

Harri Laamanen

Alueellinen psykoosiprosessi
Psykoosin varhainen tunnistaminen ja ensi-
psykoosipotilaan hoito


Opinnäytetyö
Hoitotyö

Huhtikuu 2014




MAMK
University of Applied Sciences

KUVAILULEHTI

		Opinnäytetyön päivämäärä 29.4.2014
Tekijä(t) Harri Laamanen		Koulutusohjelma ja suuntautuminen Hoitotyön koulutusohjelma
Nimeke Alueellinen psykoosiprosessi. Psykoosin varhainen tunnistaminen ja ensipsykoosipotilaan hoito		
Tiivistelmä Mahdollisimman varhain aloitetulla hoidolla voidaan parantaa psykoosista toipumisen ennustetta ja mahdollisesti ennaltaehkäistä psykoosiin sairastuminen. Tämän vuoksi tiedon lisääminen psykoosisairauksien luonteesta ja psykoosin varhaisen tunnistamisen keinoista on tärkeää. Ensiarvoisen tärkeää on myös tarkoituksenmukaisen hoidon toteutuminen ensipsykoosipotilaita hoidettaessa. Toiminnallisena toteutetun opinnäytetyön tarkoituksena oli laatia opas psykoosin varhaisesta tunnistamisesta ja ensipsykoosipotilaan alueellisesta hoidosta. Oppaan tavoitteena oli tiedon lisääminen psykoosin varhaiseen tunnistamiseen liittyvistä asioista sekä ensipsykoosipotilaan hoidon periaatteiden ja alueellisesti yhteneväisten hoitolinjauksien kuvaaminen. Opas on koottu teorialietoa kartoittamalla sekä kyselyllä, joka kerättiin alueella psykoosipotilaita hoitavilta tahoilta. Opas on tuotettu Etelä-Savon sairaanhoitopiirin Arjen mieli -hankkeessa, ja se linkitetään sähköisessä muodossa, hankkeen toimesta tuotettuun, Hyvis internet sivuilla julkaistavaan psykoosiprosessi kuvaukseen. Opas on myös käyttökelpoinen psykoosipotilaita hoitavien tahojen perehdytyksessä.		
Asiasanat (avainsanat) Psykoosi, psykoosin varhainen tunnistaminen, ensipsykoosipotilaan hoito		
Sivumäärä 25 s. + 43 s. liitteitä	Kieli suomi	URN
Huomautus (huomautukset liitteistä)		
Ohjaavan opettajan nimi Ulmanen, Anne		Opinnäytetyön toimeksiantaja Etelä-Savon sairaanhoitopiiri Arjen mieli -hanke

DESCRIPTION

		Date of the bachelor's thesis 29.4.2014
Author(s) Harri Laamanen	Degree programme and option Degree of nursing	
Name of the bachelor's thesis Regional psychosis process. Early recognising of psychosis and treatment of patient with first psychosis.		
Abstract <p>Treatment started as early as possible can improve the prognosis of healing and possibly prevent psychosis. Therefore increased knowledge of nature of psychosis and ways of early recognising of psychosis is important. Crucially important is also that appropriate treatment is taken place when treating patients with first psychosis.</p> <p>The purpose of functional thesis was to create a manual how to recognise psychosis in early phase and regional psychosis process in patients with first psychosis.</p> <p>Manual's goal was to increase the knowledge in things that are related in early recognising first psychosis patients and to describe the principles and regional psychosis process.</p> <p>The manual was collected by getting the theoretical information together and by interviewing. The interviews were collected from different health institutions that treat patients with psychosis.</p> <p>The manual is linked in electric form in Hyvis internet web-site, where you can find the regional psychosis process. The manual is also useful as introduction for people that treat patients with psychosis.</p>		
Subject headings, (keywords) Psychosis, early recognising of psychosis, treatment of first psychosis patient.		
Pages 25 p. + 43 p. appendices	Language Finnish	URN
Remarks, notes on appendices		
Tutor Ulmanen, Anne	Bachelor's thesis assigned by Etelä-Savon sairaanhoitopiiri Arjen mieli-hanke	

SISÄLTÖ

1	JOHDANTO	1
2	PSYKOOSI JA SEN KEHITTYMINEN.....	2
2.1	Psykoosi.....	2
2.2	Stressi-haavoittuvuusmalli.....	4
2.3	Psykoosiriski.....	5
2.4	Psykoosin varhaisoireet	6
3	ENSIPSYKOOSIN VARHAINEN TUNNISTAMINEN.....	7
3.1	Psykoosin varhaisen tunnistamisen menetelmät.....	8
3.2	Psykoosin varhaisen tunnistamisen merkitys	10
4	ENSIPSYKOOSIIN SAIRASTUNEEN HOITO	10
4.1	Hoidon tavoitteet	10
4.2	Hoidon aloittaminen	11
4.3	Tutkimukset	12
4.4	Hoitomenetelmät.....	12
5	OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS JA TAVOITTEET	14
6	OPINNÄYTETYÖN TOTEUTTAMINEN.....	15
6.1	Toimeksiantaja.....	15
6.2	Menetelmä	15
6.3	Toteutus	15
6.3.1	Aineiston kerääminen	17
6.3.2	Aineiston analysointi	18
7	TUOTOKSEN KUVAUS	19
8	ARVIOINTI.....	20
9	POHDINTA	21

LIITTEET

1 Haastattelurunko

2 Opas / Alueellinen psykoosiprosessi, psykoosin varhainen tunnistaminen ja ensipsykoosipotilaan hoito

1 JOHDANTO

Psykoosi on mielenterveyden häiriö, jossa ihmisen kyky arvioida todellisuutta häiriintyy vakavasti. Psykoosisairaudet ovat mielenterveydenhäiriöistä vaikeimmin hoidettava ryhmä ja niiden ennuste on heikko. (Lönqvist ym. 2011, 51.) Psykoosin puhkeamisen mekanisme ei vielä tunneta, mutta riskitekijöitä on pystytty määrittelemään (Luutonen ym. 2006, 22). Nykyisin psykoosiriskissä olevia potilaita pystytään yhä paremmin tunnistamaan, ja psykoosisairauden ennustetta pystytään parantamaan hoidon varhaisella aloittamisella (Skitsofrenia 2013). Psykoosin varhaisessa tunnistamisessa ovat suuressa roolissa perusterveydenhuollon palvelut, kun taas tarkempi tutkimus ja hoito kuuluvat erikoissairaanhoidon. (Salokangas 2004; Skitsofrenia 2008.)

Valtakunnalliseen Kaste-ohjelmaan liittyen Etelä-Savon sairaanhoitopiirissä käynnistyi vuonna 2011 Arjen mieli -hanke. Hankkeen keskiössä on kuntien mielenterveys- ja päihdepalvelujen kehittäminen. Kehitystyön lähtökohtana on edistää yhtenäisyyttä, asiakaslähtöisyyttä ja suunnitelmallisuutta. Suunnannäyttäjinä ovat Kaste-ohjelman toimeenpanosuunnitelma ja Mieli 2009 -työryhmän ehdotukset mielenterveys- ja päihdetyön kehittämiseksi. Yhtenä Arjen mieli- hankkeen kuudesta osahankkeesta toteutui alueellinen psykoosiprosessi kuvaus. (Arjen mieli -hanke 2011.) Toimeksiantajana opinnäytetyölle oli Etelä-Savon sairaanhoitopiirin hallinnoima Arjen mieli -hanke.

Opinnäytetyön tarkoituksena oli koota ja tuottaa opas psykoosin varhaisesta tunnistamisesta ja ensipsykoosin alueellisesta hoidosta. Opas tulee liitteeksi Hyvis- internet-sivustolle osaksi alueellista psykoosiprosessikuvausta ja sen sisältämää tietoa voivat hyödyntää ammattilaiset sekä muut asiasta tietoa etsivät. Opinnäytetyön tavoitteena on antaa tietoa psykoosin varhaisesta tunnistamisesta sekä auttaa kliinisen työn tekijöitä löytämään yhteinen linja psykoosipotilaiden hoidossa. Työssä ei käsitellä psykoosipotilaan jatkohoitoa tai seurantaa.

2 PSYKOOSI JA SEN KEHITTYMINEN

2.1 Psykoosi

Psykoosissa ihmisen kyky arvioida todellisuutta häiriintyy vakavasti. Psykooseille tyypillisiä oireita ovat aistitoimintojen ja ajatustoimintojen vääristyminen, joiden myötä ilmenee aistiharhoja ja harhaluuloja. Psykoottisella henkilöllä ilmenee ulkoisen todellisuuden karkeaa väärintulkintaa ja hänen käyttäytymisessään on hajanaisuuden vuoksi usein kummalliseksi tulkittavia, huomiota herättäviä piirteitä. Psykoottisen henkilön kyky huolehtia itsestä on selkeästi alentunut, ja hän on ulkopuolisen avun tarpeessa. (Huttunen 2011; Lönnqvist ym. 2011, 51; Lönnqvist 2004; Salokangas ym. 2007, 18; Vartiainen 1999.) Psykoottisen henkilön oireet jaotellaan ryhmiin, joita ovat positiiviset oireet (harhaluulot, aistiharhat, hajanaiset oireet), negatiiviset oireet (mielitalan, tunne-elämän ja toimintakyvyn muutokset) sekä kognitiiviset muutokset, jotka ilmenevät tiedonkäsittelytaitojen heikkoutena (Lönnqvist 2011, 51, 75, 77, 78).

Harhaluulot, joista tyypillisimpiä ovat vainoharhat, tulevat esiin henkilön pitäessä itsepintaisesti kiinni epärealistisista ajatuksistaan, vaikka ne voidaan osoittaa virheelliseksi. Vainoharhainen henkilö kokee olevansa uhattuna tai muuten haitallisen toiminnan kohteena. Hän tekee ympäristöstään monesti havaintoja, jotka hän liittää kokeemaansa uhkaan. Vainoharhainen henkilö voi kokea esimerkiksi, että häntä seurataan valvontakameroilla tai että hänen televisio-ohjelmassa kuulemansa asiat liittyvät hänen seuraamiseensa. Harhaluulot voivat kohdistua myös esimerkiksi omiin tai muiden kykyihin, jolloin henkilö saattaa kokea voivansa vaikuttaa ihmisiin erilaisin keinoin. Henkilöllä voi olla myös kehon tuntemuksiin/toimintaan liittyviä harhaluuloja. (Cullberg 2005, 44 - 48; Huttunen 2011.)

Aistiharhat ovat aistihavaintojen vääristymiä, joita voi esiintyä kaikkien aistien alueilla. Tyypillisin aistiharhamuoto on ääniharhat. Henkilö voi kuulla esimerkiksi puhetta, jota muut eivät kuule. Puheessa voi ilmetä itseen kohdistuvia kommentteja, ne voivat käskeä tekemään jotain, tai äänet voivat keskustella keskenään. Mahdollisesti henkilö kuulee epämääräistä supattelua, kuiskauksia, meteliä tai esimerkiksi lasten itkua. Sävyltään ääniharhat ovat usein pelottavia, ahdistavia tai aggressiivisiä, mutta mahdollisesti myös miellyttäviä. (Cullberg 2005, 52 - 56; Huttunen 2011.)

Ääniharhojen lisäksi haju- tai makuaisti voi tuottaa outoja aistikokemuksia, esimerkiksi henkilö kokee haisevansa pahalle tai ruuan maistuvan oudolta. Tuntoaistin alueella kokemukset voivat olla esimerkiksi pistelyä tai painon tunnetta jolle henkilö voi antaa outoja selityksiä. (Cullberg 2005, 57 - 58; Lönnqvist ym. 2011, 75.) Näköharhat ovat harvinaisempia ja viittaavat monesti neurologiseen häiriöön tai päihdedeliriumiin (Cullberg 2005, 57).

Hajanaiseksi tulkittavan henkilön ajattelussa, puheessa ja käytöksessä ilmenee häiriöitä. Puhe ja ajattelu voi olla epäloogista, vaikeasti seurattavaa, yksityiskohtiin takertuvaa, vilkasta tai hidastunutta. Puheessa ilmenee rönsyilyä, seikkaperäisyyttä, ”punainen lanka” katoaa tai henkilön on jopa vaikea muodostaa järkeviä lauseita. Hajanaisesti käyttäytyvä henkilö saattaa tehdä asioita, jotka aiheuttavat kanssaihmisissä hämmennystä. Hän voi esimerkiksi pukeutua kummallisesti, puhua tai nauraa itsekseen, olla estoton tai kiihtynyt. Pelokkaana henkilö voi olla aggressiivinenkin, järjestellä asuntoaan holtittomasti tai olla täysin tekemätön/puhumaton. (Lönnqvist 2011, 77.)

Negatiivisiksi oireiksi luokitellaan tunne-elämän ja mielialan muutokset sekä toimintakyvyn lasku. Henkilöllä voi olla vaikeuksia ilmaista tunteitaan. Joskus myös kyky kokea tunteita voi olla alentunut. Tällöin puhutaan tunteiden latistumisesta. Etenkin voimakkaasti positiivisen oireiryhmän oireita kokevat potilaat saattavat olla ahdistuneita, pelokkaita, epätoivoisia, hämmentyneitä ja kokea ristiriitaa jolloin tunteiden ilmaiseminen voi olla epäsopivaa. Tunne-elämässä ilmenevät häiriöt ovat tavallisia etenkin pitkäkestoisissa psykoottisissa häiriöissä. (Lönnqvist ym. 2011, 77.)

Masennus on psykoottistasoisesti sairastuneella henkilöllä yleistä. Masennus voi liittyä esimerkiksi leimautumiseen ja sen tuottamaan häpeään, toimintakyvyn laskun ja eristäytymisen aiheuttamaan sosiaaliseen syrjäytymiseen tai normaalin kehityksen viivästymiseen, ”putoamiseen normaaleista kuvioista”. (Cullberg 2005, 330; Lönnqvist ym. 2011, 78.)

Psykoottinen häiriö aiheuttaa monesti toimintakyvyn laskua usealla eri elämän osa-alueella, minkä seurauksena henkilön psyykkinen selviytymiskyky haurastuu sekä toimintamahdollisuudet heikkenevät. Toimintakyvyn aleneminen ilmenee ihmissuh-teista

vetäytymisenä tai muina ihmissuhdeongelmina, koulu- tai työmenestyksen laskuna ja jopa henkilökohtaisen hygieniasta huolehtimisen / muiden perustarpeiden laiminlyönninä. (Salokangas ym. 2007, 18; Salokangas ym. 2002, 28.)

Kognitiiviset vaikeudet voidaan luokitella omaksi oireryhmäksi. Tyypillisiä muutoksia ovat muistin, keskittymisen, tarkkaavaisuuden ja toiminnanohjauksen häiriintyminen. ”Kognitiiviset oireet” tulevat esiin esimerkiksi uuden oppimisen, tiedon vastaanottamisen ja käsittelyn sekä päätöksenteon vaikeutumisenä. Kognitiivisten vaikeuksien vuoksi esimerkiksi kyky opiskella on alentunut. (Cullberg 2005, 215 - 216; Lönnqvist ym. 2011, 78.)

2.2 Stressi-haavoittuvuusmalli

Psykoosi on hyvin moniulotteinen ilmiö jota täytyy tarkastella useasta eri näkökulmasta (Cullberg 2005, 40; Haarakangas & Seikkula 1999, 7; Lönnqvist ym. 2011, 135; Seikkula & Arnkill 2005, 7; Skitsofrenia 2013). Aikaisemmista joko biologisista tai psykososiaalisista selitysmalleista on siirrytty näitä molempia näkökulmia yhdistävään näkökulmaan (Gleeson & McGorry 2005, 17 - 20; Cullberg 2005, 40, 79; Lönnqvist 2011, 90, 100; Skitsofrenia 2013). Stressihaavoittuvuusmalli edustaa yhdistävää näkökulmaa (de Bruijn 2006). Malli on yleisesti hyväksytty selitysmalliksi psykoottisiin häiriöihin (French & Morrison 2008, 31; Gleeson & McGorry 2005, 40; Skitsofrenia 2013).

Mallin mukaan kaikilla ihmisillä on terveyttä ylläpitäviä ja suojaavia tekijöitä. Näitä tekijöitä ovat muun muassa hyvät sosiaaliset suhteet, terveelliset elämäntavat, kannustava ja itsetuntoa tukeva ympäristö sekä hyvät ongelmanratkaisutaidot. Kaikilla ihmisillä on myös stressitekijöitä jotka aiheuttavat paineita kuten opiskelu, työelämä, varusmiespalvelus, päihteidenkäyttö, jännittyneet ihmissuhteet tai lähiomaisen kuolema. (Skitsofrenia 2013.)

Joillakin henkilöillä on suojaavien ja stressitekijöiden lisäksi terveyttä uhkaava psykoosille altistava geneettinen alttius, ”haavoittuvuus”. Ympäristötekijät, kuten raskauden ja synnytyksen aikaiset komplikaatiot, traumat ja muut somaattiset tekijät voivat edelleen vahvistaa henkilön haavoittuvuutta ja näin ollen alttiutta sairastua psykoosiin. (Lönnqvist 2003, 18; Salokangas ym. 2007, 20.)

Mallin mukaan stressitekijöiden ylittäessä psykoosialttiin henkilön sietokyvyn sekä suojaavat tekijät hänelle kehittyvät psykoottinen häiriö. (Cullberg 2005, 79 - 88; Gleeson & McGorry 2005, 40; Haarakangas & Seikkula 1999, 35; Lönnqvist ym. 2011, 90; Salokangas & Suomela 2004; Salokangas ym. 2002, 10-13; de Bruijn 2006; Vartiainen 1999.)

Psykoottisen häiriön puhkeamisen mekanismia ei tunneta, mutta stressi-haavoittuvuusmallin mukaan ajankohtaisilla stressitekijöillä on suuri merkitys psykoosin puhkeamisessa (Luutonen ym. 2006, 22).

Stressi-haavoittuvuusmalli on toimiva työväline annettaessa tietoa sairaudesta sekä sairastuneelle, että hänen perheenjäsenilleen. Sen avulla psykoosi ilmiön ymmärtäminen ja käsitteleminen tulee helpommaksi. Keskustelu stressi-haavoittuvuusmallista ohjaa automaattisesti huomion tärkeiden asioiden kuten suojaavien tekijöiden ja stressitekijöiden äärelle. (T. de Bruijn 2006.)

2.3 Psykoosiriski

Henkilöillä, jotka ovat sairastuneet psykoosiin, on voitu tutkimuksissa jälkepäin osoittaa sairastumisriskiä suurentavia taustatekijöitä. Yksi tärkeimmistä riskiä kohottavista tekijöistä on sukurasitus. Riski on suurin, noin kymmenkertainen, silloin kuin ensimmäisen asteen sukulaisella on todettu psykoottinen häiriö – riski lievenee mentäessä sukupolvissa taaksepäin. (Lönnqvist ym. 2011, 91; Lönnqvist 2004; Salokangas ym. 2007, 23 - 24; Salokangas ym. 2002, 18; Skitsofrenia 2013.)

Sairastumisriskiä lisäävät myös sikiö- ja varhaiskehityksen aikaiset tekijät kuten äidin raskausaikaiset virusinfektiot, aliravitsemus, stressi tai masennus, synnytyskomplikaatiot mm. sikiön hapenpuute, sekä epäsuotuisat elinolosuhteet. Myös jotkin varhaislapsuuden keskushermostoinfektiot ja -vammat voivat vaikuttaa riskin kasvamiseen. (Lönnqvist ym. 2011, 92 - 93; Lönnqvist 2004; Salokangas ym. 2007, 24; Salokangas ym. 2002, 14; Skitsofrenia 2013.)

Sairastumisriskiä tarkastellessa tutkittavilla on havaittu kognitiivisessa toimintakyvyssä ilmenevää heikentymistä, kuten viivästynyttä iänmukaista kehitystä, heikkoa suorittumista älykkyyttä vaativissa tehtävissä / alhaista älykkyydosamäärää sekä ongelmia, jotka ilmenevät sosiaalisessa toimintakyvyssä ja organisointikyvyissä. (Lönqvist 2004; Salokangas ym. 2007, 25.)

Psykoosiin sairastuneilla on havaittu olleen useasti myös poikkeavia persoonallisuuden piirteitä kuten käytöshäiriötä, eristäytyneisyyttä (Salokangas ym. 2007, 26) tai taipumusta maagiseen ajatteluun (Suvisaari 2003).

Tutkimuksissa on todettu myös kannabiksen aiheuttaman psykoosin olevan useasti yhteydessä pitkäkestoiseen psykoosisairauteen (Gleeson & McGorry 2005, 156; Lönqvist 2011, 149; Lönqvist 2004; Skitsofrenia 2013). Kannabiksen käyttäjät myös sairastuvat verraten nuorella iällä (Bersani ym. 2002).

2.4 Psykoosin varhaisoireet

Varhaisoireilla eli prodromaalioireilla tarkoitetaan sairauden ensimmäisiä merkkejä ja muutoksia henkilön voinnissa ennen varsinaisen psykoosin puhkeamista (Luutonen ym. 2006, 15). Ennen psykoosiin sairastumista henkilöllä on voinut olla varhaisoireita, prodromaalioireita, jo vuosia (Cullberg 2005, 280; Gleeson & McGorry 2005, 22; Salokangas ym. 2007, 19; Salokangas ym. 2002, 17; Skitsofrenia 2013). Etenkin skitsofreniaan liittyy usein pitkään kestänyt ennako-oirevaihe (Salokangas ym. 2007, 19; Skitsofrenia 2013). Alussa ilmenevät muutokset toimintakyvyssä ja psyykkisessä voinnissa ovat yleisiä oireita monissa mielenterveyshäiriöissä ja elämäntilanteissa. Siirtyminen ennakoivasta oireilusta varsinaiseen psykoosiin tapahtuu henkilöllä usein asteittain siten, että psykoottinen oireilu vaikeutuu samaan aikaan kognitiivisen toimintakyvyn heiketessä. Tällöin myös henkilön kyky oivaltaa sairautta heikkenee. (Luutonen ym. 2006, 22.) Psykoosi voi alkaa myös lyhyellä aikavälillä ilmenevillä oireilla esimerkiksi huumausaineiden käytön tai voimakkaan järkyttävän kokemuksen laukaisemana (Salokangas ym. 2002, 7).

Ennakoiva oirekehitys voidaan jakaa kahteen osaan, ensivaiheeseen ja myöhäisvaiheeseen. Ensivaihe voi kestoltaan sekä oirekuvaltaan vaihdella yksilöittäin paljonkin. Esimerkiksi skitsofreniassa, josta tiedetään eniten, kolmella neljästä sairastuneesta

ennakko-oirevaihe on kestoltaan keskimäärin viisi vuotta. (Luutonen ym. 2006, 15.) Jäljempänä ilmenevä myöhäisvaihe on aika, jolloin henkilön oireet muuttuvat vaikeammiksi ennen varsinaiseen psykoosiin sairastumista. Myöhäisvaiheessa oireet viittaavat välittömään psykoosiriskiin, ja psykoosiin sairastuminen voidaan luotettavasti tunnistaa. (Gleeson & McGorry 2005, 22; Salokangas ym. 2007, 26.)

Ensivaiheelle tyypillisiä oireita ovat mielialan lasku, aloitekyvyttömyys, sosiaalinen vetäytyminen, ärtyneisyys ja ahdistuneisuus. Näiden lisäksi myös psykoottiselle häiriölle tyypillisiä oireita, kuten erilaisia ajatushäiriöitä, aistiherkkyyttä ja havaintovääristymiä voi ilmetä lievämuotoisena ja ohimenevänä. Yhteenvetona voidaan puhua pikkuhiljaa etenevästä melko kokonaisvaltaisesta toimintakyvyn heikkenemisestä. (Alakare & Veijola 2002; Katajamäki ym. 2009, 5; Salokangas & Suomela 2004; Salokangas 2002, 19; Skitsofrenia 2013; Suvisaari 2003.)

Myöhäisvaiheessa eli välittömässä riskivaiheessa oireita esiintyy kuten ensivaiheessa, mutta vaikeampiasteisena (Katajamäki ym. 2009, 5). Psykoosin kaltaiset oireet, kuten epäluuloisuus, hajanaisuus, havaintovääristymät ja aistiharhat vahvistuvat (Alakare & Veijola 2002; Katajamäki ym. 2009, 5; Salokangas & Suomela 2004; Salokangas 2002, 19; Skitsofrenia 2013; Suvisaari 2003). Oireilevan henkilön realiteettitaju hämärtyy. Käytöksessä ilmenevät muutokset aiheuttavat enenevässä määrin huolta kanssaihmisissä (Luutonen ym. 2006, 23).

Ennakko-oirevaiheen jälkeen siirtyminen varsinaiseen psykoosiin tapahtuu usein vaiheittain. Psykoottisten oireiden vaikeutuessa kognitiot ja toimintakyky heikkenevät. Uutena oleellisena piirteenä tulee esiin realiteettitajun heikkeneminen, joka johtaa sairauden tunnistamisen heikkenemiseen ja katoamiseen. Henkilö tulee vakuuttuneeksi kokemustensa todellisuudesta. (Luutonen ym. 2006, 22.)

3 ENSIPSYKOOSIN VARHAINEN TUNNISTAMINEN

Psykoosin varhainen tunnistaminen on tavoitteellista toimintaa, jolla pyritään seulomaan ja tunnistamaan suuren psykoosiriskin potilaat. Tämän avulla pyritään tehostamaan varhaisen puuttumisen mahdollisuutta ja sen ajoittumista oikeaan kohtaan. (Gleeson & McGorry 2005, 11 - 12.)

3.1 Psykoosin varhaisen tunnistamisen menetelmät

Viime vuosina useat tutkimukset ovat keskittyneet psykoosiriskin tunnistamiseen. Näiden perusteella psykoosiriskiä voidaan kohtalaisen hyvin arvioida jo ennen varsinaisen psykoosin puhkeamista (Alakare & Veijola 2002; French & Morrison 2008, 5; Salokangas ym. 2007, 128; Salokangas ym. 2002, 5).

Psykoosin varhainen tunnistaminen jonkin yksittäisen taustatekijän perusteella ei ole ennustearvoltaan riittävä. Luotettavampaan käsitykseen mahdollisesta psykoosiriskistä onkin pyritty pääsemään kartoittamalla jo alkanut sekamuotoinen oireilu ja yhdistämään se olemassa oleviin riskitekijöihin (Lönnqvist & Suvisaari 2009; Salokangas & Suomela 2004). Riskitekijöiden esiintyminen päällekkäin antaa monesti vahvoja viitteitä psykoosiriskin suurentumisesta. (Gleeson & McGorry 2005, 23; Lönnqvist 2004, Salokangas ym. 2002, 17; Suvisaari 2003.)

On todettu, että potilaan psyykkisen voinnin seurantaan ja tarkempiin tutkimuksiin tulisi kiinnittää erityistä huomiota mikäli:

- a. Henkilöllä ilmenee ”vaimentuneita psykoosioireita”; esimerkiksi outoja ajatuksia ja uskomuksia, outoja piirteitä käyttäytymisessä, aistihavaintovääristymiä, vaikutuselämyksiä, pelkoja tai epäluuloisuutta. Oireet ovat normaalista poikkeavia, niitä esiintyy usein ja vähintään viikon ajan.
- b. Henkilön katsotaan olevan suurentuneessa riskissä, mikäli hänellä esiintyy psykoottisia oireita, jotka kestävät lyhyen aikaa, maksimissaan viikon. Käytännössä näitä ovat esimerkiksi ääniharhan kuuleminen tai vainoharhainen ajatus johon liittyy realiteetin hetkellinen pettäminen.
- c. Henkilö on suurentuneessa riskissä myös, mikäli hänellä todetaan olevan sukurasitus/alttius psykoottiseen häiriöön (ensimmäisen asteen sukulaisella sairastettu psykoosi tai henkilöllä todettu skitso-tyyppinen persoonallisuus) yhdistettynä toimintakyvyn äkilliseen tai

merkittävään alentumiseen (Salokangas & Suomela 2004; Skitsofrenia 2013, Suvisaari 2003.)

Psykoosin varhaisten oireiden tunnistamista on pyritty helpottamaan kehittämällä matalan kynnyksen palveluita ja helppokäyttöisiä seulontamenetelmiä, kuten arviointilomakkeita (Gleeson & McGorry 2005, 11 - 12; Salokangas ym. 2007). Tällä hetkellä on jo käytettävissä arviointimenetelmiä, joilla psykoosiriski pystytään tunnistamaan suhteellisen luotettavasti (French & Morrison. 2008, 5; Salokangas ym. 2007, 128). Amerikassa kehitetty menetelmä SIPS (haastattelulomake) / SOPS (arviointiasteikko) on kehitetty erityisesti psykoosiriskitapausten arviointiin. Kysymykset ovat riskiryhmille sopivia. Yleisiin mittareihin verrattuna se tunnistaa riskitapauksiin liittyviä merkkejä herkemmin. Mittarin tavoitteena on sulkea pois psykoosiriski, tunnistaa mahdollinen riskiprofiili ”prodromaalisyndrooma” ja arvioida oireiden vaikeusaste. (French & Morrison 2008, 32 - 33; Miller ym. 2001; Salokangas ym. 2007, 48.) Haastatteluun sisältyy viisi positiivisen, kuusi negatiivisen, neljä disorganisaation eli hajajaisuuden ja neljä yleisen oirekategorian osiota. Havainnot pisteytetään ja arvioidaan taulukon avulla (Miller ym. 2001).

Hyvänä palveluesimerkkinä toimii Jorvin sairaalassa vuosina 2006–2008 toteutettu JERI -projekti (Jorvi Early Psychosis Recognition and Intervention). Projektin myötä koottiin viisihenkinen työryhmä, joka toimi erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon välimaastossa. Työryhmän tarkoituksena oli luoda tarkoituksenmukaisia, nopeasti reagoivia ja joustavia toimintatapoja psykoosiriskissä oleville. Toimintatapoina oli työskentely arkiympäristössä, tiedottaminen toiminnasta esimerkiksi kouluilla, helppo saatavuus, tukea antavat tapaamiset ja nopeasti järjestettävät perhe- ja verkostotapaamiset, joissa hyödynnettiin toimintakykyä ja vointia kohentavia työtapoja. (Karjalainen ym. 2009.)

Psykoosiriskin ja tarkemman tutkimuksen tarpeen arvioimiseksi käytetään yleisesti Suomessa kehitettyä PROD-seulaa (Salokangas ym. 2009, 159 - 162). Seulan selkeä etu on sen helppo ja nopea käyttö esimerkiksi päivystävän sairaanhoitajan vastaanotolla. Seula koostuu toimintakykyä ja psyykkisiä oireita kartoittavista kysymyksistä. (Salokangas ym. 2007, 44.)

3.2 Psykoosin varhaisen tunnistamisen merkitys

Psykoosin varhaisen tunnistamisen ja näin ollen aiemmin aloitetun hoidon avulla voidaan mahdollisesti ennaltaehkäistä psykoosisairausten puhkeaminen, nopeuttaa oireista toipumista, parantaa ennustetta, vähentää psykoosista potilaalle ja hänen läheisille aiheutuvaa kärsimystä. Tilanne pystytään myös varmemmin hoitamaan avohoidon keinoin, välttämään todennäköisemmin vastentahtoista hoidolta, pystytään säilyttämään ja elvyttämään potilaan yhteydet normaalin elämän rakenteisiin paremmin. Samoin pystytään pitämään sosiaalinen tukiverkosto paremmin ja varmemmin mukana potilaan elämässä ja hoidossa, vähennetään riskejä saada ”liitännäisongelmia”, kuten päihteidenkäyttöä, itsetuhoisuutta, työttömyyttä ja syrjäytymistä. Varhaisella tunnistamisella vähennetään psykoosin sekä yksilölle että yhteiskunnalle aiheuttamia kustannuksia. (French & Morrison 2008, 21; Gleeson & McGorry 2005, 28 - 32; Lönnqvist ym. 2011, 103; Salokangas ym. 2007, 19.)

4 ENSIPSYKOOSIIN SAIRASTUNEEN HOITO

4.1 Hoidon tavoitteet

Ensimmäistä kertaa psykoosia sairastavan hoidossa tärkeintä on ajoitus sekä hoitokeinojen laatu. Paremmalle hoitomyöntyvyydelle ja ennusteelle oleellisia tekijöitä ovat sairauten vaiheet huomioon ottava, kattava hoito sekä se että hoitamaton psykoosi, eli aika jonka henkilö on psykoosissa mutta vailla hoitokontaktia, saataisiin mahdollisimman lyhyeksi. (Gleeson & McGorry 2005, 23.)

Hoidolla pyritään vaikuttamaan oireista toipumisen nopeuttamiseen ja pitkäaikaisen ennusteen parantamiseen (French & Morrison 2008, 21; Gleeson & McGorry 2005, 28 - 32; Katajamäki ym. 2009, 4; Lönnqvist ym. 2011, 103; Salokangas ym. 2002, 10; Salokangas ym. 2007, 19). Hoidon pidemmän tähtäimen keskeisinä tavoitteina on oireettomuus, toimintakyvyn palauttaminen tai koheneminen sekä psykoosioireiden uusiutumisen ehkäiseminen (Luutonen ym. 2006, 33).

4.2 Hoidon aloittaminen

Akuutin hoidon tavoitteena on psykoottisten oireiden nopea lievittyminen, jotta toipuminen voi alkaa (Lönngqvist ym. 2012, 105). Ensi kertaa psykoottisesti oireilevan potilaan kohdalla on hyödyllistä noudattaa seuraavia hoidollisia periaatteita: Potilas kohdataan kunnioittavasti, häntä kuunnellaan ja hänen osallistumisestaan hoitoon tuetaan (Seikkula & Arnkil 2005, 43; Skitsofrenia 2013).

Hoitoon pääsy tehdään mahdollisimman helpoksi, ja jokainen taho noudattaa kannattavaa hoito-otetta potilaan hoitovastuun siirtyessä hoitopaikkojen välillä (Gleeson & McGorry 2005, 24, 27; Seikkula & Arnkil 2005, 48 - 50).

Tahot, jotka kohtaavat / jotka otetaan mukaan suunnittelemaan hoitoa ensi kertaa psykoottisesti oireilevalle henkilölle, saavat konsultaatioapua sekä helposti saatavilla olevat toimintaohjeet (Gleeson & McGorry 2005, 24, 27; Seikkula & Arnkil 2005, 164 - 165).

Ensipsykoosi pyritään ensisijaisesti hoitamaan avohoidon keinoin tarjoamalla kriisi-työn luonteisesti yksilökäynnit tiiviisti, hoitamalla oireenmukaisesti, tukemalla perhettä tarjoten perhetyön mahdollisuutta sekä tekemällä yhteistyötä potilaan verkoston kanssa (Gleeson & McGorry 2005, 24,27; Skitsofrenia 2013).

Potilaan tilanteen vaatiessa sairaalahoitoa pyritään se toteuttamaan hänen kanssaan yhteistyössä. Sairaalassa pyritään järjestämään mahdollisimman optimaalinen ympäristö ja hoitokokonaisuus psykoosista toipumiseen (Gleeson & McGorry 2005, 25, 27; Skitsofrenia 2013.)

Hoidossa suositaan monipuolisia psykososiaalisia hoitomuotoja (Gleeson & McGorry 2005, 25, 27; Skitsofrenia 2013).

Potilaan perheenjäsenet huomioidaan, heidän osallistumisestaan hoitoon suositellaan ja pidetään tärkeänä. Myös potilaan muut tärkeänä pitämät henkilöt ja verkostot pyritään ottamaan mukaan hoitoon. (Gleeson & McGorry 2005, 26, 27; Seikkula & Arnkil 2005, 45 - 47; Skitsofrenia 2013.)Lääkehoidon suunnittelussa ja toteutuksessa noudetaan viimeisimpiä suosituksia (Gleeson & McGorry 2005, 25, 27).

4.3 Tutkimukset

Ensipsykoosin vuoksi hoitoon hakeutuvan kohdalla on tärkeää sulkea pois muut oireita selittävät tekijät tarkemmilla tutkimuksilla. Näitä tutkimuksia ovat mm. neurologiset ja somaattiset tutkimukset. (Lönqvist ym. 2012, 134 - 135.) Somaattiseen tutkimukseen kuuluvat yleis- ja neurologisen tilan tutkiminen, laboratoriotutkimukset ja tarvittaessa kuvantamistutkimukset (Skitsofrenia 2013). Tutkimuksilla selvitetään, johtuvatko psykoottiset oireet mahdollisesti elimellisistä syistä, kuten aivosairauksista, endokriinisistä häiriöistä, infektiosta, nestetasapainon häiriöistä tai päihteiden käytöstä (Lönqvist & Suvisaari 2009).

Perusterveydenhuollossa tutkimuksiin kuuluu potilaan haastattelu. Haastattelulla pyritään saamaan käsitys potilaan tilanteesta, taustatekijöistä ja mahdollisista oireista, jotka viittaavat psykoottiseen häiriöön. Tarkemmat tutkimukset suoritetaan erikoissairaanhoidossa. Erikoissairaanhoidossa haastattelulla pyritään tarkempaan tiedonkeräämiseen, oirekuvan kartoittamiseen ja diagnostiikkaan. Apuna voidaan käyttää strukturoituja haastatteluinstrumentteja, esimerkiksi SCID (Semistructured Clinical Interview for DSM-IV Disorders) -haastattelulomaketta. Toimintakyvyn laskua voidaan määrittää käyttämällä esimerkiksi GAF-asteikkoa (global assessment of functioning scale). (Luutonen ym. 2006, 27, 50.)

4.4 Hoitomenetelmät

Hoitosuhdetyöskentely on ensipsykoosipotilaan kohdalla tärkeää. Luottamuksellinen hoitosuhde tulee luoda heti sairauden alkuvaiheessa. Ensipsykoosipotilaan kanssa toteutettava hoitosuhdetyöskentely on tavoitteellista, ja siinä keskitytään tiiviisiin tukea antaviin tapaamisiin. Hoitosuhteen katkeamista tulisi välttää. Alkuvaiheessa tapaamisten keskeisinä teemoina ovat kriisistä selviytyminen ja turvallisuuden saavuttaminen, selviytymiskeinojen tukeminen, psykoosin ymmärtäminen, lääkehoidon tarpeellisuuden käsittäminen, yksilöllisen oirekuvan ja epätavallisten ajattelumallien käsitteleminen. Myöhemmässä vaiheessa keskustelukäyntien aiheina ovat sairauden vakavuuden ymmärtäminen, identiteetin ja selviytymiskeinojen vahvistaminen, kognitiivisen toimintakyvyn parantaminen, sosiaalisen toimintakyvyn vahvistaminen, itsemurhariskin vähentäminen, ammatillisen toipumisen edistäminen, psykoosin uusiutumisen ehkäiseminen ja haitallisten elämäntapojen seurausten vähentäminen ja ehkäisy. Mikäli

potilas sitoutuu hoitoon huonosti, mikä on tavallista, hoidossa on hyvä noudattaa aktiivista ja selkeää yksilövastuista hoitotyötä, jossa tarpeenmukaisesta hoitoryhmätyökentelystä vastaa yksi henkilö. (Gleeson & McGorry 2005, 25 - 28.)

Lääkehoidossa uudelleensairastumisriskin pienentämiseksi tulee suosia säännöllistä psykoosilääkityksen käyttöä riittävän pitkäaikaisesti yhdessä psykososiaalisten hoitomuotojen kanssa. Lääkehoidon suunnittelussa ja toteutuksessa tulee noudattaa viimeisimpiä suosituksia, joiden mukaan epätyypillisten psykoosilääkkeiden hyöty tyypillisiin verraten on selkeästi parempi. Lääkehoidossa on tärkeää pyrkiä löytämään lääke, joka on haitta-hyötysuhteeltaan optimaalisin vaihtoehto, ja saada se pienimpään mahdolliseen annokseen, jolla hyvä vaste saavutetaan. Lääkehoitoa tulee täydellisestikin toipuneiden potilaiden kohdalla jatkaa mielellään kaksitoista kuukautta, jonka jälkeen lopettamista voidaan kokeilla asteittain voinnin seuranta tiivistäen. (Gleeson & McGorry 2005, 28 - 32.)

Päihde-ongelman tunnistamiseen tulee ensipsykoosipotilaiden kohdalla kiinnittää huomiota sen yleisyyden vuoksi. Mikäli päihdeongelma tunnistetaan, pyritään sitä hoitamaan psykiatrisessa hoitopaikassa tai mahdollisesti päihdehoidon järjestäjän kanssa yhteistyössä. (Gleeson & McGorry 2005, 155.)

Psykoosipotilaiden itsemurhariski on suuri ja potilasryhmästä nimenomaan ensimmäistä kertaa psykoosiin sairastuneet ovat suurimmassa riskissä. On todettu, että ainakin puolet ensipsykoosin vuoksi hoitoon tulleista on ajatellut lähiaikoina itsemurhaa. Itsetuhoisuuden tunnistamiseen ja tarkkailuun tulee kiinnittää erityistä huomiota. (Gleeson & McGorry 2005, 193.)

Potilaan perheen huomioiminen ja sen osallistuminen heti hoidon alkuvaiheessa on tärkeää (Seikkula & Arnkil 2005, 45 - 47; Skitsofrenia 2013). Perheenjäsenille tilanne aiheuttaa usein hämmennystä, ahdistuneisuutta ja kärsimystä. Perheen rooli ensipsykoosipotilaan toipumisessa voi olla merkittävä, mutta stressaantunut perhe ei tue toipumista ja kuntoutumista. Perhetyössä käsitellään psykoosin vaikutuksia perhejärjestelmään, tarkoituksena on antaa tietoa, lievittää stressiä ja parantaa perheen tarkoituksenmukaista toimivuutta sairastuneen henkilön tukemiseksi. Perhetyössä hyödynnetään erilaisia tapaamisvariaatioita, esimerkiksi yksilö-, perhe-, verkosto- ja ryhmätapaamisia. (Gleeson & McGorry 2005, 112 - 118.)

Ryhmäterapeuttiset tapaamiset ovat yksi psykososiaalisen hoidon muoto. Ryhmäinterventioiden hyödyntäminen ensipsykoosipotilaan hoidossa on järkevää, koska potilaat ovat yleensä iältään suurin piirtein samalla tasolla, tietämättömiä hoitojärjestelmästä, kyvykkäämpiä ilmaisemaan ja käsittelemään ongelmiaan ryhmätilanteissa ja alttiimpia epäterveellisille elämäntavoille, kuten päihteiden käytölle. Ryhmätapaamisten avulla pyritään vähentämään sairauden uusimisriskiä, oppimaan tunnistamaan ennakkooireita ja varhaisia varomerkkejä, parantamaan tietoisuutta sairaudesta, tukemaan ikätason mukaista identiteettiä, kehittämään sosiaalisia taitoja tavoitteena sopeutuminen ystäväpiiriin, jolloin myös häpeän tunne vähenee. Samoin käydään läpi stressitekijöitä ja niiden hallintaa sekä päihteiden käytön vaikutuksia. (Gleeson & McGorry 2005, 133 - 135.)

Psykoosipotilaiden hoidossa verkostotyöllä tarkoitetaan monen eri toimijan yhteistyötä potilaan auttamiseksi. Ensipsykoosipotilaiden kyky huolehtia itsestä ja sosiaalisista suhteista heikkenee, joten he ajautuvat tilanteeseen, jossa he tarvitsevat todennäköisesti useita eri tukipalveluita. (Hirvonen & Salokangas 2012.) Palvelutahojen välistä yhteistyötä, ”verkostotyötä”, tulisi luoda toimivaksi. Verkostotyössä olisi tärkeää pyrkiä luomaan yhteistyössä potilaan, hänen perheensä ja tarpeenmukaisen verkoston kanssa ymmärrys tilanteesta ja tehdä suunnitelma tarpeenmukaisten toimien aloittamiseksi. (Seikkula & Arnkil 2005, 92 - 93).

5 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS JA TAVOITTEET

Opinnäytetyön tarkoituksena oli koota tietoa ja tuottaa opas psykoosin varhaisen tunnistamisen keinoista sekä ensipsykoosipotilaan alueellisesta hoitoprosessista sekä hoitomenetelmistä. Opas tulee linkkinä Hyvis -internetsivustolle osaksi alueellista psykoosiprosessikuvausta, ja sen sisältämää tietoa voi hyödyntää sekä ammattilaiset että muut asiasta tietoa etsivät. Opinnäytetyön tavoitteena oli lisätä tietoa psykoosin varhaisen tunnistamisen keinoista sekä tukea klinisen työn tekijöiden yhteistä linjaa ensipsykoosipotilaan hoidossa.

6 OPINNÄYTETYÖN TOTEUTTAMINEN

6.1 Toimeksiantaja

Opinnäytetyön toimeksiantajana oli Arjen mieli -hanke. Hanke liittyy valtakunnallisen Kaste-ohjelman Itä- ja Keski-Suomen alueiden mielenterveys- ja päihdepalvelujen kehittämiseen. Hanke käynnistyi Etelä-Savon sairaanhoitopiirissä vuonna 2011. (Moring ym. 2011, 124.) Hankkeen yhtenä osa-alueena oli psykoosipotilaan hoitopolun kuvaaminen. Hankkeesta oli tullut yhteistyöpyyntö Mikkelin ammattikorkeakoululle.

Psykoosipotilaan hoitopolkua suunnittelemaan oli muodostettu projektiryhmä. Ryhmässä oli 22 jäsentä Mikkelistä ja Mikkelin seutukunnista. Jäsenet olivat psykiatristen toimipisteiden edustajia erikoissairaanhoidosta, perusterveydenhuollosta, päihdehuollosta sekä kolmannelta sektorilta. (Arjen mieli -hanke 2011.)

6.2 Menetelmä

Opas psykoosin varhaisesta tunnistamisesta ja ensipsykoosipotilaan alueellisesta hoidosta toteutettiin toiminnallisena opinnäytetyönä, jossa yhteistyö työelämän kanssa oli tiivistä ja saumatonta. Yhteisenä tavoitteena oli toiminnan kehittäminen, ohjeistaminen, järjestäminen ja käytännön toiminnan järjeistäminen ammatillisissa toimintaympäristöissä. (Ks. Vilkka & Airaksinen 2003, 9.)

Opinnäytetyössä noudatettiin alustavaa toimintasuunnitelmaa, jossa oli kuvattuna työn aihe ja alustava toteutustapa. Suunnitellut toteutustavat muuttuivat ja täsmentyivät työn edetessä ja sisällön selkeytyessä. (Ks. Vilkka & Airaksinen 2003, 26 - 27.)

6.3 Toteutus

Yhteistyö käynnistettiin ottamalla yhteyttä hankkeen koordinaattoriin. Yhteistyösopimuksen synnyttyä osallistuin projektiryhmän ensimmäiseen kokoukseen ja aloitin työskentelyn yhtenä projektiryhmän jäsenenä. Ryhmästä minulle valittiin työelämäohjaaja, jonka kanssa teimme tiiviimpää yhteistyötä. Sain häneltä ohjausta oman roolini täsmentämiseen sekä apua tuotoksen suunnitteluun ja toteutukseen. Tein alustavan

toimintasuunnitelman hoitopolkumallin kuvauksesta, esittelin sen projektityöryhmälle, joka hyväksyi suunnitelmani.

Projektityöryhmä kokoontui kerran kuukaudessa. Kokousten tarkoituksena oli suunnitella hoitopolkumallin sisältöä, toteutustapaa ja käyttöä. Hankkeeseen kuului projektityö-ryhmän kokousten lisäksi kolme koulutuspäivää, joista osallistuin kahteen. Ensimmäiseen koulutukseen en osallistunut, koska se toteutettiin jo ennen kuin olin mukana hankkeessa. Koulutusten tarkoituksena oli suunniteltujen aiheiden avulla kehittää alueellisten toimijoiden ammattitaitoa psykoosipotilaiden hoitamisessa.

Ensimmäisen koulutuspäivän teema oli varhaisten psykoosioireiden tunnistaminen ja nykyaikaiset psykoterapeuttiset hoitomenetelmät (Ks. French & Morrison 2008). Toisen koulutuspäivän teema oli psykoosi ja päihteet, ja sen tarkoituksena oli antaa käsitystä psykoottisen häiriön ja sen yhteydessä usein ilmenevän päihdehäiriön luonteesta sekä tietoa toimivista työmenetelmistä potilaiden kohtaamisessa ja auttamisessa (Ks. Gleeson & McGorry 2005, Lönnqvist ym. 2011). Kolmannen koulutuspäivän teema oli psykoottiset oireet osana elämää, ja sen tarkoituksena oli antaa tietoa dialogisten työmenetelmien käyttämisestä yksilö perhe- ja verkostotyössä (Ks. Arjen mieli -hanke 2011; Seikkula & Arnkil 2005).

Projektityöryhmän tapaamisten välillä tutustuin aihepiirin materiaaleihin laajasti ja valmistelin projektityöryhmäkokoukseen esityksen, jonka tarkoituksena oli tehdä näkyväksi työni sisällöt ja kerätä tietoa työryhmän toivomuksista ja ehdotuksista työni etenemiseen. Keräämäni tiedon perusteella tarkensin ja rajasin toimintasuunnitelmani.

Opinnäytetyö muodostui erilliseksi oppaaksi, joka tulee osa-alueeksi Hyvis.fi Etelä-Savon internetsivuille psykoosiprosessikuvauksen yhteyteen. Opas on omalla nimellään oleva linkki prosessikaavion alkuvalikossa. Ammattihenkilöt voivat käyttää opasta hyödyksi työssään ja muut asiasta kiinnostuneet tiedon hankkimiseen. Oppaan tekeminen mahdollisti paremmin itsenäisemmän työskentelymuodon. Oppaassa yhdistettiin kokemuksellinen taito tutkittuun tietoon ja tuotiin esiin psykoosipotilaiden hoidon ajankohtaisesti merkittävät aihe-alueet (Ks. Vilka & Airaksinen 2003, 9).

Prosessin edetessä oppaan sisältö täsmentyi. Työelämäohjaajan kanssa järjestettiin suunnittelutapaamisia yhteensä kolme, yksi suunnitteluvaiheessa ja kaksi oppaan toteutusvaiheessa. Tapaamiset olivat erittäin hyödyllisiä oppaan sisällön suunnittelun ja myöhemmässä vaiheessa sekä sisällön työstämisen että rajaamisen täsmentämisen kannalta. Alkuperäiseen suunnitelmaan kuulunut psykoosipotilaan jatkohoito ja kuntoutus jätettiin pois ja keskityttiin psykoosin varhaiseen tunnistamiseen ja ensipsykoosin hoitoon.

6.3.1 Aineiston kerääminen

Suunnitteluvaiheessa tutustuin lähdekirjallisuuteen, joka mielestäni tuki aiheen jäsentämistä. Kokouksessa tekemieni muistiinpanojen avulla hahmottelin sekä työn sisältöä että aihealueen sekä kohderyhmän rajaamista. Rajaamalla aihealuetta ja kohderyhmää mahdollistettiin opinnäytetyön sopiva laajuus (Ks. Vilkka & Airaksinen 2003, 40).

Toteutusvaiheessa hain materiaalin teoreettiseen tietoperustaan käyttämällä hakuportaaleja, kuten Medicia ja Melindaa, sekä internetsivustoja kuten Terveysporttia ja käypä hoito -suosituksia. Internetin hakukone Googella löytyi myös hyödynnettävää materiaalia. Lähdemateriaalin hankkimisessa sain merkittävän avun kirjaston tietoisuusluennoista sekä henkilökohtaisesti kirjaston henkilökunnalta. Kysyin myös palautetta ja arviota suullisesti projektityöryhmältä sekä erityisesti työelämäohjaajalta lähdeaineiston käytettävyydestä. Itselläni oli myös aikaisemman työpaikan kautta luentomateriaaleja joiden kautta sain luotettavia lähdetietoja. Keskeisinä hakusanoina käytin seuraavia: *psykoosi*, *psykoosin varhainen tunnistaminen*, *varhainen psykoosi*, *early psychosis*, *ensipsykoosi*, *psykoosin hoito*, *skitsofrenia*. Teoreettisen osuuden tiedon jäsentämisen ja tiivistämisen hahmottamiseksi käytin apuna muun muassa Keski-Suomen tuottamaa ”Psykoosin ja skitsofrenian tunnistaminen ja hoito Keski-Suomessa” PDF-dokumnettia (Katajamäki ym. 2009) sekä skitsofrenian käypä hoito -suositusta (2013).

Opinnäytetyön tuotoksessa ensipsykoosipotilaan hoito-osiossa, on kuvaus alueellisesta työstä. Tämän osion tiedon kokosin kyselyn perusteella. Heikkilän (2002) mukaan yksi kyselyn muoto on informoitu kysely, joka on kirjekyselyn ja henkilökohtaisen haastattelun välimuoto. Kyseisessä kyselymuodossa vastausprosentti on yleensä korkea, avointen kysymysten toteuttaminen mahdollista, vastaajien tunnettavuus tiedossa

ja se on ajankäytöllisesti tehokas. Kyselymenetelmällä saadaan hyvin kartoitettua olemassa oleva tilanne. Kyselymenetelmässä tulee kiinnittää huomiota vastaamisen ohjeistukseen, kysymysten sanalliseen helppouteen ja aseteluun sekä järjestykseen.

Informoitu kysely muotona kuvaa käyttämäni tekniikkaa. Tämä kyselymuoto oli soveltuva tiedon keräämisen nopeuden ja vastausten luotettavuuden kannalta. Toteutin kyselyn sähköpostin välityksellä projektityöryhmän henkilöille realistisen kuvan saamiseksi alueellisista työmenetelmistä. Kyselystä keskusteltiin projektityöryhmän kokouksissa ja osallistujat sitoutuivat vastaamaan siihen. Kyselyä varten tein kyselylomakkeen jossa oli avoimia kysymyksiä. (Liite 1.) Kyselypohjaan tein alustuksen sekä ohjeistuksen. Ohjeistuksessa pyysin käymään mahdollisuuksien mukaan keskustelua työryhmissä kysymyksistä, jotta vastaukset antaisivat mahdollisimman todenmukaisen kuvan työpisteissä tehtävästä työstä. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 93.)

Materiaalin hankinnan pääperiaatteita olivat tiedon luotettavuus sekä tietolähteiden monipuolisuus, niihin paneutuminen ja hyödynnettävyys (Ks. Vilkka & Airaksinen 2003, 64).

6.3.2 Aineiston analysointi

Opinnäytetyön aihetta voi tarkastella useasta eri näkökulmasta, aiheesta on monenlaisia lähteitä, joiden taustalla on erilaisia tapoja jäsentää tietoa. Lähdemateriaalin valitsin harkitusti ja tarkastelin sitä kriittisesti. Itselläni valmiiksi olevaa ja hakusanoilla löytämäni aineiston uskottavuutta arvioin kriittisesti lähinnä teoksen kirjoittajan tunnettavuuden ja auktoriteetin perusteella, mutta myös siten, että valitsin julkisesti tunnettuja lähteitä. Lähteiden tuoreus vaikutti valintaan, mutta aiempien perustelujen perusteella asiasisällöltään relevantit vanhemmatkin lähteet ovat käyttökelpoisia työksäni. Toiminnallisen opinnäytetyön kannalta enemmän painoarvoa toivat materiaalin laatu ja sovellettavuus. (Ks. Vilkka & Airaksinen 2003, 72 - 73.) Hieman vanhemmat julkaisut mielestäni antoivat näkökulmaa ja painoarvoa asioiden pysyvyyteen.

Käyttämäni aineisto oli osittain alueen ammattilaisilta kyselyllä kerättyä ja siltä osin luotettavaa ja tuoretta. Opasta kirjoittaessani hain aihealueisiin tietoa ja varmennusta useasta lähteestä. Lähdemateriaali oli monipuolista, esimerkiksi tutkimuksia, kirjoja, sairaanhoitopiirien toimintaohjeita, artikkeleita, projektituotoksia ja raportteja sekä

koulutusmateriaaleja. Lähdemateriaalin käytön ideana olikin hakea mahdollisimman paljon varmennusta aina kyseisen aihealueen taustalle. Tämän vuoksi oppaan teksteissä viitataan suurimmassa osassa kohtia useampaan kuin yhteen lähteeseen, mikä tukee tekstin luotettavuutta.

Hirsjärven (2007) mukaan aineiston analysointi, tulkinta ja johtopäätökset ovat tutkimuksen ydinasia. Analyysivaiheessa tutkija alkaa saada vastauksia asettamilleen kysymyksille. Tulkinta vaiheessa aineiston merkitystä pohditaan ja selvennetään. Johtopäätöksillä annetaan merkityksiä saaduille tuloksille ja mietitään niiden käytettävyyttä.

Kyselylomakkeella hankkimani aineisto antoi hyvän kuvauksen alueellisista työtaivoista, jotka yllätyksekseni olivat linjaukseltaan hyvin yhteneväiset. Kyselyvastauksista tein koosteen yhdistämällä ne yhteen kyselylomakkeeseen. Vastauksista hain yhteneväisyydet toimintatavoista, minkä myötä loin oppaaseen osat toiminnan kuvauksista ensipsykoosipotilaan hoidossa. Eroavaisuudet vastauksissa pyrin tuomaan esiin kirjoittamalla auki toimintakuvauksia toimipisteistä esimerkiksi psykiatrian akuuttityöryhmän ja psykoosipoliklinikan osalta. Mainittakoon, että laadullisen tutkimuksen menetelmiä ei käytetty tarkasti ja järjestelmällisesti, tämä ei toiminnallisessa opinnäytetyössä olekaan välttämätöntä (Ks. Vilka & Airaksinen 2004, 57).

7 TUOTOKSEN KUVAUS

Toiminnallisena opinnäytetyönä tuotettua opasta voisi kuvailla tietopakettina, toisaalta oppaassa on myös ohjeistusta tai paremmin ilmaistuna hoitotyön linjauksia. Oppaan aihealueita ja toteutustapaa miettiessä tulee kiinnittää huomiota kohderyhmään, kenelle työtä tekee, ja toteutustapaan, miten opasta käytetään. (Vilka & Airaksinen 2004, 51 - 52.) Näiden asioiden työstäminen vaati suunnittelua. Opas sisältää paljon tekstiosuuksia, joiden asiasisältö on kaksijakoinen, tietopainotteinen ja toimintaa kuvaava. Tietopainotteisesta osuudesta pyrittiin tekemään helppolukuinen muuttamalla sekä vaikeita lauserakenteita yksinkertaisemmaksi että ammattikielen ilmaisuja arkikieliseksi. Tekstissä pyrittiin myös lyhyisiin tietoisuusomaisiin kappaleisiin, joiden tarkoituksena oli mielenkiinnon säilymisen varmistaminen ja tehokas informatiivisuus.

Oppaan oli tarkoitus antaa kuvaus myös alueellisesta toiminnasta Etelä-Savon yhteistoiminta-alueella ensipsykoosipotilaan hoidossa. Alueen työryhmistä kerättiin haastattelulla tietoja jotka koottiin tähän alueen työtä kuvaavaan osuuteen. Toimintakuvaus toi esiin yhteiset linjaukset, jotka tukivat hankkeen tavoitteita yhteneväisyyden parantamisesta. Toimintakuvausosioon lisättiin myös lähdemateriaalista kootut tärkeät tavoitteet ja periaatteet ensipsykoosipotilaan laadukkaaseen hoidon toteuttamiseksi. Oppaaseen kerätty tieto kokonaisuudessaan antaa myös suuntaviivoja tulevaisuuden psykoosihoidon alueelliselle kehittämiselle.

Oppaan tieto koottiin useista lähteistä, ja sen oli tarkoitus antaa lukijalle yleisesti hyväksytty selkeä kuva psykoottisen häiriön synnystä ja ensipsykoosipotilaan alkuvaiheen hoidosta. Oppaan oli tarkoitus antaa ajattelun aihetta, tuoda uusia näkökulmia ja kuvata tulevaisuuden mahdollisuuksia psykoosipotilaiden hoitotyössä. Työssä kuvailtiin psykoosin varhaistunnistamista ja ensipsykoosipotilaan hoitoa kooten teorian tiedon pohjalta yleisesti hyväksytyjä toimintalinjauksia. Oppaasta tehtiin tietopainotteinen ja ensisijaisesti ammattihenkilöille tarkoitettu, mutta soveltuva myös sairastuneen verkostolle. Oppaasta on hyötyä kaikille jotka ovat etulinjassa kohtaamassa mahdollisesti suurentuneessa psykoosiriskissä olevia tai jo psykoottisesti oireilevia henkilöitä. Oppaan tarkoituksena on myös toimia yhteisenä hyvän hoidon ”laatukäsikirjana” alueen psykoosipotilaita hoitaville tahoille sisältäen esimerkiksi hoidon tavoitteet, periaatteet ja alueen yhteneväiset hoitolinjaukset.

8 ARVIOINTI

Arviointiosuudessa keskitytään tarkastelemaan asetettujen tavoitteiden saavuttamista ja projektityöryhmän antamaa arviota.

Tärkein osa toiminnallisen opinnäytetyön arviointia on, onko sille asetetut tavoitteet saavutettu (Vilkkä & Airaksinen 2004, 155). Opinnäytetyön tavoitteena oli parantaa psykoosin varhaista tunnistamista sekä auttaa kliinisen työn tekijöitä löytämään yhteinen linja psykoosipotilaiden hoidossa. Opas käsittelee psykoosiin sairastumista sekä psykoosin varhaisen tunnistamisen keinoja, ja tältä osin se tarjoaa tietoa, joka voi auttaa jatkossa reagoimaan psykoosisairauden puhkeamiseen aiemmassa vaiheessa. Opinnäytetyönä tuotettuun oppaaseen on sisällytetty myös työssä helposti sovellettavia ”työkaluja”, joita voi hyödyntää hoidettaessa ensipsykoosipotilaita. Yhteisistä hoi-

tolinjauksista ja hoidon periaatteista keskusteleminen projektityöryhmän tapaamisissa oli varmasti tuloksellista itsessään työtapojen yhdenmukaistamiseksi. Oppasta tehdessä nämä asiat konkretisoituivat, tulivat näkyviksi ja edelleen oppaan avulla siirrettäviksi hoitoa toteuttaviin yksiköihin.

Projektityöryhmän arviot oppaasta olivat positiiviset. Valmis opas lähetettiin arvioitavaksi työryhmän jäsenille, jotka antoivat palautetta. Tässä vaiheessa tekstisisältöön tuli työryhmän jäseniltä joitain pieniä muutosehdotuksia, lähinnä lauserakenteisiin liittyen. Oppaan liittämistä sellaisenaan Hyvis -internetsivuille käytiin keskustelua. Keskustelut liittyivät oppaaseen yhdistettyihin liitteisiin, joiden on tarkoitus toimia työntekijöiden työinstrumentteina. Päädyttiin siihen, että työn voi liittää kokonaisuksi. Projektityöryhmän mielestä opinnäytetyönä tuotettu opas toimii jatkossa hyvin esimerkiksi osastotunnin aiheena ja materiaalina. Työelämäohjaajalta saadussa erillisessä palautteessa mainitaan opinnäytetyön työvaiheiden sujuneen suunnitellusti. Opinnäytetyönä tuotettu opas on sisällöltään ymmärrettävä ja asiallinen, työ on käyttökelpoinen apuväline esimerkiksi perehdytyksessä, ja siitä saa hyvin tietoa sekä ammattilaiset että muut asiasta kiinnostuneet. (Ks. Vilka & Airaksinen 2004, 157 - 159.)

9 POHDINTA

Ammatillisen kasvun kannalta opinnäytetyön aihe oli itselleni mieleinen. Aiemman työhistoriani kautta itselläni oli sekä tietoa että kokemusta psykoosipotilaiden hoidosta. Olen myös hyvin kiinnostunut työskentelemään jatkossa psykiatrisessa hoitotyössä. Opinnäytetyön kautta sain mahdollisuuden syventyä aiheeseen sekä tutustua alueelliseen hoitojärjestelmään, ja mikä parasta, sain olla osa työryhmää, jonka tarkoituksena oli alueellisen psykoosipotilaiden hoidon kehittäminen. Sain aihealueesta paljon uutta tietoa ja opin hyödyllisiä, luotettavia tiedonhankintatapoja.

Osallistuminen hankkeeseen on opettanut itselleni projektityöskentelyn periaatteita, kuten suunnittelua, tavoitetyöskentelyä, vastuunjakamista ja aikatauluttamista. Mielestäni opinnäytetyön yhdistäminen osaksi hanketta oli hyvin haastavaa, ja jälkepäin ajateltuna olisin hyötynyt tarkemmasta toimeksiannosta. Omien intressieni tuottama ajatus erillisestä oppaasta ja sen aihealueet saivat hyvän vastaanoton projektityöryhmässä. Asiaan liittyvän suuren mielenkiintoni ja tietopohjani ansiosta todennäköisesti

kuulostin siltä, että homma on hallussani. Tosiasiassa opinnäytetyön tekemiseen liittyvä huolellinen asioihin perehtyminen ja suunnittelu jäivät valitettavasti innokkuuteni varjoon. Työskentelyssäni näen paljon kehitettävää, toisaalta oppimisprosessina opinnäytetyön tekeminen työläimmän kautta on ollut rakentavasti kehittävä.

Oppaan käytettävyys ei ole mielestäni paras mahdollinen. Tämä johtuu siitä, että kohderyhmä ei ollut tarkasti rajattu. Alkuperäisessä ehdotuksessa ajatuksena oli tehdä opas ammattilaisille. Tätä ideaa kuitenkin muutettiin siten, että se olisi käyttökelpoinen kaikille, jotka hakevat tietoa psykoosin hoidosta alueella. Muutos oli aiheellinen, koska hankkeen tavoitteena oli antaa tietoa alueellisesta psykoosipotilaiden hoidosta nimenomaan kaikille sitä etsiville. Valitettavasti valmis opas jäi mielestäni näiden kahden kohderyhmän välimaastoon ollen ammattilaisille kevyt ja ”maallikoille” raskas.

Lähdemateriaalimäärä olisi voinut olla suurempikin ja ulkomaisten lähteiden runsaampi käyttö olisi varmasti lisännyt sekä tiedon ajantasaisuutta että uskottavuutta. Arvelin tiedonkäsittelyn tarkkuuden yhdistettynä omaan kielitaitooni olevan riskialtis virheille, joten pitäydyin suurelta osin suomenkielisessä materiaalissa.

LÄHTEET

Alakare, Birgitta & Veijola, Juha 2002. Psykoosien varhainen toteaminen ja hoito. WWW-dokumentti <http://www.fimnet.fi/cgi-cug/brs/artikkeli.cgi?docn=000017821>. Päivitetty 2002. Luettu 10.7.2013.

Arjen mieli -hanke 2011. WWW-sivut. <http://www.arjenmieli.fi/esshp> Päivitetty 19.9.2012, Luettu 25.6.2013.

Bersani, G, Orlandi, V, Kotzalidis, G, D & Pancheri, P. 2002. Cannabis and schizophrenia: impact on onset, course, psychopathology and outcomes. WWW-dokumentti. <http://link.springer.com/article/10.1007/s00406-002-0366-5#>. Päivitetty 3/2002. Luettu 8.8.2013.

Bruijn, Tuula 2006. Käytännön psykoedukaatiota psykoosipotilaan perheelle. Suomen lääkärilehti 41/2006 vsk 61. s 4219 - 4225.

Cullberg, Johan 2005. Psykoosit – kokoava näkökulma. Vantaa: Dark Oy.

French, Paul & Morrison, P, Anthony 2008. Psykoosin varhaisoireet - tunnistaminen ja kognitiivinen psykoterapia. Helsinki: Duodecim.

Gleeson, John & McGorry, Patric 2005. Varhaisen psykoosin psykoterapeuttinen hoito. Helsinki: Edita.

Haarakangas, Kauko & Seikkula, Jaakko 1999. Psykoosi – uuteen hoitokäytäntöön. Tampere: Tammer-paino oy.

Heikkilä, Tarja 2002. Tilastollinen tutkimus. Helsinki: Edita Prima Oy.

Hirsjärvi, Sirkka, Remes, Pirkko & Sajavaara, Paula 2007. Tutki ja Kirjoita. Helsinki: Tammi.

Huttunen, Matti 2011. Tietoa potilaalle: psykoosi. WWW-artikkeli.

http://www.terveysportti.fi/dtk/ltk/koti?p_haku=psykoosi. Päivitetty 22.10.2011. Luettu 15.6.2013.

Kampman, Olli 2001. Skitsofrenian diagnoosi ja varhaistunnistaminen. Suomen lääkärilehti 12/2001 vsk 51. s. 1377 - 1382.

Kankkunen, Päivi & Vehviläinen-Julkunen, Katri 2009. Tutkimus hoitotieteessä. WSOYpro Oy: Helsinki.

Karjalainen, Marjaana, Itkonen, Arja, Edlund, Virve, Granö, Niklas, Anto, Jukka & Roine, Mikko 2009. Nuorille ajoissa apua mielenterveysongelmiin. WWW-dokumentti

http://www.sairaanhoitajaliitto.fi/ammattilliset_urapalvelut/julkaisut/sairaanhoitajalehti/10_2009/asiantuntija-artikkeli/nuorille_ajossa_apua_mielenterv/. Päivitetty 10/2009. Luettu 26.7.2013.

Katajamäki, Juha, Vanhala, Marjatta & Anttonen, Seppo 2009. Psykoosin ja skitsofrenian tunnistaminen ja hoito Keski-Suomessa. PDF-dokumentti.

<http://www.ksshp.fi/Public/default.aspx?nodeid=34110> Päivitetty 22.12.2009. Luettu 18.7.2013.

Luutonen, Sinikka, Heinisuo, Anna-Maria, Ilonen, Tuula, Jalava, Elvi, Karlsson, Linnea, Ranta, Klaus, Svartsjö, Raili, Svirskis, Tanja & Salokangas, Raimo 2006. Varhain, vakavien mielenterveydenhäiriöiden tunnistus ja hoito, opas perusterveydenhuollolle ja psykiatriselle erikoissairaanhoidolle. Turku: Finepress Oy.

Lönnqvist, Jouko 2004. Psykooseja voidaan ehkäistä. WWW- artikkeli.

<http://demo.seco.tkk.fi/tervesuomi/item/ktl:1966> Päivitetty 1/2004. Luettu 25.6.2013.

Lönnqvist, Jouko, Henrikson, Markus & Marttunen, Mauri 2011. Psykiatria. Keuruu: Duodecim.

Lönnqvist, Jouko & Suvisaari, Jaana 2009. Psykoosi. WWW-artikkeli
http://www.terveyskirjasto.fi/kotisivut/tk.koti?p_artikkeli=seh00066. Päivitetty
19.1.2009. luettu 3.9.2013.

Mielenterveyslaki 1990/1116. <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1990/19901116>.
Päivitetty 14.12.1990. Luettu 16.7.2013.

Miller, Tandy, McGlashan, Thomas, Rosen, Joanna, Cadenhead, Kristen, Ventura,
Joseph, McFarlane, William, Perkins, Diana, Pearlson, Godfrey & Woods, Scott 2001.
Prodromal Assessment With the Structured Interview for Prodromal Syndromes and
the Scale of Prodromal Symptoms: Predictive Validity, Interrater Reliability, and
Training to Reliability. PDF-dokumentti.
<http://schizophreniabulletin.oxfordjournals.org/content/29/4/703.full.pdf>. Päivitetty
2003. Luettu 14.8.2013.

Moilanen, Kristiina 2013. Psykoosin arviointi. WWW-dokumentti.
<http://www.duodecimlehti.fi/web/guest/arkisto>. Päivitetty 2013. Luettu 7.8.2013.

Moring, Juha, Martins, Anne, Partanen, Airi, Bergman, Viveca, Nordling, Esa & Ne-
valainen, Veijo 2011. Kansallinen mielenterveys- ja päihdesuunnitelma 2009–2015
Toimeenpanosta käytäntöön 2010. Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen raportteja 6.
<http://www.thl.fi/thl-client/pdfs/d5f4cb21-cc45-4398-9679-8207945705d7>. Päivitetty
6/2011. Luettu 25.6.2013.

Robinson, MD; Margaret G. Woerner, PhD; Jose Ma. J. Alvir, DrPH; Robert Bilder,
PhD; Robert Goldman, PhD; Stephen Geisler, MD; Amy Koreen, MD; Brian Sheit-
man, MD; Miranda Chakos, MD; David Mayerhoff, MD & Jeffrey A. Lieberman,
MD 1999. Predictors of Relapse Following Response From a First Episode of Schizo-
phrenia or Schizoaffective Disorder. WWW-dokumentti
<http://archpsyc.jamanetwork.com/article.aspx?articleid=204795>. Päivitetty 3/1999.
Luettu 10.8.2013.

Raimo K. R. Salokangas, Markus Heinimaa, Tanja Svirskis, Jukka Huttunen, Tiina
Laine, Jyrki Korkeila, Tuula Ilonen, Terja Ristkari, Leena Vaskelainen, Jaakko Reko-

la, Anna-Maria Heinisuo, Jyrki Heikkilä, Erkka Syvälahti, Jussi Hirvonen, Riitta Parkkola, Jarmo Hietala, Joachim Klosterkötter, Stephan Ruhrmann, Heinrich Graf von Reventlow, Don Linszen, Peter Dingemans, Max Birchwood ja Paul Patterson 2007. Psykoosille altis potilas. Sosiaali ja terveysturvan tutkimuksia 91. WWW-dokumentti.

[http://www.kela.fi/in/internet/liite.nsf/NET/191207084524HJ/\\$File/tutkimuksia91_net ti.pdf?openElement](http://www.kela.fi/in/internet/liite.nsf/NET/191207084524HJ/$File/tutkimuksia91_net ti.pdf?openElement) Päivitetty 2007. Luettu 10.7.13.

Salokangas, Raimo, Heinimaa, Markus & Suomela, Tanja 2002. Psykoosialttiuden arvioinnin opas. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.,

Salokangas, Raimo & Suomela, Tanja 2004. Psykoosin varhaistunnistaminen ja ensivaiheen hoito. WWW-dokumentti. <http://www.fimnet.fi/cgi-cug/brs/artikkeli.cgi?docn=000022022>. Päivitetty 2004. Luettu 30.6.2013.

Seikkula, Jaakko & Arnkil, Tom Erik 2005. Dialoginen verkostotyö. Tampere: Tammi.

Sosiaali- ja terveysministeriö 2012. sosiaali- ja terveydenhuollon kansallinen kehittämisohjelma. WWW-sivut. www.stm.fi/kaste Päivitetty . 16.11.2012. Luettu 21.11.2012

Skitsofrenian käypähoitosuositus 2013. Suomen psykiatriayhdistyksen asettama työryhmä, Duodecim. WWW-sivut.

<http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/naytaartikkeli/.../hoi35050> Päivitetty 14.2.2013. Luettu 4.6.2013.

Suvisaari, Jaana 2003. Voiko skitsofreniaan sairastumista ennustaa? PDF-dokumentti.

<http://www.terveyskirjasto.fi/xmedia/duo/duo93704.pdf>. Päivitetty 2003. Luettu 14.7.2013

Suvisaari, Jaana, Perälä, Jonna, Viertiö, Satu, Saarni, Suoma, Tuulio-Henriksson, AnnaMari, Partti, Krista, Suokas, Jaana & Lönnqvist, Jouko 2012. Psykoosien esiintyvyys ja alueellinen vaihtelu Suomessa. Lääkärilehti, 9, 677 - 683.

Vartiainen, Heikki 1999. Psykoottisuuden arviointi. WWW-artikkeli. <http://www.fimnet.fi/cgi-cug/brs/artikkeli.cgi?docn=000009794>. Päivitetty 3/1999. Luettu 20.7.2013.

Vilka, Hanna & Airaksinen, Tiina 2003. Toiminnallinen opinnäytetyö. Helsinki: Tammi.

Juha-Matti Väänänen, Pertti Hämäläinen, Riitta Oksa, Anneli Sillanpää, Seppo Saarelainen, Kirsti Autere, Heli Viskari, Markus Roivas, Mirja Ylitörmä, Aino Lappalainen ja Heikki Toivakka 2011. Ensipsykoosiin sairastuneen nuoren hoitoprosessi. PDF-dokumentti. <http://www.tays.fi/default.aspx?contentid=17880>. Päivitetty 3/2011. Luettu 8.6.2013.

Haastattelurunko

23.4.2013

Pohjustus: Kuvatkaa realiteetti, pohjautuen siihen mitkä ovat toimipisteiden tavoitteet psykoosipotilaan hoidossa. Ottakaa kysymykset mukaan johonkin tiimipalaveriin ja miettikää porukalla.

Vaihtelua varmasti on ja saa olla. Työn tavoitteena, kuten hankkeenkin, on yhtenäistää käytäntöjä. Tietojen kokoamisen ja yhtenäisen kuvauksen tekemisen kautta tässä tapahtuu edistystä.

Millä keinoilla psykoosin varhaista tunnistamista voisi toimipaikoittain ja alueellisesti edistää?

Miten toimipaikoissa edetään kun tieto/hoitoonohjaus (lähete, yhteydenotto) ensimmäistä kertaa psykoottisesti sairastavasta henkilöstä tulee? Eli miten hoito alkaa?

Minkälaisia tutkimuksia toimipaikassa tai lähetteellä ensimmäistä kertaa psykoottisesti oireilevalle henkilölle tehdään (psykiatriset ja somaattiset)? Tärkeää kysymys on koko henkilökunnalle (lääkäri, erityistyöntekijät)

Mitä hoitomuotoja ensimmäistä kertaa psykoottisesti oireilevan hoitoon sisältyy? (mitä palveluja tarjotaan?) voi vähän avata hoitomuotoja jos jakselee

Jos ensipsykoosipotilaita hoitavassa toimipaikassa on moniammatillinen työryhmä, minkä ammattialojen edustajia siihen kuuluu?

Mitkä verkostotahot ovat ensipsykoosipotilaan hoidossa merkityksellisiä ja miten yhteistyö toimii?

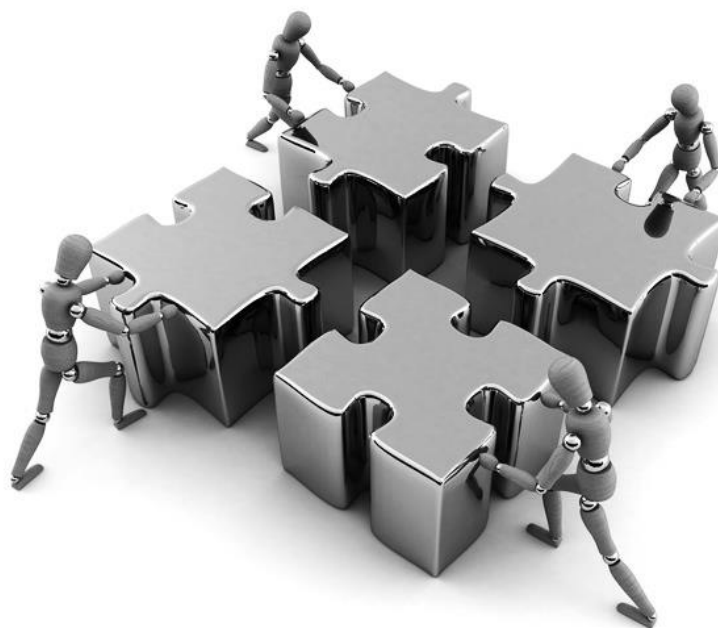
Mikä ensipsykoosipotilaan hoidossa on alueellisesti toimivaa?

Alueelliset haasteet psykoosipotilaan hoidossa?

Etelä-Savon Sairaanhoidopiiri / MAMK

Alueellinen Psykoosiprosessi
Psykoosin varhainen tunnistaminen ja
Ensipsykoosipotilaan hoito

30.9.2013





Arjen mieli
- mielekäs arki

**ETELÄ-SAVON
SAIRAANHOITOPIIRI**



MIKKELIN AMMATTIKORKEAKOULU

Mikkeli University of Applied Sciences



Tekijä:

Harri Laamanen / Mikkelin ammattikorkeakoulu

Projektityöryhmä:

Tuula Romo Esshp/psykoosipoliklinikka

Jaana Matilainen Mikkelin kaupunki/mielenterveyskuntoutus

Riitta Leminen Mikkelin kaupunki/mielenterveysvastaanotto

Anita Hirvonen Mikkelin kaupunki/Ristiinan mielenterveysvastaanotto

Seija Rouhiainen Virike ry

Leila Selenius Mikkelin kaupunki/Mielenmaja

Pekka Nyrhinen Kotiluotain oy

Päivi Tuokko Pertunmaa/mielenterveysvastaanotto

Ulla Nissinen Kangasniemi/mielenterveystoimisto

Sarianne Pasonen Mäntyharju / mielenterveystoimisto

Mervi Taivalantti Juva / mielenterveystoimisto

Sini Hintikainen Esshp/psykiatrian poliklinikka

Pasi Juuti Esshp/psykiatrian poliklinikka, akuuttityöryhmä

Henna Heikkinen Esshp / psykogeriatrian poliklinikka

Auli Tiimonen Esshp/vuodeosastot

Kaija Smolander A-Klinikka

Susanna Leppänen Esperio Oy / Astuvan Helmi

Jukka Saikkonen Esperio Oy / Valkama

Tarja Multanen Esperio Oy

Päivi Vesanen Arjen Mieli -hanke

Anri Mihailov Mikkelin kaupunki

Sisällys

JOHDANTO	6
1 PSYKOOSI	7
1.1 STRESSI – HAAVOITTUVUUS / ALTTIUSMALLI	9
1.2 PSYKOOSIRISKI	11
2 PSYKOOSIN VARHAISOIREET	12
2.1 PSYKOOSIN VARHAISEN TUNNISTAMISEN MENETELMÄT	14
2.2 PSYKOOSIN VARHAISEN TUNNISTAMISEN MERKITYS	15
3 ENSIPSYKOOSIPOTILAAN HOITO	16
3.1 HOIDON ALUEELLISET TAVOITTEET JA PERIAATTEET	17
3.2 HOIDON ALOITTAMINEN	18
3.3 TUTKIMUKSET	19
3.4 HOITOMENETELMÄT	20
4 YHTEENVETO JA ALUEELLINEN TYÖN KEHITTÄMINEN	23

Lähteet:	25
----------	----

Liitteet:

Stressi- haavoittuvuusmalli hoitava henkilö

Stressi- haavoittuvuusmalli potilas

Ayl. Eeva Pitkänen Psykoosin tunnistaminen

Ensivaiheen ennakko-oireet

Myöhäisvaiheen ennakko-oireet

PROD-seula

Checking- lista perhetapaamiseen

JOHDANTO

Psykoosin ennaltaehkäisyyn ja ensipsykoosin tehokkaaseen hoitoon keskittyminen on alueella erityisen merkityksellistä. Pitkäaikaisia psykoosisairauksia etenkin skitsofreniaa esiintyy alueella väestötasolla Pohjois-Suomen ohella eniten (9, 13, 14, 20, 27).

Psykoosia edeltävän varhaisvaiheen oireilun on todettu ennustavan parhaiten ”skitsofreenisten” psykoosien puhkeamista (5). Tyypillisesti ”skitsofreenisilla psykooseilla” on huonompi toipumisennuste ja pidempiaikaiset vaikutukset. Psykoosialttiudesta kertovat myös reaktiivisemmat psykoosit joissa varhaisvaiheen merkit ovat olleet lyhytaikaisia tai niitä ei ole ollut. Joka tapauksessa psykoottisesti oirehtivat henkilöt hyötyvät tehokkaasta ja nopeasta hoidosta. Heidän tulevaisuuteensa voidaan vaikuttaa ratkaisevasti keskittymällä hoidossa yleisesti hyväksi todettuihin periaatteisiin.

Psykoosin varhaiseen tunnistamisen tehostaminen on tärkeä painopiste lähestyttäessä ennaltaehkäisevän mielenterveystyön tavoitteita

Pitkäaikaisista ei-elimellisistä psykoosisairauksista skitsofrenia on tärkein ja haastavin sairaus jonka vuoksi teorian tietoa on paljon tarkasteltu kyseisen häiriön pohjalta. Psykoosi on joka tapauksessa kriittinen tila joka vaatii tehokkaan hoidon jatkossa asetettavasta diagnoosista riippumatta. Tämän vuoksi tiedon alkuperä ei poissulje sen soveltamista yleisesti psykoosisairauksiin. Tämän informaatiolehtisen ei ole tarkoitus markkinoida toimintatapoja tai antaa tietoa ainoana oikeina vaihtoehtoina. Tämän oppaan tieto on koottu useista lähteistä ja antaa lukijalle yleisesti hyväksytyyn selkeän kuvan psykoottisen häiriön synnystä ja alkuvaiheen hoidosta. Oppaan tarkoituksena on saada ajattelun aihetta, tuoda uusia näkökulmia ja kuvata tulevaisuuden mahdollisuuksia psykoosien hoitotyössä. Työssä kuvaillaan psykoosin varhaistunnistamista ja ensipsykoosin hoitoa kooten teorian tiedon pohjalta yleisesti hyväksytyjä linjauksia. Työn on tarkoitus antaa kuvaus myös alueellisesta toiminnasta Etelä-Savon yhteistoiminta-alueella lähinnä ensipsykoosin hoidossa. Tähän oppaaseen kerätty tieto antaa myös suuntaviivoja tulevaisuuden psykoosihoidon alueelliselle kehittämiselle.

Psykoosiprosessityöryhmän valmisteleva psykoosiprosessikuvaus Hyvis Internet sivustolla antaa yhteistyökumppaneille toimintaohjeita miten toimia jos huoli mahdollisesti psykoottisesti oireilevasta henkilöstä herää. Prosessikuvaus antaa tietoa myös hoidon sisältöön liittyvissä asioissa.

Tämä opas on tietopainotteinen ja tarkoitettu niin ammattihenkilöille, kuin sairastuneen verkostollekin jotka ovat etulinjassa kohtaamassa mahdollisesti suurentuneessa psykoosiriskissä olevia tai jo psykoottisesti oireilevia henkilöitä. Opas toimii myös yhteisenä hyvän hoidon ”laatukäsikirjana” alueen psykoosipotilaita hoitaville tahoille, sisältäen esimerkiksi hoidon tavoitteet, periaatteet ja alueen yhteneväiset hoitolinjaukset.

1 PSYKOOSI

Psykoosissa henkilön kyky arvioida todellisuutta häiriintyy vakavasti. Psykooseille tyypillisiä oireita ovat aistitoimintojen ja ajatustoimintojen vääristyminen, joiden myötä henkilö kokee aistiharhoja ja harhaluuloja. Psykoottisella henkilöllä ilmenee ulkoisen todellisuuden karkeaa väärintulkintaa ja hänen käyttäytymisessään on hajanaisuuden vuoksi usein kummalliseksi tulkittavia, huomiota herättäviä piirteitä. Psykoottisen henkilön kyky huolehtia itsestä on selkeästi alentunut ja hän on ulkopuolisen avun tarpeessa. (9, 13, 14, 20, 27.)

Suppeimmillaan psykoottisiksi oireiksi tulkitaan harhaluulot ja aistiharhat, näiden yhteydessä etenkin jos voinnin muutokset liittyvät pidempikestoiseen psykoottiseen häiriöön henkilöllä voi ilmetä muitakin oireita (14).

Lyhyet kuvaukset mahdollisista / tyypillisistä oireista.

Positiiviset oireet :

Harhaluulot, jolloin ajattelua ohjaavat epärealistiset uskomukset. Henkilö pitää itsepintaisesti kiinni ajatuksistaan vaikka ne voidaan osoittaa virheellisiksi. Tyypillisimpiä harhaluuloja ovat vainoharhat jolloin ihminen kokee olevansa uhattuna tai muuten haitallisen toiminnan kohteena. Vainoharhainen henkilö tekee ympäristöstään monesti havaintoja jotka liittää kokemaansa uhkaan esimerkiksi valvontakameroilla seuraaminen tai televisio-ohjelmassa kuulemansa asiat liittyvät hänen seuraamiseen. Harhaluulot voivat kohdistua myös esimerkiksi omiin tai muiden kykyihin jolloin henkilö saattaa kokea voivansa vaikuttaa ihmisiin erilaisin keinoin. Henkilöllä voi olla myös kehon tuntemuksiin/toimintaan liittyviä harhaluuloja. (5, 9.)

Aistiharhat, joita voi olla kaikkien aistien alueilla. Tyypillisimmin esiintyy kuuloharjoja. Henkilö voi kuulla esimerkiksi puhetta jota muut eivät kuule. Puheessa voi ilmetä itseensä kohdistuvia kommentteja, ne voivat käskää tekemään jotain tai äänet voivat keskustella keskenään. Mahdollisesti henkilö kuulee epämääräistä supattelua, kuis-kauksia, meteliä tai esimerkiksi lasten itkua. Sävyltään ääniharhat ovat usein pelottavia, ahdistavia tai aggressiivisia, mutta mahdollisesti myös miellyttäviä. (5, 9.) Ääniharhojen lisäksi haju tai makuaisti voivat tuottaa outoja aistikokemuksia esimerkiksi henkilö kokee haisevansa pahalle tai ruoka maistuu oudolta. Tuntoaistin alueella kokemukset voivat olla esimerkiksi pistelyä tai painon tunnetta jolle henkilö voi antaa outoja selityksiä. (5, 14.) Näköharhat ovat harvinaisempia ja viittaavat monesti neurologiseen häiriöön tai päihde deliriumiin (5).

Hajanaisuus voi ilmetä sekä henkilön puheessa, että hänen käytöksessään.

Puhe ja ajattelu voi olla epäloogista, vaikeasti seurattavaa, yksityiskohtiin takertuvaa, vilkasta tai hidastunutta. Ilmenee rönsyilyä, seikkaperäisyyttä, ”punainen lanka” katoaa tai henkilön on jopa vaikea muodostaa järkeviä lauseita.

Hajanaisesti käyttäytyvä henkilö saattaa tehdä asioita jotka aiheuttavat kanssaihmissä hämmennystä. Hän voi esimerkiksi pukeutua kummallisesti, puhua tai nauraa itsekseen tai olla estoton, kiihtynyt ja pelokkaana aggressiivinenkin, järjestellä asuntoaan holtittomasti tai olla täysin tekemätön/puhumaton. (14.)

Negatiiviset oireet:

Tunne-elämässä tapahtuvat muutokset ovat tavallisia etenkin skitsofreniassa. Henkilöllä voi olla vaikeuksia ilmaista tunteitaan. Joskus myös kyky kokea tunteita voi olla alentunut. Tällöin puhutaan tunteiden latistumisesta. Etenkin voimakkaasti positiivisia oireita kokevat potilaat saattavat kokea ahdistuneisuutta, pelkoa, neuvottomuutta, hämmennystä ja ristiriitaa jolloin tunteiden ilmaiseminen voi olla epäsopevaa. (14.)

Psykoottisella henkilöllä voi sairausprosessin erivaiheissa esiintyä myös **masennusta** joka voi liittyä esimerkiksi leimaantumiseen ja sen tuottamaan häpeään, toimintakyvyn

laskun ja eristäytymisen aiheuttamaan sosiaaliseen syrjäytymiseen tai normaalin kehityksen viivästymiseen, ”putoamiseen normaaleista kuvioista”. (5, 14.)

Psykoottinen häiriö aiheuttaa monesti toimintakyvyn laskua usealla elämän osa-alueella jonka seurauksena henkilön psyykkinen selviytymiskyky haurastuu sekä toimintamahdollisuudet heikkenevät. Toimintakyvyn aleneminen ilmenee ihmissuhteista vetäytymisenä tai muina ongelmina ihmissuhteissa, koulu- ja työmenestyksen laskuna ja jopa henkilökohtaisesta hygieniasta huolehtimisen / muiden perustarpeiden laiminlyömisestä. (19, 20.)

Kognitiiviset vaikeudet:

Tyypillisiä ovat muistin, keskittymisen, tarkkaavaisuuden ja toiminnanohjauksen häiriintyminen. ”Kognitiiviset oireet” tulevat esiin esimerkiksi uuden oppimisen, tiedon vastaanottamisen ja käsittelyn sekä päätöksenteon vaikeutumisena. Kognitiivisten vaikeuksien vuoksi esimerkiksi kyky opiskella on alentunut. (5, 14.)

On tärkeää ymmärtää, että psykoottiselle henkilölle hänen kuvaamansa kokemukset, esimerkiksi aistiharhat ovat todellisia kokemuksia. Uskomattomalta kuulostavat kertomukset voivat hyvinkin olla psykoottisista oireista kärsivälle henkilölle paras vastaus ja tapa selittää se mitä itselle tapahtuu. (8.)

1.1 STRESSI – HAAVOITTUVUUS / ALTTIUSMALLI

Psykoosi on hyvin moniulotteinen ilmiö jota täytyy tarkastella useasta eri näkökulmasta (5, 8, 14, 22). Aikaisemmista joko biologisista tai psykososiaalisista selitysmalleista on siirrytty näitä molempia lähestymistapoja yhdistäviin näkökulmiin (5, 7, 12, 14, 24). Stressi – haavoittuvuusmalli edustaa yhdistävää näkökulmaa. Malli on yleisesti hyväksytty selitysmalliksi psykoottisiin häiriöihin (6, 7, 24).

Stressi – haavoittuvuus / alttiusmallin mukaan:

- Kaikilla ihmisillä on terveyttä ylläpitäviä ja suojaavia tekijöitä esimerkiksi, hyvät sosiaaliset suhteet, terveelliset elämäntavat, kannustava ja itsetuntoa tukeva ympäristö, hyvät ongelmanratkaisutaidot ym.
- Kaikilla on lisäksi sisäisiä ja ulkoisia stressitekijöitä jotka aiheuttavat paineita kuten itsenäistyminen, opiskelu, työelämä, varusmiespalvelus, päihteidenkäyttö, jännittyneet ihmissuhteet, lähiomaisen kuolema ym.
- Joillakin henkilöillä on terveyttäuhkaava psykoosille altistava geneettinen alttius, ”haavoittuvuus”. Lisäksi/tai mahdollisia ympäristötekijöitä, kuten raskauden ja synnytyksen aikaiset komplikaatiot, traumat ja muut somaattiset tekijät.
- Stressitekijöiden ylittäessä psykoosialttiin henkilön sietokyvyn sekä suojaavat tekijät hän reagoi, ”suojautuu”, kehittämällä psykoottisen häiriön.

(4, 5, 7, 13, 14, 19, 20, 21, 24, 27.)

Stressi – haavoittuvuusmalli on toimiva työväline annettaessa tietoa sairaudesta sekä sairastuneelle, että hänen perheenjäsenilleen. Sen avulla psykoosi-ilmion ymmärtäminen ja käsitteleminen tulee helpommaksi. Stressi-haavoittuvuusmallin läpikäyminen ohjaa automaattisesti keskustelun tärkeiden asioiden kuten suojaavien tekijöiden ja stressitekijöiden äärelle. (4.)

Liitteenä:

Havainnekuvat joita voi hyödyntää potilastyössä.

1.2 PSYKOOSIRISKI

Psykoosin varhainen tunnistaminen on tavoitteellista toimintaa, jolla pyritään seulomaan ja tunnistamaan suuren psykoosiriskin potilaat (7). Tämän toiminnan avulla pyritään tehostamaan varhaisen puuttumisen mahdollisuutta ja sen ajoittumista oikeaan kohtaan.

Viimevuosina useat tutkimukset ovat keskittyneet psykoosiriskin tunnistamiseen. Näiden perusteella psykoosiriskiä voidaan kohtalaisen hyvin arvioida jo ennen varsinaisen psykoosin puhkeamista (1, 6, 19, 20). Psykoosin varhaisen tunnistamisen keinojen ohella on pyritty myös kehittämään riskipotilaiden auttamiseen tarpeenmukaisia hoito-malleja (10).

Psykoosiriskiä mahdollisesti suurentavia tekijöitä:

Sukurasitus: Ensimmäisen asteen sukulaisella todettu psykoottinen häiriö – riski lievenee mentäessä sukupolvissa taaksepäin (13, 14, 19, 20, 24).

Raskauden ja varhaiskehityksen aikaiset tekijät: Raskauden aikaiset virusinfektiot, äidin aliravitsemus, stressi tai masennus, synnytyskomplikaatiot mm. hapenpuute. Epäsuotuisat elinolosuhteet. Varhaislapsuuden keskushermostoinfektiot ja vammat. (13, 14, 19, 20, 24.)

Kognitiivinen toimintakyky: Viivästynyt iänmukainen kehitys. Heikko suoriutuminen älykkyyttä vaativissa tehtävissä / alhainen älykkyysosamäärä. Ongelmat jotka ilmenevät sosiaalisessa toimintakyvyssä ja organisoimiskyvyissä. (13, 20.)

Persoonallisuus: Käytöshäiriöt, eristäytyneisyys (20), taipumus maagiseen ajatteluun (25).

Kannabis: Kannabiksen aiheuttama psykoosi on tutkimusten mukaan yleisin päihdepsykoosi. Tutkimuksissa on todettu myös kannabiksen aiheuttaman psykoosin olevan useasti yhteydessä pitkäkestoiseen psykoosisairauteen. (7, 13, 14, 24.) Kannabiksen käyttäjät myös sairastuvat nuoremmalla iällä (3).

Suurentuneessa riskissä olevat:

Edellä mainitut tekijät eivät yksistään nosta riskiä juurikaan, joten niiden perusteella ei psykoosiin sairastumista voida luotettavasti ennustaa. Riskitekijöiden esiintyminen päällekkäin kuitenkin antaa monesti vahvoja viitteitä psykoosiriskin suurentumisesta. (7, 13, 19, 25.) Luotettavampaan käsitykseen mahdollisesta psykoosiriskistä on pyritty pääsemään kartoittamalla jo alkanut sekamuotoinen oireilu ja yhdistämään se olemassa oleviin riskitekijöihin (21).

Henkilö on suuressa riskissä sairastua psykoosiin ja hänen psyykkisen voimien seurantaan ja tarkempiin tutkimuksiin tulisi kiinnittää erityistä huomiota mikäli:

- Henkilöllä ilmenee ”vaimentuneita psykoosioireita” esimerkiksi, outoja ajatuksia ja uskomuksia, outoja piirteitä käyttäytymisessä, aistihavainto vääristymiä, vaikutuselämyksiä, pelkoja tai epäluuloisuutta. Oireet ovat normaalista poikkeavia, niitä esiintyy usein ja vähintään viikon ajan.
- Henkilöllä on psykoottisia oireita joiden kesto on hetkellinen ja niitä ilmenee maksimissaan viikonajan. Käytännössä esimerkiksi ääniharhan kuuleminen tai vainoharhainen ajatus johon liittyy realiteetin hetkellinen pettäminen.
- Henkilöllä todetaan olevan sukurasitus/alttius psykoottiseen häiriöön (ensimmäisen asteen sukulaisella sairastettu psykoosi tai henkilöllä todettu skitsofreniatyyppinen persoonallisuus) yhdistettynä toimintakyvyn äkilliseen tai merkittävästi alentumiseen.

(21, 24, 25.)

2 PSYKOOSIN VARHAISOIREET

Ennen varsinaista psykoosia henkilöllä on voinut olla ennakko-oireita ”prodromaali-oireita” jo vuosia (5, 7, 19, 20, 21, 24). Etenkin skitsofreniaan liittyy usein pitkään kestänyt ennakko-oireiden värittämä kehitys (20, 24). Alussa ilmenevät oireet/muutokset

ovat yleisiä oireita monissa mielenterveyshäiriöissä ja elämäntilanteissa ja vaihtelevat yksilökohtaisesti(19).

Psykoosi voi alkaa myös lyhyellä aikavälillä ilmenevillä oireilla esimerkiksi huumausaineiden käytön tai voimakkaan järkyttävän kokemuksen laukaisemana. Kerran sairastettu psykoosi on merkki psykoosialttiudesta (19) jonka jälkeen herkkyyys psykoosin uusiutumiseen on korkeampi (7, 13, 27).

Ennakoiva oirekehitys voidaan jakaa kahteen osaan; **ensivaiheeseen**, joka voi kestää sekä oirekvaltaan vaihdella yksilöittäin paljonkin, sekä **myöhäisvaiheeseen**, jolloin oireet viittaavat jo välittömään psykoosiriskiä (7, 20).

Ensivaiheelle tyypillisiä oireita:

Mielialan lasku, aloitekyvyttömyys, sosiaalinen vetäytyminen, ärtyneisyys, ahdistuneisuus. Näiden lisäksi myös psykoottiselle häiriölle tyypillisiä oireita kuten erilaisia ajatushäiriöitä, aistiherkkyyttä ja havaintovääristymiä voi ilmetä lievämutoisena ja ohimenevänä. Lievät psykoottiset oireet aiheuttavat henkilölle tunnetta siitä, että kaikki ei ole kunnossa ja hän vielä itsekin kyseenalaistaa oireiden, esimerkiksi ääniharhojen, todenperäisyyttä. (1, 12, 19, 21, 24, 25.)

Myöhäisvaiheelle tyypillisiä oireita:

Oireita esiintyy kuten ensivaiheessa, mutta vaikeampiasteisena (12). Psykoosin kaltaiset oireet kuten epäluuloisuus, hajanaisuus, havaintovääristymät ja aistiharhat vahvistuvat ja henkilön realiteettitaju hämärtyy (1, 12, 19, 21, 24, 25). Käytöksessä ilmenevät muutokset aiheuttavat enenevissä määrin huolta kanssaihmisissä.

Liitteenä:

Listat ensivaiheen ja myöhäisvaiheen ennako-oireista.

2.1 PSYKOOSIN VARHAISEN TUNNISTAMISEN MENETELMÄT

Psykoosin varhaisten oireiden tunnistamista on pyritty helpottamaan kehittämällä matalan kynnyksen palveluita, helppokäyttöisiä seulontamenetelmiä kuten arviointilomakkeita (7,20). Tällä hetkellä on jo käytettävissä arviointimenetelmiä, joilla psykoosiriski pystytään tunnistamaan suhteellisen luotettavasti (6, 20).

Esimerkki mittarista:

Amerikassa kehitetty menetelmä SIPS(haastattelulomake)/SOPS(arviointiasteikko), on luotu erityisesti psykoosiriskitapausten arviointiin. Kysymykset ovat riskiryhmille sopivia. Yleisiin mittareihin verrattuna se tunnistaa/mittaa riskitapauksiin liittyviä merkkejä herkemmin. Mittarin tavoitteena on sulkea pois psykoosiriski, tunnistaa mahdollinen prodromaalisyndrooma ja arvioida oireiden vaikeusaste. (6, 15, 20.)

Haastatteluun sisältyy viisi positiivisen, kuusi negatiivisen, neljä disorganisaation (hajanaisuuden) ja neljä yleisen oirekategorian osiota. Havainnot pisteytetään ja arvioidaan taulukon avulla (15).

Mittarin käyttöön järjestetään koulutusta ja se on käytössä esimerkiksi Pirkanmaan (28) ja Keski-Suomen sairaanhoitopiireissä (12) sekä monissa tutkimuksissa (6, 20).

Esimerkki palveluista:

Jorvin sairaalassa toteutettiin vuosina 2006 - 2008 JERI- projekti (Jorvi Early Psychosis Recognition and Intervention). Projektin myötä koottiin viisi henkinen työryhmä joka toimi erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon välimaastossa. Työryhmän tarkoituksena oli luoda tarkoituksenmukaisia, nopeasti reagoivia ja joustavia toimintatapoja nuorten auttamiseksi. Toimintatapoina oli esimerkiksi työskentely arkiympäristössä, tiedottaminen toiminnasta esimerkiksi kouluilla, helppo saatavuus sekä nopeasti järjestettävät perhe- ja verkostotapaamiset joissa hyödynnettiin toimintakykyä ja vointia kohentavia työtapoja. (11.)

PROD5 Mielenterveyskysely (PROD seula)

Psykoosiriskin ja tarkemman tutkimuksen tarpeen arvioimiseksi käytetään yleisesti, Suomessa kehitettyä PROD 5 mielenterveyskyselyä (Heinimaa 2003).

Seulan selkeä etu on sen helppo ja nopea käyttö esimerkiksi päivystävän sairaanhoitajan vastaanotolla. Mittari koostuu toimintakykyä ja psyykkisiä oireita kartoittavista kysymyksistä. (20.)

Liitteenä:

PROD5 mielenterveyskysely

Ayl. Eeva Pitkänen: Psykoosin tunnistaminen

2.2 PSYKOOSIN VARHAISEN TUNNISTAMISEN MERKITYS

Psykoosin varhaisen tunnistamisen toteuduttua paremmin toteutuu myös mahdollisuus aloittaa hoidolliset interventiot aiemmin. Varhain aloitetun hoidon edut verraten myöhemmin alkaneeseen ovat hyvin tuloksekkaita.

Mahdollisimman varhain aloitetun hoidon avulla:

- Mahdollisesti ennaltaehkäistään psykoosisairauden kehittyminen (1, 20)
- Nopeutetaan oireista toipumista ja parannetaan ennustetta (6, 7, 12, 14, 19, 20)
- Vähennetään psykoottisten oireiden potilaalle ja hänen läheisilleen aiheuttamaa kärsimystä (6, 7, 14, 19, 20)
- Pystytään varmemmin hoitamaan tilanne avohoidon keinoin ja välttyään vastaantuloiselta hoidolta (6, 7, 14)
- Pystytään säilyttämään ja elvyttämään potilaan yhteydet normaalin elämän rakenteisiin paremmin (6,7,20)

- Pystytään pitämään sosiaalinen tukiverkosto paremmin ja varmemmin mukana potilaan elämässä (6,7,20)
- Vähennetään riskejä saada ”liitännäisongelmia” kuten päihteidenkäyttö, itsetuhoisuus, työttömyys, syrjäytyminen (7, 19)
- Vähennetään psykoosin sekä yksilölle, että yhteiskunnalle aiheuttamia kustannuksia (6, 7, 14, 19, 20)

3 ENSIPSYKOOSIPOTILAAN HOITO

Ensipsykoosilla tarkoitetaan tilannetta jossa henkilöllä on ensimmäistä kertaa oireita joiden mukaan hänen voidaan tulkita olevan psykoottinen.

On todettu, että hoitamattoman psykoottisuuden pitkittyminen on yhteydessä huonompaan hoitomyöntyvyyteen (7).

Ensimmäisen psykoosijakson aikana potilaat ovat usein vastaanottavaisempia hoitotoimenpiteille kuin psykoosin uusiutuessa (7).

Ensimmäisen sairastetun psykoosin jälkeen uudelleen sairastumisen riski on pitkän aikaa vielä suuri. Vasta noin viiden vuoden jälkeen psykoosin uusiutumisen riski laskee huomattavasti. (7, 8, 18, 27.)

Edellä mainittujen seikkojen vuoksi ensimmäisen psykoosin hoidon mahdollisimman varhainen aloittaminen on tärkeää. Hoitoon pääsyn on oltava sujuvaa ja toimia matalalla kynnyksellä. Ensipsykoosipotilas on järkevää hoitaa mahdollisimman tehokkaasti/monipuolisesti ja turvaten hoidon jatkuvuus riittävän pitkäaikaisesti.

Tehokkaaksi osoitettuun hoitoon kuuluu keskeisenä osana lääkehoito joka yhdistetään psykososiaalisiin hoitomuotoihin (13, 19, 24).

3.1 HOIDON ALUEELLISET TAVOITTEET JA PERIAATTEET

Ensipsykoosipotilaan hoidon alueelliset tavoitteet:

- Vähentää henkilön psykoosioireiden alkamisen ja hoidon aloittamisen välistä viivettä
- Vähentää oireiden kestoja ja ennaltaehkäistä psykoosin uusiutumista
- Estää toimintakyvyn laskua, sosiaalisia haittoja ja ehkäistä syrjäytymistä
- Pitää yllä mahdollisuuksia normaalin kehityksen jatkumiselle

Ensipsykoosipotilaan hoidon alueelliset periaatteet:

- Potilas kohdataan kunnioittavasti, häntä kuunnellaan ja hänen osallistumista hoitoon tuetaan (22, 24).
- Hoitoon pääsy tehdään mahdollisimman helpoksi ja nopeaksi. Psykiatrinen hoitotaho ottaa vastuun potilaan hoidon suunnittelusta (7, 22).
- Jokainen taho noudattaa kannattelevaa hoito-otetta potilaan hoitovastuun siir-tyessä hoitopaikkojen välillä (7, 22).
- Konsultaatio apu ja toimintaohjeet ovat käytettävissä ja helposti saatavilla ta-hoille (perusterveydenhuollon eri toimijat, sosiaalitoimi, nuorisotyö, päihde-hoito) jotka kohtaavat riskiryhmään kuuluvia ja mahdollisesti ensikertaa psy-koottisesti oireilevia henkilöitä. Heidän mukana oloa hoidossa tuetaan. (7, 22.)
- Ensipsykoosi pyritään ensisijaisesti hoitamaan avohoidon keinoin tarjoamalla yksilökäynnit kriisityön luonteisesti tiiviisti ja hoitamalla oireenmukaisesti (7, 24).

- Potilaan perhe huomioidaan, heidän osallistumistaan hoitoon suositetaan ja pidetään tärkeänä. Myös potilaan muut tärkeänä pitämät henkilöt ja verkostot pyritään ottamaan mukaan hoitoon. (7, 22, 24.)
- Hoidossa suositetaan monipuolisia psykososiaalisia hoitomuotoja (7, 24).
- Potilaan tilanteen vaatiessa sairaalahoitoa pyritään se toteuttamaan potilaan kanssa yhteistyössä. Sairaalassa pyritään järjestämään mahdollisimman optimaalinen ympäristö ja hoitokokonaisuus psykoosista toipumisen nopeuttamiseksi ja helpottamiseksi. (7, 24.)
- Lääkehoidon suunnittelussa ja toteutuksessa noudatetaan viimeisimpiä suosituksia (7).

3.2 HOIDON ALOITTAMINEN

Ensipsykoosia sairastavan ensikontakti hoitoon toteutuu usein muualla kuin psykiatriassa palvelujärjestelmässä. Huolenaihe nousee joko henkilöllä itsellään, tai vielä useammin jollakin lähipiirin jäsenellä. Henkilö voi hakeutua itsenäisesti tai sosiaalisen verkoston tuella mihin tahansa terveydenhuollon yksikköön. Terveysasemien päivystävät hoitajat tai muut päivystävät hoitotyöntekijät (ensihoitajat, kouluterveydenhuolto, A-klinikan päivystävä hoitaja, kriisityöntekijät, nuorisotyö) ovat etulinjassa kohtaamassa ensipsykoosista kärsiviä henkilöitä.

Välittömässä psykoosivaarassa olevan henkilön hoidontarve on aina kiireellinen.

Psykoottisen henkilön avuntarpeen tunnistamisen jälkeen hoito ohjautuu poikkeuksetta ja mahdollisimman pienellä viiveellä mielenterveyspalveluihin.

Alueellisesti yhteneväistä ovat perusterveydenhuollon yhteydessä virka-aikaan toimivat mielenterveysvastaanotot/yksiköt joilta saa konsultaatioapua tarvittaessa nopeasti. Hoidon ohjautuessa mielenterveysyksikköön, uuden asiakkaan tiedot käsitellään ja hänelle varataan aika mahdollisimman pian joko sairaanhoitajalle, terveyskeskuslääkärille tai molemmille. Jatkossa hoito toteutuu tarpeenmukaisesti keskinäistä suunnitelmaa noudattaen tai ohjautuu erikoissairaanhoidon palveluihin.

Välitön hoidon tarve:

Hätätilanteessa jossa psykoottinen henkilö on kykenemätön huolehtimaan itsestään lähipiirin tuesta ja suunnitellusta avohoidon tuesta huolimatta, on vaarallinen itselle tai muille tai hänen sairautensa hoitamatta jättäminen arvion mukaan aiheuttaa hänelle merkittävää haittaa, voidaan hänet, hänen omasta tahdosta riippumatta toimittaa hoitoon.

Kyseisessä tilanteessa, hälytetään apuun viranomaiset nro.112.

Aluetta palvelevaan Mikkelin keskussairaalan yhteispäivystykseen hakeutuvat käytännössä kaikki virka-ajan ulkopuolella psykiatristakin apua tarvitsevat henkilöt sekä virka-aikana kiireellistä hoitoa tarvitsevat. Yhteispäivystyksen yhteydessä toimiva akuuttipsykiatrisen työryhmä arvioi ja suunnittelee mahdollisen ensipsykoosipotilaan hoidon. Virka-ajan ulkopuolella psykiatrisen päivystävä hoitaja on käytettävissä klo 21 saakka Moisio sairaalan osasto 1:ltä.

Mahdollisuutta hoitaa tilanne avohoidon keinoin pidetään yllä kaikissa edellä mainituissa tilanteissa.

3.3 TUTKIMUKSET

Ensipsykoosipotilaan tutkimukset määräytyvät yksilöllisten tarpeiden mukaan. Eroja tutkimuskäytännöissä on myös yksikkökohtaisesti sekä perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon välillä.

Hoidon kannalta on tärkeää alkuvaiheessa todeta onko kyse positiivisesta psykoottisesta oireilusta, maniasta, masennuksesta, päihteiden käytöstä, negatiivisesta oireilusta vai onko sille elimellistä perustetta, kts. liite psykoosin tunnistaminen.

Alueellisia yhteneväisiä käytäntöjä:

- Kattava tiedonkeruu tilanteesta sekä henkilöltä itseltään, että mahdollisesti perheeltä

- Apuna käytetään mm. oiremittareita
- Lääkärin tutkimus / haastattelu
- Somaattisen tilan kartoittaminen lääkärin arvion mukaan: laboratoriotestit (huumeseula), kuvantaminen, EEG, EKG

Edellä mainittujen lisäksi yksikkökohtaisia tutkimuksia:

- Sosiaalinen kartoitus (sosiaalityöntekijä)
- Toimintakyvyn arviointi (toimintaterapeutti)
- Psykologin tutkimukset (Psykologi)

3.4 HOITOMENETELMÄT

Ensimmäistä psykoosia sairastavan henkilön kohdalla hoitoon resurssimalla on mahdollisuus vaikuttaa hoidon onnistumiseen ja henkilön kuntoutumiseen tulevaisuudessa merkittävästi.

Tämän vuoksi ensipsykoosin varhaisvaihe pyritään hoitamaan mahdollisimman nopeasti ja tehokkaasti. Hoidossa pyritään käytettävissä olevien resurssien ja keinojen puitteissa tarjoamaan kattava hoitokokonaisuus joka on tarpeenmukainen sairausprosessin eri vaiheissa alun kriisihoidosta aina kuntoutumisen tukemiseen.

Kuten tutkimuskäytäntöjen osalta, myös hoitokäytännöissä on toimipistekohtaisia eroavaisuuksia.

Toimipisteissä yhteisiä käytäntöjä ovat:

Yksilötapaamiset / hoitosuhdetyöskentely

- Alkuvaiheessa riittävän tiheä, supportiivinen keskusteluhoito.

opas

- Pyritään luomaan toimiva, luottamuksellinen hoitosuhde joka jatkuu riittävän pitkään.
- Hoitosuhdetyöskentelyssä hyödynnetään kognitiivisia tekniikoita sovellettavin osin (hankkeen koulutukset).
- Lääkehoitoon motivoiminen ja sen seuraaminen
- Psykoedukaatio

Liitteenä stressihaavoittuvuus- mallin havainnekuvat joita voi hyödyntää psykoedukaatiossa.

Lääkäritapaamiset

- Voinnin arviointi
- Diagnostiikka
- Hoito/kuntoutussuunnitelmat, yhdessä hoitoryhmän ja tarvittavan verkoston kanssa
- Lääkehoidon aloittaminen, arviointi ja seuranta
- Psykoedukaatio

Perhetyö

- Suositetaan perheen ottamista mukaan hoitoon mahdollisimman varhaisessa vaiheessa.
- Potilaalle ehdotetaan perhetapaamista ja tarvittaessa motivoidaan siihen.
- Perhetyöskentelyssä hyödynnetään avoimen dialogin periaatteita (hankkeen koulutus)
- Potilaan lapset huomioidaan ja heidän tarpeistaan huolehditaan (lastensuojelu)

Liitteenä perhetyötä helpottava ”muistilista”, joka soveltuu hyvin myös verkostotapaamisiin.

Verkostotyö

- Lähetteen tai tiedon saapuessa ensipsykoosipotilaasta, vastaanottava hoitaja ottaa selvää mahdollisuuksista ja tarpeesta tavata lähettävää tahoa esimerkiksi kouluterveydenhuolto tai sairaalaosasto yhdessä potilaan kanssa hoidon jatkuvuuden ja suunnittelun turvaamiseksi.
- Verkostoyhteistyötä luodaan tarpeen mukaisesti potilaan hoidon ja kuntoutumisen kannalta merkittäviin tahoihin koko hoitoprosessin ajan.
- Yhteistyötä pyritään ylläpitämään yhteisten verkostotapaamisten muodossa.
- Hoitava henkilö on aktiivinen verkostoyhteistyön ylläpitäjä ja on mahdollisuuksien mukaan potilaan mukana verkoston tapaamisissa
- Verkostotyössä hyödynnetään avoimen dialogin periaatteita (hankkeen koulutus).

Kuntoutuspalvelut

- Yksilöllisten tarpeiden ja alueellisten mahdollisuuksien mukaan on tarjolla eriasteista kuntouttavaa hoitoa esimerkiksi toiminnallista kuntoutusta, asumiskuntoutusta, kuntouttavaa työtoimintaa ja tuettua opiskelua.

Erikoissairaanhoidon alaisuudessa toimivilla psykoosipoliklinikalla, sairaalaosastoilla ja akuuttipsykiatrisella työryhmällä on käytettävissään moniammatillinen työryhmä. Ensipsykoosipotilaan hoidossa käytettävissä olevaa moniammatillista asiantuntijuutta hyödynnetään aina.

Erikoissairaanhoidon psykoosipoliklinikka on psykoosin hoidon kannalta mahdollisimman tarpeenmukaiseksi räätälöity yksikkö. Yksikön toimintatapoja edellisten lisäksi ovat:

- Tarpeenmukainen hoitoryhmätyöskentely / erityistyöntekijät
- Kotikäynnit / arjenhallinnan tukeminen
- Ryhmätoiminta esimerkiksi psykoedukaatioryhmä

4 YHTEENVETO JA ALUEELLINEN TYÖN KEHITTÄMINEN

Kansallisessa mielenterveys – ja päihdesuunnitelmassa (2009) painotetaan ongelmien varhaisen tunnistamisen vahvistamista joka on yksi suurimmista tavoitteista valtakunnallisissa mielenterveyshäiriöiden hoitoa kehittävässä hankkeissa.

Psykoosin varhainen tunnistaminen

Varhain oireilevien tai riskipotilaiden tunnistaminen on käytännöllisesti katsoen perusterveydenhuollon tehtävä. Varhain oireilevien riskipotilaiden löytäminen ja tunnistaminen on nykyiselle alueelliselle palvelujärjestelmälle haaste ja vaatii toimenpiteitä työn kehittämiseksi. Hankkeen puitteissa toteutettiin kysely jossa kerättiin toimipisteittäin kehittämisideoita.

Psykoosiprosessityöryhmän esille nostamat kehittämisalueet psykoosin varhaisen tunnistamisen tehostamiseksi

Yhteydenpito

- Konsultaatiokäytännöt, sujuvat yhteydet ja yhteistyö

Tiedon lisääminen

- Kohdennetut koulutukset, sisäinen tiedon jakaminen

Menetelmien käyttöönotto

- Riskiseulan valinta, siihen kouluttaminen ja sen laajempi käyttäminen

Hankkeen toimeksiantona opinnäytetyö ja Ayl. Eeva Pitkäsen: psykoosin tunnistaminen, jotka tukevat psykoosin varhaista tunnistamista eri organisaatiotasoilla.

Ensipsykoosin hoito

Alueelliseen psykoosiprosessin kuvauksen tavoitteena on yhtenäistää ja kehittää hoitokäytäntöjä psykoosisairaiden hoidossa, vahvistaa asiakkaan asemaa, lisätä henkilökunnan osaamista ja tehostaa ongelmien ennaltaehkäisemistä eli varhaista puuttumista.

Todettakoon, että hankkeen tuotokset pyrkivät ansiokkaasti vastaamaan näihin tavoitteisiin.

Työryhmän kokoonpano oli aluesektoritasolla laaja ja se palveli hyvin psykiatrian sisällä toimivien yksiköiden linjauksia mietittäessä, mutta sen ”moniammatillinen” jäsenyys jäi harmittavan heikoksi yrityksistä huolimatta. Käytännössä tarvitsee paljon erilaista tiedottamista ja markkinointia, että toteutetut työt tulevat käytännössä hyödyllisiksi.

Hankkeen puitteissa järjestetyt koulutusilaisuudet (3) ovat olleet erityisesti psykoosin hoitoon käytännössä sovellettavia ja edustaneet työotteita joiden hyödyntäminen on psykoottisten häiriöiden alkuvaiheen hoidossa tutkimusten mukaan positiivisia.

Hankkeen myötä tuotettu kaikkien saatavilla oleva psykoosipotilaan prosessikuvaus sekä opinnäytetyö psykoosin varhaisesta tunnistamisesta ja ensipsykoosin hoidosta antavat hyvän mahdollisuuden ja pohjan alueellisen työn kehittämiseksi jatkossa.

Jatkokehittämisalueita:

- Perusterveydenhuollon psykiatristen valmiuksien lisääminen
 - o Kouluttaminen
 - o Konsultaatiokäytännöt
 - o Työryhmien vahvistaminen / liikkuva työ
- Työryhmien kehittäminen
 - o Työn muodot
 - o Koulutus
 - o Resurssien jako
- Pitkäaikaisesti psykoottisesti sairaiden palveluiden kartoittaminen
- Verkostotyön toteuttamisen menetelmät

Lähteet:

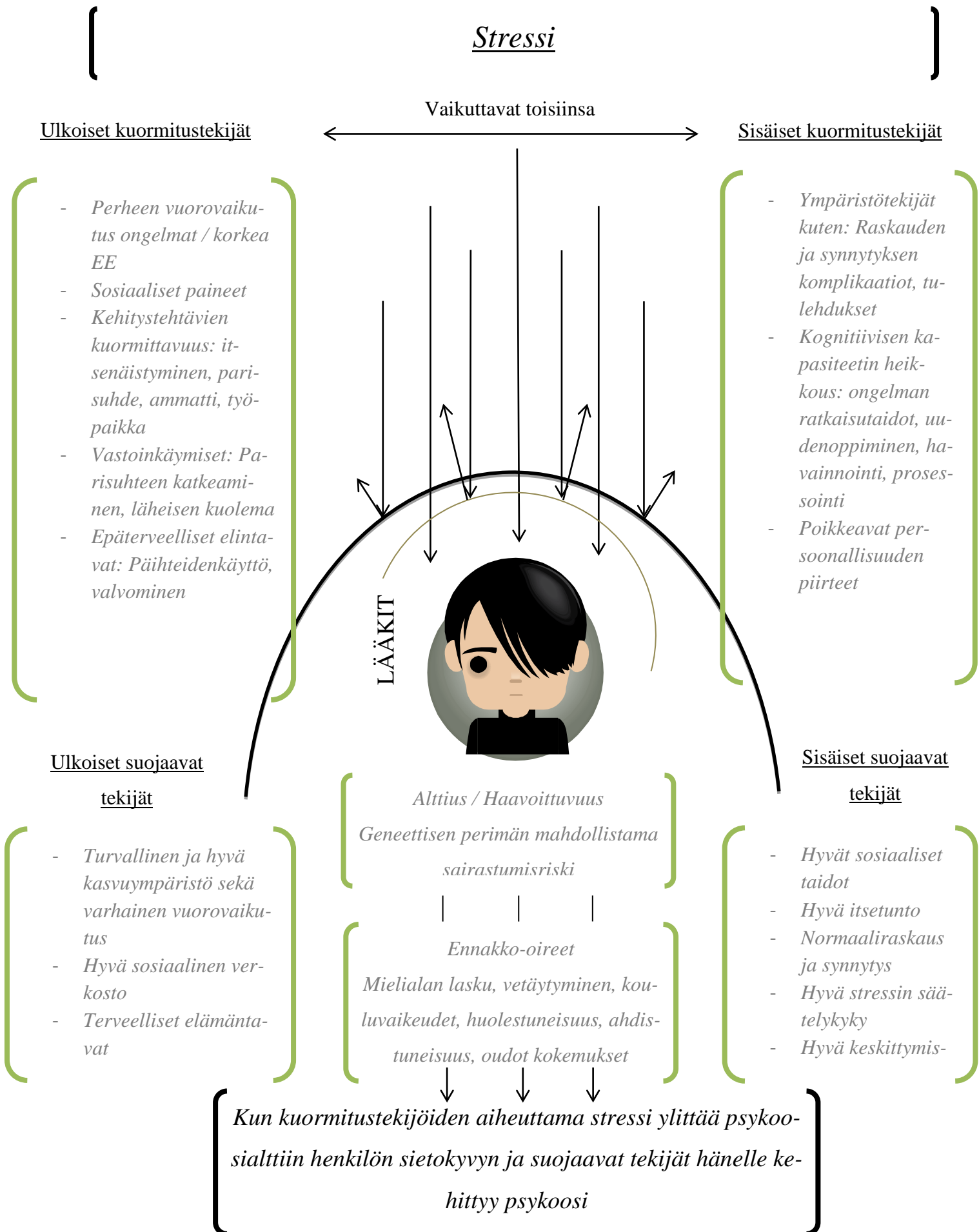
1. Alakare, Vejjola 2002. Psykoosien varhainen toteaminen ja hoito. WWW-dokumentti <http://www.fimnet.fi/cgi-cug/brs/artikkeli.cgi?docn=000017821>. Päivitetty 2002. Luettu 10.7.2013.
2. Arjen mieli - hanke 2011. WWW-sivut. <http://www.arjenmieli.fi/esshp> Päivitetty 19.9.2012, luettu 25.6.2013
3. Bersani, Orlandi, Kotzalidis, Pancheri 2002. Cannabis and schizophrenia: impact on onset, course, psychopathology and outcomes. WWW-dokumentti. <http://link.springer.com/article/10.1007/s00406-002-0366-5#>. Päivitetty 3/2002. Luettu 8.8.2013.
4. Bruijn 2006. Käytännön psykoedukaatiota psykoosipotilaan perheelle. Suomen lääkirilehti 41/2006 vsk 61. s 4219-4225.
5. Cullberg 2005. Psykoosit – kokoava näkökulma. Vantaa: Dark Oy.
6. French, Morrison 2008. Psykoosin varhaisoireet - tunnistaminen ja kognitiivinen psykoterapia. Helsinki: Duodecim.
7. Gleeson, Mcgorry 2005. Varhaisen psykoosin psykoterapeuttinen hoito. Helsinki: Edita.
8. Haarakangas, Seikkula 1999. Psykoosi – uuteen hoitokäytäntöön. Tampere: Tammer-paino oy.
9. Huttunen 2011. Tietoa potilaalle: psykoosi. WWW-artikkeli. http://www.terveysportti.fi/dtk/ltk/koti?p_haku=psykoosi. Päivitetty 22.10.2011. Luettu 15.6.2013.
10. Kampman 2001. Skitsofrenian diagnoosi ja varhaistunnistaminen. Suomen lääkirilehti 12/2001 vsk 51. s. 1377-1382.

11. Karjalainen, Itkonen, Edlund, Granö, Anto, Roine 2009. Nuorille ajoissa apua mielenterveysongelmiin. WWW-artikkeli
http://www.sairaanhoitajaliitto.fi/ammattilliset_urapalvelut/julkaisut/sairaanhoitaja-lehti/10_2009/asiantuntija-artikkeli/nuorille_ajoissa_apua_mielenterv/. Päivitetty 10/2009. Luettu 26.7.2013.
12. Katajamäki, Vanhala, Anttonen 2009. Psykoosin ja skitsofrenian tunnistaminen ja hoito Keski-Suomessa. PDF-dokumentti.
<http://www.ksshp.fi/Public/default.aspx?nodeid=34110> Päivitetty 22.12.2009. Luettu 18.7.2013.
13. Lönnqvist 2004. Psykooseja voidaan ehkäistä. WWW-artikkeli.
<http://demo.seco.tkk.fi/terveysuomi/item/ctl:1966> Päivitetty 1/2004. Luettu 25.6.2013.
14. Lönnqvist, Henrikson, Marttunen 2011. Psykiatria. Keuruu: Duodecim.
15. Miller, McGlashan, Rosen, Cadenhead, Ventura, McFarlane, Perkins, Pearlson, Hoffman, Woods 2001. Prodromal Assessment With the Structured Interview for Prodromal Syndromes and the Scale of Prodromal Symptoms: Predictive Validity, Interrater Reliability, and Training to Reliability. PDF-dokumentti.
<http://schizophreniabulletin.oxfordjournals.org/content/29/4/703.full.pdf>. Päivitetty 2003. Luettu 14.8.2013.
16. Moilanen 2013. Psykoosin arviointi. WWW-dokumentti.
<http://www.duodecimlehti.fi/web/guest/arkisto>. Päivitetty 2013, Luettu 7.8.2013.
17. Moring, Martins, Partanen, Bergman, Nordling, Nevalainen 2011. Kansallinen mielenterveys- ja päihdesuunnitelma 2009–2015
Toimeenpanosta käytäntöön 2010. THL raportti 6/2011 <http://www.thl.fi/thl-client/pdfs/d5f4cb21-cc45-4398-9679-8207945705d7>. Päivitetty 6/2011. Luettu 25.6.2013.

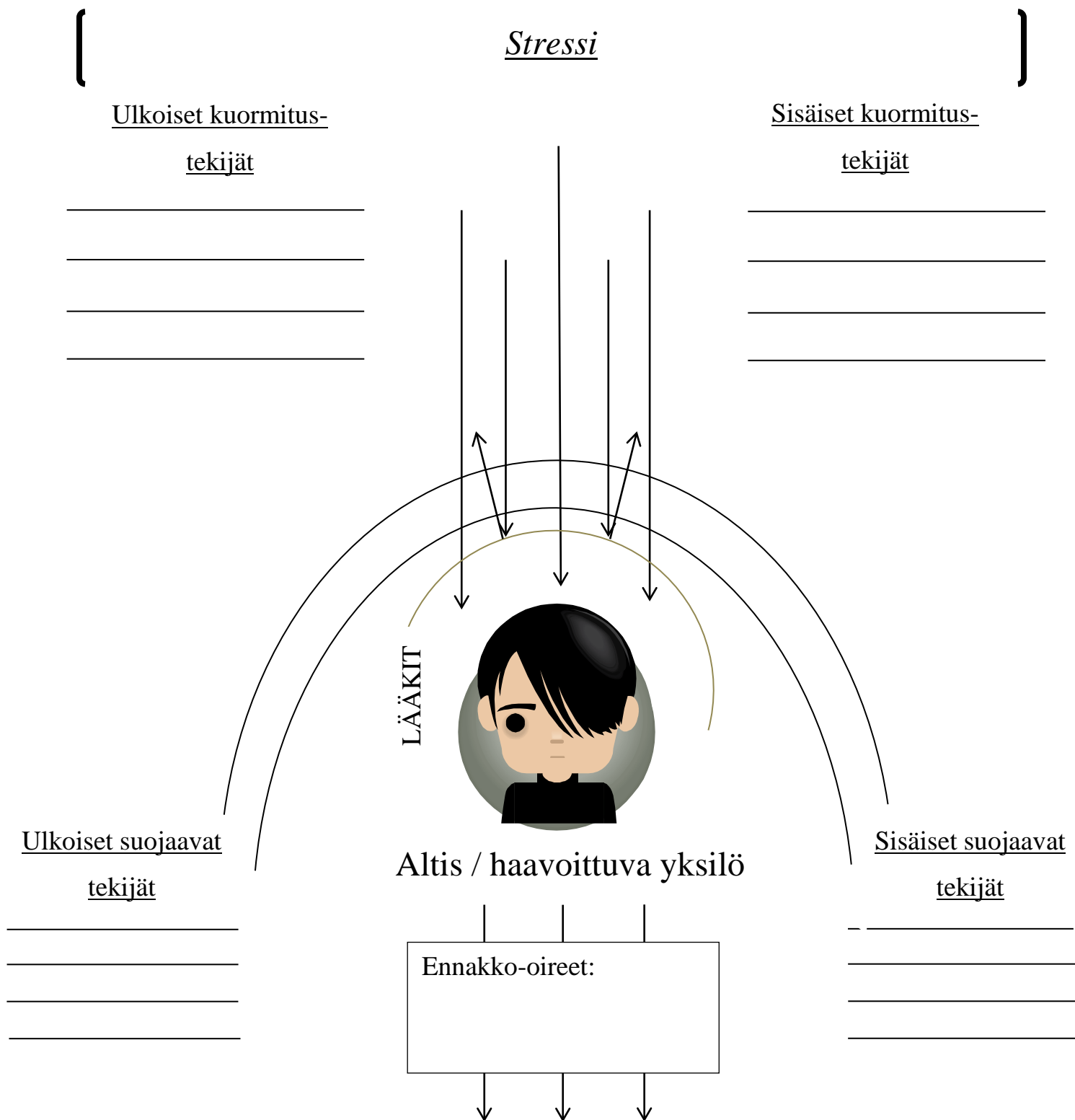
18. Robinson, Woerner, Alvir, jne. 1999. Predictors of Relapse Following Response From a First Episode of Schizophrenia or Schizoaffective Disorder. WWW-dokumentti <http://archpsyc.jamanetwork.com/article.aspx?articleid=204795>. Päivitetty 3/1999. Luettu 10.8.2013.
19. Salokangas, Heinimaa, Suomela 2002. Psykoosialttiuden arvioinnin opas. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.
20. Salokangas, Heinimaa, Svirskis, Huttunen, Laine, Korkeila, Ilonen, Riskari, Vaskeinen, Rekola, Heinisuo, Heikkilä, Syvälahti, Hirvonen, Parkkola, Hietala, Klosterkötter, Ruhrmann, Reventlow, Linszen, Dingemans, Birchwood ja Patterson 2007. Psykoosille altis potilas. Sosiaali – ja terveysturvan tutkimuksia 91. WWW-dokumentti.
[http://www.kela.fi/in/internet/liite.nsf/NET/191207084524HJ/\\$File/tutkimuksia91_netti.pdf?openElement](http://www.kela.fi/in/internet/liite.nsf/NET/191207084524HJ/$File/tutkimuksia91_netti.pdf?openElement) päivitetty 2007. Luettu 10.7.13.
21. Salokangas, Suomela 2004. Psykoosin varhaistunnistaminen ja ensivaiheen hoito. WWW-dokumentti. <http://www.fimnet.fi/cgi-cug/brs/artikkeli.cgi?docn=000022022>. Päivitetty 2004. Luettu 30.6.2013.
22. Seikkula, Arnkil 2005. Dialoginen verkostotyö. Tampere: Tammi.
23. Sosiaali ja –terveysministeriö 1990. Mielenterveyslaki 8§. WWW-dokumentti <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1990/19901116>. Päivitetty 14.12.1990. Luettu 2.8.2013.
24. Suomen psykiatriayhdistyksen asettama työryhmä: Skitsofrenian käypähoitosuositus, Duodecim 2013. WWW-sivut. <http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suositukset/naytaartikkeli/.../hoi35050> Päivitetty 14.2.2013. Luettu 4.6.2013.

25. Suvisaari 2003. Voiko skitsofreniaan sairastumista ennustaa? PDF-dokumentti. <http://www.terveyskirjasto.fi/xmedia/duo/duo93704.pdf>. Päivitetty 2003. Luettu 14.7.2013
26. Suvisaari, Perälä, Viertiö, Saarni, Tuulio-Henriksson, Partti, Saarni, Suokas, Lönnqvist, 2012. Psykoosien esiintyvyys ja alueellinen vaihtelu Suomessa. Lääkärilehti, 9/2012 vsk 67 s. 677 – 683.
27. Vartiainen 1999. Psykoottisuuden arviointi. WWW-artikkeli. <http://www.fimnet.fi/cgi-cug/brs/artikkeli.cgi?docn=000009794>. Päivitetty 3/1999. Luettu 20.7.2013.
28. Väänänen, Hämäläinen, Oksa, Sillanpää, Saarelainen, Autere, Viskari, Roivas, Ylitörmä, Lappalainen, Toivakka 2011. Ensipsykoosiin sairastuneen nuoren hoitoprosessi. PDF-dokumentti. <http://www.tays.fi/default.aspx?contentid=17880>.

STRESSI – HAAVOITTUVUUS / ALTTIUS - MALLI



STRESSI - HAAVOITTUVUUS / ALTTIUS - MALLI



Kun kuormitustekijöiden aiheuttama stressi ylittää psykoosialttiin henkilön sietokyvyn ja suojaavat tekijät hänelle kehittyä psykoosi

Psykoosin tunnistaminen

Eeva Pitkänen 26.6.13

Ayl, psykiatrian erik.lääk., MKS/Psykiatrian pkl

Psykoosissa **todellisuudentaju** on vakavasti häiriintynyt. Silloin ihmisellä on **psykoottisia oireita**, kuten harhaluuloisuutta, aistiharhoja, hajanaista puhetta tai käytöstä. Henkilö on vakuuttunut sairaalloisten kokemustensa todenperäisyydestä.

Akuutin psykoosin tunnistaminen ei yleensä tuota ongelmia. Hitaasti kehittyvä psykoosi voi olla vaikea tunnistaa, jos siinä ei tule avoimia aistiharhoja, vaan potilaalla on vain ns. negatiivisia oireita: toimintakyky hiipuu, ajatuksenkulku ja mieliala latistuvat (tyypillisimmillään vastaanotolla on hoitamattoman näköinen potilas, jolla on kaikki ”hyvin” eikä hänellä ole mitään sanottavaa).

Kysymyksiä potilaalle:

Alla olevat kysymykset eivät koske tilanteita, jolloin potilas on ollut unessa, juuri nukahtamassa tai havahtunut juuri unesta hereille. Sellaiset ilmiöt lasketaan unimaailmaan kuuluviksi.

- Tuntuuko sinusta, että joku seuraa, vainoaa tai kyttää? – Kerro lisää.
- Kuuletko ääniä, joita muut eivät kuule?
 - Kuuletko esim. radion olevan päällä, mutta kun menet sammuttamaan, se onkin jo kiinni?
 - Kuuletko nimeäsi huudettavan, mutta ketään ei näy?
 - Kuuletko keskustelua, mutta ketään ei ole paikalla?
- Näetkö asioita, joita muut eivät näe? Eläimiä? Ihmisiä?
- Haistatko asioita, joiden alkuperä ei selviä?
- Maistatko outoja makuja?
- Onko outoja kosketuselämyksiä? Esim. joku taputtaa olkapäälle ja takana ei olekaan ketään?
 - Tunnetko ihollasi menevän jotakin, mutta siinä ei olekaan mitään?
- Tuntuuko, että muut voivat lukea ajatuksiasi? Kaikuvatko ajatuksesi muille?

Ennakko-oireet

- Ajatusten häiriintyminen, katkeaminen tai ajatustulva

- Poikkeavat tai vieraat ajatukset
- Kohdistamisajatukset, epäluuloisuus
- Suuruusajatukset
- Vaikeus erottaa havaintoja ja mielikuvia toisistaan
- Ajatusten ja puheen hajanaisuus (hyppivää ajatuksenkulkua ja puhetta on vaikea seurata)
- Aistihavaintojen vääristymät tai ärsykeherkkyys
- Epätodellisuuden tunne

Välillä potilas on vakuuttunut oireidensa todenperäisyydestä, vaikkakin niitä myöhemmin epäilee.

Epäspesifiset oireet

Näitä voi esiintyä pitkään ennen psykoosin puhkeamista ja myös psykoosin aikana.

Oireet näkyvät vastaanotolla tai selviävät omaisia haastatteleamalla:

- Keskittymiskyvyttömyys, levottomuus
- Ahdistuneisuus
- Aloittekyvyttömyys ja energian puute
- Masentuneisuus, apaattisuus
- Unihäiriöt
- Sosiaalinen vetäytyminen
- Ärtynisyys ja vihaisuus

Toimintakyvyn heikkeneminen

- Toimintakyvyn heikkeneminen on tärkeä psykoosia ennakoiva merkki.
- Jaksaminen ja keskittymiskyky heikkenevät, mikä näkyy opiskelussa ja töissä.
- Potilas vetäytyy ihmissuhteista tai riitelee herkästi.
- Osa alkaa laiminlyödä henkilökohtaisen hygienian ja perustarpeiden, kuten ruokailun hoitamisen.

Muutama sairaus, joissa on erityisiä piirteitä:

Muu syy?

- Epäile **elimellistä psykoosia**, jos äkilliseen psykoosiin liittyy
 - sekavuutta,
 - orientaation häiriötä ja

- näkö-, maku- tai tuntoaistin harhoja.
- Taustalla voi olla aivosairaus tai päihteet.
- Alkoholidelirium on usein helppo tunnistaa anamneesin, näköharhojen, unettomuuden ja sekavuuden perusteella.

Harhaluuloisuushäiriö

- Potilaalla on joku sairaallosainen ajatus, joka *periaatteessa voisi olla mahdollinen*.
- Tyypillistä on vakuuttuneisuus itseen kohdistuvasta vainosta tai puolison petämisestä (mustasukkaisuus).
- Toimintakyky yleensä säilyy ja aistiharhat ovat harvinaisia. Mielialaan liittyvät psykoosioireet

Vaikeaan masennukseen tai maniaan voi liittyä aistiharhoja ja harhaluuloista ajattelua.

- Masentunut ihminen voi kokea itsensä pahuutensa vuoksi vainotuksi tai olla varma taloudellisesta katastrofista. Ääni saattaa kehottaa itsemurhaan.
- Maanikko voi kokea omaavansa ylimaallisia kykyjä.

Laihuushäiriö

- **Laihuushäiriöstä** kärsivillä voi esiintyä psykoottistasoinen ruumiinkuvan häiriö: kokee itsensä lihavaksi vaikka on selvästi alipainoinen.

Dissosiaatiohäiriö

- **Dissosiaatiohäiriössä** voi olla harhoja, mutta potilas tunnistaa ne harhoiksi. Oireet ovat ajallisesti tarkkarajaisia.
- Dissosiaatiohäiriö on harvinainen. Se ei ole psykoottinen tila.

Riskiryhmät

- Lähisuvussa on psykoosisairauksia (perinnöllinen alttius).
- Psykoosin sairastaneet: uudelleen sairastumisen riski on huomattavan suuri.
- Erityisen suuri riski on nuorilla tai nuorilla aikuisilla, joiden lähisukulaisilla on esiintynyt psykooseja ja joiden toimintakyky alkaa nopeasti heiketä.

- Huumeet altistavat psykoosioireille ja aiheuttavat psykoosisairauksia.

Lähteitä

- **PSYKIATRIA** Jouko Lönnqvist, Markus Henriksson, Mauri Marttunen, Timo Partonen
- Suomen Lääkärilehti 32/2006 Raimo Salokangas
- SCID-kyselylomakkeet
- ICD-10

Ensivaiheelle tyypillisiä ennakko-oireita

Epäspesifit

- Keskittymiskyvyn ja huomion kiinnittämisen heikentyminen
- Motivaation ja energiatason lasku
- Mielialan lasku
- Uneen liittyvät ongelmat
- Sekamuotoinen ahdistuneisuus
- Vetäytyminen sosiaalisista suhteista
- Suoritustason heikkeneminen
- Ärtäisyys

Spesifit

- Huomion jakaminen vaikeutuu
- Ajatukset häiriintyvät esim. mieleen tulee asiaan kuulumattomia ajatuksia
- Ajatusten riento esim. mieleen tunkeutuu jatkuvalla syötöllä uusia ajatuksia
- Ajatustoiminnan salpautuminen esim. ajatukset katkeilevat
- Lukemisen ja kuulemisen ymmärtämisen vaikeus esim. vaikea seurata televisiota
- Puheen tuottamisen vaikeus esim. vaikea muodostaa lauseita
- Tunne siitä, että on erityisen huomion tai tarkkailun kohteena
- Huomion kiinnittäminen yksittäisiin näköhavaintoihin esim. yksityiskohdat ympäristössä tuottavat ylenmääräistä kiinnostusta ja henkilö ”jumiutuu” niihin
- Kokemukset siitä, että ympäristö on jotenkin outo ja muuttunut
- Vaikeuksia erottaa ajatuksia ja havaintoja esim. joutuu miettimään onko asiat totta vai ei
- Aistihavainto vääristymät esim. kuulee mitä muut eivät kuule
- Motoriset poikkeavuudet esim. automaattiset liikkeet tuntuvat hankalilta

Lähde:

Luutonen, Heinisuo, Ilonen, Jalava, Karlsson, Ranta, Svartsjö, Svirskis, Salokangas 2006. Varhain, vakavien mielenterveyden häiriöiden varhainen tunnistus ja hoito, opas perusterveydenhuollolle ja psykiatriselle erikoissairaanhoidolle. Turku: Finepress Oy.

Myöhäisvaiheelle (välitön riskivaihe) tyypillisiä ennakko-oireita

Poikkeava ajatussisältö

- Epätodellinen olo
- Hämmäntynyt mieliala
- Kokemuksia ajatuksiin kohdistuvasta häirinnästä
- Maagiseen ajattelun voimistuminen esim. filosofiset, uskonnolliset tai aatteelliset ajatukset
- Epätavalliset ”kummalliset” ajatukset esim. ruumiin toiminnasta, maailman-kaikkeudesta tai omasta syyllisyydestä
- Suhteuttamisajatukset esim. ajatukset keskipisteenä, kohteena tai vaarassa olemisesta

Epäluuloisuus / vainon kohteena olemisen tunne

- Tunne, että ihmiset ajattelevat itsestä kielteisesti
- Ei osoita luottamusta toisia ihmisiä kohtaan
- Ympäristön jatkuva tarkkailu
- Tunne siitä, että on tarkkailun tai seurannan kohteena
- Väkivallan tms. pelko

Suuruusajatukset

- Omien kykyjen yliarviointi esim. ajattelee olevansa erityisen viisas tai lahjakas
- Omien mahdollisuuksien karkea väärintulkinta tai välinpitämättömyyttä esim. päätön rahankäyttö
- Epärealistisia suunnitelmia tai tavoitteita
- Tunne siitä, että on valittu suorittamaan jotain tehtävää esim. pelastaa maailma

Aistihavainto vääristymät

- Kuuloaistin alueella esim. äänyliherkkyyttä, naputusta, suhinaa, soimista, puhutte: itselle osoitettua, keskustelua, omien ajatusten kuulemista
- Näköaistin alueella esim. vilahduksia, varjoja, kuvioita, valoja, hahmoja, ihmisiä, eläimiä
- Ruumiilliset tuntemukset esim. pistelyä, kuumotusta, vilua, tunnottomuutta, väristyksiä, tunne, että joku liikkuu iholla tai sen alla
- Hajuaistin alueella esim. hajuja tai makuja joita toiset ei havaitse

Hajanaisuus

- Vaikeuksia tulla ymmärretyksi tai ymmärtää muita
- Puhe epäjohdonmukaista, rönsyilevää tai katkeilevaa

Lähde: Luutonen, Heinisuo, Ilonen, Jalava, Karlsson, Ranta, Svartsjö, Svirskis, Salokangas 2006. Varhain, vakavien mielenterveyden häiriöiden varhainen tunnistus ja hoito, opas

perusterveydenhuollolle ja psykiatriselle erikoissairaanhoidolle. Turku: Finepress Oy.

Psykoosien esioirekysely eli PROD-seula.**Onko sinulla viimeksi kuluneen 12 kuukauden aikana esiintynyt seuraavia oireita?**

Ei

Kyllä

1. Huolestuneisuutta, hermostuneisuutta tai ahdistuneisuutta		
2. Vähintään viikon kestäviä yöunen häiriöitä		
3. Ruumiillista levottomuutta, esimerkiksi niin, että kulkisit edestakaisin pystymättä olemaan paikallasi		
4. Erityistä stressiä tavanomaisista arkipäivän tapahtumista vähintään viikon ajan		
5. Vaikeutta ajatella selkeästi, keskittyä ajattelemaasi, häiritseviä ajatuksia tai ajatus-ten katkeilua		
6. Vaikeutta eri vaihtoehtojen harkinnassa ja pientenkin päätösten teossa		
7. Kokemuksia, että ajatuksia tulisi mieleesi erityisen vilkkaasti tai että sinun olisi vaikea hillitä ajatuksiasi		
8. Vaikeutta ymmärtää lukemaasi tekstiä tai kuulemaasi puhetta		
9. Masentuneisuutta, apaattisuutta, energian puutetta tai erityistä väsyneisyyttä		
10. Vaikeutta kontrolloida puhettasi, käyttäytymistäsi tai ilmeitäsi		
11. Vaikeutta tai epävarmuutta lähestyä toisia ihmisiä vähintään viikon ajan		
12. Aloitekyvyttömyyttä tai vaikeutta tekemisen saattamisessa loppuun vähintään viikon ajan		

LIITE 2(39).**opas**

13. Ihmissuhteista vetäytymistä, toisten seuran välttämistä, viihtymistä parhaiten yksin		
14. Tuntemuksia siitä, että ympäristön tapahtumat tai toisten ihmisten käyttäytyminen erityisellä tavalla liittyisivät sinuun		
15. Tuntenut olosi poikkeuksellisen hyväksi tai itsesi erityisen päteväksi ja tärkeäksi		
16. Näkemiseen liittyviä häiriöitä, esimerkiksi epätarkka näköaistimus, korostunutta näönherkkyyttä tai näköhavaintojen muuttumista		
17. Kuulemiseen liittyviä häiriöitä, esimerkiksi yliherkkyyttä äänille, outoja ääniä tai äänten kuulumista ilman selvää lähdettä		
18. Vaikeutta suorittaa tavallisia rutiinotoimintoja, kuten peseytyminen, pukeutuminen, kotityöt, kaupassakäynti, pyöräily, autoilu tms. vähintään viikon ajan		
19. Tunnetta siitä, että jotain outoa tai selittämätöntä tapahtuu sinussa itsessäsi tai ympäristössäsi		
20. Ajatuksenkulkuja, ideoita tai käyttäytymismuotoja, jotka ovat outoja tai erikoisia		
21. Tunnetta siitä, että sinua seurattaisiin tai että sinuun jollain erityisellä tavalla vaikutettaisiin		

Mikäli henkilö rastittaa vähintään 3 kyllä-kohtaa tyypillisistä oireista (5, 7, 8, 10, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21), psykoosiriskin mahdollisuus on syytä tutkia tarkemmin.

(Salokangas, Heinimaa, Suomela 2002. Psykoosialttiuden arvioinnin opas. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.)

CHECKING – LISTA PERHETAPAAMISEEN

- TYÖNJAOSTA SOPIMINEN ENNEN TAPAAMISTA
- LIITTYMISVAIHE
- ESITTELYKIERROS
- AJANKÄYTÖSTÄ SOPIMINEN
- TEEMAKIERROS
- KESKUSTELUVAIHE
- PÄÄTÖSTEN JA SUUNNITELMIEN TEKO
- 10 MIN ENNEN LOPETUSTA
- LOPETUS JA TOIVON ANTAMINEN / ROHKAIKU

Työnjaosta sopiminen ennen tapaamista

Ennen tapaamista sovitaan kuka toimii puheenjohtajana, kuka kirjaa, toimiiko joku havainnoijana, refleктоijana, kellokallena.

Tapaamistilan tarkistus

Esim. sopiva valaistus, riittävästi tuoleja kohdalleen niin, että tuolien etäisyys on toisiinsa sopiva ja kaikki näkevät toistensa silmät. Fläppitaulu, avolehtiö ja kynät, nenäliinat ??

Liittymisvaihe

Kättely tai muu tapa toivottaa tervetulleeksi, katsekontakti !

Perhe asettuu valitsemilleen paikoille ennen työryhmää.

Liittyminen verbaalisesti, jutustelu mahdollisen alkujännityksen loiventamiseksi (säähavainnot, parkkipaikan löytyminen ym.)

Esittelykierros

Puheenjohtaja esittelee itsensä.

Puheenjohtajan lyhyt briiffaus, esim. tapaamisen rungon kertominen ja tapaamisen ajan strukturointi sekä työryhmän työjako tässä tapaamisessa.

Läsnäolijat esittelevät itsensä istumajärjestyksessä esim. alkaen oikealta kertoen nimensä ja ”roolinsa” (omahoitaja, lääkäri tms, perheenjäsenet määrittelevät roolinsa haluamallaan tavalla)

Puheenjohtaja tarvittaessa kysyy ketä muita perheeseen kuuluu paikallaolijoiden lisäksi.

Ajankäytöstä sopiminen

Varmistetaan tapaamisen kesto, tarkistetaan paikallaolijoiden aikataulut.

Muistutetaan, että tapaamisen lopusta varataan aikaa yhteenvetoon ja uuden tapaamisen sopimiseen 10min.

Kellokalle kertoo huolehtivansa ajan seuraamisesta.

Teemakierros

Puheenjohtaja pyytää paikallaolijoita kertomaan lyhyesti, muutamalla sanalla mikä asia olisi itse kullekin tärkeää käsitellä tässä tapaamisessa. Ensin perhe ja sitten hoitoryhmä.

Kannustetaan keskenään ristiriitaistenkin teemojen esiintuloon

Puheenjohtaja kysyy onko ei-paikallaolijoilla jokin tema/terveiset tapaamiseen.

Teemojen kirjaus, esim. fläppitaululle?

Puheenjohtaja huolehtii että teemakierroksen puheenvuorot pysyvät napakkoina ja lyhyinä, esim. muistuttamalla että asioihin palataan keskustelussa.

Keskusteluvaihe

Aloitetaan keskustelu teemojen pohjalta potilaan esittämästä aiheesta.

Puheenjohtaja huolehtii että kaikilla on puheenvuoroja ja kaikilla olisi aikaa sanoa mitä ajattelevat.

Keskusteluvaiheessa voi olla avointa dialogia, jos mahdollista, haastattelua tarpeen mukaan myös systemaattisesti sekä reflektioita jos havainnoija tuntee tarvetta tai puheenjohtaja pyytää sekä psykoedukaatiota

Tuodaan julki perheen kuullen että läsnäolijoiden ei ole pakko puhua.

Päätösten ja suunnitelmien teko

puheenjohtaja kertoo keskeiset teemat.

Suunnitelmista sopiminen, tarpeen mukaan verkoston ja erityistyöntekijöiden kytkeminen mukaan.

Suunnitelman kirjaaminen: potilaalle / perheelle mukaan ja fläppitaululle.

10 min ennen tapaamisen sovittua lopetusaikaa

Sovitaan seuraavan tapaamisen ajasta ja kokoonpanosta.

Lopetus ja toivon antaminen / rohkaisu

Puheenjohtaja kiittää kaikkia ja hyvästelee.

Lopetus napakaksi.

Ei ovensuukeskustelua, tapaamisen lopetuksen jälkeen esiin tulleisiin aiheisiin pyydetään palaamaan seuraavassa tapaamisessa ja perheen omissa keskinäisissä keskusteluissa.

(Eteläinen/Läntinen psykiatrian poliklinikka avo/varhaiskuntoutustyöryhmä Helsingin kaupunki 2010.)