetistä, ja myös lehdet toimivat tiedonlähteinä. He kertoivat, että lääkkeiden vaikutukset kiinnostavat. Tiedonlähteinä esiin nousivat myös Parkinson-yhdistys ja Pirkanmaan syöpäyhdistys. Haastateltavat kertoivat myös soittavansa apteekkiin, mikäli tulee kysyttävää. Haastateltavat tunsivat mielihyvää saadessaan osallistua haastatteluun:

Tunnen itseni etuoikeutetuksi ja tärkeäksi, kun minua haastatellaan.

Haastateltavat seurasivat myös terveydentilaansa erilaisilla mittareilla. Kaikilla oli kotonaan verenpainemittari. Joku heistä käytti mittaria vain silloin tällöin, joku päivittäin. Myös verenso-kerimittaukset olivat osalle haastateltavista arkipäivää. Useampi haastateltava kertoi, että kahvipöydissä keskustellaan yleisesti lääkkeistä. He kertoivat, että monet ikääntyneet puhuvat kovaäänisesti lääkkeiden aiheuttamista haitoista, joita toiset saattavat tulkita virheellisesti

ja lopettaa lääkkeen käytön. Yksi haastateltava pohti sitä, että jos joku oikein kovasti pelkää lääkkeen haittoja, ei järjen puhuminen mene hänelle perille asti.

Lääkepaketissa oleva apteekin liimaama annostelulappu auttoi lääkehoitoon sitoutumisessa, kun lääkäri oli kirjannut siihen käyttötarkoituksen. Yksi haastateltava kertoi pelkäävänsä kovasti aivoinfarktia ja enemmän kuin kuolemaa sitä, että jäisi sänkytilaaksi. Kun annostelutarrassa luki, että ”aivoinfarktin estämiseksi”, hän otti lääkkeen mielellään säännöllisesti ja tunnollisesti luottaen siihen, että se estää hänen suuresti pelkäämänsä aivoinfarktin.

Lähes kaikki haastateltavat kertoivat tuttavapiirissään olevista itsepäisistä jääräpäistä, jotka kieltäytyivät lääkkehoidosta tai muuten sooloilivat lääkkehoidossaan. Yksi haastateltavan tuttava osti hänelle määrätyn verenpainelääkkeen apteekista säännöllisesti, mutta ei koskaan niellyt yhtään tablettia. Hän oli näyttänyt haastateltavalle kaappia, joka oli täynnä avaamattomia lääkepaketteja. Voidaan miettiä, mikä tällaisen käyttäytymisen takana on. Tietoinen terveydenhuollon ammattilaisten harhaan johtaminen herättää paljon kysymyksiä. Miksi halutaan johtaa hoitohenkilökuntaa tahallisesti harhaan, vaikka se maksaa rahaa? Odottavatko lääkepaketit kaapissa pahempaa aikaa? Eikö henkilö luota verenpainemittareihin tai asetettuihin tavoitearvoihin? Onko henkilöllä itsemurhatarkoitus?



Kuva 3. Lääkehoitoon sitoutumiseen vaikuttavat tekijät

5 Johtopäätökset

Samalla tavalla kuin aiemmin tehdyissä tutkimuksissa, tässäkin tutkimuksessa suurin osa lääkityslistoista loisti poissaolollaan. Niiden ajantasaisuuden ylläpitämisessä on varmasti kehitettävää jokaisella, joka lääkettä toteuttaa- niin yksilö- kuin organisaatiotasolla. Haastateltavilla oli paljon kiinnostusta omaa lääkettä kohtaan ja tahtoa toteuttaa lääkettä oikein. He kertoivat ymmärtävänsä hyvin ohjeet, joita annetaan, mutta tietoa ei ollut annettu riittävästi läheskään aina. Myös tässä on kehitettävää sekä apteekeissa että sosiaali- ja terveydenhuollon toimintayksiköissä. Lääkehoidon ongelmien ilmaantuessa olisi tärkeää terveydenhuollon hyvä saavutettavuus. Tässä koettiin suurimmat haasteet. Hyvä saavutettavuus toisi ikääntyneille turvallisuuden tunnetta, joka parantaisi puolestaan lääkettä sitoutumista.

Sosiaali- ja terveydenhuollon ammattihenkilön on tärkeää muistaa, että kaikilla lääkkeillä voi olla erittäin vakavia sivuvaikutuksia. Vakavammat lääkehaitat ovat lääkevahinkoja (Asola ym., i.a). Sillä tarkoitetaan sairautta tai vammaa, joka todennäköisesti on aiheutunut lääkkeen käytöstä. Lääkealan turvallisuus- ja kehittämiskeskus Fimea ylläpitää haittavaikutusrekisteriä, jonne lääkärit ja apteekit ilmoittavat toteamistaan lääkkeiden haittavaikutuksista. Lääkehaitat vaikeuttavat lääkettä sitoutumista saamalla aikaan pelkoja lääkettä kohtaan. Pelkoja tuli tässäkin tutkimuksessa ilmi. Pelkoja olisi mahdollista vähentää avoimella keskustelulla lääkkeiden haitoista, riittävällä psykososiaalisella tuella vakavissa sairauksissa sekä riittävän tiedon jakamisella lääkkeen käyttäjille. Kun potilaita osallistetaan oman lääkettänsä toteuttamiseen, olisi kiinnitettävä erityinen huomio turvallisuuden tunteeseen. Kun lääkkeen käyttäjä luottaa siihen, että hänen lääkettänsä on osaavissa käsissä, hän sitoutuu paremmin lääkettänsä. Tämä on tärkeä muistaa paitsi perusterveydenhuollossa, myös kotihoidossa ja palveluasumisen yksiköissä.

Haastateltavien kokema oman lääkärin tarve on tunnistettu yhteiskunnassakin. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksen mukaan vahva tieteellinen näyttö osoittaa, että saman yleislääkärin hoitaessa potilasta hoidon laatu paranee ja sekä sairastavuus että kuolleisuus vähenevät merkittävästi (Auvinen ym., 18.8.2022). Samalla terveydenhuollon palveluiden kustannukset pienenevät ja potilastyytyväisyys paranee. Aiemmin omalääkärikokeilut ovat kaatuneet esimerkiksi liian suurin vastuuväestöihin. Nyt kehitteillä oleva uusi hoidon jatkuvuusmalli vahvistaisi potilaan oikeutta omaan lääkäriin ja hoitajaan. Potilaan oikeutta henkilökohtaiseen hoidon jatkuvuuteen vahvistettaisiin lainsäädäntöä muuttamalla. Omalääkäri voisi tuoda

ikäntyneille heidän kaipaamaa turvallisuuden tunnetta, joka parantaisi myös lääkehoitoon sitoutumista.

6 Pohdinta

Tutkimuksen teon prosessi oli mielenkiintoinen. Aiempi osaaminen ja kokemus lääkehoidosta olivat suureksi avuksi haastatteluita tehdessä. Haastattelut osoittivat konkreettisesti ikääntymisen tuomat muutokset ihmisen fyysisessä, psyykkisessä ja sosiaalisessa toimintakyvyssä. 12 haastateltavan joukko, jonka ikä vaihteli 75 ja 94 ikävuoden välillä, oli myös erittäin heterogeeninen. Ikääntymisen vaikutus toimintojen ja ajattelun hidastumiseen näkyi haastatteluihin kuluva ajassa. Ikääntymisen vaikutus toimintakyvyn muutoksiin tuli hyvin ilmi eräässä haastateltavan kommentissa:

Se, mikä viime kuussa riitti avuksi, ei enää päde tässä kuussa.

Haastateltavat kokivat haastattelut erittäin merkityksellisinä. He jakoivat tietoa ja kertoivat kokemuksiaan avoimesti ja rohkeasti. Yksi haastateltava antoi apteekille vinkiksi, että mahdollisuus rauhalliseen keskusteluun terveystieteessä asiantuntijan kanssa pitäisi kuulua palveluihin. Hän koki, että on vaikea puhua asioista silloin, kun samassa tilassa on ”yleisöä” eli muita ihmisiä. Apteekissa useimmiten on muita ihmisiä, eikä lyhyessä reseptitoimitustilanteessa uskalleta kysellä enempää. Toinen haastateltava ihmetteli itseään, kun hän innostui puhumaan asioistaan, jota ei yleensä tee. Hän kertoi, että hänellä ei koskaan käy kylässä ketään eikä hän käy missään. Paras palaute haastattelijan kuuntelutaidosta tuli tältä yli 90-vuotiaalta henkilöltä:

Kyllä minä näköjään puhun, kun siinä vieressä on joku, jolla on korvat!

Turvallinen ja luottamuksellisen hoitosuhde terveydenhuoltoon on erittäin tärkeä lääkehoitoon sitouttava tekijä. Avoin keskustelu, rohkeus kysyä ja hoitavan tahon hyvä saavutettavuus luovat turvallisen lääkehoidon perustan. Tämä on tärkeää paitsi lääkkeen käyttäjän ja hoitohenkilökunnan välillä, myös eri toimijoiden välillä sosiaali- ja terveydenhuollossa. Ikääntyneillä on myös tiedonjanoa ja aitoa kiinnostusta lääkevalmisteita kohtaan, joten luotettavaa tietoa täytyisi olla saatavilla sekä suullisesti, kirjallisesti että verkossa. Olisi hienoa, jos esimerkiksi apteekit järjestäisivät eri lääketeemoista tietopäiviä tai luentoja kohdistettuna ikäihmisille säännöllisesti. Tilaisuuksissa pitäisi aina jättää runsaasti aikaa keskustelulle ja kysymyksille. Tilaisuuksia järjestäessä olisi tärkeää huomioida myös esteetön liikkuminen, kuulemisen ja näkemisen vaikeudet sekä turvallisuus.

Hyvinvointiteknologia yleistyy tulevaisuudessa. Lääkehoitoprosessin turvallisuuden varmistamiseksi on nyt jo olemassa esimerkiksi lääkerobotteja. Erilaiset muistutuspalvelut ja digitaaliset apuvälineet tulevat varmasti yleistymään. Terveydenhuollon toimipisteissä on käynnissä toiminnan ja sitä tukevien tietojärjestelmien kehittämisen hankkeita (Sosiaali- ja terveysministeriö (STM), 2020:23, s.10). Uusien laitteiden ja tietojärjestelmien potentiaalisia hyötyjä sovitetaan ympäristöön, rakenteisiin ja toimintatapoihin. Katkeamattomassa lääkehoitoprosessissa teknologia tukee terveydenhuollon ammattihenkilöitä ennalta ehkäisemään lääkityspoikkeamia. Tiedonkulku eri järjestelmien välillä on yksi edellytys katkeamattoman lääkehoidon toteutumiselle. Myös digitalisaatiossa olisi tärkeää muistaa luottamuksen tarve. Jos ikääntynyt luottaa lääkerobottiin, hoitoon sitoutuminen voi parantua, mutta jos luottamus teknologiaan on heikkoa, voi käydä päinvastoin.

Osa haastateltavista voisi hyötyä lääkehoidon kokonaisarviointista. Karin (2022, s.5) väitöskirjassa esitetty omahoitomalli olisi ihanteellinen. Siinä omahoidon tilanne ja tarpeiden arviointi tehdään omahoitolomakkeen avulla. Farmasian ammattilainen ja omahoitaja tekevät yhdessä kotihaastattelun, omahoitaja tekee terveydentilan arvioinnin ja farmasian ammattilaisen tekee lääkehoidon kokonaisarvioinnin. Siihen sisältyy myös moniammatillinen hoitopala- veri, terveyst- ja hoitosuunnitelma sekä lääkehoitosuunnitelma. Pitää kuitenkin muistaa, että väestön nopea ikääntyminen haastaa tulevana vuosina terveydenhuollon kantokykyä eikä resursseja ole käytettävissä määrättömästi. Kun halutaan tukea iäkkäiden kotona asumista toimintakykyisinä mahdollisimman pitkään, pitäisi ennaltaehkäisevät toimenpiteet aloittaa jo paljon ennen, kuin kotihoidon tarve on ilmeinen.

LÄHTEET

Aalto, U. (1.12.2023). *Iäkkään potilaan hallittu lääkehoito*. Lääkärin käsikirja. Duodecim. Vaatii käyttöoikeuden. <https://www.terveysportti.fi/opps/dtk/ltk/article/ykst00546>

Aluehallintovirasto. (12.9.2023). *Lääkehoito*. [Lääkehoito - Ohjaus ja neuvonta - Viranomainen - Aluehallintovirasto](#)

Asola, E., Tahvanainen, H., & Westerholm, A. (i.a). *Lääkehoidon turvallisuus*. Sosiaali- ja terveysministeriö. [Lääkehaitat ja lääkevahingot - Sosiaali- ja terveysministeriö](#)

Assiri, GA, Shebl, Na, Mahmoud, MA, Aloudah, N., Grant, E., Aljadhey, H.& Sheikh, A. (2018). *What is the epidemiology of medication errors, error-related adverse events and risk factors for errors in adults managed in community care contexts? A systematic review of the International literature*. BMJ open(8), e019101: <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2017-019101>

Auvinen, J., Hämäläinen, T., & Varjonen, S. (16.8.2022). *Selvitys uudeltaisesta omalääkärimallista on valmistunut*. Sosiaali- ja terveysministeriö. [Selvitys uudeltaisesta omalääkärimallista on valmistunut - Sosiaali- ja terveysministeriö](#)

Dimitrov, M., Leikola, S., Kivelä, S., Airaksinen, M., Mykkänen, S. & Puustinen, J. (2013). *Iäkkäiden hoidossa vältettävät lääkkeet: katsaus suosituksiin*. Duodecim, 129(11), s.1159–66. [Iäkkäiden hoidossa vältettävät lääkkeet: katsaus suosituksiin](#)

Edgren, J., Karinkanta, S., Sihvonen, S., & Havulinna, S. (2022). *Tasapainon hallinta ja harjoittaminen sekä kaatumisten ehkäisy*. Teoksessa Rantanen, T., Kokko, K., Sipilä, S., & Viljanen, A. (toim.) *Gerontologia*, (s.263–265). Duodecim.

Erämies, T. (i.a.). *Kotihoidossa toimiminen. Lääkkeiden jakaminen- annosjakelu ja dosettijakelu*. [Kotihoidossa toimiminen](#)

Eskola, J., & Suoranta, J. (1998). *Johdatus laadulliseen tutkimukseen*. Vastapaino.

Fimea. Kansallinen lääkeinformaation tutkimusstrategia 2021–2026. (24.10.2024 päivitetty). [Lääkeinformaation tutkimusstrategia 2021-2026](#)

Fimea. (7.6.2024). *Lääkekustannukset, monilääkitys ja vältettävien lääkkeiden käyttö lisääntyvät iäkkäillä*. SIC! <https://sic.fimea.fi/-/laakekustannukset-monilaakitys-ja-valtettavien-laakkeiden-kaytto-lisaantyyvat-iakkailla>

Fimea (7.24). Kansallinen riskilääkeluokitus. Kansallinen riskilääkeluokitus - Fimea.fi – Fimea. [Kansallinen riskilääkeluokitus - Fimea.fi - Fimea](#)

Hakala, Juha T. (2024). *Laadullisen tutkimuksen ABC. Menetelmäopas opinnäytteen tekijälle*. Gaudeamus.

Huupponen, R. & Strandberg, T. (2020). *Miten auttaa potilasta sitoutumaan lääkehoitoonsa?* Lääketieteellinen aikakauskirja Duodecim, 136(2), 223–227. <https://www.duodecimlehti.fi/duo15345>

Huupponen R, Korhonen JM, Strandberg T. (2018) *Miten parantaa sitoutumista lääkehoitoon? Esimerkkinä statiinihoito.* Suomen Lääkärilehti. 73, s.1226–8. <https://www.laakarilehti.fi/pdf/2018/SLL192018-1226.pdf>

Jyväkörpi, S., Strandberg, T., Urtamo, A., Pitkälä, K., Suominen, M., Kokko, K. & Heimonen, S. (2020). Ikääntyneiden terveys, elämänlaatu, toimintakyky ja mielen hyvinvointi. *Gerontologia* 34(4), s. 339–341.

Kallinen, Timo & Kinnunen, Taina (2021). Etnografia. Teoksessa Jaana Vuori (toim.) *Laadullisen tutkimuksen verkkokäsikirja.* Tampere: Yhteiskuntatieteellinen tietoarkisto. <https://www.fsd.tuni.fi/fi/palvelut/menetelmaopetus/>

Kari, H. (2022). *lääkäiden omahoidon tukeminen moniammatillisesti perusterveydenhuollossa.* [väitöskirja, Helsingin yliopisto]. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-951-51-8002-5>

Kari, H., Rättö, H., Sarnola, K., Jormanainen, V. & Koskinen, H. (2022). Väestön ikääntyminen haastaa terveydenhuoltoa myös lääkehoidon toteuttamisessa. *Yhteiskuntapolitiikka*, 87, s.5–6. https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/145553/YP2205-6_Kariym.pdf?sequence=1

Kaukonen, K-M. (5.4.2019). *Riskilääke- huomioi farmakologia ja fysiologia turvallisessa lääkehoidossa.* Fimea. <https://urn.fi/URN:NBN:fi-fe2019040911643>

Keers RN, Williams SD, Cooke J ym. (2013). *Prevalence and nature of medication administration errors in health care settings: A systematic review of direct observational evidence.* *Ann Pharmacother*, 2013(47), s. 237–256. <https://doi.org/10.1345/aph.1r147>

Khan, R. & Socha-Dietrich. (2018). *Investing in medication adherence improves health outcomes and health system efficiency: Adherence to medicines for diabetes, hypertension, and hyperlipidaemia.* OECD Health Working Papers, 105. <https://dx.doi.org/10.1787/8178962c-en>

Kivelä, S-L. (2012). *Hyviä vuosia: Arvokas ja turvallinen ikääntyminen.* Karisto.

Koskenkorva, T., Honkaniemi, S., & Linden-Lahti, C. (14.8.2024). *Ajantasainen lääkitystieto on turvallisen lääkehoidon perusta.* *Julkari.* <https://urn.fi/URN:NBN:fi-fe2024081464934>

Kumpusalo-Vauhkonen, A., Järvensivu, T., & Mäntylä, A. (toim.). (2016). *Moniammatillisuus ikäihmisten lääkkeiden järkevän käytön edistämässä- kansallinen selvitys ja suositukset.* Fimea. <https://urn.fi/URN:ISBN:978-952-5624-65-6>

Laatikainen, O. (2020). *Lääkkeisiin liittyvät haittatapahtumat terveydenhuollossa*. [Väitöskirja, Oulun yliopisto]. <http://jultika.oulu.fi/Record/isbn978-952-62-2513-5>

Laukkanen, E., & Ruokoniemi, P. (2021). *Turvallinen lääkehoito: opas lääkehoitosuunnitelman laatimiseen*. Sosiaali- ja terveysministeriö. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-8682-4>

Leikola, S. (2012). *Development and Application of Comprehensive Medication Review Procedure to Community-Dwelling Elderly*. [Väitöskirja, Helsingin yliopisto]. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-10-7698-5>

McLean AJ & Le Couteur DG. (2004). *Aging biology and geriatric clinical pharmacology*. *Pharmacol Rev.* 56:163–84. <https://doi.org/10.1124/pr.56.2.4>

Mononen N, Airaksinen, MSA., Hämeen-Anttila, K., Helakorpi, S., & Pohjanoksa-Mäntylä, M. (2019). *Trends in the receipt of medicines information among Finnish adults in 1999–2014: a nationwide repeated cross-sectional survey*. *BMJ Open.* Jun 14, 9(6):e026377. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2018-026377>.

Nieuwlaat, R., Wilczynski, N., Navarro, T., Hobson, N., Jeffery, R., Keenanasseril, A., Agoritsas, T., Mistry, N., Iorio, A., Jack, S., Sivaramalingam, B., Iserman, E., Mustafa, RA., Jedraszewski, D., Cotoi, C., Haynes, RB. (2014). *Interventions for enhancing medication adherence*. *Cochrane Database of Systematic Reviews* (11). Art. No.: CD000011. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD000011.pub4>

Niskanen, L. (2013). *Ikäihmisten lääkehoito on taitolaji*. Julkari. <https://urn.fi/URN:NBN:fi-fe2014120350520>

Paulamäki, J., Jyrkkä, J., Similä, E., & Kössi, A. (7.5.2024). *Lääke75+ ja Riskiläakeluokitus auttavat välttämään lääkehoidon riskejä*. Fimea. <https://urn.fi/URN:NBN:fi-fe2024050727480>

Raivio, M., & Hartikainen, S. (2020). *Ikääntyneen optimoitu lääkehoito perusterveydenhuollossa*. *Duodecim*,136:1590–7. [Ikääntyneen optimoitu lääkehoito perusterveydenhuollossa](https://doi.org/10.23835/1361590)

Rantanen, T. (2022). Toimintakyky ja osallistuminen. Teoksessa Rantanen, T., Kokko, K., Sipilä, S., & Viljanen, A. (toim.) *Gerontologia*. *Duodecim*.

Ruusuvuori, J., Nikander, P., & Hyvärinen, M. (2010). *Haastattelun analyysin vaiheet*. Kirjassa: Haastattelun analyysi. Vastapaino.

Saaranen-Kauppinen, A., & Puusniekka, A. (2006). *KvaliMOTV - Menetelmäopetuksen tietovaranto* [verkkójulkaisu]. Tampere: Yhteiskuntatieteellinen tietoarkisto. [KvaliMOTV - 6.3.3 Strukturoitu ja puolistrukturoitu haastattelu](https://doi.org/10.11158/kvalimotv-6.3.3)

Schepel, L. & Kuitunen, S. (2020). *Lääkitysturvallisuus sairaalassa*. *Duodecim*. 136(2):212–22. [Lääkitysturvallisuus sairaalassa](#)

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

Schepel L. (2018). *Strategies for medication safety: an organization-based approach focusing on high-alert medications and clinical pharmacy services in Helsinki University Hospital*. [väitöskirja, Helsingin yliopisto]. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-951-51-4757-8>

Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita. (2020:23). *Katkeamaton lääkehoito: Työryhmämuistio toimintamalleista sairaalassa*. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-5433-5>

Sosiaali- ja terveysministeriö. (14.3.2023). *Kohti rationaalisen lääkehoidon ja lääkehuollon tietojohdantamista- Selvitys lääkehoidon ja lääkkeiden käytön dataperusteisesta ohjauksesta*. Valtioneuvosto. <https://urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-6879-0>

Sosiaali- ja terveysministeriö. (2024). *Laatusuositus aktiivisen ja toimintakykyisen ikääntymisen ja kestävien palvelujen turvaamiseksi 2024–2027*. Valto. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-5436-6>

Sosiaali- ja terveysministeriö. *Läkehoidon turvallisuus. Lääkehaitat ja lääkevahingot. Lääkehaitat ja lääkevahingot - Sosiaali- ja terveysministeriö*

Sosiaali- ja terveysministeriö. Lääkelaki 395/1987. [395/1987 | Lainsäädäntö | Finlex](#)

Strandberg, T., Kivimäki, M. & Urtamo, A. (2024). *Onnistunut vanheneminen- mitä se on ja miten sen voi saavuttaa?* *Duodecim*, 140 (6), s.471–477. [Onnistunut vanheneminen - mitä se on ja miten sen saavuttaa?](#)

Sulosaari, V. (2016). *Medication competence of nursing students in Finland*. [Väitöskirja, Turun yliopisto]. <https://urn.fi/URN:ISBN:978-951-29-6501-4>

Suomen Geronomiliitto ry. (2025). *Geronomi AMK kompetenssit*. [Geronomi AMK kompetenssit – Suomen Geronomiliitto](#)

Takala, A. (2019). *Vakavat lääkityspoikkeamat sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontaviraston (Valvira) aineistossa 2013–2017*. [pro gradu -tutkielma, Helsingin yliopisto]. <http://hdl.handle.net/10138/305229>

Terveyden- ja hyvinvoinnin laitos. (24.1.2025). *Valtakunnallinen Kanta-lääkityslista*. THL. [Valtakunnallinen Kanta-lääkityslista - THL](#)

Terveyden- ja hyvinvoinnin laitos. (7.3.2024). *Muistisairauksien yleisyys*. THL. [Muistisairauksien yleisyys - THL](#)

Timonen J, Kangas S, Kauppinen H, Ahonen R. (2018). *Sähköinen resepti ja lääkitysturvallisuus– Tutkimus reseptipoikkeamista suomalaisissa apteekeissa*. Itä-Suomen yliopisto. <https://tietotarjotin.fi/documents/20124/40275/sahkoinen-resepti-ja-laakitysturvallisuus--tutkimus-reseptipoikkeamista-suomalaisissa-apteekeissa.pdf>

Tutkimuseettinen neuvottelukunta (TENK). (9.10.2023). Hyvä tieteellinen käytäntö (HTK). [Hyvä tieteellinen käytäntö \(HTK\) | Tutkimuseettinen neuvottelukunta](#)

Valli, R., & Aarnos, E. (2018). *Ikkunoita tutkimusmetodeihin: 1, Metodien valinta ja aineistonkeruu: virikkeitä aloittelevalle tutkijalle* (5., uudistettu painos.). PS-kustannus.

WHO. (2017). *Medication without harm - WHO global patient safety challenge on medication safety*. Geneve. <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/255263/1/WHO-HIS-SDS-2017.6-eng.pdf?ua=1&ua=1>

Wuorela, M. & Viikari, L. (2019). *Vanhuksen toimintakyvyn arviointi akuuttisairaanhoidossa*. Duodecim, 135, 1579–85. [Vanhuksen toimintakyvyn arviointi akuuttisairaanhoidossa](#)

Yle. (24.1.2025). *Terveydenhoidon digivastaanotot yleistyvät*. [keskusteluohjelma]. [Terveydenhoidon digivastaanotot yleistyvät | Ylen aamu | Yle Areena](#)

Liite1. Haastattelukysymykset:

1. Minkä ikäinen olet?
2. Onko Sinulla olemassa paperinen tai sähköinen lääkelista niistä lääkkeistä, joita käytät?
3. Kuinka monta eri lääkevalmistetta Sinulla on käytössä?
4. Käytätkö vitamiineja tai luontaistuotteita?
5. Onko Sinulla omalääkäri vai hoitaako Sinua useampi lääkäri?
6. Milloin lääkehoitoasi on viimeksi arvioitu esimerkiksi hoitajan/ lääkärin vastaanotolla tai laboratoriokokeilla?
7. Miten itse seuraat lääkehoidon toteutumista? Teetkö esimerkiksi verenpaine-seuranta?
8. Millaiseksi koet lääkehoidon merkityksen toimintakykyysi- esimerkiksi liikkumiseen, muistiin ja sosiaaliseen kanssakäymiseen?
9. Mitä ajattelet, että lääkehoitoon sitoutuminen tarkoittaa?
10. Onko tietoinen, kuinka lääkkeitä pitää annostella?
11. Oletko havainnut lääkkeillä haittavaikutuksia?
12. Miten kuvailisit lääkehoitosi toteutumista?
13. Oletko koskaan joutunut rahatilanteen vuoksi tinkimään lääkehoidosta?
14. Kuinka usein unohdat ottaa lääkkeen? Minkälaisia syitä unohtamiseen liittyy? (matkat, juhlapyhät, vieraat)

15. Mitä apuvälineitä Sinulla on lääkkeen käyttöön liittyen? (dosetti, pinsetit, lusikka, puolittaja, lääkerobotti)
16. Onko Sinulla ollut vaikeuksia lääkepakkausten avaamisessa? Silmätippojen laittamisessa?
17. Minkälaisia ohjeita olet saanut lääkkeiden käyttöön liittyen lääkäriltä/ hoitajilta/ apteekista?
18. Ovatko ohjeet olleet sellaisia, että niitä on ollut helppo ymmärtää ja toteuttaa?
19. Miten hoitoon sitoutumista voisi mielestäsi parhaiten parantaa?
20. Minkälaisia ohjeita toivoisit saavasi lääkehoitoon liittyen?
21. Miten näet oman osallisuutesi lääkehoidon toteuttamisessa? Onko Sinun mielipidettäsi kysytty, ja oletko saanut vaikuttaa itse hoitoosi?
22. Tiedätkö kaikkien lääkkeidesi käyttötarkoituksen?
23. Miltä tuntui vastata tällaiseen haastatteluun?