

Tanja Välimäki

ANOREKSIA NERVOSAA SAIRASTAVAN NUOREN
HOITOPOLKU PORIN NUORISOPSYKIATRISILLA OSASTOLLA 4

Hoitotyön koulutusohjelma
Terveystyön suuntautumisvaihtoehto
2011

ANOREKSIA NERVOSAA SAIRASTAVAN NUOREN HOITOPOLKU PORIN
NUORISOPSYKIATRISELLA OSASTOLLA 4

Välimäki, Tanja
Satakunnan ammattikorkeakoulu
Hoitotyön koulutusohjelma
Huhtikuu 2011
Ohjaaja: Liimatainen-Yläne, Elina
Sivumäärä: 39
Liitteitä: 4

Asiasanat: Anoreksia, nuoret, hoitopolku, erikoissairaanhoito

Opinnäytetyön tarkoitus oli selvittää anoreksiaa sairastavan nuoren hoitopolku ja siinä esiintyviä ongelmakohtia Porissa nuorisopsykiatrisella osastolla 4. Tarkoituksena oli myös esittää haastattelun pohjalta kehityshaasteita hoitopolkuun liittyen. Opinnäytetyön tavoite oli kuvata anoreksiaa sairastavan nuoren hoitopolku Lounais-Suomen syömishäiriöperheet ry:lle, joka toimii opinnäytetyön yhteistyökumppanina.

Opinnäytetyö on tärkeä, koska se lisää moniammatillista yhteistyötä. Tutkimusten mukaan muilla hoitavilla tahoilla ei juuri ole tietoa siitä, mitä anoreksiaa sairastavan nuoren hoito psykiatrisella osastolla sisältää. Lounais-Suomen syömishäiriöperheet ry uskoo tutkimuksesta olevan hyötyä liitolle ja sen jäsenille.

Tutkimus on laadullinen eli kvalitatiivinen. Aineistonkeruumenetelmänä tässä opinnäytetyössä käytettiin teemahaastattelua. Haastattelu toteutettiin ryhmähaastatteluna ja siihen osallistui kuusi nuorisopsykiatrian osastolla neljä työskentelevää sairaanhoitajaa.

Opinnäytetyön tuloksissa tulee esiin, että usein nuoren ja hänen vanhempiansa toiveena on nopea parantuminen. Tämä koettiin hankalaksi, sillä silloin hoito keskittyy ainoastaan painon nostamiseen ja taustalla oleva syy jää huomioimatta. Moniammatillisen yhteistyön koettiin toimivan hyvin ja palveluja on helposti saatavilla. Henkilökunnan mielestä yhteiset linjat hoidossa ovat edellytys hyvälle hoidolle.

Haastateltavien mielipiteenä on, että kotiutumisvaiheessa yhteistyö avoterveydenhuollon kanssa on vähäisempää ja sitä voisi olla enemmän. Itsensä kouluttaminen ja uuden tiedon omaksumisen nähtiin vaikuttavan myönteisesti hoidon kehittymiseen.

THE PATH OF TREATMENT IN AN ADOLESCENT WHO IS SUFFERING FROM ANOREXIA NERVOSA AT PORI'S PSYCHIATRIC WARD NUMBER 4 FOR ADOLESCENTS

Välimäki, Tanja
Satakunta University of Applied Sciences
Degree Programme in Health Care
April 2011
Supervisor: Liimatainen-Yläne, Elina
Number of pages: 39
Appendices: 4

Keywords: Anorexia, adolescents, the path of treatment, special health care

The purpose of this thesis was to find out the path of treatment in an adolescent who is suffering from anorexia nervosa at Pori's psychiatric ward number four for adolescents. The treatment of anorexia nervosa in Pori is centralized in this ward. The objective was also to find out the problems and challenges of development in this path of treatment. The objective of the thesis was to describe this path of treatment for Lounais-Suomen syömishäiriöperheet ry, which was the partner cooperation in this thesis.

The thesis is important because it increases multiprofessional collaboration in general. According to researches the other parties that treat the anorexic adolescents have very little information about the treatment that is given in the psychiatric ward number four for adolescents. Lounais-Suomen syömishäiriöperheet ry believes that the thesis is useful to the union and its members.

The research method in this thesis was qualitative. To collect the material, an interview was held and it was constructed according to a technique called 'theme interview'. The interview was a group interview and six nurses who work at the psychiatric ward number four participated in the interview.

A quick recovery is often the wish of the adolescent and his/her parents and it clearly comes up in the results of the thesis. The nurses experienced that this was a problem because then the treatment is only focused on the weight gain and the essential reason for the eating disorder is ignored. The nurses experienced that the multiprofessional collaboration was successful and the services were accessible. The staff believes that collective guidelines are essential for a proper care.

The opinion of the nurses is that there is less collaboration with the municipal health care during the discharging of a patient and it should be increased. Self-education and learning new information were seen as positive things in the development of the care.

SISÄLLYS

1	JOHDANTO.....	5
2	ANOREKSIA NERVOSA	6
2.1	Anoreksian esiintyvyys.....	7
3	ANOREKSIAN HOITO.....	8
3.1	Moniammatillinen yhteistyö	9
3.2	Ravitsemushoito.....	9
3.2.1	Ravitsemustilan arviointi.....	10
3.2.2	Painon seuranta	10
3.2.3	Ruokavalion suunnittelu.....	11
3.3	Psykiatrinen hoito	12
3.3.1	Perheterapia.....	13
3.3.2	Kognitiivis-behavioraalinen terapia	14
3.3.3	Psykoedukaatio.....	14
3.3.4	Toimintaterapiat	14
3.4	Lääkehoito	15
4	HOITOA OHJAAVAT KRITEERIT.....	16
4.1	Hoitopolku	16
4.2	Laitoshoidon kriteerit.....	17
4.3	Nuorisopsykiatrinen hoitopolku Satakunnan sairaanhoitopiirissä.....	18
4.4	Erikoissairaanhoito mielenterveystyössä.....	19
5	OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS JA TAVOITTEET	20
6	OPINNÄYTETYÖN TOTEUTTAMINEN	21
6.1	Tutkimusmenetelmä.....	21
6.2	Aineiston keruu.....	22
6.3	Tulosten analysointi	23
7	OPINNÄYTETYÖN TULOKSET	24
7.1	Hoitopolku	26
8	JOHTOPÄÄTÖKSET JA POHDINTA	27
8.1	Tulosten tarkastelu	27
8.2	Opinnäytetyön luotettavuus ja eettisyys	28
9	OPINNÄYTETYÖN ARVIOINTI	30
	LÄHTEET.....	32

LIITTEET

Liite 1. Teemahaastattelun runko.

Liite 2. Haastatteluosuus.

Liite 3. Esimerkki sisällönanalyysistä.

Liite 4. Hoitopolun kaavio.

1 JOHDANTO

Tämän opinnäytetyön tarkoitus on selvittää anoreksiaa sairastavan nuoren hoitopolku ja siinä esiintyviä ongelmakohtia ja kehityshaasteita nuorisopsykiatrian osastolla 4 Porissa. Opinnäytetyön tavoite on kuvata anoreksiaa sairastavan nuoren hoitopolku kaavion muodossa ja tuoda esiin siinä esiintyviä ongelmakohtia ja kehityshaasteita.

Anoreksian esiintyvyys on länsimaisten tutkimusten mukaan nuorilla tytöillä 0,2-0,8 %, pojilla kymmenesosa tästä (Duodecim 2009). Tavallisimmin hoito pyritään järjestämään avoterveydenhuollossa. Vakavasti aliravitut anoreksiapotilaat ovat hengenvaarassa. Silloin hoito päivystyspoliklinikalla, sisätauti- tai lasten osastolla on perusteltua. Elintointojen tasaannuttua hoito siirtyy psykiatriselle osastolle, jossa hoito keskittyy psyykkisten oireiden lievittämiseen. (Charpentier ym. 2008, 42.)

Opinnäytetyön yhteistyökumppanina toimii Lounais-Suomen syömishäiriöperheet ry. Yhdistyksen perustarkoituksena on edistää syömishäiriöiden hoitoa ja kuntoutusta, toimia jäsenistönsä oikeuksien valvojana ja tehdä tunnetuksi edustamiensa ryhmien erityispiirteitä. Yhdistys uskoo opinnäytetyöstä olevan hyötyä yhdistykselle ja erityisesti Yhdistyksen jäsenille. (Lounais-Suomen syömishäiriöperheet ry 2010.)

Porin nuorisopsykiatrinen osasto 4 kuuluu Satakunnan sairaanhoitopiirin alueeseen. Satakunnan sairaanhoitopiiri kattaa 23 kunnan alueen, jonka 226 000 asukasta se palvelee tehden yhteistyötä perusterveydenhuollon ja sosiaalitoimen kanssa. Sairaanhoitopiirin sairaalat sijaitsevat Harjavallassa, Raumalla ja Porissa, sekä näiden edellä mainittujen lisäksi psykiatrian toimipisteitä on monilla muilla paikkakunnilla. Lisäksi kehitysvammaisten erityishuoltoa tarjoavat Ulvilassa sijaitseva Antinkartanon kuntoutuskeskus sekä muiden paikkakuntien useat eri toimipisteet. (Satakunnan sairaanhoitopiiri 2010.)

Aiempien anoreksian hoidosta tehtyjen tutkimusten mukaan somaattisesta hoidosta vastaavilla osastoilla ei juuri ole käsitystä siitä, mitä hoito psykiatrisella osastolla on. Esimerkiksi Luotolan opinnäytetyön (2008) tuloksissa tulee ilmi, että L1A:n henkilökunta toivoisi lisää tietoa siitä, mitä anoreksiaa sairastavan nuoren jatkohoito psykiatrisella osastolla sisältää.

2 ANOREKSIA NERVOSA

Anoreksia nervosa, josta tässä opinnäytetyössä on käytetty termiä anoreksia, on ilmeisen vanha sairaus. Sen klassiset kuvaukset ovat 1800-luvulta. Anoreksia kuvaa sairauskokonaisuutta, jossa tavallisimmin nuori ihminen alkaa säännöstellä, väistellä ja välttää syömistä erilaisista syistä. Syitä voivat olla esimerkiksi itsekuri, uskonnollisuus tai tietynlaisen ulkonäön tavoittelu. Usein kyse on aluksi harmittomasta laihduttamisesta. Anoreksiasta voidaan puhua, kun syömisen säännösteleminen johtaa merkittävään ruumiin painon putoamiseen tai kasvun pysähtymiseen. (Charpentier ym. 2008, 12.)

Syömishäiriö on mielen ja kehon sairaus. Anoreksian taustalla voi olla kasvuun ja itenäistymiseen liittyvät psyykkiset ongelmat. Laukaisevana tekijänä voi olla esimerkiksi vain huomautus lihavuudesta. (Metsärinne 2010.) Perinnölliset tekijät ja traumaattiset kokemukset lisäävät alttiutta sairastua syömishäiriöön. Häiriö alkaa yleensä nuoruusiässä. Anoreksia on usein pitkäaikainen, sillä yli puolella siihen sairastuneista oireet kestävät vaihtelevassa määrin vuosikausia. (Ruuska 2010.)

Anoreksialle tyypillisiä oireita ovat rasvaisen ja kaloripitoisen ruoan välttäminen. Usein ruokana ovat ainoastaan vihannekset ja hedelmät. Monet häiriöstä kärsivät yrittävät hallita painonnousuaan pakonomaisella liikunnalla, virtsan eritystä lisäävillä lääkkeillä tai ulostuslääkkeillä. Osalle laihuushäiriöstä kärsivistä on ominaista myös ahmimis- eli bulimiakohtaukset ja niiden laukaisema itse aiheutettu oksentaminen. (Huttunen & Jalanko 2009.)

Varsinaisesta anoreksiasta voidaan puhua, kun sairastuneessa henkilössä todetaan samanaikaisesti seuraavat oireet:

- Painoindeksi on naisilla alle 17,5 kg/m² ja miehillä 19 kg/m² tai pituuden mukaan arvioitu keskipaino alittaa 15 %. Esimurrosikäisillä paino saattaa jäädä jälkeen pituuskasvusta ilman varsinaista painon laskua. Kuitenkin kasvuiän ohittaneilla diagnoosi edellyttää painon laskua.
- Painon laskun aiheuttaa sairastuneen halu välttää lihottavia ruokia. Lisäksi hän usein käyttää laihduttamiseen liiallista liikuntaa, itse aiheutettua oksentelua, ulostus- ja nesteenpoistolääkkeitä tai ruokahalua hillitseviä lääkkeitä.

- Nuoren itsensä mielestä hän on lihava ja pelkää kovasti painon nousua, mikä saa hänet asettamaan itselleen kohtuuttoman alhaisen painotavoitteen. Ruumiinkuvan vakava vääristymä on osa sairautta. Laihuus on minäkuvan kannalta yliarvoisessa asemassa.
- Nuorella todetaan laaja-alainen hypotalamus-aivolisäke-sukurauhasakselin endokriininen häiriö. Tämä näkyy naisilla kuukautisten poisjäämisellä ja miehillä seksuaalisen mielenkiinnon ja potenssin heikkenemisellä. Ennen murrosikää puhjennut sairaus taas viivästyttää kehitystä ja kuukautisten alkaminen viivästyy. Tyttöillä rinnat eivät kehity, pojilla sukuelinten kehitys pysähtyy. Kasvu- ja kortisolin pitoisuudet voivat olla koholla, kilpirauhashormonin aineenvaihdunta saattaa olla muuttunut ja insuliinin erityis voi olla poikkeavaa.

(Viljanen, Larjosto & Palva-Alhola 2005, 11.)

Ehkäisyvalmisteiden käyttö saattaa ylläpitää kuukautiskiertoa huonossakin ravitsemustilassa. Myös muut sukupuolihormonivalmisteet voivat kätkeä kuukautisten poisjäämisen. (Viljanen ym. 2005, 11.)

2.1 Anoreksian esiintyvyys

Syömishäiriöt ovat melko yleisiä sairauksia Suomessa. Tyypillinen sairastunut on tyttö tai nuori nainen. Terveystieteiden tutkimuskeskuksen tilastoraportin mukaan (2008) psykiatrian avohoidossa eniten asiakkaita lukumääräisesti ja väkimäärään suhteutettuna oli 15-19 – vuotiaissa naisissa. Noin viisi prosenttia tämän ikäryhmän väestöstä oli saanut päädiagnoosikseen jonkin "mielenterveyden ja käyttäytymisen häiriöt" - pääluokkaan kuuluvan diagnoosin. Anoreksia on tilaston mukaan toiseksi useimmin kirjattu päädiagnoosi tässä ikäryhmässä heti masennuksen jälkeen. (Sylillinen 1/2010; Saukkonen 2010.)

Länsimaisten tutkimusten mukaan anoreksian esiintyvyys nuorilla tytöillä on 0,2-0,8 % pojilla kymmenesosa tästä (Duodecim 2009). Arvioiden mukaan 5–10 % sairastuneista on miehiä (Huttunen ym. 2009).

Tutkimusten mukaan noin puolet anoreksiaan sairastuneista paranee kokonaan, 30 % oireilu jatkuu ja 10-20% kroonistuu (Duodecim 2009).

3 ANOREKSIAN HOITO

Hoidon aloittaminen varhaisessa vaiheessa parantaa tervehtymisennustetta ja nopeuttaa paranemisprosessia. Onkin tärkeää, että hoitoon hakeudutaan heti, kun ensioireet havaitaan. Anoreksia alkaa tavallisesti vähitellen, ja sairauden tullessa ilmi oireet ovat yleensä jatkuneet jo pitkään. Hoitoa voidaan silti järjestää rauhassa, vaikka hoitopaikkaa joutuisikin odottamaan jonkin aikaa. Tilanne on erilainen silloin, kun laihtuminen on ollut rajua esimerkiksi useita kiloja kuukaudessa. Tällaisessa tilanteessa kehon vauriot syntyvät nopeasti ja hoitoon hakeutumisella on kiire. (Charpentier ym. 2008, 42.)

Tavallisimmin hoito pyritään järjestämään avoterveydenhuollossa. Nuoren kohdalla ensimmäinen ajanvaraus tehdään yleensä terveydenhoitajan vastaanotolle koululla, terveyskeskukseen tai psykiatrian poliklinikalle, josta hoito tarvittaessa ohjataan syömishäiriöiden hoitoon erikoistuneisiin yksiköihin. (Charpentier ym. 2008, 42.)

Vakavasti aliravitut anoreksiapotilaat ovat hengenvaarassa. Silloin hoito päivystyspoliklinikalla, sisätauti- tai lastenosastolla on perusteltua. Hoidon tavoitteena on vakauttaa elintoiminnot. Tarvittaessa käytetään letkuruokintaa ja suonensisäistä nesteytystä. Elin-toimintojen tasaannuttua hoito siirtyy psykiatriselle osastolle, jossa hoito keskittyy psyykkisten oireiden lievittämiseen (Charpentier ym. 2008, 42.)

Anoreksian kokonaisvaltaisen hoidon tavoitteet ovat syömiskäyttäytymisen normalisointuminen, fyysisen tilan korjaantuminen ja psyykkisten oireiden lievittyminen. Anoreksiasta parantuminen on pitkäaikainen prosessi. Tutkimusten mukaan keskimääräinen parantuminen kestää kuusi vuotta, mutta jopa kymmenen vuotta sairastaneillakin on hyvät mahdollisuudet parantua. Missään vaiheessa ei kannata luovuttaa. Anoreksia on usein pitkäkestoinen sairaus, eikä tuloksia hoidon aloittamisesta kannata odottaa salamanopeasti. Yleensä hoito vaatii viikkojen tai kuukausien, jopa vuosien ponnistelua. Hoito kui-

tenkin kannattaa ja kärsivällisyys palkitaan. (Charpentier ym. 2008, 42-43 ja 46.) Tutkimusten mukaan noin puolet anoreksiaan sairastuneista paranee kokonaan (Duodecim 2009).

3.1 Moniammatillinen yhteistyö

Anoreksiapotilaiden hoito on moniammatillista yhteistyötä. Moniammatilliseksi yhteistyöksi voidaan kuvata eri asiantuntijoiden työskentelyä, jossa pyritään huomioimaan asiakkaan kokonaisuus. (Isoherranen 2005, 14.) Yleensä hoitoon osallistuu useampi hoitava taho kuten psykiatri, psykologi, sairaanhoitaja, psykoterapeutti, sisätautilääkäri tai lastenlääkäri, ravitsemusterapeutti, fysioterapeutti, toimintaterapeutti ja sosiaalityöntekijä. (Viljanen ym. 2005, 15.) Kuten jokaisessa onnistuneessa työryhmässä, myös tiimityöskentelyn onnistumiseen vaikuttaa suuresti se, että kaikilla tulee olla sama tavoite ja päämäärä (Isoherranen 2004, 105-106).

3.2 Ravitsemushoito

Lasten ja nuorten syömishäiriöiden Käypä hoito -suositus (2010) tukee ravitsemusohjauksen ja psykoedukatiivisen ohjauksen käyttöä syömishäiriöpotilaiden hoidossa. Ravitsemushoidon tärkein tavoite on saada anorektikko asteittain muuttamaan syömiskäyttäytymistään.

Lisäksi tavoitteena on potilaan aliravitsemuksen korjaaminen ja laihduttamisen lopettaminen. Alipainoisen potilaan kohdalla keskeisintä on painonnousu ravitsemushoidon avulla. Mitä aiemmin potilaan paino saadaan kohoamaan, sitä varmemmin estetään anoreksian kroonistuminen ja ahmimishäiriöön siirtyminen. Nuoren anoreksiapotilaan kohdalla tavoitteena on myös normaalin kasvun turvaaminen. Ravitsemusterapia yksinään ei koskaan riitä hoidoksi vaan lisäksi tarvitaan myös psykiatrista hoitoa. (Viljanen ym. 2005, 16, 21.)

3.2.1 Ravitsemustilan arviointi

Anoreksiapotilaan ravitsemustilan arvioinnissa käytetään yli 16 -vuotiailla painoindeksiä (BMI) ja alle 16 -vuotiailla lapsilla kasvukäyrää sekä pituuspainoa. Kasvukäyrää seuraamalla nähdään, onko lapsena anoreksiaan sairastuneen pituuskasvu keskeytynyt laihuushäiriön vuoksi. (Viljanen ym. 2005, 28.)

Ravitsemustilan arviointiin kuuluu painon laskun suhteellisen määrän selvittäminen. Huomattavan nopeana painon laskuna pidetään, kun potilaan paino on laskenut yli 0,5 kg viikossa tai yli 5% kuukaudessa tai yli 10% 3-6 kuukauden ajalla. Lapsilla nopea painon lasku on vaarallisempaa kuin aikuisilla, koska heillä on vähemmän energia varastoja ja he kuivuvat nopeammin kuin aikuiset. Mitä nopeammin potilaan paino on laskenut, sitä vakavampi tilanne on kyseessä. (Viljanen ym. 2005, 28.)

Muita keinoja ravitsemustilan arviointiin on mm. kehon rasvapitoisuuden seuraaminen ja aliravitsemuksen ja oksentelun ulkoisten merkkien etsiminen. Potilaan ravitsemustilaa voidaan tutkia tunnustelemalla hänen olkavarttaan, josta arvioidaan rasva- ja lihas kudoksen määrä. Olkavarren ympärysmitta kertoo aliravitsemuksesta, jos se on naisilla alle 17cm ja miehillä alle 21 cm. Potilaan tilaa ja kuntoutumista seurataan usein myös erilaisilla laboratorikokeilla. (Viljanen ym. 2005, 30.) Lasten ja nuorten syömishäiriöiden Käypä hoito -suosituksen mukaan anoreksian hoidossa voidaan käyttää seuraavia laboratorikokeita: verenkuvat, natrium, kalium, kalsium, fosfaatti, AFOS, kreatiniini, albumiini, ALAT, veren glukoosipitoisuus, kilpirauhasen toiminta, keliakiavasta-aineet, rasva-arvot ja EKG. (Duodecim 2009.)

3.2.2 Painon seuranta

Anoreksiapotilaan hoidossa määritetään tavoitepaino, johon hoidon aikana pyritään. Tavoitepaino asetetaan yksilöllisesti potilaan painohistorian mukaan. Käytännössä tämä tarkoittaa sitä, että painotavoite asetetaan 10 % alle sen painon, jossa potilas oli ennen sairastumistaan anoreksiaan. Mitä lähemmäs potilaan normaalipainoa päästään ennen hoidon päättymistä, sitä parempi on potilaan ennuste. Uusiutumisen kannalta todennä-

köisyys uusiutua on sitä pienempi, mitä lähempänä potilaan painoindeksi on biologista painoa tai painoindeksiä 19 kg/m^2 . (Viljanen ym. 2005, 33.)

Biologinen normaalipaino on yksilöllinen, geneettisesti määräytyvä paino, jossa ihminen voi fyysisesti ja psyykkisesti parhaiten ja elimistö toimii täysipainoisesti. Anoreksiapotilaan ongelmana onkin, että hänen tavoittelema paino on matalampi kuin todellinen biologinen normaalipaino. (Viljanen ym. 2005, 32.)

Tavoitepainosta keskustellaan potilaan kanssa, mutta tämä ei ole oleellista vielä sairauksen ensivaiheessa. Painotavoitteista on hyvä keskustella vasta, kun potilas on päässyt vaikeasta aliravitsemustilasta. (Viljanen ym. 2005, 34.) Tavoitepainoa nostetaan potilaan tilan kohentuessa ja kun paino alkaa nousta (Duodecim 2009).

Yhtenä tavoitepainon rajana voidaan pitää kuukautisten alkamista. Yleensä kuukautiset alkavat uudelleen naisen saavutettua 90-100% painonmukaisesta keskiarvosta. Kuukautisten alkamispaino on yksilöllinen ja sitä ennustettaessa on otettava huomioon potilaan ruumiinrakenteen lisäksi aikaisempi kuukautis- ja painohistoria. Osalla sairastuneista kuukautiset jatkuvat tavalliseen tapaan. Tämä saattaa johtua e-pillereiden ja muiden hormonivalmisteiden vaikutuksesta ja niiden käyttö onkin tarpeellista selvittää. Joskus kuukautiset saattavat palata odotettua alhaisemmassa painossa, vaikka ruokavalio olisi-kin puutteellinen. Potilaiden tavoitepaino onkin määriteltävä toisin perustein. Naistentautilääkärinä on syytä konsultoida, mikäli biologisesti normaalipainoisella naisella on kuukautishäiriöitä. (Viljanen ym. 2005, 34-35.)

Aliravitun potilaan tavoitepainoa on syytä tarkistaa hoidon edetessä. Hoidon alussa paino pyritään yleensä nostamaan melko nopeasti niin, että painoindeksi on $14,5 \text{ kg/m}^2$. Seuraava painotavoite on yleensä lähellä painoindeksiä 17 kg/m^2 . Lopullisena tavoitteena pidetään potilaan biologista normaalipainoa. (Viljanen ym. 2005, 38.)

3.2.3 Ruokavalion suunnittelu

Anoreksiapotilaiden ruokavalion suunnittelussa käytetään yleisesti ns. täsmäsyömis- periaatteita. Tasainen ateriarytmi on tärkeää. Aterioiden välillä on hyvä pitää 3-4 tunnin

tauko, jolloin päivään mahtuu viisi ateriaa. Riittävästä energiansaannista on huolehdittava. Lisäksi panostetaan monipuolisuuteen ja sallivuuteen. Kaikki ruoka-aineet kuuluvat ruokavalioon, eikä mitään suljeta pois. Potilaille korostetaan pientenkin muutosten ja parannusten merkitystä. Anoreksiapotilaille totuttujen tapojen muuttaminen on vaikeaa, joten on syytä edetä askel askeleelta. (Viljanen ym. 2005, 48.)

Ruokavalion energiataso on oltava naisilla vähintään 1500 kcal ja miehellä 2000 kcal. Anoreksiaa sairastavan nuoren määritellään kokemusperäisesti painoa seuraamalla. (Viljanen ym. 2005, 49.) Hoidon alussa energiantarve nuorilla noin 1000-1200 kcal vuorokaudessa. Sopiva energiantarve on noin 130 % laskennallisesti arvioidusta määrästä. (Duodecim 2009.)

3.3 Psykiatrinen hoito

Tyypillisiä anoreksiassa esiintyviä psyykkisiä oireita ovat mielialan lasku, ärtyneisyys, lisääntynyt levottomuus, ahdistuneisuus ja erilaiset ruokaan ja ruokailuun liittyvät pakko-ajatukset, pakko-oireet ja rituaalit. Joskus anoreksian aiheuttama nälkiintyminen on niin voimakasta, että todellisuudentaju hämärtyy psykoottiseksi käyttäytymiseksi. Vaikeassa anoreksiassa jopa 10-20 % aivojen valkeasta aineesta voi kadota elimistön hätäravinnoksi, joka osaltaan selittää erilaisten psyykkisten oireiden ilmaantumisen. (Charpentier ym. 2008, 30.)

Anoreksiapotilailla esiintyy elinaikanaan tyypillisesti keskimääräistä enemmän vakavaa masennusta ja ahdistuneisuushäiriöitä. Usein anoreksiaan liittyy myös pakko-oireita ja lisäksi vaativan persoonallisuuden häiriöitä, joilla on taipumus säilyä syömishäiriön korjaantumisen jälkeenkin. (Duodecim 2009.)

Minkään yksittäisen terapiamuodon ei ole selkeästi osoitettu olevan muita parempi aikuisten anoreksiapotilaiden avohoidossa. Yleisesti käytössä olevia terapiamuotoja ovat kognitiivis-analyttinen terapia, kognitiivis-behavioraalinen terapia, interpersoonalinen psykoterapia ja fokusoitu psykoanalyttinen terapia. Lasten ja nuorten anoreksian hoidossa voidaan käyttää erilaisia menetelmiä. Tärkeitä huomioita hoitomenetelmää pohdittaessa ovat terapiasuhteen laatu, yhteistyö ja motiivointi. (Duodecim 2009.)

Psykososiaalisten interventioiden tavoitteena on auttaa potilasta ymmärtämään ravitsemustilan ja fyysisen kuntoutumisen merkitys, tunnistamaan omia tunteitaan, ymmärtämään ja muuttamaan haitallista käyttäytymistä ja vääristyneitä ajatuksia syömisestä, parantamaan toimintakykyä sekä helpottaa muuta psykopatologiaa ja liitännäisoireita. (Duodecim 2009.)

Psykoterapioiden tehoa psyykeen sairauksien parantamisessa on tutkittu melkoisen vähän (Charpentier ym. 2008, 43). Eniten tutkittu hoitomalli on kognitiivis-behavioraalista psykoterapiaa, jota yleisesti käytetään anorektikon yksilöpsykoterapiassa mahdollisesti yhdistettynä psykodynaamisiin tai interpersoonallisen psykoterapian painotuksiin. (Turtonen)

3.3.1 Perheterapia

Tutkimusten mukaan vahvin näyttö hoidon toimivuudesta on perheterapialla, joka näyttäisi olevan yksilöterapiaa tehokkaampi muoto nuorilla, joilla sairaus ei ole vielä kroonistunut. Perheterapia on myös usein käytetty muoto anoreksiapotilaiden hoidossa. (Duodecim 2009.) Lyhyt ja intensiivinen perheterapia näyttäisi olevan yhtä tehokas kuin perheterapian pidemmät muodot (Charpentier ym. 2008, 45). Lyhyt terapiamuoto tuskin kuitenkaan riittää tilanteissa, joissa anorektikolla on vaikeita pakko-oireita tai perhe on hajonnut (Duodecim 2009).

Terapiaa voidaan toteuttaa joko perheen terapiana tai vanhemmat voivat käydä erikseen terapiassa. Molemmat mallit ovat yhtä tehokkaita. Perheterapian lisäksi nuorille tulisi tarjota myös englantilaisen hoitosuosituksen mukaan yksilöllistä terapiaa. Ulkomaalaisten hoitosuosituksen mukaan lasten ja nuorten laihuushäiriöiden hoitoon sopivat erityisesti erilaiset perheinterventiot. (Duodecim 2009.)

Kun nuori sairastuu anoreksiaan, on se aina koko perheen sairaus. Anorektisesti oireileva nuori saattaa aiheuttaa muutoksia perheen välisen vuorovaikutukseen, jolloin se saattaa myötävaikuttaa oireilun säilymiseen ja kroonistumiseen. Perheen käyttäytymisen arviointi ja oireita ylläpitävien käyttäytymis- ja vuorovaikutusmallien korjaaminen on

tärkeää. Huoltajien aktiivinen mukana olo auttaa nuorta parantumaan. (Duodecim 2009.)

3.3.2 Kognitiivis-behavioraalinen terapia

Kognitiivisbehavioraalista psykoterapiaa voidaan antaa hoidon kaikissa vaiheissa, sillä se sovitetaan vaativuudeltaan vastaamaan sairastuneen kulloistakin ajattelukykyä. Asioita pyritään esimerkiksi käsittelemään mahdollisimman kongreettisella tasolla. Anoreksian vakavassa vaiheessa terapia painottuu syömiskäyttäytymisen muuttamiseen, ruokavalion laajentamiseen painon lisäämiseen ja muuhun samankaltaiseen toimintaan. Keskeisintä terapiassa on selittää millaiset ajattelu- ja toimintamallit ylläpitävät ja miten ne pyritään korjaamaan. (Charpentier ym. 2008, 55 ja 57.)

3.3.3 Psykoedukaatio

Tarkoituksena on antaa tietoa sairaudesta ja sen hoidosta, ravitsemuksesta ja oikeanlaisesta ruokavalion suunnittelusta ja sairauden vaikutuksista. Potilaalle annetaan asiallista tietoa heti sairauden alkumetreillä. Nuorta ei ole tarkoitus pelotella tai tuomita vaan psykoedukaatiota annettaessa on muistettava neutraali asenne. (Viljanen ym. 2005, 74.)

Psykoedukaatiota annetaan aina silloin kun se potilaan tilaan luontevasti sopii, vähän kerrallaan. Tietoa voidaan antaa esimerkiksi, kun potilas on huolissaan jostakin sairauden aiheuttamasta somaattisesta oireesta. (Viljanen ym. 2005, 74.)

3.3.4 Toimintaterapiat

Toimintaterapioilla tarkoitetaan toimintaa, joka on kuntouttavaa ja perustuu terapeutin ja asiakkaan väliseen yhteistyöhön ja vuorovaikutukseen, sekä toiminnan terapeuttiseen käyttöön. Tavoitteena toimintaterapialla on valmistaa asiakkaan itsenäisyyttä omassa arjessa ja toiminnassa ja näin vahvistaa asiakkaan osallistumista omaan elämään ja sen valintoihin. (Toimintaterapeuttiliitto 2010.)

Toimintaterapiat kuuluvat laitoshoidon vastuualueeseen ja siihen kuuluu seuraavia terapiamuotoja: työterapia, musiikkiterapia, liikunta ja fysioterapia (Satakunnan sairaanhoitopiiri 2010.)

3.4 Lääkehoito

Anoreksiapotilaan lääkehoito on ongelmallista. Anorektikon motivaatio lääkitykselle ilman toimivaa hoitosuhdetta ja tilanteen moniulotteista hahmottamisesta on huono. Nuori pelkää usein menettävänsä ”kontrollin” tunteen ja lihovansa hallitsemattomasti. (Turtonen.)

Anoreksian hoito on oireenmukaista, eikä toimivaa tehokasta lääkehoitoa toistaiseksi tunneta (Charpentier ym. 2008, 45). Lääkehoidon hyödystä ei nuoren kohdalla ole selkeää näyttöä. Alipainoisilla potilailla riski saada lääkityksestä vaarallisia haittavaikutuksia on huomattava. (Karukivi 2009.) Psykelaakkeita siedetään huonosti, eikä monia muita lääkkeitä voida käyttää ollenkaan sydän- ja verenpainevaikutuksen vuoksi (Turtonen).

Lyhytvaikutteisen bentsodiatsepiinin anto 30 minuuttia ennen ruokailua saattaa helpottaa ruokailun liittyvää ahdistusta, mutta näytöstä ei ole riittävää varmuutta. Lisäksi bentsodiatsepiinin käyttöä tulee varoa riippuvuusriskin vuoksi. Toisen polven psykoosilääkkeitä käytetään toisinaan helpottamaan ahdistusta ja vähentämään psykoottistyyppistä ajattelua ja pakko-oireita. Olantsapiinista saattaa olla apua painon nousussa, mutta haittavaikutukset ovat merkittävät. (Karukivi 2009.)

Mikäli lääkehoitoa kuitenkin käytetään, tulee lääkitys aloittaa mahdollisimman pienellä annoksella. Psykelaäkitys aloitetaan vasta potilaan saavutettua normaalipainon. Lääkitystä voidaan harkita ravitsemushoidon ja psykoterapian tukena ja sen käytölle on oltava kunnan perusteet. (Duodecim 2009). Nuorelle saatetaan määrätä ravitsemukseen liittyviä lääkkeitä kuten vitamiini- ja hivenaineita tai vatsan toimintaan vaikuttavia valmisteita (Karukivi 2009).

4 HOITOA OHJAAVAT KRITEERIT

4.1 Hoitopolku

Hoitopolku on paikallinen sairaalan, klinikan, kuntayhtymän tai terveyskeskuksen sisäinen suositus tai toimintaohje. Toimintaohjeessa tulee määritellä tietyn sairauden tai oireyhtymän hoito, sen järjestäminen sekä moniammatillinen yhteistyö organisaation sisällä. Hoitopolun tarkoituksena on selvittää kuka tekee ja missä tekee. (Mäntyranta ym. 2003, 9.)

Hoitopolku sanan synonyymina on myös käytetty paikallista toimintaohjetta. Paikallinen toimintaohje tarkoittaa esimerkiksi sairaalan tai kuntayhtymän sisäistä suositusta tai toimintaohjetta, niin sanottua ”talon tapaa”. Toimintaohjeessa määritetään tietyn taudin hoito ja sen järjestäminen sekä moniammatillinen työnjako organisaation sisällä. Jos ohjeessa kuvataan vain työnjako ja potilaan kulku eri toimijoiden välillä, puhutaan hoitopolusta. Paikallinen toimintaohje tarkoittaa siis laajempaa ohjeistusta tietyn sairauden hoidosta, hoidon järjestämisestä sekä moniammatillisesta työnjaosta esimerkiksi koko sairaanhoitopiirin alueella. (Mäntyranta ym. 2003, 9.)

Hoitopolku sekoitetaan usein hoitoketjun termiin. Hoitoketjulla tarkoitetaan alueellista, tiettyä sairautta potevien hoitoa ja työnjakoa tietyllä alueella, usein sairaanhoitopiirissä. Yleensä hoitoketjussa määritellään työnjako perusterveydenhuollon, erikoissairaanhoidon ja sosiaalitoimen välillä. Hoitopolku taas on sisäinen toimintaohje, joka kertoo yksityiskohtaisesti kuka tekee ja missä tekee. Hoitopolku on jonkin organisaation oma menettelytapa. (Mäntyranta ym. 2003, 8.) Tässä opinnäytetyössä kuvataan nuorisopsykiatrian osasto neljän hoitopolku anoreksiaa sairastavan nuoren kohdalla.

Suomalaisen Lääkäriseura Duodecimin ja Suomen Lastenpsykiatriyhdistyksen asettama työryhmä on laatinut vuonna 2009 Käypä hoito -suosituksen lasten ja nuorten syömishäiriöiden hoidosta. Suositusta voidaan pitää hoidon peruslähtökohtana syömishäiriöitä sairastavan nuoren hoidossa.

4.2 Laitoshoidon kriteerit

Välittömiä sairaalahoidon kriteerejä ovat seuraavat somaattiset syyt:

- Painoindeksi on alle 13 kg/m² tai paino on alle 70 % pituudenmukaisesta keskipainosta
- Laihtuminen on ollut erittäin nopeaa. Laihduttamista voidaan kutsua nopeaksi silloin, kun paino laskee 25 % kolmessa kuukaudessa.
- Vakavat elektrolyytti- tai aineenvaihduntasapainon häiriöt
- Systolinen verenpaine on alle 70 mmHg tai syketaajuus alle 40/min
- Ekg muutokset

Välittömiä sairaalahoidon kriteerejä ovat seuraavat psykiatriset syyt.

- Psykoottiset oireet
- Vakava itsetuhoisuus, itsemurhavaara
- Vaikea masennus
- Vakavat ongelmat perhetilanteessa
- Avohoidon epäonnistuminen

(Duodecim 2009.)

Päätöstä välittömästä sairaalahoidosta tehtäessä tulisi arvion hoidon tarpeesta perustua potilaan fyysisestä ja psyykkisestä tilanteesta ja käyttäytymisestä. Potilaan hoitopaikaksi valitaan somaattisesta ja psyykkisestä tilanteesta riippuen joko somaattinen- vai lasten- tai nuorisopsykiatrinenosasto. Hoitopaikkaa valitessa tulisi huomioida myös paikalliset hoitomahdollisuudet ja hoitohenkilökunnan taidot ja valmiudet hoitaa anoreksiapotilaiden ongelmia. (Charpentier ym. 2008, 62.)

Jos anoreksiapotilaan paino on hyvin alhainen, on ravitsemustilan korjaaminen olennaisin asia hoidon alussa. Ravitsemustilan korjaaminen saattaa olla helpompaa toteuttaa somaattisella osastolla. Vaikka esimerkiksi ravitsemustilan korjausta nenämahaletkun avulla on käytetty myös psykiatrisilla osastoilla turvallisesti ja onnistuneesti. Psykiatrisella osastolla on taas helpompi hoitaa psyykkisiä ongelmia ja vuorovaikutuksen juuttumia. (Duodecim 2009.)

4.3 Nuorisopsykiatrinen hoitopolku Satakunnan sairaanhoitopiirissä

Ensimmäinen yhteistyötaho Satakunnan sairaanhoitopiirissä on perusterveydenhuollossa. Ensin nuori ohjataan vastaanottoryhmään, kuten esimerkiksi porilaiset psyykkisesti oireilevat nuoret ohjataan vastaanottoryhmään, jossa suoritetaan nuorisopsykiatrinen arvio. (Elo ym. 2003.)

Arvion perusteella lääkäri tekee tarvittaessa lähetteen kotipaikkakunnan perusteella määräytyvälle nuorisopsykiatrian poliklinikalle Poriin, Raumalle, Kankaanpähän, Harjavaltaan tai Huittisiin, jolloin siirrytään erikoissairaanhoidon piiriin. Avohoitoa tarvitsevat nuoret hoidetaan näillä nuorisopsykiatrian poliklinikoilla, kuten myös ei kiireellistä osastohoitoa tarvitsevat nuoret. Lähettävä lääkäri arvioi hoidon kiireellisyyden. (Elo ym. 2003.)

Mikäli nuoren tila sitä vaatii, tehdään lähete suoraan Porin nuorisopsykiatrian osastolle nuoren suostumuksella tai tahdosta riippumattomaan hoitoon Harjavallan sairaalan nuorten osastolle. (Elo ym. 2003.)

Päivystysluontoisissa tilanteissa, kun nuori tarvitsee välitöntä osastohoitoa, lähetetään nuori kunnan mukaan joko M1 tai B1 läheteellä Harjavallan sairaalan nuorten suljetulle vastaanotto-osastolle. Yli 18 -vuotiaat nuoret lähetetään vastaavasti aikuistenpsykiatrian osastolle. (Elo ym. 2003.)

Nuorisopsykiatrian osasto 4 sijaitsee Porissa. Osastolla hoidetaan 13 – 17- vuotiaita nuoria. Osastolla on kahdeksan potilaspaikkaa. Hoito aloitetaan tutkimusjaksolla, joka kestää 4-6 viikkoa. Tutkimusjakson aikana selvitetään ja kerätään tietoa nuoresta ja hänen psyykkisistä ongelmistaan. Osaston henkilökunta on perehtynyt nuoren fyysisen ja psyykkisen kehityksen eri vaiheisiin sekä ongelmien ja kriisien hoitamiseen. (Elo, Haapanen & Haapasalo-Pesu. 2002)

Nuorisopsykiatrian osasto 21 on kahdeksanpaikkainen nuorten suljettu vastaanotto-osasto Harjavallan sairaalassa. Osastolla hoidetaan anoreksiapotilaat, jotka kieltäytyvät hoidosta, mutta osastohoito on välttämätöntä. Yleensä nuoret tulevat osastolle M1 tark-

kailulähetteellä. Tarkkailujakson jälkeen lääkäri tekee lausunnon siitä, onko tahdonvasteeseen hoitoon aihetta. Mikäli nuori jää osastolle, jatkuu hoito 4-6 viikon tarkkailujaksolla. (Elo ym. 2002.)

4.4 Erikoissairaanhoito mielenterveystyössä

Erikoissairaanhoitoa kuvataan porrastetun terveydenhuoltojärjestelmän erikoislääkärijohtoiseksi toiseksi kerrokseksi, johon kuuluu sairauksien tutkimuksen ja hoidon lisäksi myös niiden ennaltaehkäisyä ja kuntoutusta. Erikoissairaanhoidolla tarkoitetaan erikoislääkärien johtamaa osaa terveydenhuollosta. Hoitoon tarvitaan aina lähete. (Teperi 2005.)

Kunnan, joka on kotikuntalain (201/1994) mukaan henkilön kotikunta, on huolehdittava siitä, että henkilö saa tarpeellisen erikoissairaanhoidon terveydenhuoltolain mukaisesti. Tämän veloitteen mukaisen erikoissairaanhoidon järjestämiseksi kunnan on kuuluttava johonkin sairaanhoitopiiriin kuntayhtymään. (Erikoissairaanhoitolaki 1989/1062, 3 §.)

”Mielenterveystyöllä käsitteellä tarkoitetaan yksilön psyykkisen hyvinvoinnin, toimintakyvyn ja persoonallisuuden kasvun edistämistä ja muiden mielenterveyshäiriöiden ehkäisemistä, paranemista ja leivittämistä” (Mielenterveyslaki 1990/1116, 1 §).

Sairaanhoitopiiriin kuntayhtymän tulee huolehtia, että erikoissairaanhoitona annettavista mielenterveyspalveluista huolehditaan. Mielenterveyspalvelut pyritään järjestämään avopalveluina ja oma-aloitteista hoitoon hakeutumista tulee tukea. Sairaanhoitopiiriin kuntayhtymän on huolehdittava yhdessä alueella toimivien terveyskeskusten ja alueen sosiaalitoimen kanssa, että mielenterveyspalveluista muodostuu toimiva kokonaisuus. (Mielenterveyslaki 1190/1116, 3 §.)

Mielenterveyslain pohjalta nuori henkilö voidaan määrätä tahdosta riippumattomaan psykiatriseen sairaalahoitoon vain jos hänen todetaan olevan mielisairas, jos hänen sairautensa vuoksi on hoidon tarpeessa siten, että hänen hoitoon toimittamatta jättäminen olennaisesti pahentaisi hänen mielisairauttaan tai vakavasti vaarantaisi hänen terveystään ja turvallisuuttaan, taikka muiden henkilöiden terveystään tai turvallisuutta ja jos mit-

kään muut mielenterveyspalvelut eivät sovellu käytettäviksi tai ovat riittämättömät (Mielenterveyslaki 1190/1116, 8 §).

Tahdonvastainen sairaalahoito tulee alaikäisten kohdalla kysymykseen myös silloin, kun psyykinen tila on kroonisoitunut syömisen ja syömättömyyden ympärille siinä määrin, että toimintakyky muilla elämänaalueilla on oleellisesti heikentynyt tai syömishäiriöön liittyy itsemurhavaara tai jokin muu psyykinen häiriö kuten depressio, ahdistuneisuushäiriö tai päihdehäiriö. (Kaltiala-Heino 2003.)

5 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS JA TAVOITTEET

Opinnäytetyöni tarkoitus oli selvittää anoreksiaa sairastavan nuoren hoitopolku Porin nuorisopsykiatrian osastolla 4, jossa keskitetysti hoidetaan nuoret anoreksiapotilaat. Tavoite oli myös tuoda esiin hoitopolussa esiintyviä ongelmakohtia ja kehittämishaasteita.

Opinnäytetyön tavoite oli kuvata anoreksiaa sairastavan nuoren hoitopolkua Lounais-Suomen syömishäiriöperheet ry:lle, joka toimi opinnäytetyön yhteistyökumppanina. Liitto oli kiinnostunut hoitopolun kulusta ja uskoo opinnäytetyön tuloksista olevan hyötyä yhdistyksen jäsenille.

Tutkimuskysymykset

1. Miten anoreksiaa sairastavan nuoren hoito osastolla etenee?
2. Mitä ongelmakohtia hoitopolussa ilmenee?
3. Mitkä asiat vaatisivat kehittämistä?

6 OPINNÄYTETYÖN TOTEUTTAMINEN

6.1 Tutkimusmenetelmä

Kvalitatiivisessa eli laadullisessa tutkimuksessa tarkoituksena on tutkia kohdetta mahdollisimman kokonaisvaltaisesti. Kvalitatiivisen tutkimuksen tarkoituksena on löytää tosiasioita enemmän kuin todentaa jo olemassa olevia väittämiä. Kvalitatiivisessa tutkimuksessa pyritään käyttämään ihmistä tiedonkeruumenetelmänä. Suositeltavia metodeja ovat ne, joissa tutkittavien näkökulmat ja ääni pääsevät esille. Kvalitatiivisessa tutkimuksessa kohdejoukko valitaan tarkoituksenmukaisesti, kuten tässäkin tutkimuksessa. Lisäksi tutkimussuunnitelma elää tutkimuksen mukana ja sitä muutetaan olosuhteiden mukana. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 1997, 161-168.)

Tähän opinnäytetyöhön valittiin tutkimusmenetelmäksi haastattelu, koska se oli tilanteeseen sopivampi kuin lomaketutkimus. Haastattelu tuo mahdollisuuksia selvittää hoitopolku kokonaisuudessa ja tuoda erityisesti esille siinä esiintyviä ongelmakohtia ja kohtia jotka vaativat kehittämistä. Haastattelu antaa myös mahdollisuuden kuulla usean henkilön näkökulma samasta asiasta ja näin voin luoda mahdollisimman tarkka kuvaus hoitopolusta. (Hirsjärvi & Hurme 2000, 34.)

Haastattelu on käytetyimpiä tiedonkeruumenetelmiä. Se on joustava ja sopii mainiosti erilaisiin tutkimustarkoituksiin. Haastattelussa ollaan suoraan kielellisessä vuorovaikutuksessa tutkittavien kanssa, joka tuo mahdollisuuden suunnata tiedonhankintaa itse tilanteessa. Lisäksi haastattelu mahdollistaa selvittää vastausten takana olevia motiiveja. (Hirsjärvi ym. 2000, 34.)

Lisäksi haastattelumenetelmän valintaan vaikutti haastattelun joustavuus. Sisältöä voidaan ohjailta joustavasti tilanteen mukaan ja aiheiden järjestystä on mahdollista säädellä. Lisäksi vastauksia on mahdollista syventää ja selventää tilanteen mukaan. Haastattelussa on myös mahdollista esittää lisäkysymyksiä. Haastateltaviksi valitut henkilöt saadaan yleensä mukaan tutkimukseen. Lisäksi heidät on helppo tavoittaa jälkeinpäin jos aineistossa on täydennettävää. (Hirsjärvi ym. 1997, 202.)

Teemahaastattelussa haastattelu kohdennetaan tiettyihin teemoihin, joista keskusteltiin. Etuna teemahaastattelussa on se, että se tuo haastateltavien äänen kuuluviin. Teemahaastattelussa otetaan huomioon eri ihmisten tulkinnat keskusteltavista asioista. Aihepiirit ja teema-alueet ovat kaikille haastateltaville samat. (Hirsijärvi ym. 2000, 48.)

Haastattelu suoritettiin ryhmähaastatteluna, johon osallistui anoreksiaa sairastavan nuoren hoitoon osallistuvia sairaanhoitajia nuorisopsykiatrian osastolla neljä. Ryhmähaastattelun etuna tässä voidaan pitää sitä, että haastateltavilta saadaan nopeasti paljon tietoa nuoren syömishäiriötä sairastavan hoidosta osastolla. Lisäksi kuullaan usean hoitoon osallistuvan mielipide ja kaikilla on mahdollisuus kommentoida keskustelussa ilmi tulevia asioita. (Hirsijärvi ym. 2000, 48.)

6.2 Aineiston keruu

Aineisto kerättiin teemahaastattelun avulla. Haastattelulomake koostui neljästä pääteemasta, joita tarkennettiin kysymyksillä. Ensimmäinen teema koski potilaiden saapumisesta osastolle. Tarkoituksena oli selvittää miten potilaat saapuvat, miten moniammatillisuus näkyy tulotilanteessa, ja mitkä asiat osaston henkilökunta kokee vaikeiksi tulotilanteessa. Toisena teemana oli psykiatrinen hoito osastolla. Tämän teeman tarkoituksena oli selvittää, millaista on anoreksiaa sairastavan nuoren psykiatrinen hoito, miten moniammatillinen yhteistyö näkyy ja mitkä asiat vaatisivat kehitystä tällä osa-alueella. Kolmas teema oli fyysisen tilan hoito. Teeman tarkoituksena oli selvittää miten potilaan fyysistä tilaa seurataan ja mitkä asiat henkilökunta kokee vaikeiksi tällä alueella. Neljäntenä teemana oli potilaan jatkohoitoon liittyvät asiat. Tarkoituksena oli selvittää miten jatkohoito järjestetään ja mitä ongelmakohtia siinä ilmenee.

Tutkimuslupa anottiin tammikuun alussa 2011 ja se saatiin suullisena viikon kuluttua ja kirjallisena tammikuun puolivälin jälkeen. Haastattelutilanne järjestettiin Porissa nuorisopsykiatrian osastolla neljä 27.1.2011. Haastattelutilanteeseen osallistui kuusi osastolla työskentelevää sairaanhoitajaa. Haastattelu suoritettiin ryhmähaastatteluna. Kaikilla haastateltavilla oli mahdollisuus vastata kaikkiin esitettyihin kysymyksiin. Osaan kysymyksistä vastasi ainoastaan yksi, mikäli muilla haastateltavilla ei ollut lisättävää esitettyyn kysymykseen. Kysymyksissä, joissa käsiteltiin kehittämisideoita, kehoitettiin kaik-

kia haastatteluun osallistuneita kertomaan oma mielipiteensä. Näin pyrittiin saamaan mahdollisimman monta näkökulmaa asiaan. Haastattelutilanne nauhoitettiin nauhurilla. Nauhuri toimi hyvin koko haastattelutilanteen ajan. Haastattelutilanne kokonaisuudessaan kesti 75 minuuttia.

Haastattelussa käytetty teemahaastattelulomake (Liite 1) laadittiin erilaisten anoreksiaa sairastavien hoitoa tutkivien teosten pohjalta. Lomakkeen teemat jaettiin eri osaluokkiin. Anoreksia on yleisesti jaettu ruumiin ja mielen sairauksiin ja ne haluttiin tässä tutkimuksessa erottaa toisistaan.

Psyykkisen ja somaattisen tilan hoito on erotettu eri teemoiksi. Tätä jakoa tuki myös se, että vaikeasti nälkiintynyttä anorektikkaa hoidetaan yleensä somaattisella lastenosastolla ja psykiatriseen hoitoon siirrytään vasta ravitsemustilan korjaannuttua tarpeeksi. Hoitoon saapuminen ja jatkohoito on myös määritelty omiksi teemoikseen. Näin haastatteluteemoja oli yhteensä neljä.

6.3 Aineiston analysointi

Aineiston käsittely ja analysointi tulisi aloittaa mahdollisimman pian haastattelutilanteen jälkeen. Litterointi voidaan tehdä kaikesta kerätystä aineistosta tai esimerkiksi valikoiden teema-alueita apuna käyttäen. On tavallisempaa litteroida aineisto kuin tehdä päätelmiä suoraan nauhalta. Litteroinnin tarkkuudelle ei ole olemassa yksiselitteistä ohjetta. Ennen litteroimista olisi hyvä tietää, millä tavalla aineisto analysoidaan ja aiotaanko siinä käyttää jotakin tietokoneille suunnattua analyysiohjelmaa. (Hirsjärvi ym. 1997, 217 ja 218.) Aineisto litteroitiin kahtena haastattelun jälkeisenä päivänä. Litteroitua tekstiä tuli yhteensä 12 A4 kokoista liuskaa fontilla Times New Roman, fonttikoko 12, riviväli 1,5.

Aineisto voidaan analysoida monin eri tavoin. Pääperiaatteena voidaan pitää sitä, että analyysimenetelmäksi valitaan se menetelmä, joka parhaiten tuo vastauksen tutkimuskysymyksiin. (Hirsjärvi ym. 1997, 219.)

Haastattelu analysoitiin sisällönanalyysillä. Sisällönanalyysiä voidaan pitää perusanalyysinä, joka sopii kaikkiin laadullisiin tutkimuksiin. Tavoitteena on saada tutkittavasta

ilmiöstä kuvaus tiivistetyssä ja yleisessä muodossa. Lopputuloksena on alkuperäinen aineisto järjestettynä. Johtopäätökset tehdään järjestetyn aineiston perusteella. (Tuomi & Sarajärvi 2002, 93 ja 103.)

Litteroitu haastatteluaineisto luettiin läpi useaan kertaan kokonaiskuvan saamiseksi. Aineistosta poimittiin usein toistuneet käsitteet ja niistä muodostettiin otsikot. Litteroitu aineisto järjestettiin otsikoiden alle. (Liite 3) Aineistossa toistuvia käsitteitä olivat moniammatillinen yhteistyö, kiire, perheen merkitys ja yhteiset linjat.

7 OPINNÄYTETYÖN TULOKSET

Tulokset on jaoteltu alakategorioiden mukaan.

Kiire

Haastateltavien kokemusten mukaan nuorella ja nuoren vanhemmilla on usein toive nopeasta paranemisesta osastolle saavuttaessa, joka koettiin ongelmaksi hoidon onnistumisen kannalta.

”Usein voi olla nuorella ja vanhemmalla odotukset et äkkii paranis ku tulee sairaalaan osastolle.” SH 3

”Ja kyllähän se näkyy siinä, et aika usein anorektikko tulee, on hetken, vanhemmat ottaa pois, tulee, vanhemmat ottaa pois, tulee... tämmöst näin. Mut et joskus se on näin sit konkretisoituu se ongelma et ei pysty hoitaa kotona. Eihän tääl turhaan ketään pidetä.” SH 2

”Turhauttavin ja ikävin anorektikoiden ja muittenki hoidossa on kiire. Ne asiat ei oo enenkään ilman aikaa parantunu, eikä ne parane nytkään. Semmost toivois enemmän, työrauhaa. Tottahan sitä näitten kans saadaan kenel on semmone hengenvaarallinen tilanne. Usein se (vanhempien) ajatus saattaa siit sit vähä muuttuu ku se paino nousee.” SH

Moniammatillinen yhteistyö

Moniammatillista yhteistyötä tehdään ensisijaisesti Satakunnan keskussairaalan kanssa. Haastateltavien mielestä palveluja on helposti saatavilla. Ongelmaksi koettiin pitkät matkat välimatkat hoitavien tahojen kesken.

”Systeemi menee siis niin, täällä osastollakin ollessa, et kontakti keskussairaalan lasten somatiikan osastoille luodaan aina. Et somaattinen hoito tule sieltä kautta, ja myös ravitsemusterapeutti on siellä.” SH 1

”Nää on keskussairaalan toimintaa, nää palvelut. Varataan sieltä sitte aikaa. Aika hyvin ollaan saatu, ei siin semmosta ongelmaa ole. SH 2

”Joskus jos tarvii nii myös fysioterapeutti... esimerkiks kehonhahmottamisterapiaa.” SH 3

”Ainahan sitä lisätä vois. Ongelma on siinä et nuoret tulee laajalta alueelta, et kyllä se siihen puhelinyhteydenottoon yleensä jää. Kyllä sitä enemmän saisi olla.” SH 2

”Sitä on vuosien varrella nostettu esiin et pitäiskö avoterveydenhuollon työntekijät kutsuu mukaan loppuhoitokokoukseen. Ja se on hieno idea, mutta käytännön tasolla ku nyt jo suunnitellaan usean eri ammattiryhmän työvuorot eli ku siihen otetaan viel avopuoli ni se tarkoittaa ettei se toteudu koskaan. ... Ja lähe nyt esimerkiks Kankaanpäästä ajamaan tänne .” SH 2

Yhteiset linjat

Yhteiset linjat henkilökunnan välillä ovat tärkeitä. Haastateltavien mielestä yhteisten hoitolinjojen noudattaminen onnistuu yleensä hyvin. Ongelmakohtaksi he mainitsivat ruokailut.

”Ja se on se tärkein et oli se linja mikä vaan, et tehtäis kaikki suurinpiirtein edes samanlai. Jos mein linja ei pidä ja ku siin on vanhemmatki mukana...” SH 2

”Sit tulee samanlai noist ruokailuist et on hirmu tärkeetä yhteiset linjat ku usein siit tulee sellanen peli et joku antaa vaihtaa perunan johonki toiseen ja toinen ei anna. Tai jonku muun ruoka-aineen. Sit ne koittaa meitä, et kuka antaa vaihtaa ja kuka ei. Et niis saa aika tarkka olla kyl.” SH 2

Perheen merkitys

Nuoren perheen merkitys hoidon aikana on suuri. Nuoren perheeseen ollaan tiiviisti yhteydessä. Yleensä yhteydenpito tapahtuu puhelimen välityksellä. Lisäksi nuoren omaiset osallistuvat hoitokokouksiin.

”Riippuu kans niin paljon vanhemmist et kuin aktiivisia vanhemmat on. Pääsääntöisesti hoitokokouksissa on vanhemmat läsnä ja vanhempien kanssa tehdään nuoren kehityskaavio ... kotikäynnillä vanhemmat on mukana ja perhe tavataan tarvittaessa muutenkin. Ja sitte tietysti puhelimella ollaan yhteydes.”

SH 4

”Anoreksia on usein koko perheen sairaus. Joku on joskus sanonut et koko perhe on hoidos, mut yks nukkuu yönsä täällä.” SH 1

7.1 Hoitopolku

Haastattelun pohjalta rakennettiin osaston hoitopolkua kuvaava kaavio. (Liite 4) Haastattelun tukena käytettiin Satakunnan sairaanhoitopiirin anoreksiaa sairastavan nuoren hoitoketjua vuodelta 2002, jota tarkennettiin haastattelun avulla hoitopolun rakentamiseksi. Näin saatiin konkreettinen hoitopolku, jossa selviää, kuka tekee ja mitä tekee missäkin hoidon vaiheessa osastohoidon aikana.

Osastolla ei ole käytössä minkäänlaista hoitopolkua kuvaavaa kaaviota ennestään, vaan hoitoa ohjaa tällä hetkellä yleinen Satakunnan sairaanhoitopiirin hoitoketju vuodelta 2003.

8 JOHTOPÄÄTÖKSET JA POHDINTA

8.1 Tulosten tarkastelu

Tämän opinnäytetyön tarkoitus oli selvittää anoreksiaa sairastavan nuoren hoitopolku Porin nuorisopsykiatrian osastolla 4, jossa keskitetysti hoidetaan nuoret anoreksiapotiilaat. Tarkoitus oli myös tuoda esiin hoitopolussa esiintyviä ongelmakohtia ja kehittämishaasteita.

Opinnäytetyön tavoite oli kuvata anoreksiaa sairastavan nuoren hoitopolkua Lounais-Suomen syömishäiriöperheet ry:lle, joka toimi opinnäytetyön yhteistyökumppanina. Hoitopolku kuvattiin kaavion muodossa. (Liite 4)

Tutkimustulosten mukaan haastateltavien suurin huolenaihe oli kiire, joka tulee esiin useammassa kohtaa haastattelua. Nuorella ja vanhemmalla on usein ajatus nopeasta paranemisesta. Haastateltavat kokivat, että usein hoito päättyy, kun paino saadaan hieman nousemaan. Silloin kuitenkin oireilun takana oleva ongelma jää hoitamatta ja oireilu alkaa yleensä uudelleen. Parhaaseen lopputulokseen päästään, kun henkilökunnalla on työrauha.

Perheen merkitys on suuri. Potilaan perheeseen pidetään tiiviisti yhteyttä. Yhteydenpito tavallisimmin hoidetaan puhelimen välityksellä. Perhettä tavataan hoitoneuvotteluissa, perheterapiassa ja tarvittaessa muutenkin. Haasteellista on perheen ja osaston toiveiden ja hoitomenetelmien yhteensovittaminen.

Haastateltavien mielestä haasteellista oli pakkoliikkumisen tarkkailu. He kokivat, että sitä on vaikea valvoa ja hankala estää. Pahimmissa tapauksissa on joskus käytetty vier-

hoitoa, jolloin hoitaja on koko ajan ollut potilaan vierellä. Resurssit eivät kuitenkaan riitä tämälntyyppiseen hoitoon.

Potilaan tulotilanteessa haastateltavat kokivat saavansa riittävästi tietoa saapuvasta potilaasta. Poikkeuksena on tilanne jolloin potilas tulee suoraa avohoidon puolelta. Takana saattaa olla ainoastaan yksi lääkärikäynti. Potilaan kotiutuessa osastolta haastateltavien mielestä pitkät välimatkat hankaloittavat tiedon siirtymistä taholta toiselle. Avohoitopuolen hoitajat eivät pysty osallistumaan loppuhoitokokoukseen ja yhteydenotto jää yleensä puhelinkeskusteluun.

Opinnäytetyön tutkimustulosten mukaan osastolla on olemassa jonkinlainen hoitopolku. Jokaisen nuoren anorektikon kohdalla hoito suunnitellaan yksilöllisesti pohjalla olevan hoitopolun perusteella. Hoitopolku koettiin toimivaksi. Haastattelussa tuli ilmi, että eri potilaiden kanssa kokeillaan erilaisia hoitomenetelmiä.

Kehittämishaasteita tutkimuksessa tuli ilmi vain muutama. Haastateltavien mielestä avoterveydenhuollon osallistuminen loppuhoitokokoukseen oli yksi niistä. Pitkät välimatkat ja työvuorojen yhteensovittaminen on kuitenkin vaikeaa ja hankaloittaa osallistumista. Yhteistyötä avoterveydenhuollon kanssa voisi olla enemmän. Kouluttautumisen ja uusien työtapojen omaksumisen koettiin parantavan hoidon laatua.

8.2 Opinnäytetyön luotettavuus ja eettisyys

Hoitotyön tutkimuksessa yleisen tutkimuksen etiikan lisäksi vaikuttaa myös hoitotyön ammatin etiikka. Tutkimustulosten julkaisemisessa eettisyys liittyy rehellisyyteen ja tulosten luotettavuuteen. Tuloksia ei saa millään tavalla väärentää, eikä oleellista saa jättää kertomatta. Myös julkiselle kritiikille on annettava mahdollisuus. Tutkimusta tehdessä pitää ottaa huomioon tutkimuksen kohteena olevat henkilöt, rahoittajat, työyhteisö ja työtoverit. (Krause & Kiikkala 1996, 64 ja 65.)

Tutkimukselle anottiin tutkimuslupa ylihoitaja Kristiina Puolakalta tammikuussa 2011. Lupa tutkimukseen saatiin 18.1.2011, jonka jälkeen haastattelusta sovittiin nuorisopsykiatrian osasto neljän osastonhoitajan kanssa.

Ennen haastattelun alkua haastateltaville kerrottiin opinnäytetyön tarkoitus ja tavoitteet. Myös haastattelun kulku käytiin läpi. Luottamuksellisuutta korostettiin ja haastateltaville kerrottiin, ettei heidän nimeään tule esiin opinnäytetyössä. Lisäksi kerrottiin, että sekä nauhoitukset, että litteroitu aineisto tuhotaan tutkimustulosten analysoinnin jälkeen.

Haastateltavien osallistuminen haastattelutilanteeseen oli vapaaehtoista. Jokainen haastatteluun osallistuva allekirjoitti haastatteluosuutuksen ennen haastattelun alkua. (Liite 2). Haastattelu toteutettiin ryhmähaastatteluna. Näin ollen kaikki haastateltavat tunsivat toisensa. Haastateltavien yksityisyyden suojaamiseksi suorat litterointilainaukset merkittiin ainoastaan ammatin perusteella ja eroteltiin numeroinnilla. Koska kaikki haastateltavat olivat sairaanhoitajia, ei ongelmia yksityisyyden suojaamiseksi syntynyt. Ainoastaan tutkija itse tietää numeroinnin merkityksen.

Tutkimusta ei voida yleistää, sillä se kuvaa hoitopolkua yhdellä anoreksiaa sairastavan nuoren hoitoon keskittyneellä osastolla. Haastatteluun osallistui kuusi hoitoon osallistuvaa sairaanhoitajaa, joiden työkokemus vaihteli muutamasta vuodesta useaan kymmeneen. Hoitopolusta saatiin näin siis luotettava kuva.

Opinnäytetyö on hyödyllinen, sillä yhteistyökumppanina toimiva Lounais-Suomen syömishäiriöperheet ry toivoi tämän tyyppistä tutkimusta tehtäväksi. Tutkimuksesta on hyötyä liitolle ja ennen kaikkea liiton jäsenille. Lisäksi myös nuorisopsykiatrian osasto neljä hyöttyy tutkimuksesta. Hoitopolkukaaviota voidaan käyttää osastolla hyödyksi esimerkiksi uuden työntekijän perehdyttämisessä. Valmis opinnäytetyö toimitetaan kansitettuna Lounais-Suomen syömishäiriöperheet ry:lle, sekä nuorisopsykiatrian osastolle 4.

9 OPINNÄYTETYÖN ARVIOINTI

Omasta mielestäni opin opinnäytetyötä tehdessäni paljon anoreksiaa sairastavan nuoren hoidosta ja hoidosta sairaalan osastolla. Oppimiskokemuksena tutkimus oli hyödyllinen. Aiempien tutkimusten mukaan avopuolella ei juuri ole käsitystä siitä mitä osastohoidon aikana tapahtuu. Tulevana terveydenhoitajana koen itselläni olevan nyt käsitys siitä mitä hoito on.

Haastattelun pohjalta onnistuttiin tekemään hoitopolkua kuvaava kaavio. (Liite 4) Myös siinä esiintyviä ongelmakohtia saatiin selvitettyä. Kehittämishaasteita tuli esiin vain muutama. Tämä saattoi johtua monestakin asiasta, kuten haastattelukysymysten asettelusta.

Haastatteluun osallistui kuusi nuorisopsykiatrian osastolla neljä työskentelevää sairaanhoitajaa. Olisi ollut mielenkiintoista haastatella myös hoitoon osallistuvaa lääkäriä, ravitsemusterapeuttia tai fysioterapeuttia.

Aihe opinnäytetyölle rajautui useaan kertaan ja lopullinen aihe varmistui loppuvuodesta 2010, jolloin haettiin myös tutkimuslupa opinnäytetyölle. Tutkimuslupa saatiin suullisena viikon kuluttua ja kirjallisena 18.1.2011. Tutkimuksen toteuttamisesta sovittiin nuorisopsykiatrian osasto neljän osastonhoitajan kanssa. Haastattelutilanne osastolla pidettiin 27.1.2011.

Haastattelu litteroitiin kahtena seuraavana päivänä. Litteroitu aineisto analysoitiin sisällön analyysillä, joka aluksi tuotti tutkijalle hankaluuksia. Analysoinnin jälkeen kirjoitettiin johtopäätökset ja pohdinta. Lopuksi rakennettiin hoitopolkua kuvaava kaavio.

Tarkoitus ja tavoite saavutettiin. Hoitopolku saatiin selvitettyä ja kuvattua kaavion muodossa. Hoitopolussa ilmeneviä ongelmakohtia selvitetään opinnäytetyön tuloksissa. Kehityshaasteita ei tullut esiin kuin muutama, joten yhteen tutkimuskysymykseen vastaus jäi vajaaksi.

Olisin tehnyt paljon toisin. Ensinnäkin olisin tehnyt opinnäytetyön ajallaan. Opinnäytetyön aikataulu on ollut alusta asti tiukka. Haastattelutilanne saatiin järjestettyä nopeasti, tutkimusluvan varmistuttua. Varsinaiseen haastattelutilanteeseen olisin voinut valmistautua paremmin, mutta tiukka aikataulu loi resurssit valmistautumiseen käytettävästä ajasta. Lisäksi olisin perehtynyt paremmin erilaisiin analyysimenetelmiin. Sisällön analyysi jäi omasta mielestäni puutteelliseksi. Olisin halunnut käyttää enemmän aikaa myös työn viimeistelyyn.

LÄHTEET

Charpentier, P., Keski-Rahkonen, A., Mäkinen, J., Nordqvist, M., Paikkala, T., Raevuori, A., Saure, A., Tainio, V. & Viljanen, R. 2008. Olen juuri syönyt. Läheiselläni on syömishäiriö. Duodecim. Keuruu

Duodecim. Suomalaisen lääkäriseura Duodecimin ja Suomen lastenpsykiatriayhdistyksen asettama työryhmä. 2009. Lasten ja nuorten syömishäiriöt. Käypä hoito -suositus. [Viitattu 20.3.2011] Saatavissa: <http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/naytaartikkeli/tunnus/hoi33030>

Elo, L., Haapala, S. & Haapasalo-Pesu, K. (kons.) 2002. Satakunnan sairaanhoitopiiri. Laihuushäiriötä eli anoreksia nervosaa sairastavan nuoren hoitoketju. Psykiatrian tulosalue.

Elo, L., Haapasalo-Pesu, K., Heikkurinen, A., Karhusaari, H., Lahti, T., Lehtonen, T., Rantala, B. & Saarholma, P. 2003. Satakunnan sairaanhoitopiiri. Hoitoketju nuorisopsykiatriassa. Psykiatrian tulosalue

Erikoissairaanhoitolaki 1989/1062. [Viitattu 20.12.2010] Saatavissa: <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1989/19891062>

Hirsjärvi S., Hurme H. 2000. Tutkimushaastattelu – Teemahaastattelun teoria ja käytäntö. Helsinki: Yliopistopaino.

Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 1997. Tutki ja kirjoita. Helsinki.

Huttunen, M. & Jalanko, H. 2009. Terveysportin www sivut. Tietoa potilaalle: laihuushäiriö (anoreksia nervosa) [Viitattu 27.12.2010] Saatavissa: <http://www.terveysportti.fi>

Isoherranen K. 2004. Moniammatillinen yhteistyö. Kauniainen: WSOY.

Kaltiala-Heino, R. 2003. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä. Alaikäisten tahdosta riippumaton hoito. Mitä mielenterveyslain käsite vakava mielenterveydellinen häiriö tarkoittaa? Helsinki

Karukivi, M. 2009. Nuorten syömishäiriöt ja niiden hoito Porin nuorisopsykiatrisella osastolla.

Krause, K & Kiikkala, I. 1996. Hoitotieteellisen tutkimuksen peruskysymyksiä. Helsinki: Kirjayhtymä Oy.

Lounais-suomen syömishäiriöperheet ry:n www sivut. [Viitattu 18.4.2011] Saatavissa: <http://www.syliin.fi/yhdistys.html>

Luotola, T. 2008. Hoitajien kokemuksia anorexia nervosaa sairastavan nuoren hoitotyöstä Satakunnan keskussairaalan osastolla L1A. Opinnäytetyö. SAMK.

- Metsärinne, U. Terveystieteen sivut. Syömishäiriöisen potilaan hoito. 2010. [Viitattu 27.12.2010] Saatavissa: <http://www.terveysportti.fi>
- Mielenterveyslaki 1990/1116. [Viitattu 20.12.2010] Saatavissa <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1989/19891062>
- Mäntyranta, T., Kaila, M., Varonen, H., Roine, R. & Lappalainen, J. 2003. Hoitosuosituksen toimeenpano. Vammalan kirjapaino.
- Ruuska, J. 2010. Terveystieteen sivut. Syömishäiriöt lapsilla ja nuorilla. [Viitattu 27.12.2010] Saatavissa: <http://www.terveysportti.fi>
- Satakunnan sairaanhoitopiirin www sivut. [Viitattu 18.4.2011] Saatavissa: http://www.satshp.fi/portal/page?_pageid=99,1&_dad=wportal&_schema=WPORTAL
- Sylillinen 1/2010; Saukkonen, S. Syömishäiriöliitto-SYLI ry:n jäsen- ja tiedotuslehti [Viitattu 26.2.2010] Saatavissa: http://www.syomishairioliitto.fi/sylillinen/SYLILLINEN_1_2010.pdf
- Teperi, J. 2005. Suomalaisten terveys. Erikoissairaanhoito. [Viitattu 20.12.2010] Saatavissa: http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=suo00053
- Toimintaterapeuttiliiton www sivut. 2010. [Viitattu 18.4.2011] Saatavissa: <http://www.toimintaterapeuttiliitto.fi/toimintaterapia.html>
- Tuomi, J & Sarajarvi, A. 2002. Laadullinen tutkimus ja sisällön analyysi. Jyväskylä: Tammi
- Turtonen, J. Syömishäiriöt potilasopas. [Viitattu 25.11.2010] Saatavissa: <http://www.glaxosmithkline.fi/terveytesi/pdf/syomishairio.pdf> (Linkki poistettu) Saatavissa: <http://www.mielenterveydenensiapu.fi/index.php?z=4zzz>
- Viljanen, R. Larjosto, M. Palva-Alhola, M. 2005. Syömishäiriön ravitsemushoito. Helsinki: Duodecim.

Teemahaastattelurunko.

TEEMAHAASTATTELURUNKO

Taustatiedot

Koulutus

Työkokemus vuosina

TEEMA 1 OSASTOLLE SAAPUMINEN

TEEMA 2 PSYKIATRINEN HOITO

TEEMA 3 SOMAATTINEN HOITO

TEEMA 4 JATKOHOITO

Haastattelusuostumus.

HAASTATTELUSUOSTUMUS

Satakunnan ammattikorkeakoulu
Sosiaali- ja terveys Pori
Tanja Välimäki

Arvoisa haastatteluun osallistuva

Opiskelen Satakunnan ammattikorkeakoulussa terveydenhoitajaksi. Opinnäytetyöni tarkoituksena on selvittää anoreksiaa sairastavan nuoren hoitopolkua ja siinä esiintyviä ongelmakohtia Lounais-Suomen syömishäiriöperheet ry:lle, joka toimii opinnäytetyön yhteistyökumppanina.

Opinnäytetyön aineisto kerätään haastattelun avulla. Haastattelut nauhoitetaan. Haastattelumateriaali tullaan hävittämään asianmukaisesti haastattelun tulosten analysoinnin jälkeen. Haastateltavien henkilöllisyys ei ilmene opinnäytetyöstä.

Allekirjoituksellani suostun haastatteluun

_ / _ 2011

Haastateltavan allekirjoitus

Esimerkki sisällönanalyysistä.

Moniammatillinen yhteistyö

”Systeemi menee siis niin, täällä osastollakin ollessa, et kontakti keskussairaalan lasten somatiikan osastoille luodaan aina. Et somaattinen hoito tulee sitä kautta, ja myös ravitsemusterapeutti on siellä.” SH 1

”Meil ei oikein ammattinimikkeitä muit enää ookkaa, et sosiaalityöntekijää meil on käytettävissä tarvittaessa tuolt nuorisopsykiatrian poliklinikalt...nuoren hoitoon osallistuvat ammattinimikkeet on oikeestaan tässä.” SH 1

”Joskus jos tarvii nii myös fysioterapeutti... esimerkiks kehonhahmottamisterapiaa.” SH 4

”Ei oikein ainakaa siihe tulotilanteeseen, jos ajatellaan et se nuori tulee, en mä siihen enää ainakaa lisää ihmisiä lisäis.” SH 4

”Nää on keskussairaalan toimintaa, nää palvelut. Varataan sieltä sitte aikaa. Aika hyvin ollaan saatu, ei siin semmosta ongelmaa ole.” SH 2

”Siit on keskusteltu silloin tällöin et pitäiskö täällä käyttää nenämahaletkua, mut se on vähä kaks piippunen juttu.” SH 2

”Ainahan sitä lisätä vois. Ongelma on siinä et nuoret tulee laajalta alueelta, et kyllä se siihen puhelinyhteydenottoon yleensä jää. Kyllä sitä enemmän sais olla.” SH 2

”Nii ja et kuka sitä yhteyttä pitää. Onko se entinen omahoitaja ja jos se no se nii se on kuitenkin kolmivuorotyössä.” SH 2

”Sitä on vuosien varrella nostettu esiin et pitäiskö avoterveydenhuollon työntekijät kutsuu mukaan loppuhoitokokoukseen. Ja se on hieno idea, mutta käytännön tasolla ku nyt jo suunnitellaan usean eri ammattiryhmän työvuorot eli ku siihen otetaan viel avopuoli ni se tarkoittaa ettei se toteudu koskaan. ... Ja lähe nyt esimerkiks Kankaanpäästä ajamaan tänne.” SH 2

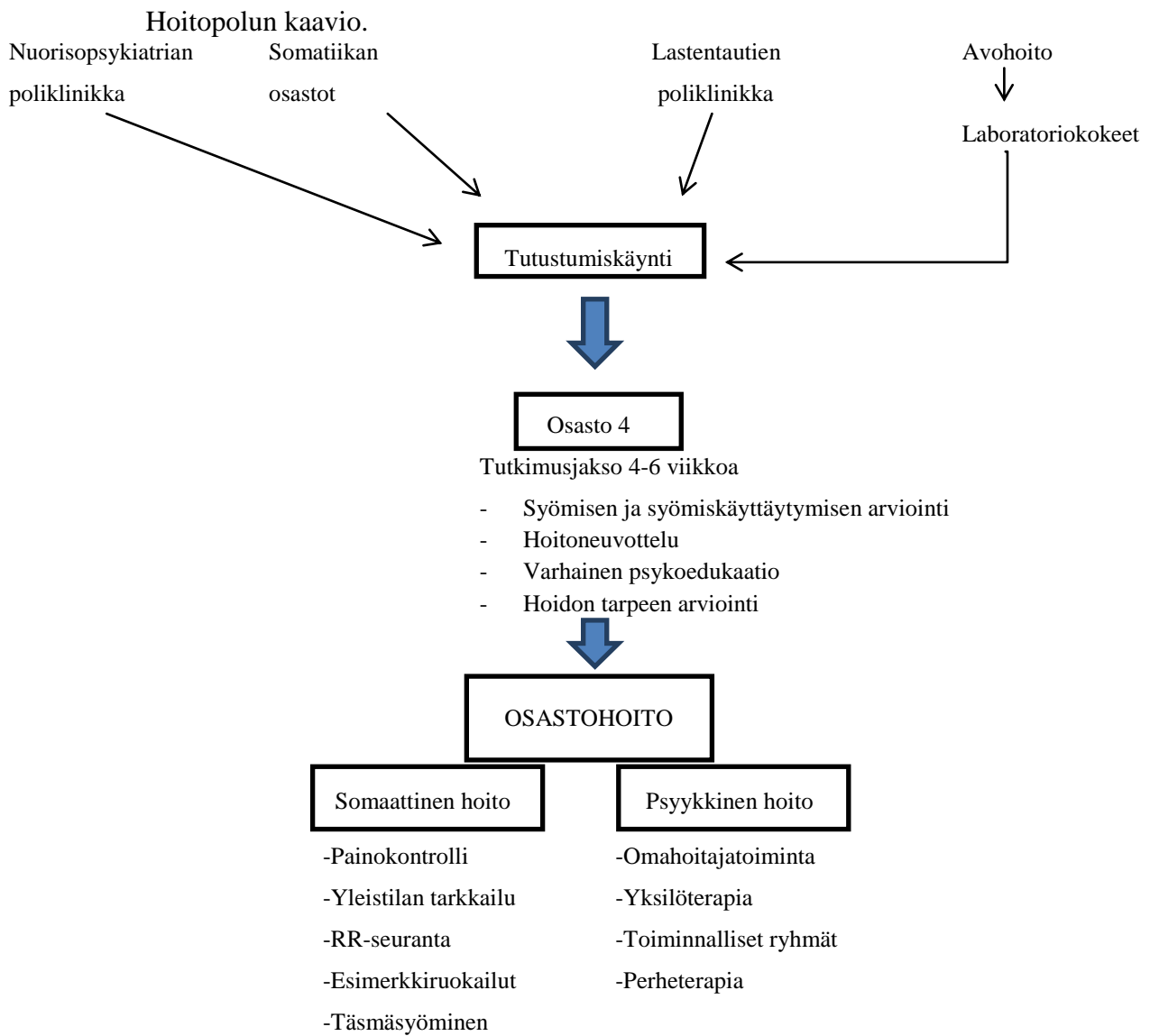
”Punnitushan näillä on välttämätön. Ja meille on tärkeää tietää kotiuttamispäivänä et kuka punnitsee ja missä seuraavan kerran. Meidän näkökulmasta sillä ei oo väliä et missä se tapahtuu.” SH 2

”Perhetarapeutti on joskus tavannu näit perheitä jatkossakin. Pääsääntöisesti yksilöterapiat avohoitopuolella on se lähtokohta. Ja sit tietty lääkäriseuranta.” SH 4

”Semmonenki olis et mitä paremmin me tunnettais toisemme, avohoitopuoli ja me, ni sitä helpompaa se yhteistyö olis.” SH 2



Johtopäätökset



Moniammatillinen hoitotiimi



Satakunnan keskussairaala		
Somatiikan osastot	Ravitsemusterapeutti	Fysioterapeutti
- Somaattisen tilan hoito - Nesteytys	- Ruokavalion suunnittelu - Ravitsemusohjaus	- Kehonhahmotus-terapia

Nuorisopsykiatrian poliklinikka
- Sosiaalityöntekijä



Hoitoneuvottelu



Koelomat



Jatkohoito

- Avohoito
- Nuorisopsykiatrian poliklinikka
- Kouluterveydenhuolto
- Lastentautien poliklinikka