

Satu Brinkmann ja Merja K. Laine

Lääkehoidon suunnitelma osana terveys- ja hoitosuunnitelmaa

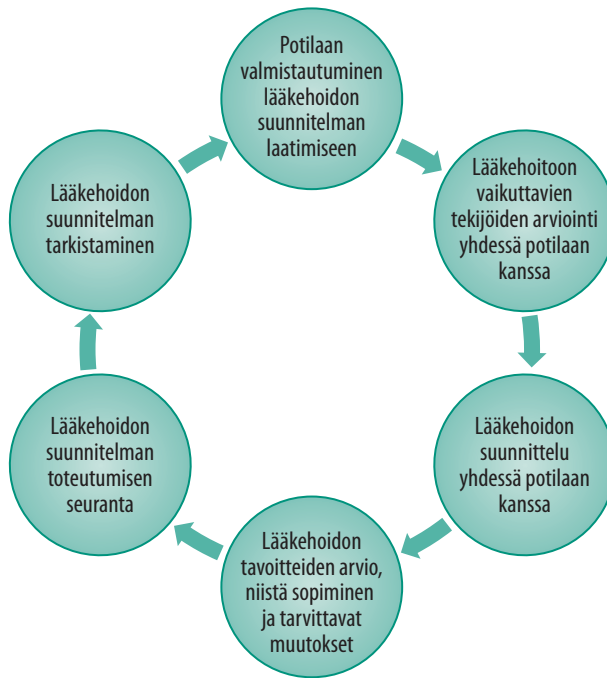
Terveydenhuollon ammattilaisilla on velvollisuus laatia terveys- ja hoitosuunnitelma kaikille potilaille, joiden hoito edellyttää hoidon koordinoimista ja jotka hyötyvät tästä suunnitelmasta. Tyypillisesti nämä potilaat ovat pitkäaikais- ja monisairaita henkilöitä. Pitkäaikaissairaalla potilaalla tarkoitetaan potilasta, joka tarvitsee sairautensa tai terveydentilansa takia pitkäaikaista seurantaa, hoitoa tai kuntoutusta. Terveys- ja hoitosuunnitelma laaditaan yhdessä ja yhteisymmärryksessä potilaan kanssa.

Yksi osa terveys- ja hoitosuunnitelmaa on ajan tasalla oleva lääkehoidon suunnitelma. Lääkehoidon suunnitelman laatiminen alkaa aina potilaan nykyllä lääkityksen kartoittamisella. Hyvä lääkehoidon suunnitelma sisältää selkeästi kirjatut ohjeet lääkehoidon toteutuksesta, seurannasta ja hoitotavoitteista. Hyvin laadittu lääkehoidon suunnitelma mahdollistaa potilaalle turvallisen ja mahdollisimman hyvän lääkehoidon. Lääkehoidon suunnitelman laatiminen yhdessä potilaan kanssa häntä kuunnellen ja arvostaen lisää potilaan voimaantumista ja pystyvyyden tunnetta. Lääkehoidon laatu ja kustannusvaikuttavuus kohentuvat potilaan sitoutuessa hoitoonsa. Tiedollisten ohjeiden lisäksi potilaat tarvitsevat luottamuksellisen ja samalla turvallisuutta ja toiveikkuutta luovan suhteen hoitavaan tahoon.

Terveydenhuoltolaki ja laki potilaan asemasta ja oikeuksista velvoittavat terveydenhuollon ammattilaisia laatimaan terveys- ja hoitosuunnitelman yhdessä ja yhteisymmärryksessä jokaisen pitkäaikaissairaalla on oikeus saada terveys- ja hoitosuunnitelma (1,2). Terveys- ja hoitosuunnitelman tavoitteena on kuvata samassa suunnitelmassa kaikki potilaan terveysongelmat ja niihin liittyvät terveydenhuollon palvelunantajien suunnittelemat tutkimus-, hoito-, kuntoutus- ja seurantatoimet (3). Terveys- ja hoitosuunnitelma kirjataan potilaan

sairauskertomukseen, josta se liitetään Kansallinen terveysarkisto (Kanta) palvelun tiedonhallintapalveluosiioon. Terveys- ja hoitosuunnitelma on omahoidon tuen työkalu, ja sen avulla pyritään potilaan voimaantumiseen sekä tukemaan hoidon jatkuvuutta (3). Terveys- ja hoitosuunnitelman pääkomponentit ovat hoidon tarve, hoidon tavoitteet, hoidon toteutus ja keinot, hoidon seuranta ja arviointi sekä lisätietoina lääkitys ja diagnoosit (3).

THL:n ohjeiden mukaan lääkityslista sisältää senhetkiset tiedot käytössä olevista resepti-, itsehoito- ja luontaislääkkeistä (3). Kaikista lääkkeistä kirjataan ylös lääkkeen nimi ja sen vahvuus, annos sekä käyttötarkoitus. Turvallisen lääkehoidon suunnittelua ja arviointia sekä sujuvoittaa että selkeyttää potilasta koskevien taustatietojen systemaattinen keräys ja tallentaminen. Tietojen rakenteinen kirjaus mahdollistaa tietojärjestelmien hyödyntämisen hoidon toteutuksessa. Terveys- ja hoitosuunnitelma ja lääkehoidon suunnitelma laaditaan yhdessä potilaan kanssa kuunnellen ja kunnioittaen hänen ajatuksiaan ja mielipiteitään (3). Valtakunnallisesti ei ole tietoa, kuinka monen pitkäaikaissairaalla on laadittu terveys- ja hoitosuunnitelma. Diabetesliiton julkaiseman vuoden 2019 Diabetesbarometrin mukaan noin kolmasosa kyselyyn vastanneista diabeetikoista tiesi, että heillä on hoitosuunnitelma (4).



KUVA. Potilaskeskeisen lääkehoidon suunnitelman eri vaiheet.

Lääkehoidon suunnitelman laatiminen käytännössä

Rauhallinen keskustelu, potilaan kuuleminen ja potilasta arvostava kohtaaminen ovat avainasemassa lääkehoitoa suunniteltaessa ja suunnitellun lääkehoidon toteutumisen tukemisessa (5–7) (KUVA). Alkuun kartoitetaan potilaan käyttämät resepti-, itsehoito- ja luontaislääkkeet. Tärkeää on pyytää potilasta, hänen omaistaan tai kotisairaanhoidoa etukäteen kirjaamaan ylös kaikki potilaan käyttämät edellä mainitut lääkkeet. Erityisesti muistisairaiden kohdalla korostuu yhteisvastaanottojen ja muun yhteistyön merkitys potilaan läheisten sekä muiden hänen hoitoonsa arjessa osallistuvien tahojen kanssa. Ihanteellisessa tilanteessa potilaalla on mukanaan oma ajan tasalla oleva lääkelista. Jos potilaan lääkelistan kirjaaminen ei onnistu edeltävästi, voidaan potilasta pyytää tuomaan mukaan vastaanotolle kaikki käyttämänsä lääkkeet, ja esimerkiksi hoitotiimin hoitaja kirjaa ylös edellä mainitut tiedot potilaan lääkityksestä. Todellisen käytössä olevan lääkelistan

pohjalta on luontevaa aloittaa keskustelu lääkehoidosta ja siihen vaikuttavista tekijöistä. **TAULUKKON 1** on koottu käytännön vinkkejä lääkehoitokeskustelun tueksi. Potilaan huomiointi yksilönä, kokonaistilanteen arvioiminen ja yhteisen ymmärryksen varmistaminen on keskeistä (6, 7).

Kun terveys- ja hoitosuunnitelmaa sekä lääkehoidon suunnitelmaa laaditaan ensimmäistä kertaa, siihen tulee varata riittävästi aikaa. Potilaan tietoihin kannattaa tutustua etukäteen. Taustatietoja voidaan myös kerätä ja kirjata vähitellen useamman kontaktin yhteydessä. Toimipaikassa eri ammattilasten kanssa sovittu selkeä yhteinen tapa kirjata tiedot auttaa suunnitelman päivittämistä jatkossa. Suunnitellun lääkehoidon onnistumisen edellytyksenä on, että potilas ottaa lääkkeensä ohjeiden mukaisesti. Potilaalla on myös oikeus kieltäytyä hoidosta, mikä koskee myös lääkehoitoa (2). Tällöin häntä on mahdollisuuksien mukaan hoidettava yhteisymmärryksessä muulla lääketieteellisesti hyväksyttävällä tavalla (2).

TAULUKKO 1. Esimerkkikysymyksiä lääkehoitokeskustelun tueksi.

Mitä mieltä olet lääkehoidostasi?
Mikä lääkityksessäsi on ollut helppoa?
Millaisia huolia tai ongelmia sinulla on lääkkeisiisi liittyen?
Tiedätkö, miksi sinulle on määrätty tällaisia lääkkeitä?
Mitkä lääkkeet sinun kohdallasi ovat niitä, jotka joskus tai usein jäävät ottamatta?
Mitä asioita tähän liittyy eli miksi näin käy?
Mitkä asiat auttavat sinua ottamaan lääkkeesi ohjeiden mukaan?
Tiedätkö tai muistatko, mitä lisäsairauksia lääkehoidollasi halutaan ehkäistä?
Millaisia sinulle tärkeitä arkielämän asioita haluat jatkosakin voida tehdä ajatellen, ettei mitään lisäsairauksia ilmaannu?

Lääkehoitoon vaikuttavien tekijöiden arviointi yhdessä potilaan kanssa

Lääkehoitoon ja hoidon toteutumiseen vaikuttavat sairauksien ja muiden perustietojen lisäksi monet arkiset asiat potilaan elämässä (5, 6). **TAULUKKOON 2** on koottu oleellisia potilasta koskevia taustatietoja, joita tarvitaan lääkehoidon suunnitelman laatimista varten.

Potilaan elämäntilanne ja toimintakyky vaikuttavat myös lääkehoitoon (5,6). Lääkärillä tulee olla kuva siitä, millaista potilaan tavallinen arkielämä on. **TAULUKKOON 3** on koottu oleellisia potilaan elämäntilanteeseen ja toimintakykyyn vaikuttavia asioita, jotka auttavat lääkärinä muodostamaan mahdollisimman realistisen kuvan potilaan arjesta. Toimipaikalla sovitun työnjaon mukaisesti osan potilaan taustatiedoista voi kartoittaa myös kotisairaanhoidaja, sairaanhoidaja tai terveydenhoitaja.

Lääkehoidon suunnittelu, tavoitteet ja muutoksista sopiminen yhdessä potilaan kanssa

Potilaan vointi ja hoitotulokset sekä toiveet ja mieltymykset vaikuttavat lääkevalintoihin ja lääkitystapaan (6). Edeltävien laboratoriotulosten, kuvantamistulosten ja omaseurantojen – esimerkiksi verenpaineen kotiseurannan – tulokset huomioidaan keskusteltaessa potilaan kanssa lääkehoidon tarpeesta ja toteu-

TAULUKKO 2. Potilaan taustatiedot lääkehoidon suunnitelmaa varten.

Ikä ja sairaudet
Laboratoriotulokset, usein erityisesti tieto muunnaisten toiminnasta on tärkeä
Nykyinen lääkitys
Vertailu lääkärin viimeksi suosittelemaan lääkitykseen
Syyt, jos suositeltu lääkitys ei ole toteutunut
Allergiat tai niiden puuttuminen
Lääkkeiden aiheuttamat haittavaikutukset

TAULUKKO 3. Oleellisia asioita elämäntilanteesta ja toimintakyvystä.

Kenen kanssa asuu (yksin/kumppanin/perheen kanssa)
Asumismuoto (esimerkiksi kotona, kotona kotisairaanhoidon turvin, palvelutalossa)
Työkyky ja työtilanne (töissä, työtön, työkyvyttömyyseläkkeellä, eläkkeellä)
Ulkopuolisen avun tarve (esimerkiksi apteekkiasioinnit, lääkkeiden jako ja otto, perheenjäsenten tai muiden läheisten apu, kotisairaanhoido/kotihoito)
Onko omaishoitaja tai omaishoidettava
Onko edunvalvojaa
Onko hoitotahtoa
Onko potilaan kanssa tehty päätöksiä hoitolinjoista

tuksesta. Potilaan mielipidettä lääkitystavasta – tabletti, kapseli, nestemäinen, voide, laastari, inhaloitava, pistettävä – pyritään kunnioittamaan.

Terveydenhuollon ammattilaisten tulee tarjota potilaalle lääkitykseen liittyvää tietoa potilaan ymmärtämällä tavalla. Keskustelu potilaan elintavoista ja terveystavoista sekä lääketieteellisesti suositelluista tavoitteista tulee käydä yhdessä potilaan kanssa häntä kuunnellen (6,7). Hyvän hoidon onnistumiseksi on tärkeää kartoittaa potilaan omia ajatuksia lääkehoidosta ja hoidon tavoitteista (5–7).

Lääkehoidon suunnitelman toteutumisen seuranta

Lääkehoidon muutosten jälkeen sovitaan potilaan kanssa seurannasta, joka tyypillisimmin on puhelinkontakti tai vastaanottokäynti joko lääkärillä tai muulla hoitotiimin jäsenellä (6). Seurantakäynnillä selvitetään, miten muutos potilaan lääkityksessä on vaikuttanut ja onko ilmaantunut haittavaikutuksia. Joskus tarvitaan

TAULUKKO 4. Erään 72-vuotiaan monisairaana potilaan ajatuksia lääkehoidon suunnitelmasta.

”Olen sitä mieltä, että hoitosuunnitelma on todella hyvä asia. Luen sen aina kokonaan, kun saan päivitetyn version vastaanoton tai puhelun jälkeen. Saan tärkeää tietoa siitä, miten sairauksiani hoidetaan ja mitä minun pitäisi itse tehdä. Hoitosuunnitelman perustiedot sairauksistani, arkielämästäni, hoidon tavoitteista ja lääkityksestä auttavat myös toisia lääkäreitä ja hoitajia. Siitä näkee lisäksi, mitä on suunniteltu jatkossa.”

”Lääkitys on erittäin tärkeä kohta hoitosuunnitelmassa. Uuden lääkelistan lisäksi juuri lääkemuutokset on kirjattu erikseen selvästi ja siinä yhteydessä myös mainittu lääkkeen käyttötarkoitus. Liikaa tietoa ei tässä kohtaa oikeastaan voi olla. Minusta on hyvä, että voin kotona lukea, mitkä lääkkeet jätetään nyt kokonaan pois ja mitä sitten lopetetun lääkkeen tilalle tulee ja millä annoksella. Tarkistan tämän perusteella, kuinka jatkossa jaan lääkkeeni dosettiin. Näin varmistuu, että lääkitys toteutuu lääkärin ohjeen mukaan.”

”Olen oppinut, että on tärkeää itsekini osallistua hoitoon, ja tiedän kuinka toimia. Olen saanut paljon lisää tietoa sekä diabeteksen että sepelvaltimotaudin hoidosta. Kotona voin uudestaan palata hoitosuunnitelmassa oleviin ohjeisiin.”

”Luottamus on syntynyt, ja on tullut turvallinen olo. Ei tarvitse kyseenalaistaa ohjeita. Tiedän, mitä asioita ottaa esille, ja voin soittaa, jos on ongelmia. Koen, että minusta välitetään.”

myös laboratoriokokeiden tai kuvantamistutkimusten tarkistusta. Arviolta jopa joka neljäs potilas saa uudesta lääkkeestä jonkin haittavaikutuksen ensimmäisten neljän viikon aikana (8). Seurantakäynti tarjoaa potilaalle luontevan tilaisuuden kysyä häntä askarruttavista asioista (6). Usein potilaan huoli ja epävarmuus lääkeshoidon muutosta kohtaan vähenee oleellisesti, kun seuraavan kontaktin ajankohta on sovittu jo valmiiksi (9).

TAULUKKON 4 on koottu erään 72-vuotiaan monisairaana miespotilaan ajatuksia hänen lääkehoidonsa suunnitelmasta. Kun potilaalle syntyy tunne, että hänestä ollaan kiinnostuneita ja että hän saa tarvitsemaansa tukea, niin suunniteltu hoito todennäköisimmin toteutuu (9). Selkeästi kirjatut ohjeet lääkehoidosta, omaseurannasta ja hoitotavoitteista auttavat potilasta toteuttamaan suunnitellun lääkehoidon.

TAULUKOSSA 5 on kuvitteellinen esimerkki lääkehoidon kirjauksesta. Potilailla, joilla on pitkäaikais sairaus tai -sairauksia, lääkehoito arvioidaan yleensä yksi tai kaksi kertaa vuodessa,

nuoremmilla ja terveemmillä joskus harvemmin.

Ongelmakohtia lääkehoidon toteutumisessa

Suunniteltu lääkehoito ei aina toteudu. Terveystieteiden ammattilaiset ovat taipuvaisia ajattelemaan, että antamamme ohjeet, lääkemääräykset ja tieto ovat riittävä apu motivoimaan potilasta hyvään hoitoon (7,10). Potilaat tarvitsevat tiedon rinnalle luottamusta hoitotahoon ja siihen liittyviä tärkeitä tunteita, kuten turvallisuutta ja toiveikkuutta (6,7,10).

Arviolta kuudesosa potilaista ottaa lääkkeitä suunnilleen kuten on suunniteltu, kuudesosa suunnilleen kuten on suunniteltu mutta lääkkeitä ei oteta ajoituksessa on epäsäännöllisyyttä, kuudesosa jättää ajoittain joinain päivinä lääkkeet ottamatta, kuudesosa pitää lääkelomaa 3–4 kertaa vuodessa ja jättää ajoittain jonain päivänä lääkkeet ottamatta, kuudesosa pitää lääkelomaa kuukausittain ja jättää useana päivänä lääkkeet ottamatta ja kuudesosa ottaa lääkkeitä epäsäännöllisesti tai ei lainkaan (11,12). Syitä tähän voi olla hyvin monenlaisia. Lääkitys saattaa inhimillisesti unohtua. Joskus potilas ei itse usko tarvitsevänsä lääkettä tai hän pelkää mahdollisia haittavaikutuksia. Lääkkeen hinta voi olla myös este suunnitellulle käytölle. Osa potilaista haluaa vähentää lääkitystään, ja tekeekin näin keskustelematta hoitavan tahon kanssa. Toisaalta joidenkin lääkkeiden, esimerkiksi keskushermostoon vaikuttavien, kohdalla tilanne voi myös olla päinvastainen.

Harmillisen usein potilaat kokevat, että heitä ei ole kuultu lääkitystä suunniteltaessa. Heille ei ole annettu mahdollisuutta kysyä ja keskustella lääkityksestä rauhassa, tai heidän kokemiaan haittavaikutuksia ei ole otettu todesta (5,9). Terveystieteiden ja hoitosuunnitelma painottaa potilaan näkökulman, tarpeiden ja tavoitteiden huomioimista. **TAULUKON 1** esimerkkikysymykset sekä **TAULUKOIDEN 2** ja **3** taustatietojen selvittäminen yhdessä potilaan kanssa auttavat lääkehoidon suunnittelussa ja yhteisymmärryksen saavuttamisessa. Motivoiva vuorovaikutus ja potilaan omien vahvuuksien huomioiminen on keskeistä. Terveystieteiden ammattilaisten tu-

lee varmistaa, että potilaalla on riittävät tiedot ja taidot sekä sopiva tuki hoidon toteuttamista varten. **TAULUKON 5** mukainen tapa kirjata lääkityksen jatko-ohjeet auttavat potilasta ymmärtämään, miten lääkitys muuttuu ja millainen lääkelista jatkossa on. Lääkehoidon toteutumista auttaa myös hoidon jatkuvuuden turvaaminen ja luottamuksellisen hoitosuhteen syntyminen.

Iäkkäiden potilaiden kohdalla yksöllisen ja kokonaisvaltaisen lääkehoidon suunnitelman merkitys korostuu. Arviolta 10–20 % iäkkäiden potilaiden sairaalan ensiapukäynneistä johtuu lääkkeiden haittavaikutuksista (13–15). Tuoreen kansainvälisen katsauksen mukaan sairaalahoidossa olevilla potilailla farmasian ammattilaisen suorittama lääkelistan tarkistus lisäsi iäkkään potilaan lääkehoidon turvallisuutta (16), mutta avosairaanhoidossa vastaava näyttö puuttuu (17). Tosin näistä tutkimuksista poiketen kotimaiset iäkkäiden henkilöiden lääkehoitoon liittyvät tutkimukset osoittavat, että moniammatillisella – lääkäri, sairaan- tai terveydenhoitaja ja farmasian ammattilainen – lääkehoidon arvioinnilla voidaan perusterveydenhuollossa edistää järkevän lääkehoidon toteutumista (18–21). Potilaan voimaantuminen näyttää parantavan kaikenikäisillä suunnitellun lääkehoidon toteutumista (22).

Lopuksi

Pitkäaikaisten sairauksien hoito koostuu sekä lääkkeettömästä että lääkehoidosta ja myös

TAULUKKO 5. Kuvitteellinen esimerkki potilaan lääkehoidon kirjauksesta terveys- ja hoitosuunnitelmassa.

Lääkehoito

Lääkemuutokset:

Jatkossa verenpainelääke ramipriili 5 mg 1 tabletti aamulla ja 1 tabletti illalla (aiemmin oli 5 mg 1 tabletti aamulla)

Aloitetaan kolesterolilääke rosuvastatiini 10 mg 1 tabletti aamulla (pois jää atorvastatiini 20 mg 1 tabletti illalla)

Aloitetaan uusi diabeteslääke empagliflotsiini 10 mg 1 tabletti aamulla

Jatkossa kilpirauhasenvajaatoimintalääke tyroksiini 100 µg 1 tabletti joka aamu(lla) (aiemmin oli sunnuntaisin puoli tablettia [aamulla] ja muina päivinä 1 tabletti [aamulla])

Säännöllinen lääkitys jatkossa:

ASA 100 mg 1 x 1, ramipriili 5 mg 1 x 2, amlodipiini 5 mg 1 x 1, bisoprololi 5 mg 1 x 1, rosuvastatiini 10 mg 1 x 1, metformiini 1 g 1 x 2, empagliflotsiini 10 mg 1 x 1, tyroksiini 100 µg 1 x 1, budesonidi 400 µg/annos 1 hv x 2, montelukasti 10 mg 1 iltaisin

Tarvittaessa otettava lääkitys:

salbutamoli 200 µg/annos 1–2 hv tarv, setiriitsiini 10 mg 1 x 1, parasetamoli 1 g 1 x 1–3, pantopratsoli 40 mg 1 x 1

Käytössä olevat itsehoitovalmisteet: D-vitamiini 20 µg 1 x 1, magnesium 1 x 1, B12-vitamiini 1 x 1

Ohjeet kotiin lääkityksen omasäättöä varten:

Flunssan yhteydessä kaksinkertaista hoitavan astmalääkkeen budesonidin annokset 1–3 viikon ajaksi
Kuumetaudin ja mahataudin (ripuli, oksentelu) yhteydessä jätä diabeteksen tablettilääkkeet (metformiini ja empagliflotsiini) tauolle

potilaan rinnalla kulkemisesta häntä arvoitaen. Parhaiten tämä onnistuu suunnittelemalla hoito yhdessä potilaan kanssa hyödyntäen eri ammattiryhmien osaamista. Motivoivan vuoro-

Ydinasiat

- ▶▶ Potilaalla, jolla on pitkäaikaissairaus, on oikeus saada terveys- ja hoitosuunnitelma mukaan lukien lääkehoidon suunnitelma.
- ▶▶ Lääkehoidon suunnitelmaa laadittaessa lääketieteellisen tiedon lisäksi rauhallinen keskustelu, potilaan kuuleminen ja potilasta arvostava kohtaaminen ovat avainasemassa.
- ▶▶ Potilaan sairaudet, elämäntilanne, toimintakyky, vointi ja hoitutulokset sekä toiveet ja mieltymykset vaikuttavat lääkevalintoihin ja lääkitystapaan.
- ▶▶ Potilaan ajatukset lääkehoidosta, elintoivoista, terveysriskeistä ja hoidon tavoitteista tulee kartoittaa yhdessä hänen kanssaan ja pyrkiä lisäämään potilaan pystyvyyden tunnetta.
- ▶▶ Paras mahdollinen ja turvallinen lääkehoito toteutuu parhaiten, kun potilas ja hänelle tärkeät asiat arjessa sekä aito välittäminen potilaasta ovat hoidon keskiössä.

vaikutuksen taitojen hyödyntäminen ja hoidon jatkuvuuden turvaaminen auttavat luottamuksellisen hoitosuhteen syntymistä sekä hoidon toteutumista. Kokonaisvaltaisen ja yksilöllisen terveys- ja hoitosuunnitelman, joka sisältää lääkehoidon suunnitelman, tavoitteena on potilaille paras mahdollinen ja turvallinen hoito sekä potilaan voimaantuminen ja pystyvyyden tunteen lisääminen.

Potilaan terveys- ja hoitosuunnitelma tulisi löytyä potilastietojärjestelmästä riippumatta aina saman nimikkeen alta, tulevaisuudessa

myös Kannasta. Tuloste terveys- ja hoitosuunnitelmasta auttaa potilasta toteuttamaan hoitoa yhteisen suunnitelman mukaisesti. Hoidon laatu ja kustannusvaikuttavuus paranevat, kun potilas on sitoutunut hoitoonsa ja suunniteltu hoito toteutuu. Onnistumme tässä parhaiten muistamalla, että potilas ja hänelle tärkeät asiat arjessa sekä aito välittäminen potilaasta ovat aina hoidon keskiössä. ■

* * *

Kiitämme Satu Brinkmannin haastattelemaa potilasta arvokkaista kommentista.

SATU BRINKMANN, LL, terveyskeskuslääkäri

Heinolan terveyskeskus, Heinola

MERJA K. LAINE

Yleislääketieteen ja perusterveydenhuollon osasto, Clinicum, Helsingin yliopisto
Perusterveydenhuollon yksikkö, HUS, Helsinki
Folkhälsanin tutkimuskeskus, Helsinki

TEEMAN ERIKOISTOIMITTAJA

Maiju Welling

SIDONNAISUUDET

Satu Brinkmann: Luentopalkkio/asiantuntijapalkkio (AstraZeneca, Boehringer Ingelheim, Duodecim, Mediuutiset, PHLU, PHyky

Merja Laine: Luentopalkkio/asiantuntijapalkkio (Amgen, Ascencia, AstraZeneca, Bi, Novo Nordisk Farma Oy, Pfizer, Sanofi, Fioca), korvaukset koulutus- ja kongressikuluista (Novo Nordisk Farma Oy), luottamustoimet (SYLY:n hallituksen jäsen, Suomen Hammaslääkäriliiton ja Diabetesliiton yhteistyöryhmän jäsen, Haavanhoidon erityispätevyys –työryhmän jäsen, Lihavuuden Käypä hoito –työryhmän jäsen, Diabetesliiton lääkärineuvoston varapuheenjohtaja), hankkeet (Syventävien opintojen ohjaus, Tohtorikoulutettavien ohjaus, Väitöskirjatutkijoiden seurantar ryhmän jäsen)

KIRJALLISUUTTA

1. Terveystieteiden tutkimuslaitos [1326/2010]. www.finlex.fi.
2. Laki potilaan asemasta ja oikeuksista [785/1992]. www.finlex.fi.
3. Komulainen J, Vuokko R, Mäkelä M. Rakenneinen terveys- ja hoitosuunnitelma. Helsinki: THL 2011.
4. Koski S. Diabetesbarometri 2019. Helsinki: Suomen Diabetesliitto ry 2019.
5. Bassett SM, Schuette SA, O'Dwyer LC, ym. Positive affect and medication adherence in chronic conditions: a systematic review. *Health Psychol* 2019;38:960–74.
6. Roberts S, Eaton S, Finch T, ym. The year of care approach: developing a model and delivery programme for care and support planning in long term conditions within general practice. *BMC Fam Pract* 2019;20:153.
7. Conn VS, Ruppert TM. Medication adherence outcomes of 771 intervention trials: systematic review and meta-analysis. *Prev Med* 2017;99:269–76.
8. Gandhi T, Weingart S, Borus J, ym. Adverse drug events in ambulatory care. *N Engl J Med* 2003;348:1556–64.
9. Kini V, Ho PM. Interventions to improve medication adherence: a review. *JAMA* 2018;320:2461–73.
10. Kähkönen O, Kankkunen P, Miettinen H, ym. Perceived social support following percutaneous coronary intervention is a crucial factor in patients with coronary

- heart disease. *J Clin Nurs* 2017;26:1264–80.
11. Medicines adherence: involving patients in decisions about prescribed medicines and supporting adherence. *Clinical guideline [CG76]*. London: NICE 2009.
 12. Osterberg L, Blaschke T. Adherence to medication. *N Engl J Med* 2005;353:487–97.
 13. Alhawassi TM, Krass I, Bajorek BV, ym. A systematic review of the prevalence and risk factors for adverse drug reactions in the elderly in the acute care setting. *Clin Interv Aging* 2014;9:2079–86.
 14. Oscanoa TJ, Lizaraso F, Carvajal A. Hospital admissions due to adverse drug reactions in the elderly. A meta-analysis. *Eur J Clin Pharmacol* 2017;73:759–70.
 15. Laatikainen O, Sneek S, Bloigu R, ym. Hospitalizations due to adverse drug events in the elderly – a retrospective register study. *Front Pharmacol* 2016;7:358.
 16. Spinewine A, Fialova D, Byrne S. The role of the pharmacist in optimizing pharmacotherapy in older people. *Drugs Ageing* 2012;29:495–510.
 17. Tecklenborg S, Byrne C, Cahir C, ym. Interventions to reduce adverse drug event-related outcomes in older adults: a systematic review and meta-analysis. *Drugs & Aging* 2020;37:91–8.
 18. Merikoski M, Jyrkkä J, Auvinen K, ym. Lääkäreiden Lääkehoidon Moniammatillinen

- Arviointi (ILMA). Vaikutukset kotihoidon asiakkaiden lääkitykseen, toimintakykyyn ja elämänlaatuun sekä terveys- ja hoivapalveluiden käyttöön. Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 2017:34. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö 2017.
19. Toivo T, Mikkola J, Laine K, ym. Identifying high risk medications causing potential drug-drug interactions in outpatients: a prescription database study based on an online surveillance system. *Res Social Adm Pharm* 2016;12:559–68.
 20. Toivo T, Dimitrow M, Puustinen J, ym. Coordinating resources for prospective medication risk management of older home care clients in primary care: procedure development and RCT study design for demonstrating its effectiveness. *BMC Geriatr* 2018;18:74.
 21. Toivo T, Airaksinen M, Dimitrow M, ym. Enhanced coordination of care to reduce medication risks in older home care clients in primary care: A randomized controlled trial. *BMC Geriatr* 2019;19:332.
 22. Nafrazi L, Nakamoto K, Schulz PJ. Is patient empowerment the key to promote adherence? A systematic review of the relationship between self-efficacy, health locus of control and medication adherence. *PLoS One*, julkaistu verkossa 17.10.2017. DOI:10.1371/journal.pone.0186458.