

LÄÄKEHOITOSUUNNITELMA MIELENTERVEYSKUNTOUTUJEN PALVELU-  
KODISSA

Jouni Levonen ja Terttu Levonen  
Opinnäytetyö, kevät 2014  
Diakonia-ammattikorkeakoulu  
Hoitotyön koulutusohjelma  
Sairaanhoitaja (AMK)

## TIIVISTELMÄ

Levonen Jouni ja Levonen Terttu. Lääkehoitosuunnitelma mielenterveyskuntoutujien palvelukodissa. Kevät 2014, 46 s., 1 liite.

Diakonia-ammattikorkeakoulu. Hoitoalan koulutusohjelma. Hoitotyön suuntautumisvaihtoehto, sairaanhoitaja (AMK).

Opinnäytetyön tarkoituksena oli laatia lääkehoitosuunnitelma mielenterveyskuntoutujien palvelukotiin. Työssä lähdettiin liikkeelle yleisimmistä mielenterveyden häiriöistä ja keskityttiin psyykenlääkkeisiin. Lääkehoitosuunnitelman pohjana käytettiin Turvallinen lääkehoito -opasta. Lääkehoito on aina yhteistyötä asukkaan, lääkärin ja hoitohenkilöstön kesken. Jokaisella lääkehoitoon osallistuvalla on omat vastuunsa ja velvollisuutensa.

Mielenterveyspotilaiden lääkehoidossa keskeistä on turvallisuuden ja luottamuksellisuuden ohella asukkaan motivointi ja sitouttaminen lääkehoitoon huomioiden heidän itsemääräämisoikeutensa. Sairaus aiheuttaa usein pelkoa ja epävarmuutta hoitoa kohtaan tai suoranaista lääkekielteisyyttä.

Tämän kehittämistyön alkukartoitus tehtiin SWOT -analyysiä käyttäen. Tällä tavalla arvioitiin nykyisen lääkehoitokäytännön heikkoudet, vahvuudet, uhkat ja mahdollisuudet. Tulosten avulla päivitettiin palvelukodin lääkehoitosuunnitelma ajanmukaiseksi, tavoitteena riskien hallinta ja lääkepoikkeamien ehkäisy.

Asiasanat: lääkehoitosuunnitelma, mielenterveys, lääkehoito, potilasturvallisuus

## **ABSTRACT**

Levonen Jouni and Levonen Terttu. Pharmacotherapy Plan for a nursing home of psychiatric patients. Spring 2014, 46 p. 1 appendix.

Diaconia University of Applied Sciences. Degree Programme in Nursing, Option in Nursing. Degree: Nurse. The aim of the thesis was to create a pharmacotherapy plan for a nursing home of psychiatric patients. The starting points of the study were the most common mental health problems, and the focus was in psychiatric medication.

The basis of the pharmacotherapy plan was a guidance book called “The safe pharmacotherapy”. Pharmacotherapy is always a co-operation between a patient, a doctor and the staff of the nursing home. Each person participating in medical treatment has his/hers own duties and responsibilities.

In addition to safety and reliability, the center point in the pharmacotherapy of psychiatric patients is their motivation and commitment to medical treatment. At the same time every patient’s right to autonomy has to be taken into consideration. Problems in mental health often cause fear and uncertainty towards treatment and especially a negative approach to medical treatment.

The starting point of this study was a conducted SWOT-analysis. This was done in order to analyze the weaknesses, strengths, opportunities and threats of the current pharmacotherapy practices. With the help of the results of this analysis, the pharmacotherapy plan of the nursing home was updated to meet the current standards. The aim was to control risks and prevent possible mistakes in the medical treatment process.

Key words: pharmacotherapy plan, mental health, medication, patient safety

## SISÄLTÖ

1 JOHDANTO .....	5
2 MIELENTERVEYDEN HÄIRIÖT .....	7
3 LÄÄKEHOITO.....	9
3.1 Yleistä lääkehoidosta.....	9
3.2 Psykyklääkkeet .....	10
3.3 Lääkehoidon turvallisuus.....	10
4 HOITAJA LÄÄKEHOIDON TOTEUTTAJANA .....	15
5 ASUKKAAN ITSEMÄÄRÄÄMISOIKEUS .....	18
6 OPINNÄYTETYÖN TAVOITE JA TARKOITUS .....	19
7 PALVELUKODIN LÄÄKEHOITOSUUNNITELMAN KEHITTÄMINEN .....	20
7.1 Palvelukoti Pelapuu kehittämissympäristönä.....	20
7.2 Alkukartoitus lääkehoitosuunnitelman kehittämiseksi.....	21
7.3 Alkukartoituksen tulokset.....	22
8 LÄÄKEHOITOSUUNNITELMAN PÄIVITTÄMINEN ALKUKARTOITUKSEN PERUSTEELLA .....	28
9 ARVIOINTI.....	30
10 POHDINTA .....	32
LÄHTEET .....	34
LIITE 1 Palvelukoti Pelapuun lääkehoitosuunnitelma .....	37

## 1 JOHDANTO

Lääkehoitosuunnitelman tavoitteena on taata turvallisen lääkehoidon toteutuminen. Turvallinen lääkehoito -opas antaa laadukkaan ja asetusten mukaisen pohjan suunnitelman tekemiseen. Potilas on tärkeä osa lääkehoitoprosessia ja jokaisella ammattiryhmällä on hänen koulutuksensa mukainen vastuu lääkehoidon suunnittelussa, toteuttamisessa ja arvioinnissa. Avoimuudella ja osaamisen kunnioittamisella taataan laadukkaan ja turvallisen lääkehoidon toteutuminen. (Koskinen, Puirava; Salimäki, Puirava & Ojala 2012, 46.)

Opinnäytetyön aiheeksi valitsimme konkreettisen, työelämälähtöisen aiheen, joka koettiin tärkeäksi ja ajankohtaiseksi palvelukodin hoidon, koko yrityksen ja oppimisprosessin kannalta sillä halusimme lisätä osaamistamme psykiatrisen potilaan lääkehoidon toteuttamisesta. Tämä oppimistavoitteemme palveli yrityksen tarvetta päivittää lääkehoitosuunnitelma ajanmukaiseksi, psyykkisen sairauden erityispiirteet huomioivaksi kokonaisuudeksi ja me oppijoina syvensimme osaamistamme näyttöön perustuvasta hoitotyöstä ja samalla lisäsimme hoidon laatua lääkehoitosuunnitelman muodossa. Näyttöön perustuvassa hoitotyössä halutaan ottaa käyttöön ajankohtaiseen, tutkittuun tietoon perustuvia menetelmiä ja toimintatapoja. Opintomme liittyvät opistotasaisen sairaanhoitajatutkinnon päivittämiseen ammattikorkeakoulutasoiseksi tutkinnoksi. Eija Vestermark-Suksi (2011) esittää tutkimustuloksenaan, että ammatillinen peruskoulutus ja täydennyskoulutus lisäävät valmiuksia tutkitun tiedon käyttöön. Keskeinen hyöty tiedon käytöstä on ammatillinen kehittyminen. Kun oma ammatillisuus lisääntyy, löytyy uusia toimintatapoja ja hoidon tavoitteellisuus ja tulokset paranevat. (Vestermark-Suksi 2011, 50) Tässä opinnäytetyössä käytetään rinnakkain termejä asukas ja potilas.

Lääkehoitosuunnitelman kehittämistarpeiden selvittämiseksi lähtötilannetta arvioitiin käyttämällä SWOT -analyysia, jonka avulla määriteltiin vahvuudet, heikkoudet, mahdollisuudet ja uhat. Henkilöstö täytti ensin SWOT -analyysin itsenäisesti ja sen jälkeen koko henkilöstö yhdessä teki näistä koosteen. Potilasnäkökulma on tärkeä ja sitä pyrittiin ottamaan mukaan kaikkeen toiminnan kehittämiseen ja toteuttamiseen. Siksi lääkehoitosuunnitelman tekemiseen otettiin mukaan asukasnäkökulma siten, että asukkaista 2

teki myös SWOT -analyysin ja osallistui yhdessä henkilöstön kanssa uuden lääkehoitosuunnitelman tekemiseen.

Lääkepoikkeamat ovat keskeisiä hoitovirheitä ja läheltä piti -tilanteita. Lääkepoikkeamien ja niihin johtaneiden syiden tarkalla kirjaamisella ja analysoinnilla pyritään parantamaan lääkehoitoprosessia ja potilasturvallisuutta, eikä etsimään syyllistä virheisiin. Turvallisen lääkehoidon toteutuminen edellyttää, että potilaat saadaan motivoitukseksi hoitamaan itseään paremmin ja sitoutumaan lääkehoitoonsa. Mielenterveyspotilaiden kohdalla huono sitoutuminen hoitoon aiheuttaa usein sairauden oireiden pahenemista, jo saavutetun hyvän psyykkisen voinnin romahtamista ja toistuvia sairaalahoitoja. Näyttöön perustuva tieto, lääkehoitosuunnitelma, hyvä hoitosuhde, potilaan yksilöllisyyden ja itsemääräämisoikeuden kunnioittaminen auttavat potilasta ja hoitajia sitoutumaan hyvän ja tarpeenmukaisen lääkehoidon kokonaisprosessiin.

## 2 MIELENTERVEYDEN HÄIRIÖT

Raja mielenterveyden ja sairauden välillä on liukuva. Mielenterveyden häiriöt voivat ilmetä hyvin moninaisesti, ja potilaiden oireet vaihtelevat suuresti. Vaikeudet voivat olla jokapäiväisiä tai ajoittua joihinkin elämän kriisiaikoihin. Mielenterveyden häiriöt luokitellaan oireiden mukaisesti, eivätkä yksilölliset persoonallisuuden piirteet vaikuta diagnosointiin ja lääkehoidon aloittamiseen. Psykkisten häiriöiden kohdalla on usein kritisoitu niiden nimeämistä sairauksiksi, koska fyysiset ja psyykkiset sairaudet poikkeavat luonteeltaan toisistaan. Fyysisissä sairauksissa ongelma on aina jonkin elimen toiminnassa, mutta psyykkisissä sairauksissa kyse on usein oireita tuottavista kokemuksista ja niiden aiheuttamista reaktiomalleista. (Huttunen 2008, 8 - 9.) Mielenterveyshäiriöiden hyvän hoidon perustana on näyttöön perustuva psykiatria, jossa psykiatrinen tutkimustieto yhdistyy kliiniseen asiantuntijuuteen, ammattitaitoon potilaan arvojen huomioimiseen. Hoidon perustana oleva tieto muuttuu jatkuvasti ja hoitavien ammattilaisten sekä potilaiden tulisi olla tietoisia yksittäisten hoitokeinojen näytönasteesta. Näytönasteiden arvioiden pohjalta on tehty hoitosuosituksia, Käypä hoito –malleja. (Lönnqvist, Lehtonen 15.)

Psykoosiksi luokitellaan vakava mielenterveyden häiriö, jossa todellisuuden tajua vääristyy. Oireina ovat voimakkaat harhaluulot, aistiharhat sekä hajanaisuus puheessa ja käyttäytymisessä. Psykoosilääkitys keskeisenä hoitomuotona luo pohjan muille psykososiaalisille hoitomuodoille. Lääkehoitoa voidaan käyttää myös ennaltaehkäisemään uusia sairausjaksoja. (Koskinen ym. 2012, 209; Nurminen 2010, 146.) Monet psyykkiset sairaudet liittyvät toisiinsa ja häiriöt ilmenevät eri tavoin. Ahdistus on useimmiten mukana psyykkisissä sairauksissa. Yleisimpiä ahdistuneisuushäiriöiden oireita ovat: hikoilu, sydämentykytys, suun kuivuminen ja tunne siitä, ettei saa riittävästi happea. (Koskinen ym. 2012, 198.) Unihäiriöiden syyt ovat hyvin moninaiset, mutta usein taustalla on psyykinen tai somaattinen sairaus. Vaikka tarkoituksenmukaisinta olisi poistaa unettomuuden syy, ei se käytännössä kuitenkaan aina ole mahdollista. (Koskinen ym. 2012, 198.) Ahdistuneisuus- ja unihäiriöiden lääkehoitona käytetään usein samoja lääkkeitä, kuin muidenkin psyykkisten sairauksien hoidossa, mutta pienemmillä lääkemannoksilla. Masentunut potilas on usein väsynyt, haluton, mikään ei oikein kiinnosta, ja häntä vai-

vaavat erilaiset kiputilat ja fyysiset oireet. Vakavassa masennuksessa ruoka ei maistu, elämänhalu on kadonnut lähes kokonaan ja potilas miettii kuolemaan ja itsemurhaan liittyviä asioita. Joidenkin asiantuntijoiden mielestä keskivaikean ja sitä vakavamman masennuksen hoidossa tulee käyttää lääkehoitoa psykoterapian ohella.

Kaksisuuntaisessa mielialahäiriössä potilaan mieliala saattaa vaihdella masennuksesta ylikohonneeseen mielialaan. Potilaalla saattaa olla myös harhaluuloja ja itsemurha-ajatuksia. Tämän sairauden hoidossa lääkehoito on ensisijainen hoitomuoto. Parhaita hoitotuloksia saadaan mielialaa tasaavilla lääkkeillä. Näillä lääkkeillä on jonkin verran vaikutusta masennukseen, mutta pääasiassa niillä pyritään ehkäisemään mielialan liiallista kohoamista. (Koskinen ym. 2012, 207.)

Tavallisin pitkäaikaisista psykoosisairauksista on skitsofrenia. Pitkäaikaisena sairaute-na se saattaa heikentää potilaan kykyä huolehtia itsestään ja ympäristöstään. Hoidossa ja kuntoutuksessa keskeistä on opetella esimerkiksi kodinhoitoon liittyviä asioita, kuten ruoanlaittoa, siivousta ja pyykinpesua. Mielenterveyskuntoutujan kuntoutuminen on pitkäjänteistä ja toistoa vaativaa. Opetut asiat eivät aina seuraa kuntoutujan mukana uuteen paikkaan, esimerkiksi kuntoutusosastolta omaan kotiin tai jatkohoitopaikkaan, vaan asiat on opeteltava uudessa paikassa uudelleen. Kuntoutuminen ei myöskään tarkoita aina paranemista, vaan joskus on tärkeätä yrittää ylläpitää kuntoutumisessa saavutettu vointi ja toiminnan taso. Jotkut mielenterveyskuntoutujista tarvitsevat tuekseen erilaisia asumisyksiköitä, joissa he voivat asua ja elää omannäköistä hyvää elämää. Asuminen näissä kodinomaisissa yksiköissä voi olla lyhytaikaista tai tarpeen mukaan jatkoa pidempään. Lääkkeiden käyttämisestä keskustellaan palvelukodissa päivittäin joko yksittäisen potilaan kanssa tai ryhmässä. Henkilökohtaisissa keskusteluissa korostuu potilaan motivointi lääkkeiden käyttöön hankalista sivuvaikutuksista huolimatta. Yleisessä keskustelussa potilaat vertailevat lääkemääriään ja lääkkeiden aiheuttamia sivuvaikutuksia, mutta kaikesta huolimatta keskustelun ilmapiiri on lääkemyönteinen ja lääkkeiden käyttöön kannustava. Kaikki edellä kuvatut psyykkiset sairaudet asettavat haasteita lääkeshoidon toteuttamiselle.



## 3 LÄÄKEHOITO

### 3.1 Yleistä lääkehoidosta

Mikäli potilaan sairauden hoitoon tai terveyden säilyttämiseen tarvitaan lääkettä, silloin puhutaan lääkehoidosta. Lääkehoidon tavoitteena on sairauksien ehkäisy, niiden parantaminen ja oireiden lievittäminen sekä sairauksien aiheuttamien komplikaatioiden ehkäisy. Turvallinen lääkehoito on keskeinen osa potilasturvallisuutta. Eri tutkimusten mukaan noin 10 % potilaista kokee hoitoon liittyvän haittatapahtuman ja merkittävin osa niistä on lääkepoikkeamia. Lääkepoikkeamalla tarkoitetaan estettävissä olevaa haittatapahtumaa, kuten lääkitysvirhettä, vahinkoa ja läheltä piti tilannetta. Lääkepoikkeama voi tapahtua missä vaiheessa tahansa lääkehoidon prosessia. Riskikohtia ovat esimerkiksi lääkehoidon tarpeen arviointi, diagnosointi, lääkemääräyksen tekeminen, lääkehoidon toteuttaminen ja vaikuttavuuden arviointi (Turvallinen lääkehoito-opas 2006, 11-42.)

Lääkehoito perustuu aina useamman tahon yhteistyöhön, potilas, lääkäri, apteekin henkilökunta ja lääkehoitoa toteuttava hoitohenkilöstö. Lääkkeiden käyttöön voi liittyä myös haittavaikutusten mahdollisuus. Haitta voi johtua lääkeaineen ominaisuudesta, mikä aiheuttaa esimerkiksi yliherkkyysoireiden tai muun poikkeavan vaikutuksen. (Veräjänkorva, Huupponen, Huupponen, Kaukkila & Torniainen 2006, 17.)

Lääkehoidolla on eri muotoja, joista parantavalla lääkehoidolla pyritään hoitamaan potilas täysin terveeksi, ylläpitävällä lääkehoidolla pidetään sairaus tai sairauden oireet hallinnassa, lievittävällä lääkehoidolla tavoitellaan potilaan elämänlaadun paranemista lievittämällä oireita ja pahaa oloa, akuutti lääkehoito kestää yleensä muutamia päiviä tai viikkoja ja se on oireenmukaista hoitoa ja pitkäaikainen lääkehoito on jatkuvaa. (Veräjänkorva ym. 2006, 19.)

Psykofarmakologia on yleensä ylläpitävää lääkehoitoa ja usein pitkäaikaista, jopa vuosia kestävä lääkehoitoa. Siksi on hyvin tärkeää, että aika ajoin arvioidaan, voiko lääkehoitoa vähentää tai jopa lopettaa. Pitkittyvän lääkehoidon riskinä on, että väliaikaiseksi

suunniteltu lääkkeen käyttö jää pysyväksi ja tällöin saatetaan sivuuttaa muiden hoitovaihtoehtojen käyttö, eikä potilasta yritetä auttaa esimerkiksi ei-lääketieteellisin keinoin. (Veräjänkorva ym.2006, 19.)

### 3.2 Psykykenlääkkeet

Psykykenlääkkeet luokitellaan pääasiallisen hoitoindikaation perusteella ryhmiin, 1) antipsykoottiset lääkkeet; 2) masennuslääkkeet; 3) mielentasaajat; 4) ahdistuslääkkeet; 5) uni- ja nukahduslääkkeet. Tämä luokittelu ei kuitenkaan anna täysin oikeata kuvaa lääkkeiden käytöstä, sillä lääkkeiden käyttöalueet eri sairauksien hoidossa kehittyvät ja muuttuvat esimerkiksi hoitokokemusten karttumisen myötä. (Huttunen 2013, 1-3.)

Erilaisten psykoottisten tilojen peruslääkkeinä käytetään antipsykoottisia lääkkeitä, joita Suomessa on käytössä useita, noin kaksikymmentä eri lääkeainetta. Lisälääkkeinä psykoottisten tilojen hoitoon saatetaan käyttää mielialalääkkeitä, bentsodiatsepiineja tai epilepsian hoitoon alun perin tarkoitettuja lääkkeitä. (Huttunen 2008, 12.) Lääkehoidon tärkeä periaate on löytää potilaalle pienin mahdollinen, mutta silti tehokas lääkeannos ja haittavaikutusten minimoiminen (Käypä hoito –suositus 2013, 2).

Akuutiksi lääkehoidoksi psykiatrisessa lääkehoidossa voidaan määritellä tarvittaessa käytettävät lääkkeet. Näillä lääkkeillä pyritään lievittämään sairauden pahentuneita oireita. (Veräjänkorva ym. 2006, 19.) Ohjeistus tarvittavaan lääkitykseen kysytään hoitavalta lääkäriltä tapauskohtaisesti tai siitä on etukäteen merkintä lääkemääräyksessä.

### 3.3 Lääkehoidon turvallisuus

Lääkehoidon turvallisuus on käsitteenä hyvin laaja-alainen ja siinä tulisi aina huomioida myös potilaan mahdollisuus itse vaikuttaa omaan hoitoonsa (Veräjänkorva ym. 2006, 84-87). Lääkehoidon toteuttamisen periaatteita ovat 1) oikea potilas; 2) oikea lääke; 3) oikea annos; 4) oikea antotapa; 5) oikea antoreitti; 6) oikea antoaika; 7) oikea potilaan ohjaus; 8) oikea dokumentointi (Veräjänkorva ym. 2006, 84-87).

Kaikkien terveys- ja sosiaalihuollollisten yksiköiden toteuttaman lääkehoidon tulee perustua työyksikössä laadittuun lääkehoitosuunnitelmaan. Se osaltaan varmistaa turvallisen lääkehoidon toteutumista yksikössä, lääkehoitosuunnitelmassa määriteltyjen käytänteiden mukaisesti. (Turvallinen lääkehoito-opas 2006,11.) Turvallinen lääkehoito-opas antaa ohjeet lääkehoitosuunnitelman laatimiseen, vaaratapahtumien ehkäisyyn, seurantaan ja raportointiin sekä osaamisen varmistamiseen ja riskikohtien ennakoointiin (Valimies – Patomäki 2013, 47- 49). Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisussa käsitellään potilasturvallisuutta myös lääkehoidon näkökulmasta ja tuodaan esiin potilaan informoinnin, riskien- ja vaarojen ennakoinnin, sekä tapahtumista oppimisen ja riittävien henkilöstöressurssien tärkeys. (Suomalainen potilasturvallisuusstrategia vuosille 2009 – 2013.) Tiedon antamisella ja kertomalla poikkeamista ja mahdollisista haittavaikutuksista, lisätään potilaan sitoutumista lääkehoidon noudattamiseen (Turvallinen lääkehoito-opas 2006, 59).

Turvallisen lääkehoidon toteutuminen perustuu myös siihen, että jokainen työntekijä ymmärtää toimenkuvansa mukaisen vastuunsa ja avoimesti keskustelemalla auttaa potilasta ottamaan vastuuta omasta lääkehoidostaan (Koskinen ym. 2012, 46 – 47).

Ammattilaiset suunnittelevat ja toteuttavat lääkehoitoa yhteistyössä potilaan kanssa, mutta potilaan omalle vastuulle jää hoitopäätöksen mukaan toimiminen (Koskinen ym. 2012, 48). Potilaiden lääkehoidon toteuttamiseen osallistuvilta vaaditaan ehdotonta huolellisuutta ja osaamista. Yleensä lääkehoitoprosessiin liittyy useita osatekijöitä ja sitä toteuttaa koko työryhmä.(Nylander 2010.)

Lääkehoidossa toteutuu turvallisuus kun hoitaja tuntee lääkkeen vaikutusmekanismit, lääkkeen vaiheet elimistössä ja ymmärtää koko lääkehoidon prosessin. Lääketurvallisuutta parantavat koulutus, osaamisen varmistaminen, työ- ja toimintatapojen kehittäminen esimerkiksi kaksoisvarmistus lääkkeiden annostelussa ja jakamisessa. (Veräjänkorva ym. 2006, 105.)

Lääkehoidon turvallisessa toteuttamisessa korostuvat myös eettiset arvot, kuten potilaan hyvinvoinnin lisääntyminen, huolellisuus, taloudellisuus ja vahinkojen välttäminen (Veräjänkorva ym. 2006, 27). Lääkehoidon potilasturvallisuutta lisää kaikkien osallisten kuten potilaan, hoitohenkilöstön, lääkärin ja lääkkeen toimittajan välinen saumaton yhteistyö. Säännöllisillä keskusteluilla ja lääkepoikkeamien avaamisella lisätään luotta-

muksellisuutta ja parannetaan lääketurvallisuutta. (Helovuori, Kinnunen, Peltomaa & Pennanen 2012, 215 – 216.)

Lääkepoikkeaman pelko kuormittaa hoitajaa ja vaikuttaa työkykyyn ja sitä kautta voi heikentää hoitotyön laatua. Poikkeaman tai läheltä piti -tilanteen vaikutukset ulottuvat myös potilaisiin ja koko hoitotiimiin. Lääkepoikkeaman haittoja ehkäistään avoimella keskustelulla ja virheistä oppimalla. (Sipola - Kauppi 2009, 82.)

Lääkehoito on tärkeä osa potilaan kokonaisuhoitoa. Siitä on tehty paljon tutkimuksia ja moneen lääkehoitoa toteuttavaan yksikköön on laadittu Sosiaali- ja terveysministeriön laatiman oppaan pohjalta lääkehoitosuunnitelma. (Turvallinen lääkehoito-opas 2006; Nylander 2010.) Psykykenlääkkeitä käyttävien motivaatiota ja hoitomyyntyyvyyttä on kartoitettu ja luokiteltu kolme osatekijää: potilaaseen liittyvät, lääkitykseen liittyvät ja ympäristöön liittyvät osatekijät (Kampman 2005, 1285-1289). Usean lääkkeen samanaikainen käyttö lisää haitallisten yhteisvaikutusten mahdollisuutta ja huonontaa potilaan sitoutumista hoitoon. On kuitenkin aina mietittävä sitä, onko uudesta lääkkeestä saatava hyöty suurempi, kuin riski lääkehaittojen ilmenemisestä. (Huupponen, Idänpään-Heikkilä, Kalliokoski, Karhuvaara, Leinonen & Puhakka 2011, 2602-2603.) Hoito ei ole enää määräämistä vaan yhdessä sopimista potilaan kanssa. Vuorovaikutus on tärkeä osa onnistunutta lääkehoitoa. Henkilökunnan kyky viestiä avoimesti ja motivaatiota vahvistavasti on keskeisen tärkeä osaamisalue. (Enlund ym. 2013, 659-665.) Laboratoriotutkimuksilla voidaan löytää erilaisia haittavaikutuksia ja siten lisätä potilaan luottamusta (Penttilä ym. 2007, 812-818). Psykiatristen potilaiden ylikuolleisuus ja diagnosoimattomat somaattiset sairaudet ovat yhteydessä heidän sairauteensa ja psykoosilääkitykseen (Heiskanen ym. 2010, 389 – 396; Koponen ym. 2005, 1795–1799).

Psykooseihin sairastuneilla on merkittävästi enemmän ylikuolleisuutta johtuen sekä somaattisista sairauksista tai itsemurhista. Potilaiden seurannalla ja hyvällä hoidolla voidaan parantaa heidän ennustettaan ja vähentää riskitekijöitä. (Koponen, Saari, Lindeman, Savolainen, Hietala & Isohanni 2005, 1795-1799.) Eri tutkimusten perusteella voidaan olettaa, että usean psykoosilääkkeen samanaikainen käyttö voi lisätä skitsofreniapotilaan kuolemanvaaraa (Käypä hoito –suositus 2013, 23). Toisaalta suomalaisiin tietokantoihin perustuvan tutkimuksen tulokset osoittivat ettei usean psykoosilääkkeen samanaikainen käyttö lisännyt skitsofreniapotilaiden kuolleisuutta verrattuna hoitoon

yhdellä lääkkeellä. Sen sijaan kuolemanriski oli suurempi niillä potilailla, jotka eivät käyttäneet psykoosilääkitystä. (Tiihonen 2013, 454.)

Psykoosilääkkeet saattavat nostaa sydämen syketaajuutta, vähentää syketaajuuden vaihtelua tai aiheuttaa sympaattisen hermoston yliaktiivisuutta tai lisätä alttiutta rytmihäiriöihin. Skitsofreniapotilailla onkin enemmän sydän- ja verisuonisairauksia, kuin väestöllä keskimäärin. Psykoosilääkkeiden arvellaan vähentävän haiman insuliinieritystä ja siten lisäävän riskiä sairastua diabetekseen. Fyysisen terveydentilan säännöllinen seuranta edistää psykiatrisenkin hoidon onnistumista. Potilaiden tulisi saada somaattisen sairauden diagnosointi, hoito ja seuranta ilman erityisjärjestelyjä ja viiveettä. (Heiskanen, Niskanen & Koponen 2010, 389 – 396.)

Perintötekijät, lihavuus, yksipuolinen ruokavalio, tupakointi, vähäinen liikunta ja psykoosilääkitys voivat yhdessä aiheuttaa aineenvaihdunnan muutoksia ja oireilua. Tätä oireilua voi olla vaikeata havaita potilaan psyykkisen sairauden takaa ja näin monet vakavatkin somaattiset sairaudet jäävät havaitsematta tai diagnosoidaan liian myöhään. (Heiskanen ym. 2010 ja Koponen, Saari, Lindeman, Savolainen, Hietala & Isohanni 2005, 1795-1799.)

Lääkkeiden käyttöön liittyvien ohjeiden noudattaminen eli hoitomyöntyvyys voi olla haaste lääkehoidon turvallisessa toteuttamisessa. Psykiatristen potilaiden hoitomyöntyvyys voi olla usein samanlaista kuin somaattisesti sairaiden potilaiden myöntyvyys, mutta esimerkiksi skitsofreniaa sairastava voidaan todeta vaikeammin sitoutuvaksi pitkäkestoiseen lääkehoitoon. Vakavaa psykoosia sairastavalla potilaalla ei välttämättä ole lainkaan sairautentuntoa tai erilaiset harhaluulot estävät hoidon etenemistä. (Kampman 2005, 1795-1799.)

Potilaan verkoston antama tuki lisää hoitomyöntyvyyttä, kun taas joidenkin lääkkeiden kiusallisiksi koetut sivuvaikutukset saattavat vähentää hoitomyöntyvyyttä (Kampman 2005, 1795-1799). Hoitomyöntyvyyttä voidaan lisätä tiedon antamisella, oireita tehokkaasti lievittävällä lääkityksellä, haittavaikutuksia vähentämällä ja pitkäaikaisilla hoitosuhteilla (Käypä hoito –suositus 2013, 14).

Monet haittavaikutukset vähentävät potilaiden hoitomyönteisyyttä psyykenlääkkeiden käyttöön. Haittavaikutusten havaitseminen esimerkiksi laboratoriotutkimuksilla voi vä-

hentää vakavampien oireiden ilmaantumista ja lisätä luottamusta hoitaviin tahoihin ja sitä kautta myönteisyyttä lääkehoidon jatkamiseen. Laboratorioseurantojen käytännöt ovat olleet hyvin vaihtelevia ohjeiden puuttumisen takia ja Penttilä ym. ovatkin esittäneet katsauksessaan suosituksen psykoosi- ja mielialalääkityksen yhteydessä käytettävistä laboratorio- ja EKG-tutkimuksista (Penttilä, Appel, Rintahaka, Heikkinen & Syvälahti 2007, 812-818).

Lääkehoidon hyvää onnistumista parantaa aina potilaan motivaatio kyseisen lääkityksen käyttöön. Onnistumiseen voidaan vaikuttaa kertomalla avoimesti hyödyistä ja haitoista, mitkä liittyvät potilaan saamaan lääkehoitoon. Tiedottaminen on erittäin tärkeää, koska psyykenlääkkeiden toivotut vaikutukset saattavat ilmetä vasta viikkojen viiveellä hoidon aloittamisesta ja potilas voi kokea mahdolliset sivuvaikutukset hyvin hankalina. (Kampman 2005, 1795-1799.)

Haasteelliseksi lääkehoidon tekee se, että hoitovaikutusten lisäksi lääkkeillä saattaa olla erilaisia, potilaan hankaliksi kokemia, tai hänelle jopa hengenvaarallisiksi muodostuvia sivu- tai haittavaikutuksia. Useimmiten nämä sivuvaikutukset ovat lieviä, vain pienellä osalla potilaista ilmeneviä, mutta joskus hyvinkin harmillisina koettuja. Lääkeannoksen muutos saattaa vaikuttaa näihin sivuvaikutuksiin, mutta se saattaa vaikuttaa myös hoitovaikutukseen. Tästä johtuen lääkehoito on joskus tasapainottelua sen asian kanssa, olisiko lääkkeestä kuitenkin enemmän hyötyä, kuin haittaa.

Yleisimmät haittavaikutukset psykoosilääkkeillä ovat esimerkiksi motorinen levottomuus, pakkoliikkeet, painon muutos, sokeritaudin kehittyminen ja vaikutukset seksuaalisuuteen ja kuukautisiin. Psykoosilääkeaineista klotsapiini saattaa vaikuttaa potilaan valkosolujen määrään ja sitä kautta heikentää potilaan vastustuskykyä infektioita vastaan ja aiheuttaa riskin hengenvaarallisesta tilasta (Huttunen 2013, 1-3).

#### 4 HOITAJA LÄÄKEHOIDON TOTEUTTAJANA

Potilaalla on oikeus saada riittävästi tietoa ja ohjausta hoidostaan ja hänen itsemääräämisoikeuttaan ja mahdollisuuttaan osallistua hoitoonsa tulee kunnioittaa. Psykkinen sairaus ei poista potilaan oikeutta, eikä myöskään halua saada tietoa. Mikäli katsotaan, että tiedonantaminen aiheuttaa vaaraa potilaalle tai tietojen antajalle, voidaan tietoja jättää antamatta. Hoitajan on työssään noudatettava lakeja ja ohjeita. (Heikkinen 2013, 112; Hotti 2005, 3745.)

Lääkehoidon kokonaisvastuu kuuluu aina lääkärille. Koulutetut hoitajat toteuttavat lääkehoitoa annettujen ohjeiden ja ammatillisen osaamisensa perusteella. ( Turvallinen lääkehoito 2006, 48.) Hoitaja ohjaa, motivoi ja kannustaa potilasta sitoutumaan lääkehoitoon. Ohjausprosessi on mukana keskeisesti koko hoidon ajan sisältäen potilaan kokemusten ja tiedollisten tarpeiden arvioinnin, yksilöllisten tavoitteiden asettamisen ja palautteen antamisen. Potilaalle annettavan tiedon tulee olla luotettavaa ja näyttöön perustuvaa. (Heikkinen 2013, 112.)

Toimiva hoitosuhde on tärkeä osatekijä lääkehoidon toteutumisessa. Ohjauksessa tulee huomioida yksilöllisyys, yhteinen päätöksenteko, kunnioittaminen ja vuorovaikutus hoitosuhteessa. (Heikkinen 2013, 115.) Koulutus antaakin melko laaja-alaisen valmiuden lääkehoidon turvalliseen toteuttamiseen, mutta vasta hyvä perehdytys ja työkokemus opettavat ja auttavat hoitajaa jäsentämään turvallisen lääkehoidon kokonaisuutena (Nylander 2010).

Haasteet hoitajan tehtävässä lääkehoidon toteuttajana ovat moninaisia. Hoitajan tulee työssään toimia positiivisena motivoijana potilaan lääkehoitomyönteisyyden lisäämiseksi, mutta toisaalta tarvittaessa ottaa vastuuta lääkehoidosta myös potilaan vapaaehtoisuuden puuttuessa. Monet hoitajat kokevat työssään hankalaksi mielenterveysongelmiin, sekä erityisesti lääkehoitoon liittyvän häpeän, joka saattaa koskea potilaan lisäksi myös hänen lähipiiriään. Joissain tapauksissa lähipiirin on tiedetty vähätelleen potilaan ongelmia, ja täten lisänneen potilaan lääkekielteisyyttä. (Happell, Manias & Pinikahana 2002, 257.)

Psykoedukaatio on yksi vaikuttavimmista psykososiaalisista hoitomuodoista. Sillä tarkoitetaan opetuksellista menetelmää, jossa annetaan tietoa psykoosisairaudesta ja sen hoidosta. Kyse ei ole kuitenkaan pelkästä tiedon antamisesta, vaan tärkeästä hoitajan, potilaan ja hänen verkostonsa välisestä yhteistyösuhteesta, jossa sairauteen liittyviä ajatuksia, tunteita ja hätää käsitellään yhdessä. Psykoedukaatio on todettu yhtä vaikuttavaksi riippumatta siitä, toteutetaanko se ryhmämuotoisena vai yksilöohjauksena. Lääkehoito on keskeistä psykoosisairauden hoidossa. Siitä keskustelemiseen on käytettävä riittävästi aikaa, koska sairaus huonontaa usein potilaan keskittymiskykyä ja muistia ja tuottaa vaikeutta oppimiselle. Luottamuksellinen, ymmärtävä ja toivoa antava hoitosuhde on se perusta, jolla sairauteen ja sen hoitoon liittyviä kysymyksiä ja vastauksia voidaan turvallisesti pohtia. (Kieseppä, Oksanen 2013, 2133-2139.)

Sosiaalihuollollisia asumispalveluita tuottavissa yksiköissä lääkehoidon käytännöt vaihtelevat, mutta valtakunnallinen opas lääkehoidon toteuttamisesta sosiaali- ja terveydenhuollossa, luo yhtenäiset toimintamallit kaikille toimijoille. Mielenterveyskuntoutujien lääkehoidon toteuttamisessa keskeisessä roolissa on myös asukkaiden motivointi lääkehoitoon. Motivoinnissa ja ohjauksessa käytettäviä menetelmiä ovat esimerkiksi yksilöohjaus, ryhmäohjaus, oheismateriaalin käyttö ja yhteistyö potilaan verkoston kanssa. (Kygäs, Kääriäinen, Poskiparta, Johansson, Hirvonen & Renfors 2007, 74-117.)

Hoitoon sitoutumiseen vaikuttavat sekä potilaasta johtuvat, että ympäristöstä johtuvat syyt. Sisäisiä syitä ovat esimerkiksi ikä, sukupuoli, persoonallisuus, pelot, koulutustasusta, arvot, motivaatio, ymmärtäminen, elämäntilanne ja sairaus. Ulkoisia hoitoon sitoutumiseen vaikuttavia syitä ovat hoidon järjestelyt, vuorovaikutus, ohjaus, seuranta, läheiset, potilastoverit ja saatavissa oleva tuki. (Kygäs & Hentinen 2009, 26; Heikkinen 2013, 117.) Tieto sairaudesta ja hoidosta lisäävät potilaan hoitomyönteisyyttä ja parantavat hoidon tuloksellisuutta. Mitä varhaisemmassa vaiheessa potilas saa tietoa, sen helpompaa hänen on myös ymmärtää saamaansa tietoa sairaudestaan. Tutkimuksissa on myös todettu, ettei potilaiden halu saada tietoa sairaudestaan ja sen hoidosta, katoa vuosienkaan sairastamisen aikana. (Hotti 2005, 3746 - 3747.)



Hoitoon sitoutumista on vaikea arvioida luotettavasti. Joidenkin lääkkeiden osalta lääkeainepitoisuuksia ja siten myös sitoutumista lääkehoitoon voidaan määrittellä laboratoriotutkimuksilla. Usein keskeisin määrittelytapa on hoitajan havainnointi potilaan voinnista ja siinä tapahtuvista muutoksista ja keskustelu potilaan kanssa hänen kokemuksestaan omasta voinnistaan ja lääkehoidosta. Toimivalla hoitosuhteella ja ohjauksella voidaan vaikuttaa potilaan tyytyväisyyteen, mutta vaikka potilas olisi hyvin sitoutunut hoitoonsa ja käyttäisi lääkkeitä annetun ohjeen mukaan, aina ei päästä toivottuun hoitotulokseen. (Kyngäs ym. 2009 36 – 39; Heikkinen 2013, 116.)

## 5 ASUKKAAN ITSEMÄÄRÄÄMISOIKEUS

Potilaan itsemääräämisoikeus on turvattu lainsäädännöllä. Potilaslaki koskee sekä julkista että yksityistä sosiaali- ja terveydenhuoltoa. Laki mahdollistaa toimimisen vastoin potilaan omaa tahtoa vain jos hän psyykkisesti sairaana on vaarallinen itselleen tai ympäristölleen tai laiminlyö hoitonsa. (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 1992/785; Mielenterveyslaki 1990/1116.)

Itsemääräämisoikeuden perusteella jokainen voi osallistua päätöksentekoon omasta hoidostaan. Hoidosta voi kieltäytyä, mutta kieltäytymisen seuraukset pitää myös ymmärtää. (Kyngäs ym. 2008, 47.) Mielenterveyslaki sallii erityistapauksissa poikkeamisen psykoottisen potilaan tahdon noudattamisesta. Asumisyksikössä asukkaisiin ei voi kohdistaa mitään toimenpidettä vastoin heidän omaa tahtoaan. Tässä työssä näkökulma on lääkehoidossa ja siihen motivoimisessa. Motivoivassa lääkeneuvonnassa potilas otetaan mukaan lääkehoitonsa suunnitteluun, hänelle etsitään parhaiten sopiva lääke ja tiedotetaan toistuvasti, mistä syystä lääkehoito on tarpeellista ja lievitetään potilaan pelkoa sivuvaikutuksia kohtaan. (Ahonen, Ahonen, Halonen, Hartikainen, Hartikainen, Koljonen, Ojala, Saano & Savolainen 2013, 164.)

Lääkehoidon laatua kehitettäessä, painottuvat entistä enemmän potilaan omat kokemukset ja toiveet kokonaishoidosta. Onnistunut hoito muodostuu sujuvasta yhteistyöstä. Potilaat saavat nykyään helposti asiallista tietoa muualtakin, kuin häntä hoitavilta ammattilaisilta. Luottamuksellinen keskustelu ja huolien kartoittaminen voivat lisätä potilaan omaa halua jatkaa esimerkiksi lääkehoitoa, vaikka hänellä olisi omia kokemuksia tai runsaasti tietoa myös lääkkeiden sivuvaikutuksista. (Enlund, Kastarinen & Hämeen - Anttila 2013, 659 - 665.)

Potilaan/asukkaan itsemääräämisoikeutta tulee kunnioittaa myös silloin, kun hän kieltäytyy hoidosta tai toimenpiteestä. Potilaan harkitessa esimerkiksi lääkehoitonsa jatkamista, hänelle on kerrottava selkeästi seurauksista jotka liittyvät mahdolliseen lääkityksen lopettamiseen. Yhteisymmärryksessä yritetään löytää keinoja jatkaa niitä hoitoja, joita hänen sairautensa edellyttää. (Veräjänkorva ym. 2006, 46.)

## 6 OPINNÄYTETYÖN TAVOITE JA TARKOITUS

Opinnäytetyö sai alkunsa oman yrityksemme tarpeesta kehittää toiminnan laatua. Valitsimme aiheeksi lääkehoidon kehittämisen, minkä tuotoksena tuotimme yhdessä henkilöstön kanssa lääkehoitosuunnitelman mielenterveyskuntoutujien palvelukotiin. Mielenterveyspotilaiden hoidossa lääkehoito on usein hyvin keskeistä toiminnan sisältöä. Psykykläkkeillä on sivuvaikutuksia ja potilaiden motivointi lääkehoitoon voi joskus olla hyvin haasteellista. Lääkepoikkeama on myös yksi iso potilasturvallisuutta uhkaava tekijä. Siksi on tarpeen, että yksikössä on ajantasainen lääkehoitosuunnitelma. Halusimme löytää ajantasaista tietoa ja ohjeistusta siitä, kuinka käytännön lääkehoitotyötä pitäisi toteuttaa.

Opinnäytetyön tavoitteena oli laatia kirjallinen lääkehoitosuunnitelma Palvelukoti Pelapuulle, jotta lääkehoitoa pystytään toteuttamaan laadukkaasti. Lääkehoitosuunnitelman laatiminen on sosiaalihuollollisia asumispalveluita tuottavan yksikön lakisääteinen velvollisuus. Prosessina se on tärkeä oppimismahdollisuus, mikä vahvistaa henkilöstön ja potilaiden sitoutumista laadukkaaseen lääkehoitoon. Halusimme oppia toimimaan tavoitteellisemmin ja suunnitelmallisemmin sekä tukemaan ja ohjaamaan potilaita hyväksymään oma tarpeenmukainen lääkehoitonsa ja osallistumaan sen suunnitteluun, toteutukseen ja arviointiin.

Opinnäytetyömme aihe on merkityksellinen ja ajankohtainen, koska lääkehoidon turvallisuus keskeinen osa potilasturvallisuutta (Suomalainen potilasturvallisuusstrategia vuosille 2009-2013). Tiina Ilola (2010, 80) on tutkinut opinnäytetyössään lääkitysturvallisuuden kehittämistä synnytysosastolla. Johtopäätöksenä hän toteaa, että lääkehoidon osaamisen kehittämisessä tulee huomioida lääkehoidon täydennyskoulutus, lääkehoidon lupakäytäntöjen yhtenäistäminen, perehdytysohjelma sekä lääkehoidon kirjallisten ohjeiden saatavuus. Lääkehoidon perehdytysohjelma olisi hyvä olla erillinen osa muuta perehdytysohjelmaa, jotta se tulee varmasti käytyä läpi. Yksikkökohtainen lääkehoitosuunnitelma, jota päivitetään säännöllisesti, on myös hyvää materiaalia uuden työntekijän tai opiskelijan perehdytyksessä. (Ilola 2010, 80.)

## 7 PALVELUKODIN LÄÄKEHOITOSUUNNITELMAN KEHITTÄMINEN

### 7.1 Palvelukoti Pelapuu kehittämisympäristönä

Palvelukoti Pelapuu on perustettu 1998 ja se tuottaa sosiaalihuollollisia asumispalveluita mielenterveyskuntoutujille. Asukkaat ovat aikuisikäisiä miehiä ja naisia. Asukaspaikkoja on 12. Henkilökuntaa on paikalla klo 7.30-20.00 vuoden jokaisena päivänä. Kodissa noudatetaan yhteisöhoidon periaatteita. Asukkaat osallistuvat osana kuntoutustaan kodin päivittäisiin toimintoihin. Toiminnallisuutta lisää ryhmätoiminta palvelukodilla tai työtoiminta kodin ulkopuolella. Yhteisökokouksissa asukkaat ja henkilökunta yhdessä suunnittelevat toimintaa ja sopivat vastuutehtävistä kuukaudeksi kerrallaan.

Asukkaat sairastavat skitsofreniaa ja tarvitsevat apua ja ohjausta päivittäisissä toiminoissaan ja lääkehoidon toteutumisessa. Hoitohenkilöstöllä on peruskoulutuksensa lisäksi lääkehoidon koulutusta ja osaamista on varmistettu. Kaikilla nykyisillä asukkailla on pitkä sairaushistoria. Vakavat psykoosisairaudet ja lääkkeiden aiheuttama väsymys heikentävät heidän kognitiivisia kykyjään, joka vaikeuttaa selviytymistä arkitoiminnoissa ja heikentää sosiaalista pärjäämistä sekä kuntoutumista. Kuntouttavan työotteen mukaisesti asukkaita otetaan mukaan kaikkeen toimintaan jokaisen omien voimavarojen mukaisesti. Asukkaita motivoidaan, kannustetaan, ohjataan ja tarvittaessa autetaan selviämään jokapäiväisistä haasteista.

Asukkaiden toiveena on parantua skitsofreniasta. Heille paraneminen yleensä merkitsee sitä, että lääkkeitä ei tarvitsisi enää käyttää. Tästä seuraa usein halu lopettaa lääkkeiden käyttö joko omatoimisesti tai pyytämällä hoitavaa lääkäriä vähentämään ja lopettamaan lääkehoito. Valitettavasti tästä saattaa seurata se, että asukkaan psyykinen vointi huononee ja voinnin korjaantumiseen menee usein hyvin pitkä aika ja pahimmissa tapauksissa psyykinen vointi ei koskaan palaa jo kerran saavutetulle tasolle.

Tästä johtuen potilaiden motivointi toteuttamaan heidän kokonaihoitoonsa kuuluvaa lääkehoitoa on ensiarvoisen tärkeää ja keskeistä jokaisen hoitajan työssä. Hoitajien tulee tietää lääkkeiden vaikutusmekanismeista ja mahdollisista sivuvaikutuksista, jotta he voivat yhdessä keskustella lääkehoidosta asukkaiden kanssa. Ohjaus ja luotettavan tie-

don antaminen lääkehoidosta lisää luottamusta ja lääkemyönteisyyttä. Keskeisimpiä lääkkeitä mielenterveyskuntoutujien hoidossa ovat antipsykoottiset lääkkeet, masennuslääkkeet, mielialaa tasaavat lääkkeet sekä ahdistus- ja unilääkkeet.

## 7.2 Alkukartoitus lääkehoitosuunnitelman kehittämiseksi

SWOT -analyysi on käytetyimpiä kvalitatiivisia tutkimusmenetelmiä eri kehittämistarpeiden arvioinnissa, johtopäätösten tekemisessä ja toimenpiteiden valinnassa. Vahvuuksia ja mahdollisuuksia pyritään vahvistamaan tai hyödyntämään, heikkouksia ja uhkia poistamaan tai lieventämään. SWOT – analyysissä sama asia voi olla samanaikaisesti sekä vahvuus, että heikkous, riippuen näkökulmasta. (Heinonen, Hietanen, Härkönen, Kiiskilä & Koskinen 2003, 4-5.)

Lääkehoitosuunnitelman laatiminen on osa laadunhallintaprosessia, mikä on jatkuvaa ja prosessin eri vaiheita toistavaa kehittämistyötä. Työvälineeksi ja lähtötilanteen kartoittamiseksi valitsimme SWOT –analyysin, koska se oli meille entuudestaan tuttu työväline. Analyysin tekemiselle sovittiin aikataulu ja kohderyhmä, koko henkilöstö ja asukkaiden edustajat. Analyysin perusteella halusimme kartoittaa palvelukodin lääkehoidon kokonaistilannetta. Halusimme tietää mikä lääkehoidon toteuttamisessa toimii hyvin, missä tarvitaan lisäosaamista, yhteistyön kehittämistä, motivointia ja sitouttamista. Lääkehoitosuunnitelma toimii myös sitouttamisen apuvälineenä ja lisää potilasturvallisuutta ja asukkaiden luottamusta henkilöstöön ja sitä kautta viihtyvyyttä asumisyksikössä.

Lähtötilanne kartoitettiin henkilöstöpalaverissa 27.11.2013 ja asukkaiden kanssa palaverissa 5.1.2014. Kartoitus suoritettiin SWOT -analyysillä siten, että jokainen työntekijä ja kaksi asukasta arvioivat nelikenttäruudukkoa apuna käyttäen lääkehoitoon liittyvät vahvuudet, heikkoudet, uhat ja mahdollisuudet. Henkilöstöpalaverissa 27.11.2013 oli läsnä koko henkilöstö. Edellisessä henkilöstökokouksessa marraskuun alussa henkilökunnan kanssa keskusteltiin SWOT –analyysin käyttämisestä lääkehoidon kehittämistyön työvälineenä. Kokous pidettiin palvelukodin salissa, mikä rauhallisena tilana sopii hyvin tällaiseen työskentelyyn. Aikaa käytettiin osa henkilöstökokoukselle varatusta ajasta, eli noin tunti. Henkilökunta oli valmistautunut työskentelyyn ja keskustelu oli vilkasta ja jokainen osallistui keskusteluun. Vastaava hoitaja toimi puheenjohtajana ja

kirjasi tuotoksen nelikenttiin. Asukkaiden edustajina toimi kaksi palvelukodin asukasta. Heidän kanssaan käytiin keskustelu ja täytettiin SWOT –nelikentät. Tila oli sama kuin henkilökunnan kanssa, mutta tässä vaiheessa katsottiin tarkoituksenmukaiseksi tehdä kyselyt erikseen asukkaiden edustajille ja henkilökunnalle. Tällä haluttiin ehkäistä turhien pelkojen ja uhkakuvien ilmaantuminen.

Sosiaali- ja terveysministeriön 2006 julkaiseman Turvallinen lääkehoito –oppaan jäsentelyn mukainen lääkehoitosuunnitelma on työpaikkakohtainen laatukäsikirja, jota kehitetään arvioimalla sen sisältö vuosittain. Oppaan mukaan lääkehoitosuunnitelman pitää sisältää lääkehoidon toimintatavat, osaamisen varmistamisen ja koulutuksen, henkilöstön vastualueet, lääkehoidon toteuttamista koskevat lupakäytännöt. Lisäksi lääkehoitosuunnitelmassa tulee olla lääkehuollon sisällön kuvaus, ohjeistus lääkkeiden jakamisesta ja antamisesta sekä potilaiden informoinnista. Lääkehoidon vaikuttavuutta tulee arvioida ja suunnitella dokumentointi ja tiedonkulku ja seuranta- ja palautejärjestelmät, millä seurataan lääkehoidon poikkeamia. Kehittämistarpeen selvittämiseksi siitä, mikä on lähtötilanne ja mitä osioita tulee kehittää turvallisen lääkehoidon varmistamiseksi, tehtiin alkukartoitus SWOT -analyysillä. Saadun arvioinnin perusteella tehtiin palvelukodille Sosiaali- ja terveysministeriön ohjeeseen, Turvallinen lääkehoito-opas, pohjautuva suunnitelma lääkehoidon toteuttamisesta.

### 7.3 Alkukartoituksen tulokset

SWOT –analyysin avulla halusimme koota yhteen turvalliseen ja hyvään lääkehoitoon vaikuttavat tekijät sekä henkilökunnan, että asukkaiden kokemana. Keskustelu oli monipuolista ja esiin nousi monenlaisia ajatuksia lääkehoidon nykytilasta ja kehittämistarpeista. Kooste ajatuksista esitellään ohessa kuviossa 1 ja kuviossa 2. Tällä tavoin saatiin tietoa, jonka avulla on helpompi ymmärtää mihin osatekijään laadun kehittämisessä pitää kiinnittää huomiota ja millä toimenpiteillä päästään hyvän lääkehoidon toteuttamiseen. Alkutilannekartoituksen sisältö kohdentui arjen hoitotyön tilanteisiin. Keskustelussa nousi esiin molemminpuolisesti luottamuksen suuri merkitys ja haasteena asiakaskunnan moniongelmaisuus.

VAHVUUDET	HEIKKOUEDET
<p>-annosjakelu, aina oikein jaettu, säästyy aikaa, ei suuria lääkemääriä talossa</p> <p>-apteekin kanssa hyvä yhteistyö</p> <p>-säännöllinen lääkkeenotto / tasainen vointi</p> <p>-lääkärin määräämät annosteluajat, hoitajan helpompi noudattaa ohjeistusta</p> <p>-lääkäri määrää, potilas noudattaa helpommin, kun lääkäri suurempi auktoriteetti</p> <p>-yhteisön tuki, toiset asukkaat kertovat, jos lääke jäänyt ottamatta</p>	<p>-dosen käyttö: ei muistutakaan antaa, kun muilla annosjakelupussit</p> <p>-jos lääkemutoksia kahden viikon aikana, niin vaikeata poimia pois</p> <p>-injektion pistäminen, kun kaikki eivät pistä</p> <p>-uusi työntekijä, kokemattomuus, asukkaat kokeilee</p> <p>-inhimillinen erehdys</p>
UHAT	MAHDOLLISUUDET
<p>-vahingossa ottaa toisen asukkaan lääkkeet</p> <p>-ulkopuolinen uhka / murtautuminen</p> <p>-lääke jää ottamatta jostakin selittämättömästä syystä</p> <p>-tarvittaessa otettavan lääkkeen liiallinen käyttö</p> <p>-lääkekielteisyys ja lääkkeiden piilottelu</p>	<p>-asukkaalla itsellään parempi olo</p> <p>-kunto pysyy niin hyvänä, että pystyy asumaan täällä</p> <p>-kivuttomampi elämä</p> <p>-kuntoutuminen eteenpäin</p> <p>-lääketeollisuus / uudet lääkkeet</p>

KUVIO 1: Henkilökunnan SWOT -analyysi

VAHVUUDET	HEIKKOUEDET
-vointi pysyy tasaisena -pystyn asumaan täällä -luottavainen olo itsellä -ei ole kiinni omasta muistista, että lääkkeet tulee otettua -annosjakelu on hyvä	-annospussi joskus hankala avata, lääkkeet tippuu lattialle -joskus lääkkeet väsyttää tai vaikutus on erilainen, vaikka sama määrä samaa lääkettä -jää harjoittelematta omaa muistia
UHAT	MAHDOLLISUUDET
-jos lääkehoito jäisi jostakin syystä omalle kontolle, koska muisti on niin huono, ei muistaisi ottaa lääkkeitä -jos tulisi allergiseksi jollekin lääkeaineelle, se ei sopisi tai elimistö alkaisi vastustaa -jos vointi huononisi edelleen ja psykoosi syvenisi, jouduttaisiin lääkitsemään väkisin -olisi pakko muuttaa täältä pois ja kaikki muuttuisi	-voisi jopa parantua taudista -vaikka vähentää lääkkeitä -tasaisen voinnin tuloksena muuttaisin vaikka itsenäisesti asumaan -tulisin aktiivisemmaksi -muisti paranisi

KUVIO 2: Asukkaiden SWOT –analyysi

Sekä henkilökunta, että asukkaat olivat tyytyväisiä annosjakelun käyttöön. Lääkkeiden koneellinen annosjakelu on apteekin tuottamaa palvelua. Asukkaille toimitetaan kahden viikon välein kaikki lääkkeet, jokainen annoskerta omiin pusseihin pakattuina. Kaikissa lääkepussissa on potilaan nimi, henkilötunnus, tiedot lääkkeistä ja antoajankohta. Kartoituksen tulos vahvisti ennakkokäsitystä siitä, että lääkeshoidossa on tärkeää selkeys, toistuvuus ja luotettavuus. Koneellinen annosjakelu tuo helpotusta ja tyytyväisyyttä kaikille osapuolille.

Asukkaiden voinnin tasaisuus oli kaikkien toiveena ja lääkehoitoon sitoutuminen edesauttoi tasapainon säilymistä. Hoitaja työvuorossaan kykeni työskentelemään vapautuneesti ja tavoitteellisesti ilman jännitteitä, koska hän saattoi luottaa hyvin toteutuneen lääkeshoidon pitävän asukkaiden voinnin tasaisena ja samalla koko yhteisössä vallitsi tasapainoinen ja toimivaa vuorovaikutusta edistävä ilmapiiri.



Tuloksista ilmeni, että myönteisten kokemusten koettiin lisäävän tyytyväisyyttä. Sekä henkilökunta että asukkaat kokivat viihtyvän ja hyvän lääkehoidon toteutuminen lisäsi koko verkostolle, luottavaisuutta ja turvallisuuden kokemusta. Saatu tulos vahvisti käsitystä siitä, että seuranta ja arviointia tulee suorittaa säännöllisesti yhteisesti keskustellen ja esille nousevat asiat täytyy kirjata. Avoimuutta on vahvistettava ja on huomioitava, että inhimilliseen toimintaan kuuluvat joskus myös virheet ja erehdykset, kuten myös se, ettei lääkkeitä aina muisteta tai haluta ottaa. Näistä kuitenkin selvittää hyvällä yhteistyöllä ja toinen toisensa kunnioittamisella.

Henkilöstön mielestä koneellisen annosjakelun käyttö on tärkeä asia hyvän ja turvallisen lääkehoidon toteuttamisessa. Lääkkeet haetaan kahden viikon välein apteekista ja ennen toimittamista lääkkeet on jo kaksoistarkistettu lääkkeiden jakajan ja apteekin toimesta, joten virhemarginaali on hyvin pieni. Annosjakelupussien käyttö koettiin miellyttäväksi, koska asukas näkee, kenelle lääke on määrätty, lääkkeenottoajan ja lääkenimikkeet. Pakkausten käyttö on hygieenistä ja helppo ottaa mukaan lomille ja matkoille. Annosjakelun käyttö, verrattuna lääkeannostelijaan (dosettiin) jakamiseen vähentää hoitajan lääkkeiden jakamisen parissa käyttämää aikaa. Säästyvän ajan voi käyttää asukkaiden ohjaamiseen ja keskusteluun. Sekä asukkaat, että hoitajat kokevat annosjakelun käytön nykyaikaiseksi tavaksi järjestää turvallista lääkehoitoa. Lääkehoito on säännöllistä, koska hoitajat huolehtivat ja muistuttavat, että lääkkeet tulevat otetuksi ajallaan. Näin lääkeainepitoisuudet pysyvät tasaisina ja kohdentuvat juuri niihin vuorokauden aikoihin, joihin lääkäri ne on suunnitellut. Lääkehoidon onnistumisen kannalta henkilökunta pitää tärkeänä myös sitä, että lääkkeet ovat erikoislääkärien määräämiä ja lääkärin auktoriteetti on auttamassa potilaan motivoinnissa ja sitouttamisessa lääkehoidonsa toteuttamiseen.

Kirjaus ja lääkekortit ovat vahvuuksia, koska ajantasainen kirjallinen tieto seuraa asukasta kaikkialla, missä sitä tarvitaan. Tieto päivittyy kahden viikon välein ja mahdollisten muutoksien osalta hoitajien toimesta välittömästi. Huolellisuutta lääkehoidossa painotetaan koko yhteisössä ja yhteisön tuki ja vertaiskokemukset auttavat motivoitumaan oman voinnin seuraamiseen ja lääkkeiden käyttöön.

Asukkaiden mielestä parasta säännöllisessä lääkehoidossa on oma ja toisten asukastoverien tasainen vointi ja mahdollisuus asua hyvää elämää palvelukodissa. Edellä maini-

tut asiat lisäävät heille luottavaista oloa tulevaisuutta ajatellen. Annosjakelupalvelun käyttöä pidettiin hyvänä ja erityisen hyväksi koettiin, ettei lääkkeen otto ole kokonaan riippuvainen omasta muistista, vaan hoitajat huolehtivat viime kädessä siitä, että lääkkeet tulevat otetuksi ohjeiden ajallaan.

Heikkoudet ovat haitallisia tavoitteen saavuttamisen kannalta tai estävät laadukkaan lääkehoidon tavoitteen saavuttamisen kokonaan. Henkilökunnan mielestä yksi suurin heikkous hyvän lääkehoidon toteuttamisessa palvelukodissa, on asukkaiden vointi ja siihen liittyen heidän yleinen vireystasonsa. Lähimuistissa saattaa ilmetä niin paljon ongelmia, että esimerkiksi lautasen viereen jaettua lääkepussia ei muisteta avata.

Henkilökunta koki myös muutosten tekemisen hankalaksi, varsinkin kesken annosjakelujakson (kaksi viikkoa), koska tällöin lääkepussi täytyy avata ja ottaa tarpeettomaksi käynyt lääke pois.

Läkehoidon turvallisessa toteuttamisessa henkilökunta koki heikkoudeksi uuden työntekijän tulon. Vaikka uutta työntekijää perehdytetään, eikä häntä jätetä heti yksin huolehtimaan lääkkeiden annosta, niin silti jotkut lääkekielteiset potilaat saattavat onnistua aluksi hämäämään uutta työntekijää lääkkeen otossa. Tällöin asukkaalta saattaa jäädä lääke kokonaan ottamatta. Lääkepoikkeamat ovat myös heikkous ja niitä tulee herkimmin lääkkeen ottamisen yhteydessä. Lääkettä ei muistetakaan ottaa tai antaa mukaan tai pussi hajoaa ja osa lääkkeistä vierii lattialle löytymättömiin. Edellä mainitussa tilanteessa asukkaalla jää lääke saamatta.

Asukkaiden mainitsemat heikkoudet liittyivät huoleen omasta muistamattomuudesta. Myös annospussien avaaminen koettiin hankalaksi, koska lääkkeitä saattaa pudota lattialle. Lääkkeiden ajoittainen väsyttävyyden huolehti ja subjektiivinen kokemus lääkityksen vaikutuksen vaihtelusta koettiin hankalana. Esimerkiksi Klotsapiini -lääkitykseen liittyvä syljenerityksen lisääntyminen muodostuu usein hyvin hankalaksi haitaksi jo epähygieenisyydenkin takia. Myös muut lääkkeiden sivuvaikutukset, kuten väsyttävyyden, vappina ja lähimuistin heikentyminen koettiin hankalina.

Työntekijät näkivät mahdollisuutena sen, että asukkaat pystyvät asumaan palvelukodissa lääkehoidon turvin, psyykinen vointi pysyy tasaisena ja heillä on myös parempi olo ja kivuttomampi elämä. Kuntoutuminen edistyy ja uudet lääkkeet ovat turvallisempia

käyttää. Tulevaisuutta ajatellen toivottiin turvallisia ja vielä kohdennetummin vaikuttavia lääkkeitä. Kuntoutujat pitivät positiivisena mahdollisuutena sitä, että voinnin mukaan lääkehoitoa voidaan keventää ja on mahdollista parantua. Aktiviteetti lisääntyy ja kuntoutuminen edistyy mahdollisimman itsenäiseen selviytymiseen saakka.

Sairauteen liittyvä lääkekielteisyyys ja lääkkeiden piilottelu on henkilöstön mielestä keskeinen uhka, kuten myös lääkkeiden liiallinen käyttö. Uhkana nähtiin myös se, että asukas ottaa vahingossa toisen potilaan lääkkeitä tai mahdollinen ulkopuolisen henkilön murtautuminen lääkekaapille. Asukkaat kokivat uhkana unohtamisen ja sen, että lääkehoito jäisi kokonaan omalle vastuulle. He pelkäsivät myös mahdollista yliherkkyyttä tai hankalien sivuvaikutusten ilmenemistä. Lisäksi asukkaita pelotti psykoosien syveneminen ja joutuminen pois palvelukodista tai mahdollinen vastentahtoinen hoito sairaalassa koettiin myös uhkana.

## 8 LÄÄKEHOITOSUUNNITELMAN PÄIVITTÄMINEN ALKUKARTOITUKSEN PERUSTEELLA

SWOT -analyysissä saamiemme tulosten perusteella suunniteltiin miten vahvuuksia ja mahdollisuuksia hyödynnetään ja heikkouksia ja uhkia lievennetään tai poistetaan. Lääkehoitosuunnitelmassa täsmennettiin henkilöstön osaamisen kartoitusta ja täydennyskoulutusta. Tiedonkulkua tehostettiin lisäämällä suullista raportointia, millä haluttiin varmistaa, että tieto tavoittaa varmasti kaikki hoitajat. Potilaiden mukaanotto lääkehoidon suunnitteluun oli uusi asia ja se kirjattiin myös lääkehoitosuunnitelmaan.

Koneellinen annosjakelu nousi tärkeäksi osaksi turvallista lääkehoitoa. Annosjakelun kustannukset siirtyivät vuoden 2014 alusta yrityksen maksettavaksi, mutta siitä huolimatta hyväksi koettua palvelun käyttöä halutaan jatkaa. Apteekin annosjakeluvastaava soittaa palvelukotiin ja varmistaa, onko lääkehoidossa tapahtunut muutoksia. Käytäntö on toimivaa ja vähentää poikkeamien mahdollisuutta. Kirjaukseen ja lääkekorttien ajantasaisuuteen kiinnitetään jatkossakin huomiota ja muistetaan ottaa mukaan kun mennään asukkaan kanssa esimerkiksi päivystysvastaanotolle tai hammaslääkäriin.

Yhteisön antaman tuen ja vertaistuen lisäämiseksi otetaan yhteisökokousten ja henkilöstöpalaverien aiheeksi säännöllisesti lääkehoitoon liittyvät asiat. Vuosikelloon lisätään keskustelu lääkehoidosta helmikuun kohdalle. Lääkehoidon perusteita ja esimerkiksi lääkkeiden sivuvaikutuksista keskustellaan avoimesti yhdessä. Palvelu- ja kuntoutussuunnitelmien päivittämisen yhteydessä varataan riittävästi aikaa lääkehoidosta keskustelemiseen. On tärkeää korostaa lääkehoidon myönteisiä puolia. Lääkehoito on usein pohjana sille, että muuta hoitoa ja kuntoutusta voidaan toteuttaa ja edetä kuntoutumisprosessissa. Asianmukaisella ja oikea-aikaisella tiedottamisella ja tuella voidaan vähentää asukkaiden lääkitykseen kohdistuvia ennakkoluuloja ja pelkoja.

Riskien hallinnassa on otettu huomioon ulkopuolisen uhan mahdollisuus. Lääkkeet säilytetään asianmukaisesti lukitussa tilassa. Annosjakeluun siirtymisen jälkeen palvelukodissa säilytetään entistä vähemmän asukkaiden lääkkeitä, mikä vähentää riskiä ulkopuolisten kiinnostuksesta palvelukodin lääkkeisiin.

Huolellisuutta tähdennetään edelleen ja lääkehoidon yhteisvastuullisuutta korostetaan, ettei asukkaiden tarvitse kokea olevansa yksin vastuussa lääkityksestään. Vahvuudet ja mahdollisuudet ovat jo nyt osa palvelukodin turvallista lääkehoitoa. Tämän opinnäytetyön tuloksena palvelukodin lääkehoitosuunnitelman sisältöihin kiinnitettiin syvällisempää huomiota ja lääkehoidon toteuttamisesta on nyt tarkemmat ohjeet.

Hoitavan lääkärin ja mielenterveystoimiston kanssa tehtävä yhteistyö havaittiin toimivaksi ja tarpeelliseksi. Tätä yhteistyötä halutaan jatkaa ja arvioida asukaskohtaisissa tapaamisissa. Tapaamiset toteutuvat edelleen joko mielenterveystoimistossa tai kotikäynteinä.

Perehdyttämisessä varataan riittävästi aikaa lääkehoidosta keskusteluun ja käytännön hoitotilanteiden ohjaamiseen. Suullisen ja kirjallisen tiedottamisen tärkeyttä korostetaan. Kaikkien lääkehoitoon osallistuvien työntekijöiden osaaminen varmistetaan säännöllisesti. Lääkehoidon osaamisen täydennys- ja ylläpitokoulutukset järjestetään tarvittaessa tai vähintään viiden vuoden välein. Koulutukset järjestetään yhteistyössä lääkehoidon koulutusta tarjoavien oppilaitosten tai oman alueen sosiaali- ja terveydenhuollon organisaation kanssa.

## 9 ARVIOINTI

Lääkehoitosuunnitelman kehittämisprosessi onnistui suunnitelman mukaisesti. Asukkaiden mielipiteitä arvostettiin ja heidät haluttiin mukaan kehittämistyöhön. Lopulta kaksi asukasta rohkaistui osallistumaan prosessiin. Katsottiin, että määrä oli riittävä suhteutettuna asukasmäärään eikä ketään asukasta haluttu velvoittaa osallistumaan uuteen tilanteeseen vastentahtoisesti. Henkilökunta oli alusta asti innostuneesti mukana prosessissa ja ajatusten vaihto oli vilkasta avoimessa ja vapaassa ilmapiirissä. Kaikkien mielipide oli yhtä tärkeä.

Lääkehoito on merkittävä osa sosiaali- ja terveydenhuollon hoitotyötä. Lääkehoidon vastuut perustuvat terveydenhuollon lakiin ja asetukseen terveydenhuollon ammattihenkilöistä. Kaikki lääkehoitoon osallistuvat työntekijät ovat viime kädessä itse vastuussa omasta toiminnastaan. (Vallimies - Patomäki 2013, 39 – 40.) Niissä yksiköissä, joissa toteutetaan lääkehoitoa on oltava Sosiaali- ja terveystieteiden ministeriön laatiman Turvallinen lääkehoito -oppaan mukainen lääkehoitosuunnitelma. Suunnitelman sisällöstä on annettu tarkat ohjeet. Tämä opas antoi hyvän pohjan työskentelylle. Oli mielenkiintoista todeta, millaiselle teoriapohjalle koko suunnitelma rakentuu.

Kaikessa työssä pitää ottaa huomioon asukkaiden sairauden tuomat erityispiirteet hoidon toteuttamiselle. Mielensterveyskuntoutujien lääkehoidossa tärkeään asemaan nousee asukkaiden motivointi ja sitouttaminen. On tärkeä muistaa asukkaiden itsemääräämisoikeus, mikä heillä on sairaudesta ja sen tuottamista oireista huolimatta. Asumispalveluissa ei voida toimia asukkaan tahdon vastaisesti.

Lääkehoitosuunnitelma on hyvä perehdytyksen kannalta, koska uudet työntekijät ja opiskelijat saavat heti tietoonsa yksikön lääkehoidon periaatteet ja toimintatavat. Kirjallinen lääkehoitosuunnitelma tarkistetaan vuosittain ja siihen tehdään tarvittavat muutokset. Kirjallisena dokumenttina suunnitelma on hyvä muistin apuväline, etteivät mitkään lääkehoidon osa-alueet jää huomioimatta. Lääkehoitosuunnitelma lisää henkilöstön lääkehoitotietoisuutta tai ainakin ohjaa hakemaan puuttuvaa tietoa. Tietoa tarvitaan asukkaiden informoinnissa, motivoinnissa ja sitouttamisessa.

Lääkehoitosuunnitelma on tärkeä osa yksikön laadunhallintaa ja omavalvontasuunnitelman liite. Omavalvonnalla tunnistetaan mahdolliset riskitekijät ja suunnitellaan korjaavat toimenpiteet. Lääkehoitosuunnitelman avulla toteutetaan turvallista ja laadukasta lääkehoitoa ja pyritään ennaltaehkäisemään lääkepoikkeamia antamalla selkeät ohjeet esimerkiksi toimintatavoista, lupakäytännöistä, dokumentoinnista ja asukkaiden neuvonnasta. Turvallisen lääkehoidon toteutuminen tulee arvioitua useammasta näkökulmasta, sekä asukkaan, hoitajan että palvelujärjestelmän näkökulmasta.

Kokemuksen, osaamisen ja oppimisen merkitykset nousivat esille. Osaamista arvostettiin, mutta työtyytyväisyyttä lisäsi toiminnan suunnitelmallisuus. Osaamisen varmistaminen ja ylläpito kirjataan lääkehoitosuunnitelmaan ja lisäksi myös koulutussuunnitelmaan.

Henkilökunnan kommentteissa ilmeni kehittämishalukkuutta sekä tarvittaessa joustoa käytänteiden muuttamiseen. SWOT –analyysin käyttö koettiin mielekkääksi, varsinkin kun kehittämisen kohde oli konkreettinen ja tärkeä.

## 10 POHDINTA

Psyykkisiin sairauksiin liittyy ominaispiirteitä, jotka vaikuttavat keskeisesti myös hoidon toteuttamiseen. Näistä erityispiirteistä olemme tässä työssä pyrkineet johdonmukaisesti tuomaan esille sairaudentunnottomuuden ja siitä aiheutuvat haasteet hoitotyölle. Hoidossa on keskityttävä potilaan motivointiin ja sitouttamiseen hoitoonsa ja erityisesti lääkehoitoon. Työssämme olemme usein keskustelleet potilaiden kanssa heidän ajatuksestaan, että lääkkeettömyys on samaa kuin parantuminen. Vaikka potilaille perustelisi, että on monia kroonisia sairauksia, joiden oireet pysyvät tasapainossa juuri oikeanlaisen lääkityksen avulla, on heidän usein vaikeata luopua ajatuksestaan lopettaa lääkitys vastoin ohjeita ja suosituksia. Laadukas ja turvallinen lääkehoito tulisi olla jokaisen toimintayksikön keskeisimpiä periaatteita. Niiden toteuttamiseen tarvitaan motivoitunut henkilökunta ja yhteisesti sovitut toimintamallit. Opinnäytetyösuunnitelman tekeminen oli tässä prosessissa meille hankalinta ja ohjaus siinä kullan arvoista, varsinkin koska opinnäytetyömme prosessi on kestänyt kokonaisuudessaan vain puolisen vuotta.

Olemme jo hoitotyön ammattilaisia, emmekä ole valmistumassa uuteen ammattiin. Tavoitteenamme on päivittää opistoasteen sairaanhoitajatutkinto korkeakoulututkinnoksi. Kaikkien työvuosiemme aikana olemme täydentäneet ja syventäneet osaamistamme paljon ja se onkin luonnollinen osa sairaanhoitajan työtä ja siinä kehittymistä. Opinnäytetyötä tehdessämme olemme joutuneet kertaamaan ja avaamaan monia jo tuttuja lääkehoidon käytänteitä, joten se ainakin on aiheuttanut prosessointia ja toivottavasti syntyy jotakin uutta. Lääkehoitosuunnitelman päivittämisessä ehkä kaikista uusinta oli potilasnäkökulman mukaan ottaminen. Tässä työssä pystyimme yhdistämään sairaanhoitajan ammatillisen kasvun tavoitteet, tuottamaan henkilöstölle lisää lääkehoidon osaamista, lisäämään kiinnostusta ja avaamaan keskustelua. Motivoivaa opinnäytetyössä oli sen käytännönläheisyys. Sairaanhoitajalla on vastuu lääkehoidon toteutumisesta omassa työyksikössään. Pelkkä peruskoulutuksessa hankittu tieto ei riitä, vaan osaamista pitää hankkia lisää. Lääkkeiden vaikuttavuutta ja sivuvaikutuksia on osattava arvioida ja potilaita tulee osata opastaa ja ohjata lääkkeiden käytössä. Olisi hyvä kyetä työskentelemään muuttuvissa tilanteissa, erilaisten potilaiden kanssa, ilman haitallisten rutiinien tuomaa urautumista. Poikkeamien raportointia ei tulisi pelätä, vaan nähdä se oppimistapahtumana, mistä hyötyvät kaikki osapuolet.



Siitä kun viimeksi olemme olleet tekemisissä SWOT –analyysin kanssa, on kulunut jo aikaa. Menetelmä oli sinänsä tuttu ja helppo ottaa käyttöön. Oli mielenkiintoista ja opettavaista selvittää lääkehoidon nykytilannetta yhdessä henkilöstön ja asukkaiden kanssa. Lähtötilanteen arvioimiseen ei useinkaan pysähdytä, vaikka siitä saadaan konkreettista tietoa, mitä pitää kehittää ja parantaa. Tekemästämme SWOT –analyysistä nousi esiin potilaiden kokema tuen tarve lääkehoitoonsa. Henkilökunta ja potilaat olivat molemmat huolissaan siitä, että lääkkeet jäävät ottamatta ja potilaan vointi huononee. Tähän haasteeseen halusimme vastata sopimalla, että lääkehoito kuuluu yhteiseen vastuualueeseen ja siitä puhutaan avoimesti ja asukkaita muistutetaan ottamaan lääke. Lähtökohtaisesti luotetaan, että potilas ottaa lääkkeensä tuttuina lääkkeenottoaikoina, mutta jos hän ei sitä ole tehnyt, niin henkilökunnan tehtäväksi jää asiasta muistuttaminen.

Onnistuimme kehittämään lääkehoitosuunnitelman tavoitteidemme mukaiseksi tueksi ja pohjaksi lääkehoidon toteuttamiselle ja vuosittaiselle arvioinnille ja seurannalle. Jatkokehittämisen aiheiksi valitsimme lääkepoikkeamien raportoinnin ja niistä oppimisen sekä potilaiden mukaan ottamisen kehittämistyöhön. Potilaslähtöisyys on katsottu yleisestikin niin tärkeäksi, että Lääkealan turvallisuus- ja kehittämiskeskus Fimea on laatinut suosituksen siitä, kuinka potilasnäkökulma voidaan selvittää, kun haastattelututkimuksella arvioidaan lääkehoitoa (Fimea 2012). Opinnäytetyömme on siis ollut innovatiivinen parantaessaan palvelukodin lääkehoitoa. Onnistuimme myös yhdistämään koikaikaisen työnteon opiskeluun. Siinä auttoi opinnäytetyön aiheen valinta joka palveli yrityksemme tarpeita ja toi meille tietoa, jota kykenimme hyödyntämään työssämme. Meitä auttoi myös oppilaitoksen myönteinen ja kannustava suhtautuminen aikuisopiskelijoihin.

Vaikka erilaisten tekstien tuottaminen ja viestintä on meille työssä jokapäiväistä, jatkuvaa ja osa sairaanhoitajan työn sisältöä, niin kirjallisen työn tekeminen, Kohti tutkivaa ammattikäytäntöä -kirjan ohjeiden mukaisesti, on vaatinut tarkkuutta ja teettänyt paljon töitä. Opiskeluprosessin rinnalla olemme koko ajan hoitaneet psyykkisesti sairaita potilaita. Olemme halunneet kantaa vastuuta sairaanhoitajan etiikan mukaisesti, eikä yksikään terapiasuhde ole katkennut tämän opiskeluprosessin takia. Uskomme tämänkin opiskelun tuottavan uutta näkökulmaa ja sisältöä hoitotyöhömmme. Työyhteisömme ovat tukeneet meitä opiskelussa ja kannustaneet pitämään huolta itsestämme ja toisistamme.

## LÄHTEET

- Ahonen, Jouni; Ahonen, Anu; Halonen, Helena; Hartikainen, Päivi; Hartikainen, Sirpa; Koljonen, Maija; Ojala, Raimo; Saano, Susanna & Savolainen Seija 2013. Kliininen farmasia potilaan lääkehoidon tukena. Teoksessa Iiri Ranta (toim.) Hoitotyön vuosikirja 2013 – Sairaanhoidaja ja lääkehoito. Helsinki: Fioca Oy, 164.
- Diakonia-ammattikorkeakoulu 2010. Kohti tutkivaa ammattikäytäntöä. Opas Diakonia-ammattikorkeakoulun opinnäytetöitä varten. Diakonia-ammattikorkeakoulun julkaisuja. C Katsauksia ja aineistoja 17. Helsinki: Diakonia-ammattikorkeakoulu. Saatavana verkkoversiona <http://www.diak.fi/opiskelu/opinnaytetyo/Sivut/default.aspx>.
- Enlund, Hannes; Kastarinen, Helena & Hämeen-Anttila, Katri 2013. Potilas päättää lääkkeen otosta. Duodecim 129, 659-665.
- Happel, Brenda; Manias, Elizabeth & Pinikahana, Jaya 2002. The role of the inpatient mental health nurse in facilitating patient adherence to medication regimens. International Journal of Mental Health Nursing (2002) 11, 251-259.
- Heikkinen, Katja 2013. Lääkehoidon ohjaus. Teoksessa Iiri Ranta (toim.) Hoitotyön vuosikirja 2013 – Sairaanhoidaja & lääkehoito. Helsinki: Fioca Oy, 111-121.
- Heinonen, Sirkka; Hietanen, Olli; Härkönen, Ene; Kiiskilä, Kati & Koskinen, Laura 2003. Kestävän kehityksen tietoyhteiskunnan SWOT –analyysi. TUTU – julkaisuja 4/2003, 4-5.
- Heiskanen, Tuula; Niskanen, Leo & Koponen, Hannu 2010. Skitsofreniapotilaiden kardiometaboliset riskit ja psykoosilääkitys. Suomen Lääkärilehti 5, 389-396.
- Helovuori, Arto; Kinnunen, Marina; Peltomaa, Karolina & Pennanen, Pirjo 2012. Potilasturvallisuus. Helsinki: Fioca Oy, 215-216.
- Hirsjärvi, Sirkka; Remes Pirkko & Sajavaara Paula 2013. Tutki ja kirjoita. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi
- Hotti, Aira 2005. Skitsofreniapotilas haluaa tietää sairaudestaan ja sen hoidosta. Suomen Lääkärilehti 2005; 60(38), 3745-3749.
- Huttunen, Matti O 2004. Lääkkeet mielen hoidossa. Helsinki: Duodecim
- Huttunen, Matti O 2008. Psykykenlääkeopas. Helsinki: Duodecim

- Huttunen, Matti O 2013. Psykenlääkkeet. Lääkärikirja Duodecim. Viitattu 16.11.2013.  
[http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p\\_osio=&p\\_artikkeli=dlk00412&p\\_haku=](http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_osio=&p_artikkeli=dlk00412&p_haku=)
- Huupponen, Risto; Idänpään-Heikkilä, Juhana E.; Kalliokoski, Annikka; Kahuvaara, Sakari; Leinonen, Esa & Puhakka, Jaana 2011. Monilääkitys- huono isäntä, joskus kelpo renki. Suomen Lääkärilehti 36/2011, 2602-2603.
- Iloa, Tiina 2010. LäKsy – Lääkitysturvallisuuden kehittäminen synnytysosastolla. Turun ammattikorkeakoulu. Terveysala / Kliininen asiantuntija. Opinnäytetyö (YAMK).
- Kampman, Olli 2005. Hoitomyöntyvyys psyykenlääkkeitä käyttävillä. Suomen Lääkärilehti 11, 128-1289.
- Kieseppä, Tuula & Oksanen Jorma 2013. Psykoedukaatio psykoosien hoidossa ja kuntoutuksessa. Duodecim 129, 2133-2139.
- Koponen, Hannu; Saari, Kaisa; Lindeman, Sari; Savolainen, Markku; Hietala, Jarmo & Isohanni, Matti 2005. Psykoosilääkehoitoon liittyvien metabolisten muutosten seuranta. Suomen Lääkärilehti 16, 1795-1799.
- Koskinen, Tiina ; Puirava, Alli; Salimäki, Johanna; Puirava, Pauli & Ojala, Raimo 2012. Lääketietoa ammattilaisille. Helsinki: Sanoma Pro Oy, 46-49, 198-213.
- Kyngäs, Helvi & Hentinen, Maija 2008. Hoitoon sitoutuminen ja hoitotyö. Helsinki: WSOY Oppimateriaalit Oy, 215-216.
- Kyngäs, Helvi; Kääriäinen, Maria; Poskiparta Marita; Johansson, Kirsi; Hirvonen, Eila & Renfors, Timo 2007. Ohjaaminen hoitotyössä. Helsinki: Sanoma Pro Oy, 74-117.
- Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 1992/785, 17.8.1992. Viitattu 16.11.2013.  
[www.finlex.fi/fi/laki/smur/1992/19920785](http://www.finlex.fi/fi/laki/smur/1992/19920785)
- Lääkealan turvallisuus- ja kehittämiskeskus Fimea. Fimean suositus potilasnäkökulman huomioimisesta haastattelututkimuksella lääkkeiden hoidollisen ja taloudellisen arvon arvioinnissa sekä siihen liittyvässä lääkeinformaatiossa. Julkaisusarja 3/2012.
- Lönnqvist, Jouko & Lehtonen Johannes 2011. Psykiatria ja mielenterveys. Viitattu 11.4.2014. [https://duodecim.fi/xmedia/www/esittelyt/6400\\_esittely.pdf](https://duodecim.fi/xmedia/www/esittelyt/6400_esittely.pdf)
- Mielenterveyslaki 1990/1116, 14.12.1990. Viitattu 16.11.2013.  
[www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1990/1990/1116](http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1990/1990/1116)

- Nurminen, Marja – Leena 2010. Lääkehoidon ABC. Helsinki: WSOYpro Oy, 146.
- Nylander, Merja 2010. Turvallinen lääkehoito-lääkehoitosuunnitelmamallin laatiminen ja sen pilotointi sosiaalihuollon yksiköissä. Helsingin yliopisto. Apteekki-farmasian erikoistumisopinnot. PD-Projektityö.
- Penttilä, Jani; Appel, Heli; Rintahaka, Pertti; Heikkinen, Risto & Syvälahti, Erkki 2007. Laboratoriotutkimukset psykoosien ja mielialahäiriöiden lääkehoidon aikana. Duodecim 123, 812-818.
- Sipola – Kauppi, Irene 2009. ”Apua, minäkö tein virheen?” Sairaanhoidajien kokemuksia lääkepoikkeamista. Tampereen yliopisto. Hoitotieteen laitos. Pro gradu – tutkielma, 82.
- Sosiaali- ja terveysministeriö. Edistämme potilasturvallisuutta yhdessä. Suomalainen potilasturvallisuusstrategia 2009-2013. Viitattu 16.11.2013.  
[http://www.stm.fi/c/document\\_library/get\\_file?folderId=39503&name=D LFE-7801.pdf](http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=39503&name=D LFE-7801.pdf)
- Sosiaali- ja terveysministeriö. Turvallinen lääkehoito, Valtakunnallinen opas lääkehoidon toteuttamiseen sosiaali- ja terveydenhuollossa. Helsinki 2006, 11
- Suomalainen lääkäriseura Duodecim ja Suomen Psykiatriyhdistys 2013. Käypä hoito – suositus. Skitsofrenia 14.2.2013. Viitattu 16.11.2013
- Tiihonen, Jari 2013. Skitsofreniapotilaan polyfarmasia. Duodecim 129, 454-455.
- Vallimies – Patomäki, Marjukka 2013. Lääkehoitoa ohjaavat normit ja periaatteet. Teoksessa Iiri Ranta (toim.) Hoitotyön vuosikirja 2013 - Sairaanhoidaja ja lääkehoito. Helsinki: Fioca Oy, 39-53.
- Veräjänkorva, Oili; Huupponen, Risto; Huupponen, Ulla; Kaukkila, Hanna-Sisko & Torniainen, Kirsti 2006. Lääkehoito hoitotyössä. Helsinki: WSOY Oppimateriaalit Oy.