



# Sairaanhoitajan työnkuva skitsofrenian hoidossa psykiatrian osastolla 5

## Materiaalia perehdytykseen

Anni Reini

Janna Salminen

Opinnäytetyö, AMK

Maaliskuu 2022

Terveys- ja hyvinvointialat

Sairaanhoitaja (AMK)

**Reini, Anni & Salminen, Janna**

**Sairaanhoitajan työnkuva skitsofrenian hoidossa psykiatrian osastolla 5. Materiaalia perehdytykseen.**

Jyväskylä: Jyväskylän ammattikorkeakoulu. Maaliskuu 2022, 90 sivua.

Terveys- ja hyvinvointialat, Sairaanhoitaja tutkinto-ohjelma, opinnäytetyö AMK.

Julkaisun kieli: suomi

Verkkojulkaisulupa myönnetty: kyllä

## **Tiivistelmä**

Skitsofrenia on psykoottinen, monimuotoinen ja vakava mielenterveyden häiriö, joka vaikuttaa sairastuneen toimintakykyyn. Suomessa skitsofreniapotilaita on noin 55–65 000 ja se on yleisin psykoosisairaus. Skitsofrenian hoidon keskiössä ovat psykoosilääkitys, psykoedukaatio, aktiivinen tukeminen hoitoon sitoutumiseen, mielekäs päiväohjelma sekä sosiaalinen kuntoutus. (Skitsofrenia 2020.)

Opinnäytetyön toimeksiantaja oli Keski-Suomen sairaanhoitopiirin (KSSHP) Psykiatrian osasto 5. Opinnäytetyön kehittämistehtävänä oli tuottaa perehdytykseen sopivaa tukimateriaalia oppaan muodossa ja saada vastaukset tutkimuskysymyksiin 1. Miten skitsofreniapotilasta hoidetaan ja kuntoutetaan osastolla näyttöön perustuen sairaanhoitajan näkökulmasta ja 2. Kuinka toimia osastolla potilas- ja työturvallisesti.

Opinnäytetyön tavoitteena oli kehittää uusien työntekijöiden perehdytystä osastolla ja parantaa heidän lähtökohtiaan toimia asiantuntijoina työssään potilas- ja työturvallisesti. Lisäksi opinnäytetyön tavoitteena oli lisätä uusien työntekijöiden tietämystä skitsofreniasta ja valmistaa heitä kohtaamaan potilaat ammatillisesti. Opinnäytetyö toteutettiin tutkimuksellisena kehittämistoimintana yhteistyössä osaston kanssa, käyttäen kuvailevan kirjallisuuskatsauksen ja osallistavan kehittämistoiminnan menetelmiä.

Opinnäytetyön tuloksena syntyi opas, joka sisälsi skitsofreniapotilaan hoidon ja kuntoutuksen sairaanhoitajan näkökulmasta sekä perehdytyksen potilas- ja työturvallisuuteen osastolla. Opas kokosi yhteen näyttöön perustuvaa tietoa sekä osaston sairaanhoitajien kokemustietoa, soveltaen Skitsofrenian Käypä hoito- suosituksen käytäntöön.

Tuloksina voitiin todeta sairaanhoitajalla olevan skitsofrenian hoidossa ja kuntoutuksessa merkittävä rooli osana moniammatillista tiimiä. Tuloksista ilmeni sairauden hoitoon ja kuntoutukseen vaikuttavan useiden hoitotyönmenetelmien lisäksi potilaan ja hänen läheistensä osallistumisen, mitä sairaanhoitajan on tärkeää tukea. Potilas- ja työturvallisuuden osa-alueella todettiin sairaanhoitajan perehdyttämällä olevan vaikutusta potilas- ja työturvallisuuden toteutumiseen niin väkivallan ennaltaehkäisyyn, ennakoinnin kuin uhkaavien tilanteiden tunnistamisen ja uhkaavissa tilanteissa toimimisen näkökulmista.

## **Avainsanat (asiasanat)**

**perehdytys, psykiatria, psykoosi, skitsofrenia, potilasturvallisuus, työturvallisuus**

## **Muut tiedot**

Lisäksi opas 86 sivua, joka ei liitteenä.

**Reini, Anni & Salminen, Janna**

**Nurse's job description in the treatment of schizophrenia in psychiatric ward 5. Material for familiarisation.**

Jyväskylä: JAMK University of Applied Sciences, March 2022, 90 pages.

Health Care. Degree Programme in nursing. Bachelor's thesis.

Permission for web publication: Yes

Language of publication: Finnish

### **Abstract**

Schizophrenia is a serious psychotic, multiform mental disorder, which influences patient's functional capacity. There are about 55-65 000 schizophrenia patients in Finland and it's the most common psychotic disorder. Antipsychotic drugs, psychoeducation, active support to treatment adherence, meaningful day program and social rehabilitation are the key elements of schizophrenia's treatment. (Skitsofrenia 2020.)

The thesis's commissioning body was Central Finland Health Care District's (KSSHP) Psychiatric ward 5. The thesis's development task was to create a support material in form of a guide that was suitable for familiarisation as well as getting answers to the following research questions 1. How should the evidence-based treatment and rehabilitation of a schizophrenia patient be conducted in the psychiatric ward 5 from the perspective of nurses. 2. How to work in the ward while taking into consideration patient- and workplace safety.

The goal of the thesis was to develop the familiarisation of new staff and to advance their bases to function as experts in their field without compromising patient and workplace safety. Another goal was to increase new nurse's knowledge of schizophrenia and to prepare them to confront the patients professionally. The thesis was implemented as a work of developmental research in collaboration with the ward, using the features of a descriptive literary review and inclusive research development methods.

As a result of the thesis, a guide was created which covered the treatment and rehabilitation of a patient suffering from schizophrenia from the perspective of nurses, as well as familiarisation to patient and workplace safety. It gathered evidence-based information and experience-based information from the ward's nurses, while adapting the Current Care Guidelines of schizophrenia into practice. The results also showed that nurses had a substantial role in the treatment and rehabilitation of a schizophrenia patient as a part of a multi-professional team. The results showed that in addition to the nursing interventions, the collaboration of the patients themselves and their close ones had an impact on the patient's wellbeing and this collaboration should be supported by nurses. In the case of patient and workplace safety, the familiarisation of the nurses had an impact on the prevention and foreseeing of violence in the workplace as well as to the ability to recognize and react to threatening situations.

### **Keywords/tags (subjects)**

familiarisation, psychiatry, psychoses, schizophrenia, patient safety, occupational safety.

### **Miscellaneous**

In addition, a guidebook 86 pages, not attached.

## Sisältö

<b>1</b>	<b>Johdanto .....</b>	<b>7</b>
<b>2</b>	<b>Kehittämistyön tarkoitus, tavoitteet ja tutkimuskysymykset .....</b>	<b>7</b>
<b>3</b>	<b>Sairaanhoitajan työnkuva psykiatrian osastolla 5 .....</b>	<b>8</b>
3.1	Psykoosisairaudet.....	8
3.2	Skitsofrenia.....	9
3.2.1	Skitsofrenian oireet .....	11
3.2.2	Skitsofrenian eri muodot .....	12
3.2.3	Skitsofrenian vaiheet .....	13
3.2.4	Skitsofrenian hoidon ja kuntoutuksen tavoitteet.....	14
3.2.5	Hoitotyön ja kuntoutuksen keinot.....	14
3.2.6	Sairaudentunto ja hoitoon sitoutuminen .....	15
3.3	Lääkehoito osana sairaanhoitajan työnkuvaa.....	16
3.3.1	Psykoosin lääkehoito, vaikuttavuus ja lääkityksen valinta .....	16
3.3.2	Pitkäaikaislääkehoito ja injektio­lääkehoito .....	17
3.3.3	Lääkehoidon haittavaikutukset .....	18
3.3.4	Lääkehoidon neurologiset haittavaikutukset .....	18
3.3.5	Pahalaatuinen neuroleptisyndrooma .....	19
3.3.6	Lääkehoitoresistenssi skitsofrenia ja klotsapiini .....	20
3.4	Skitsofrenia ja sähköhoito .....	21
3.5	Hoitosuhdetyöskentely skitsofreniapotilaan kanssa .....	22
3.5.1	Omahoitajuus .....	22
3.5.2	Psykoedukaatio.....	23
3.5.3	Motivoiva keskustelu .....	24
3.6	Perhekeskeisyys osana sairaanhoitajan työnkuvaa .....	25
3.6.1	Läheisten osallistuminen hoitoon.....	25
3.6.2	Läheisten hoitoon osallistumisen hyödyt.....	26
3.7	Ohjaaminen ja yhteisöllisyys .....	27
3.7.1	Ohjaaminen osastolla .....	27
3.7.2	Päivä- ja viikko-ohjelma .....	28
3.7.3	Yhteisöllisyys.....	28
3.7.4	Mindfulness .....	29
3.8	Kuntouttava työote ja moniammatillisuus.....	30
3.8.1	Kognitiivinen kuntoutus.....	30

3.8.2	Vertaistuki ja kokemusasiantuntijuus.....	30
3.8.3	Ammatillinen kuntoutus ja tuettu työnteko.....	31
3.8.4	Jatkohoitopalveluiden järjestäminen .....	32
3.9	Oheissairastavuus.....	33
3.9.1	Oheissairastavuuden riskitekijät.....	33
3.9.2	Polydipsia .....	34
3.9.3	Masennus ja ahdistuneisuus.....	34
3.9.4	Päihdeongelmien ehkäisy ja hoito.....	35
3.9.5	Tupakointi .....	36
3.9.6	Painonhallinta .....	37
3.9.7	Liikunta.....	37
3.10	Etiikka ja päätöksenteko hoitotyössä.....	38
3.11	Potilaiden kohtaaminen .....	40
3.12	Distanssin säätely skitsofreniapotilaan kohtaamisessa .....	41
<b>4</b>	<b>Potilas- ja työturvallisuus .....</b>	<b>43</b>
4.1	Tahdosta riippumaton hoito .....	43
4.1.1	Tahdosta riippumattoman hoidon juridiikka.....	43
4.1.2	Rajoittaminen .....	44
4.1.3	Osastolla toteutettavat rajoitustoimenpiteet .....	45
4.2	Potilas- ja työturvallisuus psykiatrialla .....	47
4.3	Skitsofrenia ja väkivaltaisuus .....	48
4.4	Skitsofrenia ja itsetuhoisuus .....	49
4.5	Turvallinen työ- ja potilasympäristö .....	49
4.6	Väkivallan muotoja.....	50
4.7	Väkivallan tausta .....	51
4.8	Uhkaava potilas .....	53
4.9	Haastavassa tilanteessa toimiminen.....	54
4.10	Ennakointi.....	55
4.11	Pakkotoimien käytön ennaltaehkäisy .....	57
4.12	Raportoinnin erikoispiirteet psykiatrialla.....	58
4.13	Perehdytys.....	59
<b>5</b>	<b>Toteutus .....</b>	<b>60</b>
5.1	Kehittämistoiminnan tausta ja tarve.....	60
5.2	Tutkimuksellinen kehittämistoiminta .....	61
5.3	Tutkimuksellisen kehittämistoiminnan prosessi.....	62

5.4	Aineisto ja aineiston keruu.....	64
5.5	Aineiston analyysi.....	67
<b>6</b>	<b>Tulokset.....</b>	<b>70</b>
<b>7</b>	<b>Pohdinta.....</b>	<b>74</b>
7.1	Eettisyys.....	74
7.2	Luotettavuus .....	75
7.3	Tulosten tarkastelu.....	76
7.4	Johtopäätökset ja kehittämissuhteet.....	78
	<b>Lähteet .....</b>	<b>81</b>

## Kuviot

Kuvio 1.	Skitsosofrenian positiiviset ja negatiiviset oireet .....	11
Kuvio 2.	Perheinterventioiden hyödyt.....	26
Kuvio 3.	Tahdosta riippumattoman hoitopäätöksen prosessi.....	44
Kuvio 4.	Väkivaltakäyttäytymiseen liittyvät tekijät.....	52
Kuvio 5.	Tutkimuksellisen kehittämistoiminnan prosessin aikataulu .....	63
Kuvio 6.	Sairaanhoitajan työnkuvan eri elementit psykiatrian osastolla 5.....	68
Kuvio 7.	Tutkimusten sisäänottokriteerit ja poissulkukriteerit .....	69
Kuvio 8.	Sairaanhoitajan työnkuva osastolla .....	71

## 1 Johdanto

Mielenterveyspalveluissa suositellaan sosiaali- ja terveydenhuollon peruspalveluiden sekä avopalveluiden käyttöä ensisijaisina hoitovaihtoehtoina. Laitoshoitoa suositellaan käytettäväksi vain, jos avopalvelut ovat potilaalle riittämätön vaihtoehto. (Mielenterveyspalvelut N.d.) Valtakunnallisesti vuosina 2011–2019 psykiatristen erikoisairaanhoidon vuodeosastohoidossa olleiden potilaiden sekä hoitajaksojen määrä on laskenut. Lisäksi pitkät hoitajakset, eli yli 2 viikkoa kestävät hoitajakset, ovat tarkasteluaikana vähentyneet. Poikkeuksena vuosi 2017, jolloin potilaiden ja hoitajaksojen määrä kasvoi. (Järvelin, Kääriäinen & Passoja 2018; Kyrölä & Järvelin 2020.) Psykiatrisen terveydenhoidon tuloksellisuuteen vaikuttaa henkilökunnan ammattitaito. Ammattitaitoa puolestaan lisää työntekijöiden perehdytys ja jatkuva koulutus. (Tiri 2005.)

Sairaanhoitajien liiton mukaan työhyvinvointiin liittyy oleellisesti työntekijän oikeus perehdytykseen. Jokaisella työntekijällä on oikeus perehdytykseen, joka antaa hyvät lähtökohdat työntekoon. Hyvä perehdytys sitouttaa työntekijää työyhteisöön ja viestii työyhteisön arvostavan työntekijää. Sairaanhoitajien liiton verkkosivuilla on listattu sairaanhoitajien oikeuksia työssään, joihin lukeutuvat oikeudet työn perustehtävästä, sen tehtäväkuvauksesta, toimintaohjeista sekä oikeudesta toimia työnsä asiantuntijana. (Sairaanhoitajat N.d.)

Opinnäytetyön toimeksiantajana toimi Keski-Suomen sairaanhoitopiirin psykiatrian osasto 5. Opinnäytetyö toteutettiin tutkimuksellisena kehittämistyönä yhteistyössä osaston kanssa ja tuloksena syntyi opas tukimateriaaliksi uusien työntekijöiden perehdytykseen. Oppaassa paneuduttiin näyttöön perustuen ja osaston hiljaisen tiedon avulla sairaanhoitajan työnkuvaan skitsofreniapotilaan hoidossa ja kuntoutuksessa sekä potilas- ja työturvallisuuteen osastolla. Opas keskittyy skitsofreniapotilaiden hoitoon, mikä on yleisin psykoosisairauksista sekä osastolla hoidettavista sairauksista.

## 2 Kehittämistyön tarkoitus, tavoitteet ja tutkimuskysymykset

Opinnäytetyönä toteutetun oppaan oli tarkoitus toimia tukimateriaalina psykiatrian osasto 5:n uudelle työntekijälle alkuvaiheen perehdytyksessä sekä opiskelijaohjauksessa loppuvaiheen opiskelijoille. Opas kokosi yhteen näyttöön perustuvaa hoitotyötä ja kokemustietoa osaston sairaanhoitajilta, antaen konkreettisen kuvauksen sairaanhoitajan toimenkuvasta kyseisellä osastolla.

Opinnäytetyön tavoite oli kehittää uusien työntekijöiden perehdytystä osastolla ja siten parantaa heidän lähtökohtiaan toimia asiantuntijoina työssään potilas- ja työturvallisesti. Tavoitteena oli myös lisätä uusien työntekijöiden tietämystä skitsofreniasta sekä valmistaa heitä kohtaamaan potilaat ammatillisesti ja eettisesti.

Opinnäytetyön kehittämistehtävänä oli tuottaa perehdytykseen soveltuvaa tukimateriaalia ja saada vastaus tutkimuskysymyksiin 1. Miten skitsofreniapotilasta hoidetaan ja kuntoutetaan osastolla näyttöön perustuen sairaanhoitajan näkökulmasta ja 2. Kuinka toimia osastolla potilas- ja työturvallisesti.

### **3 Sairaanhoitajan työnkuva psykiatrian osastolla 5**

#### **3.1 Psykoosisairaudet**

Psykoosi on mielenterveyden häiriö, jossa henkilö tulkitsee ulkopuolista todellisuutta ja muita ihmisiä poikkeavalla tavalla, koska hänen ajatus- ja havaintokykynsä ovat jollain tasolla vääristyneet. Psykoosissa todellisuudentaju häiriintyy ja toden erottaminen ulkoisesta todellisuudesta vaikeutuu huomattavasti, vaikka joillain osa-alueilla hän voi kyetä jäsentyneeseen toimintaan. Henkilön käyttäytyminen tai puhe voi olla hajanaista, epäloogista, vaikeasti ymmärrettävää tai eriskummallista. Henkilön kognitiossa voi olla puutteita, kuten keskittymiskyvyssä tai lähimuistissa ja henkilön toimintakyky tai aloitekyky voivat olla heikentyneet. Tunneilmaisuuksien ja käytöksen tilanteeseen nähden epäsovivia tai tunne-elämä voi olla latistunut ja henkilö voi olla kyvyttöön tuntemaan mielihyvää. (Holmberg 2016, 31; Hämäläinen ym. 2017, 253.)

Psykoottisia oireita voivat olla erilaiset aistiharhat, eli hallusinaatiot, joiden todellisuudesta henkilö on vakuuttunut ja jotka muodostuvat erilaisten harhaluulojen eli deluusioiden perustaksi. Hallusinaatiot ovat aistimuksia, jotka yksilö kokee ilman vastaavaa ulkoista ärsykettä. Aistimus voi olla näkö-, kuulo-, tunto-, maku- tai hajuaistimus. (Huttunen 2018a.) Deluusiot ovat epäaitoja uskomuksia, joiden taustalla on yleensä havainnon tai kokemuksen väärä tulkinta. Harhaluulojen sisältö ja kohde vaihtelevat suuresti, tavallisimpia ovat erilaiset vainoamisharhaluulot, jolloin henkilö uskoo jonkun tai joidenkin vainoavan häntä. Suhteuttamisharhaluulossa henkilö antaa ympäristön tavallisille tapahtumille henkilökohtaisen merkityksen, kuten kokemuksen, että hänelle välitetään viestejä eri tiedotusvälineiden kautta. Suuruusharhaluulossa henkilö puolestaan uskoo olevansa



hyvin merkittävä henkilö. (Huttunen 2018b.) Psykoosiin sairastuminen on ihmiselle kriisi, johon sisältyy paljon erilaisia tunteita, kuten häpeää, epävarmuutta, syyllisyyttä ja surua. (Hämäläinen ym. 2017, 260).

Skitsofrenia on yleisin ja vaikea-asteisin psykoottinen häiriö, mutta psykoosioireita voi ilmetä myös kaksisuuntaisessa mielialahäiriössä, skitsoaffektiivisessä häiriössä, masennuksessa, osana harhaluuloisuushäiriötä ja somaattisten sairauksien laukaisemina, kuten neurologisen häiriön yhteydessä. Tuoreeseen psyykkiseen traumaan voi liittyä ohimenevää psykoottisuutta ja päihteiden käytön yhteydessä voi esiintyä delirium-tyyppistä sekavuutta, amfetamiinipsykoosia ja kannabiksen laukaisemaa psykoottista häiriötä, jotka tulevat erottaa hoitonsa puolesta muiden psykoosisairauksien hoidosta. (Holmberg 2016, 32–33.)

### **3.2 Skitsofrenia**

Skitsofrenia on psykoottinen, monimuotoinen mielenterveyden häiriö, joka vaikuttaa sairastuneen toimintakykyyn. Useimmiten sairaus alkaa nuorella iällä. Suomen väestöstä skitsofreniaa sairastaa 0,5–1,5 prosenttia ja skitsofreniapotilaita on noin 55–65 000. Skitsofrenia aiheuttaa noin 1–3 % terveydenhuollon kustannuksista ja kokonaiskustannukset Suomessa ovat arviolta noin 800–900 miljoonaa euroa vuodessa. Suurin osa hoitokustannuksista johtuu sairaalahoidosta ja muusta ympärivuorokautisesta hoidosta. Skitsofreniasta seuraa myös epäsuoria kustannuksia valtiolle, kuten työmenetyksistä ja vajaatyökykyisyydestä johtuvia korvauksia. (Skitsofrenia 2020.)

Skitsofrenia on krooninen sairaus, jonka kanssa potilas elää useimmiten sairastuttuaan koko elinikäänsä. Sairauden kanssa voi elää tavallista laadukasta elämää, jos oireet pysyvät hoidon avulla kontrollissa ja potilaan toimintakykyä tuetaan kuntoutuksen avulla. (Tuulio-Henriksson 2020.) Sairauden kulku on yleensä vaihteleva, potilas voi olla toistuvasti psykoottinen, mutta psykoosien väliaikoina potilas voi olla lähes oireeton. Yli puolet skitsofreniaan sairastuneista toipuu suhteellisen hyvin, mutta noin 10 % potilaista tarvitsee toisten apua päivittäisissä toiminnoissa. (Tuominen & Salokangas 2020.) Potilaiden oireet yleensä lievittyvät ikääntymisen myötä (Tuulio-Henriksson 2020).

Skitsofreniapotilaat sairastavat runsaasti somaattisia sairauksia, kuten sydän- ja verisuonitauteja, aineenvaihduntasairauksia, pientä D-vitamiinipitoisuutta, heikentynyttä luuston terveyttä, keuhkosairauksia ja suun sairauksia (Skitsofrenia 2020; Tuominen & Salokangas 2020). Skitsofreniapotilaiden somaattisen tilan selvittämisessä ja seurannassa on Suomessa parantamisen varaa (Skitsofrenia 2020).

Skitsofreniapotilaista suurella osalla on päihdeongelmia, jotka ovat usein alihoidettuja. Päihdeongelmat suurentavat sairaalahoitajaksojen uusiutumisen riskiä ja uhkaavat potilaan terveyttä. (Mt.) Skitsofreniapotilaiden kuolleisuus on 2–3 kertainen normaaliväestöön verrattuna. Suurempi kuolleisuus johtuu pääosin potilaiden yleissairauksista ja nuorissa ikäryhmissä itsemurhista. Skitsofreniaan onkin liitetty kohonnut itsetuhoisuusriski. (Tuominen & Salokangas 2020.)

Skitsofrenian synty on monisyinen, osittain tuntematon ja potilaskohtainen. Osalla potilaista on todettu toiminnallisesti merkittäviä muutoksia aivojen otsa- ja ohimolohkojen rakenteessa ja toiminnassa. (Huttunen 2018c.) Skitsofreniaan liittyy muutoksia aivojen dopaminergisessä hermoverkossa (Hämäläinen ym. 2017, 254).

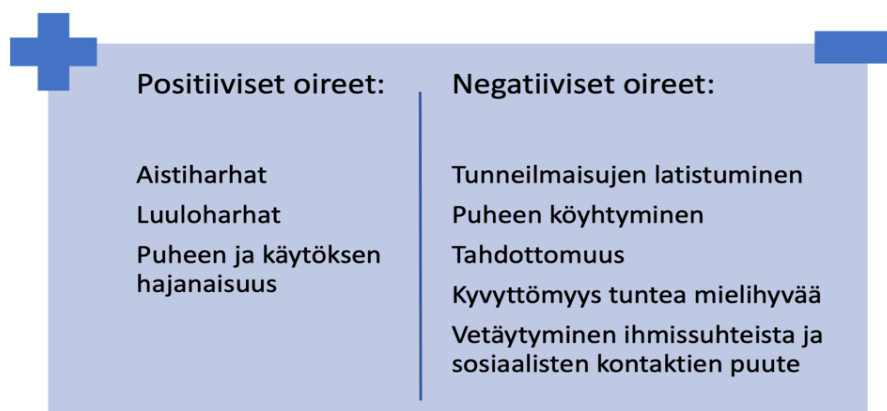
Skitsofrenian syntyä voidaan havainnollistaa stressi-haavoittuvuusmallin pohjalta, mikä kuvaa alttiutta sairastua haavoittuvuutena. Mallin mukaan haavoittuvuus sairastua on perinnöllistä ja/tai varhaiskehityksen aikana syntynyttä ja stressitekijä laukaisee sairauden puhkeamisen. Skitsofreniaan sairastumisen altistavia tekijöitä ovat perimä, sikiöaikaisen kehityksen häiriöt, synnytyskomplikaatiot ja lapsuuden traumat. Sairastumisen laukaiseva stressi voi olla monimuotoista ihmisen kehitystehtäviin liittyvää, kuten aikuistumiseen, parisuhteen syntyyn, opiskeluun tai työhön liittyvää. Fyysinen sairastaminen ja päihdeidenkäyttö, erityisesti kannabiksen käyttö, lisää riskiä sairastua psykoosiin (Mielenterveystalo 2014; Skitsofrenia 2020; Tuominen & Salokangas 2020.) Mitä enemmän potilaalla on haavoittuvuuksia elämässään, sitä matalammalla stressimäärällä potilas todennäköisesti sairastuu psykoosiin. Malli havainnollistaa myös lääkehoidon ja hyvien stressinkäsittelymenetelmien vaikutuksen sairastumiskynnyksen nousuun, jolloin psykoosin uusiutuminen on epätodennäköisempää. (Mielenterveystalo 2014.)

### 3.2.1 Skitsofrenian oireet

Skitsofrenian oireet voidaan jakaa positiivisiin ja negatiivisiin sekä riskivaiheen, akuuttivaiheen ja jälkivaiheen oireisiin. Suurella osalla skitsofreniapotilaista esiintyy ahdistus- ja mielialaoireita, unettomuutta ja eriasteista itsetuhoisuutta. (Skitsofrenia 2020.) Joillain potilailla esiintyy skitsofrenian yhteydessä lisäksi polydipsiaa, eli liiallista vedenjuontia (Hietaharju & Nuutila 2010, 124).

Esioireina psykoosissa voi olla ahdistuneisuutta, masentuneisuutta, apaattisuutta ja epäilevyyttä sekä toimintakyvyn heikkenemistä tai unihäiriöitä (Pulkkinen & Vesanen 2017a). Akuuttivaiheessa yleisempiä ovat positiiviset oireet ja jälkivaiheessa yleisempiä ovat negatiiviset oireet (Skitsofrenia 2020). Positiiviset oireet väistyvät yleensä skitsofrenian akuutin vaiheen päättyessä, negatiiviset oireet ovat pysyvämpiä ja haasteellisempia hoidon kannalta (Tuulio-Henriksson 2020). Oireprofiili voi vaihdella yksilöittäin suuresti (Skitsofrenia 2020).

Skitsofrenian negatiiviset ja positiiviset oireet ovat jaoteltuina alla olevassa kuviossa (ks. Kuvio 1). Kuviossa mainittujen oireiden lisäksi oireisiin voi kuulua häiriöitä ajatusmaailmassa, kuten kokemus uhattuna tai vainottuna olemisesta tai ajatuksen ja puheen häiriötä, kuten assosiaatioiden löystyminen ja potilaan itse keksittyjen sanojen käyttäminen. Oudot tunneilmaisut, jotka ovat usein tilanteeseen sopimattomia, kuten väärällä hetkellä nauraminen tai suuttuminen voivat olla oireita joillain potilailla. (Pulkkinen & Vesanen 2017a.) Joillakin potilailla osa oirekuvaa ovat katatoniset ja motoriset oireet, kuten oudot asennot, tahattomat liikkeet tai vastavuoroisesti liikkeiden jähmeys (Suvisaari, Isohanni, Kiesepä, Koponen, Hietala & Lönnqvist 2019a).



Kuvio 1. Skitsofrenian positiiviset ja negatiiviset oireet (tiedot Skitsofrenia 2020)

Suurella osalla potilaista esiintyy myös kognitiivisia puutosoireita, kuten vaikeutta keskittyä, muistaa ja oppia, jotka eivät kuitenkaan vaikuta henkilön älykkyyteen (Pulkkinen & Vesanen 2017a). Kognitiivisia puutosoireita voi olla myös potilaan toiminnanohjauksessa, tarkkaavaisuudessa, näönvaraisessa hahmottamisessa ja tiedon prosessointinopeudessa (Skitsofrenia 2020). Pitkäaikaisstudiossa (2010), jossa potilaat olivat jaoteltuina skitsofrenian, muiden psykoosihäiriöiden ja ei psykoottisen masennuksen verrokkiryhmiin, huomattiin varsinkin skitsofreniapotilaiden kognition olevan muita ryhmiä matalampi, tarkastellessa potilaan kognitiossa yleistiedonkäsittelyä sekä tiedonkäsittelyn nopeutta. Erot kognitiossa olivat suurimmillaan psykoosin akuutissa vaiheessa. Kahden vuoden kuluttua psykoosin puhkeamisesta huomattiin skitsofrenia potilaiden kognition nousseen suhteessa enemmän kuin muiden ryhmien, mutta olleen edelleen matalampi kuin verrokkiryhmissä. (Bonner-Jackson, Grossman, Harrow & Rosen 2010.)

### 3.2.2 Skitsofrenian eri muodot

Skitsofrenia voidaan jakaa eri muotoihin potilaan oirekuvan perusteella. Luokituksissa on huomattava, että potilaiden oireet voivat vaihdella saman luokituksen sisällä, vaikka luokitukset antavatkin viitteitä potilaan pääasiallisista oireista.

Paranoidinen skitsofrenia on skitsofrenian muodoista yleisin. Suhteellisen vakaat, vainoavat harhaluulot, joihin liittyy usein kuuloaistimuksina ilmeneviä aistiharhoja ja havaintohäiriöitä hallitsevat paranoidisen skitsofrenian oirekuvaa. Sairauden muodossa vainoamista, kohdistamista, korkeata syntyperää, erityistä tehtävää, ruumiillista muutosta tai mustasukkaisuutta koskevat harhaluulot, uhkaavat tai käskävät harhaäännet, sanattomat kuuloharhat, haju- tai makuharhat, seksuaaliset tai muut ruumiilliset harhatuntemukset ovat tavallisimpia esimerkkejä oireista. (F20.00 Paranoidinen skitsofrenia N.d.) Paranoidille skitsofrenialle on ominaista, että siihen sairastutaan vasta aikuisuudessa ja potilaan toimintakyky säilyy yleensä paremmin kuin muissa sairauden muodoissa (Suvisaari, Isohanni, Kiesepää, Koponen, Hietala & Lönnqvist 2019b).

Hebefreenisen skitsofrenian muodossa potilaan tunne-elämän muutokset ovat huomattavia, harhaluulot ja harha-aistimukset häilyviä. Potilaan käytös on usein vastuutonta tai odottamatonta ja käyttäytyminen on yleensä kaavamaisista. Potilaan ajattelu on hajanaista ja puhe voi olla sekavaa sekä tunnemaailma on köyhtynyt ja tunneilmaisut ovat asiaankuulumattomia. Sairauden muo-

dossa esiintyy usein ilveilyä, kuviteltujen ruumiillisten oireiden valittamista ja lauseenparsien toistamista sekä sisäänpäin kääntyneitä itsetyytyväistä hymyilyä tai naureskelua. Potilas pyrkii usein vetäytymään omiin oloihinsa ja hänen käytöksensä on päämäärätöntä. (F20.1. Hebefreeninen skitsofrenia N.d.) Hebefreenisen skitsofrenian sairastumisikä on alhaisempi ja ennuste merkittävästi huonompi kuin muissa skitsofrenian muodoissa (Suvisaari ym. 2019b).

Katatonisen skitsofrenian muodossa tyypillisiä oireita ovat psykomotoriikan häiriöt ja asennon jäykkyytilat. Psykomotoriset häiriöt voivat vaihdella ääripäästä toiseen, kuten liikavilkkaudesta sulkutilaan tai automaattisesta tottelemisesta kaiken vastustamiseen. Katatoninen skitsofrenia ei ole länsimaissa yleinen skitsofrenian muoto. (F20.2. Katatoninen skitsofrenia N.d.) Katatonisia oireita voi ilmetä myös muissa psykooseissa, mielialahäiriöissä ja somaattisissa sairauksissa (Suvisaari ym. 2019b).

Erilaistumattomassa skitsofreniassa oireet täyttävät skitsofrenian kriteerit, mutta eivät sovi mihinkään tai vain yhteen alatyypistä. Oireet voivat muistuttaa useamman alatyypin oireita, mutta ne ilmenevät minkään korostumatta ja siksi sairautta ei voida luokitella. (F20.3. Erilaistumaton skitsofrenia N.d.) Suuri osa potilaista luokitellaan erilaistumattoman skitsofrenian muotoon (Suvisaari ym. 2019b).

### **3.2.3 Skitsofrenian vaiheet**

Skitsofrenian akuuttivaihetta seuraa tasaantumisvaihe, joka voi kestää useita kuukausia (Suvisaari, Isohanni, Kiesepää, Koponen, Hietala & Lönnqvist 2019c). Tasaantumisvaihetta seuraa toipumisvaihe, joka etenee asteittain ja yksilöllisesti, varsinaisesti koskaan loppumatta. Potilas määrittelee itse, mitä toipuminen hänelle tarkoittaa, toiselle toipumisen tarkoittaessa täyttä parantumista ja toiselle oppimista elämään oireiden kanssa. (Hämäläinen ym. 2017, 260–261.)

Psykoosin akuuttivaiheen jälkeen voidaan määritellä sairauden kulussa myös muita vaiheita. Epätäydellinen toipuminen ensipsykoosista voi johtaa vaikeasteiseen, jatkuvaan psykoosiin tai psykoosiin uusiutumiseen ja osittaiseen toipumiseen, jolloin potilaalle jää jäännösoireita, kuten heikentynyt toimintakyky ja neurokognitiivisia oireita. (Skitsofrenia 2020.)

Tasaantumisvaihetta voidaan nähdä seuraavan myös vakaan vaiheen, jolloin hoidon tavoitteena on lääkehoidon ja kuntoutuksen avulla varmistaa hyvä sairauden oireiden hallinta sekä kohentaa potilaan toimintakykyä ja elämänlaatua. Vakaassa vaiheessa liian aikainen lääkityksen annoksen vähentäminen tai lääkityksen lopettaminen kokonaan, psykososiaalisten stressitekijöiden paljous, liiallinen vaatimusten määrä sekä potilaan somaattisen terveydentilan muutos heikompaan tai päihteiden käyttäminen altistavat psykoosin uusiutumislle ja oireiden pahenemiselle. (Suvisaari ym. 2019c.)

### **3.2.4 Skitsofrenian hoidon ja kuntoutuksen tavoitteet**

Psykoottisen potilaan hoidon tavoitteena on todellisuudentajun palautuminen, harha-aistimusten ja harhaluulojen helpottuminen ja potilaan kuntoutuminen. Hoidossa korostuvat potilaan perustarpeiden turvaaminen ja turvallisen ympäristön luominen sekä sosiaalinen tuki ja huolenpito. (Pulkinen & Vesänen 2017b.)

Akuuttivaiheen jälkeisessä hoidossa ja kuntoutuksessa tavoitteina ovat oireiden lievittymisen jatkuminen, sairauden lievenemisen vakaannuttaminen, psykoosin uusiutumisen ehkäiseminen ja mahdollisten uusien psykoosijaksojen määrän ja vaikeusasteen väheneminen (Skitsofrenia 2020; Suvisaari ym. 2019c). Hoidossa otetaan esille potilaan toissijaiset ongelmat, kuten päihteiden käyttö tai mielialahäiriöt ja tähdätään potilaan voimaantumiseen ja sairauden hallintaan (Hämäläinen ym. 2017, 260–261). Potilaan psykososiaalista toimintakykyä ja elämänlaatua pyritään parantamaan hoidollisin ja kuntouttavin keinoin (Hietaharju & Nuutila 2010,62; Pulkinen & Vesänen 2017a).

### **3.2.5 Hoitotyön ja kuntoutuksen keinot**

Skitsofrenian hoidon keskiössä ovat psykoosilääkitys, psykoedukaatio, aktiivinen tukeminen hoitoon sitoutumiseen, mielekäs päiväohjelma sekä sosiaalinen kuntoutus. Hoidossa tuetaan potilaan lisäksi hänen läheisiään. (Skitsofrenia 2020.) Osastohoidossa käytettyjä hoitotyönmenetelmiä ovat läsnäolo potilaan kanssa, tukeminen ja rohkaisu vuorovaikutukseen osastolla, toimintakyvyn tukeminen ja ohjaaminen, omahoitajakeskustelut, lääkityksen toteuttaminen, ulkoilu, sosiaalisten verkostojen ylläpitäminen, erilaiset ryhmät ja toiminnalliset menetelmät (Hämäläinen ym. 2017, 179–

180). Sairaalahoidossa korostuvat potilaan hyvä perushoito ja yhteistyö potilaan, läheisten ja avohoidon kanssa aloitetaan heti sairaalahoidon alkuvaiheessa (Pulkkinen & Vesanen 2017a).

Skitsofrenian hoito perustuu pitkäjänteiseen, luottamukselliseen hoitosuhteeseen ja säännöllisesti tarkistettavaan yksilölliseen hoitosuunnitelmaan. Hoitosuunnitelma tehdään moniammatillisessa työryhmässä, vuorovaikutuksessa potilaan ja potilaan läheisten kanssa. Suunnitelmaan kirjataan hoidon ja kuntoutuksen tavoitteet sekä keinot tavoitteiden saavuttamiseksi. (Skitsofrenia 2020.) Skitsofrenia hoidon ja kuntoutuksen tulisi perustua hoitosuositukseen ja sairaalan ja avohoidon tulisi tehdä tiivistä yhteistyötä. Skitsofreniapotilaiden somaattisten sairauksien hoitoon tulisi kiinnittää nykyistä paremmin huomiota ja hoitoon tulisi yhdistää elintapainterventiota. (Korkeila 2019.)

### **3.2.6 Sairaudentunto ja hoitoon sitoutuminen**

Sairaudentunto tarkoittaa oman sairauden ja oireiden tiedostamista sekä ymmärtämistä. Sairauden tiedostaminen tarkoittaa tietoisuutta omasta sairaudesta, omien oireiden, hoidontarpeen ja tuen tarpeen tunnistamista. Sairauden ymmärtämiseksi potilaan täytyy tunnistaa poikkeavat kokemukset sekä virhetulkinnat ja kyettävä suhtautumaan näihin. (Leijala, Hietala & Kampman 2019.)

Skitsofreniassa sairaudentunto on usein merkittävästi heikentynyt, mikä heikentää skitsofrenian ennustetta. Sairaudentunnon puuttuminen vaikeuttaa yhteistyösuhteen rakentumista ja heikentää hoitoon sitoutumista. Heikko sairaudentunto voi johtua psykoosioireista, kognitiivisista ongelmista tai sairauden kieltämisestä, jolloin potilaan on vaikea havainnoida lääkehoitoaan ja hoidosta saatua hyötyä. (Mt.)

Pitkäaikaishoidossa on tärkeää tukea potilaita hoitoon sitoutumisessa (Skitsofrenia 2020). Ensimmäistä kertaa psykoosiin sairastuneista suuri osa keskeyttää lääkehoidon ensimmäisten kuukausien aikana. Vaikeus hyväksyä lääkitystä, kielteinen asenne lääkitykseen, lääkehoidon tehottomuus, perheen tuen puute, vihamielisyys, yhteistyöhaluttomuus ja päihteiden käyttö ovat riskitekijöitä huonolle hoitoon sitoutumiselle. (Leijala ym. 2019.)

### 3.3 Lääkehoito osana sairaanhoitajan työnkuva

Psykoottisen potilaan lääkehoidossa hoitajan on seurattava lääkkeiden vaikutusta ja mahdollisia haittavaikutuksia sekä komplikaatioita. Sairaanhoitajan tehtävä lääkehoidossa on vastata lääkehoidon toteutuksesta, lääkehoitoon liittyvästä potilaan ja hänen läheistensä ohjauksesta sekä neuvonnasta. Hoitaja raportoi lääkärille potilaan voinnin muutoksista sekä mahdollisista lääkityksen sivuvaikutuksista tai haittavaikutuksista, jotta lääkärillä on riittävät tiedot tarvittaessa tehdä muutoksia potilaan lääkitykseen. (Hietaharju & Nuutila 2010, 122, 177.)

#### 3.3.1 Psykoosin lääkehoito, vaikuttavuus ja lääkityksen valinta

Psykykenlääkkeiden käytöllä pyritään lyhentämään psykiatrisia sairausjaksoja ja estämään niiden toistumista. Niillä myös lievitetään eriasteisia, jatkuvia tai usein ilmeneviä psyykkisiä oireita, kuten ahdistus-, pelko- ja masennusoireita sekä unettomuutta. Psykykenlääkkeet voidaan jakaa käyttötarkoituksen perusteella psykoosi-, masennus- eli depressio-, mielialantasaaja-, ahdistus-, uni- ja nukahduslääkkeisiin. (Huttunen 2018d.)

1950-luvun alusta lähtien kaikki tehokkaat psykoosilääkkeet eli antipsykootit ovat olleet täysin tai osittain dopamiinireseptorin 2 salpaajia. Toisen sukupolven lääkkeet ovatkin korvanneet ensimmäisen polven lääkkeet viime vuosikymmeninä paremman siedettävyytensä ansiosta. Vaikka psykoosilääkkeillä on psykoosijaksojen uusiutumista ja kuolleisuutta vähentäviä vaikutuksia, palautuvat kognitio, elämänlaatu ja toimintakyky harvoin samanlaisiksi sairastumisen jälkeen. Suomessa käytetyimmät psykoosilääkkeet skitsofrenian hoidossa ovat viime vuosina olleet olantsapiini, klot-sapiini, ketiapiini, risperidoni ja aripipratsoli. (Tiihonen 2019.)

Psykoosilääkkeet tehoavat skitsofrenian positiivisiin oireisiin hyvin mutta negatiivisiin ja kognitiivisiin oireisiin niiden vaikutus on heikompi. Lääkeannosta säädetään asteittain pyrkimyksenä löytää pienin tehokas vuorokausiannos. Näin voidaan välttyä haittavaikutuksilta ja parantaa potilaan hoitoon sitoutumista. (Tuominen & Salokangas 2020.) Säännöllisen psykoosilääkityksen toteutuminen, riittävä teho ja sopivuus tulee varmistaa jo ensimmäisen psykoosijakson yhteydessä, koska oireiden hallinnalla on merkitystä potilaan sairaudentunnon ja hoitomyöntyvyyden tukemisessa (Leijala ym. 2019).



Potilaan yksilölliset ominaisuudet vaikuttavat lääkityksen valintaan. Usein tasapainoa etsitään tehon ja siedettävyyden välillä. Potilaan somaattinen ja psyykinen tila on tärkeää tutkia ennen hoidon aloittamista, ja niiden seuranta on huomioitava hoidon aikana. Erityisen tärkeää on kirjata tapahtuneet muutokset potilaskertomukseen. Näin voidaan ehkäistä tehottomien hoitojen jatkaminen ja monilääkehoidon kertyminen, kun hoitavat lääkärit vaihtuvat. (Tiihonen 2019.)

### 3.3.2 Pitkäaikaislääkehoito ja injektio-lääkehoito

Skitsofrenian hoidossa psykoosilääkkeiden teho on sairauden alkuvaiheessa hyvä. Pitkäaikaishoitossa mahdolliseen huonoon vaikuttavuuteen johtavat potilaiden kokemat lääkityksen haittavaikutukset sekä hoitoon sitoutumisen vaikeudet. (Tiihonen 2019.) Pitkäaikaislääkehoidossa psykoosilääkkeet estävät tehokkaasti uusia psykoosivaiheita ja suuren uusiutumisen riskin takia lääkkeitä tulisi syödä 2–5 vuotta hoitovasteen saavuttamisen jälkeen. Nopea lääkehoidon keskeytys voi johtaa psykoosin vaikeaoireiseen uusiutumiseen pitkienkin oireettomien kausien jälkeen. Toteutuva pitkäaikaislääkehoito vähentää uusien sairaalajaksojen tarvetta ja potilaiden kuolleisuutta, itsemurhakuolleisuus mukaan luettuna. (Skitsofrenia 2020.)

Pitkävaikutteisista injektio-lääkitystä voidaan harkita vaihtoehtona kaikille skitsofreniapotilaille. Pitkävaikutteinen injektio-lääkehoito vähentää uusiutuvia sairaalahoitojaksoja ja hoitojen epäonnistumisia, lisäten lääkehoitoon sitoutumista. (Mt.) Skitsofrenian uusiutumisen riskiä voidaan pienentää jopa 30 prosenttia käyttämällä psykoosilääkkeitä pitkävaikutteisina injektioina. Suurimman hyödyn injektio-lääkityksestä saavat uudet skitsofreniapotilaat. (Tiihonen 2019.) Pitkäaikaiseen injektio-lääkitykseen liittyy myös noin 30 prosenttia pienempi kuolleisuus kuin suun kautta otettavaan psykoosilääkkeisiin (Skitsofrenia 2020).

Pitkävaikutteisilla lääkeinjektioilla voidaan parantaa hoitoa ja sen toteutumista sekä sulkea pois valeresistenssijä. Valeresistenssistä puhutaan, kun potilaan hoito ei aiheuta vastetta oireille ja taustalta löytyy muu syy kuin hoitoresistenttiys. Näitä voivat olla esimerkiksi huono hoitomyöntyvyys, lääkkeiden käytön laiminlyönti, liian pieni lääkeannos, lääkkeen imeytymiseen liittyvät syyt, päihteet sekä somaattinen tai psykiatrinen oheissairaus. (Jääskeläinen, Isohanni, Seppälä, Seppälä, Miettunen & Koponen 2018, 688–690.)

### 3.3.3 Lääkehoidon haittavaikutukset

Psykoosilääkityksellä voi olla useita haittavaikutuksia, jotka tulee ottaa hoidossa aktiivisesti huomioon. Haittavaikutuksia voivat olla väsymys, ummetus, sydämentykytys, virtsaumpi, verenpaineen lasku, neurologiset oireet, painon nousu ja seksuaalitoimintojen häiriöt. Lisäksi psykoosilääkitykseen liittyviä haittoja voivat olla huimaus, syljen erityksen muutokset, verisolujen määrien muutokset, lämmönsäätelyn häiriöt, aivoverenkierron häiriöt, kouristuskynnyksen madaltuminen ja herkkyys auringonvalolle. Lääkitys voi aiheuttaa myös häiriöitä kuukautisissa ja hedelmällisyysongelmia sekä prolaktiinin liikaeritystä. (Tiihonen 2019.) Prolaktiini on aivolisäkkeen etulohkon tuottama hormoni, jonka liikaeritys voi aiheuttaa rintakudoksen kipeytymistä tai kasvua sekä maidon eritystä (Fimlab 2021). Näitä oireita voidaan hoitaa vaihtamalla lääkettä, pienentämällä annosta, toisella lääkityksellä tai naisilla estrogeenikorvaushoidolla (Tiihonen 2019).

Psykoosilääkitys voi myös nostaa potilaan painoa ja vaikuttaa potilaan veren rasva-arvoihin sekä sairastumiskynnyksen laskuun tyyppin 2 diabeteksessa. Potilaan painoa ja veren rasva-arvoja on seurattava kaikilla psykoosilääkitystä käyttävillä. Annoksen lasku, elintapamuutokset tai vaihto toiseen psykoosilääkkeeseen saattavat auttaa. (Suvisaari, Isohanni, Kiesepää, Koponen, Hietala & Lönnqvist 2019d.)

### 3.3.4 Lääkehoidon neurologiset haittavaikutukset

Psykoosilääkkeitä käytettäessä saattaa ilmetä erilaisia neurologia haittavaikutuksia. Neurologisia haittavaikutuksia ovat erilaiset ekstrapyramidaalioireet, kuten lääkeparkinsonismi, dystonia tai akatisia ja tardiivi dyskinesia, joista erityisesti huomioitavia ovat kielen, silmien ja kaulan lihasten pakkoliikkeet. (Tuominen & Salokangas 2020.)

Lääkeparkinsonismin oireina ovat jäykkyys, vapina, liikkumattomuus ja liikkeiden hitaus. Oireita ilmenee joka viidennellä perinteisten psykoosilääkkeiden käyttäjistä. Yleensä oireet ilmaantuvat ensimmäisten päivien ja viikkojen aikana lääkityksen aloittamisesta ja ovat riippuvaisia annoksesta. Lääkityksen aiheuttama parkinsonismi korjaantuu yleensä psykoosilääkkeen käytön lopettamisen jälkeen. (Suvisaari ym. 2019d.)

Akuuttiin dystoniaan kuuluvat jäykät eri lihasryhmien supistukset, joita esiintyy joka kymmenennellä perinteisen psykoosilääkityksen aloittavista potilaista. Useimmiten lihassupistukset tulevat niskaan, silmiin ja ylävartaloon. Laryngospasmi eli kurkunpään kouristus on yksi esimerkki vaarallisesta ilmenemismuodosta. Mahdollisiin lihasryhmien supistuksiin voidaan vaikuttaa toisella lääkityksellä. (Mt.)

Akatisia eli motorinen levottomuus ilmenee ruumiillisena levottomuutena, jota potilaat tuovat esiin sisäisenä rauhattomuutena ja pakonomaisena tarpeena liikkua. Akatisia voidaan havaita 20–35 prosentilla potilaista. Äärimmäisen kiusallinen oire johtaa usein psykoosilääkkeen käytön laiminlyöntiin ja jos oireeseen ei puututa, voi akatisia näkyä huonovointisuutena ja väkivaltaisena tai itsetuhoisena käyttäytymisenä. Oireita voidaan lievittää annoksen asteittaisella laskulla tai vaihtamalla lääke uuden polven psykoosilääkkeeseen. Muun lääkehoidon ohella motorisen levottomuuden hoitoon voidaan käyttää myös bentsodiatsepiinejä. (Mt.)

Tardiivi dyskinesia tarkoittaa lihastoiminnan ylivilkkautta ja epänormaaleja, tahdosta riippumattomia liikkeitä, jotka ilmenevät erityisesti suun ja kasvojen alueilla. Tätä kutsutaan myös hyperkinesiksi. Joka vuosi neljällä prosentilla vanhojen psykoosilääkkeiden käyttäjistä ilmenee tardiivi dyskinesia. Psykoosilääkitystä käyttävien potilaiden neurologista tilaa tulisi seurata, jotta tila ei pääsisi kehittymään haastavaksi. Toisen polven psykoosilääkkeitä käytettäessä on oireiden kehittymisriski pieni, etenkin klotsapiinilla, jolla on pystytty jopa vähentämään oireita. Yleensä hoitomuotona käytetään annoksen laskemista tai lääkkeen vaihtoa uuden polven psykoosilääkkeeseen. Jo annoksen asteittainen puolittaminen vähentää oireita tai johtaa jopa oireiden väistymiseen. (Mt.)

### **3.3.5 Pahalaatuinen neuroleptisyndrooma**

Kaikkien psykoosilääkkeiden käyttöön voi liittyä pahanlaatuinen neuroleptisyndrooma, eli äkillinen korkea kuume, voimakas lihasjäykkyys ja tajunnantason lasku. Haittavaikutus on hengenvaarallinen ja ilmenee yleensä nopeasti psykoosilääkityksen aloittamisen tai annostelun muutoksen jälkeen. (Koponen 2020.)

Pahalaatuista neuroleptisyndroomaa hoidetaan lopettamalla psykoosilääkitys, nopealla potilaan ruumiinlämmön jäähdyttämällä, antamalla nestehoitoa ja huolehtimalla munuaisten toiminnasta sekä seuraamalla laboratorioarvoja. Lääkehoitona voidaan käyttää tarvittaessa bromokriptiinia ja

lisäksi oireyhtymän aikana ilmenevää ahdistusta voidaan hoitaa bentsodiatsepiineilla sekä katatoniaa sähköhoidolla. (Mt.)

Epäiltäessä neuroleptisyndroomaa, tulee poissulkea muut mahdolliset syyt oireilulle. Esimerkiksi serotoniinioireyhtymä voi aiheuttaa pahanlaatuisen neuroleptioireyhtymän kaltaisen tilan. Serotoniinioireyhtymän oireina ovat kuume, vapina, sekavuus, levottomuus ja epileptiset kohtaukset. Oireet johtuvat serotoniinin takaisinottoa estävien SSRI- masennuslääkkeiden ja MAO:n estäjien yhteiskäytöstä. Serotoniinioireyhtymän kehittymiselle saattaa altistaa lisäksi tramadolin ja triptaanimigreenilääkkeiden sekä SSRI- masennuslääkkeiden samanaikainen käyttö. Hoitona oireyhtymälle on lääkkeiden nopea lopetus. (Mt.)

### **3.3.6 Lääkehoitoresistenssi skitsofrenia ja klotsapiini**

Lääkeresistenssistä puhutaan silloin, kun potilas on 6 viikon ajan käyttänyt kahta eri tavalla vaikuttavaa psykoosilääkettä ilman vastetta. Lääkehoitoresistenssiä esiintyy 5–25 %:lla skitsofreniapotilaista, useammin miehillä kuin naisilla. (Skitsofrenia 2020.)

Hoitoresistentti skitsofrenia tuottaa huomattavia yhteiskunnallisia kustannuksia. Terveystaloudelle aiheutuvat kulut ovat 3–11 kertaiset ei-hoitoresistentistä skitsofreniasta aiheutuviin kuluihin verrattuna. Hoitoresistentti skitsofrenia selittääkin 60–80 % kaikista kuluista liittyen skitsofreniaan. Lisäksi sairautta sairastavilla on usein paljon fyysisiä ja psyykkisiä liitännäissairauksia. Sairaalahoidon tarve ja ennenaikaisen kuoleman sekä itsemurhan riskit ovat kasvaneet, työkyvyn ja sosiaalisen toimintakyvyn puolestaan heikentyneet. Tehokkaalla hoidolla ja hoitoresistenssin varhaisella tunnistamisella voitaisiin huomattavasti vähentää sairauden tuottamia kustannuksia. (Jääskeläinen ym. 2018, 687.)

Klotsapiini on ensisijainen lääke hoidettaessa lääkeresistenttiä skitsofreniaa, sen ollessa sairauden hoidossa tehokkaampi kuin perinteiset ja muut toisen polven psykoosilääkkeet (Skitsofrenia 2020). Sillä ei myöskään ole monia muiden psykoosilääkkeiden aiheuttamia haittavaikutuksia, kuten ekstrapyramidaalioireita tai tardiivia dyskinesiaa. Kuitenkin yleisiä haittavaikutuksia ovat väsymys, alhainen verenpaine pystyasennossa oltaessa ja sydämen tiheälyöntisyys eli takykardia sekä lisääntynyt syljeneritys ja kohonnut keuhkokuumeen riski. (Raaska 2020.)

Klotsapiinin vakavista haitoista tulee ottaa huomioon erityisesti häiriöt veriarvoissa. Klotsapiini voi aiheuttaa neutropeniaa, eli veren valkosolujen määrän laskua, mikä aiheuttaa potilaalle vakavan immuunipuutteen. (Mt.) Potilaasta tulee ottaa laboratoriokokeet ja selvittää veren valkosoluarvot ensimmäisten 18 hoitoviikon aikana viikoittain ja sen jälkeen vähintään neljän viikon välein. Seurannan tulee kestää koko hoidon ajan ja lääkityksen lopettamisen jälkeen arvoja tulee seurata vielä neljä viikkoa. (Penttilä, Appel, Rintahaka, Heikkinen & Syvälahti 2007.) Hoitajan on osattava ohjata potilasta hakeutumaan välittömästi hoitoon, mikäli potilaalla esiintyy infektio-oireita, kuten kuumetta tai kurkkukipua, jolloin potilaan verenkuvasta on syytä tutkia heti (Raaska 2020).

Lisäksi vakavia haittavaikutuksia ovat sydänlihastulehdus ja lihastauti, jossa luurankolihakset heikenevät tai surkastuvat sekä epileptiset kohtaukset (Mt). Sydänsähkökäyrä eli EKG otetaan potilaasta ennen klotsapiinihoidon aloitusta ja noin kolmen viikon kuluttua annoksen vakiinnuttua. Sydämen sähköistä toimintaa on tärkeää seurata säännöllisesti, koska klotsapiini voi pidentää sydämen sähköisen toiminnan kestoa, pidentämällä QT-aikaa. (Koponen & Lappalainen 2015.) Klotsapiinin haittoihin lukeutuu myös ummetus, joka on tärkeää huomioida osana potilaan kokonaisvaltaista hoitoa (Jääskeläinen ym. 2018, 690).

### **3.4 Skitsofrenia ja sähköhoito**

ECT eli elektrokonvulsiohoito, tarkoittaa aivojen sähköhoitoa. Sähköhoito tapahtuu potilaan ollessa nukutettuna johtamalla lyhytaikaisesti kalloon sähkövirtaa. Hoidon tavoitteena on aiheuttaa yleistynyt kouristuskohtaus. Sähköhoidon tiedetään laskevan tärkeiden välittäjäaineiden reseptorien määrää tai niiden sitomiskykyä normaalille tasolle. (Partonen, Lönnqvist & Syvälahti 2019.)

Skitsofrenian sähköhoidosta on hyötyä lyhyellä aikavälillä, mutta sen vaikuttavuus on heikompi kuin psykoosilääkkeillä. Hoidosta voi olla hyötyä psykoosilääkehoitoon liitettynä, jos pelkän lääkehoidon vaste on riittämätön. Sähköhoidon lisääminen lääkehoitoon klotsapiinihoitoa saaneilla, hoitoresistenteillä skitsofreniapotilailla, lisäsi toipuneiden osuutta 50 prosenttia. Katatonian hoidossa sähköhoito on tehokasta loratsepaamin käytön ohella. (Skitsofrenia 2020.) Sähköhoidolla on myös haittavaikutuksia ja niistä tulee muistaa erityisesti melko yleiset, mutta ohimenevät kognitiiviset haitat, erityisesti muistiongelmien ja päänsärky (Jääskeläinen ym. 2018, 692–693).

### 3.5 Hoitosuhdetyöskentely skitsofreniapotilaan kanssa

Skitsofreniapotilaille on yleistä laaja-alainen toimintakyvyn heikkeneminen ja osalla potilaista vaste lääkehoitoon on riittämätön. Yksilöllinen hoitokokonaisuus, joka pitää sisällään psykososiaalisen kuntoutuksen ja muun psykiatrisen hoidon, tukee potilaan toipumista parhaiten. Kaikille skitsofreniapotilaille suositellaan psykososiaalisista hoitomuodoista psykoedukaatiota, motivoivaa keskustelua ja perheinterventioita. (Hiekkala-Tiusanen, Halunen, Mehtälä & Kiesepä 2019.)

Psykiatrinen hoitotyö perustuu hoitosuhdetyöskentelyyn, jossa omahoitaja ja potilas muodostavat hoitosuhteen (Kaltiala-Heino, Makkonen & Moring 2014). Hoitosuhdetyöskentely on tärkeä osa potilaan hoitoa ja vaikuttaa merkittävästi hoidon tuloksiin (Hämäläinen ym. 2017, 141). Hoitosuhde perustuu dialogiseen, päämäärätietoiseen yhteistyöhön. (Kaltiala-Heino ym. 2014). Hoitosuhdetyöskentely toteutetaan ennalta sovittuina yksilötapaamisina ja omahoitajakeskusteluina (Hämäläinen ym. 2017, 141).

#### 3.5.1 Omahoitajuus

Omahoitaja on potilaalle nimetty hoitaja, joka toimii työryhmän jäsenenä, toteuttaen potilaan kokonaisuhoitoa. Omahoitaja kerää tietoa potilaalta ja hänen läheisiltään, osallistuu hoitosuunnitelman tekoon ja päivitykseen sekä toimii potilaan luetettavana tukijana hoitoprosessin eri vaiheissa. Hoitoneuvotteluissa omahoitaja tuo esille potilaan mielipiteen, toiveet, hoidontarpeen ja hoidonarvioinnin. Omahoitaja käy säännöllisesti ennakkoon sovittuja omahoitajakeskusteluita potilaan kanssa. (Hietaharju & Nuutila 2010, 86–89.) Lisäksi omahoitaja koordinoi moniammatillisesti potilaan jatkohoitoa sekä pitää tarpeen mukaan yhteyttä potilaan läheisiin ja potilaan eri hoitotahoihin (Suvisaari, Isohanni, Kiesepä, Koponen, Hietala & Lönnqvist 2019e).

Botten toteaa artikkelissaan (2012) avainasemassa potilaan kuntoutumisen kannalta olevan terapeutin hoitosuhteen rakentamisen. Hän nimeää hyvän kommunikaation, luottamuksen, empatian, hyväksynnän ja ymmärryksen rakentavan hoitosuhteelle toimivan pohjan. Rohkaisemalla potilaita ja luomalla tulevaisuudelle toivoa voi hoitaja kirjoittajan mukaan vaikuttaa potilaan motivaatioon ja itseluottamukseen hoidossa. Botten suosittelee hoitajan tarjoavan potilaalle välineitä ja tukea kuntoutua, kuten näyttöön perustuvaa tietoa sairaudesta. (Botten 2012.) Kaltiala-Heino ja kumppanit (2014) toteavat artikkelissaan luottamuksen ja turvallisuuden rakentamisen

mahdollistavan toimivan yhteistyösuhteen. Luottamuksen syntymiseksi hoitajan on kirjoittajien mukaan arvostettava potilasta sekä hallittava potilaan käyttäytymisestä aiheutuvia tunteita, kuten pelkoa ja ärtymystä. (Kaltiala-Heino ym. 2014.)

Omahoitajan työ vaatii kärsivällisyyttä ja riittävää distanssia potilaaseen. Pitkäaikaishoidossa käytetään työväliseen myös harvatahtista keskustelua, joka koostuu arkisista asioista ja ylläpitää potilaan turvallisuutta. Hoidossa on tärkeää jatkuvuus ja toistuvuus. Virikkeitä tai muutoksia ei tule olla liikaa ja uusien asioiden valmisteluun tulee käyttää aikaa. Jatkuva palaute ja konkreettinen toiminta tukevat potilaan kykyä pitää sopimuksista kiinni. (Hietaharju & Nuutila 2010, 120–122.)

Omahoitajatyöskentelyssä potilaan luottamus hoitajaan on koetuksella niissä tilanteissa, joissa hoitaja joutuu rajoittamaan potilaan itsemääräämisoikeutta, kuten pakkolääkityksessä. Mahdolliset rajoittamistilanteet tulisi käydä potilaan kanssa tarkoin läpi jo hoidon alkuvaiheessa, jotta tulevilta hoitosuhteen ongelmilta vältyttäisiin. (Kaltiala-Heino ym. 2014.)

### **3.5.2 Psykoedukaatio**

Koulutuksellista terapiaa, eli psykoedukaatiota, tulee käyttää jokaisen skitsofreniapotilaan hoidossa (Skitsofrenia 2020). Psykoedukaatio on laaja-alainen työmenetelmä mielenterveystyössä, joka pitää sisällään monia eri osa-alueita. Käsitettä voidaan kuvata jaettuna asiantuntijuutena hoitavan tahon ja potilaan sekä hänen perheensä välillä, jonka tarkoituksena on etsiä yhdessä ratkaisua potilaan ja perheen tilanteeseen. Hoitajan tulee kunnioittaa potilaan ja hänen perheenjäsentensä yksilöllisiä kokemuksia ja osata liittää kokemuksiin ajankohtaista hoitotyön sekä lääketieteen tietoa. (Hämäläinen ym. 2017, 187; Kiesepää & Oksanen 2013.) Psykoedukaatiota voidaan käyttää potilaan ja hoitajan välisessä yhteistyösuhteessa, perhetyöskentelyssä ja ryhmätyöskentelyssä (Hämäläinen ym. 2017, 188; Skitsofrenia 2020).

Painopiste psykoedukaatiossa on tulevaisuudessa ja sairauden kulkuun vaikuttamisessa. Tavoitteena työskentelyssä on lisätä potilaan ja perheen terveyttä, hyvinvointia, elämänlaatua ja elämänhallinnan tunnetta, antamalla konkreettisia selviytymiskeinoja ja välineitä sairauden kanssa elämiseen. Psykoedukaatiolla pyritään lisäämään potilaan kykyä hallita sairauttaan, parantamaan potilaan elämänlaatua sekä ehkäisemään sairauden uusiutumista. (Hämäläinen ym. 2017, 187–189, 262.)

Psykoedukaation alkuvaiheessa käsitellään sairauteen liittyviä vaikeita tunteita ja hätää (Kieseppä & Oksanen 2013). Psykoedukaatiossa potilaalle ja hänen läheisilleen annetaan tietoa sairaudesta, oireista, selviytymiskeinoista ja sairaudesta toipumisesta tasavertaisessa vuorovaikutuksessa. Keskusteluissa tarkastellaan potilaan tilannetta ja kokemuksia, etsitään selityksiä ja vahvistetaan ymmärrystä tilanteeseen sekä luodaan toivoa tulevaan. Varhaisten varomerkkien tunnistaminen, kriisi- ja toimintasuunnitelmien tekeminen sekä sosiaalisten taitojen harjoittelu, kuten kommunikaatio- ja ongelmanratkaisutaitojen harjoittelu, vaikuttavat potilaan selviytymiseen ja ehkäisevät sairauden uusimista tulevaisuudessa. (Hämäläinen ym. 2017, 187–190.)

### **3.5.3 Motivoiva keskustelu**

Motivaatio vaikuttaa suuresti skitsofrenia potilaiden toipumiseen. Motivoivan keskustelun tavoite on lisätä potilaan valmiuksia muutokseen, hoitajan auttaessa potilasta ymmärtämään ja ratkaisemaan muutoksia estäviä ristiriitoja. Toiveikkuus lisää potilaan motivaatioita ja potilaan sosiaalisten verkostojen sekä hoitavien henkilöiden positiiviset, optimistiset asenteet voivat lisätä potilaan toiveikkuutta. Motivaatiota voi heikentää, jos potilas omaksuu yleiset mielenterveydenhäiriötä koskevat negatiiviset käsitykset eli stigmat itseään koskeviksi. Hoitotahon onkin kiinnitettävä huomiota myös sairautta koskevan stigman käsittelyyn. (Hiekkala-Tiusanen ym. 2019.)

Motivoiva keskustelu on voimavaralähtöinen menetelmä, jolla pyritään vahvistamaan potilaan motivaatiota muutokseen. Motivoivan keskustelun avulla potilas tunnistaa itse muutoksen tarpeen ja pohtii keinoja muutoksen toteuttamiseksi. Potilas on muutoksen tekijä ja todennäköisemmin kykenee muutokseen, kuin jos ulkopuolinen taho pakottaa potilaan muutokseen. Motivoivan keskustelun periaatteisiin kuuluvat empatian osoittaminen, luottamuksellinen ja avoin ilmapiiri, potilaan muutoskyvyn vahvistaminen sekä ristiriitojen korostaminen nykyisen ja tavoiteltavan tilanteen välillä. Keskustelu käydään myönteisenä ja potilaan kanssa väittelyä vältetään. Menetelmässä käytetään avoimia kysymyksiä, kuten mitä, miksi, miten, kuinka, kerro sekä reflektointia kuuntelua. Keskusteluissa tehdään yhteenvetoja ja annetaan positiivista palautetta sekä kehuuta potilasta. (Järvinen 2020.)



### 3.6 Perhekeskeisyys osana sairaanhoitajan työnkuva

Perhekeskeinen hoitotyö tarkoittaa ammattilaisten asennetta ja työotetta, jossa otetaan huomioon sairastuneen koko läheisverkosto (Hietaharju & Nuutila 2010, 191). Perhekeskeinen työ on suunnitelmallista ja tavoitteellista, työn keskittyessä arkisten ongelmien ratkaisemiseen ja voimavarojen löytämiseen (Hietaharju & Nuutila 2010, 191; Holmberg 2016, 192). Hoidossa nähdään potilaan läheiset voimavarana ja heidän kanssansa neuvotellaan hoidon joka vaiheessa, sen ollessa mahdollista (Hietaharju & Nuutila 2010, 191).

#### 3.6.1 Läheisten osallistuminen hoitoon

Potilas määrittelee läheisensä itse ja valitsee lain mukaisesti, kuka tai ketkä perheenjäsenistä osallistuvat hänen hoitoonsa, saatuaan tarpeeksi tietoa läheisten osallistumisesta hoitoon tiedon, tuen ja avuntarpeen näkökulmasta. Läheisten osallistumista hoitoon ei voida edellyttää ja heillä on myös oikeus kieltäytyä osallistumasta. (Holmberg 2016, 191–192.) Läheisiä kannustetaan osallistumaan hoitoon hienotunteisesti ja kunnioittavasti (Hämäläinen ym. 2017, 192).



Läheisten huomioiminen hoidossa koostuu useista asioista. Läheiset voidaan kutsua hoitoneuvotteluihin, joissa kaikkia osallistujia kuullaan tasapuolisesti. Potilaan voinnin muutoksista ja suunnitelmista tiedottaminen sekä tulevaisuuden näkymistä keskusteleminen kuuluvat perhekeskeiseen hoitotyöhön. (Mts. 192–193.) Läheisiltä saadaan arvokasta tietoa potilaan tilasta ja tilan muutoksista sekä uusia näkökulmia hoitoon, joita voidaan hyödyntää potilaan hoitosuunnitelmassa sekä palvelunohjauksessa. Potilas ja läheiset saavat kokemuksen, että heitä kuunnellaan, heidän tarpeisiinsa vastataan ja heidän voimavarojaan vahvistetaan hoitotyön keinoin. (Holmberg 2016, 192–193.)

Sairastuneen läheisillä on oikeus tuki- ja neuvontapalveluihin sekä omien voimavarojensa hoitamiseen tukiessaan sairastunutta. Hoitotyössä on tärkeää kysyä usein läheisiltä, kuinka he jaksavat, ovatko he saaneet tarpeeksi tietoa ja tukea sekä kuinka he ovat pitäneet huolta omasta jaksamisestaan. Läheisiä tulee tarvittaessa ohjata terveystalouteen, omaisryhmiin sekä vertaistuen piiriin, kuten mielenterveysjärjestöjen puoleen. (Mts. 193.)

### 3.6.2 Läheisten hoitoon osallistumisen hyödyt

Mielenterveyspotilaan läheisenä oleminen kuvataan tutkimuksissa monella tapaa raskaaksi ja kuormittavaksi ja osa läheisistä toimii jaksamisensa ääri rajoilla. Läheisiin tulisi kiinnittää entistä enemmän huomioita osana potilaan hoitoa ja antaa heille mahdollisuus kertoa omasta tilanteestaan, jolloin läheisten kuormittuneisuuden astetta voitaisiin paremmin arvioida. (Koponen, Jähi, Männikkö, Lipponen & Åstedt-Kurki 2012.) Kroonistunutta skitsofreniaa sairastavien potilaiden läheisillä, jotka asuvat yhdessä potilaan kanssa ja huolehtivat potilaasta, ei havaittu helpotusta kuormittuneisuudessa, potilaan kliinisen kuvan parantuessa lievästi, koska kuormitus oli ollut hyvin pitkäkestoista. Potilaan kanssa samassa taloudessa asuvat läheiset tarvitsevatkin paljon tukea sekä perheinterventioita. (Rhee & Rosenheck 2018.)

Alla olevassa kuviossa (ks. Kuvio 2) on havainnollistettu kolutuksellisten perheinterventioiden hyödyt. Kuvioista voidaan havaita interventioilla olevan useita hyötyjä niin potilaan, läheisten kuin yhteiskunnankin näkökulmasta.

koulutuksellisten perheinterventioiden hyödyt			
	psykoosin uusiutumisen riski	lääkehoitomyöntyvyys	
	sairaalahoitojen määrää	perheen sisäinen ilmapiiri	
	läheisten kokema kuormitus	sosiaalinen kuntoutuminen	
	läheisten potilaasta huolehtimiseen liittyvät negatiiviset kokemukset	potilaan ja läheisten kokemus hoitotyöstä	
	läheisten psykiatrinen oireilu	läheisten usko palvelujärjestelmään	

Kuvio 2. Perheinterventioiden hyödyt (tiedot Pharoah, Mari, Rathbone & Wong 2010; Skitsofrenia 2020; Rhee & Rosenheck 2018; Holmberg 2016; Koponen, ym. 2012)

Läheisten huomioiminen on tärkeää myös ehkäisevän mielenterveystyön näkökulmasta. He voivat olla ensimmäisiä, jotka ovat huomanneet sairastumisen merkit ja huolestuneet tilanteesta. Lähei-

set voivat tuntea syyllisyyttä, pettymystä, vihaa, surua, huolta ja stressiä läheisensä sairastumisesta sekä oireilla psyykkisesti tai fyysisesti tilanteeseen. (Holmberg 2016, 191–193.) Läheiset menettävät uskonsa palvelujärjestelmään ja alan ammattilaisiin ilman riittävää tukea (Koponen ym. 2012). Läheisillä voi olla tarve keskustella huolistaan, tunteistaan, potilaan terveydestä ja hoitoon liittyvistä päätöksistä. Hoitajan tulisi olla tietoinen läheisten selviytymiskeinoista ja hoitohenkilökuntaan kohdistuvista odotuksista sekä toiveista, jotta hoitaja voi kunnioittaa näitä. (Hämäläinen ym. 2017, 193–194.)

### **3.7 Ohjaaminen ja yhteisöllisyys**

Toistuvista psykoosijaksoista johtuvaa potilaan toimintakyvyn taantumista voidaan ehkäistä tai hidastaa ohjaavalla kuntoutuksella (Pulkinen & Vesänen 2017a). Skitsofreniaan liittyvät ajatushäiriöt tulee ottaa hoidossa aktiivisesti huomioon, koska potilaan ajattelulla ei ole välttämättä toimintaa ohjaavaa merkitystä. Potilas tarvitsee paljon ohjaamista, tukea, toistoja ja muistuttamista päivittäisissä toiminnoissa. (Hietaharju & Nuutila 2010, 120–122.)

Skitsofreniaa sairastavat potilaat kokevat usein toimintakyvyn laskun myötä avuttomuuden tunnetta elämässään. Vahvistamalla potilaan pystyvyyttä arkisiin asioihin ja itsestään huolta pitämiin sekä vuorovaikutukseen läheisten kanssa potilaan kokema avuttomuuden tunne voi helpottua. (Soon Ah & Mi 2013.)

#### **3.7.1 Ohjaaminen osastolla**

Osastohoidossa käytännön toimintaa tarvitaan ehkäisemään passiivisuutta, eristäytymistä ja laistumista. Oleellisia asioita hoidossa ja kuntoutuksessa ovat säännöllisyys, asioiden jatkuva kertaaminen ja etukäteen suunniteltu toiminta sekä sosiaalisten suhteiden tukeminen. (Hietaharju & Nuutila 2010, 62, 122.) Omatoimisuuteen kannustavan hoidon on oltava skitsofrenian hoidossa riittävän pitkä (Pulkinen & Vesänen 2017a).

Hoitotyössä on tärkeää osata ohjata potilaita niin yksilöllisesti kuin ryhmämuotoisesti ja hyödyntää yhteisöllisyyttä sosiaalisten taitojen kuntoutuksessa. Ohjauksessa otetaan huomioon potilaan toimintakyky, yksilölliset hoidon sekä kuntoutuksen tarpeet ja tavoitteet sekä sosiaaliset suhteet (Hämäläinen ym. 2017, 175; Hietaharju & Nuutila 2010, 62, 122; Suvisaari ym. 2019e.) Ohjaamiseen

käytettävien lauseiden on oltava selkeitä, konkreettisia ja yksiselitteisiä. Toimintaohjeiden pilkkominen ja selkeys auttavat potilasta toimimaan ohjeiden mukaisesti. (Hämäläinen ym. 2017, 259–260.)

Potilaiden sosiaalisia taitoja, kuten vuorovaikutustaitoja sekä itsenäisen elämän arkipäivän taitoja, esimerkiksi siivoamista, vaatehuoltoa ja kaupassakäyntiä harjoitellaan yksilöllisesti tai ryhmämuotoisesti. Skitsofreniapotilaat hyötyvät erityisesti käytännönläheisistä, toiminnallisista ryhmistä, jotka tarjoavat samanaikaisesti tukea. Menetelminä käytetään ohjausta, esimerkiksi, erilaisia harjoituksia ja potilaalle annetaan tekemisestä palautetta. Tarkoitus on siirtää opitut menetelmät osaksi potilaan arkea. (Suvisaari ym. 2019e.)

### **3.7.2 Päivä- ja viikko-ohjelma**

Hoitosuunnitelmaan sisältyy potilaan päivä- ja viikko-ohjelma, joka toteuttaa hoitosuunnitelmassa sovittuja asioita (Hietaharju & Nuutila 2010, 96). Potilaan päiväohjelma osastolla suunnitellaan yhteistyössä potilaan kanssa tukemaan potilaan hoitoa ja kuntoutumista (Skitsofrenia 2020). Potilasta ohjataan hänen toimintakykynsä mukaisesti vuorokausirytmien hahmottamiseen ja arkipäivän taitojen harjoitteluun, kuten hygienian hoitoon, vaatehuoltoon ja kaupassa käyntiin (Hämäläinen ym. 2017, 179; Suvisaari ym. 2019e).

Päiväohjelma auttaa potilasta orientoitumaan vuorokausirytmiiin. Potilaan päiväohjelma pysyy mielekkäänä, kun ohjelmassa on alussa yhdessä tekemistä ja ohjelman tavoitteet ovat saavutettavissa sekä arvioitavissa. (Hietaharju & Nuutila 2010, 96–98.) Yhdessä tekeminen on tavoitteellista toimintaa, joka edistää yhteistyösuhdetta ja potilaan vointia sekä antaa potilaalle kokemuksia onnistumisista. Hoitajan ja potilaan yhdessä tekeminen voi olla osastolla esimerkiksi kortin peluuta, päivittäiseen elämään liittyvien toimintojen harjoittelemista, kuten siivoamista tai yhteistä ulkoilua. (Hämäläinen ym. 2017, 159.)

### **3.7.3 Yhteisöllisyys**

Yhteisöllisyydessä osastohoidon sosiaalinen ja fyysinen ympäristö hyödynnetään potilaan hoidon ja kuntoutuksen tavoitteiden saavuttamiseksi. Potilaiden ja henkilökunnan tulisi osallistua ja olla

vuorovaikutuksessa keskenään yhteisten päätösten ja sääntöjen tekemisessä. Tasa-arvoisuus, saliliva ilmapiiri ja avoin kommunikaatio mahdollistavat yhteisöllisyyden, jolla pyritään tukemaan potilaiden sosiaalista kuntoutumista. (Hämäläinen ym. 2017, 205–206.)

Osastohoidossa yhteisöllisyyttä on yhdessä tekeminen ja yhteisöllisyyttä edustavat erilaiset yhteiset palaverit ja ryhmätoiminta. Ryhmätoiminnassa käytetään toiminnallisia, tukea antavia ja tehtäväkeskeisiä ryhmiä. Toiminnallisia ryhmiä edustavat liikunta- ja kuntosaliryhmät. Tukea antavia ryhmiä voidaan toteuttaa keskusteluryhminä, joihin voi liittyä erilaisia ilmaisun muotoja, kuten musiikkia tai kuvataidetta. (Mts. 209.) Esimerkiksi ryhmämuotoisten musiikkiterapioiden on todettu perushoidon lisänä vähentävän skitsofrenian negatiivisia oireita ja parantavan potilaiden toimintakykyä, kun terapian ohjaajana toimii koulutuksen saanut ammattilainen (Geretsegger, Mössler, Bieleninik, Chen, Heldal & Gold 2017). Tehtäväkeskeisissä ryhmissä harjoitellaan esimerkiksi arjessa selviytymistä, kuten ruuanlaittoa (Hämäläinen ym. 2017, 209).

#### **3.7.4 Mindfulness**

Mindfulness, tietoinen läsnäolo tarkoittaa tarkkaavaisuuden suuntaamista nykyiseen hetkeen. Potilas havainnoi ja kuvailee tunteitaan, ruumiintuntemuksiaan tai ajatuksiaan arvottamatta ja pyrkimättä muuttamaan niitä. Mindfulnessia voidaan luonnehtia hyväksyväksi avoimuudeksi ja uteliaisuudeksi omille kokemuksille. (Brown, Davis, LaRocco & Strasburger 2010.)

Potilaan ajatusten ja tunteiden havainnointi sekä kuvailu luovat pohjaa itsehavainnointikyvyille. Harjoituksissa potilaan tunnetila voi tasaantua ja mahdolliset ahdistusoireet voivat helpottua, kun kokemusta tarkastellaan turvallisesti etäältä. Mindfulness-harjoitteet voivat kehittää potilaan tunteesäätelyä ja omien tunteiden, ajatusten, itsensä ja muiden hyväksymistä. (Mt.) Harjoitteet voivat vähentää myös skitsofrenian oireita. Harjoitusten aikana potilaat kuvailivat kokemiensa ääniharhojen vaimentuneen ja ääniharhoista johtuvan ahdistuksen helpottuneen. (Brown ym. 2010; Dudley, Eames, Mulligan & Fisher 2018.) Lisäksi harjoitteet helpottivat potilaiden kokemia masennusoireita ja huolta (Brown ym. 2010). Potilaan kokonaisoireilua voidaan lievittää Mindfulness-harjoituksilla, jotka auttavat potilasta ymmärtämään tilaansa paremmin sekä parantavat potilaan hallinnan tunnetta (Skitsofrenia 2020).

### 3.8 Kuntouttava työote ja moniammatillisuus

Skitsofreniapotilaiden toimintakyvyn heikkeneminen voi johtaa laaja-alaiseen vajaakuntoisuuteen, joten potilaan moniammatillinen kuntoutus on aloitettava mahdollisimman aikaisessa vaiheessa (Suvisaari ym. 2019e). Hoitoon osallistuvilla tulee olla yhteinen, jaettu näkemys hoidosta sekä yhtenäiset toimintatavat (Hietaharju & Nuutila 2010, 122).

Kuntoutuminen voidaan nähdä prosessina, jonka ensimmäisessä vaiheessa tapahtuu sairastumisen tiedostaminen ja kuntoutusmotivaation herääminen, vaihe voi viedä joskus vuosia. Ensimmäisen vaiheen jälkeen alkaa useimmiten vuosien monivaiheinen aktiivisen työskentelyn aika. Tavoitteena on, että potilas tuntee sairaudesta huolimatta elämänsä merkitykselliseksi ja hallittavaksi. (Suvisaari ym. 2019e.) Skitsofrenian kuntoutuksessa muokataan väärää uskomuksia ja vahvistetaan arkielämän hallintaa (Hietaharju & Nuutila 2010, 123).

#### 3.8.1 Kognitiivinen kuntoutus

Psykoosipotilaiden kognition kuntouttaminen edistää potilaiden yleisen toimintakyvyn paraneamista (Tuulio-Henriksson 2014). Erilaisia kognitiivisia terapioiden on useita niin yksilö- kuin ryhmämuotoisia ja niiden järjestämisestä vastaa koulutettu terapeutti. Skitsofrenian hoidossa suositellaan käytettäväksi kognitiivista remediaatiota, eli kognitiivisten toimintojen kuntoutusta. (Skitsofrenia 2020.) Kognitiivisessa remediaatiossa harjoitetaan muistia, tarkkaavaisuutta ja päätelyä vaativia tehtäviä (Suvisaari, ym. 2019e).

Tukea antavaa terapiaa voivat antaa kaikki psykiatrian alan ammattityöntekijät, sen koostuessa inhimillisestä myötäelämisestä, rohkaisusta ja käytännön arjen ongelmien yhdessä käsittelystä (Skitsofrenia 2020). Luovat terapiat, kuten liikunta-, musiikki- ja kuvataideterapiat saattavat lievittää potilaiden ahdistuneisuutta ja jännittyneisyyttä (Suvisaari ym. 2019e).

#### 3.8.2 Vertaistuki ja kokemusasiantuntijuus

Vertaistuen tai kokemusasiantuntijoiden käyttöä suositellaan skitsofrenian kuntoutuksessa (Skitsofrenia 2020). Kokemusasiantuntija on koulutuksen saanut henkilö, jolla on oman tai läheisensä sairauden vuoksi kokemusta mielenterveyden häiriön kanssa elämisestä, toipumisesta tai palveluiden

käyttämisestä. Vertaistuki pohjautuu samankaltaisiin kokemuksiin sairaudesta ja sen seurauksista. (Suvisaari ym. 2019e.)

Vertaistoimintaa ja kokemusasiantuntijuutta voidaan käyttää osana kuntoutusta monin tavoin. Potilaat voivat perustaa omia vertaisryhmiään ja vertaisia tai kokemusasiantuntijoita voidaan ottaa mukaan kuntoutusryhmiin ammattilaisten rinnalle. Vertaistuen lisäksi kokemusasiantuntijat toimivat roolimalleina kuntoutumisen etenemiselle sekä auttavat vähentämään sairauteen liittyvää stigmaa. (Mt.) Vertaistuki voi vähentää psykoosijaksojen uusiutumista lisäämällä lääkehoitomyöntyvyyttä, parantaa potilaiden sosiaalista verkostoa ja tukea potilaiden itsetuntoa (Skitsofrenia 2020).

### **3.8.3 Ammatillinen kuntoutus ja tuettu työnteke**

Skitsofrenia heikentää toimintakykyä ja johtaa usein syrjäytymiseen työmarkkinoilta. Syrjäytymisen työelämästä johtuu sairauden vaikeiden oireiden lisäksi myös syrjinnästä ja psykiatrisen hoitojärjestelmän vähäisestä kiinnostuksesta ammatilliseen kuntoutukseen. (Sailas, Selkama & Joffe 2007.) Yhteisöllisyys tukee potilaiden kuntoutumista ja tärkeitä yhteisöllisyyttä vahvistavia toimintamuotoja osastohoidon lisäksi ovat erilaiset monipuoliset päivä-, työ- ja toimintakeskukset sekä sosiaaliset klubit. Osallistumisen toimintaan on oltava vapaaehtoista. (Hämäläinen ym. 200.)

Jokaisen skitsofreniapotilaan ammatillisen kuntoutuksen ja tuetun työnteon mahdollisuus tulisi selvittää ja niiden toteuttamista tulisi tukea aktiivisesti osana sairauden kuntoutusta. Skitsofreniapotilaiden kognitiivinen taso vaihtelee, mikä tulee ottaa huomioon työllistymiskuntoutuksessa. Sairauden sisältäessä vaikeita kognitiivisia häiriöitä, suositellaan portaittain yksinkertaisesta vaativampiin tehtävään etenevää kuntouttavaa työtoimintaa. (Skitsofrenia 2020.)

Ammatillinen kuntoutus tähtää potilaan työkyvyn palautumiseen ja Suomessa toimintaa järjestetään esimerkiksi klubitalotoimintana. Klubitalotoiminta on psykososiaalista kuntoutusta, jonka tarkoituksena on tukea kuntoutujaa normaaliin työelämään tai koulutukseen siirtymävaiheen töiden kautta. Siirtymävaiheen työyksikkö luo kuntoutujalle kontakteja työnantajiin ja rakentaa tukiverkostoa helpottamaan työn saatavuutta. (Suvisaari ym. 2019e.)

Tuettu työllistyminen tarkoittaa potilasta kiinnostavan työpaikan nopeaa, yksilöllisesti suunniteltua etsimistä ja tarvittavan koulutuksen tarjoamista työpaikalla (Sailas, Selkama & Joffe 2007).

Tuetun työllistymisessä tehtävään valmennettu ammattihenkilö, työvalmentaja, tukee pitkäjänteisesti potilasta työssäolon ajan. Hoitotahon ja työjärjestelmän tiivis yhteistyö luo puitteet onnistumiselle tuetussa työllistymisessä. (Suvisaari ym. 2019e.) Yksilöllinen tuettu työllistyminen edistää potilaiden työllistymistä ja selviytymistä paremmin kuin ammatillinen kuntoutus (Skitsofrenia 2020).

#### **3.8.4 Jatkohoitopalveluiden järjestäminen**

Sairaalahoidon aikana tulee varmistaa hoidon jatkuminen avopalveluissa potilaan kotiutuessa. Sairaala- ja avohoitotyöryhmän yhteiset hoitosuunnitelmakokoukset ja hoitopalautteen nopea kulku sairaalan ja jatkohoitoyksikön välillä edistävät hoidon jatkuvuutta. (Skitsofrenia 2020.) Potilaalle on järjestettävä avohoidon palvelut yksilöllisesti. Avohoidossa jatketaan potilaan terapiaa ja järjestetään kuntoutus- ja oireenhallintakursseja. Asumisen tuki ja sosiaalinen kuntoutus huomioidaan osana avohoidon järjestämistä. Skitsofreniasta kuntoutuvan vertaistukea jatketaan ja annetaan tietoa klubitalotoiminnasta sekä päivätoiminnasta. Potilasta tuetaan ja ohjataan sosiaalisen verkoston luomisessa ja verkoston toimimisessa sekä vapaa-ajan suunnittelussa. (Pulkkinen & Vesanen 2017a.)

Skitsofreniapotilaiden läheisten ohjaus ja tukeminen avohoidon palveluissa edesauttaa perheiden hyvinvointia. Läheisten tarvittavat perheterapiat, tukipalvelut ja omaiskurssit tuleekin sopia avohoidon kanssa. Lisäksi lääkehoidon toteutuminen ja seuranta tulee varmistaa sairaalavaiheen jälkeen yhteistyössä avohoidon kanssa. (Mt.)

Suuri osa skitsofreniapotilaista tarvitsee jossakin vaiheessa asumiseen liittyvää tukea, osalle tarve voi olla pysyvä. Asumiskuntoutus parantaa psykososiaalista toimintakykyä ja ehkäisee pysyviä toiminnanvajauksia. Asumiskuntoutuksen tulisi toteutua yhteistyössä terveydenhuollon ja sosiaalitoimen kanssa, vaikka asumiskuntoutuksen järjestäminen onkin kuntien sosiaalitoimen vastuulla. Asumispalvelut vaihtelevat asumisyksikön ympärivuorokautisesta tuesta omaan kotiin harvakseltaan järjestettäviin tukikäynteihin. Palvelutyypin valinta riippuu potilaan tuen tarpeesta. (Suvisaari ym. 2019e.)



### 3.9 Oheissairastavuus

Skitsofreniaa sairastavilla on 2–3 kertaa suurempi kuolleisuus kuin normaaliväestöllä. Suurin osa ylikuolleisuudesta johtuu potilaiden yleissairauksista ja nuorissa ikäryhmissä itsemurhista. (Tuomi-  
nen & Salokangas 2020.) Potilaan toimintakyvyn heikentyminen, vähävaraisuus, negatiiviset oireet  
kuten eristäytyneisyys tai heikentynyt kivun kokemus, oireiden huono tunnistaminen ja kognitiivi-  
set vaikeudet sekä erilaisten psykoottisten oireiden aiheuttama vaikeus kuvata omia oireita tai  
omaa tilannetta voivat vaikeuttaa avun piiriin hakeutumista ja seurannan toteutumista. Monipuoli-  
sella ja pitkäaikaisella hoidolla, omaisten tuella sekä potilasohjauksella voidaan vähentää haas-  
teita terveyspalveluiden käytössä. (Suvisaari, Isohanni, Kiesepä, Koponen, Hietala & Lönnqvist  
2019f.)

#### 3.9.1 Oheissairastavuuden riskitekijät

Suvisaari ja kumppanit nimeävät artikkelissaan (2019f) skitsofreniapotilaiden vähäisen liikunnan,  
runsaan tupakoinnin, yksipuolisen ruokavalion ja ylipainon lisäävän vaaraa sairastua sydän- ja veri-  
suonisairauksiin, aineenvaihduntasairauksiin ja keuhkosairauksiin. Artikkelin kirjoittajat kuvaavat  
sairastumisriskiin vaikuttavan myös skitsofreniapotilaiden taipumuksen sairastaa muuta väestöä  
yleisemmin metabolista oireyhtymää, 2 tyyppin diabetesta ja dyslipidemioita, eli epäedullisia veren  
rasva-arvojen muutoksia, mitkä puolestaan lisäävät sairastumisriskiä sydän- ja verisuonisairauksiin.  
Kirjoittajat kertovat myös skitsofreniapotilaiden omaavan haasteita hammasterveydessä, minkä he  
kuvaavat johtuvan yleisimmin suuhygienian ja hammashoidon laiminlyönnistä, tupakoinnista, epä-  
terveellisestä ruokavaliosta sekä lääkkeiden aiheuttamista muutoksista syljen eritykseen. Artikke-  
lissa kuvataan skitsofreniapotilaiden olevan lisäksi alttiita tapaturmille ja onnettomuuksille sekä  
myrkytyksille ja tupakka- ja alkoholisairauksille. (Suvisaari ym. 2019f.)

Lisäksi Suvisaari ja kumppanit (2019f) mainitsevat artikkelissaan psykoosilääkityksen mahdollisuu-  
desta lisätä riskiä painonnousuun ja dyslipidemioihin sekä psykoosilääkityksen suhteesta glukoosi-  
tasapainon epäsuotuisaan kehitykseen. Eräiden psykoosilääkkeiden kuvataan artikkelissa voivan  
aiheuttaa myös näköhäiriöitä ja värimuutoksia silmän verkkokalvolla ja riittävän näöntarkkuuden  
varmistamiseksi suositellaankin tehtävän säännöllisin väliajoin näön ja silmätilanteen tutkimus.  
(Mt.)

### 3.9.2 Polydipsia

Joillain potilailla esiintyy skitsofrenian yhteydessä polydipsiaa eli liiallista vedenjuontia. Potilas voi juoda jatkuvasti ja salassa sekä hakeutua tiloihin, missä vettä on saatavilla. Liiallinen vedenjuonti johtaa elektrolyyttivajeeseen, suoliston ja rakon venymiseen, aivojen ja keuhkojen turvotukseen, kaliuminpuutteesta johtuviin rytmihäiriöihin, munuaisten vajaatoimintaan sekä pahimmillaan vesimyrkytykseen ja hoitamattomana kuolemaan. (Hietaharju & Nuutila 2010, 124.)

Vesimyrkytyksen oireita ovat tuskaisuus, kiihtyneisyys, sekavuus, oksentelu, vapina, lihasnykäykset, kastelu ja myöhään huomattaessa kouristukset sekä tajuttomuus. Syitä liialliseen vedenjuontiin ei tunneta, mutta usein potilaat selittävät juomistaan, esimerkiksi myrkkujen huuhtoutumisella kehosta tai lääkkeen vaikutuksen vähenemisellä. Hoitona käytetään vesipaastoa ja potilasta tarkkaillaan sekä estetään juomasta rajattomasti. (Mts. 124.)

### 3.9.3 Masennus ja ahdistuneisuus

Skitsofreniapotilailla ahdistuneisuutta esiintyy noin 65 prosentilla ja samaan aikaan ahdistuneisuushäiriö on noin 38 prosentilla. Yleisin ahdistuneisuushäiriö skitsofreniapotilailla on sosiaalisten tilanteiden pelko. (Skitsofrenia 2020.)

Psykoottisen potilaan ahdistuneisuutta voidaan vähentää turvallisella ja selkeällä hoitoympäristöllä sekä tukea-antavalla psykoterapeuttisella keskustelulla. Skitsofrenian hoidon alkuvaiheessa ahdistuksen ja unettomuuden hoitona voidaan käyttää lyhytaikaista bentsodiatsepiinilääkitystä. Pidempään käytettynä sen haitat ovat suuremmat kuin hyödyt. (Mt.) Lisäksi bentsodiatsepiinien käyttöön liittyy kuolleisuuden lisääntymistä (Tuominen & Salokangas 2020).

Skitsofreniaan usein liittyvä masennus hoidetaan yleisten hoitoperiaatteiden mukaisesti. Masennuslääkkeistä serotoniiniselektiiviset ja mirtatsapiini lievittävät oireita skitsofreniapotilaan masennuksen akuuttihoitossa. Masentunut skitsofreniapotilas voi hyötyä kognitiivisesta käyttäytymisterapiasta tai ryhmähoitosta ja ryhmässä toteutettuna terapia voi helpottaa sosiaalista ahdistuneisuutta, pelkoa ja masennusta. Lisäksi mikäli potilaan mieliala vaihtelee, hän saattaa hyötyä mielialaa tasoittavista lääkkeistä, esimerkiksi litiumista tai valproaatista. (Skitsofrenia 2020.)

### 3.9.4 Päihdeongelmien ehkäisy ja hoito

Muiden oheissairauksien lisäksi skitsofreniaa sairastavista suurella osalla on haasteita päihteiden käytössä. Päihdeongelmat lisäävät sairaalahoitojaksojen uusiutumisriskiä sekä uhkaavat potilaan terveyttä mutta ovat siitä huolimatta usein alihoidettuja. (Skitsofrenia 2020.) Koponen ja Lappalainen toteavat artikkelissaan (2015) yhtäaikaisen päihdeongelman riskin psykiatriin häiriöihin liittyen olevan miehillä naisia suuremman ja skitsofreniapotilaiden käyttävän nykyään aikaisempaa useammin alkoholia ja huumeita (Koponen & Lappalainen 2015).

Turtiainen ja Schwarz tukevat artikkelissaan (2018) Käypä hoito-suosituksen sanomaa, toteamalla usein päihdeongelman ja mielenterveyden häiriön esiintyvän samanaikaisesti. Kirjoittajat kuvaavat häiriöiden välillä olevan monimutkaisen yhtälön, päihteiden aiheuttaessa tai vaikeuttaessa psykoosioireita, päihteiden kasvattaessa riskiä sairastua psykoosiin sekä päihteiden aiheuttavan skitsofrenian puhkeamisen tai päihdeongelmien vieroitusoireiden saattavan hankaloittaa psykoosioireita. Toisaalta he kuvaavat yhtälössä päihdehakuisuuden voivan kasvattaa skitsofrenian negatiivisia oireita ja anhedoniaa eli kyvyttömyyttä nauttia asioista. Artikkelista käy ilmi, että mitä vakavampi haaste päihteiden käytössä on, sitä suurempi on myös samanaikaisten mielenterveyden häiriöiden ilmeneminen. Kirjoittavat korostavat skitsofreniapotilaan samanaikaisen päihdehäiriön huonontavan sairauden ennustetta, lisäävän riskikäyttäytymistä ja huonontavan potilaan kykyä käyttää saatavilla olevia palveluita. (Turtiainen & Schwarz 2018.)

Koponen ja Lappalainen kertovat artikkelissaan (2015) päihteiden käytön voivan huonontaa potilaiden hoitomyöntyvyyttä ja vaikeuttavan yhteistyötä hoitosuhteessa. He kertovat lisäksi päihteiden käytön lisäävän lääkkeiden haittavaikutusten vaaraa ja vaikuttavan negatiivisesti ennusteseen. Artikkelin kirjoittajat kuvaavat päihdeongelmien havaitsemisen hoitosuhteen alkuvaiheessa voivan olla haastavaa, mutta onnistuvan helpommin hoitosuhteen vakiintuessa, kun tunnetaan potilaan aiempi päihdetausta ja arvioidaan ajankohtaisten päihteiden käyttöä. He kuvaavat esitietojen kartoituksen yhteydessä ilmenneiden kokeilunhalun, aiemman alkoholin tai huumeiden käytön, epäsosiaalisten persoonallisuuspiirteiden, tupakoinnin sekä harhaluulojen saattavan viitata yhtäaikaiseen alkoholi- tai huumeongelmaan. Artikkelissa suositellaan AUDIT-kyselyn käyttöä psykoosipotilaiden alkoholin riskikäytön arvioinnissa ja muiden päihteiden käytön arvioinnissa apuna käytettävän virtsan huumeselontaa. (Koponen & Lappalainen 2015.)

### 3.9.5 Tupakointi

Skitsofrenian Käypä hoito-suosituksen (2020) mukaan tupakointi tulee huomioida kaikilla skitsofreniapotilailla, sen ollessa yksittäisistä somaattista sairastavuutta ja kuolleisuutta aiheuttavista riskitekijöistä huomattavin. Suositus kertoo, että suomalaisten tutkimusten mukaan 44 % skitsofreniaa sairastavista ja 60 % sairaalahoidosta kotiutetuista skitsofreniapotilaista tupakoi säännöllisesti (Skitsofrenia 2020). Eskelinen ja kumppanit arvioivat artikkelissaan (2020) masennusta sairastavista lähes puolien ja päihderiippuvuutta sairastavista joka kahdeksannen tupakoivan sekä mielen-terveys- ja päihdepotilaiden tupakoinnin olevan muuhun väestöön verrattuna moninkertaista (Eskelinen, Niemi, Niemelä & Vasankari 2020). Koponen ja Lappalainen toteavat artikkelissaan (2015) psykiatristen potilaiden eliniänodotteen voivan lyhentyä jopa 25 vuodella tupakoinnin takia (Koponen & Lappalainen 2015).

Eskelinen ja kumppanit kuvaavat artikkelissaan (2020) tupakoinnilla olevan suoria vaikutuksia elimistöön ja lääkeaineiden aineenvaihduntaan. He toteavat tupakoinnin vaikeuttavan useiden psykiatristen ja somaattisten lääkehoitojen käyttöä tehokkaasti ja turvallisesti. (Eskelinen ym. 2020.) Koponen ja Lappalainen (2015) selittävät tupakoinnin vaikuttavan lääkitykseen pienentämällä psykoosilääkkeiden kuten haloperidolin, olantsapiinin ja klotsapiinin pitoisuutta veressä (Koponen & Lappalainen 2015). Eskelinen ja muut huomauttavat artikkelissaan (2020), että erityisesti vähävaraiset tupakoivat potilaat, joilla ilmenee kognitiivisia sekä toiminnanohjauksellisia haasteita, voivat psykiatrisen sairaalahoidon aikana ajautua tilanteeseen, jolloin tupakat ja rahat loppuvat. Kirjoittajat kuvaavat yhtäkkisen tupakoinnin lopettamisen aiheuttavan yleensä vieroitusoireita ja asettavan potilaan alttiiksi kaupankäynnille ja kiristämiselle. (Eskelinen ym. 2020.)

Skitsofrenian Käypä hoito-suositus (2020) ohjeistaakin kaikille tupakoiville skitsofreniapotilaille suositeltavan ainakin kerran vuodessa tupakoinnin lopettamista, ja heidän ohjaamistaan tupakoinnista vieroittamiseen tähtääviin interventioihin niin avo- kuin sairaalahoidossa (Skitsofrenia 2020). Koponen ja Lappalainen (2015) avaavat hoitajien voivan kartoittaa potilaan nikotiiniriippuvuutta, ottamalla selvää potilaan päivittäisestä tupakkatuotteiden kulutuksesta ja siitä, kuinka kauan herraamisen ja ensimmäisen tupakanpolton välillä on aikaa (Koponen & Lappalainen 2015). Eskelinen ja muut (2020) kertovat hoitajan roolin tupakoinnin lopettamisessa tuenantajana olevan keskeinen ja kehottavat suunnittelemaan tuen jatkumaan sairaalahoidon jälkeenkin, varsinkin potilaan näin

toivoessa. Kirjoittajat korostavat etenkin klotsapiinia lääkkeenä käyttäville muistutettavan seurannasta, tupakoinnin muuttaessa klotsapiinin määriä veressä. (Eskelinen ym. 2020.)

### 3.9.6 Painonhallinta

Normaaliväestöön verrattuna sekä ylipainoisuus että lihavuus ovat skitsofreniapotilaiden keskuudessa yleisempiä. Painonnousu saattaa liittyä tiettyjen psyykenlääkkeiden käyttöön, joista suurimmat riskit ovat klotsapiinilla ja olantsapiinilla. Ensimmäinen vuosi lääkkeiden aloittamisesta on erityisen merkityksellinen ja muiden kuin klotsapiinin kohdalla on syytä harkita lääkkeen vaihtoa painoneutraalimpaan, jos potilaan paino on noussut 5–7 % hänen aloituspainostaan lääkehoidon aikana. (Skitsofrenia 2020.)

Jennings (2015) nostaa artikkelissaan esiin tutkimustuloksen, jonka mukaan skitsofreniaa sairastavien tietämys diabeteksestä on normaaliväestöä huonompaa erityisesti ruokavalioon liittyen. Skitsofreniaa ja diabetesta yhtäaikaisesti sairastavat ihmiset kuvattiin lisäksi erityisen alttiiksi kognitiivisille, etenkin lähimuistin ja keskittymisen haasteille. Tutkimus nimeääkin ruokavaliolla olevan merkittävän, mutta aliarvostetun vaikutuksen vaikeisiin mielenterveysongelmiin. (Jennings 2015, 68–72). Skitsofrenian Käypä hoito suosituksen (2020) mukaan kaikille potilaille tulisi tarjota tietoa terveellisistä elämäntavoista ja tukea painonhallintaan (Skitsofrenia 2020).

Painonhallinnassa tehokkaiksi on havaittu moniammatillisesti toteutetut elintapainterventiot sekä yksilö- ja ryhmähoitomuotojen yhdistelmät. Painonhallintaan liittyvistä lääkkeistä metformiinia on tutkittu eniten ja skitsofreniaa sairastavat saattavat hyötyä sen käytöstä. Se voi kuitenkin aiheuttaa esimerkiksi vatsavaivoja ja laktaattiasidoosia eli vakavaa häiriötä, jossa veren pH-arvo laskee ja maitohappoarvot nousevat. Metformiinia tehokkaampia voivatkin olla aripipratsoli ja topiramaatti sekä lääkkeettömät hoitokeinot kuten psykoedukaatio, elintapaohjaus ja liikuntainterventiot. (Mt.)

### 3.9.7 Liikunta

Skitsofreniapotilaiden liikkuminen on normaaliväestöön verrattuna huomattavasti vähäisempää ja heillä voi lisäksi olla liikkumiseen liittyviä rajoitteita. Potilaiden liikuntatottumuksista tulisi ottaa selvää jo hoidon alussa ja pyrkiä lisäämään fyysistä aktiivisuutta koko potilaan hoidon ajan. (Skitsofrenia 2020.)

Useita kertoja viikossa tapahtuva, säännöllinen liikunta parantaa skitsofreniapotilaan kuntoa, tukee painonhallinnassa, helpottaa psyykkisiä oireita ja vaikuttaa kohentavasti kognitioon sekä elämänlaatuun. Lisäksi lihasrentoutuksilla voi olla ahdistusta ja psyykkistä stressiä lievittäviä vaikutuksia. (Mt.)

Girdler, Confino ja Woesner toteavat tutkimuksessaan (2019) psykoosilääkehoidon olevan yksinään riittämätön vastaamaan skitsofrenian kognitiivisiin haasteisiin, negatiivisiin oireisiin ja kohonneeseen kuolleisuuteen. Tutkimus osoittaa liikunnan lääkkeettömänä hoitomuotona lisäävän muun muassa muistin toimintaa sekä johtavan parannuksiin edellä mainituissa haasteissa ja täten tukevan myös Skitsofrenian Käypä hoito-suositusta. Aerobinen harjoittelu voi tutkimuksen mukaan lisäksi helpottaa skitsofreniaan liittyviä fyysisiä terveysongelmia ja antipsykoottisia sivuvaikutuksia kuten lihavuutta, diabetesta ja metabolista oireyhtymää, mikä puolestaan johtaa vähentyneeseen kuolleisuuteen. (Girdler, Confino & Woesner 2019, 69.) Vancampfort, Probst, Skjaerven, Catalán-Matamoros, Lundvik- Gyllensten, Gómez-Conesa, Ijntema ja De Hert tukevat tutkimuksessaan (2012) Gidlerin ja kumppaneiden tutkimusta (2019), lisäten aerobisen liikunnan ja lihasvoimaharjoitusten parantavan myös työmuistia (Vancampfort, Probst, Skjaerven, Catalán- Matamoros, Lundvik- Gyllensten, Gómez-Conesa, Ijntema & De Hert 2012, 20; Girdler ym. 69).

### **3.10 Etiikka ja päätöksenteko hoitotyössä**

Sairaanhoitajien eettisten ohjeiden (2021) mukaisesti jokainen potilas on kohdattava arvokkaana yksilönä. Ohjeissa korostetaan sairaanhoitajan kohtelevan potilaita oikeudenmukaisesti ja yhdenvertaisesti sekä jokaista potilasta samanarvoisesti, huomioiden potilaan yksilöllisen elämäntilanteen ja hoidon tarpeen. (Sairaanhoitajien eettiset ohjeet 2021.)

Potilaan hoidossa näyttöön perustuva päätöksenteko koostuu parhaasta ajantasaisesta tiedosta ja kliinisestä kokemuksesta, joka vastaa potilaan tarpeisiin ja toimintaympäristön olosuhteisiin. Paras ajantasainen tieto tarkoittaa luotettavaa tutkimusnäyttöä tai muuta luotettavaksi arvioitua tietoa. Kansalliset suositukset, kuten Käypä hoito-suositukset edustavat vahvinta näyttöä ajantasaisesta tiedosta. (Hotus N.d.) Hoitotilanteissa hoitaja punnitsee näyttöön perustuvan tiedon avulla menetelmien hyötyjä ja haittoja, tehdäkseen hoitotilanteeseen parhaiten soveltuvan ratkaisun (Holmberg 2016, 50–51).

Kaltiala-Heinon ja muiden artikkelissa (2014) todetaan psykiatrisella osastolla hoitajan täytyvän kyetä itsenäiseen päätöksentekoon, koska turvallisuuteen liittyvät tilanteet saattavat syntyä ja vaihtua nopeasti. Artikkelin kirjoittajat kuvaavat ennakoinnin ja yhteisten toimintaohjeiden helpottavan päätöksentekoa nopeissa tilanteissa. (Kaltiala-Heino ym. 2014.) Salzmänn-Eriksonin tutkimuksessa (2014) kävi ilmi, että hoitajien vallan väärinkäyttöä rajoittamistoimenpiteissä voidaan ehkäistä yksikön selkeillä ohjeilla, jolloin yksittäisen hoitajan ei tarvitse itsenäisesti käyttää päätösvaltaansa. Tutkimus suosittaakin yksiköissä olevan käytössä selkeän ja tarkan luokittelun, missä tilanteissa potilaan liikkumista voidaan rajoittaa tai mitä esineitä potilailla saa olla hallussaan. (Salzmänn-Erikson 2014.)

Potilailla on itsemääräämisoikeus, jota hoitajan on kunnioitettava. Jotta potilas voi tehdä itseään koskevia päätöksiä, tulee hänellä olla riittävät tiedot ja tuki ilmaista oma mielipiteensä sekä osallistua päätöksentekoon. Pyrkimyksenä on, että potilas ottaa itse vastuun terveydestään, mutta esimerkiksi tahdosta riippumattomassa hoidossa potilaan itsemääräämisoikeutta joudutaan rajoittamaan terveydellisistä syistä sekä turvallisuuden näkökulmasta. (Hämäläinen ym. 2017, 53–56.)

Skitsofrenian luonne vaikuttaa eettisten ongelmien syntyyn hoitotyössä. Skitsofrenian vaikuttaessa suuresti potilaan toimintakykyyn ja ajatteluun, kyky tehdä itseään koskevia päätöksiä vaikeutuu. Potilaalla voi olla vähäiset mahdollisuudet vaikuttaa omaan elämäänsä sairauden tai heikon sosiaalisen asemansa vuoksi, jolloin potilas tuntee avuttomuutta, mikä voi johtaa huonoon itsetuntoon. Jos potilas ei kykene tai uskalla tuoda esiin omia ajatuksiaan, hänestä tulee herkästi haavoittuva ja asiantunteva hoitohenkilöstö saa auktoriteettiaseman potilaaseen, jolloin vallankäytön mahdollisuus lisääntyy. Keskeisin eettinen kysymys mielenterveytystyössä onkin tasapainon löytäminen pakon, rajoittamisen ja vapauden välillä. Hoitajalla on oltava herkkyyttä havaita, missä kulkevat potilaan ja hoitajan päätösvalan rajat sekä pidättäytyttävä väärinkäyttämästä valta-asemaansa. (Leino-Kilpi & Välimäki 2014, 264–267.)

Tahdosta riippumattomassa hoidossa olevien potilaiden kohdallakin tulisi varmistaa potilaan mielipide hoidosta, vaikka yhteisymmärrykseen ei hoitohenkilökunnan ja potilaan välillä päästäisi. Eettinen ongelma syntyy, jos henkilökunta alkaa tehdä päätöksiä potilaan puolesta, kuulematta potilaan itsensä mielipidettä. (Mts. 266.) Toisaalta skitsofreniapotilailla voi olla vaikeuksia ilmaista omaa mielipidettä hoidosta, jolloin sairaanhoitajien on toimittava potilaiden puolestapuhujina ja

osallistuttava hoitotyön päätöksentekoon potilaiden puolesta. Sairaanhoitajat tiedostavat potilaan itsemääräämisoikeuden ja osallisuuden tärkeyden potilasta koskevassa päätöksenteossa ja kokevat työssään sitä enemmän moraalista stressiä ja eettisiä ristiriitoja, mitä vähemmän potilaat osallistuvat omaan hoitoonsa ja päätöksentekoon. Potilaiden vaikutusmahdollisuudet omaan hoitoonsa lisääntyvät, kun hoitajilla on tarpeeksi aikaa ja motivaatiota nähdä potilaan diagnoosintaakse, nähden potilaan potentiaalin, voimavarat ja mahdollisuudet. (Jansen & Hanssen 2017.)

Hoitohenkilökunnan mahdolliset kielteiset asenteet potilaita kohtaan voivat johtaa eettisiin ongelmiin. Hoitajilla on todettu olevan erilaisia asenteita mielenterveyspotilaita kohtaan. Asenteet vaihtelevat maailmanlaajuisesti ja länsimaalaisten hoitajien asenteet ovat pääosin positiivisempia verrattuna Aasiaan tai Lähi-Itään. Skitsofreniaa sairastavia potilaita kohtaan hoitajien asenteet ovat tutkimusten mukaan olleet negatiivisempia, kuin masennusta sairastavia potilaita kohtaan. Negatiiviset asenteet liittyvät esimerkiksi potilaiden ennakoimattomaan käyttäytymiseen ja ajatukseen, että psykoosilääkkeillä ei hoideta potilaan oireita vaan vähennetään häiriökäyttäytymistä. Lisäksi negatiivisia asenteita hoitajilla esiintyi skitsofrenia potilaiden perusoikeuksiin ja ihmisoikeuksiin liittyen sekä sairauden tuomaan stigmaan, kuten ettei skitsofreniaa sairastavien tulisi omata äänioikeutta tai heitä ei haluttaisi työyhteisöön tai perheenjäseniksi. Skitsofrenian akuuttihoiton parissa työskentelevillä sairaanhoitajilla asenteet potilaita kohtaan ovat negatiivisempia, kuin sairaanhoitajilla, jotka työskentelevät vakaampien potilaiden parissa pitkäaikaishoidon osastoilla. Sairaanhoitajien asenteisiin ja valmiuksiin toteuttaa hoitotyötä, voidaan vaikuttaa koulutuksella, selkeillä ohjeilla, siitä miten kohdata mielenterveyspotilas, miten potilaiden sairauksia hoidetaan ja kuinka oireita lievitetään sekä, mitkä hoitovaihtoehdot ovat tehokkaimpia. (de Jacq, Norful & Larson 2016.)

### **3.11 Potilaiden kohtaaminen**

Psykoosiin sairastuneen potilaan kohtaamiseen tulee panostaa. Kohtaamisessa korostuu rauha, kiireettömyys, turvallisuus ja luottamus. (Pulkkinen & Vesanen 2017b.) Keskusteluiden tulee perustua realiteetteihin, lauseiden on oltava selkeitä, konkreettisia ja yksiselitteisiä sekä vuorovaikutuksen vastavuoroista (Hämäläinen ym. 2017, 259–260; Pulkkinen & Vesanen 2017b). Potilaan annetaan itse kuvata tilanteensa, jolloin kokonaiskuvan kartoittaminen helpottuu ja hoitaja saa



mahdollisuuden antaa potilaalle palautetta, tukea ja positiivista vahvistusta. Hoitajan on oltava rehellinen, empaattinen ja jämäkkä sekä antaa toivoa potilaan selviytymisestä. (Hämäläinen ym. 2017, 259–260.)

Luottamusta vahvistavat hoitajan aito, rehellinen ja avoin toiminta. Hoitajan tulee toimia lupaus- tensa mukaisesti tai kyettävä perustelemaan potilaalle, jos ei ole voinut pitää lupauksia. Luotta- muksen rakentumista edesauttavat hienovarainen lähestyminen, potilaan toiveiden kuuntelemi- nen ja erilaisten reaktioiden huomioiminen. Potilaan on tärkeää voida purkaa ja selvittää asioitaan, luottaen hoitajan jakavan ne potilaan kanssa hajoamatta, torjumatta tai jättämättä potilasta yksin kokemustensa kanssa. (Holmberg 2016, 92–93.)

Katsekontaktin ottaminen on tärkeää, mutta kohtuullisesti, jottei potilas koe sitä uhkaavana. Poti- laan harhaluulot ovat potilaalle itselleen totta ja hoitajan tulee suhtautua harhaluuloihin ymmär- täen, kuitenkin niitä ruokkimatta tai lähtemättä harhaluuloihin mukaan. (Hämäläinen ym. 2017, 259–260.) Potilaan kokemia harhoja voidaan kyseenalaistaa varovasti, puhumalla potilaan omasta kokemusmaailmasta sekä tuomalla tosiasioita harhojen rinnalle (Pulkinen & Vesanen 2017b). Po- tilasta tulee puhutella omalla nimellään ja puhumisen tulee olla varsinkin psykoosin alkuvaiheessa yksinkertaista ja selkeää (Hämäläinen ym. 2017, 259–260). Lisäksi on tärkeää pysyä objektiivisena ja säilyttää ammatilliset rajat (Pulkinen & Vesanen 2017b).

Hoitajan tehtävä on luoda turvallisuudentunnetta olemalla läsnä ja kuulemalla potilaan kokemaa hätää ja pelkoa. Skitsofreniaan sairastuminen on aina kriisi, joka koskettaa potilaan lisäksi hänen läheisiään, siksi potilaan sekä perheen tunteiden käsittely on tärkeää. (Hämäläinen ym. 2017, 259– 260.) Potilaan perheen ja tukiverkoston yhteistapaamisissa potilaan läsnäolo voi lisäksi vähentää potilaan taantumaa ja psykoottisuutta sekä vahvistaa potilaan hoitoon sitoutumista (Pulkinen & Vesanen 2017b).

### **3.12 Distanssin säätely skitsofreniapotilaan kohtaamisessa**

Distanssilla eli välimatkalla tarkoitetaan läheisyys-etäisyys-käsitettä (Hietaharju & Nuutila 2010, 106). Distanssin säätely on toisen ihmisen kunnioittamista erillisenä yksilönä. Ammatillisesti etäi- syyttä potilaaseen voidaan osoittaa esimerkiksi työasuin ja nimikyltein. (Holmberg 2016,95.)

Välimatkan säätely toimii potilaan kehitys- ja kasvuprosesseja ohjaavana tekijänä ja on merkittävässä roolissa hoitosuhteen edistymisen kannalta. Distanssin säätely vaatii hoitajalta ammattitaitoa ja herkkyyttä tunnistaa potilaalle tarpeellinen distanssi, koska distanssin tarve vaihtelee yksilöllisesti sekä tilanteen mukaan. Distanssin havainnointi sekä siinä tapahtuvat muutokset helpottuvat, kun hoitosuhdetyöskentelyssä käytetään järjestelmällisesti samaa tilaa keskusteluissa. Potilaan ja hoitajan välimatka, voidaan jakaa fyysiseen, psyykkiseen ja sosiaaliseen distanssiin. (Hietaharju & Nuutila 2010, 106–107; Hämäläinen ym. 2017, 163–164.)

Fyysisestä distanssista kertovat kehonkieli, asennot, ilmeet, eleet ja sijoittuminen tilaan (Hietaharju & Nuutila 2010, 107). Hoitotyössä fyysistä distanssia voidaan kunnioittaa, esimerkiksi kysymällä potilaalta hänelle sopivasta tavasta olla lähellä ja säilyttää etäisyys (Holmberg 2016, 95). Suuren distanssin säilyttävä potilas voi esimerkiksi kääntyä selin keskustelukumppaniinsa, välttää katsekontaktia, sijoittua mahdollisimman kauas muista yhteisessä tilassa tai puhua vain kysyttäessä. Distanssin ollessa suurimmillaan, tulee välttää huumorin käyttöä. (Hietaharju & Nuutila 2010, 107.)

Psyykkistä distanssia säädellään hoitosuhteessa kysymyksillä, aiheen valinnalla sekä aihetta syventämällä tai vaihtamalla (Holmberg 2016, 95). Psyykinen distanssi voi ilmetä torjumisena, kieltäytymisenä ja puhuttelutapana, kuten teitittelynä. Potilaan halutessa säilyttää suuren psyykkisen distanssin, tulee hoitajan vastata potilaan tarpeeseen. (Hietaharju & Nuutila 2010, 107.) Potilaan vastaamattomuus tai hiljaisuus voi olla psyykkisen distanssin säätelyä vaikeaksi koetussa aiheessa. Psyykkistä distanssia voidaan käyttää tietoisesti rajaamalla hoitotyöhön liittymättömiä henkilökohtaisia asioita keskusteluiden ulkopuolelle. (Holmberg 2016, 95.)

Sosiaalista distanssia säädellään hoitosuhteessa tapaamalla potilasta vain työajalla. Sosiaalinen distanssi näkyy potilaan yksityisyyden ja vapaa-ajan kunnioittamisena. Tarvittaessa ammatillisuuteen kuuluu osata ottaa etäisyyttä irrottautumalla hoitosuhteesta. (Mts. 95.)

Psykoottisen potilaan distanssin tarve voi olla suuri tai sen rajat voivat olla hämärtyneet, jolloin potilas voi pyrkiä läheisyyteen tai tuttavallisuuteen liian nopeasti (Hietaharju & Nuutila 2010, 106). Etäisen ja vetäytyvän potilaan kohdalla hoitajan on mentävä lähemmäs potilasta, vastaavasti

avoimen ja rajattoman potilaan kohdalla hoitajan on oltava neutraali ja pysyttävä etäämmällä (Hämäläinen ym. 2017, 165). Jos potilaalla ei ole kykyä säädellä distanssia, on hoitajan tehtävä suojella häntä liiallisen tuttavallisuuden ja läheisyyden aiheuttamalta hämmennykseltä, kuten rajoittamalla potilasta puhumasta avoimesti henkilökohtaisista asioistaan hoitohenkilökuntaan kuulumattomille (Hietaharju & Nuutila 2010, 107).

## **4 Potilas- ja työturvallisuus**

### **4.1 Tahdosta riippumaton hoito**

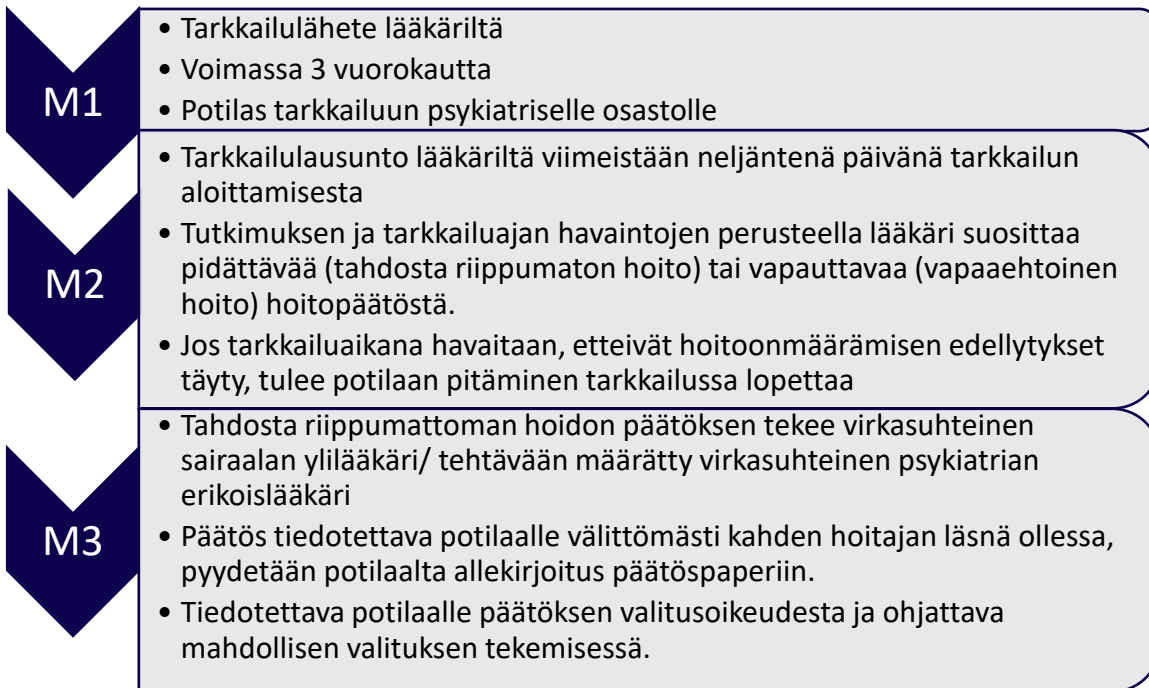
Potilaan hoitokielteisyys, hoidon vastustaminen tai aggressiivinen käyttäytyminen voivat johtaa tahdosta riippumattomaan hoitoon ja pakkotoimien käyttöön. Suomessa psykiatrisessa hoidossa liikkumisvapauden rajoittaminen on hyvin yleistä, lähes kaikki tahdosta riippumatonta hoitoa toteuttavat osastot ovat suljettuja. (Kuosmanen & Laukkanen 2019.) Suljetulla osastolla ovet ovat lukossa ja kulku osastolle tai pois osastolta tapahtuu henkilökunnan valvonnassa (Hietaharju & Nuutila 2010, 22–23).

#### **4.1.1 Tahdosta riippumattoman hoidon juridiikka**

Mielenterveyslaki antaa mahdollisuuden tarvittaessa hoitaa potilasta ilman potilaan tai omaisten suostumusta. Tahdosta riippumattomaan hoitoon potilas voidaan määrätä vain 1) jos hänen todetaan olevan mielisairas; 2) jos hän on mielisairautensa vuoksi hoidon tarpeessa siten, että hoitoon toimittamatta jättäminen pahentaisi olennaisesti hänen sairauttaan tai vaarantaisi vakavasti hänen terveyttään, turvallisuuttaan tai muiden henkilöiden terveyttä tai turvallisuutta; ja 3) jos mitkään muut mielenterveyspalvelut eivät sovellu käytettäviksi tai ovat riittämättömiä. (L 14.12.1990/1116.)

Tahdosta riippumattoman hoidon prosessi etenee tarkkailulähettestä (M1) tarkkailuun ottamiseen, siitä tarkkailulausuntoon (M2) ja lopulta mahdollisesti hoitoonmääräämispäätökseen (M3) (Mt.). Tarkkailun aikana osaston henkilökunta haastattelee ja havainnoi potilasta, selvittää potilaan tilannetta ja kirjaa havainnot potilaan hoitokertomukseen (Hämäläinen ym. 2017, 75). Tahdosta riippumatonta sairaalahoidoa voi kerrallaan jatkaa korkeintaan kolme kuukautta. Jos hoitava lääkäri katsoo sairaalahoidon jatkamisen olevan kolmen kuukauden jälkeen perusteltua, potilaasta on tehtävä uusi tarkkailulausunto. Tahdosta riippumatonta hoitoa voidaan tällöin jatkaa hallinto-

oikeuden vahvistuksella kerrallaan enintään kuusi kuukautta. (L 14.12.1990/1116.) Alla oleva kuvio (ks. Kuvio 3) havainnollistaa hoitoonmääräämispäätöksen prosessia.



Kuvio 3. Tahdosta riippumattoman hoitopäätöksen prosessi (tiedot Hämäläinen ym. 2017, 75; L 14.12.1990/1116)

Tahdosta riippumattomassa hoidossa potilasta on hoidettava mahdollisuuksien mukaan yhteisymmärryksessä potilaan kanssa, eikä tahdosta riippumaton hoitoonmääräämispäätös tarkoita, että potilaan hoidossa tulisi käyttää tahdosta riippumattomia hoitotoimenpiteitä. Potilaan perusoikeuksia rajoitetaan vain silloin, kun se on ehdottoman välttämätöntä ja rajoitukset perustellaan potilaalle ennen toimeenpanoa. (Hämäläinen ym. 2017, 78.)

#### 4.1.2 Rajoittaminen

Lain mukaan potilaalle voidaan tehdä hänen tahdostaan riippumatta sellaisia lääketieteellisesti hyväksyttäviä hoito- tai tutkimustoimenpiteitä, joiden suorittamatta jättäminen vaarantaisi vakavasti hänen tai muiden terveyttä tai turvallisuutta. Tarvittaessa pakkohoitoa annettaessa potilasta voidaan pitää kiinni tai käyttää hoidon suorittamisen kannalta välttämättömiä lyhytaikaisia rajoitustoimenpiteitä. Potilaan tahdosta riippumatta suoritettavista hoito- ja tutkimustoimenpiteistä sekä

tarvittavista lyhytaikaisista rajoitustoimenpiteistä päättää hoitava lääkäri. (L 14.12.1990/1116.)  
Pakkotoimenpiteet tulee suorittaa mahdollisimman turvallisesti, potilasta arvostaen ja kunnioittaen (Hämäläinen ym. 2017, 78).

Mielenterveyslain mukainen tahdosta riippumaton hoito ei poista potilaan perustuslaillisia oikeuksia (L 14.12.1990/1116). Kuosmanen ja Laukkanen tähdentävät artikkelissaan (2019) pakon käytön vähentämisen psykiatrisessa sairaalahoidossa olevan ihmisoikeus-, työturvallisuus- ja potilasturvallisuuskysymys. Psykiatrisen hoidon eettisissä periaatteissa potilaan itsemääräämisoikeuden kunnioittamista tulee kirjoittajien mukaan korostaa hoidon kaikissa vaiheissa. (Kuosmanen & Laukkanen 2019.)

#### **4.1.3 Osastolla toteutettavat rajoitustoimenpiteet**

Potilailta voidaan lain puitteissa rajoittaa liikkumisvapautta. Tällöin voidaan kieltää poistuminen sairaalan alueelta tai hoitoyksikön tiloista. Poistumisen estämiseksi henkilökunta voi käyttää puolustettavina pidettäviä voimakeinoja. (L 14.12.1990/1116.) Liikkumisvapauden rajoittamista koskeva päätös ei estä vapaata liikkumista sairaala-alueella tai kotilomia, jos potilas on yhteistyökykyinen. Potilaan ulkoilu tapahtuu joko vapaakävelyinä tai hoitajan saattamina ulkoiluna.

Vapaakävelyt ovat laajuudeltaan ja kestoltaan tapauskohtaisesti harkittua itsenäistä ulkoilua. (Repo-Tiihonen, Putkonen & Tuppurainen 2012.)

Laki antaa mahdollisuuden myös potilaiden omaisuuden haltuunottoon. Päihteet, huumausaineiden käyttöön soveltuvat välineet, aineet tai esineet, jotka vaarantavat potilaan tai muiden terveyttä tai turvallisuutta voidaan ottaa toimintayksikön haltuun. Potilaan hoitoa ja toimintayksikön yleistä järjestystä vakavasti haittaavat aineet ja esineet voidaan myös ottaa haltuun. Rahat tai muut potilaan maksuvälineet voidaan ottaa haltuun, jos potilas sairautensa vuoksi todennäköisesti hävittäisi ne. Haltuunotosta on ilmoitettava viipymättä vastaavalle lääkärille, joka ratkaisee, palautetaanko omaisuus potilaalle jo ennen hoidon päättymistä. Potilaalla on oikeus saada haltuun otettu omaisuus takaisin hoidon päättyessä. (L 14.12.1990/1116.)

Laki sallii myös henkilötarkastuksen ja -katsastuksen teon potilaille. Henkilötarkastus voidaan tehdä, jos on perusteltu syy epäillä, että potilaalla on vaatteissaan tai muutoin yllään kiellettyjä ai-

neita tai esineitä. (L 14.12.1990/1116.) Perusteltu syy henkilötarkastukselle voi olla esimerkiksi potilaalla todettu päihdeongelma ja oleskelu päihtyneiden seurassa (Repo-Tiihonen ym. 2012). Henkilökatsaus voidaan suorittaa, jos on todennäköinen syy epäillä, että potilas on päihdyttävän aineen vaikutuksen alainen, tai että hänellä on kehossaan päihdyttäviä aineita tai kiellettyjä esineitä (L 14.12.1990/1116). Henkilökatsaukselle perusteltu syy voi olla esimerkiksi alkoholin haju tai muut päihtymyksen merkit (Repo-Tiihonen ym. 2012). Henkilökatsaus voidaan suorittaa ottamalla puhalluskoe, veri-, virtsa- tai sylkinäyte tai tarkastamalla potilaan keho. Lisäksi potilaan omaisuus ja käytössä olevat tilat voidaan tarkastaa, jos on perusteltu epäily, että potilaalla on hallussaan kiellettyjä aineita tai esineitä sekä potilaalle tulevat lähetykset voidaan tarkastaa luottamuksellista viestiä lukematta, jos on perusteltu syy epäillä lähetykset sisältävän kiellettyjä aineita tai esineitä. (L 14.12.1990/1116.)

Potilaan yhteydenpitoa voidaan rajoittaa lain mukaan, jos yhteydenpidosta on vakavaa haittaa potilaan hoidolle, kuntoutukselle tai turvallisuudelle. Yhteydenpitoa voidaan rajoittaa myös, jos rajoittaminen on välttämätöntä jonkun toisen henkilön yksityiselämän suojaamiseksi. Yhteydenpitoon käytettävät välineet ja laitteet voidaan rajoituksen ajaksi ottaa toimintayksikön haltuun tai niiden käyttöä voidaan muuten rajoittaa. Yhteydenpitoa ei voida rajoittaa oikeusavustajaan, sairaalan toimintaa valvoviin viranomaisiin, lainkäyttöviranomaisiin ja ihmisoikeuksien kansainvälisiin valvontaelimiin. Ylilääkärin tai muun vastaavan lääkärin on tehtävä yhteydenpidon rajoittamisesta kirjallinen päätös, mitä ennen potilaalle tulee varata tilaisuus tulla kuulluksi. Päätös on määräaikainen ja kestoltaan korkeintaan 30 päivää. (Mt.)

Hämäläinen ja muut tähdentävät kirjassaan (2017) kaikkien rajoitustoimenpiteiden tai tahdosta riippumattomien hoitotoimenpiteiden jälkeen hoitajille ja potilaille järjestettävän psykologisen purkukeskustelun, jossa tapahtuma käydään läpi. Keskustelussa tulee kirjoittajien mukaan varmistaa, että potilas tietää, miksi rajoitustoimenpiteitä tai tahdosta riippumattomia hoitotoimenpiteitä käytettiin ja mihin toimilla pyrittiin, jolloin samalla tarjoutuu mahdollisuus oikaista hoitoon liittyneitä väärinkäsityksiä. Potilas saa näin toimittaessa kirjoittajien mukaan keskustelussa lisäksi tilaa kertoa kokemuksestaan ja toimenpiteeseen liittyneistä tunteistaan. (Hämäläinen ym. 2017, 82.)

## 4.2 Potilas- ja työturvallisuus psykiatrialla

Psykiatrialla potilas- ja työturvallisuuteen vaikuttavat useat tekijät, liittyen potilaaseen, henkilöstöön, palvelujärjestelmään ja fyysiseen toimintaympäristöön. Hoitohenkilökuntaan kohdistuu yhä enemmän väkivallan uhkaa psykiatrian alalla ja työssä tulee huomioida potilaan, omaisten ja henkilökunnan turvallisuus. Joka kolmas hoitaja on kokenut työssään fyysistä väkivaltaa tai sen uhkaa. (Kaltiala-Heino ym. 2014.)

Potilas- ja työturvallisuutta parantavat ennakointi, huolellinen arviointi ja hyvin järjestetty hoito. Lisäksi henkilöstöressurssien ja työnjaon järkevä suunnittelu mahdollistavat turvallisuuden toteutumisen psykiatrian toimialalla. (Holmberg 2016, 224; Kaltiala-Heino ym. 2014; Makkonen, Puttonen, Korhonen, Kuosmanen & Kärkkäinen 2016, 10.)

Verhaeghe, Duprez, Beeckman, Leys, Van Meijel ja Van Hecke päättelevät tutkimuksessaan (2017) sairaanhoitajien kokeman pystyvyydentunteen omaan työhönsä ja aggressiivisten potilaiden hoitoon vähentävän aggressiivisten välikohtausten määrää ja vakavuusastetta. Tutkimuksessa ilmenee, että väkivallan esiintymistä voidaan ehkäistä myös sairaanhoitajien positiivisella asenteella ja koulutuksen tärkeyden ymmärtämisellä. Koettu pystyvyydentunne ja koulutus puolestaan tutkimuksen mukaan mahdollistavat ammatillisen ja terapeutin väkivaltatilanteisiin puuttumisen. (Verhaeghe, Duprez, Beeckman, Leys, Van Meijel & Van Hecke 2017.)

Lisäksi Verhaeghen ja kumppaneiden tutkimuksessa (2017) ilmenee, että ammatillinen ja terapeutin väkivaltatilanteiden hoitaminen johtavat parempaan hoidonlaatuun, tehokkaampiin hoitotuloksiin sekä hoitajien parempaan kykyyn käsitellä aggressiivista käyttäytymistä ja sen sisältämiä vaaroja. Tutkijat huomauttavat, että hoitajat, jotka eivät koe pystyvänsä töiden tekoon tehokkaasti tai kokevat työssään toivottomuutta, omaavat enemmän negatiivisia asenteita aggressiivisuutta kohtaan. Tutkimuksessa havaitaan myös, että pidempään työelämässä olleet, väkivaltatilanteista kuormittuneet hoitajat kokevat mahdollisesti enemmän työstä johtuvaa uupumusta ja erilaisia psyykkisiä oireita, jotka voivat vaikuttaa hoitajien kokemaan empatian puutteeseen aggressiivista käytöstä kohtaan. (Mt.)

Lantta, Anttila, Kontio, Adams ja Välimäki kuvaavat tutkimuksessaan (2016) jatkuvan väkivallan uhan ilmapiirin osastolla voivan johtaa kyynisyyteen hoitajien keskuudessa. Pitkään jatkunut väkivallanuhan ilmapiiri voi muuttaa hoitajien asenteita ja jopa fyysinen väkivalta voi alkaa tuntua vähemmän poikkeukselliselta. Hoitajat nimeävätkin tutkimuksessa olevansa niin tottuneita sanalliseen väkivaltaan, että he eivät edes aina tunnista sitä, jolloin sanallisen väkivallan voidaankin nähdä haitallisesti kuuluvan osaksi työnkuvaa. Hoitajille tulisikin tutkimuksen kirjoittajien mukaan tarjota keinoja tunnistaa eri väkivallan muotoja ja ottaa käyttöön uusia työvälineitä ehkäisemään kyynistymisen syntymistä, sillä väkivallan ei tulisi kuulua osaksi normaalia työnkuvaa. (Lantta, Anttila, Kontio, Adams & Välimäki 2016.)

### **4.3 Skitsofrenia ja väkivaltaisuus**

Skitsofreniaan liittyvä vääristynyt kuva todellisuudesta, harhaluulot ja harha-aistimukset voivat saada potilaan pelkäämään, heikentävät potilaan kykyä huolehtia asioistaan ja eduistaan sekä voivat johtaa itsensä vahingoittamiseen tai väkivaltaan muita kohtaan. Sairaudentunnottomuuden vuoksi potilas ei välttämättä pidä itseään sairaana, hoitoa tarpeellisena ja hoitoyritykset voidaan tulkita uhkaksi itselle. Lisäksi tahdosta riippumaton hoito ja rajoitustoimenpiteet vaikuttavat negatiivisesti potilas- ja työturvallisuuteen. (Kaltiala-Heino ym. 2014.)

Volavkan tutkimuksessa (2013) ilmeni, että skitsofreniaa sairastavilla on kohonnut väkivaltaisen ja aggressiivisen käyttäytymisen riski suhteessa normaaliväestöön, vaikkei voidakaan yleistää skitsofreniapotilaiden olevan väkivaltaisempia kuin muiden potilaiden. Kohonneeseen väkivaltatarikkiin vaikuttavat skitsofreniaa sairastavilla päihde- ja persoonallisuushäiriöiden yhdenaikainen esiintyminen. (Volavka 2013.)

Gerlock, Buccheri, Buffum, Trygstad ja Dowling tutkivat (2010) skitsofreniaan liittyvien ääniharhojen merkitystä väkivaltaisuuteen. Äänien ohjaamana toimimisen riski on suurentunut potilailla, jotka ovat ahdistuneita ja kokevat omaavansa vähän vaikutusmahdollisuuksia äänien kontrollointiin. Myös puutteellisia selviytymiskeinoja äänien suhteen kokevilla, sekä potilailla, joiden harhaluulot tukevat kuultuja ääniharhoja, riski väkivallankäyttöön on selvästi suurentunut. Ääniharhat, jotka komentavat henkilöä satuttamaan itseään tai toisia tulee ottaa hoidossa vakavasti ja pyrkiä



tunnistamaan sekä hoitamaan hoidon alussa. Hoitona voidaan käyttää erilaisia terapioidia, jotka antavat potilaille erilaisia käyttäytymismalleja ja selviytymiskeinoja äänien hallintaan. (Gerlock, Bucheri, Buffum, Trygstad & Dowling 2010.)

Psykoosilääkityksellä on aggressiivisuutta vähentävä vaikutus skitsofreniapotilaiden hoidossa. Muita psykoosilääkkeitä tehokkaammaksi on tutkimusten mukaan havaittu klotsapiini ja sen käyttöä suositellaankin skitsofreniapotilaiden aggressiivisuuden ja väkivaltaisuuden hoitoon. (Skitsofrenia 2020.) Väkivaltaisuuden ja aggressiivisuuden hoitoon on hyvä yhdistää lääkehoidon lisäksi terapiaa (Volavka 2013).

#### **4.4 Skitsofrenia ja itsetuhoisuus**

Muuhun väestöön verrattuna skitsofreniapotilailla itsemurhien yleisyys on 13-kertainen ja nykyä-sityksen mukaan skitsofreniaa sairastavista 5 prosenttia päätyy itsemurhaan. Skitsofreniapotilaiden itsemurhariskiä lisäävät psykoottiset oireet ja mielialaoireet sekä hoitoon sitoutumisen ja päihteiden käytön haasteet. Skitsofreniapotilaan itsemurhariskiä voidaan pienentää tehokkaalla psykoosin ja masennuksen hoidolla. (Skitsofrenia 2020.) Itsetuhoisuuteen osastohoidossa voidaan vaikuttaa poistamalla hirttäytymiseen soveltuvat rakenteet sekä lisäämällä rauhoittumishuoneita (Kaltiala-Heino ym. 2014).

Itsetuhoisuus voi ilmetä fyysisenä vahingontekona itselle ilman kuoleman ajatusta, itsemurha-ajatuksina, itsemurhan yrityksinä tai itsemurhakuolemina. Itsetuhoisen käyttäytymisen taustalla voi olla psykologisia tai biologisia, vuorovaikutussuhteellisia, sosiaalisia, yhteiskunnallisia, kulttuurillisia tai tämän hetkiseen tilanteeseen liittyviä tekijöitä. Ajankohtaisilla elämäntapahtumilla ja ympäristötekijöillä kuten esimerkiksi itsetuhomenetelmien saatavuudella on myös vaikutusta itsetuho-käyttäytymisen ilmenemiseen. Lisäksi mielenterveysongelmiin ja vakaviin somaattisiin sairauksiin liittyy kohonnut itsemurhan riski. (Lönqvist, Henriksson, Isometsä & Marttunen 2021.)

#### **4.5 Turvallinen työ- ja potilasympäristö**

Turvallisuutta arvioitaessa tulee huomioida fyysinen ympäristö. Fyysiseen ympäristöön voidaan laskea kuuluviksi työtilat, sisäänkäynnit, pakotiet ja kalusteet. Konfliktien syntyyn voivat vaikuttaa

liian ahtaat tilat ja käytävät sekä huono näkyvyys. (Kaltiala-Heino ym. 2014.) Tiloissa tuleekin huomioida hyvä näkyvyys, siisteys ja viihtyisyys (Holmberg 2016, 225). Viihtyisyyttä voidaan parantaa esimerkiksi erikokoisilla yhteisillä tiloilla, potilaiden huoneiden sijoittelulla sekä riittäväällä äänieristyksellä, joka edesauttaa tilojen rauhallisuutta. Potilaiden luvattoman poistumisen ehkäisemiseksi ja turvallisten ulkoilumahdollisuuksien järjestämiseksi, tulisi suljetuilla osastoilla olla erillinen ulkoilualue tai sisäpiha. (Makkonen ym. 2016.)

Tekninen valvonta ja hälytysjärjestelmät, kuten sisäpuhelimet ja hälyttimet vähentävät osaltaan väkivaltariskiä ja mahdollistavat nopean tilanteeseen puuttumisen ja lisäavun paikalle saamisen (Kaltiala-Heino ym. 2014). Lisäksi hyvä valaistus, tavaroiden turvallinen sijoittaminen, vahingoittamiseen soveltuvien välineiden poistaminen, paloturvalliset materiaalit ja rikkoutumattomat, lukittavat ikkunat edesauttavat turvallisuuden säilymistä. (Holmberg 2016, 225; Kaltiala-Heino ym. 2014).

Yhden hengen huoneet, jotka on mahdollista sulkea yöksi, parantavat potilasturvallisuutta ja vähentävät väkivaltaisen käyttäytymisen riskiä sekä pakkotoimien käytön määrää (Kaltiala-Heino ym. 2014; Makkonen ym. 2016). Yhden hengen huoneet mahdollistavat hiljaisuuteen vetäytymisen, parantavat potilaiden unen laatua ja vähentävät mahdollisesti potilaiden kokemaa stressiä (Makkonen ym. 2016). Potilashuoneiden ovien on kuitenkin oltava nopeasti avattavissa, jottei huoneisiin voi linnoittautua (Kaltiala-Heino ym. 2014). Huoneissa tulisi myös huomioida riittävä tila apuvälineiden käytölle sekä mahdollisuus vierihoidon järjestämiselle (Makkonen ym. 2016).

## **4.6 Väkivallan muotoja**

Hoitajien kokema väkivalta voidaan jakaa fyysiseen, omaisuuteen kohdistuvaan, seksuaaliseen, piilevään ja henkiseen väkivaltaan. Fyysinen väkivalta koostuu voimankäytöstä, kiinniottamisesta, tönnimisestä, lyömisestä, potkimisesta, raapimisesta ja puremisesta. Seksuaalinen väkivalta kattaa seksuaalisen uhan ilmapiirin, tahdonvastaisen pakottamisen tai kiristämisen seksuaaliseen tekoon tai raiskauksen. Omaisuuteen kohdistuva väkivalta tarkoittaa aineellisiin materiaaleihin, kuten toisen tai yhteiseen omaisuuteen kohdistuvaa väkivaltaa, esimerkiksi huonekalujen paiskomista. (Hietaharju & Nuuttila 2010, 165–166.)

Piilevä väkivalta herättää uhrissa pelkoa ja hallitsee käyttäytymistä uhan tai arvaamattomuuden ilmapiirillä. Piilevään väkivaltaan voidaan laskea mukaan myös puhumattomuuden, kieltäytymisen kontaktista ja ylimielisen, halveksuvan asenteen, niiden mitätöidessä toisen ihmisen arvon. Henkinen väkivalta käsittää uhkailun, pelottelun, vähättelyn, haukkumisen ja henkilökohtaisten ominaisuuksien nimittelyn. (Mts. 165–166.) Stonen, McMillanin, Hazeltonin ja Claytonin tutkimuksessa (2010) ilmeni, että henkinen väkivalta aiheuttaa hoitajille kärsimystä ja varsinkin seksuaalissävyytteinen sanallinen haukkuminen jättää negatiivisen jälkensä hoitajiin. Hoitajien stressinkäsittelykeinoja henkisen väkivallan osalta tulisikin kehittää työyhteisöissä. (Stone, McMillan, Hazelton & Clayton 2010.)

Hoitajat kuvaavat tutkimuksessa (2016) potilaiden toisiin potilaisiin kohdistavan väkivallan olevan yleisimmin kiristämistä ja siihen liittyvää uhkailua. Esimerkiksi potilaiden välinen tavaroiden, kuten savukkeiden lainaaminen, voi synnyttää vaikeuksia ja riitoja. Pahimmillaan potilaiden toisiinsa kohdistama väkivalta on fyysistä ja harvoissa tapauksissa väkivalta voi johtaa tapon yritykseen. (Lantta ym. 2016.)

#### **4.7 Väkivallan tausta**

Aggressiivisen käyttäytymisen syitä on useita. Taustalla voi olla syyllisyyttä, turhautumista, pelkoa, avuttomuutta sekä torjutuksi, petetyksi tai väärinymmärretyksi tulemista. Väkivaltatilanteen voi kärjistää esimerkiksi ahdistuneisuus, kivuliaisuus, harhaisuus tai päihtymys. (Holmberg 2016, 227.)

Potilaat kuvaavat väkivaltakäyttäytymiseen osastolla vaikuttavan alla olevassa kuviossa (ks. Kuvio 4) esitettyjen tekijöiden. Potilaat ovat herkässä tunnetilassa lukitussa ympäristössä, jossa eivät tunne muita potilaita tai henkilökuntaa ja voivat tuntea pelkoa toisia potilaita kohtaan. Hoitajien esimerkki potilaiden kohtaamisessa voi vaikuttaa pelkoon. Jos potilaat havaitsevat hoitajien pelkäävän tiettyä potilasta, he todennäköisimmin pelkäävät häntä myös. Jos taas hoitajat ovat ystävällisiä ja empaattisia pelottavaa potilasta kohtaan, voi myös potilaiden tuntema pelko helpottaa. (Kontio, Anttila, Lantta, Kauppi, Joffe & Välimäki 2013.)

väkivaltakäyttäytymiseen liittyviä tekijöitä	
tiedon puute	epävarmuus tulevasta
yksinäisyys	liiallinen kontrolli ja säännöt
tylsistyminen	henkilökunnan auktoriteettiaseman väärinkäyttö
pelko	henkilökunnan erilaiset hoitokäytänteet

Kuvio 4. Väkivaltakäyttäytymiseen liittyvät tekijät (tiedot Kontio ym. 2013)

Potilaiden väkivaltakäyttäytymisen ehkäisyyn voidaan vaikuttaa antamalla potilaille tietoa heidän sairaudestaan, oireista ja hoidosta sekä varmistamalla, että potilaat tietävät päiväkohtaiset aikataulunsa ja osaston päiväjärjestyksen, esimerkiksi kertaamalla tulevan päivän aikataulun aamulla. Hoitajien läsnäolo ja saavutettavuus sekä yhtenäiset toimintatavat osastolla ehkäisevät väkivaltakäyttäytymistä. Hoitajan läsnäolo yhteisissä tiloissa rauhoittaa osaston ilmapiiriä. Potilaiden aito, ystävällinen kohtaaminen ja heidän asioistaan välittäminen sekä mahdollisuus tarvittaessa keskustella hoitajan kanssa vähentävät potilaan kokemaa yksinäisyyden tunnetta. Väkivaltaan johtavaa tylsistymistä voidaan ehkäistä mielekkäällä päiväohjelmalla, ryhmätoimintaa hyödyntäen. Henkilökunnan auktoriteettiaseman väärinkäyttö näkyi potilaille esimerkiksi hoitajan kehonkielestä ja turhista sanktioista sekä ylimitoitetusta voimankäytöstä. Rauhoittava lähestyminen, kehonkieli sekä puheella rauhoittaminen vähentävät väkivaltakäyttäytymisen riskiä. (Mt.) Kansainvälisesti kehitetyn Safewards toimintamallin avulla on mahdollista vähentää potilaiden uhkaavaa käyttäytymistä (Hämäläinen ym. 2017, 244).

Hoitajien näkemyksiä väkivallasta ja väkivaltaan johtaneista tekijöistä kuvaavat Lantta, Anttila, Kontio, Adams ja Välimäki tutkimuksessaan (2016). Tutkimuksessa ilmenee, että rajoitustoimet provosoivat potilaita väkivaltaiseen käyttäytymiseen ja hoitajat pyrkivät välttämään pakkotoimien käyttöä viimeiseen asti. (Lantta ym. 2016.)

#### **4.8 Uhkaava potilas**

Hoitajan on tarkkailtava mahdollisen väkivaltatilanteen tunnistamiseksi potilaan sanatonta ja sanallista viestintää. Sanattomia merkkejä väkivallan ilmenemiseen ovat potilaan muuttunut käytös, ulkoisesti havaittavat merkit, eleet, liikkeet ja toiminta. Käytös voi olla levotonta, arvaamatonta, mielentila voi vaihdella voimakkaasti ja käytöksessä voi esiintyä edestakaisin kävelyä, vetäytymistä tai puhumattomuutta. Ulkoisesti havaittavia merkkejä ovat muutokset kasvon ilmeissä, kuten silmien siristäminen, otsan rypistyminen, huulten kapeutuminen tai sierainten laajentuminen. Myös muutokset potilaan katseessa, kuten tuijottava, mittaileva, pälyilevä tai harhaileva katse voivat kieliä uhkaavan tilanteen mahdollisuudesta. Ulkoisesti voidaan havaita myös potilaan ihon värin muutoksia, hengityksen tihentymistä tai potilas voi huokailla tavallista enemmän. (Holmberg 2016, 229; Puttonen 2021.) Hoitajat kuvaavat tutkimuksessa (2016) potilaan väkivaltaisen käyttäytymisen ennakoinnin helpottuvan, kun hoitaja tuntee potilaan (Lantta ym. 2016).

Potilaan eleissä voidaan havaita muutoksia. Käsien puristelu nyrkkiin, sormien heristely tai hampaiden kiristely sekä potilaan liikkeiden muutokset, kuten kehon jännittyminen, sivulle liikkuminen, hyökkäävään asentoon hakeutuminen tai kosketusetäisyydelle siirtyminen voivat olla merkkejä lähestyvistä väkivaltatilanteen uhasta. (Holmberg 2016; Puttonen 2021.) Myös sylkeminen, tavaroiden heittäminen ja ovien paiskominen ovat esimerkkejä sanattomasta toiminnasta, jotka voivat viitata väkivallan uhkaan (Holmberg 2016, 229).

Sanallisia väkivallan merkkejä voi olla helpompi huomata. Potilaan puheen sisältö voi muuttua viirallisemmaksi, alatyyliseksi, herjaavaksi, epäluuloiseksi tai henkilökohtaisesti loukkaavaksi. (Holmberg 2016, 229.) Potilaan puheen sävy voi muuttua tai potilaan äänenkäytössä voi tapahtua muutoksia, äänen korkeus voi muuttua, kiristyä tai ääni voi pettää (Holmberg 2016, 229; Puttonen 2021).

## 4.9 Haastavassa tilanteessa toimiminen

Erimielisyys hoidosta tai epäoikeudenmukaisuuden kokemus voivat johtaa riitelyyn, jos potilas on kiihtynyt ja vaatii kohtuuttomia. Riitely voi kehittyä uhkailemiseen, jos potilas ei saa tahtoaan läpi. Väkivaltatilanne voi syntyä, jos tilannetta ei saada rauhoitettua tai potilas on epätavallisen kiihtynyt, eikä pyri neuvotteluun vaan ymmärtää tarkoituksella väärin saadakseen syyn hyökkäykseen. Turvallisuuden varmistamiseksi osastolla toimitaan ennalta sovittujen ohjeiden mukaisesti, suunnitellaan ja varmistetaan pakotiet, varmistetaan hälytysjärjestelmän toimivuus ja tarpeen vaatiessa kutsutaan vartija paikalle. (Puttonen 2021.)

Haastavassa tilanteessa hoitajan on tärkeää säilyttää katsekontakti potilaaseen, kuunnella potilasta aktiivisesti ja antaa potilaalle tilaisuus purkaa kiihtymystä, jolloin rauhoittuminen voi tapahtua nopeastikin. Potilasta tulee kiihtyneenä puhutella asiallisella, kunnioittavalla ja kuuluvalla äänellä. (Mt.) Tilanteessa on tärkeää pyrkiä selvittämään, mikä on johtanut haastavaan käytökseen (Hämäläinen ym. 2017, 244).

Uhkaavassakin tilanteessa hoitajan tulee pyrkiä takaamaan potilaalle kunniallinen poistuminen tilanteesta ja tukea potilaan autonomiaa. Potilasta voidaan ohjata esimerkiksi rauhallisempaan tilaan, ottamaan aikalisä tai mielekkään tekemisen pariin. (Mts. 244.) Vastaehtotuksia potilaalle tehdään vasta, kun potilas on saanut tilaisuuden sanoa asiansa. Potilaalle ei tule esittää vastauhkauksia, koska ne provosoivat kiihtynyttä potilasta entisestään. (Puttonen 2021.) Potilasta ei tule myöskään uhkailla rangaistuksilla, koska tämä saattaa lisätä uhkaavaa käytöstä entisestään (Hämäläinen ym. 2017, 244).

Mahdollisessa väkivaltatilanteessa hoitajan sanaton viestintä korostuu. Hoitajan tulee säilyttää riittävä etäisyys potilaaseen ja huomioida asettautuminen tilaan siten, että pakeneminen on mahdollista. Hoitajan tulisi asettautua potilaaseen nähden 45 asteen kulmaan, jolloin asento on vähiten uhkaava ja nopea pakeneminen mahdollista. Äkkinäisiä liikkeitä tulee välttää ja kädet tulee pitää alhaalla ja näkyvillä. Potilasta voidaan pyytää kohteliaasti istumaan, koska istuma-asennosta on vaikeampi hyökätä nopeasti, jolloin hyökkäykseen jää aikaa reagoida. Hoitajan on tärkeää estää hyökkäysyritys puhumalla rauhallisesti lyhyitä lauseita ja käyttämällä lyhyitä käskysanoja, kuten seis, älä tai lopeta. Itseään on pyrittävä suojaamaan esimerkiksi siirtymällä tuolin tai pöydän taakse ja varmistamalla turvallinen pakotie ja pakeneminen. (Puttonen 2021.)

Lanttan ja kumppaneiden tutkimuksessa (2016) hoitajat kuvaavat uhkaavissa tilanteissa toisten potilaiden turvaamisen tärkeäksi. Hoitajat kokevat väkivaltatilanteissa sivullisten potilaiden yleisimmin katoavan tilanteesta, mutta toisinaan sivullisen potilaan voivan myös liittoutua väkivaltaisesti käyttäytyvän potilaan kanssa tai vaihtoehtoisesti toisen potilaan suojelevan hoitajaa väkivaltatilanteissa. (Lantta ym. 2016.)

AVEKKI- koulutuksessa opitaan de-eskalaatitaitoja eli tilanteen kärjistymistä estäviä taitoja, joihin kuuluvat neuvottelemine, ongelmanratkaisu ja syyn etsiminen kiihtymykselle ja aggressiiviselle käyttäytymiselle potilasta kuunnellen. Erityisesti korostuneessa roolissa ovat näin ollen työntekijän psykososiaaliset, sanalliset ja sanattomat vuorovaikutustaidot. (Makkonen ym. 2016, 43.)

#### **4.10 Ennakointi**

Hyvä valmistautuminen uhkaaviin ja läheltä piti-tilanteisiin vähentää osaltaan väkivaltatilanteita. Potilaille tuleekin selkeästi kertoa hoidon alussa, että uhkailulle ja väkivallalle on nollatoleranssi hoitoyksikössä, sen läheisyydessä, hoitotilanteissa sekä hoitotyöntekijälle niin työtehtävissä kuin niiden ulkopuolella. (Holmberg 2016, 224.)

Hoitajan on huomioitava oman turvallisuutensa lisäksi muiden turvallisuus. Hoitajan on oltava tilannetietoinen, havainnoitava ympäristöä ja arvioitava tilanteen kehittymistä nopeasti ja tarkasti, kyetäkseen reagoimaan haastaviin tilanteisiin. Päätöksenteko haastavissa tilanteissa vaatii aktiivista läsnäoloa, potilaiden, vuorovaikutuksen, ympäristön ja riskitekijöiden tarkkailua sekä analysointia. (Mts. 226.)

Väkivaltariskiä on arvioitava jo potilaan tullessa hoitoon osastolle. Väkivallanriskin kartoittamiseen on suositeltua käyttää useampia menetelmiä. Potilaan historiaan tutustumisen, mielentilan arvioinnin, päihdehistorian selvittämisen ja väkivallan riskitekijöiden tunnistamisen sekä sosiaaliseen toimintaan perehtymisen avulla väkivaltariskin tunnistaminen ja väkivallan ennakointi mahdollistuu. (Hämäläinen ym. 2017, 179 & 242.) Potilaiden kanssa käytetty aika sekä heidän tuntemisensa ja kuuntelemisensa tukevat ennakoivaa työtettä ja sen toteutumista (Makkonen ym. 2016, 10).

Väkivaltaisuuden todennäköisyyttä voidaan mitata lyhyen eli alle 24 h tai pitkän, alle 6–12 kk aikavälin mittareilla. Mittareiden pääasiallinen tarkoitus on auttaa henkilökuntaa tunnistamaan potilaat, joilla on kohonnut väkivallan riski ja arvion todenmukaisuutta pohditaankin vielä tuomalla niiden rinnalla henkilökunnan oma kliininen kokemus sekä potilaan näkemys. (Mts. 20–22.)

Lyhyen aikaikkunan mittareista Brøset Violence Checklist (BVC) ja Dynamic Appraisal of Situational Aggression (DASA) ovat käytössä Suomessa. Näiden käyttäminen ei vaadi erityistä koulutusta, vaan ne ohjeistavat käyttäjänsä ja BVC:n hyödyt on osoitettu kahdessa satunnaistetussa kontrollitutkimuksessa. Pidemmän aikavälin mittareista Suomessa käytetään eniten The Historical, Clinical, Risk Management-20 (HCR-20) ja START arviointivälineitä. Nämä mittarit vaativat kuitenkin useamman päivän koulutuksen, mikä tekee niiden käyttöön otosta haasteellista ja jotta arviointi olisi tarpeeksi sujuvaa ja luotettavaa pitäisi arvioita lisäksi toteuttaa useamman kerran vuoden sisällä. (Mts. 21–22.)

On myös tiedettävä, että väkivaltariskin yli- tai aliarviointi ja väärin mitoitettavat varotoimet ovat mahdollisia mittareita käytettäessä ja muistettava, ettei yksilön väkivaltariskiä voida millään menetelmällä mitata täysin luotettavasti. Riittämättömät ennakkotiedot, impulsiiviset väkivallanteot ja suunnitelmallinen väkivalta vaikeuttavat väkivallan ennakoimista, koska varomerkkejä ei voida tunnistaa. Tästä syystä tilanteiden ja toiminnan läpikäyminen jälkeen päin sekä toiminnan muokkaaminen näiden pohjalta on todennäköisesti merkittävin tapa kehittää ennakoivaa työtettä ja havaita toimintaympäristön haasteita. (Mts. 22.)

Ennakointiin voidaan lukea kuuluvaksi myös aggressiivisten, väkivaltaisuuteen viittaavien tunteiden tunnistaminen potilaissa, kyky reagoida näihin tunteisiin ammatillisesti sekä omien tunteiden tunnistaminen ja hallinta. Hallitsemalla oman pelkonsa uhkaavassa tilanteessa voi toimia ennalta suunnitellulla, turvallisella tavalla. Jos hoitaja ei hallitse omaa pelkoaan, voi tilanne kehittyä hyökkäämiseen tai paniikkipuolustautumiseen. (Puttonen 2021.) Puttosen artikkelia tukee Başoğuln, Arabacın, Büyükbayramn, Aktaşın ja Uzunoğlun tutkimus (2019), jossa todettiin hoitajien korkean tunneällyn sekä hoitajien kyvyn asettaa ammatilliset rajansa, vähentävän väkivallalle altistumista. Tutkimuksessa suositellaan, että tunteiden tiedostaminen niin itsessä kuin potilaissa ja tunteiden hallitseminen sekä potilaiden ahdistuksen vähentäminen kommunikaation avulla, tulisi sisällyttää osaksi jokaisen hoitajan koulutusta. (Başoğul, Arabacı, Büyükbayram, Aktaş & Uzunoğlu 2019.)



Pelon oireita itsessään tunnistamalla, kuten kasvojen punoituksen tai kuumotuksen, sykkeen kiihtymisen, puheäänien säveltason nousun, vapinan tai hengityksen kiihtymisen, voi hoitaja tiedostaa mahdollisen uhkaavan tilanteen kehittymisen sekä tiedostaa tarpeen toimia vaaratilanteessa etukäteen sovittujen käyttäytymismallien ja toimintatapojen mukaisesti. (Puttonen 2021.) Hoitajat kuvaavatkin tutkimuksessa oman käyttäytymisen hallinnan ja rauhallisena pysymisen olevan avainasemassa uhkaavassa tilanteessa toimiessa (Lantta ym. 2016).

#### **4.11 Pakkotoimien käytön ennaltaehkäisy**

Potilaiden kokemukset pakkotoimista ovat pääosin negatiivisia ja potilaat toivovatkin vaihtoehtoisia menetelmiä pakon käytölle (Kuosmanen & Laukkanen 2019). Kontio, Joffe, Putkonen, Kuosmanen, Hane, Holi ja Välimäki löysivät tutkimuksessaan (2010, 16–22) psykiatristen suljettujen osastojen potilaisiin kohdistuvien pakkotoimien vähentämiseksi useita tekijöitä, joihin voidaan vaikuttaa niin hoitoympäristön kuin hoitohenkilökunnankin näkökulmasta. Potilaat kuvasivat tutkimuksessa hoitajien ja potilaiden yhdessä luoman turvallisen ilmapiirin ja kodikkaan ympäristön ehkäisevän väkivaltaista käyttäytymistä ja siten vähentävän tarvetta pakkotoimille. Yhden hengen huoneet, joihin voi vetäytyä rauhassa nukkumaan ja mahdollisuus musiikinkuunteluun omassa huoneessa rauhoittivat potilaita. Potilaat arvostivat myös hoitajien kannustusta ottaa osaa yhteisiin aktiviteetteihin, vaikka potilaat olisivatkin juuri sillä hetkellä väsyneitä. Potilaat kuvasivatkin päivittäisten aktiviteettien lisäävän sisältöä päiviin ja vähentävät pakkotoimien tarvetta. Lisäksi pakkotoimien vähentämisessä korostuivat potilaiden sanoittamina hoitajien ihmisläheinen työote, kunnioitus ja arvostus potilaita kohtaan sekä läsnäolo ja arkinen keskustelu potilaiden kanssa. (Kontio, Joffe, Putkonen, Kuosmanen, Hane, Holi & Välimäki 2010.)

Lanttan ja kumppaneiden tutkimuksessa (2016) hoitajat kuvaavat ehkäisevänsä uhkaavien tilanteiden kehittymistä väkivaltaiseen käyttäytymiseen ja pakkotoimien käyttöön, pyytämällä tilanteeseen lisää hoitajia, käyttämällä potilaan rauhoittamiseen keskustelua, antamalla potilaalle mahdollisuuden vetäytyä huoneeseensa rauhoittumaan tai lääkitsemällä potilaita. (Lantta ym. 2016.)

Stonen ym. tutkimuksessa (2010) havaittiin hoitajilla samanlaisia keinoja potilaan käyttäessä henkistä väkivaltaa. Tutkimuksesta kävi ilmi, että hoitajat puuttuvat potilaan käyttämään henkiseen väkivaltaan yleisimmin lääkitsemällä potilaita, puhuttamalla potilaita, lisäämällä valvontaa yhteisissä tiloissa ja ohjaamalla potilaita pois yhteisistä tiloista. (Stone ym. 2010.)

Pakkotoimien käyttöä voidaan vähentää myös antamalla potilaalle vierihoitoa. Vierihoito on potilasta kunnioittavaa, henkilökunnan tiivistä läsnäoloa potilaan kanssa. Hoitajan jäädessä potilaan vierelle ja omalla olemuksellaan rauhoittamaan levotonta potilasta, toteutuu potilaan inhimillinen kohtelu ja hoito. Vierihoitoa annetaan potilaalle, kun potilas häiritsee osaston toimintaa, potilas on rauhaton, äänekäs tai aggressiivinen ja lääkehoito ei auta tai lääkehoidon vaikutusta odotetaan. Hoitajien valvonta ja läsnäolo rauhoittaa potilaita ja osaston ilmapiiriä sekä mahdollistaa nopean tilanteisiin puuttumisen. (Järvelä, Ruuska & Saavalainen 2010.) Vierihoitoa voidaan käyttää myös osana polydipsian eli liiallisen vedenjuonnin hoitoa ja seuranta (Hietaharju & Nuutila 2010, 124).

#### **4.12 Raportoinnin erikoispiirteet psykiatrialla**

Raportointi on merkittävä osa tiimin työskentelyä. Sähköinen, kirjallinen raportointi vähentää suullisen raportoinnin tarvetta ja raportointiin käytettävää aikaa, mutta psykiatrialla suullinen raportointi on myös tärkeää. Ammatillinen keskustelu lääkärin ja hoitajien sekä erityistyöntekijöiden kesken ei korvaa täysin kirjallista raportointia. (Hietaharju & Nuutila 2010, 101.)

Suullisessa raportoinnissa täytyy varmistua tiedonkulusta ja inhimillisiä virheitä voidaan välttää vähentämällä muistin varaista toimintaa. Suullisessa raportoinnissa väärinkäsitysten välttämiseksi työntekijän sanoma olisi hyvä kuitata toistamalla oleellinen sisältö. (Kinnunen & Helovuori 2019.)

Potilasasiakirjoista tulee käydä ilmi potilaan hoidon järjestäminen, suunnittelu sekä toteuttaminen, jotka mahdollistavat riittävät ja tarpeelliset tiedot seurannan turvaamiseksi. Kirjaamisen tulee olla selkeää ja ymmärrettävää ja kirjaamisessa on käytettävä yleisesti tunnettuja ja hyväksytyjä käsitteitä ja lyhenteitä. (A. 298/2009.) Kirjallisen dokumentoinnin tavoitteena on kuvata potilaan hoito, varmistaa hoidon toteutus, seuranta ja arviointi sekä turvata tiedonkulku hoitoon osallistuvien välillä. Lisäksi dokumentointi on kirjallinen näyttö hoitotyöstä ja mahdollistaa hoidon jatkuvuuden. (STM 2012.) Kirjaamisessa on huomioitava työrauha ja keskeytysten välttäminen. Työtilassa ei tulisi olla hälyä ja muiden työntekijöiden tulisi välttää keskeyttämästä toisen työntekijän kirjaamista, ellei keskeytys ole välttämätön. (Kinnunen & Helovuori 2019.)

Osastolla kirjaamisessa huomiota tulee kiinnittää lisäksi tahdosta riippumattoman hoidon ja rajoitusten käytön yhteydessä. Käytetyistä potilaan rajoituksista kirjataan potilastietoihin ja hoitotoi-

menpiteistä tehtävien kirjausten on oltava huolellisia ja perusteellisia. Tarkkailun aikana raportoinnin ja kirjaamisen on oltava erityisen huolellista, potilaslähtöistä ja kuvaavaa joka työvuorossa. Huolellinen potilaan tahdosta riippumattoman hoidon tarkkailuajan kirjaaminen mahdollistaa moniammatillisen yhteistyön ja tahdosta riippumattoman hoidon päätösten tekemisen. (Hämäläinen ym. 2017, 75–78.)

Jokaisen työntekijän vastuulla on väkivallan uhan ja väkivaltatilanteiden systemaattinen kirjaaminen. Dokumentoitu aineisto mahdollistaa tilanteiden seuraamisen ja työn oikeanlaisen resurssoinnin. (Holmberg 2016, 224.) Alle vuoden työsuhteessa olleet hoitajat raportoivat mahdollisesti vähemmän väkivaltatapauksia, kuin pidempään työuralla olleet hoitajat. Työpaikan johdon silmissä epäpäteväksi leimautumisen pelko saattaa vaikuttaa uusien työntekijöiden väkivaltatapauksien raportoimatta jättämiseen. (Ridenour, Lanza, Hendricks, Hartley, Rierdan, Zeiss & Amandus 2013.) Toisaalta pidempään työtä psykiatrisilla osastoilla tehneet hoitajat mahdollisesti tottuvat väkivaltaan ja kynnistyvät väkivaltaa kohtaan, jolloin myös väkivallasta raportoidaan vähemmän (Lantta ym. 2016).

#### **4.13 Perehdytys**

Suomalaisen tutkimuksen mukaan nykyisen Skitsofrenian Käypä hoito- suosituksen on todettu olevan hyvä ohjeistus terveydenhuollon ammattilaisille, jotka työskentelevät skitsofreniapotilaiden hoidossa. Tutkimuksessa korostetaan potilaiden oikeutta saada parasta näyttöön perustuvaa hoitoa ja jokaisen terveydenhuollon ammattilaisen velvollisuuksiin kuuluvan tietää ja käyttää hoidon perustana ohjeistuksia. Tutkimuksessa havaittiinkin tarve kiinnittää enemmän huomiota terveydenhuollon ammattilaisten pätevyyteen ja tietoon käyttää ohjeistuksia, koska ohjeistusten nykyinen käytäntöön soveltaminen on ollut ammattilaisilla osittain puutteellista. (Vähäniemi, Välimäki, Pekurinen, Anttila & Lantta 2019.)

Laadukkaalla perehdytyksellä on vaikutus työntekijän osaamiseen, työn laatuun ja työn kuormittavuuteen. Laadukas perehdytys lisää koettua työhyvinvointia, joka puolestaan vaikuttaa hoidon laatuun ja potilasturvallisuuteen. (Räsänen & Meretoja 2014.) Lisäksi hyvällä perehdytyksellä sitoutetaan uusia työntekijöitä työhön ja annetaan valmiuksia toteuttaa työtä. Vastaavasti puutteellisen perehdytyksen työhönsä saaneet kokevat vaikeaksi asemoitua uuteen työhönsä, mikä voi vaikuttaa jopa alalta poistumiseen. (Helander, Roos & Suominen 2019.)

Perehdytyksellä tarkoitetaan suppeasti määriteltynä kokonaiskuvan muodostamista työstä, tehtävistä ja organisaatiosta. Perehdytystä voi kuitenkin olla monenlaista riippuen organisaation perehdytystavasta ja perehdytettävästä. Laadukkaan perehdyttämisen tulisi olla tavoitteellista. Tavoitteellinen perehdytys varmistaa, että perehdytykseen on paneuduttu ja se vastaa tarpeita. Sen lisäksi tavoitteellisuudella voidaan vaikuttaa myönteisesti perehdytettävän työhyvinvointiin, motivoitua työhön, lisätä ammatillista osaamista sekä nopeuttaa sopeutumista työyhteisöön. Onkin huomattu, että perehdytyksessä ontuvissa työpaikoissa uudet työntekijät kokevat erillisyyttä ja yksinäisyyttä. Perehdytys siis lisää sekä yhteistyötä, työyhteisön yhteishengen muodostumista, työhön sitoutumista ja näin ollen työviihtyvyyttä. (Miettinen, Kaunonen & Tarkka 2006, 64–66.)

Psykiatrian alalla hoitohenkilökuntaan kohdistuu yhä enemmän väkivaltaa ja työssä tulee huomioida potilaan, omaisten ja henkilökunnan turvallisuus. Henkilökunnan koulutuksella on suuri vaikutus turvallisuuteen. Koulutuksella voidaan vaikuttaa väkivallan ennaltaehkäisyyn ja työntekijöiden asenteisiin. (Kaltiala-Heino ym. 2014.) Hyvä valmistautuminen uhkaaviin ja läheltä piti-tilanteisiin vähentää väkivaltatilanteita. Turvallisuus on huomioitava jokaisen työntekijän ja opiskelijan perehdyttämisessä työhön. (Holmberg 2016, 224.)

## 5 Toteutus

### 5.1 Kehittämistoiminnan tausta ja tarve

Toimeksiantajana toimi Keski-Suomen sairaanhoitopiirin (KSSHP) psykiatrian osasto 5, joka on 20-paikkainen aikuisten psykoosipotilaiden pitkäaikaishoitoon ja kuntoutukseen profiloitunut erikoissairaanhoidon suljettu osasto. Erikoissairaanhoito tarkoittaa lääketieteen erikoisalojen mukaisesti sairauksien ehkäisyyn, tutkimiseen, hoitoon, ensihoitoon, päivystykseen ja lääkinnälliseen kuntoutukseen kuuluvia terveydenhuollon palveluita (Kyrölä & Järvelin 2020). Kehittämistyön kohderyhmänä toimivat KSSHP psykiatrian osasto 5:n sairaanhoitajat, jotka perehdyttävät uusia sairaanhoitajia ja loppuvaiheen opiskelijoita työhön osastolla.

Psykiatrian osastolla 5 perehdytysohjelmassa on perehdytysuunnitelma ja suunnitelman tarkistuslista. Olemassa olevassa perehdytyksen tarkistuslistassa uudelle työntekijälle edellytetään perehdytettäväksi yksikön toiminnan kuvausta, henkilökuntarakennetta ja toimenkuvia, kuten hoitajan vastuualueita ja hoidon periaatteita sekä potilas- ja työturvallisuutta.

Osastolla ei ollut aiemmin yhtenäistä kirjallista materiaalia perehdytyksen tueksi, mikä olisi kattanut sairaanhoitajan toimenkuvan osastolla skitsofreniapotilaan hoidossa ja kuntoutuksessa. Potilas- ja työturvallisuuteen liittyvät materiaalit löytyivät erillisinä ja keskittyivät AVEKKI-koulutukseen, puhumisella rauhoittamisen kaavioon sekä väkivaltariskin kartoituslomakkeeseen. Kehittämistoiminnalla pyrittiin ratkaisemaan tämä käytännön ongelma ja saamaan kaikki perehdytykseen sisältyvä materiaali yhteen teokseen.

## 5.2 Tutkimuksellinen kehittämistoiminta

Tutkimuksellinen kehittämistoiminta tarkoittaa systemaattista toimintaa, jolla lisätään tietoa sekä tiedon käyttämistä uusien sovellusten löytämiseksi. (Tilastokeskus N.d.) Tutkimuksellisessa kehittämistoiminnassa hyödynnetään jo olemassa olevaa tietoa, mutta työltä odotetaan syntyvän uutta tietoa tai jokin tuotos, kuten opas. Tuotoksen odotetaan olevan käytännönläheinen, tarpeellinen ja tuotosta tulee voida arvioida ja hyödyntää. (Heikkilä, Jokinen & Nurmela 2008, 109–110, 25–26, 35.)

Kehittämistyön menetelmälliset ratkaisut ovat usein monimenetelmällisiä. Projektin päämäärän toteuttamiseksi tarvittavien tietojen hankintaan voidaan käyttää määrällisiä, laadullisia tai osallistavia menetelmiä, riippuen millaista tietoa tarvitaan projektin päämäärään toteuttamiseen. Tärkeintä tutkimuksellisessa kehittämistoiminnassa onkin, että käytetyillä menetelmillä, aineiston keräämisellä ja sen analyysillä sekä tulosten esittämisellä saadaan ratkaistua kehittämistyön käynnistänyt käytännön ongelma. (Mts. 109–110, 25–26, 35.)

Kehittämistoiminta vaatii osallistujilta aktiivisuutta ja dialogista vuorovaikutusta. Dialogisuuden avulla voidaan avoimesti tarkastella kehittämistoiminnan perusteita, toimintatapoja ja tavoitteita. Osallistavassa kehittämistoiminnassa kehittäjä osallistuu toimintaan, pyrkien aitoon dialogiin käytännön toimijoiden kanssa. Yhteistyönä toteutettu kehittämistoiminta vahvistaa myös kehittämiseen sitoutumista. (Toikko & Rantanen 2009, 10–11, 89–90.) Yksi osallisuuden elementti on tuotetun tuloksen osallistava arviointi. Yhteistä arviointia voidaan suorittaa esimerkiksi kommenttikierroksilla. (Heikkilä ym. 2008, 59.)

Kuvaileva kirjallisuuskatsaus on aineistolähtöistä aikaisemman tiedon kokoamista, jäsentynyttä tarkastelua ja kuvailua. Kuvaileva kirjallisuuskatsaus perustuu tutkimuskysymykseen ja sen tuloksena syntyy kuvaileva, laadullinen vastaus. Kuvailevan kirjallisuuskatsauksen vaiheita ovat 1) muodostaa tutkimuskysymys 2) valita aineisto 3) rakentaa kuvailu 4) tarkastella tuotettua tulosta. Kuvailevaa kirjallisuuskatsausta voidaan käyttää esimerkiksi työn menettelytapojen kehittämisessä ja menetelmä soveltuu hyvin hajanaisiin aiheisiin, jolloin tavoitteena voi olla tuottaa tietoa, joka edistävää hyviä käytäntöjä työssä ja koulutuksessa. Tutkittavan aiheen kuvailussa yhdistetään ja analysoidaan sisältöä ja eri tutkimuksista luodaan synteesiä. (Kangasniemi, Utriainen, Ahonen, Pietilä, Jääskeläinen & Liikanen 2013.)

### **5.3 Tutkimuksellisen kehittämistoiminnan prosessi**

Tutkimuksellinen kehittämistoiminta voidaan toteuttaa määriteltynä ajanjaksona, projektina (Heikkilä ym. 2008, 109–110). Projektissa voidaan erottaa perustelun, organisoinnin, toteutuksen, arvioinnin ja tulosten levittämisen vaiheet. Perustelussa määritellään ja perustellaan kehityskohde sekä rajataan työn tavoitteet. Organisoinnissa suunnitellaan ja valmistellaan käytännön toteutus sekä määritellään työn toimijat. Toteutuksessa organisointi laitetaan käytäntöön ja arvioinnissa keskitytään suunnitelman mukaisten tavoitteiden saavuttamiseen. Tulosten levittäminen voi olla esimerkiksi osallistava projekti työn käyttäjien kanssa tai työstä järjestettävä koulutus. (Toikko & Rantanen 2009, 56–63.)

Käytännössä tutkimuksellisen kehittämistoiminnan vaiheet voivat olla päällekkäisiä ja limittyä toisiinsa. Esimerkiksi toteutusvaiheessa voidaan suorittaa työn jatkuvaa arviointia, mikä voi ohjata työtä vastaamaan paremmin tavoitteisiinsa. (Heikkilä ym. 2008, 26.)

Alla olevassa kuviossa (ks. Kuvio 5) esitetään kehittämistoiminnan toteutunut prosessin vaiheiden aikataulu. Aikataulu vastaa alussa suunniteltua aikataulua.

Aikataulu										
	Maalis- kuu	Huhti- kuu	Touko- kuu	Kesä- kuu	Heinä- kuu	Elo- kuu	Syys- kuu	Loka- kuu	Marras- kuu	Joulu- kuu
Opinnäytetyön sisältö:										
Perustelu										
Organisointi										
Toteutus										
Arviointi										
Tulosten levittäminen										
Loppuarviointi										

Kuvio 5. Tutkimuksellisen kehittämistoiminnan prosessin aikataulu

Perusteluvaiheessa oppaalle haettiin hyväksyntä oppilaitokselta aihe-ehdotuksen hyväksynnällä sekä toimeksiantajalta toimeksiantosopimuksella. Organisointivaiheessa työlle tehtiin realistinen toimintasuunnitelma, jossa määriteltiin tavoitteet oppaalle, kuinka opas toteutetaan ja mitä menetelmiä oppaan toteutuksessa käytetään sekä aikataulu oppaan toteutukselle.

Toteutusvaiheessa opas jaettiin kolmeen osioon. Ensimmäisessä osiossa käsiteltiin skitsofreniaa sairautena sekä potilaan kohtaamista. Ensimmäisestä osiosta laadittiin kaksi tiedollisesti eri laajuista ja visuaalisesti erinäköistä versiota, joilla tutkittiin, kuinka laaja tietoutta oppaan tulisi sisältää ja missä muodossa. Näin toimien saatiin tieto, että oppaan sisällön tulee sisältää laajasti näyttöön perustuvaa tietoa, mikä mahdollisesti seuraavista osioista tehtävän vain yhden osastolle lähetettävät versiot, joissa suositettiin lyhyiden listauksien sijasta tekstiä lähdeviitteineen. Toisessa osiossa keskityttiin skitsofreniapotilaan hoitoon ja kuntoutukseen sairaanhoitajan näkökulmasta osastolla. Kolmannessa osiossa tutkittiin tahdosta riippumatonta hoitoa, rajoitustoimenpiteitä sekä potilas- ja työturvallisuutta.

Jokainen osio toimitettiin toimeksiantajan edustajalle sovittuun ajankohtaan mennessä sähköpostitse. Osioita luettiin osastolla useamman sairaanhoitajan toimesta, päävastuun ollessa toimeksiantajan edustajalla. Osasto kommentoi osiot ja kommenttien pohjalta opasta muokattiin osaston haluamaan suuntaan. Jokaisen osion jälkeen järjestettiin myös palaveri, jossa keskusteltiin edellisestä osiosta sekä seuraavasta osiosta ja arvioitiin opasta. Palaverissa saatiin tietoa myös siitä, mitä seuraavassa osiossa tulisi ottaa huomioon ja mistä osasto kaipaa tietoa avuksi perehdytykseen. Toteutus- ja arviointivaiheet kulkivat työssä rinnakkain, jotta opas saatiin vastaamaan osaston tarpeisiin mahdollisimman hyvin. Arviointia tehtiin myös oppaan valmistumisen jälkeen loppuarvioinnissa.

Toteuttamisvaiheen edetessä huomattiin oppaan sisällön olevan hyvin laaja ja yhdessä osaston kanssa pohdittiin, voisiko potilas- ja työturvallisuusosion jättää oppaasta pois. Pohdinnassa päätettiin lopputulokseen, että potilas- ja työturvallisuutta tulee oppaassa käsitellä, sen ollessa merkittävä tekijä uuden työntekijän perehdytyksessä ja hyväksyttiin oppaan laajuus.

Tulosten levittäminen tapahtui osastopalaverin yhteydessä järjestettävässä oppaan esittelytilaisuudessa. Esittelyssä Powerpointia hyödyntämällä kerrottiin tiiviisti oppaan sisällöstä, kuinka opas toteutettiin käytännössä sekä tilaisuuden lopussa annettiin tilaa osaston kysymyksille oppaasta. Esittelyssä paikalla olleet sairaanhoitajat myös arvioivat oppaan hyödyllisyyttä ja käytettävyyttä sekä oppaan vastaamista osaston tarpeisiin.

## **5.4 Aineisto ja aineiston keruu**

Kuvailevan kirjallisuuskatsauksen aineisto koostuu aiemmin julkaistusta tutkimustiedosta ja sisältää yleensä jonkinlaisen kuvauksen aineiston valinnan prosessista. Aineiston tulee vastata tutkimuskysymyksiin ja aineistolla pyritään saavuttamaan ymmärrys tutkittavasta asiasta. Aineistona voidaan käyttää myös muita kuin tieteellisiä artikkeleita, kuten oppikirjoja. Aineiston riittävyyteen vaikuttaa tutkimuskysymysten laajuus. (Kangasniemi ym. 2013.)

Aineisto koostettiin useista eri tietokannoista, kirjallisuudesta, laeista, suosituksista sekä julkaisuista. Käytettyjä tietokantoja olivat PubMed, CINAHL, Medic, ProQuest Central, Terveysportti ja Oppiportti. Hakulausekkeita haettiin Finto asiasanasto- ja ontologiapalvelusta sekä FinMesh Lääketieteen ja terveystieteen asiasanastopalvelusta. Käytettyjä hakulausekkeita olivat suomenkielisistä



tietokannoista deluusio; hallusinaatio; skitsofrenia OR psykoosi OR mielenterveyshoitotyö; stressihaavoittuvuusmalli; hebefreeninen skitsofrenia; paranoidinen skitsofrenia; erilaistumaton skitsofrenia; katatoninen skitsofrenia; psykoedukaatio; skitsofrenia AND raportointi OR dokumentointi; mindfulness; psykoosi OR skitsofrenia AND psykenlääkkeet OR lääkehoito; ECT; skitsofrenia AND hoito; skitsofrenia AND kuntoutus; skitsofrenia AND rajoittaminen OR uhkaava potilas OR itsemurhien ehkäisy; psykiatria AND turvallisuus; potilas- ja työturvallisuus.

Englanninkielisistä tietokannoista tutkimuksia haettiin seuraavilla hakulausekkeilla ja hakulausekkeiden yhdistelmillä: schizophrenia; schizophrenia AND familiarisation OR orientation; schizophrenia AND encounter; schizophrenia AND nursing; schizophrenia AND treatment OR nursing; schizophrenia AND family; schizophrenia AND psychoeducation; schizophrenia AND group AND music; schizophrenia AND nursing AND attitudes; mindfulness AND schizophrenia; psychiatric AND ethics AND nursing; schizophrenia AND medication; psychiatric AND violence AND nursing; psychiatry AND safety AND nursing; psychiatry AND violence AND prevention. Tietokannoista etsittiin tietoa myös käyttäen katkaistuja hakulausekkeitä, mutta menetelmä ei tuottanut lisäarvoa tutkimusten löytymiseen, jolloin nähtiin katkaistujen hakusanojen käyttö tässä yhteydessä tarpeettomaksi.

Aineistoa kerättiin oppaaseen tietokantojen lisäksi Janet Finna:n haun avulla kirjastoista löytyvistä oppikirjoista, joilla pyrittiin tuomaan käytännön tietoa ja ohjeistusta eri aihe-alueisiin. Aineistoa oppaaseen haettiin myös kaikille avoimilta verkkosivuilta, tilastoja THL:n verkkosivuilta, mielenterveyshoitotyöhön liittyviä lakeja ja asetuksia Finlex:n verkkosivuilta, suosituksia Sosiaali- ja terveysministeriön verkkosivuilta sekä asumispalveluita Jyväskylän kaupungin verkkosivuilta ja vertaistuen tietoja mielenterveysjärjestöjen verkkosivuilta.

Osaston toiveesta oppaaseen sisällytettiin laajasti teoriaa lähteineen. Oppaan aineiston pohjana toimi opinnäytetyön teoriaosuuden sisältö, vastaten tutkimuskysymyksiin. Osa teoriasta muokattiin oppaaseen eri muotoon. Skitsofrenian puhkeamisesta muokattiin kuvio havainnollistamaan skitsofrenian altistavia tekijöitä sekä stressi-haavoittuvuusmallia. Skitsofrenian alatyypit tiivistettiin kolmen kohdan kuvioon, sisältäen tyypilliset oireet paranoidisen, hebefreenisen sekä katatonisen skitsofrenian osalta. Potilaiden kohtaamista käsittelevästä teoriasta muokattiin oppaaseen listaus

”Miten kohdata potilas” ja potilaiden hyvän kohtaamisen eri osa-alueet esitettiin tiiviissä kuvio-muodossa.

Hoitosuunnitelmasta laadittiin listaus ”Hoitosuunnitelma osastolla”, havainnollistamaan hoito-suunnitelmassa huomioitavia tekijöitä juuri kyseisellä osastolla. Potilaiden hoitoon sitoutumisesta tehtiin kuvio hoitoon sitoutumiseen negatiivisesti ja positiivisesti vaikuttavista tekijöistä. Psykoo-silääkityksen haittavaikutuksia neurologisten haittavaikutusten osalta tiivistettiin kuviomuotoon, avaten haittavaikutusten käsitteet. Toimintasuunnitelman laatimisen pohjaksi oppaaseen lisättiin tyypilliset psykoosin varomerkit sekä toimintasuunnitelman peruseriaatteet. Skitsofreniapotilai-den terveyteen vaikuttavista tekijöistä sekä skitsofreniapotilaiden oheissairauksista luotiin kuviot tiivistämään osiota.

Potilas- ja työturvallisuus osioon muokattiin kuvio osastolla käytössä olevista rajoitustoimenpi-teistä sekä väkivallan muodoista, sisältäen tiivistetysti fyysisen, henkisen, seksuaalisen, piilevän ja omaisuuteen kohdistuvan väkivallan määrittelyt. Potilaan uhkaavan käytöksen tunnistamiseen luo-tiin kuvio selventämään potilaassa tapahtuvien muutosten havainnointia. Väkivaltariskin kartoitta-miseen soveltuvasta BVC-lomakkeesta muokattiin puhekupla, missä lomakkeen käytön ja pistey-tyksen määritelmät avattiin.

Osallistavan kehittämistoiminnan puitteissa oppaan aineistoon lisättiin osaston kommenttien ja palaverien pohjalta osaston hiljaista tietoa oppaassa näkyviin puhekupliin. Puhekupliin kerättiin osastolla käytössä olevat toimintamallit ja hiljaisen tiedon tuomat toimintatavat sekä erityis-huomiot. Puhekuplissa avattiin eri käsitteitä lyhyesti. Hiljaisella tiedolla pyrittiin tuomaan käytän-nönläheisyyttä oppaaseen ja kohdentamaan opas psykiatrian osastolle 5.

Puhekuplia muodostettiin kokemustietoon perustuen lääkehoidon jatkuvuuden merkityksestä sekä hoitajan vaitiolovelvollisuuden ja potilaan tietojen luovuttamisen käytännöstä. Psykoosioirei-den, ahdistuksen ja mielialaoireiden hoitoon soveltuvista apuvälineistä tehtiin myös kokemustie-toon perustuva puhekupla sekä terveyden edistämisen osalta ruokavalioneuvonnan järjestämi-sestä, suunterveyden hoidosta ja tupakoinnin käytännön järjestelyistä sekä mahdollisuudesta nikotiinikorvaushoitoon.

Puhekupliin sisällytettiin kokemustietona eri hoito- ja kuntoutusmenetelmien käytännön järjestelyt. Näin muodostuivat puhekuplat ECT-hoidon, vuorohoitajuuden, omahoitajuuden, potilaiden terapian ja viikkokokouksen järjestämisestä sekä puhekupla potilaan avopalveluihin siirtyessä huomioitavista asioista ja eri ammattilaisten rooleista.

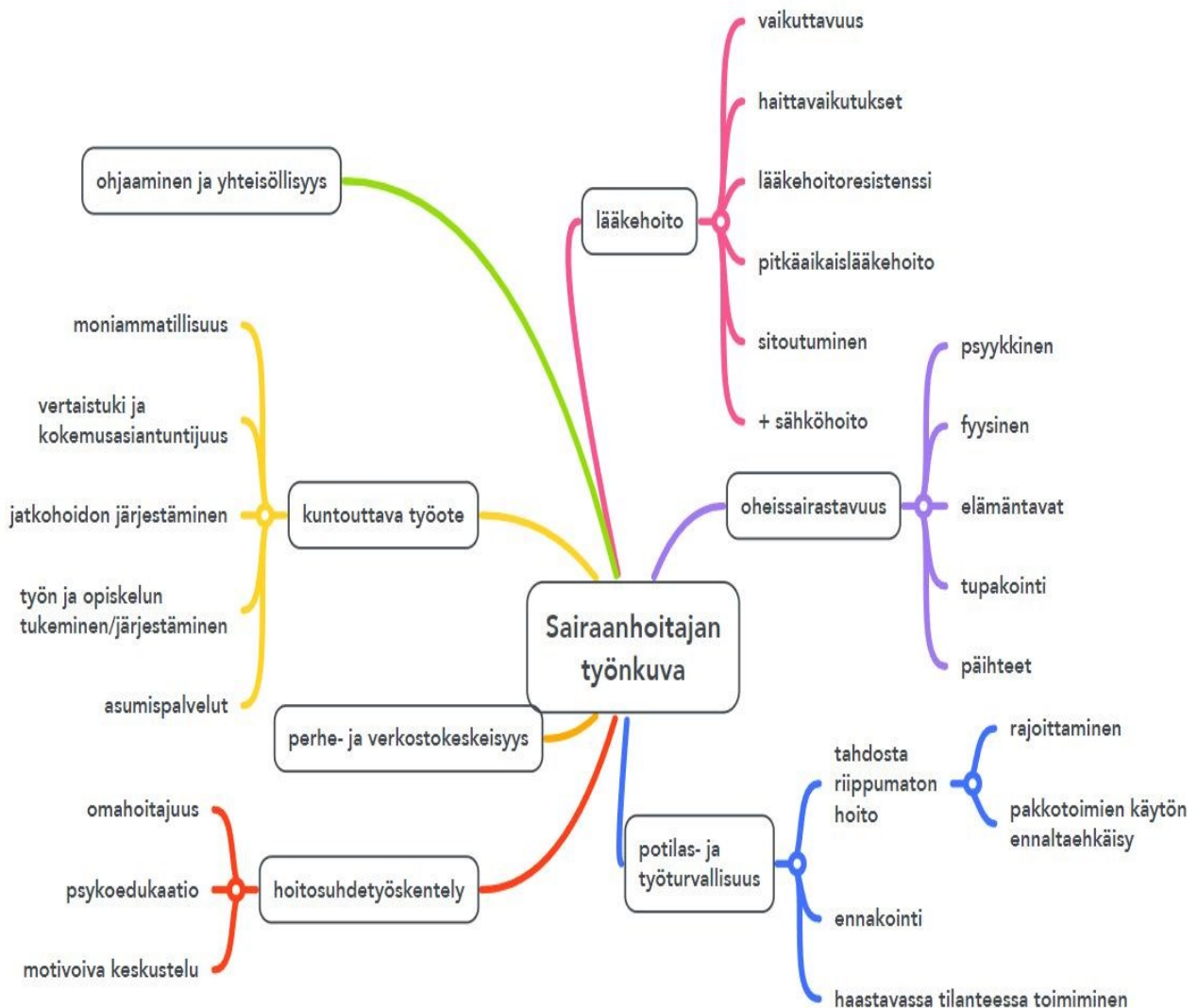
Lisäksi oppaaseen muodostettiin puhekuplat osastolla käytössä olevista toimintaohjeista ja toimintamalleista. Puhekupliin sisällytettiin toimintaohje itsetuhoisuutta havaittaessa, ohje ennakkosuunnitelman teosta ennen rajoittamistoimenpiteitä, aikataulu hälytinjaestelmien testaamisesta, vaatimus ensiaputaitojen osaamisesta, ohjeistus vierihoidon järjestämisestä sekä kehotus HaiPron:n teosta uhkaavissa ja väkivaltilanteissa. Puhekuplissa mainittiin osastolla perehdytettävistä toimintamalleista Safewards, AVEKKI ja itsemurhien ehkäisyn malli sekä osastolta löytyvistä kirjallisista ohjeistuksista neuroleptisyndrooman hoito ja puhumalla rauhoittamisen ohjeistus.

Osaston toiveesta aloitussivulle laadittiin listaus osaston henkilökunnasta mitoituksineen ja viimeiselle sivulle listaus osaston profiilista, arvoista ja työvuoroista. Listauksien tiedot saatiin suoraan osastolta. Oppaaseen sisällytettiin mindfulness-harjoite ja osastolla toteutuvan ryhmätoiminnan kuvio osaston toiveesta. Oppaaseen lisättiin myös Keski-Suomen palvelujärjestelmän kuvausta vertaistuen, klubitotoiminnan, tuetun työtoiminnan ja asumispalveluiden osalta, helpottamaan sairaanhoitajien potilaille ja läheisille antamaa ohjausta.

## **5.5 Aineiston analyysi**

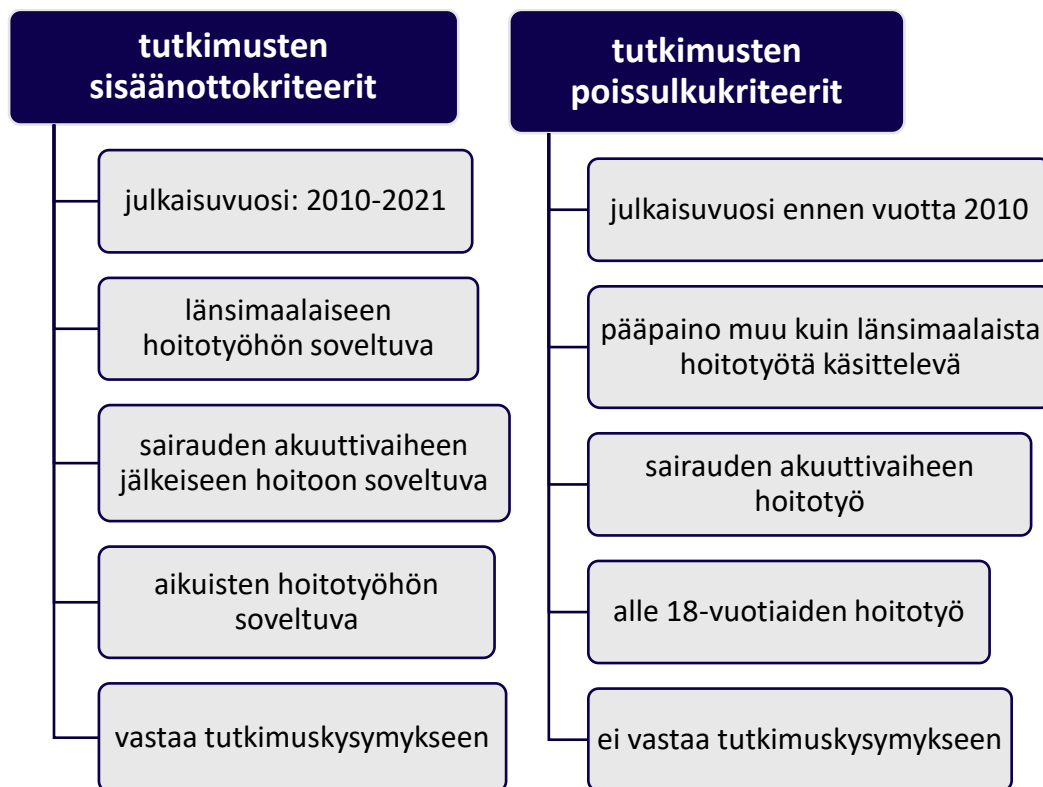
Aineiston analyysissä valitusta aineistosta haettiin tutkimuskysymykseen vastaamisen kannalta merkityksellisiä asioita, joita ryhmiteltiin sisällöllisesti kokonaisuuksiksi. Analyysissä käytettiin useampaa päälähdettä muodostamaan rungon tarkastelulle. Päälähdettä täydennettiin ja täsmennettiin eri kirjallisuudella. (Kangasniemi ym. 2013.)

Oppaan päälähteenä käytettiin skitsofrenian hoidossa ja kuntoutuksessa Skitsofrenian Käypä hoito- suositusta. Potilas- ja työturvallisuuden osiossa mielenterveyslaki toimi aineiston päälähteenä. Päälähteitä täydennettiin ja täsmennettiin artikkelien, tutkimusten, julkaisujen, asetusten ja muun kirjallisuuden avulla. Alla olevassa kuviossa (ks. Kuvio 6) on havainnollistettu oppaaseen sisällytetyt sairaanhoitajan työnkuvan eri teemat.



Kuvio 6. Sairaanhoitajan työnkuvan eri elementit psykiatrian osastolla 5

Tutkimusten sisäänottokriteereinä ja poissulkukriteereinä kehittämistyössä toimivat alla olevassa kuviossa (ks. Kuvio 7) esitetyt asiat. Kuten kuvioista voi havaita, tutkimusten tuli olla sovellettavissa länsimaalaiseen hoitotyöhön ja osaston profilliin, jotta tutkimuksia voitiin hyödyntää oppaassa. Tutkimusten käytettävyyden näkökulmasta hakukriteereihin lisättiin vaatimukset tiivistelmän ja ilmaisen kokotekstin saatavuudesta sekä kielirajaukseksi englanninkielinen julkaisu.



Kuvio 7. Tutkimusten sisäänottokriteerit ja poissulkukriteerit

Aineiston aiheiden rajaukset ja näkökulmat pohjautuivat yhteistyössä osaston kanssa suunniteltuihin teemoihin, jotka vastasivat osaston tarpeisiin ja perehdytyksen merkitykseen. Lisäksi aineiston tuli vastata tutkimukseen (2019) Skitsofrenian Käypä hoito-suosituksen käytäntöön soveltamisen tarpeesta (Vähäniemi ym. 2019).

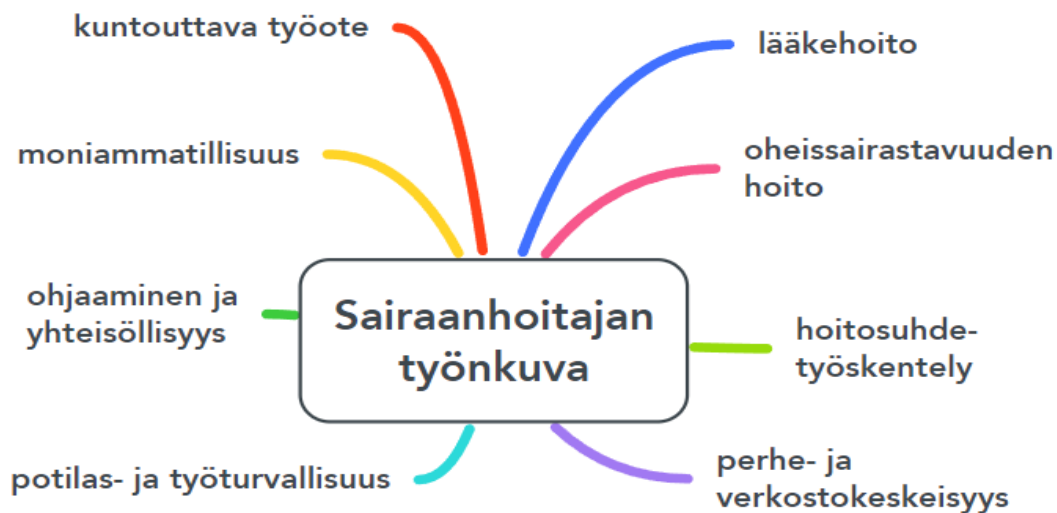
Aineistosta rajattiin pois osaston profiiliin sopimaton sekä osastolla jo käytössä oleva materiaali. Profiilin perusteella aineistosta rajattiin pois rajoitustoimet, joita osastolla ei käytetä. Osastolla käytössä olevasta materiaalista saatiin tieto toimeksiantajan edustajalta. Osastolla oli käytössä toimintamallit puhumisella rauhoittamisesta, AVEKKI:sta ja itsemurhien ehkäisystä, jolloin oppaaseen riittivät maininnat käytössä olevista toimintamalleista ja huomautus näihin saatavasta erillisestä koulutuksesta. Sairaanhoidajan työnkuvasta rajattiin pois kliininen osaaminen, koska oletuksena oli, että oppaan kohderyhmä oli koulutuksessa hankkinut riittävän kliinisen osaamisen suoriutuakseen työstä.

Oppaasta rajattiin pois uudelle työntekijälle annettava käytännön perehdytys käytännönjärjestelyiden osalta, koska käytännönjärjestelyistä oli jo olemassa olevaa materiaalia. Tällöin oppaasta pois suljettiin muun muassa avaimiin, tunnuksiin, työvaatetukseen, tiloihin ja työehtosopimukseen liittyvät kohdat.

## **6 Tulokset**

Kehittämistyön tuloksena syntyi opas, jota voidaan hyödyntää uusien työntekijöiden perehdytyksen tukena psykiatrian osastolla 5. Opas keräsi näyttöön perustuvan hoitotyön ja osaston sairaanhoidajien kokemustiedon yhteen konkreettisella ja käytännönläheisellä tavalla. Opas vastasi alkuperäisiin tutkimuskysymyksiin sekä sovelsi Skitsofrenian Käypä hoito-suosituksen käytäntöön psykiatrian osastolla 5.

Tuloksiin oppaaseen valikoituivat alla olevassa kuviossa (Kuvio 8) mainitut sairaanhoitajan työnku-  
van osa-alueet. Osa-alueiden sisältö vastasi ensimmäiseen tutkimuskysymykseen 1. miten skitso-  
freniapotilasta hoidetaan ja kuntoutetaan osastolla näyttöön perustuen sairaanhoitajan näkökul-  
masta.



Kuvio 8. Sairaanhoitajan työnkuva osastolla

**Lääkehoidon** osa-alueella sairaanhoitajan tulee seurata lääkkeiden vaikutusta, mahdollisia haittavaikutuksia ja komplikaatioita. Sairaanhoitaja vastaakin lääkehoidon toteutuksesta, lääkehoidon ohjauksesta ja neuvonnasta. Lääkehoidon systemaattinen raportointi mahdollistaa potilaan lääkehoidon vaikuttavuuden, sivuvaikutusten, haittavaikutusten ja lääkehoidon muutostarpeiden havainnoinnin. (Hietaharju & Nuuttila 2010, 122, 177.) Sairaanhoitajan on tunnettava skitsofrenian oireet ja kyettävä havainnoimaan lääkehoidon vaikutusta suhteessa potilaan yksilöllisiin oireisiin. Oireita tunnistaakseen, on sairaanhoitajalla oltava riittävä tietoperusta skitsofreniasta sairautena.

Sairaanhoitajan työnkuvaan kuuluu tunnistaa **potilaiden terveyden riskitekijöitä ja hoitaa oheissairauksia**. Riskitekijöitä ja oheissairauksia tunnistaakseen sairaanhoitajan on tiedettävä skitsofreniaan liitetyt oheissairaudet ja terveyden riskitekijät sekä terveyden edistämisen kannalta skitsofreniapotilaalle soveltuvat interventiot. Lisäksi sairaanhoitajalla on oltava kattava tietoperusta

kansansairauksista ja niiden hoidosta sekä terveyttä tukevista tekijöistä, kuten liikunnasta ja ravitsemuksesta.

**Perhe- ja verkostokeskeisyyden osa-alueella** sairaanhoitajan on tiedostettava koulutuksellisten perheinterventioiden vaikutukset niin potilaan kuin läheisten näkökulmasta. Hoitajan on ymmärrettävä koulutuksellisten perheinterventioiden pienentävän riskiä psykoosin uusiutumiseen, vähentävän sairaalahoitojen määrää ja parantavan lääkehoitomyöntyvyyttä (Pharoah ym. 2010; Skitsofrenia 2020). Sekä nähtävä läheisten osallistumisen psykoedukaatioon vähentävän läheisten kokemaa kuormitusta sekä potilaasta huolehtimiseen liittyviä negatiivisia kokemuksia ja psykiatrissa oireilua (Skitsofrenia 2020). Koko kuvassa on tiedostettava perheinterventioiden parantavan perheen sisäistä ilmapiiriä ja edistävän sosiaalista kuntoutumista (Pharoah ym. 2010).

**Kuntouttavaan työöteeseen** voidaan laskea kuuluviksi potilaiden työn tai opiskelun tukemisen, jatkohoidon järjestämisen, tarvittavien asumispalveluiden järjestämisen **moniammatillisessa** yhteistyössä muiden ammattilaisten kanssa. Sairaanhoitajan on osattava toimia osastolla eri ammattilaisten kanssa yhteistyössä ja tiedettävä eri ammattiryhmien toimenkuvan sisällöstä.

Sairaanhoitajan on osattava **ohjata potilaita ja tukea potilaita yhteisöllisyyteen**. Hoitotyössä on tärkeää osata ohjata potilaita niin yksilöllisesti kuin ryhmämuotoisesti ja hyödyntää yhteisöllisyyttä sosiaalisten taitojen kuntoutuksessa (Hämäläinen ym. 2017, 175; Hietaharju & Nuutila 2010, 62, 122; Suvisaari ym. 2019e). Hoitajalla on oltava kykyä tunnistaa potilaan toimintakyky ja osattava suhteuttaa ohjaus toimintakyvylle sopivaksi.

**Hoitosuhdetyöskentely** on tärkeä osa potilaan hoitoa ja vaikuttaa merkittävästi hoidon tuloksiin (Hämäläinen, ym. 2017, 141). Hoitosuhdetyöskentely kattaa osastohoidossa omahoitajuuden, johon kuuluvat psykoedukaation ja motivoivan keskustelun käyttö osana potilaiden kokonaisvaltaista hoitoa ja kuntoutusta. On huomattava, että psykoedukaatiota hoitotyössä hyödyntääkseen, on sairaanhoitajan tunnettava skitsofrenia sairautena kattavasti, jotta hoitaja kykenee jaettuun asiantuntijuuteen potilaan sekä potilaan lähipiirin kanssa.



Lisäksi tuloksista ilmenee, että skitsofreniapotilaan hoidossa ja kuntoutuksessa tulee kiinnittää huomiota **potilaiden hoitoon sitoutumiseen**. Hoitoon sitoutumisessa sairaanhoitajalla on merkittävä rooli. Luottamuksellinen, rehellisyyteen ja avoimuuteen perustuva, potilaan motivointia korostava yhteistyösuhde lujittaa potilaiden uskoa tulevaan, sitoutumista lääkehoitoon sekä vähentää skeptisyyttä hoitoa kohtaan. (Møllerhøj, Os Stølan, Erdner, Hedberg, Stahl, Riise, Jedenius & Rise 2020.)

Hoitoon sitoutumista voidaan parantaa käynnistämällä heti hoidon alkuvaiheessa yhteydenpito potilaan läheisiin. Läheisten huoli ja näkemys potilaan psykoosioireiden kehittymisestä tukevat potilaan oman sairautentunnon ja hoitomyönteisyyden kehittymistä ja vaikuttavat positiivisesti hoitoon sitoutumiseen. (Leijala ym. 2019.) Psykoedukaatiolla voidaan vaikuttaa potilaan asenteisiin sairaudesta ja sairauden hoidosta sekä myötävaikuttaa hoitoon sitoutumiseen. (Leijala ym. 2019; Skitsofrenia 2020). Lisäksi hoitohenkilökunnan tulee kiinnittää huomiota potilaiden leimaantumisen ehkäisemiseen ja sairauden normalisoimiseen sekä potilaiden yhteiskunnalliseen tukemiseen, koska nämä tekijät vaikuttavat myös osaltaan potilaiden hoitoon sitoutumiseen (Kalkan & Kavak Budak 2020).

Hoitomyöntyvyyttä lääkehoidon osalta voidaan parantaa käyttämällä yksinkertaisesti toteutettavia hoitoja, keskustelemalla säännöllisesti lääkehoidon tarpeellisuudesta, minimoimalla lääkityksen haittavaikutukset ja pyrkimällä oireita tehokkaasti lievittävään lääkitykseen (Skitsofrenia 2020). Koko hoitotiimin on tärkeää seurata aktiivisesti mahdollisia lääkkeiden haittavaikutuksia hoitomyöntyvyyden edistämiseksi (Suvisaari ym. 2019c). Lisäksi hoitomyöntyvyyttä voidaan kohentaa käyttämällä hoidossa vertaistukea ja kokemusasiantuntijoita sekä motivoivalla keskustelulla ja hoidon jatkuvuuden turvaamisella. Pitkävaikutteisiin lääkeinjektioihin siirtyminen voi osaltaan tukea säännöllistä lääkkeiden ottoa. (Skitsofrenia 2020.)

**Potilas- ja työturvallisuuden** osa-alueella opas vastaa tutkimuskysymykseen 2. kuinka toimia osastolla potilas- ja työturvallisesti. Tuloksissa korostuvat turvallinen potilaan oikeuksien rajoittaminen ja pakkotoimien käytön ennaltaehkäisy. Tuloksissa havaitaan mahdollisesti merkittävimpänä tekijänä potilas- ja työturvallisuudessa ennakoinnin tärkeys. Ennakointiin voidaan laskea kuuluvaksi potilaan kohtaamisen, väkivaltatilanteiden taustatekijöiden tuntemisen, uhkaavien tilanteiden

tunnistamisen ja tilanteissa toimimisen. On huomattava, että hoitajan läsnäolo yhteisissä tiloissa mahdollistaa tilanteiden havainnoinnin ja tukee puolestaan ennakkointia.

Sairaanhoitajan tulee saada koulutusta uhkaavien tilanteiden tunnistamiseen sekä niissä toimimiseen, jotta uhkaavat tilanteet eivät kärjistyisi väkivaltatilanteiksi. Toisinaan tilanteet kuitenkin kärjistyvät väkivaltatilanteiksi, jolloin hoitajalla on oltava riittävät valmiudet toimia lisävahinkojen estämiseksi. Väkivaltatilanteiden kirjaaminen ja tilanteiden huolellinen läpikäyminen jälkikäteen voivat auttaa potilas- ja työturvallisuuden toteutumisessa tulevaisuudessa.

## **7 Pohdinta**

### **7.1 Eettisyys**

Tutkimuseettinen neuvottelukunta TENK on määritellyt tutkimuseettisen ohjeen hyvästä tieteellisestä käytännöstä. TENK:n ohjeistusten mukaisesti ennen kehittämistoiminnan aloittamista selvitetiin tarvittavat tutkimusluvut. (Tutkimuseettinen neuvottelukunta (TENK) N.d.) Opinnäytetyöhön ei vaadittu erillistä tutkimuslupaa, koska opinnäytetyö tehtiin jo olemassa olevien lähteiden perusteella kuvailevan kirjallisuuskatsauksen piirteitä hyödyntäen yhteistyössä osaston kanssa. Oppaan teossa vältettiin haastattelemaa osaston henkilökuntaa.

Kehittämistoiminnan perustelu- ja organisointivaiheessa sovittiin tutkimushankkeeseen osallistuvien tahojen vastuut, velvollisuudet, oikeudet ja tekijyyttä koskevat periaatteet kaikkien osapuolten hyväksymällä tavalla sekä otettiin huomioon tietosuojaa koskevat kysymykset (Mt.) Käytännössä osapuolten kanssa sovittiin työnjako oppaan toteuttamisesta ja määriteltiin vastuualueet sekä velvollisuudet kehittämistyölle. Opiskelijoiden sovittiin olevan oppaan toteutuksesta päävastuussa ja osaston oppaan kommentoinnista. Keskustellen käytiin osapuolten kanssa läpi opinnäytetyön julkisuus ja osallistumisen vapaaehtoisuus sekä kehittämistyönä syntyvän oppaan omistajuutta koskevat asiat. Julkisuuden osalta sovittiin, että valmistunut opinnäytetyö toimitetaan toimeksiantajalle luettavaksi. Toimeksiantajan hyväksyessä opinnäytetyön sisällön, voidaan opinnäytetyö julkaista Theseuksessa. Toimeksiantaja ei edellyttänyt opinnäytetyön aineistoa salassa pidettäväksi ja opinnäytetyön tuloksena syntyvän oppaan sai toimeksiantajan luvalla liittää opinnäytetyöhön ja julkaista. Toimeksiantajalle tarjottiin mahdollisuutta opinnäytetyön anonymisoin-

tiin, jolloin opinnäytetyössä osaston nimi olisi korvattu yleisellä ilmauksella, kuten eräs psykiatri-  
nen osasto. Toimeksiantaja ei nähnyt syytä anonymisointiin. Oppaan omistajuus sovittiin siirty-  
väksi osastolle kehittämistyön valmistuttua.

Kehittämistoiminnassa noudatettiin tiedeyhteisön tunnustamia toimintatapoja eli rehellisyyttä,  
huolellisuutta ja tarkkuutta tulosten tallentamisessa, esittämisessä ja arvioinnissa. Kehittämistoi-  
minnassa sovellettiin tieteellisesti ja eettisesti kestäviä tiedonhankinta-, tutkimus-, raportointi- ja  
arviointimenetelmiä sekä avoimuutta tutkimustulosten julkaisussa. Raportoinnissa kiinnitettiin tar-  
kasti huomiota teksti- sekä lähdeviitteisiin, antaen muille tutkijoille heille kuuluva arvo. (Mt.)

Lisäksi kiinnitettiin huomiota tutkimuskysymysten ja valitun kirjallisuuden perusteluun sekä työn  
johdonmukaisuuteen. Tutkimuskysymykset muotoiltiin tutkimuksellinen kehittämistoiminnan ja  
kuvailevan kirjallisuuskatsauksen ohjeistusten mukaisesti eettisesti kestäväällä tavalla. (Heikkilä ym.  
2008, 45–46; Kangasniemi ym. 2013.)

Eettisten ohjeiden mukaisesti määriteltiin myös tutkijoiden asema (Tutkimuseettinen neuvottelu-  
kunta (TENK) N.d.). Toinen opinnäytetyön tekijöistä oli ollut harjoittelussa osastolla, toinen teki-  
jöistä oli suorittanut harjoittelunsa muualla. Tämä koettiin eettisesti tutkimusta vahvistavana sekä  
heikentävänä tekijänä. Käytännön kokemusta voitiin hyödyntää tiedonhaun suunnittelussa sekä  
aineiston kohdentamisessa osastolle, toisaalta kokemus olisi voinut vaikuttaa saatuihin tuloksiin  
negatiivisesti. Heikentävää tekijää voitiin ehkäistä puolueettomalla näkökulmalla, jonka toinen  
opinnäytetyön tekijöistä pystyi tarjoamaan ja jolla taattiin oppaan soveltuvuus uudelle työnteki-  
jälle.

## **7.2 Luotettavuus**

Kehittämistoiminnassa luotettavuus tarkoittaa käyttökelpoisuutta ja kehittämistoiminnan yhtey-  
dessä syntyneen tiedon hyödyllisyyttä. Luotettavuuden kriteerit ovat tieteellisen luotettavuuden  
kriteerejä, suhteessa kehitystoiminnan tutkimuksellisiin asetelmiin. Lisäksi luotettavuuteen vaikut-  
taa kehitystoiminnan toimijoiden sitoutuneisuus kehittämisprosessiin. Sitoutumattomuus voi hei-  
kentää aineistojen, menetelmien ja tulosten luotettavuutta. (Toikko & Rantanen 2009, 121–124.)

Luotettavuutta tuki kehittämistoiminnan molempien osapuolten sitoutuminen säännöllisesti toteutettavaan yhteydenpitoon oppaan kirjoittamisen jokaisessa vaiheessa. Niin toimeksiantajan edustaja kuin oppaan kirjoittajat pitivät huolta siitä, että yhteisissä aikatauluissa pysyttiin ja annettu informaatio oli ajantasaista.

Luotettavuutta parannettiin lisäksi tutkimalla oppaan käyttökelpoisuutta ja hyödyllisyyttä koko prosessin ajan sekä kehittämistyön loppuun tehdystä arvioinnista. Palautetta oppaan hyödyllisyydestä ja käyttökelpoisuudesta arvioitiin itsenäisesti sekä osastolta saadun palautteen myötä.

Tutkimusten sisääntokriteereissä huomioitiin aineistojen luotettavuus Tampereen yliopiston kirjaston ohjeiden mukaisesti. Luotettavuudessa otettiin huomioon aineiston alkuperäisyys, tiedon ajantasaisuus, tiedontuottajan luotettavuus, tiedon objektiivisuus sekä sisältö. (Tampereen yliopiston kirjasto N.d.)

Aineistossa käytettiin alkuperäislähteitä. Tutkimuksellinen aineisto rajattiin julkaisuvuosille 2010–2021, mutta artikkelien osalta julkaisuvuosista voitiin poiketa, jos tieto oli ajantasaista vuosiluvuista huolimatta tai tuoretta tietoa ei aiheesta ollut saatavilla. Näin ollen saatiin kuvailevan kirjallisuuskatsauksen ohjeiden mukaisesti vastattua tutkimuskysymyksiin (Kangasniemi ym. 2013). Tutkimuksissa kiinnitettiin huomiota tekijöiden asiantuntijuuteen sekä tekijöiden sidonnaisuuksiin. Tutkimusten tuli olla puolueettomia, perusteltuja ja tutkimuksiin käytettyjen lähteiden tuli olla asianmukaisesti ilmoitettuja ja jäljennettävissä. Tutkimusten tuli olla vertaisarvioituja sekä molempien opinnäytetyön tekijöiden hyväksymiä. Sisällöllisesti luotettavuutta parannettiin huomioimalla tutkimusten sisältävän riittävän laajan näkökulman aiheeseen. (Tampereen yliopiston kirjasto N.d.)

### **7.3 Tulosten tarkastelu**

Aiemman perehdytysmateriaalin pintapuolisuuden, pirstaleisuuden ja epääjantasaisuuden käytännönongelma saatiin oppaan avulla ratkaistua. Osastolta saadun palautteen perusteella opas oli konkreettinen, käytännönläheinen, tietoperustaltaan tarvittavan laaja ja vastasi osaston tarpeeseen kattavasti. Oppaan arvioinnissa voitiin hyödyntää oppaan esittelytilaisuudessa paikalla ollutta osaston työntekijää, joka arvioi oppaan helpottavan työhön perehtymistä. Sekä opiskelijoiden itsenäisen että osaston arvioinnin mukaan opas täytti sille alussa asetetut tavoitteet.

Oppaan tarkoitus oli toimia tukimateriaalina uudelle työntekijälle alkuvaiheen perehdytyksessä sekä opiskelijaohjauksessa loppuvaiheen opiskelijoilla. Opas täytti tarkoituksensa ja alkuperäisten tarkoitusten lisäksi toimeksiantajan edustaja piti arvioinnissa opasta soveltuvana myös vanhojen työntekijöiden kertaustyökaluksi.

Valmiin oppaan siirtymistä osaston hallintaan pidettiin hyvänä asiana, sen mahdollistaessa oppaan muokkauksen jatkossa. Oppaaseen sisältyvien palvelujentuottajien ja vertaistuen toimijoiden muuttuessa ajan saatossa, opasta tulee päivittää näiltä osin tietoja vastaaviksi.

Osaston palautteen sekä opiskelijoiden mukaan toimijat olivat sitoutuneita kehittämistoimintaan. Osasto koki saaneensa vaikuttaa prosessiin, kehittämistoimintaan sekä syntyneeseen tuotokseen. Yhteydenpito toimijoiden välillä vastasi prosessin alussa määriteltyä ja yhteydenpito koettiin kehittämistoiminnan kannalta sujuvaksi.

Opinnäytetyö julkaistaan Theseuksessa, jossa se on kaikkien saatavilla. Opinnäytetyötä voi tuolloin hyödyntää useampi skitsofrenian hoidosta ja kuntoutuksesta kiinnostunut, huomioiden aiheen rajauksen. Opinnäytetyö on kohdennettu KSSHP:n psykiatrian osastolle 5, eikä ole siksi yleistettävissä koskemaan skitsofrenian hoitoa ja kuntoutusta muissa yksiköissä.

**Teoriasta** saadut tulokset vahvistavat aikaisempia näkemyksiä siitä, että sairaanhoitajalla on keskeinen rooli skitsofreniapotilaan hoidossa ja kuntoutuksessa. Tuloksista käy ilmi, että sairaanhoitajan työnkuva psykiatrian osastolla 5 kattaa monta eri osa-aluetta, joihin sairaanhoitajat tarvitsevat perehdytystä, jotta hoidon ja kuntoutuksen laatu sekä tuloksellisuus vahvistuvat.

Tulokset vahvistavat käsitystä siitä, että sairaanhoitajalla on merkittävä rooli potilaan sitoutumisessa hoitoon. Kalkanin ja Kavak Budakin (2020) tulokset vahvistavat käsitystä, että potilaiden tietämys omasta sairaudestaan, siihen käytetyistä lääkkeistä, lääkkeiden haittavaikutuksista, tehosta ja vaikuttavuudesta näyttelevät suurta roolia potilaan lääkehoitoon sitoutumisessa. Tietämyksen ollessa heikko, on myös sitoutuminen hoitoon heikkoa. Tutkijat suosittelevatkin hoitohenkilökunnan panostavan potilaiden tietämyksen parantamiseen, jotta lääkehoitoon sitoutuminen vahvistuisi. (Kalkan & Kavak Budak 2020.)

Tulokset lisäävät tietoa psykoedukaation hyödyllisyydestä osana hoitosuhdetyöskentelyä. Psykoedukaation käyttö osana hoitosuhdetyöskentelyä voi lieventää mielenterveyshäiriöihin liittyvän stigman aiheuttamaa häpeää, kärsimystä ja itsearvostuksen vähenemistä niin potilaissa kuin heidän läheisissään (Hiekkala-Tiusanen ym. 2019; Hämäläinen, ym. 2017, 58.) Psykoedukaatio voi lisätä työntekijöiden ymmärrystä potilaan tilanteesta, mikä puolestaan tukee hoidontavoitteiden asettelua ja yhteistyösuhteen rakentumista (Hiekkala-Tiusanen ym. 2019). Yhdistettynä muihin hoitomuotoihin, psykoedukaatio voi vähentää lisäksi sairauden uusiutumista ja sairaalahoidon tarvetta sekä edistää potilaiden hoitomyönteisyyttä (Hämäläinen ym. 2017, 187–189, 262). Xia, Merinder ja Belgamwar toteavat myös tutkimuksessaan (2011) psykoedukaation parantavan potilaiden sosiaalista toimintakykyä ja lisäävän potilaiden tyytyväisyyttä saamaansa hoitoon (Xia, Merinder & Belgamwar 2011).

Tulokset lisäävät tietoa motivoivan keskustelun käytön hyödyllisyydestä skitsofreniapotilaiden hoitoon sitoutumiseen vaikuttavana tekijänä. Ertem ja Duman suosittelevat tutkimuksessaan (2019) motivoivan keskustelun käyttöä osana skitsofreniapotilaiden hoitoa. Tutkimus osoittaa, että motivoivan keskustelun käyttö osana skitsofrenia potilaiden hoitoa vähentää psykoosien uusiutumista, lisää hoitomyönteisyyttä ja tukee potilaiden hoitoon sitoutumista. (Ertem & Duman 2019.)

Tulokset vahvistavat myös käsitystä siitä, että sairaanhoitaja voi omalla toiminnallaan vaikuttaa ennaltaehkäisevästi potilas- ja työturvallisuuden vaarantumiseen. Tunnistamalla uhkaavat tilanteet, kohtaamalla potilaat kunnioittavasti ja tiedostamalla väkivaltatilanteiden taustatekijöitä voidaan mahdollisesti ehkäistä uhkaavien tilanteiden kehittyminen väkivaltatilanteiksi. Potilas- ja työturvallisuus on kuitenkin käsitteenä hyvin laaja. Makkonen ja kumppanit (2016) huomauttavatkin, että pakkotoimien käyttämisen ja väkivallan vähentämisen keinoja tulisi lähestyä kokonaisuutena, jonka osina ovat uudet välineet ja niiden käyttöönotto, tilanteiden ja toimintaympäristön tarkastelu sekä potilaiden huomioiminen hoidon sisällön kehittämisessä (Makkonen ym. 2016, 22).

## **7.4 Johtopäätökset ja kehittämissuhteet**

Skitsofrenia on vakava ja monimuotoinen sairaus, jonka hoitoon ja kuntoutukseen sairaanhoitaja voi vaikuttaa monin eri keinoin. Sairaanhoitajan on tunnettava skitsofrenia sairautena ja osattava hyödyntää Skitsofrenian Käypä hoito-suosituksen sisältöä käytännön työssä moniammatillisesti yhteistyössä potilaan ja hänen läheistensä kanssa.

Skitsofrenian vaihekäsityksestä riippumatta yhteistä näkemyksille sairauden kulussa on, että akuuttivaiheen jälkeisessä vaiheessa potilas on hauras ja herkkä psykoosin uusiutumiselle, jolloin hoitoon ja kuntouttamiseen on syytä panostaa. Liian aikainen lääkityksen annoksen vähentäminen tai lääkityksen lopettaminen kokonaan, psykososiaalisten stressitekijöiden paljous, liiallinen vaatimusten määrä, kuten kuntoutuminen nopeasti työhön tai opintoihin sekä potilaan somaattisen terveydentilan muutos heikompaan tai päihteiden käyttäminen altistavat psykoosin uusiutumiselle ja oireiden pahenemiselle (Suvisaari ym. 2019c).

Potilas- ja työturvallisuuden tulee kiinnittää psykiatrialla erityistä huomiota. Psykiatrialla tahdosta riippumaton hoito ja sen mukanaan tuomat rajoitustoimet voivat tutkimusten mukaan provosoida väkivaltakäyttäytymistä (Lantta ym. 2016). Lisäksi skitsofrenian luonteeseen liittyvä kohonnut väkivaltaisuuden riski kasvattaa tarvetta potilas- ja työturvallisuuden perehdytykseen (Kaltiala-Heino ym. 2014; Volavka 2013). Uusien työntekijöiden riittävällä perehdyttämisellä sekä uhkaavien tilanteiden tunnistamiseen, taustatekijöiden tiedostamiseen ja tilanteissa toimimiseen, voidaan osittain estää uhkaavien tilanteiden kehittyminen väkivaltatilanteiksi. Huolellinen väkivaltariskin kar-toittaminen voi mahdollistaa paremman ennakkoinnin, systemaattinen kirjaaminen puolestaan väkivaltatilanteiden toiminnan läpikäymisen ja toiminnan muokkaamisen (Makkonen ym. 2016, 22).

Teorian ja käytännön kokemuksen välillä havaittiin ristiriita käsiteltäessä skitsofreniapotilaan parantumismahdollisuuksia. Työ osastolla on opettanut, että skitsofreniasta ei sairautena täysin parannuta, vaan alttius skitsofrenian uudelleen puhkeamiselle on aina olemassa, jolloin läikehoitoon sitoutuminen ja varomerkkien varhainen tunnistaminen korostuvat. Vastaavasti kirjallisuus antaa kuvan, että osa potilaista voi sairaudesta parantua. Ristiriitaa voi osaltaan selittää osaston profiililla, jos vastaavaa opasta tehtäisiin yhteistyössä avohoidon kanssa, voisi työntekijöiden kokemustieto poiketa nyt saadusta kokemustiedosta. Toisaalta oppaaseen valikoitunut kirjallisuus ei myöskään määritellyt täysin aukottomasti, sitä mitä parantumisella tarkoitetaan, jolloin parantumisen määrittelyssä on voinut olla tulkintavirheen mahdollisuus. On huomattava, että opinnäytetyön tuloksena syntynyt opas onkin kohdennettu psykiatrian osastolle 5, joten opas ei ole yleistettävissä koskemaan muita skitsofreniapotilaita hoitavia yksiköitä.

Opinnäytetyön toteuttaminen oli opettavaista niin opiskelijoille kuin henkilökunnalle. Opiskelijat kartuttivat kehittämistyön aikana kattavan tietoperustan aiheesta ja tutkimusmenetelmistä sekä kehittivät yhteistyötaitojaan eri ammattilaisten kanssa. Henkilökunnalta saadun palautteen mukaan, kehittämistyössä mukana olleet sairaanhoitajat refleктоivat omaa työtään prosessin aikana tavallista tarkemmin myös ulkopuolisen silmin, mitä voidaan pitää myös positiivisena asiana.

Kehittämisehdotuksena esitetään oppaan hyödyllisyyden pidemmän aikavälin arviointia. Valmista opasta arvioitiin lyhyellä aikavälillä niin oppaan esittelytilaisuudessa sanallisesti kuin osaston yhteyshenkilöltä saadussa kirjallisessa arvioinnissa, mutta oppaasta saatua hyötyä pidemmällä aikavälillä ei ollut tässä yhteydessä mahdollista tutkia.

Koska opas rajautui skitsofrenian hoitoon ja kuntoutukseen, voidaan kehittämisehdotuksena pitää myös vastaavan oppaan tuottamista muista psykoosisairauksista ja osastolla hoidettavista mielen-terveyden häiriöistä kuten epävakaavasta persoonallisuushäiriöstä. Lisäksi kokemustieto oppaassa rajoittui osastolta saatuihin kommentteihin. Laajemman kokemustiedon esille saamiseksi voitaisiin jatkoehdotuksena esittää käytettäväksi muita menetelmiä kuten haastatteluja. Oppaan koostamista myös eri ammattiryhmien työnkuvien tai moniammatillisen yhteistyön näkökulmasta voisi pitää jatkokehittämisen lähtökohtana.



## Lähteet

A. 298/2009. Sosiaali- ja terveystieteiden ministeriön asetus potilasasiakirjoista. Asetus annettu 30.3.2009. Viitattu 30.7.2021.

<https://finlex.fi/fi/laki/alkup/2009/20090298>.

Başoğlu, C., Arabacı, L-B., Büyükbayram, A., Aktaş, Y. & Uzunoğlu, G. 2019. Emotional intelligence and personality characteristics of psychiatric nurses and their situations of exposure to violence. *Perspectives in Psychiatric Care*, Apr2019; 55(2): 255-261. Viitattu 14.10.2021.

<https://janet.finna.fi>, CINAHL Plus with full text (EBSCO).

Bonner-Jackson, A., Grossman, L., Harrow, M. & Rosen, C. 2010. Neurocognition in schizophrenia: A 20-year multi-follow-up of the course of processing speed and stored knowledge. *Compr Psychiatry*. 2010 Sep–Oct; 51(5): 471–479. Viitattu 15.6.2021.

<https://janet.finna.fi>, CINAHL Plus with full text (EBSCO).

Botten, E-L. 2012. Recovery: a time to listen to the patient. *British Journal of Nursing*, 6/28/2012; 21(12): 748-748. Viitattu 15.6.2021.

<https://janet.finna.fi>, CINAHL Plus with full text (EBSCO).

Brown, LF., Davis, LW., LaRocco, VA. & Strasburger, A. 2010. Participant Perspectives on Mindfulness Meditation Training for Anxiety in Schizophrenia. *American Journal of Psychiatric Rehabilitation*, Jul-Sep2010; 13(3): 224-242. Viitattu 10.6.2021.

<https://janet.finna.fi>, CINAHL Plus with full text (EBSCO).

de Jacq, K., Norful, AA. & Larson, E. 2016. The Variability of Nursing Attitudes Toward Mental Illness: An Integrative Review. Viitattu 16.6.2021. *Arch Psychiatr Nurs*. 2016 Dec;30(6):788–796. Viitattu 9.6.2021.

<https://janet.finna.fi>, Pubmed.

Dudley, J., Eames, C., Mulligan, J. & Fisher, N. 2018. Mindfulness of voices, self-compassion, and secure attachment in relation to the experience of hearing voices. *British Journal of Clinical Psychology*, Mar2018; 57(1): 1-17. Viitattu 31.7.2021.

<https://janet.finna.fi>, CINAHL Plus with full text (EBSCO).

Ertem, M Y. & Duman, Z C. 2019. The effect of motivational interviews on treatment adherence and insight levels of patients with schizophrenia: A randomized controlled study. *Perspectives in Psychiatric Care*, Jan2019; 55(1): 75-86. Viitattu 21.7.2021.

<https://janet.finna.fi>, CINAHL Plus with full text (EBSCO).

Eskelinen, S., Niemi, M., Niemelä, S. & Vasankari, T. 2020. Mielenterveys- ja päihdepotilaiden tupakkoinnin lopettamisen tukeminen. *Lääketieteellinen aikakauskirja Duodecim*. 2020;136(1):69–77. Viitattu 23.8.2021.

<https://janet.finna.fi>, Terveysportti.

Fimlab. 2021. Prolaktiini. Julkaisu Fimlabin verkkosivuilla. Julkaistu 1.6.2021. Viitattu 29.8.2021.  
<https://fimlab.fi/tutkimus/6133>.

F20.00 Paranoidinen skitsofrenia. N.d. ICD-10-hakuohjelma. Viitattu 1.4.2021.  
<https://janet.finna.fi>, Terveysportti.

F20.1. Hebefreeninen skitsofrenia. N.d. ICD-10-hakuohjelma. Viitattu 1.4.2021.  
<https://janet.finna.fi>, Terveysportti.

F20.2. Katatoninen skitsofrenia. N.d. ICD-10-hakuohjelma. Viitattu 1.4.2021.  
<https://janet.finna.fi>, Terveysportti.

F20.3. Erilaistumaton skitsofrenia. N.d. ICD-10- hakuohjelma. Viitattu 22.6.2021.  
<https://janet.finna.fi>, Terveysportti.

Geretsegger, M., Mössler, KA., Bieleninik, Ł., Chen, XJ., Heldal, TO. & Gold, C. 2017. Music therapy for people with schizophrenia and schizophrenia-like disorders. Cochrane Database Syst Rev. 2017 May 29;5(5):CD004025. Viitattu 25.8.2021.  
<https://janet.finna.fi>, Pubmed.

Gerlock, AA., Buccheri, R., Buffum, MD., Trygstad, L. & Dowling, GA. 2010. Responding to command hallucinations to harm: the Unpleasant Voices Scale and Harm Command Safety Protocol. Journal of Psychosocial Nursing & Mental Health Services, May2010; 48(5): 26-33. Viitattu 14.10.2021.  
<https://janet.finna.fi>, CINAHL Plus with full text (EBSCO).

Girdler, S. Confino, J. & Woesner, M. 2019. Exercise as a Treatment for Schizophrenia: A Review. Psychopharmacol Bull. 2019 Feb 15;49(1):56–69. Viitattu 27.8.2021  
<https://janet.finna.fi>, Pubmed.

Heikkilä, A., Jokinen, P. & Nurmela, T. 2008. Tutkiva kehittäminen, Avaimia tutkimus- ja kehittämishankkeisiin terveysalalla. WSOY Oppimateriaalit Oy 2008: Helsinki.

Helander, M., Roos, M. & Suominen, T. 2019. Nuorten sairaanhoitajien näkemyksiä ammatista lähtemisestä. Hoitotiede; Kuopio Vol. 31, Iss. 3, (2019): 180–190. Viitattu 20.10.2021.  
<https://janet.finna.fi>, ProQuest Central.

Hiekkala-Tiusanen, L., Halunen, M., Mehtälä, T. & Kiesepä, T. 2019. Psykososiaaliset menetelmät skitsofrenian hoidossa ja kuntoutuksessa-sivuosasta tähtinäyttelijäksi? Lääketieteellinen aikakauskirja Duodecim. 2019;135(20):2011–9. Viitattu 24.7.2021.  
<https://janet.finna.fi>, Medic.

Hietaharju, P. & Nuutila, M. 2010. Käytännön mielenterveystyö. Latvia: Tammi.

Holmberg, J. 2016. Hoitajana mielenterveys- ja päihdetyössä. Keuruu: Edita Publishing Oy.

Hotus. N.d. Hoitotyöntekijän näyttöön perustuva päätöksenteko. Julkaisu Hoitotyön tutkimussäätiön verkkosivuilla. N.d. Viitattu 15.8.2021.

<https://www.hotus.fi/hoitotyontekijan-nayttoon-perustuva-paatoksenteko/>.

Huttunen, M. 2018a. Harha-aistimus (hallusinaatio). Julkaisu Duodecim Terveyskirjaston verkkosivuilla. Julkaistu 30.11.2018. Viitattu 14.6.2021.

<https://www.terveyskirjasto.fi/dlk00371>.

Huttunen, M. 2018b. Harhaluulo (deluusio). Julkaisu Duodecim Terveyskirjaston verkkosivuilla. Julkaistu 30.11.2018. Viitattu 14.6.2021.

<https://www.terveyskirjasto.fi/dlk00372>.

Huttunen, M. 2018c. Skitsofrenia. Julkaisu Duodecim Terveyskirjaston verkkosivuilla. Julkaistu 30.11.2018. Viitattu 1.7.2021.

<https://www.terveyskirjasto.fi/dlk00148>.

Huttunen, M. 2018d. Tietoa potilaalle: psyykenlääkkeet. Duodecim, Lääkärin käsikirja. Julkaistu 30.11. 2018. Viitattu 19.8.2021.

<https://janet.finna.fi>, Terveysportti.

Hämäläinen, K., Kanerva, A., Kuhanen, C., Schubert, C. & Seuri, T. 2017. Mielenterveyshoitotyö. Helsinki: Sanoma Pro Oy.

Jansen, T-L. & Hanssen, I. 2017. Patient participation: causing moral stress in psychiatric nursing? Scand J Caring Sci; 2017; 31; 388–394. Viitattu 12.8.2021.

<https://janet.finna.fi>, CINAHL Plus with full text (EBSCO).

Jennings, E. 2015. The importance of diet and nutrition in severe mental health problems. Journal of community nursing. 2015 Vol 25, No 5, 68-73. Julkaistu 1. 10.2015. Viitattu 26.8.2021

<https://janet.finna.fi>, CINAHL Plus with full text (EBSCO).

Järvelin, J., Kääriäinen, S. & Passoja, S. 2018. Psykiatrinen erikoissairaanhoito 217. Tilastoraportti 33/2018. Terveystieteiden tutkimuskeskus. Julkaistu 10.10.2018. Viitattu 2.3.2021.

[https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/136978/tr33\\_18.pdf?sequence=5&isAllowed=y](https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/136978/tr33_18.pdf?sequence=5&isAllowed=y).

Järvinen, M. 2020. Motivoiva haastattelu. Artikkelit Duodecimin verkkosivuilla. Julkaistu 27.8.2020. Viitattu 24.7.2021.

<https://www.kaypahoito.fi/nix02109>.

Järvelä, M., Ruuska, A-M. & Saavalainen, K. 2010. Vierihoidon psykiatrisella osastolla. ITHACA-hanke, hyvät käytännöt. Terveyden ja hyvinvoinninlaitoksen julkaisu. Julkaistu 1.2.2010. Viitattu 31.7.2021.

<https://thl.fi/documents/10531/1449887/Visala.pdf/166f81a1-fc03-41a9-b569-879bac18eb9e>.

Jääskeläinen, E., Isohanni, M., Seppälä, J., Seppälä, A., Miettunen, J. & Koponen, H. 2018. Hoitoresistentin skitsofrenian hoitomahdollisuudet. Lääketieteellinen aikakauskirja Duodecim 2018 vol. 134 no. 7 s.687–695. Viitattu 17.8.2021

<https://janet.finna.fi>, Medic.

Kalkan, E. & Kavak Budak, F. 2020. The effect of insights on medication adherence in patients with schizophrenia. Perspectives in Psychiatric Care, Jan2020; 56(1): 222-228. Viitattu 17.8.2021.

<https://janet.finna.fi>, CINAHL Plus with full text (EBSCO).

Kaltiala-Heino, RK., Makkonen, P. & Moring, J. 2014. Turvallisuus psykiatrisessa avo- ja sairaalahoitossa. Potilasturvallisuuden perusteet. Julkaistu 3.2.2014. Viitattu 18.3.2021.

<https://janet.finna.fi>, Oppiportti.

Kangasniemi, M., Utriainen, K., Ahonen, S-M., Pietilä, A-M., Jääskeläinen, P. & Liikanen, E. 2013. Kuvaileva kirjallisuuskatsaus: eteneminen tutkimuskysymyksestä jäsenettyyn tietoon. HOITOTIEDE 2013, 25 (4), 291–301. Viitattu 18.3.2021.

<https://janet.finna.fi>, ProQuest Central.

Kiesepää, T. & Oksanen, J. 2013. Psykoedukaatio psykoosien hoidossa ja kuntoutuksessa. Lääketieteellinen aikakauskirja Duodecim 2013;129(20):2133–9. Viitattu 20.7.2021.

<https://janet.finna.fi>, Medic.

Kinnunen, M. & Helovuori, A. 2019. Potilasturvallisuuden varmistaminen. Julkaistu 20.11.2019. Viitattu 30.7.2021.

<https://janet.finna.fi>, Sairaanhoidajan käsikirja.

Kontio, R., Anttila, M., Lantta, T., Kauppi, K., Joffe, G. & Välimäki, M. 2013. Toward a Safer Working Environment on Psychiatric Wards: Service Users' Delayed Perspectives of Aggression and Violence-Related Situations and Development Ideas. Perspectives in Psychiatric Care, Oct2014; 50(4): 271-279. Viitattu 19.8.2021.

<https://janet.finna.fi>, CINAHL Plus with full text (EBSCO).

Kontio, R., Joffe, G., Putkonen, H., Kuosmanen, L., Hane, K., Holli, M. & Välimäki, M. 2010. Seclusion and Restraint in Psychiatry: Patients' Experiences and Practical Suggestions on How to Improve Practices and Use Alternatives. Perspectives in Psychiatric Care, Jan2012; 48(1): 16-24. Viitattu 14.10.2021.

<https://janet.finna.fi>, CINAHL Plus with full text (EBSCO).

Koponen, T., Jähi, R., Männikkö, M., Lipponen, V. & Åstedt-Kurki, P. 2012. Mielenterveyspotilaan läheisenä olemisen moninaisuus - tutkimuskohteena vertaisryhmä. Hoitotiede; Kuopio Vol. 24, Iss.

2, (2012): 138–149. Viitattu 10.6.2021.  
<https://janet.finna.fi>, ProQuest Central.

Koponen, H. & Lappalainen, J. 2015. Mielenterveyspotilaan somaattinen terveys. Lääketieteellinen aikakauskirja Duodecim. 2015;131(6):577–82. Viitattu 30.8.2021.  
<https://janet.finna.fi>, Duodecim.

Koponen, H. 2020. Pahanlaatuinen neuroleptioireyhtymä. Lääkärin käsikirja. Lääketieteellinen aikakauskirja Duodecim. Julkaistu 4.6.2020. Viitattu 18.9.2021.  
<https://janet.finna.fi>, Terveysportti.

Korkeila, J. 2019. Mitä skitsofrenian sairaalahoidon pitäisi sisältää? Artikkelit Duodecimin verkkosivuilla. Lääketieteellinen aikakauskirja Duodecim. 2019;135(20):1989–91. Viitattu 27.7.2021.  
<https://janet.finna.fi>, Medic.

Kuosmanen, L. & Laukkanen, E. 2019. Pakon käytön vähentäminen psykiatrisessa sairaalahoidossa. Duodecim 2019 vol. 135 no.10 s. 925–931. Viitattu 16.7.2021.  
<https://janet.finna.fi>, Medic.

Kyrölä, A. & Järvelin, J. 2020. Psykiatrinen erikoissairaanhoito 2019. Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen tilastoraportti 53/2020. Julkaistu 17.12.2020. Viitattu 11.8.2021.  
[https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/140834/TR\\_53\\_2020.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/140834/TR_53_2020.pdf?sequence=1&isAllowed=y).

L 14.12.1990/1116. Mielenterveyslaki. Viitattu 30.7.2021.  
<https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1990/19901116>.

Lantta, T., Anttila, M., Adams, CE. & Välimäki M. 2016. Violent events, ward climate and ideas for violence prevention among nurses in psychiatric wards: a focus group study. Int J Ment Health Syst. 2016 Apr 5; 10:27. Viitattu 25.10.2021.  
<https://janet.finna.fi>, Pubmed.

Leijala, J., Hietala, E. & Kampman, O. 2019. Sairaudentunnon ja hoitoon sitoutumisen merkitys skitsofrenian hoidossa. Lääketieteellinen aikakauskirja Duodecim. 2019;135(20):2028–34. Viitattu 4.6.2021.  
<https://janet.finna.fi>, Medic.

Leino-Kilpi, H. & Välimäki, M. 2014. Etiikka hoitotyössä. Sanoma Pro Oy: Helsinki.

Lönnqvist, J., Henriksson, M., Isometsä, E. & Marttunen, M. 2021. Itsetuhokäyttäytyminen. Duodecim, Oppiportti. Julkaistu 14.9.2021. Viitattu 25.10.2021  
<https://janet.finna.fi>, Oppiportti.

Makkonen, P., Putkonen, A., Korhonen, J., Kuosmanen, L. & Kärkkäinen, J. 2016. Pakon käytön vähentäminen ja turvallisuuden lisääminen psykiatrisessa hoidossa. Terveiden ja hyvinvoinnin laitoksen julkaisu. Työpäpaperi Julkaistu 35/2016. Viitattu 14.10.2021.

[https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/131697/URN\\_ISBN\\_978-952-302-751-0.pdf?sequence=1](https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/131697/URN_ISBN_978-952-302-751-0.pdf?sequence=1).

Mielenterveystalo 2014. Tietoa psykoosista: Haavoittuvuus-stressi-malli. 2014. Mielenterveystalon video YouTuben verkkosivuilla. Julkaistu 13.5.2014. Viitattu 14.6.2021.

[https://www.youtube.com/watch?v=p\\_GA0yOI-A4&feature=youtu.be](https://www.youtube.com/watch?v=p_GA0yOI-A4&feature=youtu.be).

Mielenterveyspalvelut. N.d. Julkaisu Sosiaali- ja terveysministeriön verkkosivuilla. Viitattu 2.3.2021.

<https://stm.fi/mielenterveyspalvelut>.

Miettinen, M. Kaunonen, M. & Tarkka, M-T. 2006. Laadukas perehdyttäminen: Osa 1, Hoitotyön perehdytyksen perusta. Artikkel. Julkaisussa Hallinnon tutkimus 25 (2006):2, s. 63-70. Viitattu 6.4.2021.

<https://janet.finna.fi>, ProQuest Central.

Møllerhøj, J., Os Stølan, L., Erdner, A., Hedberg, B., Stahl, K., Riise, J., Jedenius, E. & Rise, M-B. 2020. "I live, I don't work, but I live a very normal life"—A qualitative interview study of Scandinavian user experiences of schizophrenia, antipsychotic medication, and personal recovery processes. *Perspectives in Psychiatric Care*, Apr2020; 56(2): 371-378. Viitattu 15.6.2021.

<https://janet.finna.fi>, CINAHL Plus with full text (EBSCO).

Partonen, T., Lönnqvist, J. & Syvälahti, E. 2019. Aivojen sähköhoito. *Psykiatria*. Duodecim, Oppiportti. Julkaistu 11.3.2019. Viitattu 24.8.2021.

<https://janet.finna.fi>, Oppiportti.

Pharoah, F., Mari, J., Rathbone, J. & Wong, W. 2010. Family intervention for schizophrenia. *Cochrane Database Syst Rev*. 2010 Dec 8;(12):CD000088. Viitattu 24.7.2021.

<https://janet.finna.fi>, Pubmed.

Penttilä, J., Appel, H., Rintahaka, P., Heikkinen, R. & Syvälahti, E. 2007. Laboratorio tutkimukset psykoosien ja mielialahäiriöiden lääkehoidon aikana. *Lääketieteellinen aikakauslehti Duodecim*. 2007;123(7):812–8. Viitattu 29.8.2021.

<https://www.duodecimlehti.fi/duo96387>.

Pulkkinen, S. & Vesanen, P. 2017a. Skitsofrenian hoito. *Duodecim, Terveysportti*. Julkaistu 10.10.2017. Viitattu 15.6.2021.

<https://janet.finna.fi>, Sairaanhoitajan käsikirja.

Pulkkinen, S. & Vesanen, P. 2017b. Psykoottisen potilaan hoito. *Duodecim, Terveysportti*. Julkaistu 10.10.2017. Viitattu 15.6.2021.

<https://janet.finna.fi>, Sairaanhoitajan käsikirja.

Puttonen, J. 2021. Väkivaltaisen, uhkaavan potilaan kohtaaminen. Julkaistu 3.2.2021. Viitattu 21.8.2021.

<https://janet.finna.fi>, Sairaanhoidajan käsikirja.

Raaska, K. 2020. Klotsapiinihoito. Julkaistu 26.6.2020. Viitattu 31.8.2021.

<https://janet.finna.fi>, Terveysportti.

Repo-Tiihonen, E., Putkonen, A. & Tuppurainen, H. 2012. Potilaan rajoittaminen psykiatrisessa sairaalahoitossa. Duodecim 2012 vol. 128 no. 22 s. 2336–2343. Viitattu 31.8.2021.

<https://janet.finna.fi>, Medic.

Rhee, TG. & Rosenheck, RA. 2018. Does improvement in symptoms and quality of life in chronic schizophrenia reduce family caregiver burden? Psychiatry Res. 2019 Jan; 271:402–404. Viitattu 27.8.2021.

<https://janet.finna.fi>, Pubmed.

Ridenour, M., Lanza, M., Hendricks, S., Hartley, D., Rierdan, J., Zeiss, R. & Amandus, H. 2013. Incidence and risk factors of workplace violence on psychiatric staff. Work, 2015; 51(1): 19-28. Viitattu 19.8.2021.

<https://janet.finna.fi>, CINAHL Plus with full text (EBSCO).

Räsänen, K. & Meretoja, O. 2014. Potilasturvallisuuden perusteet. Työhyvinvointi ja henkilökunnan jaksaminen. Julkaistu 3.2.2014. Viitattu 18.3.2021.

<https://www.janet.finna.fi>, Oppiportti.

Sailas, E., Selkama, S. & Joffe, G. 2007. Työ tekijäänsä kiittää – tuettu työllistyminen osana skitsofreniapotilaiden kuntoutumista. Lääketieteellinen aikakauskirja Duodecim 2007;123(17):2083–90. Viitattu 31.7.2021.

<https://janet.finna.fi>, Duodecim.

Sairaanhoidajat. N.d. Työhyvinvointi. Perusasiat kuntoon työpaikalla. Julkaisu Sairaanhoidajien liiton verkkosivuilla. Viitattu 2.3.2021.

<https://sairaanhoidajat.fi/tyohyvinvointi/perusasiat-kuntoon-tyopaikalla/>.

Sairaanhoidajien eettiset ohjeet. 2021. Sairaanhoidajien liiton verkkosivuilla. Päivitetty 2021. Viitattu 1.7.2021.

<https://sairaanhoidajat.fi/wp-content/uploads/2021/04/Sairaanhoidajien-eettiset-ohjeet-2021-1.pdf>.

Salzmann-Erikson, M. 2014. Limiting Patients as a Nursing Practice in Psychiatric Intensive Care Units to Ensure Safety and Gain Control. Perspectives in Psychiatric Care, Oct2015; 51(4): 241-252. Viitattu 12.8.2021.

<https://janet.finna.fi>, CINAHL Plus with full text (EBSCO).

Skitsofrenia. 2020. Käypä hoito-suositus. Julkaistu 26.3.2020. Viitattu 1.4.2021.

<https://www.kaypahoito.fi/hoi35050>.

Soon Ah, P. & Mi, K. 2013. The Effects on Helplessness and Recovery of An Empowerment Program for Hospitalized Persons With Schizophrenia. *Perspectives in Psychiatric Care*, Apr2013; 49(2): 110-117. Viitattu 17.7.2021.

<https://janet.finna.fi>, CINAHL Plus with full text (EBSCO).

STM. 2012. POTILASASIAKIRJOJEN LAATIMINEN JA KÄSITTELY. Opas terveydenhuollolle. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2012:4. Viitattu 30.7.2021.

<https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/72897/URN%3aNBN%3afi-fe201504225719.pdf?sequence=1&isAllowed=y>.

Stone, T., McMillan, M., Hazelton, M. & Clayton E. 2010. Wounding Words: Swearing and Verbal Aggression in an Inpatient Setting. *Perspectives in Psychiatric Care*, Oct2011; 47(4): 194-203. Viitattu 19.8.2021.

<https://janet.finna.fi>, CINAHL Plus with full text (EBSCO).

Suvisaari, J., Isohanni, M., Kiesepä, T., Koponen, H., Hietala, J. & Lönnqvist, J. 2019a. Skitsofrenian kliiniset piirteet. Artikkelit Duodecim Oppiportin verkkosivuilla. Julkaistu 11.3.2019. Viitattu 22.6.2021.

<https://janet.finna.fi>, Oppiportti.

Suvisaari, J., Isohanni, M., Kiesepä, T., Koponen, H., Hietala, J. & Lönnqvist, J. 2019b. Skitsofrenian diagnoosi. Artikkelit Duodecim Oppiportin verkkosivuilla. Julkaistu 11.3.2019. Viitattu 22.6.2021.

<https://janet.finna.fi>, Oppiportti.

Suvisaari, J., Isohanni, M., Kiesepä, T., Koponen, H., Hietala, J. & Lönnqvist, J. 2019c. Skitsofreniapotilaan hoito & kuntoutus. *Psykiatria*. Julkaistu 11.3.2019. Viitattu 1.8.2021.

<https://janet.finna.fi>, Oppiportti.

Suvisaari, J., Isohanni, M., Kiesepä, T., Koponen, H., Hietala, J. & Lönnqvist, J. 2019d. Skitsofreniapotilaan lääkehoito. *Psykiatria*. Julkaistu 11.3.2019. Viitattu 25.8.2021.

<https://janet.finna.fi>, Oppiportti.

Suvisaari, J., Isohanni, M., Kiesepä, T., Koponen, H., Hietala, J. & Lönnqvist, J. 2019e. Skitsofreniapotilaan kuntoutus. *Psykiatria*. Julkaistu 11.3.2019. Viitattu 31.7.2021.

<https://janet.finna.fi>, Oppiportti.

Suvisaari, J., Isohanni, M., Kiesepä, T., Koponen, H., Hietala, J. & Lönnqvist, J. 2019f. Skitsofrenian kulku ja ennuste. *Psykiatria*. Julkaistu 11.3.2019. Viitattu 25.8.2021.

<https://janet.finna.fi>, Oppiportti.

Tampereen yliopiston kirjasto. N.d. Tiedonhaun opas: Tiedon luotettavuus. Viitattu 26.11.2021.

<https://libguides.tuni.fi/tiedonhaun-opas/tiedon-luotettavuus>.



Tiihonen, J. 2019. Skitsofrenian lääkehoito. Lääketieteellinen aikakauskirja Duodecim 2019. vol.135 no. 20. s. 2021–2027 Viitattu 17.8.2021.  
<https://janet.finna.fi>, Medic.

Tilastokeskus. N.d. Käsitteet. Tutkimus- ja kehittämistoiminta. Viitattu 2.3.2021.  
[https://www.stat.fi/meta/kas/t\\_ktoiminta.html](https://www.stat.fi/meta/kas/t_ktoiminta.html).

Tiri, H. 2005. Good results in psychiatric health care and factors affecting them in Finland and in Greece. Väitöskirja. Julkaistu 18.6.2005. Viitattu 2.3.2021.  
<http://jultika.oulu.fi/files/isbn9514277538.pdf>.

Toikko, T. & Rantanen, T. 2009. Tutkimuksellinen kehittämistoiminta, Näkökulmia kehittämissessiin, osallistamiseen ja tiedontuotantoon. Tampereen Yliopistopaino Oy: 2009.

Tuominen, L. & Salokangas R. 2020. Skitsofrenia. Duodecim, Terveysportti. Lääkärin käsikirja. Artikkelitarkistettu 22.5.2020. Viitattu 17.6.2021.  
<https://janet.finna.fi>, Terveysportti.

Turtiainen, S. & Schwarz, A. 2018. Muut päihteet ja työkyky. Duodecim, Oppiportti. Julkaistu 19.12.2018. Viitattu 30.8.2021  
<https://janet.finna.fi>, Oppiportti.

Tutkimuseettinen neuvottelukunta (TENK). N.d. Hyvä tieteellinen käytäntö (HTK). Viitattu 25.11.2021.  
<https://tenk.fi/fi/tiedevilppi/hyva-tieteellinen-kaytanto-htk>.

Tuulio-Henriksson, AM. 2014. Kognitiiviset toiminnot vaikeissa psykoottisissa häiriöissä. Artikkelitarkistettu Duodecim Oppiportin verkkosivuilla. Duodecim 2014; 130:233–40. Viitattu 18.3.2021.  
<https://janet.finna.fi>, Terveysportti.

Tuulio-Henriksson, AM. 2020. Skitsofrenia. Kliininen neuropsykologia. Artikkelitarkistettu Duodecim Oppiportin verkkosivuilla. Julkaistu 5.2.2020. Viitattu 17.6.2021.  
<https://janet.finna.fi>, Oppiportti.

Vancampfort, D., Probst, M., Skjaerven, L., Catalán- Matamoros, D., Lundvik- Gyllensten, A., Gómez-Conesa, A., Ijntema, R. & De Hert, M. 2012. Systematic Review of the Benefits of Physical Therapy Within a Multidisciplinary Care Approach for People With Schizophrenia. Physical Therapy, Jan2012; 92(1): 11-23. 13p. Viitattu 27.8.2021.  
<https://janet.finna.fi>, CINAHL Plus with full text (EBSCO).

Verhaeghe, S., Duprez, V., Beeckman, D., Leys, J., Van Meijel, B. & Van Hecke, A. 2014. Mental Health Nurses' Attitudes and Perceived Self-Efficacy Toward Inpatient Aggression: A Cross-Sectional Study of Associations With Nurse-Related Characteristics. Perspectives in Psychiatric Care, Jan2016; 52(1): 12-24. Viitattu 19.8.2021.  
<https://janet.finna.fi>, CINAHL Plus with full text (EBSCO).

Volavka, J. 2013. Violence in schizophrenia and bipolar disorder. *Psychiatria Danubina*, 2013; Vol. 25, No. 1, pp 24–33. Viitattu 19.8.2021.

<https://janet.finna.fi>, PubMed.

Vähäniemi, A., Välimäki, M., Pekurinen, V., Anttila, M. & Lantta, T. 2019. Quality and utilization of the Finnish clinical practice guideline in schizophrenia: evaluation using AGREE II and the vignette approach. *Neuropsychiatr Dis Treat*. 2019 May 9; 15:1239-1248. Viitattu 17.7.2021.

<https://janet.finna.fi>, Pubmed.

Xia, J., Merinder, LB. & Belgamwar, MR. 2011. Psychoeducation for schizophrenia. *Cochrane Database Syst Rev*. 2011 Jun 15;2011(6):CD002831. Viitattu 25.7.2021.

<https://janet.finna.fi>, Pubmed.