

ENSIPSYKOOSIPOTILAAN KOTIHOITO

Kuvaileva kirjallisuuskatsaus



Ammattikorkeakoulututkinnon opinnäytetyö

Hoitotyön koulutus

Lahdensivu, kevät 2017

Heidi Koskela ja Anu Tapper

Hoitotyön koulutus
Lahdensivu

Tekijät	Heidi Koskela, Anu Tapper	Vuosi 2017
Työn nimi	Ensipsykoosipotilaan kotihoito	
Työn ohjaajat	Hanna Naakka, Leena Packalén	

TIIVISTELMÄ

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli tehostaa ensipsykoosipotilaan kotihoidon toteuttamista Kanta-Hämeen keskussairaalan aikuispsykiatrian poliklinikalla, joka oli työn tilaaja. Opinnäytetyön tutkimusmenetelmänä oli kuvaileva kirjallisuuskatsaus. Tutkitun tiedon pohjalta nostettiin esiin keskeisimmät asiat ensipsykoosipotilaan kotihoitoon liittyen. Kirjallisuuskatsauksen pohjalta muodostui myös konkreettinen tuotos, tarkistuslista, jota tilaajan on tarkoitus hyödyntää työvälineenä ensipsykoosipotilaan kotihoitoa suunniteltaessa.

Työn teoriaosuudessa käsiteltiin psykoottista potilasta, psykoosiin sairastumista ja psykoottisen potilaan hoitotyötä. Työssä esiteltiin myös psykoosisairauden eri muotoja ja psykoosin tunnistamista terveyspalveluissa. Erikoissairaanhoidon ja avohoidon roolit psykoottisen potilaan hoitotyössä avattiin teoriapohjassa, myös hoidon suunnitteluun liittyvät keskeiset asiat esiteltiin. Tietoperustan jälkeen kerrottiin kuvailevasta kirjallisuuskatsauksesta tutkimusmenetelmänä sekä kuvattiin tiedonhaun prosessi.

Kirjallisuuskatsauksen pohjalta muodostui syvällisempi näkemys ensipsykoosipotilaan kotihoidosta. Sairastuneen perheen merkitys korostuu hoitoon sitoutumisessa ja avun hakemisessa. Hyvä ja turvallinen hoitosuhde sekä lääkehoito ovat merkityksellisiä psykoottisen potilaan hoidossa. Lääkehoidon rinnalla lääkkeettömät hoitomenetelmät ovat tärkeitä. Psykososiaaliset menetelmät, perhetyö ja lääkehoito muodostavat yhdessä ensipsykoosipotilaan kotihoidon perustan.

Avainsanat Psykoosi, Avohoito, Psykososiaaliset menetelmät, Perhetyö, Hoitosuhde

Sivut 42 sivua, joista liitteitä 1 sivu

Degree Programme in Nursing
Lahdensivu

Authors	Heidi Koskela, Anu Tapper	Year 2017
Subject	Home Care in First-Episode Psychosis	
Supervisors	Hanna Naakka, Leena Packalén	

ABSTRACT

The aim of this Bachelor's thesis was to enhance the execution of home care for patients with first-episode psychosis in the adult psychiatric polyclinic of Kanta-Häme central hospital who commissioned this work. The research method used was narrative literature review. The main points about first-episode psychosis home care found in the research material were presented in the thesis. The thesis resulted in a concrete checklist, which can be utilized by the commissioner when planning home care for a first-episode psychosis patient.

The theoretical background of the thesis contained information on a psychotic patient, falling ill with psychosis and caring for a psychotic patient. Different forms of psychosis as an illness were discussed as was the recognizing of psychosis in the health care system. The roles of special health care and outpatient care in caring for a psychotic patient were introduced. Planning the process of care was also discussed. After the theoretical background, narrative literature review as a research method was explained as was the process of gathering and utilizing information.

Based on the literature review a more profound insight of first-episode psychosis home care could be formed. The meaning of patient's family is emphasized in committing to treatment and seeking for help. A good and safe nursing relationship and medication are meaningful in the treatment of a psychotic patient. Side by side with medication are drug-free methods equally important. Psychosocial methods, family intervention and medication together form the basis of first-episode psychosis home care.

Keywords Psychosis, Home Care, Psychosocial Methods, Family Intervention, Nursing Relationship

Pages 42 pages including appendices 1 page

SISÄLLYS

1	JOHDANTO.....	1
2	PSYKOOSIIN SAIRASTUMINEN JA PSYKOOTTISEN POTILAAN HOITO	3
2.1	Psykoottinen potilas.....	3
2.1.1	Psykoosin ennakko-oireet	4
2.1.2	Positiiviset ja negatiiviset oireet.....	4
2.2	Psykoosille altistavat tekijät	5
2.3	Psykoosin eri muodot.....	6
2.4	Psykoottisen potilaan hoitotyö	6
2.4.1	Psykoottisen potilaan tunnistaminen terveyspalveluissa	7
2.4.2	Psykoottinen potilas erikoissairaanhoidossa	9
2.4.3	Psykoottisen potilaan hoito sairaalajakson jälkeen	9
2.4.4	Lääkehoito	10
2.4.5	Psykoottisen potilaan hoidon suunnittelu	11
3	TARKOITUS, TAVOITE JA OPINNÄYTETYÖKYSYMYKSET.....	12
4	TUTKIMUSMENETELMÄ JA AINEISTON KERUU	13
4.1	Kuvaileva kirjallisuuskatsaus	13
4.2	Tiedonhaun kuvaaminen.....	14
4.3	Hyväksytyjen aineistojen kuvaaminen	18
4.4	Eettisyys ja luotettavuus	18
5	ENSIPSYKOOSIPOTILAAN KOTIHOITO JA SEN EDELLYTYKSET.....	19
5.1	Avun hakeminen sairauden puhjetessa	20
5.1.1	Avun hakemista vaikeuttavat tekijät.....	21
5.1.2	Perheen merkitys avun hakemisessa	21
5.2	Kotihoidon soveltuvuuden arviointi.....	22
5.3	Ensipsykoosityöryhmät	23
5.4	Hoitosuhte avohoidossa	23
5.5	Lääkehoidossa huomioitavaa	24
5.6	Lääkehoitoon sitouttamisen keinot	25
5.7	Lääkkeettömät menetelmät psykoosin kotihoidon tukena.....	27
5.7.1	Perhetyö	28
5.7.2	Tiedonanto ja ongelmanratkaisu.....	29
5.7.3	Ensipsykoosipotilaan omaisten merkitys hoidossa	30
6	AMMATILLINEN KEHITTYMINEN, OPINNÄYTETYÖPROSESSI JA TILAAJAN PALAUTE	32
6.1	Ammatillinen kehittyminen	32
6.2	Opinnäytetyöprosessi ja tilaajan palaute.....	33
7	JOHTOPÄÄTÖKSET JA JATKOTUTKIMUSEHDOTUKSET	34
7.1	Jatkotutkimusehdotukset.....	36
	LÄHTEET.....	37

Liitteet

Liite 1

TARKISTUSLISTA ENSIPSYKOOSIPOTILAAN KOTIHOIDON TOTEUTTAMISEN
TUEKSI

1 JOHDANTO

Ensipsykoosiin sairastuminen on vakavasti otettava, kokonaisvaltaisesti sairastuneeseen ja potilaan lähipiiriin vaikuttava sairaus. Sairauden tunnistaminen terveyspalveluissa nousee merkittäväksi asiaksi potilaan hoidossa niin hoitoon sitoutumisen kuin ennustettavuuden kannalta. Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelu-uudistuksen myötä kotiin tullaan tulevaisuudessa entistä enemmän kohdentamaan hoitoa, mikäli edellytyksiä siihen on. Kanta-Hämeen Keskussairaalan aikuispsykiatrian poliklinikka toimii työmme tilaajana. Tilaajamme toivoi katsausta aiheeseen liittyvästä tutkimuksellisesta ja ajankohtaisesta tiedosta, joka kehittäisi ensipsykoosipotilaan kotihoidon toteuttamista. Lisäksi toiveena oli kirjallisuuskatsauksen pohjalta laadittu tarkistuslista hoitotyön tekijöille. Työmme liitteistä löytyy tarkistuslista huomioon otettavista asioista ensipsykoosipotilaan kotihoitoa suunniteltaessa (Liite 1). Aihe on tilaajallemme ajankohtainen ja he ovat kokeneet tässä asiassa haasteita.

Psykoottisiin sairauksiin kuuluvat skitsofrenia, psykoottinen masennus, kaksisuuntainen mielialahäiriö sekä harhaluuloisuushäiriö (Saari, Raiskila, Moilanen, Jääskeläinen & Niemelä 2015, 871). Ominaista psykoottisille häiriöille on todellisuudentajun häiriintyminen, hallusinaatioiden tai harhojen ilmentyminen sekä puheen epäjohdonmukaisuus ja syrjähteleväisyys. Myös käyttäytyminen saattaa olla kummallista ja motorisesti poikkeuksellista. Psykoosipotilaan voi olla lisäksi haastavaa erottaa toden ja ei-toden suhdetta. (Lönngqvist 2014, 65.) Psykoosisairauksien akuuttiin vaiheeseen liittyy muutoksia kognitiossa, tunne-elämässä sekä ympäristön havainnointi- ja käsityskyvyssä (Clarke, Marchinko, Chernomas, Rieger, Karpa & Demczuk 2015, 114). Psykoosin oireiden esiintyessä ensimmäisen kerran, puhutaan ensipsykoosista (Napa, Tungpunkom & McCann 2014, 3).

Tämä opinnäytetyö käsittelee ensipsykoosipotilaan kotihoitoa ja millä keinoilla se olisi toteutettavissa erikoissairaanhoidon ja kotihoidon näkökulmista. Tarkasteltava kohderyhmä ovat psykoosisairauteen ensimmäisen kerran sairastuneet potilaat poissulkien esimerkiksi päihdepsykoosipotilaat. Tuomme työssämme esiin, millaisia menetelmiä ja hoidollisia interventioita ensipsykoosipotilaan hoidossa tulee huomioida, jotta osastohoidolta voitaisiin välttyä ja kotihoito olisi mahdollinen.

Raporttimme alussa on perustietoa psykoosiin sairastumisesta ja psykoottisen potilaan hoitotyöstä. Tutkimusmenetelmämme on kuvaileva kirjallisuuskatsaus, jonka käsitteen avaamme raportissa teoriapohjan jälkeen, tässä yhteydessä esittelemme myös opinnäytetyökysymyksemme sekä työmme tavoitteen ja tarkoituksen. Tiedon keruusta kertovassa osiossa avaamme yksityiskohtaisesti muun muassa raportissamme käytettyjen

lähteiden hyödyntämistä ja luotettavuutta. Lopuksi käymme läpi kirjallisuuskatsauksen tuloksia ja esittelemme ensipsykoosipotilaan kotihoidon mahdollistavia ja kotihoidossa huomioon otettavia asioita.

Aihe valikoitui Hämeen ammattikorkeakoulun opinnäytetöiden aihepankista, koska näin saimme mahdollisuuden syventyä meitä kiinnostavaan hoitotyön osa-alueeseen. Halusimme opinnäytetyössämme keskittyä psykiatriseen hoitotyöhön ja perehtyä laajemmin ja yksityiskohtaisemmin psykoosisairauksiin, psykoottisen potilaan tunnistamiseen ja hoitoon.

Kanta-Hämeen keskussairaalan poliklinikka toimii ajanvarauksella, jossa on vastaanotot erikoislääkärille, psykologille, sairaanhoitajalle, kuntoutusohjaajalle sekä sosiaalityöntekijälle. Poliklinikalta tehdään myös tarvittaessa kotikäyntejä. (Kanta-Hämeen sairaanhoitopiiri ky. n.d.)

2 PSYKOOSIIN SAIRASTUMINEN JA PSYKOOTTISEN POTILAAN HOITO

Todellisuudentajun pettäminen aisti- tai ajatustoiminnan osa-alueella merkitsee psykoottista tilaa. Psykoosi-oireilun taustalla voi olla psykiatrista tai somaattista sairautta, lääkitystä tai vieroitusoireita ja mahdollisiin muihinkin sairauksiin voi liittyä ohimeneviä, hetkellisiä psykoosin oireita. Vakavammat, toistuvammat ja pidempiaikaiset oireet kuuluvat varsinaiseen psykoosisairauteen. (Saari ym. 2015, 867; Skitsofrenia: Käypä hoito -suositus 2015.) Psykoosisairaudet ovat monitahoisia sairauksia, joihin liittyy kroonistumisen vaara (Clarke ym. 2015, 114).

2.1 Psykoottinen potilas

Psykoosisairaudet diagnosoidaan yleensä miesten osalta heidän ollessaan teini-iän ja varhais-aikuisuuden välillä ja naisten osalta hieman myöhemmin, yleensä noin kolmenkymmenen ikävuoden tienoilla. Ensipsykoosin oireet puhkeavat siis yleensä melko nuorena. (Clarke ym. 2015, 114; Chernomas, Rieger, Karpa, Clarke, Marchinko & Demczuk 2015, 80.) Psykoottiset häiriöt ovat harvinaisia alle 13-vuotiailla, mutta 15–17 vuoden iässä sairastuvuus kasvaa rajusti. Kaikkein suurinta sairastuvuus on 15–30 vuoden iässä. Mitä nuoremmalla iällä psykoosi puhkeaa, sitä huonompi on sen ennuste. (Reponen, Väänänen & Kaltiala-Heino 2016, 129.)

Miesten ja naisten osalta sairastuvuus on melko tasaista. Psykoosin vaikutukset ovat kuitenkin miehillä ja naisilla erilaisia, niin biologisesti kuin psykososiaalisesti. (Clarke ym. 2015, 114–115; Chernomas ym. 2015, 80.) Myös miesten ja naisten oireet usein eroavat toisistaan, samoin lääkehoidon vaste. Naisten on todettu säilyttävän yleisesti ottaen parempi toimintakyvyn taso psykoosiin sairastuessaan, myös sairaalajaksojen määrä on naisten kohdalla pienempi ja hoitomyöntyvyys suurempi. Varhaista psykoosia koskeva tieto käsittelee kuitenkin aihetta yleensä enemmän miesten näkökulmasta, sillä miehet sairastuvat keskimäärin nuorempina. (Chernomas ym. 2015, 80.)

Psykoosi vaikuttaa sairastuneen elämään yleensä erittäin kokonaisvaltaisesti ja vaikutus voi jatkua useiden vuosien ajan diagnoosin saamisesta. Psykoottisesta sairaudesta kärsivät potilaat ovat kuvanneet sairastumista menetysten kokemiseksi, muun muassa itsen, ihmissuhteiden sekä työkentely- tai opiskelukyvyn menetykseksi. (Chernomas ym. 2015, 80.) Psykoottisuutta voi kuvata myös minuuden muuttumisena ja hallitsemattomuutena niin emotionaalisesti kuin fyysisesti. Psykoosiin sairastuneet kokevat usein myös tulevaisuuden väärinymmärretyksi ja epäoikeudenmukaisesti kohdelluiksi. (Vuokila-Oikkonen, Heikkinen, Karttunen, Läksy, Maikula, & Wiens 2011, 18–19.) Psykoosipotilaisiin voidaan suhtautua pelokkaasti ja heitä ei ymmärretä, ihmisten asenteissa näkyekin usein kielteisyys sairautta kohtaan (Lönngqvist 2014, 65).

2.1.1 Psykoosin ennakko-oireet

Ensipsykoosiin sairastuttaessa ennakoivat oireet ovat useimmiten pidempiä kuin uudemman kerran psykoosijaksoon sairastuvan potilaan oireet (Skitsofrenia: Käypä hoito -suositus 2015). Sairauden puhkeamista ennakoivaa vaihetta kutsutaan prodomaalivaiheeksi, joka tarkoittaa lievän oireilun ja ei-psykoottisten jaksojen vaihetta. Psykoosin puhkeamiseen liittyvät ennakko-oireet jaetaan alkuvaiheen- eli perusoireisiin ja toisen vaiheen eli välittömän riskivaiheen oireisiin. Ensimmäisen vaiheen oireita ovat subjektiivinen kokemus ajattelun, havaintojen ja motoriikan alueilla ja toisen vaiheen oireita ovat tyypillisimmin lievemmat positiiviset psykoosioireet tai lyhyempiaikaiset, ohimenevämmät psykoositilat. Ahdistuneisuus ja masennus saattavat liittyä molempiin ennakko-oireilun vaiheisiin. Myös omaan itseen tai ympäristöön liittyviä muuntumisen tai outouden tunteita voi esiintyä. (Saari ym. 2015, 867; Skitsofrenia: Käypä hoito -suositus 2015; Vuokila-Oikkonen ym. 2011, 18.)

Aina prodomaalivaiheeseen ei liity selkeitä psykoottisiksi luokiteltuja oireita, vaan pelkästään toimintakyvyn laskua. Etenkin nuorten kohdalla ensioireiden tunnistaminen voi olla hyvin vaikeaa, sillä nuoruuteen liittyy normaalistikin nopeaa psyykkistä kehitystä, joka vaihtelee suuresti yksilöittäin. Toimintakyvyn lasku ja negatiiviset oireet voidaan myös helposti mieltää masennukseksi. (Reponen ym. 2016, 130.)

Prodomaalivaiheessa oireet voivat olla epäspesifisiä ja vaimeita, joka yhdessä mielenterveysongelmiin liittyvän epätoivotun leiman kanssa voi viivästyttää diagnoosin saamista jopa puolesta vuodesta kahteen vuoteen ensioireiden puhkeamisesta. Hoidon viivästyminen heikentää kuitenkin hoitotuloksia, elämänlaatua ja sosiaalista toimintakykyä. Se myös lisää aggressiivisen käyttäytymisen, itsensä vahingoittamisen ja itsemurhayritysten riskiä. (Clarke ym. 2015, 115.)

Mikäli potilaan lähisuvussa on psykoosisairautta tai potilaalla on lieviä psykoottisia oireita, psykoottisia tiloja lyhytaikaisesti ja hänen toimintakyvysään on laskua, on hänellä 15–30 prosentin riski varsinaiseen sairastumiseen. Huomioitavaa onkin, ettei läheskään jokainen ennakko-oireileva sairastu psykoosiin. (Skitsofrenia: Käypä hoito –suositus 2015.)

2.1.2 Positiiviset ja negatiiviset oireet

Psykoottiset oireet jaetaan positiivisiin ja negatiivisiin oireisiin. Positiiviset oireet perustuvat aistiharhoihin sekä harhaluuloihin, puheen ja ajattelun hajanaisuuteen ja outoon käyttäytymiseen. Negatiiviset oireet ilmenevät tunne-elämän latistumisena, köyhtyneenä puheena ja heikkenevänä aloittekynä. (Napa ym. 2014, 3; Saari ym. 2015, 867; Skitsofrenia: Käypä hoito -suositus 2015; Psykoosiopas n.d; Vuokila-Oikkonen ym. 2011, 19.) Ahdistuneisuutta, masentuneisuutta, päihteiden käyttöä sekä unettomuutta

saattaa myös esiintyä, näiden oireiden alle saattavat jopa jäädä psykoosin ensisijaiset oireet (Saari ym. 2015).

Negatiivisiin oireisiin liittyy myös itsestä huolehtimisen heikentyminen, esimerkiksi oman hygienian laiminlyönti sekä sosiaalisista tilanteista vetäytyminen (Napa ym. 2014, 3). Negatiiviset oireet korostuvat yleensä, kun psykoosiin sairastutaan nuorella iällä. Tällöin voi esiintyä kognitiivisen kyvyn alenemaa, joka saattaa kroonistua aiheuttaen vaikeuksia toimintakyvyssä ja sosiaalisessa kanssakäymisessä. (Reponen ym. 2016, 129.)

2.2 Psykoosille altistavat tekijät

Monet eri tekijät voivat vaikuttaa psykoosiin sairastumiseen, mitään yksiselitteisiä syitä sairastumiselle ei ole (Psykoosiopas n.d). Nuorten kohdalla sukurasitteeseen on erityisesti kiinnitettävä huomiota (Skitsofrenia: Käypä hoito -suositus 2015). Vanhemmilla esiintyvät mielenterveyden häiriöt lisäävät psykoosien riskiä ja ennustavat myös pidempien sairaalajaksojen ja tehokkaamman lääkityksen tarvetta sekä suurempaa toimintakyvyn alenemaa ja vaikeampaa oirekuvaa (Reponen ym. 2016, 128).

Raskauden ja syntymän aikaisten kehityshäiriöiden ja vammojen on todettu lisäävän sairauden riskiä, sillä niitä näyttäisi esiintyvän psykoosisairailta keskimääräiseen väestöön verrattuna enemmän. Myös perintötekijät voivat altistaa psykoosiin sairastumiselle, varsinaista psykoosigeeniä ei kuitenkaan ole löydetty. Geneettisten tekijöiden ja kasvuperheen ilmapiirin on yhdessä todettu lisäävän alttiutta sairastumiseen. (Psykoosiopas n.d.)

Lapsuudessa esiintyvät kehityksen häiriöt ja viivästymät voivat ennustaa sairastumista. Esimerkiksi käytöksen häiriöt, liikkeiden kömpelyys ja puheen viivästymä pienillä lapsilla voivat ennustaa suurempaa sairastumisen riskiä. Kouluiässä tällaisia merkkejä voivat olla heikko tunteiden säätely, käytöshäiriöt sekä estyneisyys. On kuitenkin huomattava, etteivät nämä merkit sinällään tarkoita sairastumista, mutta koska niitä esiintyy skitsofreniaan sairastuneiden joukossa keskimääräistä useammin, on niiden yhteys sairastuvuuteen olemassa. (Väänänen, Hämäläinen, Oksa, Sillanpää, Saarelainen, Autere, Viskari, Roivas, Ylitörmä, Lappalainen & Toivakka 2011, 10.)

Mikäli henkilö, jolla on lisääntynyt riski sairastua psykoosiin, käyttää päihkeitä tai etenkin kannabista, lisää se alttiutta psykoosin puhkeamiselle. Lapsuuden kokemukset väkivallasta tai laiminlyödyksi tulemisesta ovat psykoosiin sairastuneilla taustalla huomattavasti yleisemmin kuin psyykkisesti terveillä ihmisillä. (Psykoosiopas n.d.)

2.3 Psykoosin eri muodot

Skitsofrenia-ryhmän (DSM-5) sairaudet kuuluvat psykoottisiin sairauksiin ja niitä ovat skitsofrenia, skitsoaffektiiviset häiriöt sekä selittämättömät psykoottiset jaksot. Skitsoaffektiivisiin häiriöihin liittyy psykoottisten oireiden lisäksi vahvoja tunne-elämän kokemuksia. Skitsofrenia diagnosoidaan yleensä vasta, kun oireet ovat jatkuneet vähintään kuuden kuukauden ajan. (Clarke ym. 2015, 115.) Positiivisia oireita ovat tyypillisesti aistiharhat ja harhaluulot, negatiiviset oireita sen sijaan hajanainen puhe ja hajanainen käytös, joka voi olla myös katatonista. Näistä oireista kahden on esiinnyttävä vähintään kuukauden verran, lisäksi oireista yhden on oltava halusinaatio, harhaluulo tai hajanainen puhe. Skitsofreniadiagnosi voi tulla kyseeseen psykoottisen oireilun kestätyä kuukauden ajan. (Lönngqvist 2014, 65; Skitsofrenia: Käypä hoito -suositus 2015.) Skitsofrenia-ryhmän sairaudet ovat yksiä haastavimmista mielenterveyden häiriöistä niin oireiden, hoidon kuin ennusteen osalta ja niihin liittyvä psykoosi on vakava, hoitoa vaativa tila (Reponen ym. 2016, 129).

Harhaluuloisuushäiriössä harhaluulojen esiintyminen on olennainen osa oirekuvaa ilman skitsofrenialle tyypillisiä oireita. Haju- ja makuharjoja sekä kuuloharjoja saattaa kuitenkin esiintyä lyhytkestoisesti. Usein oireita salataan ja ne voivat olla huomaamattomia, joten häiriön tunnistaminen on vaikeaa. Alatyyppejä on harhaluuloisuushäiriössä useita, esimerkiksi suuruusharhainen, vainoharhainen, mustasukkaisuusharhainen ja somaattisharhainen häiriö. (Lönngqvist 2014, 65; Suvisaari, Isohanni, Kiesepä, Koponen & Hietala 2014, 166.)

Kaksisuuntainen mielialahäiriö eli bipolaarihäiriö tarkoittaa tilaa, jossa vuorottelevat kohonnut mieliala ja toimeliaisuus sekä masennusjaksot. Jotta häiriö voidaan diagnosoida, on ainakin yhden jakson oltava maaninen ja sitä on saattanut edeltää tai seurata hypomaanisuus tai masennus eriateisesti. On tavallista, että jaksot erottuvat selkeästi toisistaan muodostaen oman kokonaisuutensa. Mikäli jaksot osoittautuvat samaan aikaan esiintyviksi, sairaus voi olla sekamuotoinen jakso kaksisuuntaisessa mielialahäiriössä. (Lönngqvist 2014, 67.)

Psykoottinen masennus on masennustila, jossa ilmenee oirekvaltaan psykoottisia piirteitä. Psykoottisessa masennuksessa tyypillisiä ovat masennuksen yhteydessä ilmenevät harhaluulot tai syyttävät kuuloharhat, joissa korostuvat depressiiviset aiheet. Muista psykoottisista häiriöistä poiketen psykoottisessa masennuksessa esiintyy harvoin merkityselämyksiä tai vaikutusharhaluuloja. (Huttunen 2015.)

2.4 Psykoottisen potilaan hoitotyö

Kohdennetun ennaltaehkäisyn vuoksi on merkittävää, että ensipsykoosi todetaan ja hoito päästään aloittamaan varhaisessa vaiheessa heti oireiden ilmettyä. Viivästyessään paranemisen ennuste heikkenee psykoosin

keston pidentyessä. (Clarke ym. 2015, 115; Skitsofrenia: Käypä hoito -suositus 2015; Reponen ym. 2016, 128; Vuokila-Oikonen ym. 2011, 11.) Kriittinen ajanjakso hoidon aloittamiselle on kaksi vuotta ensipsykoosin puhkeamisesta. Kun hoito aloitetaan tämän ajan kuluessa, noin 60 prosenttia ensipsykoosipotilaista saavuttaa remission. Remissiossakin voi kuitenkin esiintyä esimerkiksi alentunutta suorituskykyä sekä päätöksentekokyvyn ja sosiaalisen toiminnan vaikeutta. (Napa ym. 2014, 4.) On todettu, että alaikäisinä psykoosiin sairastuneiden hoidon aloitus usein viivästyvä verrattuna aikuisena sairastuneisiin. Tämän on arveltu johtuvan oireiden monitulkintaisuudesta sekä siitä, ettei alaikäiselle mielellään anneta psykoosi-diagnoosia. (Reponen ym. 2016, 129.)

Jopa seitsemän prosenttia 13–18 vuotiaista on kokenut psykoottisia oireita, esimerkiksi harhaluuloja tai hallusinaatioita. Harva heistä kuitenkaan sairastaa varsinaista psykoottista häiriötä. Mikäli tässä varhaisessa vaiheessa oireet kyettäisiin tunnistamaan ja niihin voitaisiin puuttua, mahdollinen psykoottinen häiriö voitaisiin ehkä estää tai sitä voitaisiin viivästyttää. Hoidon piiriin pääseminen oireilun aikaisessa vaiheessa edellyttää, että psykoosin varhaisvaiheessa olevan nuoren kohtaaminen terveystalveissa on sujuvaa ja asiantuntevaa. Useiden kohdalla ensikontakti hoitoon hakeutumisessa on päivystysvastaanotto. On kuitenkin todettu, että psykoottisten oireiden vuoksi päivystyksessä käyvillä nuorilla on kaikkein korkein riski toistuviin päivystyskäynteihin verrattuna muista mielenterveysongelmista kärsiviin nuoriin. Toistuvat käynnit ennustavat myös suurempaa riskiä sairaalahoitojaksoille. Päivystysvastaanottojen roolia hoitoon pääsyn kanavana psykoottisten potilaiden kohdalla tulisikin tarkastella paremmin ja pyrkiä kehittämään hoitoon pääsyn sujuvuutta. (Soleimani, Rosychuk & Newton 2016.)

2.4.1 Psykoottisen potilaan tunnistaminen terveystalveissa

Psykooseja sairastaa noin 3,5 prosenttia väestöstä. Tämä tarkoittaa sitä, että perusterveydenhuollon henkilöstö kohtaa psykoositasoista mielenterveyden häiriötä sairastavia potilaita usein. (Saari ym. 2015, 867; Suvisaari ym. 2014, 148.) Perusterveydenhuollon rooli sairauden tunnistamisessa on merkittävä, esimerkiksi työterveys-, koulu- ja opiskelijaterveydenhuollossa tulisi tunnistaa ennakko-oireilu (Saari ym. 2015, 867; Skitsofrenia: Käypä hoito -suositus 2015).

Hoitamaton psykoosi aiheuttaa inhimillistä kärsimystä, mutta voi vaikuttaa vahingollisesti myös keskushermostoon. Psykoosioireiden alkamisen ja tehokkaan hoidon eli psykoosilääkityksen aloittamisen välinen aika kuvaa hoitamattoman psykoosin kestoa. Nykypäivänä tämä aika voi vielä olla pitkä, noin 6–12 kuukautta, jopa vuosia kestävä. (Saari ym. 2015, 867; Suvisaari ym. 2014, 148.) Kun hoitamattoman psykoosin kesto jää alle kahdeksan kuukauteen, ovat sairastuneen sosiaaliset suhteet normaalisti vielä jäljellä ja hoitomyöntyvyys parempi (Poutanen, Tammentie-Sarén, Bashmakov, Mäkelä, Lehto, Leskinen, Mikkilä & Nyrhinen 2013, 3).

Psykoosin tunnistaminen tapahtuu pääasiassa perusterveydenhuollossa. Potilaan oireillessa psykoottisesti, on hänet ohjattava tarkempaan psykiatriseen arvioon. Arvio voidaan tehdä psykiatrisessa avohoidossa, vaikeiden oireiden yhteydessä tai lähiverkoston puuttuessa psykiatrisessa sairaalassa. Oireiden vakavuus ja potilaan toimintakyky määrittävät lähetteen kiireellisyysasteen. (Saari ym. 2015, 867; Skitsofrenia: Käypä hoito -suositus 2015; Poutanen ym. 2013, 4.)

Psykoosia edeltävien ennakko-oireiden tunnistaminen on tärkeää. Perusterveydenhuoltoon soveltuvat hyvin erilaiset psykoosin riskioireita kartoittavat kyselyt, esimerkiksi PROD5-seula. (Saari ym. 2015, 867–868; Skitsofrenia: Käypä hoito -suositus 2015; Vuokila-Oikkonen ym. 2011, 18.) Muita käyttökelpoisia lomakekyselyitä ovat muun muassa SPIN-Fin, jolla kartoitetaan sosiaalisten tilanteiden pelkoa, masennusoireiden arvioinnissa käytetty BDI sekä PANSS-kysely, jolla arvioidaan psykoottisia ja puutosoireita. On kuitenkin huomioitava, että tällaiset kyselyt eivät toimi diagnostisina työkaluina vaan antavat viitteitä psykoosin mahdollisuudesta. (Väänänen ym. 2011, 22.) Tällaisten kyselyiden tarkoitus onkin tunnistaa kohonneessa sairastumisen riskissä olevat henkilöt. Kyselylomakkeiden lisäksi tunnistamisessa tarvitaan kuitenkin myös hoitajan ja potilaan välistä vuorovaikutusta. (Vuokila-Oikkonen ym. 2011, 18.) On syytä muistaa, että hoitamaton ensipsykoosi kasvattaa väkivallan uhkaa, siksi hoitavan henkilön tulee kiinnittää huomiota päihteiden käyttöön riskiarviota tehdessään sekä mahdollisiin piirteisiin jotka viittaavat epäsosiaaliseen persoonallisuuteen (Saari ym. 2015, 867; Suvisaari ym. 2014, 148).

Tyypillistä nuorille ensipsykoosipotilaille ovat positiiviset psykoosioireet sekä itsetuhoinen käyttäytyminen. On kuitenkin todettava, että vaikka psykoosin riskitekijät olisivat tiedossa ja nuori oireilisi psyykkisesti, on psykoosien ennustaminen äärimmäisen vaikeaa. (Reponen ym. 2016, 128; Vuokila-Oikkonen ym. 2011, 30.) Tärkeää on erottaa psykoottisuuteen viittaavat oireet ja varsinaisen psykoosin oireet toisistaan. Psykoottiset oireet kuten poikkeavat aistikokemukset tai ajattelun vääristymät, eivät tarkoita psykoosiin sairastumista, mikäli henkilö tietää niiden olevan epätosia. Tällainen oireilu on normaaliväestössä jopa melko yleistä. Kun poikkeavat kokemukset koetaan todeksi, on henkilön todellisuudentaju vääristynyt, mikä viittaa varsinaiseen psykoosiin. Tällöin henkilön käytös on yleensä psykoottisten oireiden mukaista, jolloin hän voi esimerkiksi noudattaa kuuloharjojen antamia käskyjä. Psykoosin varsinaisia oireita usein edeltävät jopa vuosien ajan jatkuvat negatiiviset oireet kuten vetäytyminen, aloitekyvyttömyys ja masentuneisuus. Tällöin saattaa ilmetä myös ohimeneviä aistiharjoja tai epäileväisyyttä. Oireiden voimistuessa toimintakyky usein heikkenee, ihmissuhteet ohenevat ja työ tai opiskelu kärsii, kunnes jokapäiväisten askareiden suorittaminen ei enää onnistu. (Väänänen ym. 2011, 10.)

2.4.2 Psykoottinen potilas erikoissairaanhoidossa

Mikäli on syytä epäillä psykoosisairautta, tulee potilas ohjata erikoissairaanhoidon piiriin tarkempaan arvioon ja mahdolliseen hoitoon. Potilaan somaattinen tilanne on kuitenkin ensin kartoitettava perusterveydenhuollossa. Etenkin ensipsykoosipotilaan kohdalla sairauden diagnosointi ja hoidon käynnistäminen kuuluvat erikoissairaanhoidon piiriin. Diagnoosi perustuu esitietoihin koskien oirekuva, sen kehitystä, toimintakykyä ja potilaan sukua, sekä somaattisiin ja psykiatrisiin tutkimuksiin. (Saari ym. 2015, 867–868; Skitsofrenia: Käypä hoito -suositus 2015.)

Potilaan toimintakyvyn romahtaminen sekä sairaalaan joutuminen voivat olla estettävissä, mikäli apua annetaan ajoissa. Psykoosioireista kärsivä ihminen voi useimmiten olla sairaudentunnoton ja haluaa torjua sairauden tuomat ajatukset, taustalla voi olla häpeä ja pelko. Mikäli avohoito katsotaan riittämättömäksi ja potilaan uskotaan olevan vaarallinen itselleen, on sairaalahoito tahdonvastaisesti usein ainut vaihtoehto. (Vuorilehto, Larri, Kurki & Hätönen 2014, 173.) Potilas voidaan lähettää tahdonvastaisen hoidon tarpeen arviointiin eli tarkkailuun Mielenterveyslain edellyttämien kriteerien täytyessä. Tarkkailulähetteen perusteeksi riittää todennäköinen psykoosi eli epäily psykoosista. Mielenterveyslaki ei edellytä avohoidon palveluiden kokeilua ennen lähetteen laatimista, mutta avohoidon palveluiden riittävyyttä tulisi kuitenkin arvioida. (Saari ym. 2015, 868.)

Ensipsykoosin akuuttivaiheessa osa potilaista tarvitsee hoitoa osastolla, mikäli psykoottinen oireilu todetaan vaikeaksi ja tarve turvalliselle hoitoympäristölle on olemassa. Hoidon päämäärä on akuuttivaiheessa oireiden ja häiritsevän käyttäytymisen lievitys mahdollisimman nopeasti, jotta potilaan toipuminen saadaan alkuun. Yhteistyösuhde tulee luoda hyväksi ja sitä pitää ylläpitää niin potilaan kuin hänen perheensä kanssa, sillä luottamuksellinen hoitosuhde vaikuttaa potilaaseen myönteisesti ja auttaa hyväksymään lääkehoidon. Sairaalahoidossa kartoitetaan mahdollisimman tarkasti ja kokonaisvaltaisesti potilaan taustat, perhe on tässä avainasemassa. Lääkehoito on syytä aloittaa mahdollisimman nopeasti, sillä sen viivästyminen voi heikentää hoidon tuloksia ja aiheuttaa hoidon vastustusta. Ensipsykoosi on potilaalle sekä hänen perheelleen pelottava sekä hämmentävä kokemus. Akuuttivaiheessa perheelle voi olla tarpeen antaa kriisitukea. (Suvisaari ym. 2014, 169; Psykoosiopas n.d.)

2.4.3 Psykoottisen potilaan hoito sairaalajakson jälkeen

Ensipsykoosipotilaan hoidossa pyritään yhä useammin avohoitoon, johon tulisi panostaa erityisesti, sillä sen toteutuessa hyvin psykiatriset potilaat tarvitsevat vähenevässä määrin sairaalahoitoa (Niemelä & Blanco-Sequeiros, 2015). Avohoitoon siirtyminen sairaalasta tapahtuu joustavasti esimerkiksi siten, että potilas tapaa avohoidon työntekijöitä jo sairaalahoitonsa aikana. Akuuttivaihetta seuraa tasaantumisvaihe, joka saattaa kestää useamman kuukauden, tällöin relapsin mahdollisuus on vielä olemassa

potilaan ollessa hauras ja herkkä. Tavoitteena on oireiden lieveneminen ja tilan vakiintuminen. Lääkehoitoa jatketaan samalla annoksella tarpeeksi pitkään, mikäli sillä on saatu potilaan tila kohenemaan. Jos annosta vähennetään liian aikaisin tai lopetetaan kokonaan, on uudelleen sairastuminen mahdollista nopeastikin. Tiedon anto sairaudesta, hoidosta, kuntoutumisesta ja sairauden kulkuun vaikuttavista tekijöistä on potilaalle ja hänen perheelleen hyvin tärkeää. (Suvisaari ym. 2014, 169; Skitsofrenia: Käypä hoito -suositus 2015.)

Akuuttivaihetta seuraa vakaa vaihe, jolloin oireet ovat hallitumpia. Yksilöllisen lääkityksen ja psykososiaalisen hoidon avulla pyritään varmistamaan, että oireet pysyvät pois ja toimintakyky sekä elämänlaatu kohenevat. Jotta toipuminen sairaudesta voisi jatkua, on stressitekijöiden minimointi tärkeää. Toipumiselle on varattava aikaa ja voimavaroihin kiinnitettävä huomiota, koska oireilu voi alkaa pahentua liiallisista vaatimuksista. Terveiden edistämistä myös somaattisesti tulee huomioida. (Suvisaari ym. 2014, 169–170; Skitsofrenia: Käypä hoito -suositus 2015.)

2.4.4 Lääkehoito

Psykoosilääkkeet annetaan potilaalle joko suun kautta tai lihaksensisäisesti, joissa vaihtoehtoina ovat lyhyt- ja pitkävaikutteiset injektiot. Suun kautta otettavissa lääkkeissä huippupitoisuus tulee esiin 2–3 tunnissa. Lääkkeen perillemeno pystytään parantamaan suussa sulavilla ja liuosmuotoisilla valmisteilla. Lihaksen sisäisillä, nopeasti vaikuttavilla lääkkeillä huippupitoisuus saavutetaan 30–60 minuutissa, tässä ajassa lääkkeen rauhoittava vaikutus näkyy. Antipsykoottinen teho tulee esiin ja on arvioitavissa vasta, kun psykoosilääkettä on käytetty vähintään kolme viikkoa. Ensipsykooseissa riittävät yleensä pienemmät annokset verrattuna uusiutuneeseen psykoosiin. Myös pitkäaikaishoidossa annokset jäävät yleensä pienemmiksi. Lääkitys voidaan lopettaa potilaan ollessa oireeton ensipsykoosioireiden jälkeen kaksi tai mielellään viisi vuotta. Lopettaminen tulee tehdä hitaasti, seuraten tarkasti ennakko-oireita tai käyttäytymisen muutoksia. Mikäli näitä alkaa ilmetä, on lääkitys palautettava sille edeltäneelle tasolle, joka on ollut tehokas. (Suvisaari ym. 2014, 175.)

Avohoidossa on kiinnitettävä huomiota potilaan sairaudentuntoon ja yhteistyökykyyn, sillä jos näissä on puutteita, potilas saattaa jättää lääkehoidonsa huonolle tasolle. Tällöin pitkävaikutteisen depotmuotoisen valmisteen pistäminen lihakseen injektiona voi olla parempi vaihtoehto. Potilaan ollessa hyvin lääkevastainen, ei tämäkään tuo välttämättä toivottua tulosta. Osa potilaista mieltää injektion helpommaksi vaihtoehdoksi suun kautta otettaviin lääkkeisiin verrattuna. Vaihtoehtoista onkin keskusteltava potilaan kanssa heti akuuttivaiheen helpotuttua. Lääkitystä valitessa huomioon otettavia asioita ovat muu lääkitys sekä yksilöllisyys haittavaikutuksille. (Suvisaari ym. 2014, 174–175.) Kielteinen suhtautuminen lääkehoitoon voi johtua muun muassa ymmärryksen puutteesta, oireiden vaikeudesta, päihteiden käytöstä, negatiivisesta asenteesta hoitoa kohtaan,

sivuvaikutusten vaikeudesta, sosiaalisen tuen puutteesta tai esimerkiksi uskonnollisista näkökulmista. Lääkehoitoon sitoutumattomuus on laajasti tunnistettu ongelma ja psykiatrisen hoitohenkilökunnan suuri huolenaihe. (Chang & Lee 2015, 215.)

Psykoosilääkkeillä ei ole selkeitä ylä- ja alarajoja annoksissa, sen sijaan on olemassa viitearvot, joilla oletetaan saavutettavan vaste ja tämän ylittyessä haittavaikutukset voivat lisääntyä. Jos haluttua vastetta ei saada annosta nostamalla kahdessa viikossa, on hyvä kokeilla eri tyyppin tai ryhmän psykoosilääkettä. Lääkkeen vaihto on mahdollista tehdä ristikkäin siten, että vanhaa annosta lasketaan samalla kun uutta nostetaan. (Suvisaari ym. 2014, 175–176.)

2.4.5 Psykoottisen potilaan hoidon suunnittelu

Hoidon suunnittelu alkaa siitä, kun potilas tai hänen läheisensä hakevat terveyspalveluista apua psykoosin oireisiin tai ennakko-oireisiin. Ensin tulee tehdä ensiarvio oireiden vakavuudesta. Tämä arvio ohjaa hoidon suunnittelua. Vakaviin ja hallitsemattomiin oireisiin tarvitaan päivystyksellistä akuuttia apua, muuten potilas ohjataan lääkärin läheteellä tarkempaan tutkimukseen ja psykoosin arvioon. (Väänänen ym. 2011, 11–12.) Psykoosin tutkimusprosessin tavoitteena on laatia kokonaisvaltainen hoitosuunnitelma ja aloittaa suunnitelman mukainen hoito nopeasti. Hoitosuunnitelmassa on kiinnitettävä huomiota potilaan yksilöllisiin tarpeisiin ja keskitettävä hoito näihin. Tarpeiden tunnistaminen kuuluu psykoosin arviointitutkimukseen, jossa tulisi laaja-alaisesti arvioida oireita, kognitiivisia kykyjä, persoonallisuutta, perheen voimavaroja ja vuorovaikutusta sekä toimintakykyä niin toiminnanohjauksen, sosiaalisen toimintakyvyn kuin perheen toimintakyvyn näkökulmasta. (Väänänen ym. 2011, 11–12; Vuokila-Oikkonen ym. 2011, 32.) Oikeaa hoitotapaa arvioitaessa sekä psykoosin syytä selvitetessä perhe- ja lähiverkoston tapaamiset ovat tärkeässä roolissa. Tapaamisten avulla tavoitellaan potilaan taustan sekä oireiden selvittelyä, tuetaan hoitoon sitoutumista ja sen toteutumista sekä annetaan psykoedukatiivista hoitoa. (Mantere 2016.)

Hoitosuunnitelman tulee olla selkeä ja toteutettavissa mahdollisimman lähellä potilaan ja hänen perheensä arkea, kuitenkin huomioiden terveyspalveluiden erityisosaamisen tarve. Mahdollisuuksien mukaan tulisi järjestää verkostokokous potilaan ja hänen perheensä, psykoosiarvion tehneen lääkärin ja omahoitajan välillä. Mikäli potilaalle on suunnitteilla jatkohoito paikka, olisi tämän edustajan hyvä olla verkostokokouksessa paikalla, kuten myös muiden suunniteltujen auttamistahojen edustajien. Hoitosuunnitelma ei muodostu yhden tapaamisen pohjalta, vaan yleensä tutkimusjakson aikana erityisosaamista omaavassa terveydenhuoltoyksikössä. (Väänänen ym. 2011, 13; Lönnqvist 2014, 193.)

Hoidon suunnittelussa tulisi alusta alkaen ottaa huomioon myös kuntouttava näkökulma niin, että sairastuneen voimavaroja ja normaalia toimintaa

voitaisiin tukea. Myös arjessa olleiden rutiinien ja toimintojen säilyttämiseen tulisi kannustaa, sillä ne tuovat jäsentymättömään olotilaan järjestyttä. Työhön tai kouluun palaamisen on hyvä olla alusta asti tavoitteena. Myös sosiaalisten verkostojen ylläpito olisi tärkeää ja sairastuneelle olisikin hyvä esitellä vertaistuen mahdollisuus. Kokonaisvaltaiseen hoitosuunnitelmaan kuuluu myös fyysisen hyvinvoinnin osa-alue ja sairastunutta tulisi tukea fyysisten sairauksien ennaltaehkäisyssä ja kunnon ylläpidossa. (Vuokila-Oikkonen ym. 2011, 32.)

Koska miesten ja naisten oireet ja elämäntilanteet psykoosiin sairastuessa ovat usein kovin erilaisia, tulisi sukupuolten väliset erot huomioida niin sairauden tunnistamisessa kuin hoidossa. Erilaiset tarpeet kuitenkin harvoin tunnistetaan. Usein miehille soveltuvat paremmin aktiivisemmat hoitomenetelmät kuin naisille. Naiset kokevat yleensä myös turvallisuuden tunteeseen liittyvät asiat tärkeämmiksi. Näiden ja muiden sukupuolten välisten erojen huomiointi hoidon suunnittelussa on tärkeää, jotta potilaat saadaan sitoutumaan hoitoonsa. (Clarke ym. 2015, 115.)

3 TARKOITUS, TAVOITE JA OPINNÄYTETYÖKYSYMYKSET

Opinnäytetyömme tarkoituksena on kehittää ensipsykoosipotilaan kotihoidon toteuttamista Kanta-Hämeen Keskussairaalan aikuispsykiatrian poliklinikalla niin, että kotihoito kohdennettaisiin oikein ja sen käyttö olisi mahdollisimman riskitöntä. Tarkoituksena on myös laatia toimeksiantajalle konkreettinen apuväline eli tarkistuslista ensipsykoosipotilaan kotihoidossa huomioitavista asioista.

Kirjallisuuskatsauksemme tavoitteena on kuvata tutkitun tiedon pohjalta ensipsykoosipotilaan avo- ja kotihoitoon liittyviä hoitotyön keskeisiä menetelmiä. Opinnäytetyökysymykset ovat seuraavat:

1. Miten tutkitun tiedon perusteella kuvataan ensipsykoosipotilaan hoitotyötä kotihoidon näkökulmasta?
2. Mitkä asiat ovat tutkitun tiedon perusteella ensipsykoosipotilaan kotihoidon edellytykset?

4 TUTKIMUSMENETELMÄ JA AINEISTON KERUU

Tässä opinnäytetyössä tutkimusmenetelmänä on käytetty kuvailevaa kirjallisuuskatsausta. Kuvaileva kirjallisuuskatsaus on yleinen menetelmä hoito- ja terveystieteellisissä tutkimuksissa ja sitä käytetään myös paljon opinnäytetöissä. Kuvailevassa kirjallisuuskatsauksessa lähtökohtana on tutkimuskysymys. Tutkimuskysymys antaa raamit aineiston haulle ja valinnalle niin, että tutkimuksessa pyritään aineiston avulla muodostamaan kuvaileva ja laadullinen vastaus tähän kysymykseen. Kuvaileva kirjallisuuskatsaus on aineistolähtöinen tutkimusmenetelmä. (Kangasniemi, Utriainen, Ahonen, Pietilä, Jääskeläinen & Liikanen 2013, 291–294.)

Tutkimusmenetelmä valikoitui työn tavoitteen ja tarkoituksen perusteella, sillä kirjallisuuskatsauksen avulla voidaan muodostaa kokonaiskuva halutusta aihealueesta. Kirjallisuuskatsauksella pyritään arvioimaan ja kehittämään teoriaa ja lisäämään sen ymmärrystä. (Suhonen, Axelin & Stolt 2015, 7.) Kirjallisuuskatsaus on tutkimuksen tutkimusta eli aiemmasta tutkimusmateriaalista pyritään muodostamaan kirjallisuuskatsauksen avulla kokonaiskuva valitusta aiheesta. Aiheen kokonaisvaltainen ymmärtäminen edellyttää nimenomaan kirjallisuuskatsauksen käyttöä tutkimusmenetelmänä. (Niela-Vilén & Kauhanen 2015, 23.)

4.1 Kuvaileva kirjallisuuskatsaus

Kirjallisuuskatsaukseen kuuluvat prosessin eri vaiheet. Ensimmäinen vaihe on tutkimusongelman määrittäminen eli tutkimuksen tarkoituksen määrittäminen, joka samalla määrää koko prosessin suunnan. (Niela-Vilén & Kauhanen 2015, 24.) Tutkimuskysymys tulee muodostaa harkitusti, sillä se ohjaa tiedonhakua. Tutkimuskysymyksen on oltava tarpeeksi täsmällinen ja rajattu, tällöin aihetta on mahdollista tarkastella riittävän syvällisesti. Toisaalta tutkimuskysymyksen riittävä väljyys mahdollistaa erilaisten näkökulmien tarkastelun. Aineisto muodostuu tutkimuskysymyksen ohjaamana ja se koostuu julkaistuista tutkimuksista, joissa on tutkimusaiheen kannalta oleellista tietoa. (Kangasniemi ym. 2013, 294–295.) Hyvään tutkimuskysymykseen tuleekin olla mahdollista vastata kirjallisuuden avulla. Tutkimuskysymystä muodostettaessa on hyvä tehdä alustavia kirjallisuushakuja, jotta aineiston laajuudesta ja näin myös tutkimuskysymyksen laajuudesta saadaan konkreettinen käsitys. (Niela-Vilén & Kauhanen 2015, 24–25.)

Kirjallisuuskatsauksen tärkeä vaihe on aineiston keruu ja valinta. Aineiston keruu tehdään kirjallisuushakujen avulla. Kirjallisuuden haku on työn luotettavuuden kannalta kaikkein tärkein vaihe, jotta työn johtopäätökset näyttäytyvät oikeina. Kirjallisuuden hakuun kuuluvat myös sähköisissä tietokannoissa tehtävät haut. Tietokannoissa tehtävissä hauissa on käytettävä aihetta kuvaavia keskeisiä käsitteitä sekä tarvittaessa termien mukaanotto- ja poissulkumenetelmiä. Hauissa on myös mahdollista rajata

materiaalia muun muassa julkaisuvuoden tai kielen perusteella. (Niela-Vilén & Kauhanen 2015, 25–26.)

Kirjallisuuskatsauksen seuraava vaihe on kirjallisuushaun avulla löydetyn materiaalin arviointi. Arvioinnissa tarkastellaan materiaalin käytettävyyttä ja olennaisuutta suhteessa tutkimuskysymykseen. Jokaisen valitun tutkimuksen luotettavuutta on arvioitava erikseen ja tutkimusten laadullisuus voi olla yksi materiaalin valintaperuste. Arvioinnissa valittuun materiaaliin perehdytään, itse arviointi voidaan tehdä erilaisin menetelmin ja kriteerein. On olemassa esimerkiksi valmiita arviointityökaluja tai arviointia voidaan tehdä esimerkiksi julkaisuforumin, julkaisumaan, kirjoittajan ja julkaisuvuoden perusteella. (Niela-Vilén & Kauhanen 2015, 28–30.)

Tässä opinnäytetyössä on käytetty aineiston eksplisiittistä valintaa, joka sisältää myös aineiston valintaprosessin vaiheiden raportoinnin. Aineiston haussa on käytetty aikarajauksia, mutta keskeisin rajausperuste on ollut aineiston sisältö. Aineiston valinnassa aineiston sisältöä on tarkasteltu suhteessa tutkimuskysymyksiin ja näin tarkennettu työn edetessä aineiston valintaperusteita ja tutkimuskysymyksiä. (Kangasniemi ym. 2013, 295–296.)

4.2 Tiedonhaun kuvaaminen

Aloitimme tiedonhaun määrittelemällä mukaanotto- ja poissulkukriteerit, jotka olivat työmme alkuvaiheessa psykoosia ja sen hoitotyötä yleisellä tasolla käsitteleviä. Mukaanottokriteereiksi asetimme, että tutkimusten tuli koskea ensipsykoosia tai psykoosia hoitotyön tai sairastumisen näkökulmasta. Muita mukaanottokriteerejä olivat, että tieto käsitteli psykoosin hoitomenetelmiä tai avo- tai kotihoitoa. Poissulkukriteereiksi asetimme hoitotyön puutteellisen näkökulman ja tiedon, joka käsitteli muita psykiatrisia sairauksia kuin psykoosia tai muun kuin psykoottisen sairauden aiheuttamaa psykoosia. Yhtenä kriteerinä tiedonhaussa oli aikarajaus vuosille 2013–2017.

Aineistohaut teimme kirjallisuuskatsauksemme seuraavista tietokannoista: Terveystietokanta, Medic, Duodecim-lehti, Arto, Google scholar, JBI ja CINAHL. Haimme sekä suomen- että englanninkielistä tutkimuksellista aineistoa. Tiedonhaun alkuvaiheessa hakusanat johdettiin psykoosin sekä mielenterveyshäiriöiden kotihoidon käsitteistöä, kuten ensipsykoosi, mielenterveyshäiriöiden avohoito ja psykoottiset häiriöt. Englanninkielisinä hakutermeinä olivat esimerkiksi psychosis, psychosis AND first-episode ja psychosis AND home care. Tiedonhaun tulokset on jäsennetty taulukossa seuraavalla sivulla (Taulukko 1).

TAULUKKO 1: Tiedonhaku tietokannoittain, aikarajaus 2013–2017.

TIETOKANTA	HAKUSANAT	OTSIKKOTASON TARKASTELUUN	TIIVISTELMÄ- TASON TARKASTELUUN	KOKOTEKSTI- TASON TARKASTELUUN	KATSAUKSEEN ANALYSOITA- VAKSI
Ter- veysportti	ensipsykoosi, psykoosi	53	5	4	3
Medic	psykoottiset häiriöt, psy- koosi	507	15	9	7
Duodecim- lehti	psykiatria	100	6	6	5
Arto	psykoosi	6	2	1	1
Google scholar	ensipsykoosi	34	2	1	1
JBI	psychosis AND first-episode, psychosis, as- sertive com- munity treat- ment	68	14	11	9
CINAHL	community mental health nurs- ing, psychosis AND home care	298	7	2	1

Tiedonhaun edetessä kriteerit tarkentuivat ja niistä tuli yksityiskohtaisempia. Lisäksi tiedonhaun aikarajausta laajennettiin vuosiin 2010–2017 löytääksemme tietoa, joka vastasi kohdennetummin juuri opinnäytetyökysymyksiimme. Laajensimme myös hakutermejä koskemaan kotihoitoa, hoitosuhdetta ja skitsofreniaa. Mukaanottokriteereiksi asetimme, että tutkimukset käsittelivät ensipsykoosia tai psykoosia hoitotyön tai hoitosuhteen näkökulmasta tai että ne käsittelivät psykoosin hoitomenetelmiä. Avo- tai kotihoitoa käsittelevä tieto oli myös edelleen mukaanottokriteerinä. Poissuljimme muita psykiatrisia sairauksia sekä muita kuin psykoottisen sairauden aiheuttamia psykooseja käsittelevät aineistot. Muita poissulkukriteerejä olivat hoitotyön puutteellinen näkökulma sekä kotihoidon tai hoitosuhteen käsitteleminen eri kohderyhmän näkökulmasta.

Aineiston hakua parantaaksemme otimme mukaan vielä yhden kansainvälisen tietokannan. Käyttämämme tietokannat olivat: Medic, Duodecimlehti, Arto, Google scholar, CINAHL ja PubMed. Tiedonhaussa käytimme apuna Hämeen ammattikorkeakoulun informaation ammattitaitoa. Saimme apua hakusanojen muodostamiseen ja pystyimme näin kohdentamaan hakuja yksityiskohtaisempaan tietoon. Valtaosa hakutuloksista rajautui pois otsikotason tarkastelun avulla, sillä otsikointi viittasi esimerkiksi eri aihepiiriin eikä sivunnutkaan tarkastelemaamme aihetta. Tiivistelmätason tarkasteluun päätyneet artikkelit olivat otsikoinniltaan aihepiiriämme koskevia. Osa näistä osoittautui tiivistelmän perusteella käsittelevän aihetta esimerkiksi eri näkökulmasta ja rajattiin siksi pois. Osa kokotekstitason tarkasteluun valituista aineistoista osoittautui meille hyödyttömiksi, sillä emme löytäneet niistä tarpeeksi kohdennettua tietoa ja ne suljettiin analysoinnin ulkopuolelle. Tiedonhaun tulokset on jäsennetty seuraavalla sivulla olevassa taulukossa (Taulukko 2).

TAULUKKO 2: Tiedonhaku tietokannoittain, aikarajaus 2010–2017.

TIETOKANTA	HAKUSANAT	OTSIKKO-TASON TARKASTELUUN	TIIVISTELMÄTASON TARKASTELUUN	KOKOTEKSTITASON TARKASTELUUN	KATSAUKSEEN ANALYSOITAVAKSI
Medic	Skitsofre* psykoo* AND kotihoi* kotisair*, skitsofre* OR psykoo* häiriö* AND kotihoi*, ensipsykoo* hoi* AND kotihoi*, ensipsykoo* AND kotihoi* OR kotisairaa*, psykoo* AND hoitosuh* OR avohoi*, hoitosuhde AND mielenterveys OR kotihoi*	586	5	5	1
Duodecim-lehti	hoitosuhde, psykoosi, kotihoito	287	2	1	0
Arto	psykoo? AND kotihoi? OR kotisairaa?, kotihoi? AND hoitosuh?, hoitosuh? AND psykoo? OR kotisairaa?, psykoo? AND hoitosuh? OR kotihoi?	86	2	1	0
Google scholar	“ambulatory care” OR “home care services” “first-episode psychosis”, Psychotic disorders AND “home care services” – dementia, Kotihoito OR kotisairaanhoido AND skitsofrenia OR psykoosi, Kotisairaanhoido hoitosuhde AND psykoosi OR skitsofrenia, Psykoosi AND hoitosuhde	985	22	10	4
CINAHL	Psychiatric home care	34	4	2	2
PubMed	(“Schizophrenia Spectrum and Other Psychotic Disorders”) AND (“Home Care Services” OR “Home Care Services, Hospital-Based”), (“treatment first episode psychosis”) AND (“ambulatory care”), (“Schizophrenia Spectrum and Other Psychotic Disorders”) AND “Ambulatory Care”	80	5	3	1

4.3 Hyväksytyjen aineistojen kuvaaminen

Opinnäytetyössämme ensisijaisena aineistona ovat tutkimusartikkelit ja hoitosuositukset, lisäksi olemme käyttäneet painettuja kirjallisuuslähteitä. Kirjallisuuskatsaustamme on ohjannut opinnäytetyökysymysten lisäksi pyrkimys aineiston hyvään luotettavuuteen ja ajankohtaisuuteen. Luotettavuus näyttäytyy työssämme ennen kaikkea aineiston julkaisijaan ja julkaisukanavaan liittyvässä luotettavuudessa. Olemme hyväksyneet aineistoja, jotka on julkaistu tunnetuissa hoitotieteellisen alan lehdissä, kuten BMC Psychiatry ja Journal of Mental Health. Suuri osa hyväksytyistä aineistoista on kuitenkin haettu kansainvälisistä tietokanoista, valtaosa The Joanna Briggs Instituten (JBI) tietokannasta. Nämä tutkimusartikkelit ovat systemaattisia katsauksia, jotka perustuvat laajaan tiedonhakuun ja aiempien aihetta tarkastelleiden tutkimusten hyödyntämiseen. Näitä aineistoja voidaan kuvata laadukkaiksi, globaaleiksi ja merkittäviksi niiden näyttöön perustuvuuden ja laajan tutkimuspohjan perusteella.

Hyväksytyjen aineistojen joukossa on Suomen Lääkärilehti ja Duodecimlehti, jotka kuuluvat lääketieteellisiin julkaisusarjoihin. Hämeen ammattikorkeakoulun informaation mukaan nämä lehdet kuuluvat luotettavuudeltaan Suomen arvostetuimpiin. Kaikki hyväksymämme artikkelit pohjautuvat laajaan lähdemateriaaliin, myös hyödyntämämme sairaanhoitopiirien ja ammattikorkeakoulujen omat julkaisut, joiden mukaanotto on siksi perusteltua niiden tuodessa myös etsimäämme kohdennettua tietoa tutkimuskysymyksiimme. Aineistoa läpikäydessämme totesimme samojen asioiden toistuvan eri lähdemateriaaleissa, tämä viestii osaltaan tiedon luotettavuudesta ja kohdennetuista hakutermeistä. Katsaukseen analysoitavaksi valitut aineistot ovat jäljitettävissä lähdeluettelossa olevan tiedon perusteella.

4.4 Eettisyys ja luotettavuus

Kuvailevan kirjallisuuskatsauksen ollessa menetelmänä väljä, korostuu siinä tutkijan tekemien valintojen sekä raportoinnin eettinen näkökulma. Omat ennakkokäsitykset ja asenteet eivät saa vaikuttaa siihen, mitä aineistoja kirjallisuuskatsaukseen valikoituu. Tutkijan on kyettävä huomioimaan valitun näkökulman subjektiivisuus tutkimuskysymysten muotoilussa myös eettisestä näkökulmasta. Tasavertaisuus, oikeudenmukaisuus ja rehellisyys korostuvat aineiston valinnassa ja sen käsittelyssä. (Kangasniemi ym. 2013, 297–298.)

Kangasniemi ym. (2013, 297–298) kuvaavat hoitotieteen artikkelissaan eettisyyden ja luotettavuuden parantuvan läpinäkyvällä ja johdonmukaisella työskentelyllä ja keskiössä olevan selkeästi esitetyt sekä teoreettisesti perustellut tutkimuskysymykset. Opinnäytetyömme aihe oli hyvin rajattu, mikä aiheutti osaltaan haasteita tiedon etsimiseen. Kuitenkin tarkoin harkittu aihe ohjasi työtämme ja tutkimuskysymykset muovautuivat ja tarkentuivat työmme edetessä huolellisen pohtimisen sekä aineistojen laajan

hyödyntämisen jälkeen. Kangasniemi ym. kuvaavat artikkelissaan myös kriteerien ja perustelujen muuttuvan ja tutkimuskysymysten kirkastuvan prosessin ja aineiston valinnan edetessä. He myös kirjoittavat tiedonhaun alkuvaiheessa haun painottuvan usein yleiseen tai ajankohtaiseen aineistoon ja vasta myöhemmin merkitykseltään täsmällisempään ja käyttökelpoisempaan tietoon. Voimme todeta kirjallisuuskatsauksessamme prosessin edenneen juuri heidän mainitsemallaan tavalla, sillä tiedonhakumme alkuvaiheessa tietoa haettiin yleisemmällä tasolla antamaan työlle pohjatietoa. Teoriapohjan ollessa valmis tiedonhakumme täsmentyi ja hakusanat muotoiltiin kohdennetuimmiksi. Johdonmukaisen työskentelyn avulla kirjallisuuskatsauksestamme muodostui loogisesti etenevä prosessi.

Luotettavuutta arvioitaessa tärkeäksi tekijäksi nousevat Kangasniemen ym. (2013, 297–298) mukaan selkeästi esitetyt ja teoreettisesti perustellut tutkimuskysymykset. Heidän mukaansa luotettavuus kärsii, mikäli aineiston valintaa ei ole eritelty tai raportoitu tai jos tutkija antaa omien mielipiteidensä vaikuttaa aineiston valintaan. Tutkimuskysymyksemme kohdennettiin tilaajan toiveita vastaaviksi ja teoreettinen tieto etsittiin lukuisista aineistoista antamaan sisällön tutkimuskysymyksille. Tietoa etsiessämme työskentelyämme helpottivat aineiston valinnalle asetetut sisäänotto- ja poissulkukriteerit. Luotettavuudesta kertoo osin myös se, että eri tietokannoista tietoa etsiessämme nousivat samat asiat toistuvasti esiin. Kuvasimme tarkasti tiedonhaun prosessin taulukoiden muodossa (Taulukko 1 ja 2). Nämä taulukot havainnollistavat työmme luotettavuutta ja eettisyyttä tiedonhaun osalta. Työmme on kirjoitettu omin sanoin, emmekä ole lainanneet muiden kirjoittamaa tekstiä. Kaikki käyttämämme aineisto on merkitty tekstiin viittein sekä lähdeluetteluun, josta nämä ovat luotettavasti katsottavissa.

Työssämme on käytetty lähteinä ensisijaisesti hoitotieteellisiä tutkimuksia. Käyttämämme aineisto on korkeintaan seitsemän vuotta vanhaa. Iso osa käytetyistä tutkimuksista on englanninkielisiä, mutta vieraskielisten lähteiden käyttö ei vähennä työmme luotettavuutta, sillä tieteellisessä tekstissä käytetty kieli on virallista eikä siten aiheuta ongelmia merkitysten tulkitsemisessä. Tarvittaessa hyödynsimme sanakirjoja.

5 ENSIPSYKOOSIPOTILAAN KOTIHOITO JA SEN EDELLYTYKSET

Kotiin annetulla hoidolla on todetusti pystytty vähentämään sairaalahoidon tarvetta ja siten sairaanhoidon kustannuksia. Myös potilastyytyväisyys on lisääntynyt. Kotihoidon sujuvuudella on kuitenkin suurta merkitystä mielenterveyspotilaiden kohdalla. Esimerkiksi hoitajien saapuminen hoitokäynnille myöhässä tai toistuvasti myöhässä voi lisätä potilaan levottomuutta ja ahdistuneisuutta, mikäli hän oireilee näillä osa-alueilla jo valmiiksi. Myös liian lyhyiksi koetut käynnit saattavat lisätä negatiivisia tun-

teita, mikäli vuorovaikutukselle potilaan kanssa ei jää aikaa, vaan kotikäynnillä keskitytään esimerkiksi lääkehoidon toteuttamiseen. Myös intensiivisemmän kotihoidon jakson päättymisen voi aiheuttaa ahdistusta potilaassa, etenkin jos potilasta ei ole kuultu hoidon suunnittelussa. (Carpenter & Tracy 2015, 98–99.)

Avohoidon mahdollisuutta kartoitetaan muun muassa selvittämällä asumiin liittyvät tekijät. Ympäristön tulisi olla rauhallinen, jotta se tukisi potilaan psyykkistä tasapainoa. Tällaisia asioita voidaan huomioida kotikäynnillä. Osa potilaista tarvitsee tukea asumisen ja arjen perusasioihin, jolloin potilaalle räätälöidään palvelusuunnitelma yksilöllisten tarpeiden ja tavoitteiden pohjalta. Avohoidossa eri toimijoiden välinen yhteistyö on tärkeää, näitä ovat esimerkiksi terveydenhuolto, sosiaalitoimi ja yksityiset palveluntuottajat. (Saari ym. 2015, 870.)

Yksi tärkeä etu kotihoidossa on se, että potilas voi tällöin pitää kiinni arjestaan ja normaalista elämästä ainakin osittain. Sairastunut voi kokea tällöin olevansa vähemmän sairas kuin sairaalaympäristössä. Potilas säilyttää kotihoidossa myös enemmän päätösvaltaa omaa elämäänsä koskeviin asioihin, joita voivat olla pienetkin päivittäiset valinnat. Tämä lisää hallinnan tunnetta ja on hyväksi potilaalle. (Carpenter & Tracy 2015, 100.)

5.1 Avun hakeminen sairauden puhjetessa

Kotihoidon toteutumisen kannalta keskeisintä on, että psykoosi tunnustetaan ajoissa. Myös hoitoon hakeutumisen tulee olla helppoa ja leimaamattonta, matalan kynnyksen hoitopaikat ovat tärkeitä. (Vuokila-Oikkonen ym. 2011, 29.) Ensipsykoosin sairastuneen hoidon saanti on kuitenkin usein monitahoinen prosessi, jossa sairastunut kohtaa useita eri terveydenhuollon toimijoita (Anderson, Fuhrer & Malla 2013, 384).

Kun oireet ovat selkeitä, niihin liittyy masennusta tai itsemurha-ajatuksia tai tilanne kärjistyy kriittiseksi, on apua helpompi hakea ja saada. Hoitohenkilöstön tulee olla tietoisia sairastuneen omaisten kokemista vaikeuksista, jotta he voivat antaa oikeanlaista tietoa ja tukea. Heidän tulee myös olla tietoisia mielenterveysongelmista kärsivien potilaiden tarvitsemasta avusta ja varmistaa, että tällaista apua on saatavilla. (Umapathysivam, Jordan & Attard 2014, 1–3.) Häpeä ja sairauden salailun tarve voivat vaikuttaa sairastuneen elämään jopa voimakkaammin kuin sairaus itse. Ne voivat johtaa syrjäytymiseen, elämänpiirin ja yhteiskunnallisten mahdollisuuksien kaventumiseen ja sitä kautta synkkiin ajatuksiin taudin kulusta. (Vuokila-Oikkonen ym. 2011, 13.)

5.1.1 Avun hakemista vaikeuttavat tekijät

Ensipsykoosin sairastuneet ovat kertoneet palveluiden huonon saatavuuden ja pitkien odotusaikojen vastaanotoilla olevan este hoitoon hakeutumiselle. Odotustiloissa oleminen koetaan hankalana, kun oirekuvaan liittyvä harhoja tai sosiaaliset tilanteet ahdistavat. Koetut ongelmat hoitoon pääsyn sujuvuudessa voivat viivästyttää hoidon aloitusta, joka puolestaan vaikuttaa merkittävästi hoidon tuloksiin. Ennen hoidon piiriin pääsyä sairastuneet kohtaavat yleensä vähintään kaksi hoitotahoa. Useilla ensipsykoosiin sairastuneilla avun hakemiseen liittyy päivystys-luonteinen kontakti eikä poliisin tai ambulanssin osallisuus ole harvinaista. (Anderson ym. 2013, 387–388.)

Ensipsykoosin sairastuneiden hoitoon hakeutumista vaikeuttaa tiedon puute niin psykoosin oireista kuin saatavilla olevasta avusta. Tiedon puute hidastaa hoidon aloitusta ja voi edelleen heikentää hoidon tuloksia. Ensipsykoosiin sairastuneet ovat tutkimuksissa kertoneet, että sairastuneen hoitoon hakeutumistaan ja avun saantia voisi helpottaa antamalla yleisesti tietoa psykoosiin liittyvistä oireista sekä lisäämällä kouluopetukseen tietoa mielenterveyshäiriöistä ja niiden tunnistamisesta. Tiedon avulla koetaan voivan vaikuttaa myös psykooseihin liittyvään negatiiviseen leimaan. Sairastuneet tunnistavat yleensä varhaisen psykoosin oireita, mutta eivät osaa liittää niitä mielenterveyden ongelmiin, joihin olisi tarjolla hoitokeinoja eli oireita ei tyypillisesti tunnisteta psykoosiin liittyviksi. Kun oireita ei osata liittää mielenterveysongelmiin kuuluviksi, ei niihin osata hakea apua oikeita kanavia pitkin ja avun saanti vaikeutuu edelleen. Maahanmuuttajien kohdalla tilanne on usein vielä huonompi, koska tietoa asuinmaan terveydenhuoltopalveluista ei välttämättä ole kovin kattavasti. (Anderson ym. 2013, 384–389.)

5.1.2 Perheen merkitys avun hakemisessa

Perheellä on keskeinen rooli ensipsykoosiin sairastuneen hoitoon hakeutumisessa. Sairastuneen perheenjäsen usein aloittaa avun etsimisen, monien sairastuneiden kohdalla oma vanhempi. Sairastuneilla, joilla ei ole läheistä perheenjäsentä, on hoitoon hakeutumisessa tukena usein kuitenkin joku läheinen ihminen. Tutkimusten mukaan suurin osa sairastuneista ei olisi hakenut apua psykoosin oireisiin ilman läheisen ihmisen apua. (Anderson ym. 2013, 389–390; Umapathysivam ym. 2014, 1–3.) Sairastuneen lähipiiri on myös tärkeä tietolähde psykoosin tunnistamisessa (Vuokila-Oikkonen ym. 2011, 29).

Myös omaiset kokevat hoidon hakemisessa ja avun saannissa ongelmia, muun muassa mielenterveysongelmiin liitetty negatiivinen leima, avun hakemisen korkea kynnyks ja epätietoisuus, mistä apua voi saada, viivästyttävät ensipsykoosipotilaan hoidon saantia (Umapathysivam ym. 2014, 1-3; Vuokila-Oikkonen ym. 2011, 13).

5.2 Kotihoidon soveltuvuuden arviointi

Psykoosipotilaan kohdalla tulisi tehdä kaikki mahdollinen, jotta sairaalahoidolta voitaisiin välttyä. Ensipsykoosipotilaan kohdalla yön yli seuranta sairaalassa on kuitenkin usein hyödyllistä. (Vuokila-Oikkonen ym. 2011, 37.) Joissakin sairaaloissa on tarjolla paikkoja myös 1–2 vuorokauden lyhythoitajaksoille, jonka jälkeen kotihoitoon siirtyminen voi olla mahdollista. Kotihoidon mahdollisuutta voivat parhaiten arvioida avohoidon psykoosityöryhmät tai psykiatrian poliklinikan työryhmät. (Poutanen ym. 2013, 5.) Kotihoidossa olevan potilaan tapaamisia voi olla tarpeen mukaan päivittäin, muutaman kerran tai kerran viikossa. Osa hoitokontakteista voi tapahtua puhelimitse. (Vuokila-Oikkonen ym. 2011, 37.)

Potilaan soveltuvuuden arvioiminen kotihoitoa ajatellen ei kuitenkaan ole yksinkertaista, varsinkin kun kyseessä on akuutti mielenterveydenhäiriö. Mikäli potilas on ennestään tuntematon tai hänestä ei ole pitkältä aikaväliltä hoitotietoja, on tilanteen kriisiytymiseen johtaneiden syiden ja potilaan kokonaistilanteen arviointi vaikeaa. Etenkin potilaan arjessa selviytymiseen liittyvät suojaavat ja riskitekijät ovat yleensä sairastumisen myötä häiriintyneet ja niiden totuudenmukainen arviointi akuutissa vaiheessa on vaikeaa. Kotihoidon soveltuvuuden arviointi ei kuitenkaan saisi hidastaa hoidon aloittamista. (Rhodes & Giles 2014, 131–132.) Soveltuvuuden arvioinnissa kiinnitetään huomiota psykoosin vaikeusasteeseen, tutkimus- ja hoitopaikan valintaan sekä pohditaan hoidon järjestämistä. Myös sairastuneen toimintatason, päihteiden käytön, itsetuhoisuuden ja yleisen psykisen tilanteen kartoittaminen auttavat kotihoidon soveltuvuuden arvioinnissa. Apuna voidaan käyttää erilaisia mittareita ja kyselylomakkeita. (Poutanen ym. 2013, 5–6.)

Mielenterveyspotilaiden joukossa hoitoon sitoutumattomuus on yleistä. Etenkin akuutissa mielenterveyshäiriössä, kuten psykoosissa, hoitoon sitoutuminen on oleellista. Joidenkin tutkimusten mukaan kuitenkin jopa 70–80 prosentilla psykoottisia häiriöitä sairastavista potilaista on ainakin osittaisia vaikeuksia sitoutua hoitoonsa. Potilaat saattavat esimerkiksi laiminlyödä lääkehoitoaan. Tähän vaikuttavat muun muassa lääkkeiden sivuvaikutukset, riittämätön vaste lääkitykselle, haluttomuus lääkkeiden jatkuvaan käyttöön tai sen aiheuttaman häpeä, lääkkeiden loppuminen, huono potilas-lääkäri-suhde, tiedon puute sekä sosiaalisen tuen puute. Lääkehoitoon sitouttaminen vaatii siis muutakin kuin lääkityksen käytössä ohjaamista. (Serobatse, Du Plessis & Koen 2014, 2.)

Kotihoito on vaihtoehtona myös sairaalajaksolta kotiuduttaessa. Kotihoito ei saisi kuitenkaan toimia hoitotahona niille potilaille, jotka odottavat kahden palveluportaan välillä kotiuduttuaan sairaalajaksolta ja odottaessaan pääsyä paikallisen terveystalouden piiriin. Kotihoito tulisi keskittää nimenomaan akuutissa hoidontarpeessa oleville potilaille, jotka pystytään hoitamaan kotonaan sairaalahoidon sijaan. Käytännössä heidät voidaan joko

kotiuttaa sairaalasta aiemmin tai heidän hoitonsa voidaan alusta asti toteuttaa kotona. (Rhodes & Giles 2014, 131–132.)

5.3 Ensipsykoosityöryhmät

Suomessa ovat yleistyneet ensipsykoosityöryhmät, jotka toimivat matalan kynnyksen periaatteella avohoidossa. Työryhmissä keskeistä on liikkuva työryhmäpohjainen työskentelymuoto sekä perhetyö. Nopea avun antaminen, tiiviit tapaamiset ja aktiiviset väliintulot ensipsykoosiin sairastuneen potilaan sekä hänen läheistensä kanssa ovat työryhmätyöskentelyn tavoitteena. Hoitokontaktin tulisi jatkua ainakin useiden kuukausien ajan. Tällä tavoin pyritään ehkäisemään psykoosin kroonistuminen ja haittojen syntyminen psykososiaalisella alueella. (Lönqvist 2014, 185.)

Ensipsykoosin varhaista hoitoa voidaan toteuttaa psykiatristen tiimien avulla, jotka tarjoavat nuorille soveltuvaa tukea ja apua. Toiminnassa pyritään estämään potilaan leimautuminen ja toimimaan yhdessä sairastuneen perheen kanssa. (Lavis, Lester, Everard, Freemantle, Amos, Fowler, Hodgekings, Jones, Marshall, Sharma, Larsen, McCrone, Singh, Smith & Birchwood 2015, 135.) Psykoosityöryhmätyöskentelyn tulisi olla moniammatillista, jotta sen vaikuttavuus olisi mahdollisimman hyvä. Moniammatillisen työskentelyn on todettu muun muassa vähentäneen omaisten kuormittuneisuutta ja parantaneen sairastuneiden toimintakykyä. (Vuokila-Oikkonen ym. 2011, 15.)

Psykiatrissa kotihoitoa toteuttavat normaalisti tiimit, joihin voi kuulua sairaanhoitajan lisäksi esimerkiksi sosiaalityöntekijä ja psykiatri. Tiimit tarjoavat apua muun muassa lääkehoidon toteuttamisessa, käytännön asioissa kuten laskujen maksussa sekä potilaan kuntoutumisessa. Kotihoidossa keskeistä ovat toistuvat hoitokontaktit, kokonaisvaltaisen avun tarjoaminen sekä avun hyvä saatavuus. Tällaisen kotiin tarjotun avun on todettu olevan tehokas keino sairaalajaksojen ehkäisyssä ja potilaan kotona pärjäämisen mahdollistamisessa. Myös oireiden vakavuuden on todettu pienentyneen ja lääkemyöntyvyyden sekä potilaiden ja heidän perheidensä tyytyväisyyden lisääntyneen. Myös elämänlaadun on todettu lisääntyneen verrattuna tavalliseen hoitopolkuun. (Tufanaru 2016, 1–2.)

5.4 Hoitosuhde avohoidossa

Psykiatrisen hoidon lähtökohtana on hyvä hoitosuhde. Hoitosuhteen ja hyvän vuorovaikutuksen perustana taas on molemminpuolinen rehellisyys ja luottamus. Potilaan ja omaisten kuulluksi tuleminen on tärkeää, tutkimuksen mukaan näin ei kuitenkaan aina tapahdu. Yhteistyön lähtökohdaksi tulisi kuitenkin ottaa potilaan nykyhetkeen ja elämäntilanteeseen liittyvät kokemukset ja merkitykset, myös omaisten tilanne tulisi huomioida. (Vuokila-Oikkonen ym. 2011, 15.) Potilas tulee kohdata oman tilanteensa

asiantuntijana ja rakentaa yhteistyösuhde tämän ajatuksen pohjalle (Poutanen ym. 2014, 12). Lääketieteellisen ja diagnoosilähtöisen ohjautumisen sijaan tulisi hoitosuhteen lähtökohdaksi ottaa nimenomaan asiakaslähtöisyys (Vuokila-Oikkonen ym. 2011, 15).

Hoitosuhteessa tulee tavoitella sairastuneen ja hänen läheistensä hoitoon ja sen suunnitteluun osallistumista. Hoitosuhteen tulee olla vastavuo-roinen ja aktivoiva. Jotta hoitosuhteessa voidaan toimia tavoitteellisesti ja onnistuneesti, on sitä toteuttavan hoitohenkilökunnan oltava ammattitai-toista ja osaavaa. Ensipsykoosiin sairastuneen kohdalla hoitohenkilökun-nan toiveikas ja positiivinen asenne on tärkeää. On todettu, että psykooti-sen potilaan hoitoon erityisesti koulutetut henkilöt onnistuvat hoitosuh-teessa parhaiten. Ammattitaidon lisäksi hoitajan saatavilla olo ja kunnioit-tava asenne ovat tärkeitä. (Vuokila-Oikkonen ym. 2011, 33–35.)

Psykoottisen potilaan kohdalla turvallisuuden huomioiminen hoitosuh-teessa on tärkeää. Turvallisuuden varmistaminen on huomioitava niin hoi-tohenkilökunnan, potilaan itsensä, kuin hänen läheistensä osalta. Psykooti-sen potilaan käyttäytyminen voi olla erikoista ja hän saattaa kokea olonsa uhatuksi. Tämä tuo haasteita hoitosuhteen rakentamiselle, joka perustuu-kin vähitellen voitettavalle luottamukselle. Turvallisuutta voidaan luoda myös osoittamalla aitoa ja välitöntä kiinnostusta potilaan kokemuksi ja tilannetta kohtaan ja tarjoamalla korkealaatuista asiakaspalvelua. (Poutanen ym. 2014, 12–13.)

Kotihoidossa olleet mielenterveyspotilaat ovat tutkimuksessa kuvanneet hyvän hoitohenkilökunnan olevan ystävällistä, helposti lähestyttävää ja vastaanottavaista. Henkilökunnan vaihtuvuus on yleisesti ottaen koettu negatiiviseksi ja voimia vieväksi tekijäksi. (Carpenter & Tracy 2015, 100.) Vuorovaikutuksessa oleellista on avoimuus, rehellisyys ja ystävällisyys. Kun hoitosuhteessa saadaan syntymään luottamus, on sitä myös pyrittävä aktiivisesti ylläpitämään. Hoitajan on tärkeää välittää uskoa sairastuneen ja hänen läheistensä voimavaroihin ja toipumisprosessiin. Voimavaroihin keskittyminen on tärkeämpää kuin itse sairauteen keskittyminen. Sairastu-neen tulisi myös voida kokea olevansa hoitosuhteessa hyväksytty. Hyvän vuorovaikutussuhteen muodostuminen vaatii yleensä aikaa ja jatkuvuutta. Siksi hoitosuhteen jatkuminen saman hoitajan kanssa olisi tärkeää. Hoita-jan on myös siedettävä epävarmuutta, sillä oikeita vastauksia ja toimiviksi todettuja keinoja ei aina ole. (Vuokila-Oikkonen ym. 2011, 34–35.)

5.5 Lääkehoidossa huomioitavaa

Noin 30 prosenttia sairaalapotilaista ja 40–65 prosenttia avohoitoapotilaista ei säännöllisesti noudata lääkitysohjeitaan (Poutanen ym. 2014, 10). Skit-sofreniaa sairastavista arviolta 25–80 prosenttia ei suhtaudu myönteisesti lääkitykseen. Lääkehoidon vastaisuus ja siihen sitoutumattomuus aiheut-tavat relapseja ja toistuvia sairaalahoitojaksoja. Siksi lääkehoitoon sitoutu-minen olisi erittäin tärkeää. Tärkein lääkeryhmä ovat antipsykootit, joiden

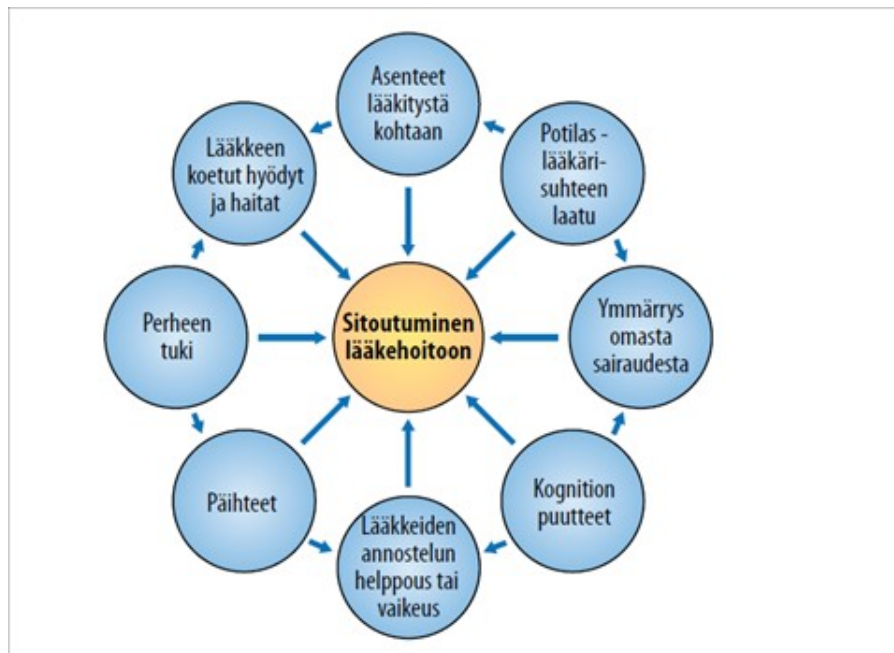
avulla pyritään hallitsemaan oireita ja ehkäisemään uusia psykoottisia jaksoja. (Chang & Lee 2015, 213–215.)

Skitsofreniadiagnoosin ollessa vielä epävarma, voidaan ensipsykoosipotilaan kohdalla lääkehoidon aloittamista lykätä 1–2 viikkoa, sillä potilaista osa saattaa toipua ilman psykoosilääkehoitoa. Tulee muistaa, että psykoosilääkitys pohjautuu aina yksilölliseen arvioon potilaan tilanteesta ja on hoidon alkuvaiheessa aiheellista lähinnä lievittämään psykoosin positiivisia oireita. (Skitsofrenia: Käypä hoito -suositus 2015.)

Haittaoireet on otettava huomioon lääkitystä valitessa, sillä potilaat ovat eri tavoin herkkiä lääkitykselle (Skitsofrenia: Käypä hoito –suositus 2015; Poutanen ym. 2014, 9). Psykoosilääkkeen vuorokausiannos ensipsykoosiin sairastuneella on suositusten mukaan esimerkiksi, 2–4 mg risperidonia, 8–24 mg perfenatsiinia tai 7,5–15 mg olantsapiinia. Positiivisiin oireisiin saatu vaste vakiintuu psykoosilääkkeelle noin kuuden viikon kuluttua, oireiden lieventymistä esiintyy lääkkeen aloittamisesta 2–6 viikon kuluessa. Negatiivisissa ja kognitiivisissa oireissa teho näkyy hitaammin. (Skitsofrenia: Käypä hoito -suositus 2015.)

5.6 Lääkehoitoon sitouttamisen keinot

Psykiatristen potilaiden sitoutuminen lääkehoitoon on yleisesti ottaen heikkoa. Edellytyksen paremmalle sitoutumiselle antaa tuomitsematon hoitosuhde, joka tukee säännöllistä lääkkeiden käyttöä. (Oksanen 2015.) Toimivan hoitosuhteen ohella myös potilaan osoittama asenne hoitoa kohtaan ennustaa hyvin hoitomyöntyvyyttä (Poutanen ym. 2014, 10). Psykiatrisen avohoidon keskeinen tehtävä on sairauden uusiutumisen ehkäisy ja ylläpitolääkityksen jatkuvuuden suunnitelmallinen tukeminen. Koska hoitoon sitoutuminen riippuu monista potilailla eriasteisesti painottuvista asioista, ei ole yhtä interventiokeinoa, joka voisi parantaa kaikkien hoitomyöntyvyyttä. (Oksanen 2015.) Lääkehoitoon sitouttamisen keinoja, joita esittelemme tässä luvussa, havainnollistetaan seuraavalla sivulla olevassa kuvassa (Kuva 1).



Kuva 1: Lääkehoitoon sitoutumisen osa-alueet (Oksanen 2015).

Pitkävaikutteisen depot-lääkeinjektion käytön suun kautta annettavan lääkkeen sijaan on todettu vähentäneen sairaalahoitojen tarvetta. Huonosti lääkehoitoaan suun kautta hoitaneiden potilaiden kohdalla todennäköisyys lääkeshoidon lopettamiseen pienenee. Vaikka noin joka neljäs potilas jää saapumatta lääkeinjektion laittoon varatulle ajalle, parantavat ruiskeet kuitenkin lääkkeiden käytön säännöllisyyttä huomattavasti. Mitä yksinkertaisempaa lääkehoito on, sitä helpompi potilaan on siihen sitoutua. (Oksanen 2015.)

Potilailla saattaa olla kielteisiä mielikuvia lääkkeisiin liittyen ja siksi on tärkeää välttää liian virallista puhetta tai ammattikieltä säännöllisestä lääkeshoidosta keskusteltaessa. Potilaan ajatusten huomioon ottaminen lisää potilaan turvallisuuden tunnetta. Myös lääkkeiden vaikutusmekanismit ja lääkeshoidon toteuttaminen on otettava puheeksi huolien ja asenteiden kartoittamisen jälkeen. Potilaalle on kerrottava myös, mihin oireisiin lääkeshoidolla pyritään vaikuttamaan. (Oksanen 2015.)

Psykoosilääkkeiden haittavaikutuksista yksi merkittävin on mahdollinen painonnousu, jolla on lääkehoitoon sitoutumisen kannalta haitallisia vaikutuksia. Riski painonnousulle on yksilöllinen eikä siksi ole ennustettavissa. Kuitenkin ensimmäistä kertaa lääkehoitoa aloittavien kohdalla huomattava painonnousu on todennäköisempää, myös nuoret potilaat kuuluvat riskiryhmään. Painonnousu voi alkaa jo ensimmäisten hoitoviikkojen aikana ja jatkua pitkään. Painoa suositellaan seurattavaksi kahtena ensimmäisenä kuukautena viikoittain, jonka jälkeen vähintään kolmen kuukauden välein vastaanottokäyntien yhteydessä. Terveelliseen ruokavalioon ja liikuntaan on hyvä tarjota ohjausta sekä antaa tukea tupakoinnin vähentämiseen. Tutkimuksissa on havaittu ensipsykoosipotilaiden kohdalla, että

ravitsemus- ja liikuntainterventioiden avulla painnousu on ennaltaehkäis-
tävissä. (Heiskanen & Ruusunen 2016, 30–32.)

Niiden psykoosipotilaiden kanssa, joilla on ongelmia verbaalisessa muis-
tissa ja oppimiskyvyssä, on tärkeää ottaa lääkehoito puheeksi toistuvasti.
Potilaalle voidaan myös kirjoittaa muistiin läpikäytyjä asioita. Erilaiset
muistuttajat voivat korvata kognition puutetta, esimerkiksi kännykkään
voidaan ohjelmoida hälytysääni, lääkkeet voidaan jakaa valmiiksi dosettiin
tai herätyskellon alle voidaan laittaa viesti paperilapulla muistuttamaan
lääkkeenotosta. (Oksanen 2015.)

Lääkehoitoon sitoutumisessa pelkkä psykoedukaatio, jossa jaetaan tietoa
muun muassa lääkehoidosta ja sairaudesta ei yksin riitä, mutta sen yhdis-
täminen koko perheen tukeen on antanut toivottuja tuloksia. Lisäksi hoi-
tajien tekemät puhelinsoitot jotka ovat ennalta suunniteltuja, näyttäisivät
auttavan potilaita ottamaan lääkkeensä säännöllisesti verrattuna teksti-
viestimuistutuksiin, joiden vaikutus ei ole ollut toivottua. (Oksanen 2015.)

5.7 Lääkkeettömät menetelmät psykoosin kotihoidon tukena

Psykososiaalisten interventioiden on todettu tehokkaasti lisäävän hoitoon
sitoutumista. Niiden on todettu myös vähentävän sairaalahoitojaksoja
sekä parantavan elämänlaatua ja sosiaalista toimintakykyä. Psykososiaali-
sen intervention osa-alueita ovat psykoedukaatio, perhetyö ja erilaisten
taitojen harjoittelu. (Serobatse ym. 2014, 7.)

Psykososiaaliset hoitomuodot ovat osoittautuneet tehokkaiksi varsinkin
perhetyöhön yhdistettyinä. Niiden käytöllä on todettu olevan vaikutusta
psykoosi- ja sairaalajaksojen uusiutumisen ehkäisyssä ja hoitomyöntyvyy-
den parantamisessa. Psykoedukaation tulisi olla osa psykoosien hoitoa ja
kuntoutusta sairauden eri vaiheissa, erityistä merkitystä sillä on ensipsy-
koosiin sairastuneiden kohdalla. Myös sairastuneen läheisten tukemisessa
psykoedukaatio on merkityksellistä. Menetelmä on tiedon jakamisen li-
säksi yhteistyösuhteen luomista sekä kokemusten ja tietojen jakamista
ammattilaisten, potilaan ja tämän läheisten kesken. Potilaalla on oikeus
saada tietoa sairaudestaan. Tiedon avulla potilaan ymmärrys lisääntyy ja
hän voi näin olla osallisena hoitonsa suunnittelussa. (Kieseppä & Oksanen
2013; Lönnqvist 2014, 187.)

Psykoosien hoidossa sekä kuntoutuksessa psykoedukatiivisia menetelmiä
käytetään vakiintuneesti, mutta ne voidaan myös virheellisesti korvata an-
tamalla pelkkä tietoisuus sairaudesta. Tällöin psykoedukaatio menetelmän
jää vajavaiseksi ja potilaan saama hyöty kärsii. Keskustelu, kysymykset,
vastaukset, tilanteen ymmärtäminen ja tuen antaminen sekä toivon luo-
minen saattavat tällöin jäädä kokonaan pois. Yksiköissä, joissa psykoosipo-
tilaita hoidetaan, tulisi olla ohjelma psykoedukatiiviseen työskentelyyn,
jossa määritellään määrät ja keskeiset sisällöt yksilö-, ryhmä- ja perheta-
paamisille. (Kieseppä & Oksanen 2013.)

Perheelle tarjotun psykoedukaation sekä kommunikaatiotaitojen ja ongelmanratkaisutaitojen harjoittelun on todettu lyhentävän sairastuneen hoitajaksojen kestoja, parantavan täyden toipumisen mahdollisuuksia ja pienentävän psykoosin uusiutumisen riskiä. Perheen hyvinvoinnin on myös todettu lisääntyvän, esimerkiksi masennuksen oireiden ja negatiivisten tulevaisuudennäkymien vähentyessä. Positiivisia vaikutuksia on todettu myös selviytymiskeinojen osalta. (Napa ym. 2014, 4.) Perheen sisäisten suhteiden parantaminen voi toimia sairastumista ehkäisevänä tekijänä potilaan positiivisten ja negatiivisten oireiden vähentyessä ja toimintakyvyn lisääntyessä. On kuitenkin huomattava, että kaikki perheet tuskin tarvitsevat intensiivistä tukea tai terapiaa. Siksi menetelmien käytön tulisi olla aina räätälöity perheen tarpeiden mukaan. (Jayasekara 2015, 2.)

5.7.1 Perhetyö

Perhetyön tulisi olla osa kokonaisuhoitoa, etenkin ensipsykoosipotilaan kohdalla sen on todettu olevan tehokasta. Työmuotoon liittyvät perhetaapaamiset lisäävät ennen kaikkea perheen hyvinvointia, vähentäen oireiden vaikutusta perheeseen sekä koko perheen kokemaa ahdistusta. (Vuokila-Oikkonen ym. 2011, 37.) Tarkoituksena on vaikuttaa muun muassa perheen sisäisiin suhteisiin, ilmapiiriin, ongelmanratkaisutaitoihin sekä käyttäytymiseen ja uskomuksiin. Perhetyöhön liittyy tapaamisten lisäksi psykoedukaatiota. (Napa ym. 2014, 5.)

Perhekeskeisen työskentelyn on todettu psykoosipotilaan hoidossa ehkäisevän tehokkaasti uusien psykoottisten jaksojen esiintymistä. On kuitenkin todettu, että perheissä, joissa tunneilmaisu on köyhää, psykososiaaliset sekä psykoedukatiiviset menetelmät eivät aina toimi hyvin, sillä ne mahdollisesti aiheuttavat perheen sisäistä stressiä ja lisäävät uudelleensairastumisen riskiä. Perheen yhteiset tapaamiset sekä yksilötapaamiset potilaan kanssa vähentävät tehokkaasti hoitajaksoja sairaalassa ja parantavat sairastuneen toimintakykyä. (Jayasekara 2015, 1–2.) Perhetyössä perheenjäsenille annettu tieto sairaudesta lisää tutkimusten mukaan heidän positiivista suhtautumistaan sairastunutta kohtaan (Napa ym. 2014, 5).

Perhettä tulisi tavata luonnollisessa ympäristössä eli heidän kotonaan. Samalla voidaan tehdä havaintoja tilanteesta ja huomioida perheen sisäistä vuorovaikutusta. (Vuokila-Oikkonen ym. 2011, 37; Poutanen ym. 2014, 9.) Mikäli sairastunut on alaikäisen lapsen huoltaja, on tilanne kartoitettava hyvin kokonaisvaltaisesti perhekeskeisellä otteella. Tarvittaessa tulee tehdä lastensuojeluilmoitus, mikäli huoli lapsen pärjäämisestä herää. (Poutanen ym. 2014, 9.)

5.7.2 Tiedonanto ja ongelmanratkaisu

Hoitohenkilökunnan on annettava sairastuneelle tietoa selkeästi, sopivissa määrin ja toistaen. Tiedon antaminen aloitetaan yleensä sairastumisen kriisivaiheessa, jolloin tietoa tulee ensimmäisissä keskusteluissa niin paljon, ettei sairastunut kykene sisäistämään kaikkea. Koska psykoosiin sairastuneille on usein ongelmia muistin, oppimisen, ongelmanratkaisun ja keskittymisen alueilla, voidaan toistojen ja eri aistien avulla lisätä oppimista. Omat kuvalliset tai kirjalliset työt, oppikirjat, videot tai rooliharjoitukset voivat toimia keskustelujen tukena. (Kieseppä & Oksanen 2013; Lönnqvist 2014, 190.)

Oireilua ja uuden psykoosin riskiä saattavat lisätä ongelmat elämässä. Ongelmatilanteita on hyvä käydä läpi ja tämän jälkeen miettiä, miten sairastunut toimisi näissä tilanteissa. Arkielämää saattavat helpottaa esimerkiksi tervehtiminen, katsekontakti, asiointi sosiaalisissa tilanteissa, kiitoksen sanominen ja pyytäminen ystävällisesti. Vastaavia tilanteita voi harjoitella esimerkiksi ryhmissä, jolloin potilaan kommunikaatio-, ongelmanratkaisu- ja vuorovaikutustaidot paranevat. (Kieseppä & Oksanen 2013; Lönnqvist 2014, 188-189.)

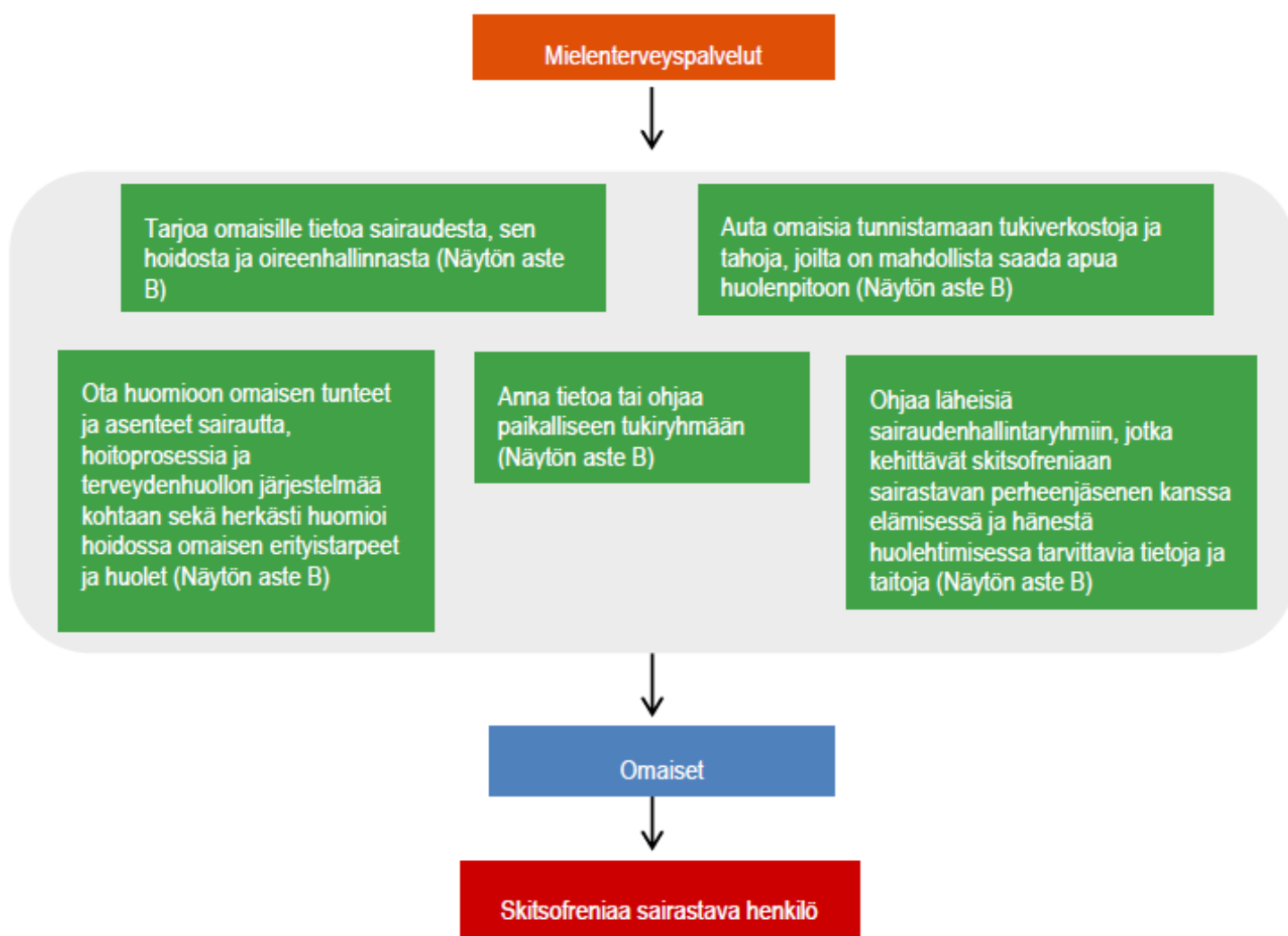
Potilaan kanssa on käytävä läpi, miten tunnistaa ja hallita psykoosin ensioireita. Tämän voi tehdä kartoittamalla sairastumista edeltävää aikaa ja sairauden tuomia muutoksia. Keskustelussa tulee pyrkiä miettimään oireiden hallintakeinoja relapsin välttämiseksi. Hallintakeinoja ovat lääkehoidon lisäksi yksilöllisesti lepo, rentoutuminen sekä läheisten antama tuki. Ääniharhoihin sekä niiden hallitsemiseen kiinnitetään myös huomiota. Oireiden kirjaaminen päiväkirjamaisesti voi auttaa joitakin potilaita. (Kieseppä & Oksanen 2013; Lönnqvist 2014, 188.)

Myös stressitekijät voivat altistaa psykoosin puhkeamiselle. Haavoittuvuus- ja stressitekijöistä tulisikin keskustella sairastuneen ja hänen läheistensä kanssa, keskustelulle ja kuuntelulle on muistettava varata aikaa. Potilaan on saatava tietoa stressitekijöistä, jotta hän voi havainnoida niitä ja miettiä syytä oman sairautensa puhkeamiselle. Tieto voi auttaa potilasta myös hallitsemaan sairauttaan jatkossa. (Kieseppä & Oksanen 2013; Lönnqvist 2014, 187.)

Hoitohenkilöstön on annettava tietoa sairaudesta myös sairastuneen perheelle. Perhe tarvitsee tietoa sairauden hoidosta sekä sairauden kanssa elämisestä ja selviytymisestä. Hoitoalan ammattilaisten tulee pyrkiä ymmärtämään kokemuksia sairastuneen perheenjäsenen kanssa elämisestä ja hänestä huolehtimisesta, jotta he voivat antaa tarvittavaa tukea ja tietoa perheelle. Perheenjäsenten yksilöllisiä tarpeita voidaan hahmottaa huomioiden heidän asenteitaan sairautta ja hoitoa kohtaan. Perheen asenteita koko terveydenhuoltojärjestelmää kohtaan tulisi myös kartoittaa. (Riitano, Tungpunkom, Napa, Chaniang & Srikhachin 2014a, 1.)

5.7.3 Ensipsykoosipotilaan omaisten merkitys hoidossa

Skitsofreenisistä sairauksista kärsivät asuvat usein kotonaan perheidensä parissa ja perheillä onkin tärkeä rooli sairastuneiden hoidossa ja huolenpidossa. Sairauteen liittyvät oireet, kuten kognitiiviset, kielelliset ja motoriset ongelmat, voivat kuitenkin vaikeuttaa sairastuneen toimintakykyä päivittäisissä askareissa sekä sosiaalisissa suhteissa. Sairastuneet tarvitsevatkin usein perheensä tukea ja apua selviytyäkseen normaalisti. Hoitohenkilökunnan on siksi kiinnitettävä erityistä huomiota perheiden tarvitsemaan tukeen, jotta he voivat pitää huolta sairaista perheenjäsenistään. (Riitano ym. 2014a, 1.) Alla olevassa kuvassa havainnollistetaan omaisten huomiointia terveyspalveluissa, jota esittelemme tämän luvun tekstissä (Kuva 2).



Kuva 2: Omaisten huomiointi mielenterveyspalveluissa (Riitano, Tungpunkom, Napa, Chaniang & Srikhachin 2014b, 3).

Perheenjäsenet kokevat läheisen sairastumisen usein stressaavana. Stressi on erityisen voimakasta sairastumisen alkuvaiheessa, etenkin jos kokemusta sairaudesta ei aiemmin ole. Sairastuneen vanhemmat voivat kokea menettäneensä lapsensa psykoosille ja huoli tulevaisuudesta on suuri. Ensipsykoosiin sairastuneiden omaiset ovat kuvanneet psykoosipotilaan hoitoa arvaamattomaksi ja raskaaksi. Psykoosipotilaan omaisen roolissa on myös tarkasteltava uudelleen omia odotuksiaan ja rooliaan suhteessa sairastuneeseen. (Napa ym. 2014, 4.)

Perheenjäsenille voi olla vaikeaa myös käytännön asioiden järjestäminen, kuten ajanvarauksien tekeminen erikoissairaanhoidon. Myös psykiatrisen sairauden hyväksyminen voi olla henkisesti vaikeaa, mielenterveyden häiriöihin liittyy edelleen monien silmissä negatiivinen leima. Vanhemmat voivat myös kokea sairastuneen lapsensa kohtelussa ongelmia ja sairaalajaksoit voivat tuntua raskailta. Sairastuneen omaiset tarvitsevatkin tukea mielenterveystyön ammattilaisilta voidakseen itse tarjota tukea sairaalle läheiselleen. (Napa ym. 2014, 4.)

Hoitohenkilökunnan tulisi antaa perheelle tietoa myös siitä, millaisia tukiverkostoja perheelle on tarjolla. Heille tulisi kertoa esimerkiksi alueella toimivista tukiryhmistä ja vertaistuen mahdollisuuksista. Perheen tulee saada tietoa myös siitä, mistä ja miten heidän on mahdollista saada hoitoapua kotiin tarvittaessa. Näiden asioiden esille ottaminen tulisi olla hoitohenkilökunnan vastuulla. (Riitano ym. 2014a, 2.)

Perheen sitouttaminen on yksi hoidon kulmakivistä ja perhe tulisi ottaa mukaan hoito- ja arviointiprosessiin mahdollisimman varhaisessa vaiheessa. Perheen osallistuminen lisää sairastuneen saaman tuen määrää vaikuttaen näin paranemiseen sekä auttaen sairastunutta sitoutumaan hoitoonsa. Myös perheenjäsenten hyvinvointiin tulisi kiinnittää huomiota. Perheenjäsenet joutuvat usein arkiaskareiden lisäksi huolehtimaan esimerkiksi sairastuneen lääkkeiden otosta. Ensipsykoositilanteessa huoli ja vastuu voivat aiheuttaa voimakkaita tunteita perheenjäsenissä ja he tarvitsevat tiedon lisäksi henkistä tukea. Useimmiten he ovat jo jonkin aikaa huolehtineet sairastuneesta ennen ammattiavun saamista, joten vastuun jakaminen on helpottava ja kuormitusta vähentävä tilanne. (Lavis ym. 2015, 135–137.) Ensiarvoisen tärkeää on välittää sairastuneen omaisille tunnetta siitä, etteivät he jää asian kanssa yksin. Omaisten mielipiteen kuuleminen ja arvostaminen ovat tärkeitä. (Vuokila-Oikkonen ym. 2011, 37.)

6 AMMATILLINEN KEHITTYMINEN, OPINNÄYTETYÖPROSESSI JA TILAAJAN PALAUTE

Teimme opinnäytetyön yhdessä, koska tavoitteemme ja mielenkiintomme työn ja aiheen suhteen olivat samankaltaisia. Tiesimme myös entuudestaan, että yhteistyömme sujuu moitteettomasti. Keskinäisessä työskentelyssämme ei ollut missään vaiheessa ongelmia. Alussa tarkastelimme omia vahvuuksiamme ja teimme työnjakoa osittain sen ohjaamana, sovimme myös aikataulusta. Koko prosessin ajan teimme työtä niin itsenäisesti tahtoillamme kuin yhdessä. Keskustelimme näkökulmistamme avoimesti ja kunnioitimme toistemme mielipiteitä. Ongelmia kohdatessamme, esimerkiksi tiedonhaun osalta, paneuduimme niihin yhdessä. Opinnäytetyöskentelyssä auttoi se, että koimme valitsemamme aiheen erittäin mielenkiintoiseksi ja halusimme aidosti oppia siitä lisää.

6.1 Ammatillinen kehittyminen

Opinnäytetyö on osa opiskelijan polkua kohti hoitotyön ammattia. Opinnäytetyö on mahdollisuus osoittaa opintojen aikana tapahtunut ammatillinen kasvu sekä edelleen kehittyä lisää. Opinnäytetyö on valmistaneet katsomaan asioita hoitajan näkökulmasta ja opinnäytetyössä kyky tuoda hoitajan rooli näkyväksi todentuu. Tämä näkökulma on entisestään kirkastunut opinnäytetyöprosessin edetessä, joskin hoitajan roolin tarkastelu löytämämme aineiston pohjalta oli myös haastavaa. Hoitajan roolia psykoosiin sairastuneen kohdalla käsittelevän tutkitun tiedon vähyyttä yllätti. Psykoosiin sairastuneen potilaan hoidossa hoitajalla on kuitenkin suuri merkitys hoidon jatkuvuuden kannalta ja hoitajan roolin tarkasteleminen on tärkeää.

Opinnäytetyöprosessin läpikäyminen työparin kanssa on kehittänyt yhteistyötaitojamme. Yhdessä tekemisessä on vaadittu rehellisyyttä, avoimuutta, joustavuutta sekä kykyä kuunnella ja katsoa asioita toisesta näkökulmasta. Prosessin edetessä kävimme paljon rakentavaa keskustelua ja mielipiteiden vaihtoa, molemmat tekivät myös kompromisseja. Oman työn antaminen oli molempien vastuulla, joten prosessi opetti myös sitoutuneisuuden merkitystä yhteiseen päämäärään ja toisen tavoitteiden huomioon ottamista. Voimmekin todeta tiimityötaitojen kehittyneen entisestään. Nämä taidot ovat hoitotyössä tärkeitä ja eteenpäin vieviä taitoja, jotka tekevät työskentelystä helpompaa ja luovat työyhteisöön hyvää henkeä.

Opinnäytetyössä keskeistä on tiedonhaun onnistuminen. Nämä taidot kehittyivät prosessin aikana huomattavasti, kuten myös aineiston työstämiseen tarvittavat taidot. Esimerkiksi käytetyn aineiston kriteerien määrittely ja luotettavuuden arviointi olivat omalla vastuullamme. Tiedonhaun rinnalla kulki koko ajan oman työskentelyn tavoitteellisuuden ja laadullisuuden arviointi, jota heräsimme nyt tarkastelemaan syvemmin kuin aiempien

opintojemme aikana. Ammatillisen kehittymisen näkökulmasta tiedon hankinta luotettavista lähteistä on tärkeää, lähdekriittisyytemme onkin kehittynyt huomattavasti. Hoitotyön ollessa kehittyvä ja uudistuva ala, tulee työelämässä vääjäämättä vastaan tilanteita, jossa tietoa täytyy etsiä lisää. Tällöin tulee olla tietoinen mistä lähteestä sitä on luotettavaa katsoa.

Koemme kehittyneemme myös prosessimaisessa työskentelyssä, jossa siirytään prosessin vaiheesta toiseen itse määritellen aikataulut ja työn raamit. Opinnäytetyössä on tärkeää kyetä näkemään prosessi kokonaisuutena, jonka rajat on osattava määritellä toisaalta opinnäytetyöprosessin yleisten tavoitteiden ja toisaalta omien tavoitteiden ja mahdollisuuksien mukaan. Prosessin läpiviemisessä on tärkeää osata myös seurata sitä punaista lankaa, joka ohjaa koko prosessia kohti tavoitetta. Kehityimme tässä jatkuvasti työn edetessä. Työn suunnittelu ja aikataulussa pysyminen oli siis pitkälti meidän omissa käsissämme ja koemme onnistuneemme siinä todella hyvin työn ja suunnitelmamme mukaisesti. Ammatillisen kehittymisen näkökulmasta suunnitelmallinen työskentely ja itseohjautuvuus ovat merkittäviä avuja hoitotyössä. Prosessina opinnäytetyö oli hyvin suuri ja koemme osaamisemme myös suunnitelmallisuuden ja ajanhallinnan osalta kehittyneen.

6.2 Opinnäytetyöprosessi ja tilaajan palaute

Opinnäytetyöprosessimme alkoi lokakuussa 2016 aiheen valinnalla, hyväksyttävällä ja alustavalla tiedonhaulla. Marraskuussa 2016 teimme opinnäytetyösopimuksen toimeksiantajan kanssa ja sovimme aiheen rajauksesta ja työn tavoitteista. Tämän jälkeen lähdimme tekemään kohdenne-tumpaa tiedonhakua ja sen työstämistä.

Työn teoriapohja oli valmis tammikuussa 2017, jolloin olimme löytäneet lähdemateriaalia myös varsinaisten opinnäytetyökysymysten ympäriltä. Valitsemamme aihe oli erittäin mielenkiintoinen mutta myös haastava. Tiedonhaussa ongelmana oli hoitotyön näkökulman löytäminen, myös aiheen rajautuminen ensipsykoosiin lisäsi haastavuutta. Kävimme läpi suuren määrän aineistoa ja prosessin aikana jouduimme myös laajentamaan tiedonhaun aikarajausta sekä turvautumaan tiedonhaun ammattilaisen apuun. Myös hakutermejä laajennettiin esimerkiksi ensipsykoosista skitsofreniaan ja psykoottisiin häiriöihin. Tästä huolimatta emme löytäneet niin kohdennettua tietoa aiheesta kuin olisimme halunneet. Sen sijaan laajennetuilla hakuehdoilla tuloksia tuli runsaasti, joka lisäsi työmäärää ja toi haasteita aineiston litterointiin. Olemme kuitenkin tyytyväisiä lopputulokseen, jonka saimme aikaan aineiston rajallisesta annista huolimatta. Pysytimme tarkastelemaan aihetta eri näkökulmista ja löytämään ne keskeiset asiat, jotka toistuivat lukuisissa lähdemateriaaleissa. Näin uskomme löytäneemme oleellisen tiedon ja myös tehneemme voitavamme tiedonhaun suhteen.

Opinnäytetyö oli valmis maaliskuussa 2017. Koko opinnäytetyöprosessin ajan osallistuimme aktiivisesti opinnäytetyön työpajoihin ja pidimme yhteyttä niin toimeksiantajaan kuin ohjaajiimme. Saamamme palautteen perusteella keskustelimme omista näkemyksistämme ja teimme valintoja sen suhteen, mihin suuntaan työtämme veimme. Tärkeintä meille oli, että toimeksiantaja sai toivomaansa sisältöä heitä askarruttaviin kysymyksiin ja että olimme itse tyytyväisiä työhön kokonaisuutena. Koemme onnistuneemme näissä asioissa. Myös tilaajamme oli erittäin tyytyväinen työhömmе ja kokee sen palvelevan heidän tarpeitaan ja vastaavan heidän toivomuksiinsa. Tilaajamme palaute luettavissa alla:

”Tekijät ovat olleet yhteistyössä aktiivisia ja rakentavia. Tiedottaminen työn etenemisestä ja kommentointi mahdollisuudet työskentelyn eri vaiheissa ovat olleet kiitettäviä.

Työ vastaa selkeästi tilaajan asettamiin tavoitteisiin. Se on hyvin ryhmitelty, selkeämuotoinen ja keskeiset asiat esillenostava kokonaisuus. Työn loppuun koottu checklista tiivistää erinomaisesti olennaiset asiat käytännön hoitotyön näkökulmasta.

Työ palvelee hyvin yksikköämme, on hyvin hyödynnettävissä. Se tarjoaa hyvän lähtökohdan ko. asian käsittelyyn ja työmenetelmien tarkasteluun sekä kehittämiseen.

Kokonaisuutena opiskelijoiden työskentely opinnäytetyön parissa sekä itse opinnäytetyö ansaitsevat tilaajan näkökulmasta kiitettävän arvosanan.”

7 JOHTOPÄÄTÖKSET JA JATKOTUTKIMUSEHDOTUKSET

Tutkimusten mukaan psykoosin tunnistaminen ja ajoissa aloitettu hoito ovat kotihoidon toteutumisen kannalta keskeisessä asemassa (Vuokila-Oikkonen ym. 2011, 29). Sairastuneilla on vaikeuksia tunnistaa oireitaan tiedon puutteen vuoksi ja he pelkäävät sairauden tuomaa negatiivista leimaa, jolloin hoitoon hakeutuminen hankaloituu. Hoidon aloituksen viivästyminen heikentää hoidon tuloksia. (Anderson ym. 2013, 387–388.) Kotihoidon mahdollisuus tulee aina arvioida. Sairastuneen kokonaistilanteen arviointi voi olla vaikeaa, mikäli potilaasta ei ole ajantasaisia hoitotietoja, sillä sairastuneen arki on usein pirstaleista. (Rhodes & Giles 2014, 131–132.) Tutkitusti ensipsykoosiin sairastunut hyötyy yön yli tapahtuvasta seurannasta sairaalassa, pidempiaikaista sairaalahoitoa olisi kuitenkin tärkeää pyrkiä välttämään (Vuokila-Oikkonen ym. 2011, 37).

Kotihoidon soveltuvuutta voidaan arvioida erilaisin mittarein ja kyselylomakkein sekä kartoittamalla taustatekijät, muun muassa sairauden syvyys sekä sairastuneen toimintakyky, päihteiden käyttö ja itsetuhoisuus. Huomiota kiinnitetään tutkimus- ja hoitopaikan valintaan sekä siihen, miten

hoito järjestetään. Avohoidon psykoosiryhmät ja psykiatrian poliklinikan työryhmät ovat avainasemassa arvioimaan kotihoidon mahdollisuutta. (Poutanen ym. 2013, 5–6.) Avohoidon keskeinen tehtävä on relapsien ehkäisy ja ylläpitolääkityksen jatkuvuuden suunnitelmallinen tukeminen (Oksanen 2015). Kotikäynti potilaan luona on paras vaihtoehto kartoittaa asuminen ja arkeen liittyvät tekijät, joihin järjestetään tarvittaessa tukea. Potilaan yksilölliset tarpeet ja tavoitteet määrittelevät palvelusuunnitelman sisällön. Kotihoidon onnistumisen kannalta yhteistyö terveydenhuollon ja sosiaalitoimen välillä on tärkeää. (Saari ym. 2015, 870.) Kotihoidon tiimin muodostavat yleensä sairaanhoitaja, sosiaalityöntekijä ja psykiatri (Tufanaru 2016, 1).

Käydessämme läpi aineistoa, hoitoon sitoutumisen ongelmat nousivat toistuvasti esiin. Ongelmia voidaan ehkäistä tiiviillä kotikäynneillä ja aktiivisella interventiolla. (Lönngqvist 2014, 185; Tufanaru 2016, 1–2.) Hyvä hoitosuhde on mahdollista saavuttaa molemminpuolisella rehellisyydellä ja luottamuksella sekä potilaan ja omaisten kuulluksi tulemisella (Vuokila-Oikkonen ym. 2011, 15). Asiakaslähtöisyys on hoitosuhteen perusta (Poutanen ym. 2014, 12). Aineiston pohjalta voidaan todeta, että hoitajan toivoa luova, kunnioittava ja positiivinen asenne ovat hyvän hoitosuhteen edellytyksiä. Myös voimavaroihin keskittyvä työote ja hoitosuhteen jatkuvuus saman hoitajan kanssa ovat tärkeitä tekijöitä. Hoitajien on kyettävä kestämään epävarmuutta, sillä oikeat vastaukset ja toimivat keinot eivät ole tarkoin määriteltyjä. (Vuokila-Oikkonen ym. 2011, 34–35.)

Skitsofrenian Käypä hoito –suositukseen perehtyessämme yllättäväksi asiaksi nousi ensipsykoosipotilaan kohdalla mahdollisuus lääkehoidon aloituksen lykkäämiseen 1–2 viikolla skitsofrenia-diagnoosin ollessa vielä epävarma. Toipuminen voi olla mahdollista myös ilman lääkitystä. On kuitenkin muistettava, että lääkehoito on merkityksellisessä asemassa psykoosien hoidossa ja tässä yksilölliset erot on huomioitava. (Skitsofrenia: Käypä hoito -suositus 2015.) Niiden potilaiden kohdalla, joilla lääkehoitoon sitoutuminen on heikkoa, voi olla aiheellista siirtyä pitkävaikutteisiin lääkeinjektioihin suun kautta otettavien lääkkeiden sijaan ja tukea näin lääkehoidon jatkuvuutta. Lääkehoidon ohjauksessa on muistettava maallikkokieli, potilaan omien ajatusten huomiointi ja lääkehoidon toistuva puheeksi otto. Myös erilaisten muistuttajien käyttö voi olla hyödyllistä, esimerkiksi hoitajien tekemät puhelinoimitukset. (Oksanen 2015.) Tärkeäksi tekijäksi nousi ensipsykoosipotilaan kohdalla myös painon seuraaminen, sillä psykoosilääkkeiden aiheuttama painonnousu on ennaltaehkäistävissä säännöllisillä punnituksilla ja terveellisten elintapojen ohjauksella (Heiskanen & Ruusunen 2016, 30–32).

Kotihoidossa korostuvat ensipsykoosipotilaan kohdalla psykoedukaatio ja läheisten tukeminen. Psykoedukaatiossa keskeistä on tiedon jakaminen, yhteistyösuhteen luominen ja kokemuspohjainen keskustelu potilaan ja läheisten kanssa. Tavoitteena on potilaan ymmärrys sairastumisestaan ja

osallistaminen hoitoonsa. Kokemuspohjainen keskustelu auttaa hallitsemaan sairautta jatkossa, kun potilaalla on selvillä elämää kuormittavat tekijät eli syy-seuraus suhteet. (Kieseppä & Oksanen 2013; Lönnqvist 2014, 187.) Psykoedukaation käyttö tulee osata yksilöidä perheen ja sairastuneen tarpeita vastaavaksi (Jayasekara 2015, 2). Potilaan kanssa on käytävä läpi ongelmatilanteista selviytymistä, sosiaalisissa tilanteissa toimimista ja arkielämää helpottavia asioita. Psykoosin ensioireiden tunnistamista ja hallintaa on myös hyvä miettiä unohtamatta sairauden hallintakeinoja, joita ovat lääkehoidon ohella lepo, rentoutuminen ja läheisten tuki. (Kieseppä & Oksanen 2013; Lönnqvist 2014, 188-189.)

On todettu, että perhekeskeinen työskentely ehkäisee uusia psykoottisia jaksoja vähentäen sairaalahoidon tarvetta ja parantaen sairastuneen toimintakykyä (Jayasekara 2015, 1–2). Myös omaisten positiivinen suhtautuminen sairastunutta kohtaa lisääntyy. Kotikäynneillä kokonaistilanteen ja perheen sisäisen vuorovaikutuksen arviointi on helpompaa. (Vuokila-Oikkonen ym. 2011, 37; Poutanen ym. 2014, 9.) Perheen rooli sairastuneen hoidossa ja huolenpidossa on tärkeä, sillä sairastuneet asuvat usein perheidensä parissa ja mahdollistavat kotihoidon. Perheen tarvitsema tuki on hoitajien toimesta kartoitettava ja annettava tietoa sairauteen liittyvien asioiden lisäksi tukiverkostoista, vertaistuesta ja avun saannin mahdollisuuksista. (Riitano ym. 2014a, 1–2.) Sairauden hyväksyminen voi olla perheelle vaikeaa negatiivisen leiman, sairaalajaksojen ja sairastuneen kohtelun vuoksi. Hoitaminen koetaan usein raskaaksi ja suhde sairastuneeseen voi muuttua. Omaisten tukeminen on tärkeää, jotta he pystyvät auttamaan sairastunutta läheistään. (Napa ym. 2014, 4.) Perhe tulee ottaa mukaan hoitoon ja tilanteen arviointiin mahdollisimman aikaisessa vaiheessa. Perheen osallisuus parantaa potilaan hoitoon sitoutumista ja paranemisen ennustetta. (Lavis ym. 2015, 135–137.)

7.1 Jatkotutkimusehdotukset

1. Mielenkiintoinen tutkimusaihe olisi ensipsykoosipotilaiden kotihoidon toteutuminen ja toteuttaminen Kanta-Hämeen alueella. Tässä yhteydessä voisi myös tarkastella ensipsykoosipotilaan tavallista hoitopolkua ja kotihoidon osuutta siinä.
2. Jatkossa olisi hyvä tutkia toimeksiantajallemme tehdyn tarkistuslistan toimivuutta käytännön työssä. Olisi hyvä selvittää, miltä osin lista on auttanut työntekijöitä ensipsykoosipotilaiden kotihoidon suhteen ja miltä osin sitä voisi vielä kehittää. Listan kehittäminen olisi tämän jälkeen seuraava luonnollinen askel.

LÄHTEET

Anderson, K., Fuhrer, R. & Malla, A. (2013). 'There are too many steps before you get to where you need to be': Help-seeking by patients with first-episode psychosis. *Journal of Mental Health* 22 (4), 384–395. Viitattu 13.1.2017. Saatavissa Cinahl-tietokannassa:

<http://web.a.ebscohost.com.ezproxy.hamk.fi/ehost/viewarticle/render?data=dGJyMPPp44rp2%2fdV0%2bnjjsfk5le46bJpta2zUbGk63nn5Kx95uXxjL6nrUmXPbBlr62eT7ins-VKvqJ5Zy5zyit%2fk8Xnh6ueH7N%2fiVaunsk6vprBLsK%2bkhN%2fk5VXj5KR84LPhUOac8nnls79mpNfsVa%2bmskqup7FitZzk%2fDj34y75uJ%2bxOvqhNLb9owA&vid=26&sid=b638aac5-bedb-4144-9400-bc29b9680a82@sessionmgr4008&hid=4207>

Carpenter, R. & Tracy, D. (2015). Home treatment teams: what should they do? A qualitative study of patient opinions. *Journal of Mental Health* 24 (2), 98-102. Viitattu 22.1.2017.

<http://web.b.ebscohost.com.ezproxy.hamk.fi/ehost/viewarticle/render?data=dGJyMPPp44rp2%2fdV0%2bnjjsfk5le46bJpta2zUbGk63nn5Kx95uXxjL6nrUm2pbBlr62eT-Limr1Kxr55Zy5zyit%2fk8Xnh6ueH7N%2fiVaunt1C3r7dMr66yPurX7H%2b72%2bw%2b4ti7e7bepLzf3btZz-Jzfhrunrku1r7FRsaqkfu3o63nys%2bSN6uLyffbg&vid=11&sid=30990d0b-90c6-4624-8edc-6dd5349ef060@sessionmgr102>

Chang, Y-T. & Lee, L-L. (2015). The effectiveness of compliance therapy on drug attitude among schizophrenic patients: a systematic review. *JB I Database of Systematic Reviews & Implementation Reports* 13 (7), 213-240. Viitattu 11.1.2017. Saatavissa JBI-tietokannassa:

<http://ovidsp.uk.ovid.com.ezproxy.hamk.fi/sp-3.23.1b/ovid-web.cgi?&S=MHCPPDMIPIHFNIPIFNHKBKBEJHEHPKAA00&Complete+Reference=S.sh.22%7c29%7c1>

Chernomas, W., Rieger, K., Karpa, J., Clarke, D., Marchinko, S. & Demczuk, L. (2015). Psychotic illnesses and young women's experiences: a systematic review protocol of qualitative research. *JB I Database of Systematic Reviews & Implementation Reports* 13 (3), 79-90. Viitattu 11.1.2017. Saatavissa JBI-tietokannassa: JBI

<http://ovidsp.uk.ovid.com.ezproxy.hamk.fi/sp-3.23.1b/ovid-web.cgi?&S=MHCPPDMIPIHFNIPIFNHKBKBEJHEHPKAA00&Complete+Reference=S.sh.22%7c44%7c1>

Clarke, D., Marchinko, S., Chernomas, W., Rieger, K., Karpa, J. & Demczuk, L. (2015). The effectiveness of early psychosis programming for young women: a systematic review protocol. *JB I Database of Systematic Reviews & Implementation Reports* 13 (6), 114-126. Viitattu 7.1.2017. Saatavissa JBI-tietokannassa: <http://ovidsp.uk.ovid.com.ezproxy.hamk.fi/sp->

[3.23.1b/ovid-web.cgi?&S=GPOCPDHMOPHFBJGBFNHKKHJHFKOHAA00&Complete+Reference=S.sh.39%7c2%7c1](#)

Heiskanen, T. & Ruusunen, A. (2016). Psykoosilääkityksen metaboliset riskit skitsofreniassa: voidaanko niihin vaikuttaa?. *Sic! Lääketietoa Fimeasta* 6(2), 30–33. Viitattu 10.02.2017. http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/130684/2_16%2030-33%20Psykoosilääkityksen%20metaboliset%20riskit%20skitsofreniassa.pdf?sequence=1

Huttunen, M. (2015). Masennustilat eli depressiot. Terveyskirjasto. *Lääkärikirja Duodecim*. Viitattu 30.1.2017. http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00538&p_haku=Masennustilat

Jayasekara, R. (2015). Early psychosis: family interventions. Viitattu 6.1.2017. Saatavissa JBI-tietokannassa: <http://ovidsp.uk.ovid.com.ezproxy.hamk.fi/sp-3.23.1b/ovidweb.cgi?&S=GPOCPDHMOPHFBJGBFNHKKHJHFKOHAA00&Complete+Reference=S.sh.39%7c6%7c1>

Kangasniemi, M., Utriainen, K., Ahonen, S-M., Pietilä, A-M., Jääskeläinen, P. & Liikanen, E. (2013). Kuvaileva kirjallisuuskatsaus: eteneminen tutkimuskysymyksestä jäsenettyyn tietoon. *Hoitotiede* 4/25.

Kanta-Hämeen sairaanhoitopiiri ky. (n.d.). Aikuispsykiatria. Viitattu 17.1.2017. <http://www.khshp.fi/fi/psykiatria/aikuispsykiatria>

Kieseppä, T. & Oksanen, J. (2013). Psykoedukaatio psykoosien hoidossa ja kuntoutuksessa. *Duodecim lehti* (20). Suomalainen Lääkäriseura Duodecim. Viitattu 07.01.2017. <http://www.duodecimlehti.fi/lehti/2013/20/duo11273>

Lavis, A., Lester, H., Everard, L., Freemantle, N., Amos, T., Fowler, D., Hodgekins, J., Jones, P., Marxhall, M., Sharma, V., Larsen, J., McCrone, P., Swaran, S., Smith, J. & Birchwood, M. (2015). Layers of listening: qualitative analysis of the impact of early intervention services for first-episode psychosis on carers' experiences. *The British Journal of Psychiatry* 207, 135-142. Viitattu 29.1.2017. <http://bjp.rcpsych.org/content/207/2/135.full-text.pdf+html>

Lönnqvist, J. (2014). Mielenterveyden häiriöiden diagnostiikka ja luokittelu. Teoksessa Lönnqvist, J., Henriksson, M., Marttunen, M. & Partonen, T. (toim.) *Psykiatria*. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 57–87.

Mantere, O. (2016). Akuutti psykoosi. *Lääkärin käsikirja*. Terveysportti. Viitattu 07.01.2017. <http://www.terveysportti.fi.ezproxy.hamk.fi/dtk/ltk/koti>

Napa, W., Tungpunkom, P. & McCann, T. (2014). The effectiveness of family interventions on psychological distress and expressed emotion in family members of individuals diagnosed with first-episode psychosis: a systematic review protocol. *JBI Database of Systematic Reviews & Implementation Reports* 12 (4), 3-16. Viitattu 7.1.2017. Saatavissa JBI-tietokannassa: <http://ovidsp.uk.ovid.com.ezproxy.hamk.fi/sp-3.23.1b/ovid-web.cgi?&S=GPOCPDHMOPHFBJGBFNHKKHJHFKOHA00&Complete+Reference=S.sh.39%7c4%7c1>

Niela-Vilén, H. & Kauhanen, L. (2015). Kirjallisuuskatsauksen vaiheet. Teoksessa Stolt, M., Axelin, A. & Suhonen, R. (toim.) *Kirjallisuuskatsaus hoitotieteessä*. Turku: Juvenes Print, 23-36.

Niemelä, S. & Blanco-Sequeiros, S. (2015). Psykiatrian merkitys korostuu sosiaali- ja terveystieteiden yhdistyessä. *Duodecim lehti* (6). Suomalainen Lääkäriseura Duodecim. Viitattu 07.01.2017. <http://www.duodecimlehti.fi.ezproxy.hamk.fi/lehti/2015/6/duo12161>

Oksanen, J. (2015). Lääkehoitoon sitoutumisen tukeminen psykiatriassa. *Duodecim lehti* (16). Suomalainen lääkäri Duodecim. Viitattu 08.01.2017. <http://www.duodecimlehti.fi/lehti/2015/16/duo12385>

Poutanen, O., Tammentie-Sarén, T., Bashmakov, L., Mäkelä, M., Lehto, P., Leskinen, T., Mikkilä, J. & Nyrhinen, M. (2013). Psykoosin hoito-ohjelma. Pirkanmaan sairaanhoitopiiri, Aikuispsykiatrian vastuualue. Viitattu 16.2.2017. <http://www.pshp.fi/download/noname/%7B29730154-648A-4043-BB63-7C15AF5B399E%7D/41293>

Psykoosiopas (n.d.). Mielenterveystalo. Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri. Viitattu 19.01.2017. <https://www.mielenterveystalo.fi/aikuiset/itsehoito-ja-oppaat/oppaat/psykoosi/Pages/psykoosiopas.aspx>

Reponen, E., Väänänen, J. & Kaltiala-Heino, R. (2016). Adolescents with their first episode of schizophrenia spectrum psychosis: a comparison with adolescents suffering from other severe mental disorders. *Psychiatra Fennica* 2016; 47, 128-148. Viitattu 16.1.2017. http://www.psykiatritutkimussaatio.fi/uploads/files/ART7_2016.pdf

Rhodes, P. & Giles, S. (2014). "Risky Business": a critical analysis of the role of crisis resolution and home treatment teams. *Journal of Mental Health* 23 (3), 130-134. Viitattu 22.1.2017. <http://web.b.ebscohost.com.ezproxy.hamk.fi/ehost/viewarticle/render?data=dGJyMPPp44rp2%2fdV0%2bnjjsfk5le46bJpta2zUbGk63nn5Kx95uX-xjL6nrUm2pbBlr62eTLimr1Kxr55Zy5zyit%2fk8Xnh6ueH7N%2fiVaunt1C3r>

7dMr66yPurX7H%2b72%2bw%2b4ti7e7bep-lzf3btZzJzfhrunrku3qbdLtg2kfu3o63nys%2bSN6uLyffbg&vid=11&sid=30990d0b-90c6-4624-8edc-6dd5349ef060@sessionmgr102

Riitano, D., Tungpunkom, P., Napa, W., Chaniang, S. & Srikhachin, P. (2014a). Caregiving experiences of families living with persons with schizophrenia. The Joanna Briggs Institute Database of Best Practice Information Sheets and Technical Reports 18 (6). Viitattu 10.1.2017. Saata-vissa JBI-tietokannassa: <http://ovidsp.uk.ovid.com.ezproxy.hamk.fi/sp-3.23.1b/ovidweb.cgi?&S=MHCPPDMIPIHFNIPIFNHKBKBEJHEHPKAA00&Com-plete+Reference=S.sh.22%7c33%7c1>

Riitano, D., Tungpunkom, P., Napa, W., Chaniang, S. & Srikhachin, P. (2014b). Suom. Pitkänen, A., Laitila, M. & Stengård, E. Huolenpidon kokemukset perheissä, jotka elävät skitsofreniaa sairastavan henkilön kanssa. The Joanna Briggs Institute Database of Best Practice Information Sheets and Technical Reports 18 (6). Viitattu 25.1.2017. <http://www.hotus.fi/system/files/JBI%20suositus%20Huolenpidon%20kokemukset%20perheiss%C3%A4%20jotka%20el%C3%A4v%C3%A4t%20skitsofreniaa.pdf>

Saari, K., Raiskila, T., Moilanen, K., Jääskeläinen, E. & Niemelä, S. (2015). Psykoosien hoito terveyskeskuksessa. *Suomen lääkirilehti* (13). Viitattu 5.1.2017. <http://www.fimnet.fi.ezproxy.hamk.fi/cgi-cug/brs/artikkeli.cgi?docn=000042690>

Serobatse, M., Du Plessis, E. & Koen, M. (2014). Interventions to promote psychiatric patients' compliance to mental health treatment: A systematic review. *Health SA Gesondheid (Online)* 19 (1). Viitattu 1.2.2017. http://www.scielo.org.za/scielo.php?pid=S2071-97362014000100028&script=sci_arttext&tlng=en

Skitsofrenia: Käypä hoito -suositus (2015). Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Psykiatriyhdistys ry:n asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen lääkiriseura Duodecim. Viitattu 12.12.2016. <http://www.terveysportti.fi/dtk/ltk/koti>

Soleimani, A., Rosychuk, R. & Newton, A. (2016). Predicting time to emergency department re-visits and inpatient hospitalization among adolescents who visited and emergency department for psychotic symptoms: a retrospective cohort study. *BMC Psychiatry*. Viitattu 29.1.2017. <https://bmcp psychiatry.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12888-016-1106-0>

Suhonen, R., Axelin, A. & Stolt, M. (2015). Erilaiset kirjallisuuskatsaukset. Teoksessa Stolt, M., Axelin, A. & Suhonen, R. (toim.) *Kirjallisuuskatsaus hoitotieteessä*. Turku: Juvenes Print, 7–22.

Suvisaari, J., Isohanni, M., Kiesepää, T., Koponen, H., Hietala, J. & Lönnqvist, J. (2014). Skitsofrenia ja muut psykoosit. Teoksessa Lönnqvist, J., Henriksson, M., Marttunen, M. & Partonen, T. (toim.) *Psykiatria*. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 136–220.

Tufanaru, C. (2016). Schizophrenia (Adults): Assertive Community Treatment. Viitattu 13.1.2017. Saatavissa JBI-tietokannassa:

<http://ovidsp.ovid.com.ezproxy.hamk.fi/sp-3.23.1b/ovidweb.cgi?&S=EJMIPDJDKNKHFHIKEFNHKJCOFDEHMAA00&Complete+Reference=S.sh.47%7c1%7c1>

Umapathysivam, K., Jordon, Z. & Attard, M. (2014). Complex interactive factors which determine carer's experiences of seeking help for relatives with first-episode psychosis. The Joanna Briggs Institute Database of Best Practice Information Sheets and Technical Reports 18 (10). Viitattu 11.1.2017. Saatavilla JBI-tietokannassa:

<http://ovidsp.ovid.com.ezproxy.hamk.fi/sp-3.23.1b/ovidweb.cgi?&S=MHCPPDMIPIHFNIPIFNHKBEJHEHPKAA00&Complete+Reference=S.sh.22%7c52%7c1>

Vuokila-Oikkonen, P., Heikkinen, R-L., Karttunen, M., Läksy, M-L., Maikula, S. & Wiens, V. (2011). Psykoosin varhainen tunnistaminen ja hoidolliset interventiot nuorella – hyvän käytännön kuvaus. Helsinki: *Diakoniammattikorkeakoulun julkaisuja, B Raportteja 45*. Viitattu 10.2.2017.

http://195.148.89.50/files/diak/Julkaisutoiminta/B_45_ISBN_9789524931137.pdf

Vuorilehto, M., Larri, T., Kurki, M. & Hätönen, H. (2014). *Uudistuva mielenterveystyö*. Helsinki: Edita Prima Oy.

Väänänen, J.-M., Hämäläinen, P., Oksa, R., Sillanpää, A., Saarelainen, S., Autere, K., Viskari, H., Roivas, M., Ylitörmä, M., Lappalainen, A. & Toivakka, H. (2011). Ensipsykoosiin sairastuneen nuoren hoitoprosessi. *Pirkanmaan sairaanhoitopiirin julkaisut 3/2011*. Viitattu 19.1.2017.

<http://www.pshp.fi/download/noname/%7BC5D1576E-F150-41B6-8B47-96AECCD5130B%7D/20583>

TARKISTUSLISTA ENSIPSYKOOSIPOTILAAN KOTIHOIDON Liite 1 TOTEUTTAMISEN TUEKSI:

HUOMIOITAVAT ASIAT JA MITEN NE HUOMIOIDAAN

- Kotihoidon tapaamiset potilaan kotona perheen parissa, ennalta sovitusti
 - Perheen tarvitseman tuen kartoitus: tieto, tukiverkostot, erityistarpeet, tunteet ja asenteet
 - Tiedon antaminen sairaudesta toistuvasti: potilas ja perhe
 - Perhe mukaan hoito- ja arviointiprosessiin varhaisessa vaiheessa
- Asiakaslähtöisyys ja potilaan osallistaminen hoitoon
 - Potilaan ja omaisten kuulluksi tuleminen, voimavarakeskeisyys, kokemuspohjainen työskentely – esim. psykoosin ensioireiden tunnistaminen
 - Varaa aikaa vuorovaikutukselle
- Asumiseen liittyvien tekijöiden kartoitus
 - Asuinolojen, tukiverkoston, arjen tuen tarpeen arviointi
 - Arjen perusasioiden huomiointi, kyky huolehtia itsestä
 - Päähteiden käytön, itsetuhoisuuden, yleisen psyykkisen tilan kartoitus
- Hyvä hoitosuhde
 - Hoitajan toivoa luova ja positiivinen asenne: luottamuksen rakentuminen
 - Hoitosuhteen jatkuminen saman hoitajan kanssa
- Perheen huomioiminen – tunne, että myös heitä autetaan
 - Perheen sisäisen ilmapiirin tarkastelu: yksilö-, ryhmä- ja perheta- paamiset
- Turvallisuuden huomioiminen, sairastunut ja läheiset
 - Oireiden hallintakeinojen miettiminen – oireiden kirjaaminen päiväkirjamaisesti voi auttaa, haastattelu, havainnointi
 - Lepo, rentoutuminen, läheisten tuki, stressitekijöiden kartoitus
- Potilaan asenne ja ajatukset lääkehoitoa kohtaan
 - Toistuva lääkehoidon puheeksi otto, tarvittaessa asioiden muistiin kirjoittaminen
 - Lääkehoidon ohjaus maallikkokielellä
- Lääkehoidon toteuttamisen mahdollisuudet kotona, lääkehoitoon sitoutuminen
 - Hoitajan ennalta suunnitellut puhelinsoitot
 - Painon seuranta lääkityksen aloituksesta, ruokavalio- ja liikuntaohjaus