

**Oravainen Outi ja Pasanen Kati**

**ASIAKKAAN SOMAATTISEN TERVEYDEN ARVIOINTI JA  
SEURANTA PSYKIATRISISSA AVOHOIDOSSA**

– sairaanhoitajan näkökulma

**Opinnäytetyö  
CENTRIA AMMATTIKORKEAKOULU  
Hoitotyön koulutusohjelma  
Lokakuu 2014**

## TIIVISTELMÄ

<b>Yksikkö</b> Kokkola-Pietarsaaren yksikkö	<b>Aika</b> Lokakuu 2014	<b>Tekijä/tekijät</b> Oravainen Outi ja Pasanen Kati
<b>Koulutusohjelma</b> Hoitotyön koulutusohjelma		
<b>Työn nimi</b> ASIAKKAAN SOMAATTISEN TERVEYDEN ARVIOINTI JA SEURANTA PSYKIATRISSESSA AVOHOIDOSSA – sairaanhoitajan näkökulma		
<b>Työn ohjaaja</b> TtM Ahvenkoski Arja Liisa	<b>Sivumäärä</b> 56 + 5	
<b>Työelämäohjaaja</b> TtT Aspvik Ulla ja sh Heikell Markus		
<p>Opinnäytetyön tarkoituksena oli kuvata miten sairaanhoitajat arvioivat ja seuraavat psykiatrisessa avohoidossa olevien asiakkaiden somaattista terveyttä. Opinnäytetyössä kuvattiin sairaanhoitajien kokemia voimavaroja, haasteita ja kehittämisiä asiakkaan somaattisen terveyden arvioinnissa ja seurannassa. Opinnäytetyön tavoitteena oli tuottaa toimeksiantajalle tietoa asiakkaan somaattisen terveyden arvioinnin ja seurannan kehittämistyöhön. Opinnäytetyön toimeksiantaja oli Keski-Pohjanmaan keskussairaalan psykiatrian tulosalue.</p> <p>Opinnäytetyö toteutettiin kvalitatiivisella eli laadullisella tutkimusmenetelmällä. Aineisto kerättiin teemahaastattelua käyttämällä ja analysoitiin induktiivisella sisällyönanalyysillä. Kohderyhmänä oli kuusi psykiatrian poliklinikan sairaanhoitajaa.</p> <p>Tulosten mukaan asiakkaan somaattisen terveyden arviointi ja seuranta oli suunnitelmallista. Tiedonantajat seurasivat asiakkaan somaattista terveyttä havainnoimalla, vuorovaikutuksellisin keinoin sekä erilaisten mittauksien ja verikokeiden avulla. Asiakkaiden lääkitystä seurattiin. Tiedonantajat eivät käyttäneet somaattisen terveyden arviointiin ja seurantaan seulontamenetelmiä. Tiedonantajat kokivat työtä helpottaviksi voimavaroiksi hyvät valmiutensa asiakkaan somaattisen terveyden arviointiin ja seurantaan. Lisäksi voimavarana koettiin työyhteisössä saatava tuki. Tiedonantajat kokivat asiakkaan somaattisen terveyden arviointiin ja seurantaan liittyvinä haasteina puutteelliset resurssit, asenteet, lisäkoulutuksen tarpeen ja yhteisten ohjeiden puuttumisen. Tiedonantajat näkivät kehittämisen tärkeänä ja tiedonantajat toivat laajasti esiin erilaisia kehittämissuunnitelmia. Tiedonantajien mielestä kehittämistä voitaisiin tehdä resurssien lisäämisen, kehittämistyön ja terveyden edistämisen osalta.</p>		
<b>Asiasanat</b>		
Psykiatrinen hoitotyö, sairaanhoitaja, somaattinen terveys		

## ABSTRACT

<b>Unit</b> Kokkola-Pietarsaari unit	<b>Date</b> October 2014	<b>Author/s</b> Oravainen Outi and Pasanen Kati
<b>Degree programme</b> Nursing Degree Programme		
<b>Name of thesis</b> EVALUATION AND FOLLOW-UP OF THE SOMATIC HEALTH OF NON- INSTITUTIONALISED PSYCHIATRIC CLIENTS – Nurse’s Point of View		
<b>Instructor</b> MHSc Ahvenkoski Arja Liisa		<b>Pages</b> 56 + 5
<b>Supervisor</b> PhD Aspvik Ulla and RN Heikell Markus		
<p>The purpose of this thesis was to describe how nurses evaluate and follow the somatic health of their non-institutionalised psychiatric clients. The assets and the challenges experienced by the nurses in the somatic evaluation and follow-up of the clients, and their ideas for professional development are described in the thesis. The goal of the thesis was to produce information for the commissioner of the thesis, the Central Hospital of Central Ostrobothnia (Kiuru) Psychiatric Division, for improvement of the evaluation and follow-up of somatic health of the clients.</p> <p>The thesis was carried out as qualitative research. The material was collected using theme interviews and analyzed using inductive content analysis. The target group was six nurses from the Kiuru Psychiatric Outpatient Clinic.</p> <p>According to the results, the evaluation and follow-up of somatic health of the clients was systematic. The interviewees tracked the somatic health of the clients by observing their appearance, using interactive methods, and with the help of different measurements and blood tests. The medication of the clients was followed. The interviewees did not use screening tests for the evaluation of somatic health. Good skills in the evaluation and follow-up of the somatic health of the client were experienced as assets by the interviewees. The support available in the workplace was also experienced as an asset. The challenges experienced by the interviewees in the evaluation and follow-up of the somatic health of clients were lack of resources, attitudes, need for extra education, and lack of general instructions. Professional development was seen as important by the interviewees and several proposals were made. According to the interviewees, improvements could be made in the fields of resourcing, professional development, and health promotion.</p>		
<b>Key words</b> Nurse, psychiatric nursing, somatic health		

# SISÄLLYS

## TIIVISTELMÄ ABSTRACT

1	JOHDANTO	1
2	PSYKKINEN TERVEYS	3
2.1	Terveyden edistäminen	3
2.2	Psykiatrinen asiakas	4
3	PSYKKISET HÄIRIÖT	5
3.1	Masennus	5
3.2	Skitsofrenia	6
3.3	Kaksisuuntainen mielialahäiriö	6
3.4	Psyykkisten ja somaattisten sairauksien välinen yhteys	7
3.5	Psykiatrisen asiakkaan yleisimmät somaattiset sairaudet	8
4	PSYKIATRINEN HOITOTYÖ	10
4.1	Psykiatrinen avohoito	10
4.2	Sairaanhoitaja	11
4.3	Yksilövastuinen hoitotyö	12
4.4	Asiakkaan ja sairaanhoitajan välinen ammatillinen yhteistyösuhde	13
4.5	Psykiatrisen asiakkaan hoitotyö ja lääkehoito	14
4.5.1	Masennuslääkkeet	15
4.5.2	Psykoosilääkkeet	16
4.5.3	Kaksisuuntaisen mielialahäiriön lääkehoito	18
5	TUTKIMUKSEN TARKOITUS, TAVOITTEET JA TUTKIMUSKYSYMYKSET	20
6	OPINNÄYTETYÖN TOTEUTUS	21
6.1	Tutkimuksen lähtökohdat ja tutkimusmenetelmä	21
6.2	Toimintaympäristö ja kohderyhmä	22
6.3	Aineiston keruu	23
6.4	Aineiston analyysi	25
7	TUTKIMUSTULOKSET	27
7.1	Sairaanhoitajien käyttämät menetelmät asiakkaan somaattisen voinnin arvioinnissa ja seurannassa	27
7.2	Sairaanhoitajien kokemat voimavarat somaattisen terveyden arvioinnissa ja seurannassa	33
7.3	Sairaanhoitajien kokemat haasteet asiakkaan somaattisen terveyden arvioinnissa ja seurannassa	35
7.4	Sairaanhoitajien kokemat kehittämistarpeet ja kehittämissuhteet asiakkaan somaattisen terveyden arviointiin ja seurantaan	39
8	POHDINTA JA JOHTOPÄÄTÖKSET	42
8.1	Tulosten tarkastelua	42

8.1.1	Sairaanhoitajien käyttämät menetelmät asiakkaan somaattisen voinnin arvioinnissa ja seurannassa	42
8.1.2	Sairaanhoitajien kokemat voimavarat asiakkaan somaattisen terveyden arvioinnissa ja seurannassa	43
8.1.3	Sairaanhoitajien kokemat haasteet asiakkaan somaattisen terveyden arvioinnissa ja seurannassa	44
8.1.4	Sairaanhoitajien kokemat kehittämistarpeet ja kehittämissuhteet asiakkaan somaattisen terveyden arviointiin ja seurantaan	44
8.2	Oma oppiminen ja ammatillinen kasvu	45
8.3	Opinnäytetyön eettisyys ja luotettavuus	47
8.4	Johtopäätökset	51
8.5	Jatkotutkimushaasteet ja hyödynnettävyys	52
	<b>LÄHTEET</b>	<b>53</b>
	<b>LIITTEET</b>	

## 1 JOHDANTO

Joitakin vuosikymmeniä sitten ajateltiin, että psykiatrisilla potilailla on muuta väestöä vähemmän somaattisia sairauksia. Tämä on kuitenkin osoittautunut varsin virheelliseksi tiedoksi. Nykytietämyksen valossa esimerkiksi skitsofreniaan, masennukseen ja kaksisuuntaiseen mielialahäiriöön liittyy 2–4 -kertainen riski sairastua sokeri- ja rasva-aineenvaihdunnan häiriöihin sekä sydän- ja verisuonitauteihin. (Lönqvist, Henriksson, Marttunen & Partonen 2011, 84–85; Seppi 2011, 12–15.)

Viime vuosina kansallisesti eri tahot ovat tuoneet esille mielenterveyskuntoutujien somaattisten sairauksien huonon hoitotasapainon. Esimerkiksi Tampereen kaupungin psykiatrisen avohoidon ylilääkäri Päivi Kiviniemi on mediassa tuonut esille, että mielenterveyskuntoutujien somaattisten sairauksien seurannassa on puutteita. Sairaudet etenevät yleensä pitkälle, koska psykiatrisella kuntoutujalla on usein alentunut kyky huolehtia itsestään ja sairauksistaan. Yleisten käytäntöjen ja ohjeistusten puuttuessa hoitoonohjaus jää usein omaisten vastuulle. Somaattisten sairauksien riskitekijät kasautuvat mielenterveyskuntoutujille. Yleisiä somaattisia sairauksia mielenterveyspotilailla ovat tyypin II diabetes, verenpainetauti ja rasva-aineenvaihdunnan häiriöt. (Pakkala 2011; Seppi 2011, 12–15.)

Psykiatrisen asiakkaan muuta väestöä huonompaan somaattisen terveyden hoitotasapainoon vaikuttavat monet asiat. Näitä ovat muun muassa toimintakyvyn heikentyminen, huono selviytymiskyky arkipäivän toiminnoista, eristäytyneisyys, vähävaraisuus, heikentynyt kivun kokemus, oireiden huono tunnistuskyky, kognitiiviset vaikeudet erityisesti muisti- ja päättelytoimintojen alueella sekä erilaisten psykoottisten oireiden aiheuttama vaikeus kuvata oireita tai tilannetta. Psykkiset sairaudet ovat usein yhteydessä myös tupakointiin ja pähteiden käyttöön sekä vähäiseen liikuntaan, epäterveelliseen ruokavalioon ja siitä johtuvaan ylipainoon. (Lönqvist ym. 2011, 84–85; Seppi 2011, 12–15.)

Potilaan hoidon kokonaisvastuun olisi tärkeää olla siellä, missä potilas käy säännöllisesti hoidossa. Psykiatrisessa avohoidossa keskitytään usein vain psyykkiseen sairauteen ja lääkitykseen, mutta somaattista terveyttä ei huomioida tarpeek-

si. Somaattisiinkin sairauksiin on kiinnitettävä huomiota, koska edetessään ne voivat vaikuttaa epäedullisesti potilaan kokonaisterveyteen. (Seppe 2011, 12–15.)

Opinnäytetyömme toimeksiantaja on Keski-Pohjanmaan keskussairaalan psykiatrian tulosalue. Opinnäytetyössä tuomme esiin keskeisimpiä sairaanhoitajien käyttämiä menetelmiä asiakkaan somaattisen voinnin arvioinnissa ja seurannassa. Käsittelemme sairaanhoitajien kokemia asiakkaan somaattisen voinnin arviointia ja seurantaa helpottavia voimavaroja sekä haasteita. Lisäksi esittelemme sairaanhoitajien kokemia asiakkaan somaattisen terveyden seurantaa ja arviointia koskevia kehittämistarpeita ja tuomme esiin sairaanhoitajien kehittämissuhteita.

Opinnäytetyömme tietoperustassa on käsitelty psyykkistä terveyttä, esitelty käsitteet terveyden edistäminen ja psykiatrinen asiakas sekä kerrottu työmme kannalta keskeisimmistä sairauksista, masennuksesta, skitsofreniasta ja kaksisuuntaisesta mielialahäiriöstä. Olemme avanneet psykiatristen ja somaattisten sairauksien välistä yhteyttä ja psykiatrisen asiakkaan yleisempiä sairauksia. Psykiatrista hoitotyötä olemme käsitelleet psykiatrisen avohoidon, sairaanhoitajan ja yksilövastuisen hoitotyön, asiakkaan ja sairaanhoitajan välisen ammatillisen yhteistyösuhteen ja asiakkaan somaattisen terveyden arvioinnin ja seurannan näkökulmista. Lisäksi olemme kertoneet psykiatrisen asiakkaan lääkehoidosta ja esitelleet työmme toimintaympäristön ja kohderyhmän.

## 2 PSYKKINEN TERVEYS

Psyykinen terveys eli mielenterveys on monitahoinen kokonaisuus, johon vaikuttavat monet tekijät. Sosiaalisen tuen saanti, fyysinen terveys, kasvuympäristö, yhteiskunnalliset tekijät, kuten mahdollisuudet kouluttautua ja työskennellä, sekä yhteiskunnassa vallitsevat arvot ja ilmapiiri, kuten kyky suvaita erilaisuutta vaikuttavat osaltaan mielenterveyteen. Psyykinen terveys koostuu siis useista asioista ja sen voidaan ajatella olevan jopa seuraus kaikista ihmisen elämään liittyvistä tekijöistä. Psyykkistä terveyttä tukevat esimerkiksi riittävän hyvä itsetunto, hyvät ongelmanratkaisutaidot ja turvallinen elinympäristö. Psyykkistä terveyttä kuormittavat muun muassa syrjäytyminen ja köyhyys, erot, menetykset ja huonot ihmissuhteet. Jos psyykinen kuormitus kasvaa liian suureksi, seurauksena voi olla psyykinen häiriö. (Suomen mielenterveysseura 2013b.)

### 2.1 Terveiden edistäminen

Maailman terveysjärjestö (WHO) on määritellyt terveyden täydelliseksi fyysisen, psyykkisen ja henkisen hyvinvoinnin tilaksi, ei pelkästään sairauden tai vamman puuttumiseksi. WHO:n määritelmä on kuitenkin saanut paljon kritiikkiä osakseen, koska WHO:n määritelmää on lähes mahdoton saavuttaa. Terveys on ennen kaikkea subjektiivinen kokemus eli jokainen määrittelee terveyden omalla tavallaan. Oma koettu terveys saattaa poiketa paljonkin lääkärin arviosta tai muiden ihmisten näkemyksistä. Yleisesti terveyden ajatellaan koostuvan fyysisestä, sosiaalisesta ja henkisestä hyvinvoinnin tilasta. Terveys on voimavara, jonka kautta monet hyvinvoinnin osatekijät ja hyvä elämä voivat toteutua. Näin ollen terveys on siis laajempi käsite kuin vain pelkkä sairauden tai vaivan puute. Terveiden edistäminen on arvoihin perustuvaa tavoitteellista toimintaa ihmisten terveyden ja hyvinvoinnin aikaansaamiseksi ja sairauksien ehkäisemiseksi. Terveiden edistäminen ymmärretään terveyteen sijoittamisena sekä tietoisena voimavarojen kohdentamisena ja terveyden taustatekijöihin vaikuttamisena. Terveiden edistäminen käsittää sosiaalisia, taloudellisia, ympäristöllisiä, ja yksilöllisiä tekijöitä, jotka edistävät terveyttä. (World Health Organisation 1948; Huttunen 2012; Terveiden ja hyvinvoinnin laitos 2013.)



## 2.2 Psykiatrinen asiakas

Psykiatrisessa hoidossa käytetään useimmiten kahta eri käsitettä, jotka ovat asiakas ja potilas. Potilas-käsite korostaa hoitavan henkilöstön vastuuta sekä potilaan sairautta. Asiakas-käsite puolestaan korostaa toimijoiden tasavertaisuutta sekä asiakkaan terveyden edistämistä ja hyvinvointia. Sairastunut ihminen on potilas, mutta kuntoutuksessa oleva ihminen on asiakas. Asiakas ja potilas käsitteiden käyttö liittyy ihmisen subjektiiviseen kokemukseen. Psykiatrinen asiakas on henkilö, jolla on jokin mielenterveydenhäiriö. (Valtakunnallinen sosiaali- ja terveysalan eettinen neuvottelukunta ETENE 2009, 10.)

### 3 PSYKKISET HÄIRIÖT

Psyykkisen häiriön tunnistaminen ei ole yksiselitteistä. Monet psyykkiset oireet ovat luonteeltaan ohimeneviä. Ihmisen mieli saattaa kuormittua joissain elämän vaiheissa ja tilapäinen henkinen pahoinvointi vaikeassa elämäntilanteessa on normaalia. Kun ihmisen psyykinen tasapaino järkkyy, on tärkeää, että häiriö tunnistetaan, siihen saadaan apua ja sopivaa hoitoa. (Suomen mielenterveysseura 2013b.) Psyykkisten häiriöiden kirjo on laaja. Tämän opinnäytetyön olemme rajanneet koskemaan vakavia ja yleisiä mielenterveyden häiriöitä, kuten masennusta, skitsofreniaa sekä kaksisuuntaista mielialahäiriötä, joiden hoito voidaan toteuttaa erikoissairaanhoidossa.

#### 3.1 Masennus

Masennus eli depressio on suomalaisten kansansairaus ja yleisin mielenterveydenhäiriö, johon sairastuu yli 20 % naisista ja yli 10 % miehistä jossain elämänsä vaiheessa. On arvioitu, että vakavaa masennusta sairastaa 5–6 % suomalaisista. Jopa yli puolet masennuksen sairastaneista kokevat myöhemmin elämässään uuden masennusjakson. Masennustilat voidaan jaotella oireiden, vaikeusasteen ja keston mukaan lieviin, keskivaikeisiin, vakaviin ja psykoottisiin tiloihin. (Lönngqvist ym. 2011, 154; Toivio & Nordling 2009, 107.)

Masennustiloihin lukeutuu joukko niille tyypillisiä oireita, jotka voidaan jaotella pääoireisiin ja muihin oireisiin. Pääoireita ovat masentunut mieliala ja kyvyttömyys nauttia elämästä ja tuntea mielihyvää ja mielenkiintoa. Myös voimattomuus, aktiivisuustason heikkeneminen ja väsyminen kuuluvat masennuksen pääoireisiin. Muihin oireisiin lukeutuvat heikentynyt ruokahalu, unihäiriöt, itsetuhoiset ja itsemurha-ajatukset sekä kaventunut ja pessimistinen suhtautuminen tulevaisuuteen. Masentunut ihminen voi kärsiä myös syyllisyyden tai arvottomuuden tunteista ja hänen itsetuntonsa ja omanarvontuntonsa voi heikentyä sairauden myötä. Masennukseen liittyy usein myös keskittymishäiriöitä ja ongelmia tarkkaavaisuuden kanssa. (Toivio & Nordling 2009, 105.)

### 3.2 Skitsofrenia

Skitsofrenia on vaikea mielenterveyden häiriö, joka vaikuttaa syvästi ihmisen emotionaalisiin ja kognitiivisiin toimintoihin. Skitsofrenia alkaa usein nuorella aikuisiällä ja sen sairastavuus väestöstä on noin 1 %. Sairauden puhkeamiseen vaikuttavat sekä geneettinen alttius että ympäristötekijät. Toistuvat psykoosijaksot ovat sairaudelle tyypillisiä ja merkittävä osa skitsofreenikoista tarvitsee ajoittain sairaalahoitoa. Arviolta kolmasosa skitsofreenikoista on oireettomia tai vähäoireisia. (Lönqvist ym. 2011, 70, 82.)

Skitsofrenian oireet voidaan jakaa positiivisiin ja negatiivisiin oireisiin. Positiivisilla oireilla tarkoitetaan normaalien psyykkisten toimintojen heikkenemistä. Negatiiviset oireet käsittävät normaalien psyykkisten toimintojen heikkenemisen tai puuttumisen. Tunneilmaisun ja puheen köyhtyminen, mielihyvän tunteen menettäminen sekä tahdon heikkeneminen kuuluvat skitsofrenian negatiivisiin oireisiin. Skitsofreniaan liittyy työ- ja toimintakyvyn aleneminen, joka saattaa olla pysyvä. Toimintakyvyn lasku vaikuttaa myös sairastuneen sosiaalisiin suhteisiin ja altistaa syrjäytymiselle. Skitsofrenian oireita ovat harhaluulot, puheen ja käyttäytymisen hajanaisuus sekä aistiharhat, joista etenkin kuuloharhat ovat tyypillisiä. Erilaiset ajattelun ja havaitsemisen häiriöt sekä kokemukset ajatusten kaikumisesta, siirrosta, riistosta tai levittämisestä kuuluvat myös skitsofrenian oireistoon. (Noppi, Kiiltomäki & Pesonen 2007, 89–91; Lönqvist ym. 2011, 70–71, 83.)

### 3.3 Kaksisuuntainen mielialahäiriö

Kaksisuuntainen mielialahäiriö eli bipolaarinen oireyhtymä on tavallisimman nuoruudessa tai varhaisessa aikuisiässä alkava sairaus. Sairaus on vahvasti perinnöllinen, tutkimuksesta riippuen perinnöllisyyden merkitys sairastumiseen on 60–90 %. Vaikka sairauden syntymekanismia ei täysin tunneta, on todettu että päihteet, unettomuus, ulkoiset ärsykkeet tai järkyttävä kokemus voi laukaista sairastumisen. Naisilla ja miehillä on yhtä suuri riski sairastua kaksisuuntaiseen mielialahäiriöön. Kaksisuuntaiseen mielialahäiriöön liittyy kohonnut itsemurhariski. (Lönqvist ym. 2011, 194, 201; Toivio & Nordling 2009, 129; Lepola, Koponen, Leinonen, Joukamaa & Hakola 2002, 65.)

Kaksisuuntaiselle mielialahäiriölle tunnusomaista on depressiivisten, maanisten ja sekamuotoisten jaksojen vaihtelu. Maanisten ja depressiivisten jaksojen esiintyvyyden mukaan kaksisuuntainen mielialahäiriö voidaan jakaa kahteen eri tyyppiin. Tyyppin I sairausjaksot voivat olla maanisia, depressiivisiä tai sekamuotoisia. II tyyppin kaksisuuntaisesta mielialahäiriöstä puuttuvat maaniset jaksot, mutta siinä vaihtelevat masennus- ja hypomaaniset jaksot. Sairastavuuden on arvioitu olevan tyyppin I muodossa 0,6–1,1 % ja tyyppin II muodossa 0,5 %. (Lönqvist ym. 2011, 194.)

Hypomanialle keskeisimpiä piirteitä ovat unen tarpeen väheneminen, puheliaisuuden lisääntyminen, kohonnut itsetunto ja lisääntynyt aktiivisuus. Hypomaaninen jakso voi kestää päiviä tai viikkoja. Maanisen jakson aikana ihmisen normaalit psyykkiset toiminnot muuttuvat voimakkaammin kuin hypomaniassa. Maanisen jakson aikana ihminen on estoton ja oireistoon voi kuulua taloudellisesti tai seksuaalisesti vastuutonta käytöstä. Päihteiden käyttö on yleistä sekä hypomaanisten että maanisten jaksojen aikana. Maniajakson kesto voi vaihdella kahdesta viikosta viiteen kuukauteen. (Lönqvist ym. 2011, 200; Lepola ym. 2002, 65.)

Kaksisuuntaiseen mielialahäiriöön kuuluvat masennusjaksot muistuttavat paljon tavallista masennusta. Usein ne kuitenkin ovat kestoaltaan lyhyempiä ja niissä esiintyy useammin psykoottistasoisia oireita. Kaksisuuntaista mielialahäiriötä sairastava ihminen voi masennusjakson aikana olla keskimääräistä masennuspotilasta useammin liikauninen tai hänellä voi olla lisääntynyttä ruokahalua ja sen johdosta painonnousua. (Lönqvist ym. 2011, 201.)

### **3.4 Psykkisten ja somaattisten sairauksien välinen yhteys**

Monien sairauksien taustalla vaikuttavat psyykkiset, somaattiset ja sosiaaliset tekijät yhdessä. Usein tällaisista sairauksista on käytetty termiä psykosomaattiset sairaudet, mutta käsitettä ei enää nykytietämyksen valossa voida pitää mielekkäänä. Psykososiaaliset tekijät ovat kuitenkin osaltaan vaikuttamassa sairauksien etiologiassa, puhkeamisessa ja kulussa ja niistä toipumisessa. Psykosomaattisina sairauksina pidetään mm. kilpirauhasen liikatoimintaa, nivelreumaa, verenpaineautia, astmaa sekä erilaisia suolistosairauksia. (Lepola ym. 2002, 129–130; Lönqvist ym. 2011, 517, 525–529.)

Vakavaan somaattiseen sairauteen sairastunut ihminen sairastuu samanaikaisesti usein myös johonkin mielenterveyden häiriöön. Tyypillisesti syöpäsairauksiin sairastunut ihminen kokee masentuneisuutta. Myös Parkinsonin tauti, munuaissairaudet, diabetes, sydän- ja verisuonisairaudet sekä aivoinfarkti voivat aiheuttaa mielialahäiriön, jonka syy on somaattinen. Tätä ilmiötä kutsutaan komorbiditeetiksi eli samanaikaisairastavuudeksi. Komorbiditeettejä mielenterveyshäiriöitä ovat masennus ja erilaiset ahdistuneisuushäiriöt. (Lepola ym. 2002, 132; Lönnqvist ym. 2011, 524–527; Toivio & Nordling 2009, 105.)

Psyykkiset tekijät voivat vaikuttaa monin eri tavoin somaattisiin sairauksiin. Psyykkiset tekijät voivat vaikuttaa somaattisen sairauden hoitoon tai ne voivat aiheuttaa ylimääräisiä terveystriskejä. Psykyen oireilu voi myös pahentaa somaattista sairautta tai hidastaa paranemista. Lisäksi stressiin liittyvät fysiologiset reaktiot voivat pahentaa tai nopeuttaa somaattisen sairauden oireita. Masennuksen ja sepelvaltimotaudin välillä todettu yhteys osoittaa psyykkisen sairauden ja somaattisen sairauden välisen yhteyden. Nykykäsityksen mukaan molemmat edellä mainitut sairaudet voivat olla toistensa riskitekijöitä. (Lepola ym. 2002, 132–133; Lönnqvist ym. 2011, 518–519, 524.)

Krooniseen kipuun liittyy myös lisääntynyt masennuksen riski. Psyykkiset sairaudet voivat myös vaikuttaa heikentävästi ihmisen kykyyn huolehtia itsestään, omasta terveydestään ja jo olemassa olevista sairauksista. Impulssikontrollin heikentyminen, erilaiset riippuvuudet ja epäsuora itsetuhoisuus voivat saada ihmisen tekemään omalle terveydelleen epäedullisia valintoja. Somaattisiin sairauksiin voivat vaikuttaa myös muut psykologiset tekijät, kuten esimerkiksi uskonnollisesta vakaumuksesta johtuva kieltäytyminen hoidosta. (Lepola ym. 2002, 133–134; Lönnqvist ym. 2011, 524–525.)

### **3.5 Psykiatrisen asiakkaan yleisimmät somaattiset sairaudet**

Psyykkisistä sairauksista kärsivät ihmiset sairastavat pääosin samoja sairauksia kuin muukin väestö. Kuitenkin heillä on suurentunut riski kuolla näihin sairauksiin, useista eri syistä johtuen. Kuolleisuusriski on erityisen suuri skitsofreenikoilla. Pitkäaikaistutkimuksessa yleisin kuolinsyy psyykensairauksista kärsivillä oli sydän- ja

verisuonitaudit. Suurin kuolleisuusriski liittyi kuitenkin hengitys- ja ruuansulatuselinsairauksiin. Tupakointi selittää hengityselinsairauksien suurta määrää ja psykoosilääkityksestä johtuvat antikolinergiset vaikutukset sekä epäterveelliset elintavat vaikuttavat osaltaan ruuansulatuselinten sairauksien syntyyn. (Seppi 2011, 12-15; Hakko, Moring, Meyer-Rochow, Räsänen & Viilo 2004, 179-180.)

Skitsofreniaa sairastavilla on useita somaattisille sairauksille altistavia tekijöitä. Syrjäytyminen, puutteellinen tai epäterveellinen ravitsemus sekä tupakointi vaikuttavat kaikki negatiivisesti terveyteen. Suuren itsemurhakuolleisuuden lisäksi tutkimuksissa on käynyt ilmi lisääntynyt kuolleisuus hengityselintauteihin ja verisuoni- ja sydänsairauksiin. Psykoosilääkkeistä johtuva painonnousu altistaa rasva-aineenvaihdunnan häiriöille, metaboliselle oireyhtymälle sekä tyypin II diabetekselle. Metabolisen oireyhtymän ja diabeteksen on todettu olevan kolme kertaa yleisempää skitsofreenikoilla kuin muulla väestöllä. Skitsofrenia lääkehoitoineen onkin yksi diabeteksen riskitekijä. Skitsofreniaa sairastavilla naisilla on lisäksi kohonnut osteoporoosiriski. Kohonnut verenpaine ja ateroskleroottiset sairaudet ovat myös skitsofreenikoilla yleisiä. Psykoosilääkkeistä klotsapiini sekä olantsapiini vaikuttavat epäedullisesti veren rasva-arvoihin ja sitä kautta lisäävät riskiä sairastua sydän- ja verisuonisairauksiin. Psykoosilääkitys voi myös lisätä sydänperäisen äkki-kuoleman riskiä. (Hintikka & Niskanen 2005; Seppi 2011,12-15.)

Masennus on sepelvaltimotaudin riskitekijä, mutta myös sepelvaltimotautipotilaiden ennustetta heikentävä sairaus. Masennus vähentää sydämen sykevaihtelua sekä lisää alttiutta rytmihäiriöihin. Masennuksella on todettu myös olevan yhteyksiä aivohalvaukseen, erilaisiin syöpäsairauksiin ja tyypin II diabetekseen. Päihdeongelmat ovat varsin yleisiä mielenterveyshäiriön liitännäisongelmia. Vakavaa masennusta sairastavista joka neljännellä on alkoholin väärinkäyttöä tai alkoholiriippuvuus. Kaksisuuntaista mielialahäiriötä sairastavista puolella on päihdeongelma. Skitsofreniaa sairastavista taas joka kolmannella on ollut ongelmia päihteiden kanssa, tyyppillisesti sairauden alkuvaiheessa. Hampaiden hoito on usein mielen-terveyden ongelmista kärsivillä ihmisillä heikkoa. Huonokuntoiset tai puuttuvat hampaat altistavat tulehduksille, ovat sosiaalinen haitta ja ovat kuolemaan johtavan sydänsairauden riskitekijä. (Karlsson 2008; Seppi 2011,12-15.)

## 4 PSYKIATRINEN HOITOTYÖ

Psykiatriseen hoitotyöhön kuuluvat psykiatristen ongelmien hoito ja psyykkisen terveyden edistäminen. Psykiatrisen hoitotyön tavoite on lisätä ihmisten hyvinvointia ja toimintakykyä sekä edistää persoonallisuuden kasvamista. Psyykkisten sairauksien ja häiriöiden lievittäminen, parantaminen ja ennaltaehkäiseminen ovat myös osa psykiatrista hoitotyötä. (Kuhanen, Oittinen, Kanerva, Seuri & Schubert 2012, 25.) Psykiatrisessa hoidossa raja terveyttä edistävän, terveyttä ylläpitävän, sairastumista ehkäisevän toiminnan sekä hoidon välillä on liukuva. Toiminta, joka jollekin on sairauden hoitoa, voi ehkäistä toisen psykiatrisia ongelmia. Joskus psykiatrisella hoitotyöllä ylläpidetään terveyttä ja ehkäistään sairastumista, joskus sillä taas hoidetaan sairautta. (Valtakunnallinen sosiaali- ja terveysalan eettinen neuvottelukunta ETENE 2009, 10.)

### 4.1 Psykiatrinen avohoito

Psykiatrinen hoito jakautuu avohoitoon ja sairaalahoitoon eli psykiatriseen laitoshoitoon. Psykiatrista hoitoa järjestetään avohoidossa sekä julkisella että yksityisellä sektorilla. Julkisen sektorin hoito jakautuu perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon tuottamiin palveluihin. Avohoidon organisaatioita ovat mielenterveys-toimistot ja -keskukset, psykiatriset poliklinikat, psykiatriset päiväosastot, kuntoutus- tai palvelukodit, hoitokodit, palveluasunnot ja asuntolat. Toiminnalliset kuntoutusyksiköt voivat olla sekä avo- että laitoshoidon yksiköitä. (Noppari ym. 2007, 125–126.)

Psykiatrinen hoito pyritään järjestämään pääasiallisesti avohoitona, koska silloin asiakasta voidaan palvella yksilöllisesti ja voimavaralähtöisesti. Myös mielenterveyslaki velvoittaa, että psykiatrinen hoito tulisi ensisijaisesti järjestää avopalveluina sekä niin, että oma-aloitteista hoitoon hakeutumista ja itsenäistä suoriutumista tuettaisiin. Psykiatrisen avohoidon hoitoon hakeutumiskäytännöissä on sairaanhoidopiiri- ja kuntakohtaisia eroja. Tavallisimmin psykiatrisen avohoidon piiriin hakeudutaan joko ottamalla suoraan yhteyttä avohoidon yksikköön tai lääkärin lähetekäytännön kautta. Avohoidon toteutus pyritään järjestämään asiakaslähtöisesti ja

niin, että se voitaisiin tiiviisti linkittää asiakkaan arkeen. Näin ollen vaikeistakin tilanteista voidaan selviytyä avohoidon turvin ja onnistuessaan avohoidolla voidaan välttää sairausjaksoja tai ainakin lyhentää niitä. (Mielenterveyslaki 14.12.1990/1116; Kuhanen ym. 2012, 180–181.)

## 4.2 Sairaanhoidaja

Sairaanhoidajat ovat opistosta tai ammattikorkeakoulusta sairaanhoidajaksi valmistuneita hoitoalan ammattilaisia. Sairaanhoidaja voi opinnoissaan suuntautua psykiatriseen hoitotyöhön. Sairaanhoidaja voi myös omien kiinnostustensa pohjalta hakeutua jatkokoulutukseen ja opiskella tutkinnon jostakin tietystä terapiasuuntauksesta, kuten kognitiivisesta tai psykodynaamisesta psykoterapiasta, perheterapiasta tai verkostoterapiasta. Ilman erillistä terapiakoulutusta sairaanhoidaja ei voi sanoa antavansa psykoterapiaa, mutta hän voi käyttää eri terapioiden menetelmiä työssään hyödyksi. Kouluttautuminen eli oman ammatillisen osaamisen kehittäminen ja ylläpitäminen on osa sairaanhoidajan työtä. (Kuhanen ym. 2012, 30–32.)

Sairaanhoidajia työskentelee laajasti psykiatrista hoitoa antavissa yksiköissä, kuten esimerkiksi psykiatrisilla osastoilla, psykiatrisilla poliklinikoilla ja terveyskeskuksissa. Sairaanhoidaja toteuttaa kokonaisvaltaista, asiakaslähtöistä ja suunnitelmallista hoitotyötä. Työtä ohjaavat mielenterveyslaki, kansanterveyslaki, tietosuojalaki, laki potilaan oikeuksista, lastensuojelulaki, sairaalakohtaiset ohjeistukset sekä käypä hoito -suositukset ja hoitotakuu. (Suomen mielenterveysseura 2013a.) Psykiatrista hoitotyötä toteutetaan usein moniammatillisena hoitoryhmätyöskentelynä, jossa sairaanhoidaja toimii oman alansa edustajana yhteistyössä muiden erikoisalojen asiantuntijoiden kanssa. Hoitotieteellisen tietoperustan lisäksi sairaanhoidaja tarvitsee tietoa myös muilta tieteenaloilta, kuten esimerkiksi lääketieteestä ja psykologiasta. (Kuhanen ym. 2012, 30–32.)

Sairaanhoidajat antavat tavallisesti keskusteluapua, tietoa ja tukea psyykkisistä häiriöistä kärsiville tai erilaisia kriisitilanteita kohtaaville. Yhteistyön tavoitteena on lisätä asiakkaan kykyä selvitä arkielämästä, antaa työkaluja oman elämän hallintaan sekä yleinen voimaantuminen. Sairaanhoidaja vastaa asiakkaan tarpeiden havainnoinnista, arvioinnista, hoitotyön suunnittelusta ja toteutuksesta. Hoitajan on



tärkeää hallita sosiaalinen vuorovaikutus sekä omata kykyä käyttää omaa persoonaa työvälineenä. Työ vaatii taitoa vastaanottaa asiakkaiden tunnetiloja, säilyttää sekä käsitellä niitä ja purkaa niitä käyttäen työnohjausta apuvälineenä. Myös asiakkaan läheisten ja perheen huomioinen on tärkeää. Sairaanhoitajalta vaaditaan ongelmanratkaisu-, motivointi- ja realisoitaitoja, kykyä empatiaan ja organisointiin sekä jämäkkyyttä. Työ on vastuullista, vaatii harkintaa ja kykyä työskennellä itsenäisesti. Työhön kuuluu laboratoriotutkimusten ja lääkehoidon ohjausta ja seuranta. Tietotekniikan hallinta ja sähköisen potilastietojärjestelmän käyttö ovat työssä merkittävässä roolissa. Sairaanhoitajalta psykiatrisen hoitotyön tekeminen edellyttää lisäksi jatkuvaa eettistä pohdintaa käytännön eri tilanteissa ja toimintaa, joka muuttuu ja joustaa potilaslähtöisesti. (Suomen mielenterveysseura 2013a; Kuhanen ym. 2012, 30–32; Keski-Pohjanmaan erikoissairaanhoidon- ja peruspalvelukuntayhtymä 2009.)

### **4.3 Yksilövastuinen hoitotyö**

Yksilövastuinen hoitotyö (primary nursing) voidaan nähdä sekä hoitotyön filosofiana että organisatorisena työnjakomallina. Yksilövastuisen hoitotyön perusajatuksena on, että nimetty omahoitaja vastaa potilaan hoitotyöstä koko tämän sairaalassaoloajan ja koordinoi potilaan ympärivuorokautisen hoidon. (Hegyvary 1991, 16–17, 19.) Yksilövastuinen hoitotyö filosofiselta näkökannalta korostaa hoidon periaatteita ja laatuvaatimuksia. Hoitajan ja potilaan välisessä hoitosuhdetyöskentelyssä ja vuorovaikutuksessa korostuu yksilöllisyyden periaate ja tasavertaisuus. Yksilövastuiselle hoitotyölle on ominaista hoidon ja hoitotyön koordinointi, hoitotyön jatkuvuus ja itsenäisyys, hoitotyön kokonaisvaltaisuus, yksilöllinen vastuullisuus, yksilöllinen vastuullisuus päätöksenteossa sekä hoitotyön kohdistaminen tiettyihin potilaisiin. (Munnukka & Aalto 2002, 23–25.)

Hegyvaryn (1991) mukaan yksilövastuisen hoitotyön keskeisiä periaatteita ovat vastuullisuus, autonomia, kattavuus ja koordinointi. Autonomian periaatteen mukaan omasairaanhoidajalla on oikeus tehdä itsenäisesti hoitotyötä koskevia päätöksiä. Vastuullisuuden periaate merkitsee sitä, että potilaalle on nimetty omasairaanhoidaja, joka on vastuussa potilaan hoidosta koko tämän sairaalassaoloajan. Kattavuuden periaate merkitsee vastuuta potilaan kokonaisuudesta; jokainen hoi-

totyöntekijä huolehtii potilaasta oman työvuoronsa aikana. Omahoitajan lisäksi potilasta hoitavat myös korvaavat hoitajat. Koordinoinnin periaate toteutuu, kun hoitotyötä toteutetaan ympärivuorokautisesti ja koordinointi on tehty harmonisesti ja johdonmukaisesti. Hoitotyön koordinointi pitää sisällään hoitotyön toiminnot ja niihin käytetyn ajan. Kaikkien yksilövastuisten hoitotyön keskeisten periaatteiden ei voida olettaa aina toteutuvan täydellisesti, mutta ne antavat käsityksen yksilövastuisten hoitotyön sisällöstä. (Hegyvary 1991, 17–19.)

#### **4.4 Asiakkaan ja sairaanhoitajan välinen ammatillinen yhteistyösuhde**

Ammatillisella yhteistyösuhteella tarkoitetaan asiakkaan ja hoitajan välistä suhdetta, jolle perustan luovat lainsäädäntö, ammatillisuus ja yleisesti hyväksytyt ammatteettiset arvot. Asiakas tuo yhteistyösuhteeseen oman itsensä, avuntarpeensa ja sen hetkiset voimavaransa. Sairaanhoitaja puolestaan tuo suhteeseen tiedollisen ja taidollisen osaamisensa. Asiantuntijana sairaanhoitaja pohjaa toimintansa tutkituun eli näyttöön perustuvaan tietoon. Ammatilliseen yhteistyösuhteeseen kuuluvat myös tavoitteellisuus, luottamuksellisuus ja vaihteellisuus. Ammatillisessa yhteistyösuhteessa on tärkeää määritellä myös yhteistyön päämäärä, tavoitteet ja aika-tila. (Kiviniemi, Läksy, Matinlauri, Nevalainen, Ruotsalainen, Seppänen & Vuokila-Oikkonen 2007, 59–60; Noppari ym. 2007, 140–141.)

Asiakkaan ja sairaanhoitajan välinen vuorovaikutus on dialogia. Sairaanhoitajan on tärkeää olla luottamusta herättävä, empaattinen ja hänen tulisi osoittaa aitoa kiinnostusta asiakasta kohtaan. Tällöin asiakas voi saada arvokkaan kokemuksen kuulluksi ja ymmärretyksi tulemisesta. Yhteistyösuhteessa sairaanhoitajan tulisi huomioida asiakas kokonaisvaltaisesti. Kokonaisvaltaisessa kohtaamisessa sairaanhoitaja saa ymmärryksen siitä miten asiakasta voidaan auttaa ja mitä hän tarvitsee. Sairaanhoitajan ja asiakkaan välisen vuorovaikutuksen tulisi olla myös voimavaralähtöistä. Tällöin asiakkaassa itsessään olevat voimavarat otetaan käyttöön asiakkaan terveyden edistämiseksi. (Kuhanen ym. 2012, 153–156.)

Asiakkaan ja sairaanhoitajan välinen ammatillinen yhteistyösuhde koostuu eri menetelmistä. Keskeisin menetelmä on keskustelu ja keskustelujen sisältö muodostuu asiakkaan tarpeiden pohjalta. Yhteistyösuhde voi koostua myös yhdessä te-

kemisestä. Yhdessä tekeminen voi tarkoittaa esimerkiksi kävelyretken tekemistä tai päivittäiseen elämään liittyvien taitojen harjoittamista. Yhdessä tekeminen saattaa myös edesauttaa keskusteluyhteyden syntymistä. Yhteistyösuhde sisältää usein myös ohjaamista. Ohjauksessa sairaanhoitaja ja asiakas tarkastelevat asiakkaan tilannetta yhdessä. Ohjauksen tavoitteena voi olla esimerkiksi asiakkaan somaattisen terveyden, toimintakyvyn, itsehoidon tai elämänlaadun parantaminen. (Kuhanen ym. 2012, 156–162.)

Useimmiten sairaanhoitaja ei toteuta psykiatrista hoitotyötä yksin, vaan yhdessä hoitoryhmän kanssa. Hoitoryhmä eli tiimi koostuu moniammatillisesta ryhmästä terveydenhuolto- ja sosiaalialan ammattilaisia. Näitä voivat olla mm. lääkäri, psykologi, sosiaalityöntekijä ja ravitsemusterapeutti. Hoitoryhmä vastaa asiakkaan hoidosta yhdessä tämän kanssa ja hoitoa suunnitellaan esimerkiksi hoitoneuvotteluissa. Yhteistyön avulla pyritään lisäämään ymmärrystä asiakkaan kokonaistilanteesta ja auttamaan häntä parhaalla mahdollisella tavalla. (Kuhanen ym. 2012, 148–149.)

#### **4.5 Psykiatrisen asiakkaan hoitotyö ja lääkehoito**

Somaattisen eli elimellisen terveyden arvioinnissa ja seurannassa tarkastellaan asiakkaan toimintakykyä sekä terveydentilaa. (Heiskanen, Huttunen & Tuulari 2011, 296.) Menetelmänä voidaan käyttää sairaanhoitajan ja asiakkaan välistä keskustelua, haastattelua, neuvottelua, asiakkaan havainnointia sekä asiakkaan täyttämien esitietokyselylomakkeiden ja selvityslomakkeiden läpikäymistä. Asiakkaan kanssa käydään läpi hänen elämäntapojaan ja terveystottumuksiaan sekä muita esille tulevia asioita. (Juutilainen 2004, 118–120; Hietaharju & Nuutila 2012 87–88; Kuhanen ym. 2012, 159–160.)

Havainnoidessaan asiakasta hoitaja huomioi tämän olemusta, katsekontaktin ottoa, puheen rytmiä ja taukoja, äänensävyä sekä puhetapaa. Potilaan ulkonäkö ja olemus antavat jo ensitapaamisessa viitteitä hänen suhtautumisestaan itseensä, hänen kyvystään huolehtia itsestään, suhtautumisestaan muihin sekä keskeisistä oireistaan. Hoitajan on tärkeää huomioida myös asiakkaan kehonkieltä ja liikehdintää. Motoriikassa tulisi huomiota kiinnittää erityisesti motorisen aktiivisuuden ta-

soon. Asiakas saattaa esimerkiksi liikkua levottomasti tai hänen motorinen liikkuvuutensa on poikkeuksellisen hidastunut. Poikkeavia liikkeitä voi syntyä myös esimerkiksi lääkehoidon haittavaikutuksena. (Lönqvist 2011, 711–712.)

Joskus sanaton viestintä voi kertoa enemmän kuin sanallinen. Hoitajan on myös tärkeää käyttää intuitiotaan eli sisäistä näkemystään, oivallustaan ja vaistoaan. Mikäli potilaan havainnointi hoitajan omaan intuitioon peilaten antaa hoitajalle syytä epäillä, että asiakkaan voinnissa voisi olla asioita, jotka eivät ole tulleet esille, mutta jotka olisi kuitenkin tärkeä tuoda esille, voidaan somaattisen terveyden arviointia ja seurantaa jatkaa vielä lisäkeskustelun tai kokeiden avulla. (Juutilainen 2004, 118–120; Hietaharju & Nuutila 2012, 87–88; Kuhanen ym. 2012, 159–160.)

Keskustelun, haastattelun ja havainnoinnin lisäksi arviointia ja seurantaa on tärkeä tehdä myös erilaisten tutkimusten ja mittauksien avulla kuten verenpaineen, sykkeen, painon, pituuden, painoindeksin, näkö tutkimuksen, kuulotutkimuksen ja vyötärönympärysmittauksen avulla. Lisäksi voidaan tarkistaa keuhkojen toiminta (spirometrialla eli keuhkojen hengityskapasiteetti puhallustestillä) sekä ottaa laboratoriokeita ja radiologisia tutkimuksia. (Juutilainen 2004, 118–120; Hietaharju & Nuutila 2012, 87–88; Kuhanen ym. 2012, 159–160.)

Sairaanhoitaja tarvitsee työssään laajan tietopohjan lääkehoidosta, sillä lääkehoidolla on suuri merkitys psykiatrisessa hoitotyössä. Eri psyykenlääkeryhmien tunteminen antaa hoitajalle valmiuksia seurata asiakkaan lääkehoidon toteutumista. Psyykenlääkkeiden käyttöaiheet, yhteisvaikutukset, teho ja vaikuttavuus ovat lääkeainekohtaisia. Asiakkaaseen liittyviä lääkehoidon tehoon ja vasteeseen liittyviä tekijöitä ovat ikä, paino ja somaattinen terveys sekä asiakkaan hoitomyöntyvyys ja yhteistyö hoitavaan tahoon. (Kuhanen ym. 2012, 252–254.)

#### **4.5.1 Masennuslääkkeet**

Masennuslääkityksellä voidaan estää toistuvia masennusjaksoja, lievittää ja lyhentää suurta osaa masennustiloista. Kaikkia masennustiloja ei kuitenkaan voida hoitaa lääkityksellä, koska masennukseen liittyy aina myös psykologisia tekijöitä. Useimmissa tapauksissa paras hoitovaste saadaan yhdistämällä lääkehoito yksi-

lön tarpeiden pohjalta valittuun psykoterapiamuotoon. (Huttunen 2008a, 102 ; Huttunen 2008b, 68–69.) Masennuslääkityksen mielialaa kohottava vaikutus muodostuu viikkojen kuluessa, yleensä 3. hoitoviikosta alkaen. Lääkehoitoa tulee jatkaa useita kuukausia senkin jälkeen, kun asiakas on ollut oireeton, jotta masennus ei uusiutuisi. (Nurminen 2011, 334.) Masennuslääkitystä ei kuitenkaan tule jatkaa, jos asiakas ei siitä kliinisesti hyödy hoitajakson edetessä. Lääkehoidon vasteen jäädessä uupumaan, on harkittava lääkkeen annoksen muuttamista, lääkkeen vaihtoa, lisälääkitystä tai tarpeettoman lääkityksen asteittaista purkamista. (Huttunen 2008b, 69.)

Lääkehoidon alussa, asiakkaan toimintakyvyn palautuessa myös itsemurhariski kohoaa. Lääkehoidon alku vaatii siis tiheää seurantaa, jotta muutokset asiakkaan voinnissa voidaan havaita. (Nurminen 2011, 334.) Masennuslääkkeiden yleisimpiä haittavaikutuksia ovat erilaiset vatsavaivat, jotka painottuvat hoidon alkuun. (Huttunen 2008a, 107.) Lisäksi masennuslääkkeet voivat aiheuttaa hikoilua, unihäiriöitä, vapinaa, päänsärkyä ja seksuaalitoimintojen häiriöitä (Nurminen 2011, 335). Jotkin masennuslääkkeet ovat toksisia suurina annoksina. Lisäksi niiden käyttöön voi liittyä painonnousua ja antikolinergisiä haittavaikutuksia. (Huttunen 2008b, 74.)

#### **4.5.2 Psykoosilääkkeet**

Lääkehoidolla on suuri merkitys skitsofreniaa sairastavan ihmisen hoidossa, sillä merkittävä osa sairastuneista hyötyy lääkehoidosta. Lääkehoidon avulla voidaan lievittää oireita, lyhentää psykoottisia jaksoja sekä välttää sairaalajaksoja. Lääkkeen epäsäännöllinen käyttö tai lääkityksen yhtäkkäinen lopettaminen on tärkein yksittäinen syy, joka johtaa sairausjakson uusiutumiseen skitsofreenikolla. Pieni osa sairastuneista ei hyödy lääkityksestä lainkaan. Lääkitys muodostaakin aina vain osan skitsofreniaa sairastavan asiakkaan hoidosta. Sairastuneen ja tämän perheen tukeminen sekä psykoedukaatio, psykoterapia, ammatillinen ja muu kuntoutus ovat osa skitsofreniaa sairastavan hoidon kokonaisuutta. (Huttunen 2008a, 54.)

Skitsofrenian hoidossa käytetään psykoosilääkkeitä eli antipsykootteja. Psykoosilääkkeet lievittävät ahdistusta, levottomuutta ja aggressioita, estävät psykooseista johtuvia ajatushäiriöitä ja aistiharhoja sekä rauhoittavat psykoottisesti oireilevaa ihmistä. (Nurminen 2011, 330.) Skitsofreniaa sairastavan henkilön lääkehoito on usein monivuotinen tai elinikäinen sairauden kulun ollessa kaikilla yksilöllinen (Huttunen 2008a, 53). Psykoosien hoidossa käytettävät lääkkeet voidaan jakaa perinteisiin ja uuden polven psykoosilääkkeisiin. Lääkkeen aloitusannoksen tulisi olla mahdollisimman pieni, jotta voitaisiin vähentää riskiä saada haittavaikutuksia. (Nurminen 2011, 330–332.) Ensipsykooseissa lääkehoidolla voidaan saada vaikutus jo viikossa, kroonisesti sairailta kuukaudessa. Lääkehoidon toivotut vaikutukset tulevat esiin 1-3 kuukauden kuluessa lääkehoidon jatkuessa. Sairauden oireista ensin lievittyvät unihäiriöt ja ahdistuneisuus, sen jälkeen pelokkuus ja hajanaisuus ja viimeisenä harhaluuloisuus ja negatiiviset oireet. (Huttunen 2008b, 26.)

Psykoosien hoidossa käytettävillä lääkkeillä on useita, keskenään hyvin erilaisia haittavaikutuksia (Huttunen 2008b, 40). Psykoosilääkkeet voivat aiheuttaa painonnousua ja muutoksia veren kolesteroli-, sokeri-, ja rasva-arvoissa, jotka puolestaan lisäävät riskiä sairastua sydän- ja verenkiertosairauksiin, diabetekseen ja metaboliiseen oireyhtymään (Huttunen 2008a, 84–85 ; Huttunen 2008b, 45–47). Painonnousutaipumuksen vuoksi psykoosilääkitystä saavan asiakkaan painoa tulee seurata etenkin lääkehoidon alussa kuukausittain. Myöhemmin painonseurantaa voi toteuttaa 4 kertaa vuodessa 1–2 vuoden ajan. Plasman kolesteroli, glukoosi ja triglyseridi pitoisuudet on syytä mittauttaa ennen lääkehoidon aloitusta, 3 kuukautta lääkityksen aloituksesta, jatkossa 1-3 vuoden välein. Verenpaineen seuranta kuuluu hoitoon. Asiakkaan tulee saada ennen lääkehoidon aloitusta asianmukaista tietoa mahdollisesta painonnoususta ja terveyttä edistävästä ruokavaliosta sekä liikunnasta. (Huttunen 2008b, 46.)

Useat psykoosilääkkeet aiheuttavat antikolinergisiä haittavaikutuksia, kuten suun kuivumista, ummetusta, virtsaretentiota, näön hämärtymistä ja muistihäiriöitä etenkin vanhemmilla ihmisillä (Huttunen 2008a, 83). Suun kuivuminen altistaa erilaisille suun sairauksille, hammaskariekselle ja infektioille. Suun kuivumisesta kärsivää asiakasta tuleekin ohjata käyttämään ksylitolituotteita ja huuhtomaan suuta

sokerittomilla nesteillä useita kertoja päivässä. (Huttunen 2008b, 42.) Psykoosilääkkeet aiheuttavat usein, etenkin hoidon alussa väsymystä. Lääkkeen aiheuttama rauhoittava sivuvaikutus voi olla joskus toivottavakin. (Huttunen 2008a, 82.) Etenkin perinteiset psykoosilääkkeet voivat aiheuttaa isoilla annoksilla pakko- liikkeitä eli ekstrapyramidaalioireita. Vuosia kestäneen psykoosilääkityksen myötä voi kehittyä jopa pysyviä pakkoliikkeitä, kuten tardiivi dyskinesia. (Huttunen 2008a, 80–81.) Osa psykoosilääkkeistä voi aiheuttaa sydämen johtumishäiriöitä. Sydänsairaille ja riskiryhmässä oleville asiakkaille tulisi tämän vuoksi tehdä EKG-tutkimus ennen QT-aikaa pidentävän lääkityksen aloittamista ja uudelleen, kun lääkkeen hoitoannos on saavutettu. (Huttunen 2008b, 42–43.)

Klotsapiini on epätyypillinen, uuden polven psykoosilääke. Vakavien haittavaikutusten vuoksi klotsapiinihoitoa käytetään silloin kun muilla psykoosilääkkeillä ei ole saavutettu hoitovastetta (hoitoresistenteissa tapauksissa) tai kun muiden lääkkeiden käytölle on kontraindikaatioita. Klotsapiinihoidon merkittävin haittavaikutus on muutokset verisolujen määrissä, leukopenia ja agranulosytoosi. (Nurminen 2011, 332.) Klotsapiinihoidon alussa asiakkaan veren valkosoluarvoja tulee seurata viikoittain. Hoidon edetessä riittävä verikoeseuranta on 2–4 viikon välein. (Huttunen 2008b, 59 ; Huttunen 2008a, 86–87.) Kardiomyopatia sekä myokardiitti ovat harvinaisia klotsapiinihoidon yhteydessä ilmeneviä haittavaikutuksia (Huttunen 2008b, 45).

#### **4.5.3 Kaksisuuntaisen mielialahäiriön lääkehoito**

Kaksisuuntainen mielialahäiriö on sairaus, jossa keskushermosto reagoi poikkeavalla tavalla elämän stressitilanteisiin. Lääkityksen lisäksi hoitoon kuuluu psykososiaalinen hoito ja sairastuneen tukeminen, jotta hän voi kasvaa oman sairautensa asiantuntijaksi. Sairauden etiologiasta johtuen lääkitys on keskeisessä roolissa kaksisuuntaisen mielialahäiriön hoidossa. Asianmukaisella lääkityksellä ja psykoterapialla voidaan estää sairausjaksojen uusiutumista. Lisäksi säännölliset, terveelliset elämäntavat, stressinhallinta ja esioireiden tunnistaminen tukevat sairastuneen psyykkistä tasapainoa. (Huttunen 2008a, 137–139.)

Kaksisuuntaisen mielialahäiriön lääkehoito perustuu sekä mielialaa tasaavien lääkkeiden että psykoosilääkkeiden käyttöön. Masennusjaksoilla käytössä voi olla lisäksi masennuslääke. Sairauteen liittyvän unettomuuden ja ahdistuksen hoitoon on myös omat lääkkeensä. (Huttunen 2008a, 139.) Lääkitys valitaan yksilöllisesti arvioiden lääkityksestä saadun hyödyn ja haitan suhdetta. Kaksisuuntaisen mielialahäiriön ylläpitolääkitys kestää yleensä vuosia, jopa koko loppuelämän. (Nurminen 2011, 340.) Mielialaa tasoittavat lääkkeet tulee lopettaa annosta vähentäen useiden viikkojen kuluessa. Mielialaa tasaavan lääkkeen lopettamisen jälkeen riski sairastumisjakson uusiutumiseen on selvästi kohonnut. Seurantatapaamiset lääkkeen lopetuksen jälkeen 6–12 kuukauden ajan kerran 1–3 kuukaudessa ovat tarpeen sairauden esioireiden varhaisen tunnistamisen vuoksi. (Huttunen 2008a, 163.)

Mielialaa tasaavista lääkkeistä tärkein on litium. Litiumin vaikutus alkaa nopeasti ja sairastuneen tila kohenee 2–3 viikon aikana. Litiumia voidaan käyttää myös ylläpitolääkityksenä. Litiumin terapeuttinen leveys on kapea, jonka vuoksi lääkeainepitoisuutta tulee seurata säännöllisin verikokein. (Nurminen 2011, 339.) Litiumilla on useita eri asteisia haittavaikutuksia, joista monet vaikuttavat hoitomyöntyvyyteen kielteisesti. Litiumin aiheuttamia haittavaikutuksia ovat mm. vapina, painonnousu, turvotus, hypotyreoosi, polyuria sekä muutokset kognitiivisissa toiminnoissa. Litium-pitoisuuden suurentuminen plasmassa voi aiheuttaa toksisia oireita, jopa kuoleman. (Huttunen 2008, 110-115.) Myös epilepsialääkkeitä voidaan käyttää kaksisuuntaisen mielialahäiriön hoidossa (Nurminen 2011, 340). Lääkehoidon ongelmana on usein huono hoitoon sitoutuminen, joka johtuu lääkkeiden haittavaikutuksista, psykiatriseen sairauteen liittyvästä häpeästä sekä tiedon puutteesta (Huttunen 2008b, 128).



## 5 TUTKIMUKSEN TARKOITUS, TAVOITTEET JA TUTKIMUSKYSYMYKSET

Tämän opinnäytetyön tarkoitus on kuvata miten sairaanhoitajat arvioivat ja seuraavat psykiatrisessa avohoidossa olevien asiakkaiden somaattista terveyttä. Lisäksi kuvataan sairaanhoitajien kokemia voimavaroja ja haasteita somaattisen terveyden arvioinnissa ja seurannassa sekä sitä, miten he kehittäisivät asiakkaiden somaattisen terveyden arviointia ja seurantaa.

Opinnäytetyömme tavoite on tuottaa tietoa asiakkaan somaattisen terveyden arvioinnin ja seurannan kehittämistyöhön. Henkilökohtaisena tavoitteenamme on lisätä omaa tietopohjaa psykiatrisesta hoitotyöstä sekä tutkimuksen teosta.

Tutkimuskysymykset:

1. Miten sairaanhoitajat arvioivat ja seuraavat avohoidossa olevan asiakkaan somaattista terveyttä?
2. Millaisia voimavaroja sairaanhoitajilla on asiakkaan somaattisen terveyden arvioimisessa ja seurannassa?
3. Millaisia haasteita sairaanhoitajilla on asiakkaan somaattisen terveyden arvioimisessa ja seurannassa?
4. Miten sairaanhoitajat kehittäisivät asiakkaan somaattisen terveyden arviointia ja seurantaa?

## 6 OPINNÄYTETYÖN TOTEUTUS

Tässä luvussa tarkastellaan tutkimuksen lähtökohtia ja käytettyä tutkimusmenetelmää. Luvussa kuvataan toimintaympäristö ja kohderyhmä sekä aineiston analyysin vaiheet.

### 6.1 Tutkimuksen lähtökohdat ja tutkimusmenetelmä

Opinnäytetyöprosessi aloitettiin etsimällä sopivaa opinnäytetyöaihetta. Ajankohtainen ja kiinnostava aihe löytyi mielenterveyden ja somaattisten sairauksien välisestä yhteydestä. Saimme mahdollisuuden tavata lääketieteen edustajaa, jonka kanssa suunnittelimme opinnäytetyöaihetta, joka käsitteli somaattisen terveyden arviointiprosessia, sekä somaattisten sairauksien arvioinnin ohjeistusta psykiatristen sairaanhoitajien tarpeisiin. Suunnittelusta nousseiden ajatusten pohjalta teimme alustavan tutkimussuunnitelman. Tämän jälkeen jatkoimme opinnäytetyön käytännön suunnittelua ja aiheen rajausta Keski-Pohjanmaan keskussairaalan psykiatrian poliklinikoiden osastonhoitaja / vastuuyksikköjohtaja Markus Heikellin sekä ylihoitaja Ulla Aspvikin kanssa.

Centria ammattikorkeakoulun opettaja Arja Liisa Ahvenkoski vaihtui opinnäytetyömme ohjaajaksi kesken opinnäytetyöprosessia. Virallisen tutkimusluvan (LIITE 2) saamisen jälkeen olimme sähköpostilla yhteydessä sairaanhoitajiin tutkimusinformaation (LIITE 3) antamisen ja haastatteluajankohtien sopimiseksi. Vastuuyksikköjohtaja valitsi haastateltavat sairaanhoitajat yksiköistään. Opinnäytetyömme teemahaastattelujen jälkeen litteroimme ja analysoimme haastattelumateriaalin. Tämän jälkeen työstimme kirjallisen raportin.

Opinnäytetyö tutkimuksessamme käytettiin kvalitatiivisen eli laadullisen tutkimuksen menetelmiä. Laadullisessa tutkimuksessa pyritään ymmärtämään tutkittavaa ilmiötä. Tällä tarkoitetaan ilmiön merkityksen tai tarkoituksen selvittämistä sekä kokonaisvaltaisen ja syvemmän käsityksen saamista ilmiöstä. Lähtökohta laadullisessa tutkimuksessa on siis todellisen elämän kuvaaminen. Aineisto kootaan luonnollisissa ja todellisissa tilanteissa, joissa suositaan menetelmiä, joissa tutkit-

tavien näkökulma ja ”ääni” pääsevät esille. Tutkimuksen kohteena on siis tutkimukseen osallistuvien ihmisten subjektiivisesta tai sosiaalisesta näkökulmasta katsottu todellisuus. Tästä syystä laadullisessa tutkimuksessa puhutaan usein subjektiivisesta merkityksestä ja niiden tutkimisesta. Laadullinen tutkimus pyrkii tuottamaan myös tutkittavaa ilmiötä kuvaavia käsitteitä, niiden välisiä suhteita ja teoriaa. Laadulliselle tutkimukselle on tyypillistä, että tutkimussuunnitelma muotoutuu tutkimuksen edetessä. Näin ollen tutkimus toteutetaan joustavasti ja suunnitelmia muutetaan olosuhteiden muuttuessa. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2009, 160–164; Kylmä, Vehviläinen-Julkunen & Lähdevirta 2003, 609–610.) Tässä tutkimuksessa laadullinen tutkimusote oli luonnollinen valinta, sillä tutkimuksen kannalta oli tärkeää, että tutkittavien näkökulmat pääsivät mahdollisimman laajalaisesti esille, ja tarkoituksemme oli todellisen elämän kuvaaminen.

## **6.2 Toimintaympäristö ja kohderyhmä**

Tutkimuksen toimintaympäristö ja kohderyhmä valitaan tarkoituksenmukaisesti, ei satunnaisotantaa käyttäen. Tutkimukseen valitaan osallistujiksi ne henkilöt, joilla on eniten tietoa tutkimuksen kohteena olevasta ilmiöstä. Laadulliseen tutkimukseen osallistuvien henkilöiden lukumäärä on yleensä pieni, koska liian suuri aineisto voi vaikeuttaa oleellisen tiedon löytämistä. Näin ollen laadullisessa tutkimuksessa painotetaan enemmän laatua kuin määrää. (Hirsjärvi ym. 2009, 160–164; Kylmä ym. 2003, 611.)

Tutkimuksen toimintaympäristö oli Keski-Pohjanmaan keskussairaalan psykiatrian tulosalueeseen kuuluvat psykiatriset poliklinikat. Poliklinikoille hakeudutaan tutkimuksiin ja hoitoon läheteellä tavallisimmin perusterveydenhuollossa tapahtuneen hoidon tarpeen arvioinnin jälkeen. Poliklinikoiden toiminta on avohoitomuotoista ja tarjottavat palvelut on suunnattu pääsääntöisesti aikuisväestölle, mutta asiakkaina on myös yli 16 -vuotiaita nuoria. Poikkeuksena ovat perheterapiat, jossa voi olla mukana myös lapsia. Tavallisimpia hoitoon hakeutumisen syitä ovat masentuneisuus, ahdistuneisuus, itsetuhoiset ajatukset, psykoottisuus, pelot, elämäntilanteisiin liittyvät kriisit ja osastohoidon jälkeinen jatkohoito. Poliklinikoilla työskentelee

moniammatillinen tiimi, johon kuuluu lääkäreitä, psykologeja, sairaanhoitajia, kuntoutusohjaajia, toimintaterapeutteja ja sosiaalityöntekijöitä. (Keski-Pohjanmaan erikoissairaanhoidon- ja peruspalvelukuntayhtymä 2014abc.)

Psykiatrian poliklinikka Kokkolassa tarjoaa palvelujaan yleissairaalapsykiatrian osalta koko sairaanhoitopiirin alueelle sekä muihin sopimuskuntiin. Psykiatrian aluepoliikklinikat tuottavat palveluja Lesti- ja Perhonjokilaakson väestölle. Toiminta poliikklinikoilla koostuu muun muassa hoidon- tai terapiatarpeen arvioinnista, yksilö-, perhe- ja ryhmäterapioiden toteutuksesta, verkostopalavereiden järjestelystä, kriisihoidosta ja psykiatrisen kuntoutuksen suunnittelusta ja toteutuksesta. Poliikkliniikkoiden toimintamuotoja ovat yksilö-, perhe-, verkosto- ja ryhmätapaamiset sekä psykoterapia. (Keski-Pohjanmaan erikoissairaanhoidon- ja peruspalvelukuntayhtymä 2014abc.)

Kohderyhmämme koostui erikoissairaanhoidon sairaanhoitajista, jotka tekevät työtään avohoidossa olevien psykiatristen asiakkaiden parissa. Haastattelimme kuutta sairaanhoitajaa, jotka työskentelevät psykiatrisilla poliikklinikoilla. Psykiatrisella poliikklinikalla työskentelevän sairaanhoitajan työnkuvaan kuuluivat erilaisten asiakaskäyntien toteutus. Työ on asiakaslähtöistä, kokonaisvaltaista ja suunnitelmallista hoitotyötä. Akuutti kriisityö, erilaiset terapiamuodot, arvio- ja seurantakäynnit, koti- ja perhekäynnit, konsultaatiot, pari- ja verkostotapaamiset, tutkimuskäynnit sekä hoitoneuvotteluihin ja kuntoutussuunnitelmapalavereihin osallistuminen muodostavat suuren osan sairaanhoitajan työstä. Työ on asiakkaan psyykkisen terveyden hoitoa, tukemista ja seurantaa sekä työkyvyn arviointia ja tukemista. Psykiatrisen hoitotyö on luonteeltaan myös ennaltaehkäisevää perhetyön ja työnohjauksen puitteissa. Lisäksi sairaanhoitajan työssä korostuvat yhteistyötaidot, tiimityöskentely ja moniammatillinen verkostoituminen. (Keski-Pohjanmaan erikoissairaanhoidon- ja peruspalvelukuntayhtymä 2009.)

### **6.3 Aineiston keruu**

Laadullisen tutkimuksen aineistonkeruumenetelmänä voidaan käyttää haastattelua eri muodoissa, havainnointia, videointia, eläytymismenetelmää ja päiväkirjamene-

telmää. Aineistonkeruussa tärkeää on tarkastella tutkittavaa ilmiötä mahdollisimman laajasti. Näin ollen olisi suotavaa, että tutkimuskysymykset eivät olisi liian tarkkaan rajattuja. (Kylmä ym. 2003, 611.)

Haastattelun perusidea on yksinkertainen. Kun halutaan tietää mitä toinen ihminen ajattelee tai miten hän toimii, on järkevää kysyä sitä häneltä itseltään. Haastattelun etu on joustavuus, sillä haastattelijalla on mahdollisuus toistaa kysymys, oikaista mahdollisesti syntyneitä väärinkäsityksiä ja käydä keskustelua haastateltavan henkilön kanssa. Haastattelussa kysymykset voidaan myös esittää siinä järjestyksessä, kuin haastattelijä katsoo ne tarpeellisiksi. Haastattelussa on tärkeää saada mahdollisimman paljon tietoa halutusta aiheesta. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 72–73.)

Teemahaastattelu eli puolistrukturoitu haastattelu on lomake- ja avoimen haastattelun välimuoto. Haastattelun aihepiirit ja teema-alueet ovat tiedossa ja haastattelussa edetään niiden ohjaamina, mutta kuitenkin joustavasti niin, että haastattelijan on mahdollista kysyä tarkentavia kysymyksiä. Tarkoitus on esittää kysymykset niin, että kysymyksillä saataisiin merkityksellisiä vastauksia tutkimuksen tarkoituksen ja tutkimustehtävien mukaisesti. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 74–75; Hirsjärvi ym. 2009, 208.)

Opinnäytetyössämme käytimme teemahaastattelua, joka on rajattu, mutta kuitenkin samalla joustava haastattelutekniikka. Näin ollen luonnollinen keskustelu pääsi esiin ja aineistosta saatiin mahdollisimman rikas ja syvä. Teemahaastattelussamme oli haastatteluvaiheessa kaksi pääteemaa, joiden alla olivat apukysymykset (LIITE 4). Ensimmäinen pääteema käsitteli somaattisen terveyden arviointia ja seurantaa. Toinen teema koski somaattisten sairauksien arvioinnin ja seurannan kehittämistä. Teemahaastattelut toteutettiin yksilöhaastatteluina.

Ennen varsinaisia tutkimushaastatteluita teimme yhden esihaastattelun, jossa haastattelimme psykiatrisessa avohoidossa työskentelevää sairaanhoitajaa. Esihaastattelun tarkoituksena oli testata teemahaastattelun toimivuutta, aihepiirien järjestystä sekä varmistaa, että olemme kysymässä oikeita asioita tutkimustehtävämme näkökulmasta katsottuna. Esihaastattelussa ei kuitenkaan noussut esiin

teemahaastattelurungon muokkaustarvetta, joten esihaastattelu ja varsinaiset haastattelut toteutettiin saman teemahaastattelurungon pohjalta.

Nauhoitimme esihaastattelun, koska esihaastatteluvaiheessa oli hyvä mahdollisuus testata myös nauhoitusvälineistön toiminta ja soveltuvuus haastattelukäyttöön. Varsinaisissa tutkimushaastatteluissa haastattelun nauhoituksella oli suuri merkitys sisällönanalyysin onnistumisen kannalta. Nauhoitettu haastattelu oli sanasta sanaan litteroitavissa eli aukikirjoitettavissa ja sitä kautta luotettavasti analysoitavissa. Haastattelut tallennettiin kovalevytallentimelle, jonka jälkeen ne purettiin opinnäytetyön tekijöiden tietokoneille salasanasuojattuihin kansioihin. Haastattelumateriaali oli vain opinnäytetyön tekijöiden käytössä. Aineiston analyysin jälkeen haastattelumateriaali hävitettiin formatoimalla kovalevytallentimen muistikortti ja poistamalla tiedostot tietokoneilta. Vastaukset raportoitiin niin, että yksittäisten vastaajien vastaukset eivät olleet tunnistettavissa.

Haastattelut tehtiin haastateltavien sairaanhoitajien työpaikoilla eli psykiatrisilla poliklinikoilla. Haastattelut toteutettiin yksilöhaastatteluina, koska tällöin haastateltavat eivät voineet vaikuttaa toistensa vastauksiin ja tutkimuksen tekijöille se mahdollisti täysipainoisen keskittymisen vain yhteen haastateltavaan kerrallaan. Lisäksi aineiston litterointi oli yksikertaisempaa suorittaa yksilöhaastattelun pohjalta. Haastattelu tilanne pyrittiin luomaan mahdollisimman rennoksi ja joustavaksi. Kerroimme haastateltaville, että heillä on mahdollisuus keskeyttää haastattelu, pyytää tutkijoita toistamaan kysymys tai kysyä lisäselvennystä kysymyksen ymmärtämisen tueksi. Korostimme myös, että kaikkiin kysymyksiin ei tarvitse vastata ja yksittäiseen kysymykseen on mahdollista palata haastattelun kuluessa, mikäli haastateltavalla tulee tarvetta lisätä jotain aiemmin käsiteltyihin kysymyksiin. Haastattelu-tilanteessa molemmat tutkimuksen tekijät toimivat aktiivisina haastattelijoina. Lisäksi toinen opinnäytteen tekijä hoiti nauhoitusvälineistön toiminnan ja nauhoituksen tauotuksen ja toinen muistiinpanojen tekemisen.

#### **6.4 Aineiston analyysi**

Tässä tutkimuksessa vastaukset analysoitiin aineistolähtöisellä sisällönanalyysillä (esimerkki sisällönanalyysistä, LIITE 5). Aineistolähtöisen sisällönanalyysin pää-

idea on aineiston tiivistäminen ja käsitteiden yhdistäminen niin, että tutkittavia ilmiöitä voidaan lyhyesti ja yleistävästi kuvailla tai että tutkittavien ilmiöiden väliset suhteet saadaan selkeänä esille. Sisällönanalyysi perustuu tulkintaan ja päätteelyyn, jossa edetään empiirisestä aineistosta kohti käsitteellisempää näkemystä tutkittavasta asiasta ja sitä kautta vastauksen saamiseen tutkimustehtävään. Aineistolähtöinen sisällönanalyysi on kolmevaiheinen prosessi. (Janhonen & Nikkonen 2003, 23; Tuomi & Sarajärvi 2009, 112.)

Ensimmäinen vaihe aineiston analyysissä oli aineiston redusointi eli pelkistäminen. Redusointivaiheessa litteroidusta eli aukikirjoitetusta aineistosta karsittiin pois epäolennainen. Redusointi on siis aineiston tiivistämistä tai pilkkomista osiin. Aineiston pelkistämistä ohjasi teemahaastattelun aihealueet ja aukikirjoitetusta aineistosta etsittiin teemahaastattelun aihealueita kuvaavia ilmaisuja. Ennen analyysin aloittamista määritettiin analyysiyksiköt, jotka koostuivat yksittäisistä ajatuksista. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 107–112.)

Toisessa vaiheessa tehtiin aineiston klusterointi eli ryhmittely. Klusteroinnissa aineistosta esiin tulleet alkuperäisilmaukset käytiin tarkasti läpi ja näistä etsittiin samankaltaisuuksia ja/tai eroavaisuuksia kuvaavia käsitteitä. Samaa asiaa tarkoittavat käsitteet ryhmiteltiin ja yhdisteltiin luokaksi sekä nimettiin sisältöä kuvaavalla käsitteellä. Luokittelussa aineisto tiivistyi, koska yksittäiset tekijät sisällytettiin suurempiin kokonaisuuksiin. Klusteroinnissa luotiin alustavia kuvauksia tutkittavasta ilmiöstä. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 107–112.)

Analyysin kolmas vaihe on abstrahointi eli käsitteellistäminen. Abstrahoinnissa edellisessä vaiheessa tehtyjä luokituksia yhdisteltiin niin kauan, kuin se oli aineiston sisällön kannalta mahdollista. Yläluokkien muodostamisen jälkeen analyysi oli valmis. Tämän jälkeen tutkimustulokset kirjoitettiin auki, jonka jälkeen edettiin pohdinnan ja johtopäätösten tekemiseen. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 107–112.)

## 7 TUTKIMUSTULOKSET

Tutkimustuloksissa kuvaamme, miten tiedonantajat arvioivat ja seuraavat psykiatrisessa avohoidossa asiakkaan somaattista terveyttä. Kuvaamme myös tiedonantajien työtä tukevia voimavaroja, työhön liittyviä haasteita sekä kehittämisehdotuksia psykiatrisen asiakkaan somaattisen terveyden arviointiin ja seurantaan.

### 7.1 Sairaanhoidtajien käyttämät menetelmät asiakkaan somaattisen voinnin arvioinnissa ja seurannassa

Puolet tiedonantajista kertoi tekevänsä alkukartoituksen, jossa selvitettiin asiakkaan perussairauksien lisäksi sairauksien hoitotasapaino ja olemassa olevat hoitokontaktit somaattisen terveydenhuollon puolelle. Tiedonantajien mukaan asiakaskunnassa on henkilöitä, jotka ovat olleet hoidon ulkopuolella pitkään. Psykkisen sairauden vaikutus somaattiseen terveyteen tunnistettiin. Tiedonantajien mukaan psyykinen sairaus vaikuttaa asiakkaan kykyyn huolehtia itsestään ja somaattisista sairauksistaan. Uuden asiakkaan kohdalla somaattisesta terveydestä hankittiin tietoa selvittämällä aiemmat somaattisen terveyden tutkimukset, hoitosuhteet sekä asiakkaan hoitosuhteessa saama hoito.

Joskus mielenterveyskuntoutujat on saattaneet olla vuosikausia sillai ihan ilman hoitoa ja sitten tänne tulee pitkän ajan päästä... pitää vähän tietää, että missä mennään.

Onko muita sairauksia ja mikäli on, niin onko ne millaisessa hoidossa tai onko jotakin hoitoon liittyviä kontakteja.

Tiedonantajat saivat tietoa asiakkaan terveydestä vuorovaikutuksen keinoin, kuuntelemalla asiakasta ja keskustelemalla asiakkaan kanssa. Tiedonantajat käyttivät havainnointia asiakkaan somaattisen terveyden arviointiin ja seurantaan konkreettisten menetelmien jäädessä vähemmälle. Asioiden esille ottaminen koettiin velvollisuutena ja osana hoitoa. Somaattisen terveyden arviointiin ja seurantaan käytettiin asiakaslähtöistä numeraalista arviointia omasta voinnista.

Tärkeintä on tietysti kuunnella mitä asiakas itse kertoo. Eliikä mitä hän kertoo fyysisestä terveydestään.



Kyllähän se aika paljon on havainnointia tai keskustelua.

Minulla on tapana aikalailta suoraan puhua näistä asioista, koska musta se on kuitenkin velvollisuus tai kuuluu siihen hoitoon. Ei voi jättää... tai ohittaa niitäkään asioita.

Puolet tiedonantajista kertoi havainnoivansa asiakkaan ulkoista olemusta. Monipuolista tietoa asiakkaan somaattisesta terveydestä saatiin huomioimalla asiakkaan ihon väriä ja sen muutoksia sekä tarkkailemalla asiakkaan eleitä ja liikkeitä.

Vastaanottotilanteessa huomioin tietysti sen ihmisen ulkonaisen terveyden eli mitä siinä näkyy sillä hetkellä.

Kyllä minä huomioin jo sen, miten hän liikkuu, miltä hän näyttää ja hyvin paljon näkee siitä, miten ihminen kävelee.

Kaksi kolmesta tiedonantajasta kertoi seuraavansa asiakkaan painoa. Apuvälineenä painon muutosten seurantaan oli painoindexin laskeminen. Painoa seurattiin neuroleptilääkityksen yhteydessä sekä syömishäiriöisten asiakkaiden kohdalla. Asiakkaan ravitsemustilaa seurattiin tarvittaessa.

Sitten on näitä ihmisiä, joilla on ruuan... syömisen kanssa ongelmia. Niin myös heillä on painon mittaus silloin tällöin tosi tärkeä. On ihan semmoisia, joilla painoindexi on siellä hälyttävillä rajoilla.. silloin sitä täytyy seurata plus sitten puhua ruokailutavoista ja kartoittaa sitä, minkä verran ihminen syö ja mitä. Oikeastaan ne ääripäät on ne minua huolestuttavat ihmiset.

Kaksi kolmasosaa tiedonantajista kertoi mittaavansa asiakkaan verenpainetta. Verenpaineen mittaus ei ollut säännönmukaista vaan pohjautui asiakkaan pyyntöön tai hoitajan arvioon verenpaineen mittauksen tarpeellisuudesta. Sydänoireiselta asiakkaalta saatettiin lisäksi tunnustella pulssia. Tiedonantajat mainitsivat seuraavansa jalkojen verenkiertoa sekä kudoseheyttä.

Verenpainetta mitaan potilaan pyynnöstä usein.

Yhden kerran olen mitannut verenpaineen.

Jos olen esimerkiksi käynnillä tunnustellut, että on ollut epäsäännöllinen pulssi niin asiakas on saattanut mennä täältä suoraan sydänfilmiin.

Pitänyt seurata myös sitä miten jaloissa veri kiertää. Seurata esimerkiksi onko kuolio levinnyt.

Kaksi kolmasosaa tiedonantajista huomioi asiakkaan somaattista terveyttä seuraamalla verikoetuloksia. Verikokeiden kautta saatiin tietoa asiakkaan somaattisesta terveydestä ja infektioherkkyydestä, joille tietyt psyykenlääkkeet voivat altistaa. Virtsakokeet ja verensokerin mittaus olivat keinoja saada tietoa asiakkaan somaattisesta terveydestä. Alkoholin käyttöä seurattiin konkreettisesti puhalluttamalla alkometrillä asiakas. Epäiltäessä huumeiden käyttöä voitiin asiakkaasta ottaa huumeseula.

Että aika paljon sitä tekee hoitaja kyllä, että arvioidaan, että katsotaan laboratorioskokeet.

Jos on epäilyä että on huumeiden tai alkoholin liikkakäyttöä, niin me saadaan sieltä sitten esille huumeseula.

Kolmasosa vastaajista mainitsi seuraavansa asiakkaan lääkitystä. Tiedonantajat seurasivat erityisesti lääkityksen vaikutusta ihmisen toimintakykyyn, painoon ja veriarvoihin. Lisäksi mielialalääkitystä käyttävän asiakkaan hoitotyössä oli tiedonantajien mukaan erityispiirteitä. Lääkeainepitoisuuksia seurattiin verikokein.

Mulla on asiakkaita, jotka ovat pitkään syöneet psyykenlääkkeitä ja on hyvin tarkkaan seurattava se rupeaako ne lääkkeet vaikuttamaan sillä tavalla kuin vahva psyykelääkitys pitkään käytettynä alkaa vaikuttamaan ihmisen toimintakykyyn.

Meillä on ihan semmoinen ohjeistus, että jos on neuroleptit käytössä, niin painoa pitää seurata, koska niillä lääkkeillä on vaikutusta painon hallintaan. Niin en nyt ihan joka käynnillä ota painoa, mutta kerran lukuukauden tai kevään... kevättalven aikana.

Sitten kaksisuuntainen mielialahäiriö, siinä on Lito-kontrollit tai mielentasaajan lääkeainepitoisuus. Se on tietty systeemi, millä ne tilataan, että lääkäri vaan tarkistaa sen vastauksen aina, mutta me hoitajat kyllä tiedetään ne mittausajat.

Tiedonantajien joukossa oli myös niitä, jotka kokivat että asiakkaan somaattista terveyttä ei huomioitu kovin hyvin tai että se huomioidaan, kun asiakas itse ottaa

terveydentilansa esille tai somaattisen terveyden ongelmat tulevat muuten näkyville.

Ei me niin kun huomioida sitä niin hyvin, muuta kuin lähdetään katsomaan, että mikä on tilanne.

Asiakkaan somaattisen terveyden arviointiin ja seurantaan kukaan tutkimukseen osallistuneista tiedonantajista ei kertonut käyttävänsä seulontamenetelmiä. Tiedonantajat perustelivat seulontamenetelmien puuttumista asiakkaiden negatiivisilla kokemuksilla erilaisista testeistä. Tiedonantajat kokivat lisäksi tavanomaisen haastattelun antavan enemmän informaatiota asiakkaasta. Harvoin käytettyjä menetelmiä asiakkaan somaattisen terveyden seurantaan oli AUDIT-testi asiakkaiden alkoholinkäytön seurantaan sekä RAI-arviointi.

Palautetta tulee tuolta neuvolan puolelta asiakkailta, jotka siellä käy, että sielläkin vaan työnnettiin joku lappu eteen, että täytää siitä, että ootko masentunut tai onko riski siihen tai tähän. Kyllä se vaan niin on, että haastatteleamalla tulee paljon enemmän sitä tärkeää tietoa esille.

Ei oo oikeastaan mitään seulaa. Että jos huomataan että on jotain seulonnan tarvetta niin kyllä se on terveystakeskus, minne lähetetään.

Meillä on RAI-arviointi ja siinäkin tulee somaattisenkin puolen kartoituksia ja siinä on ihan vyötäröympäristäkin... mutta mä oon aika vähän tehnyt niitä RAI-arviointeja. Periaatteessa meillä tehdään niitä, minun kohdallani ei kyllä ole ihan systemaattisesti jokaisen kohdalla, se on hivenen hankalaa.

Tiedonantajien mukaan masennusta sairastavien asiakkaiden somaattisen terveyden arvioinnissa ja seurannassa korostuivat asiakkaan toimintakyvyn huomiointi. Masentuneilla aloite- ja toimintakyky on heikentynyt, mikä vaikuttaa suoraan elämäntapoihin. Tiedonantajien mukaan erityistä huomiota tulee kiinnittää asiakkaan itsehoidon puutteisiin, vääristyneisiin ruokailutottumuksiin, univaikeuksiin, liikkumattomuuteen ja painon seurantaan. Lisäksi tulee huomioida itsetuhoriski ja epämääräiset somaattiset oireet, kuten erilaiset kiputilat.

Masentuneet on usein tosi väsyneitä ja useimmilla se näkyy niin ettei jaksaa pitää itsestään huolta ja joko paino putoaa, kun ei oo ruokahalua tai sitten masennuspotilaat voivat reagoida niinkin, että se paino alkaa nousta todella paljon, kun ei jaksaa liikkua.

Masentuneella se on jotenkin... Sillähän on maha kipeä, sillä on pää kipeä, sillä on niskat kipeät.

Tiedonantajien mukaan skitsofreniaa sairastavien asiakkaiden somaattisen terveyden arvioinnissa ja seurannassa puolestaan korostuvat asiakkaan itsehoidon arviointi ja seuranta. Skitsofreenikoilla on usein vaikeuksia itsehoidossa ja kodin hoidossa, jonka vuoksi asiakkaan itsehoidon ja arjessa selviytymisen kartoitus on tärkeää. Tiedonantajien mukaan skitsofreenikoilla on voimakas lääkitys, joka aiheuttaa monenlaisia oireita ja tämän takia skitsofreenikoilla on taipumus saada erilaisia sairauksia ja heillä on riski kuolla nuorempana kuin muu väestö. Voimakas lääkitys vaatii säännölliset verikoekontrollit ja lääkityksen takia myös mahdolliset infektiot tulee huomioida ja hoitaa hyvin. Lisäksi lääkityksellä voi olla vaikutusta painoon ja näin ollen myös painon seuranta on tärkeää.

Skitsofreenikoilla se kaikinpuolinen hygienia- ja kodinhoito, kautta ruokailu ja niistä täytyy kyllä melkein aina itse kysyä, että miten olet nämä selvittänyt.

Heillä on riski kuolla nuorempana kuin muu väestö. Heillä on rankempi lääkitys, joka aiheuttaa monenlaisia oireita. Heillä on sen takia taipumus saada erilaisia sairauksia.

Skitsofreniaa sairastaville, riippuen lääkityksestä, voi olla että pitää verikoekontrolleja ottaa useammin. Tai ottaa huomioon, jos tulee flunssan oireita ynnä muuta sellaista.

Tiedonantajien mukaan kaksisuuntaista mielialahäiriötä sairastavien asiakkaiden somaattisen terveyden arvioinnissa ja seurannassa painottuu lääkehoidon toteuttaminen. Lääkeainepitoisuuksia on seurattava verikokein. Tärkeää on huomioida asiakkaan elämäntapoja, sitä kuinka paljon hän käyttää esimerkiksi alkoholia tai kuinka säännöllistä elämää asiakas pystyy viettämään. Tiedonantajien mukaan huomiota tulisi kiinnittää myös sairauden vaiheeseen, koska asiakkaan koko oleminen seuraa sairauden vaiheita.

Kaksisuuntaisessa mielialahäiriössä, siinäkin on nämä mielentasaajalääkkeet. Lito- / valproaattipitoisuudet seurattava verikokeilla.

Ne osaisi elää semmoista stressitöntä elämää, että ei juopottelisi eikä tuota niin... ja ottaisi lääkkeitä säännöllisesti. Plus sitten aina pitää ky-

syä siitä työstä, että missä hän on, minkälaista, onko säännölliset työajat, pääseekö nukkumaan sovitusti, säännöllisesti ja pystyykö ottaan lääkkeit ajallaan, koska ne taas sitten vaikuttaa siihen tasapainoon tosi paljon. Joillakin ihmisillä hyvinkin pienestä aikataulun muutoksesta voi heilahtaa huonoon suuntaan. Elikkä stressittömyys ja semmoinen, kaikinpuolinen säännöllinen elämä on kaksisuuntaisen mielialahäiriön A ja O.

Tiedonantajat huomioivat asiakkaan somaattisen terveyden ohjauksen antamisessa. Asiakkaalle voitiin antaa elämäntapa- tai ravitsemusohjausta. Tärkeänä pidettiin yksilöllisyyttä ja asiakaslähtöisyyttä ohjauksen antamisessa. Kolmasosa tiedonantajista kertoi ohjaavansa asiakkaita psyykkisten ja somaattisten oireiden tunnistamisessa ja erottamisessa.

Että aika laaja-alaista on minusta tämä tämmöinen opetus, opettaminen. Näitten asioitten opettaminen, että mitä se keho viestittää, että alkaa niin kuin tunnistaa sitä, että mitkä ovat kehon viestejä ja mitkä taas ovat psyyken viestejä. Milloin oon hoitanu itteeni huonosti keholisesti ja milloin se on taas psyykkistä pahaa oloa.

Psyykkiset oireet tuntuvat fyysisinä oireina, että paljon me käydään keskustelua niistä.

Kyllä sitä aika kiivaita keskusteluita niistä elämäntapa-asioista on käyty. Mää on kyllä niin monelle sen kaurapuuroreseptin neuvonut, että se on siellä paketin kyljessä, että siitä vaan alat kattomaan ja keittämään.

Asiakkaan somaattisen terveyden arviointi oli tiedonantajilla suunnitelmallista. Kaikki tiedonantajat kertoivat arvioivansa asiakkaan somaattista terveyttä hoitosuhteen alkuvaiheessa. Yleisimmin somaattista terveyttä arvioitiin muutaman ensimmäisen käynnin aikana. Osa tiedonantajista kertoi arvioivansa asiakkaan somaattista terveyttä jo ensitapaamisella.

Kyllähän se ensimmäinen huomio tulee jo siinä, kun asiakas tulee ovesta sisälle.

Meillä on arviokäyntejä 3–5, niin en nyt osaa sanoa onko se ihan ensimmäinen kerta, mutta ensimmäisen kolmen käynnin aikana.

Puolet tiedonantajista kertoi uudelleenarvioivansa asiakkaan somaattista terveyttä säännöllisesti hoitosuhteen jatkuessa. Somaattinen terveys tuli uudelleenarvioita-

vaksi hoitotyön väliarviota tehdessä kuntoutussuunnitelmapalaverien lisäksi. Somaattisen terveyden uudelleenarviointi oli kolmasosalla tiedonantajista tilanteenmukaista. Asiakkaan somaattisen terveyden muutokset, uudet tai poikkeavat oireet tai asiakkaan itse esille ottamat somaattiset vaivat olivat syy uudelleenarvioinnille kolmasosalla tiedonantajia.

Hengenahdistusta on joskus ollut, kun joku on tullut tänne ihan selvästi, tai sitten on ollut rytmihäiriöitä tai sitten on huomannut että on selvästi ylipainoa tullut jossain tietyssä ajassa tosi paljon.

Täytyy ajatella, mistä on kysymys, että onko fysiikka pettänyt vai onko sitten niin paljon harhaluuloja vaikka ettei voi liikkua. Tai semmoista psykoottista oiretta, joka ilmenee sitten tällaisina kipuina, mitä ei voi selittää.

Kolmasosa tiedonantajista kertoi somaattisen terveyden arvioinnin olevan jatkuvaa. Myös hoitosuhteen laadulla ja pituudella oli vaikutusta somaattisen terveyden arviointitiheyteen. Somaattisen terveyden arviointia toteutettiin tilanteen mukaisesti, asiakkaan perussairauksien ja kokonaistilanteen vaatimalla tavalla.

Sitten hoidon aikana niin, kyllä sitä jonkun verran aina joka käynnillä tulee katottua.

Meillä on monen tyyppisiä hoitosuhteita ja osa on pitkäaikaissairaita, joilla saattaa olla vaikka kerran vuodessa tai puolen vuoden välein kuntoutussuunnitelmapalavereita, niissä kartoitetaan yleensä somaattinen puoli.

## **7.2 Sairaanhoidtajien kokemat voimavarat somaattisen terveyden arvioinnissa ja seurannassa**

Tiedonantajat kokivat työtä helpottaviksi voimavaroiksi hyvät valmiutensa asiakkaan somaattisen terveyden arviointiin ja seurantaan. Lisäksi voimavarana koettiin työyhteisössä saatava tuki.

Kaksi kolmasosaa tiedonantajista koki valmiutensa arvioida ja seurata asiakkaan somaattista terveyttä hyväksi tai riittäväksi. Somaattisen terveyden arviointia ja seurantaa vahvistavia tekijöitä olivat kyky hoitaa asiakasta kokonaisvaltaisesti ottaen keskusteluissa puheeksi asiakkaan somaattinen vointi, hoitajan elämänteko-

kemus sekä työuran aikana kehittynyt hoitajan vaisto. Tiedonantajat kokivat, että heillä on ammattitaitoa rauhoittaa asiakasta somaattista vointia koskevissa hätätilanteissa ja olla yhteistyössä somatiikan päivystäviin hoitajiin. Tiedonantajilla oli myös taitoa toteuttaa tarvittaessa erilaisia mittauksia, kuten verenpaineen, verensokerin ja painon mittauksia sekä kirjata niiden tulokset ja viedä ne eteenpäin lääkärille.

Minä otan asiat puheeksi ihmisten kanssa. Se on minusta se millä minä arvioin, että niitä asioita otetaan puheeksi, että ihmisille tarjotaan mahdollisuus kertoa siitäkin puolesta itsessään.

Minulle on kehittynyt aika hyvä vaisto näiden somaattisten sairauksien suhteen. Niin monen kohdalla on paljastunut niitä sairauksia sitten kun on jotenkin tullut sellainen tunne, että tässä on nyt jotakin muuta kuin tätä psyykkistä.

Kuitenkin kolmasosa tiedonantajista koki valmiutensa asiakkaan somaattisen voinnin arviointiin ja seurantaan olevan huonot tai riittämättömät. Tiedonantajat kokivat, että arkaluontoisten asioiden esille ottaminen on vaikeaa ja ammattietiikan ja asiakkaan loukkaamisen pelon välillä on toisinaan ristiriitaa. Tiedonantajat kokivat epätietoisuutta omasta roolistaan asiakkaan somaattisen terveyden arvioinnissa ja seurannassa.

Huomaan sellaista arkuutta ottaa potilaan kanssa esille semmoisia asioita, jotka ovat tavallaan potilaan omaa reviiriä. Tai ehkä pelkään loukkaavani, että tulee huomioitua toisesta jokin sellainen asia, joka on toiselle erityisen herkkä alue. Toki ammattietiikka vaatii sen taas tekemään.

Mikä on se meidän alue? Mitä meiltä odotetaan ja mitä me voimme tarjota?

Tiedonantajista kaksi kolmasosaa koki saavansa tukea työyhteisössä asiakkaan somaattisen terveyden arviointiin ja seurantaan. Tuen lähteitä olivat lääkärit sekä tiimi, jossa sairaanhoitajat työskentelivät. Tukea oli mahdollista saada muun muassa tiimiltä, työpaikan yhteisissä kokouksissa, hoitajien tunnilla sekä suorissa keskusteluissa työkavereiden kanssa. Myös johdon nähtiin tukevan muun muassa materiaalihankinnoissa.

Tiimiltä saan tukea mielestäni todella paljon. Sitten meillä on lääkäri, joka ottaa hyvinkin huomioon somaattisen puolen ja aina voi kysyä.

Johdon taholta tulee hyvinkin paljon tukea, että kaikkea mitä tarvitaan, mittareita tai mitä tarvitaan seurantaan. Niiden hankkimiseen suhtaudutaan aina myönteisesti.

Puolestaan kolmasosa tiedonantajista koki ettei saanut tarpeeksi tukea tai ei kokenut tukea tarpeelliseksi lainkaan. Tiedonantajat kokivat, että poliklinikalla ei ole hyvää hoitokäytäntöä. Asioiden jakaminen ja tiimityö on vähentynyt tai tukea ei ole tarjottu lainkaan ja näin ollen myös yhteistyö työyhteisössä on vähentynyt. Ongelma tilanteen kohdatessa kollegoiden koettiin olevan samassa tilanteessa ja näin ollen mahdollisesti saatavaa tukea ei koettu hyödylliseksi.

Asioiden jakaminen on minimaalista nykyään psykiatrisessa hoitotiimeissä. Ihmiset tekee yksin kamareissaan työtä. Johtuu ehkä siitä, että tämä on nyt tosiaan niin muutoksen alla, että ei ole tullut semmoista hyvää hoitokäytäntöä tai tiimikäytäntöä. Minä uskon, että muuallakin on alkanut menemään siihen suuntaan, että vähemmän ja vähemmän on asioita mahdollista jakaa.

Tuntuu, että kollegat on aina samassa tilanteessa kuitenkin, jos kysyt hoitajilta.

### **7.3 Sairaanhoidajien kokemat haasteet asiakkaan somaattisen terveyden arvioinnissa ja seurannassa**

Tiedonantajat kokivat asiakkaan somaattisen terveyden arviointiin ja seurantaan liittyvinä haasteina puutteelliset resurssit, asenteet, lisäkoulutuksen tarpeen ja yhteisten ohjeiden ja käytäntöjen puuttumisen.

Kaksi kolmasosaa tiedonantajista koki resurssien olevan puutteelliset asiakkaan somaattisen terveyden arviointiin ja seurantaan. Vastaavasti yhden kolmasosan mielestä resurssit olivat riittävät. Puutteellisia resursseja tarkasteltaessa haasteeksi muodostuivat yhteistyötahojen tavoitettavuus, ajan-, tiedon- ja materiaalien puutetta koskevat seikat.

Tiedonantajien mielestä nykyaikaa leimaa ajan puute, joka näkyy työssä usealla eri tavalla. Tiedonantajien mielestä heillä on myös liikaa asiakkaita. Ajan puutteen



ja suurien asiakasmäärien takia yksittäistä asiakasta ei ole aikaa miettiä kokonaisuutena, jolloin somaattisen puolen huomioiminen heikentyy. Myös yksittäiset käyntiajat koettiin liian lyhyiksi asiakkaan kokonaisvaltaiseen huomioimiseen. Yhteistyötahoja ja erityisesti lääkäreitä on vaikea tavoittaa, jolloin asiakkaiden asioiden hoitaminen vaikeutuu. Nykyaikaa koettelee lääkäripula, jonka vuoksi asiat etenevät hitaasti. Lisäksi työtä leimaa jatkuva muutos, joka tuo epätietoisuutta ja kysymyksiä siitä mihin ollaan menossa ja mitä muutokset tarkoittavat perustyön kannalta.

Tämä työ ei kuitenkaan ole liukuhihnatyötä, vaan välillä pitää olla aikaa, että saisi miettiä niitä asioita ja saisi pysähtyä potilaan kohdalla miettimään kokonaisuutena niitä asioita. Jos sellaista aikaa ei ole, niin totta kai se heikentää sitä somaattista puolta.

Meillä on huutava lääkärivaje koko ajan ja jos haluat saada asioita vietyä eteenpäin niin siinä tökätään. Aina joudutaan odottamaan. Mitenkään nopeasti asiat ei etene.

Ehkä eniten rasittaa tämä jatkuva muutos. Se varmaan vaikuttaa kaikkien työn tekemiseen, että tulee semmoinen tunne ettei ole työrauhaa. Että kaikkein eniten kaipaa sitä, että asiat olisi jonkin aikaa samalla mallilla ja saatas tehdä ihan rauhassa vaan tätä perustyötä. Siitä tulee semmoinen yleinen epävarmuuden tunnelma, että mitä tämä tarkoittaa ja mihin ollaan menossa.

Toisena resursseja koskevana ongelmana tiedonantajat kokivat tiedon ja materiaalien puuttumisen asiakkaan somaattisen voinnin arviointiin ja seurantaan. Ohjeet ja suositukset muuttuvat, joten niiden muistaminen on hankalaa. Tutkitusta tiedosta koettiin olevan puutetta eikä välineitä perusmittausten kuten verenpaineen tai painon ottamiseen ole tai välineet eivät ole helposti saatavilla. Tiedon puutteen nähtiin olevan osittain seurausta siitä ettei työskennellä somaattisella puolella.

Ei enää muista ja ne muuttuu kaikki suositukset ja ohjeet.

Meillä ei ole mitään keinoja eikä laitteita. Minulla ei ole tässä huoneessa edes puntaria.

Tiedonantajista kaksi kolmasosaa koki työhön liittyvät asenteet haasteena. Tiedonantajien mielestä heidän työssään keskitytään pääosin vain omaan erikoisalaan ja jopa ”piiloudutaan” sen taakse, jolloin somaattisia vaivoja ei oteta puheek-

si asiakkaan kanssa. Perinteisesti on ajateltu, että psykiatriset sairaanhoitajat hoitavat vain psyykkisiä ongelmia. Psykiatrian puolella on myös perinteisesti kunnioitettu asiakkaan omaa fyysistä reviiiriä, joten tiedonantajat kokivat, että somatiikan ongelmia voi olla vaikea ottaa esille. Lisäksi potilaan omaa reviiiriä halutaan kunnioittaa ja sen vuoksi potilaaseen ei kosketa esimerkiksi mittausten suorittamiseksi.

Keskitytään siihen omaan erikoisalaan ja mennään sen taaksekin. Minä vetäydyn sen psykiatrisen sairaanhoitajan roolin taakse.

Vaikea kysyä täällä fyysisistä oireista, somaattisista. Vaikeampaa kuin, että jos työskentelisi vaikka sisätautipoliklinikalla, jossa se on arkipäivää ja kuuluu siihen. Tässä se potilaan oman reviiirin kunnioittaminen. Se on vain jotenkin perinteisesti ollut niin, ettei sinne ole kauhasti kajottu ellei potilas itse tuo sitä esille.

Ei meillä mitata sitä vatsanympärystä vaikka se olisi se yksi kaavake tuolla tosissaan, jossa se käsketään mitata. Sitä minä en ole tehnyt kyllä ikään, että menisin jonkun vyötäröä. Minusta se on loukkaavaa.

Kaksi kolmasosaa tiedonantajista koki tarvitsevansa lisäkoulutusta valmiuksiensa lisäämiseen asiakkaan somaattisen voimien arvioinnissa ja seurannassa. Tiedonantajat kaipasivat tutkittua tietoa ja uuden tiedon päivitystä muuan muassa hoitosuosituksista ja siitä kuinka tarjota asiakkaille motivoivaa psykoedukatiivista ohjausta ja valistusta liittyen itsestä huolehtimiseen, elämäntapoihin ja ruokaneuvontaan. Tiedonantajat toivoivat lisäkoulutusta myös ensiaputaitojen parantamiseen, yllättävien somaattisten tilanteiden arviointiin, somaattisesti sairaan asiakkaan psyykeen hoitoon sekä opastusta somaattisten terveyden arviointilomakkeiden ja seulontamenetelmien käyttöön. Yllättävillä somaattisilla tilanteilla tarkoitettiin esimerkiksi sitä, kun potilas alkaa yllättäen kouristamaan. Somaattisesti sairaiden psyyken hoidolla puolestaan tarkoitettiin lisäkoulutusta somaattisesti ja fyysisesti sairaiden hoitoon, kipupotilaiden psyyken hoitoon sekä masentuneiden saattohoitopotilaiden kohtaamiseen.

Sellainen uuden tiedon päivitys. Aikataulu on yleensä niin tiukka ettei ehdi kaikkia suosituksia käydä läpi tässä oman työn ohella päivän aikana. Joku semmoinen koulutus, jossa saisi zoomausta.

Tämmöinen ruokaneuvonta ja elämäntapaohjaus, että saisi ihmisiä enempi kiinnostumaan, miten voisi itse vaikuttaa hyvinvointiin.

Niiden seulontamenetelmien käyttöön, että olisi jotain yhteistä somaattisen puolen hoitajien kanssa, jotka voisivat neuvoa, että mitä kaikkea voi täytellä.

Viisi kuudesta haastatellusta tiedonantajasta toivoi lisää yhteisiä ohjeita somaattisen terveyden arviointiin. Yhteisten ohjeiden ja toimintamallien nähtiin tuovan yhtenäisyyttä työn tekemiseen ja näin ollen kaikki työntekijät osaisivat toimia samalla tavalla. Yhteisten ohjeiden nähtiin myös tasapuolistavan asiakkaiden hoitoa, koska tällöin sairaanhoitajat toimisivat samalla tavalla toteuttaessaan asiakkaan somaattisen terveyden arviointia ja seuranta.

Kyllä toivoisin lisää. Se tuo aina yhtenäisyyttä, että kaikki osaisivat toimia samalla tavalla.

Kyllä ainakin semmoiset jonkinlaiset raamit asialle olisi hyvä olla olemassa. Mentäisiin edes suurin piirtein samassa rivissä kaikki, että on sitten asiakkaita, jotka jäävät huomiotta. Ja se ei ole minusta hyvä, että jotkut suhtautuvat asiaan kielteisesti ja kokevat, että se ei ollenkaan kuulu se somaattinen puoli. Siinä mielessä pitäisi olla jotkut yhteiset, että mitkä vähintään kuuluisi huomioida.

Tiedonantajilla oli toisistaan poikkeavia käsityksiä psykiatrian poliklinikoilla olevista somaattisen terveyden arvioinnin ja seurannan käytännöistä. Kolmasosa tiedonantajista kertoi ettei yhtenäisiä käytäntöjä ei ollut. Yksi tiedonantaja kertoi, ettei tiennyt onko yhtenäisiä käytäntöjä olemassa. Tiedonantajat mainitsivat koulutuksen ja kokonaishoidon vastuun puuttumisen vaikuttavan somaattisen terveyden huomiointiin. Myös pitkään työuraan perustuva oletus yhteisistä käytännöistä tuli esille tiedonantajien vastauksissa.

Minä oon ollut niin kauan täällä, että minä olen vain ajatellut itsestään selvänä, että kaikki pitää näitä. Tietyt verikokeet tilataan, nehan on ne käytännöt ainakin. Ja sitten painonseuranta, silloin kun se on tarpeen mukaista.

Minusta tuntuu, että tää on kans semmonen asia, joka on tulossa vasta, että yleensäkin tästä ruvetaan puhumaan vasta, että meille yleensäkin kuuluisi jonkinlainen somaattinen. Se on jätetty jotenkin kokonaan lääkärin kontolle, että lääkärit siitä huolehtis ja määräis asiakkaalle potilaalle jotain somaattista, jos näkevät tarpeelliseksi. Tai sitten joillakin on semmoinen ajattelutapa selkeesti, että se ei millään tavalla kuulu tähän psykiatria, että täällä hoidetaan vain mieltä.

Keski-Pohjanmaan keskussairaalan psykiatrian poliklinikoilla olevia somaattisen terveyden arvioinnin ja seurannan yhtenäisiä käytäntöjä olivat tiedonantajien mukaan syömishäiriötiimi sekä RAI-arviointi. Verikokeiden tilaaminen ja painon seuranta mainittiin organisaation yhtenäisinä käytäntöinä. Internetistä löytyvät sairauksien hoitopolut mainittiin yhtenäisyyttä tuovina tekijöinä. Keskustelu somaattisen terveydenhuollon kanssa koettiin positiivisena asiana.

Kyllä niitä on. Yhteisiä linjoja on pyritty nyt tekemään hoitopolkujen myötä. Eli näiden eri sairauksien hoitopolut on päivitetty internettiin ja sitä kautta sitten saadaan kaikki yhteiset linjat.

Ja myös somatiikan puolelta on oltu meihin yhteydessä kiitettävän aktiivisesti siitä, että miten me hoidetaan täällä esimerkiksi justinsa diabetes potilaita ja näitä yhteisiä linjoja on yritetty vetää, mikä on tosi hyvä että sitä yhteistä keskustelua käydään.

#### **7.4 Sairaanhoidtajien kokemat kehittämistarpeet ja kehittämisehdotukset asiakkaan somaattisen terveyden arviointiin ja seurantaan**

Viisi kuudesta tiedonantajasta näki kehittämisen tärkeänä ja tiedonantajat esittivät varsin laajasti erilaisia kehittämisehdotuksia. Pääosin tiedonantajien mielestä kehittämistä pitäisi tehdä resurssien lisäämisen, yhteisten toimintatapojen ja terveyden edistämisen osalta.

Haluaisin kehittää sitä, että hoitajat rohkeammin tarttuisivat näihin asioihin.

Minulla ei ole kiinnostusta kehittämiseen. Minä odotan, että saisin valmiita juttuja.

Tiedonantajien mielestä resursseja tulisi lisätä ajan ja yhteistyön näkökulmasta. Tiedonantajat toivoivat enemmän aikaa työn suunnitteluun ja arviointiin sekä paikallisen yhteistyön ja moniammatillisen tietotaidon käytön lisäämistä perus- ja erikoissairaanhoidon välillä.

Semmoista suunnittelu- ja arviointiaikaa meillä pitäisi olla enemmän. Ehtisi miettiä tarpeeksi, että mikä tässä voisi olla ja mitä tälle voisi tehdä.

Yhteistyö paikallisesti. Psykiatrian ja terveyskeskuksen henkilökunta näkee ja tulee tutuksi ja voidaan vaihtaa. Molemmin päin se palvelee myös psykiatria, että meidätkin muistetaan siellä terveyskeskuksen päässä... kuin myös siten, että nähdään myös terveydenhoitajia.

Tiedonantajat kaipasivat määrittelyä ja keskustelua somaattisen terveyden huomiomisesta. Tiedonantajien mielestä olisi tärkeää, että psykiatrian puolella aloitettaisiin keskustelu ihmisen kokonaisvaltaisesta huomioimisesta sekä keskusteltaisiin siitä kuuluuko somatiikan ja ihmisen kokonaisvaltainen hoitaminen psykiatrian puolelle, ja jos se kuuluu niin missä määrin. Keskustelun aloituksen jälkeen aihetta ei myöskään saisi unohtaa vaan tiedonantajat pitivät tärkeänä, että aihetta pidettäisiin yllä.

Minusta se olisi hyvä, että siitä alettaisiin ensinnäkin puhua täällä psykiatrian puolella, että kuuluuko se meille ja missä määrin se kuuluu ja siitä tehtäisiin jotkut yleiset sopimukset

Haluaisin psykiatriaan ottaa tätä keskustelua, että kehittää sitä, että me hoitajat otettaisiin aina se ihminen nimenomaan kokonaisuutena, että ei vaan sitä psyykkistä ongelmaa hoidettas vaan se koko ihminen ja koko keho.

Tiedonantajien mielestä olisi tärkeää, että poliklinikoilla olisi yhteiset ohjeet somaattisen terveyden seuraamisesta ja hoitamisesta. Sairaanhoidajilla tulisi olla samanlaiset ohjeistukset psykiatrisen asiakkaan tietojen kirjaamisesta, mitä somaattisia tietoja ja arvoja asiakkaasta olisi hyvä seurata ja kirjata. Seuranta varten olisi hyvä olla esimerkiksi jokin kaavake, jossa olisi listattuna seurannan kannalta huomioitavat keskeiset asiat.

Kaikille semmoiset samanlaiset työmenetelmät, että niitä kehitettäisiin ja pidettäisiin tätä aihetta yllä.

Kaavake, jossa olisi tietyt asiat, joita kannattaisi seurata ja kysellä.

Tiedonantajat toivoivat toimintatapojen muutosta. Tiedonantajien mielestä somaattisen terveyden hoitamista koskeviin kysymyksiin tulisi tarttua rohkeasti ja valistusta fyysisen voinnin vaikutuksista ihmisen psyykeen tulisi lisätä. Somaattisesti sairaiden asiakkaiden hoitoa tulisi kehittää toiminnallisempaan muotoon ja erityisryhmille tulisi olla säännöllinen seuranta. Pitkäaikaissairaille voitaisiin alkaa toteuttaa

säännöllisiä somaattisen voinnin mittauksia poliklinikoilla. Ylipainoisille olisi hyvä olla räätälöityä tukea somaattiseen ja psyykkiseen vointiin lähipalveluna. Ylipainoiset ihmiset hyötyisivät helposti saatavilla olevasta tuesta, jossa huomioitaisiin kokonaisvaltainen terveys. Lisäksi somaattisesti sairaille psykiatrisille asiakkaille olisi tärkeää suunnitella paikallisesti esimerkiksi omaa ryhmä- tai neuvolatoimintaa, jossa voitaisiin keskittyä monipuoliseen hyvinvointiin.

Miksi tämä psykiatria on niin tänne pään sisälle nivoutunut, että miksi me ei voitaisi alkaa tekemään jotain enemmän toiminnallista näiden ihmisten kanssa, joka tähtäisi sellaiseen monipuoliseen hyvinvointiin ja vois estää tätä, että ihmiset sairastuisivat somaattisesti pahemmin.

Syömishäiriöisten asiakkaiden, joilla on reilusti ylipainoa. Heille pitäisi olla ihan oma juttunsa täällä lähellä ja siihen liitettynä opastus, liikunta, somaattisen puolen seuranta ja sitten tämä psyykkinen tuki.

Minulla on kokemusta siitä miten hyvin toimii sellainen ryhmämuotoinen. Vedettiin ryhmiä, jossa oli eri teemoista pitkäaikaisia ryhmiä. Siinä olisi se idea, että tk:n puolelta voisi tulla joku asiantuntija mukaan. Siinä ei katsottaisi rajoja, että mistä sinä olet, vaan että voitaisiin ottaa aina se asiantuntemus, että eihän meillä voi olla kaikkeen asiantuntemusta.

## **8 POHDINTA JA JOHTOPÄÄTÖKSET**

Pohdimme tässä kappaleessa opinnäytetyömme tuloksia, omaa oppimistamme ammatillista kasvuamme sekä opinnäytetyömme eettisyyttä ja luotettavuutta. Pohdimme myös tulosten hyödynnettävyyttä ja jatkotutkimushaasteita.

### **8.1 Tulosten tarkastelua**

Tässä kappaleessa tuomme esiin keskeisimpiä sairaanhoitajien käyttämiä menetelmiä asiakkaan somaattisen voinnin arvioinnissa ja seurannassa. Käsittelemme sairaanhoitajien kokemia asiakkaan somaattisen voinnin arviointia ja seurantaan helpottavia voimavaroja sekä haasteita. Lisäksi esittelemme sairaanhoitajien kokemia asiakkaan somaattisen terveyden seurantaan ja arviointia koskevia kehittämistarpeita ja tuomme esiin sairaanhoitajien kehittämisehdotuksia. Vertaamme tutkimustuloksia Huttusen, Koiviston ja Konkin (2012) opinnäytetyöhön, joka käsittelee sairaanhoitajien kokemuksia somaattisen hoitotyön osaamisesta psykiatriassa avohoitotyössä, Syrjäpalon (2006) psykiatrisen hoidon nykytilaa käsittelevään väitöskirjaan sekä masennusta, skitsofreniaa ja kaksisuuntaista mielialahäiriötä koskeviin Käypä Hoito –suosituksiin.

#### **8.1.1 Sairaanhoitajien käyttämät menetelmät asiakkaan somaattisen voinnin arvioinnissa ja seurannassa**

Huttunen, Koivisto & Konki (2012) saivat opinnäytetyössään osittain samankaltaisia tuloksia sairaanhoitajien tavoista seurata asiakkaan somaattista terveyttä. Sairaanhoitajat huomioivat asiakkaiden somaattista terveyttä tunnistamalla oireita ja huomioimalla asiakkaan kokonaisvaltaista vointia. Asiakkaan kanssa keskusteltiin somaattisesta terveydestä ja annettiin asiakasohjausta. (Huttunen, Koivisto & Konki 2012, 22-24.) Tulostemme mukaan tiedonantajat saivat tietoa asiakkaan somaattisesta terveydestä vuorovaikutuksen keinon, kuuntelemalla ja keskustelemalla asiakkaan kanssa. Tiedonantajat havainnoivat asiakkaan ulkoista olemusta ja liikkumista. Asiakasta pyrittiin huomioimaan yksilöllisesti ja ohjauksen antaminen nähtiin tärkeänä.

Lääkehoito-osaaminen oli tärkeää. Sairaanhoidajan oli ymmärrettävä ja osattava seurata lääkkeiden vaikutuksia asiakkaan vointiin sekä lääkkeiden sivuvaikutuksia. Lääkeainepitoisuuksia seurattiin verikokeiden avulla. (Huttunen ym. 2012, 24.) Opinnäytetyömme mukaan verikokeet olivat tiedonantajille työväline somaattisen terveyden arviointiin ja seurantaan. Lääkeainepitoisuuksia seurattiin verikokeiden avulla. Lääkehoidon vaikuttavuuden ja haittavaikutusten seuranta korostuivat. Lisäksi tiedonantajat seurasivat asiakkaan somaattista terveyttä mittaamalla verenpainetta ja punnitsemalla asiakkaan.

Masennusta, skitsofreniaa ja kaksisuuntaista mielialahäiriötä käsittelevät Käypä Hoito –suositukset vahvistavat opinnäytetyössämme saatuja tutkimustuloksia. Käypä Hoito –suositusten mukaan masennusta sairastavien asiakkaiden somaattisen terveyden arvioinnissa ja seurannassa oli tärkeää huomioida asiakkaan toimintakyky. Skitsofreniaa sairastavien asiakkaiden somaattisen terveyden arvioinnissa ja seurannassa puolestaan kiinnitettiin huomiota muun muassa asiakkaan itsehoidon seurantaan. Kaksisuuntaista mielialahäiriötä sairastavien asiakkaiden somaattisen terveyden arvioinnissa ja seurannassa korostui lääkityksen seuranta, joka tuotiin esiin myös Käypä Hoito –suosituksissa. (Käypä Hoito 2013ab, 2014.)

Tulostemme mukaan psykiatrisen asiakkaan somaattista terveyttä arvioitiin heti hoitosuhteen alkuvaiheessa. Osalla tiedonantajista asiakkaan somaattisen terveyden arviointi oli jatkuvaa. Huttusen, Koiviston & Konkin (2012, 22) opinnäytetyön mukaan asiakkaan somaattista terveyttä huomioitiin ensitapaamisella sekä hoitosuhteen jatkuessa.

### **8.1.2 Sairaanhoidajien kokemat voimavarat asiakkaan somaattisen terveyden arvioinnissa ja seurannassa**

Syrjäpalon (2006) väitöstutkimuksessa työyksikön voimavaroina koettiin vahva ammattitaito, osaaminen ja tiimityöskentelyn tuoma tuki. Samankaltaisia tutkimustuloksia saatiin opinnäytetyössämme. Tiedonantajat kokivat työtä helpottaviksi voimavaroiksi hyvät valmiutensa asiakkaan somaattisen terveyden arviointiin ja seurantaan. Valmiuksina koettiin kyky hoitaa asiakasta kokonaisvaltaisesti sekä työ- ja elämäkokemus. Tiedonantajilla oli myös taitoa toteuttaa erilaisia mittauk-



sia. Lisäksi voimavarana koettiin työyhteisössä saatava tuki. Tuen lähteitä olivat lääkäri sekä tiimi, jossa sairaanhoitajat työskentelivät. Voimavarojen kokemiseen vaikutti poliklinikan sijainti. Poliklinikan koolla oli merkitystä koetun tuen saamisen tiimiltä ja lääkäriltä. (Syrjälä 2006, 95.)

### **8.1.3 Sairaanhoitajien kokemat haasteet asiakkaan somaattisen terveyden arvioinnissa ja seurannassa**

Tiedonantajat kokivat asiakkaan somaattisen terveyden arviointiin ja seurantaan liittyvinä haasteina puutteelliset resurssit, asenteet, yhteisten ohjeiden ja toimintatapojen puuttumisen ja lisäkoulutuksen tarpeen. Puutteellisina resursseina nähtiin yhteistyötahojen heikko tavoitettavuus, ajan, tiedon ja materiaalien puute. Haasteena koettiin myös työhön liittyvät asenteet, omaan erikoisalaan keskittyminen ja asiakkaan fyysisen koskemattomuuden kunnioittaminen. Tiedonantajat kokivat, että heillä ei ole yhteisiä ohjeita työn suorittamiseen, ja tämä vaikuttaa myös asiakkaiden mahdollisuuteen saada tasalaatuista hoitoa. Myös yhteiset toimintatavat puuttuivat. Lisäkoulutuksen suhteen tiedonantajilla oli yksilöllisiä toiveita ensiapukoulutuksesta ajantasaisiin hoitosuosituksiin. Syrjälän (2006) väitöstutkimuksessa ja Huttusen, Koiviston ja Konkin (2012) opinnäytetyötutkimuksessa lisäkoulutuksen saaminen ja tiedon ja materiaalin puute tuli myös esille. Sairaanhoitajat kokivat, että tietojen päivittäminen ja ajan tasalla pysyminen on haasteellista. Lisäkoulutuksista saaminen on tärkeää, koska se vahvistaa ammatillista osaamista. (Syrjälä 2006, 95; Huttunen, Koivisto & Konki 2012, 27–29.)

### **8.1.4 Sairaanhoitajien kokemat kehittämistarpeet ja kehittämisehdotukset asiakkaan somaattisen terveyden arviointiin ja seurantaan**

Pääosin tiedonantajien mielestä kehittämistä pitäisi tehdä resurssien lisäämisen, yhteisten toimintatapojen ja terveyden edistämisen osalta. Tiedonantajat toivoivat lisää aikaa työn suunnitteluun ja arviointiin. Moniammatillinen, paikallinen yhteistyö koettiin tärkeäksi. Tiedonantajat kaipasivat keskustelua somaattisen terveyden huomioimisesta ja selvennystä omasta roolistaan somaattisen terveyden huomioimisesta. Tiedonantajien keskuudessa oli eriäviä mielipiteitä omasta tehtävästään. Osalle tiedonantajista somaattisen voimien huomioiminen on tärkeää ja lä-

hestymistapa kokonaisvaltainen. Osa puolestaan keskittyi täysin mielen hoitamiseen.

Tiedonantajat näkivät tärkeänä, että poliklinikoilla olisi yhteiset ohjeet somaattisen voinnin seuraamista, hoitamista ja kirjaamisesta. Seurantaa varten olisi hyvä olla esimerkiksi jonkin kaavake, jossa olisi keskeisimmät seurattavat ja huomioitavat asiat. Tiedonantajien ehdotuksesta pitkäaikaissairaille voitaisiin alkaa toteuttaa säännöllisiä somaattisen voinnin mittauksia poliklinikoilla. Tiedonantajien mielestä somaattisen voinnin hoitamista koskeviin kysymyksiin tulisi tarttua rohkeasti ja valistusta fyysisen voinnin vaikutuksista kokonaisvaltaiseen hyvinvointiin tulisi lisätä.

Monipuolinen hyvinvoinnin tukeminen nähtiin tärkeänä Syrjäpalon (2006) tutkimuksessa. Asiakkaiden nähtiin olevan liian paljon oman onnensa nojassa yrittäessään selviytyä arkielämässä. Näin ollen avohoitoa tulisi kehittää, että se pystyisi vastaamaan nykyajan asiakkaiden tarpeisiin. Myös tässä tutkimuksessa tiedonantajien mielestä monipuolisen hyvinvoinnin tukeminen somaattisesti sairaalle psykiatriselle asiakkaalle on hyvin tärkeää. Asiakkaalle olisi tärkeää tarjota esimerkiksi ryhmä- tai neuvolatoimintaa paikallisesti. Tiedonantajat kaipasivat asiakastyöhön lisää toiminnallisuutta. Tiedonantajien mukaan somaattisesti sairast ja erityisryhmiin kuuluvat asiakkaat hyötyisivät keskustelun lisäksi toiminnallisista hoitomuodoista. (Syrjäpalo 2006, 87.)

## **8.2 Oma oppiminen ja ammatillinen kasvu**

Opinnäytetyön tekeminen on ollut pitkä ja raskas prosessi, joka on kestänyt lähes kaksi vuotta. Opinnäytetyösuunnitelman hyväksymisen jälkeen anoimme tutkimuslupaa Keski-Pohjanmaan keskussairaalan psykiatrian tulosalueelta. Hyväksytty opinnäytetyösuunnitelma palautettiin meille täydennettäväksi siinä esiintyneiden puutteiden vuoksi. Samalle ajankohdalle tuli myös ohjaajan vaihdos. Ohjaajan vaihdoksen takia, Keski-Pohjanmaan keskussairaalaasta pyydettyjen lisäselvitysten ja oman kehityshalumme takia veimme opinnäytetyösuunnitelman uudelleen tarkistukseen. Ohjaajan vaihtuminen kesken opinnäytetyön vaikutti opinnäytetyön sisältöön ja viivästytti opinnäytetyön valmistumista puoli vuotta.

Tutkimustulosten analyysivaiheessa huomasimme, että teemahaastattelu runkomme oli alunperinkin ollut liian laaja ja haastattelurunkoon oli sisällytetty aihealueita, jotka eivät vastanneet tutkimuskysymyksiin. Teemahaastattelurungon aihealueita olisi pitänyt supistaa ja saada ne vastaamaan paremmin tutkimuskysymyksiin. Opinnäytetyön sisällönanalyysi oli tutkimuksenteon haastavin vaihe ja emme osanneet hakea tarpeeksi ohjausta. Tästä syystä jouduimme työn loppuvaiheessa muokkaamaan sisällönanalyysissä käytettyjä termejä, joka viivästytti työn valmistumista.

Sisällönanalyysivaiheessa huomasimme, että meillä on tietoa, joka ei vastannutkaan olemassa oleviin tutkimuskysymyksiin. Koimme osan saadusta aineistosta hoitotyön kehittämisen näkökulmasta tärkeiksi ja halusimme tuoda ne työsämme esille. Harkinnan jälkeen ja ohjaajan tukemana päädyimme lisäämään tutkimuskysymyksiä koskemaan sairaanhoitajien kokemia työn voimavaroja ja haasteita. Rajasimme opinnäytetyömme ulkopuolelle aineiston, joka ei vastannut tutkimuskysymyksiimme. Ulkopuolelle jäivät esimerkiksi asiakkaan ohjaus jatkohoitoon sekä itsenäiset hoitopäätökset, joita tiedonantajat tekivät työssään.

Opinnäytetyöprosessiin mahtuu kuukausia, jolloin opinnäytetyön on ollut seisahduksissa koulun aikataulujen vuoksi. Työn tekemisen hajanaisuus ja työhön uudelleen orientoituminen on ollut raskasta. Aikatauluun ja välimatkaan liittyvistä syistä johtuen työtä on täytynyt myös jakaa, mutta olemme kuitenkin koko ajan olleet tiiviissä yhteistyössä. Opinnäytetyön tekeminen on opettanut meille oman työn rajaamista ja ajankäytön hallintaa.

Opinnäytetyön tekeminen on ollut myös antoisa prosessi ja opettanut meille paljon tutkimuksen teosta, tiedon hakemisesta, lähdekritiikistä, yhteistyöstä ja työn suunnittelusta. Aihe on ollut mielenkiintoinen ja meille tärkeä. Halu syventää omaa ymmärrystä psykiatrisesta hoitotyöstä ja ihmisen kokonaisvaltaisesta hoitamisesta on kantanut koko opinnäytetyömatkan ajan. Tutkimukseen osallistuneiden tiedonantajien vastauksissa on näkynyt pitkä työkokemus, joka on antanut meille valmistumassa oleville sairaanhoitajille perspektiiviä työntekoon. Heidän arvokkaat mielipiteensä ovat antaneet meille monia hienoja keskusteluja, jotka ovat syventäneet aihepiirin omaksumista.

### 8.3 Opinnäytetyön eettisyys ja luotettavuus

Opinnäytetyömme teossa olemme sitoutuneet noudattamaan ja kunnioittamaan hyvää tieteellistä käytäntöä. Tämä tarkoittaa, että tutkimuksen teossa ja tulosten tallentamisessa, esittämisessä sekä arvioinnissa olemme rehellisiä, tarkkoja ja huolellisia. (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2013.) Tutkimuseettiset normit koskevat totuuden etsimistä ja tiedon luotettavuutta, ihmisarvon ilmentämistä sekä tutkijoiden välisiä suhteita. Tiedon luotettavuus ja tarkistettavuus liittyvät aineiston keruuseen, käsittelyyn sekä arkistointiin. Ihmisarvoa ilmentävät normit käyvät ilmi tavasta, jolla tutkija kunnioittaa tutkittavien itsemääräämisoikeutta sekä pyrkii välttämään tutkimuksesta aiheutuvaa vahinkoa. (Kuula 2006, 24–25.)

Tutkijoiden välisiin suhteisiin viittaava normi tarkoittaa muiden tutkijoiden työn huomioimista ja kunnioitusta (Kuula 2006, 24–25). Olemme olleet työssämme lojaaleja lähdemerkinnöille, emmekä ole plagioineet, vääristelleet tai sepittäneet tuloksia (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 173-176). Käytimme mahdollisimman tuoreita, luotettavia ja adekvaatteja lähteitä opinnäytetyössämme ja merkitsimme lähdeviitteet huolellisesti. Lähdemateriaalia oli paljon, joukossa myös englanninkielinen lähde. Käyttämiemme lähteiden joukossa on vanhempiakin teoksia, kuten Hegyvary (1991), mutta olemme arvioineet teoksen luotettavaksi alkuperäislähteeksi ja käyttäneet sitä työssämme. Totuuden etsimisen normi on ohjannut opinnäytetyöntekijöitä noudattamaan tieteellisesti hyväksytyjä menetelmiä ja esittämään saamamme tulokset rehellisesti. Opinnäytetyömme tulokset ovat julkisia sekä kaikkien tarkistettavissa. (Kuula 2006, 24–25.)

Tutkijaa koskevia eettisiä vaatimuksia ovat älyllisen kiinnostuksen, tunnollisuuden ja rehellisyyden vaatimus. Muita tutkijaa työssään ohjaavia eettisiä teesejä ovat ihmisarvon kunnioittaminen, ammatinharjoittamisen edistäminen, sosiaalisen vastuun vaatimus, kollegiaalinen arvostus ja vaaran eliminoimisen vaatimus. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 211–212.)

Tiedonantajien osallistuminen tutkimukseen oli vapaaehtoista ja heillä oli mahdollisuus esittää kysymyksiä, kieltäytyä antamasta tietojaan ja keskeyttää tutkimukseen osallistuminen missä tahansa vaiheessa tutkimuksen aikana. Lähetimme

sähköpostilla tutkimukseen osallistuville sairaanhoitajille hyvissä ajoin ennen haastattelua tiedotteen, jossa kerrottiin tutkimuksesta ja siihen osallistumisesta. Ennen haastattelun aloittamista käytiin vielä suullisesti läpi tutkimuksen tarkoitus ja tavoite, haastattelun nauhoitus ja haastateltavien oikeudet. Tämän jälkeen haastateltavat allekirjoittivat suostumuksen tutkimukseen osallistumisesta. (Kuula 2006, 106–107 ; Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 219.)

Henkilötietolaissa säädetyin huolellisuus- ja suojaamisvelvoitteen mukaan suojasimme haastateltavien tunnistettavuutta. Haastattelumateriaali oli vain opinnäytetyön tekijöiden käytössä ja aineistoa säilytettiin salasanasuojatulla tietokoneilla. Haastateltavien anonymiteettia suojattiin kaikissa tutkimuksen teon vaiheissa. Teemahaastattelun taustakysymyksiä tiedonantajilta kysyttiin ikää, työkokemusta ja koulutusta. Taustakysymysten vastauksia ei julkaistu, koska se olisi vaarantanut tiedonantajien anonymiteetin. Aineistonanalyysin jälkeen haastattelumateriaali hävitettiin formatoimalla kovalevytallentimen muistikortti. Työn tulosten raportoinnissa käytettiin alkuperäisiä lainauksia, joita tarvittaessa muokattiin yleiskielelle tiedonantajien henkilöllisyyden suojaamiseksi. Olemme työssämme kuvanneet tiedonantajien vastaukset totuudenmukaisesti ja niitä sensuroimatta tai muuttamatta. (Henkilötietolaki 22.4.1999/523; Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 221.)

Laadullisen tutkimuksen luotettavuuden arvioinnin kriteerejä ovat uskottavuus, siirrettävyys, riippuvuus ja vahvistettavuus. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 197–198.) Uskottavuuden kriteeri toteutuu, kun tutkija on kuvannut työprosessin vaiheet ja tulokset selkeästi, jotta lukija voi arvioida niitä. Opinnäytetyössämme olemme pyrkineet raportoimaan tutkimuksemme vaiheet yksityiskohtaisesti, johdonmukaisesti ja selkeästi, niin että lukijan on helppo arvioida työmme etenemistä ja luotettavuutta. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 197–198.)

Siirrettävyydellä tarkoitetaan tulosten siirrettävyyttä johonkin toiseen tutkimusympäristöön. Siirrettävyys mahdollistetaan tarkalla tutkimuskontekstin kuvailulla ja tiedoilla siitä, miten aineistonkeruu ja analyysi on toteutettu. Olemme kuvanneet tutkimuskontekstin opinnäytetyössämme, jotta tulosten siirrettävyys olisi mahdollista. Olemme kertoneet aineistonkeruun ja analyysin toteutumisesta tutkimukses-

samme huolellisesti ja tarkasti (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 197–198.)

Tiedot tutkimukseen osallistujien valinnasta ja taustojen selvittämisestä kuuluvat siirrettävyyden arvioinnin piiriin. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 197–198.) Toivoimme saavamme tutkimukseemme haastateltaviksi avohoidossa työskenteleviä sairaanhoitajia. Esitimme kohderyhmätoiveemme psykiatrian poliklinikan vastuuyksikköjohtajalle, joka valitsi haastateltavat yksiköistään. Emme tiedä perusteita, joilla vastuuyksikköjohtaja valitsi esihaastateltavan sekä tutkimukseemme osallistuneet tiedonantajat yksiköistään. Tutkimusluvan saamisen jälkeen olimme sähköpostilla yhteydessä haastatteluun valittuihin tiedonantajiin tutkimusinformaation antamisen ja haastatteluajankohdienten sopimiseksi. Emme lähettäneet tiedonantajille etukäteen teemahaastattelurunkoa, koska se olisi arviomme mukaan saattanut vaikuttaa haastattelun sisältöön tai kulkuun. Haastatteluista tehtiin tulokset, jotka tulivat ilmi, että yksi haastateltu tiedonantaja ei vastannutkaan koulutukseltaan kohderyhmätoivettamme. Tiedonantajan vastauksissa näkyi muihin tiedonantajiin verrattuna erilainen koulutustausta. Pohdimme asiaa ja hylkäsimme jo tehdyn haastattelun yhteisymmärryksessä haastateltavan kanssa. Tulosten raportointivaiheessa emme olisi pystyneet suojaamaan kyseisen tiedonantajan anonymiteettia.

Opinnäytetyön luotettavuutta olemme halunneet lisätä tekemällä esihaastattelun. Päädyimme ottamaan esihaastateltavan yhdeksi tiedonantajistamme, koska jouduimme hylkäämään yhden tiedonantajan haastattelun. Esihaastattelu oli myös sisällöllisesti niin arvokas lisä tutkimuksellemme, että toivoimme saavamme tiedon päätyvän tutkimukseemme. Esihaastattelun antanut henkilö sai harkita omaa halukkuuttaan tutkimukseen osallistumiseen ja häntä informoitiin tietosuojasta, haastateltavan oikeuksista ja anonymiteetistä samoin kuin muitakin tutkimukseen osallistujia. Esihaastateltavalle postitettiin tiedote ja suostumus tutkimukseen osallistumisesta, jonka hän allekirjoitti. Esihaastattelussa saamamme palautteen mukaan haastattelurunkomme toimi hyvin, joten emme tehneet siihen muutoksia. (Tuomi & Sarajarvi 2009, 138–141; Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen. 2013, 197–198. 205.)

Tutkimuksemme luotettavuuden lisäämiseksi nauhoitimme tutkimushaastattelut, jotta aineiston litterointi sanasta sanaan toteutuisi. Ennen jokaista haastattelua testasimme nauhurin toimivuuden. Haastattelutilanteessa mukanaamme oli ylimääräinen patteri, jolla voisimme turvata nauhoituksen jatkumisen. Haastattelun jälkeen purimme aineiston tietokoneelle, jotta haastattelumateriaali oli tallennettuna nauhurin lisäksi tietokoneelle.

Haastattelutilanteissa molemmat opinnäytetyöntekijät olivat paikalla. Haastattelujen tekemisessä pyrimme tasapuolisuuteen työnjaon suhteen. Haastattelutilanteissa toinen opinnäytetyön tekijöistä käytti nauhuria ja toinen teki muistiinpanoja. Haastattelut tehtiin haastateltavien työhuoneissa, jolloin ympäristö oli rauhallinen ja mahdollisimman häiriötön. Haastattelutilanteissa paikalla olivat vain haastateltava sekä opinnäytetyöntekijät. Kaikki haastattelut toteutettiin yksilöhaastatteluina, jolloin haastattelutilanteista saatiin mahdollisimman identtisiä. Haastattelutilanteissa tutkimuksen tekijöillä oli mahdollisuus tehdä tarkentavia tai lisäkysymyksiä. Myös haastateltaville korostettiin mahdollisuutta kysyä haastattelun aikana epäselviksi jääneistä asioista. Tutkimushaastatteluja tehtiin niin kauan, että aineiston saturaatio oli riittävä. (Tuomi & Sarajarvi 2009, 138–141; Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 197–198. 205.)

Aineisto litteroitiin mahdollisimman pian haastattelun jälkeen. Aineistoa oli aukikirjoitettuna 40 sivua fontilla Arial 12, rivivälillä 1,5. Sisällönanalyysin eri vaiheissa nojautuimme uudelleen alkuperäisiin ilmauksiin, jotta sisällönanalyysin toteutuisi parhaalla mahdollisella tavalla. Sisällönanalyysi kuvattiin tarkasti, jotta ulkopuolisen olisi helppo arvioida aineiston analyysiä. Helpottaaksemme sisällönanalyysin arviointia, olemme lisänneet mallin sisällönanalyysistä opinnäytetyön liitteeksi (LIITE 5). Työn tulosten raportoinnissa käytettiin alkuperäisiä lainauksia lisäämään työn luotettavuutta. Opinnäytetyön luotettavuutta lisää myös, että aiemmin SAVONIA-ammattikorkeakoulussa Huttusen, Koiviston ja Konkin (2012) toimesta tehty opinnäytetyö vastaa tuloksilta tässä opinnäytetyössä esitettyjä tuloksia erittäin hyvin.

## 8.4 Johtopäätökset

Tutkimuksen perusteella olisi somaattisen terveyden huomioimisesta käytävä keskustelua ja selkiytettävä sairaanhoitajan roolia asiakkaan somaattisen terveyden arvioinnissa ja seurannassa. Avoimella keskustelulla voitaisiin vaikuttaa psykiatrian kentällä työskentelevien asennemaailmaan ja tuoda näkyväksi somaattisen terveyden arvioinnin tärkeyttä. Yhteistyön kehittäminen somaattista terveyttä hoitavien tahojen kanssa nähtiin tärkeänä. Voitaisiin arvioida, miten hoitaja-lääkäri yhteistyötä voitaisiin kehittää ja lääkäreiden tavoitettavuutta pienemmillä poliklinikoilla lisätä. Käyntiaikojen pidentäminen tai päivittäisen asiakasmäärien pienentäminen helpottaisivat asiakkaan kokonaisvaltaista huomioimista. Lisätyöntekijöiden palkkaaminen helpottaisi jo työssä olevien sairaanhoitajien työn tekoa ja mahdollistaisi somaattisen terveyden huomioimisen.

Somaattisen terveyden seulontamenetelmien sekä RAI-arviointien tekemisessä oli hoitajakohtaista vaihtelua. Organisaatiokohtaiset ohjeistukset ja yhteiset toimintamallit asiakkaan somaattisen terveyden huomioimisesta sekä kirjaamisesta tulisi saattaa kaikkien tietoon ja niiden tulisi olla helposti saatavilla. Yleisen tason hoitosuositukset psykiatrisen asiakkaan somaattisen terveyden huomioimisesta toisivat yhdenmukaisuutta laajemmin toimintatapoihin. Lisäkoulutus ja tutkitun tiedon psykiatrisen asiakkaan somaattisen terveyden arvioinnista ja seurannasta hyödyttäisi sairaanhoitajien työtä.

Välinehankinnat, kuten verenpainemittarit ja puntari helpottaisivat suositeltujen ja asiakasta hyödyttävien mittausten toteuttamista. Pitkäaikaissairaille voitaisiin alkaa tehdä säännöllisiä somaattisen terveyden seurantamittauksia. Asiakkaille kohdennettu psykoedukaatio somaattisen voinnin vaikutuksista psyykkiseen terveyteen voisi helpottaa asiakkaiden itsehoitoa. Toiminnallisuuden tuominen hoitotyöhön koettiin tärkeänä. Paikallisesti toimivat ryhmät toisivat tasa-arvoa pienten poliklinikoiden asiakkaille.



## 8.5 Jatkotutkimushaasteet ja hyödynnettävyys

Työssämme olemme tuoneet esille sairaanhoitajien kehittämissuhteita toimeksiantajalle. Näin ollen opinnäytetyön tuloksia voidaan hyödyntää Keski-Pohjanmaan keskussairaalan psykiatrian työskentelevien sairaanhoitajien työn kehittämiseen.

Mielenkiintoinen jatkotutkimus aihe voisi olla asiakaslähtöinen näkemys somaattisen terveyden arviointiin ja hoitoon psykiatrisessa hoitotyössä. Tässä tutkimuksessa olemme tutkineet sairaanhoitajien näkökantoja. Näin ollen olisinkin mielenkiintoista kuulla psykiatristen asiakkaiden kokemuksia hoidon kokonaisvaltaisuudesta ja somaattisen terveyden huomioimisesta omassa hoitosuhteessaan.

Tiedonantajien ehdottamat kehittämiskohteet olivat hyvin konkreettisia ja mittasuhteiltaan erilaisia. Kehitystyötä voisi toteuttaa myös sairaanhoitajien kehityssuhteiden perusteella. Joitakin kehityssuhteita voitaisiin toteuttaa projektina tai jopa EU-hankkeena esimerkkinä paikallinen, ryhmämuotoinen toiminta pitkäaikaissairaille.

## LÄHTEET

Hakko, H., Moring, J., Meyer-Rochow, B., Räsänen, S. & Viilo, K. 2004. Psykiatristen pitkäaikaispotilaiden ylikuolleisuus – haaste hoidolle. Lääketieteellinen Aikakausikirja Duodecim. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim. 120(2):179-180. Pdf-tiedosto. Saatavissa: <http://www.terveysportti.fi/xmedia/duo/duo94045.pdf>. Luettu 5.10.2014

Hegyvary, S. T. 1991. Yksilövastuinen hoitotyö. 1.-2. painos. Helsinki: Kirjayhtymä

Heiskanen, T., Huttunen, M. & Tuulari, J. 2011. Masennus. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.

Henkilötietolaki 22.4.1999/523. Finlex. Www-dokumentti. Saatavissa: <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1999/19990523#L2P5>. Luettu 8.8.2013.

Hietaharju, P. & Nuutila, M. 2012. Käytännön mielenterveystyö. Helsinki: Tammi.

Hintikka, J. & Niskanen, L. 2005. Skitsofrenia lisää diabeteksen ja sydän- ja verisuonisairauksien vaaraa. Artikkel. Sivut:121:705-707. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim. Pdf-dokumentti. Saatavissa: <http://www.ebm-guidelines.com/xmedia/duo/duo94901.pdf>. Luettu 20.4.2013.

Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2009. Tutki ja kirjoita. 15. painos. Helsinki: Tammi.

Huttunen, J. 2012. Mitä terveys on? Artikkel. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim. Www-dokumentti. Saatavissa: [http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p\\_artikkeli=dlk00903](http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00903). Luettu 18.9.2013.

Huttunen, M. 2008a. Lääkkeet mielen hoidossa. 2. uudistettu painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.

Huttunen, M. 2008b. Psykelääkeopas. 2. uudistettu painos Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.

Huttunen, M., Koivisto, M. & Konki, K. 2012. Somaattisen terveyden huomioiminen psykiatrisessa avohoidossa. Sairaanhoidajien kokemuksia somaattisen hoitotyön osaamisesta. Opinnäytetyö. Savonia Ammattikorkeakoulu. Pdf-dokumentti. Saatavissa: [http://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/53124/Huttunen\\_Marjo.pdf?sequence=1](http://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/53124/Huttunen_Marjo.pdf?sequence=1). Luettu 1.10.2014.

Janhonen, S. & Nikkonen, M. 2003. Laadulliset tutkimusmenetelmät hoitotieteessä. Helsinki: WSOY.

Juutilainen, I. 2004. Työterveyshoitajan käsikirja. Helsinki: Edita Prima.

- Kankkunen, P. & Vehviläinen-Julkunen, K. 2013. Tutkimus hoitotieteessä. 3. uudistettu painos. Helsinki: Sanoma Pro Oy.
- Karlsson, H. 2008. Mitä psykosomatiikka on? Artikkel. Sivut 124:673-674. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim: Www-dokumentti. Saatavissa: <http://www.ebm-guidelines.com/xmedia/duo/duo97120.pdf>. Luettu 1.5.2013.
- Keski-Pohjanmaan erikoissairaanhoidon- ja peruspalvelukuntayhtymä. 2009. Työnkuvauslomake.
- Keski-Pohjanmaan erikoissairaanhoidon- ja peruspalvelukuntayhtymä. 2014a. Lestijokilaakson psykiatrinen aluepoliklinikka. Www-dokumentti. Saatavissa: [http://www.kpshep.fi/sivu/lestijokilaakson\\_psykiatrian\\_aluepoliklinikka](http://www.kpshep.fi/sivu/lestijokilaakson_psykiatrian_aluepoliklinikka). Luettu 20.2.2014.
- Keski-Pohjanmaan erikoissairaanhoidon- ja peruspalvelukuntayhtymä. 2014b. Psykiatrian poliklinikka. Www-dokumentti. Saatavissa: [http://www.kpshep.fi/sivu/psykiatrian\\_poliklinikka](http://www.kpshep.fi/sivu/psykiatrian_poliklinikka). Luettu 20.2.2014.
- Keski-Pohjanmaan erikoissairaanhoidon- ja peruspalvelukuntayhtymä. 2014c. Perhokilaakson psykiatrinen aluepoliklinikka. Www-dokumentti. Saatavissa: [http://www.kpshep.fi/sivu/perhokilaakso\\_psykiatrian\\_aluepoliklinikka](http://www.kpshep.fi/sivu/perhokilaakso_psykiatrian_aluepoliklinikka). Luettu 20.2.2014.
- Kiviniemi, L., Lämsy, M-L., Matinlauri, T., Nevalainen, K., Ruotsalainen, K., Seppänen, U-M. & Vuokila-Oikkonen, P. 2007. Minä mielenterveystyöntekijänä. Helsinki: Edita Prima Oy.
- Kuhanen, C., Oittinen, P., Kanerva, A., Seuri, T. & Schubert, C. 2012. Mielenterveyshoitotyö. Helsinki: Sanoma Pro Oy.
- Kuula, A. 2006. Tutkimusetiikka. Aineistojen hankinta, käyttö ja säilytys. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.
- Kylmä, J., Vehviläinen-Julkunen, K. & Lähdevirta, J. 2003. Laadullinen terveystutkimus –mitä, miten ja miksi? Artikkel. Sivut 119:609-615. Helsinki. Kustannus Oy Duodecim.
- Käypä Hoito. 2014. Depressio. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Psykiatriyhdistys ry:n asettama työryhmä. Www-dokumentti. Saatavissa: <http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/suositus?id=hoi50023#s12>. Luettu 30.9.2014.
- Käypä Hoito. 2013a. Skitsofrenia. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Psykiatriyhdistys ry:n asettama työryhmä. Skitsofrenia. Www-dokumentti. Saatavissa: <http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/suositus?id=hoi35050#s5>. Luettu 30.9.2014.

- Käypä Hoito. 2013b. Kaksisuuntainen mielialahäiriö. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Psykiatriyhdistys ry:n asettama työryhmä. Www-dokumentti. Saatavissa: <http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/suositus?id=hoi50076>. Luettu 30.9.2014.
- Lepola, U., Koponen, H., Leinonen, E., Joukamaa, M. & Hakola, P. 2002. Psykiatria. Helsinki: WSOY.
- Lönnqvist, J. 2011. Kliininen tutkimus. Artikkel. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim. Sivut:123:710-714. Saatavissa: [http://www.terveysportti.fi.ezproxy.centria.fi/dtk/oppi/koti?p\\_artikkeli=psy00002&p\\_haku=psykiatria](http://www.terveysportti.fi.ezproxy.centria.fi/dtk/oppi/koti?p_artikkeli=psy00002&p_haku=psykiatria). Luettu 17.2.2014.
- Lönnqvist, J., Henriksson, M., Marttunen, M. & Partonen, T. 2011. Psykiatria. 9. painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.
- Mielenterveyslaki 14.12.1990/1116. Finlex. Www-dokumentti. Saatavissa: <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1990/19901116#L1>. Luettu 19.9.2013.
- Munnukka, T. & Aalto, P. 2002. Minun hoitajani. Näkökulmia omahoitajuuteen. 2. painos. Vantaa: Kustannusosakeyhtiö Tammi.
- Noppari, E., Kiiltomäki, A. & Pesonen, A. 2007. Mielenterveystyö perusterveydenhuollossa. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.
- Nurminen, M-L. 2011. Lääkehoito. 10 uudistettu painos. Helsinki: WSOYpro Oy.
- Pakkala, E. 2011. Psykiatrisen potilaan somaattiset sairaudet unohtuvat usein. Www-dokumentti. Saatavissa: <http://www.medi uutiset.fi/uutisarkisto/psykiatristen+potilaiden+somaattiset+sairaudet+unohtuvat+usein/a664033>. Luettu 18.3.2013.
- Seppi, P. 2011. Psykiatrisen potilaan fyysisestä terveydestä huolehdittava. Artikke-  
li. Sivut: 12-15. Mielenterveys-lehti. 3/2011.
- Suomen mielenterveysseura. 2013a. Ammattinimikkeet. Www-dokumentti. Saata-  
vissa: [http://www.e-mielenterveys.fi/apua-mielenterveyden-  
ongelmiin/ammattinimikkeet/](http://www.e-mielenterveys.fi/apua-mielenterveyden-ongelmiin/ammattinimikkeet/). Luettu 18.3.2013.
- Suomen mielenterveysseura. 2013b. Mielenterveyden häiriöt. Www-dokumentti.  
Saatavissa: <http://www.e-mielenterveys.fi/mielenterveyden-hairiot/>. Luettu  
18.3.2013.
- Syrjäpalo, K. 2006. Arvot ja arvostukset psykiatrisessa hoidossa –henkilökunnan  
ja potilaiden näkemyksiä hoidon nykytilasta. Väitöskirja. Oulun Yliopisto. Saatavis-  
sa: <http://herkules oulu.fi/isbn9514280156/isbn9514280156.pdf>. Luettu 4.10.2014.

Terveysten ja hyvinvoinnin laitos. 2013. Keskeisiä käsitteitä. Www-dokumentti. Saatavissa: [http://www.thl.fi/fi\\_FI/web/kaventaja-fi/keinot/kasitteet](http://www.thl.fi/fi_FI/web/kaventaja-fi/keinot/kasitteet). Luettu 18.3.2013.

Toivio, T. & Nordling, E. 2009. Mielenterveyden psykologia. Helsinki: Edita.

Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2009. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Helsinki: Tammi.

Tutkimuseettinen Neuvottelukunta. 2013. Hyvä tieteellinen käytäntö. Ohje. Pdf-dokumentti. Saatavissa: [http://www.tenk.fi/sites/tenk.fi/files/HTK\\_ohje\\_2012.pdf](http://www.tenk.fi/sites/tenk.fi/files/HTK_ohje_2012.pdf). Luettu 6.9.2013.

Valtakunnallinen sosiaali- ja terveysalan eettinen neuvottelukunta ETENE. 2009. Mielenterveysetiikka –sinulla ja minulla on moraalinen vastuu. ETENE –julkaisuja 25. Helsinki: Yliopistopaino.

World Health Organisation. 1948. Definition of Health. Www-dokumentti. Saatavissa: <http://www.who.int/about/definition/en/print.html>. Luettu 18.9.2014.



Keski-Pohjanmaan erikoissairaanhoidon  
ja peruspalvelukuntayhtymä

#### TUTKIMUSLUPA-ANOMUS

Hakijan nimi: Kati Pasanen

Osoite:

(kati.pasanen@cou.fi)

Puhelin

Hakijan nimi: Outi Oravainen

Osoite:

(outi.oravainen@cou.fi)

Puhelin

#### Tutkimuksen ohjaajan nimi ja yhteystiedot

Ulla Aspvik,

Markus Heikell,

Arja Liisa Ahvenkoski,

#### Tutkimuksen nimi

Avohoidossa olevan psykiatrisen asiakkaan somaattisen terveyden seuranta ja arviointi sairaanhoitajan näkökulmasta

#### Tutkimuksen tarkoitus

Opinnäytetyön tarkoitus on kuvata, millaisin menetelmin psykiatriset sairaanhoitajat arvioivat ja seuraavat työssään asiakkaidensa somaattista terveyttä ja miten he kehittäisivät somaattisten sairauksien arviointia ja seurantaan omassa työssään.

#### Tutkimuksen tavoitteet

Opinnäytetyön tavoite on tuottaa tietoa, jonka avulla sairaanhoitajat voivat hoitaa potilaiden somaattista terveyttä entistä paremmin.

#### Tutkimustehtävät

Tutkimuskysymykset:

1. Miten psykiatriset sairaanhoitajat arvioivat ja seuraavat ja seuraavat avohoidossa olevan asiakkaan somaattista terveyttä?
2. Millaisia kehittämistarpeita ja -ideoita psykiatrisilla sairaanhoitajilla on asiakkaittensa somaattisen terveyden arviointiin ja seurantaan?

#### Aineistonkeruu ja analyysi

Opinnäytetyö on kvalitatiivinen. Aineisto kerätään haastattelemalla psykiatrisessa avohoidossa työskenteleviä sairaanhoitajia. Haastattelun muoto on teemahaastattelu. Teemahaastattelurunko liitteenä. Aineisto analysoidaan induktiivisella sisällönanalyysillä.

Paikka Kokkola Päiväys 11.10.2013

Hakijan allekirjoitus:

Hakijan allekirjoitus


**KESKI-POHJANMAAN ERIKOISSAIRAANHOITO- JA VIRANHALTIJAPÄÄTÖS  
PERUSPALVELUKUNTAYHTYMÄ**

Tutkimuslupapäätös  
Hallintoylihoitaja 14.10.2013 15 §

**ASIA** Kati Pasanen, Outi Oravainen, Avohoidossa olevan psykiatrisen asiakkaan somaattisen terveyden seuranta ja arviointi sairaanhoitajan näkökulmasta. Centria AMK, 11.10.2013

**PÄÄTÖS** Tutkimuslupa-anomus hyväksytään.

**ESITYKSEN TEKIJÄ**

**PÄÄTÖKSEN TEKIJÄ**   
Pirjo-Liisa Hautala-Jylhä  
Hallintoylihoitaja

Hei

Olemme kolmannen vuoden sairaanhoitajaopiskelijoita Centria ammattikorkeakoulusta. Olemme tekemässä opinnäytetyötä aiheenamme avohoidossa olevan psykiatrisen asiakkaan somaattisen terveyden arviointi ja seuranta psykiatrisen sairaanhoitajan näkökulmasta.

Opinnäytetyömme tarkoitus on kuvata, millaisin menetelmin psykiatriset sairaanhoitajat arvioivat ja seuraavat työssään asiakkaidensa somaattista terveyttä ja miten he kehittäisivät somaattisten sairauksien arviointia ja seurantaa omassa työssään. Opinnäytetyömme tavoite on tuottaa tietoa toimeksiantajille käytännön menetelmistä, kehitystarpeista ja -ideoista, joilla psykiatriset sairaanhoitajat arvioivat ja seuraavat asiakkaidensa somaattista terveyttä. Aineiston keruu toteutetaan teemahaastatteluna. Työmme kohderyhmä on avohoidossa työskentelevät psykiatriset sairaanhoitajat.

Opinnäytetyömme ohjaajia ovat työelämän puolelta ylihoitaja Ulla Aspvik ja psykiatrian poliklinikan osastonhoitaja/vastuuyksikköjohtaja Markus Heikell sekä Centria ammattikorkeakoulusta opettaja Arja Liisa Ahvenkoski.

Haastattelut pyritään tekemään syksyn 2013 aikana tai viimeistään alkuvuodesta 2014. Haastattelut nauhoitamme, jotta voimme haastatteluvaiheessa minimoida muistiinpanojen tekemisen ja keskittyä täysin haastatteluiden tekemiseen ja vapaaseen keskusteluun. Haastattelumateriaali on vain opinnäytetyön tekijöiden käytössä ja vastaukset raportoidaan niin, että yksittäisten vastaajien vastaukset eivät ole tunnistettavissa. Haastattelut tallennetaan kovalevytallentimelle. Aineiston analyysin jälkeen haastattelumateriaali hävitetään formatoimalla kovalevytallentimen muistikortti.

Ystävällisin terveisin

Outi Oravainen ja Kati Pasanen  
Centria Amk

outi.oravainen@cou.fi  
kati.pasanen@cou.fi

---

## SUOSTUMUS

Olen saanut tiedon ”Avohoidossa olevan psykiatrisen asiakkaan somaattisen terveyden arviointi ja seuranta sairaanhoitajan näkökulmasta” –tutkimuksen tarkoituksesta, tavoitteista, tutkimusmenetelmästä ja tutkimusaineiston käsittelystä. Osallistun tutkimukseen ja suostun siihen, että haastattelu nauhoitetaan.

Paikka ja päivämäärä

Allekirjoitus



## Teemahaastattelurunko

**Taustakysymykset:** ikä, koulutus, työkokemus vuosina

### Somaattisen terveyden arviointi ja seuranta

- Miten huomioit asiakkaan somaattista terveyttä?
  - Missä vaiheessa hoitosuhdetta arvioit asiakkaan somaattista terveyttä?
  - Milloin uudelleenarvioit asiakkaan somaattista terveyttä?
  - Miten mahdollinen asiakkaan hoidon eteenpäin ohjaus tapahtuu?
- Millä käytännön menetelmillä arviot tai seuraat asiakkaan somaattista terveyttä?
- Mitä seulontamenetelmiä käytät somaattisen terveyden arviointiin ja seurantaan?
- Millaisia asiakkaan somaattista terveyttä koskevia itsenäisiä hoitopäätöksiä teet?
- Millaisia erityispiirteitä on masentuneiden, skitsofreniaa ja kaksisuuntaista mielialahäiriötä sairastavien asiakkaiden somaattisen terveyden arvioinnissa ja seurannassa?
- Millaisia yhteisiä käytäntöjä Kiurussa on somaattisen terveyden arviointiin ja seurantaan?

### Somaattisten sairauksien arvioinnin ja seurannan kehittäminen

- Millaisiksi koet valmiutesi arvioida ja seurata asiakkaan somaattista terveyttä?
  - Koetko tarvitsevasi lisäkoulutusta valmiuksiesi lisäämiseen? Millaista lisäkoulutusta?
- Toivotko lisää yleisen tason hoitosuosituksia somaattisen terveyden arviointiin ja seurantaan?
- Millaista tukea saat somaattisen terveyden arviointiin työyksikössäsi?
- Mitkä tekijät heikentävät psykiatristen sairaanhoitajien kykyä arvioida ja seurata asiakkaiden somaattisia sairauksia?
- Millaiseksi koet resurssien riittävyyden somaattisen terveyden arvioinnissa ja seurannassa?
- Miten kehittäisit somaattisen terveyden arviointia ja seurantaa?

## MALLI AINEISTON ANALYYSISTA

### Miten sairaanhoitajat kehittäisivät asiakkaan somaattisen terveyden arviointia ja seuranta?

Alkuperäiset ilmaukset	Pelkistetty ilmaus	Alaluokka	Yläluokka
Enemmän aikaa	Enemmän aikaa	Suunnittelu- ja arviointiaika	Resurssien lisääminen
Suunnittelu-aikaa meillä pitäisi olla enemmän	Suunnittelu-aikaa enemmän		
Arviointiaikaa meillä pitäisi olla enemmän	Arviointiaikaa enemmän		
Yhteistyö somatiikan puolelle	Yhteistyö somatiikan kanssa	Yhteistyö	
Yhteistyö paikallisesti	Paikallinen yhteistyö		
Haluaisin psykiatriaan ottaa tätä keskustelua, että kehitettäisiin sitä, että me hoitajat otettaisiin aina se ihminen nimenomaan kokonaisuutena.	Yleinen keskustelu ihmisen kokonaisvaltaisesta huomioimisesta.	Määrittely somaattisen terveyden huomioimisesta	Kehittämistyö
Alettas ensinnäkin puhua täällä psykiatrian puolella, että kuuluuko somatiikka meille ja missä määrin se kuuluu.	Keskustelu siitä missä määrin somaattisen terveyden hoito kuuluu sairaanhoitajille.		
Pidetäs tätä aihetta yllä.	Aiheiden pitäminen yllä		
Mulla ei ole kiinnostusta kehittämiseen. Mä odotan, että saisin jotain valmiita juttuja.	Odotus valmiista ohjeista.	Yhteiset ohjeet	
Somatiikan hoitamisesta tehtäs, jotkut yleiset sopimukset.	Yhteiset sopimukset somatiikan hoitamisesta.		
Yleisiä ohjeistuksia, mihin laitetaan psykiatrisen potilaan tietoja, vaikka pituus, paino, verenpaine.	Yleiset ohjeistukset psykiatrisen potilaan tietojen kirjaamisesta.		
Kaavake, jossa olis tietyt asiat, joita kannattaisi seurata ja kysellä.	Kaavake, jossa keskeiset asiat seurataan.		
Haluaisin kehittää sitä, että rohkeammin hoitajat tarttus näihin asioihin.	Rohkeampi asioihin tarttuminen	Toimintatavan muutos	
Valistus siitä, että kuinka paljon fyysinen vointi vaikuttaa psyykkeeseen.	Valistuksen lisääminen fyysisen voinnin vaikutuksista psyykkeeseen.		
Voitaa alkaa tekemään jotain enemmän toiminnallista näiden ihmisten kanssa, joka tähtäis semmoseen monipuoliseen hyvinvointiin.	Hoitoon toiminnallisuutta, joka tähtää monipuoliseen hyvinvointiin		
Otettas säännölliseksi mittaukset poliklinikalla varsinkin näiden pitkäaikaissairaiden kohdalla.	Pitkäaikaissairaille säännölliset mittaukset poliklinikalla.	Eritysryhmien seuranta	Terveyden edistäminen
Syömishäiriösten asiakkaitten, joilla on rajusti ylipainoa. Heille pitäis olla ihan oma räätälöity juttunsa täällä likellä ja siihen liitettyä opastus, liikunta, somaattisen puolen seuranta ja sitte tää psyykinen tuki.	Ylipainoisille räätälöityä tukea somaattiseen ja psyykkiseen vointiin lähipalveluna.		
Pitäis olla joku yhdyshenkilö, joka ottaa vastaan nää meidän asiakkaat sama kuin tavalla kuin siellä on diabetespöytä ja muuta. Että heillekin pitäis olla joku neuvola.	Somaattisesti/psyykkisesti sairaille oma neuvola.		