



LAUREA
AMMATTIKORKEAKOULU
Yhdessä enemmän

Diabetesohjaus ja siihen liittyvät haasteet skitsofreniaa sairastavilla Niemikotisäätiön yksiköissä

Sini Siponen
Tanja Rinne

2018 Laurea



Laurea-ammattikorkeakoulu

Sini Siponen ja Tanja Rinne
Sairaanhoitaja AMK
Opinnäytetyö
Marraskuu 2018

Sini Siponen ja Tanja Rinne

Diabetesohjaus ja siihen liittyvät haasteet skitsofreniaa sairastavilla Niemikotisäätiön yksiköissä

Vuosi 2018

Sivumäärä 38

Diabetesta, metabolista oireyhtymää ja lihavuutta esiintyy paljon skitsofreniaa sairastavilla. Runsaan somaattisen sairastavuuteen vaikuttavat mm. skitsofrenian taudinkuvaan liittyvä negatiivinen oireilu sekä kognitiiviset puutosoireet, epäterveelliset elämäntavat ja -terveyskäyttäytyminen, psykoosilääkitys sekä hoidon viivästyminen.

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli kuvata Niemikotisäätiön henkilökunnan kokemuksen kautta tulleita haasteita skitsofreniapotilaiden diabeteshoidossa sekä kuvata Niemikotisäätiön henkilökunnan kokemusta omasta osaamisestaan diabeteksen hoidossa. Yhteistyötahona toimi Niemikotisäätiö. Tutkimusmenetelmänä käytettiin sähköpostikyselylomaketta ja aineiston analysoinnissa käytimme monimenetelmätutkimusta. Tämä opinnäytetyö oli luonteeltaan toiminnallinen ja sen tavoitteena oli tuottaa Niemikotisäätiön asumispalveluiden henkilökunnan käyttöön ohjeellinen, tukemaan diabeteshoitotyötä Niemikotisäätiön yksiköissä.

Tuloksissa ilmenee, että Niemikotisäätiön kokemat haasteet skitsofreniaa sairastavien diabeteshoidossa ja -ohjauksessa peilautuvat lähes suoraan aiempaan tutkittuun tietoon kyseisistä haasteista. Vastauksissa haasteina korostuivat palvelunkäyttäjien motivaation heikkous, kognitiivisten kykyjen heikkeneminen ja epäterveelliset elämäntavat. Tärkeää olisi ennaltaehkäisevä elintapaohjaus ja ohjauksen jatkuvuus sekä toistaminen. Tätä varten kussakin yksikössä, olisi hyödyllistä valita ohjaajista diabetesvastaava. Kyselyssä ilmenneitä haasteita ja osaamisen arviointia hyödynsimme ohjeellisen tuottamisessa.

Yhteistyö diabeteshoitajan kanssa oli usean kyselyyn vastanneen mielestä melko puutteellista ja jotkut vastaajista kokivat, ettei diabeteshoitajat ymmärtäneet mielenterveyskuntoutujan erityistarpeita ohjauksen kanssa. Terveysasemien diabeteshoitajilla on ajantasaista tietoa ja osaamista nimenomaan diabetekseen liittyvissä kysymyksissä ja taas Niemikotisäätiön työntekijöillä on vastaavaa osaamista mielenterveyskuntoutujien ohjauksesta, joten vastavuoroinen toimiva yhteistyö olisi rikastuttavaa kummallekin osapuolelle. Olisi hyödyllistä ja tarpeellista kehittää yhteistyötoimintaa terveysasemien kanssa.

Asiasanat: Skitsofrenia, mielenterveyskuntoutus, diabetes

Sini Siponen ja Tanja Rinne

Diabetes Control and Challenges Related to Schizophrenia in the Niemikoti Foundation

Year 2018

Pages

38

A lot of diabetes, metabolic syndrome and obesity occurs with schizophrenia. Plenty of somatic morbidity is affected by, for example, negative symptom associated with schizophrenia, cognitive deficits, unhealthy lifestyles, and - health behavior, psychotic medication, and delayed treatment.

The purpose of this thesis was to describe the challenges posed by the experience of the Nekota Foundation staff in the diabetic treatment of schizophrenic patients and to describe the experience of Niemikoti Foundation's own expertise in treating diabetes. The co-operation was the Niemikoti Foundation. The e-mail questionnaire was used as a research method, and in the analysis of the material we used a multidimensional research. This thesis was operational in nature and aimed to provide the personnel of the Niemikoti Foundation housing service guide leaflet to support diabetes care at Niemikoti Foundation units

The results show that the challenges faced by the Niemikoti Foundation in diabetes treatment and control with schizophrenia almost mirror the previously studied information on these challenges. Challenges in the responses highlighted the weakness of service user motivation, impaired cognitive abilities and unhealthy lifestyles. It would be important to have preventive lifestyle guidance, continuity of control and repetition. For this reason, it would be good for each unit to choose a diabetes supervisor among the instructors. We utilized the questionnaire challenges and the assessment of competence in the production of leaflets.

Co-operation with diabetic nurses in the opinion of many respondents was quite deficient and some respondents felt that diabetic nurses did not understand the special needs of the mental health care provider with the guidance. Health Center diabetes nurses have up-to-date information and expertise specifically on issues related to diabetes and the employees of the Niemikoti Foundation have similar expertise in mental health rehabilitation, so mutual effective cooperation would be enriching for both parties. It would be useful and necessary to develop cooperation with health center.

Keywords: Schizophrenia, mental health rehabilitation, diabetes

Sisällys

1	Johdanto	6
2	Diabetes.....	7
2.1	Diabeteksen tunnistaminen	7
2.2	Diabeteksen hoito ja hoidon ohjaus	7
2.3	Diabeteksen lisäsairaudet	9
2.4	Psykoosilääkkeet ja diabetes	9
3	Skitsofrenia	10
3.1	Skitsofrenian vaikutus toimintakykyyn	11
3.2	Skitsofrenia ja metabolinen oireyhtymä	12
3.3	Mielenterveyskuntoutus.....	12
4	Niemikotisäätiön toiminta	14
5	Opinnäytetyön tarkoitus ja tavoite	15
6	Tutkimuksen tekeminen.....	15
6.1	Tutkimuskysymykset.....	15
6.2	Alkukartoitus ja menetelmät	15
6.3	Aineiston analysointi	16
6.4	Ohjeellinen tueksi diabetesohjaustilanteisiin.....	16
7	Tulokset	18
7.1	Kyselyyn vastanneiden taustatiedot	18
7.2	Koulutus, kokemus ja osaaminen diabeteksen hoidossa	18
7.3	Oman osaamisen arviointi diabeteksen hoidossa	19
7.4	Haasteet mielenterveyskuntoutujien diabeteksen hoidossa	20
7.5	Lisäkoulutustarve diabeteksen hoidossa	21
7.6	Diabeteshoidon toteutuminen Niemikotisäätiön yksiköissä	21
7.7	Yhteistyö diabeteshoitajan kanssa	23
8	Pohdinta ja kehittämissuhteet	23
8.1	Eettisyys	26
8.2	Luotettavuus.....	27
8.3	Jatkotutkimusehdotukset.....	29
9	Lähteet	30
10	Kuviot.....	32
11	Liitteet	33

1 Johdanto

Skitsofrenia on psykoosisairaudeksi luokiteltu mielenterveyshäiriö, jonka ajatellaan olevan yksi vaikeimmista ja haastavimmista sairauksista. Tähän vakavaan sairauteen liittyy paljon sairastuneen toimintakyvyn ja elämänlaadun laskua. (Isohanni & Hietala & Kiesepää & Koponen & Lönnqvist & Suvisaari 2017, 142.)

Skitsofreniaa sairastavilla esiintyy usein diabetesta, metabolista oireyhtymää ja lihavuutta sekä sydän- ja verisuonisairauksia. Skitsofrenian taudinkuvaan liittyvä negatiivinen oireilu sekä kognitiiviset puutosoireet, epäterveelliset elämäntavat ja -terveyskäyttäytyminen, psykoosilääkitys, hoidon viivästyminen sekä muihin potilaisiin verrattuna hoidon alhaisempi taso ovat skitsofreniapotilaiden runsaan somaattisen sairastavuuteen vaikuttavia asioita. Skitsofreniapotilaiden elinikä muuhun väestöön verrattuna on noin 20% lyhyempi tämän runsaan sairastavuuden vuoksi. (Salokangas 2009, 505.) Vaikeissa mielenterveyden häiriöissä, joihin skitsofrenia luokitellaan, tyypin 2 diabeteksen esiintyvyys on 2-3-kertainen muuhun väestöön verrattuna. On myös arvioitu, että diabetes on tunnistamatta jopa 70 prosentilla vaikeaa mielenterveyden häiriötä sairastavista, kun taas väestössä diabetes on tunnistamatta 25-30 prosentilla. (Heiskanen 2015, 7.) Salokangas toteaa kirjoituksessaan (2009, 510), että skitsofreniaa sairastaville tulisi järjestää terveellisiä elämäntapoja tukevaa ohjausta; päivittäinen liikunta, terveellinen ruokavalio ja ruoan valmistaminen sekä tupakoinnin, alkoholin ja huumeiden käytön välttäminen ovat oleellisia ohjausta tarvitsevia asioita.

Kohonnut riski metaboliseen oireyhtymään ja tyypin 2 diabetekseen liittyy ylipainoon, etenkin vyötärölihavuuteen ja kohonneeseen verenpaineeseen. Metabolista oireyhtymää esiintyy moninkertaisesti muuhun väestöön verrattuna skitsofreniaa sairastavilla jo sairauden alkuvaiheessa. Jotkut uudet psykoosilääkkeet, esimerkiksi klotsapiini ja olantsapiini saattavat laukaista nopeasti kehittyvän diabeteksen. Useisiin psykoosilääkkeisiin liittyy painonnousua, joka on ensimmäisten kuukausien aikana nopeinta. Tämä tulisi huomioida skitsofreniaa sairastavien lääkehoidon aloituksessa. (Isohanni ym. 2017, 157.)

Tämän opinnäytetyön yhteistyötahona toimi Niemikotisäätiö, joka tarjoaa mielenterveysavokuntoutus palveluja helsinkiläisille mielenterveyskuntoutujille. Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli kuvata Niemikotisäätiön henkilökunnan kokemuksen kautta tulleita haasteita skitsofreniapotilaiden diabeteshoidossa sekä kuvata Niemikotisäätiön henkilökunnan kokemusta omasta osaamisestaan diabeteksen hoidossa. Tämä opinnäytetyö oli luonteeltaan toiminnallinen ja sen tavoitteena oli tuottaa Niemikotisäätiön asumispalveluiden henkilökunnan käyttöön ohjelehtinen, tukemaan diabeteshoitotyötä Niemikotisäätiön yksiköissä.

2 Diabetes

2.1 Diabeteksen tunnistaminen

Tyypin 2 diabeteksen oireet voivat olla huomaamattomia ja niitä voi olla vaikeaa aluksi yhdistää diabetekseen. Sen tunnusmerkkejä on hitaan kehittymisen myötä väsymys ja yleinen vetäjäntömyys erityisesti ateriointien jälkeen. Masennus ja ärtyisyys, sekä näön heikkeneminen, jalkasäryt sekä jalkojen puutuminen ja herkkyys tulehduksille voivat olla 2. tyypin diabeteksen tunnusmerkkejä. (Diabetesliitto 2018.)

Terveet munuaiset suodattavat runsaita määriä sokeria ja suodattunut sokeri imeytyy takaisin verenkiertoon lähes kokonaan. Verensokerin ollessa normaalitasoa korkeampi munuaisten takaisinimeytymiskapasiteetti ylittyy ja sokeria erittyy virtsaan. Tällöin virtsaneritys lisääntyy ja seurauksena on virtsaamistarpeen lisääntyminen etenkin yöaikaan. Tämä taas aiheuttaa limakalvojen sekä suun kuivumista ja täten janoa ja mahdollisesti myös painonlaskua. Joten jatkuva jano ja juominen sekä vessassa käymisen lisääntyminen voivat olla merkinä diabeteksestä. (Ilanne-Parikka & Rönnemaa & Saha 2015, 345.)

Ylipainoisilla on suurempi riski sairastua 2. tyypin diabetekseen, poikkeuksena ovat kuitenkin afrikkalais- ja aasialaistaustaiset henkilöt, joille 2. tyypin diabetes voi kehittyä ilman ylipainoa. Muita riskitekijöitä sairastumiseen liittyvät korkea ikään, suvussa esiintyvä diabetes, fyysisen aktiivisuuden vähäisyys, kohonnut verenpaine, uniapnea, tai unihäiriöt, lääkitys, psykososiaalinen tai sosioekonominen kuormitus, sekä suurena tekijänä masennus ja siihen liittyvä lääkitys. On myös tiedossa, että skitsofreniaa sairastavilla esiintyy huomattavasti enemmän 2. tyypin diabetesta, joka liittyy lääkitykseen. On suositeltu, että skitsofreenikoita, joilla on antipsykoottinen lääkitys, tulisi tiiviisti seurata diabeteksen kehittymisriskin vuoksi. (Käypähoito 2018.)

2.2 Diabeteksen hoito ja hoidon ohjaus

Tyypin 2 diabeteksen hoidossa oleellista on diabeetikon oma aktiivinen hoito-ote ja sitoutuminen terveyttä edistäviin elämäntapoihin sekä tarvittaessa lääkehoitoon. Diabeteksen hoidon perustana ovat tiedon ja taitojen hankinta, omaseurannan toteuttaminen sekä säännölliset käynnit diabeteshoitajalla ja -lääkärillä sekä seurantatutkimuksissa. Omaseurannassa on tarpeellista seurata verensokeria ja painoa sekä tarvittaessa verenpainetta. (Ilanne-Parikka & Rönnemaa & Saha 2015, 344.)

Hoitokeinona ovat painon pudottaminen sekä ruokavalio- ja liikuntatottumuksien muuttaminen. Painon pudottamisen avulla diabetes on mahdollista saada remissioon, jolloin verensokeri arvot lähellä normaalia ja lääkitystä ei tarvita. Suunnilleen 5%:n painon pudotus vaikuttaa positiivisesti verensokeriarvoihin. Painonpudotuksessa tärkeää on pyrkiä pysyvään painon laskuun. (Mustajoki 2018.) Diabeteksen hoidossa ravitsemussuositukset ovat samat kuin

muullakin väestöllä; terveellistä ja monipuolista ruokaa. Diabeetikoita voi ohjata syömään ravitsemussuositusten mukaan, joka koostuu runsaasta määrästä vihanneksia, palkokasveja, hedelmiä, juureksia ja marjoja, joita tulisi syödä vähintään 500g päivässä. Lisäksi kalaa tulisi syödä 2-3 kertaa viikossa ja lihavalmisteita tai punaista lihaa tulisi syödä maksimissaan viikossa 500g. Viljavalmisteita tulisi naisten syödä 6 annosta ja miesten 9 annosta päivässä. Pähkinöitä ja siemeniä n. 2rkl päivässä. Nesteen tarve on yksilöllistä, mutta 2 tyypin diabeteksessä tulisi välttää sokeroituja juomia. Hyvä janojuoma on esimerkiksi vesi, jota tulisi päivittäin juoda 1-1,5 litraa ruokien sisältämien nesteiden lisäksi (Evira. Aikuisten ravitsemussuositukset, 2016.).

Terveellisellä ruokavaliolla ehkäistään ylipainoa, sekä sen avulla voidaan pitää verensokeri tasapainossa. Diabetesliiton mukaan diabeetikon ruokavaliota koostaessa kannattaa käyttää pohjolan ruokakolmiota (liite 4).

Liikunnan lisäämisessä pyritään sen säännöllisyyteen. Liikunta vähentää insuliiniresistenssiä ja parantaa verensokeri tasapainoa, edesauttaa painonhallinnassa, vaikuttaa myönteisesti keuhkojen sekä sydän- ja verenkiertoelimistön toimintaan, veren rasva-arvoihin ja verenpaineeseen. Liikunta lisää myös hyvinvointia ja vaikuttaa vireystilaan. (Mustajoki 2018.) Kohtuukuormitteista liikuntaa tulisi viikossa harrastaa 210 minuuttia tai raskasta liikuntaa 125 minuuttia. Liikunta olisi hyvä jakaa useammalle päivälle, jotta kuormitus ei kasaannu vain muutamalle päivälle (Käypä hoito. Liikunta. 2016). Diabeetikolle sopivia liikuntamuotoja ovat mm. kävely, uinti, pyöräily ja yläraajaharjoitteet (Rauramaa, Käypä hoito 2015).

Tyypin 2 diabeteksen lääkehoidossa ensisijainen lääkevalmiste on metformiini, se vähentää maksan sokerin tuotantoa. Insuliinihoitoa saatetaan tarvita haiman toiminnan heikentyessä, jolloin metformiini tablettihoitoon voidaan yhdistää insuliinineritystä lisääviä lääkevalmisteita tai insuliiniherkistäjiä. (Ilanne-Parikka & Rönnemaa ym 2015, 344-354.)

Hoidon tavoitteena on sujuva arki ilman liiallisia rajoitteita, normaalin pituinen ja mahdollisimman hyvä elämä sekä komplikaatioiden välttäminen. Verensokerin tasapainon ylläpitäminen ja potilaan oireettomuus ovat diabeteksen konkreettisia hoidon tavoitteita. Hoidon tavoitteissa tulee huomioida potilaan omahoidon voimavarat ja elämäntilanne ja määritellä tavoitteet yksilöllisesti. (Käypähoito 2018.)

HbA1c (sokerihemoglobiini)-pitoisuus kuvaa diabeteksen hoitotasapainoa eli pitkäaikaista verensokeri tasapainoa. Sen tavoite arvo on alle 53 mmol/mol. Omamittauksen paastoarvon tavoite on alle 7 mmol/l ja aterian jälkeisen (n. 2 tuntia ruokailusta) verensokeripitoisuuden tavoite arvo on alle 10 mmol/l. LDL-kolesterolipitoisuuden tavoite arvo on alle 2,5 mmol/l ja verenpaineen tavoite on alle 140/80 mmHg. (Käypähoito 2018.)

Diabetesohjaaminen tulisi aloittaa riskiryhmien kohdalla jo ehkäisevänä, ennen kuin diabetesta on todettu. Terveyden ja hyvinvointilaitoksen julkaiseman oppaan; Tartu toimeen-ehkäise diabetes (Lindström, Neumann & Sheppard ym. 2011) mukaan diabeteksen ehkäisyn avaimet ovat elintapamuutoksissa ja se on erittäin kustannustehokasta erityisesti riskiryhmässä oleville. Oppaan mukaan myös aikainen toteaminen ja ehkäisevän työn aloittaminen voi ehkäistä lisäsairauksien syntymistä. Koska skitsofreniaa sairastavat kuuluvat riskiryhmään ja heillä esiintyy 4-5 kertaa enemmän diabetesta kuin yleisväestöllä (Heiskanen 2015, 25) tulisi tämä ottaa huomioon skitsofreniaa sairastavien kanssa työskentelevien kohdalla. Ajantasainen tieto ja diabetesohjaaminen on tärkeitä työvälineitä skitsofreniaa sairastavien elintapaohjauksessa. On tutkittu, että mitä paremmin elintapamuutokset saavutetaan, sitä pienempi on riski sairastua diabetekseen (Lindström ym. 2011, 11).

2.3 Diabeteksen lisäsairaudet

Diabetekseen liittyy sairauksia, jotka ovat seurausta diabeteksen aiheuttamista aineenvaihduntahäiriöistä. Nämä lisäsairaudet diabeetikko voi lähes kokonaan välttää, jos diabeteksen hoitotasapaino on hyvä, verenpaine- ja rasva-arvot ovat tavoitetasolla sekä diabeetikko ei tupakoi. Tarvittaessa lisäsairauksiin aloitetaan kullekin tarpeelliset hoitotoimenpiteet. On tärkeää löytää alkavat lisäsairaudet mahdollisimman ajoissa, jonka takia diabeetikon on oleellista käydä säännöllisesti määräaikaistarkastuksissa. (Ilanne-Parikka & Rönnemaa ym 2015, 467.)

Tyypin 2 diabeteksessa esiintyy usein insuliiniresistenssiä, joka on merkittävä aiheuttaja suurten valtimoiden ahtaumille ja sen kautta sydänsairauksille sekä alaraajojen ja aivojen verenkierrohäiriöille. Insuliiniresistenssiin liittyy poikkeavat veren rasva-arvot, kohonnut verenpaine, lisääntynyt veren hyytymistäipumus ja inflammaatio, jotka kaikki lisäävät valtimotautien vaaraa. (Ilanne-Parikka ym. 2015, 469.)

Korkea verensokeri vahingoittaa pieniä verisuonia, jonka seurauksena saattaa tulla vaurioita silmiin (diabeettinen retinopatia), munuaisiin (diabeettinen nefropatia) ja hermoihin (diabeettinen neuropatia). Diabetes lisää myös huomattavasti riskiä sairastua sepelvaltimotautiin, aivoinfarktiin ja perifeeriseen valtimotautiin. (Ilanne-Parikka ym. 2015, 468.)

2.4 Psykoosilääkkeet ja diabetes

Psykoosilääkkeet jaetaan kahteen ryhmään, perinteisiin ja uudempiin eli epätyypillisiin psykoosilääkkeisiin. Psykoosilääkkeiden käyttöaika skitsofrenian hoidossa saattaa olla kymmeniä vuosia, usein jopa koko eliniän. Psykoosilääkkeet aiheuttavat lähes poikkeuksetta painon nousua ja eniten paino nousee aloitettaessa psykoosilääkitystä ensimmäisen kerran. Painon nousu psykoosilääkityksen seurauksena ennustaa usein myöhempää lihavuutta, eikä psykoosilääkkeen vaihtamisesta painon nousun jälkeen välttämättä seuraa laihtuminen, vaikka toinen

lääke olisi vähemmän lihottava. Psykoosilääkehoidon seurauksena tullutta painon nousua voidaan hoitaa lääkeshoidolla, esimerkiksi metformiinilla ja topiramaailla. Psykoosilääkkeet voivat lisätä diabeteksen riskiä myös ilman merkittävää painon nousua. (Heiskanen 2015.)

Verrattaessa ilman psykoosilääkitystä oleviin, psykoosilääkkeen käyttöön liittyy suurempi diabeteksen esiintyvyys. On todettu, että uudempiin psykoosilääkkeisiin liittyy vähän suurempi diabetekseen sairastuminen kuin perinteisiin psykoosilääkkeisiin. Tutkimuksilla on saatu viitteitä siitä, että uudempiin psykoosilääkkeisiin liittyvä sentraalinen ja perifeerinen M3-muskariinireseptoriantagonismi voi olla yhtenä syynä kohentuneeseen diabetesriskiin. Suurin M3-reseptoriaffiniteetti on uudempien psykoosilääkkeiden ryhmästä olantsapiinilla ja klotsapiinilla. Näillä lääkeaineilla on skitsofreniaa sairastavan pitkäaikaisessa lääkeshoidossa todettu olevan yhteyttä hyperglykemiaan, tyypin 2 diabetekseen ja maksan insuliiniresistenssiin. Skitsofreniaa sairastavilla on todettu yleisväestöön verrattuna enemmän myös diabeettista ketoasidoosia, mikä osittain johtuu myös psykoosilääkityksestä. Diabeettisen ketoasidoosin yhdeksi laukeavaksi tekijäksi on todettu myös uudemman psykoosilääkkeen aloittaminen. Olantsapiiniin ja klotsapiiniin käyttöön on liittynyt eniten ketoasidoosia, ja tapauksista puolella on ollut taustalla monilääkitystä. Diabeettinen ketoasidoosi on tavallisesti ilmennyt heti lääkkeen aloittamisen jälkeen, eikä painon nousua ole välttämättä esiintynyt lääkeshoidon aloittamisessa. (Heiskanen 2015, 11.)

3 Skitsofrenia

Skitsofrenia on vakava psykiatrinen sairaus, joka yleensä alkaa melko nuorella iällä. Miehet sairastuvat skitsofreniaan yleisimmin 20-28 vuotiaina ja naiset muutamaa vuotta myöhemmin. Skitsofreniassa on useita eri alatyyppejä, joissa jokaisessa on hieman erilainen oireisto. Oireet vaihtelevat myös ihmisen mukaan, joillakin oireita ilmenee useita ja joillakin vain muutama. Diagnoosi edellyttää, että ihmisellä on ilmennyt vähintään kuukauden ajan kaksi eri oiretta, jotka voidaan sanoa olevan tyypillisimpiä oireita sairaudessa. (Huttunen 2017.)

Skitsofrenia on jaoteltu viiteen eri oireyhtymään, jotka ovat harhaluulot, eli deluusiot, aistiharhat, hajanainen puhe, pahasti hajanainen tai outo käytös tai selvämotorinen jäykkyys tai kiihtyneisyys, sekä ns. negatiiviset puutosoireet, kuten tunneilmaisun latistuminen, puheen köyhtyminen tai tahdottomuus (Huttunen 2017). Skitsofrenia vaikuttaa laaja-alaisesti ihmisen elämään ja se vaikeuttaa ihmisen kykyyn selvitä arjesta ja sosiaalisista kanssakäymisistä (HUS, mielenterveystalo).

Skitsofrenian ennako-oireet ovat erittäin vaikeita tunnistaa (Käypä hoito 2018, skitsofrenia), mutta se olisi taudin kannalta ensisijaisen tärkeää. Mikäli skitsofrenia havaitaan ennako-oireiston perusteella, pystytään sen ilmenemistä tai sairauden voimakkuutta lievittämään (Huttunen 2017). Ennako-oireita ovat usein ahdistus, masennus ja toimintakyvyn aleneminen. Ne saattavat kestää muutamasta päivästä, jopa vuosiin ja ennako-oireita saattaa jo puhjennut

skitsofrenian aikana tulla esimerkiksi pahenemisvaiheita ennen. Kuitenkaan kaikki ennakkooireista kärsivät eivät sairastu psykoosiin (Käypä hoito 2018, skitsofrenia).

3.1 Skitsofrenian vaikutus toimintakykyyn

Mielenterveyshäiriöihin liittyy toimintakyvyn heikkenemistä, johon vaikuttaa useat tekijät. Samaa psykiatrasta sairautta sairastavat saattavat toimintakyvyn osalta erota toisistaan huomattavan paljon, joten epidemiologisiin tutkimuksiin ei voida perustaa tarkkaa kuvausta skitsofreniaa sairastavan toimintakyvystä. Toimintakykyyn vaikuttavat mm. henkilön persoonallisuus, motivaatio ja osaaminen, toimintaympäristö, sairauden kesto sekä kuntoutus ja hoito. (Tuisku, Vuokko, Laukkala, Mäntynen & Melartin 2012, 2254-2255.)

Suurella osalla skitsofreniaan sairastuneista on kognitiivisten toimintojen puutoksia, jotka vaikuttavat toimintakykyyn. Tärkeimpiä kognitiivisten toimintojen puutoksia ovat muistin, keskittymisen sekä tarkkaavaisuuden häiriöt ja toiminnanohjauksen vaikeudet. Toiminnanohjauksen vaikeudet ilmenevät laajasti mm. uuden oppimisen, tiedon vastaanoton sekä käsittelyn ja päätöksenteon ongelmina, ongelmanratkaisukykyyn puutoksena, joustamattomuutena sekä toimintatapaan juuttumisena. Skitsofreniaan sairastuneelle on myös yleistä käsitteellisen ajattelun häiriintyminen. (Isohanni ym. 2017, 152.) Tämä tukee myös Niemikotisäätiön henkilökunnalle tehtyä kyselyä, jossa yhtenä kysymyksenä kartoitettiin henkilökunnan huomioita siitä, mitkä ovat suurimpia haasteita mielenterveyskuntoutujan diabeteshoidossa. Tätä aihetta on käsitelty opinnäytetyössä myöhemmin kohdassa, jossa käsitellään tarkemmin kyselyn tuloksia.

Kognitiivisten toimintojen puutokset vaikeuttavat skitsofreniaa sairastavien pärjäämistä arkielämässä. Toimintakykyyn liittyvät arviot ovat tuoneet esille ja skitsofreniaa sairastavat ovat kokeneet, että välineelliset aktiviteetit ja sosiaalinen pärjääminen ovat erityisesti hankalia ja myös perustaidoissa selviytymisessä on vaikeuksia. Tarkkailtaessa skitsofreniaa sairastavien toimintakykyä ovat sosiaalisiin tilanteisiin liittyvien ongelmien ratkaisemisen puutteelliset taidot ja hankaluudet yhteisöllisessä osallistumisessa sekä aktiivisuudessa nousseet päällimmäisenä esille sosiaalisiin taitoihin liittyvissä vaikeuksissa. Sosiaalisten taitojen hankaluuksiin on yhdistetty myös tarkkaavaisuuden häiriöt ja vaikeudet puhua ymmärrettävästi. Yhteisöllisen osallistumisen vaikeuksiin on yhdistetty muistitoimintojen vaikeudet sekä yleinen kognitiivisen tason aleneminen. (Tiusanen 2015, 10-11.)

Skitsofreniaa sairastavalla on usein heikentynyt kokemus kivusta, joka voi viivyttää hoitoon hakeutumista. Myös skitsofrenian negatiiviset oireet ja kognitiiviset puutosoireet saattavat heikentää aloitekykyä ja täten avun hakemista. Kognitiiviset puutosoireet saattavat myös vaikeuttaa skitsofreniaan sairastuneen asioimista monimutkaisessa palvelujärjestelmässä ja hoito-ohjeiden toteuttamista. (Salokangas 2009, 509.)

3.2 Skitsofrenia ja metabolinen oireyhtymä

Metabolisen oireyhtymän riskitekijöitä ovat ylipaino ja erityisesti vyötärölihavuus, elintottumukset (vähäinen liikunta ja epäterveelliset ruokailutottumukset) ja osittain myös perinnölliset tekijät (Heiskanen 2015, 19). Oireyhtymässä keskivartaloon kertyneiden rasvasolujen väliin kertyy tulehdussoluja, jotka kulkeutuvat maksaan ja siellä aiheuttavat vakavia maksan toiminnan häiriöitä. Näitä ovat mm. verensokerin ja verenpaineen nousu, sekä rasva-arvojen häiriintyminen (Mustajoki 2017). Terveyskirjaston mukaan metabolinen oireyhtymä on kyseessä, jos seuraavista viidestä ehdosta kolme täyttyy; vyötärön ympäryys ylittää miehillä 100cm ja naisilla 90cm, veren rasvojen, triglyseridien määrä on suurentunut (yli 1,7mmol/l), veren HDL-kolesterolin määrä pienentynyt (alle 1,0mmol/l miehellä ja alle 1,3mmol/l naisella), verenpaine on koholla (130/85 tai enemmän) ja yöpaaston jälkeen verensokeri on ylärajoilla tai kohonnut (plasman glukoosipitoisuus yli 5,7mmol/l). (Mustajoki 2017.) Tyypin 2 diabetes usein liittyy metaboliseen oireyhtymään, siksi molempien hoitoon liittyy samat piirteet elintapamuutosten osalta (Diabetesliitto 2017).

Salokangas (2009) on katsauksessaan kirjoittanut skitsofreniapotilaan somaattisista sairauksista ja todennut lihavuuden, diabeteksen ja metabolisen oireyhtymän olevan skitsofreniapotilailla yleisempää kuin muulla väestöllä. Syynä tähän voi olla toisen polven psykoosilääkityksessä, joiden käyttöön liittyy painonnousua. Juuri painonnousu ja sen vuoksi varsinkin keskivartalolihavuus ovat merkittävässä osassa metabolisen oireyhtymän synnyssä ja sen kautta 2. tyypin diabeteksen puhkeamisessa. (Salokangas 2009.)

Käypähoito suosituksen (2018) mukaan skitsofreniaa sairastavalle suositellaan erityisesti metabolisen oireyhtymän yleisyyden vuoksi kognitiivisbehavioraalista terapiaa lievittämään oireita, sekä ryhmämuotoista, tavoitteellista hoitoa, jolla saadaan edistettyä skitsofreniaa sairastavien terveempiä elintapoja.

3.3 Mielenterveyskuntoutus

Mielenterveysongelmat alkavat usein jo nuorena, vaikka useat sairastuneista kuntoutuvat, on silti tavallista, että sairausjaksot toistuvat ja pitkittyvät, ja myös kroonistuvat jatkuen koko eliniän. Mielenterveysongelmien hoito ja kuntoutus muodostavat kokonaisuuden, jonka tavoite on parantaa sairastuneen elämänlaatua ja arkipäivän askareissa toimimista. Mielenterveyskuntoutus on monialainen kuntouttavien palveluiden kokonaisuus, jossa ammattihenkilöiden tehtävänä on toimia mielenterveyskuntoutujan yhteistyökumppaneina tukemalla, motivoimalla ja rohkaisemalla kuntoutujaa asettamaan kuntoutumiselleen tavoitteita ja saavuttamaan niitä. Mielenterveyskuntoutukseen kuuluvat mm. sosiaalisten vuorovaikutustaitojen kehittäminen ja arjen askareiden harjoittelu. Kuntoutukseen sisältyy myös ammatillista kuntoutusta, esimerkiksi työharjoittelua, tuettua työtoimintaa ja koulutusta. Mielenterveyskuntoutus on yksilöllistä ja kuntoutustarvetta suunnitellaan sekä toteutetaan yksilöllisen tar-

peen ja kuntoutujan elämäntilanteen mukaan. Asumisen tukijärjestelyt, esimerkiksi palveluasuminen, on osa mielenterveyskuntoutusta. Mielenterveyskuntoutukseen kuuluu psykoedukaatiota eli tiedon antamista sairaudesta, joka on tärkeää etenkin sairastumisen alkuvaiheessa niin sairastuneelle kuin hänen läheisilleen. (Tuulio-Henriksson 2013, 146-148.)

Koivuranta toteaa artikkelissa (2009) skitsofreniaa sairastavien hoidon ja kuntoutuksen olevan paljolti muiden varassa, joten myös diabeteksen hoito ja ohjaus tulisi huomioida psykiatrisen hoidon ohella. Diabeteshoitajan asiantuntemuksen käyttöön tulisi kuntoutujilla olla mahdollisimman alhainen kynnyks ja kuntoutuksen tulisi sisältää ohjattua yksilö- tai ryhmätoimintaa diabeteksen hoitoon liittyen. (Koivuranta 2009.)

Terveyden huoltolaissa (L 1326/210) on määritelty palveluvalikoimaan kuuluvaksi sairauksien ennaltaehkäisy, sairauden toteamiseksi tehtävät tutkimukset sekä taudinmääritys, hoito sekä kuntoutus (terveydenhuollon palveluvalikoima 7 a §). Terveyden huoltolaissa määritellään, että kuntien tulee järjestää alueen asukkaiden terveyden ja hyvinvoinnin edistämiseksi tarpeellinen mielenterveystyö (mielenterveystyö 27 §). Mielenterveyslaissa (L 1116/1990) määritellään, että mielenterveyspalvelut on ensisijaisesti järjestettävä avopalveluina (mielenterveyspalvelujen periaatteet 4 §).

Mielenterveysavohoitoon kuuluu oman alueen terveysasema. Useilla terveysasemilla on psykiatria sairaanhoitajia jotka yhteistyössä terveyskeskuslääkärin kanssa tarjoavat apua sekä tukea lähinnä akuuteissa tilanteissa ja lähetteen saamisessa erikoissairaanhoidon. Erikoissairaanhoidon järjestää psykiatria palveluita sekä avohoidossa ja sairaalassa. Tärkein avohoidon erikoissairaanhoidon palvelu mielenterveyskuntoutujille on psykiatriset poliklinikat, joiden palveluihin pääsemiseksi tarvitaan aina lähete. (THL, mielenterveydenpalvelut 2018.) Kolmannen sektorin toimijat täydentävät muuta mielenterveyskuntoutuksen palvelujärjestelmää ja raha-automaattiyhdistys RAY on tärkeä rahoittaja kolmannen sektorin toiminnassa. Asumispalveluja tuottaa usein yksityinen yritys tai kolmas sektori ja kunnat ostavat nämä mielenterveyskuntoutuspalvelut tai järjestää itse tarvittavat asumisenpalvelut ja tuet. (Tuulio-Henriksson 2013, 153.)

Vain pieni osa mielenterveysongelmia sairastavista tarvitsee sairaalahoitoa, suuri osa mielenterveyskuntoutujista saa kuntoutuspalveluja avohoidosta. Paikkoja psykiatrisissa sairaaloissa on nykyään noin 3500, kun enimmillään niitä on ollut noin 20 000. Avohoidon osuus mielenterveyskuntoutuksessa kasvaa jatkuvasti ja psykiatrisen sairaalahoidon tarve vastaavasti vähenee. Tärkeä avohoidon osa on mielenterveyskuntoutujien asumispalvelut, joiden palveluja käyttää tällä hetkellä noin 8000 mielenterveyskuntoutujaa. Asumispalveluja on tarjolla eri asteisesti tuetuilla palveluilla aina tukiasumisesta ympärivuorokautiseen palveluasumiseen. Asumispalveluja tarvitsevat mielenterveyskuntoutujat sairastavat usein vaikeita mielenterveyshäiriöitä, yleisimmin skitsofreniaa, ja tarvitsevat tukea ja ohjausta arkielämän sujumiseen. (THL, mielenterveydenpalvelut 2018.)

4 Niemikotisäätiön toiminta

Niemikotisäätiö on Helsingissä toimiva vuonna 1983 perustettu yksityinen säätiö, joka toimii Helsingin kaupungin tytäryhtiönä. Niemikotisäätiön toiminta on yleishyödyllistä ja voittoa tavoittelematonta, toiminta rahoitetaan asiakasmaksujen lisäksi kaupungin avustuksien ja ostopalvelujen tuella. Niemikotisäätiön toiminnan pääpaino on asumiskuntoutuksessa, jonka lisäksi säätiö tarjoaa päiväkeskus- ja työtoimintaa, koulutus- ja valmennustoimintaa sekä palvelunkäyttäjille vapaa-ajan toimintaa ja vertaistukitoimintaa. Niemikotisäätiön palvelut ovat tarkoitettu kaikille mielenterveys ongelmista kärsiville täysi-ikäisille helsinkiläisille. (Niemikotisäätiö.)

Niemikotisäätiö tarjoaa tehostettua palveluasumista asumiskuntoutusyksikkö Eirassa ja asumisvalmennusyksikkö Skarpissa. Yksiköissä on henkilökunta paikalla ympärivuorokauden ja asuminen on yhteisöllistä ryhmäasumista. Eiran asumisyksikössä on paikkoja 28:lle palvelunkäyttäjälle ja he asuvat omissa yksiköissä, lisäksi käytössä on asumisyksikön yhteiset tilat. Asumisvalmennusyksikkö Skarppi on tarkoitettu nuorille aikuisille. Skarpissa on 10 paikkaa palvelunkäyttäjille ja käytössä on omat huoneet ja yksikön yhteiset tilat. (Niemikotisäätiö.)

Tuettua asumista Niemikotisäätiö tarjoaa Myllypadon ja Tinasepän asumiskuntoutusyksiköissä sekä Lassilan tuetuissa asunnoissa. Myllypadon asumiskuntoutusyksikössä henkilökuntaa on paikalla ympärivuorokautisesti. Yksikössä on 34 asumispaikkaa palvelunkäyttäjille, joilla suurella osalla on omat yksiöt ja osa palvelunkäyttäjistä asuu kahden hengen soluasunnoissa, lisäksi yksikössä on palvelunkäyttäjien käyttöön yhteiset tilat. Tinasepässä henkilökunta on paikalla joka päivä aamusta iltaan ja yöaikaan on tarvittaessa yöpäivystyksen työntekijä käytettävissä. Yksikössä on paikkoja 35:lle palvelunkäyttäjälle, kaikilla on omat yksiöt ja lisäksi käytössä on yksikön yhteiset tilat. Lassilan tuetuissa asunnoissa henkilökunta on paikalla arkinen aamusta iltaan ja viikonloppuisin klo 9.-15. Palvelunkäyttäjiä yksikössä on 21, joilla on omien asuntojen lisäksi käytössä yksikön yhteiset tilat. (Niemikotisäätiö.)

Niemikotisäätiö tarjoaa tuettua asumista Karhunkallion ja Otsonpolun kuntoutumiskodeissa ja tuetuissa asunnoissa sekä Kallion ja Puusuutarin tuetuissa asunnoissa. Tuetussa asumisessa tukea ja ohjausta on saatavilla virka-aikaan ja lisäksi yöaikaan tarvittaessa yöpäivystyksestä. Niemikotisäätiön tuettu asuminen tarjoaa 93:lle mielenterveyskuntoutujalle asumispalveluita. (Niemikotisäätiö.)

Niemikotisäätiön Jälleen vuokrauksella on noin 1000 asuntoa Helsingin alueella. Toiminnan tavoitteena on itsenäisesti asuvien palvelunkäyttäjien elämänlaadun kohottaminen, syrjäytymisen ehkäiseminen sekä itsenäisyyden tukeminen. Jälleen vuokrauksen henkilökunta tapaa palvelunkäyttäjiä säännöllisesti palvelunkäyttäjien kotona ja ovat tavoitettavissa puhelimitse virka-aikaan, lisäksi yöaikaan palvelunkäyttäjien käytettävissä on yöpäivystyksen työntekijä. Yöpäivystys ja Akku-arviointiyksikkö on osa jälleen vuokrauksen toimintaa. Yöpäivystyksessä

työskentelee työntekijä vuoden jokaisena päivänä klo 19.00-05.30. Yö-päivystäjä tekee käyn-
tejä asumisyksiköihin ja on tavoitettavissa puhelimitse päivystysaikana. (Niemikotisäätiö.)

Akku-arviointiyksikkö on Niemikotisäätiön asumiskyvyn arviointia mielenterveyskuntoutujille
tarjoava yksikkö. Arviointijaksoilla on samanaikaisesti enintään kuusi palvelunkäyttäjää ja ar-
viointijakso kestää noin viisi viikkoa. Akussa työskentelee virka-aikaan kaksi työntekijää. Yk-
sikkö toimii asumiskuntoutusyksikkö Tinasepän kanssa samoissa tiloissa ja yöpäivystys on yöai-
kaan Akun palvelunkäyttäjien käytettävissä. (Niemikotisäätiö.)

Asumispalvelujen lisäksi Niemikotisäätiö tarjoaa toiminnallista kuntoutusta kahden päivätoi-
mintakeskuksen, kulttuuripaja Elviksen, kolmen työtoimintayksikön ja Mielitöihin valmennus-
yksikön muodossa. Lisäksi Niemikotisäätiöllä on toimintakeskus Kesäharju, joka tarjoaa mah-
dollisuuden harrastaa vapaa-ajan aktiviteetteja. (Niemikotisäätiö.)

5 Opinnäytetyön tarkoitus ja tavoite

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli kuvata Niemikotisäätiön henkilökunnan kokemuksen
kautta tulleita haasteita skitsofreniapotilaiden diabeteshoidossa sekä kuvata Niemikotisäätiön
henkilökunnan kokemusta omasta osaamisestaan diabeteksen hoidossa. Tämä opinnäytetyö oli
luonteeltaan toiminnallinen ja sen tavoitteena oli tuottaa Niemikotisäätiön asumispalveluiden
henkilökunnan käyttöön ohjelehtinen, tukemaan diabeteshoitotyötä Niemikotisäätiön yksi-
köissä.

6 Tutkimuksen tekeminen

6.1 Tutkimuskysymykset

1. Mitä haasteita on mielenterveyskuntoutujan diabeteshoidossa Niemikotisäätiön henki-
lökunnan kokemuksen mukaan?
2. Millaisena Niemikotisäätiön henkilökunta kokee oman osaamisensa diabeteshoito-
työssä?
3. Millaista yhteistyötä Niemikotisäätiön eri yksiköissä tehdään oman alueen terveysase-
man diabeteshoitajan kanssa?

6.2 Alkukartoitus ja menetelmät

Kysely tehtiin sähköpostikyselynä työnantajan edustajan valitsemien yksiköiden henkilökun-
nalle. Kyselyyn vastaajiksi valikoitui 49 henkilöä, jotka työskentelivät yksiköissä, joissa on
diabetesta sairastavia palvelunkäyttäjää. Näiden yksiköiden työntekijöiden lisäksi kysely lähe-
tettiin kaikille Niemikotisäätiössä työskenteleville sairaanhoitajille. Kyselyalustana käytimme
survey monkeyn kyselytutkimustyökalua verkossa Niemikotisäätiön toiveesta.

Sähköpostikyselyn jälkeen tulokset analysoitiin ja tarkasteltiin, mitkä ovat keskeisimpiä asioita, jotka nousivat kyselystä esille. Erityisesti perehdyimme haasteisiin, joita mielenterveysavokuntoutujien kanssa oli tullut esille diabetesta koskien, sekä siihen millaiseksi Niemikotisäätiön henkilökunta koki oman osaamisen diabeteksen hoidossa. Näiden pohjalta tuotimme ohjelehtisen, jonka annoimme Niemikotisäätiön vapaaseen käyttöön.

6.3 Aineiston analysointi

Aineiston analysoinnissa käytimme monimenetelmätutkimusta (mixed methods research), joka yhdistää laadullisen ja määrällisen tutkimuksen (Saaranen, Sormunen, Tossavainen & Turunen 2013).

Niemikotisäätiön henkilökunnan oman arvioinnin diabetesosaamisesta tuloksia analysoimme aineiston monivalintakysymysten vastauksilla kuvaamalla tuloksia tilastokuvioilla. Kuvasimme prosenttijakaumia tässä työssämme pylväskuvioilla. (Vehkalahti 2008, 63.)

Kyselyillä kerätyn aineiston avoimien kysymysten vastaukset analysoimme sisällönanalyysin avulla, jolla saimme selvitettyä pääasiallisia haasteita mielenterveyskuntoutujan diabetesohjauksessa ja kunkin Niemikotisäätiön yksikön yhteistyön toimivuutta ja laatua oman alueen diabeteshoitajan kanssa.

Aineistolähtöisessä sisällönanalyysissä aineistoa tutkitaan avoimin kysymyksin ja selvitetään mitä kerätty aineisto kertoo tutkittavasta asiasta. Analyysissä pyritään tunnistamaan aineistosta tutkittavaa asiaa kuvaavat tekstin osiot. Pelkistettäessä aineistoa merkitykselliset tekstit tiivistetään niin, että tekstien olennainen sisältö säilyy. Opinnäytetyön arvioivassaseminaarissa ja tulosten esittelyssä Niemikotisäätiölle esitimme lainauksia aineistosta, joilla oikeuteen tekemämme analyttiset päätelmät. (Juvakka & Kylmä 2014, 117.)

Aineiston pelkistämävaiheessa kokosimme pelkistetyt ilmaisut toiselle paperille ja vertailimme niitä sekä etsimme sisällöllisesti saman tyyppisiä ilmaisuja. Saman tyyppiset pelkistetyt ilmaisut yhdistimme samoihin luokkiin. Ryhmittelyssä siis etsittiin pelkistettyjen ilmaisujen yhtäläisyyksiä ja erilaisuuksia. Pelkistettyjen ilmaisujen yhdistämisen jälkeen nimesimme luokat niin, että luokan nimi kattaa kaikki sen alla olevat pelkistetyt ilmaisut. Yksityiskohtaisen analyysin teimme hahmottamalla ensin yleiskuvan aineistosta, pelkistämällä aineistosta poimitut otteet pelkistetyiksi ilmaisuiksi ja siitä ryhmittelimme alaluokkiin. (Juvakka & Kylmä 2014, 116-120.)

6.4 Ohjelehtinen tueksi diabetesohjaustilanteisiin

Palvelunkäyttäjän ohjaaminen sairauteen ja terveyteen liittyvissä asioissa on osa ohjaajien työtä. Sairastuessaan palvelunkäyttäjät saavat tietoa eri asiantuntijoilta, kuitenkin ohjaajilla on kokonaisvastuu palvelunkäyttäjän ohjauksessa ja neuvonnassa. Hyvin valmisteltu ja suunniteltu ohjaustilanne edesauttaa ohjauksen onnistumista. On tärkeää suunnitella ohjaustilanne

vastaamaan palvelunkäyttäjän yksilöllisiä tarpeita ja ohjauksen tavoitteita on hyvä täsmentää ohjaustilanteessa. Tavoitteiden suunnittelun jälkeen on hyvä miettiä, miten palvelunkäyttäjä omaksuu opittavan asian parhaiten. Ohjausta voidaan antaa ryhmäohjauksena tai henkilökohtaisena ohjauksena. (Heikkinen, Tiainen & Torkkola 2002, 26-28.)

Kyselyllä kerättyä tietoa Niemikotisäätiön henkilökunnan kokemista haasteista palvelunkäyttäjien diabeteksen hoidossa ja oman osaamisen arvioinnin tuloksia hyödynnettiin tässä opin- näytetyössä ohjelehtisen tuottamisessa, jotta ohjelehtinen olisi mahdollisimman kohderyhmälähtöinen. (Airaksinen & Vilka, 2003.)

Ohjelehtinen on tarkoitettu tueksi diabeteshoitotyöhön Niemikotisäätiön yksiköissä. Niemikotisäätiön henkilökunta voi käyttää ohjelehtistä diabeteskeskustelun ja -ohjauksen tukena tai suunnitella ohjauskeskustelua palvelunkäyttäjien kanssa. Ohjelehtiseen valikoitui perustietojen lisäksi elintapoihin liittyvät toimenpiteet, joilla tyypin 2 diabetesta pystyy itse ehkäisemään ja hoitamaan. Lisäksi ohjelehtisestä löytyy linkkejä, joista löytyy ajankohtaista tietoa diabeteksestä. Ohjaajat voivat käyttää näitä linkkivalintoja joko ennen ohjaustilannetta, jolloin ohjelehtisestä löytyvien linkkien takaa pystyy tulostamaan runsaasti materiaalia ohjaustilanteen tueksi. Ohjelehtinen tuotettiin pdf-muotoon, mutta Niemikotisäätiölle annettiin myös Word-muotoinen dokumentti, jolloin ohjelehtistä voidaan tulostaa aina tarvittaessa sekä muokata tarpeen mukaan, koska ohjeet elävät ja muuttuvat ajan myötä. (Heikkinen ym. 2002, 45-46.) Ohjelehtinen on tarkoitettu tulostettavaksi kaksipuolisena ja sen voi taittaa kahtia A5 koon.

7 Tulokset

7.1 Kyselyyn vastanneiden taustatiedot

Kyselyn kolmella ensimmäisellä kysymyksellä kartoitettiin vastaajien taustatietoja. Näillä tiedoilla selvitettiin vastaajien koulutustausta, työkokemus ja yksikkö, jossa Niemikotisäätiöllä työskentelee.

Kyselyyn vastasi 31 Niemikotisäätiön työntekijää, joten vastausprosentti kyselyyn oli n. 64%: a. Ensimmäisessä kysymyksessä kysyttiin vastaajan koulutusta ja vastausvaihtoehtoina olivat sairaanhoitaja, lähihoitaja, mielenterveyshoitaja, sosionomi tai jokin muu. Vastaajista sairaanhoitajia oli 8, lähihoitajia ja sosionomeja oli kumpiakin 9 vastaajaa ja jonkin muun koulutuksen omaavia oli 5 vastaajista. Mielenterveyshoitajia vastaajissa ei ollut yhtään.

Toisessa kysymyksessä kysyttiin vastaajan työkokemusta. Vastausvaihtoehtoina olivat alle 5 vuotta, 5-10 vuotta, 10-15 vuotta ja yli 15 vuotta. Lähes puolella (n. 45%) vastaajista oli yli 15 vuotta työkokemusta, 10-15 vuotta työkokemusta vastaajista oli viidesosalla (n. 19 %) ja 5-10 vuotta työkokemusta oli myöskin viidesosalla vastaajista (n. 19 %) sekä alle viisi vuotta työkokemusta oli n. 16 %:lla vastaajista.

Kyselyn kolmannessa kysymyksessä kysyttiin yksikköä, jossa työskentelee ja kysymys oli avoin kysymys. Vastaajista viisi työskenteli Eiran asumiskuntoutusyksikössä, yksi Haagan toimintatallossa, kaksi jälleen vuokrauksessa, yksi Kallion tuetuissa asunnoissa, neljä Lassilan tuetuissa asunnoissa, yksi Malmin päivätoimintakeskuksessa, seitsemän Myllypadon asumiskuntoutusyksikössä, kahdeksan Skarpin asumisvalmennusyksikössä, yksi Tinasepän asumiskuntoutusyksikössä, yksi Valtti valmennusyksikössä ja yksi yöpäivystyksessä.

7.2 Koulutus, kokemus ja osaaminen diabeteksen hoidossa

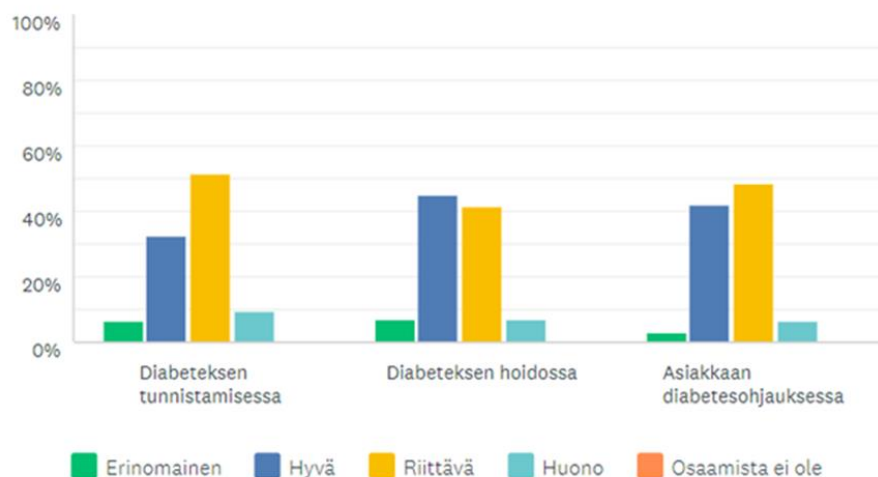
Neljännessä kyselyn kysymyksessä kysyttiin kuinka paljon ja millaista koulutusta on saanut työpaikallaan diabetekseen liittyen. Viidennessä kysymyksessä kysyttiin, millaista muuta kokemusta tai koulutusta vastaajalla on diabeteksen hoidosta ja diabeetikon ohjaamisesta. Kumpikin kysymys oli avoinkysymys.

Yksi kyselyyn vastannut kertoi, että on saanut koulutusta työpaikalla. Loput vastaajista kertoivat, ettei ole saanut koulutusta Niemikotisäätiön kautta diabeteksestä. Kaikki kyselyn vastaajat kertoivat omaavansa jonkinlaista kokemusta ja osaamista diabeteksen hoidosta. Osaaminen on osalle tullut ammatillisen tutkinnon kautta, sekä karttunut työkokemuksen, itseopiskelun tai henkilökohtaisten kokemusten kautta, myös diabeteshoitajalta on saatu tietoa enimmäkseen palvelunkäyttäjän kanssa käydessä diabeteshoitajan vastaanotolla.

7.3 Oman osaamisen arviointi diabeteksen hoidossa

Kuviossa 1 esitetään pystydiagrammeilla Niemikotisäätiön henkilökunnan oman osaamisen arviointia diabeteksen hoidossa. Kyselyn kuudennessa kysymyksessä osaamista arvioitiin diabeteksen tunnistamisen, -hoidon ja -ohjauksen osa-alueilla. Näitä osa-alueita kyselyyn vastaajat arvioivat vastausvaihtoehdoilla erinomainen, hyvä, riittävä, huono ja osaamista ei ole.

Kukaan vastaajista ei kokenut, ettei omaisi osaamista ollenkaan yhdelläkään kyselyssä esitetyssä osa-alueella. Diabeteksen tunnistamisessa enemmistö (52%) arvioi osaamisensa riittäväksi ja hyväksi osaamisen arvioi kymmenen (n. 32%) vastaajista. Kaksi vastaajista arvioi oman osaamisensa diabeteksen tunnistamisessa erinomaiseksi ja huonoksi kolme vastaajista. Diabeteksen hoidon osaamiseen arviointiin oli vastannut 29 kyselyyn vastanneista. Enemmistö vastaajista koki osaamisensa hyväksi (n.45%) tai riittäväksi (n.41%). Kaksi vastaajista koki diabeteksen hoidon osaamisensa erinomaiseksi ja kaksi vastaajista taas huonoksi. Myöskin diabetesohjauksessa osaamisensa enemmistö koki hyväksi (n.42%) tai riittäväksi (n. 48%). Vastaajista yksi koki diabetesohjausosaamisensa erinomaiseksi ja kaksi huonoksi.



(N=29)

Kuvio 1: Oman osaamisen arviointi

7.4 Haasteet mielenterveyskuntoutujien diabeteksen hoidossa

Kyselyn seitsemännessä kysymyksessä kysyttiin avoimella kysymyksellä mitkä ovat vastaajan mielestä suurimmat haasteet mielenterveyskuntoutujan diabetesohjauksessa.

Suurimpina haasteina kyselyyn vastaajat kokivat mielenterveyskuntoutujien diabetesohjauksessa palvelunkäyttäjien motivaation heikkouden, kognitiivisten kykyjen heikkenemisen ja epäterveelliset elämäntavat. Haasteena koettiin myös itsenäisen omahoidon heikkous, lääketehtävyys, elintapojen seurannan hankaluus sekä psykelääkityksen negatiiviset vaikutukset. Vastaajat kokivat palvelunkäyttäjien tuen tarpeen diabeteksen hoidossa tiiviiksi, johon ei ole tarvittavia resursseja. Myös terveysaseman tuki palvelunkäyttäjien diabeteksen hoidossa koettiin puutteelliseksi ja resurssien olevan liian vähäiset. Ennaltaehkäisevätyö koettiin myös puutteelliseksi.

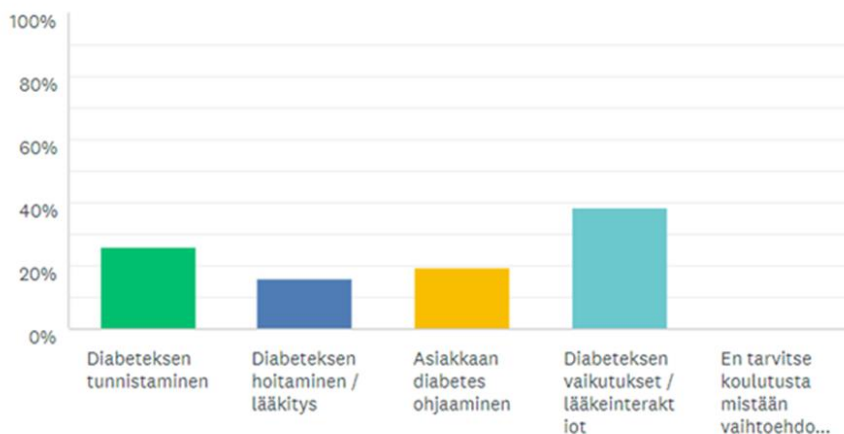
ALKUPERÄISTEKSTI	PELKISTETYT ILMAUKSET	RYHMITTELY ALALUOKKIIN
Ruokavalio ja liikunta ovat usein miten haasteellisia kuntoutujille diabeteksen omahoidossa. Ohjauksessa haasteellista on kuntoutujien motivointi liikuntaan sekä ruokavalion säännöllisyyteen ja terveellisiin elintapoihin.	Kuntoutujille haasteellisia ovat ruokavalio ja liikunta. Ohjauksessa on haasteellista kuntoutujan motivointi diabeteksen omahoitoon.	Motivaation heikkous
Asiakkaat yleensä itse melko välinpitämättömiä jo diagnosoitun tai mahdollisen tulevan sairauden suhteen ja esim. motivaatio ruokailutottumusten muuttamiseksi on heikkoa.	Asiakkaat yleensä välinpitämättömiä ja motivaatio elämäntapamuutoksiin on heikkoa	
Palvelunkäyttäjän motivoiminen terveelliseen ruokavalioon ja liikunnan lisäämiseen.	Motivoiminen elämäntapamuutoksiin haasteellista.	

Kuvio 2: Haasteet mielenterveyskuntoutujien diabeteksen hoidossa, esimerkki aineistoanalyysistä

7.5 Lisäkoulutustarve diabeteksen hoidossa

Kuviossa 3 esitetään Niemikotisäätiön henkilökunnan kokema lisäkoulutustarvetta diabeteksen hoidossa pystydiagrammilla. Kyselyn kahdeksannessa kysymyksessä diabeteksen hoito jaettiin neljään osa-alueeseen, joita olivat diabeteksen vaikutukset ja lääkeinteraktiot, diabeteksen tunnistaminen, diabeteksen hoito ja lääkitys sekä palvelunkäyttäjien diabetesohjaaminen. Lisäksi oli vaihtoehto, että en tarvitse koulutusta missään näistä.

Kaikki kyselyyn vastanneet kokivat tarvitsevansa lisäkoulutusta diabeteksen hoidossa. Eniten lisäkoulutusta koettiin tarvitsevan diabeteksen vaikutuksista ja lääkeinteraktioista (n. 39%). Diabeteksen tunnistamisesta vastaajista kahdeksan (n. 26%) koki tarvitsevansa lisäkoulutusta. Diabeteksen hoitamisesta ja lääkitykseen liittyvissä asioissa lisäkoulutusta koki tarvitsevansa viisi vastaajista (n. 16%) ja palvelunkäyttäjien diabetesohjaamiseen koulutusta koki tarvitsevansa kuusi vastaajista (n. 19%).



(N=31)

Kuvio 3: Lisäkoulutuksen tarve diabeteksen hoidon eri osa-alueilla

7.6 Diabeteshoidon toteutuminen Niemikotisäätiön yksiköissä

Kuviossa 4 esitetään Niemikotisäätiön henkilökunnan arviota diabeteshoidon eri osa-alueiden toteutumisesta omassa yksikössään. Kyselyn yhdeksännessä kysymyksessä diabeteshoidon toteutuminen oli jaettu viiteen osa-alueeseen, joita olivat insuliinihoidon aloittaminen, diabeteksen tunnistaminen, diabeteksen hoitaminen, palvelunkäyttäjien diabetesohjaaminen ja yhteistyö alueen diabeteshoitajan kanssa. Näitä osa-alueita vastaajat arvioivat kyselyssä vaihtoehdoilla erinomaisesti, hyvin, riittävästi, huonosti ja tätä ei tapahdu yksikössäni.

Insuliinihoidon aloittamista ei tapahdu 14 vastaajan yksikössä ollenkaan, joten insuliinin aloittamisen toteutumiseen pystyi vastaamaan 17 vastaajista. Heistä kahdeksan vastaajaa koki insuliinin aloittamisen omassa yksikössään toteutuvan hyvin. Vastaajista neljä koki insuliinin

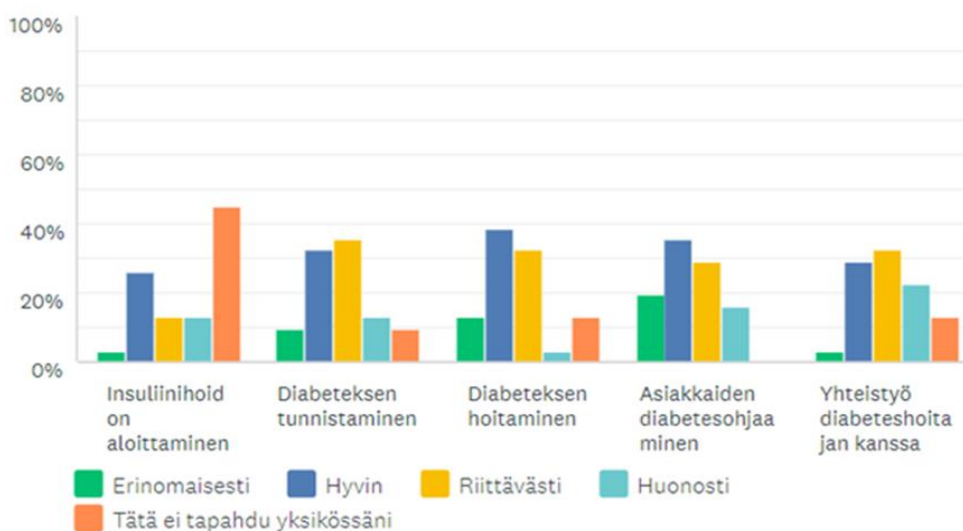
aloittamisen toteutuvan riittävästi ja myöskin neljä vastaajaa koki sen toteutuvan huonosti. Yksi vastaaja koki insuliinin aloittamisen yksikössään toteutuvan erinomaisesti.

Diabeteksen tunnistamisen omassa yksikössään koki toteutuvan erinomaisesti kolme vastaajista ja taas huonosti myös kolme vastaajista. Enemmistö vastaajista koki diabeteksen tunnistamisen toteutuvan yksikössään hyvin (n.32%) tai riittävästi (n. 35%). Kolme kyselyyn vastannutta kokivat, ettei diabeteksen tunnistamista tapahdu heidän yksiköissään ollenkaan.

Vastaajista 12 koki diabeteksen hoitamisen omassa yksikössään toteutuvan hyvin ja kymmenen vastaajista kokivat sen toteutuvan riittävästi. Neljä vastaajista kokivat diabeteksen hoitamisen omassa yksikössään toteutuvan erinomaisesti ja vain yksi vastaaja koki sen toteutuvan huonosti. Neljä vastaajaa kokivat, ettei diabeteksen hoitoa tapahdu heidän omissa yksiköissään.

Palvelunkäyttäjien diabetesohjaamisen vastaajista kuusi kokivat toteutuvan yksikössään erinomaisesti. Kyselyyn vastanneista 11 koki diabetesohjaamisen toteutuvan hyvin ja yhdeksän vastaajaa koki sen toteutuvan riittävästi. Vastaajista viisi koki, että palvelunkäyttäjien diabetesohjaus toteutuu heidän yksikössään huonosti.

Kyselyyn vastaajista neljällä ei tapahdu yksikössään ollenkaan yhteistyötä alueen diabeteshoitajan kanssa. Yksi vastaajista koki yhteistyön alueen diabeteshoitajan kanssa toteutuvan erinomaisesti, kun taas seitsemän vastaajaa koki sen toteutuvan huonosti. Vastaajista yhdeksän koki yhteistyön diabeteshoitajan kanssa toteutuvan hyvin ja kymmenen vastaajaa koki sen toteutuvan riittävästi.



(N=31)

Kuvio 4: Diabeteshoidon toteutuminen Niemikotisäätiön yksiköissä

7.7 Yhteistyö diabeteshoitajan kanssa

Kyselyn kymmenes kysymys koski yhteistyötä alueen diabeteshoitajan kanssa. Kysymyksessä pyydettiin niitä vastaajia, jotka tekevät yhteistyötä kertomaan kuinka usein ja millaisissa tilanteissa yhteistyötä tehdään ja onko yhteistyö vastaajan mielestä toimivaa. Kysymys oli avoinkysymys ja tähän kysymykseen vastasi 21 vastaajaa.

Niistä vastaajista kenellä oli yhteistyötä terveysaseman diabeteshoitajan kanssa, yhteistyö tapahtui pääosin 1-2 kertaa vuodessa ohjaajan ollessa mukana potilaan diabeteskäynnillä. Osalla vastaajista oli lisäksi mahdollisuus myös konsultoida diabeteshoitajaa tai lääkäriä tarvittaessa puhelimitse. Joidenkin vastaajien oli ollut mahdollisuus osallistua palvelunkäyttäjän kanssa diabetesinfoon. Osa vastaajista koki yhteistyön hyvänä, osan mielestä siinä olisi parannettavaa ja osan mielestä se ei toiminut ollenkaan. Vastaajat kokivat myös, että diabeteshoitajat eivät tunnista mielenterveyskuntoutujan tarpeita ohjauksessa.

8 Pohdinta ja kehittämisehdotukset

Ensimmäisessä tapaamisessa Niemikotisäätiön edustajan kanssa keskustelimme siitä, että Niemikotisäätiön yksiköissä on huomattu 2. tyypin diabetesta sairastavien määrän kasvaneen huomattavasti mielenterveyskuntoutujien keskuudessa. Tämä ajatus toimi pohjana opinnäytetyötä suunnitellessamme. Pohdimme opinnäytetyötä suunnitellessamme mikä tieto on tarpeellista, jotta saamme riittävän kattavan kuvan siitä, miten haasteet näyttäytyvät Niemikotisäätiön henkilökunnalle mielenterveyskuntoutujan diabetesohjaamisessa.

Kyselyn tuloksena suurimpina haasteina Niemikotisäätiön työntekijät kokivat mielenterveyskuntoutujien diabetesohjauksessa palvelunkäyttäjien motivaation heikkouden, kognitiivisten kykyjen heikkenemisen ja epäterveelliset elämäntavat. Suurella osalla skitsofreniaan sairastuneista on kognitiivisten toimintojen puutoksia, jotka vaikuttavat toimintakykyyn ja tätä kautta uuden tiedon oppimiseen ja sisäistämiseen. Tärkeimpiä kognitiivisten toimintojen puutoksia ovat muistin, keskittymisen sekä tarkkaavaisuuden häiriöt ja toiminnanohjauksen vaikeudet, jotka osaltaan myös tuovat haasteita skitsofreniaa sairastavan diabetesohjaukseen ja -hoitoon. (Isohanni ym. 2017, 152.)

Motivaatio-ongelmat elämäntapamuutoksiin ja diabeteksen itsehoitoon nousivat tämän opinnäytetyön kyselyssä esille suurena haasteena Niemikotisäätiön palvelunkäyttäjien diabetesohjauksessa. Tyypin 2 diabeteksen omahoidossa on yleistä motivaatio-ongelmat. Skitsofreniaa sairastavalla motivoitumiseen saattaa vaikuttaa passivoituminen ja skitsofrenian oireet, joiden hallitsemiseen menee runsaasti psyykkistä energiaa. Alhaisen motivaation taustalla voi myös olla esimerkiksi sosiaalisen elämän kaventuminen ja osaamisen tunteen madaltuminen. Näitä tekijöitä on tärkeää huomioida ja kiinnittää huomiota arvostavaan kohtaamiseen sekä kannustavaan asenteeseen ohjaustilanteissa. Psykologiset, somaattiset, sosiaaliset ja taloudelliset tekijät saattavat olla liikunta- ja ravintotottumusten ohjauksen esteenä. Syömisen säätely on tavallista haastavampaa silloin, kun syöminen toimii mielihyvän lähteenä, joka on

tyypillistä skitsofreniaa sairastaville. Skitsofreniaa sairastavalla saattaa olla aistiharhoja ja kehonkuva voi olla hämärtynyt, jotka kummatkin hankaloittavat kehon viesteihin reagoimista, esimerkiksi kylläisyyteen. Myöskin lääkitys saattaa lisätä näläntunnetta. Tavalliset arjen askareet, esimerkiksi kaupassa käynti ja ruoan laittaminen, voivat oireiden takia tulla haasteelliseksi. Liikunnan vähäisyys saattaa liittyä esimerkiksi skitsofrenian oireisiin, lääkityksestä aiheutuvaan väsymykseen, pelkoihin tai ahdistukseen. Näistä syistä elintapaohjauksen olisi tärkeää keskittyä pieniin sekä selkeisiin, skitsofreniaa sairastavalle mahdollisiin tavoitteisiin. (Koivuranta 2009.)

Elintapaohjaus erityisryhmien kohdalla olisi hyvä aloittaa jo ennaltaehkäisevänä (Käypä hoito 2018). Tutkimusten mukaan maltillisilla elämäntapamuutoksilla diabeteksen puhkeamista voidaan huomattavasti viivästyttää tai puhkeaminen voidaan jopa estää, niillä joilla sairastumisriski on korkea (Lindström ym. 2011, 6). Kyselyssämme Niemikotisäätiön työntekijät kokivat haasteena myös sen, että ennaltaehkäisevätyö on puutteellista ja palvelunkäyttäjien tuen tarve on tiivistä diabeteksen hoidossa ja ettei siihen ole tarvittavia resursseja. Näistä syistä pohdimme kehitysehdotuksena elintapaohjausryhmiä, jotka olisivat avoimia kaikille palvelunkäyttäjille, mutta erityisesti diabetesta sairastaville ja riskiryhmässä oleville palvelunkäyttäjille. Tämä tietysti vaatii resurssointia ohjaajien osalta ja sitä, että ryhmänvetäjät ymmärtävät mitkä ovat niitä keinoja, joilla ryhmä saadaan haasteista huolimatta ottamaan vastuu omista elintavoista ja sitä kautta terveydestään. Ryhmien olisi tärkeää olla jatkuvuutta tukevia ja ohjauksessa tulisi huomioida skitsofreniaa sairastavan erityispiirteet (Koivuranta 2009).

Hyvä omahoidon hallitseminen on 2. tyypin diabeteksen hoidon perusta. Skitsofrenian oireiden häiritessä kognitiivisia toimintoja on omahoidon perustana olevan tiedon omaksuminen hankalaa. Skitsofreniaa sairastaville diabeteksen omahoidon tekee erityisen vaikeaksi aistiharhoista ja hajanaisesta ajattelusta aiheutuva keskittymiskyvyn heikkeneminen, joka hankaloittaa uuden oppimista. Uuden tiedon oppimista voidaan tukea selkokielellä ohjeilla, joissa on kuvallisia toimintaohjeita. Diabetesohjaajan on hyvä huomioida mahdollisuuksien mukaan myös ohjaustilanteeseen vaikuttavia tilannetekijöitä, esimerkiksi suunnitteleamalla ohjauksen ajankohta palvelunkäyttäjän vireystilaan sopivaksi. On myös hyvä huomioida, että usein saattaa olla tarvetta käydä ohjattavaa asiaa useaan kertaan läpi ja ohjauskertoja tulisi olla riittävästi. (Koivuranta 2009.)

Ohjelehtiseen valikoitui pääasiassa keinot, joilla tyypin 2 diabetesta pystyy itse hoitamaan. Keskityimme liikunnan ja ravitsemuksen korostamiseen. Ohjelehtinen on kirjoitettu selkokielellä ja siihen on lisätty kuvia tukemaan sitä, mitä ohjeilla halutaan tuoda esille. Lehtiseen on kerätty hyödyllisiä linkkejä, joita ohjaajat voivat käyttää ohjaustilanteissa tai suunnitellessaan ohjaustilannetta. Näitä ovat mm. diabetesliiton kehittämä riskitesti, jolla voidaan arvioida omaa riskiä sairastua tyypin 2 diabetekseen, sekä yksityiskohtainen opastus verensokerin mittaamiseen diabetestalon sivustolla.

Kuntoutujien olisi hyvä saada ohjausta myös diabeteshoitajilta käyntien yhteydessä. Kyselysämme nousi esille, että yhteistyö diabeteshoitajan kanssa oli melko puutteellista ja jotkut vastaajista kokivat, ettei diabeteshoitajat ymmärtäneet mielenterveyskuntoutujan erityistarpeita ohjauksen kanssa. Tämä herätti pohtimaan kysymystä siitä, kuinka yhteistyö saataisiin toimivammaksi, jotta palvelunkäyttäjät saisivat tarvittavaa ohjausta pelkän seurannan lisäksi. Kyselyssä vastauksista ilmeni, että kuntoutujat käyvät noin kerran tai kaksi vuodessa diabeteshoitajan vastaanotolla. Koska käynnit ovat harvakseltaan, on erittäin tärkeää jatkaa ohjausta ja antaa palvelunkäyttäjille tukea diabeteksen hoitoon myös näiden käyntien välillä. Näiden ohjaustilanteiden tueksi olemme tuottaneet ohjelehtisen diabeteksen hoidon perusasioista. Pohdimme myös mielenterveyskuntoutujien mahdollisuuksia osallistua ohjaajan tuella Helsingin kaupungin järjestämiin omahoitoryhmiin, joita järjestetään terveysasemilla (<https://www.hel.fi/itsehoito/fi/hae-tukea-ryhmista/diabetes/>). Tämä ei vaatisi yksiköissä suuria järjestelyjä ja resurssien käyttöä omien ryhmien perustamisessa, ainoastaan järjestelyä sen suhteen miten kuntoutuja pääsee ryhmään ohjaajan tuella.

Terveysasemien diabeteshoitajilla on ajantasaista tietoa ja osaamista nimenomaan diabetekseen liittyvissä kysymyksissä ja taas Niemikotisäätiön työntekijöillä on vastaavaa osaamista mielenterveyskuntoutujien ohjauksesta, joten vastavuoroinen toimiva yhteistyö olisi rikastuttavaa kummallekin osapuolelle. Näkisimme hyödylliseksi ja tarpeelliseksi lähteä kehittämään yhteistyötoimintaa terveysasemien kanssa. Tällaista voisi olla esimerkiksi diabeteshoitajan osallistuminen kehittämispäivään tai koulutuspäivään, jossa pystyttäisiin esimerkiksi case-tapausten avulla suunnittelemaan ja kehittämään diabetesta sairastavien palvelunkäyttäjien hoitoa ja ohjausta. Koska skitsofreniaa sairastavien hoito ja kuntoutus on paljolti muiden varassa tulisi Koivurannan (2009) mukaan diabeteshoitajan asiantuntemuksen hyödyntämiseen olla mahdollisimman matala kynnyks.

Kehitysehdotuksena näkisimme tärkeänä, että Niemikotisäätiön eri yksiköissä, joissa on diabetesta sairastavia palvelunkäyttäjiä, nimettäisiin diabeteksen vastuuhoitaja, joka kouluttautuisi sekä päivittäisi diabetesta koskevaa tietotaitoa omassa yksikössään. Diabetesvastuuhoitaja voisi myös olla ohjaajana elintapaohjausryhmissä omaten hyvät tietotaidot diabeteksestä. Ajankäyttöä diabetesvastuuhoitajalle diabetesasioihin voitaisiin suunnitella jo ennakoon ja esimerkiksi huomioida tämä jo työvuorosuunnittelussa. Tällöin pystyttäisiin huomioimaan resurssien käyttöä ja varautumaan ennalta tarvittavaan ajankäyttöön. (Koivuranta 2009.)

Diabetesohjaamista, koulutuksen tarvetta ja oman osaamisen arviointia kuvaavissa kysymyksissä oli hajontaa melko lailla ja vastauksista sai sen ymmärryksen, että kokemukset vaihtelevat henkilötasolla; sen minkä joku kokee toimivaksi ei toisen mielestä ole sitä. Koulutusta ei suurimman osan mukaan oltu työyksikössä järjestetty vaan tiedot ja taidot oli kerätty opiskelun aikana, työkokemuksen kautta tai itseopiskellen. Kuitenkin kaikki kyselyyn vastaajat kokivat tarvitsevansa lisäkoulutusta diabetekseen liittyvissä asioissa, vaikka toisaalta enemmistö

koki oman osaamisensa hyväksi. Jatkoehdotuksena heräsi ajatus siitä, tulisiko ohjaamisen laatu tai sisältöä tutkia tarkemmin ja pohtia sitä kautta minkä tyylisestä koulutuksesta henkilökunta hyötyisi eniten. Koska perustaidot olivat suurimman osan mielestä hyvällä tasolla, olisi koulutuksen sisältöä hyvä pohtia sen kautta, mitkä ovat skitsofreniaa sairastavien erityiskysymyksiä; hoitoon sitouttaminen, lääkkeiden vaikutus, elintapaohjaus.

Aineiston keruun kanssa toimimme mielestämme liian hätäisesti, eli lähetimme kyselyn hieman liian aikaisin. Oman pohdinnan kautta heräsi ajatus, että jos kyselyn kysymyksiä olisi pohdittu pidemmän aikaa, olisimme pystyneet rajaamaan aihetta hieman tarkemmin ja kysymykset eivät olisi mahdollisesti olleet liian laajoja. Kiirehdimme aineiston keruun kanssa, koska halusimme saada kyselyn lähetetty keväällä ennen kesän ja Niemikotisäätiön työntekijöiden kesälomien alkamista. Toisaalta taas, jos kysely olisi lähetetty vasta kesällä olisi se saattanut vaikuttaa vastaajien määrään ja sen kautta tutkimuksen tuloksiin.

Tämän työn tulosten kannalta kysymys vastaajan työskentelemästä yksiköstä jäi turhaksi ja sen olisi voinut jättää kokonaan kyselystä pois. Alkuperäinen ajatus kysymykselle oli, että olisimme voineet peilata esimerkiksi diabeteshoitajan kanssa tehtävää yhteistyötä yksikkötasolla ja jos jossakin yksikössä yhteistyö olisi ollut toimivaa, voisi vastaavaa yhteistyötä pyrkiä kehittämään myös muissa yksiköissä. Kuitenkin tämän työn puitteissa tällainen vastausten laajempi analysointi olisi vienyt liikaa aikaa ja ollut liian työlästä.

Myöskin kysymys vastaajan työkokemuksesta jäi tämän tutkimuksen tulosten kannalta tarpeettomaksi. Vastausten perusteella voimme kuitenkin todeta, että Niemikotisäätiön työntekijöissä on paljon ammattikorkeakoulutuksen saaneita. Siihen, että lähes puolet vastaajista olivat sairaanhoitajia, vaikutti kuitenkin se, että kysely lähetettiin kaikille Niemikotisäätiöllä työskenteleville sairaanhoitajille. Vaikka näissä asioissa toimimme liian hätäisesti, koimme, että saimme kuitenkin tarpeellisen tiedon tämän tutkimuksen ja opinnäytetyön tekemiseen.

Niemikotisäätiön työntekijöiden palautteen perusteella monivalintakysymysten vastausvaihtoehtoja olisi pitänyt muokata siten, että niissä olisi voinut valita useamman vaihtoehdon, esimerkiksi kysyttäessä lisäkoulutustarvetta. Kyselyssämme pystyi siis valitsemaan vain yhden vaihtoehdon, joka on ollut vastaajan kokemus siitä missä tarvitsee eniten koulutusta monivalintakysymyksen vastausvaihtoehdoista. Jos vastausvaihtoehdoista olisi voinut valita useamman, olisi se mahdollisesti saattanut vaikuttaa kyselyn tulokseen.

8.1 Eettisyys

Eettisten periaatteiden mukaan tutkimukseen osallistujia on tiedotettava tutkimuksen tarkoituksesta, kestosta, menettelytavoista sekä mihin tutkimuksessa kerättyä aineistoa aiotaan käyttää. Lisäksi osallistujille on selvitettävä tutkimuksen vastuuhenkilö ja miksi ovat tulleet

valituksi osallistumaan kyselyyn. Osallistujia on myös tiedotettava, miten nimettömyys, luottamuksellisuus ja yksilöllisyys taataan tutkimuksessa. Tiedottamisen lisäksi keskeistä on myös aineistonkeräämiseen osallistumisen vapaaehtoisuus. (Juvakka & Kylmä 2014, 149-150.)

Niemikotisäätiön toiminnanjohtaja antoi kyselylle tutkimusluvan ja kyselyyn osallistujia tiedotettiin tutkimuksen tarkoituksesta, tavoitteista, aikataulusta sekä aineiston käytöstä ja hävittämisestä kyselyn saatekirjeessä. Kyselyyn osallistujiksi valittujen vastaaminen kyselyyn oli vapaaehtoista, joka kerrottiin myös kyselyn saatekirjeessä.

Kyselyn vastaajat valittiin Niemikotisäätiön yhteyshenkilön toimesta kohdennetun tarpeen mukaisesti eikä tämän opinnäytetyön tekijät ole vaikuttaneet vastaajien valintaan. Kyselyn vastaajiksi valikoitui Niemikotisäätiön henkilökunnasta ne työntekijät, jotka työskentelevät sellaisissa asumisyksiköissä joissa palvelunkäyttäjillä esiintyy diabetesta ja lisäksi kyselyn vastaajiksi valittiin Niemikotisäätiöllä työskentelevät sairaanhoitajat kaikista yksiköistä.

Tutkimuksen eettisyyden lähtökohtana on se, että kaikille kyselyyn osallistujille turvataan nimettömyys. Aineistosta esille tulevat asiat on raportoitava niin, että ne palvelevat luottamuksellisuuden ja kunnioituksen periaatteita, mutta tuottavat myös uutta tietoa. (Juvakka & Kylmä 2014, 152.) Tämän opinnäytetyön kaikki aineisto käsiteltiin nimettöminä ja yksittäisiä vastauksia tai tunnistettavia tietoja ei ole näkyvissä niin, että niistä voisi aineiston keruuseen osallistujan tunnistaa. Kysely tehtiin nimettömänä ja niin, että vastaajan sähköpostiosoite esitettiin näkymästä tutkimuksen tekijöille. Kerättyä aineistoa ei ole annettu sellaisenaan työn tilaajan käyttöön, vaan aineisto analysoitiin ennen työntilajalle antamista.

Henkilötietolaissa otetaan kantaa siihen millaiset asiat vaikuttavat tutkimuksen aineiston hävittämiseen ja säilyttämiseen tutkimuksen päätyttyä. Tutkimusaineisto tulee hävittää tutkimuksen jälkeen, jos ei erikseen ole pyydetty jatkotutkimuksiin lupaa. (Juvakka & Kylmä 2014, 141.) Tämän työn kerättyaineisto ja sähköpostilista kyselyyn osallistujista hävitettiin vastaus-ten analysoinnin jälkeen, eikä niitä käytetty muuhun tarkoitukseen, kuin tähän opinnäytetyöhön.

Eettisyyteen kuuluu myös tutkimuksen luotettavuuden arviointi ja luotettavuuteen vaikuttavien tekijöiden esille tuominen (Juvakka & Kylmä 2014, 155.) Tutkimuksen luotettavuutta arvioimme seuraavassa kappaleessa.

8.2 Luotettavuus

Tutkimuksen luotettavuuskriteereihin kuuluu uskottavuus, vahvistettavuus, refleksiivisyys ja siirrettävyys. Uskottavuutta voidaan vahvistaa keskustelemalla tutkimuksen tuloksista erivaiheissa tutkimusta osallistujien kanssa. Tutkimustulokset voidaan palauttaa aineistonkeruuseen osallistujille ja pyytää arvioimaan tulosten paikkansapitävyyttä. Vahvistettavuus edellyttää koko tutkimusprosessin kirjaamista niin, että tutkimuksen etenemistä voidaan seurata pääpiirteittäin. Refleksiivisyys tarkoittaa sitä, että tutkimuksen tekijän tulee olla tietoinen

omista lähtökohdistaan tutkimuksen tekijänä. Tekijän tulee arvioida kuinka hän vaikuttaa tutkimusprosessiin ja aineistoon. Siirrettävyydellä tarkoitetaan tutkimuksen tulosten siirrettävyyttä samanlaisiin tilanteisiin ja tekijän on annettava riittävä kuvaus aineistonkeruuseen osallistujista ja ympäristöstä, jotta lukija voi arvioida tutkimuksen tulosten siirrettävyyttä. (Juvakka & Kylmä 2014, 127-129).

Kuvaamme tässä opinnäytetyössä pääpiirteittäin tutkimuksen suunnitteluvaiheen sekä etene-
misen, jota pystyimme hyödyntämään myös opinnäytetyön esittelyvaiheessa. Tutkimuksen tu-
lostet eivät ole sellaisenaan siirrettävissä muuhun kuin Niemikotisäätiön käyttöön, koska
kaikki vastaajat ovat Niemikotisäätiön henkilökuntaa ja vastaavat haastatteluun oman osaa-
misensa ja yksikön toimintatapojen perusteella, joten tutkimustulokset eivät ole yleistettä-
vissä. Kuitenkin esimerkiksi Niemikotisäätiön henkilökunnan kokemia haasteita skitsofreniaa
sairastavan diabeteksen hoidossa tuloksia ja tuotettua ohjelehtistä voidaan hyödyntää vastaa-
vanlaisissa mielenterveyskuntoutujien asumisyksiköissä. Tässä työssä on kuvattu Niemikotisää-
tiön toiminta omana kappaleena sekä kyselyyn vastaajiksi valikoituneiden työntekijät ja tar-
kemmin heidän taustatiedot kyselyn tuloksissa.

Tämän työn kummatkin tekijät ovat aiemmalta koulutukseltaan lähihoitajia ja työskennelleet
ennen sairaanhoitajakoulutusta useiden vuosien ajan mielenterveyskuntoutujien parissa, jo-
ten opinnäytetyön aihe oli aiemman työkokemuksen osaamisalueella. Kummatkin tämän työn
tekijöistä ovat syventäneet sairaanhoitaja opinnot psykiatriseen työhön ja suorittaneet työs-
säoppimista erilaisissa psykiatrian yksiköissä sairaanhoitajaopintojen aikana. Vaikka osaamista
ja kokemusta oli työn aiheesta ennestään, pyrimme tulkitsemaan vastaukset ulkopuolisena ja
omien ajatusten ja mielipiteiden vaikuttamatta kyselyn tuloksiin.

Tutkimuksen luotettavuutta voi arvioida erivaiheissa tutkimusprosessia. Arviointi kohteina voi-
daan pitää tutkittavan asian tunnistamista ja nimeämistä, tutkimuksen merkityksen perustele-
mistä, tutkimuksen tarkoituksen ja tutkimustehtävien nimeämistä, aineiston keräämisen ku-
vausta, aineiston analyysia ja tutkimustulosten raportointia. (Juvakka & Kylmä 2014, 130-
133.)

Olemme Niemikotisäätiön yhteyshenkilön kanssa yhdessä valinneet opinnäytetyön aiheen ja
nimennyt sen. Opinnäytetyön aihe on selkeästi perusteltu tarpeelliseksi diabeteksen ollessa
kasvava ongelma Niemikotisäätiön asumisyksiköissä. Kyselyn kysymyksiksi on valittu sellaisia
kysymyksiä, jotka antavat tarpeellista tietoa Niemikotisäätiön henkilökunnan diabetesosaami-
sesta ja yksiköiden toimintatavoista diabetesta sairastavien palvelunkäyttäjien kanssa. Haas-
tattelukysymykset ovat tämän opinnäytetyön liitteenä (liite 1) nähtävissä. Pohdinnassa ar-
vioimme enemmän kyselyn sisältöä. Tässä työssä on kuvattu aineiston kerääminen ja analy-
sointimenetelmät. Tutkimuksen tulokset on raportoitu tässä työssä omana kappaleena ja ne
ovat esitetty työn arvioivassa seminaarissa ja annettu tiedoksi Niemikotisäätiön yhteyshenki-
lölle.

Sähköpostikyselyiden vastausprosentiksi tavoittelimme noin 70%:a (n. 34 vastausta), jotta tulokset olisivat mahdollisimman luotettavia ja antaisivat laajan kuvan Niemikotisäätiön henkilökunnan kokemuksista diabeteksen hoidosta ja ohjaamisesta. Kyselyyn saimme 31 vastausta, vastausprosentin ollessa n. 64%:a, joten pääsimme aika lähelle tavoitettamme. Annoimme kyselyyn pitkän vastausajan, jotta mahdollisimman moni ehtisi vastaamaan ja pidensimme vielä vastausaikaa, jolloin saatiin muutamia vastauksia lisää. Annetun vastausajan aikana lähitimme muistutuksen vuoksi sähköpostilla kyselyä uudelleen ja saatekirjeessä muistutimme kyselyn saaneita vastaamaan perustellen jokaisen vastauksen tärkeäksi opinnäytetyömme tutkimusten tulosten kannalta.

8.3 Jatkotutkimusehdotukset

Ohjelehtisen oltua käytössä jonkun aikaa olisi mielestämme tärkeää ohjelehtisen käyttökokeusten kerääminen ja muokkaaminen tarpeen mukaan. Näin ohjelehtisestä voisi saada kokemisen kautta kehitysideoita ja vastaamaan enemmän käytön tarpeita. Olisi myös mielenkiintoista tietää onko ohjelehtistä aktiivisesti käytetty diabetesohjauksen tukena ja onko sen käyttö ollut hyödyllistä sekä auttanut ohjaustilanteita.

Näkisimme tärkeänä ja tarpeellisena tutkia myös Niemikotisäätiön palvelunkäyttäjien koke-musta saamastaan diabeteshoidosta ja -ohjauksesta. Tällöin tutkimukselle tulisi myös toinen näkökulma ja saisi tärkeää tietoa siitä, miten palvelunkäyttäjät kokevat ohjaajien osaamisen ja ohjauksen tarpeensa. Palvelunkäyttäjiltä saisi tärkeää tietoa nimenomaan siitä mitä he kokevat tarpeelliseksi ohjauksessa ja mitä he itse näkevät haasteena diabeteksen hoidossa.

Olisi mielenkiintoista tutkia kuinka kehitysehdotuksemme nimetä diabetesvastaava yksiköihin vaikuttaisi niin henkilökunnan kokemukseen siitä, kuinka diabetekseen liittyvät asiat toteutu-vat omissa yksiköissään kuin siihen, miten palvelunkäyttäjät, jotka sairastavat diabetesta ko-kisivat sen vaikuttavan saamaansa ohjaukseen ja hoitoon.

9 Lähteet

Painetut

Airaksinen, T. & Vilkkä, H. 2003. Toiminnallinen opinnäytetyö. Tutkimusmenetelmien käyttö toiminnallisessa opinnäytetyössä, 57. Jyväskylä: Kustannusosakeyhtiö Tammi.

Heikkinen, H., Tiainen, S. & Torkkola, S. 2002. Potilasohjeet ymmärrettäviksi. Ohjauksen ohjat hoitajalla, 26-29. Tampere: Kustannusosakeyhtiö Tammi.

Ilanne-Parikka, P., Rönnemaa, T., Saha, M., Sane, T. 2015. Diabetes. Tyypin 2 diabeteksen hoito. Helsinki: Duodecim.

Isohanni, M., Hietala, J., Kiesepä, T., Koponen, H., Lönnqvist, J., Suvisaari, J. 2017. Skitsofrenia ja muut psykoosit. Teoksessa Lönnqvist, J., Henriksson, M., Marttunen, M., Partonen, T. (toim.) Psykiatria. 2017. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.

Juvakka, Taru & Kylmä, Jari 2014. Laadullinen terveystutkimus. Aineiston käsittely ja analyysi 115-120. Porvoo: Bookwell oy

Vehkalahti, K. 2008. Kyselytutkimuksen mittarit ja menetelmät. Aineiston esikäsittely. Vammala: Kustannusosakeyhtiö Tammi.

Viertö, S., Perälä, J., Saarni, S., Partti, K. ym. Psykoosisairauksiin liittyvä fyysinen sairastavuus ja toimintakyvyn rajoitukset. Lääkärilehti 16.3.2012 11/2017 vsk 67 s.863-869.

Sähköiset

Diabetesliitto. Onko minulla diabetes, päivitetty 16.4.2018. Viitattu 26.4.2018. https://www.diabetes.fi/diabetes/onko_minulla_diabetes#Tyypillisetdiabeteksenoireet

Evira 2016. Aikuisten ravitsemussuositukset. Viitattu 7.8.2018. <https://www.evira.fi/elintarvikkeet/terveytta-edistava-ruokavalio/ravitsemussuositukset/aikuiset/>

Heiskanen, T. 2015. Psykykläkkeet, lihominen ja diabetes. Diabeteslääkäri 44 (5), 7-15. Viitattu 22.5.2018 https://www.diabetes.fi/files/6297/Diabetes_laakari_5_2015_nettti.pdf

Heiskanen T. 2015. Väitöskirja, Metabolinen oireyhtymä skitsofreniaa ja masennusta sairastavilla. Viitattu 8.8.2018. http://epublications.uef.fi/pub/urn_isbn_978-952-61-1795-9/urn_isbn_978-952-61-1795-9.pdf

HUS, mielenterveystalo. Viitattu 23.5.2018. <https://www.mielenterveystalo.fi/aikuiset/Tietopankki/Diagnoosi-tietohaku/F20-29/Pages/F20.aspx>

Huttunen, M. 2017. Duodecim terveyskirjasto. Skitsofrenia. Viitattu 23.5.2018. https://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00148

Koivuranta, M. 2009. Skitsofrenia ja diabeteksen omahoito: Lisää vastuuta voimien mukaan. Diabetes ja lääkäri 38 (3), 36-27. Viitattu 18.10.2018. https://www.diabetes.fi/files/42/Diabetes_ja_laakari_-lehti_3_2009.pdf

Käypä hoito -suositus. Liikunta. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Käypä hoito -johtoryhmän asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim, 2016. Viitattu 7.8.2018.

Käypä hoito -suositus 2018. Skitsofrenia. Viitattu 23.5.2018. <http://www.kaypa-hoito.fi/web/kh/potilaalle/suositus?id=khp00031>

Käypä hoito -suositus 2018. Tyypin 2 diabetes. Viitattu 23.4.2018. <http://www.kaypa-hoito.fi/web/kh/suositukset/suositus?id=hoi50056#s9>

Lindström J., Neumann A., Sheppard K.E ym. 2011. Tartu toimeen-ehkäise diabetes, Opas 10, THL. Viitattu 8.8.2018. <http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/80320/b18cb1c2-3fb8-4546-aacd-40b86ce748f8.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Mielenterveyslaki 1116/1990. Mielenterveyspalvelujen periaatteet 4 §. Viitattu 27.05.2018. <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1990/19901116?search%5Btype%5D=pika&search%5Bpika%5D=%20mielenterveyslaki#L1P4>

Mustajoki, E. 2018. Duodecim terveyskirjasto. Tyypin 2 diabeteksen hoito. Viitattu 23.4.2018. http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00775

Mustajoki P. 2017. Terveyskirjasto, metabolinen oireyhtymä. Lääkärikirja Duodecim. Viitattu 8.8.2018. http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00045

Niemikotisäätiö. Asumiskuntoutus. Viitattu 18.3.2018. <https://niemikoti.fi/asumiskuntoutus/>

Rauramaa. 2015. Tyypin 2 diabeetikon liikuntaohjelma. <http://www.kaypa-hoito.fi/web/kh/suositukset/suositus?id=nix01180&suositusid=hoi50075>

Saaranen, T., Sormunen, M., Tossavainen, K., Turunen, H. 2013. Monimenetelmätutkimus terveystieteissä. Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti 50, 312-321. Viitattu 15.09.2018. [file:///C:/Users/1601755/AppData/Local/Packages/Microsoft.MicrosoftEdge_8wekyb3d8bbwe/TempState/Downloads/41281-Artikkelin%20teksti-29501-1-10-20140323%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/1601755/AppData/Local/Packages/Microsoft.MicrosoftEdge_8wekyb3d8bbwe/TempState/Downloads/41281-Artikkelin%20teksti-29501-1-10-20140323%20(1).pdf)

Salokangas, Raimo 2009. Terveysportti. Katsaus: Skitsofreniapotilaan somaattiset sairaudet. Viitattu 09.06.2018. <http://www.terveysportti.fi/xmedia/duo/duo97889.pdf>

Suomen Diabetesliitto ry 2017, Metabolinen oireyhtymä. Viitattu 8.8.2018. https://www.diabetes.fi/diabetes/tyypin_2_diabetes/metabolinen_oireyhtyma_mbo

Suomen Diabetesliitto ry 2017, monipuolinen ruokavalio on eduksi kaikille. Viitattu 7.8.2018. https://www.diabetes.fi/terveydeksi/syominen/diabeetikolle_sopiva_syominen

Terveydenhuoltolaki 1326/2010. Terveydenhuollon palveluvalikoima 7 a § (30.12.2013/1202) & Mielenterveystyö 27 §. Viitattu 27.05.2018. <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2010/20101326#L3P27>

THL, terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2018. Mielenterveyspalvelut. Viitattu 28.05.2018. <https://thl.fi/fi/web/mielenterveys/mielenterveyspalvelut>

THL, terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2016. Psykoosit. Viitattu 09.06.2018. <https://thl.fi/fi/web/mielenterveys/mielenterveyshairiot/psykoosit>

Tiusanen, J. 2015. Skitsofreniaa sairastavien toimintakyky ja kuntoutus. Pro Gradu-tutkielma. Itä-Suomen yliopisto. Terveystieteiden tiedekunta. Hoitotieteen laitos. Viitattu 06.08.2018. http://epublications.uef.fi/pub/urn_nbn_fi_uef-20150662/urn_nbn_fi_uef-20150662.pdf

Tuisku, K., Vuokko, A., Laukkala, T., Mäntynen, J & Melartin T. 2012. Psykiatrinen työ- ja toimintakykyarvio - miksi, milloin ja miten? Duodecim 128, 2251-2259. Viitattu 06.08.2018. http://www.hus.fi/sairaanhoito/sairaanhoitopalvelut/psykiatria/Documents/Psykiatrinen%20tyo-%20ja%20toimintakykyarvio_Duodecim_2012.pdf

Tuulio-Henriksson, A. 2013. Mielenterveyden häiriöiden kuntoutus ja monitahoinen palvelujärjestelmä. Teoksessa Ashron U., Autti-Rämö I., Lehto J., Rajavaara M. (toim.) 2013. Kuntoutus muuttuu- entä kuntoutusjärjestelmä? Tampere: Juvenes Print. Viitattu 27.5.2018. <https://helda.helsinki.fi/bitstream/handle/10138/42325/Kuntoutuskirja.pdf?sequence=1>

10 Kuvat

Kuvio 1: Oman osaamisen arviointi	19
Kuvio 2: Haasteet mielenterveyskuntoutujien diabeteksen hoidossa (esimerkki aineistoanalyysistä).....	20
Kuvio 3: Lisäkoulutuksen tarve diabeteksen hoidon eri osa-alueilla.....	21
Kuvio 4: Diabeteshoidon toteutuminen Niemikotisäätiön yksiköissä	22

11 Liitteet

Liite 1: Kysely Niemikotisäätiön henkilökunnalle	34
Liite 2: Ohjelehtinen	35
Liite 3: UKK-instituutti - liikuntapiirakka	35
Liite 4: Pohjolan ruokakolmio	37
Liite 5: Kyselyn analysointikuvaus	38

Liite 1: Kysely Niemikotisäätien henkilökunnalle

1. Koulutuksesi (moni valinta)
(Sairaanhoitaja, Lähihoitaja, Mielensterveyshoitaja, Sosionomi, Jokin muu)
2. Työkokemus sosiaali- ja terveysalalla (moni valinta)
(Alle 5 vuotta, 5-10 vuotta, 10-15 vuotta, Yli 15 vuotta)
3. Yksikkö jossa työskentelet? (avoin kysymys)
4. Kuinka paljon ja millaista koulutusta diabetekseen liittyen olet saanut työpaikallasi? (avoin kysymys)
5. Millaista muuta kokemusta tai koulutusta sinulla on diabeteksen hoidosta ja diabeetikon ohjaamisesta?
(avoin kysymys)
6. Miten arvioit omaa osaamistasi? (moni valinta)
 - Diabeteksen tunnistamisessa
(Erinomainen, Hyvä, Riittävä, Huono, Osaamista ei ole)
 - Diabeteksen hoidossa
(Erinomainen, Hyvä, Riittävä, Huono, Osaamista ei ole)
 - Asiakkaan diabetesohjauksessa
(Erinomainen, Hyvä, Riittävä, Huono, Osaamista ei ole)
7. Mitkä ovat mielestäsi suurimmat haasteet mielensterveyskuntoutujan diabetesohjauksessa? (avoin kysymys)
8. Mistä seuraavista koet tarvitsevasi lisäkoulutusta? (moni valinta)
(Diabeteksen tunnistaminen, Diabeteksen hoitaminen / lääkitys, Asiakkaan diabetes ohjaaminen, Diabeteksen vaikutukset / lääkeinteraktiot, En tarvitse koulutusta mistään vaihtoehdoista)
9. Kuinka arvioit seuraavien asioiden toteutuvan omassa yksikössäsi? (moni valinta)
 - Insuliinihoidon aloittaminen
(Erinomaisesti, Hyvin, Riittävästi, Huonosti, Tätä ei tapahdu yksikössäni)
 - Diabeteksen tunnistaminen
(Erinomaisesti, Hyvin, Riittävästi, Huonosti, Tätä ei tapahdu yksikössäni)
 - Diabeteksen hoitaminen
(Erinomaisesti, Hyvin, Riittävästi, Huonosti, Tätä ei tapahdu yksikössäni)
 - Asiakkaiden diabetesohjaaminen
(Erinomaisesti, Hyvin, Riittävästi, Huonosti, Tätä ei tapahdu yksikössäni)
 - Yhteistyö diabeteshoitajan kanssa
(Erinomaisesti, Hyvin, Riittävästi, Huonosti, Tätä ei tapahdu yksikössäni)
10. Mikäli yksikkönne tekee yhteistyötä diabeteshoitajan kanssa, kerro lyhyesti kuinka usein yhteistyötä tapahtuu ja millaisissa tilanteissa? Toimiiko yhteistyö mielestäsi hyvin? (avoin kysymys)

Liite 2: Ohjelehtinen

Ohjelehtinen on kaksipuolinen ja taitettava

Ravitsemussuositukset: (www.syohyvaa.fi/ravitsemussuosituksista)



Viisi ateriaa päivässä!
Säännöllinen rytmi auttaa pitämään verensokerin tasaisena.
Valitse täysjyvätuotteita.

- ✓ Kokoa ateriat ruokakolmion avulla, enemmän kolmion alareunasta ja vähemmän yläreunasta
- ✓ Janojuomana paras on vesi

Syö enemmän +	Syö vähemmän -
Kasviksia, hedelmiä ja marjoja	Suolaa, suolaisia leipiä ja leikkeleitä
Täysjyvästä tehtyä leipää, pastaa ja riisiä	Valkoista leipää, pastaa ja riisiä
Margariinia ja kasviöljyä	Voita
Kalaa	Lihaa
Vähärasvaista maitoa, piimää, jogurttia ja juustoa	Rasvaista maitoa, piimää, jogurttia ja juustoa
Kotiruokaa	Pikaruokaa
Ateriaritmin mukaisesti	Napostellen pitkin päivää
Vettä	Virvoitusjuomia, mehuja

Selkokielinen opas oikeanlaisen ravitsemukseen:
<http://syohyvaa.fi/wp-content/uploads/2016/04/Selkokielinen-Sy%C3%B6-hyv%C3%A4%C3%A4-esite.pdf>

Mikä se on? (www.diabetes.fi)

- ✓ Sokeriaineenvaihdunnan häiriö, joka ilmenee korkeana verensokerina. Se johtuu insuliinihormonin puutteesta tai sen häiriintyneestä toiminnasta. Se ei johdu liiasta sokerinsyömisestä, eikä se ole tarttuva sairaus.
- ✓ Voi olla oireeton, mutta yleisimpiä oireita ovat:
 - Väsymys ja uupuneisuus, johon ei uni auta
 - Jalcojen särky
 - Tulehdusherkkyyys
- ✓ Voidaan todeta verikokeella. Jos verensokeri on yön jälkeen ennen aamiaista (8h syömättä) yli 7,0mmol useana eri mittauskertana, tulee hakeutua tarkempiin tutkimuksiin. (ohjeet verensokerin mittaamiseen www.diabetestalo.fi)
- ✓ Perinnöllinen ja elintapoihin liittyvä sairaus. Riski sairastua kasvaa jos:
 - Suvussa on tyyppin 2 diabetesta
 - On ylipainoa
 - Vyötärönympärys on yli 90cm (nainen) ja 100cm (mies)
 - Tupakoi
 - Ei harrasta liikuntaa
 - Syö epäterveellisesti / epäsäännöllisesti
 - Käyttää psykoosilääkitystä (erityisesti olantsapiini ja klotsapiini)

Terveillä elintavoilla ja omilla valinnoilla voi vaikuttaa!

Tee riskitesti sivulla www.diabetes.fi/riskitesti



2. tyyppin diabetesta sairastavan tavoite arvot:
-Verensokerin paastoarvo alle 7mmol/l
-Aterian jälkeinen verensokeri alle 10mmol/l
-Verenpaine alle 140/80mmHg

Vinkkejä ja linkkejä 2. tyyppin diabeteksen hoitoon tueksi mielenterveyskuntoutujan diabetesohjaukseen

Ohjelehtiseen on koottu tietoa ja linkkejä riskielästä, jotka voivat edesauttaa tyyppin 2 diabeteksen puhkeamista sekä vinkkejä, joilla voi ennaltaehkäistä diabetesta.

- ✓ Skitsofreniaa sairastavilla esiintyy usein diabetesta, metabolista oireyhtymää ja lihavuutta sekä sydän- ja verisuonisairauksia.
- ✓ Vaikeissa mielenterveyden häiriöissä, joihin skitsofrenia luokitellaan, tyyppin 2 diabeteksen esiintyvyys on 2–3-kertainen muuhun väestöön verrattuna.
- ✓ Diabetes on arviolta tunnistamatta jopa 70 prosentilla vaikeaa mielenterveyden häiriötä sairastavista.
- ✓ Skitsofreniaa sairastaville tulisi järjestää terveellisiä elämäntapoja tukevaa ohjausta; päivittäinen liikunta, terveellinen ruokavalio ja ruoan valmistaminen sekä tupakoinnin, alkoholin ja huumeiden käytön välttäminen ovat oleellisia ohjausta tarvitsevia asioita.
- ✓ Suurella osalla skitsofreniaan sairastuneista on kognitiivisten toimintojen puutoksia, jotka vaikuttavat toimintakykyyn, kuten muistin, keskittymisen sekä tarkkaavaisuuden häiriöt ja toiminnanohjauksen vaikeudet. Toiminnanohjauksen vaikeudet ilmenevät laajasti mm. uuden oppimisen, tiedon vastaanoton sekä käsittelyn ja päätöksenteon ongelmina, ongelmanratkaisukykyyn puutoksena, joutamattomuutena sekä toimintatapaa juuttamisena.
- ✓ Näistä syistä elintapohjauksen olisi tärkeää keskittyä pleniin sekä selkeisiin, skitsofreniaa sairastavalle mahdollisiin tavoitteisiin.
- ✓ On myös hyvä huomioida, että usein saattaa olla tarvetta käydä ohjattavaa asiaa useaan kertaan läpi ja ohjauskertoja tulisi olla riittävästi.

(Koivuranta, M. 2009. Skitsofrenia ja diabeteksen omahoito: Lisää vastuuta voimien mukaan. Diabetes ja lääkäri 38 (3). Salokangas, R. 2009. Terveystieto. Katsaus: skitsofreniapotilaan somaattiset sairaudet. Heiskanen, T. 2015. Psykienlääkkeit, lihominen ja diabetes. Diabeteslääkäri 44 (5).)

Ohjelehtinen tehty osana oppinätetyötä.
Sini Siponen, Tanja Rinne 2018.
Kaikki oikeudet: NiemiKotisaatiö.

Kuvat: pixabay.

Liikuntasuositukset: (www.ukkinstituutti.fi/liikuntapiirakka)



- ✓ Kevyttä liikuntaa (kävely, pyöräily, hyötyliikunta) vähintään 30 minuuttia päivässä.
- ✓ Hyötyliikunta: portaat hissien sijaan
- ✓ Bussista pois yhtä pysäkkiä aiemmin ja viimeinen pysäkinväli kävellen
- ✓ Kuormittavampaa liikuntaa (uinti, tanssi, kuntosalit, jumppa) kaksi kertaa viikossa.
- ✓ Eri lajien kokeilu, jotta löytyy sopiva ja mukava laji.
- ✓ Liikunta auttaa painonhallinnassa, mutta auttaa positiivisesti myös mielialaan 😊



Liite 3: UKK-instituutti - liikuntapiirakka

Kuva: UKK-instituutti



(http://www.ukkinstituutti.fi/liikuntapiirakka/soveltavat_liikuntapiirakat)

Liite 4: Pohjolan ruokakolmio



Kuva: Diabetesliitto

(https://www.diabetes.fi/terveydeksi/syominen/diabeetikolle_sopiva_syominen)

Liite 5: Kyselyn analysointikuvaus

Taulukko sisältää luottamuksellista tietoa ja jätetään pois theseus versiosta.