

Perehdytysmateriaalin tuottaminen
yhteistoimintamallin mukaiseen lääkehoidon
toteuttamiseen psykiatrisella osastolla

Hoitotyön koulutusohjelma,
sairaanhoitaja
Opinnäytetyö
23.4.2009

Lotta Rantanen

Koulutusohjelma	Suuntautumisvaihtoehto	
Hoitotyö	Sairaanhoitaja	
Tekijä/Tekijät		
Lotta Rantanen		
Työn nimi		
Perehdytysmateriaalin tuottaminen yhteistoimintamallin mukaiseen lääkehoidon toteuttamiseen psykiatrisella osastolla		
Työn laji	Aika	Sivumäärä
Opinnäytetyö	Kevät 2009	28+2+3(cd:llä)
TIIVISTELMÄ		
<p>Tämä opinnäytetyö on osa projektia, jossa tarkoituksena on ollut yhteistoimintamallin kehittäminen psykiatriseen hoitoon. Projektin aiemmissa vaiheissa on luotu toimintamalli, jota on testattu yhteensä neljällä yhteistyöosastolla Helsingin Terveyskeskuksen Auroran sairaalassa sekä HUS:n Psykiatriakeskuksessa. Projektin tässä vaiheessa tarkoituksena oli perehdytysmateriaalin tuottaminen opinnäytetöinä yhteistoimintamallin toteuttamisesta psykiatrisessa osastohoidossa uusille työntekijöille, sijaistyöntekijöille sekä opiskelijoille neljällä hoidon eri osa-alueella (lääkehoito, hoitokokous, perhetapaaminen ja hoitosuunnitelma).</p> <p>Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli tuottaa perehdytysmateriaalia yhteistoimintamallin mukaisesta lääkehoidon toteuttamisesta. Tavoitteena opinnäytetyöllä on antaa lukijalle hyvä pohja yhteistoimintamallin mukaiseen lääkehoidon toteuttamiseen sekä kuvata yhteistoimintamallin mukaista lääkehoidon toteuttamista. Opinnäytetyö on tehty yhteistyössä Helsingin Terveyskeskuksen kanssa.</p> <p>Opinnäytteen tuotoksen runko-osa on toteutettu Microsoft PowerPoint-esityksenä, jonka sisällössä tavoiteltu yksittäisen työntekijän näkökulmaa kysymällä: "Miten yksittäinen työntekijä voi toteuttaa lääkehoitoa yhteistoimintamallin mukaisesti?". Esityksen rakenteessa, jäsentelyssä ja ulkoasussa on pyritty huomioimaan sen helppolukuisuus ja selkeys. Tätä varten opinnäytetyössä käsitellään myös perehdyttämistä sekä tietokoneelta lukemista ja oppimista. Esityksen lisäksi tässä opinnäytetyössä on tuotettu syventävää materiaalia psykiatrista lääkehoitoa ohjaavasta lainsäädännöstä ja psyykenlääkkeiden haittavaikutuksista.</p> <p>Opinnäytetyön tuotoksena tuotettu materiaali on tehty yhteistyössä toisen opinnäytetyöryhmän kanssa, joiden aiheena on yhteistoimintamallin mukainen lääkehoidossa ohjaaminen. Toinen opinnäytetyöryhmä on tuottanut PowerPoint-esityksessä olevat potilas-caset ja omaa aluettaan koskevan syventävän materiaalin.</p>		
Avainsanat		
yhteistoimintamalli, perehdytysmateriaali, psykiatrinen lääkehoito		

Degree Programme in		Degree	
Nursing and Health Care		Bachelor of Health Care	
Author/Authors			
Lotta Rantanen			
Title			
Producing Orientation Material of the Co-operative Realisation of Psychiatric Pharmacotherapy			
Type of Work	Date	Pages	
Final Project	Spring 2009	28+5 appendices	
<p>ABSTRACT</p> <p>This study was part of a project, whose objective was to produce a co-operational model for psychiatric care. In the earlier stages, a co-operative model was produced and tested on four psychiatric wards of the City of Helsinki Health Centre Aurora Hospital and the HUCH Psychiatry Centre, Finland. At this stage of the project, the objective was to develop orientation material of the model for new employees, substitute workers and students in four different sectors of psychiatric care.</p> <p>The purpose of this study was to produce orientation material of co-operative realisation of psychiatric pharmacotherapy. The objective of this study was to give the reader a good template for realising psychiatric pharmacotherapy in a co-operative way and to portray the co-operative realisation of psychiatric pharmacotherapy. The study was made in collaboration with Aurora Hospital, Helsinki, Finland.</p> <p>As for methods, the base of the orientation material was produced as a Microsoft PowerPoint slideshow. In the slideshow, the used point of view was of a new employee, asking: "What can a new employee do to realise psychiatric pharmacotherapy in a co-operative way?" The slideshow was realized in a way that took the readability and clarity of the slides in consideration. In addition to the slideshow, this study developed some extra material of legislation that directs psychiatric pharmacotherapy and of psychopharmaceutical medication. With this extra material, the reader may deepen their understanding of the subject.</p>			
Keywords			
co-operative model, orientation material, psychiatric pharmacotherapy			

SISÄLLYS

1	JOHDANTO	1
2	HANKKEEN ESITTELY	2
3	KÄYTETYT LÄHDEMATERIAALIT	3
4	YHTEISTOIMINTAMALLIN MUKAINEN LÄÄKEHOIDON TOTEUTTAMINEN	4
5	PSYKIATRISEN LÄÄKEHOIDON TOTEUTTAMINEN	6
5.1	Potilaan asema ja oikeudet suhteessa lääkehoitoon	6
5.2	Hoitohenkilökunnan vastuu lääkehoidon toteuttamisessa	6
5.3	Lääkehoidon toteuttaminen terveydenhuollon toimintayksiköissä	7
5.4	Lääkehoidon prosessi psykiatrisessa hoidossa	8
6	PSYYKENLÄÄKKEILLE ERITYISET HAITTAVAIKUTUKSET	9
6.1	Antipsykootit eli psykoosilääkkeet	10
6.2	Antidepressantit eli masennuslääkkeet	12
6.3	Kaksisuuntaisen mielialahäiriön lääkkeet	13
6.3.1	Mielialaa tasaavat lääkkeet	13
6.3.2	Masennusjakson lääkehoito	13
6.3.3	Mania- ja masennusjaksojen estolääkitys	14
6.4	Anksiolyytit eli ahdistuksen hoidossa käytettävät lääkkeet	14
6.5	Hypnotit eli unettomuuden hoidossa käytetyt lääkkeet	14
7	PEREHDYTYSMATERIAALIN SISÄLLÖN TUOTTAMINEN	16
7.1	Perehdytys	16
7.2	Oppimistavat perehtymisessä	16
7.3	Perehdytykseen tuotettava lukumateriaali ja case-tehtävät	17
7.4	Tietokoneelta lukeminen ja oppiminen	17
8	TUOTTEEN PROSESSIN KUVAUS	18
8.1	Esityksen rakenteen ja ulkoasun suunnittelu	18
8.2	Esityksen sisällön suunnittelu	19
8.3	Syventävän materiaalin sisällön suunnittelu	20
9	POHDINTA	22
9.1	Tuotteen tarkastelua	22
9.2	Työskentelyprosessin tarkastelua	23
9.3	Tuotteen luotettavuuden arviointia	24
9.4	Tuotteen hyödynnettävyys ja jatkokehitys	25
	LÄHTEET	27
LIITTEET	Liite 1: Yhteistoimintamallin käsitteiden määrittely	
	Liite 2: Lääkehoidon prosessikaavio	
	Liite 3: Yhteistoimintamallin mukainen lääkehoito (cd)	
	Liite 4: Psykiatrasta lääkehoitoa ohjaava lainsäädäntö (cd)	
	Liite 5: Tietoa psyykenlääkkeistä (cd)	

1 JOHDANTO

Tämä opinnäytetyö on osa ”Yhteistoimintamalli psykiatrisen potilaan hoidossa” -projektia. Projektin tarkoituksena oli luoda yhteistoimintamalli psykiatrisen hoitotyön käytäntöön ja arvioida sen toteutumista. Tavoitteena projektilla on ollut kehittää hoitotyötä potilaslähtöisempään suuntaan, jolloin potilas ja hänen läheisensä saadaan osallistumaan aktiivisemmin hoitoon. (Roivas-Mäkinen – Eriksson – Mattila – Ruotsalainen 2006: 5.)

Opinnäytetyö tuo osansa perehdytysmateriaalin tuottamiseen yhteistoimintamallin mukaisesta työskentelemisestä projektin tässä vaiheessa. Yhteistoimintamallin mukaista toimintaa tarkastellaan opinnäytetöinä toteutettavassa perehdytysmateriaalissa neljässä eri psykiatrisen hoidon osassa (lääkehoito, hoitokokous, perhetapaaminen ja hoitosuunnitelma). Tämän opinnäytetyön aiheena on yhteistoimintamallin mukainen lääkehoidon toteuttaminen käytännössä. Opinnäytetyön tuotteena on syntynyt perehdytysmateriaali yhteistoimintamallin mukaisesta lääkehoidon toteuttamisesta, jonka tekoon on osallistunut toinen opinnäytetyöryhmä aiheenaan yhteistoimintamallin mukainen lääkehoidossa ohjaaminen.

Perehdytysmateriaalin runko-osa on Microsoft PowerPoint-esitys (liite 3, cd:llä), jossa kuvataan lääkehoidon prosessia yhteistoimintamallin mukaisena. Esitykseen on lisäksi tuotettu syventävää materiaalia, joka tulee sijaitsemaan esityksessä linkkien takana. Tässä opinnäytetyössä syventävää materiaalia on tuotettu psykiatrista lääkehoitoa ohjaavasta lainsäädännöstä (liite 4, cd:llä) ja psyykenlääkkeiden haittavaikutuksista (liite 5, cd:llä).

Perehdytysmateriaali on tarkoitettu ennen kaikkea uusille työntekijöille, sijaistyöntekijöille ja opiskelijoille osastolla käytössä olevan yhteistoimintamallin sisäistämiseen. Tämä asettaa materiaalin sisällön tuottamiselle omat vaatimuksensa, joihin tässä opinnäytetyössä pyritään vastaamaan käsittelemällä yhteistoimintamallia, psykiatrisen lääkehoidon toteuttamista, työhön perehdyttämistä sekä tietokonetta oppimisympäristönä.

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on tuottaa perehdytysmateriaalia yhteistoimintamallin mukaisesta psykiatrisen lääkehoidon toteuttamisesta yhteistyössä Auroran sairaalan osaston 6-1 kanssa. Opinnäytetyön tavoitteena on antaa perehdytysmateriaalin

lukijalle hyvä pohja yhteistoimintamallin toteuttamiseen lääkehoidon käytännössä sekä kuvata yhteistoimintamallin toteuttamista lääkehoidossa.

2 HANKKEEN ESITTELY

”Yhteistoimintamalli psykiatrisen potilaan hoidossa” -projektia toteuttavat Metropolia Ammattikorkeakoulu (entinen Helsingin ammattikorkeakoulu Stadia) yhdessä Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirin HYKS:n Psykiatriakeskuksen ja Helsingin terveyskeskuksen Auroran sairaalan kanssa. Yhteistyösastoina toimivat kaksi suljettua vuodeosastoa Psykiatriakeskuksesta (osastot 2 ja 6) sekä Auroran sairaalasta (osastot 6-1 ja 15-6C). (Roivas-Mäkinen ym. 2006: 2.)

Tarve yhteistoimintamallin tulee käytännön työelämän edustajilta, sillä hoitotyö osastoilla on yhä varsin asiantuntijalähtöistä, jolloin potilas ja hänen läheisensä ovat lähinnä vastaanottajan roolissa. Tässä roolissa potilaan sitoutuminen hoitoon ja motivoituminen jäävät vähäisiksi. Yhteinen toimintamalli helpottaisi myös eri tahojen yhteistyötä ja tätä kautta parantaisi potilaiden hoitoa. (Roivas-Mäkinen ym. 2006: 2.)

Projekti on toteutettu nelivaiheisena prosessina. Ensimmäisessä vaiheessa (kevät - syksy 2006) määritettiin yhteistoiminnallisen hoitotyön käsite kirjallisuuskatsauksen ja hoitohenkilökunnan käsityksiä hahmottamalla. Toisessa vaiheessa (kevät 2007) kartoitettiin yhteistoiminnallisen hoitotyön toteutumisen edellytyksiä ja esteitä ryhmähaastattelun (ja osallistuvan havainnoinnin) keinoin. Kolmannessa vaiheessa (syksy 2007 – kevät 2008) luotiin yhteistoimintamalli kirjallisuuskatsauksien ja kartoitusten tulosten pohjalta. Malli otettiin käyttöön yhteistyö- eli pilottiosastoilla vuoden 2008 alussa. Neljännessä vaiheessa (syksy 2008) yhteistoimintamallin toteutumista ja toimivuutta arvioitiin itse- ja tiimi-arvioinnin sekä projektiryhmän arvioinnin avulla. (Roivas-Mäkinen ym. 2006: 6-7.)

Sisällöllisesti yhteistoimintamallia on päätetty havainnoida neljässä psykiatrisella osastolla toteutuvassa hoidon osa-alueessa (hoitosuunnitelma, lääkehoito, perhetapaaminen ja hoitokokoukset) neljällä eri osastolla. Tässä projektin vaiheessa tarkoituksena on ollut tuottaa opinnäytteinä perehdytysmateriaalia yhteistoimintamallin mukaisesta työskentelystä näillä neljällä osa-alueella yhteistyössä pilottiosastojen kanssa.

3 KÄYTETYT LÄHDEMATERIAALIT

Tietoperustassa käytettävät lähteet on hakuvaiheessa rajattu 1998–2009 väliselle ajankaksolle ajantasaisen tiedon saamiseksi. Työssä käytettäviä tutkimuksia etsittiin teke-mällä tiedonhakuja Medic-tietokannasta, jossa käytettyjä hakuja olivat: ”kielt” ja ”lääk”, joista tulokseksi saatiin kuusi osumaa ja näistä katsaukseen hyväksyttiin yksi pro gradu (Mäkitalo, Juha-Pekka 1999: Psykiatrisessa sairaalahoidossa olevien potilaiden kieltäy-tyminen lääkehoidosta) ja hakusanalla ”lääkeresistens” löytyi yhteensä 14 osumaa ja katsaukseen niistä yksi tieteellinen artikkeli (Isometsä, Erkki - Syvälahti, Erkki 2004: Lääkeresistentin depression lääkehoidon suuntaviivoja). Haetut tutkimukset hyväksyt-tiin niiden otsikon perusteella ja sisältöä tarkasteltaessa ne osoittautuivat aiheelle rele-vanteiksi.

Lääkehoitoa ohjaavasta lainsäädännöstä kertovassa osassa on luonnollisesti hyödyn-netty ajan tasalla olevia lakeja sekä asetuksia, jotka on haettu Finlex®-sivustolta. Si-vusto on oikeusministeriön ylläpitämä ja käsittää koko Suomen lainsäädännön asetuk-sineen. Lakien ja asetusten lisäksi on myös hyödynnetty ministeriöiden suosituksia, kuten sosiaali- ja terveysministeriön Turvallinen lääkehoito -opas(2006).

Psykenlääkkeistä kertovassa osiossa on hyödynnetty pääasiassa lääketieteellisiä vuonna 2008 julkaistuja psykiatri Matti O. Huttusen kirjoittamia Duodecimin julkaisuja, Käypä hoito -suosituksia ja lääkkeiden pakkausselostuksia. Suurin osa pakkausselos-teista on haettu Lääkelaitoksen internet-sivuilta, mutta joidenkin kohdalla pakkausse-losteet tai lääkeaineesta kertova artikkeli on haettu Google-hakupalvelun kautta. Läh-demateriaaliksi on kuitenkin hyväksytty vain luotettavista lähteistä olevia selosteita tai artikkeleita.

Perehdyttämiseen ja tietokoneen avulla oppimiseen liittyviä tutkimuksia ei hauilla löyty-nyt. Tämän sijaan työhön on hyväksytty kaksi asiantuntijatietoon perustuvaa kirjaa, joista toinen käsittelee perehdyttämistä ja toinen moderneja oppimisympäristöjä.

Jo mainittujen lisäksi suuren osan työssä hyödynnettävästä materiaalista muodostaa Helsingin Terveyskeskuksen Auroran sairaalan yhteistyöosaston 6-1 sekä Virpi Jaak-kolan ja Kimmo Sainion kokoaman Yhteistoimintamallin käsitteiden määrittely (liite 1) ja Lääkehoidon prosessikaavio (liite 2). Näissä kahdessa dokumentissa on tiiviisti esitetty se, mitä yhteistoimintamallin mukainen lääkehoidon toteuttaminen on ja miten lääke-hoidon prosessi etenee käytännössä yhteistyöosastolla.

4 YHTEISTOIMINTAMALLIN MUKAINEN LÄÄKEHOIDON TOTEUTTAMINEN

Projektissa aiemmin luotu yhteistoimintamalli on jaettu neljään osaan: toiminnan edellytyksiin, sisältöön, esteisiin ja seurauksiin (kuvio 1). Osien sisältämiä käsitteiden määritelmiä on avattu lääkehoidon näkökulmasta Auroran sairaalan osaston 6-1 koostamassa dokumentissa (liite 1).



KUVIO 1. Yhteistoimintamalli (Yhteistoimintamalli 2008).

Yhteistoimintamallin mukaisessa hoidossa pyritään moniammatilliseen yhteistyöhön, jossa potilaan vastuullisuus omasta hoidostaan lisääntyy. Potilaiden vastuullisuuden lisääntyminen lääkehoidossa edellyttää useita asioita, joiden toteutuminen riippuu paljolti lääkehoitoa toteuttavista ammattihenkilöistä, osaston esimiehistä sekä osaston ilmapiiristä (kuvio 1). Usein saadessaan tarpeeksi tietoa lääkkeistä sekä ymmärtäessään lääkehoidon merkityksen sairauden hoidossa potilas on sitoutunut lääkehoitoonsa. Kuitenkin on otettava huomioon, että joskus potilaan tai hänen läheistensä ennakkoluulot lääkkeistä voivat haitata lääkehoidon toteuttamista. Myös potilaan sairaus (esimerkiksi skitsofrenia) voi olla sen kaltainen, ettei hän koe tarvitsevansa lääkettä. (Huttunen 2008.)

Liitteessä 1 on yhteistoimintamallin toiminnan edellytyksen käsitteiden määritelmiä lääkehoidon näkökulmasta. Määritelmistä nousevat esille varsinkin lääkehoidon toteuttamiseen osallistuvien keskinäinen kunnioitus, jolloin huomioidaan potilaan oma kertomus lääkehoidon lähtökohtana, sekä vastavuoroinen yhteistyösuhde, jonka avulla pyritään löytämään yhteinen ymmärrys lääkehoidon toteutuksessa.

Potilaan kertomus lääkehoidon lähtökohtana ja yhteinen ymmärrys lääkehoidon toteutuksesta näkyvät mallissa myös toiminnan sisällössä (kuvio 1). Näiden lisäksi toiminnan sisältö käsittää myös hoidon rakentamisen potilaan voimavarojen mukaisesti. Liitteen 1 mukaan voimavarojen mukaan toimitaan antamalla tietoa lääkehoidosta, vastaillemalla mahdollisiin kysymyksiin sekä motivoimalla potilasta lääkehoitoon. Yksi keskeinen asia yhteistoimintamallin mukaisessa lääkehoidon toteuttamisessa on potilaan läsnäolo hänen lääkehoidostaan päätettäessä. Jos tämä ei ole mahdollista, esimerkiksi lääkärin puuttumisen vuoksi, jää hoitotyöntekijän vastuulle antaa potilaalle tarvittava informaatio lääkemuutoksesta ja sen perusteista.

Toiminnan edellytykset näkyvät yhteistoimintamallissa usein toimimalla toiminnan edellytysten vastaisesti tai edellytysten puuttumisella. Yksi liitteen 1 avatuista yhteistoimintamallin mukaisen lääkehoidon toteuttamisen esteistä on riittämättömät resurssit, jolloin esimerkiksi osastolääkärin puuttuminen haittaa yhteistoimintamallin mukaista toimintaa. Lääkärillä on lääkehoidossa oleellinen osa lääkehoidon määrääjänä ja luottamuksellinen hoitosuhde lääkärin ja potilaan välillä lisää potilaan sitoutumista lääkehoitoon (Huttunen 2008).

5 PSYKIATRISEN LÄÄKEHOIDON TOTEUTTAMINEN

5.1 Potilaan asema ja oikeudet suhteessa lääkehoitoon

Lääkehoitoa ohjaavat lait. Näistä vuonna 1992 säädetty laki potilaan asemasta ja oikeuksista (3.§) toteaa, että potilaalla on oikeus yksilölliseen ja hyvään terveyden hoitoon, hänen ihmisarvoaan ja yksityisyyttään kunnioittaen. Tämän lain mukaan (5.§) potilaalle on selvitettävä hänen terveydentilansa, hoidon merkitys, eri hoitovaihtoehdot ja niiden vaikutukset sekä muut hoitoon liittyvät seikat, joilla on merkitystä hoidosta päätettäessä. Laissa potilaan asemasta ja oikeuksista (6.§) todetaan myös, että hoito on toteutettava yhteisymmärryksessä potilaan kanssa ja, jos potilas kieltäytyy tietyistä hoidosta tai hoitotoimenpiteestä, on häntä mahdollisuuksien mukaan hoidettava yhteisymmärryksessä muulla lääketieteellisesti hyväksyttävällä tavalla. Kuitenkin, jos potilas ei mielen-terveydenhäiriön tai muun syyn vuoksi pysty päättämään hoidostaan, on kuultava potilaan laillista edustajaa tai lähiomaista tai muuta läheistä ennen hoitopäätöksen tekoa sen selvittämiseksi, minkälainen hoito parhaiten potilaan tahtoa vastaisi. Jos tästä ei saada selvitystä, on potilasta hoidettava tavalla, jota voidaan pitää hänen henkilökohtaisen etunsa mukaisena.

Mielenterveyslaissa (1116/1990: 22b.§) todetaan, että psyykkistä sairautta hoidettaessa saadaan potilaan tahdosta riippumatta käyttää vain niitä lääketieteellisesti hyväksyttäviä tutkimus- ja hoitotoimenpiteitä, joiden suorittamatta jättäminen voisi vakavasti vaarantaa potilaan tai muiden terveyttä tai turvallisuutta. Näistä hoito- ja tutkimustoimenpiteiden suorittamisesta päättää häntä hoitava lääkäri.

5.2 Hoitohenkilökunnan vastuu lääkehoidon toteuttamisessa

Hoitohenkilökunnalla on vastuu osata toteuttaa lääkehoitoa koulutuksensa osaamisalueiden mukaisesti (Turvallinen lääkehoito 2006: 29). Laissa on myös säädetty, että terveydenhuollon ammattihenkilön tulee ylläpitää ja edelleen kehittää ammattitoimintansa edellyttämää ammattitaitoa (Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä 559/1994: 18.§).

Lääkärin vastuusta lääkehoidon toteuttamisessa laissa terveyden huollon ammattihenkilöistä (559/1994: 22.§) on määrätty näin:

”Laillistettu lääkäri päättää potilaan lääketieteellisestä tutkimuksesta, taudinmäärityksestä ja siihen liittyvästä hoidosta. - - Laillistetulla lääkärillä ja hammaslääkärillä on oikeus määrätä apteekista lääkkeitä, lääkärillä

lääkinnällistä tai lääketieteellistä tarkoitusta varten - - noudattaen, mitä siitä erikseen säädetään tai määrätään. Sosiaali- ja terveysministeriö voi antaa tarvittaessa tarkempia määräyksiä ja ohjeita lääkkeiden määräämisestä.”

Valmistuttuaan sairaanhoitajan on osattava muun muassa lääkärin lääkemääräysten toteuttaminen turvallisesti eri antoreittien kautta sekä lääkehoidon vaikuttavuuden ja vaikutuksien tarkkaileminen. Sairaanhoitajan tulee myös hallita lääkelaskut ja keskeiset lääkeaineiden edut ja haitat eri-ikäisten potilaiden hoidossa. Sairaanhoitajan vastuulla on myös ohjata potilasta lääkehoidossa ja siihen liittyvissä asioissa potilaan terveyden-tilan ja hoitoon sitoutumisen parantamiseksi. (Ammattikorkeakoulusta terveydenhuoltoon 2006: 69.)

Turvallinen lääkehoito (2006: 30) kuvailee sosiaali- ja terveysalan perustutkinnon (lähihoitajan) antamat lääkehoidon valmiudet, joihin kuuluvat lääkehoidon toteuttaminen lääkärin määräysten mukaan eri antoreitein, lääkkeiden jakaminen tarjottimelle ja anostelu potilaille. Lisäksi tutkinnon suorittaneen henkilön tulisi osata tarkkailla lääkehoidon vaikutuksia ja raportoida niistä sekä neuvoa ja ohjata potilaita.

Läákehoidon vastuut ja käytännöt vaihtelevat suuresti toimintayksiköstä riippuen. Tämä vaihtelu näkyy varsinkin toimintayksiköiden lupakäytännöissä. Joissakin yksiköissä kirjallista lupakäytäntöä ei ole lainkaan ja toisissa lupakäytäntö saattaa olla monivaiheinen prosessi. (Mattila - Isola 2002.) Työntekijän valtuudet lääkehoidon toteuttamisessa määrittää työnantaja. (Turvallinen lääkehoito 2006: 30).

5.3 Lääkehoidon toteuttaminen terveydenhuollon toimintayksiköissä

Sosiaali- ja terveysministeriön Turvallinen lääkehoito (2006: 43 - 44) määrittää lääkehoidon pääperiaatteet suomalaisessa sosiaali- ja terveydenhuollossa. Sen mukaan lääkehoidon tulee perustua lääkehoitosuunnitelmaan, joka pitää sisällään:

- lääkehoidon sisältö ja toimintatavat
- lääkehoidon osaamisen varmistaminen ja ylläpitäminen
- henkilöstön vastuut, velvollisuudet ja työnjako
- lupakäytännöt
- lääkehuolto
- lääkkeiden jakaminen ja antaminen
- potilaiden informointi ja neuvonta
- lääkehoidon vaikuttavuuden arviointi

- dokumentointi ja tiedonkulku
- seuranta- ja palautejärjestelmät

Lääkehoidonsuunnitelman taso riippuu sen toteutuspaikan luonteesta ja lääkehoidon sisällöstä ja luonteesta. Vastuu tämän hoitosuunnitelman laatimisesta, toteuttamisesta ja seurannan organisoimisesta on toimintayksikön johdolla ja siihen osallistuvat myös toiminta- ja/tai työyksikön lääketieteellisestä/terveydenhuollollisesta toiminnasta vastaava lääkäri, hoitotyöstä vastaava henkilö, toimintayksikön lääkehuollosta vastaava yksikkö tai henkilö, hoitotyöstä vastaava henkilö ja lääkehoitoa toteuttava hoitohenkilökunta. Lääkehoitosuunnitelman päivittäminen tapahtuu tarpeen mukaan ja päivittämisen tarve arvioidaan vuosittain suunnitelmaa tarkistettaessa. Hoitosuunnitelman valvonta kuuluu lääninhallituksille, ja viranomaiset voivat pyytää sen tarkistettavaksi tarkastuskäynnin yhteydessä.

5.4 Lääkehoidon prosessi psykiatrisessa hoidossa

Lääkehoidon prosessikaaviossa (liite 2) nähdään Auroran sairaalan osastolla 6-1 toteutettavan lääkehoidon prosessin eteneminen yksinkertaistetusti. Lääkehoidon toteuttamisessa eri osastoilla voi olla eroja. Seuraavissa kappaleissa lääkehoidon prosessia kuvataan yleisemmällä tasolla.

Lääkehoito on potilaan, lääkärin ja lääkehoitoa toteuttavan hoitohenkilöstön yhteistyötä. Lääkehoidon aloittamisesta, muutoksista ja lopettamisesta päättää lääkäri yhteisymmärryksessä potilaan kanssa. Ennen lääkkeen määräämistä lääkärin tulee arvioida potilaan lääkehoidon tarve ja huomioida potilaan terveydentila, sairaudet, aiemmat lääkitykset ja yliherkkyydet. (Turvallinen lääkehoito 2006: 36.) Potilas voi myös olla määrättylle lääkkeelle resistentti, jolloin esimerkiksi masennuslääkitystä tulee arvioida uudelleen ja määrätä potilaalle toista, eri tavalla vaikuttavaa lääkettä, käyttämällä kahta erilaista lääkettä yhtäaikaaisesti tai lisäämällä lääkkeen tehoa jollain toisella lääkkeellä (Isometsä - Syvälahti 2004).

Lääkehoidon jatkumisen edellytyksenä on sen vaikuttavuus ja tavoiteltu positiivinen muutos. Lääkehoidon toteuttaja arvioi vaikuttavuutta seuraamalla potilaan vointia ja mahdollisia lääkkeen aiheuttamia sivuvaikutuksia yhteistyössä potilaan ja lääkärin kanssa. (Turvallinen lääkehoito 2006: 36–37.)

Psykelääkkeiden haittavaikutukset ovat melko tavallisia ja niiden vuoksi hoitomyöntyvyys lääkitykseen on usein puutteellista (Skitsofrenia 2008; Depressio 2004; Mitchell –

Selmes 2007). Akuuttivaiheessa masennuslääkemääräyksen saaneista noin joka kymmenes jättää lääkkeiden oton haittavaikutusten takia (Depressio 2004). Lääkehoidon hoitomyöntyvyyttä parantaakseen on pyrittävä oireita tehokkaasti lievittävään lääkitykseen sekä haittavaikutusten minimointiin (Skitsofrenia 2008). Hoitomyöntyvyyden lisäämistä lääkehoitoon edistävät myös esimerkiksi riittävän informaation tarjoaminen lääkehoidosta (Aikens – Nease – Nau – Klinkman – Schwenk 2005; Mitchell – Selmes 2007; Mäkitalo 1999: 40; Skitsofrenia 2008).

Psykiatrisessa lääkehoidossa joudutaan myös joskus turvautumaan tahdonvastaiseen lääkitykseen. Mäkitalon (1999: 29–30) pro gradu -tutkielmassa potilas kieltäytyi lääkkeestä useimmiten periaatteesta tai sivuvaikutuksien vuoksi, kun taas hoitajat arvioivat useimmiten syynä olevan itse sairauden. Kieltäytymisen seurauksena hoitajien tuli joissakin tapauksissa turvautua pakkolääkitykseen, tämä koski tosin vain pientä osaa kieltäytyjistä. Lääkkeestä kieltäytyminen on potilaan oikeus, joka voidaan nähdä myös osana potilaan itsemääräämisoikeutta (Mäkitalo 1999: 40).

6 PSYYKENLÄÄKKEILLE ERITYISET HAITTAVAIKUTUKSET

Psykelääkkeiden vaikutus perustuu keskushermoston toimintaan vaikuttamiseen. Näistä tärkeimpiä ovat hermosolujen välisten liitosten ja erilaisten välittäjäaineiden ja reseptoreiden toimintaan vaikuttavat lääkevaikutukset. Kuitenkaan lääkkeiden perimmäistä vaikutusmekanismia ei tunneta. (Huttunen 2008a.)

Lääkkeiden vaikuttavuutta tulee seurata säännöllisesti. Näin voidaan arvioida lääkkeen tehoa ja mahdollisia haittavaikutuksia ja tarpeen mukaan muuttaa lääkkeen annosta tai vaihtaa lääkettä. (Huttunen 2008a.)

Lääkkeiden vaikutuksen alkaminen vaihtelee lääkkeen mukaan. Useimmiten vaikutus alkaa myöhemmin. Esimerkiksi masennuslääkkeiden vaikuttavuus masennusoireiden lievittämisessä alkaa vähitellen 2-8 viikon kuluessa lääkehoidon aloittamisesta. Sen sijaan ahdistus- ja nukahtamislääkkeiden vaikutus ilmenee heti ensi tunteina lääkkeen oton jälkeen. Haittavaikutukset voivat alkaa jo lääkehoidon alkupäivinä, mutta jäävät usein asteittain pois hoidon jatkuessa. (Huttunen 2008a.)

Seuraavissa luvuissa käsitellään eri psyykenlääkeryhmille erityisiä haittavaikutuksia. Haittavaikutusten tunteminen on hoitoa toteuttaville työntekijöille tärkeää, jotta he

osaavat kertoa niistä potilaalle sekä tarkkailla niiden esiintymistä lääkehoitoa toteutettaessa.

6.1 Antipsykootit eli psykoosilääkkeet

Antipsykootteihin liittyy runsaasti erilaisia haittavaikutuksia. Usein ne voidaan kuitenkin välttää tarpeeksi pienillä lääkeannoksilla, lääkkeen vaihtamisella tai haittavaikutuksen hoitamisella toisella lääkkeellä. Joitain antipsykootteille erityisiä haittavaikutuksia ovat ekstrapyramidaalioireet, tardiivi dyskinesia eli hitaasti kehittyvät pakkoliikkeet, antikolinergiset haittavaikutukset, pahanlaatuinen neuroleptioireyhtymä, verisoluvaikutukset sekä painonnousu ja II-typin diabeteksen kehittymisriski. Näiden lisäksi antipsykootteilla on myös monia muita haittavaikutuksia. Antikolinergiset haittavaikutukset liittyvät myös muihin psykenlääkeryhmiin, kuten masennuslääkkeisiin. Pahanlaatuinen eli maligni neuroleptioireyhtymä on varsin harvinainen, mutta mahdollinen sivuvaikutus varsinkin perinteisiä antipsykootteja eli neurolepteja käytettäessä. (Huttunen 2008a.)

Ekstrapyramidaalioireisto on yleistä varsinkin perinteisissä, mutta myös toisen polven antipsykootteissa. Oireisto voidaan jakaa kolmeen ryhmään: parkinsonismin oireet, akuutti dystonia ja akatisia. *Parkinsonismin oireiksi* luetaan lihasjäykkyys, ilmeettömyys, töpöttävä kävely, lepovapina, liikkeiden hidastuminen sekä joskus myös tunteiden latistuminen. *Akuutit dystoniat* ovat vartalon, kaulan, niskan ja silmien lihasten kouristustilat, jotka saattavat olla kivuliaita sekä pelottavia. Tätä oireistoa esiintyy yleensä lääkehoidon alussa. *Akatisia* tarkoittaa pakonomaista motorista levottomuutta. Akatisiaa esiintyy erityisesti pieniannoksisia, perinteisiä antipsykootteja käytettäessä sekä risperidonia liian suurina annoksina tai liian nopeasti annosteltuna. (Huttunen 2008a.)

Ekstrapyramidaalioireita voidaan hoitaa parkinsonlääkkeillä, kuten biperidiinillä. Akatisiaa ja akuutteja dystonioita voidaan hoitaa bentsodiatsepiineilla. Akatisiaa voidaan hoitaa myös antikolinergisillä lääkkeillä tai beetasalpaajilla. (Huttunen 2008a.)

Tardiivia dyskinesiaa eli hitaasti kehittyviä pakkoliikkeitä voivat aiheuttaa perinteisten antipsykoottien sekä joskus myös toisen polven antipsykoottien pitkäaikainen, vuosia kestänyt käyttö. Nämä pakkoliikkeet ilmenevät varsinkin kasvojen, kielen ja suun, mutta joskus myös muiden tahdonalaisten lihasten hallitsemattomina, matomaisina liikkeinä. Pakkoliikeoireisto on sitä yleisempää, mitä pidempään on suuriannoksista antipsykoottia käyttänyt. Se saattaa korjaantua hyvin hitaasti lääkityksen lopettamisen jälkeen, mutta sen jääminen pysyväksi on mahdollista. Jos tardiivinen dyskinesia huomataan

alkavassa vaiheessa, voidaan sen oireiston eteneminen tai jääminen pysyväksi ehkäistä siirtymällä käyttämään jotain toista antipsykoottia. Pysyvää oireistoa voidaan usein lievittää jollain toisen polven antipsykootilla. Tardiivi dyskinesia kehittyy herkemmin iäkkäille potilaille, jonka vuoksi perinteisten antipsykoottien pitkäaikaista käyttöä tulisi heillä välttää. (Huttunen 2008a.)

Antikolinergiset haittavaikutukset syntyvät lääkkeiden kyvystä estää parasympaattisen hermoston hermopäätteiden välittäjäaineen, asetyylikoliinin vaikutuksia. Antikolinergisiin haittavaikutuksiin kuuluvat esimerkiksi näön hämärtyminen, suun kuivuus, ummetus, virtsaretentio ja muistin heikkeneminen. Nämä haittavaikutukset ovat yleensä pahimmillaan lääkehoidon aloitusvaiheessa. Pitkään antikolinergista lääkettä käyttäneen nopea tai äkillinen lääkkeen käyttämisen lopettaminen voi aiheuttaa ohimenevän kolinergisen myrskyn eli kolinergisten oireiden ylikorostumisen. Kolinergisen myrskyn oireita ovat unettomuus, voimakas hikoilu, levottomuus ja kiihtyneisyys sekä joskus aggressiivisuus. Tämän välttämiseksi antikolinergisia haittavaikutuksia aiheuttava lääkitys on lopetettava hitaasti, annosta asteittain laskien. (Huttunen 2008a.)

Pahanlaatuinen eli maligni neuroleptioireyhtymä voi ilmetä antipsykoottien käytön yhteydessä. Sille ominaisia oireita ovat: äkillinen, korkea kuume, vaihtelevan voimakas lihasjäykkyys, voimakas hikoilu, hengityksen tihentyminen, verenpaineen vaihtelu ja tajunnan tason alentuminen. (Huttunen 2008a.) Oireet ilmenevät äkillisesti ja niiden esiintymisen huippu on 24–48 tunnin kohdalla. Oireyhtymän kesto aika on 7-14 vuorokautta. Noin 20 % hoitamattomista tapauksista johtavat kuolemaan. (Huttunen 2008b: 55-57.)

Perinteisten antipsykoottien eli neuroleptien sekä klotsapiinin on todettu *vaikuttavan verisoluihin*. Noin 5-15 %:lla potilaista esiintyy leukosytopeniaa (eli veren valkosolujen vähäisyys) tai granulositytopeniaa. Klotsapiini voi aiheuttaa käyttäjälleen myös agranulositytoosia eli veren granulosityttien puutosta, joka hoitamattomana on hengenvaarallinen ja on tutkimuksissa aiheuttanut 15–40 % kuolleisuutta. Tämän vuoksi klotsapiinia käyttävien veriarvoja tulee seurata säännöllisesti ja varsinkin, jos esiintyy kuumeista kurkkukipua tai joku muu akuutti infektio. (Huttunen 2008b: 59.)

Antipsykoottien (varsinkin klotsapiini ja olantsapiini) aiheuttama *painonnousu* lisää *Iltyypin diabeteksen kehittymisriskiä*. Diabetes ja sokeriaineenvaihdunnan häiriöt voivat kehittyä myös ilman painonnousua. Tämän vuoksi varsinkin klotsapiinin ja olantsapiinin käyttäjiltä tulee mitata veren glukoosipitoisuus ennen lääkkeen aloittamista, kolmen

kuukauden kuluttua aloittamisesta sekä vuosittain sen jälkeen. Seuranta on tärkeää muidenkin antipsykoottien kohdalla, jos potilaalla on kohonnut diabeteksen kehittymisen riski. (Huttunen 2008b: 47.)

6.2 Antidepressantit eli masennuslääkkeet

Masennuslääkkeillä on paljon erilaisia haittavaikutuksia, jotka eroavat lääkekohtaisesti. Haittavaikutusten esiintyminen ja voimakkuus riippuu myös paljon lääkkeen käyttäjän yksilöllisistä ominaisuuksista. Eniten haittavaikutuksia on trisyklisillä antidepressanteilla. Antidepressanteille erityisiä haittavaikutuksia ovat esimerkiksi verenvuotoalttius, hyponatremia ja serotoniinioireyhtymä. Ne ovat varsin harvinaisia, mutta hyvä tietää mahdollisina haittavaikutuksina. Yleisimmät antidepressanteille tyypilliset haittavaikutukset ovat kuitenkin arkisempia, kuten väsymys, vatsavaivat, seksuaalitoiminnan häiriöt ja painonnousu. (Huttunen 2008a.) Jotkin haittavaikutukset, kuten painonnousu, suolisto-oireet ja seksuaaliset toimintahäiriöt ovat merkittävämpiä pitkäaikaisessa lääkehoidossa. Tärkeintä, masennuslääkkeitä valittaessa, on niille mahdolliset haittavaikutukset sekä potilaan aiempi kokemus ja suhtautuminen, sillä ainakaan akuuttivaiheessa eri lääkkeiden tehossa ei ole merkittäviä eroja. (Depressio 2004.)

SSRI- ja SNRI-lääkkeet voivat aiheuttaa *verenvuotoalttiutta*, joka voi myös lisätä vatsahaavariskiä (Huttunen 2008). Varovaisuutta on noudatettava etenkin, jos samanaikaisesti käytetään lääkevalmisteita, joiden tiedetään vaikuttavan verihutaleiden toimintaan (esimerkiksi asetyylisalisyylihappo tai prostaglandiinin estäjät). (Huttunen 2008b: 98.)

Hyponatremiaa saattaa esiintyä etenkin iäkkäillä masennuslääkkeitä ja varsinkin SSRI- tai SNRI-lääkkeitä käytettäessä. Hyponatremia kehittyy parissa viikossa antidepressantin käytön aloittamisen jälkeen. Oireisiin kuuluvat pahoinvointi, väsymys ja sekavuus, jotka kuuluvat myös depression oireistoon. Hyponatremia voidaan sulkea pois plasman natriumin mittaamalla. Jos antidepressantti aiheuttaa hyponatremiaa, tulee se vaihtaa toisen tyyppiseen antidepressanttiin. (Huttunen 2008a.)

Jos käytössä on erityisesti moklobemidi ja yhtä aikaa tämän kanssa SSRI-, SNRI-lääke tai klomipramiini, voi syntyä *serotoniinioireyhtymä*. Tämä oireyhtymä voi harvemmin syntyä myös SSRI-lääkettä yhdistettäessä johonkin muuhun lääkkeeseen, kuten trisykliseen lääkkeeseen tai buspironiin, milnasipraaniin, mirtatsapiiniin, venlafaksiiniin, karbamatsepiiniin tai särky- ja migreenilääkkeinä käytettyihin tramadoliin, sumatriptaaniin tai dihydroergotamiiniin. (Huttunen 2008a.)

Serotoniinioireyhtymä on hyvin harvinainen, mutta mahdollisesti hengenvaarallinen tila. Sen oireita ovat esimerkiksi vatsakouristukset, vaikea ripuli, sekavuus, kooma, puhehäiriöt, pakkoliikkeet, koordinaatiohäiriöt, sydämen tiheälyöntisyys, verenpaineen voimakkaat vaihtelut, hikoilu, ahdistuneisuus, ärtyneisyys, kohonnut kuume ja refleksien kiihtyminen. (Huttunen 2008a.)

6.3 Kaksisuuntaisen mielialahäiriön lääkkeet

Tässä kappaleessa käsitellään kaksisuuntaisen mielialahäiriön hoidossa käytettäville lääkkeille erityisiä haittavaikutuksia. Kaksisuuntainen mielialahäiriö sisältää sekä mania- että masennusjaksoja, joiden hoitaminen vaatii omanlaisensa lääkityksen. Jaksoja pyritään ehkäisemään estolääkityksellä, jonka ongelmakohdista kerrotaan hieman aluvussa 6.3.3.

6.3.1 Mielialaa tasaavat lääkkeet

Maniajaksojen hoitoon voidaan käyttää litiumia, valproattia, karbamatsepiinia, lamotrigiinia sekä toisen polven antipsykootteja. Näitä voidaan käyttää myös yhdistelminä. Etenkin vakavammissa manioissa litiumin tai valproaatin ja toisen polven antipsykootin yhdistelmä on havaittu erittäin tehokkaaksi. (Kaksisuuntainen mielialahäiriö 2008.) Lamotrigiinin maniaa tasaava vaikutus ei ole yhtä hyvä kuin muilla siihen käytetyillä lääkkeillä ja sen hoitoannoksen löytäminen voi kestää viikkoja. (Huttunen 2008a.)

Oikean hoitoannoksen löytäminen mielialaa tasaavissa lääkkeissä, vaatii niiden pitoisuuden mittaamista plasmasta kunnes oikea pitoisuus saavutetaan. Näin mitataan litiumia, valproattia ja karbamatsepiinia. Mielialaa tasaavan lääkkeen lopetus tulee toteuttaa hitaasti manian laukeamisriskin suurenemisen välttämiseksi. (Huttunen 2008a.)

6.3.2 Masennusjakson lääkehoito

Kaksisuuntaisessa mielialahäiriössä masennusjaksoja hoidetaan tavallisesta masennuksesta poikkeavalla tavalla, joko pelkällä mielialan tasaajalla, ketiapiinilla tai antidepressantin ja mielialantasaajan yhdistelmällä. Pelkän antidepressantin käyttö masennusjaksolla saattaa laukaista hypomanian tai manian. Trisyklisten ja SSRI-lääkkeiden käyttöä pyritään välttämään, sillä niiden on todettu laukaisevan maniajakson muita antidepressanteja herkemmin. (Huttunen 2008a.)

6.3.3 Mania- ja masennusjaksojen estolääkitys

Jokaisella maniajakson kokeneella esiintyy yleensä myöhemmin maniajaksoja tai masennusjaksoja. Pitkäaikainen estolääkitys voi lievittää tai ehkäistä uusia jaksoja. Monet kaksisuuntaista mielialahäiriötä sairastavat eivät kuitenkaan noudata lääkitystään pitkäaikaisesti sen saatuaan. Tämä johtuu osin vaikeuksista hyväksyä psykiatrista sairautta, hypomanian miellyttävästä tunteesta, lääkkeiden haittavaikutuksista ja myös asiallisen tiedon puutteesta. (Huttunen 2008a.) Haittavaikutuksista etenkin painon nousu, kognitiiviset oireet ja voimakas väsymys aiheuttavat lääkityksen keskeyttämistä (Kaksisuuntainen mielialahäiriö 2008).

6.4 Anksiolyytit eli ahdistuksen hoidossa käytettävät lääkkeet

Bentsodiatsepiinien sekä busibironin kiusalliset haittavaikutukset ovat muita mielialälääkkeitä vähäisempiä. Tavallisimpia haittavaikutuksia ovat väsymys, psykomotoriset vaikutukset sekä muistiin liittyvät ongelmat. Bentsodiatsepiineihin liittyy kuitenkin riippuvuuden kehittymisen riski. (Huttunen 2008a.)

Bentsodiatsepiinit aiheuttavat fyysistä riippuvuutta etenkin pitkään käytettäessä. Vieroitusoireet ovat sitä voimakkaampia, mitä suurempia annoksia on käytetty ja mitä kauemmin käyttö on kestänyt. Vieroitusoireiden esiintyminen on kuitenkin yksilöllistä. (Huttunen 2008a.) Tutkimuksissa on todettu vieroitusoireita esiintyvän noin 40–50%:lla käyttäjistä. Oireita ovat mm. hikoilu, takykardia, käsien vapina, unettomuus, pahoinvointi, ohimenevät harhat, psykomotorinen levottomuus ja ahdistuneisuus. (Vorma - Kuoppasalmi 2005.)

Bentsodiatsepiinien pitkäaikaisen käytön lopettaminen on tehtävä hitaasti asteittain ja tauotetaan välillä mahdollisten ahdistus- tai vieroitusoireiden ilmentyessä. Tauon avulla voidaan tarkkailla johtuvatko vahvistuneet oireet vieroitusoireista vai varsinaisesta ahdistuneisuudesta. Paniikkikohtauksista kärsivien vieroitusvaiheessa, tilannetta voidaan helpottaa antidepressanteilla, joka ehkäisee tihentyviä paniikkikohtauksia. (Huttunen 2008a.)

6.5 Hypnootit eli unettomuuden hoidossa käytetyt lääkkeet

Hypnootteja käytetään pääasiassa tilapäisen unettomuuden hoitoon, pääasiassa niiden haittavaikutusten sekä riippuvuutta aiheuttavan luonteen vuoksi (näistä poikkeuksena melatoniini). Yleisimmät haittavaikutukset ovat samankaltaisia bentsodiatsepiineilla sekä tsopiklonilla ja tsolpideemillä. Haittavaikutuksina esiintyy esimerkiksi päiväväsymystä, keskittymisvaikeuksia sekä hienomotoriikan ja muistin heikkenemistä. (Huttunen 2008a.)

Pitkäaikaisessa unettomuudessa lääkehoitona käytetään sedatiivisia masennuslääkkeitä, antipsykootteja sekä antihistamiinia. (Huttunen 2008a.) Antipsykootteja tulee kuitenkin määrätä lähinnä psykoottistasoisesta sairaudesta johtuvaan unettomuuteen (Unettomuuden hoito 2008). Jo mainittujen lääkkeiden lisäksi voidaan kokeilla myös reseptitöntä valerianaauutetta lievään tai työrasituksen aiheuttamiin unihäiriöihin (Huttunen 2008a). Valerianaauute on unilääkkeenä turvallinen, mutta heikkotehoinen (Unettomuuden hoito 2008).

Bentsodiatsepiinit unilääkkeinä sekä ahdistusta lievittävinä lääkkeinä voivat aiheuttaa voimakasta fyysistä ja henkistä riippuvuutta. Näiden lisäksi myös tsopikloni ja tsolpideemi aiheuttavat lääkeriippuvuutta sekä joskus myös addiktiivista lääkkeiden käyttöä. Riippuvuus on suurin syy unilääkkeiden tarpeettomaan, pitkäaikaiseen käyttöön. (Huttunen 2008a.)

Addiktiivista lääkkeiden käyttöä on, kun lääkettä käytetään suuria annoksia humalatyypin olotilan saavuttamiseen. Addiktiivinen lääkkeenkäyttö on kuitenkin suhteellisen harvinainen ongelma, joka vakavuutensa vuoksi vaatii usein sairaala- tai laitoshoidon. (Huttunen 2008a.)

Joidenkin unettomuuden hoitoon käytettyjen sekä ahdistusta ehkäisevien lääkkeiden on raportoitu aiheuttavan *anterogradista amnesiaa*. Tämä amnesia ilmenee lääkkeen ottoa seuraavana päivänä tapahtuneiden asioiden muistamattomuutena. Tällöin lääketä ottanut henkilö ei muista päivän tapahtumista mitään, vaikka ulkopuolisten silmin olisi käyttäytynyt täysin normaalisti. Tätä ilmiötä on raportoitu ilmenneen triatsolaamia tai midatsolaamia sekä harvemmin bentsodiatsepiinia käytettäessä. Usein ilmiöön on liittynyt vuorokausirytmien rikkoontumisen, kuten lentomatkojen aiheuttama väsymys tai alkoholin käyttö. Anterogradinen amnesia on kuitenkin suhteellisen harvinainen. (Huttunen 2008a.)

7 PEREHDYTYSMATERIAALIN SISÄLLÖN TUOTTAMINEN

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on ollut tuottaa perehdytysmateriaalia. Sen vuoksi on oleellista tarkastella työhön perehdyttämistä ja erilaisia oppimistapoja. Tietoperustassa on myös otettu huomioon, että perehdytysmateriaali luetaan tietokoneella, jonka vuoksi materiaalia tuotettaessa on huomioitava tietokone oppimisympäristönä ja sen erityispiirteet.

7.1 Perehdytys

Kupiaan ja Peltolan mukaan (2009: 86) perehdyttämällä tarkoitetaan toimenpiteitä ja tukea, joiden avulla kehitetään uutta omaksuvan työntekijän osaamista, työympäristöä ja työyhteisöä niin, että työntekijä pääsee mahdollisimman hyvin alkuun uudessa työssään sekä pystyy selviytymään työssään tarvittavan itsenäisesti. Perehdyttämisen voidaan käsittää kehittävän samalla myös työyhteisöä ja koko organisaatiota.

Tässä opinnäytetyössä tuotettu materiaali on siis vain osa kokonaisvaltaisempaa perehdytystä, jolla uusi työntekijä saadaan oppimaan uudesta työympäristöstään ja toimenkuvastaan. Tuotettu perehdytysmateriaali on kuitenkin hyödynnettävissä tulevaisuudessa laajemmin, toimintamallin mahdollisesti laajentuessa yleisemmäksi käytännöksi psykiatriassa.

7.2 Oppimistavat perehtymisessä

Perehdyttämisessä oppiminen voidaan jakaa karkeasti kolmeen luokkaan: toistava oppiminen, ymmärtävä oppiminen ja luova oppiminen. *Toistavan oppimisen* tavoitteena on, että perehtymistilanteen tai perehdyttämisen jälkeen perehtyjä osaa toistaa tai tietää jonkin yksittäisen asian. Tällöin perehtyjä on vastaanottajan roolissa ja olennaisinta ovat toimintojen ja asioiden riittävä toisto sekä erilaiset muistisäännöt. (Kupias – Peltola 2009: 114–115.)

Ymmärtävän oppimisen tavoitteena on, että perehtyjä ymmärtää asian, jossa häntä perehdytetään. Tämä on haastavampaa ja vaatii perehtyjältä asian aktiivista työstämistä. Tärkeää ymmärtämiselle on opittavan, uuden asian hyvä perusteleminen sekä perehtyjän mahdollisuus keskustella asiasta myös perehdyttäjän kanssa, itsenäisen työstämisen lisäksi. Tavoitteena onkin, että perehtyjä pystyisi soveltamaan uutta asiaa työssään itsenäisesti. (Kupias – Peltola 2009: 115.)

Luova oppiminen edellyttää, että perehtyjää rohkaistaan kyseenalaistamaan ja itse arvioimaan perehdytettävää asiaa. Tällöin perehdytystilanteessa voidaan luoda jotain uutta ottamalla mukaan eri näkökulmia ja asioita. Tämänkaltaista luovaa oppimistilannetta voidaan hyödyntää työyhteisön ja sen toimintojen, kuten perehdytyksen, kehittämisessä. (Kupias – Peltola 2009: 115.)

7.3 Perehdytykseen tuotettava lukumateriaali ja case-tehtävät

Parhaimmillaan perehdytysmateriaaliksi tuotettu lukumateriaali voi saada perehtyjän mielenkiinnon heräämään ja kaipaamaan asiasta lisää tietoa. Materiaalia valittaessa on kuitenkin huomioitava, että se on tehty huolella ja sen laajuus on sopiva. Luettavan materiaalin on keskityttävä olennaiseen ja parhaimmillaan se tuo perehtyjän ajatteluun jotain uutta. Hyvä materiaali auttaa yhdistämään siinä käsitellyt asiat käytäntöön, mutta ei ole kuitenkaan liian vaikea tai liian helppo. (Kupias – Peltola 2009: 161–162.)

Tehtäviä (kuten potilas-caseja) voidaan hyödyntää monella tapaa perehdyttämisessä. Todellisuutta muistuttavia tehtäviä ja harjoitteita kannattaa käyttää hyödyksi kaikissa perehdyttämisen vaiheissa, missä se on mahdollista. Caseen kootaan perehdytettävän teeman keskeisimmät asiat, jolloin perehtyjä voi casea pohtiessaan soveltaa ratkaisuun juuri oppimaansa tai jo ennalta hallitsemaansa. (Kupias – Peltola 2009: 159.)

7.4 Tietokoneelta lukeminen ja oppiminen

Keskeistä tietotekniikkaan perustuvassa havainnollistamismenetelmissä on niiden prosessinomaisuus. Menetelmillä voidaan tieto muuntaa oppimisen kannalta tarkoituksenmukaisempaan muotoon. (Meisalo – Sutinen – Tarhio 2003: 132.) Näihin menetelmiin kuuluvat esimerkiksi PowerPoint-esitys, jonka havainnollistamismenetelmä perustuu visualisointiin.

Visualisointi tähtää tiedon syvempään ymmärtämiseen. Visualisointiprosessi edistää ajattelua monella alueella. Nämä edut voidaan jakaa kuuteen luokkaan:

- Visualisointi antaa uusia resursseja käyttäjälle. Laajempi kokonaisuus on nähtävissä tietokoneen näytöltä, eikä työmuisti rajoitu vain käyttäjän aivoihin.
- Tarvittavan tiedon löytäminen nopeutuu, kun tieto on esitetty tiiviissä ja ymmärrettävässä muodossa.
- Tieto hahmottuu paremmin käyttäjälle.

- Johtopäätöksien teko kuvista on yksinkertaisempaa.
- Useiden asioiden samanaikainen seuranta on helppoa visuaalisten vihjeiden avulla.
- Visualisointeja on helppo muokata. (Meisalo ym. 2003:133 mukaan.)

Oppimateriaali on luontevaa rakentaa *hierarkkisesti*, sisältöalueiden mukaan. Tällöin materiaalin lukijat etenevät siinä tekijän suunnitelman mukaisesti. Toinen rakennevaihtoehto on *temaattinen*, jolloin materiaali etenee esimerkiksi tarinaa seuraamalla. Käyttäjälle voidaan kuitenkin antaa mahdollisuus edetä materiaalissa myös vapaasti, vapaata etenemistä tukevilla välineillä (kuten linkeillä). (Meisalo ym. 2003: 154–155 mukaan.)

8 TUOTTEEN PROSESSIN KUVAUS

Opinäytetyöprosessi alkoi syksyllä 2008, jolloin yhdessä muiden opiskelijaryhmien, projektityöryhmän ja työelämän edustajien kanssa hahmottelimme tulevaa tuotetta. Aiheeseen tutustuminen sekä tulevan tuotteen suunnitteleminen vei muutaman kuukauden ja näkemys siitä, minkälainen tuotteesta tulisi, tiivistyi vasta joulun alla. Tuotteen suunnittelussa on pyritty huomioimaan sen sisältö, rakenne sekä ulkoasu. Nämä kolme tasapuolisesti huomioimalla perehdytysmateriaalista on pyritty tekemään sisällöllisesti oikeaa, rakenteen puolesta loogista sekä helppolukuista ja ulkoasultaan asiallista.

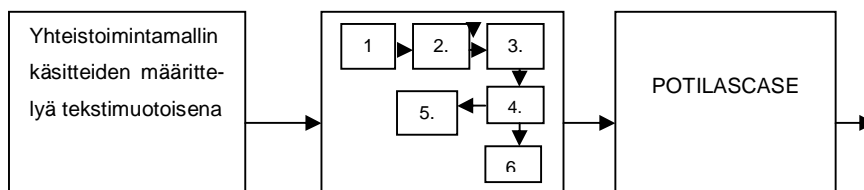
8.1 Esityksen rakenteen ja ulkoasun suunnittelu

Valmiiseen tuotokseen vaikuttivat ensisijaisesti yhteistyöosaston ja projektissa aktiivisesti toimivien työelämän edustajien toiveet. Niiden mukaan perehdytysmateriaalin tulee ensisijaisesti esitellä projektissa laadittua yhteistoimintamallia yhdistäen se käytäntöön. Sen vuoksi tuotoksen runko-osuus perustuu yhteistyöosastolta annettuihin materiaaleihin yhteistoimintamallin käsitteiden määrittämisestä (liite 1) sekä lääkehoitoon prosessikaaviosta (liite 2).

Toinen asia, mikä vaikutti olennaisesti lopputulokseen, oli Helsingin terveystieteiden tutkimuskeskuksen Perehtyjän sivut -sivusto, joille perehdytysmateriaalin on tarkoitus tulla. Tälle sivustolle ei ole mahdollista luoda nettisivumuotoista perehdytysmateriaalia, vaan perehdytysmateriaalin neljä eri osiota (lääkehoito, perhetapaaminen, hoitokokous ja hoitosuunnitel-

ma) voidaan lisätä sivustolle linkkeinä Microsoft PowerPoint -esityksiin tai Word-dokumentteihin. Tämän vuoksi tuotoksen runko-osasta tuli PowerPoint-esitys, johon on linkitetty Word- tai muina tiedostoina syventävää tietoa.

Alkuperäinen ajatus oli ollut, että tuotoksesta tulisi internetsivupohjainen. Koska internetsivumuotoinen materiaali ei lopullisen sijoituspaikan vuoksi ollut mahdollista, tulikin miettiä, miten PowerPoint-esityksestä saisi mahdollisimman mielenkiintoisen ja vuorovaikutuksellisen. Jo työsuunnitelmavaiheessa ajatuksena oli ollut lääkehoidon prosessikaavion (liite 2) käyttö runkona käytännön työn yhdistämiseksi yhteistoimintamalliin. PowerPointia varten prosessikaavio on päädytty pilkkomaan osiin prosessin vaiheiden mukaisesti (hoidon aloitus, lääkehoidon aloitus, lääkkeen antaminen, tarvittavat lääkkeet, hoidon lopetus) sekä hoitoloma-osio on lisätty yhdeksi vaiheeksi lääkehoidon prosessissa. Näissä dioissa on käytetty kaaviomuotoa ja sen elävöittämiseksi animaatiota niin, että ruudut ilmestyvät dioihin yksi kerrallaan ja näin selkeyttävät diojen lukemista.



KUVIO 2. PowerPoint-esityksen rakenne.

Kuviossa 2 nähdään perusajatus esityksen rakenteesta. Dioissa vuorottelevat osat yhteistoimintamallin käsitteiden määrittelyä (liite 1) tekstimuotoisina ja lääkehoidon prosessikaavion (liite 2) kaavio-osat. Esityksessä eri osioiden väliin on laitettu potilascaseja, joiden laatimisesta on vastannut toinen opinnäytetyöryhmä. Näiden avulla lukija voi pohtia kunkin prosessin vaiheen jälkeen omaa toimintaansa ja yhteistoimintamallin mukaista toimintaa.

Ulkoasussa on päädytty melko neutraaliin, oppikirjamaiseen ulkoasuun. Valkoinen tausta, musta teksti ja neutraalit luonnonläheiset värit eivät vie huomiota pois tekstiltä ja selkeyttävät lukemista. Tekstidioja on myös animoitu selkeämmän lukuprosessin takaamiseksi siten, että tekstiosat ilmestyvät dialle yksi kerrallaan. Kuviksi on valittu luontoaiheisia kuvia, jotka tuovat väriä ja eloa ulkoasuun.

8.2 Esityksen sisällön suunnittelu

Esityksessä (liite 3, cd:llä) olen hyödyntänyt materiaalina Auroran sairaalan osasto 6-1:n, sairaanhoitaja Kimmo Sainion ja sairaanhoitaja Virpi Jaakkolan taulukkoon kokoomia yhteistoimintamallin lääkehoitoon liittyviä käsitteitä (liite 1) sekä heidän hahmottelemaansa lääkehoidon prosessin kaaviota (liite 2). Lääkehoidon prosessin kaaviolla pystytään hahmottamaan kussakin lääkehoidon prosessin vaiheessa mahdollinen seuraava askel ja näin hahmottamaan käytännön lääkehoidon toteuttamista yksinkertaistusti.

Esityksessä olen pyrkinyt pitämään mielessäni lukijan näkökulman, jolloin yhdistäessäni prosessiin määritelmiä yhteistoimintamallin käsitteistä (liite 1), olen huomionut ennen kaikkea määritelmät, joihin lukija itse voi vaikuttaa ja, jotka liittyisivät läheisesti juuri lääkehoidon yhteistoimintamallin mukaiseen toteuttamiseen. Esityksen alussa esitellään yhteistoimintamallin käsitteistöä toiminnan edellyttävät tekijät (sikäli, kun ne lukijaa koskevat). Toimintaan itseensä kuuluvaa käsitteistöä olen yhdistänyt prosessikaavioon sen enempää sitä erikseen esittelemättä. Tarkoituksena tässä on juurikin yhteistoimintamallin mukaisen toiminnan näkyminen käytännön lääkehoidon toteuttamisessa. Viimeisissä dioissa esitellään toiminnan seuraukset, kuten ne on käsitteiden määritelmässä esitetty. Estäviä tekijöitä en ole esityksessä suoraan esitelty, sillä ne suureksi osaksi näkyvät edellyttävien tekijöiden vastaisesti toimimalla.

PowerPoint-esitys on perehdytysmateriaalin runko (liite 3, cd:llä). Esityksen tekstin sekaan on laitettu sinisellä tekstillä kohtia, jotka tulevat lopullisessa sijoituspaikassa toimimaan hyperlinkkeinä syventävään materiaaliin. Näin lukija voi oman mielenkiinnon mukaan syventää tietoaan aiheesta tai lukea pelkän PowerPoint-esityksen. Lisäksi esityksen lopussa on dia, jolla ehdotetaan luettavaa, keskeistä kirjallisuutta.

8.3 Syventävän materiaalin sisällön suunnittelu

Esitystä varten päädyin tekemään kaksi sen kannalta oleellista, tietoa syventävää dokumenttia: "Psykiatrasta lääkehoitoa ohjaava lainsäädäntö" (liite 4, cd:llä) ja "Tietoa psyykenlääkkeiden haittavaikutuksista" (liite 5, cd:llä). Tarkoituksena tällä materiaalilla on antaa lukijalleen tietoa lääkehoitoa ohjaavasta lainsäädännöstä, tietoa psyykenlääkeryhmistä ja niille erityisistä ja yleisimmistä haittavaikutuksista. Tämä materiaali on kohdistettu ennen kaikkea uusille, kokemattomimmille työntekijöille ja opiskelijoille, mutta sen avulla voi myös kokeneempi työntekijä kerrata jo tuttua tietoa.

Lainsäädäntöä koskeva materiaali sisältää psykiatrasta lääkehoitoa ohjaavan lainsäädännön, koottuna samaan Word-dokumenttiin (liite 4, cd:llä). Sen tavoitteena on olla yksinkertainen keino tutustua psykiatrasta lääkehoitoa osastolla ohjaavaan lainsäädäntöön. Lähdemateriaalina Word-dokumentissa on käytetty Turvallinen lääkehoito -oppaaseen koottua taulukkoa lääkehoitoa ohjaavasta lainsäädännöstä. Lakien ja asetusten ajantasaisuus on tarkistettu Finlex®-sivustoa hyödyntäen. Lisäksi tiedostoon on lisätty linkit Finlex®-sivustolle ja Lääkelaitoksen sivuille, joiden kautta lukija voi halutessaan tutustua alkuperäisiin lakeihin ja asetuksiin sekä Lääkelaitoksen määräyksiin ja ohjeisiin.

Psykykenlääkkeiden haittavaikutuksista kertovassa materiaalissa (liite 5, cd:llä) käydään läpi Suomessa aikuisten käytössä olevia psykykenlääkkeitä ja niiden yleisimpiä haittavaikutuksia sekä lääkehoidon kannalta huomioitavia asioita. Materiaalissa ei käsitellä psykykenlääkitystä lasten ja nuorten näkökulmasta, jolloin myös tarkkaavaisuushäiriössä käytettävät lääkkeet on jätetty pois. Samoin materiaalista on karsittu myös päihderiippuvaisten hoito.

Pyrkimyksenä tällä materiaalilla on ollut nostaa esille joitain huomioitavia asioita lääkkeistä ja lääkeryhmistä ja näin tarjota tietoa psykykenlääkehoidosta. Koko psykykenlääkkeiden kirjon kuvaaminen kattavasti ei olisi ollut mahdollista, kun muistetaan, että tässä on kyse vain opinnäytetyöstä. Opinnäytetyölle varattu aika luo omat rajansa työn laajuudelle ja työtä tehdessä täytyy myös muistaa mikä on oleellista tuotteen tulevalle käytölle. Käytetty lähdemateriaali perustuu Duodecimin julkaisemaan psykiatri Matti O. Huttusen materiaaliin psykykelääkkeistä, Käypä hoito -suositukseen sekä lääkkeiden pakkausselosteisiin.

Tietoa psykykenlääkkeiden haittavaikutuksista -tiedoston (liite 5, cd:llä) taulukoihin on kerätty Suomessa käytössä olevat lääkkeet ja yleisimpiä niiden aiheuttamia haittavaikutuksia. Taulukoitu tieto on kerätty lääkkeiden pakkausselosteista Lääkelaitoksen internet-sivuilta sekä parissa tapauksessa muualta löydetyistä pakkausselosteista (mainittu taulukoiden yhteydessä). Pakkausselosteisiin kuvatut haittavaikutukset vaihtelevat kuitenkin merkintätavoiltaan. Jotkut lääkkeiden haittavaikutukset ovat kuvattu pakkausselosteissa tekstimuotoisesti ja toiset taulukoiden MeDRA:n elinjärjestelmää käyttäen. Haittavaikutusten yleisyyden kuvaamisessa käytetään useimmissa esimerkiksi tapaa: hyvin yleinen (>1/10), yleinen (<1/10, >1/100), melko harvinainen (<1/100, >1/1000), harvinainen (<1/1000, >1/10 000), erittäin harvinainen (<1/10 000) ja tuntematon (lukumäärää ei ole voitu määrittellä). Nämä on joissain esitetty myös prosentteihin.

na. Tässä materiaalissa toteutettu taulukointi on tehty näiden samojen luokitusten mukaan, mutta taulukoihin on kerätty vain tieto haittavaikutuksista, jotka ovat hyvin yleisiä (>1/10), yleisiä (<1/10, >1/100) tai melko harvinaisia (<1/100, >1/1000).

9 POHDINTA

Opinnäytetyön työstäminen on ollut pitkä ja monivaiheinen prosessi. Opinnäytetyön alussa kesti jonkin aikaa, kun yritin sisäistää sen, mikä opinnäytetyöltäni halutaan. Alkuvaiheen epätietoisuus vaihtui, tarpeeksi tietoa saatua ja omaksuttua, hyvin selkeäksi näkemykseksi siitä, miten pitäisi aina seuraavassa vaiheessa edetä. Yhtenä suurena selventävänä tekijänä toimivat työelämän edustajilta saadut toiveet sekä heidän tuottamansa materiaali. Yhteistyö työelämän ja toisten opinnäytetyöryhmien kanssa on auttanut omaa prosessiani paljon ja tehnyt tuotetusta materiaalista niin hyvän kuin on ollut mahdollista. Seuraavissa luvuissa tarkastellaan tuotetta ja työskentelyprosessia tarkemmin.

9.1 Tuotteen tarkastelua

Tuote on mielestäni tavoitteittensa mukainen. Ulkoasu on selkeä ja rakenne toimiva. Sisältö on työelämän edustajien toiveiden mukainen, ainakin saadun palautteen mukaan. Perehdytysmateriaalin lopullinen toimivuus testataan kuitenkin vasta sen päästyä lopulliseen sijaintiinsa ja sen kohderyhmälle luettavaksi. Toimivuutta olisi kuitenkin voinut testata myös opinnäytetyöryhmän ja projektiryhmän ulkopuolisilla, jolloin saatu palaute olisi voitu hyödyntää.

Perehdytysmateriaalille on ollut hyväksi se, että se tuotetaan opinnäytetöinä. Minulle ja luultavasti myös kaikille muillekin perehdytysmateriaalin tuottamiseen osallistuneille opiskelijoille, yhteistoimintamalli ei ollut ennestään tuttu. Myöskään tämän tuotteen tekemiseen osallistuneille psykiatrinen hoitotyö ei ollut tuttua, muuten kuin koulutusohjelmassa suoritettujen kurssien myötä. Näin perehdytysmateriaalia tuotettaessa tekijät ovat tulleet ulkopuolelta ja samalla myös perehdytysmateriaaliin on kenties saatu erilainen näkökulma kuin, mikä jo täysin yhteistoimintamalliin sitoutuneille on muodostunut. Psykiatrisen hoitotyön kokemuksen vähyys on kuitenkin tuonut työstämisvaiheessa myös ongelmia, kun tietoa psykiatrisen hoidon toteuttamisesta on ollut rajoitetusti. Nämä ongelmat on voitu kuitenkin ratkaista työelämän edustajilta tai muilta psykiatrisen hoidon kokemusta omaavilta kysyen.

PowerPoint-esitystä on sen työstämisvaiheessa näytetty muutamaan otteeseen työelämän edustajille, jolloin saatua palautetta on voitu hyödyntää tuotteen parantamiseksi. PowerPoint on myös esitelty Yhteistoimintamalli psykiatrisen potilaan hoidossa -projektin päätösseminaarissa 3.3.2009, josta saatu palaute oli positiivista.

9.2 Työskentelyprosessin tarkastelua

Tuote on sen suunnitteluvaiheessa vaatinut paljon yhteistyötä perehdytysmateriaalin tuottamiseen osallistuneilta opinnäytetyöryhmiltä. Projektin alusta asti olemme saaneet perehdytysmateriaalin tuottamisessa hyvin vapaat kädet, joka on tietyltä osin tuottanut myös ongelmia omassa etenemisessämme.

Yksi kriittisistä vaiheista opinnäytetyöprojektissa oli opinnäytetyöryhmien yhdessä suunnitteleman internet-sivuston muuttuminen erillisiksi Microsoft PowerPoint-esityksiksi. Alussa tämä projektinvaihe markkinoitiin meille internet-pohjaisen perehdytysmateriaalin luomisena. Kun olimme edenneet opinnäytetöissämme jo työsuunnitelmavaiheen ohi, saimme eräässä tapaamisessa tietää materiaalin lopullisen sijainnin olevan Helsingin terveystieteiden keskuksen ”Perehtyjän sivut”. Näiden sivujen rakenne on sen kaltainen, ettei sinne voikaan toteuttaa täysin verkkopohjaista materiaalia. Tällöin tuli osata luopua jo päähän iskostuneesta ajatuksesta verkkosivuista linkkeineen ja ryhtyä suunnittelemaan mahdollisimman hyvää ja toimivaa PowerPoint-esitystä.

PowerPoint-esitykseen siirtymisessä oli kuitenkin se hyvä puoli, että sen sai tällöin toteuttaa itse alusta loppuun. Internet-sivuston luominen olisi jäänyt jonkun sen taitavan ammattilaisen harteille, jolloin opinnäytetyöryhmät olisivat tuottaneet vain sisällön, sivuston ulkonäköön vaikuttaen. Myös itsenäinen työskentely omien osien kanssa lisääntyi, eikä työstämisvaiheessa tarvittu yhtä säännöllisiä tapaamisia kuin mitä suunnitelmavaiheessa oli.

Vaikka yhteistyömme toisen tuotteen tekemiseen osallistuneen ryhmän kanssa sujui hyvin, oli välillä vaikeaa erottaa omien aiheidemme näkökulmia tuotteessa tuotteen työstämisestä suunnitellessamme sekä tuotetta työstäessämme. Syventävän materiaalin tuottaminen jakautui luonnollisesti aiheiden mukaan, mutta itse runko-osion työstämisen erittely kahden eri näkökulman mukaan olisi ollut hyvin hankalaa, sillä lääkehoidon käytäntö ja lääkehoidossa ohjaaminen kulkevat sidoksissa toisiinsa. Tämän olisi voinut

välttää tekemällä aihejaon projektin alussa paremmin. Tähän olisimme kuitenkin tarvinneet enemmän ohjaajan ja projektinvetäjän panosta.

9.3 Tuotteen luotettavuuden arviointia

Koska opinnäytetyö on osa perehdytysmateriaalia, jota tullaan hyödyntämään käytännön työssä, on sen tuottamisvaiheessa konsultoitu työelämän edustajia. Tämä siksi, että perehdytysmateriaali olisi myös heidän mielestään luotettavaa ja sen hyödyntämisarvo käytännössä olisi mahdollisimman suuri.

Tuotteen PowerPoint-runko-osaan (liite 3, cd:llä) käytetty materiaali on projektiryhmän ja yhteistyöosastojen itsensä tuottamaa materiaalia yhteistoimintamallista (liite 1) sekä lääkehoidon toteuttamisesta osastolla (liite 2). Koska alkuvaiheessa perehdytysmateriaali on vain yhteistyöosastomme käytössä, on tämä kyseisen osaston lääkehoidon käytäntöä esittävä kaavio luotettava. Jos, perehdytysmateriaalin siirtyessä myös muiden osastojen käyttöön, tahdotaan lääkehoidon käytäntötapoja muuttaa enemmän oman osaston mukaiseksi, on se esitystä muokkaamalla mahdollista. Kaikille osastoille sopivaa lääkehoidon prosessin etenemistä olisi vaikea koostaa, sillä joka osastolla on omat käytäntönsä. Yhteistoimintamallikäsitteistö on jo määritelty projektin aiemmissa vaiheissa, jolloin tuotteessa pystyttiin käyttämään yhteistoimintamallista jo aiemmin yhteistyöosastolla tuotettua materiaalia.

Syventävää materiaalia ja raportin tietoperustaa varten on pyritty hakemaan luotettavaa ja ajankohtaista materiaalia. Lait, asetukset ja ministeriösuositukset on haettu ajantasaisilta olevilta internet-sivustoilta. Työtä varten on käytetty myös Käypä hoito -suosituksia, joista löytyy viimeisin psyykkisiä sairauksia ja niiden hoitoa koskeva tieto. Lääke- ja hoitotieteellisten artikkelien ja kirjojen luotettavuus on taattu niiden kirjoittajien ja julkaisijoiden tieteelliset taustat varmistamalla.

Ongelmallista tietoa perehdytysmateriaalin tuottamisesta hankittaessa on ollut sen suoranainen puute. Nyt työssä hyödynnettävä ”Perehdyttämisen pelikentällä” -kirja (Kupias – Peltola 2009) käsittelee perehdyttämistä laajempänä, kokonaisvaltaisena työhön perehdyttämisenä. Jotkut osat kirjasta kuitenkin soveltuvat tämän työn tietoperustaan. Suoraan perehdytysmateriaalin tuottamisesta en löytänyt kirjallisuutta. Samoin hyvän PowerPoint-esityksen tuottamisesta kertovaa materiaalia ei juuri löytynyt. Tämän vuoksi PowerPoint-esityksen suunnittelu ja tuottaminen on suureksi osaksi perustunut omaan näkemykseeni ja taitooni PowerPoint-ohjelman käytössä.

Tuotteen syventävässä materiaalissa esiteltävä psykiatrasta lääkehoitoa ohjaava lainsäädäntö (liite 4, cd:llä) perustuu Turvallinen lääkehoito -oppaaseen, joka on ilmestynyt vuonna 2006. Tällöin jotkut siinä taulukoidut lait eivät ole enää voimassa ja joihinkin on tehty muutoksia. Sen vuoksi materiaaliin on lisätty linkit Finlex®-sivuston ajantasaiseen lainsäädäntöön. On kuitenkin mahdollista, että lakien ja asetusten sijainnit sivustolla muuttuvat, jolloin linkit menevät vanhaksi eivätkä enää toimi. Vastuu materiaalin päivittämisestä siirtyykin jatkossa projektin työryhmän harteille myös muissa tuotoksen osissa.

Syventävän materiaalin psyykelääkkeiden haittavaikutuksista kertovassa osiossa (liite 5, cd:llä) oleviin taulukoihin on syytä suhtautua varauksella, sillä kaikkia mahdollisia haittavaikutuksia niissä ei esiinny ja pakkausselosteiden erojen vuoksi haittavaikutusten luokittelu on lähinnä suuntaa antavaa. Tarkoituksena taulukoilla onkin antaa jonkinlainen kuva eri lääkkeiden ja lääkeryhmien yleisimmistä haittavaikutuksista. Dokumentin tekstiosuudessa on parissa kohtaa käytetty pakkausselosteesta löytyvää tietoa. Tällöin lähteestä on maininta ja tekstiviite on kirjoitettu niin, ettei mitään kaupanimeä mainosteta tekstissä erikseen.

Vaikka syventävään materiaaliin käytetyt lähteet ovat luotettavia, on silti otettava huomioon, ettei niitä ole tarkastettu opinnäytetyövaiheessa alan ammattilaisen, kuten lääkärin toimesta. On kuitenkin suullisesti sovittu jatkossa materiaalin päivittämisestä vastaavan tahon kanssa, että psyykenlääkkeiden haittavaikutuksista kertova materiaali tullaan tarkistamaan lääkärin toimesta ennen sen käyttöönottoa.

9.4 Tuotteen hyödynnettävyys ja jatkokehitys

Työelämän alkuperäisenä toiveena perehdytysmateriaalin suhteen oli, että se esittelisi yhteistoimintamallin mukaista lääkehoidon toteuttamisen käytäntöä. Tämän lisäksi tuotteessa on pyritty huomioimaan materiaalin lukijan näkökulma, eli miten lukija voi itse toimia psykiatrasta lääkehoitoa toteuttaessaan yhteistoimintamallin mukaisesti? Materiaalin ulkoasussa ja rakenteessa on yritetty huomioida myös materiaalin selkeys ja helppolukuisuus sekä samalla yritys säilyttää lukijan mielenkiinto aiheeseen esitystä elävöittämällä.

Esitellessämme tuotetta se on saanut hyvää palautetta työelämän edustajilta. Jatkossa tuotteen päivittämisen vastuu siirtyy projektiryhmälle, jolloin tekemäämme tuotetta kehitetään eteenpäin ja muokataan myös eri osastojen käytäntöön sopivaksi.

Projektin tavoitteena on tulevaisuudessa saada yhteistoimintamalli mahdollisimman laajaksi toimintaperiaatteeksi psykiatriassa. Tällöin luomamme perehdytysmateriaali toimii hyvänä pohjana jatkossa ja sen avulla on helpompi rakentaa vaikka internet-sivusto aiheesta. Perehdytysmateriaalia on myös mahdollista käyttää esimerkiksi osana hoitotyön opintoja psykiatrisesta hoitotyöstä.

LÄHTEET

- Aikens, James – Nease, Donald – Nau, David – Klinkman, Michael – Schwenk, Thomas 2005: Adherence to Maintenance-Phase Antidepressant Medication as a Function of Patient Beliefs About Medication. *Annals of Family Medicine* (3). 23-30.
- Ammattikorkeakoulusta terveydenhuoltoon. Koulutuksesta valmistuvien ammatillinen osaaminen, keskeiset opinnot ja vähimmäisopinnot. 2006. Opetusministeriö.
- Depressio. 2004. Käypä hoito -suositus. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Psykiatriyhdistyksen asettama työryhmä. Verkkodokumentti. Päivitetty 29.1.2004. <<http://www.kaypahoito.fi/kh/kaypahoito?suositus=hoi50023> > Luettu 21.4.2009.
- Huttunen, Matti 2008a: Lääkkeet mielen hoidossa. Terveyskirjasto. Duodecim. Verkkokirja. Päivitetty 23.7.2008. <http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_teos=lam> Luettu 23.4.2009.
- Huttunen, Matti 2008b: Psykykenlääkeopas. Helsinki: Duodecim.
- Isometsä, Erkki – Syvälahti, Erkki 2004: Lääkeresistentin depression lääkehoidon suuntaviivoja. *Duodecim* 120 (7). 821–830.
- Kaksisuuntainen mielialahäiriö. 2008. Käypä hoito –suositus. Verkkodokumentti. Päivitetty 21.10.2008. <<http://www.kaypahoito.fi>> Luettu 31.3.2009.
- Kupias, Päivi – Peltola, Raija 2009: Perekäytännön pelikentällä. Helsinki: Gaudeamus Helsinki University Press.
- Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 785/1992. Annettu Helsingissä 17.8.1992.
- Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä 559/1994. Annettu Helsingissä 28.6.1994.
- Mattila, Markku – Isola, Arja 2002: Sairaanhoidon ja verensiirron toteuttajana – lupakäytäntö. *Suomen Lääkärilehti* 57 (39). 3884–3887.
- Meisalo, Veijo – Sutinen, Erkki – Tarhio, Jorma 2003: Modernit oppimisympäristöt. Tieto- ja viestintäteknikka opetuksen ja opiskelun tukena. Helsinki: Tietosanomaa.
- Mielenterveyslaki 1423/2001. 22 b § Annettu Helsingissä 21.12.2001.
- Mitchell, Alex – Selmes, Thomas 2007: Why don't patients take their medicine? Reasons and solutions in psychiatry. *Advances in Psychiatric Treatment* (13). 336-346.
- Mäkitalo, Juha-Pekka 1999: Psykiatrisessa sairaalahoidossa olevien potilaiden kieltäytyminen lääkehoidosta. Pro gradu. Turun yliopisto. Hoitotieteen laitos.

- Roivas-Mäkinen, Pirjo - Eriksson, Elina - Mattila, Lea-Riitta - Ruotsalainen, Taru 2006: Yhteistoimintamallin kehittäminen psykiatriseen hoitotyöhön. Projektisuunnitelma. Helsingin ammattikorkeakoulu Stadia.
- Skitsofrenia. 2008. Käypä hoito -suositus. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Psykiatriyhdistyksen asettama työryhmä. Verkkodokumentti. Päivitetty 1.1.2008.
<<http://www.kaypahoito.fi/kh/kaypahoito?suositus=hoi35050#s20>> Luettu 21.4.2009.
- Turvallinen lääkehoito. Valtakunnallinen opas lääkehoidon toteuttamisesta sosiaali- ja terveydenhuollossa. 2006. Sosiaali- ja terveysministeriö.
<<http://www.stm.fi/Resource.phx/publishing/store/2006/02/pr1139565646410/passthru.pdf>> Luettu 20.9.2008.
- Unettomuuden hoito. 2008. Käypä hoito –suositus. Verkkodokumentti. Päivitetty 23.8.2008.
<<http://www.kaypahoito.fi/kh/kaypahoito?suositus=hoi50067#s14>> Luettu 30.3.2009.
- Vorma, Helena - Kuoppasalmi, Kimmo 2005: Bentsodiatsepiiniriippuvuus ja sen hoito. Suomen lääkäri-lehti 60 (11). 1279-1282.
- Yhteistoimintamalli. 2008. Yhteistoimintamalli psykiatrisen potilaan hoidossa - projektityöryhmä. Helsinki: Metropolia Ammattikorkeakoulu, Helsingin Terveyskeskus ja HUS.

YHTEISTOIMINTAMALLI

TOIMINNAN EDELLYTYKSET	
KÄSITTEET	SELITYS
Moniammatillisen työryhmän yhteinen ymmärrys mallista	Moniammatillinen työryhmä koostuu asiantuntijoista, jotka yhdistävät tietonsa ja taitonsa potilaan hoidon eri vaiheissa. Yhteinen ymmärrys syntyy vuorovaikutuksessa, jossa monipuolisen tiedon ja eri näkökulmien saattaminen yhteen tuottaa enemmän kuin yksittäisen asiantuntijan näkökulmasta muodostettu ymmärrys voisi olla. Jotta asetetut tavoitteet saavutetaan, on jokaisen moniammatillisen työryhmän jäsen vastuullinen tuomaan esiin oman asiantuntijuutensa. Jokainen työryhmän jäsen ymmärtää mallin idean ja toimii sen mukaisesti.
	➔ Moniammatillinen työryhmä tutustuu malliin ja osallistuu koulutuksiin sekä osastotunteihin.
Moniammatillisen työryhmän perehdyttäminen mallin mukaiseen toimintaan	Toimintaan perehdytetään kouluttamalla työryhmän jäsenet. Perehdyttämisestä vastataan osaston käytännön mukaisesti.
	➔ Mallin mukainen toiminta liitetään perehdytyskansioon ja otetaan osaksi perehdytysohjelmaa. Osastolla tällä hetkellä olevat työntekijät ovat perehdytetty mallin mukaiseen toimintaan osastotunneilla sekä jakamalla kirjallista materiaalia. Uusille työntekijöille nimetään vastuuperehdyttäjät. Kaikille jaetaan pilotointiohje.
Moniammatillisen työryhmän sitoutuminen mallin mukaiseen työskentelyyn	Sitoutuminen on asennoitumista ja kiinnittymistä, mikä näkyy mallin mukaisena työskentelynä.
	➔ Moniammatillinen työryhmä osallistuu yhteiseen keskusteluun osastotunneilla mallin mukaisista toimintatavoista ja jokainen vastaa omalta osaltaan mallin mukaisesti toiminnasta jokapäiväisessä työskentelyssä
Eri toimijoiden keskinäinen kunnioittaminen	Eri toimijat pitää sisällään kaikki potilaan hoitoon osallistuvat henkilöt: potilas, omaiset, läheiset, moniammatillinen työryhmä. Keskinäinen kunnioittaminen perustuu eri toimijoiden tasavertaiseen suhteeseen, jossa ihmisarvoa ja itsemääräämisoikeutta kunnioitetaan ja eri toimijoiden näkemyksiä kuunnellaan ja otetaan todesta. Keskinäinen kunnioittaminen tarkoittaa myös eri toimijoiden asiantuntijuuden arvostamista ja hyödyntämistä.

	<p>➤ Potilaan kertomus on lääkehoidon toteutuksen lähtökohtana, eri toimijat osallistuvat lääkehoidon toteutukseen tasavertaisina.</p>
Eri toimijoiden kyky oman toiminnan arviointiin	Kyky oman toiminnan arviointiin on olennainen osa oppimista. Arviointiin kuuluu oman toiminnan pohdintaa, toisten antaman palautteen tarkastelua, ymmärryksen lisääntymistä omasta toiminnasta ja toiminnan mahdollinen muuttaminen kohti yhteistoiminnallisuutta.
	<p>➤ Moniammatillisen työryhmän jäsenet arvioivat sekä omaa että muiden toimintaa osastotunneilla ja arviointien pohjalta toimintaan tehdään tarvittavia korjauksia ja muutoksia.</p>
Moniammatillisen työryhmän kyky dialogiseen yhteistyösuhteeseen	Kyky jakaa omaa asiantuntemustaan ja kyky yhdessä neuvotellen löytää uusi alue osapuolten välille.
	<p>➤ Lääkehoidon toteutuksessa pyritään löytämään yhteinen ymmärrys.</p>
Avoin ilmapiiri	Ilmapiiri on demokraattinen, kannustava, myönteinen ja salliva. Hyväksytään erilaisia näkemyksiä. Avoimessa ilmapiirissä saa toisilta tukea ja heihin voi luottaa. Keskustelulle on riittävästi aikaa.
	<p>➤ Kaikissa tapaamisissa ja kokouksissa varataan keskustelulle riittävästi aikaa.</p>
Psykiatrista hoitoa ohjaavan lainsäädännön huomioon ottaminen	Lainsäädännön ja soveltamisohjeiden tunteminen ja niiden noudattaminen.
	<p>➤ Osaston lääkehoidon toteutus on lainsäädännön ja sen soveltamisohjeiden mukaista</p>
Esimiesten tuki ja ohjaus	Esimies luo edellytykset yhteistoiminnallisuuden kehittämiseksi ja toteutumiseksi toimimalla itse esikuvana, kannustamalla, takaamalla riittävät resurssit (henkilöstö, koulutus, työnohjaus) ja turvaamalla työryhmän toimintakyky ottamalla selkeästi johtajan roolin. Esimiehen tulee toimia myös yhdyshenkilönä ja henkilöstön edustajana ylempään johtoon nähden.
	<p>➤ Osastonhoitaja ja ylihoitaja osallistuvat yhteisiin kokouksiin ja koulutuksiin. Esimiehille ja erityistyöntekijöille jaetaan vielä lisää aineistoa mallista.</p>

TOIMINNAN SISÄLTÖ	
KÄSITTEET	SELITYS
Potilaan oman kertomuksen ottaminen hoidon lähtökoh-	Hoidon lähtökohtana on potilas ja hänen elämäntilanteensa. Hoidossa keskitytään potilaan esiin nostamiin

daksi	kertomuksiin, tavoitteisiin ja toiveisiin rohkaisemalla ja esittämällä kysymyksiä ja kuuntelemalla häntä.
	➔ Potilaan oma kertomus lääkehoidosta on lähtökohtana: lääkityshistoria, sitoutuminen lääkehoitoon, sivuvaikutukset. Kirjataan perustietoihin hoidon alkuvaiheessa.
Hoidon rakentuminen potilaan voimavarojen mukaisesti	Hoidossa pyritään tunnistamaan potilaiden vahvuuksia ja tukemaan niitä. Tähän päästään yhteistyöllä, jossa potilaan kanssa neuvotellen asetetaan tavoitteet. Keskeistä on potilaan tietoisuuden lisääminen omista vahvuuksistaan. Pienetkin edistysaskleet tunnustetaan ja hyödynnetään tietoisesti voimavaroina.
	➔ Lääkehoito toteutetaan potilaan voimavarojen mukaisesti, voimavaroja tuetaan jakamalla tietoa lääkityksestä, motivoimalla potilasta lääkehoitoon sekä vastailemalla potilaan mahdollisiin kysymyksiin.
Eri toimijoiden yhteisen ymmärryksen muodostuminen hoidosta	Osapuolilla on yhteinen ymmärrys hoidon tavoitteista ja auttamistavoista.
	➔ Lääkehoidon toteutuksessa pyritään löytämään yhteinen ymmärrys eri toimijoiden kesken..
Yhteisistä tavoitteista sopiminen ja toimiminen niiden mukaisesti	Eri toimijat sopivat yhdessä hoidon tavoitteista ja toimivat niiden mukaisesti.
	➔ Sovituista asioista pidetään kiinni.
Eri toimijoiden kokemuksen ja osaamisen hyödyntäminen	Eri toimijat jakavat osaamistaan ja kokemustaan muiden hoitoon osallistuvien kanssa.
	➔ Annetaan moniammatillisen työryhmän jäsenille tilaa esittää omamielipiteensä.
Eri toimijoiden tukeminen vastuulliseen toimintaan	Yhteistoiminnallisessa hoidossa vastuu jakaantuu kaikkien hoitoon osallistuvien kesken. Jokaisella hoitoon osallistuvalla on omaan asiantuntemukseensa perustuva tehtävä. Mahdollisuus jakaa näkemyksensä toisten toimijoiden kanssa, mahdollisuus tulla kuulluksi ja kokemus oman osallistumisen arvostamisesta tukevat eri toimijoita vastuulliseen toimintaan.
	➔ Hoitotyöntekijä haastattelee yhdessä lääkärin kanssa potilaan tulotilanteesta, potilaan kertomus on lääkehoidon toteutuksen lähtökohtana. Lääkehoitoon liittyvistä asioista päätettäessä potilas on aina läsnä. Vaikka osastolla ei tällä hetkellä ole omaa lääkärinä potilasta pyritään lääkemuutoksia tehtäessä tapaamaan, näin pyritään toimimaan myös päivystysaikana. Jos tämä ei mahdollista, hoitotyöntekijä informoi potilasta, ja vastaa asian kirjaamisesta. Vastuuhoitaja kirjaa kahdenkeskisissä keskusteluissa esiin tulleita lääkehoitoon liittyviä asioita ja vastaa tie-

	<p>don välittymisestä muille moniammatillisen työryhmän jäsenille. Sosiaalityöntekijä vastaa tarvittavien maksusitoumusten hankkimisesta. Hoitotyöntekijä vastaa lääkehoidon toteutuksen seurannan kirjaamisesta niin, että potilaan ääni on kuuluvissa: miksi kieltäytyy lääkityksestä?, minkälaisia sivuvaikutuksia, onko potilas tietoinen lääkemuutoksista, onko ja miten tarvittava lääkitys on auttanut. Kirjaus tehdään hoitotyön seurantaan.</p>
--	--

TOIMINNAN ESTEET	
KÄSITTEET	SELITYS
Autoritääriinen asiantuntijuus hoitokulttuurissa	Eri toimijat määräävät neuvottelematta tai kuuntelematta muiden mielipiteitä tai kunnioittamatta heitä ihmisinä. Autoritääristä asiantuntijuutta voi esiintyä kaikissa osaston hoitotilanteissa tai työskentelyssä, ja se perustuu usein toimijan asemaan. Hoitokulttuurin autoritääriinen asiantuntijuus tarkoittaa myös sitä, että henkilö ei saa ääntään kuuluviin tai jää passiiviseksi vastaanottajaksi.
	<p>➤ Potilaan kertomus on lääkehoidon toteutuksen lähtökohtana eli potilas läsnä kaikissa tilanteissa, joissa suunnitellaan lääkitystä tai tehdään lääkemuutoksia. Eri toimijoiden on pyrittävä dialogiin yhteisen ymmärryksen syntymiseksi lääkehoidon toteutuksesta.</p>
Riittämätön tieto mallin sisällöstä	Moniammatillisella työryhmällä on riittämättömät ja/tai puutteelliset tiedot sekä mallista että sen sisällöstä. Tähän voi liittyä myös kielteisiä asenteita mallia tai sen käyttöönottoa kohtaan.
	<p>➤ Mallia käsitellään osastotunneilla ja uudet työntekijät perehdytetään sen saloihin.</p>
Riittämätön taito soveltaa mallia	Riittämätön ammattitaito mallin mukaiseen työskentelyyn.
	<p>➤ Osastotunneilla käydään läpi malliin liittyviä asioita ja henkilökunta osallistuu mallin mukaista toimintaa tukeviin koulutuksiin, esim. 23.9.2008 Dialogisuus ja kertomusten rakentuminen, Päivi Vuokila-Oikonen</p>
Moniammatillisen työryhmän sitoutumattomuus mallin mukaiseen toimintaan	Moniammatillinen työryhmä ei halua sitoutua tai soveltaa mallia. Mallin mukaista työtä ei ole omaksuttu.
	<p>➤ Riittävällä perehdytyksellä ja asioiden käsittelemisellä toistuvasti osastotunneilla ja osastokokouksissa moniammatillinen työryhmä sitoutuu mallin mukaiseen toimintaan</p>
Esimiesten vähäinen kiinnos-	Esimiehet eivät ole kiinnostuneita yhteistoimintamallis-

tus ja tuki hoitotyötä kohtaan	ta ja sen kehittämistä. He eivät ota huomioon osaston käytännön näkökulmaa, eivätkä osoita luottamusta osastohenkilökuntaa kohtaan. Esteenä voi myös olla se, että esimiehet pitäytyvät vanhoissa toimintamalleissa.
	➤ Esimiespäivä 6.5.2008. Mallin esittely psykiatriaosaston johtoryhmässä syksyllä 2008.
Eri toimijoiden yhteisen näkemyksen puute hoidon tavoitteista ja menetelmistä	Osaston hoitokulttuurissa ei tehdä yhdessä päätöksiä, eikä keskusteluissa kunnioiteta eri toimijoiden mielipiteitä.
	➤ Osastokokouksissa, osastotunneilla ja kehittämispäivillä sovitaan yhteisistä linjaveidoista.
Riittämättömät resurssit	Osastolla ei ole riittävästi aikaa kouluttaa henkilökuntaa, vallitsee kiire, tiukat aikataulut eikä käytössä ole riittävästi työnohjausta. Henkilökunnan jäsenet vaihtuvat, työryhmässä puutteellinen moniammatillinen edustus, uudet työntekijät eivät ole saaneet riittävästi perehdytystä ja henkilökuntaa kokee, että on liian paljon oheistoimintaa ja täten jää vähän aikaa kuunnella potilasta.
	➤ Vaikka tällä hetkellä ei omaa osastonlääkärinä, pyritään turvaamaan yhteistoiminnallisuus. Kesäaikaan panostetaan erityisesti kesälomasijaisten perehdyttämiseen.

TOIMINNAN SEURAUKSET	
KÄSITTEET	SELITYS
Potilaiden vastuullisuus omasta hoidostaan lisäänty	Potilas jakaa näkemyksensä ja kokemuksensa omaan hoitoonsa liittyvissä asioissa läheistensä ja hoitavien henkilöiden kanssa hoidon eri vaiheissa. Potilaalle yhteistoiminnallinen hoito mahdollistaa siirtymisen passiivisen vastaanottajan roolista vastuulliseksi osallistujaksi.
	➤ Potilas osallistuu oman lääkehoitonsa suunnitteluun, toteutukseen ja arviointiin.
Yhteistoiminnallinen hoitokulttuuri vahvistuu työskentelyn lähtökohdaksi	Yhteistoiminnallisessa hoitokulttuurissa työskentelään yhteistoimintamallin mukaisesti. Potilaan hoito suunnitellaan moniammatillisena yhteistyönä potilaan ja hänen verkostonsa kanssa, jossa sovitaan hoidon linjauksista ja kokonaistavoitteista. Eri toimijat sopivat keskinäiselle yhteistyölle tavoitteet ja laativat suunnitelman, joihin kaikki voivat sitoutua. Tavoitteisiin pyritään yhdessä sovituin yksilöllisin, joustavin ja innovatiivisin ratkaisuin. Yhteistyön toteutumista ja tavoitteiden saavuttamista arvioidaan koko hoitoprosessin ajan.

	<p>Moniammatillinen työryhmä auttaa potilasta tiedostamaan hänen omat mahdollisuutensa, tukee häntä arvioimaan näitä mahdollisuuksia ja löytämään voimavaroja selviytyäkseen sairautensa kanssa.</p> <p>Potilaan hoitoon voi liittyä tilanteita, joissa potilaan itsemääräämisoikeutta joudutaan rajoittamaan. Itsemääräämisoikeuden rajoittaminen tapahtuu yhteistyössä potilaan kanssa siten, että rajoitukset perustellaan potilaalle ja niistä neuvotellaan hänen kanssaan siten, että potilaan arvokkuus säilyy.</p> <p><i>Lääkehoidon prosessikaaviosta käy ilmi miten toimitaan jos potilas esim. kieltäytyy lääkityksestään. Kerrotaan vaihtoehdot ja perustellaan lääkityksensä. Kirjataan hoitotyönlehdelle. Tarvittaessa otetaan yhteys lääkäriin.</i></p>

LÄÄKEHOIDON PROSESSIKAAVIO

Helsingin terveystieteiden keskus, Auroran sairaala, Virpi Jaakkola ja Kimmo Sainio

LIITE 2
1(1)

Lähiesimies vastaa: lääkehoidon koulutuksesta, organisoinnista ja yhteistoiminnallisuudesta

Hoidon aloitus Lääkehoidon aloitus Lääkkeen antaminen Tarvittavat lääkkeet Lääkemuutokset hoidon aikana Hoidon päättäminen

