
**KLOTSAPIINIA KÄYTTÄVIEN ASIAKKAIDEN HOIDON
KEHITTÄMINEN HYVINKÄÄLLÄ**



Ammattikorkeakoulun opinnäytetyö

Hoitotyön koulutusohjelma

Hämeenlinna, 10.5.2012

Mia Kemppainen

Sini Rasimus

Hämeenlinna
Hoitotyön koulutusohjelma
Sairaanhoitaja (AMK)

Tekijät	Mia Kemppainen Sini Rasimus	Vuosi 2012
Työn nimi	Klotsapiinia käyttävien asiakkaiden hoidon kehittäminen Hyvinkäällä	

TIIVISTELMÄ

Tämän opinnäytetyön tarkoitus oli klotsapiinia käyttävien, skitsofreniaa sairastavien asiakkaiden hoidon kehittäminen. Tavoitteena oli tuottaa tietoa Hyvinkään psykiatrian yksikköön uutta toimintamallia varten.

Opinnäytetyöhön kerättiin tietoa muun muassa useista teorialähteistä, erilaisista tutkimuksista ja Hyvinkään psykiatrian yksikköön lähetetyn kyselylomakkeen avulla. Kyselyiden vastaukset analysoitiin laadullisen sisälönanalyysin avulla. Kyselyyn vastasi noin 39 prosenttia yksikön henkilökunnasta. Lisäksi selvitettiin muiden kuntien palveluja, joita on perustettu klotsapiinia käyttäville asiakkaille. Opinnäytetyössä selvitettiin myös klotsapiinin käytön turvallisuutta, tarvittavaa seuranta- ja lääkkeen haittavai- kutuksia.

Opinnäytetyöstä saatujen tulosten perusteella klotsapiinia käyttävät asiakkaat sekä heidän omaisensa hyötyvät keskitetystä palvelusta. Klotsapiinilääkityksen vuoksi asiakkaat tarvitsevat tiheää voinnin seuranta- ja vaikka klotsapiini todettiin turvalliseksi lääkkeeksi skitsofrenian hoidossa. Tulokset osoittavat myös, että skitsofrenian hoitoon ja kuntoutukseen suositellaan vertaistukea, psykoedukaatioita, psykoedukatiivista perhetyötä sekä pitkäjänteistä ja luottamuksellista hoitosuhdetta, johon kuuluvat tarvittaessa kotikäynnit. Arkielämää tukeva toiminta ja asiantuntijoiden pitämät teemaluennot asiakkaille ja heidän omaisille koettiin myös hyödyllisiksi.

Avainsanat Skitsofrenia, klotsapiini, asiakas, hoidon kehittäminen

Sivut 35 s. + liitteet 3 s.

Hämeenlinna
Degree Programme on Nursing
Registered nurse (AMK)

Authors

Mia Kemppainen
Sini Rasimus

Year 2012**Subject of Bachelor's thesis**

Development of Treatment with Clients Using
Clozapine in Hyvinkää

ABSTRACT

The purpose of this thesis was to improve the treatment of schizophrenia clients being medicated with Clozapine. The aim was to gain information for the new approach in the psychiatric unit in Hyvinkää.

Information for this thesis was collected from many theoretical sources, various previous studies and a questionnaire sent to the staff of the psychiatric unit in Hyvinkää. The results of the questionnaire were analyzed using qualitative analysis. About 39 percent of the staff of the unit took part in the study. In addition, the services founded for clients using Clozapine in other municipalities were examined. Also, the safety, necessary follow-up and defects of the drug were investigated.

According to the results of the research clients using Clozapine and their families benefited from centralized service. Because of the Clozapine treatment, the clients require frequent follow-up, even though the drug was found to be a safe means of treatment for schizophrenia. The results also show that peer support treatment, psycho-education, psycho-educational family work and reliable long-term care relationship that may require house calls are recommended as part of the treatment of clients with schizophrenia. Activities that support clients' daily life and theme lectures given by professionals to clients and their families were also found to be salutary.

Key words Schizophrenia, client, development of treatment

Pages 35 p. + appendices 3 p.

SISÄLLYS

1	JOHDANTO.....	1
2	SKITSOFRENIA SAIRAUTENA.....	3
2.1	Skitsofrenian sairausmalli.....	3
2.2	Skitsofrenian oireita.....	4
2.3	Oireiden vaikutuksia jokapäiväiseen elämään.....	5
2.4	Taudinkulku ja ennuste.....	6
3	SKITSOFRENIAA SAIRASTAVAN ASIAKKAAN HOITO JA KUNTOUTUS ...	7
3.1	Tehostettu tuki avohoidossa.....	7
3.2	Tukea arkielämään.....	8
3.3	Omahoitajuus.....	9
3.4	Yksilöpsykoterapiat.....	9
3.5	Psykoedukaatio.....	10
3.6	Psykoedukatiivinen perhetyö.....	11
3.7	Vertaistuki.....	12
3.8	Skitsofreniaa sairastavan asiakkaan somaattinen eli fyysinen terveydentila	13
4	KLOTSAPIINI-LÄÄKEHOITO OSANA SKITSOFRENIAA SAIRASTAVAN ASIAKKAAN ELÄMÄÄ.....	14
4.1	Perinteiset psykoosilääkkeet.....	14
4.2	Toisen polven psykoosilääkkeet.....	15
4.3	Klotsapiini.....	15
4.3.1	Klotsapiinin haittavaikutukset.....	16
4.3.2	Klotsapiinia käyttävien asiakkaiden seuranta.....	17
4.3.3	Klotsapiinin turvallisuus.....	19
5	HYVINKÄÄN PSYKOSOSIAALISTEN PALVELUJEN RAKENNE.....	19
5.1	Akuuttityöryhmä.....	20
5.2	Mielialatyöryhmä.....	20
5.3	Psykoosi- ja kuntoutustyöryhmä.....	21
5.4	A-klinikka.....	21
5.5	Valistuspalveluyksikkö.....	21
6	OPINNÄYTETYÖN TAVOITE JA TUTKIMUSKYSYMYKSET.....	22
7	OPINNÄYTETYÖN TOTEUTTAMINEN.....	22
7.1	Aineiston keruu.....	22
7.2	Kyselyn analysointi.....	23
8	HYVINKÄÄN PSYKIATRIAN YKSIKÖN KYSELYN TULOKSET.....	23
8.1	Klotsapiinia käyttävien asiakkaiden tämänhetkinen hoito Hyvinkään psykiatrian yksikössä.....	23
8.2	Skitsofreniaa sairastavien asiakkaiden hoidon tarve.....	24
8.3	Palvelut poliklinikalla.....	25
8.4	Koulutuksen tarve ja yhteistyökumppanit.....	25
8.5	Kyselyn eettisyys ja luotettavuus.....	26

9	HYVINKÄÄN LÄHIALUEIDEN PALVELUJA	27
9.1	Järvenpään palvelut	27
9.2	Porvoon palvelut	28
10	OPINNÄYTETYÖTÄ TUKEVIA MUITA TUTKIMUKSIA	29
10.1	Vaasan sairaanhoitopiirin kuntoutuspoliklinikkahanke	29
10.2	Lapin sairaanhoitopiirin avohoitokuntoutusprojekti	30
11	JOHTOPÄÄTÖKSET	31
12	POHDINTA.....	34

Liite 1	Saatekirje
Liite 2	Kyselylomake
Liite 3	Kysymyksiä

1 JOHDANTO

Tämän opinnäytetyön aihe on valittu Hyvinkään kaupungin mielenterveyspalvelujen johtajan antamien ehdotusten perusteella. Hyvinkään psykososiaalisten palvelujen toimintasuunnitelmassa vuosille 2011–2020 niin sanottu klotsapiinipoliklinikkatoiminta on yhtenä osana psykiatrisen yksikön palvelua, hoitoa ja kuntoutusta. Opinnäytetyön tavoitteena on koota tietoa Hyvinkään psykiatrian yksikölle toimintamallia varten, jotta he voivat kehittää tulevaisuudessa palveluja klotsapiinia käyttäville asiakkaille, heidän omaisilleen sekä heitä hoitaville terveydenhuollon ammattilaisille. Tarkoituksena on kartoittaa erilaisia toimintamalleja, joita on jo käytössä muissa Suomen kunnissa, ja niiden pohjalta tarjota Hyvinkäätä palveleva ehdotus. Tarkastelukunniksi on valittu kaksi kuntaa, joista löytyi sellaisia toimintamalleja, joiden kautta oli hyvä lähteä tarkastelemaan mahdollisesti Hyvinkäätä palvelevaa toimintaa. Hyvinkään psykososiaalisen yksikön kautta lähetettiin kysymyksiä (Liite 3) Järvenpäähän ja Porvooseen, joiden avulla pyrittiin saamaan vastauksia yksiköiden niin sanottujen klotsapiinipoliklinikoiden toiminnasta.

Opinnäytetyön tarkoituksena on selvittää, millaisesta palvelusta skitsofreniaa sairastavien asiakkaiden hoito ja kuntoutus hyötyisivät eniten. Lähdemateriaaleina on käytetty aiheeseen liittyvää kirjallista materiaalia, uusimpia tutkimustuloksia, sähköisiä lähteitä, kyselyaineistoa sekä muun muassa Käypä hoito- suosituksia.

Hyvinkään psykiatrian yksikössä on tällä hetkellä noin 50 skitsofreniaa sairastavaa asiakasta, jotka käyttävät klotsapiinilääkitystä (Hildén 2011). Opinnäytetyössä tarkastelun kohteeksi on rajattu ainoastaan avopsykiatrian palvelut, joita on tarjolla klotsapiinia käyttäville asiakkaille Hyvinkäällä. Tämän vuoksi skitsofreniaa sairastavasta henkilöstä käytetään nimikettä asiakas. Opinnäytetyössä keskitytään jo skitsofreniaan sairastuneiden asiakkaiden hoitoon, joten ensipsykoosiin liittyvät hoitomuodot on rajattu opinnäytetyön ulkopuolelle. Tällä opinnäytetyöllä halutaan vastaus seuraavaan kysymykseen: Minkälainen toimintamalli palvelisi parhaiten Hyvinkään psykiatrian yksikön klotsapiinilääkitystä käyttäviä skitsofrenia-asiakkaita, heidän omaisiaan sekä hoitohenkilökuntaa? Tämän vuoksi myös Hyvinkään psykiatrian yksikön henkilökunnalle tehtiin kirjallinen kysely (Liite 2), jonka avulla kartoitettiin skitsofreniaa sairastavien asiakkaiden hoitoa tällä hetkellä ja henkilökunnan ajatuksia ja toiveita uusien palvelujen järjestämisestä. Kyselyn tulokset havainnollistetaan sekä kirjallisesti että kuvioiden avulla.

Opinnäytetyön aihe on ajankohtainen, sillä tutkimusten mukaan on todettu skitsofreniaa sairastavien asiakkaiden hyötyvän keskitetystä poliklinikasta ja ryhmätoiminnasta (Pirttipää 2006). Lisäksi Lapin sairaanhoitopiirin tekemän projektin mukaan pitkäänkin sairastaneet skitsofreniapotilaat hyötyvät ryhmäkuntoutuksesta (Posio, Keskihannu, Veijola & Koponen 2008). Myös näyttöön perustuvan tutkimuksen mukaan työryhmäpohjais-

nen tehostettu avohoitotoiminta on todettu hyväksi hoitomuodoksi skitsofrenian hoidossa (Suomen Psykiatriyhdistys ry 2001).

Johtopäätösoosuudessa nostetaan esille tärkeimmät opinnäytetyön tutkimustulokset ja suositukset skitsofrenian hoidosta ja kuntoutuksesta, sekä verrataan joitakin lähdetietojen ristiriitaisuuksia. Pohdintaosuudessa koetaan yhteen opinnäytetyön tekijöiden ajatuksia skitsofrenian hoidosta ja kuntoutuksesta sekä klotsapiinin käytön erityispiirteistä.

2 SKITSOFRENIA SAIRAUTENA

Skitsofrenia on monimuotoinen psykoosiksi luokiteltava psyykkinen sairaus. Se on yleisin ja oirekuvaltaan vaikein psykoosisairaus, joka vaikuttaa laajasti ihmisen moniin elämänalueisiin. Psykoosilla tarkoitetaan todellisuudentajun vakavaa häiriintymistä, joka voi ilmentyä monin eri tavoin, kuten harhaluuloina, aistiharhoina, puheen hajanaisuutena tai outona käytöksenä. Skitsofrenialle on tyypillistä toistuvat sairausjaksot, joiden välillä toimintakyky paranee useimmilla ainakin osittain. (Suvisaari 2010, 869.) 0.5–1.5 prosenttia koko väestöstä sairastaa skitsofreniaa. Näin ollen Suomessa on noin 50 000 skitsofreniaa sairastavaa henkilöä. Heistä sairaalahoitossa on kuusi prosenttia ja on laskettu, että vuoden aikana kolmetoista prosenttia heistä saa sairaalahoitoa. (Käypä hoito 2008.)

Skitsofreniasairaus vaikeimmillaan saattaa eristää henkilön pitkiin sairaalahoitajaksoihin tai hänen omaan harhaiseen ja suljettuun maailmaansa. Päivittäisten toimintojen tekeminen voi olla mahdotonta, varsinkin jos ihminen on mieleltään hyvin hajanainen. Skitsofreniaan sairastutaan usein kohtalaisen nuorena, joten koulunkäynti voi jäädä kesken tai ainakin vaikeutua huomattavasti. (Rissanen 2007, 36.) Miehillä skitsofrenia puhkeaa usein varhaisemmin kuin naisilla. Siksi heillä on suuremmat riskit syrjäytymiselle, naimattomuudelle, huonoon sosiaaliseen asemaan sekä varhaiselle eläkkeelle jäämiselle. (Käypä hoito 2008.)

2.1 Skitsofrenian sairausmalli

Skitsofrenian syntymekanismeja on etsitty jo pitkään monilta eri tahoilta ja sitä on yritetty selittää monista lähtökohdista. Sairastumisen syytä on etsitty biologisista tekijöistä, joita ovat muun muassa geneettiset tekijät, aivo-vauriot sekä muut rakenteelliset vauriot. (Rissanen 2007, 26–30.)

Uusimpien tutkimusten mukaan skitsofrenian taustalla on perimästä ja ympäristötekijöistä johtuva aivojen kehityksen häiriintyminen. Kehityksen häiriintyminen alkaa jo sikiöaikana ja sitä pahentavat erilaiset lapsuus- ja nuoruusiässä vaikuttavat ympäristötekijät. Viime vuosina on saatu paljon uutta tietoa skitsofreniasta, on muun muassa löydetty yhteys skitsofrenian ja HLA-geenialueen välillä. Myös ympäristöön liittyvien riskitekijöiden tutkimuksessa on saatu paljon lisää tietoa, varsinkin erilaisista raskauteen ja lapsuudenaikaiseen kasvu-ympäristöön liittyvistä tekijöistä. Perimän ja ympäristötekijöiden yhteisvaikutusten tutkiminen on entistä keskeisessä asemassa. Perinnöllinen alttius saattaa tehdä lapsesta herkemman epävakaa kasvu-ympäristön sekä myös muiden ympäristöriskitekijöiden vaikutukselle. (Suvisaari 2010, 869.)

Skitsofreniaan sairastumisen syntyä ymmärretään stressi-ajatusmallin eli stressi-haavoittumismallin pohjalta. Sen mukaan psykoosialtis henkilö sairastuu kohdatessaan joko sisäistä tai ulkoista stressiä, jonka käsittelemiseen hänen psyykkiset hallintamekanisminsa eivät riitä. (Berg 2008, 3.) Laukaiseva stressi voi olla esimerkiksi normaaliin aikuistumiseen tai pa-

risuhteeseen liittyvä tekijä tai toksinen, eli esimerkiksi huumeiden tai alkoholin liiallinen käyttö. (Käypä hoito 2008.)

2.2 Skitsofrenian oireita

Skitsofreniaa sairastavalla henkilöllä esiintyy paljon erilaisia oireita, mikä yksittäinen oire ei kuitenkaan ole pelkästään tunnusomaista. Skitsofrenia vaikuttaa haitallisesti emotionaalisiin ja kognitiivisiin toimintoihin sekä käyttäytymiseen. Suurin osa oirehtii vuosikymmeniä, mutta sairastuneiden oireenkuva vaihtelee paljon elämänkaaren kuluessa. (Isohanni, Honkonen, Vartiainen & Lönnqvist 2009, 73.) Oirekuvaan saattaa kuulua esimerkiksi taipumus eristäytyä muista ihmisistä, normaali ajatuksen kulku saattaa katkeilla tai muuttua hajanaiseksi ja vaikeasti ymmärrettäväksi tai hänellä voi ilmaantua itselleen merkityksellisiä ajatusyhteyksiä. Oireina voi olla tunneilmaisun hajanaisuus tai näennäinen sammuminen, vaikeasti ymmärrettäviä harhaluuloja, sekä erilaisia aistiharhoja, joista yleisempiä ovat kuuloharhat. Muita aistiharhoja ovat tunto-, haju-, maku- ja näköharhat. Toisilla voi esiintyä katatonisia oireita, jolloin skitsofreniaa sairastava henkilö saattaa jäähmettyä liikkumattomana paikalleen ympäristöstään vetäytyneenä. Varsinkin sairastumisen alkuvaiheessa tavataan usein voimakkaita pelkotiloja, joihin liittyy vainoharhoja tai mielikuvia itseä tai ympäristöä uhkaavista tuhoisista vaaroista. Sairauden pitkittyessä, henkilön ajatukset saattavat täytyä harhamaailmalla, joka korvaa normaalit ihmissuhteet. Hoitoa hankaloittaa usein se, että skitsofreniaa sairastava henkilö on usein sairautentunnoton. (Berg 2008, 4.)

Oireet jaotellaan joko positiiviseksi tai negatiiviseksi oireeksi. Negatiiviseksi oireeksi kuvataan tunteiden latistumista, puheen köyhtymistä, tahdottomuutta sekä kyvyttömyydellä tuntea mielihyvää. Positiivisiin oireisiin kuvataan aistiharhat, harhaluulot sekä puheen ja käyttäytymisen hajanaisuus. Akuuttivaiheen oireet ovat yleensä positiivisia oireita ja jälkioireet ovat yleensä negatiivisia. (Käypä hoito 2008.)

Kaikilla skitsofreniaa sairastavilla henkilöillä on kognitiivisia häiriöitä, jotka usein ovat varsin suuria muutoksia. Ajatellaan, ettei sairaus vaikuta älylliseen suoriutumiskykyyn, lukuun ottamatta kielellistä suoriutumiskykyä. Kun toimintahäiriö on kerran muodostunut, se on myös pitkäkestoinen, mutta pysyvätkään häiriöt eivät yleensä pahene. (Berg 2008, 4.) Tavallisesti kognitiiviset ongelmat liittyvät kielelliseen muistiin, uuden oppimiseen, tarkkaavaisuuden ja toiminnanohjauksen häiriöihin. Keskeistä ongelmissa ovat käsitteenmuodostuskyvyn, loogisen ajattelun ja keskittymiskyvyn häiriöt, sekä abstraktin ajattelun häiriintyminen. (Rissanen 2007, 35.)

Skitsofrenian yhteydessä depressio, depressiivinen oireilu sekä itsetuhoisuus ovat yleisiä. Skitsofreniaa sairastavan henkilön tutkimuksissa ja tapaamisissa tulisikin aina selvittää mieliala sekä mahdollinen itsemurhavaara. Myös väkivaltaisuuden riskiä olisi syytä arvioida. (Käypä hoito 2008.)

2.3 Oireiden vaikutuksia jokapäiväiseen elämään

Kognitiiviset ongelmat aiheuttavat skitsofreniaan sairastuville henkilöille kyvyttömyyttä oppia päivittäisiä kokemukseen liittyviä käyttäytymismalleja, mikä loisi perustan hyvälle sosiaaliselle elämälle. Lähellä olevien ihmisten on yleensä vaikeaa ymmärtää tällaisia puutteita. Koetaan ärsyttävänä, kun esimerkiksi yksinkertaiset asiat jäävät tekemättä. Usein heidät tulkitaan väärin, ajatellaan että he ovat laiskoja, välinpitämättömiä tai saamattomia. (Berg 2008, 5.)

Näiden toimintahäiriöiden voittamiseksi tarvitaan suuria ponnistuksia. Osa skitsofreniaa sairastavien henkilöiden passiivisuudesta johtuu myös siitä, että elämästä puuttuvat monet arkea tukevat rakenteet, esimerkiksi ei ole työtä, ystäviä tai muuta mielekästä tekemistä. Monet heistä kärsivätkin yksinäisyydestä. Tämä johtuu yleensä siitä, että skitsofrenian oirekuvaan liittyy kyvyttömyyttä tulkita muiden ihmisten kehonkieltä sekä kasvojen ilmeitä, joka aiheuttaa paljon väärinkäsityksiä. Sosiaalisten suhteiden solmimiset epäonnistuvat kerta toisensa jälkeen, ja jatkuvat pettymykset ihmissuhteissa sammuttavat halun yrittää, ja näin itsetunto laskee entisestään. Tilalle tulee epäusko ja varovainen, joskus jopa kielteinen suhtautuminen muihin ihmisiin. Skitsofreniaan sairastuneelta henkilöltä puuttuu kyky ymmärtää sanattoman viestinnän sävyjä ja kyky ratkoa kommunikation pulmia. Näissä tilanteissa turhautuneisuus saa helposti vallan, joka voi purkautua jopa aggressiona. Tämä on todennäköisin syy psyykkisesti sairastuneiden aggressiivisiin kohtauksiin. (Berg 2008, 5–8.)

Psykoottinen käyttäytyminen tuntuu usein ihmisistä ahdistavalta ja pelottavalta, mutta usein tunteet voivat olla jopa vielä oudompia ja pelottavampia sairastuneelle itselleen. Joskus skitsofreniaa sairastava henkilö itekin tietää, etteivät hänen kokemuksensa ympäröivästä maailmasta ole totuudenmukaisia. Hän voi tuntea elävänsä ja toimivansa vailla kosketusta todellisuuteen tai omaan itseensä. (Rissanen 2007, 36.) Psykoottinen ihminen voi olla myös täysin sairautentunnoton ja elää omasta mielestään täysin todellisuudessa. Ongelmat syntyvät, kun oman itsen ja ympäristön todellisuus kohtaavat ristiriitaisesti. (Hentinen 2009, 41.)

Skitsofreniaa sairastavan henkilön kipukynnys on tavallista korkeampi. Hän voi esimerkiksi liikkua talvella kesävaatteissa tai kesällä taas talvi-vaatteissa. Myös rahan arvon merkitys voi vaihdella, joskus 10 euroa tuntuu todella suurelta rahalta, kun taas toisena päivänä tuhat euroa tuntuu pikkurahalta. Skitsofreniaa sairastavalta henkilöltä usein puuttuu kyky siirtää tai jaksottaa mielihyvää tuottavia asioita. Tämä johtaa usein suuriin taloudellisiin ongelmiin. Esimerkiksi eläke saatetaan kuluttaa muutamassa päivässä, koska kaikki haluttava tavara hankitaan heti kun on rahaa. (Berg 2008, 6–7.)

Toisaalta erikoistutkija Saarnin (2010) laatiman tuoreen tutkimuksen mukaan skitsofreniaa sairastavat henkilöt kokevat itse elämänlaatunsa melko hyväksi. He pitävät elämänlaatuansa parempana kuin ulkopuoliset ehkä ajattelevat heidän toimintakykynsä perusteella. Tutkimuksen pohjalta saa

vaikutelman siitä, että skitsofreniaan liittyy merkittävää sopeutumista sairautteen, mikä parantaa heidän kokemustaan elämänlaadusta. Usein tämä voi olla jopa ongelma, koska se saattaa johtaa kohtuuttoman huonoihin oloihin tyytymiseen, koska muutenkin heillä on yleensä suuria vaikeuksia pitää kiinni oikeuksistaan ilman aktiivista apua. Skitsofreniaa sairastavilla henkilöillä merkittävin elämänlaatua laskeva oire on masennus, joten sen hoitoon olisi kiinnitettävä enemmän huomiota.

2.4 Taudinkulku ja ennuste

Skitsofreniaan sairastuminen on hidasta, ja siihen liittyy ennakko-oireita joskus jopa viiden vuoden ajan ennen varsinaisten psykoosioireiden puhkeamista. Ennakko-oireet ovat epämääräisiä, esimerkiksi skitsofrenian ja depression ensioireet eivät paljoakaan eroa toisistaan. Kummassakin ennakko-oireina on huolestuneisuus, ahdistuneisuus, mielialan lasku, keskittymiskyvyn puute ja vähäenergisyys. Psykoosin ennakko-oireita, kuten aistiharhaisuutta ja epäluuloisuutta, alkaa ilmetä vasta lähempänä psykoosiin sairastumista. Psykoosi oireiden alkamisen ja hoitoon pääsemisen välillä on usein liian pitkä aika, kuukausien tai joskus jopa vuosien viive. (Suvisaari 2010, 869.)

Hoito olisi aloitettava heti psykoosioireiden ilmaannuttua, koska asianmukaisen hoidon viivästyminen vähentää toipumisen mahdollisuuksia sekä astetta. Varhainen psykoosin tunnistaminen tapahtuu useimmiten perusterveydenhuollossa. (Käypä hoito 2008.) Tämän vuoksi monissa maissa onkin toteutettu väestöön ja perusterveydenhuoltoon kohdistettuja ohjelmia, joissa on annettu tietoa psykoosin varhaisesta tunnistamisesta ja hoitoon ohjaamisesta. Ohjelmiin on liitetty lisäksi myös nopeasti ja joustavasti apua tarvitsevia hoitomuotoja. Näillä keinoilla on mahdollista lyhentää merkittävästi hoitamattoman psykoosin kestoa sekä myös parantaa sairauden ennustetta. Pysyvä paraneminen on kuitenkin harvinaista ja valtaosa skitsofreniaa sairastavista ihmisistä onkin Suomessa työkyvyttömyyseläkkeellä. (Suvisaari 2010, 869.)

Psykoosin uusiutumisen todennäköisyys on suuri. Gleeson (2005) on karjoittanut eri seurantatutkimusten pohjalta uusiutumiseriskiä ensipsykoosin sairastuneilla. Tutkimusten mukaan riski psykoosin uusiutumiselle on noin 70–80 prosenttia, mutta joidenkin tutkimusten mukaan riski kasvaa jopa yli 90 prosenttia. (Hentinen 2009, 42.)

3 SKITSOFRENIAA SAIRASTAVAN ASIAKKAAN HOITO JA KUNTOUTUS

Skitsofreniaa sairastavia asiakkaita hoidetaan ensisijaisesti avohoidossa, joka toteutetaan yleensä erikoissairaanhoidon alaisella psykiatrian poliklinikalla, mielenterveystoimistossa tai perusterveydenhuollon vastaavassa mielenterveysyksikössä ja erilaisissa kuntoutuspaikoissa. (Suomen Psykiatriyhdistys ry 2001.) Hoito tulee järjestää siten, että asiakkaan yksilölliset sekä muuttuvat hoito- ja kuntoutustarpeensa huomioidaan. Palveluiden tulee muodostaa pitkäjänteinen hoidon turvaava kokonaisuus. Keskeinen vastuu hoidosta kuuluu väestövastuuperiaatteella toimivalle psykiatriselle avohoitoyksikölle, jolla on käytössään monipuolinen hoito- ja kuntoutussuunnitelmien valikoima ja joka toimii tiiviissä yhteistyössä psykiatrisen sairaalaosaston, perusterveydenhuollon, sosiaalsektorin sekä potilas- ja omaisyhdistysten kanssa. (Suomen Psykiatriyhdistys ry 2001.) Terveystieteiden ja sosiaalitoimen henkilökunnalle tulisi järjestää koulutusta, jotta tehokkaiksi osoittautuneet hoitomuodot saataisiin osaksi hoitojärjestelmää. (Käypä hoito 2008.)

3.1 Tehostettu tuki avohoidossa

Pitkäaikaisesti sairaiden, skitsofreniaa sairastavien asiakkaiden avohoidon organisoimiseksi on havaittu hyväksi menetelmäksi työryhmäpohjainen tehostettu avohoitotoiminta (assertive community treatment). Siinä moniammatillinen työryhmä huolehtii hoidon tarpeen arvioimisesta sekä myös hoidon toteuttamisesta. Tarvittaessa tehdään myös kotikäyntejä sekä otetaan aktiivisesti yhteyttä hoidosta pois jääviin asiakkaisiin. Parhaimpia tuloksia syntyy, jos työryhmä on kriisitilanteissa asiakkaan tavoitettavissa ympärivuorokautisesti. Työryhmäpohjainen, tehostettu avohoito parantaa asiakkaiden pysymistä hoitojärjestelmän piirissä sekä vähentää sairaalahoitojen määriä ja kestoja. Oikein kohdistettuna se vähentää myös sairaalahoitojen aiheuttamia kustannuksia ja parantaa asiakkaiden tyytyväisyyttä ja ennustetta. Olemassa olevan näytön perusteella tämä on suositeltava tapa järjestää sekä toteuttaa runsaasti sairaalahoitoa tarvitsevien asiakkaiden hoito. (Suomen Psykiatriyhdistys ry 2001.)

Avohoidon moniammatilliset työryhmät, jotka tekevät aktiivisesti kotikäyntejä, lisäävät potilaiden tyytyväisyyttä hoitoon ja voivat vähentää sairaalahoitoa ja itsemurhia verrattuna tavanomaiseen avo- ja sairaalahoitoon. Kotikäynnit parantavat hoitavan työryhmän mahdollisuuksia arvioida potilaan ja hänen perheensä elämän tilannetta ja selviytymistä jokapäiväisistä toiminnoista. Tämä tukimuoto soveltuu myös niiden perheiden tukemiseen, joilla on pieniä lapsia. (Suomen Psykiatriyhdistys ry 2001.)

Skitsofrenian hoidossa täytyy varautua tilanteisiin, joissa asiakas joutuu psykososiaalisen stressin kohteeksi, hänen tilansa huononee muuten nopeasti tai hän on esimerkiksi jättäytymässä suunnittelemattomasti pois hoidon piiristä. Näissä tilanteissa tarvitaan aktiivisuutta hoitohenkilökunnalta sekä kotikäyntejä. Asiakkaan sekä hänen perheensä kanssa pitäisi etukä-

teen sopia, miten menetellä kriisitilanteissa ja mistä apua saa mahdollisimman nopeasti. Tämä sopimus olisi hyvä tehdä myös kirjallisesti. Sairaalahoidojaksot olisi hyvä pystyä pitämään lyhyinä, koska pitkä sairaalajakso voi hidastaa toimintakyvyn palaamista. Mutta se ei saa olla hoidon itsetarkoitus, vaan se tulisi mitoittaa asiakkaan toipumisen mukaan. Intervallihoidot eli suunnitellusti sairaalassa toteutettavat kuntoutusjaksot ovat myös osoittautuneet hyväksi asiakkaiden tilan seurannassa ja toimintakyvyn parantamisessa. Vapaaehtoinen hoito on aina ensisijaista. (Suomen Psykiatriyhdistys ry 2001.)

3.2 Tukea arkielämään

Kuntoutumiselle on asetettava selkeät, mutta kohtuulliset tavoitteet, joita voi sitten asteittain lisätä. Vaatimuksia on kuitenkin vähennettävä, jos asiakkaalla ilmenee stressiin viittaavia oireita. Asiakkaalle laaditaan toivoa antavia tavoitteita, koska ihmisellä on aina tarve nähdä olemassaololleen jokin tarkoitus. Skitsofreniaa sairastava ihminen tarvitsee myös apua elämänsä tavoitteiden hahmottamisessa. Kuntoutumissuunnitelman osatavoitteiden seuranta ja arviointi säännöllisin aikaväleihin selkeyttävät huomamaan missä on onnistuttu ja missä ehkä tarvitaan parannusta tai uudelleen arviointia. Saavutetut osatavoitteet antavat asiakkaalle toivoa ja voimia jatkaa eteenpäin. Näin hänen itseluottamuksensa kasvaa ja elämänlaatu paranee. (Berg 2008, 9–10.)

Keskusteluissa skitsofreniaa sairastavalle asiakkaalle tulee selvästi tuoda esiin keskustelun tarkoitus, jotta hän kykenee kohdistamaan huomion aiheeseen, ajankohtaan sekä tehtävän ratkaisuun. Parasta olisi, jos keskustelun eri kohdat kirjataan paperille ja että niitä käydään toteutusvaiheessa yhdessä läpi. Nykyään skitsofreniaa sairastavan asiakkaan toimintakykyä osataan tukea entistä paremmin. Asioita ei tehdä liikaa asiakkaan puolesta, vaan autetaan häntä luomaan omaan arkeensa helposti noudatettavissa oleva säännöllinen ja selkeä rakenne. (Berg 2008, 12–13.)

Ennen ajateltiin, että skitsofreniaan sairastaville asiakkaille ajatushäiriöistä puhuminen olisi pahasta ja voisi jopa johtaa uuteen psykoosiin. Käytäntö on kuitenkin osoittanut asian olevan juuri päinvastoin. Keskeinen tavoite tiedon lisäämisessä on sairauteen liittyvien pelottavien ja hämmentävien kokemusten selittäminen. Oikea tieto myös lievittää leimautumisen pelkoa sekä sairastuneen itsen kohdalla että myös hänen lähipiirissään. (Berg 2008, 12.)

Skitsofreniaa sairastavat asiakkaat saavat muuta väestöä enemmän apua arkielämäänsä. Viertiön (2011) tuoreen tutkimuksen mukaan vaikuttaa siltä, ettei apu siltikään ole riittävä. Tutkimus selvitti arkielämän toimien rajoitteita psykoottisia häiriöitä sairastavilla henkilöillä laajan väestönaineiston avulla. Tulosten mukaan vaikeuksia oli jonkin verran päivittäisissä perustoiminnoissa, kuten sängystä nousemisessa, syömisessä, pukeutumisessa, peseytymisessä ja wc- käynneissä. Näitä ongelmia oli kuudesta yhteentoista prosentilla skitsofreniaa sairastavilla asiakkailla, kun taas yleisväestöstä ongelmia oli kahdesta seitsemään prosentilla. Haastavammassa päi-

vittäisissä toiminnoissa, kuten ostoksilla käynnissä, ruuan laitossa, pyykinpesussa ja siivouksessa vaikeuksia koki 24–45 prosenttia skitsofreniaa sairastavista, yleisväestöstä näitä ongelmia näissä toiminnoissa oli seitsemästä yhdeksääntoista prosenttia. Sosiaaliset toiminnot, kuten puhelimella soittaminen, virastossa asioinnin ja yhteistoiminnan muiden ihmisten kanssa koki vaikeaksi 15–34 prosenttia skitsofreniaa sairastavista, kun taas yleisväestöstä koki vaikeuksia kolmesta kahdeksaan prosenttia.

Skitsofrenian negatiiviset oireet, kielellisen muistin ongelmat sekä masennus ja heikentynyt näkökyky olivat yhteyksissä vaikeuksiin arkirutiineissa. Tutkimuksen mukaan yksi merkittävimmistä toimintakykyä haittaavista tekijöistä oli huono näkökyky, joka olisi joissakin tapauksissa korjattavissa helposti asianmukaisilla silmälasilla. Myös masennukseen voitaisiin vaikuttaa nykyistä enemmän skitsofreniaa sairastavien asiakkaiden hoidossa. (Viertö 2011.)

3.3 Omahoitajuus

Skitsofrenian hoito perustuu pitkäjänteiseen ja luottamukselliseen hoitosuhteeseen. Hoidossa on tärkeää laatia yksilöllinen, potilaan ja hänen lähiomaisensa tarpeet huomioon ottava hoitosuunnitelma, jota tarkastetaan säännöllisesti. Kaiken perustana on hyvän yhteistyösuhteen luominen ja sen ylläpitäminen sekä asiakkaan että hänen perheensä kanssa. Luottamuksellisella ja tukea antavalla hoitosuhteella on usein myös positiivinen vaikutus lääkehoitomyönteisyyteen. On näyttöä, että pitkäkestoisella hoitosuhteella voidaan myös vähentää psykoosialttiiden potilaiden sairastumista psykoosiin. (Käypä hoito 2008.)

3.4 Yksilöpsykoterapiat

Kognitiivis-behavioraalisen terapian avulla tutkitaan asiakkaan käyttäytymistä. Terapian ajatellaan vähentävän skitsofreniaa sairastavien asiakkaiden psykoottisia oireita sekä parantaa heidän sosiaalista toimintakykyään ja lyhentää sairaalassaolo aikaa. (Käypä hoito 2008.) Sitä suositellaan käytettäväksi ahdistaviin aistiharhoihin ja harhaluuloihin silloin, kuin oireet eivät reagoi tarpeeksi neurolepti- eli psykoosilääkehoitoon. Terapian avulla pyritään lievittämään paranoidisia harhaluuloja ja kuuloharhoja niihin liittyviin uskomuksiin vaikuttamalla ja harjoittamalla asiakkaan realiteettitestausta. Kognitiivis-behavioraalista terapiaa voidaan käyttää lisäksi myös akuutisti psykoottisten asiakkaiden hoidossa. (Isohanni ym. 2009, 115.)

Supportiivisesta, tukea antavassa terapiassa yleensä käsitellään asiakkaan jokapäiväiseen elämään liittyviä arkisia ongelmia. Se voi auttaa asiakasta hyväksymään sairautensa sekä sopeutumaan elämään sen kanssa. Supportiivisen, tukea antavan terapiasuhteen ajatellaan usein olevan perusta kaikelle skitsofreniapotilaan hoidolle ja kuntoutukselle. (Isohanni ym. 2009, 114.) Kuitenkin nykyisten Käypä hoito suositusten mukaan siitä hyötyy eniten masentuneet tai ahdistuneet skitsofreniaa sairastavat asiakkaat,

muuten skitsofrenian hoidossa siitä ei luultavasti ole merkittävää hyötyä. (Käypä hoito 2008.)

Psykodynaamisen psykoterapian avulla pyritään selvittämään ja ymmärtämään tiedostamattomia voimia ja tekijöitä, jotka vaikeuttavat asiakkaan psyykkistä vointia. Psykodynaaminen psykoterapia voi soveltua joillekin skitsofreniaa sairastaville asiakkaille, jos sairaus on rauhallisessa vaiheessa, ja asiakas on muodostanut tiiviin terapeutin yhteistyösuhteen sekä on motivoitunut tutkivaan terapiaan. Käypä hoito- suositusten mukaan psykodynaamisesta psykoterapian hyödystä skitsofreniaa sairastavan asiakkaan hoidossa ei ole näyttöä. Asiakkaan tilanteen ymmärtämiseksi psykodynaamisesta psykoterapiasta on kuitenkin hoitohenkilökunnalle apua. (Käypä hoito 2008.)

3.5 Psykoedukaatio

Psykoedukaation eli neuvonnan ja ohjauksen tulisi kuulua skitsofreniaa sairastavan asiakkaan hoitoon. Sitä voidaan toteuttaa joko yksilö- tai ryhmäterapiana. Psykoedukaatio lisää tietoa sairaudesta, parantaa lääkehoidon onnistumista, asiakkaan sosiaalista toimintakykyä sekä heidän perheensä hyvinvointia. Lisäksi psykoedukaatio vähentää psykoosien uusiutumisen ja sairaalahoitoon joutumisen riskiä. (Käypä hoito 2008.)

Perinteisesti psykiatriseen hoitotyöhön ei ole välttämättä kuulunut asiakkaiden opettaminen ymmärtämään sairauttaan. Näin on alettu tehdä vasta avohoidon lisääntyttyä ja hoitovastuun siirryttyä enemmän asiakkaalle ja hänen läheisilleen. Nykyään on alettu ymmärtää, että sairauden kanssa eläminen edellyttää tietoa, mistä oikein on kysymys ja miten tilanteeseen voi vaikuttaa. Yksi tällaisista skitsofrenian hoitoon käytetyistä hoito- ja kuntoutusmenetelmistä on psykoedukatiivinen eli koulutuksellinen työ. Psykoedukatiivinen tarkoittaa neuvontaa ja koulutusta, jonka avulla sairastunutta opetetaan elämään sairautensa kanssa sekä hallitsemaan sairauttaan, sen oireita ja oireiden tuottamia ongelmia sekä tunnistamaan sairautensa pahenemista ennustavat merkit. Sairastunutta yritetään näin tukea kehittämään omia selviytymiskeinojaan. (Rissanen 2007, 65.) Psykoedukaatio voidaan ymmärtää osaksi yleistä terveystieteistä, jonka tavoitteena on vaikuttaa joko somaattisesti tai psyykkisesti sairastuneiden terveyttä käyttäytymiseen. Vaikka koulutuksellinen käyttäytymismalli on luonteeltaan opetuksellinen, ei työskentely kuitenkaan saa olla perinteinen opettaja-oppilas suhde. Asiakkaan sekä perheen asiantuntijuutta tulee aina kunnioittaa ja ratkaisu ongelmiin kuuluu löytää yhdessä. (Berg 2009, 151.)

Psykoedukatiivisen työskentelyn periaatteena on antaa tietoa sairaudesta, sen syistä ja vaikutuksista. Skitsofreniaan sairastumisen syntyä ymmärretään stressi- haavoittumismallin pohjalta, joten psykoedukaation tavoitteena on parantaa sairastumiselle alttiin yksilön ja hänen läheistensä stressin sieto- ja käsittelykykyä niin, että sairastumisriski olisi mahdollisimman vähäinen. Asiakkaiden ja omaisten opettamista ymmärtämään sairauden luonnetta ja hoidon perusteita on pidetty jopa yhtenä tärkeimmistä mielen-terveyden häiriöiden hoidon edistysaskeleena. (Rissanen 2007, 66.)

Psykoedukatiiviseen työhön kuuluu skitsofreniaa sairastavalle asiakkaalle ja hänen läheisilleen annettava tieto sairaudesta ja psykoottisista oireista, varhaisten sairauden uusimisesta varoittavien merkkien tunnistaminen sekä ongelmanratkaisutaitojen harjoittelu. Osa läheisille annetuista tiedoista unohtuu, mutta pysyvin vaikutus näkyy asenteissa, jolloin optimismi ja ymmärrys asiakasta kohtaan lisääntyvät. Psykoedukatiivisen työn avulla on saatu vähentymään skitsofrenian uusiutumisriski sekä perheen kokema kuormittuneisuus. (Rissanen 2007, 66 – 67.)

Psykoedukatiivisessa työssä käytetään erilaisia keinoja ja menettelytapoja, kuten keskusteluja, ryhmätöitä, luentoja, kotitehtäviä, audiovisuaalisia menetelmiä sekä kirjallista materiaalia. Työntekijöiden olisi suunniteltava opetus niin, että se liittyisi asiakkaan ja hänen läheistensä yksilölliseen tilanteeseen ja että se olisi juuri heitä varten suunniteltu. Psykoedukatiivisen työn tavoitteena on, että asiakkaat oppisivat tunnistamaan omat psykoosin uusimisen varomerkkinsä ja seuraisivat merkkejään tutun ja luotettavan ihmisen avulla. Tavoitteena on, että asiakas ja hänen läheisensä havaitsisivat psykoosin oireiden uusiutumisen uhan mahdollisimman aikaisessa vaiheessa, jolloin tilanteeseen voitaisiin puuttua heti ennen kuin oireet pahenevat. Työntekijöiden tehtävänä on auttaa asiakasta erottamaan toisistaan lääkkeiden sivuvaikutukset, varomerkit, normaalit mielialavaihtelut sekä pitkäaikaisoireet eli oireet, joita ilmenee vaikka asiakas ottaisiikin säännöllisesti lääkkeensä. Psykoedukatiivisessa työssä pyritään myös opettamaan ja harjoittamaan ihmisten vuorovaikutus- ja ongelmanratkaisutaitoja. Tämä on tärkeää, koska skitsofreniaan liittyy myös paljon vuorovaikutuksellisia ongelmia. (Rissanen 2007, 68.)

3.6 Psykoedukatiivinen perhetyö

Psykoedukatiivinen perhetyö vähentää riskiä psykoosin uusiutumiselle, sen on osoitettu parantavan hoidon jatkuvuutta, sosiaalista toimintakykyä, lääkeshoidon toteutumista sekä perheen tunneilmapiiiriä. Psykoedukatiivinen perhetyö on osa skitsofreniaa sairastavan sekä hänen perheenjäsentensä hoidon kokonaisuutta, joka tulisi saada osaksi hoitokäytäntöjä. (Käypä hoito 2008.)

Psykoedukatiiviseen perhetyöhön liittyy ajatus, että sairastuneiden läheisillä ja perheenjäsenillä on merkitystä erityisesti sairauden kulun kannalta. Perhe nähdään keskeisenä asiana hoitoon ja kuntoutukseen vaikuttavana tekijänä sekä hoitajien yhteistyökumppaneina. Perhe nähdään sairastuneelle tärkeimpänä voimavarana, tuen antajana ja elämänlaadun kohottajana. Ohjaamalla perheitä muun muassa kommunikaatio- ja ongelmanratkaisutaidoissa voidaan perheen käyttäytymistä saada muuttumaan ratkaisevasti myönteiseen suuntaan sairastuneen kannalta. Psykoedukatiivinen perhetyö ei ole perheterapiaa perinteisessä mielessä, mutta siinä käytetään hyväksi samoja keinoja. Psykoedukatiivisen perhetyön muodot voidaan jaotella kolmeen tyyppiin, joita ovat omaisten ryhmät, psykoedukatiiviset ryhmät sekä perheinterventio. (Berg 2009, 152–153.)

Omaisten ryhmillä tarkoitetaan sairastuneiden omaisille tarkoitettuja ohjattuja vertaistukiryhmiä, joissa on mahdollista saada tukea ja jakaa ajatuksia toisten saman kokeneiden kanssa. Omaisten ryhmän tavoitteena on myös auttaa omaisia vähentämään sairastuneeseen suuntautuvaa kriittisyyttä ja huolehtivuutta. Omaisilla on myös näin mahdollisuus yrittää keksiä yhdessä ratkaisuja ongelmiinsa ja auttaa toinen toisiaan etsimään uusia tapoja selvittää vaikeista tilanteista. (Berg 2009, 152–153.)

Psykoedukatiivisilla ryhmillä kuten oireidenhallinta- ja elämänhallinta-ryhmillä tarkoitetaan sairastuneille tai omaisille tarkoitettuja ryhmiä. Niiden keskeisenä tavoitteena on antaa tietoa skitsofreniasta sairautena ja sen hoidosta. (Berg 2009, 152.)

Perheinterventiolla tarkoitetaan perhekohtaista työskentelyä. Siinä tavoitteena on antaa sairastuneelle ja hänen omaisille tietoa sairaudesta ja sen hoidosta sekä tukea vuorovaikutus- ja ongelmanratkaisutaidoissa. Perheinterventioita on toteutettu työskentelemällä joko yksittäisen perheen tai useammasta perheestä muodostuneen ryhmän kanssa. Perhetyöskentelyyn osallistuu koko perhe yhdessä, kun taas koulutusryhmiä on useimmiten järjestetty sairastuneelle ja omaisille erikseen. (Berg 2009, 152.)

3.7 Vertaistuki

Yhä vahvemmin toisen vaihtoehdon mielenterveysongelmien hoitoon ja kuntoutukseen muodostaa vertaisten eli asiakkaiden toinen toisilleen antama tuki. Mielenterveysasiakkaiden vertaistukiryhmien historialliset lähtökohdat sijoittuvat Yhdysvaltoihin, missä sitä käytettiin skitsofreniasta sairastavien hoidossa jo 1920-luvulla. Suomeen ensimmäisiä vertaistukiryhmiä perustettiin mielenterveysasiakkaille vasta vuonna 1994. (Rissanen 2007, 170.)

Vertaistukiryhmässä ihmiset, jotka kamppailevat samankaltaisten ongelmien ja elämäntilanteiden kanssa, kokoontuvat yhteen jakamaan kokemuksia ja etsimään selviytymiskeinoja (Rissanen 2007, 170). Vertaistukiryhmissä on ajatuksena vastavuoroisuus. Osallistujat kokevat saavansa toisiltaan jotain sellaista tukea, mitä ei ole mahdollista saada ihmiseltä, jolla ei ole samoja kokemuksia kuten ammattilaisilla. Vertaistukiryhmän suosio selittyy monilla syillä. Asiakkaat esimerkiksi hyötyvät ryhmistä, koska niistä saadaan kontakteja ihmisiin, joilla on samanlainen elämäntilanne. Osallistuminen vertaistukiryhmään vähentää myös kokemusta siitä, että on yksin tai poikkeava. Ryhmään osallistuminen laajentaa sosiaalista verkostoa, joka vähentää yksinäisyyden tunnetta ja sieltä saadaan mielekästä tekemistä sekä uusia näkökulmia. (Berg 2009, 163.)

Vertaistukiryhmän osallistujat eivät ole toistensa neuvoja tai opastajia, mutta he toimivat esimerkkinä toisillensa ja heiltä voi kysyä neuvoja. Eri-tyyseen tärkeänä koetaan vertaistukiryhmäläisten rooli toivon välittäjinä. Osallistujat voivat osoittaa toisillensa, että hankalienkin asioiden ja tunteiden kanssa voi elää, ja niistä voi päästä yli. (Rissanen 2007, 173.)

Sairauteen sopeutumisen edistämiseksi ja toimintakyvyn parantamiseksi skitsofreniaa sairastaville asiakkaille ja heidän perheilleen on järjestetty myös sopeutumisvalmennuskursseja. Lisäksi järjestetään erilaisia kursseja, joissa asiakkaat ja heidän läheisensä saavat sairauteen ja sen hoitoon liittyvää tietoa ja harjoittelevat arkipäivän askareita ja mahdollisia kriisitilanteita. Myös potilasjärjestöt ovat skitsofreniaan sairastuneille asiakkaille erittäin tärkeitä. (Suomen Psykiatriyhdistys ry 2001.)

3.8 Skitsofreniaa sairastavan asiakkaan somaattinen eli fyysinen terveydentila

Skitsofreniasairauden ja siihen liittyvien useiden eri tekijöiden vuoksi asiakkailla on huomattavasti enemmän muita pitkäaikaissairauksia kuin muulla väestöllä yleensä. Skitsofreniaa sairastavien somaattisesta sairastamisesta on paljon tutkimuksia, mutta nämä sairaudet tunnetaan huonosti. Somaattista sairastavuutta voidaan vähentää kiinnittämällä enemmän huomiota oheissairauksien huomioimiseen, niiden aktiiviseen hoitamiseen sekä kannustamalla asiakkaita oman fyysisen terveydentilan hoitamiseen, esimerkiksi kertomalla jo pienienkin elämäntapamuutosten suotuisasta vaikutuksesta. Skitsofreniaa sairastavien asiakkaiden runsas tupakointi, vähäinen liikunta, yksipuolinen ruokavalio ja lihavuus lisäävät vaaraa aineenvaihduntasairauksille, syöväälle ja sydän- ja verisuonisairauksille. Skitsofreniaa sairastavien asiakkaiden somaattisen terveydentilan tutkiminen, hoito ja seuranta on järjestetty puutteellisesti kehittyneissäkin maissa. Osasyynä tähän on se, ettei somaattisten ja psykiatristen hoitojärjestelmien välillä ole yhteisiä sopimuksia somaattisen terveydentilan hoidosta ja seurannasta. Skitsofreniasairauteen liittyy myös tekijöitä, jotka hankaloittavat hoitoon hakeutumista ja seurannan toteutumista. Näitä ovat esimerkiksi toimintakyvyn heikentyminen, eristäytyneisyys, heikentynyt kivun kokemus, oireiden huono tunnistaminen, kognitiiviset vaikeudet sekä erilaiset psykoottisten oireiden aiheuttama vaikeus kuvata tilannetta tai oireita. (Heiskanen, Niskanen & Koponen 2010.)

Skitsofreniaan liittyvää ylikuolleisuutta ei voi vähentää ainoastaan ehkäisemällä itsemurhia, vaan asiakkaiden somaattinen hoito ja seuranta on saatava samalle tasolle kuin väestön hoito yleensä. Somaattisesta seurannasta, hoidon aloituksesta sekä hoitoon ohjauksen suunnittelusta yhteistyötahojen kanssa on sovittava paikallisesti. Somaattisen seurannan on oltava säännöllistä, sairauksien ennaltaehkäisyyn täytyy kiinnittää huomiota ja hoidon on alettava viiveettä. Terveydenhuoltojärjestelmän on toimittava niin, että skitsofreniaa sairastavat asiakkaat saavat tavanmukaiset peruspalvelut ilman erityisjärjestelyjä. Tavoitteena on, että asiakkaalla itsellään on mahdollisuus kohentaa fyysistä terveyttä ja ehkäistä sydän- ja verisuonisairauksia. (Heiskanen ym. 2010.)

4 KLOTSAPIINI-LÄÄKEHOITO OSANA SKITSOFRENIAA SAIRASTAVAN ASIAKKAAN ELÄMÄÄ

Psykoosilääkehoito on olennainen osa skitsofreniaa sairastavan asiakkaan hoidossa. Lääkityksen aloittamisesta päättää lääkäri, yleensä psykiatrian erikoislääkäri mieluiten yhteistyössä potilaan kanssa. Psykoosilääkityksen käytöstä on tehty paljon tutkimuksia skitsofrenian hoidossa, ja lääkkeiden teho varsinkin positiivisten oireiden ja uusien psykoosivaiheiden estossa on osoitettu vakuuttavasti. Akuuttivaiheessa tarvitaan yleensä suurempia annoksia kuin pitkäaikaishoidossa, ja ensipsykoosissa riittävät pienemmät annokset kuin uusiutuneessa psykoosivaiheessa. Klotsapiinia lukuun ottamatta skitsofrenian hoidossa ei ole ollut suuria eroja eri lääkeaineryhmien välillä. Useamman kuin kahden psykoosilääkkeen käyttöä tulisi välttää. (Käypä hoito 2008.)

Psykoosilääkkeitä eli neurolepteja käytetään lähinnä skitsofrenian hoidossa, mutta niitä käytetään myös muiden psykoosien hoidossa. Neuroleptit rauhoittavat, vähentävät ahdistuneisuutta, levottomuutta ja aggressiivisuutta sekä ne myös estävät psykooseihin liittyviä aistiharhoja ja ajatushäiriöitä. Suurin osa skitsofreniaa sairastavista asiakkaista hyötyvät merkittävästi neuroleptihoidosta ja niiden avulla psykoottisten tilojen hoito on helpottunut merkittävästi. (Nurminen 2008, 271.)

Psykoosilääkehoito aloitetaan pienimmällä tehokkaalla annoksella, jotta haittavaikutukset jäävät mahdollisimman vähäisiksi. Neurolepteja käytetään psykoosien hoidon lisäksi myös ennaltaehkäisevästi ylläpito-hoidossa. Ensimmäisen psykoosin yhteydessä skitsofreniaa sairastavan asiakkaan lääkitystä tulisi jatkaa akuutin vaiheen jälkeen ainakin kaksi vuotta, jotta uusiutumisen riskiä voitaisiin vähentää. Jos asiakkaan sairaudentunto on puutteellinen, tällöin pitkävaikutteinen injektio-lääkitys voi olla hyvä vaihtoehto. Psykoosilääkkeisiin ei kehity riippuvuutta. (Nurminen 2008, 272.)

4.1 Perinteiset psykoosilääkkeet

Perinteiset psykoosilääkkeet vaikuttavat pääasiassa dopamiiniaineenvaihdunnan muutoksiin. Tehokkaat psykoosilääkkeet estävät dopamiinin eli hermovälittäjäaineen vaikutuksia salpaamalla aivojen dopamiinireseptoreita. Lääkkeiden eräät suurimmat haittavaikutukset liittyvät juuri dopamiinin vaikutuksen estoon. Perinteiset psykoosilääkkeet tehoavat varsin hyvin positiivisiin oireisiin, esimerkiksi aistiharhoihin. 20 - 30 prosenttia skitsofreniaa sairastavista asiakkaista ei hyödy perinteisistä psykoosilääkkeistä. Syynä siihen on huono hoitomyönteisyys ja se että neuroleptit tehoavat melko huonosti skitsofrenian negatiivisiin oireisiin. (Nurminen 2008, 273.)

Aluksi neuroleptihoitoon voi liittyä väsymystä, joka menee kuitenkin ohi. Väsymyksestä saattaa olla aluksi jopa hyötyä asiakkaalle. Varsinaisia haittavaikutuksia ovat neurologiset, ekstrapyramidaaliset oireet kuten vapina,

ilmeettömyys, lihasten jäykkyys, töpöttävä kävely ja motorinen levottomuus. Pitkäaikaisen neuroleptihoidon haittavaikutukset ilmenevät tardiivi dyskinesiällä, jolla tarkoitetaan vaikeasti hoidettavia häiriöitä. Tardiivi dyskinsia ilmenee pakkoliikkeinä etenkin suun ja kasvojen alueella. Neuroleptit vaikuttavat autonomisen hermoston toimintaan verenpaineen laskuna, huimauksena, suun kuivumisena, virtsaamisvaivoina, ummetuksena sekä näön hämärtymisenä. Lisäksi psykoosilääkkeet voivat aiheuttaa ihottumaa, sydämen rytmihäiriöitä, painon nousua, ihon keltaisuutta sekä myös herkistymistä auringon valolle. Neuroleptihoito voi aiheuttaa myös hormonaalisia häiriöitä. (Nurminen 2008, 273.)

4.2 Toisen polven psykoosilääkkeet

Toisen polven psykoosilääkkeet eli niin sanotut epätyypilliset tai atyyppiset neuroleptit aiheuttavat vähemmän neurologisia haittavaikutuksia kuin perinteiset psykoosilääkkeet. Toisen polven psykoosilääkkeitä käytetään yleensä ensisijaislääkkeenä ensimmäistä kertaa skitsofreniseen psykoosin sairastuneilla ihmisillä. Toisen polven neuroleptit vaikuttavat perinteisiä neuroleptejä paremmin negatiivisiin oireisiin. Toisen polven neuroleptejä ovat muun muassa olantsapiini ja risperidoni. Ne salpaavat serotiniinireseptoreita dopamiinireseptoreiden lisäksi. (Nurminen 2008, 274.)

Merkittäviä haittavaikutuksia toisen polven psykoosilääkkeillä ovat painon nousu sekä veren rasva- ja glukoosiarvojen kasvu. Ennen lääkityksen aloittamista selvitetään potilaan riskitekijät muun muassa sydän- ja verisuonisairauksista sekä diabeteksestä. (Nurminen 2008, 274.)

4.3 Klotsapiini

Klotsapiiniä on pidetty jo 30 vuotta tehokkaimpana psykoosilääkkeenä, mitä on markkinoilla. Se sai myyntiluvan Suomessa vuonna 1975, mutta vakavien verenkuvahaittojen vuoksi sen käyttö kiellettiin jo puolen vuoden käytön jälkeen. Klotsapiinin käytön hyöty oli kuitenkin kiistaton vaikeahoitoisessa skitsofreniassa, joten vuodesta 1976 sitä saatiin käyttää taas lääkintöhallituksen erikoisluvalla. Klotsapiinin ylivertainen teho varmistettiin useilla kansainvälisillä tutkimuksilla, ja vaikeat haittavaikutukset näyttivät potilaiden tarkan valinnan ja verenkuvaseurannan ansiosta pysyvän hallinnassa, klotsapiini sai myyntiluvan useimmissa länsimaissa vuosina 1989–90, myös Suomessa tarkoin rajatuin ehdoin. (Raitasuo 2000, 1199.)

Klotsapiini on neurolepti eli psykoosilääke, joka kuuluu niin sanottuihin toisen polven psykoosilääkkeisiin. Klotsapiinin kauppanimiä ovat Leponex, Clozapine ja Froidir. Klotsapiini otetaan käyttöön yleensä vasta siinä tapauksessa, jos muilla neurolepteillä ei ole saavutettu toivottua hoitovastetta tai jos muusta lääkityksestä on jouduttu luopumaan vaikeiden neurologisten oireiden vuoksi. (Nurminen 2008, 274–275.) Klotsapiini on osoittautunut tehokkaaksi juuri hoitoresistentin skitsofrenian hoidossa. Hoitoresistentillä tarkoitetaan sitä, että vähintään kahdella eri psy-

koosilääkkeellä, mukaan lukien uuden polven lääkkeellä on kokeiltu riittävän kauan ja suurella annoksella eikä niillä ole saatu tyydyttävää kliinistä paranemista. Klotsapiinia voidaan käyttää myös Parkinsonin tautiin eli parantumattoman ja etenevän neurologisen sairauteen liittyvien psykoottisten häiriöiden hoitoon, kun tavanomaiset hoidot eivät ole onnistuneet. (Läketietokanta 2010.)

Klotsapiinia saavat määrätä psykiatrian erikoislääkärit, psykiatrian sairaaloissa, keskuslaitoksissa tai psykiatrian erikoissairaanhoidon avohoitoyksiköissä toimivat lääkärit sekä lääkärit, jotka ovat hyvin perehtyneitä psyykkisten sairauksien hoitoon klotsapiinilla sekä sen haittavaikutusten seurantaan. Klotsapiinia saa määrätä enintään sen verran mitä tarvitaan kahden verinäytekontrollin välillä. (Läketietokanta 2010.)

Avoimen psykoottisesti sairaiden asiakkaiden lisäksi klotsapiinista hyötyvät asiakkaat, joilla on arkielämää häiritseviä negatiivisia oireita tai kognitiivisen suorituskyvyn heikkenemistä. Myös itsemurhavaarassa olevat ja väkivaltaiset asiakkaat hyötyvät yleensä klotsapiinista. Myöskään päihteiden käyttö sinänsä ei ole este hoidon kokeilulle. Klotsapiinin teho on myös todistettu lapsuudessa ja nuoruusiällä alkavassa skitsofreniassa. (Raitasuo 2000, 1202.)

4.3.1 Klotsapiinin haittavaikutukset

Klotsapiinin ongelmana on usein valkosolujen väheneminen ja agranulosytoosi, jonka vuoksi klotsapiiniläkitystä käyttävän asiakkaan on käytävä säännöllisesti verenkuvaseurannassa. (Nurminen 2008, 274–275). Agranulosytoosi tarkoittaa tilaa, jossa asiakkaalla on verenkuvan mukaan vaikea neutropenia eli infektioiden torjuntaan kuuluvien neutrofiilisten granulocyttien niukkuutta ja infektio-oireita, kuten kuume tai kurkkukipu (Nurminen 2008, 516.) Klotsapiini aiheuttaa noin puolesta kahteen prosentilla agranulosytoosia, joista noin 90 prosenttia ilmaantuu ensimmäisten neljän kuukauden aikana. (Raitasuo 2000, 1203.) Klotsapiinia tulisikin käyttää ainoastaan asiakkailla, joiden valkosolulöydös sekä neutrofiilien määrä on normaali hoidon aloitettaessa (Läketietokanta 2010).

Klotsapiinin useimmat haittavaikutukset ovat tyypillisiä antipsykoottiselle hoidolle ja ovat harmittomia ja siedettäviä. Klotsapiini ei aiheuta kuin äärimmäisen harvoin ekstrapyramidaalioireita tai tardiivia dyskinesiaa. Hoidon ensimmäisinä kuukausina noin kolmasosalla potilaista ilmenee väsymystä ja liiallista syljen eritystä, mutta nämä oireet lievittyvät kuitenkin yleensä hoidon jatkuessa. Painon nousu ja ummetus ovat tavallisia haittavaikutuksia. Lisäksi neljäsosalla potilaista esiintyy takykardiaa eli sydämen tiheälyöntisyyttä. Osalle ilmenee myös virtsainkontinenssia eli virtsanpidätyskyvyttömyyttä tai virtsaretentiota eli virtsan kertymistä virtsarakkoon. (Raitasuo 2000, 1203.) Suurina annoksina klotsapiini voi aiheuttaa alle viidelle prosentille epileptisiä kohtauksia. Ortostaattinen hypotonia eli pystyasennossa ilmenevä verenpaineen alhaisuus, on myös yleinen haittavaikutus. (Raaska 2009.)

Psykoosilääkkeiden käyttöön liittyy metabolisia eli elimistön aineenvaihdunnallisia muutoksia, kuten painon nousua ja sokeri- ja rasva-aineenvaihdunnan häiriöitä, jotka altistavat sydän- ja verisuonisairauksille. Psykoosilääkkeiden käyttäjillä on jopa nelinkertainen riski sairastua diabetekseen ja varsinkin klotsapiinihoidon aikana on todettu lipidiarvojen nousua. Kaikki nämä tekijät yhdessä huonon hoitomyöntyvyyden kanssa lisäävät skitsofreniaa sairastavien asiakkaiden kuolleisuutta. Haittoja voidaan ehkäistä ja vähentää kiinnittämällä enemmän huomiota esimerkiksi asiakkaiden painonhallintaan sekä tupakoinnin lopettamiseen. (Raaska 2009).

4.3.2 Klotsapiinia käyttävien asiakkaiden seuranta

Psykoosilääkehoidon aikana fyysisen ja psyykkisen voinnin sekä laboratorioarvojen säännöllinen seuranta auttaa havaitsemaan haittavaikutuksia, pienentää vakavien haittavaikutusten ilmaantumisen mahdollisuutta sekä lisää asiakkaiden luottamusta henkilökuntaan. (Penttilä, Appel, Rintahaka, Heikkinen & Syvälahti 2007).

Klotsapiinia käyttäviltä asiakkailta on määritettävä säännöllisesti valkosoluarvot ja absoluuttinen neutrofiilien määrä. Ensimmäisen 18 viikon aikana arvot on määritettävä viikoittain ja sen jälkeen vähintään neljän viikon välein hoidon loppuun asti, sekä neljä viikkoa hoidon loppumisen jälkeenkin. (Lääketietokanta 2010.) Laboratorion kanssa on sovittava käytännöstä siten, että valkosoluarvo tulee välittömästi hoitavan lääkärin tietoon, ja todettu arvo kirjataan potilasasiakirjoihin. Koska useat klotsapiinia käyttävät asiakkaat asuvat avohoidossa, myös yleislääkärin on tunnettava klotsapiinihoidon seurannan periaatteet (Raaska 2009). Lähes joka kolmannelle psykoosilääkettä käyttävälle kehittyy lievä neutropenia ja samalla leukosytopenia eli valkosolujen niukkuus, mutta suurentuneen infektiovaaran aiheuttava vaikea neutropenia eli agranulosytoosi on harvinaisen haittavaikutus (Penttilä ym. 2007).

Klotsapiinia käyttävää asiakasta olisi hyvä jokaisella käynnillä muistuttaa, että hänen tulee ottaa yhteyttä hoitavaan lääkäriin heti, jos ilmaantuu minikäänlaisia infektiotaireita. Erityisesti huomiota tulee kiinnittää flunssan kaltaisiin oireisiin, jotka voivat olla merkki neutropeniasta. Valkosolujen laskenta ja erittelylaskenta tulee tarkistaa välittömästi, jos mitään näistä oireista ilmenee. Valkosolujen määrästä riippuu puolitetaanko annos vai lopetetaanko kokonaan klotsapiini vai riittääkö esimerkiksi veriarvojen seuranta päivittäin. (Lääketietokanta 2010.) Jos agranulosytoosi ja maligni neuroleptioireyhtymä eli pahanlaatuinen neuroleptioireyhtymä on poissuljettu verikokein, voidaan klotsapiinihoitoa jatkaa puolitetulla annoksella korkeakuumeisen infektiotaireen kuumeen ajaksi. Jos klotsapiini on jouduttu lopettamaan verenkuvamuutosten vuoksi, sitä ei saa aloittaa uudestaan. (Raaska 2009.) Neutropeniassa veriarvot korjaantuvat yleensä 2–3 viikossa lääkityksen lopettamisen jälkeen. (Penttilä ym. 2007.)

Psykoosilääkettä käyttäviltä tulisi suositusten mukaan määrittää glukosin, kokonais-, HDL- ja LDL-kolesterolin sekä triglyseridien paastoarvot

ennen hoidon aloitusta ja lääkehoidon kestänyt kolme kuukautta. Sen jälkeen glukoosipitoisuuden paastoarvo pitäisi mitata vuosittain ja rasva-arvot vähintään kahden vuoden välein. (Penttilä ym. 2007)

Klotsapiinin annostusta voidaan joutua muuttamaan, jos kofeiinipitoisten juomien käyttö muuttuu, koska kofeiini suurentaa klotsapiinin pitoisuutta plasmassa ja pitoisuus saattaa alentua lähes 50 % viiden päivän kofeiinitoman jakson aikana. Tupakoinnin lopettaessa taas plasman klotsapiinipitoisuus voi kohota ja johtaa haittavaikutusten lisääntymiseen. (Lääketietokanta 2010.)

EKG eli sydänfilmi on otettava ennen lääkehoidon aloitusta, lääkehoidon saavutettua hoitotason, sekä sen jälkeen seurannassa kuuden kuukauden välein. Seerumin natrium- ja kaliumpitoisuus tulisi tarkistaa ennen lääkehoidon aloittamista sekä seurannassa kuuden kuukauden välein. Verenpaine ja syke tulee mitata ennen lääkehoidon aloitusta ja seurannassa kolmen kuukauden välein, mittaus tehdään sekä makuu- että pystyasennossa. EKG:n lisäksi seerumin natrium- ja kaliumpitoisuus tulisi tarkistaa huolellisesti ja usein etenkin riskiryhmissä, joita ovat esimerkiksi perinnöllinen sydämen pidentyneen QT-ajan oireyhtymä ja rakenteellinen sydänsairaus. EKG on tarpeen ottaa myös somaattisen tilan huonontuessa tai jos ilmaantuu muita vaaratekijöitä. Painoa olisi hyvä seurata ennen hoidon aloittamista, yhden kuukauden välein lääkehoidon aloitettaessa kolmen kuukauden ajan ja lääkehoidon vakiinnuttua neljännesvuosittain. (Koponen, Pelkonen, Raatikainen, Savolainen, Saari & Isohanni, 2003.)

Painonnousu usein vaikuttaa hoitomyöntyvyyteen ja saattaa aiheuttaa elämänlaadun heikkenemistä sekä sosiaalisten kanssakäymisten vähentymistä. Painon pitkäaikainen kohoaminen on suurin tyyppin 2 diabeteksen riskitekijä, lisäksi sillä on myös muita merkittäviä sydän- ja verisuonisaitauksien riskitekijöitä. Tämän takia ravitsemusneuvonta, säännöllinen painonseuranta ja tarvittaessa laihdutusohjelmaan ohjaaminen olisi tärkeää. Skitsofreniaa sairastavien asiakkaiden kognitiiviset puutokset, sosiaalisen tuen niukkuus, puutteellinen hoitomyöntyvyys sekä heikko taloudellinen tilanne usein haittaavat painon hallinnan tehostamista. Tulevaisuudessa tarvitaan painon ja metabolisten muutosten hoitokeinojen kehittelyä edelleen tässä asiakasryhmässä. Ravintotottumuksiin vaikuttaminen ja liikunnan tehostaminen ovat ensisijaisia verrattuna eri lääkehoitoihin. (Koponen, Saari, Lindeman, Savolainen, Hietala & Isohanni 2005.)

Psykoosia sairastavien asiakkaiden somaattisen terveydentilan seuranta on aikaisemmin toteutunut vaihtelevasti, mutta nykyään sen katsotaan kuuluvan tärkeäksi osaksi psykoosia sairastavan hoitoon, seurantaan ja arviointiin. Ennen seurannan aloittamista tulee sopia siitä, että miten hoitoketjussa toimitaan raja-arvon ylittyessä sekä on huolella kartoitettava somaattisen terveydentilan riskit. (Koponen ym. 2005.)

4.3.3 Klotsapiinin turvallisuus

Noin 40 prosentilla skitsofreniaa sairastavista asiakkaista esiintyy itsemurha-ajatuksia ja peräti 20–40 prosenttia yrittää itsemurhaa. Klotsapiinia käyttävillä asiakkailla itsemurhakuolleisuuden on arvioitu kuitenkin pienenevän jopa 85 prosenttia, ja myös itsemurhayritykset vähenevät merkittävästi. Kun 10 000:sta klotsapiinia käyttävästä asiakkaasta vain puolesta-toista kolmeen asiakasta menehtyy agranulosytoosiin, voidaan todeta, että tämän lääkkeen käyttö pienentää merkittävästi kokonaiskuolleisuutta. (Raitasuo 2000, 1202.) Selittämättömiä ja äkillisiä kuolemia tiedetään esiintyvän tavanmukaista psykoosilääkitystä saavilla, mutta myös hoitamattomilla skitsofreniaa sairastavilla. Tällaisia kuolemia on kuitenkin klotsapiinia käyttävillä asiakkailla ilmoitettu hyvin harvoin. (Lääketietokanta 2010.)

Vieläkään ei ole saatu varmasti selville, että liittyykö yleisesti psykoosilääkehoidon käyttöön lisääntynyt vai vähentynyt kuolemanriski, vaikka psykoosilääkkeitä on käytetty jo yli 50 vuotta. Vuonna 2009 tehdyssä tutkimuksessa tutkittiin skitsofreniaa sairastavien asiakkaiden kuolleisuutta muuhun väestöön verrattuna sekä psykoosilääkehoidon yhteyttä kuolemanriskiin käyttäen kansallisia sairaanhoito-, resepti-, ja kuolinsyyrekistereitä. Aineistossa olivat mukana 66 881 asiakasta, jotka olivat olleet vähintään kerran sairaalassa skitsofreniadiagnoosilla vuosien 1973–2004 välisenä aikana ja jotka olivat elossa vuoden 1996 alussa. Tässä tutkimuksessa todettiin, että klotsapiinin käyttöön liittyi selvästi pienempi kokonaiskuolleisuus verrattuna muihin psykoosilääkkeisiin. Psykoosilääkehoidon aikana kuolemanriski pieneni selvästi. Erityisesti itsemurhariski oli alhainen juuri klotsapiinia käyttävillä asiakkailla. Tulokset antavat tietoa siitä, että pitkäaikainen psykoosilääkehoito ei lisää kuolemanriskiä vaan siihen jopa liittyy päinvastoin kuolleisuuden pieneneminen. Eri psykoosilääkkeiden välillä on kuitenkin suuria eroja. (Tiihonen, J., Lönnqvist, J., Wahlbeck, K., Klaukka, T., Niskanen, L., Tanskanen, A. & Haukka, J. 2009, 1672.)

5 HYVINKÄÄN PSYKOSOSIAALISTEN PALVELUJEN RAKENNE

Hyvinkäällä psykososiaaliset palvelut ovat osa terveydenhuoltoa. Terveydenhuollon johtaja vastaa koko terveydenhuollon palvelualueesta, ja mielenterveyspalvelujen johtaja vastaa psykiatrisista palveluista. Psykososiaalisiin palveluihin kuuluvat mielenterveystyö sekä päihdetyö, johon sisältyvät A-klinikan ja valistuspalveluyksikön toiminta (Hildén 2011a). Vuoteen 2009 asti mielenterveystyö kuului psykiatrian yksikköön ja A-klinikka sekä Valistuspalveluyksikkö olivat päihdetyötä. Mielenterveys- ja päihdetyö yhdistettiin kuitenkin yhdeksi vastualueeksi, jota kutsutaan nykyään psykososiaalisiksi palveluiksi. Psykiatrian yksikkö koostuu hallinnosta sekä akuutti-, mieliala- ja psykoosi- ja kuntoutustyöryhmästä. (Hildén 2011b, 5.)

Mielenterveyspalvelujen johtajan lisäksi psykiatrian yksikön henkilöstöön kuuluvat ylilääkäri, apulaisyllilääkäri, psykiatri, psykologi, sosiaalityöntekijä

kijä, 11 sairaanhoitajaa, toimintaterapeutti, palveluohjaaja, mielenterveys-
hoitaja ja asiakassihteeri. Päihdetyön henkilöstöön kuuluvat päihdehuollon
johtaja, kaksi sairaanhoitajaa, kaksi sosiaaliterapeuttia, raittiussihteeri ja
asiakassihteeri. Hyvinkäällä toimii myös KASTE-hankkeen rahoittama
nuorisoasema, jonka kohderyhmänä ovat 13–19-vuotiaat nuoret, jotka ko-
kevat tarvetta turvallisessa ympäristössä ottaa puheeksi omaan elämäänsä
liittyviä ongelmatilanteita tai huolia. Nuorisoaseman henkilöstöön kuuluu
projektipäällikkö, projektityöntekijä ja yksi osa-aikainen projektipäällikkö.
(Hildén 2011a.)

Hyvinkäällä mielenterveystyön tehtävänä on tuottaa erikoissairaanhoito-
tasoista avomielenterveyspalvelua yli 18-vuotiaille asiakkaille. Keskeisiä
hoitomuotoja ovat yksilö-, pari- ja ryhmätapaamiset sekä kuntouttavat ko-
tikäynnit. Palvelu on asiakkaille maksutonta, ja he hakeutuvat mielenter-
veystyön piiriin lääkärin läheteellä. Psykiatrian yksikössä on 21 työnteki-
jää, ja mielenterveystyö jakautuu akuutti-, mieliala- ja -psykoosi- ja kun-
toutustyöryhmään (Hildén, sähköpostiviesti 20.3.2012).

5.1 Akuuttityöryhmä

Lähtämisisindikaatiot akuuttityöryhmään ovat vakava masennus ja itsetu-
hoisuus tai psykoosioireet ilman M1-indikaatiota, ensimmäinen suicidi- eli
itsemurhayritys ilman M1-indikaatiota, vaikea elämän kriisitilanne, joka
vaatii akuuttia selvittelyä, psyykkisen sairauden akuutti paheneminen il-
man M1-indikaatiota, jolloin asiakas ohjataan ensisijaisesti hoidosta vas-
taavalle lääkärille tai vastuutyöntekijälle, osa ensipsykoosiin sairastuneista
asiakkaista sekä uudet, Kellokosken psykiatrisesta sairaalasta kotiutettavat
potilaat. (Hildén 2011a.) M1-indikaatioilla tarkoitetaan mielenterveyslain
mukaisia, tahdonvastaiseen hoitoon lähettämisen edellytyksiä, jolloin lää-
käri on todennut asiakkaan mielisairaaksi. Tällöin asiakas on hoidon tar-
peessa siten, että hoitoon toimittamatta jättäminen pahentaisi olennaisesti
asiakkaan mielisairautta, vaarantaisi asiakkaan tai muiden henkilöiden ter-
veyttä tai turvallisuutta ja muut mielenterveyspalvelut ovat riittämättömiä
tai eivät sovellu käytettäväksi. (Pulkkinen & Vesanen 2010.) Asiakkaiden
hoitoaika akuuttityöryhmässä on tapauskohtaisesti keskimäärin neljästä
kahdeksaan viikkoa. Akuuttityöryhmän henkilöstöön kuuluu psykiatri ja
kaksi sairaanhoitajaa. (Hildén 2011a.)

5.2 Mielialatyöryhmä

Mielialaryhmä on psykiatrian yksikön suurin työryhmä, joka vastaa muun
muassa masennuksen, ahdistuksen ja pelkotilojen hoitamisesta. Hoitomuoi-
toina ovat lääkehoito, yksilötapaamiset, paritapaamiset, ryhmäkäynnit ja
tarvittaessa yksittäiset kotikäynnit voinnin ja tilanteen tarkistamista varten.
Mielialatyöryhmässä asiakkaan hoitoaika voi olla muutamasta käynnistä
jopa muutamaan vuoteen. Työryhmässä työskentelevät ylilääkäri, seitse-
män sairaanhoitajaa, psykologi, sosiaalityöntekijä ja palveluohjaaja.
(Hildén 2011a.)

5.3 Psykoosi- ja kuntoutustyöryhmä

Kuntoutustyöryhmän hoito ja kuntoutus koostuvat erilaisista ryhmäkäynteistä, joita ovat muun muassa liikuntaryhmä, oireenhallintaryhmä ja ruoanlaittoryhmä. Kuntoutustyöryhmässä järjestetään myös yksilötapaamisia ja kuntouttavia kotikäyntejä sekä muunlaista ohjausta ja opastusta. Toimintaterapeutin ja psykologi tekevät työkyvyn arviointeja. Klotsapiinia käyttävien asiakkaiden lääkehoito ja seuranta on myös keskitetty kuntoutustyöryhmään. Työryhmän henkilöstöön kuuluu apulaisylilääkärin lisäksi kaksi sairaanhoitajaa, toimintaterapeutti ja mielenterveyshoitaja. Hoitoaika kuntoutustyöryhmässä on muutamasta kuukaudesta useisiin vuosiin. (Hildén 2011a.)

5.4 A-klinikka

A-klinikka kuuluu myös Hyvinkään psykososiaaliseen yksikköön, johon asiakas tai hänen läheisensä voi hakeutua vapaaehtoisesti tai hoitoon ohjattuna päihde-, peli-, seksi- ja internetriippuvuuden vuoksi. Hoitokeinoina ovat yksilö-, pari-, perhe- ja ryhmätyön menetelmät, katkaisuhoidot laitoksessa, lyhytkestoinen lääkitys ja akupunktiohoito. Päihdeongelmista kärsiville ihmisille on olemassa paikallisia asumispalveluja, maksuton ensisuoja sekä kahdeksan tukiasuntoa. Huumeriippuvaisille asiakkaille on olemassa terveysneuvontapiste A-klinikan yhteydessä. (Hildén 2011a.)

5.5 Valistuspalveluyksikkö

Valistuspalveluyksikön tehtävänä on vastata kaupungin ehkäisevän päihdetyön toteutumisesta, järjestää koulutus-, tiedotus-, valistus-, neuvonta- ja ohjaustoimintaa, olla yhteistyössä muiden terveyttä edistävien tahojen kanssa sekä seurata kunnassa toteutuvaa ehkäisevää päihdetyötä. Valistuspalveluyksiköllä on lainauspiste, josta kuntalaiset voivat maksutta lainata erilaista valistusaineistoa. (Hildén 2011a.)

Psykososiaalisen yksikön kaikki työryhmät toimivat tiiviissä yhteistyössä keskenään. Työryhmät kokoontuvat kerran viikossa lähetearviointityöryhmään, jossa uusia läheteitä käsitellään. Ylilääkäri toimii tällöin ryhmän puheenjohtajana, ja läheteet jaetaan eri työryhmien kesken. Vuonna 2010 uusia läheteitä tuli kaiken kaikkiaan 664 kappaletta. Läheteiden määrä oli 52 vähemmän kuin vuonna 2009 eli kuitenkin keskimäärin 55 lähetettä kuukaudessa (Hildén 2011c, 3).

Eri työryhmät toimivat tällä hetkellä kolmessa eri työpisteessä hajautettuna eri toimipisteisiin Hyvinkäällä, mikä osaltaan vaikeuttaa työryhmien yhtenäistä toimintaa. Yhtenä tavoitteena onkin saada vuoteen 2020 mennessä yhtenäiset toimitilat psykososiaalisille palveluille. (Hildén 2011b, 5.) Kaiken kaikkiaan vuonna 2010 psykososiaalisessa yksikössä asiakaskäyntejä kertyi 11437, johon ei sisälly A-klinikan, valistuspalveluyksikön ja nuorisoseuran asiakaskäynnit. Vuonna 2009 käyntejä oli 1100 vähemmän kuin vuonna 2010. (Hildén 2011c, 2–3.)

6 OPINNÄYTETYÖN TAVOITE JA TUTKIMUSKYSYMYKSET

Opinnäytetyön tavoitteena on tuottaa tietoa toimintamallia varten Hyvinkään psykiatrian yksikölle, jotta työryhmä voi kehittää tulevaisuudessa klotsapiinia käyttävien asiakkaiden hoitoa.

Opinnäytetyössä etsitään vastauksia seuraaviin kysymyksiin:

1. Minkälaista hoitoa ja kuntoutusta teorialähteet suosittelevat skitsofreniaan sairastuneille asiakkaille?
2. Miksi klotsapiinia käyttävät asiakkaat ja heidän omaisensa hyötyisivät keskitetyistä, poliklinikkamuotoisesti toteutetuista palveluista?
3. Minkälaisia toiveita ja odotuksia on Hyvinkään psykiatrian yksikön henkilökunnalla suunnitteilla olevaa uutta toimintamallia varten?
4. Millaisia kokemuksia on saatu vastaavanlaisesta toimintamallista?
5. Millainen toimintamalli palvelisi parhaiten Hyvinkään psykiatrian yksikön asiakkaita, heidän omaisiaan sekä hoitohenkilökuntaa?

7 OPINNÄYTETYÖN TOTEUTTAMINEN

Tämän opinnäytetyön tutkimuskohteena oli klotsapiinia käyttävien asiakkaiden hoidon kehittäminen. Tutkimusmenetelminä käytettiin avoimia kysymyksiä Hyvinkään psykiatrian yksikön henkilökunnalle (Liite 2). Näitä vastauksia oli tarkoitus verrata teorialähteistä saatujen tietojen lisäksi jo toimivien niin sanottujen klotsapiinipoliklinikoiden toimintaan, joista saatiin tietoja muutamien avointen kysymysten avulla (Liite 3).

Kyselyyn osallistui Hyvinkään kaupungin psykiatrian yksikön henkilökunta. Työntekijöiltä saatujen tietojen perusteella on tarkoitus tulevaisuudessa kehittää yksikön skitsofrenia-asiakkaiden palveluja. Kerätyn aineiston tukeksi on etsitty myös laaja-alaisesti teorialähteitä palveluja tukevasta toiminnasta. Näiden tietojen pohjalta Hyvinkään kaupungin psykiatrian yksikön henkilökunnan on mahdollista kehittää heitä parhaiten palveleva toimintamalli.

7.1 Aineiston keruu

Palvelun tarpeellisuuden ja toimivuuden arvioimiseksi tehtiin kirjallinen kysely Hyvinkään kaupungin psykiatrian yksikön henkilökunnalle. Kyselylomake (Liite 2) ja saatekirje (Liite 1) jaettiin 18 psykiatrian yksikön henkilökuntaan kuuluvalla työntekijällä. Kyselyyn vastasi seitsemän henkilöä. Vastausaikaa oli annettu noin kaksi viikkoa.

Hyvinkään psykiatrian yksikön kautta lähetettiin lisäksi kysymyksiä (Liite 3) Järvenpään ja Porvoon psykiatrian yksiköihin, joissa tiedettiin toimivan niin sanottu klotsapiinipoliklinikka. Näiden kysymysten tarkoitus oli kartoittaa jo toiminnassa olevien klotsapiinipoliklinikoiden palveluja sekä saada tietoa myös henkilökunnan ajatuksista.

7.2 Kyselyn analysointi

Kyselyn vastaukset analysoitiin soveltaen laadullisen sisällönanalyysin menetelmää, millä tarkoitetaan kerätyn, laadullisen aineiston tiivistämistä ja kuvaamista lyhyesti ja yleistävästi. Sisällönanalyysin luotettavuuden arvioinnin haasteena ovat aineiston pelkistäminen ja tutkittavien ilmiöiden kuvaaminen mahdollisimman luotettavasti. Tuloksista pitää myös pystyä osoittamaan yhteys aineistoon. (Latvala & Vanhanen-Nuutinen 2003, 23–37.)

8 HYVINKÄÄN PSYKIATRIAN YKSIKÖN KYSELYN TULOKSET

Hyvinkään psykiatrian yksikköön tehtiin kysely joulukuussa 2011, jossa kartoitettiin klotsapiinia käyttävien asiakkaiden hoitoa. Kyselyn avulla pyrittiin myös selvittämään henkilökunnan toiveita ja ajatuksia uutta toimintaa varten. Yksikön toimintasuunnitelman 2011–2020 mukaan psykiatrian yksikössä on tarkoitus aloittaa niin sanottu klotsapiinipoliklinikka vuoteen 2020 mennessä.

8.1 Klotsapiinia käyttävien asiakkaiden tämänhetkinen hoito Hyvinkään psykiatrian yksikössä

Kyselylomakkeiden pohjalta saatujen tietojen perusteella Hyvinkäällä skitsofreniaa sairastavien, klotsapiinia käyttävien asiakkaiden hoito on keskitetty pääsääntöisesti psykoosi- ja kuntoutustyöryhmään. Asiakkaiden hoito, kuntoutus ja voinnin seuranta tehdään yksilöllisen suunnitelman mukaisesti. Hoitaja ja lääkäri seuraavat yhdessä asiakkaiden laboratorioarvoja, ja lääkäri uusii asiakkaan reseptit. Jos hoitaja huomaa laboratorioarvoissa jotakin poikkeavaa, hän on yhteydessä lääkäriin. Skitsofreniaa sairastaville asiakkaille on myös tarjolla viikoittain ryhmätoimintaa ja tarvittaessa toimintaterapiaa.

Keskitetty psykoosi- ja kuntoutustyöryhmään Yksilöllinen kuntoutussuunnitelma Viikoittainen ryhmätoiminta Toimintaterapia Lääkäri-hoitaja työpari	Klotsapiinia käyttävien asiakkaiden tämänhetkinen hoito Hyvinkään psykiarian yksikössä
---	--

Kuvio 1 Hoidon kokonaisuus

8.2 Skitsofreniaa sairastavien asiakkaiden hoidon tarve

Kyselyn pohjalta nousi useita teemoja, joita myös teoriapohjaiset lähteet tukevat. Henkilökunnan mielestä skitsofreniaa sairastavat asiakkaat tarvitsevat eniten ohjausta, tukea ja neuvontaa ei ainoastaan skitsofrenian vaan myös somaattisen voinnin seurannassa, lääkehoitoon sitoutumisessa, terveellisen ravitsemuksen sekä liikunnan lisäämisen tukemisessa. Myös varhainen, psyykkisten oireiden tunnistaminen sekä muilta skitsofreniaa sairastavilta asiakkailta saatu vertaistuki koettiin tärkeiksi asioiksi. Psykoedukaation katsottiin auttavan sairauden hallinnassa. Ennen kaikkea vastauksista ilmeni, että skitsofreniaa sairastavien asiakkaiden tulisi saada yksilöllistä hoitoa siten, että huomioidaan henkilökohtaiset tarpeet eikä pelkkää lääkehoitoa tai laboratorioarvojen seurantaa. Nuoren tai hiljattain skitsofrenia diagnoosin saaneen asiakkaan kohdalla pidettiin myös tärkeänä, että asiakasta motivoidaan lääkehoitoon.

Skitsofreniaoireiden seuranta sekä somaattisen voinnin seuranta Varhainen, psyykkisten oireiden tunnistaminen Lääkehoitoon sitoutuminen Terveellinen ravitsemus Liikunnan lisääminen Psykoedukaatio Vertaistuki	Skitsofreniaa sairastavien asiakkaiden hoidon tarve
---	---

Kuvio 2 Hoidon tarve

8.3 Palvelut poliklinikalla

Uutta poliklinikkatoimintaa varten kysyttiin myös henkilökunnan ajatuksia toiminnan sisällöstä. Vastauksista nousi tärkeitä teemoja, kuten asiakkaiden ryhmätoiminta vertaistuen avulla ja reseptien uusiminen ryhmäkäyntien aikana. Asiakkaan kaikkien asioiden hoitaminen samalla käynnillä ajateltiin tehostavan hoitoa. Arjen taitojen vahvistaminen koettiin toimivaksi tavaksi asiakkaiden syrjäytymisen ehkäisyssä. Ennen kaikkea lääkehoito ja laboratorioarvojen seuranta toivottiin keskitettävän sairaanhoitajalääkäriparille. Vertaistuen lisäksi myös asiakkaan yksilötapaamiset lääkärin tai hoitajan kanssa koettiin tarpeelliseksi voinnin seurannan kannalta. Myös psykoedukaatio nousi yhdeksi hoitomuodoksi poliklinikkatoimintaa ajatellen. Asiakkaan omaisille toivottiin tietoa skitsofreniasta sairautena sekä lääkehoidosta ja sen tarpeellisuudesta. Myös omais- ja perhetapaamiset koettiin hyväksi asioiksi. Poliklinikkatoimintaa pidetään hyvänä ideana myös muiden neuroleptejä käyttävien asiakkaiden hoidossa eikä pelkään klotsapiinia käyttävien asiakkaiden kohdalla.

<p>Ryhmätoiminta vertaistuen kautta</p> <p>Reseptien uusiminen ryhmäkäynneillä</p> <p>Arjen taitojen vahvistaminen syrjäytymisen ehkäisemiseksi</p> <p>Lääkehoidon ja laboratorioarvojen seurannan keskittäminen lääkäri-hoitaja parille</p> <p>Yksilötapaamiset lääkärin tai hoitajan kanssa</p> <p>Psykoedukaatio</p> <p>Tietoa omaisille skitsofreniasta sairautena</p> <p>Omais- ja perhetapaamiset</p> <p>Muut neuroleptiasiakkaat</p>	<p>Palvelut poliklinikalla</p>
---	--------------------------------

Kuvio 3 Poliklinikan palvelut

8.4 Koulutuksen tarve ja yhteistyökumppanit

Koulutustarpeiden osalta yksikköön toivottiin eniten koulutusta skitsofrenian erilaisista vaiheista ja oireista, lääkehoidosta sekä tietoa jo toimivista käytännöistä muissa kunnissa. Hoitajien myös toivottiin pääsevän mukaan lääke-esittelyihin ja lääkehoitoon liittyviin koulutuksiin. Poliklinikkatoimintaa varten toivottiin myös perusteellista suunnittelua koko työyhteisön

kanssa sekä riittäviä resursseja lääkäreiden ja hoitajien kesken toiminnan toteuttamiseksi ja ylläpitämiseksi. Yhteistyön osalta toivomuksena oli kolmannen sektorin eli muun muassa yhdistyksien, vapaaehtoistoimintojen ja yksityisten tahojen mukana oleminen sekä muiden palvelujen tarjoajien kanssa tehtävä yhteistyö.

Skitsofrenian eri vaiheet ja oireet Lääkehoito Muiden kuntien vastaavaan palveluun tutustuminen Lääke-esittelyt Toiminnan perusteellinen suunnittelu yhdessä Riittävät henkilökuntaresurssit toimintaa varten Kolmannen sektorin mukana oleminen Muut palvelujen tarjoajat	Koulutuksen tarve ja yhteistyökumppanit
---	---

Kuvio 4 Koulutus ja yhteistyötahot

8.5 Kyselyn eettisyys ja luotettavuus

Opinnäytetyön aineisto kerättiin avointen kysymysten avulla, jolloin suhde tutkittaviin henkilöihin oli välillinen. Kaikille kyselyyn osallistuville lähetettiin kyselylomakkeen mukana saatekirje (Liite 1), jossa pyrittiin huomioimaan tutkimuksen eettisyys. Psykiatrian yksikön henkilökunnalle oli annettu oikeus saada tietoa ennen aineistonkeruuta ja myös sen aikana. Heillä oli myös oikeus esittää tarvittaessa kysymyksiä aineistonkeruun aikana ja toisaalta oikeus olla osallistumatta kyselyyn. Saatekirjeessä luvattiin myös kaikkien osallistujien henkilöllisyyden pysyvän salassa. Kaikilla osallistujilla oli myös oikeus opinnäytetyön valmistuttua saada tietoa tutkimustuloksista.

Hoitotyöntekijän osallistuminen tietolähteenä tutkimukseen on erittäin tärkeää, sillä heiltä saadaan kokemukseen perustuvaa tutkimustietoa. Työntekijä myös näin ollen kehittää omaa ammattiaan, jolloin tutkimukseen osallistumista voidaan pitää myös velvollisuutena. Eettisten periaatteiden mukaisesti jokainen työntekijä saa kuitenkin tehdä itse päätöksen osallistumisestaan tutkimukseen. Tutkimusaineisto analysoitiin hyödyntämällä koko kerätty aineisto, jolloin analysointi tapahtui luotettavasti. Kysymykset (Liite 2) oli pyritty muotoilemaan mahdollisimman selkeiksi, jotta vastaukset olisivat monipuolisia ja mahdollisimman kattavia. (Leino-Kilpi &

Välimäki 2003, 290–292.) Toisaalta vastausprosentti jäi niukaksi, jolloin kyselyn luotettavuus saattaa olla kyseenalainen.

Avoin, henkilökohtainen haastattelu jokaisen työntekijän kanssa olisi todennäköisesti antanut parhaimman tuloksen kysymyksiin, jolloin haastattelija voi tehdä esimerkiksi täydentäviä kysymyksiä haastattelun aikana. Toisaalta haastattelun aikana aineistoa saattaa kertyä liikaa, jolloin haastattelija joutuu jättämään jotain pois aineistoa analysoidessaan. Tällöin taas aineiston luotettavuus kärsii. (Paunonen & Vehviläinen-Julkunen 1998, 216–218.)

9 HYVINKÄÄN LÄHIALUEIDEN PALVELUJA

Opinnäytetyöhön valittiin kaksi kuntaa, joissa tiedettiin toimivat eräänlainen poliklinikka skitsofreniaa sairastaville asiakkaille. Kunnat valittiin lisäksi Hyvinkään lähialueilta, jotta he voisivat jatkossa tehdä esimerkiksi yhteistyötä keskenään. Kyseisten kuntien palvelut olivat lisäksi toisistaan poikkeavia, jonka vuoksi juuri näiden kuntien tarkastelu tuntui mielekkäältä. Tiedot kuntien palveluista saatiin Hyvinkään psykiatrian yksiköstä lähetetyn sähköpostikyselyn avulla (Liite 2).

9.1 Järvenpään palvelut

Järvenpäässä klotsapiinia käyttäviä asiakkaita hoidetaan kuntoutuspoliklinikalla kolmessa eri kunnassa, joita ovat Tuusula, Mäntsälä ja Järvenpää. Toiminta on alkanut vuonna 2005. Tuusulassa on kuusi ja Järvenpäässä kolme ryhmää, jotka kokoontuvat kuukauden välein. Tällöin henkilökuntaresurssien vuoksi lääkäri on mukana vain joka toisessa kokoontumisessa. Mäntsälässä on kolme ryhmää, jotka kokoontuvat kahden kuukauden välein.

Ryhmässä on asiakkaita noin kuusi ja hoitajia yhdestä kahteen. Ryhmät on koottu skitsofrenian sairastavuuden mukaan eli esimerkiksi nuoret aikuiset, pitkään sairastaneet ja hoitokodissa asuvat kokoontuvat omissa ryhmissään. Esimerkiksi työssä käyvät asiakkaat eivät käy ryhmissä, vaan ainoastaan sairaanhoitajan ja lääkärin yksilövastaanotolla. Ryhmän toiminta aloitetaan kuulumisten kysymisellä sekä ajankohtaisten asioiden informoimisella, esimerkiksi lääkitykseen liittyviä asioita, influenssarokotukset ja loma-aikojen järjestelyt. Tämän jälkeen lääkäri tapaa asiakkaan pikaisesti, tarkistaa laboratorioarvot ja uusii reseptit.

Henkilökunnan arvion mukaan ryhmien hyviä puolia ovat muun muassa asiakkaiden voinnin seuranta, vertaistuki sekä laboratorioarvojen seuranta ja reseptien tarkistaminen. Toisaalta kehitettävänä olisi henkilökunnan mielestä miettiä, onko ensisijaista seurata verikokeita ja laboratorioarvoja vai panostaa enemmän vertaistukeen, psykoedukaatioon ja vuorovaikutukseen. Myös työntekijöiden työnjaossa olisi kehitettävää eli myös sairaanhoitaja voisi seurata Leponex-kortin eli klotsapiinilääkehoidon seuranta-

kortin avulla laboratorioarvoja ja lääkehoitoa. Vastaanottoajan suunnittelussa on tärkeää miettiä, missä vaiheessa esimerkiksi avustetaan asiakasta erilaisten hakemusten kanssa, ja milloin riittää lyhyempi voinnin seuranta-aika. Lisäksi klotsapiiniasiakkaita seurataan melko tiiviisti, jolloin muiden asiakasryhmien hoito ja seuranta saattavat kärsiä.

9.2 Porvoon palvelut

Porvoon sairaala kuuluu Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiriin. Sairaalan kuntoutuspsykiatrian yksikössä on toiminut 1990-luvun alusta lähtien klotsapiinipoliklinikka, jonka tehtävänä on vastata klotsapiinilääkitystä saavien potilaiden lääkehoidon ja veren kuvan seurannasta. Asiakasmäärä on tällä hetkellä noin 40, ja asiakkaat tulevat poliklinikalle hoitokodeista, tukiasunnoista tai omasta kodista.

Psykiatrian kuntoutusosaston lääkäri sekä sairaanhoitaja toimivat työparina, jotka vastaavat potilaiden hoidosta ja voinnin seurannasta. Käytännössä potilaat käyvät neljän viikon välein laboratoriokokeissa, joissa määritetään perusverenkuva ja valkosolujen erityislaskenta sekä paastoverensokeri- ja rasva-arvot kolme kuukautta lääkityksen aloittamisen jälkeen. Jatkossa paastoverensokeri määritetään kerran vuodessa ja rasva-arvot yhdestä kahteen vuoden välein tai viiden vuoden välein, jos rasva-arvot ovat normaalit. Potilaat käyvät joko lääkärin tai sairaanhoitajan vastaanotolla neljän viikon välein laboratoriokokeiden jälkeen, mutta lääkärin vastaanotolla vähintään kolmen kuukauden välein. Asiakaskäynti on pituudeltaan noin kymmenestä viiteentoista minuuttia.

Lääkärillä on lääketieteellinen vastuu potilaiden hoidosta sekä päävastuu poliklinikan toiminnasta. Lääkäri myös arvioi potilaan kliinistä tilaa, seuraa mahdollisia lääkkeiden sivuvaikutuksia, tarkistaa laboratorioarvot, uusii reseptit ja sanelee käyntimerkinnät diagnooseineen. Sairaanhoitaja toimii lääkärin työparina ja tapaa potilaita sekä konsultoi lääkäriä tarvittaessa. Sairaanhoitaja toimittaa lääkärille laboratorioarvot hyväksyttäväksi ja tarvittaessa reseptit uusittavaksi sekä täyttää potilaan seurantakaavioon laboratorioarvot ja muut seurantatiedot. Sairaanhoitajan tehtävänä on myös kirjata käyntimerkinnät potilasasiakirjoihin ja ottaa yhteyttä potilaaseen, jos hän jostain syystä ei saavu vastaanotolle. Yksikön oma osastonsihteeri vastaa käyntitietojen kirjaamisesta ja tulostamisesta, laboratoriokokeiden ja muun tarvittavan materiaalin tilaamisesta sekä potilaan käyntiajoissa tapahtuvista mahdollisista muutoksista.

Poliklinikan henkilökunnan arvion mukaan toiminta on sujuvaa, ja työntekijöillä on selkeä kuva omasta työstään. Asiakkaat kokevat hyvänä sen, että poliklinikalla on aina sama henkilökunta vastassa. Jos asiakas on estynyt tulemaan varatulle ajalle, hän yleensä ilmoittaa hyvissä ajoin poliklinikalle. Näin ollen myös poliklinikan henkilökunta antaa joustavasti uuden ajan asiakkaalle. Henkilökunta kokee työnsä ja asiakkaiden kohtaamisen vastaanottotyössä mielekkääksi.

10 OPINNÄYTETYÖTÄ TUKEVIA MUITA TUTKIMUKSIA

Vaasan sairaanhoitopiirissä toteutettiin vuonna 2006 kuntoutuspoliikkahanke, joka tukee keskitetyn toiminnan järjestämistä skitsofreniaa sairastaville asiakkaille. Hankkeen mukaan skitsofreniaa sairastavat asiakkaat hyötyvät keskitetystä ryhmätoiminnasta. (Pirttiperä 2006.) Myös Lapin sairaanhoitopiirissä vuoden 2006 lopussa päättyneen projektin mukaan pitkäänkin sairastaneet skitsofreniaa sairastavat asiakkaat hyötyvät ryhmäkuntoutuksesta (Posio ym. 2008). Nämä molemmat tutkimukset tukevat myös muita skitsofrenian hoitoon ja kuntoutukseen liittyviä suosituksia. (Käypä hoito 2008).

10.1 Vaasan sairaanhoitopiirin kuntoutuspoliikkahanke

Vuonna 2004 Stakesin työryhmän tekemän selvityksen mukaan Vaasan sairaanhoitopiirin aikuispsykiatria oli järjestetty liian laitospainotteisesti. Selvityksen mukaan esimerkiksi mielenterveyskuntoutujien asumispalveluja oli liian vähän, ja myös avohoidon alueella oli niukat henkilöstövoimavarat. Näiden selvityksien pohjalta käynnistyi vuonna 2004 Vaasan sairaanhoitopiirin psykiatrian tulosalueen kehittämishanke. Tämä hanke on osa Pohjanmaa-hanketta 2005–2014, joka on Etelä-Pohjanmaan, Keski-Pohjanmaan ja Vaasan sairaanhoitopiirien, Pohjalaismaakuntien sosiaalialan osaamiskeskus SonetBotnian sekä sosiaali- ja terveysministeriön yhteishanke. (Pohjanmaa-hanke 2005–2014.) Samaan aikaan käynnistyi myös Selkämeren sairaalan alueella psykiatrian avohoidon ja perusterveydenhuollon avohoitomallin suunnittelu, joka toteutettiin vuonna 2005. (Pirttiperä 2006.)

Vaasan sairaanhoitopiirissä käynnistettiin oma mielenterveystyön kehittämishanke tammikuussa 2006, joka päättyi lokakuussa 2006. Kyseessä oli kuntoutuspoliikkahanke, jonka yhtenä tehtävänä oli koordinoita skitsofreniaa sairastavien asiakkaiden palveluja. Hankkeen aikana oli keskusteltu psykiatrisessa avohoidossa toimivien ihmisten kanssa ja pyritty selvittämään yhteistyökumppaneiden ajatuksia ja toiveita. Hankkeen tavoitteena oli selvittää mahdollisuuksia perustaa yksikkö, joka on keskittynyt skitsofreniapotilaiden avokuntoutukseen psykiatrisessa avohoidossa. Hankkeen vastuuhenkilönä toimi tulosaluejohtaja, ja hankkeen tukena toimi psykiatrian asiantuntijoista koottu ohjausryhmä. Hankkeen selvitysten perusteella psykiatrian tulosalueelle ehdotettiin klotsapiinipoliikkatoimintaa, joka on yhteydessä kuntoutuspoliikkatoimintaan. Tällöin kartoitettiin klotsapiinia käyttävät asiakkaat, joita oli hankkeen aikana Vaasan seudulla noin 140. Lisäksi hankkeen aikana järjestettiin lisäkoulutusta teemoittain yhteistyökumppaneille, jotka ovat mukana skitsofreniapotilaiden hoidossa ja kuntoutuksessa.

Hankkeen aikana todettiin, että kuntoutuspsykiatriset yksiköt tarjoavat laadukasta hoitoa skitsofrenia-asiakkaille. Kuitenkin esimerkiksi psykoedukaation avulla avokuntoutusta olisi mahdollista kehittää muun muassa ryhmäkuntoutuksen keinoin. Myös asiakkaan omaisten ja muun sosiaalisen verkoston hyvinvointiin olisi tärkeää kiinnittää huomiota. Vaikea-

hoitoisimmille asiakkaille voitaisiin tarjota kotikuntoutusta, kotikäyntejä sekä erikoissairaanhoidon palveluja kotiin.

Toisaalta uuden poliklinikkatoiminnan käynnistäminen voisi lisätä henkilökunnan kiinnostusta ja kehittämismyönteisyyttä työssään. Kaiken kaikkiaan skitsofrenia-asiakkaiden kuntoutustyö vaatii avohoidon henkilökunnalta kärsivällisyyttä ja kehittämistä. Vaikka skitsofrenia-asiakkaita hoidetaan nykyään pääsääntöisesti avohoidossa, pitkä laitoshoidon perinne vaikuttaa usein ihmisten mielikuviin muun muassa suurista laitoksista, vapauden riistämisestä, pakkokeinojen käytöstä sekä suurista lääkeannoksista. (Pirttipera 2006.)

10.2 Lapin sairaanhoitopiirin avohoitokuntoutusprojekti

Skitsofreniaa sairastavien asiakkaiden hoitoa ja kuntoutusta on kehitetty Lapin sairaanhoitopiirin tulosalueen avohoitokuntoutusprojektissa. Projektin tavoitteena oli arvioida skitsofreniaa sairastavien asiakkaiden kuntoutustarvetta sekä vähentää heidän sairaalahoitotarvettaan. Tavoitteena oli myös parantaa heidän toimintakykyä päivittäisissä askareissa ja sosiaalisissa kontakteissa. Projektissa haluttiin myös tukea heidän omaisiaan muun muassa psykoedukaation avulla. Tavoitteena oli myös turvata henkilökunnan jaksaminen, saatavuus ja tarpeellinen koulutus, esimerkiksi psykoedukaation käytöstä ja oireenhallinnasta. (Posio ym. 2008.)

Kuntoutusryhmiin osallistui skitsofreniaa sairastavia asiakkaita, joiden sairaus ei ollut enää akuutissa vaiheessa ja he selvisivät avohoidossa. Ryhmät olivat kooltaan alle kymmenen hengen ryhmiä ja he kokoontuivat yhdenkolmen kuukauden välein pisimmillään vuoden ajan. Yhden kokoontumiskerran pituus oli kolme päivää. Ryhmäläisten tavoitteena oli ajanmukaisen tiedon saaminen sairaudesta ja sen oireista, tuen saaminen toisten kokemuksista, uusien selviytymis- ja hallintakeinojen käyttö ja niiden käyttöönotto sekä sairauden hyväksyminen. Omaisryhmät toteutettiin psykoedukaatiivisen viitekehysten mukaan, joissa teemoina olivat surutyö, jaksaminen, vertaistuki, sosiaaliset etuudet, mielenterveyspalvelut sekä tiedon saaminen sairaudesta. Ryhmänohjaajien lisäksi käytettiin paljon asiantuntijoita, muun muassa Mielenterveyden keskusliiton vertaistukikouluttajia. (Posio ym. 2008.)

Ryhmän aikana sairaalahoidon tarve väheni puoleen. Vaikka asiakkaat olivat sairastaneet jo pitkään skitsofreniaa, he kokivat, että heillä oli liian vähän tietoa sairaudesta ja sen hoitojärjestelyistä. Sairautta koskevan tiedon saamisen, sairauden hyväksymisen ja vertaistuen tavoitteet saavuttivat 94 prosenttia ryhmäläisistä. Lähes yhtä hyvin lukemiin päästiin muidenkin tavoitteiden saavuttamisessa, selviytymis- ja hallintakeinoissa sekä psykoosivaiheen varomerkkien tunnistamisessa. Ryhmäläiset kokivat tiedon määrän lisääntyvän ja juuri tätä pidettiin keskeisenä osana kuntoutusta. (Posio ym. 2008.)

Ryhmäläisten vastauksista korostui vertaistuen ja sosiaalisten kontaktien merkitys sekä monipuolisen tiedon saaminen sairaudesta, oireista ja varo-

merkeistä koettiin tärkeäksi. Myös omaisten mielestä parasta oli vertaistuki ja sairaudesta saatu tieto. Kontaktit omaisiin ja kodin ulkopuolelle olivat myös lisääntyneet selvästi. Ryhmäkuntoutuksella pystyttiin vastaamaan tietotarpeisiin ja näin intervallihoitajaksojen tarve ja sairaalahoidon käyttö vähenivät oleellisesti. Tulokset siis osoittavat, että pitkäänkin sairastaneet skitsofreniapotilaat hyötyvät ryhmäkuntoutuksesta. (Posio ym. 2008.)

11 JOHTOPÄÄTÖKSET

Opinnäytetyössä etsittiin vastausta kysymykseen, millainen toimintamalli palvelisi parhaiten Hyvinkään psykiatrian yksikön klotsapiinia käyttäviä asiakkaita, heidän omaisiaan sekä hoitohenkilökuntaa. Opinnäytetyössä selvitettyjen tulosten mukaan skitsofreniaa sairastavat asiakkaat ja heidän omaisensa hyötyisivät yhteen yksikköön keskitetyistä palveluista, joihin sisältyvät muun muassa vertaistuki, pitkäjänteinen hoitosuhde sekä voinnin ja lääkehoidon seuranta. Vertaistuen avulla asiakkaat ja heidän omaisensa laajentavat sosiaalista verkostoaan ja jakavat huolet samanlaisessa elämäntilanteessa olevien ihmisten kanssa. Vertaistukiryhmässä huolet vähenevät ja ryhmäläisille tulee kokemus hankalien asioiden ja tunteiden kanssa elämisestä sekä niiden voittamisesta. Skitsofrenian hoito perustuu pitkäjänteiseen ja luottamukselliseen hoitosuhteeseen, joka myös näyttöön perustuvan tutkimuksen perusteella vähentää psykoosin uusiutumisen riskiä. Hyödylliseksi koettiin myös arkielämää tukeva toiminta ja asiantuntijoiden pitämät teemaluennot asiakkaille ja heidän omaisilleen.

Näyttöön perustuvan tutkimuksen valossa työryhmäpohjainen tehostettu avohoito olisi suositeltava tapa toteuttaa varsinkin runsaasti sairaalahoitota tarvitsevien asiakkaiden kohdalla. Tehostettu tuki on todettu parantavan asiakkaiden pysymistä hoitojärjestelmän piirissä, vähentävän sairaalahoitosten määriä ja kestoja sekä sairaalahoidon aiheuttamia kustannuksia. Tehostettu tuki avohoidossa myös parantaa asiakkaiden tyytyväisyyttä ja sairauden ennustetta.

Käypä hoito-suosituksien, sekä muiden opinnäytetyössä käytettyjen lähteiden mukaan psykoedukaatio sekä psykoedukatiivinen perhetyö tulisivat kuulua skitsofreniaa sairastavan asiakkaan hoitoon. Kyseiset hoitomuodot tulisi saada osaksi hoitokäytäntöjä. Niiden on todettu lisäävän tietoa sairaudesta ja lääkehoidosta, parantavan asiakkaan sosiaalista toimintakykyä sekä omaisten hyvinvointia ja perheen tunneilmapiiriä. Siinä annetaan tietoa muun muassa psykoottisista oireista ja varhaisten sairauden uusimisesta varoittavien merkkien tunnistamista. Psykoedukaation avulla psykoosien uusiutuminen ja sairaalahoitoon joutumisen riski vähenee.

Yksilöterapiasta kognitiivis-behavioraalista terapiaa voidaan käyttää psykoottisten oireiden hoitoon, myös akuutissa vaiheessa ja psykodynaamista psykoterapiaa taas voidaan soveltaa skitsofrenian rauhallisessa vaiheessa. Näitä hoitomuotoja ei kuitenkaan suositella ensisijaisesti, eikä psykodynaamisesta psykoterapiasta hyödyntä ole näyttöä. Supporttiivisesta eli tukeavasta terapiasta löytyi teorialähteistä ristiriitaista tietoa. Käypä hoito-

suositusten mukaan siitä ei ole merkittävää hyötyä skitsofrenian hoidossa, kun taas toisessa uudemmassa teorialähteessä sitä pidettiin perustana kaikelle skitsofrenian hoidolle ja kuntoutukselle.

Klotsapiini on tehokkain ja turvallisin psykoosilääke. Tuoreen tutkimuksen mukaan klotsapiiniin liittyy selvästi pienempi kuolleisuusriski muihin neurolepteihin verrattuna. Varsinkin itsemurhariski on alhainen klotsapiinia käyttävillä asiakkailla. Klotsapiinia käyttävä asiakas hyötyy keskitetystä palvelusta, jossa hänen psyykkistä ja somaattista vointiaan seuraa omahoitaja ja psykiatri työparina. Pitkäjänteisen omahoitajuuden ja psykoedukaation on todettu lisäävän lääkehoitomyöntyvyyttä ja keskitetty palvelu taas käytön turvallisuutta. Kaikki klotsapiinia käyttävän asiakkaan hoitoon osallistuvien terveydenhuollon ja sosiaalitoimen henkilökunnan tulisikin tietää klotsapiinin seurannan periaatteet. Heille tulisi luoda myös mahdollisuus saada lisää koulutusta lääkehoidosta ja seurannasta tarpeen mukaan.

Skitsofreniasairauden ja siihen liittyvien eri tekijöiden vuoksi skitsofreniaa sairastavilla asiakkailla on paljon enemmän pitkäaikaissairauksia kuin muulla väestöllä yleensä. Somaattisen terveydentilan tutkiminen, hoito ja seuranta on kuitenkin järjestetty usein puutteellisesti. Syynä tähän on se, että skitsofrenian hoitoa ei ole keskitetty yhteen paikkaan, eikä somaattisten ja psykiatristen hoitojärjestelmien välillä ole yhtenäisiä sopimuksia somaattisen terveydentilan hoidosta ja seurannasta. Teorialähteistä nousi ravitsemusneuvonnan, liikuntaan ohjaamisen ja tupakoinnin vähentämisen ohjeistamisen tärkeys klotsapiinia käyttävän skitsofreniaa sairastavan asiakkaan hoidossa. Asiakkaita tulisi kannustaa oman fyysisen terveydentilan hoitamiseen kertomalla esimerkiksi jo pienten elämäntapamuutosten suurista vaikutuksista. Tavoitteena on, että asiakas itse osaisi kohentaa terveyttään ja ehkäistä sydän – ja verisuonisairauksia.

Hyvinkään psykiatrian yksikköön tehdyn kyselyn perusteella keskitetyt palvelut skitsofreniaa sairastaville asiakkaille olisivat hyödyllisiä. Kyselyyn vastasi noin 39 prosenttia yksikön henkilökunnasta, joten vastausprosentti jäi melko niukaksi. Yksikön toimintasuunnitelman mukaan niin sanottu klotsapiinipoliklinikka sijoittuisi psykoosi- ja kuntoutustyöryhmään, johon skitsofreniaa sairastavien asiakkaiden hoito on tälläkin hetkellä keskitetty. Asiakkaille tehdään yksilöllinen kuntoutussuunnitelma, heille järjestetään ryhmätoimintaa ja toimintaterapiaa viikoittain. Lääkäri-hoitaja työpari vastaa asiakkaiden hoidosta.

Henkilökunnan mielestä skitsofreniaa sairastavien asiakkaiden hoidon tarpeita ovat muun muassa sekä skitsofreniaoireiden että somaattisen voimien seuranta, psyykkisten oireiden tunnistaminen, lääkehoitoon sitoutuminen, terveellisen ravitsemuksen ja liikunnan lisäämisen tukeminen, psykoedukaatio sekä vertaistuki. Uudella poliklinikalla toivotaan ryhmätoimintaa vertaistuen kautta, reseptien uusimista ryhmäkäynnillä, arjen taitojen vahvistamista, lääkehoidon keskittämistä lääkäri-hoitajaparille, asiakkaan yksilötapaamisia lääkärillä tai hoitajalla, psykoedukaatiota, tietoa omaisille sairaudesta, omais- ja perhetapaamisia sekä mahdollisesti muidenkin neuroleptiasiakkaiden käymistä poliklinikalla. Henkilökunta

toivoo lisäkoulutusta skitsofrenian eri vaiheista ja oireista sekä lääkehoidosta. Toiveena on myös päästä tutustumaan muiden kuntien vastaaviin palveluihin sekä osallistumaan lääke-esittelyihin. Toimintaa on tarpeellista myös suunnitella perusteellisesti yhdessä sekä selvittää riittävät henkilökuntaresurssit toimintaa varten. Kolmas sektori sekä muut palvelujen tarjoajat halutaan myös toimintaan mukaan.

Kahteen Hyvinkään lähialueen kuntaan lähetettiin mielenterveyspalvelujen johtajan toimesta sähköpostitse kysely, joissa tiedettiin toimivan niin sanottu klotsapiinipoliklinikka. Toiminta oli melko erityyppistä kuntien kesken. Järvenpään toiminnassa on mukana kolme kuntaa eli Järvenpää, Mäntsälä ja Tuusula. Tämän mallin mukaan asiakkaat käyvät sekä ryhmäettä yksilötapaamisissa, asiakkaat on jaettu ryhmiin sairauden asteen ja keston perusteella. Vastaanotolla seurataan myös verikoearvoja sekä muuta vointia. Toisaalta toiminnassa korostetaan myös vertaistukea, psykoedukaatiota ja vuorovaikutusta. Vastaajan mukaan klotsapiinia käyttäviä asiakkaita seurataan tiiviisti, jolloin muiden asiakasryhmien hoito ja seuranta saattavat kärsiä. Porvoon klotsapiinipoliklinikkatoiminta taas keskittyy enemmän laboratorioarvojen seurantaan eikä heillä ole tarjolla vertaistukea tai toimintaa esimerkiksi omaisille. Vastaanottokäynti lääkäriellä tai hoitajalla on kestoltaan noin 10–15 minuuttia, jonka aikana pyritään hahmottamaan asiakkaan vointi. Henkilökunta kuitenkin kokee työnsä ja asiakkaiden kohtaamisen mielekkääksi.

Vaasan sairaanhoitopiirissä vuonna 2006 tehdyn kehittämishankkeen perusteella ehdotettiin klotsapiinipoliklinikkatoimintaa, joka on yhteydessä kuntoutuspolikliiniseen toimintaan. Hankkeen aikana kartoitettiin skitsofreniaa sairastavien asiakkaiden palveluja sekä selvitettiin psykiatrisessa avohoidossa toimivien ihmisten sekä muiden yhteistyökumppaneiden ajatuksia ja toiveita. Klotsapiinia käyttäviä asiakkaita oli tuolloin Vaasan alueella noin 140. Hankkeen aikana järjestettiin lisäkoulutusta teemoittain henkilökunnalle. Hankkeen edetessä todettiin, että kuntoutuspsykiatriset yksiköt tarjoavat laadukasta hoitoa skitsofreniaa sairastaville asiakkaille. Toisaalta esimerkiksi psykoedukaatio yhdistettynä ryhmäkuntoutukseen voisi olla hyödyllistä. Myös omaisten ja asiakkaan muun sosiaalisen verkoston hyvinvointiin pitäisi kiinnittää enemmän huomiota. Lisäksi vaikeahoitoisimmille asiakkaille olisi hyvä pystyä järjestämään tarvittaessa kotikuntoutusta, kotikäyntejä sekä erikoissairanhoidon palveluja kotiin. Hankkeen mukaan uuden toiminnan käynnistäminen saattaa lisäksi lisätä henkilökunnan kiinnostusta ja kehittämismyönteisyyttä työssään. Tällä hetkellä Vaasan keskussairaalan psykiatrian yksikön yhtenä jatkohoitomahdollisuutena on muun muassa klotsapiinipoliklinikka.

Lapin sairaanhoitopiirin 2006 tekemän avohoitokuntoutusprojektin mukaan pitkäänkin sairastaneet skitsofreniapotilaat hyötyvät ryhmäkuntoutuksesta. Projektin tavoitteena oli arvioida skitsofreniaa sairastavien asiakkaiden kuntoutustarvetta, vähentää heidän sairaalahoidon tarvetta, parantaa asiakkaiden toimintakykyä päivittäisissä askareissa ja sosiaalisissa kontakteissa sekä tukea omaisia muun muassa omaisryhminä psykoedukaation avulla. Ryhmien ohjaajina toimi muun muassa vertaistukikoulutta-

ja. Henkilökunnalle pyrittiin myös tarjoamaan koulutusta sekä turvaamaan työssä jaksamista. Projektin aikana asiakkaiden sairaalahoidon tarve väheni puoleen, asiakkaat kokivat tiedon sairaudesta ja sen hyväksymisestä lisääntyneen. Ennen kaikkea tiedon määrän lisääntyminen koettiin tärkeäksi osaksi kuntoutusta vertaistuen ja sosiaalisten kontaktien lisäksi.

12 POHDINTA

Tämän opinnäytetyön tarkoitus oli klotsapiinia käyttävien skitsofreniaa sairastavien asiakkaiden hoidon kehittäminen. Hyvinkään psykososiaalisen yksikön toimintasuunnitelman tavoitteiden mukaan Hyvinkäälle perustetaan niin sanottu klotsapiinipoliklinikka vuoteen 2020 mennessä. Palvelut on tarkoitus keskittää psykiatrian yksikön psykoosi- ja kuntoutustyöryhmään. Opinnäytetyön tavoitteena oli koota tietoa Hyvinkään psykiatrian yksikköön uutta toimintamallia varten.

Opinnäytetyön tulosten perusteella kaikki skitsofreniaa sairastavat asiakkaat sekä heidän omaisensa hyötyvät keskitetystä ryhmätoiminnasta. Psykoedukaatio on yksi tärkeä osa skitsofrenian hoitoa ja kuntoutusta, jonka avulla asiakkaat sekä heidän omaisensa saavat tietoa lääkehoidosta sekä skitsofrenian eri vaiheista ja oireista. Sairauden uusiutumisen varomerkkien tunnistaminen on tärkeää, koska sen on todettu vähentävän skitsofrenian uusiutumisen riskiä ja sairaalahoitajaksojen vähenevän. Opinnäytetyön tuloksista nousi esille myös vertaistuen tärkeys sekä asiakkaiden että omaisten kesken eikä pelkästään ammattilaiskeskeinen hoito ja kuntoutus. Teorialähteiden perusteella erilaisten yksilöterapioiden hyödyllisyys skitsofrenian hoidossa vaihteli paljon.

Klotsapiini on todettu tehokkaaksi ja turvalliseksi lääkkeeksi skitsofrenian hoidossa, mutta toisaalta klotsapiini lisää haasteita hoidon ja asiakkaan voimien seurannan osalta. Klotsapiinin negatiivisten sivuvaikutusten vuoksi asiakkaiden sitoutuminen lääkehoitoon saattaa heikentyä. Klotsapiinia käyttävät asiakkaat joutuvat myös sitoutumaan säännöllisiin verinäytekontroleihin sekä vastaanottokäynteihin. Opinnäytetyön tulosten perusteella pitkäjänteinen ja luottamuksellinen hoitosuhde sekä psykoedukaatio asiakkaille ja heidän omaisille lisäävät lääkehoitoon ja voimien seurantaan sitoutumista, joita myös teorialähteistä saatu tieto tukee hyvin vahvasti.

Hyvinkään psykiatrian yksikköön lähetettyjen kyselyiden perusteella henkilökunnalla oli hyviä ehdotuksia ja ajatuksia uutta toimintamallia varten, joita myös teorialähteet tukevat. Tulevaisuudessa henkilökunta voisi käydä tutustumassa jo toiminnassa oleviin niin sanottuihin klotsapiinipoliklinikoihin esimerkiksi Vaasassa, Porvoossa ja Järvenpäässä.

Opinnäytetyön tulokset käytiin esittämässä maaliskuussa 2012 Hyvinkään psykiatrian yksikössä. Työryhmän henkilöstöstä oli paikalla noin 15 henkilöä mielenterveyspalvelujen johtajan lisäksi. Teoreettisen tiedon ja kartoitusten tulosten perusteella keskusteltiin uuden toimintamallin toteutuksesta ja kehittämistoiminnan jatkosuunnitelmista.

Esityksen aluksi käytiin läpi opinnäytetyön taustaa ja tavoitteita. Yksikössä todettiin, että opinnäytetyö on hyödyllinen tulevaisuuden toimintaa ajatellen. Tulokset todettiin myös samansuuntaisiksi yksikön henkilökunnan kanssa. Keskustelua herätti muun muassa Leponex-kortin käyttö, jota monet nuoret asiakkaat eivät pidä tärkeänä voinnin seurannassa. Toisaalta omahoitajan näkökulmasta kortista näkisi helposti voinnissa tapahtuvia muutoksia. Jatkossa henkilökunta on ajatellut panostavansa enemmän myös yhteistyöhön omaisten kanssa. Yksikössä on myös todettu psykoedukaatio hyödylliseksi varsinkin hiljattain sairastuneiden asiakkaiden kohdalla. Opinnäytetyön tekeminen aloitettiin keväällä 2011, ja maaliskuuhun 2012 mennessä Hyvinkään psykiatrian yksikössä on tehty jo joitakin muutoksia uutta toimintaa ajatellen.

Kaiken kaikkiaan opinnäytetyöstä saatujen tulosten sekä tekijöiden omien työkokemusten perusteella voidaan todeta, että skitsofrenian hoito ja kuntoutus on järjestetty tälläkin hetkellä melko hyvin. Toisaalta esimerkiksi henkilökunnan lisäkoulutuksen kautta sekä omaisyhteistyön avulla olisi mahdollista jatkossa parantaa asiakkaiden hoitoa. Myös muiden yhteistyötahojen kanssa tehtävä työ lisää asiakkaiden palvelujen laatua. Pääsääntöisesti kaikissa psykiatrian yksiköissä tiedetään esimerkiksi klotsapiinin seurannan periaatteet. Jos klotsapiinia käyttävä asiakas päätyy esimerkiksi somaattisen sairautensa vuoksi perusterveydenhuoltoon tai muuhun erikoissairaanhoidon yksikköön, tietämättömyys klotsapiinin haittavaikutuksista ja sen seurannasta saattaa osoittautua ongelmaksi. Tämän vuoksi olisi tärkeää, että myös muutkin kuin psykiatrian alalla työskentelevät hoitotyöntekijät ja lääkärit saisivat koulutusta esimerkiksi klotsapiinista ja sen haittavaikutuksista.

LÄHTEET

- Berg, L. 2008. Kognitio-opas. Vantaa: Nykypaino 2/08.
- Berg, L. 2009. Psykoedukatiivinen perhetyö. Teoksessa Hentinen, K., Iija A., Mattila E. (toim.) Kuuntele minua - mielenterveystyön käytännön menetelmiä. Hämeenlinna: Tammi, 151–163.
- Heiskanen, T., Niskanen, L. & Koponen, H. 2010. Skitsofreniapotilaiden kardiometaboliset riskit ja psykoosilääkitys. Lääkärilehti. 5/2010, 389–396. Viitattu 19.2.2012. <http://www.fimnet.fi/cgi-cug/brs/artikkeli.cgi?docn=000033474>>
- Hentinen, K. 2009. Psykoottisen potilaan kokemuksellisuus – hoitotyön lähtökohta. Teoksessa Hentinen, K., Iija A., Mattila E. (toim.) Kuuntele minua - mielenterveystyön käytännön menetelmiä. Hämeenlinna: Tammi, 41–42.
- Hildén, R. 20.3.2012. Psykososiaaliset palvelut. Psykiatrian yksikkö. Vastaanottaja Mia Kemppainen. [Sähköpostiviesti]. Viitattu 26.3.2012.
- Hildén, R. 2011a. Psykososiaaliset palvelut. Power Point. Hyvinkää.
- Hildén, R. 2011b. Psykososiaaliset palvelut. Toimintasuunnitelma 2011–2020. Hyvinkää, 2–9.
- Hildén, R. 2011c. Psykososiaaliset palvelut. Toimintakertomus 2010. Hyvinkää, 2–14.
- Isohanni, M., Honkonen, T., Vartiainen, H., Lönnqvist, J. 2009. Skitsofrenia. Teoksessa Lönnqvist, J., Heikkinen, M., Henriksson, M., Marttunen, M., Partonen, T. (toim.) Psykiatria. 5.-7. uudistettu painos. Jyväskylä: Duodecim, 73–106.
- Keinänen, T. 2006. Mitä laboratoriokeet kertovat varfariini-, tyroksiini-, klotsapiini- ja digoksiinihoidosta? Suomen apteekkariliitto: Helsinki. 4/2006, 22–23.
- Klaukka, T. 2006. Avohoidon psykoosilääkitys vaikuttaa skitsofreniapotilaan ennusteeseen. Suomen lääkärilehti 61/2006, 36.
- Koponen, H., Pelkonen, O., Raatikainen, P., Savolainen, M., Saari, K. & Isohanni, M. 2003. Psykoosilääkkeiden sydänvaikutukset. Lääkärilehti. 6/2003, 633–637. Viitattu 19.2.2012. <http://fimnet.fi/cgi-cug/brs/artikkeli.cgi?docn=000018324>
- Koponen, H., Saari, K., Lindeman, S., Savolainen, M., Hietala, J. & Isohanni, M. 2005. Psykoosilääkehoitoon liittyvien metabolisten muutosten seuranta. Lääkärilehti. 16/2005, 1795–1799. Viitattu 19.2.2012. <http://www.fimnet.fi/cgi-cug/brs/artikkeli.cgi?docn=000023342>

Käypä hoito 2008. Skitsofrenia. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Psykiatriyhdistys ry:n asettama työryhmä. Viitattu 9.1.2012. <http://www.kaypahoito.fi/PrintArticle>

Latvala, E. & Vanhanen-Nuutinen, L. 2003. Laadullisen hoitotieteellisen tutkimuksen perusprosessi: Sisällönanalyysi. Teoksessa Janhonen, S. & Nikkonen, M. (toim.) Laadulliset tutkimusmenetelmät hoitotieteessä. 2. uudistettu painos. Juva: WSOY, 21–43.

Leino-Kilpi, H. & Välimäki, M. 2003. Etiikka hoitotyössä. 1. painos. Juva: WSOY.

Lääketietokanta 2010. Valmisteyhteenveto. Duodecim. Pharmaca fennica. Viitattu 16.2.2012. <http://www.terveysportti.fi/terveysportti/!laake.dlr>

Nurminen, M. 2008. Lääkehoito. 7.-9. painos. WSOY: Porvoo.

Paunonen, M. & Vehviläinen-Julkunen, K. 1998. Hoitotieteen tutkimusmetodiikka. 1.-2. painos. Juva: WSOY.

Penttilä, J., Appel, H., Rintahaka, P., Heikkinen, R. & Syvälahti, E. 2007. Laboratoriotutkimukset psykoosien ja mielialahäiriöiden lääkehoidon aikana. Lääketieteellinen aikakausikirja Duodecim. 2007;123(7):812–8. Viitattu 19.2.2012. http://www.terveysportti.fi/dtk/ltk/avaa?p_artikkeli=duo96387&p_haku=klotsapiini

Pirttipерä, J. 2006. Kuntoutuspoliklinikkahanke. Päähenkilö. Pohjanmaahan hankkeen tiedotuslehti 2/2006, 5.

Posio, J., Isohannu, I., Veijola, J., Koponen, H. 2008. Pitkäänkin sairastaneet skitsofreniapotilaat hyötyvät ryhmäkuntoutuksesta. Suomen lääkäri-lehti 63/2008, 17411–742.

Posio, J. 2009. Skitsofreniapotilaiden seudullinen avokuntoutusryhmä. Viitattu 4.4.2011. <http://www.sosiaaliportti.fi/fi-FI/hyakaytando/kuvaus/?PracticeId=2d155788-bcd5-45f1-9399-e5351face384>

Pulkkinen & Vesänen. 2010. Tahdonvastainen psykiatrinen hoito. Teoksessa Mustajoki, M., Alila, A., Matilainen, E. & Rasimus, M. (toim.) Sairaanhoidajan käsikirja. 5. uudistettu painos. Porvoo: WSOY, 612.

Raaska, K. 2009. Klotsapiinihoito. Lääkärin käsikirja. Viitattu 19.2.2012. http://www.terveysportti.fi/dtk/ltk/avaa?p_artikkeli=ykt00859&p_haku=klotsapiini

Raitasuo, V. 2000. Klotsapiini skitsofrenian hoidossa. *Duodecim* 2000; 116: 1199–205. Viitattu 9.1.2012.
<http://www.terveysportti.fi/xmedia/duo/duo91557.pdf>

Rissanen, P. 2007. Skitsofreniasta kuntoutuminen. Pori: Mielenterveyden keskusliitto, 26–68.

Saarni, S. 2010. Skitsofreniaa sairastavat arvioivat elämänlaatunsa melko hyväksi. *Terveyden ja hyvinvoinnin laitos*. Viitattu 11.4.2011.
<http://www.thl.fi/doc/fi/23485>

Suomen Psykiatriyhdistys ry. 2001. Skitsofrenia. Hoitopalvelujen järjestäminen. Käypä hoito -suositukset. *Lääketieteellinen Aikakauskirja Duodecim*, 117(24):26402–657. Viitattu 20.11.2011.
http://www.duodecimlehti.fi/web/guest/etusivu?p_p_id=dlehtihaku_view_article

Suvisaari, J. 2010. Uutta skitsofrenian riskitekijöistä. *Lääketieteellinen Aikakauskirja Duodecim*, 126(8):869–76.

Tiihonen, J., Lönnqvist, J., Wahlbeck, K., Klaukka, T., Niskanen, L., Tanskanen, A. & Haukka, J. 2009. Klotsapiini on turvallisin psykoosilääke. *Lääketieteellinen Aikakauslehti Duodecim*, 125: 1672.

Viertö, S. 2011. Psykoosiin sairastuneilla paljon vaikeuksia arkielämän toiminnoissa. *Terveyden ja hyvinvoinnin laitos*. Viitattu 11.6.2011.
<http://www.thl.fi/doc/fi/25036>

SAATEKIRJE

Hyvä vastaanottaja

18.11.2011

Olemme Hämeen ammattikorkeakoulun hoitotyön opiskelijoita ja teemme opinnäytetyömme yhteistyössä Hyvinkään psykososiaalisen yksikön kanssa. Opinnäytetyön tarkoituksena on kerätä tietoa psykososiaalisen yksikön toimintamallin kehittämistä varten. Kootun tiedon avulla etsitään vastausta kysymykseen, minkälainen toimintamalli palvelisi parhaiten Hyvinkään psykososiaalisen yksikön klotsapiinilääkitystä käyttäviä asiakkaita, heidän omaisiaan sekä hoitohenkilökuntaa.

Hyvinkään psykososiaalisten palvelujen toimintasuunnitelmassa vuosille 2011–2020 klotsapiinipoliklinikkatoiminta on yhtenä osana psykososiaalista palvelua, hoitoa ja kuntoutusta. Alustavassa uuden toimintamallin suunnitelmassa poliklinikalla työskentelisi työparina psykiatrinen sairaanhoitaja ja psykiatri, joiden tehtävänä olisi seurata klotsapiinia käyttävien asiakkaiden yleistä vointia sekä lääkehoitoon liittyviä asioita. Lisäksi poliklinikalla olisi mahdollisuus toteuttaa myös muita tämän potilasryhmän tarvitsemia hoitomuotoja.

Opinnäytetyöhön liittyvän kyselyn avulla on tarkoitus selvittää Hyvinkään psykososiaalisen yksikön työryhmän jäsenten näkemyksiä klotsapiinia käyttävien asiakkaiden hoidosta ja sen kehittämisestä. Aineisto on tarkoitettu koota liitteenä olevan kyselylomakkeen avulla. Sen laadinnassa on huomioitu muun muassa Käypä hoito-suositukset.

Toivomme, että Sinulla on mahdollisuus vastata kyselyyn. Vastauksesi on tärkeä, koska selvityksen tuloksia on tarkoitus käyttää jatkossa uuden toimintamallin kehittämisen tukena.

Vastaukset käsitellään nimettöminä. Kerätty aineisto on vain aineiston kerääjien hallussa. Vastaajien henkilöllisyys ei paljastu työn missään vaiheessa. Toivomme, että palautat vastauksesi 2.12.2011 mennessä psykososiaalisen yksikön kansliassa olevaan palautuslaatikkoon.

Kiitos osallistumisesta!

Yhteystiedot:

Kemppainen Mia
sairaanhoitajaopiskelija (AMK)
HAMK/Hämeenlinnan yksikkö
e-mail: mia.kemppainen@student.hamk.fi
puhelin: 040 553 4536
Rasimus Sini
sairaanhoitajaopiskelija (AMK)
HAMK/Hämeenlinnan yksikkö
e-mail: sini.rasimus@student.hamk.fi
puhelin: 040 567 1772

KYSELYLOMAKE

1. Kuvaile, miten tällä hetkellä yksikössäsi toimii klotsapiinia käyttävien asiakkaiden hoito, kuntoutus ja seuranta.
2. Missä asioissa klotsapiinia käyttävät asiakkaat mielestäsi tarvitsevat eniten ohjasta, tukea tai neuvontaa?
3. Kuvaile, millaista hoitoa/toimintaa mielestäsi klotsapiinipoliklinikan tulisi tarjota asiakkaille ja heidän omaisilleen ja mitkä asiat ovat tärkeitä? (esim. omahoitajasuhde, ryhmämuotoinen toiminta, perhe- ja omaistyö, arkielämän taitojen harjoittelu, koulutuksellinen toiminta, teemapäivät yms.)
4. Minkälaista yhteistyötä, tietoa ja lisäkoulutusta henkilökunta mielestäsi tarvitsee poliklinikkatoimintaa varten?

KIITOS VASTAUKSISTASI!

KYSYMYKSIÄ

Kuinka kauan klotsapiinipoliklinikka on ollut toiminnassa?

Minkälaisia palveluja poliklinikka tarjoaa asiakkaille ja heidän omaisille?

Mikä toimii poliklinikalla hyvin ja missä asioissa olisi kehitettävää?

Minkälainen henkilökunta on rakenteeltaan yksikössä?

Minkä verran poliklinikalla käy asiakkaita?

Kuinka usein asiakkaat käyvät poliklinikalla?

Minkälaisena henkilökunta kokee poliklinikan toiminnan?