

Oona Kurikka

Riikka Rojo

Elina Siitonen

IÄKKÄIDEN TURVALLINEN PSYYKEN- LÄÄKKEIDEN KÄYTTÖ

Tarkistuslista Aapelin hoivakodin henkilökunnalle

Opinnäytetyö
Sairaanhoidajakoulutus

2018



**Kaakkois-Suomen
ammattikorkeakoulu**

Tekijä/Tekijät	Tutkinto	Aika
Oona Kurikka Riikka Rojo Elina Siitonen	Sairaanhoitaja (AMK)	Maaliskuu 2018
Opinnäytetyön nimi		68 sivua 7 liitesivua
Iäkkäiden turvallinen psyykenlääkkeiden käyttö – Tarkistuslista Aapelin hoivakodin henkilökunnalle		
Toimeksiantaja		
Attendo Aapeli hoivakoti		
Ohjaaja		
Helena Mikkonen		
Tiivistelmä		
<p>Tutkimustulokset osoittavat, että lähes kaikki laitoshoidossa asuvat iäkkäät käyttävät vähintään yhtä psyykenlääkkeisiin lukeutuvaa lääkettä. Psyykenlääkkeet ovat toiseksi yleisin iäkkäillä käytetty lääkeryhmä. Vaikka psyykenlääkkeiden käyttö on yleistä, ovat iäkkäät erittäin alttiita psyykenlääkkeiden aiheuttamille haittavaikutuksille. Myös iäkkäiden monilääkitys tuottaa haasteita turvalliselle psyykenlääkkeiden käytölle. Tärkeää on tuntea iäkkäille sopivat ja sopimattomat lääkeaineet.</p> <p>Opinnäytetyön tavoitteena on kehittää iäkkäiden turvallista psyykenlääkkeiden käyttöä. Opinnäytetyön tuotekehitysprosessin tavoitteena on laatia tarkistuslista psyykenlääkkeiden käytön erityispiirteistä iäkkäiden lääkehoidossa. Tarkistuslista on tuotettu yhteistyössä Aapelin hoivakodin henkilökunnan kanssa. Tarkistuslistasta sekä sairaanhoitajat että lähihoitajat pystyvät tarkistamaan helposti ja nopeasti eri lääkeaineiden haittavaikutukset sekä lääkkeen soveltuvuuden iäkkäille. Tarkistuslistan pohjalta toteutettiin osastotunti hoivakodin henkilökunnalle, jossa päivitettiin hoitajien tietotaitoa psyykenlääkkeistä iäkkäiden lääkehoidossa ja ohjattiin tarkistuslistan käyttöä.</p> <p>Kaksipuoleiseen tarkistuslistaan on koottu tiedot iäkkäille sopimattomista psyykenlääkkeistä ja niiden aiheuttamista haittavaikutuksista sekä iäkkäille suositeltavista psyykenlääkkeistä ja muista erityistilanteista psyykenlääkkeiden käytössä. Hoivakodin henkilökunnalta saadun palautteen perusteella tarkistuslista koettiin hyväksi ja selkeäksi. Tarkistuslistan avulla koettiin pystyvän helposti ja nopeasti tarkistamaan esimerkiksi lääkkeiden haittavaikutukset ja niiden sopivuus iäkkäille.</p> <p>Tulevaisuudessa tarkistuslistan ideaa voisi kehittää esimerkiksi oppaan muotoon, jossa käsiteltäisiin tarkemmin psyykenlääkkeiden sopivuutta iäkkäille sekä niiden aiheuttamia haittavaikutuksia. Jatkotutkimusaiheena voisi myös tutkia miten tarkistuslista toimii käytännön hoitotyössä ja miten henkilökunta sitä hyödyntää. Tarkistuslistan päivittäminen uuden tiedon ja lääkeaineiden kehittymisen myötä voi myös olla tarpeen tulevaisuudessa.</p>		
Asiasanat		
psyykenlääkkeet, iäkäs, turvallinen käyttö, lääkehoito, tarkistuslista		

Author (authors)	Degree	Time
Oona Kurikka Riikka Rojo Elina Siitonen	Bachelor of Health care, nursing	March 2018
Thesis title Safe use of psychopharmaceutical drugs in elderly – checklist for staff of nursing home Aapeli		68 pages 7 pages of appendices
Commissioned by Attendo Aapeli nursing home		
Supervisor Helena Mikkonen		
<p data-bbox="164 869 1441 1088">Abstract</p> <p data-bbox="164 869 1441 1088">Research results indicate that almost all of the elderly in institutional care use at least one psychopharmaceutical drug. This type of medicine are the second most commonly used drug among the elderly. Although it is common to use psychotropic medicines among the elderly, they are very vulnerable for the side effects that these medicines cause. Also polymedication on the elderly cause challenges for the safe use of psychotropic drugs. That is why it is important to recognize suitable and unsuitable medicament for them.</p> <p data-bbox="164 1126 1465 1417">The objective of the thesis was to educate the safe use of psychopharmaceutical drugs in elderly. The product development of the thesis is a checklist from the characteristics of psychotropic drug use in elderly people pharmacotherapy. The checklist has been produced in collaboration with the nursing home staff. Both nurses and practical nurses can easily and quickly check side effects of different drugs and the suitability of the drug for the elderly from the checklist. On the basis of the checklist we arranged education for the nursing staff to update their knowledge about the use of psycho-pharmaceutical drugs in elderly and guided on the use of the checklist.</p> <p data-bbox="164 1456 1465 1675">The two-sided checklist contains suitable psychotropic drugs for elderly and side effects caused by them as well as unsuitable psychotropic drugs and other important matters to consider. The overall feedback from the nursing staff was good. Based on the feedback the checklist was considered usable and distinct. According to nursing staff it was easy and fast to check out, for example the side effects of medicines and their suitability for elderly from the checklist.</p> <p data-bbox="164 1713 1449 1899">In future the idea of the checklist could be further processed, for example as guidebook, which could be more detailed about the suitability of psychotropic drugs for the elderly and side effects they cause. A suggestion for further study could be how the checklist works in practical care work and how the staff utilizes it. Updating the checklist with the new information and development of medicament may also be necessary in the future.</p>		
<p data-bbox="164 1933 323 1973">Keywords</p> <p data-bbox="164 2007 1217 2040">psychopharmaceutical drugs, aged, safe use, pharmacotherapy, checklist</p>		

SISÄLLYS

1	JOHDANTO.....	6
2	IÄKKÄIDEN ASUMISPALVELUYKSIKÖ HOIVAKOTI AAPOLI	7
3	IÄKÄS IHMINEN TEHOSTETUSSA PALVELUASUMISESSA.....	8
3.1	Iäkäs ihminen.....	8
3.2	Tehostettu palveluasuminen	9
4	IÄKKÄÄN LÄÄKEHOITO JA SIIHEN VAIKUTTAVAT TEKIJÄT	10
4.1	Lääkehoitoprosessi.....	10
4.2	Farmakokinetiikka iäkkäällä	13
4.3	Farmakodynamiikka iäkkäällä.....	16
4.4	Lääkeaineiden yhteisvaikutukset	18
5	PSYYKENLÄÄKKEET JA NIIDEN TURVALLINEN KÄYTTÖ	20
5.1	Psykoosilääkkeet	21
5.2	Masennuslääkkeet.....	24
5.3	Mielialantasajajat.....	28
5.4	Ahdistuslääkkeet.....	31
5.5	Uni- ja nukauttamislääkkeet.....	33
5.6	Psykykenlääkkeiden turvalliseen käyttöön vaikuttavat tekijät	36
6	OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS JA TAVOITE	38
7	TARKISTUSLISTA TUOTEKEHITYSPROSESSINA.....	39
7.1	Tuotekehitysprosessi.....	39
7.2	Tarkistuslista.....	40
7.3	Kehittämistarpeen tunnistaminen.....	40
7.4	Ideavaihe	41
7.5	Luonnosteluvaihe.....	42
7.6	Tuotteen kehittämisvaihe	46
7.7	Viimeistelyvaihe	50
8	POHDINTA.....	53

8.1	Eettisyys ja luotettavuus	53
8.2	Opinnäytetyöprosessin tarkastelua.....	55
8.3	Opinnäytetyön arviointi ja merkitys	57
8.4	Jatkotutkimusaiheet.....	58
8.5	Tekijänoikeudet.....	58
	LÄHTEET	60

KUVALUETTELO

LIITTEET

Liite 1. Saatekirje tarkistuslistan koekäytöstä

Liite 2. Palautekysely tarkistuslistasta

Liite 3. Tutkimustaulukko

Liite 4. Tarkistuslista psyykenlääkkeiden käytön erityispiirteistä iäkkäillä

1 JOHDANTO

Opinnäytetyön aihe valikoitui Aapelin hoivakodin henkilökunnan tarpeesta saada ajantasaista tietoa ikäihmisten turvallisesta psyykenlääkkeiden käytöstä. Hoivakoti Aapeli tarjoaa ympärivuorokautista hoivaa savonlinalaisille iäkkäille, joiden itsenäinen asuminen ei ole enää mahdollista (Attendo hoivakoti Aapeli 2017).

Aihe on ajankohtainen, koska iäkkäiden määrä kasvaa entisestään. Vuonna 2011 väestöstä 5 % oli 80 vuotta täyttäneitä. Määrän on ennustettu olevan vuonna 2045 11 % koko väestöstä, joten myös iäkkäiden palvelujen tarve ja palveluasumisen tarve tulee kasvamaan. (Heikkinen ym. 2013, 32). Palveluasumisella tarkoitetaan tuettua asumista palveluasumisyksikössä sekä siellä tarjottuja hoito-, hoiva- ja tukipalveluja. Tavallista palveluasumista iäkäs saa, kun hänen toimintakyvyssään on pitkäaikainen vaje ja hän tarvitsee päivittäisistä toiminnoista selviytyäkseen yhden tai kahden hoitajan avun. Hoivan tarve ei kuitenkaan ole ympärivuorokautista. Tehostetun palveluasumisen paikan iäkäs saa, kun hänen toimintakykynsä on pitkäaikaisesti heikentynyt, hänellä on keskivaikkea tai vaikea muistisairaus ja hän tarvitsee ympäri vuorokauden yhden tai kahden hoitajan avun päivittäisistä toiminnoista selviytyäkseen. (Asumispalvelut ja laitoshoido 2017.) Tehostetun palveluasumisen piirissä 75 vuotta täyttäneistä oli vuonna 2016 7,3 % muusta vastaavan ikäisestä väestöstä (Tilasto ja indikaattoripankki Sotkanet 2005 - 2018).

Omien kokemustemme perusteella laitoshoidossa olevien iäkkäiden hoidossa käytetään paljon psyykenlääkkeitä. Myös aikaisemmat tutkimustulokset osoittavat, että lähes kaikki laitoshoidossa asuvat iäkkäät käyttävät vähintään yhtä psyykenlääkkeisiin lukeutuvaa lääkettä (Hartikainen 2007). Verrattuna muihin Pohjoismaihin on Suomessa iäkkäiden psyykenlääkkeiden käyttö yleisempää, ja ne ovat toiseksi yleisin iäkkäillä käytetty lääkeaineryhmä. Huomattavaa on, että iäkkäät ovat alttiimpia psyykenlääkkeiden aiheuttamille haittavaikutuksille ja siksi olisi tärkeää tuntea iäkkäille sopimattomat tai tehottomat lääkkeet. (Kuhanen ym. 2014, 293.)

Opinnäytetyön tavoitteena on kehittää iäkkäiden turvallista psyykenlääkkeiden käyttöä. Tarkoituksena on pitää aiheesta osastotunti Aapelin hoivakodin hoitohenkilökunnalle ja tuottaa tarkistuslista psyykenlääkkeiden käytön erityispiirteistä iäkkäiden lääkehoidossa hoitohenkilökunnan hyödynnettäväksi.

2 IÄKKÄIDEN ASUMISPALVELUYKSIKKÖ HOIVAKOTI AAPELI

Aapelin hoivakoti on Savonlinnassa sijaitseva ympärivuorokautista hoivaa tarjoava yksikkö, joka kuuluu Attendo Oy:n alaisuuteen. Hoivakoti on kohdennettu ikäihmisille, joiden itsenäinen elämä ei enää ole mahdollista. Aapelin tavoitteena on tarjota asukkailleen kodinomainen ja turvallinen elinympäristö, hyvä hoito heidän elämänsä loppupuolella ja innostaa asukkaita elämään. Jokaiselle asukkaalle nimetään hoitosuhteen alkuvaiheessa omahoitaja, jonka kanssa laaditaan yksilöllinen hoito- ja palvelusuunnitelma. Suunnitelman laadintaan osallistuu omahoitajan lisäksi asukas itse, jos hänen vointinsa sen sallii, ja tarvittaessa myös asukkaan lähiomainen. (Attendo 2017.)

Aapelin hoivakoti tarjoaa hoivaa asukkailleen elämän loppuun asti, huolimatta siitä mikä asukkaan toimintakyky on. Asukkaisiin kuuluu muisti- ja monisairaita ikäihmisiä, joiden toiminnanvajaukset estävät itsenäisen asumisen. (Attendo 2017.) Hoivakodissa asuu 18 alle 80 vuotiasta ja 43 yli 80 vuotiasta henkilöä. Hoivakoti on jaettu neljään eri ryhmäkotiin; Lehtokammari, Saaristohovi, Niittykoti ja Tunturitupa. Jokaisessa ryhmäkodissa on 15 - 16 asukasta. Jokaisella asukkaalla on oma huone, joka sisältää wc- ja suihkutilan. Ryhmäkodeissa on yhteiset ruokatilat ja olohuone, jossa asukkaat voivat yhdessä aikaa viettää oleilemalla tai erilaisten aktiviteettien muodossa. Myös pariskuntien asuminen yhdessä on hoivakodissa mahdollistettu. Ammattitaitoinen hoitohenkilökunta muodostuu 30 lähihoitajasta, yhdestä hoiva-avustajasta ja kolmesta sairaanhoitajasta. (Attendo hoivakoti Aapeli 2017.)

Attendo Oy:n visiona on ”vahvistamassa ihmistä”, joka tarkoittaa, että jokainen ihminen tuntee tullessa kuulluksi ja osallistutetuksi, häntä on kohdeltu kunnioittaen ja kannustettu itsenäisyyteen. Hän kokee olonsa turvalliseksi ja hänen elämänlaatunsa on parantunut. (Attendon visiot ja arvot 2017.)

Attendon arvot – osaaminen, sitoutuminen ja välittäminen – ohjaavat hoivakoti Aapelin päivittäistä toimintaa. Arvo ”osaaminen” käsittää iäkkään tarpeiden ja toiveiden kuuntelemisen ja ymmärtämisen, oikean hoidon tarjoamisen oikeaan aikaan perusteellisesti ja yksilöllisesti sekä hoidon- ja hoivan kehittymisen ja kehittämisen ratkaisumalleja etsien. ”Sitoutuminen” tarkoittaa Attendon työntekijöiden ammattitaitoa ja osaamista sekä sitoutumista omaan työhön ja iäkkäiden ihmisten hoitoon. ”Välittäminen” näkyy turvallisena asumisympäristönä ja kuntouttavana työotteena. Jokainen asukas ja läheinen kohdataan kunnioittavasti ja yksilöllisesti. Ihmistä kuunnellaan ja toimintaa mukautetaan mahdollisuuksien mukaan toiveita vastaavaksi. (Attendon visiot ja arvot 2017.)

3 IÄKÄS IHMINEN TEHOSTETUSSA PALVELUASUMISESSA

3.1 Iäkäs ihminen

Laissa iäkäs määritellään henkilöksi, jonka fyysinen, psyykinen, kognitiivinen tai sosiaalinen toimintakyky on iän vuoksi ilmenneiden, pahentuneiden tai lisääntyneiden sairauksien tai vammojen myötä heikentynyt. Myös korkeasta iästä johtuvat rappeutumiset voivat olla syynä toimintakyvyn osa-alueiden heikentymiselle. Vanhuseläkkeeseen oikeutettua henkilöä puolestaan pidetään osana ikääntynyttä väestöä, jonka saajan tulee olla 65 vuotta täyttänyt henkilö. (Kela 2016; Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveystalvveluista 28.12.2012/980.) Ahosen (2011) mukaan kirjallisuudessa iäkäs määritellään usein 65 vuotta täyttäneeksi henkilöksi, mutta hänen tekemässään tutkimuksessa iäkäs määritellään yli 75 vuotiaaksi. Monissa tutkimuksissa iäkkääksi määritellään 75-vuotiaat, koska elinajanodotteet ovat pidentyneet (Saano & Taam-Ukkonen 2015, 126). Hamina (2012) on tehnyt tutkimuksen Kuopion yliopistollisen sairaalan vanhuspsykiatrian osastolle Julkulaan, jossa hän selvitti vanhuspsykiatristen potilaiden lääkehoitoon liittyviä ongelmia yli 65 vuotta täyttäneille. Tutkimuksiin perustuen tässä opinnäytetyössä iäkäs määritellään yli 65 vuotiaaksi henkilöksi, sillä Aapelin hoivakodin asukkaiden ikäjakauma on alle 65 vuotiaasta 98 vuotiaaseen.

Viimeisen 40 vuoden aikana 75 vuotiaiden osuus Suomen väestöstä on kolminkertaistunut ja 85 vuotiaiden kuusinkertaistunut. Tällä hetkellä Suomessa

on 440 000 75 vuotta täyttänyttä henkilöä. Ennusteiden mukaan tuo määrä tulee kaksinkertaistumaan seuraavan 20 vuoden aikana, jolloin väestöstä 75 vuotiaita olisi noin 850 000. Vuonna 2040 määrä saavuttaisi noin miljoonan. (Ahonen 2011.)

3.2 Tehostettu palveluasuminen

Sosiaalihuoltolain määrittämisen mukaan palveluasumisella tarkoitetaan palveluasuntoon järjestettäviä palveluja. Palveluilla tuetaan iäkkään hoitoa sekä huolenpitoa, sekä ylläpidetään ja edistetään toimintakykyä. Palveluiden sisältö ja toteutus määräytyvät asiakkaan yksilökohtaisista tarpeista sekä vaihtelee yksikkökohtaisesti. Kokonaisvaltaiseen hoitoon ja huolenpitoon kuuluvat peseytymis-, vaatehuolto-, ateriat- ja siivouspalvelut sekä toiminta joka ylläpitää ja edistää toimintakykyä, sosiaalista kanssakäymistä ja asukkaan osallisuutta. Kun palveluita on tarjolla ympärivuorokautisesti, kutsutaan tätä tehostetuksi palveluasumiseksi. Tällöin palveluasumisyksikössä tulee olla henkilöstöä paikalla ympärivuorokautisesti. (Iäkkäiden laitoshoidon perusteet 2017.)

Tehostettu palveluasuminen lukeutuu iäkkään avohoitoon, koska avohoito käsite kattaa kaikki palvelut, jotka iäkäs voi saada kotiinsa. Palveluasumisessa iäkäs maksaa vuokraa henkilökohtaisesta asunnostaan vuokrasopimuksen mukaisesti, vuokran määrä voi vaihdella yksikkö- ja paikkakuntakohtaisesti. Vuokran lisäksi asiakas maksaa eri palveluista asiakasmaksuja, ja maksut määräytyvät yleensä asiakkaan tulojen mukaan. (Iäkkäiden laitoshoidon perusteet 2017.)

Karlssonin (2016) mukaan tehostetun palveluasumisen asiakkaista suurin osa on leskiä ja enemmistö heistä on yli 80 vuotiaita naisia. Tehostettuun palveluasumiseen siirtyneillä asiakkailla on merkittäviä terveysongelmia ja vajaavaiksuuksia eri toimintakyvyn osa-alueilla. Asiakasmäärä tehostetussa palveluasumisessa kasvaa entisestään, sillä pitkäaikaishoidon järjestämisestä sairaalanomaisessa ympäristössä on vähennetty jo vuosikymmenien ajan. Vanhuspalvelulaki edellyttää, että iäkkään pitkäaikaishoidon tulee mahdollistaa iäkkään elämän turvallisuus ja merkityksellisyys sekä antaa iäkkäälle mahdollisuus osallistua mielekkääseen toimintaan ja sosiaaliseen vuorovaikutukseen.

Kunta voi tuottaa tehostetun palveluasumisen omana toimintanaan, tarjota sen ostopalveluina tai myöntää palveluseteleitä, joilla iäkäs maksaa palveluitaan yksityiselle palveluntuottajalle (Asumispalvelut ja laitoshoido 2017). Tehostettuun palveluasumiseen pääsystä päättää iäkkään oman sairaanhoitopiirin SAS-ryhmä. SAS-ryhmän lyhenne tulee sanoista Selvitä-Arvioida-Sijoita. Jokaisesta tehostettuun palveluasumiseen hakevasta henkilöstä tulee olla tehtynä asiakaskohtainen selvitys sekä toimintakyvyn arviointi. (SAS-toiminta 2011.)

4 IÄKKÄÄN LÄÄKEHOITO JA SIIHEN VAIKUTTAVAT TEKIJÄT

4.1 Lääkehoitoprosessi

Lääkehoidon tarkoituksena on eri sairauksien ehkäisy, parantaminen, etenemisen hidastaminen, oireiden lievittäminen ja komplikaatioiden ehkäisy (Inkinen ym. 2015, 3). Oikeanlainen lääkehoitoprosessi on potilaalle yksilöllistä, turvallista, tehokasta, taloudellista sekä tarkoituksenmukaista. Lääkehoitoa suunniteltaessa tulee ottaa huomioon potilaan lääkehoidon tavoitteet, yksilölliset tarpeet, lääkehoidon toteuttamistapa sekä lääkevalmisteen ominaisuudet. Potilaan ohjaaminen lääkehoitoon edistää turvallista lääkehoitoa. Myös laki potilaan asemasta ja oikeuksista määrittelee, että terveydenhuollon ammattihenkilöillä on velvollisuus ohjata potilaita lääkehoidossa. Hyvän ohjauksen seurauksena potilas pystyy kantamaan vastuuta lääkehoidostaan sekä sitoutumaan siihen. Tämä puolestaan edistää potilaan terveydentilaa, kroonisten sairauksien hoitotasapaino paranee, toipuminen nopeutuu ja sairaalahoidon tarve vähentyy. (Saano & Taam-Ukkonen 2018, 297 - 298.)

Asumispalveluyksiköissä lääkkeet ovat asukkaan henkilökohtaisia ja lääkkeet tulee säilyttää niin, etteivät ne mene sekaisin toisten asukkaiden lääkkeiden kanssa. Asiakkaan päivittäiset lääkkeet jaetaan joko henkilökohtaisiin lääke-dosetteihin tai apteekin koneellisesti jakamiin annosjakopusseihin lääkelistan mukaisesti. (Inkinen ym. 2015, 23; Saano & Taam-Ukkonen 2015, 71 - 72.) Asukkaiden tarvittaessa otettavat lääkkeet ovat erikseen, eikä niitä jaeta valmiiksi. Asukkaan lääkkeet tilataan avohuollon apteekista. Yksikkökohtaisesti tulee aina sopia ja kirjata lääkehoitosuunnitelmaan millä tavoin asiakkaiden

lääkehoidosta huolehditaan ja kuka on vastuussa lääkkeiden tilaamisesta. Asukkaan tarpeettomat lääkkeet palautetaan apteekkiin hävitettäväksi. On huomioitava, että avohuollossa lääkkeet ovat henkilökohtaisia eikä niitä tule antaa toiselle henkilölle. (Inkinen ym. 2015, 41 - 48.)

Terveystieteiden tutkimuskeskukseen mukaan jokaisessa terveydenhuollon sekä sosiaalihuollon toimintayksikössä tulee olla nimetty vastaava lääkäri, joka vastaa lääkehoidon kokonaisuudesta. Lääkäri myös hyväksyy yksikkökohtaisen lääkehoitosuunnitelman. Lääkehoitosuunnitelman laatimisesta vastaa toimintayksikön johtaja, jolla on kokonaisvastuu lääkehoidon toteutuksesta, turvallisuudesta ja sen edellytyksistä. Lääkehoitosuunnitelman tulee soveltua juuri kyseiseen yksikköön ja siinä on otettava huomioon yksikkökohtaiset riskit lääkehoidossa. Suunnitelmassa tulee olla yksikössä toimivien työntekijöiden lääkehoidon osaamisvaatimukset, joiden pohjalta myös täydennyskoulutustarpeet tulee arvioida. Suunnitelmaan kirjataan jo aiemmin tunnistetut sekä todennäköiseksi koetut riskit, tehdään suunnitelma joilla ennaltaehkäistään haittatapahtumien syntyminen sekä määritellään, kuinka syntyneitä riskitilanteita käsitellään ja seurataan. Suunnitelma tulisi käydä läpi kerran vuodessa ja sen sisältöä tulee päivittää säädösten, toiminnan sisällön tai olosuhteiden muutosten yhteydessä. (Inkinen ym. 2015, 13 - 14.)

Lääkäri vastaa siis potilaan lääkehoidosta kokonaisuudessaan. Hänen vastuullaan on tarpeelliseksi osoitetun lääkkeen määrääminen sekä kokonaislääkityksen tarkastaminen. Lääkärillä tulee olla tietoa potilaan hoidosta, jotta lääkitys on tarkoituksenmukainen. Sairaanhoidajan rooli lääkehoidossa on sen toteuttamisessa, potilaan ohjaamisessa lääkehoitoon, lääkkeen vaikuttavuuden sekä mahdollisten haitta- ja sivuvaikutusten arviointi sekä niistä kirjaaminen. Myös lääkehoidon seuranta on yleensä sairaanhoidajan vastuulla. Farmaseuttien sekä proviisorien tuominen mukaan lääkehoitoon lisäävät potilaan lääkehoidon turvallisuutta. He ovat lääkehoitoon koulutettuja ammattilaisia, jotka voivat osallistua potilaan lääkehoitoon arvioimalla lääkehoidon kokonaisuutta, mahdollisia yhteisvaikutuksia ja auttaa hoitohenkilökuntaa lääkkeen oikeanlaisessa käytössä. Myös muiden terveydenhuollon ammattihenkilöiden, kuten lähihoitajien, fysioterapeuttien sekä mielenterveyshoitajien näkemys potilaan lääkehoidosta on erittäin tärkeää turvallisen lääkehoidon toteuttamiseksi.

(Saano & Taam-Ukkonen 2018, 20.) Lähihoitaja toteuttaa asiakkaan lääkehoitoa ja seuraamassa lääkityksen vaikutuksia. Heidän tehtäviin kuuluu usein myös lääkelistan ajantasaisuuden tarkastaminen, lääkehoidon tarpeen ja muutostarpeen tunnistaminen. (Inkinen ym. 2015, 28.)

län myötä ihmisen sairastuvuus kasvaa ja tämän myötä lääkkeiden käyttö lisääntyy. Iäkkäiden lääkehoidossa huomioitavaa on se, että lääkitys tulee tarkistaa ja sen tarpeellisuus tulee arvioida vuoden välein ja aina silloin kun terveydentilassa tapahtuu muutoksia. (Ahonen 2011.) Jokaisella potilaalla tulisi olla myös henkilökohtainen lääkehoitosuunnitelma. Lääkehoitosuunnitelmassa tulee näkyä lääkkeen nimi, vahvuus, annostusohje, antoreitti, lääkkeen muoto, mihin tarkoitukseen lääke on määrätty, kuinka kauan kyseinen lääkehoito kestää ja lääkkeen määrääjän nimi. Suositeltavaa olisi, että pitkäaikaisessa lääkehoidossa olisi suunniteltu, kuka lääkehoidon vaikutusta arvioi ja kuinka se toteutetaan. Ajantasainen lääkityslista on esimerkki yksinkertaisesta potilaan henkilökohtaisesta lääkehoitosuunnitelmasta. (Inkinen ym. 2015, 14 - 15.)

Inkinen ym. (2015) mukaan työyksikön esimiehen vastuulla on, että jokaisessa työvuorossa on henkilöstö, joka pystyy toteuttamaan turvallista lääkehoitoa. Lääkehoidon toteuttamiseen vaaditaan yksikkökohtainen lääkelupa, jonka myöntää toimintayksikön lääkäri. Myös yksikköön tulevat uudet työntekijät ja opiskelijat on perehdytettävä lääkehoitosuunnitelmaan välittömästi. Jokaisen työntekijän omalla vastuulla on velvollisuus kehittää ja ylläpitää omaa lääkehoidon osaamistaan. Yksikön esimiehellä on vastuu tarjota tähän mahdollisuus. Sosiaali- ja terveysministeriö (STM) toimii ylimpänä lääkehoitoa valvovana viranomaisena (Aluehallintovirasto 2014). Sen tehtävänä on valvoa, ohjata ja johtaa lääkehoitoa ja -huoltoa sen laatimien lakien, asetuksien sekä ohjeiden mukaisesti (Saano & Taam-Ukkonen 2015, 25).

Osaksi lääkehoitoprosessia kuuluu lääkitysturvallisuudesta huolehtiminen. Jokaiselta lääkehoitoon osallistuvalla ammattilaiselta vaaditaan lääkehoidon osaamista, jonka he ovat saaneet terveydenhuollon koulutuksen aikana ja työtehtävien vaatimuksien mukaan täydennyskoulutuksien avulla. Kaikille lääkehoidon toteutukseen osallistuville kuuluu asiakkaan lääketurvallisuuden edistäminen. (Inkinen ym. 2015, 25.)

Tarkistuslista psyykenlääkkeiden erityispiirteistä iäkkäiden lääkehoidossa on tarkoitettu Hoivakoti Aapelin hoitajien käyttöön asiakkaiden päivittäisen lääkehoidon toteuttamisen ja lääkehoidon tarpeellisuuden arvioimisen tueksi. Tarkistuslistasta sairaanhoitajat ja lähihoitajat pystyvät tarkistamaan helposti ja nopeasti eri lääkeaineiden haittavaikutukset sekä lääkkeen soveltuvuuden iäkkäille lääkehoitoa toteutettaessa. Hoitajan huomatessa epäkohdan asiakkaan lääkityksessä, esimerkiksi mahdollisista yhteysvaikutuksista tai lääkkeen sopimattomuudesta iäkkäälle, hän voi informoida asiasta yksikön lääkehoidosta vastaavaa sairaanhoitajaa, joka voi viestittää asian lääkärille. Tarkistuslistamme on myös hyvä apuväline sairaanhoitajille asiakkaiden lääkelistojen tarkistamisen tueksi. Usein iäkkäillä on sellaisia lääkkeitä, jotka on määrätty kauan sitten, eikä näiden lääkkeiden tarpeellisuutta ole arvioitu uudestaan.

Suosittelun mukaan rauhoittavia ahdistuneisuus-, masennus- sekä unilääkkeitä tulisi iäkkäillä käyttää vain tilapäisesti. Tutkimukset kuitenkin osoittavat, että kyseisten lääkeaineiden käyttö iäkkäillä jatkuu todennäköisesti kuukausien, jopa useiden vuosien ajan. (Rikala ym. 2012.)

4.2 Farmakokinetiikka iäkkäällä

Farmakokinetiikka käsittää eri lääkeaineiden imeytymiseen, jakautumiseen elimistössä, muuntumiseen sekä lääkeaineiden poistumiseen elimistöstä liittyviä asioita. Ikääntymisen myötä kaikkiin näihin osa-alueisiin ilmentyy muutoksia. (Heikkinen ym. 2013, 342.)

Farmakokinetiikan tunteminen auttaa sairaanhoitajaa ymmärtämään miksi jostain lääkeaineista ilmaantuu herkemmin haittavaikutuksia tai miksi ne aiheuttavat yhteisvaikutuksia muiden lääkeaineiden kanssa. Se auttaa ymmärtämään eri lääkeaineiden, lääkemuuotojen sekä antoreittien vaikuttavuuden eroja. Farmakokinetiikan tunteminen auttaa myös ymmärtämään tilannetta, jossa lääkehoito ei onnistu tarkoitetulla tavalla, vaikka lääke olisi ollut oikeanlainen ja sitä olisi käytetty ohjeiden mukaisesti. (Saano & Taam-Ukkonen 2018, 89.)

Lääkeaineiden imeytyminen

Lääkeaineiden tulee kulkeutua elimistössä siihen kohteeseen, johon lääkkeen on haluttu vaikuttavan. Tämän vuoksi lääkeaineiden tulee imeytyä solukalvoon tai sen läpi, jotta lääkeaine siirtyy verenkiertoon. Lääkeaineiden imeytymiseen vaikuttavia tekijöitä ovat lääkemuoto, käytetyt apuaineet, lääkeaineen kemialliset ominaisuudet (rasvaliukoisuus sekä molekyylikoko), sairaudet, perimä, elimistön tila (kuten mahan pH, suoliston liikkuvuus), muut lääkkeet sekä nautittu ruoka ja juoma. (Saano & Taam-Ukkonen 2018, 92 - 93.) Imeytymisen jälkeen suun kautta otetut lääkeaineet kulkeutuvat porttilaskimon kautta maksaan ja vasta sen jälkeen muualle elimistöön. (Heikkinen ym. 2013, 343 - 344.)

Suun kautta otettavien lääkeaineiden imeytyminen tapahtuu pääasiassa ruoansulatuselimistössä. Iän myötä suoliston aaltoliikkeet hidastuvat, joka vaikuttaa ruokasulan ja suunkautta annosteltavien lääkeaineiden kulkuun. Ohutsuolen kokonaispinta-ala pienenee, jonka myötä myös lääkeaineiden imeytymispinta-ala vähenee. Mahalaukun pH-arvo nousee ja mahan tyhjeneminen hidastuu. Ikääntyessä myös syljen erityys vähenee. Tämän vuoksi lääkeaineiden imeytyminen saattaa hidastua. (Heikkinen ym. 2013, 342 - 343.) Ikääntyessä ihonalaisten kudosten, ihon, lihaksiston ja peräsuolen seinämän verenkierto heikentyy. Nämä muutokset vaikuttavat edellä mainittujen reittien kautta annosteltavien lääkeaineiden imeytymiseen. (Kivelä & Rähä 2007.)

Lääkeaineiden jakautuminen

Kun lääkeaine on imeytynyt verenkiertoon, jakautuu se sieltä kudoksiin ja siitä edelleen vaikutuskohteeseensa. Lääkeaineen jakautuminen mahdollistaa lääkeaineen vaikutuksen. Jakautumiseen vaikuttavia tekijöitä ovat lääkeaineen kyky sitoutua plasman valkuaisaineisiin, solukalvojen rakenne, kudosten verenkierto sekä lääkeaineen ominaisuudet (rasva- vai vesiliukoinen lääkeaine). (Saano & Taam-Ukkonen 2018, 95 - 96.)

Ikääntymisen myötä elimistön rasva- ja vesipitoisuudet sekä lääkeaineiden sitoutuminen plasman valkuaisaineisiin muuttuvat. Rasvapitoisuus elimistössä kasvaa, kun taas vesipitoisuus elimistössä pienentyy. Rasvaliukoisten lääkeai-

neiden jakautumistilavuus siis kasvaa ja vesiliukoisten lääkeaineiden pienen-
tyy. Psykykläkkeistä suurin osa on rasvaliukoisia, joka tarkoittaa sitä, että
näiden lääkeaineiden kudospitoisuudet nousevat ja vaikutusajat pidentyvät.
Näin ollen sekä rasva- että vesiliukoisten lääkeaineiden annostuksien pienen-
täminen on tarpeen iäkkäiden kohdalla. (Heikkinen ym. 2013, 343.)

Lääkeaineiden muuntuminen

Lääkeaineiden muuntuminen eli metabolia käsittää tapahtuman, jossa lääke-
aine muuntuu yhdeksi tai useammaksi aineenvaihduntatuotteeksi. Lääkeainei-
den tulee muuntua, jotta ne pystyvät kulkeutumaan vaikutuskohteeseensa ja
erittymään. (Saano & Taam-Ukkonen 2018, 97.)

Elinten ja myös aivojen verenkierto heikkenee sydämen minuuttitilavuuden
alentumisen myötä. Verenkierron heikkeneminen vaikuttaa maksan kykyyn
muuntaa ja munuaisten kykyyn erittää lääkeaineita. Lääkeaineet muuntuvat
pääasiassa maksassa, mutta jonkin verran muuntumista tapahtuu myös mu-
nuaisissa, keuhkoissa, ohutsuolessa ja muissa elimissä. (Heikkinen ym. 2013,
343 - 344.) Maksan verenkierron ja muuntumiskyvyn heikkeneminen voi vai-
kuttaa lääkeaineiden puoliintumisajan pidentymiseen. Myös lääkeaineiden pi-
toisuus plasmassa voi suurentua (Kivelä & Räihä 2007). Lääkeaineen puoliin-
tumis- eli vaikutusaika tarkoittaa missä ajassa lääkeaineen pitoisuus puoliin-
tuu, eli vähenee puoleen. Lääkeaine poistuu elimistöstä, kun puoliintumisaika
on kertaantunut viisi kertaa. (Hupponen & Raunio 2015.)

Lääkeaineiden erittyminen

Lääkeaineiden erittyminen käsittää lääkeaineiden poistumisen elimistöstä.
Erittyminen tapahtuu pääsääntöisesti munuaisten kautta virtsaan. Jonkin ver-
ran erittymistä tapahtuu kuitenkin myös sylkeen, ihon kautta hikeen sekä sa-
pen kautta ruoansulatuskanavaan ja ulosteeseen. Helposti höyrystyvät tai
kaasumaiset lääkeaineet voivat erittyä myös uloshengitettävään ilmaan keuh-
kojen kautta. Erittymiseen vaikuttavat lääkeaineen molekyylikoko, rasvaliuko-
isuus, elimistön aktiiviset kuljetusmekanismit, proteiineihin sitoutumiskyky sekä
virtsan pH-arvo. Rasvaliukoiset lääkeaineet poistuvat elimistöstä hitaammin

kuin vesiliukoiset lääkeaineet, koska rasvaliukoiset imeytyvät munuaistiehyistä takaisin verenkiertoon toisinkuin vesiliukoiset lääkeaineet. Proteiineihin sitouvat lääkeaineet erittyvät aktiivisten kuljetusmekanismien avulla munuaistiehyisiin. Eri lääkeaineet sekä elimistön omat aineet saattavat kilpailla aktiivisten kuljetusmekanismien käytöstä, jonka vuoksi lääkeaineen poistuminen virtsaan voi hidastua. Emäksiset lääkeaineet erittyvät parhaiten happamaan virtsaan ja toisinpäin, jonka vuoksi virtsan pH:lla on vaikutusta lääkeaineen erittymiseen. (Saano & Taam-Ukkonen 2018, 97 - 100.)

Ikääntymisen myötä munuaisten sekä munuaiskerästen koko pienentyy ja munuaiskerästen määrä vähenee. Myös munuaisten verenkierto heikentyy. 70-ikävuoden kohdalla munuaisissa voi olla 30 % toimintavajaus ja 80-ikävuoden paikkeilla vastaava luku voi olla jopa 50 %. Lääkeaineet erittyvät pois elimistössä pääsääntöisesti munuaisten kautta ja yleensä lääkeaineet ovat pois erityessään muuntuneessa muodossa. On olemassa lääkeaineita, jotka ovat erityessään osittain tai täydellisesti muuntumattomassa muodossa. Jos lääkeaineen terapeuttinen leveys on kapea ja iäkkäällä käytetään kyseistä lääkettä samalla annoksella kuin työikäisellä, voi seurauksena olla lääkeaineen kertyminen elimistöön. Tällöin lääke voi aiheuttaa iäkkäälle voimakkaita haittavaikutuksia. (Heikkinen ym. 2013, 344 - 345.)

4.3 Farmakodynamiikka iäkkäällä

Farmakodynamiikassa on kyse lääkeaineiden vaikutuksista elimistössä. Ikääntymisen on tutkittu tuovan vähemmän farmakodynaamisia muutoksia verrattuna farmakokinetiikkaan. Farmakodynaamisia muutoksia esiintyy solujen sisällä tai pinnalla sijaitsevien reseptoreiden määrässä, sitomismekanismien tai herkkyuden muutoksissa sekä reseptoreiden reaktion heikentyessä. Myös fysiologisissa ja homeostaattisissa mekanismeissa eli elimistön kyvyssä ylläpitää biokemiallista sekä fysiologista tasapainoa, esiintyy ikääntymisen myötä muutoksia. (Heikkinen ym. 2013, 345.)

Farmakodynamiikan tunteminen auttaa sairaanhoitajaa arvioimaan ja seuraamaan lääkehoidon vaikuttavuutta. Sen myötä ymmärretään paremmin, miksi

kyseistä lääkettä käytetään sairauden tai oireen hoitoon ja miksi lääke vaikuttaa niin kuin se vaikuttaa. Se myös auttaa tunnistamaan mahdollisia yhteisvaikutuksia ja haittavaikutuksia. (Saano & Taam-Ukkonen 2018, 103.)

Solun reseptoreiden muutokset

Lääkeaineiden yleinen vaikutustapa on solujen sisällä, pinnalla taikka tumassa sijaitseviin reseptoreihin sitoutuminen. Lääkeaineen sitoutuminen reseptoreihin saa yleensä aikaan biokemiallisen reaktioiden sarjan, joka tarkoittaa lääkkeen vaikutusta. (Heikkinen ym. 2013, 345.) Solujen reseptorit toimivat elimistössä lääkeaineiden sekä elimistön omien aineiden sitoutumispaikkana. Lääkeaineet suurimmaksi osaksi vaikuttavat erilaisten reseptorien kautta. Kun lääkeaine kiinnittyy reseptoriin, saa se aikaan solun aktivoitumisen. Aktivoitumiseen vaikuttaa se, toimiiko lääkeaine antagonistina vai agonistina. Antagonistiksi kutsutaan lääkeainetta, joka estää elimistön oman aineen tai lääkeaineen vaikutuksen sitoutuessaan reseptoriin. Agonistiksi puolestaan kutsutaan lääkeainetta, joka toimii elimistön omien aineiden tavalla sitouduttuaan reseptoriin. (Saano & Taam-Ukkonen 2018, 104 - 105.)

Ikääntymisen tuomista vaikutuksista eri reseptoreihin on vain vähän tutkittua tietoa. On kuitenkin tutkittu, että ikääntymisellä on vaikutusta beetareseptoreiden toimintaan. Beetareseptoreiden kautta vaikuttavat lääkeaineet (esim. beetasalpaajat) eivät vaikuta ikääntyneisiin yhtä herkästi kuin työikäisiin. Lääkeainevasteista on tutkittu iäkkäiden herkkyys bentsodiatsepiinien sekä perinteisten psykoosilääkkeiden vaikutuksille, joka puolestaan tarkoittaa haittavaikutuksen korostuvuutta iäkkäillä, jollei lääkeannosta ole puolitettu työikäisten annokseen nähden. (Heikkinen ym. 2013, 345.)

Fysiologisten sekä homeostaattisten mekanismien muutokset

Ikääntyessä elimistön jatkuva kyky ylläpitää biokemiallista sekä fysiologista tasetapainoa heikentyy. Ikääntyessä homeostaattisista mekanismeista erityisesti autonominen hermosto, lämmönsäätely, kognitiiviset voimavarat, verenpaineen säätelyjärjestelmä, sokeriaineenvaihdunta sekä immunologiset mekanis-

mit heikkenevät. Homeostaattisten mekanismien heikentyminen vaikuttaa elimistön kykyyn kompensoida lääkeaineiden tuomia haittavaikutuksia. Näin ollen haittavaikutusten ilmentyminen on todennäköisempää iäkkäällä verrattuna työikäiseen ja haittavaikutukset voivat ilmaantua jo hyvin pienistä lääkeannoksista. (Kivelä & Rähä 2007.)

4.4 Lääkeaineiden yhteisvaikutukset

Lääkeaineiden yhteisvaikutuksella tarkoitetaan tilannetta, jossa joko samanaikaisesti tai lähekkäin annostellut lääkeaineet vaikuttavat toistensa vaikuttavuuteen tai farmakokineettisiin vaiheisiin elimistössä (Hakkola & Turpeinen 2017).

Farmakokineettisista yhteisvaikutuksista suurin osa johtuu CYP450-entsyymitoiminnassa tapahtuvien muutosten vuoksi. Tällä hetkellä tiedossa on joukko lääkeaineita, joiden on tutkittu vaikuttavan kyseiseen entsyymitoimintaan, ja näiden lääkeaineiden tiedetään joko estävän tai kiihdyttävän lääkeaineiden aineenvaihdunnallista toimintaa maksassa. CYP450-entsyymitoiminnan muutokset voivat aiheuttaa yhteisvaikutuksia lääkeaineen imeytymisvaiheessa, sen kulkeutumisessa aktiivisten mekanismien avulla (esimerkiksi kulkeutuminen veri-aivonesteen lävitse), maksassa tapahtuvassa lääkeaineen muuntumisvaiheessa sekä munuaisissa tapahtuvassa erittymisvaiheessa. (Saano & Taam-Ukkonen 2018, 157.)

CYP-entsyymien toiminnan estyminen vaikuttaa lääkeaineen pitoisuuden suurentumiseen ja sen myötä lääkeaineen vaikutuksen voimistumiseen. CYP-entsyymien toiminnan kiihtyminen puolestaan vaikuttaa lääkeaineen pitoisuuden pienentymiseen, joka johtaa lääkeaineen vaikutuksen heikentymiseen. (Saano & Taam-Ukkonen 2018, 158.)

Huomioitavaa on, että ravinto sekä alkoholi voivat aiheuttaa yhteisvaikutuksia lääkityksen kanssa. Ruoka hidastaa mahan tyhjentymistä, joka voi vaikuttaa lääkeaineen imeytymisen heikentymiseen sekä hidastumiseen. Erityisesti, kun kyseessä on hitaasti lääkeaineita vapauttavat (depot) lääkevalmisteet tai ohutsuolessa hajoavat (entero) lääkevalmisteet, tulee ruokailu ja lääkkeen ottoajankohta erottaa toisistaan suosien kahden tunnin aikarajaa. Suun kautta

annosteltavat lääkkeet suositellaan yleensä otettavaksi runsaan nesteen kera. Nesteeksi suositellaan vettä, sillä maito, piimä, karpalo- tai greippimehu voivat vaikuttaa lääkeaineen imeytymiseen tai aiheuttaa yhteisvaikutuksia maksan kautta. Alkoholilla puolestaan voi joko voimistaa tai heikentää lääkeaineen vaikutusta. Pääsääntöisesti pienellä määrällä alkoholia ei ole vaikutusta lääkkeiden vaikuttavuuteen, mutta lääkehoidon ja alkoholin yhteensopivuus tulee selvittää jokaisen lääkeaineryhmän kohdalla erikseen. (Saano & Taam-Ukkonen 2018, 161 - 162.)

Lääkeaineiden yhteisvaikutukset lisäävät haittavaikutuksia, sairastavuutta sekä lisäävät kuolleisuutta ja ovat tehotonta lääkehoitoa. Joidenkin lääkeaineiden yhteisvaikutuksesta on kuitenkin myös hyötyä, sillä ne voivat tehostaa sairauden hoitoa. Ikääntymisen tuomat muutokset farmakokinetiikassa sekä farmakodynamiikassa voimistavat yhteisvaikutuksia. Tämä puolestaan johtaa siihen, että lievemmissikin luokitellut vakavuusluokan yhdistelmät voivat aiheuttaa iäkkäälle vakavia haittavaikutuksia. (Ahonen 2011.)

Useita lääkeaineita yhtäaikaaisesti käytävillä voi kehittyä antikolinerginen oireyhtymä. Oireyhtymä ilmenee sekavuutena, kiihtyneisyytenä ja ärtyneisyytenä. Se voi aiheuttaa myös näköharhoja. (Huttunen 2017f.) Koska ikääntymisen tuo tullessaan lisääntyneitä sairastavuutta, joka lisää lääkkeiden käyttöä, on sen tutkittu olevan merkittävin syy yhteisvaikutusten esiintyvyyteen. Tutkimuksissa on todettu, että kahta lääkettä käyttäneillä yhteisvaikutusten esiintyvyys on 13 %, kun taas vähintään seitsemää lääkettä käyttävällä tuo lukema on 82 %. (Ahonen 2011.)

Ahosen (2011) mukaan yleisimmin yhteisvaikutuksia aiheuttavia lääkkeitä ovat kroonisten sairauksien hoidossa käytetyt lääkeaineryhmät, kuten epilepsia-, sydän-, kipu-, antitromboosi- ja diabeteslääkkeet. Yksittäisistä lääkeaineista esimerkiksi digoksiini, fenytoiini, varfariini, litium, teofylliini, metotreksaatti sekä karbamatsipiini ovat kapean terapeuttisen leveytensä vuoksi yleisiä yhteisvaikutusten tuojia. Kapean terapeuttisen leveyden omaavien lääkeaineiden pienikin plasmapitoisuuden muutos voi johtaa myrkytystilaan, ja on samalla tehotonta lääkehoitoa.

Psykykenlääkkeiden yhteisvaikutuksista on kerrottu myöhemmin kunkin lääkeaineryhmän yhteydessä.

5 PSYKENLÄÄKKEET JA NIIDEN TURVALLINEN KÄYTTÖ

Psykykenlääkkeiden käyttötarkoituksena on estää psykiatristen sairauksien sairausjaksojen uusiutumista psykoottista sairautta sairastavalla. Niillä myös lievitetään ahdistuneisuutta, pelko- ja masennusoireita sekä unettomuutta, vaikka näiden aiheuttajana olisikin ei-psykoottinen sairaus. Eri käyttötarkoitusten vuoksi psykykenlääkkeet jaetaan eri ryhmiin: psykoosilääkkeet, masennuslääkkeet, mielialantasaajat, ahdistuslääkkeet sekä uni- ja nukahtamislääkkeet. (Huttunen 2016.)

Suomessa vuosittain noin 1/10 aikuisväestöstä on käyttänyt jotakin psykykenlääkettä säännöllisesti (Huttunen 2016). Pitkälän ym. (2016) mukaan sekä kotona että laitoshoidossa asuvien vanhusten psykykenlääkkeiden käyttö on runsasta. Kuopiossa tehdyn tutkimuksen mukaan vähintään yhtä psykykenlääkettä käytti 37 % iäkkäistä kotona asuvista. Vuonna 2011 tehdyssä helsinkiläisessä tutkimuksessa puolestaan tarkasteltiin laitoshoidossa asuvien psykykenlääkkeiden käyttöä, jolloin tulokseksi saatiin 75 %. Etenkin dementiaa sairastavien potilaiden osuus tutkituista luvuista on merkittävä. Myös Ruthin (2011) tekemässä tutkielmassa jo vuonna 2007 on todettu, että psykykenlääkkeiden käyttö 67- 97 vuotiaiden hoitolaitoksissa asuvien ikäihmisten kohdalla on ollut runsasta. Yli 65 % tutkimukseen osallistuneista käytti yhtä tai useampaa psykykenlääkettä. Tutkimuksessa Ruth viittaa myös Kivelän tekstiin 2008, jossa on todettu ikäihmisten pitkäaikaislaitoshoidossa olevan hyvin yleistä erilaisten psykykenlääkkeiden käyttöä. Kurosen (2017) Etelä-Savon alueella tehdyn tutkimuksen mukaan myös laitoshoidossa olevien muistisairaiden hoidossa käytetään yleisesti mm. psykoosilääkkeitä hillitsemään dementoitumisesta aiheutuvia käytösoireita. Antipsykootteja käytti Etelä-Savon alueen laitoksissa asuvista muistisairaista 38 %, mikä on kansainvälisesti korkealla tasolla.

Helsingissä vuonna 2003 tutkittiin yli 64-vuotiaiden vanhainkodin pitkäaikaisasukkaiden lääkkeiden käyttöä. Tutkimukseen osallistui koko Helsingin alueen vanhainkotien asukkaista 82 - 87 %, joka määrällisesti on n. 1987 - 2114.

Tuosta määrästä psyykenlääkkeitä käytti 80 %. Antipsykoottisten lääkkeiden määrä oli 43 %, mielialalääkkeiden määrä 45 %, rauhoittavien lääkkeiden 26 % sekä unilääkkeiden 28 %. Kansainvälisiin tutkimuksiin verrattuna psyykenlääkkeiden käyttö tässä tutkimuksessa oli erityisen yleisellä tasolla. (Hosia-Randell 2010.)

Salonojan (2011) Porissa tehtyyn tutkimukseen osallistui 591 yli 65 vuotta täyttänyttä henkilöä. Jopa 1/3 65 vuotta täyttäneistä sekä puolet 80-vuotiaista kaatuu vähintään kerran vuodessa, psyykenlääkkeiden käyttäjiä tästä määrästä oli 1/4. Tutkimuksen jälkeen osallistujille pidettiin luento psyykenlääkkeiden käytön yhteyksistä kaatumiseen sekä neuvontaa, jonka myötä säännöllisesti käytettävien bentsodiatsepiinien sekä rauhoittavien- ja unilääkkeiden määrä pieneni yli 1/3.

5.1 Psykoosilääkkeet

Psykoosilääkkeiden eli antipsykoottien tärkeimmät käyttöaiheet ovat psykoottiset häiriöt, skitsofrenia, psykoottinen masennus, aivotoiminnan häiriöistä johtuvat sekavuustilat, harhaisuus ja maniaoireet. Niitä käytetään myös demen-toituneen aggressiivisen käytöksen ja käytöshäiriöiden hoitoon. Psykoosilääkkeet jaetaan klassisiin, eli perinteisiin antipsykootteihin ja uudempiin antipsykootteihin. (Kuhanen ym. 2014, 260 - 264.)

Psykoosilääkityksen aloittamisesta tulisi vastata mieluiten psykiatrian erikoislääkäri. Erityisesti iäkkään psykoosipotilaan hoito edellyttää osaamista ja paneutumista potilaan sairaustaan ja monisairastavuuteen sekä mahdollisesti alkavaan muistisairauteen. (Koponen ym. 2015.) Psykoosilääkkeiden teho negatiivisiin oireisiin (mm. tunteiden väheneminen, puheen köyhtyminen, kyvyttömyys tuntea mielihyvää) on heikompi kuin positiivisiin oireisiin (mm. aistiharhat, harhaluulot, kiihtyneisyys, lihasjäykkyys). Psykoosilääkehoidon vaste ja vaikutus positiivisiin oireisiin alkaa näkyä 2-6 viikon kuluttua lääkkeen aloituksesta. Vaikutus negatiivisiin oireisiin ilmenee hitaammin. Haittavaikutusten minimoimiseksi tulisi lääkehoidossa pyrkiä pienimpään tehokkaaseen vuorokausiannokseen. Yleensä akuuttivaiheen hoidossa tarvitaan suurempia lää-

keannoksia kuin jatkohoidossa. (Skitsofrenia 2015.) Psykoosilääkkeitä voidaan annostella päivittäin suun kautta tai pitkävaikutteisena muotona 2-4 viikon välein lihakseen pistettynä (Huttunen 2017d).

Klassiset antipsykootit vaikuttavat dopamiini- ja autonomiseen hermojärjestelmään sekä ajatustoimintaa ja tunteita sääteleviin aivojen hermosolujen välisiin viesteihin, jolloin lääkkein voidaan lievittää psykoottisia oireita. Perinteisiä antipsykootteja ovat mm. perfenatsiini, tsuklopentiksoli, haloperidoli, levomepromatsiini, klooriprotikseeni. (Kuhanen ym. 2014, 261.) Perinteisiä antipsykootteja käytetään yleisesti niiden edullisemman hinnan vuoksi. Osalle sairastuneista ne myös tehoavat paremmin tai yhtä hyvin kuin uudemmat antipsykootit. Esimerkiksi perinteiset antipsykootit lievittävät skitsofrenian positiivisia oireita yhtä tehokkaasti kuin uudemmat valmisteet. (Huttunen 2017d.)

Kiusallisena ja yleisenä haittana perinteisten antipsykoottien käytössä ovat ekstrapyramidaalioireet, kuten jäykkyyks, kasvojen alueen pakkoliikkeet, lihastoiminnan liikavilkkaus ja motorinen levottomuus sekä parkinsonismin kaltaiset oireet, kuten vapina ja töpöttelevä kävely. Vakavana haittavaikutuksena voi ilmetä neuroleptisyndroomaa, jossa ilmenee korkea kuume, lihasjäykkyyks, sydämen tykytykset ja kohonnut verenpaine. (Kuhanen ym. 2014, 261.) Haloperidolin on todettu kuitenkin olevan tehokas lääke dementoituneen aggressiivisuuden hoidossa. Sitä suositellaan käytettäväksi vain tilapäisesti aggressiivisten tilanteiden hallintaan pienellä annoksella (0,5-2 mg). Haittavaikutusten vuoksi seuranta on erityisen tärkeää haloperidolia käytettäessä. Muita perinteisiä antipsykootteja ei suositella iäkkäiden käytöshäiriöiden hoitoon. (Koponen & Vataja 2016.)

Uudempien eli atyyppisten antipsykoottien (mm. klotsapiini, risperidon, olantsapiini, ketiapiini, aripipratsoli) vaikutus perustuu keskushermoston serotoniiniaineenvaihduntaan ja klassisia antipsykootteja vähäisempään dopamiinijärjestelmän salpaukseen. Tästä syystä uudempien antipsykoottien motoriset, neurologiset ja hormonaaliset haittavaikutukset ovat vähäisempiä kuin perinteisten antipsykoottien. Myös niiden vaikutus ja hoitovaste ilmenee nopeammin. (Kuhanen ym. 2014, 263.)

Uudempien antipsykoottien haittavaikutuksina ilmenee metabolisia haittoja (painon nousu, veren rasva-arvojen nousu), maksan toimintahäiriöitä ja allergioita. (Kuhanen ym. 2014, 263.) Klotsapiinia käytettäessä on huolehdittava säännöllisistä turvakokeista, koska valkosolukadon riski on suuri etenkin iäkkäillä naisilla. Atyyppisten psykoosilääkkeiden käyttö voi nostaa verensokeria ja veren rasva-arvoja sekä aiheuttaa insuliiniresistenssiä. Tyypin 2 diabeteksen puhkeamisen mahdollisuus tulee huomioida hoidossa. (Alanen ym. 2013.) Myös tupakointi on huomioitava lääkehoitoa suunniteltaessa, koska se voi vaikuttaa klotsapiini ja olantsapiini pitoisuuksien pienenemiseen. Toisaalta taas tupakoinnin lopettaminen voi nostaa lääkeainepitoisuutta veressä. (Skitsofrenia 2015.) Rungas kahvin juominen voi puolestaan suurentaa klotsapiinin pitoisuutta. Myös eräiden antibioottien (siprofloksasiini, klaritromysiini, erytromysiini) voivat lisätä huomattavasti varsinkin klotsapiinin ja ketiapiinin pitoisuuksia veressä. Samasta syystä myös greippimehua tulee välttää näitä lääkkeitä käytettäessä. (Huttunen 2017i.)

Sekä klassisilla että uudemmilla psykoosilääkkeillä voi olla yhteisvaikutuksia muiden lääkeaineiden kanssa. Niiden pitoisuus plasmassa voi muuttua suuremmaksi tai pienemmäksi, jos niitä käytetään yhdessä SSRI-lääkkeiden tai karbamatsepiinin kanssa. (Huttunen 2017f.)

Yli 85-vuotiaista 7-10 %:lla on todettu psykoosioireita. Yksittäisiä psykoosioireita, esimerkiksi harhaista ajattelua, on todettu olevan jopa 13,4 %:lla yli 65-vuotiaista. Huomioitavaa on myös, että noin 50 %:lla Alzheimerin tautia sairastavilla esiintyy psykoottisia oireita, kuten harhaluuloisuutta, joissain vaiheissa sairautta. (Koponen ym. 2015.) Iän myötä antipsykoottien oikean käyttöannoksen löytäminen kestää tavallista pidempää. Iäkkäät saavat psykoosilääkkeistä herkemmin neurologisia haittavaikutuksia ja erityisesti tardiivi dyskinesia (kasvojen alueen pakkoliikkeet) on heillä tavallista. Lääkeannosta tulee nostaa hitaasti ja seurata samalla ilmaantuvia haittavaikutuksia.

Iäkkäille antipsykootit aiheuttavat 5-6 kertaa enemmän aiemmin mainittuja haittavaikutuksia pitkäaikaisessa käytössä kuin työikäisille. Varsinkin jäykkyyttä aiheuttavat klassiset antipsykootit on syytä jättää pois iäkkään lääkehoidosta ja korvata ne uudemmilla antipsykoteilla. (Kuhanen, ym. 2014, 293 -

294.) Psykoosilääkkeet voivat aiheuttaa iäkkäille hyponatremiaa tavallisimmin ensimmäinen kahden viikon aikana lääkkeen aloituksesta. Liian alhaisesta veren natriumpitoisuudesta aiheutuvat oireet (mm. sekavuus, hallusinaatiot, tajunnantason lasku) sekoitetaan herkästi psyykkisiin oireisiin. Myös monilääkitys lisää hyponatremian riskiä. (Alanen ym. 2013.) Tutkimuksissa on todettu atyyppisten antipsykoottien lisäävän dementiaa sairastavilla iäkkäillä aivoverenkierron häiriöiden ja aivohalvauksen riskiä jopa 2-3 kertaisesti. Jos iäkkäällä on ollut aiemmin aivoverenkierron häiriöitä, tulee psykoosilääkkeeksi valita ensisijaisesti perinteinen psykoosilääke. (Huttunen 2017f.) Huomioitava on myös, että atyyppiset antipsykootit voivat aiheuttaa iäkkäille mm. sydämen rytmihäiriöitä ja QT-ajan pidentymistä. Dementoituneen käytöshäiriöiden ja levottomuuden hoidossa voidaan turvallisesti pieninä annoksina käyttää risperidonia (0,25 – 0,5 mg/vrk). Olantsapiinin on todettu lisäävän iäkkäiden kuolleisuutta, mutta se on silti yleisesti käytetty lääke iäkkäiden hoidossa. (Kuhanen ym. 2014, 293 - 294.) Erityisesti klotsapiini aiheuttaa myös muistivaikeuksia ja vaikeaa ummetusta (Huttunen 2017f). Parkinsonintautia sairastavilla iäkkäillä ensisijaisia lääkkeitä psykoosien hoidossa ovat ketiapiini, klotsapiini ja aripipratsoli niiden vähäisten ekstrapyramidaalivaikutusten vuoksi (Huttunen 2017e).

5.2 Masennuslääkkeet

Masennuslääkkeitä kutsutaan depressiolääkkeiksi tai antidepressanteiksi. Masennuslääkkeet jaotellaan viiteen lääkeryhmään: trisykliset masennuslääkkeet, SNRI-lääkkeet (serotoniinin ja noradrenaliinin takaisinoton estäjät), SSRI-lääkkeet (selektiiviset serotoniinin takaisinoton estäjät), mao-A:n estäjät ja muut masennuslääkkeet. (Kuhanen ym. 2014, 270.) Iäkkäiden mielenterveysongelmista masennus on yksi yleisimmistä. Vakavaa masennusta esiintyy yli 65-vuotiailla 3-5 %:lla ja lievempää oireilua noin 20 %:lla. Masennustiloja ja niiden toistumista pystytään tehokkaasti hoitamaan masennuslääkkeiden avulla. Lääkehoito onkin sitä tärkeämpää, mitä vaikeammasta masennuksesta on kyse. Yleensä lääkehoito tulee tarpeeseen keskivaikeassa masennustilassa ja siitä on yleensä hyötyä myös lievää masennusta hoidettaessa. Vaikeaa ja psykoottista masennusta hoidettaessa lääkehoitoa on syytä käyttää aina. Tutkimusten mukaan noin 40 - 50 % säännöllisesti masennuslääkkeitä

käyttävistä oireet häviävät 6-8 viikon aikana lähes täydellisesti. Potilaille, jotka ovat sairastaneet toistuvia ja vähintään keskivaikeita masennustiloja, on masennuslääkehoitoa syytä jatkaa estohoitona. Estohoitoon käytetään potilaalle hyväksi havaittua masennuslääkettä. (Depressio 2016.)

Trisykliset masennuslääkkeet ovat vanhimpia käytettyjä antidepressantteja, joiden vaikutus perustuu siihen, että ne estävät serotoniinin ja noradrenaliinin kulkeutumisen hermosoluista takaisin hermopäätteeseen. Niitä käytetään edelleen yleisesti vaikean masennuksen hoidossa. Käytettyjä trisyklisiä masennuslääkkeitä ovat nortriptyliini, klomipramiini, amitriptyliini, doksepiini ja trimipramiini. Kaikki trisykliset masennuslääkkeet ovat teholtaan ja haittavaikutuksiltaan samankaltaisia. Niillä on sedatiivinen vaikutus, joten ne soveltuvat myös pieninä annoksina unettomuuden hoitoon työikäisillä. Trisyklisistä masennuslääkkeistä on todettu olevan enemmän hyötyä voimakkaasta alakuloisuudesta kärsivien hoidossa, kuin esimerkiksi SSRI-lääkkeistä. (Huttunen 2017c).

Trisyklisten masennuslääkkeiden yleisimpiä haittavaikutuksia ovat suun kuivuminen, näköhäiriöt, virtsavaivat, ummetus, sekavuus, väsymys ja seksuaaliset haitat. (Kuhanen ym. 2014, 270.) Ne voivat suurina annoksina altistaa myös sydämen rytmihäiriöille ja laskea verenpainetta. Trisyklisillä masennuslääkkeillä myös riski lääkemyrkytykselle on suuri, sillä hoitoannoksen ja vaarallisen määrän välinen ero on pieni. Yliannostukset voivat olla hengenvaarallisia. Huomioitavaa on myös, että trisykliset masennuslääkkeet nostavat mm. psykoosilääkkeiden pitoisuutta veressä. Sedatiivisen vaikutuksen vuoksi osa annoksesta tai koko annos tulee ottaa iltaisin. (Huttunen 2017a.) Iäkkäiden lääkähoidossa trisyklisiä masennuslääkkeitä tulee välttää, koska ne voivat aiheuttaa sekavuutta, muistamattomuutta, glaukooman pahenemista, virtsaretenttiota ja ummetusta (Kuhanen ym. 2014, 293). Trisyklisten masennuslääkkeiden korkeat pitoisuudet iäkkäiden elimistössä johtuvat iän myötä heikentyvästä maksan toiminnasta (Heikkinen ym. 2013, 343 - 344). Iäkkään masennusta hoidettaessa trisykliset lääkkeet tulisivat korvata uudemmilla SNRI- tai SSRI-masennuslääkkeillä (Kuhanen ym. 2014, 293).

Uudempiin depressiolääkkeisiin kuuluvat SNRI-lääkkeet estävät serotoniinin ja/tai noradrenaliinin takaisinottoa. Niitä käytetään yleensä vaikeiden masennustilojen, ahdistuneisuuden ja kroonisten kiputilojen hoidossa. Yleisesti käytettyjä SNRI-lääkkeitä ovat mianseriini, venlafaksiini ja duloksetiini. Hyvän siedettävyytensä vuoksi SNRI-lääkkeet ovat SSRI-lääkkeiden kanssa pienin annoksin käytettynä ensisijaisia lääkkeitä iäkkään masennuksen hoidossa, jos ei ole tarvetta rauhoittavalle masennuslääkkeelle. (Huttunen 2017b.) SNRI-lääkkeillä on trisyklisiä masennuslääkkeitä vähemmän haittavaikutuksia. Yleisiä haittavaikutuksia ovat huimaus ja verenpaineen lasku, painon nousu, väsymys ja pahoinvointi sekä seksuaaliset toimintahäiriöt. (Kuhanen ym. 2014, 271.) Huomioitavaa on, että samanaikainen käyttö särkylääkkeiden tai verenohennuslääkkeiden kanssa voi altistaa verenvuodoille (Huttunen 2017a).

SSRI-lääkkeet eli selektiivisesti serotoniinin takaisinottoa estävät lääkkeet ovat yleensä hyvin siedettyjä ja eniten käytettyjä masennuslääkkeitä. Niiden vaikutus perustuu serotoniinin lisääntymiseen keskushermostossa, mutta niiden vaikutustavat eroavat kuitenkin hieman toisistaan. SSRI-lääkkeitä käytetään yleisesti masennustilojen ja ahdistuksen hoidossa. Käytettyjä SSRI-lääkkeitä ovat fluoksetiini, essitalopraami, sitalopraami, paroksetiini ja sertraliini. (Kuhanen, ym. 2014, 272 - 273.) SSRI-lääkkeiden käytön yleisyys perustuu hyvän siedettävyyden lisäksi niiden yksinkertaiseen annostukseen. Niiden käyttö voidaan yleensä aloittaa suoraan hoitoannoksella. Niillä on todettu olevan myös suotuisa vaikutus mm. paniikkihäiriöiden, pakko-oireiden ja ahdistuneisuuden hoidossa. (Huttunen 2017c.)

Yleisimpinä haittavaikutuksina ovat pahoinvointi, ripuli, oksentelu, päänsärky, unettomuus, kiihtyneisyys, ahdistuneisuus ja seksuaalisten toimintojen häiriöt. SSRI-lääkkeet ovat suhteellisen turvallisia käyttää, koska suurinakaan yliannoksina ne harvoin aiheuttavat hengenvaaraa. Ne kuitenkin lisäävät mahasuolikanavan verenvuotoriskiä. Esimerkiksi SSRI-lääkkeitä käytettäessä yhdessä tulehduskipulääkkeiden kanssa verenvuotoalttius voi lisääntyä. (Kuhanen ym. 2014, 272 - 273.) Serotoniinisyndrooman (serotoniinin aiheuttama myrkytystila) riski kasvaa huomattavasti, jos SSRI-lääkkeitä käytetään yhdessä MAO-estäjien kanssa (Huttunen 2017a). Iäkkäälle, jolla on käytössä monia eri lää-

kevalmisteita käyttökelpoisimmat SSRI-lääkkeet ovat essitalopraami, sitalopraami tai sertraliini. Nämä valmisteet eivät vaikuta muiden lääkkeiden pitoisuuteen elimistössä. (Huttunen 2017b.)

Selektiiviset mao-A:n estäjät vaikuttavat serotoniini, noradrenaliini ja dopamiinipitoisuuksia lisäävästi keskushermostossa. Niitä käytetään masennuksen ja sosiaalisten pelkotilojen hoidossa. Moklobemidi on ainoa Suomessa käytössä oleva mao-A:n estäjä. Se on yleensä hyvin siedetty, mutta haittavaikutuksina voi ilmetä unettomuutta, levottomuutta, ärtyneisyyttä tai ahdistuneisuutta. Myös ruuansulatuskanavan oireilua voi ilmetä. (Huttunen 2017c.) Hyvän siedettävyytensä vuoksi moklobemidi on myös iäkkäille sopiva lääke masennustilojen hoitoon (Huttunen 2017b). Huomioitavaa on, ettei moklobemidiä tule käyttää yhdessä SSRI- tai SNRI-lääkkeiden kanssa, koska vaara serotoniinireyhtymän syntymiselle on suuri. Myös trisyklisiin masennuslääkkeisiin kuuluvan doksepiinin käyttämistä yhdessä mao-A:n estäjän kanssa tulee välttää, koska samanaikainen käyttö saattaa aiheuttaa vakavia haittavaikutuksia (deliriumia, tajuttomuutta, kouristelua ja verenpainevaihteluita). (Huttunen 2017c.)

Muita masennuslääkkeitä ovat agomelatiini, bupropioni ja vortioksetiini. Agomelatiini on melatoniinin agonisti. Sen vaikutusmekanismi ja haittavaikutukset poikkeavat muista masennuslääkkeistä. Se lisää dopamiinin ja noradrenaliinin vapautumista elimistössä, eikä sillä ole juurikaan sedatiivista vaikutusta. Agomelatiinia käytetään vakavien masennustilojen hoidossa. Se aiheuttaa vain vähän haittavaikutuksia verrattuna muihin masennuslääkkeisiin, eikä se aiheuta lopetusoireita. Yleisimpiä haittavaikutuksia ovat päänsärky ja huimaus. Iäkkäille agomelatiini aiheuttaa usein myös uneliaisuutta ja rauhattomuutta. Se voi aiheuttaa käyttäjälleen myös maksantoimintahäiriöitä. Tämä on huomioitava lääkehoitoa suunniteltaessa. Suositeltavaa onkin tutkia maksaentsyymien pitoisuudet ennen lääkkeen aloitusta ja säännöllisesti lääkehoidon aikana. Agomelatiinia ei tule käyttää yhdessä SSRI-lääkkeisiin kuuluvan fluvoksamiinin kanssa, koska se lisää agomelatiinipitoisuutta huomattavasti elimistössä. (Huttunen 2017 c.)

Bupropionin uskotaan estävän dopamiinin ja noradrenaliinin takaisinottoa synapseista. Bupropioni on tarkoitettu vakavien masennustilojen hoitoon ja on

yleensä hyvin siedetty lääke. Haittavaikutuksia voi ilmetä unettomuutta, suun kuivumista, pahoinvointia ja vapinaa. Se voi myös aiheuttaa veren sokeriarvojen muutoksia ja verenpaineen nousua. Tutkittua tietoa bupropionin vaikutuksista iäkkäiden lääkehoidossa ei ole. Jotkut iäkkäät voivat olla herkempiä lääkkeelle. Myöskään lääkkeiden yhteisvaikutuksista ei ole riittävästi tietoa. (Huttunen 2017c.)

Vortioksetiini on uusin masennuslääke, jonka vaikutustapa eroaa muista masennuslääkkeistä. Se mm. lisää serotoniinin, noradrenaliinin, dopamiinin ja muiden välittäjäaineiden vapautumista elimistössä. Vortioksetiinin haittavaikutuksina voi esiintyä pahoinvointia, oksentelua, ummetusta, poikkeavien unien näkemistä, kutinaa ja huimausta. Se ei vaikuta negatiivisesti käyttäjän kognitii-visiin toimintoihin, niin kuin monet muut masennuslääkkeet, vaan voi jopa parantaa niitä. Vortioksetiinin pitkän puoliintumisajan (66 tuntia) vuoksi, se harvoin aiheuttaa lopetusoireita. (Huttunen 2017c.) Vortioksetiinin on arveltu olevan hyvä lääke iäkkäiden ihmisten masennuksen hoidossa, koska se voi parantaa käyttäjän kognitiivisia toimintoja (Huttunen 2017b). Huomioitavaa on, että vortioksetiini voi lisätä verenvuototaipumusta käytettynä yhdessä särky-lääkkeiden tai antikoagulanttien kanssa. Myöskään vortioksetiinin samanaikaista käyttöä moklobemidin kanssa ei ole suositella, koska serotoniinioireyhtymän riski kasvaa huomattavasti. (Huttunen 2017a.)

5.3 Mielialantasaajat

Mielialaa tasaavat lääkkeet ovat kaksisuuntaisen mielialahäiriön hoidossa ensisijaisia lääkkeitä. Niiden käytön tavoitteena on tasata mania- eli yliaktiivisuusjaksojen ja masennusjaksojen vaihtelua sekä ehkäistä näiden jaksojen uusiutumista. Mielialantasaajat normalisoivat aivojen toimintaa ja vähentävät oireilua. Myös monet psykoosilääkkeet toimivat mielialaa tasaavasti. Manianvaiheen hoidossa käytettyjä lääkeaineita ovat litium, uudemmat antipsykootit, antiepileptit ja klassisiin antipsykootteihin kuuluva haloperidoli. Jos kyseessä on hoidolle resistentti mania, voidaan mahdollisesti käyttää myös klotsapiinia oireiden lievittämiseksi. Vaikeiden maniaoireiden hoito vaatii usein eri lääkkeiden yhdistelmiä. Lääkemuotoina ovat tabletti, mikstuura tai lihakseen annettavat injektiot. (Kuhanen ym. 2014, 281.)

Litium vaikuttaa keskushermoston välittäjäaineisiin (serotoniini, noradrenaliini ja dopamiini), mutta sen vaikutusmekanismeja ei tarkkaan tunneta. Sitä käytetään maniajaksoja tasaamaan ja ylläpitohoitona kaksisuuntaisessa mielialahäiriössä, joko yksin tai yhdistettynä muihin mielialantasaajiin tai uudempiin antipsykootteihin. (Huttunen 2016.) Litiumin tavallisimpia haittavaikutuksia ovat painonnousu, turvotukset, janontunne, tihentynyt virtsaamisen tarve, väsymys, vapina, lihasheikkous ja heikotus. Pienimmällä mahdollisella annoksella näiltä haittavaikutuksilta voi säästyä. Muita haittavaikutuksia ovat pahoinvointi, ripuli, ruokahaluttomuus, muistin ja keskittymiskyvyn häiriöt. Se voi aiheuttaa myös häiriötä sydämen sähköiseen järjestelmään, joten sydänfilmi tulee ottaa potilailta ennen litiumin aloittamista. Sydämen tai munuaisten vajaatoiminnasta kärsiville litiumin käyttöä ei suositella. Litiumin liian korkeat pitoisuudet elimistössä voivat johtaa litiummyrkytykseen, jonka vuoksi veren seerumin litiumpitoisuutta on säännöllisesti seurattava. Myrkytyksen oireita ovat pahoinvointi, ripuli, puhe- ja liikkumisvaikeudet, koordinaation heikkeneminen, sekavuus, tajunnantason häiriöt ja kouristelu. (Kuhanen ym. 2014, 282.) Litium käytettynä yhdessä haloperidolin tai karbamatsepiinin kanssa voi aiheuttaa neurotoksisia vaikutuksia, kuten huimausta, näköhäiriötä, motoriikan heikkenemistä tai halvauksen, kooman ja jopa kuoleman (Kaksisuuntainen mielialahäiriö 2013).

Antiepileptit eli epilepsialääkkeet, kuten natriumvalproaatit, karbamatsepiinit ja lamotrigniinit ovat myös mielialaa tasaavia lääkeaineita, joiden vaikutuksen katsotaan perustuvan keskushermoston välittäjäaineisiin ja sitä kautta tasaa- van sekä ehkäisevän oireita. Natriumvalproaattia voidaan käyttää manian hoidossa, joko yksin tai yhdessä muiden lääkkeiden kanssa. Valproaatin haittavaikutuksina on vatsakivut, pahoinvointi, väsymys, vapina, maksan toimintahäiriöt ja ummetus tai ripuli. Valproaattia käytettäessä tulee säännöllisesti kontrolloida maksa- ja haimakokeet, koska se metaboloituu pääosin maksassa. Valproaatti voi aiheuttaa verihiutaleiden ja valkosolujen määrän vähenemistä, joten niiden säännöllinen seuranta verikokein on erityisen tärkeää. (Kuhanen ym. 2014, 282 - 283.) Valproaatin, kuten muidenkin lääkeaineiden poistuminen elimistöstä hidastuu ihmisen ikääntyessä. Haittavaikutuksilta kui-

tenkin usein välttää lääkeannosta pienentämällä. (Alanen ym. 2013.) Valproaatin pitoisuus veressä voi myös suurentua, jos sitä käytetään yhdessä risperidonin tai lamotrigiinin kanssa (Kaksisuuntainen mielialahäiriö 2013).

Karbamatsepiinia käytetään epilepsian hoidon lisäksi myös kaksisuuntaisen mielialahäiriön hoidossa. Osalle potilaista karbamatsepiinilla yksin tai käytettynä yhdessä litiumin kanssa on saatu hyviä hoitotuloksia aikaan. Karbamatsepiinilla on kuitenkin paljon yhteisvaikutuksia muiden lääkeaineiden kanssa, joten sen käyttöä on vähennetty. Se muun muassa heikentää varfariinin tehoa. Karbamatsepiini voi vähentää vaikeasti dementoituneiden käytösoireita, mutta haittavaikutusten määrän vuoksi sitä tulee käyttää vain harkiten. Yleisinä haittavaikutuksina esiintyy väsymystä, huimausta, motorista kömpelyyttä, näköhäiriöitä ja hyponatremiaa. (Kuhanen ym. 2014, 283.) Nämä haittavaikutukset voivat olla voimakkaina myös merkki lääkemyrkytyksestä, jossa lisäksi ilmenee tajunnantason laskua, kouristelua ja sydämen rytmihäiriöitä. Karbamatsepiini voi myös suurentaa maksaentsyymiarvoja, joten niitä on säännöllisesti seurattava. Kuten valproaatilla, myös karbamatsepiinin käyttäjillä on todettu valkosolujen määrän vähenemistä varsinkin lääkehoidon alkuvaiheessa. (Huttunen 2016.) Karbamatsepiinilla on myös yhteisvaikutuksia monien lääkeaineiden kanssa. Se voi nostaa tai laskea esimerkiksi olantsapiinin, haloperidolin, valproaatin ja lamotrigiinin pitoisuuksia elimistössä. (Kaksisuuntainen mielialahäiriö 2013.)

Epilepsialääkkeistä lamotrigiini on nykyään yleinen lääke kaksisuuntaisen mielialahäiriön hoidossa. Se ehkäisee tehokkaasti masennusjaksoja. Ylläpitoon se ei kuitenkaan yleensä yksinään riitä. Lamotrigiini voi aiheuttaa vakavia ja joskus jopa hengenvaarallisia ihoreaktioita. Tältä voidaan välttyä nostamalla annos hoitoannokseen mahdollisimman hitaasti sekä välttämällä lääkehoidon ensimmäisinä kuukausina aurinkoa tai uusien tuotteiden käyttämistä iholla. Muita lamotrigiinin aiheuttamia haittavaikutuksia ovat päänsärky, näköhäiriöt ja sedaatio. Lamotrigiinin yliannostus voi aiheuttaa vakavia oireita, kuten deliriumia, munuaisten vajaatoimintaa tai ihoreaktioita. (Huttunen 2016.)

Kaksisuuntaista mielialahäiriötä on arvioitu sairastavan 0,1 – 0,5 prosenttia iäkkäistä. Iäkkäiden (yli 75-vuotiaiden) kaksisuuntaisen mielialahäiriön lääkeshoidosta on vain vähän näyttöön perustuvaa tietoa. (Koponen ym. 2015.) Heidän hoidossa voidaan soveltaa työikäisten hoitolinjauksia huomioiden pienemmät lääkeannokset. Ensisijaisesti iäkkäillä tulisi käyttää vain yhtä mielialantasaajaa kerrallaan ja pyrkiä mahdollisimman pieniin annoksiin ja pitoisuuksiin. (Kaksisuuntainen mielialahäiriö 2013.) Iäkkäiden lääkehoidossa litiumia on syytä käyttää varoen. Iäkkäiden elimistöstä litium poistuu työikäistä hitaammin, joten lääkeannosta on syytä alentaa. Litiumin on todettu aiheuttavan noin kolmasosalle iäkkäistä mm. munuaisten toimintahäiriötä. Huomioitavaa on, että iäkkäiden monilääkitys voi aiheuttaa litiumpitoisuuden lisääntymisen elimistössä ja mahdollisesti myrkytyksen. Lamotrigiinin on hyvä lääke iäkkäiden kaksisuuntaisen mielialahäiriöiden hoidossa erityisesti, jos oirekuva on depressiopainotteinen. Sen annostus iäkkäiden hoidossa voi olla työikäistä vastaava. Maksan tai munuaisten vajaatoimintaa sairastavien lamotrigiiniannosta on pienennettävä. (Alanen ym. 2013.)

5.4 Ahdistuslääkkeet

Ahdistukseen hoitoon käytettävät lääkkeet eli anksiolyytit ovat bentsodiatsepiineja tai niiden johdannaisia. Ahdistuksen hoidossa käytetään myös buspiroonia ja masennuslääkkeitä. Yli 65-vuotiailla 5–6 prosentilla esiintyy ahdistuneisuushäiriötä. Tutkimusten mukaan yleisimpiä ovat pakko-oireiset häiriöt, yleistynyt ahdistuneisuushäiriö ja yksittäiset pelot. Usein iäkkään ahdistuneisuushäiriöön liittyy jonkinlainen masennustila. Ensisijaisia iäkkään ahdistushäiriöiden hoidossa käytettäviä lääkkeitä tulisi olla SSRI-lääkkeet, joista sopivimpia ovat sitalopraami, essitalopraami ja sertraliini. Näillä lääkkeillä on vain vähän yhteisvaikutuksia muiden lääkkeiden kanssa ja lyhyt puoliintumisaika. Myös masennuslääkkeistä venlafaksiinin, duloksetiinin ja mirtatsapiinin on todettu olevan hyödyllisiä iäkkään ahdistuksen hoidossa. Masennuslääkkeiden vaste ahdistuneisuushäiriöiden hoidossa alkaa näkyä useiden viikkojen tai jopa kuukausien kuluessa. Tätä vastetta odoteltaessa keskipitkävaikutteisten bentsodiatsepiinien käyttö tulee kyseeseen lyhytaikaisesti oireita helpottamaan. Muista lääkkeistä buspiroonia on suositeltava lääke myös iäkkään ahdistuneisuushäiriön hoidossa.

suuden hoitoon, koska sillä ei ole bentsodiatsepiineille ominaisia haittavaikutuksia. (Kontkanen & Purhonen 2011.)

Bentsodiatsepiinit ovat rauhoittavia lääkkeitä ja niiden vaikutukset kohdistuvat keskushermostoon. Ne lievittävät nopeasti ja tehokkaasti ahdistus- ja pelko-oireita sekä myös estävät kouristelua ja rentouttavat lihaksia. (Kuhanen ym. 2014, 287.) Tutkimuksen mukaan bentsodiatsepiinit ovat yleisimpiä käytössä olleita psykenlääkkeitä. Niitä käytetään muun muassa unihäiriöiden sekä ahdistuneisuuden hoitoon. (Ruth 2011.) Bentsodiatsepiinin jaetaan niiden vaikutusajan mukaan lyhytvaikutteisiin (alle 5 tuntia), lyhyt- ja keskipitkävaikutteisiin (6–12 tuntia) ja pitkävaikutteisiin (yli 12 tuntia) valmisteisiin. Lyhytvaikutteisina valmisteita ovat mm. midatsolaami ja triatsolaami. Lyhyt- ja keskipitkävaikutteisia ovat mm. loratsepaami, tematsepaami ja oksatsepaami. Pitkävaikutteisia valmisteita ovat mm. diatsepaami, klonatsepaami ja nitratsepaami. (Kuhanen ym. 2014, 287.)

Bentsodiatsepaamien tärkein haittavaikutus on riippuvuuden syntyminen pitkäaikaisessa yli kolme kuukautta kestävässä käytössä sekä lopettamisesta aiheutuvat vieroitusoireet (ahdistuneisuus, tuskaisuus, univaikeudet). Pitkäaikainen käyttö aiheuttaa myös toleranssin eli sietokyvyn syntymisen. Lääkeannoksen nostaminen voi puolestaan aiheuttaa haittavaikutuksena ahdistusta ja aggressiivisuutta, mitä alun perin lääkkeellä on pyritty hillitsemään. Rauhoittavia lääkkeitä tulisikin käyttää vain tilapäisesti muun lääkehoidon tukena. Muita bentsodiatsepiinien aiheuttamia haittavaikutuksia ovat lihaskrampit, päänsärky, tokkuraisuus ja näkövaikeudet, jotka johtuvat keskushermoston lamaantumisen lääkkeen vaikutuksesta. (Kuhanen ym. 2014, 287 - 288.)

Bentsodiatsepiinien pitkäaikaiskäyttö iäkkäillä alentaa kognitiota, suurentaa riskiä depression sekä muihin psyykkisiin haittoihin (Hamina 2012). Bentsodiatsepiinit ovat rasvaliukoisia, joten ne kertyvät iäkkäillä rasvakudokseen. Tämän seurauksena niiden eliminaation puoliintumisaika voi olla jopa kolme kertaa suurempi kuin esimerkiksi 20-vuotiailla. (Ahonen 2011.) Pääsääntöisesti bentsodiatsepiineilla ei juurikaan ole kliinisesti merkittäviä yhteisvaikutuksia muiden lääkeaineiden kanssa. Joidenkin antibioottien on todettu heikentävän ja lisäävän bentsodiatsepiinien vaikutusta. Esimerkiksi rifamysiini pienentää diatsepaamin ja midatsolaamin pitoisuutta. Sieniläkkeet, kuten flukonatsoli,

voivat nostaa midatsolaamipitoisuutta. Tämä tulee huomioida hoitoa suunniteltaessa. Bentsodiatsepiinit puolestaan voimistavat monien muiden lääkkeiden, kuten voimakkaiden kipulääkkeiden vaikutusta. (Kuhanen ym. 2014, 287 - 288.)

lääkille erityisesti pitkävaikutteiset bentsodiatsepiinit vaikuttavat muistia heikentävästi ja lisäävät kaatumisen riskiä, joten lyhytvaikutteisten valmisteiden käyttö on suositeltavampaa pienillä annoksilla (puolet työkäisen annoksesta). (Kuhanen ym. 2014, 293.) Onkin tutkittu, että ikäihmisten kohdalla bentsodiatsepiinien käyttö ja kaatuminen ovat yhteydessä toisiinsa. Kaatumisen riski on jopa kaksinkertainen bentsodiatsepiiniä käyttävällä henkilöllä verrattuna sellaiseen henkilöön, jolla ei niitä ole käytössä. (Ruth 2011.)

Ahdistuksen hoidossa käytetyllä buspironilla ei esiinny bentsodiatsepiinien tapaan lopetusoireita, eikä se aiheuta riippuvuutta. Sillä ei ole myöskään vaikutusta käyttäjän muistiin eikä se toimi sedatiivisesti. Buspironi ei ole kuitenkaan sopiva valmiste tilapäisen ahdistuneisuuden hoidossa, koska sen vaste alkaa näkyä vasta 1 – 3 viikon kuluessa. Säännöllisessä käytössä se on hyvin käytökelpoinen lääke pitkittyneen ja yleistyneen ahdistuneisuushäiriön hoidossa. Myös masennuslääkkeet ovat sopivia pitkittyneen ahdistuneisuuden hoidossa ja ovatkin nykyään siinä ensisijaisia lääkkeitä. Greippimehun nauttimista buspironi-lääkityksen aikana tulee välttää, koska se tehostaa lääkkeitä vaikutusta huomattavasti. (Huttunen 2017g.)

5.5 Uni- ja nukahtamislääkkeet

Tilapäinen unettomuus on yleinen vaiva, joka voi liittyä muun muassa muutoksiin elämäntilanteessa tai terveydessä. Yleensä unettomuus paranee itseltään tai lyhytkestoisella lääkkityksellä. Kun unettomuus kroonistuu, se voi liittyä henkilön ahdistuneisuuteen, jännitysoireisiin, masennustiloihin tai muihin psykiatriisiin sairauksiin sekä somaattisiin sairauksiin. Kroonistunut unettomuus ilmenee jatkuvina nukahtamisvaikeuksina tai heräämisinä yön aikana. (Kuhanen ym. 2014, 290.) Ikääntyessä vuorokausirytmii muuttuu aamupainotteiseksi kehon hormonimuutosten vuoksi. Syvän unen osuus vähenee ja pinnallisemman unen osuus lisääntyy. Ikääntyneillä unettomuus on yleisesti yhteydessä

muihin samanaikaisiin sairauksiin tai niiden oireisiin, masennukseen ja toimintakyvyn alenemiseen. Pitkäkestoisen unettomuuden on todettu vaikuttavan kognitiiviseen suorituskykyyn, kuten muistiin ja ongelmanratkaisukykyyn erityisesti iäkkäillä. Se on todettu lisäävän myös iäkkäiden kaatuilua. Unilääkkeet itsessään voivat myös lisätä iäkkäiden riskiä kaatuiluun sekä kognition heikkenemiseen. (Unettomuus 2017.)

Unettomuuden hoidossa käytettäviä lääkkeitä ovat bentsodiatsepiinit (mm. tematsepaami, oksatsepaami, diatsepaami, klonatsepaami) ja niiden johdokset (tsolpideemi, tsopikloni, tsaleploni), sedatiiviset depressiolääkkeet (mm. mirtatsapiini ja doksepiini), melatoniini sekä doksylamiini (Huttunen 2017h). Myös itsehoitovalmisteena saatavaa valerianauutetta voidaan käyttää tilapäisten nukahtamisvaikeuksien hoidossa (Kuhanen ym. 2014, 291). Iäkkäiden unettomuuden hoidon periaatteet eivät juurikaan poikkea muiden ikäryhmien hoidosta. Ennen lääkehoidon aloittamista tulisi kokeilla muita unettomuuden hoitoon käytettyjä menetelmiä, kuten liikuntaa, vuorokausirytmien tasaamista ja nukkumisympäristön rauhoittamista. Ikääntyneiden kohdalla tulisi tarkkaan miettiä, onko unilääkkeistä saatu hyöty pienempi kuin siitä saadut haitat. Tavallisesti unilääkkeinä käytettyjen bentsodiatsepiinien käyttö iäkkäillä tulee olla tarkoin harkittua niiden haittavaikutusten vuoksi. Ikääntyneiden unettomuuden lääkehoidossa tulisi välttää jatkuvaa yli kaksi viikkoa kestäväää bentsodiatsepiinien käyttöä. Lääkkeen annos tulisi olla puolet työkäisen annoksesta. (Unettomuus 2017.) Iäkkäillä tulisi kokeilla ennen bentsodiatsepiinien aloittamista pienellä annoksella sedatiivisia masennuslääkkeitä, kuten doksepiinia tai mirtatsapiinia, unettomuuden hoidossa (Huttunen 2017k).

Bentsodiatsepiineista tematsepaamia ja oksatsepaamia voidaan käyttää iäkkäiden unettomuuden hoidossa pieninä annoksina, kun niiden mahdolliset haittavaikutukset huomioidaan. Liian suuresta annoksesta on usein merkinä aamu- tai päiväväsyyttä. (Huttunen 2017k.) Pitkävaikutteisia bentsodiatsepiineja, kuten diatsepaamia ja klonatsepaamia ei tule käyttää iäkkäiden unettomuuden hoidossa niiden haittavaikutusten vuoksi. Nämä valmisteet eivät ole on pidentyneiden puoliintumis- eli vaikutusaikojensa vuoksi iäkkäille soveltuvia. Nitratsepaamia ei suositella iäkkäille, koska lääkeaine kertyy elimistöön

hidastuneen eliminaation vuoksi. Myöskään erittäin lyhytvaikutteisia bentso-diatsepiineja kuten midatsolaamia ja triatsolaamia ei tule iäkkäillä käyttää niiden keskushermostohaittojen vuoksi. Tzolpideemia ja tsopiklonia voidaan käyttää lyhytaikaisesti iäkkäiden unettomuuden hoidossa, mutta niiden vaikutukset iäkkään tasapainoon tulee huomioida. Tzolpideemi voi aiheuttaa iäkkäille sekavuutta ja tsopikloni voi aiheuttaa huonokuntoiselle psykoottisia oireita. Tsaleplonia voidaan käyttää iäkkäällä nukahtamisvaikeuksien hoidossa, jos hänellä ei ole todettu muisti- tai mielenterveyshäiriöitä eikä keskushermostosairauksia. (Unettomuus 2017.)

Depressiolääkkeistä doksepiini on pieninä annoksia (1 – 6 mg) hyvin käyttökelpoinen lääke iäkkäiden unettomuuden hoidossa. Muut depressiolääkkeet eivät ole niiden haittavaikutusten vuoksi suositeltavia iäkkäiden unettomuuden hoidossa. Unettomuuden lisäksi masennuksesta ja kroonisesta kivusta kärsiville pienestä annoksesta depressiolääkettä voi kuitenkin olla hyötyä. (Unettomuus 2017.) Mirtatsapiinin paras teho unettomuuden hoitoon saadaan mahdollisimman pienellä annoksella (7,5 mg iltaisin) (Huttunen 2017h). Se voi aiheuttaa erityisesti iäkkäille verenpaineen laskua, kuten ylösnousemiseen liittyvää verenpaineen äkillistä laskua (Unettomuus 2017).

Melatoniini on käpylisäkkeen tuottama hormoni, jonka vaikutus on unettava. Sen erityis lisääntyy pimeässä ja vähenee aamun valjetessa. Melatoniinia voidaan yleensä käyttää iäkkäiden unettomuuden hoidossa, koska sillä ei ole todettu olevan merkittäviä haittavaikutuksia. Iäkkäiden unettomuuden hoidossa tulisi ensisijaisesti kokeilla melatoniinia tai valerianaanautetta. (Huttunen 2017k.) Melatoniinin on todettu parantavan ikääntyneiden unenlaatua ja aamuvireyttä. Sen unta parantava vaikutus näkyy nimenomaan nukahtamisajan lyhenemisenä ja sitä voidaan käyttää lievään, tilapäiseen unettomuuteen. (Seppälä 2015.) Melatoniini on yleensä hyvin siedetty aine. Sen haittavaikutuksina voi ilmetä päänsärkyä, huimausta ja väsymystä. On kuitenkin huomioitava, ettei melatoniinia tule käyttää, jos on perinnöllinen sairaus kuten; galaktaasi-intorelanssi, saamelaisilla esiintyvä laktaasin puutos tai glukoosi-galaktosi-imeytymishäiriö. (Huttunen 2017h.) Melatoniinin ja SSRI- masennuslääk-

keisiin kuuluvan fluvoksamiinin samanaikaista käyttöä tulee välttää, koska yhteiskäytön myötä melatoniinipitoisuus elimistössä kasvaa huomattavasti (Unettomuus 2017).

Doksylamiinia voi käyttää iäkkäiden unettomuuden hoidossa pienellä, maksimissaan 12,5 mg annoksella. Työikäisillä käytetty annos on 12,5 - 25 mg. Doksylamiinia tulee käyttää enintään viikon ajan. Sillä on voimakas antikolinerginen vaikutus, jonka vuoksi on noudatettava erityistä varovaisuutta käytettäessä lääkettä iäkkäiden unettomuuden hoidossa. (Unettomuus 2017.) Yleisinä haittavaikutuksina voi ilmetä ummetusta, virtsaumpea, suun kuivumista, näön sumentumista, huimausta ja keuhkoputkien limanerityksen lisääntymistä. Lääkkeen haittavaikutukset voivat korostua iäkkäillä sekä maksan tai munuaisten toiminnanhäiriötä sairastavilla potilailla. (Huttunen 2017h.)

Valeriaanauute on rohtovirmajuuresta valmistettu luonnontuote. Sillä on sedatiivinen ja nukahtamista helpottava vaikutus. Valeriaanauutetta suositellaan iäkkäiden unettomuuden hoitoon ensisijaiseksi valmisteeksi melatoniinin lisäksi. (Huttunen 2017k.) 300 – 600 mg annoksena vuorokaudessa valeriaanauutteella ei vaikuttaisi olevan haittavaikutuksia eikä se aiheuta riippuvuutta. Suurina annoksina se voi aiheuttaa päänsärkyä, levottomuutta, pahoinvointia, motorista koordinaatiovaikeutta ja väsymystä. Valeriaanauutteen käytössä huomioitavaa on, että uute voi vahvistaa muiden sedatiivisten lääkkeiden, kuten bentsodiatsepiinien vaikutusta. (Huttunen 2017j.)

5.6 Psykykläkkeiden turvalliseen käyttöön vaikuttavat tekijät

Turvallinen ja oikea lääkehoito on tärkeä osa potilasturvallisuutta ja hoidon laatua. Turvallinen lääkehoito pitää sisällään lääketurvallisuuden sekä lääkitysturvallisuuden. Lääketurvallisuus tarkoittaa lääkevalmisteen tuntemista, sen toimivuuden ja haittojen arvioimista sekä lääkkeen oikeaoppista valmistusprosessia ja informaatiota. Lääkitysturvallisuus tarkoittaa yksikön lääkkeiden käyttöön liittyviä toimintatapoja ja periaatteita, joilla turvataan turvallinen lääkehoito ja ehkäistään vahinkojen tapahtuminen sekä toimenpiteet, joilla haittatapahtumat vältetään tai ne pystytään korjaamaan. (Inkinen ym. 2015, 16, 102 - 103.)

Fimea (2018) on lääkealan turvallisuus ja kehittämiskeskus ja sen tehtäviin kuuluu valvoa lääketurvallisuutta.

Lääkehoidosta vastaavalle yksikölle tulee laatia lääkehoitosuunnitelma, jossa huomioidaan yksikön potilaiden erityispiirteet sekä heillä käytetyt lääkkeet. Suunnitelman tulee pitää sisällään yksikön lääkehoidon suunnittelun, toteutuksen, poikkeamat ja niiden raportoinnin. Kun lääkkeiden käytön riskit ja vaarat on yksikössä tunnistettu, pystytään kehittämään lääkehoidon turvallisuutta ja estää vakavien lääkehaittojen syntyminen. (Inkinen ym. 2015, 16.)

Lääkehoito vaatii aina kliinistä seuraamista sekä lääkehoidon arviointia. On kuitenkin olemassa lääkeaineita, jotka kertyessään elimistöön voivat aiheuttaa myrkytystiloja. Tästä syystä tällaisten lääkeaineiden pitoisuuksia sekä vaikutuksia elimistön toimintaan on seurattava säännöllisin verikokein. Kaksisuuntaisen mielialahäiriön lääkehoitoon lukeutuvan litiumin terapeuttinen leveys on kapea ja se erittyy elimistöstä lähes täydellisesti virtsan mukana, mikä puolestaan vaikuttaa munuaisten toimintaan. Tämän vuoksi litiumia käyttäviltä tulee kontrolloida verestä nestetasapaino (natrium, kalium sekä kreatiini) sekä TSH arvot ensimmäisen vuoden aikana lääkkeen aloituksesta 3 kertaa, myöhemmin yksilöllisesti harkiten 6-12 kuukauden välein. Valproaatti sekä karbamatsipiini puolestaan metaboloituvat maksassa, jonka vuoksi maksan toimintaa on seurattava 6 kuukauden välein. Maksan toiminnasta kertovia verikokeita ovat maksaentsyymit (ALAT, AFOS), nestetasapaino sekä verenkuvaa. Anti-psykoottit voivat aiheuttaa metabolisia häiriöitä elimistössä. Näitä käyttävältä tulisi seurata täydellistä verenkuvaa, prolaktiinipitoisuuksia, lipideitä sekä verensokeria ensimmäisen vuoden aikana 3 kuukauden välein ja jatkossa kerran vuodessa. (Salminen & Tikkanen 2013.)

Psykoosilääkkeisiin kuuluvan klotsapiinin käyttöön liittyy ehdoton verenkuvaseuranta. Klotsapiinissa on vaarana agranulosytoosi eli jyväsolutukato, jonka vuoksi leukosyytti arvoja on seurattava ja ne on eriteltävä viimeistään 10 vuorokautta ennen hoidon aloittamista, lääkkeen aloittamisen jälkeen viikoittain 18 viikon ajan, sen jälkeen vähintään 4 viikon välein ja 4 viikkoa lääkehoidon lopetuksen jälkeen. (Sorvaniemi 2016.) Masennuslääkkeisiin kuuluvista lääkeaineista ainoana verikoeseurantaa vaatii agomelatiini. Maksakokeita (ALAT,

ASAT) seurataan ennen hoidon aloitusta ja 3, 6, 12 sekä 24 viikon päästä hoidon aloituksesta sekä aina, jos annostusta joudutaan nostamaan. (Sorvaniemi 2016.)

Lääkeaineiden oikeanlaisiin säilyttämisolosuhteisiin tulee kiinnittää huomiota. Kunkin lääkkeen teho ja turvallisuus tietyissä säilytysolosuhteissa on tutkittu. Lääkkeen valmistaja merkitsee kunkin lääkkeen pakkaukseen lääkkeen säilytysajan, säilytyslämpötilan sekä merkinnän siitä, tuleeko se olla valolta suojattuna ja minkälaisessa pakkauksessa tuotetta tulee säilyttää. Lääkeaineen vanheneminen, väärä lämpötila, kirkas valo, vääränlainen pakkausmateriaali sekä hapettuminen voivat vaikuttaa lääkeaineen määrään (eli tehoon), koostumukseen, ulkonäköön sekä siihen voi muodostua haitallisia aineita tai se voi mikrobien vaikutuksesta pilaantua. (Saano & Taam-Ukkonen 2018, 70 - 71.)

Valkohaapa (2014) on tutkinut hoitajien suhtautumista psyykenlääkeisiin ja niiden käyttöön kemiallisena rajoitteena ikääntyneiden pitkäaikaishoidossa. Tutkimuksessa nousi esille, että psyykenlääkkeitä on ikääntyneiden pitkäaikaishoidossa paljon käytössä listalääkkeinä ja lääkkeiden käyttö oli rutiinimaista. Hoitajat voivat olla lääkehoidon suhteen ja lääketietämyksessään epävarmoja, mutta tiedon puute ei saa vaikuttaa päätöksiin kemiallisen rajoittamisen suhteen. Hoitajat päättävät joka päivä tarvittavien lääkkeiden antamisesta hoitotyössä ja siksi olisikin tärkeää, että hoitajien osaaminen farmakologisesti olisi ajantasaista ja riittävää. Vaikkakin hoitajan arvot ja asenteet vaikuttavat kemiallisen rajoittamisen käyttämiseen, tarvitaan teoretietoa hyvän lääkehoidon toteuttamiseen.

6 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS JA TAVOITE

Opinnäytetyöllä pyrimme lisäämään hoivakodin henkilökunnan tietotaitoa psyykenlääkkeiden turvallisesta käytöstä nimenomaan iäkkäiden hoidossa sekä luomaan heille helppokäyttöisen työvälineen käytännön työssä hyödynnettäväksi.

Opinnäytetyön tarkoituksena on tuottaa hoivakodin henkilökunnan käyttöön selkeä tarkistuslista psyykenlääkkeiden käytön erityispiirteistä iäkkäillä ja järjestää aiheesta osastotunti hoivahenkilökunnalle. Opinnäytetyön tavoitteena on kehittää psyykenlääkkeiden turvallista käyttöä iäkkäillä. Työhön koottiin ajantasaista teoriatietoa psyykenlääkkeiden vaikutuksista iäkkään ihmisen elimistössä, niiden haittavaikutuksista ja käytön riskeistä luotettavia lähteitä käyttäen.

7 TARKISTUSLISTA TUOTEKEHITYSPROSESSINA

Toteutamme opinnäytetyön toiminnallisena opinnäytetyönä, joka on vaihtoehto tutkimukselliselle opinnäytetyölle. Toiminnallisen opinnäytetyön tavoitteena on ohjaaminen ja opastaminen käytännön toiminnassa, toiminnan järjestämistä tai sen järjeistämistä. Konkreettisesti työ voi olla esimerkiksi ammattilaisten käyttöön suunnattu ohje, opas tai jonkin toiminnallisen tapahtuman järjestäminen. Oleellista on, että toiminnallisessa opinnäytetyössä sekä toiminnallinen osuus, että opinnäytetyöraportti yhdistyvät. Opinnäytetyön tulisi olla käytännönläheinen ja työelämälähtöinen sekä osoittaa riittävää alan tietojen ja taitojen hallintaa. (Vilkka & Airaksinen 2003, 9 - 10.)

7.1 Tuotekehitysprosessi

Tuotteen suunnitteluun ja kehittämiseen vaaditaan tuotekehitysprosessi. Prosessi etenee vaiheittain mutta, se ei kuitenkaan vaadi sitä, että edellinen vaihe olisi suoritettu loppuun ennen seuraavaan siirtymistä. Eri vaiheet voivat täydentyä työn suunnittelun edetessä. Sosiaali- ja terveysalan tuotetta kehitettäessä ongelman ja kehittämistarpeen näkökulmasta, tulee kiinnittää erityistä huomiota aiheen analysointiin ja kehittämiseen sekä huolelliseen tiedon selvittämiseen. (Jämsä & Manninen 2000, 24 - 28.)

Opinnäytetyön tarkoituksena oli tuottaa Aapelin hoivakodin henkilökunnalle tarkistuslista psyykenlääkkeiden käytön erityispiirteistä iäkkäiden lääkehoidossa. Tarkistuslistan pohjalta toteutettiin osastotunti, jossa päivitettiin hoitajien tietotaitoa psyykenlääkkeistä iäkkäiden lääkehoidossa sekä opastettiin ja motivoitiin tarkistuslistan käyttöön. Sinokin (2017) mukaan hyvän motivaation

työssään omaava työntekijä kokee työnsä mielekkääksi, tärkeäksi ja on sitoutunut työhönsä. Kehittämällä työn ominaisuuksia sekä työympäristöä voidaan lisätä työmotivaatiota.

7.2 Tarkistuslista

Hyvän tarkistuslistan tarkoituksena on varmistaa, ettei mikään tärkeä asia ole unohtunut tai jäänyt huomaamatta. Sen käyttö osana hyvää potilasturvallisuutta on keino eri riskitilanteiden sekä komplikaatioiden välttämiseen. Hyvän tarkistuslistan perustana toimii näyttöön perustuva tieto, jonka pohjalta riskitilanteita ja huomioita voidaan korostaa. Käytännössä sen tulee olla helposti käytettävä, rakenteeltaan selkeä sekä ihanne pituudeltaan yksisivuinen. Tarkistuslista voi olla paperinen tai sähköinen. (Mertanen & Pitkänen 2013.)

Teoriatiedon pohjalta kehitetty tarkistuslista Aapelin hoivakodin henkilökunnalle kertoo psykykenlääkkeiden turvallisesta käytöstä ja käytön erityispiirteistä iäkkäillä ihmisillä. Se sisältää iäkkäille sopimattomat psykykenlääkkeet sekä niiden aiheuttamat haittavaikutukset, iäkkäille suositeltavat psykykenlääkkeet sekä muut käytön erityispiirteet. Iäkkäille sopimattomat lääkkeet päätettiin laittaa tarkistuslistan ensimmäiseen sarakkeeseen, koska haluttiin kiinnittää erityishuomiota nimenomaan iäkkäille haitallisiin lääkevalmisteisiin ja niiden aiheuttamiin haittavaikutuksiin. Kahdessa viimeisessä sarakkeessa kuvataan iäkkäille suositeltavat lääkevalmisteet ja niiden käytön erityispiirteitä.

7.3 Kehittämistarpeen tunnistaminen

Ongelman tai kehittämistarpeen tunnistaminen on ensimmäinen vaihe tuotekehityksessä. Sosiaali- ja terveysalalla käytetään organisaatiotasolla sen toiminnan kehittämiseen laadun kehittämisen erilaisia menetelmiä. Yksi menetelmistä on uuden tuotteet kehittäminen. (Jämsä & Manninen 2000, 28 - 30.)

Keskustelimme keväällä 2017 Hoivakoti Aapelin esimiehen sekä henkilökunnan kanssa ja toimme esille halun tehdä opinnäytetyön kyseiselle toimeksiantajalle. Opinnäytetyön aihe tuli hoivakodin henkilökunnan halusta kehittää iäkkäiden turvallista lääkehoitoa sekä tarpeesta saada lisää tietoa psykykelääkkei-

den vaikutuksista iäkkäisiin. Tämän tarpeen pohjalta päätettiin tuottaa konkreettinen apuväline käytännön työssä hyödynnettäväksi, josta hoivahenkilökunnan on helppo nähdä psyykenlääkkeiden keskeiset haittavaikutukset ja iäkkäiden hoidossa vältettävät lääkeaineet.

Valkohaavan (2014) tutkimuksen mukaan pitkäaikaishoidossa olevien iäkkäiden kohdalla psyykenlääkkeet olivat käytössä listalääkkeinä, eivätkä tarvittaessa annosteltavina. Lääke on usein nopea ja helppo keino rajoittaa häiritsevää käyttäytymistä ilman, että aikaa tarvitsee kuluttaa lääkkeettömien keinojen kokeiluun. Tutkimuksessa on todettu, että iäkkäiden asumisyksiköt ovat lääkeshoidon ja kemiallisen rajoittamisen käytön kannalta haastavia paikkoja. Lääkehoidon ja iäkkäille sopimattomien lääkkeiden käyttöön on usein epäsuorasti yhteydessä työyhteisössä koettu kiire ja yleisesti hyväksytyt toimintatavat, jotka eivät aina kohtaa iäkkään tarpeen kanssa. Hoitohenkilökunnan farmakologista koulutusta tulisikin edelleen lisätä pitkäaikaishoidossa.

Ahonen (2011) tuo ilmi tutkimuksessaan, että terveydenhuollon ammattilaisille järjestämällä lääkehoidon täydennyskoulutuksella on kehitetty iäkkäiden lääkeshoittoa. Säännöllisellä moniammatillisella koulutuksella on nähty olevan parempi vaikutus kuin yksittäisellä koulutuksella. Moniammatillisissa koulutuksissa katsotaan usein lääkehoidon ongelmatilanteita eri näkökulmista, joten ne ovat hyödyllisempiä päivittäistä työtä ajatellen.

7.4 Ideavaihe

Ideointiprosessi käynnistyy, kun on saatu varmuus kehittämistarpeesta. Ratkaisukeino on tässä vaiheessa vielä päättämättä, mutta se syntyy eri vaihtoehtoja tarkasteltaessa. Organisaatiokohtaisiin ongelmiin pyritään löytämään ratkaisu. Ideavaiheessa voidaan hyödyntää muualta saatua tietoa ja luovia ongelmanratkaisun menetelmiä. (Jämsä & Manninen 2000, 35.)

Idea oppaan, posterin tai tarkistuslistan tekoon syntyi hoivakodin henkilökunnan tarpeesta kehittää turvallista lääkeshoittoa ja saada helppokäyttöinen työväline hyödynnettäväksi hoitotyössä. Ideavaiheessa pohdittiin millainen tuotos olisi käytännöllinen ja toimiva päivittäisessä hoitotyössä. Pohdimme olisiko

esimerkiksi posterilääkehuoneen seinälle hyvä tuote vai voisiko tarkistuslista olla monipuolisempi ja kattavampi tuote käytännön työssä hyödynnettäväksi. Mietimme, millaisissa tilanteissa hoitajat pystyisivät tuotetta parhaiten hyödyntämään. Päädyimme tarkistuslistaan, koska se koettiin monikäyttöisemmäksi ja sitä hoitaja voisi tarvittaessa kuljettaa mukanaan. Posteripuolestaan tulisi olemaan seinällä tietyssä paikassa ja näin sen hyödynnettävyys käytännössä heikkenisi.

Tarkistuslistasta on helppo nopeasti tarkistaa psyykenlääkkeiden turvallinen käyttö ja siinä huomioitavat asiat esimerkiksi lääkkeenjako tehdessä tai mahdollisia haittavaikutuksia havaitessa. Pohdimme, millaisia asioita tarkistuslistassa halutaan nostaa esille, millainen se on ulkoasultaan ja miten laaja siitä tehdään. Tarkistuslista tulisi olemaan laajuudeltaan yksisivuinen, ulkoasultaan mahdollisimman selkeä sekä asiasisällöltään tarpeeksi laaja.

7.5 Luonnosteluvaihe

Luonnosteluvaihe alkaa, kun on päätetty, millainen tuote tehdään. Luonnosteluvaiheessa analysoidaan ne tekijät, jotka ohjaavat tuotteen suunnittelua ja valmistelua. Eri osa-alueiden tarkastelulla luonnosteluvaiheessa varmistetaan tuotteen laatu. Palvelun tuottajan toiminnan analysointi on tärkeää. Sosiaali- ja terveystieteissä asiakas ei välttämättä ole tuotteen ensisijainen käyttäjä, vaan hyöty tuotteesta tulee asiakkaalle esimerkiksi henkilökunnan kautta. On selvitettävä palvelun tuottajan ja tarjoajien näkemykset ja tarpeet, mutta myös asiakkaiden tarpeet ja ongelmat on selvitettävä. Näin varmistetaan, että asiasisältö ja tuote vastaavat sen tarkoitusta. (Jämsä & Manninen 2000, 43 - 45.)

Luonnosteluvaiheessa tarkasteltiin jo olemassa olevien opinnäytetöiden yhteydessä tuotettuja tarkistuslistoja. Tehtyjen tuotteiden perusteella pystyimme miettimään oman tarkistuslistamme idean hyviä ja huonoja puolia sekä hahmottelemaan tuotetta omanlaisiksi kokonaisuudeksi. Vertaiskehittämisellä, eli benchmarkingilla tarkoitetaan menetelmää, jonka avulla opitaan jo olemassa olevista hyvistä käytänteistä ja jonka tavoitteena on onnistua kehittämään omaa toimintaa (Itä-Suomen yliopisto s.a). Aiemmin tehtyjen tarkastuslistojen ulkoasut vaihtelivat paljon. Ulkoasun väriyty vaihteli mustavalkoisesta värillisiin

tuotoksiin. Näiden tarkastelujen pohjalta päädyimme tekemään tarkistuslistan taulukkomuotoon, jotta ulkoasu pysyy selkeänä ja helposti luettavana. Tarkistuslistat joissa oli käytetty eri värejä, olivat huomiota herättävämpiä mustavalkoiseen verrattuna. Näin ollen päädyimme tuottamaan värillisen tarkistuslistan. Pyrimme myös välttämään turhaa tekstiä tarkistuslistassa, jotta siitä olisi helppo nopealla silmäyksellä tarkastaa haluttu asia. Oman tarkistuslistamme kaltaisia tuotoksia löytyi yllättävän vähän. Suurin osa lääkehoidon tarkistuslistoista liittyi itse lääkehoitoprosessiin, ei niinkään lääkeaineisiin.

Luonnosteluvaiheessa mietimme, millainen tarkistuslista tehdään ja mitä se tulisi sisältämään. Tässä vaiheessa tarkistuslistan sisältöä suunniteltiin tarkemmin sen käyttäjien tarpeiden mukaiseksi. Mietimme tuotteen toteutusta; mikä on sen sisältö ja millaisista osista se koostuu. Vaihtoehtoina pohdittiin kahdenlaista lähestymistapaa tarkistuslistan tekoon. Kumpaankin vaihtoehtoon psyykenlääkkeet ryhmitellään psykoosi-, masennus-, mielialantasaaja-, ahdistus- sekä uni- ja nukahtamislääkkeisiin. Tässä vaiheessa pohdimme ja testasimme, kumpi vaihtoehtoista olisi käytännöllisempi ja vastaisi paremmin tarkoitusta.

Tarkistuslistan vaihtoehto 1 oli taulukko, jossa kuvataan yleisimmät lääkevalmisteet, psyykenlääkkeiden käyttöaiheet, niiden vaikutukset elimistössä ja huomioitavat asiat iäkkäiden lääkehoidossa.

TARKISTUSLISTA PSYYKENLÄÄKKEIDEN KÄYTÖN ERITYISPIIRTEISTÄ IÄKKÄILLÄ

Tarkistuslista
psykyenlääkköiden
käytön erityispiirteistä
iäkköiden
lääkehoidossa

	Lääkevalmiste (yleisimmät)	Käyttöaiheet	Vaikutukset	Haittavaikutukset	Huomioitavaa iäkköiden kohdalla
Psykoosilääkkeet (Antipsykootit)					
Masennuslääkkeet (Antidepressantit)					
Mielialantasaajat					
Ahdistuslääkkeet (Ansiolyytit)					
Uni- ja nukahtamisilääkkeet					

Kuva 1. Tarkistuslistan vaihtoehto 1.

Tarkistuslistan vaihtoehto 2 oli taulukko, jossa on luetteloituna iäkkäille sopimattomat psykyenlääkkeet ja niiden aiheuttamat haittavaikutukset sekä iäkkäille sopivat psykyenlääkkeet ja muut huomioitavat asiat iäkköiden kohdalla.

	lääkille sopimattomat lääkevalmisteet	Halttavaikutukset	lääkille sopivat lääkevalmisteet	Muuta huomioitavaa
Psykoosilääkkeet				
Masennuslääkkeet				
Miellalantasaajat				
Ahdistuslääkkeet				
Uni- ja nukahtamislääkkeet				

Kuva 2. Tarkistuslistan vaihtoehto 2.

Näistä kahdesta vaihtoehdosta päädyttiin vaihtoehtoon 2, koska se oli mielestämme juuri Aapelin hoivakotia ajatellen parempi vaihtoehto otsikoinnin ja sisältönsä vuoksi. Myös keskeiset asiat psyykenlääkkeiden käytöstä iäkkäillä pystyttiin tuomaan paremmin esille vaihtoehdossa 2.

Luonnosteluvaiheessa pyrittiin saamaan esille oleelliset ja tärkeät huomioitavat asiat psyykenlääkkeiden käytöstä iäkkäiden lääkeshoidossa. Tavoitteena oli saada tieto mahdollisimman helposti luettavassa ja tiiviissä muodossa tarkistuslistaan. Vaikeuksia tarkistuslistan luonnostelussa tuotti asiasisällön paljous, koska ajatuksena oli tuottaa vain yksisivuinen tarkistuslista. Yksisivuisena teksti olisi ollut kuitenkin liian tiiviissä muodossa ja vaikeasti luettavaa. Tarkistuslistaa laajennettiin A4:n kokoisen paperin molemmille puolille, jolloin saatiin lisää tilaa tehdä tekstistä selkeää ja helppolukuista sekä asiasisällöltään tarpeeksi kattavaa. Luonnosteluvaiheessa hyödynsimme ryhmän kesken muisti-listaa, johon jokainen opinnäytetyön tekijä pystyi kirjaamaan ylös huomioitaan ja ajatuksiaan opinnäytetyön etenemisestä.

TARKISTUSLISTA PSYKKENLÄÄKKEIDEN KÄYTÖN ERITYISPIIRTEISTÄ IÄKKÄILLÄ				
	Iäkkäille sopimattomat lääkevalmisteet	Haittavaikutukset	Iäkkäille sopivat lääkevalmisteet	Muuta huomioitavaa
Psykoosilääkkeet Psykoottiset häiriöt, skitsofrenia, psykoottinen masennus, aivotoniminnan häiriöistä johtuvat sekavuustilat, harhausuus ja maniaoireet.	Klassiset antipsykootit: Perfenaasiini; Peratrin Tsukloperitoli; Cisordinol Haloperidoli; Serenase Levomepromatsiini; Levozin Klooriprotikseeni; Truxal	Jäykkyyks, kasvojen alueen pakkoilikkeet, lihastoiminnan liikkavuus, motorinen levottomuus, vapina, töpöttävä kävely, painon nousu, rasva-ervojen nousu, maksan toimintahäiriöt, allergiat.	Atyypiset antipsykootit: Risperidon; Risperdal, Risperidon	Atyypiset antipsykootit voivat aiheuttaa iäkkäillä rytmihäiriöitä. Olanzapinon on todettu lisäävän ikäihmisten kuolleisuutta.
Masennuslääkkeet Vaikatte masennustilat, ahdistuneisuus, sosiaalisten tilanteiden pelkotilat sekä krooniset kiputilat	Trisykliset masennuslääkkeet: Nortriptyliinihydrokloridi; Noritren Klomipraminihydrokloridi; Anefranil Amitriptyliinihydrokloridi; Triptyl Doksepiini; Doxal Trimipramiini; Surmontil	Suun kuivuminen, näköhäiriöt, virtsavaivat, ummetus, sekavuus, väsymys, seksuaaliset häitöt, muistamattomuus sekä glaukooman pahentuminen.	SNRI-lääkkeet: Tolvon, Venlafaxin, Duloxetine SSRI-lääkkeet: Cipralex, Escitalopram, Citalopram, Sertralini Mao-A:n estäjät: Aurorix Vortiokeetiini; Brintellix Bupropioni; Voxra	Suurina annoksina alttius sydämen rytmihäiriöille ja matalalle verenpaineelle. Trisyklisillä lääkkeillä riski lääkemyrkytykselle. SNRI- ja SSRI-lääkkeillä ei yhdessä tulehduskipulääkkeiden kanssa. SNRI-lääkkeillä ei verenhennuslääkkeiden kanssa -> verenvuotoriski.
Mielialantasaajat Kaksisuuntainen mielialahäiriö	Iäkkäiden lääkehoidossa litiumia (Lito) on syytä käyttää varoen. Käytettävä vain pienimmällä mahdollisella annoksella.	Väsymys, vapina, lihasteikkous, turvotus, rytmihäiriöt, muisti- ja keskittymishäiriöt. HUOMI! Litium myrkytys (mm. pahoinvointi, puhe- ja liikkumisvaikeudet, tajunnantason aleneminen) Riski munuaisten vajaatoiminnalle.	Natriumvalproaati; Deprakine, Absenor Karbomatepiinit: Neurotol Lamotrigniini; Lamictal	Verikokeurannat säännöllisesti! (S-Li, S-Valpr, Maska- ja haimakokeet, verihätaleet ja valkosolut.) Mielialantasaajien käytössä on lääkemyrkytyksen riski. Voi myös aiheuttaa trombosytopeniaa tai leukosytopeniaa. Lamictal voi aiheuttaa jopa hengenvaarallisia ihoreaktioita.
Ahdistuslääkkeet (Anksiolyytit) Ahdistus- ja pelkotilat	Pitkävaikutteiset bentsodiatsepiinit: Diatsepaami; Diapam Klonitsepaami; Rivebri Nitritsepaami; Insomin	Lihasteikkous, päänsärky, toikuraisuus, näkövaikeudet, sekavuus, huimaus, matala verenpaine, hapanointi sekä vatsavaivat.	Lyhyt- ja keskipitkävaikutteiset bentsodiatsepiinit: Loratsepaami; Lorazepam Tematsepaami; Tenox Oksatsepaami; Oxamin. Opamox Varauksella iäkkäille	Aiheuttavat riippuvuutta. Yli 3kkn käyttöön sekä lopettamiseen liittyy vieroitusoireita. Iäkkäillä lisäävät riskiä kaatumiseen ja heikentävät muistia. Huomioitava annostuksen puolitus työikäisiin nähden!
Uni- ja nukahamislääkkeet Unettomuus, nukahamislääkkeet, yölliset heräämiset	Bentsodiatsepiinit: Diapam, Insomin, Rivebri, Halodon, Dormiamon, varauksella iäkkäille. Ei yli 2 viikon käyttöä Antidepressantit (lukuunottamatta doksepiini).	Lihasteikkous, väsymys, päänsärky, toikuraisuus, näkövaikeudet. Huolehuttomuus, metallin maku suussa. Toleranssin syntyminen.	Melatonini: Melatonin, Circadin Valerianaauuta; Dormiplant, Sedonum tsipidami: Tsella, Stilmoc tsipikloni: Inovane, Zopinox mirtatsepiini: Mirtazapin tematsepaami: Tenox oksatsepaami; Opamox doksepiini; Doxal	Melatonini voi nostaa INR arvoja varfariinia käyttävälle! Lyhytaikaisessa käytössä, huomioitava vaikutukset tasapainoon. Voi aiheuttaa verenspoinnen laskua. Pieninä annoksina iäkkäille

Kuva 3. Tarkistuslistan sisällön luonnostelua.

7.6 Tuotteen kehittämisvaihe

Tuotteen kehittämisvaihe etenee luonnosteluvaiheessa päätetyin ratkaisukeinon, rajausten ja periaatteiden mukaisesti. Sosiaali- ja terveysalan tuotteiden tarkoituksena on usein informaatio antaminen, esimerkiksi henkilökunnalle. Tavallisimpia informaation välittämisen muotoja ovat painotuotteet, kuten esitteet tai ohjeet. Tuotekehitys etenee painotuotetta tehdessä tuotekehittelyn vaiheiden mukaisesti. Tuotteen varsinaisessa tekovaiheessa tehdään valinnat tuotteen ulkoasusta ja sisällöstä. Ajatus on, että painotuote auttaa lukijaa ensilukemalta ja sen sisältö on oltava selkeä. Ydinajatus selkeyttää hyvä jäsen-tely ja otsikointi. On myös ratkaistava painotuotteen ulkoasu tekstinkäsittely-ohjelmalla, jossa mietitään kirjaintyyli, koko ja värit sekä mahdollinen kuvittaminen. (Jämsä & Manninen 2000, 54 - 57.)

Tuotteen kehittämisvaihetta toteutettiin niin, että Word-ohjelmalla kirjoitettiin tarkistuslistan raakaversion sisältö teoreettisen viitekehityksen pohjalta, suunniteltiin tekstin muoto, sen fonttikoko, tarkistuslistan ulkoasun värimaailma sekä tarkistuslistan pituus. Tässä vaiheessa jouduttiin luopumaan ajatuksesta, että

tarkistuslista olisi yksisivuinen, koska huomioitavia asioita jokaisessa psyykenlääkeryhmässä iäkkäille oli paljon. Mietinnän jälkeen päädyimme säilyttämään kuitenkin tarkistuslistan helppokäyttöisyyden ja siitä tehtiin yhdelle A4:n kokoiselle paperille kaksipuolinen.

Tarkoituksena oli tuottaa tarkistuslista, joka palvelisi hoivahenkilökuntaa mahdollisimman hyvin. Toisin kuin opinnäytetyön teoreettisessa viitekehyksessä, tarkistuslistaan tuotiin mukaan lääkeaineiden kauppanimet. Kauppanimet laitettiin esille niin iäkkäille sopimattomien kuin suositeltavienkin lääkevalmisteiden kohdalla. Ne lihavoitiin, jotta ne olisivat helposti huomattavissa heti ensisilmäyksellä. Kokemuksemme mukaan kauppanimien tuntemus on parempaa kuin itse lääkeaineen. Jokaisesta lääkeryhmästä tuodaan esille sopimattomien lääkevalmisteiden haittavaikutukset ja muut käytön erityispiirteet iäkkäiden lääkehoidossa.

Tässä vaiheessa tarkistuslistan värit olivat vaaleansinisen eri sävyt ja mietimme mahdollista tekstin korostusvärin käyttöä. Tarkistuslistan värien valinnassa otettiin huomioon tekstin lukemisen selkeys. Fonttikokoa suurennettiin hieman alkuperäisestä, kun päädyttiin tekemään tarkistuslistasta kaksipuolinen. Tekstin isompi fonttikoko helpottaa myös lukijaa.

Tuotteen kehittäminen vaatii palautetta ja arviointia. Parhaita keinoja palautteen ja arvioinnin saamiseen on koekäyttää tai esitellä se valmistelun aikana tuotteen tilaajalla. Tämän jälkeen testaajat voivat esittää muutosehdotuksia. (Jämsä & Manninen 2000, 80 - 81.) Kun tuotteen ensimmäinen versio oli kehitetty, se vietiin Hoivakoti Aapelin henkilökunnalle koekäyttöön. Hoivakodin henkilökunnalta pyydettiin myös kirjallista palautetta ja kehittämissuhteita koekäytön yhteydessä, jotta tarkistuslistasta saatiin juuri heille toimiva työväline. Tarkistuslistan koekäytön pituudeksi suunniteltiin yhtä viikkoa, ja se toimitettiin jokaiseen Aapelin hoivakodin neljästä ryhmäkodista.

Koekäyttöä varten tarkistuslistan mukaan kehitettiin saatekirje ja kyselylomake. Saatekirjeessä tuotiin esille hieman teoretietoa psyykenlääkkeiden käytöstä laitoshoidossa asuvilla iäkkäillä (liite 1). Tämän uskottiin herättävän huomiota siitä, kuinka suuri määrä iäkkäistä tutkimusten perusteella käyttää

psykykenlääkkeitä. Siinä tuotiin myös esille opinnäytetyön tavoite, tuotteen keskenäisyys sekä ohjeet palautteen antamiseen. Palautekyselylomakkeeseen valikoitiin 2 avointa kysymystä (liite 2). Pohdimme kyselylomaketta tehdessä antaisiko jokainen palautteen henkilökohtaisesti vai voisiko palautelomake olla jokaisen tiimin yhteinen. Päädyimme yhteiseen palautelomakkeeseen, jotta jokaisen ryhmäkodin henkilökunta voisi yhdessä tiimin kesken pohtia palautteen antamista eri näkökulmista ja kirjata näin ajatuksiaan ylös. Kysymykset tarkistuslistan raakavedoksesta valikoituivat tuotteen käytettävyyttä ja selkeyttä ajatellen. Ajatuksena oli, että valmiin tuotteen tulee olla hoivahenkilökunnalle mahdollisimman helppokäyttöinen.

TARKISTUSLISTA PSYKYKENLÄÄKKEIDEN KÄYTÖN ERITYISPIIRTEISTÄ IÄKKÄILLÄ				
	iäkkäille sopimattomat lääkevalmisteet	Haittavaikutukset	iäkkäille sopivat lääkevalmisteet	Muuta huomioitavaa
Psykoosilääkkeet Psykoottiset häiriöt, skitsofrenia, psykoottinen masennus, aivotoiminnan häiriöistä johtuvat sekavuustilat, harhaisuus ja maniaoireet.	Klassiset antipsykootit: Perfenatsiini; Peratsin Tsuklopentiksioli; Cisordinol Levomepromatsiini; Levozin Klooriprotikeeni; Truxal Varauksella iäkkäille: Haloperidoli; Serenase	Jäykkyys, kasvojen alueen pakkoliikkeet, lihastoiminnan liikkavuus, motorinen levottomuus, vapina, töpöttelevä kävely, pälkön nousu, rasva-arvojen nousu, maksan toimintahäiriöt, allergiat.	Atyyppiset antipsykootit: Risperidoni; Risperdal , Risperidon Varauksella iäkkäille: Olantsapiini; Olanzapin Ketapiini; Ketipinor	Atyyppiset antipsykootit voivat aiheuttaa iäkkäille sydämen rytmil- ja alivverenkierron häiriöitä sekä hyponatremiaa. Lääkeannosta nostettava hitaasti. Tupakointi voi vaikuttaa lääkepitoisuuksiin.
Masennuslääkkeet Vaikeat masennustilat, ahdistuneisuus, sosiaalisten tilanteiden peikotilat sekä krooniset kiputilat	Trisykliset masennuslääkkeet: Nortriptyliinihydrokloridi; Noritren Klomiipramiinihydrokloridi; Anafranil Amtriptyliinihydrokloridi; Triptyl Doksepiini; Doxal Trimipramiini; Sumontil Trisyklisillä iäkkäillä riski iäkkemyrkytykselle.	Suun kuivuminen, näköhäiriöt, virtsaretentio, ummetus, pahoinvointi, sekavuus, väsymys, seksuaalisten toimintojen häiriöt, muistamattomuus sekä glaukooman pahentuminen. Voi altistaa rytmihäiriöille ja laskea verenpainetta. Suuri riski iäkkemyrkytykselle.	SNRI-lääkkeet: Duloksetiini; Duloxetine Mianseriini; Tolvon Venlafaksiini; Venlafaxin SSRI-lääkkeet: Essitalopraami; Cipralext Sitalopraami; Citalopram Sertraliini; Sertralini Mao-A:n estäjät: Moklobemidi; Aurorix Muut masennuslääkkeet: Agomelatiini; Valdoxan Bupropioni; Voxra Vortoksetiini; Brintellix	SNRI- ja SSRI-lääkkeiltä ei yhdessä tul ehduskipulääkkeiden kanssa. Lisäävät maha-suolikanavan verenvuotoriskiä. SNRI-lääkkeiltä ei verenvuotoriskiä verenvuotoriskiä.
Mielialantasaajat Kaksisuuntainen mielialahäiriö	iäkkäiden lääkehoidossa litiumia (lito) on syytä käyttää varoen. Käytettävä vain pienimmällä mahdollisella annoksella. Karbamatsepiini; Neurotol varauksella iäkkäille.	Väsymys, vapina, lihaskrampit, turvotus, rytmihäiriöt, muistija keskittymishäiriöt. HUOMI! Litium myrkytys! (mm. pahoinvointi, puhe- ja liikkumisvaikeudet, tajunnantason aleneminen) Riski munuaisten vajaatoiminnalle.	Lamotrigiini; Lamictal Natriumvalproaatti; Depakine , Absenor Mahdollisimman pienellä annoksella.	Verikoeseurannat säännöllisesti (S-Li, S-Valpr, Maksa- ja haimakokeet, verihiutaleet ja valkosolut.) Mielialantasaajien käytössä on lääkkemyrkytyksen riski. Voi myös aiheuttaa trombosytopeniaa ja leukosytopeniaa. Lamictal voi aiheuttaa jopa hengenvaarallisia ihoreaktioita.

Kuva 4. Raakavedos tarkistuslistasta kaksipuolisena, sivu 1.

TARKISTUSLISTA PSYKENLÄÄKKEIDEN KÄYTÖN ERITYISPIIRTEISTÄ IÄKKÄILLÄ				
	lääkille sopimattomat lääkevalmisteet	Haittavaikutukset	lääkille sopivat lääkevalmisteet	Muuta huomioitavaa
Ahdistuslääkkeet (Anksiolyytit) Ahdistus- ja peikotilat	Pitkävaikutteiset bentsodiatsepiinit: Diatsepaami; Diapam Klonatsepaami; Rivatriil Nitratsepaami; Insomin	Lihashyökköys, päänsärky, tokkuraisuus, näkövaikkeudet, sekavuus, huimauks, matala verenpaine, haparointi sekä vatsavaivat.	SSRI-lääkkeet: Sitalopraami; Citalopram Essitalopraami; Cipralax Sertraliini; Sertralini Masennuslääkkeet: Venlafaksiini; Venlafaxin Duloksetiini; Duloxetine Mirtatsapiini; Mirtazapin Lyhyt- ja keskipitkävaikutteiset bentsodiatsepiinit: Varauksella iäkkäille! Loratsepaami; Lorazepam Tematsepaami; Tenox Oksatsepaami; Oxamin, Opamox Buspironi; Anksilon, Buspiron	SSRI-lääkkeet ensisijaisia iäkkään ahdistushäiriön hoidossa käytettävää lääkettä. Masennuslääkkeiden vaikutukset ahdistuneisuuden hoidossa näkyvät vasta useiden viikkojen jälkeen. Bentsodiatsepiinit aiheuttavat riippuvuutta. Yli 3kk:n käyttöön sekä lopettamiseen liittyy vieroitusoireita. Iäkkäillä lisäävät riskiä kaatumiseen ja heikentävät muistia. Huomioitava annostuksen puoltustyöikäisiin nähden! Buspironi ei aiheuta riippuvuutta, eikä vieroitusoireita.
Uni- ja nukahtamislääkkeet Unettomuus, nukahtamisvaikeudet, yölliset heräämiset	Bentsodiatsepiinit: varauksella iäkkäille. Ei yli 2 viikon käyttöä. Diatsepaami; Diapam Midatsolaami; Dormicum, Midazolam Triatsolaami; Halcion Nitratsepaami; Insomin Klonatsepaami; Rivatriil Antidepressantit (lukuunottamatta doksepiini ja mirtatsapiini).	Lihashyökköys, väsymys, päänsärky, tokkuraisuus, näkövaikkeudet. Ruokahaluttomuus, metallin maku suussa. Toleranssin syntyminen. Masennuslääkkeillä runsaasti haittavaikutuksia, siksi ei suositeltavi unettomuuden hoidossa.	Melatonini; Melatonin, Circadin Valeriaanauute; Dormiplant, Sedonium tsolpideemi; Tsella, Stinoct tsopikloni; Imovane, Zopinox tematsepaami; Tenox oksatsepaami; Opamox doksepiini; Doxal mirtatsapiini; Mirtazapin doksylamiini; Dormix	Melatonini voi nostaa INR arvoja varfariinia käytettäessä! Vahvistaa muiden sedatiivisten lääkkeiden vaikutusta. Vain lyhytaikaiseen käyttöön. Huomioitava vaikutukset tasapainoon. Voi aiheuttaa verenpaineen laskua. Pieninä annoksina iäkkäille. Pienellä annoksella. Voi aiheuttaa verenpaineen laskua. Enintään viikon ajan.

Kuva 5. Raakavedos tarkistuslistasta kaksipuolisena, sivu 2.

Palautteen analysoiminen

Palautekysely jaettiin neljään ryhmäkotiin ja hoivakodin henkilökunta osallistui palautteen antamiseen tiimeittäin. Jokaisessa ryhmäkodissa työskentelee 7 vakituista lähihoitajaa ja koko talossa on 3 sairaanhoitajaa. Palautelomake sisälsi kaksi avointa kysymystä. Avoimiin kysymyksiin jokaisella vastaajalla oli mahdollisuus kommentoida tuotetta vapaasti ja tuoda esiin kehittämisehdotuksia. Tarkistuslista oli koekäytössä viikon ajan ja vastaukset noudettiin ryhmäkodeista. Vastausten perusteella tarkistuslista oli helppokäyttöinen, selkeä ja sisällöltään tarpeeksi laaja. Hoivahenkilökunnan mielestä tarkistuslistan avulla pystyi nopeasti tarkistamaan esimerkiksi psykenlääkkeiden haittavaikutuksia ja niiden sopivuuden iäkkäille. Palaute oli selkeää, eikä haasteita vastausten tulkitsemiselle ollut. Palaute oli pääosin positiivista ja hoivakodin henkilökunta ilmaisi tyytyväisyytensä tuotteeseen. Kehittämisehdotuksia tuotteesta saimme vain vähän, sillä henkilökunta oli tyytyväinen jo kehitettyyn versioon.

Ensimmäisenä palautelomakkeessa oli Ulkoasu, sisältö ja sen selkeys? – kysymys, jonka vastaukset olivat hyvinkin samankaltaisia:

”Selkeä ja helppolukuinen.”

”Nopea tarkistaa lääkkeiden sopivuus.”

”Sopivan pituinen.”

”Selkeä käyttöinen ja hyvin tulkittavissa.”

”Selkeä ja yksinkertainen.”

”Ulko-asu on selkeä. Sisällöltään tarpeeksi laaja ja sisältö on laitettu selkeästi sekä helposti luettavaksi.”

”Selkeä, ymmärrettävä.”

Tuotteen käytettävyys ja mitä kehitettävää – kysymyksen vastauksista oli suurin hyöty valmiin tuotteen kehittämisessä:

”Tarkistuslista voisi olla isommalla fontilla tehty sekä mustavalkoisena tulosteen sijasta väritulosteella.”

”Yksipuolisesti tulostettuna olisi helpommin luettavissa.”

”Tollasenaan hyvä.”

”Tarkistuslistasta helppo tarkistaa mm. haittavaikutukset sekä mikä sopii iäkkäälle.”

7.7 Viimeistelyvaihe

Viimeistelyvaihe käynnistyy saatujen palautteiden ja muutosehdotuksien jälkeen. Viimeistelyvaiheessa voidaan hienosäätää asiasisältöä tai yksityiskoh-
tia. (Jämsä & Manninen 2000, 80 - 81.)

Tarkistuslista oli viikon ajan koekäytössä työelämässä hoivahenkilökunnalla. Tämän aikana kerättiin palautetta henkilökunnalta, jonka mukaan tuotetta paranneltiin työntekijöiden tarpeita ja ideoita vastaavaksi. Palautteen analysoimisen jälkeen tuote viimeisteltiin lopulliseen muotoonsa. Tuotettu kaksipuoleinen tarkistuslista (liite 4) sisältää kaikki viisi psyykenlääkeryhmää, eli psykoosilääkkeet, masennuslääkkeet, mielialantasaajat, ahdistuslääkkeet ja uni- ja nukahtamislääkkeet. Jokaisesta lääkeriikelmästä on kerrottu iäkkäille sopimat-
tomat lääkevalmisteet, jossa tulee ilmi lääkeaine sekä kaupan nimi, sekä niiden tuottamat haittavaikutukset. Myös iäkkäille suositeltavista lääkeaineval-

misteista on tuotu esille lääkeaine sekä kaupanimi. Lisäksi jokaisesta lääkeryhmästä on kirjattu merkittävimmät asiat käytön erityispiirteet sarakkeeseen. Asiasisältöä emme enää tässä vaiheessa muuttaneet, koska raakavedoksessa ollut asiasisältö koettiin palautteen perustella selkeäksi, helposti tulkittavaksi sekä sopivan pituiseksi.

Raakavedoksesta kehiteltiin uusi, mutta ulkoasultaan samankaltainen taulukko. Saadun palautteen perusteella värillinen tuotos miellyttää hoitohenkilökuntaa, ja tästä syystä päädyttiin valitsemaan uudet huomiovärit lopulliseen tuotokseen. Tarkistuslistaan valikoitui keltaisen sekä oranssin värisävyt, jotka ovat myös paperiversiona selkeät. Päädyttiin kahteen eri huomioväriin, jotka ovat pystysuunnassa vuorotellen. Tämä myös lisää tarkistuslistan lukemisen selkeyttä.

Tarkistuslistan pääotsikoita muokattiin kuvaavammiksi; läkkäille soveltuvat lääkevalmisteet muutettiin suositeltaviksi lääkevalmisteiksi. Muuta huomioitavaa otsikko muokattiin käytön erityispiirteiksi, jotta otsikko kuvaa paremmin sarakkeeseen kirjoitettua asiasisältöä. Lääkkeiden kauppanimien perään laitettiin virallinen ® -merkki, joka kuvastaa, että lääkevalmiste on rekisteröity. Fonttikokoa suurennettiin yhdellä suuremmaksi pääotsikoiden kohdalta. Asiasisällön fonttikoon suurentaminen ei ollut mahdollista, sillä työ olisi kasvanut kaksipuoleisen A4:n ylitse. Valintaan vaikutti myös se, että raakavedoksesta saadun palautteen perusteella tarkistuslista oli selkeä sellaisenaan.

Kuten raakavedosvaiheessa, lopullinen tarkastuslista on kaksipuoleinen. Kaksipuolisuus koettiin palautteen perusteella toimivaksi. Tulostettu ja laminoitu tarkistuslista on A4:n kokoinen ja se toimitettiin Hoivakoti Aapelin neljään ryhmäkotiin. Tarkistuslista laminoitiin, jotta sen kestävyys käytännön työssä olisi parempi.

Tuotteen viimeistelyvaiheessa aloitettiin suunnittelemaan osastotunnin sisältöä. Tähän kehiteltiin PowerPoint-esitystä, joka toimi osastotunnin runkona. Osastotunnin sisältöön lisättiin tarkistuslistassa ilmenevien asioiden lisäksi tarkempaa tietoa siitä, kuinka eri lääkkeet sopivat iäkkäille ja mitä muita asioita

täytyy eri psyykenlääkkeitä käyttäessä huomioida. PowerPoint-esitys piti sillällään eri psyykenlääkeryhmät ja niiden yleisimmät käyttöaiheet, niihin kuuluvat lääkeaineet ja lääkkeiden aiheuttamat haittavaikutukset. Jokaisesta lääkeryhmästä on kirjattu myös tärkeät huomioitavat asiat, kuten lääkehoitoon vaikuttavat ravintoaineet, muihin lääkeryhmiiin kuuluvien lääkkeiden aiheuttamat yhteisvaikutukset ja lääkkeen käytön yhteydessä tarvittavat seurantakoheet.

TARKISTUSLISTA PSYYKENLÄÄKKEIDEN KÄYTÖN ERITYISPIIRTEISTÄ LÄÄKKÄILLÄ		O.Kurikka, R.Rojo, E.Siltonen XAMK, 2018		
	Sopimattomat lääkevalmisteet	Haittavaikutukset	Suosittelavat lääkevalmisteet	Käytössä huomioitavaa
Psykoosilääkkeet (Antipsykootit) Psyykoottis ei häiriöt, skitsofrenia, psyykoottinen masennus, aivotoinnna häiriöistä johtuvat sekavuustilat, harhaisuus ja maniaoireet.	Klassiset antipsykootit: Perfenatsiini; Peratsin [®] Tsuklopentiksoili; Cisordinol [®] Levomepromatsiini; Levozin [®] Klooriprotikseeni; Truxal [®] Varauksella: Haloperidoli; Serenase [®] (vain tilapäiseen käyttöön)	Jäykkyys, kasvojen alueen pakkoliiikkeet, lihastoiminnan liikkaviikkaus, motorinen levottomuus, vapina, töpöttelevä kävely, painon nousu, rasva-arvojen nousu, maksan toimintahäiriöt, allergiat.	Atyypiset antipsykootit: Risperidoni; Risperdal [®] , Risperidon [®] Harkiten: Olanzapini; Olanzapin [®] Ketiapiiri; Ketipinor [®]	Voi aiheuttaa iäkkäille ummetusta, sydämen rytmihäiriötä ja aivoverenkierron häiriötä sekä hyponatremiaa. Lääkeannos nostettava hitaasti. Tupakointi voi vaikuttaa lääkepitöisuuksiin. Aiheuttaa uneliaisuutta ja verenpaineen laskua. Todettu lisäävän iäkkäiden kuolleisuutta.
Masennuslääkkeet (Antidepressantit) Vaikeat masennustilat, ahdistuneisuus, sosiaalisten tilanteiden pelkotilat sekä krooniset kiputilat	Trisykliset masennuslääkkeet: Nortriptyyliinihydrokloridi; Nortren [®] Klomipramiinihydrokloridi; Anafranil [®] Amitriptyyliinihydrokloridi; Triptyl [®] Doksepiini; Doxal [®] Trimipramiini; Sumontil [®] Trisyklisillä lääkkeillä riski lääkemyrkykselle.	Suun kuivuminen, näköhäiriöt, virtsaretentio, ummetus, pahoinvointi, sekavuus, väsymys, seksuaalisten toimintojen häiriöt, muistamattomuus sekä glaukooman pahentuminen. Voi altistaa rytmihäiriöille ja laskea verenpainetta. Suuri lääkemyrkytyksen riski. Yliannostukset voi olla hengenvaarallisia.	SNRI-lääkkeet: Duloksetiini; Duloxetine [®] Mianseriini; Tolvon [®] Venlafaksiini; Venlafaxin [®] SSRI-lääkkeet: Essitalopraami; Cipralax [®] Sitalopraami; Citalopram [®] Sertraliini; Sertralini [®] Mao-A:n estäjät: Moklobemidi; Aurorix [®] Muut masennuslääkkeet: Agomelatini; Valdoxan [®] Bupropioni; Voxra [®] Vortiooksetiini; Brintellix [®]	SNRI-lääkkeitä ei verenohennuslääkkeiden kanssa, verenvuotoriski. SNRI- ja SSRI-lääkkeitä ei yhdessä tulehduskipulääkkeiden kanssa > lisää mahasuolikanavan verenvuotoriskiä. Mao-A:n estäjä ei saa käyttää yhdessä SSRI- tai SNRI- lääkkeiden kanssa > serotoniinisyndrooma.
Mielialantasajat Kaksisuuntaainen mielialahäiriö	Iäkkäiden lääkehoitossa litiumia (Lito [®]) on syytä käyttää varoen. Käytettävä vain pienimmällä mahdollisella annoksella. Karbamatsapiiri; Neurotol [®] varauksella iäkkäille.	Väsymys, vapina, lihaseikkous, turvotus, rytmihäiriöt, muisti- ja keskittymishäiriöt. HUOMI Litium myrkytys! (mm. pahoinvointi, puhe- ja liikkumisvaikeudet, tajunnantason aleneminen) Riski munuaisten vajaatoiminnalle.	Lamotrigniini; Lamictal [®] Natriumvalproaatti; Deprakine [®] , Absenor [®] Mahdollisimman pienellä annoksella.	Verikoeseurannat säännöllisesti (S-Li, S-Valpr, Maksa- ja haimakokeet, verihätiäleet ja valkosolut.) Mielialantasajien käytössä lääkemyrkytyksen riski. Voi myös aiheuttaa trombosytopeniaa ja leukosytopeniaa. Lamictal [®] voi aiheuttaa jopa hengenvaarallisia ihoreaktioita

Kuva 6. Valmis tarkistuslista, sivu 1.

TARKISTUSLISTA PSYKENLÄÄKKEIDEN KÄYTÖN ERITYISPIIRTEISTÄ IÄKKÄILLÄ

O.Kurikka, R.Rojo, E.Siltonen XAMK, 2018

	Sopimattomat lääkevalmisteet	Haittavaikutukset	Suosittelavat lääkevalmisteet	Käytössä huomioitavaa
Ahdistuslääkkeet (Anksiolyytit) Ahdistus- ja pelkotilat	Pitkävaikutteiset bentsodiatsepiinit: Diatsepaami; Diapam [®] Klonatsepaami; Rivatril [®] Nitratsepaami; Insomin [®]	Lihasheikkous, päänsärky, tokkuraisuus, näkövaikeudet, sekavuus, huimaus, matala verenpaine, haparointi sekä vatsavaivat.	SSRI-lääkkeet: Sitalopraami; Citalopram [®] Essitalopraami; Cipralax [®] Sertraliini; Sertralini [®]	Ensimmäisiä iäkkään ahdistushäiriön hoidossa.
			Masennuslääkkeet: Venlafaksiini; Venlafaxin [®] Duloksetiini; Duloxetine [®] Mirtatsapiini; Mirtazapin [®]	Vaikutukset ahdistuneisuuden hoidossa näkyvät vasta useiden viikkojen jälkeen.
			Lyhyt- ja keskipitkävaikutteiset bentsodiatsepiinit: Varauksella iäkkäille! Loratsepaami; Lorazepam [®] Tematsepaami; Tenox [®] Oksatsepaami; Oxamin [®] , Opamox [®]	Aiheuttavat riippuvuutta. Yli 3kk:n käyttöön sekä lopettamiseen liittyy vieroitusoireita. Lisää riskiä kaatumiseen ja heikentävät muistia. Huomioitava annostuksen puolitus työkäisiin nähdä!
			Buspironi; Anksilon [®] , Buspiron [®]	Ei aiheuta riippuvuutta tai vieroitusoireita.
Uni- ja nukahtamislääkkeet Unettomuus, nukahtamisvaikeudet, yölliset heräämiset	Bentsodiatsepiinit: Diatsepaami; Diapam [®] Midatsolaami; Dormicum [®] , Midazolam [®] Triatsolaami; Halcion [®] Nitratsepaami; Insomin [®] Klonatsepaami; Rivatril [®] Antidepressantit (lukuunottamatta doksepiini ja mirtatsapiini).	Lihasheikkous, väsymys, päänsärky, tokkuraisuus, näkövaikeudet. Ruokahaluttomuus, metallin maku suussa. Toleranssin syntyminen. Masennuslääkkeillä runsaasti haittavaikutuksia, siksi ei suositeltavia iäkkäiden unettomuuden hoidossa.	Melatoniini; Melatonin [®] , Circadin [®]	Voi nostaa varfarinia käyttävän INR arvoa.
			Valerianaute; Dormiplant [®] , Sedonium [®]	Vahvistaa muiden sedatiivisten lääkkeiden vaikutusta.
			Tsolpideemi; Tsella [®] , Stilnox [®] Tsopikloni; Imovane [®] , Zopinox [®]	Vain lyhytaikaiseen käyttöön. Voi vaikuttaa tasapainoon.
			Tematsepaami; Tenox [®] Oksatsepaami; Opamox [®]	Pienellä annoksella. Voi aiheuttaa verenpaineen laskua.
			Doksepiini; Doxal [®] Mirtatsapiini; Mirtazapin [®]	Pienellä annoksella. Voi aiheuttaa verenpaineen laskua.
			Doksyliamiini; Dormix [®]	Enintään viikon ajan.

Kuva 7. Valmis tarkistuslista, sivu 2.

8 POHDINTA

8.1 Eettisyys ja luotettavuus

Etiikalla tarkoitetaan oikeita ja hyviä tapoja toimia, ajatella ja elää. Se perustuu arvoihin ja periaatteisiin, joissa tarkastellaan hyvää ja paha sekä oikeaa ja väärää. Sen tarkoituksena on ohjata ihmisiä tekemään oikeita valintoja ja tarkastelemaan sekä arvioimaan omaa, että toisten toimintaa. Se antaa toiminnalle mahdollisuuden ajatuksille ja pohdinnalle. Terveydenhuollon ammattihenkilön eettisiin periaatteisiin kuuluu mm. ihmiselämän suojeleminen ja terveyden edistäminen. Jatkuvasti tarvitaan tietoa ja tutkimusta, jotta voidaan kehittää ja arvioida esimerkiksi vanhusten hoitoa ja lääkkeiden vaikutuksia vanhuksen hoitoon. (Etene julkaisuja 1, 2001; 20, 2008; 44, 2010 - 2014.) Jokaisella iäkkäällä ihmisellä on oikeus hyvään ja turvalliseen hoitoon. Tarkistuslistan avulla pyrimme vaikuttamaan Apelin hoivakodin asukkaiden terveyden edistämiseen lisäämällä henkilökunnan tietotaitoa psyykenlääkkeiden erityispiirteistä iäkkäiden lääkehoidossa.

Opinnäytetyön tuottamiseen käytimme vain aiempaa tutkimus- ja teorian tietoa. Tutkimus- ja teorian tietoa opinnäytetyöhön etsimme luotettavista lähteistä ja arvioimme löytämäämme tietoa kriittisesti. Teorian tiedon luotettavuutta arvioimme julkaisuvuoden ja kirjoittajien tunnettavuuden sekä kirjoittajan tittelin perusteella. Mahdollisimman tuoreet lähteet on hyvä valita, sillä tutkimustieto voi muuttua nopeastikin (Vilkka & Airaksinen 2004, 72 - 73). Pyrimme opinnäytetyössä käyttämään useita eri lähteitä sekä tarkastelemaan aineistoja monipuolisesti ja puolueettomasti, jotta saimme aiheemme kannalta tärkeän ja oleellisen tiedon kerättyä. Ennen vuotta 2010 tehty tutkimustieto lääkehoidosta jätettiin opinnäytetyöstä kokonaan pois, koska niissä tieto voi olla jo osin vanhentunutta. Lähteiden etsimisessä käytimme pääasiassa apuna Kaakkuri-Finnan tietokantoja (Medic, Lääkärilehti, Terveysportti) ja hoitoalan kirjallisuutta. Aineiston rajaamiseen käytimme hakusanoina opinnäytetyömme avainsanoja kuten psyykenlääkkeet, iäkäs, turvallinen käyttö ja lääkehoito. Osaksi hyödynsimme myös oppikirjoiksi hyväksytyä materiaalia ja niiden uusimpia painoksia. Myös Käypähoito-suosituksia hyödynsimme opinnäytetyömme teoreettisessa viitekehyksessä.

Opinnäytetyössä hyödynsimme vain vähän englanninkielisiä lähteitä, koska niiden käyttämisessä olisi ollut riskinä tekstin väärinymmärtäminen. Halusimme käyttää vain varmaa teorian tietoa, koska lääkehoidon riskit voivat olla lääkkeen käyttäjälle jopa kohtalokkaita. Työmme luotettavuutta lisäsi myös jatkuva laadun arvioiminen ja ryhmän keskeinen avoin vuorovaikutus. Huomautuista epäkohdista keskusteltiin ja tiedon todenperäisyys tarkastettiin useita eri lähteitä käyttäen. Tarvittaessa tietoa muokattiin uudemman tutkimustiedon mukaiseksi. Ohjaavalta opettajalta saimme paljon hyvää ja rakentavaa palautetta työmme kehittämiseen koko opinnäytetyöprosessin aikana, mikä osaltaan lisää työmme luotettavuutta.

Opinnäytetyötä tehdessä pyrimme välttämään tiedon plagioimista. Plagioimisella tarkoitetaan toisen kirjoittajan tekstien viemistä omaan tuotokseen. Plagiointi vie työltä uskottavuuden ja voi johtaa lukijoita harhaan. (Vilkka & Airaksinen 2004, 78.) Työssämme pyrittiin merkitsemään kaikki käytetyt lähteet tarkkaan ja asianmukaisesti sekä tekstiin lähdeviitteinä, että lähdeluetteloon Kaakkois-Suomen ammattikorkeakoulun lähdemerkintäohjeiden mukaisesti.

Palautekysely hoivakodin henkilökunnalta toteutettiin nimettömästi ja saatekirjeessä kerrottiin annetun palautteen luottamuksellinen hyödyntäminen. Palautteessa ei kysytty vastaajaa koskevia tietoja, vaan yleisesti mielipiteitä ja kehittämissuhteita tuotetusta tarkistuslistasta. Opinnäytetyössä toimeksiantajaa ja hoivahenkilökuntaa on kuvattu yleisellä tasolla ja kaikkien saatavissa olevaan tietoon perustuen. Työssämme ei käsitellä kyseisen hoivakodin lääkehoitossa käytettyjä toimintatapoja, vaan yleisesti tutkimuksin todettuja käytäntöjä.

8.2 Opinnäytetyöprosessin tarkastelua

Opinnäytetyön tekeminen alkoi keväällä 2017 aiheen valinnalla. Opinnäytetyön aihe on työelämälähtöinen ja mielestämme hyvin ajankohtainen. Vahvuutena opinnäytetyötä tehdessä oli, että meillä kullakin on kokemusta vanhuustyöstä eri tehostetun palveluasumisen yksiköistä. Aihe rajautui iäkkäiden psyykenlääkkeisiin jo heti opinnäytetyöprosessin alussa. Koimme suurta kiinnostusta aiheita kohtaan, sillä tietotaidoissa iäkkäiden psyykenlääkkeiden käyttöä kohtaan on vajavuutta. Tämä seikka toi motivaatiota tuottaa toimeksiantajallemme mahdollisimman parhaalla tavalla heitä palveleva tuotos. Windahlin ja Välimaan (2012) mukaan tuotekehitystä voidaan pitää onnistuneena, kun tuote vastaa toimeksiantajan tarpeita. Mielestämme tuotettu tarkistuslista on käyttökelpoinen hoitotyössä, selkeä ja helppolukuinen. Mielestämme saimme toteutettua opinnäytetyöprosessin alussa asettamamme tavoitteet hyvin.

Opinnäytetyön työstäminen antoi meille paljon uutta tietoa eri psyykenlääkkeistä ja kertasi jo opittuja asioita. Psyykenlääkkeitä on paljon, ja niiden liittäminen alkuperäiseen käyttötarkoitukseen on ollut aiemmin haastavaa. Työ syvensi tietotaitoa, sillä opintojen aikana näiden käsittely oli jäänyt osin vajanaiseksi. Myös iän mukanaan tuomat erityispiirteet lääkehoitoon syventyivät opinnäytetyön tekemisen myötä. Opinnäytetyöprosessin aikana selkiytyi ajatus siitä, kuinka laaja psyykenlääkkeiden valikoima on ja kuinka haitallisia ne voivat iäkkäälle ihmiselle olla.

Opinnäytetyön teoreettisen viitekehyksen kasaaminen lisäsi tiedonhakutaitoja huomattavasti. Aluksi tietoa suoraan opinnäytetyön aihetta koskien tuntui löytyvän heikosti, ja tutkittu tieto oli yleensä lähes kymmenen vuotta vanhaa. Kuitenkin mitä pidemmälle työmme eteni, alkoi uudempaa tietoa löytyä yhä enemmän. Opinnäytetyöprosessi oli mielestämme työläs, mutta myös opettavainen kokonaisuus.

Työn tekeminen kolmestaan lisäsi tiimityöskentelyn taitoja. Jokaista työhön liittyvää asiaa pohdittiin ja asioista päätettiin yhdessä. Näkemyksiä tarkasteltiin jokaisen kantilta, ja kaikkien näkemykset otettiin huomioon. Ongelmakohtat ratkottiin niin, että ratkaisu oli kaikille sopiva ja mielestämme toimivin opinnäytetyön kannalta. Aikataulujen yhteensovittaminen toi hieman haasteita, mutta haasteista huolimatta aikataulussa pysyttiin hyvin. Ryhmämme oma aktiivisuus ja halu pysyä aikataulussa, antoi lisää puhtia opinnäytetyön tekemiseen. Yhteistyömme toimi hyvin, sillä pystyimme luottamaan toistemme tukeen koko prosessin ajan. Eri paikkakunnilla asuminen vaikeutti hieman yhdessä tekemistä, mutta puhelimen välityksellä yhteyttä pidettiin tiiviisti. Jokainen toi tasapuolisesti oman panoksensa työhön.

Osastotunnin pitäminen Apelin hoivakodin henkilökunnalle lisäsi myös osaltaan ammatillisuutta. Sairaanhoidajan tulee työssään tuoda tietoa esille niin asiakkaille/potilaille, omaisille sekä moniammatilliselle työyhteisölle. Työnkuvasta riippuen sairaanhoitaja voi pitää myös koulutustilaisuuksia niin oman alansa ammattilaisille kuin muillekin henkilöille.

Kokonaisuutena opinnäytetyöprosessi oli positiivinen ja opettavainen kokemus. Vaikka haasteitakin työn tekemisen aikana on ollut, on opinnäytetyön tekeminen antanut enemmän onnistumisen tunteita kuin pettymyksiä. Tulevina sairaanhoitajina voimme hyvillä mielin hyödyntää prosessin aikana saatua tietoa hoitotyössä.

8.3 Opinnäytetyön arviointi ja merkitys

Tavoitteenamme oli tuottaa tarkistuslista hoivakodin henkilökunnalle psyykenlääkkeiden turvallisesta käytöstä iäkkäillä. Tämän tarkoituksena oli lisätä Aapelin hoivakodin henkilökunnan tietoutta eri psyykenlääkkeiden sopivuudesta iäkkäille. Työssä tuotiin esille iäkkäille sopimattomat lääkeaineet ja niiden tuomat haittavaikutukset, iäkkäille suositeltavat lääkeaineet sekä muut psyykenlääkkeiden käytön erityispiirteet.

Tuotteen tavoitteena oli lisätä hoitohenkilökunnan tietotaitoa, mutta myös parantaa iäkkäiden lääkehoidon turvallisuutta. Päivittämällä hoitohenkilökunnan tietoutta aiheesta ja tuomalla lisää teoretietoa aiheesta, on heillä yhä paremmat työvälineet toteuttaa iäkkäiden turvallista lääkehoitoa käytännön työssä.

Palautekyselyn perusteella itse tuotteen käyttäjät olivat tyytyväisiä tehtyyn tuotteeseen. Jo tarkistuslistan raakavedoksen arviointivaiheessa Aapelin hoivakodin hoivahenkilökunta koki tuotoksemme hyväksi ja tarpeelliseksi heidän työyksikköönsä. Tämä kuvastaa tuotteen merkitystä ja käyttökelpoisuutta kyseisessä työyksikössä.

Osastotuntiin osallistui Aapelin hoivakodista viisi lähihoitajaa ja yksi sairaanhoitaja. Laminoidut tarkistuslistat jaettiin jokaiseen neljään ryhmäkotiin. Niiden käyttöön ohjeistettiin ja kerrottiin missä tilanteissa niitä olisi hyvä käyttää. Valmiista tuotteesta tuli positiivista palautetta; laminoituna ja värillisenä se koettiin hyväksi. Sen myös koettiin tuossa muodossa kestävästi paremmin käyttökelpoisena, eikä se häviäisi helposti muiden paperien joukkoon. PowerPoint-esityksessä toimme esille yleistä tietoa siitä, mihin psyykenlääkkeitä käytetään sekä tutkittua tietoa niiden käytön runsaasta määrästä laitoksissa asuvilla iäkkäillä. Psyykenlääkeryhmistä tuotiin esille niiden yleisimmät haittavaikutukset, niiden sopivuus iäkkäille ja muut käytössä huomioon otavat asiat. PowerPoint-esityksen jälkeen annoimme henkilökunnalle mahdollisuuden vapaaseen keskusteluun ja kysymysten esittämiseen. Keskustelua heräsi siitä, kuinka käytöshäiriöistä kärsivät iäkkäät asuvat laitoksissa liian suurissa ryhmissä. Tämä puolestaan lisää psyykenlääkkeiden käyttöä, koska usein muuta keinoa käytöshäiriöiden lievittämiseksi ei löydetä.

8.4 Jatkotutkimusaiheet

Tarkistuslistasta jäi tilan puutteen ja käyttötarkoituksensa vuoksi puuttumaan paljon tärkeää tietoa psyykenlääkkeiden vaikutuksista ikäihmisillä. Tarkistuslistaa voisikin tulevaisuudessa jatkokehittää oppaan muotoon. Tällöin siihen voisi lisätä enemmän tietoa eri psyykenlääkkeiden sopivuudesta iäkkäille. Oppaan muodossa olevaan työhön pystyisi lisäämään myös psyykenlääkkeiden tuomat haittavaikutukset tarkemmin. Oppaaseen voisi lisätä myös tietoa eri lääkeaineiden aiheuttamista yhteisvaikutuksista.

Tarkistuslistan merkittävyyttä hoitohenkilökunnan tiedon sekä lääkehoidon turvallisuuden kannalta olisi mielenkiintoista tutkia. Jatkotutkimusaiheena voisi siis olla tarkistuslistan toimivuuden tarkastelu käytännön työvälineenä. Kun tarkistuslista olisi ollut työvälineenä käytännön työssä jonkin aikaa, voisi siihen tehdä muutoksia havaittujen epäkohtien sekä epäkäytännöllisyyksien pohjalta.

Lääkeaineiden vaikutuksia tutkitaan koko ajan enemmän. Myös uusia lääkeaineita tulee markkinoille koko ajan lisää. Tämän vuoksi tarkistuslistan tieto voi tulevaisuudessa vanhentua ja on myös mahdollista, että ajan kuluessa se sisältää vääränlaista tietoa. Myös mahdollisten uusien lääkeaineiden myötä sen sisältö voi olla vajavainen. Tämän vuoksi tarkistuslistan sisällön päivittäminen voi olla tulevaisuudessa tarpeellista.

Nykyaikana paperimateriaalista suuri osa on siirretty sähköiseen muotoon. Myös tarkistuslistoja on nykyaikana paljon sähköisenä versiona. Jatkokehitysideana voisi siis kehittää tuottamamme tarkistuslista sähköiseksi versioksi.

8.5 Tekijänoikeudet

Kirjallinen sopimus opinnäytetyöstä tehtiin Aapelin hoivakodin esimiehen Mari Seppäsen kanssa 10.11.2017. Sopimus määrittelee, että opinnäytetyön tekijöillä on tekijänoikeus sekä omistusoikeus opinnäytetyön tuloksista. Aapelin hoivakoti saa oikeuden ilman erillistä lupaa päivittää tarkistuslistan asiasisältöä tarvittaessa, jonka vuoksi lähetetään tarkistuslistasta erillisen Word-tiedosto. Erillinen tiedosto lähetetään, jotta asiasisällön päivittäminen sen kautta

olisi helpompaa. Opinnäytetyöhön on liitetty tarkistuslista kuvamuodossa. Mikäli tarkistuslistaa levitetään hoivakodin ulkopuolelle, tulee siitä erikseen keskustella opinnäytetyön tekijöiden kanssa.

LÄHTEET

Ahonen, J.2011. Iäkkäiden lääkehoito – vältettävät lääkkeet ja yhteisvaikutukset. Itä-Suomen yliopisto. Terveystieteiden tiedekunta. Väitöskirja. PDF-dokumentti. Saatavissa: http://epublications.uef.fi/pub/urn_isbn_978-952-61-0500-0/urn_isbn_978-952-61-0500-0.pdf [viitattu 28.1.2018].

Alanen H-M., Järventausta, K., Talaslahti, T. & Leinonen, E. 2013. Psykkelilääkkeet voivat aiheuttaa ongelmia ikäihmisille. WWW-dokumentti. Saatavissa: http://sic.fimea.fi/2_2013/psykkelilaaikkeet_voivat_ahieuttaa_ongelmia_ikaihmisille [viitattu 17.1.2018].

Aluehallintovirasto. 2014. Lääkehoito. WWW-dokumentti. Saatavissa: https://www.avi.fi/web/avi/laakehoito#.WdSTJ_m0PIU [viitattu 4.10.2017].

Asumispalvelut ja laitoshoido. 2017. Kuntaliitto. WWW-dokumentti. Saatavissa: <https://www.kuntaliitto.fi/asiantuntijapalvelut/sosiaali-ja-terveysasiat/sosiaali-huolto/iakkaiden-palvelut/asumispalvelut-ja-laitoshoido> [viitattu 11.1.2018].

Attendo. 2017. Hoivapalvelut. WWW-dokumentti. Saatavissa: <https://www.attendo.fi/hoivapalvelut> [viitattu 27.9.2017].

Attendon visiot ja arvot. 2017. Attendo. WWW-dokumentti. Saatavissa: <https://www.attendo.fi/t%C3%A4m%C3%A4-on-attendo/attendon-visio-ja-arvot> [viitattu 27.9.2017].

Attendo hoivakoti Aapeli. 2017. Attendo. WWW-dokumentti. Saatavissa: <https://www.attendo.fi/aapeli> [viitattu 27.9.2017].

Depressio. 2016. Käypä hoito-suositus. WWW-dokumentti. Saatavissa: <http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suositukses/suositus?id=hoi50023#K1> [viitattu 6.2.2018].

Etene. 2001. Valtakunnallinen sosiaali- ja terveysalan eettinen neuvottelukunta. PDF-dokumentti. Saatavissa: <http://etene.fi/documents/1429646/1559098/ETENE-julkaisuja+1+Terveydenhuollon+yhteinen+arvopohja,+yhteiset+tavoitteet+ja+periaatteet.pdf/4de20e99-c65a-4002-9e98-79a4941b4468> [viitattu 10.1.2018].

Etene. 2008. Valtakunnallinen sosiaali- ja terveysalan eettinen neuvottelukunta. PDF-dokumentti. Saatavissa: <http://etene.fi/documents/1429646/1559070/ETENE-julkaisuja+20+Vanhuus+ja+hoidon+etiikka.pdf/34d9870b-d612-4952-8265-dcb7961dc3ab> [viitattu 10.1.2018].

Etene. 2014. Valtakunnallinen sosiaali- ja terveysalan eettinen neuvottelukunta. PDF-dokumentti. Saatavissa: <http://etene.fi/documents/1429646/1555962/ETENE-julkaisuja+44+Etiikka+elämämme+portteilla+-+periaatteita%2C+kannanottoja+ja+näkemyksiä.pdf/05ffc553-93d2-4474-99d9-4078b1d6bc1a> [viitattu 10.1.2018].

Fimea. 2018. Tietoa Fimeasta. Ei päivitystietoja. WWW-dokumentti. Saatavissa: http://www.fimea.fi/tietoa_fimeasta [viitattu: 6.2.2018].

Hakkola, J. & Turpeinen, M. 2017. Lääketieteellinen farmakologia ja toksikologia. E-kirja. Kustannus Oy Duodecim. Saatavissa: <http://www.oppiportti.fi> [viitattu 31.1.2018].

Hamina, A. 2012. Lääkehoidon selvitys vanhuspsykiatrisella osastolla – onko lääkkeen ottoajankohdalla merkitystä? Itä- Suomen yliopisto. Farmasian laitos. Pro gradu -tutkielma. WWW-dokumentti. Saatavissa: http://epublications.uef.fi/pub/urn_nbn_fi_uef-20121008/urn_nbn_fi_uef-20121008.pdf [viitattu: 17.2.2018].

Hartikainen, S. 2007. Ikääntyneiden psyykenlääkkeet. WWW-dokumentti. Saatavissa: <http://www.terveysportti.fi.ezproxy.xamk.fi:2048/xmedia/duo/duo96845.pdf> [viitattu 2.10.2017].

Heikkinen, E., Jyrkämä, J. & Rantanen, T. 2013. Gerontologia. 3. uudistettu painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.

Hosia-Randell, H. 2010. Lääkkeiden käyttö vanhainkodeissa. WWW-dokumentti. Saatavissa: <http://www.laakarilehti.fi/> [viitattu 4.10.2017].

Huttunen, M. 2016. Tietoa potilaalle: Psykenlääkkeet. WWW-dokumentti. Päivitetty 17.10.2016. Saatavissa: <http://www.terveysportti.fi> [viitattu 2.10.2017].

Huttunen, M. 2017a. Masennuslääkkeiden haittavaikutukset. WWW-dokumentti. Saatavissa: http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=lam00042 [viitattu 13.1.2018].

Huttunen, M. 2017b. Masennuslääkkeet iäkkäillä. WWW-dokumentti. Saatavissa: http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=lam00104 [viitattu 13.1.2018].

Huttunen, M. 2017c. Masennustilojen hoidossa käytettävät lääkkeet. WWW-dokumentti. Saatavissa: http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=lam00039#s7. [viitattu 13.1.2018].

Huttunen, M. 2017d. Psykoosien lääkehoidon käytäntöä. WWW-dokumentti. Saatavissa: http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=lam00029 [viitattu 15.1.2018].

Huttunen, M. 2017e. Psykoosilääkkeiden haittavaikutukset. WWW-dokumentti. Saatavissa: http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=lam00033 [viitattu 5.2.2018].

Huttunen, M. 2017f. Psykoosilääkkeet iäkkäillä. WWW-dokumentti. Saatavissa: http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=lam00103 [viitattu 5.2.2018].

Huttunen, M. 2017g. Ahdistuneisuushäiriössä käytettävät lääkkeet. WWW-dokumentti. Saatavissa: http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=lam00059#s2 [viitattu 7.2.2018].

Huttunen, M. 2017h. Unettomuuden hoidossa käytetyt lääkkeet. WWW-dokumentti. Saatavissa: http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_teos=&p_artikkeli=lam00073#s3 [viitattu 7.2.2018].

Huttunen, M. 2017i. Psykoosilääkkeiden käyttö yhdessä muiden lääkkeiden kanssa. WWW-dokumentti. Saatavissa: http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=lam00034 [viitattu 8.2.2018].

Huttunen, M. 2017j. Rohtovihmajuuri eli valeriana. WWW-dokumentti. Saatavissa: http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=lam00120 [viitattu 8.2.2018].

Huttunen, M. 2017k. Ahdistus- ja unilääkkeet iäkkäillä. WWW-dokumentti. Saatavissa: http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=lam00106 [viitattu 2.3.2018].

Huupponen, R. & Raunio, H. 2015. Farmakokinetiikka. WWW-dokumentti. Päivitetty 5.7.2015. Saatavissa: https://asiakas.kotisivukone.com/files/medicina.kotisivukone.com/fato9painos/luku_03.pdf [viitattu 23.1.2018].

Inkinen, R., Volmanen, P. & Hakoinen, S. 2015. Turvallinen lääkehoito. E-kirja. Kustannus Juvenes Print – Suomen Yliopistopaino Oy. Saatavissa: <http://www.julkari.fi/> [viitattu 3.10.2017].

Itä-Suomen yliopisto s.a. Benchmarking. WWW-dokumentti. Saatavissa: <http://www.uef.fi/benchmarking> [viitattu 9.3.2018].

lääkkäiden laitoshoidon perusteet. 2017. Sosiaali- ja terveysministeriö. WWW-dokumentti. Päivitetty 3.7.2017. Saatavissa: http://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/80238/Rap_2017_30.pdf?sequence=1&isAllowed=y [viitattu 11.1.2018].

Jämsä, K. & Manninen, E. 2000. Osaamisen tuotteistaminen sosiaali- ja terveysalalla. Vantaa: Tummavuoren kirjapaino Oy.

Kaksisuuntainen mielialahäiriö. 2013. Käypä hoito-suositus. WWW-dokumentti. Saatavissa: <http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/suositus?id=hoi50076> [viitattu 6.2.2018].

Karlsson, K. 2016. Tehostettu palveluasuminen psyykkisen ja sosiaalisen elämänlaadun näkökulmasta. Jyväskylän yliopisto. Terveystieteiden laitos. Pro gradu -tutkielma. WWW-dokumentti. Saatavissa: <https://jyx.jyu.fi/dspace/bitstream/handle/123456789/50191/URN%3aNBN%3afi%3ajyu-201606082970.pdf?sequence=1> [viitattu 11.1.2018].

Kela. 2016. Vanhuuseläke Kelasta. WWW-dokumentti. Päivitetty: 28.12.2016. Saatavissa: <http://www.kela.fi/vanhuuselake> [viitattu: 6.2.2018].

Kivelä, S-L. & Räihä, I. 2007. Iäkkäiden lääkehoito. WWW-dokumentti. Saatavissa: https://www.fimea.fi/documents/160140/753095/17702_julkaisut_Kapseli35.pdf [viitattu 23.1.2018].

Kontkanen, J. & Purhonen, M. 2011. Ahdistunut vanhus. WWW-dokumentti. Saatavissa: <http://www.duodecimlehti.fi/lehti/2011/4/duo99374> [viitattu 7.2.2018].

Koponen, H., Leinonen, E. & Isohanni, M. 2015. Vanhusten psykoosit ja niiden hoito. WWW-dokumentti. Saatavissa: <http://www.potilaanlaakarilehti.fi/uutiset/vanhusten-psykoosit-ja-niiden-hoito/> [viitattu 7.2.2018].

Koponen, H. & Vataja, R. 2016. Muistisairauden käytösoireiden hoito. WWW-dokumentti. Saatavissa: <http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/suositus?id=nix00524> [viitattu 9.2.2018].

Kuhanen, C., Oittinen, P., Kanerva, A., Seuri, T. & Schubert, C. 2014. Mielen-terveyshoitotyö. 3. – 4. painos. Helsinki: Sanoma Pro Oy.

Kuronen, M. 2017. Neuropsychiatric symptoms, psychotropic drug use and physical restraints in older persons. Itä-Suomen yliopisto. Terveystieteiden tiedekunta. Poikkileikkaustutkimus. PDF-dokumentti. Saatavissa: http://epublications.uef.fi/pub/urn_isbn_978-952-61-2432-2/urn_isbn_978-952-61-2432-2.pdf [viitattu 5.10.2017].

Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveyspalveluista 28.12.2012/980.

Mertanen, M. & Pitkänen, P. 2013. Tarkistuslista hoitotyössä. Turun ammatti- korkeakoulu. Hoitotyön koulutusohjelma. Opinnäytetyö. PDF-dokumentti. Saatavissa: <https://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/68040/Mirja.Mertanen.Piia.Pitkanen.pdf?sequence=1> [viitattu 3.10.2017].

Pitkälä, K., Strandberg, T. & Tilvis, R. 2016. Geriatria. E-Kirja. Kustannus Oy Duodecim. Saatavissa: <http://www.oppiportti.fi> [viitattu 2.10.2017].

Rikala, M., Korhonen, M. & Hartikainen, S. 2012. Vanhukset käyttävät rauhoittavia ja unilääkkeitä vuosien ajan. WWW-dokumentti. Saatavissa: <http://www.laakarilehti.fi/> [viitattu 8.3.2018].

Ruth, T. 2011. Lääkkeiden käyttö ja sen yhteydet tasapainoon 67 – 97 vuotiailla vanhainkotiasukkailla. Jyväskylän yliopisto. Terveystieteiden laitos. Progradu tutkielma. PDF-dokumentti. Saatavissa: <https://jyx.jyu.fi/dspace/bitstream/handle/123456789/26554/URN%3aNBN%3afi%3ajyu-201102131769.pdf?sequence=1> [viitattu 4.10.2017].

Saano, S. & Taam-Ukkonen, M. 2015. Lääkehoidon käsikirja. 1. - 4. painos. Helsinki: Sanoma Pro Oy.

Saano, S. & Taam-Ukkonen, M. 2018. Lääkehoidon käsikirja. 7. uusittu painos. Helsinki: Sanoma Pro Oy.

Salminen, E. & Tikkanen, T. 2013. Kaksisuuntaisen mielialahäiriön lääkehoidon seuranta: somaattiset haitat. WWW-dokumentti. Saatavissa: <http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suositukset/suositus?id=nix01207> [viitattu 19.1.2018].

Salonoja, M. 2011. Psykykenlääkkeiden käyttö lisää vanhusten kaatumista. WWW-dokumentti. Saatavissa: <http://www.laakarilehti.fi/> [viitattu 4.10.2017].

SAS-toiminta. 2011. Raision kaupunki. WWW-dokumentti. Päivitetty 14.1.2018. Saatavissa: http://www.raisio.fi/palvelut-a-o/perhe-ja-sosiaalipalvelut/ikaihmissen-palvelut/sas-toiminta/fi_FI/sas-toiminta/ [viitattu 14.1.2018].

Seppälä, M. 2015. Melatoniini vanhusten unettomuuden hoidossa. WWW-dokumentti. Saatavissa: <http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suositukset/suositus?id=nak06373> [viitattu 28.1.2018].

Sinokki, M. 2017. Työmotivaatio ratkaisee tuloksen. WWW-dokumentti. Saatavissa: <http://www.laakarilehti.fi/> [viitattu 28.2.2018].

Skitsofrenia. 2015. Käypä hoito-suositus. WWW-dokumentti. Saatavissa: <http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suositukset/suositus?id=hoi35050#K1> [viitattu 6.2.2018].

Sorvaniemi, M. 2016. Psykykenlääkkeiden käytön edellyttämä laboratorioseuranta. WWW-dokumentti. Saatavissa: http://sic.fimea.fi/ar-kisto/2016/2_2016/psykyke-ja-laake/psykykenlaakkeiden-kayton-edellyttama-laboratorioseuranta [viitattu 19.1.2018].

Tilasto ja indikaattoripankki Sotkanet. 2005 – 2018. Terveysten- ja hyvinvoinnin laitos. WWW-dokumentti. Saatavissa: https://www.sotkanet.fi/sotkanet/fi/taulukko/?indicator=s_aPAgA=&re-

[gion=s07MBAA=&year=sy6rsDbS0zUEAA==&gender=t&abs=f&color=f&buildVersion=3.0-SNAPSHOT&buildTimestamp=201709141202](http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituks/suositus?id=hoi50067#s9) [viitattu 21.1.2018].

Unettomuus. 2017. Käypä hoito-suositus. WWW-dokumentti. Saatavissa: <http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituks/suositus?id=hoi50067#s9> [viitattu 28.1.2018].

Valkohaapa, A-M. 2014. Hoitajien suhtautuminen psyykenlääkkeisiin ja niiden käyttöön kemiallisena rajoitteena ikääntyneiden pitkäaikaishoidossa. Helsingin yliopisto. Farmasian tiedekunta. Pro gradu -tutkielma. WWW-dokumentti. Saatavissa: <https://helda.helsinki.fi/bitstream/handle/10138/136136/Valkohaapa.%20Pro%20gradu.pdf?sequence=1> [viitattu 24.1.2018].

Vilka, H. & Airaksinen, T. 2004. Toiminnallinen opinnäytetyö. 1.-2. painos. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.

Windahl, R. & Välimaa, V. 2012. Tuotekehitysprojekti AMK- yritysysteistyönä. Opas tekijöille ja toimeksiantajille. WWW-dokumentti. Saatavissa: <http://julkaisut.turkuamk.fi/isbn9789522163349.pdf> [viitattu 9.3.2018].

KUVALUETTELO

Kuva 1. Tarkistuslistan vaihtoehto 1.

Kuva 2. Tarkistuslistan vaihtoehto 2.

Kuva 3. Tarkistuslistan sisällön luonnostelua.

Kuva 4. Raakavedos tarkistuslistasta kaksipuolisena, sivu 1.

Kuva 5. Raakavedos tarkistuslistasta kaksipuolisena, sivu 2.

Kuva 6. Valmis tarkistuslista, sivu 1.

Kuva 7. Valmis tarkistuslista, sivu 2.

Elina Siitonen, Riikka Rojo ja Oona Kurikka

Kaakkois-Suomen ammattikorkeakoulu



Kaakkois-Suomen
ammattikorkeakoulu

PALAUTEKYSELYLOMAKE

PALAUTEKYSELY TARKISTUSLISTASTA

Hyvä palautekyselyyn vastaaja!

Olemme sairaanhoitaja (AMK) opiskelijoita Kaakkois-Suomen ammattikorkeakoulusta (XAMK) ja tuotamme opinnäytetyönämme tarkistuslistan psyykenlääkkeiden käytön erityispiirteistä iäkkäillä hoivakoti Aapelin henkilökunnalle. Tutkimuksen mukaan laitoshoidossa olevista iäkkäistä 75 prosentilla on käytössä ainakin yksi psyykenlääke. Olemme tuottaneet raakavedoksen tarkistuslistasta tutkittuun tietoon perustuen ja luotettavia lähteitä käyttäen. Tarkistuslistan tavoitteena on kehittää psyykenlääkkeiden turvallista käyttöä iäkkäillä.

Tarkistuslistan laadun ja käyttökelpoisuuden lisäämiseksi toivomme, että saamme teiltä hoivakodin henkilökunnalta palautetta tarkistuslistan ulkoasusta ja sen käytettävyydestä. Tässä vaiheessa tuotteemme asiasisältö on vielä keskeneräistä.

Palautekysely toteutetaan ryhmäkodeittain. Kyselyn mukana on raakavedos tarkistuslistasta. Kysely muodostuu kahdesta osa-alueesta, joihin vastaaja voi antaa vapaata palautetta. Palautteen voit jättää nimettömänä sille tarkoitettuun tilaan kyselylomakkeessa. Käsittelemme palautteen luottamuksellisesti ja anonyymisti.

Toivomme mahdollisimman monen osallistuvan palautteen antamiseen, jotta saamme tuotettua mahdollisimman hyvin työyksikkönne hyödyttävän tuotteen. Vastaathan kyselyyn 19.2.2018 mennessä.

Kiitos palautteestanne!

Ystävällisin terveisin

Elina Siitonen
elina.siitonen@edu.xamk.fi

Riikka Rojo
riikka.rojo@edu.xamk.fi

Oona Kurikka
oona.kurikka@edu.xamk.fi

Elina Siitonen, Riikka Rojo ja Oona Kurikka

Kaakkois-Suomen ammattikorkeakoulu



Palautekysely tarkistuslistasta

1. Ulkoasu, sisältö ja sen selkeys?

2. Tuotteen käytettävyys ja mitä kehitettävää?

Suuri kiitos vastauksestanne!

Tutkimustaulukko

Tutkimuksen tiedot Tekijä ja vuosi	Tutkimuskohde	Otoskoko, menetelmä	Keskeiset tulokset	Oma intressini opinnäytetyöni kannalta
Ahonen Jouni, 2011. Iäkkäiden lääkehoito – vältettävät lääkkeet ja yhteisvaikutukset. Väitöskirja	Tarkoituksena oli tutkia ja edistää 75 vuotta täyttäneiden hyvinvointia sekä kotona selviytymistä. Lisäksi tarkoitus oli selvittää kuopiolaisten 75 vuotta täyttäneiden terveydentilaa ja toimintakykyä.	Väestöpohjainen, satunnaisesti ja kontrolloitu interventiotutkimus. Hyvän hoidon strategia- tutkimus toteutettiin 2004-2007, kaikki 75 vuotta täyttäneet kuopiolaiset (5615) josta satunnaisotannalla 1000 henkilöä.	Iäkkäiden käytössä paljon iäkkäille vältettäviä lääkkeitä ja yhteisvaikutukset olivat yleisiä.	Tutkimuksessa tulee hyvin ilmi iäkkään lääkeshoidon piirteitä ja psyykenlääkkeiden vaikutuksia iäkkäiseen. Opinnäytetyöhömmme saimme tutkimustietoa lääkeshoidon täydennyskoulutuksen tärkeydestä terveydenhuoltoalan ammattilaisille.
Hamina Aleks, 2012. Lääkehoidon selvitys vanhuspsykiatrisella osastolla – onko lääkkeen ottoajankohdalla merkitystä? Pro gradu -tutkielma	Kuopion yliopistollisen sairaalan, Julkulan sairaalan vanhuspsykiatrian osasto.	Tutkimus toteutettiin kahdeksalle vanhuspsykiatrian potilaalle pilottitutkimuksena vuonna 2012.	Vanhuspsykiatrian osaston potilailla oli paljon lääkehoitoon liittyviä ongelmia ja muutostarpeita. Lääkkeiden ottoaika suosituksen perusteella oli kolmas osalla potilaista virheellinen.	Bentsodiatsepiinien pitkäaikaiskäytön haittavaikutukset iäkkäiseen potilaaseen tulevat tutkimuksessa ilmi.

Liite 3/2

<p>Hosia-Randell Helka, 2010.</p> <p>Lääkkeiden käyttö vanhainkodeissa.</p> <p>Väitöstutkimus.</p>	<p>Tutkimuksessa tarkasteltiin vanhankotien pitkäaikaisasukkaiden lääkehoidoa.</p>	<p>Tutkimukseen osallistui helsinkiläisten vanhainkotien asukkaista 82-87% (n. 1987-2114) yli 64-vuotiasta henkilöä. Tutkimustiedot on kerätty vuonna 2003.</p>	<p>Koko tutkimukseen osallistuneista henkilöistä 80% käytti psyykenlääkkeitä.</p>	<p>Tutkimus kertoo, kuinka yleistä psyykenlääkkeiden käyttö on vanhainkodeissa olevien iäkkäiden hoidossa.</p>
<p>Kuronen Marja, 2017.</p> <p>Neuropsychiatric symptoms, psychotropic drug use and physical restraints in older persons.</p> <p>Poikkileikkaustutkimus.</p>	<p>Tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää ikäihmisten muisti- ja psyykenlääkkeiden käyttöä, niiden käytön yhteyttä käytösoireiden ilmaantumiseen sekä hoitolaitoksissa tapahtuvaa fyysistä rajoittamista</p>	<p>Poikkileikkaustutkimus Etelä-Savon alueen koti- ja laitoshoidossa. Otos koostui 2821 henkilöstä, joista 1439 oli laitoshoidossa ja 1382 kotihoidon palvelujen piirissä. Osallistujien keski-ikä oli 81 vuotta. Tutkimustieto on kerätty keväällä 2011.</p>	<p>Tutkimuksen mukaan muistisairailta 31 % oli käytössä psykoosilääke (laitoksissa 38 % ja kotihoidossa 16 %). Psykoosilääkkeitä käytettiin yleisesti dementoituneet ihmisen psykoosi- ja yliaktiivisuusoireisiin erityisesti laitoshoidossa.</p>	<p>Tutkimuksesta tulee ilmi psykoosilääkkeiden käytön yleistymisen laitoshoidossa olevan dementoituneen ihmisen käytösoireiden hillitsemiseksi yhdessä fyysisen rajoittamisen kanssa. Toimintakyvyn ylläpitämisen ja psykoosilääkkeiden käytön välillä on todettu olevan negatiivinen yhteys.</p>
<p>Ruth Tanja, 2011.</p> <p>Lääkkeiden käyttö ja sen yhteydet tasapainoon 67-97-vuotiailla vanhainkotiasukkailla.</p> <p>Pro gradu -tutkielma.</p>	<p>Tutkimuksen tarkoituksena selvittää säännöllisten lääkkeiden käyttöä ja niiden yhteyttä tasapainoon vanhainkotiasukkailla.</p>	<p>Tutkimus on toteutettu 5 eri vanhainkodissa, Turussa, Tampereella ja Jyväskylässä vuosina 2006-2007, menetelmänä oli monikeskustutkimus. Tutkimuksen kohderyhmä oli yli 65 vuotiaat vanhainkodissa asuvat, siihen osallistui 117 henkilöä.</p>	<p>Psyykenlääkkeitä käytti tutkimukseen osallistuneista 66,1 %. Tässä aineistossa ei todettu olevan keskipitkä- tai pitkävaikutteisilla bentso-diatsepiineilla yhteyttä henkilön tasapainoon</p>	<p>Tutkimuksessa tuli esille, miten yleistä psyykenlääkkeiden käyttö on ikäihmisten laitoshoidossa ja siinä kuvattiin hyvin bentso-diatsepiinien vaikutusta elimistössä.</p>

<p>Salonoja Maritta, 2011.</p> <p>Psyykenlääkkeiden käyttö lisää vanhusten kaatumista.</p> <p>Väitöstutkimus.</p>	<p>Tarkoituksena arvioida psyykenlääkkeiden käytön vaikuttavuus vanhus-ten kaatumiseen.</p>	<p>Tutkimukseen osallistui 591 65-vuotta täyttänyttä henkilöä. Tutkimus toteutettiin Porissa vuosina 2003-2005.</p>	<p>. Psyykenlääkkeitä käytti ¼ tutkimukseen osallistuneista henkilöistä. Kaatumisen ehkäisemisessä täytyisi huomio kiinnittää yhä enemmän psyykenlääkkeiden käytön tarkoitukseen.</p>	<p>Kaatuminen on yleinen tapaturma iäkkäiden ihmisten keskuudessa. Psyykenlääkkeiden käytön lisääntyessä on huomioitava kaatumiseen liittyvät riskit.</p>
<p>Valkohaapa Anna-Mari, 2014.</p> <p>Hoitajien suhtautuminen psyykenlääkkeisiin ja niiden käyttöön kemiallisena rajoitteena ikääntyneiden pitkäaikaishoidoissa.</p> <p>Pro gradu -tutkielma.</p>	<p>Tutkimuksen tarkoitus on antaa hoitajille lisätietoa heidän käsityksistä, tietämyksistä ja asenteista psyykenlääkkeitä sekä kemiallista rajoittamista kohtaan.</p>	<p>Tutkimus on toteutettu mukavuusotannalla ja aineisto on kerätty ryhmähaastattelun avulla hoitajilta Hyvinkään kaupungin kolmessa eri vanhainkodissa/palvelukeskuksessa. Haastatteluun osallistui 10 lähahoitajaa, yksi mielenterveys- ja yksi perushoitaja sekä yksi terveydenhoitaja. Tutkimustieto on kerätty keväällä 2013.</p>	<p>lääkkäiden pitkäaikaishoidossa on paljon käytössä psyykenlääkkeitä. Jotta hoitajien epävarmuus tiedoistaan lääkehoidon ja lääkkeiden suhteen saadaan lisättyä, tulee farmakologista osaamista lisätä. Hoitajat näkivät, että kemiallinen rajoittaminen on mahdollista jos, näin taataan asukkaan turvallisuus tai ahdistuneisuutta helpotetaan.</p>	<p>Tutkimuksessa tulee ilmi hoitajien tiedon tarvepeen lisäämisen tärkeys ikääntyneiden pitkäaikaishoidossa psyykenlääkkeiden käytöstä. Tutkimuksessa tulee ilmi, että farmakologista koulutusta ja henkilökunnan koulutusta tulee lisätä.</p>

TARKISTUSLISTA PSYYKENLÄÄKKEIDEN KÄYTÖN ERITYISPIIRTEISTÄ IÄKKÄILLÄ

Q.Kurikka, R.Rojo, E.Siitonen, XAMK, 2018

	Sopimattomat lääkevalmisteet	Haittavaikutukset	Suositteluvat lääkevalmisteet	Käytössä huomioitavaa
<p>Psykoosilääkkeet (Antipsykootit)</p> <p>Psykoottiset häiriöt, skitsofrenia, psykoottinen masennus, aivotoiminnan häiriöistä johtuvat sekavuustilat, harhaisuus ja maniaoireet.</p>	<p><u>Klassiset antipsykootit:</u></p> <p>Perfenatsiini; Peratsin[®] Tsuklopentiksioli; Cisordinol[®] Levomepromatsiini; Levozin[®] Klooriprotikseeni; Truxal[®]</p> <p><u>Varauksella:</u> Haloperidoli; Serenase[®] (vain tilapäiseen käyttöön)</p>	<p>Jäykkyys, kasvojen alueen pakkoliikkeet, lihastoiminnan liikkavuus, motorinen levottomuus, vapina, töpöttelevä kävely, painon nousu, rasva-arvojen nousu, maksan toimintahäiriöt, allergiat.</p>	<p><u>Atyyppiset antipsykootit:</u></p> <p>Risperidoni; Risperdal[®], Risperidon[®]</p> <p><u>Harkiten:</u> Olanzapini; Olanzapin[®] Ketiapiini; Ketiopinor[®]</p>	<p>Voi aiheuttaa iäkkäille ummetusta, sydämen rytmihäiriöitä ja aivoverenkierron häiriöitä sekä hyponatremiaa. Lääkeannos nostettava hitaasti. Tupakointi voi vaikuttaa lääkepitoisuuksiin.</p> <p>Aiheuttaa uneliaisuutta ja verenpaineen laskua. Todettu lisäävän iäkkäiden kuolleisuutta.</p>
<p>Masennuslääkkeet (Antidepressantit)</p> <p>Vaikeat masennustilat, ahdistuneisuus, sosiaalisten tilanteiden pelkotilat sekä krooniset kiputilat</p>	<p><u>Trisykliset masennuslääkkeet:</u></p> <p>Nortriptyliinihydrokloridi; Noritren[®] Klomiipraminihydrokloridi; Anafranil[®] Amitriptyliinihydrokloridi; Triptyl[®] Doksepiini; Doxal[®] Trimipramiini; Surmontil[®]</p> <p><u>Trisyklisillä lääkkeillä</u> riski lääkemyrkytykselle.</p>	<p>Suun kuivuminen, näköhäiriöt, virtsaretentio, ummetus, pahoinvointi, sekavuus, väsymys, seksuaalisten toimintojen häiriöt, muistamattomuus sekä glaukooman pahentuminen.</p> <p>Voi altistaa rytmihäiriöille ja laskea verenpainetta.</p> <p>Suuri lääkemyrkytyksen riski. Yliannostukset voi olla hengenvaarallisia.</p>	<p><u>SNRI-lääkkeet:</u> Duloksetiini; Duloxetine[®] Mianseriini; Tolvon[®] Venlafaksiini; Venlafaxin[®]</p> <p><u>SSRI-lääkkeet:</u> Essitalopraami; Ciprexal[®] Sitalopraami; Citalopram[®] Sertraliini; Sertralin[®]</p> <p><u>Mao-A:n estäjät:</u> Moklobemidi; Aurorix[®]</p> <p><u>Muut masennuslääkkeet:</u> Agomelatiini; Valdoxan[®] Bupropioni; Voxra[®] Vortioksetiini; Brintellix[®]</p>	<p>SNRI-lääkkeitä ei verenhennuslääkkeiden kanssa, verenvuotoriski.</p> <p>SNRI- ja SSRI-lääkkeitä ei yhdessä tulehduskipulääkkeiden kanssa > lisää mahasuolikanavan verenvuotoriskiä.</p> <p>Mao-A:n estäjiä ei saa käyttää yhdessä SSRI- tai SNRI- lääkkeiden kanssa > serotoniinisyndrooma.</p>
<p>Mielialantasaajat</p> <p>Kaksisuuntainen mielialahäiriö</p>	<p>Iäkkäiden lääkähoidossa litiumia (Lito[®]) on syytä käyttää varoen. Käytettävä vain pienimmällä mahdollisella annoksella.</p> <p><u>Karbamatsepiini; Neurotol[®]</u> varauksella iäkkäille.</p>	<p>Väsymys, vapina, lihasheikkous, turvotus, rytmihäiriöt, muisti- ja keskittymishäiriöt.</p> <p>HUOM! Litium myrkytys! (mm. pahoinvointi, puhe- ja liikkumisvaikeudet, tajunnantason aleneminen)</p> <p>Riski munuaisten vajaatoiminnalle.</p>	<p>Lamotrigiini; Lamictal[®]</p> <p>Natriumvalproaatti; Deprakin[®], Absenor[®]</p> <p>Mahdollisimman pienellä annoksella.</p>	<p>Verikoeseurannat säännöllisesti (S-Li, S-Yalpp, Maksa- ja haimakokeet, verihiutaleet ja valkosolut.)</p> <p>Mielialantasaajien käytössä lääkemyrkytyksen riski. Voi myös aiheuttaa trombosytopeniaa ja leukosytopeniaa.</p> <p>Lamictal[®] voi aiheuttaa jopa hengenvaarallisia ihoreaktioita</p>

TARKISTUSLISTA PSYYKENLAAKKEIDEN KAYTON ERITYISPIIRTEISTA IAKKAILLA

O.Kurikka, R.Rojo, E.Siitonen XAMK, 2018

	Sopimattomat lääkevalmisteet	Haittavaikutukset	Suosittelvat lääkevalmisteet	Käytössä huomioitavaa
Ahdistuslääkkeet (Ansiolytitt) Ahdistus- ja pelkotilat	Pitkävaikutteiset bentsodiatsepiinit: Diatsepaami; Diapam^o Klonatsepaami; Rivatriil^o Nitratsepaami; Insomin^o	Lihasheikkous, päänsärky, tokkuraisuus, näkövaikkeudet, sekavuus, huimaus, matala verenpaine, haparointi sekä vatsavaivat.	SSRI-lääkkeet: Sitatopraami; Citalopram^o Essitalopraami; Cipralax^o Sertraliini; Sertralin^o Masennuslääkkeet: Venlafaksiini; Venlafaxin^o Duloksetiini; Duloxetine^o Mirtatsapiini; Mirtazapin^o	Ensisijaisia iäkkään ahdistushäiriön hoidossa.
			Lyhyt- ja keskipitkävaikutteiset bentsodiatsepiinit: Varauksella iäkkäille! Loratsepaami; Lorazepam^o Tematsepaami; Tenox^o Oksatsepaami; Oxamin^o, Opamox^o	Vaikutukset ahdistuneisuuden hoidossa näkyvät vasta useiden viikkojen jälkeen.
			Buspironi; Anksilon^o, Buspiron^o	Aiheuttavat riippuvuutta. Yli 3kk:n käyttöön sekä lopettamiseen liittyy vieroitusoireita. Lisää riskiä kaatumiseen ja heikentävät muistia. Huomioitava annostuksen puolitus työikäisiin nähden!
Uni- ja nukahtamislääkkeet Unettomuus, nukahtamisvaikeudet, yölliset heräämiset	Bentsodiatsepiinit: Diatsepaami; Diapam^o Midatsolaami; Dormicum^o, Midazolam^o Triatsolaami; Halcion^o Nitratsepaami; Insomin^o Klonatsepaami; Rivatriil^o Antidepressantit (lukuunottamatta doksepiini ja mirtatsapiini).	Lihasheikkous, väsymys, päänsärky, tokkuraisuus, näkövaikkeudet. Ruokahaluttomuus, metallin maku suussa. Toleranssin syntyminen. Masennuslääkkeillä runsaasti haittavaikutuksia, siksi ei suositeltavia iäkkäiden unettomuuden hoidossa.	Melatoniini; Melatonin^o, Circadin^o	Voi nostaa varfariinia käyttävän INR arvoja.
			Valeriaanauute; Dormiplant^o, Sedonium^o	Vahvistaa muiden sedatiivisten lääkkeiden vaikutusta.
			Tsolpideami; Tsella^o, Stilnoct^o Tsopikloni; Imovane^o, Zopinox^o	Vain lyhytaikaiseen käyttöön. Voi vaikuttaa tasapainoon.
			Tematsepaami; Tenox^o Oksatsepaami; Opamox^o	Pienellä annoksella. Voi aiheuttaa verenpaineen laskua.
			Doksepiini; Doxal^o Mirtatsapiini; Mirtazapin^o	Pienellä annoksella. Voi aiheuttaa verenpaineen laskua.
			Doksyliamiini; Dormix^o	Enintään viikon ajan.