

Hannula Jenni

Ylispangar Sari

## **LÄÄKEHOITO JOKILAAKSON PERHEKODEISSA**

Lääkehoidon opas henkilökunnalle

# **LÄÄKEHOITO JOKILAAKSON PERHEKODEISSA**

Lääkehoidon opas henkilökunnalle

Hannula Jenni & Ylispangar Sari

Opinnäytetyö

Syksy 2020

Hoitotyön tutkinto-ohjelma

Oulun ammattikorkeakoulu

## TIIVISTELMÄ

Oulun ammattikorkeakoulu

Hoitotyön tutkinto-ohjelma, Sairaanhoitaja

---

Tekijät: Hannula, Jenni & Ylispangar, Sari

Opinnäytetyön nimi: Lääkehoito Jokilaakson perhekodeissa - Lääkehoidon opas henkilökunnalle

Työn ohjaaja: Tölli, Sirpa

Työn valmistumislukukausi ja -vuosi: Syksy 2020      Sivumäärä: 54 + 12 + PowerPoint diat 41

---

Nuorten hyvinvointi ja mielenterveyden ongelmat ovat ajankohtainen ja puhuttava aihe, joka on ollut pinnalla viime vuosien aikana. Lääkehoito sosiaalialan palveluyksiköissä on yleistynyt ja sitä kautta tarvitaan myös enemmän lääkehoidon osaamista kyseisissä yksiköissä. Lastensuojeluyksiköissä useat lapset ja nuoret oireilevat psyykkisesti ja monilla heistä on käytössä psyykelääkkeitä. Tämän opinnäytetyön tilaajana oli sosiaalialan palveluita tuottava Jokilaakson perhekodit Oy, jonka henkilökunnalle toteutettiin kysely lääkehoidon toteutuksesta työyksiköissä.

Tutkimuksen tarkoituksena oli kartoittaa Jokilaakson perhekodit Oy:n henkilökunnan lääkehoidon osaamista ja sen toteutuksen haasteita. Tutkimuksessa käytettiin sekä kvalitatiivisia että kvantitatiivisia menetelmiä. Kyselyn pohjalta henkilökunnan käyttöön laadittiin lääkehoidon opas, joka tulee käyttöön Jokilaakson perhekotien jokaiseen yksikköön. Aineisto kerättiin Webropol-ohjelman avulla ja kysely lähetettiin jokaiselle henkilökunnan vakituiselle tai pitkäaikaiselle jäselle (92 henkilöä). Kyselyn vastausprosentti oli 39,1 %.

Kyselystä kävi ilmi, että suurimmat haasteet henkilökunnan mielestä olivat esimerkiksi lääkkeiden yhteisvaikutuksissa, sivuvaikutuksissa sekä yhteisvaikutuksissa lääkkeiden ja päihteiden välillä. Lisäksi kyselyn vastauksista koostui henkilökunnan mielestä tarve lääkehoidon ohjeiden ja käytänteiden selkeydestä. Näistä vastauksista saatiin informaatiota henkilökunnan lääkehoidon opasta varten ja tämä koostettiin tutkimustulosten pohjalta.

Opinnäytetyön tuotoksena valmistui lääkehoidon opas Jokilaakson perhekotien henkilökunnalle ja se tulee tulevaisuudessa toimimaan henkilökunnan työkaluna lääkehoidon toteutuksessa. Lisäksi opas tulee osaksi Jokilaakson perhekotien uuden henkilökunnan perehdytysohjelmaa.

---

Asiasanat: Lastensuojelu, psyykelääkkeet, lääkehoito, nuoret, mielenterveysongelmat, lääkehoidon opas

## ABSTRACT

Oulu University of Applied Sciences

Degree programme Nursing and Health care, Option of Nursing

---

Authors: Hannula, Jenni & Ylispangar, Sari

Title of thesis: Medical treatment in Jokilaakson Perhekodit Oy - Pharmacological treatment guide for staff

Supervisor: Tölli, Sirpa

Term and year when the thesis submitted: Autumn 2020 Number of pages: 54+12+Powepoint41

---

Young people's mental health problems is a topical subject that provokes discussions and has been on the surface in recent years. Pharmacotherapy in social service units has become more common, and as a result, more pharmacotherapy expertise is needed in these units. In child protection units, many children and young people have mental health issues and many of them are on psychiatric medication. The client of this thesis was Jokilaakson perhekodit Oy, whose staff was surveyed about medical treatment. The purpose of the study was to map the pharmacotherapy competence of Jokilaakson perhekodit Oy's staff, and what the challenges are of pharmacotherapy implementation.

Both qualitative and quantitative methods were used in the study. Based on the survey, a pharmacotherapy guide was prepared for the use of staff, which will be used in every unit of Jokilaakson perhekodit. The material was collected using the Webropol program and a questionnaire was sent to each permanent / long-term staff member. The response rate to the survey was 39.1 %.

The survey revealed that the biggest challenges in pharmacotherapy were, in the opinion of the staff, drug interactions, side effects, and interactions between drugs and intoxicants. In addition, the need for clarity in drug treatment guidelines and practices emerged. From these responses, information was obtained for the pharmacotherapy guide off staff.

As a result of the thesis, a pharmacotherapy guide for the staff of Jokilaakson perhekodit was completed and in the future, it will serve as a staff tool in the implementation of pharmacotherapy. In addition, the guide will become part of the orientation plan for new staff at Jokilaakson perhekodit.

---

Keywords: Child protection, psychiatric drugs, medication, young people, mental health problems, medication guide

# SISÄLLYS

JOHDANTO.....	7
1 NUORUUSIKÄ JA MIELENTERVEYS SEKÄ NUORTEN MIELENTERVEYDEN HÄIRIÖT ...	8
1.1 Ahdistuneisuushäiriö.....	9
1.2 Nuorten masennus .....	11
1.3 Nuorten unettomuus .....	13
1.4 Käytöshäiriö .....	15
1.5 Aktiivisuuden ja tarkkaavuuden häiriö .....	16
1.6 Syömishäiriö.....	18
1.7 Päihdehäiriö .....	20
2 NUORTEN MIELENTERVEYDEN LÄÄKEHOITO .....	23
2.1 Lääkehoito ja lääkehoidon käsitteitä .....	23
2.1.2 Lääkehoidon lainsäädäntö .....	24
2.1.3 Ahdistuneisuuden lääkehoito .....	26
2.1.4 Nuorten masennuksen lääkehoito .....	27
2.1.5 Nuorten unettomuuden lääkehoito .....	28
2.1.6 Käytöshäiriöiden lääkehoito .....	29
2.1.7 Aktiivisuuden ja tarkkaavuuden lääkehoito .....	30
2.1.8 Syömishäiriöiden lääkehoito.....	31
2.1.9 Päihdehäiriöiden lääkehoito .....	31
3 JOKILAAKSON PERHEKODIT OY:N ESITTELY .....	34
3.1 Lääkehoidon opas opinnäytetyön tuotoksena Jokilaakson perhekodeille .....	35
4 TUTKIMUSMETODOLOGIA .....	37
4.1 Tutkimuksen tarkoitus ja tavoitteet.....	38
4.2 Tutkimuksen toteuttaminen .....	38
4.3 Tutkimuksen aikataulu.....	39
4.4 Tutkimuksen reliaabelius, validius ja eettisyys .....	39
5 TULOKSET .....	42
5.1 Ehdotuksia lääkehoidon kehittämiseksi .....	45
6 POHDINTA JA JOHTOPÄÄTÖKSET .....	47
6.1 Tutkimus.....	48
6.2 Tutkimuksen eettisyys ja luotettavuus .....	49

6.3 Opinnäytetyön prosessi .....	50
LÄHTEET .....	52
LIITE 1 .....	55
LIITE 2 .....	58

## JOHDANTO

Opinnäytetyömme käsittelee nuorten yleisimpiä mielenterveyshäiriöitä ja niihin kuuluvaa lääkehoitoa. Näitä asioita kohtaamme työpaikallamme, Jokilaakson perhekodit Oy:ssä. Tarve opinnäytetyölle on tullut omasta innovaatiostamme työntekijöiden kehitykselle lääkehoidon saralla, sekä Jokilaakson Perhekodit Oy:ltä. Opinnäytetyön tuotoksena tehty lääkehoidon opas tulee olemaan työkalu kehitettäessä Jokilaakson perhekodit Oy:n henkilökunnan lääkehoidon osaamista ja nuorten yleisimpien ongelmien tai oireiden tunnistamista. Lääkehoidon opas tulee olemaan myös osa uusien työntekijöiden perehdytysohjelmaa Jokilaakson perhekodeilla. Tuotos sisältää teorialiedon nuorten eri mielenterveysongelmista. Lisäksi opas toimii henkilökunnan työkaluna turvallisen lääkehoidon toteutuksessa. Työ on rajattu yhteistyössä tilaajan kanssa. Opinnäytetyömme käsittelee vain työpaikamme kohderyhmää, mielenterveysongelmista kärsiviä nuoria ja heillä käytössä olevaa lääkitystä, heidän oireiden ja sairauden hoidon tukena.

Tutkimuksen tarkoituksena oli arvioida henkilökunnan lääkehoidon osaamista ja kartoittaa vaikeimmiksi koettuja asioita henkilökunnan näkökulmasta lääkehoidon toteutuksessa. Jokilaakson perhekodit Oy tuottaa lastensuojelupalveluita ja työyhteisö koostuu sosiaali- ja terveydenhuollon ammattihenkilöistä, sekä muista työntekijöistä, joilla on katsottu työtehtävään valittaessa olevan riittävä ammattitaito tai kokemus nuorten arjen tukemisessa. Opinnäytetyön kyselyn tulokset toivat lääkehoidon toteutuksen haasteet esille henkilökunnan näkökulmasta, joka auttoi meitä luomaan tarvekohtaisen lääkehoidon oppaan työpaikallemme.

Lääkehoidon opas tuotettiin luotettavia lähteitä hyödyntäen. Opas tulee työntekijöillemme apuvälineeksi ja niin sanotuksi ”chekki-listaksi” lääkehoidon toteutuksessa. Opinnäytetyönsuunnitelmaa tehdessämme pidimme yhteistyöpalaverin, johon osallistui Jokilaakson perhekotien toiminnanjohtaja, sekä yksikönjohtaja yhdestä perhekotien yksiköstä ja psykiatrinen sairaanhoitaja. Olemme haastatelleet alustavasti yhtä yksikköämme psykiatrasta sairaanhoitajaa, jonka kanssa olemme yhteistyössä tehneet rajaukset opinnäytetyöhömmme. Haluamme tuoda opinnäytetyöllämme konkreettisen apuvälineen työpaikallemme, jossa olemme huomioineet henkilökunnan ammattipätevyydet. Tutkimusprosessin hyötynä tulee tilaajalle lääkehoidon opas henkilökunnan käyttöön. Opinnäytetyön kyselyyn vastaaminen tapahtui Webropol-nettikyselyn avulla, luottamuksellisesti ja vapaaehtoisesti, sekä anonymisti. Kysymykset on listattu kirjalliseen muotoon, katso Liite 1.

# 1 NUORUUSIKÄ JA MIELENTERVEYS SEKÄ NUORTEN MIELENTERVEYDEN HÄIRIÖT

Nuoruusikä on yksilön kehityksessä se elämänvaihe, jossa siirrytään lapsuudesta varhaisaikuisuuteen. Nuoruuskehitys ajoittuu yleensä ikävuosien 12-22 väliin ja tuota aikakautta kutsutaan myös osittain puberteetti-ikäsi. Nuoruuskehitystä ei tule pitää irrallisena ihmiselämän ajanjaksona vaan tulee muistaa, että lapsuuden aikaiset, esimerkiksi traumaattiset tapahtumat, vaikuttavat siihen monella tavalla. (Henriksson, Lönnqvist, Marttunen & Partonen 2019, 653.) Nuorten fyysistä, psyykkistä ja sosiaalista kasvua ja kehitystä mietittäessä täytyy siis muistaa lapsuusiän aikaiset tapahtumat.

Psyykkisen kehityksen yksi tärkeimmistä teorioista on John Bowlbyn kiintymyssuhdeteoria. Teoria kuvastaa sitä, kuinka vauvan ja häntä hoivaavan aikuisen välille syntyy kiintymyssuhde. Tutkimuksissa on pystytty todentamaan, että kiintymyssuhteen laadulla on yksilön kehityksessä kauaskantoisia merkityksiä. Nykyisin lastensuojelussa ja psykoterapiassa on alettu hyödyntämään kiintymyssuhdeteoriaa. (Sinkkonen 2004, 1, viitattu 12.1.2020.)

Murrosiässä nuorella alkaa tapahtua kehossa fyysisiä muutoksia. Nuoruusiän kehitykselle ei ole yhtä ainoaa oikeaa tapaa, vaan kehitys on hyvin yksilöllistä. Nuoruusiässä aivojen ja keskushermoston kehitys ovat voimakkaimmillaan, joka jatkuu aikuisuuteen saakka, jonka vuoksi nuoret ovat erityisherkkiä muutoksille. Siksi esimerkiksi päihteet, stressi ja psyykkiset traumat vaikuttavat herkemmin haitallisesti puberteetti-ikäisiin. Nopeasti tapahtuvat muutokset nuoruusiässä voivat aiheuttaa nuoressa hämmennystä. Yksittäiset tunne-elämän oireet ovatkin tavanomaisia nuorilla. (Huurre, Marttunen, Strandholm & Viialainen 2014, 7-8.)

Yksilön mielenterveys muokkaantuu läpi tämän elämänkaaren ajan. Mielenterveydellä tarkoitetaan yksilön kykyä ymmärtää itseä sekä oman itsensä osuutta vuorovaikutustilanteissa. Hyvä mielenterveys edellyttää kypsää persoonallisuutta ja tunneälykkyyttä. Silloin ihminen on tyytyväinen omaan hyvinvointiinsa ja osaa suhtautua joustavasti muihin ihmisiin ja ympäröivään todellisuuteen. Psykiatria tieteenalana tutkii mielenterveyttä ja mielenterveyden häiriöitä. (Henriksson ym. 2019, 18-19.)

## 1.1 Ahdistuneisuushäiriö

Yleinen mielenterveyden häiriö, joka puhkeaa tavallisimmin ennen 18 vuoden ikää. Ahdistuneisuushäiriöön liittyy monenlaisia oireita, jotka ovat peräisin pelokkaista ennakko-odotuksista johonkin tapahtumaan tai toimintaan liittyvinä asioina. Vaikeaa ahdistuneisuuden ja huolestumisen tunnetta. Näihin oireisiin liittyvää monenlaista, yleensä negatiivista oireilua, kuten ärtyneisyyttä, keskittymisvaikeutta, hermostuneisuutta, lihasjäykkyyttä ja selittämätöntä huonoa tunnetta. Ahdistuneisuus on vallitseva olotila, jota ei pidä sekoittaa erillisiin kohtauksiin, paniikkihäiriöihin. Huonon kiintymyssuhteen taustalla on lapselle riittämättömän hoivan ja huolenpidon saanti jo varhaislapsuudessa. Kiintymyssuhdehäiriön vaikutukset nuoruuden aikaisiin mielenterveydellisiin häiriöihin on suuri, aiemmin käsitelty kappaleessa yksi John Bowlbyn kiintymyssuhdeteoriaa. (Nordling & Toivio 2013, 209-210.)

Nuorten ahdistuneisuushäiriöistä yleisimpiä ovat yleistynyt ahdistuneisuushäiriö, sosiaalisten tilanteiden pelko, paniikkihäiriö sekä pakko-oireinen häiriö. Ahdistusoireilu voi liittyä nuorilla myös muihin mielenterveyden häiriöihin. Nuori saattaa kärsiä samaan aikaan useasta eri ahdistuneisuushäiriöistä. Ahdistuneisuushäiriöstä kärsivistä nuorista jopa kaksi kolmasosaa kärsii myös samanaikaisesti mielialahäiriöstä. (Henriksson ym. 2019, 659-660.) Ahdistuneisuushäiriö ilmenee usein nuoren käytöksessä, jonka taustaa aletaan sijoitetun nuoren kanssa pohtimaan yhdessä omahoitajan kanssa Jokilaakson perhekoodilla.

Terveys- ja hyvinvoinninlaitoksen tuoreimmasta (2019) kouluterveyskyselyn tutkimuksesta voidaan päätellä, että ahdistuneisuus suomalaisten nuorten keskuudessa on yleistä. Tuoreimman kouluterveyskyselyn perusteella 11,1- 13,9 % prosenttia perusopetuksen 8- ja 9 luokkalaisista ja toisen asteen luokkalaisista suomalaisista nuorista kärsii vaikeista tai keskivaikeista ahdistuksen oireista. (THL, 2019, viitattu 20.6.2020.)

Ahdistus ja ahdistuneisuus ovat tunnetiloja, jossa ihminen tuntee ahdistuksen tunnetta. Pelontunne, johon liittyy jonkun vaaran tai pelon ennalta arvaamatonta tuotosta. Erilaisia oireita, joihin ihmisen todellisuuden tajuun ja sietokykyyn vaikuttaa monet epämiellyttäviksi koetut fyysiset ja psyykkiset oireilut, kuten esimerkiksi pahoinvointi, vapina, tukehtumisen tunne, levottomuus ja pelokkuus. Ahdistuneisuushäiriö on psykiatrinen häiriö, joka vaikuttaa elämänlaatuun, sekä toimintakykyyn. Yleisimmin oireilu on kohtauksittain jatkuvia voimakkaita tunteita tai jatkuvaa uhan tai ahdistuksen tunnetta. Näitä tunteita ihminen yrittää välttää, välttämiskäyttäytymisen avulla.

Esiintyy somaattisia oireita, kuten ahdistuksen määritelmän oireina aiemmin mainittu. Pelko, fobia on ihmisen aistima ärsyke, joka laukaisee emotionaalisen ja fysiologisen reaktion vaaralliseksi koettuun asiaan. Paniikkikohtaus on kohtaus, joka alkaa äkillisesti ja ennalta arvaamattomasti. Henkilö voi kokea tilanteeseen nähden voimakasta uhan tunnetta, johon liittyy erilaisia somaattisia tuntemuksia, kuten hengenahdistus, rintatuntemukset, sydämentykytys ja vapina. (Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin, Suomen Psykiatriyhdistys ry:n ja Suomen Nuorisopsykiatrisen yhdistyksen asettama työryhmä, 2019, viitattu 2.5.2020.) Ahdistuneisuushäiriön ehkäisykeinoina ja hoitona arjen turvaaminen nuorilla on tärkeää. Liikunta suositusten, sekä terveellisten elämäntapojen noudattaminen. Säännöllinen uni- ja ruokailurytmi. Koulukiusaaminen ja sosiaaliset kontaktit. Hyödyn ja haittojen puntaroiminen nuorten keskuudessa on tärkeää, kun mietitään nuoren oireilun etiologiaa.

Ahdistuneisuuden lääkkeettömänä hoitomuotona käytetään erilaisia terapiamuotoja. Ahdistuneisuushäiriön ja sosiaalisten tilanteiden pelkojen hoidossa käytetään molemmissa supportiivisia terapiamuotoja. Kognitiivista käyttäytymisterapiaa käytetään ahdistuneisuushäiriön sekä paniikkihäiriön hoidossa. Pakko-oireisen häiriön hoidossa puolestaan tehokkaaksi on osoittautunut kognitiivis- behavioraalinen terapia sekä muut psykoterapiat. (Henriksson ym. 2019, 660-661.)

Psykoterapian hoitomuodot ovat osoittautuneet vaikuttaviksi hoitomenetelmiksi ahdistuneisuuden hoidossa nuorilla. Tarkoituksena on saada nuori tietoiseksi omista tunnereaktioista, antaa nuorelle tieto ja ymmärrys pelosta ja ahdistuneisuuden syistä ja oireista. Vanhempien, huoltajien, sijais- huoltopaikan huomiointi nuoren kuntoutuksessa on tärkeää. Nuorten ahdistus ei mene ohi hetkessä vaan vaatii erityistä sensitiivisyyttä käsitellä nuorten ahdistuneisuushäiriöitä. Yleensä häiriöitä on yleensä kaksi yhtäikaa. Mikäli häiriöitä ei hoideta ja käsitellä nuoren kanssa, voivat häiriöt kroonistua ja muuttua vaikeammin hoidettaviksi. (Huurre ym. 2014, 33, 38.)

Ahdistuksen luonteen ja voimakkuuden arviointiin käytetään psykiatrisia arviointilomakkeita, joista käytetyimpiä ovat (LSAS) Liebowitz Social Anxiety Scale, GAD-7 Generalized Anxiety Disorder 7-item scale, (BAI) Beckin ahdistuneisuusasteikko, Beck Anxiety Inventory (Käypähoito-suositus, 2019, viitattu 22.8.2020.)

## 1.2 Nuorten masennus

Suomessa on tehty tutkimuksia masennustilojen esiintyvyydestä, jotka osoittavat, että vakavan masennuksen sairastuvuus on 5-6 % väestöstä. Selvää tekijää ei ole voitu osoittaa, mutta on monia asioita, jotka vaikuttavat masennukseen. Tutkimuksissa on todettu suvuittain esiintyvän masennuksen voivan lisätä alttiutta nuoren sairastumiseen masentuneisuuteen alle 20 vuoden iässä. On tutkittu, että perinnöllisyys ja lähiympäristön vaikutukset vaikuttavat nuoren mielenterveyteen. Neurobiologisissa tutkimuksissa on todettu aivojen välittäjäaineissa muutoksia ja häiriötoimintaa. Erityisesti serotoniinilla, dopamiinilla, noradrenaliinilla ja kasvuhormonilla vaikutukset masennustilojen kehittymiseen. Näiden tutkimusten pohjalta on pystytty kehittämään erilaisia mielialalääkkeitä, joilla masennustilaa voidaan tehokkaasti hoitaa ja toimintakykyä saada kohen- tumaan. (Nordling & Toivio 2013, 178-179.)

Lasten ja nuorten masennusta on tutkittu paljon, kuten valtakunnallisessa LAPSET- tutkimukses- sa v.1999 on todettu, lapsilla esiintyvän runsaasti psyykkistä oireilua. Lasten psyykinen pahoin- vointi ilmenee useimmiten tunne-elämän ja käyttäytymisen häiriöinä. Suomessa oirekriteerit ovat samat kaikissa ikäluokissa, mutta lapsilla ja nuorilla täytyy ottaa huomioon myös se, että lapsen ja nuoren psyyke on koko ajan kehityksellisessä, dynaamisessa muutosliikkeessä. Ennen nuo- ruusikää masennusta esiintyy yhtä paljon sekä tytöillä että pojilla, mutta nuoruusiällä tytöillä ma- sennusta esiintyy kaksinkertaisesti poikiin verrattuna. Kansainvälisesti lasten ja nuorten masen- nuksen tutkiminen ja hoito on kehittynyt paljon vuosien saatossa, jonka ansiosta tiedetään jopa se, että vauva voi olla myös masentunut. (Nordling & Toivio 2013, 185-186.)

Lasten ja nuorten masennuksen tunnistaminen on vaikeaa, koska tämä ei yleensä esiinny vain pelkkänä masennuksen oireena, vaan jonkin muun häiriön kanssa samanaikaisesti. Erilaisilla menetyksillä, muutoksilla ja epäonnistumisilla on suoranainen yhteys masennuksen syntymiseen. Mieltä kuormittavat tekijät altistavat vakavan masennuksen kehittymiseen. Näitä voivat olla oppi- misvaikeudet, hoivan ja huolenpidon puute, sekä varhaislapsuuden kiintymyssuhteiden turvatto- muus ja perheen sisäiset ristiriidat. Lapseen tai nuoreen kohdistunut väkivalta johtaa usein ma- sennuksen oireisiin. Yksinäisyys, eristäytyneisyys kotona tai koulussa, perheensisäiset stressite- kijät ovat masennuksen syntymiseen altistavia tekijöitä. (Nordling & Toivio 2013, 186.)

Kouluikäisen ja nuoren masennus voi ilmetä erilaisten oireiden kautta. Oireilu on yleensä voima- kasta, jatkuvaa ja pitkäkestoista, mutta voivat olla välillä myös pois. Nuoren masennuksen oireita

voivat olla esimerkiksi: mikään ei huvita tai kiinnosta, koulumenestys ei vastaa kykyjä, vetäytyminen ystävyyssuhteista, aggressiivista tai tuhoavaa käytöstä, itsekritiikki, tapaturmat ja intoksikaatiot, ärtyisyys, kiukkuisuus, lyhytpinnaisuus, riitely, eristäytyminen, runsas päihteiden käyttö, välinpitämättömyys. Diagnosointi ei ole yksiselitteistä, vaan on usein hankalaa. Se vaatii tarkkojen esitietojen keräämistä lapsen tai nuoren tilanteesta. Fyysisiä tutkimuksia, haastatteluja, psykologisten tekijöiden tutkimuksia, perhetutkimusta, erilaisten masennustestien tekemistä ja tarvittaessa laboratoriokokeita. Masennuksen astetta mietittäessä, voidaan miettiä hoitopaikkaa, riittääkö avohoito vai tarvitaanko sairaalajaksoa. Avohoito on kuitenkin nuorelle ensisijainen hoitomuoto. Sairaalajakso voi olla niin sanottu alkuvaihe, jossa pyritään tasaamaan ja välttämään riskit, kuten itsemurha. Masennuksen hoitumuotoja ovat erilaiset tukitoimet kotiin ja kouluun. Liikunnan, ravinnon ja unen turvaaminen. Erilaiset terapiamuodot ja verkostojen tärkeys nuoruudessa huomioitavaa. (Nordling & Toivio 2013, 185-189.)

Nuorten vaikean masennuksen hoito on oltava mahdollisimman tehokasta. Nykyiset hoitosuositukset ohjaavat hoitamaan lieviä- ja keskivaikeita masennusoireita psykoterapeuttisin menetelmin. Lääkehoidon aloitusta on pidetty aiheellisena, mikäli psykoterapeuttinen hoito ei anna tarpeeksi hoitovastetta, (kriteereinä on pidetty masennuksen toistuvuutta, pidentymistä, vaikealuontoisuutta tai hoitovastetta ei saada kuukaudessa). Treatment of Adolescent Depression Study-tutkimuksessa, (TADS) todettiin, että nuoren vaikean masennuksen hoitovaste saatiin nopeammin käytettäessä kognitiivisen käyttäytymisterapian ja masennuslääkkeen yhdistelmähoitoa. Tutkimuksessa verrattiin kognitiivista terapiaa ja lääkehoidolla hoidettavaa masennusta yksittäin. Tutkimustuloksena saatiin kustannustehokkaasti turvallisempi hoito näiden yhdistelmähoidolla. (Marttunen, 2010, viitattu 21.8.2020.)

Akuutin masennuksen hoitomuotona ovat terapia ja masennuslääkkeet. Yhteishoito on tehokkain. Mikäli depressiopotilaan työ- tai opiskelu kyvyttömyys jatkuu yli 2 kk aloitetaan lääkehoito terapian rinnalle. Sähköhoito, kirkasvalohoito, erilaiset magneetti- ja muut hoitomuodot. On muistettava lääkehoitoa aloitettaessa, itsemurha ajatusten voimistuminen alkuvaiheessa. Tiiviimmät avohoitokontaktit tärkeitä. Jatkohoidon aikana kartoitetaan masennuksen sen hetkistä tilaa ja siihen johtaneita syitä, psykoterapia hyvä vaihtoehto. Jatkohoito, mahdollinen lääkityksen alasajo, terapeuttiset keskustelut. Masennuksen oireettomuus täytyy kestää vuosia, jolloin voidaan puhua masennuksesta parantumista. (Isometsä, Tarnanen, & Tuunainen, 2020, viitattu 23.4.2020.)

Masennuksen tunteet ovat monille tuttuja, näistä voi olla vaikea puhua, mikäli ei ole sosiaalista verkostoa, tai ketään kehen nuori kokee voivansa luottaa. Masennuksen hoidossa on muistettava matalankynnyksen yhteydenotot. Koulussa nuori voi ottaa yhteyttä omaan kouluterveydenhoitajaan, koulupsykologiin, koululääkäriin, tai omaan tuttuun opettajaan. Ensimmäisen huolen omasta voinnistaan tai toisen huomio nuoren mielialasta on ensiaskel hoidon alkamisesta. Terveyskeskuksesta tai perheneuvolasta voidaan tarvittaessa tehdä lähetettä erikoissairaanhoidon puolelle, nuorisopsykiatrian poliklinikalle. Nuori voi itse myös ottaa yhteyttä valtakunnallisiin palvelunumeroihin, joita on muun muassa Suomen Mielenterveysseuralla ja Mannerheimin lastensuojeluliitolla. Nuori voi ottaa itsenäisesti yhteyttä suoraan nuorisopsykiatrialle, mutta tänne tarvitaan hoitosuhteen aloittamiseksi lääkärin lähete. Kiireellisissä tapauksissa on otettava yhteys paikalliseen päivystykseen, jossa voidaan arvioida nuoren sen hetkinen psyykkisen ensiavun tarve, ja masennuksen laatu ja vakavuus. Mikäli itsetuhoisuutta esiintyy, arvioidaan myös vakavan masennuksen kriteerit ja mahdollinen sairaalahoidon tarve. (Huurre ym. 2014, 50-55.)

Masennuksen vaikeuden arvioinnissa voidaan käyttää erilaisia mittareita ja kyselylomakkeita. Nuorille sopiva mielialan oireita mittaava kysely (R-BDI) on Suomen oloihin Beckin lyhyen depressiokyselyn pohjalta kehitetty mielialakysely. Tärkeätä on myös muistaa erottaa masennus kaksisuuntaisesta mielialahäiriöstä, jota voidaan arvioida esimerkiksi (MDQ) Mood Disorder Questionnaire. Mielialahäiriö-kyselyn käyttö on suositeltavaa, mikäli masennuksen hoidon vaste on huono tai on kausia, jolloin on lisääntynyttä aktiivisuutta. (Käypähoito-suositus, 2020, viitattu 22.8.2020.)

### **1.3 Nuorten unettomuus**

Ihmisen psyykkiselle ja fyysiselle hyvinvoinnille uni on yksi tärkeimmistä perustarpeista. Unentarve on hyvin yksilöllistä. Ihminen on elämänsä ajan kolmasosan unilassa, voidaan ajatella siis, että vuorokaudesta nuori ihminen nukkuu keskimäärin 6-9tuntia. Unen tehtäviä on paljon tutkittu ja yleisimmin hyväksytty periaate on se, kuinka uni palauttaa toimintakykyä ja elvyttää kehoa ja mieltä. Erilaisissa unitutkimuksissa on voitu osoittaa, että uni koostuu kahdesta varsin erilaisesta tasosta. Näitä kutsutaan NREM-uneksi eli perusuneksi ja REM-uneksi eli vilkeuneksi. Nämä kaksi unen vaihdetta vuorottelevat keskenään. Aluksi NREM- univaihe syvenee ja sen jälkeen tulee REM-univaihe, sen jälkeen nämä vaihtelevat puolentoista tunnin välein. Unettomuuden puute aiheuttaa lisääntynyttä ahdistuneisuutta ja ärtyvyyttä. Pari tuntia ennen nukkumaan menoa käpy-

lisäkkeen erittämä melatoniini lisää uneliaisuutta. Univajeesta voidaan puhua silloin, kun se häiritsee päivällisiä toimintoja, esimerkiksi vireystilan ja tarkkaavaisuuden heikkenemistä tai esiintyy päiväaikaista väsymistä. Tavallisimpia syitä unettomuuteen voivat olla stressi, elämäntilanne kriisi tai -tapahtuma, elimellinen sairaus, kemiallisten aineiden (alkoholi, huumeet, lääkkeet), mielen-terveyden häiriöiden aiheuttama unettomuus. Erilaisia unen erityishäiriöitä ovat primaarinen liikaunisuus, narkolepsia, parasomniat ja bruksismi. Unettomuuden hoidossa, olisi hyvä tarkastella omaa päivittäistä työskentelyä. Alkoholia, tupakointia tai muita päihdyttäviä tai piristäviä aineita ei tulisi käyttää enää kahteen tuntiin ennen nukkumisaikaa. Rasittavaa liikuntaa tulisi välttää iltaisin. Kevyen aterian nauttiminen ennen nukkumisaikaa saattaa edistää unen tuloa. Makuuhuoneen ilma ja nukkumisaika tulisi olla nukkujalle mieluinen. Sänkyyn kannattaisi mennä vasta kun tuntee itsensä kunnolla väsyneeksi, ja mikäli uni ei tule 20 minuutissa tulisi sängystä nousta ja tehdä niin kauan jotain, että alkaa uudelleen väsyttää. Säännöllisen vuorokausirytmien ylläpitäminen olisi tärkeää. Ei kannata nukkua päiväunia, ja aamuisin kannattaa nousta samaan aikaan, vaikka unen määrä olisikin lyhyempi. (Nordling & Toivio 2013, 51-57.)

Nuorten unettomuuden esiintyvyyttä on seurattu parin vuoden välein Terveystieteiden ja hyvinvoinnin laitoksen kouluterveyskyselyillä. Kyselystä on voitu päätellä, että tytöillä esiintyy unettomuutta enemmän kuin pojilla keskimäärin ikätasosta riippumatta. Yläasteikäisillä on todettu unettomuutta enemmän, kuin toisen asteen opiskelijoilla. Vuodesta 2000 lähtien on havaittu lievää lisääntymistä nuorten unettomuudessa. (THL, viitattu 24.8.2020.)

Unettomuuden hoito vaatii hyvän ja perusteellisen tutkimuksen, sekä hyvän hoitosuhteen ja seurannan. Omahoito, muut uneen vaikuttavat tekijät, eri menetelmien kokeilu, sekä lääkkeettömien että lääkkeellisten hoitokeinojen kokeilu. Tilapäinen unettomuus ei yleensä vaadi erityistoimintoja. Voidaan ajatella, että se on luonnollinen elämään kuuluva reaktio. Unettomuuden jatkuessa ja pitkittyessä on tärkeää kiinnittää huomiota unirytmien ja unihäiriöihin. Mikäli vielä näiden asioiden tarkastelujen jälkeen unettomuus jatkuu, voidaan puhua pidemmästä unettomuudesta. Unettomuuden hoidossa, tutkimuksissa on voitu osoittaa kognitiivis-behavioraalisen terapian olevan hyvä hoitomuoto. Itsehoitomenetelmien käyttäminen unettomuuden hoidossa on voitu osoittaa hyväksi, sekä terapeutin puhelintuki on ollut merkittävä. Muita unta tukevia menetelmiä ovat kirkasvalo- ja valo- ja hypnoosihoidot, sekä liikuntaharjoittelut. Toiminnallinen unettomuus nuoruusikäisillä on varsin yleistä. Melatoniinin erityyksen lisääntymiseen vaikuttaa suurilta osin murrosikä, joka viivästyttää melatoniinin eritystä. Tämä vaikuttaa nuoren unen määrän vähentymiseen sekä nukahtamisherkyyden heikentymiseen ja syvän unen määrän vähenemiseen. (Suomalaisen Lää-

käriseuran Duodecimin ja Suomen Unitutkimusseura ry:n asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim, 2020, viitattu 25.8.2020.)

Unihäiriöiden arvioinnissa ja unettomuuden vaikeuden arvioinnissa voidaan käyttää erilaisia mittareita ja kyselylomakkeita. Suomessa käytetty (BNSQ/FIN) unikyselylomake on yksi tehokas mittari unihäiriön diagnostiikan ja hoidon kannalta. Unettomuuden vaikeusasteen määrittämisessä voidaan käyttää ISI (Insomnia Severity Index) -asteikkoa. (Käypähoito-suositus, 2020, viitattu 25.8.2020.)

## **1.4 Käytöshäiriö**

Lastenpsykiatriassa yleinen häiriö on yleinen käytöshäiriö, jossa esiintyy selvästi ikäistään poikkeavaa ja toistuvaa toimintaa, kuten aggressiivista tai uhmakasta käytöstä. Diagnoosin tekemiseen vaaditaan pitkään jatkunut tila, yli puolivuotta. Täytyy muistaa, ettei käytöshäiriö ole vain selvä yksi asia, joka johtaa lapsen tai nuoren käyttäytymiseen huonosti. Riskitekijöillä on suuri tekijä käytöshäiriön diagnoosiin, kuten perintötekijät, traumat, hylkäämiskokemukset, turvattomuus, vanhemmuuden ongelmat, sekä asiakkaan krooninen sairaus tai vamma. Käytöshäiriö näyttäytyy monella tavalla sekä kotona että koulussa. Oireilua voi olla hankalaa erottaa normaalista kehitysaskeleesta- kehitysvaiheesta. Esimerkkejä oireilusta ovat jatkuva tottelemattomuus ja tappeleminen, toisten pelottelu ja kiusaaminen, koulupoissaolot ja karkaaminen kotoa tai koulusta, oman minän ongelmina muiden syyttely, vaikeat kiukunpuuskat ja toisten omaisuuden tuhoaminen. Käytöshäiriöinen lapsi voi aikuisiällä edeltää asosiaalista persoonallisuushäiriötä. (Nordling & Toivio 2013, 208-209.)

Käytöshäiriön hoitona käytetään ensisijaisesti lapsen perheeseen ja verkostoihin kohdistuvia psykososiaalisia interventioita. Vanhemmat voivat saada opastusta vanhemmuustaidoista kiintymyssuhdeteoriaan pohjautuen. Tämä menetelmä on todettu tehokkaaksi niissä tapauksissa, joissa vanhemmat omalla käytöksellään (esimerkiksi lapsi saa huonolla käytöksellä huomiota) ylläpitävät lapsen huonoa käytöstä. Vaikeita tapauksia varten on kehitelty intensiivisiä hoitomalleja, kuten multidimensionaalinen perheterapia. Vaikeissa tilanteissa myös lääkehoitoa voidaan kokeilla. Mikäli hoidoilla ei saavuteta riittävää vastetta, voi lapsen pitkäaikainen sijoittaminen (tukea

antavaan sijaishotiin) olla ainoa keino terveen kehityksen tukemiseksi ja epäsosiaalisen kierteen katkaisemiseksi. (Henriksson ym. 2019, 641-642.)

Käytöshäiriön onnistuneeseen hoitoon katsotaan olevan edellytyksenä nuoren ympärillä olevien aikuisten, lähiympäristön osallistuminen ja sitoutuminen hoitoon. Hoidossa keskeisintä on se, että otetaan huomioon kaikki ne nuoren elämässä olevat ongelmat, joita on esiintynyt tai esiintyy. Nuoren epäsuotuisaan käyttäytymiseen täytyy puuttua ja tavoitteena olisi saada käyttäytyminen muuttumaan toivotuksi. Nuorella tärkeää on itsetunnon vahvistaminen, sekä tulevaisuuden toivon näkeminen myönteisen palautteen kautta. Katsotaan rankaisemisen olevan huono keino tähän pyrkiessä. Nuoren käytöshäiriön hoidossa keskitytään aluksi ongelmallisimpaan oireeseen, jonka kautta aloitetaan nuoren kanssa hoitosuunnitelman teko yhdessä muiden nuoren kannalta tärkeiden verkostojen kanssa. Puhutaan ns. (MST) eli multisysteemisestä terapiasta. Käytöshäiriöisen nuoren yksilöllisessä hoidossa tärkeimpiä osa-alueita, joita pyritään vahvistamaan ovat tunteiden hallinta, ongelmien ratkaisukeinot, sekä sosiaalisten taitojen vahvistaminen. Nuoren mahdollisten muiden oheissairauksien tunnistaminen on tärkeää, ja tarvittaessa aloitetaan psykiatriakäsittely, kuten aggressiivisuuden tai impulsiivisuuden hoitoon. (Huurre ym. 2014, 104-107.)

Käytöshäiriöisen lapsen ja nuoren terveydentilaa voidaan arvioida esimerkiksi erilaisilla arviointilomakkeilla. Käytetyimpiä ovat (LAPS-lomake) Lapsen psykososiaalisen terveyden arviointimenetelmä, SDQ (Strengths and Difficulties Questionnaire) on kysely vanhemmille arvoitaessa lapsen käytöshäiriötä. (Käypähoito-suositus, 2018, viitattu 22.8.2020.)

## **1.5 Aktiivisuuden ja tarkkaavuuden häiriö**

Hyperkineettinen häiriö (HKD), jossa lapsi ei tahdo saada mitään aikaiseksi, siirtyy toiminnasta toiseen. Käyttäytymisessä on havaittavissa ylivilkkautta, liiallista tai hajanaista toimintaa. AD/HD tarkoittaa tarkkaavaisuus- ja ylivilkkaushäiriötä, (attention deficit and hyperactivity disorder). Neurologinen sairaus, jossa AD/HD on synnynnäinen piirre lapsella, eikä välttämättä häviä aikuisena-kaan. Aivojen välittäjäaineista dopamiini, serotoniini ja noradrenaliinin toiminnan erilaisuudesta johtuva ominaisuus. Lapset ovat monesti älykkäämpiä kuin ikäisensä lapset, mutta oppimisvaikeuksia esiintyy kuitenkin sekä kielellisiä häiriöitä, motorisia vaikeuksia ja aivot toiminnan aktiivaa-

tiotason mataluutta. Tarkkaavaisuuden häiriötä tai ylivilkkautta esiintyy AD/HD-syndroomaa sairastavalla, sekä mielijohteita aiheuttavaa toimintaa, impulsiivisuutta. (Nordling & Toivio 2013, 207-208.)

ADHD on neuropsykiatrinen häiriö, joka voidaan jakaa kolmeen tyyppiin oireiden perusteella: Tarkkaamattomuuspainotteiseen, impulsiivisuus- ja ylivilkkauispainotteiseen tai näiden yhdistelmään. Diagnoosi edellyttää pitkää seurantaa ja erilaisia tarkempia tutkimuksia. Yleisimpiä pojilla kuin tytöillä. Nuorella ADHD:n diagnosointi on vaikeampaa kuin lapsella. Nuoren diagnostiikkaa vaikeuttaa yhtäaikaiset mielialahäiriöt, käytöshäiriöt, ahdistuneisuushäiriöt. Neuropsykologinen tutkimus ei riitä diagnoosin tekemiseen, tarvitaan lisäksi aivojen kuvantamistutkimukset ja laboratoriotestit. Perimällä, biologisilla ja psykososiaalisilla tekijöillä on vaikutusta keskushermoston normaaliin kehitykseen, mutta tämä ei ole suoranaista. Vakava perushoidon puute, sekä erilaiset altistavat tekijät normaaliin keskushermoston kehitykseen vaikuttavat oireiston syntymiseen. Impulsiivisuus ja ylivilkkaus lieviytyvät keskushermoston kehityksen edetessä. Tarkkaamattomuuden ongelmat voivat vaivata vielä aikuisiälläkin. (Huurre ym. 2014, 79-83, 94.)

ADHD:n diagnosoinnissa voidaan käyttää arviointimatriisia, johon oireet on eritelty. Oireet ovat jaettu kahteen luokkaan, ADHD:n oireisiin sekä ADD:n oireisiin. ADD tulee sanoista Attention Deficit Disorder, tarkkaavuuden häiriö. Mikäli jommankumman oireita on ilmennyt viimeisen kuuden kuukauden aikana, voidaan tehdä diagnoosi. Matriisin oireista tulee ilmetä vähintään kuusi kappaletta. Diagnoosivaihtoehtoja on kolme. Potilas saattaa kärsiä vain tarkkaamattomuuden häiriön oireista eikä niinkään ylivilkkaudesta. Toisaalta potilas saattaa oirehtia pelkästään yliaktiivisuuden häiriöstä, eikä tarkkaamattomuuden oireita ole. Vaikeimmissa tapauksissa potilaalla on sekä ylivilkkauksen, että tarkkaamattomuuden häiriön oireita. (Ballard, Dulcan, Jha & Sandhu. 2017, 51-54, viitattu 20.4.2020.)

Nuori, jolla on ADHD- syndrooma tarvitsee enemmän selkeitä ohjeita, tukea ja neuvontaa arjessa, koulussa, sekä vapaa-ajalla. Positiivisella kasvatuksella päästään parempiin hoitotuloksiin, kuin rankaisemalla nuorta. Yksilölliset ja konkreettiset tavoitteet ja onnistumisen kokemukset ovat ensiarvoisen tärkeitä nuoren terveen itsetunnon kehittymiselle sekä itsenäistymisen edellytyksiä. Tärkeä osa nuoren kuntoutusta on omien hallintakeinojen oppiminen arjen sujumiseksi, sekä sairauden hyväksyminen. Nuorelle ja hänen perheelleen, huoltajilleen on annettava kaikki olennainen tieto sairauteen liittyen. Tukitoimet on oltava tarpeeksi kattavia, sekä tutkimusten jälkeen voidaan täsmentää hoitosuunnitelmaa. Lääkehoitoa voidaan aloittaa, mikäli tukitoimilla ei saada

toivottua tulosta. Hyvä ja luottamuksellinen hoitosuhde on tärkeää hoidon sitoutumisen ja toteutumisen kannalta. ADHD:n hoidossa psykososiaalisista hoidoista on tutkittu olevan parhaimmat tulokset (behavioral treatment) käyttäytymishoidon ja kognitiivis-behavioraalisen psykoterapian tehosta. (Huurre ym. 2014, 88-91.) Lastenpsykiatrian erikoislääkäri Jaana Vartiainen kertoo luenollaan muita hoitomuotoja olevan vanhempainohjaus, neuropsykologinen yksilö- tai ryhmäkuntoutus, toimintaterapia, sopeutumisvalmennuskurssit, sekä vertaisryhmät. (Vartiainen, 2019, luento 17.2.2020.)

ADD (Attention Deficit Disorder) on ADHD:n kaltainen häiriö, jossa ylivilkkautta ja impulsiivisuutta ei esiinny. ADD on tarkkaamattomuustyyppistä, eli keskittymisen ja tarkkaavuuden säätelyssä on ongelmia. Oireina on ongelmia oman toiminnan säätelyssä, kuten tehtävien aloittaminen ja lopettaminen/loppuun saaminen on hankalaa. Koulun käynnissä havaitaan ongelmia, jonka vuoksi ADD havaitaan vasta kouluikässä. Oireilua näyttäisi olevan enemmän tytöillä kuin pojilla. (Puustjärvi, 2011, viitattu 20.4.2020.)

Lasten ja nuorten aktiivisuuden- ja tarkkaavaisuuden oireiden selvittelyyn soveltuvia kyselyitä on useampia. Erimerkiksi (ADHD-RS-IV) ADHD Rating Scale IV:tä käytetään diagnostisessa arvioinnissa, (SNAP-IV- kyselylomake sopii oireiden diagnostiseen arviointiin). (Kesky-lomake) on tarkoitettu opettajille lapsen tai nuoren keskittymistä arvioitaessa kouluissa. Laajempaa psyykkistä oireilua voidaan arvioida (FTF-menetelmällä, FiveToFifteen) eli Viivi-kysely, jota voidaan käyttää kliinisessä työssä lapsen kehityksen ja neuropsykiatrisen oirekuvan selvitykseen. SDQ (Strengths and Difficulties Questionnaire) on kysely vanhemmille arvioitaessa lapsen käytöshäiriötä. (Käypähoito suositus, 2019, viitattu 22.8.2020.)

## **1.6 Syömishäiriö**

Syömishäiriö on sairaus, mielenterveydellinen häiriö, jota esiintyy kaikenikäisillä. Tutkimusten mukaan nuorilla tytöillä enemmän. Tähän sairauteen liittyy nimensä mukaisestikin syöminen/ruoka vaikka se onkin kielteistä. Yleisimmät syömishäiriön muodot ovat laihuushäiriö eli Anoreksia ja ahmimishäiriö eli Bulimia. Anoreksiaa sairastava ei näe omaa peilikuvaansa mitenkään häiritseväksi, vaikka sieltä katsoisikin luurankomainen ulkonäkö, ja syömisistä valehdellaan tai jätetään kokonaan syömättä. Nuoruusiässä sairastuminen ahmimishäiriöön eli Bulimiaan on laihuushäiriön kanssa tasoissa. Sairaudet eroavat toisistaan siten, että ahmimishäiriössä ahmitaan

ruokaa, jonka jälkeen sen on oksennettava ulos. Ylenpalttisen ahmimisen aiheuttama syyllisyys ja häpeä saa sairastuneen oksentamaan kaiken jo syödyn ruoan pois keinolla millä hyvänsä. Oksentaminen vahingoittaa ahmimisen kanssa hampaita ja on sydämelle kuormittava tekijä. (Nordling & Toivio 2013, 176.)

On olemassa myös epätyypillinen syömishäiriö, jossa on piirteitä molemmista edellä mainituista syömishäiriöistä. Tämä on tyypillisempi nuorten keskuudessa ja sen esiintyvyys on jopa 5 %. Syömishäiriöiden syitä on tutkittu ja tutkijat ovat sitä mieltä, että häiriöiden syynä voi olla monenlaisia syitä: Kemiallinen epätasapaino hypothalamuksessa, sosiaalis-kulttuuriset syyt, perhedynamiikan vaikutukset sekä naisellisuuden/miehisyyden hyväksymisen ongelma. Tiedetään myös syömishäiriölle tyypillisimpinä tekijöinä olevan psykologisia häiriöitä. Laihuushäiriöisellä potilaalla esiintyy vakavaa masennusta ja ahdistuneisuutta, sekä pakko-oireisen häiriön ja vaativan persoonallisuuden piirteitä. Kouluikäisistä syömishäiriöpotilaista kärsii muista psyykkisestä häiriöstä. Syömishäiriö on vakava sairaus. Jopa 5-10 % syömishäiriöön sairastuneista nuorista kuolee, muihin psykiatriisiin sairauksiin verrattuna. (Nordling & Toivio 2013, 176-177.)

Anorexian hoito tilanteen ollessa pahimmillaan on hoitoa somaattisella osastolla, mikäli avohoidon keinot eivät riitä. Syömishäiriön ollessa mielenterveydellinen sairaus on tilanteen niin vaatiessa turvauduttava psykiatriseen osastohoitoon. Eri terapiamuodot ja moniammatillinen työryhmän tiivis työskentely potilaan hoitolinjauksen mukaisesti on erityisen tärkeää. Syömishäiriöiset potilaat koettelevat yhteisön rajoja, ja ovat älykkäitä löytämään sairauden heikot kohdat. Potilaat käyttävät hyväkseen ”tunneliipaisimia”, joka käytännössä voi olla itkemistä, aggressiivisuutta, omituista käytöstä, joka johtaa hoitajien ja yhteisön myötätuntoon, pelkoon tai hämmentymiseen. Hoitajilla oltava kyky tiedostaa tunnereaktiot, joita syömishäiriöpotilas saa aikaan. (Nordling & Toivio 2013, 177.)

Syömishäiriö vaikuttaa nuoren kehitykseen. Psykiatrinen sairaus uhkaa monesti sosiaalista ja psyykkistä normaalia kasvua ja kehitystä. Fyysiseen kasvuun syömishäiriöllä voi olla suoranainen vaikutus, kuten nälkiintyminen voi vaikuttaa vaillinaiseen pituuskasvuun ja luuston kehitykseen. Opiskelijaterveydenhuollossa nousee usein ensimmäinen huoli nuoren painon muutoksista. Syöminen hallitsee nuoren elämää, sekä nuori kontrolloi vahvasti itseään. Pakonomainen liikkumisen tarve, epätavalliset psykosomaattiset oireet kuten vatsakipu, päänsärky, heikkous, väsymys. Nuoren mieliala saattaa muuttua alavireiseksi ja tarve rangaista ja kontrolloida itseään on suuri. Syömishäiriölle ei tiedetä täysin selittävää syytä. Syömishäiriölle altistavia tekijöitä ovat nuoren nor-

maalia tasapainotilaa järkyttävät asiat. Esimerkiksi turvaton kiintymyssuhde, heikko itsetunto, traumaattiset tapahtumat, laihuusmallit, ulkonäköpaineet, tietyt fyysiset sairaudet ja perimä. Nuoren kanssa täytyy muistaa, ettei puhuminen sairaudesta ole helppoa. Sairauteen liittyy paljon ristiriitaisia tunteita, niin nuorella itsellään kuin ympärillä olevilla ihmisilläkin. Syömishäiriö on psykiatrinen sairaus, ei nuoren tietoisesti valitsema toimintatapa. Hoidon aloituksessa on tärkeää kohdata sairastunut nuori. Aloitetaan somaattisen tilan korjaamisella, sekä tarvittavien ravintolisien/vitamiinilisien aloitus. Lääkehoito aloitetaan, mikäli se on tarpeellista, jos hyödyt ovat isompia kuin haitat, kuten valkosolu kato ja sydämen johtumishäiriöt. Psykoterapian aloitus, kun aliravitsemustila on normalisoitunut. Tarvittaessa voidaan aloittaa myös fysio- ja toimintaterapia. (Huurre ym. 2014, 61-75.)

Nuoren tai nuoren aikuisen syömishäiriötä epäiltäessä on käytettävissä olevia mittareita, jotka liittyvät psyykkiseen oireiluun ja -reagointiin syömiseen liittyvissä ongelmissa. Erimerkiksi (SCOFF-syömishäiriöseula) S = sick, C = control, O = one stone, F = fat, F = food. Syömishäiriön laajuutta ja vaikeusastetta mitattaessa on olemassa itse täytettäviä kyselyitä, kuten (EDI) Eating Disorder Inventory ja (EDE-Q) Eating Disorder Examination Questionnaire. Sekä monia muita, kuten syömishäiriöpotilaan toimintakyvyn arvioinnissa käytettäviä mittareita (SOFAS-asteikkoa) Social and Occupational Functioning Assessment Scale ja (CIA) Clinical Impairment Assessment. (Käypähoito-suositus, 2014, viitattu 22.8.2020.)

## **1.7 Päihdehäiriö**

Päihdehuoltolain tavoitteena on ehkäistä ja vähentää ongelma käyttöä, sekä näihin liittyviä sosiaalisia- ja terveydellisiä haittoja. Laissa on määriteltä päihteeksi, aine, jolla on päihtymystä aiheuttava tarkoitus (Finlex, Päihdehuoltolaki 17.1.1986/41, 1-3§). Alkoholilain mukaan alle 18 vuotta nuorempi henkilö ei saa pitää hallussaan alkoholijuomia. (Finlex, Alkoholilaki 28.12.2017/1102, 37§).

*Lastensuojeluilmoituksen tekeminen voi olla tarpeen sekä alle 18-vuotiaista itse päihteillä oirehtivista lapsista ja nuorista tai sellaisista aikuisista päihtyneistä potilaista, joilla on alaikäisiä lapsia eikä muita aikuisia pitämässä heistä huolta (Holmberg, Inkinen, Kurki, Partanen & Salo-Chydenius 2015, 298.) Lastensuojeluntarve on arvioitava ja lastensuojeluilmoitus tai huoli-ilmoitus on tehtävä lastensuojelulain mukaisesti.*

Alkoholi on aiemmin ollut suomalaisnuorten yleisimmin käytetty päihde. 2000-luvun ajan on nähtävillä ollut alkoholin käytön vähentymistä nuorten keskuudessa. Nuoren pyrkiessä itsenäistymään ja rakentamaan vastuuta omasta elämästään, johon liittyy yhteiskunnan odotuksia, sekä nuori kokeilee erilaisia käyttäytymismalleja. Erilaisilla altistavilla tekijöillä on huomattava merkitys nuoren tai nuoren aikuistuvan päihteidenkäytön riippuvuuden ja päihdehäiriön kehittämisessä. Lapsuuden aikaiset häiriöt ja epänormaalit kasvu- ja kehitysolosuhteet ennustavat lisääntyvää nuoren päihteiden ja tämän aiheuttavaa häiriötä. Nuoruuden päihteiden käyttöä ennustaa erilaiset käytöshäiriöt ja käyttäytymisen häiriöt lapsuudessa. Riskitekijöitä ovat myös perheensisäiset ja ulkoiset tekijät, kuten esimerkiksi perheen sosiaalinen asema, vanhemman ja nuoren välinen suhde ja kasvatusmenetelmät. (Holmberg ym, 362-364.)

Nuoruusiän päihdehäiriössä sekakäyttö on hyvin yleistä ja monesti he kärsivät muista mielenterveyden häiriöistä. Nuorten terveyden edistämisessä tulisi ottaa päihteet puheeksi. Olennaisena osana päihdehäiriöisen nuoren hoidossa on yksilöllisyys, terveys- ja voimavarakeskeisyys, oma-toimisuus, turvallisuus, jatkuvuus sekä perheiden ja verkostojen mukaan otto. Nuoren elämänsä ylläpitäminen on yksi tärkeimmistä hoitotyön tavoitteista, joskin päihderiippuvuus on nuorilla vähäistä. Nuorella on tärkeää selvittää kokonaisvaltaisesti hänen elämänsä vaikuttavia asioita. Yleisimpinä mielenterveysongelmina päihdehäiriöistä kärsivällä nuorella on erilaiset käytöshäiriöt ja masennus, joiden tunnistaminen ja hoito on tärkeää. Nuorille on tarjolla erilaisia hoitomenetelmiä, joista keskustelu esimerkiksi kognitiivisen terapian avulla. Avohoidossa hoidetaan yhdessä moniammatillisen ammattihenkilöstön kanssa. Mikäli lastensuojelulain mukaisesti tulee nuorelle kyseeseen sijoitus, nuoren päihdekierre voidaan katkaista myös lastensuojelulaitoksessa. On olemassa myös perhetukikeskus, perhehoitoyksikkö, tai tuettu asuminen, jossa voidaan hoitaa nuoren päihdeongelmaa turvallisesti ja luottamuksellisesti. Nuoren hoitomyönteisyys on ydinasia tehokkaassa hoitotyössä. (Holmberg ym, 2015, 366-369.)

Nuorten päihdeongelmat eroavat aikuisten päihdeongelmista siten, että nuoren päihteidenkäyttö on yleensä alkuvaiheessa, eikä nuori yleensä siten täytä päihdehäiriön diagnostisia luokituksia. Nuorilla on harvoin päihteiden käyttöön liittyen somaattisia haittoja tai vieroitusoireita. Vakavasti päihteitä väärin käyttävistä nuorista jopa 80 % kärsii samaan aikaan myös jostain mielenterveydenhäiriöstä. Nuorten päihdehäiriöiden ja mielenterveysongelmien syy-seuraussuhteisiin liittyvisä tutkimustiedoissa on vielä puutteita ja ristiriitaisuuksia. Mutta on viitteitä siitä, että usein nuor-

ten päihderiippuvuutta tai päihteiden haitallista käyttöä edeltää käytöshäiriö ja sen aiheuttama väkivaltaisuus. (Henriksson ym. 2019, 672-673.)

Päihdehoidossa nuorien kohdalla on tärkeää tunnistaa ongelma varhaisessa vaiheessa, jolloin voidaan välttyä sen kehittymistä päihdehäiriöksi. Nopeasti otettavia keinoja ovat päihteiden käytön seuranta, päihteiden käytön puheeksi ottaminen, nuoren omien ja ympärillä olevien ihmisten voimavarojen tunnistaminen ja selvittäminen. Motivoiva haastattelu- menetelmä nuorten päihteiden käytön ohjausmenetelmänä, jonka tavoitteena on tukea ja vahvistaa nuoren sisäistä motivaatiota pois päihteiden käytöstä tai sen vähentäminen. Nuorelle ensisijainen hoitokeino on avohoito, jolla pyritään turvaamaan nuoren elinympäristö mahdollisimman normaalina. Hoitosopimus ja oma motivaatio ovat avainasemassa nuoren päihdehoidossa. Psykososiaalinen hoito on yksilökeskeistä hoitoa, jossa pyritään saamaan nuorelle sisäinen muutos päihdekäyttöä kohtaan. Perhekeskeisessä hoidossa pyritään saamaan muutos perheensisäiseen vuorovaikutukseen, tai jopa perheen ulkopuolelle nuoren ympärillä olevaan yhteisöön. Laitoshoito on myös mahdollinen, mikäli nuoren päihteiden käyttö vaarantaa hänen normaalia kasvua ja kehitystä. Tai jos ei pystytä avohuollon tukitoimin lopettamaan vakavaa päihdekierrettä tai huumeiden käyttöä. Laitoshoidossa yhteisöhoito nousee hoitomuodoista tärkeimmäksi. Lääkehoitoa tarvitaan nuorten päihteiden käytön rajoittamiseksi silloin, jos nuorella todetaan voimakkaita vieroitusoireita. Alkoholi- ja huumausaineiden riippuvuuden lääkehoitoa nuorilla toteutetaan samoilla tavoilla kuin aikuisillakin, mutta monesti joudutaan turvautumaan laitoshoitoon. (Huurre ym. 2014, 121-123.)

Nuorilla alkoholin käytön jälkeen sekakäyttö on toiseksi yleisin päihdeongelma. Sekakäytöllä tarkoitetaan sitä, kun halutaan saada tehostettu vaikutus toiselle päihteelle tai huumeelle. Sekakäyttöä kokeillaan yleensä nuoruudessa, tämän aikana elämä voi olla kaoottista ja johtaa ei toivottuihin tekoihin. Päihdehoitotyössä sekakäyttö on ongelmallista, ja tämä näkyy myrkytystilastoissa, sekä yliannostuskuolemista. (Holmberg ym, 2015, 94-95.)

Nuorten päihdehäiriön hoitoa ja riippuvuuden vakavuutta arvioitaessa on käytettävissä olevia mittareita ja apuvälineitä monia, näistä seuraavassa muutamia. (ADSUME- mittari) tämä on myös tukena päihdeettömyyttä edistävään keskusteluun. Sekä yleisimmin käytetty (AUDIT-mittari) on kehitetty alkoholin riskikäytön tunnistamiseen. Tämä on Maailman terveysjärjestön WHO:n kehittämä. (Käypähoito-suositus, 2018, viitattu 22.8.2020.)

## 2 NUORTEN MIELENTERVEYDEN LÄÄKEHOITO

Lääkehoito on käsitteenä hyvin laaja. Tässä opinnäytetyössä on aihetta rajattu siten, että se sopii Jokilaakson perhekotien lääkehoitoon. Jokilaakson perhekotien lääkehoidosta saatu tieto on saatettu haastatteleamalla siellä työskentelevää vastaavaa psykiatrista sairaanhoitajaa, Jani Kinnusta. Olemme käyneet yhdessä Jokilaakson perhekotien nuorten yleisimmin käytetyt lääkkeet.

### 2.1 Lääkehoito ja lääkehoidon käsitteitä

Lääkehoito on tutkittuun tietoon perustuvaa tietoa, jonka perusteella on määritetty kullekin lääkelle sopiva käyttö. Kun lääkkeitä käytetään tämän tiedon mukaisesti, jäävät haittavaikutukset vähäisiksi ja lääkkeistä saadaan mahdollisimman suuri hyöty. (Saano & Taam-Ukkonen 2015, 3.)

Lääkkeellä tarkoitetaan sellaista valmistetta, ainetta tai aineiden yhdistelmää, jolla sisäisesti tai ulkoisesti käytettynä pyritään seuraaviin asioihin:

- Ehkäisemään, parantamaan tai lievittämään sairautta tai sen aiheuttamaa oiretta
- Korjaamaan, palauttamaan tai muuttamaan elintoimintoja
- Auttamaan sairauden tai terveydentilan selvittämisessä. (Saano & Taam-Ukkonen 2015, 42.)

Lääkkeet sisältävät tai ovat jo itsessään vaikuttavia aineita, eli lääkeaineita. Lääkeaine vaikuttaa elimistöön esimerkiksi kemiallisesti ja sillä pyritään saamaan aikaan aiemmin mainittuja vaikutuksia elimistössä. Lääkevalmiste puolestaan on valmistettu lääkeaineesta ja se on tarkoitettu käytettäväksi ja myytäväksi lääkkeenä. Esimerkiksi ibuprofeini on lääkeaine ja yksi sen lääkevalmisteista on Burana. (Saano & Taam-Ukkonen 2015, 42.)

Lääkkeet voidaan jakaa itsehoitovalmisteisiin, joita saa ilman reseptiä, sekä reseptilääkkeisiin, joita saa ostettua apteekista ainoastaan reseptin kanssa. Reseptilääkkeitä ihmisille voi Suomessa määrätä lääkäri ja hammaslääkäri. Rajatun lääkkeenmääräämisoikeiden voi lisäkoulutuksen jälkeen saada laillistettu sairaanhoitaja, sairaanhoitajana laillistettu terveydenhoitaja sekä kättilö. (Saano & Taam-Ukkonen 2015, 48-49.)

### 2.1.1 Farmakologia

Lääkeoppia kutsutaan farmakologiaksi. Farmakologia voidaan jakaa kahteen eri ryhmään, farmakokinetiikkaan ja farmakodynamiikkaan. Farmakokinetiikalla tarkoitetaan lääkeaineen eri vaiheita elimistössä. Näihin vaiheisiin luetaan lääkeaineen imeytyminen elimistöön, lääkeaineen jakautuminen kudoksiin, lääkkeen aineenvaihdunta eli metabolia sekä lääkeaineen erittyminen. Farmakodynamiikalla puolestaan tarkoitetaan lääkeaineen vaikutuksia elimistössä. (Saano & Taam-Ukkonen 2015, 89.)

Lääkehoidolla on aina riskinsä ja lääkkeillä voi olla haittavaikutuksia, sivuvaikutuksia tai yhteisvaikutuksia. Lääkkeen haittavaikutus on lääkkeen vaikutusmekanismista johtuva ei-toivottu vaikutus elimistössä ja siitä voi olla potilaalle haittaa. Lääkkeen sivuvaikutukset ovat niin ikään lääkkeen vaikutusmekanismista johtuvia vaikutuksia elimistössä, mutta sivuvaikutuksesta ei välttämättä koidu potilaalle haittaa. Sivuvaikutus voi joskus olla toivottukin vaikutus elimistössä. Yhteisvaikutukset eli interaktiot puolestaan ovat kahden tai useamman lääkkeen yhteiskäytöstä johtuva vaikutus elimistössä. Myös jotkut ruoat tai juomat (esim. Maito, alkoholi, greippi) voivat aiheuttaa yhteisvaikutuksia lääkkeiden kanssa. Yhteisvaikutus voi olla haitallinen, mutta joissain tapauksissa myös hyödyllinen. Yhteisvaikutukset voidaan jakaa farmakodynaamisiin ja farmakokineettisiin yhteisvaikutuksiin. Farmakodynaamisilla yhteisvaikutuksilla tarkoitetaan sellaisia yhteisvaikutuksia, joissa lääkeaineen pitoisuus elimistössä ei muutu vaan vaikutus tapahtuu reseptoreissa. Farmakokineettisillä yhteisvaikutuksilla tarkoitetaan sellaisia yhteisvaikutuksia, joiden tuloksena lääkeaineen pitoisuus elimistössä muuttuu. (Saano & Taam-Ukkonen 2015, 143, 157.)

### 2.1.2 Lääkehoidon lainsäädäntö

Läkelaki:

*Tämän lain tarkoituksena on ylläpitää ja edistää lääkkeiden ja niiden käytön turvallisuutta sekä tarkoituksenmukaista lääkkeiden käyttöä. Lain tarkoituksena on myös varmistaa lääkkeiden asianmukainen valmistus ja saatavuus maassa. (Finlex, Läkelaki 10.4.1987/395. 1§.)*

Lääkehoito on Suomessa laeilla tarkoin säädeltyä toimintaa. Suomessa ylin lääkehoidon vastuullinen viranomainen on sosiaali- ja terveysministeriö. Se johtaa lääkehoitoa ja -huoltoa säätämällä

näitä asioita koskevia lakeja, asetuksia ja ohjeita. Sosiaali- ja terveysalan lupa- ja hallintavirasto Valvira ohjaa aluehallintovirastoja ja kuntia lakien ja säädösten toimeenpanossa. Valvira valvoo myös terveydenhuollon ammattihenkilöiden ja organisaatioiden toimintaa, sekä ratkaisee kante-  
luita. Lisäksi Valvira myöntää terveydenhuollon ammattihenkilöstölle luvan toimia ammatissaan. Terhikki-rekisteristä voi kuka tahansa tarkistaa terveydenhuollon ammattihenkilön pätevyyden. Lääkealan turvallisuus- ja kehittämiskeskus Fimea valvoo lääkealan toimijoiden, esimerkiksi ap-  
teekkien ja lääketehtaiden toimintaa. (Saano & Taam-Ukkonen 2015, 25-26.)

Lääkehoitoa toteuttavalla sosiaali- ja terveydenhuoltoalan toimintayksiköllä tulee olla yksikköko-  
haiseen käyttöön suunniteltu lääkehoitosuunnitelma. Suunnitelma ohjaa yksikön lääkehoitoa ja  
jokaisen lääkehoitoa toteuttavan henkilökunnan jäsenen tulisi olla perehdytetty siihen. Jokainen  
työntekijä on vastuussa siitä, että toimii lääkehoitosuunnitelman mukaisesti. Lääkehoitosuunni-  
telman tarkoituksena on taata turvallinen lääkehoito ja sen lähtökohtana on toimintayksikön asi-  
akkaiden tarvitsema lääkehoito. (Valvira 2020, viitattu 22.4.2020.)

Jokilaakson perhekodeissa on jokaisessa toimintayksikössä ajantasainen lääkehoidon suunnitel-  
ma. Suunnitelman ovat laatineet yksikön sairaanhoitaja yhteistyössä esimiesten kanssa, jonka  
lääkäri on vahvistanut. Suunnitelma sijaitsee toimistossa ohjaajien nähtävillä ja sen läpi käyminen  
kuuluu uusien työntekijöiden perehdytykseen.

Psykykenlääkkeitä käytetään psykiatristen sairauksien hoidossa. Psykykenlääkkeet vaikuttavat  
mielialaan, tunteisiin ja käytöstä sääteleviin hermoverkostoihin. Koska psykykenlääkkeet eivät ole  
täsmälääkkeitä, ne voivat vaikuttaa myös elimistön ja keskushermoston muuhun toimintaan. Täs-  
tä aiheutuvia vaikutuksia kutsutaan haittavaikutuksiksi. Potilaan ikä, sukupuoli, perimä ja sairau-  
det vaikuttavat lääkkeiden vaikutuksiin ja poistumiseen elimistöstä. Tämä tarkoittaa sitä, että eri  
lääkkeet tai lääkeannokset eri ihmisillä aiheuttavat erilaisia vaikutuksia eri potilailla. Psykykenlääk-  
keiden käyttö ei tulisi olla ensisijaista hoitoa, eikä se esimerkiksi poista traumaattista tapahtumaa  
muistoista. Siksi lääkehoitoa ennen ja sen rinnalla olisi hyvä kokeilla sopivaa terapiamuotoa.  
(Huttunen 2017, 5.)

Tässä opinnäytetyössä tarkastellaan niitä psykykenlääkkeitä, joita yleisimmin on ollut käytössä  
Jokilaakson perhekodeilla. Myös nuorten sairaudet ja niiden oireet ovat tähän opinnäytetyöhön  
valittu sen perusteella, mihin hyvin usein törmää lastensuojelussa. Lääkehoidon tiedot on tarkas-  
tettu yhdessä Jokilaakson perhekotien sairaanhoitajan kanssa 22.4.2020.

### 2.1.3 Ahdistuneisuuden lääkehoito

Ahdistuneisuushäiriöiden lääkehoidossa nuorten kohdalla on paikon melko niukasti tutkimustuloksia. Esimerkiksi sosiaalisten tilanteiden pelosta kärsivien nuorten kohdalla tutkimustietoa on hyvin vähän. Kuitenkin suurimpaan osaan ahdistuneisuushäiriöistä näyttäisi tehokkain lääkehoito löytyvän SSRI- lääkkeitä, (selektiiviset serotoniinin takaisinoton estäjät). Niitä käytetään useimpien ahdistuneisuushäiriöiden hoidossa nuorilla. Lisäksi esimerkiksi paniikkihäiriön hoidossa käytetään bentsodiatsepiineja. Niiden käyttö pyritään kuitenkin pitämään lyhytaikaisena toleranssin kasvun ja riippuvuuden kehittymisen vaarojen vuoksi. (Henriksson ym. 2019, 660-661.)

Akuutin ahdistuksen hoidossa lääkehoitoa voidaan käyttää tilapäisesti, jolloin tehokkaita lääkkeitä ovat esimerkiksi bentsodiatsepiinit, kuten esimerkiksi alpratsolaami, klonatsepaami. Näillä on ahdistusta lievittävä vaikutus. Estää kouristuksia, rentouttaa lihaksia ja väsyttävät. Bentsodiatsepiineja voidaan käyttää siis, myös unettomuuden hoidossa ja epilepsia lääkkeenä. Vaikutuksen nopea alkua auttaa ahdistuksen hoidossa nopeasti, mutta pitkäaikaisessa käytössä esiintyy ei toivottuja vaikutuksia, kuten voimakasta riippuvuutta ja lääkkeiden väärinkäyttöä. Pitkäaikaista ahdistusta hoidettaessa ensisijaisia lääkkeitä ovat serotoniinin takaisinoton estäjä lääkkeet, kuten sitalopraami ja essitalopraami. (Nordling & Toivio 2013, 267.)

Ahdistuneisuuden lääkehoitoa mietittäessä on kartoitettava potilaan päihteiden käyttö. Buspironi on virallinen käyttöaihe ahdistuneisuuden hoidossa. Tämä ei väsytä, eikä aiheuta riippuvuutta kuten bentsodiatsepiinit. Lääkeväste tulee pidemmällä aikavälillä, on siis tarkistettava säännöllisesti lääkehoidon vastetta ja siedettävyyttä. Lääkehoitoa tulisi jatkaa yli puolen vuoden ajan, koska taantuminen sekä voimakkaat itsetuhoajatukset ovat yleisiä ahdistuneisuushäiriöissä, mikäli lääkehoito lopetetaan yhtäkkiä liian aikaisin. (Leinonen & Viikki, 2015, viitattu 25.4.2020.)

Ahdistuneisuus ja unettomuus ovat yleisimpiä Jokilaakson perhekotien nuorten ongelmia. Lähes jokainen nuori kokee jossain vaiheessa väsymystä päivisin ja isolla osalla myös unen saanti iltaihin tuottaa hankaluuksia. Ahdistuneisuutta esiintyy myös runsaasti. Jo pelkästään se, että nuori on sijoitettu perhekotiin, voi tuottaa nuorelle suurta ahdistusta. Lisäksi ahdistusta voi tuottaa esimerkiksi koulunkäynnin vaikeudet, suhteet vanhempiin/läheisiin, syömishäiriöt ja monet muut vaikeaksi koetut asiat. On kuitenkin hyvä muistaa murrosiässä tapahtuvat muutokset nuoren elämässä, joka jo itsessään voi aiheuttaa ahdistusta. Ahdistus on toisaalta tunne, jota pitää pystyä jossain määrin myös sietämään, niin ettei voida ajatella sen olevan aina ongelma.

## 2.1.4 Nuorten masennuksen lääkehoito

Suuri osa nuorten masennuksen hoitoon käytettävistä tutkituista hoidoista on kehitetty aikuisiin tehoavien hoitojen pohjalta. Nuorten masennuksen hoidossa ensisijaisena hoitomuotona pyritään pitämään lääkkeetöntä hoitoa. Kuitenkin vaikeissa tapauksissa lääkehoito olisi hyvä aloittaa jo hoidon alkuvaiheessa. Lääkehoitoa tulisi harkita myös silloin, mikäli psykososiaalisista hoidoista ei ole ollut apua ensimmäisen hoitokuukauden aikana. Masennuslääkehoidon ei tulisi olla ainoa hoitomuoto nuoren masennusta hoidettaessa, vaan lisäksi tulisi olla myös psykososiaalista hoitoa. (Henriksson ym. 2019, 664-665.)

Nuorten masennustilojen lääkehoitoon suositellaan SSRI-lääkkeitä, ensisijaisesti fluoksetiinia. Haittavaikutusten minimoimiseksi hoito tulisi aloittaa pienellä annoksella. Samalla lääkkeestä saatavaa hoitovastetta ja mahdollisia haittavaikutuksia tulee seurata ainakin lääkehoidon ensimmäisen kuukauden ajan. Tutkittaessa nuorten käyttämien SSRI-lääkkeiden haittavaikutuksia, on havaittu niiden aiheuttavan itsetuhoisuuden, impulsiivisuuden sekä väkivaltaisuuden lisääntymistä. Tutkimuksissa on kuitenkin todettu, että nopein hoitovaste nuorten masennuksiin on saatu psykoterapian ja SSRI-lääkityksen yhdistelmällä. Masennuksen uusimisen estämiseksi aloitettua lääkehoitoa olisi hyvä jatkaa noin 4-6 kuukautta. (Henriksson ym. 2019, 665.)

Masennuslääkitystä arvioitaessa arvioidaan depression aste, mitä vaikeampi masennus on, sitä herkemmin aloitetaan lääkitys. Vasteen arvioimisessa tarvitaan yleensä 4-6viikkoa. Masennuslääkityksen purkua ei voida tehdä nopeasti, oireiden korjaannuttua täytyy jatkaa lääkitystä vähintään puolivuotta, koska taantuminen voi olla lääkityksen liian nopean lopettamisen syy, jopa itsemurha. Estolääkitystä voidaan aloittaa potilailla, joilla on toistuvia vähintään keskivaikeita masennusjaksoja. Selektiiviset serotoniinin takaisinoton estäjät, SSRI-lääkkeet väistäneet vanhat depressiolääkkeet käytöstä. Kaksoisvaikutteiset depressiolääkkeet vaikuttavat serotoniiniaineenvaihdunnan lisäksi noradrenaliiniin. Tämä lisää molempien aineiden vaikutusta aivoissa, kuten venlafaksiini, mirtatsapiini. Trisyklisten masennuslääkkeiden käyttöä on vähennetty näiden runsaiden haittavaikutusten vuoksi, sekä hengenvaarallisuuden vuoksi yliannostus potilailla. Mainitaan myös maniavaiheen hoidossa Litium, joka vaikuttaa solukalvotoimintaan ja serotoniinin välitykseen. Litium-lääkityksessä on muistettava turvakokeet, sisäelinvaurioriski. Maniavaiheessa voidaan käyttää myös epilepsialääkkeitä, kuten valproaattia ja karbamatsepiiniä. (Nordling & Toivio 2013, 266-267.)

Kuten aiemmin kappaleissa on kerrottu masennuslääkityksen arvioimisen tärkeydestä koko hoidon ajan. Epäsäännöllisellä masennuslääkityksellä on selvä yhteys itsetuhoisuuden lisääntymiseen lopetusoireiden vuoksi. Hoidon suunnittelussa on tärkeää keskustella mahdollisista masennuslääkityksen aiheuttamista haitoista ja hyödyistä sekä nuoren että hänen huoltajiensa kanssa. Hyvään ja turvalliseen hoitoon kuuluu nuoren masennuksen hoidossa hoitovasteen ja mahdollisten haittavaikutusten ja itsetuhoisuuden systemaattinen seuranta. (Haravuori & Marttunen, 2015, viitattu 25.4.2020.)

### **2.1.5 Nuorten unettomuuden lääkehoito**

Unettomuus aiheuttaa monenlaisia fyysisiä ja psyykkisiä oireita. Unettomuuden tasoja voidaan luokitella kolmeen eritasoon. Tilapäinen unettomuus (unettomuusjakso kestänyt alle 2 viikkoa), lyhytkestoinen unettomuus (2-12 viikkoa kestänyt unettomuus), pitkäkestoinen unettomuus (unettomuus kestänyt yli 3 kuukautta). Keskeistä unettomuuden hoidossa on se, kuinka hyvää potilaan ohjaus ja unettomuuden syiden selvittely on. Monet lääkeaineet voivat itsessään jo aiheuttaa unettomuutta. Unettomuuden hyvänä mittarina voidaan pitää sitä, onko ihminen aamulla virkeä ja kokeeko hän elämänlaatunsa hyvänä. Ensisijaisena unettomuuden hoitona tulisi kokeilla lääkkeettömät vaihtoehdot. Nukahtamislääkkeitä on markkinoilla monenlaisia. Mikäli unettomuus häiritsee ihmisen elämänlaatua, voidaan turvautua tilapäiseen unilääkkeen käyttöön. Pitkäaikaista käyttöä tulisi välttää. Unilääkkeitä on erilaisissa lääkeaineryhmissä, kuten bentsodiatsepiinit, aikabiologiset lääkkeet ja väsyttävät masennus ja antipsykootit. (Saano & Taam-Ukkonen 2015, 559-561.)

Unilääkkeet eli hypnootit lieventävät unettomuutta, mutta myös keventävät unta, joka voi aiheuttaa pidempiaikaista väsymystä. Tilapäisen ja lyhytkestoisen unettomuuden lääkkeellisestä hoidosta on enemmän tutkimusnäyttöä, kuin pidempiaikaisen unettomuuden hoidosta. Tilapäisen unettomuuden lääkkeellinen hoito tulisi kestää enintään 2 viikkoa, jonka jälkeen lopettaminen tulisi tehdä asteittain. Lääkkeiden yhteisvaikutusten huomiointi on tärkeää, kuten muiden sairauksien käyttöön määrättyjen lääkkeiden kanssa. Unilääkkeitä määrätään enenevässä määrin, joka saattaa vaikeuttaa unihäiriön lääkkeetöntä hoitoa. Nuorten unihäiriöiden taustalla voi olla vuorokausirytmin sekaisin meno, tai yleisimmin tutkimuksien mukaan ahdistus ja murrosikävaiheiden tuoma herkkyys unihäiriön syntymiselle. (Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen

Unitutkimusseura ry:n asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim, 2020, viitattu 25.8.2020.)

Unettomuutta ja sen erilaisia vaiheita voi aiheuttaa monet lääkeaineryhmät. Nuorten eri sairauksien hoidossa käytettävistä lääkkeistä saattaa aiheuttaa unettomuutta. Esimerkiksi nuoren masennuksen hoito, vahvat kipulääkkeet, huumausaineet, osa antibiooteista, pahoinvoinnin esto lääkkeet, ahdistuneisuuden hoito ja sydänperäisten oireiden hoitoon osoitetut lääkkeet. (Partinen M. 2015, unettomuutta aiheuttavat lääkkeet, viitattu 25.8.2020)

### **2.1.6 Käytöshäiriöiden lääkehoito**

Käytöshäiriöiden ensisijainen hoitomuoto on aina ensisijaisesti psykososiaaliset interventiot. Haastavimmissa tapauksissa voi kuitenkin lääkehoidon aloittaminenkin olla perusteltua psykososiaalisten interventioiden lisäksi. Erilaisten oireyppien mukaan voidaan harkita lääkehoidoksi litiumia, antileptejä tai uusia psykoosilääkkeitä. Jos lapsella on lisäksi myös AD/HD, on ensisijainen lääkehoito hyvin optimoitu stimulanttilääkitys. Mikäli lapsella on myös vaikeita aggressio-oireita, voidaan stimulantin lisäksi kokeilla myös risperidonia. Lääkehoidon kanssa on aina oltava samaan aikaan käynnissä myös jokin lääkkeetön hoitomuoto. (Henriksson ym. 2019, 641-642.)

Käytösongelmaisilla nuorilla, joilla on uhmakkuus- tai käytöshäiriö, voidaan soveltaa lääkehoitoa hoitomuotona. Lääketutkimukset alaikäisten hoidossa psykykelääkkeillä on melko vähäistä. Mikäli kuitenkin hoidetaan käytöshäiriötä psykykenlääkkeellä, puhutaan niin sanotusta off-label- käytöstä, jolloin myyntiluvasta poiketen käyttöaihe virallisesta ohjeesta poikkeaa. Mikäli psykososiaaliset hoitomuodot eivät ole riittäviä ja nuorella esiintyy voimakasta impulsiivista aggressiivisuutta ja tunteiden säätelyn vaikeutta, voidaan aloittaa psykoosilääkitys, kuten risperdoni. Risperdonin aloituksessa on erittäin tärkeää tehdä kattava psykiatrinen, somaattinen ja neurologinen arvio, sekä lääkehoidon hyötyjen ja haittojen seuranta. Lapsilla risperdonin käyttö pitäisi olla lyhytaikaisista. Lyhyen aikavälin psykykkistä vointia on tutkittu voivan parantaa aripipratsoli lääkityksellä. Muiden psykoosilääkkeiden, kuten ketiapiinin, haloperidolin, olantsapiinin tai klotsapiinin käytöstä nuoren käytöshäiriön hoidossa ei ole luotettavaa näyttöä. Mielialaa tasaavalla lääkkeellä: Litiumilla on havaittu olevan käytöshäiriöiden oireilua vähentävä vaikutus lyhyellä aikavälillä. Käyttö edellyttää huolellista alkuarviota. Myös valproaatilla on tutkittu olevan lievitystä nuoren aggressii-

visuuden hoidossa. (Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin, Suomen Psykiatriyhdistys ry:n ja Suomen Nuorisopsykiatrisen yhdistyksen asettama työryhmä, 2018, viitattu 22.5.2020.)

### **2.1.7 Aktiivisuuden ja tarkkaavuuden lääkehoito**

AD/HD:n ensisijaisena hoitomuotona käytetään psykososiaalisia hoitoja ja kuntoutusta. On olemassa kuitenkin useita eri lääkevalmisteita hillitsemään AD/HD:n oireita. Yleisimmin lääkehoitona käytetään psykostimulantteja, jotka ovat amfetamiinijohdannaisia. Tällaisista lääkkeistä on tutkimustietoa potilaan toimintakyvyn parantumisesta ja AD/HD:n oireiden lievittymisestä. Suomessa eniten käytetty lääkeaine on metyyliifenidaatti sekä lyhyt, että pitkävaikutteisena. Lääkkeen vaikutus on pisimmillään 4-12 tuntia. Tarkoituksena olisi, että lapsi/nuori selviää oireidensa kanssa läpi koulupäivän ja mahdollisten harrastusten kanssa. (Henriksson ym. 2019, 638.)

Lääkehoidon aloituksessa ADHD:n hoidossa on tärkeää edetä johdonmukaisesti, ja lääkehoitoa on seurattava systemaattisesti ja alussa erityisen tiiviisti. Lääkevalmisteen valinnassa huomioidaan oireiden esiintyminen eri tilanteissa ja eri vuorokaudenaikana, sekä pohditaan mahdollisten muiden ongelmien esiintyminen tilanteissa, joissa suoriutuminen on haastavaa. Stimulantti-lääkkeistä on käytettävissä, lyhyt-keskipitkä- ja pitkävaikutteisia lääkevalmisteita. Metyyliifenidaatti (MPH) vähentää ADHD:n oireita, kuten tarkkaamattomuutta, impulsiivisuutta ja yliaktiivisuutta. Deksamfetamiini ja lisdeksamfetamiini vähentävät ADHD:n ydinoireita. Kuten kaikilla lääkkeillä on myös amfetamiinijohdannaisilla lääkkeillä haitta- ja sivuvaikutuksia. Tavallisimpia ovat verenpaineen nousu, sykkeen nousu, päänsärky, ruokahaluttomuus ja vatsakivut. Atomoksetiinia käytetään ADHD:n ydinoireiden hallintaan, lyhyessä hoidossa. Sivu- ja haittavaikutuksina monentyyppisiä oireita Atomoksetiini-lääkityksessä. Ohimenevä väsymys sekä ruoansulatuskanavan oireet, verenpaineen nousu ja heikentynyt ruokahalu, sykkeen nousu. Guanfasiini kuuluu myös ADHD:n lääkkeelliseen hoitoon, pitkäaikaisessa hoidossa ei ole tutkimusnäyttöä, jonka vuoksi tätä lääkettä ei juuri suositella vielä lapsille ja nuorille. Sivu- ja haittavaikutukset lähes vastakkaisia kuin aiemmin mainituilla lääkkeillä, uneliaisuus, väsymys sekä vireystilan, verenpaineen ja sykkeen lasku. (Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin, Suomen Lastenneurologisen yhdistys ry:n, Suomen Lastenpsykiatriyhdistyksen ja Suomen Nuorisopsykiatrisen yhdistyksen asettama työryhmä, 2019, viitattu 24.4.2020.)

Muita lääkityksiä ADHD:n hoidossa on, mutta näitä ei ole suositeltu Suomessa käytettäväksi ilman erikoissairaanhoidon arviota. Klonidiini vähentää ADHD:n keskeisiä oireita lyhytkestoisessa hoidossa. Klonidiinilla on paljon haittavaikutuksia, kuten väsymys, uneliaisuus, suun kuivuminen. Sydänoireilua, kuten sinusbradykardiaa sekä QT-ajan pidentymistä. Modafiniilia käytetään myös aikuisilla, mutta ei alle 18-vuotiailla, sekä venlafaksiinia ja bupropionia. Ravitsemushoidoista on tehty tutkimuksia, joissa on osoitettu joidenkin ruoka-aineiden lisäävän tai aiheuttavan ADHD:n oireita, puhutaan eliminaatoruokavaliosta. Kuitenkaan lapsilla ja nuorilla ei ole voitu osoittaa ruoka-aine rajoitusten vähentävän oireita, koska tutkimusnäyttöä ei riittävästi ole. (Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin, Suomen Psykiatriyhdistys ry:n ja Suomen Nuorisopsykiatrisen yhdistyksen asettama työryhmä, 2019, viitattu 24.4.2020.)

### **2.1.8 Syömishäiriöiden lääkehoito**

Syömishäiriötä sairastava nuori tarvitsee aktiivista psyykkistä tukea sairautensa hoidossa. Psykenlääkehoitoa voidaan harkita ravitsemushoidon ja muun hoidon tueksi. Puhutaan siis liitännäishäiriön, tai -oireen hoidosta. Mikäli hoidon alussa ravitsemustila on huono, ei psykenlääkehoidolla ole apua. Tutkimusnäyttöä ei ole saatavilla alle 18-vuotiaiden syömishäiriön lääkehoidolle. Mikäli kuitenkin aloitetaan mielialälääkitys, tähän on suosituksena annettu fluoksetiinin aloitus. Aliravitsemustila laskee valkosoluarvoja ja saattaa vaikuttaa sydämen johtumisaikaan. Antipsykoottilääkityksellä on samankaltaisia vaikutuksia, jonka vuoksi aloitusannokset täytyy olla hyvin pieniä, sekä on tärkeää muistaa tehokas lääke seuranta. Tutkimuksissa on voitu osoittaa psykenlääkkeiden tehosta nuoren syömishäiriöstä johtuvan ahdistuneisuuden, psykoottisen ajattelun, sekä pakko-oireiden hoidossa. Pitkään jatkunut aliravitsemustila heikentää luustoa, jonka vuoksi olisi tärkeää kartoittaa lisäravinteiden aloitus. Luuntiheyden palautumiseen normaalisti saadaan helpoiten painon ja kuukautiskierron normalisoitumisella. Kalkki- ja D-vitamiinilisä, sekä monivitamiinien aloitus. Kuitenkin on tärkeää muistaa, ettei ravintolisillä voida korvata monipuolista ruokavaliota. Psykososiaalinen tuki ja monipuolinen ruokavalio ovat avain asemassa hoidettaessa syömishäiriöistä nuorta. (Huurre ym. 2014, 72, 74.)

### **2.1.9 Päihdehäiriöiden lääkehoito**

Nuoren päihdehäiriön hoidossa lääkehoito on viimeisimpiä hoitomuotoja. Nuorella ei yleensä ilmene voimakkaita vieroitusoireita, jonka vuoksi tarvitsisi aloittaa lääkehoitoa näiden hoitamiseksi.

si. Kuitenkin, jos nuori kärsii vahvasta alkoholiriippuvuudesta, voidaan hänelle aloittaa vieroitus-hoito. Vieroitushoito toteutetaan yleisimmin laitoshoidossa, jossa voidaan aloittaa bentsodiatse-piini-lääkitys valvotusti. Alkoholin himoa voidaan hoitaa samoin nuorilla kuin aikuisillakin, kuten disulfiraami. Nuoren motivointi hoidossa on tärkeää. Eniten tutkimusnäyttöä päihdeongelmaisten hoidossa on muiden samanaikaisten mielenterveyshäiriöiden lääkehoidossa. Opioidikorvaushoi-toa on toteutettu laitoshoidossa, mutta myös on voitu aloittaa korvaushoitoa avohoidossakin yli 16-vuotiaiden hoidossa. (Huurre ym. 2014, 123.)

Nuorelle on olemassa erilaisia lääkkeellisiä hoitomuotoja psykologisen hoidon lisäksi. Lääkehoi-toa voidaan toteuttaa vieroitushoitolääkityksellä, korvaushoitolääkityksellä tai päihdehimoa vähen-tävillä lääkityksillä. Lisäksi voidaan käyttää mielenterveyden häiriöihin ja sairauksiin käytettäviä lääkkeitä. (Holmberg ym, 2015, 369.)

Riippuvuutta voidaan päihdesairauksissa hoitaa lääkehoidon tuella. Psykiatristen sairauksien tunnistaminen ja niiden lääkkeellinen hoito voi olla hyötyä päihdehäiriön hoidossa. Lääkkeiden käyttöön liittyy olennaisesti päihdehäiriön hoidossa myös erityistä tarkkaavuutta. Sama lääke voi aiheuttaa väärinkäytettynä päihderiippuvuutta ja taas oikein käytettynä päihdesairauden oikean-laista hoitoa, esimerkiksi hoitointervention jälkeen bentsodiatsepiini riippuvuus. (Holmberg ym, 2015, 326.)

Kannabis vaikuttaa keskushermoston reseptoreihin aiheuttaen riippuvuutta. Vieroitusoireet ovat yksilöllisiä sekä psyykkisiä että fyysisiä. Kannabisriippuvuutta ei hoideta lääkkeellisin keinoin. Tähän ei toistaiseksi ole kehitetty lääkehoitoa. Psykososiaaliset hoitomuodot ovat kannabiksesta riippuvaisen hoitomuoto. Erilaisella palkitsemisjärjestelmällä on todettu olevan nuorten keskuu-nessa positiivisia vaikutuksia hoidon etenemiseen. Mikäli vieroitusoireita on ja ne ovat vaikeaksi luokiteltavia oireita, voidaan näitä hoitaa tarvittaessa lääkkeellisin keinoin. (Suomalaisen Lääkäri-seuran Duodecimin ja Päihdelääketieteen yhdistyksen asettama työryhmä, 2018, viitattu 24.5.2020.)

Amfetamiini kuuluu stimulantteihin. Amfetamiinin käyttö nuorten keskuudessa on yleistynyt. Myr-kytystiloja yliannostuksista voi seurata esimerkiksi aineen epäpuhtauden ja pitoisuuksien enna-koimattomuuden vaihtelusta. Vieroitustilaa amfetamiinin ja sen johdannaisten käytöstä on vaike-ampaa osoittaa kuin muiden huumausaineiden käytöstä. Tehokasta spesifistä lääkehoitoa ei tunneta amfetamiinien hoidossa. Mirtatsapiinia voidaan harkita vieroitusoireiden lääkkeelliseksi

hoidoksi. (Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Päihdelääketieteen yhdistyksen asettama työryhmä, 2018, viitattu 24.5.2020.)

### 3 JOKILAAKSON PERHEKODIT OY:N ESITTELY

Jokilaakson perhekoteihin kuuluu yhteensä 7 lastensuojelun yksikköä, Pohjois-Pohjanmaan eteläosassa: Jokikallio 1 ja Jokikallio 2 Nivalassa, sekä Pinola 1, Pinola 2 ja Kotikallio Ylivieskassa, Niemelänniitty 1 ja Niemelänniitty 2 Kempeleessä. Jokilaakson perhekodit oy on osa suurempaa konsernia, Humanaa. Yksiköissä tuotetaan eritasoisia lastensuojelun palveluita niin perustasoisesta intensiiviseen erityistasoon asti, sekä myös jälkihuoltoa.

Ydinarvoja ovat nuoren tavoitteellinen kuntouttaminen moniammatillisen tiimin turvin. Turvallinen ja tukeva ympäristö. Arjessa vaikuttaa dialogisuus ja terapeuttilinen orientaatio. Aito kohtaaminen ja keskusteluyhteys. Suunnitelmallinen tuki yhteistyössä perheen kanssa.

Jokilaakson perhekodissa asuvat nuoret ovat pääsääntöisesti peruskouluikäisiä tyttöjä ja poikia. Nuoret ovat lastensuojelulain mukaisesti sijoitettuna perhekotiin, avohuollontukitoimena tai huostanotettuna. Nuorilla on usein taustalla erilaisia psyykkisiä ongelmia. Tässä opinnäytetyössä käsitellään niistä yleisimpiä. Taustatietoja on saatu yhden Jokilaakson perhekotien yksikön psykiatrasta sairaanhoitajaa, sekä yksikön johtajaa haastatteleamalla. Mikäli lastensuojelulain nojalla on jouduttu alaikäinen henkilö sijoittamaan, tähän johtaneita asioita voi olla monia. Tärkeimpinä voidaan pitää lapsen hoidon ja huolenpidon tarpeen laiminlyömistä, kehitystä vaarantavat olosuhteet tai oman käyttäytymisen puitteissa kasvua ja kehitystä vaarantava olosuhde.

Jokilaakson perhekodeilla työskentelee useita eri ammattiryhmien asiantuntijoita. Terveystieteiden ammattihenkilöstöstä mm. lähihoitajia ja sairaanhoitajia. Lähihoitajat ja sairaanhoitajat saavat koulutuksessaan tietyn opintomäärän lääkehoidon opetusta. Jokilaakson perhekodeilla työskentelee myös paljon henkilöitä muista ammattikunnista. Esimerkiksi sosionomeja ja nuoris- ja vapaa-ajan ohjaajia. Lääkehoidolla on kuitenkin oma roolinsa työssä jokaisena päivänä. Siksi opinnäytetyömme tuloksena tuleva lääkehoidon opas henkilöstölle on merkittävässä asemassa.

Idea ja tarve opinnäytetyölle on lähtenyt meidän omasta innovaatiostamme lääkehoidon kehitykselle omalla työpaikallamme, sekä tarkennukset tutkimukselle on saatu Jokilaaksojen perhekodit Oy:ltä. Pyyntönä oli saada opinnäytetyön tuotoksena valmis vihkonen/ esite, jossa olisi merkittynä mm. Lääkehoitoon liittyvää termistöä ja esimerkiksi asiaa yhteisvaikutuksista. Työ on pyydetty toteuttamaan siten, että siinä käsitellyt lääkkeet ja termit ovat sellaisia, jotka ovat käytössä Joki-

laaksojen perhekodeilla. Tämä vaikutti suorasti opinnäytetyön rajauksien määrittelyyn. Tuotoksemme löytyy opinnäytetyömme Liitteestä 2, jonka pohjalta teimme vielä PowerPoint-esityksen.

Jokilaakson perhekodeissa työskentelee psykiatrisia sairaanhoitajia ja he vastaavat yksikössä lääkehoidon toteutumisesta yhdessä yksikönjohtajan kanssa. Lisäksi sairaanhoitaja pitää yksikössä omaa vastaanottoa, jossa keskustelee nuorten kanssa ja tekee esimerkiksi nuoren tilannetta ja mielialaa kartoittavia testejä. Tutkailee ja mittaa lääkehoidon toteutusta ja vastetta, ja tarvittaessa konsultoi hoitavaa lääkärä. Sairaanhoitaja tekee yhteistyötä ohjaajien kanssa nuorten asioihin ja tilanteisiin liittyen.

Jokilaakson perhekodeissa lääkäripalvelu toimii ostopalveluna. Lasten- ja nuorisopsykiatrian erikoislääkäri Mirja Vyyryläinen pitää vastaanottoa kahden viikon välein asiakkaille. Ennen vastaanottoa kartoitetaan nuorten keskuudesta lääkärikäyntien tarve ja lääkärin vastaanottoa tarvitseville järjestetään aika. Järjestelmän etuna on se, että lääkäri oppii tuntemaan nuoret ja heidän historiaansa, eikä varailla aikaa aina eri lääkäreille. Kynnys hakeutua lääkäriin voi joidenkin nuorten kohdalla madaltua järjestelmän kautta. Lääkäri tekee tiivistä yhteistyötä yksikön omien sairaanhoitajien kanssa. Konsultaatiopalvelut, avohoidon- ja erikoissairaanhoidon välillä on tiivistä. Erikoissairaanhoidon palveluita tuottavia psykiatrisia avopalveluita pyritään mahdollisuuksien mukaan käyttämään osana nuoren kuntoutusta.

### **3.1 Lääkehoidon opas opinnäytetyön tuotoksena Jokilaakson perhekodeille**

Opinnäytetyön tarkoituksena oli tehdä tuotos Jokilaakson perhekodeille lääkehoidon oppaan muodossa. Idea oppaaseen on tullut meiltä työntekijöinä, sekä yritykseltä itseltään. Oppaan tarkoituksena on olla työkaluna työyhteisössä, jossa isolla osalla henkilökunnasta ei ole terveydenhuollon alan koulutusta. Opas täytyy siis tehdä siitä näkökulmasta, että myös terveydenhuollon alan ulkopuoliset henkilöt ymmärtävät sen sanoman.

Oppaan sisältöön oli toivottu Jokilaakson perhekotien toimesta ainakin seuraavia asioita, joissa käytämme opinnäytetyömme suunnitelman teoretietoa lähteenä:

- Nuorten yleisimmät mielenterveyshäiriöt ja niistä hiukan teoretietoa
- Lääkehoidon käsitteitä ja sanastoa

- Lääkkeiden (Jokilaakson perhekodeissa yleisimmin käytetyt) yhteisvaikutukset
- Lääkkeiden (Jokilaakson perhekodeissa yleisimmin käytetyt) ja päihteiden yhteisvaikutukset
- Lääkkeiden (Jokilaakson Perhekodeissa yleisimmin käytetyt) haittavaikutukset ja sivuvaikutukset

Yleisimpiä asioita milloin nuorten lääkehoitoa voi toteuttaa ja milloin tätä ei voida toteuttaa.

Oppaaseen liittyen toteutettiin pienimuotoinen tutkimus, jolla kartoitettiin henkilökunnan lääkehoidon osaamista ja henkilökunnan mielipidettä oppaaseen tulevasta sisällöstä. Tutkimuksen tuloksia käytettiin osana oppaan suunnittelua ja toteutusta.

Usein mielenterveyshäiriöt ilmaantuvat ensimmäistä kertaa nuoruusiässä. Yleisimpiä mielenterveydenhäiriöitä ovat ahdistuneisuus-, mieliala-, käytös-, ja päihdehäiriöt. Nuorilla samanaikaiset häiriöt ovat yleisiä mielenterveyden häiriössä. On tärkeää tunnistaa samanaikaiset häiriöt, koska nämä näyttäytyvät usein vaikeammin hoidettavana ja vakavampina yhdessä. Nuorten psyykkisten oireilujen taustalla voi olla lyhytkestoinen tai pitkäkestoinen elämäntapahtuma, joka vaikuttaa nuoren normaaliin toimintakykyyn. (Huurte ym. 2014, 10-11.)

Mikäli nuori kärsii mielenterveyden häiriöstä, hänen kehityksessään on tapahtunut hidastumista tai se pysähtyy kokonaan, hänelle koituu haittoja omasta tasapainottomasta käytöksestä ja lisäksi diagnoosin kriteerit täyttyvät. Nuorisopsykiatrisessa arvioinnissa otetaan selvää nuoren nuoruusiän kehitysvaiheesta ja siitä, onko kehitys häiriintynyt. Tämä ei aina ole helppoa, sillä normaalin ja häiriintyneen kehityksen ero voi olla hyvin pieni. (Henriksson ym. 2019, 655.)

Tässä opinnäytetyössä tarkasteltiin vain Jokilaakson Perhekodeissa yleisimmin esiintyviä nuorten mielenterveyden häiriöitä sekä päihteiden käyttöä. Yleisimmiksi mielenterveyden häiriöiksi on siten rajattu ahdistuneisuushäiriöt, masennus, unihäiriöt, käytöshäiriöt, tarkkaavaisuus- ja ylivilkkaushäiriö, syömishäiriöt sekä päihdehäiriöt. Kappaleessa yksi käsitellään näitä kyseisiä mielenterveyden häiriöitä ja niiden lääkkeetöntä hoitoa. Myöhemmin kappaleessa kaksi käsitellään tarkemmin edellä mainittujen mielenterveyden häiriöiden lääkehoitoa. Olemme rajanneet tietoisesti pois nuorten psykoosin ja itsetuhoisuuden, kaksisuuntaisen mielialahäiriön, traumaperäisen stressihäiriön, sekä päihdehäiriöistä muut huumaaviksi luokiteltavat aineet, seksuaalisen hyväksikäytön ja muut riippuvuudet.

## 4 TUTKIMUSMETODOLOGIA

Kvantitatiivinen, eli määrällinen tutkimusmenetelmä sopii sellaisiin tutkimustilanteisiin, joissa havaintoaineisto on määrällisesti tai numeerisesti mitattavissa. Tutkimukseen osallistuvat tutkittavat henkilöt ovat usein tarkoin valikoitu perusjoukko, joista otetaan otos. Kvantitatiivisen tutkimuksen tuloksista voidaan tehdä päätelmiä tilastollisesti analysoiden. (Hirsjärvi ym. 2016, 140.)

Aineiston analysointimetodit voidaan karkeasti jakaa kahteen tapaan: selittämiseen pyrkivään ja ymmärtämiseen pyrkivään. Analysointitapa kannattaa valita sen mukaan, mikä metodi tuo parhaiten vastauksen tutkimusongelmaan. Selittämiseen pyrkivässä lähestymistavassa usein käytetään tilastollista analyysiä ja tehdään päätelmiä. Tämä on usein käytetty tapa kvantitatiivisen tutkimuksen analysoinnissa. (Hirsjärvi ym. 2016, 140.)

Tutkimuksemme oli luonteeltaan kartoittava tutkimus, joten kvantitatiivinen menetelmä sopi siihen tarkoitukseen. Tutkimusmenetelmänä olimme siis päättäneet käyttää pääosin kvantitatiivista menetelmää. Menetelmä oli valittu siksi, että tutkimustehtävämme vaati numeerisia tilastoja, jotta voitiin päätellä, mikä/ mitkä asiat lääkehoidossa koetaan eniten haastavaksi. Kvantitatiivisen tutkimuksen tulokset voi helposti laittaa tilastolliseen muotoon, josta taas voidaan tarkastella tuloksia. Otannan valinta sopi myös kvantitatiiviseen tutkimusmenetelmään. Meillä oli tutkimusta tehdessämme olemassa tarkoin valittu perusjoukko, joka osallistui tutkimukseen, eli Jokilaakson Perhekotien henkilökunta.

Jotta saimme myös esiin jokaisen subjektiivinen kokemus lääkehoidosta ja sen haasteista Jokilaakson Perhekodeissa, päätimme lisätä kyselyn loppuun myös yhden avoimen kysymyksen. Käytimme siis kvantitatiivisen tutkimusmenetelmän tukena myös kvalitatiivista tutkimusmenetelmää.

Tutkimustehtävä tarkoittaa sitä ongelmaa tai asiaa, johon halutaan tutkimuksen avulla saada ratkaisu. Tutkimustehtävä tulee määritellä tarkoin ennen tutkimuksen aineiston keruuta, etenkin kvantitatiivisessa tutkimuksessa. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2016, 125-126.)

#### **4.1 Tutkimuksen tarkoitus ja tavoitteet**

Tämän tutkimuksen tarkoituksena oli kartoittaa Jokilaakson Perhekotien henkilökunnan lääkehoidon osaamista sekä tunnistaa lääkehoidon toteuttamiseen liittyviä haasteita. Henkilökunnalle luotiin kysely, jonka avulla edellä mainittuja asioita kartoitettiin.

Tutkimuksen tavoitteena oli saada esiin haastavimmaksi koetut asiat lääkehoidossa Jokilaakson Perhekotien henkilökunnan keskuudessa. Tutkimusaineiston pohjalta koottiin toimeksiantajalle lääkehoidon opas, jota henkilökunta voi käyttää työkaluna.

Tässä tutkimuksessa tutkimuskysymykset olivat seuraavat:

1. Millaiseksi työntekijät arvioivat oman lääkehoidon osaamisensa.
2. Mitä haasteita lääkehoidon toteuttamiseen liittyy.

#### **4.2 Tutkimuksen toteuttaminen**

Tutkimus toteutettiin Jokilaakson perhekotien henkilökunnalle Webropol-nettikyselyn avulla sähköisesti. Kyseessä oli siis ennalta sovittu joukko, jolle kysely tehtiin. Kysely lähetettiin jokaiselle henkilökunnan vakitukselle jäsenelle sähköisenä versiona ja henkilökunta pystyi vastaamaan siihen täysin anonyymisti.

Henkilökuntaa Jokilaakson perhekodeilla on runsaasti, joten ei ollut realistista odottaa, että jokaisen kyselyn saanut olisi vastannut siihen. Kyselyitä lähetettiin 92kpl. Lisäksi tutkimus ajoittui kesäaikaan, joten se saattoi aiheuttaa sen, että kysely meni joltain vahingossa ohi kesäloman vuoksi. Olimme kuitenkin olleet yhteydessä eri yksiköiden johtajiin, ja nämä lupasivat ohjeistaa henkilökuntaa tekemään kyselyn. Toivoimme, että tämä vähentäisi mahdollista katoa kyselyihin vastaamisessa. Avoimeen kysymykseen toivoimme vastauksia henkilökunnalta. Tätä käytimme työkaluna lääkehoidon opasta toteutettaessa.

### 4.3 Tutkimuksen aikataulu

Opinnäytetyössä oli kolme vaihetta: suunnittelu, toteutus ja raportointi. Aiheen alustavan tarpeen mietintä tehtiin yhdessä tilaajan kanssa ja aiesopimus yhteispalaverissa, keväällä 2019. Saimme yhtenäisen näkemyksen tutkimuksen sisällöstä ja tarpeesta sekä hyödystä, jolloin molempien sitoutuminen tutkimukseen oli luotettava. Myöhemmin tehtiin myös yhteistyösopimus, ennen tutkimuksen kyselyn lähetystä henkilökunnalle. Tutkimuksen aihe ja rajaukset oli mietitty yhdessä opinnäytetyön lopullisen tuotoksen mukaisesti yhdessä Jokilaaksonperhekotien kanssa. Tutkimuksen suunnitelma osion teoriaa aloitettiin keräämään syksyllä 2019. Teoriatiedon keruussa käytettiin tutkittua tietoa nettilähteistä, artikkeleita, ammattikirjallisuutta, tutkimuksia sekä ajantasaista lakia, sekä opintojen aikana olleita psykiatrian luentoja. Kyselyn tutkimusten analysointi tapahtui kesän jälkeen, ja raportointi sekä valmis opinnäytetyö valmistui alku syksyn 2020 aikana.

Tutkimus pyrittiin toteuttamaan siten, että mahdollisimman moni henkilökunnan vakituinen jäsen pääsisi siihen vastaamaan. Tutkimuksen kyselyn arvioitu järjestämisen ajankohta ajoittui loppukesään 2020. Osalla henkilökunnasta oli tuolloin kesäloma, mutta päätimme järjestää kyselyn vastaamiseen aikaa, jolloin myös lomilta palaavat ehtivät kyselyyn vastata. Vastaukset pyrimme saamaan viimeistään elokuussa 2020, jolloin pääsimme aloittamaan aineiston analysointia. Tutkimuksen teko- ja analysointivaihetta työstimme yhdessä tasapuolisesti, kuten tähänkin asti oli tehty. Tutkimuksen kustannukset jäivät melko pieniksi. Kyselyn sähköinen muoto ei aiheuttanut paperi- eikä lähetyskuluja. Vastaajat tekivät tutkimukset työajallaan, joten ajallisesti Jokilaakson perhekodeille siitä koitui hiukan kustannuksia.

### 4.4 Tutkimuksen reliaabelius, validius ja eettisyys

Tutkimuksen reliaabeliudella tarkoitetaan tutkimuksen tai mittauksen ei-sattumanvaraisuutta. Reliaabeliutta voidaan tarkastella esimerkiksi siten, että mikäli kaksi saman asian tutkijaa päätyvät samaan lopputulokseen, on tutkimus reliaabeli. Tai jos esimerkiksi yhtä henkilöä tutkitaan kahtena eri kertana ja tutkimustulos on molemmilla kerroilla sama, niin voidaan todeta tulos reliaabeliksi. Tutkimuksen validiuksella puolestaan tarkoitetaan tutkimusmenetelmän oikeellisuutta. Toisin sanoen, mikäli tutkimusmenetelmä on validi, saadaan juuri sillä menetelmällä mitattua sitä, mitä tutkimuksessa on tarkoituskin mitata. (Hirsjärvi ym. 2016, 231.)

Tutkimuksemme reliaabeliutta nosti se, että tutkimuskohteemme oli tarkoin mietitty ja rajattu. Tällöin sattumanvaraisten tulosten saaminen on epätodennäköisempää. Jokilaakson perhekotien henkilökunta tietää parhaiten oman lääkehoidon osaamisensa ja sen haasteet. Validiutta nostaa tutkimusmenetelmien tarkoituksenmukainen valinta. Tutkimusmenetelminä olivat sekä kvantitatiivinen, että kvalitatiivinen juuri validiuden varmistamiseksi. Kvantitatiiviset kysymykset ovat mielestämme selkeitä, mutta jokaisen subjektiivisen kokemuksen varmistamiseksi luotiin myös yksi kvalitatiivinen kysymys.

Tutkimusten tekoon liittyy paljon eettisiä kysymyksiä. Jo tutkimuksen aiheen valinta on eettinen ratkaisu. Pitää pohdiskella asioita tutkimuksen merkittävyyden, toteuttamisen mahdollisuuksien sekä aiheen ajankohtaisuuden kannalta. Tutkimuksessa käytetty tieto tulee hankkia asianmukaisista ja luotettavista lähteistä. Tutkimuksen tiedon hankinta tapojen tulee olla eettisesti hyväksyttyjä ja niiden tulee kunnioittaa jokaisen ihmisarvoa. Esimerkiksi jokaisella kyselylomakkeen saaneella tulisi olla mahdollisuus päättää itse, että osallistuuko kyselyyn vai ei. Tutkimukseen osallistuvilla tulisi myös olla tiedossa mahdolliset heille tutkimuksesta aiheutuvat riskit (esim. tietosuojat). (Hirsjärvi ym. 2016, 24-25.)

Tutkimusta tehdessä tulee noudattaa hyvän tieteellisen käytännön ohjeita, jotta tutkimusta voidaan pitää eettisesti hyväksyttävänä ja luotettavana. Hyvälle tieteelliselle käytännölle on laissa määritellyt rajat ja sen soveltaminen on tutkijayhteisön itsesääätelyä. Sen keskeisiä periaatteita ovat:

- Noudatetaan tiedeyhteisön periaatteita, joita ovat rehellisyys, huolellisuus ja tarkkuus.
  - Tieteellisten tutkimusten mukainen tiedonhaku ja lähteinä käytettävä luotettavia sekä eettisesti kestäviä lähteitä sekä tutkimus- ja arviointimenetelmiä.
  - Käytetään asianmukaisia lähdeviittauksia. Plagiointi ei ole sallittua.
  - Tutkimuksen aikana syntyneet aineistot tallennetaan asianmukaisesti
  - Täytyy olla asianmukaiset tutkimusluvut sekä tarvittaessa tulee tehdä eettinen ennakoarviointi
  - Ennen tutkimuksen aloittamista sovitaan yhdessä osapuolten kanssa tekijänoikeuksista.
  - Tutkimuksen sidonaisuudet, esimerkiksi rahoituslähteet tulee ilmoittaa kaikille asianosaisille.
- (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2012, viitattu 8.10.2020.)

Tutkimuseettisen neuvottelukunta, TENK, on laatinut kattavan tutkimuseettisen ohjeistuksen. Tutkimuksemme tehtiin ohjeistuksen mukaisesti, huolella ja rehellisyyttä noudattaen. Tutkimuk-

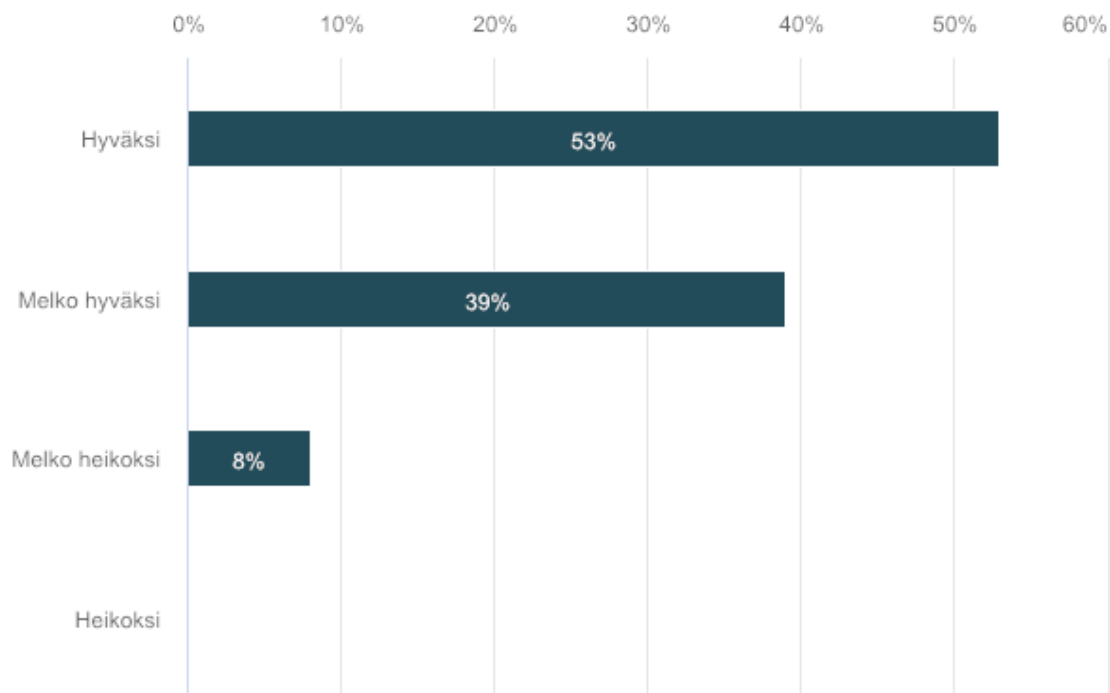
sessä käytettiin asianmukaisia lähteitä ja niistä tehtiin viitemerkinnät toisten töitä kunnioittaen. Raportointi on toteutettu opinnäytetyön ohjeistuksen mukaisesti. Ennen työn aloittamista tehtiin selvitykset kaikkien osapuolten kanssa ja sovittiin tutkimukselle rajaukset. Tutkimus ja siihen liittyvät aineistot tallennettiin asianmukaisesti.

Tutkimuksista tai sen tuloksista koituvan mahdollisen haitan ennakointi ja arviointi on tehtävä eettisten käytänteiden mukaisesti. Suomen laissa ei ole erikseen säädetty erityissäännöksiä koskien ei-lääketieteellisiä tutkimuksia. (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2019, viitattu 25.9.2020.) Tutkimussuunnitelmassa otimme huomioon, ettei kyselyyn vastaajille aiheudu haittoja tutkimukseen osallistumisesta. Tutkimuksen aihe itsessään ei myöskään ole erityisen sensitiivinen, joten tutkimukseen osallistumisen ei katsottu aiheuttavan haittaa osallistujille.

Tutkimus toteutettiin sähköisesti ja Jokilaakson perhekotien henkilökunta pystyi vastaamaan kyselyyn ilman, että henkilö olisi tunnistettavissa ja saatuja tietoja käsiteltiin luottamuksellisesti. Tämä on tärkeää tutkimuksen eettisyyden kannalta. Tutkimus lähetettiin henkilökunnalle sähköisesti ja jokainen kyselyn saanut päätti lopulta itse, halusiko osallistua tutkimukseen. Tutkimuksen lopputulos hyödynsi itse tutkimuksen kohderyhmää ja alustavan tiedustelun mukaan henkilöstö koki tutkimuksen hyödylliseksi. Tutkimuksen teoreettista viitekehystä tehdessä käytettiin tutkittua tietoa luotettavista lähteistä. Lähteistä saadut viittaukset on merkitty huolellisesti, jotta olisi selkeää, mikä on lähteistä saatua tietoa.

## 5 TULOKSET

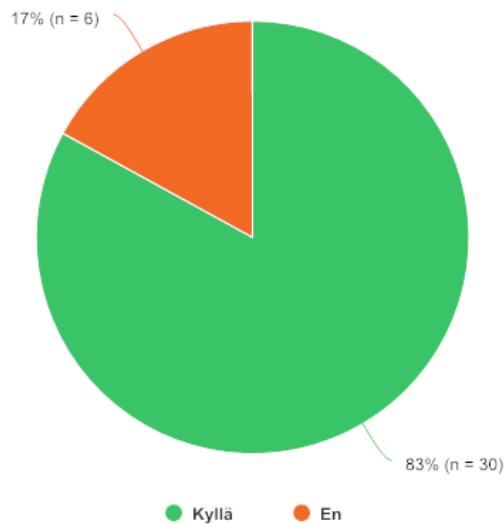
Kysely tehtiin Webropol- ohjelmalla, joka lähetettiin Jokilaakson perhekodin henkilökunnan 92 työntekijälle. Kyselyyn vastasivat 36 henkilöä, eli vastausprosentti oli 39,1 %. Sukupuolijakauma vastaajien välillä oli jonkin verran naisvoittainen. 39 % vastaajista oli miehiä ja 61 % naisia. Vastaajista yli puolet, 53 % olivat 25-35-vuotiaita. Valtaosalla vastaajista (53 %) oli sosiaali- ja terveydenhuollon alan AMK-tutkinto. 25 %:lla puolestaan oli sosiaali- ja terveydenhuollon alan ammattitutkinto. Lopuilla vastaajista oli joko muu soveltuva koulutus tai he olivat soveltuvan alan opiskelijoita. Suurella osalla vastaajista oli ehtinyt kertyä alan työkokemusta. 47 %:lla vastaajista kokemusta oli kertynyt yli 5 vuotta. 50 %:lla kokemusta oli 1-5 vuotta. Vastaajista lähes kaikki kokivat oman lääkehoidon osaamisensa (KUVIO 1.) joko hyväksi (53 %) tai melko hyväksi (39 %). 8 % koki osaamisensa melko heikoksi. Vaikka henkilökunnan lääkehoidon osaaminen on hyvää, niin opinnäytetyön tuotoksena tehtävälle oppaalle on silti tarvetta.



KUVIO 1. Vastaajien oma kokemus lääkehoidon osaamisestaan.

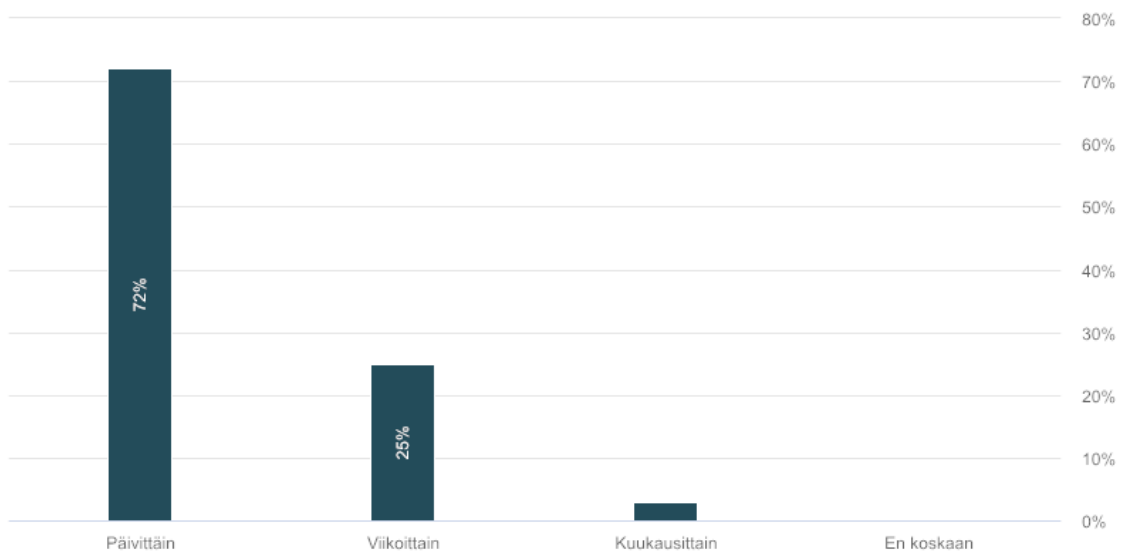
83 % vastaajista, eli lähes kaikki kokivat saaneensa työpaikalla riittävästi perehdytystä lääkehoidon toteutukseen työpaikallaan (KUVIO 1.). Vastaajista 17 %:n mielestä perehdytys ei ole ollut riittävä. Lääkehoidon toteuttamisen järjestäminen työpaikalla oli 42 %:n mielestä selkeää, 55 %:n mielestä melko selkeää ja 3 %:n mielestä melko epäselvää. Yhdenkään vastaajan mielestä

lääkehoidon toteutus ei ollut epäselvää. Myös lääkehoidon vastuunjako työpaikoilla koettiin selkeäksi. 75 %:n mielestä vastuunjako oli selkeää, eikä se yhdenkään vastaajan mielestä ollut täysin epäselvää.



KUVIO 2. Oletko saanut mielestäsi riittävästi perehdytystä lääkehoidon toteuttamiseen työpaikallasi?

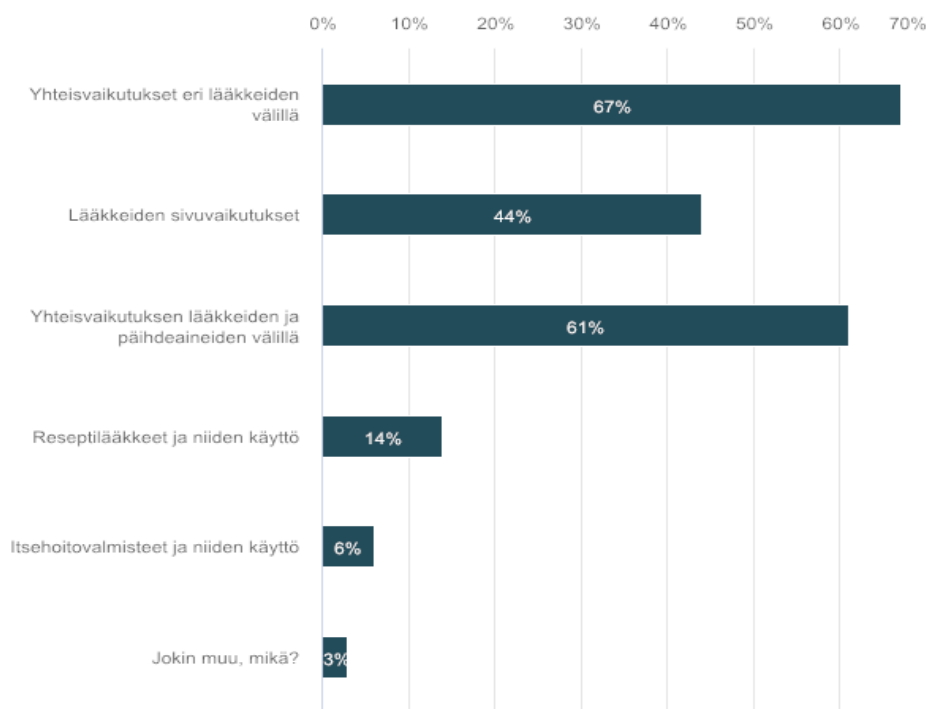
Kaikki vastaajat ovat jossain määrin mukana lääkehoidossa työpaikallaan (KUVIO 3.). Suurin osa (72 %) osallistui lääkehoidon toteuttamiseen jokaisena työpäivänään. Lääkehoidon ohjaamista vastaajilla ei ollut niin usein, mutta sitäkin kuului kaikkien työhön jossain määrin. Lääkehoitoa voidaan siis pitää isona osana Jokilaakson perhekotien ohjaajien työssä.



KUVIO 3. Jokainen vastaaja osallistuu lääkehoitoon työssään.

Lääkehoitoon liittyvissä kysymyksissä suurin osa vastaajista (72 %) kysyi neuvoa yksikön sairaanhoitajalta. Yksikön lääkärin puoleen kääntyisi 56 % vastaajista. Reilu kolmannes pyytäisi neuvoa yksikön esimieheltä, luotettavasta nettilähteestä tai muulta hoitavalta taholta. Vastaajista kaksi oli ehdottanut kysymyksen avoimeen tekstikenttään, että kysyisi lääkehoitoon liittyvistä asioista apteekista.

Haastavimmiksi asioiksi lääkehoidossa koettiin selkeästi yhteisvaikutukset (KUVIO 4.). Yhteisvaikutukset eri lääkkeiden välillä koki hankalaksi 67 % vastaajista. Yhteisvaikutukset lääkkeiden ja alkoholin välillä koki haastavaksi 61 % vastaajista. Myös lääkkeiden sivuvaikutukset nousivat esille, koska sen koki haastavaksi 44 % vastaajista.



KUVIO 4. Haastavimmaksi koetut asiat lääkehoidossa.

## 5.1 Ehdotuksia lääkehoidon kehittämiseksi

Tutkimuksessamme oli monivalintakysymysten lisäksi yksi avoin kysymys. Kysymys kuuluu näin: ”Onko jotain lääkehoitoon liittyvää asiaa, johon haluaisit enemmän selvyyttä? Jos on, niin mitä?” Vastaajista 63 % jätti vastaamatta tai ilmaisi sanallisesti, että ei ole asiaa, johon kaipaisi lisää selvyyttä. Loput 37 % kirjoittivat ehdotuksia lääkehoidon toteutuksen parantamiseksi.

Moni oli vastannut haluavansa lisää perehdytystä nuorilla käytössä oleviin lääkkeisiin ja niiden käyttöön. Koettiin myös, että perehdytys yleensäkin nuorten lääkehoitoon sekä sen lainsäädäntöön ja käytäntöihin olisi tervetullutta.

*”Läkehoidon perehdytystä lisää, nuorten lääkehoito”*

*”Alaikäisen nuoren säännöllisestä lääkityksestä kieltäytyminen. Kuinka toimitaan? Kuka vastaa, jos nuori ei käytä hänelle määrättyjä lääkkeitä esim. psykelääkkeitä?”*

*”Kaipaisin vähän enemmän tietoa nuorilla käytössä olevista lääkkeistä ja esim. Niiden sivuvaikutuksista yms.”*

*”Perehdytystä nuorilla oleviin lääkkeisiin.”*

Useammalla vastaajalla oli ehdotuksena myös vastuuhenkilö, joka vastaisi työpäivän aikana lääkehoidosta ja huolehtisi, että se toteutetaan oikein. Lisätietoa kaivattaisiin myös lääkkeiden vaikutuksesta ja esimerkiksi haittavaikutuksista ja sivuvaikutuksista. Yksi vastaajista lisäksi ehdotti, että työyhteisö ostaisi lääketietokanto-oikeudet ja sitä kautta saataisiin lääkehoitoa turvallisemmaksi.

*”Lääkkeiden antamisessa olisi tärkeää olla merkittynä vastuuhenkilö, joka sovitusti huolehtii asiakkaille dosettilääkkeet. Henkilökunnalla tulisi olla enemmän tietoa psyyke/ymms. lääkkeiden vaikutuksista, millä tavalla lääkkeet vaikuttavat.”*

*”Lääkevastuussa oleva henkilö voisi käydä nuorten lääkkeet läpi ohjaajan kanssa.”*

*”Lääketietokanta oikeudet, olisi helppoa varmistaa yhteisvaikutuksia/haittavaikutuksia uuden lääkkeen kohdalla. Se takaisi turvallisemman lääkehoidon.”*

Lisäksi osa vastaajista kaipasi tarkempaa lääkekohtaista tietoa. Yksi vastaaja ehdotti, että olisi olemassa lista, jossa olisi käytettävän lääkkeen nimi sekä sen käytössä huomioon otettavat asiat. Eräs vastaaja puolestaan otti esille lääkkeiden käyttöön liittyvät seurannat tai kontrollit.

*"Lista josta näkee nopeasti lääkkeen nimen, käyttötarkotuksen ja huomioitavat asiat jos tällaisia on."*

*"Lääkeisiin liittyvä seuranta esim. verikokeet, painon/verenpaineen seuranta ym."*

Yksi selvästi pinnalle tullut asia, joka tuli ilmi monessa kommentissa, oli selkeys lääkehoidossa. Selviä ohjeita ja käytäntöjä kaivataan joihinkin asioihin.

*"Selkeyttä saisi edelleen mielestäni olla lääkehoidossa lisää/siihen liittyvissä ohjeistuksessa. Todella paljon tässä ollaan kuitenkin kehitytty."*

*"Lääkkeen antamisen ajankohta, esim. Melatoniinin moneltako illalla annetaan?"*

## 6 POHDINTA JA JOHTOPÄÄTÖKSET

Tässä kappaleessa pohdimme opinnäytetyötämme ja sen prosessia eri näkökulmista. Opinnäytetyötä tehdessämme pohdimme sitä, kuinka tämä tukee ammatillista kehitystämme. Tavoitteenamme oli syventää omaa lääkehoidon osaamistamme, sekä nuorten mielenterveys- ja päihdetyön teoreettista osaamista. Opinnäytetyön tekeminen toi kokemusta tutkimuksen tekemisestä, aineiston keruusta sekä sen analysoinnista. Pohdintaa käydään läpi kolmesta eri näkökulmasta: Tutkimuksen luotettavuuden ja eettisyyden sekä opinnäytetyön prosessin näkökulmasta. Lisäksi tarkastelemme hieman tutkimustamme ja siitä tekemiämme johtopäätöksiä.

Potilasturvallisuuteen vaikuttavat monet tekijät avohuollon sektoreilla. Oikeaoppinen lääkehoito on osa potilasturvallisuutta. Nuorten mielenterveyden hoitamisen haasteena on monesti sairauden tunnottomuus. Tämä voi osaltaan vaikuttaa nuoren hoidon välttelyyn tai huonoon lääkemyöntyvyyteen. Alaikäisten lasten kohdalla on muistettava samalla tavoin kuin aikuisillakin vapauden ja autonomian rajoituksiin liittyvät ongelmat. Mielenterveyden hoito on nykypäivänä siirtynyt paljon avohoitoon. Yhteiskunnan tasolla mielenterveyspalveluiden hoito ei ole nuorten hoidon kannalta realistista. Monesti potilaan somaattiset oireet saatetaan laiminlyödä ja tulkita väärin psyykkiseksi oireiluksi. (Kaltiala-Heino, Makkonen & Moring, 2014. Viitattu 25.9.2020.)

Lääkehoidon turvallisuus on yksi osa potilasturvallisuutta. Potilasturvallisuudella tarkoitetaan terveydenhuollossa toimivien organisaatioiden periaatteita ja toimintoja, joilla varmistetaan hoidon turvallisuus ja suojataan potilasta. Se tarkoittaa potilaan näkökulmasta sitä, että potilaalle koituu mahdollisimman vähän haittaa hoidosta ja hän saa tarvitsemansa hoidon. Terveydenhuoltolaissa on painotettu potilasturvallisuutta. Siinä on määritetty, että terveydenhuollon toiminnan tulee pohjautua näyttöön perustuvaan, tutkittuun tietoon. (Saano & Taam-Ukkonen 2015, 313-314.)

Työturvallisuuslaissa edellytetään työnantajalta uuden työntekijän perehdyttämistä työtehtäviinsä. Perehdytyksessä tulisi ottaa huomioon työntekijä koulutus ja työtehtävään sopiva ammatillinen osaaminen. Työnantajalla on myös velvollisuus puuttua, mikäli turvallisuusohjeita ei noudateta. (Työsuojeluhallinto 2018, viitattu 25.9.2020.)

Turvallisen lääkehoidon yksi tärkeä asia on perehdyttäminen. Kyselyyn vastanneista jokainen osallistui jossain määrin lääkehoidon toteuttamiseen. Kuitenkin 17 % vastaajista koki, että lääke-

hoidon perehdytys ei ole ollut riittävää. Lääkehoidon toteuttaminen oli 42 %:n mielestä järjestetty selkeästi. 55 %:n mielestä se oli melko selkeää ja 3 % vastasi sen olevan melko epäselvää. Lisäksi avoimessa kysymyksessä kaksi oli maininnut lääkehoidon toteuttamisen olevan jollain tavalla epäselvää. Turvallisen lääkehoidon takaamiseksi näitä asioita olisi hyvä kehittää. Lääkehoidon opas tulee jatkossa toimimaan osana henkilöstön perehdytysmateriaalia.

Vastaajista 53 % arvioi lääkehoidon osaamisen tasonsa olevan hyvää. 39 % arvioi osaamisensa melko hyväksi. Ja 8 % puolestaan arvioi osaamisensa melko huonoksi. Lääkehoidon turvallisuuden kannalta tämä oli merkittävä tieto. Kaikki vastaajat osallistuivat lääkehoitoon työssään, mutta vain hieman yli puolet koki osaamisensa tason hyväksi. Näistä vastauksista selviää, että lääkehoidon opas tulee olemaan tarpeellinen ja merkityksellinen työn tilaajalle.

Tutkimuksessa erottui selkeästi kolme eniten haasteita aiheuttavaa tekijää lääkehoidossa. Näitä olivat: yhteisvaikutukset eri lääkkeiden välillä (67 %), yhteisvaikutukset lääkkeiden ja päihdeaineiden välillä (61 %) sekä lääkkeiden sivuvaikutukset (44 %). Nämä asiat otettiin huomioon lääkehoidon oppaan suunnittelussa ja toteutuksessa.

Tutkimuksessa tuli avoimen kysymyksen kautta esille ehdotuksia lääkehoidon parantamiseksi. Niistä sellaiset, joita pystyimme tarkastelemaan teoreettisen osaamisen ja ammattitaitomme puitteissa, otettiin osaksi lääkehoidon opasta.

## **6.1 Tutkimus**

Tutkimus toteutettiin sekä kvantitatiivisin, että kvalitatiivisin menetelmin. Kyselyssä oli 12 monivalintakysymystä, sekä lisäksi 1 avoin kysymys. Kysely oli melko lyhyt ja nopea täyttää, jotta se olisi helppo tehdä esimerkiksi työpäivän päätteeksi. Suurin osa kyselystä oli kvantitatiivista tutkimusta. Kuten kyselyä luodessa olimme ajatelleetkin, niin että, 1 avoin kysymys osoittautui tärkeäksi ja se auttoi meitä valitsemaan materiaalia lääkehoidon oppaaseen. Lisäksi muutama avoin kysymys antoi hyvin tietoa siitä, mitkä asiat koettiin lääkehoidossa vaikeimmiksi tai haastavimmiksi vastaajien mielestä.

Tutkimuksen tulokset toimivat hienosti suuntaa antavina ohjeina lääkehoidon opasta tehdessä. Alun perin työntilaaaja antoi omia ehdotuksia siitä, mitä opas voisi sisältää. Tutkimustulokset tukivat myös näitä ehdotuksia. Tulosten mukaan haastavinta lääkehoidossa vastaajien mielestä oli erilaiset yhteis-, sivu- ja haittavaikutukset. Tämä pyrittiin ottamaan huomioon opasta koostettaessa tekemällä näistä aiheista isompia kappaleita. Myös useimpiin avoimen kysymyksen vastauksiin pyrittiin antamaan oppaassa vastetta. Kuitenkin sillä rajauksella, että sellaiset vastaukset, joihin emme pysty vastaamaan, jätettiin oppaasta pois (esim. pyyntö uusimpien lääkeainevalmisteiden esittelystä).

Tutkimustuloksissa ilmeni avoimen kysymyksen kohdalla myös sellaisia asioita, joihin meidän opinnäytetyöllämme ei voida vaikuttaa. Työn tuotoksena tehtiin lääkehoidon opas Jokilaakson perhekoodille. Osassa monivalintakysymyksen vastauksista oli kuitenkin toivottu lääkehoitoon sellaisia parannuksia, joihin me emme tällä työllä voineet vastata. Esimerkiksi lääketietokantaluvat ja uusien markkinoille tulevien lääkkeiden esittely ennen käyttöönottoa, olivat tällaisia asioita. Näistä asioista on kuitenkin työn tilaajaa informoitu, jotta heillä on tietoa siitä, mitä henkilökunta kokisi tarpeelliseksi työssään. Sekä näitä asioita on koostettu liitteen 2 loppuun.

## **6.2 Tutkimuksen eettisyys ja luotettavuus**

Tutkimuksen luotettavuudessa tulee ottaa huomioon suhteellisen matala vastausprosentti. Kyselyyn vastasi 39,1 %, mikä on huomattavasti alle puolet. Tämä oli meille hiukan pettymys. Tutkimuksen tulosta ja sen luotettavuutta arvioitaessa tämä tulee huomioida. Tutkimustulosten analysoinnissa puhuimme siksi vastaajien mielipiteistä emmekä koko henkilöstön mielipiteestä. Kyselyä ei voida kuitenkaan pitää täysin epäluotettavanakaan, koska vastauksia kuitenkin tuli niin paljon, että saimme kyselystä haalittua tärkeää informaatiota lääkehoidon oppaaseen liittyen.

Kyselyn aikataulun myöhästymisen vuoksi, kyselyn toteuttamisajankohta osui henkilöstön kesäloma-aikakaudelle, joka on voinut vaikuttaa kyselyn vastausprosenttiin. Toisaalta, juuri ajankohdan vuoksi kyselyyn vastaamiseen annettua aikaa pidennettiin, jotta mahdollisimman moni ehtisi ennen tai jälkeen lomaansa kyselyyn vastata. Olimme myös yhteydessä Jokilaakson perhekotiin lähiesimiehiin sekä hallintosihteeriin, jotka lähettivät henkilöstölle muistutuksia kyselystä mm. sähköpostilla ja tekstiviestillä. Yhteensä muistutuksia lähetettiin meidän tietojen mukaan ainakin

kaksi kertaa. Ei voida sanoa täyttä varmuutta sille, että vaikuttiko aikataulun viivästyminen ja kyselyn ajankohta kyselyn vastausprosenttiin vai olisiko vastausprosentti joka tapauksessa ollut sama.

Kyselyä laatiessa pyrittiin tekemään kysymyksistä mahdollisimman selkeitä ja ymmärrettäviä väärinymmärrysten välttämiseksi. Tämä nosti tutkimuksen luotettavuutta hiukan. Monivalintakysymyksiin pyrittiin saamaan sellaiset vastausvaihtoehdot, että jokainen vastaaja löytää itselleen sopivan vastauksen. Yhteen kysymykseen lisättiin myös ”Muu, mikä?”-vaihtoehto, jotta varmistuttaisiin siitä, että vastaajan subjektiivinen kokemus asiasta tulisi mahdollisimman hyvin esille. Samasta syystä tutkimus sisälsi myös yhden avoimen kysymyksen. Nämä seikat vaikuttivat myös tutkimuksen luotettavuuteen lisäävästi.

Kysely toteutettiin nimettömänä. Kysymykset olivat sellaisia, että niistä ei voitu tunnistaa yksittäistä henkilöä. Tutkimuksen nimettömyys ja selvitys tietosuojasta mainittiin saatekirjeessä. Tutkimuksen kohderyhmä oli tarkoin valikoitu, joten meillä oli tieto, että jokainen vastaaja osaa käyttää tietokonetta, jonka vuoksi tutkimus päätettiin toteuttaa sähköisesti. Tavoitteena oli, että kyselyyn olisi helppo ja nopea vastata.

### **6.3 Opinnäytetyön prosessi**

Opinnäytetyötä oli mukava tehdä. Aihe oli mielenkiintoinen ja molempien sydäntä lähellä. Yhteistyö oli sujuvaa ja työtä saatiin tehtyä hyvin eteenpäin, vaikka yhteisen ajan löytäminen oli toisinaan haastavaa, mutta sitäkin saatiin aina jossain vaiheessa kuitenkin sovittua. Molemmille jaettiin myös omat vastualueet työstä ja niitä pystyi kumpikin työstämään yksin, sekä toiselta sai aina tarvittaessa apua tai tukea. Jokainen kappale työstettiin yhdessä valmiiksi asti. Työnjako opinnäytetyön työstämisessä oli selkeä ja tasapuolinen. Prosessin aikana ei ollut erimielisyyksiä.

Alkuperäisestä aikataulusuunnitelmasta poikettiin jonkin verran ja opinnäytetyö valmistui myöhemmin, kuin mitä alun perin oli ajateltu. Viivästymisestä saattoi koitua haittaa kyselyn vastausprosenttiin kyselyn ajoittuessa osan henkilöstön kesäloman ajalle. Kuitenkaan tämän vaikutuksesta ei voida olla täysin varmoja ja voi myös olla, ettei henkilöstöä ole esimerkiksi tiedotettu tarpeeksi.

Työn rajauksista käytiin usein keskustelua aiheen laajuuden vuoksi. Lääkehoito on käsitteenä hyvin laaja. Luonnollisesti alkurajaus tehtiin sairaanhoitajan opintoihin sopivaksi. Rajauksista keskustelimme myös yhdessä ohjaavan opettajan, sekä opinnäytetyön tilaajan kanssa ja rajaukset saatiin yhteistyöllä tehtyä sellaisiksi, että oli realistista alkaa suunnittelemaan itse työtä. Rajauksia jouduttiin pohtimaan myös työn edetessä ja lopulliset rajaukset varmistuivat vasta opinnäytetyön prosessin edetessä.

Opinnäytetyötä tehdessä saimme myös kokemusta tutkimuksen suunnittelusta, tekemisestä ja toteuttamisesta. Teoriaosuuden työstäminen taas vahvisti teoriapohjaa tulevassa sairaanhoitajan ammatissa, sekä palautti myös mieleen jo opittuja asioita. Kokonaisuudessaan opinnäytetyön prosessi oli antoisa ja opettavainen. Lisäksi saimme mielestämme aikaiseksi kattavan koosteen Jokilaakson perhekodeille lääkehoidon oppaan muodossa.

## LÄHTEET

ADHD (aktiivisuuden ja tarkkaavuuden häiriö). Käypä hoito -suositus. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin, Suomen Lastenneurologisen yhdistys ry:n, Suomen Lastenpsykiatriyhdistyksen ja Suomen Nuorisopsykiatrisen yhdistyksen asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäri-seura Duodecim, 2019. Viitattu 24.04.2020, <https://www.kaypahoito.fi/hoi50061>.

Ahdistuneisuushäiriöt. Käypä hoito -suositus. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin, Suomen Psykiatriyhdistys ry:n ja Suomen Nuorisopsykiatrisen yhdistyksen asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäri-seura Duodecim, 2019. Viitattu 02.05.2020, <https://www.kaypahoito.fi/hoi50119>.

Alkoholilaki 28.12.2017/1102.

Ballard, R. Dulcan, M. Jha, P & J. Sadhu. 2017. Concise Guide to Child and Adolescent Psychiatry. American Psychiatric Publishing. Viitattu 20.4.2020, <https://ebookcentral-proquest-com.ezp.oamk.fi:2047/lib/oamk-ebooks/detail.action?docID=5108613>.

Haravuori, H. & Marttunen, M. Nuorten masennuslääkehoito ja itsetuhoisuus. Duodecim, 2015. Viitattu 25.4.2020, <https://www.terveysportti.fi/xmedia/duo/duo12191.pdf>.

Henriksson, M. Lönnqvist, J. Marttunen & Partonen, T. 2019. Psykiatria. Helsinki: Duodecim.

Hirsjärvi, S. Remes, P. & Sajavaara, P. 2016. Tutki ja kirjoita. Helsinki: Tammi.

Holmberg, J. Inkinen, M. Kurki, M. Partanen, A. & Salo-Chydenius S, 2015. Päihdehoitotyö. Helsinki: Sanoma Pro Oy.

Huumeongelman hoito. Käypä hoito -suositus. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Päihdelääketieteen yhdistyksen asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäri-seura Duodecim, 2018. Viitattu 24.5.2020, <https://www.kaypahoito.fi/hoi50041>.

Huurre, T. Marttunen, M. Strandholm, T. & Viialainen, R. Nuorten mielenterveyshäiriöt, opas nuorten parissa työskenteleville aikuisille. 2014. Tampere: Juvenes Print- Suomen Yliopistopaino Oy.

Huttunen, M. 2017. Psykykenlääkkeet ja niiden käyttö. Helsinki: Duodecim.

Isometsä, E. Tarnanen, K. & Tuunainen, A. Miten hoidetaan depressiota? Käyvän hoidon potilas-versio. 2020. Viitattu 23.4.2020, [https://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p\\_artikkeli=khp00044&p\\_teos=khp&p\\_osio=109&p\\_selaus=](https://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=khp00044&p_teos=khp&p_osio=109&p_selaus=).

Kaltiala-Heino, R. Makkonen, P. & Moring, J. 2014. Potilasturvallisuuden perusteet. Duodecim. Viitattu 25.9.2020, [https://www.oppiportti.fi/op/ptp00106/do?p\\_haku=nuorten%20mielenterveys#s7](https://www.oppiportti.fi/op/ptp00106/do?p_haku=nuorten%20mielenterveys#s7).

Käytöshäiriöt (lapset ja nuoret). Käypä hoito -suositus. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin, Suomen lastenpsykiatriyhdistyksen, Suomen nuorisopsykiatrisen yhdistyksen ja Suomen Psykiatriyhdistyksen Nuorisopsykiatrian jaoksen asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim, 2018. Viitattu 22.5.2020, <https://www.kaypahoito.fi/hoi50118>.

Leinonen, E. & Viikki, M. Ahdistuneisuushäiriöiden diagnostiikka ja lääkehoito perusterveydenhuollossa. Duodecim, 2015. Viitattu 25.4.2020, <https://www.duodecimlehti.fi/duo12168>.

Läkelaki 10.4.1987/395.

Marttunen, M. Nuorten masennuksen hoitoon tarvitaan aktiivista otetta. 2010, Duodecim. Viitattu 21.8.2020, <https://www.duodecimlehti.fi/lehti/2010/22/duo99184?keyword=nuorten%20masennus>.

Nordling, E. & Toivio, T. 2013. Mielenterveyden psykologia. Helsinki: Edita.

Partinen M. 2015. Unettomuutta aiheuttavat lääkkeet, Duodecim. Viitattu 25.8.2020, <https://www.kaypahoito.fi/nix01085#R3>.

Puustjärvi, A. 2011. Mitä on ADD? Viitattu 20.4.2020, [https://adhd-tutuksi.fi/wp-content/uploads/2018/01/ADD-esite-FI-2\\_2018\\_PQ.pdf](https://adhd-tutuksi.fi/wp-content/uploads/2018/01/ADD-esite-FI-2_2018_PQ.pdf).

Päihdehuoltolaki 17.1.1986/41.

Saano, S. & Taam-Ukkonen, M. 2015. Lääkehoidon käsikirja. Helsinki: Sanoma Pro.

Sinkkonen, J. Kiintymyssuhdeteoria- tutkimuslöydöksistä käytännön sovelluksiin. Duodecim, 2004. Viitattu 12.01.2020, <https://www.terveyskirjasto.fi/xmedia/duo/duo94437.pdf>.

Terveyden- ja hyvinvoinninlaitos, kouluterveyskysely, 2019. Viitattu 20.6.2020, [https://sampo.thl.fi/pivot/prod/fi/ktk/ktk1/fact\\_ktk\\_ktk1?row=200101L&row=199385L&column=time-403056.&column=161293L&fo=1&filter=measure-187209#](https://sampo.thl.fi/pivot/prod/fi/ktk/ktk1/fact_ktk_ktk1?row=200101L&row=199385L&column=time-403056.&column=161293L&fo=1&filter=measure-187209#).

Terveyden- ja hyvinvoinninlaitos, kouluterveyskyselyt ja tutkimukset. Viitattu 24.8.2020, <https://thl.fi/fi/tutkimus-ja-kehittaminen/tutkimukset-ja-hankkeet/kouluterveyskysely/kouluterveyskyselyn-tulokset>.

Tutkimuseettinen neuvottelukunta, TENK, 2012. Hyvä tieteellinen käytäntö. Viitattu 8.10.2020, [https://www.tenk.fi/sites/tenk.fi/files/HTK\\_ohje\\_2012.pdf](https://www.tenk.fi/sites/tenk.fi/files/HTK_ohje_2012.pdf).

Työsuojeluhallinto, opetus ja ohjaus. 2015-2020. Viitattu 25.9.2020, <https://www.tyosuoja.fi/tyosuoja-tyopaikalla/opetus-ja-ohjaus>.

Unettomuus. Käypä hoito -suositus. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Unitutkimusseura ry:n asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim, 2020. Viitattu 25.8.2020, <https://www.kaypahoito.fi/hoi50067>.

Valvira. 2020. Lääkehoidon toteuttaminen. Viitattu 22.4.2020, [https://www.valvira.fi/terveydenhuolto/hyva-ammattinharjoittaminen/laakehoito/laakehoidon\\_toteuttaminen](https://www.valvira.fi/terveydenhuolto/hyva-ammattinharjoittaminen/laakehoito/laakehoidon_toteuttaminen).

Vartiainen, J. 2020. Lastenpsykiatrian erikoislääkäri. OAMK, luento 17.2.2020. Tekijän hallussa.

## **LIITE 1**

### **LÄÄKEHOIDON KYSELY HENKILÖKUNNALLE**

#### **Taustatiedot**

Olemme kaksi sairaanhoitaja opiskelijaa Oulun ammattikorkeakoulusta. Opinnäytetyömme aiheena on "Lääkehoito Jokilaakson Perhekodeissa". Opinnäytetyöhön liittyen toteutetaan kysely Jokilaakson perhekotien henkilökunnalle. Kyselyn avulla tuotetaan lääkehoidon opas henkilökunnan käyttöön. Kysely tehdään netissä Webropol-sivuston kautta nimettömästi, sekä luottamuksellisesti.

Pyydämme teitä vastaamaan kyselyn kaikkiin 13 kysymykseen, joko rastittamalla oikea vastaus tai kirjoittamalla vastauksen sille varattuun kenttään heinäkuun loppuun (31.7.2020) mennessä.

#### **1. Ikä**

alle 25

25-35

35-45

yli45

#### **2. Sukupuoli**

Nainen

Mies

#### **3. Koulutus**

Sosiaali- ja terveydenhuollon AMK-tutkinto

Sosiaali- ja terveydenhuollon ammattitutkinto

Muu soveltuva koulutus

Opiskelija

#### **4. Alan työkokemus vuosina**

alle 1 vuotta

1-3 vuotta

3-5 vuotta

yli 5 vuotta

**5. Oletko saanut mielestäsi riittävästi perehdytystä lääkehoidon toteuttamiseen työpaikallasi?**

Kyllä

En

**6. Onko lääkehoidon toteuttamiseen liittyvä ohjeistus työpaikallasi mielestäsi selkeää?**

Selkeää

Melko selkeää

Melko epäselvää

Epäselvää

**7. Onko mielestäsi työpaikallasi lääkehoidon vastuunjako selkeää?**

Selkeää

Melko selkeää

Melko epäselvää

Epäselvää

**8. Kuinka paljon työhösi kuuluu lääkehoitoa? (lääkkeen anto, lääkkeen jako dosettiin, asiakkaan lääkehoidon ohjaus tai muu lääkehoitoon liittyvä asia)?**

Päivittäin

Viikoittain

Kuukausittain

En koskaan

**9. Millaiseksi koet lääkehoidon osaamisesi?**

Hyväksi

Melko hyväksi

Melko heikoksi

Heikoksi

**10. Minkä verran työhösi sisältyy asiakkaan lääkehoidon ohjausta?**

Useita kertoja päivässä

Päivittäin

Viikottain

Kuukausittain

Harvemmin

Ei koskaan

**11. Mistä voit saada lisätietoa lääkehoitoon liittyvissä kysymyksissä?**

Yksikön sairaanhoitaja

Yksikön esimies

Yksikön lääkäri

Luotettava Internet lähde

Muu hoitava taho

Jokin muu, mikä?

**12. Mitkä asiat koet lääkehoidon toteuttamisessa haastavimmaksi?**

**Voit valita useita vastausvaihtoehtoja**

Yhteisvaikutukset eri lääkkeiden välillä

Lääkkeiden sivuvaikutukset

Yhteisvaikutuksen lääkkeiden ja päihdeaineiden välillä

Reseptilääkkeet ja niiden käyttö

Itsehoitovalmisteet ja niiden käyttö

Jokin muu, mikä?

**13. Onko jotain lääkehoitoon liittyvää asiaa, johon haluaisit enemmän selvyyttä? Jos on, niin mitä?**

## LIITE 2

### LÄÄKEHOIDON OPAS HENKILÖKUNNALLE

Tekijät: OAMK, Sairaanhoidaja opintoihin liittyvä Opinnäytetyö, 2020. Hannula Jenni & Ylispangar Sari

Lääkehoito Jokilaakson perhekodeissa, kyselytutkimus lääkehoidon osaamisesta Jokilaakson perhekotien henkilökunnalle. Tuotoksena lääkehoidon opas Jokilaakson perhekodit käyttöön. Alkuperäinen opas on PowerPoint-esityksen muodossa. Tässä liitteessä opas on auki kirjoitetussa muodossa.

(Oppaaseen on koostettu tärkeimpiä asioita lääkehoitoon liittyen, sekä kyselytutkimuksen vastauksiin pohjautuen opasta on täydennetty, niillä tiedoilla mitä henkilökunta koki tarpeelliseksi. Rajausta on tehty opinnäytetyön alkuperäisten rajausten mukaisesti)

---

Lääkehoitoa toteutetaan monissa sosiaali- ja terveydenhuollon toimipisteissä.

Lääkehoito on hyvin tarkoin valvottua toimintaa, jota ohjaavat lait ja säädökset.

Suomen lait löytyvät osoitteesta [www.finlex.fi](http://www.finlex.fi)

Ohessa muutamia tärkeitä lakeja koskien lääkehoidon toteutusta Jokilaakson perhekodit Oy:ssä

- Lääkelaki (395/1987), ja -asetus (693/1987)
- Huumausainelaki (373/2008), ja -asetus (548/2008)
- Terveystoimintalaki (1326/2010)
- Mielenterveyslaki (1116/1990)
- Lastensuojelulaki (417/2007)

Sosiaali- ja terveydenhuollon yksiköissä lääkehoidon toteutus pitää perustua lääkehoitosuunnitelmaan.

Lääkehoitosuunnitelma on käytännön työväline lääkehoidon kehittämiseen ja henkilöstön perehdyttämiseen, tämä ohjaa käytännön lääkehoidon toteutumisessa. Esimiehet vastaavat yksikön ajantasaisesta lääkehoitosuunnitelmasta, sekä työntekijöiden perehtymisestä tähän. Lääkehoitosuunnitelmassa lähtökohtana on lääkehoidon toteuttamisen kohdentaminen toimintayksikön asiakkaiden tarpeiden mukaisesti lääkehoidon toteutuksessa.

Turvallinen lääkehoito -oppaassa on malli toimintayksikön lääkehoitosuunnitelman sisällysluettelosta. (STM:n julkinen arkisto: <https://www.julkari.fi/handle/10024/129969> )

Lääkehoitosuunnitelman avulla voidaan varmistaa lääkehoidon laatu ja turvallisuus. Se on osa laatu- ja potilasturvallisuussuunnitelmaa tai omavalvontasuunnitelmaa.

Esimerkkejä lääkehoitosuunnitelmassa esiintyvistä asioista:

- Millaista lääkehoitoa yksikössä toteutetaan
- Miten lääkehoito käytännössä toteutetaan
- Millaiset lääkehoitoluvat sairaanhoitaja tarvitsee yksikössä työskentelyyn
- Kuka muu, kuin terveydenhuollon henkilö voi toteuttaa lääkehoitoa
- Kuka vastaa lääkehoidosta

Lääkehoidon määritelmiä:

- Lääke on valmiste tai aine, jolla ehkäistään/parannetaan/lievitetään sairautta tai sen aiheuttamaa oiretta. Tarkoituksena on korjata/palauttaa tai muuttaa elintoimintoja. Autetaan sairauden tai terveydentilan selvittämisessä
- Lääkeaine vaikuttaa elimistössä kemiallisesti
  - o Enteraalinen lääkitys eli lääkitys ruoansulatuskanavan kautta
  - o Parenteraalinen lääkitys eli lääkitys ruoansulatuskanavan ohi
- Lääkevalmiste on valmistettu lääkeaineesta
  - o Entero-valmiste tarkoittaa sitä, että siinä on päällyste, joka suojaa lääkeainetta mahahapoilta. Vaikutus alkaa vasta ohut- tai paksusuolella. HUOM! ennen ruokailua otettava valmiste
  - o Depot- valmiste tarkoittaa sitä, että lääkkeen vaikutusaikaa elimistössä on saatu pidennettyä. HUOM! Ei saa murskata/jauhaa/pureskella, koska silloin asiakas saa liian paljon lääkettä kerralla ja myös sen pitkävaikutteinen rakenne poistuu
- Itsehoitovalmiste on lääke, joita saa ilman reseptiä apteekista tietyillä rajoitteilla
  - o Esimerkiksi parasetamoli, ibuprofeini, monet lisäravinteet ja vitamiinit
- Reseptilääkkeitä voi Suomessa määrätä lääkäri tai hammaslääkäri, sekä lääkkeenmäärittäseen oikeutettu sairaanhoitaja voi rajoituksin määrätä joitain lääkkeitä
  - o E-resepti, eli sähköinen resepti lääkkeenmääräyksestä, jonka voi hakea mistä tahansa Suomen apteekista, mikäli ei ole apteekkisopimusta voimassa, jossa rajoitetaan reseptilääkkeiden haku vain jostain tietyistä apteekista

- Huumelääke, N-lääke on pidettävä kaksoislukittuna, ja lääkkeen jaossa erityistä huomioitavaa. HUOM! Aina kun annat hummelääkkeitä, ole erityisen varovainen, lue pakkausseloste ennen (sinulle uuden/tuntemattoman) lääkkeen antamista
- Lääkkeiden säilyvyys
  - Tarkista aina pakkauksesta seuraavat asiat liittyen lääkkeen toimintakuntoisuuteen, onko lääkettä turvallista käyttää:
    - Koostumus, lämpötila, happi, kosteus, valo, pakkausmateriaali, säilytysaine, avattu pakkaus
    - Kestoaika:
      - Parasta ennen: tarkoittaa suositeltavaa käyttöaikaa
      - Käytettävä ennen: 09/2020, käyttö ennen 31.8.2020
      - Käytettävä viimeistään/EXP: 9/2020, käytettävä viimeistään syyskuun 2020 aikana
      - Viimeinen käyttöpäivä: 1.9.2020, ei tule käyttää tämän päivämäärän jälkeen
- Pakkausseloste (www.fimea.fi tai lääkepakkauksen seloste- osasta)
  - 1. Lääkevalmisteen nimi
  - 2. Vaikuttavat aineet ja niiden määrät
  - 3. Lääkemuoto
  - 4. Kliiniset tiedot
    - Käyttöaiheet, annostus ja antotapa, vasta-aiheet, varoitukset ja käyttöön liittyvät varotoimet, yhteisvaikutukset muiden lääkevalmisteiden kanssa sekä muut yhteisvaikutukset, hedelmällisyys/raskaus ja imetys, vaikutus ajokykyyn ja koneiden käyttökykyyn, haittavaikutukset, yliannostukset
  - 5. Farmakologiset ominaisuudet (farmakoterapeuttinen ryhmä, ja ATC-koodi)
    - Farmakodynamiikka eli vaikutusmekanismi. Kliininen teho ja turvallisuus
    - Farmakokinetiikka eli lääkkeen kulku elimistössä/vaiheet
    - Turvallisuustiedot ja testaukset
  - 6. Apuaineet
- Lääkehoidon toteutuksessa WHO:n 5 O:n ”chekki-lista”
  - Oikea annos
  - Oikea lääke
  - Oikea aika

- Oikea antoreitti
  - Oikea potilas
-

Ahdistus on eräänlainen tunne, jota lähes jokainen nuori kokee elämänsä aikana. Ahdistuneisuushäiriöksi voidaan kutsua ahdistusta silloin, kun se haittaa toimintakykyä tai aiheuttaa kärsimystä. Ahdistuneisuushäiriöitä on erilaisia, kuten erilaiset pelot, paniikkihäiriö, yleistynyt ahdistuneisuus, pakko-oireisuus tai traumaperäinen stressireaktio

### **AHDISTUKSEN lääkehoidon toteutus:**

Ahdistuneisuuden hoitoon liittyy monia erityisyyskysymyksiä. Anksiolyytti on yhteisnimitys lääkkeille, jotka lievittävät ahdistusta.

Ahdistus- ja pelko-oireiden hoitoa on pitkään hoidettu bentsodiatsepiineillä, jotka jaetaan kolmeen ryhmään:

- Lievittävät tehokkaasti ahdistusoireita, mutta voivat aiheuttaa herkästi riippuvuutta
  - Esimerkkejä erittäin lyhytvaikutteisista lääkeaineista
    - triatsolaami ja midatsolaami
      - esim dormicum®
  - Esimerkkejä lyhyt- keskipitkä vaikutteisista lääkeaineista
    - oksatsepaami, loratsepaami, tematsepaami, alpratsolaami
      - esim opamox®, temesta®, tenox®, xanor®
  - Esimerkkejä pitkävaikutteisista lääkeaineista
    - diatsepaami, klonatsepaami, klooridiatsepoksiini, nitratsepaami
      - esim diapam®, rivatril®, insomin®
  - Esimerkki erittäin pitkästä puoliintumisajasta
    - Alpratsolaami (depot-valmiste), on olemassa myös lyhyt vaikutteinen
      - alprox®, xanor®
    - SSRI-lääkkeistä fluvoksamiini ja fluoksetiini sekä greippimehu voivat kohottaa alpratsolaamin pitoisuutta plasmassa.

**Sekakäytön riskit:** Lamaavien aineiden (alkoholi, opioidit) yhdistäminen bentsodiatsepiinien käyttöön on erittäin riskialtista. Nämä aineet tehostavat toistensa vaikutuksia, mistä voi seurata tajuttomuutta ja hengitysteiden lamaantuminen. Bentsodiatsepiinien, alkoholin ja opioidien sekakäyttökuolemissa kuolema on tyypillisesti tapahtunut henkilön nukkuessa.

- Buspironi on eräs uusi ahdistukseen käytetty lääke
  - Buspironilla ei esiinny lopetusoireita, eikä aiheuta riippuvuutta
  - Ei haittaa autolla ajoa, tai motorista tarkkuutta

- Ei vahvasta alkoholin vaikutusta
- Buspironia ei kuitenkaan voi käyttää tilapäisen ahdistuneisuuden hoidossa.
- Hyvä yleistyneen ahdistuneisuushäiriön hoidossa, mutta ei ole tehokas sosiaalisessa fobiassa tai paniikkihäiriössä.
- **Alkoholin samanaikaista käyttöä tulisi välttää.**

Tutkimustulokset ovat osoittaneet, että tietyt masennuslääkkeet voivat olla parempia pitkäaikaisessa ahdistuksen hoidossa.

- Masennuslääkkeiden käyttö ahdistuneisuushäiriön hoidossa on viime vuosina yleistynyt.
- Pidempään jatkuvien ahdistuneisuushäiriöiden ensisijaisena lääkkeenä.
  - Esimerkkejä lääkevalmisteista
    - SSRI ja SNRI lääkkeet (listattu masennuksenlääkehoidon yhteyteen)
    - sekä moklobemidi, joka kuuluu MAO:n estäjiin
      - esim aurorix®
- Ahdistuksen lievittävä vaikutus ilmenee asteittain 1–4 viikon kuluessa. Ei voi käyttää äkillisen tai tilannekohtaisen ahdistuneisuuden tai pelkoreaktion hoidossa

**Masennus on tunnetila, joka voi vahvuudeltaan olla eriasteista tai pituista. Tällöin puhutaan masennustilasta. Peruseriaatteena voidaan pitää masentunutta mielialaa, joka ei kohene. Toimintakyvyn ja muiden liitännäisoireiden ilmentyminen yhdessä masentuneen mielialan kanssa kutsutaan oireyhtymäksi.**

### **DEPRESSION lääkehoidon toteutus:**

- Akuuttivaiheen tavoitteena on oireettomuus
- Jatkohoidon tavoitteena on estää relapsi (oireiden palaaminen)
- Ylläpito tavoitteena on estää uuden sairausjakson puhkeaminen

Pääasiassa ajatellaan, että lievissä ja keskivaikeissa masennustiloissa psykoterapeuttiset menetelmät ovat ensisijaisia, mutta akuuttivaiheessa voidaan miettiä myös lääkehoitoa.

Keskivaikeissa masennustiloissa voidaan suositella käytettäväksi myös lääkehoitoa.

Vaikeissa ja psykoottistasoisissa masennuksissa lääkehoito on tärkeää.

- Lääkitystä on arvioitava 1-3 viikon välein, mikäli 4 viikon kuluessa ei lääkevastetta synny on syytä kokeilla toista lääkettä

- Tärkeätä muistaa, että lääkehoitoa tulisi jatkaa puolivuotta vielä sen jälkeen, kun potilas on tullut oireettomaksi. Lääkehoidon lopettamisella liian aikaisin on relapsi riski, jopa itsemurhariski

### **Depressiolääkkeet jaetaan:**

- Trisyklisiin depressiolääkkeisiin
  - Vanhin käytettävissä oleva ryhmä (5 ryhmän lääkettä), paljon sivuvaikutuksia. Aloitus pienellä annoksella, ja annoksen lisääminen asteittain
  - Tehokkaita noradrenaliinin takaisinoton estäjiä. Lisäksi myös estää serotoniinin takasin ottoa
  - Yliannosteltuna sydämelle myrkyllisiä. Etuna taas oikeinannosteltuna hyvä teho, käytetään myös kroonisten kiputilojen hoidossa
  - Tavallisimmat antikolinergiset haittavaikutukset:
    - suun kuivuminen, näön hämärtyminen, virtsaamisvaikeudet ja ummetus, sekä alfa-1 salpaukseen liittyvä pystyasennossa ilmenevä matala verenpaine ja huimaus
  - Tavallisimmat antihistaminergiset haittavaikutukset:
    - sedaatio, painonnousu
  - Esimerkkejä tämän ryhmän lääkeaineista:
    - amitriptyliini, doksepiini, klomipramiini, nortriptyliini, trimipramiini
      - esim triptyl® (ei käytetä yleensä alle 18v.)
  - **Alkoholin samanaikaista käyttöä tulisi välttää.**
- Selektiivisiin serotoniinin takaisinoton estäjiin (SSRI)
  - Masennuksen hoidossa jo yli 20 vuotta. Yleisin käytetty ryhmä, (6 SSRI-ryhmän lääkettä)
  - Ryhmän eri lääkkeiden vaihto voi olla yksilöllisesti kannattavaa, annostelu helppoa ja hoitoannos voidaan aloittaa heti tehokkaalla annoksella
  - Auttaa myös ahdistuneisuushäiriöihin, joita masennuspotilailla ilmenee
  - Tavallisimmat haittavaikutukset:
    - pahoinvointi, suolisto-oireet ja seksuaaliset toimintahäiriöt
    - lisääntynyt ahdistuneisuus, unettomuus, hikoilu ja päänsärky hoidon alussa
  - Esimerkkejä tämän ryhmän lääkeaineista:

- essitalopraami, fluoksetiini, fluvoksamiini, sitalopraami, sertraliini, paroksetiini,
  - esim ciprallex®, seronil®, fluvosol®, sepram®, sertralin®, optipar®
- **Ei tiettävästi riskejä alkoholin vaikutuksesta**

- Muihin depressiolääkkeisiin:

Serotoniinin ja noradrenaliinin takaisinoton estäjät (SNRI-lääkkeet ovat kaksoisvaikutteisia.)

- Haittavaikutukset paljon samankaltaisia kuin SSRI-ryhmän lääkkeillä
- SNRI-lääkkeillä nopeampi teho kuin SSRI-lääkkeillä, käytetään myös kroonisten kiputilojen hoidossa
- Esimerkkejä tämän ryhmän lääkeaineista:
  - duloksetiini, milnasipraani, venlafaksiini
    - esim cymbalta®, ixel®, venlafaxin®
- **Ei tiettävästi riskejä alkoholin vaikutuksesta**

Muut uudet masennuslääkkeet

- Vaikutukset kohdentuvat keskushermostossa serotoniiniin ja noradrenaliiniin
- Haittavaikutuksia monenlaisia, kuten ylipaino, ruokahalun nousu
- Uusien masennuslääkkeiden kohdalla on hyvä seurata laboratoriotuloksia, lääkäri määrää nämä aloittaessaan lääkityksen
- Voidaan käyttää myös depression hoidon lisäksi unettomuuden ja ahdistuneisuuden hoidossa
- Esimerkkejä tämän ryhmän lääkeaineista:
  - agomelatiini, bupropioni, mianseriini, mirtatsapiini, moklobemidi, reboksetiini, tratsodoni
    - valdoxan®, voxra®, tolvon®, aurorix®, edronax®, azona®
- **Tarkista lääkäriltä tai pakkausselosteesta alkoholin ja lääkityksen yhteisvaikutus, sekä osan sienilääkkeiden ja muiden masennuslääkkeiden välillä**

Käytöshäiriöllä tarkoitetaan lapsuudessa tai nuoruudessa esiintyvää jatkuvaa tai toistuvaa huonoa käyttäytymismallia. Lapsena alkanut käytöshäiriö on yleensä vakavampi, kuin nuoruusiässä alkanut käytöshäiriö.

### KÄYTÖSHÄIRIÖISEN lääkehoidon toteutus:

Käytöshäiriön vakavuuden mukaan voidaan arvioida lääkehoidon tarvetta, psykososiaalisten hoitomuotojen lisäksi. Lääketutkimukset alaikäisten keskuudessa on vähäistä

- Antileptejä, litiumia, tai uusia psykoosilääkkeitä
- Aggressio-oireissa voidaan lisäksi aloittaa lyhytaikaiseen käyttöön
  - risperidoni tai aripipratsoli
    - esim risperdal®, abilify®
- Tutkimusnäyttöä muista nuorten käytöshäiriöiden lääkehoidosta ei ole
  - esimerkkejä: haloperidoli, ketiapiini, klotsapiini ja olantsapiini
    - serenase®, ketipinor®, leponex®, zyprexa®
  - **Ketipinorin ja alkoholin yhteisvaikutus voi aiheuttaa uneliaisuutta.**
  - **Tarkista lääkäriltä tai pakkausselosteesta alkoholin ja lääkityksen yhteisvaikutus**
- Litiumilla, (Lito®) on todettu olevan käytöshäiriö oireilua vähentävä vaikutus
  - Huolellinen alkuarvio! Verikoe seuranta!
  - **Alkoholin käyttöä ei suositella Lito-hoidon aikana**
- Muita nuoren aggressiivisuuden lievitykseen käytettäviä lääkeaineita:
  - valproiinihappo, karbamatsepiini.
    - esim deprakine®, neurotol®
    - Verikoe seuranta
  - **Alkoholin samanaikaista käyttöä ei suositella.**

**Aktiivisuuden ja tarkkaavuuden häiriössä on kyse keskushermoston kehitykseen liittyvää neuropsykiatrisesta häiriöstä. Häiriöitä voi esiintyä kolmella eri sektorilla: tarkkaamattomuutta, impulsiivisuutta, ylivilkkautta ja näiden yhdistelmiä.**

### **AKTIIVISUUDEN JA TARKKAAVUUDEN lääkehoidon toteutus:**

Ensisijaisena hoitomuotona AD/HD:n hoidossa on psykososiaaliset hoidot ja kuntoutus, lääkevalmisteita on useampia ja erivaikutusmekanismeja lievittämään oireilua.

- Yleisimpinä psykostimulantit, jotka lievittävät oireita ja lisäävät toimintakykyä. Amfetamiini johdannaisia. Hoidon alussa tärkeää seurata tiiviisti! ADHD lääkityksen aloituksessa ja lääkeannosta muutettaessa mittausten tärkeys!
- Usein lääkehoitoon liittyy muutamia seurattavia asioita, kuten verenpaine, sydämen syke ja kehon paino, lääkehoitosuunnitelman päivittäminen lääkärin kanssa säännöllisesti
  - Yleisimmät haittavaikutukset amfetamiinijohdannaisilla lääkeaineilla:
    - verenpaineen nousu, sykkeen nousu, päänsärky, ruokahaluttomuus ja vatsakivut
  - Esimerkkejä tämän ryhmän lääkeaineista:
    - Metyylifenidaatti (lyhyt- ja pitkävaikutteinen) vähentää oireilua, kuten tarkkaamattomuutta, impulsiivisuutta ja yliaktiivisuutta
      - esim Concerta®, Equasym®, Medikinet®
    - Deksamfetamiini ja lisdeksamfetamiini vähentävät ADHD:n ydinoireita
      - esim Attentin®, Elvanse®,
    - Atomoksetiinia käytetään ADHD:n ydinoireiden hoidossa, lyhyen aikaa
      - esim Strattera®, Atomoxetin®
  - Guanfasiinia ei suositella nuorille eikä lapsille, ei tutkimusnäyttöä! (melkein päinvastaiset haittavaikutukset kuin muilla ADHD lääkkeillä)
  - Sekä muita käytettäviä lääkityksiä mutta ei nuorille eikä lapsille suositeltavia, kuten klonidiini, modanifili
  - venlafaksiini ja buspironia on käytetty ADHD:n lääkehoidossa, (depression lääkitys)
- **Laittomien päihteiden ja alkoholin käyttö samanaikaisesti stimulanttilääkityksen kanssa ei ole suotavaa. Alkoholi saattaa voimistaa stimulanttilääkkeiden haittavaikutuksia, erityisesti sydän- ja verenkiertoelimistöön kohdistuvia.**

**Syömishäiriöt ovat psykiatrisia sairauksia, jolloin nuoren toimintakyky ja kehitys on uhattuna. Syömishäiriöihin kuuluu ahmimishäiriö ja laihuushäiriö, sekä näiden yhdistelmiä ja vaikutteita toisesta häiriöstä.**

### **SYÖMISHÄIRIÖISEN lääkehoidon toteutus:**

Kohdennettua lääkehoitoa syömishäiriöisen hoitoon ei ole, vaan se on jonkun toisen ryhmän rinnakkaislääkehoitoa.

- Ahmimishäiriön lääkehoidossa voidaan kokeilla SSRI-lääkkeitä, jotta se lievittäisi pakonomasta tarvetta ahmia
- Laihuushäiriö on vakava mielenterveydellinen häiriö, johon voidaan kokeilla lääkehoitoa, mikäli todetaan vakava masennus esim fluoksetiini tai antipsykootteja varovaisesti
- Kalkki, D-vitamiini, monivitamiini.
- Painon seuranta, sekä verikokeet aiheellisia

**Päihdeongelmalla on suora yhteys nuoren mielenterveyteen. Yleisimpiä häiriöitä nuoren päihteiden käytön seurauksena on käytös- ja tarkkaavuushäiriöt, sekä ahdistuneisuus- ja mielialahäiriöt. On muistettava huomattava itsemurha vaara päihteitä käyttävällä nuorella.**

### **PÄIHDEHÄIRIÖISEN lääkehoidon toteutus:**

Nuorilla on harvoin tarpeen aloittaa lääkitystä päihdehäiriön hoitoon. Mikäli tällaiselle on tarvetta, aloitetaan mielenterveyshäiriöiden lääkehoito.

Täytyy muistaa myös veritartuntavaarat ja näiden hoito lääkärissä, lääkityksen aloitus esimerkiksi hepatiittien yhteydessä, sekä rokotusten ajantasaisuus!

- Alkoholiriippuvuuden hoitoon tarkoitettuja lääkeaineita:
  - disulfiraami (täysraittius)
    - esim antabus®
  - naltreksoni ja nalmefeeni (mielihyvän kokemus vähenee juodessa)
    - naltrexon®, selincro®
- Vieroitusoireiden hoitoon tarkoitettuja lääkeaineita:
  - Bentsodiatsepiinit (laitos olosuhteet alaikäisillä)
- Muiden fyysisten oireiden hoitoon tarkoitettuja lääkeaineita

- Pahoinvoinnin hoitoon: metoklopramidi
- **Alkoholia ei pidä käyttää metoklopramidihoidon aikana, koska alkoholi voimistaa rauhoittavaa vaikutusta**
  - esim primperan®
- Ripulin hoitoon: loperamidi
  - esim imodium®
- Päänsäryn hoitoon: ibuprofeini turvallisempi vaihtoehto, kuin parasetamoli
  - esim burana®, turvallisempi kuin panadol®
- Opioidikorvaushoito mahdollinen yli 16-vuotiaille
  - Lääkärin arvio, avohoito päihdeyksikössä, taustatiedot tärkeät selvittää, sekä nykytila
  - Buprenorfiini
    - filmi, kielenalus tabletti tai injektio

**Unettomuuden hoidossa tulisi ensiksi huomioida nuoren perustarpeet kuntoon. Unettomuudella tarkoitetaan kyvyttömyyttä nukkua. Nukahtamisen vaikeus tai kesken unen herääminen tai unessa pysymisen vaikeus on unettomuutta. Mikäli ei kerkeä tai halua nukkua tarpeeksi, ei ole unettomuutta. Palautuminen yön jälkeen on olematonta, ja väsymys on jatkuva.**

### **UNETTOMUUDEN lääkehoidon toteutus:**

- Nuorten unettomuuden hoidossa on tärkeää huolellisesti tehty taustaselvitys
- Lyhyt aikainen unettomuuden lääkehoito suositeltavaa, enintään 2vko -3kk max!
  - Aikabiologisten unilääkkeiden teho perustuu uni-valverytmin säätelyyn ja nukahdamista helpottavaan vaikutukseen
  - Aiheuttaa haittavaikutuksena päänsärkyä, väsymystä ja huimausta(melatoniini)
  - Aiheuttaa haittavaikutuksena huimausta, nuhaa ja kurkkukipua (agomelatiini)
    - Esimerkkejä lääkeaineista melatoniini ja agomelatiini
      - esim lyhytvaikutteinen melatonin®, pitkävaikutteinen circadin®, valdoxan®
  - Väsyttäviä masennuslääkkeitä käytetään, jos on pidempi aikaista unettomuutta
    - Esimerkkejä lääkeaineista amitriptyliini, doksepiini, trimipramiini, mirtasapiini, tratsodoni

- esim triptyl®, aponal®, surmontil®, mirtatzapin®, azona®
  - Väsyttäviä antipsykootteja käytetään, mikäli unettomuuteen liittyy runsasta alkoholin käyttöä
    - Esimerkki lääkeaineista, hydroksitsiini
      - atarax®
  - Bentsodiatsepiinien kaltaisesti vaikuttavat lääkeaineet (Z-lääkkeet), käytetään lyhytaikaisessa unettomuudessa. Psykomotorinen heikkous saattaa näkyä 12 tuntia lääkkeenoton jälkeen
    - Aiheuttaa riippuvuutta, mutta vähemmän kuin bentsodiatsepiinit. Pitkäaikaisessa käytössä teho heikkenee
    - Esimerkkejä lääkeaineista tsaleploni, tsolpideemi, tsopikloni
      - esim (tsaleploni) ei valmisteita tällä hetkellä, somnor®/stella®/stilnoct®, zopinox®, imovane®
  - Bentsodiatsepiinit lievittää tuskaisuutta ja ahdistuneisuutta, jota käytetään edelleen myös unettomuuden hoidossa
    - Unettomuuden hoitoon käytetään keskipitkävaikutteista tematsepaami, oksatsepaami (erityisesti jos on yöheräilyä)
      - esim tenox®, opamox®
  - **Bentsodiatsepiini vaikuttaa unen rakenteeseen, heikentää muistia ja aiheuttaa riippuvuutta**
    - **Alkoholia ei tulisi nauttia minkään unettavan lääkkeen kanssa, tarkista pakkausseloste**
-

Opinnäytetyön kyselyn perusteella tulleet kysymykset/lisäselvitystä vaativat asiat lääkehoitoon liittyen: (koostettu opinnäytetyön kyselyn avoimista vastauksista)

- Perehdytystä lisää
  - Yksikön lääkehoitosuunnitelmaan perehtyminen
  - Lääkehoidon perusteisiin perehtyminen
  - Työntekijällä on vastuu oman lääkehoidon osaamisen kehittämisestä
- Alaikäisen nuoren lääkehoidosta kieltäytyminen (kuinka toimitaan/kuka vastaa)
  - Lääkehoidon tarpeellisuuden arvioinnista vastaa yksikön lääkäri, jolloin voidaan mielenterveyspotilaalle antaa vasten tahtoaan lääkkeitä
  - Pakkohoitokriteerien täytyminen ei pääasiassa ole mahdollista perhekodilla. Yksilöllisesti ja tilannekohtaisesti arvioitava asia
  - Mikäli alaikäinen nuori on vaaraksi itselleen tai muille, täytyy hänet toimittaa arvioon päivystyksen lääkärille (esimerkiksi voidaan lääkärin arvion mukaisesti antaa lääkitystä vasten tahtoa.)
  - Mikäli nuorelle on esim. määrätty säännöllisesti otettava lääkitys, mutta hän ei sitä suostu ottamaan. Joudutaan tekemään uusi lääkitysarvio, eli miettimään lääkitystä uudelleen yhdessä lääkärin kanssa, jotta lääkkeenvaikutuksia voitaisiin luotettavasti arvioida
  - [www.Etene.fi](http://www.Etene.fi) voit katsoa eettisyydestä koskien lääkehoidon kysymyksiä
- Lääkkeiden antamisessa olisi tärkeää olla merkittynä vastuuhenkilö, joka sovitusti huolehtii asiakkaille dosettilääkkeet.
  - Lääkehoidosta vastaavalla täytyisi olla oikeudet toteuttaa lääkehoitoa
- Lääkityksien haittavaikutuksista toivottiin lisätietoja lääkehoidon oppaaseen
  - Jokaisesta markkinoilla olevasta lääkkeestä on olemassa pakkausseloste, josta käy ilmi haittavaikutukset, esim. Lääkealan turvallisuus- ja kehittämiskeskus, [www.fimea.fi](http://www.fimea.fi)
- Lääkehoitoon liittyvistä mittauksista pyydettiin lisätietoja
  - Osalla käytettävissä olevista lääkkeistä on ns. turvakokeet tai säännöllisesti otettavat mittaukset. Koskien esimerkiksi:

- lääkityksen aloitusta
- lääkityksen annosmuutosta
- lääkkeen haitallisista vaikutuksista elimistöön, esim. maksa ja munuaisvauriot
- lääkkeen kertymisestä elimistöön tai lääkityksen vaikutuksesta veriarvoihin
- lääkkeen vaikutuksesta painoon, verenpaineeseen, tai muutoin sydämen toimintaan

Lisäksi opinnäytetyömme kyselyn tuloksista kävi ilmi, että:

Jokilaakson perhekodin henkilökunta toivoi perehdytystä tai lisäselvittelyjä/kehittämisideoita koskien seuraavia asioita:

- Lääkehoidon lisäkoulutusta
- Lääketietokannan käyttöoikeuksia
- Ajantasainen lista yksikössä käytettävissä olevista lääkkeistä, sekä toivottiin myös käytävän nämä läpi lääkehoitoa toteuttavien ohjaajien kanssa