



# Sairaudentunnottomien psykoosi- ja skitsofreniapotilaiden hoitoon sitouttamisen työtavat hoitohenkilökunnan näkökulmasta

Ida Malinen



Laurea-ammattikorkeakoulu

# Sairaudentunnottomien psykoosi- ja skitsofreniapotilaiden hoitoon sitouttamisen työtavat hoitohenkilökunnan näkökulmasta

Ida Malinen  
Sosionomi, AMK  
Opinnäytetyö  
Toukokuu, 2021

Ida Malinen

Sairaudentunnettomien psykoosi- ja skitsofreniapotilaiden hoitoon sitouttamisen työtavat hoitohenkilökunnan näkökulmasta.

Vuosi

2021

Sivumäärä

29

Tämä opinnäytetyö tehtiin yhteistyössä Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri HUSin kanssa. Opinnäytetyön tarkoitus oli selvittää, minkälaisia työskentelytapoja ja menetelmiä terveydenhuollossa käytetään sairaudentunnettomien psykoosi- ja skitsofreniapotilaiden hoitoon sitouttamisessa. Tarkoitus oli myös selvittää minkälaisia asioita pitäisi huomioida heidän hoitoaan suunniteltaessa ja minkälaisia haasteita siihen voi liittyä. Opinnäytetyön tavoitteena oli tuottaa tietoa työmenetelmistä, joita käytetään sairaudentunnettomien psykoosi- ja skitsofreniapotilaiden hoitoon sitouttamisessa. Lisäksi tavoitteena oli selvittää menetelmiä, jotka motivoivat potilasta itsehoitoon osastojakson jälkeen ja joita voitaisiin hyödyntää myös sosiaalihuollon työssä. Opinnäytetyön teoriaosuudessa käsitellään itsemääräämisoikeutta psykiatrisessa sairaanhoidossa ja lainsäädäntöä. Lisäksi teoriaosuudessa käsitellään sairaudentunnettomuutta, psykoosi- ja skitsofrenia sairauksia ja niiden hoitoa.

Opinnäytetyön tutkimusmenetelmä oli laadullinen ja aineisto kerättiin teemahaastatteluiden avulla. Haastattelut pidettiin teemisissä ja kaikki haastatteluihin osallistuneet hoitajat työskentelevät psykiatrisilla osastoilla HUSin sairaaloissa. Haastattelut äänitettiin ja litteroitiin ja aineisto analysoitiin teemoittain. Tärkeimmät tulokset osoittivat, että on tärkeää luoda hyvä ja luottamuksellinen suhde potilaaseen. On tärkeää, että potilas tuntee tulleensa kuulluksi ja hänen tilanteensa tulee ymmärretyksi. Lisäksi hoitoon sitoutumiseen vaikuttavia tekijöitä olivat lääkehoidon tarjoaminen ja turvaaminen, läheisten tiedottaminen, psykoedukaatio, ryhmät, hoitoon sitoutumattomuuden syiden selvittäminen ja motivoiva työote.

Opinnäytetyö saavutti sille laaditut tavoitteet ja hoitoon sitouttamiseen käytettäviä työmenetelmiä löytyi paljon. Yhteistyökumppani hyötyy tästä opinnäytetyöstä lähinnä toimivien työmenetelmien tiedonjakajana. Yhteisten ja toimivien työmenetelmien käyttö niin terveydenhuollossa kuin sosiaalihuollossakin voi kuitenkin pitkällä tähtäimellä hyödyttää kaikkia osapuolia. Jatkotutkimusehdotuksena on potilaan kokemukset yhteistyöstä hänen verkostojensa välillä, sekä verkostoyhteistyön vaikutukset hoitoon sitoutumisessa. Toinen jatkotutkimusaihe voisi olla, kuinka psykoedukaatioryhmät vaikuttavat hoitomyöntyvyyteen.

Asiasanat: Sairaudentunnettomuus, hoitoon sitoutuminen, psykoosi, skitsofrenia

Degree Programme in Social Services

Bachelor's Thesis

Ida Malinen

Working methods for commitment to treatment of patients with anosognosia psychosis and schizophrenia from the perspective of nursing staff.

Year

2021

Pages

29

---

The purpose of this bachelor's thesis was to establish the working methods used in health care to commit anosognosia psychosis and schizophrenia patients to treatment. The purpose was also to establish what should be taken into consideration when planning their treatment and what kind of challenges may be faced. This thesis was made in collaboration with Helsinki University hospitals HUS. The aim of this study was to research the working methods that are used in health care to commit anosognosia psychosis and schizophrenia patients to treatment. In addition, the aim was also to establish the methods that motivates patients to self-care after hospital treatment and which can be used also in social work. The theoretical framework includes self-determination in psychiatric health care and its legislation. In addition, the theoretical part discusses anosognosia, psychosis and schizophrenia diseases and their treatment.

This qualitative study collected data using semi-structured interviews. The interviews were conducted in teams and all participating nurses were working in psychiatric sections of HUS hospitals. The interviews were recorded and transcribed, and the material was analysed thematically. The main outcomes highlighted the importance of creating good and trustful relationship with patients. The patient feeling heard, and their situation understood were emphasised. In addition, the issues that affected commitment to the treatment were providing and ensuring medical treatment, informing patients next of kin, psychoeducation, groups, finding out reasons of non-compliance with treatment and motivational work attitudes.

The thesis achieved the goals set for and a lot of working methods that are used for commitment to treatment were found. The partner benefits from this thesis mainly as a provider of information and as a distributor of effective working methods. However, the use of common and effective working methods in both health and social care can be mutually beneficial in the long run. As a further research, it could be possible to investigate patients experiences of collaboration between their networks, and the effects of collaboration on commitment to treatment. Other further research could be on how psychoeducational support groups affect compliance of treatment.

Keywords: anosognosia, adherence to treatment, psychosis, schizophrenia

## Sisällys

1	Johdanto .....	6
2	Itsemääräämisoikeus psykiatrisessa hoidossa ja lainsäädäntöä .....	7
3	Skitsofrenia ja psykoosisairaudet .....	8
3.1	Psykoosi- ja skitsofreniasairauksien hoito .....	9
4	Sairaudentunnettomuuden määritelmä .....	12
4.1	Sairaudentunnettomuus psykoosi- ja skitsofreniapotilailla .....	12
4.2	Sairaudentunnettomuuden hoito ja sen haasteet .....	13
4.3	Hoitoon sitoutuminen .....	13
5	Tavoite, tarkoitus ja tutkimuskysymykset .....	14
6	Tutkimuksen toteutus .....	15
6.1	Kvalitatiivinen tutkimus ja teemahaastattelu .....	15
6.2	Aineiston keruu .....	16
6.3	Aineiston analysointi .....	17
6.4	Eettisyys ja luotettavuus .....	18
7	Tutkimustulokset .....	20
7.1	Osastojakson aikana tehtävä hoitotyö .....	20
7.2	Kotiuttamisvaiheessa olevien sairaudentunnettomien potilaiden kanssa käytettävät työtavat .....	25
7.3	Nivelvaiheen työskentely .....	26
8	Johtopäätökset .....	28
9	Pohdinta .....	30
	Lähteet .....	33
	Kuviot .....	37
	Liitteet .....	38

## 1 Johdanto

Sairaudentunnottomuus eli anosognosia on yleisin syy sille, että skitsofreniapotilaat jättävät lääkehoidon käyttämättä. Sairaudentunnottomuus johtuu aivojen etulohkon vaurioitumisesta ja joillakin potilailla säännöllinen lääkitys voi auttaa sairaudentuntoa heräämään. (Fuller Torrey 2021.) Sairaudentunnottomuus voidaan nähdä myös sairauden oireena, jolloin käytetään termiä oiretiedottomuus. Käytän kuitenkin opinnäytetyössäni termiä sairaudentunnottomuus, koska se kuvaa mielestäni paremmin sairautta kokonaisuudessaan, eikä ainoastaan tiedottomuutta yhdestä sairauden oireesta. Sairaudentunnottomuus on myös mielestäni helpommin ymmärrettävissä oleva termi. Sosiaalihuollon työssä puhutaan myös usein asiakkaasta, eikä potilaasta. Tässä opinnäytetyössä käytän kuitenkin termiä potilas, koska työ kuvaa sairaalaosastoilla käytettäviä työmenetelmiä ja siellä käytetään termiä potilas.

Sairaudentunnottomat psykoosi- ja skitsofreniapotilaat puhuttavat paljon niin sosiaalihuollon kuin terveydenhuollonkin puolella. Mielenterveyspalveluilla pyritään ehkäisemään, lievittämään ja hoitamaan mielenterveyden häiriöitä ja niiden seurauksia. Mielenterveyspalveluita tuottavat eniten terveyskeskukset ja erikoissairaanhoido, mutta avohoidossa palveluita tuottavat erityisesti yksityiset ja kolmannen sektorin palvelut (Thl 2020). Palveluiden suunnittelu, sekä avohoidon, sairaalahoidon ja kuntoutuksen yhteensovittaminen ja arviointi, on nähty erityisen haastavana. Sairaalahoidoita on pyritty vähentämään ja avohoidoita lisäämään (Korkeila 2009). Olisikin siis tärkeää, että avohoidon palveluissa nimenomaan sosiaalialalla, olisi tarvittavia työkaluja hoidon ylläpidon tukemiseen ja hoitoon sitoutumisen motivointiin.

Oman kokemukseni mukaan ja aiheesta käymäni keskusteluiden perusteella terveydenhuollossa nähdään haastavana motivoida asiakas jatkamaan itsehoitoa osastojakson jälkeen ja pyritään siihen, ettei potilas palaisi osastolle hetken kuluttua uudestaan. Tässä opinnäytetyössä olen haastatellut kymmentä HUSin psykiatrisen sairaanhoidon työntekijää saadakseni tietoa heidän käyttämistään työtavoista hoitoon sitoutumisen edistämiseksi. Haastatteluihin osallistuneet henkilöt työskentelevät Peijaksen P1, Kellokosken P60 ja P40 osastoilla.

Opinnäytetyössäni tarkastelen ensin lainsäädäntöä, jossa itsemääräämisoikeudesta psykiatrisessa hoidossa säädetään. Aloitan lainsäädännöllä sen vuoksi, että laki määrittää hoitoa niin avohoidossa, kuin suljetussa sairaalahoidossakin. Avohoidolla tarkoitetaan sitä, että potilas asuu kotona, mutta käyttää hänen tarpeilleen sopivia tukipalveluita.

Tukipalveluita voivat olla esimerkiksi tuettu asuminen ja päivätoiminta (mieli 2021). Sairaalahoitoon päädytään silloin, jos avohoidon tukipalvelut eivät ole potilaan kohdalla riittäviä.

Teoriaosuudessa käsitellään psykoosi- ja skitsofrenia sairauksia yleisesti, sekä niiden hoitoa ja hoidon haasteita. Sairaudentunnettomuus voi olla monelle vieras käsite, joten sitä käsitellään myös teoriaosuudessa. Lisäksi teoriaosuuteen on koottu sairaudentunnettomuuden syitä, sekä sen hoidossa käytettäviä työtapoja.

Opinnäytetyön tarkoituksena oli tuottaa tietoa sairaudentunnettomien psykoosi- ja skitsofreniapotilaiden hoitoon sitouttamisen työtavoista, sekä niiden hyödyntämisestä sosiaalihuollon työssä. Opinnäytetyön tarkoitusta ja tavoitteita käsitellään tarkemmin luvussa 5, jossa avataan myös käsite sosiaalihuollosta. Opinnäytetyö on laadullinen tutkimus, jonka aineisto on kerätty teemahaastatteluina HUSin psykiatrisen sairaanhoidon henkilökunnalta. Tutkimuksen toteutusta, sekä eettisyyttä ja luotettavuutta käsitellään luvussa 6. Tutkimusaineisto on analysoitu teemoittain ja keskeisimmät tutkimustulokset on koottu yhteen luvussa 7. Tutkimustuloksista tehdyt johtopäätökset löytyvät luvusta 8 ja pohdinta, sekä jatkotutkimusehdotukset löytyvät viimeisestä luvusta.

## 2 Itsemääräämisoikeus psykiatrisessa hoidossa ja lainsäädäntöä

Mielenterveyslain (1116/1990) luvun 2 §8 mukaan henkilö voidaan määrätä tahdosta riippumattomaan psykiatriseen hoitoon vain, jos potilaalla on todettu mielisairaus, hän on mielisairautensa vuoksi hoidon tarpeessa siten, että hoitamatta jättäminen olennaisesti pahentaisi hänen mielisairauttaan, vaarantaisi vakavasti hänen terveyttään tai turvallisuuttaan, tai vaarantaisi vakavasti muiden henkilöiden terveyttä tai turvallisuutta. Näiden kaikkien kriteerien täytyy täytyä samanaikaisesti, jotta pakkohoidon kriteerit täyttyvät.

Potilaan asemasta ja oikeuksista annetussa laissa (785/1992) 2 luvun 6§:ssä sanotaan, että jos täysi-ikäinen henkilö ei pysty päättämään omasta hoidostaan esimerkiksi mielenterveyshäiriön vuoksi, on tämän henkilön laillista edustajaa, lähiomaista tai läheistä henkilöä kuultava ennen tärkeän hoitopäätöksen tekemistä. Tämä sen vuoksi, että saataisiin selville, minkälainen hoito vastaisi parhaiten potilaan tahtoa. Tässä tilanteessa potilaan lähiomainen, edustaja, tai muu läheinen henkilö antaa suostumuksensa hoidolle, ottaen huomioon potilaan aiemmin ilmaiseman tahdon, tai potilaan henkilökohtaisen edun.

Sosiaalihuollon asemasta ja oikeuksista säädetty laki (812/2000) luku 2 8§ määrittää, että sosiaalihuoltoa toteutettaessa, on otettava huomioon asiakkaan toivomukset ja mielipiteet, sekä kunnioitettava asiakkaan itsemääräämisoikeutta. Asiakkaalle on annettava mahdollisuus

vaikuttaa ja osallistua palvelujensa suunnitteluun ja toteuttamiseen, sekä hänen sosiaalihuoltoonsa liittyviin muihin toimenpiteisiin. Asiakkaan asioita käsitellessä on otettava huomioon asiakkaan etu ja asiakkaan kuuleminen ennen häntä koskevien päätösten tekemistä.

Potilaalla on oikeus päättää omasta hoidostaan ja osallistua omaa hoitoaan koskevaan päätöksentekoon. Potilaan täytyy olla täysin tietoinen omaan hoitoonsa liittyvistä tekijöistä ja antaa täysi suostumuksensa ennen kuin terveydellisiä toimenpiteitä voidaan suorittaa. Potilaalla on oikeus tehdä hoitonsa suhteen myös päätöksiä, jotka saattavat vahingoittaa hänen terveyttään tai henkeään. (Valvira 2018.)

### 3 Skitsofrenia ja psykoosisairaudet

Skitsofrenia on vakava psykiatrinen sairaus, joka alkaa yleensä nuorella aikuisiällä. Sairauden yleisimpiin ominaisuuksiin kuuluu ajattelun ja havaitsemisen vääristymät, eli harhaluulot ja aistiharhat, sekä usein myös tunneilmaisun poikkeavuudet tai latistuminen. Väestöstä noin 1 % sairastuu skitsofreniaan elinaikanaan. Miehillä sairastuminen tapahtuu usein 20-28 vuoden iässä, kun taas naiset sairastuvat yleensä muutamaa vuotta myöhemmin. Skitsofreniaa esiintyy kuitenkin myös lapsilla, murrosikäisillä, sekä keski-ikäisillä ihmisillä. (Huttunen 2018.)

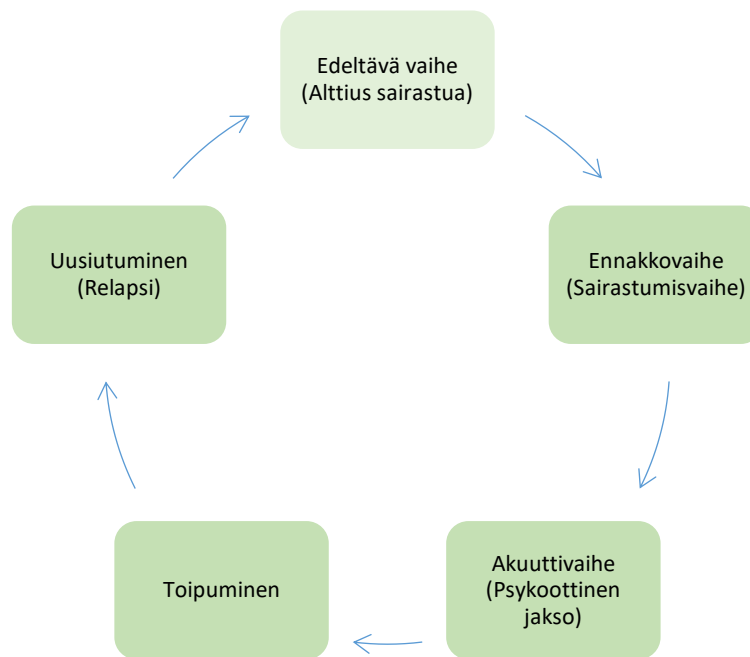
Skitsofrenian oireet on jaettu negatiivisiin ja positiivisiin oireisiin. Negatiivisia oireita ovat muun muassa tunneilmaisun latistuminen, puheen köyhtyminen, tahdottomuus, kyvyttömyys tuntea mielihyvää, vetäytyminen ihmissuhteista ja sosiaalisten kontaktien puute. Positiivisia oireita, eli psykoottisia oireita ovat muun muassa aistiharhat, harhaluulot, sekä puheen ja käyttäytymisen hajanaisuus. Lisäksi sairauden oireissa voi esiintyä myös puutoksia yleisessä kognitiivisessa suoriutumisessa, tarkkaavaisuudessa ja keskittymisessä, muistissa, näönvaraisessa hahmottamisessa, tiedon prosessointinopeudessa ja toiminnanohjauksessa. Oireita voivat olla myös erilaiset ahdistus- ja mielialaoireet, unettomuus ja eriasteinen itsetuhoisuus. (Käypähoito 2020.) Oireet ovat kuitenkin yksilöllisiä ja moninaisia, eikä kaikkia oireita ilmene kaikilla skitsofreniaa sairastavilla (Skitsofreniainfo 2021).

Skitsofrenia on psykoosisairauksista yleisin, mutta psykoosisairauksia ovat myös harhaluuloisuushäiriö, lyhytkestoinen psykoosi ja skitsoaffektiivinen häiriö. Sairauksille yhteistä on todellisuudentajun häiriintyminen, joka ilmenee usein harhaluuloina, tai aistiharhoina. (THL 2019.)

Psykoosi termiä käytetään yleisimmin mielenterveyshäiriöissä, joissa henkilö on joltain osin menettänyt kosketuksensa todellisuuteen. Yllä mainittujen psykoosisairauksien lisäksi, psykoottisuutta voi esiintyä myös muissa mielenterveydenhäiriöissä. Kaksisuuntaiseen mielialahäiriöön voi esimerkiksi kuulua psykoottinen masennus tai mania, sekä lääkkeiden tai huumeiden käyttö voi aiheuttaa psykoosin. Psykoosia sairastavan henkilön terveet ja



psykoottiset kaudet voivat vaihdella eri vaiheiden välillä. Psykoosia edeltävässä vaiheessa henkilöllä on alttius sairastua, mutta varsinaisia psykoosin oireita ei ole. Ennakkovaiheessa on havaittavissa joitakin muutoksia tunne-elämässä, motivaatiossa, ajattelussa, havainnoissa ja käytöksessä. Akuuttivaiheessa henkilöllä on psykoottisia oireita, muun muassa harhaluuloja, aistiharhoja, sekavaa ajattelua, sekä vaikeuksia ylläpitää ihmissuhteita, tehdä töitä tai opiskella. Toipumisvaihe on yksilöllinen prosessi, jossa lopulta saavutetaan hyvä vointi. Psykoosin uusiutuminen on yleistä psykoosisairauksissa, on tärkeää huomata varoitusmerkit varhaisessa vaiheessa, vaikka ne kehittyisivät vähitellen, tai olisivat epämääräisiä. Yllä mainitut psykoosin vaiheet näkyvät kuviossa 1. (Mielenterveystalo 2021.)



Kuvio 1: Psykoosin vaiheet (Mielenterveystalo 2021)

### 3.1 Psykoosi- ja skitsofreniasairauksien hoito

Skitsofrenian ja muiden psykiatristen sairauksien hoito alkaa potilaan tilan ja tilanteen arviolla. Arviointi muodostuu tiedonkeruusta ja sillä tähdätään potilaan ongelmien ammatilliseen määrittämiseen, joka tiivistyy kliiniseksi diagnoosiksi. Tiedonkeruu tapahtuu kliinisenä haastatteluna, kokonaiskuvan luomisella potilaan nykytilasta ja potilaan nykytilaa määrittävien tekijöiden selvittämisellä. Tavoitteena on ymmärtää, miksi potilas on tullut hoidon piiriin ja kerätä potilaalta ja muilta lähteiltä esitietoja. Potilaalle tehdään kliininen tutkimus, joka sisältää psyykkiset toiminnot ja oireet. Lisäksi potilaalle tehdään somaattisia

tutkimuksia ja laboratoriokokeita. Potilaalle tehdään hoitosuunnitelma, joka sisältää hoidon keskeiset tavoitteet, sekä niihin pääsemiseen tarvittavat toimenpiteet aikataulutettuna. (Lönqvist, Henriksson, Marttunen & Partonen 2017, 43-44.)

Skitsofrenian hoito on yleensä pitkäaikaista ja sen keskiössä on biologisten, psykoterapeuttisten ja psykososiaalisten hoitomuotojen yhdistäminen potilaan tarpeet huomioiden. Hoidon ja kuntoutuksen avulla pyritään lieventämään sairauden oireita, parantamaan psykososiaalista toimintakykyä ja sopeutumista sairauteen, sekä tukemaan potilasta. Lisäksi tavoitteena on estää uudet psykoosijaksot, vähentää niiden määrää, tai lievittää niiden vaikeusastetta. (Lönqvist ym. 2017, 170.)

Skitsofreenisen psykoosin hoidossa keskeinen on myös antipsykoottinen lääkehoito, koska sillä voidaan vähentää psykoosin oireita, uusia sairausjaksoja ja kokonaiskuolleisuutta. Psykoosilääkitys aloitetaan yleensä mahdollisimman nopeasti diagnoosin varmistuttua. Jos lääkehoidon aloittaminen viivästyy, se voi heikentää potilaan ennustetta. On tärkeää kertoa potilaalle ja tämän omaisille lääkkeen vaikutuksista ja sen mahdollisista sivuvaikutuksista. Lääkehoito ei kuitenkaan yksistään ole riittävää, vaan se yhdistetään muihin hoitomuotoihin. (Lönqvist ym. 2017, 178.)

Lääkehoidon lisäksi skitsofrenian hoidossa voidaan hyödyntää psykoterapiaa. Psykoterapia on tavoitteellista toimintaa, jonka tarkoituksena on poistaa tai lieventää mielenterveyden häiriöitä. Psykoterapian muotoja on monia ja ne jaotellaan sen mukaa, mihin teoriaan menetelmä perustuu. Psykoterapia on jäsenelty vuorovaikutussuhde potilaan ja hoitavan henkilön välillä, jonka sisältö riippuu terapeutin suuntauksesta ja potilaan tarpeista. (Toivio & Nordling 2009, 247-249.)

Eläminen sairauden kanssa edellyttää myös tietoa siitä, mistä on kysymys ja miten tilanteeseen voidaan vaikuttaa. Psykoedukatiivinen työote on yksi skitsofrenian hoidossa ja kuntoutuksessa käytettävistä menetelmistä. Psykoedukaation tarkoituksena on antaa tietoja sairaudesta, sen syistä ja vaikutuksista, joilla pyritään lisäämään ymmärrystä. Käytännössä psykoedukaatiossa voidaan antaa potilaalle neuvoja ja koulutusta, joilla voidaan auttaa potilasta stressitekijöiden ja ennakoivien oireiden tunnistamisessa, sekä hallitsemisessa. (Rissanen 2007, 65-66.)

Skitsofrenian hoidon kannalta tärkeässä roolissa on myös arkielämän ja sosiaalisten taitojen harjoittelu. Skitsofreniapotilailla sosiaaliset vuorovaikutustaidot ja arkielämässä välttämättömät elämisen taidot ovat usein puutteellisia. Monet sairastuneet hyötyvät erilaisista ryhmistä, joissa voidaan harjoitella turvallisessa ympäristössä päivittäisiä toimintoja, kuten ruoan laittoa, kaupassa käyntiä, virastoissa asioimista, tai vuorovaikutustaitoja. Potilaalle, jonka tavoitteena on jatkaa työelämässä voi sopia ammatillinen kuntoutus, esimerkiksi klubitalotoiminta. Klubitalotoiminta on psykososiaalista

kuntoutusta, jonka tarkoituksena on tukea työelämään ja koulutukseen. Perinteisen yksilökohtaisen palveluohjauksen lisäksi avohoitoon on kehitetty myös työryhmäpohjainen tehostettu avohoitotoiminta. Tehostetussa avohoidossa moniammatillinen työryhmä vastaa potilaan hoidosta ja tarjoavat palveluita myös potilaan kotiympäristöön. Tavoitteena on vähentää potilaan sairaalahoitoja ja tukea heitä psykiatrisen sairaanhoidon ulkopuolisiin kunnan ja kolmannen sektorin palveluihin. (Lönngqvist ym. 2017, 196.)

Monella skitsofreniaa sairastavalla voi olla myös päihdehäiriöitä, eli kaksoisdiagnoosi. Potilaalla esiintyy usein hoitokielteisyyttä, monia sosiaalisia ongelmia ja toimintakyvyn heikkenemistä. Kaksoisdiagnoosipotilailla on myös yleistä väkivaltaisen käyttäytymisen riski ja päihteiden käyttö huonontaa oleellisesti potilaan psyykkistä vointia. Kaksoisdiagnoosipotilaat tarvitsevat psykoosin hoidon ohella myös riippuvuuden hoitoa ja sosiaalista kuntoutusta. Kognitiivinen kuntoutus on myös tärkeä kuntoutuksen osa-alue skitsofreniapotilaan hoidossa. Sairauteen liittyy kognitiivisia puutoksia muistissa, huomiokyvyn ja päättelykyvyn alueella. Kognitiivisen kuntoutuksen tavoitteena on, että häiriöiden lievittymisen myötä potilaat voisivat hyötyä paremmin sosiaalisten vuorovaikutustaitojen harjoittelusta. Kognitiiviseen kuntoutukseen kuuluu kohdennetusti muistia, tarkkaavaisuutta ja päättelyä vaativia tehtäviä. (Lönngqvist ym. 2017, 197.)

Pääsääntöisesti skitsofreniapotilaan hoito keskittyy avohoitoon, mutta välillä sairaalajaksostakin voi olla hyötyä potilaan hoidossa. Eteenkin sairastumisen alkuvaiheessa psykoosin oireet voivat olla niin rajuja, että sairaalahoito voi olla tarpeellista. Sairaalahoidon loppupuolella potilas osallistuu osaston päiväohjelmaan, hänellä on vastuita ja velvollisuuksia, voidaan kokeilla asiointikäyntejä ja hoitolomia. Jos potilaan vointi on erityisen huono, eikä hän kykene huolehtimaan itsestään, voidaan sairaalajaksoa jatkaa viikkoja jopa kuukausia. Sairaaloilla voi olla myös asumiskuntoutuksen yksiköitä, joissa harjoitellaan itsenäistä asumista sairaalan läheisyydessä. Kuntien sosiaalitoimi vastaa kuitenkin pääasiassa asumiskuntoutuksesta. Potilaan asumismuotoa ja tuen tarvetta arvioidaan ja sen pohjalta mietitään potilaalle paras asumisratkaisu. Palveluita voivat olla esimerkiksi asumisyksikkö, jossa on ympärivuorokautinen tuki, tai kotiin vietävä tuki, jolloin potilas asuu omassa kotonaan ja tapaa siellä työntekijää säännöllisesti. Tuettu asumismuoto voi parhaimmillaan parantaa potilaan psykososiaalista toimintakykyä ja ehkäistä pysyvien toimintavajavuuksien syntymistä. (Lönngqvist ym. 2017, 198-199.)

Hoito- ja kuntoutusketjun jatkuvuuden turvaaminen on erityisen tärkeää skitsofreniapotilaan toipumisen kannalta. Akuuttihoiton jälkeen kuntouttavaan hoitopaikkaan siirtyminen avohoidossa tai sairaalassa, pitäisi tapahtua mahdollisimman jouhevasti. Myös julkisen ja yksityisen sektorin palveluiden laadun ja valvonnan varmistaminen on tärkeää. Hoito- ja kuntoutuspaikkojen integroituminen kattavaksi ja toimivaksi kokonaisuudeksi on keskeistä hoidon onnistumisen kannalta. (Lönngqvist ym. 2017, 201.)

#### 4 Sairaudentunnottomuuden määritelmä

Sairaudentunnottomuus käsitteenä tarkoittaa sitä, että ihminen ei tiedosta omaa sairauttaan, tai ei hyväksy sitä. Sairaudentunnottomuudesta voidaan käyttää myös termiä anosognosia, joka tulee kreikan kielestä. Sairaudentunnottomuutta esiintyy usein skitsofreniassa, sekä kaksisuuntaisessa mielialahäiriössä. Lisäksi sairaudentunnottomuutta esiintyy usein myös neurologisissa häiriöissä, kuten Alzheimer ja aivohalvauspotilailla. Asiantuntijat uskovat, että sairaudentunnottomuus johtuu aivojen itsereflektioon liittyvän alueen vahingoittumisesta. Ihminen päivittää jatkuvasti omaa minäkuvaansa ja aivojen etulohko rekisteröi tämän tiedon ja käyttää sitä minäkuvan muokkaamiseen. Skitsofrenia ja kaksisuuntainen mielialahäiriö voi vaurioittaa aivojen etulohkoa ja näin ollen vaikeuttaa minäkuvan päivitystä. Aivojen etulohkon vaurioituminen voi siis vaikuttaa siihen, miten näemme itsemme. (Bhandari 2020.) Ilman minäkuvan päivitystä, ihminen on kiinni vanhassa minäkuvassaan ennen sairastumista, eikä näin ollen tunnista sairautta itsessään (NAMI 2021).

##### 4.1 Sairaudentunnottomuus psykoosi- ja skitsofreniapotilailla

Vaikka skitsofrenian oireet saattavat olla ilmeisenkin näkyviä ulkopuolisille, niin sairaudentunnottomat skitsofreniaa sairastavat eivät itse usko sairastavansa. Heillä ei ole välttämättä kykyä nähdä oireitaan, kuten harhaluuloja ja hallusinaatioita taudin vaikutuksina. Sairaudentunnottomuus voi olla henkilöllä niin vahva, että vaikka sairauden olemassaolosta annettaisiin vahvojakin todisteita, niin henkilö ei silti usko sairastavansa. Oireiden väärin määrittelemisen tai kieltämisen ei ole kuitenkaan tietoinen valinta, vaan itse sairauden oire. (McLean 2012.)

Psykoosi- ja skitsofreniapotilailla sairaudentunnottomuus näkyy usein lääkekielteisyytenä, joka taas aiheuttaa usein oireiden palaamisen, tai pahenemisen. Potilas saattaa ajatella, että miksi hän söisi lääkkeitä, kun hän ei ole sairas. Lisäksi lääkkeillä voi olla ikäviä sivuvaikutuksia, jotka lisäävät potilaan lääkekielteisyyttä. (Bhandari 2020.)

Kaikilla sairaudentunnottomuus ei kuitenkaan esiinny samalla tavalla. Jotkut saattava sanoa suoraan, ettei heidän mielestään mikään ole vialla. Toiset taas saattavat vältellä oireistaan puhumista, koska kokevat ettei kukaan usko heitä. Toiset saattavat olla hämmentyneitä ja turhautuneita siitä, että muut ihmiset ovat ristiriidassa sen kanssa, mikä on henkilölle itselleen totta. On tärkeää kiinnittää huomiota henkilön käyttäytymiseen ennen mielenterveysdiagnoosia ja sen jälkeen. Henkilö voi sairastuttuaan kieltää oireitaan vain suojatakseen tunteitaan, joten on tärkeää keskittyä eroon henkilön persoonallisuuden ja sairaudentunnottomuus oireiden välillä. (Jewell 2019.)

#### 4.2 Sairaudentunnottomuuden hoito ja sen haasteet

Sairaudentunnottomuuden hoito voi vaihdella syyn mukaan. Yleisenä hoitomuotona on psykoosilääkitys, jota käytetään skitsofrenian ja kaksisuuntaisen mielialahäiriön oireiden hoitamisessa. Psykoosilääkkeet toimivat yleensä eri tavalla eri ihmisillä, joten ne määrätään oireiden, terveydentilan ja lääkehoidon perusteella. Psykoosilääkitys saattaa myös muuttua elämän aikana, kun kognitiiviset kyvyt muuttuvat, tai kun keho alkaa reagoimaan lääkitykseen eri lailla ajan myötä. (Jewell 2019.)

Sairaudentunnottomuuden hoitomuotona voidaan käyttää myös MET-terapiaa (Motivational enhancement therapy). Terapiassa käytetään motivoinnin tekniikoita, joiden tavoitteena on saada henkilö muuttamaan minäkuvaansa, hyväksymään että hänellä on sairaus, tai kannustaa häntä saamaan hoitoa sairauteensa. MET-terapiassa autetaan henkilöä tarkastelemaan oireitaan, käyttäytymistään ja suhteitaan objektiivisesti. Tarkastelun tuloksensa saattaa olla oivallus siitä, että tosiasiat viittaavat sairauden olemassaoloon. (Jewell 2019.)

Sairaudentunnottomuutta poistavaa hoitoa ei ole löydetty, mutta vestibulaarisen stimulaation on katsottu parantavan tilannetta väliaikaisesti (Acharya&Sánchez-Manso 2020). Vestibulaarinen järjestelmä tarkoittaa sisäkorvassa sijaitsevaa tasapainoelintä, jolla tiedetään olevan jopa 18500 hermostollista yhteyttä eri aivoalueisiin. Vestibulaarisella järjestelmällä tiedetään olevan yhteyksiä psykiatriisiin sairauksiin, esimerkiksi huimauksella on yhteys pelon tunteeseen, ahdistushäiriöihin ja masennukseen. Vestibulaarinen stimulaatio voi olla esimerkiksi keinuvaa liikettä, jonka on todettu laskevan kortisolitasoja, verenpainetta ja sydämen sykettä. Lisäksi sen on todettu rauhoittavan, vähentävän aistiyliherkkyyttä, parantavan keskittymistä, oppimista, muistia, sekä vähentävän turhaa lihasjännitystä. Vestibulaarisella stimulaatiolla voisi olla potentiaalia mielenterveyden ylläpitämisessä, sekä psyykkisten oireiden ennaltaehkäisyssä ja hoidossa. (Kansanoja 2020.) Vestibulaarisen stimulaation käytettävyyttä nimenomaan sairaudentunnottomien psykoosi- ja skitsofreniapotilaiden hoidossa, ei käynyt ilmi tutkimuksissa. Tutkimusten perusteella on kuitenkin selvää, että vestibulaarisella stimuloinnilla voidaan lieventää myös psyykkisten sairauksien oirehdintaa.

#### 4.3 Hoitoon sitoutuminen

Lääkekielteisyys haittaa usein skitsofrenian hoitoa ja lääkekielteisyyteen vaikuttavat potilaan asenne hoitoa kohtaan ja sairaudentunto. Potilaan kuuntelu ja yhteisten tavoitteiden asettaminen on edellytyksenä hyvän hoidollisen yhteistyön luomiselle. (Käypähoito 2021.)

Lääkemyöntyvyyteen on katsottu vaikuttavan myös päihdeongelmat, sekä epäsäännöllinen elämäntyyli, joka voi aiheuttaa sen, että lääkkeiden otto unohtuu ja reseptiuusinnat jäävät tekemättä. Puutteet kognitiossa saavat aikaan sen, että tietoisuus oireista heikentyy ja sitä kautta ymmärrys mielenterveyshäiriöstä. (Oksanen 2015.)

Potilaan hoitomyöntyvyyttä voidaan edistää lisäämällä hänen tietoisuuttaan lääkehoidosta ja keskustelemalla lääkehoitoon liittyvistä ennakkoluuloista, harhaluuloista, uskomuksista ja ennako-oletuksista. On myös tärkeää kuunnella ja käsitellä potilaan pelkoja lääkkeiden haittavaikutuksista ja vieroitusoireista. Potilaalle tuodaan esille se, kuinka lääkehoito voi vaikuttaa positiivisesti hänen elämäänsä. Hoitomyöntyvyyden keskiössä on luottamus hoitoa toteuttavia ihmisiä kohtaan ja kokemus kuulluksi tulemisesta. (Noppiari, Kiiltomäki & Pesonen 2007, 112.)

Asennoituminen sairauteen, hoitoon ja lääkitykseen vaatii yleensä keskustelua. Potilaalta vaaditaan motivaatiota, jotta hän ei jättäisi lääkehoitoa kesken liian varhain. Lääkityksen keskeyttäminen voi johtua siitä, että potilas tuntee itsensä hyvävointiseksi, potilas pelkää sivuoireita, tai pelkää lääkkeiden leimaavaa vaikutusta. (Hietaharju & Nuutila 2017, 90.)

## 5 Tavoite, tarkoitus ja tutkimuskysymykset

Opinnäytetyön tavoitteena oli tuottaa tietoa sairaudentunnottomien psykoosi- ja skitsofreniapotilaiden kanssa käytettävistä työtavoista terveydenhuollossa. Tavoitteena oli kartoittaa työtapoja, jotka motivoivat sitoutumaan hoitoon osastojakson jälkeen ja joita olisi mahdollista käyttää ja soveltaa myös sosiaalihuollossa. Toimivat työtavat tukevat myös potilaan kuntoutumista ja vähentävät riskiä osastojaksojen uusiutumisesta, sekä palveluiden ulkopuolelle jäämisestä. Oma tavoitteeni on, että opinnäytetyöni pienentäisi sosiaalihuollon ja terveydenhuollon välistä tietokuilua ja lisäisi yhteisten työtapojen ja menetelmien käyttöä.

Oman kokemukseni mukaan sosiaalihuollon puolella ei usein tiedetä, minkälaista itsehoitoon motivointia osastojaksoilla tehdään. Sosiaalihuollolla tarkoitetaan ammatillisen henkilön, perheen ja yhteisön toimintakykyä, sosiaalista hyvinvointia, turvallisuutta ja osallisuutta edistäviä ja ylläpitäviä toimia, sekä sosiaalipalveluita ja niihin sisältyviä tukipalveluja (Stm 2021).

Sosiaalihuollossa potilaan hoitoon ohjaus voi olla hyvinkin haastavaa, jos potilas ei itse koe olevansa sairas ja hoitoon ohjaukseen voidaan tarvita myös psykiatrissa asiantuntemusta. Sosiaalibarometrasta kävi ilmi psykiatrian kuormitus, joka aiheuttaa sen, että asiakkauksia katkaistaan helposti, vaikka potilaan olisikin huonon vointinsa vuoksi vaikeaa sitoutua tukeen. Nämä potilaat siirtyvät avohoidon palveluihin ja sosiaalihuollon asiakkaisiksi. (Kivipelto 2020.)

Potilaan kotiutuessa sairaalaosastolta, saattaa herätä kysymys miksi potilas on ylipäättään kotiutettu, kun hän ei ole valmis sitoutumaan hoitoon? Jos avohoidon työhön saataisiin lisää tietoa työtavoista, joilla potilasta voidaan motivoida hoitoon, niin osastojaksoja ei ehkä tulisi niin herkästi. Hoitoon sitoutuneella potilaalla on myös paremmat mahdollisuudet elää normaalia elämää, kun oikeanlainen lääkehoito voidaan aloittaa. Toimivien työtapojen käyttö sosiaalihuollossa voisi vaikuttaa myös asumisyksiköissä asuvien mielenterveyskuntoutujien kuntoutumisjaksojen pituuteen, jos sairautentunnottomat kuntoutujat saataisiin motivoitua hoidon piiriin.

Tämän tutkimuksen tarkoitus oli kartoittaa:

Minkälaisia työskentelytapoja ja menetelmiä terveydenhuollossa käytetään sairautentunnottomien psykoosi- ja skitsofreniapotilaiden hoitoon sitouttamisessa?

Minkälaisia asioita ja tekijöitä pitäisi huomioida sairautentunnottomien psykoosi- ja skitsofreniapotilaiden itsehoidossa osastojakson jälkeen?

## 6 Tutkimuksen toteutus

Tässä luvussa käsitellään tutkimusmenetelmää ja tutkimuksen toteutusta teemahaastattelumenetelmää käyttäen. Tutkimus sai alkunsa työelämässä heränneen kiinnostuksen pohjalta ja suunnittelu alkoi sopivan yhteistyökumppanin etsinnällä. Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri HUS kiinnostui aiheesta ja suostui yhteistyökumppaniksi. Tutkimus on toteutettu suunnitteluvaihe mukaan lukien 18.12.2020-28.5.2021 välisenä aikana.

### 6.1 Kvalitatiivinen tutkimus ja teemahaastattelu

Opinnäytetyön tutkimusmenetelmä on kvalitatiivinen, eli laadullinen tutkimusmenetelmä. Laadullinen tutkimus on empiiristä tutkimusta, jonka tarkoituksena on tarkastella havaintoaineistoa ja argumentoida sitä metodien ohjaamana. (Tuomi, J. Sarajärvi, A. 2018, 27.)

Laadullisella tutkimuksella on mahdollista tuottaa syvällistä tietoa ja tarkkaa tietoa aiheesta tai ongelmasta, mutta se sopii käytettäväksi yleensä pienemmälle ihmisjoukolle. Laadullisella tutkimuksella voidaan selvittää ihmisten mielipiteitä ja kuvauksia aiheesta. Laadullisen tutkimuksen tavoitteena voi olla ymmärtää aihe, asia, tai ongelma syvällisesti yksilön näkökulmasta. (Surveymonkey 2021.)

Teemahaastattelu on strukturoidumpi tapa kerätä tietoa, kuin avoin haastattelu. Teemahaastattelussa pyritään huomioimaan haastateltavan tulkinta ja heidän merkityksenantonsa. Ennalta päätetyt teemat pyritään käymään läpi jokaisen haastateltavan kanssa, mutta myös haastateltavan vapaalle puheelle annetaan tilaa. Teemahaastattelun käyttö edellyttää aiheeseen perehtymistä ja haastateltavien tilanteen tuntemista, jotta haastattelut osataan kohdentaa oikeisiin teemoihin. (Saaranen-Kauppinen & Puusniekka 2006.) Teemahaastattelun etuna on se, että haastattelussa voidaan myös tarkentaa ja syventää vastauksia lisäkysymyksillä ja näin ollen saada laajemmin tietoa asiasta. Teemahaastattelu perustuu haastateltavien tulkintoihin asioista, heidän asialle antamiinsa merkityksiin, sekä merkitysten syntyyn vuorovaikutuksessa. (Tuomi, j. Sarajärvi, A. 2018, 88.) Teemahaastattelu sopi mielestäni parhaiten opinnäytetyöni aineistonkeruumenetelmäksi.

Opinnäytetyön tarkoitus oli kuvata terveydenhuollossa käytettäviä työtapoja psykoosi- ja skitsofreniapotilaiden hoitoon sitouttamisessa, sekä kartoittaa työtapojen soveltamista sosiaalihuollon työssä. Laadullinen tutkimus on ymmärtävää ja vaatii eläytymään tutkimuskohteeseen liittyvään henkiseen ilmapiiriin, ajatuksiin, tunteisiin ja motiiveihin (Tuomi, J. Sarajärvi, A. 2018, 33-34).

Opinnäytetyössäni tahdoin saada mahdollisimman paljon tietoa aiheesta ja luoda ymmärrystä, joten kyselylomakkeen käyttö tutkimusmenetelmänä olisi ollut haastavaa. Toteutin opinnäytetyön haastattelut puolistrukturoituna teemahaastatteluna, koska se antaa vastaajalle mahdollisuuden kertoa vapaasti ajatuksiaan tiettyyn teemaan liittyen. Koska opinnäytetyön aihe on hyvin laaja, halusin välttää haastatteluissa liikaa avointa keskustelua. Tämä sen vuoksi, että halusin saada haastateltavilta mahdollisimman paljon tietoa heidän näkökulmastaan, eikä niin että keskustelulla ohjaisiin vastausten suuntaa. Sen sijaan laadin kysymykset, jotka olivat luonteeltaan hyvin laajoja ja joihin jokainen voi vastata oman näkökulmansa mukaisesti. Haastatteluiden edetessä saatoin vaihtaa kysymysten paikkaa, jos järjestys tuntui luontevammalta keskustelussa, tai jättää jonkun kysymyksen pois, jos haastateltava oli jo vastannut siihen muiden kysymysten aikana.

## 6.2 Aineiston keruu

Toteutin opinnäytetyöni yhteistyössä HUSin, eli Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirin kanssa. HUS koostuu viidestä eri sairaanhoitopiiristä, jotka ovat HYKS, Hyvinkää, Lohja, Porvoo ja Länsi-Uusimaa. HUS on Suomen suurin terveydenhuollon toimija, joka vastaa Suomen vaativimmasta erikoissairaanhoidosta, sekä useiden harvinaisten ja vaikeiden sairauksien hoidosta ja tutkimuksesta. (HUS 2021.) HUSin psykiatrisen hoidon osastot sijaitsevat Helsingissä psykiatriakeskuksessa ja Ulfåssassa, Jorvin sairaalassa Espoossa, Peijaksen sairaalassa Vantaalla, Hyvinkäällä Kellokosken sairaalassa ja Hyvinkään sairaalassa, Porvoon sairaalassa, Lohjan sairaalassa ja Tammisaarella Raaseporin



mielenterveyskeskuksessa. (HUS 2021.) Opinnäytetyössäni pääsin haastattelemaan Peijaksen sairaalan P1 osaston, sekä Kellokosken sairaalan P60 ja P40 osastojen hoitohenkilökuntaa.

Käytin aineiston keräämiseen teemahaastattelumenetelmää ja haastattelut suoritin teamsin välityksellä. Olin tehnyt teemahaastattelurungon ja jakanut teemat kolmeen osaan 1. Osastohoidon aikana tehtävä hoitotyö 2. Kotiutumisvaiheessa olevien sairautentunnottomien potilaiden kanssa käytettävät työtavat ja 3. Nivelvaiheen työskentely.

Tutkittavina tässä tutkimuksessa olivat HUSin psykiatrisen sairaanhoidon henkilökunta, jotka työskentelevät psykoosi- ja skitsofreniapotilaiden kanssa. Haastateltavat valikoituivat tutkittavan tiedotteen saaneiden henkilöiden väliltä. Yhteyshenkilöni toimitti tiedotteen sairaalaosastoille ja haastatteluun halukkaat osallistujat täyttivät suostumuslomakkeen. Haastateltavina oli lopulta yhteensä 10 HUSin psykiatrisen sairaanhoidon työntekijää.

Yhteyshenkilöni toimitti minulle haastateltavien sähköpostiosoitteet ja laitoin heille viestiä haastatteluajkojen sopimiseksi. Haastatteluajkojen sopiminen onnistui sujuvasti ja aikataulut oli helppo sopia, koska haastattelut käytiin teamsin välityksellä. Haastattelut suoritettiin 22.3.2021-20.4. 2021 välisenä aikana ja ne olivat kestoltaan noin 20 minuutista tuntiin.

### 6.3 Aineiston analysointi

Aineiston analyysillä tarkoitetaan aineiston lukemista huolellisesti, materiaalin järjestelyä, sisällön erittelyä, jäsentelyä ja pohtimista. Analyysi voi olla myös sisällön luokittelemista eri teemojen perusteella. (Saaranen-Kauppinen & Puusniekka 2006.) Tässä opinnäytetyössä analysoin aineistoa teemoittelun avulla. Litteroin haastattelumateriaalin tekstiksi ja jaottelin eri osastojen haastatteluista saadut aineistot omiin kansioihinsa. Jaottelun jälkeen etsin yhtäläisyyksiä ja eroavaisuuksia eri osastoilla käytettävistä työtavoista ja kokosin tärkeimmät löydökset opinnäytetyön raporttiin.

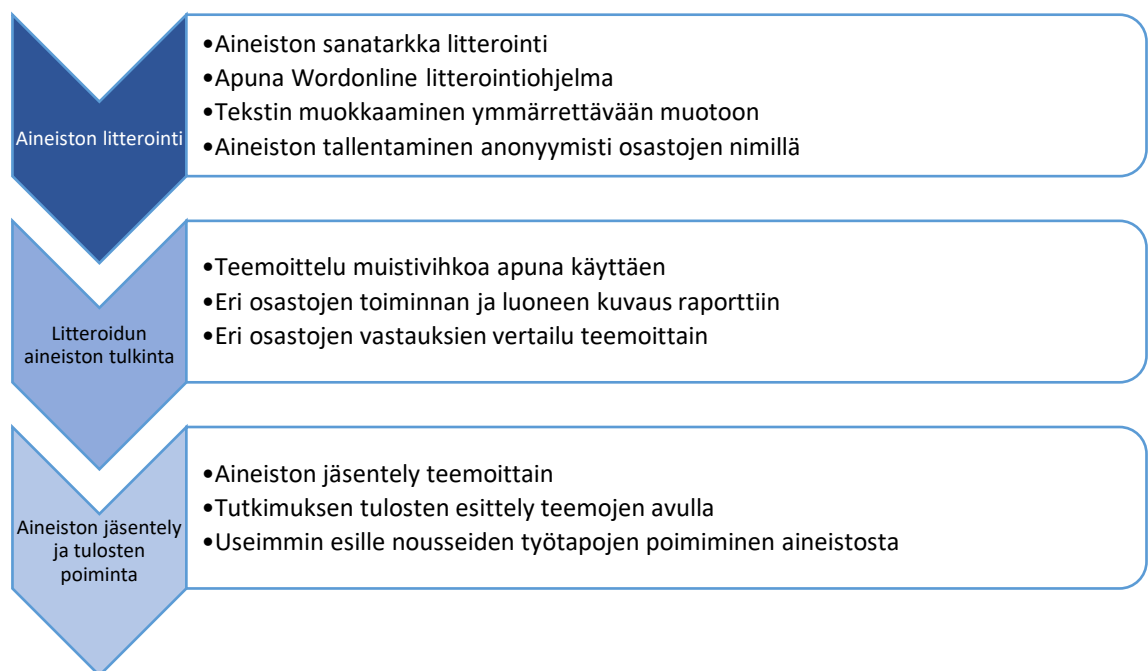
Litteroinnilla tarkoitetaan nauhoitetun puhemuotoisen aineiston muuntamista tekstiksi, tai tutkimukseen osallistuneiden käsin kirjoittamien tekstien puhtaaksi kirjoittamista.

Litteroinnin tarkkuuteen vaikuttaa tutkimusongelma, sekä se, onko analyysin keskiössä kielenkäyttö tai vuorovaikutus. Mikäli kielenkäyttö tai vuorovaikutus eivät ole analyysin kohteena, on silti tärkeää, että kaikki puhutut lauseet ja virkkeet tulee kirjoitettua ylös. (Saaranen-Kauppinen & Puusniekka 2006.)

Tässä opinnäytetyössä litteroitua aineistoa tuli useita sivuja, riippuen kuitenkin haastattelun pituudesta. Tämän opinnäytetyön analyysin kohteena ei ollut niinkään haastateltavien kielenkäyttö tai vuorovaikutus, vaan enemmänkin haastateltavilta saatu tieto aiheesta. Litteroinnissa käytin apunani Wordin litterointiohjelmaa. Litterointiohjelma ei kuitenkaan

osannut litteroida äänitteitä sanatarkasti, joten kuuntelin äänitteitä uudestaan ja korjasin tekstiä kuuntelun perusteella, jotta sain lopputulokseksi sanatarkan litterointiaineiston.

Käytin aineiston analysoinnin apuna myös muistivihkoa, johon kirjoitin eri osastojen nimet ja kysymyksen tai teeman, johon halusin saada vastauksen. Kirjoitin eri osastojen kohdalle haastatteluista esille nousseet asiat ja ympyröin ne asiat, jotka nousivat esille useammassa haastattelussa. Lopuksi vertasin eri osastojen vastauksia ja esille nousseita asioita, jonka jälkeen kokosin tärkeimmät niistä tutkimuksen tuloksiin. Lisäkuvausta analyysin vaiheista kuviossa 2. Opinnäytetyön tarkoituksena oli kerätä mahdollisimman paljon tietoa osastoilla käytettävistä työtavoista, joten poimin aineistosta kaikki haastateltavien mainitsemat käytössä olevat työtavat tutkimuksen tuloksiin. Jotkut työtavat, jotka tulevat ilmi tutkimuksen tuloksissa, saattoivat olla yksittäisen haastateltavan mainitsemia. Johtopäätöksiin kokosin kuitenkin työtapoja, jotka tulivat haastattelussa vahvimmin ja useammin esille.



Kuvio 2: Analyysin vaiheet

#### 6.4 Eettisyys ja luotettavuus

Yleisten eettisten periaatteiden mukaisesti tutkimuksessa tulee kunnioittaa tutkittavien ihmisarvoa, itsemääräämisoikeutta, yksityisyyttä ja muita oikeuksia. Kaikki tutkittavilta saatu tieto on arvokasta ja tutkijan täytyy käyttää saatuja tuloksia niin, etteivät ne vahingoita tai haittaa muiden ihmisten elämää. (Vuori 2021.)

Jo tutkimuksen varhaisessa vaiheessa huomasin, että sairaudentunnottomuudesta löytyy hyvin vähän suomen kielistä tutkimusaineistoa. Tutkimusprosessin edetessä löysin kuitenkin hyviä vieraskielisiä tutkimuksia ja nettiartikkeleita aiheesta. Skitsofreniasta ja psykoosisairauksista löytyi joitakin hyviä kirjoja, mutta monen kirjan julkaisuvuodesta oli jo aikaa. Onnistuin mielestäni kuitenkin hyvin löytämään tietoa aiheesta ja luomaan kokonaiskuvaa sairaudentunnottomuudesta ja psykoosisairauksista.

Olen itse törmännyt sosiaalihuollon työssä hyvin vähän työtapoihin, joita käytettäisiin hoitoon sitouttamisessa. Oli mielenkiintoista päästä tutkimaan, minkälaisia työskentelytapoja terveydenhuollossa on käytössä, joita voisi mahdollisesti hyödyntää myös sosiaalihuollon työssä. Itse koen, että sosiaalihuollon sitouttamistyöstä tekee haastavaa se, ettei sosiaalialan työntekijöillä ole valtuuksia antaa pitkäaikaisia injektioita, tai aloittaa lääkityksiä. Potilaan lääkehoito on usein potilaan omalla vastuulla ja jos potilas haluaa lopettaa lääkityksen, häntä ei voi kieltää tekemästä niin. Sosiaalialan työssä hoitoon sitouttaminen on tukemista, lääkärin tapaamisista muistuttamista, sekä motivointia ja tämäkin tapahtuu usein tuetussa asumispalvelussa. Omassa kodissa asuvat potilaat, joutuvat sitäkin enemmän ottamaan vastuuta omasta lääkehoidostaan. Aihetta on mielestäni tärkeää tutkia sen vuoksi, että mitä enemmän toimivia työtapoja käytetään niin sosiaalihuollon kuin terveydenhuollonkin työssä, niin sitä paremmin pystytään tukemaan potilasta lääkehoidossa, toimintakyvyssä ja uusilta osastojaksoilta välttymisessä.

Haastattelin kymmentä terveydenhuollon ammattilaista, jotka kukin työskentelevät psykiatrisilla osastoilla psykoosi- ja skitsofreniapotilaiden kanssa. Yhteistyökumppania etsiessäni pidin tärkeänä sitä, että haastateltavillani olisi kokemusta sairaudentunnottomuudesta ja psykoosisairauksista. Jokainen haastateltava oli ollut pitkään alalla, ja heille oli kertynyt aiheesta paljon kokemusta ja tietoa. Äänitin haastattelut teamsilla ja puhelimeni ääninauhurilla.

Jokainen haastateltava sai ennen haastatteluita luettavakseen tutkittavan tiedotteen, jossa kerroin tutkimuksen tarkoituksen, tavoitteet ja mitä tutkimukseen osallistuminen vaatii heiltä. Jokainen haastateltava sai sen jälkeen täyttää suostumuslomakkeen. Tein tutkimuseettisen valinnan ja halusin säilyttää haastateltavien anonymiteetin. Tutkimuksen tarkoitus ja tavoitteet, eivät mielestäni edellyttäneet haastateltavien henkilötietojen kertomista. Haastattelin kolmen erilaisen osaston henkilökuntaa, joten tutkimustulosten selventämisen vuoksi koin tärkeäksi kertoa mitkä kolme osastoa on kyseessä ja vähän osastojen luonteesta. En kerro tässä tutkimuksessa haastateltavien identiteettiä paljastavia tietoja ja noudatan vaitiolovelvollisuutta.

Aineistoa analysoidessani tallensin tiedostot ainoastaan numeerisilla tunnisteilla ja osaston nimen perusteella. Tutkimuksen päätyttyä, poistan kaikki tutkimuksen aineistoon liittyvät materiaalit ja äänitteet tietokoneeltani, sekä puhelimestani.

Psykoosi- ja skitsofreniapotilaiden näkökulmasta, pyrin tarkastelemaan ja analysoimaan aihetta heitä loukkaamatta. Toin tutkimuksessani esille psykoosi- ja skitsofrenia sairauksista ainoastaan todenmukaista tietoa, jotta tutkimukseni ei johda lukijaa harhaan sairauksiin kuuluvien oireiden ja niiden hoidon suhteen.

## 7 Tutkimustulokset

Tutkimustuloksiin on kerätty jokaisesta teemahaastattelurungon teemasta keskeisiä asioita. Tarkoituksena oli tuottaa mahdollisimman paljon tietoa aiheesta, joten tutkimustuloksiin on pyritty tuomaan mahdollisimman laaja kuvaus osastojen toiminnasta. Tuloksiin on kerätty tietoa, joka auttaa ymmärtämään osastojaksojen aikana tehtävää hoitotyötä, sekä osastojen luonnetta. Tuloksia ei ole kuvattu prosentuaalisesti tai muuten määrällisesti, koska aineistosta saatu tieto haluttiin tuoda yhtä merkittävänä riippumatta siitä, oliko asiasta mainittu haastatteluissa yksi vai useampi henkilö. Tuloksissa on kuitenkin kuvattu työtapoja ja tietoja, jotka mainittiin jokaisella osastolla tai jotka nousivat vahvasti useassa teemassa esille.

### 7.1 Osastojakson aikana tehtävä hoitotyö

Ensimmäisen teeman tarkoitus oli kartoittaa, minkälaista hoitoa ja kuntoutusta osastojaksot sisältävät, millä tavoin sairautentunnottomuus havaitaan, sekä minkälaisia haasteita kotiutumiseen liittyy. Tässä osiossa esittelen teemoittain tutkimustuloksia.

Sairautentunnottomuuden havaitsemisesta osastolla, sekä hoitoon sitoutumiseen vaikuttavia tekijöitä on kuvattu kuviossa 2.

Peijaksen P1 osasto luokitellaan akuuttiosastoksi ja potilaismateriaali vaihtelee ensipsykoosiin sairastuneiden, psykoosioireisten ja psykoosidiagnoosin saaneiden potilaiden välillä.

Hoitojakson pituus määräytyy yksilöllisesti riippuen siitä, onko potilas ensikertalainen, vai onko hoitojaksoja taustalla jo useampi. Lisäksi hoitojakson pituuteen vaikuttaa potilaan elämäntilanne ja asumistilanne. Esimerkiksi jatkohoitoa paikkojen pitkät jonotusajat nousivat merkittäväksi vaikuttavaksi tekijäksi osastojakson pituuteen. Osastohoito voi olla lyhyttä akuuttihuoltoa, tai pitkäaikaista kuukausia kestävä hoitoa. Hoitojaksot voivat kestää vähimmillään yhden vuorokauden tai pisimmillään kuukausia. Tarkkaa pituutta on vaikeaa arvioida, koska osastojakson alussa on mahdotonta tietää, missä ajassa potilas alkaa toipumaan.

*”Se mikä tänä päivänä näkyy tosi paljon, on se, että moni potilas joutuu odottamaan tuettua asumispaikkaa meillä. Paikkoja on niukasti ja sitten ehkä tarvitsijat on tänä päivänä aika haastavia, että ehkä on asumispaikkoja, mutta että sen tyyppisiä missä juuri sitten sen ihmisen kanssa pärjätään on niukassa.”*

Osastojakson tavoitteena on saada potilaan psyykkinen vointi korjaantumaan niin, että hän pärjää osaston ulkopuolella avohoidon turvin. Potilas ei välttämättä ole vielä kotiutuessaan täysin terve, vaan osaston tarkoituksena on hoitaa potilaan akuuttitilannetta, jotta hoito voi jatkua toimivasti avohoidossa. Osastohoitoon kuuluu lääkehoidon aloittaminen tai jatkaminen, lääkärin tapaamiset, omahoitajakeskustelut, verkostotyö muiden toimijoiden ja omaisten kanssa, sekä moniammatillinen arviointi potilaan tilanteesta. P1 osaston työote on psykoedukatiivinen ja osastolla on tarjolla erilaisia ryhmiä. Esille nousi muun muassa Fenix -ryhmä, joka on huonosti hoitoon sitoutuville psykoosipotilaille suunnattu pienryhmä. Fenix on suunnattu potilaille, jotka ovat olleet pitkiä aikoja osastohoidossa, eivätkä ole kunnolla sitoutuneet avohoidon tukitoimiin. Ryhmä perustuu siihen, että potilas tulee kuulluksi ja kohdatuksi. Jokainen osallistuja tulee ryhmän tapaamisille tasavertaisena ryhmäläisenä omilla vaatteissaan, eikä esimerkiksi potilaana tai hoitajana. Ryhmän tapaamisilla voidaan keskustella mistä vain ja tapaamisten sisältö määräytyy ryhmäläisten toiveiden mukaisesti.

*”No sosiaalinen tuki ja kuntoutus on varmaan ne erilaiset ryhmätoiminnot mitä täällä järjestetään, on psykoedukatiivisia ryhmiä, joita pyritään järjestämään. Täytyyhän siellä olla myös sitten semmoista toimintaterapeutti aikaa, musiikkia, taideterapiaa ja liikunnallisuutta, niin että se henkilö saa jotenkin itsestään irtiottoa ja ajoittain käydä tutustumassa kolmannen sektorin paikkoihin.”*

Lisäksi osastolla on tarjolla esimerkiksi toimintaterapeutin järjestämää musiikki- tai taideterapiaa, liikunnallinen ryhmä, läheisyryhmä ja psykoedukaatioryhmä. Korona pandemian kerrottiin vaikuttaneen osaltaan myös osaston ryhmiin ja toimintaan. Normaalisti potilailla on mahdollisuus pitää kotilomia osastojakson aikana, sekä käydä tutustumassa kolmannen sektorin palveluihin. Pandemian myötä kotilomia tai tutustumiskäyntejä ei ole voitu järjestää samalla tavalla, eikä osastolla ole saanut käydä vierailijoita.

Osastohoidon aikana potilasta tuetaan arkirutiinien hoidossa ja yhteydenpidossa. Potilasta tuetaan säännöllisessä päivärytmissä, hygieniassa, sekä ulkoilussa. Potilaan lähiomaisiin pyritään pitämään yhteyttä ja potilasta tuetaan myös itse pitämään yhteyttä hänelle tärkeisiin ihmisiin. Tärkeäksi nousi myös yhteydenpito potilaan hoitoverkostoihin osastohoidon aikana. Osastohoidon aikana pyritään kartoittamaan potilaan sosiaaliset etuudet ja opastetaan arkirutiinien hoidossa, esimerkiksi lääkkeiden hakemisessa apteekista.

*”Kyllä ne meidän kulmakivet on ihan se perusarki. Tuetaan siihen, että aamuisin noustaän sängystä ylös, huolehditaan hygieniasta, laitetaan omat vaatteet päälle. Ne on niitä meidän pieniä asioita, millä pitäydytään siinä arjessa kiinni.”*

Yleinen syy osastohoidon tarpeelle on se, että potilas on jättänyt lääkehoidon käyttämättä, eikä ole käynyt avohoidon tapaamisilla. Lääkehoidon käyttämättä jättäminen voi johtua siitä, ettei potilas koe tarvetta lääkitykselle, koska vointi on niin hyvä, tai ei koe tarvitsevana lääkitystä, koska ei koe olevansa sairas. Osastolla sairautentunnottomuus ilmenee yksilöllisesti ja saattaa vaikeuttaa yhteistyötä aluksi. Potilas saattaa ajatella joutuneensa väärinkäsityksen vuoksi sairaalaan, tai että naapurit ovat ilkeyttään soittaneet virkavallan hakemaan hänet. Sairautentunnottomuus voi ilmetä myös lääkekielteisyytenä tai sitoutumattomuutena hoitoon. Sairautentunnottomuuden havaitsemisessa tärkeintä on potilaan käytöksen havainnoinnin lisäksi keskustelut potilaan kanssa. Lähtökohtana hoidolle on luottamuksen luominen potilaaseen, sekä potilaan tunne kuulluksi tulemisesta.

*”Jos ihminen itse ajattelee, ettei hänellä ole skitsofreniaa, niin miksi ihmeessä hän kävisi kerran kuussa juttelemassa jostain sairaudesta, mitä hänellä ei ole.”*

Keskusteluissa tulee usein esille potilaan ajatusmaailma ja suhtautuminen hoitoon. Hoitajan ja potilaan ajatukset voivat olla eriävät, mutta keskusteluilla pyritään löytämään yhteinen tavoite hoidolle. Vuorovaikutus lähiomaisten ja avohoidon kanssa nähtiin myös tärkeänä, koska heiltä voidaan saada arvokasta tietoa, jolla voidaan arvioida potilaan sairautentuntoa. Sairautentunnottomuuden havaitsemiseen ei ole mitään erityistä mittaria tai arviointilomaketta, vaan käytöshavainnot, keskustelut, psykoedukaatioryhmät ja yhteistyö potilaan verkostojen kanssa ovat keinoja havaita potilaan todellisuuden ja tilanteentaju.

*”Joo no sitten on se psykoedukaatio keskeinen ja sitten yksilöllinen potilaan ohjaus oman sairautensa suhteen ja lääkehoidon suhteen. Myös keskeinen tekijä on ne läheiset ja se perhe, että he saavat riittävästi tietoa ja tukea, että he pystyy sitten tukemaan myös potilasta siellä kotona.”*

Vaikka osaston ja avohoidon yhteistyö koettiin tiiviiksi, on korona-aika vaikuttanut kotitumisprosessin kulkuun. Pyrkimyksenä on kotiuttaa potilas saattaen niin, että potilas kävisi jo osaston kotilomien aikana avohoidon tapaamisilla. Haasteena on ollut se, että potilas on saattanut jättää jo ensimmäisen avohoidon tapaamisen väliin, sitoutuminen siihen on huonoa ja lääkehoito saattaa jäädä nopeastikin käyttämättä. Kotiutumisessa haastavana koettiin myös tunne siitä, että onko kaikki asiat potilaan näkökulmasta selkeitä ja ymmärretty, onko potilaan taloudellista tilannetta huomioitu riittävästi, jotta hänellä on varaa ruokaan ja lääkkeisiin, tai onko hänellä lääkekorvattavuus olemassa kelakortissaan. Lisäksi haasteelliseksi koettiin tunne siitä, että joidenkin potilaiden kohdalla itsehoito ei todennäköisesti tule toteutumaan, vaikka he niin väittäisivätkin. Kotiutumista ei kuitenkaan koettu haasteelliseksi, jos avohoidon kontaktit on luotu osastohoidon aikana ja yhteistyö omaisten kanssa on sujuvaa. Myös luottamuksellinen ja vastavuoroinen suhde osastohenkilökunnan ja potilaan välillä nähtiin edistävänä tekijänä kotiutumisessa.

*”Joidenkin potilaiden kohdalla se ei ilmene heti se, että on sairautentunnottomuutta tai ettei ole sitoutunut hoitoonsa. Mutta mun mielestä kaiken lähtökohta on se luottamuksellinen hoitosuhde, mikä pitäisi saada luotua siihen potilaaseen. Ilman sitä luottamusta ei mun mielestä voi syntyä avoimuuttakaan.”*

Kellokosken P40 on vakauttavan hoidon osasto, jossa hoidetaan akuutissa vaiheessa olevia potilaita. Osasto vastaa vaikeahoitoisista psykoosipotilaista, joilla on itsetuhoisuuteen tai väkivaltaisuuteen liittyvää problematiikkaa. Potilaina voi olla kriminaaleja, ensipsykoosiin sairastuneita, akuuttipsykoosipotilaita ja kuntoutuspotilaita. P40 osastolla on 15 potilaspaikkaa ja työskentely tapahtuu tiiviisti omahoitajan ja potilaan välillä. Hoitajia on potilaisiin nähden enemmän, koska potilaat ovat hoitoon tullessaan yleensä vielä akuutissa vaiheessa. Osastolla voidaan tehdä mielentilatutkimuksia ja väkivaltariskin arvioita.

Osastojakson aikana potilaille tehdään yksiköllinen hoitosuunnitelma, pyritään saamaan psykoosin oireet hallintaan, sekä lääkitys kuntoon. Lisäksi osastolla pyritään tarjoamaan psykoedukaatiota, sekä perhetyötä potilaan ja omaisten halukkuuden mukaan. Osastolla on Skip -ryhmä, joka on sosiaalisen kognition ryhmä ja soveltuu kuntoutuspotilaille pitkän keston vuoksi. Osastolla on nettiterapeutti, joka on erikoistunut sosiaalisten tilanteiden pelkoihin. Lisäksi osastolla tehdään vuorovaikutusharjoitteita muiden potilaiden kanssa, joilla pyritään yhteisöllisyyteen osastolla.

Potilaalle tehdään strukturoitu haastattelu, jonka avulla voidaan saada lisätietoa potilaan liitännäisoireista ja ongelmista. Sen jälkeen pyritään miettimään yhdessä psykologin kanssa potilaan hoidon tarve ja tarvittavat toimet. Hoidon pituus määräytyy yksilöllisesti. Sairautentunnottomuus koettiin ilmenevän hoitokielteisyytenä ja esiintyvän usein keskusteluissa sekä lääkärin tapaamisissa. Kotiutumisen haasteina nähtiin lääkesitoutumattomuus, avohoidon palveluiden saatavuus ja irrallisuus, sekä haasteet pitkävaikutteisten injektoiden hakemisessa. Lisäksi haasteena koettiin potilaan sosiaalisten verkostojen puute, päihdeongelmat, rahankäytön ongelmat, sekä sopivan jatkohoitopaikan löytyminen väkivaltataustaisille potilaille.

Kellokosken osasto P60 on akuutihoidon jälkeinen kuntoutusosasto, jossa on 30 potilaspaikkaa. P60 osastolla hoitajaksot voivat olla pidempiä kuin P40 osastolla ja molemmat osastot hoitavat myös oikeuspsykiatrisia potilaita yksilöllisen hoitosuunnitelman mukaisesti. P60 osaston hoito on pitkäaikaista ja kuntouttavaa. Hoidon tavoitteena on se, että potilas pärjäisi sairaalan ulkopuolella avohoidon turvin. Osastolta kotiudutaan useimmiten asumispalveluyksiköihin, palvelukoteihin, tai muuhun tuettuun asumismuotoon.

*”Tuetaan siihen, että me ei olla sillä tavalla palvelemassa tai tekemässä heidän puolestaan, vaan sitten tarvittaessa tehdään yhdessä, että se tukisi sitä potilaan toipumista.”*

Osastohoidon aikana potilas saa lääkinnällistä hoitoa ja sen määrittämisen arviointia tehdään koko osastojakson ajan. Osaston kuntouttava työote nähtiin niin, että potilasta osallistetaan tekemään itse asioita, joihin hän kykenee. Esimerkiksi ennen korona pandemiaa potilaat ovat osastohoidon loppuvaiheessa saaneet itse jakaa lääkkeitä dosettiin ja sillä tavoin valmistautuneet kotiutumiseen. Osastolla on tarjolla myös kuntouttavaa toimintaa, kuten psykoedukaatioryhmä, ohjattu kuntosaliryhmä, luovia ryhmiä, työtoimintaa, päihderyhmä, sekä bingoa. Potilas tapaa hoitonsa alussa fysioterapeutin, joka kartoittaa, voisiko jokin toiminta edistää potilaan toimintakykyä ja terveyttä. Potilaalla on yksilöllinen päiväohjelma, johon mahdolliset ryhmätoiminnat merkitään. Jokaisella potilaalla on kaksi omahoitajaa, joiden kanssa käydään säännöllisiä keskusteluja. Osastohoidon pituus määräytyy yksilöllisesti, mutta osastojaksot kestävät yleensä kuukausista vuosiin.

Sairaudentunnettomuus koettiin esiintyvän yleensä lääkekielteisyytenä ja oireiden kiistämisenä, joka ilmenee usein keskusteluissa, lääkärin tapaamisissa ja riskiarvio - haastattelussa. Kotiutumisen haasteina koettiin jatkohoitopaikkojen pitkät jonotusajat, sekä tarpeeksi tuetun asumispaikan löytyminen. Haasteena koettiin myös lääkehoidon jatkuvuus säännöllisenä kotiutumisen jälkeen, sekä mahdollisten päihdeongelmien uusiutuminen, kun päihdeiden saatavuus helpottaa osaston ulkopuolella.

Sairaudentunnettomuuden havaitseminen	Hoitoon sitoutumista edistävät toimet osastolla	Hoitoon sitoutumista edistävät toimet osastojakson jälkeen
<ul style="list-style-type: none"> <li>•Keskustelut</li> <li>•Luottamuksellinen suhde</li> <li>•Lääkekielteisyys</li> <li>•Käytöshavainnot</li> <li>•Psykoedukaatioryhmät</li> <li>•Yhteistyö potilaan verkostojen kanssa.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>•Psykoedukaatio</li> <li>•motivoiva haastattelu</li> <li>•Jaettu päätöksen teko</li> <li>•Vuorovaikutus lähiomaisten ja avohoidon kanssa</li> <li>•Keskustelut potilaan kanssa</li> <li>•Pitkävaikutteinen injektio</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>•Motivoiva työote</li> <li>•Hoitoketjun jatkuvuus</li> <li>•yhteistyö eri tahojen välillä</li> <li>•Psykoedukaatio</li> <li>•Lääkehoidon turvaaminen</li> <li>•Pitkävaikutteinen injektio</li> </ul>

Kuvio 3: Sairaudentunnettomuuden havaitseminen ja hoitoon sitoutumisen toimet



## 7.2 Kotiuttamisvaiheessa olevien sairautentunnettomien potilaiden kanssa käytettävät työtavat

Toinen teema käsitteli kotiuttamisvaiheessa käytettäviä työtapoja hoitoon sitouttamiseksi. Halusin kartoittaa millä tavoin psykoosin oireet ilmenevät osastoilla ja minkälaisia työskentelytapoja osastoilla käytetään itsehoitoon sitouttamiseksi. Lisäksi halusin kartoittaa, millä tavalla työtapoja voisi hyödyntää sosiaalihoillon työssä, jotta uusilta osastojaksoilta voitaisiin välttyä.

Psykoosin oireet koettiin kaikilla osastoilla hyvin yksilöllisiksi, mutta esille nousi myös potilaskohtaiset varomerkit. Varomerkeillä tarkoitetaan potilaalle yksilöllisiä oireita, jotka voidaan tunnistaa henkilön psykoosin ensioireiksi. Yleisiä psykoosin oireita on muuan muassa aistiharhat, aikaan ja paikkaan orientoitumattomuus, harhaluulot, katatonisuus, poissaolevuus ja todellisuuden tajun hämärtyminen. Henkilökohtaisten varomerkkien tunnistaminen edellyttää usein potilaan tuntemista, jotta potilaan käytöksestä voidaan havaita voinnin huonontuneen. Henkilökohtaisia varomerkkejä voi olla tietynlainen käytös ennen psykoosia, tai esimerkiksi unettomuus, aikaansaamattomuus, tai potilaan normaalista toimintakyvystä poikkeava vointi. Psykoottisen henkilön kanssa toimimisessa osastolla nousi vahvasti esille lääkityksen, sekä keskusteluiden tärkeys. Esille nousi myös hyvän hoitosuhteen, unen sekä selkeiden rutiinien merkitys psykoottisten potilaiden hoidossa. P60 osastolla riskiarviota käytettiin hyödyksi potilaan varomerkkien tunnistamisessa.

*”Pyritään saamaan potilaat sellaiseen kuntoon, että pärjäisi sitten tuolla avohoidon turvin.”*

Kaikilla osastoilla hoitoon sitoutumiseen vaikuttavina tärkeinä tekijöinä koettiin luottamuksellinen hoitosuhde ja potilaan tunne kuulluksi tulemisesta. Potilaan lääkekielteisyyteen saattaa vaikuttaa erilaiset lääkkeiden haittavaikutukset ja niistä johtuvaa lääkekielteisyyttä pyritään vähentämään mahdollisuuksien mukaan. Peijaksen osasto koki myös hyvän verkostotyön ja yhteydet potilaan läheisiin ja perheeseen tärkeänä. Perheen ja läheisten tietoisuuden lisääminen sairaudesta, auttaa heitä tukemaan läheistään osaston ulkopuolella paremmin. Pitkäaikaisella injeksiolla ja vertaistuella nähtiin olevan myös positiivisia vaikutuksia hoitoon sitoutumisessa. Kaikki osastot nostivat psykoedukaation hyvin tärkeäksi työmenetelmäksi hoitoon sitouttamisessa. Psykoedukaatiolla pyritään antamaan potilaalle tietoa omasta sairaudestaan ja sen oireista, sekä normalisoimaan sairauden leimaavuutta. Lisäksi psykoedukaatiossa keskustellaan potilaan kanssa tulevaisuudesta ja toivoa tuottavista asioista positiivisen kautta, sekä motivoidaan sitä kautta noudattamaan lääkehoitoa.

*”Minä ajattelen, että jos ihminen halutaan saada sitoutumaan hoitoon, se vaatii yksilöllisen hoitosuhteen hirveän pitkälle ja että hoitaja ottaa maailman parhaat avunsa esille palveluammattissa. Se varmaan vaikuttaa siihen, että yhteistyö muodostuu, asiakasta*

*kuunnellaan, tulee kuulluksi, ymmärretään ja varmaan se vaatii aikaa sen yhteistyösuhteen luominen.”*

Kysyin myös, mitkä näistä keinoista soveltuisi käytettäväksi sosiaalihuollon työssä, jotta uusilta osastojakoilta voitaisiin välttyä. Kaikilta osastoilta nousi vahvasti tärkeäksi luottamuksellisen ja hyvän yhteyden luominen potilaaseen, sekä hoitohenkilökunnan pysyvyys ja riittävät resurssit. Lisäksi Peijas koki tärkeäksi kartoittaa potilaan hoitoon sitoutumattomuuden syitä ja jakaa näitä tietoja yhteisissä hoitoneuvotteluissa. Kaikki osastot kokivat hoitoketjun toimivuuden ja hoitoyhteistyön eri toimijoiden välillä tärkeäksi. Kellokosken osastot nostivat tärkeäksi myös sen, että potilaalla on sairaalahoidon jälkeen erilaisia aktiviteetteja ja ryhmiä, riittävästi tapaamisia sosiaalityöntekijän kanssa, sekä tuki taloudellisten asioiden hoitoon. Potilaan kanssa työskennellessä he kokivat tärkeäksi potilaan omien tavoitteiden huomioinnin, yksilöllisen suunnitelman tekemisen, sekä motivoivan työotteen. P40 osasto nosti myös menetelmänä motivoivan keskustelun, joka sopii käytettäväksi myös sosiaalihuollon työssä.

### 7.3 Nivelvaiheen työskentely

Kolmannessa teemassa kerron, millä perusteella kotiuttamispäätös tehdään, mitä haasteita siihen liittyy ja mitkä tekijät siihen vaikuttavat. Lisäksi kerron, millä tavoin potilaan sairautta seurataan osastojakson jälkeen, sekä minkälaisia kokemuksia hoitohenkilökunnalla on sote - yhteistyöstä.

Peijaksessa kotiutumispäätökseen vaikuttaa eniten potilaan vointi, jota voidaan arvioida erilaisilla lomakkeilla ja mittareilla. Henkilökunta koki kuitenkin heidän moniammatilliset havaintonsa potilaan voinnista, tärkeimmäksi arvioinnin kannalta. Lääkäri tekee lopullisen kotiuttamispäätöksen moniammatillisen arvioinnin perusteella.

Kotiutumisen kannalta haastavaksi koettiin jatkohoitoa paikkojen pitkät jonot. Esille nousi myös osastopaikkojen suuri tarve, jonka vuoksi potilaita joudutaan kotiuttamaan välillä liian aikaisin. Myös sillä nähtiin olevan merkitystä kotiutumispäätökseen, että kotiutuuko potilas omaan asuntoon, vai tuettuun asumismuotoon. Asumisyksiköihin kotiudutaan ehkä aikaisemmassa vaiheessa, koska luotetaan siihen, että siellä on tukea saatavilla.

*”Se, että mikä on ollut se potilaan tulon syy, mikä se hoidon tavoite on ollut ja että siihen tavoitteeseen päästään, niin sitten voidaan suunnitella sitä kotiutumista.”*

Potilaan vointia arvioitaessa otetaan huomioon yleinen toimintakyky, valmiudet selviytyä perusasioista kuten hygienia ja ruoan valmistus, sekä pärjääkö potilas avohoidon turvin. Myös osastojakson aikana käydyt kotilomat ja niiden sujuvuus huomioidaan kotiuttamisarviota tehdessä. Hoidon oikea-aikaisuus ja irti päästäminen nousi myös esille. Potilaan hoidon

tavoitteet voivat vaihdella suuresti, eikä joidenkin potilaiden kohdalla täysi oireettomuus ole välttämättä edes mahdollista. Hoidon tavoite voikin olla esimerkiksi se, että pystyy elämään oireiden kanssa, eikä oireet haittaa päivittäistä elämää.

Kotiuttamisarviointiin vaikuttaa myös se, onko potilas hoitajille entuudestaan tuttu. Jos potilaalla on takanaan useampi osastojakso, niin hoitajat tietävät usein mikä potilaan toimintakyky on silloin kun hänen vointinsa on hyvä. Sen avulla pystytään arvioimaan potilaan voinnista merkkejä, joiden perusteella hän ei ole vielä valmis kotiutumaan. Esille nousi myös ajoittainen tunne siitä, että vaikka kuinka tehtäisiin parhaamme, niin se ei aina riitä. Vaikka joillakin potilailla olisi useita osastojaksoja takana, niin silti tavoitteena on se, että jokaiselta osastojaksolta jäisi käteen kuitenkin jotakin ja ehkä jossain vaiheessa potilas alkaisi itse valveutumaan tilanteeseensa paremmin.

Kellokosken osastoilla kotiuttamispäätökseen vaikuttaa myös potilaan toimintakyky ja vointi. Toimintaterapeutti tekee arvion potilaan toimintakyvystä ja potilaasta tehdään laaja riskiarvio. Potilaan kotiutumista arvioidaan kuitenkin tapauskohtaisesti ja siihen vaikuttavat muun muassa sopivan jatkohoitopaikan löytyminen. Haasteeksi koettiin lääkehoidon jatkuvuuden turvaaminen, sekä sellaisen jatkohoitopaikan löytäminen, joka tukisi yksilöllisesti potilaan tarpeita. Lääkäri tekee lopullisen päätöksen kotiuttamisesta, moniammatillisen työryhmän arvioinnin perusteella.

Kaikkien osastojen hoitovastuu päättyy silloin, kun potilas kirjataan ulos osastolta. Potilaan hoitovastuu siirtyy avohoidolle ja jatkohoitopaikkaan. Kellokosken osastojen käytäntönä on, että potilaan siirtyessä jatkohoitopaikkaan, siellä käydään ensin yhdessä tutustumassa. Lisäksi potilaasta laaditaan laajat raportit jatkohoitopaikalle ja pyritään antamaan potilaan hoitoon liittyvää relevanttia tietoa. Peijaksessa potilaan jatkohoidosta sovitaan hoitoneuvottelussa moniammatillisessa yhteistyössä. Potilaat kotiutuvat joko asumispalveluihin tai omaan kotiin, jatkohoidosta vastaa yleensä psykipoli. Peijaksen osaston hoitovastuu päättyy myös silloin kun potilas kirjataan ulos, mutta jatkohoitopaikka voi ottaa tarvittaessa yhteyttä osastoon. Jos asumispaikassa herää esimerkiksi huoli potilaan voinnista, voidaan aloittaa etäosastojakso, jolloin hoitaja on yhteydessä potilaaseen tarvittaessa päivittäin etäyhteyden avulla.

Selvitin myös, että minkälaisia kokemuksia hoitohenkilökunnalla on sote -yhteistyöstä ja minkälaisilla tukitoimilla heidän mielestään varmistettaisiin se, että uusilta psykooseilta ja osastojaksoilta vältyttäisiin.

*”Mun mielestä meidän yhteistyötahot mitä on avohoidon ja sosiaalitoimen asumisyksiköt, niin mun mielestä on lisääntynyt ja parantunut. On tullut kaikkia näitä teamsejä ja ollaan yhteydessä näihin asumisyksiköihin. Ja musta semmoinen kommunikatio on parantunut.”*

Peijaksessa koettiin, että sosiaalityöntekijä hoitaa pääasiassa sote -yhteistyön muiden toimijoiden kanssa. Osaston henkilökunta osallistuu kuitenkin yhteydenpitoon potilaan jatkohoitopaikan kanssa. Sote -yhteistyön koettiin lisääntyneen ja parantuneen, sekä apotin tulon vaikuttaneen asiaan positiivisesti. Esille nousi myös kokemus siitä, että eri sotealan toimijat puhuvat samaa kieltä ja kaikilla on sama käsitys siitä, mikä on potilaalle hyväksi.

Kellokosken osastoilla koettiin sote -yhteistyö vaihtelevasti. Osa haastateltavista koki yhteistyön haasteelliseksi, osa ihan hyväksi ja osa taas koki, ettei se näy heidän työssään millään tavalla. Kotiutumisvaiheessa toivottiin yhteistyön olevan entistä tiiviimpää ja matalampaa kynnystä yhteydenpidolle. Kellokosken osastoille tulee potilaita hyvin laajalta alueelta Suomesta, joten myös kuntien palvelutarjonnassa koettiin suuria eroavaisuuksia.

*”Seuranta olisi tiivistä, että se ei jäisi pelkästään sitten potilaan tai asiakkaan vastuulle, että ei huku sinne järjestelmään. Ja että aina olisi sitten kuitenkin joku taho, joka vähän kyselee perään. Kaikilla ei kuitenkaan niitä omaisia ole.”*

Selvitin henkilökunnan mielipiteitä, joilla uusilta psykoosi- ja osastojaksoilta voitaisiin välttyä. Peijaksesta nostettiin esille jalkautuvan työn merkitys ja kotiin vietävä tuki. Ongelmalliseksi koettiin se, että osastohoidon jälkeen vastuu hoidon jatkumisesta saattaa jäädä kokonaan potilaalle itselleen, vaikka potilas tarvitsisi siihen enemmän tukea. Ongelmalliseksi koettiin myös liiallinen byrokratia. Tärkeäksi koettiin päihteiden lopettamisen tukeminen ja avohoidon riittävät resurssit. Yhdessä oleminen ja tekeminen, sekä yhteisöllinen toiminta nostettiin myös esille tärkeänä asiana.

Kellokosken osastoilta nostettiin tärkeäksi potilaan kanssa tehtävä tiivis työ ja hoidon seuranta, sekä lääkityksen turvaaminen. Se että potilaalle tehdään yksilöllinen suunnitelma kotiutuessa ja potilaalle etsitään oikeat kontaktit valmiiksi, koettiin myös tärkeäksi. Esille nousi myös ajatuksia siitä, että avohoito pitäisi muuttua pakolliseksi, jotta voitaisiin varmistua siitä, että potilas jatkaa hoitoaan osaston ulkopuolella. Myös päihdeongelmien huomiointi jatkohoitopaikassa ja riittävien vapaa-ajan toimintojen järjestämisen katsottiin vaikuttavan paljon siihen, että potilaan vointi pysyy hyvänä.

## 8 Johtopäätökset

Tämän opinnäytetyön tarkoitus oli vastata tutkimuskysymyksiin teemahaastatteluiden avulla. Tarkoituksena oli kuvata terveydenhuollossa käytettäviä työtapoja, joita käytetään sairautentunnettomien psykoosi- ja skitsofreniapotilaiden hoitoon sitouttamisessa. Tarkoituksena oli myös selvittää, minkälaisia asioita ja tekijöitä pitäisi huomioida sairautentunnettomien psykoosi- ja skitsofreniapotilaiden itsehoidossa osastojakson jälkeen. Haastattelemani hoitohenkilökunta toivat hyvin esille käytettäviä työtapoja ja hoidon

kannalta tärkeitä huomioita. Tutkimuksen tärkeimpänä tavoitteena oli tuottaa tietoa työmenetelmistä, joita voidaan hyödyntää myös sosiaalihuollon työssä. HUSin yhteyshenkilön palautteen mukaan, opinnäytetyö ei tuonut mitään uutta tai odottamatonta esille. Hänen mukaansa työssä on kuitenkin hyvin huomioitu erilaisia asioita, joita voi hyödyntää sote - yhteistyössä. HUS hyötyi tästä opinnäytetyöstä lähinnä tiedon jakajana. Yhteisten ja toimivien työtapojen käyttö niin sosiaalihuollon kuin terveydenhuollonkin työssä, voi kuitenkin pitkällä tähtäimellä hyödyttää kaikkia osapuolia.

Tutkimustuloksista voidaan päätellä, että haastateltavat kokivat luottamuksellisen hoitosuhteen luomisen ja potilaan tunteen kuulluksi tulemisesta yhdeksi tärkeimmistä hoitoon sitoutumiseen vaikuttavista tekijöistä. Hyvän luottamussuhteen avulla potilas voi muun muassa kertoa avoimemmin ennakkoluuloistaan, peloistaan ja harhaluuloistaan lääkettä kohtaan. Lisäksi hoitoon sitoutumattomuuden syitä on helpompaa selvittää, jos luottamus potilaan ja hoitohenkilökunnan välillä on hyvä. Myös Pitkälä ja Savikko (2007) totesivat artikkelissaan, että hoitoon sitoutumiseen vaikuttaa potilaan kokemus tuesta, kuulluksi tulemisesta ja luottamuksesta hoitohenkilökuntaa kohtaan. Artikkelissa todettiin myös, että luottamus kasvaa yleensä pitkässä hoitosuhteessa ja sen rakentamisella on suuri vaikutus hoidon tuloksellisuuteen.

Myös lääkehoito ja sen turvaaminen osastohoidon jälkeen, ovat avainasemassa hoidon onnistumisen kannalta. Lääkkeiden vaikutuksista ja sivuoireista on tärkeää kertoa potilaalle ja minimoida potilaan kokemat haittavaikutukset mahdollisuuksien mukaan. Lääkehoidon jatkumiseen osastojakson jälkeen nähtiin vaikuttavan esimerkiksi potilaan saaman tuen määrä avohoidossa. Jos potilas asuu omassa kodissaan, niin kukaan ei valvo, tuleeko lääkkeet otettua tai haettua apteekista. Myös pitkävaikutteiset injektiot pitää itse käydä hakemassa apteekista ja lääke annetaan terveyskeskuksessa tai sairaalassa pistoksena. Vaarana on se, että potilas jättää lääkehoidon käyttämättä, koska ei saa tarpeeksi tukea sen ylläpitämiseen. Tuetuissa asumispalveluissa asuvilla potilailla saattaa olla valvottu lääkkeen otto, sekä läsnä henkilökuntaa, jotka voivat motivoida potilasta huolehtimaan lääkehoidostaan. Tutkimustuloksista voidaan päätellä, että pitkävaikutteiset injektiot ovat toimiva lääkemuoto eteenkin huonosti hoitoon sitoutuvien potilaiden kohdalla. Myös Koponen (2016) kertoo artikkelissaan, että pitkävaikutteisia injektioita on totuttu käyttämään vaikeahoitoisten, sairautentunnoilta puutteellisten, tai kognitiivisista häiriöistä kärsivien potilaiden pitkäaikaishoidossa. Injektion etuna on se, että sillä saavutetaan tasaisempi ja ennustettavampi lääkkeen hyötyosuus verrattuna suun kautta otettavaan tablettimuotoiseen lääkkeeseen.

Tutkimustuloksista ilmeni, että myös läheisten ja yhteistyötahojen riittävä tiedottaminen ja kuuleminen voivat auttaa potilasta sitoutumaan hoitoon. Yhteistyötahot ja läheiset voivat osaltaan antaa tärkeää tietoa potilaasta ja potilas voi saada heiltä tukea itsehoidossa. Lisäksi

jaettu päätöksenteko osastolla voi auttaa potilasta sitoutumaan hoitoonsa paremmin. Jaetulla päätöksenteolla tarkoitetaan sitä, että potilaalle annetaan tietoa erilaisista lääkehoidon vaihtoehtoista. Lääkkeettömyys ei ole vaihtoehtona, mutta potilas saa näin itse vaikuttaa myös siihen, minkälainen lääkehoito olisi hänelle parhaaksi. Jaettu päätöksenteko (shared decision-making SDM) on prosessi, jossa hoitopäätös tehdään hoitohenkilökunnan ja potilaan yhteistyönä. Jaettu päätöksenteko kasvattaa potilaan luottamusta lääkärisuhteeseen, lisää tietämystä ja potilaan tietoutta hoitovaihtoehtoista, hyödyistä ja haitoista. Lisäksi se tukee potilaan autonomiaa ja itsemääräämisoikeutta. (Heart of what matters 2021.)

Tutkimustuloksista voidaan myös päätellä, että psykoedukaatio, sekä ryhmät ovat tärkeitä hoitoon sitoutumisen kannalta. Psykoedukaation keskeinen tarkoitus on antaa potilaalle tietoa omasta sairaudestaan, sekä tukea potilasta sairaudesta johtuvissa päivittäisissä haasteissa. Psykoedukaatiota voidaan harjoittaa myös läheisten kanssa, jolloin tiedon antamisen kautta, he osaavat tukea lähimmäistään arjessa paremmin. Koponen (2006) kertoo kirjoituksessaan, että psykoedukaation on todettu parantavan hoitoon kiinnittymistä, sekä vähentävän pahenemisivaiheita ja uusia sairaalajaksoja. Psykoedukaatio on kehitetty vastaamaan potilaan tarpeisiin tiedon saamisesta, emotionaalisesta tuesta, sekä ongelmanratkaisutaitojen kehittämisestä. Vaikka psykoedukaatio sisältää terapeuttisia elementtejä, niin myös terveydenhuollon ammattilaiset ja hoitohenkilökunta, voivat hyödyntää sitä työssään. Tutkimustuloksista ilmenee, että osastoilla on paljon erilaista ryhmätoimintaa. Ryhmien avulla potilaan toimintakykyä voidaan edistää, potilas saa vertaistukea ja päiviin jotain aktiviteettiä. Haastateltavat olivat myös sitä mieltä, että ryhmätoiminnan ja aktiviteettien jatkuminen avohoidossa olisi suotavaa. Terveiden ja hyvinvoinninlaitos THL:n (2020) mukaan ryhmämuotoisen sosiaalisen kuntoutuksen tavoitteita ovat sosiaalisten suhteiden vahvistuminen, osallisuus, sekä vertaistuen saaminen.

Myös motivoivaa työtä pidettiin tärkeänä potilaan hoitoon sitoutumisen kannalta. Esille nousi myös motivoivan keskustelun työmenetelmä, jota ainakin osa haastateltavista käytti työssään. Motivoivan keskustelun peruselementtejä ovat empaattisuus, avoimet kysymykset, vahvistaminen, heijastava kuuntelu ja yhteenvedot. Motivoivassa keskustelussa diagnosointi tai leimaaminen ei ole olennaista, vaan henkilön itsensä kokemat haitat ja harmit omiin tapoihinsa liittyen. (Oksanen 2014, Menetelmänä motivoiva haastattelu.)

## 9 Pohdinta

Vaikka sairaudentunnottomuus kuuluu usein psykoosi- ja skitsofrenia sairauksiin osana oirehdintaa, niin se on usein myös suurin syy hoitoon sitoutumattomuuteen. Sairaalahoidossa potilaalle on mahdollista aloittaa lääkitys ja potilaan vointi voidaan saada hyvinkin tasaiseksi osastojakson aikana. Tutkimuksen edetessä minulle vahvistui kuitenkin ajatus siitä, että

osastojakson jälkeen potilaan hoitoon sitoutuminen on hyvin pitkälle potilaan omalla vastuulla. Osastojaksot saattavat olla lyhyitä, eikä hoitojakson tavoitteena ole välttämättä poistaa sairautentunnottomuutta, vaan tasata potilaan vointia niin, että tämä pärjää avohoidon turvin. Jos potilas asuu omassa kodissaan, voi lääkehoito ja avohoidon kontaktit jäädä hyvinkin nopeasti käyttämättä, jos potilas ei saa tarvittavaa tukea lääkehoidon ylläpitämiseen. Ongelmallista on se, että vaikka potilas asuisikin tuetussa asumispalvelussa, hänellä on oikeus olla syömättä lääkkeitä tai olla menemättä avohoidon tapaamisille.

Tutkimustuloksista ilmenneet työmenetelmät, joita terveydenhuollossa käytetään, ovat kaikki sovellettavissa myös sosiaalihuollon työhön. Osastojakson aikana potilaalle kuitenkin usein aloitetaan lääkitys, joka voi helpottaa menetelmien hyödyntämistä itsehoitoon motivoinnissa. Kun taas osastojakson ulkopuolella, jos potilas on lopettanut lääkkeiden käytön, menetelmiä voisi hyödyntää hoitoon ohjaamisessa ja siihen motivoinnissa. Tutkimuksen tuloksista nousi myös vahvasti verkostoyhteistyön tärkeys ja tiedonkulku eri toimijoiden välillä. Ilmeni, että moni koki verkostoyhteistyön ihan toimivaksi, mutta yhteistyötä voisi tehdä vielä tiiviimminkin.

Niin kuin HUSin yhteyshenkilökin totesi, tämä opinnäytetyö ei antanut mitään uutta tai odottamatonta tietoa ainakaan terveydenhuolloseksi. Toisaalta työ antaa tietoa osastoilla tehtävästä työstä ja auttaa ehkä ymmärtämään hoitoketjun eri vaiheita paremmin. Osa työtavoista oli minullekin entuudestaan tuttuja ja varmasti osaltaan käytössä jo joissain sosiaalihuollon ympäristöissä. On kuitenkin mielestäni tärkeää, että hyväksi koetuista hoitoon sitoutumisen kannalta tärkeistä työtavoista jaettaisiin tietoa jatkossakin. Sote -yhteistyö koettiin osittain riittämättömäksi tai ettei se kuulu hoitajien työnkuvaan. Osa kuitenkin koti sote-yhteistyön myös toimivaksi ja riittäväksi. Toki käsitys sote-yhteistyöstäkin oli tulkinnanvarainen. Itse käsittän sote-yhteistyön eri toimijoiden väliseksi saumattomaksi yhteistyöksi, jossa voidaan jakaa tietoa ja työmenetelmiä, sekä keksiä yhdessä ratkaisuja potilaan tai asiakkaan parhaaksi. Tulevaisuudessa toivon mukaan sote -palvelut löytyisivät yhä enemmän saman katon alta, jotta eri toimijoiden työstä tulisi läpinäkyvämpää ja yhteistyöstä toimivampaa. Sosiaalihuollon tulevana työntekijänä, koin saavani paljon ymmärrystä ja tietoa terveydenhuollon työstä. Voisi olla myös kiinnostavaa, jos joku terveydenhuollon opiskelija tekisi tutkimuksen, jossa selvitettäisiin sosiaalihuollon työympäristöä ja työtapoja. Tämä sen vuoksi, että terveydenhuollon ja sosiaalihuollon välillä on mielestäni edelleen pieni tietokuilu. Terveydenhuolto ja sosiaalihuolto ovat mielestäni myös edelleen omat työkenttensä, eikä niiden toiminta ole vielä tarpeeksi läpinäkyvää toisilleen. Lisätutkimukset tiedon lisäämisen näkökulmasta voisivat lisätä läpinäkyvyyttä.

Jatkotutkimusehdotuksena voisi olla, potilaan kokemukset yhteistyöstä hänen verkostojensa välillä, sekä verkostoyhteistyön vaikutukset hoitoon sitoutumisessa. Psykoedukaatio nousi myös hyvin tärkeäksi menetelmäksi hoitoon sitoutumisen kannalta. Toinen

jatkotutkimusehdotus voisi olla esimerkiksi psykoedukaatioryhmien vaikutus hoitoon sitoutumisessa, jossa ryhmien toimintaa voitaisiin seurata tietyn ajan. Osallistujat täyttäisivät kyselyn ennen ja jälkeen ryhmätoiminnan ja lopuksi ryhmän vaikutuksista hoitomyöntyvyyteen koottaisiin raportti.



## Lähteet

## Painetut

Hietaharju, P. Nuuttila, M. 2017. Käytännön mielenterveystyö. 4.-5. Painos. Helsinki: Sanoma pro Oy.

Lönnqvist, J. Henriksson, M. Marttunen, M. Partonen, T. 2017. Psykiatria. 12. Painos. Helsinki: Duodecim.

Noppiari, E. Kiiltomäki, A. & Pesonen, A. 2007. Mielenterveystyö perusterveydenhuollossa. Helsinki: Tammi.

Rissanen, P. 2007. Skitsofreniasta kuntotutuminen. Pori: Kehitys Oy

Toivio, T. & Nordling, E. 2009. Mielenterveyden psykologia. Helsinki: Edita.

Tuomi, J. Sarajärvi, A. 2018. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Uudistettu laitos. Helsinki: Tammi.

## Sähköiset

Acharya&Sánchez-Manso 2020. Anosognosia. Viitattu 12.4.2021.

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK513361/>

Bhandari 2020. Anosognosia: Why some people stop taking their meds. Viitattu 12.4.2021.

<https://www.webmd.com/schizophrenia/what-is-anosognosia>

Fuller Torrey, E 2021. Impaired awareness of illness: Anosognosia. Viitattu 30.4.2021.

<https://mentalillnesspolicy.org/medical/anosognosia-studies.html>

Heart of what matters 2021. Mitä jaettu päätöksenteko on? Viitattu 12.5.2021.

<https://www.heartofwhatmatters.com/fi/what-is-shared-decision-making/>

HUS 2021. Tietoa meistä. Viitattu 6.5.2021. <https://www.hus.fi/tietoa-meista>

HUS 2021. Psykiatria. Viitattu 6.5.2021. <https://www.hus.fi/tietoa-meista/potilashoito-laatu-ja-potilasturvallisuus/psykiatria>

Huttunen 2018. Skitsofrenia. Viitattu 14.4.2021. <https://www.terveyskirjasto.fi/dlk00148>

Jewell 2019. What is anosognosia? Viitattu 12.4.2021.

<https://www.healthline.com/health/anosognosia>

Kansanoja 2020. Mielen tasapaino- Vestibulaarisen stimulaation potentiaali psykologian näkökulmasta. Viitattu 12.4.2021. <https://psykologilehti.fi/mielen-tasapaino-vestibulaarisen-stimulaation-potentiaali-psykologian-nakokulmasta/>

Kivipelto 2020. Sosiaalibarometri 2020: Mielenterveyskuntoutujien hoitoon pääsyä on nopeutettava. Soste. Viitattu 10.5.2021.  
<https://www.soste.fi/blogikirjoitus/sosiaalibarometri-2020-mielenterveyskuntoutujien-hoitoon-paasya-on-nopeutettava/>

Koponen, H. 2006. Psykoedukaatio - arvokas lisä psykoosien hoitoon. Viitattu 12.5.2021.  
<https://www.laakarilehti.fi/ajassa/paakirjoitukset/psykoedukaatio-arvokas-lisa-psykoosien-hoitoon/>

Koponen, H. 2016. Pitkävaikutteinen injektio lääke helpottaa psykoosipotilaan hoitoon sitoutumista. Viitattu 12.5.2021. [https://sic.fimea.fi/arkisto/2016/2\\_2016/vain-verkossa/pitkavaikutteinen-injektio-laake-helpottaa-psykoosipotilaan-hoitoon-sitoutumista](https://sic.fimea.fi/arkisto/2016/2_2016/vain-verkossa/pitkavaikutteinen-injektio-laake-helpottaa-psykoosipotilaan-hoitoon-sitoutumista)

Korkeila 2009. Mikä on hyvä tapa järjestää psykiatrista hoitoa? Aikakauskirja Duodecim. Viitattu 10.12.2020. <https://www.duodecimlehti.fi/duo98399>

Käypähoito 2020. Skitsofrenia, lääkehoitomyyntyvyys. Viitattu 10.5.2021.  
<https://www.kaypahoito.fi/hoi35050>

Käypähoito 2020. Skitsofrenia. Viitattu 14.4. 2021. <https://www.kaypahoito.fi/hoi35050>

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista (785/1992). Viitattu 15.4.2021.  
<https://finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1992/19920785?search%5Btype%5D=pika&search%5Bpika%5D=potilaan%20asema%20ja%20oikeudet>

Laki sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista (812/2000). Viitattu 15.4.2021.  
<https://finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2000/20000812?search%5Btype%5D=pika&search%5Bpika%5D=Sosiaalihuollon%20asiakkaan%20asema%20ja%20oikeudet>

McLean, B. 2012. the difficulty of seeing your own illness. Viitattu 27.5.2021.  
<https://azdhs.gov/documents/az-state-hospital/the-difficulty-in-seeing-your-own-illness.pdf>

Mielenterveystalo 2021. Psykoosi. Viitattu 14.4.2021.  
[https://www.mielenterveystalo.fi/aikuiset/itsehoito-ja-oppaat/oppaat/mielenterveys\\_puheeksi/Pages/psykoosi.aspx](https://www.mielenterveystalo.fi/aikuiset/itsehoito-ja-oppaat/oppaat/mielenterveys_puheeksi/Pages/psykoosi.aspx)

Mielenterveyslaki (1116/1990) Viitattu 15.4.2021.  
<https://finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1990/19901116?search%5Btype%5D=pika&search%5Bpika%5D=Mielenterveyslaki>

Mieli 2021. Mielenterveyspalvelut. Viitattu 10.5.2021. <https://mieli.fi/fi/tukea-ja-apua/apua-mielenterveyden-ongelmiin/mielenterveyspalvelut>

National Alliance on Mental Illness NAMI 2021. Anosognosia. Viitattu 12.4.2021.  
<https://www.nami.org/About-Mental-Illness/Common-with-Mental-Illness/Anosognosia>

Oksanen, J. 2015. Lääkehoitoon sitoutumisen tukeminen psykiatriassa. Viitattu 10.5.2021.  
<https://www.duodecimlehti.fi/duo12385>

Oksanen, J. 2014. Motivointi työväliseenä. Viitattu 13.5.2021. E-kirja. Jyväskylä: PS-kustannus.

Pitkälä, K. & Savikko, N. 2007. Potilaan sitoutuminen hoitoon. Viitattu 11.5.2021.  
<https://www.duodecimlehti.fi/duo96322>

Saaranen-Kauppinen, A. & Puusniekka, A. 2006. KvaliMOTV - Teemahaastattelu. Viitattu 17.5.2021. [https://www.fsd.tuni.fi/menetelmaopetus/kvali/L6\\_3\\_2.html](https://www.fsd.tuni.fi/menetelmaopetus/kvali/L6_3_2.html)

Saaranen-Kauppinen, A. & Puusniekka, A. 2006. KvaliMOTV - Analyysin äärellä. Viitattu 17.5.2021. [https://www.fsd.tuni.fi/menetelmaopetus/kvali/L7\\_1.html](https://www.fsd.tuni.fi/menetelmaopetus/kvali/L7_1.html)

Saaranen-Kauppinen, A. & Puusniekka, A. 2006. Kvalimotv - Litterointi. Viitattu 27.5.2021.  
[https://www.fsd.tuni.fi/menetelmaopetus/kvali/L7\\_2\\_1.html](https://www.fsd.tuni.fi/menetelmaopetus/kvali/L7_2_1.html)

Skitsofreniainfo 2021. Skitsofrenian oireet moninaisia ja yksilöllisiä. Viitattu 14.4.2021.  
[http://www.skitsofreniainfo.fi/oireet/Skitsofrenian\\_oireet\\_moninaisia\\_ja\\_yksilollisia](http://www.skitsofreniainfo.fi/oireet/Skitsofrenian_oireet_moninaisia_ja_yksilollisia)  
Stm 2021. Sosiaalipalvelut. Viitattu 10.5.2021. <https://stm.fi/sosiaalipalvelut>

Surveymonkey 2021. Laadullisen tutkimuksen tekeminen. Viitattu 19.5.2021.  
<https://fi.surveymonkey.com/mp/conducting-qualitative-research/>

THL 2020. Ryhmätoiminta ja toiminnalliset menetelmät. Viitattu 17.5.2021.  
<https://thl.fi/fi/tutkimus-ja-kehittaminen/tutkimukset-ja-hankkeet/sosku/sosiaalisen-kuntoutuksen-opas/palvelun-sisallot/ryhmatoiminta-ja-toiminnalliset-menetelmat>

THL 2020. Mielenterveyspalvelut. Viitattu 10.12.2020.  
<https://thl.fi/fi/web/mielenterveys/mielenterveyspalvelut>

THL 2019. Psykoosit. Viitattu 14.4.2021.  
<https://thl.fi/fi/web/mielenterveys/mielenterveyshairiot/psykoosit>

Valvira 2018. Potilaan itsemääräämisoikeus. Viitattu 15.4.2021.  
<https://www.valvira.fi/terveydenhuolto/potilaan-asema-ja-oikeudet-oikeudet/potilaan-itsemaaraamisoikeus>

Vuori, J. 2021. Tutkimusetiikka ihmistieteissä. Viitattu 27.5.2021.  
<https://www.fsd.tuni.fi/fi/palvelut/menetelmaopetus/kvali/tutkimusetiikka/tutkimusetiikka-ihmistieteissa/>



## Kuviot

Kuvio 1: Psykoosin vaiheet (Mielenterveystalo 2021).....	9
Kuvio 2: Analyysin vaiheet .....	18
Kuvio 3: Sairaudentunnottomuuden havaitseminen ja hoitoon sitoutumisen toimet .....	24

## Liitteet

Liite 1: Teemahaastattelurunko.....	39
Liite 2: Tutkittavan tiedote .....	40
Liite 3: Suostumuslomake .....	43

Liite 1: Teemahaastattelurunko

### **Osastohoidon aikana tehtävä hoitotyö**

Minkälaista hoitoa ja kuntoutusta osastojakso sisältää?

Millä tavalla osastojakson pituus määräytyy?

Minkälaista sosiaalista tukea ja kuntoutusta osastolla on tarjolla?

Millä tavalla sairautentunnottomuus havaitaan? / Minkälaisilla tavoilla kartoitetaan potilaan todellisuuden/tilanteen taju?

Minkälaisia haasteita kotiutumiseen liittyy?

### **Kotiutumisvaiheessa olevien sairautentunnottomien potilaiden kanssa käytettävät työskentelytavat**

Miten kartoitetaan, että potilas on itse tietoinen sairaudestaan ja tilanteensa tasalla?

Miten tunnistaa psykoottisen henkilön ja miten hänen kanssaan toimitaan?

Miten/millä keinoin hoitotyön ammattilaiset sitouttavat potilaan itsehoitoon osastojakson jälkeen?

Minkälaisia työskentelytapoja käytetään?

Miten työtapoja voisi hyödyntää sosiaalihuollon työssä uusilta osastojaksoilta välttymiseksi?

### **Nivelvaiheen työskentely**

Mitä ovat kotiuttamisarvioinnin haasteet?

Millä perusteilla kotiuttamispäätös tehdään ja mitkä tekijät siihen vaikuttavat?

Mitkä ovat psykoosin ensioireet ja millä tavalla niitä voidaan ehkäistä?

Miten seurataan potilaan sairautta osastojakson jälkeen?

Miten vastuunjako menee, loppuuko osaston vastuu? Miten seurataan?

Minkälaisia kokemuksia sote-yhteistyöstä on?

Miten varmistetaan riittävät tukitoimet, jotta ehkäistään psykoosin ja osastojakson uusiutuminen?

Liite 2: Tutkittavan tiedote

## **TIEDOTE TUTKIMUKSESTA**

### **Tutkimuksen nimi**

Sairaudentunnettomien psykoosi- ja skitsofreniapotilaiden hoitoon sitouttamisen työtavat

### **Pyyntö osallistua tutkimukseen**

Teitä pyydetään mukaan tutkimukseen, jossa tutkitaan sairaudentunnettomien psykoosi- ja skitsofreniapotilaiden hoitoon sitouttamisen työtapoja. Olemme arvioineet, että sovellutte tähän tutkimukseen, koska työskentelette psykiatrisessa sairaanhoidossa. Tämä tiedote kuvaa tutkimusta ja teidän mahdollista osuuttanne siinä. Sen jälkeen, kun olette perehtynyt tähän tiedotteeseen ja teille on selvitetty tutkimuksen kulku ja olette saanut esittää kysymyksiä, teiltä kysytään halukkuutta osallistua tutkimukseen. Jos suostutte osallistumaan tutkimukseen, teitä pyydetään allekirjoittamaan kirjallinen suostumus tutkimukseen osallistumisesta.

### **Osallistumisen vapaaehtoisuus**

Tähän tutkimukseen osallistuminen on vapaaehtoista. Voitte kieltäytyä osallistumasta tutkimukseen, keskeyttää osallistumisenne tai peruuttaa suostumuksenne syytä ilmoittamatta, milloin tahansa tutkimuksen aikana. Tutkimukseen osallistuminen, siitä kieltäytyminen tai sen keskeyttäminen ei vaikuta kohteluunne millään tavalla. Jos haluatte keskeyttää tutkimukseen osallistumisenne tai peruuttaa suostumuksenne, ottakaa yhteys tutkijaan.

### **Tutkimuksen toteuttaja**

Tutkimuksen toteuttaa Ida Malinen ja tutkimuksen toimeksiantaja on Laurea ammattikorkeakoulu. Tutkimuksesta vastaava henkilö on Ida Malinen.

Tutkimuksen yhteyshenkilönä toimii Timo Laaksonen, HUS psykiatriakeskus.

### **Tutkimuksen tarkoitus**

Tämän tutkimuksen tarkoituksena on kartoittaa:

Minkälaisia työskentelytapoja ja menetelmiä terveydenhuollossa käytetään sairaudentunnettomien psykoosi- ja skitsofreniapotilaiden hoitoon sitouttamisessa?

Minkälaisia asioita ja tekijöitä pitäisi huomioida sairaudentunnettomien psykoosi- ja skitsofreniapotilaiden itsehoidossa osastojakson jälkeen?

Opinnäytetyön tarkoitus on kuvata terveydenhuollossa käytettäviä työtapoja psykoosi- ja skitsofreniapotilaiden hoitoon sitouttamisessa, sekä kartoittaa työtapojen soveltamista sosiaalihuollon työssä.



Tavoitteena on myös tuottaa tietoa sairautentunnettomien psykoosi- ja skitsofreniapotilaiden kanssa käytettävistä työtavoista terveydenhuollossa, jotka motivoivat sitoutumaan hoitoon osastojakson jälkeen. Tavoitteena on kartoittaa työtapoja, joita olisi mahdollista käyttää ja soveltaa myös sosiaalihuollossa. Tutkimuksesta saatavaa tietoa voidaan hyödyntää sosiaalihuollossa tehtävässä työssä.

Tutkimukseen osallistuu noin 10 tutkittavaa kahdesta sairaalasta. Tutkimus toteutetaan Suomessa.

### **Tutkimuksen kulku**

Tutkimukseen osallistuminen teidän osaltanne kestää noin 1 tunnin. Tutkimus toteutetaan teemahaastatteluina, jotka äänitetään aineiston litterointia varten. Teemahaastattelussa vastaatte kysytyihin kysymyksiin oman näkemyksenne mukaisesti. Tallennettuja äänitteitä ei levitetä ulkopuolisille, vaan niitä käytetään ainoastaan aineiston tarkastelun apuna. Tutkimuksen päätyttyä, äänitteet tuhoetaan.

Kun olette antanut suostumuksenne tutkimukseen osallistumisesta, Teidän odotetaan noudattavan niitä tutkimukseen liittyviä ohjeita, jotka tutkija teille kertoo.

Teille tiedotetaan tutkimuksen mahdollisesti tulevista muutoksista, jotka saattavat vaikuttaa tutkimukseen osallistumiseenne olennaisesti.

### **Tutkimuksen mahdolliset hyödyt**

On mahdollista, ettei tähän tutkimukseen osallistumisesta ole teille hyötyä. Tutkimuksen tuottama tieto saattaa kuitenkin antaa työtapoja avohoidossa tehtävään mielenterveystyöhön ja vaikuttaa näin ollen myös osastojaksojen uusiutumiseen.

### **Tutkimuksesta mahdollisesti aiheutuvat haitat ja epämukavuudet**

Tutkimukseen osallistuminen vie noin tunnin aikaanne.

### **Henkilötietojen käsittely ja tietojen luottamuksellisuus**

Henkilötietojanne käsitellään tieteellistä tutkimustarkoitusta varten. Teistä kerättyä tietoa ja tutkimustuloksia käsitellään luottamuksellisesti lainsäädännön edellyttämällä tavalla. Kaikki tietojanne käsittelevät tahot ja henkilöt ovat salassapitovelvollisia. Tutkimuksessa tutkittavien henkilötietoja ei julkaista missään, eikä henkilötiedoista kerätä kuin tutkittavan nimi, osoite ja työpaikka. Tutkimuksessa tehtyjen teemahaastatteluiden äänitteet tuhoetaan, kun niille ei ole enää tarvetta tutkimusaineiston tarkastelussa. Haastatteluiden aineistoa tarkastellaan opinnäytetyössä anonyymisti ja laadullisen tutkimusmenetelmän mukaisesti.

**Tutkimuksen kustannukset ja korvaukset tutkittavalle**

Tutkimukseen osallistumisesta ei makseta teille korvausta.

**Tutkimustuloksista tiedottaminen**

Kyseessä on opinnäytetyö, jonka on määrä valmistua kevään 2021 aikana. Tutkimustulokset julkaistaan opinnäytetyössä ja valmis opinnäytetyö julkaistaan theseuksessa.

**Tutkimuksen päättyminen**

Tutkimus päättyy keväällä 2021.

**Lisätiedot**

Jos teillä on tutkimukseen liittyviä kysymyksiä, kysykää niitä Ida Maliselta.

**Tutkijoiden yhteystiedot**

*Tutkija:*

*Sosionomi opiskelija*

*Ida Malinen*

*Laurea ammattikorkeakoulu*

Liite 3: Suostumuslomake

## SUOSTUMUS TUTKIMUKSEEN

### *Sairaudentunnettomien psykoosi- ja skitsofreniapotilaiden hoitoon sitouttamisen työtavat*

Laurea ammattikorkeakoulu, Ida Malinen

Minua on pyydetty osallistumaan yllä mainittuun tutkimukseen, jonka tarkoituksena on kerätä tietoa sairaudentunnettomien psykoosi- ja skitsofreniapotilaiden kanssa käytetyistä työtavoista. Olen lukenut ja ymmärtänyt saamani kirjallisen tutkimustiedotteen. Tiedotteesta olen saanut riittävän selvityksen tutkimuksesta ja sen yhteydessä suoritettavasta tietojen keräämisestä, käsittelystä ja luovuttamisesta. Tiedotteen sisältö on kerrottu minulle myös suullisesti, minulla on ollut mahdollisuus esittää kysymyksiä ja olen saanut riittävän vastauksen kaikkiin tutkimusta koskeviin kysymyksiini.

Tiedot antoi \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / 20 \_\_\_\_\_. Minulla on ollut riittävästi aikaa harkita osallistumistani tutkimukseen. Olen saanut riittävät tiedot oikeuksistani, tutkimuksen tarkoituksesta ja sen toteutuksesta sekä tutkimuksen hyödyistä ja riskeistä. Minua ei ole painostettu eikä houkuteltu osallistumaan tutkimukseen.

Ymmärrän, että osallistumiseni on vapaaehtoista. Olen selvillä siitä, että voin peruuttaa tämän suostumukseni koska tahansa syytä ilmoittamatta eikä peruutukseni vaikuta kohteluuni millään tavalla. Tiedän, että tietojani käsitellään luottamuksellisesti eikä niitä luovuteta sivullisille. Olen tietoinen siitä, että mikäli keskeytän tutkimuksen tai peruutan suostumukseni, minusta keskeyttämiseen ja suostumukseni peruuttamiseen mennessä kerättyjä tietoja voidaan käyttää osana tutkimusaineistoa. Olen myös tietoinen, että haastattelu nauhoitetaan aineiston litteroinnin helpottamiseksi. Haastattelussa kerätty aineisto tuhoetaan tutkimuksen päätyttyä.

**Allekirjoituksellani vahvistan osallistumiseni tähän tutkimukseen ja suostun vapaaehtoisesti tutkimushenkilöksi.**

---

Tutkittavan nimi	Työpaikka	Osoite
------------------	-----------	--------

---

Päivämäärä	Allekirjoitus
------------	---------------

**Suostumus vastaanotettu**

---

Tutkijan nimi	Päivämäärä	Allekirjoitus
---------------	------------	---------------

(Suostumuksen vastaanottaja)

Alkuperäinen allekirjoitettu tutkittavan suostumus sekä kopio tutkimustiedotteesta jäävät tutkijan arkistoon. Tutkimustiedote ja kopio allekirjoitetusta suostumuksesta annetaan tutkittavalle.