



Osaamista
ja oivallusta
tulevaisuuden
tekemiseen

Maija Linnavirta
Caije Winqvist

Lääkekielteisen potilaan ohjaaminen mielenterveysshoitotyössä

Toiminnallinen opinnäytetyö

Metropolia Ammattikorkeakoulu
Sairaanhoidtaja AMK
Sairaanhoidotyön tutkinto-ohjelma
Opinnäytetyö
01.05.2020

Tekijä(t) Otsikko	Maija Linnavirta ja Caije Winqvist Lääkekielteisen potilaan ohjaaminen mielenterveysshoitotyössä
Sivumäärä Aika	15 sivua + 1 liitettä 1.5.2020
Tutkinto	Sairaanhoitaja AMK
Tutkinto-ohjelma	Sairaanhoitotyön tutkinto-ohjelma
Suuntautumisvaihtoehto	Hoitotyö
Ohjaaja(t)	Tiia Saastamoinen TtM, TtT-opiskelija (UEF), Sh (AMK)
<p>Mielenterveys on kaikille kuuluva voimavara. Terveystieteiden ammattilaiset mielenterveys-työssä ovat ensiarvoisen tärkeässä asemassa vahvistamassa ja tukemassa potilaiden mielenterveyttä. Lääkehoito on tärkeä osa mielenterveyshäiriöiden hoidossa muiden hoitokeinojen ohella. Heikko lääkehoitoon sitoutuminen on ongelma kaikissa pitkäaikaissairauksista, myös psyykkisissä sairauksissa.</p> <p>Opinnäytetyömme käsittelee potilaan lääkehoidon ohjaamista mielenterveysshoitotyössä, tahdonvastaisessa hoidossa olevan potilaan näkökulmasta. Opinnäytetyön tarkoituksena on teoreettiseen viitekehykseen pohjautuen luoda simulaatiomalli, jolla potilaan lääkehoidon ohjausta mielenterveysshoitotyössä voidaan opetella.</p> <p>Toiminnallisessa opinnäytetyössä on tehty teoreettinen viitekehys tutkitun tiedon pohjalta ja siihen liittyen olemme tehneet simulaatiotehtävän mielenterveyspotilaan lääkehoidon ohjaamisesta, jota Metropolian Ammattikorkeakoulun mielenterveysshoitotyön opettajat hyödyntävät opetuksessa. Opiskelijoille on tehty ennakkotehtävä simulaatioon, joka pitää sisällään kysymyksiä aiheesta. Ennakkotehtävän tarkoitus on auttaa opiskelijaa valmistautumaan simulaatioon.</p>	
Avainsanat	Tahdonvastainen, lääkehoito, lääkehoidon ohjaus, mielenterveysshoitotyö, simulaatio

Author(s) Title	Caije Winqvist and Maija Linnavirta Supervising a drug-negative patient in mental health care
Number of Pages Date	15 pages + 1 appendices 1 May 2020
Degree	Bachelor of Health care
Degree Programme	Nursing and Health care
Specialisation option	Nursing
Instructor(s)	Tiia Saastamoinen, MNSc, PhD Candidate, RN, Senior Lecturer
<p>Mental health is an asset for all. Health care professionals working in mental health care have an extremely important role to play in strengthening and supporting a patient's mental health. Medication is an important part of the treatment of mental disorders, among other treatments. Poor commitment to medical treatment is a problem in all long-term illnesses, including mental disorders.</p> <p>Our thesis deals with the subject of supervising the medical treatment in mental health care, from the perspective of a patient in involuntary treatment. The purpose of the thesis is to create a simulation model based on the theoretical frame of reference, which can be used for teaching the supervising of a patient in medical treatment.</p> <p>In the functional thesis, a theoretical frame of reference has been made on the basis of the researched information. Based on that we created a simulation task about supervising the medical treatment of a patient, which will be utilized by the teachers of Metropolia University of Applied Sciences in mental health nursing. We have made a pre-assignment for the simulation that includes questions of the topic. The purpose of the pre-assignment is to help the students prepare for the simulation.</p>	
Keywords	Involuntary, medical treatment, supervising the medical treatment, mental health care, simulation

Sisällys

1	Johdanto	1
2	Opinnäytetyön tarkoitus ja tavoitteet	2
3	Tiedonhaku	2
4	Teoreettinen viitekehys	3
4.1	Potilaan lääkehoidon ohjaus	3
4.2	Mielenterveyshoitotyön lääkkeet	4
4.3	Tahdosta riippumaton hoito	7
4.4	Psyykkisen sairauden tahdonvastaisen hoidon toteutus	7
5	Simulaatio oppimismenetelmänä	9
5.1	Simulaation ennakkotehtävä	10
5.2	Simulaatioharjoitus	10
5.3	Loppukeskustelu	11
6	Eettisyys ja luotettavuus	11
7	Pohdinta	12
	Lähteet	14
	Liitteet	
	Liite 1. Hakutaulukko	

1 Johdanto

Lääkehoito on yksi keskeisimpiä hoitomuotoja, joka luokitellaan terveydenhuollon toiminnaksi ja sen toteuttamisesta vastaavat koulutuksen saaneet terveydenhuollon ammattilaiset (Valvira 2020). Laki terveydenhuollon ammattilaisesta määrittelee, että terveydenhuollon ammattihenkilön eettinen velvollisuus on terveyden ylläpitäminen ja edistäminen ja toiminnan tulee olla yleisesti hyväksyttyä ja koulutusta vastaavaa (Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä 1994). Lääkehoidon toteuttaminen on siis olennainen osa sairaanhoitajan ammattietiikkaa ja potilaan hyvinvointia edistävää ja ylläpitävää toimintaa.

Suomessa joka vuosi 1,5 prosenttia suomalaisista sairastuu johonkin mielenterveydenhäiriöön. Joka viides sairastaa jotakin mielenterveyshäiriötä. Ainakin joka kymmenes ja mahdollisesti joka viides suomalainen sairastaa yhden vakavan masennusjakson elämänsä aikana. Tiedon lisääntyessä ennakkoluulot mielenterveyshäiriötä kohtaan vähenvät. Mielenterveyshäiriöstä huolimatta ihminen voi elää hyvää, monipuolista ja laadukasta elämää. Vakavistakin mielenterveyshäiriöistä on mahdollista parantua. (Huttunen 2017.)

Mielenterveys on kaikille kuuluva voimavara. Terveydenhuollon ammattilaiset mielenterveystyössä ovat ensiarvoisen tärkeässä asemassa vahvistamassa ja tukemassa potilaiden mielenterveyttä. Lääkehoito on tärkeä osa mielenterveyshäiriöiden hoidossa muiden hoitokeinojen ohella. (Etene 2010:3.) Todennäköistä on, että jokainen valmistuva sairaanhoitaja kohtaa työssään mielenterveysongelmista kärsiviä potilaita. Esimerkiksi unettomuus, ahdistuneisuus sekä päihdeongelma luokitellaan mielenterveysongelmaksi. (Wahlbeck ym. 2017.)

Opinnäytetyömme käsittelee potilaan lääkehoidon ohjaamista mielenterveyshoitotyössä. Kokonaisvaltainen lääkehoito on tärkeä kokonaisuus, johon tulisi jo sairaanhoito-opintojen aikana saada perusteellinen pohja. Oman kokemuksemme mukaan opiskeluaikana on ollut liian vähän lääkehoidon opetusta ja farmakologian luentoja. Tässä toiminnallisessa opinnäytetyössä tuotettu simulaatiotehtävä ja siihen liittyvä ennakkotehtävä tulevat Metropolia Ammattikorkeakoulun mielenterveys- ja päihdehoitotyön opetukseen.

2 Opinnäytetyön tarkoitus ja tavoitteet

Opinnäytetyön tarkoituksena on teoreettiseen viitekehykseen pohjautuen luoda simulaatiomalli, jolla potilaan lääkehoidon ohjausta mielenterveysshoitotyössä voidaan opetella. Opinnäytetyö käsittelee lääkehoidon ohjausta mielenterveysshoitotyössä, tahdonvastaisessa hoidossa olevan potilaan näkökulmasta. Aiheeseen liittyvän tiedon perusteella on tehty teoreettinen viitekehys ja siihen pohjautuen on tehty simulaatiotehtävä mielenterveyspotilaan lääkehoidon ohjaamisesta, jota Metropolian Ammattikorkeakoulun mielenterveysshoitotyön opettajat hyödyntävät opetuksessa. Simulaatiotapahtumasta on tehty myös ennakkotehtävä opiskelijoille. Ennakkotehtävä sisältää kysymyksiä aiheesta. Ennakkotehtävä auttaa opiskelijaa valmistautumaan simulaatioon.

Opinnäytetyön tavoitteena on etsityn teorian avulla tarkastella potilasohjauksen erityispiirteitä mielenterveysshoitotyössä. Opinnäytetyön toiminnallisena osuutena tuotettiin Metropolian Ammattikorkeakoulun mielenterveysshoitotyön opetukseen simulaatiotehtävä ja siihen liittyvä ennakkotehtävä. Tehtävien tarkoitus on ennen kaikkea auttaa opiskelijoita saamaan varmuutta potilasohjaustilanteeseen ja sen lisäksi opiskelija saa tukea farmakologian opiskeluun liittyen mielenterveyspotilaan lääkehoitoon. Simulaatiotehtävän sisällöllä havainnollistetaan, miten haastavaa ohjaaminen voi olla, kun kyseessä on lääkekielteen mielenterveyspotilas. Tavoitteena on myös antaa näkökulmia ohjaukseen sekä ohjeistaa, miten toimia tahdonvastaisessa hoidossa olevan potilaan lääkehoidon toteuttamiseksi.

3 Tiedonhaku

Tiedonhaussa on käytetty Medic-, PubMed- ja Google Scholar-tietokantoja. Mielenterveysshoitotyössä eniten käytössä olevien lääkkeiden kartoittamiseksi on hyödynnetty Pharmaca Fennicaa, Fimean lääketietokantoja sekä Lääkehoidon oppikirjoja. Tiedonhaussa on hyödynnetty Metropolian kirjaston informaattikkoa. Haut on tehty seuraavilla hakusanoilla: Tahdonvastainen, lääkehoito, lääkehoidon ohjaus, mielenterveysshoitotyö, simulaatio, involuntary, medical treatment, supervising the medical treatment, mental health care, simulation. Haku rajattiin vuosiin 2000-2020 ajantasaisimman tiedon löytämiseksi. Lisäksi tietokannoista löytyvistä teksteistä otettiin vain vapaasti saatavilla olevia materiaaleja.

Tiedonhaku on kuvattu liitteessä 1.

4 Teoreettinen viitekehys

Opinnäytetyön teoreettinen pohja käsittelee mielenterveyshoitotyötä sairaanhoitajan näkökulmasta ja siihen liittyen tahdosta riippumattomassa hoidossa olevan potilaan ohjaamista, erityisesti lääkehoidon osalta. Teoria sisältää myös osuuden yleisimmin mielenterveyshoitotyössä käytetyistä lääkkeistä, niiden keskeisimmät sivu- ja haittavaikutukset sekä yhteisvaikutuksia muihin paljon käytettyihin lääkkeisiin. Lääkkeet jaetaan terapiaryhmien mukaisesti.

4.1 Potilaan lääkehoidon ohjaus

Yksi keskeisimmistä terveydenhuollon hoitokeinoista on lääkehoito (Valvira 2020). Potilaalla on lain mukaan oikeus terveyden- ja sairaudenhoitoon, joka on asianmukaista ja laadultaan hyvää (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 785/1992). Terveydenhuollon ammattilaiset toteuttavat lääkehoidon ohjausta. Ohjauksen tavoitteena on hyvin informoitu ja hoitoonsa sitoutunut potilas. Potilaan sitoutuminen lääkehoitoon edellyttää yhdenmukaista ja ristiriidatonta ohjausta ja lääkeneuvontaa. (Hakoinen – Inkinen – Volmanen 2015.) Merkityksellinen lääkehoidon ohjaus vaatii sairaanhoitajalta hyviä kommunikointitaitoja, taitoa potilasohjauksesta sekä farmakologisen tietoperustan hallitsemisen. Sairanhoitajalta odotetaan myös, että hän motivoi potilasta lääkehoitoon sitoutumiseen. Lääkehoitoon sitoutumiseen vaikuttavat ulkoiset ja sisäiset tekijät. Sisäisiä tekijöitä ovat esimerkiksi potilaan persoonallisuus, pelot, asenne ja sairauteen liittyvät asiat. Ulkoisia tekijöitä ovat saatu hoito, hoitohenkilökunnan toiminta ja oman verkoston tuki. (Heikkinen 2013.)

Ohjauksen tavoitteena voidaan pitää lääkkeiden oikeaa, turvallista ja tarkoituksenmukaista käyttöä sekä potilaan sitouttamista omaan lääkehoitoonsa. Hyvä ohjausprosessi pitää sisällään potilaan arvioinnin potilaan aikaisemmista kokemuksista ja sen perusteella tiedon tarpeen arvioinnin. Potilaalle tulee asettaa yksilölliset tavoitteet. Ohjauksessa potilaalle annetaan luotettavaa ja näyttöön perustuvaa tietoa käyttämättä liian vaikeita termejä. Potilaalle on annettava mahdollisuus kysymysten esittämiseen. Ohjausmenetelmänä tulee käyttää näyttöön perustuvia keinoja potilaan yksilölliset ominaisuudet huomioiden. Ohjausmenetelmistä käytetyin on suullinen yksilöohjaus. Sen rinnalla käytetään usein lisäksi kirjallista ohjaamista. Ohjauksen tuloksia tulee arvioida sekä mahdollistaa potilaalle tilaisuus palautteen antamiseksi. (Heikkinen 2013; Oksanen 2015.) Auktoriteettipuhetta tulisi välttää, sillä potilas on asiantuntija siinä, miltä oikeasti

tuntuu käyttää lääkkeitä. On myös mahdollista, että potilas ei uskalla kertoa, mikäli hänellä on kielteisiä mielikuvia lääkkeistä, jos hän kokee, että hänen ajatuksensa ovat vääriä, eikä hän saa mahdollisuutta tulla kuulluksi niiden suhteen. (Oksanen 2015.)

Potilaalle täytyy kertoa, mihin kyseinen lääke on tarkoitettu sekä kuinka kauan lääkettä tulee käyttää. Lääkehoito voi olla pitkäaikaiseen käyttöön, kuuriluonteinen tai tarvittaessa otettava. Potilaalle täytyy kertoa lääkkeen vaikutuksesta, keskeisimmistä haitta- ja yhteisvaikutuksista. Potilaan kanssa täytyy käydä läpi oikea annostelu, ajankohta ja miten lääke tulee ottaa. Hänelle tulee kertoa, miten toimia, jos lääke unohtuu tai sitä on ottanut liikaa. Mikäli kyseessä ei ole säännöllinen lääke, potilasta täytyy ohjata siinä, miten lääkkeen tarpeen voi arvioida. Potilasta tulee ohjata, miten lääke kuuluu säilyttää ja miten se hävitetään oikein. Lääkehoidon ohjauksessa on hyvä huomioida potilaan muut käytössä olevat lääkkeet ja luontaistuotteet. Potilaalle tulee antaa ohjeet, mihin ottaa yhteyttä, jos ilmenee lääkehoitoon liittyviä ongelmia. Ohjaustilanteen aikana on hyvä varmistaa, että potilas ymmärtää hänelle annetut ohjeet. (Heikkinen 2013; Van der Meer 2015.)

Hyvä psykiatrinen lääkehoito on potilaan, lääkärin ja muun hoitavan henkilön toimivan yhteistyön tulos. Psykiatrinen lääkehoito on luonteeltaan kokeilevaa johtuen suuresta vaihtelusta lääkkeiden tehossa, riittävästä annostuksesta sekä haittavaikutuksista. Jokaisen potilaan kohdalla nämä ovat yksilöllisiä. Oikea lääkehoito löytyy potilaan kanssa yhteistyötä tehden. Lääkkeiden määrääminen potilasta kuuntelematta voi johtaa siihen, että lääkkeestä tulee potilaalle kielteinen symboli, joka edustaa piittaamatonta lääkäriä ja häpeälliseksi koettua sairautta. Tuolloin lääkkeen haittavaikutukset korostuvat ja potilaasta tulee haluton käyttämään lääkettä. Potilaiden suhde psykiatrisiin lääkkeisiin on hyvin vaihtelevaa. Joku potilas voi kokea lääkehoidon ehdottamisen pelottavana merkinä vakavasta sairaudesta. Lääkehoidon ehdottaminen voi tuntua potilaasta hylkäämiseltä tai välinpitämättömyydeltä. Potilaan lääkekielteisyyden taustalla voi olla potilaan omaisen kielteinen suhde lääkkeisiin. Usein paras hoitotulos saadaan psykoterapian ja lääkehoidon yhdistelmällä. (Huttunen- Socada 2017.)

4.2 Mielenterveyshoitotyön lääkkeet

Psykkisiin oireisiin vaikuttavista lääkkeistä käytetään yleisnimitystä psykiatriset lääkkeet ja ne voidaan jakaa useammalla eri tavalla, koska tietyt lääkkeet eivät rajoitu ainoastaan yhden sairauden tai oireen hoitoon. Esimerkiksi selektiiviset serotoniinin takaisinoton estäjät luokitellaan depressiolääkkeiksi, jossa niiden käyttöä on alun perin tutkittu mutta

myöhemmissä tutkimuksissa niiden käytöstä muun muassa kaksisuuntaisen mielialahäiriön ja pakko-oireisen mielialahäiriön hoidossa on saatu positiivisia tuloksia. (Lönqvist – Henriksson – Marttunen – Partonen, 2017.)

Depressiolääkkeisiin luokitellaan masennustiloihin ja vaikeisiin ahdistuneisuushäiriöihin tarkoitetut lääkkeet. Monoamiinien estäjät on otettu käyttöön ensimmäisinä, vasta 1950-luvulla. Sittemmin nämä on korvattu selektiivisillä MAO-A:n estäjillä. Markkinoille on saatu sen jälkeen myös muita depressiolääkkeitä. Trisykliset masennuslääkkeet on otettu käyttöön 1950-luvun lopulla ja niiden käyttöaiheita ovat nykyisin myös mm. paniikkihäiriö ja pakko-oireinen käytöshäiriö. Trisyklisten masennuslääkkeiden käyttö muihin depressiolääkkeisiin verrattuna on kuitenkin vähäistä. Nykyisin yleisimmin käytössä olevia depressiolääkkeitä ovat selektiiviset serotoniinin takaisinoton estäjät (SSRI-lääkkeet). Nämä on otettu käyttöön 1980-luvulla ja nousivat yleisimmäksi ryhmäksi heti seuraavalla vuosikymmenennellä. SSRI-lääkkeiden suosio perustuu pitkälti siihen, että ne ovat MAO-estäjiä ja trisyklisiä masennuslääkkeitä paremmin siedettyjä. (Partonen – Lönqvist – Syvälahti 2017.)

Kaksisuuntaisen mielialahäiriön peruslääkkeisiin kuuluvat mielialan tasaajat. Ensisijainen lääke on litium, mutta käytössä on myös karbamatsepiini, lamotrigiini ja valproaatti. Litiumilla voidaan tehokkaasti hoitaa kaksisuuntaisen mielialahäiriön maaniset jaksot ja sen on osoitettu estävän maanisten jaksojen uusiutumista. Pitkäaikainen ja vakaa litiumlääkitys madaltaa kaksisuuntaista mielialahäiriötä sairastavan potilaan itsemurhavaaraa. Litiumin seerumipitoisuutta on seurattava vuosittain noin 2-4 kertaa. Litiumista aiheutuvia haittoja voi olla kilpirauhasen vajaatoiminta ja munuaisten vajaatoiminta. Lisäksi litium voi aktivoida lisäkilpirauhasen toimintaa liiksi, jolloin seerumin paratyreoideahormoni- ja kalsiumpitoisuudet voivat nousta. Litiumin seerumipitoisuus tulee tarkistaa myös annosmuutosten aikana tai jos potilaalla on pitkäaikainen kuume. Karbamatsepiini ja valproaatti ovat myös tehokkaita kaksisuuntaisen mielialahäiriön manian ja sekamuotoisen vaiheen hoidossa. Haittavaikutuksena ovat mahdolliset veren kuvan muutokset ja maksan vajaatoiminta. Lääkitys vaatii säännöllistä veren kuvan seuranta ja maksan toimintakokeita. Lääkeaineen seerumipitoisuuksia on seurattava. Kaksisuuntaisen mielialahäiriön maniavaiheeseen sopii myös perinteiset psykoosilääkkeet kuten aripipratsoli, asenapiini, ketiapiini, olantsapiini, risperidoni ja tsiprasidoni. (Partonen – Lönqvist – Syvälahti 2017.)

Ahdistuneisuus on tunnetila, joka sisältää pelkoa, huolestuneisuutta ja elimistön varautumistilan. Ahdistuneisuuteen kuuluvat erilaiset fysiologiset muutokset sekä käyttäytymisominaisuuksia. Psykologiset hoitokeinot ovat ahdistuksen hoidossa ensisijaisia mutta vaikeassa ahdistuksessa voi tilapäinen tai pitkäaikainen lääkehoito olla tarpeen. Ahdistuksen oireidenmukaisista lääkkeistä käytetään yleisnimitystä anksiolyytit. Bentsodiatsepiinit lievittävät ahdistusta, rentouttavat, laskevat elimistön vireystilaa ja ehkäisevät kouristuksia. Näin ollen niitä voi ahdistuksen lisäksi käyttää esimerkiksi unilääkkeenä tai epilepsiahoitojen hoidossa. Yleisimmin käytetyt bentsodiatsepiinit ovat diatsepaami, oksatsepaami sekä alpratsolaami. Bentsodiatsepiinit voivat aiheuttaa psykologista ja fysiologista riippuvuutta, joten niiden käyttöä tulee toteuttaa harkitusti. Suositus on, että lääkeyhdistyksen tulee olla hyvin suunniteltua ja mahdollisimman lyhytkestoista. Pitkäkestoista ahdistusta voidaan hoitaa antidepressiivisellä lääkityksellä, huolimatta siitä onko potilas masentunut. Bentsodiatsepiineja voidaan käyttää myös unettomuuden hoidossa. Unettomuuden hoidossa käytetään myös bentsodiatsepiinien kaltaisia lääkkeitä, kuten tsopikloni, tsolpideemi ja tsaleploni. Unettomuuden hoidossa keskeistä on selvittää unettomuuden syy ja unettomuuden hoidossa psykologiset hoitokeinot ovat ensisijaisia. (Partonen – Lönnqvist – Syvälahti 2017.)

Psykoosilääkkeet eli antipsykootit ovat tarkoitettu vaikeiden psykiatristen ongelmien, erityisesti psykoosien hoitoon. Antipsykoottien tarkoitus psykoosien hoidossa on vähentää potilaan oireita kuten harhaluuloja ja aistiharhoja. Antipsykootit lievittävät oireista aiheutuvaa ahdistusta ja levottomuutta. Antipsykootteilla voidaan myös estää oireiden uusiutumista. Perinteisiä antipsykootteja ovat haloperidoli, levomepromatsiini, perfenatsiini, proklooriperatsiini, flupentiksoli, klooriprotikseeni ja tsuklopentiksoli. Kehitystyön tuloksena 90-luvulta alkaen käyttöön on otettu myös toisen polven psykoosilääkkeitä, joita ovat klotsapiini, ketiapiini, olantsapiini, paliperidoni, risperidoni, sertindoli, tsiprasidoni, asenapiini, brekspipratsoli, iloperidoni, karipratsiini, loksapiini ja lurasidoni. (Partonen – Lönnqvist – Syvälahti 2017.) Psykoosilääkkeiden haasteena on haittavaikutusten esiintyminen. Useimpien psykoosilääkkeiden haittoihin kuuluu merkittävän painonnousun ja metabolisen oireyhtymän riski. Painonnousun myötä erilaisten somaattisten sairauksien riski kasvaa. Painonnousu voi olla vakava ongelma potilaan itsetunnon ja lääkehoitoon sitoutumisen kannalta. Psykoosilääkkeet voivat aiheuttaa esimerkiksi antikolienergisiä haittoja, joita ovat näön hämärtyminen, suun kuivuminen, pahoinvointi, oksentelu, ilma-vaivat, ummetus, virtsaumpi, virtsankarkailu, muistivaikkeudet, sekavuus ja kiihtyneisyys. Oireet ovat pahimmillaan lääkehoidon alussa. Oireet voivat hävitä hoitoa jatkettaessa tai

lääkitysannosten laskun yhteydessä. Muita yleisiä haittoja ovat väsymys, hyperglykemia, QT-ajan nousu ja ortostaattinen hypotensio. (Huttunen – Socada 2017.)

4.3 Tahdosta riippumaton hoito

Suomen mielenterveyslaissa (1990/1116) on säädetty mm. mielenterveyshoitotyöstä sekä mielenterveyspalveluiden järjestämisestä sekä periaatteista. Keskeinen osa mielenterveyslakia on tahdosta riippumatonta psykiatrista hoitoa koskevat säädökset. Mielenterveyslain mukaisesti täysi-ikäinen henkilö voidaan määrätä tahdosta riippumattomaan psykiatriseen hoitoon mikäli

1) hänen todetaan olevan mielisairas, 2) Hän on mielisairautensa vuoksi hoidon tarpeessa siten, että hoitoon toimittamatta jättäminen olennaisesti pahentaisi hänen mielisairauttaan tai vaarantaisi vakavasti hänen terveyttään tai turvallisuuttaan tai vaarantaisi vakavasti muiden henkilöiden terveyttä tai turvallisuutta tai 3) mitkään muut mielenterveyspalvelut eivät sovellu käytettäväksi tai ovat riittämättömiä henkilön hoidossa. Kaikkien edellä mainittujen kriteerien on täytyttävä samanaikaisesti.

Suomen lainsäädännön mukaan on mahdollista määrätä alaikäinen henkilö tahdonvastaiseen psykiatriseen sairaalahoitoon, mikäli hän on vakavan mielenterveydenhäiriön vuoksi hoidon tarpeessa siten, että hoitoon toimittamatta jättäminen olennaisesti pahentaisi hänen sairauttaan tai vakavasti vaarantaisi hänen terveyttään tai turvallisuuttaan taikka muiden henkilöiden terveyttä tai turvallisuutta ja jos mitkään muut mielenterveyspalvelut eivät sovellu käytettäväksi (Mielenterveyslaki 1990/1116).

4.4 Psykkisen sairauden tahdonvastaisen hoidon toteutus

Hoidon tulee aina mahdollisuuksien mukaan tapahtua yhteistyössä potilaan kanssa. Potilaalle on hoidon alussa laadittava hoitosuunnitelma. Psykkisesti sairaan potilaan hoidossa tulee hänen tahdostaan riippumatta käyttää ainoastaan sellaisia lääketieteellisesti hyväksyttäviä tutkimus- ja hoitotoimenpiteitä, joiden laiminlyönti vakavasti vaarantaa hänen tai muiden terveyttä ja turvallisuutta. Potilaan koskemattomuuteen vakavasti ja/tai peruuttamattomasti vaikuttavia hoitotoimenpiteitä, esimerkiksi psykokirurgisia toimenpiteitä, on sallittua toteuttaa ainoastaan täysi-ikäisen potilaan kirjallisella suostumuksella. Poikkeuksena tilanne, jossa hoitotoimenpide on välttämätön potilaan hengen pelastamiseksi. Tahdosta riippumatta toteutettavien tutkimus- ja hoitotoimenpiteiden päätös vastuu on potilasta hoitavalla lääkäriellä. Lääkäriin tulee myös päättää tutkimus- ja hoitotoi-

menpiteen aikana tarvittavista rajoitustoimenpiteistä. Hoidollinen kiinnipito tai lepositeisiin laittaminen voi olla hoidon turvallisen toteuttamisen kannalta välttämätöntä. (Mielen-terveyslaki 1990/1116.)

Suomessa laillisia pakkotoimenpiteitä on psyykkisen ja somaattisen sairauden hoito tahdosta riippumatta, liikkumisvapauden rajoittaminen, eristäminen, sitominen ja yhteydenpidon rajoittaminen. Hoidon aikana voidaan tarvittaessa käyttää myös omaisuuden haltuunottoa, omaisuuden ja lähetysten tarkastamista, henkilötarkastusta ja –katsastusta. Rajoitteiden päätösvastuu on hoidosta vastaavalla tai päivystävällä lääkäriellä. Somaattisen tahdonvastaisen hoidon edellytys on vakava terveysvaara. Tahdonvastaisen sähköhoidon ja pakkoruokinnan toteuttaminen on sallittua vain, jos hoito on potilaalle elintärkeää. Potilaan saa eristää vain, jos hän on todennäköisesti vaaraksi itselleen tai muille, aiheuttaa vakavaa haittaa muiden hoidolle tai on joku muu erittäin painava hoidollinen syy. Sitomiselle on samat edellytykset, mutta sitominen tulee kysymykseen vain, jos eristäminen ei ole riittävä hoitotoimenpide. Tahdonvastainen lääkitseminen on tarpeen vain, jos lääkkeen antamatta jättäminen aiheuttaa välittömän terveysriskin. Yhteistyökyvyn puute on ehtona liikkumisvapauden rajoittamiselle. Mikäli potilaalla on hoidon kannalta haitallisia tai vaarallisia esineitä, on aiheellista tehdä omaisuuden haltuunotto. Omaisuuden tai potilaalle saapuneen paketin/ kirjeen tarkastamiseksi tulee olla perusteltu syy epäillä vaarallisia tai haitallisia esineitä tai päihteitä. Samat edellytykset ovat henkilötarkastukselle. Tarkastus toteutetaan vaatteiden päältä. Mikäli on todennäköinen syy epäillä potilaalla olevan kehossaan vaarallisia aineita, esineitä tai päihteitä, on lääkärin mahdollista määrätä henkilökatsastus. Henkilökatsastus tarkoittaa kehon tutkimista sekä mahdollisesti näytteidenottoa. Yhteydenpitoa saa rajoittaa vain, jos siitä on vakavaa haittaa hoidolle tai turvallisuudelle. Yhteydenpidon rajoitus ei koske viranomaisia. Tutkimustietoa rajoitteiden käytön vaikutuksista on vähän. (Repo-Tiihonen – Putkonen – Tuppurainen, 2012.)

Vastentahtoinen lääkitseminen on yleisin tahdonvastainen hoitotoimenpide psykiatriassa sairaalahoidossa. Perusteet tahdonvastaiselle lääkitsemiselle on usein se, että se on potilaan etujen mukaisesti paras vaihtoehto. Tahdonvastainen lääkitseminen on usein nähty olevan potilaalle välttämätöntä tilanteessa, jossa potilaan oirehdinta on erittäin vakavaa kuten itsetuhoisuus, väkivaltainen tai merkittävästi uhkaava käytös sekä voimakas sairaalahoidon vastustus. Lääkkeistä kieltäytyminen voi johtaa potilaan terveydentilan huononemiseen sekä vaikuttaa heikentävästi sosiaalisiin suhteisiin. Lääkekielteisyydellä on myös vaikutus nostaa yhteiskunnan kustannuksia. Hoito- ja lääkekielteisillä potilailla

on tapana pysyä sairaalassa pidempään ja näin ollen myös hidastavat muiden ihmisten hoitoon pääsyä. (Kaltiala-Heino – Välimäki – Korkeila – Tuohimäki – Lehtinen 2003.)

5 Simulaatio oppimismenetelmänä

Suomessa simulaatioharjoittelusta on kohtalaisesti saatavilla tutkimuksia, mutta kansainvälisissä tutkimuksissa sen on todettu olevan tehokas keino haastavien tilanteiden harjoitteluun (Kupiainen 2013). On olemassa useita eri tapoja toteuttaa simulaatiota, alkaen osatehtäväsimulaatiosta täysimittaiseen simulaatioryhmäharjoitteluun tietokoneavusteisilla ja audiovisuaalisilla simulaatiolaitteilla. Nykyaikainen malli keskittyy pitkälti ryhmissä toteutuvaan, akuuttihoiton moniammatilliseen ja ammattienväliseen harjoitteluun. Simulaatiolla viitataan riittävään todellisuuden jäljittelemiseen tietyn päämäärän saavuttamiseksi. Päämäärä voi olla asian parempi ymmärtäminen, osallistujien harjoittelu asian hallitsemiseksi tai heidän osaamisensa testaamiseksi. (Rosenberg – Silvennoinen – Mattila – Jokela 2013: 9-10.)

Simulaation eri vaiheet ovat, aiheeseen perehdyttäminen, tavoitteiden esittäminen, toteutus ja loppukeskustelu, josta myös käytetään sanaa oppimiskeskustelu. Oppimismenetelmänä simulaatio edistää oppimista ja osaamisen syventämistä kaikilla osaamisen ulottuvuuksilla kuten älyllisellä, teknisellä, eettisellä sekä edistää vuorovaikutustaitoja ja tunne puolta. (Mönkkönen – Kekoni 2017.)

Tässä toiminnallisessa opinnäytetyössä teemme lääkekielteisen mielenterveyspotilaan ohjaamiseen liittyvän simulaatiotapahtuman. Simulaatio on erilainen, mieleenpainuva oppimistilanne, jolla haluamme lisätä opiskelijan mielenkiintoa potilasohjaukseen, lääkehoidon toteuttamiseen sekä mielenterveyshoitotyöhön. Simulaatio tuo opetukseen vaihtelua perinteiseen luentomalliseen opetukseen. Simulaatio on myös harjoitusta työelämää varten koska siinä jäljitellään todellisuutta. (Blomberg 2015.)

Mikäli simulaatiota käytetään osana oppimista koulussa, harjoittelussa tai ammattihenkilökunnan CME-toiminnassa (Continuing medical education), on mahdollista välttyä potilasvahingoilta melkein kokonaan tiettyjä toimenpiteitä suorittaessa, koska tekijä ei ole harjoittelun jälkeen yhtä kokematon kuin ennen sitä. Tärkein motto simulaatioharjoittelussa on se, että toimenpiteitä ei tehtäisi potilailla ensimmäistä kertaa, vaan sitä olisi harjoiteltu aikaisemmin asiaankuuluvalla simulaatiomallilla. (Rosenberg ym. 2013: 10.)

Simulaatio-opetus menetelmänä on tärkeä, mutta se ei kuitenkaan korvaa oikeaa todellista hoitotyön harjoittelua (Pakkanen – Stolt – Salminen 2012:163-174).

Simulaation jälkeen on erittäin hyvä mahdollisuus reflektoida omaa sekä muiden toimintaa harjoittelussa. Tarkoituksena on selvittää mitä puutteita on toiminnassa sekä syitä siihen miksi jokin asia toteutetaan tietyllä tavalla. Simulaatiota on tarkoitus analysoida sekä keskustella simulaatiosta, ei ainoastaan todeta mikä meni väärin tai miten oikeasti olisi pitänyt toimia. (Rosenberg ym. 2013: 15.) Loppukeskustelun avulla arvioidaan myös toteutettu simulaatioharjoitus ja saadaan palautetta toiminnasta (Hallikainen – Väisänen 2007:436-439). Simulaatio-oppimisen pedagoginen perusta on konstruktivismissa, jossa korostetaan yhteistoiminnallisuutta, reflektointia ja tiedon sosiaalista prosessointia (Mönkkönen – Kekoni 2017). Simulaatioharjoitus on myös hyvä tapa edistää opiskelijoiden asennetta ja näkemystä potilaan hoidosta mielenterveyshoitotyössä sekä jatkossa potilaan asemaan asettumista (Kärki – Kuivila – Kääriäinen – Mikkonen 2018).

5.1 Simulaation ennakkotehtävä

Opinnäytetyössä lääkehoidon farmakologinen osuus toimii pohjana ennakkotehtävälle. Ennakkotehtävän tavoite on vahvistaa opiskelijan farmakologista osaamista ja valmistaa opiskelijaa simulaatiota varten.

Ennakkotehtävä pitää sisällään 12 kysymystä, sekä oikein/ väärin väittämiä, että avoimia kysymyksiä, jotka käsittelevät muun muassa farmakologiaa, hoitoonmääräämis lähetettä sekä hoitoonmääräämispäätöstä, tarkkailupäätöstä ja tahdonvastaista lääkitsemistä. Opiskelija vastaa kysymyksiin itsenäisesti ja ottaa tehtävän mukaan simulaatiota käsittelevälle tunnille. Simulaatioon osallistuminen edellyttää tehtävän tekemisen, jotta opettaja tietää, että opiskelija on perehtynyt aiheeseen. Tämä on tärkeää sen takia, että simulaatio on kaikille mahdollisimman hyödyllinen ja opettava kokemus.

5.2 Simulaatioharjoitus

Simulaatioon osallistujista valitaan kolme suorittajaa, joista kaksi toimii hoitajana ja yksi potilaana. Potilaana on 43-vuotias somaattisesti perusterve nainen, joka on psykiatriassa hoidossa kaksisuuntaiseen mielialahäiriöön liittyvän manian vuoksi. Hän on sairaudentunnon, lääke- ja hoitokielteinen ja hänestä on tehty pidättävä hoitoonmääräämispäätös.

Potilaan on tarkoitus käyttäytyä levottomasti, ahdistuneesti, arvaamattomasti sekä ajoittain huutaa. Hoitajat ohjaavat hänet pois yhteisistä tiloista, sillä käytöksellään hän pelottaa muita potilaita. Tilanne pyritään rauhoittamaan keskustelemalla ja samalla yritetään motivoida potilasta ottamaan tarvittavaa lääkettä. Potilas on ennakkoluuloinen muun muassa lääkkeen haittavaikutuksiin liittyen ja epäröi lääkkeidenottoa. Lopulta hän kieltäytyy niistä täysin.

Hoitajina toimivien opiskelijoiden olisi tarkoitus perustella potilaalle lääkehoidon toteutumisen tärkeys sekä korjata hänen ennakkoluulojaan liittyen lääkkeen haittavaikutuksiin. Tehtävä haastaa opiskelijoita miettimään, miten heidän tulee tarvittaessa osata perustella lääkehoidon tärkeys ja mihin he tämän perustelun pohjaavat. Ennen varsinaista simulaatiota potilasta ja hoitajia ohjeistetaan siitä, miten heidän tulee toimia tilanteessa.

5.3 Loppukeskustelu

Simulaation jälkeen on tehtävän loppukeskustelu, jossa läpikäydään ja puretaan näytetty ohjaustilanne koko ryhmän kanssa. Loppukeskustelu käydään läpi tavoitteiden pohjalta. Osallistujat saavat kertoa omia mietteitään ja lisäksi katsojat saavat kertoa havainnointejaan. Loppukeskustelu on opettajajohtoista, vaikkakin on toivottavaa, että tilanne synnyttäisi rakentavaa keskustelua. Opettajajohtoisesti myös pohditaan tilanteen eettisyyttä, potilaan oikeuksien turvaamista sekä hoitajan ammatillisuutta. Loppukeskustelussa mietitään myös mahdollisia muita lopputuloksia, joita simulaatiossa ei ehkä syntynyt. Käydään läpi, millaisissa tilanteissa lääkärin on tarve rajoittaa potilaan oikeuksia, mm. mitkä ovat edellytykset tahdonvastaiselle lääkitsemiselle.

Tutkimusten mukaan yhteistyö, kommunikaatio ja hoitosuositukset nousevat tärkeimmiksi aiheiksi, joita käsitellään loppukeskusteluissa. Hyötyinä on nähty muun muassa lisääntynyt kommunikaatio, potilasturvallisuus sekä uskalluksen lisääntyminen. Loppukeskusteluun osallistuneiden mukaan jälkipuinnit ovat kannattavia koska ne vahvistavat ryhmää. (Berg ym. 2014: 201-208.)

6 Eettisyys ja luotettavuus

Laadullisen tutkimuksen kriteereitä on uskottavuus, siirrettävyys, luotettavuus ja vahvistettavuus (Tuomi – Sarajärvi 2018). Opinnäytetyötä tehtäessä ja näyttöön perustuvaa tietoa etsittäessä olimme lähdekriittisiä ja arvioimme jatkuvasti tiedon luotettavuutta sekä

uskottavuutta. Opinnäytetyössä uskottavuutta tuo lähteiden monipuolisuus ja niiden yhtenevät tiedot. Opinnäytetyömme simulaatioharjoitus on siirrettävissä muihin samankaltaisiin harjoitustilanteisiin. Työmme etenemistä on ohjaajan puolesta tiiviisti seurattu ja työmme etenemistä on hänen lisäksi opponointipari arvioinut mikä on vakiinnuttanut opinnäytetyötämme. Opinnäytetyön ohjaaja ja ulkopuolinen arvioija arvioivat lopputuotoksen.

Opinnäytetyö pohjautuu kirjallisuuteen, joka on näyttöön perustuvaa, tutkittua tietoa. Tietoja etsiessämme, tarkastelemme jatkuvasti lähteiden luotettavuutta. Opinnäytetyösämme käsittelemme pintapuolisesti myös tahdosta riippumatonta hoitoa ja tahdonvastaisen lääkehoidon toteuttamista. Tässä meitä ohjaa Suomen mielenterveyslaki (1990/1116).

Simulaatioharjoituksen osatavoitteena on myös tuoda esiin opiskelijoiden mahdollisesti ristiriitaiset tunteet tahdosta riippumattoman hoidon suhteen. Toivomme, että tämä herättää keskustelua ja saa opiskelijat pohtimaan omaa suhtautumistaan tilanteeseen, jossa on tarpeen lääkityä vastentahtoisesti. Jälkipuinnin keskustelulle suunnittelimme tietynlaisen kaavan, jotta keskustelu on helppo palauttaa oleellisiin asioihin eikä riistäydä täysin aiheesta. Mikäli jälkipuinnissa on useampi ohjaaja, on tärkeää tehdä selkeä työnjako, joka myös auttaa pitämään palautekeskustelun hallinnassa. (Rosenberg ym. 2013:95.)

7 Pohdinta

Mielenterveysongelmat ja niihin lukeutuvat päihdeongelmat ovat kansanterveydellinen haaste. Väestön fyysisen terveyden kohentuessa mielenterveyshäiriöiden suhteellinen osuus suomalaisten sairaustaakasta kasvaa. Mielenterveyshäiriöiden vuosittaiset kustannukset ovat liki kuusi miljardia euroa. Suomessa tahdosta riippumattomaan hoitoon tulevien potilaiden osuus on eurooppalaisessa vertailussa edelleen suuri, mikä viittaa avohuollon palveluiden riittämättömyyteen. (Wahlbeck ym. 2018.) Tämän vuoksi mielenterveyshoitotyön opetuksen merkitys kasvaa ja korostuu sairaanhoitajanhoitajan tutkinto-ohjelmassa.

Ajatuksena opinnäytetyötä suunniteltaessa oli kehittää opiskelijoille mielekäs ja tehokas tapa oppia, sillä opiskelujen edetessä lähiopetuksen määrä on jatkuvasti vähentynyt ja

verkko-opetusta on lisätty. Lukuisia luentoja on voinut seurata omalta kotisohvalta. Opiskelijoilta on vaadittu paljon itsenäistä opiskelua, jonka toteutuminen on pitkälti opiskelijan omallatunnolla. On mahdollista, että se vaikuttaa negatiivisesti opiskelijoiden opiskelumuotivaation vähenemiseen, joka taas saattaa vaikuttaa opiskelijan osaamiseen valmistuessa sairaanhoitajan ammattiin. Metropolian Ammattikorkeakoulu voi kuitenkin vaikuttaa oppimisen haasteisiin kehittämällä opetuksesta laadukkaampaa ja me osaltamme halusimme vastata tähän haasteeseen. Tästä syntyi ajatus simulaatioharjoituksen suunnittelemisesta. Simulaatioharjoituksen suunnitteluun kuului paljon teoretiedon etsimistä itse simulaatioharjoituksesta, mutta myös mielenterveyshoitotyöhön ja lääkehoitoon liittyen. Teoretiedon löytäminen oli opinnäytetyön haastavin osuus, joka vaati paljon kärsivällisyyttä ja aikaa.

Opinnäytetyön etenemisen haasteena oli se, että opinnäytetyön tekeminen oli jaettu niin pitkälle aikavälille. Välissä oli muuta opetusta ja harjoitteluja, jonka takia opinnäytetyön tekeminen unohtui aina välillä ja tauon jälkeen tuntui hankalalta jatkaa. Tekeminen olisi mahdollisesti ollut tehokkaampaa, jos opinnäytetyö olisi tehty yhtäjaksoisesti. Toinen haaste oli loppuvuonna 2019 alkanut Covid-19 epidemia, joka laajeni Suomeen vuoden 2020 alussa. Se vaikeutti muun muassa tiedon saantia koska kirjastot ja koulut olivat suljettu.

Tämän opinnäytetyön tekeminen on ollut antoisaa ja mielekästä, lukuisista haasteista huolimatta. Opinnäytetyön tuotoksena valmistui toukokuussa 2020 suunniteltu simulaatioharjoitus, ennakkotehtävä sekä kirjallinen tuotos löydetyistä teoretiedosta. Onnistuimme kokoamaan tiiviin kuvauksen mielenterveyshoitotyön potilaan lääkehoidon ohjauksesta, käytetyimmistä lääkkeistä ja simulaatiosta oppimismenetelmänä. Simulaatioharjoitusta oli tarkoitus testata keväällä 2020, mutta tämä peruuntui Covid-19-pandemia-tilanteen vuoksi. Opinnäytetyömme on merkittävä lisäys mielenterveyshoitotyön opetukseen. Työssä korostuu mielenterveyshoitotyön lääkehoidon ja potilasohjaukseen monipuolisuus ja haastavuus. Mielenterveyshoitotyön opetus tulee jatkossa tarvitsemaan säännöllistä arviointia ja kehittämistä, jotta opetuksen laadukkuus säilyy.

Lähteet

Berg, Gina – Hervey, Ashley – Basham-Saif, Angela – Parsons, Deanna – Acuna, David – Lippoldt, Diana 2014. Acceptability and implementation of debriefings after trauma resuscitation. *Journal of Trauma Nursing*. 21(5).

Blomberg, Karin 2015. Simulaatiot – melkein leikkiä, melkein totta. *Duodecim* 131(23):2239-44.

Etene (2010): Mielenterveysetiikka– sinulla ja minulla on moraalinen vastuu. Etene -julkaisuja 25. S.3

Hakoinen, Suvi – Inkinen, Ritva – Volmanen, Petri 2015. Turvallinen lääkehoito – Opas lääkehoitosuunnitelman tekemiseen sosiaali- ja terveydenhuollossa. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.

Hallikainen, Juhana – Väisänen, Olli 2007. Simulaatio-opetus ensihoidossa. *Finnanest* 40(5).

Heikkinen, Katja 2013. Sairaanhoidaja ja lääkehoito. *Hoitotyön vuosikirja 2013* s.111-121. Suomen sairaanhoitajaliitto. Helsinki.

Huttunen, Matti O. 2017. Lääkkeet mielen hoidossa. Kustannus Oy Duodecim. Helsinki.

Huttunen, Matti O. – Socada, Lumikukka 2017. Psykykenlääkkeet ja niiden käyttö. Kustannus Oy Duodecim. Helsinki.

Kaltiala-Heino, Riittakerttu – Välimäki, Maritta – Korkeila, Jyrki – Tuohimäki, Carita – Lehtinen, Ville V. 2003. Involuntary medication in psychiatric inpatient treatment. *Alku-peräistutkimus*.

Kupiainen, Mari 2013. Hoitotieteen laitos. Simulaatioiden käyttö Suomen päivystyspoli-klinikoilla hoitohenkilökunnan harjoittelumuotona. Pro gradu- tutkielma. Verkkodokumentti. https://epublications.uef.fi/pub/urn_nbn_fi_uef-20130322/urn_nbn_fi_uef-20130322.pdf. Luettu 7.2.2020

Kärki, Jenni – Kuivila, Heli-Maria – Kääriäinen, Maria – Mikkonen, Krista 2018. Hoitotiede. Sairaanhoido-opiskelijoiden oppimiskokemuksia mielenterveyshoitotyön simulaatio-opetuksesta: systemaattinen kirjallisuuskatsaus laadullista tutkimuksista. Oulu.

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 785/1992. Suomen lainsäädäntö.

Laki terveydenhuollon ammattilaisesta 1994/559. Suomen lainsäädäntö.

Lönqvist, Jouko – Henriksson, Markus – Marttunen, Mauri – Partonen, Timo. (toim.) *Psykiatria*. Duodecim 2017.

Mielenterveyslaki 1990/116. Suomen lainsäädäntö.

Mönkkönen, Kaarina – Kekoni, Taru 2017. Suurryhmäsimulaatio ammattilaisille ja ammattiin opiskeleville. Verkkodokumentti. <<https://www.uef.fi/documents/370514/1401590/Suurryhmäsimulaatioinfo/06a559b8-8a18-42cf-846b-4d653b7c1517>>. Luettu 25.3.2020.

Oksanen, Jorma 2015. Lääkehoitoon sitoutumisen tukeminen psykiatriassa. Helsinki: Duodecim.

Pakkanen, Jonna – Stolt, Minna – Salminen, Leena 2012. Potilassimulaatio sairaanhoitajaopiskelijoiden hoitotyön taitojen oppimisessa -kirjallisuuskatsaus. Hoitotiede 24(2). Turun yliopisto.

Repo-Tiihonen, Eila – Putkonen, Anu – Tuppurainen, Heli 2012. Potilaan rajoittaminen psykiatrisessa sairaalahoidossa. Katsausartikkeli.

Rosenberg, Per – Silvennoinen, Minna – Mattila, Minna-Maria – Jokela, Jorma 2013. Simulaatio-oppiminen terveydenhuollossa. Fioca.

Tuomi, Jouni – Sarajärvi, Anneli 2018. Laadullinen tutkimus ja sisällön analyysi. Kustannusosakeyhtiö Tammi. Helsinki.

Van der Meer, Maria 2015. Puhu lääkkeistä selkeästi. Lääkärinlehti. 33/2015 vsk 70:1972-1974.

Valvira 2020. Lääkehoidon toteuttaminen. Haettu osoitteesta: <https://www.valvira.fi/terveydenhuolto/hyva-ammattinharjoittaminen/laakehoito/laakehoidon_toteuttaminen>. Luettu 29.2.2020.

Valvira 2020. Lääkehoidon toteuttaminen. Verkkodokumentti. https://www.valvira.fi/terveydenhuolto/hyva-ammattinharjoittaminen/laakehoito/laakehoidon_toteuttaminen. Luettu 24.3.2020.

Vilka, Hanna – Airaksinen, Tiina 2003. Toiminnallinen oppinäytetyö. Gummerus Kirjapaino Oy. Jyväskylä.

Wahlbeck, Kristian – Hietala, Outi – Kuosmanen, Lauri – McDaid, David – Mikkonen, Juha – Parkkonen, Johannes – Reini, Kaarina – Salovuori, Samuel – Tourunen, Jouni 2017. Toimivat Mielenterveys- ja päihdepalvelut. Valtioneuvoston selvitys- ja tutkimustoiminnan julkaisusarja 89/2017.

Hakutaulukko

Hakumene- telmä	Käsite	Katkaistu sana	Englanniksi	Katkaistu sana	Osumia	Hyväk- syttyjä
Google Scholar	Simulaatio hoitotyö	+			1640	4
Google Scholar	Simulaatio Jälkipuinti	+			432	1
Medic, Pub- Med, Google Scholar	Tahdonvastai- nen + lääke- hoito	Lääk*	Involuntary + Me- dication	Med*	3137	2
Medic, Pub- Med	Tahdonvastai- nen hoito + lää- kehoito	Lääk*	Involuntary treat- ment + Medica- tion	Med*	2132	1
Medic	Ohjaus + Poti- lasohjaus+ lää- kehoito	Ohj* Potilas- ohj* Lääk*			275	2
Käsinhaku	Tahdonvastai- nen, lääke- hoito, lääke- hoidon ohjaus, mielenterveys- hoitotyö, simu- laatio		involuntary, medical treat- ment, supervis- ing the medical treatment, men- tal health care, simulation.			12
Suomen lainsää- däntö						3