



Lääkehoidon ohjaaminen yhteistoimintamallin mukaisesti

Verkkoperehdytysmateriaali psykiatrisessa osastohoidossa olevien potilaiden parissa työskenteleville

Hoitotyön koulutusohjelma,
sairaanhoitaja
Opinnäytetyö
5.5.2009

Terhi Tepsell
Aino Sonninen

Koulutusohjelma		Suuntautumisvaihtoehto
Hoitotyön koulutusohjelma		Sairaanhoitaja AMK
Tekijä/Tekijät		
Aino Sonninen ja Terhi Tepsell		
Työn nimi		
Lääkehoidon ohjaaminen yhteistoimintamallin mukaisesti Verkkoperehdytysmateriaali psykiatrisessa osastohoidossa olevien potilaiden parissa työskenteleville		
Työn laji	Aika	Sivumäärä
Opinnäytetyö	Kevät 2009	31 + 4
TIIVISTELMÄ		
<p>Tämä opinnäytetyö on osa työelämähanketta Yhteistoimintamallin kehittäminen psykiatriseen hoitoon, joka toteutettiin yhteistyössä Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirin HYKS:n Psykiatriakeskuksen, Helsingin terveystieteiden keskuksen Auroran sairaalan ja Metropolia Ammattikorkeakoulun hoitotyön koulutusohjelman kanssa vuosina 2006 - 2009. Hankkeen tavoitteena oli kehittää psykiatrista hoitoa potilaslähtöiseen suuntaan, jolloin potilaan ja hänen läheistensä voimavarat pyritään aktivoimaan täysimääräisesti käyttöön. Hankkeessa kerättiin tietoa yhteistoiminnallisesta työskentelytavasta ja sen pohjalta luotiin yhteistoimintamalli psykiatrisen potilaan hoitoon. Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli kuvata lääkehoidon ohjaamista yhteistoimintamallin mukaisesti ja tuottaa laadukasta verkkoperehdytysmateriaalia Auroran sairaalan aikuispsykiatrian osasto 6 - 1:n käyttöön. Verkkoperehdytysmateriaalin tarkoituksena on toimia jatkossa osaston henkilökunnan perehdytysvälineenä, ja sen tavoitteena on tukea yhteistoimintamallin käyttöä osastolla sekä tuoda osaston työntekijöille tietoa lääkehoidon toteuttamisesta yhteistoimintamallin mukaisesti.</p> <p>"Yhteistoimintamallin mukainen lääkehoito" -verkkoperehdytysmateriaali toteutettiin kahden opiskelijaryhmän opinnäytetöinä lukuvuonna 2008 - 2009. Aineisto tähän opinnäytetyöhön kerättiin käsi- ja tietokantahauilla. Perehdytysmateriaali rakennettiin käyttäen tietokantahakujen avulla kerättyä asiantuntijatietoa sekä projektissa tuotettua materiaalia yhteistoiminnallisen hoitotyön edellytyksistä ja esteistä. Perehdytysmateriaalin runkona käytettiin Auroran sairaalan osasto 6 - 1 lääkehoidon prosessikaaviota. Perehdytysmateriaali toteutettiin Microsoft PowerPoint- ja Microsoft Word -ohjelmilla. Valmis perehdytysmateriaali on PowerPoint-esitys, joka siirretään Helsingin terveystieteiden keskuksen sisäiseen verkkoon perehtyjän verkkosivuille (www.hel.fi). Osa materiaalista on koottu Microsoft Word-tiedostoiksi, jotka linkitetään PowerPoint-esitykseen.</p> <p>Perehdytysmateriaalia voidaan hyödyntää työntekijöiden ja opiskelijoiden perehdytyksessä yhteistoimintamallin mukaiseen lääkehoidon ohjaukseen ja toteuttamiseen. Sitä voidaan myös käyttää osana työntekijöiden perehdytystä yhteistoimintamallin mukaiseen työskentelytapaan. Perehdytysmateriaali on suunniteltu siten, se että sen käyttö on mahdollista osastotuntien tai muun koulutustilaisuuden yhteydessä, mutta perehtyjä voi opiskella sen avulla myös itsenäisesti. Materiaali tukee yhteistoiminnallisen hoitofilosofian omaksumista, joka on ollut suuntauksena psykiatrisen hoitotyön kehityksessä Suomessa 1970-luvulta alkaen.</p>		
Avainsanat		
yhteistoimintamalli, yhteistoiminnallisuus, psykiatria, lääkehoito, ohjaus, perehdytys		

Degree Programme in		Degree	
Nursing and Health Care		Bachelor of Health Care	
Author/Authors			
Aino Sonninen and Terhi Tepsell			
Title			
Psychiatric Drug Treatment according to the Collaborative Care Model – A Web-based Orientation Material for Staff Working with Patients in Psychiatric Hospital Care			
Type of Work	Date	Pages	
Final Project	Spring 2009	31 + 4 appendices	
<p>ABSTRACT</p> <p>This study was part of the Collaborative Care Model in Psychiatric Nursing Project, which was carried out by HUCH Psychiatry Centre, Helsinki, Finland, HUS Aurora Hospital, Helsinki, Finland, and Helsinki Metropolia University of Applied Sciences, Finland, during 2006 - 2009. The purpose of the project was to create a Collaborative Care Model in Psychiatric Nursing in order to develop psychiatric care practice into a more patient-orientated direction. This meant including the patient and his/her family into the decision-making and planning of the patient's care. The purpose of our final project was to produce a web-based orientation material about Psychiatric Drug Treatment according to the Collaborative Care Model, which was created in the project.</p> <p>Our final project took place during autumn 2008 and spring 2009. It started by several meetings with the project group and searching information of the cooperative care philosophy and web-based learning for theoretical framework on international and Finnish databases. The orientation material was built by combining the theoretical framework with the material produced in the project. As a result, the orientation material was designed and put together using the Microsoft PowerPoint and Microsoft Word programmes. The material consisted of 22 Microsoft PowerPoint slides and 8 Microsoft Word documents, which can be opened through links while watching the slide show. The material will be transferred later into the web pages of the City of Helsinki (www.hel.fi).</p> <p>The material may be used as a practical aid in introducing Collaborative Care Model as a working method to new employees and nursing students on their psychiatric practical training period. It was designed in such a way that it may be either read independently by using a web server or used in all kinds of educational occasions as part of a more thorough presentation of the subject. The orientation material supports the use of the Collaborative Care Model working method and understanding the cooperative care philosophy, which has been a significant development trend in the Finnish psychiatric care from the 1970's to the present day.</p>			
Keywords			
Collaborative Care Model, cooperation, psychiatry, drug treatment			

SISÄLLYS

1	JOHDANTO	1
2	HANKKEEN ESITTELY	2
2.1	Hankkeen taustaa	2
2.2	Hankkeen toimijat ja yhteistyöryhmät	4
3	TYÖN TARKOITUS JA TAVOITTEET	4
4	AIKATAULU JA RESURSSIT	5
5	TYÖN TEOREETTISET LÄHTÖKOHDAT	5
5.1	Yhteistoiminnallinen hoitotyö ja yhteistoimintamalli	5
5.2	Potilaslähtöisen psykiatrisen hoitotyön malli	6
5.3	Yhteistoiminnallisuus lääkehoidon ohjauksessa	7
5.3.1	Voimaannuttava ohjaus	8
5.3.2	Voimaantuminen	10
5.3.3	Tieto osana lääkehoidon sisäistä hallintaa	12
5.3.4	Hoitoon sitoutuminen	14
5.3.5	Lääkekieltäytyminen	17
6	VERKKOPEREHDYTYSMATERIAALIN SISÄLLÖN TUOTTAMINEN	19
6.1	Verkkopalvelun laatuksiteerit	19
6.2	Verkkokirjoittamisen periaatteet sisällön tuottamisessa	20
6.3	Verkko-opetus	21
7	PROSESSIN KUVAUS	22
7.1	Työn suunnittelu ja toteutus	22
7.1.1	Työnjako ja työskentelytavat	23
7.1.2	Tiedonhaut	25
7.2	Valmis tuote	26
8	POHDINTA	27
	LÄHTEET	30
LIITTEET	Liite 1: Yhteistoimintamalli	
	Liite 2: Yhteistoimintamallin käsitteiden määrittely	
	Liite 3: Lääkehoidon prosessikaavio	
	Liite 4: Yhteistoimintamallin mukainen lääkehoito	

1 JOHDANTO

Tämä opinnäytetyö on osa työelämähanketta Yhteistoimintamallin kehittäminen psykiatriseen hoitoon, joka toteutettiin yhteistyössä Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirin HYKS:n Psykiatriakeskuksen, Helsingin terveystieteiden keskuksen Auroran sairaalan ja Metropolia Ammattikorkeakoulun hoitotyön koulutusohjelman kanssa. Hankkeen tarkoituksena oli kehittää yhteistoimintamalli psykiatriseen hoitotyöhön ja kehittää sen myötä hoitotyön käytäntöä yhteistoiminnalliseksi. (Roivas-Mäkinen - Eriksson - Mattila - Ruotsalainen 2006: 2.)

Yhteistoiminnallisuus tässä yhteydessä tarkoittaa yhteistyötä potilaan, hänen määrittelemiensä läheisten ja potilaan hoitoon osallistuvien asiantuntijoiden kanssa. Sen lähtökohdina ovat potilaan hoidon tarve ja hänen voimavaransa. Tavoitteena on potilaan ja hänen läheistensä osallistuminen hoitoon. Suomessa psykiatrista hoitotyötä on kehitetty yhteistoiminnalliseen suuntaan 1970-luvulta alkaen. Sen myötä psykiatrisessa hoidossa on siirrytty perinteisestä lääkärikeskeisestä työskentelystä tiimityöhön ja pyritty tukemaan potilaan itseilmaisua ja aktiivisuutta sekä mahdollisuuksia osallistua päätöksentekoon ja vaikuttaa omaan hoitoonsa. (Roivas-Mäkinen ym. 2006: 2.) Yhteistoiminnallisen hoitotyön auttamismenetelmiä ovat osallistuva vuoropuhelu, konsultoiva ohjaus, mielekäs toiminta sekä jaettu vastuu (Latvala 1998: 58).

Yhteisen toimintamallin kehittäminen psykiatriseen hoitotyöhön on ollut tarpeen, koska sen puuttuminen on vaikeuttanut henkilökunnan keskinäistä yhteistyötä ja potilaiden hoitoa. Yhteistoimintamallin tavoitteena on kehittää käytännön hoitotyötä potilaan lähtökohdista lähteväksi prosessiksi, jossa potilas on aktiivinen, oman hoitonsa suhteen kuulluksi tuleva osallistuja. Tämä on hoitotyön laadun ja vaikuttavuuden kehittämisen kannalta erittäin tärkeää, koska hoitotyö osastoilla on edelleen varsin asiantuntijalähtöistä ja potilas sekä perhe ovat vastaanottajan roolissa. Tällöin potilaan motivoituminen ja sitoutuminen hoitoonsa jää vähäiseksi. (Roivas-Mäkinen ym. 2006: 2.)

Hankkeessa on kerätty tietoa yhteistoiminnallisesta työskentelytavasta ja sen toimivuudesta käytännössä. Sen pohjalta on luotu yhteistoimintamalli (ks. liite 1) ja se on otettu käyttöön pilottiosastoilla. Mallia on arvioitu ja täsmennetty, ja sen vaikutuksia hoitotyön käytäntöön on arvioitu. (Roivas-Mäkinen ym. 2006: 6 - 7.) Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli jäsentää ja koota laadukas verkkoperehdytysmateriaali hankkeessa saatujen tulosten pohjalta Helsingin terveystieteiden keskuksen ja HYKS:n Psykiatriakeskuksen eri

yksiköiden käyttöön sekä kuvata lääkehoidon ohjaamista yhteistoimintamallin mukaisesti. Verkkoperehdytysmateriaali toimii jatkossa työntekijöiden koulutuksen apuvälineenä, jonka avulla henkilökunta voi perehtyä syvemmin yhteistoimintamalliin.

Verkkoperehdytysmateriaalin suunnittelu toteutettiin opinnäytetöinä opiskelijaryhmien yhteistyössä lukuvuonna 2008 - 2009. Projektissa mukana olevat opiskelijaryhmät tuottivat kukin oman osuutensa perehdytysmateriaalista yhteistyössä pilottiosastojen kanssa perehdytysmateriaalin kehittämiseksi työelämän tarpeita vastaavaksi, toimivaksi kokonaisuudeksi. Perehdytysmateriaalin sisältö jaettiin neljään eri osa-alueeseen sen mukaan, mitkä olivat projektissa mukana olleiden pilottiosastojen vastuualueet, joilla yhteistoiminnallisuutta arvioitiin. Osa-alueet olivat lääkehoito, perhetapaaminen, hoitokokous ja hoitosuunnitelma. Tämän opinnäytetyön aiheena on lääkehoidon osa-alue, jossa keskitytään lääkehoidon ohjaamiseen yhteistoiminnallisesti.

Valmis perehdytysmateriaali on PowerPoint-esitys, joka siirretään Helsingin terveyskeskuksen sisäiseen verkkoon perehtyjän verkkosivuille sekä HUS:n intranet-verkkosivuille. Näin perehtyjä voi itse toivomanaan ajankohtana tutustua perehdytysmateriaaliin työaikana. PowerPoint-esitys on liitteenä työssämme. Perehdytysmateriaalin sisältö pohjautuu projektissa tuotettuun materiaaliin yhteistoiminnallisen hoitoyön edellytyksistä ja esteistä sekä lääkehoidon prosessin kuvauksesta. Työtä varten keräämämme teoriatieto on esitelty osiossa Työn teoreettiset lähtökohdat, ja tämä tieto on perehtyjän luettavissa PowerPoint-esityksessä olevien linkkien kautta. Linkkien tarkoituksena on, että työntekijä voi halutessaan syventää tietoaan lääkehoidon ohjauksesta, lääkehoitoon sitoutumisesta, lääkekieltäytymisestä ja potilaslähtöisen hoitotyön mallista. Syventävä materiaali tallennetaan Helsingin terveyskeskuksen ja HUS:n tietoverkkoihin, joista se voidaan hakea luettavaksi esityksen linkkiä klikkaamalla.

2 HANKKEEN ESITTELY

2.1 Hankkeen taustaa

Yhteistoiminnallisen hoitotyön kehittymiseen Suomessa on vaikuttanut pitkälti englantilaisen Maxwell Jonesin kehittämä Terapeuttisen yhteisön ajattelu, jonka periaatteita ovat tasa-arvoisuus, avoimuus, demokraattisuus ja yhteisöllisyys. Yhtenä yhteistoiminnallisuuden kehittäjänä Suomessa voidaan pitää M. Isohannia, joka sovelsi terapeuttisen yhteisön ajattelua suomalaiseen hoitojärjestelmään. Hänen mukaansa terapeuttinen yhteisö edellyttää henkilökunnalta auktoriteettien purkamista ja asettumista tasa-

arvoiseen yhteistyösuhteeseen potilaan kanssa. Tämä mahdollistaa inhimillisen hoitopolitiikan ja avoimen kommunikaation hoitotiimissä sekä koko yhteisössä, jossa jokaisen työntekijän osuus nähdään tärkeänä potilaan hoidossa ja potilasta rohkaistaan osallistumaan ja vaikuttamaan omaan hoitoonsa. Terapeuttisen yhteisön mukainen hoitoajattelu ottaa huomioon yksilö-, ryhmä- ja perhedynamiikan ja koko hoitojärjestelmän potilaan hoidossa. (Isohanni 1985: 30 - 35.)

Viimeisen kahden vuosikymmenen aikana on erilaisissa projekteissa (mm. Valtakunnallinen skitsofreniaprojekti, Länsi-Pohjan mielenterveystyön tutkimus- ja kehittämisprojekti, API -projekti sekä Yhteistoiminnallisen hoitotyön kehittämishanke Porvoon sairaalan psykiatrian yksiköissä) kartoitettu yhteistoiminnallisen työskentelytavan edellytyksiä ja toimivuutta käytännössä sekä kehitetty hoitokäytäntöjä enemmän potilaan ja hänen läheistensä osallistumista tukevaksi. Projektien tuloksissa yhdeksi tärkeäksi kehittämishaasteeksi on noussut yhteistoiminnallisten hoitotaitojen kehittäminen. Yhteistoiminnallinen työskentelytapa edellyttää hoitajalta työskentelytavan tärkeyden tiedostamisen lisäksi tietoa oman työskentelyn perusteista sekä reflektointi- ja itsearviointikykyä. Toisena kehitystehtävänä voidaan mainita vuorovaikutus omahoitajasuhteessa ja hoitoyhteisössä. Tavoitteena on saada aikaan dialoginen yhteistyösuhde, jossa potilas ja hoitaja ovat tasavertaisia. (Latvala ym. 2005: 24 - 29; Roivas-Mäkinen ym. 2006: 3 - 5.)

Yhteistoimintamallin kehittäminen psykiatriseen hoitoon -hanke, johon tämä opinnäytetyö liittyy, on saanut alkunsa näiden tutkimustuloksien pohjalta. Lähtökohtana on ollut käytännön tarve yhteiselle toimintamallille, jonka avulla psykiatrasta hoitoa voitaisiin paremmin kehittää yhteistoiminnalliseen, potilaslähtöiseen suuntaan.

Projekti alkoi vuonna 2006, ja se toteutettiin neljässä vaiheessa. Ensimmäisessä vaiheessa (kevät 2006 – syksy 2006) kartoitettiin henkilökunnan käsityksiä yhteistoiminnallisesta hoitotyöstä. Opinnäytetyönä tehtiin kirjallisuuskatsaus, jossa määriteltiin yhteistoiminnallisen hoitotyön käsite ja sisältö. Toisessa vaiheessa (kevät 2007) kartoitettiin yhteistoiminnallisuuden toteutumisen edellytykset ja esteet pilottiosastoilla ryhmähaastattelun avulla. Osastot valitsivat hoitotyön osa-alueen, jossa yhteistoiminnallisuutta arvioitiin. Osa-alueet olivat lääkehoito, perhetapaaminen, hoitokokous ja hoitosuunnitelma. Tavoitteena oli tunnistaa hyvät käytänteet. Projektin kolmannessa vaiheessa (syksy 2007 – kevät 2008) luotiin kirjallisuuskatsauksien ja kartoitusten pohjalta yhteistoimintamalli ja se otettiin käyttöön. Mallia arvioitiin, täydennettiin ja täsmennettiin kehittämiskokouksissa asiantuntijatyöryhmässä. Neljännessä vaiheessa, joka toteutettiin

syksyllä 2008, arvioitiin uuden toimintamallin toteutumista ja vaikutuksia hoitotyön käytäntöön. (Roivas-Mäkinen ym. 2006: 6 - 7.)

2.2 Hankkeen toimijat ja yhteistyöryhmät

Projekti toteutettiin yhteistyössä projektiorganisaation, Metropolia Ammattikorkeakoulun hoitotyön koulutusohjelman opiskelijoiden, Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirin HYKS:n Psykiatriakeskuksen osastojen 2 ja 6 sekä Helsingin terveyskeskuksen Auroran sairaalan osastojen 6 - 1 ja 15 - 6C kesken. Pilottiosastojen vastuualueet olivat: Auroran sairaala osasto 15 - 6C hoitokokous, Psykiatriakeskus osasto 6 perhetapaminen, Psykiatriakeskus osasto 2 hoitosuunnitelma ja Auroran sairaala osasto 6 - 1 lääkehoito.

Verkkoperehdytysmateriaalin suunnittelu tapahtui neljän opiskelijaryhmän yhteistyössä. Jokainen ryhmä tuotti yhden osion perehdytysmateriaalista, jonka siirtämisestä verkko-ympäristöön vastaavat HUS ja Helsingin terveyskeskus. Tämän ryhmän aiheena oli tuottaa perehdytysmateriaalia lääkehoidon ohjaamisesta yhteistoiminnallisesti. Perehdytysmateriaalin suunnittelu toteutui yhteistyössä Auroran sairaalan osaston 6 - 1 kanssa, josta yhteyshenkilöinä projektissa toimivat sairaanhoitaja Kimmo Sainio sekä apulaisosastonhoitaja Virpi Jaakkola.

Työn luonne edellytti tiivistä yhteistyötä paitsi pilottiosaston, myös projektiryhmän ja toisten verkkoperehdytysmateriaalin tuottamiseen osallistuvien opiskelijaryhmien kanssa. Apunamme tässä tehtävässä toimivat projektiryhmästä projektipäällikkö Taru Ruotsalainen, opinnäytetyön ohjaaja Pirjo Roivas-Mäkinen sekä verkkoasiantuntijat Hannele Virtanen-Vaaranmaa ja Kaisa Kujala. Lisäksi konsultoimme HUS:n ja Helsingin terveyskeskuksen tietoverkoista vastaavia asiantuntijoita selvittääksemme, millaisia ovat näiden organisaatioiden verkkosivut ja minkälainen verkkoperehdytys sivuille olisi mahdollista toteuttaa teknisesti.

3 TYÖN TARKOITUS JA TAVOITTEET

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli kuvata lääkehoidon ohjaamista yhteistoimintamallin mukaisesti ja tuottaa laadukasta verkkoperehdytysmateriaalia HUS:n ja Helsingin terveyskeskuksen käyttöön. Tavoitteena on, että näiden organisaatioiden psykiatriassa yksiköissä työskentelevät uudet ja vanhat työntekijät voisivat jatkossa verkkoperehdytyksen avulla perehtyä yhteistoimintamalliin sekä lääkehoidon ohjaamiseen yh-

teistoimintamallin mukaisesti. Perehdytysmateriaalin tehtävänä on tuoda osastojen uusille ja vanhoille työntekijöille tietoa yhteistoimintamallista ja helpottaa sen soveltamista käytännössä, jotta yhteistoiminnallisuuden periaate tulisi osaksi jokaisen psykiatrista hoitotyötä toteuttavan työntekijän ammattitaitoa.

4 AIKATAULU JA RESURSSIT

Syksyllä 2008 oli meneillään projektin neljäs eli viimeinen vaihe, jossa kerättiin tietoa yhteistoimintamallin toteutumisesta ja vaikutuksista hoitotyön käytäntöön. Nämä tulokset eivät siis olleet käytettävissä verkkoperehdytysmateriaalin suunnittelussa, joka aloitettiin syksyllä 2008. Projektin kolmannessa vaiheessa oli kuitenkin tehty tiivistelmä yhteistoimintamallin mukaisen toiminnan edellytyksistä ja esteistä kullakin pilottiosastolla (ks. liite 2), jota käytimme apuna perehdytysmateriaalin sisällön luomisessa. Käytimme työssämme pohjana yhteistyösastomme yhteyshenkilöiden Virpi Jaakkolan ja Kimmo Sainion tekemää lääkehoidon prosessikaaviota (ks. liite 3), jossa on kuvattu lääkehoidon vaiheittaista etenemistä ja eri toimijoiden osallistumista lääkehoidon toteuttamiseen.

Projektin osapuolien yhteinen päätösseminaari pidettiin maaliskuussa 2009, jolloin arvioitiin kehittämisprojektia kokonaisuutena. Esittelimme seminaarissa valmiin verkkoperehdytysmateriaalin projektiin osallistuneiden yksiköiden henkilökunnalle sekä projektiryhmälle. Päämääränä on, että verkkoperehdytysmateriaali olisi tulevaisuudessa käytettävissä Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirin sekä Helsingin terveystieteiden keskuksen eri yksiköissä sisäisen verkon välityksellä. Projektiryhmän toimesta on oltu yhteydessä sekä HUS:n että Helsingin terveystieteiden keskuksen tietoverkoista vastaaviin yhteyshenkilöihin, jotka ovat sitoutuneet saattamaan projektiryhmän ja opiskelijoiden yhteistyössä tuottaman perehdytysmateriaalin sisällön asianmukaisesti verkkoympäristöön.

5 TYÖN TEOREETTISET LÄHTÖKOHDAT

5.1 Yhteistoiminnallinen hoitotyö ja yhteistoimintamalli

Yhteistoimintamalli perustuu hoitotieteellisiin tutkimuksiin yhteistoiminnallisesta hoitotyöstä. Tässä luvussa käsitellään yhteistoiminnallista hoitotyötä, koska se on yhteistoimintamallin mukaisen työskentelyn perusta. Yhteistoiminnallinen hoitotyö on Latvalan (1998), Roivas-Mäkisen ym. (2006) sekä Larivaaran (2008) mukaan potilaan, hänen

läheistensä ja potilaan hoitoon osallistuvien asiantuntijoiden prosessiluontoista yhteistyötä. Hoidon lähtökohtana on potilaan todellisuus mahdollisuuksineen ja rajoituksineen. Tavoitteena on tukea potilaan ja hänen läheistensä osallistumista päätöstenkoon ja hoitoon. Tavoitteisiin pyritään yksilöllisin, joustavin ja innovatiivisin ratkaisuin, tukemalla potilaan itseilmaisua ja aktiivisuutta. (Projektiryhmä 2007.) Prosessin onnistuessa löydetään potilaan henkilökohtaisia merkityksiä ja voimavaroja.

Yhteistoimintamalli (liite 1) sisältää esteet ja edellytykset yhteistoiminnallisen hoitotyön toteutumiselle. Toiminnan taustalla on yhteistoiminnallinen hoitofilosofia, jota on tämän työn johdantokappaleessa kuvattu. Olemme valinneet työhömmme Eila Latvalan (1998) väitöskirjatutkimuksen psykiatrisesta hoitotyöstä laitosympäristössä, koska tämä tutkimus ja sen tuloksena syntynyt potilaslähtöisen psykiatrisen hoitotyön malli ovat olleet ensimmäisiä askelia kohti psykiatrisen hoitotyön kehittämistä potilaslähtöiseksi yhteistoiminnalliseksi hoitotyöksi, joka on ollut lähtökohtana myös yhteistoimintamallin kehittämiseksi. (Roivas-Mäkinen ym. 2006: 4.) Perehdytysmateriaalissa tässä työssä esitetty tietoperusta potilaslähtöisen psykiatrisen hoitotyön mallista on löydettävissä samannimisen linkin alta. Yhteistoimintamallin mukaisen hoidon esteitä ja edellytyksiä puolestaan on kuvattu perehdytysmateriaalissa sekä diaesityksen alussa että lopussa.

5.2 Potilaslähtöisen psykiatrisen hoitotyön malli

Latvalan (1998) mukaan potilaslähtöinen hoitotyö edellyttää hoitajan yhteistoiminnallisia hoitotaitoja, jotka sisältävät keskeisesti hoitajan taidon toimia tilanteen edellyttämällä tavalla. Hoitajan yhteistoiminnallinen toimintatapa tukee potilaan mahdollisuuksia muuttua riippuvaisesta, passiivisesta vastaanottajasta riippumattomaksi vastuulliseksi osallistujaksi. Hoitajan osalta muutos tarkoittaa auktoriteeteista riippuvaisen hoitajan kasvua riippumattomaksi, joustavaksi asiantuntijaksi, normatiivisten sääntöjen mukaan toimijasta tilanteen vaatimusten mukaan toimijaksi ja tehtävien suorittajasta tilanteen mukaan toimijaksi. Potilaslähtöisessä psykiatrisen hoitotyön prosessissa potilaan omien voimavarojen löytyminen mahdollistuu hoitavien ihmisten ja potilaan välisen osallistuvan vuoropuhelun, jaetun vastuun ja konsultoivan ohjauksen avulla yhteistoiminnallisin auttamismenetelmin.

Osallistuvassa vuoropuhelussa eli dialogissa keskeistä on potilaan hoitoon osallistuvien osapuolten kuunteleminen ja heidän näkemystensä ymmärtäminen sekä potilaan ja muiden hoitoon osallistuvien näkemysten selkiytyminen. Jaettu vastuu tarkoittaa sitä, että hoitoprosessissa jokainen osapuoli on tärkeä ja jokaisella on aktiivinen osa hoidon onnistumisessa. *Konsultoiva ohjaus* merkitsee monenlaisen asiantuntijuuden mahdol-

listumista moniammatillisessa tiimissä. Tällöin potilas nähdään omien elämäkokemuksensa asiantuntijana ja hoitaja konsultoivana hoitotyön asiantuntijana koordinoijan sijaan. (Latvala 1998: 58.)

Potilaslähtöisen psykiatrisen hoitotyön tulos, positiivinen potilaan tavoitteiden mukainen muutos potilaan jokapäiväisessä elämässä, ilmenee esimerkiksi potilaan ihmissuhteissa, hänen todellisten resurssiensa löytymisenä, hänen motivoitumisenaan osallistumaan omaan hoitoonsa ja mielekkyyden löytymisenä hänen jokapäiväiseen elämäänsä. Tämä näkyy potilaan yksilöllisenä selviytymisenä jokapäiväisessä elämässä vastuullisena osallistujana. Positiivinen muutos edellyttää kaikilta hoitoon osallistuvilta sitoutumista, koska se edellyttää mahdollisesti potilaan kipeiden ja vaikeiden tosiasioiden kohtaamista. Myös yhteiskunnassa vallitsevat arvot ja asenteet ovat edellytyksenä potilaslähtöiselle hoitotyölle. Nykyisiä yhteiskunnan arvoja ja asenteita kuvastaa näkemys, joka korostaa yksilön omaa vastuuta omasta terveydestään ja sen säilymisestä. (Latvala 1998: 58 - 59.)

Potilaille tehdyissä psykiatriseen hoitoon liittyvissä selvityksissä potilaat ovat toivoneet, että he tulisivat kuulluiksi enemmän yksilöinä ja että heidän mielipiteensä otettaisiin hoitoa suunniteltaessa paremmin huomioon. Potilaat ovat myös kokeneet ajoittain tulevansa väärin ymmärretyiksi, ja he ovat toivoneet henkilökunnalta enemmän aikaa sekä enemmän tietoa sairaudestaan ja hoidostaan. (Roivas-Mäkinen ym. 2006: 5.) Osa potilaista ja heidän läheisistään on valmiita osallistumaan hoitoprosessiin ja toimimaan yhteistoiminnallisesti, osalle kuitenkin passiivinen vastaanottajan rooli on läheisempi. Hoitajan näkökulmasta kysymyksessä on vastuun jakaminen yhdessä potilaan kanssa, mikä merkitsee hoitajan vallankäytön vähenemistä potilaaseen nähden. Verkostojen merkitys korostuu potilaan selviytymisen tukemisessa. Läheisten osallistuminen mahdollistaa heidän tunteidensa ja asenteidensa analysoinnin, jolla on myös merkitystä selviytymisen kannalta. (Latvala 1998: 59.)

5.3 Yhteistoiminnallisuus lääkehoidon ohjauksessa

Yhteistoiminnallisen hoitotyön auttamismenetelmiä ovat Latvalan (1998) mukaan osallistuva vuoropuhelu, konsultoiva ohjaus, mielekäs toiminta sekä jaettu vastuu. Näissä auttamismenetelmissä ohjauksella on keskeinen merkitys. Opinnäytetyömme aihe, lääkehoidon ohjaaminen yhteistoiminnallisesti, edellyttää ohjauksen merkityksen sisäistämistä. Valitsimme työhömme Kyngäksen ja Kääriäisen (2005) tekemän määritelmän ohjaus-käsitteestä hoitotyössä.

Kyngäksen ja Kääriäisen (2005) mukaan ammattitaitoinen ohjaaja rakentaa ohjaussuhdetta kaksisuuntaiseksi vuorovaikutukseksi. Aktiivisella ja tavoitteellisella ohjauksella pyritään saamaan potilaan voimavarat käyttöön niin, että hän kykenee osallistumaan hoitoonsa olemalla oman tilanteensa asiantuntija. Omaisten ja yhteisön tuki edistää potilaan hoitoon sitoutumista (WHO 2004: 9), ja näin ollen myös heidät on huomioitava lääkehoitoa suunniteltaessa. Lääkehoitoa toteuttavalla henkilöllä on oltava hyvä tietoperusta lääkkeistä. Sen lisäksi tarvitaan myös taitoa siirtää tieto potilaalle sekä seurata ja arvioida, miten potilas tiedon hallitsee. Ohjaaminen vaatii jatkuvasti kehittyvää ammattitaitoa sekä kykyä ja halua toimia moniammatillisessa osaamisyhteisössä.

Perehdytysmateriaalissa ohjaamisen näkökulma ilmenee potilasesimerkkien ja syventävän materiaalin kautta. Syventävä materiaali on löydettävissä PowerPoint-esityksestä linkin "Potilaan ohjaaminen" alta.

5.3.1 Voimaannuttava ohjaus

Ohjauksella on suuri merkitys hoidon vaikuttavuudelle. Ohjauksen on todettu edistävän ohjattavan terveyttä, toimintakykyä, elämänlaatua, hoitoon sitoutumista, itsehoitoa ja itsenäistä päätöksentekoa. Ohjaus lisää tietoa sairauden hoidosta. Lisäksi ohjauksella on taloudellista merkitystä. Se on vähentänyt sairauteen liittyviä hoitokäyntejä, sairauspäiviä ja lääkkeiden käyttöä. (Kyngäs - Kääriäinen 2005: 256.)

Jotta ohjaus toteutuisi parhaimmillaan, on henkilökunnan yhteisesti ymmärrettävä, mitä ohjaus-käsitteellä kussakin työyksikössä tarkoitetaan. Kyngäs ja Kääriäinen kuvaavat tutkimusartikkelissaan, mitä ohjaus-käsite hoitotyössä sisältää. Heidän mukaansa ohjaus-käsitteen ominaispiirteitä ovat ohjattavan ja ohjaajan konteksti, vuorovaikutus, ohjaussuhde sekä aktiivinen ja tavoitteellinen toiminta. Ohjaussuhde syntyy vuorovaikutuksesta. Tavoitteellisessa toiminnassa korostuu ohjattavan vastuu omasta elämästään. Ohjauksen ennakkoehtoja ovat ohjaajan ammatillinen vastuu, johon kuuluu työn filosofinen ja eettinen pohdinta, sekä ohjausvalmiudet. (Kyngäs - Kääriäinen 2005: 250.)

Ohjaus on aina sidoksissa ohjattavan ja ohjaajan kontekstiin: fyysisiin, psyykkisiin, sosiaalisiin ja ympäristöllisiin tekijöihin, jotka ovat kaikilla yksilöllisiä. Keskeistä on ohjattavan ja ohjaajan kaksisuuntainen vuorovaikutus. Vuorovaikutus on keino, jolla ohjaussuhdetta rakennetaan. Kohtelu, ymmärtäminen, tukeminen ja yhteistyö ovat vuorovaikutuksellisen keskustelun välineitä. *Kohtelu* ilmenee välittämisenä, avoimuutena, aitoutena, iloisuutena, inhimillisyytenä, ystävällisyytenä ja hyväksyntänä. *Ymmärtäminen* on

empatiaa, kuuntelemista sekä kysymistä. *Tukeminen* on auttamista, rohkaisemista ja vahvistamista. *Yhteistyö* perustuu neuvotteluun. Ohjaussuhde on roolisuhte, jolle ovat ominaisia ohjaajan ja ohjattavan välinen statusero, erot elämyksissä ja kognitiossa. Parhaimmillaan ohjaaja ja ohjattava ovat asiantuntijatiimi, joka suunnittelee yhdessä ohjauksen sisältöä ja prosessia saavuttaakseen tavoitteensa. (Kyngäs - Kääriäinen 2005: 254 - 255.)

Aktiiviseen ja tavoitteelliseen toimintaan ohjaajan ja ohjattavan välillä sisältyy ohjattavan henkilökohtaisten merkityksien löytämistä. Yhdessä asetetut tavoitteet ovat realistisia, konkreettisia, muuttuvia ja mitattavissa olevia. Tavoitteet sopivat kontekstiin ja määräävät ohjauksen tarkemman sisällön. Tavoitteissa korostuu ohjattavan vastuu omasta elämästään ja valinnoistaan. Ohjauksen tavoitteita ovat tunteiden, asenteiden ja käyttäytymisen muutosten edistäminen, päätöksenteon oppiminen, sosiaalisten suhteiden muuttuminen sekä selviytymiskyvyn ja elämänlaadun parantaminen. (Kyngäs - Kääriäinen 2005: 255.)

Ennakkoehdoilla tarkoitetaan osaamista, jonka on oltava olemassa ennen kuin ohjausta voi esiintyä. Ohjaus edellyttää ohjaajalta ammatillista vastuuta, mikä ilmenee ohjaajan kykyä edistää ohjattavan valintoja ja turvata riittävä ohjauksen saanti. Ohjattavan yksilöllisyyden ja itsemääräämisoikeuden tukeminen edellyttävät ohjaajalta työn filosofista pohdintaa. Ohjattavalla on kyky tehdä päätöksiä ja toimia omalla tavallaan, vaikka hän voi tarvita ohjausta. Ohjattava on myös vastuussa valinnoistaan ja hänen päätöksentekonsa ja toimintansa ovat ensisijaisia. Ohjattavan käyttäytymisen ymmärtäminen edellyttää ohjaajalta työn eettistä pohdintaa, johon kuuluu omien henkilökohtaisten ja ammatillisten arvolähtökohtien tunnistaminen, omien uskomusten ja kokemusten tarkastelu sekä mahdollisten ennakkoluulojen ja ohjauksen merkityksen tunnistaminen. Ohjauksen eettinen perusta on ohjattavan tieto- ja kokemustaustan, mielipiteiden ja arvojen kunnioittamisessa. Ohjaajan tehtävänä on auttaa ohjattavaa tutkimaan ajatuksiaan ja toimintojaan sekä löytämään omiin arvoihinsa sopivia vastauksia. (Kyngäs - Kääriäinen 2005: 255 - 256.)

Ohjausvalmiuksiin kuuluu tieto ohjattavista asioista, oppimisen periaatteista ja ohjausmenetelmistä. Ohjaaja toimii ohjaustilanteessa vuorovaikutuksen käynnistämisen asiantuntijana, jolloin hän tarvitsee vuorovaikutus- ja johtamistaitoja. Vuorovaikutustaitoihin kuuluu ohjattavan kehitystä edistävä ohjauksen ajoitus, suotuisan ilmapiirin luominen ja ohjausympäristön hyödyntäminen. Johtamistaitoja tarvitaan ohjausympäristön valitsemiseen ja ohjausprosessin ylläpitoon. Ohjaaja myös vastaa muutosten arvioinnista ja kirjaamisesta. (Kyngäs - Kääriäinen 2005: 255 - 256.)

Ohjauksen seurauksena ohjattavan itseohjautuvuus kasvaa ja terveys edistyy. Ohjausprosessissa tapahtuu sekä ohjattavan että ohjaajan oppimista ja voimaantumista. Ohjattavan on opittava uusia tapoja tehdä havaintoja, toimia, tuntea ja ajatella tietyissä asioissa, tilanteissa ja vuorovaikutussuhteissa. Ohjaajan täytyy oppia havaitsemaan, miten prosessin eri osat vaikuttivat toisiinsa ja miten ohjaus tukee voimaantumisen ja itseohjautuvuuden kasvua. (Kyngäs – Kääriäinen 2005: 256.) Ohjauksen vaikutukset riippuvat erityisesti siitä, miten ohjaussuhde toimii ohjauksen suunnittelussa, toteutuksessa ja arvioinnissa. Ohjaussuhde on aina oman elämän ja profession asiantuntijan välinen suhde, jossa tasavertaisuuden saavuttaminen on haaste. Ohjaussuhteessa onkin oleellista hyväksyä ohjattavan ja ohjaajan asiantuntijuuksien erilaisuus toisiaan täydentävänä voimavarana. (Kyngäs - Kääriäinen 2005: 257.)

5.3.2 Voimaantuminen

Yhteistoiminnallisen psykiatrisen hoidon lähtökohtana ovat potilaan hoidon tarve ja hänen voimavaransa (Roivas-Mäkinen ym 2006: 2). Myönteisten voimavarojen löytäminen tukee hoitoprosessia ja sillä on positiivinen vaikutus sekä potilaan hyvinvointiin että hoitohenkilökunnan jaksamiseen. Larivaara (2008: 2 - 3) kuvaa voimavarojen löytämistä prosessiksi, joka sisältää kokonaisvaltaista ymmärrystä siitä, kuka ihminen on, miksi hän on sellainen kuin on ja miten hän voisi muuttaa itseään ja elämäänsä. Tätä prosessia voidaan myös kuvata sanalla voimaantuminen. Voimaantuminen on käsitteenä suomen kielessä melko vieras, jonka vuoksi halusimme avata käsitettä tarkemmin työssämme. Potilaan voimaantuminen on yhteistoiminnallisen hoitotyön tavoite ja lähtökohta. Voimaantumista edistää potilaan osallistuminen omaan hoitoonsa, mikä edellyttää, että potilaalla on riittävästi tietoa. Tämä näkökulma tulee esille perehdytysmateriaalissamme case-tehtävien ja syventävän materiaalin kautta.

Juha Siitonen (1999) on käsitellyt voimaantumista väitöskirjassaan Voimaantumisteorian perusteiden hahmottelua. Siitosen mukaan voimaantumisen ydinkäsite on sisäinen voimantunne (empowerment, voimaantuminen). Sisäinen voimantunne on voimavaroja ja vastuullista luovuutta vapauttavaa tunnetta. Siitonen on jakanut sisäisen voimantunteen seitsemään kategoriaan: myönteisyys, ilmapiiri, arvostus, vapaus, vastuu, luottamus ja konteksti. Sisäisen voimantunteen kategoriat ovat läheisesti toisiinsa kytkeytyneinä ja merkityssuhteessa keskenään. Puutteet yhdessäkin kategoriassa voivat heikentää tai estää sisäisen voimantunteen rakentumista:

Sisäisen voimantunteen saavuttaneista heijastuu *myönteisyys* ja positiivinen lataus, joka on yhteydessä hyväksyvään luottamukselliseen *ilmapiiriin* ja *arvostuksen* kokemiseen. Sisäisen voimantunteen saavuttaneella ihmisellä on halu yrittää parhaansa ja ottaa vastuu myös yhteisön toisten jäsenten hyvinvoinnista, käyttämällä rohkeasti ja luottavaisesti toimintavapauttansa. Koettu *vapaus* tukee *vastuun* ottamista, ja molemmat ovat yhteydessä yhteisön turvalliseksi koettuun ilmapiiriin, jossa arvostuksen, kunnioituksen ja *luottamuksen* kokemisen seurauksena ihminen uskaltuu ennakkoluulottomasti luoviin ratkaisuihin todellisen vastuun mukaisesti. Sisäisen voimantunteen saavuttamisessa vapaus ja itsenäisyyden kokeminen ovat prosessin alusta alkaen keskeisessä asemassa. Myös *kontekstiin* (toimintaympäristöön, yhteisöön) liittyvillä kokemuksilla ja näkemyksillä on keskeinen asema sen rakentumisen alkuvaiheesta alkaen, mutta erityisesti prosessin ylläpitämisessä ja vahvistumisessa. (Siitonen 1999: 61.)

Faith B. Dickerson (1998: 255 - 275) on esitellyt erilaisia strategioita ja ohjelmia, jotka edistävät voimaantumista psykiatrisessa hoidossa. Dickersonin mukaan voimaantumisen ideologia perustuu siihen periaatteeseen, että psykiatriset potilaat voivat hallita omaa elämäänsä, vähentää riippuvuutta hoitohenkilökunnasta ja ryhtyä toimenpiteisiin oman elämänsä parantamiseksi. Voimaantuminen voidaan jakaa kolmeen yleiseen ominaisuuteen, jotka ovat oma toimivalta, itsemääräämisoikeus ja sosiaalinen kanssakäyminen.

- 1 *Oma toimivalta*. Oman toimivallan saavuttamisessa ydinasia on itsetunto, joka on yhteydessä positiiviseen asenteeseen ja omanarvontunteeseen. Siihen vaikuttavat sekä sosiaalinen palaute että itsetuntemus. Henkilökohtaiset kokemukset vaikuttavat itsetuntoon, ja siihen voidaan siten vaikuttaa terapeuttisin interventioin. Tähän kategoriaan kuuluu myös sairauden hyväksyminen. Monilla psyykkisesti sairailta henkilöillä on jatkuvia oireita myös silloin, kun hoito on optimaalista. Sen tiedostaminen ja hyväksyminen edistää myönteistä itsetuntoa ja helpottaa yksilöllistä toipumista. Sisäisen hallinnan tunne on kolmas tähän kategoriaan kuuluva osatekijä. Tällä tarkoitetaan yksilön elämänhallinnan kokemusta. Henkilö, joka on saavuttanut sisäisen hallinnan tunteen, kokee hallitsevansa omaa kohtaloaan ja ymmärtää oman käyttäytymisensä seuraukset. Näin hän kykenee ottamaan vastuuta omasta elämästään. (Dickerson 1998: 259.)
- 2 *Itsemääräämisoikeus*. Itsemääräämisoikeus ilmenee henkilön kykyinä osallistua aktiivisesti päätöksentekoon omaan elämäänsä vaikuttavissa asioissa, kuten työ-, asumis- ja ihmissuhdeasioissa. Tähän sisältyy myös henkilön mahdollisuus tehdä valintoja hoitoa ja kuntoutusta koskevissa asioissa, samoin kuin mahdollisuus vaikuttaa hoitopalvelujen kehittämiseen. (Dickerson 1998: 259 - 260.)

- 3 *Sosiaalinen kanssakäyminen.* Monet psyykkisesti sairaat henkilöt joutuvat kokemaan leimautumista ja epäoikeudenmukaista kohtelua. Olisi tärkeää, että tällaiset henkilöt voisivat kokea keskinäistä arvostusta ja yhteenkuuluvuuden tunnetta. Vertaisarviointi ja vertaistukiryhmät eivät välttämättä johda sosiaaliseen aktiivisuuteen, mutta nämä ovat välttämättömiä askelia kohti voimaantumista. Myös oikeutetun vihan kokeminen koetuista vääryyksistä voi antaa tarvittavan sysäyksen kohti voimaantumista. Parhaassa tapauksessa voimaantuminen voi mahdollistaa toimimisen erilaisissa järjestöissä, joiden pyrkimys on muuttaa politiikkaa ja lakeja leimautumisen ja syrjinnän vähentämiseksi, jotta psyykkisesti sairaiden asema paranisi. (Dickerson 1998: 260.)

Psykiatrisen lääkehoidon onnistumisessa hoitosuhteella on keskeinen merkitys. Hyvin toimiva hoitosuhde on myös edellytys sille, että hoitoprosessissa voidaan tunnistaa potilaan voimavaroja ja hyödyntää niitä. Usein on hyödyllistä laajentaa hoitoyhteistyö perhekeskeiseksi, jolloin tavoitteena on kartoittaa koko perheen tai potilaan lähiverkoston voimavarat. On tärkeää oivaltaa, että potilaan tai perheen elämän ja elintapojen muutoksen tekee potilas yhdessä läheistensä kanssa. Tämä edellyttää hoitavalta henkilöltä siirtymistä parantajan asenteista ja roolista auttajan ja valmentajan rooliin. (Lari-vaara 2008: 60.)

5.3.3 Tieto osana lääkehoidon sisäistä hallintaa

Yhteistoiminnallista lääkehoitoa toteuttavalla henkilöllä on oltava ymmärrys siitä, miksi potilas tarvitsee tietoa lääkityksestään. Tätä ajatellen lisäsimme tietoperustaamme Christina Rouvalan (2003) tutkimuksen, jossa tarkastellaan tiedon merkitystä osana lääkehoidon sisäistä hallintaa. Perehdytysmateriaalissa tiedon antamisen merkitys osana lääkehoidon prosessia käy ilmi sekä potilasesimerkeistä että lääkehoidon prosessikaaviosta, jossa korostuvat neuvottelemisen potilaan kanssa lääkityksestä sekä riittävän informaation antaminen esimerkiksi lääkkeen toivottavasta vaikutuksesta sekä mahdollisista haittavaikutuksista.

Rouvalan tutkimuksessa haastateltiin yhtätoista kuntoutuskodissa asuvaa mielenterveyskuntoutujaa tarkoituksena selvittää, millaisia kokemuksia kuntoutujilla on lääkehoidosta saamastaan tiedosta ja minkälainen lääkehoitoon liittyvä tieto on heille tärkeää, jotta lääkehoidon opetusta ja ohjausta voitaisiin kehittää entistä potilaslähtöisemmäksi. Tutkimustuloksista käy ilmi, että terveydenhuollon ammattilaiset ovat keskeinen ryhmä, joilta mielenterveyskuntoutujat saavat tietoa lääkehoidosta. Hoitajat ovat päivittäin te-

kemisissä kuntoutujien kanssa, ja näin ollen heillä on enemmän aikaa antaa lääkehoitoon liittyvää ohjausta kuin muilla ammattiryhmillä. Lääkärin rooli lääkitykseen liittyvässä tiedonannossa on merkittävä, mutta myös hoitajien osuutta lääkehoidon ohjauksessa halutaan lisätä. (Rouvala 2003: 27 - 29.)

Mielenterveyskuntoutujille tärkeä lääkehoidosta saatava tieto liittyy lääkehoidon tarkoitukseen, vaikutuksiin ja toteutukseen. Kuntoutujat olivat kiinnostuneita seuraavanlaisista kysymyksistä: Miten lääkkeet vaikuttavat terveydentilaan? Miksi lääkkeet ovat niin kalliita? Onko lääkehoidolle vaihtoehtoja ja voiko lääkehoidon joskus lopettaa? Tieto lääkkeiden oton säännöllisyydestä, eri lääkkeiden yhteiskäytöstä, lääkkeiden ja päihteiden käytöstä sekä lääkehoidon vaikutuksista ja sivuvaikutuksista koettiin tärkeäksi. Kuntoutujien mielestä oli esimerkiksi tärkeää tietää, että lääkkeen vaikutus alkaa hitaasti ja joskus yksilöllisten kokeilujen kautta löydetään sopiva lääke ja oikea annostus. Haluttiin myös tietää, mistä sivuvaikutukset johtuvat. Kuntoutujat arvostivat johdonmukaista ja yksilöllistä tietoa. (Rouvala 2003: 30 - 32.)

Lääkehoidon haasteita muodostivat lääkehoidon seurantaan ja säännöllisyyteen liittyvät asiat, kuten verikokeissa käyminen sekä miten muistaa ottaa lääkkeet joka päivä. Ongelmia aiheutti myös lääkkeiden käyttö erilaisissa sosiaalisissa tilanteissa. Lääkehoitoon sitoutumista saattoi vaikeuttaa oma kielteinen suhtautuminen lääkkeisiin. Joillekin kuntoutujille tuotti vaikeuksia lääkärin kanssa keskusteleminen tilanteen jännittävyyden vuoksi. (Rouvala 2003: 34 - 35.)

Mielenterveyskuntoutujat pitivät myönteisenä asiana sitä, että lääkärit ja hoitajat ottivat huomioon heidän kokemuksensa lääkehoidosta. Kokemus kuulluksi tulemisesta näytti syntyvän siitä, että hoitava henkilö reagoi kuntoutujan lääkityksestä aiheutuviin sivuvaikutuksiin ja tämän voinnissa tapahtuviin muutoksiin. Toisaalta havaittiin, että kokemuksellisen tiedon kuuluviin saaminen edellyttää kuntoutujalta omaa aktiivista osallistumista lääkehoitoon. (Rouvala 2003: 36 - 37.)

Onnistuneen lääkehoidon vaikutukset tuntuvat hyvänä olona kuntoutujan jokapäiväisessä elämässä. Kuntoutujat kokevat lääkehoidon onnistuneeksi, kun sairaudesta aiheutuvat oireet ovat hallinnassa ja lääkityksestä aiheutuvat sivuoireet on minimoitu. Yksi onnistuneen lääkehoidon osatekijä on ilman muuta myönteinen asenne lääkitykseen. Onnistunut lääkehoito näkyy paitsi oireiden, myös elämän hallintana, joka voi ilmetä esimerkiksi tasapainoisena olona ja tunteena, että elämä menee eteenpäin. (Rouvala 2003: 38 - 39.)

5.3.4 Hoitoon sitoutuminen

Yhteistoiminnallinen hoitotyö edellyttää, että potilas sitoutuu hoitoonsa, on hoitomyönteinen. Hoitomyöntyvyyteen vaikuttavat potilaaseen liittyvien tekijöiden lisäksi lääkitykseen sekä ympäristöön liittyvät tekijät. Hoitomyöntyvyyteen voidaan vaikuttaa parhaiten antamalla potilaalle riittävästi tietoa hoidosta ja sen päämääristä. Tähän kuuluu tärkeänä osana lääkehoidon ohjaus. Perehdytysmateriaalissa hoitoon sitoutuminen on nostettu esiin lääkehoidon aloitusta kuvaavassa prosessikaavion osassa, jossa on linkki ”sitoutuminen lääkehoitoon”. Tämän linkin alta löytyvä syventävä materiaali vastaa tässä kappaleessa esitettyä tietoperustaa ”hoitoon sitoutuminen”.

Hoitomyöntyvyys psyykenlääkkeitä käyttävillä potilailla on läheisesti yhteydessä hoidon tuloksellisuuteen. Hoitoon sitoutumattomuus heikentää hoidon vaikuttavuutta. (Kampman 2005: 1285.) Hoitoon sitoutumaton potilas voi myös ajautua monenlaisiin itselleen tai muille vaarallisiin tilanteisiin. Lääkehoitoonsa sitoutumaton potilas voi kokea sairauden uusiutumisvaiheen, lääkeriippuvuuden riski voi lisääntyä, riski saada lääkityksen äkillisestä lopettamisesta johtuvia haittoja kasvaa, toksisuuden riski kasvaa ja onnettomuusriski kasvaa. (WHO 2004: 21 - 22.)

Ongelmia hoitomyöntyvydessä esiintyy noin puolella psyykenlääkkeitä käyttävistä. Usein hoitomyöntyvyys määritellään potilaan ominaisuudeksi, vaikka tosiasiasa siihen vaikuttavat potilaaseen liittyvien tekijöiden lisäksi lääkitykseen sekä ympäristöön liittyvät tekijät. Pääasiassa tutkimuksissa on selvitetty lääkitykseen liittyvien tekijöiden, kuten sivuvaikutusten ja vasteen, osuutta hoitomyöntyvyyteen, samoin kuin erilaisten potilaaseen liittyvien riskitekijöiden vaikutusta. Vähemmälle huomiolle tutkimuksissa ovat jääneet sellaiset ympäristötekijät kuten hoitosuhteen ja perhevuorovaikutuksen laatu ja sisältö. (Kampman 2005: 1285.)

Potilaan kielteinen suhtautuminen lääkkeitä kohtaan vähentää hoitomyöntyvyyttä lääkehoitoon. Myös puutteellinen sairaudentunne, psykooseissa kognitiivisten toimintojen häiriöt ja etenkin skitsofreniapotilailla lääkitykseen kohdistuvat harhaluulot, kuten pelot lääkkeiden myrkyvaikutuksista, heikentävät hoitomyöntyvyyttä. Samoin mielialahäiriöpotilailla yleisesti esiintyvät syyllisyyden, arvottomuuden ja toivottomuuden tunteet lisäävät hoidon laiminlyömisestä riskiä. Tähän liittyy usein potilaan kokemus hoidon hyödyttömyydestä, mikä ääritapauksessa näyttäytyy psykoottisen masennuspotilaan kokemuksena kaiken tarpeettomuudesta. (Kampman 2005: 1286.)

Lääkitykseen liittyvistä tekijöistä sivuvaikutukset ovat kaikkein vaikuttavimmin osoitettu yksittäinen hoitomyöntyvyyden riskitekijä. Erityisesti perinteisiin neurolepteihin liittyvät neurologiset haittaoireet ja sekä antipsykootti- että masennuslääkityksiin liittyvät seksuaalitoimintojen häiriöt altistavat lääkityksen laiminlyönnille ja keskeyttämiselle. Myös joidenkin lääkkeiden aiheuttama painon nousu saattaa heikentää potilaiden hoitomyöntyvyyttä. Paitsi objektiivisesti havaittavat haittaoireet, myös potilaan subjektiivinen kokemus lääkityksestä ohjaa hänen lääkityksen käyttöönsä. Potilas voi kokea lääkkeen vaikutuksen epämiellyttäväksi huolimatta hyvästä hoitovasteesta. Kolmas keskeinen lääkkeisiin ja hoitomyöntyvyyteen liittyvä tekijä on todellinen psyykenlääkityksen vaste, eli sen suoranainen vaikutus oireisiin. Huono lääkevaste voi johtaa lääkityksen laiminlyöntiin ja toisaalta huono hoitomyöntyvyys lisää relapsin todennäköisyyttä. (Kampman 2005: 1286.)

Ympäristötekijöistä huono sosiaalinen asema, yksinasuminen ja epävakaat asuinolot vaikuttavat hoitomyöntyvyyteen. Näiden riskitekijöiden merkitys liittyy osittain asenteisiin lääkahoitoja ja lääkärissä käyntejä kohtaan, mutta osittain myös sosiaalisen syrjäytymisen tuottamiin lieveilmiöihin, joita ovat taloudellinen kurjuus, epäsäännölliset elämäntavat ja sosiaalisen normiston häilyvyys. Joissakin tapauksissa kriittinen, vihamielinen ja liiaksi potilaan asioihin puuttuva perhe voi heikentää potilaan omaa tahtoa sitoutua hoitoon. Enemmän on kuitenkin näyttöä siitä, että mielenterveyden häiriöstä saatu tieto auttaa perhettä tukemaan potilaan sitoutumista hoitoon. (Kampman 2005: 1286 - 1287.)

Hoitokäytäntöjen yhdensuuntaisuus ja selkeys parantaa hoitotuloksia psykiatrisilla osastoilla. Kun potilas saa hoidon alusta lähtien ymmärrettävän tiedon hoidon keinoista ja päämääristä, hänen on helpompaa toimia aktiivisena osapuolena hoidon tavoitteiden saavuttamiseksi. Psykiatrisen potilaan hoitomyöntyvyyden kartoittaminen tapahtuu luontevasti muun kliinisen arvioinnin ja hoitovasteen seurannan ohessa. Tässä merkittävin tieto on mahdollinen aiempi anamneesi psyykenlääkkeiden osalta. Aiemmat hoidon keskeyttämiset ja lääkkeiden käyttö vastoin ohjeita ovat aiheita, joihin on syytä kiinnittää erityistä huomiota. Potilaan asenteet lääkitystä kohtaan kannattaa selvittää aina lääkitystä määrättäessä, koska on hyvin tavallista, että ihmisillä on harhaanjohtavia kielteisiä käsityksiä lääkityksestä. Myös terveydenhuollon ammattilaisten asenteissa psyykenlääkkeitä kohtaan esiintyy vaihtelua: psykiatrisen potilaan säännöllinen lääkitys saatetaan jopa joskus vieraassa ympäristössä lopettaa ”tarpeettomana”. (Kampman 2005: 1287.)

Tavanomaisen kliinisen haastattelun kuluessa potilaan sairaudentunne tulee yleensä hyvin esille. Vaikka ei-psykoottiset potilaat yleensä tunnistavat oireensa melko hyvin, saattaa hoidon tarpeen tunnistaminen olla vaikeaa. Tätä arvioidaan siinä vaiheessa, kun sovitaan hoidon keinoista ja tavoitteista. Esimerkiksi mielialalääkitystä määrättäessä on hyvä koota yhteen masennuksen keskeiset oireet ja perustella lääkkeen aloitus, sen säännöllisen käytön tärkeys ja lääkityksen kesto. (Kampman 2005: 1287.) Monet psykenilääkityksen keskeyttämiset aiheutuvat potilaan vääristä tai puutteellisista käsityksistä hoidon perusteista (Kampman 2005: 1287; Mäkitalo 2001: 18.). Tiedon antaminen potilaalle häiriöstä ja hoitomenetelmistä lisää hoidon luotettavuutta potilaan näkökulmasta. Tiedon antamisen merkitys korostuu silloin, kun lääkkeistä aiheutuu sivuvaikutuksia tai hoidon vaste ei ole optimaalinen. Hoidon akuuttivaiheessa on otettava huomioon potilaan kliinisessä tilassa ilmenevät psykoottinen hajanaisuus tai muuten avoimen psykoottiset oireet, huomattava psykomotorinen hidastuneisuus tai mielialan toivottomuus, jotka antavat aihetta epäillä, kykeneekö potilas ymmärtämään ja noudattamaan annettuja hoito-ohjeita. (Kampman 2005: 1288.)

Myös potilaan elinolosuhteiden selvittäminen kuuluu hyvään psykiatriseen tutkimuskäytäntöön. Asuminen, perhesuhteet ja päihteiden käyttö ovat merkityksellisiä hoitomyöntyvyyden kannalta. (Kampman 2005: 1288.) Pitkäaikaisten sairauksien hoidon onnistumisen kannalta on tärkeää, että potilaan lisäksi myös potilaan perhe ja potilasta tukeva yhteisö osallistuvat aktiivisesti hoitoon. Sosiaalisen tuen on toistuvasti osoitettu olevan tärkeä hoidon onnistumiseen vaikuttava tekijä. Myös vertaistuki voi parantaa potilaan sitoutumista hoitoon. (WHO 2004: 9.)

Terveystieteiden tiimeihin ja järjestelmiin liittyvien tekijöiden vaikutuksia hoitoon sitoutumiseen on tutkittu suhteellisen vähän. Hyvä potilas-lääkärisuhde voi parantaa hoitoon sitoutumista, mutta monilla muilla tekijöillä voi olla negatiivinen vaikutus. Niitä ovat esimerkiksi huonosti kehittyneet terveydenhuoltopalvelut, huono tai olematon sairausvakuutusjärjestelmä, huonot lääkkeiden jakelujärjestelmät, pitkäaikaisia sairauksia hoitavien henkilöiden puutteelliset tiedot tai koulutus, terveydenhoitohenkilöiden liiallinen työ määrä, kannustimien ja palautteen puuttuminen, lyhyet konsultaatiot, järjestelmän kyvyttömyys kouluttaa potilaita ja tarjota hoidon seurantaa, kyvyttömyys järjestää ympäristön tukea ja auttaa potilasta seuraamaan omaa hoitoaan, tiedon puute hoitoon sitoutumisen tärkeydestä ja hoidon parantamiseen tähtäävien interventioiden puute. (WHO 2004: 22.)

5.3.5 Lääkekieltäytyminen

Lääkehoitoa toteutettaessa hoitomyöntyvyyttä estävänä tekijänä voidaan pitää lääkekielteisyyttä. Yhteistoiminnallisen lääkehoidon toteuttamisessa myös lääkekieltäytyminen on otettava huomioon, ja siksi koimme tärkeäksi perehtyä aiheeseen tarkemmin työtä tehdessämme. Erityisesti pohdimme vastausta kysymykseen, miten toimia yhteistoiminnallisesti silloin, kun potilas kieltäytyy lääkähoidosta? Psykiatrisessa sairaalassa hoitoon vastentahtoisesti määrätyn potilaan itsemääräämisoikeutta voidaan rajoittaa mielenterveyslain (1423/2001) antamalla ehdoilla. Se on kuitenkin tehtävä siten, että potilaan arvokkuus säilyy. Lääkekieltäytymisen syitä tulee pyrkiä ymmärtämään potilaan lähtökohdista katsoen. Olemme lisänneet perehdytysmateriaaliin prosessikaavion kohtaan ”lääkkeen antaminen” linkin ”lääkekieltäytyminen” sitä ajatellen, että tieto lääkekieltäytymiseen vaikuttavista tekijöistä auttaa ymmärtämään tilanteeseen mahdollisesti johtaneita syitä sekä toimimaan tilanteessa potilaslähtöisesti. Linkin alta löytyvä syventävä materiaali vastaa sisällöltään tässä kappaleessa kuvattua tietoperustaa.

Lääkityksestä kieltäytyminen on yksi näkyvä osa hoitokielteisyydestä. Ilmiönä se sekoittaa päivittäisiä rutiineja ja sitä pidetään ei-toivottuna tapahtumana. Kieltäytymisten nähdään vähentävän hoitoyhteisön hoidollista auktoriteettiä. Hoidollinen auktoriteetti horjuu erityisesti silloin, kun yhteisössä ei ole sovittu yhteisiä menettelytapoja kieltäytymisen jälkeiselle toiminnalle. Seuraukset lääkekieltäytymisen jälkeen ovat: a) potilas ottaa lääkkeensä vapaaehtoisesti joko neuvottelun jälkeen tai ilman sitä, b) potilas lääkittää vastoin hänen tahtoaan tai c) potilas ei saa sillä kerralla lainkaan jaossa ollutta lääkettä. (Mäkitalo 2001: 18 - 19.)

Lääkekieltäytymistä kohdatessa on huomioitava, mitkä ovat potilaan perustelut. Taus-talla voi olla henkilökohtainen syy, sivuvaikutusten pelko tai harhaluulot. Syynä voi olla myös ”kyvyttömyys määritellä lääkekieltäytymisen syyt”, joka useimmiten johtuu loogi-sesti rakentumattomasta ajatusmallista. Jotta potilas olisi pätevä kieltäytymään lääki-tyksestään, hänellä on oltava riittävästi tietoa. (Mäkitalo 2001: 18 - 19.) Useissa tapa-uksissa lääkityksestä kieltäytyminen perustuu puuttuvaan, riittämättömään tai jopa vir-heelliseen tietoon lääkityksestä (Kampman 2005: 1287; Mäkitalo 2001: 18).

Psykiatrisessa sairaalassa hoitoon vastentahtoisesti määrätyn potilaan itsemääräämis-oikeutta voidaan rajoittaa Mielenterveyslain (1423/2001) antamalla ehdoilla. Tällöin ta-voitteena on sairauden hoito ja turvallisuuden takaaminen. Itsemääräämisoikeuden rajoittaminen tapahtuu yhteistyössä potilaan kanssa niin, että rajoitukset perustellaan potilaalle ja niistä neuvotellaan hänen kanssaan siten, että potilaan arvokkuus säilyy.

Potilaiden toiveita tulisi kunnioittaa ja kuunnella. Keskustelevalla ja ymmärtävällä hoidolla voidaan potilaan negatiivisia mielipiteitä saada muutetuksi. Näin toimien lääkityksestä kieltäytyneiden potilaiden jatkohoito on tuloksellisinta. (Mäkitalo 2001: 18 - 19.)

Hoidon epäonnistumisesta on tapana syyttää mieluummin potilasta kuin tekijöitä, jotka liittyvät ammattilaisiin tai terveydenhuoltojärjestelmään. Hoitoon sitoutumiseen kuitenkin vaikuttavat suuresti viimeksi mainitut tekijät. Mikään yksittäinen toimenpidepaketti ei ole tehokas kaikissa tilanteissa. Tästä seuraa, että toimet, joilla hoitoon sitoutumista halutaan lisätä, täytyy räätälöidä potilaan kokemien sekä sairauden aiheuttamien tarpeiden mukaan. (WHO 2004: 9.) Yhteistyöhön potilaan kanssa sisältyy muutakin kuin informaation antaminen. Jotta voitaisiin puhua yhteistyöstä, olisi tavoite määriteltävä yhdessä potilaan kanssa: olisi otettava selvää, kokeeko potilas itse tarvitsevansa hoitoa ja kerrottava, millaisia eri hoitomahdollisuuksia on olemassa, mitä tutkimuksen perusteella voidaan sanoa eri hoitomahdollisuuksilla saavutettavan sekä millaisia muutoksia tietyn hoitomahdollisuuden valitseminen toisi potilaan arkielämään. (Ruusuvuori 2008: 378.) Esimerkiksi arvolatauksia tulisi välttää, kun kysytään potilaalta hänen lääkityksestään. Jos kysymyksiin liittyy epäilevää tai moralisoivaa sävyä, ei potilaan ole helppo vastata siihen rehellisesti. Potilaan arvomaailman ja tavoitteiden aito hyväksyminen on tie löytää oikeanlainen hoito. Potilaalle tulee antaa mahdollisuus kertoa ilman syyllisyydentunteita, että hän ei pysty käyttämään hänelle määrättyä lääkettä. Vasta kun hän kokee henkilökunnan hyväksyvän myös tämän mahdollisuuden, voidaan puhua potilaskeskeisestä hoidosta. (Pitkälä - Savikko 2006: 8.)

Heikosti hoitoaan toteuttavan potilaan käytös saatetaan kokea henkilökohtaisesti loukkaavaksi. Joidenkin ammattilaisten tavanomaisina keinoina saada potilas noudattamaan ohjausta ovat vieläkin pelottelu ja syyllistäminen. Näiden keinojen sijasta ammattilaisella tulee olla kyky antaa puolueetonta tietoa ja luoda hyväksyvä, optimistinen ilmapiiri, koska sen on todistettu tukevan hoitoon sitoutumista. (Pitkälä - Savikko 2006: 7 - 8.) Terveydenhoidon ammattilaisten tulisi myös pystyä arvioimaan potilaan valmiutta noudattaa ohjeita ja seuraamaan potilaan edistymistä. Hoidon laiminlyönnin riskiä tulisi arvioida ja olisi tehtävä hoitoon sitoutumista parantavia toimenpiteitä. Jotta ammattilaiset pystyisivät edellä mainittuun työhön, tulisi heitä kouluttaa kolmeen alueeseen: tietoon hoitoon sitoutumisesta, ajatteluun liittyen kliiniseen päätöksentekoprosessiin ja toimintaan. (WHO 2004: 9.)

6 VERKKOPEREHDYTYSMATERIAALIN SISÄLLÖN TUOTTAMINEN

Tämän projektinvaiheen tarkoituksena oli tuottaa perehdytysmateriaalia uusille työntekijöille verkkoperehdytysmateriaalin muodossa. Opiskelijoina osallistuimme projektissa verkkoperehdytysmateriaalin sisällön tuottamiseen ja jätämme materiaalin verkkoon siirtämisen sen taitaville ammattilaisille. Koska tarkoituksena oli aluksi tehdä verkkokoulutus www-sivujen muodossa, etsimme tietoa verkkokirjoittamisesta ja verkkopetuksesta. Helsingin terveystieteiden keskuksen ja HUS:n verkkosivujen rakenteen asettamisen rajoitusten vuoksi verkkokoulutuksen suunnittelusta vastaava työryhmä päätyi kuitenkin yhteisymmärryksessä siihen, että perehdytysmateriaalista tulee PowerPoint-esitys. Pystyimme kuitenkin hyödyntämään tietoa verkkomateriaalin sisällöstä ja rakenteesta sekä verkko-oppimisesta perehdytysmateriaalin suunnittelussa. Koska PowerPoint-esitys luetaan tietokoneen näytöltä, otimme esityksen suunnittelussa huomioon verkkokirjoittamista ohjaavat periaatteet tekstin rakenteesta, sisällöstä, ymmärrettävyydestä ja luettavuudesta sekä verkko-opetuksen perusteista.

6.1 Verkkopalvelun laatuksikriteerit

Laatua verkkoon (2008) sisältää laatuksikriteeristön julkisten verkkopalvelujen kehittämisen ja arvioinnin välineeksi. Laatuksikriteeristön sisällön osiossa laatuksikriteereiksi on jaoteltu sisällön rakenteen tarkoituksienmukainen jäsentäminen, sisällön luotettavuus ja ajantasaisuus, sisällön kattavuus sekä tekstisisällön ymmärrettävyys ja luettavuus.

Rakenne. Rakenteen tulisi vastata käyttäjien tarpeita. Rakenteen tasot pidetään loogisina ja sisällön kannalta luontevina. Kullakin asiakokonaisuudella on selkeä sijaintinsa ja perusteetonta toistoa vältetään. Sisältö tulisi luokitella hierarkkisiin ja loogisiin kokonaisuuksiin niin, että asioiden väliset suhteet ja riippuvuudet näkyvät selkeinä. (Laatua verkkoon. 2008.)

Sisällön luotettavuus ja ajantasaisuus. Sisällön tulee olla luotettavaa ja tieto siitä välitetään käyttäjälle. Sisällön tulee olla myös ajantasaista ja päivitysajankohdan helposti löydettävissä. Sivun ylläpitäjä esitellään sen ollessa mahdollista ja muun tahon tuottamasta sisällöstä esitetään lähteet selkeästi. Lisäksi esitellään verkkomateriaalin sisällön tuottanut sekä jatkossa sisällöstä vastaava taho. (Laatua verkkoon. 2008.)

Sisällön kattavuus. Verkkopalvelu sisältää kattavasti käyttäjälle olennaisen tiedon ja sitä kehitetään käyttäjien tarpeiden ja verkkopalvelun tavoitteiden mukaisesti. Sisältö esitetään kiinnostavalla tavalla esimerkiksi erilaisia ilmaisutapoja käyttämällä. Linkit

muihin verkossa oleviin, aiheeseen liittyviin sivuihin täydentävät verkkopalvelun sisältöä ja luovat aiheesta kokonaisuuden. (Laatua verkkoon. 2008.)

Tekstisisällön ymmärrettävyys ja luettavuus. Tekstissä käytettävässä kielessä huomioidaan kohderyhmä ja sen luonnollinen kieli. Sisällössä huomioidaan käyttäjän jo hallitsemat tiedot. Lauserakenteissa ja ilmaisuisissa pyritään selkeyteen. Teksti etenee järjestelmällisesti eikä siinä ole kirjoitus- tai kielioppivirheitä. Tarpeettomia lyhenteitä tai käyttäjälle vieraita termejä on syytä välttää. Tekstin tuottaminen toteutetaan verkkokirjoittamisen periaatteiden mukaisesti. (Laatua verkkoon. 2008.)

6.2 Verkkokirjoittamisen periaatteet sisällön tuottamisessa

Julkisen hallinnon tietohallinnon neuvottelukunta JUHTA on määritellyt JHS 129-suosituksessaan (2008) keinoja sisällön toimittamiseen. Suosituksen mukaan verkkoteksti eroaa paperille painetusta tekstistä, jonka vuoksi vain harvoin paperille tuotettu teksti on sellaisenaan mahdollista siirtää verkkopalveluun. Verkkotekstiä kirjoittaessa keskeisiä vaatimuksia ovat sanontojen selkeys ja lyhyys, selkeät lauserakenteet, yleiskieli ja erikoissanaston välttäminen. Verkkotekstin tuottamisessa on huomioitava myös erilainen lukutyyli paperille painettuun verrattuna. Verkkotekstiä useimmiten vain silmäilläään ja lukeminen etenee vähemmän järjestelmällisesti.

Sisällön tuottamisessa on otettava huomioon verkkotekstin käyttötapa. Esittämistavassa on huomioitava onko tekstiä tarkoitus vain lukea näytöltä vai myös esimerkiksi tulostaa. Esittämistavassa on myös huomioitava, että keskeiset asiakohdat pystytään näkemään näytöltä yhtä aikaa, eikä vaakavierittämistä tarvita. Sisältöä voidaan myös havainnollistaa esimerkiksi kuvilla tai multimedian avulla, jolloin eri ilmaisukeinoilla voidaan tukea erilaisia tiedon omaksumistapoja. (Sisällön toimittaminen. 2008.)

PowerPoint-esityksen suunnittelussa sovelsimme verkkotekstin sisällön kriteerejä siten, että teimme esityksestä selkeän ja lyhyen, jotta se olisi helppolukuinen ja mielenkiinto säilyisi esityksen loppuun asti. Valitsimme vaalean taustan ja lisäsimme työhön kuvia, jotta sitä olisi miellyttävää katsella. Halutessaan lukija voi silmällä esityksen läpi avaamatta kaikkia linkkejä, ja palata näihin myöhemmin. Linkit on merkitty esitykseen eri värillä kuin muut tekstiosiot, jotta ne erottuvat selvästi tekstin lomasta. Esityksen voi myös tulostaa sellaisenaan esimerkiksi osaston perehdytyskansioon. Tässäkin selkeys ja yhtenäinen kokonaisuus sekä riittävän suuri fonttikoko tekevät tulostetusta tekstistä vaivattoman lukea.

Esitys on animoitu siten, että tekstiosat tulevat esiin virke kerrallaan. Tämän ansiosta esitys etenee johdonmukaisesti ja lukija välttyy informaatiotulvalta. Lääkehoidon prosessikaavio on jaettu osiin, joissa toiminnan sisältö on kirjoitettu laatikon sisään. Laatikosta lähtee nuoli seuraavaan toimintaa kuvaavaan laatikkoon, joka tulee hiirtä klikkaamalla esiin. Osittain nuolet menevät ristiin ja muodostavat polkuja, jotka saattavat johtaa eri lopputulokseen. Tämä havainnollistaa lääkehoidon prosessia, jonka etenemiseen vaikuttavat monet eri tekijät.

6.3 Verkko-opetus

Aluksi tulee selvittää, mitä verkko-opetuksella halutaan. Tällöin suunnitelmaa hahmoteltaessa tulee huomioida kysymykset: mitä, miksi, kuka, miten, missä, milloin? Kysymysten avulla saadaan jäseneltyä varsinainen opetussisältö ja sen ryhmittely sopiviksi teemoiksi, joista kuvataan ydinsisällöt. (Koli - Silander 2003: 13.) Oppimistilanteet suunnitellaan yksityiskohtineen ja niissä tarkennetaan oppijan käytännön tekeminen, verkossa toimiminen, ohjauksen saaminen ja oppimisen arvioiminen (Koli - Silander 2003: 27).

Verkko-opetuksen oppimisprosessin suunnittelu aloitetaan tavoitteiden avaamisella ja oppijoille kuvaamisella. Nämä tavoitteet voidaan laatia yhdessä oppijoiden kanssa. Seuraavana prosessin suunnittelussa tulee kontekstin luontivaihe, jolloin käydään läpi keskeisiä käsitteitä. Tavoitteita tarkennetaan ja ympäröiviä asioita ankkuroidaan aitoihin tilanteisiin esimerkiksi casen tai esimerkin avulla. Herättelevillä kysymyksillä pyritään avaamaan oppijan mieli pohdinnalle ja uuden tiedon omaksumiselle. Näihin kysymyksiin ei välttämättä tarvitse heti löytää vastauksia, jolloin oppijan aiemmat tietorakenteet aktivoituvat, mikä edistää uuden tiedon liittämistä aiempaan. (Koli - Silander 2003: 37.)

Refleктоimalla eli peilaamalla oppija tulee omasta oppimisestaan tietoiseksi. Oppimisprosessin lopussa on hyvä tarkastella koko oppimisprosessia ja oppimisen omakohtaista merkitystä sekä käytäntöön soveltamista. Oppimisen tueksi, verkko-opetuksen aikana oppijan olisi myös hyvä saada ohjausta, jonka lisäksi voidaan hyödyntää vertaispalautea. (Koli - Silander 2003: 39.)

Lisäsimme PowerPoint-esitykseen case-tehtäviä, jotka haastavat lukijan pohtimaan perehdytysmateriaalista saamaansa tietoa ja refleктоimaan omia toimintatapojaan ja arvioimaan omaa osaamistaan. Pilottiosastoilla järjestetään osastotunti, jossa kerrotaan perehdytysmateriaalista ja keskustellaan siitä, miten materiaalia voidaan käytän-

nössä hyödyntää. Perehdytysmateriaalia voidaan myöhemmin muokata tarpeen mukaan vielä paremmin oppimista tukevaksi ja osastojen tarpeita vastaavaksi. Läpi suunnitteluprosessin pidimme mielessämme kysymykset, mitä haluamme lukijalle viestittää ja millaista tietoa uusi työntekijä tarvitsee voidakseen soveltaa yhteistoiminnallista työskentelytapaa lääkehoitoon. Opiskelijoina pystyimme hyödyntämään omia kokemuksiamme käytännön harjoittelujaksoilta. Verkkoperehdytyksen suunnittelussa otimme huomioon osastojen toiveet siitä, että materiaali olisi nopeasti luettavissa. Näin ollen jouduimme jatkuvasti miettimään, miten saisimme keskeisen asiasisällön tiivistettyä lyhyeen muotoon. Tarkoituksena on, että työntekijä voi opiskella perehdytysmateriaalin avulla itsenäisesti. Perehdytysmateriaali ei voi olla kaiken kattava kuvaus aiheesta, mutta se voi olla ajatuksia herättävä, mielenkiintoa virittävä ja ehkä hauskin lisä aiheeseen.

7 PROSESSIN KUVAUS

Kiinnostuimme syksyllä 2008 opinnäytetyöinfossa hankkeesta Yhteistoimintamallin kehittäminen psykiatriseen hoitotyöhön. Hankkeen esittely vaikutti mielenkiintoiselta. Uuden luominen ja kehittäminen jäi päällimmäiseksi mieleemme esittelystä. Kävimme esittäytymässä hankkeen projektipäällikölle Taru Ruotsalaiselle saadaksemme lisätietoa siitä, mikä tulisi olemaan meidän osuutemme hankkeessa, eli opinnäytetyömme. Yhteistoimintamalli oli jo hankkeessa aiemmin kehitetty ja sitä oli testattu, tosin tulokset olivat vielä saamatta. Meidän tehtäväksemme jäi koota olemassa oleva tieto yhteistoimintamallista mielenkiintoiseen, nopeasti luettavaan ja helposti sisäistettävään muotoon verkkoon.

Opinnäytetyömme tulisi siis olemaan toiminnallinen opinnäytetyö. Toiminnalliseen opinnäytetyöhön kuuluu raportti sekä tuotos. Raportissa selostetaan prosessia ja omaa oppimista, tuotoksen tekstissä puhutellaan kohde- ja käyttäjäryhmää. (Vilka 2003: 65.) Tämä opinnäytetyö muodostuu kirjallisesta raportista ja tuotoksesta, joka on Yhteistoimintamalliin perehtyville työntekijöille suunnattu perehdytysmateriaali.

7.1 Työn suunnittelu ja toteutus

Aloimme ensimmäisenä selvittää projektin taustaa ja lähtötilannetta tulevalle opinnäytetyöllemme. Yhteisissä tapaamisissa projektipäällikkö Taru Ruotsalaisen ja opinnäytetyön ohjaajan Pirjo Roivas-Mäkisen sekä verkkoasiantuntijoiden Hannele Virtanen-Vaaranmaan ja Kaisa Kujalan kanssa aloimme suunnitella perehdytysmateriaalin sisäl-

töä ja toteutusta. Projektiin ilmoittautui kolme opiskelijaryhmää, joiden yhteistyönä perehdytysmateriaalin suunnittelu tapahtuisi. Selvitimme, mitä tietoa hankkeessa oli aiemmin tuotettu, ja tutustuimme hankkeessa tehtyihin opinnäytetöihin. Yhteistoimintamalli, yhteistoiminnallisuus ja sen historia olivat ensimmäisiä asioita, joihin paneuduimme ennen perehdytysmateriaalin suunnittelua. Lisäksi visioimme perehdytysmateriaalin sisältöä, rakennetta ja ulkoasua sekä mietimme, kenelle perehdytysmateriaali on suunnattu, mitä sillä halutaan saavuttaa ja millaisia toivomuksia ja vaatimuksia käyttäjäryhmällä on materiaalin suhteen.

Suunnitelmavaiheessa määrittelimme opinnäytetyömme tarkoituksen ja tavoitteet. Otimme heti alkuun yhteyden hankkeen pilottiosaston yhteyshenkilöön, joka auttoi työn rajauksessa. Suunnitelmavaiheessa työryhmän tavoitteena oli luoda verkkokoulutus aiheesta yhteistoimintamallin soveltaminen psykiatriseen hoitotyöhön. Etsimme tietoa verkkokoulutuksen suunnittelusta ja toteutuksesta. Käytimme paljon aikaa selvittääksemme, millaiset ovat pilottiosastoilla olemassa olevat verkkosivut ja millaisessa muodossa on teknisesti mahdollista siirtää perehdytysmateriaali osastojen verkkoon. Työryhmän verkkoasiantuntijoilta saimme neuvoja hyvistä lähteistä ja verkon mahdollisuuksista. Suunnitelmavaiheen edetessä työryhmä päätyi siihen, että emme tee verkkokoulutusta verkkoon, vaan perehdytysmateriaalia PowerPoint-esityksen muodossa. Perehdytysmateriaali tulisi hankkeen pilottiosastojen käyttöön.

7.1.1 Työnjako ja työskentelytavat

Koska projektissamme oli useita opiskelijoita, sovimme täsmällisesti työnjaosta ja vastuista. Perehdytysmateriaali jaettiin eri osioihin, jotka johdantokappaleessa on esitelty. Yhteistoimintamallin soveltaminen lääkehoitoon kiinnosti meitä eniten. Lääkehoidon osa-alueella alkoi suunnitella kaksi opinnäytetyöryhmää. Jaoimme lääkehoidon osion siten, että toinen opinnäytetyöryhmä keskittyy lääkehoidon perusteisiin ja tekee siitä oman raporttinsa. Me taas teimme oman raporttimme lääkehoidon ohjauksesta yhteistoimintamallin mukaisesti. Itse perehdytysmateriaalin lääkehoidon toteuttamisesta yhteistoiminnallisesti ideoimme, suunnitelimme ja toteutimme yhdessä toisen opinnäytetyöryhmän kanssa. Teimme realistisen aikataulusuunnitelman. Teimme työtä usein koulun jälkeen, viikonloppuisinkin. Usein oli ongelmallista löytää yhteistä aikaa koko työryhmän tapaamisille, kaikissa tapaamisissa ei ollut jokainen ryhmän jäsen paikalla. Tämän lisäksi opinnäytetyöryhmät tapasivat koululla useita kertoja. Tämä oli välttämätöntä, koska suunnitelmavaiheessa perehdytysmateriaalin eri osa-alueista oli tarkoitus luoda yhtenäinen kokonaisuus, jossa olisi yhteinen rakenne ja etusivu. Suunnitelman tarkentuessa työryhmässä päätettiin, että projektiryhmä ottaa vastuun etusivun suunnit-

telusta ja osa-alueiden yhdistymisestä, jotta opiskelijat voisivat keskittyä rauhassa omien osioidensa tekemiseen. Pitkä ideointivaihe edellytti sitä, että välillä työ seisahtui, kun jäimme pohtimaan, minkälainen toteutus olisi kaikkien osapuolien kannalta paras vaihtoehto.

Määrittelimme työskentelytavat, joiden avulla oppisimme jotain uutta ja saisimme tuotteesta työelämän tarpeita vastaavan sekä mahdollisimman mielenkiintoisen. Työn teoreettisiin lähtökohtiin aineisto kerättiin tutustumalla aiheeseen liittyvään kirjallisuuteen ja jäsentämällä jo olemassa olevaa tietoa. Kirjallisuushaut tehtiin pääosin käyttämällä tietokantoja, hakuihin kului runsaasti aikaa. Oli vaikeaa löytää suomenkielistä aineistoa, koska yhteistoiminnallinen psykiatrinen hoitotyö ei ole ollut kovin pitkään arjen käytäntönä, eikä sitä ole vielä paljon tutkittu ja perusteltu. Mitä enemmän etsimme tietoa ohjauksesta, sitä tärkeämmältä opinnäytetyön tavoite ja tarkoitus alkoi tuntua. Halusimme lisätä perehdytysmateriaaliin ohjauksen näkökulman, jossa havainnollistuisi yhteistoiminnallisen lääkehoidon toiminnan sisältö ja tavoitteet. Pystyimme hyödyntämään tiedonhakuja verkkokoulutuksesta PowerPoint-esitystä suunnitellessamme. Tiedon tuella pystyimme hahmottamaan, miten verkkomateriaali eroaa tavallisesta paperille kirjoitetusta tekstistä. Opimme, mitä perehdytysmateriaalin tueksi voi liittää, jotta sen omaksumisi mahdollisimman helposti. Opimme myös, miten tietokoneen näytöltä luettava teksti on hyvä asetella, jotta sitä olisi mielekästä lukea.

Ohjaustapaamisissa ohjaajamme kanssa saimme vinkkejä siitä, mistä olisi hyödyllistä vielä etsiä tietoa perehdytysmateriaalin tueksi. Teimme tiedonhakuja enimmäkseen aiheista voimaantumisen ja ohjaus. Käsitteet roikkuivat pitkään irrallisina osioina työsuunnitelmassamme. Kun perehdytysmateriaali alkoi hahmottua mielessämme, osasimme yhdistää etsityn tiedon perehdytysmateriaaliin. Ajatukset kehittyivät ja selkiytyivät prosessin aikana. Tärkeimmät asiat erottuivat ja aloimme karsia pois epäolennaista tietoa.

Lääkehoitoa yhteistoimintamallin mukaisesti toteuttanut osasto Auroran sairaalan osasto 6 - 1, on perehdytysmateriaalimme tilaaja sekä linkkimme työelämään. Tapasimme sairaanhoitaja Kimmo Sainion muutamia kertoja, saimme olla häneen myös puhelimitse ja sähköpostitse yhteydessä. Häneltä saimme osaston lääkehoidon prosessikaavion, jota käytimme runkona perehdytysmateriaalia suunnitellessamme. Hän välitti meille myös osaston vaatimukset perehdytysmateriaalille. Suurin toive oli, että perehdytysmateriaali olisi tiiviissä muodossa, nopeasti luettavissa. Tehtäviä, jotka syventäisivät oppimista, voisi mahdollisesti olla mukana. Tällöin saimme idean case-tehtävistä, jotka ohjaisivat perehtyjää pohtimaan omaa osaamistaan kohdatessaan virtuaalisessa muo-

dossa lääkehoidon ohjauksen pulmatilanteen, jollaisen mahdollisesti tulee työssään aidostikin kohtaamaan. Projektiryhmän ja pilottiosastojen toive oli myös se, että perehdytysmateriaalin tulisi olla moniammatillista eikä pelkästään hoitajille suunnattu. Yhteistoimintamalli on koko osaston toimintaa ohjaava ideologia. Neuvottelimme perehdytysmateriaalin toteutuksesta Auroran sairaalan ylihoitajan Kati Sahlstenin sekä osasto 6 - 1:n apulaisosastonhoitaja Virpi Jaakkolan kanssa, joka koki erityisen tärkeäksi, että yhteistoimintamallin esteet ja edellytykset näkyisivät perehdytysmateriaalissa.

7.1.2 Tiedonhaut

Hankkeen tiimoilta tehdystä kirjallisuuskatsauksesta saimme yleiskäsityksen siitä, mitä yhteistoiminnallisuus tarkoittaa. Käytimme käsihakua etsiessämme tietoa siitä, mistä tekijöistä yhteistoiminnallisuus muodostuu ja mitä se tarkoittaa käytännön hoitotyössä. Valitsimme työhömmä Eila Latvalan tutkimuksen, jossa on kuvattu potilaslähtöisen psykiatrisen hoitotyön malli.

Etsimme ensin "voimavaraistava ohjaus" ja "motivoiva ohjaus" -hakusanoilla tietoja Medic-tietokannasta tuloksetta. Ongelmia aiheutti hakusanojen muotoilu täsmällisiksi, koska termillä "empowerment" ei ole suomen kielessä vastinetta, ja termi "voimaantuminen" ei ole vielä täysin vakiintunut käyttöön. Enemminkin aihetta on lähestytty siihen liittyvien käsitteiden, kuten itsemääräämisoikeus, hoitoon osallistuminen, potilaslähtöinen päätöksenteko ja elämänhallinta, kautta. Hakusanoilla "ohjaus" ja "psykiatr" löysimme Medic-tietokannasta 1091 viitettä, joista valitsimme yhden ohjausta käsittelevän artikkelin. Linda-tietokannasta hakusanalla "voimaantuminen" löytyi 44 viitettä, joista valitsimme yhden. Lisäksi saimme ohjaajaltamme vinkkejä hyvistä lähteistä.

Englanninkielisistä tietokannoista haimme tutkimusartikkeleja hakusanoilla "empowerment-based psych" sekä "empowerment", "psychiatr", joilla löysimme useita viitteitä. Suurin osa artikkeleista oli maksullisia, mikä kavensi valikoimaa. Rajasimme valintamme muutamaa keskeiseen voimaantumista käsittelevään artikkeliin. ScienceDirect -tietokannasta löytämistämme 155 viitteestä valitsimme kolme, joista lopulliseen työhön päätyi yksi.

Lääkekielteisyydestä ja ohjauksen merkityksestä lääkehoidon toteutuksessa haimme tietoa Medic-tietokannasta käyttäen erilaisia yhdistelmiä hakusanoista "psykiatr", "lääkehoi", "ohjaus", "lääkekielteisyys" ja "hoitomyöntyyvyys". Viitteistä kahdeksan päätyi tarkastelun jälkeen lähteeksi tähän työhön.

Lähdeaineistoa arvioimme Vilkan (2003) suosittamana sen mukaan, mikä on tietolähteen auktoriteetti ja tunnettuus, mikä on lähteen ikä ja laatu sekä tiedonlähteen uskottavuuden aste. Olennaisena emme pitäneet lähteiden lukumäärää, vaan lähteiden laatua ja soveltuvuutta. Merkitsimme lähdeviitteet tarkasti ja tunnollisesti välttääksemme plagiointia, mikä on vastaan eettisiä pelisääntöjä. (Vilka 2003: 78).

7.2 Valmis tuote

Varsinainen tuote on PowerPoint-esitys, joka muodostuu 22 diasta. Näin lyhyenä esityksenä se on nopeasti luettavissa. Runkona tuotteessa on lääkehoidon prosessikaavio, johon on liitetty yhteistoimintamallin perusteet, sekä yhteistoimintamallin esteet ja edellytykset. Liitimme esitykseen muutamia käytännönläheisiä case-tehtäviä, jotta perehtyminen olisi vuorovaikutuksellisempaa. Caset sijoittuvat esitykseen vuorotellen lääkehoidon prosessikaavion kanssa siten, että lukija saa ensin tietoa ja pohtii sitten casen ratkaisua. Valmista vastausta ei lukijalle anneta, vaan tarkoituksena on herättää lukija pohtimaan omia asenteitaan ja arvojaan sekä refleктоimaan oppimaansa. Asettelut ja värit sekä kuvat suunnitteli toinen opinnäytetyöryhmä. Pidimme luonnonläheisestä teemasta, mikä näkyy väreissä ja kuvissa, joten emme tehneet muutosehdotuksia ulkoasuun. Koska perehdytysmateriaali eli PowerPoint-esitys, on hyvin pelkistetty, linkitetään esitykseen aiheetta syventävää lisätietoa Word-dokumenttien muodossa osastojen yhteiselle Y-asemalle tallennettuna. Perehtyjä pääsee näin helposti linkkiä klikkaamalla lukemaan syventävää tietoa haluamastaan aiheesta. Tämän opinnäytetyöryhmän tuottamat dokumentit aiheista ”Potilaslähtöisen psykiatrisen hoitotyön malli”, ”Potilaan ohjaaminen”, ”Hoitoon sitoutuminen” sekä ”Lääkekieltäytyminen” löytyvät esityksestä samannimisten linkkien alta. Liitimme myös perehdytysmateriaalin loppuun listan suositeltavista lähteistä. Valmis esitys on luettavissa tämän raportin liitteenä (liite 4).

Yhteistoimintamallin kehittäminen psykiatrisen potilaan hoitoon -projekti huipentui päätösseminaariin 3.3.2009. Esittelimme yhdessä toisen opinnäytetyöryhmän kanssa valmiin perehdytysmateriaalin projektiryhmälle ja projektiin osallistuneiden yksiköiden paikalla olevalle henkilökunnalle. Saimme kuulla hankkeeseen liittyvien ryhmähaastatteluiden ja mittareiden alustavat tulokset, mikä oli mielenkiintoista, vaikka tulokset eivät tähän opinnäytetyöhön ehtineet mukaan. Perehdytysmateriaalista saimme hyvää palautetta, joskin palaute tuli suurimmaksi osaksi ulkoasusta ja ideoinnista eikä niinkään sisällöstä, johon niin lyhyessä ajassa olisi ollut mahdotonta kenenkään paneutua.

8 POHDINTA

Yhteistoimintamallin soveltaminen lääkehoidon ohjaukseen on aiheena ajankohtainen. Psykiatrisessa hoidossa on siirrytty perinteisestä lääkärikeskeisestä työskentelystä tiimityöhön. Työntekijät opettelevat tukemaan potilaan itseilmaisua ja aktiivisuutta sekä mahdollisuuksia osallistua päätöksentekoon ja vaikuttaa omaan hoitoonsa. Valmistuvina sairaanhoitajina saimme tehdä perehdytysmateriaalin psykiatristen potilaiden parissa työskenteleville ammattilaisille, mikä oli suuri haaste. Lääkehoito kehittyi jatkuvasti, mikä vaatii tietojen ja taitojen päivittämistä. Lääkehoidon täydennyskoulutusta näyttäisi olevan lääkehoidon ohjauksen osalta vähäisesti. Hoitajan tulisi ohjata niin, että potilas ymmärtää lääkehoidon perusteet ja hyödyt.

Hyödyimme perehdytysmateriaalin työstämisestä, sillä sen kautta pystyimme tarkastelemaan ja refleктоimaan omaa työtapaamme. On ollut mielenkiintoinen ja kasvattava kokemus tehdä työtä, joka niin olennaisesti liittyy sairaanhoitajan ammattiin. Ohjaustaidot ovat sairaanhoitajan tärkeimpiä taitoja, ja yhteistoimintamallin ideologian hallitseminen auttaa kehittämään omaa työskentelytapaa potilasta kunnioittavaksi. Pohdimme myös omia valmiuksiamme turvallisen lääkehoidon toteuttajina. Työn teoreettisten lähtökohtien kirjoittaminen kasvatti ammatillista tietoperustaamme. Opimme kirjoittamaan toiminnallisen opinnäytetyön raportin.

Turhauttavaksi prosessissa koimme työn suunnitteluvaiheen. Työn tarkoitus ja tavoite olivat alussa vaikeita määrittellä. Visio siitä, millainen perehdytysmateriaali tulisi olemaan, muuttui usein prosessin edetessä. Työ täytyi aloittaa toistuvasti alusta ja toisinaan tuntui siltä, ettei mitään valmistu. Pitkän ideointivaiheen jälkeen oli helpottavaa aloittaa perehdytysmateriaalin työstäminen. Vahvuutenamme oli hyvä keskinäinen yhteistyö sekä aikataulujen hallinta. Tavoitteemme työlle olivat yhtenäiset. Harmillista oli, että lukujärjestyksessä opinnäytetyölle varatut viikot eivät olleet työharjoitteluiden ja muiden kurssien vuoksi tarpeeksi hyvin hyödynnettävissä.

Terveydenhuollon henkilökunta työskentelee yhä kasvavien työpaineiden alla, usein resurssipulan vuoksi. Paineita voi aiheuttaa myös osaston toimintamallin muuttuminen ja muuttaminen. Lääkehoidon arvioinnista vastaavalla yhteistyöosastollamme haasteelliseksi koettiin se, että lääkehoidon avainasemassa oleva henkilö, lääkäri, on vaihtumassa. Meille oli vaativaa tehdä materiaali, jonka avulla on mahdollisuus perehtyä toimintamalliin perusteellisesti, mutta nopeasti.

Työn teoreettiset lähtökohdat valittiin huolella. Useisiin eri lähteisiin perehdyttyämme valitsimme ne, jotka parhaiten saivat meidät ymmärtämään, mistä yhteistoiminnallisuudessa on kysymys. Teimme ikään kuin pienen kirjallisuuskatsauksen ennen kuin pysyimme aloittamaan tuotteen suunnittelun. Raportissa esitellyt työn teoreettiset lähtökohdat ovat raporttia luettaessa ehkä vaikea mieltää kokonaisuudeksi, josta lääkehoidon ohjaus yhteistoimintamallin mukaisesti käy ilmi, mutta meille se oli perusta tuotteen suunnittelulle. Teoriatiedon hankkiminen auttoi meitä ymmärtämään perehdytysmateriaalin tarkoituksen ja tavoitteet. Perehdytysmateriaalin sisältö ja rakenne sekä sen teemat alkoivat myös hahmottua. Ohjaus, tiedonsaanti, voimaantuminen, hoitoon sitoutuminen ja yhteistoiminnallisuus psykiatrisessa hoitotyössä ovat aihekokonaisuus, joka ei etene järjestyksessä vaan polveilee aiheesta toiseen niin, että kaikki vaikuttaa kaikkeen. Yhden tekijän puuttuminen vaikuttaa toisen toteutumiseen. Onnistuimme kokoaamaan synteessin, jonka avulla opimme ymmärtämään paremmin lääkehoidon taustalla vaikuttavia tekijöitä sekä sitä, miten niihin voidaan vaikuttaa.

Olisimme halunneet tuoda ohjauksen näkökulmaa enemmän esille varsinaisessa perehdytysmateriaalissa. Kuitenkin työryhmän toive oli, että perehdytysmateriaalissa kuvattaisiin nimenomaan yhteistoiminnallisen hoidon edellytykset ja esteet. Päätimme säilyttää perehdytysmateriaalin sellaisena kuin se heille ensimmäisen kerran esiteltiin. Syventävä materiaali, jota olemme perehdytysmateriaalin suunnittelun ohessa tuottaneet, tulee joka tapauksessa osaston työntekijöiden käyttöön ja on lisätiedosta kiinnostuneiden luettavissa PowerPoint-esityksen linkkiä klikkaamalla.

Opinnäytetyölle asetetuista tavoitteista parhaiten mielestämme onnistui yhteistoimintamallin soveltamisen helpottuminen. Osaston lääkehoidon prosessi, yhteistoiminnallisen hoidon edellytykset ja esteet sekä käytännönläheiset caset ovat liitettynä toisiinsa, kauniiden kuvien kera, mielekkäänä slide showna esitettynä. Uskomme työntekijän nauttivan lukuhetkestä. Työntekijä saa uutta syventävää tietoa yhteistoiminnallisuudesta osaston tutun lääkehoidon prosessin kulkiessa uuden tiedon runkona. Olemme varmoja, että soveltamista ainakin ajatusten tasolla tapahtuu. Luultavasti kaikkea tietoa ei heti oteta vastaan, vaan sitä valikoidaan ja käsitellään. Tavoitteena on, että tiedon muokkaamisen myötä perehtyjä oppii itsenäisesti etsimään uusia ratkaisuja ja kokeilemaan oppimaansa. Työnantajien ja työntekijöiden vastuulle jää, siirtyykö yhteistoiminnallisuus tietokoneen ruudulta ja ajatuksista käytäntöön. Mielestämme perehdytysmateriaali on laadukas. Lääkehoidon ohjaamista yhteistoiminnallisesti onnistuimme kuvaamaan niin, että meille itsellemme se selkiytyi.

Kehitysehdotuksina yhteistoiminnallisen lääkehoidon ohjauksen oppimisen ja ylläpitämisen turvaamiseksi suosittelisimme jatkossa järjestettävään osastotunteja, joissa aihetta käsitellään. Henkilökunnan kouluttamisen lisäksi jatkuva palautteen hankkiminen potilailta antaa tietoa siitä, miten yhteistoiminnallisuus osastojen käytännöissä toteutuu. Yhteistoiminnallisuutta arvioivan mittarin kehittäminen olisi hyvä aihe seuraaville opinnäytetöille. Olisi tärkeää saada myös työntekijöiltä aitoa palautetta perehdytysmateriaalin toimivuudesta, jotta osastot osaisivat sitä jatkossa muokata oikeaan suuntaan.

Opinnäytetyö on prosessi, jonka jokainen opiskelija muistaa varmasti vielä pitkään opintojen jälkeen. Se synnyttää monenlaisia tuntemuksia ja auttaa oppimaan itsestään oppijana ja työntekijänä. Se, miten selviytyy vaikeista tai turhauttavista vaiheista on tärkeää tietoa seuraavia elämässä eteen tulevia projekteja varten. ”Laadukas raportti syntyy vaiheittain eikä hosumalla, sillä teksti kypsyy kuin hyvä viini” (Vilkkä 2003: 67). Me voimme olla tyytyväisiä opinnäytetyöhömmme, toisiimme ja itseemme. Jos saisimme nyt aloittaa kaiken alusta, tulisi työstä varmasti parempi, mutta ei rakkaampi.

LÄHTEET

- Airaksinen, Tiina - Vilkka, Hanna 2003: Toiminnallisen opinnäytetyön raportointi. Helsinki: Tammi.
- Dickerson, Faith B. 1998: Strategies That Foster Empowerment. *Cognitive and Behavioral Practise* 5 (2). 255–275.
- Isohanni, Matti 1985: Psykiatrinen sairaala uudistuu. Yhteisohoidolla hyviä tuloksia. *Tiede* 2000 1. 30-35.
- Kampman, Olli 2005: Hoitomyöntyvyys psykenlääkkeitä käyttävillä. *Suomen lääkäri-lehti* 60 (11). 1285-1288.
- Koli, Hanne - Silander, Pasi 2003: Verkko-opetuksen työkalupakki - oppimisaihiosta oppimisprosessiin. Helsinki: Finn Lectura.
- Kyngäs, Helvi - Kääriäinen, Marita 2005: Käsitemallin ohjaus-käsitteestä hoitotieteessä. *Hoitotiede* 17 (5). 250–258.
- Laatua verkkoon. 2008. Suomi.fi-toimitus. Verkkodokumentti. Päivitetty 13.2.2008. <<http://www.suomi.fi/suomifi/laatuaverkkoon/laatukriteeristo/index.html>> Luettu 23.9.2008.
- Larivaara, Pekka 2008: Miten kehityin lääkärinä tukemaan potilaideni voimavaroja? *Suomen lääkäri-lehti* 63 (1-2). 60-62.
- Latvala, Eila 1998: Potilaslähtöinen psykiatrinen hoitotyö laitospäätöksissä. Oulun yliopisto. Verkkojulkaisu. Päivitetty 17.3.2008. <<http://herkules oulu.fi/isbn9514250680/>> Luettu 22.9.2008.
- Latvala, Eila - Pekkala, Eila - Saranto, Kaija 2005: Yhteistoiminnallisen hoitotyön kehittäminen mielenterveystyössä - Tuloksia kehittämishankkeesta. *Tutkiva hoitotyö* 3 (2). 24-29.
- Mäkitalo, Juha-Pekka 2001: Psykiatristen potilaiden lääkekieltäytyminen. *Sairaanhoitaja* 74 (9). 18-21.
- Mielenterveyslaki 1423/2001. 22 b § Annettu Helsingissä 21.12.2001.
- Pitkälä, Kaisu - Savikko, Niina 2006: Potilaan sitoutumisen merkitys ja haasteet. *TABU Lääketietoa Lääkelaitokselta* 14 (5). 6-9.
- Projektiryhmän työpapereita 20.2.2007: Yhteistoiminnallisen hoitotyön määritelmä.
- Roivas-Mäkinen, Pirjo - Eriksson, Elina - Mattila, Lea-Riitta - Ruotsalainen, Taru 2006: Yhteistoimintamallin kehittäminen psykiatriseen hoitotyöhön. Projektisuunnitelma. Helsingin ammattikorkeakoulu Stadia.
- Rouvala, Christina 2003: Mielenterveyskuntoutujan kokemuksia tiedon merkityksestä osana lääkehoidon sisäistä hallintaa. Pro gradu. Kuopion yliopisto. Hoitotieteen laitos.

Ruusuvuori, Johanna 2008: Itse asetettuun tavoitteeseen on aina helpompi pyrkiä. Suomen lääkärilehti 63 (5). 378-379.

Siitonen, Juha 1999: Voimaantumisteorian perusteiden hahmottelua. Oulun yliopisto. Verkkojulkaisu. Päivitetty 17.3.2008.
<<http://herkules oulu.fi/isbn951425340X/>> Luettu 22.9.2008.

Sisällön toimittaminen. 2008. JHS 129- suositus. Julkisen hallinnon tietohallinnon neuvottelukunta JUHTA. Verkkodokumentti. Päivitetty 4.1.2008.
<<http://docs.jhs-suositukset.fi/jhs-suositukset/JHS129/JHS129.html#H36>> Luettu 23.9.2008.

WHO 2004: Pitkäaikaisiin hoitoihin sitoutuminen - näyttöä toiminnan tueksi. Lääketietokeskus oy. Verkkodokumentti.
<http://www.who.int/chp/knowledge/publications/adherence_report_fin.pdf>. Luettu 18.11.2008.

Yhteistoimintamalli

TOIMINNAN EDELLYTYKSET

- Moniammatillisen työryhmän yhteinen ymmärrys mallista
- Moniammatillisen työryhmän perehdyttäminen mallin mukaiseen toimintaan
- Moniammatillisen työryhmän sitoutuminen mallin mukaiseen työskentelyyn
- Eri toimijoiden välinen keskinäinen kunnioittaminen
- Eri toimijoiden kyky oman toiminnan arviointiin
- Moniammatillisen työryhmän kyky dialogiseen yhteistyösuhteeseen
- Avoin ilmapiiri
- Psykiatrista hoitoa ohjaavan lainsäädännön huomioon ottaminen
- Esimiesten tuki ja ohjaus

TOIMINNAN SISÄLTÖ

- Potilaan oman kertomuksen ottaminen hoidon lähtökohdaksi
- Hoidon rakentuminen potilaan voimavarojen mukaisesti
- Eri toimijoiden yhteisen ymmärryksen muodostuminen hoidosta
- Yhteisistä tavoitteista sopiminen ja toimiminen niiden mukaisesti
- Eri toimijoiden kokemuksen ja osaamisen hyödyntäminen
- Eri toimijoiden tukeminen vastuulliseen toimintaan

TOIMINNAN ESTEET

- Autoritääriinen asiantuntijuus hoitokulttuurissa
- Riittämätön tieto mallin sisällöstä
- Riittämätön taito soveltaa mallia
- Moniammatillisen työryhmän sitoutumattomuus mallin mukaiseen toimintaan
- Esimiesten vähäinen kiinnostus ja tuki hoitotyötä kohtaan
- Eri toimijoiden yhteisen ymmärryksen puute hoidon tavoitteista ja menetelmistä
- Riittämättömät resurssit

TOIMINNAN SEURAUKSET

- Potilaiden vastuullisuus omasta hoidosta lisääntyy
- Yhteistoiminnallinen hoitokulttuuri vahvistuu työskentelyn lähtökohdaksi

YHTEISTOIMINTAMALLI

TOIMINNAN EDELLYTYKSET	
KÄSITTEET	SELITYS
Moniammatillisen työryhmän yhteinen ymmärrys mallista	Moniammatillinen työryhmä koostuu asiantuntijoista, jotka yhdistävät tietonsa ja taitonsa potilaan hoidon eri vaiheissa. Yhteinen ymmärrys syntyy vuorovaikutuksessa, jossa monipuolisen tiedon ja eri näkökulmien saattaminen yhteen tuottaa enemmän kuin yksittäisen asiantuntijan näkökulmasta muodostettu ymmärrys voisi olla. Jotta asetetut tavoitteet saavutetaan, on jokaisen moniammatillisen työryhmän jäsen vastuullinen tuomaan esiin oman asiantuntijuutensa. Jokainen työryhmän jäsen ymmärtää mallin idean ja toimii sen mukaisesti.
	➔ Moniammatillinen työryhmä tutustuu malliin ja osallistuu koulutuksiin sekä osastotunteihin.
Moniammatillisen työryhmän perehdyttäminen mallin mukaiseen toimintaan	Toimintaan perehdytetään kouluttamalla työryhmän jäsenet. Perehdyttämisestä vastataan osaston käytännön mukaisesti.
	➔ Mallin mukainen toiminta liitetään perehdytyskansioon ja otetaan osaksi perehdytysohjelmaa. Osastolla tällä hetkellä olevat työntekijä perehdytetty mallin mukaiseen toimintaan osastotunneilla sekä jakamalla kirjallista materiaalia. Uusille työntekijöille nimetään vastuuperehdyttäjät. Kaikille jaetaan pilotointiohje.
Moniammatillisen työryhmän sitoutuminen mallin mukaiseen työskentelyyn	Sitoutuminen on asennoitumista ja kiinnittymistä, mikä näkyy mallin mukaisena työskentelynä.
	➔ Moniammatillinen työryhmä osallistuu yhteiseen keskusteluun osastotunneilla mallin mukaisista toimintatavoista ja jokainen vastaa omalta osaltaan mallin mukaisesta toiminnasta jokapäiväisessä työskentelyssä
Eri toimijoiden keskinäinen kunnioittaminen	Eri toimijat pitää sisällään kaikki potilaan hoitoon osallistuvat henkilöt: potilas, omaiset, läheiset, moniammatillinen työryhmä. Keskinäinen kunnioittaminen perustuu eri toimijoiden tasavertaiseen suhteeseen, jossa ihmisarvoa ja itsemääräämisoikeutta kunnioitetaan ja eri toimijoiden näkemyksiä kuunnellaan ja otetaan todesta. Keskinäinen kunnioittaminen tarkoittaa myös eri toimijoiden asiantuntijuuden arvostamista ja hyödyntämistä.
	➔ Potilaan kertomus on lääkehoidon toteutuksen lähtökohdana, eri toimijat osallistuvat lääkehoidon toteutukseen tasavertaisina.
Eri toimijoiden kyky oman toiminnan arviointiin	Kyky oman toiminnan arviointiin on olennainen osa oppimista. Arviointiin kuuluu oman toiminnan pohdintaa, toisten antaman palautteen tarkastelua, ymmärryksen lisääntymistä omasta toiminnasta ja toiminnan mahdollinen muuttaminen kohti yhteistoiminnallisuutta.
	➔ Moniammatillisen työryhmän jäsenet arvioivat sekä omaa että muiden toimintaa osastotunneilla ja arviointien pohjalta toimintaan tehdään tarvittavia korjauksia ja muutoksia.
Moniammatillisen työryhmän kyky dialogiseen yhteistyösuhteeseen	Kyky jakaa omaa asiantuntemustaan ja kyky yhdessä neuvotellen löytää uusi alue osapuolten välille.

	<p>➔ Lääkehoidon toteutuksessa pyritään löytämään yhteinen ymmärrys.</p>
Avoin ilmapiiri	<p>Ilmapiiri on demokraattinen, kannustava, myönteinen ja salliva. Hyväksytään erilaisia näkemyksiä. Avoimessa ilmapiirissä saa toisilta tukea ja heihin voi luottaa. Keskustelulle on riittävästi aikaa.</p>
	<p>➔ Kaikissa tapaamisissa ja kokouksissa varataan keskustelulle riittävästi aikaa.</p>
Psykiatrista hoitoa ohjaavan lainsäädännön huomioon ottaminen	<p>Lainsäädännön ja soveltamisohjeiden tunteminen ja niiden noudattaminen.</p>
	<p>➔ Osaston lääkehoidon toteutus on lainsäädännön ja sen soveltamisohjeiden mukaista</p>
Esimiesten tuki ja ohjaus	<p>Esimies luo edellytykset yhteistoiminnallisuuden kehittämiseksi ja toteutumiseksi toimimalla itse esikuvana, kannustamalla, takaamalla riittävät resurssit (henkilöstö, koulutus, työnohjaus) ja turvaamalla työryhmän toimintakyky ottamalla selkeästi johtajan roolin. Esimiehen tulee toimia myös yhdyshenkilönä ja henkilöstön edustajana ylempään johtoon nähden.</p>
	<p>➔ Osastonhoitaja ja ylihoitaja osallistuvat yhteisiin kokouksiin ja koulutuksiin. Esimiehille ja erityistyöntekijöille jaetaan vielä lisää aineistoa mallista.</p>

TOIMINNAN SISÄLTÖ	
KÄSITTEET	SELITYS
Potilaan oman kertomuksen ottaminen hoidon lähtökohdaksi	<p>Hoidon lähtökohdaksi on potilas ja hänen elämäntilanteensa. Hoidossa keskitytään potilaan esiin nostamiin kertomuksiin, tavoitteisiin ja toiveisiin rohkaisemalla ja esittämällä kysymyksiä ja kuuntelemalla häntä.</p>
	<p>➔ Potilaan oma kertomus lääkehoidosta on lähtökohdaksi: lääkityshistoria, sitoutuminen lääkehoitoon, sivuvaikutukset. Kirjataan perustietoihin hoidon alkuvaiheessa.</p>
Hoidon rakentuminen potilaan voimavarojen mukaisesti	<p>Hoidossa pyritään tunnistamaan potilaiden vahvuuksia ja tukemaan niitä. Tähän päästään yhteistyöllä, jossa potilaan kanssa neuvotellen asetetaan tavoitteet. Keskeistä on potilaan tietoisuuden lisääminen omista vahvuuksistaan. Pienetkin edistysaskeleet tunnustetaan ja hyödynnetään tietoisesti voimavaroina.</p>
	<p>➔ Lääkehoito toteutetaan potilaan voimavarojen mukaisesti, voimavaroja tuetaan jakamalla tietoa lääkityksestä, motiivimalla potilasta lääkehoitoon sekä vastailemalla potilaan mahdollisiin kysymyksiin.</p>
Eri toimijoiden yhteisen ymmärryksen muodostuminen hoidosta	<p>Osapuolilla on yhteinen ymmärrys hoidon tavoitteista ja auttamistavoista.</p>
	<p>➔ Lääkehoidon toteutuksessa pyritään löytämään yhteinen ymmärrys eri toimijoiden kesken..</p>
Yhteisistä tavoitteista sopiminen ja toimiminen niiden mukaisesti	<p>Eri toimijat sopivat yhdessä hoidon tavoitteista ja toimivat niiden mukaisesti.</p>
	<p>➔ Sovituista asioista pidetään kiinni.</p>
Eri toimijoiden kokemuksen ja osaamisen hyödyntäminen	<p>Eri toimijat jakavat osaamistaan ja kokemustaan muiden hoitoon osallistuvien kanssa.</p>
	<p>➔ Annetaan moniammatillisen työryhmän jäsenille tilaa esittää omamielipiteensä.</p>

Eri toimijoiden tukeminen vastuulliseen toimintaan	Yhteistoiminnallisessa hoidossa vastuu jakaantuu kaikkien hoitoon osallistuvien kesken. Jokaisella hoitoon osallistuvalla on omaan asiantuntemukseensa perustuva tehtävä. Mahdollisuus jakaa näkemyksensä toisten toimijoiden kanssa, mahdollisuus tulla kuulluksi ja kokemus oman osallistumisen arvostamisesta tukevat eri toimijoita vastuulliseen toimintaan.
	<p>➔ Hoitotyöntekijä haastattelee yhdessä lääkärin kanssa potilaan tulotilanteessa, potilaan kertomus on lääkehoidon toteutuksen lähtökohtana. Lääkehoitoon liittyvistä asioista päätettäessä potilas on aina läsnä. Vaikka osastolla ei tällä hetkellä ole omaa lääkäriä potilasta pyritään lääkemuutoksia tehtäessä tapaamaan, näin pyritään toimimaan myös päivystysaikana. Jos tämä ei mahdollista, hoitotyöntekijä informoi potilasta, ja vastaa asian kirjaamisesta. Vastuuhoitaja kirjaa kahdenkeskisissä keskusteluissa esiin tulleita lääkehoitoon liittyviä asioita ja vastaa tiedon välittymisestä muille moniammatillisen työryhmän jäsenille. Sosiaalityöntekijä vastaa tarvittavien maksusitoumusten hankkimisesta. Hoitotyöntekijä vastaa lääkehoidon toteutuksen seurannan kirjaamisesta niin, että potilaan ääni on kuuluvissa: miksi kieltäytyy lääkityksestä?, minkälaisia sivuvaikutuksia, onko potilas tietoinen lääkemuutoksista, onko ja miten tarvittava lääkitys on auttanut. Kirjaus tehdään hoitotyön seurantaan.</p>

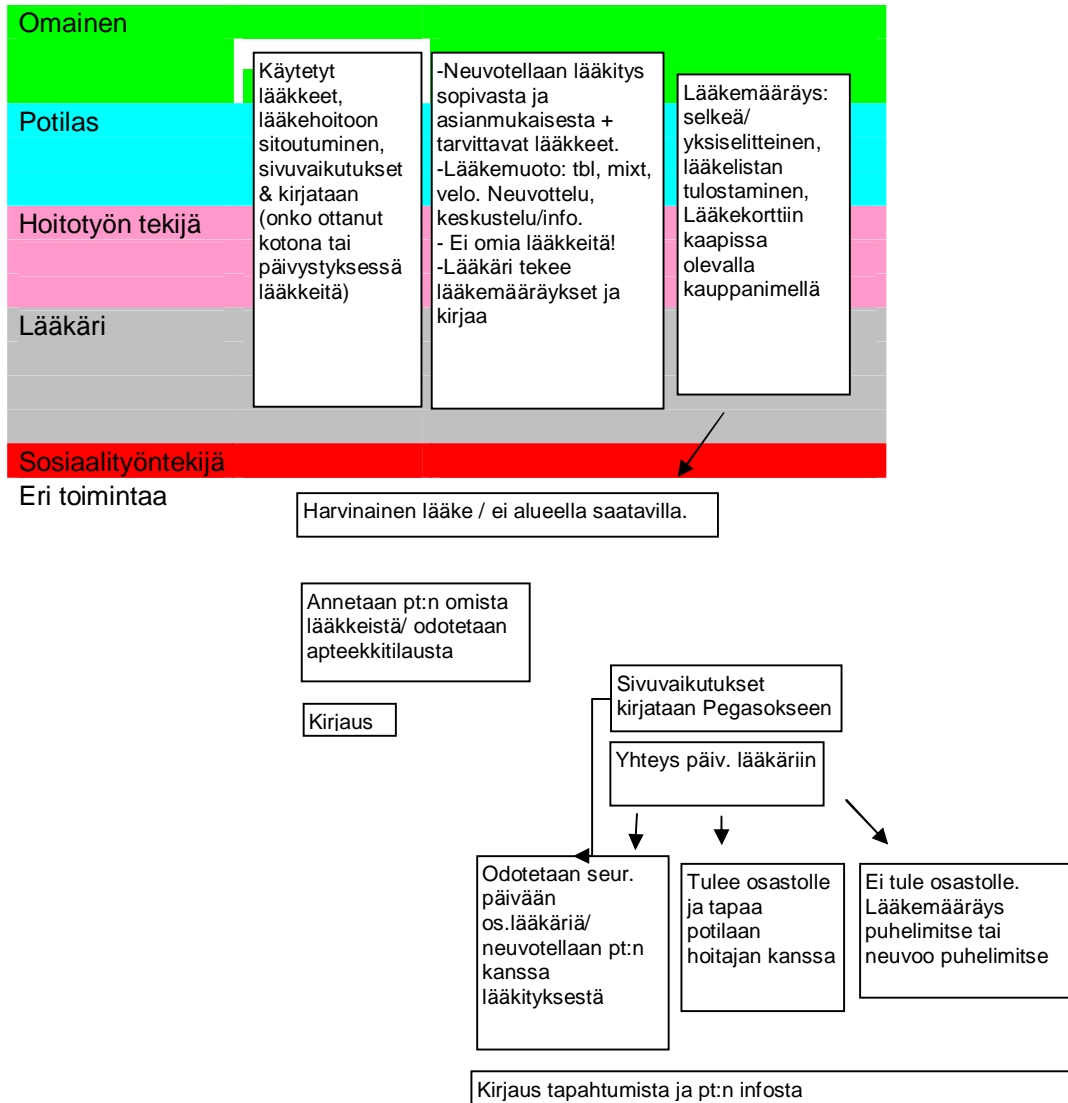
TOIMINNAN ESTEET	
KÄSITTEET	SELITYS
Autoritääriinen asiantuntijuus hoitokulttuurissa	Eri toimijat määräävät neuvottelematta tai kuuntelematta muiden mielipiteitä tai kunnioittamatta heitä ihmisinä. Autoritääristä asiantuntijuutta voi esiintyä kaikissa osaston hoitotilanteissa tai työskentelyssä, ja se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

	kä osoita luottamusta osastohenkilökuntaa kohtaan. Esteenä voi myös olla se, että esimiehet pitäytyvät vanhoissa toimintamalleissa.
	➤ Esimiespäivä 6.5.2008. Mallin esittely psykatriaosaston johtoryhmässä syksyllä 2008.
Eri toimijoiden yhteisen näkemyksen puute hoidon tavoitteista ja menetelmistä	Osaston hoitokulttuurissa ei tehdä yhdessä päätöksiä, eikä keskusteluissa kunnioiteta eri toimijoiden mielipiteitä.
	➤ Osastokokouksissa, osastotunneilla ja kehittämisspäivillä sovitaan yhteisistä linjavedoista.
Riittämättömät resurssit	Osastolla ei ole riittävästi aikaa kouluttaa henkilökuntaa, vallitsee kiire, tiukat aikataulut eikä käytössä ole riittävästi työnohjausta. Henkilökunnan jäsenet vaihtuvat, työryhmässä puutteellinen moniammatillinen edustus, uudet työntekijät eivät ole saaneet riittävästi perehdytystä ja henkilökuntaa kokee, että on liian paljon oheistoimintaa ja täten jää hän aika kuunnella potilasta.
	➤ Vaikka tällä hetkellä ei omaa osastonlääkäriä pyritään turvaamaan yhteistoiminnallisuus. Kesäaikaan panostetaan erityisesti kesälomasijaisten perehdyttämiseen.

TOIMINNAN SEURAUKSET	
KÄSITTEET	SELITYS
Potilaiden vastuullisuus omasta hoidostaan lisääntyä	Potilas jakaa näkemyksensä ja kokemuksensa omaan hoitoonsa liittyvissä asioissa läheistensä ja hoitavien henkilöiden kanssa hoidon eri vaiheissa. Potilaille yhteistoiminnallinen hoito mahdollistaa siirtymisen passiivisen vastaanottajan roolista vastuulliseksi osallistujaksi.
	➤ Potilas osallistuu oman lääkehoitonsa suunnitteluun, toteutukseen ja arviointiin.
Yhteistoiminnallinen hoitokulttuuri vahvistuu työskentelyn lähtökohdaksi	Yhteistoiminnallisessa hoitokulttuurissa työskennellään yhteistoimintamallin mukaisesti. Potilaan hoito suunnitellaan moniammatillisena yhteistyönä potilaan ja hänen verkostonsa kanssa, jossa sovitaan hoidon linjauksista ja kokonaistavoitteista. Eri toimijat sopivat keskinäiselle yhteistyölle tavoitteet ja laativat suunnitelman, joihin kaikki voivat sitoutua. Tavoitteisiin pyritään yhdessä sovituin yksilöllisin, joustavin ja innovatiivisin ratkaisuin. Yhteistyön toteutumista ja tavoitteiden saavuttamista arvioidaan koko hoitoprosessin ajan. Moniammatillinen työryhmä auttaa potilasta tiedostamaan hänen omat mahdollisuutensa, tukee häntä arvioimaan näitä mahdollisuuksia ja löytämään voimavaroja selviytyäkseen sairautensa kanssa. Potilaan hoitoon voi liittyä tilanteita, joissa potilaan itsemääräämisoikeutta joudutaan rajoittamaan. Itsemääräämisoikeuden rajoittaminen tapahtuu yhteistyössä potilaan kanssa siten, että rajoitukset perustellaan potilaille ja niistä neuvotellaan hänen kanssaan siten, että potilaan arvokkuus säilyy. Prosessikaaviosta käy ilmi miten toimitaan jos pt esim. kieltäytyy lääkityksestään. Kerrotaan vaihtoehdot ja perustellaan lääkityksensä. Kirjataan hoitotyönlehdelle. Tarvittaessa yhteys lääkäriin.
	➤

Lääkehoidon prosessikaavio
Auroran sairaala osasto 6 - 1
Virpi Jaakkola ja Kimmo Sainio

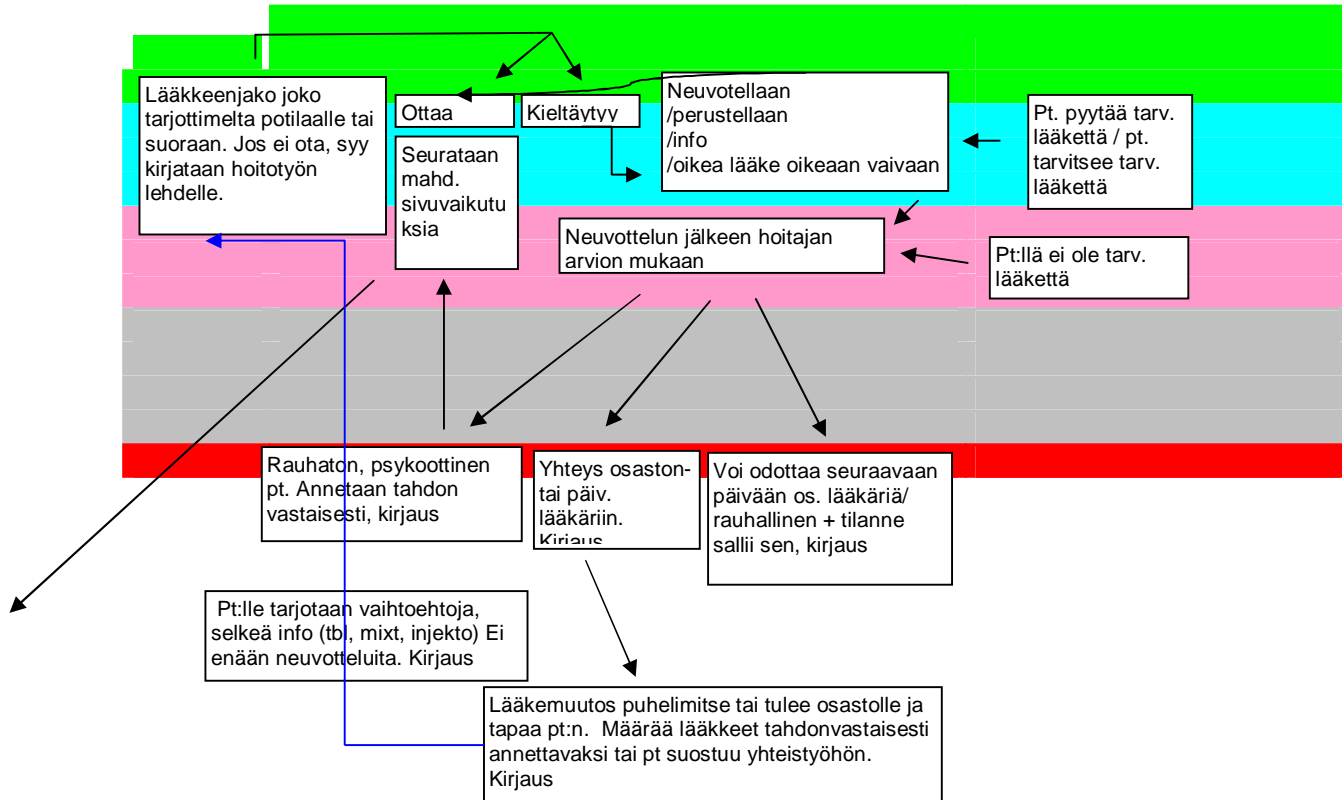
Hoidon aloitus Lääkehoidon aloitus



Lääkehoidon prosessikaavio
Auroran sairaala osasto 6 - 1
Virpi Jaakkola ja Kimmo Sainio

Lääkkeen antaminen

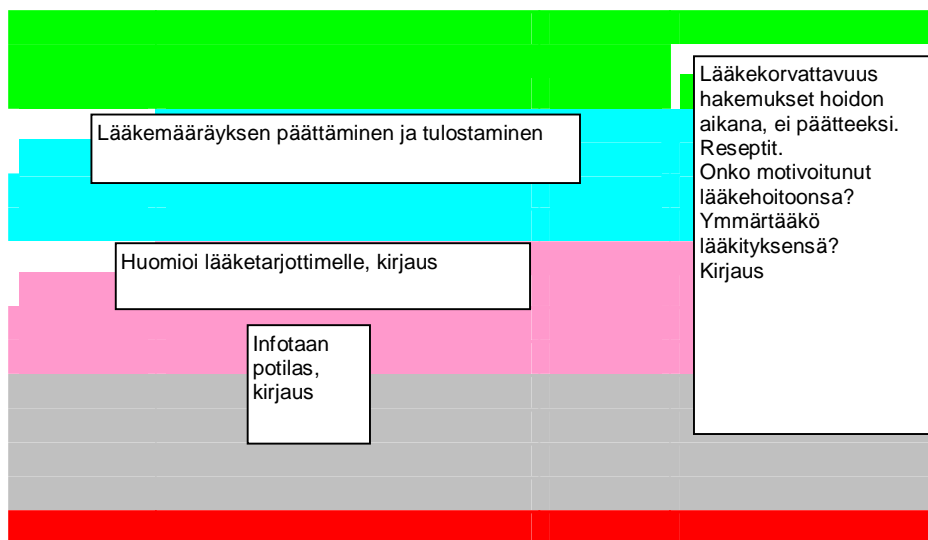
Tarvittavat lääkkeet



Lääkehoidon prosessikaavio
Auroran sairaala osasto 6 - 1
Virpi Jaakkola ja Kimmo Sainio

Lääkemuutokset hoidon
aikana

Hoidon päättäminen



YHTEISTOIMINTAMALLIN MUKAINEN LÄÄKEHOITO

Lotta Rantanen
Aino Sonninen
Terhi Tepsell

4.5.2009

Esityksestä

- Tämä esitys on tehty opinnäytetöinä Metropolian Ammattikorkeakoulussa, yhteistyössä Auroran sairaalan os. 6-1 kanssa.
- Tämä esitys perustuu Auroran sairaalan os. 6-1 ja etenkin sh Kimmo Sainion ja sh Virpi Jaakkolan tuottamaan materiaaliin (Lääkehoidon prosessikaavio, Yhteistoimintamallin käsitteiden määrittely).
- Lue dia kerrallaan ja syvennä halutessasi tietoasi tutustumalla ?-kansiosta löytyvään lisämateriaaliin [sinisiä](#) linkkejä klikkaamalla.
- Viimeiseltä dialta löydät suositeltavaa kirjallisuutta.

P.s. Katsele esitystä koko ruudun kokoisena Slideshow-esityksenä, niin se on viihdyttävämpi. ☺

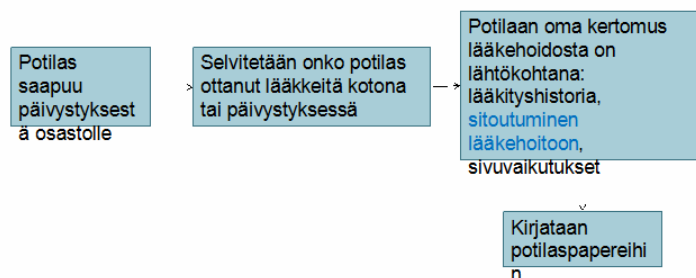
Yhteistoimintamallin mukaisen lääkehoidon toteuttamisen edellytykset



- Keskinäinen kunnioitus kaikkia lääkehoidon toteutukseen osallistuvia kohtaan (potilas, omaiset, läheiset, moniammatillinen työryhmä)
 - *Potilaan kertomus on lääkehoidon toteutuksen lähtökohta*
- Oman toiminnan tunteminen ja arviointi
- Kyky keskustelemaan yhteistyöhön
 - *Lääkehoidon toteutuksessa pyritään löytämään yhteinen ymmärrys*
- Psykiatrista lääkehoitoa ohjaavan lainsäädännön ja sen sovelluksien tunteminen ja noudattaminen
 - Psykiatrista lääkehoitoa ohjaava lainsäädäntö
 - Turvallinen lääkehoito-opas
 - Lääkehoitosuunnitelma
- Sitoutuminen yhteistoimintamallin mukaiseen työskentelyyn

4.5.2009

Hoidon aloitus



4.5.2009

Vastuullinen toiminta lääkehoidon toteutuksessa

- Yhteistoiminnallisessa hoidossa vastuu jakaantuu kaikkien hoitoon osallistuvien kesken (potilas, omaiset, läheiset, moniammatillinen työryhmä)
- Jokaisella hoitoon osallistuvalla on omaan asiantuntemukseensa perustuva tehtävä
- Mahdollisuus jakaa näkemyksensä toisten toimijoiden kanssa, mahdollisuus tulla kuulluksi ja kokemus oman osallistumisen arvostamisesta tukevat eri toimijoita vastuulliseen toimintaan
- [Potilaslähtöisen psykiatrisen hoitotyön malli](#)

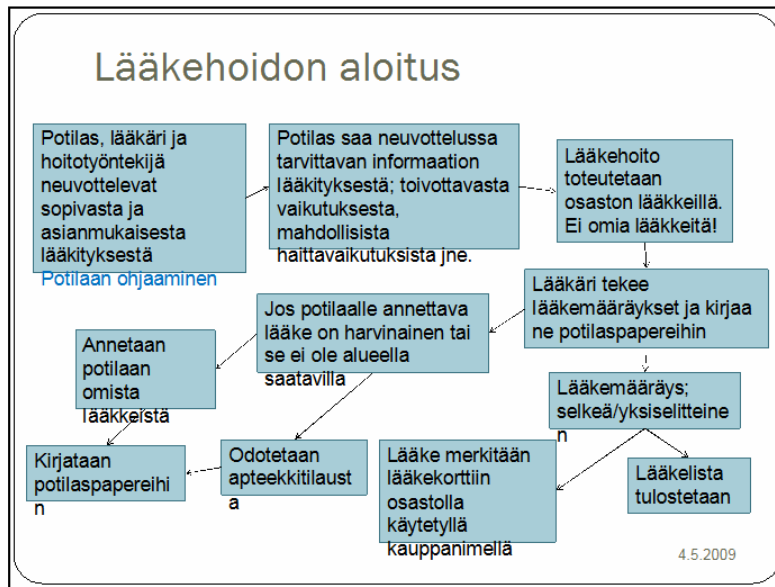


4.5.2009

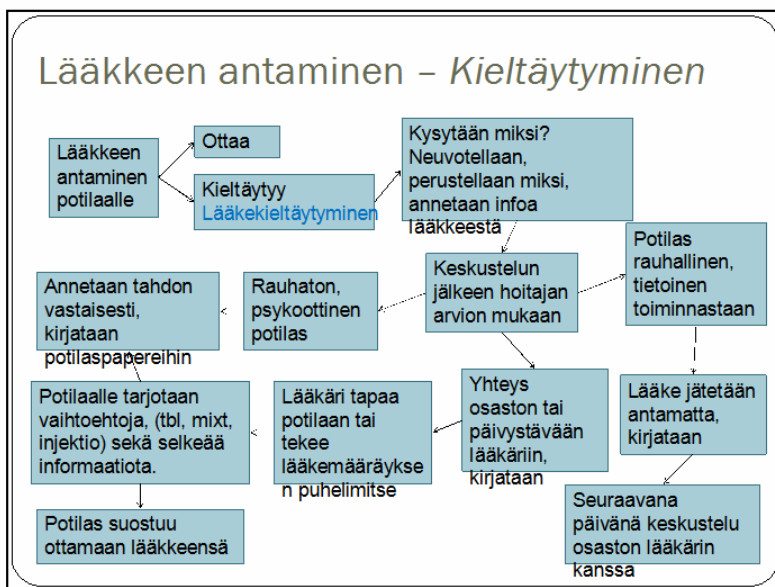
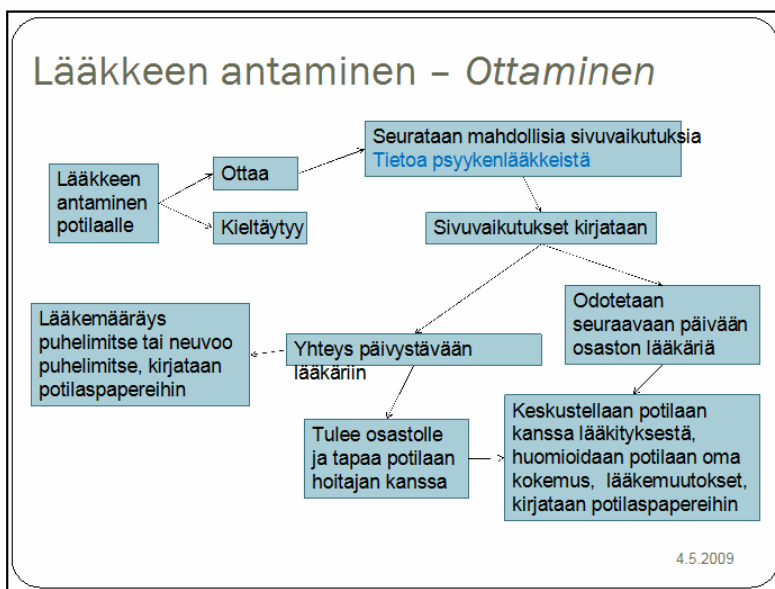
Lääkehoidon toteutuksen vastuut käytännössä

- Lääkehoitoon liittyvistä asioista päätettäessä *potilaan tulisi olla aina läsnä*
- Jos osastolla ei ole omaa lääkärinä, potilasta pyritään lääkemuutoksia tehtäessä tapaamaan, näin pyritään toimimaan myös päivystysaikana
 - Jos tämä ei ole mahdollista, hoitotyöntekijä informoi potilasta muutoksesta, ja vastaa asian kirjaamisesta
- *Vastuuhoitaja* kirjaa kahdenkeskisissä keskusteluissa esiin tulleita lääkehoitoon liittyviä asioita ja vastaa tiedon välittämisestä muille moniammatillisen työryhmän jäsenille
- *Sosiaalityöntekijä* vastaa tarvittavien maksusitoumusten hankkimisesta
- *Hoitotyöntekijä* vastaa lääkehoidon toteutuksen seurannan kirjaamisesta niin, että potilaan ääni on kuuluuissa:
 - miksi kieltäytyy lääkityksestä?
 - minkälaisia sivuvaikutuksia?
 - onko potilas tietoinen lääkemuutoksista?

4.5.2009

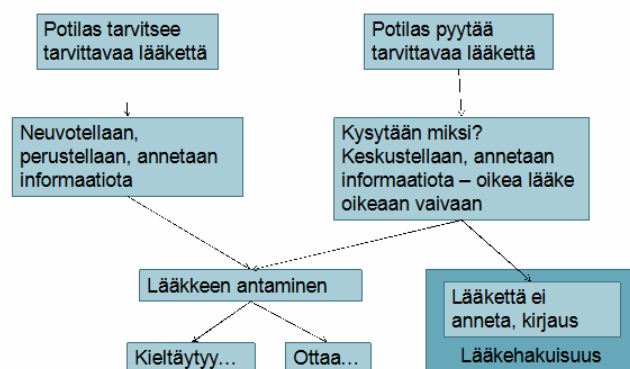


*Potilas Pekka tulee osastolle, ja sinä otat hänet vastaan.
Pekalle on määrätty lääke, jonka ensimmäisen annoksen
hän on saanut päivystyksessä.
Pekalle on tullut lääkityksestä omituinen olo ja
sydämentykytystä.
Nyt Pekka ei usko lääkityksestä olevan hänelle
muuta kuin haittaa.
Miten ohjaat Pekkaa tässä tilanteessa?*



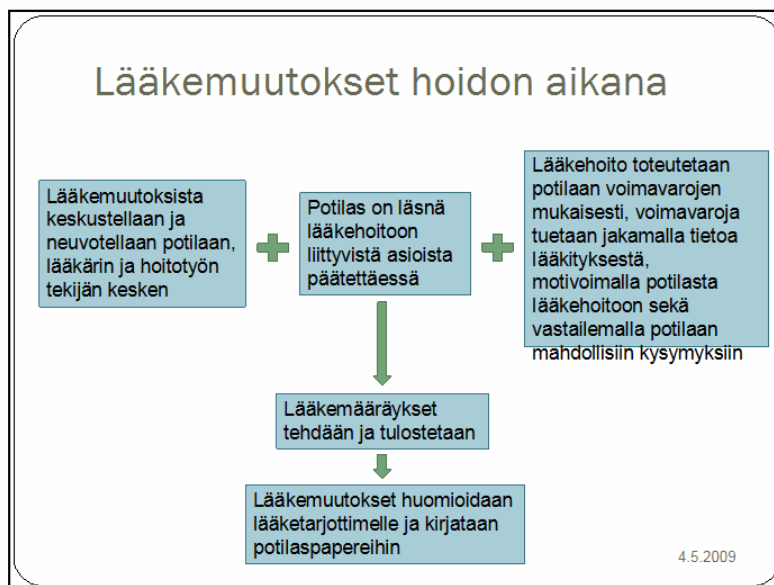
*Annat potilaallesi Maijalle ensimmäisen lääkannoksen klo 20.00.
Maija kysyy: "Mitä nämä pillerit oikein on? En minä näitä ota."
Mistä tietämättömyys voi johtua?
Miten toimit tilanteessa?*

Tarvittavat lääkkeet



4.5.2009

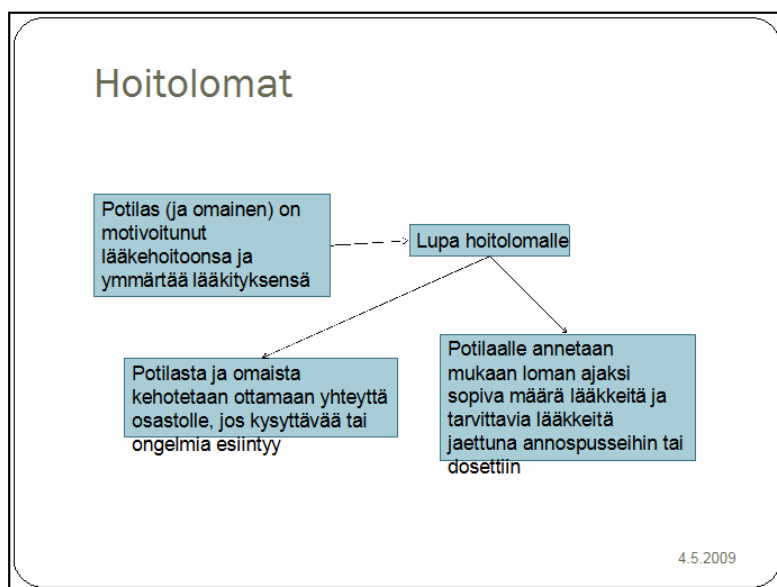
*Potilaallesi Mikalle on määrätty tarvittaessa Diapam® 10 mg x 3/ vrk.
Puolenpäivän aikaan hän pyytää kolmatta Diapamia.
Miten arvioit lääkkeen tarpeen yhdessä potilaan kanssa?
Mitä neuvoksi, jos lääke ei mielestäsi tunnu sopivimmalta vaihtoehdolta,
vaikka potilas sitä ehdottomasti vaatii?*



Vertaile.

A) Potilasta informoidaan lääkemuutoksesta
B) Potilas osallistuu päätöksentekoon lääkemuutoksesta

Mitä merkitystä eri toimintatavoilla on potilaan kokemukseen hoidosta sekä hoidon vaikuttavuuteen?



*Erkki on ollut osastolla hoidossa skitsofrenian vuoksi.
Hän on itse sitoutunut lääkahoitoon,
mutta hänen vanhempansa kyseenalaistavat lääkehoidon
tarpeellisuuden.
Nyt Erkki on lähdessä hoitolomalle.
Miten ohjaat Erkin vanhempia?*

Hoidon päättäminen

Ymmärtääkö potilas (ja
omaiset)
lääkityksensä?

Onko potilas motivoitunut
hoitoonsa?

Annetaan potilaalle:
• Lääkekorvattavuushakemukset
(tehdään hoidon aikana, ei päättyessä)
• Reseptit

Kirjataan
potilaspapereihin

*Potilaan osastohoito loppuu.
Mitä asioita otat huomioon lääkeshoidon ohjauksessa?
Miten varmistat, että potilas osaa ja muistaa ottaa lääkkeet oikein ?
Miten varmistat, ettei hän keskeytä lääkkeiden ottoa kotiin päästyään,
koska kokee "voivansa jo paljon paremmin"?*

Yhteistoimintamallin mukaisen toiminnan seuraukset

- Potilaan vastuullisuus omasta hoidostaan lisääntyy
- Potilas jakaa näkemyksensä ja kokemuksensa omaan hoitoonsa liittyvissä asioissa läheistensä ja hoitavien henkilöiden kanssa hoidon eri vaiheissa
- Potilaalle yhteistoiminnallinen hoito mahdollistaa siirtymisen passiivisen vastaanottajan roolista vastuulliseksi osallistujaksi



Yhteistoiminnallinen hoitokulttuuri vahvistuu työskentelyn lähtökohdaksi

- Yhteistoiminnallisessa hoitokulttuurissa työskennellään yhteistoimintamallin mukaisesti
- Potilaan hoito suunnitellaan moniammatillisena yhteistyönä potilaan ja hänen verkostonsa kanssa, jossa sovitaan hoidon linjauksista ja kokonaistavoitteista
 - Eri toimijat sopivat keskinäiselle yhteistyölle tavoitteet ja laativat suunnitelman, joihin kaikki voivat sitoutua
 - Tavoitteisiin pyritään yhdessä sovituin yksilöllisin, joustavin ja innovatiivisin ratkaisuin
 - Yhteistyön toteutumista ja tavoitteiden saavuttamista arvioidaan koko hoitoprosessin ajan.
 - Moniammatillinen työryhmä auttaa potilasta tiedostamaan hänen omat mahdollisuutensa, tukee häntä arvioimaan näitä mahdollisuuksia ja löytämään voimavaroja selviytyäkseen sairautensa kanssa.
- Potilaan hoitoon voi liittyä tilanteita, joissa potilaan itsemääräämisoikeutta joudutaan rajoittamaan
 - Itsemääräämisoikeuden rajoittaminen tapahtuu yhteistyössä potilaan kanssa siten, että rajoitukset perustellaan potilaalle ja niistä neuvotellaan hänen kanssaan siten, että potilaan arvokkuus säilyy

Suosittelavaa kirjallisuutta

- Huttunen, Matti 2008: Lääkkeet mielen hoidossa. Duodecim. http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_teos=lam
- Huttunen, Matti 2008: Psykenlääkeopas. Duodecim.
- Kampman, Olli 2003: Compliance in Psychotic Disorders. Väitöskirja. Tampereen yliopisto.
- Latvala, Eila 1998: Potilaslähtöinen psykiatrinen hoitotyö laitospäristössä. Oulun yliopisto.
- Mäkitalo, Juha-Pekka 1999: Psykiatrisessa sairaalahoidossa olevien potilaiden kieltäytyminen lääkehoidosta. Pro gradu. Turun yliopisto. Hoitotieteen laitos.
- Turvallinen lääkehoito. Valtakunnallinen opas lääkehoidon toteuttamisesta sosiaali- ja terveydenhuollossa. 2006. Sosiaali- ja terveysministeriö. <http://www.stm.fi/Resource.phx/publishing/store/2006/02/pr1139565646410/passthru.pdf>