



SAVONIA

OPINNÄYTETYÖ - AMMATTIKORKEAKOULUTUTKINTO
SOSIAALI-, TERVEYS- JA LIIKUNTA-ALA

LÄÄKEHOITOPROSESSI PSYKIATRISISSA HOITOTYÖSSÄ

Laadullinen tutkimus psykiatrisille hoitajille

TEKIJÄT:

Jasmin Kokko
Pekka Laitinen

Koulutusala Sosiaali-, terveys- ja liikunta-ala	
Tutkinto-ohjelma Sairaanhoitajan tutkinto-ohjelma	
Työn tekijä(t) Jasmin Kokko, Pekka Laitinen	
Työn nimi Lääkehoitoprosessi psykiatrisessa hoitotyössä	
Päiväys	31.3.2021
Sivumäärä/Liitteet	44/3
Toimeksiantaja/Yhteistyökumppani(t) Kuopion yliopistollinen sairaala	
<p>Tiivistelmä</p> <p>Tässä opinnäytetyössä selvitettiin psykiatristen sairaanhoitajien näkemyksiä liittyen lääkehoidon muutoksiin ja uusiin toimintamalleihin. Tutkimuksen toimeksiantajana toimi Kuopion yliopistollinen sairaala. Opinnäytetyönä toteutetun tutkimuksen tarkoituksena oli kuvata Julkulan psykiatristen osastojen hoitajien näkemyksiä psykiatrisen potilaan lääkehoidon toteutuksen nykytilasta ja tulevaisuuden muutoksista, joita uusi Psykiatriatalo tuo mukanaan. Tutkimuksellisen opinnäytetyön tavoitteena oli tuottaa tietoa lääkehoidon menetelmien kehittämisen tueksi psykiatrisessa hoitotyössä.</p> <p>Opinnäytetyö toteutettiin laadullisena tutkimuksena ja aineisto kerättiin teemahaastattelulla. Haastatteluai- neisto kerättiin maaliskuussa 2021. Haastattelimme kuutta Julkulan sairaalan hoitajaa. Haastattelut nauhoi- tettiin ja litteroitiin, jonka jälkeen aineisto analysoitiin käyttäen aineistolähtöistä sisällönanalyysiä. Tutkimuk- sen teoreettinen osuus muodostuu seuraavista aiheista: Psykiatrisen hoitotyö, sairaanhoitajan lääkehoidon koulutus, -teoriaosaaminen ja -toteuttaminen, lääkehoitoprosessi, lääkehoidon tarpeen arviointi, potilaan sitoutuminen lääkehoitoon, älylääkekärry, Medanets -sovellus.</p> <p>Suurimmaksi potilaan lääkehoitoon liittyväksi haasteeksi koettiin huono sitoutuminen lääkehoitoon osasto- jakson päätyttyä. Potilaan lääkehoitoon sitoutumisen kehittämiseksi nousi henkilökunnalta konkreettisia eh- dotuksia. Uusien toimintamallien sekä teknologian hyödyntäminen lääkehoidon toteutuksessa jakoi mielipi- teitä. Sairaalassa käyttöön otettu Medanets -sovellus koettiin pääasiassa hyödyllisenä, mutta osittain puut- teellisenä apuvälineenä. Älylääkekärryn soveltuvuuteen psykiatrisessa hoitotyössä oltiin varauksellisia.</p> <p>Tuotettua aineistoa voidaan hyödyntää psykiatriseen lääkehoitoon liittyvässä kehitystyössä. Psykiatriatalon valmistuttua voidaan toteuttaa jatkotutkimus, jossa selvitetään käyttöön otettujen uusien toimintamallien toteutumista käytännössä. Tätä työtä voidaan käyttää apuna suunniteltaessa Psykiatriatalon lääkehoidon toteutusta.</p>	
Avainsanat Psykiatrisen hoitotyö, lääkehoito, psykiatrisen hoitotyön muutokset, Psykiatriatalo, Medanets-sovellus, älylääkekärry	

Field of Study Social Services, Health and Sports	
Degree Programme Degree Programme in Nursing	
Author(s) Jasmin Kokko, Pekka Laitinen	
Title of Thesis Pharmacological Treatment in Psychiatric Nursing	
Date 31.3.2021	Pages/Appendices 44/3
Client Organisation /Partners Kuopio university hospital	
<p>Abstract</p> <p>In this thesis, views, fears and anticipations of psychiatric nurses were examined relating to changes in medical treatment customs, brought by the new Psychiatry House -project. The client organisation of this thesis was Kuopio University Hospital. The purpose of this study was to interview nurses of Julkula psychiatric hospital to find out, which aspects of the future medical treatment and customs they saw troublesome or positive. The aim of this study was to improve methods of medical treatment in the field of psychiatry.</p> <p>The method applied in this study was qualitative research. The research material was gathered during March 2021 using a semi-structured interviewing method. A total of 6 psychiatric nurses were interviewed. The interviews were recorded and transcribed. The data was analyzed using a data driven analysis. The theoretical part of this thesis consists of the following topics: psychiatric treatment, medical education in nursing, nurse's theoretical knowledge and medical treatment and assessing skills, patient's commitment to medical treatment, medical dispensing cart, the Medanets app.</p> <p>The patient's inability to follow their medical treatment plan after discharging was considered to be the biggest challenge in general. The interviews showed up concrete ideas to improve the patient's commitment to the treatment plan. Application of the new customs and technological solutions were met with differing opinions. The Medanets app was generally considered to be a helpful tool, although certain technological difficulties emerged. Expectations were reserved towards the use of medicinal dispensing cart in psychiatric treatment.</p> <p>The conclusions reported in this thesis can be used in further research on medical treatment in psychiatric nursing. After the new Psychiatry House has been opened, this thesis can be used as a basis for further study to find out whether expectations regarding the new customs have been actualized.</p>	
<p>Keywords</p> <p>Psychiatric nursing, medical treatment, changes in psychiatric nursing, Psychiatry House, Medanets-app, automated dispensing cart</p>	

SISÄLTÖ

1	JOHDANTO	5
2	LÄÄKEHOITO	7
2.1	Lääkehoito sairaanhoitajan toteuttamana	7
2.2	Lääkehoidon osaaminen	8
2.3	Turvallinen lääkehoito	10
2.4	Lääkehoidon vaaratapahtumat.....	12
2.5	Lääkehoitoprosessi.....	13
2.6	Moderni sairaalateknologia osana lääkehoidon toteutusta	16
3	PSYKIATRINEN HOITO.....	18
3.1	Psykiatrisen potilaan lääkehoito	18
3.2	Psykiatrisen potilaan hoitoon sitoutuminen	21
4	TUTKIMUKSEN TARKOITUS, TAVOITE JA TUTKIMUSKYSYMYKSET	23
5	TUTKIMUSMENETELMÄT	24
5.1	Laadullinen tutkimusmenetelmä ja teemahaastattelu.....	24
5.2	Aineiston keruu.....	25
5.3	Aineistolähtöinen analyysi ja litterointi	25
6	TUTKIMUSTULOKSET	28
6.1	Potilaan lääkehoitoon osallistuminen	28
6.2	Potilaan lääkehoitoon osallistumisen kehittäminen	29
6.3	Näkemykset uusista toimintamalleista	31
7	POHDINTA.....	34
7.1	Tulosten tarkastelu ja johtopäätökset.....	34
7.2	Prosessin pohdinta.....	36
7.3	Eettisyys ja luotettavuus.....	37
7.4	Ammatillinen kasvu	38
8	JATKOTUTKIMUSAIHEET.....	39
	LÄHTEET	40
	LIITE 1: SAATEKIRJE	45
	LIITE 2: SISÄLLÖNANALYYSI – TAULUKKO 1	46
	LIITE 3: SISÄLLÖNANALYYSI – TAULUKKO 2	47

1 JOHDANTO

Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen vuonna 2016 julkaiseman Turvallinen lääkehoito -oppaan mukaan lääkkeiden ja lääkehoidon tarkoituksena on ehkäistä ja parantaa sairauksia, hidastaa sairauksien etenemistä, ehkäistä niiden aiheuttamia komplikaatioita tai lievittää sairauden aiheuttamia oireita (Inkinen, Volmanen & Hakoinen 2016, 3).

Psykenlääkkeiden käytön tarkoituksena on myös lisätä psyykkisesti sairastuneen hyvinvointia, parantaa toimintakykyä sekä lievittää psyykkisten oireiden aiheuttamia haittavaikutuksia. Erityisesti lääkehoidon merkitys korostuu psykoosien, vakavien tai pitkäaikaisten mielialahäiriöiden sekä ahdistuneisuushäiriöiden hoidossa. (Huttunen 2017.) Esimerkiksi henkilöillä, jotka kärsivät vakavista masennustiloista saavutetaan masennuslääkkeillä kliininen hoitovaste 65 % potilaista. Tämä tarkoittaa sitä, että ainakin kaksi tai kolme kymmenestä vakavaa masennusta sairastavasta potilasta hyötyy masennuslääkkeiden käytöstä. (Huttunen 2008, 68.)

Lain mukaan jokaisella potilaalla on oikeus laadultaan hyvään terveyden- ja sairaanhoitoon. Potilasta on kohdeltava siten, että hänen vakaumustaan ja yksityisyyttään kunnioitetaan, eikä hänen ihmisarvoaan loukata. (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 758/1992 2:3§) Terveydenhuollon on oltava laadukasta, turvallista ja asianmukaisesti toteutettua ja sen on perustuttava näyttöön ja hyvin hoito- ja toimintakäytäntöihin (Terveydenhuoltolaki 1326/2010 1:8§). Lääkehoito on yksi keskeisimmistä potilaan hoitokeinoista. Lääkäri määrää potilaan lääkehoidon ja hoitajat toimivat sen toteuttajina. Lääkehoito luokitellaan terveydenhuollon toiminnaksi ja siitä vastaavat ensisijaisesti ammatillisen koulutuksen saaneet terveydenhuollon ammattihenkilöt (esim. lähi- ja sairaanhoitajat). Henkilö ei voi toteuttaa lääkehoitoa ilman asianmukaista koulutusta. (Valvira 2021.)

Tällä hetkellä Pohjois-Savon aikuisten sekä nuorten psykiatrinen osastohoito tapahtuu Julkulan sairaalassa. Julkulan sairaala ei enää vastaa tämän päivän nykyaikaisen psykiatrisen sairaalan vaatimuksia tiloiltaan. Uuden psykiatrisen sairaalan rakentamisen myötä tarjoutuu mahdollisuus uudistaa potilaiden hoitoon ja henkilökunnan työskentelyyn liittyviä toimintamalleja ja prosesseja tarkoituksenmukaisemmiksi sekä tehokkaammiksi. (Psykiatriatalon ohjausryhmä 2020.)

Uuden Psykiatriatalo -projektin myötä myös lääkehoito uudistuu psykiatrisilla osastoilla. Psykiatrisilla vuodeosastoilla otetaan käyttöön KYS Uudistuu -hankkeen mukaiset uudet toimintamallit. Toimintamalliin kuuluu esimerkiksi uudet kirjaamiskäytännöt. Lääkemääräysten kirjaaminen sekä lääkityksen muutokset tapahtuvat Medanets -mobiilisovelluksen kautta. Lääkehoidossa siirrytään hyödyntämään automatiikkaa lääkkeiden jakamisessa ja käyttökuntoon saattamisessa sekä turvallisen lääkehoidon toteutuksessa. Jokaiseen Psykiatriatalon osastokerrokseen tulee yksi keskusälylääkekaappi ja useita älylääkekärryjä. Potilaiden lääkkeet jaetaan valmiiksi älylääkekärryihin, jotka helpottavat lääkekiertojen toteutumista ja turvallisuutta. Hoitajat kiertävät älylääkekärryjen kanssa potilashuoneet, jolloin potilailla on paremmat mahdollisuudet keskustella omasta lääkehoidostaan. Älylääkekärryt edesauttavat potilaslähtöistä ja turvallista lääkehoitoa. Tavoitteena on,

että myös psykiatriset osastot siirtyvät toteuttamaan virtuaalikiertoja. Virtuaalikiertojen lisäksi potilaskierrot tapahtuvat potilaiden yhden hengen huoneissa. Tällöin potilaiden yksityisyys säilyy. (Psykiatriatalon ohjausryhmä 2020.)

Tämän tutkimuksellisen opinnäytetyön tavoitteena oli tuottaa tietoa lääkehoidon menetelmien kehittämisen tueksi psykiatrisessa hoitotyössä. Opinnäytetyönä toteutetun tutkimuksen tarkoituksena oli kuvata Julkulan psykiatristen osastojen hoitajien näkemyksiä psykiatrisen potilaan lääkehoidon toteutuksen nykytilasta ja tulevaisuuden muutoksista, joita uusi Psykiatriatalo tuo mukanaan. Tutkimus toteutettiin haastattelututkimuksena ja sen tarkoituksena oli selvittää hoitajien valmiuksia toteuttaa potilaan lääkehoitoa uuden KYS uudistuu -hankkeen toimintamallin mukaisesti, hyödyntäen lääkehoidon toteutuksessa uutta teknologiaa kuten Medanets -mobiilisovellusta ja älylääkekärryä. Lisäksi selvitettiin osastohoidossa olevan psykiatrisen potilaan osuutta lääkehoidon kokonaisprosessissa.

Opinnäytetyön tilaaja oli Kuopion yliopistollinen sairaala (KYS). Opinnäytetyö on osa Psykiatriatalo -projektia. Projekti on osa KYS Uudistuu -hanketta.

2 LÄÄKEHOITO

2.1 Lääkehoito sairaanhoitajan toteuttamana

Nykyisin sairaanhoitajaksi opiskellaan ammattikorkeakoulussa. Opinnot ovat laajuudeltaan 210 opintopistettä ja koulutus kestää noin 3,5 vuotta. (Sairaanhoitajat.fi.) Opinnoista 180 opintopistettä sisältää yleissairaanhoitajan osaamisvaatimukset. Näistä useimmat osaamisvaatimukset ja niihin liittyvät sisällöt koskevat lääkehoitoa, jotka ovat esimerkiksi sairaanhoitaja osaa soveltaa tietoja anatomiasta ja fysiologiasta, patofysiologiasta, soveltavasta farmakologiasta sekä lääkehoidon toteuttamisesta, kun hän suunnittelee, toteuttaa ja arvioi lääkehoitoa eri sairauksien hoidossa sekä hallitsee lääkehoitoon liittyvän lainsäädännön ja informaatio-ohjauksen. (Saano ja Taam-Ukkonen 2020, 41.)

Sairaanhoitajat saavat ammatillisessa koulutuksessaan laajan lääkehoidon koulutuksen. Sairaanhoitajat voivat toteuttaa lääkehoitoa koulutuksensa puolesta monipuolisesti ilman erillisiä lupia. He voivat esimerkiksi tilata lääkkeitä, jakaa ja antaa lääkkeitä potilaalle sekä luonnollista tietä, että injektiona. (Valvira 2021.) Työntekijän lääkehoidon osaaminen varmistetaan työpaikan lääkehoitosuunnitelmassa kerrotulla tavalla (Laukkanen ja Ruokoniemi 2021, 32).

Sairaanhoitajat tarvitsevat lisäkoulutuksen ja yksikön lääkehoidosta vastaavan lääkärin kirjallisen luvan ennen kuin he voivat toteuttaa vaativaa lääkehoitoa. Ennen vaativan lääkehoidon toteuttamista täytyy työntekijän osaaminen varmistaa. (Laukkanen ja Ruokoniemi 2021, 33.) Vaativaa lääkehoidon toteuttamista ovat esimerkiksi ääreislaskimokatettrin asettaminen, laskimonsisäiset neste- ja lääkehoidot ja lääkehoidon toteuttaminen erityisantoreittejä pitkin, esimerkiksi epiduraalitaalaa, tai erityisillä välineillä, esimerkiksi kipupumppua käyttäen. Myös verensiirtoon ja rokottamiseen tarvitsee kirjallisen luvan. (Valvira 2021.)

Sairaanhoitajat vastaavat työyksiköissään lääkehoidon toteuttamisesta. Tähän sisältyy esimerkiksi lääkehoitoon liittyvä tehtävänjako, lääkehoidon osaamisen ja toimivuuden varmistaminen sekä lääkehoidon toteuttamisen valvonta. Jokainen lääkehoitoa toteuttava tai siihen osallistuva työntekijä on vastuussa omasta toiminnastaan, vaikka yksikössä olisi nimetyt lääkehoidosta vastaavat henkilöt. (Laukkanen ja Ruokoniemi 2021, 33.)

Turvallinen lääkehoito -oppaan mukaan kaikki lääkehoitoon osallistuvat laillistetut ja nimikesuojatut terveydenhuollon ammattihenkilöt osoittavat osaamisensa säännöllisesti organisaation toimintatapojen mukaisesti. Lääkehoidon osaaminen varmistetaan esimerkiksi 2–5 vuoden välein tehtävillä testeillä, verkko-opinnoilla ja näytöillä. Näyttö riippuu työtehtävien luonteesta ja se voi olla esimerkiksi injektion antaminen ja sen käyttökuntoon saattaminen. (Saano ja Taam-Ukkonen 2020, 45.) Näytön vastaanottaa kokenut laillistettu terveydenhuollon ammattihenkilö (Inkinen ym.2016, 27). Pelkkä sairaanhoitajien peruskoulutus ei takaa osaamista vaan ammattitaidon ylläpitämiseksi sairaanhoitajien on päivitettävä osaamistaan säännöllisesti. Tätä kutsutaan elinikäiseksi oppimiseksi. (Metsälä ja Vaherkoski 2014.) Jatkuva ammattitaidon ylläpitäminen ja säännöllisesti tehtävä osaamisen varmistaminen ja sen dokumentointi kuuluvat lääkehoitoa toteuttavan sairaanhoitajan velvollisuuksiin (Inkinen ym. 2016, 31–33; Saano ja Taam-Ukkonen 2020, 44). Myös laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä (1994/559 3:18§) velvoittaa hoitajia oman osaamisensa ylläpitämiseen ja jatkuvaan ammatilliseen kehitykseen.

Työnantajalla on vastuu seurata työntekijöidensä osaamista ja ammattitaidon kehittymistä sekä järjestää edellytykset täydennyskoulutuksiin (Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä 1994/559 3:18§). Myös terveydenhuoltolaki (Terveydenhuoltolaki 2010/1326 4:42§) ja Sosiaali- ja terveysministeriön asetus terveydenhuollon henkilöstön täydennyskoulutuksesta (2003/1194) velvoittaa järjestämään täydennyskoulutusta.

2.2 Lääkehoidon osaaminen

Sairaanhoitajan lääkehoidon osaamista voidaan tarkastella eri tavoilla. Sulosaari, Suhonen ja Leino-Kilpi (2011) jakavat lääkehoidon osaamisen kolmeen eri osaamisalueeseen, jotka ovat teoreettinen osaaminen, kliininen osaaminen eli käytännön osaaminen ja päätöksenteko-osaaminen. Tätä samaa luokittelua ovat käyttäneet myös Sneck (2016) tutkimuksessaan sekä Saano ja Taam-Ukkonen uusimmassa Lääkehoidon käsikirjassa (2020). Luokkamäen (2015) tutkimuksessa lääkehoidon osaaminen jaetaan kahteen pääkategoriaan, jotka ovat teoreettinen osaaminen ja käytännön osaaminen. Kaikkien osaamisalueiden hallintaan kuuluu lainsäädäntö-, informaatio-ohjaus- ja eettinen osaaminen (Saano ja Taam-Ukkonen 2020, 41).

Lääkehoidon osaaminen edellyttää hyvää lääkehoidon teorian osaamista sekä osaamista soveltaa teoretietoa käytännössä. Lääkehoidon teoreettiset perusteet opiskellaan ammatillisessa tutkinnossa. Perusteiden hallitseminen on edellytys lääkehoidon käytännön toteuttamiselle ja päätöksenteolle. (Saano ja Taam-Ukkonen 2020, 41.) Sneckin (2016) tutkimuksessa anatomian, fysiologian ja patofysiologian osaaminen, farmasian ja farmakologian osaaminen sekä tiedonhaun osaaminen käsitetään kuuluvaksi lääkehoidon teoreettiseen osaamiseen. Luokkamäki (2015) jakaa tutkimuksessaan teoreettisen osaamisen neljään osa-alueeseen, jotka ovat anatomian ja fysiologian osaaminen, farmakologian osaaminen, matemaattinen osaaminen ja tiedonhakuosaaminen.

Anatomian ja fysiologian osaaminen on muun muassa lääkkeiden vaikutusten, haittavaikutusten ja lääkkeen eri antotapojen ymmärtämisen perusta. Myös farmakologian osaaminen on edellytys lääkehoidon kokonaisuuden ymmärtämiselle sekä potilaan lääkehoidon ohjaukselle. (Saano ja Taam-Ukkonen 2020, 41.) Aikaisemmassa tutkimuksessa myös Sulosaari ym. (2011) mainitsevat farmakologian osaamisen edellytyksenä turvallisen lääkehoidon toteutukselle. Sairaanhoitajien tulee tuntea lääkkeen vaikutus, normaali annostus, mahdolliset sivuvaikutukset ja kontraindikaatiot (Opetusministeriö 2006). Sairaanhoitajien anatomian ja fysiologian osaaminen on melko hyvää ja riittää Sosiaali- ja terveysministeriön suositusten tasolle (Sneck, 2016; ks. myös Veräjänkorva, 2003).

Matematiikan ja lääkelaskennan osaamisen kautta sairaanhoitaja toteuttaa turvallista lääkehoitoa. Näitä taitoja sairaanhoitaja käyttää, kun hän annostelee potilaalle lääkettä, valmistaa lääkeliuosta ja laskee tiputusnopeuden lääkkeelle. (Saano ja Taam-Ukkonen 2020, 41.) Sairaanhoitajat ovat itse vastuussa lääkelaskennan osaamisen ylläpitämisestä (Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä 1994/559). Sairaanhoitajaopiskelijoiden lääkelaskutaito testataan säännöllisesti opiskelujen aikana (Tuomi 2014, 9–10).

Turvallinen lääkehoito edellyttää hoitajalta tiedonhakutaitoja. Sairaanhoidajien tiedonhakuosaaminen korostuu, kun lääkehoito muuttuu yhä monimutkaisemmaksi. (Sulosaari ym. 2011.) Hoidon tulee olla näyttöön perustuvaa (Terveydenhoitolaki 2010/1326). Näyttöön perustuva toiminta on parhaan ajantasaisen tutkimus- tai muun ulkopuolisen näytön, kliinisen asiantuntemuksen ja potilaan näkemysten kokoamista, tulkintaa ja integroimista potilasta koskevassa päätöksenteossa (Saano ja Taam-Ukkonen 2020, 42). Sairaanhoidajien tulee osata etsiä pätevä ja asianmukainen tieto useista eri lähteistä (Sulosaari ym. 2011). Sairaanhoidaja tarvitsee tiedonhakua sekä tutkimustiedon käyttöä oman ammattitaidon ylläpitoon sekä potilaan hoidon ja hoitotyön kehittämiseen (Saano ja Taam-Ukkonen 2020, 42).

Lääkehoidon kliiniseen osaamiseen eli käytännön osaamiseen sisältyy lääkehoidon toteutus sekä potilasohjaus (Saano ja Taam-Ukkonen 2013, 14–15). Kliinistä osaamista on esimerkiksi lääkkeiden saattaminen käyttökuntoon, lääkkeen antaminen potilaalle sekä potilaan ohjaaminen lääkehoidossa. Lääkehoidon suunnittelu, toteuttaminen ja arviointi edellyttävät sairaanhoidajalta lääkehoitoprosessin vaiheiden osaamista. Lääkehoito perustuu hoitotyön prosessiin, johon sisältyvät potilaan hoitotyön tarpeen arviointi hoidon tarveluokituksen mukaan, hoidon suunnittelu ja toteutus hoitotyön toimintaluokituksen mukaan ja hoidon tulosten arviointi käyttäen hoidon tuloluokitusta. Lääkehoitoon liittyvät myös terveydenhuollon informaatioteknologia, sähköiset tietokannat ja raportointityökalut. (Saano ja Taam-Ukkonen 2020, 41–43.)

Lääkehoidon arviointi on tärkeässä osassa lääkehoidon prosessissa (Sulosaari ym. 2011). Lääkehoidon arviointi tarkoittaa lääkehoidon vaikutusten sekä lääkehoidon tavoitteiden arvioimista. Lääkehoidon arviointiin sisältyvät potilaan lääkehoidon tarpeen arviointi, terveydentilan ja toimintakyvyn arviointi sekä mahdollisten ongelmien arviointi ennen lääkehoitoa, lääkehoidon aikana tai sen jälkeen. Sairaanhoidajalla on keskeinen asema lääkehoidon arvioinnissa. Sairaanhoidaja arvioi lääkehoidon toteutumista muun muassa seuraamalla potilaan vitaalielintoimintoja, potilaan kykyä ottaa lääkkeitä ja omasta lääkehoidosta suoriutumista, potilaan oireita ja niiden lieventymistä sekä laboratorioarvoja. Nämä kaikki edellyttävät sairaanhoidajalta erilaisten sairauksien lääkehoidon eli farmakoterapian hallitsemista. (Saano ja Taam-Ukkonen 2020, 43.)

Lääkkeiden aiheuttamien haitta- ja yhteisvaikutusten seuraaminen on osa lääkehoidon arviointia. Lääkkeen haittavaikutuksella tarkoitetaan lääkeaineen tai lääkeaineyhdistelmän aiheuttamaa epätoivottua tai haitallista vaikutusta. Esimerkiksi neuroleptit voivat aiheuttaa ekstrapyramidaalioireita, kuten jäähmyyttä ja ilmeettömyyttä. (Saano ja Taam-Ukkonen 2020, 232, 237.) Lääkkeen aiheuttaman haittavaikutuksen taustalla voi olla yhteisvaikutus eli interaktio toisen lääkkeen, ruoan tai juoman kanssa. Potilaan sairaus tai perinnölliset tekijät voivat johtaa yhteisvaikutukseen. Yhteisvaikutus voi olla sekä haitallinen että toivottu. Esimerkiksi lääkehiiltä käytetään yliannostustilanteissa, koska se estää useimpien lääkeaineiden imeytymisen. (Saano ja Taam-Ukkonen 2020, 244–245.)

Sairaanhoidajalla on työssään tärkeä rooli seurata lääkkeiden myönteisiä vaikutuksia, mutta myös mahdollisia haitta- ja yhteisvaikutuksia. Tämän vuoksi sairaanhoidajan tulee tietää hoitamansa potilaan käyttämien lääkkeiden yleisimmät haitta- ja yhteisvaikutukset sekä tunnistaa lääkehoidon mahdollisesti aiheuttamat vakavat haitat. Lääkehoidon vakaviin haittoihin luetaan esimerkiksi anafylakti-

nen reaktio, antikolinerginen oireyhtymä, serotonerginen oireyhtymä sekä neuroleptioireyhtymä. Lääkehoidon ohjauksessa sairaanhoitajan tulee korostaa potilaan lääkehoidon hyötyjä, mutta myös kertoa lääkkeen mahdollisista haitta- ja yhteisvaikutuksista. (Saano ja Taam-Ukkonen 2020, 231, 238.)

Päätöksenteon osaamiseen sisältyy kriittinen ajattelu, kyky arvioida potilaan kliinistä tilaa ja lääkehoidon tarvetta, kyky osata toimia muuttuvissa tilanteissa ja kyky tehdä vaikuttavia päätöksiä potilaan hoidossa. Sairaanhoitajan työhön kuuluu hoitoon liittyvä päätöksenteko yhdessä potilaan ja potilasta hoitavan moniammatillisen työryhmän kanssa. Esimerkki päätöksenteko-osaamisesta voisi olla tilanne, jossa sairaanhoitaja on päätöksentekotilanteessa potilaan kanssa, joka tarvitsee hoitoa. Sairaanhoitaja pyrkii ammattitaitoonsa perustuen tunnistamaan potilaan tarpeeseen vastaavan ja ajantasaiseen tietoon perustuvan tutkimusnäytön, jonka mukaan hän toimii tilanteessa. Tällainen voi olla esimerkiksi hoitosuositus. Päätöksentekotilanteeseen vaikuttavat myös potilaan mieltymykset ja tavat, toimintaympäristö, jossa hoitaminen tapahtuu ja sairaanhoitajan kliininen kokemus sekä tutkimusnäyttö. (Hotus 2021.)

2.3 Turvallinen lääkehoito

Lääkehoitoprosessiin sisältyy lääkärin tekemä taudinmääritys ja siihen perustuva lääkemääräys ja lääkehoidon toteuttaminen sekä lääkehoidon vaikutusten seuranta ja lääkitystietojen kirjaaminen (Saano ja Taam-Ukkonen 2020, 287). Toimiva lääkehoitoprosessi turvaa potilaan yksilöllisen ja optimaalisen lääkehoidon toteutumisen rationaalisesti. Rationaalinen lääkehoito on turvallista, tehokasta, tarkoituksenmukaista ja taloudellista sekä yhdenvertaista. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2021.)

Turvallisesta lääkehoidosta käytetään käsitettä katkeamaton lääkehoitoprosessi (closed loop medication) (Saano ja Taam-Ukkonen 2020, 288). Katkeamaton lääkehoitoprosessi on terveydenhuollon prosessi, jossa varmistetaan potilaan lääkehoidon tietojen oikea ja riittävä kirjaaminen sekä tiedon siirtyminen oikein. Lääkehoito on katkeamatonta, kun lääkehoito on kokonaisuutena koordinoitua ja lääkehoitoa koskevat tiedot ovat kaikkien potilaan lääkehoitoa toteuttavien henkilöiden sekä organisaatioiden käytettävissä tietojärjestelmistä riippuen. (THL 2021.) Lääkehoitoprosessi on sähköisesti valvottu ja varmistettu jokaisessa lääkehoitoprosessin ketjun vaiheessa (Saano ja Taam-Ukkonen 2020, 288). Katkeamattomassa lääkehoitoprosessissa käytetään automaatiota, älykkäitä teknisiä tietoratkaisuja sekä päätöksenteon tukijärjestelmiä (Sosiaali- ja terveysministeriö 2020). Tavoitteena on vähentää lääkehoitoon liittyviä virheitä sekä tietokatkoksia (Sosiaali- ja terveysministeriö 2020) ja lisätä turvallisuutta mahdollistamalla potilaalle optimaalinen lääkehoito (Saano ja Taam-Ukkonen 2020, 288). Suomessa tulevaisuuden tavoitteena on katkeamattoman lääkehoitoprosessin käyttäminen kansainvälisen mallin mukaan (Schepel ja Kuitunen 2020, 212).

Turvallinen lääkehoito sisältää käsitteenä sekä lääke- että lääkitysturvallisuuden. Lääketurvallisuudella tarkoitetaan lääkevalmisteen turvallisuutta sekä lääkkeen mahdollisten haittavaikutusten osamisen hallintaa. Lääkitysturvallisuuteen luetaan terveydenhuollossa työskentelevien yksilöiden ja or-

ganisaatioiden toiminta. Lääkitysturvallisuus edellyttää myös lääkkeiden lääketieteellisesti tarkoitukseenmukaista käyttöä sekä lääkkeiden käyttöön liittyvien haittatapahtumien ehkäisemistä, välttämistä ja korjaamista. (Outinen 2006, 5–10.)

Riskialttiita lääkkeitä ovat sellaiset lääkevalmisteet, joiden annosteluun, käsittelyyn ja säilytykseen liittyy turvallisuuden kannalta erityisiä virheellisen käytön riskejä, ja jotka siksi edellyttävät yksikössä erityistä tarkkaavaisuutta. Lääkkeiden luokittelu riskilääkkeiksi (mukaan lukien suuren riskin lääkkeet ja muutoin riskialttiit lääkkeet) riippuu yksikön potilaiden ominaisuuksista, potilaiden palvelutarpeesta ja yksikön lääkeshoidosta. Riskilääkkeiden käytössä pienelläkin poikkeamalla voi olla vakavia seuraamuksia (Saano ja Taam-Ukkonen 2020, 345). Jokaisen yksikön on hyvä tunnistaa käytössä olevat riskilääkkeet sekä tehdä listaus niistä yksikön lääkeshoitoprosessia vastaavasti. Jokaiseen lääkkeeseen liittyy riskejä, joten lääkeshoitoon on suhtauduttava vakavasti. Yksikön lääkeshoitosuunnitelmaan kirjataan ylös ne toimintatavat, miten yksikössä ehkäistään riskilääkkeiden mahdollisia haittoja. Läkeshoitosuunnitelmaan kirjataan ylös myös toimintaohjeet sen varalta, että riskilääkkeet aiheuttavat haittoja. (Laukkanen ja Ruokoniemi 2021, 19–20.)

Suuren tai korkean riskin lääkkeiksi (High Alert Medications) luokitellaan lääkkeet, joiden virheellinen käyttäminen muihin lääkkeisiin verrattuna voi aiheuttaa todennäköisemmin vakavia seuraamuksia potilaalle (WHO 2017). Riskialttiisiin lääkkeisiin luetaan myös niin sanotut LASA-lääkkeet (Look-Alike Sound-Alike drugs). LASA-lääkkeiden nimet sekä pakkaukset muistuttavat toisiaan, joten näiden lääkkeiden kohdalla on suurentunut riski lääkityspoikkeamalle. (Laukkanen ja Ruokoniemi 2021, 19–20.) Erityistä huolellisuutta ja varovaisuutta on noudatettava pääasiassa keskushermostoon vaikuttavien lääkkeiden (PKV-lääkkeet) ja huumausainelääkkeiden määräämisessä ja käytössä. Lääkkeiden käyttämiseen liittyy vakavien haittavaikutusten ja tahallisen väärinkäytön suurentunut riski. (Laukkanen ja Ruokoniemi 2021, 22.) Väärinkäyttöön soveltuvia lääkkeitä määrätessä voidaan käyttää apteekkisopimusmenettelyä (Läkelaki 395/1987). Apteekkisopimusmenettelyssä potilas sitoutuu kirjallisella sopimuksella tietyn lääkärin tai hoitopisteen määräämään lääkeshoitoon ja käyttämään vain yhtä apteekkia noutaessaan kyseisiä lääkkeitä. Yksiköissä täytyy löytyä myös työntekijöitä koskeva ohjeistus, jonka avulla lääkkeiden väärinkäyttöä voidaan ehkäistä ja mahdolliset väärinkäyttöepäilyt saada selville. (Laukkanen ja Ruokoniemi 2021, 24.) Psykiatrisen potilaan hoitotyössä käytettävistä lääkkeistä riskialttiita ovat mm. klotsapiini, litium, vahvat opioidit, heikoista opioideista kodeiini ja trisykliset masennuslääkkeet. Kodeiini ja trisykliset masennuslääkkeet luetaan riskilääkkeiksi, koska potilaan perimä voi altistaa lääkkeen haittavaikutuksille. Klotsapiinin ja vahvojen opioidien käytössä on otettava huomioon, että vakavia haittoja voi syntyä jo hoitoannoksilla ja klotsapiinin käyttö edellyttää turvallisuussyistä tarkkaa laboratorioseuranta. Myös litiumin turvallinen käyttö edellyttää pitoisuusseuranta. (Laukkanen ja Ruokoniemi 2021, 21–22.) Esimerkiksi vuosina 2013–2014 Potilasvakuutuskeskuksen korvaamista lääkityspoikkeamista 37 % oli yhteydessä suuren riskin lääkkeisiin (Eronen, 2016).

2.4 Lääkehoidon vaaratapahtumat

Lääkehoidon vaaratapahtumat voivat olla haittatapahtumia, poikkeamia tai läheltä piti -tapahtumia. Lääkehaittatapahtumalla tarkoitetaan potilaalle aiheutunutta haittaa lääkkeen käytöstä ja joka ajallisesti liittyy lääkkeen käyttämiseen. (Outinen, 2006.) Haitta voi olla joko lievä tai pahimmassa tapauksessa johtaa potilaan kuolemaan (Saano ja Taam-Ukkonen 2020, 332). Haittatapahtumat voivat olla peräisin lääkkeen farmakologisesta luonteesta esimerkiksi lääkkeen aiheuttamista haittavaikutuksista tai lääkityspoikkeamista. Lääkityspoikkeamat voi syntyä esimerkiksi tekemisestä, tekemättä jättämisestä tai suojausten pettämisestä. (Outinen, 2006.) Esimerkkejä lääkityspoikkeamista ovat lääkkeen annosteleminen väärään aikaan, väärä lääkeannos, väärän antoreitin kautta annettu lääke tai ennalta sovitun lääkeannoksen jättäminen kokonaan väliin. Potilaalle voi aiheutua haittavaikutuksia lääkityspoikkeamista. (Laukkanen ja Ruokoniemi 2021, 26.)

Terveystieteiden tutkimuksissa lääkityspoikkeamat ovat suurin yksittäinen potilasturvallisuutta vaarantava tekijä. Noin kuudelle prosentille sairaalapotilaista sattuu lääkehaittatapahtuma. Lääkehoidon synnyttämistä vammoista 25 % voitaisiin ehkäistä. Suomessa terveydenhuollon vaaratapahtumien raportointijärjestelmän HaiPro:n aineistosta tehdyn tutkimuksen mukaan lääkityspoikkeama oli vuosina 2007–2009 yleisimmin raportoitu poikkeamatyyppi. (Schepel ja Kuitunen 2020, 212.)

Läheltä piti -tilanne on vaaratapahtuma, josta olisi voinut syntyä haittavaikutuksia potilaalle (Outinen, 2006). Läheltä piti -tilanteessa lääkitysvirhe huomataan ajoissa, jolloin virhe ehditään korjata ennen lääkkeen antamista potilaalle. Tilanteessa haitalta on vältytty sattumalta tai tapahtuma on havaittu ajoissa. Läheltä piti -tilanteissa oppiminen on tärkeää, jotta toiminnassa olevat riskit pystytään huomaamaan ja toimintaa parantamaan, ennen kuin toiminnasta kehittyä vakavia haittatapahtumia. (Laukkanen ja Ruokoniemi 2021, 26.)

On tärkeä tunnistaa ne tilanteet, joissa on lääkehoidon vaaratapahtuman mahdollisuus. On tärkeä luoda yksiköihin toimintamallit erilaisissa lääkehoidon vaaratapahtumissa toimimiseen sekä tilanteiden ennaltaehkäisemiseen. Jokainen lääkehoitoa toteuttava työntekijä koulutetaan näihin toimintamalleihin ja heitä tiedotetaan, kun prosesseja muutetaan. Näin pyritään ehkäisemään samanlainen vaaratapahtuma jatkossa ja myös työntekijät kokisivat riskitilanteiden tunnistamisen ja raportoinnin tärkeänä osana työtään. (Laukkanen ja Ruokoniemi 2021, 24.) Lääkehoidon turvallisuutta voidaan parantaa esimerkiksi käyttämällä menetelmiä, joiden avulla toimintatapojen epäkohdat huomataan, virheistä opitaan ja samanlaisia vaaratapahtumia ehkäistään. Terveystieteiden tutkimusten raportointijärjestelmä HaiPro on esimerkki tällaisesta menetelmästä. (Saano ja Taam-Ukkonen 2021, 335.)

Vaaratapahtumien ehkäisyllä tarkoitetaan tapahtumaketjun katkaisemista, jonka seurauksena potilaalle olisi voinut koitua haittoja. Vaaratapahtumien ehkäisemiseen kuuluu vaaratapahtumia edistävien tekijöiden ymmärtäminen, vaaratapahtumista oppiminen ja kyky välttää niitä. Vaaratapahtumien ehkäisemiseen on kehitetty työkaluja, joita ovat esimerkiksi vakioitu viestintä, strukturoitu raportointimenetelmä, kaksoistarkastukset, tarkistuslistat, potilaan tunnistamisrannekkeen käyttö, tiimityö, Turvallisen lääkehoidon opas, päätöksenteon tukijärjestelmä sekä Maailman terveysjärjestön

(WHO) yhdeksän tapaa edistää potilasturvallisuutta. Vakioitu menetelmä on esimerkiksi kuittauskäytäntö, jossa sairaanhoitaja toistaa lääkäriltä kuulemansa lääkemääräyksen. Myös systemaattinen ja strukturoitu suullinen raportti eli ISBAR on viestinnän vakioitu menetelmä. Lääkehoidossa työntekijä tarkistaa toisen työntekijän tekemän lääkehoitoon liittyvän tehtävän, jolloin tapahtuu kaksoistarkastus. Myös hyvin toimiva tiimityö auttaa vaaratapahtumien ehkäisemisessä. (Saano ja Taam-Ukkonen 2020, 332–333.)

2.5 Lääkehoitoprosessi

Potilaan lääkehoitoprosessiin sisältyy lääkehoidon tarpeen arviointi, lääkkeen valinta ja toimittaminen, lääkkeen annostelu ja antaminen, potilaan motivointi, neuvonta ja lääkehoitoon sitouttaminen, hoidon seurannan järjestäminen, tuloksen arviointi sekä tiedonkulun varmistaminen potilaalle ja tämän hoitoon osallistuville (Sosiaali- ja terveysministeriö 2011). Lääkehoitosuunnitelma on lääkehoitoa toteuttavan yksikön apuväline määrittämään turvallinen lääkehoito ja sen osaamiseen (Laukkanen ja Ruokoniemi 2021, 15). Lääkehoitosuunnitelmassa käsitellään myös yksikön lääkehoitoprosessia (Saano ja Taam-Ukkonen 2020, 59). Lääkehoitosuunnitelmassa tärkeintä on, että se vastaa sen yksikön tarpeita, missä lääkehoitoa toteutetaan (Laukkanen ja Ruokoniemi 2021, 15) ja yksikössä toteutettavan lääkehoidon tulee perustua lääkehoitosuunnitelmaan (Saano ja Taam-Ukkonen 2020, 57).

Potilaan lääkehoidon tarpeen arvioinnilla tarkoitetaan potilaan hoitoon tai elämäntilanteeseen liittyvien asioiden kartoittamista ja mahdollisten ongelmien havaitsemista, joita voidaan lääkehoidolla poistaa tai lievittää. Potilaan hoidon tarve voi esimerkiksi kohdistua lääkehoitoon. Sairaanhoitajan tulee tunnistaa ja tietää potilaan mahdollisia lääkehoidon tarpeita esimerkiksi hankkimalla potilaalta itseltään tietoa. Sairaanhoitaja välittää tiedot eteenpäin muille työryhmän jäsenille. Sairaanhoitajan tulee olla tietoinen myös siitä, miksi potilas käyttää hänelle määrättyä lääkehoitoa. Turvallisen lääkehoidon perusta on, että hoitohenkilöstö tietää, mitä lääkkeitä potilas käyttää ja miten hän niitä käyttää. (Saano ja Taam-Ukkonen 2020, 291.) Potilaan ajantasaisten lääkitystietojen puuttuminen on yksi keskeisimmistä lääkitysturvallisuutta vaarantavista tekijöistä. Siihen liittyvät lääkityspoikkeamat ovat yleisiä erityisesti silloin, kun potilas saapuu hoitoon. Kolmannes sairaalassa tapahtuvista lääkemääräämispoikkeamista johtuu puutteellisesta kotilääkityksen selvittämisestä. Helsingin yliopistollisen sairaalan ja Kuopion yliopistollisen sairaalan päivystyksissä tehdyn tutkimuksen mukaan monilääkittyjen iäkkäiden kotilääkityksen selvittämisessä oli merkittäviä puutteita. Tutkimuksen 150 potilaasta vain yhden lääkitys oli asianmukaisesti selvitetty ja kirjattu potilastietojärjestelmään. (Scheffel ja Kuitunen 2020, 214.) Potilaan ajantasainen lääkitys tallennetaan potilastietojärjestelmään ja lääkelistaan. Tieto potilaan ajantasaisesta lääkityksestä auttaa minimoimaan lääkkeiden haittavaikutukset, lääkkeiden yhteisvaikutukset ja tarpeettomat lääkitykset. (Saano ja Taam-Ukkonen 2020, 292.)

Terveydenhuollon yksikön peruslääkevalikoima on lääkehoidon tarpeita vastaava lääkevalikoima. Se perustuu Fimean määräykseen (6/2012), on asiantuntijoiden määrittämä sekä se on vahvistettu ter-

veydenhuollon yksikössä. Peruslääkevalikoiman tarkoituksena on mahdollistaa turvallinen, tarkoituksenmukainen ja taloudellinen läikehoito. Peruslääkevalikoiman lääkkeet ovat terveydenhuollon toimintayksikössä jatkuvassa käytössä. Lääkevalikoimaan kuuluvat myös harvemmin käytettävät lääkkeet, jotka ovat kuitenkin välttämättömiä. Lääkkeet hankitaan sosiaali- ja terveyshuollon yksikköön joko läikemääräyksellä apteekista tai lääketilauksella apteekista, sairaala-apteekista tai läikekeskuksesta. Apteekista tilattaessa lääketilausmenettelyllä tilauksen pitää olla toimintayksikön vastuuläikärin hyväksymä. Terveydenhuollon ammattihenkilö voi hyväksyä läikekeskuksen linjauksen mukaisesti sairaala-apteekista tai läikekeskuksesta tehdyn tilauksen. (Fimea 2012; Laukkanen ja Ruokoniemi 2021, 63.)

Läikeet säilytetään erillisessä ja lukitussa tilassa esimerkiksi läikehuoneessa. Läikeet säilytetään alkuperäispakkauksissa. Läikeisiin pääsevät käsiksi vain ne henkilöt, joilla on siihen oikeus. Huumausaineläikeiden ja PKV- läikeiden säilytykseen tulee kiinnittää erityistä huomiota. Huumausaineläikeet säilytetään lukitussa tilassa ja erillään toisista läikeistä. Myös PKV -läikeiden säilytykseen tulee kiinnittää huomiota niiden väärinkäytön riskin vuoksi. Huumausaineläikeiden kulutusta seurataan pakkauskohtaisilla kulutuskorteilla. Kulutuskortteihin kirjataan potilaan nimi, otettu annos, mahdollinen mittaustappio, läikeen määräjän nimi, kuka läikeen on antanut sekä hänen nimikirjoituksensa ja läikeen antoajankohta. Läikeen loppuessa kulutuskorttiin merkitään mahdolliset mittatappiot. (Laukkanen ja Ruokoniemi 2021, 22, 63–64.) Toimintayksikön läikehoidosta vastaava läikäri tai hänen valtuuttamansa läikehoidosta vastaava läikäri allekirjoittaa kulutuskortin ja se palautetaan läikeen toimittaneeseen sairaala-apteekkiin, läikekeskukseen tai apteekkiin (Asetus huumausaineiden valvonnasta 548/2008). Terveydenhuollon ammattihenkilö annostelee huumausaineläikeet juuri ennen potilaalle antamista, joten niitä ei jaeta valmiiksi läikelaseihin (Laukkanen ja Ruokoniemi 2021, 23).

Läikehoitoon koulutetun sosiaali- ja terveydenhuollon ammattihenkilön tehtävä on jakaa läikeet potilaskohtaisiin annoksiin. Läikeiden jakaminen ja käyttökuntoon saattaminen tehdään tarkasti, huolellisesti ja aseptisesti. (Laukkanen ja Ruokoniemi 2021, 65.) Läikemääräysten oikeellisuus ja mahdolliset muutokset tulee tarkistaa sähköisestä potilastietojärjestelmässä olevasta läikityslistasta. Läikitysturvallisuus lisääntyy, kun läikeet jaetaan suoraan sähköisestä läikityslistasta. (Saano ja Taam-Ukkonen 2021, 299.) Läikitysturvallisuus lisääntyy myös, kun jaetut läikeet tarkastetaan kaksoistarkastuksella. Läikeiden kaksoistarkastus tarkoittaa sitä, että kaksi sosiaali- ja terveydenhuollon ammattihenkilöä tarkastavat, ovatko potilaskohtaiset annokset jaettu oikein. Kaksoistarkastuksen tekevät läikeet jakanut henkilö ja toinen henkilö. Myös erikseen jaettavat läikeet kaksoistarkastetaan. (Laukkanen ja Ruokoniemi 2021, 66–67.)

Ennen läikeen antamista läikeen antajan tulee tunnistaa potilas. Potilaan tunnistaminen on tärkeä läikitysturvallisuutta edistävä tekijä. (Laukkanen ja Ruokoniemi 2021, 67.) Kymmenen prosenttia ilmoitetuista läikehoidon vaaratapahtumista johtuu potilaan tunnistamisessa tapahtuneesta virheestä (Härkänen ym. 2018). Läikehoitosuunnitelmassa määritellään potilaan tunnistamiskäytännöt. WHO:n (WHO 2007) mukaan potilaan tunnistamiseen tarvitaan vähintään kaksi tunnistustapaa. Tällöin potilas voidaan varmuudella tunnistaa. Potilas tunnistetaan ensisijaisesti nimestä, syntymäajasta

ja tunnistusrannekkeesta. Potilasta pyydetään itse kertomaan nimi ja syntymäaika (henkilöllisyystunnus). Jos potilas ei pysty luotettavasti näitä kertomaan, tunnistaminen tehdään potilasrannekkeesta tai potilaan läheisen avulla. Myös toinen työntekijä voi tunnistaa potilaan. (Laukkanen ja Ruokoniemi 2021, 68.)

Yksikön lääkehoitosuunnitelmassa kerrotaan, kuka lääkkeitä saa antaa ja miten ne annetaan. Lääkkeen antaja on vastuussa antamansa lääkkeen oikeellisuudesta (Laukkanen ja Ruokoniemi 2021, 69.) ja hänen tulee aina tietää lääkkeen vaikutukset sekä mahdolliset haittavaikutukset (Saano ja Taam-Ukkonen 2021, 306). Potilaalle annetaan lääkehoidon ohjausta lääkkeen annon yhteydessä. Lääkehoidon ohjauksessa potilaalle kerrotaan mitä lääkettä hänelle annetaan sekä mihin tarkoitukseen lääkkeet ovat määrätty. (Saano ja Taam-Ukkonen 2021, 307.)

Lääkehoidon tarkoitus on parantaa, lievittää tai ehkäistä sairautta ja sen oireita. Lääkkeiden oletetaan olevan potilaalle hyödyllisiä. (Saano ja Taam-Ukkonen 2021, 310.) Hoitohenkilökunta seuraa potilaan lääkehoidon vaikutuksia jatkuvasti. Lääkkeiden vaikutuksia seurataan tekemällä havaintoja potilaan tilasta, ottamalla erilaisia mittauksia ja laboratoriokokeita, seuraamalla potilaan käyttämää lääkkeitä määrää, potilaan kanssa juttelemalla sekä moniammatillisen lääkehoidon arvioinnin avulla. Potilasasiakirjoihin merkitään lääkkeiden vaikutusten seuranta. (Laukkanen ja Ruokoniemi 2020, 70.)

Sosiaali- ja terveysministeriön asetus potilasasiakirjoista 2009/208§ määrää, että potilasasiakirjoihin merkitään hoidon hyvän järjestämisen, suunnittelun, toteuttamisen sekä seurannan turvaamiseksi tarpeelliset tiedot riittävän laajasti. Potilasasiakirjoihin merkittyjen tietojen täytyy olla selkeästi ja ymmärrettävästi kirjoitettuja. Sähköistä lääkityslistaa käytetään, kun se on mahdollista. Jos kuitenkin käytetään paperilääkityslistaa, on erityisen tärkeää muistaa tehdä muutokset, jos lääkitystä muutetaan, se lopetetaan tai aloitetaan uusi lääke. Paperiseen lääkityslistaan ei saa tehdä merkintöjä käsin ja vain yhtä paperista lääkityslistaa käytetään kerrallaan. (Laukkanen ja Ruokoniemi 2021, 69–70.) Uuden Turvallinen lääkehoito -oppaan mukaan on suositeltavaa etenkin erikoissairaanhoidossa tekniisten ratkaisujen tukemana kirjata myös säännöllisen lääkityksen antaminen. Tällä voidaan varmistua siitä, että säännöllinen lääkitys on toteutunut. (Ikäheimo ym. 2020.)

Lääkehoidon lopettamisen päättää lääkäri yhdessä potilaan kanssa. Lääkehoito lopetetaan, jos se todetaan tarpeettomaksi, sillä ei ole vaikutuksia tai siitä aiheutuu potilaalle enemmän haittaa kuin hyötyä. Potilasasiakirjoihin merkitään lääkityksen lopetus ja lääkkeiden sähköiset reseptit mitätöidään. (Laukkanen ja Ruokoniemi 2021, 72.)

Potilaan tai hänen lääkehoidostaan vastaavan läheisen täytyy tuntea keskeiset lääkehoidossa huomioitavat asiat (Laukkanen ja Ruokoniemi 2021, 72). Potilasohjaus ja neuvonta pitää antaa ymmärrettävästi, jotta potilas ymmärtää niiden sisällön. Laki korostaa myös potilaan tiedonsaanti- ja itsemääräämisoikeutta. Potilaalle tulee antaa tietoa hänen terveydentilastaan, hoidostaan, erilaisista hoitovaihtoehdoista sekä niiden vaikutuksista. Potilaan itsemääräämisoikeus tarkoittaa, että potilasta on hoidettava koko ajan yhteisymmärryksessä hänen kanssaan. (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 1992/785) Hyvä potilasohjaus lisää lääkehoidon turvallisuutta ja mahdollistaa sen, että potilas pys-

tyy ottamaan vastuuta terveydentilastaan sekä sitoutumaan hoitoonsa. Hyvällä lääkehoidon ohjauksella on myös muita positiivisia vaikutuksia, kuten potilaan terveydentilan ja toipumisen edistäminen ja kroonisen sairauden hoitotasapainossa pitämisen tukeminen, joka vähentää sairaalahoidon tarvetta. Näin ollen potilaan elämänlaatu voi kohentua ja potilaan positiivinen suhtautuminen lääkehoitoonsa lisääntyä. (Saano ja Taam-Ukkonen 2021, 307–308.)

2.6 Moderni sairaalateknologia osana lääkehoidon toteutusta

Robottiikkaa on jo sairaalamaailmassa, vaikkakaan se ei näy vielä voimakkaasti. Terveystieteiden tutkimuksissa on esimerkiksi kokemusta avustavista leikkausroboteista, automatisoiduista lääkejakeluroboteista ja kuljetusroboteista. (Kataja 2015.) Tutkimustietoa älylääkekärryistä löytyy niukasti. Aineistoa esimerkiksi Pubmed- ja Cochrane -tietokannoista hakusanoilla ”medicinal automated dispensing cart” ja ”medicinal automated dispensing unit”.

Älylääkekaapit ovat tietokoneohjattuja lääkkeiden säilytysjärjestelmiä ja ne sijaitsevat terveydenhuollon yksiköissä. Jokaisen toimintayksikön älylääkekaapin sisältö on suunniteltu yksikön tarpeisiin. Älylääkekaapin avulla seurataan muun muassa lääkkeiden määrää, lääkkeiden vanhenemispäivämääriä sekä olosuhdetietoja. Älylääkekaappi helpottaa myös lääkesaldojen seurantaa sekä se tunnistaa jokaisen käynnin ja käyttäjän. Älylääkekaappiin jää tieto siitä, kuka ottaa lääkkeen, kenelle potilaalle lääke on tarkoitettu, mikä lääke otetaan ja milloin lääke on otettu kaapista. Näitä tietoja voidaan käyttää apuna esimerkiksi lääkehävikkiin tai muihin lääkkeenjako- ja lääketurvan epäselvyyksien selvityksessä. (Saano ja Taam-Ukkonen 2021, 99.)

KYSissä on positiivisia kokemuksia älylääkekaapeista, jotka ovat jo käytössä sairaalassa. Älylääkekaappi nopeuttaa lääkkeen löytymistä, tuo varmuutta annosteluun ja ehkäisee väärinkäyttöä. (Kemppainen, 2018.) Nyt älylääkekaappien rinnalle on KYSissä otettu testikäyttöön myös älylääkekärryjä.

Älylääkekärryssä on tietokone, lukolliset lääkelaatikot sekä tarvittavat hoitovälineet. Lukollisiin lääkelatikoihin on jaettu valmiiksi potilaiden lääkkeet. Sairaanhoitaja tarkistaa ja antaa lääkkeen potilaalle. Sen jälkeen hän kirjaa lääkkeen annon älylääkekärryn tietokoneella. Tietokone ja lääkelaatikot toimivat hoitajakohtaisella koodilla ja varmennekortilla. Älylääkekärryn käyttäminen lisää lääkehoidon turvallisuutta. (Saano ja Taam-Ukkonen 2021, 101.)

Älylääkekärryt sisältävät osastoilla eniten käytetyt valmisteet ja lääkkeet sekä potilaiden päiväkohtaiset lääkkeet. Älylääkekärry tulee lähemmäksi potilaita ja sulkee katkeamattoman lääkehoitoketjun. Kärryjen ja kaappien avulla saadaan suoritettua potilaan kirjaukset aina määräyksestä lääkkeen antoon asti. (Kemppainen 2018.)

Elkady, Rees ja Khalifa (2019) ovat todenneet, että hoitajien asennoituminen uuteen sairaalateknologiaan paranee kunnollisen perehdyttämisen lisäksi silloin, kun uusi laite havaitaan hyödylliseksi, helppokäyttöiseksi ja työntekoa selkeyttäväksi. Laadullisen tutkimuksen myötä uuden tekniikan riskejä ja muita ongelmakohtia voitiin havaita ja tilastoida älylääkekaappien käyttöön liittyen.

Automatisoidun lääketeknologian suorittama tilastointi vaikutti muun muassa siihen, että harvoin ja vähän käytettyjä lääkkeitä osattiin jatkossa tilata vähemmän ja täten ennaltaehkäistiin turhaa lääkkeiden vanhentumista ja säästettiin kuluissa (McCarthy ja Ferker 2016). Tutkimuksen mukaan kolmannes kaikista sairaalapotilaille koituneista lääkehoitoon liittyvistä vahingoista johtuu lääkehoidollisista virheistä, jotka syntyvät nimenomaan lääkkeiden jakamis- ja annosteluvaiheissa. Näistä vaiheista vastaavat pääasiassa sairaanhoitajat. Lääkehoidon prosessin jokaisessa vaiheessa on mahdollisuus inhimillisen virheen syntymiselle, joten automatiikan käytön virheitä vähentävää vaikutusta on syytä arvioida lääkehoidon kokonaisprosessia suunniteltaessa. (De Boer, Monica ym. 2015.)

Medanets on Suomessa kehitetty mobiilisovellus, jonka tarkoitus on nopeuttaa hoitotoimien, kuten lääkehoidon ja mitattujen vitaalielintoimintojen kirjaamista. Potilas voidaan tunnistaa skannaamalla QR-koodi potilasrannekkeesta. Tiedot voidaan syöttää potilashuoneessa sovellukseen, joka päivittää tiedot automaattisesti käytössä olevaan potilastietojärjestelmään. Sovellus vähentää kaksoiskirjaamista ja vapauttaa siten aikaa muihin hoitotoimenpiteisiin. Suomessa sovellus on käytössä 40 sairaalassa ja 18 sairaanhoitopiirissä. Sovelluksen nettisivulla ilmoitetaan, että "Sovellus auttaa parantamaan potilasturvallisuutta, hoidon laatua ja työtyytyväisyyttä. Se antaa alan ammattilaisille aikaa kaikkein tärkeimmälle, eli potilaan hoitamiseksi. Keski-Suomen sairaanhoitopiiri käyttää Medanets -sovellusta monitorikirjausten lisäksi havaintoarvojen, riskiarviointien sekä Early Warning Score -pisteen kirjaamiseen laajasti aina keskussairaalaista terveyskeskuksiin asti." (Medanets.com 2021a.)

2017 Ruotsissa Länsi-Götanmaan sairaanhoitopiirissä testattiin Medanets -sovelluksen toimintaa. Sahlgrenskan yliopistollinen sairaala on yksi alueen sairaaloista. Havaintoarvot kirjattiin sairaanhoitopiirin alueella potilashuoneissa sovellukseen, josta tieto siirtyi suoraan potilastietojärjestelmään. Virheelliset kirjaukset vähenivät 75 %. Vuodeosastot säästivät yhteenlaskettuna keskimäärin 70 tuntia kuukaudessa. Pirkanmaan sairaanhoitopiirin päivystyksessä tehtiin vuonna 2013 ajansäästölaskelmia, joiden perusteella voitiin todeta, että Medanetsin monitoriliitäntä -toiminnallisuus säästää hoitajan aikaa 17 sekunnin verran per kirjattava suure. Täten esimerkiksi 500 monitorikirjausta vuorokaudessa tekevällä osastolla aikasäästöä kertyi noin 100 tuntia kuukaudessa. (Medanets.com 2021b.)

3 PSYKIATRINEN HOITO

3.1 Psykiatrisen potilaan lääkehoito

Psykiatrisen hoito on mielenterveyden häiriöiden hoitoa. Elämän kriisit, psykoosisairaudet, kuten skitsofrenia, vaikea ja pitkittynyt masennus, vaikeat persoonallisuushäiriöt, itsetuhoajatukset tai itsemurhayritys ovat tavallisimpia syitä, jonka vuoksi ohjaututaan psykiatriseen erikoissairaanhoidon. (Mielenterveystalo.fi 2020b.)

Suurin osa potilaista tutkitaan ja hoidetaan avohoitona. Joskus ihminen voi tarvita lyhytkestoista sairaalahoitoa. (Mielenterveystalo.fi 2020b.) Esimerkiksi vuonna 2018 KYSin aikuisten psykiatrisilla osastoilla oli yhteensä 21 385 hoitopäivää kun taas avohoidossa poliklinikkakäyntejä Kuopion psykiatrisella keskuksella oli 53 318 (Psykiatriatalon ohjausryhmä 2020).

Lääketieteessä lääkkeet ovat usein sairauden pääasiallinen hoitomuoto. Kuitenkin psykiatriassa lääkkeet ovat tavallisesti vain osa kokonaisuhoitoa. Erilaiset psykoterapiat ovat psykiatristen sairauksien hoidossa usein lääkehoitoa tärkeämmässä asemassa. Usein lääkehoitoa käytetään psykoterapioiden rinnalla potilaan hoidossa. Erityisesti vakavimmissa psykiatrisissa sairaustiloissa psyykenlääkkeiden käyttö on edellytys psykoterapian onnistumiselle. Psykiatrisessa lääkehoidossa käytettäviä lääkkeitä kutsutaan yleisesti psyykenlääkkeiksi ja ne vaikuttavat pääasiassa psyykkisiin oireisiin. (Lönnqvist ja Lehtonen 2014.) Psykiatrisella lääkehoidolla voidaan lyhentää sairausjaksoja sekä estää toistuvia sairaustiloja, kuten masennus- ja manijaksoja, paniikkikohtauksia ja akuutteja psykoosijaksoja. Psyykenlääkkeet ovat myös avuksi toimintakykyä lamaavia tai kohtuutonta kärsimystä aiheuttavien oireiden hoidossa. Psyykenlääkkeitä käytetään esimerkiksi erilaisissa psykoositiloissa, psykoosisairauksissa kuten skitsofreniassa, masennuksen-, kaksisuuntaisen mielialahäiriön- sekä ahdistuneisuus- ja pelko-oireisten häiriöiden hoidossa. Niitä käytetään myös unettomuuden ja muiden psykiatristen häiriöiden hoidoissa kuten syömis- ja persoonallisuushäiriöissä. (Huttunen 2008.)

Noin 700 000 suomalaista käyttää vuosittain lyhyen aikaa jotakin psyykenlääkettä. Lisäksi noin joka kymmenes aikuinen suomalainen käyttää psyykenlääkettä vuosittain. (Huttunen 2018.) Psyykenlääkkeet jaetaan tärkeimmän käyttötarkoituksen mukaan viiteen eri ryhmään. Lääkeryhmät ovat: masennus- eli depressiolääkkeet, mielialantasaajalääkkeet, psykoosilääkkeet, ahdistuslääkkeet ja uni- ja nukahduslääkkeet. (Huttunen 2018) Tavallisia masennuslääkkeitä ovat mm. sitalopraami, essitalopraami, sertraliini, venlafaksiini, bupropioni, mianseriini ja mirtatsepaami. Masennuslääkkeet eli depressiolääkkeet vaikuttavat aivojen välittäjäaineiden, kuten serotoniinin ja dopamiinin pitoisuuteen. Ne vaikuttavat myös synapsien liikkuvuuteen ja lisääntymiseen. Depressiolääkkeet voidaan karkeasti jakaa myös uusiin sekä vanhoihin masennuslääkkeisiin. (Mielenterveystalo.fi 2020a.) Masennuslääkkeiden käyttö kaksinkertaistui rikkaissa maissa 2000-luvun jälkeen. Samalla Suomikin pääsi masennuslääkkeiden suurkuluttajien joukkoon. Vuonna 2016 tilanteen kerrotaan kuitenkin tasaantuneen. Unilääkkeiden ja rauhoittavien lääkkeiden käytön määrä on vähentynyt, kun taas psykoosilääkkeiden, erityisesti olantsapiinin ja ketiapiinin kulutus on kasvanut vuosina 2005–2015 voimakkaasti. Myös keskushermostoa stimuloivien lääkkeiden kulutus on kasvanut. (Kalliokoski, Voipio ja Ruokoniemi 2016.)

Psykoosilääkkeitä ovat mm. risperidoni, ketiapiini, olantsapiini, aripipratsoli, haloperidoli ja perfenatsiini. Psykoosilääkkeet vaikuttavat aivojen välittäjäaineiden, erityisesti dopamiinin ja serotoniin kautta tunnetiloja, muistikuvia ja havaitsemista säätelevien rakenteiden toimintaan tasaavasti. Psykoosilääkkeitä käytetään myös vähentämään ahdistusta. Yleisimmin psykoosilääkkeillä hoidetaan kuitenkin psykoosioireita. Psykoosioireita ovat esimerkiksi näkö- ja kuuloharhat sekä harhaluulot. Skitsofrenia on yksi psykoosisairaus. (Mielenterveystalo.fi 2020a.)

Psykoosilääkkeitä on myös tarjolla injektioimuotona. Suun kautta otettaviin psykoosilääkkeisiin verrattuna injektioiden etuna on, että niillä saavutetaan tasaisempi ja ennustettavampi lääkkeen hyötyosuus. Injektioimuotoiset psykoosilääkkeillä on myös vähemmän haittavaikutuksia, koska niiden huippupitoisuus jää matalammaksi. Kuitenkin injektioilääkkeet saavuttavat vakiopitoisuuden hitaammin kuin suun kautta otettavat lääkkeet, joten psykoottisen potilaan tila suositellaan ensin vakiinnutettavaksi suun kautta otettavalla lääkityksellä. Tutkimuksissa on havaittu, että toistuvaista psykoosijaksoista kärsineiden potilaiden tarve sairaalahoitoon on vähentynyt psykoosilääkeinjektioiden myötä. (Koponen 2016.)

Mielialaa tasaavia lääkkeitä ovat mm. okskarbatsepiini, valproaatti, pregabaliini ja lamotrigiini. Mielialaa tasaavia lääkkeitä käytetään erityisesti kaksisuuntaisen mielialahäiriön hoidossa, johon liittyy vaikeita maniajaksoja. Mielialaa tasaavia lääkkeitä voidaan käyttää myös muistisairailla, joilla ilmenee käytöshäiriöitä. (Mielenterveystalo.fi 2020a.) Mielialaa tasaavat lääkkeet normalisoivat aivojen toimintaa, jolloin oireet lievittyvät tai poistuvat. Lääkkeet eivät aiheuta riippuvuutta. (Tays.fi 2021.)

Ahdistuslääkkeinä käytetään 1960-luvun alussa käyttöön tulleita bentsodiatsepiineja. Diatsepaami ja oksatsepaami lukeutuvat bentsodiatsepiineihin. Viime vuosina on todettu, että tietyt masennuslääkkeet voivat olla bentsodiatsepiineja käyttökelpoisempia pitkäaikaisten ahdistus- ja pelko-oireiden hoidossa. Bentsodiatsepiinien merkittävä haitta pitkäaikaisessa käytössä on psyykkisen addiktion kehittyminen. Pitempiaikaisen ahdistuneisuuden hoidossa voidaan käyttää myös rauhoittavan vaikutuksen omaavia psykoosilääkkeitä. Psykoosilääkkeet voivat olla perusteltuja etenkin silloin, jos ahdistuneisuuteen liittyy päihteiden käyttöä. (Huttunen 2017.)

Uni- ja nukahduslääkkeinä käytetään useita eri ryhmien psyykenlääkkeitä. Esimerkiksi rauhoittavia lääkkeitä, psykoosilääkkeitä ja masennuslääkkeitä käytetään myös unilääkkeinä niiden väsyttävän ja ahdistuneisuutta vähentävän vaikutuksen vuoksi. (Mielenterveystalo 2020a.)

Kuten kaikilla lääkkeillä myös psyykenlääkkeillä on haittavaikutuksia. Tavallisimmat haittavaikutukset ovat erilaiset motoriset sivuvaikutukset, kuten motorinen levottomuus ja lievät pakkoliikkeet, sekä painon nousu, diabeteksen kehittyminen, seksuaaliset toiminnanhäiriöt ja kuukautishäiriöt. (Huttunen 2018.) Psykiatristen häiriöiden ja sairauksien biologinen perusta on suurelta osin tuntematon. Esimerkiksi monet sairaudet ilmenevät samanaikaisesti ja ne ovat toisistaan vaikeasti erotettavissa. Eri henkilöt reagoivat eri lääkkeisiin eri tavoin. Hoidon teho sekä lääkkeiden haittavaikutukset ovat täten yksilöllisiä. Lääkäri ja potilas etsivät yhdessä potilaalle sopivimman lääkehoidon, jossa haittavaikutukset ovat mahdollisimman vähäiset. Psykiatrinen lääkehoito on täten varsin kokeilevaa. (Huttunen 2008.)

Psyykenlääkkeille on ominaista, etteivät vaikutukset ala välittömästi. Esimerkiksi monien masennuslääkkeiden vaikutus alkaa vasta 2–8 viikon kuluttua hoidon aloittamisesta. Haittavaikutukset sen sijaan ilmenevät usein lääkehoidon ensipäivinä. Psyykenlääkkeitä ei tulisi myöskään lopettaa liian aikaisin, sillä monille sairaustiloille on ominaista alttius uusiutua. Useiden psyykenlääkkeiden yhtäaikaisten käyttö tulee aina harkita tapauskohtaisesti. Ne voivat vaikuttaa toistensa tehoon, lisätä tai alentaa käytettyjen lääkkeiden pitoisuuksia ja aiheuttaa odottamattomia haittavaikutuksia. Kuitenkin joillain potilailla monilääkitys on hyväksi havaittu vaihtoehto. (Huttunen 2008.)

Psyykenlääkkeisiin liittyy myös lääkkeiden väärinkäytön riski. Tietyt lääkkeet vaikuttavat nopeasti ja niitä voidaan käyttää päihtymistarkoitukseen. Myös yliannostus on psyykenlääkkeillä mahdollista. (Huttunen 2008.) Psyykenlääkkeistä osa luetaan suuren riskiin lääkkeisiin. Riskilääkkeet eli erityistä tarkkaavuutta vaativat lääkkeet ovat lääkkeitä, joiden annosteluun, käsittelyyn ja säilytykseen liittyy turvallisuuden kannalta erityisiä riskejä tai väärinkäytön mahdollisuus. (Laukkanen ja Ruokoniemi 2021, 21–22.) Varsinaisesti keskushermostoon vaikuttavat lääkkeet (PKV) voivat altistaa väärinkäytölle, joten ne luetaan myös riskilääkkeisiin. Lääkealan turvallisuus- ja kehittämiskeskus Fimea vahvistaa luettelon, jossa ovat PKV- lääkkeet ja huumausaineita psykotrooppisia aineita sisältävät lääkevalmisteet. Esimerkkejä riskilääkkeistä ovat bentsodiatsepiinit, bentsodiatsepiinien kaltaiset unilääkkeet, miedot, keskivahvat ja vahvat opioidit, antihistamiini ja keskushermostoon vaikuttava lääkeaine hydroksitsiini, yleisanesteetit, opioidiriippuvuuden hoitoon käytettävä lääkeaine metodoni, opioidianesteetit ja keskushermostoa stimuloivat lääkeaineet. (Fimea 2009.)

3.2 Psykiatrisen potilaan hoitoon sitoutuminen

Hoitomyönteisyys tarkoittaa potilaan halua ja kykyä noudattaa saamia hoito-ohjeita, kun taas hoitoon sitoutuminen tarkoittaa miten potilaan käyttäytyminen vastaa terveysalan ammattilaisen kanssa sovittuja ohjeita, esimerkiksi lääkkeen ottamiseen tai elämäntapojen muuttamiseen liittyen (Saano ja Taam-Ukkonen 2020, 315). Hoitoon sitoutumiseen liittyvät tekijät jaetaan viiteen eri kategoriaan, joita ovat sosioekonomiset, hoitoon liittyvät, potilaaseen liittyvät, olosuhteisiin liittyvät ja terveydenhuoltojärjestelmään tai palvelun tuottajaan liittyvät tekijät (Leijala, Hietala ja Kampman 2019, 2028–2034). Näihin kategorioihin lukeutuvat muun muassa päihitteet, perheen tuki, asenteet lääkkeitä kohtaan, lääkkeen haitat ja hyödyt, lääkäri-potilassuhde, ymmärrys omasta sairaudesta, kognition puutteet ja lääkkeiden annostelun helpous tai vaikeus (Oksanen 2015).

Psykiatrisen potilaan heikko hoitoon sitoutuminen on yleistä. Heikko hoitomyönteisyys johtuu useasta eri tekijästä, mutta esimerkiksi lääkkeiden haittavaikutukset ja lääkkeitä kohtaan kohdistuvat asenteet vaikuttavat hoitoon sitoutumiseen. (Oksanen 2015.) Epäsäännöllinen lääkkeiden käyttäminen altistaa potilasta uusille sairaus- ja sairaalahoitajaksille sekä sairausjaksojen pitkittymiselle. Epäsäännöllisen käytön myötä myös itsemurhariski suurenee. Psykoosilääkkeiden lopettaminen suurentaa sairauden uusiutumisen riskin viisinkertaiseksi. Myös vajaakäyttö lisää riskiä. (Oksanen 2015.) Potilaan sitoutumista lääkkeitä kohtaan parantavat muun muassa lääkkeen helppokäyttöisyys, potilaalle annetut hyvät ohjeet sekä turhien lääkkeiden lopettaminen. Potilaan on helpompaa suhtautua lääkkeitä kohtaan myönteisesti, jos lääkkeellä on enemmän myönteisiä vaikutuksia kuin haittavaikutuksia. (Saano ja Taam-Ukkonen 2020, 316.) Tällaisia lääkkeitä kohtaan haittavaikutuksia ovat muun muassa liiallinen sedaatio, unettomuus, levottomuus ja painon lisääntyminen. Kuitenkin osassa tutkimuksissa lääkkeitä kohtaan haittavaikutuksissa ja huonoon hoitoon sitoutumisessa ei nähty yhteyttä. Myös lääkkeitä kohtaan tehokkuus on merkittävä hoitoon sitoutumiseen vaikuttava tekijä, kun taas lääkkeitä kohtaan tehon puute näkyy hoitoon sitoutumattomuutena. (Leijala ym., 2019.) Huono hoitoon sitoutuminen kroonisten sairauksien, esimerkiksi masennuksen osalta, on maailmanlaajuinen ongelma (Saano ja Taam-Ukkonen 2020, 316).

Huono sitoutuminen pitkäaikaiseen hoitoon esimerkiksi skitsofrenian ja muiden psykoosisairauksien hoidossa on yleistä johtuen monista eri syistä. Säännöllinen lääkkeitä kohtaan vasteen seuraaminen sekä tarvittaessa pitkävaikutteisen injektio-lääkkeen aloitus ovat keskeisiä toimia oireiden hallintaan ja sen myötä paremman sairaudentunnon saavuttamiseen potilailla. (Oksanen 2015; Leijala ym., 2019.) Suomalaisessa kansallisessa kohorttitutkimuksessa todettiin, että ensimmäistä kertaa skitsofrenian vuoksi sairaalaan joutuneiden pitkävaikutteisista lääkitystä käyttävien riski joutua uudelleen sairaalaan oli vain kolmannes tablettilääkkeitä käyttävien riskistä. Seuranta-aika oli noin kahden vuoden pituinen. (Oksanen 2015.)

Vaikka pitkävaikutteiset injektio-lääkkeet lisäävät lääkkeiden käytön säännöllisyyttä huomattavasti, jättää neljännes potilaista ajoittain saapumatta injektio-lääkkeelle. Ilman tukitoimia pitkävaikutteiseen lääkitykseen siirtyminen ei takaa hoidon jatkuvuutta. Potilaiden lääkkeitä kohtaan sitoutumisen parantaminen edellyttää tuomitsematonta ja säännöllistä lääkkeiden käyttöä tukevaa hoitosuhdetta. Potilaalle ja myös hänen perheelleen on annettava riittävästi tietoa sairaudesta ja sen hoidosta (ks.

myös Saano ja Taam-Ukkonen 2020, 317), lääkehoito tulee säätää potilaalle sopivaksi ja pitkäaikais-hoidoissa oleviin potilaisiin tulee pitää yhteyttä. Myös kokemusasiantuntijoiden käyttäminen on tehokas tukitoimi. (Oksanen 2015.)

Vuonna 2019 Foundation for the Sociology of Health & Illness -järjestön julkaisemassa tutkimuksessa voitiin todeta, että olennaista lääkehoidon suunnitellun toteutumisen kannalta on potilaan ja terveydenhuollon ammattilaisen yhteistyössä tehty päätös hoidosta. Termi "shared decision making" eli yhteisesti tehty päätös esiintyy tekstissä useasti ja on avainasemassa potilaan lääkehoitoon sitoutumista ajatellen. Tutkimuksessa voitiin todeta, että potilaan sitoutuminen lääkehoitoonsa on parempaa silloin, kun hän kokee olleensa osallisena hoidon suunnittelussa. Psykiatrisen potilaan kohdalla hoidon suunnittelu aiheuttaa kuitenkin erityisiä haasteita, sillä potilaan näkemys omasta sairauden tilastaan voi erota ammattilaisen näkemyksestä tai potilaan sairautentunto voi jopa puuttua kokonaan. Tämä johtaa tilanteeseen, jossa terveydenhuollon ammattilaisen on pystyttävä suostuttelemaan potilas sitoutumaan lääkehoitoonsa. Tutkimuksessa nousee esille useiden tapaamisten merkitys, joissa keskustellaan vuorovaikutuksellisesti lääkehoidon aloittamisen tai sen aloittamatta jättämisen hyödyistä, riskeistä ja vaihtoehdoista. Prosessi voi olla pitkäaikainen ja edellyttää luottamuksellista suhdetta ammattilaisen ja potilaan välillä. (Angell, Bolden ja Hepburn 2019.)

4 TUTKIMUKSEN TARKOITUS, TAVOITE JA TUTKIMUSKYSYMYKSET

Tämän opinnäytetyönä toteutetun tutkimuksen tarkoituksena oli kuvata Julkulan sairaalan psykiatrisen osastojen hoitajien näkemyksiä psykiatrisen potilaan lääkehoidon toteutuksen nykytilasta ja tulevaisuuden muutoksista, joita uusi Psykiatriatalo tuo mukanaan.

Tutkimuksellisen opinnäytetyön tavoitteena oli tuottaa tietoa lääkehoidon menetelmien kehittämisen tueksi psykiatrisessa hoitotyössä.

TUTKIMUSKYSYMYKSET

- 1.** Miten potilas osallistuu tällä hetkellä omaan lääkehoitoonsa?
- 2.** Miten kehittäisit potilaan lääkehoitoon osallistumista?
- 3.** Minkälaisia ajatuksia teillä on liittyen lääkehoidon muutokseen uuden Psykiatriatalon myötä? (Medanets - mobiilisovellus ja älylääkekärry lääkehoidon toteutuksessa)
- 4.** Millä muilla tavoin kehittäisit lääkehoidon toteutusta?

5 TUTKIMUSMENETELMÄT

5.1 Laadullinen tutkimusmenetelmä ja teemahaastattelu

Kvalitatiivisessa eli laadullisessa tutkimusmenetelmässä tarkastellaan tutkittavaa asiaa aineistolähtöisesti ja pyritään ymmärtämään asioita ja ilmiöitä, joita ei voi mitata numeraalisesti. Laadullisessa tutkimuksessa ei pyritä saavuttamaan absoluuttisia totuuksia, vaan lisätään tietämystä ja ymmärrystä tutkittavaa asiaa tai ilmiötä kohtaan. Tutkittavat aiheet voivat olla abstrakteja ja tulkinnanvaraisia. Kun tutkimusaineistoa kerätään esimerkiksi haastattelemalla, sekä haastateltavien että haastattelijoiden subjektiiviset näkemykset ja asenteet voivat vaikuttaa kerätyn tiedon laatuun. Tämä tulee ottaa huomioon tuloksia arvioitaessa. (Saaranen-Kauppinen ja Puusniekka 2006a.)

Teemahaastattelu sijoittuu avoimen haastattelun ja strukturoidumman lomakehaastattelun välimaastoon. Teemahaastattelussa edetään usein ennalta määritettyjen aihealueiden tai tutkimuskysymysten pohjalta. Sijaa kuitenkin annetaan avoimelle keskustelulle, sillä se usein tuottaa tärkeää lisätietoa, joka voi olla olennaista kokonaisuuden ymmärtämisen kannalta. Tutkittavaa aihetta pyritään ymmärtämään kokonaisuutena ja pyritään löytämään erilaisia syy-seuraussuhteita. Koska aineisto muodostuu haastateltavien subjektiivisista näkemyksistä, kerätyn aineiston luotettavuus tulee arvioida sen mukaisesti. Huomioon on otettava muun muassa haastattelutilanteen ilmapiiri, teoria/taustatieto, haastateltavien tutkittavaan aiheeseen liittyvä tieto- tai kokemuspohja, haastateltavien ja haastattelijoiden omat mahdolliset ennako-oletukset ja -käsitykset. (Saaranen-Kauppinen ja Puusniekka 2006b.)

Ryhmähaastattelun etuna voidaan katsoa olevan se, että tietoa saadaan nopeasti usealta henkilöltä verrattuna yksilöhaastatteluun. Ryhmähaastattelu on ajankäytöllisistä syistä usein myös kustannustehokkaampi tapa järjestää haastatteluita. Keskustelu voi olla ryhmässä luontevampaa, koska haastateltavat pystyvät kommentoimaan ja täydentämään toistensa vastauksia lennosta. Näin voi herätä ajatuksia, jotka eivät olisi yksilöhaastattelutilanteessa tullut mieleen, vaikka tutkimuskysymykset olisivat identtiset. Ryhmähaastattelussa on myös haasteensa. Joskus haastateltavien joukossa voi olla yksilö, joka on ujompi osallistumaan keskusteluun. Tällöin hänen potentiaalinsa voi jäädä aineiston keruussa minimaaliseksi verrattuna yksilöhaastatteluun, jossa hänen olisi lähtökohtaisesti vastattava kaikkiin esitettyihin kysymyksiin. Myös ryhmän jäsenten keskinäiset hierarkiat voivat vaikuttaa siihen, kuka uskaltaa tuoda kantaansa esille äänekkäimmin. Jos vain pieni osa ryhmästä dominoi keskustelua, on haastattelijan vastuulla herätellä hiljaisempia yksilöitä mukaan keskusteluun. Ryhmäkeskustelua nauhoittaessa on tärkeää tarkistaa äänityslaitteisto etukäteen ja asettaa se haastattelutilanteessa siten, että kaikkien äänet tallentuvat nauhalle. (Hirsjärvi ja Hurme 2000, 63.)

5.2 Aineiston keruu

Tutkimuksen tarkoituksen ja tavoitteen sekä aiheen rajauksen selvittyä, valittiin käytettävä tutkimusmenetelmä. Tutkimusmenetelmäksi valikoitui kvalitatiivinen eli laadullinen tutkimus. Menetelmä valittiin, koska opinnäytetyön tarkoituksena oli tehdä haastattelututkimus Julkulan psykiatristen osastojen hoitajille.

Tilaaaja antoi tekijöille vapauden valita haastattelumenetelmän sekä haastateltavien määrän. Haastattelumenetelmäksi valittiin puolistrukturoitu haastattelu, jossa haastateltavat saivat tutkimuskysymykset pohdittavaksi etukäteen. Kysymykset jaettaisiin aihealueisiin ja haastattelussa edettäisiin yksi kysymys kerrallaan. Tämän jälkeen haastateltavilla olisi lopuksi mahdollisuus täydentää kysymyksiä tai kertoa vapaasti ajatuksiaan aiheisiin liittyen. Haastattelu nauhoitettaisiin ja purettaisiin tekstimuotoon, jonka jälkeen aineisto analysoitaisiin käyttäen aineistolähtöistä analysointimenetelmää.

Päätettiin, että ajankäytöllisesti on järkevintä toteuttaa haastattelu yhdessä pienryhmässä. Ryhmähaastattelun toivottiin myös vähentävän jännitystä ja lisäävän värikästä vuorovaikutuksellista keskustelua. Pienryhmässä haastateltavat pystyisivät täydentämään toisiaan lennosta ja keskustelemaan esille nousseista asioista mahdollisimman luonnollisesti.

Haastattelututkimuksen infokirje (Liite 1) lähetettiin Julkulan sairaalan osastonhoitajille ja heitä pyydettiin välittämään viestiä eteenpäin henkilökunnalle. Kirjeessä kerrottiin tarkan haastattelupäivämäärän ja ajan määräytyvän sitten, kun toivottu määrä haastateltavia on ilmoittautunut tutkimukseen. Haastatteluun ilmoittautui alun perin vain kaksi sairaanhoitajaa, jonka vuoksi uusintapyyntö lähetettiin viestin välittämistä. Useamman yhteydenoton tiimoilta haastatteluajaksi saatiin sovittua 16.3.2021. Paikalle saapui lopulta 6 hoitajaa, joten alkuperäinen tavoite täyttyi. Haastattelu pidettiin ryhmähaastatteluna suunnitelman mukaisesti.

Haastattelussa edettiin yksi tutkimuskysymys kerrallaan ja osallistujat saivat vastata haluamassaan järjestyksessä ja täydentää toistensa vastauksia. Viimeinen kysymys oli avoin kysymys, jossa haastateltavien oli mahdollista kertoa vapaasti lääkehoidon menetelmiin liittyviä kehitysideoita tai muita ajatuksia. Samalla oli mahdollista täydentää aiempia kysymyksiä, mikäli jotain jäi aiemmin kertomatta. Haastattelun lopuksi selvitettiin osallistujien koulutustausta ja työkokemus työvuosina. Haastateltavista viisi oli koulutustaustaltaan sairaanhoitajia ja yksi lähihoitaja. Haastateltavien työkokemus vaihteli neljän ja kahdenkymmenen kolmen vuoden välillä ja osalla oli aikaisempi hoitoalan tutkinto. Haastattelu saatiin pitää sille erikseen varatussa tilassa ja haastatteluilmapiiri oli rento sekä vuorovaikutuksellinen.

5.3 Aineistolähtöinen analyysi ja litterointi

Aineistolähtöistä analyysiä käytettäessä tutkimuksen pääpaino on itse aineiston sisällössä. Tyypillisesti tämä tarkoittaa, että analyysiyksiköt eivät ole etukäteen määriteltyjä ja teoriaosuus kirjoitetaan siten, että aineisto on lähtökohtana. Induktiivisuus tarkoittaa sitä, että tutkimusaineistosta poimitaan yksittäisiä havaintoja, kunnes niistä voidaan muodostaa yleistyksiä / johtopäätöksiä. Induktiivista lähestymistapaa käytettäessä tutkija ei määritä etukäteen, minkälaista sisältöä lähdetään hakemaan.

Lähtökohtana ei ole teorian tai hypoteesien testaaminen. Tätä lähestymistapaa käytettäessä tutkijan on tärkeää tiedostaa itsessään mahdolliset ennakoasenteet tutkittavaa aihetta kohtaan. Johtopäätökset on muodostettava niin objektiivisesti kuin mahdollista. Tehdyn tutkimuksen objektiivisuus täytyy olla osoitettavissa refleктоimalla käytettyjä tutkimuskeinoja, arvioimalla tutkimuksen luotettavuutta ja esittämällä lukijalle taustatieto, jonka perusteella voidaan nähdä, miten johtopäätöksiin on päästy. (Saaranen- Kauppinen ja Puusniekka 2006c.)

Jotta kerätystä tutkimusaineistosta voitaisiin tehdä tulkintoja, aineistoa voidaan peilata jo ennalta olemassa olevaan teorian tietoon. Jos laadullisen tutkimuksen tavoitteena on kokonaan uuden teorian luominen tai vanhan teorian kehittäminen, teoria voi olla myös päämäärä. (Saaranen-Kauppinen ja Puusniekka 2006c.)

Litterointi tarkoittaa äänitetyn haastatteluaineiston purkamista tekstimuotoon. Äänitiedostoa kuunnellaan tarkasti ja toistuvasti, jotta varmistetaan kuullun ymmärtämisen oikeellisuus. Haastatteluaineiston luotettavuus riippuu sen laadusta. Haastatteluaineistoa ei voida pitää luotettavana, mikäli vain osaa haastateltavista on kuultu, tallenteiden kuuluvuus on huonoa tai litterointi on toteutettu eri säännöillä alussa ja lopussa. Litterointi toteutetaan usein ensin kirjaimellisesti, eli teksti käännetään sanasta sanaan. Tämän jälkeen puhekielelle tyypillisiä sanontoja voidaan muuttaa helpommin luettavaan muotoon. Täytesanoja, kuten "niinkuin, tuota", voidaan poistaa luetun ymmärtämisen helpottamiseksi. Kirjaimellista käännoästä muutettaessa helpommin luettavaan muotoon on äärimmäisen tärkeää, että alkuperäisen repliikin asiasisältö säilyy samana. Litteroijan täytyy olla varma, että hän ymmärtää kuulemansa repliikin sekä litteroidun tekstin merkityksen oikein, ennen kuin hän voi tehdä siitä siistityn version. Esimerkiksi sarkasmi tai vitsailu ei välttämättä välity litteroijalle äänitettä kuunneltaessa, vaikka se itse haastattelutilanteessa olisi välittynyt haastateltavan nonverbaalisesta viestinnästä. Tämän vuoksi optimaalisinta olisi, että sama henkilö toteuttaisi sekä haastattelun, että litteroinnin. Litteroidun tekstin laatu on parempi, kun litterointi tehdään mahdollisimman nopeasti haastattelun jälkeen. (Hirsjärvi ja Hurme 2000, 185, 194.)

Aineistolähtöiselle sisällönanalyysille tyypillisesti pyrimme nostamaan aineistosta esiin nousseet keskeisimmät asiat riippumatta siitä, miten ne keskustelivat etukäteen keräämämme teorian tiedon kanssa. Litteroitu haastattelu luettiin useaan kertaan läpi, jotta voitaisiin sisäistää jokaisen tutkimuskysymyksen pohjalta syntyneet olennaisimmat asiat. Teksti litteroitiin heti haastattelupäivän jälkeisenä päivänä ja molemmat tutkijat lukivat litteroidun tekstin läpi. Näin pystyttiin varmistamaan, että molemmat tutkijat tulkitsivat samat asiat olennaisimmiksi asioiksi, jotka valittiin esitettäväksi Tutkimustulokset -osioon. Tutkimusaineistosta poimittiin yksittäisiä havaintoja, kunnes niistä voitiin muodostaa yleistyksiä / johtopäätöksiä. Litteroitu teksti redusoitiin, eli pelkistettiin selkeämpään muotoon poistamalla täytesanat ja sellaiset repliikit, joita ei koettu tutkimuskysymysten kannalta merkittäväksi. Esimerkiksi ilmeisenä vitsailuna tarkoitettu kommentti jätettiin huomioimatta tutkimustuloksissa. Haastattelussa ei kuitenkaan syntynyt juurikaan sellaista aineistoa, jota ei olisi otettu huomioon tuloksia pohdittaessa. Keskustelu pysyi ennalta valittujen aihealueiden sisällä. Tämä helpotti tutkimustulosten luokittelua aihealueiden mukaisesti, sillä aineisto oli jo ennen redusointia luokiteltu niihin aihealueisiin, joissa ne tulitaisiin Tutkimustulokset -osiossa esittämään.

Aineistoa analysoitaessa aihealueet olivat jo jakautuneet tutkimuskysymysten mukaisiin pääluokkiin. Tämän lisäksi aihealueiden sisältö voitiin jakaa karkeasti kahteen alaluokkaan - haasteisiin ja ratkaisuihin / kehittämisehdotuksiin. Taulukoiden ylimmissä lokeroissa on kuvailtu vierekkäin pelkistetysti aineistosta esille nousseet haasteet ja kehittämisehdotukset. Pääluokka on ilmaistu alapuolella. Taulukot toimivat litteroidun aineiston jäsentelyä helpottavana apuvälineenä (Liite 2, 3.)

Tutkimustulokset -kappaleessa käydään läpi tutkimustulokset haastattelukysymysten / aihealueiden pohjalta. Neljäs, täydentävä haastattelukysymys, ei herättänyt juurikaan uutta keskustelua. Ainoastaan positiiviset odotukset omahoitajamallia kohtaan mainittiin. Koska keskustelua ei syntynyt enempää, maininta yhdistettiin kolmannen aihealueen yhteyteen, johon se myös loogisesti liittyy. Aineisto sisältää suoria lainauksia, jotka ovat merkitty kursiivilla. Lainauksien alkuperäinen muoto on pyritty säilyttämään mahdollisimman autenttisina. Ainoastaan täytesanoja on poistettu ja puhekieliset ilmaukset, kuten murre on selkeytetty helpommin luettavaan muotoon. Haastattelutilanne kesti 43 minuuttia ja litteroitua tekstiä kertyi 12 sivua.

Keräämäämme aineistoon suorittamamme sisältöanalyysin tulokset ovat jaettu kolmen kysymyksen / aihealueen mukaisesti ja esitetty sanallisesti. Havainnollistamisen helpottamiseksi keskeisimmät tulokset ovat esitetty myös graafisesti.

6 TUTKIMUSTULOKSET

6.1 Potilaan lääkehoitoon osallistuminen

Haastattelussa nousi esille, että lääkehoito pyritään aina suunnittelemaan ja aloittamaan potilaan kanssa yhteisymmärryksessä. Hoitoneuvotteluun osallistuu potilaan lisäksi hoitolaitoslääkäri, -hoitaja tai molemmat. Ensin keskustellaan potilaan kanssa hänen voinnistaan ja aikaisemmasta lääkityksestään, jonka jälkeen käydään läpi tarjolla olevia lääkevaihtoehtoja. Toisinaan osastolle saapuu potilas, jolla ei ole aikaisempia lääkehoitokokemuksia. Tällöin potilaan oireet kartoitetaan, lääkevaihtoehdoista keskustellaan ja valitaan oireenmukainen lääke, jota lähdetään kokeilemaan. Koska lääkkeen vaste saavutetaan usein vasta viikkojen päästä ja hoitoajat ovat Julkulan sairaalassa suhteellisen lyhyitä, lääkkeen todellinen vaste havaitaan usein vasta avohoidon puolella. Koska lääkkeen sivuvaikutukset voivat usein näkyä toivottuja vaikutuksia nopeammin, on tärkeää, että potilas on etukäteen tietoinen mahdollisista sivuvaikutuksista. Potilasta kannustetaan olemaan kärsivällinen hoidon alkuvaiheessa, jotta lääkkeen haluttu vaste saadaan aikaiseksi. Hoidon edetessä aloitetun lääkehoidon vaikutuksista ja mahdollisia haittavaikutuksista keskustellaan potilaan kanssa. Keskustelu tapahtuu pääasiassa lääkärinkiertojen yhteydessä viikoittain. Toistuvaksi ongelmaksi koettiin se, että aikaisemmalta hoitajaksolta tuttu potilas on jättänyt sovitut lääkkeensä syömättä kotona ja hän palaa hoitoon huonovointisena tai psykoottisena. Jos potilas on tulovaiheessa psykoottinen ja vastustaa hoitoa aggressiivisesti, voidaan lääkehoito joutua aloittamaan vastentahtoisesti injektimuodossa. Tällä pyritään saamaan potilaan vointi sellaiseksi, että häneen saadaan kunnollinen keskusteluyhteys ja yksilöllistä lääkehoitoa voidaan alkaa suunnitella.

”Kun noita lääkehoitoja mietitään akuutissa vaiheessa, paljon semmoisia lääkkeitä aloitetaan lyhytaikaisesti, mitkä sitten lopetetaan, kuhan saadaan se vointi parempaan kuntoon ja saadaan yöunia siihen.”

”Ehkä potilas ei koskaan myönnä, että hänelle hyötyjäkin niistä (lääkkeistä) on - mutta me nähdään ne hyödyt.”

Lääkehoitoa suunniteltaessa pyritään valitsemaan lääke, jota potilas itse sitoutuisi käyttämään. Lääkkeen ottamisen pitäisi olla potilaalle mahdollisimman helppoa. Joskus injektimuotoinen lääke koetaan yhteisymmärryksessä hyväksi myös akuuttivaiheen jälkeiseen hoitoon. Potilaalle voi olla helpompaa hakea terveyskeskuksesta pitkävaikutteinen injektimuotoinen lääke esimerkiksi 1-2 kertaa kuukaudessa, kuin ottaa itse dosetista päivittäin oikea annostus. Potilaat lopettavat kotona joskus lääkekuurinsa kesken, koska lääke vaikuttaa toivotulla tavalla. Potilas kokee olevansa hyvässä voinnissa ja lopettaa lääkkeen, koska kokee sen turhana, eikä ymmärrä hyvän voinnin johtuvan nimenomaan lääkekuurin noudattamisesta.

Yleiseksi ja alati yleistyväksi ilmiöksi koettiin myöskin päihdetaustaiset potilaat, jotka ovat toisinaan hyvin tietoisia ja vaativia siitä, mitä lääkkeitä he haluavat. Hoitajan hyvät vuorovaikutustaidot korostuvat näissä tilanteissa ja joskus joudutaan neuvottelemaan tai kieltäytymään potilaan toivomasta lääkehoidosta. Julkulan Päihdepsykiatrian osasto on erikoistunut lääkeriippuvaisten päihdepotilaiden hoitoon. Mielialahäiriöosastolla koettiin, että potilailla voi joskus olla vuosia kestänyt lääkitys tai useita yhtäaikaista lääkkeitä, vaikkakaan potilaan voinnissa ei olla havaittu pitkään aikaan olennaisia

muutoksia. Koettiin, että harhaluuloisten potilaiden hoitoon on hyviä suhteellisen nopeasti tehoavia lääkkeitä, mutta masentuneet ja depressiiviset potilaat ovat haastava potilasryhmä, sillä jatkuvakaan lääkehoito ei aina poista oireita.

6.2 Potilaan lääkehoitoon osallistumisen kehittäminen

Koettiin, että potilaita ei osastoilla vastuuteta riittävästi huolehtimaan omasta lääkehoidostaan. Toisaalta ymmärretään, ettei kaikkia potilaita voida varsinkaan akuutissa vaiheessa vastuuttaa ottamaan lääkkeitään itse ja moni unohtaisi hakea lääkkeensä sairaalassa, jos henkilökunta ei huolehtisi asiasta.

”Me tehdään niin paljon puolesta, ensinnäkin jaetaan kaikki lääkkeet ja huolehditaan se varmasti suuhun. Me ei vastuuteta potilasta esimerkiksi tuolla omalla osastolla, että hän hakis sen lääkkeen. Ja sitten se on kotonakin hirveen hajanaista - monella unohtuu se kokonaan.”

”Jos tuodaan lääke, hyvä ettei suuhun sitä pudoteta, niin ei sitä semmonen opi - se ei jää sinne päähän.”

Kun potilaat jättävät lääkkeensä syömättä kotona ja tästä aiheutuu uusia hoitajaksoja, tulevat kustannukset yhteiskunnalle kalliiksi. Pohdittiin myös, mikä voisi toimia potilaalle kannustimena sitoutua omaan lääkehoitoonsa osastojakson päätyttyä.

”Mitä oon kuullut, niin joskus aikoinaan Tarinan sairaalasta oli kotikäyntinä käyty antamassa pitkävaikutteisia injektioita - että tämäkin vaihtoehto on. Miksi näitä ei voi yhdistää johonkin tukipalveluun tai muuhun, että vois käydä antamassa. Vois miettiä tämmöistä.”

Pienryhmässä pohdittiin, olisiko mahdollista, että osa potilaista jakaisi lääkkeensä itse hoitajan läsnä ollessa. Tultiin siihen tulokseen, että tämä olisi mahdollista todennäköisesti vain poikkeustapauksissa. Vaikka osa potilaista kykenisikin jakamaan lääkkeensä esimerkiksi dosetteihin, valvomiseen sekä ylimääräiseen tarkastukseen menevä aika söisi lisää hoitajaresursseja, jotka tuntuvat muutenkin olevan tiukalla. Tällaisen mallin arvioitiin olevan toimivampi vaihtoehto avohoidon puolella. Pitkävaikutteiset injektio-lääkkeet koettiin hyödylliseksi, mutta niihin liittyvän stigman arvioitiin olevan yksi syy siihen, miksi ne ovat nykyään ”toissijaisia lääkkeitä” ja yleisimmin päädytään valitsemaan tablettimuotoinen lääke. Injektio-lääkkeiden arvioitiin tulevan pitkässä juoksussa kustannustehokkaammaksi.

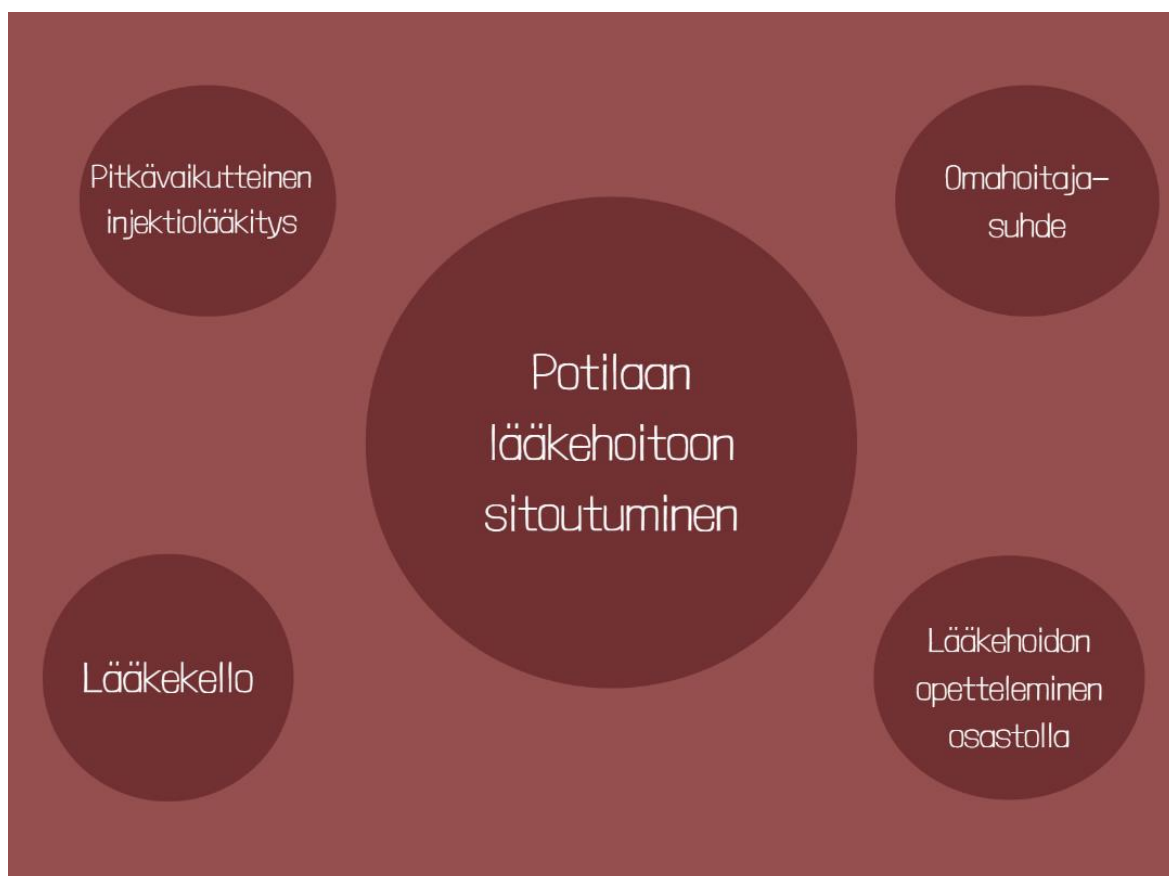
”Siviilissä ne piikit on ollut aina psykiatrisesti semmoinen... kun isolla ruutalla pistetään... se on vähän semmoinen kauhujuttu että ”mitä??” Siinä on vähän semmoistakin varmaan. Niin kuin ennen on ollut epäluuloa ECT-hoitoa kohtaan. Nykyään se on kyllä hävinnyt.”

Psykiatrisella potilaalla voi olla joskus myös kynnys hakea lääkkeet itse apteekista. Kaksi haastateltavista muistelee lukeneensa tutkimuksen, jonka mukaan prosentuaalisesti suuri osuus potilaista ei hae ensimmäistään lääkkeitään apteekista lähtiessään sairaalasta. Tutkimuksen muisteltiin koskevan psykoosipotilaita.

”Paljon on varmasti myös semmoista tietoon liittyväkin puutetta, että paljonko ne maksaa... potilas varmaan haluais semmoisen etukäteen tietää. Joillakin on e-reseptin uusiminenkin vaiva - eivät ymmärrä, että heidän pitää vain mennä kelakortin kanssa apteekkiin.”

Psykiatristen potilaiden kohdalla ei ole ollut myöskään tavatonta, että lääkkeet on alun perin haettu apteekista ja syöty, mutta reseptin vanhetessa sitä ei olla käyty uusimassa ja potilas on päättänyt lopettaa kuurin oma-aloitteisesti. Positiivisena asiana koettiin, että nykyään lääkkeet ovat usein jaettu kotona dosetteihin. Dosettien koettiin selkeyttävän potilaan lääkehoidon noudattamista, koska he pystyvät näkemään, onko päivän lääke jo otettu. Dosetti siten vähentää inhimillisen unohtamisen tai tupla-annoksen riskiä, joka voi olla psykiatrisella potilaalla tavallista suurempi.

Keskustelussa nousi esille ”lääkekellot” – laitteet, jotka ovat olleet menneisyydessä käytössä muun muassa päihdepotilailla. Lukollinen lääkekello sisältää potilaan käyttämät lääkkeet ja se annostelee ne oikeina kellonaikoina. Hälytysääni ilmoittaa, että on aika ottaa lääke. Tämän jälkeen potilaalla on ennalta määritetyn pituinen aikaikkuna, jonka aikana lääkkeen voi ottaa ulos laitteesta, ennen kuin se lukittuu uudestaan. Lääkekellon arveltiin olevan hyödyllinen väline niille, keillä on ongelmia lääkkeiden ottoajankohtien muistamisessa. Kuvassa 1. on koottu yhteen haastattelussa nousseet ehdotukset, jotka voisivat auttaa potilasta sitoutumaan lääkehoitoonsa paremmin.



KUVA 1. Potilaan lääkehoitoon sitoutuminen.

6.3 Näkemykset uusista toimintamalleista

Älylääkekärryt eivät olleet haastatteluhetkellä tulleet vielä Julkulan sairaalan testikäyttöön, mutta Puijon sairaalassa niitä on testattu. Hoitajat olivat kuulleet Puijon käyttökokemuksia ja ilmeisesti laitteen käytössä on alustavasti ollut jonkinlaisia teknisiä haasteita.

”Farmaseutti jakaa ne (lääkkeet), mutta sitten se kone... sieltä saattaa tulla ihan mitä vaan. Minä en tiedä minkälainen laite se on, mutta ovat törmänneet niihin ongelmiin. Mutta on kai varmaan ihan samalla lailla, että toimii joissain paikoissa.”

Huolta aiheutti käytäntö, jossa hoitaja kulkisi älylääkekärryn kanssa potilashuoneet yksitellen läpi. Huonekierron ajateltiin vievän psykiatrian olosuhteissa huomattavasti enemmän aikaa nykyiseen malliin verrattuna, jossa potilaat noutavat lääkkeet sovittuun aikaan osaston keittiön luukulta. ”Luukkumalliin” on ilmeisesti siirrytty psykiatrialla juuri väkivaltatilanteiden takia. Potilashuoneiden kierto yksitellen älylääkekärryn kanssa koettiin aikaa vieväksi etenkin, jos jokaiselle osastolle ei tule omaa kärryä, vaan niitä joudutaan siirtämään osastolta toiselle.

”Mitenkähän sitä käytännössä toteutetaan nyt, eli jos meillä on 3 hoitajaa iltavuorossa ja 12 potilasta eli jokaisella on 4 potilasta. Jokainen jakaa omille potilailleen ne lääkkeet, lähtee etsimään sitä potilasta lääkettä ja vesikuppi kädessä ja sitten se potilas on jossain suihkussa tai tupakalla niin hoitaja tuo sitten taas ne pois ja ottaa toisen potilaan lääkkeet ja lähtee... sekin sattuu olemaan jossain, ei löydy mistään... Ihan älyttömän paljon aikaa vievä systeemi tällainen.”

”Ja tässä se viimeistään se vastuuttaminen häviää sitten kun palvellaan... aina kun palvellaan huoneeseen, se on huono asia.”

Positiiviseksi huonekiertomallissa koettiin se, että lääkehoidon ohjausta voitaisiin antaa potilaalle yksityisesti ilman, että muut potilaat ovat kuulemassa. Nykyisessä mallissa, jossa potilaat jonottavat lääkkeet päiväsalissa luukulta, henkilökohtaisista asioista on vaikeampi keskustella. Huonekiertomalli myös vähentäisi tilanteita, joissa potilas kyseenalaistaa lääkehoitonsa muiden kuullen ja syntyy ns. ketjureaktio, jossa myös muut alkavat kyseenalaistaa hoitotoimia. Nykyisessä mallissa kuitenkin voidaan siirtyä keskustelemaan syrjemmälle tai potilashuoneeseen silloin, kun epäselvyys ilmenee ja malli koetaan hyvin toimivaksi. Mikäli etukäteen on ollut tiedossa, että yksittäinen potilas on vastaanottava lääkehoitoaan kohtaan, lääkkeenjako on järjestetty hänelle erikseen muista potilaista ketjureaktion ehkäisemiseksi.

Medanets -sovellus on jo ollut Julkulan sairaalassa käytössä. Mielipiteet olivat pienryhmän kesken vaihtelevia. Positiivisena pidettiin säännöllisten lääkkeiden antokirjaamisen helppoutta. Toisaalla koettiin, että sovellus ei säästä taikka kuluta enempää aikaa perinteiseen kirjaamiseen verrattuna. Tarvittavien/ylimääräisten lääkkeiden tai suunnitellusta antoajasta myöhästyneen lääkkeen antokirjaaminen koettiin ongelmallisena, koska lääkkeen antoaikaa ei voi sovelluksessa takautuvasti muuttaa. Säännöllisiä lääkkeitä on kirjattu osastoilla Medanetsin kautta ja tarvittavat lääkkeet tietokoneella. Myös potilasrannekkeen QR-koodia sovellus ei ole aina tunnistanut. Joskus potilaat ovat myös repineet rannekkeensa irti, jolloin tunnistus on täytynyt tehdä nimiluettelon kautta.

”Minulla oli vähän ennakoasenne, että minkähänlainen tuo vempain nyt on, mutta sitten kun sinne menee säännölliset lääkkeet ja pitää tehdä antokirjaukset - se onnistuu niin nopeasti, parilla viivalla ja sormen painalluksella. Se ainoa harmi on, että tarvittavia lääkkeitä ei voi tuon kautta tehdä niin, että hoitopäivään siirtyy ne tiedot. Siinä mielessä on vähän vaillinainen tuo systeemi, mutta säännöllisten lääkkeiden antokirjaaminen tapahtuu niin jouhevasti ja kätevästi, että minä tykkään.”

Sovelluksen käytön koettiin vaativan kahden hoitajan työn: toinen antaa lääkkeen potilaalle ja toinen hoitaa samalla antokirjaamisen. Itse Medanets -sovellusta enemmän aikaa vieväksi koettiin modernit kirjaamiskäytännöt yleisesti ja osa haastateltavista oli sitä mieltä, että sovelluksen käyttö ei vie lainkaan enempää aikaa.

”Sekin vaan on kääntynyt nyt siihen, että kaikki tekemiset pitää kirjata. Ennen se oli niin päin, että ne asiat oli kaikki tehty ja se mitä EI oltu tehty, siitä kirjattiin poikkeus. Nythän tämä on kääntynyt väärin päin ja se vie hirveästi resursseja, eikä se niin hirveästi korjaa tätä. Toimi aikaisemminkin nämä jutut.”

”Sitä minä vähän noista älylääkekärreistäkin pelkään, että onko se vaan hieno tekninen vimpain ja todetaan, että se vie lääkehoitoon vaan enemmän aikaa hoitajilta. Kun siinä kuitenkin joudutaan ne tarkistukset tekemään ja tunnistamisen kanssa, että miten se tunnistaa lääkkeitä... toivotaan että se on nero laite.”

Yksi haastateltavista pohti, onko uusia laitteita ja sovelluksia suunniteltaessa kuultu myös psykiatrian hoitohenkilöstöä. Älylääkekärryn arveltiin olevan somaattisille osastoille hyvä hoitoa helpottava laite, kunhan vain tekniset ongelmat saadaan ratkaistua. Psykiatrian olosuhteissa älylääkekärryn käyttö koettiin ajatuksen tasolla varsin haasteellisena lisääntyvän lääkehoitoon kuluvan ajan vuoksi. Älylääkekärryn tarkoituksenmukainen käyttö edellyttäisi hoitajien resurssien lisäämistä. Yleisesti koettiin, että muutokset tuntuvat olevan suunniteltu pääasiassa somaattisille osastoille ja uudet toimintamallit eivät välttämättä ole sellaisenaan sopivia psykiatriseen osastohoitoon. Positiivisia ajatuksia ilmeni omahoitajamallia kohtaan, joka voisi psykiatrisessa hoidossa vähentää potilaiden epäluottamusta hoitoa kohtaan. Kuvassa 2. on esitetty haastattelussa ilmenneet teknisten apuvälineiden hyödyt ja haitat.

”Voihan se olla, että lääkehoitokin helpottuu, kun tulee semmoinen enemmän omahoitajamalli siitä hommasta - että se potilas saattaa vaikka luottaa sinuun. Ainakin meillä on tuolla potilaissa semmoisia, mitkä rupeavat jankuttamaan tiettyjen kanssa lääkkehoidosta, kun naama ei miellytä... Että sitten omahoitajan kanssa sujuu paremmin ja tulevaisuudessa, jos omahoitajan kanssa on tiiviimpää se yhteistyö...”

Tekniset apuvälineet lääkehoidossa



Älylääkekärry

- ⊖ lääkkeiden jakoon kuluva aika lisääntyy
- ⊖ tekniset ongelmat
- ⊖ huoneisiin jakaminen
- ⊖ hoitajien työmäärän lisääntyminen
- ⊕ huonekierrolla potilaan lääkityksestä ja henkilökohtaisista asioista puhuminen helpompaa

Medanets- sovellus

- ⊖ ei aina lue QR-koodia
- ⊖ tarvittavien lääkkeiden kirjaaminen hankalaa
- ⊕ säännöllisten lääkkeiden kirjaaminen nopeaa

KUVA 2. Tekniset apuvälineet lääkehoidossa.

7 POHDINTA

Tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää haastattelun keinoin Julkulan sairaalan psykiatristen osastojen hoitohenkilöstön näkemyksiä lääkehoidon nykytilasta ja muutoksista, joita uusi Psykiatriatalo tuo mukanaan. Tavoitteenamme oli, että tutkimuksellinen opinnäytetyö tuottaisi tietoa psykiatrisen potilaan lääkehoidon nykytilasta Julkulan sairaalassa, tietoa potilaan osallistamisesta omaan lääkehoitoonsa uusien käytäntöjen myötä Psykiatriatalossa, sekä tietoa hoitajien valmiudesta uuden teknologian hyödyntämisessä. Haastattelututkimukseen osallistui vain kuusi hoitajaa, mutta Julkulan sairaalan kokonaishenkilökuntamäärään nähden tämän ajateltiin olevan kohtuullinen määrä haastateltavia. Tulosten avulla lisättiin ymmärrystä siitä, minkälaisia pelkoja, toiveita ja odotuksia hoitajilla on liittyen psykiatrian ja somatiikan toimintamallien yhdistämiseen.

7.1 Tulosten tarkastelu ja johtopäätökset

Tämän tutkimuksen kenties suurimmaksi potilaan lääkehoitoon liittyväksi haasteeksi koettiin potilaiden huono lääkehoitoon sitoutuminen, josta Oksanen (2015) on kirjoittanut artikkelissaan "Lääkehoitoon sitoutumisen tukeminen psykiatriassa". Julkulan sairaalassa työskentelevät hoitajat ovat havainneet, että potilaat usein lopettavat sovitun lääkekuurinsa kotona ja palaavat hoitoon huonovointisena tai psykoottisena. Toistuvat hoitajaksot tulevat yhteiskunnallisesti kalliiksi. Oksanen mukaan hoitovastaisuuden syyt ovat monenlaisia, mutta esiinnousseita asioita ovat esimerkiksi lääkehoidon haittavaikutukset, lääkehoitoon kohdistuvat asenteet, päihteiden käyttö, sairauden vaikeusaste, puutteellinen kognitio ja hoitosuhteen heikko laatu.

Potilaat tulisi pystyä motivoimaan noudattamaan lääkehoitosuunnitelmaansa, mutta yhtä konkreettista ratkaisua ongelmaan ei löydetty tutkimuksessamme. Ehdotuksina nousi pitkävaikutteisten lääkeinjektioiden käytön lisääminen ja "lääkekellot". Osa potilaista voisi hyötyä pitkävaikutteisesta injektio lääkkeestä, jonka he hakisivat omatoimisesti terveyskeskuksesta esimerkiksi 1–2 kertaa kuukaudessa. Vaihtoehtoisesti injektio voitaisiin mahdollisesti tarjota kotihoidon palveluna. Potilaat, joilla on kognitiivisia rajoituksia, voivat kokea päivittäisten tablettilääkkeiden syömisen haastavaksi. Potilaan kotiin saamat dosetit koettiin toisaalta hyväksi välineeksi lääkeliuskoihin ja -purkkeihin verrattuna, koska dosetista voi tarkistaa, onko lääkkeet syöty oikean kellonajan kohdalla. Toisaalta osalle potilaista dosetti voi näyttäytyä sekavana, jolloin voitaisiin siirtyä käyttämään "lääkekelloja", jotka ovat menneisyydessä toimineet psykiatrisen hoidon hyväksi havaittuna apuvälineenä.

Oksanen (2015) on artikkelissaan nostanut esiin myös pitkävaikutteisten injektio lääkkeiden käytön. Kun epäsäännöllistä tablettilääkitystä käyttävän potilaan lääkitys muutetaan injektio lääkkeeksi, lääkityksen lopettamisen riski todennäköisesti pienenee. Pitkäaikaiset injektiot ovat myös vähentäneet sairaalajaksojen tarvetta. Myös tutkimuksessamme hoitajat olivat myönteisellä kannalla pitkävaikutteisten lääkeinjektioiden käyttämisen suhteen. Injektio lääke ei ole kuitenkaan täysin ongelmaton. Noin neljännes potilaista jää aika ajoin saapumatta lääkkeenantoon. (Oksanen 2015.) Hoitajat pohdiskelivat, voitaisiinko injektio tarjota kotihoidon palveluna niiden potilaiden kohdalla, jotka eivät pysty hakemaan sitä oma-aloitteisesti terveyskeskuksesta.

Hoitajat mainitsivat myös potilaiden kognitiiviset haasteet tablettilääkkeiden syömisessä, jonka Ok-sanen (2015) ja Leijala ym. (2019) ovat myös maininneet hoitomyönteisyyden haasteeksi. Monimutkaista monilääkitystä kannattaa suoraviivaistaa. Annospalveluiden käyttäminen, esimerkiksi annosjako tai kotisairaanhoidopalvelu voi auttaa potilasta sitoutumaan omaan lääkehoitoonsa. (Leijala ym. 2019.)

Tutkimuksessamme haastateltavat kokivat, ettei potilaita vastuuteta riittävästi huolehtimaan omasta lääkehoidostaan. Toisaalta ymmärrettiin, että kaikilta potilailta ei voida odottaa kykyä huolehtia omasta lääkehoidostaan. Kuitenkin toisten potilaiden kohdalla potentiaali lisättyyn oma-aloitteisuuteen tulisi tunnistaa ja hyödyntää. Koettiin, että jos potilaat opettelisivat osasto-olosuhteissa huolehtimaan lääkehoidostaan, heidän kykynsä huolehtia siitä myös kotona paranisi. Uuden toimintamallin mukaan lääkkeenjako tehtäisiin älylääkekärryn avulla huonekiertomallin mukaisesti, joka vähentäisi potilaan vastuuta entisestään.

Potilaiden katsotaan ottavan vastuuta enemmän omasta terveydentilastaan ja sitoutumaan hoitoonsa, jos lääkehoidon ohjaus on ollut laadultaan hyvää. Hyvä lääkehoidon ohjaus auttaa myös pitämään sairauden hoitotasapainossa, joka vähentää sairaalahoidon tarvetta. Näin ollen potilaan elämänlaatu voi kohentua ja potilaan suhtautuminen lääkehoitoonsa parantua. (Saano ja Taam-Ukkonen 2021, 308.) Omahoitajien merkitys on suuri, koska potilaat ottavat paremmin tietoa vastaan tutulta hoitajalta, kuin muilta terveydenhuollon työntekijöiltä (Leijalan ym. 2019). Myös tutkimuksessamme nousi esille omahoitajien merkitys lääkehoidossa. Positiivisia ajatuksia ilmeni omahoitajamallia kohtaan, joka voisi psykiatrisessa hoidossa vähentää potilaiden epäluottamusta hoitoa kohtaan ja siten helpottaa lääkehoidon toteutusta.

Medanets -sovellus on otettu jo käyttöön Julkulan sairaalassa. Näkemykset sovelluksen hyödyllisyydestä olivat vaihtelevia. Säännöllisten lääkkeiden antokirjaaminen Medanets -sovellusta käyttäen koettiin pääasiassa joko nopeampana tai yhtä nopeana menetelmänä, kuin perinteinen kirjaaminen tietokoneella. Tarvittavien/ylimääräisten lääkkeiden antokirjaaminen koettiin pääasiassa haastavana, sillä sovelluksessa ei voi muuttaa lääkkeen ennalta määritettyä antoaikaa ja kirjaus joudutaan tekemään erikseen tietokoneelle, jos lääkkeenanto on myöhästynyt tai muuttunut suunnitellusta. Ongelmalliseksi koettiin myös potilasrannekkeen QR-koodin lukeminen, sillä sovellus ei ole aina tunnistanut koodia.

Älylääkekärryt eivät olleet haastatteluhetkellä tulleet vielä Julkulan sairaalan testikäyttöön. Psykiatrisessa osastohoidossa älylääkekärryn käyttö koettiin ajatuksen tasolla haasteellisena lisääntyvän lääkkeenjakoan kuluva ajan vuoksi. Lääkkeenjako potilashuoneisiin älylääkekärryä käyttäen herätti sekä negatiivisia että positiivisia ajatuksia. Negatiiviseksi koettiin huonekiertoon kuluva aika. Myös teknisten ongelmien mahdollisuus huolestutti haastateltavia. Positiiviseksi koettiin se, että huonekierron yhteydessä potilaan lääkehoidosta ja muista henkilökohtaisista asioista keskustelu olisi helpompaa.

Yleinen konsensus oli, että älylääkekärryn tarkoituksenmukainen käyttö edellyttäisi psykiatrisessa osastohoidossa hoitajien resurssien lisäämistä.

Elkady, Rees ja Khalifa (2019) olivat tutkimuksessaan todenneet, että hoitajien asennoituminen uuteen sairaalateknologiaan paranee kunnollisen perehdyttämisen lisäksi silloin, kun uusi laite havaitaan hyödylliseksi, helppokäyttöiseksi ja työntekoa selkeyttäväksi. Tämä tulee esille myös haastatteluaineistostamme. Asenteet Medanets -sovellusta kohtaan olivat pääasiassa positiivisia ja sovellusta kehittämällä käyttökokemukset olisivat todennäköisimmin vielä parempia.

Medanets -sovelluksen osalta haastateltavilla oli omakohtaisia käyttökokemuksia ja lukuisat Medanetsin www-sivulla esitetyt Suomessa ja Ruotsissa tehdyt tutkimukset / aikalaskelmat keskustelivat johtopäätöstemme kanssa osittain. (Medanets.com 2021b.)

Osa haastateltavista koki sovelluksen säästävän aikaa, kun taas osa ei kokenut ajankäytön muutosta parempaan tai huonompaan päin.

Älylääkekärryä kohtaan asenteet olivat varauksellisempia, sillä haastateltavilla ei ollut laitteesta omaakohtaisia käyttökokemuksia ja he olivat siten kuulopuheiden sekä omien arvioidensa varassa. Älylääkekärryllä toteutettavan lääkekierron arvioitiin vievän psykiatrisissa olosuhteissa enemmän aikaa nykyiseen malliin verrattuna, eikä sen käyttöä koettu työntekoa selkeyttäväksi.

Yleisesti koettiin, että KYS Uudistuu -hankkeen mukana tulevat muutokset tuntuvat olevan suunniteltu pääasiassa somaattisille osastoille ja uudet toimintamallit eivät välttämättä ole sellaisenaan sopivia psykiatriseen osastohoitoon. Henkilökunta toivoisi lisää vuorovaikutusta johto- sekä kehittämisportaan kanssa ja toivoisi tulevansa kuulluksi uusien toimintamalleja suunniteltaessa. Uusia teknologisia ratkaisuita kohtaan oltiin toiveikkaita, mutta varauksellisia.

Medanets -sovellus koettiin pääasiassa työntekoa helpottavaksi välineeksi. Älylääkekärryn käytön koettiin vievän nykyiseen toimintamalliin verrattuna enemmän aikaa, eikä sitä koettu tarpeelliseksi välineeksi psykiatrisen lääkehoidon toteutuksessa. Positiivisia ajatuksia ilmeni omahoitajamallia kohtaan, joka voisi psykiatrisessa hoidossa vähentää potilaiden epäluottamusta hoitoa kohtaan ja siten helpottaa lääkehoidon toteutusta.

7.2 Prosessin pohdinta

Opinnäytetyön aihe valittiin syksyllä 2019 Kuopion yliopistollisen sairaalan opinnäytetöiden aihepankista. Työn alkuperäinen otsikko oli *"Älylääkekärry ja hoitajan lääkehoidon ohjaus osana lääkehoidon toteutusta"*. Aihe kuului Psykiatriatalo-projektiin. Aihe valittiin, koska työn tekijät halusivat olla mukana tutkimassa uutta sairaalateknologiaa osana psykiatrisen hoitotyön kehittämistä. Molemmilla tekijöistä oli aiempaa harjoittelu- ja työkokemusta psykiatrisesta hoitotyöstä. Aihe myös tuki toisen tekijän sairaanhoitajaopintojen suuntautumisvaihtoehtoa.

Aihekuvausta kirjoittaessa työn sisällön oletettiin otsikon perusteella olevan teknologiapainotteinen, eli työssä olisi keskitytty älylääkekärryn toimintaan ja käyttökokemuksiin. Keskeisinä käsitteinä olisivat toimineet lääkehoidon ohjaus ja älylääkekärry: sen käyttö, ominaisuudet ja vaikutus hoidon laatuun perinteiseen lääkkeenjakomenetelmään verraten.

Aiheen rajaaminen oli alkuvaiheessa haasteellista, sillä otsikon perusteella työhön tuli sisältyä myös lääkehoidon ohjaus, joka jäi käsitteenä epäselväksi. Asiasta keskusteltiin ohjaavan opettajan sekä

Julkulan sairaalan ylihoitajan kanssa, joka välitti viestin KYS Uudistuu -hankkeen suunnittelukoordinaattorille. Hän varasi aiheen tekijöiden käyttöön ja sovittiin palaverista, jossa selkeytettäisiin työn sisältöön liittyviä käsitteitä ja sovittaisiin aiheen rajaamisesta.

Palaverissa ilmeni, että psykiatrisen sairaanhoidon toimintamallit koetaan monella tapaa vanhanaisiksi. Koska psykiatrian ja somatiikan toimintamallit yhtenäistyvät, tekijöiden tulisi selvittää henkilökunnan asenteita ja valmiuksia toteuttaa lääkehoitoa KYS Uudistuu -hankkeen uusien toimintamallien mukaisesti. Sovittiin, että Julkulan sairaalan eri osastojen henkilökuntaa haastateltaisiin, jotta heidän näkemyksiään potilaan lääkehoidon ohjauksen ja osallisuuden nykytilasta sekä kehittämistarpeista saataisiin selvitettyä.

Tilaaaja koki tarpeelliseksi, että työ rajattaisiin koskemaan psykiatrisen potilaan lääkehoidon ohjausta ja potilaan osallisuutta lääkehoidon kokonaisprosessissa. Potilaan lääkehoidon ohjauksen ja osallisuuden nykytilanne, kehittämistarpeet ja -mahdollisuudet tulisi selvittää. Kehittämiseen sisältyisi yhtenä osana älylääkekärry ja Medanets -sovellus. Tutkimuskysymyksiä pohdittiin yhdessä työn tilaajan sekä ohjaavan opettajan kanssa.

COVID19 -pandemian vuoksi haastattelu päätettiin alustavasti toteuttaa etäyhteydellä ja tavoitteeksi asetettiin 6–8 hoitajaa eri osastoilta. Haastattelu olisi ollut mahdollista toteuttaa yksilö- tai ryhmähaastatteluna sen mukaan, kumpi vaihtoehto sopisi haastateltaville parhaiten. Myöhemmin selvisi, että haastattelu voitaisiin järjestää myös Julkulan sairaalan tiloissa, kunhan turvavälit toteutuisivat ja kaikilla osallistujilla olisi asianmukaiset hengityssuojaimet.

7.3 Eettisyys ja luotettavuus

Laadullisen tutkimuksen luotettavuutta tarkasteltaessa voidaan käyttää apuna *validiteetin* ja *reliabiliteetin* käsitteitä. Käsitteet ovat tyypillisempiä määrällisen tutkimuksen luotettavuutta tarkasteltaessa ja onkin olemassa erilaisia näkemyksiä siitä, kuinka laadullisen tutkimuksen luotettavuutta tulisi arvioida. (Tuomi ja Sarajärvi 2011, 135–139.)

Laadullisessa tutkimuksessa tutkittu tieto ei ole koskaan absoluuttisesti totta ja tieto voi olla monella tapaa virheellistä. Tiedon virheellinen tulkinta voi johtua esimerkiksi tutkijoiden tiedostamattomasta tai tiedostetusta puolueellisuudesta, valikoidusta tiedon esittämisestä / tiedon kertomatta jättämisestä tai tutkittavan henkilön ja tutkijan kommunikaatio-ongelmista eli väärin ymmärtämisestä. (Saaranen-Kauppinen ja Puusniekka 2009, 28.)

Validiteetilla tarkoitetaan sitä, miten perusteellisesti tutkimus on tehty ja onko johtopäätökset todellisuudessa paikkaansa pitäviä - onko tulokset saatu tulkitsemalla tietoa oikein. Perusteellisessa laadullisessa tutkimuksessa on pohdittu seuraavia käsitteitä: uskottavuus, vastaavuus, siirrettävyys, varmuus, riippuvuus, vahvistettavuus, vahvistuvuus, puolueettomuus. (Saaranen-Kauppinen & Puusniekka, 2006d.)

Tutkimussuunnitelman hyväksyi ja tutkimusluvan myönsi KYS Julkulan sairaalan ylihoitaja. Haastattelututkimuksemme tulokset perustuvat yksittäisten hoitotyön ammattilaisten mielipiteisiin ja henkilökohtaisiin näkemyksiin, joten tuotetut johtopäätökset tulee arvioida varauksellisesti ja suhteuttaa haastateltavien määrään. Saadut tutkimustulokset keskustelivat pääosin teorian tiedon kanssa. Haastattelusta kuitenkin nousi esiin myös asioita, joihin ei törmätty teorian tietoa etsiessä. Tästä esimerkkinä lääkekellot, jotka koettiin yhdeksi potilaan lääkehoitoon sitoutumista parantavaksi välineeksi. Työn tekijöillä ei ollut sellaista taustaa tai muuta syytä, jonka vuoksi tulosten voitaisiin katsoa olevan puolueellisia. Haastatteluaineistosta syntyneet tulokset pyrittiin valitsemaan ja raportoimaan niin objektiivisesti, kuin mahdollista.

Haastateltaville kerrottiin etukäteen, että tutkimukseen osallistuminen on vapaaehtoista ja siihen voi osallistua anonymisti. Haastateltaville kerrottiin, että analysoidusta materiaalista ei pystytä tunnistamaan haastateltavien henkilöllisyyttä. Nauhoitettua aineistoa säilytettiin ainoastaan opinnäytetyön tekijöiden tietokoneilla, eikä tutkimuksesta saatua tietoa luovutettu missään vaiheessa ulkopuolisille tai käytetty muihin tarkoituksiin, kuin tähän tutkimukseen. Tutkimusta varten nauhoitettu ja litteroitu aineisto tuhotaan asianmukaisesti tutkimuksen valmistuttua.

7.4 Ammatillinen kasvu

Opinnäytetyön tekeminen oli opettavainen kokemus tekijöiden ammatillista kasvua ajatellen. Kummallakaan tutkijoista ei ollut aiempaa kokemusta saman laajuisen kirjallisen raportin tai tutkimuksen tekemisestä. Tekijöillä oli keskenään sovittu työnjako, jonka mukaan edettiin yksi osa-alue kerrallaan. Molemmilla tekijöistä oli yhteisesti tunnistetut vahvuusalueet, joiden perusteella työnjako tehtiin. Tutkijat kommunikoivat jatkuvasti keskenään ja antoivat toisilleen palautetta ja kehitysideita tekeillä olleista työn osioista. Olosuhteiden pakosta pääasiallinen työskentelymuoto oli etäyhteys, joka kuitenkin koettiin hyvin toimivaksi työskentelytavaksi.

Haasteita aiheutti heti työn alkuvaiheessa epäselvyydet aiheen rajauksen suhteen aihekuvausta laatiessa. Tutkimussuunnitelma päivitettiin useaan otteeseen ennen sen lopullista hyväksyntää. Vuoropuhelua käytiin toistuvasti sähköpostitse ja videoetäyhteydellä ohjaavan opettajan sekä tilaajatahon välillä selvittääksemme aiheen rajaamiseen, työn sisältöön sekä tekniseen toteutukseen liittyviä kysymyksiä. Työn oli alun perin tarkoitus valmistua useita kuukausia aiemmin, mutta muut päällekkäiset opinnot ja niiden ohessa tehdyt työt yllättivät tekijät. Aikataulua jouduttiin muuttamaan ja asetettua taka-aikarajaa siirtämään useaan otteeseen. COVID19 -pandemia ei viimekädessä vaikuttanut työn tekemiseen merkittävästi, sillä alkuperäisestä suunnitelmasta poiketen haastattelu pystyttiin toteuttamaan Julkulan sairaalan tiloissa ryhmähaastatteluna. Tutkimusta varten toivottu vähimmäismäärä haastateltavia täyttyi haasteista huolimatta. Älylääkekärrystä ei löytynyt juurikaan luotettavaa tutkimusmateriaalia suomen- tai englannin kielellä, joka hankaloitti johtopäätösten peilaamista taustatietoon.

Opinnäytetyön tekeminen lisäsi tekijöiden ymmärrystä psykiatrisen sairaanhoitajan lääkehoidon osaamisesta ja toteuttamisesta, lääkehoitoprosessista, modernista sairaalateknologiasta, potilaan

hoitoon sitoutumisesta, potilaan osallistumisesta lääkehoidon suunnitteluun sekä somaattisen ja psykiatrisen hoitotyön toimintamallien yhtenäistämistä. Tämän lisäksi työn teko opetti tekijöitä laajan kirjallisen raportin ja kehittämistyön / tutkimuksen tekoprosessista, josta voi olla hyötyä mahdollisia jatko-opintoja suorittaessa.

8 JATKOTUTKIMUSAIHEET

Tuotettua tutkimustietoa voidaan hyödyntää psykiatriseen lääkehoitoon liittyvässä kehitystyössä. Psykiatriatalon valmistuttua voidaan toteuttaa jatkotutkimus, jossa selvitetään käyttöönotettujen uusien toimintamallien toteutumista käytännössä. Tätä työtä voidaan käyttää apuna suunniteltaessa Psykiatriatalon lääkehoidon toteutusta.

Tulevaisuudessa olisi mahdollista haastatella myös muiden suomalaisten psykiatrista osastohoitoa toteuttavien tahojen henkilökuntaa vastaavien teemojen pohjalta ja verrata tuloksia tämän opinnäytetyön johtopäätöksiin. Useasta vastaavanlaisesta tutkimuksesta kootut johtopäätökset voitaisiin yhdistää katsaukseksi, jossa todetaan yhtäläisyydet ja eroavaisuudet eri psykiatrista osastohoitoa toteuttavien tahojen asenteissa, toiveissa ja peloissa sekä valmiuksissa toteuttaa lääkehoitoa uusien toimintamallien mukaisesti.

LÄHTEET

- ANGELL, Beth. BOLDEN, Galina, HEPBURN, Alexa 2019. How clients solicit medication changes in psychiatry [verkkojulkaisu]. *Sociol Health Illn.* 2019; 41(2): 411–426. [Viitattu: 2020-10-26.] Saatavissa: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov.ezproxy.savonia.fi/pmc/articles/PMC6359956/>
- DE BOER, Monica, KREDIET, C.T. Paul, MAASKANT, Jolanda M, NIEVEEN VAN DIJKUM, Els J.M, SMELERS, Marian, VERMEULEN, Hester, VERWAIJ, Lotte 2015. Quality Indicators for Safe Medication Preparation and Administration: A Systematic Review [verkkojulkaisu]. *PLoS One.* 2015; 10(4). [Viitattu 2020-11-01]. Saatavissa: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4401721/?fbclid=IwAR3ICM-Qp-UI6G3-GLcBcKO2VkwBvcVDt9hrGo6S17rk0Llf17BI2sEx6DU>
- ELKADY, Tarek. REES, Angie. KHALIFA, Mohamed 2019. Nurses Acceptance of Automated Medication Dispensin Cabinets [verkkojulkaisu]. *Stud Health Technol Inform.* 2019; 4(262):47–50. [Viitattu:2019-11-17.] Saatavissa: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/31349262>
- ERONEN, Anna-Kaisa 2016. Potilasvahinkona korvatut lääkityspoikkeamat potilasvakuutuskeskuksen aineistoista 2013–2014 [Pro gradu]. Helsingin yliopisto. Farmasian tiedekunta. [Viitattu 2021-04-02.] Saatavissa: https://helda.helsinki.fi/bitstream/handle/10138/161056/2016_Eronen.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- FIMEA 2009. Luettelot pkv-lääkevalmisteista sekä huumausaineita ja psykotrooppisia aineita sisältävistä lääkevalmisteista [verkkodokumentti]. Lääkealan turvallisuus- ja kehittämiskeskus [Viitattu 2021-04-02.] Saatavissa: https://www.fimea.fi/documents/160140/762468/16975_PKV_ ja_huumausaineet_FINAL_050609.pdf/b9651219-cd45-431d-bafe-bf38d8b47934
- FIMEA 2012. Lääkealan turvallisuus- ja kehittämiskeskuksen määräys: Sairaala-apteekin ja lääkekeskuksen toiminta 6/2012 [verkkodokumentti]. Lääkealan turvallisuus- ja kehittämiskeskus [Viitattu 2021-02-02.] Saatavissa: https://www.fimea.fi/documents/160140/764653/22690_Maarays_6_2012.pdf
- GRANDELL-NIEMI, Heidi, HUPLI, Maija, LEINO-KILPI, HELANA ja PUUKKA, Paula 2006. Finnish nurses' and nursing students' mathematical skills [verkkojulkaisu]. *Nurse Education Today* 26(2), 151–161. [Viitattu 2021-04-02.] Saatavissa: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16216391/j>
- HIRSJÄRVI, SIRKKA ja HURME, Helena 2000. Tutkimushaastattelu: Teemahaastattelun teoria ja käytäntö. Helsinki: Yliopistopaino, 2000, 63, 185, 194. [Viitattu 2021-02-17.]
- HOTUS 2021. Hoitotyöntekijän näyttöön perustuva päätöksenteko [verkkojulkaisu]. Hoitotyön tutkimussäätiö [Viitattu 2021-04-07.] Saatavissa: <https://www.hotus.fi/hoitotyontekijan-nayttoon-perustuva-paatoksenteko/>
- HUTTUNEN, Matti 2008. Psykykenlääkeopas. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.
- HUTTUNEN, Matti 2017. Ahdistuneisuushäiriöissä käytettävät lääkkeet [online- tietokanta]. Kustannus Oy Duodecim. [Viitattu 2020-08-11.] Saatavissa: <https://www.terveyskirjasto.fi/lam00059>
- HUTTUNEN, Matti 2018. Psykykenlääkkeet [online-tietokanta]. Kustannus Oy Duodecim. [Viitattu 2020-08-11.] Saatavissa: <https://www.terveyskirjasto.fi/dlk00412>
- HÄRKÄNEN, Marja, SAANO, Susanna, VEHVILÄINEN-JULKUNEN, Katri 2018. Lääkehoidon vaaratahtumat ja niihin vaikuttavat tekijät – katsaus lääkehoidon turvallisuutta arvioineen projektin tuloksiin [verkkodokumentti]. *Farmaseuttinen aikakauskirja* 35 (3) 242–259. Suomen Farmasialiitto ry. [Viitattu 2020-07-12.] Saatavissa: https://dosis.fi/wp-content/uploads/2019/09/Dosis_3-2019_Harakanen.pdf

IKÄHEIMO, Ritva, UUSITALO, MARJO, KALLIO, Miia, VUOKKO, Riikka ja PALOJOKI, Sari 2020. Katkeamaton lääkehoito. Työryhmämuistio toimintamalleista sairaalassa. Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 2020:23 [Verkkodokumentti.] Sosiaali- ja terveysministeriö 2020, Helsinki. [Viitattu 2021-02-07.] Saatavissa: https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/162300/STM_2020_23.pdf?sequence=1&isAllowed=y

INKINEN, Ritva, VOLMANEN, Petri ja HAKOINEN, Suvi (toim.) 2016. Turvallinen lääkehoito. Opas lääkehoitosuunnitelman tekemiseen sosiaali- ja terveydenhuollossa [verkkodokumentti]. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Tampere. [Viitattu: 2021-02-02.] Saatavissa: <https://www.julkari.fi/handle/10024/129969>

KALLIOKOSKI, Annikka, VOIPIO Tinna ja RUOKONIEMI, Päivi 2016. Psykenlääkkeiden käyttö on muuttunut 2000-luvulla [verkkolehti]. Sic! Lääketietoa Fimeasta. [Viitattu 2020-11-03.] Saatavissa: https://sic.fimea.fi/arkisto/2016/2_2016/psykyke-ja-laake/psykenlaakkeiden-kaytto-on-muuttunut-2000-luvulla

KATAJA, Minna 2015. Hyöty irti roboteista ja tekoälystä [verkkajulkaisu]. [Viitattu:2019-11-17.] Saatavissa: <https://sairaanhoitajat.fi/2015/hyoty-irti-roboteista-ja-tekoalysta/>

KEMPPAINEN, Emilia 2018. Älylääkekaapeista turvaa niin potilaille kuin henkilökunnalle [verkkolehti]. Sick! Lääketietoa Fimeasta. [Viitattu:2019-11-17.] Saatavissa: https://sic.fimea.fi/verkkolehdet/2018/3_2018/vain-verkossa/alylaakekaapeista-turvaa-niin-potilaille-kuin-henkilokunnalle

KOPONEN, Hannu 2016. Pitkävaikutteinen injektio lääke helpottaa psykoosipotilaan hoitoon sitoutumista [verkkolehti]. Sic! Lääketietoa Fimeasta. [Viitattu 2021-04-07.] Saatavissa: https://sic.fimea.fi/arkisto/2016/2_2016/vain-verkossa/pitkavaikutteinen-injektio-laake-helpottaa-psykoosipotilaan-hoitoon-sitoutumista

LAKI POTILAAN ASEMASTA JA OIKEUKSISTA. L 1992/785. Finlex. Lainsäädäntö. [Viitattu 2020-11-02.] Saatavissa: <https://finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1992/19920785>

LAKI TERVEYDENHUOLLON AMMATTIHENKILÖISTÄ. L 1994/559. Finlex. Lainsäädäntö. [Viitattu 2020-11-03.] Saatavissa: <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1994/19940559>

LAUKKANEN, Emilia ja RUOKONIEMI, Päivi (toim.) 2021. Turvallinen lääkehoito, Opas lääkehoitosuunnitelman laatimiseen [verkkodokumentti]. Sosiaali- ja terveysministeriö. [viitattu 2021-04-01.] Saatavissa: https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/162847/STM_2021_6.pdf?sequence=3&isAllowed=y

LEIJALA, Juhani, HIETALA, Elina ja KAMPMAN, Olli 2019. Sairaudentunnon ja hoitoon sitoutumisen merkitys skitsofrenian hoidossa [tieteellinen verkkajulkaisu]. Aikakauskirja Duodecim. [Viitattu 2021-02-19.] Saatavissa: <https://www.duodecimlehti.fi/duo15197>

LUOKKAMÄKI, SANNA 2015. Sairaanhoitajien lääkehoidon osaaminen [pro-gradu]. Itä-Suomen yliopisto. Hoitotiede. [Viitattu 2021-01-22.] Saatavissa: <https://core.ac.uk/download/pdf/32428308.pdf>

LÄÄKELAKI. L 395/1987. Finlex. Lainsäädäntö. [Viitattu 2021-02-17.] Saatavissa: <https://finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1987/19870395>

LÄÄKEPOLITIIKKA 2020: Kohti tehokasta, turvallista, tarkoituksenmukaista ja taloudellista lääkkeiden käyttöä [verkkodokumentti]. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö, 2011. Sosiaali- ja terveysministeriö. [Viitattu 2021-11-03.] Saatavissa: <https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/71829/URN:NBN:fi-fe201504226219.pdf?sequence=1>

LÖNNQVIST, Jouko ja LEHTONEN, Johannes 2014. Psykiatria ja mielenterveyden häiriöt. Julkaisussa: J. Lönnqvist, M. Marttunen, M. Henriksson & T. Partonen (toim.) Psykiatria [online]. Helsinki:

- Kustannus Oy Duodecim, 2014. [Viitattu 2020-08-11]. Saatavilla: <https://www.oppi-portti.fi/op/opk04497>
- MCCARTHY, Bryan ja FERKER, Michael 2016. Implementation and optimization of automated dispensing cabinet technology [verkkojulkaisu.] Am J Health Syst Pharm. 2016 1;73(19):1531–6. [Viitattu 2020-10-26.] Saatavissa: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27646814/>
- MEDANETS.COM 2021a. [Viitattu 2021-04-02.] Saatavissa: <https://medanets.com/fi/>
- MEDANETS.COM 2021b. Medanets & Länsi-Götanmaa. [Viitattu 2021-04-02.] Saatavissa: <https://medanets.com/fi/>
- METSÄLÄ, Eija ja VAHERKOSKI, Ulla 2013. Medication errors in elderly acute care – a systematic review. Scandinavian Journal of Caring Sciences 28(1), 12–28. [Viitattu 2021-04-02.] Saatavissa: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/scs.12034>
- MIELENTERVEYSTALO.FI 2020a. Lääkehoito [verkkojulkaisu]. [Viitattu 2020-08-11.] Saatavissa: https://www.mielenterveystalo.fi/aikuiset/itsehoito-ja-oppaat/oppaat/tietoa_ikaihmissen_mielenterveydesta/mista_apua/Pages/laakehoito.aspx#unilaakkeet
- MIELENTERVEYSTALO.FI 2020b. Tietoa sairaalahoidosta [verkkojulkaisu]. [Viitattu 2020-10-26.] Saatavissa: https://www.mielenterveystalo.fi/aikuiset/itsehoito-ja-oppaat/oppaat/omaiset/Pages/tietoa_sairalahoidosta.aspx#potilaan_oikeudet
- OKSANEN, Jorma 2015. Lääkehoitoon sitoutumisen tukeminen psykiatriassa [tieteellinen verkkojulkaisu]. Aikakausikirja Duodecim. [Viitattu 2020-11-02.] Saatavissa: <https://www.duodecim-lehti.fi/duo12385>
- OUTINEN, Maarit. Potilas- Ja Lääkehoidon Turvallisuussanasto [verkkojulkaisu]. Helsinki: Stakes: Lääkehoidon kehittämiskeskus Rohto, 2006. [Viitattu 2020-11-02.] Saatavissa: <https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/75835/T28-2006-VERKKO.pdf?sequence=1>
- PSYKIATRIATALON OHJAUSRYHMÄ 2020. Hankesuunnitelma KYS Psykiatriatalo [verkkodokumentti]. Pohjois-Savon Sairaanhoidopiiri. [Viitattu 2020-11-02.] Saatavissa: <http://publish.psshp.fi/koukous/2020387540-14-1.PDF>
- SAANO, Susanna ja TAAM-UKKONEN, Minna 2013. Lääkehoidon käsikirja. Helsinki: Sanoma Pro Oy. [Viitattu 2021-04-01.]
- SAANO, Susanna ja TAAM-UKKONEN, Minna 2020. Lääkehoidon käsikirja. 9. uudistettu painos. Helsinki: Sanoma Pro Oy, 2020. [Viitattu 2021-04-01.]
- SAARANEN-KAUPPINEN, Anita ja PUUSNIEKKA, Anna 2009. KvaliMOTV - Menetelmäopetuksen tietovaranto [verkkodokumentti]. Tampere: Yhteiskuntatieteellinen tietoaarkisto [ylläpitäjä ja tuottaja]. [Viitattu 2020-08-12.] Saatavissa: https://cdn.fsbx.com/v/t59.2708-21/11196083_10153594168337328_611672942_n.pdf/kvalimotv.pdf?_nc_cat=110&ccb=1-3&_nc_sid=0cab14&_nc_ohc=L1DRQbSJnBwAX-iz3Dz&_nc_ht=cdn.fsbx.com&oh=55c8189ef196205ee3534310060af6a5&oe=6068C0EA&dl=1
- SAARANEN-KAUPPINEN, Anita ja PUUSNIEKKA, Anna 2006a. KvaliMOTV - Menetelmäopetuksen tietovaranto [verkkojulkaisu]. Tampere: Yhteiskuntatieteellinen tietoaarkisto [ylläpitäjä ja tuottaja]. [Viitattu 2020-08-12.] Saatavissa: https://www.fsd.tuni.fi/menetelmaopetus/kvali/L1_2.html
- SAARANEN-KAUPPINEN, Anita ja PUUSNIEKKA, Anna 2006b. KvaliMOTV - Menetelmäopetuksen tietovaranto [verkkojulkaisu]. Tampere: Yhteiskuntatieteellinen tietoaarkisto [ylläpitäjä ja tuottaja]. [Viitattu 2021-03-12]. Saatavissa: https://www.fsd.tuni.fi/menetelmaopetus/kvali/L6_3_2.html

- SAARANEN-KAUPPINEN, Anita ja PUUSNIEKKA, Anna 2006c. KvaliMOTV - Menetelmäopetuksen tietovaranto [verkkajulkaisu]. Tampere: Yhteiskuntatieteellinen tietoaarkisto [ylläpitäjä ja tuottaja]. [Viitattu 2021-03-12.] Saatavissa: https://www.fsd.tuni.fi/menetelmaopetus/kvali/L2_3_2_3.html
- SAARANEN-KAUPPINEN, Anita ja PUUSNIEKKA, Anna 2006d. KvaliMOTV - Menetelmäopetuksen tietovaranto [verkkajulkaisu]. Tampere: Yhteiskuntatieteellinen tietoaarkisto [ylläpitäjä ja tuottaja]. [Viitattu 2020-08-12.] Saatavissa: https://www.fsd.tuni.fi/menetelmaopetus/kvali/L3_3_1.html.
- SAIRAANHOITAJAT.FI. Opiskele sairaanhoitajaksi. [Viitattu 2020-11-02.] Saatavissa: <https://sairaanhoitajat.fi/ammatti-ja-osaaminen/opiskele-sairaanhoitajaksi/>
- SCHEPEL, Lotta ja KUITUNEN, Sini 2020. Lääketurvallisuus sairaalassa [tieteellinen verkkajulkaisu]. Aikakausikirja Duodecim. [Viitattu 2021-02-15.] Saatavissa: <https://www.duodecimlehti.fi/duo15348>
- SNECK, Sami, SAARNIO, Reetta, ISOLA, Arja 2013. Sairaanhoitajien arvio omasta laskimonsisäisen neste- ja lääkehoidon osaamisestaan ja osaamisen varmistamisesta. Hoitotiede 25 (4), 253–265.
- SNECK, Sami 2016. Sairaanhoitajien lääkehoidon osaaminen ja osaamisen varmistaminen [väitöskirja]. Oulun yliopisto. Lääketieteellinen tiedekunta. [Viitattu 2021-02-15.] Saatavissa: <http://jultika.oulu.fi/files/isbn9789526210667.pdf>
- SULOSAARI, Virpi, SUHONEN, Virpi ja LEINO-KILPI, Helena 2011. An integrative review of the literature on registered nurses' medication competence [verkkolehti]. Journal of Clinical Nursing 2011;20(3–4) 20 (3/4), 464–478. [Viitattu 2021-01-26.] Saatavissa: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20738454/>
- SOSIAALI- JA TERVEYSMINISTERIÖN ASETUS LÄÄKKEEN MÄÄRÄÄMISESTÄ. L 1088/2011. Finlex. Lainsäädäntö. [Viitattu 2020-12-02.] Saatavissa: <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2010/20101088>
- SOSIAALI- JA TERVEYSMINISTERIÖN ASETUS POTILASASIAKIRJOISTA. L 298/2009. Finlex. Lainsäädäntö. [Viitattu 2020-12-10.] Saatavissa: <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2009/20090298>
- SOSIAALI- JA TERVEYSMINISTERIÖN ASETUS TERVEYDENHUOLLON HENKILÖSTÖN TÄYDENNYSKOULUTUKSESTA. L 2003/1194. Finlex. Lainsäädäntö. [Viitattu 2021-04-01.] Saatavissa: <https://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2003/20031194>
- SOSIAALI- JA TERVEYSMINISTERIÖ 2021. Lääkehoito ja lääkehuolto [verkkajulkaisu]. [Viitattu 2021-04-02.] Saatavissa: <https://stm.fi/laakehoito>
- TAYS.FI 2021. Kaksisuuntaisen mielialahäiriön hoidossa käytettävät lääkkeet [verkkajulkaisu]. Tampereen yliopistollinen sairaala. [Viitattu 2021-04-07.] Saatavissa: [https://www.tays.fi/fi-FI/Ohjeet/Potilasohjeet/Psykiatria/Kaksisuuntaisen_mielialahairion_hoidossa\(36767\)](https://www.tays.fi/fi-FI/Ohjeet/Potilasohjeet/Psykiatria/Kaksisuuntaisen_mielialahairion_hoidossa(36767))
- TERVEYDENHUOLTOLAKI. L 2010/1326. Finlex. Lainsäädäntö. [Viitattu 2021-04-01.] Saatavissa: <https://www.finlex.fi/fi/laki/smur/2010/20101326>
- TERVEYSALAN AMMATTIKORKEAKOULUTUS 2005- TYÖRYHMÄ 2006. Ammattikorkeakoulusta terveydenhuoltoon: Koulutuksesta valmistuvien ammatillinen osaaminen, keskeiset opinnot ja vähimmäisopinnot [verkkodokumentti]. Helsinki: Opetusministeriö, 2006. [Viitattu 2021-03-01.] Saatavissa: <https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/80112/tr24.pdf>
- THL.FI 2021. Katkeamaton lääkehoitoprosessi [verkkajulkaisu]. [Viitattu 2021-12-03.] Saatavissa: <https://thl.fi/fi/tutkimus-ja-kehittaminen/tutkimukset-ja-hankkeet/hyvinvoinnin-tekoaly-ja-robotiikka-ohjelma-hyteairo-/katkeamaton-laakehoitoprosessi>
- TUOMI, Heidi 2014. Sairaanhoitajaopiskelijoiden Lääkelaskentataidot [pro gradu]. Itä-Suomen yliopisto. Hoitotieteen laitos, Terveystieteiden tiedekunta. [Viitattu 2021-04-02.] Saatavissa:

https://erepo.uef.fi/bitstream/handle/123456789/14105/urn_nbn_fi_uef-20141122.pdf?sequence=1&isAllowed=y

TUOMI, Jouni, SARAJÄRVI, Anneli 2009. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Helsinki: Tammi, 2009, 135–139.

VALTIONEUVOSTON ASETUS HUUMAUSAINOIDEN VALVONNASTA. L 2008/548. Finlex. Lainsäädäntö. [Viitattu 2021-04-01.] Saatavissa: <https://finlex.fi/fi/laki/alkup/2008/20080548>

VALVIRA 2021. Lääkehoidon toteuttaminen [verkojulkaisu]. Sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontavirasto. [Viitattu 2021-03-11.] Saatavissa: <https://www.valvira.fi/terveydenhuolto/hyva-ammattiharjoittaminen/laakehoidon-toteuttaminen>

VERÄJÄNKORVA, Oili 2003. Sairaanhoidajien lääkehoitotaidot: Lääkehoitotaitojen arviointimittarin ja täydennyskoulutusmallin Kehittäminen [Väitöskirja]. Turku: Turun yliopisto, 2003. [Viitattu 2021-03-01.]

WHO 2017. Medication Without Harm - Global Patient Safety Challenge on Medication Safety [verkkodokumentti]. Geneva: World Health Organization. [Viitattu 2021-02-17.] Saatavissa: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/255263/WHO-HIS-SDS-2017.6-eng.id=23E3E58293025B546A38236B7882AFC7?sequence=1>

WHO 2007. Patient Identification. Patient Safety Solutions, 1, Solution 2 [verkkodokumentti]. [Viitattu 2021-02-17.] Saatavissa: <https://www.who.int/patientsafety/solutions/patientsafety/PS-Solution2.pdf>

LIITE 1: SAATEKIRJE

Hei!

Olemme 4. vuoden sairaanhoitajaopiskelijoita Savonia-ammattikorkeakoulusta. Teemme opinnäytetyötä, jonka aiheena on "**Lääkehoitoprosessin kehittäminen psykiatrisessa hoitotyössä**".

Opinnäytetyönä toteuttavan kehittämistyön tavoite on lääkehoidon menetelmien kehittäminen psykiatrisessa hoitotyössä. Kehittämistyön tarkoitus on tehdä kyselytutkimus Julkulan psykiatristen osastojen hoitajille psykiatrisen potilaan lääkehoidon toteutuksen nykytilasta sekä tulevaisuuden muutoksista, joita uusi Psykiatriatalo tuo mukanaan. Opinnäytetyön tilaaja on Kuopion yliopistollinen sairaala ja työ on osa Psykiatriatalo -projektia.

Tutkimus olisi ensisijaisesti tarkoitus toteuttaa Julkulan sairaalan tiloissa ryhmähaastatteluna, jos se sopii aikatauluihinne. Haastattelut on myös mahdollista toteuttaa yksilöhaastatteluina. Toivoisimme pystyvämme haastattelemaan 6-8 hoitajaa. Haastattelut nauhoitetaan, puretaan tekstimuotoon ja analysoidaan sisällönanalyysi -menetelmää käyttäen.

Haastattelusta syntyvä tieto käsitellään luottamuksellisesti ja haastateltavien henkilöllisyyttä ei pysty tunnistamaan raportoiduista tuloksista. Osallistuminen tutkimukseen on vapaaehtoista ja nauhoitteet hävitetään tutkimuksen valmistuttua.

Opinnäytetyön ohjaajana toimii lehtori [Etunimi Sukunimi].

Mikäli olette halukas osallistumaan tutkimukseen ja tarvitsette lisätietoja, olettehan meihin yhteydessä joko puhelimitse tai sähköpostitse haastatteluajankohdan sopimista varten. Haastateltavat saavat tutkimuskysymykset etukäteen pohdiskeltaviksi.

Ystävällisin terveisin, Jasmin Kokko & Pekka Laitinen

LIITE 2: SISÄLLÖNANALYYSI – TAULUKKO 1

TAULUKKO 1. Potilaan lääkehoitoon osallistuminen & osallistumisen kehittäminen

Tutkimuskysymys: ”Miten potilas osallistuu tällä hetkellä omaan lääkehoitoonsa?”, ”Miten kehittäisit potilaan lääkehoitoon osallistumista?”

<ul style="list-style-type: none"> • Potilaiden huono sitoutuminen lääkehoitoonsa osastojakson päätyttyä • Potilaita ei vastuuteta riittävästi omasta lääkehoidostaan huolehtimiseen • Lääkeinjektioihin liittyvä stigma • Päihdetaustaiset potilaat • Pitkäaikaisesti jatkunut lääkitys ilman olennaisia muutoksia voinnissa (erityisesti masentuneet ja depressiiviset potilaat) 	<ul style="list-style-type: none"> • Pitkävaikutteiset lääkeinjektiot (Tarvittaessa kotihoidon palveluna?) • Lääkekellot • Omahoitajasuhde
---	---

Alaluokka

Haasteet	Ratkaisut / kehittämissuhteet
----------	-------------------------------

Pääloukka

Potilaan lääkehoitoon osallistuminen & osallistumisen kehittäminen
--

LIITE 3: SISÄLLÖNANALYYSI – TAULUKKO 2

TAULUKKO 2. Näkemykset uusista toimintamalleista

Tutkimuskysymys: ”Minkälaisia ajatuksia teillä on liittyen lääkehoidon muutoksiin uuden Psykiatriatalon myötä? (Medanets -mobiilisovellus ja älylääkekärry lääkehoidon toteutuksessa)”

<ul style="list-style-type: none"> • Tekniset ongelmat • Lääkkeenjakoan kuluva aika lisääntyisi huonekiertomallissa -> syö hoitajaresursseja • Potilaan vastuuttaminen omasta lääkehoidostaan vähenisi huonekiertomallin myötä 	<ul style="list-style-type: none"> • Medanets -sovelluksen kehittäminen ja teknisten ongelmien korjaaminen yleisesti • Älylääkekärryjen tarpeen ja käytännöllisyyden uudelleenarviointi psykiatrisessa osastohoidossa
--	---

Alaluokka

Haasteet	Ratkaisut / kehittämissuositukset
----------	-----------------------------------

Pääloukka

Näkemykset uusista toimintamalleista
