

Saijamari Hirvonen & Teija Kärkkäinen

**OPAS PSYKOOSILÄÄKKEIDEN
LIHAKSENSISÄISESTÄ
PISTÄMISESTÄ
ESPERI HOITOKOTI VALKAMAN
HOITOHENKILÖKUNNALLE**

Opinnäytetyö

Sosiaali- ja terveystieteiden ammattikorkeakoulututkinto

Sairaanhoitajakoulutus

2023



**Kaakkois-Suomen
ammattikorkeakoulu**

Tutkintonimike	Sairaanhoitaja (AMK)
Tekijä/Tekijät	Saijamari Hirvonen ja Teija Kärkkäinen
Työn nimi	Opas psykoosilääkkeiden lihaksensisäisestä pistämisestä Esperi Hoitokoti Valkaman hoitohenkilökunnalle
Toimeksiantaja	Esperi Hoitokoti Valkama
Vuosi	2023
Sivut	70 sivua, liitteitä 10 sivua
Työn ohjaaja(t)	Niina Luukkonen ja Sari Pölönen

TIIVISTELMÄ

Skitsofrenia on yksi yleisimmistä vakavista mielenterveyden häiriöistä, joka hoitamattomana johtaa ennenaikaiseen kuolemaan. Sairauden hoidossa korostuvat psykososiaaliset menetelmät sekä jatkuva psykoosilääkehoito. Lihaksensisäisesti toteutettavalla lääkehoidolla on tutkitusti saavutettu parempi hoitomyönteisyys ja -sitoutuvuus verrattuna suun kautta otettaviin psykoosilääkkeisiin.

Opinnäytetyön tarkoituksena oli tuottaa opas psykoosilääkkeiden lihaksensisäisestä pistämisestä Esperi Hoitokoti Valkaman hoitohenkilökunnalle. Oppaan tavoitteena oli lisätä Esperi Hoitokoti Valkaman hoitohenkilökunnan asiakas- ja työturvallisuutta lihaksensisäisessä pistämisessä.

Opinnäytetyö toteutettiin viisivaiheisena tuotekehitysprosessina. Prosessi käynnistyi kehittämistarpeen tunnistamisella yhteistyössä toimeksiantajan kanssa. Tarve lääkehoidon turvallisuuden kehittämiseen ilmeni nopeasti, koska yksikössä oli todettu haasteita lihaksensisäisessä pistämisessä. Ideointivaiheessa aihe täsmentyi ja ajatus tuotettavasta lääkehoidon oppaasta alkoi hahmottua. Luonnosteluvaiheeseen kuuluivat teoreettisen viitekehyksen luominen, tuotteen sisällön rajaus sekä oppaan visuaalisen ulkoasun suunnittelu. Opasluonnoksen valmistuttua seurasi kehittelyvaihe, jossa luonnos lähetettiin esitestaukseen toimeksiantajan hoitohenkilökunnalle. Luonnosta testattiin palautekyselyllä, josta saatujen vastausten perustella tuote viimeisteltiin. Palautekyselystä saatujen vastausten perusteella oppaan koettiin tukevan turvallisen lääkehoidon edistämistä Esperi Hoitokoti Valkamassa.

Valmis tuote käyttö- ja muokkaus-oikeuksineen on luovutettu toimeksiantajan käyttöön. Oppaan sisältö suunniteltiin vastaamaan toimeksiantajan tarvetta, ja siinä käsitellään lihaksensisäisen pistämisen lisäksi, skitsofreniaa sekä pitkävaikutteisten lihaksensisäisten psykoosilääkkeiden vaikutusmekanismeja ja erityispiirteitä.

Opinnäytetyöprosessin edetessä jatkokehitysideoiksi muodostuivat muun muassa lihaksensisäisen pistämisen kliininen, ohjattu harjoittelu sekä tuotteen jatkokehittely verkko-oppimateriaaliksi.

Asiasanat: skitsofrenia, lihaksensisäinen pistäminen, pitkävaikutteiset psykoosilääkkeet, turvallisuus, opas

Degree title	Bachelor of Health Care
Author (authors)	Saijamari Hirvonen and Teija Kärkkäinen
Thesis title	Intramuscularly antipsychotic drugs: Guide for the nursing staff off Esperi Nursing Home Valkama
Commissioned by	Esperi nursing home Valkama
Time	2023
Pages	70 pages, 10 pages of appendices
Supervisor	Niina Luukkonen and Sari Pölönen

ABSTRACT

Schizophrenia is one of the most common and serious mental disorder. Without treatment, disease leads to premature death. Psychosocial methods and permanent antipsychotic treatments are emphasized in the treatment of the disease. Studies have showed that intramuscular drug treatment achieves a better commitment and attitude for the treatment than oral antipsychotics.

The purpose of the thesis was to produce a guide of intramuscular injection of antipsychotic drugs for the nursing staff of Esperi Nursing Home Valkama. The aim of the guide was to increase the Esperi Nursing home Valkama customer and work safety of intramuscular injection treatment.

The thesis was implemented as a five-stage product development process. The process was started with the identification of the need for development in cooperation with the employer. The unit had identified challenges in intramuscular injection treatment, so the need to develop the safety of drug treatment became clear quickly. During the ideation phase, the topic was specified and the idea of a medication guide that was wanted to be produced, began to shape. Sketching phase included creating a theoretical framework, defining the content of the product and designing the visual appearance of the guide. After completing the draft of the guide, began the development phase. The draft was sent for pre-testing to the nursing staff of the ordering unit. A feedback survey was created to develop the product. The product was finished by using answers from the feedback. According to the feedback received, the guide was considered to support the implementation of safe drug treatment at Esperi Nursing Home Valkama. The finished product with usage and editing rights was handed over for the commissioner.

The content of the guide was designed to serve the need of the commissioner and it deals with intramuscular injection, schizophrenia together with the mechanisms of action and peculiarities of long-acting intramuscular antipsychotic drugs. When the thesis process progressed, ideas for further development were found. These ideas were, for example clinical, guided training of intramuscular injection and the further development of the product as an online learning material.

Keywords: schizophrenia, intramuscular injection, long-acting antipsychotics, safety, guide

SISÄLLYS

1	JOHDANTO	6
2	ESPERI HOITOKOTI VALKAMA	7
3	MIELENTERVEYDEN HÄIRIÖT JA LIHAKSENSISÄISESTI PISTETTÄVÄT PSYKOOSILÄÄKKEET	8
3.1	Skitsofrenia	10
3.2	Pitkävaikutteiset psykoosilääkkeet	15
3.3	Yleisimpiä pitkävaikutteisia lihakseen pistettäviä psykoosilääkkeitä	17
4	TURVALLINEN LIHAKSENSISÄINEN PISTÄMINEN	20
4.1	Pistopaikan valinta ja paikantaminen	21
4.2	Lääkeaineen pistäminen lihaksensisäisesti	27
5	OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS JA TAVOITE	36
6	HYVÄN OPPAAN KRITEERIT	36
7	TUOTEKEHITYSPROSESSI	38
7.1	Kehittämistarpeen tunnistaminen	38
7.2	Ideavaihe	39
7.3	Luonnosteluvaihe	42
7.4	Kehittelyvaihe	43
7.5	Viimeistelyvaihe	48
8	POHDINTA	48
8.1	Valmiin tuotteen tarkastelu	49
8.2	Oman opinnäytetyöprosessin tarkastelu	50
8.3	Eettisyys ja luotettavuus	51
8.4	Hyödynnettävyys ja jatkokehitysehdotukset	54
	LÄHTEET	55

LIITTEET

- Liite 1. Tiedonhakutaulukko
- Liite 2. Kirjallisuuskatsaustaulukko
- Liite 3. Pitkävaikutteiset psykoosilääkkeet
- Liite 4. Lihaksensisäinen pistäminen
- Liite 5. Saatekirje
- Liite 6. Palautekyselylomake

1 JOHDANTO

Turvallisen lääkehoidon toteuttaminen on sairaanhoitajan keskeisimpiä osaamisalueita. Sairaanhoitajat voivat toteuttaa lääkehoitoa laajasti koulutukseensa perustuen ja koulutusta laajemmin erillisillä luvilla esimerkiksi verensiirroissa ja rokottamisessa. Lähihoitajakoulutuksen saaneet toteuttavat lääkehoitoa käyttäen luonnollista antoreittiä. Lisäkoulutuksella lähihoitajat saavat myös antaa injektioita eli pistoksia ihon alle (s.c.) ja lihakseen (i.m.). Lääkehoitoa toteutetaan vastuulääkärin hyväksymän yksikkökohtaisen lääkehoitosuunnitelman mukaisesti. (AVI 2023.)

Tämä opinnäytetyö käsittelee vakavaa mielenterveyden häiriötä skitsofreniaa (diagnoosi ICD-10) ja sen lääkehoitoa. Työn sisältö painottuu lihaksensisäisellä pistoksella annettavaan psykoosilääkehoitoon ja pistämisen turvalliseen toteuttamistapaan aikuisilla skitsofreniapotilailla. Maailmanlaajuisesti skitsofreniaan sairastuu vuosittain noin 15 henkilöä 100 000 asukasta kohden. Suomessa skitsofreniaa sairastavia on 55 000–65 000. (Skitsofrenia 2022.) Sairausras on miehillä hieman naisia yleisempää. Skitsofrenia voi puhjeta milloin tahansa, mutta useimmiten miehet sairastuvat 20–28 vuoden iässä ja naiset hieman tätä vanhempina. (Rovasalo 2021.)

Skitsofrenian hoidossa korostuvat oikeanlaisen ja oikea-aikaisen lääkehoidon merkitys ja seuranta. Lääkehoito aloitetaan usein suun kautta otettavilla psykoosilääkkeillä. Niiden teho pitkäaikaishoidossa on todetusti heikko johtuen huonosta hoitotuloksesta sekä lääkkeiden aiheuttamista haittavaikutuksista. Tutkimusten perusteella lihaksensisäisesti pistettävä pitkävaikutteinen psykoosilääke pienentää psykoosin uusiutumisen riskiä jopa 30 %. (Tiihonen 2019.) Pitkävaikutteinen lääkehoito on suositeltava vaihtoehto etenkin monilääkityille sekä kognitiivisista eli tiedonkäsittelyyn liittyvistä häiriöistä kärsiville (Oksanen 2015).

Koulutuksen edetessä mielenkiintomme on kohdistunut mielenterveys- ja päihdetyöhön, ja olemme saaneetkin työkokemusta alalta jo opintojen ohessa. Olemme havainneet useilla työpaikoilla lihaksensisäisen pistämisen aiheuttavan haasteita. Tämä johtunee henkilökunnan suuresta vaihtuvuudesta sekä rutiinin puutteesta lihaksensisäisessä pistämisessä. Mielestämme turvallinen

lääkehoito on yksi laadukkaan hoidon lähtökohdista. Yhteistyöhön Esperin Hoitokoti Valkaman kanssa päädyttiin, kun työyhteisössä ja esimiestasolla todettiin yksikössä olevan puutteita lihaksensisäisen lääkehoidon osaamisessa ja toteuttamisessa.

Opinnäytetyö toteutettiin viisivaiheisena tuotekehitysprosessina Jämsää ja Mannista (2000) mukaillen. Opinnäytetyön tarkoituksena oli tuottaa opas psykoosilääkkeiden lihaksensisäisestä pistämisestä Esperin Valkaman hoitohenkilökunnalle. Opinnäytetyön tavoitteena oli lisätä Esperin Hoitokoti Valkaman hoitohenkilökunnan asiakas- ja työturvallisuutta lihaksensisäisessä pistämisessä.

2 ESPERI HOITOKOTI VALKAMA

Esperi Hoitokoti Valkama on Mikkelin Tuusulan alueella sijaitseva mielenterveyskuntoutujien asumispalveluyksikkö. Se on osa valtakunnallista vuonna 2001 perustettua Esperin Care -hoivapalveluketjua, joka tarjoaa ympäri Suomen hoito- ja asumispalveluita ikääntyneille, vammaisille ja mielenterveyskuntoutujille. Esperin Care työllistää yli 6000 henkilöä (2021), joista valtaosa on lähihoitajia ja sairaanhoitajia. (Esperi s.a.a.)

Hoitokoti Valkama on vuonna 2012 toimintansa aloittanut 44-paikkainen ympärivuorokautista hoivaa ja ohjausta tarjoava mielenterveyskuntoutujien asumispalveluyksikkö. Yksikön asukkaat asuvat pienryhmäkodeissa, joita yksikössä on kolme. Jokaisessa ryhmäkodissa on yhteiskeittiö ja yhteiset kodinomaiset olohuoneet. Asiakkaiden omat huoneet ovat pieniä yksioita, jotka asukkaat saavat sisustaa mieleisekseen. Yhteiset tilat on suunniteltu yhteistä toimintaa tukeviksi. Asiakkaita tuetaan arjessa selviytymisessä, ja jokaiselle on laadittu yhteistyössä asiakkaan kanssa kuukausittain arvioitava henkilökohtainen palvelun toteuttamissuunnitelma. Yhteistä ohjattua toimintaa järjestetään päivittäin pienryhmissä, ohjattua yksilötoimintaa sovituksi. Toiminnassa pyritään mahdollisimman normaaliin arkeen esimerkiksi ulkoillen, ruokaa laittaen ja leipoen. Asiakkaita tuetaan jokaisen yksilölliset voimavarat ja tilanne huomioiden myös mahdollisimman itsenäiseen selviytymiseen yksikön ulko-

puolella asioitaessa. Hoitokoti Valkama on päihteetön yksikkö, mitään päihdyttäviä aineita ei yksikköön saa tuoda. (Markevitsch 2023.) Valkama on erikoistunut myös haastavien asiakkaiden hoitamiseen, ohjaukseen ja arjessa tukemiseen. Asukkailla saattaa olla elämänhallintaa vaikeuttavia tekijöitä, kuten liikuntarajoite tai käytöshäiriöitä. (Esperi s.aa.)

Valkamassa työskentelee lähihoitajia, sairaanhoitajia ja sosionomeja sekä eri sosiaali- ja terveysalojen opiskelijoita. Ammattikunta on siis monialaista, ja sen toimintaa ohjaavat omavalvontasuunnitelma sekä lait ja asetukset. Lääkehoito perustuu säännöllisesti tarkastettavaan ja päivitettävään lääkehoitosuunnitelmaan. Lääkehoitoa toteuttavat työntekijät, joilla on yksikkökohtaiset lääkärin myöntämät lääkeluvat. Yksikön vastaavalle sairaanhoitajalle kuuluu lääkehoidon vastuualue kokonaisuudessaan. (Markevitsch 2023.)

3 MIELENTERVEYDEN HÄIRIÖT JA LIHAKSENSISÄISESTI PISTETTÄVÄT PSYKOOSILÄÄKKEET

Mielenterveys määritellään Maailman terveysjärjestö WHO:n mukaan voimavaraksi, joka auttaa yksilöä kehittymään kehitysvaiheensa mukaisesti ja sopeutumaan eri elämäntilanteisiin ja stresseihin sekä opiskelemaan ja työskentelemään tuottavasti yhteisöihin sopeutuen ja niihin panoksensa antaen. Mielentään tasapainoinen ja tyytyväinen ihminen osaa käsitellä hankaliakin ohimeneviä tunnetiloja ja kriisejä eikä kärsi pitkäaikaisesti masennuksesta tai ahdistuksesta. Identiteetti ja sen rakentuminen, toimintakyky myös haastavissa tilanteissa sekä kyky luoda vakaita ihmissuhteita ovat hyvän mielenterveyden tunnusmerkkejä. Henkilö, jolla on hyvä mielenterveys, sietää ja osaa työstää vastoinkäymisiä, ohimeneviä ahdistustiloja, surua ja menetyksiä. Olennaista on, että henkilöllä on totuudenmukainen kuva ympäristöstään ja sen tapahtumista vaikeissa ja stressaavissakin elämäntilanteissa. (Lönqvist 2021a, 19.)

Mielenterveyttä määrittävät biologiset, geneettiset ja psykososiaaliset tekijät. Mielenterveyden kehityskaari alkaa varhaislapsuudessa muokkautuen ja kehittyen persoonallisuuden, ympäristötekijöiden ja ihmissuhteiden perusteella eri elämänvaiheissa. (Lönqvist 2021a, 20.) Mielenterveyden häiriöstä puhutaan, kun häiriö on diagnosoitavissa käytössä olevien tautiluokitusten mukaan ja kun yksilöllä on sellaisia häiriöitä ajattelussa, tunteissa ja niiden ilmaisussa

sekä käyttäytymisessä ja/tai ihmissuhteissa, että ne johtavat merkittävään toimintakyvyn alenemiseen yhdellä tai useammalla elämänalueella. Mielenterveyden häiriöihin liittyy usein myös fyysisiä oireita sekä elämänlaatua alentavia haitallisia elämäntapoja. Yksilön oma kokemus mielenterveyden häiriöstä voi olla epätietoisuuden vuoksi hyvin negatiivinen ja ahdistava. (Lönngqvist 2021a, 25.) Taulukossa 1 on lueteltu yleisimpiä Suomessa esiintyviä mielenterveyden häiriöitä.

Taulukko 1. Yleisimmät mielenterveyden häiriöt Suomessa (mukaillen Holmberg 2016, 27)

❖ Masennus
Ahdistuneisuus- ja pakko- oireiset häiriöt
❖ Kaksisuuntainen mielialahäiriö
Psyykkiset traumat
❖ Syömishäiriöt
Persoonallisuushäiriöt
❖ Skitsofrenia

On tärkeää tiedostaa, että pelot ja ahdistus kuuluvat osaksi ihmisen selviytymismekanismia ja alkukantaista toimintamallia. Ahdistus varoittaa ihmistä uhkaavasta tekijästä. Kun ahdistuneisuus vaikuttaa merkittävästi toimintakykyyn ja sitä esiintyy selittämättömästi ja jatkuvasti tai aina tietyissä tilanteissa, saattaa kyseessä olla mielenterveyden häiriö. (Mielenterveyden häiriöitä 2022.)

3.1 Skitsofrenia

Skitsofrenia on yksilöllisesti ja vaiheittain kehittyvä psykoosisairaus, jota esiintyy noin yhdellä prosentilla väestöstä. Sen syntyä voidaan selittää stressihaavoittuvuusmallin avulla. Tämän mukaan skitsofrenialle altis henkilö sairastuu altistuessaan ympäristöstään tuleville stressitekijöille. Geneettinen alttius kasvattaa skitsofreniaan sairastumisen riskin kymmenkertaiseksi. Merkittävin riskitekijä on ensiasteen sukulaisella todettu skitsofrenia tai muu psykoosisairaus. Ympäristöön liittyviä riskitekijöitä ovat äidin raskauden tai synnytyksen aikaiset komplikaatiot, perustarpeiden laiminlyönti lapsuusiällä tai nuoruuden traumat. (Skitsofrenia 2022.) Useimmiten sairaus alkaa varhaisessa aikuisuudessa niin sanotulla ensipsykoosilla (Suvisaari ym. 2021, 199). Ensipsykoosi tulee aina tutkia perinpohjaisesti ja hoitoon tulee hakeutua nopeasti, jolloin vakavan sairastumisen riski pienenee (Rovasalo 2023).

Skitsofreniaan liittyy usein ennakko-oireita, joita saattaa esiintyä kuukausia ennen varsinaisen psykoosin puhkeamista. Oireina esiintyy muun muassa masentuneisuutta, unihäiriöitä, mielenkiinnon puutetta, vaikeuksia ystävyys-suhteissa, keskittymisvaikeuksia, muistiongelmia sekä outoja ajatuksia tai tekoja. Oireiden pitkittyessä on syytä hakeutua hoitoon. Tällöinkin nopea hoitoon ohjautuminen viivästyttää tai jopa estää sairauden puhkeamista. (Rovasalo 2021.)

Skitsofrenian pääoireiksi katsotaan harhaluulot, aistiharhat, hajanainen tai huomattavan hajanainen puhe sekä katatoninen käyttäytyminen eli liikkeiden ja puheen häiriöt. Oireet jaetaan positiivisiksi ja negatiivisiksi oireiksi. Positiivisiksi oireiksi katsotaan varsinaiset psykoottiset oireet eli aistiharhat, harhaluulot sekä puheen ja käyttäytymisen hajanaisuus. Negatiivisia oireita ovat tunne-elämän ja puheen latistuminen sekä vetäytyminen ihmissuhteista. (Skitsofrenia 2022.) Lisäksi masentuneisuus, ahdistuneisuus, kognitiiviset ongelmat sekä itsetuhoisuus ovat yleisiä oireita skitsofreniapotilailla (Suvisaari ym. 2021, 205). Akuuttivaiheessa positiiviset oireet korostuvat ja sairastunut saattaa käyttäytyä itsetuhoisesti. Tämän vaiheen jälkeen seuraavat negatiiviset oireet. (Tarnanen ym. 2020.)

Kansainvälisen ICD-10-tautiluokituksen mukaan skitsofrenia jaetaan oirekuvan perusteella neljään eri alaluokkaan. Yleisin tautimuoto on paranoidinen

skitsofrenia, jonka pääoireina ovat positiiviset oireet eli harhaluulot ja äänet sekä maku- ja hajuharhat. Hebefreenisessä taudinmuodossa sen sijaan vallitsevat negatiiviset oireet, kuten tunne-elämän latistuminen sekä puheen ja ajattelun sekavuus. Nopeasti etenevien negatiivisten oireiden vuoksi hebefreenisessä taudinmuodossa paraneminen on kaikista epätodennäköisintä. Katatoninen skitsofrenia on tautimuodoista harvinaisin. Oireet ovat psykomotorisia ja voivat vaihdella ääripäästä toiseen. Potilas saattaa olla tunteja liikkumatta ja puhumatta tai olla tarkoituksettomasti erittäin kiihtyneessä tilassa. Ennen skitsofreniadiagnoosin saamista potilaalla tulee esiintyä myös muita skitsofreniaoireita. Jos potilaan oireet eivät selkeästi ole näiden kolmen taudin oirekuvan mukaisia, voi kyse olla erilaistumattomasta skitsofreniasta. (Skitsofrenian diagnostiset kriteerit ICD-10-tautiluokituksen mukaan 2020.) Skitsofreniadiagnoosiin päätyminen edellyttää, että potilaalla on esiinnyttävä vähintään kahta oiretta vähintään kuukauden ajan, ja että yksi oireista on harhaluulo, aistiharha tai puheen hajanaisuus. Oireiston tulee olla kaikkimensa kestänyt yli kuuden kuukauden ajan. (Lönngqvist 2021b, 112.) Psykiatrian erikoislääkäri tekee skitsofreniadiagnoosin diagnostisten kriteereiden perusteella ja potilaan kokonaisvaltaiset oireet huomioiden (Suvisaari ym. 2021, 203). Erotusdiagnostiikka on tärkeää: psykoosi voi johtua muustakin kuin skitsofreniasta. Näkö- ja hajuharhat viittaavat elimelliseen psykoosiin ja kuuloharhat psykiatriseen sairauteen. (Rovasalo 2023.) Lopullinen diagnoosi vaatii huolellista tiedonkeruuta ja perehtymistä potilaan oirekuvaan, jotta somaattiset sairaudet voidaan sulkea pois. On tärkeää huomioida, että myös päihteet voivat aiheuttaa psykoottisia oireita ja päihdepsykoosin. Kannabiksen ja amfetamiinin käyttö lisäävät riskiä skitsofreniaan sairastumiselle. Psykoottista potilasta arvioidessa on tärkeää kartoittaa potilaan päihteiden käyttö ja tehdä huumeseuja eli huumetestit virtsasta. (Suvisaari ym. 2021, 203.)

Skitsofrenialle on tyypillistä aaltomainen oirekuva: sairausjaksot ja niiden välissä useilla esiintyvä toimintakyvyn koheneminen. Täydellinen toipuminen sairaudesta on mahdollista, mutta harvinaista. (Suvisaari ym. 2021, 200.) Skitsofreniaa sairastavilla esiintyy usein sairaudentunnottomuutta eli sairastunut ei tunne itseään sairaaksi, vaikka oireet ja käytös muuta osoittaisivatkin (Leijala ym. 2019). Psykoottisen henkilön puhe voi olla sekavaa tai liiankin seikkaperäistä ja paikallaan junnaavaa. Aggressiivista käytöstä voi esiintyä. Liikeradat voivat muuttua ja liikkeet hidastua, jopa estyä täysin. Liikkuminen muuttuu

kankeaksi. Sairastuneella voi ilmetä erilaisia maneeereja eli kaavamaisena toistuvaa käytöstä tai toisen henkilön käytöksen matkimista. Tällainen käytös saattaa näyttää ulkopuolisen silmin oudolta, jopa pelottavalta. Työ- ja toimintakykyä voivat rajoittaa spontaanin toiminnan puute, vaikeus ylläpitää sosiaalisia suhteita sekä skitsofreniapotilaan välinpitämätön asenne kuntoutumistaan kohtaan. Vaikea-asteisena motivaation puute voi johtaa täydelliseen puhumattomuuteen ja eristäytymiseen yhteiskunnasta. (Rovasalo 2021.) Jos sairastunut ei itse hakeudu tai suostu tarjottuun hoitoon, on hänet mahdollista mielen-terveyslakiin perustuen ottaa hoitoon myös tahdonvastaisesti. Jos potilaan on todettu olevan vakavasti vaaraksi itselleen tai muille ja lääkäriellä on herännyt epäily mielisairaudesta ja potilaan välittömästä osastohoidon tarpeesta, voidaan hänelle laatia M1-lähete psykkistä arviointia varten. (Moilanen 2013.) Jatkohoidon tarve ja luonne tulee arvioida seuraavan neljän päivän kuluessa psykiatrian ammattilaisen toimesta (Tahdosta riippumaton psykiatrinen sairaalahoito 2018). Tahdonvastainen hoitoon ohjaaminen ei ole yksiselitteistä, ja sitä tuleekin harkita vakaasti useista näkökulmista. Vastentahtoinen hoito voi johtaa jatkohoidosta kieltäytymiseen. (Moilanen 2013.)

Hoidon ja kuntoutuksen periaatteet

Skitsofrenia on yleisin pitkäaikaisista psykoosisairauksista. Sen hoidossa korostuu psykososiaalisten hoitojen rinnalla jatkuva psykoosilääkehoito, joka perustuu akuuttivaiheen hoitoon sekä ylläpitolääkehoitoon. (Suvisaari ym. 2021, 200.) Hoidon alkuvaiheessa moniammatillinen työryhmä luo yhteistyössä potilaan kanssa yksilöllisen hoitosuunnitelman (Skitsofrenia 2022). Skitsofreniapotilaan hoidon tulee olla lääkehoidon ohella kuntouttavaa. Hoito perustuu toipumisorientaatioon, jolla tarkoitetaan pyrkimystä oppia tulemaan toimeen sairauden kanssa ja luoda selkeät tavoitteet toipumiselle ja kuntoutumiselle. (Lönnqvist 2021c, 906.) Kuntouttava hoito voi olla potilaskohtaisesti luonteeltaan oireistoa korjaavaa, toimintakykyä palauttavaa tai haittoja minivoivaa. Kuntoutuksen tavoitteena on pääosin aina avohoito, ja sitä toteuttaa moniammatillinen tiimi. (Suvisaari ym. 2021, 239.)

Hoitotyön tulee aina perustua tutkitusta ajantasaisesta tiedosta saatuun näyttöön. Näyttöön perustuvan hoitotyön tarkoituksena on löytää parhaat mahdolliset käytänteet ja työmenetelmät erilaisiin hoidon tarpeisiin. Hoitajan tulee etsiä

ja käyttää työssään ajantasaisia menetelmiä ja puntaroida samalla niistä aiheutuvaa hyöty-haittasuhdetta asiakkaalle. (Holmberg 2016, 50.)

Hyvä hoitosuhde perustuu luottamuksen luomiseen ja asiakaslähtöisyyteen. Se on vuorovaikutuksellinen terveydenhuollon ammattihenkilön ja asiakkaan välinen suhde. Hoitosuhteen muoto voi vaihdella. Se voi olla välillä hyvin tiivis ja välillä katkonainen. Olennaista on asiakkaan ja hoitajan yhteinen päämäärä ja tavoitteet siihen pyrkimiseen. Hoitosuhteessa hoitaja osana moniammatillista tiimiä arvioi asiakkaan tilannetta ja hoitoa sekä ohjaa ja informoi häntä. (Holmberg 2016, 72.) Onnistuneessa hoitosuhteessa korostuu luottamuksen rakentumisen ja turvallisuuden tunteen lisäksi hoitajan ymmärrys siitä, että asiakkaalle oireet ovat todellisia ja turvallisuutta uhkaavia. Säännölliset vastaanottokäynnit ja keskustelut ehkäisevät usein päivystyksellisen hoidon tarvetta. (Räsänen & Läksy 2021.) Hoitotyöntekijä arvioi asiakasta ja hänen vointiaan kokonaisvaltaisesti ja kirjaa havaintonsa. Myös ulkoisen olemuksen, esimerkiksi hygieniatason huomioiminen on tärkeää, koska tämä kertoo osaltaan asiakkaan yleisestä voinnista. (Holmberg 2016, 75.) Asumispalveluissa asuvilla mielenterveyskuntoutujilla on aina yksikön hoitajien lisäksi ulkopuolinen hoitosuhde perusterveydenhuoltoon tai erikoissairaanhoidon. Kun hoitotasapaino on hyvä, voidaan asiakas hoitaa perusterveydenhuollossa tarvittaessa psykiatria konsultoiden. (Tuominen & Salokangas 2016.)

Skitsofreniadiagnoosin saaneilla kuntoutuminen alkaa sairauden tiedostamisesta ja hyväksymisestä sekä motivaation heräämisestä kuntoutumiseen. Asiakkaalle luodaan kuntoutussuunnitelma, jota aluksi tarkastellaan ja päivitetään kolmen kuukauden ja myöhemmin tilanteen mukaan puolen vuoden tai vuoden välein. Asiakkaan tulee itse olla aktiivisesti tekemässä kuntoutussuunnitelmaansa, tarvittaessa hoitohenkilökunta apunaan. Kuntouttavan työn tavoite on mahdollisimman merkityksellinen elämä skitsofreniadiagnoosiin sopeutuksessa. Asiakaskohtaisesti tavoitteina voivat olla myös työelämä tai opiskelut. Skitsofreniaa sairastava voi olla myös haluton kuntoutukseen, ja motivaation herääminen voi kestää kauan. Olisi kuitenkin tärkeää pyrkiä ylläpitämään hoitosuhdetta näihinkin asiakkaisiin. Kuntoutumisprosessissa asiakas on aktiivinen osapuoli ja itse vastuussa omasta kuntoutumisestaan ammattilaisten tukemana. (Suvisaari 2021, 241–242.)

Kognitiivinen kuntoutus on tärkeä osa-alue skitsofreniapotilaan kuntoutuksessa. Sairauteen liittyviä puutoksia muistin sekä päättely- ja huomiokyvyn alueilla pyritään kuntouttamaan eri menetelmillä. Useasti paras kuntoutustapa löydetään yhdistämällä kognitiivista kuntoutusta laaja-alaisemmin eri kuntoutusmenetelmiin, jotka pitävät sisällään esimerkiksi sosiaalisten taitojen harjoittamista. Kuntoutusprosessi edellyttää, että sairauden tulisi olla suhteellisen hyvässä ja vakaassa hoitotasapainossa. On todettu, että kognitiivisella kuntoutuksella saatetaan jopa ehkäistä skitsofreniaan liittyviä aivojen rakenteiden muutoksia etenkin nuorilla potilailla. (Suvisaari ym. 2021, 246.)

Kognitiivinen käyttäytymisterapia (KKT) on eräs skitsofrenia-asiakkaiden yksilöhoidon muodoista. Se on osa toipumisorientaatiota, joka perustuu oirekuvan moniammatilliseen kartoittamiseen ja siihen, että sairastunut oppii tulemaan toimeen sairautensa kanssa. Toipumisorientaatiossa olennaista on löytää yhteistyössä asiakkaan kanssa tavoitteet sairauden hoitoon ja arjessa selviytymiseen. (Lönngqvist 2021c, 906.) Kognitiivinen käyttäytymisterapia voi lievittää skitsofrenia-asiakkaan oireita. Psykoosijaksojen uusiutumisen ehkäisyyn se ei välttämättä kuitenkaan vaikuta. (Suvisaari ym. 2021, 246.) Kognitiivisessa käyttäytymisterapiassa skitsofreniaa sairastavaa autetaan hallitsemaan haastavia ja pelottavia tilanteita altistamalla häntä pikkuhiljaa ja vähäisesti niille. Toivottua käytöstä vahvistetaan palkitsemalla. Kognitiivisessa terapiassa taas pyritään vuorovaikutteisesti tunnistamaan väärät ajatusmallit ja muokkaamaan niitä oikeaan suuntaan esimerkiksi kotitehtävien avulla. (Lönngqvist 2021c, 913.)

Asiakkaan lähipiiri tulee huomioida mahdollisuuksien mukaan esimerkiksi psykoedukaatioon eli koulutukselliseen terapiaan osallistumisella (Skitsofrenia 2022). Psykoedukaation tavoite on edistää terveyttä, lisätä tietoa sekä vähentää stigmaa vakavista mielenterveyden häiriöistä, joihin skitsofreniakin kuuluu. Annetun tiedon tulee olla ymmärrettävää ja ajantasaista. Elämäntapaohjaus ja päihitteettömyyteen tukeminen ovat osa psykoedukaatiota, sillä terveelliset elämäntavat edistävät osaltaan hyvää mielenterveyttä. Erilaiset vastavuoroiset ryhmäkeskustelut on todettu tehokkaammiksi kuin pelkkä informatiivinen ohjaus. Psykoedukaation perusajatus on, että mielenterveydestä ja sen häiriöistä tulisi voida keskustella matalalla kynnyksellä. (THL 2022.) Psykoedukaation tavoitteena on saada asiakas läheisineen paneutumaan kokonaisvaltaisesti

paitsi sairauden nykytilanteeseen, myös tulevaisuuden näkymiin ja elämän kulkuun skitsofreniadiagnoosin kanssa (Lönngqvist 2021c, 905).

Skitsofrenia-asiakkaan hoidossa on tärkeää tukea asiakkaan sosiaalisia suhteita ja hoitoon sitoutumista, järjestää mielekästä päiväohjelmaa sekä tarjota joustavasti palveluita kriisin sattuessa. Tämä kaikki tukee integroitumista yhteiskuntaan ja ehkäisee uusien sairaalajaksojen syntymistä. (Skitsofrenia 2022.) Mielenterveyskuntoutujien asumispalveluyksikkö Espero Hoitokoti Valakamassa tähän pyritään luomalla asiakaslähtöisesti mahdollisimman sujuva ja normaali arki ja ohjaamalla asiakasta myös haastavilta tuntuissa tilanteissa. Hoitohenkilökunta ei tee asiakkaan puolesta asioita, vaan motivoi ja tukee häntä arjessa. Vuorokausirytmii, säännölliset ruokailut, erilainen yksikön sisäinen työtoiminta ja virikkeet luovat päiviin rutiineja. Asiakkaille järjestetään päivittäin yhteistä viriketoimintaa. Heidän kanssaan käydään myös vastavuoroisia yksilökeskusteluita ja yhteistyössä arvioidaan asiakkaan kuntoutumista sekä psyykkistä vointia. Myös omaiset huomioidaan osana kuntoutusta. Yksikössä on päiväaikaan vapaa kulku, ja asiakaskohtaisesti asukkaita kannustetaan myös itsenäiseen asiointiin yksikön ulkopuolella. Hoito ja ohjaus ovat skitsofrenia-asiakkaan yksilölliset tarpeet huomioivaa. Pyrkimyksenä on hyvä hoitotasapaino ja sujuva arki. Tarvittaessa konsultoidaan lääkäriä tai psykiatrista sairaanhoitajaa. (Rönkkö 2023.)

3.2 Pitkävaikutteiset psykoosilääkkeet

Psykoosilääkehoidon lähtökohtana on löytää potilaalle pienin ja mahdollisimman vähän haittavaikutuksia aiheuttava, mutta oireisiin hyvin tehoava lääkeannos. Skitsofrenian hoidossa psykoosilääkkeitä käytetään antipsykootteina eli psykoosien estämiseen ja lääkekohtaisesti mielialaa tasaamaan (Skitsofrenia 2022). Kognition muutoksiin eli negatiivisiin oireisiin ei lääkehoidosta ole todettu olevan juurikaan hyötyä (Tiihonen 2019).

Skitsofrenian lääkehoito on pitkäaikainen, ja sen vasteeseen vaikuttavat merkittävästi potilaan hoito- ja lääkemyöntyvyys sekä sairaudentunto. Mikäli lääkehoito keskeytetään äkillisesti, lisääntyy uudelleen sairastumisen vaara merkittävästi. (Skitsofrenia 2022.) Psykoosilääkkeiden äkillinen lopettaminen hoi-

don alkuvaiheessa on merkittävä sairauden etenemisen riskitekijä. Lääkityksen lopettamisen riskitekijöitä ovat miessukupuoli, alhainen koulutustaso ja henkinen tai fyysinen kehitysvamma. (Poloni 2019.) Ensipsykoosin jälkeisen oireettoman kauden tulisi kestää vähintään kaksi vuotta ennen kuin lääkehoitoa on turvallista purkaa (Bergström 2022, 787).

Psykoosilääkkeet voidaan jakaa kahteen ryhmään: perinteisiin eli ensimmäisen polven sekä uudempiin eli toisen polven lääkkeisiin. Käytössä olevia lääkkeitä on Suomessa noin kolmekymmentä. Näistä toisen polven lääkkeen klotsapiinin on todettu olevan tehokkain. Muut lääkkeineet ovat tehokkuudeltaan samankaltaisia, ja niiden vaikuttavuus on yksilöllistä. Klotsapiinia ei käytetä skitsofrenian ensisijaisena lääkkeenä sen lukuisten mahdollisten haittavaikutuksien vuoksi. Klotsapiinihoito vaatii jatkuvaa verenkuvan seurantaa, sillä lääkkeen käyttöön liittyy agranulosytoosi eli veren valkosolujen puute. Klotsapiinia lukuun ottamatta toisen polven psykoosilääkkeillä on todettu olevan vähemmän haittavaikutuksia kuin ensimmäisen polven lääkkeillä. (Socada 2023.) Psykoosilääkkeitä on paitsi suun kautta otettavina tabletteina, myös pitkävaikutteisina pistosmuodossa annettavina lääkkeinä. Lääke pistetään lihakseen, josta lääkeaine vapautuu pikkuhiljaa. Tällaisia pitkäkestoisia lääkkeitä käytetään tukemaan ja turvaamaan ylläpitohoitoja. (Partonen ym. 2021, 1070.)

Polonin ym. (2019) tutkimuksessa todettiin, että sairauden diagnosoinnista alkaen pitkävaikutteisilla lihaksensisäisillä psykoosilääkkeillä hoidetuilla potilailla oli selvästi vähemmän sairaalajaksoja verrattuna heihin, joilla hoito toteutettiin vain oraalilla lyhytvaikutteisilla psykoosilääkkeillä. Tutkimus osoitti, että pitkävaikutteiset lääkkeet parantavat hoitovastetta etenkin niillä potilailla, jotka alun perin sitoutuivat huonosti hoitoonsa. Huono lääkehoitoon sitoutuminen altistaa relapsin eli sairauden uusiutumisen lisäksi sydän- ja verisuonisairauksille sekä motorisille ja psykologisille oireille (Bergström 2022, 789).

Esperi Hoitokoti Valkamassa pitkävaikutteisia psykoosilääkkeitä pistetään asiakkaille säännöllisesti (Markevitsch 2023). Käsittelemme opinnäytetyössämme viittä yleisintä lihaksensisäistä psykoosilääkettä.

3.3 Yleisimpiä pitkävaikutteisia lihakseen pistettäviä psykoosilääkkeitä

Aripipratsoli on toisen polven psykoosilääke, jota käytetään skitsofrenian ja kaksisuuntaisen mielialahäiriön hoitoon. Tabletti- ja oraaliliuosmuodossa sen tyyppinen aloitus skitsofrenian hoitoon on 10–15 mg x 1 suun kautta otettuna. Aripipratsolista on olemassa myös lyhytvaikutteinen pistos, jota voidaan käyttää akuuttivaiheen psykoosin hoitoon annoksella 10 mg x 1 ja joka voidaan toistaa kahden tunnin päästä ensimmäisestä pistoksesta. Enimmäisannos on 30 mg vuorokaudessa. Pitkäaikaishoitona aripipratsolia käytetään 400 mg kerta-annoksina, ja ennen pitkävaikutteisen hoidon aloitusta täytyy varmistaa lääkeaineen sopivuus asiakkaalle. Pitkäaikaisen aripipratsolilääkehoidon toteuttamiseen on nykyisin kaksi tapaa: joko annetaan yksi 400 mg pistos ja tämän jälkeen hoitoa jatketaan 10–20 mg vuorokaudessa suun kautta otettavilla samaa vaikuttavaa ainetta sisältävillä tableteilla tai vaihtoehtoisesti aloitetaan antamalla saman vuorokauden aikana kaksi 400 mg pistosta eri pistokohtiin ja ainoastaan yksi 20 mg aripipratsoliannos suun kautta. Aripipratsolissa suositeltu ylläpitoannos on 1 kuukauden välein 400 mg. (Partonen ym. 2021, 1075.)

Lääkehoitoa toteutettaessa tulee aina huomioida mahdolliset vasta-aiheet, joista aripipratsolissa olennaisin on yliherkkyys vaikuttavalle aineelle. Lääkkeen mahdollisista haittavaikutuksista yleisimpiä ovat rauhattomuus, unettomuus ja suun kuivuminen. Myös ekstrapyramidaalioireita eli lääkeparkinsonismia, akatisiaa eli motorista levottomuutta ja/tai agitaatiota eli motoriseen levottomuuteen liittyvää ahdistuneisuutta voi esiintyä. (Partonen ym. 2021, 1075.) Aripipratsolin haittavaikutuksena saattaa esiintyä lisäksi impulssikontrollin ongelmia, kuten lisääntynyttä seksuaalista aktiivisuutta, pelihimoa tai ylensyömistä (Salmi 2021, 14).

Olantsapiini on toisen polven psykoosilääke, jota käytetään skitsofrenian lisäksi kaksisuuntaisen mielialahäiriön manian uusiutumisen ehkäisyyn sekä skitsofreniasta aiheutuvien käytöshäiriöiden hoitoon. Lääke on saatavissa tabletteina ja pitkävaikutteisina pistoksina. Pistoshoidon toteutuksen ehtona on, että asiakasta pystytään terveydenhuollon ammattilaisten turvin valvomaan vähintään kolmen tunnin ajan pistämisen jälkeen, sillä pistoksen antamiseen liittyy mahdollisuus harvinaiseen olantsapiiniyliannostuksen oireyhtymään. (Partonen ym. 2021, 1076.) Pistoksen jälkeisessä oireyhtymässä voi esiintyä

seuraavia oireita: yleinen huonovointisuus, kuume, verenpaineen nousu, hikoilu, puhehäiriöt, tokkuraisuus, lihasjäykkyys ja hengityksen sekä sydämen sykkeen tihentyminen. Tila vaatii välitöntä lääkärin arviota ja hoitoa. Olantsapiinille ei ole olemassa lääkkeen vaikutusta kumoavaa vastaläkettä. Yliannostuksen hoito on oireen mukaista, ja useimmiten oireet vähenevät kolmen vuorokauden kuluessa. Olantsapiinin yliannostusta voidaan ehkäistä tehokkaasti oikeanlaisella pistotekniikalla ja hyvällä aspiroinnilla, joka varmistaa, ettei neula ole verisuonessa. Olantsapiinia saa pistää vain pakaralihakseen. (Pharmaca Fennica 2020; Zypadhera 2023.)

Olantsapiini annostellaan seuraavasti: Suun kautta aloitusannos on 10 mg x 1 ja ylläpitoannos 5–20 mg vuorokaudessa. Myös tästä lääkkeestä on olemassa lyhytvaikutteinen pistos, jolla hoito voidaan aloittaa pistämällä lihakseen 10 mg. Aikaisintaan kahden tunnin päästä voidaan antaa toinen pistos siten, että enimmäisvuorokausiannos on 20 mg. Kun lääkkeen sietäminen ja hoitovaste on todettu hyväksi, voidaan harkita pitkävaikutteisista lihaksensisäisesti pistettävää olantsapiinilääkehoitoa. Lääkäri arvioi annoksen sen perusteella, onko asiakkaalla käytössään myös suun kautta otettava olantsapiinilääkitys. Pitkävaikutteisen pistosten antoväli on kaksi tai neljä viikkoa. (Partonen ym. 2021, 1076.)

Läkettä ei saa antaa asiakkaalle, jolla on yliherkkyys vaikuttavalle aineelle tai apuaineille tai jos asiakkaalla on taipumus tai vaara sairastua ahdaskulmaglaukoomaan, joka on eräs silmänpainetaudin muoto. Olantsapiinin mahdollisia haittavaikutuksia ovat painonnousu, laboratorionkokein todettavat suurentuneet rasva- ja kolesteroliarvot ja hypotensio eli alentunut verenpaine. Näistä metabolisia haittoja on ilmennyt useammin kuin muilla psykoosilääkkeillä. (Partonen ym. 2021, 1076.)

Paliperidoni on toisen polven psykoosilääke, jota käytetään skitsofreniaa sairastavilla ensin kerran kuukaudessa ja myöhemmin kerran kolmessa kuukaudessa annettavalla pistoksella. Pistokseen on mahdollista siirtyä, kun asiakkaan tila ja oireet on saatu vakaiksi ja lääkkeen sietäminen varmistettu suun kautta otettavalla paliperidonilla tai risperidonilla. (Partonen ym. 2021, 1077.) Lihaksensisäinen lääkehoito aloitetaan siten, että ensimmäisenä hoitopäivänä asiakkaalle pistetään lihakseen 150 mg ja kahdeksantena hoitopäivänä 100

mg. Tämän jälkeen jatketaan ylläpitohoitoa kerran kuukaudessa, ja yleisin ylläpitoannos tässä vaiheessa on 75 mg. Asiakaskohtaisesti annos voi kuitenkin olla 25–150 mg, kuitenkin enintään 150 mg kerran kuukaudessa. Tätä hoitosykliä jatketaan vähintään neljän kuukauden ajan, ja asiakkaan lääkkeen sieto ja voinnin vakautuminen varmistetaan. Tämän jälkeen on mahdollista siirtyä kolmen kuukauden välein annettavaan lihaksensisäiseen paliperidonipistokseen, jonka annostelu määräytyy asiakaskohtaisesti. (Partonen ym. 2021, 1077.)

Paliperidonia ei saa antaa asiakkaalle, joka on yliherkkä lääkkeen vaikuttavalle aineelle tai apuaineille. Lääkkeen mahdollisia haittavaikutuksia ovat lääkeparkinsonismi, painon nousu, väsymys ja uneliaisuus sekä veren kohonnut prolaktiinipitoisuus. Lääke saattaa vaikuttaa QT-aikaa eli sydänsähkökäyrässä mitattavaa sydämen supistumisen jälkeistä palautumista pidentävästi. (Partonen ym. 2021, 1077.)

Perfenatsiini on perinteinen eli ensimmäisen polven psykoosilääke. Sitä käytetään paitsi skitsofrenian ja psykoosin, myös pahoinvoinnin ja oksentelun hoitoon. Hoito aloitetaan tablettihoidolla (annos yleensä 4–24 mg jaettuna 1–3 antokertaan), ennen kuin siirrytään pitkävaikutteiseen lihaksensisäiseen lääkehoitoon. Kuten kaikissa lääkkeissä, myös perfenatsiinin pitkävaikutteisen pistoksen ylläpitoannos on yksilöllinen. Lääke pistetään syvälle lihakseen 2–4 viikon välein, ja tyypillinen kerta-annos on 54–216 mg.

Perfenatsiinia ei saa antaa asiakkaalle, jolla on aivovaurio, alentunut tajunnan taso, lisämunuaisen ytimen kasvain tai joka on yliherkkä vaikuttavalle aineelle tai lääkkeen apuaineelle. Lääkkeen mahdollisia haittavaikutuksia ovat lääkeparkinsonismi, leukosytoosi eli veren kohonneet valkosolut, leukopenia eli veren valkosolujen lasku, hyperprolaktinemia eli veren kohonnut prolaktiinipitoisuus sekä sedatoiva eli unettava vaikutus. (Partonen ym. 2021, 1078.)

Risperidoni on toisen polven psykoosilääke. Sitä käytetään skitsofrenian hoidon lisäksi myös kaksisuuntaisen mielialahäiriön maniajaksojen hoitoon. Lisäksi sitä voidaan käyttää Alzheimerin taudin sekä kehitysvammaan liittyvän aggression hoitoon. Alzheimer-potilailla hoitoa saa jatkaa enintään kuuden viikon ajan. Skitsofreniaa sairastavilla hoito vakautetaan ensin suun kautta otettavalla risperidonilla, jonka tyypillinen annos on 4–16 mg vuorokaudessa. Kun

lääkkeen sieto on varmistettu ja hoito vakautettu, voidaan harkita siirtymistä pitkävaikutteiseen risperidonipistoshoitoon. Sen aloitusannos on 25 mg, ja pistos annetaan kaksi kertaa kuukaudessa lihaksensisäisesti. Ylläpitoannos on 25–50 mg niin ikään kaksi kertaa kuukaudessa. (Partonen ym. 2021, 1077.)

Lääkettä ei saa antaa asiakkaalle, joka on yliherkkä lääkkeen vaikuttavalle aineelle tai apuaineille. Lääkkeen mahdollisia haittavaikutuksia ovat paliperidonin tapaan lääkeparkinsonismi, painon nousu, väsymys ja uneliaisuus ja veren kohonnut prolaktiinipitoisuus sekä pidentynyt QT-aika. Risperidonin kohdalla tulee huomioida, että se vaikuttaa metabolisoituessaan paliperidonin kaltaisesti. (Partonen ym. 2021, 1077.) Liitteessä 3 on nähtävillä tiivistelmä yllä esitetyistä pitkävaikutteisista psykoosilääkkeistä ja niiden haittavaikutuksista.

4 TURVALLINEN LIHAKSENSISÄINEN PISTÄMINEN

Asiakasturvallinen lääkehoito perustuu lääke- ja lääkitysturvallisuuteen. Lääketurvallisuuden kannalta oleellista on lääkeaineen tunnistaminen ja sen oikeaoppinen valmistaminen, jolla varmistetaan lääkevalmisteen turvallisuus. Lääkitysturvallisuuden uhkatekijöitä ovat lääkehoidon puutteellinen ohjeistus sekä asiakkaan motivaation puute omaan lääkehoitoonsa. Yksiköissä edistetään lääkitysturvallisuutta yksikkökohtaisen ja ajantasaisen lääkehoitosuunnitelman avulla. Jokaisen yksikössä lääkehoitoa toteuttavan tulee myös hallita vaara- ja haittatapahtumien raportointi sekä lääketietokantojen käyttö. (Rautava-Nurmi ym. 2016, 125, 127.)

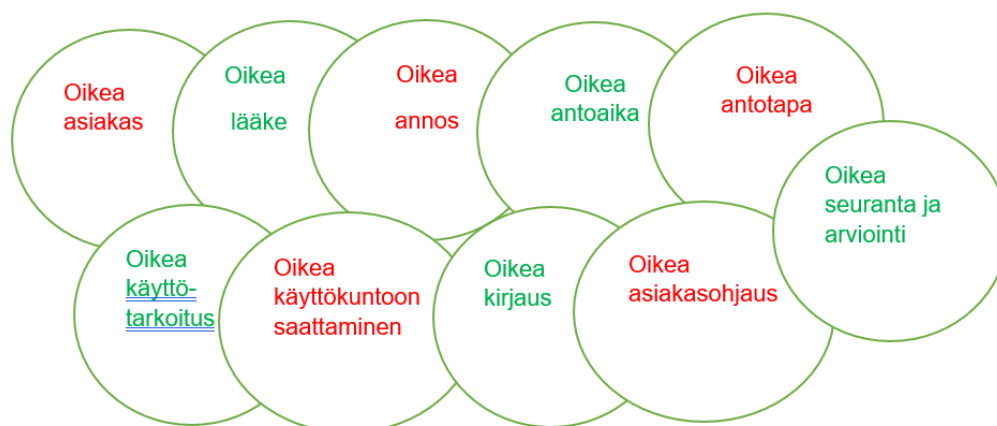
Lääkehoidon toteutuksesta vastaavat sosiaali- ja terveysalan yksiköissä koulutetut sosiaali- ja terveysalan ammattihenkilöt yksikön lääkehoitosuunnitelmassa määritellyin oikeuksin. Kokonaisvastuu lääkehoidon toteutumisesta on yksikön johdolla. Yksikköön on lisäksi nimetty lääkehoidon kokonaisuudesta vastaava sairaanhoitaja, jonka yhtenä tehtävä on puuttua lääkehoidossa havaitsemiinsa epäkohtiin. (Turvallinen lääkehoito 2021, 27.)

Lääkehoidosta vastaava sairaanhoitaja perehdyttää lääkehoitoon, varmistaa teoriaosaamisen ja ottaa vastaan lääkehoitosuunnitelman mukaiset lääkenäy-

töt. Käytännön osaaminen tulee osoittaa muun muassa lääkkeiden jakamisessa ja pistämisessä. Pistäminen on tärkeää toistaa useita kertoja, jotta varmistetaan oikeaoppinen lääkkeen valmistelu sekä pistotekniikka. (Turvallinen lääkehoito 2021, 44–45.)

Lääkkeen antanut hoitaja on aina itse vastuussa antamansa lääkeaineen turvallisuudesta ja oikeellisuudesta. Useimmiten lääkehoidon virheet tapahtuvat annostelussa. Siksi on tärkeää tarkistaa lääkehoidon oikeellisuus niin sanotun kymmenen O:n säännön mukaisesti, joka esitetty taulukossa 2. (Turvallinen lääkehoito 2021, 68–69.)

Taulukko 2. 10 O:n sääntö (Turvallinen lääkehoito 2021, 68)



4.1 Pistopaikan valinta ja paikantaminen

Lihaksensisäiseen pistämiseen sopivia pistopaikkoja ovat vatsanpuoleinen eli ventrogluteaalinen pakara-alue, reisilihas, hartialihaksen sekä selänpuoleinen eli dorsogluteaalinen pakara-alue. Sopiva lihas määräytyy käytettävän lääkeaineen, lääkemäärän ja sen aiheuttaman kudosaarsytyksen mukaan. Pistopaikkaa valittaessa tulee huomioida myös asiakkaan ihon kunto, rasvakudoksen paksuus sekä ikä ja sukupuoli. (Saano & Taam-Ukkonen 2020, 156.) Cook (2015) korostaa tutkimuksessaan, että etenkin hartialihakseen pistäminen vaatii tarkkaa pistopaikan paikantamista, potilaan anatomiaan perehtymistä ja oikean pistoneulan valintaa.

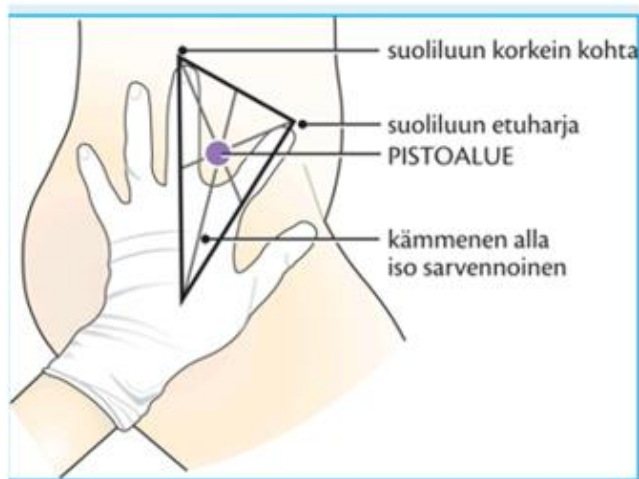
Pistopaikan valinnassa on tärkeää huomioida myös asiakkaan oma mielipide sekä tietää riittävästi lääkeaineen farmakokinetiikasta eli lääkeaineiden vaiheista elimistössä, koska esimerkiksi olantsapiinipamoaattia saa pistää vain pakaralihakseen (Taylor 2020). Pitkävaikutteiset psykoosilääkkeet pistetään pääosin pakaralihakseen. Osa lääkeaineista on mahdollista pistää myös hartialihakseen. Lääkeaineelle sopiva pistopaikka tulee tarkistaa aina lääkekohteisesta pakkausselosteesta. (Europa eu s.a.; Risperdal Consta 2019.)

Ventrogluteaalinen pakaralihas

Vatsanpuoleinen pakaralihas eli ventrogluteaalinen alue sopii hyvin lihaksensisäisen pistoksen antamiseen aikuisille sekä yli 7 kk:n ikäisille lapsille. Aikuiselle suurin pistettävä lääkemäärä on 5 ml. Tutkimukset osoittavat alueen olevan dorsogluteaalista aluetta turvallisempi lihaksensisäiseen lääkehoitoon, koska alueella ei ole suuria verisuonia tai hermoja. (THL 2020; Saano & Taam-Ukkonen 2020, 157.) Pistopaikkaa valittaessa on tärkeää tietää, että normaalipainoisella henkilöllä rasvakudoksen määrä ventrogluteaalisella alueella on pakaralihaksen muita osia vähäisempää. Ventrogluteaaliselle alueelle pistettäessä lääkeaine päätyy varmemmin rasvakudoksen sijasta lihakseen. (Saano & Taam-Ukkonen 2020, 157.) Yi Sukin ym. (2022) tekemässä tutkimuksessa kuitenkin todettiin, että huomattavan ylipainoiselle dorsogluteaalinen alue voisi olla jopa parempi pistopaikka. Tutkimuksen mukaan tämä johtuu siitä, että ventrogluteaalisella alueella rasva on paksumpaa kuin dorso-gluteaalisella.

Ventrogluteaalisen alueen paikantaminen onnistuu V- tai G-tekniikan avulla (Saano & Taam-Ukkonen 2020, 157). Nurayn ym. 2022 tutkimukseen osallistuneista sairaanhoitajista puolet käytti V-tekniikkaa paikantaessaan ventrogluteaalista aluetta. Kukaan osallistuneista ei käyttänyt suositeltua G-tekniikkaa, vaikka sen on todettu olevan turvallisin ja sitä käytettäessä luuvaurion riskin olevan pienempi. V-tekniikan käytössä haasteensa tuovat hoitajien käsien koko- ja rakenne-erot sekä asiakkaiden vaihteleva ruumiinrakenne (Kara 2015). V-tekniikassa käsi asetetaan asiakkaan lonkalle siten, että se on vastakkainen lonkkaan nähden, esimerkiksi vasen käsi asiakkaan oikealle lonkalle. Kämmen asetetaan asiakkaan ison sarvennoisen päälle. On tärkeää huomioida, että kämmen sijaitsee aina tämän alueen päällä. Pienikätisen tulee

tarvittaessa liu´uttaa kätensä oikeaan kohtaan. Etusormi asetetaan asiakkaan suoliluun etuharjalle ja keskisormi suoliluun korkeimmalle kohdalle. Peukalo jää osoittamaan asiakkaan etureittä kohden. Sormien väliin muodostuu V-tekniikan nimen mukaisesti V-kirjain, jonka keskellä on pistopaikka (kuva 1) (Rautava-Nurmi ym. 2016, 151.)



Kuva 1. V-Tekniikka (Rautava-Nurmi ym. 2016, 151)

Termi G-tekniikka tulee englannin kielen sanoista geometric methods. Niemensä mukaisesti pistopaikka paikannetaan maamerkkien (kuva 2) avulla suoliluun harjanteen, suoliluun yläetukärjen sekä ison sarvennoisen välille. Pistopaikka on maamerkkien välille jäävän "salmiakkikuvion" eli neljäkkään keskellä. (Kara ym. 2015, 510.)



Kuva 2. G-Tekniikka (Rautava-Nurmi ym. 2016, 157)

Dorsogluteaalinen pakaralihas

Rautava-Nurmen ym. (2016) mukaan dorsogluteaalisen eli selänpuoleisen pakaralihaksen käyttö pistopaikkana on kyseenalaista alueella olevien hermojen, valtimon ja paksun rasvakerroksen vuoksi. Tätä aluetta tulisi käyttää vain, jos pistoksia annetaan useita samanaikaisesti tai lääkettä on paljon. Pistopaikka on helppo määrittää. Pakaralihakseen kuvitellaan ruutuikkuna, jonka ylimmäinen ulkoneljännes toimii pistopaikkana (kuva 3). Pistosta annettaessa potilaan tulee olla seisaallaan, kyljellään tai vatsallaan. Suurin dorsogluteaalille alueelle pistettävä lääkemäärä on 4 ml (Saano & Taam-Ukkonen 2020, 158).

Pakaralihaksen yläulkoneljännes



Kuva 3. Dorsogluteaalinen eli selänpuoleinen pistopaikka (Saano & Taam-Ukkonen 2020, 158)

Reisilihas

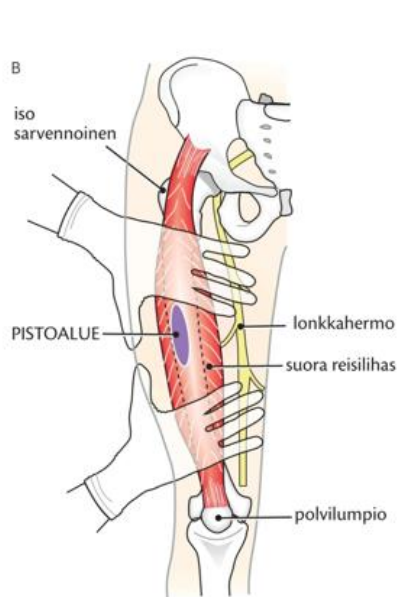
Reisilihasta tulisi käyttää pistopaikkana vain silloin, kun muut pistopaikat eivät ole mahdollisia. Pistopaikkana reisilihas on usein muita paikkoja kivuliaampi. Reiteen pistettävä lääkemäärä aikuisilla on enintään 5 ml (Saano & Taam-Ukkonen 2020, 158.) Reisilihakseen pistämisen etuja ovat, ettei tällä alueella ole iskiashermon vaurioitumisen riskiä, ja että reisivaltimo ja -laskimo sijaitsevat reiden sisäpuolella. Suoran reisilihaksen sijainnin ansiosta alue soveltuu hyvin omatoimiseen pistämiseen. Reisilihaksessa pistopaikkoja on kaksi: ulompi ja suora reisilihas. (Rautava-Nurmi ym. 2016, 150.)

Ulomman reisilihaksen pistopaikkaa paikannettaessa etsitään ensin reisiluun iso sarvennoinen eli trochanter majoris. Isosta sarvennoisesta mitataan kämmenleveys alaspäin ja toisella kädellä mitataan polvesta kämmenleveys ylöspäin. Pistopaikka on tämän rajatun alueen keskellä reiden ulkosivulla (kuva 4) Pistettäessä ulompaan reisilihakseen pistopaikka voidaan paikantaa myös jakamalla reisi edestä kolmeen yhtä suureen osaan pysty- ja vaakatasossa. Tällöin pistopaikka on kuvitteellisen ruudukon uloimman pystyriivin keskimmäisen ruudun alue (kuva 4) (Rautava-Nurmi ym. 2016, 150.)



Kuva 4. Uloimman reisilihaksen pistopaikka (Saano& Taam-Ukkonen 2020,158)

Suoran reisilihaksen pistopaikan paikantaminen tapahtuu samalla periaatteella kuin ulomman reisilihaksen. Paikannettaessa kädet sijaitsevat reiden ulkosyrjän sijaan reiden päällä (kuva 5) (Rautava-Nurmi ym. 2016, 150.)



Kuva 5. Suoran reisilihaksen pistopaikka (Rautava-Nurmi ym. 2016.150)

Hartialihas

Hartialihaksen etuja pistopaikkana ovat sen helppo paikannettavuus ja helppous asiakkaalle asennon ja riisuutumisen puolesta. Lihaks on kuitenkin suhteellisen pieni, joten siihen pistettävä lääkemäärä on 0,5–2 ml. (Saano & Taam-Ukkonen 2020, 157.)

Rautava-Nurmen ym. (2016) mukaan pistopaikan paikantamisessa kannattaa käyttää kuvitteellista tasasivuista kolmiota siten, että kolmion yläreuna on 2–3 sormenleveyttä olkalisäkkeen reunasta alempana ja alareuna kulkee kainalokuopan tasolla. Kolmion reunat taas muodostuvat siten, että kolmasosa alueesta kulkee käsivarren keskilinjan etupuolella ja 2/3 keskilinjan takapuolella (kuva 6).



Kuva 6. Hartialihaksen pistopaikka (Saano & Taam-Ukkonen 2020, 157)

Hartialihaksen alueella sijaitsevaa olkahermostoa ja verisuonia (olkalaskimo ja -valtimo) täytyy varoa pistämisessä. Lisäksi solisluuta, olkalisäkettä ja olkaluun päätä tulee varoa. Pistopaikka on siis suhteellisen pieni, ja varottavia kohtia on paljon. Tämän vuoksi aluetta suositellaankin käytettäväksi vain niissä tapauksissa, kun muualle pistäminen ei ole mahdollista. Pistotekniikkana hartialihakseen pistettäessä käytetään joko olkavarren lihaskudoksen nostamista ja puristamista tai alueen kiristämistä etusormen ja peukalon väliin. Hartialihakseen pistetään 60–90 asteen kulmassa. (Rautava-Nurmi ym. 2016, 152.) Puutteellinen pistotekniikka voi aiheuttaa hermohalvauksen, tuki- ja liikuntaelinvaurion tai ihoreaktion (Cook 2015).

Asiakas- ja hoitajanäkökulmia lihaksensisäisestä pistämisestä

Australialaisen tutkimuksen mukaan pitkävaikutteista lihaksensisäistä lääkettä saavista asiakkaista 65 % koki hartialihaksen miellyttävämpänä pistopaikkana kuin pakaralihaksen. Suurin osa piti tärkeänä pistopaikan vaihtoa oikean ja vasemman puolen välillä. Taylorin tutkimuksessa tulee ilmi myös aiempia tutkimustuloksia, jotka kertovat hartialihakseen pistämisen aiheuttavan asiakkaissa vähemmän hämmennystä verrattuna pakaralihaksen alueelle pistämiseen. Kuten jo aiemmin on todettu, asiakkaan mielipiteen ohella on kuitenkin erittäin tärkeää ottaa huomioon hartialihakseen pistämisen rajoitteet. (Taylor 2020.)

Suurin osa psykiatrisista sairaanhoitajista tietää ventrogluteaalisen pistopaikan olevan suositelluin, mutta kuitenkin he pistävät useimmiten dorsogluteaaliseen alueelle. Pistopaikan valintaa on perusteltu muun muassa osaamisen puutteella. Lisäksi potilaiden tottumukset ja pistopaikan vaihtamiseen liittyvät pelot vaikuttivat valintaan. Useimmiten lihaksensisäisestä pistämisestä johtuneet vammat dorsogluteaaliseen alueeseen ovat johtuneet potilaan väärästä asennosta pistämisen aikana ja/tai hoitajan puutteellisesta pistämistekniikasta. Tällöin neula on pistetty liian syväälle tai keskelle dorsogluteaalista aluetta. Dorsogluteaalinen alue on ventrogluteaalista aluetta herkempi kivulle. Lihaksensisäisen lääkehoidon on todettu olevan tehokas lääkkeen antotapa, minkä vuoksi hoitajien lihaksensisäisen pistämisen ajantasaiseen osaamiseen tulee panostaa. (Nuray ym. 2022; Ayinde ym. 2021; Rautava-Nurmi 2016, 154; Kardioğlu 2018.) Gullu ja Agkun (2021) toteavat tutkimuksessaan sairaanhoitajien tietojen ja taitojen lisääntyneen ventrogluteaaliseen pistämiseen saadun lisäkoulutuksen ansiosta. Tämän myötä myös suhtautuminen kyseiselle alueelle pistämiseen muuttui positiivisemmaksi.

4.2 Lääkeaineen pistäminen lihaksensisäisesti

Nopeavaikutteiset lihaksensisäisesti pistettävät lääkkeet vaikuttavat normaalisti noin 10–30 minuutissa. Tässä työssä keskitymme yleisimpiin pitkävaikutteisiin psykoosilääkkeisiin. Ne ovat lihaksensisäisesti pistettäviä depot-valmisteita, joista lääkeaine vapautuu pikkuhiljaa usean viikon ajan. Aseptiikka on asiakas- ja työturvallisuuden kulmakivi kaikissa pistämisen vaiheissa alkaen

lääkkeen valmistelusta. (Saano & Taam-Ukkonen 2020, 155.) Pitkävaikutteisen psykoosilääkkeen lihaksensisäinen pistäminen on esitetty tiivistetysti liitteessä 4.

Aseptiikka

Aseptiikka on tärkeä osa infektioiden torjuntaa sekä asiakas- ja työturvallisuutta. Lääkehoito ei saa riskeerata asiakkaan eikä lääkehoitoa toteuttavan turvallisuutta. Tartuntatautilaki määrittelee hoitoon liittyvien infektioiden ehkäisyä muun muassa hoitohenkilökunnan rokotesuojavelvoitteella. Hoitoon liittyviä infektioita tulee seurata ja niistä raportoida. Aseptiikka ja infektioiden torjunta on sidonnainen eettisyyteen ja hoitoa toteuttavan henkilön aseptiseen omatuntoon, joka vaatii tietoa ja sitoutumista aseptisesti oikeaan toimintaan kaikissa tilanteissa. (Saano & Taam-Ukkonen 2020, 62–63.)

Aseptiikan lähtökohta lääkeshoidossa on, että kaikki käytettävät välineet ja lääkeaineet pidetään puhtaina mikrobeista. Hyvä ja oikeanlainen käsihygienia, tilannekohtaisesti oikeiden suojainten asianmukainen käyttö ja oikeat työtavat ovat aseptisen työskentelyn periaatteita. Niiden tulee toteutua kaikissa lääkeshoidon vaiheissa lääkkeen valmistelusta potilaalle antamiseen. Oikeat työtavat koostuvat siitä, että toiminta suunnitellaan etukäteen ja tarvikkeet varataan valmiiksi. Aseptinen työskentelyjärjestys etenee puhtaasta likaiseen. Lääkkeitä käsitellessä työympäristön tulee olla rauhallinen, kiireetön ja hyvin valaistu. Lääkkeitä käsitellään aseptisesti. Lagenulien korkit, ampullien kaulat ja lääkkeenantoreitit desinfioidaan lääkettä valmistettaessa ja asiakkaalle annettaessa. Neulalla läpäistävät kumikorkit desinfioidaan desinfektiopyyhkeellä tai 80-prosenttisellä etanolilla sisältävällä taitoksella ennen lävistämistä. (Saano & Taam-Ukkonen 2020, 63.)

Käsihygienia

Oikeanlainen käsihygienia on kaiken aseptisen toiminnan perusta, sillä lääkkeisiin joutuvat mikrobit ovat lähes aina peräisin ihmisestä. Käsihuuhteen käyttö on tehokas tapa välttää mikrobien leviämistä. Sitä tulee käyttää aina ennen ja jälkeen asiakaskontaktien, toimenpiteiden ja lääkkeiden käsittelyn.

Suojäkäsineiden käytössä tulee huomioida, että infektointuneiden kohtien koskettamisen jälkeen kädet tulee desinfioida ja käsineet vaihtaa. Likaantuneet kädet pestään saippualla ennen käsihuuhteen käyttöä. (Saano & Taam-Ukkonen 2020, 63.)

Pistopaikan ja lääkeaineen valmistelu

Pistopaikan ihon kunto tarkistetaan ja ennen pistämistä alue puhdistetaan joko desinfektiopyyhkeellä tai 80-prosenttisella alkoholilla. Rikkoontuneelle, haavaiselle tai tulehtuneelle ihoalueelle ei saa pistää. Pistosta ei saa myöskään antaa luomien, tatuointien ja lävistysten läheisyyteen. (Saano & Taam-Ukkonen 2020, 155–156.)

Pitkävaikutteiset psykoosilääkkeet valmistellaan aina pakkauksen ohjeen mukaisesti ja pistetään niiden mukana tulevia pistovälineitä käyttäen. Lääkeaineen voimassaolo sekä pakkausten kunto tulee tarkistaa ennen lääkkeen valmistelua. Lääkeannos tulee antaa mahdollisimman pian käyttökuntoon saattamisen jälkeen. Ylijäänyttä lääkeainetta ei saa säilyttää. (Europa eu s.a.; Risperdal Consta 2019.)

Lääkehoidon ohjaus

On tärkeää, että asiakkaalle kerrotaan hänelle annettavista lääkeaineista ja niiden mahdollisista haittavaikutuksista. Asiakas on useimmiten itse paras arvioimaan annetun lääkkeen vastetta ja etenkin mahdollisia sivuoireita. On siis tärkeää osallistuttaa asiakas lääkehoitoon kysymällä ja seuraamalla hänen vointiaan lääkkeen annon jälkeen. Asiakasta ohjataan ja hänelle annetaan tietoa annettavan lääkkeen indikaatiosta, lääkkeen määrästä, lääkehoidon kestosta (kuurimuotoinen/pysyvä) ja antotavasta.

Hoitohenkilökunnan tulee vastata asiakkaan kysymyksiin tai konsultoida lääkärinä asiakasta askarruttavissa ja muissa lääkehoitoon liittyvissä asioissa. Mahdollisuuksien mukaan myös omaisten ohjaaminen on tärkeää. (Turvallinen lääkehoito 2021.)

Z-tekniikka ja aspirointi

Z-tekniikan (kuva 7) käyttäminen lihaksensisäisessä pistämisessä estää pistettävän lääkeaineen takaisinvirtausta ja tihkumista ihonalaiskudokseen. Sitä olisi suositeltavaa käyttää etenkin annettaessa ihonalaiskudoksia ja hermoja ärsyttäviä lääkeaineita. Tekniikka toteutetaan siten, että ei-dominoinvan käden (esimerkiksi oikeakätisellä vasen käsi) kämmensyrjällä vedetään ihoa ja ihonalaiskudosta pistokohdasta poispäin, kunnes pistos on annettu. Kun lääke on ruiskutettu hitaasti 90 asteen kulmassa (1 ml 10 sekunnissa) lihakseen ja neula vedetty ulos, päästetään iho nopeasti vedosta pois. Tämän jälkeen lääkeaineen takaisinvirtaus estetään vielä painamalla pistokohtaa puhtaalla taitoksella. (Saano & Taam-Ukkonen 2020, 159.)



Kuva 7. Z tekniikka ja neulan pistokulma ja syvyys (Saano & Taam-Ukkonen 2020, 159)

Yilmazin ym. (2016) tekemässä tutkimuksessa selvitettiin Z-tekniikan vaikutusta lihaksensisäisessä pistämisessä koettuun kipuun. Tutkimukseen osallistui 60 sattumanvaraisesti valittua 18–65-vuotiasta henkilöä. Tutkimusryhmä jaettiin kahteen yhtä suureen osaan ja kummankin ryhmän henkilöille pistettiin kolme millilitraa samaa lääkeainetta. Puolelle tutkimusryhmästä käytettiin Z-tekniikkaa. Tutkimuksessa todettiin, ettei Z-tekniikan käyttö helpottanut pistopaikalla tunnettua kipua, mutta sen sijaan lääkkeen takaisinvirtausta se esti.

Ihon läpäisyn jälkeen seuraava pistämisen vaihe on aspirointi. Aspiroidessa ruiskun mäntää vedetään hitaasti takaisin pistokädellä. Mikäli ruiskuun

nousee verta, tulee pistäminen keskeyttää ja lääke sekä pistopaikka valmis-
tella uudestaan. (Saano & Taam-Ukkonen 2020, 156.) Thomasin ym. (2016)
tutkimukseen osallistui 216 sairaanhoitajaa, joista vain kolme prosenttia aspi-
roi suosituksen mukaisesti 5–10 sekuntia ennen lääkkeen antoa lihakseen.
Veren aspiraatiota ilmeni useimmiten dorsogluteaaliosalla alueella sekä hartiali-
haksessa.

Lääkeaineen vaikutuksen seuranta

Lääkeaineen vaikutuksen seuranta kuuluu koko terveydenhuollon henkilös-
tölle. Seurannan kannalta oleellista on tietää eri lääkeaineiden vaikutusmeka-
nismit ja mahdolliset ongelmatilanteet. Lääkeaineen vaikuttavuutta havainnoi-
daan seuraamalla asiakkaan yleistä vointia sekä vitaalielintoimintoja.
(Turvallinen lääkehoito 2021, 71–72.) Usean psykoosilääkkeen samanaikai-
nen käyttö altistaa ekstrapyramidaalioireille eli lääkeparkinsonismille. Oireina
esiintyy jäykkyyttä, akuuttia dystoniaa eli lihasten lisääntyntä aktiivisuutta,
tardiivia dyskinesiaa eli pakkoliikkeitä sekä akatisiaa eli motorista levotto-
muutta. Oireet alkavat pian lääkehoidon aloituksen jälkeen. Riski lääkeparkin-
sonismin syntyyn on suurentunut etenkin käytettäessä perinteisiä eli ensim-
mäisen polven psykoosilääkkeitä. (Tuominen 2020.) Useimmiten hoitona riit-
tää lääkeannoksen pienentäminen tai psykoosilääkkeen vaihtaminen toiseen
(Tiihonen 2019). Kaikkien psykoosilääkkeiden käyttöön sisältyy aina riski va-
kavaan neuroleptioireyhtymään. Sen oireina esiintyy korkeaa selittämätöntä
kuumetta, lihasten jäykkyyttä, nielemisvaikeutta, virtsan tai ulosteen pidätysky-
vyttömyyttä, hikoilua ja verenpaineen sekä tajunnantason muutoksia (Tuomi-
nen 2020; Neuroleptioireyhtymä 2021). Useimmiten oireyhtymä ilmenee an-
nosnoston tai uuden lääkkeen aloituksen yhteydessä. Tila on hengenvaaralli-
nen ja vaatii välitöntä sairaalahoitoa sekä psykoosilääkehoidon lopettamista.
(Tiihonen 2019.)

Psykoosilääkkeet aiheuttavat metabolisia haittavaikutuksia sekä kardiovasku-
laarisia eli sydämeen ja verisuoniin liittyviä haittavaikutuksia. Tämän vuoksi
säännölliset seurannat verensokerin, painon, verenpaineen, veren rasva-arvo-
jen sekä sydämensähkökäyrän osalta ovat tärkeitä. Heti hoitosuhteen alussa
tulee selvittää asiakkaan perinnölliset taipumukset ja mahdolliset metabolista

riskiä lisäävät elintavat. (Skitsofrenia 2022.) Taulukossa 3 on esitetty tarkemmin psykoosilääkkeiden käyttäjiltä seurattavat arvot ja niiden seurantaväli. Tarvittaessa lääkäri tekee seurantaan yksilöllisiä muutoksia (Skitsofrenia 2022).

Taulukko 3. Fyysisen terveydentilan seuranta psykoosilääkkeiden käyttäjillä (mukaiillen Skitsofrenia 2022).

Seurattavat arvot	Seurantaväli
Veren rasva-arvot*, maksa-arvot, perusverenkuva	Heti, 3 kk:n kuluttua* ja 6 kk:n kuluttua tämän jälkeen vuosittain
Verensokeri	Heti, 3 kk:n kuluttua ja 6 kk:n kuluttua ja tämän jälkeen vuosittain
Verenpaine ja pulssi	Heti ja tämän jälkeen kuukausittain
Vyötärönympäry	Heti ja tämän jälkeen vuosittain
Paino	Heti, 6 viikon ajan kerran viikossa, 3kk:n välein vuoteen asti ja tämän jälkeen kuukausittain
Sydänsähkökäyrä	Heti, 3 kk:n kuluttua ja tämän jälkeen vuosittain
Huume	Tarpeen mukaan

Mahdolliset komplikaatiot

Lihaksensisäiseen lääkehoitoon liittyy aina myös komplikaatioiden mahdollisuus, jotka ovat esillä Rautava-Nurmea ym. mukailien taulukossa 4. Komplikaatiot liittyvät usein puutteelliseen tai väärään pistotekniikkaan. Useimmiten ne ovat paikallisia ihoreaktioita pistopaikalla, jolloin hoidoksi riittää oireiden seuranta ja oireenmukainen hoito. Vakavia, välitöntä sairaalahoitoa vaativia komplikaatioita voi myös esiintyä. Näistä henkeä uhkaavin on anafylaktinen reaktio. (Rautava-Nurmi ym. 2016, 154.)

Taulukko 4. Lihaksensisäisestä pistämisestä aiheutuvia mahdollisia komplikaatioita (mukaiillen Rautava-Nurmi ym. 2016, 154).

Paikalliset, seurantaa vaativat komplikaatiot	Hoitoa vaativat komplikaatiot	Vakavat ja välitöntä hoitoa vaativat komplikaatiot
<ul style="list-style-type: none"> Ihon punoitus Pistoalueen kipu Pistoalueen turvotus Paikallinen kudosaärsytys Mustelmat 	<ul style="list-style-type: none"> Pistopaikan tulehtuminen Pistopaikalle kehittynyt märkäpaise eli absessi Silmän sidekudostulehdus Verisuoni vauriot Lievät hermovauriot 	<ul style="list-style-type: none"> Suurten hermojen vauriot, halvausoireet Nekroosi eli kudosaivautus Anafylaktinen reaktio eli anafylaksia

Anafylaktinen reaktio

Anafylaktinen reaktio eli anafylaksia on vakava moneen elimeen yhtä aikaa vaikuttava yliherkkyysoireyhtymä. Sen aiheuttaja voi olla yliherkkyysoireyhtymä ruoalle, lääkkeelle tai ampiaiselle. Yleensä se alkaa voimakkaalla, nopeasti ympäri kehon leviävällä kutinalla ja nokkosihottumalla. Oireet paikantuvat myös hengitysteihin, ja hengitys voi vaikeutua nopeasti. Vitaalielintoiminnoissa reaktio voi näkyä muun muassa verenpaineen laskuna ja pulssin tihenemisenä. Pahoinvointia ja oksentelua voi esiintyä. Anafylaksia on aina henkeä uhkaava tila, ja sen oireisto kehittyy nopeasti. Hoitona on aina ensin adrenaliinipistos, ja sen jälkeen hoidon tukena voidaan käyttää antihistamiinia ja kortisonia. (Hyry 2022.)

Pistämisestä aiheutuva kipu

Asiakkaan ohjaus ja oikea pistotekniikka ehkäisevät tehokkaasti pistämisestä aiheutuvaa kipua. Asiakas pyritään saamaan rentoutumaan ja hänelle kerrotaan, mitä ollaan tekemässä. Pistopaikkaa voi tarpeen mukaan puuduttaa puudutelaastareilla. Lääkeaineen valmisteluun ja pistämiseen tulee käyttää eri neulaa. Sopivan pituinen pistoneula vähentää kipua. Piston tulee tapahtua nopeasti ja lääkeaineen ruiskutuksen hitaasti. Pistoneulan valintaan vaikuttavat asiakkaan painoindeksi, sukupuoli sekä pistopaikka. (Saano & Taam-Ukkonen 2020, 160.) Aynden ym. (2021) tekemässä systemaattisessa katsauksessa todettiin, ettei Z-tekniikan käytöllä tai neulan ja lääkkeen lämpötilalla ollut vaikutusta koettuun pistokipuun. Suuntaa antava ohje neulojen suosituspituuksista ja pistoneulan valintaan vaikuttavista tekijöistä on esitetty taulukossa 5.

Taulukko 5. Suuntaa antava taulukko neulojen suosituspituuksista (Rautava-Nurmi ym. 2016, 149).

Pistopaikka	Sukupuoli	Painoindeksi	Neulan suositus pituus
Reisi	Mies/Nainen	Kaikki	25 mm
Ventrogluteaalinen alue	Mies	<30	40 mm
Ventrogluteaalinen alue	Mies	>30	50 mm
Ventrogluteaalinen alue	Nainen	<26	40 mm
Ventrogluteaalinen alue	Nainen	>26	50 mm
Hartialihas	Mies	Kaikki	25 mm
Hartialihas	Nainen	< 30	25 mm
Hartialihas	Nainen	>30	32–40 mm

Dokumentointi

Lihaksensisäisen pistoksen jälkeen koko prosessi tulee kirjata huolellisesti ja ymmärrettävästi asiakastietojärjestelmään. Lääkeaineesta tulee kirjata sen nimi, käyttötarkoitus, annettu lääkemäärä, antoreitti ja/tai -tapa, antoaika, hoitovaste sekä mahdolliset lääkeaineen aiheuttamat haittavaikutukset. Kaikki poikkeavat asiat, kuten asiakkaan kieltäytyminen lääkehoidosta, tulee kirjata tarkasti. Hyvä kirjaaminen on tärkeä osa hoidon suunnittelua ja seurantaa. (Turvallinen lääkehoito 2021, 69–70.)

Asiakkaasta saa kerätä ja kirjata vain hoidon kannalta oleellisen tiedon. Tieto tulee kirjata oikein, eikä se saa olla puutteellista. Asiakas saa halutessaan lukea itsestään kirjatut tiedot asiakastietojärjestelmästä. Asiakkaan pyynnöstä virheellinen tai puutteellinen kirjaus tulee korjata. Kaikki asiakkaaseen liittyvät tiedot tulee hävittää tietosuojajätteenä. (Tietosuojavaltuutetun toimisto 2016.)

Neulanpistotapaturmat

Pistoksina annettavaan lääkehoitoon liittyy aina riski neulanpistotapaturmille. Yksikössä tulisi olla esillä selkeät toimintaohjeet tapaturmien ehkäisemiseksi sekä toimintaohjeet tapaturman sattuessa. Särmäisjäteastioiden oikeaoppinen käyttö on yksi tärkeimmistä pistotapaturmia ehkäisevistä asioista. Neuloja ei saa hylsytää, eli neulan käytön jälkeen suojatulppaa ei saa laittaa takaisin. (Anttila ym. 2019; Saano & Taam-Ukkonen 2020, 68.)

Pitkävaikutteisten psykoosilääkkeiden pakkausten mukana tulevat neulat ovat pääosin turvaneuloja. Niitä käytettäessä neula saadaan heti pistämisen jälkeen suojukseen siten, ettei se aiheuta pistotapaturmavaaraa. Myös nämä neulat tulee hävittää välittömästi käytön jälkeen särmäisjäteastiaan. (Europa eu s.a.; Risperdal Consta 2019.)

Pistotapaturmiin liittyy riski veriteitse tarttuvien tautien, muun muassa HIV:n ja hepatiittien, tarttumiseen. Näistä hepatiitti b on helpoiten pistotapaturmien yhteydessä tarttuva, mutta senkin tarttuminen on tässä yhteydessä äärimmäisen harvinaista. Ehjälle iholle saadussa verikontaktissa tarttumisriskit ovat lähes olemattomia. (Anttila 2019.) Pistotapaturman sattuessa on tärkeää pysyä

rauhallisena ja estää uudet vahingot. Aluetta ei saa puristaa. Altistunut alue tulee huuhdella runsaalla vedellä. Tämän jälkeen pistokohtaan asetetaan kahdeksi minuutiksi vähintään 70-prosenttista alkoholia sisältävä haude. Tapahtumasta tehdään ilmoitus ja tarvittaessa konsultoidaan infektiolääkärää. Jos pistoneula ei ole kontaminoitunut verellä, ei myöskään tartuntariskiä ole. Tarpeen mukaan rokotesarjoja tehostetaan ja tarvittavia verinäytteitä otetaan tartuntojen poissulkemiseksi. (Anttila 2019.)

Asiakkaan kohtaaminen lääkehoitoa toteutettaessa

Mielenterveystyössä asiakkaan kohtaamisen tulee olla asiakaslähtöistä ja hoitajan tulee käyttää omaa persoonaansa ja ammatillisuuttaan työvälineenä. Luottamuksen luominen on lähtökohta onnistuneelle hoitosuhteelle. Hoitotyöntekijän täytyy olla laajasti perehtynyt asiakkaaseen, hänen sairauteensa ja lääkitykseensä. On tärkeää, etteivät hoitajan omat ajatukset ja asenteet vaikuta hoitosuhteeseen. Hoitajan pitäisi pystyä perustelemaan asiakkaalle kertomiin asioita ja lääkehoitoa. Tämä kaikki edesauttaa asiakasta käsittelemään ja puhumaan sairaudestaan ja tuntemuksistaan. Myös asiakkaan läheiset ja omaiset tulee huomioida ja heille tulee antaa tukea ja tietoa mahdollisuuksien ja asiakkaan tahdon mukaan. (Holmberg 2016, 89.)

Joskus hoitajan auttamisen halu on haastavaa välittää asiakkaalle. Sairaudentunnottomuus voi aiheuttaa asiakkaassa myös lääkekielteisyyttä. (Oksanen 2015.) Tärkeintä on luoda turvallinen ympäristö, ettei asiakas tuntisi oloaan uhatuksi. Psykoottisena henkilön todellisuudentaju hämärtyy ja hänen kanssaan saa helposti riidan aikaan. Usein joustavuus puolin ja toisin auttaa löytämään molempia tyydyttävän ratkaisun. Äkillinen tilanne kuitenkin harvoin syntyy hetkessä, vaan sitä pystyy ennakoimaan asiakkaan voinnin aktiivisella tarkkailulla. Tarkkailun avulla asiakkaan voinnin muutoksiin pystytään vastaamaan, ettei tilanne eskaloituisi. (Hallikainen & Repo-Tiihonen 2015.)

Aggressiiviseen käytökseen tablettimuotoisesta lääkehoidosta ei useinkaan ole apua, koska lääkkeen vaikutus alkaa viiveellä. Suonensisäistä lääkehoitoa ja lihakseen pistettäviä lyhytvaikutteisia lääkkeitä tulee akuuttitilanteissa välttää, koska ne voivat viedä luottamuksen hyvästä hoitosuhteesta pitkäksi aikaa. Akuuttitilanteissa parhaaksi on todettu inhaloitava lääke loksapiini, jonka vaikutus alkaa 10 minuutin kuluessa. Alkoholin vaikutuksen alaisena oleva

psykoottinen henkilö kuuluu aina osastohoitoon tarkkailtavaksi. Mahdollinen lääkehoito tulee aloittaa vasta potilaan selvittyä. (Hallikainen & Repo-Tiihonen 2015.) Ohjeita psykoottisen asiakkaan kohtaamiseen taulukossa 6.

Taulukko 6. Psykoottisen asiakkaan kohtaaminen (mukaillen Hallikainen & Repo-Tiihonen 2015)



5 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS JA TAVOITE

Opinnäytetyön tarkoituksena on tuottaa opas psykoosilääkkeiden lihaksensisäisestä pistämisestä Esperi Valkaman hoitohenkilökunnalle. Opinnäytetyön tavoitteena oli lisätä Esperin Hoitokoti Valkaman hoitohenkilökunnan asiakas- ja työturvallisuutta lihaksensisäisessä pistämisessä.

6 HYVÄN OPPAAN KRITTEERIT

Kirjallisten ohjeiden merkitys korostuu etenkin silloin, kun henkilökohtaiseen ohjaukseen ei ole riittävästi aikaa. Hyvä opas antaa lukijalleen tietoa ja ohjausta. Lisäksi lukija saa tietoa yksikön henkilökohtaisista hoitolinjoista ja -tavoista. Hyvässä oppaassa uusi tai päivitettävä tieto kerrotaan lukijalle tiiviisti ja mahdollisimman ymmärrettävällä kielellä. (Torkkola ym. 2002, 7, 34, 49.)

Tekstin ymmärrettävyyden kannalta oleellista on loogisesti etenevä teksti ja juoni. Sisällön etenemisjärjestykseen ei silti ole yhtä oikeaa tapaa. Se voi määräytyä esimerkiksi asioiden tärkeysjärjestyksenä, aikajärjestyksenä tai aihepiireittäin. (Hyvärinen 2005.) Hyvä opas puhuttelee kohderyhmäänsä, ja jo

ensimmäisistä lauseista tulee selvitä oppaan tarkoitus. Passiivimuodossa tai käskymuodossa kirjoitettu teksti ei puhuttele lukijaansa, vaan lukija voi saada tekstistä tylyn vaikutelman. Turvallisinta on teitellä lukijaa sekä perustella antamansa tieto ja ohjeistus, jotta lukijalla on motivaatiota noudattaa luke- maansa. (Torkkola 2002, 36, 37–38.)

Ohjeen sisältöä tuottaessa termien ja kielen täytyy olla jokaisen ymmärrettävissä. Ammattikieltä ja lyhenteitä tulee välttää ja vierasperäiset sanat tulisi suomentaa. Ohjeen luettavuutta lisäävät selkeä otsikko ja väliotsikot. Hyvä otsikko viittaa selkeästi kyseessä olevaan asiaan ja lisää lukijan mielenkiintoa. Väliotsikot puolestaan jakavat tekstin sopivan kokoisiin osioihin. (Torkkola ym. 2002, 39, 51.) Teksti tulee tarkistaa mahdollisten kirjoitusvirheiden ja väärinymmärrysten vuoksi. Huonosti kirjoitettu teksti voi saada lukijan epäilemään tekstin kirjoittajan ammattitaitoa. (Hyvärinen 2005.)

Kuvien tarkoitus on herätellä lukijan mielenkiintoa sekä lisätä ymmärrystä oppaan sisältöä kohtaan. Kuvia valittaessa tulee kuitenkin käyttää harkintaa, ja niiden täytyy liittyä tekstiin ja tukea sen sanomaa. Kuvan lisääminen niin sanotusti täytteeksi voi aiheuttaa lukijassa vain hämmennystä. Kuvien käytössä tulee huomioida tekijänoikeudet. Hyvän oppaan loppuun on merkitty tekijöiden yhteystiedot sekä lähteet, joista lukija saa tarvittaessa lisätietoa tai neuvoja. (Torkkola ym. 2002, 40–42, 44.)

Kuvien ja tekstien asettelussa täytyy huomioida siisti ulkoasu. Oppaalle tulee valita sopiva asettelumalli, joka käsittää muun muassa fontin, fonttikoon, rivivälin, palstamäärät ja mahdolliset korostukset. Monisivuisen oppaan voi tehdä joko pysty- tai vaaka-asentoon A4-kokoiselle arkille. Yksi- tai kaksisivuinen opas toimii parhaiten pystymallisena. Tyhjän tilan jäämistä oppaaseen ei tarvitse välttää, sillä liian täydet sivut tekevät oppaasta sekavan ja vaikeasti luettavan. Hyvällä maulla tehty asettelu lisää oppaan luettavuutta sekä luotettavuutta. (Torkkola ym. 2002, 53–55.)

7 TUOTEKEHITYSPROSESSI

Opinnäytetyö toteutettiin tuotekehitysprosessina Jämsän ja Mannisen teosta Osaamisen tuotteistaminen sosiaali- ja terveysalalla (2000) mukaillen. Prosessissa on viisi vaihetta. Tuotekehitysprosessi käynnistyy kehittämistarpeen tunnistamisella, jonka jälkeen seuraavat ideointi-, luonnostelu- ja kehittelyvaihe. Prosessin lopuksi tuote viimeistellään. (Jämsä & Manninen 2000, 28.)

7.1 Kehittämistarpeen tunnistaminen

Sosiaali- ja terveysalalla kehittämistarpeen tunnistamisen apuna käytetään asiakastyytyväisyyskyselyitä sekä erilaisia tilastoja yksikön toiminnasta. Kehittämistarve voi ilmetä jo käytössä olevassa tuotteessa, esimerkiksi potilasohjeessa. Tällöin ohjetta tulee kehittää vastaamaan sen nykyistä tarvetta. Tunnistusvaiheessa voi tulla esiin myös täysin uusi tarve. Tuotetta kehiteltäessä tulee huomioida kohderyhmän mahdolliset erityispiirteet. (Jämsä & Manninen 2000, 29–30.)

Opinnäytetyön aihetta pohdimme yhteistyössä työpaikan esihenkilön kanssa. Aiheen valinta oli helppoa, sillä oikein toteutettu lääkehoito ja lääkkeiden vaikutusten seuranta on yksi työmme keskeisimmistä osa-alueista. Keskustelimme esihenkilön lisäksi Esperi Hoitokoti Valkaman hoitohenkilökunnan kanssa saadaksemme käsityksen siitä, mihin lääkehoidon osa-alueeseen aihe olisi hyödyllistä rajata. Nopeasti muodostui yhteneväinen näkemys siitä, että kyseisessä yksikössä tulisi panostaa lihaksensisäisen pistämisen osaamiseen ja lääketietämykseen. Toimeksiantajalta sekä sen henkilökunnalta nousi esiin toive ajantasaisesta ja työturvallisuutta lisäävästä oppaasta lihaksensisäiseen pistämiseen. Näimme oppaan parhaaksi vaihtoehdoksi sen helpon päivittämismahdollisuuden vuoksi. Lisäksi sitä voi tarvittaessa muokata vastaamaan myös muiden Esperi Care Oy:n yksiköiden tarpeita.

7.2 Ideavaihe

Kehittämistarpeen tunnistamista seuraa ideavaihe. Tässä vaiheessa on tarkoitus löytää keinoja ja toimintatapoja, joiden avulla tuote kehitetään tarvetta vastaavalle tasolle. Sosiaali- ja terveysalalle soveltuvia menetelmiä ovat muun muassa aivoriihi ja benchmarking. (Jämsä & Manninen 2000, 35–37.)

Aivoriihi

Aivoriihessä etsitään luovia ratkaisuja ja ideoita yhdessä. Tarkoituksena on kehittää mahdollisimman monta ideaa, jolloin todennäköisyys laadukkaan idean löytämiseen kasvaa. Tämänkaltaista työskentelyä kutsutaan myös ideointitapaamiseksi. Aivoriihessä kirjataan muistiin kaikki ideat ja ajatukset, eikä niitä tässä vaiheessa kritisoida. Tämä mahdollistaa kaikkien ideoiden esillepääsyn. Vasta lopuksi ideat ja ratkaisumalliajatukset arvioidaan ja käyttökelvottomiksi todetut ideat hylätään. (Jämsä & Manninen 2000, 35–36; THL 2006/2012.)

Käytimme hyödyksi aivoriihimenetelmää ja kävimme aktiivisesti vastavuoroista keskustelua ja ideointia aiheesta paitsi kahdestaan, myös Hoitokoti Valkaman hoitohenkilökunnan kanssa. Pidimme ensimmäisen ohjauspalaverin Teams-sovelluksella huhtikuussa 2023. Yhdessä ohjaavien opettajien ja työnantajan edustajan kanssa käytyjen keskustelujen pohjalta päädyimme rajaamaan oppaan sisältöä psykoosilääkkeiden lihaksensisäiseen pistämiseen täysi-ikäisille asiakkaille. Esperio Hoitokoti Valkamassa pistettävät lihaksensisäiset lääkkeet ovat pääosin pitkävaikutteisia psykoosilääkkeitä. Päädyimme siis ottamaan ne mukaan sisältöön niiden tuomien erityispiirteiden vuoksi, jotka koskevat muun muassa lääkkeen valmistelua, pistopaikan valintaa ja lääkkeen vaikuttavuuden seuranta-aikaa. Mielenterveyden häiriöistä käsittelemme kohderyhmän mukaisesti vain skitsofreniaa.

Oppaan suunnittelussa käytimme aivoriihitekniikkaa Microsoft Teams -yhteyden välityksellä. Jaoin yhteisen Microsoft Word -tiedoston ja kirjoitimme siihen kaikkia mieleemme tulleita ajatuksia ja toteutusideoita tulevasta oppaasta. Lopuksi poimimme talteen mielestämme parhaat ideat.

Benchmarking

Benchmarkingin tarkoituksena on verrata omaa toimintaa toisen organisaation vastaavaan toimintaan. Ideana on saada oppia ja kyseenalaistaa oman yksikön toimintaa. (Jämsä & Manninen 2000, 35–37.) Englanninkielinen termi viittaa analyysimenetelmään, ja sen suomenkieliseksi vastineeksi on ajateltu muun muassa vertailujohtamista ja -kehittämistä, kumppanuusvertailua ja poikittaisvertailua. Kuitenkaan mikään näistä ei ole suomen kieleen vakiintunut, ja termiä benchmarking käytetään yleisesti puhuttaessa vertailuideoinnista. (Perälä ym. 2007, 13.)

Hyödynsimme oppaan ideointivaiheessa benchmarking-menetelmää. Taulukossa 7 on nähtävillä oppaista tekemämme huomioid. Oppaamme sisällöstä olimme yksimielisiä, joten benchmarking-menetelmää käytimme vain ulkoasuun suunnitteluun. Tutustuimme erilaisiin oppaisiin hyvän oppaan kriteereiden pohjalta. Erityisesti kolmesta oppaasta tehtyjen huomioiden avulla oman tulevan oppaamme ulkoasu ja sisältö alkoivat hahmottua tarkemmin. Halusimme tehdä oppaasta selkeän ja lukijaystävällisen, luotettavaa ajankohtaista tietoa tarjoavan työkalun Esperi Hoitokoti Valkaman hoitohenkilökunnalle.

Taulukko 7. Benchmarking

Tekijät, vuosi	Opinnäytetyön nimi	Huomioita
Hartikainen, J& Törmänen, J. 2010	Turvallinen lääkehoito: Opas turvalliseen lääkehoitoon Lahden Diakonialaitoksen Mathilda- kodissa	+ Monipuolinen tietopaketti + Etenee johdonmukaisesti - Visuaalinen ilme - Informaatiohälyn vaara - Kuvien puute
Pesonen, S. 2021	Lihaksensisäisen injektion turvallinen anto: Opas palvelutalon henkilökunnalle	+ Informatiiviset kuvat + Tiivis - Alustus itse aiheeseen puuttuu - Sivut liian täynnä tietoa - Opas esittelee vain hartialihakseen pistämisen
Martiikainen, I.& Syväys, J. 2018	Pitkävaikutteisen psykoosilääkeinjektion käyttö potilaan kuntoutuksessa. Opas: Tutustutaan pitkävaikutteiseen psykoosilääkeinjektioon	+ Selkeys + Kuvat - Kohderyhmä - Yleisimmät lääkkeet ja lääkeshoidon mahdolliset haittavaikutukset tulisi oppaassa kertoa pääpiirteittäin

Turvallinen lääkehoito: Opas turvalliseen lääkehoitoon Lahden Diakonialaitoksen Mathilda-kodissa

Hartikaisen ja Törmäsen (2010) opinnäytetyönä tehty opas turvalliseen lääkehoitoon Lahden Diakonialaitoksen Mathilda-kodissa on erittäin informatiivinen tietopaketti. Se sisältää tärkeää tietoa turvallisen lääkehoidon toteuttamisesta: muun muassa lääkkeiden antotavoista, lääkkeiden vaikutuksista ikääntyneillä ja toimimisesta poikkeustilanteissa. Oppaassa on selkeä sisällysluettelo, ja se etenee johdonmukaisesti. Siinä on myös lihaksensisäisen pistämisen ohjeistus kirjallisesti. Lukijan näkökulmasta visuaalisuuteen olisi voinut panostaa ja tekstiä tiivistää, jotta mielenkiinto säilyisi. Lisäksi kuvat olisivat voineet olla hyvä työkalu havainnollistamaan tärkeitä asioita. Sivut ovat melko täynnä tekstiä. Omaan oppaaseemme halusimme juuri tällaista tutkittua ja tärkeää tietoa, mutta tiiviisti ja pääkohdat esiin nostettuna.

Lihaksensisäisen injektion turvallinen anto: Opas palvelutalon henkilökunnalle

Pesosen (2021) opas on kuviin painottuva kolmesivuinen opas lihaksensisäiseen pistämiseen. Kuvat havainnollistavat lukijalle hyvin pistämisen eri vaiheet, mutta kaipaisivat jonkinlaista johdantoa ja alustusta. Lisäksi sivut ovat hieman täynnä. Jokainen kuva on tärkeä ja lukijan keskittyminen saattaa herpaantua, kun informaatiota on liikaa yhdellä sivulla. Opas esittelee vain hartialihakseen pistämisen, joka taas kumoaa osaltaan nykysuositusta ventrogluteaalialueelle pistämisestä. Tämä opas antoi omaan oppaaseemme hyvän vihjeen kuvien tärkeydestä informatiivisen tekstin tukena.

Pitkävaikutteisen psykoosilääkeinjektion käyttö potilaan kuntoutuksessa. Opas: Tutustutaan pitkävaikutteiseen psykoosilääkeinjektioon

Martikaisen ja Syväyksen (2018) opas tutustuttaa lukijansa pintaraapaisulla pitkävaikutteisiin psykoosilääkkeisiin. Oppaan kohderyhmä ei tule täysin selville. Siinä tuodaan ilmi pitkävaikutteisten injektoiden etuja verrattuna suunkautta otettavaan lääkitykseen. Sivut ovat selkeitä ja teksti helppolukuista. Lukijan näkökulmasta lääkkeitä ja niiden mahdollisista haittavaikutuksista olisi

tärkeää kertoa. Opas painottaa lukijalle, että mieltä askarruttavat asiat on tärkeää ottaa esille hoitavan tahon kanssa. Silti olisi olennaista, että lääkehoitoa koskeva opas toisi edes aiheen pääkohdat esille. Oppaan visuaalinen selkeys ja yksinkertaisuus on lukijaystävällistä, ja juuri tähän pyrimme omassa opassaammekin.

7.3 Luonnosteluvaihe

Kun tuote on suunniteltu ja päätetty valmistaa, voidaan siirtyä luonnosteluvaiheeseen. Luonnosteluvaiheessa on tarkoitus kerätä monipuolisesti tietoa asiakkaasta, aiheesta, toimintaympäristöstä, itse tuotteesta sekä sen laatutekijöistä. Käytetyn kirjallisuuden tulee olla tutkittuun tietoon perustuvaa ja ajantasaista. Tarkoituksena on luoda tuote, joka palvelee juuri sille tarkoitettua kohderyhmää. Tämä onnistuu parhaiten, kun suunnittelussa on otettu huomioon kohderyhmän tarpeet, kyvyt ja yksilölliset ominaisuudet. Sosiaali- ja terveydenhuollossa asiakkaat ovat usein vain välillisiä hyödynsaajia. Tämän vuoksi tulee osana luonnosteluvaihetta selvittää lisäksi palvelun toimeksiantajan odotukset, näkemykset ja mahdolliset yksikkökohtaiset vaatimukset tuotteen suhteen. Näin varmistutaan siitä, että tuote ja sen sisältö vastaavat käyttötarkoitustaan. (Jämsä & Manninen 2000, 43–51.)

Luonnosteluvaihe alkoi tiedonhaulla, johon saimme etukäteen ohjausta Kaakkois-Suomen ammattikorkeakoulun tietoasiantuntija Tapio Salmelalta. Hakukantoina tiedonhaussa käytimme Google Scholaria, Finnaa, Mediciä, Terveysporttia, PubMedia ja Ebscoa. Teimme runsaasti testihakuja aiheeseen liittyvillä hakusanoilla. Niiden yhteydessä tuli ilmi, ettei suomenkielisiä tutkimuksia aiheesta ole saatavilla. Totesimme lisäksi, että OR-hakukriteerin käyttö tuo liikaa hakutuloksia.

Päädyimme tutkimaan tarkemmin aineistoja, jotka löytyivät hakusanoilla injection AND psychosis AND antipsychotic, intramuscular AND injection sites, dorsogluteal injection AND ventrogluteal, intramuscular injection, intramuscular AND injection sites, intramuscular injection AND techniques, intramuscular injection AND practice, intramuscular injection AND aspiration, z track AND technique sekä Intramuscular injection AND sciatic nerve. Ulkomaisia tutki-

muksia aiheesta oli saatavilla paljon, joten pystyimme rajaamaan haun tuoreisiin tutkimuksiin. Vanhin käyttämämme tutkimus on vuodelta 2015 ja tuorein vuodelta 2022. Mukaan valikoitui yhdet tutkimukset Italiasta, Isosta-Britanniasta ja Yhdysvalloista sekä kaksi korealaista ja neljä turkkilaista tutkimusta. Tiedonhaku on nähtävillä liitteessä 1: tiedonhakutaulukko. Pyrimme valitsemaan vain vertaisarvioituja tutkimuksia, joista oli saatavilla koko teksti. Rajasimme tuloksista pois sellaiset tutkimukset, jotka eivät vastanneet työmme linjasta eivätkä olleet englannin- tai suomenkielisiä. Jätimme ulkopuolelle myös lapsia ja nuoria käsittelevät tutkimukset.

Halusimme mukaan tuoreen tutkimuksen hartialihakseen pistämisestä. Emme löytäneet kyseisestä aiheesta tuoreita tutkimuksia, joten otimme mukaan tutkimuksen rokottamisesta hartialihakseen. Mukaan valitsimme kymmenen aihettamme parhaiten vastaavaa tutkimusta, jotka on esitelty liitteessä 2: kirjallisuustaulukko.

7.4 Kehittelyvaihe

Luonnosteluvaiheen jälkeen siirrytään kehittelyvaiheeseen, jossa jatketaan tuotteen kehittelyä aiemmin esiin nousseiden pääkohtien mukaisesti. Näitä ovat ratkaisuvaihtoehdot, periaatteet, rajaukset sekä asiantuntijayhteistyö. Oppaan sisällön tulee olla helposti ymmärrettävää asiatekstiä, jossa on otettu huomioon kohderyhmän tarpeet. Selkeä sisältö vähentää riskiä väärinymmärryksille. Kehittelyvaiheessa suunnitellaan tuotteen painoasu, johon nykyiset tekstinkäsittelyohjelmat tarjoavat paljon erilaisia vaihtoehtoja. Painoasua suunniteltaessa voidaan käyttää apuna myös organisaation aiempaa visuaalista materiaalia. Kehittelyvaiheeseen kuuluu tuotteen esitestausta ja palautteen kerääminen. Saadun palautteen perusteella tuotetta kehitetään haluttuun suuntaan ja tuotetaan mallikappale. (Jämsä & Manninen 2000, 54–56, 85.)

Päätimme toimeksiantajan kanssa yksimielisesti rajata oppaan sisällön pitkävaikutteisiin yksikössä käytössä oleviin lihaksensisäisesti pistettäviin psykosiiläkkeisiin sekä asiakas- ja työturvalliseen ja oikeaoppiseen pistämiseen. Turvallisuuden osalta korostamme oppaassa niin sanotun kymmenen O:n säännön tärkeyttä sekä huomioimme hoitajan fyysiseen turvallisuuteen liittyvät

määräykset. Oppaassa tuodaan esille pistopaikat sekä tutkittua tietoa ventrogluteaalisen pistopaikan eduista ja pistopaikkojen rajoitteista. Nämä esitellään oppaassa selkeällä ja informatiivisella taulukolla. Lihaksensisäinen pistäminen tarvikkeineen esitetään lukijalle vaihe vaiheelta taulukkomuodossa. Tähän sisältyy aseptiikka, asiakkaan lääkehoidon ohjaus ja lääkehoidon seuranta. Oppaassa kerrotaan pistotapaturmien ehkäisystä sekä oikeasta toiminnasta pistotapaturman sattuessa. Lukijalle opastetaan myös oikeaoppinen kirjaaminen sekä henkilötietoja sisältävien dokumenttien asianmukainen hävittäminen.

Oppaassa on otettu huomioon, että yksikössä annettavissa lääkkeissä ovat aina mukana neulat ja -ruiskut sekä lääkekohtaiset pakkausohjeet muun muassa lääkkeen valmistelusta. Oppaaseen on sisällytetty selkeät kuvat pistopaikoista ja -tavoista. Oppaassa emme esitele reiden lihaksia mahdollisina pistopaikkoina, koska näitä ei pitkävaikutteisten psykoosilääkeaineiden pakkausselostuksissakaan määritellä sopiviksi pistopaikoiksi.

Painoasussa mukailimme Esperi Care -yhtiön teemavärejä eli punaista, valkoista ja harmaata. Kieli on selkeää ja helppolukuista ja kuvat informatiivisia sekä tekstiä tukevia. Fontiksi valikoitui Constantia sen selkeyden vuoksi. Pää- ja alaotsikot olemme tehneet punaisella ja muuhun sisältöön käytimme tummanharmaata. Hyvän oppaan kriteereiden mukaisesti turhia, vain täytteenä olevia kuvia ei oppaassa ole lainkaan. Kuvat ja teksti on aseteltu arkeille väljästi. Tämä edesauttaa oppaan luettavuutta ja selkeyttä.

Tutkimuslomake koostuu saatekirjeestä ja kyselylomakkeesta. Hyvän saatekirjeen tulee olla kohtelias ja motivoiva. Kirjeen saaja saattaa jättää vastamatta kyselyyn ainoastaan huonosti tehdyn saatekirjeen vuoksi. Saatekirjeessä tulee ilmetä tutkimuksen syy ja taustat sekä vastausaika. Sopiva pituus on noin yksi sivu. (Heikkilä 2014, 61.) Kyselylomakkeen kysymysten tulee olla kohteliaita, ymmärrettäviä, hyödyllisiä sekä kieliasultaan moitteettomia ja sopivan pituisia. Valmiit vastausvaihtoehdot paitsi helpottavat ja nopeuttavat vastausten analysointia, myös vähentävät mahdollisia vääriä tulkintoja. Valmiiden vastausvaihtoehtojen avulla vältetään myös kielivaikeuksia sekä helpotetaan kriittisen palautteen antamista. Kyselyssä voidaan käyttää asteikkotyypistä vastausmallia, esimerkiksi Likertin asteikkoa, jonka etuna on usean

kysymyksen saaminen pieneen tilaan. Likertin asteikkoa käytetään yleisesti mielipideväittämissä. Portaikko voi olla neljä- tai viisiportainen. Toisessa päässä on esimerkiksi “täysin eri mieltä”, toisessa “täysin samaa mieltä” ja keskellä “en osaa sanoa”. Vastaaja voi valita itselleen sopivimman vaihtoehdon. (Heikkilä 2014, 51, 53.) Internet- kyselyn avulla vastaukset tallentuvat suoraan tietokantaan ja ovat heti analysoitavissa siihen sopivalla tilasto-ohjelmalla. Internet- kyselyn etuna on sen helppous, jonka ansiosta vastausjoukko on usein kirjekyselyä suurempi. Vastausten saaminen tosin edellyttää, että tieto kyselystä tavoittaa vastaajat. Linkin kyselyyn voi toimittaa esimerkiksi vastaajien sähköpostiin. (Heikkilä 2014, 68.)

Opasluonnos lähetettiin sähköisesti kommentoitavaksi toimeksiantajan edustajalle sekä ohjaaville opettajille. Esperri Care Oy myönsi tutkimusluvan opasluonnoksen esitestaukseen kesäkuussa 2023. Luonnos toimitettiin Esperri Hoitokoti Valkaman hoitohenkilökunnan esitestaukseen kesäkuun lopussa. Lähetimme saatekirjeen (liite 4) toimeksiantajalle, jonka toimesta se on lähetetty edelleen yksikön hoitohenkilökunnalle. Saatekirjeessä kerroimme työstämme sekä sen tarkoituksesta ja tavoitteesta. Sen lopussa oli linkki oppaan sisältöä, ulkomuotoa ja hyödyllisyyttä kartoittavaan palautekyselyyn. Kyselyssä oli yksitoista väittämää ja yksi avoin kysymys. Suljetuissa kysymyksissä vaihtoehdot oli annettu vastaajalle valmiiksi. Kymmenessä kysymyksessä käytimme Likertin viisiportaista asteikkoa. Käytimme suljettuja kysymyksiä ja yhdessä kysymyksessä vastausvaihtoehtoja oli kolme. Kyselyn lopuksi oli mahdollisuus antaa palautetta avoimesti. Kysymykset pyrimme muotoilemaan selkeiksi ja ytimekkäiksi. Kyselyn tavoitteena oli kartoittaa oppaasta koettu hyöty sekä tarvittavat kehityskohteet ja se oli muotoiltu siten, että vastaajien anonymiteetti säilyi koko prosessin ajan.

Suunnittelimme palautekyselyn alun perin kahden viikon mittaiseksi. Koska kyselyn ajankohta sijoittui henkilöstön kesälomakaudelle, pidensimme vastausaikaa kolmeen viikkoon. Lähetimme kahden viikon jälkeen yksikön esihenkilölle sähköpostitse muistutusviestin oppaasta ja palautekyselystä, jonka toimesta muistutusviesti laitettiin yksikön hoitohenkilökunnalle. Näin pyrimme varmistamaan riittävän vastaajamäärän.

Internet- kyselyn analysointi onnistuu tilasto-ohjelman avulla. Sen etu on, että tulokset tallentuvat jo vastausvaiheessa ja erillistä tulosten syöttövaihetta ei tarvita. Tilasto-ohjelma muuttaa vastaukset tunnusluvuiksi, kuvioiksi ja prosenteiksi. Numerotieto tulee lopuksi avata vielä sanallisesti. (Heikkilä 2014, 120, 138.) Vastaukset analysoimme Webropolin oman raportointityökalun avulla. Ohjelma luo nopeasti perusraportin saatujen vastausten perusteella, ja sen avulla voi helposti vertailla ja suodattaa saatuja vastauksia. Webropol analysoi myös annettuja tekstivastauksia Text-mining toiminnolla. (Webropol s.a.) Kysely ja vastaukset poistettiin Webropol- ohjelmasta heti tulosten analysoinnin jälkeen.

Palautekyselyn tulokset

Saatekirje, opasluonnos, tutkimustiedote ja linkki palautekyselyyn lähetettiin yksikön esihenkilölle kesäkuussa 2023. Yksikön esihenkilön toimesta ne on lähetetty yksikön koko hoitohenkilöstölle (n=20). Vastausaikaa jatkoimme alkuperäisestä kahdesta viikosta kolmeen viikkoon. Palautekyselyn lopullinen vastaajamäärä oli yhdeksän (n=9), joten vastausprosentti oli 45.

Taulukossa 8 on nähtävillä oppaan ulkoasuun ja rakenteeseen liittyviin väittämiin annetut vastaukset. Otsikko vastaa aiheeseen -väittämässä vastaajista 88,9 % (n=8) oli täysin samaa mieltä ja 11,1 % (n=1) jokseenkin samaa mieltä siitä, että otsikko ja oppaan sisältö vastaavat toisiaan. Oppaan tavoitteen selkeyttä kysyttäessä 66,7 % (n=6) vastasi olevansa täysin samaa mieltä siitä, että oppaan tavoite on selkeästi esillä. Jokseenkin samaa mieltä oli 33,3 % vastaajista (n=3). Oppaan johdonmukaiseen etenemiseen liittyvässä väittämässä 100 % vastaajista (n=9) oli täysin samaa mieltä siitä, että opas etenee johdonmukaisesti. Oppaan visuaalinen miellyttävyys tuotti tässä osiossa eniten hajontaa vastaajien kesken: 11,1 % (n=1) ei osannut sanoa, 33,3 % (n=3) oli jokseenkin samaa mieltä ja 55,6 % (n=5) oli täysin samaa mieltä siitä, että opas on visuaalisesti miellyttävä. Oppaan selkeyttä koskevassa väittämässä jokainen vastannut (n=9) oli täysin samaa mieltä siitä, että sivut ovat selkeitä.

Taulukko 8. Oppaan ulkoasuun ja rakenteeseen liittyvät vastaukset

	Täysin eri mieltä	Jokseenkin eri mieltä	En osaa sanoa	Jokseenkin samaa mieltä	Täysin samaa mieltä
Otsikko vastaa aiheeseen	0,0% (n=0)	0,0% (n=0)	0,0% (n=0)	11,1% (n=1)	88,9% (n=8)
Oppaan tavoite on selkeästi esillä	0,0% (n=0)	0,0% (n=0)	0,0% (n=0)	33,3% (n=3)	66,7% (n=6)
Opas etenee johdonmukaisesti	0,0% (n=0)	0,0% (n=0)	0,0% (n=0)	0,0% (n=0)	100,0% (n=9)
Opas on visuaalisesti miellyttävä	0,0% (n=0)	0,0% (n=0)	11,1% (n=1)	33,3% (n=3)	55,6% (n=5)
Oppaan sivut ovat selkeät	0,0% (n=0)	0,0% (n=0)	0,0% (n=0)	0,0% (n=0)	100,0% (n=9)

Taulukossa 9 on nähtävillä sisältöön ja kieleen liittyviin väittämiin annetut vastaukset. Oppaan sisältöä mielenkiintoisena piti 88,9 % (n=8) vastaajista. 11,1 % (n=1) oli jokseenkin samaa mieltä vastatessaan väittämään sisällön mielenkiintoisuudesta. Kuva-aiheisessa väittämässä jokainen kyselyyn vastannut (n=9) vastasi olevan täysin samaa mieltä siitä, että kuvat tukevat tekstiä. Kie- len helppolukuisuudesta täysin samaa mieltä oli 88,9 % (n=8) vastaajista ja lo- put 11,1 % (n=1) jokseenkin samaa mieltä. Vastaajista 88,9 % (n=8) oli täysin samaa mieltä ja 11,1 % (n=1) jokseenkin samaa mieltä siitä, että oppaassa on riittävästi tietoa. 66,7 % (n= 6) piti opasta sopivan mittaisena, ja 33,3 % (n=3) oli jokseenkin samaa mieltä oppaan sopivasta pituudesta.

Taulukko 9. Oppaan sisältöön ja kieleen liittyvät vastaukset

	Täysin eri mieltä	Jokseenkin eri mieltä	En osaa sanoa	Jokseenkin samaa mieltä	Täysin samaa mieltä
Sisältö on mielenkiintoinen	0,0% (n=0)	0,0% (n=0)	0,0% (n=0)	11,1% (n=1)	88,9% (n=8)
Kuvat tukevat tekstiä	0,0% (n=0)	0,0% (n=0)	0,0% (n=0)	0,0% (n=0)	100,0% (n=9)
Kieli on helppolukuista	0,0% (n=0)	0,0% (n=0)	0,0% (n=0)	11,1% (n=1)	88,9% (n=8)
Tietoa on riittävästi	0,0% (n=0)	0,0% (n=0)	0,0% (n=0)	11,1% (n=1)	88,9% (n=8)
Opas on sopivan mittainen	0,0% (n=0)	0,0% (n=0)	0,0% (n=0)	33,3% (n=3)	66,7% (n=6)

Oppaan tavoite on lisätä lääkehoidon turvallisuutta Esperin Hoitokoti Valka- massa. Vastaajista 88,9 % (n=8) oli sitä mieltä, että opas tukee turvallisen lää- kehoidon toteutusta yksikössä ja 11,1 % (n=1) ei osannut sanoa. Taulukossa 10. on esitetty vastausten jakautuminen.

Taulukko 10. Opas tukee turvallisen lääkehoidon toteutusta yksikössäni

	n	Prosentti
Kyllä	8	88,9%
Ei	0	0,0%
En osaa sanoa	1	11,1%

Palautekyselyssä oli myös mahdollisuus antaa avointa palautetta tai kehitysideoita. Tähän emme saaneet yhtään vastausta.

7.5 Viimeistelyvaihe

Viimeistelyvaiheessa tuotteen yksityiskohtia hiotaan ja mahdollisia puutteita korjataan kerätyn palautteen perusteella. Palautetta on tärkeää saada toimeksiantajan ja kohderyhmän lisäksi myös prosessin ulkopuolisilta käyttäjiltä, ettei saatu palaute ole liian puolueellista. Viimeistelyvaiheessa tulee arvioida koko tuotekehitysprosessi huomioiden sen laatu sekä eettinen näkökulma. Vaiheen lopputuloksena syntyy valmis, käyttökelpoinen tuote. (Jämsä & Manninen 2000, 80–81, 85.) Esperin Hoitokoti Valkamalle tilattu opas viimeisteltiin hoitohenkilökunnan esitestauksen ja toimeksiantajan edustajalta saadun palautteen perusteella. Esitestauksen ja vastausten analysoinnin jälkeen hioimme opasta ja nostimme vielä entisestään esiin sen tavoitetta tukea turvallisen lihaksensisäisen lääkehoidon toteutumista Esperin Hoitokoti Valkamassa. Oppaaseen lisättiin tavoite ja tarkoitus samassa muodossa, kuin ne ovat opinnäytetyössämme. Oppaan visuaalinen ilme muokattiin Esperin Care Oy -konsernin teemaa ja ilmettä vastaavaksi. Varsinaista tietosisältöä emme muokanneet. Valmiista tuotteesta luovutettiin muokkaus- ja korjausoikeudet toimeksiantajalle.

8 POHDINTA

Tässä osiossa tarkastellaan opinnäytetyöprosessia, tuotekehitysprosessia sekä valmiista tuotteesta. Opinnäytetyö on toteutettu Jämsää ja Mannista (2000) mukailleen.

8.1 Valmiin tuotteen tarkastelu

Opas psykoosilääkkeiden lihaksensisäiseen pistämiseen valmistui suunnitellusti ja vastaa alkuideointiamme. Pidimme hyvän oppaan kriteereitä punaisena lankana koko tuotekehitysprosessin ajan. Hyvän oppaan tarkoituksena on antaa lukijalleen ajantasaista tietoa tiivistetysti selkokielellä, oikeinkirjoitus huomioiden (Torkkola ym. 2002, 34, 49; Hyvärinen 2005). Aiheemme on hyvin laaja, sillä se sisältää lääketietoa ja turvallisuusnäkökulmia lääkehoidon toteuttamisen rinnalla. Tämän vuoksi oppaasta tuli suunniteltua pidempi. Olemme oikolukeneet tuottamamme tekstin useaan kertaan. Suomen kielen lehtori on tarkistanut kirjallisen tuotoksemme. Myös englanninkielinen tiivistelmä on tarkistettu ja korjattu saadun palautteen mukaisesti. Oppaan sisältö perustuu tutkittuun tietoon, ja palautekyselystä saatuun vastausten perusteella tietoa on riittävästi.

Ymmärrettävyyden kannalta oleellista on oppaan looginen eteneminen. Lukijan motivaatiota lisää hyvin perusteltu ohjeistus. (Hyvärinen 2005; Torkkola 2002, 38.) Otsikon ja väliotsikoiden käyttö tuo selkeyttä ja jakaa tekstiä sopivan kokoisiin osioihin (Torkkola ym. 2002, 39, 51). Tuottamamme opas etenee lääkehoidon työjärjestyksen mukaisesti, ja siihen on lisätty sisältöä kuvaavat väliotsikot. Kuvien tulee lisätä tekstin informatiivisuutta, ja niiden lisäämistä vain täyteen tulee välttää (Torkkola ym. 2002, 40–42). Lisäsimme oppaaseen vain sellaisia kuvia, jotka auttavat lukijaa hahmottamaan lukemansa.

Oppaan ulkoasun tulee olla siisti ja viimeistelty, ja sen voi tehdä joko pysty- tai vaakamallisena (Torkkola 2002, 40–42). Valmiin tuotteen ulkoasussa sekä sisällössä on huomioitu esitestauksen palautekyselystä saadut vastaukset. Opas viimeisteltiin sovitusti Esperin Care Oy -konsernin omalle pohjalle vastamaan yhtiön omaa visuaalista ilmettä.

Olemme tyytyväisiä valmiin oppaan nykyaikaiseen ja moderniin ilmeeseen. Mielestämme opas vastaa hyvän oppaan kriteereitä ja on tavoitteemme mukainen informatiivinen työkalu Esperin Hoitokoti Valkaman hoitohenkilökunnan käyttöön. Oppaan esitetaus sijoittui kesälomakaudelle, ja jälkikäteen ajatellen

ajankohta olisi kannattanut valita toisin. Tällöin opas olisi palvellut toimeksiantajaa kenties vieläkin paremmin. Kokonaisuudessaan koko opinnäytetyöprosessi olisi kannattanut ajoittaa syyslukukaudelle, jolloin olisimme saaneet enemmän ohjausta ja välipalautetta ohjaajilta.

8.2 Oman opinnäytetyöprosessin tarkastelu

Opinnäytetyöprosessin aloitimme maaliskuussa 2023 selaamalla Kaakkois-Suomen ammattikorkeakoulun opinnäytetyöalustan aihepankkia. Emme kuitenkaan löytäneet itsellemme sopivaa aihetta, joten käännyimme työnantajan puoleen. Yhteistyö toimeksiantajan kanssa alkoi kehittämistarpeen tunnistamisella. Keskusteluiden myötä yksikössä ilmeni tarve kehittää lihaksensisäisen lääkehoidon turvallisuutta. Opas kyseisestä aiheesta oli mielestämme paras vaihtoehto sen helpon päivittämisen sekä sen yksilöimisen vuoksi. Koemme lääkehoidon kokonaisuudessaan erittäin mielenkiintoiseksi aiheeksi, joten siihen tarttuminen oli helppoa. Prosessin edetessä totesimme nimenomaisen aiheen olevan tärkeä myös siksi, ettei pitkävaikutteisista psykoosilääkkeistä ja niiden pistämisestä ole vastaavanlaisia opinnäytteitä ja oppaita tehty. Koemme siis oppaan ja opinnäytetyön tuovan mielenterveystyöhön uutta ja tärkeää, tutkimuksiin perustuvaa koottua tietoa.

Aloitimme tuotteen ideoinnin ja opinnäytetyön suunnitelmavaiheen heti, kun aihe-ehdotuksemme oli hyväksytty. Halusimme panostaa hyvään suunnitelmaan, joten käytimme siihen runsaasti työtunteja. Varsinainen suunnitelmavaihe alkoi tiedonhaulla, joka osoittautui opinnäytetyöprosessin haastavimmaksi vaiheeksi. Teimme useita testihakuja eri hakusanoja käyttäen. Suomalaisia tutkimuksia aiheesta ei löytynyt. Sen sijaan muualla maailmassa aihetta on tutkittu jo pitkään. Opinnäytetyössämme käytetty tutkimustieto on siis kansainvälistä ja tuoretta, enintään kymmenen vuotta vanhaa.

Tutkimusten taulukoinnin ja materiaalin läpikäymisen jälkeen suunnitelman kirjoittaminen oli sujuvaa aiheen mielekkyyden ja hyvän yhteistyön ansiosta. Näkemyksemme työn tekemisestä ja työskentelytavoista kohtasivat alusta alkaen. Suunnitelman kirjoittamiseen kului noin kuukausi, jonka aikana teimme suunnitelmaa erittäin aktiivisesti. Opinnäytetyön suunnitelman esittelimme seminaarissa toukokuussa 2023. Olimme tyytyväisiä huolella tekemäämme

suunnitelmaan, sillä se palveli ja helpotti työn tekemistä. Oppaan luonnosteluvaiheessa käytimme benchmarking- ja aivoriihimenetelmiä. Näiden keinojen ja hyvän opinnäytetyönsuunnitelman pohjalta opasluonnos syntyi helposti.

Siirryimme tuotekehitysprosessin kehittäelyvaiheeseen heinäkuussa 2023. Lähetimme opasluonnoksen yksikön esitestaukseen. Jatkoimme oppaan sisältöä ja ilmettä koskevan palautekyselyn alkuperäistä kahden viikon vastausaikaa viikolla. Tänä aikana myös muistutimme henkilökuntaa tutustumaan oppaaseen ja vastaamaan sitä koskevaan kyselyyn. Vastausajan päätyttyä saadut vastaukset analysoitiin ja viimeistelyvaiheessa opas hiottiin niiden perusteella valmiiksi. Opinnäytetyö kokonaisuudessaan oli tässä vaiheessa jo pitkällä ja valmistui sujuvasti melko nopealla aikataululla.

Opinnäytetyöprosessi on sujunut kokonaisuudessaan ongelmitta ja hyvässä yhteistyössä. Olemme olleet motivoituneita työhön ja tavoitteemme ovat kohdanneet alusta alkaen. Tämän ansiosta yhteistyömme sujui erittäin hyvin. Teimme työn yhdessä etäyhteyttä käyttäen. Aivoriihitekniikka on siis ollut jatkuvasti käytössä, ja molempien tekijöiden vahvuudet saatu hyödynnettyä opinnäytetyön tekemisessä.

Haastavinta opinnäytetyöprosessissa oli hyvien tutkimusten löytäminen ja niiden purkaminen taulukoihin. Toisaalta tämä oli myös opettavaisinta, koska opimme käyttämään monipuolisesti eri hakukantoja ja erilaisia hakusanayhdistelmiä. Tietotekniset taidot karttuivat erilaisia taulukoita ja tekstin muotoilua tehdessä. Myös Webropolin eri ominaisuudet tulivat tutuiksi. Pysyimme suunnitellussa aikataulussa ja saimme tästä opinnäytetyöprosessista uusia näkökulmia sekä työkaluja tulevaisuuden työhömmе.

8.3 Eettisyys ja luotettavuus

Tutkimuseettinen neuvottelukunta (2023) ja Arene (2020) ovat laatineet opinnäytetyötä koskevat eettiset ohjeet ja suositukset. On tärkeää perehtyä Arenen opinnäytetyön eettisten ohjeiden opiskelijan muistilistaan ja ymmärtää opinnäytetyön koko prosessin eettinen näkökulma. Opiskelija on itse vastuussa opinnäytetyönsä eettisyydestä. Muistilistassa käydään läpi kaikki opin-

näytetyöhön liittyvät asiat alkaen opinnäytetyön hyödyllisyydestä ja merkittävyydestä sekä opiskelijan oman esteettömyyden selvittämisestä. Esteettömyydellä tarkoitetaan sitä, ettei tutkimuksen tekijä ole käsiteltäviin asioihin tai henkilöihin sellaisessa suhteessa, joka vaikuttaisi tutkimuksen tekijän puolueettomuuteen. Lisäksi siitä määräävät hallintolain esteellisyyssäädökset. Opinnäytetyön aiheeseen tulee perehtyä etukäteen ja sitä tulee puntaroida yhdessä opettajien kanssa. Tutkimuseettisiin ohjeisiin tulee tutustua jo ennen opinnäytetyöprosessia. Ammattikorkeakouluopintojen opinnäytetyön tekemistä ja tutkimusetiikkaa opettavat ja tukevat kurssit tulee olla suoritettu, ja opiskelijalla tulee olla valmius opinnäytetyöprosessiin. Opiskelijan täytyy tiedostaa tietosuojaan liittyvät asiat sekä mahdollisten tutkimuslupien tarpeellisuus. Henkilötietoja saa käsitellä vain, jos siihen on tietosuoja-asetuksen mukainen perusteltu syy. Tietosuojan ja -turvan täytyy toteutua koko prosessin ajan. Tarvittavat opinnäytetyösopimukset tulee tehdä asianmukaisesti ammattikorkeakoulun ja työn toimeksiantajan kanssa. Valmis opinnäytetyö on julkinen asiakirja, jonka tekijänoikeudet kuuluvat työn tekijöille. Muokkaus- ja muutosoikeuksia voidaan luovuttaa toimeksiantajalle. Kaikki plagiointi ja toisen henkilön tutkimusten tai ideoiden anastaminen on kielletty, ja työ tarkistetaan plagiaatintunnistusohjelmassa. Rikkomukset johtavat esiselvittelyyn ja tapauskohtaisiin toimenpiteisiin. Opiskelijalla on opinnäytetyön tekemisen joka vaiheessa oikeus laadukkaaseen opinnäytetyöprosessiin. (Arene 2020.) Esperri Care Oy edellyttää tutkimusluvan hakemista kaikkiin sen toimialaan liittyviin opinnäyteteisiin, selvityksiin, toiminnallisiin tutkimuksiin ja kehittämishankkeisiin (Esperri s.ab).

Ennen opinnäytetyöprosessin aloittamista selvitimme ja varmistimme esteettömyytemme työn tekoon. Oppaan aihe valikoitui toimeksiantajan tarpeen mukaisesti, joten olemme ottaneet huomioon aiheen hyödyllisyyden. Toimeksiantajan kanssa tehtiin opinnäytetyösopimus ja tutkimuslupa haettiin Esperri Care Oy:n ohjeistuksen mukaisesti opinnäytetyön suunnitelmaseminaarin jälkeen. Opinnäytetyömme aiheeseen olimme perehtyneet jo aiemmin työelämässä, ja opintojemme syventävät kurssit tukivat sitä. Suunnitteluvaiheesta alkaen olemme kokeneet työn tekemisen paitsi tutkimuksena, myös oppimisprosessina omaa ammattitaitoaamme tukemaan ja syventämään. Ohjaavat opettajat ovat auttaneet aiheen rajauksessa ja prosessin suunnittelussa. Tiedämme oikeutemme laadukkaaseen opinnäytetyöprosessiin ja ohjaukseen kaikissa sen

vaiheissa. Kirjoitimme omin sanoin faktatietoon ja tutkimuksiin perustuvaa tekstiä, ja prosessin lopuksi työme lähetettiin plagiointitunnistukseen.

Koko tutkimusprosessin tulee olla rehellinen ja huolellinen. Tutkimustyö täytyy suorittaa niin, ettei tutkimustuloksen oikeus vaarannu missään prosessin vaiheissa. (TENK 2023.) Teimme tutkimuksista muistiinpanoja ja käsittekarttoja, joiden avulla ymmärryksemme tutkimustuloksista kasvoi. Käyttämämme kirjallisuuden ja tutkimusten sisältö ovat tukeneet toisiaan, mikä osaltaan lisää opinnäytetyömme luotettavuutta. Palautekyselymme kysymykset olivat lyhyitä ja selkokielisiä, joka myös lisäsi tutkimuksemme luotettavuutta.

Tutkimuksessa mukana olevien anonymiteetin tulee säilyä koko prosessin ajan. Henkilötiedoiksi luetaan kaikki sellainen, mistä henkilö voi olla tunnistettavissa. Tietoja kerätessä tulee huolehtia siitä, että tutkimukseen osallistujat tietää tutkimuksen tarkoituksen ja käyttötavan. Lisäksi tulee huomioida, ettei toimeksiantajan liikesalaisuuksia tai yksityisyyttä vaaranneta missään prosessin vaiheissa. (Arene 2020, 18; Heikkilä 2014, 31.) Palautekyselyssä ei kysytty vastaajalta minkäänlaisia tunnistetietoja. Kysymykset liittyivät vain oppaan sisältöön ja ulkoasuun. Kysely ja sen tulokset poistettiin välittömästi Webropol-ohjelmasta niiden käsittelyn ja analysoinnin jälkeen.

Kaikki epärehellinen toiminta tutkimustyön vaiheissa on kiellettyä. Toisen kirjoittamaa tekstiä ei saa esittää omanaan ja siihen tulee aina viitata asianmukaisesti. Tutkimustuloksia ei saa sepittää, kaunistella tai johdatella. Mikään tällaiseen toimintaan viittaava on tutkimusvilppiä. (Hirsjärvi 2007, 25–26.) Suunnitteluvaiheessa teimme kriittistä, tutkimuksiin perustuvaa ja vertaisarvioitun tiedon hakua ja merkitsimme aina käyttämämme lähteet Kaakkois-Suomen ammattikorkeakoulun lähdeohjeen mukaisesti. Tuottamamme teksti on omin sanoin kerrottua ja lähdeviitteet merkitty tekstiin asianmukaisesti. Olemme tehneet tiedonhaku- ja tutkimustaulukot kuvaamaan tiedonhakuamme ja tutkimusten bibliografisia tietoja sekä keskeisiä tuloksia. Tiedonhakutaulukosta käyvät ilmi käytetyt tietokannat, hakusanat, hakujen rajaukset sekä valitsemiemme tutkimusten saatavuustiedot ja tiivistelmät. Kaikki työssämme käytetyt tutkimukset ovat kansainvälisiä ja tuoreita ja käyttämämme kirjallisuus ajantasaista. Opinnäytetyöhön valikoituneet tutkimukset ovat englanninkielisiä, jonka myötä kuitenkin myös virheellisten tulkintojen mahdollisuus kasvaa.

Testasimme oppaan toimeksiantajan hoitohenkilökunnalla sen luotettavuuden ja laadun lisäämistä varten ja pyysimme yksikön henkilökuntaa tämän jälkeen vastaamaan opasta koskevaan palautekyselyyn. Muokkasimme työmme sisältöä viimeistelyvaiheessa palautekyselystä saatujen vastausten sekä ohjaavien opettajien palautteiden perusteella.

8.4 Hyödynnettävyys ja jatkokehitysehdotukset

Opinnäytetyöprosessin tuotoksena syntyneen oppaan käyttöoikeudet siirtyivät Esperi Care Oy:lle. Toimeksiantaja voi hyödyntää opasta Hoitokoti Valkaman lisäksi myös muissa yksiköissään. Esperi Carella on myös oikeus päivittää opasta vastaamaan yksiköiden tarvetta. Palautekyselystä saamiemme vastausten mukaan opas tukee turvallisen lääkehoidon toteuttamista Esperi Hoitokoti Valkamassa.

Jatkokehitysideana opinnäytetyötä tehdessämme on noussut konkreettiseen harjoitteluun perustuva koulutuspäivä lihaksensisäisestä pistämisestä. Myös toimeksiantaja on nostanut tämän idean esiin. Koulutukseen osallistujille jaettaisiin ennakoon teoriamateriaali, jonka jälkeen jokainen osallistuja toteutettaisiin ohjattuna lihaksensisäisen pistämisen työ- ja asiakasturvallisesti oikein. Pistämisharjoituksia toistettaisiin niin kauan, että jokainen kokisi saaneensa varmuutta kyseisen lääkehoidon toteuttamiseen ja pistopaikan paikantamiseen. Myös lääkehoidon seuranta ja dokumentointi olisi tärkeää tuoda esille kohta kohdalta. Lisäksi oppaan sisältö voitaisiin jatkokehittää verkko-oppimateriaaliksi, johon liittyisi tentti. Näin työnantaja voisi kartoittaa hoitohenkilökuntansa tietoa ja osaamista sekä tarpeen mukaan kehittää lääkehoidon turvallisuutta yksikössään.

LÄHTEET

Arene. 2020. Ammattikorkeakoulujen opinnäytetöiden eettiset ohjeet. Ammattikorkeakoulujen rehtorineuvosto ry .PDF-dokumentti. Päivitetty 9.1.2020.

Saatavissa: <https://www.arene.fi/wp-content/uploads/Raportit/2020/AMMATTI-KORKEAKOULUJEN%20OPINN%C3%84YTET%C3%96IDEN%20EETTI-SET%20SUOSITUKSET%202020.pdf?t=1578480382> [viitattu 8.5.2023].

Anttila, V.J. 2019. Neulanpistotapaturmat. *Lääketieteellinen aikakausikirja Duodecim* 2, 175–181. Verkkolehti. Saatavissa: <https://www.duodecimlehti.fi/duo14731#s5> [viitattu 5.5.2023].

AVI. 2023. Lääkehoito. Aluehallintovirasto. WWW-dokumentti. Saatavissa: <https://avi.fi/asioi/viranomainen/ohjaus-ja-neuvonta/laakehoito> [viitattu 24.4.2023].

Ayinde, O., Hayward, R.& Ross, J. 2021. The effect of intramuscular injection technique on injection associated pain; a systematic review and meta-analysis. *Plos one*. 3.5.2021. Verkkolehti. Saatavissa: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0250883> [viitattu 20.4.2023].

Bergström, T., Hulkko, A., Hartikainen, S., Koponen, H., Lieslehto, J., Jääskeläinen, E.& Isohanni, M. 2022. Psykelaäkehoidon ohjaus voi tehostaa skitsofrenian hoitoa. *Duodecim* 138, 787–793. Verkkolehti. Saatavissa: <https://www.duodecimlehti.fi/xmedia/duo/duo16810.pdf> [viitattu 25.4.2023].

Cook, I. 2015. Best vaccination practice and medically attended injection site events following deltoid intramuscular injection. *Human Vaccines & Immunotherapeutics* 11. Verkkolehti. Saatavissa: <https://doi.org/10.1080/21645515.2015.1017694> [viitattu 20.4.2023].

Esperi s.a.a. Esperi Hoitokoti Valkama. WWW-dokumentti. Saatavissa: <https://www.esperi.fi/hoitokodit-mielenterveyskuntoutujille/mikkeli/esperi-hoitokoti-valkama-mikkeli> [viitattu 24.4.2023].

Esperi s.ab. Opinnäyte- ja tutkimustyöt. WWW-dokumentti. Saatavissa: <https://www.esperi.fi/tietoa-meista/opinnayte-ja-tutkimustyot> [viitattu 18.5.2023].

Europa eu s.a. Zypadhera. PDF-dokumentti. Saatavissa: https://www.ema.europa.eu/en/documents/product-information/zypadhera-epar-product-information_fi.pdf [viitattu 14.9.2023].

Fimea s.a. Lääkkeiden oikea käyttö. Lääkealan turvallisuus- ja kehittämiskeskus. WWW-dokumentti. Saatavissa: https://www.fimea.fi/vaestolle/laakkeiden_oikea_kaytto [viitattu 27.4.2023].

Gullu, A.& Akgun, S. 2021. The Effect of Training on the "V" and "G" Techniques Used in the Ventrogluteal Site and Injection Application to This Site on the Knowledge Level of Nurses. WWW-dokumentti. Saatavissa: <https://web-p-ebscohost-com.ezproxy.xamk.fi/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=16&sid=62a70b1c-ff4e-45c2-9c39-0bea78d34c5a%40redi> [viitattu 21.4.2023].

Hallikainen, T. & Repo-Tiihonen, E. 2015. Psykoottisen potilaan aggressio-Ehkäisy ja hoito. *Lääketieteellinen aikakausikirja Duodecim* 15, 1361–1366. Verkkolehti. Saatavissa: <https://www.duodecimlehti.fi/duo12375> [viitattu 8.5.2023].

Hartikainen, J. & Törmänen, N. 2010. Turvallinen lääkehoito: Opas turvalliseen lääkehoitoon Lahden diakonialaitoksen Mathilda-kodissa. Lahden ammattikorkeakoulu. Hoitotyön koulutusohjelma. Sairaanhoidtaja. Opinnäyte. PDF-dokumentti. Saatavissa: <https://urn.fi/URN:NBN:fi:amk-2010120917671> [viitattu 8.5.2023].

Heikkilä, T. 2014. Tilastollinen tutkimus. 9. uudistettu painos. Edita Publishing Oy. E-kirja. Saatavissa: <https://www.ellibslibrary.com/book/978-951-37-6495-1> [viitattu 8.5.2023].

Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2007. Tutki ja kirjoita. 13. Osin uudistettu painos. Keuruu: Otavan kirjapaino Oy.

Holmberg, J. 2016. Hoitajana mielenterveys- ja päihdetyössä. Keuruu: Otavan kirjapaino Oy.

Hyry, H. 2022. Anafylaktinen reaktio (äkillinen yliherkkyysoireyhtymä). Lääkärikirja Duodecim. WWW-dokumentti. Päivitetty 15.8.2022. Saatavissa: <https://www.terveyskirjasto.fi/dlk00201> [viitattu 8.5.2023].

Hyvärinen, R. 2005. Millainen on toimiva potilasohje? Hyvä kieliasu varmistaa sanoman perillemenon. *Lääketieteellinen aikakausikirja Duodecim* 16, 1769–1773. Verkkolehti. Saatavissa: <https://www.duodecimlehti.fi/duo95167> [viitattu 28.4.2023].

Jämsä, K. & Manninen, E. 2000. Osaamisen tuotteistaminen sosiaali- ja terveysalalla. Helsinki: Tammi.

Kadioglu, H. 2018. Sciatic Nerve Injuries from Gluteal Intramuscular Injection According to Records of the High Health Council. *Turkish neurosurgery*, 28, 3. Verkkolehti. Saatavissa: <http://www.turkishneurosurgery.org.tr/abstract.php?id=2027> [viitattu 21.4.2023].

Kara, D., Uzelli, D. & Karaman, D. 2015. Using ventrogluteal site in intramuscular injections is a priority or an alternative?. *International Journal of Caring Sciences* Volume 8 Issue 2, 507-513. Verkkolehti. Saatavissa: http://www.internationaljournalofcaringsciences.org/docs/31_kara-1.pdf [3.5.2023].

Leijala, J., Hietala, E. & Kampman, O. 2019. Sairaudentunnon ja hoitoon sitoutumisen merkitys skitsofrenian hoidossa. *Lääketieteellinen aikakausikirja Duodecim* 20, 2028–2034. Verkkolehti. Saatavissa: <https://www.duodecimlehti.fi/duo15197> [viitattu 7.5.2023].

Lönnqvist, J. 2021 a. Mielenterveyden häiriöiden diagnostiikka ja luokittelu. Teoksessa Psykiatria. 15. uudistettu painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.

Lönnqvist, J. 2021 b. Psykiatria ja mielenterveys. Teoksessa Psykiatria. 15. uudistettu painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.

Lönnqvist, J. 2021 c. Psykososiaaliset hoidot. Teoksessa Psykiatria. 15. uudistettu painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.

Markevitsch, A. 2023. Vastaava sairaanhoitaja. Haastattelu 25.4.2023. *Esperi Care* Hoitokoti Valkama.

Martikainen, J. & Syväys, J. 2018. Pitkävaikutteisten psykoosilääkeinjektion käyttö potilaan kuntoutuksessa. Tutustutaan pitkävaikutteiseen psykoosilääkeinjektioon. Diakonia-ammattikorkeakoulu. Hoitotyön koulutusohjelma. Sairaanhoitaja. Opinnäyte. PDF-dokumentti. Saatavissa: <https://urn.fi/URN:NBN:fi:amk-201803012915> [viitattu 8.5.2023].

Mielenterveyden häiriöitä. 2022. Lääkärikirja Duodecim. WWW-dokumentti. Päivitetty 12.5.2022. Saatavissa: <https://www.terveyskirjasto.fi/dlk01313> [viitattu 27.4.2023].

Moilanen, K. 2013. Psykoosin arviointi. *Lääketieteellinen aikakauskirja Duodecim* 8, 886–892. Verkkolehti. Saatavissa: <https://www.duodecimlehti.fi/duo10930#s7> [viitattu 7.5.2023].

Neuroleptioireyhtymä. 2021. Duodecim Terveyskirjasto. WWW-dokumentti. Päivitetty 2.9.2021. Saatavissa: <https://www.terveyskirjasto.fi/ltt04351> [viitattu 2.9.2023].

Nuray, T., Sema, A., Hatice, I., Hatice, K. & Fatma, K. 2022. Knowledge and practices of nurses working in psychiatry clinics on ventrogluteal injection. *Psychiatric Care* 4, 1388–1398. Verkkolehti. Saatavissa: <https://doi.org/10.1111/ppc.12942> [viitattu 21.4.2023].

Oksanen, J. 2015. Lääkehoitoon sitoutumisen tukeminen psykiatriassa. *Lääketieteellinen aikakauskirja Duodecim* 16, 1437–1442. Verkkolehti. Saatavissa: <https://www.duodecimlehti.fi/duo12385#s6> [viitattu 8.5.2023].

Partonen, T., Raaska, K., Kampman, O. & Lönnqvist, J. 2021. Psykoosilääkkeet. Teoksessa Psykiatria. 15. uudistettu painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.

Perälä, M.-L., Junntila, K. & Toljamo, M. 2007. Benchmarking-järjestelmän kehittäminen hoitotyöhön. Stakesin työpapereita 19/2007. PDF-dokumentti. Saatavissa: <https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/76021/T19-2007-VERKKO.pdf> [viitattu 3.5.2023].

Pesonen, S. 2021. Lihaksensisäisen injektion turvallinen anto: Opas palvelutalon henkilökunnalle. Jyväskylän ammattikorkeakoulu. Terveys- ja hyvinvointialat. Sairaanhoitaja. Opinnäyte. PDF-dokumentti. Saatavissa: <https://urn.fi/URN:NBN:fi:amk-2021112321189> [viitattu 8.5.2023].

Pharmaca Fennica. 2020. Olanzapin Orion tabletti 2,5 mg, 5 mg, 7,5 mg, 10 mg, 15 mg. WWW-dokumentti. Saatavissa: <https://pharmacafenica.fi/spc/4341431> [viitattu 2.5.2023].

Pharmaca Fennica s.a. Pharmaca Fennica Basic. WWW-dokumentti. Saatavissa: <https://pharmacafennica.fi/> [4.5.2023].

Poloni, N., Ielmini, M., Caselli, I., Lucca, G., Gasparini, A., Lorenzoli, G. & Callegari, C. 2019. Oral Antipsychotic Versus Long-Acting Injections Antipsychotic in Schizophrenia Spectrum Disorder: a Mirror Analysis in a Real-World Clinical Setting. *Psychopharmacol Bull* 2, 17–27. Verkkojulkaisu. Saatavissa: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6598776/> [viitattu 20.4.2023].

Rautava-Nurmi H., Westergård A., Henttonen T., Ojala M. & Vuorinen S. 2016. Hoitotyön taidot ja toiminnot. 4–5. painos. Helsinki: Sanoma Pro Oy.

Risperdal consta. 2019. Lääkeinfo.fi. WWW-dokumentti. Päivitetty 23.11.2019. Saatavissa: <https://laakeinfo.fi/Medicine.aspx?m=1213> [viitattu 5.5.2023].

Rovasalo, A. 2021. Skitsofrenia. Lääkärikirja Duodecim. WWW-dokumentti. Päivitetty 23.9.2021. Saatavissa: <https://www.terveyskirjasto.fi/dlk00148> [viitattu 9.5.2023].

Rovasalo, A. 2023. Psykoosi. Lääkärikirja Duodecim. WWW-dokumentti. Päivitetty 18.4.2023. Saatavissa: <https://www.terveyskirjasto.fi/dlk00411> [viitattu 23.4.2023].

Räsänen, S. & Läksy, K. 2021. Potilaan tutkimisen ja hoidon periaatteet. Psykiatria. Duodecim oppiportti. WWW-dokumentti. Päivitetty 14.9.2021. Saatavissa: https://www.oppoportti.fi/op/pkr00174/do?p_haku=hoito-suhde%20ty%C3%B6skentely#s3 [viitattu 2.5.2023].

Rönkkö, K. 2023. Yksikönjohtaja. Haastattelu 16.5.2023. Espero Care Hoitokoti Valkama.

Saano, S. & Taam-Ukkonen, M. 2020. Lääkehoidon käsikirja. 9. Uudistettu painos. Helsinki: Sanoma Pro Oy.

Salmi, V. 2021. Mielenterveyden lääkkeiden seksuaaliset sivuvaikutukset ja niiden hoito. Helsingin yliopisto. Lääketieteellinen tiedekunta. Pro gradu-tutkielma. PDF-dokumentti. Saatavissa: <http://urn.fi/URN:NBN:fi:hulib-202201261132> [viitattu 11.5.2023].

Skitsofrenia. 2022. Käypä hoito-suositus. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Psykiatriyhdistys ry:n asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim. WWW-dokumentti. Julkaistu 10.5.2022. Saatavissa: <https://www.kaypahoito.fi/hoi35050> [viitattu 23.4.2023].

Skitsofrenian diagnostiset kriteerit ICD-10-tautiluokituksen mukaan. 2020. Käypä hoito-suositus. Käypä hoito -työryhmä Skitsofrenia. WWW-dokumentti. Julkaistu 26.3.2020. Saatavissa: <https://www.kaypahoito.fi/nix00191> [viitattu 18.5.2023].

Socada, L. 2023. Psykoosien hoidossa käytettävät lääkkeet. Terveyskirjasto Duodecim. WWW-dokumentti. Päivitetty 6.6.2023. Saatavissa: <https://www.terveyskirjasto.fi/dlk01338> [viitattu 2.9.2023].

Suvisaari, J., Hietala, J., Jääskeläinen, E., Kiesepä, T., Koponen, H. & Lönnqvist, J. 2021. Skitsofrenia. Teoksessa Psykiatria. 15. uudistettu painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim

Tahdosta riippumaton psykiatrinen sairaalahoito. 2018. Lääkärikirja Duodecim. WWW-dokumentti. Päivitetty 30.11.2018. Saatavissa: <https://www.terveyskirjasto.fi/dlk00512> [viitattu 7.5.2023].

Tarnanen, K., Salokangas, R. & Laukkala, T. 2020. Skitsofrenia. Duodecim Terveyskirjasto. WWW-dokumentti. Päivitetty 20.8.2020. Saatavissa: <https://www.terveyskirjasto.fi/khp00031> [viitattu 19.5.2023].

Taylor, M. 2020. Deltoid versus gluteal: Which intramuscular injection site do mental health patients prefer? *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry* 55, 7. Verkkolehti. Saatavissa: <https://doi.org/10.1177/0004867420963737> [viitattu 20.4.2023].

Tutkimuseettinen neuvottelukunta. 2023. Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausepäilyjen käsitteleminen Suomessa. Tutkimuseettisen neuvottelukunnan julkaisuja 2/23. PDF-dokumentti. Saatavissa: https://tenk.fi/sites/default/files/2023-03/HTK-ohje_2023.pdf [viitattu 8.5.2023].

Tietosuojavaltuutetun toimisto. 2016. PDF-dokumentti. Julkaistu 22.4.2016. Saatavissa: <https://tietosuoja.fi/documents/6927448/10594424/Sosiaalihuollon+asiakastietojen+k%C3%A4sittely/dffae2c6-3ef5-f4ca-1695-40f9db4e8d39/Sosiaalihuollon+asiakastietojen+k%C3%A4sittely.pdf> [viitattu 4.5.2023].

THL. 2006/2012. Kehittämistyön menetelmiä. Terveyden ja hyvinvoinninlaitos. PDF-dokumentti. Saatavissa: https://thl.fi/documents/966696/1449811/tiedonhankinnan_menetelmia.pdf/9ae697f0-8473-40ee-af00-8e4493ee2129 [viitattu 3.5.2023].

THL. 2020. Ventrogluteaalinen pistotekniikka ja Z- tekniikka. Terveyden ja hyvinvoinninlaitos. PDF WWW- dokumentti. Päivitetty 16.7.2020. Saatavissa: https://thl.fi/fi/web/infektiotaudit-ja-rokotukset/tietoa-rokotuksista/rokottamisen_vaiheet/rokotustekniikat/lihaksensisainen-pistotekniikka-aikuiselle/ventrogluteaalinen-pistotekniikka-ja-z-tekniikka [viitattu 20.4.2023].

THL. 2022. Psykoedukaatio. Terveyden ja hyvinvoinninlaitos. PDF WWW-dokumentti. Päivitetty 4.11.2022. Saatavissa: <https://thl.fi/fi/web/maahanmuutto-ja-kulttuurinen-moninaisuus/maahanmuutto-ja-hyvinvointi/maahanmuuttaneiden-mielenterveys/maahanmuuttaneiden-mielenterveyden-edistaminen/psykoedukaatio> [viitattu 2.5.2023].

Thomas, C., Mraz, M. & Rajcan, L. 2016. Blood Aspiration During IM Injection. *Clinical Nursing Research*. 25, 5. Verkkolehti. Saatavissa: <https://doi.org/10.1177/1054773815575074> [viitattu 21.4.2023].

Tiihonen, J. 2019. Skitsofrenian lääkehoito. *Lääketieteellinen aikakauskirja Duodecim*. 20, 2021–2027. Verkkolehti. Saatavissa: <https://www.duodecimlehti.fi/duo15194> [viitattu 8.5.2023].

Torkkola, S., Heikkinen, H. & Tiainen, S. 2002. Potilasohjeet ymmärrettäviksi: Opas potilasohjeiden tekijöille. Helsinki: Tammi.

Turvallinen lääkehoito: Opas lääkehoitosuunnitelman laatimiseen. 2021. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2021:6. PDF-dokumentti. Saatavissa: https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/162847/STM_2021_6.pdf?sequence=3&isAllowed=y [viitattu 20.4.2023].

Tuominen, L. 2020. Psykoosilääkkeiden haittavaikutukset. Duodecim Käypä hoito. WWW-dokumentti. Päivitetty 26.3.2020. Saatavissa: <https://www.kaypahoito.fi/nix01049> [viitattu 1.9.2023].

Tuominen, L. & Salokangas, R. 2016. Skitsofrenia. *Lääketieteellinen aikakauskirja Duodecim* 5, 467-470. Verkkojlehti. Saatavissa: <https://www.duodecimlehti.fi/duo13014> [viitattu 18.5.2023].

Yilmaz, D., Khorshid, L. & Dedeođlu, Y. 2016. The Effect of the Z-Track Technique on Pain and Drug Leakage in Intramuscular Injections. *Clinical Nurse Specialist* 6, 7-12. Verkkojlehti. Saatavissa: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27753676/> [viitattu 21.4.2023].

Yi-Suk, K., Young, N. & Deog-Im, K. 2022. Evaluating the effectiveness of gluteal intramuscular injection sites: a cadaveric study. *Anatomy & Cell biology*. Verkkojlehti. Saatavissa: <https://doi.org/10.5115/acb.21.223> [viitattu 21.4.2023].

Zypadhera. 2023. Koulutus terveydenhuollon ammattilaisille. PDF-dokumentti. Julkaistu 20.2.2023. Saatavissa: <https://pharmacafennica.fi/spc/3053530> [5.5.2023].

Webropol. s.a. Automaattinen kyselytutkimusten raportointi. WWW-dokumentti. Saatavissa: <https://webropol.fi/kysely-ja-raportointityokalu/analysoi-ja-visualisoi/> [18.5.2023].

TIEDONHAKUTAULUKKO

Liite 1.

Tietokanta	Aikarajaus	Hakusana	Muut rajaukset	Osumat	Käytetyt aineistot
Google Scholar	2019	injection AND psychosis AND antipsychotic		3080	1
	2015-2023	intramuscular AND injection sites		24 100	1
Finna	2013–2023	turvallinen AND injektio	Opinnäytetyöt rajattu pois	6	0
	2013–2023	skitsofrenia AND psykoosi	Vain väitöskirjat	64	0
Medic	2013–2023	turvallinen AND lihaksensisäinen injektio		0	0
		injektio AND lihaksensisäinen		1	0
		injektio AND psykoosilääke		1	0

Terveysportti	-	psykoosi AND lääke- hoito AND in- jektio		3	0
PubMed	10 vuotta	psychosis AND injection		329	0
		longacting in- jectable anti- psychotic		679	0
		dorsogluteal injection AND ventrogluteal		6	1
	2021–2023	intramuscular injection	ilmainen koko- teksti ja meta- analyysi	12	1
	2017–2023	Intramuscular injection AND sciatic nerve	ilmainen koko- teksti	35	1
Ebsco	2017–2023	intramuscular AND injection sites	vertaisarvioidut ja kokoteksti	31	1
	2017–2023	intramuscular injection AND techniques	vertaisarvioidut ja kokoteksti	47	1

	2017–2023	intramuscular injection AND practise	vertaisarvioitua ja kokoteksti	34	1
	2016–2023	intramuscular injection AND aspiration	Vertaisarvioitu	40	1
	2016–2023	z track AND technique	Vertaisarvioitu	18	1

KIRJALLISUUSKATSAUSTAULUKKO

Liite 2.

Tutkimuksen bibliografiset tiedot XAMK:n raportointiohjeiden mukaan	Tutkimuskohde	Otoskoko/metodologia	Keskeiset tulokset/ omat intressit
Ayinde, O., Hayward, R. & Ross, J. 2021. The effect of intramuscular injection technique on injection associated pain; a systematic review and meta-analysis. <i>Plos one</i> . 3.5.2021. Saatavissa: https://doi.org/10.1371/journal.pone.0250883	Tässä tutkimuksessa tutkittiin lihaksensisäisen injektion eri tekniikoita, ja niiden ne vaikutusta pistokseen liittyvään kipuun.	Tutkimukseen osallistui vain aikuisia. Siinä tutkittiin eri seikkojen, mm. Z-tekniikan ja lääkeaineen lämpötilan vaikutusta injektioista koettuun kipuun. Systemaattinen katsaus sisälsi 29 tutkimusta ja meta-analyysi 20 tutkimusta. Erilaisia pistotekniikoita tutkimuksessa oli 13 ja niistä 10:ssä pistopaikkaan kohdistettiin paikallista painetta.	Tutkimuksessa todettiin, että lähinnä pistopaikkaa tehty manuaalinen paine ennen injektioita vähentää pistoskipua, esimerkiksi lääkeaineen tai neulan lämpötilalla tai Z-tekniikalla ei tähän todettu merkitystä olevan. Ventrogluteaalialueella todettiin olevan pistokkipua dorsogluteaalista vähemmän.
Cook, I. 2015. Best vaccination practice and medically attended injection site events following deltoid intramuscular injection. <i>Human Vaccines & Immunotherapeutics</i> . 11. Saatavissa: https://doi.org/10.1080/21645515.2015.1017694	Artikkelissa kerrotaan tutkimuksesta, jossa kuvattu hartialihakseen annettujen rokotteiden aiheuttamia fyysisiä ongelmia, jotka aiheutuneet hoitajan puutteellisesta osaamisesta.	Systemaattinen katsaus	Hartialihakseen pistäminen vaatii tarkkaa pistopaikan paikantamista, potilaan anatomiaan perehtymistä ja oikean pistoneulan valintaa. ' Puutteellinen injektio tekniikka voi aiheuttaa hermohalvauksen, tuki- ja liikuntaelinvaurion tai ihoreaktion.
Gullu, A. & Akgun, S. 2021. The Effect of Training on the "V" and "G" Techniques Used in the Ventrogluteal Site and Injection Application to This Site on the Knowledge Level of Nurses. <i>Original Research Article</i> . Saatavissa: https://web-p-ebshost-com.ezproxy.xamk.fi/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=16&sid=62a70b1c-ff4e-45c2-9c39-0bea78d34c5a%40red	Tutkimuksen tarkoituksena on ollut selvittää sairaanhoitajien osaamista ventrogluteaalialueen pistopaikan etsimiseen V tai G tekniikan avulla ja tarjota tarvittavaa lisäkoulutusta.	Tutkimukseen osallistunut yhteensä n= 217 sairaanhoitajaa, jotka kahdesta eri sairaalasta. Tutkimus toteutettiin tiedonkeruulomakkeen avulla. Koulutus järjestettiin yhdelle sairaala osastolle. Tutkimus on laadultaan määrällisen ja laadullisen ydistelmä.	Tulokset osoittivat, että koulutuksen ansiosta sairaanhoitajien tietämys ja taidot ventrogluteaalialueen pistämisestä lisääntyivät. Koulutuksen jälkeen sairaanhoitajien suhtautuminen ventrogluteaalialueen pistämiseen muuttui positiivisemmaksi. Tutkimus osoittaa, että lihaksensisäiseen pistämiseen liittyvää tietoa ja taitoa on aiheellista pitää ajan tasalla täydennyskoulutusten avulla.
Kadioglu, H. 2018. Sciatic Nerve Injuries from Gluteal Intramuscular Injection According to Records of the High Health Council. <i>Turkish neurosurgery</i> , 28,3. Saatavissa: http://www.turkishneurosurgery.org.tr/abstract.php?id=2027	Tässä turkkilaisessa tutkimuksessa tutkittiin kymmenen vuoden ajalta potilaita, jotka olivat saaneet lihaksensisäisestä pistoksesta iskiashermon vamman.	Potilaita oli n=107 ja heistä 99 oli naisia ja 8 miehiä. Tutkimus on muodoltaan määrällinen ja laadullinen	Tutkimuksessa tulittiin siihen tulokseen, että lihaksensisäistä lääkettä tulisi jatkossakin käyttää sen tehokkuuden vuoksi. Hoitohenkilöstön kouluttamiseen panostaa lihaksensisäisen pistämisen osalta. Useimmiten vammaan johti mm. potilaan väärä asento ja tekniikka pistäessä.

<p>Nuray, T, Özgür, S., Sema, A., Hatice, I, Hatice, K.& Fatma, K. 2022. Knowledge and practices of nurses working in psychiatry clinics on ventrogluteal injection. <i>Psychiatric Care</i> 4, 1388–1398. Saatavissa: https://doi.org/10.1111/ppc.12942</p>	<p>Tutkimuksessa on selvitetty psykiatrisessa sairaalassa työskentelevien sairaanhoitajien tietoa ja osaamista ventrogluteelisesta pistämisestä.</p>	<p>Tutkimus on toteutettu joulukuun 2019- joulukuun 2020 välisenä aikana yhdessä Turkin seitsemästä haarasairaalasta. Tutkimukseen on osallistunut n=91 sairaanhoitajaa.</p> <p>Tutkimukseen pääsykriteereinä on ollut osallistumishalukkuus sekä aktiivinen työskentely psykiatrisessa- tai neurologisessa tutkimussairaalassa. Tiedot on kerätty strukturoitujen tutkimuslomakkeiden avulla.</p> <p>Tutkimus on toteutettu kuvaavana poikkileikkaus tutkimuksena ja tulokset on analysoitu SPSS:llä.</p>	<p>Tutkimus osoittaa, sairaanhoitajien tietojen IM- injektioiden antotavoista ja paikoista olevan puutteellisia. Yleisin käytetty pistopaikka on dorsogluteaalinen, vaikka valtaosa tietääkin ventrogluteaalisen pistopaikan olevan suositelluin.</p> <p>Määriteltäessä VG pistopaikkaa puolet sairaanhoitajista käytti V-tekniikkaa, kukaan ei käyttänyt suositeltua G-tekniikkaa. G-tekniikka on todettu olevan turvallisempi ja siinä on pienempi luuvaurion riski.</p> <p>Lihaksensisäistä psykolääkehoitoa usein toteuttavat sairaanhoitajat pistävät lääkkeen tavallisemmin dorsogluteaalialueelle. Tämän on todettu johtuvan sairaanhoitajien omasta haluttomuudesta tai potilaan kieltäessä kyseisen pistopaikan käytön. Potilaat myös pelkäävät vg kohdan olevan kivuliaampi.</p> <p>Tutkimus osoittaa, että sairaanhoitajilla on ventrogluteaalista pistämisestä enemmän tietoa teoriassa, kuin käytännössä. Oikeanlainen pistotekniikka tulisi opetella hyvin jo sairaanhoitaja opintojen aikana ja osaamista tulisi pitää yllä täydennyskoulutusten avulla.</p>
<p>Poloni, N., Ielmini, M., Caselli, I., Lucca, G., Gasparini, A., Lorenzoli, G.& Callegari, C. 2019. Oral Antipsychotic Versus Long-Acting Injections Antipsychotic in Schizophrenia Spectrum Disorder: a Mirror Analysis in a Real-World Clinical Setting. <i>Psychopharmacol Bull</i> 2, 17–27. Saatavissa: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6598776/</p>	<p>Artikkelissa kerrotaan tutkimuksesta, jossa verrataan pitkävaikutteisia psykoosilääkkeitä lyhytvaikutteisiin suun kautta otettaviin lääkkeisiin uudella näkökulmalla</p>	<p>Tutkimukseen osallistui n=153 italialaista skitsofreniapotilasta. Potilaita tutkittiin 12 kuukautta ennen pitkävaikutteisten psykoosilääkkeiden aloittamista ja 12 kuukautta niiden aloittamisen jälkeen, tarkastellen esimerkiksi sairaalaosastojaksojen määriä kyseisiltä ajoilta.</p>	<p>Hoitojakson alusta asti pitkävaikutteisilla lihaksensisäisillä psykoosilääkkeillä hoidetuilla potilailla oli huomattavasti vähemmän sairaalajaksoja verrattuna heihin, joilla hoito aloitettiin oraalilla lyhytvaikutteisilla antipsykoteilla.</p> <p>Pitkävaikutteiset lääkkeet paransivat hoitovastetta potilailla, jotka alun perin sitoutuivat huonosti hoitoonsa.</p>
<p>Thomas, C., Mraz, M. & Rajcan, L. 2016. Blood Aspiration During IM Injection. <i>Clinical Nursing Research</i> 25, 5. Saatavissa: https://doi.org/10.1177/1054773815575074</p>	<p>Tutkittiin sairaanhoitajien tapaa aspiroida lihaksensisäisen pistämisen yhteydessä sekä verenaspiraation ilmaantuvuutta.</p>	<p>Tutkimusta varten haastateltiin tutkimuskysymyksiin n=164 sairaanhoitajaa heidän pistotavastaan koskien aspiraatiota.</p>	<p>Veren aspiraatiota esiintyi useimmiten dorsogluteaalialueella (15 %) alueella ja hartialihaksessa (12 %).</p> <p>Tutkimus osoittaa, että sairaanhoitajat eivät aspiroi suositeltua aikaa (5–10 sekuntia.)</p>

<p>Taylor, M. 2020. Deltoid versus gluteal: Which intramuscular injection site do mental health patients prefer? <i>Australian & New Zealand Journal of Psychiatry</i> 55, 7. Saatavissa: https://doi.org/10.1177/0004867420963737</p>	<p>Australian julkisen sairaalan tutkimuksessa on selvitetty potilaiden mieltymyksiä injektioitavien pitkävaikutteisten psykoosilääkkeiden pistopaikasta.</p>	<p>Tutkimukseen osallistui n=245 kuukausittain pitkävaikutteista injektiohoitoa saavaa potilasta, joista miehiä oli 173 ja naisia 72. Potilaita haastateltiin muun muassa mieleisen injektio paikan suhteen</p>	<p>65 % pitkävaikutteista lihaksensisäistä lääkettä saavaa potilasta piti parempana olkapään injektioita, 35 % ottaisi injektion mieluummin pakaralihakseen.</p> <p>Pistopaikan vaihto oikean ja vasemman välillä koettiin tärkeänä.</p> <p>Hartialihakseen annettavan injektion on todettu aiheuttavan vähemmän hämmennystä potilaalle.</p> <p>Mielipiteen lisäksi ottaa huomioon myös lääkkeiden yksilölliset farmakokineettiset ominaisuudet pistopaikan valintaan tehdessä, koska esimerkiksi olantsapiinipamoaattia saa pistää vain gluteaalialueelle.</p>
<p>Yilmaz, D., Khorshid, L.& Dedeoğlu, Y. 2016. The Effect of the Z-Track Technique on Pain and Drug Leakage in Intramuscular Injections. <i>Clinical Nurse Specialist</i> 6, 7-12. Saatavissa: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27753676/</p>	<p>Tutkimuksen tarkoituksena on selvittää Z-tekniikan vaikutusta lihaksensisäisen piston aiheuttamaan kipuun sekä lääkkeen takaisin vuotoon.</p>	<p>Tutkimus tehtiin Turkin valtion sairaalassa ja siihen osallistui n=60 henkilöä, iältään 18–65-vuotiaita. Tutkimukseen osallistujat valittiin satunnaisotannalla. Ryhmä jaettiin kahtia ja molemmille ryhmille pistettiin 3 ml samaa lääkeainetta. Puolelle tutkimusryhmästä käytettiin Z-tekniikkaa.</p>	<p>Tutkimuksessa todettiin Z-tekniikan vähentävän lääkkeen takaisinvuotoa, mutta sen käytöllä ei ollut merkittävää vaikutusta pistokipuun.</p>
<p>Yi-Suk, K., Young, N.& Deog-Im, K. 2022. Evaluating the effectiveness of gluteal intramuscular injection sites: a cadaveric study. <i>Anatomy & Cell biology</i>. Saatavissa: https://doi.org/10.5115/acb.21.223</p>	<p>Tutkimuksen tavoitteena oli verrata ihononalaisen rasvan ja lihasten paksuutta dorsogluteaalialueilla ja ventrogluteaalialueilla ottaen huomioon tutkittavan BMI:n ja sukupuolen. Tämän perusteella on määriteltävä sopiva injektio kohta.</p>	<p>Tutkimus tehtiin n=11 eri kokoisella ruumiilla, joiden tarkat mitat ja ikä ja sukupuoli tiedettiin.</p>	<p>Ventrogluteaalialueella ja dorsogluteaalialueella todettiin alueilla olevan selvät erot toisiinsa mm. rasvan ja lihasmäärän osalta.</p> <p>Lisäksi tutkimuksen mukaan liikalihavalle dorsogluteaalinen pistopaikka olisi parempi, koska ventrogluteaalialueella oleva rasva on paksumpaa kuin dorsogluteaalialueella, joten riski lääkeaineen joutumisesta rasvakudokseen kasvaa.</p>

PITKÄVAIKUTTEISET PSYKOOSILÄÄKKEET

Liite 3.

Yleisimpiä pitkävaikutteisia psykoosilääkkeitä (mukaihen Partonen ym. 2021)

Valmiste	Annos	Annosteluväli	Haittavaikutukset	Muuta huomioitavaa
Aripipratsoli	400 mg	1 x kk	Rauhattomuus, unettomuus ja suun kuivuminen Impulssikontrollin ongelmat, kuten lisääntyneet seksuaaliset tarpeet ja pelihimo	Suun kautta otettavaa Aripipratsoli lääkitystä on jatkettava 2 viikkoa pistohoidon rinnalla
Olantsapiini	Potilaskohtainen annostelu, johon vaikuttaa suun kautta otettavan olantsapiini lääkityksen määrä	2 tai 4 viikkoa	Painonnousu, suurentuneet rasva- ja kolesteroliarvot ja hypotensio.	3 tunnin seuranta lääkeaineen pistämisen jälkeen, harvinaisen olantsapiiniyliannostusoireyhtymän vuoksi Lääkkeelle ei ole olemassa antidootia, yliannostuksissa hoitoon hakeuduttava nopeasti Lääkettä ei saa antaa asiakkaalle, jolla on vaara sairastua ahdaskulmaglaukoomaan
Paliperidoni	Potilaskohtainen annostelu, 25–150 mg	1x kk, vähintään 4kk ajan, jonka jälkeen mahdollisuus siirtyä 3 kk välein annettavaan pistokseen	Lääkeparkinsonismi, painonnousu, väsymys ja uneliaisuus sekä veren kohonnut prolaktiinipitoisuus	Saattaa pidentää QT- aikaa
Perfenatsiini	Potilaskohtainen annostelu 54–216 mg	2–4 viikkoa	Lääkeparkinsonismi, leukosytoosi, leukopenia, hyperprolaktinemia sekä se-daatio	Ei saa antaa asiakkaille, joilla on aivovaurio, alentunut tajunnan taso tai lisämuunaisen ytimen kasvain
Risperidoni	Potilaskohtainen annostelu 25–50 mg	2 viikkoa	Lääkeparkinsonismi, painon nousu, väsymys ja uneliaisuus ja veren kohonnut prolaktiinipitoisuus	Saattaa pidentää QT- aikaa metabolisoituu paliperidonin kaltaisesti.

Lääkekohtaisiin pakkausselosteisiin ja anto-ohjeisiin tulee tutustua huolellisesti aina ennen lääkkeen valmistelua ja annostelua asiakkaalle (Fimea s.a.).

LIHAKSENSISÄINEN PISTÄMINEN

Liite 4.

Pitkävaiikutteisen psykoosilääkkeen lihaksensisäinen pistäminen (mukailten Saano& Taam-Ukkonen 2020, 155; Turvallinen lääkehoito 2021, 69; Pharmaca Fennica s.a.; Tietosuojavaltuutetun toimisto 2016, 41, Markevitch 2023)

1. Tarvittavien välineiden ja lääkepakkauksen varaaminen (tarkista voimassaolo ja pakkausten eheys). Lääkepakkauksessa sisältää lääkeaineen lisäksi neulat ja ruiskut lääkkeen valmisteluun ja injektioon antoon. Pakkauksen sisältämiä välineitä tulee aina käyttää lääkkeen valmistelussa ja injektioon annossa.
2. Käsien desinfiointi ja käsien kuivuttua tehdaspuhtaiden käsineiden pukeminen (käsineet suojaavat sekä asiakasta, että injektioon antajaa)
3. Lääkkeen valmistelu ja ruiskuun vetäminen annettavan lääkkeen pakkauselosteen mukaisesti, huomioiden selosteessa olevat aseptiikkaa koskevat ohjeet. Lääke valmistellaan aina juuri ennen sen pistämistä asiakkaalle.
4. Asiakkaan ohjaaminen: miksi lääke annetaan, millä tavoin lääke annetaan, mahdolliset lääkekohtaiset haittavaikutukset sekä mahdolliset lääkekohtaiset erityisohjeet.
5. Asiakas ohjeistetaan oikeaan asentoon pistopaikan tuomat rajoitteet huomioiden. Asennossa tulee huomioida, että pistettävä lihas jää rennoksi.
6. Pistopaikan valinta lääkemäärän ja pakkauselosteen ohjeiden mukaisesti. Mahdollisuuksien mukaan on suositeltavaa käyttää ventrogluteaalista pistopaikkaa. Pistopaikan iho tulee olla ehjä
7. Sopivan neulan valinta lääkepakkauksesta pistopaikka huomioiden.
8. Pistopaikka desinfioidaan 80 % etanolilla sisältävällä desinfektioyhyeellä tai desinfektioaineella ja annetaan kuivua rauhassa. Mikäli desinfektioaine ei anneta kuivua, se voi aiheuttaa pistäessä kipua, kirvelyä sekä vaikuttaa lääkkeen tehoa heikentävästi.
9. Pistopaikan iho pingotetaan kämmensyrjällä tiukaksi, jotta lääke saadaan pistettyä lihakseen. Z- tekniikan käyttäminen varmistaa lääkeaineen pysymisen lihaksessa estäen takaisinvuodon.
10. Neula pistetään pingotetun ihon läpi nopeasti lihakseen 90 asteen kulmassa siten, että neulasta jää näkyviin 1/3 osa. Tämä varmistaa sen, että neula saadaan poistettua, mikäli se katkeaa.
11. Neulan mäntää vedetään hitaasti taaksepäin, eli aspiroidaan. Tällä varmistetaan siitä, ettei neula ole verisuonessa. Mikäli ruiskuun tulee verta, vedetään neula pois ja valmistellaan uusi pistopaikka sekä lääkeannos.
12. Oikean pistopaikan varmistuttua lääkeaine ruiskutetaan hitaasti lihakseen, 1 ml 10 sekunnissa, tämä vähentää injektioista aiheutuvaa kipua. Lääkkeen ruiskuttamisen jälkeen tulee odottaa 5 sekuntia ennen kuin neula vedetään pois. Tämän jälkeen vapautetaan Z- tekniikka nopeasti.
13. Neula tulee laittaa välittömästi särnäisjätteeseen, muut jätteet kierrätetään ohjeiden mukaisesti. Asiakastietoja sisältävät dokumentit sekä lääkeaine pakkauksessa olevat henkilötiedot tulee laittaa tietoturvajätteeseen
14. Lopuksi poistetaan tehdaspuhtaat käsineet ja desinfioidaan kädet. Tarvittaessa autetaan asiakas istuvaan asentoon.
15. Lääkkeen annon jälkeen asiakkaan vointia seurataan mahdollisten haittavaikutusten varalta, huomioidaan asiakkaan oma kokemus voinnistaan. Lääkekohtaiset ohjeet tulee ottaa huomioon seuranta-ajassa.
16. Kaikki lääkkeen antamiseen liittyvät tiedot kirjataan lääkkeen antaneen hoitajan toimesta huolellisesti asiakastietojärjestelmään. (mitä annettu, milloin annettu, mihin pistetty, seuraava pistokerta, mahdolliset haittavaikutukset ja asiakkaan mahdollinen kieltäytyminen lääkkeestä.)
Hoitokoti Valkaman ohjeistuksen mukaisesti antokirjaus tehdään myös erilliselle asiakaskohtaiselle lääkekortille.

ASIKASKOHTAISET LÄÄKÄRIN MÄÄRÄYKSET JA ASIAKKAAN MAHDOLLISET ERITYISTARPEET JA HAASTEET TULEE AINA HUOMIOIDA!

Arvoisa EsperijCare hoitokoti Valkamassa työskentelevä sosiaali- ja terveysalan ammattilainen tai alan opiskelija!

Olemme viimeisen vuoden sairaanhoitajaopiskelijoita Kaakkois-Suomen ammattikorkeakoulun Savonlinnan kampukselta.

Teemme opinnäytetyötä suuntautuen mielenterveys- ja päihdehoitotyöhön. Esperij hoitokoti Valkama on tilannut meiltä oppaan turvallisuudesta lihaksensisäisestä pistämisestä.

Työssämme keskitymme skitsofrenian ja psykoosin hoidossa Valkamassa käytettäviin lihaksensisäisesti pistettäviin antipsykootteihin sekä tutkimuspohjaiseen tietoon injektoiden antamisesta. Oppaasta on tarkoitus tulla informatiivinen ja selkeä työkalu hoitohenkilökunnan käyttöön.

Ystävällisesti pyytäisimme teitä, hoitokoti Valkaman hoitohenkilökunnan edustajia, tutustumaan oppaaseen ja sen sisältöön sekä ulkoasuun. Tämän jälkeen toivoisimme palautetta kyseisistä asioista oheiseen kyselyyn vastaamalla.

Kyselyssä on kolme väittämäkysymystä ja yksi avoin kysymys, johon voi halutessaan antaa avointa palautetta ja kehitysideoita.

Kyselyyn vastaaminen on vapaaehtoista ja sen voi keskeyttää koska vain. Vastaaminen tapahtuu täysin anonymisti ja luotettavasti. Vastajia ei pysty siis tunnistamaan ja saadut tulokset hävitetään asianmukaisella tavalla tietosuojajätteenä niiden käsittelyn jälkeen eikä niitä käytetä muihin tarkoituksiin.

Kyselyyn voit osallistua alla olevan linkin kautta ja siihen vastaaminen vie noin 5–10 minuuttia. Kysely on avoinna aikavälillä _____.

Kiitos vastauksestasi!

Yhteistyöterveisin,

~~Saija~~ Siijanen, ssahi008@edu.xamk.fi

Teija Kärkkäinen, cteka008@edu.xamk.fi

Kaakkois-Suomen ammattikorkeakoulu

1. Oppaan ulkoasu ja rakenne

	Täysin eri mieltä	Jokseenkin eri mieltä	En osaa sanoa	Jokseenkin samaa mieltä	Täysin samaa mieltä
Otsikko vastaa aiheeseen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Oppaan tavoite on selkeästi esillä	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Opas etenee johdonmukaisesti	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Opas on visuaalisesti miellyttävä	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Oppaan sivut ovat selkeät	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

2. Oppaan sisältö ja kieli

	Täysin eri mieltä	Jokseenkin eri mieltä	En osaa sanoa	Jokseenkin samaa mieltä	Täysin samaa mieltä
Sisältö on mielenkiintoinen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Kuvat tukevat tekstiä	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Kieli on helppolukuista	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tietoa on riittävästi	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Opas on sopivan mittainen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

3. Opas tukee turvallisen lääkehoidon toteuttamista yksikössäni

- Kyllä
 Ei
 En osaa sanoa

4. Avoin palaute/ kehitysideoita
