



**LAUREA**  
AMMATTIKORKEAKOULU  
*Yhdessä enemmän*

# Ensipsykoosipotilaan elämäntapa- ohjaus Varhaispsykoosikeskuksessa

Satu Raivio

2019 Laurea



Laurea-ammattikorkeakoulu

## Ensipsykoosipotilaan elämäntapaohjaus Varhaispsykoosikeskuksessa

Satu Raivio  
Sosiaalisen kuntoutuksen johtami-  
nen ja kehittäminen  
Opinnäytetyö  
Toukokuu, 2019

Satu Raivio

**Ensipsykoosipotilaan elämäntapaohjaus Varhaispsykoosikeskuksessa**

Vuosi 2019 Sivumäärä 67

---

Psykiatriset häiriöt alkavat tavallisesti nuoruudessa tai varhain aikuisiässä ja sairastuneilla esiintyy terveydellisiä riskitekijöitä. Psykoosiin sairastuneilla nuorilla on muuta väestöä suurempi riski menehtyä ennenaikaisesti sydän- ja verisuonisairauksiin, aineenvaihduntahäiriöihin kuten lihavuuteen tai diabetekseen, keuhkohtaumatautiin, tiettyihin syöpiin sekä tartuntatauteihin. Tämä opinnäytetyö toimii osana fyysisen terveyden edistämisen kehityshanketta ensipsykoosien hoitoon erikoistuneessa psykiatrian avohoidon yksikössä Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirin kuntayhtymän (HUS) Varhaispsykoosikeskuksessa. Tarkoituksena on koostaa ensipsykoosipotilaan elämäntapaohjauksen suositus. Tavoitteena on selvittää elämäntapaohjauksen nykytila sekä saada tietoa elämäntapaohjauksen tavoitetilasta ja siitä millaiset keinot tai menetelmät tukisivat ensipsykoosipotilaan elämäntapaohjausta Varhaispsykoosikeskuksessa.

Kehittämistyön aineisto kerättiin learning cafe- ja ideariihimenetelmien avulla työpajoissa, joihin osallistuivat koko moniammatillinen työryhmä. Aineisto analysoitiin sisällön erittelyn avulla. Elämäntapaohjauksen nykytilassa korostuvat henkilökunnan vastuu elämäntapaohjauksesta, elämäntapaohjauksen merkityksellisyys, keinot ja haasteet. Tavoitetilan mukaan merkityksellistä on aika, riittävä koulutus ja resurssitoiveina ravitsemusterapeutin, liikuntaterapeutin ja kokemusasiantuntijan liittyminen osaksi moniammatillista työryhmää. Toteuttamiskelpoisena menetelmänä todettiin elintapaohjausryhmän perustaminen. Keskeisenä tuloksena on ensipsykoosipotilaan elämäntapaohjauksen suositus ravitsemukseen ja liikuntaan. Jatkokehittäminen tapahtuu ravitsemusterapeutin resurssin pilotoinnilla HUS Psykiatrian psykoosi- ja oikeuspsykiatrian linjalla, jossa erityisesti ensipsykoosipotilaiden huomiointi on tärkeää. Ensipsykoosipotilaan elämäntapaohjauksen systemaattisen interventiomallin pilotointi, arviointi ja edelleen kehittäminen tulee jatkumaan Varhaispsykoosikeskuksessa. Pilotointia tulee arvioida ja mallintaa sellaiseksi, että elämäntapaohjaus vahvistuu osaksi ensipsykoosipotilaan hoitokulttuuria myös Suomessa. Ensipsykoosipotilaan elämäntapaohjauksen suositus ravitsemuksen ja liikunnan osalta voisi olla levitettävissä muualle Suomeen ensipsykoosipotilaiden hoidon yksiköihin.

Asiasanat: ensipsykoosi, fyysisen terveyden edistäminen, elämäntapaohjaus

Satu Raivio

Lifestyle guidance for first episode psychosis in Early Psychosis Clinic

Year	2019	Pages	67
------	------	-------	----

---

Psychiatric disorders usually begin in adolescence or early adulthood and health risk factors occur generally. Young people with psychosis have a higher risk of premature death from cardiovascular diseases, metabolic disorders such as obesity or diabetes, obstructive pulmonary disease, certain cancers and infectious diseases. This thesis is part of a physical health promotion development project at the Psychiatric Outpatient Unit at Joint Authority of the Helsinki and Uusimaa Hospital District (HUCS) Early Psychosis Clinic. The purpose of the study is to compile a lifestyle recommendation and guideline for young people with first episode psychosis diagnosis. The aim is to find out the current state of lifestyle guidance and instructions gather more knowledge about lifestyle guidance goals and which means and methods could support the psychosocial lifestyle guidance at the Early Psychosis Clinic. The material for the development work was collected through learning café and brainstorming methods in workshops with the participation of the entire multidisciplinary team. The material was analyzed by content specification. In the current state of lifestyle guidance, staff's responsibility, relevance of guidance, means and challenges are highlighted. According to the target state and goal, adequate time and training are necessary in addition to extra resources such as nutritionist, physical therapist and experience expert as a part of the multiprofessional team. As a conclusion, the foundation of lifestyle guidance group was identified as a feasible method. As a general conclusion, recommendation of establishment of counseling for a first episode psychosis for nutrition and exercise support was identified. Further development will be done by piloting a nutritionist's resource in the Psychiatric and Forensic Psychiatry Unit of HUCS Psychiatry, where special attention is paid to patients with first episode psychosis. Piloting, evaluating and further development of a systematic intervention model for lifestyle control in a first episode psychosis will continue in the Early Psychosis Clinic. Piloting should be evaluated and modeled so that lifestyle guidance will be taken as part of the nursing culture of the first episode psychosis also in Finland. The recommendation of lifestyle counseling for a first episode psychosis in nutrition and exercise could be spread to other treatment units for patients with early psychosis.

Keywords: first episode psychosis, physical health promotion, lifestyle guidance

## Sisällys

1	Johdanto .....	6
2	Toimintaympäristön kuvaus .....	7
3	Psykoosiin sairastuminen ja elintavat .....	8
3.1	Ensipsykoosi .....	10
3.2	Fyysisen terveyden edistäminen ja elämäntapaohjaus.....	15
3.2.1	Fyysisen terveyden edistäminen.....	18
3.2.2	Elämäntapaohjaus .....	21
4	Kehittämistyön tarkoitus, tavoite ja pääkysymykset .....	32
5	Kehittämistyön kuvaus.....	33
5.1	Kehittämistyön prosessin kuvaus .....	34
5.2	Kehittämistyö lähestymistapana .....	35
5.3	Aineiston keruumenetelmät.....	36
5.4	Aineiston analyysinä sisällön erittely.....	38
6	Kehittämistyön tulokset ja suositukset .....	38
6.1	Ensipsykoosipotilaan elämäntapaohjauksen nykytila .....	39
6.2	Elämäntapaohjauksen tavoitetila .....	41
6.3	Keinot ja menetelmät, jotka tukisivat elämäntapaohjausta .....	42
6.4	Kehittämistyön arviointi .....	45
6.5	Suositus ensipsykoosipotilaan elämäntapaohjaukseen .....	47
6.6	Kehittämistyön luotettavuus ja eettisyys.....	48
7	Pohdinta.....	51
	Lähteet .....	57
	Kuviot .....	65
	Liitteet .....	66

## 1 Johdanto

Psykiatriset häiriöt alkavat tavallisesti nuoruudessa tai varhain aikuisiässä ja sairastuneilla esiintyy terveydellisiä riskitekijöitä (Koponen & Lappalainen 2015). Historiallisesti mielenterveydenhoidon ammattilaiset ovat keskittyneet tarjoamaan hoitoa parantaen potilaan mielenterveyttä eikä fyysistä terveydenhuoltoa ole pidetty ensisijaisena huolena. (Chee ym. 2018)

Fyysisen terveyden edistämiseen mielenterveyspotilailla on kiinnitetty entistä enemmän huomiota viime vuosina. Healthy Active Lives (HeAL)-kansainvälisen kannanoton mukaan psykoosiin sairastuneilla nuorilla on muuta väestöä suurempi riski menehtyä ennenaikaisesti sydän- ja verisuonisairauksiin, aineenvaihduntahäiriöihin kuten lihavuuteen tai diabetekseen, keuhkohtaumatautiin, tiettyihin syöpiin sekä tartuntatauteihin. Sydän- ja verisuonisairauksien riski on jopa kolme kertaa suurempi ja se on yleisin syy ennenaikaiseen, ehkäistävissä olevaan kuolemaan, jopa yleisempi kuin itsemurha. Metabolisen oireyhtymän riskin on todettu olevan jopa kolme kertaa suurempi 40. ikävuoteen mennessä. Tämä lisää riskiä sairastua sydän- ja verisuonisairauksiin. Tyypin 2 diabeteksen riski on 2-3 kertaa suurempi. Tupakointi on jopa neljä kertaa yleisempää. Myös seksuaalitoimintojen häiriöitä, osteoporoosia ja kariesta esiintyy enemmän kuin muilla. Terveysongelmat ovat psyykkisesti rasittavia ja voivat pahimmillaan johtaa sosiaaliseen eristäytymiseen.

Huomioitavaa on että, useimmat psykoosin hoidossa käytettävät lääkkeet voivat lisätä painonnousua jo ensipsykoosipotilailla. Metaboliset muutokset ja painonnousu voivat alkaa jo ensimmäisten viikkojen kuluessa psykoosilääkityksen aloittamisesta. Ylipainosta ja heikosta fyysisestä terveydestä voi seurata itsetunnon ja elämänlaadun heikkenemistä, häpeäilemän syvenemistä sekä eristäytymistä. Nämä ovat ehkäistävissä olevia ongelmia, joihin voidaan vaikuttaa elintapamuutoksilla. Tärkeää on huomioida ravitsemuksen merkitys liikunnan ohella. Näihin asioihin ei monen ensipsykoosiin sairastuneen nuoren kohdalla puututa riittävästi tavanomaisen hoidon aikana.

Varhainen puuttuminen fyysisen terveydenhuollon osalta voi parantaa ensipsykoosipotilaan pidempiaikaista terveyttä ja vähentää yksilön riippuvuutta terveyspalveluista sekä vaikuttaa terveydenhuollon kokonaiskustannuksia laskevasti (Chee ym. 2018). Terveys- ja hyvinvointierojen kaventumisen, eriarvoisuuden ja syrjäytymisen ehkäisemiseksi on tarpeen ottaa käyttöön näyttöön perustuvia toimintamalleja (Larivaara 2016, 4-5).

Fyysisen terveyden edistäminen on osa ensipsykoosipotilaan laadukasta hoitotyötä. Yhteiskunnallisesti tärkeää on fyysisen terveyden tasavertaisuuden toteutuminen psyykkisesti sairastuneiden ja terveiden nuorten välillä. Terveystieteiden ammattilaiset voivat edistää

psykoosiin sairastuneen nuoren terveellistä ja aktiivista elämää. Fyysisen terveyden edistäminen osana mielenterveyden hoitotyötä jää usein melko sattumanvaraiseksi eikä asiaa aina pidetä tärkeimpänä muiden vakavien terveydellisten haasteiden rinnalla tai siihen ei koeta olevan riittävää ammatillista osaamista mielenterveyspalveluissa. Korkealaatuinen mielenterveyden hoitotyö käsittää kokonaisvaltaiset lähestymistavat huomioiden psyykkisen ja fyysisen terveyden edistämiseen liittyvät interventiot.

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on koostaa elämäntapaohjauksen suositus ensipsykoosipotilaille. Tavoitteena on aluksi kuvata ensipsykoosipotilaan elämäntapaohjauksen nykytila ensipsykoosin hoitoon erikoistuneessa psykiatrian avohoidon yksikössä, Varhaispsykoosikeskuksessa. Toisena tavoitteena on saada tietoa ensipsykoosipotilaan elämäntapaohjauksen tavoitetilasta ja löytää keinoja sekä menetelmiä elämäntapaohjauksen tueksi. Tässä opinnäytetyössä keskitytään ravitsemuksen ja liikunnan merkitykseen osana ensipsykoosipotilaan elämäntapaohjausta. Ravitsemus- ja liikuntatottumukset ovat keskeisiä tekijöitä osana terveellisiä elintapoja.

## 2 Toimintaympäristön kuvaus

Tämä opinnäytetyö toteutettiin kehittämistyönä Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirin (HUS) Psykiatrian erikoissairaanhoidon avohoidon yksikössä Varhaispsykoosikeskuksessa, jossa hoidetaan pääosin Espoon, Vantaan, Keravan, Kirkkonummen ja Kauniaisen kuntien alueilla asuvat ensipsykoosipotilaat. Ensipsykoosiin sairastuneen potilaan hoito ja diagnostiikka kuuluvat erikoissairaanhoidon. Opinnäytetyö toimii Varhaispsykoosikeskuksen vuoden 2018 määritetyn tulostavoitteen suuntaisesti, jossa tavoitteena on ensipsykoosipotilaan fyysisen terveyden edistäminen, seuranta ja hyvien hoitokäytäntöjen implementointi. Opinnäytetyön tarkoitus on olla osa Varhaispsykoosikeskuksen ensipsykoosipotilaan hoitotyön kehittämistä, jossa huomioidaan ensipsykoosipotilaiden fyysisen terveyden edistäminen ja seuranta elämäntapaohjauksen avulla.

Varhaispsykoosikeskuksessa toimii moniammatillinen 20 henkilön työryhmä, jossa on sairaanhoitajia, mielenterveyshoitajia, psykiatreja, psykologeja, sosiaalityöntekijöitä, toimintaterapeutti ja tarpeenmukaisesti käytettävissä olevat fysioterapeutit. Potilaan hoidon perustana on hoitoryhmätyöskentely. Hoitokokous on hoidon perustapahtuma, johon osallistuvat potilas, hänen verkostonsa ja moniammatillinen hoitoryhmä. Hoidon periaatteita ovat dialogisuus, joustavuus ja liikkuvuus, vastuullisuus, välitön apu, psykologinen jatkuvuus, yksilöllisyys ja tarpeenmukaisuus, perhekeskeisyys, epävarmuuden sieto, terapeuttisuus, hoitoprosessin jatkuva tutkiminen ja seuranta. Ensipsykoosipotilaan tutkimus- ja hoito pohjautuvat yksilölliseen hoito- ja kuntoutussuunnitelmaan.

Kansainvälinen Healthy Active Lives (HeAL)-kannanotto tukee ja ohjaa toimintaa psykoosiin sairastuneiden nuorten fyysisen terveyden puolesta. HeAL-kannanoton tavoitteena on, että psykoosiin sairastuneiden nuorten elinajanodote ja elämänodotukset ovat samanlaiset kuin muillakin nuorilla. Kannanotto painottaa, että psykoosiin sairastuneet nuoret ja heidän omaisensa tietävät, miten fyysistä terveyttä voidaan edistää sekä vähentää hoitoon liittyviä terveystriskejä ja saavat tähän myös tukea. Psykoosiin sairastuneiden nuorten ja heidän omaistensa huolet psykoosin hoitoon käytettävien lääkkeiden haittavaikutuksista tulee huomioida hoitopäätöksissä. Terveysthuollon ammattilaisten tulee edistää psykoosiin sairastuneen nuoren terveellistä ja aktiivista elämää, terveellistä ruokavaliota, liikkumista ja mielekästä tekemistä sekä tupakoinnin vähentämistä. (Healthy Active Lives)

HeAL-kannanoton viisivuotis tavoitteena on, että psykoosiin sairastuneiden nuorten riski sairastua fyysisesti olisi kahden vuoden kuluessa psykoosidiagnoosista sama kuin nuorilla, jotka eivät ole sairastuneet psykoosiin. Tällöin on tärkeää huomioida, että 90 % ensipsykoosiin sairastuneista ja heidän omaisistaan kokisivat, että he tekevät hoitovalintoja tietoisina hoitoon liittyvistä lihavuuden, sydän- ja verisuonitautien sekä diabeteksen riskeistä. 90 %:lle ensipsykoosiin sairastuneista tulee tehdä kuukauden kuluessa hoidon aloittamisesta riskiarvio lihavuuden, sydän- ja verisuonitautien sekä diabeteksen kehittymisen osalta. (Healthy Active Lives)

Jotta HeAL-kannanoton keskeiset tavoitteet voisivat toteutua nuorten psykoosiin sairastuneiden osalta, vaatii tämä psykiatriassa toimivien terveydenhuollon ammattilaisten toimintatavan tehostamista fyysisen terveyden huomioimisen ja terveyden edistämisen suhteen. HeAL-kannanoton suomennettua julkaisua on jaettu potilaille Varhaispsykoosikeskuksessa vuoden 2017 kesäkuusta alkaen. Kannanoton periaatteita on tuotu esiin poliklinikan Moniperheryhmissä potilaille sekä heidän läheisilleen.

Opinnäytetyö asettuu toiminnan kehittämisen alkuun saattamiseen moniammatillisessa työryhmässä. Varsinaisen elämäntapaohjauksen suositusten testaaminen käytännössä ja arviointi vaativat ajallisesti pidemmän ajan eikä se ole mahdollista tämän opinnäytetyön aikataulun puitteissa, mikä jää kestoaltaan muutaman kuukauden mittaiseksi. Opinnäytetyö kehittämistyönä jää Varhaispsykoosikeskuksen käyttöön.

### 3 Psykoosiin sairastuminen ja elintavat

Terveyden ja hyvinvoinninlaitoksen (THL), Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirin (HUS), Teknologian tutkimuskeskuksen, Aalto-yliopiston ja Turun yliopiston ” Varhaisen psykoosin riskitekijät, kulku ja ennuste”- tutkimukseen rekrytoitiin Suomessa vuosina 2010-2016 ensikertaa psykoosiin sairastuneita- tai psykoosiriskipotilaita. Tutkimuksen aineisto kerättiin Helsingin ja



Uudenmaan sairaanhoitopiirin alueella. Tutkimuksessa suurin osa ensipsykoosipotilaista ja verrokeista olivat normaalipainoisia. Ensipsykoosipotilaiden painoindeksin keskiarvo nousi kahden kuukauden seuranta-aikana. Tutkimuksen mukaan ensikerran psykoosiin sairastuneiden paino nousi ensimmäisen vuoden aikana hoidon aloituksesta niin, että ylipainoisia oli 60,6 % ja vyötärölihavuutta esiintyi 58,8 % sairastuneista. Tätä pidetään huomattavana terveysriskinä, jolloin huomattava painonnousu lisää riskiä sairastua aikuistyyppin diabetekseen. Asiaan voidaan vaikuttaa elintapamuutoksilla. (Keinänen ym. 2015)

Laurila-Salakka (2014, 31-34) kartoittaa pro gradu- tutkielmassaan, osana Terveiden ja hyvinvoinnin laitoksen (THL) ”Varhaisen psykoosin riskitekijät, kulku ja ennuste”- tutkimusta (2010-2016), ensipsykoosipotilaiden elintapoja hoidon alussa sekä niissä tapahtuvia mahdollisia muutoksia. Ensipsykoosipotilaiden vapaa-ajan liikunta on vähäisempää ja kevyempää kuin terveillä verrokeilla. Ensipsykoosipotilaat kokevat myös fyysisen kuntosensa merkittävästi huonommaksi kuin verrokkit ja ulkoilevat jonkin verran vähemmän kuin verrokkit. Ensipsykoosipotilaista lähes kolmanneksella todettiin olevan epäterveellinen ruokavalio ja verrokeilla vain alle 15 %:lla. Ensipsykoosipotilaiden elintavat eivät muuttuneet merkittävästi kahden kuukauden seuranta-aikana hoidon alusta, mutta potilaiden painoindeksin keskiarvo kohosi merkittävästi. (Laurila-Salakka 2014, 31, 33-34, 37-39)

Koponen (2011) toteaa, että itse mielenterveydenhäiriöön ja sen hoitoon käytettyihin lääkehoitoihin liittyy painonnousun riski. Painonnousu heikentää merkittävästi potilaiden elämänlaatua, hoitomyöntyvyyttä sekä psykiatrisen häiriön hoitotulosta. Lääkkeiden käyttöön liittyvä painonnousu alkaa usein pian lääkehoidon aloittamisen jälkeen. Potilaat tunnistavat tämän helpommin sekä pitävät sitä kielteisempänä kuin itse psykiatriseen häiriöön liittyvää painonnousua. Curtis ym. (2016) toteavat tutkimuksessaan, johon osallistui 16 ensipsykoosipotilasta (14-25 vuotiaita) 12 viikon yksilölliseen elämäntapainterventioon, että interventiorryhmän painonnousu oli merkitsevästi vähäisempää 12 viikon aikana kuin tavanomaisen hoidon saaneiden potilaiden. Tutkimuksen mukaan psykoosilääkityksen aloittaminen aiheuttaa usein nopeaa ja kliinisesti merkittävää painonnousua. Painonnousu on yleisintä ja ongelmallisinta skitsofreniassa, kaksisuuntaisessa mielialahäiriössä sekä ahmimishäiriössä.

Englannissa ensipsykoosipotilaan hoitosuositukset antavat kattavat ohjeet hoidon yleisistä periaatteista, hoidon sisällöstä ja interventioiden kehittämisestä. Hoidon periaatteina ovat psykiatrin laaja arvio potilaan mielenterveydestä, päihteiden käytöstä, riskikäyttäytymisestä, lääkityksestä ja fyysisestä terveydestä. Suositukset kattavat hoidon sisältöä liittyen potilaan yleiseen hyvinvointiin fyysisen terveyden osalta, traumahistorian kartoittamiseen, sosiaali- ja verkostotyöhön, ammatillisen koulutuksen osalta sekä elämänlaadun ja sosioekonomisen aseman

huomioiden. Ensipsykoosipotilaan keskeinen osa hoitoa ovat perhe- ja yksilöinterventiot perheterapian ja kognitiivisen terapian (CBT) muodossa. (National Institute for Health and Care Excellence, NICE)

### 3.1 Ensipsykoosi

Kliinisesti merkittävää psykoottistyyppistä oireilua on havaittu 7,2 %:lla väestöstä, mikä on huomattavasti yleisempää kuin varsinaiset psykoottiset häiriöt. Psykoottistyyppisten oireiden perusteella voidaan tarkemmin määritellä suurentunut riski (clinical high risk) ja tämä vaihe voidaan jakaa edelleen suuren riskin (ultra high risk) oireisiin. Psykoosiriskin arviointiin voidaan käyttää Australiassa kehitettyä CAARMS (Comprehensive Assessment At-Risk Mental States) ja amerikkalaista SIPS (Structured Interview for Prodromal Symptoms)- haastatteluja. SIPS on riskitapausten arviointiin kehitetty spesifi mittari. Se on puolistrukturoitu haastattelu, jossa kartoitetaan positiivisia oireita eli harhaluuloisia ajatuksia ja aistiharhoja, hajanaisuutta eli outoa käytöstä, eriskummallista ajattelua ja itsestä huolehtimisen vaikeuksia sekä negatiivisia oireita eli sosiaalista vetäytymistä, tahdottomuutta, tunneilmaisun vähenemistä ja ajatusten köyhtymistä, yleisinä oireita ovat unihäiriöt sekä stressinsiedon heikkeneminen. Tehdyn haastattelun perusteella arvioidaan täytyvätkö psykoosiriskisyndrooman kriteerit. Psykoosiriski voidaan jakaa vaimentuneisiin psykoosioireisiin, geneettiseen riskiin ja heikentyneeseen toimintakykyyn tai lyhytkestoisiin psykoosioireisiin. Mittari on käännetty ainakin 12 eri kielelle maailmanlaajuisen käyttöön. Tehdyn meta-analyysin mukaan suuri riski ennustaa 37 % todennäköisyyttä sairastua ensipsykoosiin neljän seurantavuoden aikana. (Suvisaari ym. 2017, 223; Penttilä ym. 2017; French & Morrison 2008, 33)

Lindgrenin (2015) tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää psykoosiriskin mahdollisuutta valikoitumattomassa aineistossa niiden nuorten (15-18 vuotta, n= 731) parissa, jotka hakivat apua mielenterveyden oireisiin Helsingissä vuosina 2003-2004 ja 2007-2008. Tutkimuksessa kartoitettiin myös nuorisopsykiatristen potilaiden psykoottisenkaltaisia oireita. Tutkittavista kolmasosa täytti psykoosiriskikriteerit, mutta seuranta-aikana sairastumiset olivat harvinaisia eikä psykoosiriskistatus ennustanut spesifisti psykoosia. Vaikka psykoottisenkaltaiset oireet olivat yleisiä, ei sairastumisen ennustaminen psykoottistenkaltaisten oireiden perusteella ole kliinisessä työssä mahdollista.

Psykoosin varhaisvaiheena voidaan nähdä psykoosin prodromaali eli ennakko-oirevaihe ja ensipsykoosi. Psykoottisuus käsittää jatkumon terveestä vakavaan oireiluun. Ennakko-oirevaiheessa ominaista ovat psykoottisenkaltaiset oireet, vaimentuneet psykoottistasoisia oireita lievemmat positiiviset oireet. Ennakko-oirevaihe voi kestää usein jopa vuosia ennen sairauden varsinaista puhkeamista. Ennakko-oirevaihe ei automaattisesti johda psykoosiin sairastumiseen. Psykoottisenkaltaiset oireet ovat tavallisia nuorilla, eivätkä ne välttämättä ole oire alkavasta psyko-

sista, vaikka ensimmäiseen psykoosiin sairastutaan tyypillisesti nuoruudessa tai varhaisaikuisuudessa. Yleisimmät oireet psykoosissa voivat olla epätasomaisia, kuten ahdistuneisuus ja masennus sekä vetäytymistä sosiaalisista kontakteista tai vaimentuneita psykoosioireita, kuten epäluuloisuutta, outoja ajatuksia ja poikkeavia aistikokemuksia. Psykoosiin sairastuminen on pitkäaikainen prosessi ja ensipsykoosista hoidon alkuun voi kulua aikaa. Tämän vuoksi voidaan puhua osuvammin psykoosin riskioireista ja psykoottistyyppisistä oireista. (Lindgren 2015; Korkeila 2013; Penttilä ym. 2017)

Ennako-oireet saattavat olla hyvin epätarkkoja ja samankaltaisia muutoksia voi liittyä myös normaaliin nuoruuteen. Tämän vuoksi oire voidaan varmuudella todeta ennako-oireeksi vasta, kun sairastuminen on tapahtunut. Tavallisimpia ennako-oireita voivat olla unihäiriöt, ahdistuneisuus, eristäytyminen, keskittymis- ja huomiokyvyn heikkeneminen, käyttäytymisen häiriöt, epäluuloisuus, energian- ja motivaation väheneminen, psykosomaattiset oireet, oudot subjektiiviset kokemukset ajattelun, motoriikan ja havaintojen alueella. Lisäksi voi ilmetä sosiaalisen ja ammatillisen kyvyn heikkenemistä tai koulunkäynnin ja opiskelun vaikeuksia. Ensimmäistä psykoosia edeltävät oireet voivat kestää muutamasta kuukaudesta useaan vuoteen tai psykoosi voi alkaa myös ilman ennako-oireita. (Suvisaari ym. 2017, 153)

Ensimmäistä varsinaista psykoosijaksoa edeltävät ennako-oireet vaikeutuvat ja pidentyvät kestoltaan varsinaisen psykoosijakson lähestyessä. Ennako-oirevaiheessa yksilön sosiaalinen, emotionaalinen ja kognitiivinen toimintakyky voivat heikentyä, minkä vuoksi psykoosin varhainen tunnistaminen on tärkeää. Psykoottistyyppisiä oireita on tärkeä arvioida ja hoitaa, koska ne ovat yhteydessä vaikeampaan psyykkiseen yleisoireiluun ja huonompaan ennusteeseen. Psykoosin varhainen hoito on tärkeää, koska hoitamattoman ensipsykoosin kestolla on todettu olevan merkitystä skitsofrenian ennusteen kannalta. Hoitamattoman psykoosin kesto merkitsee viivettä psykoosioireiden alkamisen ja tehokkaan hoidon välillä. Hoitamattoman psykoosin kesto voi nykyäänkin olla vielä yllättävän pitkä, keskimäärin 6-12 kuukautta ja yksittäisissä tapauksissa jopa vuosia. Huonoon ennusteeseen skitsofrenian osalta voi liittyä hoitamattoman ensipsykoosin pitkä kesto, hitaasti alkanut sairaus, varhainen sairastumisikä, huono hoitomyöntyvyys, negatiivisoireinen taudinkuva, sairauden alkuvaiheen vaikea kulku, sukurasitus psykoosille, miessukupuoli ja naimattomuus. Varhaisessa vaiheessa psykoosin hoidossa on mahdollista vaikuttaa hoitamattoman ensipsykoosin keston, hoitomyöntyvyyteen ja sairauden alkuvaiheen kulkuun. Hoitamattoman ensipsykoosin keston lyhentäminen on haasteellista, mutta mahdollista. (Penttilä ym. 2017; Korkeila 2013; Suvisaari ym. 2017, 153)

Mäki ja Veijola (2012) toteavat ensipsykoosiin sairastuneen nuoren kehityksen olevan usein vaikeutunut usealla elämäalueella, mitä voidaan arvioida ”viiden koon” mukaisesti eli nuoren suhdetta omaan kehoon, kotiin, kavereihin, kouluun sekä kiinnostuksen kohteisiin ja harrastuksiin. Nuoren kehitys ja toimintakyky ovat voineet heikentyä usealla eri osa-alueella. Nuoren

alttius sairastua psykoosiin vaihtelee, mihin voi vaikuttaa perinnöllinen alttius. Nuoren lähisuvussa esiintyvät psykoosit ja nuoren vakavat psyykkiset oireet sekä toimintakyvyn heikkeneminen, voivat olla merkkejä vaarasta sairastua psykoosiin.

Mielenterveyden häiriöt ovat nuoruusiän keskeisempiä elämänlaatuun vaikuttavia sairauksia, joista psykoottiset häiriöt voivat puhjeta nuoruusiässä. Ensipsykoosi voi nuorella merkitä myös skitsofrenian, psykoottisen masennuksen tai kaksisuuntaisen mielialahäiriön alkamista. Toisaalta ensipsykoosi voi olla lyhytkestoinen tila, josta nuori toipuu. Psykoosi saattaa liittyä myös päihteiden käyttöön, jolloin nuorelle voi kehittyä päihteiden käytön seurauksena aistiharhoja tai harhaluuloja eivätkä ne selity yksinomaan äkillisellä päihtymystilalla tai vierotusoireilla. Ensipsykoosin osalta nuoren ennuste vaihtelee ja varhaisvaiheessa voi olla vaikea erottaa eri häiriöitä toisistaan. Tämän vuoksi vasta aika ja seuranta varmistavat tarkemman diagnoosin. (Mäki & Veijola 2012; Suvisaari ym. 2017, 141)

Suvisaari ym. (2017, 205) korostavat, että psykoosien arvioinnissa on tärkeä muistaa biologisten, psykologisten, sosiaalisten ja kulttuuristen tekijöiden keskinäinen vuorovaikutus ja merkitys yksilöllisen taudinkuvan synnyssä. Epätyypillisten psykoosien taustalla voi biologisina tekijöinä vaikuttaa päihteet, lääkeaineet tai somaattiset sairaudet, jotka voivat vaikeuttaa arviointia.

Psykoottisuus ilmenee oireena, jossa todellisuudentaju pettää jollakin aisti- tai ajatustoiminnan alueella. Psykoosia pidetään vaikeimpana mielenterveydenhäiriöistä. Psykoottisen oireilun elinikäinen esiintyvyys on noin 10-15 % ja diagnosoitu psykoottinen häiriö on noin 3 %:lla väestöstä. Itse psykoosisairauksiin liittyy laajempi oireisto ja niillä on oireiden kestoon määriteltyjä kriteerejä. (Mantere 2018; Penttilä ym. 2017) Suvisaari ym. (2017, 153, 155) kuvaavat miehillä skitsofrenian alkavan ikävuosien 20-28 välillä ja naisilla ikävuosien 24-32 välillä. Toisaalta skitsofrenian alkaminen voi olla jo ennen 10. ikävuotta tai jopa 50. ikävuoden jälkeen, mutta nämä ovat harvinaisempia tilanteita. Lapsuusiässä alkavan skitsofrenian esiintyvyys on arvioiden yksi tapaus 40 000 lasta kohden (0,0025%). 44 ikävuoden jälkeen esiintyvyys on 12,6 uutta myöhään alkanutta skitsofreniatapausta/ 100 000 asukasta/vuosi.

Psykoosisairauksien hoidossa painopiste on siirtymässä varhaiseen tunnistamiseen, aktiiviseen ja suunnitelmalliseen hoitoon ja kuntoutukseen, jolloin varhainen hoito parantaa sairauden ennustetta. Psykoottisenkaltaisten oireiden tunnistaminen ja hoitaminen ovat tärkeää, koska ne voivat olla jo itsessään häiritseviä kokemuksia sekä voivat olla yhteydessä kognitiivisiin puutoksiin ja itsetuhoisuuteen. Psykoottistyyppisetkin oireet voivat jo sinällään heikentää nuoren elämänlaatua, jolloin tärkeää on joustava, nopea ja oirekeskeinen hoito. Keskeistä hoidossa on oireiden lievittäminen sekä nuoren tukeminen iänmukaiseen, myönteiseen kehitykseen. (Lindgren 2015; Lindgren ym. 2016; Korkeila 2013)

Psykoosia epäiltäessä nuori on ohjattava erikoissairaanhoidon, jossa nuoren ensipsykoosin hoito ja kuntoutus ovat yksilöllistä ja monimuotoista. Psykososiaaliset hoitomuodot ovat keskeisiä kuten perhekeskeiset interventiot ja psykoedukaatio eli sairauteen liittyvä koulutuksellinen terapia. Osa ensipsykoosiin sairastuneista nuorista tarvitsee itsenäisen arkielämän tueksi kuntoutusta kuntouttavassa asumisyhteisössä. Psykoosiin sairastuneen nuoren hoidon tulee olla pitkäjänteistä. (Mäki & Veijola 2012)

Psykiatrisilla ja somaattisilla sairauksilla on yhteisinä riskitekijöinä perinnölliset tekijät, lapsuuden traumakokemukset sekä sosioekonominen asema. Psykiatrisen hoidon haittavaikutukset voivat lisätä somaattista sairastavuutta. Psykiatrinen sairaus ja siitä koitua stressi voivat myös madaltaa kynnystä sairastaa somaattisesti. Psykiatrinen häiriö voi muuttaa elintapoja huonompaan suuntaan, haitata somaattisen sairauden hoitoa ja vaikeuttaa sairauden tunnistamista riittävän ajoissa. (Korkeila 2013)

Psykoosin riskivaiheessa on helpompi vaikuttaa skitsofreniaan liittyviin liitännäisongelmiin, kuten muihin psykiatrisiin oireisiin, elämäntilannetekijöinä uneen, liikuntaan ja ravitsemukseen (Penttilä ym. 2017). Korkeila (2013) huomauttaa, että psykoosin varhaisella tunnistamisella myös lisääntynyt somaattinen sairastavuus voisi olla ehkäistävissä sekä nykyistä paremmin hoidettavissa. Psykooseihin liittyvää somaattista sairastavuutta on alkuun tarkasteltu kuolleisuuden näkökulmasta ja ensipsykoosia sairastavilla tai psykoosiriskissä olevilla asioita on tutkittu vähän. Tutkimusten mukaan on löydetty viittauksia varhaisiin yhteyksiin psykoosien ja somaattisten sairauksien välillä, vaikka tutkimusaineistot ovat olleet pieniä ja mitattavat muuttujat ovat vaihdelleet. Psykooseihin liittyvä korkeampi kuolleisuus somaattisiin sairauksiin olisi ehkäistävissä varhaisella puuttumisella.

Ensimmäinen vuosi psykoosiin sairastumisesta on somaattisten sairauksien ehkäisyn kannalta kriittinen jakso, jolloin tehostettu seuranta on hyvä aloittaa. Somaattisen terveydentilan kartoittaminen ja huolellinen seuranta ovat tärkeä osa potilaan kokonaisvaltaista hoitoa. On todettu, että jo psykoosiriskivaiheessa ja ensimmäisen psykoosin aikana voi esiintyä lisääntyvää somaattista sairastumista. Somaattiseen sairastamiseen voidaan vaikuttaa lääkehaittojen kartoittamisella, elintapoihin liittyvillä interventioilla sekä terveydentilan säännöllisellä seurannalla. (Korkeila 2013)

Somaattista sairastavuutta on todettu esiintyvän noin vajaalla viidenneksellä ensipsykoosipotilaista. Ensipsykoosipotilaat raportoivat väestöverrokkeihin nähden kolmikertaisen määrän lieväasteisia ja hyvässä hoitotasapainossa olevia somaattisia sairauksia, kuten astmaa ja allergiaa. Belgiassa tehdyn tutkimuksen mukaan keskeinen huomio oli psykoosilääkehoidon osuus sairastavuutta mahdollisesti lisäävänä tekijänä. Monet uusistakin psykoosilääkkeistä aiheuttavat metaboliahaittoja, kuten painonnousua, diabeteksen riskin lisääntymistä ja epäedullista vaikutusta rasva-arvoihin. Psykoosilääkkeet voivat häiritä myös nälän ja kylläisyyden havaitsemista

sekä altistavat liikasyömisen kautta painonnousulle. Psykoosilääkityksellä saattaa olla vaikutusta energiankulutuksen vähenemiseen levossa. (Korkeila 2013; Penttilä ym. 2015; Eskelinen 2018)

Keinänen ym. (2015) tuovat esiin ensipsykoosipotilailla 12 kuukauden seurannan aikana keskimääräisen painonnousun olleen olantsapiini-lääkitystä saaneilla jopa 17,7 kilogrammaa ja muilla 8,5 kg. Keinäsen (2018) väitöskirjan mukaan olantsapiini on yleisimmin määrätty psykoosilääke ensipsykoosiryhmässä, vaikka lääkkeen käyttöön liittyy suurin painonnousun riski. Tämän vuoksi ensisijaiseksi lääkitykseksi ensipsykoosin hoidossa tulisi harkita psykoosilääkkeitä, joihin liittyy vähäisempi painonnousun riski. Eskelinen (2018) korostaa, että lääkityksen mahdollisista haitoista on kerrottava potilaalle, jotta painon seuraaminen ja huomion kiinnittäminen erityisesti terveelliseen ravitsemukseen ja fyysiseen aktiivisuuteen olisi potilaalle mahdollista.

Keinänen (2018) tarkastelee väitöskirjassaan ensimmäistä kertaa psykoosiin sairastuneiden painoa, vyötärönympärystä sekä rasva- ja sokeriaineenvaihduntaa psykoosin hoidon alkaessa ja ensimmäisen hoitovuoden aikana. Tutkimuksessa selvitettiin painonnousun ja vyötärönympäryksen muutoksen ennustajia sekä painon ja vyötärönympäryksen yhteyttä matala-asteisen tulehduksen kehittymiseen, mikä nostaa sydän- ja verisuonisairauksien riskiä. Tutkimuksen tavoitteena oli selvittää psykoottisiin häiriöihin liittyvää kuolleisuutta ja siihen liittyviä tekijöitä Suomessa. Tutkimuksen alkaessa ensipsykoosiin sairastuneiden ja verrokkihenkilöiden välillä ei ollut juuri eroja painoindeksin, vyötärönympäryksen, herkän CRP-määrityksen tai paastoglukoosin suhteen. Ensipsykoosiryhmässä todettiin 12 kuukauden seurannan aikana 9,6 kg (mediaani) painonnousua ja vyötärönympäryksen kasvua 6,0 cm, joten ensimmäistä kertaa psykoosiin sairastuneiden paino ja vyötärönympäryys kasvavat merkittävästi jo ensimmäisen hoitovuoden aikana ja tähän liittyy matala-asteisen tulehduksen kehittyminen.

Skitsofreniaa sairastavilla on todettu olevan runsaasti fyysisiä sairauksia ja niille altistavia tekijöitä, jolloin keskeistä on terveysongelmien ehkäisyn tehostaminen. Tärkeää on konkreettinen toiminta osana suunnitelmallista hoitojärjestelmää huomioiden fyysisten oireiden ja sairauksien viiveetön havaitseminen sekä asianmukainen hoito. (Eskelinen 2018) Suomalaisen 13-vuoden seurantatutkimuksen mukaan skitsofreniaspektrin häiriössä kuolleisuus on kolminkertainen ja 84 % kuolemista liittyy syöpä- ja sydän- ja verisuonisairaudet. Tässä seurannassa tupakoivilla oli jopa 3,5ertainen kuolemanriski. (Keinänen ym. 2017)

Korkeila (2013) toteaa artikkelissaan, että tutkimusten mukaan psykoosipotilaat saavat tehokasta hoitoa ruumiillisiin sairauksiin muuta väestöä harvemmin ja asianmukainen hoito käynnistyy hitaasti. Tässä tärkeää on yhteistyö yleislääkärien ja psykiatrien kesken, jolloin somaattiseen hoitoon voidaan puuttua tehokkaammin.

### 3.2 Fyysisen terveyden edistäminen ja elämäntapaohjaus

Terveyden edistäminen (health promotion) käsittää terveyteen liittyvien elintapojen ja elinolojen suunnitellun muutoksen. Toiminta voi kohdistua sekä yksilöön että ympäristöön. Keskeistä on terveellisten elintapojen edistäminen, koska epäterveelliset elintavat vaikuttavat erityisesti sairastavuuteen ja kuolleisuuteen. (Sihto 2016, 12-13)

World Health Organization (2015) määrittelee Euroopan laajuiset strategiset suunnat sairaanhoidon vahvistamiseksi kohti Terveys 2020 tavoitteita. Tavoitteena on edistää väestön terveyttä ja hyvinvointia sekä vähentää terveyseroja. Tärkeää on valtuuttaa väestöä omasta terveydestään itsehoidon ja terveystyöskäytymisen osalta elämäntapaohjauksen avulla. Merkityksellistä olisi luoda joustava yhteisö ja tukeva ympäristö väestön terveyden edistämiseksi. (World Health Organization 2015)

Euroopan Unionin (EU) terveysstrategian tavoitteena on ehkäistä sairauksia ja edistää terveitä elintapoja. Strategian mukaan kaikille tulee taata yhtäläiset mahdollisuudet hyvään terveyteen ja laadukkaaseen terveydenhoitoon. Tavoitteena on torjua vakavia terveysuhkia EU-maiden alueilla ja auttaa pysymään terveenä vanhuusikään asti. Yhtenä osana EU:n toimia ovat sairauksien ehkäisy, jossa kannustetaan terveelliseen ruokavalioon, liikuntaan, elintapojen muutokseen sekä tupakoinnin torjuntaan lainsäädännön avulla ottaen kantaa myös mainontaan ja sponsorointiin. Strategian tavoitteena on tukea dynaamisten terveydenhuoltojärjestelmien ja alan uuden tekniikan kehittämistä.

Euroopassa Englannin hallitus on asettanut ensipsykoosipotilaan terveyden edistämisen yhdeksi hallituksen tavoitteista. Englannissa kansainvälisiä ohjeita ja suosituksia terveys- ja sosiaalialalle antaa NICE (The National Institute for Health and Care Excellence). Nämä ohjeet ja suositukset ovat näyttöön perustuvia, kehittävät laatustandardeja, luovat mittareita, määrittelevät arvioinnin ja johtamisen suuntaviivoja terveys- ja sosiaalihuoltoon. Suosituksia ja ohjeita laaditaan kokonaisvaltaisesti fyysisiin ja psyykkisiin sairauksiin sekä lapsille että aikuisväestölle. (National Institute for Health and Care Excellence)

Suomessa sosiaali- ja terveysministeriö (STM) on asettanut erilaisia hallituksen kärkihankkeita, joissa pyritään väestön terveyserojen kaventumiseen eri sosiaaliryhmien välillä ja tavoitteena on hyvien käytäntöjen ja toimintamallien saaminen kaikkialle Suomeen. Näiden kärkihankkeiden yleisinä tavoitteina on lisätä terveitä elämäntapoja, vahvistaa mielenterveyttä kaikkien arjessa ja loiventaa hyvinvointi- ja terveyseroja. Tavoitteena on, että hyvinvoinnin ja terveyden osalta heikoimmassa asemassa olevien väestöryhmien mahdollisuudet liikkumiseen ja fyysiseen aktiivisuuteen lisääntyvät, ravitsemusosaaminen vahvistuu, terveyttä tukevat unitottumukset vahvistuvat, alkoholin riskikäyttö ja tupakointi vähenevät sekä tunnetietoisuus ja vuorovaikutustaidot paranevat. (Larivaara 2016, 12)

Suomen hallituksen sosiaali- ja terveysministeriön kärkihankkeen Vaikuttavaa elintapaohjausta sosiaali- ja terveydenhuoltoon poikkialueellisesti (VESOTE) tavoitteena oli terveyden edistäminen ja eriarvoisuuden vähentäminen yhteiskunnassa Hyvät käytännöt pysyvään käyttöön -projektissa vuosina 2017-2018. Hankkeen kehittämistoimet painottivat liikkumista, ravitsemusta ja unta. VESOTE-hankkeen tavoitteina olivat sosiaali- ja terveydenhuollossa elintapaohjauksen vaikuttavien ja laadukkaiden toimintamallien käyttöönotto ja vahvistaminen, elintapaohjauksen osaamisen kehittäminen, olemassa olevien hyvien käytäntöjen hyödyntäminen ja levittäminen, elintapaohjauksen moniammatillisuuden ja poikkialueellisuuden vahvistaminen sekä kolmannen sektorin osaamisen ja kokemuksen hyödyntäminen elintapaohjauksessa. (UKK-instituutti)

Suomen aikuisväestön terveyttä, toimintakykyä ja hyvinvointia selvitettiin kansallisesti edustavassa väestötutkimuksessa FinRavinto 2017 -tutkimuksessa, mikä on osa Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen toteuttamaa FinTerveys 2017 -tutkimusta. Ruoankäyttöä ja ravintoaineiden saantia selvitettiin 1655 Suomessa asuvalta 18–74-vuotiaalta aikuiselta. Tutkimuksen mukaan energiaravintoaineista ainoastaan tyydyttymättömien rasvahappojen saanti on suositusten mukaista. Proteiinia saadaan riittävästi tai jonkin verran yli suositusten. 95 % väestöstä ylittää tyydyttyneiden rasvahappojen saantisuosituksen. Hiilihydraattien ja kuidun saanti on alle suosituksen kahdella kolmasosalla väestöstä. Kasviksia, marjoja ja hedelmiä syö suosituksen mukaan (vähintään 500 g päivässä) 14 % miehistä ja 22 % naisista. 79 %:lla miehistä ylittyy punaisen ja prosessoidun lihan käyttösuositus. FinRavinto 2017- tutkimus osoittaa, että aikuisväestön ravitsemussuosituksia eivät juurikaan toteudu. Tämä näyttää sen kuinka haasteellinen ja monimutkainen suomalaisten tämän hetkinen ravitsemuksen tilanne on suositustenkin suhteen väestöllä, jolla ei raportoida erikseen sairauksia vaikeuttamassa ravitsemuksen tilannetta. (Kaartinen ym. 2018, 17; Kaartinen ym. 2018, 49; Valsta ym. 2018, 59)

Borg (2018, 7, 9-10) mainitsee Suomessa kehitetyn Syömisen taito-malli, mikä koostuu intuitiivisen ja tietoisesta syömisestä keinoista, jotka ovat osa tervettä syömiskäyttäytymistä. Tämän on todettu liittyvän siirtymisessä terveellisempään ruokavalioon, ylipainon alenemiseen, motivaationa liikkumiseen ja aktiivisempaan elämäntapaan, kehoitettavuuteen ja itsetuntoon sekä mielenterveyden kohentamiseen.

Skitsofrenian Käypä hoito suositus (2015) korostaa elämäntapaohjausta, jossa huomioidaan terveyskäyttäytymisen ohjanta sekä kiinnitetään huomio painonhallintaan jo sairastumisen alkuvaiheessa. Ennaltaehkäisyn näkökulma on tärkeä. Painonnousun ehkäisy on huomattavasti tehokkaampaa kuin jo kertyneen ylipainon vähentäminen. Eskelinen (2018) painottaa, että mielenterveyspotilaille pitäisi pystyä tarjoamaan mahdollisuus saada tietoa ja tukea terveellisten elintapojen opetteluun sekä ylläpitämiseen. Elintapa- ja ravitsemusinterventioiden on todettu parantavan psykoosipotilaiden ravitsemuksen koostumusta. Vakavaan mielenterveyden häiriöön



voi liittyä väsymystä, stressiä ja masennusta, jolloin fyysinen aktiivisuus voi olla vähäistä. Fyysisen aktiivisuuden lisäämiseen kohdistuneet interventiot voivat lisätä fyysisen kunnon kohoamisen lisäksi vireyttä, sosiaalista kognitiota ja vähentää masennus- ja psykoosioireita. Myös Koponen (2011) toteaa psykooseihin liittyvän negatiivisia ja kognitiivisia oireita, jaksamis- ja aloitteellisuusongelmia, jolloin liikunta saattaa jäädä vähäiseksi. Potilaiden sosiaalinen eristäytyminen ja psykiatriseen häiriöön liittyvä stigma voivat edelleen vähentää fyysistä aktiivisuutta.

Terveyskäyttäytymisen ja elämäntapamuutosten osalta keskeisiä ovat motivaatiovaihe ja post-intentionaalinen vaihe, jossa motivaatio on olemassa ja pyritään kohti tavoitetta. Motivaatio on tärkeää myös toiminnan ylläpitovaiheessa. Hankonen (2017, 218-219) on koonnut keskeiset viisi selitystä käyttäytymisen jatkamiselle koottuna yli sata teoriaa kartoittaneesta systemaattisesta katsauksesta. Tärkeimmät huomiot ovat, että yksilö ylläpitää käyttäytymismuutosta, jos hänellä on ainakin yksi pysyvä ylläpitomotiivi. Itsesäätelykykyä tarvitaan oman toiminnan säätelyssä. Muutoksen ylläpitäminen on todennäköisempää, jos yksilön psykologiset ja fyysiset resurssit ovat riittävät. Tottumukset eli tavat ja rutiinit tukevat käyttäytymismuutosta. Tukea antava ympäristö ja sosiaaliset vaikutteet, kuten perheen tuki ovat tärkeitä muutoksen ylläpidolle.

Motivoiva keskustelu on keskeistä elintapamuutoksissa, jolloin keskustelu on avointa ja kuuntelevaa. Tämä mahdollistaa potilaan itse huomaamaan muutostarpeitaan, auttaa omahoidon toteutumisessa ja antaa vastuun potilaalle. Keskustelussa pyritään tukemaan ja nostamaan esille potilaan omaa halua ja kykyä muutoksiin. (Mustajoki & Alenius 2017) Turku (2013) toteaa neutraalin lähestymistavan sitouttavan potilasta omahoitoon parhaiten. Haasteena voi olla henkilökunnan kiire, jolloin potilaiden tilanteisiin ei ehditä perehtyä riittävästi.

Elämäntapamuutosten osalta myönteisyys on suotavaa kielteisen pelottelun sijaan. French ym. (2017) kokoaman laajan tutkimusnäytön perusteella erilaisia riskin arvioimis- ja viestintäkeinoja käsitelleet katsaukset osoittivat, että terveysriskeistä kertovalla tiedolla ei ollut suuria tai johdonmukaisia vaikutuksia terveystietoisuuteen. Interventioissa, joissa käytettiin visuaalisia tekniikoita ja kohdistuivat tupakoinnin lopettamiseen tai ravitsemukseen, oli lupaavinta näyttöä. Hankonen (2017, 213) toteaa, että haastavan ja syyllistävän elämäntapaneuvonnan tuloksena asiakas saattaa jumiutua vielä enemmän vanhoihin ajattelumalleihinsa itsepuolustuksena. Huonot kokemukset voivat myös estää hakeutumasta asiantuntijan luo, vaikka valmius elämäntapamuutoksen aloittamiseen olisi.

Onnistuneimmat pitkän aikavälin tulokset liikunnallisen elämäntavan vahvistamisessa eri sosiaaliryhmissä on saavutettu hyödyntämällä kognitiiviskäyttäytymistieteellistä lähestymistapaa. Interventioissa on käytetty käyttäytymisen muutosstrategiaa, jossa on ollut motivointia, aiko-

muksiin vaikuttamista, itsemonitorointia, sosiaalisen tukiverkoston vahvistamista, oman käytäytymisen vahvistamista palkitseminen avulla, liikunnan esteiden tunnistamista sekä liikunnan ylläpitämistä ja repsahduksien välttämistä. (Mäki-Opas 2016, 110)

### 3.2.1 Fyysisen terveyden edistäminen

Skitsofrenian Käypä hoito suosituksen (2015) mukaan ensipsykoosipotilaan tutkimukseen kuuluvat elintapojen, kuten ruokavalion, liikuntatottumusten ja tupakoinnin selvittäminen sekä suvussa esiintyvien tyyppin II diabeteksen, ylipainon ja sydän- ja verisuonitautien kartoittaminen. Ensipsykoosipotilaalta tulee mitata pituus ja paino, laskea painoindeksi sekä mitata verenpaine, vyötärön ympärys, plasman kolesteroli- ja triglyseridipitoisuudet sekä plasman glukoosipitoisuus paastonäytteistä sekä rekisteröidä sydänfilmi (EKG) ja ottaa pään magneettikuva. Vyötärön ympärys ja paino tulee mitata alkuvaiheessa ja sen jälkeen säännöllisesti.

Australiassa tehdyn tutkimuksen mukaan sairaanhoitajat kiinnittävät liian vähän huomiota tai käyttävät liian vähän aikaa terveyden edistämiseen mielenterveyspotilailla (Heslop ym. 2016). Etelä-Lontoossa tehdyn tutkimuksen mukaan hallitus kannustaa kehittämään terveyttä edistäviä ohjelmia vakavista mielenterveysongelmista kärsiville. Tutkimuksen mukaan on havaittu terveyden edistämisen epätasa-arvoista jakautumista ja suositeltavaa olisi kattavasti jakaa tietoa terveyden edistämisestä myös mielenterveyspotilaille. (O'Brien ym. 2014)

Australiassa tehdyssä tutkimuksessa Happel ym. (2013) selvittivät sairaanhoitajien roolia fyysisen terveyden edistämässä vakavista mielenterveysongelmista kärsivillä. Hoitajat käyttivät HIP-mittaria (Health Improvement Profile), mikä antaa viitekehyksen fyysisen terveyden kartoittamiseen. Tutkimuksen mukaan fyysisen terveyden seuranta on tärkeä ja vaikuttava osa hoitoa. Tärkeää on tunnistaa esteet fyysisen terveyden edistämälle. Seurannan puute voi myös rajoittaa interventioiden vaikuttavuutta. Suomessa Werkkala (2018) on pro gradu tutkimuksessaan validoinut Health Improvement Profile (HIP) mittarin vakavaa mielenterveyshäiriötä sairastavilla potilailla. HIP-mittari suomennettiin ja tutkimuksen tarkoituksena oli tuottaa tietoa HIP-mittarin kysymysten selkeydestä sekä tärkeydestä potilaiden ja hoitajien kokemana. Tutkimus osoitti HIP-mittarin olevan käyttökelpoinen työväline psykiatrian palvelujärjestelmään potilaiden fyysisen terveyden ja terveystyökalujen arviointiin sekä terveyden edistämiseen suositeltujen toimintojen avulla.

Chee ym. (2018) kokoama kirjallisuuskatsaus käsitti nuorten fyysisen terveydenhuoltoon ja ensipsykoosiin liittyvän aineiston. Aiemmat tutkimukset ovat osoittaneet, että sairaanhoitajan taidot, tiedot ja tunteet vaikuttavat fyysisen terveystyökalujen tarjoamiseen ensipsykoosipotilaille. Ne sairaanhoitajat, joilla on riittävät tiedot, taidot sekä myönteinen asenne, aloittavat

todennäköisemmin fyysisen terveydenhuollon järjestämisen ensipsykoosipotilaille. Ammatillinen koulutus ja resurssit lisäävät taitoa sekä tietoisuutta asian tärkeydestä. Tärkeää on tarjota kattavaa fyysistä terveydenhuoltoa ensipsykoosipotilaille osana mielenterveyden hoidon sisältöä. Poikkileikkaustutkimuksessa vuosina 2015-2017 hoitajat käyttivät Physical Health Attitude Scale for Mental Health Nurses (PHASE)- asteikkoa. Tavoitteena oli tutkia sairaanhoitajien asenteiden, luottamustason, havaittujen esteiden ja käytäntöjen suhdetta fyysisen terveydenhuollon varmistamisen välillä. Ensipsykoosipotilaiden psyykkisen hyvinvoinnin tuloksien todettiin olevan yhteydessä tehokkaan fyysisen terveydenhuollon järjestämiseen, säännölliseen terveyden käsittelyyn ja seulontamenetelmien käyttöön.

Berqvist ym. (2013) tutkivat Ruotsissa 12 psykoosin avohoidossa työskentelevän terveydenhuollon ammattilaisen elämäntapamuutosten toteuttamista psykoottista häiriötä sairastavien keskuudessa. Elämäntapamuutosten toteuttaminen todettiin olevan vaikeaa, mutta mahdollista. Suurimmat esteet ja vaikeudet liittyivät sairauden aiheuttamien kognitiivisten toimintojen heikkenemiseen. Henkilöstön käytössä oli ohjeita, jotka auttoivat tunnistamaan ja ehkäisemään fyysisiä terveysongelmia. Aina näitä ohjeita ei noudatettu eikä niiden sisältö ollut aina relevantti. Henkilöstö kuvasi epävarmuustekijöinä ristiriitaa siitä, että potilaita oli motivoitava käyttämään psykoosilääkitystä, vaikka samaan aikaan oli tietoisuus lääkityksen aineenvaihduntaan vaikuttavista poikkeamista. Todettiin, että terveellisen ravinnon ja liikunnan merkitys on mukautettava potilaan kognitiiviseen kykyyn sekä toistettava asiaa suullisesti ja kirjallisesti. Elämäntapaohjauksen ohella empaattinen ja vahva, sitoutunut yhteisöllinen tuki on paras mahdollinen vaikutukseltaan ja toteutuessaan potilaan kotiympäristössä.

Orygen Youth Health- EPPIC Australia on 15-25 vuotiaiden psykoosiin sairastuneiden nuorten varhaisvaiheen interventio-ohjelma Melbournessa. EPPICin mukaan asianmukainen fyysisen terveydentilan seuranta on välttämätöntä pitkäaikaisten fyysisten terveysongelmien estämisen vuoksi. EPPIC painottaa henkilökunnan koulutusta ja tiedotusta sekä näkee esteenä nuorten fyysisen terveyden säännöllisen seurannan puutteen. Tässä esiin tuli ajan puute, vaiva, ei uskota rutiininomaisen seurannan välttämättömyyteen sekä selkeyden puute siitä, mitä seurataan. Rutiininomainen painon ja metabolian seuranta on välttämätöntä, jotta voidaan tunnistaa varhaisen intervention tarvitsevat nuoret. Fyysisen terveyden huomioimisen korostetaan olevan kliininen prioriteetti. (Hetrick ym. 2010)

Carney ym. (2018) keräsivät tutkimuksessaan (10/13-10/14) vuoden ajalta tietoa fyysisen terveyden seurannan osalta 40 henkilöltä, jotka olivat UHR (Ultra High Risk) eli korkean psykoosiriskin vaiheessa olevia. Jo psykoosiriskin varhaisvaiheessa esiintyy sydän- ja verisuonitautien riskitekijöitä, joten näiden riskitekijöiden kartoittamista suositellaan jo ensimmäisen jakson palveluissa. Tutkimuksessa huomattiin ettei metabolisia riskitekijöitä välttämättä tarkastella ennen ensimmäistä psykoosia. Todettiin ettei fyysistä terveyttä ja epäterveellisiä elämänta-

poja, kuten päihteiden käyttöä, tupakointia, huonoa ravitsemusta ja alhaista fyysistä aktiivisuutta koskevia tekijöitä arvioitu rutiininomaisesti, jolloin niiden seuranta oli myös vähäistä. Tämän vuoksi täydellistä dokumentaatiota fyysisen terveyden tilasta ei ollut yhdelläkään tutkituista henkilöistä. Kaikki tämä oli alle suositeltujen standardien. Tutkimuksen mukaan integraatio psyykkisen ja fyysisen terveydenhuollon välillä mahdollistaisi kokonaisvaltaisuuden, jolloin toimenpiteet kohdennetaan tulevien sairauksien ehkäisemiseksi. Tämä edellyttää selkeiden fyysisen terveydentilan seurantaan liittyvien suuntaviivojen kehittämisen.

Iso-Britanniassa tehdyssä tutkimuksessa Onwumere ym. (2018) tarkastelivat fyysiseen terveyteen liittyviä asioita hoitotyön kokemuksina psykoosiin sairastuneen omaisilta. Potilaiden läheiset toivat esiin huolta ja pettymystä fyysisen terveyden ja mielenterveyden välisestä kuiltusta. Tutkimukseen osallistui 16 omaista, psykoosiin sairastuneiden potilaiden keski-ikä oli 42 vuotta ja sairastamisajan keskiarvo oli 18 vuotta. Läheiset korostivat vaikeuksia erottaa fyysisiä terveysongelmia mielenterveysongelmista. Fyysisen terveyden ongelmat ovat yleisiä psykoosiin sairastuneilla. Tutkimuksen mukaan hoitajat pyrkivät jopa välttämään vaikeita keskusteluja potilaan omaisten kanssa liittyen potilaan fyysiseen terveyteen. Hoitajan huoli potilaan fyysisestä terveydestä voi olla merkityksellinen jopa omaisen hyvinvoinnille, mikä vahvistaa fyysisen terveyden puheeksi ottamista potilaan ja perheen kanssa. Keskustelut edellyttävät hoitajan diplomaattisuutta, herkkyyttä ja tietoisuutta siitä, miten kommentit tai valittu lähestymistapa vaikuttavat.

Eskelinen (2017) toteaa väitöskirjassaan, että yleislääkärin tekemissä terveystarkastuksissa skitsofreniaa sairastavilla todettiin runsaasti fyysisiä oireita ja piilevää sairastavuutta. Tutkimuksessa selvitettiin skitsofreniapotilaan fyysisiä terveysongelmia ja niihin liittyviä hoidon ja ennaltaehkäisyä tarpeita. Tutkittavien keski-ikä oli 45 vuotta ja tutkittavista 55 % oli miehiä. Lähes puolella tutkituista todettiin olevan päivittäistä haittaa aiheuttavia fyysisiä oireita. Tutkimuksen aikana elintapaohjausta sai 81 % tutkimukseen osallistuneista ja ohjaus koostui painonhallinnasta, liikunnan lisäämisestä sekä tupakoinnin lopettamisesta. Tutkimus antaa kokonaiskuvan suomalaisten skitsofreniaa sairastavien fyysisten terveysongelmien laajuudesta ja monimuotoisuudesta. Fyysisten sairauksien ehkäisyyn ja hoitoon on hoitojärjestelmässä panostettava määrätietoisesti ja moniammatillisesti. Väitöskirjan pohjalta on perustettu vuonna 2015 Terveystupa, mikä on yleislääkärijohtoinen moniammatillinen verkosto Kellokosken sairaalassa ja Hyvinkään sairaanhoitoalueen psykiatrisessa avohoidossa.

Keinänen (2018) selvitti väitöskirjassaan ensipsykoosiin sairastuneiden painon ja vyötärönympäryksen sekä rasva- ja sokeriaineenvaihdunnan muutoksia ensimmäisen hoitovuoden aikana. Tämän lisäksi tutkittiin tekijöitä, jotka ennustavat painonnousua ja vyötärönympäryksen kasvua. Matala-asteisen tulehduksen kehittymistä seurattiin määrittämällä C-reaktiivisen proteiinin (CRP) pitoisuus. Matala-asteisen tulehduksen kehittymisen ensipsykoosissa todettiin liitty-

vän vyötärölihavuuteen. Ensipsykoosin hoidon alussa todettu insuliiniresistenssi voi olla painonnousun ja vyötärölihavuuden varhainen riskitekijä. Psykoosiin liittyvää kuolleisuutta ja kuolleisuuden riskitekijöitä tutkittiin 13 vuoden seurannan aikana Terveys 2000 -tutkimusaineistoa käyttäen. Keinäsen väitöskirjan mukaan korkeampi kuolleisuus, ei affektiivisissa psykooseissa, ei selittynyt yksinomaan sosioekonomisilla tekijöillä, elintavoilla tai fyysisillä sairauksilla vaan ennenaikaisen kuoleman taustalla voi olla myös tekijöitä, jotka liittyvät psykoottisista häiriöistä kärsivien ihmisten fyysisten sairauksien hoidon laatuun. Tämän vuoksi fyysisten sairauksien ehkäisyyn, tunnistamiseen ja hoidon laatuun tulisi psykoosiin sairastuneilla kiinnittää erityistä huomiota.

Yhteenvedona voidaan todeta, että monet tutkimukset (Carney ym. 2018, Chee ym. 2018, Happel ym. 2013, Hetrick ym. 2010) suosittelevat vahvasti fyysisen terveydentilan huomioimista jo psykoosiriskin varhaisvaiheesta alkaen. Ensipsykoosipotilaan fyysisen terveydentilan seuranta on välttämätöntä fyysisten terveysongelmien ennaltaehkäisemiseksi. Ensisijaista on tarjota kattavaa fyysistä terveydenhuoltoa ensipsykoosipotilaille kokonaisvaltaisen hoidon turvaamiseksi. Tämä on tärkeä ja vaikuttava osa mielenterveyden hoidon sisältöä.

### 3.2.2. Elämäntapaohjaus

Elämäntapaohjauksessa keskeistä on motivoimisen taito. Ohjaustyössä tärkeintä on potilaan ja ammattilaisen välinen suhde, jossa potilaalla on kokemus kunnioitetuksi ja ymmärretyksi tulemisesta sekä aidosta välittämisestä. Yhteistyö ja potilaan lähipiirin huomioiminen sosiaalisena tukena elämäntapamuutokselle vahvistavat muutoksen mahdollisuutta. (Anglé 2010)

Näyttöön perustuva elintapaohjaus käsittää systemaattisen tutkimuksen tuottaman tutkimusnäytön, ammattilaisen käytännön asiantuntemuksen ja asiakkaan elämäntilanteen huomioimisen. Heikointa tasoa kuvastaa elintapaohjaus, jossa valinnat tehdään subjektiivisesti, sattumanvaraisella työskentelyotteella ilman käsitystä siitä millaisia menetelmiä, tekniikoita tai työkaluja ohjauksessa tulisi käyttää. Tällöin prosessin arviointi voi puuttua kokonaan tai sitä tehdään ilman systemaattista suunnitelmaa. (Kangasniemi & Kauravaara 2016, 149)

Elintapainterventiot pohjautuvat erilaisiin interventioteorioihin. Motivaatioteorian itsemääräämisteorian (self-determination theory, SDT) kehittäneiden Edward L. Decin ja Richard M. Ryanin mukaan terveyskäyttäytymisen muutosmallissa on ihmisen hyvinvoinnille ja terveydelle kolme keskeistä psykologista tarvetta. Näitä ovat tarve autonomiaan, tarve pystyvyyden tunteeseen ja tarve kokea yhteenkuuluvuutta. Autonomia käsittää tarpeen olla vaikuttava toimija. Autonomian toteutuessa yksilöllä on mahdollisuus valita asioita elämässään, mahdollisuus vaikuttaa päätöksentekoon sekä omaan tekemiseensä. Pystyvyyden tunne on osaamista ja pätevyyttä sekä pyrkimystä hallita toiminnan tuloksia ja tuntea taituruutta. Yhteenkuuluvuuden osalta jokaisella on tarve kuulua ryhmään, tarve olla vuorovaikutuksessa sekä tulla hyväksytyksi. On havaittu, että terveyteen liittyvä käyttäytymisen muutos on tehokkaampaa ja

säilyy paremmin, jos toimijan autonomiaa kunnioitetaan. Itsemääräämisteorian mukaan myönteinen palaute vahvistaa yksilön sisäistä motivaatiota. Kielteinen palaute voi vähentää pystyvyyden ja autonomian kokemusta. (Uutela 2016, 182; Vasalampi 2017, 59-60)

Itsemääräämisteoriassa keskeistä on motivaation tarkastelu jatkumolla sisäinen, itsestä lähtevä verrattuna ulkoa tulevaan motivaatioon. Motivaatio on sisäistä, kun tekeminen on itselle palkitsevaa, henkilökohtaisesti tärkeää ja omien arvojen mukaista. Motivaatio on ulkoista, jos toiminta perustuu ulkoiseen palkkioon tai rangaistuksen välttämisen pelkoon. Itsemääräämisteorian mukaan motivaatio on sitä kestävämpää, mitä sisäistetympää se on. Potilaan sisäisen, kestävän motivaation tukena voidaan vahvistaa itsemääräämisen, kyvykkyyden ja yhteenkuuluvuuden tunteita. Itsemääräämisen tunnetta voi vahvistaa ottamalla selvää, mikä on potilaalle tärkeää ja millaista muutosta potilas toivoo. Keskeistä on neuvojen sijaan esittää muutosehdotuksia tarjoten vaihtoehtoja ja korostaen valinnanvapautta. Kyvykkyyden tunteen vahvistamista voi auttaa huomaamalla, mikä potilaan elämäntavoissa on jo hyvää ja tavoitteen mukaista antaen siitä hyvää palautetta. Muutostavoitteen pilkkominen pienempiin osiin voi auttaa onnistumisen kokemusten saavuttamisessa. Potilaan hyväksyntä ja arvostus vahvistavat yhteenkuuluvuuden tunnetta. Tässä on tärkeää potilaan kuunteleminen ja selvittäminen, miten potilaan lähipiiri voi osaltaan tukea potilasta elämäntapojensa kohentamisessa. Sisäinen motivaatio auttaa todennäköisemmin elämäntapamuutosten kestävydessä ja itsehoidon sujuvuudessa kuin ulkoinen motivaatio. (Anglè 2010)

Ammattilaisen toiminnassa ei ole tärkeintä ”varmistaa”, että potilas muuttaa elämäntapansa vaan keskeistä on vahvistaa potilaan elämäntapamuutosmotivaatiota tukemalla potilaan pysyvyyttä sekä omakohtaisen mielekkyyden ja autonomian kokemusta. Tämä voi onnistua yhteistyöorientoituneella, kuuntelevalla ja ymmärtävällä vuorovaikutustyyllillä, jossa vaikutetaan potilaan motivaation sisäistymiseen. Potilaan motivoituttua voidaan potilasta auttaa kääntämään yleinen elämäntapataavoite tarkaksi toimintasuunnitelmaksi repsahduksenhallintakeinoineen sekä huomioida toteutuksen aktiivinen omaseuranta. (Absetz & Hankonen 2017, 1017-1018)

Autonomiaa tukevassa vuorovaikutuksessa voidaan käyttää motivoivaa haastattelua. Motivoiva haastattelu on näyttöön perustuva, kokonaisvaltainen ihmisen voimavaroja ja toimijuutta korostava ohjausmenetelmä, jossa tavoitteena on kasvattaa ihmisen sisäistä motivaatiota vaikuttamalla hänen omaan hyvinvointiinsa. Keskeistä menetelmässä on yhdessä asiakkaan kanssa työstää muutosmotivaatiota ja elämäntapamuutosta ilman painostusta samalla asiakkaan pystyvyyttä tukien. Eläytyvä kuuntelu osana motivoivaa haastattelua on tehokas keino osoittaa empatiaa, jolloin puhuja kokee tullessa kuulluksi ja ymmärretyksi. Kuulluksi tuleminen auttaa ymmärtämään itseään paremmin ja voi tuoda esiin halukkuutta tarvittaessa muut-

taa omaa käyttäytymistään. Motivoivan haastattelun on todettu olevan tehokkaampi ja vaikuttavampi menetelmä kuin perinteisen terveysterveystieteellisen neuvonnan. (Hankonen 2017, 211; Lintunen 2017, 184)

On todettu, että käyttäytymisen muutoksiin kehitetyt interventiot ovat tehokkaimpia silloin, kun psykologisina perustarpeina autonomiaa, pystyvyyttä ja yhteenkuuluvuutta tuetaan samanaikaisesti. Itsemääräämisteorian mukaan yhteenkuuluvuuden edistäminen on keskeinen tekijä hyvinvoinnin ja motivaation edistämiseksi. Heikosta yhteenkuuluvuudesta voi seurata motivoimattomuutta, eristäytyneisyyttä ja ulkopuolisuutta. (Lintunen 2017, 178-179, 188)

Toisena elintapaohjauksen interventioteorian voidaan tarkastella Acceptance and Commitment Therapy (ACT) eli hyväksymis- ja omistautumisterapiaa (HOT), mikä on suhdekehysteorian kliininen käytännön malli. Suhdekehysteoria on kehitetty pitkäjänteisen kielellisen tutkimus- ja kehittämistyön perusteella. Hyväksymis- ja omistautumisterapia pohjautuu tieteelliseen tutkimusnäyttöön ja sen avulla on saavutettu hyviä tuloksia käyttäytymislääketieteen ja terveystieteiden alueilla laajasti. American Psychological Association div.12 (APA) sekä National Registry of Evidence-based Programs and Practices (SAMHSA) ovat todenneet menetelmän pohjautuvan tutkimusnäyttöön. Elintapaohjauksen osalta menetelmästä ei ole riittävästi koekontrolliasetelmia näytön asteen vaikuttavuuden arvioimiseksi. Elintapaohjauksen vaikuttavuuden arviointi on vaikutusten arviointia vaikeampaa, koska voi olla vaikea osoittaa muutosten taustalla olevan juuri elintapaohjauksen. Suomessa interventioita on toteutettu erityisesti depression, työuupumuksen ja terveyttä edistävien elintapojen muutoksessa. (Kangasniemi & Kauravaara 2016, 24-25, 141, 148)

Hyväksymis- ja omistautumisteoriaan perustuvassa työskentelyssä keskeistä on asiakkaan oman asiantuntijuuden ja vastuun korostaminen oman elämän valinnoista. Asiakkaan omat tarpeet ja toiveet ovat keskeisessä asemassa ja tavoitteena on pyrkiä muuttamaan asiakkaan suhdetta koettuun ongelmaan. Hyväksymis- ja omistautumisterapian (HOT) periaatteet auttavat tukemaan asiakkaan motivaatiota ja käyttäytymisen muutosta. Näitä periaatteita ovat motivaatio, toimivuus, joustavuus, välttämiskäyttäytymisen ja kontrollointipyrkimysten tunnistaminen, hyväksyntä, aktivointi, tässä hetkessä eläminen sekä havainnointi. (Kangasniemi & Kauravaara 2016, 25, 98-99)

Arvo- ja hyväksymispohjaisessa lähestymistavassa työskentely on aktiivista ja tavoitteellista, jossa opetellaan uusia taitoja. Nämä taidot auttavat asiakasta eteenpäin kohti käyttäytymisen muutosta. Motivaatiota muutokseen ohjaavat asiakkaan omat arvot. Muutosprosessiin kuuluu luonnollisena osana myös ajoittain suunnitelmien epäonnistuminen tai reppähtäminen. Näihin suhtaudutaan osana oppimiskokemusta, jotka otetaan vastaan hyväksyen. Näin ne saattavat auttaa oivaltamaan missä asioissa ja taidoissa tarvitaan vielä harjoitusta. (Kangasniemi & Kauravaara 2016, 104, 107)

Elintapainterventiot ovat keskeinen osa skitsofreniaa sairastavien kuntoutusta. Tiedon lisäämisen avulla voidaan tukea potilaita ravinto- ja liikuntatottumusten muuttamiseen. Elintapainterventiot voivat käsittää tietoa ravitsemuksesta ja annoskoosta, painon seuranta, päivittäisen ruokailun ja liikunnan tarkkailua sekä motivoivan haastattelun avulla tavoitteiden asettamista. Liikunnalla on myönteisiä vaikutuksia mielialaan ja ahdistuksen hallintaan sekä fyysisen yleiskunnan koheneminen ehkäisee monia sairauksia. (Suvisaari ym. 2017, 193, 197)

Vakavaa mielenterveyden häiriötä sairastavien on huomattu syövän muuta väestöä epäterveellisemmin, jolloin kasvisten käyttö on vähäisempää sekä ruoka on runsasenergisempää, enemmän tyydyttynyttä rasvaa ja suolaa sisältävää. Tämän lisäksi ateriarytmin puute voi altistaa ahmimiselle, annoskoot voivat olla suuria sekä tiedot ja taidot terveellisen ravitsemuksen toteuttamisen suhteen voivat olla puutteellisia. (Eskelinen 2018)

Suarez ym. (2017) vahvistavat, että vakavilla mielenterveyshäiriöillä on yhteys haitallisiin ravitsemuksellisiin vaikutuksiin ja yhä tiedetään liian vähän tehokkaasta ravitsemusneuvonnasta näissä haastavissa tilanteissa. Ravitsemusohjauksen tulee vahvistaa potilaan kiinnittymistä suositeltuun lääkehoitoon, auttaa terveellisen painon ylläpitämisessä tai saavuttamisessa ja estää painonnousua. Painonhallinnan ohjaus tulee aloittaa heti lääkehoidon alkaessa. Paino tulee mitata heti hoidon alussa ja säännöllisesti, liikkumattomaan elämäntapaan tulee puuttua ja tavoitteena on yksinkertaiset ohjeet ja vähittäiset muutokset. Alkoholin ja muiden runsasenergisten juomien käyttö on hyvä huomioida. Potilasta tulee tukea ateriarytmin ylläpitämiseen ja stressinhallintaan sekä rohkaista säännöllisiin terveysseulontoihin ja tutkimuksiin.

Pedley ym. (2018) kuvaavat tutkimuksessaan ensipsykoosipotilaiden elämäntapainterventioita, joiden tarkoituksena on estää painonnousu säätelemällä ravitsemus- ja liikuntakäyttäytymistä. Tutkimukseen osallistui 15 miestä ja 10 naista (iältään 17-39 vuotta, keski-ikä 26,5 vuotta). Elämäntapainterventiot perustuivat käyttäytymisen muutoksen aikaansaamiseen. Epäterveelliset elämäntapavalinnat ja niiden kielteiset vaikutukset sekä antipsykoottisen lääkityksen käyttö edistävät painonnousua. Englannissa United Kingdom Medical Research Council (MRC) tutkimuskeskuksessa kehitettiin terveellisen elämäntavan interventiot painonhallintaan psykoosiin sairastuneille. Tutkimus oli satunnaistettu, kontrollitutkimus, jossa verrattiin elämäntapainterventiota tavanomaiseen hoitoon. Interventio ”InterACT” käsitti aktiivisuuden edistämisen, ruokavalion parantamisen ja painon nousun ehkäisyn. Teoreettisena viitekehiksenä toimi Common sense-malli, jossa henkilökohtaiset näkemykset terveysongelmista, kuten terveysongelman hallittavuus, syyt ja seuraukset ovat tärkeitä määrittäessä, miten yksilö ryhtyy toimenpiteisiin painonnousun ehkäisemiseksi ruokavalion ja liikunnan avulla. Interventioissa annettiin tietoa psykoosista ja antipsykoottisen lääkityksen vaikutuksista, ruokavaliosta ja liikunnasta. Menetelminä käytettiin roolileikkejä, tiedon tarjoamista, virheellisten uskomusten korjaamista, tavoitteiden asettamista ja saavuttamista, palautteen antamista ja hen-



kilökohtaisen toimintasuunnitelman laadintaa. Lisänä olivat sosiaalisesti osallistava ryhmäliikunta ja perheen osallistuminen interventioon. Tavoitteiden asettaminen lisäsi motivaatiota ja toi positiivisia muutoksia elämäntapaan. Tietopohjan kehittäminen lisäsi parempaa tietämystä fyysisen terveyden merkityksestä ja lisääntynyt ravintotietämys johti pyrkimyksiin ylläpitää tasapainoista ruokavaliota. Lisääntynyt ymmärrys painonhallinnasta korosti sitä, ettei painonnousu ole hallitsematonta. Elämäntapainterventiossa käytettiin ruoka- ja harjoituspäiväkirjoja, painon mittausta, interventio-oppikirjaa ja videoita sekä kävelyryhmää. Elämäntapainterventioiden hyötyinä todettiin lisääntynyt liikunnan harjoittelu, paremmat sosiaaliset suhteet, parantunut ruokavalio ja fyysinen terveys sekä lisääntynyt psykologinen hyvinvointi, mikä näkyi parempana mielialana, lisääntyneenä energisyytenä ja elinvoimana sekä itseluottamuksen kasvuna.

Pedley ym. (2018) tutkimuksessa toimi ”Support Time Recovery (STR)”-työntekijä, jolla on kokemus mielenterveystoiminnasta joko ammatillisesti tai henkilökohtaisesti, erityistä ammatillista koulutusta ei tarvita. STR-työntekijä arvioi potilaan yksilöllistä elämäntapaa ja antoi henkilökohtaisia vinkkejä, mitkä lisäsivät motivaatiota. Työntekijän tulisi olla mielellään samanikäinen ja samaa sukupuolta oleva sekä joustava, empaattinen ja ymmärtävä, jolloin mahdollistuu yhteisten asioiden jakaminen ja kannustaminen avoimesti. Tutkimuksen mukaan ei kliininen henkilökunta (STR), joka on saanut asianmukaisen elämäntapaohjauskoulutuksen, kykenee tarjoamaan terveellistä ohjausta ja tukea varhaisissa elämäntapainterventioissa. Tavoite on, että työntekijöillä on taito luoda laadukkaita suhteita potilaisiin sekä yksilöidä intervention käyttäjien tarpeet ja mieltymykset.

Suomessa Lassila ja Kampman (2018) korostavat myös asiakaskokemuksen hyödyntämistä mielenterveyspalveluissa, josta on vahvaa käytännön kokemusta ja näyttöä. Palvelujen käyttäjien osallisuus tulee huomioida kaikissa mielenterveyspalveluissa. Asiakkaan rooli on viime vuosina muuttunut passiivisena kohteena olemisesta tiedon lähteeksi ja yhteistyökumppaniksi myös palvelujen kehittämisessä. Asiakaskokemuksen hyödyntämisessä keskeistä on asiakkaiden oman elämän asiantuntijuuden arvostaminen.

Teasdale ym. (2016) ovat tehneet elämäntapaintervention vaikuttavuudesta tutkimuksen nuorille tarkoitettussa kahdessa varhaisen psykoosin keskuksessa Sydneyssä, Australiassa. Interventioon sisältyi intensiivinen 12 viikon yksilöllinen ruokavalio- ja liikuntaosio. Tehokkaassa interventiossa ravitsemusterapeutin osallistuminen kuvattiin osana rutiinihoitoa, mikä puoltaa ravitsemusterapeutin integraatiota moniammatilliseen työryhmään. Tarpeellisenä nähtiin myös koulutus elintapainterventioiden merkityksestä ja ruokavaliosta antipsykoosilääkityksen alkaessa. Huono ruokavalio on dokumentoitu vakavista mielenterveyshäiriötä sairastavilla, jossa korostuu tyydyttyneen rasvan ja energian saanti, yleisemmin take away-elintarvikkeiden

käyttö sekä vähemmän hedelmien, vihanneksien ja kasvien käyttöä verrattuna yleiseen väestöön. Tästä seurauksena on nopea painon nousu ja aineenvaihdunnan häiriöt.

Australiassa tehdyn tutkimuksen tavoitteena oli arvioida ravitsemusterapian toteutettavuutta ja tehokkuutta ensipsykoosipotilailla. Psykoosia sairastavat saavat enemmän kaloreita ja tyydyttyynyttä rasvaa, syövät vähemmän hedelmiä, vihanneksia ja kuituja verrattuna väestöön yleensä. Tutkimusohjelmassa aloitti 30 potilasta, jotka saivat kahdeksan yksilöllistä ruokavaliio-ohjausistuntoa sekä viikoittaiset ryhmät, joissa tehtiin ruokaostokset ja valmistettiin ruoka yhdessä. Alkuun arvioitiin ravitsemuksen tilanne, kartoitettiin lääkitys, liikuntatottumukset, alkoholin käyttö ja sosiaalinen tilanne. Ravitsemusterapeutti ja toimintaterapeutti toteuttivat yksilö- ja ryhmäkäynnit. 30 potilaasta 47 % osallistui kaikille kahdeksalle yksilölliselle ohjausistunnolle, kaikkia syitä poissaoloihin ei selvitetty. Tutkimuksen aikana potilaiden vyötärönympärysmitta pieneni. Voidaan todeta, että tämä tutkimus antoi alustavaa todistetta siitä, että ravitsemusinterventiot, joissa on yksilöllistä neuvontaa, ruoanlaittotaitoja ja ruoan hankintaan liittyviä taitoja, voivat vaikuttaa ensipsykoosipotilaiden liikalihavuutta heikentävästi. Toisaalta tutkimusotos oli pieni eikä tutkimuksella ollut kontrolliryhmää. Vyötärönympäryksen pieneneminen voi selittyä myös muutoksella lääkityksessä tai liikunnassa. Ryhmässä toteutettiin parempi sosiaalinen yhteys vertaisiin, ravitsemustiedon lisääntyminen sekä ruoanlaitto- ja taloustaitojen vahvistuminen, vaikka näitä ei erikseen mitattu. (Teasdale ym. 2015)

Teasdale ym. (2016) toteavat antipsykoottilääkityksen lisäävän nälkää, liiallista yönälkää, kyläisyyden alentunutta tunnetta sekä lisääntynyttä makeiden ruokien ja juomien himoa. Tällöin ruokavaliossa voi korostua pikaruoka ja vain yhden pääaterian syöminen päivässä. Tämä voi lisätä painon nousua ja diabetesriskin kohoamista. Ensimmäisten 12 viikon aikana antipsykoottisen lääkityksen aloittamisesta on todennäköistä, että ravitsemusstatus laskee samanaikaisesti, kun potilaalle kertyy painoa ja aineenvaihdunta heikentyy. Ravitsemusinterventiot vähentävät energian saantia, parantavat ruokavalion laatua vähentäen valmisruokien käyttöä. Australiassa Early Psychosis Program (EPP)- yksikössä toteutetussa tutkimuksessa käytettiin Keeping the Mind (KBIM)- elämäntapojen ja - taitojen interventiota. Interventiossa mielenterveyshoitaja ja ravitsemusterapeutti pitivät ryhmää, jossa pääpaino oli ostosten teolla ja ruoan valmistamisessa ryhmässä. Tämän lisäksi potilaan oli mahdollisuus osallistua viikoittaiseen fysioterapeutin ohjaamaan liikuntaryhmään kuntosalilla. Tutkimusotos oli pieni, kontrollin puute kohdistui erityisesti ikään ja sukupuoleen. Tutkimuksessa oli 27 osallistujaa (15-25 vuotiaita) sekä 18 vertailuryhmän jäsentä Liverpoolin Early Psychosis Intervention Programme (EPIP)- yksiköstä, jossa vertailuryhmä sai tavanomaista hoitoa. Yksittäisille ravitsemusohjauskerroille osallistuminen oli todennäköisempää, jos aika oli varattu potilaalle yksilöllisesti, kun taas ryhmään oli sama aika viikoittain. Seurauksena 12 viikon interventiosta oli nautitun ruoan

kokonaismäärän paraneminen, ruoan energiatiiviyys, heikkolaatuisuus ja suolan käyttö vähenivät sekä runsasrasvaisen ja ei-ravitsevien ruoki käyttö väheni. Interventio koostui ravitsemusterapeutin viikoittaisesta yksilöllisestä ravitsemusohjauksesta 12 viikon aikana, missä käytettiin motivoivaa haastattelua sekä tehtiin SMART-mallin mukaiset tavoitteet. 67 % onnistui 12 viikon interventiossa ja keskeyttämiset muistuttavat muita elämäntapaohjelmia ei-sairastuneiden parissa. Tutkimuksessa todettiin, että intensiivinen ja varhainen ravitsemusinterventio saattaa vähentää kardiometabolisia riskejä.

Alanko ym. (2017, 8) korostavat hyvin laadittujen tavoitteiden olevan kuntoutuksen selkäranka. Hyvän tavoitteenasettamisen tukena voidaan käyttää SMART-periaatetta, jossa tavoite on yksilöllinen= Specific, mitattava= Measurable, saavutettavissa oleva= Achievable, realistinen= Realistic, mahdollinen aikatauluttaa= Timed. SMART-periaatteen mukaiset tavoitteet tukevat kuntoutujan motivoitumista, sitoutumista sekä tavoitteiden saavuttamista.

On todettu, että fyysisellä aktiivisuudella on vaikutus psykologiseen sekä fyysiseen hyvinvointiin ja tästä ollaan yhä kiinnostuneimpia ensipsykoosipotilaiden kohdalla. Hong Kongissa tehdyn tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää fyysisen aktiivisuustason ja psykoosiin yhteyttä toimintakykyyn ensipsykoosipotilailla. Psykoosin varhaisen tunnistamisen tulisi parantaa potilaan liikunnan tasoa, mikä taas voi tukea myöhempää toimintakykyä. Fyysisen passiivisuuden on todettu olevan merkittävä tekijä sydän- ja verisuonisairauksien, diabeteksen ja syöpien suhteen. Fyysinen passiivisuus vaikuttaa painoindeksin kohoamiseen ja alhaisempaan toimintakykyyn. Tutkimukseen osallistuneista 39 % oli fyysisesti passiivisia, joista enemmistö oli miehiä. Heillä oli negatiivisia oireita ja neurologisia häirtävaikutuksia. Tutkimuksen mukaan liikunta liittyy parempaan toimintakykyyn ensipsykoosipotilailla. Liikunta voi edistää toimintakykyä parantamalla kognitiota, oireita ja fyysistä terveyttä. Fyysinen aktiivisuus integroituna mielenterveyden hoitojärjestelmään erityisesti psykoosin varhaisen tunnistamisen, kriittisessä vaiheessa on tärkeää. (Lee ym. 2013)

Wärdig ym. (2015) tutkimukseen osallistui Ruotsissa 40 henkilöä (27-65 vuotiaita), joilla oli psykoottinen häiriö. Henkilöt osallistuivat interventioon, jossa oli elämäntapaohjausta, teoreettista koulutusta terveellisestä ruokavaliosta ja fyysisestä aktiivisuudesta. Henkilöt haasteltiin 6-7 kuukauden kuluttua interventioista avohoidossa. Tuloksina muodostui kolme kategoriaa, joissa korostuivat tarve kohtuulliseen interventiotasoon, osallistumisen helpottaminen ja ryhmän jäsenten sosiaalinen vuorovaikutus. Intervention onnistunut kokemus liittyi käsitykseen itsestä kykenevänä yksilönä. Toisaalta vaarana voi olla epäonnistumisen kokemus. Elämäntapainterventiossa korostuvat fyysinen aktiivisuus, sosiaalinen painopiste, jatkuvuus, yksilöllisyys ja ammatillinen tuki. Fyysisen terveyden on oltava tärkeä teema mielenterveyspalveluissa. Kohtuullinen ja maltillinen intervention sisältö helpottavat osallistumista, terveysetu-

jen saavuttamista ja sosiaalisten yhteyksien löytymistä. Tavoitteena on helpottaa yhteiskunnan tavanomaisten palveluiden ja toiminnan käyttöönottamista. Sairaanhoidajan tulee tukea osallistujien normaaliuden tunnetta ja kykenevyyden vahvistumista, jolloin on helpompaa ottaa käyttöön palveluja ja toimintoja, joita on terveellä väestöllä. Tämä vahvistaa normaaliutta ja kykenevyyttä. Lähestymistapana läheinen ja terapeuttinen tapa edistävät myös yksilöllisten tarpeiden huomiointia. Terveellisen elämäntavan edistäminen voi parantaa asenteita liikuntaan, vaikuttaa motivaatioon jatkaa aiempia liikuntamuotoja ja luoda toivoa paremmasta elämäntilanteesta. Hoitotyön on vahvistettava psykoosiin sairastuneiden henkilöiden itsehoitoa, mikä on välttämätöntä pitkäaikaisten sairauksien hoidossa.

Wärdig ym. (2015) kuvaavat ”Solutions for Wellness”- mallin, joka perustui kognitiivisen terapian malliin antaen tietoa ruokavaliosta, fyysisen toiminnan merkityksestä, tupakoinnin ja päihitteiden haitallisuudesta. Ryhmä koostui 6-8 osallistujasta sekä ryhmän ohjaajista, joita olivat terveystoimittajat sekä psykiatrian sairaanhoitajat, fysioterapeutit ja toimintaterapeutit. Tärkeää on huomioida työntekijän kokemus psykoosiin sairastuneiden kanssa työskentelystä sekä motivoivan haastattelun koulutus. Ryhmässä laadittiin yksilölliset tavoitteet. Osallistujat korostivat fyysisen terveyden asettamista etusijalle varhaisessa vaiheessa ja säännöllistä fokusta aiheessa. Intervention laajentunut vaikutus ulottui myös perheeseen, jossa ruoan terveellisempi valmistus edesauttoi terveellistä elämäntapaa.

Marshall ym. (2015) kuvaavat The HELPER-ohjelman, jota on kehitetty Iso-Britanniassa NHS (The National Health Service) julkisen terveydenhuollon psykoosipalveluissa 14-35-vuotiaille sairauden ensimmäisten kolmen vuoden ajalle. Skitsofrenia on huomattava kustannus yhteiskunnalle (elinikäinen esiintyvyys noin 0,5-1%), sairaus alkaa nuoruusiässä tai varhaisessa aikuisvuodessa ja voi aiheuttaa usein elinikäistä haittaa. Ensimmäiset kolme vuotta ovat ”kriittinen ajanjakso”, jolloin sairauden kulku määrittyy. On havaittu, että erityisesti sairauden alkuvuosille suunniteltu hoito on ollut puutteellisesti näyttöön perustuvaa hoitoa. Kriittisenä ajanjaksona on välttämätöntä välttää sairauden uusiutumista ja estää fyysisen terveyden heikkeneminen, koska molemmat tekijät voivat vähentää merkittävästi toipumisen mahdollisuuksia. Ohjelmassa keskeistä ovat kognitiivinen metakognitio (IMPACT), terveellisen elämäntavan interventio (InterACT), integroitu motivoiva haastattelu ja kognitiivinen käyttäytymisterapia.

Bradshaw ym. (2012) tuovat esiin Foleyn ja Morleyn (2011) järjestelmällisen selvityksen, jossa on todettu ensipsykoosiin sairastuneiden painonousun olevan kuusi kilogrammaa ensimmäisten 6-8 viikon aikana antipsykoosilääkityksen aloittamisesta. Psykoottisen sairauden hoidon perustana on usein edelleen lääkehoito. Tämän vuoksi on kehitettävä toimenpiteitä, jotka auttavat hidastamaan tai estämään nopean painonousun sekä suojaamaan käyttäjiä tästä aiheutuvilta

haitoilta. On todettu, että kognitiivinen käyttäytymisterapia ja ravitsemusneuvonta ovat tehokkaita vähentämään ja hidastamaan painonnousua, mutta hyödyt heikkenevät nopeasti intervention loputtua. Tavoitteena oli kehittää hyväksyttävä, toteuttavissa oleva, kulttuurisesti sensitiivinen ja mahdollisimman tehokas ”terveellisen elämäntavan”-interventio ensipsykoosiin sairastuneille nuorille. Tavoitteena oli systemaattisen katsauksen päivittäminen, teoreettisen taustan löytäminen, palveluiden käyttäjien ja terveydenhuollon ammattilaisten näkökulmien selvittäminen sekä keskeisten kulttuurikysymysten tunnistaminen. Kehitetty interventio koostui kahdeksasta istunnosta 12 kuukauden aikana painottaen yksilöllisiä toimintasuunnitelmia. Interventiossa kehitettiin myös verkkosivusto ja esitevihko, joiden avulla osallistujat saivat neuvoja terveellisen ruokavalion toteuttamiseksi reseptien ja materiaalien avulla. Intervention taustateoriaksi valittiin The Common Sense Model-malli (CSM), joka ohjaa sekä motivaatiota että käyttäytymisen muutosta, mallissa palautteen rooli on tärkeä. Tutkimukseen osallistui 13 ensipsykoosipotilasta Luoteis-Englannissa, joiden keski-ikä oli 25,5 vuotta (19-32 v.). Tutkimukseen osallistuneista kymmenen oli miehiä ja yksi nainen. Kansallisuuksista kaksi oli afrikkalaisia, kahdeksan brittiläistä ja kolme etelä-aasialaista. Potilaiden haastatteluiden tavoitteena oli selvittää heidän nykyiset elintavat, käsitykset terveysriskeistä ja terveelliseen elämään liittyvistä toimintatavoista. Haastatellut toivoivat interventiolta liikunnan harjoittamista. Esteinä haastateltavat toivat esiin taloudelliset haasteet, työajat, muistin ja keskittymisen vaikeudet sekä vaihtelevan motivaation.

Bradshaw ym. (2012) haastattelivat tutkimuksessaan lisäksi 14 terveydenhuollon ammattilaisen näkemyksiä terveellisen elämäntapaintervention sisällöstä, toteutettavuudesta ja hyväksyttävyydestä ensipsykoosipotilailla. Tärkeää on tunnistaa nykyiset terveyskäyttäjät, antaa tietoa terveydentilan parantamisesta sekä auttaa käyttäytymisen muutoksessa. Terveydenhuollon ammattilaiset totesivat, ettei heillä ollut riittävästi aikaa tai asiantuntemusta toteuttaa ”terveellisen elämäntavan”-interventiota, vaikka he suhtautuivat asiaan myönteisesti. Ammattilaiset nostivat esiin STR-työntekijöiden paremman soveltuvuuden tehtävään. Tutkimuksen suosituksessa korostui, että interventioiden on oltava ilmaisia ja maantieteellisesti saavutettavissa, sekä sisältäen aktiivista toimintaa mieluummin kuin pelkkää koulutusta. Tärkeänä pidettiin varhaista puuttumista, yksilöllisyyttä, toimintasuunnitelmia sekä erilaisten menetelmien käyttöä tietojen esittämisessä. Lisäksi perheiden rooli on tunnustettava jaetussa päätöksenteossa, kulttuuritietoisuus tulee huomioida ja materiaalien tulee olla käännettynä potilaan äidinkielelle. Kulttuurin ymmärrys on tärkeää laajemmin perheiden terveyskasvatuksen huomioon ottamiseksi. Interventioissa etusijalla olivat liikunta ja terveellinen ravitsemus, aktiivinen käyttäjän osallistuminen, ryhmät, joissa on mahdollisuus jakaa kokemuksia ja tukea sosiaalisuutta sekä saada tietoa ruokavaliosta. ”Booster”-istunnoilla voidaan varmistaa terveellisen elämäntavan sisällyttäminen yksilön elämäntyylisiin. Tämä on monimutkainen pro-

sessi, joka voi olla vielä vaikeampaa henkilöille, jotka ovat sairastuneet ensipsykoosiin. Sairauteen voi liittyä alhaista motivaatiota ja energiatason mataluutta sekä ruokahalun ja väsymyksen lisääntymistä ja lääkkeiden haittavaikutuksia.

Firth ym. (2018) selvittivät tutkimuksessaan jatkavatko ensipsykoosiin sairastuneet (first-episode psychosis, FEP) henkilöt liikunnan harjoittelua valvotun intervention jälkeen ja ovatko harjoittelun hyödyt kestäviä. Tutkimuksessa 28 henkilöä osallistuivat kymmenen viikon harjoitusohjelmaan (124 minuuttia/viikko), minkä jälkeen oli kuuden kuukauden seuranta. Tutkimukseen osallistuneista vain 55 % jatkoi harjoittelua viikoittain ja psykiatristen oireiden todettiin lisääntyvän niillä, jotka olivat lopettaneet liikunnan. Tämän tutkimuksen mukaan pitkäaikaisella harjoittelulla on merkittävät edut ensipsykoosiin sairastuneilla oireiden, kognitioiden ja sosiaalisen toiminnan kannalta. Harjoittelun ilman valvontaa todettiin olevan vähäistä, joten tärkeää olisi pyrkiä luomaan menetelmät säännöllisen liikunnan ja fyysisen terveyden ylläpitämiseksi.

Firth ym. (2016) tutkimuksen tavoitteena oli tutkia ensipsykoosiin sairastuneiden kokemia liikunnan etuja, havaita esteitä ja tekijöitä, jotka edistävät liikuntaa tässä potilasryhmässä. Tutkimukseen osallistui 18-35 vuotiaita ensipsykoosiin sairastuneita. Potilaiden ollessa nuorempia liikunnan esteenä on usein vähemmän sydän- ja verisuonisairauksia. Interventio käsitti kymmenen viikon harjoitusohjelman, jossa oli liikuntaa vähintään 90 minuuttia viikossa. Tutkimuksen mukaan liikunta lieventää psyykkisiä oireita, itsetuntemus lisääntyy liikunnan avulla ja harjoitteluun osallistuminen harjoittelukumppanin tuella vaikuttaa motivaatioon. Tuki ja valvonta voivat olla myös vertaistukea.

Varhaiset interventiot auttavat psykoosiin sairastunutta nuorta ja perhettä sairaudesta toipumisessa ja integroitumisessa takaisin yhteisöön. Lisääntynyt tieto fyysisen terveyden käytännöistä ja luottavaisuus fyysisen terveydenhuollon tarjoamisesta voivat tukea optimaaliseen toipumiseen kokonaisvaltaisella tavalla. Varhainen puuttuminen fyysisen terveydenhuollon osalta parantaa ensipsykoosipotilaan pidempiaikaista terveyttä, vähentää yksilön riippuvuutta terveyspalveluista, jolloin myös terveydenhuolto kustannukset laskevat. (Chee ym. 2018)

Englannissa hallituksen sitoumuksen on tarkoitus varmistaa, että mielenterveystyöntekijät ryhtyvät toimiin mielenterveysongelmista kärsivien ihmisten fyysisen terveyden parantamiseksi. Tällä pyritään takaamaan mielenterveyden ja fyysisen terveyden tasapuolisuus kiinnittämällä huomiota myös mielenterveysongelmista kärsivien ihmisten fyysiseen terveyteen. Mielenterveysongelmista kärsiviä henkilöitä on tuettava elämään terveellistä elämää. Sitoumus tarjoaa näyttöön perustuvaa tietoa keinoista, joilla mielenterveystyöntekijät voivat pa-

rantaa mielenterveysongelmista kärsivien ihmisten fyysistä terveyttä ja hyvinvointia käsittelemällä keskeisiä fyysisen terveysongelmien riskitekijöitä. Lester-työkalu on kehitetty tarjoamaan selkeitä fyysisen terveyden seurantastandardeja ihmisille, jotka kärsivät vakavasta mielenterveydenhäiriöstä. Lester-työkalu tunnetaan myös nimellä positiivinen kardiometabolinen terveysresurssi, joka antaa ammattilaisille yksinkertaisen interventiokehityksen arvioida vakavaa mielenterveydenhäiriötä sairastavien potilaiden sydän- ja aineenvaihdunnan terveydentilannetta. Lester kokoaa yhteen suosituksia useista NICE-ohjeista ja sen tarkoituksena on ottaa huomioon psykoottisten lääkkeiden vaikutus lisääntyneeseen kardiometaboliseen riskiin. Lester suosittelee parasta interventiomenetelmää sekä hoitoa. Lester-työkalun ovat kehittäneet Royal College of Psychiatrists ja Royal College of General Practitioners. Elämäntapojen osalta korostetaan keskustelua yhteistyössä rohkaisevalla tavalla ottaen huomioon henkilön mieltymykset. Huomioitavaa on, onko yksilöllä perustiedot ruoanlaitosta, ruoanvalmistusvälineiden käyttömahdollisuus ja riittävät taloushallintataidot. Ruokavalion parantamiseen olisi sisällytettävä ruokavalion muuttaminen, kohdennettu neuvonta ja tuki, perheiden osallistuminen sekä tavoitteiden asettaminen, jotka ovat räätälöity yksilön tarpeisiin, kulttuuriin ja uskumuksiin. (Public Health England 2016)

Elintapaohjausprosessin arvioinnissa on hyvä huomioida mihin malliin, teoriaan tai perusteluun prosessi pohjautuu. Tärkeää on selvittää, kuinka vaikuttava käytetty menetelmä on tutkimusnäytön osalta ja tuottaako se haluttua terveyshyötyä. Prosessin looginen eteneminen ja dokumentointi ovat tärkeää. Systemaattinen tiedonkeruu arkivaikuttavuudesta voidaan toteuttaa intervention alku- ja lopputilanteessa tai mahdollisen seurannan avulla. Arviointimenetelmien valinnassa on tärkeä huomioida arvioinnin kokonaisvaltaisuus ja mitkä mittarit palvelevat asiakkaan muutosprosessia parhaiten sekä miten arviointi tukee elintapaohjausprosessin arviointia laajemmin. Arviointikohteina voivat olla fysiologiset muutokset (vyötärönympäryys, kolesteroliarvot), psykologiset muutokset (mieliala, vireystaso) ja käyttäytymisen muutokset (liikunnan määrä, syödyn ruoan annoskoko). Itsearviointikyselyjä voidaan käyttää, joista elämänlaatumittarina käytetty on 15D-mittari. Palvelun saatavuuden ja kustannusten huomiointi asiakkaan näkökulmasta on myös keskeistä. (Kangasniemi & Kauravaara 2016, 143-146, 151)

Edellä kuvatuissa tutkimuksissa Pedley ym. (2018), Teasdale ym. (2015), Teasdale ym. (2016), Lee ym. (2013), Wärdig ym. (2015) ja Chee ym. (2018) korostavat ensipsykoosipotilaiden elämäntapainterventioiden vaikutuksia fyysisen terveyden edistämiseen. Interventioissa keskeisenä ovat ravitsemukseen ja liikuntaan liittyvien terveysvaikutusten vahvistaminen. Parhaimmillaan terveysvaikutukset voivat ulottua laajemmin myös ensipsykoosipotilaan perheeseen, joten perheen huomioiminen ja mukaan ottaminen yhteistyökumppaniksi on tärkeää. Elämän-

tapaohjauksen perustuminen valittuun interventiot teoriaan voi vahvistaa vaikuttavan ohjauksen saavuttamista. Kaasalainen (2016, 156) huomauttaa, että interventioiden suunnittelussa on hyvä huomioida terveyden lukutaito muiden näyttöön perustuvien terveyden edistämisen menetelmien ja mallien kanssa. Hankonen (2017, 219) korostaa, että pitkäaikaista elämäntapa muutosta tavoittelevien ohjelmien olisi hyvä sisältää ylläpitomotiivit, itsesäätelyn (kyky säädellä omaa toimintaa), resurssit, tottumukset ja ympäristön sekä sosiaaliset vaikutteet. Nämä liittyvät laajasti kykyihin, motivaatioon ja ympäristöön, jolloin terveyden edistämisen toimenpiteiden olisi hyvä muodostaa hallittu kokonaisuus tukemaan eri osa-alueita.

#### 4 Kehittämistyön tarkoitus, tavoite ja pääkysymykset

Tämä kehittämistyö on osa ensipsykoosipotilaan fyysisen terveyden edistämisen kehityshanketta Varhaispsykoosikeskuksessa. Tarkoitus on koostaa ensipsykoosipotilaiden elämäntapaohjauksen suositus. Kehittämistyön tavoitteena on aluksi kuvata ensipsykoosipotilaan elämäntapaohjauksen nykytila Varhaispsykoosikeskuksessa. Toisena tavoitteena on saada tietoa elämäntapaohjauksen tavoitetilasta ja siitä millaiset keinot tai menetelmät tukisivat ensipsykoosipotilaan elämäntapaohjausta.

Opinnäytetyön pääkysymykset:

1. Miten elämäntapaohjaus toteutuu tällä hetkellä Varhaispsykoosikeskuksessa?
2. Miten elämäntapaohjauksen toivotaan toteutuvan, jotta se voisi olla vaikuttavaa?
3. Millaisia työkaluja tai välineitä toivotaan elämäntapaohjauksen tueksi?

Tässä opinnäytetyössä kehittäminen tuotetaan moniammatillisena prosessina. Osallistava toiminta on mahdollisuuksien tarjoamista ja työryhmän jäsenten osallistuminen on hyödyllistä kehittämistoiminnassa. Tämä lisää sitoutumista kehittämiseen ja tuo työntekijöiden tiedon kehittämistyön hyödyksi. Tiimi voidaan nähdä jakamassa kehittämistyön yhteistä prosessia, päätöksentekoa ja arviointia, jolloin työyhteisön kaikkien jäsenten osallistuminen on keskeinen kehittämisen ehto. (Toikko & Rantanen 2009, 90, 94)



## 5 Kehittämistyön kuvaus

Kehittämistyön aineisto kerättiin HUS Psykiatrian avohoidon yksikön, Varhaispsykoosikeskuksen moniammatillisen tiimin kehittämispäivän aikana työpajoissa. Tämän opinnäytetyön tekijänä työskentelen työryhmässä kokoaikaisena sairaanhoitajana. Tutkimuksellisen kehittämistoiminnan kysymyksenasettelut nousevat käytännön toiminnasta ja rakenteista, jolloin kehittämistoiminnassa tavoitellaan konkreettista käytännön muutosta. Kehittäminen etenee prosessimaisesti ja vaatii ilmiöiden jatkuvaa uudelleen tarkastelua. (Toikko & Rantanen 2009, 22-23, 53)

Kehittämistyö tuo työyhteisöön kehittämisen työkaluja ja tarkoituksena on auttaa reflektimaan omaa toimintaa ja muutoshasteita. Toiminnan analyysin välineenä voi olla toimintajärjestelmän rakennemalli tai ekspansiivinen oppimissykli sekä oppimisteot, jotka voivat toimia kehittämistyön vaihemallina. Tämän mukaan alkuun kyseenalaistetaan vallitseva käytäntö, tehdään vallitsevan käytännön analyysi, uuden ratkaisun mallittaminen ja tutkiminen sekä uuden mallin käyttöönotto ja uuden käytännön vakiinnuttaminen. Kehittävä työntutkimus on osallistavaa, jolloin työtä tehdään rivityöntekijöiden näkökulmasta ja muutokset nousevat työyhteisöstä. Työntekijöiden kanssa voidaan pitää kehittämistilaisuuksia. (Heikkinen ym. 2008, 63-66)

Kenttätyö voi sisältää kokouksia, pöytäkirjojen laatimista, kouluttamista, yhteistä suunnittelua ja yhdessä tekemistä. Työn onnistumisen edellytys on luottamus, jossa tärkeää on kuunteleminen, kyseleminen, ihmettely, ideointi ja ideoiden kokeileminen. Kehittämistyön tekijä tasapainoilee osallistumisen ja vetäytymisen välillä, jolloin samalla voi kannustaa muutokseen ja olla subjektiivinen kokija. Kenttävaihe voi olla dialogista oppimista, jossa painottuvat osallistuminen, sitoutuminen, vastavuoroisuus, vilpittömyys ja refleksiivisyys. (Huovinen & Rovio 2008, 99, 101-102)

Jaettu asiantuntijuus edellyttää osallistujien aktiivisuutta ja vapaaehtoisuutta sekä yhteistyötä kehittämistyön tekijän kanssa. Osallistujien on saatava vaikuttaa prosessin eri vaiheissa. Kehittämistyön tekijän roolin liittyviä ristiriitoja voi käsitellä tutkimuspäiväkirjassa sekä keskusteluissa kehittämistyön ohjaajan kanssa. (Huovinen & Rovio 2008, 99, 102-103)

Tässä opinnäytetyössä kehittämistyön osallistaminen tapahtui työpajoissa käyttäen tiedonkeruun välineinä learning cafe- sekä ideariihimenetelmiä. Näiden menetelmien avulla mahdollistettiin työntekijöiden osallistuminen kehittämistoimintaan, jolloin jokaisen työntekijän henkilökohtainen ajatus, kokemus ja näkemys pääsevät esille (Toikka & Rantanen 2009, 99). Organisaatiossa on paljon ”hiljaista tietoa” eli ei-näkyvää tietoa, jolla on vaikutusta eikä tämän tiedon olemassa oloa tule unohtaa. Kuvaukset nykyisestä toiminnasta ja näkemykset interventioiden oletetuista vaikutuksista ovat merkityksellisiä prosessin etenemisessä. (Kananen 2012, 86)

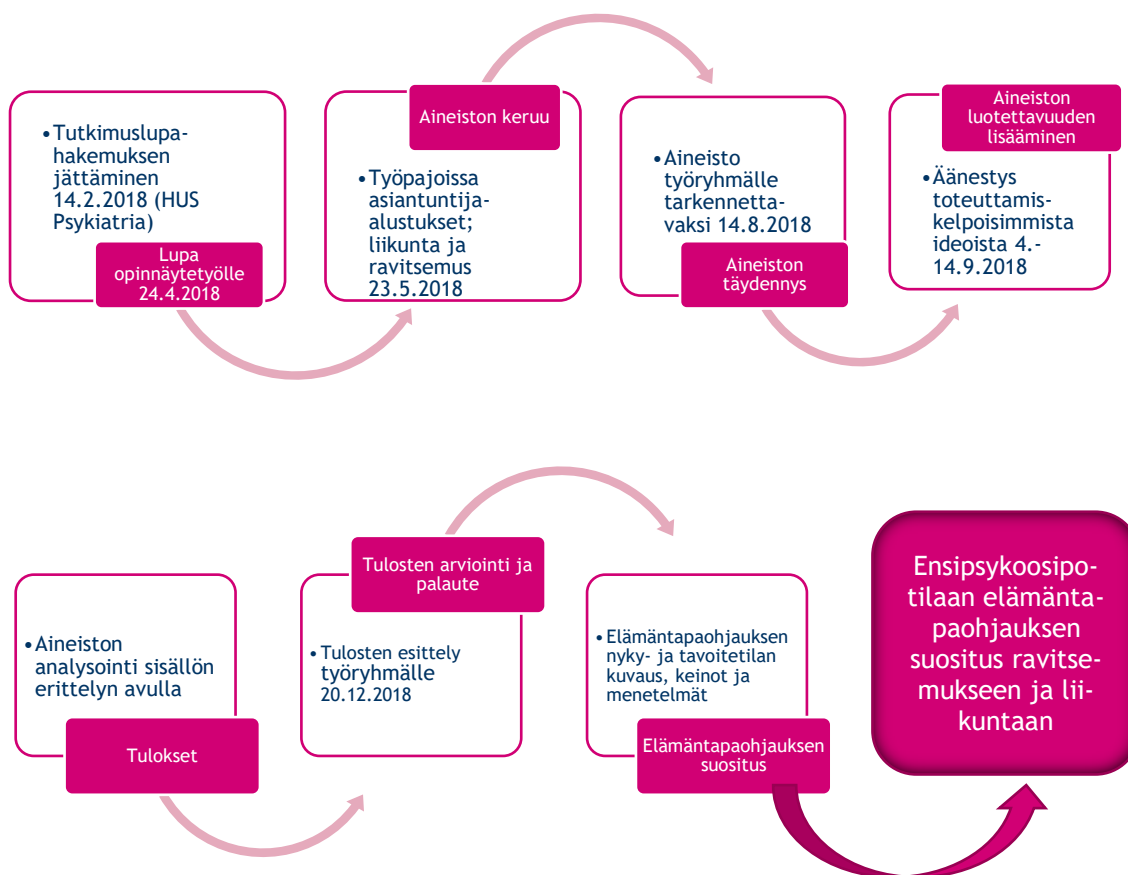
## 5.1 Kehittämistyön prosessin kuvaus

Opinnäytetyölle haettiin tutkimuslupa HUS Psykiatrian tulosityksikön ohjeiden mukaisesti. Opinnäytetyön tutkimuslupahakemuksessa esitettiin kehittämistyön pääkohdat, aihe, aineistonkeruumenetelmät sekä kuvaus siitä, miten kehittämistyö hyödyttää yksikön toiminnan kehittämistä. Opinnäytetyölle myönnettiin kehittämistyön tutkimuslupa 24.4.2018. Moniammatillisen työryhmän tiimissä 26.4.2018 kerrottiin opinnäytetyöstä kehittämistyönä ja jaettiin kirjallinen tiedote opinnäytetyöstä työryhmän jäsenille. Kehittämispäivän ohjelma tiedotettiin sähköpostilla työryhmän jäsenille 2.5.2018. Kehittämispäivän ohjelman suunnittelu ja laadinta edellytti etukäteen yhteistyötä ravitsemusterapeutin ja liikuntaterapeutin kanssa. 23.5.2018 pidettiin kehittämisiltapäivä, jossa keskeisenä olivat ravitsemusterapeutin ja liikuntaterapeutin asiantuntija-alustukset sekä työpajat työryhmälle.

Kehittämistyön aineisto kerättiin learning cafe- ja ideariihimenetelmien avulla työpajoissa, joihin osallistuivat kaikki moniammatillisen työryhmän 20 jäsentä. Työpajojen alkuun liikuntaterapeutin ja ravitsemusterapeutin asiantuntija-alustukset virittivät kuulijat liikunnan ja ravitsemuksen keskeisiin teemoihin huomioiden psykoosisairauden näkökulman. Asiantuntija-alustajina toimivat ravitsemusterapeutti, joka työskentelee HUS Psykiatrian nuorten yksikössä sekä liikuntaterapeutti Kellokosken sairaalasta. Asiantuntijat työskentelevät HUS:ssa ja voivat mahdollisesti olla käytettävissä jatkossa yhteistyökumppaneina.

14.8.2018 työryhmälle esitettiin kerättyyn aineistoon liittyen tarkentavia kysymyksiä aineiston ymmärryksen varmistamiseksi ja lisäämiseksi. Aineiston luotettavuuden lisäämiseksi 4.-14.9.2018 pidettiin työryhmälle poliklinikan kahvihuoneessa äänestys työpajojen ideoista parhaimpien ja toteuttamiskelpoisimpien arvioimiseksi. Ideat olivat nähtävillä kahvihuoneen seinällä, johon äänestys merkittiin anonyymisti. Jokainen työryhmän jäsen sai äänestää arvioiden kolme toteuttamiskelpoisinta ideaa merkitsemällä ne valitsemaansa paremmuusjärjestykseen. Työryhmässä työskenteli pidetyn äänestyksen aikaan 17 työntekijää, joista 16 osallistui äänestykseen.

Kerätyn aineiston tulokset esitettiin sisällön erittelyn jälkeen tiimissä työryhmälle 20.12.2018, jolloin kerättiin kirjallinen palaute esitettyjen kehittämistyön tulosten osalta. Palautetta antoivat 12 työntekijää, jotka olivat paikalla tulosten esittämisen aikana. 21.2.2019 palasimme vielä moniammatillisessa tiimissä keskustelemaan elämäntapaohjauksen toimintamallin suosittelusta, jossa ravitsemusterapeutin ja liikuntaterapeutin ammatillinen tuki on suositeltavaa.



Kuvio 1. Kehittämistyön prosessin kuvaus.

## 5.2 Kehittämistyö lähestymistapana

Kehittämistyön luonnetta kuvaavat pyrkimys ratkaista käytännöstä nousseita ongelmia tai uudistaa käytäntöjä. Tämä voi saada alkunsa organisaation kehittämistarpeista tai muutoshalukkuudesta. Kehittämisen tueksi voidaan kerätä tietoa käytännöstä ja teoriasta. Kehittämistyössä voidaan käyttää monipuolisesti erilaisia menetelmiä ja aktiivinen vuorovaikutus korostuu. Kirjoittaminen ja esittäminen vievät kehitystyötä eteenpäin. Asioille voidaan etsiä käytännön parannuksia tai uusia ratkaisuja. (Ojasalo ym. 2014, 18-19)

Kehittämistyön tutkimuksellisuutta leimaavat järjestelmällisyys, jolloin kehittäminen ei ole satunnaista. Tutkittua tietoa haetaan kehittämisen tueksi. Analyttisyys käsittää erilaisten menetelmien käyttämisen ja näkökulmien luomisen. Hankitun tiedon, omien valintojen ja prosessin arviointi kuvaavat kriittisyyttä. Kehittämistyön prosessi dokumentoidaan ja tiedon levittämisestä huolehditaan. (Ojasalo ym. 2014, 22)

Kehittämishankkeen keskeisenä lähtökohtina ovat kehittämiskohteen tunnistaminen ja siihen liittyvien tekijöiden ymmärtäminen. Kehittämishanke kohdentuu tavallisesti työelämän kehittämiseen. Olennaista kehittämistyössä on raportoida osallisille etenemisestä koko prosessin ajan, jolloin se vie työtä eteenpäin. Kehittämistyön arviointia tehdään prosessin ajan ja eettiset kysymykset tulee huomioida. (Ojasalo ym. 2014, 23, 25-26)

Kehittämisprosessi voidaan nähdä sosiaalisena prosessina, jolloin osallistuminen sekä tavoitteellinen ja avoin keskustelu tekevät prosessista vuorovaikutteisen (Toikko & Rantanen 2009, 168). Osallistava kehittäminen tuo yleensä paremman ratkaisun kuin yksinomaan ulkopuolelta tulevat suositukset (Ojasalo ym. 2014, 59). Mitä enemmän työntekijöillä on vaikutusmahdollisuuksia omaan työhönsä, sitä motivoituneempia he ovat (Kuula 1999, 29).

### 5.3 Aineiston keruumenetelmät

Toikko ja Rantanen (2009, 119) huomauttavat kehittämistoiminnan kannalta olevan perusteltua keskittyä vain työntekijöiltä kerättävään aineistoon ja sen analyysiin, koska kehittämistyö tapahtuu tietyssä työryhmässä ja tavoitteena on toiminnan kehittäminen yksikössä. Tätä aineiston keruutapaa kutsutaan yhden kategorian asetelmaksi (single category desing). Tavoitteena on kartoittaa elämäntapaohjauksen nykytilanne, millaisia keinoja tai menetelmiä ensipsykootilaan elämäntapaohjaukseen on hyvä olla käytettävissä. On huomioitavaa, että kerätty aineisto ei ole ratkaisu kehittämistehtävään vaan materiaali, jolle kehittämistyö perustuu (Ojasalo ym. 2014, 119).

Tässä opinnäytetyössä osallistamisen menetelmänä käytettiin yhteisöllisenä ideointimenetelmänä ideariiheä, mikä mahdollistaa henkilökohtaisen ajatuksen ja kokemuksen esiin tuomisen. Ideariihimenetelmän perusajatuksena on tuottaa ideoita, ajatuksia ja tietoa. Menetelmän keskeisenä periaatteena on, että kaikki ideat kirjataan ylös, kritiikkiä ei esitetä ja lenokkaat ideat ovat jopa toivottavia. Menetelmän avulla on tarkoitus tuottaa paljon ideoita, joista myöhemmin seulotaan käyttökelpoisimmat. Ideariihimenetelmää voidaan käyttää mielihiteitä tai tietoa kerätessä. Menetelmän sujuvuutta voidaan ylläpitää niin, että ideariihen aikana ei väitellä tai kritisoida toisten ehdotuksia, vaan asioista voidaan keskustella tulosten koonnin jälkeen. (eNorssi)

Toiseksi menetelmäksi valittiin learning cafe-menetelmä, mikä arvostaa osallistujilla olevaa tietoa ja näkemystä siitä, että jokaiseen asiaan on olemassa enemmän kuin yksi näkökulma ja ne kaikki ovat yhtä tärkeitä. Asioiden eri puolet tulevat parhaiten esille niistä keskustellen ryhmässä. Learning cafe- eli oppimiskahvila menetelmässä keskeistä on valitun teeman ideointi eri näkökulmista useassa erillisessä pöytäryhmässä. Tämä mahdollistaa pienryhmissä työryhmän jäsenten yhteistä keskustelua ja pohdintaa. Kussakin pöytäryhmässä keskustellaan eri

näkökulmasta liittyen kehitettävään teemaan. Tavoitteena on rohkaista jokaista ilmaisemaan ajatuksiaan ilman kritiikkiä, jolloin voi tuoda esiin mielipiteitä, väitteitä ja tietojen peruste-luja. Syntyneet ideat kirjoitetaan ylös seinäpapereille keskustelun edetessä. Tietyn ajan ku-luttua osallistujat vaihtavat pöytäryhmää ja näkökulmaa. Kunkin pöytäryhmän vetäjä jää oman pöytänsä ääreen. Uuden ryhmän saapuessa, vetäjä tiivistää ensin edellisen ryhmän kes-kustelun, josta jatketaan ideointia. Osallistavat menetelmät tuovat esiin hiljaisen tiedon, am-mattitaidon ja kokemuksen, jolloin myös kehittämistyön näkökulma voi rikastua. (Ojasalo ym. 2014, 61, 162)

Kehittämistyön tekijän tulee kunnioittaa osallistuneita henkilöitä ja heidän tietämystään ko-koamalla ideat (Tuomi & Sarajärvi 2018, 95-96). Työpajoihin osallistuminen oli vapaaehtoista ja jokaiselle työpajaan osallistuneelle työntekijälle annettiin tiedote opinnäytetyöhön osallis-tumisesta sekä suostumuslomake, jolla osallistuminen opinnäytetyöhön vahvistettiin. Kehittä-misen kohteena olevien on tiedettävä, mitä ollaan tekemässä, mitkä ovat tavoitteet ja mikä rooli heillä on kehittämistä edistävässä hankkeessa (Ojasalo ym. 2014, 48).

Asiantuntija-alustukset ja työpajat pidettiin 23.5.2018. Työpajoihin varattiin riittävästi aikaa rauhallisen työskentelyn turvaamiseksi. Asiantuntija-alustusten jälkeen jokainen osallistuja kir-joitti päällimmäiset ajatuksensa (3-5 ideaa) ideariihen tapaan yksittäisille lapuille annetun ajan (2x2 min) puitteissa. Ideoiden toivottiin liittyvän siihen, miten ravitsemusterapeutin ja liikun-taterapeutin asiantuntija-alustusten antia voidaan hyödyntää jatkossa. Tämän jälkeen toteu-tettiin learning cafe-menetelmää hyödyntäen työpajat. Työpajoissa pohdittavaksi annettiin ky-symykset, jotka liittyivät ensipsykoosipotilaan elämäntapaohjauksen nykytilaan, tavoitetilaan sekä elämäntapaohjausta tukeviin menetelmiin ja keinoihin. Työryhmän jäsenet jaettiin kol-meen moniammatilliseen pienryhmään. Pienryhmissä mahdollistui keskustelu, jäsentely ja poh-dinta. Kunkin pöytäryhmän vetäjä kokosi ja kirjasi fläppitauluille keskeiset ajatukset, ideat ja ehdotukset, joita pienryhmä tuotti asiantuntija-alustusten innoittamana. Pöytäryhmän vetäjät olivat työryhmän jäseniä. Learning cafe-työpajoihin aikaa käytettiin 3x11 min, mikä vaikutti olevan riittävä aika tehokkaaseen työskentelyyn. Työskentely tapahtui seisten, joten siirtymi-nen pöytäryhmästä toiseen sujui myös joutuisasti.

Työpajojen vetäjän tulee huolehtia käytettyjen menetelmien säännöistä, aikataulusta ja siitä ettei ideoita lähdetä arvioimaan kesken työskentelyn. Työpajoissa työskentely toteutettiin ano-nyymisti niin, ettei ketään voida myöhemmin tunnistaa tai liittää tiettyihin ideoihin tai ajatuk-siin. Tämän avulla toivottavasti luovimmatkin ideat ja asiat tulivat esiin. Learning cafe- mene-telmän aikana työpajoissa työskentely kuvautui innostuneena ja aktiivisena keskusteluna. Osal-listuva havainnointi mahdollistaa aktiivisen vuorovaikutuksen toimintaympäristön kanssa, joka voi toimia päiväkirjan pohjana (Toikko & Rantanen 2009, 143-144). Osallistuva havainnointi

perustui havainnointipäiväkirjaani. Päiväkirja helpotti myös kehittämistyön prosessin seuraamista ja etenemistä. Kehittämistyöpäiväkirja toimi aikataulun rakenteena sekä itsearvioinnin ja reflektoinnin välineenä. Ojasalo ym. (2014, 115) toteavat, että havainnointityötä auttaa luottamuksen saavuttaminen työyhteisössä ja havainnointiin tarvitaan organisaation johdon lupa. Luottamuksen saavuttamista tuki pidempiaikainen työskentelyni sairaanhoitajana työryhmässä sekä saatu lupa opinnäytetyön toteuttamiselle. Tuomi ja Sarajärvi (2018, 94) korostavat, että sosiaaliset vuorovaikutustilanteet muodostuvat tärkeäksi osaksi tiedonhankintaa.

#### 5.4 Aineiston analyysinä sisällön erittely

Kehittämistoiminta edellyttää välineitä, joiden avulla aineisto voidaan analysoida. Saatujen tuloksien täytyy perustua aineistoihin ja niistä tehtyihin analyyseihin. Kehittämisaineistojen analyysit ovat kapeampia ja pinnallisempia kuin perinteiset tutkimusanalyysit. Kehittämistoiminnan osalta päädytään usein laadullisen aineiston luokitteluun ja karkeaan tulkintaan. (Toikko & Rantanen 2009, 140-141, 168)

Työpajoissa kerättävä aineisto koottiin fläppitauluilta ja idealapuilta. Aineisto jäsennettiin sisällön erittelyn (content analysis) avulla tarkoittaen dokumenttien analyysia. Aineisto käytiin läpi ja litteroitiin tekstimuotoon. Huomio voidaan kiinnittää sanojen ja sanontojen välisiin yhteyksiin, jossa kuvataan tekstin sisältöä. Sisällön erittelyn avulla pyritään kuvaamaan aineistoa sanallisesti tiiviissä ja yleisessä muodossa. Sisällön erittelyssä voidaan tarkastella ilmiöön liittyvien käsitteiden esiintymistiheyttä ja keskinäisiä kytköksiä. (Tuomi & Sarajärvi 2018, 119; Kananen 2012, 116)

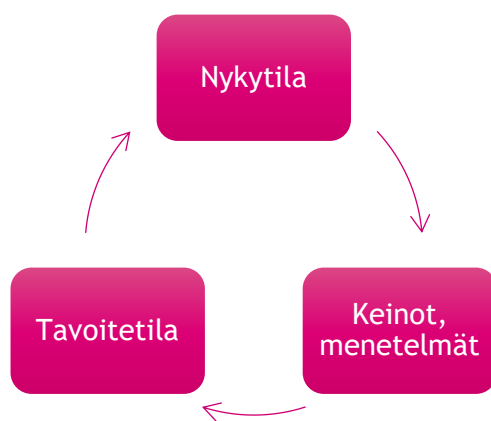
Sisällön erittelyn tavoite on tuoda aineiston olennainen esiin ja tuottaa selkeä kuvaus siitä, mitä aineisto tarkoittaa. Tällöin aineisto tulee käydä järjestelmällisesti läpi ja jäsentää aineiston sisältö luokkiin. Laadullisella sisällön erittelyllä ei tavoitella yleistettävyyttä vaan ilmiöstä tehtyjä havaintoja. Yleistyksiä ei voida tehdä suoraan aineistosta vaan aineistosta tehdyistä tulkinnoista. Luokitusrunko koostuu havaintoyksiköistä ja luokitusyksiköistä, jotka muodostavat luettelon sisältöluokista eli asioista, joihin on kiinnitetty huomio. (Hakala & Vesa 2013, 218, 222; Tuomi & Sarajärvi 2018, 119) Sisällön erittely käsittää dokumenttien analyysin, jossa voidaan kuvata määrällisesti tekstin sisältöä (Ojasalo ym. 2014, 137). Luotettavuuden varmistamiseksi ja lisäämiseksi analysoitu aineisto tuotiin esille myöhemmin työryhmälle yhteisessä tiimissä, jolloin kerättiin myös palautetta esitettyjen tulosten osalta.

## 6 Kehittämistyön tulokset ja suositukset

Toikko ja Rantanen (2009, 173-174) mainitsevat teoksessaan Alasoinin (2006) jakavan kehittämisprojektin tulokset ensimmäisen ja toisen asteen tuloksiin. Ensimmäisen asteen tulokset

voivat olla parannuksia työn tuottavuudessa tai palvelun laadussa. Toisen asteen tuloksena voi olla jalostunutta osaamista, uudenlaisia vuorovaikutussuhteita tai laajemmin sovellettavissa olevia malleja, menetelmiä tai hyviä käytäntöjä. Toisen asteen tulokset ovat merkityksellisiä kehittämistoiminnan tulosten näkyvyyden kannalta.

Kehittämistyön tulokset ovat kontekstisidonnaisia, koska kehittämisprosessin ainutkertaisuus liittyy tiettyyn työyhteisöön. Kehittämistyön tuloksia voi olla vaikea siirtää sinällään toisenlaiseen toimintaympäristöön. Kehittämistyön toteutus ja konteksti pyritään kuvaamaan niin läpinäkyvästi, että on mahdollista arvioida tulosten käyttökelpoisuutta muissa työyhteisöissä. (Toikko & Rantanen 2009, 126)

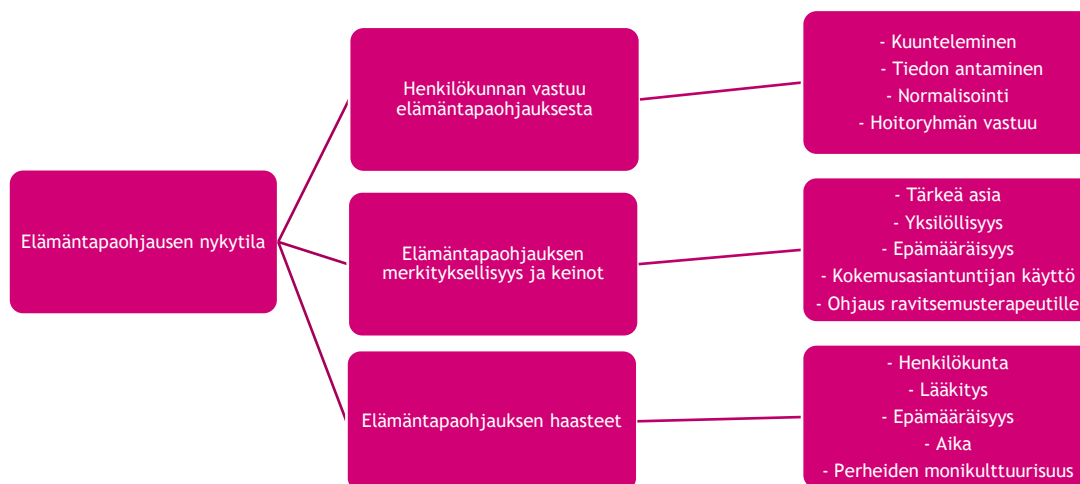


Kuvio 2. Ensipsykoosipotilaan elämäntapaohjauksen nykytilan, tarvittavien keinojen ja menetelmien löytäminen tavoitetilan saavuttamiseksi.

Tämän opinnäytetyön ensimmäisenä tavoitteena on selvittää ensipsykoosipotilaan elämäntapaohjauksen nykytila. Toisena tavoitteena on saada tietoa elämäntapaohjauksen tavoitetilasta sekä tietoa siitä millaiset keinot ja menetelmät tukisivat tavoitetilan suuntaista elämäntapaohjausta. Tarkoituksena on koostaa ensipsykoosipotilaan elämäntapaohjauksen suositus.

### 6.1 Ensipsykoosipotilaan elämäntapaohjauksen nykytila

Learning cafe-menetelmää hyödyntäen esitettiin kysymys ensipsykoosipotilaan elämäntapaohjauksen nykytilasta Varhaispsykoosikeskuksessa. Elämäntapaohjauksen nykytilassa kuvautuu henkilökunnan vastuu elämäntapaohjauksesta, elämäntapaohjauksen merkityksellisyys ja keinot sekä keskeiset elämäntapaohjauksen haasteet.



Kuvio 3. Elämäntapaohjauksen nykytilan kuvaus.

Henkilökunnan vastuu korostuu potilaan kuuntelemisena, herkkyytenä kuulla, tiedon antamisena potilaalle ja normalisointina. Vastuu elämäntapaohjauksesta nähdään olevan koko moniammatillisella hoitoryhmällä. Reflektiivisen moniammatillisen hoitoryhmätyöskentelyn todettiin mahdollistavan tästä keskustelua.

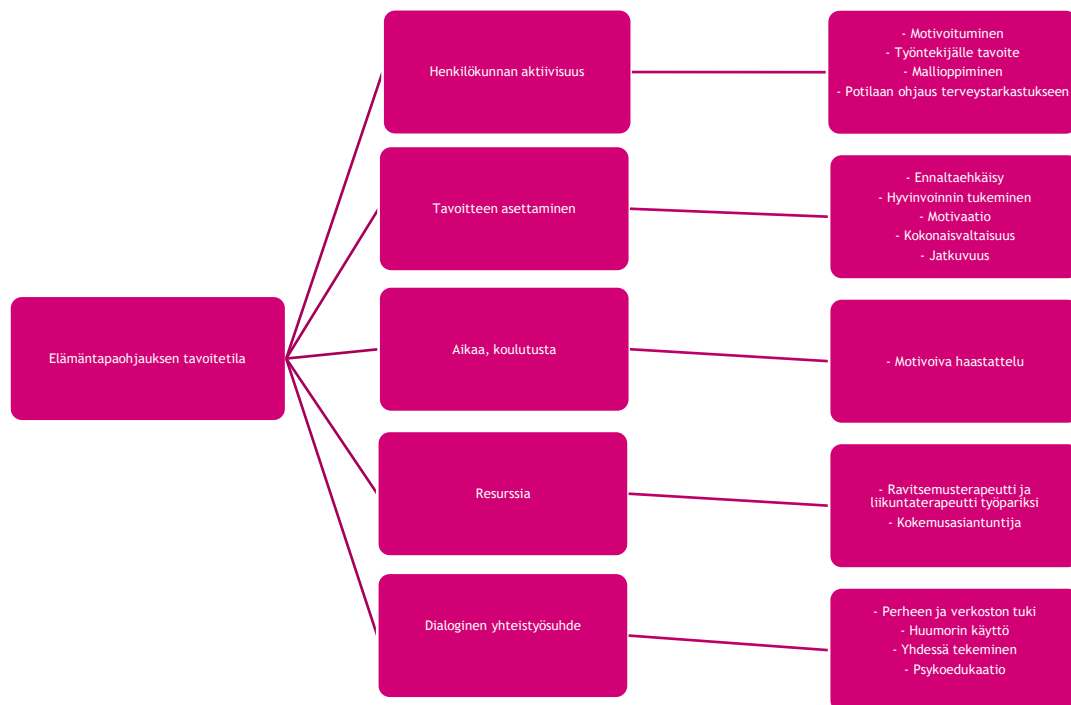
Elämäntapaohjauksen merkityksellisyys nähdään tärkeänä ensipsykoosipotilaan hoidon ensivaiheen työssä ja ensimmäisistä tapaamisista lähtien asiaa (nukkuminen, ruokavalio, stressin hallintakeinot) pidetään esillä. Yksilöllisyyttä pidetään tärkeänä, jolloin potilaan oma muutostoive on lähtöpointinä. Tässä korostuu oikea-aikaisuus, sensitiivisyys, usko potilaan muutostykyyn ja taitoihin sekä toivon ylläpitäminen. Elämäntapaohjauksen epämääräisyys kuvataan sattumanvaraisuutena. Elämäntapaohjauksen mainitaan riippuvan hoitoryhmän työntekijöistä ja siitä onko potilaalla näkyviä haasteita elämäntapojensa osalta. Potilas täyttää elämäntapaohjauksen kyselyn, mutta siitä ei välttämättä keskustella. Potilaan ruokailutottumuksista tiedetään vähemmän kuin liikunnasta. Potilaan oman muutostoiveen selvittäminen ja haastattelu voivat jäädä tekemättä. Elämäntapaohjauksen keinoina mainitaan kokemusasiantuntijan käyttö sekä tarvittaessa ohjaus läheteellä ravitsemusterapeutille, jonne potilaan hoitoryhmän työntekijä voi lähteä mukaan.

Haasteina kuvautuvat henkilökuntaan liittyvät asiat, kuten se ettei elämäntapaohjausta pidetä tärkeänä asiana ja henkilökunnan asiaan orientoituminen, motivaatio ja paneutuminen puuttuvat. Elämäntapaohjauksen todetaan olevan vaikea asia ottaa esille hoitoryhmätyöskentelyssä asian herkkyyden vuoksi. Lääkityksen sivuvaikutukset mainitaan haasteina. Elämäntapaohjauskäsitteen määrittelyn todetaan olevan epämääräistä ja potilaiden kanssa ei olla



riittävän konkreettisia. Ajan puute ilmenee niin ettei potilaan voinnin kannalta akuutissa vaiheessa jää tilaa elämäntapaohjaukselle. Perheiden monikulttuurisuus ja elämäntavat koetaan haasteina.

## 6.2 Elämäntapaohjauksen tavoitetila



Kuvio 4. Ensipsykoosipotilaan elämäntapaohjauksen tavoitetilan kuvaus.

Elämäntapaohjauksen tavoitetilan kuvauksessa asiat liittyvät henkilökunnan aktiivisuuteen, mikä ilmenee henkilökunnan motivoitumisena säännöllisen elämäntapaohjauksen toteuttamiseen ja tavoitteina elämäntapaohjauksen suhteen sekä mallioppimisena. Potilaan ohjaaminen terveystarkastukseen tutkimusjakson aikana mainitaan. Tavoitteen asettamisessa korostetaan sopivaa ja konkreettista tavoitetta, johon liittyvät elämäntapaohjauksen ennaltaehkäisyn näkökulma, hyvinvoinnin tukeminen, motivaatio, tasapainotus kokonaisvaltaisessa hoidossa ja jatkuvuus.

Elämäntapaohjauksen tavoitetilan kuvauksessa korostuu ajan merkitys sekä motivoivan haastattelu- menetelmän koulutus henkilökunnan toiveena. Toivotaan tietoa ja koontia peruspalveluiden liikuntamahdollisuuksista, jolloin niitä voitaisiin hyödyntää potilaan omassa ympäristössä. Terveystupa-agentti mainitaan. Resurssina tuodaan esiin toive ravitsemusterapeutin ja

liikuntaterapeutin saamisesta työpariksi. Kokemusasiantuntijan hyödyntäminen ja elämäntapakummi mainitaan myös resursseina. Dialoginen yhteistyösuhde liittyy perheen ja verkoston tukeen, huumorin ja leikkimielisyyden käyttöön, yhdessä tekemiseen, kuten ruokailut ja psykoedukatioon.

### 6.3 Keinot ja menetelmät, jotka tukisivat elämäntapaohjausta

Kerätyssä aineistossa mainitaan useita erilaisia keinoja ja menetelmiä ideoina elämäntapaohjauksen tueksi. Aineiston luotettavuuden lisäämiseksi järjestettiin äänestys 4.-14.9.2018 henkilökunnan taukokuoneessa aineistossa esiintyneiden ideoista parhaimpien ja toteuttamiskelpoisimpien arvioimiseksi. Taukokuoneen seinälle oli koottu kerätystä aineistosta seinäpape-reille 14 ideaa, joista jokainen työryhmän jäsen sai äänestää kolme toteuttamiskelpoisinta toivettaan merkitsemällä ne valitsemaansa paremmuusjärjestykseen. 17 työntekijästä 16 merkitsi arvioiden omat toiveensa. Äänestyksessä 14 esillä olleesta ideasta yhdeksän ideaa saivat kannatusta. Ideoina kannatusta eivät saaneet Askel askeleelta-kalenterin käyttö, kyse-lylomakkeiden käyttö, elämysliikunta kokemukset tai jumppapallot istumiksi tapaamishuonei-siin.

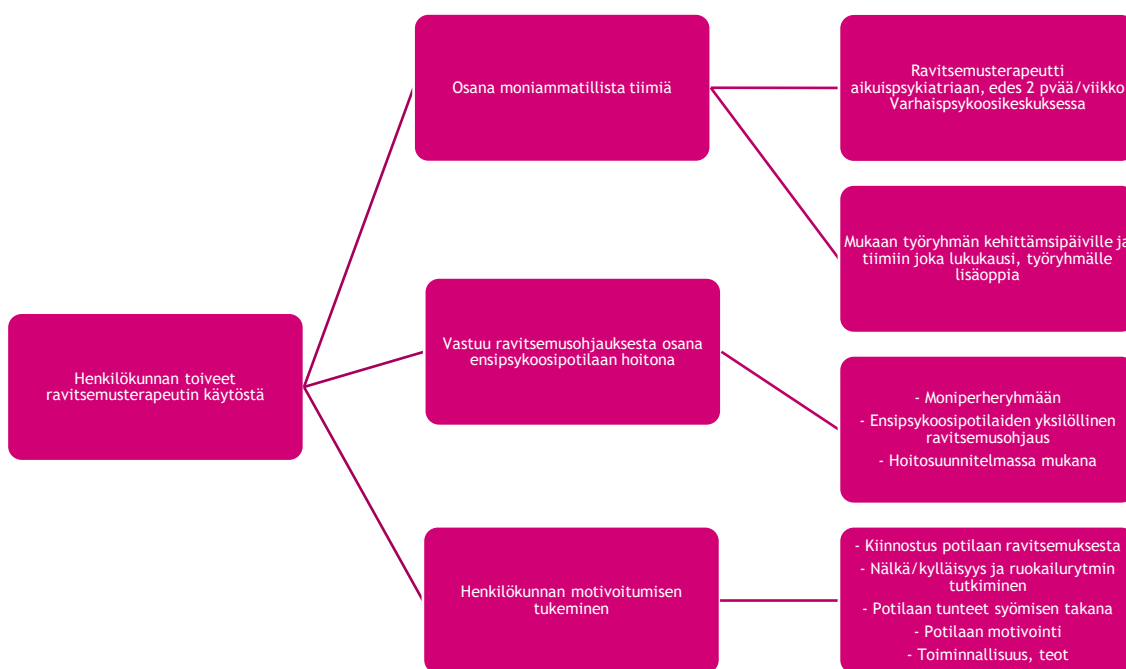


Kuvio 5. Toteuttamiskelpoisimmat ideat työntekijöiden äänestyksen perusteella.

Aktiivisuusrannekkeen käyttöönottoa ensisijaisena keinona kannatetaan vahvasti 8/16 työntekijästä ja seitsemän työntekijää äänesti tämän ensisijaiseksi keinoksi. Täydentyvä elintapaohjausryhmä sai kannatuksen 9/16 työntekijältä ja ensisijaisena keinona tätä pitivät kolme

työntekijää. Kokemusasiantuntijan ja vertaisohjaajan käyttöä ensisijaisena äänestivät kahdeksan työntekijää ja kolme pitivät tätä ensisijaisena. Nämä kolme keinoa erottuivat selkeästi muista äänestyksessä olleista ideoista.

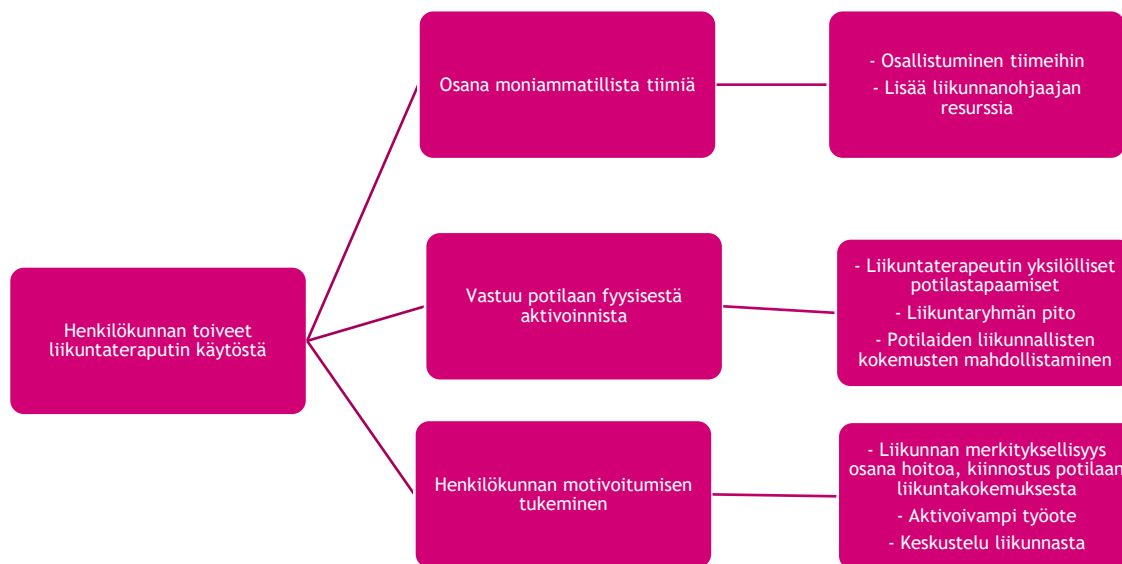
Ideariihityöpajassa haettiin vastausta kysymykseen, ”Miten voidaan hyödyntää asiantuntijaalustajina toimineiden ravitsemusterapeutin ja liikuntaterapeutin esitysten antia?”. Kerätyssä aineistossa nousevat vahvasti esille henkilökunnan toiveet ravitsemusterapeutin ja liikuntaterapeutin käytöstä osana moniammatillista tiimiä ja tukien ensipsykoosipotilaan elämäntapaohjausta.



Kuvio 6. Henkilökunnan toiveet ravitsemusterapeutin käytöstä.

Henkilökunta toi esiin toiveen, että ravitsemusterapeutti olisi osana moniammatillista tiimiä, jolloin ravitsemusterapeutti voisi olla työyhteisössä viikoittain sekä osallistua työryhmän kehittämisspäiville, tiimiin lukukausittain ja vahvistaa työryhmän lisäoppia ravitsemustiedon osalta. Vastuu ravitsemusohjauksesta ensipsykoosipotilaan hoidossa toteutuisi ravitsemusterapeutin osallistumisella asiantuntijana Moniperheryhmään ja potilaan hoitosuunnitelmaan sekä toteuttamalla potilaiden yksilöllisiä ravitsemusohjauksia. Aineistossa kuvataan ravitsemusterapeutin hyödyntämistä potilaan hoitoprosessissa. Yhteiset ja säännölliset tapaamiset ravitsemusterapeutin kanssa mahdollistavat yksilöllisen ravitsemusintervention tarpeenarvioinnin.

Henkilökunta esitti toiveenaan ravitsemusterapeutin tuen henkilökunnan motivoitumiseen, jolloin kiinnostus potilaan ravitsemuksesta lisääntyisi. Keskeistä todettiin olevan potilaan nälän ja kylläisyyden tarkastelu, nälän tunnekartan käyttäminen, potilaan ruokarytmin tukeminen, motivoiminen sekä käytännön harjoitteiden, materiaalien ja mittareiden käyttö.

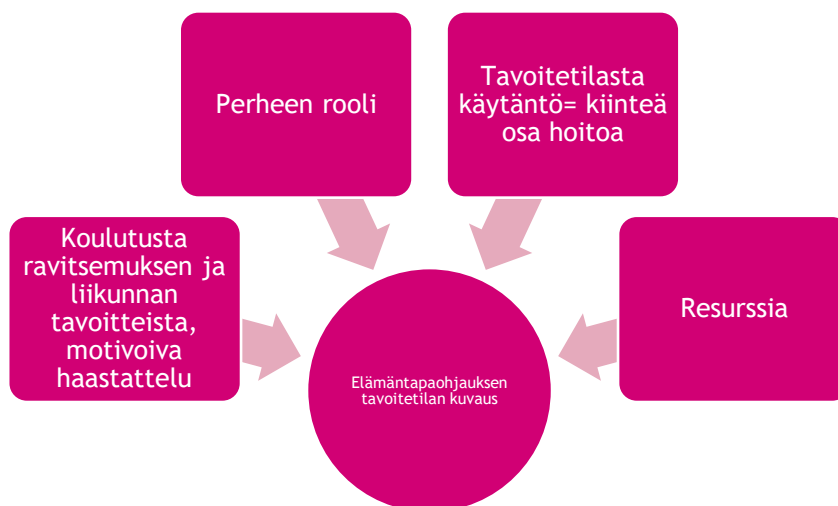


Kuvio 7. Henkilökunnan toiveet liikuntaterapeutin käytöstä.

Henkilökunta toi esiin toiveen liikuntaterapeutista osana moniammatillista tiimiä ja toiveen liikuntaterapeutin resurssista. Liikuntaterapeutin vastuu potilaan fyysisestä aktivoinnista kuvautuu henkilökunnan toiveina ensipsykoosipotilaiden yksilötapaamisista, liikuntaryhmän pitämisestä sekä liikuntakokemusten mahdollistamisesta potilaille, kuten elämysliikunta ja yhdessä liikkuminen. Liikuntaterapeutti voisi tukea henkilökunnan motivoitumista huomaamaan liikunnan merkityksellisyyden osana potilaan hoitoa ja sen, mitä liikunta merkitsee potilaan yksilöllisessä kokemusmaailmassa. Henkilökunnan työotteen aktivoituminen ja liikunnasta keskustelu voisivat vahvistua liikuntaterapeutin tuella.

#### 6.4 Kehittämistyön arviointi

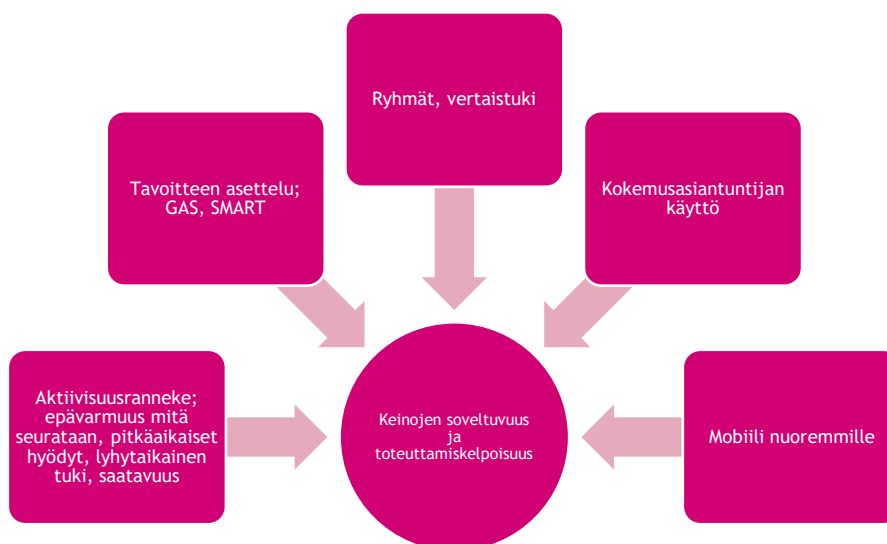
Kehittämistoiminnan arviointitiedolla voidaan pyrkiä toiminnan suuntaamiseen pelkän loppuarvioinnin esittämisen sijaan. Arviointi voi tuottaa jo kehittämisprosessin aikana uusia ideoita, käsitteitä ja näkökulmia. (Toikko & Rantanen 2009, 114) Kananen (2012, 82) toteaa, että osallistava arviointi (empowerment evaluation) voi mahdollistaa myös uusien toimintojen omaehtoisuuden kehittämisen. Kehittämistyön arvioinnin osalta kerättiin kirjallista palautetta anonyymisti kehittämistyön tulosten esittämisen yhteydessä. Kirjallista palautetta antoivat 12 moniammatillisessa tiimissä paikalla ollutta työntekijää. Palautteessa toivottiin erityisesti kannanottoa siihen, onko kehittämistyön tuloksena esitetty elämäntapaohjauksen tavoitetilan kuvaus riittävä ja onko äänestystuloksena saadut keinot sovellettavissa käytäntöön ja siten toteuttamiskelpoiset. Anttilan (2005, 444) mukaan reflektointi on arviointi prosessi, jossa pohditaan toiminnan merkityksiä sekä arvioidaan tuloksia.



Kuvio 8. Elämäntapaohjauksen tavoitetilan kuvauksen arvioinnissa korostuneet teemat.

Kehittämistyön esitettyjen tulosten arvioinnin jälkeen saadun palautteen avulla tarkennettiin elämäntapaohjauksen tavoitetilan kuvausta. Elämäntapaohjauksen tavoitetilan kuvausta selkeästi ”kyllä-vastauksella” riittävänä pitivät kahdeksan työntekijää 12 palautteen antajasta. Kerätyssä palautteessa toivotaan motivoivan haastattelun lisäksi koulutusta työryhmälle myös ravitsemuksen ja liikunnan tavoitteista sekä keinoista elämäntapaohjauksen toteuttamiseksi. Perheen roolin ensisijaisuutta korostetaan. Palautteessa toivotaan hoitoryhmissä keskustelua elämäntapaohjauksesta ja asian ”sisäänajoa”, jolloin tavoitteena olisi tehdä elämäntapaohjauksesta käytäntö, joka on kiinteä osa potilaan hoitoa. Palautteessa korostetaan resurssin

merkitystä erityisesti ravitsemusterapeutin osalta ja toivotaan ravitsemusterapeutilta konkreettisia menetelmiä elämäntapaohjauksen tueksi.



Kuvio 9. Elämäntapaohjauksen keinojen soveltuvuuden ja toteuttamiskelpoisuuden arvioinnissa painottuneet teemat.

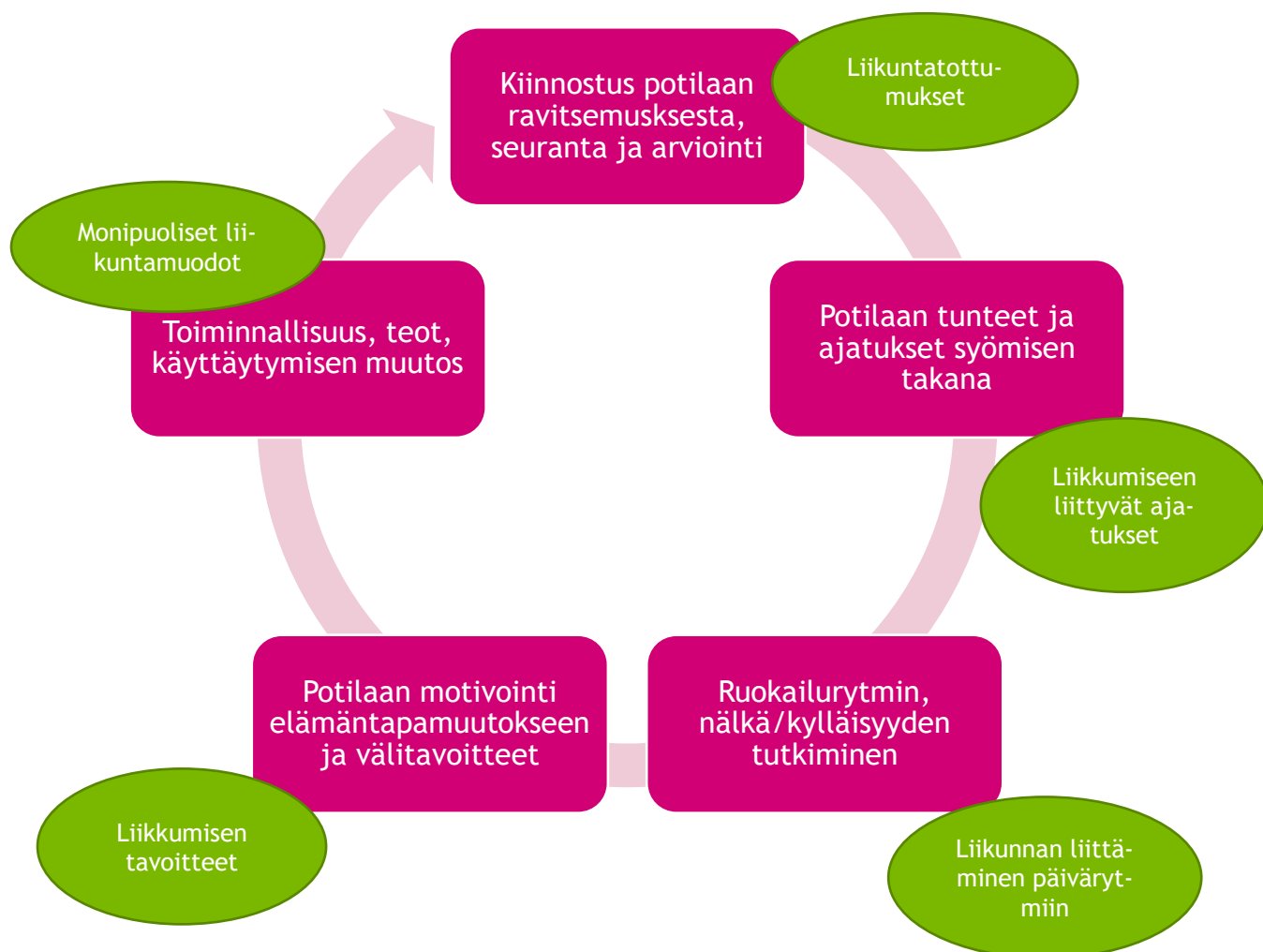
Työryhmältä toivottiin palautetta erityisesti elämäntapaohjauksen keinojen sovellettavuudesta ja toteuttamiskelpoisuudesta. Elämäntapaohjauksen keinot esitettiin aiemmin toteutuneen henkilökunnan äänestyksen mukaisesti. Palautteessa kahdeksan työntekijää 12:sta vastasivat ”kyllä” pitäen keinoja sovellettavina ja toteuttamiskelpoisina. Kehittämistyön tulosten arvioinnissa henkilökunta jäi pohtimaan tarkemmin ensisijaisena keinona esitetyn aktiivisuusrannekkeen saatavuutta ja käyttöönottoa, jolloin kysymykset liittyivät siihen mitä aktiivisuusrannekkeesta tulisi seurata, onko aktiivisuusrannekkeen hyödyistä (pitkäaikaisesti) tutkimusnäyttöä ja tuoko aktiivisuusranneke keinona mahdollisesti vain hyvin lyhytaikaisen avun. Tavoitteen asettelu tuodaan esiin palautteessa, vaikka sitä ei aiemmin oltu mainittu keskeisenä keinona. Tavoitteen asettelun tueksi mainitaan GAS ja SMART- tavoitteenasettelun hyödyntäminen. Täydentyvä elintapaohjaus ryhmä nähdään edelleen tärkeänä, toimivana ja toteutettavissa olevana ideana. Esiin tulee toive poliklinikan omasta ruoka- ja liikuntaryhmästä. Ryhmät, joissa mahdollistuu vertaistuki, nähdään palautteen perusteella toteuttamiskelpoisina. Kokemusasiantuntija nähdään tärkeänä vertaistukena. Toisaalta kokemusasiantuntijan käyttöön kaivataan keinoja siitä, miten kokemusasiantuntijaa voisi hyödyntää. Mobiilin käyttö voisi soveltua nuoremmille.

Tulosten arviointi ja kerätty palaute korostivat työryhmän säännöllistä motivoitumista elämäntapaohjauksen toteuttamiseen. Kysymyksenä esitettiin elämäntapaohjaus-käsitteen käytettävyys verrattuna elintapa-käsitteeseen. Palautteessa kiitettiin myös tehdystä kehittämis-työstä.

#### 6.5 Suositus ensipsykoosipotilaan elämäntapaohjaukseen

Kehittämistyön aineistossa, joka kerättiin ideariihessä, henkilökunta kuvasi laajasti toiveita ravitsemusterapeutin ja liikuntaterapeutin suhteen osana moniammatillista työryhmää. Myös elämäntapaohjauksen tavoitetilan kuvauksessa esiin nousee myös vahvasti toive ravitsemusterapeutin ja liikuntaterapeutin saamisesta jopa työpariksi. Henkilökunnan toiveisiin liittyy vahvasti ajatus, että ravitsemusterapeutti ja liikuntaterapeutti voisivat vahvistaa ja tukea myös henkilökunnan motivoitumista kiinnostumaan ensipsykoosipotilaan ravitsemuksesta ja liikunnasta. Tämän aineiston pohjalta jäsenyksi ensipsykoosipotilaan elämäntapaohjauksen suositus, jossa ravitsemusterapeutin ja liikuntaterapeutin tuki nähdään keskeisenä. Alkuun henkilökunnan tulee olla ylipäättään kiinnostunut potilaan ravitsemuksesta ja liikuntatottumuksista. Potilaan ravitsemuksen ja liikunnan tilannetta arvioidaan sekä toteutetaan seuranta. Potilaan tunteet ja ajatukset syömisestä on hyvä kartoittaa ja pohtia millaisiin tunnetiloihin tai ajatuksiin potilaan syöminen liittyy. Myös potilaan liikkumiseen liittyvät ajatukset on hyvä selvittää. Potilaan ruokailurytmin kartoittaminen sekä nälän ja kylläisyyden tutkiminen yhdessä potilaan ja ravitsemusterapeutin kanssa on merkityksellistä. Liikunnan liittäminen säännölliseen päivärytmiin on tärkeää. Tämän jälkeen potilasta motivoidaan yksilölliseen, suositeltuun elämäntapamuutokseen ravitsemuksen ja/tai liikunnan osalta sekä määritellään yhdessä muutokselle välitavoitteet. Käyttäytymisen muutos voi tapahtua toiminnallisuuden ja tekojen avulla huomioiden monipuoliset liikuntamuodot. Elämäntapaohjauksen suosituksen prosessin arviointia ja seuranta tehdään aktiivisesti koko potilaan hoidon ajan. Elämäntapamuutosten ylläpitäminen vaatii erityisesti huomiointia ja tukea myös myöhemminkin.

Suosituksessa on huomioitu myös tulosten arviointi, minkä mukaan elämäntapaohjauksen tavoitetilan kuvausta vielä täydennettiin huomioiden erityisesti välitavoitteet sekä ravitsemusterapeutti ja liikuntaterapeutti resursseina vahvistamaan ja tukemaan ensipsykoosipotilaan elämäntapaohjausta moniammatillisessa työryhmässä.



Kuvio 10. Ensipsykoosipotilaan elämäntapaohjauksen suositus ravitsemukseen ja liikuntaan.

## 6.6 Kehittämistyön luotettavuus ja eettisyys

Luotettavuus liittyy käytettyihin menetelmiin, prosessiin ja tuloksiin. Kehittämistoiminnan osalta luotettavuus merkitsee ensisijaisesti käyttökelpoisuutta, jolloin kehittämistoiminnan yhteydessä syntyneen tiedon tulee olla hyödyllistä. Laadullisen kehittämistoiminnan osalta kuvataan vakuuttavuutta, jolloin kehittäjän on tehtävä kehittämistoiminnan valinnat ja tulokset näkyviksi sekä esittää argumentaatiot avoimesti. Tämä liitetään uskottavuuteen ja johdonmukaisuuteen, jolloin se on aineiston keräämisen ja analysoinnin läpinäkyvää kuvaamista. Kehittämistoiminnassa luotettavuutta lisää sitoutuneisuus prosessiin. Sitoutumattomuus heikentää aineistojen, menetelmien ja tulosten luotettavuutta. (Toikko & Rantanen 2009, 121, 123-124)



Kehittämistyön prosessiin sisältyi useita vaiheita lähes kymmenen kuukauden (23.5.18-12.3.2019) aikana aina aineiston keräämisestä opinnäytetyön esittämiseen saakka. Kehittämistyön prosessi eteni ilman kiirehtimistä, jolloin prosessin rauhallinen rytmittäminen oli mahdollista. Kehittämistyöhön osallistui koko moniammatillinen työryhmä, jossa oli 20 työntekijää. Kaikkien työntekijöiden osallistuminen mahdollistettiin järjestämällä työpajat työyhteisön kehittämispäivänä. Tämä on kehittämistyön kannalta tärkeää aineiston luotettavuuden ja moniäänisyyden kannalta. Aineisto käytiin läpi ja joitakin yksityiskohtia tarkennettiin aineiston mahdollisimman tarkan ymmärryksen varmistamiseksi. Tällöin moniammatillisesta tiimistä paikalla oli 12 työntekijää. Tärkeää on esittää aineistoon liittyvät tarkennukset ja tulokset työntekijöille, jotka ovat olleet tuottamassa aineistoa. Tuomi ja Sarajärvi (2018, 165) tuovat esiin face-validateetin, jossa tulokset esitetään niille henkilöille, joita aineisto koskee ja pyydetään arvioimaan vastaavako tulokset tutkittua. Aineiston tulokset esitettiin työryhmän arvioitavaksi 20.12.2018, jolloin kerättiin myös kirjallinen palaute anonymisti 12 tiimissä olleelta työntekijältä.

Tuomi ja Sarajärvi (2018, 156) korostavat yksilön oikeutta kieltäytyä osallistumasta tai keskeyttää mukanaolonsa, milloin tahansa opinnäytetyön aikana. Jokainen työntekijä sai ensin opinnäytetyön kirjallisen tiedotteen. Tämän jälkeen osallistumisen vapaaehtoisuus varmistettiin antamalla kirjallinen suostumus allekirjoitettavaksi. Kukaan ei kieltäytynyt osallistumisesta kehittämistyön työpajoihin, jotka toimivat opinnäytetyön aineistona. Aineiston tarkennukseen, äänestykseen aineiston luotettavuuden lisäämiseksi sekä tulosten arviointiin ja palautteeseen eivät osallistuneet kaikki työpajoissa mukana olleet työntekijät. asiat esitettiin tiimeissä, joihin kaikki työntekijät eivät osallistuneet. Työntekijöiden kokonaismäärässä tapahtui kehittämistyön aikana muutoksia ja työyksikössä oli jonkin verran työntekijöiden vaihtuvuutta.

Aineiston keruu työpajoissa tapahtui onnistuneesti ja jokaiselle työntekijälle mahdollistettiin omien ajatusten ja näkökulmien esiintuominen. Tuomi ja Sarajärvi (2018, 156) pitävät luottamuksellisuutena sitä, ettei saatuja tietoja luovuteta ulkopuolisille ja tietoja käytetään vain luvattuun tarkoitukseen. Kehittämistyön aineisto kerättiin nimettömänä ja saatu tieto käytettiin sovitusti opinnäytetyössä. Aineisto säilytettiin niin, että se oli vain opinnäytetyön tekijän saatavilla ja kerätty aineisto hävitetään opinnäytetyön valmistuttua. Aineisto analysoitiin, jonka jälkeen tulokset esitettiin arvioitavaksi vielä henkilökunnalle. Opinnäytetyön allekirjoitetut suostumuslomakkeet säilytetään ohjeiden mukaisesti työyksikössä lukitussa kaapissa.

Kehittämistyön aineistossa ei kerätty tietoa potilaista vaan elämäntapaohjauksen mallin kehittäminen Varhaispsykoosikeskuksessa liittyy moniammatillisen työryhmän työpajoissa tapahtuvaan ideointiin, keskusteluun ja pohdintaan ensipsykoosipotilaan elämäntapaohjauksen nykytilasta, menetelmistä ja tavoitetilan kuvauksesta. Näin varsinainen potilastyöhön liittyvä

eettisyyden tarkastelu ei ole keskeisintä tässä opinnäytetyössä vaan eettisyys painottuu lähinnä arvoihin. Kehittämistyön arvoina voidaan pitää HUS organisaation arvoja, joita ovat ihmisten yhdenvertaisuus, potilaslähtöisyys, luovuus ja innovatiivisuus, korkea laatu ja tehokkuus, avoimuus, luottamus ja keskinäinen arvostus. Nämä arvot pitäisi näkyä ja ohjata myös päivittäin työtämme. Keskeistä on kunnioittaminen, arvostelelemattomuus ja erilaisuuden hyväksyminen, jotka näkyivät keskeisesti työpajojen toiminnassa avoimen ja vilkkaan keskustelun kuulumisena. Työpajoissa on hyvä säilyä moniammatillisen työryhmän keskinäinen avoimuus, luottamuksellisuus ja keskinäinen arvostus. Kaikkien henkilökuntaryhmien osaaminen tulee tunnistaa ja tunnustaa. Keskeistä on kohtelias, ystävällinen, luottamusta herättävä ja ammattirooliin kuuluva toiminta. (Eckardt ym. 2016)

Potilaslähtöisyydellä varmistetaan potilaan yksilöllinen kohtaaminen ja kuuleminen (Eckardt ym. 2016). Kokemusasiantuntijan tai kokemusasiantuntijoiden osallistuminen työpajoihin olisi tuonut kehittämistyöhön tärkeänä asiakkaan ja palveluiden käyttäjän näkökulman sekä lisännyt yhteiskehittämistä asiakaskunnan kanssa. Kokemusasiantuntijan käyttö elämäntapaohjauksen yhtenä keinona nousi vahvasti esiin aineistossa.

Luovuus ja innovatiivisuus ovat toimintojen arviointia ja ratkaisujen tuottamista. Kehitämme ammatillisesti itseämme sekä osana työyhteisöä. Keskeistä on avoin suhtautuminen palautteisiin, uusiin ideoihin, kokeiluihin ja toimintatapoihin. Korkean laadun ja tehokkuuden osalta hoito perustellaan tieteellisesti ja objektiivisesti. Osaamista ylläpidetään koulutuksella ja perehdytyksellä. (Eckardt ym. 2016) Kehittämistoiminnalla pyritään usein hyvien käytäntöjen tuottamiseen, jolloin vaarana voi olla liian positiivisen kuvan antaminen kehittämistoiminnasta (Toikko & Rantanen 2009, 128). Tämän huomioiden kehittämistyön tulokset esitettiin niin kuin ne esiintyivät kerätyssä aineistossa ja saatuja tuloksia arvioitiin vielä myöhemmin.

Kehittämistyön teoreettinen näkökulma pohjautuu aiempaan tutkittuun tietoon viitaten käytettyyn lähdekirjallisuuteen. Lähdekirjallisuudessa pyrittiin uusimman tutkimustiedon käyttöön, mikä painottui pääosin kansainvälisiin tutkimusartikkeleihin, koska Suomessa ei ole juurikaan tehty tutkimusta ensipsykoosipotilaan elämäntapaohjauksen osalta. Osallistuvan havainnoinnin välineenä toimi opinnäytetyön tekijän päiväkirja, mikä lopulta jäi pääosin arkihavaintojen kuvaamisen tasolle. Tähän olisi voinut olla hyödyksi tehdä tarkempi havaintosuunnitelma etukäteen ja jäsentää havainnoinnin merkitystä ja tavoitteita (Toikko & Rantanen 2009, 12).

Kehittämistoiminnan vastuullisuus liittyy tutkimus- ja ammattieettisyyteen. Terveiden edistämisen eettiset periaatteet ovat ihmisarvon kunnioittaminen, itsemääräämisoikeuden kunnioittaminen, oikeudenmukaisuus, voimavarojen vahvistaminen, vastuullisuus ja osallisuus. Keskeisenä eettisenä ongelmana yhteiskunnassa on terveyden epäoikeudenmukainen jakautuminen ja eri väestöryhmien terveyserot. (Pietilä ym. 2010, 19,21)

## 7 Pohdinta

Elämäntapaohjaus on merkityksellinen osa ensipsykoosiin sairastuneen nuoren fyysisen terveyden edistämistä ja vakavien fyysisten sairauksien ennaltaehkäisyä. Kehittämistyön tarkoituksena oli koostaa ensipsykoosipotilaan elämäntapaohjauksen suositus. Tarkoitus saavutettiin, josta tuloksena on ensipsykoosipotilaan elämäntapaohjauksen suositus ravitsemukseen ja liikuntaan. Kehittämistyön tavoitteena oli selvittää ensipsykoosipotilaan elämäntapaohjauksen nykytila Varhaispsykoosikeskuksessa. Elämäntapaohjauksen nykytilan kuvauksessa korostuvat henkilökunnan vastuu elämäntapaohjauksesta, elämäntapaohjauksen merkityksellisyys ja keinot sekä elämäntapaohjauksen haasteet.

Elämäntapaohjauksen nykytilassa vastuu elämäntapaohjauksesta todetaan olevan koko Varhaispsykoosikeskuksen moniammatillisella työryhmällä. Elämäntapaohjauksen huomattiin olevan vaikea asia ottaa esille hoitoryhmätyöskentelyssä asian herkkyyden vuoksi. Kehittämistyön esitettyjen tulosten arvioinnin mukaan toivottiin lisää keskustelua elämäntapaohjauksesta hoitoryhmissä, jolloin asiaa voidaan ”ajaa sisään” ja siitä voidaan tehdä käytäntö sekä kiinteä osa hoitoa. Onwumere ym. (2018) huomauttavat, että hoitajan huoli potilaan fyysisestä terveydestä on merkityksellinen jopa potilaan omaisen hyvinvoinnille, mikä vahvistaa fyysisen terveyden puheeksi ottamista potilaan ja perheen kanssa. Elämäntapaohjauksen merkityksellisyys nähdään tärkeänä psykoosien ensivaiheen hoidossa. Yksilöllisyyttä korostetaan, jolloin potilaan oma muutostoive on lähtöpisteenä, oikea-aikaisuus, sensitiivisyys, usko potilaan muutoskykyyn ja taitoihin sekä toivon ylläpitäminen ovat keskeistä. Tässä tärkeää on henkilökunnan vastuu potilaan kuuntelemisena ja herkkyytenä kuulla sekä tiedon antaminen potilaalle ja normalisointi.

Kehittämistyön aineistossa todettiin elämäntapaohjaus- käsitteen määrittelyn olevan epämääräistä ja huomattiin ettei potilaiden kanssa olla tarpeeksi konkreettisia. Elämäntapaohjauksen epämääräisyys tarkoitti elämäntapaohjauksen toteutumisen olevan sattumanvaraista, riippuvan hoitoryhmän työntekijöistä tai siitä onko potilaalla näkyviä haasteita elämäntapojen osalta. Elämäntapakysely täytetään, mutta siitä ei välttämättä keskustella potilaan kanssa. Potilaan ruokailutottumuksista tiedetään vähemmän kuin liikunnasta. Potilaan oman muutostoiveen selvittäminen ja haastattelu voivat jäädä tekemättä. Samansuuntaisia haasteita mainitaan Terveystuvassa kehitettyjen toimintamallien kohdalla, jolloin ongelmana mainitaan henkilökunnan osaamisen puute, aikapula, aiheen merkityksellisyyden epäselvyys sekä moniammatillisuuden puute somaattisessa hoidossa (Eskelinen 2017; Eskelinen 2018).

Kehittämistyön aineiston mukaan haasteina olivat henkilökuntaan liittyvinä asioina se, ettei elämäntapaohjausta pidetä tärkeänä asiana ja henkilökunnan asiaan orientoituminen, motivaatio ja paneutuminen puuttuvat. Hetrick ym. (2010) ovat myös todenneet esiintyvän henki-

lökunnan ajan puutetta, vaivaa, ei uskota fyysisen terveyden rutiininomaisen seurannan välttämättömyyteen sekä olevan selkeyden puutetta siitä, mitä seurataan. Fyysisen terveyden huomioimisen ja seurannan korostetaan olevan välttämätöntä pitkäaikaisten fyysisten terveysongelmien estämisen vuoksi. Kehittämistyön aineiston nykytilan kuvauksessa ei mainita ensipsykoosipotilaan fyysisen terveydentilan seurantaa, mikä on tärkeä huomioida osana ensipsykoosipotilaan kokonaisvaltaista hoitoa. Terveystarkastus potilaan tutkimusjakson aikana mainitaan. Terveystarkastukset toteutuvat nykyisin potilaan omalla terveysasemalla terveydenhoitajan vastaanotolla, jossa potilaan hoitoryhmän työntekijän olisi hyvä olla mukana. Wärdig ym. (2015) toteavat tutkimuksessaan, että ensipsykoosipotilaat korostivat fyysisen terveyden asettamista etusijalle varhaisessa vaiheessa ja säännöllisen fokuksen pitämistä aiheessa.

Kaiken perustana tavoitteelliselle elämäntapaohjaukselle on ensipsykoosipotilaan fyysiset terveysmittaukset ja niiden säännöllinen seuranta heti hoidon alusta alkaen. Terveysmittausten merkitys on hyvä kertoa potilaalle ja perheelle. Penttilä ym. (2015) korostavat hoitavien henkilöiden erityistä aktiivisuutta varmistamalla somaattisen seurannan jatkuvuus, asianmukaisen somaattisen hoidon ja seurannan toteutuminen. Keinänen (2018) toteaa väitöskirjassaan, ei affektiivisissa psykooseissa, ennenaikaisen kuoleman taustalla voi olla myös tekijöitä, jotka liittyvät psykoottisista häiriöistä kärsivien fyysisten sairauksien hoidon laatuun. Tämän vuoksi fyysisten sairauksien ehkäisyyn, tunnistamiseen ja hoidon laatuun tulisi psykoosiin sairastuneilla kiinnittää erityistä huomiota.

Lääkityksen sivuvaikutukset mainittiin aineistossa haasteina ja tämän suuntaisia havaintoja kuvaavat Teasdale ym. (2016) tutkimuksessaan, jossa todetaan antipsykoottilääkityksen lisäävän nälkää, liiallista yönälkää, kylläisyyden alentunutta tunnetta sekä lisääntyntä makeiden ruokien ja juomien himoa. Myös Berqvistin ym. (2013) Ruotsissa tehty tutkimus vahvistaa henkilöstön kuvaamana epävarmuustekijöinä ristiriitaa siitä, että potilaita on motivoitava käyttämään psykoosilääkitystä, vaikka samaan aikaan on tietoisuus lääkitymisen aineenvaihduntaan vaikuttavista poikkeamista. Perheiden monikulttuurisuus mainittiin haasteena. Bradshaw ym. (2012) tutkimuksen interventioehdotuksessa korostettiin perheiden roolin tunnustamista jätetussa päätöksenteossa ja kulttuuritietoisuutta. Kulttuurin ymmärrys on tärkeää laajemman perheiden terveyskasvatuksen huomioon ottamiseksi.

Kehittämistyön toisena tavoitteena oli saada tietoa elämäntapaohjauksen tavoitetilasta, jossa henkilökunnan toiveina esiin nousivat henkilökunnan aktiivisuus, tavoitteen asettaminen, aika ja koulutus, resurssit ja dialoginen yhteistyösuhde. Henkilökunnan aktiivisuuden osalta korostettiin henkilökunnan motivoitumista säännöllisen elämäntapaohjauksen toteuttamiseen ja toivottiin työntekijöitä huomioimaan tavoitteet elämäntapaohjauksen suhteen. Tavoitteen

asettamisessa korostettiin sopivaa ja konkreettista tavoitetta, mihin liittyvät elämäntapaohjauksen ennaltaehkäisyn näkökulma, hyvinvoinnin tukeminen, motivaatio, tasapainotus kokonaisvaltaisessa hoidossa ja jatkuvuus. Pedley ym. (2018) vahvistavat tavoitteiden asettamisen lisänsä motivaatiota ja tuovan positiivisia muutoksia potilaan elämäntapaan. Tavoitteen asettelua korostettiin kehittämistyön tulosten arvioinnissa keskeisesti. Tavoitteen asetteluun tueksi mainittiin GAS ja SMART- tavoitteenasettelun hyödyntäminen. Teasdale ym. (2016) käyttivät tutkimuksensa interventiossa motivoivaa haastattelua sekä SMART-mallin mukaista tavoitteenasettelua. Alanko ym. (2017) korostavat GAS-menetelmän käytön parantavan myös moniammatillista yhteistyötä.

Elämäntapaohjauksen tavoitetilan kuvauksessa haasteena mainitaan ajan merkitys. Bradshaw ym. (2012) tutkimuksen mukaan terveydenhuollon ammattilaiset totesivat, ettei heillä ollut riittävästi aikaa tai asiantuntemusta toteuttaa ”terveellisen elämäntavan”-interventiota, vaikka he suhtautuivat asiaan myönteisesti. Kehittämistyön aineiston mukaan henkilökunta toi esiin koulutustoiveena motivoivan haastattelun koulutuksen. Kehittämistyön esitettyjen tulosten arvioinnin perusteella toivottiin koulutusta myös ravitsemuksen ja liikunnan osalta ensipsykoosin hoidossa. Henkilökunnan esiin tuomat koulutustoiveet ovat samansuuntaisia useiden tutkimuksienkin mukaan. Chee ym. (2018) toteavat ammatillisen koulutuksen ja resurssien avulla olevan tärkeää tiedon lisääminen. Organ ym. (2010) toteavat tutkimuksessaan, että fyysisten terveysongelmien tunnistamiseen tarvitaan tietoa ja koulutusta siitä, mitä seurataan ja miten potilaita ohjataan. Hetrick ym. (2010) painottavat henkilökunnan koulutusta ja tiedotusta sekä näkevät esteenä nuorten fyysisen terveyden säännöllisen seurannan puutteen. Eskelinen (2018) vahvistaa, että skitsofreniapotilaita hoitavissa yksiköissä tulee henkilökuntaa kouluttaa sekä tukea nykyistä enemmän potilaiden fyysisen terveyden edistämiseen ja seurantaan.

Kehittämistyön tavoitteena oli löytää keinoja ja menetelmiä, jotka tukisivat elämäntapaohjausta. Henkilökunnan toiveissa ensisijaisina keinoina esiintyivät aktiivisuusranneke potilaalle, täydentyvä elintapaohjauksen ryhmä ja kokemusasiantuntijan, vertaisohjaajan käyttäminen. Kehittämistyön tulosten arvioinnissa henkilökunta jäi lopulta pohtimaan aktiivisuusrannekkeen saatavuutta, hyötyä ja käyttöönottoa tarkemmin. Kehittämistyön aineistossa tuotiin esiin kokemusasiantuntijuus yhtenä keinona ja korostettiin kokemusasiantuntijuuden hyödyntämistä. Eskelinen (2018) korostaa vertaisohjauksen tärkeyttä potilaiden motivaation herättelyn osalta, mikä on tärkeää elintapaohjauksessa. Vastaavasti Pedley ym. (2018) kuvaavat tutkimuksessaan ”Support Time Recovery”-työntekijän (STR), jolla on henkilökohtaiset ominaisuudet ja kokemus mielenterveystoiminnasta joko ammatillisesti tai henkilökohtaisesti, erityistä ammatillista koulutusta ei tarvita. Tutkimuksen mukaan ei kliininen henkilökunta (STR), joka on saanut asianmukaisen elämäntapakoulutuksen, kykenee tarjoamaan terveellistä ohjausta

ja tukea varhaisissa elämäntapainterventioissa. Bradshaw ym. (2012) tekemässä tutkimuksessa ammattilaiset nostivat esiin jopa STR-työntekijöiden paremman soveltuvuuden tehtävään.

Menetelmänä korostettiin täydentyvän elämäntapaohjausryhmän tärkeyttä. Bradshaw ym. (2012) totesivat tutkimuksessaan interventioissa etusijalla olevan liikunnan, terveellisen ravitsemuksen, aktiivisen käyttäjän osallistumisen sekä sellaiset ryhmät, joissa on mahdollisuus jakaa kokemuksia, tukea sosiaalisuutta sekä saada tietoa ruokavaliosta. Ruotsalaistutkijat Wärldig ym. (2015) kuvaavat ”Solutions for Wellness”-mallin, joka perustui kognitiivisen terapian mallille antaen tietoa ruokavaliosta, fyysisen toiminnan merkityksestä, tupakoinnin ja päihteiden haitallisuudesta. Tärkeää on huomioida työntekijän kokemus psykoosisairauksien kanssa työskentelystä sekä motivoivan haastattelun koulutus. Intervention laajentunut vaikutus ulottui myös potilaan perheeseen, jossa ruoan terveellisempi valmistus edesauttoi terveellistä elämäntapaa. Elämäntapaohjauksen tavoitetilan kuvauksessa henkilökunta korostaa dialogista yhteistyösuhdetta ulottuen potilaan perheeseen.

Elämäntapaohjauksen suositus keskittyy ravitsemukseen ja liikuntaan, mikä on täysin samansuuntainen Pedley ym. (2018) tutkimuksen mukaan, jossa kuvataan ensipsykoosipotilaan elämäntapainterventio, jonka tarkoituksena on estää painonnousu säätelemällä ravitsemus- ja liikuntakäyttäytymistä. Elämäntapainterventiot perustuivat käyttäytymisen muutoksen aikaansaamiseen. Myös Bradshaw ym. (2012) painottavat käyttäytymisen muutosta sekä nykyisten terveyskäyttäytymisten tunnistamista ja tiedon antamista terveydentilan parantamisesta. Kehittämistyön elämäntapaohjauksen suosituksessa korostuu käyttäytymisen muutos toiminnallisuuden ja tekojen avulla. Ensisijaista on kiinnostuminen potilaan ravitsemus- ja liikuntatottumuksista, mikä mahdollistaa potilaan terveyskäyttäytymisen tunnistamisen. Ensipsykoosipotilaan elämäntapaohjausta ei tule ulkoistaa psykiatrian hoitosuhteen ulkopuolelle, koska tavoitteellinen elämäntapaohjaus perustuu keskeisesti hoitosuhteen luottamukseen. Psykiatrian osalta tärkeää on huomioida ensipsykoosiin sairastuneen kokonaistilanne, jossa psyykkisen voinnin ja oireiden kannalta elämäntapaohjauksen menetelmien on hyvä olla kognitiivisesti sopivia huomioiden psykoosisairaudesta toipumisen kulku.

Ensipsykoosipotilaan elämäntapaohjauksen suositus ravitsemukseen ja liikuntaan käsittää henkilökunnan esittämän toiveen ravitsemusterapeutin ja liikuntaterapeutin liittymisestä moniammatilliseen työryhmään tukien tavoitteellisen elämäntapaohjauksen toteutumista. Eskelinen (2018) toteaa keskeisenä psykoosipotilaan fyysisen aktiivisuuden lisäämisessä olevan potilasryhmän erityishaasteet tuntevina ammattilaisina liikunnanohjaajat ja fysioterapeutit. Ammattitaitoisten ohjaajien toteuttaman mielekkään ohjauksen on todettu olevan tuloksellista. Toisaalta myös arki liikuntaan tukeminen ja avohoidossa matalan kynnyksen liikkumismahdollisuuksien selvittäminen ja potilaan kannustaminen niihin on suositeltavaa. Aineistossa

henkilökunta kuvasi samansuuntaisen toiveen liikuntamahdollisuuksien tiedon ja koonnin osalta, jolloin peruspalveluita voitaisiin paremmin hyödyntää potilaan omassa elinympäristössä. Wärdig ym. (2015) korostavat, että tavoitteena on helpottaa yhteiskunnan tavanomaisien palveluiden käyttöönottoa. Bradshaw ym. (2012) tutkimuksessa haastatellut ensipsykoosipotilaat toivoivat interventiolta liikunnan harjoittamista.

Henkilökunnan toive ravitsemusterapeutin resurssista moniammatilliseen työryhmään on täysin samansuuntainen Organin ym. (2010) tutkimukseen mukaan, jossa ravitsemusterapeuttien tarve on tunnustettu erityisesti ensipsykoosipotilaiden kohdalla. Teasdale ym. (2016) tutkimuksen mukaan ravitsemusterapeutin asiantuntemus nähtiin osana ensipsykoosipotilaan rutiinihoitoa tehokkaassa interventiossa, mikä puoltaa ravitsemusterapeutin integraatiota moniammatilliseen työryhmään. Henkilökunnan ideana oli toive ravitsemusterapeutin asiantuntija-alustuksesta Varhaispsykoosikeskuksen Moniperheryhmään. Moniperheryhmä on tarkoitettu ensipsykoosiin sairastuneille nuorille ja heidän perheilleen. Ryhmässä on mahdollisuus saada tietoa, jakaa kokemuksia sekä saada vertaistukea. Ravitsemusterapeutti Kellokosken sairaalan Terveystuvasta pyydettiin asiantuntijaksi 3.10.2018 pidettyyn Moniperheryhmään aiheena ”Fiksu syöminen”. Tämän jälkeen ravitsemusterapeutti ehdotti yhteistyön virittämistä HUS ravitsemusterapian kanssa, mihin saatiin HUS psykoosi- ja oikeuspsykiatrian linjajohdon tuki. HUS Psykoosi- ja oikeuspsykiatrian linjan ja HUS Ravitsemusterapian yhteistyökokous pidettiin 24.1.2019 Varhaispsykoosikeskuksessa, jolloin vahvistui näkemys ravitsemusterapeutin tarpeesta aikuispsykiatriassa. Ravitsemusterapeutin resurssitoive toteutui 11.4.2019 alkaen, jolloin ravitsemusterapeutti on käytettävissä viikoittain yhden päivän ajan HUS Psykoosi- ja oikeuspsykiatrian linjalla. Tämä on erittäin merkityksellinen alku tärkeälle asialle.

Kokemusasiantuntijoiden mukanaolo kehittämistyön työpajoissa olisi ollut erityisen tärkeää tuoden esiin asiakaslähtöisyyden näkökulman kehittämistyöhön. Kokemusasiantuntijan osallistuminen olisi voinut rikastuttaa myös kehittämistyön aineistoa ja edistänyt yhteiskehittämistä. HUS:n kokemusasiantuntijoita pyydettiin opinnäytetyön esitykseen 12.3.2019 Varhaispsykoosikeskukseen, jolloin paikalla oli myös moniammatillinen työryhmä sekä kutsuttuina yhteistyökumppaneita Kellokosken sairaalan Terveystuvasta. Kaksi kokemusasiantuntijaa pääsivät osallistumaan opinnäytetyön esitykseen ja keskustelemaan aiheesta, jolloin kehittämistyön edelleen jatkuessa heidän näkökulmansa voidaan ottaa huomioon.

Toisen asteen tuloksina voidaan nähdä Toikon ja Rantasen (2009, 174) mainitsemat kehittämisprojektin uudenaikaiset vuorovaikutussuhteet, jotka ovat tässä kehittämistyössä yhteistyön lisääntyminen ja vahvistuminen erityisesti HUS Ravitsemusterapian ja liikuntaterapeuttien sekä kokemusasiantuntijoiden kanssa. Toisen asteen tuloksena voidaan pitää myös laajemmin sovellettavissa olevaa ensipsykoosipotilaan elämäntapaohjauksen suositusta ravitsemukseen ja liikuntaan.

Kehittämistyössä erityisen tärkeää oli työyhteisön osallistaminen kehittämistyön prosessin eri vaiheissa. Osallistamisen tiheämpi säännönmukaisuus olisi voinut vahvistaa kehittämistyön prosessia niin, että tärkeä asia olisi elänyt vielä vahvemmin arjen hoitotyössä. Kehittämistyön vastuu ja prosessin sujuva eteneminen opinnäytetyönä jäivät tekijälle itselleen, mikä tuntui ajoittain melko raskaalta ja vastuulliselta tehtävältä. Kehittämistyön aihe oli erityisen tärkeää rajata tiettyyn psykiatrian potilasryhmään ja liittyen vain liikuntaan ja ravitsemukseen elämäntapaohjauksen osalta. Kehittämistyön edelleen jatkuessa vastuu jakautuu laajemmin työyhteisössä. Opinnäytetyön aikana tekijän kehittämistyön asiantuntemus vahvistui, varmentui ja laajentui. Kokemus kehittämistyön prosessista on myönteinen ja tästä on varmasti tulevaisuudessa hyötyä erilaisissa kehittämistehtävissä.

Jatkokehittäminen tapahtuu alkuun ravitsemusterapeutin resurssin pilotoinnilla HUS psykoosi- ja oikeuspsykiatrian linjalla, jolloin voidaan toimintaa suunnitella ensipsykoosipotilaiden elämäntapaohjauksen suosituksen mukaisesti. Liikuntaterapeutin resurssin lisääminen jatkossa voisi myös vahvistaa elämäntapaohjausta. Kokemusasiantuntijan resurssin pilotointi ensipsykoosipotilaan elämäntapaohjaukseen olisi myös hyödyllistä. Ainakin yksi kokemusasiantuntijoista on käynyt VESOTE-hankkeen elämäntapaohjauksenkoulutuksen ja hänen osaamisensa hyödyntäminen olisi ensisijaista. Ensipsykoosipotilaan elämäntapaohjauksen systemaattisen interventiomallin pilotointi, arviointi ja edelleen kehittäminen arvioinnin mukaisesti on tärkeää ja tulee jatkumaan Varhaispsykoosikeskuksessa. Pilotointia tulee arvioida ja mallintaa sel-laiseksi, että elämäntapaohjaus tulee luontevaksi osaksi ensipsykoosipotilaan hoitokulttuuria Suomessa. Ensipsykoosipotilaan elämäntapaohjauksen suositus ravitsemuksen ja liikunnan osalta voisi olla levitettävissä erityisesti muualle Suomeen ensipsykoosipotilaiden hoitoon.

Huomioitavaa on, että nykytieteessä ymmärretään jo melko hyvin, miten terveystyömuutoksista voi muuttaa, mutta se miten muutosta ylläpidetään on haasteellisempaa. Käyttäytymisen muutokseen vaikuttavat laajalti asenteet, mieltymykset ja ympäristö. Käyttäytymisen muutoksen prosessi on monimutkainen eikä mikään yksittäinen interventio voi ratkaista elämäntapa-asteita. Onnistuneen ensipsykoosipotilaan elämäntapaohjauksen avulla saavutetun muutoksen ylläpitäminen on haasteellinen ja mielenkiintoinen tutkimusaihe jatkossa.



## Lähteet

### Painetut

Absetz, P. & Hankonen, N. 2017. Miten auttaa potilaita omaksumaan ja ylläpitämään terveellisiä elämäntapoja? *Duodecim* 2017; 133 (10): 1015-21.

Anglé, S. 2010. Piilevän motivaation jäljillä. Ratkaisukeskeinen elämäntapojen ja painonhallinnan ohjaus. *Suomen Lääkärilehti* 34/2010. vsk 65.

Anttila, P. 2005. *Ilmaisu, teos, tekeminen ja tutkiva toiminta*. Hamina: Akatiimi.

Berqvist, A., Karlsson, M., Foldemo, A., Wärdig, R. & Hultsjö, S. 2013. Preventing the development of metabolic syndrome in people with psychotic disorders- difficult, but possible: Experiences outpatient care in Sweden. *Research Article. Issues in Mental Health Nursing*. 13 May 2013, volume 34, issue 5, pages 350-358.

Borg, P. 2018. *Tunne nälkä! Syö intuitiivisesti, saavuta tuloksia*. Helsinki: Gummerus Kustannus.

Bradshaw, T., Wearden, A., Marshall, M., Warburton, J., Husain, N., Pedley, R., Escott, D., Swarbrick, C. & Lovell, K. 2012. Developing a healthy living intervention for people with early psychosis using the Medical Research Council's guidelines on complex interventions: Phase 1 of the HELPER- InterACT programme. *International Journal of Nursing Studies*. April 2012, volume 49, issue 4, pages 398-406.

Carney, R., Bradshaw, T. & Yung, A.R. 2018. Monitoring of physical health in services for young people at ultra-high risk of psychosis. *Early Intervention in Psychiatry*. Article. April 2018, vol.12, Issue 2. p 153-159.

Chee, G-L., Wynaden, D. & Heslop, K. 2018. The provision of physical health care by nurses to young people with first episode psychosis: A cross-sectional study. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*. June 2018.

Curtis, J., Watkins, A., Rosenbaum, S., Teasdale, S., Kalucy, M., Samaras, K. & Ward P.B. 2016. Evaluating an individualized lifestyle and life skills intervention to prevent antipsychotic-induced weight gain in first episode psychosis. *Early intervention in psychiatry*. June 2016, 10 (3): 267-276.

Eskelinen, S. 2017. *Physical health of patients with schizophrenia: findings from a health examination study*. Väitöskirja. Helsingin yliopisto, Lääketieteellinen tiedekunta.

Eskelinen, S. 2018. Skitsofreniapotilaiden somaattisten terveysongelmien ehkäisy. *Duodecim* 2018; 134: 1449-56.

Firth, J., Carney, R., French, P., Elliot, R., Cotter, J. & Yung, A.R. 2018. Long-term maintenance and effects of exercise in early psychosis. *Early Intervention in Psychiatry*. Article. August 2018, vol.12, Issue 4. p 578-585.

Firth, J., Carney, R., Jerome, L. Elliot, R. French, P. & Yung, A.R. 2016. The effects and determinants of exercise participation in first-episode psychosis: a qualitative study. February 2016. *BMC Psychiatry*.

French, D.P., Cameron, E., Benton, J.S., Deaton, C. & Harvie, M. 2017. Can communicating personalised disease risk promote healthy behaviour change? A systematic review of systematic reviews. *Annals of Behavioural Medicine*. Volume 51. Issue 5, October 2017. Pages 718-729.

French, P. & Morrison, A.P. 2008. Psykoosin varhaisoireet- tunnistaminen ja kognitiivinen psykoterapia. Keuruu: Otavan kirjapaino.

Hakala, S. & Vesa, J. 2013. Verkkokeskustelut ja sisällön erittely. Teoksessa Laaksonen, S-M., Matikainen, J. & Tikka, M. 2013. Otteita verkosta. Verkon ja sosiaalisen median tutkimusmenetelmät. Jyväskylä: Bookwell.

Hankonen, N. 2017. Miten motivoida kohti hyvinvointia? Käyttäytymismuutosinterventiot terveyden edistämiseksi. Teoksessa Salmela-Aro, K. & Nurmi, J-E. 2017. Mikä meitä liikuttaa. Motivaatiopsykologian perusteet. Juva: Bookwell Digital.

Happell, B., Scott, D., Nankivell, J., & Platania-Phung, C. 2013. Screening physical health? Yes! But...: Nurses' views on physical health screening in mental health care. *Journal of Clinical Nursing*, 22(15-16), 2286-2297.

Heikkinen, H., Kontinen, T. & Häkkinen, P. 2008. Toiminnan tutkimisen suuntaukset teoksessa Heikkinen, H., Rovio, E. & Syrjälä, L. (toim.). 2008. Toiminnasta tietoon. Toimintatutkimuksen menetelmät ja lähestymistavat. Helsinki: Hansaprint Direct.

Heslop, B., Wynaden, D., Tohotoa, J., & Heslop, K. 2016. Mental health nurses contributions to community mental health care: An Australian study. *International Journal of Mental Health Nursing*, 25 (5)

Hetrick, S., Álvarez-Jiménez, M., Parker, A., Hughes, F., Willet, M., Morley, K., Fraser, R., McCorry, P. & Thompson, A. October 1. 2010. Promoting physical health in youth mental health

services: ensuring routine monitoring of weight and metabolic indices in a first episode psychosis clinic. *Australasian Psychiatry*.

Huovinen, T. & Rovio, E. 2008. Toimintatutkija kentällä teoksessa Heikkinen, H., Rovio, E. & Syrjälä, L. (toim.). 2008. Toiminnasta tietoon. Toimintatutkimuksen menetelmät ja lähestymistavat. Helsinki: Hansaprint Direct.

Kaartinen, N., Tapanainen, H., Reinivuo, H., Virtanen, S., Ali-Kovero, K. & Valsta, L. 2018. Elintarvikkeiden kulutus. Teoksessa Valsta, L., Kaartinen, N., Tapanainen, H., Männistö, S. & Sääksjärvi, K. (toim.). Ravitsemus Suomessa- Fin Ravinto 2017- tutkimus. Nutrition in Finland- The National FinDiet 2017 survey. 12/2018. Raportti. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. Helsinki: PunaMusta.

Kaartinen, N., Tapanainen, H., Sääksjärvi, K., Härkänen, T., Koskinen, S. & Valsta, L. 2018. Aineisto. Teoksessa Valsta, L., Kaartinen, N., Tapanainen, H., Männistö, S. & Sääksjärvi, K. (toim.). Ravitsemus Suomessa- Fin Ravinto 2017- tutkimus. Nutrition in Finland- The National FinDiet 2017 survey. 12/2018. Raportti. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. Helsinki: PunaMusta.

Kaasalainen, K. 2016. Terveiden lukutaito ja terveyserojen kaventaminen. Teoksessa Sihto, M. & Karvonen, S. (toim.) 2016. Terveiden edistäminen ja eriarvoisuus- lähestymistapoja ja ratkaisuja. Helsinki: Juvenes Print.

Kananen, J. 2012. Kehittämistutkimus opinnäytetyönä. Kehittämistutkimuksen kirjoittamisen käytännön opas. Jyväskylän Ammattikorkeakoulun julkaisuja 134. Jyväskylä: Tampereen Yliopistopaino- Juvenes Print.

Kangasniemi, A. & Kauravaara, K. 2016. Kohti muutosta- Arvo- ja hyväksyntäpohjainen lähestymistapa liikunnan ja terveyden edistämiseksi. 2. painos. Liikunta- ja hyvinvointiakatemia oy. Vantaa: Digipaino Kirjaksi. Net.

Keinänen, J. 2018. Metabolic changes, inflammation and mortality in psychotic disorders. Väitöskirja. Department of Psychiatry. University of Helsinki. Mental Health Unit. National Institute for Health and Welfare. Helsinki.

Keinänen, J., Mantere, O., Kiesepää, T., Mäntylä, T., Torniainen, M., Lindgren, M., Sundvall, J. & Suvisaari, J. 2015. Early insulin resistance predicts weight gain and waist circumference increase in first-episode psychosis- A one year follow- up study. *Schizophrenia Research*. Volume 169, Issues 1-3, pages 458-463.

Keinänen, J., Mantere, O., Markkula, N., Partti, K., Perälä, J., Saarni, S., Härkänen, T. & Suvisaari, J. 2017. Mortality in people with psychotic disorders in Finland: A population based 13-year follow-up study. *Schizophrenia Research*. 9 May 2017.

Koponen, H. 2011. Painonnousu psykelääkkeiden haittavaikutuksena. *Katsausartikkeli. Suomen Lääkärilehti* 2011, vol.66. no. 9. s.729-733.

Koponen, H. & Lappalainen, J. 2015. Mielenterveyspotilaan somaattinen terveys. *Katsaus Psykiatria perusterveydenhuollossa. Duodecim*; 131: 577-82

Korkeila, J. 2013. Psykoosin varhaisvaihe ja somaattiset sairaudet. *Tieteessä- Katsausartikkeli. Lääkärilehti* 23.8.2013. 34/2013, vsk 68: 2041-2045.

Kuula, A. 1999. *Toimintatutkimus: kenttätöitä ja muutospyrkimyksiä*. Tampere: Vastapaino.

Larivaara, M. 2016. *Kärkihanke. Terveiden ja hyvinvoinnin edistäminen ja eriarvoisuuden vähentäminen. Hankesuunnitelma. Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 2016:50. Sosiaali- ja terveysministeriö. Helsinki.*

Laurila-Salakka, A. 2014. *Ensipsykoosipotilaan elintavat hoidon alkuvaiheessa. Pro gradu-tutkielma. Hoitotiede, Preventiivinen hoitotiede, Itä-Suomen yliopisto, Terveystieteiden tiedekunta, Hoitotieteen laitos.*

Lee, E., Hui, C., Chang, W., Chan, S., Li, Y., Lu, J., Lin, J. & Chen E. 2013. Impact of physical activity on functioning of patients with first-episode psychosis- a 6 months prospective longitudinal study. *Schizophrenia Research*. Vol.150. Issue 2-3. November 2013, pages 538-541.

Lindgren, M. 2015. *Psychotic-like symptoms and psychosis prediction in adolescent psychiatric patients. University of Helsinki, Institute of Behavioral Sciences, Studies in Psychology.*

Lindgren, M., Therman, S. & Granö, N. 2016. Nuorten psykoottistyyppisten oireiden kliininen merkitys. *Katsaus. Duodecim*; 132: 515-21

Lintunen, T. 2017. *Tunne- ja vuorovaikutusoppiminen yhteenkuuluvuudentunteen ja motivaation edistäjänä. Teoksessa Salmela-Aro, K. & Nurmi, J-E. 2017. Mikä meitä liikuttaa. Motivaatiopsykologian perusteet. Juva: Bookwell Digital.*

Marshall, M., Barrowclough, C., Drake, R., Husain, N., Lobban, F., Lovell, K., Wearden, A., Bradshaw, T., Day, C., Fitzsimmons, M., Pedley, R., Piccucci, R., Picken, A., Larkin, W., Tommenson, B., Warburton, J. & Gregg, L. 2015. *The HELPER- programme: Healthy living and pre-*

vention of early relapse- three exploratory randomised controlled trials of phase-specific interventions in first episode psychosis. Programme Grants for Applied Research, No.3.2. Southampton (UK). NIHR Journals Library. April 2015.

Mäki, P. & Veijola, J. 2012. Nuoren ensipsykoosi. *Duodecim* 2012; 128: 27-34.

Mäki-Opas, T. 2016. Liikunta kuuluu kaikille- liikuntapolittikan mahdollisuudet sosiaalisen eriarvoisuuden vähentämisessä. Teoksessa Sihto, M. & Karvonen, S. (toim.) 2016. *Terveyden edistäminen ja eriarvoisuus- lähestymistapoja ja ratkaisuja*. Helsinki: Juvenes Print.

O'Brien, C., Gardner-Sood, P., Corlett, S.K., Ismail, S., Atakan, Z., Greenwood, K., Joseph & C., Gaughran, F. 2014. *Journal of psychiatric and mental health nursing*. Vol. 21 (2), pp 121-7.

Ojasalo, K., Moilanen, T. & Ritalahti, J. 2014. *Kehittämistyön menetelmät. Uudenlaista osaamista liiketoimintaan*. 3. painos. Helsinki: Sanoma Pro.

Onwumere, J., Howers, S. & Gaughran, F. June 1, 2018. Physical health problems in people with psychosis: The issue for informal carers. *Research Article*. Volume: 64 issue: 4, page(s): 381-388.

Organ, B., Nicholson, E. & Castle, D. October 2010. Implementing a physical health strategy in a mental health service. *Australasian Psychiatry*. Article. Vol. 18, issue 5, p 456-459.

Pedley, R., Lovell, K., Bee, P., Bradshaw, T., Gellatly, J., Ward, K., Woodham, A. & Wearden, A. 2018. Collaborative individualised lifestyle interventions are acceptable to people with first episode psychosis; a qualitative study. April 2018, vol.18, issue 1. *Research article*. *BMC Psychiatry*.

Penttilä, M., Huhtaniska, S., Jääskeläinen, E. & Granö, N. 2017. Psykoosin ehkäisyn mahdollisuudet. *Katsausartikkeli*. *Duodecim* 2017, vol.133, no.22: 2117-23.

Penttilä, M., Juola, P., Seppälä, J., Kaivosoja, M., Raiskila, T., Niemelä, S. & Jääskeläinen, E. 2015. Skitsofrenian ennustetta voidaan parantaa. *Tieteessä- Katsausartikkeli*. *Lääkärilehti* 27.3.2015. 13/2015, vsk 70: 875-880.

Pietilä, A-M., Länsimies-Antikainen, H., Vähäkangas, K. & Pirttilä, T. 2010. *Terveyden edistämisen eettinen perusta teoksessa Pietilä, A-M. (toim.) 2010. Terveyden edistäminen, teorioista toimintaan*. Helsinki: WSOY.

Sihto, M. 2016. Terveyden edistämisen lähestymistapoja terveyseroihin: yksilöllinen, sosiaalirakenteellinen ja kolmas tie. Teoksessa Sihto, M. & Karvonen, S. (toim.) 2016. Terveyden edistäminen ja eriarvoisuus- lähestymistapoja ja ratkaisuja. Helsinki: Juvenes Print.

Suarez, C.A., Ilves Annunziata, A-R. & Dwyer, J. 2017. Nutrition for persons coping with serious mental illnesses. *Nutrition Today*. Jul2017; 52 (4): 190-202.

Suvisaari, J., Isohanni, M., Kiesepää, T., Koponen, H., Hietala, J. & Lönnqvist, J. 2017. Skitsofrenia ja muut psykoosit. Teoksessa Lönnqvist, J., Henriksson, M., Marttunen, M. & Partonen, T. (toim.). 2017. *Psykiatria*. 12. uudistettu painos. Duodecim. Tallinna: Printon.

Teasdale, S., Harris, S., Rosenbaum, S., Watkins, A., Samaras, K., Curtis, J. & Ward, P.B. 2015. Individual dietetic consultations in first episode psychosis: A novel intervention to reduce cardiometabolic risk. *Journal Article. Community Mental Health Journal*, February 2015; 51 (2): 211-214.

Teasdale, S., Rosenbaum, S., Watkins, A., Curtis, S., Kalucy, M., Samaras, K. & Ward, P. Jul. 2016. Preventing antipsychotic- induced weight gain in first-episode psychosis: transitioning dietitians into routine care. *Nutrition & Dietetics*. Article. 73: 303-304.

Teasdale, S., Ward, P.B., Rosenbaum, S., Watkins, A. & Curtis, J. 2016. A nutrition intervention is effective in improving dietary components linked to cardiometabolic risk in youth with first episode psychosis. *The British Journal on Nutrition; Cambridge*. Vol.115, ISS 11, June 2016: 1987-1993.

Toikko, T. & Rantanen, T. 2009. Tutkimuksellinen kehittämistoiminta. Tampere: Tampereen Yliopistopaino.

Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2018. Laadullinen tutkimus ja sisällön analyysi. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.

Uutela, A. 2016. Terveyskäyttäytymisen psykososiaaliset muutosteoriat- perusta vaikuttaville interventioille. Teoksessa Sihto, M. & Karvonen, S. (toim.) 2016. Terveyden edistäminen ja eriarvoisuus- lähestymistapoja ja ratkaisuja. Helsinki: Juvenes Print.

Valsta, L., Tapanainen, H., Kaartinen, N., Reinivuo, H., Aalto, S., Ali-Kovero, K. & Männistö, S. 2018. Ravintoaineiden saanti ruoasta ja ravintoaineiden lähteet. Teoksessa Valsta, L., Kaartinen, N., Tapanainen, H., Männistö, S. & Sääksjärvi, K. (toim.). *Ravitsemus Suomessa- Fin Ravinto 2017- tutkimus. Nutrition in Finland- The National FinDiet 2017 survey*. 12/2018. Raportti. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Helsinki: PunaMusta.

Vasalampi, K. 2017. Itsemääräämisteoria. Teoksessa Salmela-Aro, K. & Nurmi, J-E. 2017. Mikä meitä liikuttaa. Motivaatiopsykologian perusteet. Juva: Bookwell Digital.

Werkkala, C. 2018. Health Improvement Profile (HIP)- mittarin validointi vakavaa mielenterveyshäiriötä sairastavilla potilailla. Pro gradu. Hoitotiede. Hoitotieteen laitos. Turun yliopisto.

Wärdig, R., Bachrach-Lindström, M., Hulstjög, S., Lindström, T. & Foldemo, A. 2015. Persons with psychosis perceptions of participating in a lifestyle intervention. Journal of Clinical Nursing. July 2015, volume 24, issue 13-14: 1815- 1824. The international Voice of Nursing Research, Theory and Practice. Department on Medical and Health Sciences. Linköping University.

#### Sähköiset

Alanko, T., Karhula, M., Piirainen, A., Kröger, T. & Nikander, R. 2017. Kuntoutuksen osallistaminen tavoitteenasettamisprosessiin ja tavoitteiden saavuttamisen arviointiin. Loppuraportti. Kelan tutkimus. Työpapereita 113. Jyväskylän yliopiston julkaisuarkisto. Luettu 28.1.2019. <https://jyx.jyu.fi/bitstream/handle/123456789/54232/1/tyopapereita113.pdf>

Eckardt, M., Gottleben-Davari, T., Grönholm, L., Karhu-Hämäläinen, A., Kuusela, R. & Laitinen, L. 2016. HUS:n arvot käytännössä. KopioNiini 06/2016. Luettu 22.11.2017. <https://husote.sharepoint.com/sites/10252/Materiaalipankki/HUS-arvot%20Esite%20su%202016%20PAINO.pdf#search=hus%20arvot>

eNorssi. Ideariihii. Luettu 1.11.2017. [www.enorssi.fi/opetusmateriaalit/tyotapapankki-1/aivo-riihi](http://www.enorssi.fi/opetusmateriaalit/tyotapapankki-1/aivo-riihi)

Euroopan Unioni. Euroopan unionin toimintavat. Terveys. Luettu 5.1.2018. [https://europa.eu/european-union/topics/health\\_fi](https://europa.eu/european-union/topics/health_fi)

Healthy Active Lives (HeAL). Keeping the Body in Mind in Youth with Psychosis. Luettu 12.1.2018 <https://www.iphys.org.au/>

Lassila, A. & Kampman, O. 2018. Työmalleja toipumisorientaation pohjalta. Lääkärilehti 37/2018, vsk 73, s.2026-2027. Luettu 28.1.2019. <https://www-laakarilehti-fi.nelli.laurea.fi/tyossa/raportit-ja-kaytannot/tyomalleja-toipumisorientaation-pohjalta/>

Mantere, O. 7.5.2018. Akuutti psykoosi. Lääkärin käsikirja. Luettu 19.8.2018. [www.terveysportti.fi.nelli.laurea.fi/dtk/ltk/koti?p\\_artikkeli=ykt01694&p\\_haku=akuutti%20psykoosi](http://www.terveysportti.fi.nelli.laurea.fi/dtk/ltk/koti?p_artikkeli=ykt01694&p_haku=akuutti%20psykoosi)

Mustajoki, P. & Alenius, H. 28.6.2018. Motivoiva keskustelu elintapamuutoksissa ja hoidossa. Lääkäriin käsikirja. Luettu 30.10.2018. [https://www.terveysportti.fi/dtk/ltk/koti?p\\_artikkeli=ykt01951&p\\_haku=motivoiva%20keskustelu%20elintapamuutoksissa%20ja%20hoidossa](https://www.terveysportti.fi/dtk/ltk/koti?p_artikkeli=ykt01951&p_haku=motivoiva%20keskustelu%20elintapamuutoksissa%20ja%20hoidossa)

National Institute for Health and Care Excellence (NICE). Psychosis and Schizophrenia overview. Luettu 7.1.2018. <https://pathways.nice.org.uk/pathways/psychosis-and-schizophrenia>

Nursing, Midwifery and Allied Health Professions Policy Unit. 2016. Improving the physical health of people with mental health problems: Actions for mental health nurses. Luettu 31.5.2018. [https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment\\_data/file/532253/JRA\\_Physical\\_Health\\_revised.pdf](https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/532253/JRA_Physical_Health_revised.pdf)

Public Health England. 2016. Improving the physical health of people with mental health problems: Action for mental health nurses. Luettu 8.5.2018. [https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment\\_data/file/532253/JRA\\_Physical\\_Health\\_revised.pdf](https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/532253/JRA_Physical_Health_revised.pdf)

Skitsofrenia. Käypä hoito -suositus. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Psykiatriyhdistys ry:n asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim, 2015. Luettu 25.11.2017. [www.kaypahoito.fi](http://www.kaypahoito.fi)

Sosiaali- ja terveysministeriö. Terveyden edistäminen. Luettu 5.1.2018. <http://stm.fi/terveyden-edistaminen>

Turku, R. 2013. Onko motivoiva haastattelu vastaus elintapaohjauksen haasteisiin? Työterveyslääkäri. 2013; 31(1):36-39. Luettu 28.10.2018. [www.terveysportti.fi/dtk/tyt/koti?p\\_haku=onko%20motivoiva%20haastattelu%20vastaus%20elintapaohjauksen%20haasteisiin](http://www.terveysportti.fi/dtk/tyt/koti?p_haku=onko%20motivoiva%20haastattelu%20vastaus%20elintapaohjauksen%20haasteisiin)

UKK-instituutti. Osaamista terveysliikunnan edistämiseen. VESOTE-hanke. Luettu 18.1.2018. [www.ukkinstituutti.fi/vesote](http://www.ukkinstituutti.fi/vesote)

World Health Organization. 2015. European strategic directions for strengthening nursing and midwifery towards Health 2020 goals. Luettu 5.1.2018. [www.euro.who.int/\\_data/assets/pdf\\_file/0004/274306/European-strategic-directions-strengthening-nursing-midwifery-Health2020\\_en-REV1.pdf?ua=1](http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0004/274306/European-strategic-directions-strengthening-nursing-midwifery-Health2020_en-REV1.pdf?ua=1)



## Kuviot

Kuvio 1: Kehittämistyön prosessin kuvaus .....	<b>Virhe. Kirjanmerkkiä ei ole määritetty.</b>	35
Kuvio 2: Ensipsykoosipotilaan elämäntapaohjauksen nykytilan, tarvittavien keinojen ja välineiden löytäminen tavoitetilan saavuttamiseksi	<b>Virhe. Kirjanmerkkiä ei ole määritetty.</b>	39
Kuvio 3: Elämäntapaohjauksen nykytilan kuvaus.....		40
Kuvio 4: Ensipsykoosipotilaan elämäntapaohjauksen tavoitetilan kuvaus .....		41
Kuvio 5: Toteuttamiskelpoisimmat ideat työntekijöiden äänestyksen perusteella .....		42
Kuvio 6: Henkilökunnan toiveet ravitsemusterapeutin käytöstä .....		43
Kuvio 7: Henkilökunnan toiveet liikuntaterapeutin käytöstä .....		44
Kuvio 8: Elämäntapaohjauksen tavoitetilan kuvauksen arvioinnissa korostuneet teemat .....		45
Kuvio 9: Elämäntapaohjauksen keinojen soveltuvuuden ja toteuttamiskelpoisuuden arvioinnissa painottuneet teemat.....		46
Kuvio 10: Ensipsykoosipotilaan elämäntapaohjauksen suositus ravitsemukseen ja liikkuntaan		48

## Liitteet

Liite 1: Suostumus opinnäytetyöhön osallistuvalla..... **Virhe. Kirjanmerkkiä ei ole määritetty.**

Liite 1: Suostumus opinnäytetyöhön osallistuvalla

Suostumus opinnäytetyöhön osallistuvalla  
Opinnäytetyö: Ensipsykoosipotilaan elämäntapaohjaus

Suostumus

Minä \_\_\_\_\_  
(nimi ja syntymäaika)

opinnäytetyön tarkoitus on selvitetty minulle.

Olen saanut harkita osallistumistani opinnäytetyöhön osallistumiseen. Olen saanut ja lukenut opinnäytetyöstä kertovan tiedotteen, jossa on kuvattu opinnäytetyön tarkoitus ja tavoitteet. Tiedotteen sisältö on kerrottu myös suullisesti ja minulla on ollut mahdollisuus saada opinnäytetyöstä lisätietoa.

Opinnäytetyön aineisto kerätään työpajoissa, joihin osallistuminen on täysin vapaaehtoista. Osallistumiseni voin keskeyttää missä vaiheessa tahansa. Kaikki työpajoissa kerätty tieto käsitellään nimettömänä. Jos keskeytän osallistumiseni niin olen tietoinen, että keskeyttämiseeni mennessä kerätty aineisto käytetään osana opinnäytetyötä.

Allekirjoituksella vahvistan osallistumiseni tähän opinnäytetyöhön.

Suostumuksen antaja

\_\_\_\_\_

Nimi	Aika ja paikka	Allekirjoitus
------	----------------	---------------

Suostumuksen vastaanottaja

\_\_\_\_\_

Nimi	Aika ja paikka	Allekirjoitus
------	----------------	---------------

Suostumuslomakkeita on kaksi, joista toinen jää suostumuksen antajalle ja toinen suostumuksen vastaanottajalle.