

LÄÄKEHOIDON OSAAMISEN
KEHITTÄMISHAASTEET JA
LÄÄKITYSTURVALLISUUSTEKIJÄT
Psykiatrian avohoidossa työskentelevien
sairaanhoitajien kokemina

Tuija Noronen

Opinnäytetyö
Kesäkuu 2014

Sosiaali- ja terveysalan kehittämisen ja johtamisen koulutusohjelma, ylempi AMK
Sosiaali-, terveys- ja liikunta-ala





Tekijä NORONEN, Tuija	Julkaisun laji Opinnäytetyö	Päivämäärä 9.6.2014
	Sivumäärä 47	Julkaisun kieli Suomi
		Verkkojulkaisulupa myön- netty
Työn nimi LÄÄKEHOIDON OSAAMISEN KEHITTÄMISHAASTEET JA LÄÄKITYSTURVALLISUUSTEKIJÄT Psykiatrian avohoidossa työskentelevien sairaanhoitajien kokemina		
Koulutusohjelma Sosiaali- ja terveysalan kehittämisen ja johtamisen koulutusohjelma, ylempi AMK		
Työn ohjaajat HEIKKILÄ, Johanna TYRVÄINEN, Hannele		
Toimeksiantaja Keski-Suomen sairaanhoitopiiri		
<p>Turvallinen lääkehoito on osa potilasturvallisuutta ja laadukasta hoitoa. Psykiatrisen potilaan lääkehoito avohoidossa on haasteellista ja vaativaa. Avohoidossa olevien potilaiden lääkityspoikkeamien yleisimmäksi ongelmaksi on todettu lääkehoitoon heikko sitoutuminen motivaation puuttuessa. Sairaanhoitajien osaamisen kehittäminen ja varmistaminen ovat keskeisiä alueita psykiatrisen avohoitopotilaan turvallisen lääkehoidon edistämisessä. Psykiatristen sairaalapaikkojen väheneminen on johtanut siihen, että avohoidossa kohdataan tänä päivänä entistä enemmän potilaita, joiden sairau- den hoito tarvitsee tiivistä ja säännöllistä lääkehoidon seurantaa. Potilaan, sekä hänen läheistensä kohdatuksi tuleminen ja potilaan osallistaminen lääkehoidossa lisäävät potilaan motivoitumista ja sitoutumista lääkehoitoon.</p> <p>Tämän opinnäytetyön tarkoitus oli selvittää psykiatrian avohoidossa työskentelevien sairaanhoitajien kokemat osaamisen kehittämishaasteet lääkehoidossa ja millaisia lääkitysturvallisuuteen vaikuttavia merkityksellisiä tekijöitä he ovat työssään kohdanneet. Laadullisen tutkimuksen menetelmänä käy- tetiin kriittisten tapahtumien menetelmää (the critical incident -technique). Opinnäytetyön tavoite oli psykiatrisen avohoitopotilaan turvallisen lääkehoidon edistäminen.</p> <p>Tutkimustuloksia analysoitaessa löydettiin psykiatrian avohoidossa työskentelevien sairaanhoitajien osaamisen kehittämishaasteita lääkehoidossa liittyen ohjaukseen, voinnin seurantaan, kirjaamiseen, sekä lääketietouden lisäämiseen. Sairaanhoitajien kokemia merkityksellisiä lääkitysturvallisuutta estäviä tekijöitä psykiatrian avohoidossa löytyi kolme; erikoislääkärivaje, tiedonkulun ongelmat ja päihteiden vaikutus lääkehoitoon. Lääkitysturvallisuutta edistävinä tekijöinä sairaanhoitajat kokivat yhteistyön potilaan läheisten kanssa, sekä tiiviin yhteistyösuhteen potilaan, omahoitajan ja lääkärin kanssa. Tutkimustulosten valossa tulee jatkossa kohdentaa täydennyskoulutusta vastaamaan löydet- tyihin haasteisiin. Viestintää ja tiedonkulkua organisaatiossa ja organisaatioiden välillä tulee paran- taa, sekä pyrkiä kehittämään oman organisaation vetovoimaisuutta rekrytoitaessa lääkäreitä.</p>		
Avainsanat (asiasanat) lääkehoito, lääkitysturvallisuus, osaamisen kehittämishaasteet, potilasturvallisuus, psykiatrian avo- hoito, psykenlääkitys		



Author NORONEN, Tuija	Type of publication Master's Thesis	Date 9.6.2014
	Pages 47	Language Finnish
		Permission for web publica- tion
Title DEVELOPMENT CHALLENGES IN MEDICATION COMPETENCE AND SAFETY FACTORS IN MEDICATION as experienced by nurses working with psychiatric outpatients		
Degree Programme Master's Degree Programme in Health Care and Social Services Development and Management		
Tutors HEIKKILÄ, Johanna TYRVÄINEN, Hannele		
Assigned by Central Finland Health Care District		
<p>Safe medication is a part of patient safety and good high-quality for care. The medication of psychiatric outpatients is challenging and demanding. Outpatients' weak commitment to medication due to the lack of motivation is the most prevalent reason for medication deviations. The development and strengthening of nurses' knowledge of psychiatric outpatients medication is the main area in the promotion of patients' safe medication. Psychiatric hospitals have fewer beds than ever before, and because of this there are more outpatients who need intensive and regular follow-up in their medication. Encounters with the patients and their families and encouraging the patients' participation in their medical care increase the patients' motivation and commitment.</p> <p>The purpose of this Master's thesis was to examine the challenges in the development of nurses competence in the medication of psychiatric outpatients and to study what kind of significant medication safety factors they had encountered in this area. A qualitative research method used in this study was the critical incident –technique. The aim of the thesis was to promote safe medication with psychiatric outpatients.</p> <p>Based on the analysis of the results, it can be concluded that the psychiatric nurses' challenges in the development of their medication knowledge were mainly related to guidance, condition follow-up, recording and increasing pharmacological knowledge. The nurses had confronted three significant risk factors to safe medication: the shortage of specialized physicians, problems with the flow of information and intoxicant abuse with medication. Factors that promoted safe medication were cooperation with the patient's family and the patient's close cooperation with the nurse and doctor.</p> <p>In the light of the results, continuing education is required in order to respond to the challenges found in the study. Communication and the flow of information within the organization and between organizations have to be improved. Furthermore, attempts to enhance the attractiveness of the organization must be intensified with regard to recruiting physicians.</p>		
Keywords medication, safe medication, challenges of knowledge development, patient safety, psychiatric out- patient, psychiatric medication		

SISÄLTÖ

1 JOHDANTO	2
2 PSYKIATRINEN PALVELUJÄRJESTELMÄ	4
2.1 Psykiatrinen erikoissairaanhoito	4
2.2 Psykiatrinen avohoito keski-suomessa	5
3 LÄÄKEHOITO PSYKIATRISISSA AVOHOIDOSSA	6
3.1. Lääkehoidon haasteita psykiatrisessa avohoidossa	6
3.2 Psykykenlääkkeiden haitat	10
4 SAIRAAHOITAJAN OSAAMINEN LÄÄKEHOIDOSSA	14
4.1 Sairaanhoitajan osaamisvaatimukset lääkehoidossa	14
4.2 Lääkehoidon osaamisen varmistaminen	16
4.3 Lääkehoidon osaamisen johtaminen ja kehittäminen	18
5 OPINNÄYTETYÖN TAVOITE JA TARKOITUS	20
6 OPINNÄYTETYÖN TOTEUTTAMINEN	20
6.1 Aineiston hankinta	20
6.2 Aineiston analysointi	22
7 TUTKIMUSTULOKSET	22
7.1 Psykiatrisen avohoitotyön lääkehoidon osaamisen kehittämishaasteet	22
7.2. Lääkitysturvallisuuteen vaikuttavat merkitykselliset tekijät	28
8 JOHTOPÄÄTÖKSET JA POHDINTA	32
8.1 Tutkimustulokset	32
8.2. Tutkimuksen luotettavuus ja eettisyys	35
8.3 Johtopäätökset ja jatkotutkimusehdotukset	36
Lähteet	38
Liitteet	
Liite 1. Saatekirje	42
Liite 2. Kysymyslomake	43
Kuviot	
Kuvio 1. Avohoidon liikkuvat työryhmät	6
Kuvio 2. Lupakoulutuksen vaiheet	17
Kuvio 3. Alaluokat osaamisen haasteista psykiatrisessa avohoitotyössä	23
Kuvio 4. Alaluokat lääkitysturvallisuutta estävistä ja edistävistä tekijöistä psykiatrisessa avohoitotyössä	29

1 Johdanto

Potilasturvallisuuden katsotaan tarkoittavan terveydenhuollon yksiköiden ja organisaatioiden periaatteita ja toimintoja, joiden tarkoituksena on varmistaa hoidon turvallisuus ja potilaan vahingoittumattomuus (Turunen 2012, 4). Turvallinen lääkehoito on osa potilasturvallisuutta ja laadukasta hoitoa. Lääkehoidon kasvavat kustannukset ovat merkittävässä roolissa terveydenhuollossamme ja hyvin hallittuna lääkehoito voi säästää hoitoon liittyvissä muissa kustannuksissa. Lääkehoidon turvallisuuden lisäämisen ja kehittämisen tulee olla jatkuvaa ja aktiivista sosiaalialan ja terveydenhuollon yksiköissä. Tähän kiinnitetään huomiota osana potilasturvallisuuden kehittämistä niin Suomessa kuin muuallakin maailmassa. Hoitokäytänteiden kehittyessä ja työn vaativuuden lisääntyessä on lääkehoidon kokonaisvaltaiseen osaamiseen syytä kiinnittää huomiota. (Enlund, Kastarinen & Hämeen-Anttila 2013, 664.)

Psykiatrinen hoitotyö vaatii sairaanhoitajalta monipuolista osaamista ja kykyä toimia moniammatillisessa tiimissä, sekä verkostoissa. Psykiatrisen potilaan hoitoprosessi ei ole vain sairaalahoitoa kliinisine hoitotoimenpiteineen. Yhä useammin potilaan hoito toteutuu suurelta osin tai pelkästään avohoidossa. Sairaalapaikkoja on vähennetty viimeisten vuosikymmenten aikana ja resursseja on siirretty avohoitoon. (Priha 2013.) Lääkehoidon osaamisen kehittäminen tulee huomioida avohoitopotilaiden määrän lisääntyessä. Psykiatrisen potilaan lääkehoito avohoidossa on erityisosaamista vaativaa ja haasteellista vaikuttavuuden seurannan kannalta. Avohoidossa olevien potilaiden lääkityspoikkeamien yleisimmäksi ongelmaksi todetaan lääkehoitoon sitoutumattomuus motivaation puuttuessa. Psykiatrisessa avohoidossa työskentelevällä sairaanhoitajalla tulee olla osaamista potilaan motivoimiseen lääkehoitoonsa ja tietotaitoa lääkehoidon vaikuttavuuden seurannassa, sillä hoitaja tapaa potilasta useammin kuin lääkäri. Jokisaloon (2005) mukaan noin puolet potilaista ei ollut saanut riittävästi tietoa sairaudestaan ja lääkityksestään. Lääkeinformaatio on merkittävä motivoitumiseen vaikuttava tekijä. Jokisaloon mukaan myös ongelmat hoidon seurannassa ja lääkkeen pitkäaikaisesta käytöstä johtuvien haittojen pelko estävät lääkehoitoon sitoutumista. (Jokisalo 2005, 77.)

Lääkehoidon kokonaisvastuu on aina lääkärillä, mutta psykiatrisen avohoitopotilaan lääkehoidon vaikuttavuuden seurannasta vastaa usein pääasiassa sairaanhoitaja raportoiden ja konsultoiden lääkäriä tarpeen mukaan. Sairaanhoitajien osaamisen kehittäminen ja varmistaminen ovat keskeisiä alueita psykiatrisen avohoitopotilaan turvallisen lääkehoidon edistämiseksi. (Peltonen 2010, 6 – 8.)

Tämän opinnäytetyön tavoitteena on psykiatrisen avohoitopotilaan turvallisen lääkehoidon edistäminen. Tarkoituksena on selvittää millaisia osaamisen kehittämishaasteita sairaanhoitajat kohtaavat toteuttaessaan lääkehoidoa psykiatrisessa avohoitotyössä ja millaisia lääkitysturvallisuuteen vaikuttavia merkityksellisiä tekijöitä he ovat kohdanneet. Saadun uuden tiedon kautta voidaan suunnata osaamisen kehittämistä haasteellisiksi havaittuihin alueisiin psykiatrisen avohoitopotilaan lääkehoidossa. Tunnistamalla osaamisen kehittämishaasteet sairaanhoitajien kokemia tilanteita pohtimalla, voidaan myös varautua mahdollisiin vaara- tai haittatapahtumiin (Turunen 2012, 21).

2 Psykiatrinen palvelujärjestelmä

2.1 Psykiatrinen erikoissairaanhoito

Terveydenhuoltolain mukaan kansalaisille tulee taata pääsy mielenterveyspalveluihin, joita lain mukaan katsotaan olevan ohjaus ja neuvonta, tarpeenmukainen psykososiaalinen tuki yksilölle ja perheelle, sekä tarvittava tutkimus, hoito ja lääkinnällinen kuntoutus. Nämä palvelut on suunniteltava ja toteutettava toimivaksi kokonaisuudeksi yhteistyössä sosiaalialan- ja terveydenhuollon organisaatioissa. Hoidon tulisi olla pääosin avohoidossa toteutettavaa. (L 30.12.2010/1326.)

Psykiatrasta erikoissairaanhoitoa toteutetaan sairaaloissa ja avohoidon eri yksiköissä. Tässä opinnäytetyössä käsitellään erikoissairaanhoidon järjestämää ja toteuttamaa aikuispsykiatrasta avohoitoa, sekä siellä toteutettavaa lääkehoitoa. Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen tilastojen mukaan vuonna 2011 psykiatrisen erikoissairaanhoidon palveluja käytti yli 159 000 eri ihmistä, joista avohoidossa kävi suurin osa, eli yli 152 000. Tästä määrästä 14 %:lla oli takana myös sairaalahoitajakso saman vuoden aikana. Erikoissairaanhoidon avohoitokäyntejä toteutui vuoden aikana yli 1,7 miljoonaa ja sen lisäksi perusterveydenhuollossa yli 670 000 käyntiä. (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2011.)

Kuopiossa vuonna 2010 – 2011 tehdyn tutkimuksen mukaan avohoidon sovituista vastaanottokäynneistä seitsemäsosa, eli 14,5 % jäi käyttämättä. Osittain potilaat jäivät pois ajoiltaan somaattisista sairauksista johtuen, mutta myös heikko avohoitoon sitoutuminen ja motivaation puute ovat poisjäännin syytä. Käyttämättömät ajat ovat osa tuottavaa hoitokapasiteettia. Psykiatrasta avohoitoa olisi mahdollista tehostaa käyttämättömien aikojen määrää vähentämällä. Palvelumuodot, jotka eivät ole sidottuja sovittuihin vastaanottoaikoihin, voisivat hyödyttää erityisesti nuoria aikuisia. (Honkalampi, Rajala, Pajula & Saarinen 2012, 609 - 610.)

Psykiatrisen sairaalahoidon jälkeen potilaalla tulee olla tarkoituksenmukainen avohoito, joka turvaa potilaan voimien kehittymisen, sekä auttaa häntä

hallitsemaan mahdollisia haasteita jatkossa sairauden ja oireiden osalta. Perusterveydenhuolto toimii erikoissairaanhoidon lähettävänä tahona ja perusterveydenhuollossa toteutetaan myös avohoitoa psykiatrisia sairauksia sairastavien potilaiden kohdalla. (L 14.12.1990/1116.)Tämän vuoksi on tärkeää, että perusterveydenhuollossa on osaamista arvioimaan potilaan psykiatrisen hoidon tarvetta.

Psykiatrissa avohoitotyötä toteutetaan potilaan tarpeista riippuen erilaisissa ympäristöissä. Potilaan kotona, päivystyksessä, poliklinikalla tai virastossa toteutuvat tapaamiset tarpeen mukaisella tiheydellä. Avohoidossa toteutetaan myös proaktiivista, ennalta solmitussa hoitosuhteessa tapahtuvaa, hoitajan taholta ehdotettua puhelinohjausta. Tämä edellyttää hoitajalta vahvaa ammatillista osaamista, sekä hoitajan ja potilaan yhteistyösuhteelta vastavuoroisuutta. Ohjauksen tulisi vaikuttaa potilaan sairauden hallintaan ja oireista selviytymiseen, sekä sitouttaa ja motivoida potilasta hoitoonsa. Puhelinohjaus säästää myös resursseja ja kustannuksia. (Orava & Kyngäs 2012, 223 – 228.)

2.2 Psykiatrinen avohoito Keski-Suomessa

Keski-Suomen sairaanhoitopiirillä on ollut liki kymmenen vuoden ajan tavoitteena kehittää psykiatrissa hoitoa avohoitopainotteiseksi. Aikuispsykiatrian kehittämishanke vuosille 2005 – 2011 sai aikaan paljon rakenteellisia muutoksia maakunnassa. Laitoshoitopaikkoja on vähennetty ja sairaalahoidosta on siirretty yli 100 vakanssia avohoidon eri yksiköihin. (Priha 2013.) Tällä hetkellä, vuonna 2014, Keski-Suomen sairaanhoitopiirin aikuispsykiatrian avohoidossa on Jyväskylän poliklinikan ja aluepoliklinikoiden lisäksi yhdeksän avohoidon työryhmää, joissa toteutetaan akuuttia, konsultoivaa ja kuntoutuksellista psykiatrissa hoitoa. (Ks. Kuvio 1.)

Avohoidon työryhmät ovat kukin oma yksikkönsä hoitaen oman tehtävänsä yhteistyössä muiden toimijoiden kanssa. Näitä voivat olla potilaan oma verkosto ja/tai hänet erikoissairaanhoidon lähettänyt taho, kuten terveyskeskus, opiskelijaterveydenhuolto, työterveys tai psykiatrian poliklinikka.

Psykiatrista avohoitoa toteutetaan poliklinikoilla, päivystyksessä, potilaan kotona tai kuntouttavana toimintana esimerkiksi yhdessä virastoissa tai vastaavissa paikoissa käyden. Depressiohoitajat ja päihdehoitajat toimivat perusterveydenhuollossa ottaen potilaita vastaan vastaanotollaan terveysasemilla ilman lähetettä. Muihin avohoidon yksiköihin tarvitaan lähete, joka toimii maksusitoumuksena. Erikoissairaanhoidon kiirettömään hoitoon tarvitaan terveydenhuoltolain mukaan lähete (L 30.12.2010/1326).



Kuvio 1. Avohoidon liikkuvat työryhmät. (Noronen 2013)

3 Lääkehoito psykiatrisessa avohoidossa

3.1. Lääkehoidon haasteita psykiatrisessa avohoidossa

Lääkehoitoa toteutetaan psykiatrisessa avohoidossa monin eri tavoin. Lääkehoito on pääasiassa lääkehoidon vaikuttavuuden seuranta, potilaan ohjausta ja motivointia, sekä lääkkeiden riittävydestä huolehtimista potilaan tukena. Lääkkeiden annosjakelua ja pitkävaikutteisten injektioiden antamista on enää vähäisessä määrässä. Sairaalahoitojen vähentyessä ja

lyhentyessä hoidetaan avohoidossa yhä hankalammin oireilevia potilaita. Potilaat sairastavat muun muassa masennusta, kaksisuuntaista mielialahäiriötä, skitsofreniaa tai muita psykoottisia häiriöitä. Potilailla ilmenee erilaisia ahdistuneisuus- ja pelko-oireisia häiriöitä ja/tai pakko-oireisuutta. Syömishäiriöt, aikuisten tarkkaavaisuushäiriöt ja persoonallisuushäiriöt, sekä erilaiset päihteidenkäytön mukanaan tuomat ongelmat näyttäytyvät psykiatrisessa avohoidossa. Erityisen haasteellista on raskaana olevien naisten, ikääntyneiden ja lääkkeiden tai päihteiden ongelmakäyttäjien lääkityksen seuranta. Päihteeksi kutsutaan ainetta, jolla potilas pyrkii vaikuttamaan psyykkiseen toimintakykyynsä ilman, että se on määrätty sairauden tai oireen hoitamiseksi (Uusi-Oukari 2007, 439). Alkoholin liikakäyttö ja käyttö itsehoitokeinona esimerkiksi masennuksessa on valitettavan yleistä ja haittaa lääkehoitoa. Lääkehoitoon sitoutumattomien potilaiden motivointi vaatii sairaanhoitajalta hyviä vuorovaikutus- ja kohtaamistaitoja. (Huttunen 2008, 8 – 17.)

Psykiatrian erikoistumisopintoihin ei hakeuduta riittävästi ja eläköitymisen myötä psykiatrian erikoislääkäreitä on yhä vähemmän. Tällä hetkellä Suomessa on 1081 työikäistä psykiatria, joista 45 % työskentelee sairaaloissa, 15 % terveyskeskuksissa, 5 % muualla kunta-alalla, 5 % valtiolla ja yliopistoissa, 20 % yksityisvastaanotoilla ja 10 % muualla, kuten säätiöissä (Van der Meer 2013, 387). Lääkehoidon kokonaisvastuu on aina lääkärillä, mutta psykiatrisen avohoitopotilaan lääkehoidon vaikuttavuuden seurannasta vastaa usein pääasiassa sairaanhoitaja raportoiden ja konsultoiden lääkärin tarpeen mukaan. Sairaanhoitajien osaamisen kehittäminen ja varmistaminen, sekä vastuukysymykset ovat keskeisiä alueita psykiatrisen avohoitopotilaan turvallisen lääkehoidon edistämiseksi. (Peltonen 2010, 6 – 8.)

Turvallinen lääkehoito pitää sisällään kehittyviä osa-alueita, joissa sairaanhoitajan tulee pitää ammatillista osaamistaan yllä seuraamalla tutkimuksia, sekä ottaa huomioon mahdolliset muuttuvat ohjeistukset ja suositukset. Ammatillinen kehittyminen vaatii jatkuvaa aktiivista alan kirjallisuuden, hoitotieteen julkaisujen ja lääketieteellisten tutkimustulosten, sekä myös lain-

säädännön seuraamista. Lääkkeiden ja lääkehoidon laadun, sekä turvallisuuden parantamiseksi tehdään paljon kehittämistyötä niin valtakunnallisesti, kuin laajemminkin Euroopan yhteisön ja Euroopan Neuvoston jäsenmaissa, sekä Maailman terveysjärjestössä WHO:ssa. Tilastojen mukaan Suomessa tapahtuu potilasta haittaavia virheitä erityisesti lääkehoidon alueella (Sosiaali- ja terveysministeriö 2008, 28).

Avohoidossa olevien potilaiden lääkityspoikkeamien yleisimmäksi ongelmaksi todetaan lääkehoitoon sitoutumattomuus motivaation puuttuessa (Jokisalo 2005, 77). Lääkeinformaatio on merkittävä motivoitumiseen vaikuttava tekijä. Tutkimuksen mukaan potilaan osallistaminen ja hoidon hyvät järjestelyt tukevat hoitoon motivoitumista. Potilaan ollessa osallisena vaikuttamassa, suunnittelemassa, toteuttamassa ja päättämässä omasta lääkehoidostaan, sekä arvioimassa sitä, on lääkehoidon onnistumisella suuremmat mahdollisuudet. Potilaalla on oikeus saada tietoa ja hänen ollessaan osallisena prosessissa onnistunut hoito mahdollistuu. Potilaan osallisuuteen vaikuttaa tunneperäisyys; tuen, arvostuksen ja yhteenkuuluvuuden tunne hoitotahon kanssa. (Kettunen & Kivinen 2012, 41.)

Ikääntyneiden potilaiden masennus- tai psyykenlääkityksessä on haasteita perusterveisiin ja nuorempiin ihmisiin verrattuna muun muassa sen vuoksi, että heillä on usein myös muuta lääkitystä, eikä yhteisvaikutuksilta voida välttyä. Iäkkäille tulee helposti monista psyykenlääkkeistä huimausta, väsymystä, hermostuneisuutta ja ruoansulatuskanavan hankalia oireita. Pitkävaikutteisia bentsodiatsepiineja tulisi erityisesti välttää, sillä niiden puoliintumisajat saattavat iäkkäiden kohdalla pidentyä huomattavasti ja näin kumuloitumisvaara kasvaa. Ikääntyneillä korostuu somaattisen voinnin seuranta, sekä lääkehoidon vaikuttavuuden tarkka seuranta niin lääkitystä aloitettaessa, annosmuutoksia tehdessä, kuin lopetusvaiheessakin. Iäkkäille ei myöskään tulisi määrätä useampaa kuin kahta psyykenlääkettä yhtäaikaisesti niiden aivojen välittäjäaineisiin, sekä keskushermoston muihinkin reseptoreihin kohdistuvien vaikutusten vuoksi. (Fimea 2010; Kivelä & Rähkä 2007, 17 – 18.)

Psykenlääkkeistä rauhoittavat ja unettomuuden hoitoon tarkoitetut lääkkeet tuovat ilman riittävää potilaan informointia tai tarkoituksellisesti väärinkäytettyinä lisäongelmia niin potilaalle, kuin hoitavalle taholle. Bentsodiatsepiinit aiheuttavat runsaasti haitta- ja sivuvaikutuksia, sekä riippuvuutta. Vieroitusoireet näistä lyhytaikaiseen käyttöön tarkoitetuista lääkkeistä tuovat mukanaan esimerkiksi unettomuutta ja ahdistuneisuutta. Näiden lääkkeiden käyttö tulisi lopettaa asteittain lääkärin ja hoitajan ohjeiden mukaisesti. (Koskinen, Puirava, Salimäki, Puirava & Ojala 2012, 200.)

Viime vuosina huolestuttavasti lisääntyneet lääke- ja huumeriippuvaiset mielenterveyspotilaat näkyvät yhä suurempana potilasryhmänä ja opioidikorvaushoitoa toteutetaan päihdehoitajien vastaanotoilla. Korvaushoidon onnistuneesti läpikäyneiden kuntoutujien yhdeksi kuntoutumista tukevista tekijöistä on todettu olevan tiivis ja luottamuksellinen suhde omahoitajaan. Konkreettisenä tavoitteena voidaan pitää esimerkiksi päihteiden oheiskäytön vähenemistä ja muun muassa huumeiden suonensisäisenkäytön loppumista. (Kankaanpää 2013, 79; Pirkola, Heikman, Vormaa & Turtiainen 2013, 1973 – 1981.)

Noin neljänneksellä masennuspotilaista voidaan todeta samanaikainen alkoholiongelma (Melartin, Kuosmanen & Niinimäki 2010, 169). Alkoholiongelman käyttö aiheuttaa masennusta ja ahdistusta sekä unettomuutta. Niihin apua haettaessa unilääkkeistä tai rauhoittavista aineista syntyy helposti riippuvuutta ja sitä kautta myös sekakäyttöä, eli alkoholin ja lääkkeiden yhteiskäyttöä. Sekakäyttö on yleisintä nuorilla. Alkoholia runsaasti käyttävillä henkilöillä on suurempi riski bentsodiatsepiiniriippuvuuteen kasvaneen alkoholitoleranssin vuoksi, sekä suurempien lääkeannosten myötä. Masennuspotilaista 10–30 % käyttää liikaa alkoholia ja kliinisesti merkittävästä masennuksesta kärsii 30 – 60 % alkoholiriippuvaisista. Alkoholi madaltaa myös kynnystä itsemurhayrityksissä; alkoholiongelmaisten kohdalla itsemurhariski on huomattavasti suurentunut. (Alkoholiongelmaisen hoito: Käypä hoito suositus, 2011.)

Raskauden ja imetyksen aikana lääkehoitoon liittyy myös erityistä huomioitavaa ja lääkehoidossa on oltava tuolloin erityisen varovainen, sillä tutkimustietoa lääkkeiden haitoista raskauden ja imettämisen aikana on käytävissä erittäin vähän. Erityisesti uusimpien niin sanottujen uuden polven psykoosilääkkeiden kohdalla ei ole kattavaa tutkittua tietoa tarjolla, joten lääkitystä on harkittava huolella molempien, niin äidin kuin lapsenkin kannalta. Toisen tai molempien vanhempien sairastaessa on tärkeää koko perheen hoitaminen. (Malm, Vähäkangas, Enkovaara & Pelkonen 2008, 23.) Psykkisesti sairaan äidin ja lapsen yhteinen hoito on äärimmäisen tärkeää, jotta kasvava lapsi ei sairastuisi varhaisen vuorovaikutuksen ollessa puutteellinen (Friberg, Hertzberg & Mäkelä 2011, 517).

Masennuslääkkeitä, kaksisuuntaisen mielialahäiriön hoitoon käytettäviä lääkkeitä, psykoosilääkkeitä ja ADHD -lääkkeitä käyttäviä odottavia ja imettäviä äitejä tulee ohjata tiiviisti. Seuranta tulee tehdä niin neuvolassa, kuin psykiatrisessa avohoidossa, jotta äiti ja lapsi välttyisivät lääkityksen haittavaikutuksilta ja äidin sairauden oireilta. Erityisesti ADHD -lääkityksestä raskauden ja imetyksen aikana on hyvin vähän käyttökokemusta ja metyy-lifenidaattia suositellaan käytettäväksi vain pakottavista syistä ja atomoksetiinin käyttöä tulee välttää kokonaan. (Huttunen 2008, 266 – 268; Malm ym. 2008, 26.)

3.2 Psyykenlääkkeiden haitat

Psyykenlääkkeistä on raportoitu tulevan eriasteisia sivu- tai haittavaikutuksia, joista hankalimmat johtavat usein lääkkeen lopettamiseen tai vaihtamiseen toiseen valmisteseeseen. Useimpien sivuvaikutusten kohdalla lääkeannoksen pienentäminen helpottaa oireita. Psyykenlääkkeiden ja muiden lääkkeiden mahdolliset yhteisvaikutukset tulee myös ottaa huomioon lääkitystä arvioitaessa. (Huttunen 2008, 5 – 6.) Lääkkeiden yhteisvaikutusten tuomat ongelmat ovat usein vältettävissä tarkoilla lääkevalinnoilla ja riittäväällä ohjauksella (Laine 2005, 117). Lääkkeiden haittavaikutuksista monet ovat vältettävissä, mutta vakavan sairauden kohdalla haittavaikutusriskit ovat pienempi paha sairauden oireisiin verrattuna (Neuvonen 2013, 29).

Mahdollisista haittavaikutuksista potilaan tulee olla tietoinen lääkettä aloitettaessa. Erityisesti avohoidossa potilaan informointi tulee olla selkeää ja tarkkaa, sillä hänen vointiaan ja mahdollisia haitallisia sivuvaikutuksia ei ole kotioloissa havaitsemassa ammattilainen niin kuin osasto-olosuhteissa on. Potilaat toivovat avohoidossa enemmän tietoa sairaudesta, hoidostaan ja lääkityksen vaikutuksista ja sivuvaikutuksista (Huttunen 2008, 5 – 6; Kinnunen 2013, 18).

Psykyklääkkeiden haittavaikutuksia, jotka sairaanhoitajan tulee hallita, on huomattava määrä. Psykoosilääkkeiden merkittäviä haittavaikutuksia ovat muun muassa painonnousu ja metaboliset haitat, neurologiset haitat, kardiovaskulaariset haitat ja seksuaaliset haitat. *Klotsapiinilääkitys* voi puolestaan aiheuttaa valkosolujen katoamisen ja sen seurauksena voi syntyä hengenvaarallinen infektio. Useisiin lääkkeisiin kuuluvat säännölliset laboratorioseurannat. *Klotsapiinilääkitykseen* liittyvät kuukausittain tapahtuvat verenkuvatutkimukset. Antipsykoottien käytön yhteydessä sairaalahoitoa edellyttävän pahanlaatuisen neuroleptioireyhtymän merkkejä voivat olla lihasten jäykkyys ja korkea kuume. Manialääkkeet, eli mielialan tasaajat, voivat aiheuttaa kilpirauhasen ja munuaisten toimintahäiriöitä. Lääkkeistä muun muassa *litium* vaatii erityisen tarkan seurannan hengenvaarallisen litiummyrkytyksen vuoksi. Manian hoitoon käytetään usein antipsykootteja, eli psykoosilääkkeitä. Psykoosilääkkeiden yleisiä haittoja ovat erilaiset extrapyramidaalioireet, väsymys, apatia, unettomuus, huimaus, päänsärky, antikolinergiset haitat, painonnousu ja seksuaaliset toimintahäiriöt. Sairaanhoitajalla tulee olla herkkyyttä ja tietämystä antaa neuvoja myös seksuaalisia haittavaikutuksia tuovien lääkkeiden osalta. Nämä haitat ovat yksi merkittävä syy huonoon lääkitysmotivaatioon. (Huttunen 2008, 5 – 8; Koponen & Salokangas 2011, 597 – 610; Koskinen ym. 2012, 204 – 213; Quinn, Happell, & Browne 2012, 417–418.)

Rauhoittavat lääkkeet ja unilääkkeet ovat tarkoitettu lyhytaikaiseen tai väliaikaiseen käyttöön. Niihin kehittyä fyysinen ja psyykinen riippuvuus hyvin nopeasti ja toleranssin kehittyminen aiheuttaa vaikutuksen heikentymisen. Vieroitusoireet voivat kehittyä huomattavan vaikeiksi. Haittoja käytössä ovat esimerkiksi aggressiivisuus, vihamielisyys, heikentynyt tarkkaavai-

suus ja arviointikyky, sekä väsymys, uneliaisuus, pyörtyily, kaatumiset, ihottumat, pahoinvointi ja päänsärky. (Koskinen ym. 2012, 204 – 213.)

Masennuslääkkeiden haittavaikutuksia voivat olla muun muassa pahoinvointi, suolisto-oireet, painonnousu, huimaus ja väsymys, sydämen tiheälyöntisyys, vapina, mielialan vaihtelut, päänsärky, unihäiriöt ja motorinen levottomuus. Masennuslääkkeistä SSRI -lääkkeet voivat aiheuttaa muiden serotonergisten lääkkeiden kanssa käytettynä hengenvaarallisen serotoniinisyndrooman. Sydänperäisiä haittoja on myös suurilla annoksilla raportoitu. Yleisesti käytössä olevien käsikaupasta saatavien kipulääkkeiden kanssa käytettynä masennuslääkkeet lisäävät huomattavasti verenvuotoriskiä. (Hietala & Leinonen 2011, 583 – 594; Koskinen ym. 2012, 204 – 213.)

3.3 Lääkehoitoon sitoutuminen

Psykyllisten lääkkeiden vaikutuksista ja edellä mainituista haitoista informointi auttavat hoitoon sitoutumisessa; potilas on tuolloin omassa hoidossaan aktiivisempi toimija, eikä ainoastaan passiivisesti noudata annettuja ohjeita. Merkityksellistä hoidon onnistumisen kannalta on tukea potilasta ottamaan vastuuta oman sairautensa hoidosta. Tähän tavoitteeseen pääsemiseksi on osattava tukea ja ohjata potilasta, jotta hän sitoutuisi lääkehoitoon. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2011, 23.; Veräjänkorva, Palta, & Erkkö 2008, 158.)

Potilaat kokevat usein lääkehoidossa saavansa puutteellisesti tietoa lääkkeiden haittavaikutuksista ja siitä miten lääkkeen tulisi vaikuttaa. Heille ei myöskään riittävästi anneta tietoa siitä, mistä he itse voisivat hakea lisätietoa. Potilaan osallistumisen oman hoitonsa suunnitteluun lääkehoidossa tulisi olla enemmänkin osallisuutta. Osallisuus eroaa osallistumisesta siinä, että se on enemmän kuin mukana olo tilanteessa, jonka terveydenhuollon ammattilainen on suunnitellut ja määritellyt. Potilaalla on oikeus saada tietoa ja hänen ollessaan osallisena prosessissa se mahdollistuu. Osallisuutta ohjaa tunneperäisyys; tuen, arvostuksen ja yhteenkuuluvuuden tunne. (Kettunen & Kivinen 2012, 40 - 42.)

Luottamuksellisen suhteen rakentuminen on tärkeää. Jo ensimmäinen kohtaaminen hoitavan henkilön kanssa voi häiritä hoitoon sitoutumista. Kilkku on tutkimuksessaan (2008) todennut, että kohtaamattomaksi tai kohdatuksi tuleminen vaikuttavat merkittävästi siihen, kuinka potilas tai hänen omaisensa luottavat hoitotahoon; uskovat hoidon auttavan ja sitä kautta sitoutuvat hoitoon ja yhteistyöhön. Kilkun mukaan sairaanhoitajan osaamisessa yksi keskeinen alue on taito kohdata ammatillisesti niin potilas, kuin hänen läheisensä arvostavalla ja inhimillisellä tavalla. Potilaat ja heidän läheisensä pitävät tärkeimpinä turvallisuutta lisäävinä elementteinä hoitajan vuorovaikutus- ja kohtaamistaitoja (Kilkku 2008, 141 – 142). Eri-tyisesti ensipsykoosipotilaan hoidossa Kilkku korostaa pitkäkestoisen hoitosuhdetyöskentelyn osaamisen merkitystä. (Kilkku 2008, 129 – 142; Skitsofrenia: Käypä hoito-suositus, 2013.)

Potilasohjauksen merkitys potilaalle niin sairauden ja sen oireiden, kuin lääkityksen vaikuttavuudessa on merkittävä. Yhdessä omaisten kanssa toteutettu potilasopetus on tutkimuksissa todettu vaikuttavammaksi, kuin pelkästään potilaalle annettu tieto. Potilaalle ja omaisille annetaan tietoa sairaudesta ja sen hoidosta, sekä mahdollisen uusiutuvan psykoosijakson ennako-oireiden tunnistamisesta. Vuorovaikutuksessa tapahtuva keskustelu sairaudesta ja lääkityksestä yhdessä koko perheen kanssa mahdollistaa toimintasuunnitelman laatimisen psykoosin uusiutumisen varalle. Tämän on myös todettu rauhoittavan ja lievittävän perheen tuntemaa taakkaa perhettä kohdanneesta sairaudesta. Koulutuksellinen terapia, psykoedukaatio, tulisi kuulua jokaisen skitsofreniapotilaan hoitoon riippumatta siitä, missä hänen avohoitonsa toteutuu (Skitsofrenia: Käypä hoito-suositus, 2013). Kaartinen (2011) havaitsi, että ei-lääkkeellisten hoitomenetelmien, joihin psykoedukaatio kuuluu, käyttö oli Helsingissä kaupungin viidellä eri alueella hyvin kirjavaa ja sangen vähäistä. Satunnainen otos kattoi 168 potilasta, joilla oli vakava masennus, kaksisuuntainen mielialahäiriö tai skitsofreniadiagnoosi. Heistä vain 29 potilasta sai hoitojakson aikana psykoedukaatiota. (Kaartinen 2011, 42 – 43.)

Anttilan (2012) mukaan sähköinen potilasohjaus on tulevaisuudessa lupaava menetelmä psykiatristen potilaiden kohdalla. Anttilan mukaan toi-

mintatapoja kehitettäessä on käytettävä hyväksi käyttäjien kokemuksia. Hoitajien ja koko henkilökunnan on tulevaisuudessa osattava ohjata potilaita luotettaville Internet-sivustoille, jotka sisältävät tutkittua tietoa yleisimmistä psykiatrisista sairauksista ja niihin liittyvistä hoitomuodoista sekä lääkkeistä. (Anttila 2012, 5.)

4 Sairaanhoidajan osaaminen lääkehoidossa

4.1 Sairaanhoidajan osaamisvaatimukset lääkehoidossa

Sairaanhoidajan lääkehoidon osaamisvaatimukset kasvavat tänä päivänä jatkuvasti, sillä tehokkaat uudet lääkkeet ja moniongelmaiset potilaat vaativat jatkuvaa perehtymistä ja uuden sisäistämistä. Suuri osa sairaanhoidajan työajasta kuluu lääkehoitoon (Sulosaari & Leino-Kilpi 2013, 13). Sairaanhoidajan vuorovaikutusosaaminen ja potilaan kohtaaminen ovat merkittävässä roolissa psykiatrisen potilaan lääkehoidon onnistumiselle. Potilasohjauksen tulee olla kunnioittavaa ja arvostavaa, jotta potilas kokisi olevansa aktiivinen toimija ja osallinen omassa hoidossaan (Kettunen & Kivinen 2012, 41). Mielenterveystyön keskeiset taidot; kohtaaminen, sitoutuminen ja halukkuus pitkäjänteiseen yhteistyöhön potilaan kanssa ovat tarvittavaa osaamista turvallisen lääkehoidon onnistumiselle (Kilkku 2008, 141 – 142).

Sairaanhoidajan lääkehoidon osaaminen on jaoteltu teoriaosaamiseen, käytännön osaamiseen ja päätöksenteon osaamiseen. Teoriatieto ja perusta lääkehoidon toteuttamiselle saadaan sairaanhoidajan koulutuksessa, jonka jälkeen työelämässä ja täydennyskoulutuksissa vahvistuu erikoisala-kohtainen lääkehoidon osaaminen. (Saano & Taam-Ukkonen 2013a, 12 - 13.) Lääkehoidon opetuksen kehittämiseen perustettiin vuonna 2009 lääkehoidon opetuksen kehittämisen kansallinen asiantuntijaverkosto LOKKA. Ryhmän aktiivisen toiminnan tärkeänä saavutuksena pidetään ammattikorkeakouluverkoston hyväksymä valmistuvan sairaanhoidajan lääkehoito-osaamisen vaatimusten kuvausta (Sulosaari & Tyrväinen 2013, 19).

Sairaanhoitajan tulee hallita lääkityksen tarpeen arviointi, lääkityksen seuranta ja vaikuttavuuden arviointi, lääkkeenantotavat, sekä potilaan ohjaus ja informointi. Hänellä tulee olla taito tehdä päätöksiä itsenäisesti hänelle annettujen ohjeiden ja oikeuksien rajoissa. Sairaanhoitajan tulee ymmärtää milloin on tarvetta konsultoida lääkäriä lääkityksen osalta tai lähettää potilas laboratorioon tai jatkohoitoon lääkärille. Sairaanhoitajan lääkehoidon osaamiseen kuuluvat ihmisen anatomian ja fysiologian tunteminen, farmakologian perustietojen hallitseminen ja vuorovaikutus. Moniammatillinen yhteistyö, lääkehoitoon liittyvä tiedonhaku ja lääkelaskenta tulee olla hyvin hallinnassa. Lääkehoidon toteuttaminen ja potilaan yksilöllinen ohjaus, sekä lääkehoitoon sitoutumisen edistäminen ovat lääkehoidon onnistumisen kannalta tärkeissä rooleissa. Arviointiin ja seurantaan liittyvät psyykenlääkkeet ja sairaudet tulee tietää vaikutuksineen ja haittoineen. Sairaanhoitajan tulee hallita näiden lisäksi yleisimmät kansansairaudet oireineen ja lääkkeineen. Toteutuneen lääkehoidon kirjaaminen ja raportointi, sekä lääkitysturvallisuuden edistäminen ovat osaamisen alueita, jotka kulkevat niin ikään käsi kädessä muiden osa-alueiden kanssa. (Sulosaari & Leino-Kilpi 2013, 14 – 16.)

Onnistunutta lääkehoitoa kuvataan usein T-T-T – mallin mukaan, eli turvallinen, tehokas ja taloudellinen lääkehoito (Puirava 2012, 46). Sairaanhoitajan tulee ymmärtää oma toimenkuvansa ja vastuunsa potilaiden lääkehoidossa, jotta lääkehoito olisi turvallista. Fyysisen terveydentilan seuranta ja edistäminen tulee olla osa hoitoa ja lääkehoitoa (Happell, Platania-Phung & Scott 2014, 1019). Sairaanhoitajan tulee seurata lääkehoidon vaikuttavuutta, haittoja ja sivuvaikutuksia, kirjata ne ja raportoida niistä lääkärille, jotta lääkäri voisi tämän tiedon ja tarvittavien lisätutkimusten avulla saada kattavan kokonaiskuvan tilanteesta lääkintäpäätöksen tekemiseen. Tehokkaaksi voidaan sanoa lääkehoitoa, jossa saavutettuihin ja toivottuihin tavoitteisiin päästään toistuvasti. Tähän voidaan päästä yhteistyöllä potilaan, hoitajan ja lääkärin kanssa hyväksymällä kaikki osapuolet aktiivisina ja tasavertaisina yksilöinä. Tärkeintä on huomioida potilas, ottaa huomioon hänen tunteensa ja kokemuksensa lääkkeistä, sekä muista merkittävistä lääkitykseen liittyvistä seikoista. Tällöin mahdollistuu tehokas ja turvallinen

lääkehoito potilaalle, vastuu jakautuu hoidossa kaikille ammattiryhmille ja hoito on taloudellista säästämällä yhteiskunnan varoja. (Puirava 2012, 49.)

4.2 Lääkehoidon osaamisen varmistaminen

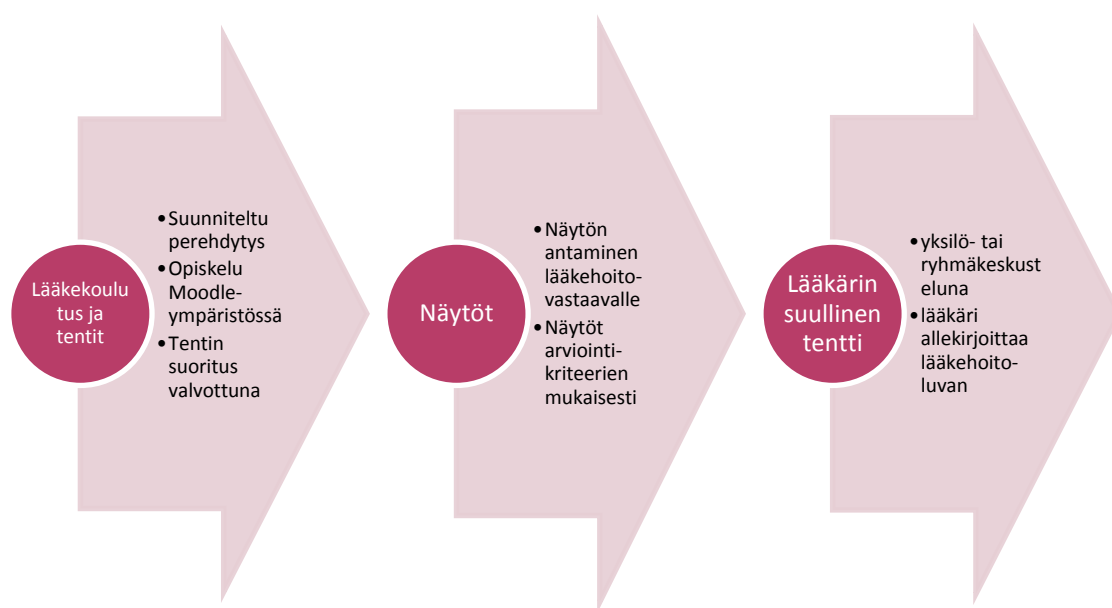
Sairaanhoitajan tulee ylläpitää ja varmistaa osaamistaan lääkehoidossa turvallisen lääkehoidon edistämiseksi. Laajasti Suomessa käyttöön otettu LOVE-verkkokurssi tavoittelee sairaanhoitajien lääkehoidon osaamisen päivittämistä nykyisen ammattikorkeakoulutasoisen sairaanhoitajakoulutuksen lääkehoidon osaamisvaatimusten mukaiseksi. (Saano & Taam-Ukkonen 2013b, 31.) Terveystieteiden ammattikorkeakoulut vastaavat turvallisen lääkehoidon haasteisiin kehittämällä lääkehoidon koulutusta. (Veräjänkorva ym. 2008.)

Salminen (2011, 42) mukaan verkkokurssin vaikutuksena kaikilla lääkehoidon osa-alueilla tapahtui merkittävä positiivinen muutos osaamisessa. Tutkimustulosten perusteella voidaan sanoa, että verkkokurssi soveltuu erittäin hyvin täydennyskoulutusmuotona lääkehoidon osaamisen kehittämisessä (Salminen 2011, 53).

LOVe – verkkokurssi sisältää kattavat verkko-oppitunnit, tentit ja monipuolisen tukimateriaalipaketin linkeineen. Tämän mallin mukainen lääkehoidon lupaprosessi etenee perehdytyksen, lääkekoulutuksen ja –tenttien, sekä näyttöjen kautta lääkärin suulliseen tenttiin. Näiden suoritusten jälkeen sairaanhoitaja saa kirjallisen lääkehoitoluvan, joka kirjataan koulutusrekisteriin. Osaamisen varmistamiseen liittyvät tentit ja näytöt tulee suorittaa viiden vuoden välein, jotta lääkehoitolupa pysyy ajan tasalla. LOVE-koulutus on hyvä perusta sairaanhoitajien lääkehoito-osaamisen lisäämiseksi ja varmistamiseksi. Lääkehoitoluvan suorittamiseksi sairaanhoitajan tulee alkuperhdytyksen jälkeen itsenäisesti opiskella verkkokurssin osa-alueet läpi ja sen jälkeen suorittaa valvotusti tentit. Tämän jälkeen yksikössä nimetty näyttöjen vastaanottaja, kuten lääkehoitovastaava, voi ottaa vastaan näytöt käytännön tilanteissa. (Ks. Kuvio 2.) Mikäli sairaanhoitaja

työskentelee yksikössä, jossa ei lääkkeitä käsitellä, tulee näyttömahdollisuus järjestää toisin. (Saano & Taam-Ukkonen 2013b, 32)

Perehdytys uusien hoitajien ja työntekijöiden kohdalla on tärkeää, jotta potilasturvallisuus ei vaarantuisi. Lääkehoitoon liittyvistä tehtävistä, työnjaosta ja vastuista, on määrätty Keski-Suomen sairaanhoitopiirin lääkehoitosuunnitelmassa. (Henkilöstöohjelma 2006.)



Kuvio 2. Lupakoulutuksen vaiheet (mukaiillen Saano & Taam-Ukkonen 2013b, 32.)

Lääkehoitosuunnitelma on tapa kehittää lääkehoidon osaamista. Suunnitelmassa tulee olla kirjattuna sosiaali- ja terveysministeriön suositusten mukaisesti kaikki oleellinen lääkehoitoon liittyvä tehtävien ja vastuunjaokoinen, sekä kehittämistarpeet kirjataan suunnitelmaan vuosittain. Keski-Suomen sairaanhoitopiirin aikuispsykiatrian viimeisimmässä lääkehoitosuunnitelmassa kehittämistarpeiksi on psykiatrian avohoidossa määritelty potilasohjaus; informointi ja motivointi, lääkityksen vaikuttavuuden seuranta ja potilaan somaattisen voimien seuranta, sekä laboratoriokontrolleista huolehtiminen. Myös kirjaaminen ja ajantasaisuudesta huolehtiminen on tärkeä kehittämisaikala. (Keski-Suomen sairaanhoitopiiri 2013.)

4.3 Lääkehoidon osaamisen johtaminen ja kehittäminen

Osaamisen johtamisella on organisaatiossa suuri merkitys, sillä tarvittavaa osaamista tulee alati hankkia lisää, kehittää ja uudistaa aikaisempaa osaamista. Yksilön osaamista hyödyntävä organisaatio menestyy. Organisaation tulee alati arvioida suunnitelmallisesti osaamista ja motivoida henkilöstöä osaamisen kehittämiseen. (Viitala 2005, 13 – 17.)

Jokainen organisaatio tarvitsee aineellisen, oman ja vieraan pääoman lisäksi, aineetonta pääomaa, joista keskeisimmät ovat kiistatta tieto ja osaaminen. Organisaatiokulttuuri määrittelee pitkälti sen, miten osaamisen johtaminen yrityksessä toimii; onko sitä ja onko se aktiivista, sekä toimivaa ja kuinka se mahdollistuu. (Kivinen 2008, 47 - 124.) Jatkuvat ja nopeat muutokset saavat aikaan tarvittavan osaamisen sisällön muutostarpeita. Osaamisen kehittämisessä tulee huomioida yksilötasoinen, tiimitasoinen ja organisaatiotasoinen oppiminen. Yksilön hankkiessa uusia tietoja, taitoja, kokemuksia ja kontakteja, voidaan tiimitasolla ottaa tämä kokemus käyttöön arvioimalla, ymmärtämällä ja soveltamalla sitä. Organisaatiotasolla tulee ennakoida ja ymmärtää muutosta ja hallita sitä hyödyntämällä henkilöstön osaamista. (Sydänmaan-lakka 2001, 22–30.)

Osaamisen johtamiseen kuuluvat henkilöstön ammattitaidosta ja hyvinvoinnista huolehtiminen, sekä hoitotyön laadusta huolehtiminen. Rekrytointi, perehdytys ja koulutusten suunnittelu ovat osa osaamisen johtamista unohtamatta ikäjohtamista. Osaamisen johtamisessa on tärkeää muistaa, että osaamisen kehittymisessä eri-ikäisten hoitajien kohdalla on eroja. Yli 54 – vuotiaat kokevat tarvitsevansa enemmän lisäkoulutusta työtehtävistä suoriutuakseen. Salmisen ja Miettisen (2011) mukaan olisi tärkeää räätälöidä koulutusta ottaen huomioon eri-ikäiset hoitajat ja heidän tarpeensa lisäkoulutukseen. (Huttunen 2013, 17; Salminen & Miettinen 2011.)

Lääkehoidon osaamista lisääviä tekijöitä ovat ammattitaidon varmistaminen, perehdytys, mentorointi, lääkehoitosuunnitelma, lääkehoitolupakäytäntö, lääkelaskujen hallinta, osaamisen testaaminen säännöllisesti ja osaamisalueiden kertaaminen. Lääkkeiden vaikutusten ja kirjallisten ohjeiden sisäistäminen, sekä riittävä koulutus tukevat osaamista. Osaamista

heikentää saatavilla olevan tiedon hyödyntämisen vähäisyys, työkokemuksen niukkuus, vaikeus lääkelaskuissa ja epävarmuus työssä. Välinpitämättömyys ja huolimattomuus, sekä erilaiset keskittymistä vaikeuttavat tunteet (pelko, kauhu, huoli, jne.) heikentävät osaamista. Liian vähäinen koulutus ja se, ettei tunnista lääkemuuotoja, luovat lääkehoidon prosessiin vaaratilanteita. (Saano & Taam-Ukkonen 2013b, 27 – 28.) Osaamisen kehittämisen menetelmiä ovat erilaiset koulutukset, työnohjaukset, mentorointi ja coaching. Vertaisarviointi ja itsearviointi ovat uudempia ja vielä suhteellisen vähän käytössä olevia kehittämismenetelmiä. Vertaisarvioinnilla voidaan vaikuttaa osaamiseen laadunvarmistuksen lisäksi kehittämällä systemaattisesti sekä osaamista, että vuorovaikutusta (Kotila 2012, 23).

Kehityskeskustelu on hoitotyön johtamisen apuväline ja hoitotyön johtajat käyttävät sitä aktiivisesti yksiköidensä henkilöstön osaamisen kehittämiseen. Lähiesimiesten tulee kuitenkin saada tukea organisaation taholta muun muassa organisaation viestinnässä. Organisaation strategian tuntemus ja ymmärtäminen motivoi henkilöstöä pyrkimään yhteisiin tavoitteisiin. (Koski 2008, 2.) Kehityskeskustelu on menetelmä, jota sairaanhoitaja voi hyödyntää kehittäessään osaamistaan. Mikäli kehityskeskustelu käydään tasavertaisessa vuorovaikutuksessa, tulee alaiselle esimiehen taholta kannustava viesti. Tällöin on helpompi asettaa tavoitteita ja välitavoitteita oman ammatillisen kehittymisen suunnitelmalle. (Pietilä 2005, 58 – 59.)

Tulevaisuudessakin voidaan taata korkea-laatuinen hoitotyö, mikäli hoitotyön johtajat aktiivisesti kannustavat alaisiaan kehittämään osaamistaan ja tukevat heitä siinä. Tämän mahdollistamisessa on suuri rooli organisaatiossa vallitsevalla kulttuurilla ja strategialla. Hoitajien ja hoitotyön johtajien mukaan organisaatioiden strategia on harvoin yhteydessä henkilöstön resurssien ja osaamisen kehittämiseen (Lammintakanen, Kivinen & Kinnunen 2008, 559; Pölkki 2012, 3.)

Keski-Suomen sairaanhoitopiirin strategiset tavoitteet pitävät sisällään potilasturvallisuuden parantamisen ja organisaation toimintakyvyn, sekä johtajuuden parantamisen. Strategiassa yhtenä tavoitteena on varautua mielen-

terveys- ja päihdeongelmakysymysten kasvavaan esiintyvyyteen ja niiden mukanaan tuomiin haasteisiin. Olennaisena osana potilasturvallisuutta on turvallinen ja laadukas lääkehoito, josta vastaa lääkäri. Osaamista lääkeshoidossakin tulee kehittää ja omaehtoiseen opiskeluun kannustaa organisaatiossa. Osaamisen vaatimukset alati muuttuvassa toimintaympäristössä käyvät tulevaisuudessa yhä haasteellisemmiksi. (Keski-Suomen sairaanhoitopiiri 2011.)

5 Opinnäytetyön tavoite ja tarkoitus

Opinnäytetyön tavoitteena on psykiatrisen avohoitopotilaan turvallisen lääkehoidon edistäminen. Tarkoitus on selvittää psykiatrian avohoidossa työskentelevien sairaanhoitajien kokemat osaamisen kehittämishaasteet lääkeshoidossa ja millaisia lääkitysturvallisuuteen vaikuttavia merkityksellisiä tekijöitä he ovat työssään kohdanneet. Tutkimuskysymykset ovat:

- Millaisia osaamisen kehittämishaasteita sairaanhoitajat kohtaavat toteuttaessaan lääkehoitoa psykiatrisessa avohoitotyössä?
- Millaisia lääkitysturvallisuuteen vaikuttavia merkityksellisiä tekijöitä sairaanhoitajat ovat kohdanneet työssään?

6 Opinnäytetyön toteuttaminen

6.1 Aineiston hankinta

Tämän opinnäytetyön tutkimusmenetelmänä käytettiin laadullista menetelmää, sillä määrällisellä tutkimuksella ei ollut mahdollista kerätä kokemukseksuvia aineistoksi. Kerätty aineisto muodostui merkityksellisistä tilannekuvauksista lääkeshoidossa. Tutkimuksen menetelmänä käytettiin kriittisten tapahtumien menetelmää (the critical incident -technique). John Flanaganin vuonna 1954 esittelemää tekniikkaa on käytetty ja sovellettu eri

aloilla yli puolen vuosisadan ajan erilaisten ongelmien ja periaatteiden ratkaisemisessa, sekä kehittämisessä (Fivars & Fitzpatrick 2001). Menetelmä mahdollistaa joustavan ja sovellettavissa olevan otteen erilaisiin tutkimusyhteyksiin. Termi kriittinen tai sen synonyymi merkittävä, viittaa tapahtumassa kuvatun toiminnan tärkeään rooliin tutkimuksen kannalta. Kriittiset tapahtumat – tekniikalla kerätyn aineiston kautta ja sitä analysoimalla, oli mahdollista päätellä, missä lääkehoidon osaamisessa sairaanhoitajat kokevat tarvitsevansa kehittämistä turvallisen lääkehoidon edistämiseksi. Menetelmän avulla oli myös mahdollista päästä lähelle sairaanhoitajien kokemusmaailmaa ja löytää vastauksia siihen, mitä he kokevat merkityksellisiksi tekijöiksi turvallisen lääkehoidon onnistumiselle. (Kanerva 2004, 21; Romppanen 2011, 42.)

Tutkimuksessa oltiin kiinnostuneita kuulemaan sairaanhoitajien psykiatriassa avohoitotyössä kokemista merkittävistä tai kriittisistä tilanteista lääkehoidon osalta. Tutkimuksen kohderyhmänä oli Keski-Suomen sairaanhoitopiirin aikuispsykiatrian avohoidossa työskentelevät sairaanhoitajat (N=78). Avohoidossa työskentelevät nimikesuojatut ammattihenkilöt rajattiin pois hoitajien suuren määrän vuoksi.

Tutkimuksen aineisto kerättiin tammi-helmikuussa 2014 sähköisesti toimittamalla lomakkeella (Ks. Liite 2.), jossa sairaanhoitaja pyydettiin kuvailemaan kokemiaan merkityksellisiä tilanteita lääkehoidossa mahdollisimman tarkasti ja yksityiskohtaisesti. Tutkimukseen kerättävien tietojen käyttötarkoitus sekä tutkimuksen tavoite kerrottiin saatekirjeessä (Ks. Liite 1.). Tavoiteltavien tulosten ja tutkimustulosten mahdollinen hyöty on hyvä tuoda esiin vastaajien motivoimiseksi (Kuula 2011, 105). Vastaajalla oli mahdollisuus lähettää lomake nimettömänä sisäpostissa tai sähköisesti niin, ettei sähköpostin liitteenä olevasta lomakkeesta ilmene vastaajan nimeä. Liitetiedosto tulostettiin ja lisättiin muun aineiston joukkoon. (Eskola & Suoranta 2005, 95; Hirsjärvi ym. 2009, 195–201; Kuula 2011, 102 – 107.) Vapaaehtoisuutta ja luottamuksellisuutta korostettiin. Saatekirjeessä kerrottiin, ettei vastaajia tai heidän kertomuksiaan voida tunnistaa. Kirjeessä kerrottiin lisäksi aineiston säilyttämisestä tutkimuksen ajan niin, että siihen eivät pää-

se tutustumaan tutkijan lisäksi muut tahot. Aineisto hävitettiin tutkimusraportin valmistumisen jälkeen. (Kuula 2011, 89.)

6.2 Aineiston analysointi

Analysointi tehtiin aineistolähtöisesti sisällönanalyysillä ilman ennakkoletuksia. Tällä menetelmällä tutkittavan ilmiön kuvaus pyrittiin saamaan tiiviiseen muotoon ja järjestetyksi, jotta sitä voitiin tarkastella johtopäätöksiä saaden (Tuomi & Sarajärvi 2009, 103). Lähestymistavalla pyrittiin ymmärtämään ilmiötä tehden päätelmiä aineiston antamista tiedoista. Tavalista on, että tällaisessa menetelmässä käytetään teemoittelua, tyypittelyä tai sisällön erittelyä (Hirsjärvi ym. 2009, 224).

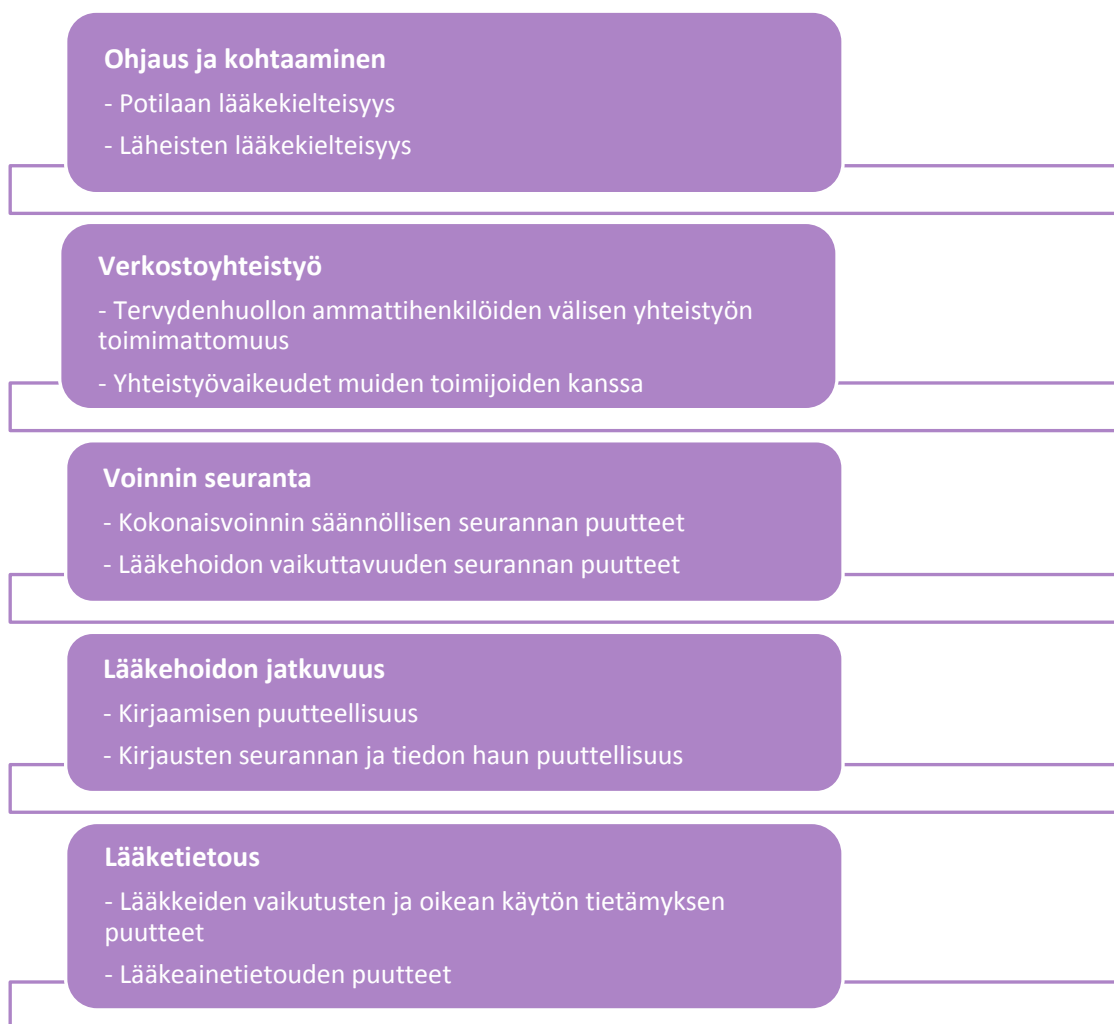
Vastanneita sairaanhoitajia oli 17. Heiltä saatiin yhteensä 33 tapauskuvusta. Analysoitavaa aineistoa kertyi yhteensä 12 sivua fonttikoolla 12 ja rivivälillä 1,5. Analyysi aloitettiin aineistoon huolellisesti tutustumalla lukemalla vastaajien kuvaukset heidän kokemistaan merkityksellisistä tilanteista useaan kertaan. Kuvauksista etsittiin tutkimuskysymyksiin vastaavia ilmauksia ja muodostettiin niistä pelkistettyjä ilmauksia. Pelkistetyt ilmaukset listattiin ja tiivistettiin yhteneväisyyksien perusteella. Kuvauksista löydettyjen eri osatekijöiden yhteyksien tunnistaminen ja ymmärtäminen asiayhteydessä mahdollisti tutkimusaineiston tiivistämisen. Seuraavassa vaiheessa yhdistettiin pelkistetyt ilmaukset alaluokiksi ja edelleen alaluokat yläluokiksi samankaltaisuuksien perusteella. Yläluokat yhdistämällä mahdollistui kokoavien käsitteiden muodostaminen. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 108 – 113.)

7 Tutkimustulokset

7.1 Psykiatrisen avohoitotyön lääkehoidon osaamisen kehittämishaasteet

Sisällönanalyysin avulla sairaanhoitajien tilannekuvauksista löydettiin osaamisen kehittämishaasteita, jotka muodostuivat viidestä yläkategorias-

ta (Ks. Kuvio 3.): ohjaus ja kohtaaminen, verkostoyhteistyö, voinnin seuranta, lääkehoidon jatkuvuuden turvaaminen, sekä lääketietous. Yläkategoriat muodostuivat kukin kahdesta alakategoriasta, jotka muodostuivat useista pelkistetyistä ilmauksista.



Kuvio 3. Alaluokat osaamisen haasteista psykiatrisessa avohoitotyössä

Ohjaus ja kohtaaminen

Ohjaukseen ja kohtaamiseen liittyvät haasteet muodostuivat *potilaan lääkekielteisyydestä ja hänen läheistensä lääkekielteisyydestä* (Ks. Kuvio 3.). Tilannekuvauksista yhdeksässä tuli esiin potilaan lääkekielteisyyttä lääkityksen onnistumisessa. Sairaanhoidajien mielestä lääkkeen haitoista ja hyödyistä yhdessä keskustellessa lääkehoidon kokonaisuus ja merkitys sairauden hoidossa hahmottuvat potilaalle paremmin ja haitat eivät koros-

tu. Pelkästään luettavan materiaalin antaminen ei välttämättä johtanut lääkkeen aloittamiseen.

”Potilaalle oli aloitettu uusi lääkitys. Lääkkeet jaettu yhdessä dosettiin ohjattuna ja olen antanut potilaalle informaatiota lääkkeestä ja liittyen hänen sairauteensa. Katsottu ja tulostettu netistä (Terveysportista) tietoa lääkkeestä ja annettu potilaalle luettavaksi, kun ensin tutustuttiin yhdessä aineistoon.” (1)

”..potilas koki tärkeänä, että häntä kuultiin ja tilannetta seurattiin tarkasti. Tietoa annettiin useissa ohjaustilanteissa, keskustellen, sekä materiaalia katsottiin yhdessä ja annettiin hänelle itselleen myöskin..” (2)

Sairaanhoitajat kokivat, että vuorovaikutustaidot ovat luottamuksellisen yhteistyösuhteen onnistumisessa lähtökohta, jotta potilas motivoituu ja sitoutuu lääkehoitoonsa. Potilaan lääkekielteisyyden poistaminen vaatii luottamuksellisen suhteen syntymistä, joka voi viedä pitkään ja vaatii kärsivällisyyttä molemmilta osapuolilta.

”Potilas sanoi heti ensimmäisellä tapaamisella, että jos alat puhua lääkkeistä, hän lopettaa käynnit. Pyrin tätä toivetta kuuntelemaan. Jossain vaiheessa potilas alkoi itse kysellä lääkityksen perään, kun vointi vain huononi. Joskus saatoin sivulauseessa mainita, että lääkityksestä voi olla myös hyötyä..” (30)

Läheisten lääkityskielteisyys on sairaanhoitajien mielestä usein esteenä lääkityksen aloittamiseen. Heidän mielestään on erityisen tärkeää ottaa potilaan puoliso tai läheinen mukaan oikean informaation saamiseksi. Hoitajien kokemus oli, että läheiset tai ystävät saattavat kertoa huonoja kokemuksiaan määrätystä lääkkeestä ja tämä johtaa lääkityksen lopetukseen. Hyvin usein potilaat hakevat itse tietoa lääkkeestä internetin keskustelupalstoilta. Läheiset tulee ottaa huomioon ja mukaan hoitoon, mikäli mahdollista. Sairaanhoitajien kuvauksista ilmeni tilanteita, joissa lääkehoito oli päässyt alkamaan vasta, kun perhettä tai puolisoa oli tavattu ja ohjattu.

”Käynnillä oli mukana myös potilaan perhettä, jotka kertoivat tuttaviensa kokemuksia lääkeshoidosta liittyen mielialaan, sekä positiivisia, että negatiivisia..” (19)

”..mies vastusti vaimonsa lääkkeen aloittamista, kun vaimo itse oli jo valmis kokeiluun. Pyysin parikäynnille...mies suostui tulemaan. Lääkityksestä ja hoidosta infottiin...potilas aloitti lääkityksen ja vointi koheni..” (15)

Verkostoyhteistyö

Osaamiseen liittyvät haasteet verkostoyhteistyössä jakoutuivat kahteen alaluokkaan (Ks. Kuvio 3.); *terveydenhuollon ammattihenkilöiden välisen yhteistyön toimimattomuus* ja *yhteistyövaikeudet muiden toimijoiden kanssa*. Yhteistyöosaaminen oli merkittävässä roolissa kahdeksassa kuvauksessa. Erikoislääkärin tai terveyskeskuksessa toimivan omalääkärin konsultaatiossa onnistuminen koettiin haasteena. Silloin, kun lääkäri tavoitettiin, oli haastetta saada lääkäri tavoittamaan sama näkemys potilaan lääkityksen tarpeesta tai voinnista, kuin hoitajalla itsellään oli. Oli tilanteita, jolloin lääkäriä ei riittävän nopeasti tavoitettu.

”..potilas kärsi Panacod-riippuvuudesta ja käyttää tabletteja kohtuuttomia määriä. Mielialat vaihtelevat ja tilanne pitkittyy.. lääkevähennysohjelma pitäisi aloittaa ja apteekkijaot sopia. Lääkəriäikaa odotettiin lähes kolme viikkoa..”(17)

”Kerroin puhelimesta lääkärielle potilaan bentsoriippuvuudesta ja selitin potilaalla olleen lääkkeen puuttuessa nyt rajuja vieroitusoireita. Lääkäri ei suostunut uusimaan tai tekemään iteroitua reseptiä. Potilaan oireet pahenivat ja hän haki reseptin yksityispuolelta. Bentsojen purkuhan tapahtuu hitaasti? Hoitajaa ei kuunnella näissä asioissa..” (33)

Sairaanhoitajien kokemuksen mukaan lääkehoidossa merkittävää on usein se, että hoitaja tietää ja osaa etsiä käsiinsä lääkärin, joka voi ottaa kantaa lääkitykseen. Joskus hoitajan on tyydyttävä siihen, että lääkäri määrää lääkkeen näkemättä potilasta.

”..neuroleptilääkitys aloitettiin ja potilas sai siitä erittäin pahat sivuoireet...lääkitys lopetettiin, mutta tilalle ei määrätty uutta lääkettä. Hoito pitkittyi. Lopulta potilas joutui sairaalaan..” (18)

”Lääkehoito ei toteudu turvallisesti, koska potilaamme voivat joutua odottamaan lääkityksen aloitusta pitkään, tai jos lääkitykset aloitetaan (psykiatrian erikoislääkärin toimesta) ilman potilaskontaktia..” (16)

Sairaanhoitajat kokivat haasteena yhteistyön sairaalan osastojen kanssa. Sairaanhoitajien kokemus on, että osastolta kotiutuessa ei aina oteta yhteyttä avohoitoon ja avohoitokontakti siirtyy liian kauas tulevaisuuteen tai jää kokonaan toteutumatta. Tällöin lääkehoidon jatkuvuus ja ohjeen mukainen käyttö ovat uhattuna.

”Potilaalla oli takana vakava itsemurhayritys ja kaikki riskit uudelle itsemurhayritykselle olemassa. Silti potilas kotiutettiin muutaman viikon hoidon jälkeen kolmen kuukauden lääkeresepti annoksin (useita neurolepteja, bentsoja, masennuslääkettä). Pian ajautui kriisiin ja lähes kuoli vakavaan itsemurhayritykseen lääkkeillä. Avohoitoa ei ollut kutsuttu sairaalaan ensimmäisellä hoitajaksolla.” (27)

Voinnin seuranta

Haasteet potilaan kokonaisvaltaisen voinnin ja lääkehoidon vaikuttavuuden (Ks. Kuvio 3.) seuraamisessa koettiin vastauksissa tärkeäksi osaamisen kehittämisen kannalta. Vastauksista yhdeksässä oli voinnin seurantaan liittyvää kokemusta. Sairaanhoidajien mielestä onnistuneessa lääkehoidossa tulee muistaa potilaan voinnin kokonaisvaltainen seuranta. Haasteena osaamiselle tulivat esiin tarvittavista laboratorioseurannoista ja ekg-tutkimuksista huolehtiminen ajantasaisesti. Voinnin seurantaan liittyvät verenpaineen ja painon seurannan hoitajat kokivat muun muassa ajan puutteen vuoksi jäävän tekemättä.

”..se mikä jää lähes kokonaan toteutumatta lääkehoitoon liittyen on erilaisista laboratoriokokeista huolehtiminen, sekä niiden seuraaminen. Myös verenpaineen seuranta jää lähes poikkeuksetta toteuttamatta..” (9)

”..välillä tarvittavien lääkehoitoon kuuluvien seurantojen kanssa on haapuilua ja labrakokeet ovat voineet olla pitkään ottamatta, eikä meillä hoitajina ole lupa määrätä kokeita...” (3)

Haasteena lääkehoidon vaikuttavuuden seuraamiselle on mahdollisista rinnakkaisvalmisteista aiheutuva tuplalääkitys. Kolmesta tilannekuvauksesta ilmeni, että potilaalla saattoi olla samaa lääkevalmistetta rinnakkaisvalmisteena määrättyinä eri lääkäreiltä ja potilas käytti näin ollen kaksinkertaista annosta.

”Selvisi, että potilas käyttää säännöllisesti kahta lääkettä, jotka ovat rinnakkaisvalmisteita. Potilas ei ollut tästä itse tietoinen, toinen lääke oli yksityispuolelta määrätty paperiresepti ja julkiselta puolelta eResepti. Informoin ja konsultoin asiasta lääkärinä, lääkitys laitettiin kuntoon..” (11)

Sairaanhoidajien mielestä erityinen osaamisen haaste avohoidossa toteutetulle lääkityksen seurannalle on lääke- tai annosmuutokset. Vaaratilanteita voi aiheutua, jos lääkeaine on eri muodossa uuden reseptin kohdalla. Mää-

rätyn lääkkeen vaikutukset tai haittavaikutukset huomataan avohoidossa usein liian myöhään.

”Potilas pyysi reseptin uusintaa, johon tulisi lääkemuuotos. Lääkäri uusi vahingossa lyhytvaikutteisen Seroquelin (kiire tms.?), pitkävaikutteisen Seroquelin sijaan. Potilas käytti lääkettä reseptin mukaisesti, mutta nukahti, eikä herännyt lapsen itkuun. Huomasi asian vasta jälkikäteen. Potilas teki valituksen asiasta.” (32)

Lääkehoidon jatkuvuuden turvaaminen

Lääkehoidon vaikuttavuuden kirjaamisen ja raportoinnin (Ks. Kuvio 3.) hoitajat kokivat merkittäviksi osaamisen kehittämisen haasteiksi lääkehoidon turvallisuuden edistämiseksi. Hoidosta vastaavalle lääkärille raportointi ja lääkehoidon vaikutuksista potilastietojärjestelmään kirjaaminen koettiin merkittävän tärkeiksi osa-alueiksi lääkehoidossa. Hoitajat kokivat kahdeksassa tilanteessa tarvittavien kirjausten lääkehoidon vaikuttavuuden osalta jääneen puutteellisiksi.

”..lääkehoidon vaikutusten kirjaaminen jää puutteelliseksi. Kirjaamme kyllä ylös, miten ja mitä lääkettä potilas käyttää, mutta vaikutuksista ei aina löydy kirjattua tekstiä. Esim. onko neurolepti auttanut psykoosioireisiin ja miten. Jos lääkäri tekee päätöksiä lääkehoidon jatkoista (esim. reseptin uusinta) tämän perusteella, pahimmassa tapauksessa tapaamatta potilasta, ollaan taas hakoteillä..” (31)

Sairaanhoitajien kokemus oli, että haasteellista on eri yksiköissä tapahtuvien lääkitysmuutosten seuranta potilastietojärjestelmästä. Riskitietojen kirjaaminen ja haittatapahtumista raportointi esiintyi vain yhdessä kuvauksessa. Lääkehoidon kokonaisvaltainen kirjaaminen tulee sairaanhoitajien mielestä olla tarkkaa ja huolellista, eikä se heidän mukaansa aina toteudu.

”Potilaan sairaskertomuksessa on kirjattuna riskitietoihin ibuprofeenin aiheuttaneen hengenahdistusta..kuitenkin leikkauksen jälkeen potilaalle oli kirjoitettu sähköinen resepti Burana 600 mg 1 x 1 – 3. Potilasta infotettiin lääkkeen vaarallisuudesta ja turvallinen särkylääke varmistettiin. Tapahtumasta tehtiin HaiPro..” (20)

Lääkätietous

Lääkätietoudessa haasteita osaamiselle löytyi lääkkeiden vaikutuksien ja oikean käytön osalta, sekä lääkeainetietoudessa (Ks. Kuvio 3.). Sairaanhoitajat kuvasivat käyttävänsä tiedonhaussa Pharmaca Fennicaa, mutta

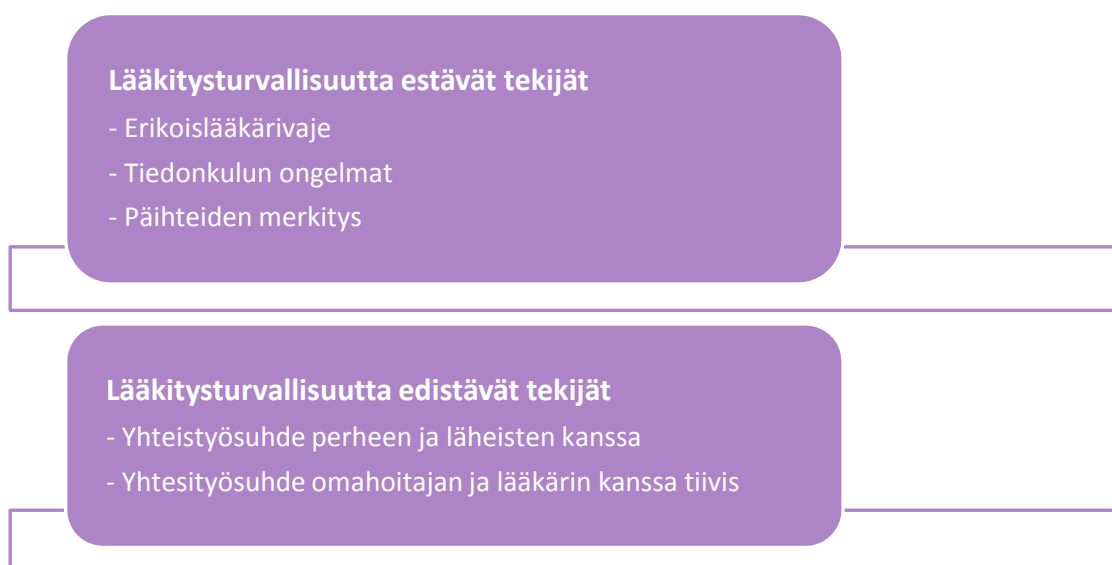
kokivat tarvitsevansa lisäkoulutusta muun muassa psykoosilääkkeistä, niiden vaikutuksista ja haitoista. Kolme hoitajaa pohti lääkitystietouden lisäämisen tarvetta. Lisäksi neljässä kuvauksessa hoitajat kertoivat konsultoineensa kollegaa oman tietonsa vahvistamiseksi.

”Jälkeenpäin jäin miettimään omaa osuuttani tilanteessa. Mietin, että jos itselläni olisi ollut vankempi tietämys neurolepteista olisinko osannut vaatia lääkäriltä asianmukaista lääkitystä aiemmin? Olisiko potilaan oireet helpottuneet, jos olisi varhaisemmassa vaiheessa saanut vahvemman lääkityksen? Toki lääkäri oli vastuussa potilaan lääkehoidosta..” (6)

”..potilas herkästi kouristeli tai joutui sairaalahoitoon uudesta lääkkeestä. Tämä vaati tiivistä ja herkeämätöntä yhteistyötä lääkärin kanssa ja joka ikisellä tapaamisella oli käytävä lääkkeen hyödyt ja haitat läpi, sekä tiivistettävä tapaamisia.” (7)

7.2. Lääkitysturvallisuuteen vaikuttavat merkitykselliset tekijät

Sairaanhoitajien kokemukset tiivistämällä ja yhdistämällä löydettiin turvallista lääkehoitoa estäviä ja edistäviä tekijöitä (Ks. Kuvio 4.). Estävät tekijät muodostuivat kolmesta alaluokasta: erikoislääkärivaje, tiedon kulku ja päihteiden merkitys. Lääkehoitoa edistävät sairaanhoitajien mielestä yhteistyö potilaan perheen ja läheisten kanssa, sekä tiivis yhteistyösuhde omahoitajaan ja -lääkəriin.



Kuvio 4. Alaluokat lääkitysturvallisuutta estävistä ja edistävästä tekijöistä psykiatrisessa avohoitotyössä

Lääkitysturvallisuutta estäviä tekijöitä

Merkittävästi lääkitysturvallisuutta estävät tekijät muodostuivat kolmesta alaluokasta (Ks. Kuvio 5.). Hoitajien kokemusten mukaan lääkitysturvallisuutta estää *psykiatrian lääkärivaje*. Tämä alaluokka muodostui pelkistettyjä ilmauksia yhdistettäessä puhelinkonsultaation mahdollistumiseen ja lääkärin tapaamisen viivästymiseen.

”Konsultoitu psykiatria sekä masennuslääkitykseen että unilääkitykseen liittyen. Lääkitysasiassa ko. psykiatri, tapaamatta potilasta, ehdotti, että potilaalle voisi kokeilla neuroleptilääkitystä pienellä annoksella. Neuroleptilääkitys aloitettiin ja potilas sai siitä erittäin pahat sivuoireet, tuolloin konsultoitu päivystävää psykiatria ja lääkitys lopetettiin..uutta lääkettä ei määrätty tilalle. Sairauden hoito pitkittyi ja lopulta potilas joutui tk:n vuodeosaston kautta psykiatriseen sairaalahoitoon, jossa lääkitys saatiin kuntoon.” (18)

Tiedon kulun ongelmat muodostuivat kolmesta kokonaisuudesta; ristiriitaiset lääkitysohjeet, tiedon kulun ongelmat organisaatiossa ja eri organisaatioiden välillä ja ympäristön vaikutus lääkitykseen. Sairaalasta avohoitoon siirtyessä voi lääkehoidon ohjeistuksen suhteen tulla epäselvyyttä, niin organisaation sisällä, kuin eri organisaation välillä. Ristiriitaisten ohjeiden vuoksi voi lääkehoidon turvallisuus vaarantua.

”Potilaan kotiutuspalaverissa puhuttiin selvällä suomen kielellä hitaasti imeytyvästä lääkkeestä (Seroquel Prolong). Lääkäri päätti kuitenkin palaverin jälkeen kirjoittaa potilaalle lyhytvaikutteista ketiapiinia, ilmeisesti prolongin korkean hinnan vuoksi. Tästä ei puhuttu, eikä ”noheva” avohoidon hoitaja älynnyt tarkistaa tilannetta. Potilas söi siis lyhytvaikutteista lääkettä pitkävaikutteisen ohjeistuksella. Potilaan vointi huononi, ja lopulta vielä avohoidon lääkärikin määräsi ”pitkävaikutteisen lääkityksen” lisäksi lyhytvaikutteista ketiapiinia ahdistusta lievittämään..Pieleen meni ja monessa kohtaa..” (29)

Tiedon kulun ongelmat eri organisaation välillä aiheuttavat hoitajien mukaan lääkehoidon vaarantumista, kun potilaan lääkehoitoa toteutetaan terveyskeskuksessa. Sairaanhoitajien kuvauksista ilmeni, että potilaan ollessa avohoidossa lääkityksenään pitkävaikutteinen injektio, lääkehoito katkeaa, kun hän ei mene pistoskäynnille. Tästä ei tule tietoa psykiatrian avohoitoon.

”Potilas ei mene hakemaan lääkitystään ja tiedonkulun ongelmien vuoksi tieto siitä ei tule psykiatrian poliklinikalle omalle työntekijälle, jonka luona potilas käy harvajaksosessa seurannassa. Jos pkl-seurantaa ei

olisi lainkaan, lääkkeen jääminen huomattaisiin vasta psykoosin puhjetua..” (12)

Sairaanhoitajien mukaan ympäristöstä tulee paljon virheellistä ja puutteellista informaatiota, joka voi vaikuttaa potilaan lääkkeen käyttöön. Myös omaiset tai ystävät voivat vaikuttaa omia kokemuksiaan kertomalla.

”Potilas kertoi käyneensä keskustelupalstalla, jossa joku kertoi tämän lääkkeen olleen kamala myrkky. Tästä syystä potilas ei ollut aloittanut lääkettä. Kävimme yhdessä katsomassa oikeaa tietoa lääkkeestä ja potilas jäi vielä miettimään, aloittaako vai ei.” (5)

Sairaanhoitajat kokivat, että ympäristöstä johtuen voi syntyä väärinkäsityksiä lääkitykseen liittyen. Jos väärinkäsitykset eivät tule ilmi, saattaa turvallisuus lääkeshoidossa vaarantua.

”Farmaseutti oli potilaan mukaan konsultoinut toista farmaseuttia ja nähneet, että lääke on tarkoitettu skitsofrenian hoitoon, olivat suosittelleet lääkkeen sijaan melatoniinia..” (19)

Sairaanhoitajat kokivat, että *potilaan päihteiden ja lääkkeiden väärinkäyttö* on usein este psykiatriseen hoitoon pääsulle. Tämä alakategoria jakautui pelkistettyjä ilmauksia yhdistämällä kahteen kokonaisuuteen: tarkoituksellinen käyttö päihteenä ja päihteiden vaikutukset sairauteen, sekä lääkehoidon. Kahdessa kuvauksessa kerrottiin potilaan käyttävän lääkkeitä väärin tai käyttävän jonkun toisen lääkkeitä. Hoitajien mukaan on tullut esille aivan omia lääkesekoituksia potilaiden kohdalla ja tämä on lopulta selittänyt osaltaan erittäin hankalaa ja vaikeaa oirekuvaa. Erityisen haasteellisia hoitajien mielestä ovat olleet lääkkeiden väärinkäyttäjät, jotka osaavat hakea lääkkeitä monelta taholta, eivätkä tule autetuksi.

”Kävi ilmi, että potilas haki lääkkeitä neljältä eri lääkäriltä, tämän lisäksi hänellä oli alkoholiongelma. Erittäin vaikeaa oli tietää, mistä syytä hänellä oli masennusta, ahdistusta ja paniikkioireita.” (4)

”..kävi ilmi hänen käyttävän erittäin suuria määriä erilaisia kipulääkkeitä, joita hän oli järjestelmällisesti hakenut kipupolilta, XXXX:sta, XXXX:sta ja terveyskeskuksesta. Potilasta ei heti tunnista lääkkeitä väärinkäyttäjäksi, koska on kahden pienen lapsen äiti. Dokumentoin asian ja lähetin Effica-viestin potilaan alueen lääkärille. Lastensuojeluilmoitus.” (10)

Sairaanhoitajien mukaan runsas alkoholin tai muiden päihteiden käyttö saattaa viivästyttää tarpeellisen psykoosilääkityksen aloituksen. Hoitaja turhautuu, kun lääkäri ei kuule potilaan tarvetta sen vuoksi, kun hänellä on ollut tai on päihdeongelma.

”Konsultoin omalääkäriä mahdollisen neuroleptilääkityksen aloittamiseksi, mutta tämä oli sitä mieltä, ettei alkotaustan vuoksi lääkettä aloita. Seuraavalla tapaamisella ptlas edelleen kertoi harhoja olevan ja tuolloin varasimme lääkäriajan ja pyysimme aloittamaan lääkityksen. Lääkäri aloitti pienellä annostuksella neuroleptin, mutta se ei enää tilanteessa auttanut; potilaan vointi paheni ja hän joutui XXX:aan osastohoitoon.”
(6)

Lääkitysturvallisuutta edistäviä tekijöitä

Sairaanhoitajien kokemusten mukaan tärkeää onnistuneessa ja turvallisessa lääkehoiossa on yhteistyö perheen ja läheisten kanssa, sekä tiivis yhteistyösuhde omahoitajaan ja lääkäriin (Ks. Kuvio 5.). Yhteistyö perheen kanssa sisältää perhetapaamiset ja oikean lääkitysinformaation jakamisen potilaan läheisille. Hoitajien kokemus on, että usein lääkehoito mahdollistuu vain, kun omainen huolehtii siitä. Merkittävästi lääkehoiossa lisää se, että lääkärin tai hoitajan tapaamiseen tulee mukaan puoliso tai muu läheinen.

”Olen kohdannut muitakin potilaita, joissa läheinen huolehtii lääkkeiden otosta ”vahtien”. Turvallisuus heikkeni oleellisesti, kun läheistä ei kohdattu, eikä hän saanut riittävää tietoa ja opastusta läheisensä lääkityksestä. Potilas joutui sairaalaan, kun lääkitys ei toteutunut ohjeen mukaan.” (28)

”Potilaan puoliso soitti huolissaan ja kertoi, kuinka vaimo vaan nukkuu päivät pitkät ja on ihan tokkurainen, sitten tietenkin yön valvoo ja pyörii levottomana...potilas on aloittanut lääkärin ohjeen mukaan masennuslääkkeen, joka tulisi ottaa illalla väsyttävän vaikutuksen vuoksi, mutta ottanut sen alusta lähtien aamulla, väärinymmärryksen vuoksi. Ohjeistettu oikeaan ottoaikaan ja tilanne koheni viikon sisällä.” (21)

Yhteistyösuhde potilaan, omahoitajan ja lääkärin välillä tulee olla tiivis, jotta lääkehoiossa jatkuvuus olisi turvattu. Sairaanhoitajien kokemus on, että säännölliset seurantakäynnit tarpeenmukaisella tiheydellä ovat merkittävä tekijä lääkehoiossa jatkuvuudelle. Heidän mielestään potilaan lääkehoiossa tulisi olla hoitajan työparina kokenut lääkäri, jota voisi tarvittaessa no-

peastikin konsultoida. Hoitosuunnitelmatapaamiset turvaavat myös lääkitystä.

”Lääkityksen vaikutuksia seurattiin säännöllisesti viikoittain ja informoitiin lääkäriä tilanteesta, lääkitystä nostettiin myöhemmin tarpeen mukaan. Seuranta jatkuu edelleen ja lääkitystä ehkä vielä nostetaan..” (14)

8 Johtopäätökset ja pohdinta

8.1 Tutkimustulokset

Osaamisen kehittämiseen kannustamisen tulisi olla esimiesten taholta aktiivista, se lisää työssä viihtymistä ja motivoitumista (Pölkki 2012, 3). Sairaanhoitajien mukaan osaaminen turvallisen lääkehoidon toteuttamisessa perustuu pitkälti vuorovaikutustaitoihin. Sairaanhoitajilta saatujen kuvausten ja aiempien tutkimusten perusteella potilaan kohdatuksi tulemisen kokemus on tärkeää yhteistyösuhdetta aloitettaessa ja luottamusta rakennettaessa. (Kilkku 2008, 141 – 142.) Rannikon (2010) mukaan avohoidossa työskentelevät psykiatriset sairaanhoitajat kaipaavat työssään kehittyäkseen ammatillista täydennyskoulutusta liittyen psykiatrisen potilaan auttamistyöhön näyttöön perustuen, sekä koulutusta liittyen organisaatioon ja hallintoon.

Potilasohjaus ja informaation jakaminen korostuivat 22 tilannekuvauksessa. Tutkimusten mukaan potilaan osallistaminen omassa lääkehoidossaan on tuonut onnistuneita tilanteita ja edistänyt turvallisen lääkehoidon toteutumista (Kettunen & Kivinen 2012, 41). Lääkitykseen motivoitumisessa potilaan mukaan ottaminen tasavertaisena lääkehoidon suunnittelussa tuo hoitajien mielestä onnistuneita tuloksia. Tämä mahdollistuu hoitajien mielestä vain, jos potilas saa riittävän ja oikean ohjauksen sairaudesta sekä lääkityksen merkityksestä oireisiin.

Haasteeksi muodostunut *verkostoyhteistyö* vaikuttaa myös lääkehoidon onnistumiseen, sillä hoitajan tulee osata ottaa huomioon kaikki potilaan lääkehoitoon osallistuvat tahot, niiden roolit ja vaikutus. Tässä nousee

esiin omaisten kohtaamisen tärkeys, mutta myös organisaation sisäinen ja organisaatioiden välinen yhteistyö. Lääkärin konsultoinnissa onnistuminen tai epäonnistuminen näkyi seitsemässä eri tilannekuvauksessa. Yhteistyötaitojen lisäksi hoitajalla tulee olla tiedot ja työvälineet, jotka mahdollistavat viestinnän. Mielenterveystyössä sairaanhoitajan tulee hallita yhteistyöosaaminen. (Kilkku 2008, 141 – 142.)

Voinnin seurantaan liittyi haasteina *kokonaisvaltaisen terveydentilan seuranta*, jossa hoitajat kokivat olevan kehittämisen tarvetta. Lääkehoidon onnistumiseksi tulisi perustutkimuksista, kuten laboratorioseurannoista ja verenpaineen sekä painon mittaamisesta, huolehtia. Hoitajan rooli laboratoriotutkimuksien tilaamisessa kaipasi heidän mielestään yhteisiä sopimuksia. Kokonaisvaltainen voinnin seuranta voi ennaltaehkäistä haittoja, mutta voi toimia myös lääkehoitoon motivoivana keinona. *Lääkehoidon vaikuttavuuden seuraaminen* oli hoitajien mielestä perustyötä, mutta tarkasta seurannasta huolimatta he kokivat, ettei kirjaamisesta tule aina huolehdittua riittävän hyvin. Yhteisiin *kirjaamiskäytäntöihin* ja säännöllisiin *kirjaamiskoulutuksiin* tulisi heidän mielestään panostaa. Kirjaamisen merkitys koettiin yhä tärkeämpänä, kun lääkäriytyövoimaa on niin vähän. Teorian mukaan voinnin seurantaan liittyvä osaaminen ja lääkehoidon vaikuttavuuden seuranta ja kirjaus kuuluvat sairaanhoitajan osaamisvaatimukseen, joita tulee kehittää ja varmistaa säännöllisesti. Fyysisen voinnin seuranta tulee toteuttaa ja kirjata. (Sulosaari & Leino-Kilpi 2013, 14 – 16; Happell ym. 2014, 1019).

Sairaanhoitajat kokivat yhtenä osaamisen kehittämisen haasteena *lääketietouden*. Osa hoitajista kaipasi syvempää koulutusta lääkityksestä ja farmakologiasta. Sairaanhoitajan osaamisvaatimukseen kuuluu farmakologian perustietous. Lääkitystietouden kehittämiseen tulisi panostaa tulevaisuudessa erityisenä kehittämisalueena. Potilaan voinnin seuranta tukisi hoitajien kattavampi tietous lääkkeen vaikutusmekanismeista, haitta- ja yhteisvaikutuksista. Erityisesti uusien lääkkeiden kohdalla tulisi hoitajien saada perehdytystä. Tällä hetkellä hoitajia ei informoida uusista lääkkeistä, vaikka he ovat potilaan lääkehoidon vaikuttavuutta seuraavat ammattilai-

set. Tutkimusten mukaan potilaat kaipaavat lääkityksestään ja sairaudestaan tarkempaa tietoa. (Sulosaari & Leino-Kilpi 2013, 14 – 16; Kinnunen 2013, 18.)

Lääkitysturvallisuutta estäviä tekijöitä tuli esiin kolme. *Lääkärin tavoitettavuus* aiheutti huolta potilaan voinnista sairaanhoitajien kuvauksien perusteella liian usein. Tästä syystä 33 kuvauksesta yhdeksässä potilaan lääkitys hoito pitkittyi ja turvallisuus vaarantui aiheuttaen inhimillistä kärsimystä ja/tai sairaalahoitoa. Sairaanhoitajien kokemuksen mukaan lääkitys ei aina pääse alkamaan toivotussa aikataulussa, kun psykiatrin tapaaminen ei toteudu. Puhelinkonsultaatiossa ei aina tule riittävä kuva potilaan oireista ja tilanteen vakavuudesta, kun lääkitykseen ottaa puhelimesta kantaa päivystäjä, joka ei tunne potilasta. Psykiatrian erikoislääkäreitä on Suomessa yhä vähemmän ja tämä vaikeuttaa avohoidon toteutumista (Van der Meer 2013, 387).

Merkittävä turvalliseen lääkelyyn vaikuttava tekijä, jonka hoitajat kokivat ongelmana, oli *tiedonkulun ongelmat* organisaation sisällä tai eri organisaatioiden välillä. Lääkitysmuutokset tai ohjeet eivät aina ole ajan tasalla, jos potilas on välillä sairaalahoitossa. Tämä tiedonkulun ongelma koskee terveyskeskussairaalaosastoja ja psykiatrian osastoja. Tällaisissa tapauksissa potilaan jättäytyessä pois injektioikäynneiltä, tulisi potilasta aktiivisesti tavoitella, jotta lääkely jatkuvuus turvattaisi. Säännöllisen hoitokontaktin puuttuessa potilasta ei kukaan tavoittele. Vaikka kontakti olisikin, voi käydä niin, että tieto ei kulje. Sairaanhoitajien kokemuksen mukaan usein käy niin, että potilaan vointi huononee ja hän joutuu jossain vaiheessa sairaalahoitoon. Hoidon jatkuvuuden turvaaminen perustuu organisaatioiden välisissä siirroissa palautteiden ja kirjausten antamiin tietoihin, joiden tulee olla perusteelliset ja hyvät. (Mäntyselkä 2012, 1524 – 1525.)

Päihteiden käyttö ja lääkkeiden tahallinen väärinkäyttö aiheuttavat haittaa potilaan lääkelyssä. Päihteiden käyttö lisää mielialaoireita, vaikeuttaa masennusta ja voi laukaista psykoosin. Potilaan niin sanottu päihdehistoria voi vaikeuttaa hoitoon pääsyä, viivästyttää sitä ja vaikuttaa myös lääkely-

don aloittamiseen ja onnistumiseen. Tutkimusten mukaan merkittäväällä osalla masennuspotilaista on runsasta päihteiden käyttöä. Tämä lisää sairauden oireita ja vaikeuttaa potilaan hoitoa ja lääkityksen vaikuttavuuden seuranataa. (Melartin ym. 2010, 169.)

8.2. Tutkimuksen luotettavuus ja eettisyys

Laadullisen tutkimuksen luotettavuuden arviointi ilman yksiselitteisiä ohjeita on vaikeaa ja tämänkin opinnäytteenä tehdyn tutkimuksen luotettavuuden pohtiminen oli haasteellista (Tuomi & Sarajärvi 2009, 140 – 141). Kohderyhmä (N=78) koostui psykiatrissa avohoitotyötä tekevästä sairaanhoitajista, joiden henkilökohtaisia kokemuksia tilanteista lääkehoidossa pyydettiin. Saatu aineisto edusti hyvin psykiatrisen avohoitotyön kenttää. Vastausprosentin (21,79 %) olisi toivonut olevan suurempi, mutta luotettavuutta lisäsi vastaajien tehtävään paneutuminen, sillä kuvauksia heiltä saatiin 33 kpl. Laadullisessa tutkimuksessa ei tavoiteltu aineiston suurta määrää, tavoitteena oli löytää ymmärrystä tutkimuskohteeseen. (Hirsjärvi ym. 2009, 181.) Huomioitavaa on myös, että kaikkia kohderyhmään kuuluvia sairaanhoitajia kysely ei tavoittanut, sillä osa heistä oli aineiston keruun aikana poissa töistä opintovapaan, vanhempainvapaan tai vuorotteluvapaan vuoksi.

Aineistoa analysoidessa tuli tutkijan olla johdonmukainen muodostaessa pelkistettyjä ilmauksia vastauksista. Luokkia muodostaessa tuli osata yhdistää samankaltaisuudet pelkistetyistä ilmauksista. Tätä analyysin vaihetta tuki tutkijan oma kokemus psykiatrisesta avohoitotyöstä, mutta toisaalta oma kokemus loi lisäpainetta eettisyyttä pohtiessa. Analyysin ja tulosten luotettavuutta lisäsivät sairaanhoitajien tilannekuvauksista poimitut suorat lainaukset asiayhteyksissään huomioiden, ettei lainauksista voinut tunnistaa vastaajaa tai muita esimerkkitalanteeseen liittyviä tahoja.

Tulokset ovat yhteneviä aiempiin tutkimuksiin nähden, joten ne eivät ole sattumanvaraisia (Hirsjärvi ym. 2009, 231 - 232.) Kirjallisuus tukee tutkimuksen tuloksia potilaan kohtaamisen merkityksestä lääkehoitoon sitou-

tumisessa (Kilkku 2008, 141 – 142). Tutkimuksen eettiset kysymykset liittyivät osallistujien vapaaehtoiseen sitoutumiseen ja vastaajien tunnistamiseen. Aineisto säilytettiin tutkimuksen ajan niin, ettei aineistoon päässeet tutustumaan ulkopuoliset. (Kuula 2011, 89.) Vastausten käsittely ja tulosten soveltaminen on eettinen kysymys, johon tutkimuksen analyysissä ja johtopäätöksissä piti keskittyä. Tutkijan oli kohderyhmään kuuluvana sairaanhoitajana pysähdyttävä analyysissä rajaamaan tarkasti omat mielipiteet ja kokemukset pois keskittyen pelkästään käsillä olevan aineistoon. Eettisyyden mukaisesti tutkimuksessa on pyritty tarkoin noudattamaan hyviä tieteellisiä käytäntöjä. (Hirsjärvi ym. 2009, 231 – 232.)

8.3 Johtopäätökset ja jatkotutkimusehdotukset

Potilaan ja omaisten kohtaamisen merkitys nousi tuloksissa merkittävänä tekijänä esiin. Ohjausosaamista tulee kehittää ja siihen on Keski-Suomen sairaanhoitopiirissä viime vuosina panostettu. Tulosten valossa olisi hyödyllistä selvittää tarkemmin sairaanhoitajien farmakologiaan liittyviä tietoja. Olisi hyvä selvittää tarkemmin, millaista tietämystä he tarvitsisivat työssään lisää ja mikä olisi osaamisen kehittämismenetelmä, joka tarpeeseen voisi vastata. Lääkehoidon LOVE – verkkokurssi ei ole keskustelujen mukaan psykiatrian alueella antanut riittävästi lääkehoidon koulutusta. LOVen PSYK -osioon tutustuneita ja sen suorittaneita sairaanhoitajia on ollut tähän saakka vähäinen määrä. Tämä olisi olla tapa lisätä lääketietoutta. Yksi keino lääketietouden kehittämiseen ja lisäämiseen voisivat olla yhdessä lääkäreiden pidetyt osastotunnit säännöllisin väliajoin toteutettuna. Jokaisessa yksikössä tulisi mielestäni olla lääkehoitovastaava, jolla tulisi olla aikaa syvemmin perehtyä lääketietouteen ja farmakologiaa. Sairaanhoitajien erikoispätevytyminen psykiatrian puolella kouluttautumalla rajattuun lääkkeenmääräämiseen voi olla jatkossa yksi tekijä lääketietouden lisäämiseksi.

Tiedonkulkuun liittyvien ongelmien selvittäminen ja tiedonkulun kehittäminen olisi merkittävä lääkitysturvallisuutta parantava tekijä. Yhteistyötä perusterveydenhuollon kanssa tulisi tiivistää esimerkiksi kehittämällä erikois-

alojen ja terveyskeskuksen yhteinen viestintävastaavien verkosto, joiden tehtävänä olisi tarttua tiedon kulussa esiin tuleviin puutteisiin.

Tutkijaa jäi kiinnostamaan kirjaus- ja raportointikäytäntöihin liittyvät ongelmat ja siinä erityisesti lääkehoidon vaikuttavuuden kirjaamiseen liittyvät puutteellisuudet. Kirjaamiskäytänteiden yhtenäistämällä olisi mahdollista saada merkittävä korjaus lääkehoidon vaikuttavuuden seurannan kirjaamispuutteisiin ja sitä kautta yksi turvallisuuteen vaikuttava riskitekijä poistuisi.

Lähteet

- Alkoholiongelman hoito (online) Käypä hoito – suositus. 2011. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Päihdelääketieteen yhdistyksen asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim, 2011 viitattu 20.9.2013). Saatavilla internetissä osoitteessa www.kaypahoito.fi.
- Anttila, M. 2012. Adoption of information technology based patient education in psychiatric nursing. University of Turku.
- Enlund, H., Kastarinen, H. & Hämeen-Anttila, K. 2013. Potilas päättää lääkkeenotosta. Duodecim 129(6), 659 – 665.
- Eskola, J. & Suoranta, J. 2005. Johdatus laadulliseen tutkimukseen. Jyväskylä: Gummerus Oy.
- Fivars, G. & Fitzpatrick, R. 2001. The critical incident technique bibliography. American Psychological Association. Viitattu 14.4.2014. <http://www.apa.org/pubs/databases/psycinfo/critical.aspx>
- Fimea. 2010. läkkäiden lääkityksen tietokanta. Viitattu 3.4.2013. http://www.fimea.fi/download/16600_lakkaiden_laaketietokanta_final.pdf
- Friberg, L., Hertzberg, T. & Mäkelä, S. 2011. Psykkisesti sairaan äidin ja vauvan yhteinen hoito on laiminlyöty. Duodecim 127(6), 517 – 519.
- Happell, B., Platania-Phung, C. & Scott, D. 2014. Proposed nurse-led initiatives in improving physical health of people with serious mental illness: a survey of nurse in mental health. Journal of Clinical Nursing. 23(7/8). 1018 – 1029.
- Hietala, J. & Leinonen, E. 2011. Mielialahäiriöt. Teoksessa Kliininen farmakologia ja lääkehoito. Neuvonen, P., Backman, J., Himberg, J., Huupponen, R., Keränen, T. & Kivistö, K. (toim.). 2.painos. Helsinki: Kandidaattikustannus Oy.
- Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2009. Tutki ja kirjoita. 15. uud.p. Helsinki: Tammi.
- Honkalampi, K., Rajala, K., Pajula, J. & Saarinen, P. 2012. Seitsemäsosa psykiatrisen avohoidon vastaanottoajoista jää käyttämättä. Suomen lääkärilehti. Vol. 67, 607 – 610.
- Huttunen, M.O. 2008. Lääkkeet mielen hoidossa. 2. uud.p. Keuruu: Otava.
- Huttunen, P. 2013. Hoitotyön johtamisosaaminen ja tulevaisuuden osaamishaasteet erikoissairaanhoidossa. Pro gradu – tutkielma. Itä-Suomen yliopisto. Hoitotieteen laitos.

Janhonen, S. & Nikkonen, M. (toim.) 2003. Laadulliset tutkimusmenetelmät hoitotieteessä. 2. uud.p. Juva: WSOY.

Jokisalo, E. 2005. Hoitomyöntyvyys ja potilaiden kokemat ongelmat verenpainetaudin hoidossa. Väitöstutkimus. Kuopion yliopisto. Farmaseuttinen tiedekunta.

Kaartinen, M. 2011. Vakavien mielenterveyshäiriöiden hoidon toteutumisen Helsingissä vuosina 2008- 2009. Pro gradu -tutkielma. Helsingin yliopisto. Lääketieteellinen tiedekunta.

Kanerva, A. 2004. Pelon merkitys sairaanhoidon opiskelijoiden hoitamaan oppimisessa. Kuopion yliopisto. Hoitotieteen laitos.

Kankaanpää, S. 2013. Opioidikorvaushoito toipumisprosessin välivaiheena. Pro gradu – tutkielma. Helsingin yliopisto. Valtiotieteellinen tiedekunta.

Keski-Suomen sairaanhoitopiiri. 2006. Henkilöstöohjelma. Viitattu 13.8.2013.

<http://www.ksshp.fi/Public/default.aspx?contentid=2706&nodeid=24856>

Keski-Suomen sairaanhoitopiiri. 2011. Sairaanhoitopiirin strategia. Viitattu 13.8.2013.

<http://www.ksshp.fi/Public/default.aspx?contentid=2705&nodeid=24993>

Keski-Suomen sairaanhoitopiiri. 2013. Lääkehoitosuunnitelmat. Viitattu 10.10.2013.

<https://uusi.medikes.fi/public/default.aspx?contentid=18618&nodeid=6431&templateid=-1>

Kettunen, T. & Kivinen, T. 2012. Osallisuus hoitotyön kehittämisen suunnannäyttäjänä. Tutkiva Hoitotyö. 10, 4, 40 – 42.

Kilkku, N. 2008. Potilasopetus ensipsykoosipotilaan hoidossa. Substantiivinen teoria luottamuksen uudelleen rakentumisesta. Tampereen yliopisto. Hoitotieteen laitos.

Kinnunen, A. 2013. Potilaiden arviointeja psykiatrisen hoidon laadusta. Pro gradu-tutkielma. Itä-Suomen yliopisto. Hoitotieteen laitos.

Kivelä, S-L. & Räihä, I. 2007. Iäkkäiden lääkehoito. Helsinki: Edita Prima Oy.

Kivinen, T. 2008. Tiedon ja osaamisen johtaminen terveydenhuollon organisaatioissa. Väitöstutkimus. Yhteiskuntatieteellinen tiedekunta. Kuopion yliopisto.

Koponen, H. & Salokangas, R. Psykoottiset tilat. Teoksessa Kliininen farmakologia ja lääkehoito. Neuvonen, P., Backman, J., Himberg, J., Huupponen, R., Keränen, T. & Kivistö, K. (toim.). 2.painos. Helsinki: Kandidaattikustannus Oy.

Korkeila, J. 2011. Psykiatristen hoitojärjestelmien kansainvälinen vertailu – onko sillä antia Suomelle? Suomen lääkäri-lehti. Vol. 36, 2591 – 2597.

Koski, S. 2008. Kehityskeskustelu hoitotyön johtamisen apuvälineenä. Pro gradu. Tampereen yliopisto. Hoitotieteen laitos.

Koskinen, T., Puirava, A., Salimäki, J., Puirava, P. & Ojala, R. 2012. Lääketietoa ammattilaisille. Helsinki: Sanoma Pro Oy.

Kotila, J. 2012. Vertaisarviointi osaamisen kehittämisen menetelmänä. Pro gradu – tutkielma. Itä-Suomen yliopisto. Hoitotieteen laitos.

Kuula, A. 2011. Tutkimusetiikka. Aineistojen hankinta, käyttö ja säilytys. 2.uud.painos. Tampere: Vastapaino.

Laine, K. 2005. Lääkkeiden yhteisvaikutukset. 4. painos. Helsinki: Tammi.

L 14.12.1990/1116. Mielenterveyslaki. Viitattu 1.6.2013.
<http://www.finlex.fi>, ajantasainen lainsäädäntö

L 30.12.2010/1326. Terveysturvallisuuslaki. Viitattu 5.9.2013.
<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2010/20101326?search%5Btype%5D=pika&search%5Bpika%5D=L%C3%84HETE%20erikoissairaanhoidon#highlight2>

Lammintakanen, J., Kivinen, T. & Kinnunen, J. 2008. Humanresource development in nursing: views of nurse managers and nursing staff. Journal of Nursing Management. 2008, vol.16, 556 – 564.

Malm, H., Vähäkangas, K., Enkovaara, A-L & Pelkonen, O. 2008. Lääkkeet raskauden ja imetyksen aikana. Helsinki: Edita Prima Oy.

Melartin, T., Kuosmanen, L. & Riihimäki, K. 2010. Tosi mies ei masennu? Suomen lääkäri-lehti. Vol. 65(3), 169 – 173.

Metsämuuronen, J. 2008. Laadullisen tutkimuksen perusteet. 3.uud.p. Jyväskylä: Gummerus kirjapaino Oy.

Mäntyselkä, P. 2012. Tiedonkulku hoitoketjun elämänlankana: Kollega, palautteesi on tärkeä. Duodecim. Vol. 128 (15), 1524-1525.

Neuvonen, P.J. 2013. Vakavien lääkehaittojen ja vaarallisten lääkeinteraktioiden ennakointi ja ehkäisy. Duodecim. Vol. 129(1), 22–30.

Orava, M. & Kyngäs, H. 2012. Puhelinohjaus hoitotyön menetelmänä: systemaattinen kirjallisuuskatsaus. Osa II: Proaktiivinen puhelinohjaus. Hoitotiede. Vol. 24, 232 – 243.

Peltonen, E. 2010. Perusterveydenhuollon vastaanotto toiminnan organisointi henkilöstön työnjakoa uudistamalla. Pro Terveys 38, 6 - 8.

- Pietilä, N. 2005. Kehityskeskustelu sairaanhoitajan työssä oppimisen tukijana. Pro gradu. Tampereen yliopisto. Hoitotieteen laitos.
- Pirkola, S., Heikman, P., Vormaa, H. ja Turtiainen, S. 2007. Opioidikorvaushoito päihdepsykiatriassa. Duodecim. Vol. 123(16), 1973–1981.
- Priha, H. 2013. Kohti avohoitokeskeistä psykiatria Keski-Suomessa. Luento 21.5.2013. Keski-Suomen sairaanhoitopiiri. Jyväskylä.
- Puirava, P. 2012. Onnistuneen lääkehoidon kulmakivet. Teoksessa Koskinen, T., Puirava, A., Salimäki, J., Puirava, P. & Ojala, R. Lääketietoa ammattilaisille. Helsinki: Sanoma Pro Oy. 46 – 49.
- Pölkki, T. 2012. Ammatillinen osaaminen ja potilaiden osallisuuden vahvistaminen. Tutkiva Hoitotyö. 1,12, 3 - 4.
- Rannikko, V. 2010. Psykiatristen sairaanhoitajien täydennyskoulutustarve. Pro gradu. Turun yliopisto. Hoitotieteen laitos.
- Romppanen, M. 2011. Hoitotyön opiskelijoiden merkitykselliset hoitamisen kokemukset ja niistä oppiminen kliinisessä oppimisympäristössä. Väitöskirja. Itä-Suomen yliopisto. Terveystieteiden tiedekunta. Hoitotieteen laitos.
- Saano, S. & Taam-Ukkonen, M. 2013b. Lääkehoidon osaamisen ylläpitäminen ja varmistaminen työelämässä. Teoksessa Sairaanhoitajan vuosikirja 2013. Toim. I. Ranta. Suomen sairaanhoitajaliitto ry. Keuruu: Otava. 27 – 35.
- Salminen, S. 2011. Self-evaluation by nurses and student nurses of the efficacy of web-based medication course. Master`s thesis. University of Tampere. Department of Nursing Science.
- Salminen, H. & Miettinen, M. 2012. Ammatillisen osaamisen kehittäminen – ikääntyvien ja nuorien hoitajien näkökulma. Tutkiva Hoitotyö. 1,12, 4 – 12.
- Skitsofrenia (online) Käypä Hoito- suositus 2013. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Psykiatriyhdistys ry:n asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen lääkäri-seura Duodecim, 2011 (viitattu 20.9.2013). Saatavilla internetissä osoitteessa <http://www.kaypahoito.fi>.
- Sosiaali- ja terveysministeriö. 2008. Terveystieteiden vaaratapahtumien raportointijärjestelmän käyttöönotto. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2008:16, 27 – 34.
- Sosiaali- ja terveysministeriö. 2011. Lääkepolitiikka 2020. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisu 2011: 2.
- Sulosaari, V. & Leino-Kilpi, H. 2013. Mitä on lääkehoidon osaaminen? Teoksessa Sairaanhoitajan vuosikirja 2013. Toim. I. Ranta. Suomen sairaanhoitajaliitto ry. Keuruu: Otava. 13 – 17.

Sulosaari, V. & Tyrväinen, H. 2013. Lääkehoidon opetus. Teoksessa Sairaanhoidajan vuosikirja 2013. Toim. I. Ranta. Suomen sairaanhoitajaliitto ry. Keuruu: Otava. 18 – 26.

Sydänmaanlakka, P. 2001. Älykäs organisaatio. Tiedon, osaamisen ja suorituksen johtaminen. Jyväskylä: Gummerus Oy.

Terveyden- ja hyvinvoinninlaitos. 2011. Psykiatrinen erikoissairaanhoito. Viitattu 1.8.2013.
http://www.thl.fi/fi_FI/web/fi/tilastot/aiheittain/erikoissairaanhoito/psykiatrinen

Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2009. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Jyväskylä: Gummerus Oy.

Turunen, E. 2012. Sairaalan potilasturvallisuuskulttuuri sairaanhoitajien arvioimana. Pro gradu – tutkielma. Itä-Suomen yliopisto. Terveystieteiden tiedekunta. Hoitotieteen laitos.

Uusi-Oukari, M. 2007. Riippuvuus ja väärinkäyttö. Teoksessa: Koulu, Tuomisto. Farmakologia ja toksikologia. 7.painos. Medicina Oy.
http://www.medicina.fi/index.php?option=com_content&view=article&id=95&Itemid=78

Van der Meer, M. 2013. Psykiatria vaatii kokonaisvaltaista kohtaamista. Suomen Lääkärilehti. Vol. 68(6), 386 – 387.

Veräjänkorva, O., Paltta, H. & Erkko, P. 2008. Tavoitteena turvallinen lääkehoito. Viitattu 9.3.2013.
http://www.sairaanhoitajaliitto.fi/ammattilliset_urapalvelut/julkaisut/sairaanhoitaja-lehti/2_2008/ajankohtaiskirjoitus/tavoitteena_turvallinen_laakehoi/

Viitala, R. 2005. Johda osaamista: osaamisen johtaminen teoriasta käytäntöön. Helsinki. Infor.

LIITE 1.

Hyvä sairaanhoitaja!

Olen sh Tuija Noronen Keski-Suomen sairaanhoitopiirin aikuispsykiatrian avohoidosta ja suoritan Jyväskylän ammattikorkeakoulussa ylempää ammattikorkeakoulututkintoa johtamisen ja kehittämisen koulutusohjelmassa. Opintoihini liittyen teen opinnäytetyöni sairaanhoitajan lääkehoidon osaamisesta psykiatrisessa avohoitotyössä. Toimeksiantaja on Keski-Suomen sairaanhoitopiiri. Ohjaajina toimeksiantajan puolelta toimii kliinisen hoitotyön asiantuntija TtM Anne Kanerva ja oppilaitoksen puolelta lehtori TtM Hannele Tyrväinen ja asiantuntija TtT Johanna Heikkilä.

Opinnäytetyöni tavoitteena on **psykiatrisen avohoitopotilaan turvallisen lääkehoidon edistäminen**. Tarkoitus on teiltä kerätyn aineiston avulla selvittää, millaisia lääkehoidon osaamisen haasteita työssänne kohtaatte. Merkityksellisiä ja kriittisiä tilanteita pohtimalla on mahdollista varautua vaara- ja riskitapahtumiin. Myös osaamisen kehittämistarpeita voidaan pohtia tilanteista nousevien teemojen kautta.

Kohderyhmänä ovat kaikki vuoden 2012 aikana lääkehoidon osaamisen näytöissä käyneet aikuispsykiatrian avohoidossa työskentelevät sairaanhoitajat (N=78), jotka kirje tavoittaa. Osallistuminen on **vapaaehtoista**, vastaaminen tapahtuu **nimettömänä** ja **työajalla**. Aineisto säilytetään niin, että vain minä voin sitä käsitellä ja lukea. Tutkimusraportin valmistuttua aineisto hävitetään asianmukaisesti.

Voit palauttaa lomakkeen täytettynä sähköisesti, jolloin liitetiedosto tulostetaan muiden joukkoon ilman vastaajan tunnistetietoja. Vastaukset voit myös palauttaa sisäpostissa alla olevaan osoitteeseen.

Terveisin,

Tuija Noronen

Psykiatrian akuuttityöryhmä

Matarankatu 6 B

40100 Jyväskylä

tuija.noronen@ksshp.fi

Työpuh.0400-542080

LIITE 2.

Kysymys:

Pohdi merkityksellisiksi kokemiasi tilanteita psykiatrisen avohoitopotilaan lääkehoidossa.

Ne voivat olla positiivisia tilanteita, joissa on syntynyt onnistumisen kokemuksia ja turvallinen lääkehoito on toteutunut.

Ne voivat olla tilanteita, joissa olet kokenut turvallisen lääkehoidon vaarantuvan potilaan kohdalla.

Kuvaile tilanne mahdollisimman tarkasti ja yksityiskohtaisesti.

1. Tilanne

2. Tilanne

3. Tilanne:

Voit käyttää lisätilaa tarvitsemasi määrän..