



SAVONIA

OPINNÄYTETYÖ - AMMATTIKORKEAKOULUTUTKINTO
SOSIAALI-, TERVEYS- JA LIIKUNTA-ALA

LÄÄKEHOIDON PSYKOEDUKAATIO PSYKOOSIPOTILAALLE

Itsenäisen opiskelun oppimateriaali

TEKIJÄ/T:

Carita Harinen
Kristiina Junttanen

Koulutusala Sosiaali-, terveys- ja liikunta-ala	
Tutkinto-ohjelma Sairaanhoitajan tutkinto-ohjelma	
Työn tekijä(t) Carita Harinen ja Kristiina Junttanen	
Työn nimi Lääkehoidon psykoedukaatio psykoosipotilaalle. Itsenäisen opiskelun oppimateriaali.	
Päiväys 20.05.2020	Sivumäärä/Liitteet 47/23
Toimeksiantaja/Yhteistyökumppani(t) Jukka Aho, Savonia-ammattikorkeakoulu	
Tiivistelmä <p>Perehdyimme opinnäytetyössämme psykoosisairauksiin, niiden lääkehoitoon sekä lääkehoidon psykoedukaatioon. Psykoosilla tarkoitetaan vakavaa mielenterveyden häiriötä, jolloin potilaan todellisuudentaju on vääristynyt. Erilaisia psykoottisia häiriöitä ovat esimerkiksi skitsofrenia, kaksisuuntainen mielialahäiriö, skitsoafektiivinen häiriö sekä harhaluuloisuushäiriö. Joskus ohimenevän psykoosin voi aiheuttaa myös päihteet, ruumiillinen sairaus, kuten infektio, tai esimerkiksi psyykinen trauma. Psykoedukaatio on yksi psykoosisairauksien hoitomuoto, niin kutsuttua koulutuksellista terapiaa, jonka tarkoituksena on lisätä potilaiden ja heidän omaistensa tietoa sairaudesta, sen hoidosta ja sairauden tilasta. Psykoedukaatio on todettu etenkin psykoosipotilaiden hoidossa vaikuttavaksi hoitomenetelmäksi, sillä sen avulla voidaan edistää potilaan toipumista, lisätä hoitoon sitoutumista ja vähentää sairaalajaksoja sekä psykoosin uusiutumista.</p> <p>Lääkehoitoon sitoutumattomuus on yleistä psykoosisairauksissa, kuten monissa muissakin pitkäaikaissairauksissa. Vaikka psykoedukaatio on todettu hyväksi menetelmäksi hoitoon sitoutumista lisäävänä tekijänä, sen käyttö on silti hyvin vaihtelevaa hoitotyössä. Psykoedukaatio sisältyy psykoosisairauksien hoitosuositukseen, jonka vuoksi sen käyttö psykoosipotilaiden hoidossa olisi tärkeää.</p> <p>Opinnäytetyömme on kehittämistyö, jonka tilaajana toimi Savonia-ammattikorkeakoulu. Työmme tarkoituksena oli tehdä oppimateriaali itsenäistä opiskelua varten alkuvaiheen sairaanhoitajaopiskelijoille, osaksi kliinisen lääkehoidon kurssia. Työmme on tarpeellinen, koska kurssiin kuuluu vain muutama tunti mielenterveys- ja päihdetyön lääkehoidon opetusta. Työmme tavoitteena on antaa perustietoa siitä, mitä psykoedukaatio on ja kuinka sitä voidaan hyödyntää psykoosipotilaan lääkehoidossa.</p>	
Avainsanat psykoosi, mielenterveystyö, lääkehoito, psykoedukaatio, oppimateriaali	

Field of Study Social Services, Health and Sports	
Degree Programme Degree Programme in Nursing	
Author(s) Carita Harinen & Kristiina Junttanen	
Title of Thesis Psychoeducation in medication for psychosis patient. Study material for independent study.	
Date 20.05.2020	Pages/Appendices 47/23
Client Organisation /Partners Jukka Aho, Savonia University of Applied Sciences	
<p>Abstract</p> <p>This thesis deals with psychosis diseases, medication of psychosis diseases and psychoeducation in medication. Psychosis means a serious mental disorder when the patient's sense of reality has been falsified. Various types of psychotic disorders are for example schizophrenia, bipolar disorder, schizoaffective disorder and delusional disorder. Sometimes transient psychosis can be caused by drugs, physical disease for example infection, or by mental trauma. Psychoeducation is one of the treatments of psychosis diseases. It is so-called "educational therapy", the purpose of which is to increase patients' and the family's knowledge of the disease, its treatment and its condition. Psychoeducation has been identified as an effective method of treatment, particularly in the treatment of psychotic patients, because it can promote patient recovery, increase adherence to treatment and reduce hospital stays and recurrence of psychosis.</p> <p>Poor commitment to medical treatment is common in psychosis diseases, as in many other long-term diseases. Although psychoeducation has been found to be a good method of increasing adherence to treatment, its use is still really variable in nursing. Psychoeducation is included in the treatment recommendation of psychosis diseases, and that is why its use is important with psychosis patients.</p> <p>This thesis is a development work, the client organisation of which was Savonia University of Applied Sciences. The purpose of the thesis was to make a study material for independent studying to early stage students in nursing school. This material is one part of the Clinical drug therapy –course. This thesis is necessary because there is only few hours of teaching about medical treatment of mental diseases. The aim of the thesis is to provide basic information about psychoeducation and how it can be used in the medical treatment of a psychotic patient.</p>	
<p>Keywords psychosis, mental health care, medical treatment, psychoeducation, study material</p>	

SISÄLTÖ

1	JOHDANTO	5
2	PSYKOOSISAIRAUDET	7
2.1	Psykoosisairauksien esiintyvyys väestössä	8
2.2	Psykoosin hoidon tavoite	8
3	PSYKOOSISAIRAUKSIEN LÄÄKEHOITO	10
3.1	Perinteiset psykoosilääkkeet	11
3.2	Toisen polven psykoosilääkkeet	13
3.3	Psykoosilääkkeiden käyttö	19
3.4	Psykoosilääkkeiden haittavaikutukset ja hoidon haasteet	21
4	PSYKOEDUKAATIO	23
4.1	Haavoittuvuus-stressimalli	23
4.2	Psykoedukaation sisältö ja tavoite	24
4.3	Psykoedukaation ajankohta ja vaikutus	25
5	PSYKOOSIN LÄÄKEHOIDON PSYKOEDUKAATIO	26
5.1	Elintapaohjaus osana lääkehoidon psykoedukaatiota	28
5.2	Tupakoimattomuuteen ja päihteettömyyteen tukeminen.....	30
6	OPINNÄYTETYÖN TOTEUTTAMINEN KEHITTÄMISTYÖNÄ	31
6.1	Opinnäytetyön tekemisen vaiheet	31
6.2	Itsenäisen opiskelun oppimateriaalin tekeminen.....	34
7	POHDINTA.....	36
7.1	Eettisyys ja luotettavuus.....	36
7.2	Oma ammatillinen kehittyminen.....	39
7.3	Opinnäytetyön hyödynnettävyys ja kehitysideat.....	41
8	LÄHTEET	42
	LIITE 1	48

1 JOHDANTO

Lääkehoito on yksi psykoosipotilaiden hoidon tärkeimmistä osa-alueista. Sopivan ja yksilöllisen lääkeytymisen kartoitus sekä lääkkeiden säännöllinen ottaminen on psykoosipotilaan voinnin kannalta ensiarvoisen tärkeää. Säännöllisyydellä pyritään psykoosien laukeamisen ehkäisyyn ja hallintaan. Haasteeksi psykoosipotilaiden hoidossa onkin todettu juuri se, että säännöllistä lääkehoitoa tarvitseva psykoosipotilas ei aina pysty noudattamaan tai toteuttamaan lääkehoitoa itsenäisesti annettujen ohjeiden mukaan. Lääkehoidon laiminlyönti johtaa usein uusiutuviin psykooseihin sekä sairaalahoitoon. (Oksanen 2015; Skitsofrenia, Käypä hoito -suositus 2020.)

Hoitomyönteisyyden puuttuminen on yleinen ongelma skitsofrenian hoidossa. Noin kolmannes sairaala- ja noin puolet avopotilaista jättää noudattamatta lääkitysohjeitaan. Heikkoon hoitomyöntyvyyteen vaikuttaa monet eri tekijät, kuten lääkkeiden haittavaikutukset, lääkehoitoon liittyvät asenteet, päihteiden käyttö, kognition puute, sairauden vaikeus sekä hoitosuhteen heikko laatu. Hoitomyönteisyyttä voidaan parantaa muun muassa käyttämällä mahdollisimman yksinkertaisia hoitomenetelmiä. Potilaan asenne ja sairauden tunto korreloivat myös potilaan hoitomyönteisyyteen. Potilaiden hyvä lääkehoitoon sitoutuminen edellyttää hoitajalta tuomitsematonta ja lääkkeiden käyttöä tukevaa hoitosuhdetta. Potilaan ja hänen perheensä tietoutta sairaudesta ja sen hoidosta tulee lisätä. Lääkehoito on optimoitava yksilöllisesti, ja injektio- ja tablettilääkkeiden käyttöä tulee edistää varsinkin vaikeasti sairailta potilailla. Pitkäaikaishoidossa olevien potilaiden hoidossa säännöllinen yhteydenpito on ensiarvoisen tärkeää lääkehoidon onnistumisen kannalta. (Oksanen 2015; Skitsofrenia, Käypä hoito -suositus 2020)

Sairaanhoitajan työnkuvaan psykoosipotilaan hoidossa kuuluu lääkehoidonohjaus sekä sen toteutumisen seuranta. Tulevassa sairaanhoitajan ammatissamme lääkehoidon ohjaaminen potilaalle on yksi keinoistamme edistää psykoosipotilaan elämänlaatua ja vaikuttaa positiivisesti tämän terveyteen. Hyvällä potilaan lääkehoidon ohjauksella estetään mahdollisten uusien psykoosikohtauksien syntyminen ja tätä kautta sairaalaosastolle paluun mahdollisuus (Oksanen 2015). Yhteiskunnallisesti ajatellen hyvällä lääkeohjauksella voidaan säästää myös monia resursseja ja kustannuksia, jotka syntyvät psykoosipotilaan hoidossa.

Sen lisäksi, että hoitoon sitoutumattomuus lisää suoria terveydenhuollon kustannuksia, siitä voi väestön toiminta- ja työkyvyn alentumisen vuoksi seurata myös sairauspoissaoloihin ja ennenaikaisiin eläköitymisiin ja kuolemiin liittyviä tuottavuuskustannuksia. Näiden huomioiminen nostaa hoitoon sitoutumattomuuden yhteiskunnallisia kokonaiskustannuksia entisestään. (Aarnio & Martikainen 2016.)

Opinnäytetyömme tilaaja on Savonia-ammattikorkeakoulun mielenterveys- ja päihdetyön lehtori Jukka Aho. Opinnäytetyömme tarkoituksena on tehdä kehittämistyönä itsenäisen opiskelun oppimateriaali sairaanhoitajaopiskelijoille. Oppimateriaalissa käsittelemme psykoosisairauksien lääkehoitoa sekä psykoosilääkkeiden psykoedukaatiota. Materiaali tulee opetuskäyttöön osaksi kliinisen lääkehoidon kurssia.

Missä tahansa terveydenhuollon yksikössä voi tulla vastaan potilaita, jotka ovat sairastaneet tai sairastavat jotakin psykoosisairautta. Sen vuoksi tekemämme oppimateriaali on erittäin hyödyllinen tietopaketti alkuvaiheen sairaanhoitajaopiskelijoille, vaikka he eivät syventyisikään psykiatrisen puolen opintoihin. Ennen tätä kliinisen lääkehoidon kurssia opiskelijoilla ei ole tietoa psykoedukaatiosta, joten tavoitteenamme on antaa perustietoa siitä, mitä psykoedukaatio on ja kuinka sitä voidaan hyödyntää psykoosipotilaan lääkehoidossa.

Tuotoksemme on oppimateriaali, jonka avulla sairaanhoitajaopiskelija voi itsenäisesti opiskella tietoa psykoosilääkkeistä ja niihin liittyvästä psykoedukaatiosta. Jatkossa opiskelijat voivat hyödyntää oppimaansa tietoa, kun he kohtaavat psykoosipotilaita työelämässään. Joitakin psykoosilääkkeitä käytetään myös muiden ongelmien, kuten unettomuuden hoidossa, jonka vuoksi perustietoa lääkkeistä on myös hyvä oppia.

2 PSYKOOSISAIRAUDET

Psykoosilla tarkoitetaan vakavaa mielenterveyden häiriötä, johon liittyy todellisuuden tajun heikentyminen. Psykoottisen ihmisen on vaikeaa erottaa mikä on todellista ja mikä ei. (Mielenterveystalo s. a.) Psykoosiin kuuluu paljon erilaisia oireita, kuten aistiharhoja, harhaluuloja, puheen ja ajattelun häiriötä, erilaisia käyttäytymiseen ja tunne-elämään liittyviä häiriöitä sekä puutoksia kognitiivisissa toiminnoissa. Lisäksi psykoosi voi aiheuttaa uneen liittyviä häiriöitä, ahdistuneisuutta ja pelkotiloja. Pitkään sairastaneilla psykoosisairaus voi oireilla myös tunne-elämän latistumisena, toimintakyvyn laskuna tai eristäytymisenä muista. (Hämäläinen, Kanerva, Kuhanen, Schubert ja Seuri 2017, 253-254.)

Psykoosiin sairastumista voidaan selittää haavoittuvuus-stressimallilla. Mallin mukaan sairauden puhkeamiseen vaikuttavat varhaiskehityksestä johtuva tai perinnöllinen alttius psykoosiin sairastumiselle sekä henkilön sisäiset ja ulkopuolelta tulevat stressitekijät. Erilaisia stressitekijöitä voivat olla esimerkiksi traumaattiset kokemukset, normaalit elämäntilanteeseen liittyvät tekijät, kuten kotoa pois muuttaminen tai esimerkiksi päihteet. (Hämäläinen ym. 2017, 254.)

Yleisin psykoosisairaus on skitsofrenia, mutta psykoottisia oireita esiintyy myös monissa muissa eri psykiatrisissa sairauksissa (Terveiden ja hyvinvoinnin laitos 2018; Huttunen 2018). Skitsofrenian lisäksi muita psykoottisia häiriöitä ovat skitsoaffektiivinen häiriö, harhaluuloisuushäiriö sekä psykoottinen mania ja depressio. Psykoosi voi syntyä myös lääkkeiden tai päihteiden käytön seurauksena tai johtuen ruumiillisesta sairaudesta, kuten infektiosta tai aivosairaudesta. (Vuorilehto, Larri, Kurki ja Hätönen 2014, 168-169.) Päihteistä johtuvassa psykoosissa oireet ovat yleensä lyhytkestoisia ja loppuvat viimeistään kuukauden kuluttua päihteiden käytön lopettamisesta. Myös ruumiillisesta sairaudesta johtuvan psykoosin oireet loppuvat hyvin nopeasti, kun henkilö alkaa toipua psykoosin aiheuttaneesta sairaudesta. (Suvisaari ym. 2012.) Lyhytkestoisemman ohimenevän psykoosin voivat aiheuttaa esimerkiksi äkillinen psyykinen trauma, läheisen kuolema, avioero tai esimerkiksi taloudelliseen kriisiin joutuminen (Vuorilehto ym. 2014, 168-169).

Skitsofrenian oireet voidaan jakaa positiivisiin ja negatiivisiin oireisiin. Positiivisiin oireisiin sisältyvät harhaluulot, aistiharhat sekä puheen ja käyttäytymisen hajanaisuus. Negatiivisia oireita taas ovat tahdottomuus, puheen köyhtyminen, tunne-elämän latistuminen sekä eristäytyminen muista ihmisistä. Lisäksi skitsofreniaa sairastavalla esiintyy erilaisia kognitiivisia puutoksia, esimerkiksi muistissa ja toiminnanohjauksessa. (Skitsofrenia, Käypä hoito -suositus 2020.) Skitsofrenia voidaan jakaa myös erilaisiin alatyyppeihin oirekuvan mukaan, mutta niitä emme tässä opinnäytetyössä käsittele. (Hämäläinen ym. 2017, 254).

Skitsoaffektiivisestä häiriöstä puhutaan, kun henkilöllä ilmenee skitsofreniaan liittyvien psykoottisten oireiden lisäksi myös depressio- tai maniajaksoja (Vuorilehto ym. 2014, 168). Skitsoaffektiivisen häiriön erotusdiagnoosi kaksisuuntaisesta mielialahäiriöstä ja psykoottisesta masennuksesta voi olla haastavaa ja sen vuoksi skitsoaffektiivisen häiriön diagnoosi vaatiikin vähintään kahden viikon jakson siten, että psykoottiset oireet ovat hallitsevia eikä merkittäviä mielialaoireita ilmaannu (Hämäläinen ym. 2017, 254; Lönnqvist, Henriksson, Marttunen ja Partonen 2011, 138-139).

Harhaluuloisuushäiriössä keskeisimpänä oireena ovat erilaiset harhaluulot (Mielenterveystalo s. a). Harhaluulolla tarkoitetaan todellisuuden vastaista uskomusta, josta henkilö pitää tiukasti kiinni, vaikka hänelle vakuutettavin perustein esitettäisiin harhaluulon paikkansa pitämättömyys (Lönnqvist ym. 2011, 140). Harhaluulot voivat olla kokemuksia vainotuksi joutumisesta tai henkilön omia suu-ruuskuvitelmiä. Uskomukset eivät kuitenkaan ole yhtä eriskummallisia, kuin skitsofreniaa sairastavilla eikä niihin liity harha-aistimuksia tai muita kognitiivisia häiriöitä. (Hämäläinen ym. 2017, 255.)

2.1 Psykoosisairauksien esiintyvyys väestössä

Psykoosien esiintyvyydestä väestön keskuudessa on tehty vain vähän tutkimuksia Suomessa. Tutkimusten tekemisessä isona haasteena on psykoosipotilaiden haluttomuus osallistua väestötutkimuksiin. Vuosina 2000-2001 Suomessa tehtiin Terveys 2000 -tutkimus, jossa kartoitettiin suomalaisten terveyttä ja hyvinvointia. Tutkimukseen osallistui 8028 satunnaisesti valittua 30 vuotta täyttäneitä henkilöä. Terveys 2000 -tutkimuksen pohjalta tehtiin myös Psykoosit Suomessa -tutkimus, johon seuloutui yhteensä 746 henkilöä, jotka olivat mahdollisesti kärsineet erilaisista psykoottisista oireista. Tutkimuksesta selvisi, että kaikkien psykoosien esiintyvyys Suomessa on noin 3,5%. (Suvisaari ym. 2012.)

Yleisin psykoosisairaus on skitsofrenia, jota tutkimuksen mukaan sairastaa 1% koko väestöstä. Skitsoaffektiivisistä psykoosista esiintyy noin kolmasosa skitsofrenian esiintyvyydestä. Harhaluuloisuushäiriötä esiintyy tutkimuksen mukaan noin 0,18%, mutta prosentti on mahdollisesti aliarvioitu, sillä harhaluuloisuushäiriön diagnosoiminen on haasteellista. Päihdepsykoosin yleisin aiheuttaja on tutkimuksen mukaan alkoholi ja päihdepsykoosi on yleisempi miesten keskuudessa. Ruumiillisesta sairaudesta johtuvat psykoosit taas olivat yleisempiä naisilla kuin miehillä. (Suvisaari ym. 2012.)

2.2 Psykoosin hoidon tavoite

Akuutin psykoosin lääkehoidon tavoite on lievittää psykoottisia, etenkin positiivisia oireita kuten harhaluulot, merkityselämykset, aistiharhat ja kiihtyneisyys. Koska lääkehoito kestää kuukausista vuosiin, tulisi lääkityksen lievittää myös negatiivisia, kognitiivisia ja masennusoireita. (Huttunen 2017.a.)

Kuva lääkkeiden tai muiden hoitokeinojen tehosta saadaan, kun arviointiin käytetään remissiota, eli noin puolen vuoden mittaista oireetonta jaksoa. Tämä ei kuitenkaan toteudu läheskään kaikilla, koska potilaat eivät eri syistä muista ottaa hoidon tai sairausjaksojen uusiutumisen estämisen kannalta olennaisia lääkkeitä. Osalla potilaista remissioon päästään paremmin siirtymällä 2-4 viikon välein lihakseen annettaviin pitkävaikutteisiin injektioihin. Perinteisten psykoosilääkkeiden pitkävaikutteisilla injektioilla ongelmana liian suurilla annoksilla on ekstrapyramidaalioireet, kuten motorinen levottomuus, vapina ja lihasjäykkyys. (Huttunen 2017.a.)

Skitsofreniapotilaalle on usein ominaista alttius reagoida stressitilanteisiin psykoottisesti. Ensi psykoosin oireiden väistyttyä 2/3 osalla potilaista ilmenee psykoottisia oireita vuoden kuluttua ja yli puolella vielä kymmenen vuoden päästä. Lääkehoidon valistuksen, psykoterapioiden ja kuntoutusohjelmien avulla voidaan uusiutuvien sairaalajaksojen määrää ensimmäisenä vuonna vähentää yli puolella, eli keskimäärin 20-25% 1-2 vuoden kuluessa. Täysi toipuminen on mahdollista, mutta harvinaista. (Huttunen 2017.c.)

Psykoosilääkkeiden pitkäaikaiskäytöstä ei ole olemassa ehdottomia suosituksia. Asiantuntijat ovat eri mieltä, toisen korostaessa lääkkeiden säännöllistä käyttöä psykoosien estämisessä ja toisen korostaessa pitkäaikaiskäytön mahdollisia haittoja. Tämä erimielisyys johtuu siitä, että skitsofrenian kulku ja lääkevaste vaihtelevat suuresti. Osa potilaista ei hyödy jatkuvasta säännöllisestä lääkityksestä. Usein potilas ei halua käyttää psykoosin uusiutumista estävää lääkitystä niiden aiheuttamien haittavaikutusten vuoksi. Säännöllisen käytön sijaan osa asiantuntijoista suosittelee itsetarkkailuun kykeneville potilaille lääkkeen käytön aloittamista hyvissä ajoin ennen stressaavaa tilannetta tai psykoosin ensioireiden ilmaantuessa. Ensioireiden ilmaantuessa riittävän nopeasti aloitettu lääkehoito voi estää uuden akuutin psykoosin puhkeamisen. Tällainen hoito sopii kuitenkin vain niille potilaille, jotka ovat lähes tai täysin oireettomia sairausjaksojen välillä. (Huttunen 2017.c.)

3 PSYKOOSISAIRAUKSIEN LÄÄKEHOITO

Psykoosisairauksien ja niiden oireiden hoitoon käytettäviä lääkkeitä kutsutaan antipsykooteiksi. Lähes kaikki antipsykootit ovat teholtaan samanlaisia, mutta sivuvaikutuksissa on huomattavia eroja eri lääkeaineiden välillä. (Heikkinen-Peltonen ym. 2019, 293-294.) Psykoosilääkkeiden toiminnan uskotaan perustuvan niiden kykyyn muuttaa tiettyjen aivojen kemikaalien kuten dopamiinin, serotoninin, noradrenaliinin ja asetyylikoliinin vaikutusta. Näiden kemikaalien muutos vaikuttaa hillitsemällä potilaan kokemia hallusinaatioita, ajatushäiriöitä ja äärimmäisiä mielialanvaihteluita. (Knott 2019.) Psykoosilääkkeillä voidaan merkittävästi vähentää psykoosiin liittyviä positiivisia oireita, sekä estää psykoosin uusiutumista. Negatiivisiin ja kognitiivisiin oireisiin psykoosilääkkeiden teho on kuitenkin huomattavasti vähäisempi. (Leinonen, Koponen & Isohanni 2015, 891.) Psykoosilääkkeiden käytön aloittamisesta päättää aina lääkäri, mieluiten psykiatrian erikoislääkäri, ja päätökset olisi hyvä tehdä yhdessä potilaan ja tämän lähipiirin kanssa (Skitsofrenia, Käypä hoito –suositus 2020).

Psykoosin akuutissa vaiheessa tarvittavat psykoosilääkkeiden vuorokausiannokset ovat useimmiten suurempia kuin pitkäaikaishoidossa käytettävät lääkannokset. Ensipsykoosin hoitoon taas riittää yleensä pienempi vuorokausiannos kuin uusiutuneessa psykoosivaiheessa. Psykoosin akuuttivaiheen väistyttyä, tulisi pyrkiä mahdollisimman pieneen, mutta tehokkaaseen lääkannokseen yhdellä lääkkeellä. (Skitsofrenia, Käypä hoito -suositus 2020.) Tarvittaessa lääkemuodon vaihto on yleensä mahdollista, mutta vaihto voi aiheuttaa alussa haittavaikutuksia kuten psykoottisten oireiden lisääntymistä, ahdistusta, levottomuutta, unettomuutta ja ekstrapyramidaalioireita (Knott 2019).

Psykoosilääkkeitä käytettäessä voidaan erottaa nopea sekä hidas vaikutus. Nopea vaikutus tulee esiin ensipsykoosiin sairastuneella jo viikon sisällä, mutta pidempään sairastaneilla noin kuukauden kuluessa. Lääkitystä tulisi jatkaa ainakin kolmen viikon ajan, että sen antipsykoottinen teho olisi paremmin arvioitavissa. Lääkkeen myönteiset vaikutukset ilmenevät yleensä asteittain 1-3 kuukauden käytön aikana. Joissakin pidempivaikutteisissa lääkkeissä myönteisiä vaikutuksia voi ilmaantua vielä kolmen kuukauden jälkeenkin. Lääkkeiden asteittaisen vaikutuksen ymmärtäminen on lääkeshoidon suunnittelun kannalta tärkeää huomioida, jotta vältetään turhalla monilääkitykseltä ja haittavaikutusten määrä vähenee. Ensimmäisenä psykoosilääkkeet vaikuttavat psykoosin positiivisiin oireisiin, negatiivisiin oireisiin lääkkeet tehoavat vasta pidemmän ajan kuluessa. Negatiiviset oireet ovat kuntoutumisen ja työkyvyn kannalta hankalampia kuin positiiviset, jonka vuoksi akuuttivaiheen jälkeen olisi tärkeää kiinnittää huomiota myös negatiivisten oireiden hoitoon. (Huttunen 2017.f; Lönnqvist ym. 2014.)

Lääkityksen käytön pituus riippuu monesta asiasta. Osalla potilaista hoito voi kestää vain muutaman viikon, kun taas toisella hyvinkin kauan. Lievissä oireissa lääkitystä yleensä jatketaan skitsofrenian hoidossa. Tämän tarkoituksena on vähentää ja lieventää psykoosien uusiutumiskasvoja. (Bobo

2013.) Psykoosin relapseja, eri uusiutumisasiäitä estävää lääkehoitoa tulisi hoitovasteen saavuttamisenkin jälkeen jatkaa ainakin 2-5 vuotta sen mukaan, kuinka hankalasti potilas oireilee ja kuinka herkkä hän on ulkoisille elämäntapahtumille. Psykoosilääkitystä ei ole suotavaa lopettaa ennen kuin ensipsykoosin jälkeinen oireeton kausi on kestänyt vähintään kaksi vuotta. Kun potilas on ollut riittävän kauan oireeton, lääkitystä voidaan alkaa vähentää hitaasti, kuukausien kuluessa. Tavallisesti lääkeannoksen asteittainen vähentäminen auttaa näkemään pienemmän annoksen vaikutukset. Lääkityksen vähentämisen aikana on tärkeää seurata tiiviisti ennako-oireiden tai käyttäytymishäiriöiden ilmaantumista. Jos oireita alkaa ilmaantua, tulisi lääkitys palauttaa aiemmalle tehokkaalle tasolle. Pitkään jatkuneen psykoosilääkityksen hallitsematon lopetus lisää psykoosin uusiutumisen riskiä. Liian nopea psykoosilääkkeiden käytön lopetus voi johtaa vaikeaoireiseen relapsiin, vaikka potilas olisi ollut pitkäänkin oireeton. (Skitsofrenia, Käypä hoito -suositus 2020; Bobo 2013.)

Psykoosilääkkeet jaetaan perinteisiin psykoosilääkkeisiin sekä toisen polven psykoosilääkkeisiin (Heikkinen-Peltonen ym. 2019, 293). Enemmän käytössä ovat nykyisin toisen polven psykoosilääkkeet, koska ne ovat keskimääräisesti paremmin siedettyjä ja aiheuttavat vähemmän haittavaikutuksia. Perinteiset psykoosilääkkeet ovat kuitenkin hinnaltaan huomattavan paljon halvempia ja niiden teho on yhtä hyvä kuin toisen polven lääkkeitäkin. Perinteisten psykoosilääkkeiden käyttö onkin siis suositeltavaa niillä potilailla, joilla ne ovat aiemmin tehonneet hyvin, eikä haittavaikutuksia ole ilmaantunut, koska liian korkea lääkkeen hinta voi muodostua esteeksi lääkkeen käytölle. (Huttunen 2017.f.) Psykoosidiagnoosin saanut potilas maksaa reseptillä haetusta lääkkeistä omavastuun ja lääkehoito on erityiskorvattavaa. Näin ollen kulut ovat potilaalle kuitenkin maltilliset myös muita lääkkeitä käyttäessä. (Kela 2019.)

3.1 Perinteiset psykoosilääkkeet

Ensimmäinen psykoosilääke, klooripromatsiini, kehitettiin jo 1950-luvulla. Sen jälkeen on kehitetty useita samalla tavalla vaikuttavia psykoosilääkkeitä, joita yhdessä kutsutaan perinteisiksi psykoosilääkkeiksi. Aikaisemmin perinteisiä psykoosilääkkeitä on kutsuttu myös neurolepteiksi. Perinteisten psykoosilääkkeiden teho perustuu siihen, että ne salpaavat aivoissa dopaminergisten hermoverkostojen D2-reseptoreita. (Huttunen 2017.g.)

Perinteiset psykoosilääkkeet voidaan jakaa vielä hoitoannosten ja haittavaikutusten mukaan kahteen ryhmään: pienannoslääkkeisiin sekä suurannoslääkkeisiin. Pienannoslääkkeiden vuorokausiannos on alle 100mg ja suurannoslääkkeiden vuorokausiannos taas ylittää 100mg. Perinteisistä pienannopsykoosilääkkeistä Suomessa ovat eniten käytössä haloperidoli, tsuklopentiksoli ja perfenatsiini. Niihin liittyviä tyypillisiä haittavaikutuksia ovat niin sanotut ekstrapyramidaalioireet, joita ovat esimerkiksi parkinsonismoireet, akatisia, dystonia ja akinesia. (Huttunen 2017.g.)

Suurannospsykoosilääkkeistä käytetyimpiä Suomessa ovat klooripromatsiini, levomepromatsiini ja klooriprotikseeni. Niiden käytössä esiintyy enemmän antikolinergisiä haittoja, väsymystä sekä muita haittavaikutuksia. (Huttunen 2017.g.) Antikolinergiset haitat liittyvät parasympaattisen hermoston toimintaan, ja niitä ovat esimerkiksi näön hämärtyminen, ummetus, virtsaamiskyvyttömyys sekä suun kuivuminen. Antikolinergiset haitat ovat tyypillisiä jo heti lääkehoidon alkuvaiheessa. (Huttunen 2017.h.)

Klooripromatsiini

Klooripromatsiini aloitetaan 50-100 mg:n vuorokausiannoksella, jonka jälkeen annosta titrataan asteittain hoitoannokseen, joka on 200-800 mg vuorokaudessa. Liian nopea annostitus voi aiheuttaa seisomaan noustessa verenpaineen laskua ja huimausta. Tavallisimpia klooripromatsiinin aiheuttamia haittoja ovat lievä leukosytoosi, rintojen kasvu ja kuukautishäiriöt. Etenkin hoidon alkuvaiheessa klooripromatsiini voi aiheuttaa myös väsymystä. (Huttunen 2017g.; Saano & Taam-Ukkonen 2020.)

Perfenatsiini ja tsuklopentiksoli

Perfenatsiinin aloitusannos on 2-8 mg vuorokaudessa, jonka jälkeen lääkettä nostetaan hoitoannokseen, joka on 4-32 mg vuorokaudessa. Perfenatsiini on hyvin siedetty psykoosilääke ja se sopii hyvin avohoidossa oleville potilaille. Lääkeainetta on olemassa myös injektion muodossa, joka pistetään 2-3 viikon välein lihakseen. (Huttunen 2017.g.)

Perfenatsiinin tapaan, myös tsuklopentiksolistä on olemassa lihakseen pistettävät lääke muodot, joiden vaikutus kestää joko noin kolme vuorokautta tai 2-3 viikkoa. Lääkkeen aloitusannos on 10-25 mg vuorokaudessa ja hoitoannos on 25-75 mg vuorokaudessa. Tsuklopentiksolin suurin haittavaikutus on ekstrapyramidaalioireet, joiden lisäksi se voi aiheuttaa myös muistihäiriöitä ja verenpaineen laskua. Tsuklopentiksoli voi lisätä alkoholin sekä keskushermostoon vaikuttavien lääkeaineiden vaikutuksia. Lääkettä tulisi käyttää varovaisesti niillä potilailla, joilla on kouristuksia, tai jokin maksa-, sydän- tai verisuonisairaus. (Huttunen 2017.g; Saano & Taam-Ukkonen 2020.)

Haloperidoli

Haloperidoli aiheuttaa vain vähän autonomisia haittavaikutuksia, jonka vuoksi se voidaan aloittaa suoraan hoitoannoksella 2-8 mg vuorokaudessa. Haloperidolin haittavaikutuksia ovat unettomuus, ahdistuneisuus, painon muutokset, erektiohäiriöt, verenpaineen lasku ja tardiivi dyskinesia. Ennen lääkkeen aloitusta potilaalta tulisi tarkistaa sydänfilmi, sillä lääke voi pidentää sydämen johtumisaikoja. Sydämen toimintaa tulisi seurata säännöllisesti lääkehoidon aikana. Lisäksi, jos potilaalla on käytössä nesteenoistolääkkeitä, potilaan elektrolyyttitasapainoa tulisi seurata säännöllisesti. Maksan

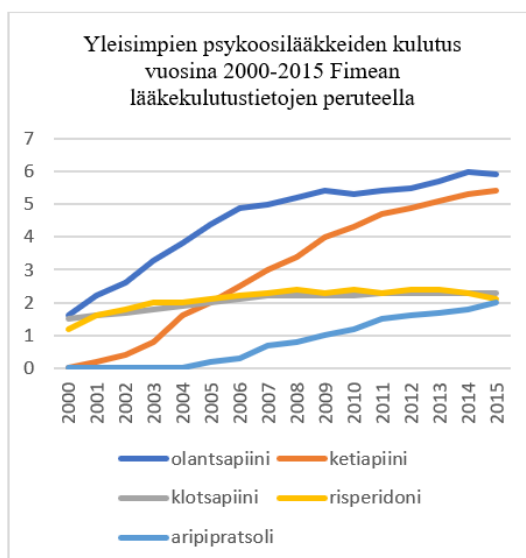
vajaatoimintaa sairastavilla potilailla lääkettä tulee käyttää varoen, sillä lääkeaine metaboloituu maksassa. (Huttunen 2017.g; Saano & Taam-Ukkonen 2020.)

Sulpiridi

Sulpiridi-lääkehoito aloitetaan annoksella 200-400 mg vuorokaudessa, jonka jälkeen lääkemannosta nostetaan asteittain hoitotasolle, joka on 800-1600 mg vuorokaudessa. Sulpiridin eniten esiintyvä haittavaikutus on prolaktiinin pitoisuuden nousu plasmassa, joka aiheuttaa naisilla kuukautiskierron häiriöitä, maidon eritystä ja rintojen kireyttä. Prolaktiinipitoisuuden nousu miehillä aiheuttaa rintojen kasvua ja testosteronimäärän laskua. Sulpiridia tulee käyttää erityisen varovaisesti, jos potilaalla on munuaisten vajaatoiminta. Lääkettä ei saa käyttää yhdessä alkoholin, levodopan, tiettyjen rytmihäiriölääkkeiden eikä sydämen harvalyöntisyyttä tai elektrolyyttihäiriöitä aiheuttavien lääkkeiden kanssa. Jos käytössä on samanaikaisesti muita keskushermostoon vaikuttavia lääkkeitä, sulpiridi voi aiheuttaa muutoksia potilaan keskittymis- ja havainnointikyvyssä. (Huttunen 2017.g; Saano & Taam-Ukkonen 2020.)

3.2 Toisen polven psykoosilääkkeet

Myöhemmin 1970-luvulla uutena psykoosilääkkeenä löydettiin klotsapiini, joka on ainoa lääkeaine, joka on todettu teholtaan paremmaksi kuin muut psykoosilääkkeet. Sen myötä psykoosilääkkeiden kehityksessä alkoi uusi vaihe, jonka tuloksena 1990-luvulla kehitettiin useita uusia psykoosilääkkeitä. Näitä uusia lääkkeitä klotsapiinin lisäksi ovat ketiapiini, loksapiini, amisulpridi, paliperidoni, olantsapiini, sertindoli, risperidoni, aripipratsoli, tsiprasidoni, lurasidoni, iloperidoli ja asenapiini. (Huttunen 2017.g.) Tyypillisiä toisen polven psykoosilääkkeiden haittoja ovat metaboliset haittavaikutukset, joita ovat painonnousu, veren rasva-arvojen nousu ja diabetesriski. Osa toisen polven lääkkeistä aiheuttaa myös sydämeen kohdistuvia haittoja, kuten johtumisajan pidentymistä, joka taas altistaa potilaan rytmihäiriöille. (Wahlbeck 2003.) Toisen polven psykoosilääkkeet aiheuttavat huomattavasti vähemmän neurologisia sivuvaikutuksia kuin perinteiset psykoosilääkkeet, ja lisäksi ne vaikuttavat paremmin myös psykoosiin liittyviin negatiivisiin oireisiin. Erityisesti klotsapiinilla on todettu olevan hyvä teho negatiivisten oireiden hoidossa. (Heikkinen-Peltonen ym. 2019, 295-296.) Paremman siedettävyytensä vuoksi toisen polven psykoosilääkkeet ovatkin kahden viime vuosikymmenen aikana korvanneet perinteiset psykoosilääkkeet laajasti (Tiihonen 2019). Kuten alla olevassa kuviossa (KUVIO 1) näkyy, viiden yleisimmän psykoosilääkkeen joukossa ei ole yhtään perinteistä psykoosilääkettä. Olemme koonneet yleisimmistä psykoosilääkkeistä oppimateriaalia varten kaksi taulukkoa, joista näkyy lääkkeen annostus, valmistemuoto, haittavaikutukset ja muut lääkehoidossa huomioitavat asiat. Ensimmäisessä taulukossa (TAULUKKO 1) käsittelemme suun kautta otettavia lääkkeitä ja toisessa taulukossa (TAULUKKO 2) käsittelemme injektioilääkkeitä.



KUVIO 1. Yleisimpien psykoosilääkkeiden kulutus määritellyin vuorokausiannoksina (DDD/1000 as/vrk) Fimean lääkekulutustietojen perusteella vuosina 2000-2015. (Mukaien Kalliokoski, Voipio ja Ruokoniemi 2016)

Lääke	Annos	Lääkemuoto	Haittavaikutukset	Huomioitavaa
Aripipratsoli	10-30mg	Tabletti	Rauhattomuus, unettomuus, pahoinvointi, päänsärky	
Ketiapiini	150-800mg	Tabletti	Väsymys, asentohuimaus, ummetus, suun kuivuminen, metaboliset haitat, painon nousu, a-t-ajan pidentyminen	Metaboloituu maksan kautta, jonka vuoksi käytettävä varovasti maksan vajaatoimintaa sairastavilla
Klotsapiini	200-900mg	Tabletti	Verenkuvamuutokset, epileptiset kohtaukset, ummetus, painon nousu, metabolinen oireyhtymä, syljeneritys, eeg muutokset	Pakollinen verenkuvan seuranta. Infektioiden/kuumeen yhteydessä lääke lopetettava välittömästi. EEG-seuranta. Tupakointi heikentää tehoa
Olantsapiini	10-20mg	Tabletti	Metaboliset haitat, painon nousu, väsymys, eosinofilia, kolesteroli- ja triglyseridipitoisuuden nousu, verensokerin nousu, ortostaattinen hypotensio	Painon seuranta. Tupakointi ja karbamatsepiini-lääkitys heikentävät tehoa
Risperidoni	2-8mg	Tabletti, neste	Ekstrapyramidaalioireet, unettomuus, ahdistuneisuus, painonnousu, metaboliset haitat, prolaktiinipitoisuuden nousu, takykardia, päänsärky, vapina, nenäverenvuoto, raajakivut	Yhteisvaikutus opioidien, bentsodiatsepiinien ja antihistamiinien kanssa → sedaation riski suurenee

TAULUKKO 1. Suun kautta otettavien psykoosilääkkeiden ominaisuuksia. (Mukaien Skitsofrenia, Käypä hoito -suositus 2020; Saano & Taam-Ukkonen 2020)

Lääke	Annos	Lääkemuoto	Haiftavaikutukset	Huomioitavaa
Aripipratsoli	300-400mg	Depotsuspensio		
Olantsapiini	150-300mg/2vk 300-405mg/4vk	Depotsuspensio	Harvinainen injektion jälkeinen oireyhtymä 3h sisällä injektion annosta (yliannostuksen kaltaiset oireet)	Antoväli vaihteleva. Seuranta 3h injektioista.
Risperidoni	25-50mg	Depotsuspensio		Antoväli yleensä 2vk

TAULUKKO 2. Injektiomuotoisten psykoosilääkkeiden ominaisuuksia. (Mukaiillen Skitsofrenia, Käypä hoito -suositus 2020; Saano & Taam-Ukkonen 2020)

Klotsapiini

Klotsapiini on ainoa psykoosilääke, joka on todettu muita lääkeaineita tehokkaammaksi skitsofrenian hoidossa. Klotsapiinin parempi teho muihin psykoosilääkkeisiin verrattuna perustuu siihen, että se salpaa vähemmän dopamiinin D2-reseptoreita ja enemmän serotoniinin 5-HT-2-reseptoreita. Lääkkeen aloitusannos on 25 mg vuorokaudessa, jonka jälkeen annosta voidaan asteittain nostaa enintään 900 mg vuorokausiannokseen. Annos jaetaan kahteen osaan, joista suurempi otetaan yötä vasten väsyttävän vaikutuksen vuoksi. Vaikeiden haiftavaikutusten vuoksi klotsapiinia ei käytetä psykoosin hoidossa ensisijaisena lääkkeenä, mutta usein sitä käytetään niillä potilailla, joille muilla psykoosilääkkeillä ei ole saatu riittävää vastetta. Näitä haiftavaikutuksia ovat esimerkiksi agranulosytoosi, väsymys, pulssin kiihtyminen, huimaus, voimakas syljen erityys, vatsavaivat, painon nousu sekä veren rasva- ja kolesterolipitoisuuden nousu. Lisäksi diabeteksen riski suurenee. (Huttunen 2017.g; Huttunen 2017.h.)

Agranulosytoosilla tarkoitetaan liuskatumaisten valkosolujen katoa, joka on hoitamattomana hengenvaarallinen tila. Liuskatumaiset valkosolut suojaavat ihmisen elimistöä erilaisia bakteeritulehduksia vastaan, ja ilman valkosoluja tulehdukset ovat hengenvaarallisia. Bakteeritulehduksen yleisiä oireita ovat korkea kuume ja kurkkukipu. Jos klotsapiinia käyttävällä potilaalla ilmenee äkillisesti näitä oireita, tulee hänet ohjata välittömästi lääkäriin. Valkosolukadosta kärsivät potilaat hoidetaan useimmiten teho-osastolla siihen saakka, että valkosolujen muodostuminen käynnistyy uudestaan. Valkosolukadon ilmaantuessa klotsapiinihoito on lopetettava välittömästi. Agranulosytoosin vaaran vuoksi klotsapiinia käyttäviltä otetaan verikokeita viikoittain ensimmäisten kahdeksantoista viikon aikana ja sen jälkeen vähintään 2-4 viikon välein, jotta mahdolliset verenkuvanmuutokset huomattaisiin. Jos verikokeissa huomataan merkittävää valkosolujen vähenemistä, lääkehoito on lopetettava välittömästi. (Huttunen 2017.g; Huttunen 2017.h.)

Klotsapiini voi myös harvoissa tapauksissa aiheuttaa sydänlihaksen tulehdusreaktion, joka voi myös olla hengenvaarallinen. Reaktio ilmenee yleensä heti lääkehoidon alkuvuikkojen aikana. Jos klotsapiinia käyttävällä potilaalla ilmenee hoidon ensimmäisten viikkojen aikana jatkuvaa hengenhädistystä tai sydänoireita, on hänet ohjattava lääkäriin sydämen toiminnan tutkimiseksi. Myös veren rasva-arvojen ja verensokerin seuranta säännöllisesti on tärkeää. Painonnousua ja vatsavai-voja voi helpottaa kiinnittämällä huomiota terveellisiin elintapoihin. Lisäksi etenkin suurella annok-sella klotsapiini voi aiheuttaa epileptisiä kohtauksia, jonka vuoksi lääkkeen rinnalle on tärkeää lisätä epileptisiä kohtauksia estävä lääke, jos lääkeannos on yli 600 mg vuorokaudessa. (Huttunen 2017.g; Huttunen 2017.h.)

Risperidoni ja paliperidoni

Risperidonia on Suomessa käytössä sekä tablettina, että kahden viikon välein pistettävänä pitkävai-kutteisena injektiona. Risperidonin käyttöön liittyy motorista levottomuutta lukuun ottamatta vähem-män ekstrapyramidaalioireita kuin perinteisiin psykoosilääkkeisiin. Suuremmilla annoksilla kuitenkin myös ekstrapyramidaalioireiden yleisyys lisääntyy. Risperidonin yleisimpiä haittavaikutuksia ovat ortos-tatismi, eli verenpaineen lasku ja huimaus seisomaan noustessa sekä aivolisäkehormoni prolaktiinin pitoisuuden nousu veressä, joka voi aiheuttaa naisilla kuukautiskierron häiriöitä sekä maidon eritystä ja miehillä rintojen kasvua sekä seksuaalisten halujen vähentymistä. Myös päänsärky, vapina, nenä-verenvuoto, uneliaisuus ja raajakivut voivat olla risperidonin aiheuttamia haittavaikutuksia. Iäkkääm-millä potilailla myös osteoporoosin riski suurenee. Lisäksi risperidoni voi aiheuttaa painon nousua ja lisätä riskiä diabetekseen. Risperidonilla on yhteisvaikutuksia muiden lääkeaineiden kanssa. Jos käy-tössä on samanaikaisesti opioideja, bentsodiatsepiineja tai antihistamiineja, sedaation riski suure-nee. Paliperidoni on risperidonin hajoamistuote, ja se on Suomessa käytössä kuukauden tai kolmen kuukauden välein pistettävänä injektiona. Sen haittavaikutukset ovat vähäisempiä, mutta hinnaltaan se on risperidonia kalliimpi. (Huttunen 2017.g; Saano & Taam-Ukkonen 2020.)

Olantsapiini

Olantsapiinia käytetään eniten skitsofrenian hoidossa, mutta se on todettu tehokkaaksi myös ma-niajaksojen ja psykoottisen depression hoidossa. Olantsapiini aloitetaan yleensä 2,5-10 mg vuorokau-siannoksella, ja se nostetaan viikon aikana 10 mg:aan saakka, joka on monille jo riittävä hoitoannos. Joissakin tapauksissa käytetään jopa yli 20 mg:n vuorokausiannosta riittävän hoitovasteen saa-miseksi. Olantsapiinin yksi isoimmista haittavaikutuksista on sen aiheuttama väsymys, jonka vuoksi se suositellaan otettavaksi iltaisin. Muita haittoja ovat etenkin suuremmilla annoksilla ekstapyrami-daalioireet ja noin 5-10 prosentilla potilaista esiintyy myös antikolinergisiä haittoja, kuten suun kuivu-mista. Hankalin haitta olantsapiiniin liittyen on huomattava painon nousu, etenkin ensimmäisen vuo-den aikana. Painon nousu aiheuttaa lisäksi triglyseridipitoisuuden suurenemista ja lisää diabetekseen sairastumisen riskiä. Muita haittavaikutuksia ovat huimaus, eosinofilia, eli eosinofiilisten valkosolujen runsaus, sekä ruokahalun voimistuminen. Karbamatsepiinilääkitys heikentää olantsapiinin tehoa. (Hut-tunen 2017.g; Saano & Taam-Ukkonen 2020.)

Ketiapiini

Ketiapiinia käytetään sekä skitsofrenian että kaksisuuntaisen mielialahäiriön hoidossa. Väsyttävän vaikutuksensa vuoksi ketiapiini aloitetaan pienellä annoksella, joka on yleensä 50-100 mg vuorokaudessa, jonka jälkeen sitä nostetaan 100 mg vuorokaudessa aina hoitoannokseen saakka. Ketiapiinin hoitoannos on 400-800 mg vuorokaudessa. Ketiapiinin merkittävin haittavaikutus on väsymys, ja noin puolet sitä käyttävistä potilaista kärsii myös päiväaikaisesta väsymyksestä. Lisäksi se voi aiheuttaa matalaa verenpainetta, sydämen tiheälyöntisyyttä ja ruuansulatuskanavan häiriöitä. Lääke metaboloituu maksassa, jonka vuoksi sen käytössä on noudatettava varovaisuutta maksan vajaatoimintaa sairastavilla potilailla. (Huttunen 2017.g; Lönnqvist ym. 2014, 183; Saano & Taam-Ukkonen 2020.)

Tsiprasidoni

Tsiprasidonin aloitusannos on yleensä 60-80 mg vuorokaudessa, ja viikon sisällä se pyritään nostamaan 160 mg:n vuorokausiannokseen. Lyhyen puoliintumisaajan vuoksi lääkeaine jaetaan kahteen vuorokausiannokseen. Tsiprasidonin haittavaikutuksia ovat vatsavaivat, pahoinvointi, ummetus, huimaus ja uneliaisuus. Lisäksi se voi aiheuttaa jonkin verran myös ekstrapyramidaalioireita. Noin viidellä prosentilla potilaista lääke pidentää sydämen sisäistä johtumisaikaa, jonka vuoksi sitä ei suositella ensivaiheen psykoosilääkkeeksi. Ennen lääkkeen aloitusta sekä lääkehoidon aikana on suositeltavaa tarkastaa potilaan sydänfilmi, etenkin jos potilaalla on aikaisemmin ollut rytmihäiriöitä. Myös muiden sydämen johtumisaikaa lisäävien lääkkeiden käyttö samanaikaisesti on tärkeää ottaa lääkehoidossa huomioon. (Huttunen 2017.g.)

Sertindoli

Sertindoli aloitetaan yleensä annoksella 4 mg vuorokaudessa, jonka jälkeen sitä nostetaan asteittain. Yleisin ylläpitoannos on 16 mg vuorokaudessa ja lääke otetaan kerran vuorokaudessa. Lääke ei aiheuta väsymystä, jonka vuoksi se sopii erityisesti niille potilaille, jotka kärsivät enemmän negatiivisista oireista. Tyypillisiä haittavaikutuksia ovat huimaus, suun kuivuminen sekä nenän tukkoisuus. Lisäksi sertindoli voi aiheuttaa sydämen sisäisen johtumisaajan pidentymistä ja sen myötä vakavia rytmihäiriöitä, jonka vuoksi sydänfilmin tarkistaminen ennen lääkehoitoa, sekä säännöllisesti lääkehoidon aikana on tarpeellista. (Huttunen 2017.g.)

Aripipratsoli

Aripipratsoli sopii sekä skitsofrenian että manian hoitoon. Lääkkeen aloitusannos on 10 mg vuorokaudessa, jonka jälkeen annos nostetaan asteittain 30 mg:n ylläpitoannokseen. Pitkän puoliintumisaajan vuoksi lääkkeen vakiotasolle päästään vasta noin kahden viikon mittaisen hoitajakson jälkeen. Ari-

pipratsolin käyttöön liittyy vain vähän haittavaikutuksia, joissa yleisimpiä ovat päänsärky, unettomuus, kiihtyneisyys sekä pahoinvointi. Lääkettä on käytössä myös lihakseen pistettävänä injektiona, joka pistetään kuukauden välein. (Huttunen 2017.g.)

Asenapiini, iloperidoni ja lurasidoni

Asenapiinia käytetään sekä skitsofrenian että kaksisuuntaisen mielialahäiriön manian hoidossa. Lääke on kielen alle asetettavan resoribletin muodossa. Lääke annostellaan yleensä 5 mg kaksi kertaa vuorokaudessa, ja lääkkeen oton jälkeen tulee olla kymmenen minuuttia syömättä ja juomatta mitään. Lääkkeen hoitovaste tulee esiin 1-2 viikon kuluessa ja voimistuu siitä seuraavien viikkojen aikana. Tyypillisimpiä haittavaikutuksia ovat huimaus, sedaatio sekä ekstrapyramidaalioireet. (Huttunen 2017.g.)

Iloperidonin aloitusannos on 1 mg kaksi kertaa vuorokaudessa, jonka jälkeen annosta nostetaan asteittain verenpaineen laskun välttämiseksi. Hoitoannos on yleensä 12-24 mg vuorokaudessa. Iloperidoni saattaa myös pidentää sydämen johtumisaikaa. Lurasidonissa on se etu, että se voidaan aloittaa suoraan hoitoannoksella, eikä annosta tarvitse asteittain nostaa. Tyypillinen annos skitsofrenian hoidossa on 40-80 mg vuorokaudessa. Lääkettä voidaan käyttää myös kaksisuuntaisen mielialahäiriön depressiovaiheen hoidossa, mutta silloin lääkkeen vuorokausiannos on hieman pienempi. Lurasidonin haittavaikutuksia ovat pahoinvointi, sedaatio ja akatisia. (Huttunen 2017.g.)

Amisulpiridi ja loksapiini

Amisulpiridin normaali hoitoannos on 400-800 mg vuorokaudessa. Suomessa se on erikoislupavalmistete. Amisulpiridi vähentää pykoosipotilaan puutosoireita ja lisäksi sitä voidaan käyttää pienellä annoksella myös masennuksen hoidossa. Mahdollisia haittavaikutuksia lääkehoitoon liittyen ovat painon nousu, sydämen QT-johtumisajan pidentyminen sekä prolaktiinipitoisuuden nousu. (Huttunen 2017.g.)

Loksapiinia käytetään lievän ja keskivaikean kiihtyneisyyden hoitoon skitsofreniaa ja kaksisuuntaista mielialahäiriötä sairastavilla. Lääke on inhaloitava eli hengitettävä lääke, jonka kerta-annos on 9,1 mg. Lääkettä voidaan tarvittaessa antaa kahden tunnin välein. Lääkettä käytetään ainoastaan sairaalassa. (Huttunen 2017.g.)

3.3 Psykoosilääkkeiden käyttö

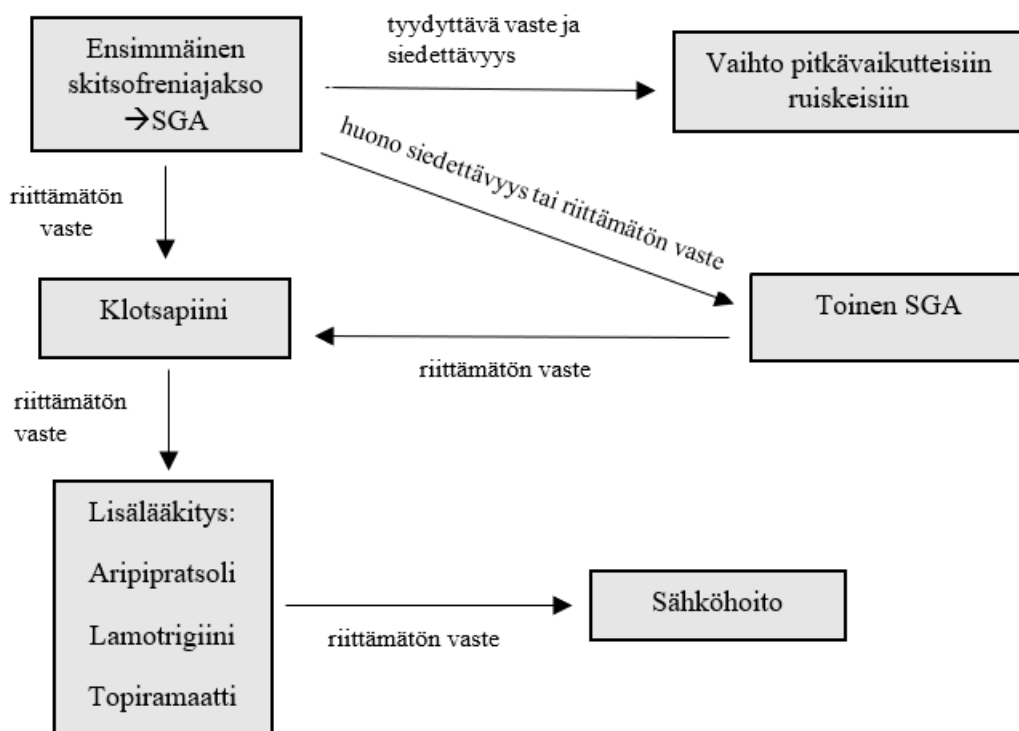
Psykoosilääkkeiden valinnassa otetaan huomioon potilaan yksilölliset ominaisuudet, ja usein lääkeshoidossa joudutaankin hakemaan tasapainoa lääkkeen tehon sekä sen siedettävyyden välillä. Tämän vuoksi on erityisen tärkeää, että potilas tutkitaan huolellisesti jo ennen hoidon aloittamista. Kaikille ensipsykoosiin sairastuneille tulee tehdä psyykkisen sekä somaattisen tilan arviointi, johon sisältyy myös neurologinen tutkiminen. Tärkeää on ottaa tarvittavat verikokeet, sydänfilmi sekä mitata paino, verenpaine ja vyötärönympäryys jo heti sairauden alkuvaiheessa. Joissakin tapauksissa myös kuvantamistutkimukset voivat olla tarpeellisia. Näiden tutkimusten ja mittauksen seuraaminen säännöllisesti myös lääkeshoidon aikana on ensiarvoisen tärkeää. Potilaan voinnissa tapahtuvat muutokset on erityisen tärkeää kirjata potilaskertomukseen, jotta voidaan ehkäistä tehottoman lääkeshoidon jatkamista ja voidaan välttää turhaa monilääkitystä, jos hoitavat lääkärit vaihtelevat. Lisäksi ruokavalion, päihteyden käytön ja liikuntatottumusten kartoittaminen on hyvä tehdä jo heti sairastumisen alkuvaiheessa. Jos potilaalla on joitakin somaattisia sairauksia tai niiden riskitekijöitä, niihin on tarpeen aloittaa asianmukainen hoito yhdessä perusterveydenhuollon kanssa mahdollisimman pian psykoosisairauden diagnosoimisen jälkeen. (Tiihonen 2019; Skitsofrenia, Käypä hoito –suositus 2020.)

Jos potilas kärsii useista haittavaikutuksista eikä potilaan tila parane entisestään lääkeshoidon aloituksen myötä, on tärkeää tarkistaa lääkeaineen pitoisuus plasmassa ja selvittää syy lääkkeen tehottomuudelle. Vaikka lähes kaikki psykoosilääkkeet ovat teholtaan samanlaisia, potilaiden yksilölliset erot vaikuttavat niiden vaikuttavuuteen. Aineenvaihduntanopeus ja lääkeainepitoisuus voivat vaihdella huomattavasti yksilöiden välillä, vaikka lääkeannos olisi sama. Plasman lääkeainepitoisuudesta on hyvä selvittää, onko määrätty annos ollut liian pieni, jonka vuoksi lääke ei tehoa. Toisaalta haittavaikutusten ilmaantuessa olisi hyvä tarkistaa, onko lääkeannos liian suuri. Lisäksi potilaan ikä, sairaudet ja muut käytössä olevat lääkkeet voivat vaikuttaa lääkeainepitoisuuteen tai lisätä haittavaikutusten määrää, joten ne on hyvä ottaa huomioon jo lääkitystä suunniteltaessa. Joillakin potilailla lääkeshoidon tehottomuuden syynä on puutteellinen hoitomyöntyvyys. Joissakin tapauksissa puutteelliseen hoitomyöntyvyyteen auttaa tablettilääkityksen vaihtaminen pitkävaikutteiseen, lihakseen pistettävään injektioon. (Huttunen 2017.f; Lönnqvist ym. 2014, 174-175.)

Psykoosilääkkeillä ei ole olemassa tiettyjä annoksen ylä- ja alarajoja, vaan sen sijaan on viitearvot, joiden ulkopuolella haittavaikutusten määrä kasvaa. Tarvittaessa lääkeannosta voi nostaa, jos riittävää hoitovastetta ei ole aikaisemmin saatu. Mikäli annosnostosta huolimatta riittävää vastetta ei saada muutaman viikon kuluessa, on suositeltavaa kokeilla toisen ryhmän tai tyyppin lääkeainetta. Jos lääkevaihdoista huolimatta hyvää vastetta ei saada 4-6 viikon kuluessa, tulisi kokeilla klotsapiinia, koska se tehoaa usein potilailla, joilla muut antipsykootit eivät ole tehonneet. Klotsapiini-lääkitystä suositellaan käytettävään ainakin kolmen kuukauden ajan riittävällä annoksella, jotta sen vaikutus voidaan nähdä. (Lönnqvist ym. 2014, 175; Heikkinen-Peltonen ym. 2019, 297.)

Tutkimusten mukaan psykoosilääkkeen vaihto toiseen ei kuitenkaan paranna potilaan ennustetta mitenkään, ellei vaihdettava lääkeaine ole klotsapiini, joka on teholtaan tutkitusti muita lääkeaineita parempi. Siitä huolimatta klotsapiini on psykoosipotilaan hoitosuosituksen mukaan vasta kolmas lääkeaine, jota suositellaan kokeiltavaksi, ellei aikaisemmillä lääkkeillä olla saatu riittävää vastetta. Tämä suositus perustuu siihen, että klotsapiinia pidetään niin riskialttiina sen aiheuttaman valkosolukadon vuoksi. Toisaalta taas klotsapiini on kuitenkin tutkitusti kaikista turvallisista vaihtoehdoista, jos tarkastellaan asiaa potilaiden kuolleisuuden osalta, sillä sitä käytettäessä kuolleisuus on jopa 44% pienempi kuin muilla psykoosilääkkeillä. Joissakin tapauksissa klotsapiinilla ei saada riittävää vastetta. Niissä tilanteissa voidaan kokeilla klotsapiinin rinnalle toista psykoosiläkettä, joista aripipratsolilla on vahvin näyttö, tai mielialantasaajia sekä masennuslääkitystä. Kaikista selvin teho klotsapiiniresistenssissä tilanteissa on kuitenkin saatu sähköhoidosta. (Tiihonen 2019.) Alla olevassa kuviossa (KUVIO 2) on kuvattuna skitsofrenian lääkehoidon eteneminen.

SGA = toisen polven psykoosilääke



KUVIO 2. Skitsofrenian lääkehoidon eteneminen. (Mukaillen Tiihonen 2019)

3.4 Psykoosilääkkeiden haittavaikutukset ja hoidon haasteet

Psykiatriset sairaudet koetaan usein fyysisiä sairauksia häpeällisempinä. Tämä voi vaikeuttaa hoitoa ja sen jatkumista. Myös psyykelääkkeiden käyttöön liittyy ennakkoluuloja ja asenteellisuutta. (Huttunen 2017.e.) Yksi psykoosilääkkeiden merkittävimmistä haittavaikutuksista on painonnousu, ja se voi olla merkittävä ongelma potilaan itsetunnolle ja sosiaalisille suhteille. Ongelmana on myös se, että usein painonnousua aiheuttava lääke on psyykkisten oireiden kannalta paras vaihtoehto. (Huttunen 2017.b.)

Lääkkeet voivat aiheuttaa myös niin sanottuja antikolinergisiä oireita, kuten näön hämärtymistä, suun kuivumista, ummetusta ja virtsaamiskyvyttömyyttä. Antikolinergiset oireet ovat usein pahimmillaan hoidon alussa. Äkillinen tai liian nopea tällaisten haittavaikutusten omaavan lääkkeen lopetus voi aiheuttaa antikolinergisten oireiden ylikorostumisen. Sen oireita ovat runsas hikoilu, unettomuus, levottomuus ja aggressiivisuus. (Huttunen 2017.d.)

Tahdonvastaista lääkitystä on pyrittävä välttämään, koska psykoosipotilaat kokevat tahdonvastaiset pistokset helposti väkivaltaisina. Tällaiset tilanteet vähentävät helposti myöhempää lääkemyönteisyyttä. (Huttunen 2017.d.) Oireisiin liittyen on tärkeää tietää, johtuvatko esimerkiksi väsymys, päänsärky tai levottomuus psykoosilääkkeen haittavaikutuksista vai ovatko ne oireen taustalla olevia psykologisia tunteita tai ristiriitoja. Potilas voi kokea, että lääkkeen määrännyt lääkäri tahtoo tahallaan aiheuttaa potilaalle esimerkiksi orgasmin estymisen. Moni potilas ei uskalla ottaa puheeksi kokemiaan haittavaikutuksia ilman lääkärin tai hoitajan kannustusta. (Aaltonen ym. 2015, 394.)

Psykoosilääkkeiden haittavaikutukset sekä psykoosiin usein liittyvä todellisuudentajun hämärtyminen ja vaikeus hyväksyä sairautta ovat usein syynä lääkkeiden käytön laiminlyöntiin. Ainakin joka kolmas toistuvista psykooseista kärsineistä laiminlyö lääkitystään. Lääkkeiden käytön lopettaminen tai niiden epäsäännöllinen käyttö on tärkein syy akuuttien psykoosien uusiutumiseen. Lääkityksen liian nopea vähentäminen tai lopettaminen aiheuttaa psykoosioireiden pahentumista. (Huttunen 2017.d.) Kaikki psykoosilääkkeet voivat aiheuttaa seksuaalista toimintahäiriötä ja haluttomuutta. Orgasmin estyminen voi olla monelle kiusallinen vaiva ja on yksi tärkeimmistä syistä lääkekielteisyyteen. Usein lääkkeen pienentämisellä voidaan vaikuttaa tähän ongelmaan. (Huttunen 2017.b.)

Perinteiset ja myös uudemmat psykoosilääkkeet voivat aiheuttaa eksrapiyramidaalioireita, kuten lihasjäykkyyttä ja pakkoliikkeitä. Oireet jaetaan kolmeen ryhmään: parkinsonismi, akuutit dystoniat ja motorinen levottomuus-akatisia. Parkinsonismissa ilmenee lihasjäykkyyttä, kasvojen ilmeettömyyttä ja lepovapinaa. Myös köpöttävää kävelyä, psykomotorisia ongelmia ja tunteiden latistumista. Akuutti dystonia aiheuttaa lihasten mahdollisesti jopa hyvin kivuliasta kouristelua. Oireita hoidetaan

pääasiassa lääkettä pienentäen tai sitä vaihtamalla. (Huttunen 2017.b.) Levottomuus-akatisialla tarkoitetaan lääkkeiden aiheuttamaa, etenkin jaloissa oireilevaa liikkumispakkoa. Sana akatisia tulee kreikan kielestä ja tarkoittaa kyvyttömyyttä istua. (Lauerma 2000.) On olemassa myös lääkkeitä, joilla näitä hyvin kiusallisia vaivoja pystytään hillitsemaan (Huttunen 2017.b).

Psykoosilääkkeiden pitkäaikaiseen käyttöön voi liittyä tardiivi dyskinesia. Se on pakkoliikeoireyhtymä, joka ilmenee useimmiten suun ja kielen, sekä vartalon pakonomaisina matomaisina liikkeinä. Tämä oireyhtymä on haastava, koska se poistuu hitaasti lääkkeen purkamisen jälkeen tai voi jäädä jopa pysyvästi. Väsymys on joskus toivottu vaikutus psykoosilääkityksellä, mutta se on myös tavallisin haittavaikutus. Väsymystä ilmenee etenkin hoidon alkuvaiheessa ja lääkitystä lisättäessä. Lääkityksen aloitusannos on aina pienempi kuin hoitotasolla. Mikäli potilas syö väsyttäviä lääkkeitä epäsäännöllisesti tai palaa tauon jälkeen heti hoitotason lääkemäärään, väsymys voi ilmetä todella selkeästi ja sen vuoksi lisätä kielteisyyttä. (Huttunen 2017.b.)

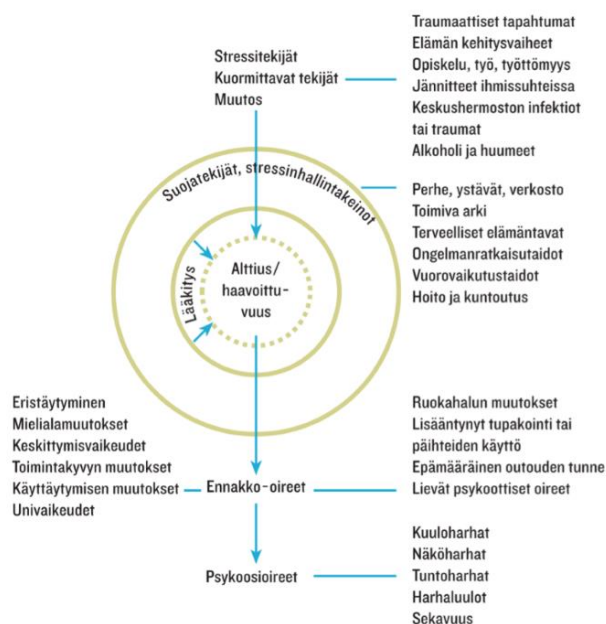
4 PSYKOEDUKAATIO

”Psykoedukaatiolla tarkoitetaan hoidollisia toimia, joiden ensisijaisena tavoitteena on parantaa potilaiden ja heidän omaistensa tietoa sairaudesta ja sen hoidosta ja siten parantaa ymmärrystä sairauden tilasta.” (Oksanen 2013.) Sairaudesta saatu tieto ja sen ymmärtäminen edistää potilaan sitoutumista lääkahoitoon ja terapiaan, sekä parantaa omahoidon toteutumista (Good Therapy s.a; Vuori-lehto ym. 2014, 130). Psykoedukatiivisen työskentelytavan päämääränä psykoosin hoidossa on parantaa potilaan ja hänen perheensä elämänlaatua, lisätä potilaan kykyä hallita omaa sairauttaan, ja sen myötä ehkäistä psykoosin uusiutumista sekä vähentää sairaalahoidon tarvetta (Hämäläinen ym. 2017, 189).

4.1 Haavoittuvuus-stressimalli

Vuonna 1977 Engel kehitti ajattelutavan, jonka mukaan ihmisen sairastuvuuteen vaikuttaa geneettiset ja ympäristötekijät. Samana vuona Zubin ja Spring kehittivät ensimmäisen version selittämään skitsofrenian syntyä. Version perusajatus oli, että jokaisella on yksilöllinen alttius sairastua psykoosiin. Versiossa esitetään eri tekijöitä, joista stressitekijät uhkaavat yksilön terveyttä ja suojatekijät turvaavat sitä. Kun näiden tasapaino pettää, stressitekijät ylittävät yksilön sietokyvyn ja altis yksilö sairastuu psykoosiin. Tätä versiota kutsutaan haavoittuvuus-stressimalliksi. (Bruijn 2006; Kuhanen, Oitinen, Kanerva, Seuri ja Schubert 2012, 195.)

Psykoedukatiivisille menetelmille on yhteistä psykoosien selittäminen haavoittuvuus-stressimallin perusteella. Haavoittuvuus-stressimallin selittäminen potilaalle ja hänen lähipiirilleen auttaa heitä ymmärtämään sairauden puhkeamiseen johtaneita syitä ja vähentää sairauteen liittyvää uhkaavuuden tunnetta. (Kieseppä ja Oksanen 2013.)



KUVIO 3. Haavoittuvuus-stressimalli. (Kauppila s.a.)

Yllä olevassa kuviossa (KUVIO 3) on Ari Kauppilan kehittämä työtapa, jossa on kolme pääteemaa: oireet ja ennakko-oireet, stressitekijät sekä stressinhallintakeinot. Näiden teemojen lisäksi potilaan kanssa käydään läpi myös psykoosiin vaikuttaneet tekijät, alttius sairastumiseen ja lääkkeiden vaikutukset. Keskusteluissa olisi hyvä edetä ongelmista selviytymiseen. Kauppilan mukaan ennen varsinaista keskustelua psykoosisairaudesta, on alkuun hyvä lähestyä aihetta peilaamalla mallia johonkin somaattiseen vaivaan, kuten esimerkiksi verenpainesairauteen. Sen jälkeen mallia on helpompi käsitellä myös psykoosisairauden kannalta. Mallin tavoitteena on vähentää sairauteen liittyvää häpeää sillä ajattelutavalla, että psyykkiset sairaudet ovat sairauksia muiden joukossa. (Bruijn 2006.)

4.2 Psykoedukaation sisältö ja tavoite

Tutkimusten mukaan psykoedukaation on todettu vähentävän uusia sairaalajaksoja 20-50%. Psykoedukaatio sisältyy myös psykoosien hoitosuosituksiin sekä yksilöllisenä, että perhehoitona. (Skitsofrenia, Käypä hoito –suositus 2020; Koponen 2006.)

Psykoosipotilaan psykoedukaatio sisältää tiedon jakamista sairaudesta, sen hoidosta ja siitä toipumisesta. Tärkeää psykoedukaatiossa on auttaa psykoosipotilasta tunnistamaan psykoosia edeltävät varhaisoireet ja tehdä yhteinen toimintasuunnitelma psykoosin uusiutumisen varalle. (Skitsofrenia, Käypä hoito –suositus 2020.) Psykoosipotilaat tietävät sairaudestaan varsin vähän pitkästä sairaushistoriastaan huolimatta. Tieto sairaudesta voi parantaa potilaan selviytymistä, kun potilas oppii tunnistamaan psykoosin varhaiset merkit ja stressaavat tilanteet. (Aho-Mustonen 2011, 24-30.) Tärkeää on keskustella myös sairauteen liittyvistä pitkäaikaisista oireista. Kun potilaan psykoosiin liittyvät oireet on tunnistettu, niihin voidaan alkaa etsiä erilaisia yksilöllisiä hallintakeinoja. Esimerkiksi lääkehoito, rentoutuminen ja lepo, sekä läheisten tuki ovat tavallisia hallintakeinoja. (Kieseppä ja Oksanen 2013.) Psykoedukaatiossa myös opetetaan potilasta arvostamaan neuroleptilääkitystä ja tunnistamaan lääkkeiden eri haittavaikutukset. Potilasta ohjataan stressitilanteista selviytymisessä ja autetaan ymmärtämään, että päihitteet ovat riski sairauden kannalta. (Rebolledo & Lobato 1998.)

Psykoosiin sairastuneen henkilön hoidossa erityisen tärkeää on vuorovaikutus perheen ja läheisten kanssa. Perheen ottaminen mukaan psykoedukaatioon vähentää perheen kokemaa kuormitusta sekä emotionaalista taakkaa, ja sen vuoksi vähentää myös potilaan hoitoon ja huolehtimiseen liittyviä kielteisiä kokemuksia heidän osaltaan. Psykoedukaation toteuttaminen ainoastaan perheelle ei kuitenkaan riitä, vaan myös potilaalla on oikeus saada tietoa omasta sairaudestaan. Sairastuneen henkilön huomioiminen psykoedukaatiossa lisää hänen ymmärrystään sairaudesta, ja mahdollistaa myös potilaan itsensä osallistumisen hoidonsuunnitteluun. (Kieseppä ja Oksanen 2013; Skitsofrenia, Käypä hoito –suositus 2020.) Tieto sairaudesta ja sen hoitomuodoista vähentää sairauteen liittyviä kielteisiä kokemuksia sekä häpeän tunnetta. Erilaiset kognitiiviset puutokset sekä stressi ja kuormittuneisuus

lisäävät psykoosin uusiutumisen riskiä, jonka vuoksi psykoedukaatioon tulisi sisällyttää myös erilais-
ten ongelmanratkaisu- ja kommunikaatiotaitojen harjoittelu. (Hämäläinen ym. 2017, 188-189.)

Psykoedukatiivisessa hoitomuodossa käytetään erilaisia menetelmiä, joista osa on perinteisen perhete-
rapian kaltaisia ja osa lyhyitä koulutusohjelmia. Psykoedukaatio ei ole pelkkää potilasohjausta vaan
siihen liittyy aina myös terapeuttisia elementtejä. Tehokas psykoedukaatio sisältää emotionaalista tu-
kea ja ohjausta ongelmanratkaisutaitoihin. Sen käyttö ei edellytä erityistä koulutusta, mutta vaatii
hoitohenkilökunnalta riittäviä voimavaroja ja konsultaatiomahdollisuutta. Hoitotulosten paraneminen
voi viedä vuosia, joten odotusten tulee myös olla realistisia. Haasteena voi myös olla potilaan tai hä-
nen perheensä aiemmat huonot kokemukset tai asenteet. (Koponen 2006.)

4.3 Psykoedukaation ajankohta ja vaikutus

Potilaiden opetuksella on pitkät perinteet jo 1970-luvulle. Sitä ennen katsottiin, että psyykkisesti sairaat
potilaat ovat kyvyttömiä ymmärtämään tai vastaanottamaan tietoa sairaudestaan. Nykyään tieto psy-
koedukaatiosta ja sen vaikutuksista on laajentunut myös kuluttajien suosion myötä. On todettu,
ettei psykoedukatiivisten interventioiden määrällä ole oleellista merkitystä hoidon tuloksiin, mutta
koska pidempään sairastanut on jo kerennyt luoda oman vahvan mielikuvan sairaudestaan, olisi tär-
keää ajoittaa interventiot sairauden alkuvaiheeseen, jolloin mielikuvia on vielä helpompi muut-
taa. Tästä huolimatta yleinen käsitys on, että interventiot voidaan ajoittaa mihin vaiheeseen sairautta
tahansa. Psykoedukaatiolla on todettu olevan vaikutusta myös siinä vaiheessa, kun potilas on hyväk-
synyt sairautensa. Se missä muodossa psykoedukaatiota toteutetaan, täytyy huomioida potilaan mu-
kaan. Ryhmäinterventiot eivät sovi kaikille ja ne voivat joillekin potilaista olla jopa haitaksi ja pahen-
taa oireita. (Aho-Mustonen 2011, 24-30.)

5 PSYKOOSIN LÄÄKEHOIDON PSYKOEDUKAATIO

Laadukas lääkehoidon ohjaus on yksilöllistä ja se perustuu aina potilaan ja hänen omaistensa tarpeisiin. Lääkehoidon ohjaustilanne on sidoksissa potilaan fyysisiin, psyykkisiin, kognitiivisiin ja sosiaaliin tekijöihin. Nämä tekijät vaikuttavat siihen, kuinka hyvin potilas kykenee vastaanottamaan annettua tietoa ja ohjausta. Psykoosipotilaiden kohdalla esimerkiksi kognition puute ja sairaudentunnettomuus voivat vaikuttaa heidän kykyynsä vastaanottaa tietoa lääkehoidosta. (Oksanen 2015; Sulosaari & Hahtela 2013, 113.)

Yleisesti potilaan lääkehoidon ohjaustilanteessa tulisi välittää tietoa ainakin seuraavista asioista: lääkkeestä, sen vaikutuksesta sekä keskeisimmistä haittavaikutuksista ja yhteisvaikutuksista, lääkkeen annostelusta ja lääkkeen ottamisesta sekä lääkehoitoon liittyvistä kustannuksista. Tärkeää on keskustella myös siitä, miten toimitaan, jos lääke on unohtunut tai sitä on otettu liikaa ja mihin ottaa yhteyttä, jos ilmenee ongelmia lääkehoitoon liittyen. Ennen lääkehoidon aloitusta potilaalle on tarpeen kertoa myös lääkehoidon aloittamisen peruste. Kaikissa ohjaustilanteissa erityisen tärkeää on saada varmuus siitä, että potilas on ymmärtänyt annetun ohjeistuksen. (Sulosaari & Hahtela 2013, 113-114.)

Psykiatrisen avohoidon yksi keskeisimmistä tehtävistä on potilaan ylläpitolääkityksen jatkuvuuden suunnitelmallinen tukeminen. Psykoosipotilaiden lääkehoitoon sitoutumattomuus johtuu useista erisyistä, ja sen vuoksi ei ole olemassa yhtä ainoaa interventiota, joka toimisi kaikilla ja parantaisi kaikkien psykoosipotilaiden hoitomyöntyvyyttä. Parhaiten näyttäisi toimivan eri lähestymistapoja yhdistävät hoito-ohjelmat. Psykoedukaatiossa annettu tieto lääkehoidon merkityksestä ei yksinään riitä parantamaan psykoosipotilaiden sitoutumista lääkehoitoon, vaan parhaat tulokset on saatu, kun lääkehoidon ohjaus on yhdistetty koko perheen tukemiseen. (Oksanen 2015.)

Psykoosipotilaan hoitoa aloitettaessa laaditaan aina yhdessä potilaan ja hänen perheensä kanssa hoitosuunnitelma. Hoitosuunnitelman lähtökohtana on potilaan yksilölliset tarpeet. Suunnitelmaan kirjataan hoidon tavoitteet, sekä keinot niiden saavuttamiseksi. Myös lääkehoito on osa tätä hoitosuunnitelmaa. Hoitosuunnitelma tulisi tarkistaa säännöllisin väliajoin, aikuisilla vähintään kerran vuodessa ja nuorilla sitäkin useammin. (Skitsofrenia, Käypä hoito -suositus 2020.)

Hoidon alkaessa potilaalle ja hänen omaisilleen on hyvä kertoa aivojen normaalista toiminnasta. On olemassa erilaisia psykoosioireiden mekanismeja, kuten dopamiini- ja glutamaatti-NMDA-reseptorien yhdistynyt toimintahäiriö. Psykoottista oireilua esiintyy koska aivojen toiminta on häiriintynyt. Aivoissa voi itsekseen aktivoitua alueita ilman ulkopuolista ärsykettä, ja tämä aktivoituminen voi joh-

taa aistiharhoihin. Aivojen toiminta voi myös sekoittua, joka tarkoittaa oikeiden muistijälkien sekoittumista näihin itseksään aktivoituneisiin informaatioihin. Tämä voi aiheuttaa harhaluuloisuutta. (Bruijn 2006.)

Kun aloitetaan keskustelu lääkkeiden käytöstä, on tärkeää kuunnella aktiivisesti potilaan kokemuksia ja kielteisiä mielikuvia lääkkeistä. Potilas on asiantuntija sen suhteen miltä lääkkeen käyttö hänestä tuntuu. Lääketieteellisen tiedon jakaminen on hyvä aloittaa vasta kun potilaan asenteista ja huolistallaan tietoisia. Keskusteluissa tulisi pyrkiä välttämään liiallista auktoriteettipuhetta, koska se voi johtaa siihen, ettei potilas uskalla rehellisesti kertoa omista kokemuksistaan ja ajatuksistaan lääkahoitoon liittyen. (Oksanen 2015.)

Psykoedukaatioissa on tärkeää kuvata lääkkeiden vaikutus ja niiden kohdeoireet. Tämän lisäksi keskustelussa tulisi huomioida eri tilanteet, joita hoidon aikana voi ilmaantua. Jorma Oksanen on artikkelissaan ottanut esimerkeikseen tällaiset tilanteet: Voiko lääkehoidon lopettaa, mikäli oireita ei ole? Onko lääke turha tai vaikuttamaton, mikäli oireet pahenevat lääkityksestä huolimatta? Onko lääke tarpeeton, mikäli olo on hyvä ilman sitä? Ylläpitolääkityksen vaikutuksesta keskustellessa tulisi myös lääkärin tai hoitajan olla realistisia. Keskustelussa on tärkeää tuoda esille se, että vaikka oireilu lisääntyisi lääkityksestä huolimatta, on sen suojaava vaikutus silti olemassa. (Oksanen 2015.)

Hyvän hoitosuhteen luominen edellyttää kuuntelevaa ja yhteisiä tavoitteita asettavaa toimintatapaa. Jokaisella potilaalla on omia, yksilöllisesti arvioitavia esteitä lääkehoidon toteutumiseksi, jotka tulisi ottaa huomioon hoidon aikana. Lääkehoidon psykoedukaatioissa potilaan kanssa on hyvä asettaa jokin tavoite, johon lääkehoidolla pyritään. Kun löydetään potilaan kanssa yhdessä juuri hänelle sopivia tavoitteita, voidaan pohtia mitä niiden saavuttaminen vaatii. Keskustelussa on tärkeää saada potilas ymmärtämään mikä osuus juuri lääkehoidolla on hänen tavoitteidensa saavuttamisessa. Tavoitteen täytyy olla potilaalle mielekäs, jotta hän sitoutuu lääkehoitoonsa paremmin. Kun tavoitteet on asetettu ja lääkehoidon suunnitelma tehty, potilaalta on hyvä vielä varmistaa, onko tehty suunnitelma varmasti sellainen, jonka hän voi hyväksyä ja jonka toteutus voidaan aloittaa. Asetettujen tavoitteiden saavuttamista tulee säännöllisesti seurata ja potilaan kanssa on hyvä pohtia miten juuri lääkehoito siinä auttaa. (Skitsofrenia, Käypä hoito –suositus 2020; Oksanen 2015.)

Mikäli potilas kuitenkin jättää lääkkeitä ottamatta, täytyy hoitajan olla tuomitsematta potilasta. Nämä tilanteet voivat olla potilaalle hyviä oppimiskokemuksia. Tuomitsematon ja neutraali asenne auttaa potilasta oppimaan kokemuksesta sekä siihen liittyvistä seurauksista. Osaltaan psykoedukaatioon sisältyykin myös keskustelu niistä tilanteista, joissa kuka tahansa voisi unohtaa ottaa lääkkeen. Kun potilaan kanssa on kartoitettu eri riskitilanteet, joissa lääkkeenotto mahdollisesti saattaa unohtua, voidaan luoda keinot niistä selviytymiseksi. Mikäli potilas jättää kuitenkin lääkkeet ottamatta, hänen

omaisilleen on hyvä antaa ohjeita psykoosin ensioireista ja siitä, kuinka stressitekijöitä rajoitetaan ja kuinka saada apua mahdollisissa hätätilanteissa. (Oksanen 2015.)

Usein psykoosipotilaiden psykoedukaatiossa samoja asioita on jakettava kerrata toistuvasti. Psykoosipotilaiden lääkehoitoon sitoutumista ja sen onnistumista voidaan tukea erilaisin menetelmin. Erilaisia muistutusvälineitä, kuten herätyskelloa tai kännykän hälytystä käyttämällä voidaan tukea potilaan lääkkeenottoa. Lisäksi kirjalliset ohjeet sekä valmiiksi jaetut dosetit helpottavat lääkkeiden ottamista. Hoitajan lähettämien tekstiviestien ei ole todettu lisäävän lääkehoitoon sitoutumista, mutta sen sijaan säännölliset puhelut hoitajalta ovat auttaneet lääkehoidon toteutuksessa. (Skitsofrenia, Käypä hoito –suositus 2020; Oksanen 2015.)

Yksinkertainen lääkitys tulee useimmiten paremmin otettua kuin monilääkitys. Usein monilääkitys on kuitenkin kaikista yleisintä juuri niillä psykoosipotilailla, joilla on suurimpia kognition puutteita. Kognition puutteet, kuten heikko muisti ja oppimiskyky, vaikeuttavat lääkehoidon onnistunutta toteutusta. Sen vuoksi etenkin vaikeasti sairaiden psykoosipotilaiden kohdalla olisi hyvä miettiä injektio- ja lääketilästä. (Oksanen 2015.)

5.1 Elintapaohjaus osana lääkehoidon psykoedukaatiota

Psykoosilääkitys voi aiheuttaa painon nousua ja samalla altistaa myös muille kardiometabolisille riskitekijöille. Ylipainoon johtaa mielen- ja keuhko- ja sydän- ja verisuonisairauksilla usein myös liiallinen energian saanti, vähäinen liikunta, yksipuolinen ravinto ja isot annoskoot. Painonnousulla ja lihavuudella on haitallinen vaikutus potilaiden lääkehoitoon sitoutumiseen ja sen myötä myös sairauden ennusteeseen. Monet potilaat kokevat painonnousun kaikista merkittävimäksi psykoosilääkehoidon haittavaikutukseksi. (Mielen- ja keuhko- ja sydän- ja verisuonisairauksien tutkimuskeskus s.a.; Skitsofrenia, Käypä hoito –suositus 2020; Heiskanen ja Ruusunen 2016.)

Skitsofreniapotilailla eliniän ennuste on 15-20 vuotta normaaliväestöä lyhyempi. Lyhyempään elinajan ennusteeseen vaikuttavat sydän- ja verisuonisairaudet, 2 tyypin diabetes, lääkkeiden aiheuttama metabolinen oireyhtymä sekä osteoporoosi. Metabolisella oireyhtymällä tarkoitetaan kohonnutta verenpainetta, rasva-aineenvaihdunnan häiriötä ja sokeriaineenvaihdunnan häiriötä, jotka aiheuttavat painonnousua ja muutoksia veriarvoissa. (Sorakivi s.a.) Psykoosilääkkeistä metabolisten vaikutusten suhteen suurin riski on klotsapiinilla ja olantsapiinilla, kohtalainen ketiapiinilla ja risperidonilla. Vähäisin riski on aripipratsolilla ja tsiprasidonilla. (Heiskanen & Ruusunen 2016.)

Edellä mainittujen haittavaikutusten vuoksi, ennen lääkehoidon aloitusta tulee kartoittaa potilaan elintavat, sukurasitus sydän- ja verisuonisairauksiin liittyen, paino ja vyötärönympäryys, verenpaine

sekä kolesterolin ja verensokeriarvot. Lääkehoidon alkuvaiheessa painon seuranta suositellaan viikoittain ensimmäiset kaksi kuukautta, jonka jälkeen painon seuranta olisi suositeltavaa vähintään kolmen kuukauden välein. Ensimmäinen vuosi psykoosilääkkeen aloituksesta on painonhallinnan kannalta kaikkein merkittävin. Jos potilaan paino nousee vuoden aikana 5-7% lähtöpainosta, on syytä harkita lääkevalmisteen vaihtoa painoneutraalimpaan valmisteseeseen. Muut tutkimukset tulisi kontrolloida hoidon alussa vähintään 2-3 kuukauden välein, jonka jälkeen vuosittaiset kokeet riittävät. Nopeaan painon nousuun sekä veren kolesterolin ja sokeriarvojen muutoksiin tulisi reagoida mahdollisimman nopeasti niiden hoitosuosituksen mukaisesti. (Heiskanen & Ruusunen 2016; Skitsofrenia, Käypä hoito –suositus 2020.)

Lääkehoidon psykoedukaatiossa erityisen tärkeää on kertoa myös lääkehoidolla tavoiteltavista hyödyistä, ei ainoastaan sen aiheuttamista metabolisista haitoista. Potilaan kannustaminen lääkehoidon sopivuuden seurantaan, esimerkiksi painon ja verenpaineen omatoimiseen mittaamiseen, lisää lääkahoitoon liittyvää yhteistyötä sekä tukee potilaan sitoutumista lääkehoitoon. (Heiskanen ja Ruusunen 2016.)

Skitsofreniapotilaat liikkuvat normaaliväestöä vähemmän, jonka vuoksi heidän fyysistä aktiivisuuttaan tulisi pyrkiä lisäämään ja liikkumiseen tulisi kiinnittää huomiota koko hoitosuhteen ajan. Liikunnan ei tarvitse olla välttämättä raskasta. Riittävä hyötyliikunta ja istumisen sekä makaamisen välttäminen riittää hyvin. Liikunta hillitsee painonnousua ja näin myös parantaa minäkuvaa. Säännöllinen, useita kertoja viikossa tapahtuva liikunta lievittää myös potilaan psyykkisiä oireita, ja parantaa siten myös kognitiota ja potilaan elämänlaatua. (Mielenterveystalo s.a; Skitsofrenia, Käypä hoito –suositus 2020.)

Tietoa terveellisistä elämäntavoista sekä tukea painonhallintaan tulisi Käypä hoito –suositusten mukaan tarjota kaikille skitsofreniapotilaille. Painonhallintaan liittyviin elintapainterventioihin suositellaan moniammatillista lähestymistapaa, johon sisältyvät esimerkiksi ravitsemusterapeutti ja liikuntalan ammattilaiset. Elintapainterventioita voi toteuttaa joko yksilö- tai ryhmäinterventioina. Moniammatilliset elämäntapainterventiot jo sairauden alkuvaiheessa ennaltaehkäisevät painonnousua ja voivat tukea terveellisempien elämäntapojen noudattamista sekä ehkäistä sydän- ja verisuonisairauksia. (Skitsofrenia, Käypä hoito –suositus 2020; Heiskanen ja Ruusunen 2016.)

5.2 Tupakoimattomuuteen ja päihitteettömyyteen tukeminen

Terveys 2000 tekemän tutkimuksen mukaan skitsofreniaa sairastavat potilaat tupakoivat (44%) enemmän kuin normaaliväestö (27%). Tupakointi on vakavia mielenterveyshäiriöitä sairastavilla somaattisen sairastavuuden ja kuolleisuuden kannalta kaikkein merkittävin yksittäinen riskitekijä. (Mielenterveystalo s.a; Eskelinen, Niemi, Niemelä ja Vasankari 2020.)

Tupakointi vaikuttaa psykoosilääkkeiden tehoon. Tupakansavun sisältämät PAH-yhdisteet indusoivat CYP1A2-entsyymiä, joka on psykoosilääkkeiden metabolian kannalta keskeinen. Tämän entsyymin vuoksi lääkeaineen metabolia voi kiihtyä ja lääkkeen teho huonontua. Esimerkiksi klotsapiinin pitoisuus plasmassa voi pienentyä jopa puoleen tupakoinnin yhteydessä. Muita psykoosilääkkeitä, joiden plasmapitoisuuteen tupakointi vaikuttaa, ovat olantsapiini, haloperidoli ja klooripromatsiini. Tupakoinnin lopetuksen jälkeen lääkeainepitoisuus voi nousta jopa muutamissa päivissä hidastuneen metabolian vuoksi, jolloin lääkeaineen pitoisuus elimistössä nousee ja mahdolliset haittavaikutukset voivat myös lisääntyä. Tämän vuoksi on tärkeää selvittää elimistön lääkeainepitoisuuksia, mikäli potilas lopettaa tupakoinnin hoidon aikana. (Rouhos 2018; Skitsofrenia, Käypä hoito -suositus, 2020.)

Skitsofrenian Käypä hoito –suosituksen mukaan jokaiselle skitsofreniapotilaalle tulisi suositella tupakoinnin lopettamista jokaisen hoitajakson aikana tai vähintään kerran vuodessa, ja heitä tulisi ohjata tupakoinnista vieroittamiseen tähtääviin interventioihin. Lopettamisen tukena suositellaan käytettäväksi nikotiinikorvaushoitoa. Tupakoinnin lopettamista suositellaan potilaalle aina. Vaikka potilas ei juuri sillä hetkellä osoittaisi halukkuuttaan tupakoinnin lopettamiseen, motivaatio lopettamiseen voi ilmaantua myöhemminkin. Koulutettuja kokemusasiantuntijoita voi myös käyttää apuna tupakoimattomuuteen tukemisessa, sillä he voivat tarjota potilaalle vertaistukea tupakoinnin lopettamiseen. Tupakoinnin lopettamisella näyttäisi olevan positiivisia vaikutuksia mielenterveyteen sekä skitsofreniapotilaiden kognitioon. (Eskelinen ym. 2020; Skitsofrenia, Käypä hoito -suositus, 2020.)

Skitsofreniapotilaan päihdeongelman on todettu huonontavan hoitotuloksia ja vaikeuttavan sairauden hoitoa. Päihdeongelma vähentää potilaiden hoitomyöntyvyyttä, vaikeuttaa hoidollista yhteistyötä, kasvattaa haittavaikutusten ilmaantumisen riskiä ja sen myötä heikentää myös hoidon ennustetta. Lisäksi runsas alkoholin tai huumeiden käyttö pahentaa psykoosi- ja ahdistusoireita. AUDIT-kyselyä voidaan käyttää potilaan alkoholin riskikäytön selvittämiseksi. Päihdeongelmaa suositellaan hoidettavan samassa työryhmässä muiden psykoedukatiivisten interventioiden kanssa. (Skitsofrenia, Käypä hoito -suositus, 2020; Oksanen 2015; Koponen & Lappalainen 2015.)

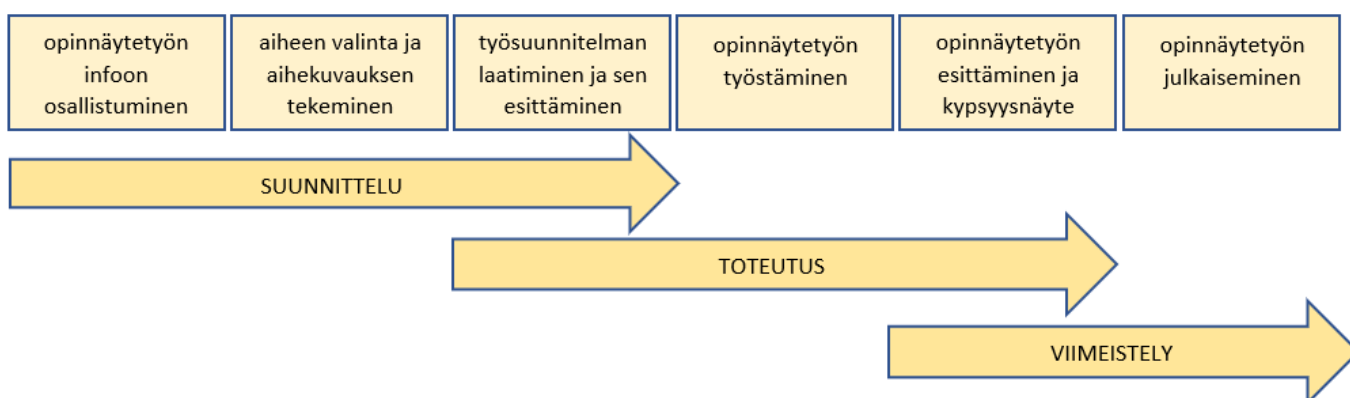
6 OPINNÄYTETYÖN TOTEUTTAMINEN KEHITTÄMISTYÖNÄ

Ammattikorkeakouluista annetun asetuksen (1129/2014 §2) mukaan opinnäytetyö on osa ammattikorkeakoulututkintoon johtavia opintoja (Savonia-ammattikorkeakoulu 2019.a). Opinnäytetyö koostuu viidestätoista opintopisteestä, ja työn voi toteuttaa neljällä eri tavalla, joita ovat kehittämistyö, tutkimuksellinen työ, produktio ja koostettu opinnäytetyö. Opinnäytetyö on aina työelämälähtöinen. (Savonia-ammattikorkeakoulu s.a.) Opinnäytetyö mahdollistaa opiskelijan ammatillisen syventymisen valitsemaansa aiheeseen, luo ja kehittää yhteistyösuhteita työelämään, antaa valmiuksia oman alan tutkimus- ja kehittämistyöskentelyyn sekä opettaa etsimään ja soveltamaan tutkittua ja näyttöön perustuvaa tietoa tulevaisuuden työelämää varten (Savonia-ammattikorkeakoulu 2019.a).

Opinnäytetyömme on kehittämistyö. Kehittämistyössä opiskelijaryhmä suunnittelee ja toteuttaa opinnäytetyön tilaajan tarpeen mukaisesti. Kehittämistyön tuotos voi olla esimerkiksi palvelu, tuote, työmenetelmä, oppi- tai ohjemateriaali, digitaalinen aineisto tai jotain ohjattua toimintaa. Savonia-ammattikorkeakoulun mukaan kehittämistyöhön sisältyy työn suunnittelu, toteutus, tuotoksen arviointi sekä jatkokehittämistarpeet, jotka esitetään raportin muodossa. (Savonia-ammattikorkeakoulu s.a.)

6.1 Opinnäytetyön tekemisen vaiheet

Opinnäytetyö on monen opiskelijan viimeinen oppimistehtävä ennen ammattiin valmistumista. Opinnäytetyön tekeminen on työprosessi (KUVIO 4), joka koostuu kolmesta eri osasta, joita ovat työn suunnittelu-, toteutus- ja viimeistelyvaihe. Näihin kolmeen osaan sisältyy kuusi eri tekemisen vaihetta, joita ovat opinnäytetyön infoon osallistuminen, aiheen valinta ja aihekuvauksen tekeminen, työsuunnitelman laatiminen ja sen esittäminen, opinnäytetyön työstäminen, opinnäytetyön esittäminen ja kypsyysnäyte sekä opinnäytetyön julkaiseminen. (Savonia-ammattikorkeakoulu 2019.b.)



KUVIO 4. Opinnäytetyön tekemisen vaiheet. (Mukaihen Savonia-ammattikorkeakoulu 2019.b)

Opinnäytetyömme tekeminen alkoi tammikuussa 2018, kun osallistuimme koulussa opinnäytetyön infoon. Infotilaisuuden jälkeen aloimme etsiä meille sopivaa ja mielenkiintoista aihetta, josta lähtisimme opinnäytetyötämme tekemään. Selasimme opinnäytetyön aihepankkeja, mutta emme löytäneet itsellemme sopivaa aihetta. Halusimme tehdä työn meitä kaikkia kiinnostavasta aiheesta, jonka vuoksi käytimme aiheen etsimiseen suhteellisen paljon aikaa. Koimme mieleisen aiheen erittäin tärkeäksi osaksi opinnäytetyön tekoa, jotta mielenkiinto ja motivaatio tekemiseen säilyisi koko prosessin ajan. Myöhemmin keväällä 2018 yksi ryhmämme jäsen sai harjoittelupaikkansa kautta meille aiheen liittyen psykoosipotilaiden psykoedukaatioon, josta innostuimme opinnäytetyötä tekemään. Aiheen löytymisen jälkeen aloimme kirjoittaa työmme aihekuvausta, jonka saimme valmiiksi toukuussa 2018.

Ryhmällemme oli alusta lähtien selvää, että haluamme toteuttaa opinnäytetyömme kehittämistyönä. Alunperin ajatuksena oli, että teemme työmme tilaajalle tuotoksena jonkin materiaalin, jota psykiatrisen osaston hoitajat voisivat käyttää apuvälineenään psykoedukaatiota toteuttaessaan. Oikeastaan koko loppuvuosi 2018 ja vuoden 2019 alku meni kiiruhtaessa muiden opintojen ja töiden parissa, jonka vuoksi opinnäytetyömme tekeminen pysähtyi lähes kokonaan. Samalla vuoden 2019 alussa yksi ryhmämme jäsen jäi projektista kokonaan pois, joten jäimme tekemään opinnäytetyötämme parina. Tauon aikana myös tilaajamme puolelta olivat henkilökunta ja käytännöt muuttuneet, jonka vuoksi yhteisymmärryksessä sovimme, että etsisimme opinnäytetyöllemme toisen tilaajan. Vuoden 2019 syksyllä otimme yhteyttä Savonia-ammattikorkeakoulun mielenterveys- ja päihdetyön lehtoriin Jukka Ahoon, joka näki aiheellemme tarvetta, koska mielenterveys- ja päihdetyön lääkehoidon opetukseen on varattu opetussuunnitelmassa niin vähän aikaa. Pidimme joulukuussa 2019 palaverin uuden tilaajan kanssa, ja sovimme, että rajaamme aiheen koskemaan vain psykoosipotilaiden lääkehoidon psykoedukaatiota, ja työmme tuotos tulisi olemaan itsenäisen opiskelun oppimateriaali alkuvaiheen sairaanhoitajaopiskelijoille. Oppimateriaali tulisi osaksi kliinisen lääkehoidon kurssia.

Vuoden 2019 joulukuussa aloimme kunnolla työstämään opinnäytetyömme työsuunnitelmaa. Työsuunnitelmalla tarkoitetaan konkreettista suunnitelmaa siitä, mitä tulemme kyseisessä opinnäytetyössämme tekemään. Työsuunnitelma ohjaa ja auttaa opinnäytetyön teossa, ja suurin osa siitä säilyy mukana lopulliseen tuotokseen saakka. Työsuunnitelmasta myös ohjaaja sekä tilaaja näkevät, mitä ollaan tekemässä ja millä aikataululla. (Savonia-ammattikorkeakoulu 2018.)

Aloitimme työsuunnitelman teon etsimällä tietoa opinnäytetyön teoriaosaa varten. Etsimme tietoa eri tietokannoista ja internet-sivustoilta. Eri tietokantoja, joita käytimme, ovat esimerkiksi Savonia-Finna, Medic, PubMed, Cinahl Complete ja Terveysportti. Lisäksi käytimme opinnäytetyössämme suhteellisen paljon lähteenä myös alan oppikirjoja. Opinnäytetyömme tilaaja antoi meille vinkkiä muutamasta hyvästä artikkelista, joista poimimme ajankohtaista tietoa opinnäytetyöhömmme. Olemme käyt-

täneet työssämme sekä suomalaisia, että kansainvälisiä lähteitä, mutta suurin osa käytetyistä lähteistä on suomalaisia. Psykoosista ja sen lääkähoidosta löytyi paljon tietoa suomen kielellä, mutta lääkähoidon psykoedukaatiosta oli hankalaa löytää suomenkielistä lähdemateriaalia.

Tiedonhaussa käytimme useita eri hakusanoja. Käytimme sekä yksittäisiä sanoja, että erilaisia sanayhdistelmiä. Tässä joitakin esimerkkejä käyttämistämme hakusanoista: ”psykoosi”, ”psykoosisairaudet”, ”psychosis”, ”psykoedukaatio”, ”psychoeducation”, ”psychotic disorders”, ”psykoosi AND lääkahoito”, ”psychosis AND drug therapy”, ”psychosis AND psychoeducation”, ”psychoeducation AND psychosis”, ”psykoosi AND psykoedukaatio” ja ”psykoosien lääkehoito”. Työsuunnitelmamme hyväksyttiin tammikuussa 2020, jonka jälkeen se on pysynyt opinnäytetyömme runkona lopulliseen tuotokseen saakka. Työsuunnitelman hyväksymisen jälkeen allekirjoitimme työmme ohjaajan sekä tilaajan kanssa opinnäytetyön ohjaus- ja hankkeistamissopimukset.

Kevään 2020 aikana olemme pitäneet useita videopalavereita opinnäytetyömme tilaajan kanssa. Palavereissa olemme keskustelleet ja sopineet yhdessä tuotoksemme sisällöstä. Tuotoksemme on tilaajan toiveen mukaisesti itsenäisen opiskelun oppimateriaali alkuvaiheen sairaanhoitajaopiskelijoille. Ennen palavereita lähetimme aina sen hetkisen tuotoksen työmme tilaajalle, joka luki sen läpi ja palaverissa esitti omia toiveitaan tuotoksen suhteen. Olemme koko opinnäytetyön prosessin ajan huomioineet tilaajan toiveet ja pyrkineet tekemään opinnäytetyötämme sen mukaisesti. Olemme pitäneet säännöllisesti yhteyttä myös opinnäytetyömme ohjaajaan, joka on antanut meille palautetta työstämme.

Huhtikuussa 2020, vallitsevan koronatilanteen aiheuttamien poikkeusolojen vuoksi, Savonian hyvinvointikonferenssia ei järjestetty, joten emme päässeet koululle esittelemään työtämme muille opiskelijoille. Sen sijaan teimme Savonian ohjeen mukaan etänä opinnäytetyöstämme pienen posterin, jonka lisänä oli äänite. Posterissa esittelimme opinnäytetyömme taustan, kehittämistyössämme käytetyt menetelmät ja tekemämme tuotoksen, sekä tärkeimmät johtopäätökset ja lähteet. Posterit julkaistiin Moodlella, jossa muut opiskelijat pääsivät katsomaan, kuuntelemaan ja kommentoimaan toisten opinnäytetyön esityksiä. Huhti-toukokuussa 2020 kirjoitimme kypsyysnäytteet.

Toukokuussa 2020 teimme opinnäytetyöhömme vielä viimeisiä lisäyksiä, muokkasimme tekstikappaleiden järjestystä ja tarkistimme lähdemerkinnät ja oikeinkirjoituksen. Pidimme myös tiiviisti palavereja työmme tilaajan kanssa ja muokkasimme tuotostamme hänen toiveidensa mukaisesti. Viimeistelyvaiheen aikana huomasimme, kuinka sokeaksi omalle tekstilleen voi tulla, sillä epäloogisuutta ja kirjoitusvirheitä oli paljon. Työn viimeistely onkin vaatinut meiltä useita tunteja työaika. Toukokuussa 2020 palautimme lopullisen opinnäytetyömme arviointiin ja tallensimme sen Theseukseen.

6.2 Itsenäisen opiskelun oppimateriaalin tekeminen

Oppinäytetyön tuotosta tehdessä olemme jatkuvasti ottaneet huomioon työmme tilaajan toiveet siitä, millaisen oppimateriaalin hän haluaa. Olemme pitäneet useita palaverieja työn tilaajan kanssa, ja olemme päässeet hyvin yhteisymmärrykseen siitä, mitä oppimateriaali tulee pitämään sisällään. Yhteistyö tilaajan kanssa on ollut sujuvaa koko prosessin ajan.

Oppimateriaalin suunnittelun aikana erityisen tärkeää on ollut ottaa huomioon se, että materiaali on suunnattu alkuvaiheen sairaanhoitajaopiskelijoille. Ennen tämän materiaalin opiskelemista, kyseisillä opiskelijoilla ei ole ollut vielä mitään opetusta liittyen psykoosilääkkeisiin tai niiden psykoedukaatioon. Olemme pyrkineet selittämään kaikki tarvittavat käsitteet, jotta opiskelu olisi helppoa ja asiat ymmärrettäviä. Sen vuoksi päädyimme tekemään materiaalin Word –tiedoston muotoon, koska siinä on tilaa selittää tarvittavat asiat ja käsitteet riittävän laajasti. Lisäksi Word –tiedosto on helppo tulostaa tarvittaessa, jos opiskelija kokee paperisen version lukemisen mieleisemmäksi.

On suositeltavaa, että oppimateriaali koostetaan yhdeksi kokonaisuudeksi, joka jaetaan eri alateemoihin. Kun opiskelija avaa koko materiaalin kerralla, hänen on helppo hahmottaa käsiteltävä asiakokonaisuus. (Michelson, Nuutila, Salmia & Vahtila s.a.) Olemme pyrkineet noudattamaan tätä edellä mainittua suositusta oppimateriaalia tehdessämme. Oppimateriaalimme on yksi asiakokonaisuus, Word-tiedosto, jonka olemme jakaneet osiin erilaisia väliotsikoita käyttäen. Oppimateriaalissa käsittelemme aluksi yleisesti sitä, mikä on psykoosi, mitä eri psykoosisairauksia on olemassa ja kuinka paljon niitä esiintyy Suomessa. Sen jälkeen kerromme yleisimmistä psykoosilääkkeistä ja yleisesti psykoosien lääkehoidosta. Viimeisimpänä osiona oppimateriaalissa kerromme mitä on psykoedukaatio ja mitä psykoosilääkkeisiin liittyvään psykoedukaatioon sisältyy. Lääkehoidon psykoedukaatio-osiossa olemme käyttäneet otsikoinnissa British Journal of Psychiatry -lehdestä (2009) poimittuja, ”power questions” -nimityksellä esiintyviä kysymyksiä, joita psykoosipotilas voi mahdollisesti esittää psykoedukaatiotilanteessa. Olemme lisänneet joukkoon myös itse tekemiämme sekä työmme tilaajan toivomia kysymyksiä aiheeseen liittyen.

Tiede -lehden mukaan opiskelurupeaman päätteeksi opiskelukokonaisuudesta laadittuihin kysymyksiin vastaaminen on tehokas oppimisen menetelmä. Opiskelun jälkeinen tenttaus opiskeltavasta asiasta vahvistaa muistijälkiä ja helpottaa siten myös asioiden mieleen palautusta. (Kinnarinen 2017.) Olemme tehneet oppimateriaalimme muutamia kysymyksiä liittyen oppimateriaalin aiheeseen, joihin opiskelijat voivat vastata materiaalin luettuaan. Uskomme tämän tekniikan helpottavan oppimista ja lisäävän myös opiskelun mielekkyyttä. Oppimateriaalimme tekoon ei sisältynyt tentin, kokeen tai muunkaan osaamisen arviointiin liittyvän mittarin tekoa, koska oppimateriaali on osa kliinisen lääkehoidon kurssia, josta tulee yksi yhtenäinen tentti kurssin loppuvaiheessa.

Oppimateriaalia tehdessä tekijän oikeudet tulee aina ottaa huomioon materiaalin tuottamisessa ja oman tuotannon julkaisemisessa (Michelson ym. s.a). Oppimateriaalia tehdessämme olemme käyttäneet samaa tietoa ja samoja lähteitä, kuin itse opinnäytetyössämme. Myös oppimateriaaliin olemme merkinneet kaikki käytetyt lähteet. Tekstiin kirjoitettujen lähdeviittausten vuoksi koimme materiaalin hankalalukuiseksi, jonka vuoksi päädyimme käyttämään oppimateriaalin lähdeviittauksissa numeroita. Oppimateriaalin lopussa on numeroitu lähdeluettelo, josta opiskelijat näkevät mistä käyttämämme tieto on peräisin, ja jonka kautta he pääsevät tarvittaessa etsimään lisää tietoa aiheesta.

Oppimateriaalissa olemme lihavoineet mielestämme tärkeimmät asiat jokaisesta kappaleesta. Lihavointi –tekniikkaa käytimme siksi, että opiskelijat huomaavat asiat, joita erityisesti haluamme painottaa. Otsikoinnissa käytimme värejä, jotta on selkeämpää nähdä, mistä uusi asia ja kappale alkaa. Oppimateriaalin loppuun olemme tilaajan toiveesta kasanneet ajatuskartan, johon olemme tiivistäneet mitä asioita psykoosilääkkeiden psykoedukaatio pitää sisällään. Olemme lähettäneet tämän ajatuskartan Word-tiedostona myös tilaajalle, joka voi halutessaan sitä muokata omien tarpeidensa mukaisesti. Tekstin lopussa oleva ajatuskartta on hyvä tapa kerrata luettua tekstistä. Lisäksi se palvelee niitä opiskelijoita, jotka oppivat parhaiten erilaisia kuvia tai taulukoita katsomalla.

7 POHDINTA

Koimme opinnäytetyömme tarpeelliseksi, koska sille on Savonia-ammattikorkeakoulun puolesta selvä tarve. Opinnäytetyön tekemisen yhteydessä huomasimme, että psykoedukaation käyttö psykoosipotilaiden hoitotyössä on yllättävän vähäistä, vaikka se sisältyykin psykoosisairauksien hoitosuosituksiin. Toivomme, että tämän opinnäytetyön tuotoksen myötä opiskelijat ottaisivat psykoedukaation työvälineeksi psykoosipotilaiden hoidossa. Psykoosipotilaita on Suomessakin paljon, ja sen vuoksi jokaisella sairaanhoitajalla olisi hyvä olla perustietoa psykoedukaation käytöstä.

Rajasimme opinnäytetyön aiheemme koskemaan vain psykoosipotilaiden lääkehoidon psykoedukaatiota. Koska tekemämme oppimateriaali on suunnattu alkuvaiheen sairaanhoitajaopiskelijoille, kerroimme kuitenkin myös perustietoa psykoosista, psykoosilääkkeistä ja yleisesti psykoedukaatiosta, jotta opiskelijat ymmärtävät helpommin käsiteltävät aiheet. Mielestämme onnistuimme kuitenkin rajaamaan työemme hyvin, mutta siinä on kuitenkin tarpeeksi laajasti sisältöä.

7.1 Eettisyys ja luotettavuus

Ammattikorkeakoulujen rehtorineuvosto Arene Oy on julkaissut ammattikorkeakoulujen opinnäytetöiden eettiset suositukset. Suositukset perustuvat lainsäädäntöön ja tiedeyhteisön kansainvälisiin tutkimuseettisiin linjauksiin, periaatteisiin ja suosituksiin. Eettisten suositusten tavoitteena on yhtenäistää eri ammattikorkeakoulujen opinnäytetyöprosessia, ennaltaehkäistä tieteellistä epärehellisyyttä sekä parantaa opinnäytetöiden laatua. (Arene 2020.) Savonia-ammattikorkeakoulu on sitoutunut noudattamaan näitä suosituksia (Linden 2020).

Opinnäytetyötä tehdessä eettisyydellä tarkoitetaan sitä tapaa, jolla opinnäytetyön tekijä sekä ohjaaja suhtautuvat tehtyyn työhön, sen kysymysasetteluun sekä niihin ihmisiin, joiden kanssa opinnäytetyötä on yhdessä tehty. Eettisten ratkaisujen tavoitteena on oikeudenmukaisuuden korostaminen, toisten ihmisten kunnioittaminen sekä tasa-arvoinen vuorovaikutus. (Linden 2020.)

Savonia-ammattikorkeakoulun mukaan opinnäytetyön eettisiä kysymyksiä sekä luotettavuutta tulisi tarkastella jo opinnäytetyön suunnitteluvaiheesta lähtien. Opinnäytetyön eettiset kysymykset liittyvät esimerkiksi opinnäytetyön aiheen valintaan, aineiston hankintaan, analysointiin ja säilyttämiseen, lähteiden valintaan sekä raportointiin. Lisäksi eettisyyteen sisältyy opinnäytetyöhön liittyvien sopimusten, sovittujen aikataulujen sekä tutkimuksen sovitun rajauksen noudattaminen. Yleiset rehellisyyden periaatteet liittyvät aineiston, menetelmien sekä lähteiden käyttöön, joten plagiointi opinnäy-

tetyössä on ehdottomasti kielletty. Plagioinnilla tarkoitetaan aineiston luvaton lainaamista ilman, että kerrotaan asianmukaisesti aineiston alkuperäistä lähdettä. Plagiointi on myös tekijänoikeuslaissa kiellettyä. (Linden 2020; Arene 2020.)

Opiskelija ideoi opinnäytetyön aihetta yhdessä opettajien ja työelämäkumppaneiden kanssa. Opinnäytetyötä tehdessä ensimmäinen eettinen kysymys tulee vastaan, kun pohditaan opinnäytetyön aihetta. Aiheen valinnassa ja sen rajaamisessa on tärkeää, että se soveltuu kyseiselle alalle ja vastaa työn tilaajan tarpeita. (Koivisto & Aro 2019.) Mielestämme eettisyyden kannalta aihevalintamme on onnistunut, koska se on meitä molempia kiinnostava ja liittyy vahvasti hoitoalaan, jota me opiskelemme. Vaikka kumpikaan meistä ei syventynyt mielenterveys- ja päihdetyön opintoihin, koemme aiheen silti myös itsellemme tärkeäksi, koska psykoosipotilaisiin voi törmätä missä tahansa terveydenhuollon yksikössä. Aiheemme on eettisesti hyvä valinta myös siksi, että se on tarpeellinen tilaajallemme, koska opetusaikaa mielenterveys- ja päihdeongelmien lääkehoitoon liittyen on varattu koulussa vain vähän. Yhdessä työmme tilaajan kanssa sovimme, että aihe rajataan koskemaan vain lääkehoidon psykoedukaatiota, ja tätä rajausta noudatimme työssämme. Säännöllisillä palaverilla tilaajan kanssa olemme varmistaneet, että tuotoksemme vastaa juuri sitä, mitä tilaaja haluaa. Telemme oppimateriaali mahdollistaa opiskelijoiden itsenäisen opiskelun psykoosilääkkeistä ja niihin liittyvästä psykoedukaatiosta, jolloin koulussa jää enemmän opetusaikaa muiden mielenterveys- ja päihdetyön ongelmien lääkehoitoa varten.

Ammattikorkeakoulujen eettisten suositusten mukaisesti allekirjoitimme opinnäytetyöprosessin alkuvaiheessa työmme tilaajan sekä ohjaavan opettajan kanssa ohjaus- ja hankkeistamissopimuksen, jossa sovimme opinnäytetyöhön liittyvistä asioista ja aikataulusta. Pidimme tilaajan kanssa säännöllisesti palaveria, joita ennen lähetimme tuotoksen hänelle luettavaksi ja kommentoitavaksi. Opinnäytetyötä tehdessämme pyrimme koko ajan huomioimaan työmme tilaajan ajatukset ja toiveet tuotokseen liittyen. Eettisten ohjeiden mukaisesti kysyimme myös työmme tilaajalta luvan käyttää hänen nimeään julkisesti opinnäytetyössämme. Lähetimme opinnäytetyömme säännöllisesti myös ohjaavalle opettajalle, joka antoi palautetta työstämme ja ohjasi meitä sen tekemisessä oikeaan suuntaan. Kuluja tekemämme opinnäytetyö ei aiheuttanut.

Kehittämistyömme tuotos on itsenäisen opiskelun oppimateriaali liittyen psykoosipotilaiden lääkehoidon psykoedukaatioon. Oppimateriaalin olemme suunnitelleet Savonia-ammattikorkeakoulun opetuskäyttöön, ja se tulee osaksi kliinisen lääkehoidon kurssia. Savonia-ammattikorkeakoululla on oikeus muokata ja käyttää tekemäämme oppimateriaalia veloituksetta osana koulun opetustoimintaa.

Tietoperustaa kirjoittaessa eettisyyden näkökulmasta on tärkeää huomioida tieteelliseen käytäntöön liittyvät periaatteet, joita ovat rehellisyys, huolellisuus, tarkkuus sekä asianmukainen viittaaminen

toisten henkilöiden julkaisuihin (Koivisto & Aro 2019). Opinnäytetyöprosessin aikana olemme noudattaneet Savonia-ammattikorkeakoulun ohjeita opinnäytetyön tekemiseen liittyen. Olemme huomioineet annetut ohjeet muun muassa opinnäytetyömme rakenteessa, lähdeviittauksissa, lähdeluettelon kokoamisessa sekä tiedon referoimisessa. Lisäksi olemme pyrkineet olemaan huolellisia kirjoittaessamme. Varmuuden vuoksi olemme säännöllisesti tarkastaneet opinnäytetyömme plagiointin tarkistusohjelmalla, josta työmme on mennyt hyväksytysti läpi.

Tiedonhaussa lähdekritiikki on erityisen tärkeää. Lähdekritiikillä tarkoitetaan lähteen luotettavuuden arviointia, eli sitä, onko kyseisen lähteen tieto oikeaa ja luotettavaa. (Helmet 2017.) Tietoa etsiessä huomiota tulisi kiinnittää ainakin tiedon luotettavuuteen, objektiivisuuteen, ajantasaisuuteen ja hyödynnettävyyteen. Tiedon luotettavuutta voidaan arvioida auktoriteetin avulla, jolloin on syytä tarkastella, onko tiedon tuottaja jokin tunnettu virasto, organisaatio tai aiheen asiantuntija. Sivustolta löytyvä tiedon tuottajan sähköpostiosoite tai muu yhteystieto lisää tiedon luotettavuutta. Luotettavuutta voidaan arvioida myös objektiivisuuden perusteella, jolloin tarkastellaan, onko tieto tutkittua, objektiivista ja näyttöön perustuvaa, eikä esimerkiksi jonkun henkilökohtainen mielipide. Tiedon luotettavuutta lisää se, että aineistossa on näkyvissä käytetty lähdeluettelo ja tieto voidaan vahvistaa ottamalla yhteyttä viitatus lähteen alkuperäiseen kirjoittajaan. Asiantuntijan tekstissä on lähdeluettelo aina näkyvissä. Yksi luotettavan tiedon kriteereistä on myös se, että aineisto on vertaisarvioitu tai muuten tarkastettu kolmannen osapuolen, esimerkiksi kustantajan tai toimittajan, toimesta tai jos samaa tietoa löytyy myös monista muista eri lähteistä. Tiedon ajankohtaisuudesta arvioidaan sitä, onko tieto riittävän tuoretta ja ajankohtaista, vai onko aiheesta olemassa jo uudempaa tietoa. Tiedon vanhenemiseen vaikuttaa aihepiiri, jota käsitellään, mutta usein noin kymmentä vuotta pidetään kriittisenä rajana tiedon vanhenemiselle. Hyödynnettävyyttä tarkastellessa arvioidaan sitä, vastaako tieto sitä asiaa, jota ollaan etsimässä ja voidaanko tietoa hyödyntää juuri siinä kohteessa, johon sitä etsitään. (Savonia-Finna 2019; Aalto-yliopiston oppimiskeskus 2020; Helmet 2017; Oulun ammattikorkeakoulu 2019.)

Pyrimme etsimään opinnäytetyöhömmme mahdollisimman luotettavaa tietoa. Käytimme lähteitä, joissa oli aina kirjoittaja tai tekstin luonut organisaatio näkyvissä. Monissa käyttämässämme lähteissä oli myös kyseisen asiantuntijan käyttämä lähdeluettelo sekä hänen omat yhteystietonsa näkyvissä, joten tiedon oikeellisuuden olisi tarvittaessa päässyt myös tarkastamaan. Käytimme opinnäytetyössämme todella paljon eri lähteitä, ja useista lähteistä löytyikin paljon myös samaa asiaa, joka lisäsi tiedon luotettavuutta. Etenkin psykoosien lääkehoito -osuudessa käytimme lähteenä paljon Matti Huttusen kirjoittamia tekstejä, jonka vuoksi lähteiden käyttö siinä osiossa näyttää hieman yksipuoleiselta, mutta samoja asioita ja näkökulmia löysimme myös monista muista lähteistä, joten voimme pitää tietoa luotettavana.

Pyrimme käyttämään opinnäytetyössämme mahdollisimman uusia lähteitä. Suurin osa käyttämistämme lähteistä on alle kymmenen vuotta vanhoja, mutta välillä jouduimme käyttämään myös huomattavasti vanhempiakin lähteitä, koska ajantasaisempaa tietoa emme löytäneet. Tietoa psykoosista, psykoosilääkkeistä sekä yleistä tietoa psykoedukaatiosta löysimme paljon, mutta erityisesti lääkehoidon psykoedukaatiosta tietoa löytyi melko vähän.

7.2 Oma ammatillinen kehittyminen

Opinnäytetyön tekemistä pidetään luovana, tavoitteellisena ja suunniteltuna työprosessina, joka pitää sisällään ideointia, pohdiskelua, harharetkelyä, tavoitteellista ajankäyttöä, löytämisen riemua sekä uusia oivalluksia. Ajoittain työtä tehdessä saattavat vuorotella myös epävarmuuden ja turhautumisen tunteet sekä työn tekemisen ilo. (Savonia-ammattikorkeakoulu 2019.b.)

Opinnäytetyössä olennaista on soveltava kehittäminen. Sen tavoitteena on kehittää opiskelijan valmiuksia soveltaa koulussa opittuja tietoja ja taitoja ammattiopintoihin liittyvissä käytännön asiantuntijatehtävissä. Opinnäytetyö mahdollistaa sen, että opiskelija voi syventää omaa ammatillista osaamistaan valitulla aihealueella ja se tukee opiskelijan kehittymistä asiantuntijaksi valitsemallaan alalla. Opinnäytetyön avulla opiskelijalla on mahdollisuus oppia etsimään, käyttämään sekä soveltamaan tutkittua, näyttöön perustuvaa tietoa tulevaa työelämää varten. Lisäksi opinnäytetyö luo ja kehittää yhteistyösuhteita työelämään ja kehittää sekä opiskelijan ammatillisia tietoja ja taitoja, että työelämän käytäntötaitoja. Opinnäytetyötä tekemällä opiskelija saa valmiuksia oman alansa tutkimus-, kehittämis- ja hanketyöskentelyyn. (Savonia-ammattikorkeakoulu 2019.a.)

Opinnäytetyöprosessin aikana olemme käyneet läpi monia eri tunnetiloja. Ajoittain opinnäytetyön kirjoittaminen on tuntunut epätoivoiselta ja turhautavalta, kun taas parhaillaan vauhtiin päästyämme sen tekemistä ei ole meinannut maltaa lopettaa laisinkaan. Molemmat ovat kokeneet opinnäytetyön tekemisen pitkänä ja raskaana prosessina kaikkien muiden menojen, opiskelun ja työn teon ohella. Samalla sen tekeminen on kuitenkin ollut opettavaista ja palkitsevaa, ja siirtymiset vaiheesta toiseen, ovat tuoneet ilon ja onnistumisen kokemuksia meille molemmille.

Suurimmaksi haasteeksi opinnäytetyön tekemisessä olemme kokeneet ajan käytön sekä oman jaksamisen. Jo opinnäytetyön alusta lähtien huomasimme, että meidän on hankalaa saada aikataulut sopimaan yhteen toistemme kanssa. Osaltaan opinnäytetyöhön liittyviä tapaamisia on myös hankaloittanut se, että asumme eri paikkakunnilla. Opinnäytetyöprojektin aikana olemme joutuneet harjoittelemaan aikataulujemme yhteensovittamista sekä joustamista molempiin suuntiin. Kirjoittamisen apuna olemme käyttäneet OneDrivea, josta molemmat ovat pystyneet reaaliaikaisesti seuraamaan toisen tekemiä muutoksia opinnäytetyössämme.

Savonia-ammattikorkeakoulun opetussuunnitelman (s.a) mukaan sairaanhoitajan osaamisprofiili koostuu ammattikorkeakoulusta valmistuvan yleisistä sekä sairaanhoitajan ammattiin liittyvistä kompetensseista. Yleisiä kompetensseja ovat: oppimisen taidot, eettinen osaaminen, työyhteisöosaaminen, innovaatio-osaaminen ja kansainvälisyysosaaminen. Sairaanhoitajan ammattispesifisiä kompetensseja taas ovat: asiakaslähtöisyys, hoitotyön eettisyys ja ammatillisuus, johtaminen ja yrittäjäyys, sosiaali- ja terveydenhuollon toimintaympäristö, kliininen hoitotyö, näyttöön perustuva toiminta ja päätöksenteko, ohjaus- ja opetusosaaminen, terveyden- ja toimintakyvyn edistäminen sekä sosiaali- ja terveystalvelujen laatu ja turvallisuus.

Oppimisen taitoon ja samalla myös eettiseen osaamiseen liittyvät tiedon kriittinen arviointi (Savonia-ammattikorkeakoulu s.a). Opinnäytetyöprosessin aikana olemme joutuneet etsimään paljon uutta tietoa ja olemme käyttäneet työssämme paljon erilaisia lähteitä. Olemme oppineet mitä on luotettava ja näyttöön perustuva tieto, ja mistä luotettavan lähteen tunnistaa. Samalla olemme oppineet, kuinka toisen tuottamaan tekstiin viitataan ja kuinka lähteet merkitään virallisesti lähdeluetteluun. Ja kuten jo aiemmin tässä opinnäytetyössämme mainitsimme, niin toisen henkilön tekstin plagiointi on lain mukaan kiellettyä, jonka vuoksi olemme oppineet referoimaan ja lainaamaan toisen tuottamaa aineistoa oikein.

Ajoittain tekstin tuottaminen on tuntunut hankalalta, ja omaa tekstiä lukiessamme päällimmäisenä mieleen on jäänyt vain sekava järjestys ja ulkoasu. Etenkin työn viimeistelyvaihe on vienyt aikaa useita työtunteja, koska teksti on tuntunut lähes jokaisen lukukerran jälkeen epäloogiselta, ajoittain tekstissä on näkynytkin kaksi eri kirjoittajaa. Olemme opetelleet yhdistämään tietouttamme ja kirjoittamaan yhdenmukaisempaa tekstiä. Vaikka kirjoittaminen on tuottanut välillä epätoivon tunnetta, koemme silti hyötynneet työstä erittäin paljon, koska olemme selkeästi kehittyneet kirjoittajina.

Asiakaslähtöisyys sekä työyhteisöosaaminen korostuvat tässä opinnäytetyössä. Olemme tehneet tiivistä yhteistyötä työmme tilaajan kanssa. Mielestämme olemme onnistuneet kuuntelemaan tilaajan toiveita hyvin, ja edenneet opinnäytetyössä hänen toiveidensa mukaisesti.

Ohjaus- ja opetusosaamisen alue on meille molemmille vielä aika vierasta. Sen vuoksi oppimateriaalin tekeminen on ollutkin erityisen mielenkiintoista. On ollut opettavaista miettiä ja etsiä tietoa siitä, mitä oppimateriaalin olisi hyvä pitää sisällään. Välillä on ollut haastavaa asettua itse siihen alkuvaiheen opiskelijan asemaan ja miettiä, miltä oppimateriaalin lukeminen hänestä tuntuisi. Kaiken kaikkiaan oppimateriaalin kasaaminen on kuitenkin ollut opettavainen kokemus.

Eniten opinnäytetyöhön liittyvää omaa ammatillista kehittymistä huomaamme kuitenkin kliinisen hoitotyön kannalta. Opinnäytetyön aikana olemme syventyneet erityisesti psykoosilääkkeisiin ja niihin liittyvään psykoedukaatioon. Psykoosilääkkeet ovat nykyään yleisesti käytössä myös muiden ongelmien, kuten unettomuuden hoidossa, jonka vuoksi hyvä perustieto niistä on varmasti tarpeen, vaikka emme psykiatrisella puolella työskentelisikään. On myös hyvin todennäköistä, että tulemme törmäämään psykoosipotilaisiin tulevaisuudessa, kun olemme työelämässä, jolloin kaikesta oppimastamme tulee varmasti olemaan apua. Vaikka käsitelimme opinnäytetyössämme erityisesti vain psykoosipotilaiden lääkehoidon psykoedukaatiota, uskomme, niin uskomme silti, että voimme soveltaa samoja tietoja ja keinoja myös muiden potilaiden hoidossa.

7.3 Opinnäytetyön hyödynnettävyys ja kehitysideat

Opinnäytetyömme tarkoituksena oli tehdä psykoosilääkkeiden psykoedukaatiota käsittelevä oppimateriaali osaksi Savonia-ammattikorkeakoulun opetusta. Työmme tavoitteena on antaa alkuvaiheen sairaanhoitajaopiskelijoille perustietoa siitä, mitä psykoedukaatio on ja kuinka sitä voi hyödyntää psykoosipotilaiden lääkehoidossa. Mielestämme oppimateriaalimme onnistui hyvin ja se on sopeva kokonaisuus liitettäväksi sairaanhoitajaopiskelijoiden opintoihin osaksi kliinisen lääkehoidon kurssia. Käsittelemme materiaalissa olennaisia asioita ja kaikki käsitteet on selitetty siten, että alkuvaiheen sairaanhoitajaopiskelija voi ymmärtää ne. Uskomme, että oppimateriaali on sellainen, jota Savonia-ammattikorkeakoulu voi opetuksessaan hyödyntää. Myös opinnäytetyömme tilaaja on tyytyväinen tekemäämme materiaaliin. Tilaajan luvalla olemme lisänneet oppimateriaalin liitteenä (LIITE 1) tämän opinnäytetyön loppuun.

Jatkossa oppimateriaalia voisi hyödyntää koskemaan psykoedukaatiota laajemmin, koska tässä opinnäytetyössä käsitelimme sitä enimmäkseen lääkehoidon näkökulmasta. Tekemämme oppimateriaalissamme on melko pinnallista tietoa siitä mitä psykoedukaatio on. Kun aihetta laajentaisi vähän enemmän, materiaalia voisi jatkossa hyödyntää myös esimerkiksi mielenterveys- ja päihdetyön opinnoissa. Opinnäytetyön tekemisen yhteydessä meille ilmeni, että vaikka psykoedukaatio sisältyy psykoosisairauksien hoitosuositukseen, sen käyttö työelämässä on siitä huolimatta hyvin vaihtelevaa. Kehitysideana esitämme toiveen, että opetusta psykoedukaatiosta kouluissa lisätään, jotta sen käyttö myös työelämässä lisääntyisi.

8 LÄHTEET

AALTONEN J, AARNINSALO P, AAVALUOMA J, ENCKELL H, HALKOLA U, HOLMBERG N, HUTTULA K, HUTTUNEN M, IHANUS J, KALSKA H, KATILA H, KETTUNEN P, KLEMELÄ E, KONTUNEN J, KÄHKÖNEN S, LAITILA A, LAPPALAINEN R, LAUERMA H, LEIJALA-MARTTILA M, LEIKOLA A, LEIMAN M, MATTILA A, MERIKIVI H, OIVAMÄKI-TÄHTINEN K, PINOMAA H, PIRKOLA S, POIJULA S, PULLI T, PYLVÄNÄINEN P, SILVOLA K, SINKKONEN J, SUOKAS-CUNLIFFE A, SÄRKELÄ L, TUHKASAARI P, TUOMISTO M, LEENA T, VIRTA M. 2015. Psykoterapiat. Helsinki: kustannus oy Duodecim. 394. [viitattu 2019-02-08].

AALTO-YLIOPISTON OPPIMISKESKUS. 2020. Tiedonhankinnan opas: Tiedon luotettavuus. [viitattu 2020-05-09]. Saatavissa: <https://libguides.aalto.fi/c.php?g=410658&p=2798410>

AARNIO, E. & MARTIKAINEN, J. 2016. Sic! lääketietoa Fimeasta. Lääkehoitoon sitoutumisella on merkittäviä yhteiskunnallisia vaikutuksia. [viitattu 2018-05-25] Saatavissa: http://sic.fimea.fi/arkisto/2016/1_2016/jarkeva-laakehoito/laakehoitoon-sitoutumisella-on-merkittavia-yhteiskunnallisia-vaikutuksia

AHO-MUSTONEN, K. 2011. Väitöskirja. Group psychoeducation for forensic long-term patients with schizophrenia. [väitöskirja]. [viitattu 2020-01-03] Saatavissa: <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-61-0303-7>

ARENE RY, 2020. s.a. Ammattikorkeakoulujen opinnäytetöiden eettiset suositukset. [verkkojulkaisu] [viitattu 2020-04-06] Saatavissa: <http://www.arena.fi/wp-content/uploads/Raportit/2020/AMMATTIKORKEAKOULUJEN%20OPINN%C3%84YTET%C3%96IDEN%20EETTISET%20SUOSITUKSET%202020.pdf?t=1578480382>

BOBO, W. 2013. Psychiatric times. Vol.30. Switching Antipsychotics: Why, When, and How? [verkkolehti]. [viitattu 2020-03-15]. Saatavissa: <https://www.psychiatrictimes.com/cme/switching-anti-psychoics-why-when-and-how>

British Journal of Psychiatry, Volume 195, Issue S52 (Antipsychotic long-acting (depot) injections for the treatment of schizophrenia). 2009. s.a. [verkkolehti]. [viitattu 2020-03-01] saatavissa: <https://www.cambridge.org/core/journals/the-british-journal-of-psychiatry/article/antipsychotic-longacting-injections-in-clinical-practice-medication-management-and-patient-choice/85DA208FAEC49E4FF8C04F426C201B99/core-reader>

BRUIJN, Tuula T. 2006. Käytännön psykoedukaatiota psykoosipotilaan perheelle. [katsausartikkeli]. [viitattu 2020-01-05] Saatavissa: <https://www.tays.fi/download/noname/%7B4D44BB90-72A5-4B6C-A6FC-04F249D7CB76%7D/31562>

ESKELINEN, S. NIEMI, M. NIEMELÄ, S. VASANKARI, T. 2020. Mielenterveys- ja päihdepotilaiden tupakoinnin lopettamisen tukeminen. Lääketieteellinen aikakauskirja Duodecim. [viitattu 2020-05-14]. Saatavissa: <https://www.duodecimlehti.fi/duo15284>

Good Therapy. Psychoeducation. s.a. [verkkojulkaisu]. [viitattu 2020-01-12] saatavissa: <https://www.goodtherapy.org/blog/psychpedia/psychoeducation>

HEIKKINEN-PELTONEN, R. INNAMAA, M. VIRTA, M. Mieli ja terveys. 2019. Keuruu: Otavan Kirjapaino Oy. 293. [viitattu 2020-01-08].

HEISKANEN, T. RUUSUNEN A. 2016. Sic! Lääketietoa fimeasta. Psykoosilääkityksen metaboliset riskit skitsofreniassa-voidaanko niihin vaikuttaa? [digilehti] 2/2016. [viitattu 2020-01-03] Saatavissa: https://sic.fimea.fi/arkisto/2016/2_2016/psykke-ja-laake/psykoosilaakityksen-metaboliset-riskit-skitsofreniassa-voidaanko-niihin-vaikuttaa-

HELMET. 2017. Tunnista luotettava tieto [verkkojulkaisu]. [viitattu 2020-01-12]. Saatavissa: https://www.helmet.fi/fi-FI/Lapset/Tiedonhaku/Tunnista_luotettava_tieto

HUTTUNEN, M. 2018. Psykoosi (mielisairaus). Lääkärikirja Duodecim. [viitattu 2019-01-20]. Saatavissa: https://www.terveyskirjasto.fi/kotisivut/tk.koti?p_artikkeli=dlk00411

HUTTUNEN, M. 2017.a. Lääkkeet mielen hoidossa[verkkokirja]. Kustannus oy Duodecim 2018.[Viitattu 2019-01-26] Saatavissa: https://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=lam00029

HUTTUNEN, M. 2017.b. Lääkkeet mielen hoidossa[verkkokirja]. Kustannus oy Duodecim 2018.[Viitattu 2019-01-26] Saatavissa: https://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=lam00033#T1

HUTTUNEN, M. 2017.c. Lääkkeet mielen hoidossa[verkkokirja]. Kustannus oy Duodecim 2018.[Viitattu 2019-01-26] Saatavissa: https://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=lam00030

HUTTUNEN, M. 2017.d. Lääkkeet mielen hoidossa[verkkokirja]. Kustannus oy Duodecim 2018.[Viitattu 2019-01-26] Saatavissa: https://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=lam0003&p_teos=lam

HUTTUNEN, M. 2017.e. Lääkkeet mielen hoidossa[verkkokirja]. Kustannus oy Duodecim 2018.[Viitattu 2019-01-26] Saatavissa: https://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=lam00006&p_teos=lam

HUTTUNEN, M. 2017.f. Psykoosien lääkehoidon käytäntöä. [viitattu 2020-01-07]. Saatavissa: https://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=lam00029#T1

HUTTUNEN, M. 2017.g. Psykoosien hoidossa käytettävät lääkkeet. [viitattu 2020-01-07]. Saatavissa: https://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=lam00028

HUTTUNEN, M. 2017.h. Psykoosilääkkeiden haittavaikutukset. [viitattu 2020-01-07]. Saatavissa: https://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=lam00033

HÄMÄLÄINEN, K. KANERVA, A. KUHANEN, C. SCHUBERT, C. SEURI, T. 2017. Mielenterveyshoitotyö. Helsinki: Sanoma Pro Oy. 253-254. [viitattu 2019-01-23].

KALLIOKOSKI, A. VOIPIO, T. RUOKONIEMI, P. 2016. Psykyklääkkeiden käyttö on muuttunut 2000-luvulla. SIC! Lääketietoa Fimeasta, 2/2016. [viitattu 2020-04-27]. Saatavissa: https://sic.fimea.fi/arkisto/2016/2_2016/psykyke-ja-laake/psykyklääkkeiden-kayttö-on-muuttunut-2000-luvulla

KAUPPILA, A. Potilastyöhön soveltuva kaavio haavoittuvuus-stressimallista. s.a. [viitattu 2020-04-16] Saatavissa: <https://www.tays.fi/download/noname/%7B4D44BB90-72A5-4B6C-A6FC-04F249D7CB76%7D/31562>

KELA, 2019. Lääkkeiden erityiskorvaus. s.a. [verkkajulkaisu]. [viitattu 2020-05-14] saatavissa: https://www.kela.fi/laakkeet-ja-laakekorvaukset_erityiskorvaus

KIESEPPÄ, T. OKSANEN, J. 2013. Psykoedukaatio psykoosien hoidossa ja kuntoutuksessa. [verkkolehti] Lääketieteellinen aikakauskirja Duodecim. [viitattu 2019-02-09]. Saatavissa: <https://www.duo-decimlehti.fi/lehti/2013/20/duo11273>

KINNARINEN, T. 2017. Kertaus ei olekaan opintojen äiti. Tiede. [digilehti]. [viitattu 2020-05-14]. Saatavissa: <https://www.tiede.fi/artikkeli/kertaus-ei-olekaan-opintojen-aiti>

KNOTT, L. 2019. Antipsychotic medicines. [verkkajulkaisu]. [viitattu 2020-03-15]. Saatavissa: <https://patient.info/mental-health/schizophrenia-leaflet/antipsychotic-medicines>

KOIVISTO, K. ARO, P. 2019. Ammattikorkeakoulun opinnäytetöiden eettiset kysymykset. [viitattu 2020-05-10]. Saatavissa: <http://www.oamk.fi/epooki/2019/ammattikorkeakoulun-opinnaytetoiden-eettiset-kysymykset/>

- KOPONEN, H. LAPPALAINEN, J. 2015. Mielenterveyspotilaan somaattinen terveys. Lääketieteellinen aikakauskirja Duodecim. [viitattu 2020-05-14]. Saatavissa: <https://www.duodecimlehti.fi/duo12166>
- KOPONEN H. 2006. Lääkärilehti. Psykoedukaatio- arvokas lisä psykoosien hoitoon. [verkkajulkaisu]. [viitattu 2019-02-08]. Saatavissa: <https://www.laakarilehti.fi/ajassa/paakirjoitukset/psykoedukaatio-arvokas-lisa-psykoosien-hoitoon/#reference-3>
- KUHANEN, C. OITTINEN, P. KANERVA, A. SEURI, T. SCHUBERT, C. 2012. Mielenterveyshoitotyö. Helsinki: Sanoma Pro Oy. 195. [viitattu 2019-02-11].
- LAUERMA, H. 2000. Akatisia-lääkkeen aiheuttama levottomuustila. Lääketieteen aikakauskirja Duodecim. [verkkolehti]. [viitattu 2019-02-14]. Saatavissa: <https://www.duodecimlehti.fi/lehti/2000/13/duo91611>
- LEINONEN, E. KOPONEN, H. ISOHANNI, M. Suomen Lääkärilehti 13/2015. [viitattu 2020-01-06]. Saatavissa: <https://www.laakarilehti-fi.ezproxy.savonia.fi/pdf/2015/SLL132015-891.pdf>
- LINDEN, J. 2020. Eettinen ohjeistus. Savonia-ammattikorkeakoulu. [viitattu 2020-05-10]. Saatavissa: <https://amksavonia.sharepoint.com/sites/reppu-opinnaytetyo/SitePages/Eettinen-ohjeistus.aspx>
- LÖNNQVIST, J. HENRIKSSON, M. MARTTUNEN, M. PARTONEN, T. 2011. Psykiatria. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim. 138-139, [viitattu 2019-01-20].
- LÖNNQVIST, J. HENRIKSSON, M. MARTTUNEN, M. PARTONEN, T. 2014. Psykiatria. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim. 183. [viitattu 2020-01-08]
- MICHELSON, A. NUUTTILA, J. SALMIA, J. VAHTILA O. s.a. Opas koulutustuotteiden tekemiseen. [viitattu 2020-05-14]. Saatavissa: <https://sites.google.com/site/koulutustuoteopas/oppimateriaalin-valmistaminen>
- MIELENTERVEYSTALO. s. a. Psykoosiopas. [viitattu 2019-01-23]. Saatavissa: <https://www.mielenterveystalo.fi/aikuiset/itsehoito-ja-oppaat/oppaat/psykoosi/Pages/psykoosiopas.aspx>
- OKSANEN, J. 2015. Lääkehoitoon sitoutumisen tukeminen psykiatriassa. Lääketieteellinen aikakauskirja Duodecim. [viitattu 2018-05-24]. Saatavissa: <https://www.duodecimlehti.fi/lehti/2015/16/duo12385>

OKSANEN, J. 2013. Duodecim. Koulutuksellinen terapia (psykoedukaatio) skitsofrenian hoidossa. [näytönastekatsaus]. [viitattu 2019-02-08]. Saatavissa: <http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituks-set/suositus?id=nak02540>

OULUN-AMMATTIKORKEAKOULU. 2019. Tiedonhaun itseopiskelu: Lähdekritiikki ja tekijänoikeus. [viitattu 2020-05-09]. Saatavissa: <https://libguides.oamk.fi/c.php?g=161075&p=1055624>

ROUHOS, A. 2018. Duodecim käypähoito. Tupakointi ja lääkeaineinteraktiot. [verkkojulkaisu]. [viitattu 2020-01-03] Saatavissa: <https://www.kaypahoito.fi/nix01829>

REBOLLEDU.S, LOBATO.M. 1998. International Handbook of Cognitive and Behavioural Treatments for Psychological Disorders. [nettijulkaisu]. [viitattu 2020-01-03]. Saatavissa: <https://www.sciencedirect.com/topics/medicine-and-dentistry/psychoeducation>

SAANO, S. TAAM-UKKONEN, M. 2020. Lääkehoidon käsikirja. Helsinki: Sanoma Pro Oy. [viitattu 2020-05-06].

SAVONIA-AMMATTIKORKEAKOULU. s.a. Opetussuunnitelmat. [viitattu 2020-05-06]. Saatavissa: <https://portal.savonia.fi/amk/fi/opiskelijalle/opetussuunnitelmat?yks=KS&krtid=999&tab=6&krtid2=92585>

SAVONIA-AMMATTIKORKEAKOULU. 2018. Opinnäytetyösuunnitelman laatiminen. [viitattu 2020-05-09]. Saatavissa: <https://reppu.savonia.fi/opinnaytetyo/amkutkinnot/Sivut/opinnaytetyosuunnitelmanlaatiminen.aspx>

SAVONIA-AMMATTIKORKEAKOULU. 2019.a. Opinnäytetyö (amk-tutkinnot). [viitattu 2020-05-06]. Saatavissa: <https://reppu.savonia.fi/opinnaytetyo/amkutkinnot/Sivut/default.aspx>

SAVONIA-AMMATTIKORKEAKOULU. 2019.b. Opinnäytetyön tekemisen vaiheet. [viitattu 2020-05-09]. Saatavissa: <https://reppu.savonia.fi/opinnaytetyo/amkutkinnot/Sivut/Eteneminen.aspx>

SAVONIA-FINNA. 2019. Tiedonhaun perusteet: Hakutulosten arviointi. [viitattu 2020-05-09]. Saatavissa: <http://libguides.savonia.fi/c.php?g=360558&p=2443744&pre-view=c086e043fbdaad0e8ea12e786969f8da>

Skitsofrenia. Käypä hoitosuositus. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Psykiatriyhdistys ry:n asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim. 2020 [viitattu 2020-04-05]. Saatavissa: <https://www.kaypahoito.fi/hoi35050#s16>

SORAKIVI, L. s.a. Ylioppilaiden terveydenhoitosäätiö. Metabolinen oireyhtymä. MBO. [nettijulkaisu] [viitattu 2020-01-03] Saatavissa: https://www.yths.fi/terveystieto_ja_tutkimus/terveystietopankki/29/metabolinen_oireyhtyma_mbo

SULOSAARI, V. HAHTELA, N. 2013. Sairaanhoidaja & lääkehoito, Hoitotyön vuosikirja 2013. Helsinki: Fioca Oy. 111-117. [viitattu 2020-05-06].

SUVISAARI, J. PERÄLÄ, J. VIERTIÖ, S. SAARNI, S. TUULIO-HENRIKSSON, A. PARTTI, K. SAARNI, S. SUOKAS, J. LÖNNQVIST, J. 2012. Psykoosien esiintyvyys ja alueellinen vaihtelu Suomessa. Lääkärelehti 9/2012. 677-683. [viitattu 2019-01-25]. Saatavissa: <https://www.laakarilehti.fi/tieteessa/alkuperäistutkimukset/psykoosien-esiintyvyys-ja-alueellinen-vaihtelu-suomessa/>

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. 2018. Psykoosit. [viitattu 2019-01-22]. Saatavissa: <https://thl.fi/fi/web/mielenterveys/mielenterveyshairiot/psykoosit>

TIIHONEN, J. 2019. Skitsofrenian lääkehoito. Lääketieteellinen aikakauskirja Duodecim. 2019; 135:2021–7. [viitattu 2020-04-22]. Saatavissa: <https://www.duodecimlehti.fi/duo15194>

VUORILEHTO, M. LARRI, T. KURKI, M. HÄTÖNEN, H. 2014. Uudistuva mielenterveystyö. Helsinki: Fioca Oy. 168-169. [viitattu 2019-01-21].

WAHLBECK, K. 2003. Toisen polven psykoosilääkkeiden haittavaikutukset. Lääketieteellinen aikakauskirja Duodecim. 119(19):1807-1809. [viitattu 2020-05-14]. Saatavissa: <https://www.duodecimlehti.fi/duo93804>

LIITE 1

18.5.2020

Lääkehoidon psykoedukaatio psykoosipotilaalle

Itsenäisen opiskelun oppimateriaali

Tämä opinnäytetyönä tehty materiaali on Savonia-ammattikorkeakoulun opettaja Jukka Ahon tilaama oppimateriaali perusvaiheen sairaanhoitajaopiskelijoille osaksi klinisen lääkehoidon opetusta. Työmme on kehittämistyö ja tekijöinä on viimeisen vuoden sairaanhoitajaopiskelijat Carita Harinen ja Kristiina Junttanen.

Nykypäivänä missä tahansa missä sairaanhoitajana työskentelee, voi tulla vastaan potilaita, jotka ovat sairastaneet tai sairastavat psykoosisairautta. Näin ollen tämä tekemämme materiaali on hyödyllinen tietopaketti perusvaiheen opiskelijalle, vaikka ei syventyisikään psykiatriselle puolelle. Tämän oppimateriaalin tarkoituksena on antaa perustietoa siitä mitä psykoedukaatio on ja kuinka sitä voidaan hyödyntää psykoosipotilaan lääkehoidossa.

Tässä materiaalissa käsittelemme psykoosipotilaan lääkehoidon psykoedukaatiota. Psykoedukaatiossa on useita eri sisältöjä, mutta tässä materiaalissa kerromme mitä se on juuri lääkehoidon kannalta. Materiaalissa on hyödynnetty mahdollisia potilaan hoitajalle esittämiä kysymyksiä, jotka on otettu British Journal of Psychiatry lehden (33) julkaisusta (2009), jossa näistä kysymyksistä käytetään nimitystä "power questions". Mukaan olemme myös liittäneet sellaisia kysymyksiä, jotka itse koimme tärkeiksi. Käymme läpi myös yleisimmin käytössä olevat psykoosiläkkeet ja mitä niiden käytössä on tärkeä huomioida. Materiaali sisältää myös muutaman kysymyksen, joiden avulla voit lisätä ammatillista osaamistasi.

Yleistä psykoosisairauksista

Psykoosilla tarkoitetaan vakavaa mielenterveyden häiriötä, johon liittyy todellisuuden tajun heikentyminen. Psykoottisen ihmisen on vaikeaa erottaa mikä on todellista ja mikä ei. (1) Psykoosiin kuuluu paljon erilaisia oireita, kuten aistiharhoja, harhaluuloja, puheen ja ajattelun häiriötä, erilaisia käyttäytymiseen ja tunne-elämään liittyviä häiriöitä sekä puutoksia kognitiivisissa toiminnoissa. Lisäksi psykoosi voi aiheuttaa uneen liittyviä häiriöitä, ahdistuneisuutta ja pelkotiloja. Pitkään sairastaneilla psykoosisairaus voi oireilla myös tunne-elämän latistumisena, toimintakyvyn laskuna tai eristäytymisenä muista. (2)

On olemassa erilaisia psykoosioireiden mekanismeja kuten dopamiini- ja glutamaatti-NMDA-reseptorien yhdistynyt toimintahäiriö. Psykoottista oireilua esiintyy, koska aivojen toiminta on häiriintynyt. Aivoissa voi itsekseen aktivoitua alueita ilman ulkopuolista ärsykettä, jotka johtavat aistiharhoihin. Aivojen toiminta voi myös sekoittua, joka tarkoittaa oikeiden muistijälkien sekoittumista näihin itsekseen aktivoituneisiin informaatioihin. Tämä voi aiheuttaa harhaluuloisuutta. (3)

Vuonna 1977 Engel kehitti ajattelutavan, jonka mukaan ihmisen sairastuvuuteen vaikuttaa geneettiset ja ympäristötekijät. Samana vuonna Zubin ja Spring kehittivät ensimmäisen version selittämään skitsofrenian syntyä. Version perusajatus oli, että jokaisella on yksilöllinen alttius sairastua psykoosiin. Tämä tarkoittaa sitä, että stressitekijät uhkaavat yksilön terveyttä ja suojatekijät turvaavat sitä. Kun näiden tasapaino pettää, stressitekijät ylittävät yksilön sietokyvyn ja altis yksilö sairastuu psykoosiin. (3, 4)

Psykoosisairaudet

Yleisin psykoosisairaus on **skitsofrenia** (5). Skitsofrenian oireet voidaan jakaa positiivisiin ja negatiivisiin oireisiin. Positiivisiin oireisiin sisältyvät harhaluulot, aistiharhat sekä puheen ja käyttäytymisen hajanaisuus. Negatiivisia oireita taas ovat tahdottomuus, puheen köyhtyminen, tunne-elämän latistuminen sekä eristäytyminen muista ihmisistä. Lisäksi skitsofreniaa sairastavalla esiintyy erilaisia kognitiivisia puutoksia, esimerkiksi muistissa ja toiminnanohjauksessa. (6)

Skitsofrenian lisäksi muita psykoottisia häiriöitä ovat esimerkiksi **skitsoaffektiivinen häiriö**, **harhaluuloisuus-häiriö** sekä **psykoottinen mania ja depressio**. Psykoosi voi syntyä myös lääkkeiden tai päihteiden käytön seurauksena tai johtuen ruumiillisesta sairaudesta, kuten infektiosta tai aivosairaudesta. (7)

Skitsoaffektiivisestä häiriöstä puhutaan, kun henkilöllä ilmenee skitsofreniaan liittyvien psykoottisten oireiden lisäksi myös depressio- tai maniajaksoja (7).

Harhaluuloisuushäiriössä keskeisimpänä oireena ovat erilaiset harhaluulot (1). Harhaluulolla tarkoitetaan todellisuuden vastaista uskomusta, josta henkilö pitää tiukasti kiinni, vaikka hänelle vakuutettavien perusteiden esittäisiin harhaluulon paikkansa pitämättömyys (8). Harhaluulot voivat olla kokemuksia vainotuksi joutumisesta tai henkilön omia suuruuskuvitelmia. Uskomukset eivät kuitenkaan ole yhtä eriskummallisia, kuin skitsofreniaa sairastavilla eikä niihin liity harha-aistimuksia tai muita kognitiivisia häiriöitä. (2, 8)

Psykoosisairauksien esiintyvyys

Terveys 2000 -tutkimuksen pohjalta tehtiin myös Psykoosit Suomessa -tutkimus, johon seuloutui yhteensä 746 henkilöä, jotka olivat mahdollisesti kärsineet erilaisista psykoottisista oireista. Tutkimuksesta selvisi, että kaikkien psykoosien esiintyvyys Suomessa on noin 3,5%. Yleisin psykoosisairaus oli skitsofrenia, jota tutkimuksen mukaan sairastaa 1% koko väestöstä. Päihdepsykoosin yleisin aiheuttaja on tutkimuksen mukaan alkoholi ja päihdepsykoosi on yleisempi miesten keskuudessa. Ruumiillisesta sairaudesta johtuvat psykoosit taas olivat yleisempiä naisilla kuin miehillä. (9)

Seuraavassa osiossa kerromme yleisimmistä psykoosisairauksiin käytettävistä lääkkeistä ja mitä niiden käytössä on tärkeä huomioida.

Psykoosilääkkeet

Psykoosisairauksien ja niiden oireiden hoitoon käytettäviä lääkkeitä kutsutaan **antipsykooteiksi**. Lähes kaikki antipsykootit ovat teholtaan samanlaisia, mutta sivuvaikutuksissa on huomattavia eroja eri lääkkeiden välillä. (10)

Psykoosilääkkeiden toiminnan uskotaan perustuvan niiden kykyyn muuttaa tiettyjen aivojen kemikaalien kuten dopamiinin, serotoniinin, noradrenaliinin ja asetyylikoliinin vaikutusta. Näiden kemikaalien muutos

vaikuttaa hillitsemällä potilaan kokemia hallusinaatioita, ajatushäiriöitä ja äärimmäisiä mielialanvaihte-
luta. (12) **Psykoosilääkkeillä voidaan merkittävästi vähentää psykoosiin liittyviä positiivisia oireita sekä
estää psykoosin uusiutumista.** Negatiivisiin ja kognitiivisiin oireisiin psykoosilääkkeiden teho on kuitenkin
huomattavasti vähäisempi. (13). Psykoosilääkkeiden käytön aloittamisesta päättää aina lääkäri, mieluiten
psykiatrian erikoislääkäri, ja päätökset olisi hyvä tehdä yhdessä potilaan ja tämän lähipiirin kanssa (6).

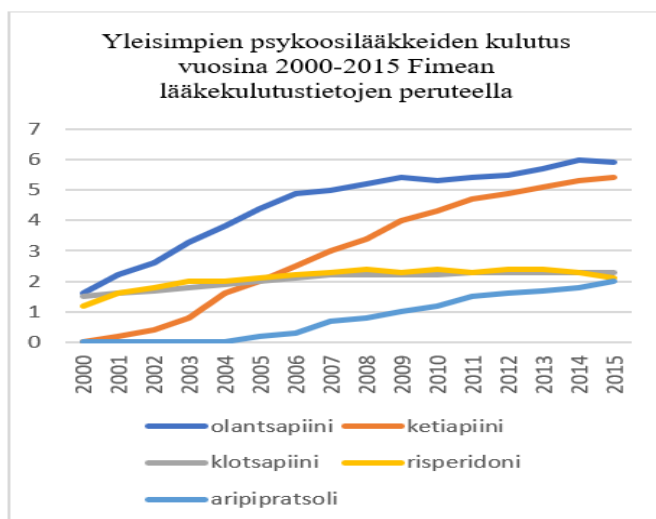
Psykoosilääkkeet jaetaan **perinteisiin** psykoosilääkkeisiin sekä **toisen polven** psykoosilääkkeisiin (10). Enem-
män käytössä ovat nykyisin toisen polven psykoosilääkkeet, koska ne ovat keskimääräisesti paremmin sie-
dettyjä ja aiheuttavat vähemmän haittavaikutuksia kuin perinteiset psykoosilääkkeet. (11)

Perinteiset psykoosilääkkeet voidaan jakaa vielä hoitoannosten ja haittavaikutusten mukaan kahteen
ryhmään: pienannoslääkkeisiin sekä suurannoslääkkeisiin. Pienannoslääkkeiden vuorokausiannos on alle
100mg ja suurannoslääkkeiden vuorokausiannos taas ylittää 100mg. Perinteisistä pienannospsykoosilääk-
keistä Suomessa ovat eniten käytössä haloperidoli, tsuklopentiksoli ja perfenatsiini. (14) Suurannospsykoo-
silääkkeistä käytetyimpiä Suomessa ovat klooripromatsiini, levomepromatsiini ja klooriprotikseeni (14).

Uusien psykoosilääkkeiden kehitys alkoi 1970-luvulla, kun löydettiin **klotsapiini, joka on ainoa lääkeaine,
joka on todettu teholtaan paremmaksi kuin muut psykoosilääkkeet.** Muita toisen polven psykoosilääk-
keitä klotsapiinin lisäksi ovat ketiapiini, loksapiini, amisulpridi, paliperidoni, olantsapiini, sertindoli, risperi-
doni, aripipratsoli, tsiprasidoni, lurasidoni, iloperidoli ja asenapiini. (14)

Toisen polven psykoosilääkkeet aiheuttavat huomattavasti vähemmän neurologisia sivuvaikutuksia kuin
perinteiset psykoosilääkkeet, ja lisäksi ne vaikuttavat paremmin myös psykoosiin liittyviin negatiivisiin oirei-
siin. Erityisesti klotsapiinilla on todettu olevan hyvä teho negatiivisten oireiden hoidossa. (10) **Paremman
siedettävyytensä vuoksi toisen polven psykoosilääkkeet ovatkin kahden viime vuosikymmenen aikana
korvanneet perinteiset psykoosilääkkeet laajasti** (15). Kuten alla olevasta kuviosta (KUVIO 1) näkyy, viiden
yleisimmän psykoosilääkkeen joukkoon ei sisälly yhtäkään perinteistä psykoosilääkettä.

Alla kuvio kuvaa keskeisimpien käytössä olevien psykoosilääkkeiden kulutusta vuosina 2000-2015.



KUVIO 1. Yleisimpien psykoosilääkkeiden kulutus määritellyin vuorokausiannoksina (DDD/1000 as/vrk) Fimean lääkekulutustietojen perusteella vuosina 2000-2015. (16)

Alla olevaan taulukkoon on koottu tiivistetysti keskeisimmät psykoosilääkkeet, niiden annostus, valmistemuoto, haittavaikutukset ja huomioitavat asiat.

Lääke	Annos	Lääkemuoto	Haittavaikutukset	Huomioitavaa
Aripipratsoli	10-30mg	Tabletti	Rauhattomuus, unettomuus, pahoinvointi, päänsärky	
Ketiapiini	150-800mg	Tabletti	Väsymys, asentohuimaus, ummetus, suun kuivuminen, metaboliset haitat, painon nousu, qt-ajan pidentyminen	Metaboloituu maksan kautta, jonka vuoksi käytettävä varovasti maksan vajaatoimintaa sairastavilla
Klotsapiini	200-900mg	Tabletti	Verenkuvamuutokset, epileptiset kohtaukset, ummetus, painon nousu, metabolinen oireyhtymä, syljeneritys, eeg muutokset	Pakollinen verenkuvan seuranta. Infektioiden/kuumeen yhteydessä lääke lopetettava välittömästi. EEG-seuranta. Tupakointi heikentää tehoa
Olantsapiini	10-20mg	Tabletti	Metaboliset haitat, painon nousu, väsymys, eosinofilia, kolesteroli- ja triglyseridipitoisuuden nousu, verensokerin nousu, ortostaattinen hypotensio	Painon seuranta. Tupakointi ja karbamatsepiini-lääkitys heikentävät tehoa
Risperidoni	2-8mg	Tabletti, neste	Ekstrapyramidaalioireet, unettomuus, ahdistuneisuus, painonnousu, metaboliset haitat, prolaktiinipitoisuuden nousu, takykardia, päänsärky, vapina, nenäverenvuoto, raajakivut	Yhteisvaikutus opioidien, bentsodiatsepiinien ja antihistamiinien kanssa -> sedaation riski suurenee

Pitkävaikutteisen lihakseen annettavat lääkkeet:

Lääke	Annos	Lääkemuoto	Haittavaikutukset	Huomioitavaa
Aripipratsoli	300-400mg	Depotsuspensio		
Olantsapiini	150-300mg/2vk 300-405mg/4vk	Depotsuspensio	Harvinainen injektion jälkeinen oireyhtymä 3h sisällä injektion annosta (yliannostuksen kaltaiset oireet)	Antoväli vaihteleva. Seuranta 3h injektiosta.
Risperidoni	25-50mg	Depotsuspensio		Antoväli yleensä 2vk

Psykoosilääkkeiden ominaisuuksia (6, 32)

HUOM: Klotsapiini-lääkitykseen liittyy asioita, joita tulee seurata tarkasti. Asiasta lisää alla klotsapiini – lääkkeen osiossa.

Lääkehoidon tavoite ja sen eteneminen

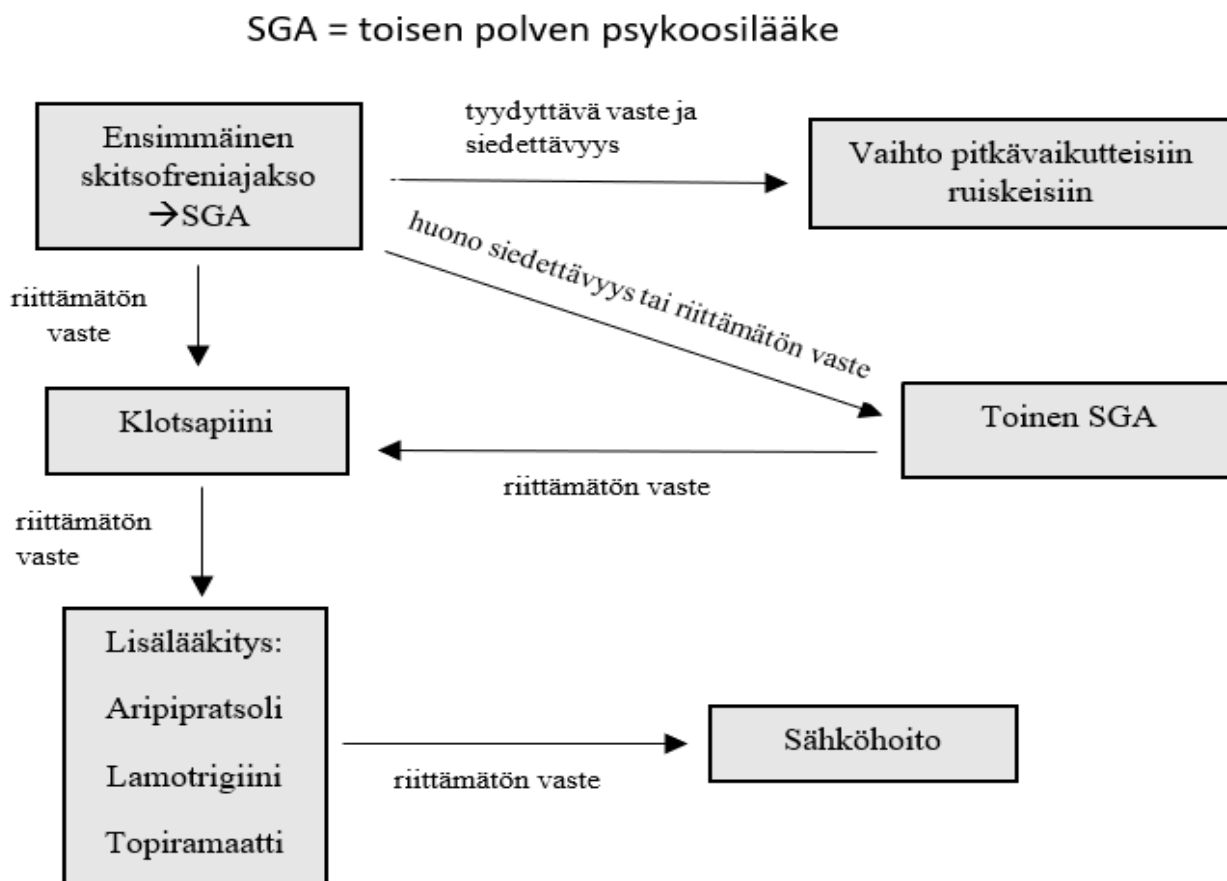
Akuutin **psykoosin lääkehoidon tavoite on lievittää psykoottisia, etenkin positiivisia oireita** kuten harhaluulot, merkityselämykset, aistiharhat ja kiihtyneisyys. Koska lääkehoito kestää kuukaudesta vuosiin, tulisi lääkityksen lievittää myös negatiivisia, kognitiivisia ja masennusoireita. (17)

Jos potilas kärsii useista haittavaikutuksista eikä potilaan tila parane entisestään lääkehoidon aloituksen myötä, olisi tärkeää tarkistaa lääkeaineen pitoisuus plasmassa ja selvittää syy lääkkeen tehottomuudelle. Vaikka lähes kaikki psykoosilääkkeet ovat teholtaan samanlaisia, **potilaiden yksilölliset erot vaikuttavat niiden vaikuttavuuteen**. Aineenvaihduntanopeus ja lääkeainepitoisuus voivat vaihdella huomattavasti yksilöiden välillä, vaikka lääkeannos olisi sama. Plasman lääkeainepitoisuudesta olisi hyvä selvittää, jotta voidaan kartoittaa esimerkiksi sitä, onko määrätty annos ollut liian pieni, jonka vuoksi lääke ei tehoa. Toisaalta haittavaikutusten ilmaantuessa olisi hyvä tarkistaa, onko lääkeannos liian suuri. Lisäksi potilaan ikä, sairaudet ja muut käytössä olevat lääkkeet voivat vaikuttaa lääkeainepitoisuuteen tai lisätä haittavaikutusten määrää, joten ne olisi hyvä ottaa huomioon jo lääkitystä suunniteltaessa. Joillakin potilailla lääkehoidon tehottomuuden syynä on **puutteellinen hoitomyöntyvyys**. Hoitomyönteisyyden puuttuminen onkin usein ongelma skitsofrenian hoidossa. **Noin kolmannes sairaala- ja noin puolet avopotilaista jättää noudattamatta lääkitysohjeitaan**. Hoitomyönteisyyttä voidaan parantaa mm. käyttämällä mahdollisimman

yksinkertaisia hoitomenetelmiä. Potilaan asenne ja sairauden tunto korreloivat myös potilaan hoitomyönteisyyteen. Joissakin tapauksissa puutteelliseen hoitomyöntyvyyteen auttaa tablettilääkityksen vaihtaminen pitkävaikutteiseen, lihakseen pistettävään injektioon. (11, 8, 6)

Tarvittaessa lääkannosta voi nostaa, jos riittävää hoitovastetta ei ole aikaisemmin saatu. Mikäli annostosta huolimatta riittävää vastetta ei saada muutaman viikon kuluessa, on suositeltavaa kokeilla toisen ryhmän tai tyyppin lääkainetta. Jos lääkewaihdoista huolimatta hyvää vastetta ei saada 4-6 viikon kuluessa, tulisi kokeilla klotsapiinia, koska se tehoaa usein potilailla, joilla muut antipsykootit eivät ole tehonneet. Klotsapiini -lääkitystä tulisi käyttää ainakin kolmen kuukauden ajan, riittävällä annoksella, jotta sen vaikutus voidaan nähdä. (15, 8,10)

Joissakin tapauksissa klotsapiinillakaan ei saada riittävää vastetta. Niissä tilanteissa voidaan kokeilla klotsapiinin rinnalle toista psykoosilääkettä, joista aripipratsolilla on vahvin näyttö, tai mielialantasaajia sekä masennuslääkitystä. Kaikista selvin teho klotsapiiniresistensissä tilanteessa on kuitenkin saatu sähköhoidosta. (15) Alla oleva kuvio (KUVIO 2) esittää edellä mainittua lääkehoidon etenemistä.



KUVIO 2. Psykoosilääkehoidon eteneminen (15)

Psykoosipotilaiden psykoedukaatiosta

Mitä psykoedukaatiolla tarkoitetaan?

“Psykoedukaatiolla tarkoitetaan hoidollisia toimia, joiden ensisijaisena tavoitteena on parantaa potilaiden ja heidän omaistensa tietoa sairaudesta ja sen hoidosta ja siten parantaa ymmärrystä sairautentilasta.” (34). Sairaudesta saatu tieto ja sen ymmärtäminen edistää potilaan sitoutumista lääkahoitoon ja terapiaan, sekä parantaa omahoidon toteutumista (7,22).

Potilaiden opetuksella on pitkät perinteet jo 1970-luvulle. Sitä ennen on katsottu, etteivät psyykkisesti sairastuneet potilaat olivat kyvyttömiä ymmärtämään tai vastaanottamaan tietoa sairaudestaan. Nykyään tieto psykoedukaatiosta ja sen vaikutuksista on laajentunut myös kuluttajien suosion myötä. (18)

Psykoedukatiivisille menetelmille on yhteistä psykoosien selittäminen **haavoittuvuus-stressimallin** perusteella. Haavoittuvuus-stressimallin selittäminen potilaalle ja hänen lähipiirilleen auttaa heitä ymmärtämään sairauden puhkeamiseen johtaneita syitä ja vähentää sairauteen liittyvää uhkaavuuden tunnetta. (19)

TEHTÄVÄ: Selvitä mitä tarkoittaa haavoittuvuus-stressimalli.

Psykoosiin sairastuneen henkilön hoidossa erityisen tärkeää on **vuorovaikutus perheen ja läheisten kanssa**. Perheen ottaminen mukaan psykoedukaatioon vähentää perheen kokemaa kuormitusta sekä emotionaalista taakkaa, ja sen vuoksi vähentää myös potilaan hoitoon ja huolehtimiseen liittyviä kielteisiä kokemuksia heidän osaltaan. Psykoedukaation toteuttaminen ainoastaan perheelle ei kuitenkaan riitä, vaan myös potilaalla on oikeus saada tietoa omasta sairaudestaan. Sairastuneen henkilön huomioiminen psykoedukaatiossa lisää hänen ymmärrystään sairaudesta, ja mahdollistaa myös potilaan itsensä osallistumisen hoidonsuunnitteluun. (6, 19)

Psykoedukaatio koostuu monista eri osa-alueista. Olennaista on, että potilaalle ja hänen läheisilleen annetaan ajankohtaista tietoa sairaudesta, siihen liittyvistä oireista ja sen hoidosta, erilaisista selviytymiskeinoista, toipumiseen liittyvistä asioista sekä eri tukimuodoista. Myös sosiaalisten taitojen harjoittelulla on tärkeä merkitys selviytymisen tukemisessa. (2) Tässä materiaalissa perehdymme kuitenkin vain psykoedukaatioon lääkehoidon kannalta.

Psykoosipotilaan lääkehoidon psykoedukaatiosta

Hyvän hoitosuhteen luominen edellyttää kuuntelevaa ja yhteisiä tavoitteita asettavaa toimintatapaa. Jokaisella potilaalla on omia, yksilöllisesti arvioitavia esteitä lääkehoidon toteutumiseksi, jotka tulisi ottaa huomioon hoidon aikana. **Lääkehoidon psykoedukaatiossa potilaan kanssa on hyvä asettaa tavoite, johon lääkehoidolla pyritään.** Kun löydetään potilaan kanssa yhdessä juuri hänelle sopivia tavoitteita, voidaan pohtia mitä niiden saavuttaminen vaatii. **Keskustelussa on tärkeää saada potilas ymmärtämään mikä osuus juuri lääkehoidolla on hänen tavoitteidensa saavuttamisessa.** Tavoitteen täytyy olla potilaalle mielekäs, jotta hän sitoutuu lääkahoitoonsa paremmin. Kun tavoitteet on asetettu ja lääkehoidon suunnitelma tehty, potilaalta on hyvä vielä varmistaa, onko tehty suunnitelma varmasti sellainen, jonka hän voi hyväksyä ja jonka toteutus voidaan aloittaa. Asetettujen **tavoitteiden saavuttamista tulee säännöllisesti seurata ja potilaan kanssa on hyvä pohtia miten juuri lääkehoito siinä auttaa.** (6, 20)

Mikäli potilas kuitenkin jättää lääkkeitä ottamatta, täytyy hoitajan olla tuomitsematta potilasta. Nämä tilanteet voivat olla potilaalle hyviä oppimiskokemuksia. Tuomitsematon ja neutraali asenne auttaa potilasta oppimaan kokemuksesta sekä siihen liittyvistä seurauksista. Osaltaan psykoedukaatioon sisältyykin myös keskustelu niistä tilanteista, joissa kuka tahansa voisi unohtaa ottaa lääkkeen. Kun potilaan kanssa on kartoitettu eri riskitilanteet, joissa lääkkeenotto mahdollisesti saattaa unohtua, voidaan luoda keinot niistä selviytymiseksi. Usein yksinkertainen lääkitys tulee paremmin otettua kuin monilääkitys, siksi vaikeasti sairaiden kohdalla on hyvä miettiä injektiohoitoa. **Mikäli potilas jättää kuitenkin lääkkeet ottamatta, hänen omaisilleen on hyvä antaa ohjeita psykoosin ensioireista ja siitä, kuinka stressitekijöitä rajoitetaan ja kuinka hän saa apua mahdollisissa hätätilanteissa.** (20)

Keskusteltaessa lääkkeiden käytöstä on tärkeä kuunnella aktiivisesti potilaan kokemuksia ja kielteisiä mielikuvia lääkkeistä. **Potilas on asiantuntija sen suhteen, miltä lääkkeen käyttö hänestä tuntuu.** Lääketieteellistä tiedon jakaminen on hyvä aloittaa vasta kun potilaan asenteista ja huolista ollaan tietoisia. (20)

Psykoosipotilaan psykoedukaatio sisältää tiedon jakamista sairaudesta, sen hoidosta ja siitä toipumisesta. Tärkeää psykoedukaatiossa on auttaa psykoosipotilasta tunnistamaan psykoosia edeltävät varhaisoireet ja tehdä yhteinen toimintasuunnitelma psykoosin uusiutumisen varalle. (6) Tärkeää on keskustella myös sairauteen liittyvistä pitkäaikaisista oireista. Kun potilaan psykoosiin liittyvät oireet on tunnistettu, niihin voidaan alkaa etsiä erilaisia yksilöllisiä hallintakeinoja. Esimerkiksi lääkehoito, rentoutuminen ja lepo, sekä läheisten tuki ovat tavallisia hallintakeinoja. (19) Psykoedukaatiossa myös opetetaan potilasta arvioimaan neuroleptilääkitystä ja tunnistamaan lääkkeiden eri haittavaikutukset. Potilasta ohjataan stressitilanteista selviytymisessä ja autetaan ymmärtämään, että pääihteet ovat riski sairauden kannalta. (21)

Psykoedukaation tarkoitus

Psykoedukatiivisen työskentelytavan päämääränä psykoosin hoidossa on parantaa potilaan ja hänen perheensä elämänlaatua, lisätä potilaan kykyä hallita omaa sairauttaan, ja sen myötä ehkäistä psykoosin uusiutumista sekä vähentää sairaalahoidon tarvetta. (2). **Sairaudesta saatu tieto ja sen ymmärtäminen edistävät potilaan sitoutumista lääkehoitoon ja terapiaan, sekä parantavat omahoidon toteutumista** (22, 7).

Tuloksista tehdyissä tutkimuksissa on todettu psykoedukaation vähentävän uusia sairaalajaksoja 20-50%. Psykoedukaatio sisältyy myös psykoosien hoitosuosituksiin. (23)

Psykoosipotilaat tietävät sairaudestaan varsin vähän pitkästä sairaushistoriasta huolimatta. Tieto sairaudesta voi parantaa potilaan selviytymistä ymmärtäen psykoosin varhaiset merkit ja tunnistamaan stressaavat tilanteet. (18). Psykoedukaatio on kehitetty tätä varten. Hoitomuodossa käytetään erilaisia menetelmiä, osa perinteisen perheterapian kaltaisia ja osa lyhyitä koulutusohjelmia. (23). Tehokas psykoedukaatio sisältää emotionaalista tukea ja ohjausta ongelmanratkaisutaitoihin. Käyttö ei edellytä erityistä koulutusta, mutta vaatii hoitohenkilökunnalta riittäviä voimavaroja ja konsultaatiomahdollisuutta. Hoitotulosten paraneminen voi viedä vuosia, joten odotusten tulee myös olla realistisia. Haasteena voi myös olla potilaan tai hänen perheensä aiemmat huonot kokemukset tai asenteet. (23)

On todettu, ettei psykoedukatiivisten interventioiden määrällä ole oleellista merkitystä hoidon tuloksiin, mutta koska pidempään sairastanut on jo ehtinyt luoda oman vahvan mielikuvan sairaudestaan, **olisi tärkeää ajoittaa interventiot sairauden alkuvaiheeseen, jolloin mielikuvia on vielä helpompi muuttaa.** Tästä huolimatta on yleinen käsitys, että interventiot voidaan ajoittaa mihin vaiheeseen sairautta tahansa. Psykoedukaatiolla on todettu olevan vaikutusta myös siinä vaiheessa, kun potilas on hyväksynyt sairautensa.

Se missä muodossa psykoedukaatiota toteutetaan, täytyy huomioida potilaan mukaan. Ryhmäinterventiot eivät sovi kaikille ja ne voivat joillekin potilaista olla jopa haitaksi ja pahentaa oireita. (18)

Seuraavaan osioon olemme koonneet kysymyksiä, joita potilaat voivat kysyä hoitajilta hoidon eri vaiheissa. Osa kysymyksistä on poimittu British Journal of Psychiatry lehden (33) julkaisusta (2009) ja osa on meidän itsemme lisäämiä. Painotamme vielä, että jokainen potilas on yksilö eikä näihin kysymyksiin ole aina olemassa yksiselitteistä vastausta. Lääkehoidon myös jatkuvasti uusiutuessa on hoitajien tärkeää perehtyä tarkoin uusiin lääkkeisiin ja niiden vaikutuksiin.

Minkälaisia minulle sopivia antipsykoosilääkkeitä on olemassa?

Psykoosilääkkeet jaetaan perinteisiin psykoosilääkkeisiin sekä toisen polven psykoosilääkkeisiin (10). Enemmän käytössä ovat nykyisin toisen polven psykoosilääkkeet, koska ne ovat keskimääräisesti paremmin siedettyjä ja aiheuttavat vähemmän haittavaikutuksia. Perinteiset psykoosilääkkeet ovat kuitenkin hinnaltaan huomattavan paljon halvempia ja niiden teho voi olla yhtä hyvä kuin toisen polven lääkkeilläkin. Perinteisten psykoosilääkkeiden käyttö onkin siis suositeltavaa niillä potilailla, joilla ne ovat aiemmin tehon-

neet hyvin, eikä haittavaikutuksia ole ilmaantunut. (11) Psykoosidiagnoosin saanut potilas maksaa reseptillä haetusta lääkkeitä omavastuun ja lääkehoito on erityiskorvattavaa. Näin ollen kulut ovat potilaalle maltilliset myös muita psykoosilääkkeitä käyttäessä. (35)

Joillakin potilailla lääkeshoidon tehottomuuden syynä on puutteellinen hoitomyöntyvyys. Joissakin tapauksissa **puutteelliseen hoitomyöntyvyyteen auttaa tablettilääkityksen vaihtaminen pitkävaikutteiseen, lihakseen pistettävään injektioon.** (11, 8)

Psykoosilääkkeiden valinnassa otetaan huomioon potilaan yksilölliset ominaisuudet, ja usein lääkehoidossa joudutaankin hakemaan **tasapainoa lääkkeen tehon sekä sen siedettävyyden välillä.** Psykoosilääkkeillä ei ole olemassa tiettyjä annoksen ylä- ja alarajoja, vaan sen sijaan on viitearvot, joiden ulkopuolella haittavaikutusten määrä kasvaa. Tarvittaessa lääkeshannosta voi nostaa, jos riittävää hoitovastetta ei ole aikaisemmin saatu. Mikäli annosnostosta huolimatta riittävää vastetta ei saada muutaman viikon kuluessa, on suositeltavaa kokeilla toisen ryhmän tai tyyppin lääkeainetta. Jos lääkeshaihdistosta huolimatta hyvää vastetta ei saada 4-6 viikon kuluessa, tulisi kokeilla klotsapiinia, koska se tehoaa usein potilailla, joilla muut antipsykootit eivät ole tehonneet. Klotsapiini -lääkitystä tulisi käyttää ainakin kolmen kuukauden ajan, riittävällä annoksella, jotta sen vaikutus voidaan nähdä. (6, 8, 10)

Kuinka tehokkaita lääkkeet ovat ja mihin oireisiin ne auttavat?

Ensioireiden ilmaantuessa riittävän **nopeasti aloitettu lääkehoito voi estää uuden akuutin psykoosin.** Tällainen hoito sopii kuitenkin vain potilaille, jotka ovat lähes tai täysin oireettomia sairausjaksojen välillä. (24)

Psykoosilääkkeitä käytettäessä voidaan erottaa nopea sekä hidas vaikutus. Nopea vaikutus tulee esiin ensi psykoosiin sairastuneella jo viikon sisällä, mutta pidempään sairastaneilla noin kuukauden kuluessa. **Lääkitystä tulisi jatkaa ainakin kolmen viikon ajan, että sen antipsykoottinen teho olisi paremmin arvioitavissa.** Lääkkeen myönteiset vaikutukset ilmenevät yleensä asteittain 1-3 kuukauden käytön aikana. Joissakin pidempivaikutteisissa lääkkeissä myönteisiä vaikutuksia voi ilmaantua vielä kolmen kuukauden jälkeenkin. **Lääkkeiden asteittaisen vaikutuksen** ymmärtäminen on lääkehoidon suunnittelun kannalta tärkeää huomioida, jotta vältytään turhalta monilääkitykseltä eikä tule niin paljon haittavaikutuksia. **Ensimmäisenä psykoosilääkkeitä vaikuttavat psykoosin positiivisiin oireisiin, negatiivisiin oireisiin lääkkeet tehoavat vasta pidemmän ajan kuluessa.** Negatiiviset oireet ovat kuntoutumisen ja työkyvyn kannalta hankalampia kuin positiiviset, jonka vuoksi akuuttivaiheen jälkeen olisi tärkeää kiinnittää huomiota myös negatiivisten oireiden hoitoon. (11, 8)

Miten lääkkeet vaikuttavat/toimivat?

Ensimmäinen psykoosilääke, klooripromatsiini, kehitettiin jo 1950-luvulla. Sen jälkeen on kehitetty useita samalla tavalla vaikuttavia psykoosilääkkeitä, joita yhdessä kutsutaan perinteisiksi psykoosilääkkeiksi. Aikaisemmin perinteisiä psykoosilääkkeitä on kutsuttu myös neurolepteiksi. Perinteisten psykoosilääkkeiden teho perustuu siihen, että ne salpaavat aivoissa dopaminergisten hermoverkoston D2-reseptoreita. (14)

Psykoosilääkkeiden toiminnan uskotaan perustuvan niiden kykyyn muuttaa tiettyjen aivojen kemikaalien kuten dopamiinin, serotoniinin, noradrenaliinin ja asetyylikoliinin vaikutusta. Näiden kemikaalien muutos vaikuttaa hillitsemällä potilaan kokemia hallusinaatioita, ajatushäiriöitä ja äärimmäisiä mielialanvaihteluita. (12)

Tarvitseeko minun käydä verikokeissa?

Lääkehoidon aikana voidaan tarkkailla mm. painoa, verenpainetta, verikokeita ja potilaan vointia mahdollisten haittavaikutusten vuoksi. Tarvittavat tutkimukset riippuvat käytetystä lääkkeestä. Esimerkiksi klotsapiinilääkitystä aloittaessa on leukosyyttiarvot oltava normaalit. Leukosyyttejä tarkkaillaan myös koko hoidon ajan. (25)

Aineenvaihduntanopeus ja lääkeainepitoisuus voivat vaihdella huomattavasti yksilöiden välillä, vaikka lääkeannos olisi sama. Plasman lääkeainepitoisuudesta olisi hyvä selvittää, onko määrätty annos ollut liian pieni, jonka vuoksi lääke ei tehoa. Toisaalta haittavaikutusten ilmaantuessa olisi hyvä tarkistaa, onko lääkeannos liian suuri. Lisäksi potilaan ikä, sairaudet ja muut käytössä olevat lääkkeet voivat vaikuttaa lääkeainepitoisuuteen tai lisätä haittavaikutusten määrää, joten ne olisi hyvä ottaa huomioon jo lääkitystä suunniteltaessa. (11, 8)

Alla oleva tieto koskee vain klotsapiinilääkitystä:

Yksi klotsapiinin merkittävimmistä haittavaikutuksista on agranulosytoosi. Agranulosytoosilla tarkoitetaan liuskatumaisten valkosolujen katoa, joka on hoitamattomana hengenvaarallinen tila. Liuskatumaiset valkosolut suojaavat ihmisen elimistöä erilaisia bakteeritulehduksia vastaan, ja ilman valkosoluja tulehdukset ovat hengenvaarallisia. Bakteeritulehduksen yleisiä oireita ovat korkea kuume ja kurkkukipu. Jos klotsapiinia käyttävällä potilaalla ilmenee äkillisesti näitä oireita, tulee hänet ohjata välittömästi lääkäriin. Valkosolukadosta kärsivät potilaat hoidetaan useimmiten teho-osastolla siihen saakka, että valkosolujen muodostuminen käynnistyy uudestaan. Valkosolukadossa klotsapiinihoito on lopetettava välittömästi. (14, 26)

**Agranulosytoosin vaaran vuoksi klotsapiinia käyttäviltä otetaan verikokeita viikoittain ensimmäisten kahdeksantoista viikon aikana ja sen jälkeen vähintään 2-4 viikon välein, jotta mahdolliset verenkuva-
muutokset huomattaisiin. Jos verikokeissa huomataan merkittävää valkosolujen vähenemistä, lääkehoito on lopetettava välittömästi.** (26)

Klotsapiini voi myös harvoissa tapauksissa aiheuttaa sydänlihaksen tulehdusreaktion, joka voi myös olla hengenvaarallinen. Reaktio ilmenee yleensä heti lääkähoidon alkuvuikkojen aikana. Jos klotsapiinia käyttävällä potilaalla ilmenee hoidon ensimmäisten viikkojen aikana jatkuvaa hengenahdistusta tai sydänoireita, on hänet ohjattava lääkäriin sydämen toiminnan tutkimiseksi. (26)

Myös veren rasva-arvojen ja verensokerin seuranta säännöllisesti on tärkeää. Painonnousua ja vatsavaivoja voi helpottaa kiinnittämällä huomiota terveellisiin elintapoihin. Lisäksi etenkin suurella annoksella klotsapiini voi aiheuttaa epileptisiä kohtauksia, jonka vuoksi lääkkeen rinnalle on tärkeää lisätä epileptisiä kohtauksia estävä lääke, jos lääkeannos on yli 600 mg vuorokaudessa. (14, 26)

Miten lääkahoitoni etenee, kuinka kauan se kestää ja kuinka sitä arvioidaan?

Psykoosipotilaan hoitoa aloitettaessa laaditaan aina yhdessä potilaan ja hänen perheensä kanssa **hoitosuunnitelma**. Hoitosuunnitelman lähtökohtana on potilaan yksilölliset tarpeet. Suunnitelmaan kirjataan hoidon tavoitteet, sekä keinot niiden saavuttamiseksi. Myös **lääkehoito on osa tätä hoitosuunnitelmaa**. Hoitosuunnitelma tulisi tarkistaa säännöllisin väliajoin, aikuisilla vähintään kerran vuodessa ja nuorilla sitäkin useammin. (6)

Psykoosin akuutissa vaiheessa tarvittavat psykoosilääkkeiden vuorokausiannokset ovat useimmiten suurempia kuin pitkäaikaishoidossa käytettävät lääkeannokset. Akuuttivaiheen väistyttyä, olisi pyrittävä mahdollisimman pieneen, mutta tehokkaaseen lääkeannokseen yhdellä lääkkeellä. (6) Kuva lääkähoidon tehosta saadaan, kun arviointiin käytetään remissiota, eli noin puolen vuoden mittaista oireetonta jaksoa (17).

Psykoosilääkityksen aiheuttamat haittavaikutukset, kuten painon nousu ja kardiometaboliset haitat, vaativat säännöllistä seurantaa. Kahden ensimmäisen kuukauden aikana lääkähoidon aloituksesta painon seurantaa suositellaan viikoittain, jonka jälkeen seuranta on suositeltavaa vähintään kolmen kuukauden välein. Veren kolesteroli- ja sokeriarvojen seurantaa suositellaan hoidon alkuvaiheessa 2-3 kuukauden välein, jonka jälkeen vuosittaiset kokeet riittävät. Nopeaan painon nousuun ja veriarvojen muutoksiin tulisi reagoida nopeasti. (6, 30)

Lääkityksen käytön pituus riippuu monesta asiasta. Osalla potilaista hoito voi kestää vain muutaman viikon, kun taas toisella hyvinkin kauan. Lievissä oireissa lääkitystä yleensä jatketaan skitsofrenian hoidossa. Tämän tarkoituksena on vähentää ja lieventää psykoosien uusiutumiskausia. (25)

Psykoosin relapseja, eri uusiutumisasihteja estävää **lääkehoitoa tulisi hoitovasteen saavuttamisenkin jälkeen jatkaa ainakin 2-5 vuotta** sen mukaan, kuinka hankalasti potilas oireilee ja kuinka herkkä hän on ulkoisille elämäntapahtumille. Psykoosilääkitystä ei ole suotavaa lopettaa ennen kuin ensipsykoosin jälkeinen oireeton kausi on kestänyt vähintään kaksi vuotta. Kun potilas on ollut **riittävän kauan oireeton, lääkitystä voidaan alkaa vähentämään hitaasti, kuukausien kuluessa**. Lääkityksen vähentämisen aikana on tärkeää seurata tiiviisti ennako-oireiden tai käyttäytymishäiriöiden ilmaantumista. Jos oireita alkaa ilmaantua, tulisi lääkitys palauttaa aiemmalle tehokkaalle tasolle. (6)

Kuinka lääkehoito aloitetaan?

Keskusteltaessa lääkkeiden käytöstä on tärkeä kuunnella aktiivisesti potilaan kokemuksia ja kielteisiä mielikuvia lääkkeistä. Potilas on asiantuntija sen suhteen miltä lääkkeen käyttö hänestä tuntuu. **Lääketieteellisen tiedon jakaminen on hyvä aloittaa vasta, kun potilaan asenteista ja huolista ollaan tietoisia.**

Lääkkeiden säännöllisen käytön tulee olla yksi tavoitteista. Usein **yksinkertainen lääkitys tulee paremmin otettua kuin monilääkitys**, siksi vaikeasti sairaiden kohdalla on hyvä miettiä injektiohoitoa.

Lääkehoidon psykoedukaatiossa on tärkeä saada potilas ymmärtämään **mikä osuus lääkehoidolla on hänen tavoitteidensa saavuttamisessa**. Tavoitteen täytyy olla potilaalle mielekäs, jotta hän sitoutuu lääkahoitoonsa paremmin. Yhdessä potilaan kanssa tehtyjä **tavoitteita tulee säännöllisesti seurata ja seurata miten juuri lääkehoito siinä auttaa**. (20)

Psykoosilääkkeiden valinnassa otetaan huomioon potilaan yksilölliset ominaisuudet, ja usein lääkehoidossa joudutaankin hakemaan tasapainoa lääkkeen tehon sekä sen siedettävyyden välillä. Tämän vuoksi on erityisen tärkeää, että potilas tutkitaan huolellisesti jo ennen hoidon aloittamista. (6)

Kaikille **ensipsykoosiin sairastuneille tulisi tehdä psyykkisen sekä somaattisen tilan arviointi**, johon sisältyy myös neurologinen tutkiminen. Tärkeää on ottaa tarvittavat verikokeet, sydänfilmi sekä mitata paino, verenpaine ja vyötärönympäryys jo heti sairauden alkuvaiheessa. Joissakin tapauksissa myös kuvantamistutkimukset voivat olla tarpeellisia. Näiden tutkimusten ja mittausten seuraaminen säännöllisesti myös lääkehoidon aikana on ensiarvoisen tärkeää. Potilaan voinnissa tapahtuvat muutokset on tärkeää kirjata potilaskertomukseen, jotta voidaan ehkäistä tehottoman lääkehoidon jatkamista ja voidaan välttää turhaa monilääkitystä, jos hoitavat lääkärit vaihtelevat. (6, 15)

Lisäksi ruokavalion, päihteiden käytön ja liikuntatottumusten kartoittaminen on hyvä tehdä jo heti sairastumisen alkuvaiheessa. Jos potilaalla on joitakin somaattisia sairauksia tai niiden riskitekijöitä, tulisi niihin aloittaa asianmukainen hoito yhdessä perusterveydenhuollon kanssa mahdollisimman pian psykoosisairauden diagnosoimisen jälkeen. (15, 6)

Millaisia haittavaikutuksia lääkkeillä on?

Tyypillisiä toisen polven psykoosilääkkeiden haittoja ovat **metaboliset haittavaikutukset, joita ovat painonnousu, veren rasva-arvojen nousu ja diabetesriski**. Osa toisen polven lääkkeistä voi aiheuttaa myös sydämeen kohdistuvia haittoja, kuten johtumisajan pidentymistä, joka taas altistaa potilaan rytmihäiriöille. (37)

Perinteiset ja myös uudemmat psykoosilääkkeet voivat aiheuttaa **eksrapyramidaalioireita**, kuten lihasjäykkyyttä ja pakkoliikkeitä. Oireet jaetaan kolmeen ryhmään: parkinsonismi, akuutit dystoniat ja motorinen levottomuus-akatisia.

Parkinsonismissa ilmenee lihasjäykkyyttä, kasvojen ilmeettömyyttä ja lepovapinaa. Myös köpöttävää kävelyä, psykomotorisia ongelmia ja tunteiden latistumista. **Akuutti dystonia** aiheuttaa lihasten mahdollisesti jopa hyvin kivuliasta kouristelua. Oireita hoidetaan pääasiassa lääkettä pienentäen tai sitä vaihtamalla. (27) Levottomuus-akatisialla tarkoitetaan lääkkeiden aiheuttamaa etenkin jaloissa oireilevaa liikkumispakkoa. Sana **akatisia** tulee kreikan kielestä ja tarkoittaa kyvyttömyyttä istua. (28). On olemassa myös lääkkeitä, joilla näitä hyvin kiusallisia vaivoja pystytään hillitsemään. (27)

Psykoosilääkkeiden pitkäaikaiseen käyttöön voi liittyä **tardiivi dyskinesia**. Se on pakkoliikeoireyhtymä, joka ilmenee useimmiten suun ja kielen, myös vartalon pakonomaisina matomaisina liikkeinä. Tämä oireyhtymä siksi haastava, koska se poistuu hitaasti lääkkeen purkamisen jälkeen tai voi jäädä jopa pysyvästi. Väsymys on joskus toivottu vaikutus psykoosilääkityksellä, mutta se on myös tavallisin haittavaikutus. Väsymystä ilmenee etenkin hoidon alkuvaiheessa ja lääkitystä lisättäessä. Lääkityksen aloitusannos on aina pienempi kuin hoitotasolla. Mikäli potilas syö näitä väsyttäviä lääkkeitä epäsäännöllisesti tai palaa tauon jälkeen heti hoitotason lääkemäärään-voi väsymys ilmetä todella selkeästi ja näin lisätä kielteisyyttä. (27)

Onko elintavoilla merkitystä lääkehoidon kannalta?

Painon hallinta

Psykoosilääkitys voi aiheuttaa painon nousua ja samalla altistaa myös muille kardiometabolisille riskitekijöille. **Skitsofreniapotilailla eliniän ennuste on 15-20-vuotta normaaliväestöä lyhyempi**, johon vaikuttaa sydän- ja verisuonisairaudet, 2 tyypin diabetes, lääkkeiden aiheuttama metabolinen oireyhtymä ja osteoporoosi. (1, 6) Metabolisella vaikutuksella tarkoitetaan kohonnutta verenpainetta, rasva-aineenvaihdunnan häiriötä sekä sokeriaineenvaihdunnan häiriötä, jotka aiheuttavat painon nousua ja muutoksia veriarvoissa. (29) Psykoosin lääkkeitä metabolisten vaikutusten suhteen riski on suurin klotsapiinilla ja olantsapiinilla. Kohtalainen ketiapiinilla ja risperidonilla. Vähäisin riski on aripipratsolilla ja tsiprasidonilla. Metaboliisiin haittoihin on mahdollista vaikuttaa myös lääkettä vaihtamalla. (30)

Ylipainoon johtaa mielenterveyshäiriöisillä usein myös liiallinen energian saanti, vähäinen liikunta, yksipuolinen ravinto ja isot annoskoot. **Painon nousulla ja lihavuudella on haitallinen vaikutus potilaiden lääkehoidon sitoutumiseen ja sen myötä myös sairauden ennusteeseen.** Monet potilaat kokevat painon nousun kaikista merkittävimmäksi psykoosilääkehoidon haittavaikutukseksi. (6, 30)

Edellä mainittujen haittavaikutusten vuoksi, ennen lääkehoidon aloitusta tulee kartoittaa potilaan elintavat, sukurasitus sydän- ja verisuonisairauksiin liittyen, paino ja vyötärönympäryys, verenpaine sekä kolesteroli- ja verensokeriarvot. Lääkehoidon alkuvaiheessa painon seuranta suositellaan viikoittain ensimmäiset kaksi kuukautta, jonka jälkeen painon seuranta olisi suositeltavaa vähintään kolmen kuukauden välein. **Ensimmäinen vuosi psykoosilääkkeen aloituksesta on painonhallinnan kannalta kaikkein merkittävin.** Jos potilaan paino nousee vuoden aikana 5-7% lähtöpainosta, on syytä harkita lääkevalmisteen vaihtoa painoneutraalimpaan valmisteeseen. Muut tutkimukset tulisi kontrolloida hoidon alussa vähintään 2-3

kuukauden välein, jonka jälkeen vuosittaiset kokeet riittävät. **Nopeaan painon nousuun sekä veren kolesterolin ja sokeriarvojen muutoksiin tulisi reagoida mahdollisimman nopeasti** niiden hoitosuosittelujen mukaisesti. (30, 6)

Skitsofreniapotilaat liikkuvat normaaliväestöä vähemmän, jonka vuoksi heidän **fyysistä aktiivisuuttaan tulisi pyrkiä lisäämään ja liikkumiseen tulisi kiinnittää huomiota koko hoitosuhteen ajan**. Liikunnan ei tarvitse olla välttämättä raskasta. Riittävä hyötyliikunta ja istumisen sekä makaamisen välttäminen riittää hyvin. Liikunta hillitsee painon nousua ja näin myös parantaa minäkuva. Säännöllinen, useita kertoja viikossa tapahtuva liikunta lievittää myös potilaan psyykkisiä oireita, ja parantaa siten myös kognitiota ja potilaan elämänlaatua. (6, 1)

Tietoa terveellisistä elämäntavoista sekä tukea painonhallintaan tulisi tarjota kaikille skitsofreniapotilaille. Painonhallintaan liittyviin elintapainterventioihin suositellaan moniammatillista lähestymistapaa, johon sisältyvät esimerkiksi ravitsemusterapeutti ja liikunta-alan ammattilaiset. (6)

Tupakointi

Tupakointi vaikuttaa psykoosilääkkeiden tehoon. Tupakansavun sisältämät PAH-yhdisteet indusoivat CYP1A2-entsyymiä, joka on psykoosilääkkeiden metabolian kannalta keskeinen. Tämän entsyymin vuoksi **lääkeaineen metabolia voi kiihtyä ja lääkkeen teho huonontua**. Esimerkiksi klotsapiinin **pitoisuus plasmassa voi pienentyä jopa puoleen** tupakoinnin yhteydessä. Muita psykoosilääkkeitä, joiden plasmapitoisuuden tupakointi vaikuttaa, ovat olantsapiini, haloperidoli ja klooripromatsiini. **Tupakoinnin lopetuksen jälkeen lääkeainepitoisuus voi nousta jopa muutamissa päivissä hidastuneen metabolian vuoksi**, jolloin lääkeaineen pitoisuus elimistössä nousee ja mahdolliset haittavaikutukset voivat myös lisääntyä. Tämän vuoksi on tärkeää selvittää elimistön lääkeainepitoisuuksia, mikäli potilas lopettaa tupakoinnin hoidon aikana. (6, 37)

Skitsofrenian Käypä hoito –suosituksen mukaan jokaiselle skitsofreniapotilaalle tulisi **suositella tupakoinnin lopettamista jokaisen hoitajakson aikana tai vähintään kerran vuodessa**, ja heitä tulisi ohjata tupakoinnista vieroittamiseen tähtääviin interventioihin. Lopettamisen tukena suositellaan käytettäväksi nikotiinikorvaushoitoa. Tupakoinnin lopettamista suositellaan potilaalle aina. Vaikka potilas ei juuri sillä hetkellä osoittaisi halukkuuttaan tupakoinnin lopettamiseen, niin motivaatio lopettamiseen voi ilmaantua myöhemmin. **Tupakoinnin lopettamisella näyttäisi olevan positiivisia vaikutuksia mielenterveyteen sekä skitsofreniapotilaiden kognitioon**. (6, 39)

Päihteet

Skitsofreniapotilaan päihdeongelman on todettu huonontavan hoitotuloksia ja vaikeuttavan sairauden hoitoa. **Päihdeongelma vähentää potilaiden hoitomyöntyvyyttä, vaikeuttaa hoidollista yhteistyötä, kasvattaa haittavaikutusten ilmaantumisen riskiä ja sen myötä heikentää myös hoidon ennustetta**. Lisäksi runsas alkoholin tai huumeiden käyttö pahentaa psykoosi- ja ahdistusoireita. AUDIT-kyselyä voidaan käyttää

potilaan alkoholin riskikäytön selvittämiseksi. Päihdeongelmaa suositellaankin hoidettavan samassa työryhmässä muiden psykoedukatiivisten interventioiden kanssa. (6, 20, 40)

Onko lääke turha/vaikuttamaton, mikäli oireet pahenevat lääkityksestä huolimatta?

Psykoosilääkkeiden pitkäaikaiskäytöstä ei ole olemassa ehdottomia suosituksia. Asiantuntijat ovat eri mieltä, toisen korostaessa lääkkeiden säännöllistä käyttöä psykoosien estämisessä ja toisen korostaessa pitkäaikaiskäytön mahdollisia haittoja. Tämä erimielisyys johtuu siitä, että skitsofrenian kulku ja lääkevaste vaihtelevat suuresti. **Osa potilaista ei hyödy jatkuvasta säännöllisestä lääkityksestä.** Monesti potilas ei halua käyttää psykoosin uusiutumista estävää lääkitystä niiden haittavaikutuksien takia. Säännöllisen käytön sijaan jotkin asiantuntijat **suosittelevat itsetarkkailuun kykeneville potilaille lääkkeen käytön aloittamista hyvissä ajoin ennen stressaavaa tilannetta tai psykoosin ensioireiden ilmaantuessa.** Ensioireiden ilmaantuessa riittävän nopeasti aloitettu lääkehoito voi estää uuden akuutin psykoosin. Tällainen hoito sopii kuitenkin vain potilaille, jotka ovat lähes tai täysin oireettomia sairausjaksojen välillä. (24)

Psykoedukaatiossa on tärkeää kuvata lääkkeiden vaikutus ja niiden kohdeoireet. On myös tärkeää tuoda esille se, että **vaikka oireilu lisääntyisi lääkityksestä huolimatta, on sen suojaava vaikutus silti olemassa.** Tämän lisäksi täytyy esiin tuoda tilanteet, joita hoidon aikana voi ilmaantua. (20)

Onko lääke tarpeeton, mikäli olo on hyvä ilman sitä?

Psykoosilääkkeiden haittavaikutukset sekä psykoosiin usein liittyvä todellisuudentajun hämartyminen ja vaikeus hyväksyä sairautta ovat usein syynä lääkkeiden käytön laiminlyöntiin. **Ainakin joka kolmas toistuvista psykooseista kärsineistä laiminlyö lääkitystään. Pitkään jatkuneen psykoosilääkityksen hallitsematon lopetus lisää psykoosin uusiutumisen riskiä.** Kun potilas on ollut riittävän kauan oireeton, **lääkitystä voidaan alkaa vähentää hitaasti,** kuukausien kuluessa. Lääkityksen vähentämisen aikana on tärkeää seurata tiiviisti ennako-oireiden tai käyttäytymishäiriöiden ilmaantumista. **Jos oireita alkaa ilmaantua, tulisi lääkitys palauttaa aiemmalle tehokkaalle tasolle. Lääkkeiden käytön lopettaminen tai niiden epäsäännöllinen käyttö on tärkein syy akuuttien psykoosien uusiutumiseen.** Lääkityksen liian nopea vähentäminen tai lopettaminen aiheuttaa psykoosioireiden pahentumista. (31, 6)

Voiko lääkehoidon lopettaa, mikäli oireita ei ole?

Kuva lääkkeiden tai muiden hoitokeinojen tehosta saadaan, kun arviointiin käytetään remissiota, eli noin puolen vuoden mittaista oireetonta jaksoa. Tämä ei kuitenkaan toteudu läheskään kaikilla, koska potilaat eivät eri syistä muista ottaa hoidon tai sairausjaksojen uusiutumisen estämisen kannalta olennaisia lääkkeitä. Osalla potilaista remissioon päästään paremmin siirtymällä 2-4 viikon välein lihakseen annettaviin

pitkävaikutteisiin injektioihin. Perinteisten psykoosilääkkeiden pitkävaikutteisilla injektioilla ongelmana yhäkin liian suurilla annoksilla on ekstrapyramidaalioireet, kuten motorinen levottomuus, vapina ja lihasjäykkyys. (17) **Psykoosilääkitystä ei ole suotavaa lopettaa ennen kuin ensipsykoosin jälkeinen oireeton kausi on kestänyt vähintään kaksi vuotta.** Kun potilas on ollut riittävän kauan oireeton, lääkitystä voidaan alkaa vähentämään hitaasti, kuukausien kuluessa. (6)

Skitsofreniapotilaalla on usein ominaista alttius reagoida stressitilanteisiin psykoottisesti. **Ensipsykoosin oireiden väistyttyä 2/3 osalla potilaista ilmenee psykoottisia oireita vuoden kuluttua ja yli puolella vielä kymmenen vuoden päästä.** Lääkehoidon valistuksen, psykoterapioiden ja kuntoutusohjelmien avulla voidaan uusiutuvien sairaalajaksojen määrää ensimmäisenä vuonna vähentää yli puolella eli keskimäärin 20-25% 1-2 vuoden kuluessa. Täysi toipuminen on mahdollista, mutta harvinaista. (24)

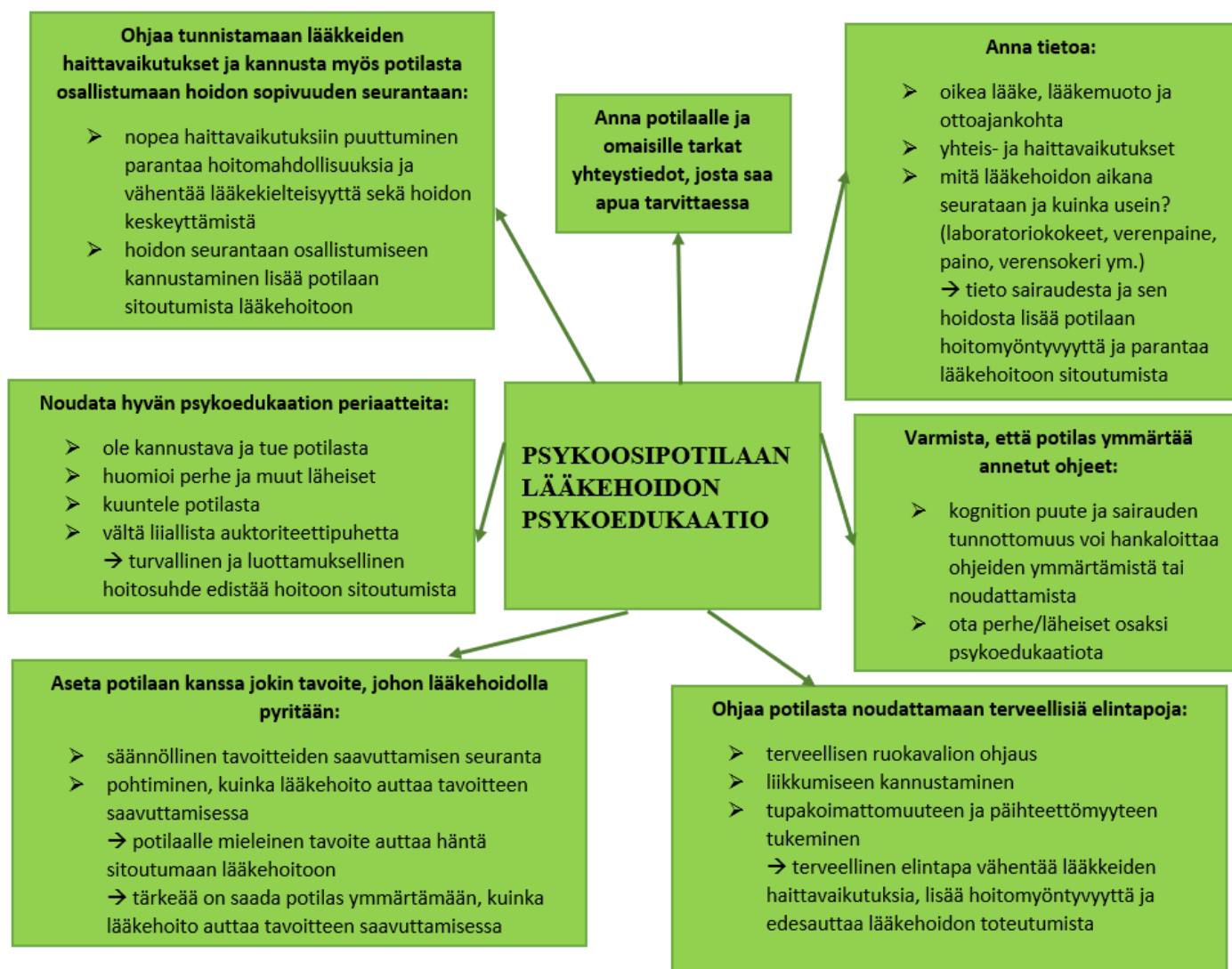
Mitä tapahtuu, jos lopetan lääkityksen yllättäen?

Lääkkeiden käytön lopetus tapahtuu yleensä hitaasti useiden viikkojen aikana. Tavallisesti lääkeannoksen vähentäminen auttaa näkemään pienemmän annoksen vaikutukset. **Liian nopea psykoosilääkkeiden käytön lopetus voi johtaa vaikeaoireiseen relapsiin, vaikka potilas olisi ollut pitkäänkin oireeton.** (6, 25)

Voinko vaihtaa injektion takaisin tabletkiksi?

Tarvittaessa lääkemuodon vaihto on yleensä mahdollista, mutta **vaihto voi aiheuttaa alussa haittavaikutuksia** kuten psykoottisten oireiden lisääntymistä, ahdistusta, levottomuutta, unettomuutta ja ekstrapyramidaalioireita. (12)

Psykoedukaatio koostuu useista eri osa-alueista, ja tärkeää psykoedukaatiossa on ottaa huomioon potilaiden yksilöllisyys ja yksilölliset tarpeet. Alla olevassa kuviossa (KUVIO 3) on havainnollistettu joitakin psykoosilääkehoidon psykoedukaatioon sisältyviä asioita.



KUVIO 3. Psykoosipotilaan lääkehoidon psykoedukaation sisältöä

TEHTÄVÄ: Pohdi mitä asioita sisällyttäisit lääkehoidon psykoedukaatioon, jos potilaalla olisi käytössään olantsapiini tai ketiapiini.

TEHTÄVÄ: Klotsapiini voi olla hengenvaarallinen lääke. Mitä asioita klotsapiini-lääkehoidon aikana seurataan ja miksi?

Lähteet

1. Mielenterveystalo. s. a. Psykoosiopas. [viitattu 2019-1-23]. Saatavissa: <https://www.mielenterveystalo.fi/aikuiset/itsehoito-ja-oppaat/oppaat/psykoosi/Pages/psykoosiopas.aspx>
2. HÄMÄLÄINEN, K. KANERVA, A. KUHANEN, C. SCHUBERT, C. SEURI, T. 2017. Mielenterveyshoitotyö. Helsinki: Sanoma Pro Oy. 253-254. [viitattu 2019-1-23].
3. BRUIJN, Tuula T. 2006. Käytännön psykoedukaatiota psykoosipotilaan perheelle. [katsausartikkeli] [viitattu 2020-01-05] Saatavissa: <https://www.tays.fi/download/noname/%7B4D44BB90-72A5-4B6C-A6FC-04F249D7CB76%7D/31562>
4. KUHANEN, C. OITTINEN, P. KANERVA, A. SEURI, T. SCHUBERT, C. 2012. Mielenterveyshoitotyö. Helsinki: Sanoma Pro Oy. 195. [viitattu 2019-2-11].
5. HUTTUNEN, M. 2018. Psykoosi (mielisairaus). Lääkärikirja Duodecim. [viitattu 2019-1-20]. Saatavissa: https://www.terveyskirjasto.fi/kotisivut/tk.koti?p_artikkeli=dlk00411
6. Skitsofrenia. Käypä hoitosuositus. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Psykiatriyhdistys ry:n asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim. 2020 [viitattu 2020-04-05]. Saatavissa: <https://www.kaypahoito.fi/hoi35050#s16>
7. VUORILEHTO, M. LARRI, T. KURKI, M. HÄTÖNEN, H. 2014. Uudistuva mielenterveystyö. Helsinki: Fioca Oy. 168-169. [viitattu 2019-1-21].
8. LÖNNQVIST, J. HENRIKSSON, M. MARTTUNEN, M. PARTONEN, T. 2011. Psykiatria. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim. 138-139. [viitattu 2019-1-20].
9. SUVISAARI, J. PERÄLÄ, J. VIERTIÖ, S. SAARNI, S. TUULIO-HENRIKSSON, A. PARTTI, K. SAARNI, S. SUOKAS, J. LÖNNQVIST, J. 2012. Psykoosien esiintyvyys ja alueellinen vaihtelu Suomessa. Lääkärilehti 9/2012. 677-683. [viitattu 2019-1-25]. Saatavissa: <https://www.laakarilehti.fi/tieteessa/alkuperaistutkimukset/psykoosien-esiintyvyyys-ja-alueellinen-vaihtelu-suomessa/>
10. HEIKKINEN, R. INNAMAA, M. VIRTA, M. Mieli ja terveys. 2019. Keuruu: Otavan Kirjapaino Oy. 293. [viitattu 2020-08-01].
11. HUTTUNEN, M. 2017.f. Psykoosien lääkähoidon käytäntöä. 2017. [viitattu 2020-01-07]. Saatavilla: https://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=lam00029#T1

12. KNOTT, L. 2019. Antipsychotic medicines. [verkojulkaisu]. [viitattu 2020-15-03]. Saatavissa: <https://patient.info/mental-health/schizophrenia-leaflet/antipsychotic-medicines>

13. LEINONEN, E. KOPONEN, H. ISOHANNI, M. Suomen Lääkärilehti 13/2015. [viitattu 2020-06-01]. Saatavissa: <https://www-laakarilehti-fi.ezproxy.savonia.fi/pdf/2015/SLL132015-891.pdf>

14. HUTTUNEN, M. 2017.g. Psykoosien hoidossa käytettävät lääkkeet. 2017. [viitattu 2020-01-07]. Saatavilla: https://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=lam00028

15. TIIHONEN, J. 2019. Skitsofrenian lääkehoito. Lääketieteellinen aikakauskirja Duodecim. 2019; 135: 2021–7. [viitattu 2020-04-22]. Saatavissa: <https://www.duodecimlehti.fi/duo15194>

16. Kalliokoski, A. Voipio, T. Ruokoniemi, P. 2016. Psykenlääkkeiden käyttö on muuttunut 2000-luvulla. SIC! Lääketietoa Fimeasta, 2/2016. [viitattu 2020-04-27]. Saatavissa: https://sic.fimea.fi/arkisto/2016/2_2016/psykyke-ja-laake/psykenlaakkeiden-kaytto-on-muuttunut-2000-luvulla

17. HUTTUNEN, M. 2017.a. Lääkkeet mielen hoidossa[verkkokirja]. Kustannus oy Duodecim 2018. [Viitattu 2019-01-26] Saatavissa: https://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=lam00029

18. AHO-MUSTONEN, K. 2011. Väitöskirja. Group psychoeducation for forensic long-term patients with schizophrenia. [väitöskirja]. [viitattu 2020-01-03] Saatavilla: <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-61-0303-7>

19. KIESEPPÄ, T. OKSANEN, J. 2013. Psykoedukaatio psykoosien hoidossa ja kuntoutuksessa. [verkkolehdi] Lääketieteellinen aikakauskirja Duodecim. [viitattu 2019-2-9]. Saatavissa: <https://www.duodecimlehti.fi/lehti/2013/20/duo11273>

20. OKSANEN, J. 2015. Lääkehoitoon sitoutumisen tukeminen psykiatriassa. Lääketieteellinen aikakauskirja Duodecim. [viitattu 2018-05-24]. Saatavilla: <https://www.duodecimlehti.fi/lehti/2015/16/duo12385>

21. REBOLLEDU.S, LOBATO.M. 1998. International Handbook of Cognitive and Behavioural Treatments for Psychological Disorders. [nettijulkaisu]. [viitattu 2020-01-03]. Saatavissa: <https://www.sciencedirect.com/topics/medicine-and-dentistry/psychoeducation>

22. Good Therapy. Psychoeducation.s.a. [verkojulkaisu]. [viitattu 2020-01-12] saatavissa: <https://www.goodtherapy.org/blog/psychpedia/psychoeducation>

23. KOPONEN H. 2006. Lääkärilehti. Psykoedukaatio- arvokas lisä psykoosien hoitoon. [verkkajulkaisu]. [viitattu 2019-02-08]. Saatavissa: <https://www.laakarilehti.fi/ajassa/paakirjoitukset/psykoedukaatio-arvokas-lisa-psykoosien-hoitoon/#reference-3>
24. HUTTUNEN, M. 2017.c. Lääkkeet mielen hoidossa[verkkokirja]. Kustannus oy Duodecim 2018. [Viitattu 2019-01-26] Saatavissa: https://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=lam00030
25. BOBO, W. 2013. Psychiatric times. Vol.30. Switching Antipsychotics: Why, When, and How? [verkkolehti]. [viitattu 2020-15-03]. Saatavissa: <https://www.psychiatrictimes.com/cme/switching-antipsychotics-why-when-and-how>
26. HUTTUNEN, M. 2017.h. Psykoosilääkkeiden haittavaikutukset. 2017. [viitattu 2020-01-07]. Saatavilla: https://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=lam00033
27. HUTTUNEN, Matti O. 2017.b. Lääkkeet mielen hoidossa[verkkokirja]. Kustannus oy Duodecim 2018. [Viitattu 2019-01-26] Saatavissa:https://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=lam00033#T1
28. LAUERMA, H. 2000. Akatisia-lääkkeen aiheuttama levottomuustila. Lääketieteen aikakauskirja Duodecim. [verkkolehti]. [viitattu 2019-14-02]. Saatavissa: <https://www.duodecim-lehti.fi/lehti/2000/13/duo91611>
29. SORAKIVI, L. Ylioppilaiden terveydenhoitosäätio. Metabolinen oireyhtymä. MBO. s.a. [nettijulkaisu] [viitattu 2020-01-03] Saatavissa: https://www.yths.fi/terveystieto_ja_tutkimus/terveystietopankki/29/metabolinen_oireyhtyma_mbo
30. HEISKANEN T, RUUSUNEN A.2016. Sic! Lääketietoa fimeasta. Psykoosilääkityksen metaboliset riskit skitsofreniassa-voidaanko niihin vaikuttaa? [digilehti]2/2016.[viitattu 2020-01-03] Saatavissa: https://sic.fimea.fi/arkisto/2016/2_2016/psykye-ja-laake/psykoosilaakityksen-metaboliset-riskit-skitsofreniassa-voidaanko-niihin-vaikuttaa-
31. HUTTUNEN, Matti O. 2017.d. Lääkkeet mielen hoidossa[verkkokirja]. Kustannus oy Duodecim 2018.[Viitattu 2019-01-26] Saatavissa:https://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=lam0003&p_teos=lam –
32. HUTTUNEN, Matti O. 2017.e. Lääkkeet mielen hoidossa[verkkokirja]. Kustannus oy Duodecim 2018. [Viitattu 2019-01-26] Saatavissa: https://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=lam00006&p_teos=lam

33. SAANO, S. TAAM-UKKONEN, M. 2020. Lääkehoidon käsikirja. Helsinki: Sanoma Pro Oy. [viitattu 2020-05-06].
34. British Journal of Psychiatry, Volume 195, Issue S52 (Antipsychotic long-acting (depot) injections for the treatment of schizophrenia). 2009. s.a. [verkkolehti]. [viitattu 01.03.2020] saatavissa:<https://www.cambridge.org/core/journals/the-british-journal-of-psychiatry/article/anti-psychotic-longacting-injections-in-clinical-practice-medication-management-and-patient-choice/85DA208FAEC49E4FF8C04F426C201B99/core-reader>
35. OKSANEN, J. 2013. Duodecim. Koulutuksellinen terapia (psykoedukaatio) skitsofrenian hoidossa. [näytönastekatsaus]. [viitattu 2019-02-08]. Saatavissa: <http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/suositus?id=nak02540>
36. KELA, 2019. Lääkkeiden erityiskorvaus. s.a. [verkkojulkaisu]. [viitattu 14.05.2020] saatavissa: https://www.kela.fi/laakkeet-ja-laakekorvaukset_erityiskorvaus
37. WAHLBECK, K. 2003. Toisen polven psykoosilääkkeiden haittavaikutukset. Lääketieteellinen aikakauskirja Duodecim. 119(19):1807-1809. [viitattu 2020-05-14]. Saatavissa: <https://www.duodecimlehti.fi/duo93804>
38. ROUHOS, A. 2018. Duodecim käypähoito. Tupakointi ja lääkeaineinteraktiot. [verkkojulkaisu]. [viitattu 2020-01-03] Saatavissa: <https://www.kaypahoito.fi/nix01829>
39. ESKELINEN, S. NIEMI, M. NIEMELÄ, S. VASANKARI, T. 2020. Mielenterveys- ja päihdepotilaiden tupakoinnin lopettamisen tukeminen. Lääketieteellinen aikakauskirja Duodecim. [viitattu 2020-05-14]. Saatavissa: <https://www.duodecimlehti.fi/duo15284>
40. KOPONEN, H. LAPPALAINEN, J. 2015. Mielenterveyspotilaan somaattinen terveys. Lääketieteellinen aikakauskirja Duodecim. [viitattu 2020-05-14]. Saatavissa: <https://www.duodecimlehti.fi/duo12166>