



Asiakkaan somaattisen terveyden arviointi ja seuranta psykiatrisessa avohoidossa - Opas hoitohenkilökunnalle

Emmi Mäkinen

Jasmiina Oksanen

Inka Taari





2022 Laurea



Laurea-ammattikorkeakoulu

**Asiakkaan somaattisen terveyden arviointi ja seuranta psykiatri-
sessa avohoidossa- Opas hoitohenkilökunnalle**

Emmi Mäkinen
Jasmiina Oksanen
Inka Taari
Sairaanhoitajakoulutus
Opinnäytetyö
2022

Emmi Mäkinen, Jasmiina Oksanen, Inka Taari

Asiakkaan somaattiseen terveyden arviointi ja seuranta psykiatrisessa avohoidossa- Opas hoitohenkilökunnalle

Vuosi

2022

Sivumäärä

83

Opinnäytetyön tarkoituksena oli tuottaa hoitohenkilökunnalle kaksikielinen opas, joka käsittelee opinnäytetyöhön valittujen somaattisten sairauksien arviointia ja seuranta psykiatrisessa avohoidossa. Oppaan tavoitteena oli lisätä hoitohenkilökunnan tietoa psykiatrisen asiakkaan yleisimmistä somaattisista sairauksista ja niiden oireista sekä antaa työkaluja näiden sairauksien arviointiin ja seurantaan.

Teoreettisessa viitekehyksessä käsitellään yhteyksiä psyykkisten ja somaattisten sairauksien välillä, yleisimpiä somaattisia sairauksia psykiatristen asiakkaiden keskuudessa sekä sairauksien seuranta ja arviointia psykiatrisessa hoitotyössä. Tietoperustassa perehdytään asiakkaan ohjaamiseen ja oppaan laatimiseen.

Opinnäytetyö on kehittämistyö, johon käytettiin laadullista tutkimusmenetelmää. Aineisto kerättiin yksilohaastatteluin toteutettujen teemahaastatteluiden avulla. Tuotos on hoitohenkilökunnalle suunnattu informatiivinen kokonaisuus mikä tuotettiin molemmilla kotimaisilla kielillä ottaen huomioon kohderyhmän tarpeet. Oppaassa käsitellään psykiatrisen asiakkaan yleisimpiä somaattisia sairauksia sekä niiden arviointia ja seuranta eli hengityselinsairauksia, kuten uniapneaa, astmaa ja keuhkohtaumatautia sekä kardiometabolisia sairauksia, eli ylipainoa, diabetesta ja kohonnutta verenpainetta. Opas tuotettiin sähköiseen muotoon, jotta sitä on helpompi muokata ajankohtaisen tiedon mukaiseksi.

Oppaan toimivuutta arvioitiin hoitohenkilökunnalle toimitetulla arviointilomakkeella. Arviointiin vastanneista suurin osa koki olevansa osittain samaa mieltä siitä, että oppaassa oli hyödyllistä tietoa hengityselinsairauksien sekä kardiometabolisten sairauksien, eli ylipainon, diabeteksen sekä kohonneen verenpaineen arvioinnista ja seurannasta. Oppaaseen tehtiin lisäyksiä arviointilomakkeen vastausten perusteella.

Opinnäytetyön haastatteluiden perusteella johtopäätöksenä voidaan pitää, että välineiden riittävyyden varmistaminen mahdollistaisi potilaan terveyden tilaa kartoittavien mittauksien toteutumisen. Lisäkoulutukset ja yhtenäiset toimintaohjeet voisivat helpottaa hoitajien työtä ja mahdollisesti madaltaisivat kynnystä somaattisen terveyden arviointiin ja seurantaan psykiatrin kentällä.

Asiasanat: opas, psykiatrisen avohoito, somaattinen terveys, arviointi, seuranta

Emmi Mäkinen, Jasmiina Oksanen, Inka Taari

Client Somatic Health Assessment and Monitoring in Psychiatric Outpatient Care- A Guide for Nursing Staff

Year

2022

Pages

83

The purpose of the thesis was to provide the nursing staff with a bilingual guide on the evaluation and follow - up of somatic diseases selected for the thesis in outpatient psychiatric care. The aim of the guide was to increase the knowledge of nursing staff about the most common somatic illnesses and their symptoms in a psychiatric client and to provide tools for the assessment and monitoring of these illnesses.

The theoretical framework addresses the links between mental and somatic illnesses, the most common somatic illnesses among psychiatric clients, and the monitoring and evaluation of their illness in psychiatric care. The knowledge base focused on guiding the customer and compiling a guide.

The thesis is a development work that used a qualitative research method. The material was collected through thematic interviews conducted as individual interviews. The output is an informative entity aimed at the nursing staff, which was produced in both domestic languages, considering the needs of the target group. The guide covers the most common somatic diseases of the psychiatric client and their evaluation and monitoring, i.e. respiratory diseases such as sleep apnea, asthma and COPD, and cardiometabolic diseases, i.e. overweight, diabetes and hypertension. The guide was produced in electronic format to make it easier to update new information.

The functionality of the guide was assessed using an evaluation form provided to the nursing staff. The majority of respondents felt that they partially agreed that the guide provided useful information on the assessment and monitoring of respiratory and cardiometabolic diseases, i.e. overweight, diabetes and hypertension. Additions were made to the guide based on the responses to the evaluation form.

Based on the interviews in the thesis, it can be concluded that ensuring the adequacy of the instruments would enable the implementation of measurements that map the patient's state of health. Additional training and uniform guidelines could facilitate the work of nurses and potentially lower the threshold for somatic health assessment and monitoring in the field of psychiatry.

Keywords: guide, outpatient psychiatric care, somatic health, evaluation, follow-up

Sisällys

1	Johdanto.....	9
2	Tavoite ja tarkoitus	10
3	Teoria	10
3.1	Mielenterveyspalvelut ja psykiatrinen avohoito	10
3.2	Yhteys psyykkisten ja somaattisten sairauksien välillä	13
3.2.1	Masennushäiriöt ja somaattinen sairastavuus	13
3.2.2	Kaksisuuntainen mielialahäiriö ja somaattinen sairastavuus	14
3.2.3	Psykoosit, skitsofrenia ja somaattinen sairastavuus.....	14
3.3	Yleisimmät somaattiset sairaudet psykiatristen asiakkaiden keskuudessa.....	15
3.3.1	Metabolinen oireyhtymä.....	15
3.3.2	Kohonnut verenpaine	16
3.3.3	Ylipaino	17
3.3.4	Diabetes.....	19
3.3.5	Hengityselinsairaudet	20
3.3.6	Hengenahdistus	20
3.3.7	Astma.....	21
3.3.8	Keuhkohtaumatauti	23
3.3.9	Uniapnea.....	24
3.4	Sairauksien seuranta psykiatrisessa hoitotyössä	24
3.5	Asiakkaan ohjaaminen kohti terveellisempiä elintapoja	27
3.6	Oppaan laatiminen.....	28
4	Menetelmät ja toteutus	29
4.1	Kehittämiskäsitys ja kehittämistyö.....	29
4.2	Laadullinen tutkimus	30
4.2.1	Teemahaastattelu ja otos	30
4.2.2	Opinnäytetyön aineiston analyysimenetelmä.....	32
4.3	Tulokset ja pohdinta.....	33
4.3.1	Kyky arvioida ja seurata potilaan somaattista terveyttä	35
4.3.2	Haasteet somaattisen terveyden arvioinnissa ja seurannassa.....	35
4.3.3	Somaattisen terveyden arvioinnin ja seurannan parantaminen.....	37
4.4	Opas.....	37
5	Arviointi	38
5.1	Tutkimuksen luotettavuus ja tutkimusetiikka.....	39
5.2	Jatkokehittämissuositukset	42
	Liitteet.....	53

1 Johdanto

Mielenterveyden häiriöihin sairastutaan usein jo nuorena. Nämä häiriöt ovat yhteydessä potilaan somaattiseen terveyteen. Potilaiden vähäinen liikunta, epäterveellinen ruokavalio, tupakointi, alkoholin käyttö sekä lääkitys on riskitekijöitä somaattisille sairauksille. Yleisimpiä somaattisia sairauksia mielenterveyspotilailla on kardiometaboliset sairaudet eli aineenvaihduntaan, verenkiertoon sekä munuaisiin liittyviä toimintahäiriöt, ylipaino, keuhkohtauma ja syöpä. Masennukseen käytettävät lääkkeet, mielialan tasaajat ja psykoosilääkkeet voivat altistaa ylipainolle sekä heikentyneelle verensokeritasapainolle, lisäten näin kardiometabolisia riskitekijöitä. Lääkehoito voi vaikeuttaa fyysisten sairauksien toteamista, koska se saattaa esimerkiksi nostaa asiakkaan kipukynnystä. (Koponen & Lappalainen 2015.)

Psykiatrisessa hoidossa somaattisten sairauksien ja oireiden tunnistaminen sekä hoito jäävät usein vähäiseksi, koska niitä ei osata tunnistaa. Asiakkaiden kognitiiviset vaikeudet vaikuttavat potilaiden kykyyn tunnistaa omia oireitaan sekä ilmaista niitä. (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2019.) Potilaat tarvitsevat yksilöidyn hoitosuunnitelman, missä otetaan huomioon potilaan fyysinen ja psyykkinen terveys (Koponen & Lappalainen 2015).

Tarkoituksena oli tuottaa hoitohenkilökunnalle opas psykiatrisen asiakkaan somaattisen terveyden arvioinnista ja seurannasta. Tavoitteena oli lisätä hoitohenkilökunnan tietoa psykiatrisen asiakkaan yleisimmistä somaattisista sairauksista ja niiden oireista sekä antaa työkaluja näiden sairauksien arviointiin ja seurantaan. Opinnäytetyössä käsiteltiin psykiatrisen asiakkaan yleisimpiä somaattisia sairauksia, niiden oireita sekä seurantaan. Tutkimuskysymyksiä opinnäytetyössä oli kolme; Millainen hoitajien tietämys on somaattisen terveyden arvioinnista ja seurannasta psykiatrisessa avohoidossa, mikä on hoitohenkilökunnan kyky arvioida ja seurata potilaan somaattista terveyttä avohoidossa sekä mitä haasteita hoitohenkilökunta kokee potilaan somaattisen voimien arvioinnissa ja seurannassa.

Opinnäytetyö on kehittämistyö, mikä tehtiin oppaan muodossa laadullisen tutkimusmenetelmän keinoin, käyttäen teemahaastattelua aineiston saamiseksi. Haastattelut toteutettiin yksilöhaastatteluina teemahaastattelun menetelmin ja haastatteluista saadut vastaukset analysoitiin aineistolähtöisellä sisällönanalysillä. Opinnäytetyön teoriatieto koostuu näyttöön perustuvista, luotettavista tietokannoista kuten Käypä hoitosuosituksista, Medicistä, Terveystietokannasta, Duodecimistä sekä hoitotieteellisistä kirjoista. Tietoa on haettu kansainvälisistä tietokannoista. (Liite1)

2 Tavoite ja tarkoitus

Opinnäytetyön tarkoituksena oli tuottaa hoitohenkilökunnalle kaksikielinen suomi/ruotsi opas psykiatrisen asiakkaan somaattisen terveyden arvioinnista ja seurannasta. Tavoitteena oli lisätä hoitohenkilökunnan tietoa psykiatrisen asiakkaan yleisimmistä somaattisista sairauksista ja niiden oireista sekä antaa työkaluja näiden sairauksien arviointiin ja seurantaan.

Yleisimpiä somaattisia sairauksia mielenterveyspotilailla on kardiometaboliset sairaudet, ylipaino, keuhkohtauma ja syöpä (Koponen & Lappalainen 2015). Somaattiset sairaudet on rajattu kardiometabolisiin sairauksiin sekä keuhkosairauksiin. Kardiometaboliset sairaudet tarkoittavat aineenvaihduntaan, verenkiertoon sekä munuaisiin liittyviä toimintahäiriöitä. Opinnäytetyöhön valittiin niistä käsiteltäviksi ylipaino, diabetes, kohonnut verenpaine ja metabolinen oireyhtymä, eli oireyhtymä, jossa henkilöllä on samanaikaisesti useita terveyttä uhkaavia tekijöitä.

Opinnäytetyö on kehittämistyö, johon käytettiin laadullista tutkimusmenetelmää. Laadullista tutkimusta käytetään toimintaympäristöön ja sen tarpeisiin perehdyttäessä. Haastattelussa kartoitetaan yhden avohoidon tukiyksikön hoitohenkilökunnan tietoja yleisimmistä somaattisista sairauksista mielenterveysasiakkailta, niiden oireista sekä siitä, millaista tietoa hoitohenkilökunta kokee tarvitsevansa näistä aihealueista. Oppaasta tulee kaksikielinen, sillä tilaamme hoitohenkilökunta on kaksikielistä ja haluamme hyödyntää molempia kotimaisia kieliä. Avohoidon tukiosastolla tarjotaan Länsi-Uudenmaan alueella asuville täysi-ikäisille asiakkaille vapaaehtoisuuteen perustuvaa akuuttipsykiatrista ja -kriisihoitoa ympäri vuorokauden. Hoitoon tullaan aina lääkärin läheteellä. Osastolla työskentelee sairaanhoitajia, lähihoitajia, mielenterveyshoitajia, lääkäreitä sekä erilaisia terapeutteja.

3 Teoria

3.1 Mielenterveyspalvelut ja psykiatrisen avohoito

Kulmakiviä mielenterveystyölle ovat mielenterveyden vahvistaminen ja sitä uhkaavien tekijöiden ehkäisy. Mielenterveystyöhön kuuluu erilaisia työtapoja ja ne ovat mielenterveyttä edistävä työ, mielenterveyden häiriöiden ehkäisy ja mielenterveyspalvelut. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2021.)

Kuntien vastuulla on järjestää mielenterveyspalvelut. Kuntien lisäksi mielenterveyspalveluja tuottavat yksityiset palveluntuottajat, sairaanhoitopiirit ja kolmannen sektorin toimijat. Apua tarvitseva voi siis hakea sitä esimerkiksi terveyskeskuksista, psykiatrisesta erikoissairaanhoidosta, työterveyshuollosta, yksityisiltä lääkäriasemilta, kirkolta ja järjestöiltä, jolla on

kapasiteetti järjestää ja ylläpitää monenlaisia mielenterveyspalveluita. (Suomen Mielenterveys ry. 2021.)

Psykiatrinen hoitotyö on keskitetty avohoitoon, joka tarkoittaa sitä, että asiakas käy avohoidon toimipisteessä esimerkiksi viikoittain tai kuukausittain (Suomen Mielenterveys ry. 2021). Mielenterveyspalveluita järjestetään myös erikoissairaanhoidon piirissä usein psykiatrian poliklinikoilla, mutta myös tarvittaessa psykiatrisena sairaalahoitona. Usein kunnissa päihdepalvelut on yhdistetty mielenterveyspalveluihin. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2021.) Terveydenhuoltolain (1326/2010), mielenterveyslain (1116/1990) ja päihdehuoltolain (41/1986) mukaan kunnat ovat vastuussa psykiatristen sairaanhoitopalveluiden järjestämisestä tai niiden ostamisesta osana kunnan omia sosiaali- ja terveyspalveluja. Terveydenhuoltolain mukaan kunnan on myös järjestettävä tarpeellinen mielenterveystyö, kuntalaisten terveyden ja hyvinvoinnin edistämiseksi. Siihen kuuluvia osa-alueita on terveydenhuollon palveluiden ohjaus ja neuvonta, yksilön ja perheen tarpeita vastaava psykososiaalinen tuki sekä mielenterveyspalvelut kattaen mielenterveyshäiriöiden tutkimisen, hoidon sekä lääkinnällisen kuntoutuksen. (Terveydenhuoltolaki 1326/2010; Mielenterveyslaki 1116/1990; Päihdehuoltolaki 41/1986.) Mielenterveyslain (1116/1990) mukaan mielenterveyspalveluiden järjestämisen avopalveluina lisäksi, tulisi oma-aloitteista hoitoon hakeutumista sekä itsenäistä suoriutumista tukea. Laki potilaan asemasta ja oikeuksista asettaa (785/1992), että potilaan oikeuksia on saada hyvää terveyden- ja sairaanhoitoa ja siihen liittyvää kohtelua. Laki myös määrittää, että potilaan on oikeus saada tutkimusta, hoitoa tai lääkinnällistä hoitoa koskeva suunnitelma.

Kunnat järjestävät aikuisille psykiatrista avohoitoa perusterveydenhuollon kautta. Terveyskeskuksen lääkäri tekee vaativammissa tapauksissa lähetteen erikoissairaanhoidon, silloin kun potilasta ei kyetä hoitamaan perusterveydenhuollossa. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2021.) Asuinpaikkakunnasta ja asiakkaan tarpeesta riippuen on asiakkaalle tarjolla erilaisia tukipalveluita, jotka ovat osa asiakkaan psykiatrista avohoitoa. Asiakkaalla on tarpeiden mukaan mahdollisuus tuettuun asumiseen ja kuntouttavaan päivätoimintaan. Avohoitoon kuuluu moniammatillinen tiimi ja asiakkaan kokonaisvaltainen hoito. Hoitoon yhdistyy asiakkaan tarpeiden mukaan keskusteluapua, lääkitys ja jos asiakas haluaa, on hänellä mahdollisuus erilaisiin ryhmätoimintoihin ja toiminnallisiin hoitomuotoihin. Asiakkailta, joilla on pitkäkestoinen ja vaikea mielenterveysongelma on hänen hoitonsa usein avohoitoa. Asiakas ei yövy sairaalassa, vaan käy hoidossa muutamia kertoja viikossa tai muutamia kertoja kuukaudessa, riippuen siitä mikä on asiakkaan tarve. Asiakkaan vointi voi heikentyä ja joskus voi olla, että avohoito ei riitä asiakkaan tarpeisiin ja tällöin arvioidaan tilanne ja ohjataan asiakas psykiatriseen osastohoitoon. (Suomen Mielenterveys ry. 2021.)

Suomessa psykiatrisessa avohoidossa, kuten muissakin hoidoissa hoitosuosituksia tehdään näytönasteen perusteella. Suomessa avohoitopainotteinen psykiatria on sulautumassa muuhun lääketieteelliseen ja hyvinvointia edistävän toimintaan. Potilaan psykiatrisen hoidon tulee

olla hyvin järjestetty niin hoitojärjestelmän ja koko yhteiskunnan tasolla. Hoidon tulee olla potilaan tarpeiden mukainen ja hoitosuunnitelma laaditaan yhdessä potilaan ja joskus myöskin tarvittaessa potilaan läheisten kanssa. Potilaan hoito tapahtuu moniammatillisena yhteistyönä. (Lönnqvist & Lehtonen. 2017, 13-24.)

Psykiatrisessa hoitotyössä asiantuntijoiden tehtävänä on yhdessä asiakkaan kanssa määritellä asiakkaan psyykkisen häiriön merkittävyys ja sairauden luonne. Hoidossa arvioidaan asiakkaan avun tarve, sekä järjestetään hoito asiakkaan hoitosuunnitelman ja sovittujen hoitotavoitteiden mukaan. Asiakkaan kanssa hoidon tukena on moniammatillinen tiimi, johon sisältyy, psykiatrinen lääkäri, psykiatrinen hoitaja, sairaanhoitaja, erikoissairaanhoitaja, lähihoitaja, sosiaalityöntekijöitä, toimintaterapeutteja ja muita asiantuntijoita, jotka ovat perehtyneet psykiatrisen potilaan hoitoon. (Lönnqvist & Lehtonen 2019.)

Psykiatriseen hoitoon tulevalle tehdään psykiatrinen haastattelu. Haastattelu edellyttää, että hoitoon tulleen kanssa saadaan hyvä kontakti ja pyritään rakentamaan luottamussuhde heti alusta lähtien. Haastattelijan tulee toimia tilanteessa avoimesti, osoittamalla haastateltavalle ammatillista kiinnostusta ja arvostusta häntä kohtaan. Haastattelussa tulee muistaa antaa tilaa keskustelulle ja huolille, jotka nousevat pintaan. Haastattelun aikana haastattelija arvioi asiakkaan tilaa, oireita, jotta saa mahdollisimman paljon tietoa kerättyä haastattelun aikana. Tutkimus kattaa psyykkisten toimintojen arvioinnin, oireiden määrittämisen ja somaattisen hyvinvoinnin selvittämisen. Näillä tiedoilla voidaan kohdentaa ja tarkentaa avun tarvetta. On myös tärkeää kartoittaa haastateltavan sitoutuminen hoitoon. (Lönnqvist 2019.)

Psykiatrisen kliinisen tutkimuksen tarkoituksena on kartoittaa potilaan mielenterveyden häiriöiden ja päihteiden käytön osalta tärkeät osa-alueet. Tässä tutkimusta tekevä tarkkailee muistia, orientoitumista, keskittymiskykyä, ulkonäköä ja olemusta, motoriikkaa ja eleitä, mielialaa ja tunnereaktioita, puhetta, aistitoimintoja, arvostelukykyä, sairauden tunnetta ja hoitomotiivaatiota. Tutkimukseen kuuluu myöskin somaattinen perustutkimus, neurologinen tutkimus ja hoitosuunnitelman laatiminen. Tutkimuksen tarkoituksena on antaa hoitoon tulleesta alustava käsitys hänen nykytilastaan. Tutkimuksia tehdessä tulee aina huomioida, että jokainen on yksilö ja jokainen omaa erilaisen persoonallisuuden. Kliininen tutkimus tulee olla riittävän kattava jo hoidon alkumetreillä. (Lönnqvist 2019.)

Kaikille psykiatrisille potilaille tehdään somaattinen tutkimus. Tutkimuksessa kartoitetaan potilaan fyysistä terveyttä ja tehdään perustutkimukset. Tutkimuksessa mitataan verenpaine, syke, painoindeksi, ruumiinlämpö, hengitystiheys ja ravitsemustila. Tutkimuksen tarkoituksena olisi luoda kokonaisvaltainen kuva potilaan somaattisesta terveydestä, jotta voidaan arvioida tarvetta tarkemmalle somaattiselle tutkimukselle. Psykiatristen oireiden taustalla voi olla jokin fyysinen aiheuttaja kuten delirium, myrkytykset, päihtymystila, infektiot, lääkkeiden haittavaikutukset, metaboliset poikkeavuudet, keskushermoston sairaudet, vakavat

3.2.2 Kaksisuuntainen mielialahäiriö ja somaattinen sairastavuus

Kaksisuuntainen mielialahäiriö tunnetaan myös nimellä bipolaarihäiriö. Sairaus on osittain periytyvää, mutta sairausjakso voi aiheutua myös päihteiden, lääkkeiden tai elimellisen sairauden myötä. Kaksisuuntainen mielialahäiriö alkaa usein masennusjaksolla. (Huttunen 2018; Terveystieteiden tutkimuskeskus 2020a.) Kehitykselliset ja perinnölliset tekijät vaikuttavat sairauden etiologiaan ja sen ilmaantuminen linkittyy tyypillisesti nuoruusikään ja elämää kuormittaviin tilanteisiin. Vaikka informaatio sairauden mekanismeista kehittyy jatkuvasti, on tieto yhä puutteellista. Sairaudelle ominaista on masennus- ja maniajaksot, jotka vaihtelevat. (Kaksisuuntainen mielialahäiriö 2021.)

Kaksisuuntaisesta mielialahäiriöstä on kahta tyyppiä, tyyppi 1 ja tyyppi 2. Tyypissä 1 vakavien masennusjaksojen lisäksi esiintyy myös maniajaksoja. Maniajaksoissa ilmenee räikeää mielialan kohoamista, mielihyvän tuntemusta, kiihtyneisyyttä, yliaktiivisuutta, itsetunnon kohentumista, hajanaisuutta, hyperseksuaalisuutta ja esimerkiksi tuhailua. Maniajaksoille tyypillistä on myös lisääntynyt tai runsas alkoholin kulutus ja persoonallisuushäiriöille tyypillinen impulsiivinen käytös. Tyypissä 2 esiintyy hypomaniajaksoja, jossa myös mieliala kohoaa, mutta lievemmin maniaan verrattuna. (Huttunen 2017b.) Sekamuotoinen jakso tarkoittaa sitä, kun oireet ei selvästi sovi maaniseen tai depressiiviseen jaksoon, vaan ovat samanaikaisesti molempia. Sekamuotoista jaksoa voi ilmetä varsinkin nuorilla, jolloin masennuksen ja hypomanian lisäksi oireina voi olla impulsiivisuutta sekä keskittymisen ongelmia. (Huttunen 2017b.)

Hoidossa tulee huomioida lääkkeellisten ja lääkkeettömien hoitomuotojen yhdistäminen sairastavan tarpeiden mukaiseksi. Keskeisimpänä lääkkeellisenä hoitomuotona käytetään mielialaa tasaavia lääkkeitä. (Kaksisuuntainen mielialahäiriö 2021.) Noin joka toinen kaksisuuntaista mielialahäiriötä sairastavista on saanut psykoosilääkityksen (Sjatovic, Valenstein, Blow, Ganoczy & Ignacio 2006). Kaksisuuntaista mielialahäiriötä sairastavien keskuudessa yleisempiä somaattisia oheissairauksia ovat 2. Tyypin diabetes, hengityselinsairaudet sekä verenkiertoelinten sairaudet (Kaksisuuntainen mielialahäiriö 2021).

3.2.3 Psykoosit, skitsofrenia ja somaattinen sairastavuus

Psykoosi on todellisuudentajun vakava häiriintyminen, jonka oireina ilmenee deluusioita eli harhaluuloja, hallusinaatioita, suhteuttamisharhaluuloja ja merkityselämyksiä. Hallusinaatioina eli harha-aistimuksina ihminen voi kuulla esimerkiksi puhetta, tai nähdä erilaisia näköharhoja tai hänellä voi esiintyä vainoamisen tunnetta. Suhteuttamisharhaluuloilla ja merkityselämyksillä psykoosiin sairastunut voi antaa ihmisen eleille tai esineiden väreille harhaisia merkityksiä. (Huttunen 2018.)

Psykoosisairauksia on monia, kuten harhaluuloisuushäiriö, skitsoaffektiivinen häiriö, lyhykkestoinen psykoosi sekä skitsofrenia, joka on sairauksista yleisin (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2019.; Huttunen 2018). Psykoosia sairastavilla on usein kognitiivisen toiminnan, kuten muistin, tarkkaavaisuuden ja toiminnan suunnittelun vaikeuksia. Myös arkielämän toimista selviäminen voi olla hankalaa. Psykoosisairauksia sairastavilla on myös somaattisia sairauksia muuta väestöä enemmän. (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2019.)

Skitsofrenia on yleisin psykoosisairaus, suomalaisesta väestöstä 0,5-1,5 %:lla esiintyy skitsofreniaa. Sairaus on monimuotoinen ja vakava psyykkinen sairaus. Sairauden puhkeaminen aiheutuu usein geneettisen alttiuden ja ympäristötekijöiden yhteistekijöinä. Sen oireet esiintyvät muun muassa harhaluuloina, hallusinaatioina ja poikkeavana käytöksenä. Skitsofrenian oireprofiili voi kuitenkin vaihdella hyvinkin paljon yksilöiden välillä. Riippuen oireista, voidaan skitsofrenia jakaa erilaisiin alatyyppeihin, niistä tavallisimpia ovat paranoidinen eli vainoharhainen, hajanainen, katatoninen ja erilaistumaton skitsofrenia. Skitsofreniapotilaiden hoito on keskitetty ensisijaisesti avohoitoon, joka tarkoittaa erikoissairaanhoidon alaista psykiatrian poliklinikkaa, mielenterveystoimistoa, perusterveydenhuollon mielenterveysyksikköä tai yhteistyössä kunnallisten ja yksityisten yksiköiden kanssa. (Skitsofrenia 2020.)

Somaattisten sairauksien esiintyminen skitsofreniapotilailla on runsasta. Näitä ovat esimerkiksi sydän- ja verisuonisairaudet, tyypin 2 diabetes ja metabolinen oireyhtymä, pieni D-vitamiinipitoisuus, luuston heikkous, keuhkosairaudet sekä suun sairaudet. (Skitsofrenia 2020.) Skitsofreniaa sairastavat ovat yliedustettuna vakavia mielenterveyshäiriöitä sairastavista ihmisistä, joilla elinaika on muuta väestöä huomattavasti lyhyempi. Psykiatrisessa hoidossa asiakkaan somaattisen terveyden seuranta sekä hoito ei aina toteudu parhaalla mahdollisella tavalla, kun taas somaattisessa terveydenhuollossa skitsofreniapotilaiden ongelmiin ei suhtauduta niiden tarvitsemalla vakavuudella. (Hintikka & Niskanen 2005.) Skitsofreniaa sairastavien keskuudessa esiintyvää ylikuolleisuutta ei voida vähentää pelkästään itsemurhia vähentämällä, vaan skitsofreniapotilaiden somaattisen terveyden seuranta ja hoito olisi saatava muun väestön tasolle. Skitsofreniaa sairastavien hoidon tavoitteena tulisi olla myös se, että heillä itsellään on mahdollisuus parantaa omaa terveyttään. (Eskelinen 2018.)

3.3 Yleisimmät somaattiset sairaudet psykiatristen asiakkaiden keskuudessa

3.3.1 Metabolinen oireyhtymä

Metabolinen oireyhtymä eli MBO tarkoittaa sitä, että henkilöllä on suurempi riski sairastua liitännäissairauksiin kuten esimerkiksi sydän- ja verisuonisairauksiin. Riskitekijöitä metaboliselle oireyhtymälle on obeiteetti eli lihavuus, vähäinen liikunta ja perinnölliset tekijät. (Mäkinen 2017.) Metabolisessa oireyhtymässä tavallista on sokeriaineenvaihdunnan häiriöt, vyötärölihavuus, korkea verenpaine ja dyslipidemia. (Syväne 2019.) Dyslipidemia tarkoittaa sitä, että plasman triglyseridi- ja kolesterolipitoisuudet on suurentuneet tai HDL-kolesterolipitoisuus on

pienentynyt (Dyslipidemat 2021). Maksan, haiman, sydän- ja luurankolihaksen rasvoittuminen on tavallista MBO:ssa (Syväne 2019).

Kriteerit metaboliselle oireyhtymälle on paastoverensokerin kohoaminen yli 5,6mmol/l, HDL-kolesterolin pitoisuus veressä on pienempi kuin 1,0 mmol/l miehillä ja 1,3 mmol/l naisilla, systolinen verenpaine on yli 130 mmHg ja diastolinen verenpaine on yli 85 mmHg, vyötärön ympäryys on suurentunut, triglyseridiarvo on yli 1.7 mmol/l tai näihin suunnattu lääkehoito. Jos kriteereistä kolme täyttyy, voidaan henkilöllä todeta olevan metabolinen oireyhtymä. (Syväne 2019.)

24-75 vuotiaista suomalaisista 35% on metabolinen oireyhtymä (Mäkinen 2017). Suomessa yli-painoisia on 63% naisista ja 72% miehistä kun otoksena on yli 30- vuotiaat (Terveystieteiden tutkimuskeskus 2020b).

Metabolisen oireyhtymän hoito perustuu elämäntapamuutokseen. Elämäntapamuutoksella tarkoitetaan tässä liikunnan lisäämistä ja terveellistä ruokavaliota. Ruokavalion tulisi sisältää runsaasti kuituja, kasviksia ja hedelmiä. Rasvan, suolan ja alkoholin käyttöä sekä tupakointia tulisi välttää. (Mäkinen 2017.)

Oireyhtymän häiriöitä voidaan hoitaa lääkkein, mutta laihduttaminen on hoitomuodoista tehokkain. Häiriöistä voidaan lääkkeellisesti hoitaa kohonnutta verenpainetta, diabetesta ja korkeaa veren triglyseridi -arvoa. (Mustajoki 2019a.)

3.3.2 Kohonnut verenpaine

Kohonnut verenpaine on yleistä ja noin miljoona suomalaista käyttää verenpainetta alentavia lääkkeitä. Syitä kohonneelle verenpainelle on ylipaino, liiallinen suolan ja alkoholin käyttö sekä vähäinen liikunta. Myös ikä ja perinnölliset tekijät vaikuttavat verenpaineen nousuun. (Kohonnut verenpaine 2020.)

Verenpainetta voidaan seurata kotona ja terveydenhuollossa verenpainemittarilla. Kotona mittausta tehdään ei- dominoivasta olkavarresta. Ennen mittausta tulee välttää tupakointia, kofeiinipitoisten juomien nauttimista ja fyysistä ponnistelua. Verenpaine on hyvä ottaa aamuin illoin. (Kohonnut verenpaine 2020.) Verenpaine mitataan käsivarresta, kun asiakas istuu. Mittaus voidaan tehdä oikeasta tai vasemmasta käsivarresta. Ensimmäisellä kerralla verenpaine mitataan molemmista käsistä, jotta voidaan huomata mahdolliset puolierot. Jos verenpaine on kohonnut, yli 140/90 mmHg niin tehdään kliininen tutkimus mihin kuuluu sydämen ja keuhkojen kuuntelu, mahdollisten turvotusten tarkkailu, valtimoiden tunnustelu, silmänpohjien kuvaus, BMI sekä vyötärön ympäryys. Myös laboratorio- ja kuvantamistutkimuksia voidaan tehdä kohonneen verenpaineen seurannassa. (Nikkilä 2020b.) Kohonneen verenpaineen seurantaan kuuluu elintapojen kartoittaminen. Elintavoista kartoitetaan ruokailutottumukset, pituus,

paino, liikuntatottumukset sekä alkoholin käyttö missä apuna voidaan käyttää Audit-tutkimusta, huumeiden ja lakritsituotteiden käyttö, mahdollinen tupakointi sekä arjen kuormittavat tekijät. (Muhonen 2021.)

Kohonneen verenpaineen toteaminen ja hoitoratkaisut perustuu neljällä erillisellä kerralla huolellisesti tehtyihin kaksoismittausten keskiarvoihin sekä vastaanoton ulkopuolella tehtyjen kaksoismittausten keskiarvoihin. (Poikonen 2020.) Verenpaine on kohonnut, kun systolinen verenpaine on yli 140 mmHg ja diastolinen verenpaine on yli 90 mmHg. Kohonnut verenpaine lisää riskiä sairastua aivohalvaukseen, sepelvaltimotautiin, eteisvärinä, sydämen vajaatoimintaan sekä lyhentää elinikää. (Kohonnut verenpaine 2020.)

Kohonnutta verenpainetta hoidetaan ensisijaisesti elämäntapamuutoksella. Tähän kuuluu liikunnan lisääminen, terveellinen ruokavalio, suolan ja alkoholin käytön vähentäminen sekä ylipainon välttäminen. Jos verenpainetta ei saada laskemaan elämäntapojen muutoksella, aloitetaan lääkehoito. (Kohonnut verenpaine 2020.) Kun verenpaine on lievästi kohonnut, lääkkeetön hoito yhdistettynä elintapamuutoksiin voi olla riittävä. Hoidon tavoitteena on alentaa verenpainetta ja vähentää samalla sydän- ja verisuonisairauksien riskitekijöitä. (Poikonen 2020.)

Verenpaineen lääkehoitona käytetään tavallisesti ACE:n estäjiä, ATR:n salpaajia, kalsiumkanavan salpaajia ja diureetteja. Verenpaineen laskun tavoitteena on saada systolinen verenpaine alle 140 mmHg ja diastolinen verenpaine alle 90 mmHg. (Kohonnut verenpaine 2020.) Kotona mitattujen verenpaineiden hoitotavoitteet ovat 135/85mmHg ja optimaalinen arvo on alle 120/75mmHg. Diabeetikoiden hoitotavoite on alle 140/80mmHg. Jos kohonneen verenpaineen hoitoon aloitetaan lääkitys, tulee verenpaine taso tarkastaa 1-3 kuukauden jälkeen lääkehoidon aloittamisesta. Jos verenpaine pysyy tavoitetasolla, kotiseurantaa voi toteuttaa 3 kuukauden välein 4 päivän peräkkäisinä mittauksina. Lääkärintarkastus tulisi olla kerran vuodessa. Seurannassa täytyy myös huomioida lääkehoidon toteutuminen. (Poikonen 2020.)

3.3.3 Ylipaino

Ylipaino voidaan määritellä painoindeksin ja vyötärön ympäryksen mukaan. Painoindeksissä otetaan huomioon henkilön pituus ja paino. Kun painoindeksi on yli 30 voidaan puhua lihavuudesta. Painoindeksin noustessa, yleensä myös vyötärön ympäryys kasvaa. Miehillä yli 100cm ja naisilla yli 90cm vyötärön ympärysmitta kertoo suuresta riskistä sairastua sydän- ja verisuonisairauksiin. (Pietiläinen 2018.) Kun painoindeksi on 30, liikapainoa on pituudesta riippuen noin 13-16 kiloa. Jos painoindeksi on 40, ylipainoa on silloin 38-49 kiloa. (Mustajoki 2020.) Ylipaino altistaa diabetekselle, uniapnealle, verenpaineen kohoamiselle, lapsettomuudelle ja kihdille. Laihduttamalla ehkäistään näiden syntyä ja esimerkiksi alkavasta diabeteksestä tai lapsettomuudesta voi päästä eroon laihduttamalla. (Mustajoki 2021.)

Ylipainoa voidaan ehkäistä terveellisellä ruokavaliolla missä tarkoituksena on vähentää kalorien määrää ja lisätä liikuntaa. Liikuntaa olisi hyvä harrastaa päivittäin 30-60min painon hallitsemiseksi. (Mustajoki 2021.) Ravitsemus- sekä elintapainterventiot parantavat psykoosisairaiden ravitsemuksen koostumusta sekä metabolisia mittaustuloksia. Niiden on myös havaittu ehkäisevän sekä hoitavan ylipainoa. (Eskelinen 2018.)

Vyötärölihavuus, korkea verenpaine, lääkitys, liikkumattomuus ja epäterveellinen ruokavalio on syynä 2 tyypin diabetekselle ja metaboliselle oireyhtymälle. Rasva ja -glukoosiaineenvaihduntaa sekä painoa tulee tarkkailla lääkityksen ohella. Lääkityksen valinnalla pyritään vaikuttamaan vyötärölihavuuden syntyyn. Liikunnalla ja terveellisellä ruokavaliolla voidaan estää kardiometabolisia riskitekijöitä. Psykiatrisista asiakkaista kuten psykoosisairaista tai vaikeita mielialahäiriöitä sairastavista noin puolet ovat ylipainoisia. Psykykenlääkkeet, liikkumattomuus ja väärät ruokailutottumukset johtaa usein ylipainoon mielenterveyspotilailla. Vakavissa mielenterveydenhäiriöissä esiintyvä väsymys, stressi, masennus sekä tuen puute voivat johtaa fyysisen aktiivisuuden vähäisyyteen. Painonnousua tulee tarkkailla lääkityksen aloittamisen jälkeen, lääkkeen valinnalla voi olla merkitystä painon nousussa. (Koponen & Lappalainen 2015; Eskelinen 2018.) Lääkkeitä mitkä altistavat lihomiselle on mirtatsapiini, paroksetiini, amitriptyliini, olantsapiini, sertindoli, ketiaapiini, klotsapiini, paliperidoni, risperidoni, karbamatsepiini ja valproiinihappo (Lihavuus (lapset, nuoret ja aikuiset) 2021). Tiedoissa ja taidoissa terveellisen ravitsemuksen toteuttamisessa potilailla on usein puutteita. Psykiatrinen sairaalaympäristö, johon voi kuulua passivoituminen sekä epäterveelliset ruoat tai potilaan mahdollisesti itsetekemät ruokaostokset saattavat altistaa painon lisääntymiselle. (Eskelinen 2018.)

Ylipainon hoidon aloituksessa tärkeää on motivoiva keskustelu sekä neuvonta ja ohjaus kohti terveellisiä elämäntapoja. Vaikeassa ja sairaalloisessa ylipainossa voidaan käyttää vähäenergistä dieettiä, mikä kestää 8-12 viikkoa. Jos muut hoidot ei tehoa, voidaan ylipainon hoidossa käyttää myös lääkehoitoa yhdessä neuvonnan ja ohjauksen kanssa. (Pietiläinen 2021.) Terveystieteidenhuollossa myös ylipainoa tulee ehkäistä ja hoitaa tehokkaasti. Kun ylipainoa ehkäistään ja hoidetaan, vähennetään samalla liitännäissairauksia ja ylipainon vuoksi pahenevia sairauksia sekä samalla parannetaan asiakkaan elämänlaatua. Ylipainon hoitoa ei voi kenellekään määrätä, mutta potilaiden kanssa tulisi keskustella ylipainon aiheuttamista riskeistä sekä painonhallinnan terveyshyödyistä. Nuorilla asiakkailla ylipainon hoito on kaikista tärkeintä. Ylipainon hoidossa keskeistä on elintapamuutokset. (Vepsäläinen 2020.)

Ylipainon seurannassa on tärkeää kiinnittää huomiota asiakkaan ruokailu- ja liikuntatottumuksiin. Masennus- tai psykoosilääkityksen aloituksen jälkeen asiakkaan painoa tulisi seurata noin neljän viikon välein ainakin kahden kuukauden ajan. (Koponen & Lappalainen 2015.) Asiakasta tulee kehottaa tarkkailemaan omaa painoaan säännöllisesti, ainakin viikon välein (Pietiläinen 2021).

3.3.4 Diabetes

Diabetes tarkoittaa erilaisia aineenvaihduntasairauksia. Sairauksissa on kyse haiman häiriöstä, jolloin insuliinin tuotanto häiriintyy ja pitkäaikainen veren glukoosipitoisuus nousee. Diabeteksestä on erilaisia tyyppisiä, näistä tunnetuimpia on tyyppin 1 diabetes, tyyppin 2 diabetes ja raskausdiabetes. (Ilanne- Parikka 2018.)

Tyyppin 1 diabetes johtuu haiman häiriöstä, jolloin haiman beetasolut ei tuota insuliinia tarpeeksi tai ei ollenkaan. Tätä diabetestyyppiä hoidetaan insuliinin avulla. Tyyppin 1 diabeteksen tavallisin oire on laihtuminen ja ketoaineiden lisääntyminen veressä. Suomessa noin 50 000 ihmistä sairastaa tyyppin 1 diabetesta. (Ilanne- Parikka 2018.; Yki- Järvinen & Tuomi 2019.)

Tyyppin 1 diabeteksen seurannassa on tärkeää, että asiakas kirjaa sovituin väliajoin ylös oman liikunnan, hiilihydraattimäärät sekä insuliiniannokset. Tämä helpottaa hoidon arviointia ja seurantaa. (Ilanne-Parikka 2021.) Omaseurannassa tärkeää on myös painon tarkkailu, verenpaineen sekä verensokerin mittaaminen, jalkojen kunnon tarkastaminen sekä suun ja pistopaikkojen seuranta (Jylhä & Salonen 2017). Myös diabeetikon haavojen parantumiseen tulee kiinnittää huomiota (Karppinen ym. 2020).

Tyyppin 2 diabeteksessa beetasolujen toimintakyky ja insuliinierityskapasiteetti heikkenee ja tällöin veren glukoosipitoisuus lisääntyy. Siinä voi esiintyä insuliiniresistenssiä, jolloin kudokset eivät pysty hyödyntämään insuliinia. Tyyppin 2 diabetes johtuu usein ylipainosta ja siihen liittyy verensokerin nousua. Oireita on tihentynyt virtsaamistarve, janon tunne ja väsymys. (Yki- Järvinen & Tuomi 2019.) Tyyppin 2 diabetes voidaan todeta korkean verensokeriarvon avulla. Verensokeri voidaan ottaa aamulla paastosokerina tai 2 tuntia aterian jälkeen. Muita tavallisia oireita on väsymys, laihtuminen, jano, lisääntynyt virtsaneritys sekä elimistön kuivuminen. (Ilanne- Parikka 2018.) Usein metabolinen oireyhtymä johtaa tyyppin 2 diabeteksen syntyyn. Suomessa diabetesta sairastaa noin 500 000 henkilöä ja heistä noin 75-80% sairastaa tyyppin 2 diabetesta. (Yki-Järvinen & Tuomi 2019.)

Tyyppin 2 diabeteksen seurantaan kuuluu sokeritasapainon, verenpaineen, jalkojen kunnon, painon sekä pituuden seuranta. EKG:n seuranta vuoden välein ja silmänpohjankuvaus 1-3 vuoden välein kuuluvat myös seurantamenetelmiin. (Yki-Järvinen 2020.) Diabeetikon haavojen parantumiseen tulee kiinnittää huomiota (Karppinen ym. 2020). Psykoosiin sairastuneella on 2-4 kertaa suurempi riski sairastua tyyppin 2 diabetekseen. Tämän taustalla on monta tekijää, kuten ravitsemus- ja elämäntapamuutokset, geneettiset tekijät, mutta myös psykoosilääkkeiden ja mielentasaajien käyttö. Psykoosilääkkeet ja mielialan tasaajat voivat aiheuttaa painon nousua, rasvan- ja glukoosiaineenvaihdunnan muutoksia. Säännöllinen terveydentilan seuranta on tärkeää. Diabetekseen sairastumisen riskejä ja sen haittoja voidaan vähentää psykoosilääkityksen oikealla valinnalla ja monilääkityksen välttämällä. (Koponen 2019.)

Raskausajan diabeteksessa verensokeri nousee raskauden aikana. Tällöin hoitona käytetään ensisijaisesti ruokavaliohoitoa, mutta myös tablettihoitoa tai insuliinihoitoa voidaan tarvittaessa käyttää. Raskauden aikana sairastettu diabetes voi myöhemmin johtaa tyypin 2 diabeteksen syntyyn. (Ilanne- Parikka 2018.)

Diabeteksen hoidossa pyritään saamaan verensokeri lähelle normaalia tasoa eli paastosokerin tulisi olla alle 6 mmol/l. Tyypin 1 diabeteksen ehkäisystä ei ole tietoa, mutta tyypin 2 diabetesta voidaan ehkäistä liikunnalla, terveellisellä ruokavaliolla ja painonhallinnalla. (Ilanne- Parikka 2018.)

Verensokeri voi laskea diabetespotilailla alhaiseksi, alle 4 mmol/l, jolloin puhutaan hypoglykemiasta. Matalan verensokerin oireita on hikoilu, sydämentykytys, käsien vapina ja ärtyneisyys. Hypoglykemian pikahoitona annetaan potilaalle hiilihydraattia kuten esimerkiksi sokeri-paloja. Uusien hypoglykemiakohtausten välttämiseksi on tarkistettava potilaan lääkitys ja insuliinin pistotekniikka. (Koivikko 2016.) Alhaisen verensokerin eli hypoglykemian mahdollisuus on kaikilla diabeetikoilla, mutta etenkin tyypin 1 diabeetikoilla (Koivikko 2021).

Verensokerin noustessa korkealle puhutaan hyperglykemiasta. Kohonnut verensokeri voi olla potilaalle hengenvaarallinen. (Matikainen, Gordin & Laine 2018.) Hyperglykemian oireita on väsymys, voimattomuus ja masennus. Myös tahaton laihtuminen ja tihentynyt virtsaamisen tarve voi kertoa kohonneesta verensokerista. (Yki-Järvinen 2020.) Se voi johtua insuliinin puutteesta tai insuliiniresistenssistä. Hyperglykemian tehokkain hoito on insuliini, tavallisesti perusinsuliini, mutta voidaan lisätä myös ateriainsuliinin määrää, jos perusinsuliini ei itsessään riitä. (Matikainen ym. 2018.)

Diabeteksen syntyä ja etenemistä voidaan seurata verensokerimittausten avulla. Verensokeri voidaan ottaa aamulla ennen aamiaista, jolloin sen tulisi olla alle 7 mmol/l tai kaksi tuntia ruokailun jälkeen, jolloin sen tulisi olla alle 11 mmol/l. (Yki-Järvinen & Tuomi 2019.)

3.3.5 Hengityselinsairaudet

Hengityselinsairauksista yleisimmät suomalaisella väestöllä ovat astma ja keuhkohtaumatauti. Astmaa aikuisista suomalaisista sairastaa noin 10% ja keuhkohtaumatautia noin 6%, Kolmanneksi yleisin hengityselinsairaus on obstruktiivinen uniapnea. Tätä sairautta aikuisväestöstä sairastaa noin 2-4%. Ylipaino on väestön keskuudessa lisääntynyt, minkä myötä uniapnea on yleistynyt. (Kauppi & Kainu 2015.)

3.3.6 Hengenahdistus

Hengenahdistuksen syynä voi olla krooninen tai hiljalleen kehittyvä sairaus, mutta sen taustalla voi olla myös ihmisen subjektiivinen kokemus siitä, että on vaikea hengittää. Hengenahdistus aiheutuu joko äkillisten tai kroonisten syiden takia. Hengenahdistusta aiheuttavia

sairauksia voi olla akuutti astma, keuhkopöhö, keuhkokuume, keuhkoembolia, anafylaktinen reaktio, erilaiset myrkytykset kuten häkämyrkytys, sydämen vajaatoiminta, sydäninfarkti, ylipaino tai selkärankareuma. Myös hengityselinsairaudet kuten astma, keuhkohtaumatauti, keuhkosyöpä, keuhkojen sidekudossairaudet ja sarkoidoosi voivat aiheuttaa hengenahdistusta. (Matilainen 2020.) Somaattisesti terveellä ihmisellä, joka kokee kohtauksittaisia hengenahdistuksia, voi syynä olla psyykinen ahdistuneisuus (Nieminen 2021).

Hengenahdistusta kärsivän potilaan olotilassa tulee tarkkailla monia asioita. Hengittämisessä tulee tarkkailla hengitystaajuutta, joka on normaalisti 12-24x/min. Hengenahdistuksen myötä hengitystaajuus kohoaa ja hengitystapa muuttuu usein pinnalliseksi, haukkovaksi tai hyperventilaatioksi, eli liikahengittämiseksi. (Matilainen 2020.) Happisaturaatiota voidaan mitata. Normaali happisaturaatio on $\geq 96\%$ ja selvästi poikkeava lukema on $\leq 92\%$. Kroonisesta keuhkosairautta sairastavilla happisaturaatio voi olla $\leq 90-88\%$. Syyn selvittämisen avuksi voidaan tarpeen mukaan ottaa laboratorio- tai kuvantamistutkimuksia. (Nieminen 2021.)

Jos asiakas kokee hengenahdistusta, seurattavia asioita on sen esiintyminen; esiintyykö se levossa, liikkuessa, makuuasennossa tai istuen ja onko asiakkaan tajunta normaali, vai esiintyykö levottomuutta tai sekavuutta. Tulee selvittää mitkä asiat pahentavat hengenahdistusta ja mitkä tekijät sitä helpottavat. Hengitysäänet on hyvä kuunnella sisään ja uloshengityksessä. Tulee kuunnella, että onko hengitysäänissä jotain poikkeavaa, kuten rohinaa, porinaa, vinkunaa tai ovatko hengitysäänet hyvin hiljaiset. Ysköksien määrään ja väriin tulee kiinnittää huomiota. Ihon väristä voi saada myös viitteitä potilaan voinnista. (Matilainen 2020.) Ihmisen huulten sinertäessä tai kasvojen ollessa harmaat, voi kyseessä olla hapenpuute (Castrén, Korte ja Myllyrinne 2017). Turvotukset kehossa, kuten nilkoissa voi viitata esimerkiksi sydämen vajaatoimintaan. Kohdatessa hengenahdistuksesta kärsivä tulee myös kartoittaa asiakkaan muut mahdolliset sairaudet, päihteiden käyttö ja käytetyt lääkkeet. Mahdollinen tupakointi ja poltettujen savukkeiden määrä vuorokaudessa tulee huomioida. Myös asiakkaan mahdollinen ammatti tulee ottaa huomioon, jos hän on esimerkiksi rakennusalan ammattilainen ja on voinut altistua esimerkiksi asbestille. (Matilainen 2020.)

Hengenahdistusta hoidetaan sen taustalla olevaan syyhyn perustuen. Raikas, viileä huoneilma voi helpottaa ja myös hengitystä helpottava asento on tärkeä. Puoli-istuva tai etukumara asento on paras hapettumisen kannalta. Jos asiakkaalla on itsellään keuhkoputkia avaava lääkitys ja hänellä esiintyy hengenahdistusta, tulisi hänen ottaa lääkettä. (Matilainen 2020.)

3.3.7 Astma

Astma on pitkittynyt keuhkoputken tulehdus. Astman oireet ovat usein limakalvotulehduksen aiheuttama yskä, limannousu, keuhkoputkien supistumisesta johtuva vinkuminen hengittäessä ja ahdistuksen tunne. Oireet esiintyvät useimmiten, rasituksessa sekä joskus myös öisin ja aamuisin. Alkavan tai lievän astman oireet ovat jaksottaisia, ja oireilevan potilaan keuhkot

suurimman osan ajasta toimivat normaalisti. Oireilevalla usein myös hengitys on vinkuvaa sisään- ja uloshengityksessä. Vaikean astman oireilussa keuhkoputkien ahtautuminen voi olla pysyvää tai palautumatonta. Pitkittyneessä ja vaikeassa astmakohdauksessa vinkuvat hengityssäänät hiljenevät ja apuhengityslihakset ovat käytössä. Tämä on hengenvaarallinen tila. (Astma 2012.) Astman oireiluun voi myös liittyä väsymystä, puristavaa tunnetta rinnassa, rasituksen sietokyvyn heikkenemisenä ja toistuvia hengitystietulehduksia. Riskitekijöinä ovat ylipaino, tupakointi, allergeenit, tupakansavu, pöly, ASA, eli asetyylisalisyylihappo ja sen johdannaisaineet. Myös stressi voi pahentaa astmaa. (Kauppi & Kainu 2015.)

Astma on perinnöllinen sairaus, ja jos perinnöllisen alttiuden lisäksi sairastaa allergista nuhaa, on ihmisellä nelinkertainen riski sairastua. Myös vanhempien tupakointi ja lapsena altistuminen tupakan savulle vaikuttaa riskiin sairastua. (Astma 2012.)

Astman lääkehoitoon kuuluu inhaloitava kortikosteroidi ja keuhkoputkia laajentavat beta2-agonistit. Hoidot aloitetaan inflammaatiota hillitsevällä lääkityksellä ja hiljalleen aloitetaan pieniä oireita hallitseva, pahenemisvaiheita estävä ja hyvää keuhkojen toimintakykyä ylläpitävä lääkitys. Jos oireilu on satunnaista, riittää tämän hoitoon lyhytvaikutteinen beta2-agonisti. Jos oireilu on ajoittaista tai jatkuvaa, oireita hoidetaan inhaloitavalla kortikosteroidilla, jota käytetään jaksoittain ja jatkuvassa oireilussa säännöllisesti. Sairauden vaikeusasteesta riippuen lisätään inhaloitavan kortikosteroidin annosta ja lääkitykseen voidaan liittää leukotrieni salpaaja, pitkävaikutteinen beta2-agonisti, pitkävaikutteinen antikolinergi tai teofylliini. On tärkeää tarkastaa potilaan lääkkeenottotekniikka, mikäli pahenemisvaiheita ilmaantuu. Omahoito on myös tärkeä huomioida astman hoidossa. Tulisi välttää tekijöitä, jotka pahentavat astman oireilua. Astmaa sairastavan tulisi lopettaa tupakointi ja jos asiakkaalla on allerginen astma, tämän tulisi vältellä allergiaa aiheuttavia allergeenejä. (Kauppi & Kainu 2015.)

Lääkehoidon ja omahoidon yhdistelmä tukevat toisiaan. Omahoidossa pyritään opettamaan potilas itse reagoimaan omaan oireiluun ja reagoimaan oireiden muutoksiin. On tärkeää avata potilaalle mistä sairaudesta on kyse. On tärkeää saada potilas itse ymmärtämään, kuinka tärkeää on olla sitoutunut hoitoon. PEF- kontrolli mittaukset kotona, riittävä liikunta, painonhallinta, tupakoimattomuus ja lääkehoidon kokonaisvaltaisuus muodostaa kokonaisuuden omahoidossa. (Astma 2012.)

Astmaa sairastavan potilaan keuhkojen toimintaa arvioidaan PEF- seurannalla, spirometrialla, histamiini- tai metakoliinialtistuksella, uloshengityksen typpioksidimittauksella tai rasisutuskokeella, mikä arvioi uloshengityksen huippuvirtauksen. Useimmiten seurannassa ja diagnostiikassa käytetään PEF-seurantaa ja spirometria. Rasisutuskoea käytetään astman diagnostiikassa ja hoidossa etenkin silloin, kun halutaan arvioida suoritus- tai työkykyä. (Kauppi & Kainu 2015.)

3.3.8 Keuhkohtaumatauti

COPD (Chronic Obstructive Pulmonary Disease) eli keuhkohtaumatauti on krooninen keuhkosairaus. Tyypillistä keuhkohtaumataudille on jatkuvat hengitysoireet, krooninen tulehdus ja etenevä ilmasteiden ahtaus. Krooninen tulehdus aiheutuu, kun ihminen hengittäessä altistuu haitallisille hiukkasille ja kaasuille. Tavallisin aiheuttaja taudille on tupakointi. Mitä pidempään henkilö on tupakoinut, sitä suurempi riski on sairastua. Sairauteen liittyy krooninen keuhkoputkentulehdus ja uloshengitysvirtauksen hidastuminen mikä johtuu siitä, että ilmatiet ovat ahtautuneet ja keuhkorakkulat vaurioituneet. (Keuhkohtaumatauti 2020.)

Suomessa keuhkohtaumatautia sairastaa noin 200 000 ihmistä. Keuhkohtaumatautia voi ehkäistä välttämällä tupakointia, tupakansavua sekä työperäistä kaasuille ja pölyille altistumista. (Keuhkohtaumatauti 2020.)

Oireet keuhkohtaumaa sairastavilla ovat hengenahdistus, hengityksen vinkuminen, limainen yskä, limannousu ja krooninen tulehdus keuhkoputkissa. Ajan mittaan oireet pahenevat. Oireet pitkälle edenneessä sairaudessa ovat hengenahdistus, joka voi ilmetä levossa tai vähäisessä rasituksessa, laihtuminen, väsymys ja toistuvat pahenemisvaiheet. (Keuhkohtaumatauti 2020.)

Keuhkohtaumatauti voi myös kehittyä vaikean astman yhteydessä tai jos henkilö altistuu pitkäaikaisesti pölylle. Kaikista tärkein ja vaikuttavin hoito keuhkohtaumatautiin on tupakoinnin lopettaminen. Tupakoinnin lopettamiseen on mahdollisuus saada tukea esimerkiksi nikotiinikorvaushoidosta. Kaikkein tärkeintä on potilaan oma päätös lopettamisesta, sillä tämä on tärkeää onnistumisen kannalta. Potilaan kuntoutus parantaa keuhkohtaumatautia sairastavan henkilön suorituskykyä ja parantaa myös hänen elämänlaatuansa. Mitä aikaisemmin sairastunut henkilö jättää tupakan pois ja lisää liikuntaa, sitä enemmän se lisää potilaan elämänlaatua ja ennusteen paranemista. Liikunnalla voidaan myös hoitaa hengenahdistusta, pahenemisvaiheita, depressiota ja ahdistuneisuutta sekä ehkäistä sairaalahoidon tarvetta. Keuhkohtaumataudissa sairastunut kuluttaa paljon energiaa niin hengitystyöhön, kuin elimistön tulehdustilaankin ja siksi asiakkaan tarpeellinen ravinnon saaminen on huomioitava. (Kauppi & Kainu 2015.)

Keuhkohtaumatauti voidaan todeta oireiden, altistushistorian ja spirometriatutkimuksen avulla. Sairauden oireita voivat olla väsymys, toistuvat pahenemisvaiheet ja hengenahdistus rasituksessa tai levossa. Oireita on mahdollista arvioida CAT- testillä. Spirometrialla tutkitaan keuhkojen tilavuutta ja ilmavirtausta keuhkoputkissa. Diagnoosia tehdessä otetaan huomioon tupakointivuodet ja mahdollinen passiivinen tupakointi. Keuhkohtaumataudissa lääkehoidolla pyritään vähentämään oireita ja taudin pahenemisvaiheita. Lääkityksen tavoitteena on myös parantaa rasituksen sietokykyä ja potilaan kokemaa terveydentilaa. (Keuhkohtaumatauti 2020.)

Keuhkohtaumataudin seurannassa otetaan huomioon yskösten määrä ja laatu, hengenahdistus sekä tupakoinnin määrä. Myös unen määrään ja laatuun on hyvä kiinnittää huomiota. Taudin edetessä seurataan asiakkaan painoa, taataan riittävä ravinnonsaanti ja seurataan mahdollisia sydänongelmia. (Matilainen 2021.)

3.3.9 Uniapnea

Uniapnea on sairaus, jossa ylähengitysteiden ahtaumat rajoittavat tai estävät hengitystä. Ylähengitysteiden ahtaus aiheuttaa toistuvia hengityskatkoksia unen aikana. (Uniapnea (obstruktiivinen uniapnea aikuisilla) 2021.) Moni voi sairastaa uniapneaa tietämättään. Kuorsaus ei automaattisesti tarkoita sitä, että henkilöllä olisi uniapnea. Hengityskatkokset ovat toistuvia ja voivat kestää muutamasta sekunnista jopa yli minuuttiin. Kuorsaus on unenaikaisen ylähengitystieahtauman lievä muoto, joka ei tarvitse hoitoa. Hoitoa vaativia oireita ovat ylähengitystieahtaus ja obstruktiivinen eli ylähengitysteiden ahtautumisesta johtuva uniapneaoireyhtymä, jossa ylähengitysteiden täydellinen ajoittainen tukkeutuminen vaatii hoitoa. Hoitamaton uniapnea lisää kuolleisuutta. Hoitamaton uniapnea heikentää myös elämänlaatua sekä työ- ja toimintakykyä. (Kauppi & Kainu 2015.)

Suurimpana riskitekijänä on ylipaino. 40%:lla kohtalaisen lihavista miehistä ilmenee uniapneaa. BMI:n ollessa yli 40 riski sairastua uniapneaan kasvaa. Myös potilaan rakenteelliset tekijät kuten esimerkiksi pienileukaisuus on altistava tekijä. Uniapnean hoitokeinoja ovat elämäntapamuutos, jolloin pyritään liikkumaan enemmän sekä lopettamaan tupakointi. Asentohoito yön aikana on tärkeää, mutta hoitokeinoista tehokkain on CPAP- hoito. (Kauppi & Kainu 2015.) Jos epäily uniapneasta herää, tulisi kartoittaa onko henkilöllä oireina esimerkiksi päiväsäilyä, epänormaalia nukahtelua tai aamupääsärkyä. Ylipainoiselle tulisi myös tehdä metabolisen oireyhtymän perustutkimukset eli vyötärön ympärys- ja verenpainemittaus sekä glukoosi-, kolesterolin- ja veren rasva-aineiden tutkimukset. Uniapnean todennäköisyyden arviointiin voidaan käyttää myös STOP-bang- kyselyä. (Bachour 2021.)

Uniapnean hoidon perustana on elämäntapaohjaus. Lievän uniapnean hoidossa asentohoito riittää usein hoitokeinoksi. Elämäntapaohjaus on tärkeää etenkin ylipainoisten asiakkaiden keskuudessa, kuten esimerkiksi liikunta on tärkeässä roolissa ja se onkin vähentänyt hengityskatkosten määrää, vaikka paino ei olisikaan laskenut. Uniapneaa sairastavilta tulee seurata painoa, vireystilaa sekä unen määrää ja pyrkiä sen säännöllisyyteen. Elämänlaadun parantaminen on tärkeässä roolissa uniapnean hoidossa. Kohentamalla mielialaa, vireystilaa ja parantamalla unenlaatua, myös elämänlaatu paranee. (Saaresranta & Polo 2014.)

3.4 Sairauksien seuranta psykiatrisessa hoitotyössä

Psykkisesti sairaiden fyysistä hyvinvointia tulee seurata säännöllisesti. Mielenterveyspotilailla on monesti somaattisia sairauksia mitä ei hoideta riittävästi. Fyysiset ongelmat usein

mielletään olevan lääkkeiden haittavaikutuksia ja tällöin niitä ei tutkita riittävästi. Vakavien somaattisten sairauksien hoidon onnistuminen edellyttää niiden aikaista tunnistamista. (Huttunen 2017c; Suvisaari ym. 2019.) Fyysisiin oireisiin tulisi reagoida ja ne tulisi huomioida asiallisesti, eikä leimata niitä ilman tarpeellisia tutkimuksia psykiatrisen häiriön seuraukseksi (Lönnqvist 2019).

Masennus- ja psykoosilääkkeet voivat aiheuttaa sydänoireita, esimerkiksi takykardiaa eli sykkeen nopeutumista sekä verenpaineen laskua ja siihen liittyvää asentohuimausta. EKG, eli sydänsähkökäyrä tulisi ottaa QT-ajan selvittämiseksi ja sen pidentymisen poissulkemiseksi. QT-aika mittaa sydämen kammioden sähköisen toiminnan kestoa. EKG:n rekisteröintiä suositellaan ennen psykoosilääkityksen aloittamista ja noin kolmen viikon kuluttua siitä, kun sen annos on vakiintunut. (Koponen & Lappalainen 2015.) Elintavat taas vaikuttavat vuorostaan lääkkeiden hajoamiseen. Tupakointi nopeuttaa joidenkin lääkkeiden, esimerkiksi klotsapiinin metaboliaa ja annosta voidaan joutua suurentamaan pelkästään tupakoinnin vuoksi. (Huttunen 2017d.) Erityisesti skitsofreniapotilailla esiintyy keuhko- ja rintasyöpää, minkä takia terveyden seuranta tulee tehdä säännöllisesti, esimerkiksi mammografiatutkimukset (Koponen ja Lappalainen 2015). Skitsofreniaa sairastavilla todetaan syöpä usein vasta sen levinneessä vaiheessa, seulontojen heikon osallistumisprosentin takia (Suvisaari ym. 2019).

Fyysisen terveyden kartoitus ja perustutkimus muodostavat tarkoituksenmukaisen yleiskuvan potilaan terveydentilasta. Potilaan laboratoriotutkimuksille pitää olla perusteltu syy ja tämä sisältää sen, että jo etukäteen on mietitty, miten toimitaan, jos mahdollisia poikkeavia tuloksia saadaan. Laboratoriotutkimukset ovat erityisen tärkeitä, jos potilas kuuluu neuro-, vanhus- tai päihdepsykiatriaan, sairastaa syömishäiriötä, psykoosisairautta tai jos kyseessä on uusi psykiatrinen potilas. Asiakkailta, joille on tehty perusteellinen yleiskartoitus somaattisesta terveydestä, eikä siinä ollut mitään poikkeavaa ei tarvitse tehdä ylimääräisiä seulontoja, ellei jonkin lääkkityksen aloittaminen sitä vaadi. Joillakin psykiatrisilla potilailla voi olla tarpeen lääkkityksen takia ottaa laboratoriotutkimukset. (Lönnqvist 2019.)

Laboratoriotutkimukset, joita suositellaan ottamaan akuutin psykoosin yhteydessä ovat peruserokuva, kilpirauhaskokeet, veren glukoosipitoisuus, seerumin natrium- ja kaliumpitoisuus, seerumin kreatiinipitoisuus, virtsan huume- ja lääke-seula ja CRP-pitoisuus. Potilaalla, jolla on ensipsykoosi tulisi ottaa edellä mainittujen lisäksi maksan toimintaa kuvaavat entsyymimääräykset eli GT, ALAT ja AFOS, veren kolesterolin ja triglyseridipitoisuudet, veren glukoosipitoisuus paastonäytteenä sekä aivojen magneettikuvaus ja aivojen sähkökäyrä. Laboratoriotutkimuksia voidaan käyttää muidenkin psykiatristen potilaiden kohdalla tehdessä somaattista tutkimusta ja niitä voidaan soveltaa. Psykiatrisen potilaan lääkkityksen aloituksen jälkeen voidaan ottaa laboratoriotutkimukset. Lääkkityksen aloituksen seuranta voi esimerkiksi sisältää verensokerin, elektrolyytit, maksaentsyymit, lipidit, TSH, pieniverenkuva, virtsa-analyysi, kemiallisen seulan ja veren ureatypen. (Lönnqvist 2019.)

Avohoidon asiakkaan terveydentilaa tulee tarkastella ja vointia tulee seurata käyttäen eri menetelmiä. Asiakkaalle tehdään hoitosuunnitelma, jossa huomioidaan yksilölliset tarpeet ja asetetaan hoidolle tavoitteita. Hoitosuunnitelmassa on luettelo, joka sisältää keskeiset ongelmat ja sen, kuinka niitä lähdetään hoitamaan. Hoitosuunnitelman avulla seurataan asiakkaan psyykkistä terveydentilaa ja hoitojen vaikuttavuutta, mutta siinä tulee huomioida myös fyysinen terveydentila sekä psykososiaalisen tuen tarve. Asiakkaaseen kohdistetuista hoidoista, esimerkiksi lääkehoidosta voi aiheutua somaattista terveyttä heikentäviä haittavaikutuksia. Lääkkeiden haittavaikutukset voivat alentaa fyysistä hyvinvointia. On tärkeää tehdä hoitosuunnitelma tarkasti, jotta voidaan katsoa, millainen on ollut asiakkaan hoidon vaste. Hoitosuunnitelma tulisi aina tehdä asiakkaan kanssa yhdessä ja jos asiakas haluaa, niin se tehdään hänen omaistensa kanssa yhteistyössä. Lopullisessa hoitosuunnitelmassa tulee myös olla mielenterveyden häiriöitä ja muita ongelmia koskevien suunnitelmien lisäksi arvio asiakkaan fyysisestä terveydestä, sosiaalisesta tuesta, positiivisista voimavaroista, kuntoutustarpeesta ja talousasioista. (Lönnqvist 2019.) Myös lähimaisen läsnäolosta somaattista terveyttä arvioidessa voi olla hyötyä (Suvisaari ym. 2019).

Jos asiakas tupakoi, tulisi tupakoinnin lopettamista tukea (Matilainen 2020). Mielenterveyshäiriöitä sairastavat tupakoivat muuta väestöä enemmän. Tupakointi lisää kuitenkin riskiä sairastua keuhkosairauksiin sekä sydän- ja verisuonisairauksiin. Tupakoinnin lopettamiseen tulisi tarjota intensiivistä apua ja tässä hoitohenkilökunnalla on suuri rooli. Asiakkaan kanssa tulee ottaa tupakointi puheeksi jokaisella hoitajaksolla ja kertoa tupakoinnin lopetuskeinoja. (Eskelinen, Niemi, Niemelä & Vasankari 2020.) Tärkeä on motivoiva keskustelu, mikä antaa asiakkaalle lisää tahtoa tupakoinnin lopettamiseen. Myös lääkkeitä, kuten varenikliinista, bupropionista ja nikotiinikorvaushoidoista on apua. Asiakkaalle tulee myös tarjota keskusteluapua niin yksin kuin ryhmissä. (Mäkinen & Erhola 2020.) Avun antaminen tupakoinnista vieroittumiseen on kaikkien terveydenhuollon ammattilaisten vastuulla ja sairaanhoitajan tulee aina selvittää asiakkaan tupakointi. Motivoiva keskustelu ja pienimuotoinenkin tupakointiin puuttuminen on vaikuttavaa. Usein kuitenkin tupakointi jatkuu, koska ihmiselle on kehittynyt nikotiiniriippuvuuden lisäksi tapariippuvuus. (Laivisto 2017.) On todettu, että tupakoinnin lopettamisessa sairaanhoitajan antamasta ohjeistuksesta on selvästi hyötyä. Haasteena on sisällyttää tupakoinnin kartoittaminen sekä tupakoinnin lopettamiseen liittyvät toimenpiteet osaksi normaalia käytäntöä, jotta kaikilla potilailla olisi mahdollisuus saada neuvoja tupakoinnin lopettamiseen. (Rice, Hartmann-Boyce & Stead 2013.)

Lumpeen, Pirkolan, Maderbackan ja Keskimäen (2016) tehdyn tutkimuksen mukaan huomattava riskitekijä vakavaa mielenterveyden häiriötä sairastavan terveyskäyttäytymisessä oli runsaampi alkoholin sekä huumeiden käyttö. Tutkimuksen mukaan 60%:lla tutkittavista miespotilaista ja neljäsosalla naispotilaista oli sairaalajaksoja päihteidenkäytön takia.

Hoitajan perusosaamiseen kuuluu alkoholin käytön puheeksi ottaminen, mini-interventio sekä lyhytneuvonta. Mini-intervention tavoitteena on löytää alkoholin riskikäyttäjät, vähentää riskitekijöitä, jotka uhkaavat asiakkaan terveyttä, motivoida asiakasta itsehoitoon ja tarvittaessa nopeuttaa päihdehoidon aloittamista. Alkoholin riskikäyttöä voi kartoittaa esimerkiksi AUDIT-mittarilla. (Kylmänen 2021a.) Päihteiden käytön tunnistamiseksi haastattelu on useimmiten sopivin vaihtoehto. Haastattelutavan tulee kuitenkin olla neutraali, moralisoimaton sekä selkeä, jotta tilanne mahdollistaa luottamuksen ja täten potilaan kokonaistilanteen selvittämisen. Haastattelu suoritetaan avoimia kysymyksiä käyttäen ja jokaisen päihdeaineryhmän mahdollisesta käytöstä kysytään erikseen. Huumausaineiden käytön selvittämisessä voi käyttää esimerkiksi SDS tai DUDIT- mittareita. (Kylmänen 2021b.)

Kognitiiviset ongelmat ja häiriöt ovat yleisiä varsinkin skitsofreniaa sekä kaksisuuntaista mielialahäiriötä sairastavilla, mutta myös masennusta sairastavilla esiintyy kognitiivisia häiriöitä, kuten muisti- ja päättelytoimintojen häiriöitä sekä aloitteellisuusvaikeuksia. Mielenterveyden häiriöitä sairastavien hoitoon hakeutuminen voi viivästyä, olla heikkoa tai keskeytyä esimerkiksi psyykkisten oireiden takia. Asiakas voi myös tulkita somaattiset oireet psykoottisen ajattelun mukaisesti. Kognitiivisen toimintakyvyn vaikeuksien vuoksi asiakkaat tarvitsevat selkeitä, kirjallisia hoito-ohjeita ja tulisi varmistaa, että asiakas on tietoinen siitä, mitä seuraavaksi tapahtuu. (Koponen & Lappalainen 2015; Terveiden ja hyvinvoinnin laitos 2019.)

3.5 Asiakkaan ohjaaminen kohti terveellisempiä elintapoja

Elämäntapamuutokseen motivoinnissa ja kannustuksessa voidaan käyttää motivoivaa keskustelua ja tiedon lisäämistä. Avoin keskustelu elämätavoista, niiden vaikutuksista sekä potilaan omista ajatuksista voivat auttaa liikuntaan ja ruokavalioon tarvittavissa muutoksissa. (Pietiläinen 2019.)

Ohjauksessa asiakkaan kykyjä ja aloitteellisuutta oman elämänsä parantamiseen pyritään edistämään. Ohjauksen perustana on tasa-arvoisuus. Tarkoituksena on, että asiakas keksii itse ratkaisuja ongelmiin ja hoitaja tukee niissä. Tarpeen mukaan hoitaja voi myös antaa asiakkaalle tarvittavia tietoja, jos asiakas ei itse kykene ratkaisemaan tilannetta. (Kyngäs ym. 2007, 25.)

Hyvä potilasohjaus syntyy, kun hoitajalla ja asiakkaalla on yhteinen näkemys hoidon tarpeesta ja sen toteutuksesta. Ohjaus onnistuu parhaiten, kun tiedetään asiakkaan jo olemassa olevat tiedot ja uuden tiedon tarpeellisuus. Asiakkaalle annetaan tietoa ohjauksesta, jolloin hän voi itse miettiä mitä hän odottaa ohjaukselta ja mitkä on toivotut tulokset. Ohjausmuoto valitaan yhdessä asiakkaan kanssa. Saavuttaakseen tuloksia, ohjauksetoimia tarvitaan yleensä useita. (Kyngäs ym. 2007, 25-47.)

Ohjaustilanne etenee hoitajan ja asiakkaan välisen vuorovaikutuksen mukaisesti. Vuorovaikutuksen tulee olla luottamuksellinen ja turvallinen. Hoitajan tulee olla kunnioittava, arvostava, rohkaiseva, motivoiva sekä kiinnostunut asiakkaan kertomista asioista. Onnistunut vuorovaikutus syntyy, kun hoitaja ja asiakas haluavat työskennellä yhdessä, jolloin odotukset ja tavoitteet on yhteneväiset. (Kyngäs ym. 2007. 48-49.)

Ohjausmenetelmän valintaan vaikuttaa ohjauksen tavoitteet ja päämäärä. Asiakas muistaa parhaiten asiat mitä hän on kuullut ja nähnyt, joten kannattaa käyttää useita eri ohjausmenetelmiä. Eri aisteja käyttämällä ja kokeilemalla on hoitajan tehtävänä auttaa asiakasta tunnistamaan, mikä ohjausmenetelmä on hänelle sopiva. (Kyngäs ym. 2007, 73.)

Toimiessaan ohjaajana, hoitajalla on aina vastuu toimintansa eettisestä kestävydestä. Ajantasainen ja tutkittu tieto on tae luotettavuudesta. Hoitaja, joka on eettisesti tietoinen, kykenee osallistumaan eettiseen keskusteluun niin yhteiskunnan, kuin oman ammattinsa tasolla. Hoitajan tulee pohtia omia arvojaan ja moraalejaan, jotta hän osaa tunnistaa eettisen kysymyksen. Eettiset kysymykset ovat erityisen merkittäviä, jos asiakas ei pysty ottamaan vastuuta päätöksen teosta tai vastaamaan omasta hoidostaan esimerkiksi psyykkisten ongelmien vuoksi. (Kyngäs ym. 2007. 154-155.)

3.6 Oppaan laatiminen

Hyvä ohje palvelee niin henkilökuntaa, kuin potilaitakin. Hyvän ohjeen kirjoittamisessa on tärkeää pohtia, että kenelle ohje ensisijaisesti kirjoitetaan. (Torkkola, Heikkinen & Tiainen 2002, 34-36.) Ennen kuin aineistoa suunnitellaan, on selvítettävä, millaista aineistoa halutaan tuottaa. Aineiston tulee olla luotettavaa ja sen käyttäjän pitää voida luottaa siihen, että sisältö pohjautuu tutkittuun tietoon. Aineistoon on hyvä merkitä lähteitä, jotta lukija voi etsiä lisää tietoa aiheesta. (Parkkunen, Vertio & Koskinen-Ollonqvist 2001, 7-12.)

Aineiston tulee olla selkeä ja helposti luettavissa, tähän voidaan vaikuttaa esimerkiksi tekstin koolla, kappalejaoilla, otsikoinneilla ja värien käytöllä. Myös kuvien käyttö on hyödyllistä asian muistamisen kannalta, kuva ja teksti yhdistävät toisiaan ja näin ne säilyvät muistissa paremmin. (Parkkunen, Vertio & Koskinen-Ollonqvist 2001, 15-17.)

Sisällön muodostuminen on tavoitteista riippuvainen. On mietittävä tilanteen mukaan, että onko aineistossa tarkoitus tarjota yksityiskohtaisesti perustiedot, vai ytimekkäästi keskeisimmät asiat. Tärkeintä on, että materiaalista löytyy tällä hetkellä vastaanottajalle oleellisin tieto. Kuitenkin tilanteissa, joissa terveysaineisto on lukijalle tärkeä tiedonlähde, voi tietomäärä olla laajempaa. (Parkkunen, Vertio & Koskinen-Ollonqvist 2001, 12-13.)

Oppaan laatimisessa tulee ottaa huomioon kirjoitusasu, helppo luettavuus sekä terminologia. Lauseenrakenteiden tulee olla helppoja ja vaikeiden käsitteiden käyttöä tulee välttää. Opasta

laatiessa tulee myös käyttää lauseita, jotka ovat lyhyitä ja informatiivisia sekä kiinnostavat oppaan lukijan huomion. Selkokieliisyys oppaassa vaikuttaa sen ymmärtämiseen ja mahdollistaa oppaan käytön myös lukijoille, joilla on lukihäiriö tai jos opas ei ole henkilön omalla äidinkiellellä. Selkokielisessä tekstissä käytetään tuttuja ja yleisiä sanoja, runsaasti verbejä sekä substantiiveja, lyhyitä lauseita ja helppoja lauseenrakenteita. (Parkkunen, Vertio & Koskinen-Ollonqvist 2001, 13-14.)

4 Menetelmät ja toteutus

4.1 Kehittämisprosessi ja kehittämistyö

Kehittämistyössä lopputulos, jonka tilaaja saa on konkreettinen tuote, kuten esimerkiksi opas. Valmis tuotos suunnitellaan niin, että se palvelee kohderyhmää. Kohderyhmän mukaan on muokattava tavoitteita, vastaanottajaa, viestintätilannetta ja tekstilajia niin, että se palvelee tilaajan tarpeita. Ensisijainen kriteeri opinnäytetyössä on sen käytettävyys kohderyhmässä sekä käyttöympäristössä, sen sisällön sopivuus, tuotoksen houkuttelevuus, informatiivisuus, selkeys sekä opinnäytetyön johdonmukaisuus. Erytisen tärkeässä asemassa oppaan tekemisessä kehittämistyössä on lähdekritiikki. Lähdekritiikki ja tiedon luotettavuus tulee kuvata. Miten luotettavuus ja tiedon oikeellisuus on varmistettu. (Vilka & Airaksinen 2003. 51-54)

Tiedon kerääminen kohderyhmältä aineistoa varten kehittämistyössä toimii yksilö- tai ryhmähaastatteluna. Menetelmän valinta riippuu siitä, millainen opinnäytetyön lopputulos on ja mitä tulee oppaan sisällöksi ja mitä sen rakentamiseen tarvitaan. Haastattelumenetelmä tulee miettiä sen mukaan, että kuinka tarkkaa tietoa tarvitaan ja millaista tietoa tarvitaan kehittämistyön tueksi. Kehittämistyössä usein riittää se, että tieto, jota kerätään on suuntaa antavaa. Tämän takia haastattelujen litterointi, nauhoittaminen ja puhtaaksi kirjoittaminen ei ole niin järjestelmällistä, välttämätöntä ja täsmällistä, kun tutkimuksellisessa opinnäytetyössä. Litterointi keskitetään sisällön tuottamiseen. (Vilka & Airaksinen, 2003. 56-64.)

Opinnäytetyö, joka on kehittämistyö, on aina käytäntöön liittyvä. Kehittämistutkimuksen taustalla on ilmiö, prosessi tai asiantila, jota halutaan parantaa. Kehittämistutkimuksen taustalla on teoriaa, johon tukeudutaan. Kun kehittämiskohteena on työyhteisö, hyvänä tiedonlähteenä toimii ne ihmiset, joita ilmiö koskettaa tai jotka ovat sen kanssa tekemisissä. (Vilka & Airaksinen 2003. 13-56.)

Kehittämistyössä aluksi kerätään ja käsitellään aineistoa. Tämän jälkeen aineistoa täydennetään ja järjestellään. Kun nämä vaiheet ovat toteutuneet lopuksi hiotaan ja viimeistellään teksti. (Vilka & Airaksinen 2003, 68.)

Opinnäytetyö on kehittämistyö, johon käytettiin laadullista tutkimusmenetelmää. Laadullista tutkimusmenetelmää käytettiin perehdyttäessä ilmiöön ja työn tutkimuskysymyksiin. Aineisto kerättiin käyttäen teemahaastattelua, joka toteutettiin yksilöhaastatteluina. Aineisto analysoitiin laadullisella tutkimusmenetelmällä. Haastatteluista saaduista tiedoista sekä teoriapohjaan kerätystä tutkimustiedosta rakennettiin hoitohenkilökunnalle opas. Oppaan tavoitteena oli lisätä hoitohenkilökunnan tietoa psykiatrisen asiakkaan yleisimmistä somaattisista sairauksista ja niiden oireista sekä antaa työkaluja näiden sairauksien arviointiin ja seurantaan.

4.2 Laadullinen tutkimus

Laadullisessa tutkimusmenetelmässä tavoitteena on tutkimuksen ilmiön kokonaisvaltainen ymmärtäminen. Tutkimusmenetelmässä halutaan kirjoittamatonta faktatietoa tai halutaan ymmärtää millaisia uskomuksia, haluja tai käsityksiä kohderyhmällä on, ja mitkä vaikuttavat kohderyhmän taustalla. (Vilkkä & Airaksinen 2003, 65-68.) Tutkimuskysymyksiä mitä haluttiin selvittää laadullisen tutkimuksen avulla oli kolme; Millainen hoitajien tietämys on somaattisen terveyden arvioinnista ja seurannasta psykiatrisessa avohoidossa, mikä on hoitohenkilökunnan kyky arvioida ja seurata potilaan somaattista terveyttä avohoidossa sekä mitä haasteita hoitohenkilökunta kokee potilaan somaattisen voinnin arvioinnissa ja seurannassa.

4.2.1 Teemahaastattelu ja otos

Teemahaastattelu on toimiva tapa toiminnallisissa opinnäytetöissä silloin, kun halutaan tietoa jostakin tietystä teemasta tai halutaan konsultoida asiantuntijoita (Vilkkä & Airaksinen 2003, 63-64). Teemahaastattelu sopii menetelmänä myös sellaisiin tilanteisiin, jossa ei täysin tiedetä mitä halutaan kysyä. Teemat valitaan haastatteluun tutkittavan ilmiön perusteella. Laadullisessa tutkimuksessa otos valitaan siten, että se on tutkimuksen tarkoitukseen sopivaa. Haastateltavilla henkilöillä tulee olla tietoa ja kokemusta tutkittavasta asiasta. (Tuomi & Sarajärvi 2018, 85-98; Kananen 2012, 60-103.)

Kun teemahaastattelu toteutetaan yksilöhaastatteluna, saadaan tarkempaa ja luotettavampaa tietoa. Yksilöhaastattelut aiheuttavat kuitenkin haastattelijalle enemmän työtä litteroinnin, analysoinnin ja tulkinnan suhteen. Haastattelussa edetään yleisestä yksityiseen, joka tarkoittaa, että teemat käydään läpi edeten yleisistä asioista yksityiskohtaisempiin. Teemoilla pyritään ymmärtämään ja paljastamaan ilmiö, kuin kuorisi sipulia. Teemoja ja niihin liittyviä kysymyksiä ei voi päättää etukäteen. Usein tutkija voi tehdä virheen siinä, että suunnitellensa etukäteen kaikki teemat ja kysymykset, vuorovaikutus ja reflektio haastateltavan kanssa voi jäädä vajaaksi. (Kananen 2012, 60-103.)

Teemahaastattelun kysymykset, ovat avoimia teemaan tai asiaan liittyen. Aineistoa kerätessä haastatteluja varten on muistettava, että aineisto tulee olla tarpeeksi kattava peilaten siihen mitä ongelmaa on lähdetty haastattelun avulla ratkaisemaan. Aineiston määrä ei

kumminkaan korvaa laatua. Laadullista tutkimustyötä tehdessä tulee pitää mielessä, miten se vastaa opinnäytetyön sisällöllisiä tavoitteita ja kohderyhmän tarpeita. Kysymykset muotoillaan niin, että niihin olisi mahdollisimman helppo selittää ja kuvailla näkemyksiään ja ajatuksiaan. Haastattelua tehdessä tulee valita haastattelumuoto, joka palvelee tietoa, jota kerätään toiminnalliseen opinnäytetyöhön. Toiminnallisessa opinnäytetyössä riittää suuntaa antava tieto kohderyhmältä. (Vilkkä & Airaksinen 2003, 65-68.)

Tarkoituksena on, että tutkija kysyy kysymyksiä haastateltavalta suullisesti (Tuomi & Sarajärvi 2018, 85). Vastaukset tallennetaan digitaalisella nauhurilla, jotta tutkija voi keskittyä haastatteluun ilman keskeytyksiä (Kananen 2012, 108). Haastattelun aikana on mahdollista selvittää epäkohtia ja toistaa kysymyksiä tarvittaessa, mikä tekee siitä joustavaa eikä epäselvyyksiä pääse syntymään (Tuomi & Sarajärvi 2018, 85-98).

Teemahaastattelussa päätetään ennalta teemat, mutta annetaan myös vapaalle puheelle tilaa. Se on hyvä menetelmä käyttää, silloin, kun tutkittavat aiheet ovat vähemmän tunnettuja. Teemahaastatteluun kuuluu myös haastateltavan ryhmän tarkka valitseminen. Haastattelussa on ennalta sovittuja teemoja, mutta niiden puhumisjärjestys on vapaa, eikä kaikkien haastateltavien kanssa tarvitse puhua yhtä laajasti kaikista asioista. Tutkijoilla on haastattelussa mukana mahdollisimman pienet muistiinpanot niistä teemoista, joita käsitellään. Teemoista ja niiden alateemoista tulee pyrkiä keskustelemaan avoimesti (Saaranen-Kauppinen & Puusniekka 2006a).

Opinnäytetyössä aineistonkeruumenetelmänä toimi yksilöhaastatteluna toteutettava teema-haastattelu, jolloin haastattelun tyyli oli keskustelevampi, mutta ei kuitenkaan avoin. Haastateltavana oli hoitajia, jotka ovat hoitokontaktissa mielenterveyden häiriöitä sairastaviin asiakkaisiin. Haastattelu toteutettiin kaksikielisenä. Vastaajat saivat valita haluavatko haastattelun suomeksi vai ruotsiksi. Haastattelujen jälkeen kaikki haastattelut käännettiin suomeksi litteroinnin helpottamiseksi. (Liite 2) Haastattelun jälkeen kerätty aineisto litteroitiin ja analysoitiin aineistolähtöisellä sisällönanalyysillä. Aineisto analysoitiin laadullisella analyysimenetelmällä. Analyysin jälkeen aineistosta luotiin hoitohenkilökunnalle opas.

Haastatteluun oli toivottu osallistuvan noin 10 hoitajaa osaston hoitohenkilökunnasta. Lopulta saimme haastateltua 9 henkilökunnan jäsentä. Haastatteluun osallistuminen oli vapaaehtoista ja sen sai suorittaa työajalla. Haastattelut suoritettiin yksilöhaastatteluina haastateltaville sopivaan aikaan, paikan päällä. Kaikki haastateltavat suostuivat haastattelun nauhoittamiseen ja haastatteluja litteroidessa kaikki haastateltavat pysyivät anonymeinä. Kukaan ei keskeyttänyt haastattelua. Muutama haastateltava halusi jättää vastaamatta muutama kysymyksen. Haastateltavilla oli mahdollisuus itse valita millä kielellä haastattelu suoritettiin ja haastatteluja tehtiin molemmilla kotimaisilla kielillä. Haastattelut litteroitiin, eli kirjoitettiin auki sanasta sanaan ja nauhoitteet poistettiin litteroinnin jälkeen. Ruotsiksi suoritettut

haastattelut, litteroitiin ruotsiksi, jonka jälkeen ne käännettiin suomen kielelle. Haastattelun litteroinnin haasteina olivat teemahaastattelussa tuotettu runsas teksti. Vastausten auki kirjoittaminen sanasta sanaan vei aikaa. Haastattelujen toteuttaminen toi haasteita, kun aika-tiloja suunniteltiin yhteen, jotta ne toteutuisivat ja mahdollisimman helposti haastateltaville.

Laadullisessa tutkimuksessa otos valitaan siten, että se on tutkimuksen tarkoitukseen sopivaa. Haastateltavilla henkilöillä tulee olla tietoa ja kokemusta tutkittavasta asiasta. (Tuomi & Sarajärvi 2018, 85-98.)

Haastattelun otokseen valittiin hoitajia, joilla on hoitosuhde mielenterveydenhäiriöitä sairastaviin asiakkaisiin. Haastateltavat hoitajat valittiin osastonhoitajan toimesta sellaisten henkilöiden joukosta, jotka suostuivat haastateltaviksi opinnäytetyötä varten.

4.2.2 Opinnäytetyön aineiston analyysimenetelmä

Laadullinen analyysi voidaan jakaa induktiiviseen tai deduktiiviseen sisällönanalyysiin, mutta se voidaan jaotella myös aineistolähtöiseen, aineistosidonnaiseen tai teorialähtöiseen analyysiin. Tämä helpottaa analyysin tekoa ohjaavien tekijöiden tunnistamista. A (95, Tuomi & Sarajärvi.)

Analysointi tarkoittaa aineiston huolellista lukemista ja tekstimateriaalin järjestelyä. Analysointi on hyvä silloin, kun vastauksia halutaan käyttää tutkimustietona sisällöllisten valintojen perustelussa. (Vilka & Airaksinen 2003, 63-64.) Laadullisessa analyysissä päätetään aineistosta kiinnostavimmat ja tutkimuksen kannalta oleelliset asiat, käydään ne läpi, kerätään yhteen ja luokitellaan, teemoitellaan tai tyypitellään aineisto sekä kirjoitetaan yhteenveto (Tuomi & Sarajärvi 2013, 105-107).

Aineistolähtöisen sisällönanalyysin tarkoitus on yhdistellä käsitteitä ja saada näin vastaus tutkimustehtävään. Aineistolähtöisen analyysin vaiheet voidaan jakaa kolmeen, joista aineiston pelkistäminen, eli redusointi on ensimmäinen. Redusoinnissa aineisto, esimerkiksi haastattelu pelkistetään niin, että aineistosta karsitaan kaikki tutkimukselle epäolennainen pois. Pelkistämistä voidaan tehdä esimerkiksi etsimällä aineistosta tutkimustehtävää kuvaavia ilmaisuja ja merkitä ne tietyllä värillä. (Tuomi & Sarajärvi 2013, 122-127.)

Seuraava vaihe on aineiston klusterointi, eli ryhmittely. Ryhmittelyssä aineistosta käydään ensin läpi koodatut alkuperäisilmaisut tarkasti ja niistä etsitään käsitteitä, jotka kuvaavat samankaltaisuuksia tai eroavaisuuksia. Käsitteet, jotka tarkoittavat samaa asiaa, ryhmitellään ja yhdistetään luokaksi, joka nimetään sen sisältöä kuvaavalla käsitteellä. Näistä käsitteistä muodostuu alaluokat ja niiden luokitteluyksikkönä voi toimia esimerkiksi tutkittavan ilmiön

ominaisuus, piirre tai käsitys. Tällaista luokittelua tehdessä aineisto aina tiivistyy, koska yleisimpiin käsitteisiin sisällytetään yksittäisiä tekijöitä. (Tuomi & Sarajärvi 2013, 122-124.)

Kolmas vaihe on abstrahointi, joka tarkoittaa tutkimuksen kannalta olennaisen tiedon erottaminen ja sen perusteelta teoreettisten käsitteiden muodostamista. Valikoidun tiedon perusteella voidaan muodostaa teoreettisia käsitteitä. Käsitteellistämässä yhdistellään luokituksia niin pitkälle, kun se on aineiston sisällön näkökulmasta mahdollista, mutta tulee kuitenkin koko ajan tarkkailla, että aineistosta löytyy polku alkuperäiseen dataan. (Tuomi & Sarajärvi 2013, 124-126.)

Saadun aineiston laatuun vaikuttaa haastateltavilta saadut vastaukset ja niiden yhdenmukaisuus. Tutkijan on otettava huomioon myös se, että vastaukset eivät aina kuvaa todellisuutta. Analyysin laatuun vaikuttaa haastatteluissa tehdyt muistiinpanot sekä haastattelun nauhoittaminen. Myös tutkijoiden havaintojen sekä muistiinpanojen vertailu vaikuttaa saatuun analyysiin. (Saaranen-Kauppinen & Puusniekka 2006e.) Tutkijan tarkka perustelu tekemistään valinnoista lisää analyysin luotettavuutta (Saaranen-Kauppinen & Puusniekka 2006f).

Sisällönanalyysi aloitettiin litteroinnin, eli auki kirjoittamisen jälkeen. Opinnäytetyössä käytettiin induktiivista, eli aineistolähtöistä sisällönanalyysiä. Aikaisemmin litteroitu teksti jaettiin alkuperäisilmaisista pelkistettyihin ilmauksiin, alaluokkiin ja sitten pääluokkiin. Sisällönanalyysi oli hyvin aikaa vievää ja analyysin tekoa vaikeutti se, että vastaajat olivat vastanneet yhteen kysymykseen monella eri vastauksella. Analysoitavaa materiaalia oli kertynyt haastatteluista paljon. Sisällönanalyysia vaikeutti myös analyysin tekijöiden kokemattomuus. Aineistolähtöisen sisällönanalyysin ensimmäisen vaiheen mukaisesti tekstistä etsittiin tutkimuskysymyksiin vastaavia ilmaisuja, jotka erotettiin muusta tekstistä. Tämän jälkeen aloitettiin toisen vaiheen eli ryhmittelyn, jossa alkuperäisilmaisut käytiin läpi, etsien niistä samankaltaisuuksia. Kun samankaltaisuuksia löydettiin, ryhmiteltiin ne omiksi alaluokiksi, jotka pyrittiin nimeämään ilmaisuja kuvaavasti. Alaluokkia yhdisteltiin vielä eteenpäin pääluokaksi, joka kuvasi tutkimamme ilmiötä mahdollisimman laajalti, mutta kuitenkin selittävästi. Opinnäytetyöhön lisättiin esimerkki tehdystä sisällönanalyysistä (Liite 5).

4.3 Tulokset ja pohdinta

Opinnäytetyön tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää hoitohenkilökunnan kykyä arvioida ja seurata potilaan somaattista terveyttä sekä selvittää, mitä haasteita hoitohenkilökunta kokee potilaan somaattisen terveyden arvioinnissa ja seurannassa. Sisällönanalyysin tuloksia tarkasteltiin suhteessa opinnäytetyömme tutkimuskysymyksiin sekä opinnäytetyön tietoperustaan, johon tietoa oli kerätty useista eri kansainvälisistä sekä kansallisista lähteistä. Vaikka mielen terveyden häiriöiden ja somaattisen sairastavuuden yhteydestä eniten tietoa löytyi skitsofrenian kohdalla, opinnäytetyössä haluttiin huomioida myös muut mielenterveyden häiriöt, sillä myös niiden kohdalla löytyy samanaikaissairastavuutta.

Haastattelun vastauksista tulee ilmi, että kyky arvioida ja seurata potilaan somaattista terveyttä koettiin yksikkötasolla riittäväksi, hyväksi tai keskitasoiseksi. Vastauksissa tuli ilmi, että lääkäriä tai kollegaa konsultoidaan herkästi tai potilaan kanssa hakeudutaan päivystykseen. Vastauksissa mainittiin myös, että potilaat eivät lähtökohtaisesti ole somaattisesti sairaita avohoidon tukiosastolle saapuessaan. Potilaan somaattisia sairauksia seurattiin erilaisin menetelmin. Vastaukset esitellään sisällönanalyyysissä saatujen pääluokkien mukaisesti.

Mittauksia käytettiin potilaiden somaattisen terveyden seurannassa diabeteksen, keuhkohtaumataudin, astman, korkean verenpaineen sekä ylipainoisten potilaiden kohdalla. Mittauksilla tarkoitettiin verensokerin, hengitystiheyden verenpaineen sekä painon mittaamista.

“Mitataan kolmen ensimmäisen päivän aikana kaikilta verenpaine kaks kertaa”

“No meillä mitataan verensokeri. Joillakin aamulla, joillakin aamuin illoin ja joillain jopa neljä kertaa päivässä”

Motivointia käytettiin keuhkohtaumatautipotilaiden, uniapneapotilaiden sekä ylipainoisten potilaiden kohdalla. Motivointia käytettiin motivoitaessa parempaan ruokavalioon, tupakoinnin vähentämiseen, liikunnan lisäämiseen, CPAP-laitteen käyttöön sekä kerrottaessa vointiin vaikuttavista tekijöistä.

Psykoedukaatiota eli tiedon antamista sairaudesta ja sen hoidoista käytettiin diabetespotilailla myös lääkehoidon kohdalla. Potilaille annettiin tarvittaessa tietoa insuliinin annostuksen laskemisesta. Myös ylipainon kohdalla potilaille annettiin psykoedukaatiota.

Lääkehoitoa huomioitiin diabetespotilaan, keuhkohtaumatautipotilaan, astmapotilaan, ylipainoisen potilaan sekä korkean verenpaineen kohdalla. Potilaiden lääkitystä seurattiin ja tarvittaessa toteutettiin. Lääkehoitoon kiinnitettiin erityistä huomiota, jos potilaalla oli käytössä esimerkiksi jokin uusi lääke. Lääkkeenottotekniikka tarkastettiin tarvittaessa astmapotilaiden kohdalla ja lääkkeenotosta myös muistutettiin tarvittaessa. Diabeetikoiden insuliinimäärät kirjattiin tietojärjestelmään.

Konsultointia käytettiin tarvittaessa potilaiden kohdalla. Vastauksista tuli ilmi että, työntekijällä oli mahdollista konsultoida somaattisen puolen työntekijöitä, fysio- ja ravitsemusterapeutteja sekä lääkäriä ja kollegoita, jos potilaan somaattisen terveyden tila sitä edellytti tai jos työntekijällä heräsi epäily esimerkiksi diagnosoimattomasta uniapneasta. Potilaan lääkehoidon kohdalla konsultoititiin lääkäriä. Diabetesta sairastavan potilaan kohdalla oli mahdollisuus myös konsultoida diabeteshoitajaa.

“Voimme konsultoida diabeteshoitajaa ja varsinkin jos on uusi diabeetikko.”

Muuta seuranta toteutettiin uniapneapotilaiden kohdalla esimerkiksi potilaan omien kokemusten kohdalla unen laadun suhteen. Muita seurantoja toteutettiin myös potilailla, joilla on korkea verenpaine muiden tuntemusten arvioinnissa, esimerkiksi ortostatismia eli pystyasentoon liittyvää verenpaineen laskua epäiltäessä. Tällöin potilaalta kartoitettiin muita oireita kuten huimausta. Astmapotilaiden kohdalla muuta seuranta toteutettiin astmaoireita seurattaessa.

Elämäntapaneuvontaa toteutettiin kiinnittämällä huomiota potilaan ruokavalioon, unen saantiin ja fyysiseen aktiivisuuteen. Korkean verenpaineen kohdalla elämäntapaneuvontaa toteutettiin kiinnittämällä huomiota korkean verenpaineen lääkkeettömiin hoitomenetelmiin.

Somaattisen terveyden seurantamenetelmiin kuului keuhkohtaumapotilaiden kohdalla myös havainnointi. Potilaan tupakointia, hengitystä, ylipainehengityslaitteen käyttöä sekä lääkitystä havainnoitiin. Diabetespotilaan kohdalla havainnoitiin ihon ja jalkojen kuntoa.

4.3.1 Kyky arvioida ja seurata potilaan somaattista terveyttä

Haastateltavien vastauksissa yksilön kyvyt arvioida ja seurata potilaan somaattista terveyttä varioivat vastausten välillä. Neljäsosa vastaajista koki kyvyt riittäviksi. Vastauksissa, joissa kyky arvioida ja seurata potilaan somaattista terveyttä koettiin riittäväksi, esiin nousi myös itsenäinen opiskelu, mahdollisuus konsultoida kollegoita sekä mahdollisuus konsultoida somaattisen puolen ammattilaisia, esimerkiksi lääkäreitä. Kolme neljäsosaa vastaajista koki, että kyky arvioida somaattista terveyttä voisi olla parempi. Vastauksissa, joissa kyvyt koettiin puutteellisiksi, nousi esiin halukkuus lisäkoulutukseen, sekä kaipuu yhtenäiseen ohjeistukseen siitä, mitä pitäisi huomioida.

“Kyllä mä kaipaisin et olis joku tietynlainen struktuuri päässä että mikä pitää huomioida “

“Mä teen itsenäisesti kursseja esim. Duodecim/ oppiportti, luulen, että oon pysynyt ajantasalla”

“Hyvät, jos en tiedä konsultoin työkavereita joilla tietämystä tai tarvittaessa konsultoin somaattista puolta”

“Nojoo, kyllä lisäkoulutus ois aika hyvä. Jos on mahdollista pyydän työkaverin kattoo heti potilasta tai lääkärin, että en mä yksin mitään päätöksiä tee.”

4.3.2 Haasteet somaattisen terveyden arvioinnissa ja seurannassa

Hoitohenkilökunnan haasteet potilaan somaattisen terveyden arvioinnissa ja seurannassa jaoteltiin neljään pääluokkaan, joita olivat resurssien puute, mahdollinen samanaikaissairastavuus, haasteet kommunikoinnissa sekä heikko hoitomyöntävyys. Yli kolmasosassa vastauksista

haasteena koettiin resurssien kuten työkalujen ja koulutusten sekä ohjeistuksen puute. Vastauksissa tuli ilmi, että somaattiset valmiudet eivät ole kovin hyvät ja esimerkiksi suonensisäistä hoitoa ei ole mahdollista toteuttaa, eikä osastolla ole vastaajien mukaan spesiaali-osaamista. Vastauksissa tuli myös ilmi, että ohjeistuksen puute koettiin haasteena. Potilaan tupakointiin puuttuminen koettiin kulttuurisesti epäsopivana ja vastauksissa nousi myös esiin vaikeus ymmärtää mikä hoito kuuluu psykiatrisen avohoidon tukiosastolle.

“Tulee muistaa, että meidän osaston somaattiset valmiudet ja sen hoitoon eivät ole kauhean hyvät esim. IV- hoitoa ei ole.”

“Ei ole spesiaaliosaamista esimerkiksi painehaavojen hoidosta, kuinka syvä, mitä tulee käyttää yms.”

“Mitä valtuuksia meillä on puuttua? Esimerkiksi tää tupakointi on psykiatriassa ihan pyhä lehmä ja vaikka haluaisi puuttua siihen se on pitkään kulttuuria, että siihen ei puututa ja ihmiset ei kykene lopettaa tai tekee mitää sille ja niitä on eri asioita jotka ehkä vähän rajoittaa miten voi mennä mut toisaalta on ajateltu myös, että mikä kuuluu tänne osastolle tehdä “

Potilaan mahdollinen komorbiditeetti, eli samanaikaissairastavuus koettiin kolmasosassa vastauksista myös haasteena oireiden moninaisuuden vuoksi. Psykkinen ja fyysinen oireilu oli vastaajien mukaan vaikea erottaa toisistaan. Haasteena koettiin somaattisten sairauksien mahdollinen huono hoitotasapaino psykkinen sairastamisen vuoksi.

“uskon tämän olevan haaste meille hoitajille, että mikä on hänen omien somaattisten sairauksien hoitotasapaino ja kuinka kauan ne ovat olleet vaikkapa hoitamatta esimerkiksi psykkinen sairauden takia ei ole ollut kykeneväinen hoitamaan niitä itse”

Haasteita koettiin kommunikoinnissa, sillä huonokuntoisen potilaan voi olla vaikea käydä keskustelua ja potilas ei välttämättä ymmärrä mistä puhutaan, myös mahdollinen kielimuuri mainittiin kommunikaatiota vaikeuttavana tekijänä.

“no jos potilas ei ihan ymmärrä, että mistä puhutaan, että jos hän on sen verran huonossa kunnossa, että sitä keskustelua ei voi käydä silloin tai sitten on joku muu vaikka että hän ei vaikka puhu suomea eikä ruotsia, että on muun kielinen”

Heikko hoitomyöntyvyys oli haasteena, jos koettiin, ettei potilas ollut tietoinen omien valintojensa vaikutusta tai oli kykenemätön noudattamaan ohjeistuksia.

“Potilas ei pysty ehkä sitoutumaan tai ei oo tietoa siitä miten ne omat valinnat vaikuttaa ja sit ei pysty ehkä noudattamaan niitä ohjeita.”

4.3.3 Somaattisen terveyden arvioinnin ja seurannan parantaminen

Haastatteluiden perusteella halusimme nostaa opinnäytetyössämme vielä esille niitä asioita, jotka vastaajien mukaan parantaisivat tai helpottaisivat somaattisen terveyden arviointia ja seurantaa sekä miten vastaajat kokivat, että sitä voisi kehittää. Jatkokehittämisehdotukseksi voidaan vastausten perusteella ehdottaa koulutuksien kautta tiedon lisäämistä, yhteisten käytäntöjen luomista sekä keskustelun lisäämistä työryhmässä. Vastauksissa tuli esiin myös laitteiston varmistaminen ja lisääminen, jotta potilaan voinnin raportoiminen helpottuisi. Esiin nousi myös kysymys siitä, tulisiko somaattisen terveyden arviointia ja seurantaa edes parantaa psykiatrian kentällä.

4.4 Opas

Opas tuotettiin hoitohenkilökunnalle. Sen tavoitteena oli lisätä hoitohenkilökunnan tietoa psykiatrisen asiakkaan yleisimmistä somaattisista sairauksista ja niiden oireista sekä antaa työkaluja näiden sairauksien arviointiin ja seurantaan. Oppaan sisältö määräytyi teoriaan kerätystä tutkimustiedosta sekä haastatteluista saaduista tiedoista.

Oppaan sisällön tuli vastata työn tavoitteita ja tarkoitusta. Sisältöä suunniteltiin opinnäytetyön teoriaa kirjoittaessa. Teoriasta pyrittiin kirjoittamaan mahdollisimman laaja ja kattava, koska oppaan teossa käytettiin opinnäytetyön teoreettiseen viitekehykseen kerättyjä materiaaleja sekä haastattelun vastauksia. Yhdessä tilaajaorganisaation kanssa työ rajattiin psykiatrisen asiakkaan yleisimpiin somaattisiin sairauksiin, joista valikoitui metabolinen oireyhtymä, kohonnut verenpaine, ylipaino, diabetes, astma, keuhkohtaumatauti sekä uniapnea.

Teemahaastattelun avoimet kysymykset suunniteltiin niin, että niistä saataisiin mahdollisimman kattavat vastaukset ajatellen oppaan sisältöä. Haastatteluista saatu aineisto antoi työkaluja oppaan laatimiseen. Aineiston analyysin aikana sisältö jäsenneltiin valmiiksi sairausryhmittäin, mikä helpotti oppaan rakenteen luomista.

Oppaan laatiminen aloitettiin sisällönanalyysin jälkeen. Sisältöä lähdettiin kokoamaan niin, että se olisi mahdollisimman yksinkertaistettu ja tieto olisi helposti saatavilla. Rakenteen oppaassa on yksinkertainen. Jokaisesta työhön valitusta sairaudesta on oma otsikko, minkä alla on tietoa kyseisen sairauden arvioinnista ja seurannasta. Oppaassa käytetyt tiedot löytyvät opinnäytetyön teoriasta. Oppaan tietoperusta on laaja, mutta sen sisällön haluttiin palvelevan hoitohenkilökuntaa kiireisessä ympäristössä, joten loppuun laitettiin lähdeluettelo, jotta lukijan on helppo löytää lisää tietoa aiheesta niin halutessaan. Haastattelussa mainittiin, että tietoa haetaan tarvittaessa usein internetistä.

Oppaaseen koottiin tietoa arvioinnista ja seurannasta sairausryhmittäin sekä lisättiin muuta huomioitavaa -osio, niistä tiedoista, jotka koettiin olevan hyödyllisiä psykiatrisen potilaan

somaattisen terveyden arvioinnissa ja seurannassa, mutta eivät varsinaisesti kuuluneet min-kään sairausryhmän alle. Oppaaseen haluttiin laittaa myös kuvia, mutta ne päätettiin lisätä vasta sitten, kun kohdeorganisaatio oli arvioinut oppaan hyödyllisyyden. Näin varmistettiin se, että oppaaseen tehtävät mahdolliset muokkaukset olisivat mahdollisimman vaivatonta toteuttaa. Hoitohenkilökunta arvioi oppaan hyödyllisyyttä/toimivuutta heille toimitetun kyselylomakkeen avulla.

Opas päätettiin tehdä Word-tiedostolle, jotta ulkoasu toimisi myös tulostettuna. Oppaan kieliasuun kiinnitettiin huomiota käyttämällä yksinkertaisia termejä ja lyhyitä virkkeitä. Yksinkertaisen kieliasun ansiosta opas olisi helposti ymmärrettävä molemmilla kotimaisilla kielillä. Sairausryhmät otsikoitiin selkeästi ja kappaleiden pituuksiin kiinnitettiin huomiota, jotta tarvittava tieto olisi nopeasti hoitohenkilökunnan löydettävissä.

5 Arviointi

Kehittämistutkimusta tehdessä voidaan käyttää kyselylomaketta, joka on kvantitatiivisen tutkimusmenetelmän tiedonkeruu- ja analyysimenetelmä silloin, kun halutaan kartoittaa esimerkiksi mielipiteitä kehittämistyön loppuvaiheessa. Jos kysely on strukturoitu se tarkoittaa, että tutkija on etukäteen valinnut kysymykset ja mahdolliset vastausvaihtoehdot, joista vastaaja valitsee itselleen sopivimman vaihtoehdon. Mielipidekysymyksissä käytössä on asteikko, jonka ääripäät ovat ”täysin samaa mieltä”, tai ”täysin erimieltä”. Jotta kysely toimii, tulee kysymysten olla vastaajalle ymmärrettäviä, vastaajalla tulee olla kysymysten edellyttämä tieto ja vastaajan tulee olla halukas vastaamaan kyselyyn. (Kananen 2012, 124-137.)

Palaute kerättiin hoitohenkilökunnalta strukturoidun arviointilomakkeen avulla, mikä lähetettiin osastonhoitajalle. Arviointilomakkeen tarkoitus oli arvioida oppaan toimivuutta ja se lähetettiin oppaan toimittamisen jälkeen. Palaute kerättiin sähköisellä lomakkeella ja palautteen antajat pysyivät anonyymeinä.

Opinnäytetyön tuotoksena syntynyt opas lähetettiin tilaajaorganisaatioon yhdessä arviointilomakkeen kanssa. Opinnäytetyön tuotosta eli opasta arvioitiin siitä, oliko siinä hyödyllistä tietoa valittujen sairausryhmien arvioinnista ja seurannasta ja koettiin se hyödylliseksi. Arviointilomakkeelta saadun palautteen perusteella muokkasimme vielä oppaan sisältöä, jotta se olisi mahdollisimman toimiva lopullisena tuotoksena.

Arviointilomakkeessa vastaajat arvioivat oppaan sisältöä asteikolla 1-5. Asteikolla 1 tarkoitti ”ei lainkaan samaa mieltä” ja 5 ”täysin samaa mieltä” (Liite 3.). Arvioinnit kerättiin paperilomakkeella ja vastauksia tuli niukasti. Arviointilomakkeella neljä viidesosaa vastaajista koki olevansa osittain samaa mieltä siitä, että oppaassa oli hyödyllistä tietoa hengityselinsairauksien sekä kardiometabolisten sairauksien, eli ylipainon, diabeteksen sekä kohonneen

verenpaineen arvioinnista ja seurannasta. Yksi viideosa koki olevansa täysin samaa mieltä. Kysyttäessä antaako opas työkaluja psykiatrisille hoitajille potilaan somaattisen terveyden arvioinnista ja seurannasta, yksi viidesosa koki olevansa osittain erimieltä, yksi viidesosa ei osannut sanoa ja viidesosa koki olevansa täysin samaa mieltä. Vastauksissa kävi ilmi, että kaksi viidesosa koki olevansa osittain samaa mieltä oppaan hyödyllisyydestä hoitohenkilökunnalle ja yksi viidesosa koki olevansa täysin samaa mieltä. Kaksi viidesosaa vastaajista jätti vastamatta arviointilomakkeen kolmanteen sekä neljänteen kysymykseen. Kysyttäessä miten opasta voisi parantaa/ kehittää ja mitä tietoa oppaaseen voisi lisätä kävi ilmi, että oppaaseen kaivattiin mittareita sekä viitearvoja yleisimmistä sairauksista sekä ehdotettiin, että oppaaseen voisi lisätä tavallisten terveysongelmien, kuten anafylaktisen shokin toimintaohjeita. Oppaan sisältö pidettiin kehittämisehdotuksista huolimatta rajattuna opinnäytetyöhön valikoituihin sairausryhmiin.

5.1 Tutkimuksen luotettavuus ja tutkimusetiikka

Hyvän tutkimuskäytännön periaatteena on, että haastateltava antaa suostumuksensa haastatteluluun. Ennen suostumuksen antamista tulee haastatteluluun osallistuvalla henkilöllä kertoa mitä tutkimuksessa tapahtuu ja varmistaa, että informaatio on ymmärretty. Tutkijan tulee olla rehellinen ja ajatella haastateltavan etua. Tutkijan tulee pitää huolta haastateltavan anonymiteetistä tutkimuksen edetessä sekä tuloksia julkistaessa. (Saaranen -Kauppinen & Puusniekka 2006d.)

Tutkimuksen luotettavuudessa on kyse siitä, onko tutkimus pätevä ja uskottava. Luotettavuuden voi myös vaikuttaa tutkijoiden ja haastateltavien käsitys kielestä. (Saaranen-Kauppinen & Puusniekka 2006c.) Laadullisen tutkimuksen luotettavuus perustuu arviointiin tutkimusaineiston keräämisestä, aineiston analysoinnista ja tutkimuksen raportoinnista (Nieminen 1997, 215–216). Laadullisessa tutkimuksessa luotettavuutta ei pystytä määrällisen tutkimuksen tavoin arvioimaan ja laskemaan, vaan tutkijan rehellisyys on luotettavuuden pääasiallinen kriteeri (Eskola & Suoranta 2008, 210).

Tutkimuksesta saatu tieto kootaan lopulliseen raporttiin (Saaranen-Kauppinen & Puusniekka 2006g). Raportissa tulee ilmi mistä lopputulos koostuu ja miten siihen on päästy (Saaranen-Kauppinen & Puusniekka 2006f).

Hoitotyössä hoitotyöntekijä käyttää tutkimusta hoitotyön toimintojen perustana ja päätöksien teossa. Hoitotyöntekijän on pystyttävä arvioimaan, onko tutkimustyö eettisesti luotettavalla tavalla tehty. Keskeisessä roolissa on eettiset ratkaisut, kun tutkitaan inhimillistä toimintaa ja joissa käytetään ihmisiä tietolähteenä. (Leino-kilpi & Välimäki. 2012. 360-364.)

Nürnbergin säännöstöä ja kansainvälistä ihmisoikeuksien julistusta pidetään tutkimusetiikassa tutkimusten normien kantaäiteinä. Molemmissa on tutkimuksen luotettavuuden takaamiseksi

esitetty monia kannanottoja ja normeja, jotta on voitu tehdä tutkimuksia eettisesti. Huomiota on kiinnitetty erityisen paljon siihen, kuinka tutkittavien ihmisten oikeuksia toteutetaan ja kuinka heitä kohdellaan. Monet muutkin normit ovat säädelleet tutkimusetiikkaa. Vuonna 1991 on Suomessa perustettu tutkimuseettinen neuvottelukunta, jonka tehtävänä on turvata tutkimuseettikan laatu. Lainsäädäntö Finlex on myös osana ohjaamassa tutkimusetiikkaa. (Leino-kilpi & Välimäki 2012, 360-364.) Suomessa on myös käytössä tutkimuseettinen neuvottelukunta (TENK), joka on uudistanut tutkimuseettisen ohjeen (HTK-ohje) loukkausepäilyjen käsittelystä ja hyvästä tieteellisestä käytännöstä. Tarkoituksena on taata, että loukkausepäilyjä käsitellään asiantuntevasti, oikeudenmukaisesti ja nopeasti. (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2012.)

Tutkimuskohde määritellään tutkimusongelman, tehtävän ja aiheen rajauksessa. Tämä auttaa rajaamaan mitä tutkitaan ja mitä jätetään tutkimuksen ulkopuolelle. Tutkittava asia tulee olla tieteellisesti perusteltu. Aiheen määrittely ja tutkimusongelma ei saa sisältää väheksyviä oletuksia tai loukkauksia potilasryhmää tai ihmisryhmää kohtaan. Tämä on erityisen tärkeää muistaa ryhmissä, jotka ovat erityisen haavoittuvaisia, kuten dementoituneet, lapset ja vakavasta psyykkisestä häiriöstä kärsivät. Hoitotyöntekijän tulee kiinnittää huomiota tutkimuksen kohteeseen, jotta hän pystyy löytämään hoitotyössä ongelman ja tutkimustarkoituksen. Hoitotyöntekijän tulee pystyä arvioimaan vastaavatko tutkimusongelma ja tutkimuksen tarkoitus toisiaan. Tutkimuksen tulee olla eettisesti perusteltu. Tutkimuksen tietolähteet valitaan sen perusteella mikä on tutkimusmenetelmä. Laadullisessa tutkimuksessa tietolähteiden käyttö tulisi olla mahdollisimman monipuolista, jotta myös laatu olisi mahdollisimman monipuolista. Tietolähteiden määrä ja laatu tulee olla riittäviä hoitotyöntekijän tutkimukseen. (Leino-kilpi & Välimäki 2012, 364-367.)

Suostuminen tutkimukseen vaatii tutkimuksen suorittajalta monipuolista informaatiota tarpeeksi aikaisin kohderyhmälle. Tutkijan tulee kuvata kohderyhmän oikeuksia ja velvollisuuksia, monipuolisesti, rehellisesti ja totuudenmukaisesti. Kohderyhmällä on myös mahdollisuus keskeyttää ja kieltäytyä tutkimuksesta. Tutkimusluvan saannin edellytyksenä on tutkimukseen osallistuvien oikeuksien toteutuminen. (Leino-kilpi & Välimäki 2012, 365-368.)

Analyysi tutkimuksesta tulee tehdä eettisesti ja luotettavasti. Koko aineisto, jota on kerätty, tulee analysoida. Pois ei voi jättää mitään mihin kohderyhmä on esimerkiksi kyselylomaketutkimuksessa vastannut. Kaikki kohderyhmän vastaamat kysymykset tulee analysoida. Analyysin luotettavuutta pitää pystyä analysoimaan, jotta sitä voi käyttää hoitotieteellisessä tutkimuksessa. Analyysin arviointi vaatii tilastotieteellisten suureiden tuntemista. Kun tutkija tietoisesti muuttaa tuloksia tai aineistoa on tämä silloin suora väärennys. Tutkimuseettinen neuvottelukunta (TENK) on asettanut tälle normit. (Leino-kilpi & Välimäki 2012, 369-371.)

Tutkimusprosessin eettiset näkökulmat voi jakaa kolmeen luokkaan, joita ovat tutkimusaihe, tutkimusmenetelmät sekä analyysi ja raportointi. Tutkittavaa aihetta voidaan pohtia eettisen oikeutuksen näkökulmasta, eli miksi on perusteltua tutkia juuri kyseistä ilmiötä. Tutkimusmenetelmien eettinen arviointi on myös tarpeen. Käytettävien aineistonkeruumenetelmien käyttöä tulisi pohtia siltä kantilta, että saadaanko niitä käyttämällä tarvittavaa ja tavoiteltavaa tietoa. Analyysivaiheessa eettistä näkökulmaa tulee käyttää raportoidessa tutkimustulokset rehellisesti ja tarkasti, kuitenkin samalla suojaten haastateltavien anonymiteettiä. Analyysiprosessin eteneminen ja tuloksiin pääseminen on kuvattava ja laadullisissa tutkimuksissa lukijalle on myös pystyttävä tarjoamaan mahdollisuus prosessin etenemisen tarkkailusta. Kun tutkimusprosessista tehdään läpinäkyvä, on eettisten kysymysten huomiointi mahdollista. (Saaranen-Kauppinen & Puusniekka 2006a.)

Opinnäytetyön aihe koettiin mielekkääksi sekä perustelluksi opinnäytetyön tekijöiden, kuin tilaajankin toimesta. Tutkimuskysymyksissä eettistä tarkastelua toteutettiin siten, että kysymyksistä laadittiin sellaiset, etteivät ne loukkaisi ketään. Tutkimuskysymyksinä toimi millainen hoitajien tietämys on somaattisen terveyden arvioinnista ja seurannasta psykiatrisessa avohoidossa, mikä on hoitohenkilökunnan kyky arvioida ja seurata potilaan somaattista terveyttä avohoidossa sekä mitä haasteita hoitohenkilökunta kokee potilaan somaattisen voimien arvioinnissa ja seurannassa. Tutkimukseen haettiin tutkimuslupa kohdeorganisaatiolta. Laadukas aineisto saatiin haastattelemalla ilmiön parissa työskenteleviä ihmisiä eli hoitohenkilökuntaa, sillä heillä oli tutkittavasta aiheesta kokemusta. Koska opinnäytetyöhön käytettiin laadullista tutkimusta, painotettiin aineiston laatua sen määrän sijaan.

Ennen haastattelua kohdeyksikköön lähetettiin infokirje ja haastatteluihin osallistuminen perustui vapaaehtoisuuteen. Haastattelutilanne oli mahdollista keskeyttää vastaajan niin halutessaan. Aineiston analyysissä eettisyys otettiin huomioon vastausten anonymisoinnissa niin, ettei vastaajat ole tunnistettavissa. Joitakin vastaajien ilmaisuja muokattiin yleiskielelle niin, että vastaajan anonymiteetti säilyisi. Haastatteluista ei käy ilmi haastateltavan ikä, nimi eikä ammattinimike. Haastattelut nauhoitettiin niiden luotettavuuden parantamiseksi. Haastattelu tehtiin haastateltavan äidinkielen mukaan, jotta haastateltavien vastaaminen helpottuisi ja voitiin varmistua siitä, että haastateltava on ymmärtänyt asian oikein. Kun haastattelu oli litytöity, poistettiin haastattelun tallenne. Aineiston analyysi toteutettiin huolellisesti ja tarkasti. Aineiston analyysin arvioinnin helpottamiseksi sekä prosessin läpinäkyvyyden varmistamiseksi lisäsimme opinnäytetyön liitteeksi esimerkin aineistolähtöisestä sisällönanalyysistä (liite 5). Opinnäytetyön raportoinnissa tulokset julkaistiin rehellisesti ja mahdollisimman läpinäkyvästi.

Tutkijan eettiseen työskentelyyn kuuluu kyky ja tietoisuus kohdata tilanteet, jossa tutkijan on mietittävä omaa tapaa työskennellä eettisesti. Tutkijan omaan eettiseen tietoisuuteen kuuluu ihmisen itsemääräämisoikeuden kunnioittaminen, omien arvojen selkeyttäminen, häirinnän ja

harmin tuottamisen välttäminen. Myös tutkijan tietoisuus lainsäädännöstä tuo luotettavuutta. (Kyngäs ym. 2007, 154.) Tutkijan käyttäessä selvästi määriteltyjä tiedonkeruumenetelmiä eettisten ongelmakohtien ennakointi helpottuu. Käytettäessä vapaamuotoisempaa tiedonhankintatapaa, tutkijan ja tutkittavan välinen suhde on myös epämuodollisempi, jolloin tutkijalla itsellään kasvaa moraalisen vastuun määrä tutkimuksen eettisten kysymysten ratkaisemisessa. (Saaranen-Kauppinen & Puusniekka 2006h.)

5.2 Jatkokehittämisehdotukset

Haastatteluiden perusteella halusimme nostaa opinnäytetyössämme vielä esille niitä asioita, jotka vastaajien mukaan parantaisivat tai helpottaisivat somaattisen terveyden arviointia ja seurantaa sekä miten vastaajat kokivat, että sitä voisi kehittää. Jatkokehittämisehdotukseksi voidaan vastausten perusteella ehdottaa koulutuksien kautta tiedon lisäämistä, yhteisten käytäntöjen luomista sekä keskustelun lisäämistä työryhmässä. Vastauksissa tuli esiin myös laitteiston varmistaminen ja lisääminen, jotta potilaan voinnin raportoiminen helpottuisi.

Lähteet

Painetut

Eskola, J. & Suoranta, J. 2008. Johdatus laadulliseen tutkimukseen. 8.painos. Tampere: Vasta-paino.

Kananen, J. 2012. 60-137. Kehittämistutkimus opinnäytetyönä. Kehittämistutkimuksen kirjoittamisen käytännön opas. Tampere: Tampereen Yliopistopaino Oy - Juvenes Print.

Kyngäs, H., Kääriäinen, M., Poskiparta, M., Johansson, K., Hirvonen, E. & Renfors, T. 2007. 25-154. Ohjaaminen hoitotyössä.Porvoo; Helsinki. WSOY.

Leino- Kilpi, H., Välimäki, M. 2012. 361-371. Etiikka hoitotyössä.Sanoma Pro OY, Helsinki. Painos 5.-7.

Nieminen, H. 1997. Kvalitatiivisen tutkimuksen luotettavuus. Teoksessa Paunonen,M. & Vehviläinen-Julkunen, K. Hoitotieteen tutkimusmetodiikka. Helsinki: WSOY.

Parkkunen, N., Vertio, H. & Koskinen-Ollonqvist, P. Terveiden edistämisen keskuksen julkaisuja -sarja 7/2001. 7-17. Terveysaineiston suunnittelun ja arvioinnin opas. Helsinki: Terveiden edistämisen keskus.

Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2018. 85. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Helsinki: Tammi.

Vilka, H. & Airaksinen T. 2003.63-64. Toiminnallinen opinnäytetyö. Jyväskylä: Tammi.

Sähköiset

Astma. 2012. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Riikola, T. ja Käypä hoito - työryhmä Astma. Helsinki: Suomalainen lääkärisseura Duodecim.2020. Viitattu 08.03.2021. Saatavilla internetissä: www.kaypahoito.fi
<https://www.kaypahoito.fi/khp00003>

Bachour, A. 2021. Uniapnea aikuisilla. Lääkäriin tietokannat. Kustannus Oy Duodecim. Viitattu 17.08.2022. <https://www.terveysportti.fi/apps/dtk/ltk/article/ykt00191>

Depressio. 2020. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Psykiatriyhdistys ry:n asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim, 2020. Viitattu 06.03.2021. Saatavilla internetissä: www.kaypahoito.fi
<https://www.kaypahoito.fi/hoi50023>

Dyslipidemat. 2021. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Sisätautilääkärien yhdistys ry:n asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim, 2021. Viitattu 07.03.2021. Saatavilla internetissä www.kaypahoito.fi

<https://www.kaypahoito.fi/hoi50025>

Eskelinen, S., Niemi, M., Niemelä, S. & Vasankari, T. 2020. Mielenterveys- ja päihdepotilaiden tupakoinnin lopettamisen tukeminen. Lääketieteellinen aikakauskirja Duodecim. 136(1):69-77. Viitattu 10.03.2021. <https://www.duodecimlehti.fi/duo15284>

Eskelinen, S. 2018. Skitsofreniapotilaiden somaattisten terveysongelmien ehkäisy. Lääketieteellinen aikakauskirja Duodecim. 134(15):1449-56. Viitattu 18.03.2022 <https://www.duodecimlehti.fi/duo14448>

Hintikka, J. & Niskanen, L. 2005. Skitsofrenia lisää diabeteksen ja sydän- ja verisuonisairauksien vaaraa. Lääketieteellinen aikakauskirja Duodecim. 121(7):705-7. Viitattu 5.03.2021. <https://www.duodecimlehti.fi/duo94901>

Heiskanen, T. & Ruusunen, A. 2016. Psykoosilääkityksen metaboliset riskit skitsofreniassa - Voidaanko niihin vaikuttaa? Lääketietoa Fimeasta 2/2016. Viitattu 04.03.2021. https://sic.fimea.fi/arkisto/2016/2_2016

Hengityслиitto.2021. Hengityssairaudet. Viitattu 24.02.2021. <https://www.hengityслиitto.fi/hengitysterveys-ja-sairaudet/hengitys-sairaudet/>

Huttunen, M. 2017a. Kaksisuuntaisessa mielialahäiriössä käytettävät lääkkeet. Lääkkeet mielen hoidossa. Terveyskirjasto Duodecim. Viitattu 08.03.2021. https://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=lam00049

Huttunen, M. 2018. Masennus, masentuneisuus, masennusoire ja masennustila. Lääkkeet mielen hoidossa. Lääkärikirja Duodecim. Viitattu 06.03.2021. https://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00390

Huttunen, M. 2017b. Mikä on kaksisuuntainen mielialahäiriö? Terveyskirjasto Duodecim. Viitattu 06.03.2021. https://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=lam00047#s1

Huttunen, M. 2017c. Somaattiset sairaudet psyykkisesti sairaalla. Terveyskirjasto Duodecim. Viitattu 04.03.2021. https://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=lam00007

Huttunen, M. 2017d. Psykoosien hoidossa käytettävät lääkkeet. Terveyskirjasto Duodecim. Viitattu 04.03.2021. https://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=lam00028

Ilanne- Parikka, P. 2018. Diabetes (“sokeritauti”). Lääkärikirja Duodecim. Viitattu 08.03.2021. https://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00011#s3

Ilanne-Parikka, P. 2021. Tyypin 1 diabetes: hoito. Lääkäriin tietokannat. Kustannus Oy Duodecim. Viitattu 17.08.2021. <https://www.terveysportti.fi/apps/dtk/ltk/article/ykt00557>

Isometsä E. 2020. Depression hoito masennuslääkkeiden avulla. Suomalainen Lääkäriseura Duodecim. Viitattu 08.03.2021. <https://www.kaypahoito.fi/nak04327>

Isometsä E. 2020. Kaksisuuntainen mielialahäiriö. Duodecim. Viitattu 08.03.2021. <https://www.terveysportti.fi/apps/ltk/article/ykt00846/search/kaksisuuntainen%20mielialah%C3%A4iri%C3%B6>

Isometsä, E. & Koponen, H. 2020. Aivojen sähköhoito ja vaikea-asteinen tai psykoottinen depression. Suomalainen Lääkäriseura Duodecim. Viitattu 08.03.2021. <https://www.kaypahoito.fi/nak09364>

Joukamaa, M., HeliöVaara, M., Knekt, P., Aromaa, A., Raitasalo, R. & Lehtinen, V. 2018. Mental disorders and cause-specific mortality. Cambridge University Press;179 (6):498-502. Viitattu 07.03.2021. <https://www.cambridge.org/core/journals/the-british-journal-of-psychiatry/article/mental-disorders-and-causespecific-mortality/655D247B351C2DDC6730391576472324>

Jylhä, A. & Salonen, K. 2017. Diabeteksen hoidon tavoitteet ja seuranta. Sairaanhoidajan tietokannat. Kustannus Oy Duodecim. Viitattu 17.08.2021. <https://www.terveysportti.fi/apps/dtk/shk/article/shk02320/search/tyypin%20diabeteksen%20seuranta>

Kaksisuuntainen mielialahäiriö. 2021. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin, Suomen Psykiatriyhdistys ry:n ja Suomen Nuorisopsykiatrisen yhdistyksen asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim. 2021. Viitattu 06.03.2021. Saatavilla internetissä: www.kaypahoito.fi
<https://www.kaypahoito.fi/hoi50076>

Karppinen, S-M., Heljasvaara, R., Pihlajaniemi, T., Lagus, H. & Järveläinen, H. 2020. Haavan paraneminen -diabetes sekä muut esteet ja hidasteet. Aikakausikirja Duodecim.136(15):1717-25. Viitattu 15.03.2022. <https://www.duodecimlehti.fi/duo15706>

Kauppi, P. & Kainu, A. 2015 Astma, krooninen obstruktiivinen keuhkosairaus ja hengitysvaje. Duodecim oppiportti 2021. Viitattu 08.03.2021. https://www.oppiportti.fi/op/fys00024/do?p_haku=hengityselinsairaudet#q=hengityselinsairaudet

Keuhkohtaumatauti. 2020. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Keuhkolääkäriyhdistys ry:n asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim, 2020. 08.03.2021. Saatavilla internetissä: www.kaypahoito.fi
<https://www.kaypahoito.fi/hoi06040>

Knuttila, A. 2014. Keuhkosairaudet. Keuhkojen, pleuran ja mediastinumien kasvaimet. Duodecim oppiportti 2021. Viitattu 08.03.2021. <https://www.oppiportti.fi/op/kes00191/do>

Kohonnut verenpaine. 2020 Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Verenpaineyhdistys ry:n asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim. 2020. Viitattu 01.03.2021. Saatavilla internetissä: www.kaypahoito.fi
<https://www.kaypahoito.fi/hoi04010#s13>

Kohonneen verenpaineen lääkehoito. 2020. Lääkärin käsikirja. Viitattu 01.03.2021. <https://www.terveysportti.fi/apps/ltk/article/ykt00099/search/kohonnut%20verenpaine>

Kohonneen verenpaineen tutkiminen ja hoidon aloitus. 2020. Lääkärin käsikirja. Viitattu 08.03.2021. <https://www.terveysportti.fi/apps/ltk/article/ykt00096/search/kohonneen%20verenpaineen%20seuranta>

Koivikko, M. 2016. Diabeetikon hypoglykemia. Lääkärin tietokannat. Kustannus Oy Duodecim. Viitattu 29.03.2021. <https://www.terveysportti.fi/apps/ltk/article/ykt00553/search/hypoglykemia>

Koivikko, M. 2021. Diabeetikon hypoglykemia. Lääkärin tietokannat. Kustannus Oy Duodecim. Viitattu 19.08.2021. <https://www.terveysportti.fi/apps/dtk/ltk/article/ykt00553>

Koponen, H. & Lappalainen, J. 2015. Mielenterveyspotilaan somaattinen terveys. Aikakausikirja Duodecim. 131(6):577-82. Viitattu 01.03.2021. <https://www.duodecimlehti.fi/duo12166>

Koponen, H. 2019. Psykoosit ja diabetes. Oppiportti. Duodecim. 2021. Viitattu 17.08.2021. <https://www.oppiportti.fi/op/dbs01906/do>

Kylmänen, P. 2021a. Alkoholin riskikäyttäjän tunnistaminen ja lyhytneuvonta. Sairaanhoidajan käsikirja. Duodecim. Viitattu 20.09.2021. <https://www.terveysportti.fi/apps/dtk/shk/article/shk04020/search/alkoholi>

Kylmänen, P. 2021b. Päihdekäytön tunnistaminen. Sairaanhoidajan käsikirja. Duodecim. Viitattu 20.09.2021. <https://www.terveysportti.fi/apps/dtk/shk/article/shk04040/search/p%C3%A4ihhteet>

Laivisto, V. 2017. Tupakoinnin lopettamisen tukeminen. Sairaanhoidajan käsikirja. Duodecim. Viitattu 10.04.2021. https://www.terveysportti.fi/dtk/shk/avaa?p_artikkeli=shk04010&p_haku=laivisto

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista. 785/1992. Finlex. Viitattu 20.03.2021. <https://finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1992/19920785>

Lihavuus (lapset, nuoret ja aikuiset). 2021. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin, Suomen Lihavuustutkijat ry:n ja Suomen Lastenlääkäriyhdistys ry:n asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim, 2021. Viitattu 14.03.2022. Saatavilla internetissä: www.kaypahoito.fi

<https://www.terveysportti.fi/apps/dtk/ltk/article/hoi50124/search/l%C3%A4%C3%A4kkeet%20painonnousu>

Lumme S., Pirkola, S., Manderbacka, K. & Keskimäki I. 2016. Excess Mortality in Patients with Severe Mental Disorders in 1996-2010 in Finland. PLOS ONE 11(3) Viitattu 04.03.2021. <https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0152223>

Löfman, S. & Mainio, A. 2018. Masennuslääkitys ja itsemurhat. Lääketieteellinen aikakauskirja Duodecim. 134(18):1776-8. Viitattu 08.03.2021. <https://www.duodecimlehti.fi/duo14524>

Lönnqvist, J. & Lehtonen, J. 2017,13-24. Psykiatria ja mielenterveys. Kustannus Oy Duodecim. Viitattu 04.03.2021. https://www.duodecim.fi/xmedia/www/esittelyt/6400_esittely.pdf

Lönnqvist, J. & Lehtonen, J. 2019. Psykiatria. Psykiatria ja mielenterveyden häiriöt. Oppiportti. Duodecim. 2021. Viitattu 08.03.2021.

<https://www.oppiportti.fi/op/pkr00102/do>

Lönnqvist, J. 2019. Psykiatria. Potilaan tutkiminen. Oppiportti Duodecim 2021. Viitattu 08.03.2021.

<https://www.oppiportti.fi/op/pkr00200/do>

Matikainen, N., Gordin, D. & Laine, M. 2018. Kohti tyypin 2 diabeetikon yksilöllistä hyperglykemian hoitoa. Duodecim vol. 134 no. 22 s. 2263-2270. Viitattu 29.03.2021. <https://www.terveysportti-fi.nelli.laurea.fi/xmedia/duo/duo14620.pdf>

Matilainen, E. 2020. Hengenahdistus. Sairaanhoidajan käsikirja. Kustannus Oy Duodecim. Viitattu 08.03.2021. <https://www.terveysportti.fi/dtk/shk/koti>

Matilainen, E. 2021. Keuhkohtaumataudin hoito. Sairaanhoidajan tietokannat. Kustannus Oy Duodecim. Viitattu 17.08.2021. <https://www.terveysportti.fi/apps/dtk/shk/article/shk00641/search/keuhkohtaumatauti>

Mielenterveyslaki 116/1990. Finlex. Viitattu 07.03.2021.

<https://finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1990/19901116#L1P3>

Muhonen, R. 2021. Kohonneen verenpaineen tarkkailu ja tutkimukset. Sairaanhoidajan tietokannat. Kustannus Oy Duodecim. Viitattu 14.03.2022.

<https://www.terveysportti.fi/apps/dtk/shk/article/shk00425/search/kohonnut%20verenpaine>

Mustajoki, P. 2021. Lihavuus. Lääkärikirja Duodecim. Viitattu 08.03.2021. https://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00042

Mustajoki, P. 2019a. Metabolinen oireyhtymä (MBO). Lääkärikirja Duodecim. Viitattu

01.03.2021. https://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00045#s5

Mustajoki, P. 2020. Painoindeksi. Lääkärikirja Duodecim. Kustannus Oy Duodecim. Viitattu

1.4.2022. <https://www.terveyskirjasto.fi/dlk01001>

Mustajoki, P. 2019b. Veren triglyseridit (rasvat). Lääkärikirja duodecim. Viitattu 01.03.2021.

https://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00820#s3

Mäkinen, H. 2017. Metabolinen oireyhtymä. Sairaanhoidajan käsikirja. Viitattu 21.02.2021.

https://www.terveysportti.fi/dtk/shk/koti?p_haku=metabolinen%20oireyhtym%C3%A4

Mäkinen, R. & Erhola, M. 2020. Tupakoinnin lopettaminen. Lääkärin tietokannat. Kustannus Oy Duodecim. Viitattu 16.08.2021. <https://www.terveysportti.fi/apps/dtk/ltk/article/ykt01103>

Nieminen, E.-M. 2021. Keuhkosairaudet. Hengenahdistus. Oppiportti Duodecim 2022. https://www.oppiportti.fi/op/kes00051/do?p_haku=hengenahdistus#q=hengenahdistus
_Viitattu 10.3.2022.
https://www.oppiportti.fi/op/kes00051/do?p_haku=hengenahdistus#q=hengenahdistus

Nikkilä, M. 2020a. Kohonneen verenpaineen lääkehoito. Lääkärin käsikirja. Viitattu 07.03.2021. <https://www.terveysportti.fi/apps/ltk/article/ykt00099/search/kohonnut%20verenpaine>

Nikkilä, M. 2020b. Kohonneen verenpaineen tutkiminen ja hoidon aloitus. Lääkärin käsikirja. Viitattu 07.03.2021 <https://www.terveysportti.fi/apps/ltk/article/ykt00096/search/kohonnut%20verenpaine>

Pietiläinen, K. 2018. Lihavan potilaan arviointi. Lääkärin käsikirja. Viitattu 07.03.2021. <https://www.terveysportti.fi/apps/ltk/article/ykt00572/search/obesiteetti>

Pietiläinen, K. 2019. Lihavuuden konservatiivinen (ei kirurginen) hoito. Lääkärin tietokannat. Viitattu 18.03.2021. <https://www.terveysportti.fi/apps/ltk/article/ykt00573/search/ruokavalio%20ohjaus>

Pietiläinen, K. 2021. Lihavuuden konservatiivinen (ei kirurginen) hoito. Lääkärin tietokannat. <https://www.terveysportti.fi/apps/dtk/ltk/article/ykt00573>

Poikonen, N. 2020. Verenpainepotilaan hoito ja seuranta. Sairaanhoidajan tietokannat. Viitattu 08.03.2021. <https://www.terveysportti.fi/apps/dtk/shk/article/voh00065/search/poikonen>

Päihdehuoltolaki 41/1986. Finlex. Viitattu 07.03.2021. <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1986/19860041>

Raaska, K. 2020. Klotsapiinihoito. Lääkärin käsikirja. Duodecim. Viitattu 04.03.2021 <https://www.terveysportti.fi/apps/ltk/article/ykt00859/search/psykoosil%C3%A4%C3%A4kkeet>

- Rice, V H., Hartmann-Boyce, J. & Stead, L F. 2013. Nursing interventions for smoking cessations. Cochrane Database of Systematic Reviews 2013, issue 8. Viitattu 10.03.2021. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23939719/>
- Saaranen-Kauppinen, A. & Puusniekka, A. 2006f. Analyysi ja tulkinta. KvaliMOTV. Viitattu 17.08.2021. https://www.fsd.tuni.fi/menetelmaopetus/kvali/L7_3.html
- Saaranen-Kauppinen, A. & Puusniekka, A. 2006h. Eettiset kysymykset. KvaliMOTV. Viitattu 17.06.2021. https://www.fsd.tuni.fi/menetelmaopetus/kvali/L3_1.html
- Saaranen-Kauppinen, A. & Puusniekka, A. 2006d. Hyvä tutkimuskäytäntö. KvaliMOTV. Viitattu 17.08.2021. https://www.fsd.tuni.fi/menetelmaopetus/kvali/L3_1_2.html
- Saaranen-Kauppinen, A. & Puusniekka, A. 2006g. Laadullinen tutkimus ja tieteellinen käytäntö. KvaliMOTV. Viitattu 17.08.2021. <https://www.fsd.tuni.fi/menetelmaopetus/kvali/L4.html>
- Saaranen-Kauppinen, A. & Puusniekka, A. 2006b. Mitä laadullinen tutkimus on: lyhyt oppimäärä. KvaliMOTV. Viitattu 04.04.2021. https://www.fsd.tuni.fi/menetelmaopetus/kvali/L1_2.html
- Saaranen-Kauppinen, A. & Puusniekka, A. 2006e. Reliabiliteetti. KvaliMOTV. Viitattu 17.08.2021. https://www.fsd.tuni.fi/menetelmaopetus/kvali/L3_3_2.html
- Saaranen-Kauppinen, A. & Puusniekka, A. 2006a. Teemahaastattelu. KvaliMOTV. Viitattu 04.05.2021. https://www.fsd.tuni.fi/menetelmaopetus/kvali/L6_3_2.html
- Saaranen-Kauppinen, A. & Puusniekka, A. 2006c. Validiteetti. KvaliMOTV. Viitattu 04.05.2021. https://www.fsd.tuni.fi/menetelmaopetus/kvali/L3_3_1.html
- Sajatovic, M., Valenstein, M., Blow, F., Ganoczy, D. & Ignacio, R. 2006. Treatment adherence with antipsychotic medications in bipolar disorder. *Jun;8(3):232-41*. Pubmed. Viitattu 06.03.2021. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16696824/>
- Saaresranta, T. & Polo, O. 2014. Unenaikaisen hengityshäiriön hoito. Oppiportti. Duodecim. Viitattu. 17.08.2021. https://www.oppiportti.fi/op/kes00247/do?p_haku=uniapnea#q=uniapnea

Skitsofrenia. 2020. Suomalaisen Lääkäriseura Duodecimin ja Suomen Psykiatriyhdistys ry:n asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim. Viitattu 05.03.2021. Saatavilla internetissä: www.kaypahoito.fi
<https://www.kaypahoito.fi/hoi35050>

Sosiaali- ja terveysministeriö. 2021. Mielenterveyspalvelut. Viitattu 07.03.2021. <https://stm.fi/mielenterveyspalvelut>

Suomen Mielenterveys ry. 2021. Mielenterveyspalvelut. Viitattu 07.03.2021.
<https://mieli.fi/fi/tukea-ja-apua/apua-mielenterveyden-ongelmiin/mielenterveyspalvelut>
Suominen, K. 2021. Valproaatti kaksisuuntaisen mielialahäiriön (tyypin 1) ylläpito-hoidossa. Näytönastekatsaus. Duodecim käypä hoito. Viitattu 08.03.2021. <https://www.kaypahoito.fi/nak06599>

Suvisaari J., Eskelinen, S., Keinänen, J., Ahlgren-Rimpiläinen A. & Viertiö, S. 2019. Vakavaviin mielenterveysongelmiin sairastuneiden fyysisten terveysongelmien riskitekijät. Tutkimuksesta tiiviisti 42/2019. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, Helsinki. Viitattu 23.02.2021.
https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/138707/URN_ISBN_978-952-343-404-2.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Syvänne, M. 2019. Metabolinen oireyhtymä. Lääkärin käsikirja. Viitattu 07.03.2021.
<https://www.terveysportti.fi/apps/ltk/article/ykt00565/search/Metabolinen%20oireyhtym%C3%A4>

Terveydenhuoltolaki 1326/2010. Finlex. Viitattu 07.03.2021. <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2010/20101326>

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. 2020b. Lihavuuden yleisyys. Viitattu 21.02.2021.
<https://thl.fi/fi/web/elintavat-ja-ravitsemus/lihavuus/lihavuuden-yleisyys>

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. 2020a. Mielialahäiriöt. Viitattu 21.02.2021. <https://thl.fi/fi/web/mielenterveys/mielenterveyshairiot/mielialahairiot>

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. 2019. Psykoosit. Viitattu 21.02.2021. <https://thl.fi/fi/web/mielenterveys/mielenterveyshairiot/psykoosit>

Tutkimuseettinen neuvottelukunta. 2012. Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausepäilyjen käsitteleminen Suomessa. Viitattu. 25.09.2021. <https://tenk.fi/fi/ohjeet-ja-aineistot/HTK->

[ohje-2012](#)

Tyypin 2 diabetes. 2020. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin, Suomen Sisätautilääkärin Yhdistyksen ja Diabetesliiton Lääkärineuvoston asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim, 2020. Viitattu 01.03.2021. Saatavilla internetissä: www.kaypahoito.fi
<https://www.kaypahoito.fi/hoi50056#s9>

Uniapnea (obstruktiivinen uniapnea aikuisilla). Käypä hoito -suositus. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin, Suomen Keuhkolääkäriyhdistyksen ja Suomen Unitutkimusseura ry:n asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim, 2021 (viitattu 16.03.2022). Saatavilla internetissä: www.kaypahoito.fi
<https://www.kaypahoito.fi/hoi50088>

Vepsäläinen, A-m. 2020. Lihavuuden hoito. Sairaanhoidajan käsikirja. Duodecim. Viitattu 06.04.2020. https://www.terveysportti.fi/dtk/shk/avaa?p_artikkeli=shk02412

Yki- Järvinen, H. & Tuomi, T. 2019. Diabeteksen määritelmä, erotusdiagnoosi ja luokitus. Lääkärin tietokannat. Viitattu 08.03.2021. <https://www.terveysportti.fi/apps/ltk/article/ykt00552/search/diabetes>

Yki- Järvinen. 2020. Tyypin 2 diabeteksen hoito ja seuranta. Lääkärin tietokannat. Viitattu 18.03.2021. <https://www.terveysportti.fi/apps/ltk/article/ykt00561/search/diabetes>

Liitteet

Liite 1: Tiedonhaun taulukko	54
Liite 2: Haastattelurunko.....	56
Liite 3: Arviointilomake.....	56
Liite 5: Infokirje	58
Liite 5: Haastattelun analyysitaulukko	59

Liite 1: Tiedonhaun taulukko

Tietokanta	Hakusanat	Rajaukset	Tulos	Valinnat
Sairaanhoidajan tietokannat	Metabolinen oireyhtymä		17	1
Medic	Somaatt* AND seurant*		5	1
Medic	Somaatt* AND avioin*	-	7	1
Lääkärin tietokannat	Hengityselinsairaudet AND COPD		5	1
Lääkärikirja duodecim	Metabolinen oireyhtymä		31	1
Lääkärin käsikirja	Kohonnut verenpaine		86	1
Käypä hoito	Diabetes		65	1
Lääkärin käsikirja	Veren triglyseridit		12	1
PubMed	Mental disorders AND mortality AND Finland		644	3
Laurea Finna	Mental health AND psykosomaattikka	-	25	0

Laurea Finna	Somaattinen terveys AND Psykiatria	-	20	1
Lääkärin tietokannat	Psykoosit		27	1
Lääkärin tietokannat	Metabolinen oireyhtymä		35	1
Käypä hoito	Dyslipidemia		15	1
Lääkärin tietokannat	Obesiteetti		15	1
CINAHL	Healthpromotion AND outpatient care AND Psychiatric patients	TX All text	6	1
Oppiportti	Hengityselinsairaudet	Oppikirja-artikkelit	8	1
Käypä hoito	Astma		126	1
Käypä hoito	Keuhkohtaumatauti		83	1
Oppiportti	Keuhkosityöpä	oppikirjat	2	1
Oppiportti	Psykiatria	oppikirjat	2	1
Lääkärin käsikirja	Kohonneen verenpaineen seuranta		25	1
Laurea finna	Opas AND arviointi AND terveys	kirja	106	1
Medic	Mielenterveyspot* AND somaatt*	2011 – 2021 Kieli: suomi	5	1
Medic	Hypergly* AND hoit*	2011-2021 Kieli: suomi	35	1
Laurea finna	Laadullinen tutkimus AND hoitotiede	kirja	85	1
Laurea finna	Ohjaaminen AND hoitotyö	kirja	554	1

Liite 2: Haastattelurunko

Asiakkaan somaattisen terveyden arviointi:

Utvärdering av patientens somatiska hälsa:

-Minkälaiset tiedot sinulla on asiakkaan (ylipainon, diabeteksen, kohonneen verenpaineen, keuhkohtauman, astman ja uniapnean) arvioinnista?
 -Hurdan kunskap har du om klientens (fettma, diabetes, högt blodtryck, obstruktiv lungsjukdom, astma och sömnapne) utvärdering?

-Milloin arvioit asiakkaan somaattista terveyttä?
 - När utvärderare du patientens somatiska hälsa?

-Miten arvioit asiakkaan somaattisen terveyden tilaa ja mitä menetelmiä käytät terveyden arviointiin (Mittaukset, havainnointi, haastattelu yms)
 - Hur utvärderar du patientens hälsa och vad använder du för tillvägagångssätt i utvärderingen av hens hälsa? (mätningar, observationer, intervjuer osv.)

-Mitä haasteita kohtaat psykiatrisen asiakkaan (ylipainon, diabeteksen, kohonneen verenpaineen, keuhkohtauman, astman, uniapnean) arvioinnissa/seurannassa?
 -Vilka uppmaningar stöter du på i klientens (fetma, diabetes, högt blodtryck, i kroniskt obstruktiv lungsjukdom, astma, sömnapne) uppföljning/ utvärdering?

Asiakkaan somaattisen terveyden seuranta:

Uppföljning av patientens somatiska hälsa:

-Minkälaiset tiedot sinulla on asiakkaan (ylipainon, diabeteksen, kohonneen verenpaineen, keuhkohtauman, astman ja uniapnean) seurannasta?
 -Hurdan kunskap har du om klientens (fetma, diabetes, högt blodtryck, i kroniskt obstruktiv lungsjukdom, astma, sömnapne) uppföljning?
 -Miten seuraat asiakkaan somaattista terveydentilaa, jos tällä on diabetes?
 - Hur uppföljer du patientens somatiska hälsotillstånd, om hen har diabetes?

- jos hän on ylipainoinen?
- Om hen har övervikt?

- jos hänellä on kohonnut verenpaine?
- Om hen har högt blodtryck?

- jos hänellä on astma?
- Om hen har astma?

- jos hänellä on uniapnea?
- Om hen har sömnapn'e

- Jos hänellä on keuhkohtauma?
- Om hen har kronisk obstruktiv lungsjukdom?

Miten seuraat asiakkaan somaattista terveydentilaa, jos hänellä on hengityselinsairaus?

Hur uppföljer du klientens somatiska hälsotillstånd, om hen har luftvägsjukdom?

Miten seuraat asiakkaan somaattista terveydentilaa, jos hän on ylipainoinen?

Hur uppföljer du klientens somatiska hälsotillstånd, om hen är överviktig?

Miten seuraat asiakkaan somaattista terveydentilaa, jos hänellä on korkea verenpaine?

Hur uppföljer du klientens somatiska hälsotillstånd, om hen har högt blodtryck?

Minkälaisia valmiuksia sinulla on seurata asiakkaan somaattista terveydentilaa, jos hänellä on diabetes/ metabolinen oireyhtymä/ hengityselinsairaus?

Hur uppföljer du klientens somatiska hälsotillstånd, om hen har diabetes/ metabola syndrom/ luftvägssjukdom?

-Millä menetelmillä seuraat asiakkaan somaattista terveydentilaa? (Mittaukset, havainnointi, seulontalomakkeet, haastattelu yms)

- Med vilka metoder uppföljer du patientens somatiska hälsotillstånd? (mätningar, iakttagelser, balnketter, intervjuer osv.)

- Onko yksikössänne sovittuja käytäntöjä asiakkaan somaattisen terveyden arviointiin ja seurantaan?

- Finns det överenskommen praxis gällande utvärdering och uppföljning av patientens somatiska hälsa i er enhet?

Somaattisen terveyden arvioinnin ja seurannan (taso &) kehittäminen:

Utveckling av den somatiska hälsans utvärdering och uppföljning:

Millaiseksi koet omat valmiutesi arvioida ja seurata asiakkaan somaattista terveyttä (Tarvitaanko lisäkoulutusta somaattisen terveyden arvioinnin ja seurannan suhteen)

- Hur upplever du dina egna färdigheter att utvärdera och följa upp patientens somatiska hälsa?

(Finns det behov av skolning för den somatiska hälsans utvärdering och uppföljning)

Millaiseksi koet yksikkösi valmiuden arvioida ja seurata asiakkaan somaattista terveyttä

- Hur upplever du enhetens beredskaper att utvärdera och följa upp patienternas somatiska hälsa?

Mitkä asiat heikentävät asiakkaan somaattisen terveyden arviointia ja seurantaa / Onko tarpeeksi resursseja

- Vilka faktorer försämrar utvärdering och uppföljning av patientens somatiska hälsa? / Har ni tillräckligt med resurser?

Mitkä asiat parantaisivat/helpottaisivat asiakkaan somaattisen terveyden arviointia ja seurantaa / Miten kehittäisit sitä

- Vilka saker skulle förbättra/ underlätta utvärdering och uppföljning av patientens somatiska hälsa? / Hur skulle du utveckla detta?

Liite 3: Arviointilomake

**Asiakkaan somaattisen terveyden arviointi ja seuranta psykiatrisessa avohoidossa – Opas
Bedömningn och uppföljning av klientens somatiska hälsa i psykiatrisk öppenvård. - Guide
Kysely oppaan toimivuudesta**

Frågeformulär om guidens funktionalitet

Oppaassa on hyödyllistä tietoa psykiatrisen potilaan hengityselinsairauksien arvioinnista ja seurannasta?

Ger guiden användbar och nyttig information om psykiatriska patientens andningssjukdomarnas bedömning och uppföljning?

Anna arviosi asteikolla 1-5

5 = Täysin samaa mieltä

4 = Osittain samaa mieltä

3 = En osaa sanoa

2 = Osittain eri mieltä

1 = Ei lainkaan samaa mieltä

Oppaassa on hyödyllistä tietoa psykiatrisen asiakkaan ylipainon, diabeteksen ja kohonneen verenpaineen, astman, COPD:n ja uniapnean arvioinnista ja seurannasta?

Ger guiden användbar information om bedömning och uppföljning av psykiatriska patientens diabetes, fetma, astma, KOL, sömnapne och högt blodtryck?

Anna arviosi asteikolla 1-5

5 = Täysin samaa mieltä

4 = Osittain samaa mieltä

3 = En osaa sanoa

2 = Osittain eri mieltä

1 = Ei lainkaan samaa mieltä

Jos ei, niin mitä tietoa tarvittaisiin lisää?

Om inte, vad skulle det behövas mer information om?

Opas antaa työkaluja psykiatrisen potilaan somaattisen terveydentilan arviointiin ja seurantaan?

Ger guiden enligt dig tillräckligt med beredskap för bedömning och uppföljning av psykiatriska klientens somatiska hälsostatus?

Anna arviosi asteikolla 1-5

5 = Täysin samaa mieltä

4 = Osittain samaa mieltä

3 = En osaa sanoa

2 = Osittain eri mieltä

1 = Ei lainkaan samaa mieltä

Opas on hyödyllinen hoitohenkilökunnalle?

Är guiden användbar för vårdpersonalen?

Anna arviosi asteikolla 1-5

5 = Täysin samaa mieltä

4 = Osittain samaa mieltä

3 = En osaa sanoa

2 = Osittain eri mieltä

1 = Ei lainkaan samaa mieltä

Miten opasta voisi parantaa/kehittää?
Hur kan guiden förbättras/ utvecklas?

Liite 4: Infokirje

Arvoisa haastatteluun osallistuva Hoitaja

Olemme sairaanhoitajaopiskelijoita Lohjan Laureasta ja teemme opinnäytetyötä asiakkaan somaattisen terveyden arvioinnista ja seurannasta avohoidossa. Opinnäytetyö on kehittämistyö ja tämän kehittämistyön pohjana on henkilökunnan kokemukset tämänhetkisestä tilanteesta. Kehittämistyössä tuotetaan hoitohenkilökunnalle opas haastattelujen tuoman aineiston perusteella.

Tämän haastattelun tarkoituksena on kartoittaa kokemuksianne ja tietojanne asiakkaan somaattisen terveyden arvioinnista ja seurannasta avohoidossa. Haastatteluiden perusteella oppaassa esitellään kehityskohteita asiakkaan somaattisen terveyden arvioinnista ja seurannasta. Haastattelussa saadut vastaukset käsitellään nimettöminä, eikä niistä voi tunnistaa vastaajaa kehittämistyön missään vaiheessa. Teillä on oikeus keskeyttää haastattelu missä vaiheessa tahansa. Haastatteluun osallistuminen on vapaaehtoista ja merkitsee suostumuksen antamista vastausten käyttämiseen opinnäytetyön aineistona. Haastattelut nauhoitetaan luvallanne, aineiston käsittelyn helpottamiseksi.

Olisiko mahdollisuutta ja halukkuutta osallistua haastatteluun? Haastattelun kesto on noin 30 minuuttia ja se on mahdollista toteuttaa teille sopivimpana ajankohtana. Haastattelun toteuttaa Laurean sairaanhoitajaopiskelijat Emmi Mäkinen, Jasmiina Oksanen & Inka Taari osana opinnäytetyötään.

Ärade sjuksköterska som deltar i intervjun

Vi är tre sjukskötar studeranden från Lojo Laurea och vi gör examsarbete om utvärdering och uppföljning av en klients somatiska hälsa i öppenvården. Examsarbetet är ett utvecklingsarbete och grunden för detta utvecklingsarbete är personalens erfarenhet av den nuvarande situationen. I utvecklingsarbetet skall det göras en guide för vårdpersonalen. Guiden byggs upp utifrån materialet som intervjuerna ger oss.

Syftet med denna intervju är att kartlägga era erfarenheter och kunskaper om bedömning och uppföljning av en klients somatiska hälsa i öppenvård. På grund av intervjuerna presenterar guiden förbättringsområden för bedömning och uppföljning av klientes somatiska hälsa.

Svaren som tas emot i intervjun behandlas anonymt och svararen kan inte identifieras i något skede av utvecklingsarbetet. Du har rätt att avbryta intervjun när som helst.

Deltagandet i intervjun är frivilligt och innebär att man ger samtycke till att använda svaren som material för examsarbetet. Intervjuerna spelas in med ditt tillstånd för att underlätta bearbetningen av materialet.

Skulle det finnas möjlighet och vilja att delta i intervjun? Intervju tiden är cirka 30 minuter och det är möjligt att göra intervjun vid den lämpligaste tiden för er. Intervjun genomförs av Laureas sjukskötarstuderande Emmi Mäkinen, Jasmiina Oksanen och Inka Taari som en del av examsarbete.

Liite 5: Haastattelun analyysitaulukko

Alkuperäiset ilmaisut	Pelkistetyt ilmaisut	Alaluokka	Yläluokka
Koemme haasteita siinä kun potilas tarvitsee niin psykiatrista hoitoa, kun somaattista hoitoa. Tulee muistaa, että meidän osaston somaattiset valmiudet ja sen hoitoon eivät ole kauhean hyvät esim. IV hoitoa ei ole. Hyvä puoli on se, että jos potilaan somaattinen vointi romahtaisi on meillä helppo konsultoida somaattista puolta ja päivystykseen pystyy menemään helposti. Hap-pisaturaation laskussa esim. Somaattisen puolen lääkärin konsultaatio ja sieltä ohjeistus	Osaston somaattiset valmiudet ei ole kauhean hyvät, ei ole iv hoitoa.	Työkalujen puute	Resurssien puute
Mitä valtuuksia meillä on puuttua.. Esimerkiksi tää tupakointi on psykiatriassa ihan pyhä lehmä ja vaikka haluaisi puuttua siihen se on pitkään kulttuuria että siihen ei puuttua ja ihmiset ei kykene lopettaa tai tekee mitää sille ja niitä on eri asioita jotka ehkä vähän rajoittaa miten voi mennä mut toisaalta on ajateltu myös että mikä kuuluu tänne osastolle tehdä	Mitä valtuuksia puuttua ongelmiin. Esimerkiksi tupakointi psykiatriassa ns. Pyhä lehmä, puuttuminen kulttuurien normien vastaista. Niitä on eri asioita jotka ehkä vähän rajoittaa miten voi mennä, mut toisaalta on ajateltu myös, että mikä kuuluu tänne osastolle tehdä.	Ohjeistuksen puute	
Seuranta, mittaukset periaatteessa	Seuranta, mittaukset periaatteessa	Koulutuksen puute	
“speciaali osaamista minulla ei ole. Esimerkiksi painehaavojen hoito, kuinka syvä, mitä tulee käyttää yms. Mutta tähän on hyvä käyttää konsultaatiota jota on helposti saatavilla”	Ei ole spesiaaliosaamista esimerkiksi painehaavojen hoidosta, kuinka syvä, mitä tulee käyttää yms.		
Haaste on siinä, kun ei aina tiedä onko se psyykkistä vai fyysistä.	Haaste on siinä, kun ei aina tiedä onko se psyykkistä vai fyysistä	Oireiden monimuotoisuus	Mahdollinen samanai-kaissairastavuus
Koemme haasteita siinä kun potilas tarvitsee niin psykiatrista hoitoa, kun somaattista hoitoa.	Koemme haasteita siinä, kun potilas tarvitsee niin psykiatrista hoitoa, kun somaattista hoitoa		
Koen haasteena psykiatrisen potilaan kanssa työskentelyssä sen erotuksen mikä on psyykkistä ja mitä somaattista. Kuinka se psyykkinen sairaus vaikuttaa potilaan ulosanti kykyyn ja	Mikä on psyykkistä ja mikä somaattista. Kuinka se psyykkinen sairaus vaikuttaa potilaan ulosantikykyyn ja kuinka hän itse pystyy		

<p>kuinka hän itse pystyy ilmaise- maan. Onko potilas kykeneväi- nen hoitamaan omia sairauksi- aan kotiolosuhteissa ennen kuin tulee osastolle ja kuinka hän on niitä kyennyt kotona hoita- maan. Uskon tämän olevan haaste meille hoitajille, että mikä on hänen omien somaati- stisten sairauksien hoitotasapaino ja kuinka kauan ne ovat olleet vaikkapa hoitamatta esimerkiksi psyykkisen sairauden takia ei ole ollut kykeneväinen hoitamaan niitä itse.</p>	<p>ilmaisemaan. Onko potilas kykeneväinen hoitamaan omia sairauksiaan kotiolo- suhteissa ennen kuin hän tulee osastolle ja kuinka hän on niitä kyennyt kotona hoi- tamaan. Uskon tämän ole- van haaste meille hoitajille, että mikä on hänen omien somaattisten sairauksien hoitotasapaino ja kuinka kauan ne ovat olleet vaikkapa hoitamatta esimerkiksi psyykkisen sairauden takia ei ole ollut kykeneväinen hoitamaan niitä itse.</p>		
<p>no jos potilas ei ihan ymmärrä että mistä puhutaan että jos hän on sen verran huonossa kunnossa että sitä keskustelua ei voi käydä silloin tai sitten on joku muu vaikka että hän ei vaikka puhu suomea eikä ruotsia että on muun kielinen</p>	<p>Jos potilas ei ihan ymmärrä mistä puhutaan. Huonokuntoisten potilaiden kanssa vaikea käydä keskustelua. Kielimuuri.</p>	<p>Kielelliset haasteet</p>	<p>Haasteet kommunikoinnissa</p>
<p>Potilas ei pysty ehkä sitoutumaan tai ei oo tietoa siitä miten ne omat valinnat vaikuttaa ja sit ei pysty ehkä noudattamaan niitä ohjeita.</p>	<p>Potilas ei pysty ehkä sitoutumaan tai ei oo tietoa siitä miten ne omat valinnat vaikuttaa ja sit ei pysty ehkä noudattamaan niitä ohjeita.</p>	<p>Haasteet ymmärtämisessä</p>	<p>Heikko hoitomyöntyvyys</p>

OPAS POTILAAN SOMAATTISEN TERVEYDEN ARVIOINNISTA JA SEURANNASTA PSYKIATRIS- SEN AVOHOIDON TUKIOSASTOLLA



*Kuva 1

Oppaan tavoitteena on lisätä tietoa psykiatrisen potilaan yleisimmistä somaattisista sairauksista ja niiden oireista sekä antaa työkaluja näiden sairauksien arviointiin ja seurantaan.

Vakavia mielenterveyshäiriöitä sairastavilla on usein somaattisia eli elimillisiä sairauksia, jotka ovat huonosti hoidettuja. *1 Potilaiden vähäinen liikunta, epäterveellinen ruokavalio, tupakointi, alkoholin käyttö sekä lääkitys ovat riskitekijöitä somaattisille sairauksille. Yleisimpiä somaattisia sairauksia mielenterveyspotilailla on kardiometaboliset sairaudet, ylipaino, keuhko-ahtauma ja syöpä. *2

Psykiatrisessa hoidossa somaattisten sairauksien ja oireiden tunnistaminen sekä hoito jäävät usein vähäiseksi, koska niitä ei osata tunnistaa. Potilaiden kognitiiviset vaikeudet vaikuttavat potilaiden kykyyn tunnistaa omia oireitaan sekä ilmaista niitä. *3

Psykkisesti sairaiden fyysistä hyvinvointia tulee seurata säännöllisesti. Mielenterveyspotilailla on monesti somaattisia sairauksia mitä ei hoideta riittävästi. Fyysiset ongelmat usein mieltään olevan lääkkeiden haittavaikutuksia ja tällöin niitä ei tutkita riittävästi. Vakavien somaattisten sairauksien hoidon onnistuminen edellyttää niiden aikaista tunnistamista. *1, 15

Kaikille psykiatrisille potilaille tehdään somaattinen tutkimus. Tutkimuksessa kartoitetaan potilaan fyysistä terveyttä ja tehdään perustutkimukset. Tutkimuksessa mitataan verenpaine, syke, painoindeksi, ruumiinlämpö, hengitystiheys ja ravitsemustila. Tutkimuksen tarkoituksena olisi luoda kokonaisvaltainen kuva potilaan somaattisesta terveydestä.

Fyysisiin oireisiin tulisi reagoida ja ne tulisi huomioida asiallisesti, eikä leimata niitä ilman tarpeellisia tutkimuksia psykiatrisen häiriön seuraukseksi. *30

Kohonnut verenpaine

Verenpaine on kohonnut kun systolinen verenpaine on yli 140 mmHg ja diastolinen verenpaine on yli 90 mmHg. *4

Optimaalinen	< 120 / 80
Normaali	< 120-129 / 80-84
Tyydyttävä	< 130-139 / 85-89
Kohonnut verenpaine	>/= 140 / 90

*Taulukko 1

Arviointi:

Tarkastellaan mahdolliset riskitekijät kuten ylipaino, liiallinen alkoholin käyttö ja vähäinen liikunta. Myös ikä ja perinnölliset tekijät vaikuttavat verenpaineen nousuun. *4

Seuranta:

Verenpaine on hyvä ottaa aamuisin sekä iltaisin.

Ennen mittausta tulee välttää tupakointia, kofeiinipitoisten juomien nauttimista ja fyysistä ponnistelua. *4

Verenpaine mitataan käsivarresta, kun potilas istuu.

Ensimmäisellä kerralla verenpaine mitataan molemmista käsistä, jotta voidaan huomata mahdolliset puolierot. *2

Jos verenpaine on kohonnut, yli 140/90 mmHg on hyvä kuunnella sydän,- ja keuhkoäänet, tarkkailla turvotuksia sekä mitata vyötärönympäryys ja BMI.*5

Seurantaan kuuluu potilaan elintapojen kartoittaminen, kuten:

- ruokailutottumukset,
- pituus ja paino,
- liikuntatottumukset,
- alkoholin käyttö, voidaan käyttää Audit-tutkimusta,
- huumeiden käyttö,
- lakritsituotteet,
- tupakointi sekä
- arjen kuormittavat tekijät. *16

Jos verenpainetta ei saada laskemaan elämäntapojen muutoksella, aloitetaan lääkehoito. *4



* Kuva 2

Verenpaineen laskun tavoitteena on saada systolinen verenpaine alle 140 mmHg ja diastolinen verenpaine alle 90 mmHg. *4

Seurannassa tulee huomioida lääkehoidon toteutuminen. *35

Ylipaino

Ylipaino voidaan määrittellä painoindeksin ja vyötärönympäryksen mukaan. Painoindeksissä otetaan huomioon henkilön pituus ja paino. Kun painoindeksi on yli 30 voidaan puhua lihavuudesta. *6

Kun painoindeksi on 30, liikapainoa on pituudesta riippuen noin 13-16 kiloa. Jos painoindeksi on 40, ylipainoa on silloin 38-49 kiloa. *36

BMI –taulukko

18,5-24,9	Normaali paino
25-30	Lievä ylipaino
30-35	Vaikea ylipaino
35-40	Merkittävä ylipaino
40-->	Sairaalloinen ylipaino

*Taulukko 2

Arviointi:

Otetaan potilaalta paino, mitataan vyötärönympäryys ja lasketaan BMI. *6

Seuranta:

Painonnousua tulee tarkkailla lääkityksen aloittamisen jälkeen. *2 Lääkkeitä mitkä altistavat lihomiselle ovat:

- mirtatsapiini,
- paroksetiini,
- amitriptyliini,
- olantsapiini,
- sertindoli,
- ketiapiini,
- klotsapiini,
- paliperidoni,
- risperidoni,
- karbamatsepiini ja
- valproiinihappo. *17

Masennus- tai psykoosilääkityksen aloituksen jälkeen potilaan painoa tulisi seurata noin neljän viikon välein ainakin kahden kuukauden ajan.

Ylipainon seurannassa on tärkeää kiinnittää huomiota potilaan ruokailu – ja liikuntatottumuksiin. *2

Potilasta tulee kehottaa tarkkailemaan omaa painoaan säännöllisesti, ainakin viikon välein.

Ylipainon hoidon aloituksessa tärkeää on motivoiva keskustelu sekä neuvonta ja ohjaus kohti terveellisiä elämäntapoja. *8



* Kuva 3

Diabetes



*Kuva 4

Diabetes tarkoittaa erilaisia aineenvaihduntasairauksia. Sairauksissa on kyse haiman häiriöstä, jolloin insuliinin tuotanto häiriintyy ja pitkäaikainen veren glukoosipitoisuus nousee. *9

Arviointi:

Verensokeri voidaan ottaa aamulla ennen aamiaista, jolloin sen tulisi olla alle 7 mmol/l tai kaksi tuntia ruokailun jälkeen, jolloin sen tulisi olla alle 11 mmol/l. *21

Tyypin 1 diabeteksen seuranta:

Tärkeää on, että potilas kirjaa sovitun väliajoin ylös oman liikunnan, hiilihydraattimäärät sekä insuliiniannokset. *18

Diabeetikon haavojen parantumiseen tulee kiinnittää huomiota. *29

Omaseurantaan kuuluu:

- painon tarkkailu,
- verenpaineen ja verensokerin mittaaminen,
- jalkojen kunnon tarkastaminen sekä
- suun ja pistopaikkojen seuranta. *19

Tyypin 2 diabeteksen seuranta:

- sokeritasapaino,
- verenpaine,
- jalkojen kunto,
- paino ja pituus,
- EKG vuoden välein sekä
- silmänpohjankuvaus 1-3 vuoden välein. *20

- Diabeetikon haavojen parantumiseen tulee kiinnittää huomiota.*29

Matala verensokeri

Verensokerin ollessa alle 4 mmol/l puhutaan hypoglykemiasta. Matalan verensokerin oireet:

- hikoilu,
- sydämentykytys,
- käsien vapina ja
- ärtyneisyys.

Pikahoitona hiilihydraattia.

Uusien hypoglykemia-kohtausten välttämiseksi on tarkistettava potilaan lääkitys ja insuliinin pistotekniikka. *22

Korkea verensokeri

Verensokerin noustessa korkealle puhutaan hyperglykemiasta. Kohonnut verensokeri voi olla potilaalle hengenvaarallinen.*24 Korkean verensokerin oireet:

- väsymys,
- voimattomuus,
- masennus,
- tahaton laihtuminen ja
- tihentynyt virtsaamisen tarve. *20

Hyperglykemian tehokkain hoito on insuliini, tavallisesti perusinsuliini, mutta voidaan lisätä myös ateriainsuliinin määrää, jos perusinsuliini ei itsessään riitä. *24

Hengenahdistus

Hengenahdistuksen taustalla voi olla krooninen tai hiljalleen kehittyvä sairaus, mutta sen taustalla voi olla myös ihmisen subjektiivinen kokemus siitä, että on vaikea hengittää. *10

Somaattisesti terveen ihmisen kohtauksittaisten hengenahdistuksen syynä voi olla psyykinen ahdistuneisuus*25

Arviointi:

Lasketaan hengitystaajuus, joka on normaalisti 12-24x/min. *10

Happisaturaatio, joka on normaalisti $\geq 96\%$ ja selvästi poikkeava lukema on $\leq 92\%$. Kroonista keuhkosairautta sairastavilla happisaturaatio voi olla $\leq 90-88\%$. *25

Hengitysäänien kuuntelu, onko niissä jotain poikkeavaa kuten vinkunaa tai rohinaa.

Ihon väristä voi saada viitteitä potilaan voinnista.

Turvotukset kehossa, kuten nilkoissa voi viitata esimerkiksi sydämen vajaatoimintaan.

Kartoitetaan:

- muut sairaudet,
- päihteiden käyttö sekä
- käytetyt lääkkeet. *10

Seuranta:

Seurataan hengenahdistuksen esiintymistä; esiintyykö se levossa, liikkeessä, makuuasennossa tai istuen.

Tajunnan seuranta, onko tajunta normaali vai esiintyykö levottomuutta tai sekavuutta.

Selvitetään mitkä asiat pahentavat/ aiheuttavat hengenahdistusta. *10

Raikas, viileä huoneilma voi helpottaa hengenahdistusta ja myös hengitystä helpottava asento on tärkeä. Puoli-istuva tai etukumara asento on paras hapettumisen kannalta.

Jos potilaalla on itsellään keuhkoputkia avaava lääkitys ja hänellä esiintyy hengenahdistusta, tulisi hänen ottaa lääkettä.*10

Astma

Astma on pitkittynyt keuhkoputken tulehdus. Oireita on:

- limakalvotulehduksen aiheuttama yskä,
- limannousu,
- sisään- ja uloshengityksen vinkuminen,
- ahdistuksen tunne, *26
- väsymys,
- puristava tunne rinnassa,
- rasituksen sietokyvyn heikentyminen ja
- toistuvat hengitystietulehdukset.*23

Arviointi:

Hengityksen tarkkailu:

- Vinkuuko hengitys?
- yskä
- hengenahdistus
- limaisuus
- Pystyykö potilas puhumaan normaalisti? *27

Seuranta:

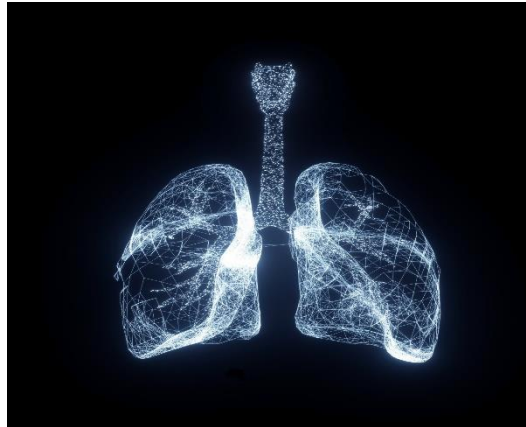
Tarkkaillaan lääkennottotekniikkaa. *27

Useimmiten seurannassa ja diagnostiikassa käytetään PEF-seurantaa ja spirometriaa. *23

Selvitetään mikä on laukaissut kohtauksen. *27

Keuhkohtaumatauti

COPD (Chronic Obstructive Pulmonary Disease) eli keuhkohtaumatauti on krooninen keuhkosairaus. Tyypillistä keuhkohtaumataudille on jatkuvat hengitysoireet, krooninen tulehdus ja etenevä ilmasteiden ahtaus. *11



*Kuva 5

Arviointi:

Oireiden kartoitus

- Onko hengenahdistusta levossa tai rasituksessa?
- Väsymystä?
- Pahenemisvaiheita? *11
- CAT-testi (COPD Assesment test)
- Pyritään happisaturaatioon 88-92% *28

Seuranta:

- yskösten määrä ja laatu,
- hengenahdistus,
- tupakoinnin määrä,
- paino,
- mahdolliset sydänoireet,
- unen laatu ja määrä sekä *12
- riittävä ravinnon saanti.*28

Uniapnea

Uniapnea on sairaus, joka aiheuttaa ylähengitysteissä ahtaumia. Ahtaus aiheuttaa toistuvia hengityskatkoksia unen aikana. Moni voi sairastaa uniapneaa tietämättään. *23

Arviointi:

Voidaan kartoittaa onko päiväväsymystä, epänormaalia nukahtelua tai aamupäänsärkyä.

Ylipainoiselta tulisi mitata vyötärönympäryys ja verenpaine.

Todennäköisyyden arviointiin voidaan käyttää STOP-bang- kyselyä. *13

Seuranta:

- paino,
- vireystila ja
- unen määrä. *14

Elämänlaadun parantaminen on tärkeässä roolissa uniapnean hoidossa. Kohentamalla mielialaa, vireystilaa ja parantamalla unenlaatua, myös elämänlaatu paranee. *14

MUUTA HUOMIOITAVAA

Kaksisuuntaista mielialahäiriötä sairastavien yleisimmät somaattiset oheissairaudet:

- 2 tyypin diabetes,
- hengityselinsairaudet sekä
- verenkiertoelinten sairaudet. *31

Psykoosisairauksia sairastavilla on somaattisia sairauksia muuta väestöä enemmän. *3

- Kuten 2-4 kertaa suurempi riski sairastua 2 tyypin diabetekseen. *32

Skitsofreniapotilailla esiintyy runsaasti somaattisia sairauksia, kuten:

- sydän ja verisuonisairauksia,
- tyypin 2 diabetesta,
- metabolista oireyhtymää,
- luuston heikkoutta,
- keuhkosairauksia sekä
- suun sairauksia. *33
- Lisäksi esiintyy enemmän keuhko- ja rintasyöpää, minkä takia terveyden seuranta tulee tehdä säännöllisesti, esimerkiksi mammografiatutkimuksia. *2

Psykiatristen oireiden taustalla voi olla jokin fyysinen aiheuttaja kuten delirium, myrkytykset, päihtymystila, infektiot, lääkkeiden haittavaikutukset, metaboliset poikkeavuudet, keskushermoston sairaudet, vakavat maksa- ja munuaissairaudet, sydän- ja verenkiertojärjestelmän häiriöt ja kasvaimet, jotka voivat aiheuttaa psyykkisiä oireita. *30

Elintavat vaikuttavat lääkkeiden hajoamiseen.

- Tupakointi nopeuttaa joidenkin lääkkeiden, esimerkiksi klotsapiinin metaboliaa ja anosta voidaan joutua nostamaan tupakoinnin vuoksi. *3

Lähteet:

*26 Astma. 2012. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Riikola, T. ja Käypä hoito - työryhmä Astma. Helsinki: Suomalainen lääkärisseura Duodecim.2020. Viitattu 8.03.2021. Saatavilla internetissä: www.kaypahoito.fi

<https://www.kaypahoito.fi/khp00003>

*13 Bachour, A. 2021. Uniapnea aikuisilla. Lääkärin tietokannat. Kustannus Oy Duodecim. Viitattu 08.03.2021.

<https://www.terveysportti.fi/apps/dtk/ltk/article/ykt00191>

*1 Huttunen, M. 2017c. Somaattiset sairaudet psyykkisesti sairaalla. Terveyskirjasto Duodecim. Viitattu 04.03.2021.

https://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=lam00007

*34 Huttunen, M. 2017d. Psykoosien hoidossa käytettävät lääkkeet. Terveyskirjasto Duodecim. Viitattu 04.03.2021

https://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=lam00028

*28 Helin, T. 2015. Keuhkoahtaumatauti.(COPD). Aikakausikirja Duodecim. 131(15):1383-8. Viitattu 15.03.2022

<https://www.duodecimlehti.fi/duo12367>

*18 Ilanne-Parikka, P. 2021. Tyypin 1 diabetes: hoito. Lääkärin tietokannat. Kustannus Oy Duodecim. Viitattu 17.08.2021.

<https://www.terveysportti.fi/apps/dtk/ltk/article/ykt00557>

*9 Ilanne- Parikka, P. 2018. Diabetes ("sokeritauti"). Lääkärikirja Duodecim. Viitattu 08.03.2021.

https://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00011#s3

*19 Jylhä, A. & Salonen, K. 2017. Diabeteksen hoidon tavoitteet ja seuranta. Sairaanhoitajan tietokannat. Kustannus Oy Duodecim. Viitattu 17.08.2021.

<https://www.terveysportti.fi/apps/dtk/shk/article/shk02320/search/tyypin%201%20diabeteksen%20seuranta>

*31 Kaksisuuntainen mielialahäiriö. 2021. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin, Suomen Psykiatriyhdistys ry:n ja Suomen Nuorisopsykiatrisen yhdistyksen asettama työryhmä. Helsinki:

Suomalainen Lääkäriseura Duodecim. 2021. Viitattu 06.03.2021. Saatavilla internetissä: www.kaypahoito.fi

<https://www.kaypahoito.fi/hoi50076>

*29 Karppinen, S-M., Heljasvaara, R., Pihlajaniemi, T., Lagus, H. & Järveläinen, H. 2020. Haavan paraneminen –diabetes sekä muut esteet ja hidasteet. Aikakausikirja Duodecim.136(15):1717-25. Viitattu 15.03.2022.

<https://www.duodecimlehti.fi/duo15706>

*23 Kauppi, P. & Kainu, A. 2015 Astma, krooninen obstruktiivinen keuhkosairaus ja hengitysvaje. Duodecim oppiportti 2021. Viitattu 08.03.2021.

https://www.oppiportti.fi/op/fys00024/do?p_haku=hengityselinsairaudet#q=hengityselinsairaudet

*11 Keuhkohtaumatauti. 2020. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Keuhkolääkäriyhdistys ry:n asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim, 2020. 08.03.2021. Saatavilla internetissä: www.kaypahoito.fi

<https://www.kaypahoito.fi/hoi06040>

*4 Kohonnut verenpaine. 2020 Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Verenpaineyhdistys ry:n asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim. 2020. Viitattu 01.03.2021. Saatavilla internetissä: www.kaypahoito.fi

<https://www.kaypahoito.fi/hoi04010#s13>

*22 Koivikko, M. 2016. Diabeetikon hypoglykemia. Lääkärin tietokannat. Kustannus Oy Duodecim. Viitattu 29.03.2021.

<https://www.terveysportti.fi/apps/ltk/article/ykt00553/search/hypoglykemia>

*2 Koponen, H. & Lappalainen, J. 2015. Mielenterveyspotilaan somaattinen terveys. Aikakausikirja Duodecim. 131(6):577-82. Viitattu 01.03.2021.

<https://www.duodecimlehti.fi/duo12166>

*32 Koponen, H. 2019. Psykoosit ja diabetes. Oppiportti. Duodecim. 2021. Viitattu 17.08.2021.

<https://www.oppiportti.fi/op/dbs01906/do>

*27 Laakso, M. 2017. Astmapotilaan hoito osastolla. Sairaanhoidajan tietokannat. Kustannus Oy Duodecim. Viitattu 15.03.2022.

<https://www.terveysportti.fi/apps/dtk/shk/article/shk00622/search/astma>

*17 Lihavuus (lapset, nuoret ja aikuiset). 2021. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin, Suomen Lihavuustutkijat ry:n ja Suomen Lastenlääkäriyhdistys ry:n asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim, 2021. Viitattu 14.03.2022. Saatavilla internetissä: www.kaypahoito.fi

<https://www.terveysportti.fi/apps/dtk/ltk/article/hoi50124/search/l%C3%A4%C3%A4kkeet%20painonnousu>

*30 Lönnqvist, J. 2019. Psykiatria. Potilaan tutkiminen. Oppiportti Duodecim 2021. Viitattu 08.03.2021.

<https://www.oppiportti.fi/op/pkr00200/do>

*24 Matikainen, N., Gordin, D. & Laine, M. 2018. Kohti tyypin 2 diabeetikon yksilöllistä hyperglykemian hoitoa. Duodecim vol. 134 no. 22 s. 2263-2270. Viitattu 29.03.2021.

<https://www.terveysportti-fi.nelli.laurea.fi/xmedia/duo/duo14620.pdf>

*10 Matilainen, E. 2020. Hengenahdistus. Sairaanhoidajan käsikirja. Kustannus Oy Duodecim. Viitattu 08.03.2021.

<https://www.terveysportti.fi/dtk/shk/koti>

*12 Matilainen, E. 2021. Keuhkohtaumataudin hoito. Sairaanhoidajan tietokannat. Kustannus Oy Duodecim. Viitattu 17.08.2021.

<https://www.terveysportti.fi/apps/dtk/shk/article/shk00641/search/keuhkohtaumatauti>

*16 Muhonen, R. 2021. Kohonneen verenpaineen tarkkailu ja tutkimukset. Sairaanhoidajan tietokannat. Kustannus Oy Duodecim. Viitattu 14.03.2022.

<https://www.terveysportti.fi/apps/dtk/shk/article/shk00425/search/kohonnut%20verenpaine>

*36 Mustajoki, P. 2020. Painoindeksi. Lääkärikirja Duodecim. Kustannus Oy Duodecim. Viitattu 1.4.2022.

<https://www.terveyskirjasto.fi/dlk01001>

*25 Nieminen, E-M. 2021. Keuhkosairaudet. Hengenahdistus. Oppiportti Duodecim 2022. Viitattu 10.3.2022.

https://www.oppiportti.fi/op/kes00051/do?p_haku=hengenahdistus#g=hengenahdistus

*5 Nikkilä, M. 2020b. Kohonneen verenpaineen tutkiminen ja hoidon aloitus. Lääkäriin käsikirja. Viitattu 07.03.2021.

<https://www.terveysportti.fi/apps/ltk/article/ykt00096/search/kohonnut%20verenpaine>

*6 Pietiläinen, K. 2018. Lihavan potilaan arviointi. Lääkäriin käsikirja. Viitattu 07.03.2021.

<https://www.terveysportti.fi/apps/ltk/article/ykt00572/search/obesiteetti>

*8 Pietiläinen, K. 2021. Lihavuuden konservatiivinen (ei kirurginen) hoito. Lääkäriin tietokannat.

<https://www.terveysportti.fi/apps/dtk/ltk/article/ykt00573>

*35 Poikonen, N. 2020. Verenpainepotilaan hoito ja seuranta. Sairaanhoitajan tietokannat. Viitattu 08.03.2021. <https://www.terveysportti.fi/apps/dtk/shk/article/voh00065/search/poikonen>

*14 Saaresranta, T. & Polo, O. 2014. Unenaikaisen hengityshäiriön hoito. Oppiportti. Duodecim. Viitattu. 17.08.2021.

https://www.oppiportti.fi/op/kes00247/do?p_haku=uniapnea#q=uniapnea

*33 Skitsofrenia. 2020. Suomalaisen Lääkäriseura Duodecimin ja Suomen Psykiatriyhdistys ry:n asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim. Viitattu 05.03.2021. Saatavilla internetissä: www.kaypahoito.fi

<https://www.kaypahoito.fi/hoi35050>

*15 Suvisaari J., Eskelinen, S., Keinänen, J., Ahlgren-Rimpiläinen A. & Viertiö, S. 2019. Vakavaan mielenterveysongelmiin sairastuneiden fyysisten terveysongelmien riskitekijät. Tutkimuksesta tiiviisti 42/2019. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, Helsinki. Viitattu 23.02.2021.

https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/138707/URN_ISBN_978-952-343-404-2.pdf?sequence=1&isAllowed=y

*3 Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. 2019. Psykoosit. Viitattu 21.02.2021.

<https://thl.fi/fi/web/mielenterveys/mielenterveyshairiot/psykoosit>

*20 Yki-Järvinen. 2020. Tyypin 2 diabeteksen hoito ja seuranta. Lääkärin tietokannat. Viitattu 18.03.2021.

<https://www.terveysportti.fi/apps/ltk/article/ykt00561/search/diabetes>

*21 Yki-Järvinen, H. & Tuomi, T. 2019. Diabeteksen määritelmä, erotusdiagnosi ja luokitus. Lääkärin tietokannat. Viitattu 08.03.2021.

<https://www.terveysportti.fi/apps/ltk/article/ykt00552/search/diabetes>

*Taulukko 1: Kohonnut verenpaine. 2020 Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Verenpaineyhdistys ry:n asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim. 2020. Viitattu 01.03.2021. Saatavilla internetissä: www.kaypahoito.fi

<https://www.kaypahoito.fi/hoi04010#s13>

*Taulukko 2: Mustajoki, P. 2020. Painoindeksi (BMI). Lääkärikirja duodecim. Viitattu 04.05.2022. <https://www.terveyskirjasto.fi/dlk01001>

*Kuva 1: Word-kuvapankki

*Kuva 2: Word-kuvapankki

*Kuva 3: Word-kuvapankki

*Kuva 4: PhotoMIX Company, Pexel

<https://www.pexels.com/photo/person-holding-black-tube-1001897/>

*Kuva5: Word-kuvapankki

GUIDE OM PATIENTENS SOMATISKA HÄLSANS UTVÄRDERING OCH UPPFÖLJNING PÅ EN PSYKIATRISK ÖPPENVÅRDS AVDELNING



*Bild 1

Syftet med guiden är att öka kunskap om de vanligaste somatiska sjukdomarna och deras symtom hos en psykiatrisk patient. Målet är också att ge verktyg för bedömning och uppföljning av dessa sjukdomar.

Personer med svåra psykiska störningar har ofta somatiska alltså organrelaterade sjukdomar som är dåligt vårdade. *1 Patientens brist på motion, ohälsosam kost, tobaksrökning, alkohol-användning och medicinering är riskfaktorer för somatiska sjukdomar. De vanligaste somatiska sjukdomarna hos psykiatriska patienter är kardiometabola störningar, övervikt, lungobstruktion och cancer. *2

Inom den psykiatriska vården blir identifiering av symtom och behandling av somatiska sjukdomar ofta begränsad på grund av bristande kunskap om identifieringen. Patienternas kognitiva svårigheter påverkar patientens förmåga att identifiera och uttrycka sina egna symtom. *3

De psykiskt sjukas fysiska välbefinnande bör övervakas regelbundet. Psykiatriska patienter har ofta somatiska sjukdomar som inte behandlas adekvat. Fysiska problem anses ofta vara biverkningar av mediciner och därför blir inte tillräckligt undersökta. För att behandlingen av allvarliga somatiska sjukdomar skall lyckas, kräver det att sjukdomen identifieras tidigt. *1, 15

En somatisk undersökning utförs på alla psykiatriska patienter. Där kartläggs patientens fysiska hälsa och då utförs grundläggande undersökningar. I undersökningarna mäter man blodtrycket, hjärtfrekvens, kroppsamasseindex, kroppstemperatur, andningsfrekvens och näringsstatus. Syftet med undersökningarna skall vara att ge en heltäckande bild av patientens somatiska hälsa.

Fysiska symtom bör bemötas och åtgärdas på ett lämpligt sätt och inte stämpla dem som en psykiatrisk störning, utan ordentliga undersökningar. *30

Högt blodtryck

Blodtrycket är förhöjt när systoliska blodtrycket är över 140mmHg och diastoliska blodtrycket är över 90mmHg. *4

Optimal	< 120 / 80
Normal	< 120-129 / 80-84
Nöjaktig	< 130-139 / 85-89
Högt blodtryck	>/= 140 / 90

*Tabell 1

Utvärdering:

Observering av riskfaktorer så som övervikt, riklig alkoholanvändning och brist på motion. Åldern och ärftliga faktorer påverkar högt blodtryck. *4

Uppföljning:

Blodtrycket är bra att mäta på morgonen och på kvällen.

Före mätningen borde man undvika tobaksrökning, drycker med koffein och fysisk aktivitet. *4

Blodtrycket mäts när patienten sitter, i hans arm.

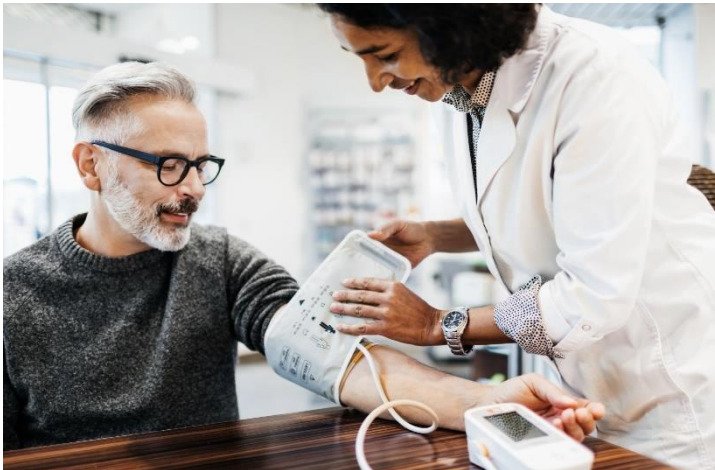
När man första gången mäter blodtrycket hos patienten skall man mäta den i båda armarna för att kunna se den eventuella variationen mellan sidorna. *2

Om blodtrycket är högt alltså över 140/90mmHg, är det bra att lyssna på hjärt- och lungljud. Det är också viktigt att övervaka svullnader och mäta midjemått och BMI. *5

Till uppföljningen hör också att kartlägga patientens levnadsvanor, som till exempel:

- matvanor,
- vikt och längd,
- motionsvanor,
- alkoholkonsumtion, Audit-frågeformulär kan användas,
- droganvändning,
- produkter som innehåller lakrits,
- tobaksrökning och
- faktorer som betungar vardagen. *16

Om förhöjt blodtryck inte sänks tillräckligt med förändringar i levnadsvanorna, påbörjas mediciner. *4



*Bild2

Rekommenderade livsstilsförändringar enligt Käypä hoito för förebyggande av högt blodtryck.

Målet med att sänka blodtrycket är att ha ett systoliskt blodtryck under 140mmHg och diastoliska blodtrycket under 90mmHg. *4

Förverkligandet av läkemedelsbehandling hör till uppföljning. *35

Övervikt

Övervikt kan definieras med hjälp av kroppsmasseindex och midjemått. I kroppsmasseindex skall patientens vikt och längd tas i beaktande. Om kroppsmasseindex är över 30 kan man tala om fetma. *6

När kroppsmasseindex är 30, är övervikten oberoende på längden ungefär 13-16 kilogram. Om kroppsmasseindex är 40, är övervikten då 38-49 kilogram. *36

BMI-tabell

18,5-24,9	Normal vikt
25-30	Lindrig övervikt
30-35	Svår övervikt
35-40	Betydande övervikt
40-->	Sjuklig övervikt

*Tabell 2

Utvärdering:

Patientens vikt och midjemått skall mätas och BMI räknas. *6

Uppföljning:

Efter att ha påbörjat någon medicinering skall man följa patientens möjliga viktökning. *2 Mediciner som exponerar till viktökning är:

- mirtazapin,
- paroxetin,
- amitriptylin,
- olantzapin,
- sertindol,
- quetiapin,
- klozapin,
- paliperidon,
- risperidon,
- karbamatzepin och
- valproinsyra. *17

Efter att medicinering mot depression eller psykos har påbörjats bör patientens vikt övervakas ungefär var fjärde vecka i minst två månaders tid.

Vid uppföljning av övervikten är det viktigt att vara uppmärksam på patientens mat- och motionsvanor. *2

Patienten bör instrueras att kontrollera sin egen vikt regelbundet, åtminstone varje vecka.

Motiverande diskussion, rådgivning och vägledning för en hälsosam livsstil är viktiga i påbörjandet av överviktsbehandling. *8



*Bild3

Diabetes



*Bild 4

Diabetes innebär olika metabola sjukdomar. Sjukdomen är en störning i bukspottkörteln, där insulinproduktionen störs och blodsockernivåer stiger på lång sikt. *9

Utvärdering:

Blodsockret kan mätas på morgonen före frukost, Då skall det vara mindre än 7mmol/l. Det kan också mätas två timmar efter måltid och då skall det vara mindre än 11 mmol/l. *21

Typ 1 diabetes uppföljning:

Det är viktigt att patienten dokumenterar sin motion, intagna kolhydratmängd och insulindos, med överränskomna mellanrum. *18

Hos en diabetiker skall man hålla uppmärksamhet vid läkning av sår. *29

Till egen uppföljning hör:

- övervakning av vikt,
- mätning av blodsocker och blodtryck,
- granska fötternas och injektoinsställernas skick,
- granskning och uppföljning av munhygien. *19

Typ 2 diabetes uppföljning:

- sockerbalans,
- blodtryck,
- fötternas sick,
- vikt och längd,
- EKG med ett års mellanrum och
- ögonbottenfotografering 1-3 års mellanrum. *20
- Uppmärksamhet vid läkning av sår. *29

Lågt blodsocker

När blodsockret är under 4 mmol/l talar man om hypoglykemi. Symtom vid lågt blodsocker:

- svettning,
- hjärtklappningar,
- skakning i händer och

- irritation.

Snabb korrigerig med kolhydrater.

För att undvika återkommande hypoglykemiska episoder bör patientens medicinering och insulininjektionstekniken kollas upp. *22

Högt blodsocker

När blodsockret stiger högt talas det om hyperglykemi. Förhöjt blodsocker kan vara livshotande för patienten. *24 Symtom på högt blodsocker:

- trötthet,
- svaghet,
- depression,
- oavsiktlig magring och
- ökad urineringsbehov. *20

Den mest effektiva behandlingen för hyperglykemi är insulin, vanligtvis basinsulin, men mängden måltidsinsulin kan ökas om enbart basinsulinen inte är tillräcklig. *24

Andnöd

Andnöd kan orsakas av en kronisk eller långsamt utvecklande sjukdom, men det kan också orsakas av en persons subjektiva upplevelse av att det är svårt att andas. *10

Om en person är somatisk frisk men lider av andnödsattacker kan orsaken vara av mental ångest. *25

Utvärdering:

Beräkna andningsfrekvensen, som normalt är 12-24x/min. *10

Syremättnaden är normalt $\geq 96\%$ och en markant onormal avläsning är $\leq 92\%$. Hos patienter med kronisk lungsjukdom kan syremättnaden vara $\leq 90-88\%$. *25

Lyssna på andningsljuden. Se till att andningsljuden inte låter ovanliga.

Granska färgen på huden. Hudfärgen kan hänvisa något om patientens mående.

Svullnader i kroppen, så som i vristerna kan till exempel vara symtom av hjärtsvikt.

Kartläggning:

- andra sjukdomar,
- användning av berusningsmedel och
- mediciner som används. *10

Uppföljning:

Följ med när andnöden uppkommer; i vila, under motionering, liggandes eller sittandes.

Följ med patientens medvetandet, är medvetandet normalt eller förekommer det rastlöshet eller virrighet.

Försök undersöka vilka faktorer som lättar och förvärrar andnöden. *10

Frisk, sval rumsluft kan lindra andnöd och en position som gör andningen lättare är också viktig. Halvsittande eller framåtlutande position är bäst för att få luft.

Om patienten själv har medicin som öppnar luftvägar och hen har andnöd, skall hen ta medicin. *10

Astma

Astma är en långvarig inflammation i bronkerna. Symtomen är:

- hosta som är orsakad av inflammation i slemhinnan,
- slem som stiger,
- väsande och pipande andning,
- känsla av ångest, *26
- trötthet,
- klämmande känsla i bröstet,
- försämrad stresstolerans och
- återkommande luftvägsinfektioner. * 23

Utvärdering:

Övervakning av andningen:

- Pipande andningsljud?
- hosta
- andnöd
- slemmighet
- Kan patienten prata normalt? *27

Uppföljning:

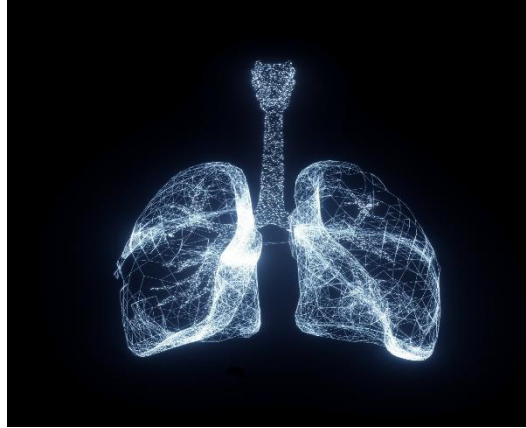
Observera medicinintagningsteknik. *27

I diagnostiken och uppföljningen används ofta spirometri och PEF- uppföljning.*23

Kartläggning om vad som möjligtvis orsakat attacken. *27

Kronisk obstruktiv lungsjukdom

KOL- kroniskt obstruktiv lungsjukdom. Är en kronisk lungsjukdom. Typiska symtom är svårigheter med andningen (andnöd), infektioner i luftvägarna och progressiv luftvägsobstruktion. *11



*Bild 5

Utvärdering:

Kartläggning av symtom:

- Andnöd vid vila eller motion?
- Trötthet?
- Försämringsperioder? *11
- CAT-test (COPD Assessment test)
- Föröker hålla syresaturationen på 88-92%. *28

Uppföljning:

- kvalitet och antaö hostningar,
- andnöd,
- mängd rökning,
- vikt,
- möjliga hjärtsymtom,
- kvalitet och kvantitet av sömn samt *12
- tillräcklig matintag. *28

Sömnapné

Sömnapné är en sjukdom som orsakar förträngningar i de övre luftvägarna. Trängsel orsakar upprepad andnöd under sömnen. Många kan drabbas av sömnapné utan att vara medvetna om det.*23

Utvärdering:

Kan kartläggas om det uppkommer trötthet under dagen, morgonhuvudvärk eller onormal trötthet på morgonen under en längre tidsperiod.

Av en patient som är överviktig borde man mäta blodtryck och ta midjemått.

STOP bang- enkäten kan användas för att bedöma sannolikheten. *13

Uppföljning:

- vikt,
- vaksamhet och
- kvantitet på sömnen. *14

För att kunna förbättra livskvaliteten är det viktigt att behandla sömnapné. Humöret förbättras, sömnkvaliteten och vaksamheten förbättras och påverkar också livskvaliteten. *14

Annat att observera

De vanligaste somatiska komorbiditeterna hos patienter med bipolär sjukdom är:

- diabetes typ 2,
- luftvägssjukdomar och
- sjukdomar i cirkulationssystemet. *31

Personer med psykotiska störningar har fler somatiska sjukdomar än resten av befolkningen. *3

Såsom risken att insjukna i typ 2 diabetes är 2-4 gånger större. *32

Hos patienter med schizofreni finns det en högre förekomst av somatiska sjukdomar såsom:

- hjärt- och kärlsjukdomar,
- diabetes typ 2,
- metabol syndrom,
- benstomme svaghet,
- lungsjukdomar och
- oralsjukdomar. *33
- Dessutom finns det mer lung- och bröstcancer, därför bör hälsogranskningar göras regelbundet, som till exempel mammografi. *2

Psykiatriska symtom kan orsakas av en fysisk orsak som delirium, förgiftning, infektioner, biverkningar av läkemedel, metabola avvikelser, sjukdomar i centrala nervsystemet, allvarliga lever- och njursjukdomar, hjärt- och kärlsjukdomar och tumörer som kan orsaka psykiska symtom. *30

Levnadsvanorna påverkar nedbrytningen av mediciner.

- Tobaksrökningen påskyndar metabolismen av vissa läkemedel, som till exempel klozapin och dosen kan behöva ökas på grund av rökningen. *34

Lähteet:

*26 Astma. 2012. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Riikola, T. ja Käypä hoito - työryhmä Astma. Helsinki: Suomalainen lääkärisseura Duodecim.2020. Viitattu 8.03.2021. Saatavilla internetissä: www.kaypahoito.fi

<https://www.kaypahoito.fi/khp00003>

*13 Bachour, A. 2021. Uniapnea aikuisilla. Lääkärin tietokannat. Kustannus Oy Duodecim. Viitattu 08.03.2021.

<https://www.terveysportti.fi/apps/dtk/ltk/article/ykt00191>

*1 Huttunen, M. 2017c. Somaattiset sairaudet psyykkisesti sairaalla. Terveyskirjasto Duodecim. Viitattu 04.03.2021.

https://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=lam00007

*34 Huttunen, M. 2017d. Psykoosien hoidossa käytettävät lääkkeet. Terveyskirjasto Duodecim. Viitattu 04.03.2021

https://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=lam00028

*28 Helin, T. 2015. Keuhkohtaumatauti.(COPD). Aikakausikirja Duodecim. 131(15):1383-8. Viitattu 15.03.2022 <https://www.duodecimlehti.fi/duo12367>

*18 Ilanne-Parikka, P. 2021. Tyypin 1 diabetes: hoito. Lääkärin tietokannat. Kustannus Oy Duodecim. Viitattu 17.08.2021.

<https://www.terveysportti.fi/apps/dtk/ltk/article/ykt00557>

*9 Ilanne- Parikka, P. 2018. Diabetes ("sokeritauti"). Lääkärikirja Duodecim. Viitattu 08.03.2021.

https://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00011#s3

*19 Jylhä, A. & Salonen, K. 2017. Diabeteksen hoidon tavoitteet ja seuranta. Sairaanhoitajan tietokannat. Kustannus Oy Duodecim. Viitattu 17.08.2021.

<https://www.terveysportti.fi/apps/dtk/shk/article/shk02320/search/tyypin%201%20diabeteksen%20seuranta>

*31 Kaksisuuntainen mielialahäiriö. 2021. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin, Suomen Psykiatriyhdistys ry:n ja Suomen Nuorisopsykiatrisen yhdistyksen asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim. 2021. Viitattu 06.03.2021. Saatavilla internetissä:

www.kaypahoito.fi

<https://www.kaypahoito.fi/hoi50076>

*29 Karppinen, S-M., Heljasvaara, R., Pihlajaniemi, T., Lagus, H. & Järveläinen, H. 2020. Haavan paraneminen –diabetes sekä muut esteet ja hidasteet. Aikakausikirja Duodecim.136(15):1717-25. Viitattu 15.03.2022.

<https://www.duodecimlehti.fi/duo15706>

*23 Kauppi, P. & Kainu, A. 2015 Astma, krooninen obstruktiivinen keuhkosairaus ja hengitysvaje. Duodecim oppiportti 2021. Viitattu 08.03.2021.

https://www.oppiportti.fi/op/fys00024/do?p_haku=hengityselinsairaudet#q=hengityselinsairaudet

*11 Keuhkohtaumatauti. 2020. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Keuhkolääkäriyhdistys ry:n asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim, 2020. 08.03.2021. Saatavilla internetissä: www.kaypahoito.fi

<https://www.kaypahoito.fi/hoi06040>

*4 Kohonnut verenpaine. 2020 Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Verenpaineyhdistys ry:n asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim, 2020. Viitattu 01.03.2021. Saatavilla internetissä: www.kaypahoito.fi

<https://www.kaypahoito.fi/hoi04010#s13>

*22 Koivikko, M. 2016. Diabeetikon hypoglykemia. Lääkärin tietokannat. Kustannus Oy Duodecim. Viitattu 29.03.2021.

<https://www.terveysportti.fi/apps/ltk/article/ykt00553/search/hypoglykemia>

*2 Koponen, H. & Lappalainen, J. 2015. Mielenterveyspotilaan somaattinen terveys. Aikakauskirja Duodecim. 131(6):577-82. Viitattu 01.03.2021.

<https://www.duodecimlehti.fi/duo12166>

*32 Koponen, H. 2019. Psykoosit ja diabetes. Oppiportti. Duodecim. 2021. Viitattu 17.08.2021.

<https://www.oppiportti.fi/op/dbs01906/do>

*27 Laakso, M. 2017. Astmapotilaan hoito osastolla. Sairaanhoidajan tietokannat. Kustannus Oy Duodecim. Viitattu 15.03.2022.

<https://www.terveysportti.fi/apps/dtk/shk/article/shk00622/search/astma>

*17 Lihavuus (lapset, nuoret ja aikuiset). 2021. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin, Suomen Lihavuustutkijat ry:n ja Suomen Lastenlääkäriyhdistys ry:n asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim, 2021. Viitattu 14.03.2022. Saatavilla internetissä: www.kaypahoito.fi

<https://www.terveysportti.fi/apps/dtk/ltk/article/hoi50124/search/l%C3%A4%C3%A4kkeet%20painonnousu>

*30 Lönnqvist, J. 2019. Psykiatria. Potilaan tutkiminen. Oppiportti Duodecim 2021. Viitattu 08.03.2021.

<https://www.oppiportti.fi/op/pkr00200/do>

*24 Matikainen, N., Gordin, D. & Laine, M. 2018. Kohti tyypin 2 diabeetikon yksilöllistä hyperglykemian hoitoa. Duodecim vol. 134 no. 22 s. 2263-2270. Viitattu 29.03.2021.

<https://www.terveysportti-fi.nelli.laurea.fi/xmedia/duo/duo14620.pdf>

*10 Matilainen, E. 2020. Hengenahdistus. Sairaanhoidajan käsikirja. Kustannus Oy Duodecim. Viitattu 08.03.2021.

<https://www.terveysportti.fi/dtk/shk/koti>

*12 Matilainen, E. 2021. Keuhkohtaumataudin hoito. Sairaanhoidajan tietokannat. Kustannus Oy Duodecim. Viitattu 17.08.2021.

<https://www.terveysportti.fi/apps/dtk/shk/article/shk00641/search/keuhkohtaumatauti>

*16 Muhonen, R. 2021. Kohonneen verenpaineen tarkkailu ja tutkimukset. Sairaanhoidajan tietokannat. Kustannut Oy Duodecim. Viitattu 14.03.2022.

<https://www.terveysportti.fi/apps/dtk/shk/article/shk00425/search/kohonnut%20verenpaine>

*25 Nieminen.E-M.2021. Keuhkosairaudet. Hengenahdistus. Oppiportti Duodecim 2022. Viitattu 10.3.2022.

https://www.oppiportti.fi/op/kes00051/do?p_haku=hengenahdistus#q=hengenahdistus

*5 Nikkilä. M. 2020b. Kohonneen verenpaineen tutkiminen ja hoidon aloitus. Lääkärin käsikirja. Viitattu 07.03.2021.

<https://www.terveysportti.fi/apps/ltk/article/ykt00096/search/kohonnut%20verenpaine>

*6 Pietiläinen, K. 2018. Lihavan potilaan arviointi. Lääkärin käsikirja. Viitattu 07.03.2021.

<https://www.terveysportti.fi/apps/ltk/article/ykt00572/search/obesiteetti>

*8 Pietiläinen, K. 2021. Lihavuuden konservatiivinen (ei kirurginen) hoito. Lääkärin tietokannat.

<https://www.terveysportti.fi/apps/dtk/ltk/article/ykt00573>

*35 Poikonen, N. 2020. Verenpainepotilaan hoito ja seuranta. Sairaanhoidajan tietokannat. Viitattu 08.03.2021.

<https://www.terveysportti.fi/apps/dtk/shk/article/voh00065/search/poikonen>

*14 Saaresranta, T. & Polo, O. 2014. Unenaikaisen hengityshäiriön hoito. Oppiportti. Duodecim. Viitattu. 17.08.2021.

https://www.oppiportti.fi/op/kes00247/do?p_haku=uniapnea#q=uniapnea

*33 Skitsofrenia. 2020. Suomalaisen Lääkäriseura Duodecimin ja Suomen Psykiatriyhdistys ry:n asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim. Viitattu 05.03.2021. Saatavilla internetissä: www.kaypahoito.fi

<https://www.kaypahoito.fi/hoi35050>

*15 Suvisaari J., Eskelinen, S., Keinänen, J., Ahlgren-Rimpiläinen A. & Viertiö, S. 2019. Vakavaan mielenterveysongelmiin sairastuneiden fyysisten terveysongelmien riskitekijät. Tutkimuksesta tiiviisti 42/2019. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, Helsinki. Viitattu 23.02.2021.

https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/138707/URN_ISBN_978-952-343-404-2.pdf?sequence=1&isAllowed=y

*3 Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. 2019. Psykoosit. Viitattu 21.02.2021.

<https://thl.fi/fi/web/mielenterveys/mielenterveyshairiot/psykoosit>

*20 Yki-Järvinen. 2020. Tyyppin 2 diabeteksen hoito ja seuranta. Lääkärin tietokannat. Viitattu 18.03.2021.

<https://www.terveysportti.fi/apps/ltk/article/ykt00561/search/diabetes>

*21 Yki-Järvinen, H. & Tuomi, T. 2019. Diabeteksen määritelmä, erotusdiagnosi ja luokitus. Lääkärin tietokannat. Viitattu 08.03.2021.

<https://www.terveysportti.fi/apps/ltk/article/ykt00552/search/diabetes>

*Tabell 1: Kohonnut verenpaine. 2020 Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Verenpaineyhdistys ry:n asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim. 2020. Viitattu 01.03.2021. Saatavilla internetissä: www.kaypahoito.fi

<https://www.kaypahoito.fi/hoi04010#s13>

*Tabell 2: Mustajoki, P. 2020. Painoindeksi (BMI). Lääkärikirja duodecim. Viitattu 04.05.2022.

<https://www.terveyskirjasto.fi/dlk01001>

*Bild 1: Word-kuvapankki

*Bild 2: Word-kuvapankki

*Bild 3: Word-kuvapankki

*Bild 4: PhotoMIX Company, Pexel

*Bild 3: Word-kuvapankki

*Bild 5: Word-kuvapankki

<https://www.pexels.com/photo/person-holding-black-tube-1001897/>

