



Skitsofreniaa sairastavan psykososiaalinen hoito palveluasumisessa

Ismet Lozic

OPINNÄYTETYÖ
Syyskuu 2023

Hoitotyön koulutusohjelma Sairaanhoidaja

TIIVISTELMÄ

Tampereen ammattikorkeakoulu

Hoitotyön koulutusohjelma Sairaanhoidaja

LOZIC ISMET

Skitsofreniaa sairastavan psykososiaalinen hoito palveluasumisessa

Opinnäytetyö 34 sivua, joista 1 sivu liitteitä

Marraskuu 2023

Skitsofrenia on monimuotoinen ja vakava mielenterveyden häiriö, jota Suomessa sairastaa 55–65 000 henkilöä. Kokonaisvaltaisella hoidolla voidaan parantaa potilaan toimintakykyä ja estää sairauden oireiden uusiutumista. Osa skitsofrenian kokonaisvaltaista hoitoa on hyvä psykososiaalinen hoito, joiden avulla skitsofrenian haitat ja oireilu minimoidaan ja korjataan niin, että potilaan elämänlaatu ja toimintakyky säilyy.

Tämän opinnäytetyön tavoite on vastata kysymykseen, miten palveluasumisen hoitoympäristö vaikuttaa psykososiaalisen hoidon toteuttamiseen. Tavoite on selvittää asumispalveluiden hoitoympäristön haasteita ja tukevia tekijöitä hyvän psykososiaalisen hoidon toteuttamiselle sekä tuottaa lisää tietoa hyvästä psykososiaalisen hoidosta palveluasumisessa. Opinnäytetyön tutkimusmenetelmänä on kuvaileva kirjallisuuskatsaus.

Opinnäytetyön tuloksina voitiin todeta, että palveluasumisen hoitoympäristössä löytyy sekä psykososiaalista hoitoa edistäviä että estäviä tekijöitä. Tuloksista ilmeni, että edistäviä tekijöitä löytyy hoitohenkilökunnan ammattitaidosta ja jatkuvasta koulutuksesta sekä potilaan käytettävissä olevia voimavaroista. Suurin osa estävistä tekijöistä liittyy skitsofrenian ja palveluasumisen hoitoympäristön erityispiirteisiin ja niiden yhteisvaikutuksiin sekä palveluasumisen työkuulttuuriin.

Varsinkin palveluasumisen työkuulttuurin ja henkilökunnan koulutuksen kautta voitaisiin parantaa mahdollisuuksia hyvään psykososiaaliseen hoitoon palveluasumisessa. Hoitoympäristön erityispiirteet edellyttävät työkuulttuurin muutosta siten, että hoidon ja toimintatavat vastaisivat näyttöön perustuvaan tietoon psykososiaalisten menetelmien hyödyntämiseksi.

ABSTRACT

Tampereen ammattikorkeakoulu
Tampere University of Applied Sciences
Degree Programme in Nursing and Health Care

LOZIC, ISMET:

Psychosocial Interventions and Care for Patients with Schizophrenia in Nursing Homes

Bachelor's thesis 34 pages, appendices 1 page
November 2023

Schizophrenia is a diverse and severe mental disorder, which affects 55–60 000 people in Finland. Comprehensive care can improve everyday performance and patient's quality of life and prevent renewal of symptoms. An important part of comprehensive care of schizophrenia consists of psychosocial interventions, which help to prevent symptoms to reoccur and minimise many impairing consequences of the disorder.

The objective of the thesis was to study how the care environment of a nursing home affects the implementation of psychosocial interventions. The aim was to examine the challenges and promoting factors for the use of comprehensive psychosocial interventions in a nursing home environment. An additional objective was to produce more information on comprehensive psychosocial interventions and care. The method used in the study was literature review.

The results show that nursing home environment includes both promoting and prohibitive factors to the use of psychosocial interventions. The results show that promoting factors are the professional skills of the nurses and their constant training as well as the patients' capacity and resources. The prohibitive factors are related to the typical symptoms of schizophrenia and the characteristics of a nursing home environment and their synergies and co-effects. Additionally, the working culture can be an important part of prohibitive factors.

Particularly the nursing home working culture and the education and training of the nursing personnel are the main factors which could contribute to better psychosocial care in nursing homes for patients with schizophrenia. The features of the nursing home environment require changes in the working and organizational culture to use evidence-based psychosocial interventions.

SISÄLLYS

1. JOHDANTO	4
2. TEOREETTISET LÄHTÖKOHDAT	6
2.1 Skitsofrenia	6
2.2 Skitsofrenian hoitotyö ja kuntoutus.....	7
2.3 Psykososiaalisen menetelmän käsite.....	9
2.3.1. Yksilöpsykoterapia	10
2.3.2. Perheinterventiot	10
2.3.3. Psykoedukaatio.....	11
2.3.4. Arkielämän ja sosiaalisten taitojen harjoittelu.....	11
2.3.5. Elintapainterventiot ja palkitseminen	12
2.3.6. Luovat terapiat ja vertaistuki.....	12
2.4 Asumispalvelut.....	12
3. OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS, TEHTÄVÄ JA TAVOITE.....	14
4. MENETELMÄLLISET LÄHTÖKOHDAT	15
4.1 Aineistonkeruu	15
4.2 Aineiston keruu ja analysointi.....	16
5. TULOKSET	24
5.2. Henkilöstön tietoisuus ja ammattitaito	25
5.3. Sairauden ja palveluasumisen hoitoympäristön yhteisvaikutus ...	26
5.4. Voimavarat palveluasumisen ympäristössä	27
6. POHDINTA	28
6.1. Tutkimuksen etiikka ja luotettavuus	30
7. Lähteet.....	33

1. JOHDANTO

Skitsofrenia on pitkäkestoinen mielenterveyshäiriö, joka heikentää merkittävästi toimintakykyä ja vaikuttaa negatiivisesti ihmisen käyttäytymiseen sekä hänen kognitiivisiin ja emotionaalisiin toimintoihinsa. Se on koko ihmiskunnan historian aikana ilmennyt sairaus, joka puhkeaa yleensä nuorella iällä. Sairauden haastavuus johtuu sen vaihtelevuudesta. (Lönngqvist, Heikkinen, Henriksson, Marttunen & Partonen 2007, 73–75; Insel 2010.)

Skitsofreniaan sairastuvien ikäihmisten hoito ja huolenpito toteutetaan Suomessa yhä useammin ympärivuorokautisissa laitos- ja asumispalveluissa. Tehostetun palveluasumisen toimintaperiaatteet ovat tarjota asukkaalle joustavasti tukea, turvaa, hoivaa ja hoitoa kodinomaisessa ympäristössä, ottaen huomioon asukkaan elämän vaiheet ja yksilölliset tarpeet. Tehostetun palveluasumisen päivittäiset toimintasäännöt ja hoitorutiinit ovat tärkeä osa skitsofrenian hoitoa. (Sosiaalihuollon laitos ja asumispalvelut 2021).

Skitsofrenian hoidon perustana ovat lääke- ja psykososiaalinen hoito. Psykososiaaliseen hoitoon kuuluvat menetelmät, jotka lisäävät skitsofrenianpotilaan työ- ja toimintakykyä. Tarvitaan enemmän tietoa siitä, miten asumispalvelun hoitoympäristö vaikuttaa psykososiaaliseen hoitoon tehostetussa palveluasumisessa. Tämä tieto hyödyttäisi skitsofreniapotilaita hoitavia käytännön työssä ja ohjaisi kiinnittämään huomiota siihen, mitä erityistä hoitajan tulee huomioida skitsofreniaa sairastavan hoidossa erityisesti palveluasumisen toimintaympäristössä. (Palviainen ym. 2003, 347–349.)

Muutos sairaalapainotteisesta hoidosta avopainotteiseen tehtiin 90-luvulla, ilman että olisi otettu huomioon kuinka perustavanlaatuisen muutos oli. Terveystieteiden kriisin myötä palvelunlaatuongelmat ja kiire ovat merkittävästi vaikuttaneet negatiivisesti toimintakulttuuriin palveluasumisessa ja lisänneet haastavuutta kokonaisvaltaisen hoidon laadun varmistamisessa. Tässä yhteydessä puhutaan ”deprofessionalizing of care” kehityksestä. (Kehusmaa, Leppäaho, Havakka, Karttunen 2022, 1–5.)

Työelämätahtonani toimii Tampereen kaupunki ja opinnäytetyöni on tarkoitus suunnata Tampereen kaupungin hoitoyksiköihin, joissa toteutetaan pitkäaikaista skitsofrenian hoitoa asumisyksiköissä, kuten ryhmäkodissa tai tehostetussa palveluasumisessa. Opinnäytetyö tehdään kuvailevana kirjallisuuskatsauksena. Opinnäytetyön tavoitteena on lisätä ymmärrystä skitsofreniapotilaan erityistarpeista tehostetussa asumispalveluyksikössä.

2 TEOREETTISET LÄHTÖKOHDAT

2.1 Skitsofrenia

Skitsofrenia on usein nuoruudessa puhkeava vakava psyykkinen sairaus, joka vaikuttaa negatiivisesti kognitiivisiin ja emotionaalisiin toimintoihin. Skitsofreniaa sairastavan näkökulmasta skitsofrenia vaikeuttaa aktiivista sosiaalista elämää, samalla taloudelliset suorat kustannukset henkilökohtaisella ja yhteiskunnallisella tasolla ovat 1–2 prosenttia terveydenhuollon kustannuksista. Suomessa 0,5–1,5 % eli 55 000–65 000 väestöstä sairastaa skitsofreniaan (Lavretsky 2008, 3–4; Skitsofrenia: Käypä hoito 2020)

Diagnoosin tekeminen edellyttää neljän ehdon toteutumista. Skitsofrenialle tyypillisten oireiden tulee esiintyä vähintään kuukauden ajan, sen lisäksi merkittävää sosiaalisen tai ammatillisen toiminnan häiriintymistä, joka kestää vähintään kuusi kuukautta. Tämän lisäksi muut häiriöt kuten psykoosiin liittyvä mielialahäiriö suljetaan pois. Diagnoosi tehdään sen jälkeen, kun psykologisia ja neurologisia tutkimuksia on suoritettu. (Isohanni, Honkonen, Vartiainen & Lönnqvist 2007, 74–75; Skitsofrenia: Käypä hoito 2020.)

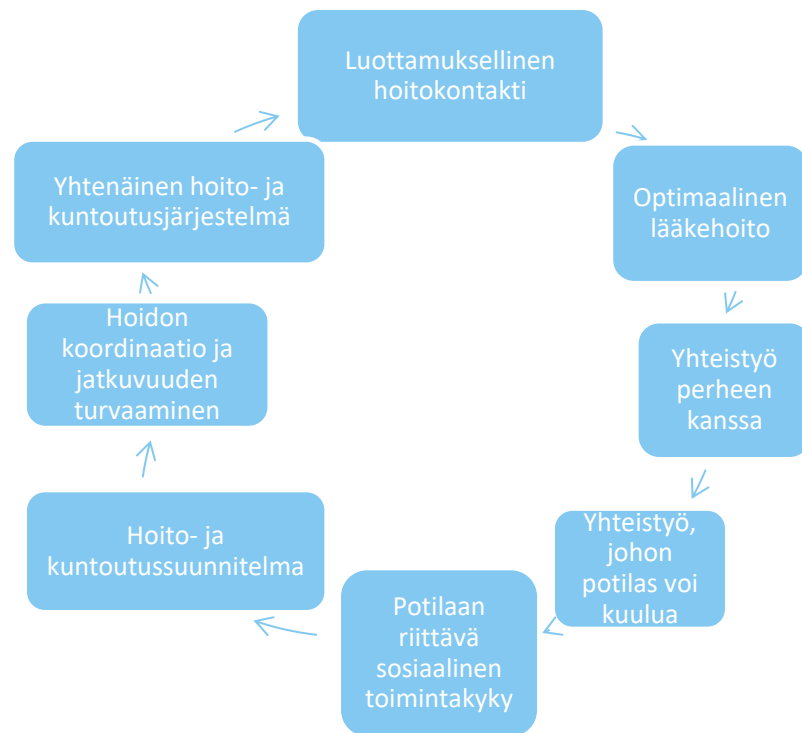
Psykoosin oireisiin kuuluvat aistiharhat ja harhaluulot. Hajanaisiin oireisiin kuuluvat hajanainen puhe ja käytös sekä epäsopiva tunneilmaisu. Negatiivisiin oireisiin kuuluvat oireet kuten puheen köyhtyminen, tahdottomuus, anhedonia sekä tunneilmaisun latistuminen. Sairauden puhkeamisen keskeinen syy on aivojen toiminnan häiriö. Oireidenkuva on luonteeltaan vaihteleva riippuen siitä, missä vaiheessa potilaan sairaus on. Sairaudentakuva voi olla jaksottaista, mikä tarkoittaa, että sairauden oireet ilmenevät akuuttivaiheissa, kun taas väliaikoina henkilö on oireeton. Toisaalta osalla potilaista sairaudenkuva jatkuu myös väliaikoina erilaisella intensiteetillä. (Isohanni, Honkonen, Vartiainen & Lönnqvist 2007, 73.)

Sairastuneille ja omaisille yleistä ovat asenneongelmat, syyllisyyden ja häpeän tunne. Skitsofreniapotilaan tunteiden ilmaisu on selvästi köyhtynyt ja hankaloitunut. Sosiaalinen toimintakyky on kokonaisvaltaisesti heikentynyt. (Skitsofrenia: Käypä hoito suositus 2022.)

2.2 Skitsofrenian hoitotyö ja kuntoutus

Skitsofrenian hoidon perustana on luottamuksellinen ja pitkäjänteinen hoitosuhde hoitajan ja potilaan välillä. Keskeinen väline tässä työssä on yksilöllisesti räätälöity hoitosuunnitelma, jossa hoidon suunnittelussa otetaan huomioon potilaan tarpeet ja hänen toimintakykynsä aleneminen erilaisilla elämänalueilla. (Nyman 2006, 1[Perälä 1990].)

Tyypillisesti skitsofrenian hoito koostuu kahdesta osasta, lääkehoidosta ja psykososiaalisesta hoidosta, jotka kuitenkin käytännössä yhdistetään. Akuuttivaiheen oireet vaativat yleensä lääkehoitoa. Akuuttivaiheen psykoottiset oireet ovat vakavia, käyttäytyminen voi olla itsetuhoista ja agitaatioita (vaihteleva epätarkoituksenmukaista toimintaa sanallisesti tai toiminnallisessa muodossa) esiintyy. Antipsykootit ovat tässä vaiheessa ensisijaisena lääkityksenä, jolla yritetään stabilisoida ja vähentää potilaan akuutteja oireita, samalla yritetään vähentää agitaatiota. Lääkehoidon vaikutusmekanismi vähentää dopamiinin toimintaa. Lääkkeiden tehokkuus on yksilöllinen ja sen vaikutus alkaa yleensä 4–6 viikon kuluessa. Akuuttivaiheessa potilaan perhe ja potilas itse tarvitsevat kriisiluonteista ja hyvin tarkasti kohdistunutta tukea. Yleensä hyvällä hoidolla potilas pääsee akuuttivaiheesta tasaantumisvaiheeseen (Kutscher 2008, 159–161; Isohanni, Honkonen, Vartiainen & Lönnqvist 2007, 74–93.)



Kuva 1. Skitsofreniapotilaan hoidon onnistumiseen vaikuttavia tekijöitä. (Suvisaari, Isohanni, Kiesepää, Koponen, Hietala & Lönnqvist 2017, 193.)

Jos antipsykoottinen lääkehoito tuo vain osittain hyviä tuloksia, koska se ei riittävästi tehoa psyykkisiin oireisiin, silloin yritetään muilla lääkehoidon keinolla vähentää oireita ja lisätä antipsykoottisen lääkehoidon tehokkuutta. Mieltä tasoittaviin lääkkeisiin kuuluvat Litium, Valproaati ja Karbamatsepiini (Kutscher 2008, 159–161.)

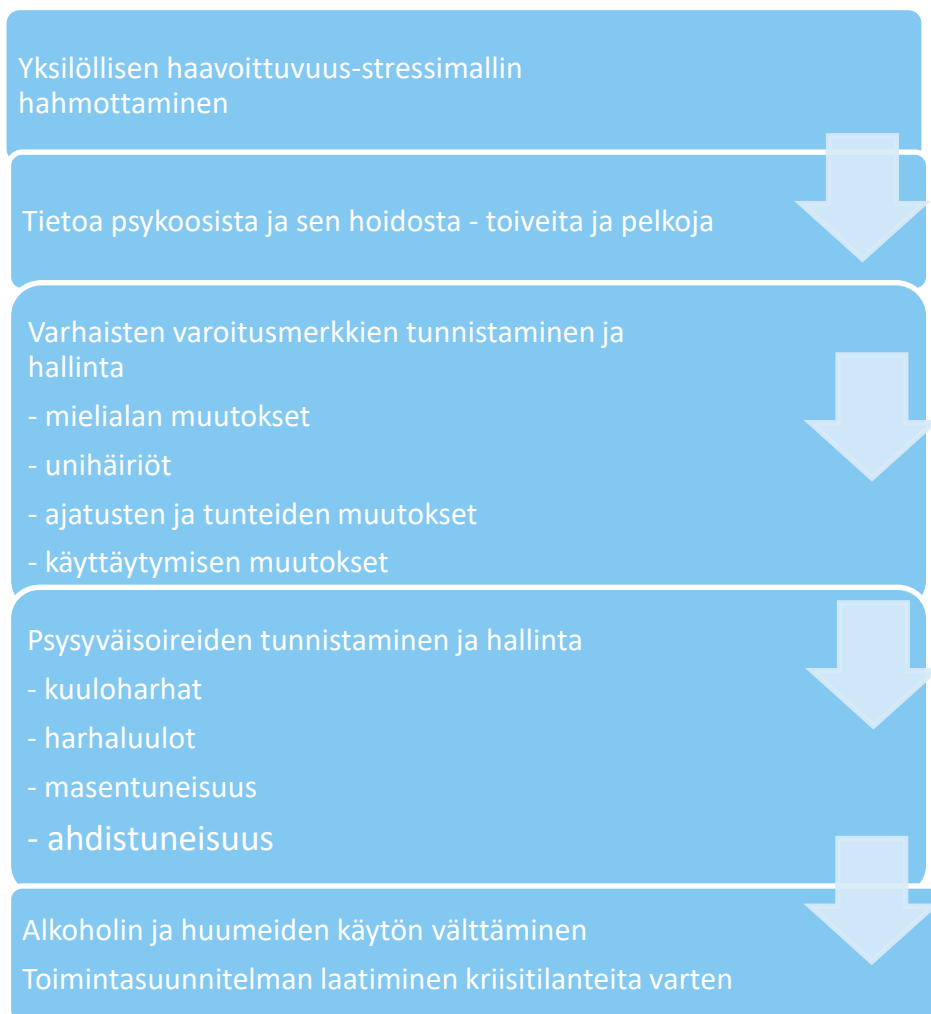
Tasaantumisvaihe on melko herkkä vaihe potilaalle, koska sairaus voi uusiutua ja potilaan psyykinen vointi on haavoittuva. Jos potilaan vointi on yleensä hyvä, jatketaan samaa lääkitystä, joka on aloitettu akuutissa vaiheessa. Vakaassa vaiheessa tavoitteena on yhdistää lääkehoito ja psykoterapeuttiset hoitomuodot niin, että oireiden pysyminen poissa varmistetaan (Isohanni, Honkonen, Vartiainen & Lönnqvist 2007, 74–93.)

Käytettyjen menetelmien ja hoidon vaikutusta arvioidaan vähintään kerran vuodessa tai silloin kun potilaan psyykkisessä voinnissa tai eri elämäalueilla tapahtuu muutoksia. Hoidon arvioinnissa on suositeltavaa käyttää standardisoituja

arviointimittareita esim. PANSS, Positive and Negative Syndrome Scale (Isohanni, Honkonen, Vartiainen & Lönnqvist 2007, 73.)

2.3 Psykososiaalisen menetelmän käsite

Skitsofrenian hoidossa psykososiaaliset menetelmät ovat osa laajaa hoidon ja kuntoutuksen kokonaisuutta, jotka toteutetaan moniammatillisella tiimityöllä. Hoidokokonaisuuden sisältö riippuu potilaan elämäntilanteesta ja siitä, mikä kyseisessä elämänvaiheessa edesauttaa potilaan toipumista. Hoidon tarpeen arvioinnissa käytetään menetelmiä, jotka edistävät potilaan psykososiaalista toimintaa. Psykososiaalinen toiminta sisältää kaikki elämän taidot, jolla pystytään elämään hyvää, autonomista ja merkityksellistä elämää tässä yhteiskunnassa. (Suvisaari ym. 2017, 191–199; Lecomte, Corbiere & Briand 2008, 135.)



Kuva 2. Oireidenhallinnan periaatteita. (Suvisaari ym. 2017, 193–195.)

Psykososiaalisten menetelmien tarkka määritelmä sekä kansallisella että kansainvälisellä tasolla puuttuu. Suomen sosiaali- ja terveysministeriön tekemä selvitys täsmensi psykososiaalisten menetelmien käsitettä. Sen mukaan psykososiaalinen hoitomenetelmä on monimuotoista toimintaa, jolla edistetään potilaan terveyttä, toimintakykyä ja hyvinvointia, ottaen huomioon hänen elämäänsä liittyvät psyykkiset ja sosiaaliset tekijät. Sillä pyritään vaikuttamaan siihen, miten potilas käsittelee tietoa, hallitsee tunteita tai miten hän käyttäytyy. (Muistiopohja 2023/STM.)

Seuraavassa esittelen tärkeimpiä psykososiaalisia menetelmiä.

2.3.1. Yksilöpsykoterapia

Alkuvaiheessa ensisijainen menetelmä psykososiaalisessa hoidossa on yksilöpsykoterapia. Yksilöpsykoterapia jaetaan kahteen ryhmään, kognitiivisbehavioraalinen terapia ja psykodynaaminen psykoterapia. Sen tarvetta arvioidaan potilaskohtaisesti ja sen mukaan mitä oireita terapialla pyritään hoitamaan. (Suvisaari ym. 2017, 193–198.)

Tavoitteet tässä vaiheessa ovat sairauden ja siihen liittyvien vajavuuksien hyväksyminen, joka tapahtuu ohjauksen ja neuvonnan avulla. Jos sairaus on rauhallisessa vaiheessa ja potilaan ja moniammatillisen tiimin yhteistyösuhde sujuu, voidaan toteuttaa myös psykodynaamista psykoterapiaa, joka on luonteeltaan tutkivaa. Hoidon tavoitteet ja menetelmät vaihtelevat sairauden vaiheiden mukaan. (Alanen O. Yrjö 1993; Hiukkanen-Tiusala, Halunen, Mehtälä & Kiesepä 2019.)

2.3.2. Perheinterventiot

Perheinterventiosta on runsaasti tutkittua tietoa, joka viittaa siihen, että se on tehokas menetelmä, joka vähentää sairauden akuuttivaiheen uusiutumista ja vahvistaa potilaan sosiaalista kykyä. Menetelmän tarkoitus on perheen sosiaalisten olosuhteiden stressitekijöiden tunnistaminen. Barrowclough'n mukaan kahdella kolmasosalla perheenjäsenistä on kokemuksia kuormittuneisuudesta ja stressistä sairastuneen tilaan liittyen, joka sitten vaikuttaa negatiivisesti potilaan hoitoon. Stressi ja haavoittuvuus -mallilla yritetään selvittää potilaan lähiympäristön tunneilmapiiriä. Malli tarkoittaa käytännössä, että skitsofrenia puhkeaa sekä alttiuden että ympäristöstä tulevien stressitekijöiden yhteisvaikutuksesta.

Perheinterventioiden keinot ovat tukeminen, oireidenhallinnan opettaminen ja stressinhallintakeinojen kehittäminen. (Barrowclough, Lobban 2008, 214–216.)

Perheen ja potilaan tapaaminen ja keskustelutilaisuus ovat luonteeltaan avoimia. Perheenjäsen osallistuminen keskusteluun ja keskustelussa nousevat näkemykset tai kokemukset ovat yhtä tärkeitä, koska sillä pyritään aktiiviseen keskusteluilmapiiriin, joka antaa tukea potilaalle, silloin kun hän ei pysty ilmaisemaan omaa mielipidettään, koska luulee että hänen käyttäytymisessään on jotain outoa. (Käypä hoito 2022; Suvisaari, Isohanni, Kieseppä, Koponen, Hietala & Lönnqvist 2017, 194–195.)

2.3.3. Psykoedukaatio

Psykoedukaatio on laaja kirjo vaikuttavimmista menetelmistä, jotka edesauttavat potilasta hallitsemaan sairautta ja tunnistamaan stressitekijät tai oireet, jotka viittaavat uuteen psykoosijakson uusiutumiseen. Psykoedukaation toimivuudessa olennaista on toimiva yhteistyösuhde, jossa potilaan kokemukset ja tiedot jaetaan ammattilaisten, potilaan ja hänen läheistensä väillä. Tämän menetelmät päätaavoite on vähentää sairauden uusiutumista. (Muesser, Gingerich 2008, 268; Suvisaari, Isohanni, Kieseppä, Koponen, Hietala & Lönnqvist 2017, 193; Käypä hoito 2022.)

2.3.4. Arkielämän ja sosiaalisten taitojen harjoittelu

Skitsofrenian taudin etenemisessä sosiaaliset ja vuorovaikutustaidot heikkenevät merkittävästi. Tämä vaikuttaa eniten arki- tai työelämään, jossa sosiaalitaitoja tarvitaan selviytymiseen. Taitojen opettelu toteutetaan ryhmässä, jotka ovat yleensä käytännönläheisiä ja toiminnallisia, koska ne antavat turvallista ympäristöä potilaalle. Tavoitteena on, että potilas oppii vuorovaikutustaitoja, ongelmaratkaisutaitoja ja lääkkeiden ohjeiden mukaista käyttöä. Apuvälineinä käytetään rooliharjoituksia, työkirjoja ja videoita. Suvisaari, Isohanni, Kieseppä, Koponen, Hietala & Lönnqvist 2017, 193–196; Käypä hoito 2022.)

2.3.5. Elintapainterventiot ja palkitseminen

Useimmat tutkimukset ovat todenneet, että skitsofreniapotilaan eliniänodote on 15–20 vuotta lyhyempi yleisestä väestöstä. Tämä johtuu muun muassa skitsofreniaa sairastavien passiivisesta ja epäterveellisestä elämäntyylistä, esimerkiksi enemmistö skitsofreniapotilaista tupakoi. Elintapainterventiot ovat keskeinen osa skitsofrenian hoitoa ja kuntoutusta, kun otetaan huomioon, että esim. tietyt psykoosilääkkeet lisäävät ruokahalua ja nostavat painoa. Elintapainterventiot toteutetaan yksilö- tai ryhmäohjauksella. (Nordentoft ym. 2013.)

2.3.6. Luovat terapiat ja vertaistuki

Vertaisten toiminta perustuu vapaaehtoisuuteen, jossa ei-ammattilaiset toimivat skitsofreniapotilaan tukena tai roolimallina. Vertaistuen mallissa hyödynnetään kokemusasiantuntijuutta eli omakohtaista kokemusta skitsofreniasta. Ryhmäterapiaan kuuluvat luovat terapiat, kuten liikunta, musiikki, draama ja kuvataideterapia. Tässä yhteydessä vain musiikkiterapiasta on tutkimustietoa sen vaikuttavuudesta. Oletetaan että luovat terapiat vähentävät ahdistuneisuutta. (Isohanni, Honkonen, Vartiainen & Lönnqvist 2007, 74–93;)

2.4 Asumispalvelut

Asumispalvelut määritellään sosiaalihuoltolaissa. Sosiaalihuoltolain mukaisia asumispalveluja ovat tuettu asuminen, yhteisöllinen asuminen, ympärivuorokautinen palveluasuminen sekä laitospalvelut. (Sosiaalihuoltolaki 2014/1301.)

Vanhuspalvelulain tehtävä on huolehtia ikääntyneiden oikeuksista ja parantaa heidän mahdollisuuksiaan osallistua omaa elämää koskevaan päätöksentekoon. Vanhuspalvelulaki määrittelee hyvinvointialueen tehtäväksi huolehtia ikäihmisten terveydestä, hyvinvoinnista ja toimintakyvyn tukemisesta (Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveystalvveluista 2012/980.)

Vanhuspalvelulaki määrittelee asumispalvelut toimintayksikköinä, joka on yksityisen tai julkisen palveluntuottajan ylläpitämä toiminnallinen kokonaisuus. Sosiaali- ja terveystalvvelut tuotetaan silloin palveluntuottajan tiloissa. Hoitoa ja huolenpitoa järjestetään pitkäaikaisena laitoshoitona vain, jos siihen on lääketieteelliset tai asiakasturvallisuuden liittyvät perusteet. (Laki ikääntyneen väestön

toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveyspalveluista 2012/980; Sosiaali- ja terveysministeriö.)

Tehostetussa palveluasumisessa mahdollistetaan yksilöllistä asumista niille ihmisille, jotka tarvitsevat paljon hoitoa ja huolenpitoa ympärivuorokautisesti. Jokaisella asukkaalla on käytössä oma esteetön huone ja wc – pesutila, sen lisäksi yksikössä on yhteisiä tiloja, joissa yhdessä ruokaillaan ja järjestetään kuntouttavaa toimintaa. Päivärytmin mukaan ruokaillaan ja vietetään vapaa-aikaa tai viri-kehetkiä yhdessä, jos asukkaalle sopii (Tehostettu palveluasumisen kuvaus ja vähimmäisvaatimukset n.d.)

Terveydenhuollon kriisi on kuitenkin tuonut hoitokenttään uutta työkuulttuuria, jossa kroonisen henkilöstöpulan vuoksi yleiset toimintatavat yksiköissä rappeutuvat. Asumispalveluissa hoitajien vaihtelevuus on kasvanut, samalla hoitajan fyysinen ja psyykinen kuormitus on lisääntynyt. Pitkäaikaista ja asiakkaan yksilöllisten tarpeiden mukaan joustavaa skitsofrenian hoitoa on haasteellista toteuttaa asumispalveluiden hoitoympäristössä (Klemola 2002.)

3 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS, TEHTÄVÄ JA TAVOITE

Opinnäytetyön tarkoitus on selvittää kuvailevan kirjallisuuskatsauksen avulla sitä, millaista on skitsofreniapotilaan hyvä psykososiaalinen hoito tehostetussa asumispalvelussa.

Opinnäytetyön tehtävä on vastata kysymykseen: **Miten palveluasumisen hoito-ympäristö vaikuttaa skitsofreniapotilaan psykososiaalisten menetelmien toteuttamiseen palveluasumisessa?**

Tavoitteena on ymmärtää paitsi hyvän psykososiaalisen hoidon piirteitä, myös selvittää asumispalvelujen toimintaympäristön asettamia haasteita hyvän psykososiaalisen hoidon toteuttamiselle. Opinnäytetyön tavoitteena on tuottaa lisää tietoa hyvästä skitsofreniapotilaan hoidosta käytettäväksi Tampereen kaupungin asumispalveluyksiköissä sekä yleisesti hoitotyössä.

4 MENETELMÄLLISET LÄHTÖKOHDAT

Opinnäytetyö toteutetaan kuvailevan kirjallisuuskatsauksen menetelmällä. Opinnäytetyön tavoitteena on koostaa ajantasaista tutkimustietoa siitä, mitä on hyvä psykososiaalinen skitsofrenian hoito tehostetun palveluasumisen hoitoympäristössä. Tätä varten tulee selvittää toisaalta psykososiaalisen hoidon erityispiirteitä skitsofrenian hoidossa sekä kuvailla tehostetun palveluasumisen hoitoympäristöä. Valitsin kuvailevan kirjallisuuskatsauksen menetelmän, koska se analyyttisesti kuvaa aikaisemmin tehtyä tutkimusta ja toisaalta se antaa mahdollisuuden sijoittaa oman tutkimuskysymyksen aikaisemmin tehdyn tutkimuksen kenttään (Suhonen, Axelin, Stolt 2016, 7–9.)

4.1 Aineistonkeruu

Tietoa haettiin tietokannoista Medic, CINAHL, Psycinfo ja Psychology database. Aineistonkeruu toteutettiin rajaten materiaalia suomen ja englanninkielisiin, vuonna 2008 tai myöhemmin julkaistuihin tutkimuksiin tai näistä löytyviin alkupe-
räistutkimuksiin. Lisäksi tutkimusten toteutusmaan tuli olla länsimaalainen, jotta hoitokulttuuri on vertailukelpoista. Tutkimusten tuli olla vertaisarvioituja. Ne voivat olla kotimaisia tai kansainvälisiä tutkimuksia.

Opinnäytetyötä ohjaava kysymys on, miten palveluasumisen hoitoympäristö vaikuttaa skitsofreniapotilaan psykososiaalisten menetelmien toteuttamiseen palveluasumisessa. Tästä kysymyksestä on nostettu hakusanoiksi skitsofrenia, ryhmäkoti, hoito. Hakusanoista käytetään myös englanninkielisiä vastineita ”Schizophrenia”, ”Assisted living” ja ”Psychosocial treatment”,

Suomeksi	Englanniksi
Skitsofrenia	Schizophrenia
Palveluasuminen	Assisted living
Psykososiaalinen hoito	Psychosocial treatment

Taulukko 1: Hakutermit suomeksi ja englanniksi

Valitsin hausta parhaiten tutkimuskysymyksiin vastaavat tutkimukset, kunnes saturaatiopiste saavutettiin. Skitsofrenia ja psykososiaalinen hoitotyö on hyvin tutkittu aihe, mutta varsinkin kotimaista tutkimusta skitsofrenian hoidosta asumis- palveluissa on niukasti.

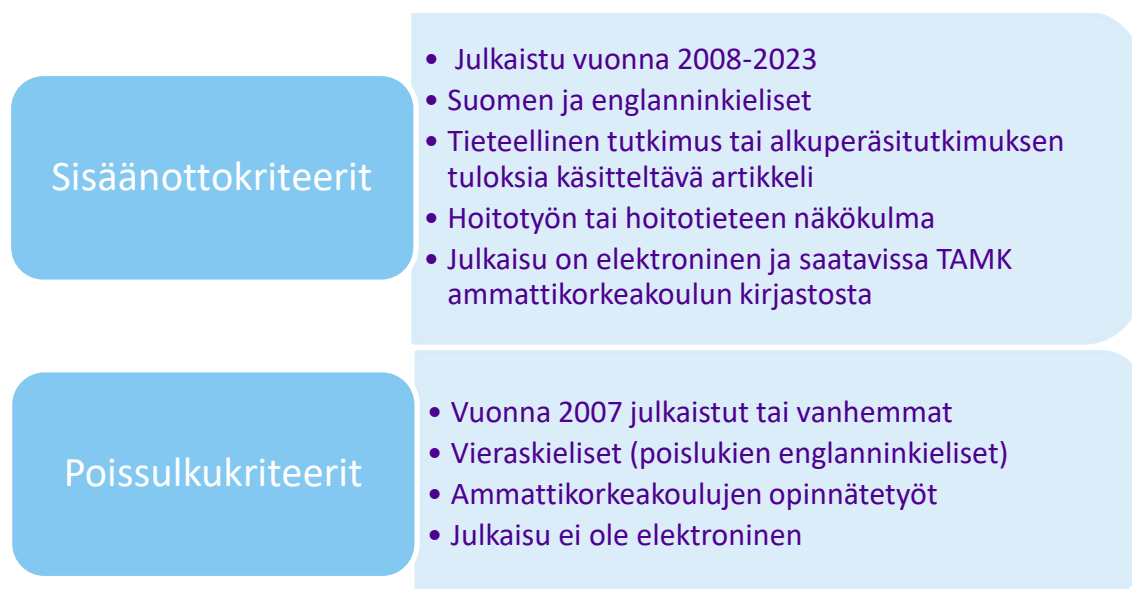
Tutkimusartikkelit arvioidaan katsaustyyppiin sopivien arviointikriteerien avulla, jolla pyritään kuvamaan artikkelissa esitettyjen tulosten luotettavuutta ja painoarvoa omassa opinnäytetyössä. Tämän opinnäytetyön tutkimusartikkelit arvioitiin PICO arviointikriteerejä käyttäen (Eloma & Mikkola 2010).

4.2 Aineiston keruu ja analysointi

Osallistuin kahteen TAMK kirjaston työpajaan, josta sain tietoa kirjaston tietokannoista sekä vinkkejä hakutermeistä ja tulosten rajaamisesta. Ohjauskeskustelussa ohjaava opettaja on antanut ohjeita ja neuvoa opinnäytetyön tekemiseen. Tiedonhaussa olen käyttänyt Medic, Cinahl, Psycinfo ja Psychology tietokantoja.

Valitun aineiston aikarajoiksi valittiin vuodet 2008–2023. Perusteluna pitkälle aikahaarukalle on se, että tuoretta kotimaista tutkimusta psykososiaalisista menetelmistä palveluasumisessa on huonosti saatavilla. Sen takia analyysissä käytin sekä määrällisiä että laadullisia aineistoja, myös katsausartikkeleita otin mukaan. Haussa olen käyttänyt manuaalista hakua sekä asiasanoja ja vapaasanoja. Hakutulosten otsikot on tarkasteltu ja niiden perusteella olen rajannut tuloksia pois. Otsikoiden perusteella olen valinnut tutkimukset ja artikkelit, josta sitten luin tiivistelmät ja tarvittaessa koko sisällön.

Aineiston on analysoitu sisällönanalyysia vapaasti mukaillen. Ottaen huomioon minun tutkimuskysymykseni, alkuperäisen aineisto on taulukoitu ja löydetty käytännön tekijät jaettiin kahteen pääluokkaan, psykososiaalisten menetelmien käyttöä edistäviin ja estäviin tekijöihin palveluasumisessa. Tämän jälkeen pelkistetyistä ilmauksista muodostettiin alaluokat, josta siten yhdistettiin yläluokaksi.



Kuva 4. Sisäänotto- ja poissulkukriteerit

Medicista löytyy 340 osumaa, hakusanalla skitsofre*, schizoph*, potila* AND "psykososiaalinen hoito", tuk*, mene*, treatm* AND toimintaky*, kuntou*, itse-määrämi*, autonom*, jaksami*. Se tuotti kolme teosta, joka on sopinut minun opi-näytetyöhöni.

Medicista löytyy 9 osumaa kun käytin hakusanaa skitsofr* AND psykososiaal*, menet* AND ikäihm*, potil*. Se tuotti kaksi teosta, joka on sopinut minun opinäy-tetyöhöni.

Medicista löytyy 18 osumaa kun käytin hakusanaa skitsofre* schizophren* potila* ikäihmi* asiakka* AND psykososiaal* hoit* treatm* AND palveluasum*. Se tuotti kolme teosta, jotka liittyivät varsinkin palveluasumisen elämän laatuun eikä niin paljon skitsofrenian hoitoon palveluasumisessa.

Cinahlista löytyy hakusanoilla psychosocial treatment OR schizophrenia AND as-sisted living 4674 tulosta. Se tuotti neljä teosta, joka on sopinut minun opinäyte-työhöni. Hakusanat vaihdettiin niin, että ne olivat schizophrenia AND psychosocial treatment AND nursing home. Se tuotti 54 tulosta, joista 3 teosta on sopinut minun opinäytetyöhöni.

Psycifosta löytyy hakusanoilla schizophrenia AND nursing home AND psychosocial treatment 94 osumaa josta 1 on sopinut minun opinäytetyöhöni. Lähteet ovat erilaisista maista.

Aineiston analysointiin käytän aineistolähtöistä sisällönanalyysia. Pyrin tunnistamaan tekijöitä, jotka edistävät tai estävät psykososiaalisten menetelmien käyttöä palveluasumisessa

Palveluasumisen hoitoympäristön edistävät ja estävät tekijät

<p>Palveluasumisen hoitoympäristön estävät tekijät</p>	<p>Organisaation toimintakulttuuri ja terveydenhuollon järjestelmä</p> <p>Asukkaan sosiaalinen rooli</p> <p>Sairauden ja palveluasumisen hoitoympäristön yhteisvaikutus</p> <p>Henkilöstön työskulttuuri ja vuorovaikutus</p>	<p>Vapauden rajoitukset ryhmäko- dissa</p> <p>Ennenaikainen siirto palvelu- asumiseen</p> <p>Vajaa henkilöstöresurssit</p> <p>Muut potilaat, joilla ei ole skitso- frenia/skitsofrenia erilaisessa vaiheessa</p> <p>Aggressiivinen potilas</p> <p>Omaehtoinen eristys</p> <p>Kokenut yksinäisyys</p> <p>Suhteiden katkaiseminen omai- siin ja perheeseen</p> <p>Omaisten vajaa integroiminen hoitoprosessiin</p> <p>Omaehtoinen eristys</p> <p>Heikentynyt sosiaalinen toimin- takyky toimia arjessa</p> <p>Monimuotoiset oireet, jotka osuvat sekä skitsofreniaan että muistisairauteen</p> <p>Aggressiivinen/outo käyttäyty- minen muita asukkaita kohtaan</p> <p>Kuormittavat tilanteet</p> <p>Arjen tiukka järjestys</p> <p>Hoitoyksikön kireä ilmapiri</p> <p>Potilaan riittämätön tiedon- saanti</p>
--	---	--

		<p>Henkilöstön käytös ja ajankäytön tärkeys potilaan näkökulmasta</p> <p>Perinteinen käsite sairaudesta ja kuntoutuksesta</p>
--	--	---

Lähde	Artikkeli	Menetelmä	Keskeiset tulokset	Johtopäätökset
Jahangiri ym. 2022	Assisted living in relation to use of psychiatric inpatient and outpatient care – a 23-year time-trend analysis of national indicators from Finland	Tavoite oli tutkia ja vertailla kehitysuuntia palveluasumisessa mielenterveyspotilaalle. Tutkimuksessa käytettiin väestöperusteisia mittareita. Tutkimus käyttää mittareita Sotkanet tilastokannasta ja Indicator bank jotka ovat Terveiden ja hyvinvoinnin laitoksen ylläpitämiä.	Mielenterveyspotilaiden palveluasumisen käyttö on kasvanut samassa tahdissa, kun psykiatrinen sairaalapainotteen hoidon määrä on laskenut. Näin sairaalapainotteinen hoito ei tarjoa pitkävaikutteista kokonaisvaltaista kuntoutusta. Pakkohoito on siirretty palveluasumiseen. Yhä enemmän mielenterveyspotilaita asuu palveluasumisessa.	Mielenterveyspotilaat tarvitsevat hoitoa ja kuntoutusta mutta heidän toipumisensa on mahdollinen. Tarvitaan uudenlaista kuntoutusten kehittämistä ja menetelmien sopeuttamista palveluasumisen hoitoympäristössä.
Morgan ym.	Mental illness in assisted living: Challenges for Quality of life and Care	Tieto on johdettu tutkimuksesta, joka on käsitellyt palveluasukkaiden ja henkilöstön kokemuksia potilaan itsemääräämiskeudesta arjessa. Tutkittiin etnografisella menetelmällä henkilöitä ja ryhmiä omassa ympäristössä.	Tutkimuksessa todettiin kaksi aluetta: mielenterveyden vaikutus asukkaan elämälaatuun palveluasumisessa esim. omalähtöinen eristys. Hoitohenkilöstön haasteet kohdata ja hoitaa mielenterveyspotilaiden käytöstä.	Mielenterveyshäiriöitä ei kohdella ja hoideta samantavaisesti kuin muita sairauksia palveluasumisessa.

Donovan ym. 2013	Nursing home care for Adults with Schizophre- nia	Kokoava tutkimus- katsaus	lääkät mielenter- veyspotilaat pal- veluasumisessa kohtaavat kah- denlaista hä- peää/stigmaa, ni- mittäin ikähäpeä ja mielenterveys häpeä. Monet kamppailevat eris- täytymisen kanssa, huonon terveydentilan ja sosiaalisen eris- täytymisen kanssa.	Tarvitaan lisää resursseja var- sinkin hoitohen- kilöstön koulu- tuksen kohdalla. Palveluasumi- sen uudistukset pitäisi sen lisäksi tapahtua sekä yksittäisellä että järjestelmän ta- solla.
Kinnunen., A. 2013	Potilaiden arvioin- teja psykiatrisen hoidon laadusta	Kyselytutkimus. Tutkimusaineisto kerättiin muoka- tulla Ihmisläheinen hoito- mittarilla (RILH). Lähtöaja- tuksena on, että hyvä hoito raken- tuu kaikkien am- mattiryhmien yh- teistyönä. Kysely- lomake rakentuu kahdeksasta taus- tamuuttujasta sekä kuuden sum- mamuuttujan ih- misläheistä hoitoa kuvaavista 42 Li- kert- asteikollisista väittämistä.	Tutkimuksessa kävi ilmi, että kor- keimmat yleisar- vosanat saivat lai- toשוולתאית. Tämä potilaat ovat kokeneet, että lai- toשוולתאית an- tama hoidon laatu arvioitiin tämän ai- neiston perus- teella korkeam- maksi kuin hoito- henkilökunnan tai lääkäreiden an- tama hoito.	Psykiatrisen po- tilaan osallisuus omaan hoitoon on riittämätöntä. Potilaan omais- ten huomiointi koettiin liian vä- häiseksi. Psyki- atrisen hoitotyön henkilöstö koe- taan kiireiseksi. Psykiatrisen po- tilaan omaa hoi- toa koskeva tie- donsaanti on puutteellista.

Pitkänen, A., 2010	Improving quality of life of patients with schizophrenia in acute psychiatric wards	Tutkimus toteutettiin neljässä vaiheessa. Ensinnä selvitettiin potilaiden näkemystä subjektiivisesta elämänlaadustaan. Sen jälkeen arvioitiin kahta erilaista elämänlaadun mittaria. Kolmannessa vaiheessa kuvattiin potilaiden ja hoitajien näkemyksiä elämänlaatua tukevista hoitotyömenetelmistä.	Tutkimuksessa kävi ilmi että 80 % potilaita on sitä mieltä, että tärkein tekijä, joka parantaa elämänlaatua on terveys. Toisaalta 60 % potilaita on siitä mieltä, että perhe on tärkeä tekijä elämänlaatuun. 57 % oli siitä mieltä, että vapaa-aika oli tärkeä tekijä, työ tai opiskelu 49 %, suhteet 49 %.	Hoitohenkilökunnan pitää tunnustaa, että elämänlaatu on moniulotteinen käsite ja jokaisella potilaalla on oma käsite elämänlaadusta. Skitsofreniapotilaan elämänlaatu on selvästi heikentynyt. Henkilökohtainen elämänlaatu pitäisi mitata ennen hoidon aloitusta. Elämänlaadun jatkuva arviointi on osa kokonaisvaltaisesta hoidosta.
--------------------	---	--	---	--

Taulukko 1. Kirjallisuuskatsaukseen valikoituneet tutkimukset

5. TULOKSET

Tulokset jakautuvat kahteen yläteemaan: organisaatorakenne ja potilas yksilönä Organisaationrakenteen alateemat ovat palveluntuottajan toimintakulttuuri ja henkilöstön tietoisuus ja kehittäminen. Potilas yksilönä -yläteeman alateemat ovat sairauden ja palveluasumisen yhteisvaikutus ja käytettävissä olevat voimavarat.

Tutkimuksen tuloksista kävi ilmi, että palveluasumisessa asuvat mielenterveyspotilaat ovat erityisen haavoittuva asukasryhmä. Sairaudesta johtuva toimintakyvyn lasku ja kognitiiviset puutosoireet hankaloituvat sekä arkielämän selviytymistä että hoidollista kuntoutusta tehostetussa palveluasumisessa. (Donovan, Regehr, George 2013, 167–171.)

Tutkimuksissa tuotiin esille, että mielenterveyspotilaan kuntoutus palveluasumisessa ei tapahdu toivotulla tasolla. Asukkaat eivät koe samaa mielenterveyden toipumista, kuin yleisessä skitsofrenian hoidossa, joka on innovatiivisen hoidon takia viime vuosina hurjasti kehittynyt ja parantanut skitsofrenian potilaiden mielenterveyttä. Tähän problematiikkaan liittyy palveluasumisen hoitoympäristön taustatekijät, jotka edistävät tai estävät epäsuorasti psykososiaalista hoidon toteuttamista. Tähän kategoriaan kuuluvat sekä organisatoriset seikat että skitsofreniaan sairaudenkuvaan ja potilaan elämään liittyvät taustat. (Jahangiri, Kanisto, Hakko, Riipinen & Räsänen 2022, 197.)

5.1. Palveluntuottajan palvelukonsepti

Tutkimukset ovat osoittaneet, että palveluntuottajan palvelukonsepti on osatekijä, joka vaikuttaa palveluasumisen hoitoympäristöön. Palvelukonseptiin kuuluvat mm. potilaan hoidon ja palvelun suunnitelma, arkielämän apu, sairaan- ja terveydenhoito. Päättävöitteena on tarjota asukkaille aktiivista ja merkityksellistä elämää, jossa hän voi kokea yhteisöllisyyttä ja osallisuutta, aktiivisena osana yhteiskuntaa. Palvelukonseptin kautta palveluntuottaja pyrkii varmistamaan positiivista ja turvallista kuvaa palveluasumisesta kunnassa. (Morgan, Perez, Frankowski, Nemeč & Bennett 2016, 195.)

Palveluasumisen palvelukonsepti onnistuu vain rajallisesti tarjoamaan sopivaa hoitoa joka kohtaa mielenterveyspotilaan tarpeet. Hoitohenkilöstölle ja terveydenhuollon johtajille tämä ilmenee organisatorisena haasteena kohdata ja selvittää esim. aggressiivista käytöstä sekä varmistaa että lainsäädännölliset velvollisuudet toteutuvat tasavertaisesti sekä skitsofreniaan sairastaville asukkaille että tavallisille asukkaille. (Morgan, Perez, Frankowski, Nemeč & Bennett 2016, 195–196.)

Tutkimuksista kävi ilmi, että palveluasumisen konseptin heikkoudet Suomessa johtuvat pitkälti 90-luvulla tapahtuneesta rakenteellisista uudistuksista. Uudistettu psykiatrinen hoito yhdistettiin hallinnollisesti sairaanhoitopiireihin, joka teoriassa mahdollistaisi tasavertaisen aseman lääketieteen kanssa, mutta josta käytännössä hiljattain kehittyivät alueelliset erot. Alueelliset erot näkyvät nykyään vaihtelevassa psykososiaalisten menetelmien saatavuudessa. Potilaan sosiaalinen integraatio kuntaan tai kontaktit palveluasumiseen naapurustoon ovat olemattomat. Tässä yhteydessä tutkimukset puhuvat asumispalveluista, jotka ovat kehittyneet ghetoksi ilman mitään kontaktia ulkopuoliseen maailmaan. (Jahangiri, Kannisto, Hakko, Riipinen & Räsänen 2022,199; Hiekkala-Tiusanen, Halunen, Mehtälä & Kieseppä 2019 4.)

5.2. Henkilöstön tietoisuus ja ammattitaito

Tutkimusten tulokset ovat osoittaneet, että henkilöstön koulutus ja vallitseva työkuulttuuri ovat edistävät tekijät psykososiaalisen hoidon toteuttamisessa. Henkilöstön tietoisuuden lisääminen ja hoidolliset interventiot, jotka lisäävät potilaan turvallisuutta, voimistumista ja aktiivisuutta edistivät selvästi potilaan hyvinvointia ja vakautta (Pitkänen 2010, 45–50). Tutkimukset osoittavat, että varsinkin Suomessa henkilöstön toimintatavat perustuvat usein aikaisempaan tottumukseen ja organisaation vakiintuneeseen työkuulttuuriin (Jahangiri ym. 2022,199).

Yhdysvalloissa tehdyt tutkimukset ovat osoittaneet, että hoitohenkilökunnan tietoisuus mielenterveyspotilaan lääkkeellisistä ja sosiaalisista tarpeista on hyvin rajallinen. Hoitohenkilökunta yhdisti väärin muistisairauden ja mielenterveyshäiriöt keskenään. Palveluasumisen omavalvonnan seurannassa raportoitiin

tapahtumasta vain yleisellä tasolla, eikä erikseen eroteltu liittykö tapaus fyysiseen vointiin, muistisairauteen tai mielenterveyshäiriöön. Tässä yhteydessä koulutuksen ja hoidon laatu poikkeavat erilaisissa palveluasumisessa toisistaan. (Morgan, Perez, Frankowski, Nemeč & Bennett 2016, 189.)

Tutkimuksissa todettiin, että palveluntuottaja velvollisuus huolehtia hoitohenkilöstön riittävästä koulutuksesta hoitamaan skitsofreniapotilaita, useammin laiminlyödään (Donovan, Regehr, George 2013).

5.3. Sairauden ja palveluasumisen hoitoympäristön yhteisvaikutus

Tutkimuksista kävi ilmi, että sairauden yksilöllinen vaihtelevuus hankaloittaa palveluasumisen ilmapiiriä ja on selvästi estävä tekijä hyvän psykososiaaliseen hoiton toteuttamiseen monella eri tavalla. Varsinkin skitsofreniaan akuutissa vaiheessa tai psykoosin uusiutumisessa, asukkaalla voi esiintyä positiivisia (harhaluulot, aistiharhat, hajanainen käytös) sekä negatiivisia oireita (tunteiden latistuminen, kyvyttömyys tuntea nautintoa) jotka käytännössä hankaloittavat sekä potilaan omaa elämää ryhmäkodissa ja hänen osallistumistaan omaan hoitoon. (Donovan, Regehr, George 2013, 169.)

Sairauden vaihtelevuus palveluasumisen ympäristössä tuo merkittävää negatiivista yhteisvaikutusta ryhmäkodin arjen etenemiseen, koska asukas itse ei pysty arjesta suoriutumaan. Palveluasumisen hoitoympäristö voi jopa pahentaa sairauden kulkua. Tähän tilanteeseen hoitohenkilöstö organisatorisista syistä, ei aina osannut reagoida oikealla tavalla. Sairastuneiden käyttäytyminen silloin on muuttunut epäsosiaalisesti tai jopa aggressiiviseksi tai uhkaavaksi muita asukkaita kohtaan. (Morgan, Perez, Frankowski, Nemeč & Bennett 2016, 194–196.)

Tässä vaiheessa potilaat ovat joskus valinneet oman ratkaisun omaehtoisella eristyksellä omaan huoneeseen, joka on pahentanut heidän elämänlaatuaan entisestään. Skitsofreniapotilaan oireet voivat huonontaa ryhmäkodin ilmapiiriä sekä heikentää muiden asukkaiden itsemääräämisoikeutta, nautintoa tai

yksityisyyttä, esim. konflikti asukkaiden välillä voi eskaloitua ja aiheuttaa muille asukkaille stressiä ja pahentaa muiden asukkaiden elämänlaatua. (Hiekkala-Tiu-sannen, Halunen, Mehtälä & Kieseppä 2019, 1; Altun, Karakas, Öztürk, Polat 2020,578.)

5.4. Voimavarat palveluasumisen ympäristössä

Tutkimuksissa kävi ilmi, että skitsofreniaa sairastavien palveluasumisen asukkaiden lähtökohta on moninkertaisesti hankalampi, muihin asukkaisiin nähden. Taudin hankaluuden lisäksi, he kokevat sisäistä häpeäleimaa, joka liittyy sekä ikään-tymiseen että mielenterveyteen. (Saarni, Viertiö, Perälä, Koskinen, Lönnqvist, Suvisaari 2010.)

Potilaan tehokas psykososiaalisen hoidon järjestäminen ja toteuttaminen on tällä pohjalla erityisen hankala toteuttaa. Heikko psykososiaalinen hoito lisää riskiä, että potilaan mielenterveys mene epätasapainoon. (Talaslahti 2015, 83–84.)

Tässä yhteydessä on todettu, että potilaan psykososiaaliset taustatekijät voivat edistää hoidon etenemistä. Psykososiaalisiin taustatekijöihin lasketaan erityisesti potilaan omat voimavarat, johon liittyy paljon positiivinen kuva omasta elämästä ja itsetunnistaminen. Hengellisyys tai uskonto voivat olla tärkeä voimalähde potilaan toipumisprosessissa.

Potilaan hyvä sosiaalinen toimintakyky helpottaa sopeutumista ”vaikeissa tilanteissa”, koska yhteydenpito muihin ihmisiin ja lähipiiriin tuovat potilaalle turvallisuutta. Toisaalta on todettu, että asukkaiden suhteet omaisiin ovat usein häiriintyneet tai katkenneet kokonaan ja asukkaat kokevat yksinäisyyttä. Toisaalta toimiva perhe- ja muu sosiaalinen verkosto ovat merkittävä tuki potilaan toipumisprosessissa. (Pitkänen 2010, 44–50.)

6. POHDINTA

Opinnäytetyöni tekeminen on ollut varsin pitkäjänteinen ja vaativa projekti, koska kirjoitin sen yksin työn ohella ja vieraalla kielellä. Suunnitelman laatiminen tehtiin vielä työparina.

Opinnäytetyön tavoite oli selvittää miten palveluasumisen hoitoympäristö vaikuttaa skitsofreniapotilaan psykososiaalisten menetelmien toteuttamiseen palveluasumisessa.

Vuosikymmenen kestävä maailmanlaajuisen terveydenhuollon trendin myötä siirryttiin sairaalapainotteisesta hoidosta avopainotteiseen hoitoon (*deinstitutionalisation*). Tämä terveydenhuollon trendi on vaikuttanut myös Suomeen terveydenhuollon uudistuksiin psykiatrisessa hoidossa 90-luvulla. Viime vuosikymmenien aikana psykiatrisen sairaalanhoidon määrä Suomessa on selvästi laskusuunnassa, kun toisaalta ostetut mielenterveyden palvelut ja psykososiaalinen hoito palveluasumisessa ovat selvästi lisääntyneet. (Altun, Karakas, Öztürk, Polat 2020, 198; Vähäkylä 2006, 18–19.)

Palveluasumisen tutkimuksessa tulee huomioida, että palveluasumisen kehitykseen liittyy historiallinen ulottuvuus. Psykiatrian kehityksellä medisiinisenä erikoisalana on vahva yhteys valistuksen ajan arvoihin ja liberaalisen valtion kehitykseen. Hyvinvointivaltio käsitteenä käytettiin psykiatriassa niin että hoidettiin ”heikot” ja mielisairaant ihmiset. Mielisairaaloita rakennettiin kaupunkien ulkopuolelle, kauniisiin maisemiin, koska psykiatrit olivat sitä mieltä, että urbanisaation myötä sairastavuus ja mielenterveys taudit lisääntyvät, ja psykiatrisella hoidolla haluttiin puuttua tämän kehitykseen. Palveluasuminen asumismuotona on viimeinen osa länsimaalaisen liberaalin valtion kehityssuunnasta, jossa hyvinvointivaltion palvelupohjainen perushoito tarjottiin mielenterveyspotilaille omassa kunnassa. (Fakhoury, Priebe 2007, 313–316.)

Tutkimuksissa on tullut esille, että mielenterveydenhuollon uudistuksiin ja sen vaikutuksiin mielenterveyspotilaan hoidon laatuun suhtaudutaan tutkimuksissa vaihtelevasti. Varsinkin mielenterveyspotilaiden kohdalla

asumispalvelujärjestelmään konseptin toiminnallisuus on monien tutkimusten mukaan osoittanut monista syistä riittämättömäksi.

Kaikissa hoidon suosituksissa korostetaan skitsofreniapotilaan kuntoutuksen merkityksellisyyttä. Skitsofrenian lääkehoito ja kuntoutus on yhdistetty hoitomuodoksi, jotka sopivat potilaan elämäntilanteeseen ja jotka todellisesti lisäävät potilaan toimintakykyä ja edesauttavat elämänlaatua. Kuntoutus perustuu pitkäjänteiseen ja luottamukselliseen hoitosuhteeseen. Suosituksissa panostetaan rauhalliseen, turvalliseen ja ennakoitavaan hoitoympäristöön, ja liiallista virikkeiden määrää halliten.

Kokemukseni mukaan tehostetussa palveluasumisessa arkipäivä on tiiviisti organisoitu ja koostui kahdesta kokonaisuudesta, ruokahetkestä ja virikeohjelmasta. Virikeohjaajan tekemä monipuolinen viikko-ohjelma sisälsi mm. levyraatia, elävän musiikin kuuntelua, ulkoilua ja shoppailua. Viikonloput ovat rauhallisempia.

Omaehtoisten kokemusteni mukaan keskeinen vuorovaikutus hoitohenkilökunnan ja asukkaiden välillä voitaisiin kuvitella väliaikaisena ad hoc-vuoropuheluna, ilman että hoitaja olisi voinut reagoida terapian tai hoidon näkökulmasta. Pitkäjänteinen hoidollinen näkökulma voi jäädä puuttumaan, kun reagoidaan vain asukkaan akuutteihin tarpeisiin. Asukkaan tarpeisiin hoitaja ei usein voinut vaikuttaa kiireisyyden tai toimintavan ristiriidan vuoksi. Rauhallinen keskustelu, käytännön arjen käsitteillä, myötäeläminen jossa potilas olisi kokenut tulleen ymmärretyksi ja autetuksi vaatisi aikaa, jota ei aina ollut.

Korkea hoitajien vaihtuvuus, hoidon kiireellisyys ja rajoitettu liikkumisvapaus ovat osatekijöitä, jotka ovat luoneet ilmapiirin, jossa skitsofreniapotilaat kokevat turhautumista ja/tai aggressiivisuutta. Potilaat ovat usein harjoittaneet sosiaalisen etäisyyden ottamista vetäytymällä omaan huoneeseensa.

Alkuperäinen poliittinen ja hallinnollinen tavoite, eli laitoskeskeisestä hoidosta luopuminen ja mielenterveyshoidon sitoutuminen kuntaan tai asuinalueeseen on saavutettu. Ainakin länsimaissa potilaan hoito toteutetaan yhä enemmän avohoidossa ja asumispalveluissa (tehostettu- tuettu tai palveluasuminen). Asumispalvelujärjestelmä konsepti on teoriassa hyvin toimiva systeemi, joka tukee

mielenterveyspotilaan kuntoutusta. Hoidon kustannukset ovat ylipäättään jääneet samalle tasolle.

Psykososiaalisesta näkökulmasta tämä kehitys on tuonut esiin puutteita, jotka liittyvät organisatorisiin ja toimintatavan osatekijöihin. Vaikka lain mukaan mielenterveyspotilaalla on samat oikeudet kuin muilla kansalaisilla, varsinkin yli 65-vuotiaat mielenterveyspotilaat ovat saaneet puutteellista psykososiaalista hoitoa.

Tämä aihe vaati jatkotutkimusta ja jatkotutkimusehdotuksia. Tarvitaan kotimaista tuoretta tutkimusta, jossa tutkittaisiin miten mielenterveyspotilaan asuminen asumispalveluissa vaikuttaa saatavaan hoitoon ja elämänlaatuun. Tutkimuskohdeena voisivat olla varsinkin toimintatavat ja työkuultuuri sekä organisatoriset taustarakenteet. Lisäksi potilaan kokema elämänlaatu palveluasumisessa ja valmius psykososiaalisten menetelmien systemaattiseen käyttöön olisi tärkeä tutkimuskohde.

Johtopäätöksenä voidaan todeta, että palveluasuminen hoitomuotona skitsofreniaa sairastaville vaatii parannuksia. Varsinkin hoitohenkilöstön koulutukseen pitäisi panostaa enemmän, kun skitsofreniapotilaan vaativat erilaista hoitoa, kuin vanhukset ilman mielenterveyshäiriötaustaa. Työn tuloksena voidaan pitää havaintoa, että palveluasumisen toimintaympäristössä psykososiaalisten menetelmien käyttö on vähäistä ja palveluasumisen toimintakulttuuri voi estää niiden käyttöä.

6.1. Tutkimuksen etiikka ja luotettavuus

Työssä käytetään eettisesti kestäviä ja tieteellisten kriteerien mukaisia tiedonhankintakeinoja. Opinnäytetyön tekemisessä noudatetaan vastuullisia tieteellisiä periaatteita ja erityisesti opiskelijan eettisiä ohjeita sekä hyvän tieteellisen käytännön ohjeita (HTK). (Hyvä tieteellinen käytäntö...2012, 6.)

Aineistoa käytetään vastuullisesti. Tausta-aineistoa, toisten omistamaa aineistoa tai tuloksia hyödynnettäessä mainitaan niiden alkuperä, tekijät ja lähteet. Opinnäytetyössä ei käsitellä yksityishenkilöiden henkilötietoja tai sairauskertomuksia. Aineistoa yritetään käsitellä skitsofreniaa sairastavia kunnioittaen ja

pyrkien lisäämään ymmärrystä ja luomaan käytännönläheistä tietoa, joka tukisi hoitotyötä Tampereen kaupungin hoitoyksiköissä. Tämän tutkimuksen olen tehnyt yksin. (Ammattikorkeakoulujen opinnäytetöiden eettiset...2019, 14.)

Ennen opinnäytetyön aloittamista Tampereen kaupungin kanssa tehdään erillisen opinnäytetyönsopimus, jossa käsitellään mm. oppinäytetyön aihe, aikataulut sekä salassa pidettävät ja luottamukselliset aineistot. (Ammattikorkeakoulujen opinnäytetöiden eettiset...2019, 6.)

7. Lähteet

Alanen O. Y. Skitsofrenia. Syyt ja tarpeenmukainen hoito. Juva 1993

Ammattikorkeakoulujen rehtorinneuvosto.2019. Ammattikorkeakoulujen oppinäytetöiden eettiset suositukset. Luettu 26.03.2023

<https://www.arene.fi/julkaisut/raportit/opinnaytetoiden-eettiset-suositukset/>

Barrowclough, C., Lobban, F. 2008. Family intervention. Teoksessa Mueser, K., Jeste, D., (toim.) Clinical handbook of schizophrenia. The guilford press. New York & London. 214–223

Broome M. 1993. Integrative literature reviews for the development of concepts. Teoksessa Rodgers, B. & Knafl, K. (toim.) Concept Development in Nursing, 2. painos. Philadelphia: W.B. Saunders Co., 231–250.

Elomaa, L., Mikkola, H. 2010. Näytön jäljillä. Tiedonhaku näyttöön perustuvassa hoitotyössä. 5. uudistettu painos. Turku: Turun ammattikorkeakoulu.

Insel TR. Rethinking schizophrenia. Nature 2010; 468:187–193.

Jyväskylän kaupunki. n.d. Tehostetun palveluasumisen kuvaus ja vähimmäisvaatimukset. Luettu 10.04.2023

https://www.jyvaskyla.fi/sites/default/files/atoms/files/palveluasumisen_sisaltokuvaus.pdf

Kehusmaa, Sari; Leppäaho, Suvi; Havakka, Pauliina; Karttunen, Timo (2022) Psychosocial Treatments to Promote Functional Recovery in Schizophrenia
Kehusmaa, Leppäaho, Havakka, Karttunen. 2022. Vanhuspalvelujen asiakastyytyväisyyskyselyn tulokset: Kerro palvelustasi -kysely 2022. Terveyden ja hyvinvointilaitos THL.

Luettu 06.04.2022 <https://www.julkari.fi/handle/10024/145542>

Klemola, P. 2002. Suomalaisen terveydenhuollon kriisi. Helsinki: Art house

Kutscher, C. E., 2008. Antipsychotics. Teoksessa Mueser, T. K., Jeste, V. D. 2008. Handbook of schizophrenia. The Guilford Press. New York & London.

Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveyspalveluista 28.12.2012/980 Luettu 25.03.2023

<https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2012/20120980>

Lemetti, T., Ylönen, M. 2016. Kirjallisuuskatsaukseen valittujen tutkimusartikkelien arviointi. Teoksessa Stolt, M., Axelin, A., Suhonen, R. (toim.) Kirjallisuuskatsaus hoitotieteessä. 2 korjattu painos. Juvenes Print. 67–79

Lönnqvist, J., Heikkinen, M., Henriksson, M., Marttunen, M., Partonen, T. 2007. Psykiatria. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.

Palviainen Piia, Hietala M, Routasalo P, Suominen T & Hupli M (2003) Do Nurses Exercise Power in Basic Situations? Nursing Ethics 10: 269–280

Sosiaalihuoltolaki 30.12.2014/1301 Luettu 24.03.2023

<https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2014/20141301>

Sosiaalihuollon laitos ja asumispalvelut. 2021. Tilastoraportti. Terveys ja hyvinvointilaitos.

Luettu 7.04.2023 <https://thl.fi/fi/tilastot-ja-data/tilastot-aiheittain/ikaantyneet/sosiaalihuollon-laitos-ja-asumispalvelut>

Sulosaari, V. & Kajander-Unkuri, S. 2016. Integroitu kirjallisuuskatsaus. Teoksessa Stolt, M., Axelin, A. & Suhonen, R. (toim.) Kirjallisuuskatsaus hoitotieteessä, 2. korjattu painos. Turku: Juvenes Print, 107–117.

Tutkimuseettinen neuvottelukunta. 2012. Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausepäilyjen käsitteleminen Suomessa.

STM. Selvitys: Psykososiaalinen menetelmät.

Kirjallisuuskatsauksessa mukaan olleet tutkimukset

Jahangiri, E., Kannisto, G., Hakko, H., Riipinen, P., Räsänen, S. 2022. Assisted living in relation to use of psychiatric inpatient and outpatient care - A 23-year time-trend analysis of national indicators from Finland. *Psychiatria Fennica*. 2022; 53:190–203

Donovan, K., Regehr, C., George, M. 2013. Nursing Home Care for Adults with Chronic Schizophrenia. *Social Work in Mental Health* 11:2, 167–183

Kinnunen, A. 2013. Potilaiden arviointeja psykiatrisen hoidon laadusta. *Terveys-tiedeiden tiedekunta. Itä - Suomen Yliopisto. Pro gradu tutkielma.*

Morgan, L., Perez, R., Frankowski, A., Nemec, M., Bennett, C. 2016. Mental Illness In Assisted Living: Challenges for the Quality of Life and Care. *Journal of Housing For the Elderly*. 30: 2, 185–198

Pitkänen, A. 2010. Improving Quality of Life Of Patients With Schizophrenia In Acute Psychiatric Wards. Department of Nursing Science. University of Turku.

