



LAUREA
AMMATTIKORKEAKOULU
Yhdessä enemmän

Työntekijöiden valmiudet mielenterveys- potilaiden metabolisen oireyhtymän ehkäisemiseksi moniammatillisessa työyhteisössä

Kiiskinen, Virpi

2016 Laurea

Laurea-ammattikorkeakoulu

Työntekijöiden valmiudet mielenterveyspotilaiden
metabolisen oireyhtymän ehkäisemiseksi
moniammatillisessa työyhteisössä

Kiiskinen, Virpi
Hoitotyön koulutusohjelma
Opinnäytetyö
Tammikuu, 2016

Kiiskinen, Virpi

Työntekijöiden valmiudet mielenterveyspotilaiden metabolisen oireyhtymän ehkäisemiseksi moniammatillisessa työyhteisössä

Vuosi 2016 Sivumäärä 46

Opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää moniammatillisen työyhteisön työntekijöiden valmiuksia metabolisen oireyhtymän ehkäisemiseksi mielenterveyspotilailla ja lisätä moniammatillisen työryhmän valmiuksia tunnistaa metabolisen oireyhtymän riskitekijöitä. Tarkoituksena oli potilaiden terveyden edistäminen, elämänlaadun parantaminen ja hoidon saaminen tasalaatuisesti vastuutyöntekijästä riippumatta. Tavoitteena oli kehittää metabolisen oireyhtymän riskitekijöiden tunnistamista ja potilaan hoitoon ohjautumista sekä helpottaa elämäntapa muutosten puheeksi ottamista sekä kehittää elintapaohjausta osaksi potilaiden hoitoa.

Opinnäytetyötä ohjasi kolme tutkimuskysymystä: Millaisia ovat psykiatrian poliklinikan moniammatillisen työryhmän työntekijöiden ohjausvalmiudet metabolisen oireyhtymän ehkäisemiseksi mielenterveyspotilailla? Millaisia ohjausmenetelmiä käytetään? Miten metabolisen oireyhtymän ohjausta tulee kehittää osaksi potilaiden psykiatrista hoitoa?

Tässä opinnäytetyössä käytettiin laadullista tutkimusmenetelmää ja opinnäytetyö toteutettiin puolistukturoituna teemahaastatteluna ryhmissä. Sisällönanalyyssissä litteroitiin haastattelut sanatarkasti. Aineiston purkamisen jälkeen muodostettiin pelkistetyt ilmaisut alkuperäisestä ilmaisusta. Pelkistämisen jälkeen aineisto ryhmiteltiin, yhdistämällä ne pelkistetyt ilmaisut, jotka näyttivät kuuluvat yhteen alakategorioiksi. Tämän jälkeen aineisto abstrahoitui, jolloin saman sisältöiset alakategoriat yhdistettiin toisiinsa ja muodostettiin niistä yläkategorioita. Yläkategorioista muodostettiin yhdistä kategoria, joka nimettiin kuvaamaan sen sisältöä toisin sanoen yläkategorioita, joista se muodostui.

Suurin osa haastateltavista tunnisti hoidettavan potilasryhmän kuuluvan riskiryhmään metabolisen oireyhtymän suhteen. Tähän vaikutti haastateltavan koulutustausta, kuten siihenkin, otettiin metaboliseen oireyhtymään liittyvät teemat osaksi potilaan kanssa käytävää keskustelua. Metabolisen oireyhtymän tunnistamisen valmiuksien ja tahtotilan koettiin lisääntyneen viime vuosina. Potilaiden hoitoa tapahtui poliklinikalla ja tarvittaessa käytettiin konsultointia oman työryhmän työntekijöitä, joilla asiasta enemmän tietoa. Moniammatillisen työryhmän hyödyntämisen toivottiin lisääntyvän. Potilaita ohjattiin myös terveysasemalle jatkohoitoon.

Haastateltavat toivoivat koulutusta aiheesta tiimeissä ja erikseen sovittuna aikana omalla työpaikalla. Potilaiden hoitoa tukemaan ja yhteistä käsitystä asiasta luomaan toivottiin tietopaketti metabolisesta oireyhtymästä. Vastuutyöntekijästä riippumatta potilaiden tasavertaisuutta hoitosuhteissa pidettiin tärkeänä.

Potilaiden hoidon tasavertaisuuden takaamiseksi työntekijät tarvitsevat kirjallisen materiaalin, jossa kuvataan metabolinen oireyhtymä ja sen hoitoon liittyvät tekijät.

Asiasanat: metabolinen oireyhtymä, mielenterveys, tunnistaminen, ennaltaehkäisy.

Kiiskinen, Virpi

The Readiness of Multidisciplinary Team Workers in Prevention of Metabolic Syndrome of Psychiatric Patients

Year	2016	Pages	46
------	------	-------	----

The purpose of this thesis was to examine the readiness of multidisciplinary team workers in prevention of metabolic syndrome of psychiatric patients, and to improve workers' readiness to identify risk factors of the syndrome. The purpose is to improve patients' general health and quality of life, and to make their treatment more homogeneous by being more independent of the case manager. The aim is also improve identification of the risk factors of metabolic syndrome, to guide patients to get treatment for it, to bring up the subject of making changes in lifestyle, and to develop lifestyle guidance as part of the treatment.

There were three questions guiding the study: What kind of readiness do psychiatric multidisciplinary team workers have in preventing metabolic syndrome of psychiatric patients? What kind of methods do they use in accomplishing that? How should readiness and methods be developed so that metabolic syndrome would be part of patients' psychiatric treatment?

This study was implemented using qualitative examination methodology and semistructured thematic group interviews. In the content analytic phase, the interviews were first transcribed in verbatim. Then reduced expressions were formed from the original expressions. These, in turn, were classified by combining expressions that seemed to form subcategories. In the next phase, abstraction, the subcategories with similar contents were combined and used to form higher level more abstract categories. These were used to form a category that was named to describe the content of it, that is, the higher level categories it was made of.

Most of the interviewed subjects recognized the patient group under treatment to belong to the risk group in terms of metabolic syndrome. This was affected by subject's educational background, which also had an impact on the thing, whether the themes concerning metabolic syndrome were taken up in discussion with the patient in the first place. The readiness and willingness to identify metabolic syndrome was experienced to have increased during recent years. Some of the treatment took place at the outpatient clinic, and when necessary, those team workers with more knowledge about the syndrome were consulted. There was a wish for increased utilization of the multidisciplinary team. Additionally, some patients were referred to the health care center for additional treatment.

The interviewees wished for education concerning the syndrome, both in team meetings as well as during separate agreed hours at the clinic. There was also a wish for a specific data package about metabolic syndrome, to support patients' treatment and to create a joint concept concerning the syndrome. It was felt to be important that there would exist equality in patients' treatment, regardless of who was the case manager.

To guarantee equality in patients' treatment the workers need written material, where the nature and treatment of metabolic syndrome are described.

Keywords: metabolic syndrome, mental health, identification, prevention

Sisällys

1	Johdanto.....	6
2	Teoreettiset lähtökohdat	7
2.1	Metabolinen oireyhtymä	7
2.2	Ennaltaehkäisy.....	7
2.3	Ohjaus.....	8
2.4	Liikunta	10
2.5	Ruokavalio	11
2.6	Uni	11
2.7	Mielenterveys	11
2.8	Kehittäminen.....	13
3	Tutkimuskysymykset.....	13
4	Laadullisen tutkimuksen toteuttaminen	14
4.1	Laadullinen tutkimus	14
4.2	Aineistonkeruumenetelmä.....	15
4.2.1	Ryhmähaastattelu.....	16
4.2.2	Teemahaastattelu.....	17
4.3	Aineiston analyysi	19
5	Opinnäytetyön toteuttaminen	21
6	Tulokset.....	22
6.1	Valmius tunnistaa potilaan tilanne.....	22
6.2	Ohjausmenetelmät.....	26
6.3	Potilasohjauksen kehittäminen	28
7	Luotettavuus ja etiikka	31
8	Pohdinta	34
	Lähteet	38
	Kuviot.. ..	40
	Liitteet.....	41

1 Johdanto

Opinnäytetyön tarkoituksena on selvittää moniammatillisen työyhteisön työntekijöiden valmiuksia metabolisen oireyhtymän ehkäisemiseksi mielenterveyspotilailla ja lisätä moniammatillisen työryhmän valmiuksia tunnistaa metabolisen oireyhtymän riskitekijöitä sekä kehittää elintapaohjausta osaksi potilaiden hoitoa. Tarkoituksena on myös potilaiden terveyden edistäminen, elämänlaadun parantaminen ja hoidon saaminen tasalaatuisesti vastuutyöntekijästä riippumatta. Tavoitteena on kehittää metabolisen oireyhtymän riskitekijöiden tunnistamista ja potilaan hoitoon ohjautumista sekä helpottaa elintapamuutosten puheeksi ottamista. Toimintaympäristönä on Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri, Jorvin sairaala. Työryhmä on moniammatillinen ja siihen kuuluu lääkäreitä, psykologeja, toimintaterapeutteja, sosiaalityöntekijöitä, osastonhoitaja, sairaanhoitaja ja mielenterveyshoitaja.

Työskentelen osana tätä moniammatillista työryhmää ja pidän aihetta tärkeänä. Työssä kohtaa potilaita, joilla on riski metabolisen oireyhtymän syntymiselle. Varhaisella puuttumisella potilaiden elämänhallintaan keskustellen siihen liittyvistä teemoista voidaan ehkäistä metabolisen oireyhtymän syntymistä. Käypä hoito -suositusten (2013) mukaan lihavuuden hoidon tulee olla kiinteä osa potilaiden hoitoa. Vastuu hoidosta on asiaan perehtyneellä moniammatillisella työryhmällä. Potilailla on usein merkittävää ylipainoa, joka on riskitekijä metabolisen oireyhtymän syntymiselle.

Mielenterveyspotilaiden metabolisen oireyhtymän ehkäiseminen on tärkeä osa potilaiden hoitoa. Metabolisen oireyhtymän (MBO) ehkäisemiseen panostaminen koetaan tärkeäksi, koska skitsofreniaa ja muita ei-mielialaoireisia psykooseja sairastavilla tyyppin 2 diabeteksen esiintyvyys on huomattavasti yleisempää muuhun väestöön verrattuna. Terveydenhuollon vastuu hoitojen tarjoamisesta on tärkeää, koska potilaat saattavat olla huonosta terveydentilasta ja puutteellisista elinoloista huolimatta suhteellisen tyytyväisiä elämäänsä. (Viertiö ym. 2012, 863-869.)

Potilaan mielenterveyden häiriö vaikuttaa potilaan hoitoon sitoutumiseen. Vastuutyöntekijän tehtävä on etsiä yhdessä potilaan kanssa voimavaroja elintapamuutokseen ja sen ylläpitämiseen sekä motivoida potilasta elintapamuutoksessa.

Tässä opinnäytetyössä paneudutaan mielenterveyspotilaiden metabolisen oireyhtymän ehkäisemiseen ja riskitekijöiden tunnistamiseen. Tavoitteena on potilaiden hoidon mahdollisimman hyvä ja tarkoituksenmukainen yhteensovittaminen sekä erityisesti huomion kiinnittäminen ennaltaehkäisyyn osana potilaiden hoitoa.

2 Teoreettiset lähtökohdat

2.1 Metabolinen oireyhtymä

Metabolinen oireyhtymä eli insuliiniresistenssioireyhtymä on vaaratekijä tyyppin 2 diabetekselle sekä sydän- ja verisuonisairauksille (Rissanen, Kallanranta & Suikkanen 2008, 147). Henkilöillä, joilla on verensokeri, verenpaine ja veren rasva-arvot vain lievästi epänormaalit riski metaboliseen oireyhtymään on keskimääräistä riskiä pienempi. Sydän- ja verisuonisairauksien riski on 2 - 3- kertainen terveisiin verrattuna (Mustajoki 2012).

Metabolinen oireyhtymä on diagnosoitavissa Maailman Diabetesliiton (IDF) vuonna 2005 määritelmän mukaisesti seuraavasti. Vyötärönympäryys naisilla on enemmän kuin 80 cm ja miehillä enemmän kuin 94 cm. Tämän lisäksi seuraavista muutoksista täytyy olla kaksi todettavissa:

- veren triglyseridien määrä on suurentunut, fS-Trigly ≥ 1.70 mmol/l tai potilaalla on käytössä lääkitys
- veren HDL-kolesterolin määrä on pienentynyt, fS-Kol-HDL < 1.03 mmol/l miehillä, < 1.29 mmol/l naisilla tai potilaalla on käytössä lääkitys
- verenpaine on koholla systolinen paine ≥ 130 mmHg tai diastolinen paine ≥ 85 mmHg tai potilaalla on hoito aiemmin todettuun kohonneeseen verenpaineeseen
- häiriintynyt sokeriaineenvaihdunta, fP-Gluk ≥ 5.6 mmol/l tai aiemmin diagnosoitu tyyppin 2 diabetes (Vanhala 2010, Mustajoki 2012).

Käypä hoito suosituksen (2013) mukaan vyötärölihavuuden alaraja miehillä on 100 cm ja naisilla 90 cm, joka poikkeaa IDF:n vastaavista mitoista.

Muita tunnusmerkkejä metabolisen oireyhtymän tunnistamiseksi on potilaan sukurasite diabetekseen, BMI vähintään 30, poikkeava glukoosirasituskokeen tulos, tyyppin 2 diabetes, hyperurikemia, mikroalbuminuria ja hyperinsulinemia. MBO potilailla tiedetään esiintyvän masennusta kaksi kertaa enemmän muuhun väestöön verrattuna, siksi suositellaan masennuksen seulontaa esim. Beckin depressioseulalla. MBO:n voi liittyä myös uniapnea tai alzheimerin tauti. (Vanhala 2010.)

2.2 Ennaltaehkäisy

Metabolisen oireyhtymän hoidossa on tärkeää ennaltaehkäisy. Elämäntapamuutoksiin vaikuttaminen on ainoa keino, joka vaikuttaa kaikkiin metabolisen oireyhtymän osatekijöihin. Elämäntapamuutokset vaativat paljon voimavaroja, siksi on tarpeellista selvittää potilaan voimavarat. Potilaan psyykinen kuormittuminen esim. masennus on tarpeellista huomioida ohjattaessa potilasta tiukkoihin elämäntapamuutoksiin. (Vanhala 2010.)

Terveysthuollossa on tarkoituksena ehkäistä lihavuutta tai hoitaa lihavuutta ja tätä kautta parantaa potilaiden toimintakykyä ja elämänlaatua. Edellytyksenä ovat elintapamuutokset, painon putoaminen ja mahdollisimman pysyvät muutokset. Useinkaan normaalipainon saavuttaminen ei ole realistinen tavoite. Potilasta tulee motivoida vähintään 5 % suuruiseen painonpudotukseen. Jos potilaalla on jo ylipainoon liittyviä sairauksia tai riskejä sairauksiin voi niistä keskusteleminen toimia potilasta motivoivana keinona. (Käypä hoito -suositus 2013.)

Käypä hoito -suosituksessa suositellaan vaihtoehtona lyhytinterventiota, jossa potilaan kanssa otetaan lihavuus puheeksi miettimällä sen vaikutuksia terveyteen, tekemällä mittauksia (paino, pituus, BMI, vyötärönympäryys) sekä kertomalla mahdollisuuksista painonhallintaan itsenäisesti ja terveydenhuollon tukimahdollisuudet. Potilaalle tulee olla tarjolla kirjallista materiaalia elintapamuutoksen tueksi. (Käypä hoito -suositus 2013.)

Tyypin 2 diabeteksen ennaltaehkäisyä pidetään helpompana kuin taudin hoitoa. Painonlasku 5 %, liikunnan lisääminen, vähän kovaa ja kohtuullisesti pehmeää rasvaa sekä runsaskuituinen ruokavalio ovat asioita, jotka vähentävät diabetesriski niillä joilla on heikentynyt glukoosinsieto. Skitsofreniaa ja siihen käytettävää lääkitystä pidetään yhtenä diabeteksen riskitekijänä. Skitsofrenia potilaille suositellaan ehkäisytöimiä diabeteksen ehkäisyn ja hoidon kehittämishjelman mukaisesti. (Heiskanen, Niskanen & Koponen 2010, 389-396.)

Vuoden mittaisessa seurantalutkimuksessa arvioitiin elintapainterventio vaikutusta painoon ja sokeriaineenvaihduntaan henkilöillä, joilla oli suuri diabetesriski. Painon laskeminen 5 % tai enemmän vähensi sairastumisriskiä 69 % verrattuna ryhmään, jossa paino ei pudonnut. Tutkimuksen mukaan lihavuus, sokeriaineenvaihdunnan häiriöt ja tunnistamaton diabetes ovat yleisiä keski-ikäisillä ja diabeteksen seulonnassa pidetään hyvänä riskiteistiä. (Saaristo 2011.)

2.3 Ohjaus

Ohjauksessa tarkoituksena on vuorovaikutuksessa yhteisen tiedon, taidon ja selviytymisen rakentaminen. Ohjauksessa ohjattava ja ohjaaja kohtaavat tasavertaisina. Ohjattavaa kannustetaan itse auttamaan itseään henkilökohtaiset lähtökohdat huomioiden. Ohjauksella pyritään saamaan ohjattavalle ymmärrystä esimerkiksi muutoksen merkityksestä ja tunne, että hän itse voi vaikuttaa siihen. Sitoutumisen ja motivoitumisen kannalta tämä on merkityksellistä. (Eloranta & Virkki 2011, 19 - 20.)

Ohjauksessa pyritään henkilökohtaiseen konkreettiseen ja realistiseen suunnitelmaan. Tarkoituksena on prosessin syntyminen, jossa ajatukset ja teot muuttuvat kokemusten mukaan. Ohjauksessa on tärkeää palautteen antaminen ja kertyneiden kokemusten käsittely. Ohjauksessa voidaan käyttää apuna motivoivan haastattelun keinoja. (Käypä hoito -suositus 2013.)

Hoitotyössä tietoa jaetaan asioista, joista asiakas haluaa tietää tai joista henkilökunta haluaa asiakkaan tietävän. Ihmisen tiedonkäsittely on rajallista ja siihen vaikuttaa asiakkaan ohjauksentarve, aikaisemmat tiedot ja taidot, kokemukset, uskomukset, asenteet, henkilökohtainen kyky ottaa tietoa vastaan, tunnetila ja motivaatio. Nämä seikat tulee ottaa huomioon ohjaustilanteessa ja rajata annettava informaatio keskeisiin asioihin. (Eloranta & Virkki 2011, 22.)

Elintapojen muutos vie aikaa ja on yksilöllistä. Elintapaohjauksessa tulee huomioida asiakkaan muutosvaihe. Jos asiakas on haluton muutokseen, on elintapaohjauksen sijaan tärkeämpää saada asiakas motivoitumaan tarvittaviin muutoksiin. Elintapaohjaukselle on mahdollisuudet, jos saadaan asiakas pohtimaan terveyden merkitystä elämässään ja elintapojen merkitystä terveydelle. (Eloranta & Virkki 2011, 33.)

Elämäntapamuutosten ohjauksessa kiinnitetään huomiota liikunnan lisäämiseen. Liikunnan lisääminen yksinään ilman painomuutosta auttaa jo pienentämään MBO:n riskiä. Laihduttaminen vähentää vatsaontelosta liikarasvan määrää suhteessa enemmän kuin ihon alta. Tämän vuoksi jo muutaman kilon laihduttaminen vähentää riskiä sairastua MBO:n. Ravitsemustottumuksista keskustellessa käsitellään kuitujen lisäämistä ruokavalioon, tyydyttyneiden rasvojen ja nopeasti sokeristuvien hiilihydraattien välttämistä ruokavaliossa lisäksi on syytä kiinnittää huomiota suolaan käyttöön. Kannustetaan potilasta lopettamaan tupakanpolto ja ollaan tukena lopettamisessa. Kartoitetaan alkoholinkäyttöä ja kannustetaan sen käyttämisen kohtuullistamista. Elämäntapaohjauksessa on suuri merkitys hoitosuhteella. Hyvä hoitosuhde auttaa potilasta muutosprosessissa, joka vaatii henkistä tukea. Vertaistukea tulee pitää vaihtoehtona potilaan elämäntapamuutoksen tukena. (Vanhala 2010, Mustajoki 2012.)

Potilaiden riskiä sairastua MBO:n sekä varhaista kuolleisuutta vähentää merkittävästi 5 % -painonpudotus. Skitsofreniaa sairastavilla henkilöillä on 20 % lyhempi elinajanodote verrattuna muuhun väestöön. Elinaikaa lyhentää riski painonnousuun. Painonnousu lisää riskiä sairastua diabetekseen, sydän- ja verisuonisairauksiin tai kohonneeseen verenpaineeseen. (Alvarez-Jiménez, Hetrick, Gonzalez-Blanch, Gleeson & McGorry 2008, 101-107.)

Painonhallintaryhmään osallistuminen säännöllisesti on auttanut potilaita pudottanut painoa 7-10 %. Ryhmän kesto on ollut 16 - 26 viikkoa. Ryhmässä on ollut 10 - 20 osallistujaa ja ryhmäistunnon kesto 60 - 90 min. Ryhmävetäjinä toimi terveydenhuollon ammattilainen, ravitsemusterapeutti, käyttäytymisterapeutillisesti suuntautunut psykologi ja fysioterapeutti. Viikoittaiset tapaamiset, kotitehtävät ja punnitus säännöllisesti antoi potilaille informaatioita ja mahdollisuuden muuttaa käyttäytymistä. (Sarwer, Green, Vetter, & Wadden 2009, 347-352.)

Käypä hoito -suositus (2013) ohjeistaa elintapahoitoon, joka tarkoittaa useita kertoja sisältävää yksilö- tai ryhmäohjausta lihavuuden hoitamiseksi. Tavoitteena on 5 % painon pudotus ja sen ylläpitäminen. Elintapahoidossa kiinnitetään huomiota lihavuuteen liittyvien sairauksien ehkäisyyn tai hoitoon, terveellisten elämäntapojen omaksumiseen sekä toimintakyvyn ja kunnon ylläpitämiseen. Elintapamuutoksia seurataan ja tuetaan potilasta jatkamaan terveydenhuollossa tapahtuvien käyntien yhteydessä. Elintapoja muuttamalla tapahtuva vähäinen laihduttaminen (3-5 kg) lähes puolittaa sairastumisriskin tyypin 2 diabetekseen 7-10 vuoden seurannassa henkilöillä, joilla on heikentynyt glukoosinsieto. (Käypä hoito -suositus 2013.)

2.4 Liikunta

Laihduttavaksi liikunnaksi suositellaan 300 kcal kulutusta päivittäin mikä tarkoittaa 45 - 60 min kohtalaisesti kuormittavaa liikuntaa päivittäin. Useimpina päivinä viikossa tapahtuva terveysliikunta, joka on vähintään 30 min kestävä kohtalaisen kuormittava suoritus (150-200 kcal kulutus vuorokaudessa), vaikuttaa myönteisesti terveyteen. On myös annettu suosituksia askelmäärään perustuen. Välttämättömän toiminnan suorittamiseen tarvitaan päivässä 3000-7000 askelta. Terveyden kannalta riittävään fyysiseen aktiivisuuteen tarvitaan 7000-12000 askelta. (Käypä hoito-suositus 2013.)

Ruokavalio-ohjausta tarvitaan liikunnan lisäksi, kun tavoitteena on laihtua enemmän kuin 2-3 kg. Kestävyystyyppisen liikunnan lisääminen ilman ruokavalio muutoksia vähentää liikapainoa 3-6 kuukauden aikana muutaman kilon. Fyysistä aktiivisuutta lisäämällä tapahtuva energiankulutuksen lisääminen vähentää viskeraalista rasvakudosta silloinkin, kun paino ei vähene. (Käypä hoito-suositus 2013.)

Pelkällä liikunnan lisäämisellä on positiivisia terveysvaikutuksia ilman merkittävää painonpudotusta tai ruokavalio muutoksia. Metabolisen oireyhtymän ehkäisemisessä liikunnan lisääminen näyttää olevan tehokkaampi keino kuin ruokavaliomuutokset. Liikkumiseen tulisi kannustaa vähintään 30 min viisi kertaa viikossa ja suoritus voi koostua lyhemmistä 10 min jaksoista. Tähän tutkimukseen osallistui 94 fyysisesti inaktiivista ylipainoista ja lihavaa 20 -50 vuotiasta naista. (Kaukonen 2010.)

Asiakkaan ja hoitajan välisellä vuorovaikutuksella on merkittävästi vaikutusta asiakkaan osallistumiseen liikuntaneuvontaan, vastuunottamiseen omahoidosta sekä liikunnan jatkamisesta. Liikuntaneuvonnassa voi toimia motivoivan haastattelun keinot; kuunteleminen, omien voimavarojen hyödyntäminen sekä pystyvyyden tunteen vahvistaminen. (Elomäki 2011.)

Ensipsykoosista ja kroonisemmasta psykoosista kärsivillä potilailla liikunnan lisääminen ja ruokavaliohoito on osoittautunut tehokkaaksi ja potilaiden hyväksymäksi. Liikunnan lisääminen

18 kuukauden harjoitusohjelmalla laskee selvästi potilaiden painoa, painoindeksiä ja vyötärön ympärystä. (Koponen 2011, 729-733.)

2.5 Ruokavalio

Ylipainoa hoidettaessa ruokavaliolla on suuri merkitys. Energiatasapainon tulee olla negatiivinen suhteessa potilaan kulutukseen, silloin laihtuminen on mahdollista. Seurantatutkimuksissa on käynyt ilmi, että 30 - 80 % saavutetusta painonpudotuksesta on 1-5 vuoden sisällä palanut. Tämän vuoksi ruokavaliohoidon ja seurannan tulee olla pitkäjänteistä. (Koponen 2011, 729-733.)

Potilaan aikaisempien ruokailutottumusten huomioiminen parantaa potilaan motivaatioita tehdä ruokailumuutoksia ja pysyä ohjauksessa. Säännöllinen rytmi ruokailussa on tärkeää, sen avulla veren glukoosipitoisuus pysyy tasaisena ja auttaa vähentämään nälän tunnetta ja napostelua. Säännöllisellä aterialla tarkoitetaan säännöllisin väliajoin nautittua terveellistä ateriaa; aamupala, lounas, päivällinen sekä 1-2 välipalaa. Naisilla vuorokauden kalorimäärää pyritään pitämään 1200 - 1500 kcal/vrk ja miehillä 1500 - 1800 kcal/vrk. Ruokavaliosta vähennetään tyydyttyneen rasva määrää, sokeria, valkoisia viljavalmisteita, alkoholia sekä ns. tyhjiä kaloreita. (Käypä hoito-suositus 2013.)

2.6 Uni

Pitkäkestoinen unettomuus altistaa psyykkisille ja somaattisille sairauksille. Esimerkiksi uni-häiriöiden esiintyminen suurentaa keskivartalolihavuuden riskin suomalaisessa väestössä 1.2-2.3-kertaiseksi. Aikuisväestössä esiintyy kroonista unettomuutta 5-12 %:lla. Unettomuus liittyy mielenterveyshäiriöihin lähes aina. (Käypä hoito-suositus 2008.)

2.7 Mielenterveys

”Hyvään mielenterveyteen kuuluu joukko tärkeitä kykyjä. Kyky ihmissuhteisiin, toisista välittämiseen, rakkauteen, henkilökohtaiseen tunneilmaisuun, kyky ja halu vuorovaikutukseen, kyky osallistua sosiaalisesti ja pitää puolensa joutumatta toisten uhriksi, kyky erottaa omat ajatukset ja tarpeet toisten vastaavista ja kyky tehdä työtä. Ongelmatilanteissa hyvä mielenterveys auttaa yksilöä hallitsemaan ahdistusta, sopeutumaan, säilyttämään oma identiteettinsä ja sosiaalisen itsenäisyytensä, kestäämään menetyksiä sekä ymmärtämään ja jäsentämään todellisuutta (Pylkkänen 2008).”

Ylipainoon liittyvät ongelmat ovat lisääntyneet kaikissa ikäluokissa ja kaikkialla maailmassa. Mielenterveyshäiriöissä liittyy itse häiriöön ja käytettyihin lääkkeisiin painonnousun riski, joka

on suurempi muuhun väestöön verrattuna. Ongelmallisinta painonnousu on seuraavissa sairausryhmissä, kuten skitsofreniassa, kaksisuuntaisessa mielialahäiriössä sekä ahmimishäiriössä. Potilaiden elämänlaatua, hoitomyöntyvyyttä ja psykiatrisen häiriön hoitotulosta lihavuus heikentää merkittävästi. Jopa puolet psykoosisairauksista tai vaikeista mielialahäiriöistä kärsivistä potilaista on ylipainoisia. (Koponen 2011, 729-733.)

Lihavuuden hoidon tulee kuulua kiinteästi potilaiden hoitoon. Potilaan hoidosta vastaa asiaan perehtynyt moniammatillinen hoitoryhmä. Lihavuudesta puhuttaessa tarkoitetaan rasvakudoksen ylimäärää. Lihavuus voidaan todeta laskemalla painoindeksi ja/tai mittaamalla vyötärön ympäryys. Painoindeksi ollessa yli 25 kg/m² puhutaan liikapainosta ja monien sairauksien riski lisääntyy. Vyötärölihavuuden alaraja miehillä 100 cm ja naisilla 90 cm. (Käypä hoito-suositus 2013.)

Mielenterveyspotilailla ylipainoon johtavia syitä voi olla potilaiden käyttämä ruokavalio, joka saattaa sisältää liikaa energiaa potilaiden aktiivisuuteen nähden. Ruokavalio saattaa sisältää liikaa rasvaa ja liian vähän kuituja sisältäviä ruoka-aineita. Potilaiden liikunta saattaa olla liian vähäistä, koska psykooseihin liittyy negatiivisia ja kognitiivisia oireita. Masentuneet potilaat kärsivät jaksamis- ja aloitteellisuusongelmista. Ahdistuneisuushäiriöissä potilailla saattaa olla välttämiskäyttäytymistä ja julkisten paikkojen pelkoa. Psykiatriseen häiriöön liittyvä stigma saattaa rajoittaa myös potilaiden fyysistä aktiivisuutta. Noin neljänneksellä psykiatrisista potilaista alkoholin käyttö on liiallista ja vaikuttaa merkittävästi painoon. (Koponen 2011, 729-733.)

Vähäisempi liikunta, yksipuolisempi ravinto, runsaampi tupakointi ja lihavuus lisäävät skitsofreniapotilaiden riskiä sairastua sydän- ja verisuonisairauksiin, aineenvaihdunnan sairauksiin ja syöpään. Skitsofreniapotilailla esiintyy muuta väestöä yleisemmin metabolista oireyhtymää, tyypin 2 diabetesta ja rasva-aineenvaihdunnan häiriöitä ja nämä lisäävät riskiä sairastua sydän- ja verisuonisairauksiin. Psykoosilääkitys voi vaikeuttaa sydän- ja verisuonisairauksien riskitekijöitä metabolisen oireyhtymän ja elämäntapatekijöiden lisäksi. (Heiskanen ym. 2010, 389-396.)

Skitsofreniapotilaiden somaattisen terveyden tutkiminen, hoito ja seuranta ovat puutteellisia kehittyneissäkin maissa. Syyinä on, ettei somaattisen ja psykiatrisen hoitojärjestelmän välillä ole tehty sopimusta kuinka asia tulisi hoitaa. Potilaiden toimintakyvyn heikentyminen, eristäytyneisyys, heikentynyt kivun kokemus, oireiden huono tunnistaminen, kognitiiviset vaikeudet erityisesti muisti- ja päättelytoiminnan alueella sekä erilaisten psykoottisten oireiden aiheuttama vaikeus kuvata oireita tai tilannetta vaikeuttaa potilaiden hakeutumista terveydenhuollon piiriin. (Heiskanen ym. 2010, 389-396.)

Skitsofreniapotilailla on muuhun väestöön verrattuna enemmän sydän- ja verisuonisairauksia. Kuolleisuus kaikista luonnollisista kuolemista on 40 - 45 % ja muuhun väestöön verrattuna selittämättömät äkkikuolemat ovat kolmin kertaiset. Yli 5 % painonnousu psykoosilääkityksen aloituksen jälkeen tai sen aikana on merkittävä kardiometabolinen riskiraja. Painonnousua tulee seurata ja jos paino alkaa nousta tulee sitä yrittää hillitä esim. potilaan liikunta- ja ruokailutottumuksiin vaikuttamalla. (Heiskanen ym. 2010, 389-396.) Psykoosi katsotaan ehdottomaksi vasta-aiheeksi erittäin niukkaenergiselle ruokavaliolla (ENE-dieetti). ENE-dieetti sisältää energiaa vuorokaudessa alle 800 kcal. Esim. Atkinsin dieetti on tällainen ENE-dieetti. (Käypä hoito-suositus, 2013.)

2.8 Kehittäminen

Sosiaali- ja terveydenhuollon kansallinen kehittämisohjelma 2012 - 2015, Kaste, on sosiaali- ja terveydenhuollon pääohjelma. Kehittämisohjelman tavoitteena on hyvinvointi- ja terveyserojen kaventuminen sekä sosiaali- ja terveystalouden ja rakenteiden järjestäminen asiakaslähteisesti ja taloudellisesti. Painopiste on ongelmien hoitamisen sijaan niiden ennaltaehkäisyssä. (STM 2012, 13.)

Somaattisessa ja psyykkisessä sairastavuudessa on eroja. Henkilöillä, joilla on pitkäaikaisesti toimintakykyä alentavia sairauksia, matala toimeentulo ja alkoholiongelma ovat suuressa riskissä syrjäytyä. Elämäntapojen ja ongelmien siirtyminen seuraaville sukupolville on huolestuttavaa. Terveystaloudessa tulee kiinnittää huomiota erityisesti riskiryhmiin ja vaikeissa olosuhteissa eläviin ihmisiin. Henkilöllä itsellään on oma vastuunsa ja ihmissuhteilla sekä elämäntavoilla on merkitystä. Yhteiskunnan tulee mahdollistaa yksilölliset, yhteisölliset ja yhteiskunnalliset palvelut terveydentukemiseksi. Terveellinen ravinto, liikunta, sosiaaliset suhteet sekä terveellinen, turvallinen ja esteetön elinympäristö kuuluvat olennaisesti ihmisen hyvinvointiin. (STM 2012, 15 - 16.)

3 Tutkimuskysymykset

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on selvittää moniammatillisen työyhteisön työntekijöiden valmiuksia metabolisen oireyhtymän ehkäisemiseksi mielenterveyspotilailla ja lisätä moniammatillisen työryhmän valmiuksia tunnistaa metabolisen oireyhtymän riskitekijöitä. Tarkoituksena on potilaiden terveyden edistäminen, elämänlaadun parantaminen ja hoidon saaminen tasalaatuisiksi vastuutyöntekijän ammattikoulutuksesta riippumatta. Tavoitteena on kehittää metabolisen oireyhtymän riskitekijöiden tunnistamista ja potilaan hoitoon ohjautumista sekä helpottaa elämäntapa muutosten puheeksi ottamista.

Tutkimuskysymykset ovat seuraavat:

1. Millaisia ovat moniammatillisen työryhmän työntekijöiden ohjausvalmiudet metabolisen oireyhtymän ehkäisemiseksi mielenterveyspotilailla?

2. Millaisia ohjausmenetelmiä käytetään?

3. Miten metabolisen oireyhtymän ohjausta tulee kehittää osaksi potilaiden psykiatrasta hoitoa?

4 Laadullisen tutkimuksen toteuttaminen

4.1 Laadullinen tutkimus

Laadullinen tutkimusote (kvalitatiivinen) sopii, kun halutaan kuvata uusia tutkimusalueita tai olemassa olevaan tutkimusalueeseen halutaan saada uusia näkökulmia, epäillään teorian tai käsitteen merkitystä, tutkimustuloksia tai vakiintunutta tai aiemmin käytettyä metodiikkaa lisäksi asian tutkiminen ymmärtämisen näkökulmasta voi olla perusteena valinnalle. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 66.)

Laadullisessa tutkimuksessa kuvataan todellista elämää. Tutkimuksessa tulee ottaa huomioon tutkimuksen kohde mahdollisimman kokonaisvaltaisesti. Laadullisessa tutkimuksessa on tarkoituksena löytää tosiasioita eikä todentaa jo olemassa olevia totuuksia tai väittämiä. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2010, 161; Kylmä & Juvakka 2007, 23.)

Laadullisen tutkimuksen peruskulmakivistä yksi on havaintojen teoriapitoisuus. Tällä tarkoitetaan, että tutkimuksen tuloksiin vaikuttaa millainen yksilön käsitys ilmiöstä on, millainen merkitys tutkittavalle ilmiölle annetaan sekä millaisia välineitä tutkimuksessa käytetään. Laadullisessa tutkimuksessa tarkastellaan empiirisen analyysin tavoin havaintoaineistoa ja argumentoidaan sitä. Tekijän kannattaa kuitenkin pohtia alkuperäisten suorien lainauksien käyttämisen merkitystä tutkimusraportissa. Lainaukset voivat hukata hyvän raportin idean. Tutkimuksen luotettavuuteen liittyen saattaa olla hyödyllistä käyttää suoria lainauksia. (Tuomi & Sarajärvi 2013, 20 - 22.)

Laadullisessa tutkimuksessa on ihmisen asema ja osuus erityisen tärkeä, koska kyse on tutkimuksen tekijästä itsestään sekä tutkimukseen osallistuvien ihmisten asemasta tiedon luojina. Tutkimuksen toimijoiden keskinäistä asemaa ja suhdetta tarkastellessa emme voi asettua ulkopuolisen tarkkailijan rooliin. Tarkkuuteen ja totuuteen tulee muistaa kokoajan pyrkiä. (Kylmä & Juvakka 2007, 20.)

Laadullisessa tutkimuksessa tärkeitä ovat henkilöt, joilta tietoa kerätään. Heitä ei tule valita sattumanvaraisesti, vaan sen tulee olla harkinnanvaraista ja tarkoitukseen sopivaa. Haastateltavien henkilöiden tulee tietää tutkittavasta asiasta mahdollisimman paljon kokemuksensa kautta. Opinnäytetyössä tulee perustella aineiston valinnan harkintaa ja tarkoituksen mukaisuutta. (Tuomi & Sarajärvi 2002, 88; Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 67.)

Laadulliselle tutkimukselle on tyypillistä osallistujien vähäinen määrä. Tämä johtuu laadullisen tutkimuksen kohdentumisesta ensisijaisesti tutkittavan ilmiön laatuun eikä määrään. Pyrkimys rikkaaseen ja syvälliseen aineistoon saattaa tarkoittaa esim. yhden ihmisen haastattelun kohdalla tekstiksi kirjoitettua aineistoa 40 - 60 sivua. Osallistujien runsas määrä voi vaikeuttaa aineiston analyysiä ja olennaisen tiedon löytymistä. On myös mahdollista, että aineisto on riittämätön liian vähäisen osallistujien määrän vuoksi. (Kylmä & Juvakka 2007, 27.)

Ennen aineiston keräämistä on syytä pohtia analysointitapaa. Tällä pohdinnalla varmistetaan, ettei tutkimuksen tekijällä ole runsaasti materiaalia analysoitavaksi muttei hajuakaan mitä niille tekisi. (Tuomi & Sarajärvi 2013, 69 - 70.)

Tässä opinnäytetyössä pidetään tärkeänä moniammatillisen työryhmän työntekijöiden mielipiteitä heidän valmiuksistaan metabolisen oireyhtymän ehkäisemiseksi. Heidän valmiutensa metabolisen oireyhtymän ehkäisemiseksi osana mielenterveyspotilaiden hoitoa on mielenkiinnon kohteena. Laadullisen aineiston hankinnassa suositaan metodeja, joissa tutkittavien näkökulmat ja ääni tulevat kuuluville (Hirsjärvi ym. 2010, 164). Pyrkimyksenä on kuvata jotakin ilmiötä tai tapahtumaa, ymmärtää jokin tietty toiminta ja antaa teoreettisesti mielekäs selitys tutkittavalle ilmiölle. (Tuomi & Sarajärvi 2013, 85.)

4.2 Aineistonkeruumenetelmä

Laadullisessa tutkimuksessa aineistonkeruun yleisimmät menetelmät on haastattelu, kysely, havainnointi ja dokumentteihin perustuva tieto. Aineistonkeruumenetelmiä voidaan tarpeen mukaan käyttää myös rinnakkain. Haastattelussa etuna on joustavuus, jolloin haastattelija voi toistaa kysymyksen, oikaista väärinkäsityksiä, tarkentaa sanamuotoja ja keskustella tiedonantajan kanssa. Tarkoituksena on saada haastattelun aikana tietoa mahdollisimman paljon halutusta asiasta. Haastateltaville on suositeltavaa antaa mahdollisuus tutustua hyvissä ajoin ennen haastattelua kysymyksiin, teemoihin tai ainakin haastattelun aiheeseen. On eettisesti perusteltua kertoa haastattelun aihe, mikä lisää myös ihmisten sitoutumista haastatteluun. (Tuomi & Sarajärvi 2013, 71 - 73.)

4.2.1 Ryhmähaastattelu

Täsmähaastatteluksi määritellään muutamasta ihmisestä koostuva ryhmä. Ryhmään valikoituneet on tarkasti valittu. Valitut ovat alan asiantuntijoita tai sellaisia henkilöitä, joiden mieliteillä ajatellaan olevan vaikutusta tutkittavaan ilmiöön. Heillä on mahdollisuus saada aikaan muutosta tutkittavan ilmiön parissa. Valitut kutsutaan keskusteluun. Ryhmälle ilmoitetaan keskustelun tavoite. Ryhmäistunnot ovat kestoltaan 45 - 60 minuuttia ja ne voidaan nauhoittaa. (Hirsjärvi & Hurme 2008, 62.) Ryhmähaastattelussa osallistujien välinen vuorovaikutus, toinen toistensa ajatuksien kehittäminen ja haastaminen luo yhteiseen tarinaan uusia kerroksia ja merkityksiä. (Kylmä & Juvakka 2007, 85; Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 124.)

Ryhmällä on puheenjohtaja, joka pyrkii saamaan aikaan vapaata keskustelua luoden ilmapiirin mukavaksi ja rentouttavaksi. Puheenjohtajan tarkoitus on saada mukaan myös ne henkilöt, jotka eivät ole sanoneet keskustelun aikana mitään. Hänen tehtävänsä on huolehtia kaikkien teemojen sisällyttämisestä keskusteluun. Puheenjohtajana olevan henkilön ei tulisi kuulua täsmäryhmän organisaatioon. (Hirsjärvi & Hurme 2008, 61 - 62.)

Täsmäryhmiä käytetään, kun halutaan kehittää uusia ideoita, paljastaa kuluttajien tarpeita, asenteita tai kehittää uusia palveluja. Kun halutaan selvittää, miten henkilöt muodostavat yhteisen kannan ajankohtaiseen kysymykseen on ryhmähaastattelulla erityinen merkitys. Ryhmähaastattelun etuna on, että saadaan samanaikaisesti tietoa usealta haastateltavalta, säästetään näin aikaa ja se on taloudellisesti kannattavampaa. Ryhmähaastattelun haittoina pidetään seuraavia seikkoja: kaikki haastateltavat eivät saavu paikalle, ryhmädynamiikka ja valtahierarkia vaikuttavat siihen kuka puhuu ja mitä sanotaan sekä huonon kuuluvuuden vuoksi talentamisen purkamisen ja analysointi voi olla ongelmallista. (Hirsjärvi & Hurme 2008, 61 - 63.)

Tutkimusprosessin aikana tutkimuksen tekijä kerää tietoa osallistujien taustoista, aineiston ja muistiinpanoja tutkimusprosessista. Taustatietojen keräämisen osalta tulee suorittaa pohdintaa kohteena olevasta ilmiöstä ja miettiä mitkä tiedot ovat sen kannalta tärkeitä. Eettisesti on tärkeää pohtia mitä tietoja kerätään ja kuinka ne tallennetaan. Osallistujia kuvataan usein sukupuolen, iän, koulutustaustan, työtilanteen, terveydentilan ja perhesuhteiden kautta. Taustatietojen avulla voidaan tutkimuksen tuloksia kerrottaessa kuvata, minkälaiset ihmiset tuottivat tutkimuskohteesta tämänlaisen kuvauksen. (Kylmä & Juvakka 2007, 76.)

Tässä opinnäytetyössä kohteena ovat moniammatillisen työryhmän työntekijöiden valmiudet metabolisen oireyhtymän ehkäisemiseksi. Haastateltavaksi valitaan koko työryhmä lukuun ottamatta tämän opinnäytetyön tekijä. Valitsemalla koko työryhmä pyritään saamaan kattava

aineisto metabolisen oireyhtymän ehkäisemisen valmiuksista tässä työryhmässä. Erilainen ammatillinen peruskoulutustausta on myös tärkeä peruste koko työryhmän valinnassa haastateltaviksi. Koko työryhmän mielipide on tärkeää saada kuuluvaksi, jotta saadaan todellinen kuva työryhmän tämän hetkistä valmiuksista tunnistaa metabolisen oireyhtymän riskitekijöitä ja millaiset ovat tämän hetkiset valmiudet ennaltaehkäistä metabolista oireyhtymää sekä kuinka jatkossa voidaan kehittää potilaiden ohjausta ja elämänhallintaan liittyviä seikkoja yhtenäisemmäksi ja potilaslähtöiseksi. Aineistonkeruumenetelmänä käytetään ryhmähaastattelua valittujen teemoja mukaisesti. Moniammatillisen työryhmän jäsenet haastatellaan kolmena ryhmänä. Ryhmän puheenjohtajana toimii tämän opinnäytetyön tekijä. Haastatteluiden kesto pyritään pitämään 60 minuutissa.

Haastatteluun osallistuminen on vapaaehtoista moniammatillisen työryhmän työntekijöille. Työryhmälle kerrotaan opinnäytetyön tavoite ja tarkoitus sekä annetaan etukäteen haastattelun teemat. Näillä keinoilla on tavoitteena saada koko työryhmä sitoutumaan haastatteluun ja sitä kautta kehittämään metabolisen oireyhtymän riskien tunnistamista ja ehkäisemistä osana mielenterveyspotilaiden hoitoa.

Työryhmän jäsenien kanssa käydään ennalta keskustelua opinnäytetyön aiheesta, sen tavoitteesta ja tarkoituksesta. Tällä pyritään motivoimaan moniammatillisen työryhmän työntekijöitä haastateltaviksi. Haastattelu on valittu aineistonkeruumenetelmäksi, koska halutaan tietää mitä työntekijät ajattelevat kyseistä ilmiötä ja tämä saadaan selville kysymällä sitä heiltä itseltään. Opinnäytetyön tekijä ajattelee haastattelun tapahtumisen ryhmissä tuovan ilmiöstä laajemmin tietoa, jonka avulla voidaan kehittää metabolisen oireyhtymän ehkäisemistä osaksi mielenterveyspotilaiden hoitoa ja säästää aikaa.

4.2.2 Teemahaastattelu

Teemahaastattelussa edetään etukäteen valittujen teemojen mukaisesti, teemat perustuvat ilmiöstä jo tiedettyihin seikkoihin eli nousevat teoriasta. Teemoihin valmistellaan etukäteen tarkentavia kysymyksiä. (Tuomi & Sarajarvi 2013, 75; Hirsjärvi & Hurme 2008, 47 - 48.)

Teemahaastattelussa on oleellisinta yksityiskohtaisten kysymysten sijaan haastattelun eteneminen valittujen teemojen varassa. Keskeisiä ovat ihmisten tulkinnat asioista ja heidän asioille antamat merkitykset ja merkitysten syntyminen vuorovaikutuksessa. Teemahaastattelua pidetään puolistrukturoituna menetelmänä, koska haastattelun teema-alueet ovat kaikille samat. (Hirsjärvi & Hurme 2008, 48; Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 125.)

Tutkittavan ilmiön teoriaan ja tutkimustietoon perehtyessä peruskäsitteet hahmottuvat. Haastattelurunkona toimii teema-alueuuttelo. Teema-alueet ovat ongelmia yksityiskohtaisempia, pelkistettyjä, iskusanamaisia luetteloita. Haastattelukysymykset kohdistuvat näihin alueisiin. Teema-alueet toimivat haastattelijan muistilistana ja ohjaavat keskustelua. Teema-alueiden tulisi olla niin väljiä, että tutkittavaan ilmiöön todellisuudessa sisältyvä moninaisuus paljastuu mahdollisimman hyvin. Kysymysten esittämisellä haastattelija ohjaa tilannetta. Jos haastattelu ei lähde kunnolla käyntiin on hyödyllistä, että kysymyksiä on mietitty etukäteen. (Hirsjärvi & Hurme 2008, 66-103.)

Tärkein tavoite otettaessa yhteyttä haastateltaviin on motivoida heitä yhteistyöhön. Joillakin ihmisillä on taipumus vältellä uusia tilanteita ja sen vuoksi haastattelijan tehtävä on kertoa tarkemmin mistä on kysymys, niin he saattavat jopa innostua asiasta. Suostuttelu korostaa myös jokaisen haastateltavan tärkeyttä ja ainutlaatuisuutta. Tutkijan saattaa olla hyödyllistä perustella miksi hän on valinnut juuri kyseiset henkilöt haastateltaviksi. Haastateltavan kieltäytymistä tulee kuitenkin kunnioittaa. (Hirsjärvi & Hurme 2008, 85.)

Tutkijan on päätettävä ajankohta, milloin hän haastattelun suorittaa ja sovittava siitä haastateltavien kanssa. Haastattelupaikkaa valittaessa tulee muistaa, että teemahaastattelu edellyttää hyvää kontaktia haastateltavaan ja sen vuoksi paikan tulee olla rauhallinen ja haastateltavalle turvallinen. (Hirsjärvi & Hurme 2008, 73 - 74; Kylmä & Juvakka 2007, 91.)

Tallentaminen kuuluu teemahaastattelun luonteeseen, sillä varmistetaan haastattelun sujuminen nopeasti ja ilman katkoja. Nauhoittamalla saadaan olennaisia seikkoja kommunikatiotapahtumasta säilytettyä. Haastattelun alkutilanteessa haastattelija kertoo nauhurin olemassa olost. (Hirsjärvi & Hurme 2008, 92 - 93.) Nauhurin paikka tulee miettiä tarkasti ja osallistujia opastetaan äänenkäytössä. Ryhmätilanteissa on hyvä harkita kahden nauhurin samanaikaista käyttämistä. (Kylmä & Juvakka 2007, 91.)

Haastattelu saattaa epäonnistua erityisesti aloittelevalla haastattelijalla. Haastattelu saattaa aloittaa huolimattomasti noudattaen liiaksi teemaluetteloaiheella, joka ei sovi lainkaan kyseiseen tapaukseen. Teema-alueiden heikko tuntemus johtaa papereiden selaamiseen ja kysymysten suoraan lukemiseen niistä. Tällöin haastattelijan huomio kiinnittyy vastausten kuuntelemisen sijaan kysymysten lukemiseen ja seuraavan kysymyksen tekeminen edellisen vastauksen perusteella on näin ollen mahdotonta. (Hirsjärvi & Hurme 2008, 124.)

Aloitteleva haastattelija saattaa puhua liikaa ja nopea seuraavan kysymyksen esittäminen saattaa jättää osan vastauksesta saamatta, hiljaisuuden sietäminen antaa haastateltavalle tarpeeksi aikaa vastaamiseen. (Hirsjärvi & Hurme 2008, 124.)

Tässä opinnäytetyössä teemahaastattelun teemoiksi on valittu: valmiudet, tämän hetkiset ohjausmenetelmät ja kehittäminen. Opinnäytetyöntekijä on laatinut haastatteluun teemahaastattelurungon, jossa on teemoihin liittyviä tarkentavia kysymyksiä ja tukisanoja (liite 2).

4.3 Aineiston analyysi

Tallennettu aineisto litteroidaan eli kirjoitetaan auki sanasta sanaan, tämä on työlästä ja hidasta. Aineiston purkaminen tietokoneelle säästää ylimääräisiltä aineiston siirroilta. Tekstin analyysissä voidaan käyttää apuna tekstianalyysiohjelmia, silloin litteroinnille asetetaan erityisvaatimuksia. (Hirsjärvi & Hurme 2008, 138 - 141; Kylmä & Juvakka 2007, 65 - 66; Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 163 - 164.)

Tässä opinnäytetyössä opinnäytetyöntekijä litteroi haastattelut sana tarkasti. Tähän varattiin aikaa runsaasti, jotta se voidaan tehdä huolella. Opinnäytetyöntekijällä oli tietokone käytävissä ainoastaan kirjaamista varten. Hirsjärven ja Hurmeen (2008, 141) mukaan voidaan kirjoitusohjelman etsi-komennolla hakea teemoja sekä leikata ja liimata niitä peräkkäin.

Aineiston purkamisen jälkeen sisältö on osittain tuttu. Aineisto on ollut esillä kahteen kertaan haastattelussa ja purkamisvaiheessa. Aineistoa tulisi tästä huolimatta lukea useaan otteeseen kokonaisuutena. Tällöin siitä alkaa syntyä ajatuksia ja mielenkiintoisia kysymyksiä. Analysointi riippuu siitä kuinka tutuksi aineisto on tullut. (Hirsjärvi & Hurme 2008, 143; Kylmä & Juvakka 2007, 65.)

Induktiivinen päättely on lähtökohtaisesti laadullisen tutkimuksen aineisto analyysimuoto. Tällä tarkoitetaan päättelyn etenemistä yksittäistapauksista yleiseen, jotka yhdistyvät laajemmaksi kokonaisuudeksi. Päättely on aineistolähtöistä ja lopputuloksena on kuvaus kohteena olevasta ilmiöstä. Osallistujien todellisuutta jäsennetään tutkimuksen avulla ja muodostetaan todellisuutta kuvaava teoria. Ensin aineisto puretaan osiin ja sitten samankaltaiset sisällön osat yhdistetään. Tätä vaihetta seuraa tiivistäminen kokonaisuudeksi, joka vastaa tutkimuksen tarkoitukseen ja tutkimustehtäviin. Analyysissa haetaan vastauksia tutkimuksen tarkoitukseen ja tutkimustehtäviin, kaikkea ei siis tarvitse analysoida. Oleellista on aineiston kuvaaminen tiivistetyssä muodossa, huomioiden oleellisen sisällön säilyminen. (Kylmä & Juvakka 2007, 22 - 29, 113.)

Induktiivinen analyysi on perusteltua valita, jos aiheesta ei tiedetä juurikaan tai tieto on hajanaisista. Tutkimusongelmat ohjaavat kategorioiden muodostamisessa. Pyrkimyksenä on luoda teoreettinen kokonaisuus, jota ei aikaisemmat havainnot, tiedot tai teoriat ohjaa. Yksittäinen

sana tai lause toimii analyysiyksikkönä, jonka määrittämistä ohjaa tutkimustehtävä ja aineiston laatu. Induktiivinen analyysi voi olla työlästä erityisesti, jos tutkijalla on satoja sivuja auki kirjoitettua tekstiä. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 54, 167.)

Analyysin olennainen osa on aineiston luokittelu. Se luo pohjan myöhemmälle haastatteluaineiston tulkinnalle. Sen avulla voidaan yksinkertaistaa ja tiivistää haastatteluaineistoa. Luokat pitää voida perustella, jolloin käy ilmi niiden yhteys analyttiseen kontekstiin ja niiden empiiriseen pohjaan. Luokkien tulee olla teorian ja aineiston välillä sopusoinnussa. Luokkien muodostaminen on yhteydessä tutkimustehtävään, aineiston laatuun sekä tutkijan teoreettiseen tietämykseen ja sen käyttämiseen. (Hirsjärvi & Hurme 2008, 147 - 148.)

Tutkimustulosten selkeä raportointi voi edistää tulosten hyödyntämistä. Tutkimusraporttia kirjoittaessa on hyvä pitää mielessä sen palvelevan käytännön toimijoita sekä toisia tutkijoita. (Kylmä & Juvakka 2007, 162 - 163.)

Tulokset esitetään tekstinä, numeroina, kuvina ja kuvioina. Sanallisessa muodossa olevassa tekstissä voi olla suoranaista tekstiä tai tutkija voi käyttää lyhenteitä tai koodeja, etenkin analyysivaiheessa. Tekstin esittäminen taulukkoina ja matriiseina vaatii tekstin tiivistämistä. Kaavioissa voidaan kuvata esimerkiksi ajallista järjestystä. Haastatteluotteita voidaan lisätä tekstiin tai teksti voidaan kirjoittaa kertomuksen muotoon. (Hirsjärvi & Hurme 2008, 169 - 170.)

Tässä opinnäytetyössä opinnäytetyöntekijää kiinnostaa millaiset valmiudet moniammatillisessa työryhmässä on metabolisen oireyhtymän ehkäisemiseksi ja kuinka sitä voidaan kehittää osaksi mielenterveyspotilaiden hoitoa. Opinnäytetyön tekijä haastattelee moniammatillisen työryhmän jäsenet ja kysyy heiltä edellä mainittuja asioita teemahaastattelun keinoin. Opinnäytetyöntekijä on kiinnostunut todellisuudesta ja haastatteluun osallistuvien henkilöiden näkökulmasta tutkittavaan ilmiöön liittyen. Opinnäytetyöntekijä ei etukäteen päättä, mitkä ovat moniammatillisen työryhmän valmiudet metabolisen oireyhtymän ehkäisemiseksi ja kuinka sitä tulee kehittää. Aineiston luokittelussa tässä opinnäytetyössä käytetään apuna tutkimusongelmia; valmiudet, tämän hetkiset ohjausmenetelmät ja kehittäminen.

Tulosten raportoinnissa kiinnitetään huomiota niiden mahdollisimman selkeään raportointiin. Opinnäytetyön tekijä arvio helpottaako tulosten havainnollistaminen tekstin lisäksi kuvina tai kuvioina, lukijan ymmärrystä asian suhteen.

5 Opinnäytetyön toteuttaminen

Tämä opinnäytetyö on toteutettu Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirissä, Jorvin sairaalassa. Potilaan hoidosta tässä yksikössä vastaa moniammatillinen työryhmä. Moniammatillinen työryhmä koostuu lääkäreistä, sairaanhoitajista, mielenterveyshoitajista, sosiaalityöntekijöistä, toimintaterapeuteista ja psykologeista. Moniammatilliselle työryhmälle esiteltiin opinnäytetyö tiimissä, jolloin heille kerrottiin opinnäytetyön tavoite ja tarkoitus. Samalla työntekijöiden oli mahdollisuus varata kolmesta haastatteluajankohdasta omaan aikatauluun sopiva ajankohta. Työntekijöiden osallistuminen haastatteluun oli vapaaehtoista.

Tässä opinnäytetyössä käytettiin laadullista tutkimusmenetelmää ja opinnäytetyö toteutettiin puolistrukturoituna teemahaastatteluna ryhmissä. Puolistrukturoitu teemahaastattelu valittiin sen joustavuuden vuoksi, jolloin oli mahdollista palata kysymyksiin ja tehdä tarkentavia kysymyksiä haastattelun aikana. Moniammatillisen työryhmän teemahaastattelut toteutettiin ryhmähaastatteluina keväällä 2014. Ryhmähaastatteluja oli kolme. Ennen haastattelua työntekijät täyttivät suostumuslomakkeen (liite 1).

Haastattelut toteutettiin ryhmissä, koska haluttiin saada tietoa tämän hetkistä asenteista ja antaa mahdollisuus uusien ideoiden syntymiselle. Kolmessa ryhmässä haastateltavia oli yhteensä 12. Osa haastatteluun ilmoittautuneista joutui jäämään pois haastattelusta työtehtävien vuoksi. Työryhmässä oli myös vuosilomia haastatteluiden aikaan. Ryhmähaastattelut toteutettiin kyseisessä yksikössä, koska tarkoituksena oli saada haastateltavat sitoutumaan haastatteluihin. Sieltä löytyi rauhallinen paikka haastatteluja varten ja työntekijöiden oli helppo osallistua haastatteluun, kun se toteutettiin omalla työpaikalla. Haastattelut toteutettiin etukäteen valittujen teemojen mukaisesti. Haastatteluissa pyrittiin noudattamaan myös laadittua apukysymysten runkoa (liite 2). Haastateltavat olivat aktiivisia kunnioittaen muiden ryhmäläisten mielipiteitä mm. odottaen omaa puheenvuoroa. Ryhmähaastattelut nauhoitettiin myöhempää litterointia ja analysointia varten. Haastattelujen nauhoitukseen käytettiin kahta nauhuria ja varmistettiin haastatteluiden sisältöä. Haastatteluiden kesto oli 60 min.

Tässä opinnäytetyössä sisällönanalyysi aloitettiin litteroimalla haastattelut sanatarkasti. Tämä analyysin vaihe vei aikaa. Haastatteluja oli 3 ja ne olivat kestoiltaan 60 min. Litteroinnissa oli haasteellista saada selvää osan haastateltavien puheesta. Oli hyödyllistä, että haastattelut oli nauhoitettu kahdella nauhurilla. Litteroinnin valmistuttua kuunneltiin vielä kaikki haastattelut seuraten samalla litteroitua tekstiä varmistukseksi tekstin sanatarkkuudesta.

Aineiston purkamisen jälkeen sisältö oli jo osittain tuttu. Aineisto luettiin useampaan otteeseen kokonaisuutena. Tämän jälkeen aineistosta alleviivattiin eri väreillä ilmaisuja, jotka liittyivät tutkimuskysymyksiin. Haastattelussa esiintyneet alkuperäiset ilmaisut kirjattiin, jonka

jälkeen muodostettiin pelkistetty ilmaisu alkuperäisestä ilmaisusta. Tämän kirjoitiin alkuperäisen ilmaisun perään. Tätä analyysin vaihetta kutsutaan pelkistämiseksi.

Pelkistämisen jälkeen aineisto ryhmiteltiin. Tämä tapahtui yhdistelemällä ne pelkistetyt ilmaisut, jotka näyttivät kuuluvan yhteen. Tällöin muodostui alakategorioita (liite 3). Ryhmitelyn jälkeen seuraava vaihe analyysissä oli abstrahointi. Analyysissä yhdistettiin saman sisältöiset alakategoriat toisiinsa ja tällöin muodostui yläkategorioita. Yläkategorioista muodostettiin yhdistävä kategoria, joka nimettiin kuvaamaan sen sisältöä toisin sanoen niitä yläkategorioita, joista se muodostui (liite 3).

6 Tulokset

Tässä opinnäytetyössä muodostui kolme yhdistävää kategoriaa. Tulokset raportoidaan yhdistävien kategorioiden mukaan. Kappaleen alussa havainnollistetaan kuviolla millaisista yläkategorioista yhdistävä kategoria on syntynyt. Tämän jälkeen avataan tekstissä haastatteluiden sisältöä, jossa on mukana myös suoria lainauksia haastatteluista.

6.1 Valmius tunnistaa potilaan tilanne

Kuvio 1 kuvaa, millaisista yläkategorioista ”Valmius tunnistaa potilaan tilanne” koostuu.



Kuvio 1: Valmius tunnistaa potilaan tilanne

Haastatteluissa suurin osa henkilökunnasta tiedosti poliklinikan potilasryhmän kuuluvan riskiryhmään metabolisen oireyhtymän suhteen. Viertiö ym. (2012, 863-869) ovat todenneet skitsofreniaa ja muita ei-mielialaoireisia psykooseja sairastavilla olevan tyypin 2 diabeteksen esiintyvyyttä huomattavasti yleisempää muuhun väestöön verrattuna. Viertiö ym. (2012, 863-869) mukaan potilaat saattavat olla huonosta terveydentilasta ja puutteellisista elinolosuhteista huolimatta suhteellisen tyytyväisiä elämäänsä. Haastateltavat kokivat psykoosipotilaat potilasryhmänä haasteellisena. Hoitajien ja lääkäreiden koettiin olevan asiasta parhaiten tie-

toisia ja huomioivan sitä työssään automaattisesti. Yleisesti koettiin tunnistamisen valmiuksien vaihtelevan. Osalla haastateltavista ei ollut tietoa mistä kysymys, osa koki viime aikoina valmiuksien ja tahtotilan lisääntyneen. Koettiin, että metaboliseen oireyhtymään liittyvät asiat ovat paljon esillä työryhmässä. Osalle henkilökunnasta tunnistaminen oli helpohkoa ja se otettiin puheeksi potilaan kanssa tapaamisessa. Yleisesti koettiin tärkeänä fyysiseen terveyteen liittyvät asiat, halua puuttua ongelmaan ja toivetta kaikkien ammattiryhmien tunnistavan painon nousu osana potilaan hoitoa.

... jokaisella potilaallahan on hoitaval lääkäri...potilaalle se on turvattu se, että sillä on ihminen, jolla on valmiudet tunnistaa...

...me tiedostetaan tää ongelma ja me ollaan niin ku valmiit puuttumaan siihen...et me tunnistetaan ongelma, tota niin ku paremminkin vois ja vyötäröä vois mitata ja näin edespäin...

Potilas ohjataan oman työryhmän sisällä toiselle työntekijälle tarvittaessa. Potilaiden ohjaaminen koettiin velvollisuudeksi. Ohjaamista tapahtui poliklinikalla potilastapaamisten yhteydessä; ravitsemusneuvontaa, liikuntaneuvontaa ja painon seurantaa. Elorannan ja Virkin (2011, 19-20) mukaan ohjauksessa onkin tarkoituksena vuorovaikutuksessa yhteisen tiedon, taidon ja selviytymisen rakentaminen. Poliklinikalla tapahtuvan terveysneuvonnan aloite on joissakin tilanteissa tullut hoitavalta lääkäriltä. Moniammatillisessa työryhmässä vastuutyöntekijät antavat potilaalle ohjeita. Osa vastuutyöntekijöistä ei oman koulutustaustansa pohjalta ohjannut potilaita metaboliseen oireyhtymään liittyvissä teemoissa. Osa haastateltavista koki selkeiden ohjeiden puuttuvan. Henkilökunta etsii itse hoito-ohjeita ja suosituksia terveydenhuollon tietokannoista. Haastateltavista osa koki, ettei osaa ohjata potilaita riittävästi. Osa työntekijöistä ei käytä omaa vastaanottoaikaa metaboliseen oireyhtymään liittyvien asioiden ohjaukseen.

...mä oon ohjannut kollegalle, jonka tiedän et enemmän tietää tästä asiasta...

...ei myöskään oo niin selkeitä ohjeita et mitä tehdä milloin, että tota se on yksi osa syy tietenkin siihen, jos olis niin sitten varmaan tapahtuiskin...yleisesti ottaen ihmiset on valveutuneita, mut on siinä variaatioita...

...Meidän velvollisuus on ohjata potilaita, ei ainakaan kokonaan niin ku ohittaa sitä asiaa...

Potilaan ohjauksessa hyödynnetään myös muita terveydenhuollon ammattilaisia, kuten ravitsemusterapeuttia, diabeteshoitajaa ja kaupungin liikuntaneuvontaa. Joillakin haastateltavilla on kynnys ohjata potilas diabeteshoitajalle. Ravitsemusterapeutin palveluja koettiin käytettävän liian vähän. Toisaalta ravitsemusterapeutin käynneistä koettiin olevan vähän hyötyä. Osa haastateltavista oli varannut yhdessä potilaan kanssa aikaa liikuntaneuvojalle ja/tai ravitsemusterapeutille. Lihavuuden Käypä hoito-suositus (2013) suosittaa kertomaan potilaalle painonhallinnan itsenäisistä mahdollisuuksista ja terveydenhuollon tukimahdollisuuksista.

... tullut jotenkin semmonen tapa ehkä se kuitenkin tällä tavalla hoitajan koulutuksen perusteella, että tämmöset perusasiat kun ruokailu ja ihan ehkä sillai niin ku kaikilta semmosen ruokailun ja rytmin ja liikunnan ja sitten se paino et onko se pysynyt samana...

...tietoo on mutta sen, että sen ehkä itsekin kokee vähän tai itse määrittelee vähän liian korkeaksi sen kynnyksen ehkä se ei niin korkea se kynnys potilaalle mitä kuvittelee. Et vähän tälain, että no hänen on niin vaikea mennä diabeteshoitajalle tai lähteä puhumaan ravitsemuksesta ja sehän vois olla helpottavaakin jonkun kohdalla mut itsensä saa kiinni tämmösestä asenteesta, että hän ei halua lähteä mihinkään mun luota...

Yleisesti koettiin, että potilaiden veriarvojen seuranta toteutuu. Vuosittaisissa hoitokokouksissa todettiin lääkärin määräävän potilaalle laboratoriotutkimuksia. Hoitokokouksissa koettiin myös keskusteltavan laboratoriotuloksista. Hoito- ja kuntoutussuunnitelman yhteydessä mitataan mm. verenpainetta. Nykyisin koettiin olevan paremmat mahdollisuudet löytää ongelmatilanteet. Osalla henkilökunnasta ei mahdollisuutta seurata vastuupotilaiden veriarvoja sen vuoksi ettei ole oikeuksia laboratorio-ohjelmaan potilastietojärjestelmässä. Esitettiin toive tarkemmasta sopimisesta hoitokokouksessa kuka potilasta hoitaa, jos hoitokokouksessa todetaan esim. kolesteroliarvojen olevan koholla. Koettiin, että henkilökunnalla tulee olla valmius arvioida potilasta yksilöllisesti, milloin on tarpeellista puuttua ja milloin hyvä antaa asian odottaa. Potilaiden adekvaattia lääkitystä somaattisiin sairauksiin pidettiin tärkeänä.

...Se pitäis mun mielestä sitten niin ku päättää siinä, että tota noin niin, jos jollakin jää et todetaan et on korkeat kolesteroliarvot. Okei me voidaan ohjata sit potilas sinne terveysasemallekin seurantaan tai tehdään täällä seuranta labrat tai kontrollilabrat ja katotaan sitten tilannetta seurataan vähän aikaa. Mut et jotenkin siinä sopia sitten se että kuka ottaa kopin siitä ja jos ei sitä henkilöä oo siinä hoitokokouksessa paikalla kun se asia on todettu, että nyt on jo toistamiseen tota, noin niin kuka ottais sitten...

Elintapaohjauksen koettiin vaativan tarkkaa haastattelua, koska potilaat saattavat todeta lyhyesti esim. syövänsä aika terveellisesti, joka ei vielä kuvaa sisältöä. Ruokailurytmin kartoittamista pidettiin hyvänä. Osa työntekijöistä toi esille kartoittavansa ruokailurytmiä, liikuntaa ja painoa. Osa työntekijöistä totesi ettei elämäntapa-asiat ole systemaattisesti mukana keskusteluissa potilaan kanssa. Painon ja vyötärönympäryksen mittausten koettiin hoituvan heikosti.

...se ei oo systemaattista ainakaan mun kohdalla, että mä niin ku elämäntapa-asioita niin ku kävisin läpi keskusteluissa rutiinin omaisesti...

...ravitseemus tavallaan neuvontaa ja niin jotenkin, että liiku ihan siis perusliikuntaa ja ruokavaliio ja jos paino on noussut hirveesti, koska monet lääkitykset nostaa ihan hirveesti painoo. Tarkkaillaan painoo, tuolla punnitaan ja seurataan sitä, ainakin...

Moniammatillisen työryhmän merkityksen todettiin korostuvan. Osa henkilökunnasta toi esille, että oman ammattiryhmän näkökulmasta ei tule mieleen metabolinen oireyhtymä. Todettiin, että asioita kartoitetaan oman ammatin näkökulmasta. Ammattiryhmien välillä on näin ollen eroa valmiuksissa. Osa koki, että omassa suuntautumisessa olevan niin paljon, ettei tämän

asian suhteen ole motivaatiota. Vastuutyöntekijöiden peruskoulutuksen koettiin vaikuttavan potilastapaamisten sisältöön ja näin ollen moniammatillisen näkökulman hyödyntämistä potilaan hoidossa pidettiin tärkeänä. Koettiin haasteeksi, että vastuutyöntekijä ei tunnista potilaan hoidossa metaboliseen oireyhtymään liittyviä seikkoja. Keskustelua tiimeissä potilaista pidettiin toimivana tällä hetkellä ja sitä ajateltiin voitavan kehittää.

...Se on ehkä just se moniammatillisuuden semmonen tietynlainen kompastuskivi, että kun se ei just tule mieleen...kun ei oo sitä ammattiryhmää niin ei oo tottunut katsoo siitä näkökulmasta, niin silloinhan se ei nimenomaan tule mieleen...

Metabolisen oireyhtymän riskien tunnistamisen koettiin olevan paljon lääkärin vastuulla. Lääkärillä koetaan olevan valmiuksia tunnistaa metabolinen oireyhtymä. Myös sairaanhoitajien osaaminen nousi tässä esille. Haastateltavat esittivät kysymyksen, onko moniammatillinen työryhmä mielessä, kun potilaan kokonaisvaltaista hoitoa suunnitellaan ja toteutetaan. Yleisesti todettiin, ettei moniammatillista työryhmää hyödynnetä riittävästi. Koettiin kuitenkin moniammatillista näkökulmaa olevan helposti saatavilla.

...kun mulla on ne tietyt vastuupotilaat niin mä oon kokenut sitten toisaalta, että hirveen niin kun helposti siihen saa sellaista moniammatillista näkökulmaa just näissä asioissa...

Omaa työryhmää hyödynnetään metabolisen oireyhtymän riskissä olevan potilaan hoidossa konsultaatioon tai tapaamisiin. Koettiin lääkärin hoitavan potilasta, joskin lääkärin mahdollisuutta paneutua asiaan pidettiin rajallisena. Ehdotettiin niiden työntekijöiden hyödyntämistä konsultaation, jotka ovat asiaan perehtyneitä. Hoitajan tapaaminen/tapaamisia metaboliseen oireyhtymään liittyvissä teemoissa vaikka potilaalla on hoitosuhde toisen työntekijän kanssa. Käypä hoito suosituksessa lihavuudesta (2013) suositellaan vaihtoehtona lyhytinterventiota, jossa potilaan kanssa otetaan lihavuus puheeksi miettimälle sen vaikutuksia terveyteen ja tekemällä mittauksia mm. paino. Pidettiin tärkeänä, että työntekijä osaa konsultoida lääkäriä tai hoitajaa.

...mä uskon kansa et joo lääkärit hoitaa ja ei oo siitä kyse mutta pitää hakata päätä siihen mäntyyn useamman kerran ja kun lääkäri ei voi olla hakkaamassa joka tapaamisessa sitä infoo potilaalle niin niin siinä vois olla hyväksi et vois hyödyntää enemmän niitä jotka asiaan ovat niin ku perehtyneitä ja ehkä vähän enemmän aikaa kun lääkäriillä...

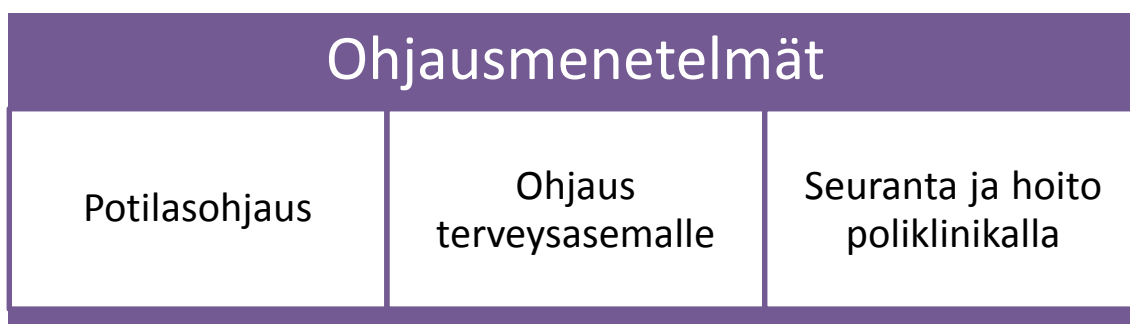
... labratkin vaikka ne nippa nappa osais kattoo ne voi olla ihan hepreaa...et ehkä se just se, että osaa sitten konsultoida ei sen tarvii aina edes tosiaan vaikka lääkäri olla että hoitajakin...

Metabolisesta oireyhtymästä ei ollut saatu koulutusta. Oppimista koettiin tapahtuvan työkaverien kautta ja kanssa. Osa koki koulutuksesta olevan kauan aikaa, ei enää muista ja koettiin nykyään olevan tietoa paljon enemmän saatavilla.

...koulutusta? En kyllä oo, kyl se on semmosta siinä on kun on kuullut sitten työkavereilta mut et siihen ei ei ollenkaan. Itse siis soveltaa tekee kaikkea, niin ku huseeraa...

6.2 Ohjausmenetelmät

”Ohjausmenetelmät” muodostuu kuviossa 2 esitetyistä yläkategorioista.



Kuvio 2: Ohjausmenetelmät

Potilaiden ruokavaliota kartoitetaan tapaamisissa. Kartoittaminen tapahtuu keskustelemalla potilaan kanssa ruokailusta. Osa haastateltavista koki, että keskustelu ruokavaliosta jää pinnalliseksi. Osa haastateltavista ohjaa potilaita lautasmallin käyttöön. Potilaita ohjattiin täyttämään ruokapäiväkirjaa. Potilaille annettiin tietoa ruoka-aineista, joita ei kannata käyttää osana terveellistä ruokavaliota. Haastateltavista osa miettii potilaiden kanssa miten ruokavaliioon voi vaikuttaa. Koposen (2011, 729-733) mukaan ylipainoa hoidettaessa ruokavaliolla on suuri merkitys, energiatasapainon tulee olla negatiivinen. Ruokavalioidon ja seurannan tulisi olla pitkäjänteistä, koska seurantatutkimuksissa on käynyt ilmi, että 30-80 % saavutetusta painonpudotuksesta on 1-5 vuoden sisällä palannut.

...keskustelen potilaan kanssa niin et syötkö vieläkin tykkätkö vieläkin nugeteista ja tota niin sitten se sanoo tykkäänhän mä, voishan sille jotakin tehdä ja siihen se jää sitten se...

Haastateltavat toivat laajalti esille potilaita ohjattavan terveysasemalle. Potilaat saattavat tarvita motivointia terveysaseman käynteihin. Haastateltavilla oli kokemus, että joidenkin potilaiden kohdalla motivointi voi viedä aikaa jopa vuoden. Elorannan ja Virkin (2011, 22) mukaan elintapojen ohjaus vie aikaa ja on yksilöllistä. Heidän mukaansa asiakkaan muutosvaihe tulee huomioida, jos asiakas saadaan pohtimaan terveyden merkitystä elämässään ja elintapojen merkitystä terveydelle on ohjauksella mahdollisuudet. Haastateltavat toivat esille haluavansa painottaa potilaille perusterveydenhuollon palvelujen käyttöä. Joissakin tilanteissa haastateltavat kokivat turhautumista, kun hoito perusterveydenhuollossa ei käynnisty suunnitellulla tavalla. Potilaille annetaan ohjeita ja opastusta poliklinikalla ennen terveysasemahoidon käynnistymistä.

...Voi olla et sitä työtä ennen kun se potilas saadaan sinne terveysasemalle jollain tavalla jonkin seurantaan ja niin se voi kestää vaikka vuodenkin se koko se esimerkiksi vuoden se enemmän tai vähemmän niissä tapaamisissa puhutaan vähän ja annetaan ensin niitä alkuohjeita ja vähän katellaan...

...Minä ainaskin oon ollut taipuvainen painottamaan sitä, että varaa se aika sieltä terveyskeskuksesta, että täällä niin ku tietyllä tavalla on linjattu, että se on perusterveydenhuolto, jossa käyt kontrolleissa ja sieltä saat ravitsemusneuvontaa ja tämmöstä näin ja jotenkin se on ajoittain aika turhauttavaa, kun tietää ettei se ettei se hoito lähden siellä käyntiin...

Osa haastateltavista ohjasi potilaan terveysasemalle siinä vaiheessa, kun oma ammattitaito ja välineet ei riittäviä. Perusterveydenhuollossa yhteistyökumppaneina toimivat diabeteshoitajat ja ravitsemusterapeutit.

...ja sitten tietysti jos ei enää näyttää ettei nyt täs ei mun jutut riitä niin sitten tietysti voin ohjata eteenpäin...

Poliklinikalla potilaiden kanssa keskustellaan elämäntapakysymyksistä. Kartoitetaan alkoholin käyttöä. Koettiin, että tarkkaa haastattelua vaaditaan asioiden kartoittamisessa. Tätä kautta metabolisen oireyhtymän tunnistamista tapahtuu ja potilaan kanssa keskustellaan siihen liittyvistä asioista.

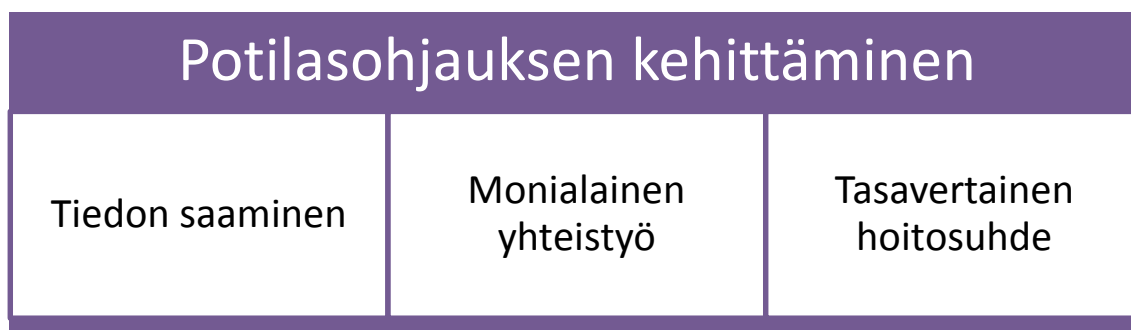
...elämäntapa kysymyksistä vaikka nyt diabetesriskistä...keskusteleminen ei oo ollenkaan vaikeeta mutta että siinä jos se tulee esille jotenkin luontevasti tuota noin niin se keskusteleminen niistä ei mitenkään niin ku sillä tavalla, että noi jätetään nää joillekin muille ja puhutaan me jostain, että miltä tää nyt tuntuu...ei oo sillä tavalla vaikeeta, koska se on sitä koko ihmisen koko elämää niin se tuntuu ihan luontevalta puhua tällaisesta asiasta kyllä...

Haastateltavat kuvasivat potilaiden somaattista terveyttä seurattavan poliklinikalla tarkastelun ruokavaliota, liikuntaa ja stressiä. Potilaiden kanssa tarkastellaan niiden vaikutusta mm. verenpaineeseen ja kolesteroliin. Potilaiden verenpainetta ja laboratorioarvoja seurattiin psykiatrisen poliklinikalla, joissakin tilanteissa pidempäänkin ennen potilaan ohjaamista perusterveydenhuoltoon. Poliklinikalla toteutettiin omaa painonhallintaryhmää. Koettiin tärkeänä ryhmän mahdollistama vertaistuki. Sarwerin ym. (2009, 347-352) mukaan painonhallintaryhmään osallistuminen on auttanut potilaita pudottamaan painoa 7-10 %. Heidän mukaansa viikoittaiset tapaamiset, kotitehtävät ja punnitus säännöllisesti antoi potilaalle informaatiota ja mahdollisuuden muuttaa käyttäytymistään.

...miten voi vaikka kohonneeseen verensokeriin vaikuttaa et siinä tarkastella sitä ruokavaliota ja liikunta puolta ja sitten taas niin ku kans kolesteroliin ja verenpaineeseen ja verenpaineeseenhan liittyy niin ku stressi siihenkin ja että liittykö se taas johonkin...

6.3 Potilasohjauksen kehittäminen

Kuviossa 3 kuvataan ”Potilasohjauksen kehittäminen” muodostavat yläkategoriat.



Kuvio 3: Potilasohjauksen kehittäminen

Tiedon saamisessa on kaksi näkökulmaa potilaiden ja henkilökunnan. Potilaiden näkökulmasta koettiin tärkeänä potilaiden tasavertainen asema tiedon saamisen ja seurannan suhteen. Informaation saamisen tulee olla potilaille mahdollisimman helppoa. Tähän tuli ehdotuksena esim. odotustilaan aihealuetta koskevia esitteitä tai teemapäiviä. Koettiin, että esitteiden kautta tapahtuva tiedonsaanti tulee tapahtua keskustellen. Tämä on tärkeää, koska potilaat eivät työntekijöiden mukaan useinkaan lue niitä. Lihavuuden Käypä hoito-suositus (2013) suosittelee, että potilaalle tulee olla tarjolla kirjallista materiaalia elintapamuutoksen tueksi.

...mut hirveen tärkeätä et jotenkin potilaat olisi tasavertaisessa asemassa sen suhteen, että niin kun näistä asioista saa sitä tietoa ja sitä seurataan ja huolehditaan...

Poliklinikalla on omahoitopiste, johon haastatteluissa esitettiin toive saada henkilökunta opastamaan potilaita laitteiden käyttämisessä ja sen lisäksi jakamaan samalla tietoa potilaille. Omahoitopisteessä potilaille on mahdollisuus mitata verenpainetta, painoa ja vyötärönympärystä. Lisäksi siellä on tarjolla kirjallista materiaalia painonhallinnan tueksi.

...ois ihanaa kun ois...oma piste tuolla missä ois niin ku hoitaja aina sitten niin ku antamassa, jakamassa sitä informaatiota ja auttamassa niin ku laitteissa. Kaikki eivät välttämättä osaa mitata verenpainetta...

Työryhmä esitti toiveen tietopakettista, josta saisi itse tietoa metabolisesta oireyhtymästä. Tietopaketin toivottiin olevan vihkonen, jossa olisi perustietoa räätälöitynä psykiatriseen hoitotyöhön. Manuaalia arjen työhön kaivattiin. Haastatteluissa tuotiin esille myös oppiminen simuloitujen haastatteluiden kautta tai seuraamalla toisen työntekijän haastatteluja.

...tai sitten live-haastatteluja seuraamalla...

Moniammatillinen työryhmä toivoi uuden tiedon olevan käytännönläheistä. Uuden tiedon oppimiseksi ehdotettiin luentosarjaa tai luentoa. Toivottiin tietoa siitä mistä löytää itse tietoa metabolisesta oireyhtymästä. Ehdotettiin puolistrukturoitua kysymys-/muistilistaa, jonka avulla voisi harjoitella potilaan haastattelemista. Koulutusta toivottiin oikean tiedon antamisesta ja motivoivista lähestymistavoista.

...Semmoinen mitä voi harjoitella niin parityöskentelynä vaikka, jos aattelee kouluttautumista. Et se voi olla lista kysymyksistä sellainen sovellettava puolistrukturoitu lista kysymyksistä tai aihealueista, joita toiselta niin ku haastattelisi siin ja tota samalla se voi olla sellainen muistilista itelle. Ja ne kysymyksen ois aihealueet ois perusteltu sillä tiedolla mitä se metabolinen oireyhtymä, miten se syntyy ja miten sen voi tunnistaa ja tota mitä kannattaa tehdä, että tota tilanne niin ku korjaantuis, menis parempaan suuntaan...

Ennaltaehkäisevän näkökulman sisällymistä potilaiden hoitoon tuotiin luontevasti esille. Ennaltaehkäisevää seurantaan ajateltiin voivan liittyä kaikkien potilaiden hoitoon. Lihavuuden Käypä hoito-suosituksessa (2013) todetaan terveydenhuollon tarkoituksena olevan ehkäistä lihavuutta tai hoitaa lihavuutta ja sitä kautta lisätä potilaan toimintakykyä ja elämänlaatua. Heiskanen ym. (2010, 389-396) toteavat tyypin 2 diabeteksen ennaltaehkäisyä pidettävän helpompana kuin taudin hoitoa. Toivottiin painonhallintaryhmän ohjaajien kertovan kokemuksia ryhmästä, mikä on toiminut ryhmässä olleiden potilaiden kanssa.

... ois jotenkin sais silla lailla niin ku syyttämättä ja toisaalta semmosena niin, kun normalisoi vana sen, että tämmöstä niin ku ennaltaehkäisevää seurantaan ja tämä kuuluu tähän niin ku tää on jotenkin niin ku tavallinen ja itsestään selvä asia tietyllälailla...

Henkilökunta toivoi koulutusta, jota järjestettäisiin tiimeissä tai erikseen sovittuna aikana omalla työpaikalla. Toivottiin moniammatillisesta työryhmästä niiden työntekijöiden, joilla asiasta tietoa kouluttavan muuta työryhmää. Koulutus voisi olla joko kerta- tai sarjaluonteinen. Henkilökunnan toivottiin tuovan aktiivisesti esille työryhmässä omaa osaamistaan.

... joku tiimiaika käyttää siihen, että te jotka tiedätte asiasta enemmän niin pitäisitte tämmöstä niin kun koulutusta tai joku aika ottaa niin ku jotenkin tietty sarja niin ku kertamäärä...

Moniammatillista yhteistyötä työryhmän sisällä toivottiin. Tapaamisissa voi hyödyntää enemmän niitä työryhmän jäseniä, jotka ovat asiaan perehtyneitä. Ajateltiin, että heitä voisi pyytää tapaamiseen mukaan ja jo yksittäinen tapaaminenkin voisi olla riittävästi.

...jotka tästä asiasta enemmän tietää niin kertaluontoisesti tapaamiseen mukaan et jotenkin niin mä ajattelen...

Toivottiin selkeää kaaviota metabolisen oireyhtymän hoitamisesta, joka vähentäisi pohdintaa kuinka työntekijä toimii missäkin tilanteessa. Selkeitä sopimuksia kaivataan siitä kuka hoitaa potilasta missäkin tilanteessa sekä millaisissa tilanteissa konsultoidaan ja ketä.

...konsultoiva tuki siinä, että niin kun et meillä on siinä semmonen selkee systeemi, että miten me näissä asioissa sitten esimerkiksi niin kun miten mä vaikka omien potilaiden kohdalla sitten toimin...

Vastuutyöntekijästä riippumatta potilaiden tasavertaisuutta hoitosuhteissa pidettiin tärkeänä. Toivottiin löytyvän metabolisen oireyhtymän tunnistamisvalmiuksia lisääviä toimintatapoja, erityisesti niiden moniammatillisen työryhmän työntekijöiden kohdalla joiden peruskoulutukseen se ei ole kuulunut.

Vastuullisen puuttumisen edellytyksenä koettiin olevan riittävä tiedon taso. Tietoa ajateltiin voivan jakaa työryhmän sisällä keskustelemalla metabolisesta oireyhtymästä. Keskustelua ajateltiin voitavan käydä tiimissä. Keskustelussa toivottiin voitavan kysyä ja tarkentaa asiaan liittyviä seikkoja. Kokemusasiantuntijoiden käyttämistä pidettiin tärkeänä. Heitä ajateltiin voitavan hyödyntää sekä yksilö- että ryhmätapaamisissa.

... joku tiedon taso pitää itsellä olla, jotta pystyy vastuullisesti olemaan, koska eihän sitä jos ei tiedä riittävästi niin tiedä puuttuakaan semmoseen asioihin...

...kokemusasiantuntijuus..., kun täällä nyt niitä ryhmiä on vaikka siinä ryhmässä tai ehkä mieluummin ehkä ryhmässä, kun että yksilölliseen tapaamiseen mukaan...



Kuvio 4: Kehittämisehdotuksia valmiuksien lisäämiseksi metabolisen oireyhtymän tunnistamisessa

7 Luotettavuus ja etiikka

Laadullisen tutkimuksen luotettavuuden arvioimiseksi ei ole olemassa yksiselitteisiä ohjeita. Tutkimuksen sisäinen johdonmukaisuus painottuu arvioitaessa tutkimusta kokonaisuutena. Tutkimuksen tarkoitusta ja kohdetta tulee arvioida, mitä olen tutkimassa ja miksi. Tulee pohdita miksi tämä tutkimus on minulle tärkeä. Millaisia olettamuksia on ollut tutkimusta aloitettaessa ja ovatko ne muuttuneet tutkimuksen edetessä. Tulee perustella miten aineistokeruu on tapahtunut menetelmänä ja millainen on aineiston keruun tekniikka. Aineiston keräämiseen liittyviä erityispiirteitä tulee kuvata sekä mahdolliset ongelmat ja muut merkitykselliset seikat. (Tuomi & Sarajärvi 2013, 140 - 141.)

Tutkimuksen tiedonantajien valinta tulee perustella, miksi juuri heidät valittiin, miten heihin otettiin yhteyttä ja montako henkilöä tutkimuksessa on. On tärkeää huolehtia tiedonantajien anonyyminä pysymisestä. Tiedonantajien ja tutkijan suhteen toimivuutta tulee arvioida.

(Tuomi & Sarajärvi 2013, 141.) Tässä opinnäytetyössä täsmäryhmän puheenjohtajana toimii tämän opinnäytetyön tekijä, joka kuuluu samaan organisaatioon. On suositeltavaa, ettei puheenjohtajana toimiva henkilö kuulu täsmäryhmän organisaatioon. Tämän opinnäytetyön tuloksia analysoitaessa tulee pohtia puheenjohtajan aseman vaikutusta haastattelutilanteeseen ja teema-alueista käytävän keskustelun sisältöön. (Hirsjärvi & Hurme 2008, 62.)

Tutkimuksen aikataulu tulee kertoa. Aineistonanalyysi tulee kuvata, miten analysoitiin ja kuinka tuloksiin ja johtopäätöksiin päädyttiin, siltä varalta että toinen tutkija haluaa seurata prosessia. Tutkimuksen luotettavuus tulee arvioida ja perustella sekä pohtia eettisyyteen liittyviä kysymyksiä. Tutkimustulosten kertominen yksityiskohtaisesti lisää tulosten selkeyttä ja ymmärrettävyyttä. Tarkoituksena on luoda selkeä kuvaus tutkitusta ilmiöstä ja tutkimusprosessista. (Tuomi & Sarajärvi 2013, 141; Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 198 - 199.)

Tulosten kuvaaminen selkeästi niin, että lukija ymmärtää ne, on edellytys uskottavuudelle. Tutkijan tulee kuvata miten hän on analyysin tehnyt ja mitkä ovat tutkimuksen vahvuudet ja rajoitukset. Taulukointeja ja liitteitä, joissa analyysin etenemistä kuvataan alkuperäistekstistä alkaen, on hyvä käyttää. Tutkimustulosten siirrettävyyden arviointi muuhun kontekstiin vaatii huolellista tutkimuskontekstin kuvausta, osallistujien valinnan ja taustojen selvittämistä sekä aineiston keruun ja analyysin tarkkaa yksityiskohtaista kuvausta. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 198.)

Työskentely yksin lisää mahdollisuutta sokeutua omalle tutkimukselleen. Tällöin tutkija saattaa tulla yhä vakuuttuneemmaksi johtopäätöstensä oikeellisuudesta ja muodostamansa mallin kuvaavan todellisuutta vaikka näin ei välttämättä ole. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 197.)

”Työelämää kehittävän tutkimus- ja kehittämistoiminnan yhteydessä kohdataan erilaisia eettisiä kysymyksiä. Eettinen pohdinta onkin yksi keskeinen osa opinnäytetyöprosessia. Lähtökohtana on, että opinnäytetyötä tehtäessä noudatetaan kyseisen alan ammattieettisiä säädöksiä ja hyvää tieteellistä käytäntöä” (Laurea 2011).

Etiikasta on esitetty viisi tärkeää kysymystä. Tutkijan tulee pohtia millainen on hyvä tutkimus. Tutkittavaa kohdetta tulee miettiä ja perustella miten tutkimusaihe on valittu. Tutkijan tulee kiinnittää huomioita tiedonjanoon ja pohtia onko se hyväksyttävää kaikissa asioissa. Millaisia tutkimustuloksia saa tavoitella ja voivatko tulokset koskea ns. vahingollisia seikkoja esim. asetuotantoa. Tutkimuksen keinoja tulee pohtia eettisesti. (Tuomi 2007, 134 - 144.)

Eettiset kysymykset toimivat koko tutkimustoiminnan lähtökohtana. Tutkimuksen tekijällä on vastuu hyvän tieteellisen käytännön noudattamisesta, rehellisyydestä ja vilpittömyydestä. Tutkijan lisäksi edellä mainituista seikoista vastaa tutkimusryhmä ja tutkimusyksikönjohtaja. Opinnäytetöissä opettajilla on vastuu kaikista oppilaan tekemistä eettisistä ratkaisuksista (Tuomi 2007, 143-149.)

Eettisesti tärkeitä periaatteita ihmisiä tutkittaessa on informointiin perustuva suostumus, luottamuksellisuus, seuraukset ja yksityisyys (Hirsjärvi & Hurme, 2008, 20). Tutkimuksen tekijän tulee pohtia tutkimuksen seurauksia, koska tutkimuksen vaikutukset voivat ulottua pitkälle tulevaisuuteen ja koskettaa monia ihmisiä. (Kylmä & Juvakka 2007, 143; Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 218.)

Tutkijan tulee pyrkiä minimoimaan riskit tarpeettomiin haittoihin ja epämukavuuksiin. On hyvä arvioida kuinka tarpeellista on kysyä tutkittavien henkilökohtaisia tietoja. Tutkimustietoa ei tule käyttää tutkittavia vastaan. Tutkimukseen osallistumisen tulee olla aidosti vapaaehtoista. Tutkittavan tulee tietää mikä tutkimuksen luonne on. Tutkittavan tulee tietää mahdollisuutensa kieltäytyä tai keskeyttää osallistumisensa tutkimukseen koska tahansa. Kaikilta haastatteluun osallistuvilta pyydetään kirjallinen suostumus haastateltaviksi. Aineiston säilyttämisestä ja tulosten julkaisemisesta tulee kertoa tutkittavalle, vasta tämän jälkeen hän voi allekirjoittaa suostumuslomakkeen. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 218 - 219.)

Tämän opinnäytetyön kohdalla eettistä pohdintaa on toteutettu aiheen valinnassa. Mielenterveyspotilailla on kohonnut riski sairastua metaboliseen oireyhtymään muuhun väestöön verrattuna. Potilaiden ohjaaminen perusterveydenhuoltoon on mahdollista, mutta kuitenkin tämä mahdollisuus jää usein potilailta käyttämättä. Metabolisen oireyhtymän riski on tärkeää huomioida osana potilaiden psykiatrista hoito- ja kuntoutussuunnitelmaa. Potilaat saattavat olla hyvinkin tyytyväisiä elämäntilanteeseensa puutteista huolimatta. Hoitohenkilökunnan tehtävänä on huomioida potilaan vointia kokonaisvaltaisesti. Jokainen terveydenhuollon kontakti on potilaan kannalta ainutlaatuinen ja osana psykiatrista hoitoa tulee kiinnittää huomiota metabolisen oireyhtymän ehkäisemiseen. Pidän tämän opinnäytetyön aiheita tärkeänä moniammatilliselle työryhmälle ja toivon sen avulla voitan kehittää mielenterveyspotilaiden metabolisen oireyhtymän riskitekijöiden tunnistamista. Riskitekijöiden tunnistaminen helpottaa potilaiden ohjaamista oikean avun piiriin. Opinnäytetyön kautta toivon moniammatilliselle työryhmälle kehittyvän selkeä malli kuinka potilasta ohjataan ja kuka ohjaa.

Yksin työskentelyn vaikutusta tulosten luotettavuuteen tulee pohtia, kuinka välttää sokeutuminen analyysivaiheessa. Opinnäytetyöprosessin aikana tuki ja pohdintaan ohjaavat kysymykset ohjaavalta opettajalta on toiminut ajatuksen avartajana. Haasteena arvelin olevan omat ennako-olettamukset aiheen suhteen, joka johtuvat roolistani työryhmän sairaanhoitajana.

Analyysivaiheessa tulee unohtaa roolini työryhmän sairaanhoitajana ja toimia puolueettomana ja kirjata sanatarkasti nauhoitetut haastattelut. Analyysiä tehdessä roolini työryhmän sairaanhoitajana ei ollut mielessä. Aineistoon paneutuminen sellaisenaan oli helppoa.

Opinnäytetyön prosessin aikana kiinnitettiin huomiota siihen, että moniammatillisen työryhmän jäsenet säilyvät tunnistamattomina. Arvioitiin opinnäytetyön tarkoitusta ja kohdetta. Edelleen opinnäytetyön tarkoitus tärkeä ja kyseinen työryhmä omaa halua ja kykyä kehittää mielenterveyspotilaiden hoitoa. Halu kehittämiseen ilmeni keskusteluissa, kun opinnäytetyö esiteltiin työryhmälle, haastatteluissa ja työryhmä odottaa opinnäytetyön valmistumista.

8 Pohdinta

Tämän opinnäytetyön prosessin aikana on ollut useasti kirjoituksia elintapa-asioista ja metabolisen oireyhtymän ehkäisemisestä. Tehy lehdessä 10/15 kirjoitettiin artikkeli ”Toisen luokan potilaita”. Kirjoitus alkaa toteamuksella, että vakaviin mielenterveydenhäiriöihin sairastuneiden miesten eliniän odote 20 vuotta ja naisilla 15 vuotta lyhempi kuin muilla suomalaisilla. Mikään muu tekijä ei tuota yhtä rajua eriarvoisuutta elämän ja kuoleman edessä. Artikkelissa todetaan sama minkä Heiskanen ym. (2012) tuovat esille, että mielenterveyskuntoutujat sairastavat muuta väestöä enemmän mm. sydän- ja verisuonisairauksia, diabetesta ja keuhkosairauksia. Näin käy kun sairauksia ei näiden potilaiden kohdalla tunnisteta ajoissa. Eikä hoideta yhtä hyvin kuin muun väestön terveysongelmia. Syy ei ole ainoastaan hoidon ongelmissa, vaan myös mielenterveyskuntoutujien elämäntavoissa. Suvisaari toteaa saman kuin Heiskanen ym., että keskeinen ongelma liittyy palvelujärjestelmään. Somaattinen ja psykiatrinen hoito ovat erillisiä ja yhdistävät palvelut puuttuvat. Psykiatriassa ammattitaito ei riitä somaattisten sairauksien hoitoon ja muualla terveydenhuollossa ei ole riittävää osaamista mielenterveyspotilaiden kohtaamisessa. Välttämättömänä pidetään raja-aitojen ylittämistä ja yhteistyön lisäämistä.

Tämä kirjoitus Tehy-lehdessä on tämän opinnäytetyön ytimessä. On tärkeää tiedostaa työryhmän valmiudet metabolisen oireyhtymän tunnistamisessa, jotta voidaan hoitaa ja ohjata potilaita asianmukaisesti. Tämän opinnäytetyön tuloksissa saatiin esille tunnistamisen valmiuksien vaihtelevan. Moniammatillisen työryhmän ajateltiin olevan sekä mahdollisuus että haaste. Mahdollisuus siinä mielessä, että lääkäreiden ja hoitajien koettiin automaattisesti huomioivan somaattisia seikkoja potilaan hoidossa. Haaste siinä mielessä, että kuinka saadaan potilaiden hoito tasavertaiseksi. Kuinka työntekijä, jolla ei ole terveydenhuollon koulutusta havainnoi potilaan somaattista terveyden tilaa ja sen mahdollisia muutoksia. Kuinka hän osaa toimia vaadittavalla tavalla. Moniammatillisen työryhmän haaste on saada koulutustaustasta riippumatta työntekijät motivoitumaan metabolisen oireyhtymän tunnistamiseen, hoitoon ja hoitoon ohjaukseen.

Tällä hetkellä työryhmässä käytetään oman työryhmän sisällä konsultaatio mahdollisuutta ja on tehty yhteistyötä perusterveyden huollon kanssa. Tämä toteutuu vasta joidenkin potilaiden kohdalla. Lääkäreiden osuus potilaiden hoidon tasavertaisuuden takaamisessa näyttää korostuvan. Heidän vastuullaan on hoidon suunnittelu myös somaattisen terveyden osalta. On hienoa huomata, että tässä työryhmässä on aloitettu raja-aitojen ylittäminen ja lisätty yhteistyötä sekä oman työryhmän sisällä että suhteessa perusterveydenhuoltoon. Sattumalta tämän opinnäytetyöprosessin aikana on ollut perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon yhteistyöprojekti. Projektissa mielenterveyspotilaat on liitetty perusterveydenhuollossa muiden pitkäaikaissairaiden ryhmään. Tämä mahdollistaa perusterveydenhuollossa tehtävän terveystarkastuksen, joka toistuu 3 vuoden välein. Potilaan somaattisen terveydentilan sitä vaatiessa laaditaan hoitosuunnitelma perusterveydenhuollossa. On yhteisesti sovittu, että ensimmäisessä terveystarkastuksessa on mukana oma vastuutyöntekijä erikoissairaanhoidosta. Tällä on tarkoitus madaltaa sekä potilaan kynnystä mennä terveystarkastukseen että perusterveydenhuollossa kohdata mielenterveyspotilas. Tässä toimintamallissa pyritään luomaan yhteistä palvelujärjestelmää raja-aitoja ylittämällä.

Potilaiden ohjaus on haastava ja tärkeä asia. Lähtökohtana tulisi olla potilaan yksilölliset ohjaustarpeet. Haastateltavat esittivät toiveen selkeistä ohjeista. Tämä on varmasti tarpeellista, jotta työryhmällä on yhteinen näkemys asiasta. Tämä saattaa auttaa ohjauksen sisällön muodostumisesta. Ohjaukseen tulisi sisältyä tietoa sairaudesta, sen hoidosta ja ennusteesta. Lisäksi sosiaalisesta tuesta ja etuuksista on tärkeää saada tietoa. Ohjauksessa on tärkeää muistaa tiedon linkittyminen potilaan arkielämään. Mielenterveyspotilaat tarvitsevat hyvin konkreettisia ohjeita ja esimerkkejä joiden avulla he voivat ymmärtää kuinka asiat toimivat heidän elämässään. Tämä on tärkeää huomioida, jotta saadaan itsehoitoon sitoutumista lisääntymään. Moniammatillisen työryhmän käyttäminen ohjauksessa mahdollistaa laaja-alaisen ohjauksen sisällön.

Tällä hetkellä työryhmässä käytetään potilasohjauksessa välineenä yksilöohjausta. Yksilöohjauksessa välineinä on ruokavalion kartoittaminen, ruokapäiväkirja, tiedon jakaminen ruokaineista ja lautasmalliin perehdyttäminen. Tämä toteutuu vain joidenkin työntekijöiden toimesta ja koskettaa kyseisen työntekijän vastuupotilaita. Työryhmässä on halukkuutta kehittää metabolisen oireyhtymän tunnistamista, toivottiin avuksi potilaan haastatteluun kysymys- tai muistilistaa. Tämä tukee tavoitetta, jossa potilaat ovat tasavertaisessa asemassa tiedon saamisen ja seurannan suhteen.

Ennaltaehkäisevän hoidon näkökulma on hyödyllistä liittää osaksi jokaisen potilaan hoitoa. Ennaltaehkäisevän työn tarpeellisuus tunnistetaan ja sitä pidetään tärkeänä. Haasteena on, kuinka ennaltaehkäisevä työ saadaan juurrutettua kiinteäksi ja saumattomaksi osaksi potilai-

den psykiatrasta hoitoa. Heiskanen ym. (2012) suosittelevat skitsofrenia potilaille ehkäisytoimia diabeteksen ehkäisyn ja hoidon kehittämissuunnitelman mukaisesti. Voisiko tämä tulevaisuudessa toimia potilaan hoitoa ohjaavana mallina tai ainakin sen mahdollisuus suunnittelun pohjana on tarpeellista selvittää.

Saariston (2011) tutkimuksessa arvioitiin elintapaintervention vaikutusta painoon ja sokeriaineenvaihduntaan henkilöillä, joilla oli suuri diabetesriski. Seulonnassa tärkeänä pidetään diabeteksen riskitestiä. Diabeteksen riskitestin liittäminen tulevaisuudessa osaksi potilaiden hoito- ja kuntoutussuunnitelmaa voisi olla hyödyllistä. Riskitesti mahdollistaa sekä ennaltaehkäisevän työn että sairauden tunnistamisen, asianmukaisen hoitoon ohjauksen ja hoidon.

Tämän opinnäytetyöprosessin aikana ko. poliklinikalle on perustettu omahoitopiste. Omahoitopisteessä voi rauhassa suojassa muiden katseilta seurata verenpainetta, painoa ja vyötärönympärystä. Lisäksi omahoitopisteessä on materiaalia elintapa-asioista sekä potilaiden että henkilökunnan käyttöön. Omahoitopiste on otettu hienosti käyttöön ja henkilökunta on ohjannut potilaita sen mahdollisuuksissa. Potilaat ovat itsenäisesti vastaanottokäynnin yhteydessä käyneet myös omahoitopisteessä. Pisteessä on kirjalliset ohjeet kuvien kanssa verenpaineen mittaamisesta ja vyötärönympäryksen mittaamisesta. Omahoitopisteen tarkoituksena on saada potilaat kiinnostumaan omasta terveydentilastaan ja madaltaa kynnystä terveysaseman omahoitopisteiden käyttöön. Haastateltavat esittivät toiveen, että henkilökunta olisi potilaiden saatavilla omahoitopisteessä sovittuina aikoina. Tällöin heillä olisi matalalla kynnyksellä mahdollisuus hakeutua keskustelemaan somaattisista haasteista hoitohenkilökunnan kanssa.

Poliklinikalla on myös toteutettu painonhallintaryhmä 2 kertaa ja syksyllä 2015 alkoi kolmas ryhmä. Ryhmän ajatuksena on tiedon rajaaminen olennaiseen elämäntapa-asioissa. Tärkeää on toisto käsittelevistä teemoista. Ryhmän on ajateltu olevan pitkäkestoinen, ryhmäkertoja on ollut n. 20. Ryhmän alussa ja lopussa otetaan rasva-arvot, verensokeri, paino, BMI:ä, verenpaine sekä vyötärönympäryys. Ryhmän aikana ryhmäläisillä on mahdollisuus seurata verenpainetta, painoa ja vyötärönympärystä itsenäisesti omahoitopisteessä ryhmäkerroilla tai yksilötaapaamisten yhteydessä. Ryhmäläisillä on henkilökohtaiset seurantakortit arvoille. On tarkoitus saada potilaat kiinnostumaan omasta hyvinvoinnista ja huomaamaan, että siihen voi vaikuttaa itse.

Kehittämissuunnitelmia valmiuksien lisäämiseksi metabolisen oireyhtymän tunnistamisessa kuvataan kuviossa 4 sivulla 31. Pidetään tärkeänä toimintatavan juurtumista käytäntöön, että hoitokokouksissa sovitaan selkeästi kuka ottaa vastuun potilaan somaattisen terveydentilan hoitamisesta. Toivotaan tietopakettia henkilökunnalle metabolisesta oireyhtymästä ja koulutusta aiheesta työryhmän sisällä. Tiedon ajateltiin lisääntyvän työryhmän keskustelujen myötä. Tämä myös muodostaa yhteisiä toimintatapoja kyseisen hoidon osa-alueen suhteen.

Moniammatillista työryhmää toivottiin voivan hyödyntää ja tämän toivottiin lisääntyvän tulevaisuudessa. Omahoitopisteessä ajateltiin olevan mahdollisuus matalan kynnyksen palvelulle, jossa sovittuina aikoina olisi henkilökuntaa paikalla ohjaamassa potilaita. Kokemusasiantuntijoiden hyödyntämistä toivottiin kehitettävän.

On työn alla opinnäytetyö, jossa henkilökunnalle laaditaan manuaalia metabolisesta oireyhtymästä. Lisäksi potilaille on tarkoitus valmistaa peli, jossa keskitytään elämäntapa-asioihin. Opinnäytetyön tekijöinä ovat Laurean sairaanhoidon opiskelijat ja työn aihe on, Psykoosikuntoutujan ravitsemusohjaus. Työryhmässä olisi hyödyllistä kehittää potilaiden hoitoa tällä osa-alueella jatkossakin. Yhtenä tärkeänä kehittämisen avaimena toimisi hoitoprosessin kuvaus kaaviona. Siitä olisi henkilökunnan helppoa katsoa millainen hoitopolku potilaalle muodostuu missäkin tilanteessa. Tämä olisi hyvä aihe opinnäytetyölle.

Mielenterveytalossa, joka on nettipalvelu kaikille kansalaisille, mainitaan aikuisten omahoito ja oppaat osion alla olevassa tietoa psykoosista osion lääkkeet kohdassa lääkkeiden haittavai-
kutuksista. Siinä todetaan lyhyesti, että lääkkeet saattavat aiheuttaa painonnousua ja muutoksia kehon sokeri- ja aineenvaihdunnassa. Todetaan, että muutoksia tulee seurata ja niihin puuttua, jotta voidaan ehkäistä pitkäaikaisia terveysongelmia. (Mielenterveytalo 2016) Tässä kohdassa voisi olla linkki millaisilla keinolla metabolisen oireyhtymän syntyä voi ehkäistä.

Lähteet

Julkaistut

Elomäki, E. 2011. Ruumis kyllä kärsii tässä systeemissä, sielullakin on epävarmaa: Tapaustutkimus tyypin 2 diabetesasiakkaan liikuntapuheesta ja motivoivan haastattelun menetelmien ilmenemisestä diabeteshoitajan liikuntaneuvonnassa. Pro Gradu -tutkielma. Jyväskylän yliopisto.

Eloranta, T. & Virkki, S. 2011. Ohjaus Hoitotyössä. Latvia: Livonia Print.

Heiskanen, T., Niskanen, L. & Koponen, H. 5/2010. Skitsofrenia potilaiden kardiometaboliset riskit ja psykoosilääkitys. Suomen Lääkärilehti, 389 - 396.

Hirsjärvi, S. & Hurme, H. 2008. Tutkimushaastattelu Teemahaastattelun teoria ja käytäntö. Helsinki: Yliopisto.

Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2010. Tutki ja kirjoita. Hämeenlinna: Kariston kirjapaino.

Kankkunen, P. & Vehviläinen-Julkunen, K. 2013. Tutkimus hoitotieteessä. Helsinki: Sanoma Pro Oy.

Kaukonen, K. 2010. Effect of Short-Term Guided Aerobic Exercise and Diet Intervention on Overweight Women. Pro Gradu. Jyväskylän yliopisto.

Koponen, H. 9/2011. Painonnousu psykelääkkeiden haittavaikutuksena. Suomen Lääkärilehti, 729 - 733.

Kylmä, J. & Juvakka, T. 2007. Laadullinen terveystutkimus. Helsinki: Edita Prima Oy.

Rissanen, P., Kallanranta, T. & Suikkanen, A. 2008 Kuntoutus. Keuruu: Otavan Kirjapaino Oy.

Tuomi, J. 2007. Tutki ja lue Johdatus tieteellisen tekstin ymmärtämiseen. Jyväskylä: Gummerus.

Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2002. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Jyväskylä: Gummerus.

Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2013. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Vantaa: Hansaprint Oy.

Saaristo, T. 2011. Assessment of risk and prevention of type 2 diabetes in primary health care. Väitöskirja. Oulun Yliopisto.

Viertiö, S., Perälä, J., Saarni, S., Partti, K., Saarni, S., Suokas, J., Tuulio - Henriksson, A., Lönnqvist, J. & Suvisaari, J. 11/2012. Psykoosisairauksiin liittyvä fyysinen sairastavuus ja toimintakyvyn rajoitukset. Suomen lääkärilehti, 863 - 869.

Internet

Alvarez-Jiminez, M., Hetrick, SE., Gonzalez-Blanch, C., Gleeson, JF. & McGorry, PD. 2008; 193. Non-pharmacological management of antipsychotic-induced weight gain: systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. Br J Psychiatry, 101-107. Viitattu 6.4.2013. <http://bjp.rcpsych.org/content/193/2/101.full.pdf>

Käypä hoito-suositus 2008. Unettomuus. Viitattu 17.10.2015. <http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituks/suositus?id=hoi50067#NaN>

Käypä hoito -suositus. 2013. Lihavuus (aikuiset). Viitattu 23.8.2014.
<http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suositukset/suositus?id=hoi24010>

Laurea 2011. Laurean opinnäytetyöohje. Viitattu 1.3.2013. https://live.laurea.fi/fi/opiskelijalle/opintojen_toteutus/opinnaytetyo/Sivut/default.aspx

Mielenterveystalo 2016. Viitattu 31.1.2016. <https://www.mielenterveystalo.fi/aikuiset/itsehoito-ja-oppaat/oppaat/psykoosi/Pages/laakkeet.aspx>

Mustajoki, P. 30.1.2012. Tietoa potilaalle: Metabolinen oireyhtymä (MBO). Viitattu 5.4.2013.
http://www.terveysportti.fi.nelli.laurea.fi/dtk/ltk/koti?p_haku=metabolinen%20oireyhtym%C3%A4

Pylkkänen, K. 2008. Positiivinen mielenterveys. Viitattu 22.4.2013. http://www.terveysportti.fi.nelli.laurea.fi/dtk/tyt/koti?p_artikkeli=kun00143&p_haku=mielenterveys

Sarwer, DB., Green, AS., Vetter, ML. & Wadden, TA. 2009. Behavior therapy for obesity: where are we now? Current Opinion in Endocrinology, Diabetes & Obesity, 16:347-352. Viitattu 6.4.2013. <http://abmcertification.org/inc/assets/2011References/Sarwer%20et%20al.%20Behavior%20therapy%20for%20obesity.pdf>

Sosiaali- ja terveydenhuollon kansallinen kehittämisohjelma KASTE 2012-2015. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2012:1. Viitattu 9.4.2013. http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=5197397&name=DLFE-18303.pdf

Vanhala, M.2010. Metabolinen oireyhtymä. Viitattu 5.4.2013.
http://www.terveysportti.fi.nelli.laurea.fi/dtk/ltk/koti?p_artikkeli=ykt00565&p_haku=vanhala%20metabolinen%20oireyhtym%C3%A4

Kuviot

Kuvio 1: Valmius tunnistaa potilaan tilanne	22
Kuvio 2: Ohjausmenetelmät	26
Kuvio 3: Potilasohjauksen kehittäminen	28
Kuvio 4: Kehittämisehdotuksia valmiuksien lisäämiseksi metabolisen oireyhtymän tunnistamisessa	31

Liitteet

Liite 1. Suostumuslomake	42
Liite 2. Teemahaastattelurunko.....	44
Liite 3. Aineiston analyysi	45

Liite 1. Suostumuslomake
ARVOISA HOITOTYÖNTEKIJÄ

Opiskelen Laurea-ammattikorkeakoulussa hoitotyön koulutusohjelmassa. Päivitin opistota-soista sairaanhoitaja tutkintoani ammattikorkeakoulututkintoon.

Opinnäytetyöni tarkoituksena on selvittää moniammatillisen työyhteisön työntekijöiden valmiuksia metabolisen oireyhtymän ehkäisemiseksi mielenterveyspotilailla ja lisätä moniammatillisen työryhmän valmiuksia tunnistaa metabolisen oireyhtymän riskitekijöitä. Tarkoituksena on potilaiden terveyden edistäminen, elämänlaadun parantaminen ja hoidon saaminen tasalaatuisiksi vastuutyöntekijästä riippumatta. Tavoitteena on kehittää metabolisen oireyhtymän riskitekijöiden tunnistamista ja potilaan hoitoon ohjautumista sekä helpottaa elämäntapamuutosten puheeksi ottamista. Kohderyhmänä on psykiatrian poliklinikan psykoosiklinikan moniammatillinen työryhmä.

Opinnäytetyön aineisto kerätään ryhmähaastatteluissa, jotka pidetään poliklinikan tiloissa. Haastattelut tullaan nauhoittamaan ja niiden pohjalta kirjoitetaan haastattelukertomukset. Nauhoitteet ja kertomukset tullaan hävittämään opinnäytetyön valmistumisen jälkeen. Opinnäytetyössä saatetaan käyttää lainauksia haastatteluista, kuitenkin niin ettei henkilöä voida tunnistaa kirjoitetusta tekstistä. Aineistoa tullaan säilyttämään ja käsittelemään ehdottoman luottamuksellisesti.

Osallistuminen haastatteluihin on vapaaehtoista ja voit milloin tahansa vetäytyä pois opinnäytetyöstä. Jos vetäydyt opinnäytetyöstä, poistetaan opinnäytetyöstä sinua koskeva aineisto.

Opinnäytetyöni ohjaajina toimiin Laurea-ammattikorkeakoulun Lohjan toimipisteen lehtorit [REDACTED]. Mikäli sinulle tulee kysyttävää, voit olla yhteydessä allekirjoittaneeseen.

Arvokkaasta yhteistyöstä kiittäen

Virpi Kiiskinen
Sairaanhoitaja, AMK-sairaanhoidon opiskelija
[REDACTED]

Liite 1. Suostumuslomake

Suostumuslomake

KIRJALLINEN SUOSTUMUS Työntekijöiden valmiudet mielenterveyspotilaiden metabolisen oireyhtymän ehkäisemiseksi moniammatillisessa työyhteisössä OPINNÄYTETYÖHÖN OSALLISTUMISESTA

Tietoisena Virpi Kiiskisen toteuttaman Työntekijöiden valmiudet mielenterveyspotilaiden metabolisen oireyhtymän ehkäisemiseksi moniammatillisessa työyhteisössä opinnäytetyön tarkoituksesta, suostun vapaaehtoisesti osallistumaan opinnäytetyön aineiston keruuvaiheen haastatteluun.

Minulle on selvitetty opinnäytetyön osallistumisen vapaaehtoisuus sekä mahdollisuus vetäytyä opinnäytetyöstä, jos sitä haluan. Jos vetäydyn pois opinnäytetyöstä, minua koskeva aineisto poistetaan opinnäytetyöaineistosta.

Tiedän, että haastattelut nauhoitetaan ja opinnäytetyössä saattaa olla lainauksia omasta haastattelustani, mutta kuitenkin niin kirjoitettuna, että minua ei voida tunnistaa tekstistä. Minulle on myös selvitetty, että haastattelunauhut ja niiden pohjalta kirjoitetut haastattelukertomukset eivät joudu kenenkään ulkopuolisen käsiin. Haastattelunauhut ja haastattelukertomukset tullaan hävittämään opinnäytetyön valmistuttua.

Paikka

____/____2014

Aika

Opinnäytetyöhön osallistuja

Nimen selvennys

Opinnäytetyöntekijä

Virpi Kiiskinen

Liite 2. Teemahaastattelurunko

Teemahaastattelurunko

1. Millaisia ovat psykiatrian poliklinikan ammatillisen työryhmän työntekijöiden ohjausvalmiudet metabolisen oireyhtymän ehkäisemiseksi mielenterveyspotilailla?

- Kertoisitteko millaisia valmiuksia teillä on metabolisen oireyhtymän ehkäisemiseksi osana potilaiden hoitoa?
- Miten tunnistatte metabolisen oireyhtymän?
- Onko metabolisen oireyhtymän merkkejä helppo tunnistaa?
- Mistä tunnistatte metabolisen oireyhtymän ja siihen liittyvät tekijät?
- Miten hyödynnätte moniammatillista työryhmää?
- Minkälaista koulutusta olette saaneet metabolisen oireyhtymän tunnistamiseksi?
- Käytättekö muita terveydenhuollon asiantuntijoita hyödyksi metabolisen oireyhtymän tunnistamiseksi, jotta teillä olisi paremmat valmiudet?

2. Millaisia ohjausmenetelmiä käytetään?

- Kertoisitteko miten ohjaatte potilaita metabolisen oireyhtymän ehkäisemiseksi?
- Mitkä ovat ne keinot, joilla voidaan vaikuttaa metabolisen oireyhtymän osatekijöihin?
- Millä keinoilla lihavuutta voidaan ehkäistä ja hoitaa?
- Miten käytätte apuna potilaiden ohjauksessa Käypä hoito-suosituksia?

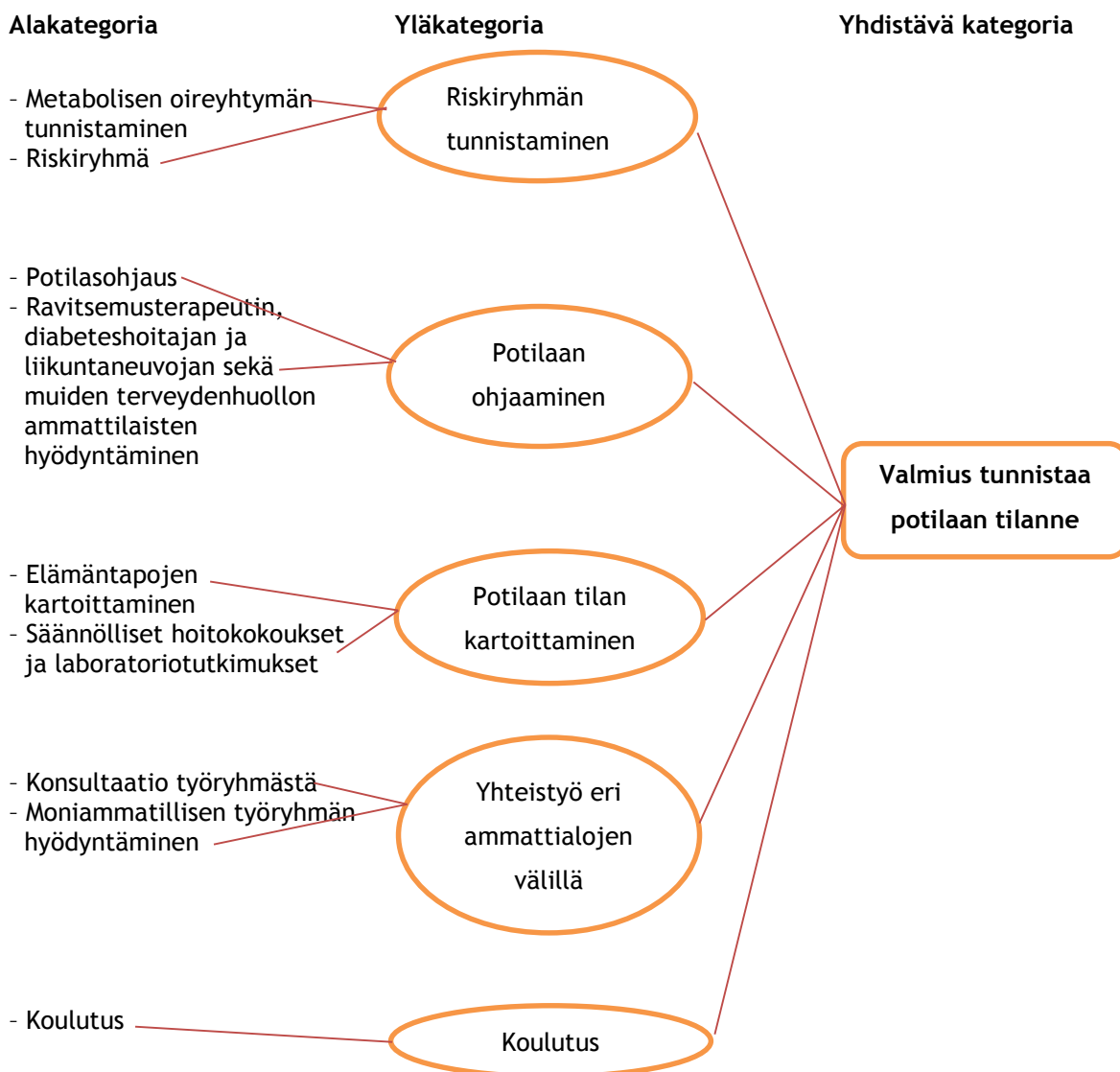
3. Miten metabolisen oireyhtymän ohjausta tulee kehittää osaksi potilaiden psykiatrista hoitoa?

- Kertoisitteko miten toivoisitte metabolisen oireyhtymän ohjausta kehitettävän?
- Kuinka voi moniammatillista työryhmää hyödyntää ohjauksen kehittämiseksi mielestänne?
- Tarvitaanko lisätietoa MBO:n tunnistamiseen ja miten lisätietoa tulisi saada?

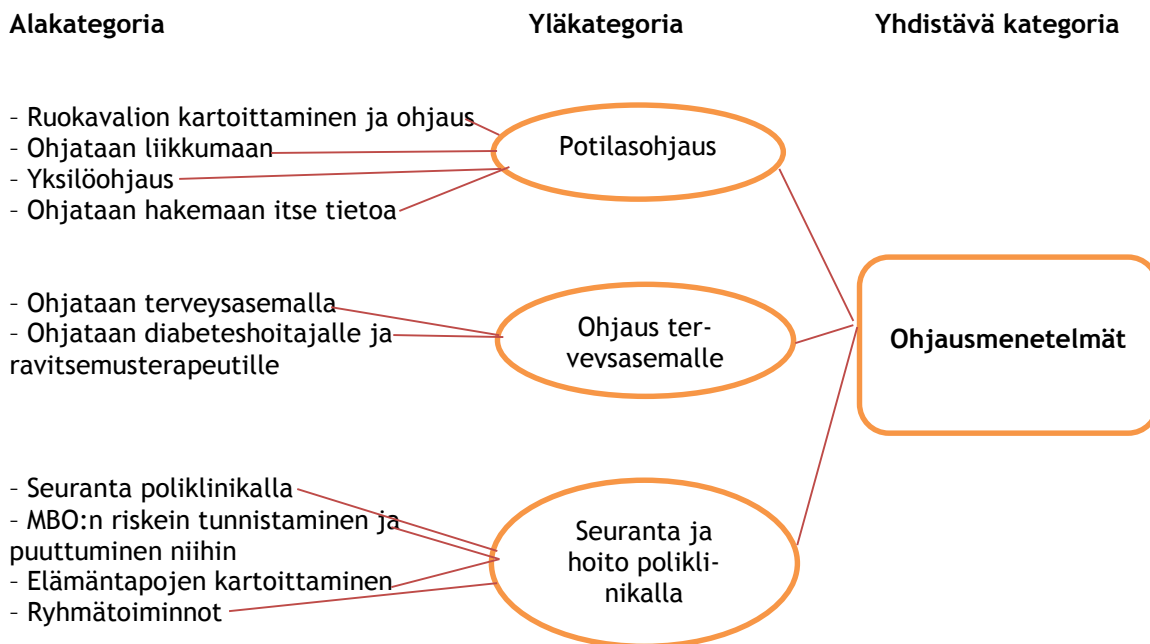
Haluaako joku vielä sanoa jotakin?

Liite 3. Aineiston analyysi

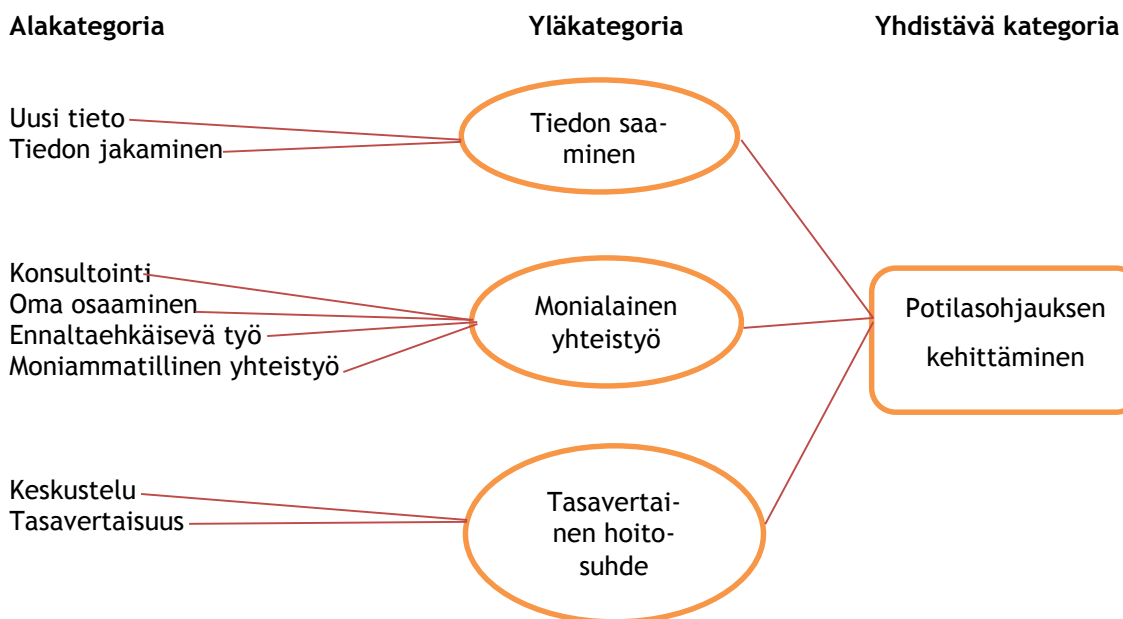
Pelkistämistä ohjasi tutkimuskysymys: Millaisia ovat psykiatrian poliklinikan moniammatillisen työryhmän työntekijöiden ohjausvalmiudet metabolisen oireyhtymän ehkäisemiseksi mielenterveyspotilailla?



Pelkistämistä ohjasi tutkimuskysymys: Millaisia ohjausmenetelmiä käytetään?



Pelkistämistä ohjasi tutkimuskysymys: Miten metabolisen oireyhtymän ohjausta tulee kehittää osaksi potilaiden psykiatrista hoitoa?



Alkuperäisilmaisuja löytyy tekstistä. Ne on jätetty pois liitteestä eettisistä syistä, ettei haastateltavat ole tunnistettavissa. Työryhmän jäsenet saattavat tunnistaa kenen ilmaisusta on kysymys.